

XI.

Kleinere Mittheilungen.

1.

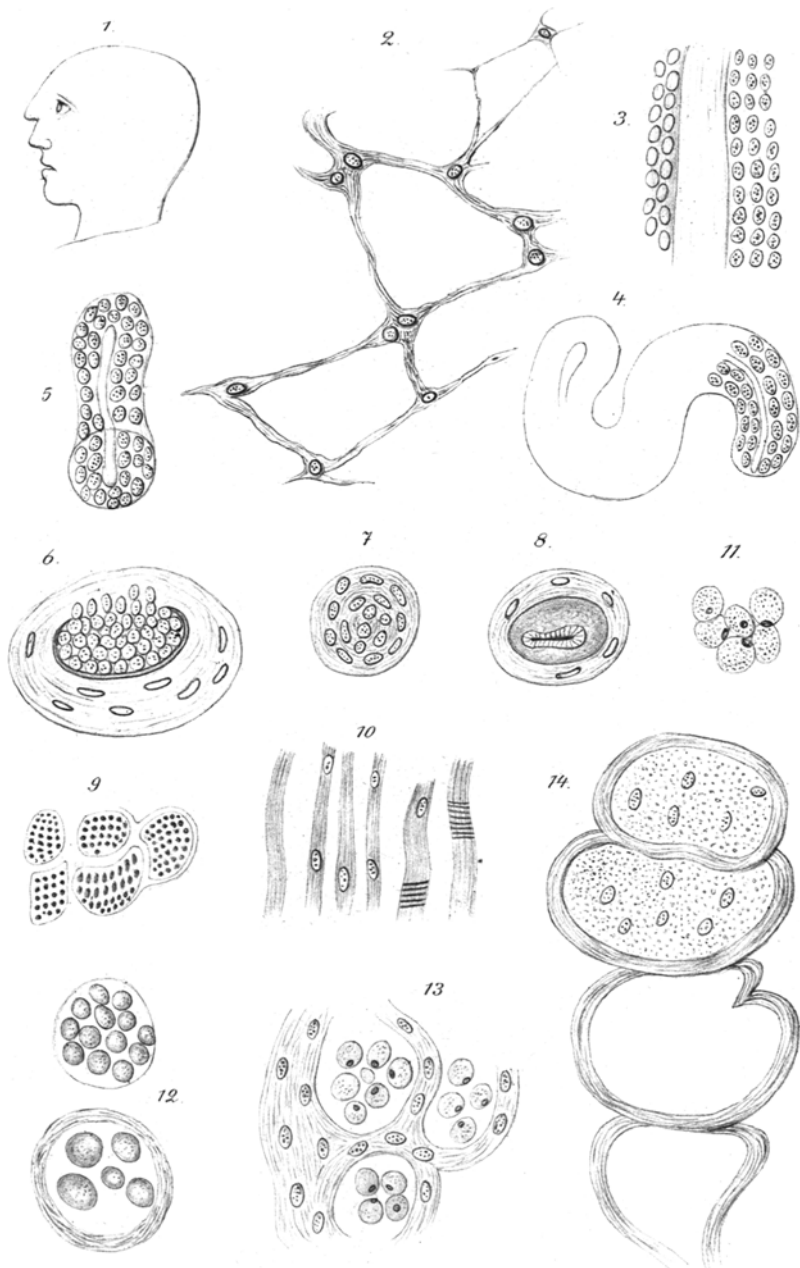
Ein Fall von congenitalem Myom an der Nasenwurzel.

Mitgetheilt von

Dr. L. Erdmann zu Doliniany bei Chotin in Bessarabien.

(Hierzu Taf. III.)

Im Herbst des vorigen Jahres wurde im Rigaschen Stadtkrankenhaus ein siebenmonatlicher Säugling mit folgender angeborener Missbildung von seinen Eltern zur Operation präsentirt. Gerade auf der Nasenwurzel zeigte sich ein weicher, von der gewöhnlichen Haut überdeckter Auswuchs, welcher die Gestalt einer zweiten, über der eigentlichen aufgesetzten Nase hatte, deren Rücken genau in der Verlängerung der Stirn lag. Das Ganze hatte das Ansehen einer zweistöckigen Nase, wie es die Profilzeichnung (Fig. 1) veranschaulichen soll. — Es wurde an Bucephalocele oder Meningocele gedacht, jedoch die Geschwulst liess sich bei Druck nicht verkleinern und es stellten sich auch hierbei keine Gehirnerscheinungen ein, so dass Dr. v. Engelhardt sich zur Operation entschloss, welche von den Eltern des Kindes dringend gewünscht wurde, trotzdem dass ihnen der mögliche schlechte Ausgang vorgestellt worden war. Die Geschwulst wurde durch zwei seitliche Schnitte begrenzt, bis zu einer mässigen Tiefe exstirpirt, um nicht die Dura mater zu verletzen, die mässige Blutung leicht gestillt, es wurden Nähte angelegt, die nun in der Verlängerung des Nasenrückens verliefen, und die Eltern aufgefordert, mit dem Kinde wiederzukommen, falls es leben sollte, damit die Nähte entfernt werden könnten. Sie sind jedoch später nicht wiedergekommen, weshalb anzunehmen ist, dass das Kind die Operation nicht überstanden hat. — Das exstirpirt Stück zeigte unter einer normalen Oberhaut eine mehr homogene Masse von der Farbe und der Consistenz eines Muskels. Zur Bestimmung seiner Natur wurde es in Alkohol erhärtet und hierauf von mir mikroskopisch untersucht. — Ich muss jedoch die Bitte um Nachsicht wegen der Unvollständigkeit und Lückenhaftigkeit meiner Untersuchung vorausschicken, die ich wegen meiner anderweitigen ärztlichen Berufspflichten verhältnissmässig kurze Zeit bloß habe durchführen und später, als mehr Musse war, nicht habe wieder aufnehmen können, weil mir das Präparat unterdessen abhanden kam. Trotzdem wollte ich den recht interessanten Fall dem medicinischen Publikum nicht ganz vorenthalten und so ist denn das folgende Aphorisma zu Stande gekommen.



Zweierlei fiel dem bewaffneten Auge sofort auf: Erstens eine Menge nach allen Richtungen sich durchkreuzender Bündel von quergestreiften Muskelfasern und zweitens eine Menge neugebildeter und in der Entwicklung zu lymphkörperförmigen Gebilden begriffener Kerne, sowie eine Menge dieser letzteren selbst. Es war keine Frage: das Bindegewebe und seine zelligen Elemente, welche ja den Ausgangspunkt zu den verschiedenartigsten Neubildungen abgaben, waren in Aufruhr gerathen. Fig. 2 soll ein solches proliferirendes Bindegewebsnetz zeigen. — Wohin soll sich aber dieser Aufruhr wenden? Bekanntlich sind ja die wuchernden Bindegewebskörperchen Proteusgestalten, die ihre wahre Physiognomie erst weiterhin zu erkennen geben. Am natürlichsten erscheint es, sie zu jenen oben erwähnten, in die Augen fallenden quergestreiften Muskelfasern in Beziehung zu setzen. Gehören also diese zu den bereits bestehenden *Musculus frontalis*, oder sind sie neugebildet, sind sie die Bestandtheile eines Myoms? Zur Entscheidung dieser Frage haben wir nun Uebergangsformen von jenen lymphoiden Zellen bis zur vollendeten Muskelfaser aufzusuchen. Gelingt es uns nicht, in zureichender Weise die Bestimmung des massenhaften Aufgebots dieser Zellen darzuthun, so bleibt uns noch ein Weg offen. Wir haben nämlich die mikroskopische Diagnose *per exclusionem* zu vervollständigen.

Die proliferirenden Bindegewebskörperchen verlassen ihren indifferenten Standpunkt erst damit, dass sie sich in bestimmter Weise gruppiren. In meinem Präparat fand ich die Anordnung derselben auf mannigfache Weise ausgeführt. Ich fand sie entweder zu Säulen für sich, oder um gerade Kanäle im Bindegewebe (Fig. 3) angeordnet. Andererseits aber zeigten sich diese Säulen sehr oft von einer Scheide aus Bindegewebe umschlossen, dessen Kerne sich in Wucherung befanden. Fig. 6 präsentirt diese letztere Anordnung vollständig ausgeführt, Fig. 7 aber erst in der Ausführung begriffen. Ferner fand ich sie innerhalb schlauchförmiger, länglicher Körper (Drüsen doch?) um einen in der Längsachse derselben verlaufenden Kanal gelagert (Fig. 4 u. Fig. 5). Ich sah auch diese Körper im Querdurchschnitt, sah den centralen Kanal und wuchernde Kerne in den Wandungen (Fig. 8). — Bis so weit, d. h. bis zu ihrer so eben geschilderten Gruppierung habe ich die lymphoiden Gebilde verfolgen, ihre weitere Transformation jedoch nicht beobachten können. Es gilt nun, von der anderen Seite, also von den quergestreiften Muskelfasern her Uebergänge zu ermitteln, um so Muskel und proliferirende Bindegewebskörperchen einander mehr zu nähern und das Myom zu Stande zu bringen.

Ich sah neben den vollständig ausgebildeten Muskelfasern mit Längs- und Querstreifung andere, denen diese abging, die aber durch Form, Färbung, Anordnung und stellenweise angedeutete Streifung ihre Basengemeinschaft mit den ersteren verriethen und eine niedrigere Entwicklungsstufe dieser sein mussten. Solche verschiedenen Fasern zeigt z. B. Fig. 9. In Fig. 10 sehen wir Querschnitte von der Länge nach gestreiften Fasern, in Fig. 11 dasselbe etwas undeutlicher an Fasern von geringerer Breite. Hier bemerken wir auch die Muskelkerne. Fig. 12 zeigt dagegen Querschnitte von Fasern ohne Längsstreifung, zeigt aber diese von einer Scheide umgeben, von einer ähnlichen, wie die der säulenförmig angeordneten lymphoiden Zellen (Fig. 6 u. Fig. 7). Es liegt nun der Schluss nahe, dass sich diese innerhalb ihrer Scheiden, oder auch ohne solche, in jene homogenen Fasern

umgewandelt haben, die uns als die Vorstufe der quergestreiften Muskelfaser erschienen sind. Fig. 13 zeigt uns auch ein Bild, in welchem sich Querschnitte von Muskelfasern in den Alveolen (d. h. quer durchschnittenen Kanälen) des Bindegewebes darstellen, dessen Kerne (als ein memento gleichsam an den Ursprung des Alveoleninhalts) sich gerade in der Wucherung befinden. Dieses Bild erinnert auf den ersten Blick an dasjenige des Carcinoms, doch bei näherer Betrachtung zeigt es sich, dass wir in den Maschen des Netzes keine Zellen vor uns haben, nicht die Zellen mit grossem deutlichem Kern, mit granulirtem Inhalt, sondern homogene, gelblich glänzende Scheibchen mit den kleinen Muskelkörperchen an ihrem Rande.

Nach unserer Combination wäre also die Entwicklung des Myoms — denn mit einem solchen haben wir es nach dem Gesagten in Wirklichkeit zu thun — kurz folgende: die Bindegewebskörperchen proliferiren, wandeln sich zu den bekannten lymphoiden Gebilden mit unbestimmbarer Zukunft um, gruppiren sich sodann zu Säulen, die von bindegewebiger, in Proliferation begriffener Hülle umgeben werden, sei es dass diese lediglich durch einen activen Vorgang von Seiten des um jene Säulen in einem gewissen Reizzustande befindlichen Bindegewebes zu Stande kommt, oder auch dass sie mit dadurch bedingt wird, dass die anwachsenden Säulen zu ihrer geeigneten Ausdehnung gerade die im Bindegewebe schon präexistirenden feinen Spalten und Kanäle aufsuchen und auseinanderdrängen. Solche präexistirenden Kanäle stellen nun auch die Drüsen dar, so dass gerade von ihnen aus und innerhalb derselben sich die zur Darstellung von Muskelfasern hauptsächlich in die Länge arbeitenden Elemente am leichtesten ausbilden mögen. Weiterhin zerfallen die Säulen mit den lymphoiden Zellen in homogene Fasern und diese werden durch hinzutretende Längs- und Querstreifung in die vollendeten Muskelfasern umgewandelt. — Wie aber geschieht diese Zerlegung, diese Umwandlung der Säulen? Diesen Punkt eben habe ich nicht genügend untersuchen können aus den oben angeführten Gründen und kann daher in Bezug auf ihn blos eine unmaassgebliche Muthmaassung äussern, um die angestrebte Kette zwischen Muskelfaser und Bindegewebskern, freilich durch einen schwachen Faden zu schliessen.

Die Ansichten in Bezug auf die Entwicklung der Muskelfaser gehen bekanntlich auseinander und zwar meinen die Einen, sie entstünde durch Aneinanderlagerung der embryonalen Zelle, Resorption der Zwischenwände und Umwandlung des Zelleninhalts in den Muskelinhalt, der Zellkerne in die Muskelkörperchen; die Anderen, sie entstünde aus der Intercellularsubstanz jener Zellen durch Umwandlung der ersteren in gestreifte Muskelsubstanz und der letzteren in ihrer Totalität in die entsprechenden Muskelkörperchen (Deiters). Ich meine nun, dass in unserem Myom das letztere der Fall ist. Wäre nämlich der erste Modus anzunehmen, so müssten ja in den lymphkörperförmigen, indifferenten Gebilden Kerne vorhanden sein, welche sich in die Muskelkörperchen umwandeln könnten. Solche Kerne habe ich jedoch nicht beobachtet. Zweitens scheint mir das Bild in Fig. 14 für die letztere Ansicht zu sprechen. Man sieht in demselben Ringe von Bindegewebsfasern und innerhalb dieser einzelne wenige lymphoide Zellen in einer hellen, punctirt erscheinenden Masse. Die Ringe glaube ich nun auf Querschnitte der oben besprochenen Scheiden um die Säulen von proliferirten Kernen, die wenigen Zellen innerhalb dieser Ringe (meiner Meinung nach ist zum Begriff der Zelle ein

Kern nicht nothwendig) auf Reste von den Säulen und die punctirte Masse auf ein Product einer regressiven Zellenmetamorphose beziehen zu dürfen, der ja pathologische Zellenanhäufungen immer anheimfallen. Das Genauere über diese regressive Metamorphose, welcher also der neugebildete quergestreifte Muskel seine Entstehung zu verdanken hat, kann ich nicht angehen. Es ist jedoch hierüber in mir folgende Auffassung aufgekommen: Ein Theil der Zellenneubildung zerfällt, da den massenhaften Zellen das Ernährungsmaterial zu einer souveränen Existenz abgeht, zerfällt und liefert hierdurch die nöthige Intercellularsubstanz und die nöthige Ernährungsflüssigkeit für den Rest der Zellen, die sich zu Muskelkörperchen ausbilden, während die Intercellularsubstanz durch den entsprechenden Prozess sich zur quergestreiften Muskelsubstanz umwandelt.

Wie ich oben gesagt habe, kann die mikroskopische Diagnose noch durch Exclusion anderer Deutungen des vorliegenden Befundes unterstützt werden. Ich habe bereits vom Carcinom gesprochen und dieses zurückgewiesen. Man könnte nun auch die vorgefundenen Zellenanhäufungen auf ein Sarcom beziehen. Im Drüsensarcom, z. B. im Sarcom der Mammae, findet man die Drüsengänge von zelligen Gebilden angefüllt, was ein Bild gibt, wie es ungefähr Fig. 4 zeigt. Es nehmen sich jedoch diese zelligen Gebilde ganz anders aus; sie sind grösser, besitzen grosse, deutliche Kerne und eine mannigfaltigere Gestalt, als die lymphkörperförmigen Bildungen in dem vorliegenden Präparate. Man könnte ferner an eine lymphatische Neubildung sui generis erinnern, doch eine solche lässt sich meiner Meinung nach nur dann statuiren, wenn sich für Ansammlungen von lymphkörperähnlichen Elementen keine Momente auffinden lassen, die auf eine besondere Bestimmung dieser Elemente hinweisen. In unserem Falle aber haben wir eine solche in dem entgegenkommenden Verhalten der Muskelfasern kennen gelernt. Es verhält sich eben die Diagnose der lymphatischen Neubildung wie die der rheumatischen Peritonitis etwa. Man nimmt sie an, wenn sich die anderen Formen ausschliessen lassen. Es bleibt demnach beim Myom.

Zum Schlusse muss ich bitten, folgende Bemerkung nicht als überflüssig zu betrachten. Es wird nämlich in der letzten Zeit viel Werth auf die Abbildungen gelegt, welche die medicinischen Arbeiten begleiten, und man ist allzu geneigt, an ihnen eine regelrechte Kunstkritik zu üben, wie ich dieses z. B. den Illustrationen, welche meiner Inaugural-Dissertation¹⁾ beigegeben sind, bei der Promotion passiren sehen musste. Die daselbst entwickelten Talente habe ich nun auf bessarabischer Steppe auszubilden keine Gelegenheit gehabt, wie man sich davon überzeugen wird; trotzdem jedoch trete ich mit denselben nochmals vor die Oeffentlichkeit, indem ich der Ansicht bin, dass eine Kunstkritik für Abbildungen in wissenschaftlichen Arbeiten überhaupt gar keine Berechtigung hat und, was dem Zwecke einer jeden Kritik entgegen wäre, mehr Schaden als Nutzen stiften könnte, weil sie jedenfalls doch wünschenswerthe Versuche, die Beschreibung durch Abbildungen anschaulicher und verständlicher zu machen, die getrennten Theile derselben zu einem einheitlichen und übersichtlichen Bilde zusammenzufassen, unterdrücken dürfte. Die Kritik

¹⁾ L. C. Erdmann, Beobachtungen über die Resorptionswege in der Schleimhaut des Dünndarms. Dorpat, 1867.

hat für wissenschaftliche Leistungen nur einen Maassstab, den der angestrebten Wahrheit, die Kritik der wissenschaftlichen Zeichnungen darf daher, wenn sie nicht ausarten soll, nur darauf Rücksicht nehmen, ob durch diese die Formen, Beziehungen und Verhältnisse richtig und der Beschreibung gemäss wiedergegeben sind, oder nicht. Alles Andere mag wünschenswerth sein, kann aber nicht von Allen gefordert werden, da die feinere Zeichnenkunst keine allgemeine Gabe der Menschheit ist.

Es möge mir endlich nachgesehen werden, dass ich die einschlägige Literatur gar nicht berücksichtigt habe, da ich sie mir in meinem von der medicinischen Civilisation so entlegenen Wohnort nicht habe beschaffen können. Ich habe gesprochen mit der Stimme des Predigers in der Wüste.

2.

Cancroid der Taschen- und Stimmbänder, sowie der Morgagni'schen Taschen bei einem dreijährigen Knaben.

Mitgetheilt von Dr. H. Rehn in Hanau.

(Hierzu Taf. IV.)

Gelegentlich eines Besuchs in der Armenpraxis bemerkte ich in der Ecke eines Sopha's, wenn man anders das Möbel, dessen architectonische Formen und Verkleidung unter der Wucht mindestens einer, wenn nicht mehrer Generationen stark geschädigt waren, noch so nennen konnte, ein schlafendes Kind mit rundem vollem Gesicht, dem unter schweren Athemzügen der Schweiß auf der Stirn perlte. Als ich näher trat, machte mir das Kind — ein Knabe — den Eindruck eines in hohem Grade Croupkranken; es war offenbar eine beträchtliche Larynxstenose vorhanden. Auf mein Befragen erklärte mir die mittlerweile in's Zimmer getretene Mutter, dass das Kind schon sehr lange an Heiserkeit leide, dass sie selbst schon wiederholt in hiesiger Poliklinik Hülfe gesucht, ohne dass sich der Zustand gebessert habe, im Gegentheil sei in den letzten Wochen eine bedeutende Verschlimmerung aufgetreten, die Heiserkeit habe sich bis zur Stimmlosigkeit gesteigert und es seien zur Nachtzeit Erstickungsanfälle aufgetreten, in Folge deren das Kind die Nacht im Bette sitzend zubrächte und Decke und alles Beengende von sich werfe. Der Puls des Kleinen war dünn und frequent, Cyanose des Gesichts nicht vorhanden; bei dem Versuch einer Halsuntersuchung wachte das Kind auf und gerieth sofort in eine bedrohliche Angst und Erregung, aus der es nur mein entschiedenes Zurückweichen befreite. Die Mutter referirte mir nun speciell, dass das Kind über zwei Jahre lang heiser sei, erst nur periodisch, dann continuirlich, dass seit etwa 1½ Jahren zeitweise Kurzathmigkeit bestehe, welche ebenfalls seit 4—5 Monaten anhaltend vorhanden und in den letzten Wochen oft beträchtlich gewesen sei. Als Ursache bezeichnet dieselbe Vernachlässigung und Verkühlung des Kindes in der Pflege während seines ersten Lebensjahres, indem sie genöthigt gewesen war, das-