

XX.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Peritoneale Metastasen eines Eierstocksdermoids und eines Beckensareoms.

Von Dr. Kolaczek,

Privatdocent und Secundärarzt der königl. chirurg. Klinik in Breslau.

Unter den echten Geschwülsten ist es bekanntlich vor Allem der Krebs, der unter dem Bilde einer Peritonitis zahlreiche knotige Metastasen am Bauchfell macht. Eine sarcomatöse Peritonitis dürfte schon zu den Seltenheiten gehören, weshalb ich diese Gelegenheit benütze, um an zweiter Stelle über eine solche zu berichten.

Zunächst aber erlaube ich mir durch ein kurzes Referat das bisher vielleicht noch nie beobachtete Vorkommniss einer Peritonitis durch multiple miliare Metastasen eines Eierstocksdermoids zu constatiren und so der Vergessenheit zu entreissen.

Bei einer am 9. Sep. 1877 von Herrn Dr. Martini in Breslau unter meiner Assistenz ausgeführten Ovariotomie fielen mir nach Abfluss des bedeutenden serösen Exsudats an dem Parietal-, sowie vornehmlich am Visceralblatte des Bauchfells zahlreiche, bis nahezu linsengrosse, leicht gelbliche Knötchen in die Augen, die gleich den miliaren Tuberkeln auf einem intensiv injizirten Grunde sassen. Da bis zur Operation nicht das geringste Verdachtsmoment für eine Tuberculose des Bauchfells sprach, so prüfte ich den überraschenden Befund, soweit es die Umstände erlaubten, etwas näher und entdeckte in vielen dieser Knötchen inmitten ein feines, bis 1 Cm. langes, lichtes Wollhaar, das frei in die Bauchhöhle hineinragte. Ich extrahierte einige dieser Härchen, und konnte sie als solche mikroskopisch vollständig bestätigen. Die fast mannskopfgrosse dickwandige Cyste selbst, hatte eine platte, von den erwähnten Knötchen ganz freie Oberfläche, in der Mitte aber enthielt sie in einem über faustgrossen Hohlraume ein ebenso grosses Convolut in dichter Talgmasse eingebetteter aschfarbiger langer Haare. Im Uebrigen unterschied sich der Tumor von den gewöhnlichen Dermoidcysten nicht wesentlich. — Die Patientin war eine 45jährige Jungfrau, die erst in den letzten sieben Jahren eine zunehmende Schwellung ihres Unterleibes wahrgenommen hatte.

Am 5. Juli d. J. bemerkte ich bei Gelegenheit einer von demselben Herrn Collegen wegen eines Beckentumors ausgeführten Laparotomie bei einer Frau von 33 Jahren auf dem Bauchfelle eine Anzahl kleiner, bis erbsengrosser Geschwülste von papillarer Form und oft himbeerartigem Aussehen der Oberfläche. Da der Beckentumor ringsum dicht und fest verlöthet war, so liess sich nach Spaltung seiner peritonealen Decken nur ein Theil davon entfernen, wobei er sich als aus mul-

tiplen kleinen Cysten bestehend erwies. Die Schnittränder des serösen Geschwulst-überzuges wurden mit den Wundrändern der Bauchwand innig vereinigt und so ein leichter Abfluss der Höhlensecrete geschaffen. Trotzdem trat nach fünf Tagen der Tod ein. Herr College Martini hatte die Güte, von der nur sehr beschränkt zugelassenen Autopsie einen Theil der Geschwulstwand im Zusammenhange mit einem Stück der Harnblase mir zuzustellen. In das Lumen derselben ragten nehmlich von der hintern Wand zwei, an dünnen Stiele sitzende, polypös-papillare Tumoren hervor, der eine fast wallnuss-, der andere kleinhäselnussgross. Der Harnblasenwand selbst, die übrigens von der Geschwulstwand nicht zu differenziren war, fanden sich ähnliche kleine Geschwülste eingelagert, anscheinend frei in Hohlräumen, bei genauerem Zusehen aber auch festgestellt. Der Ausgangspunkt der Neubildung im Becken konnte nicht genau festgestellt werden. — Die beiden Harnblasentumoren, deren Stiele ungefähr stricknadeldick waren, stellten exquisite Fälle eines Papilloma arborescens telangiectaticum vor. Mikroskopisch entsprachen sie etwa einem Spindelzellsarcom; nur in den äussersten Ausläufern der Neubildung waren die oft mehrfachen Schlingen der weiten Capillaren von Rundzellen eingehüllt. Einen merkwürdigen Befund bildeten an vielen Stellen besonders nahe der Oberfläche eingelagerte Kalkconcremente, oft mit deutlicher Anordnung um Blutgefässer herum. Nicht selten zeigten die grösseren Concremente eine concentrische Schichtung und glichen vollständig den Sandkörnern der Psammome. Dieselben Kalkniederschläge fanden sich in Form eines parallel der Innenfläche der Geschwulstcysten verlaufenden und unmittelbar unter ihr gelegenen schmalen Bandes. Stellenweise zeigte die Innenwand der Cysten die Neigung papillär auszuwuchern. Solche Proliferationsstellen verrieten sich im Beginne des Prozesses durch sehr dicht gruppierte, weite Gefässe von sonst capillarem Charakter und geringer perivasculärer Zellenwucherung. Die in der verschmolzenen Cysten- und Harnblasenwand in den Spalten gelegenen Tumoren haben sich allem Anscheine nach innerhalb ursprünglicher Gefäßlumina, also intracanaliculär, entwickelt. Dafür sprach wenigstens das Vorkommen cystisch erweiterter venöser Gefäßlumina innerhalb der Wand, in welche das perivasculäre Bindegewebe papillär hineinzuwuchern anfing. Die intramuralen Geschwülste, wenn sie so genannt werden dürfen, glichen in jeder Beziehung ganz und gar den schon beschriebenen Blasenhöhlentumoren, so dass mit aller Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass auch die papillären Wucherungen auf dem Bauchfelle von derselben Beschaffenheit sein werden.

Obgleich die Ueberschrift dieses kleinen Aufsatzes beiden Geschwülsten einen metastatischen Charakter zugesichert hat, so erscheint es mir wenigstens schwer, über den metastatischen Vorgang bei denselben mir eine bestimmte Vorstellung zu machen. Denn die für multiple Peritonaealgeschwülste sonst begründete Annahme eines Seminium lässt uns bei dem Dermoid ganz im Stich, weil der primäre Tumor mit einer ganz glatten, unschuldigen, jeden Samens entbehrenden Oberfläche in die Bauchhöhle hineinblickte. Ebensowenig wahrscheinlich dürfte ein Transport von Dermoidkeimen durch Gefässe und Ablagerung derselben grade an der Oberfläche des Bauchfells sein. Sollte nicht vielmehr dieses gleichzeitig mit dem Eierstock im embryonalen Leben von einem Fehler primae formationis betroffen und mit den Keimen wirklicher Deckepithelen durchsetzt worden sein?

Auch für die zweite Geschwulst erscheinen mir die üblichen, auf eine Metastase hinzielenden Erklärungsgründe nicht so zutreffend, wie die Vorstellung, dass das Bindegewebe eines ganzen Territoriums unter dem unbekannten, geschwulsterzeugenden Einflusse die Neigung gewann, die dasselbe bedeckenden endothelialen Flächen gewisser Hohlräume papillär in das Lumen vorzudrängen. Findet sich doch auch die Körperoberfläche nicht so selten mit multiplen, meist gutartigen Tumoren besetzt, ohne dass man ein Recht hätte, in einem solchen Falle von Metastasen zu reden.

2.

Sensibilität der Schädelnähte.

Von Dr. M. Fraenkel,
Director der Landes-Irrenanstalt bei Bernburg.

Gelegentlich der Untersuchungen und Messungen an den Köpfen geistesgestörter Individuen, welche in die Irrenanstalt aufgenommen wurden, desgleichen bei Geistesgesunden stiess ich schon vor Jahren auf eine Thatsache, welche wenig oder gar nicht bekannt, um der aus ihr herzuleitenden Folgerungen willen wohl beachtenswerth erscheint. Ich fand nehmlich, dass die Kopfhaut über den Nähten empfindlicher sich verhielt als die an den Flächen und Vorsprüngen der Schädelknochen, oder vielmehr, wie sich später herausstellte, dass die Nahtverbindung eine höhere Sensibilität besitzt, als die übrigen Knochentheile.

Es ist das namentlich an der Stelle der Fall und leicht zu ermitteln, wo die Kraoznaht mit der Pfeilnaht zusammenstösst. Um sich von der Richtigkeit der Sache zu überzeugen bedarf es nur des Einsetzens eines Fingernagels, mit dem man über die unbehaarte Stirnhaut hinweg aufwärts gegen die meist vertiefte Gegend der ehemaligen grossen Fontanelle (das Bregma) streicht.

Empfindet man dabei unterhalb fast nur die Berührung, so meint man einen Schnitt wahrzunehmen, sobald die genannte Stelle getroffen wird. Setzt man statt des Nagels die Fingerspitze mit auch nur gering verstärktem Drucke ein, so zeigt sich eine Art dumpfen betäubenden Schmerzgefühls, das nach allen Richtungen der nächsten Umgebung ausstrahlt. Beide Experimente gelingen, und zwar an allen erreichbaren Nähten des Schädels, am besten bei jungen und bei sensibleren Individuen, seltener oder gar nicht bei Greisen, wahrscheinlich in Folge des theilweisen oder gänzlichen Verstreichens der Nähte. Am Empfindlichsten scheinen die Nähte in der Gegend der ehemaligen Fontanellen zu sein, nicht allein der grossen, sondern auch der kleinen und Seitenfontanellen. Bei Individuen, die an Hyperästhesie leiden, ist der Druck auf diese Stellen so schmerhaft, dass man den Zustand als Raphalgia craniī bezeichnen könnte. Untersucht man Säufer, die bekanntlich häufig an Hyper- und Parästhesien der Haut leiden, in dieser Richtung, so erkennt man den Grad der Hyperästhesie mittelst eines Fingerdrückes auf den Kopf leichter als durch eine andere Methode. So befindet sich gegenwärtig bei mir ein 40jähriger Schmiedegesell in Behandlung, ein exquisiter Potator von colossalem Knochengerüst