

3.

Seltene Sectionsbefunde.

(Aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors.)

Von Dr. Rud. Kolster.

Docenten für pathologische Anatomie in Helsingfors (Finnland).

(Hierzu Taf. VIII.)

In letzter Zeit habe ich bei den von mir im hiesigen pathologischen Institut geleiteten Sectionsübungen Gelegenheit gehabt, eine Reihe seltenerer Befunde zu erheben, die einer Veröffentlichung werth erscheinen. Der Raum-Ersparniss halber theile ich aus den Sectionsprotokollen nur das Bezügliche mit und aus den Krankengeschichten ebenfalls nur das, was von Interesse ist. Da die Reflexionen sich von selber ergeben, brauche ich auch hier nicht weitläufig zu werden.

Fall I. Totale Querruptur der Aorta ascendens (Fig. 1) $\frac{2}{3}$ der natürlichen Grösse.

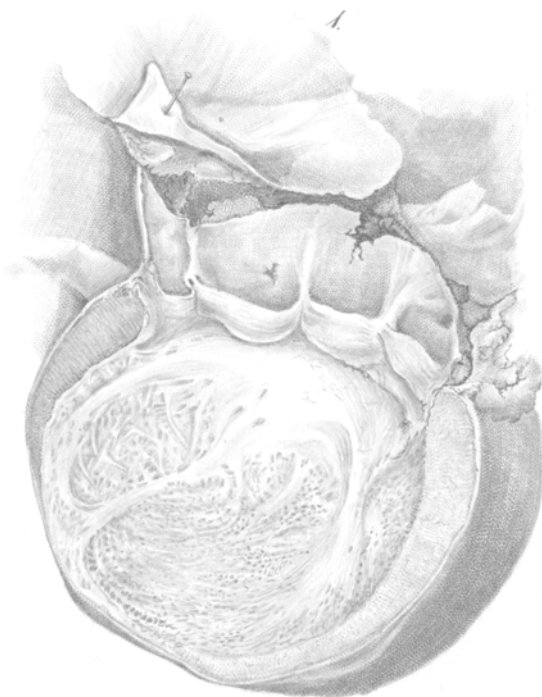
J. P. T. Bauer, 53 Jahr. alt. In die medicinische Klinik aufgenommen am 23 September 1896, gestorben am 6. Oktober 1896. Klinische Diagnose: Nephritis chr. Hypertrophia cordis. Pat., der sich Abends noch relativ wohl befunden, starb in der Nacht im Bett.

Auszug aus dem Sectionsprotokoll.

Bei Eröffnung der Brusthöhle liegt ein erweiterter, von den Lungen in ganzer Ausdehnung unbedeckt gelassener und mit dunkel durchschimmernder Flüssigkeit prall gefüllter Pericardialsack vor. Beim Zurückklappen der freien medialen Lungenränder findet man eine tiefblaue Verfärbung der dem Hilus angrenzenden Theile, auch ist das lockere Gewebe der unteren Halsgegend blauroth und geschwollen.

Die vordere Pericardialwand ist frei von Fett. Bei Eröffnung derselben findet sich der Pericardialraum mit dunklem, flüssigem Blut erfüllt, einzelne kleine Coagula sind nachweisbar. Die vorsichtig ausgeschöpfte Blutmenge beträgt etwas mehr als ein Liter.

Nach Entleerung des Blutes zeigt sich die vordere Herzwand intact, aber eine an der Herzbasis beginnende, bedeutende Anschwellung des die grossen Gefässe begleitenden, adventitiellen Gewebes. Diese Anschwellung ist von ziemlich fester Consistenz und tiefblauer Farbe. Da aus diesem Thatbestande sofort auf eine Ruptur, wahrscheinlich der Aorta, geschlossen werden konnte, die innerhalb des Pericardialraumes, wenigstens theilweise, liegen musste, wurde von den gewöhnlichen Herzschnitten „in situ“ abgesehen. Die grossen Gefässe wurden vorsichtig an der pericardialen Seite durchtrennt, hierbei jegliche Zerrung vermieden; das Herz nebst anhängenden Gefässen heil aus dem Körper entfernt. (Bei der Vorsicht,



die hierbei entfaltet wurde, ist jegliche künstliche Vergrösserung der später aufgefundenen Ruptur mit Sicherheit auszuschliessen). Die grossen Gefässe wurden alsdann mit der Scheere geöffnet und erst darauf die Herzschnitte gemacht.

Nach dieser Abschweifung, welche die, diesmal von der gewöhnlichen Technik abweichende Section des Herzens anbetrifft, gehe ich zur Beschreibung des Befundes wieder über.

Das Herz ist 14 cm lang, 13,5 cm breit. Beide Herzhälften enthalten reichliche Mengen theilweise geronnenen Blutes.

Die rechte Atrioventricular-Oeffnung lässt 3 Finger passiren. Die Klappen sind beinahe in ganzer Ausdehnung verdickt. Die Pulmonalklappen dünn und glatt, dagegen in der Intima der Pulmonalis atheromatöse Flecken.

Die linke Atrioventricular-Oeffnung für 3 Finger offen. Die Basis und der freie Rand der entsprechenden Klappen sklerosirt. Die Aortaklappen zeigen ebenfalls sehnige Verdickungen, ebensolche finden sich im Endocard der linken Herzhälfte.

Die Muskelwand der linken Herzkammer ist 2 cm dick, die der rechten 1 cm. Die Farbe der Musculatur rothbraun, mit sehnigen Flecken.

Die Herzspitze wird von beiden Herzhälften gebildet.

Die Kranzarterien verlaufen geschlängelt und zeigen, aufgeschnitten, zahlreiche gelbweisse, über die Intima prominirende Flecken.

In der Aorta finden sich ähnliche Flecke in grosser Anzahl, aber von bedeutenderer, stellenweise bis zur 10 Pfennig-Grösse. Einer derselben, 2,5 cm oberhalb des Klappenrandes zeigt einen Längsriiss von 2 cm Länge, dessen Ränder zerfetzt sind. Der Riss dringt nur durch Intima und Media. Vom oberen Ende desselben beginnt eine Querruptur der Intima und Media, welche den ganzen Umkreis der Aorta umfasst. Die Ränder sind ungefähr 1 cm von einander entfernt und deformirt, so dass es mit Schwierigkeit verknüpft ist, dieselben aneinanderzupassen. Die Adventitia ist von der Herzbasis nach oben in einer Länge von 9 cm im ganzen Umfange abgelöst. Zwischen ihr und der Media einzelne kleine Coagula.

In gleicher Höhe wie der Riss durch Aorten-Intima und Media findet sich in der losgelösten Adventitia eine 5 cm lange, von gelappten Rändern umgebene, unregelmässig geformte Querruptur.

Das adventitielle Gewebe der grossen Herzgefässe ist blutig-imbibirt und besitzt eine Dicke von ungefähr 1 cm.

In allen Arterien zeigt sich ein weit vorgeschrittener arteriosklerotischer Process.

Die Nieren zeigen die gewöhnlichen Kennzeichen der arteriosklerotischen Schrumpfnieren.

Vorliegender Fall bietet durch die grosse Ruptur, welche in Bettlage entstanden ist, ein recht grosses Interesse. Schon die Möglichkeit einer Entstehung derselben unter diesen Umständen zeigt, dass hier das Aortagewebe von ungewöhnlich herabgesetzter Festigkeit sein müsste. Die

mikroskopische Untersuchung ergab auch eine weit fortgeschrittene fettige Degeneration.

Fall II. Hochgradige Myocarditis chr. und Arteriosklerose im frühen Alter.

Dieser Fall entstammt meiner Thätigkeit als dirigirender Arzt der Wasserheilanstalt Lovisa, Finland. Aus verschiedenen Gründen konnte keine vollständige Section ausgeführt werden.

A. W., 27. Jahr alt. Kaufmann. Finland. Aufgenommen 24. Juni 1896.

Aus der Krankengeschichte sei angeführt: Erbliche Corpulenz. Mutter leidet seit Jahren an Diabetes. Bruder an Herzschlag gestorben. Pat. leidet seit 2 Jahren an Diabetes mellitus, der ihn wenig belästigt. Keine Lues. Ist grosser Sportsman gewesen und hat niemals nach körperlichen Anstrengungen Athem- oder Herzbeschwerden gehabt. Die Untersuchung ergab einen nicht ganz normalen Puls und Herzvergrösserung mit etwas abgeschwächten Herztönen. Angesichts der Corpulenz wurde die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Fettherz gestellt. Stirbt plötzlich in einigen Minuten unter Klagen über Schwindel nach einer unbedeutenden Anstrengung.

Sectionsbefund. Das Herz beinahe doppelt so gross, wie die rechte Faust. An der Vorderfläche reichlich 1 cm dicker Fettbelag. Die Coronar-Arterien stark geschlängelt. Die Klappen der rechten Seite von ungefähr normaler Weite und weicher glatter Beschaffenheit. Das linke Atrioventricular-Ostium ist für 2 Finger offen. Beim Einschnitt in die linke Herzkammer wollte das Messer erst gar nicht eindringen, sondern that dies erst nach Anwendung stärkerer Gewalt unter kreischendem Geräusch. Die endocardiale Seite gab eine ungeahnte Erklärung. Das ganze Innere der linken Herzkammer zeigte eine grauweisse Verfärbung. Normale Muskelfarbe nirgends. Die ganze Herzkammer war mit einem bis zu 6, aber an keinem der verschiedenen zahlreichen Einschnitte unter 3 mm dicken schwieligen Gewebe ausgepanzert. Die Festigkeit der nicht ungewöhnlich dicken Herzwand war so gross, dass das Herz, auf die Basis gestellt, stehen blieb. Der Umfang der Mitralis starr, die Klappen in geringem Grade sklerosirt. Die Aortaklappen waren glatt. Im Anfang der Aorta wenige, aber grosse, weissliche, über die Intima prominirende Flecke.

Die aufgeschnittenen Kranzarterien ergaben denselben Befund.

In der Musculatur der rechten Herzhälfte einzelne gelbliche Flecke.

Ist schon an und für sich eine so weit vorgeschrittene chronische Myocarditis eine Seltenheit, so ist dieselbe es umsomehr bei einem so jungen Manne. Noch eigenthümlicher ist es, dass dieselbe so wenig Beschwerden gemacht hat. Einige Wochen vor seinem Tode hat derselbe per Velociped einen Weg von 26 km zurückgelegt, der durch seine vielfachen steilen Hügel als einer der schwersten hier zu Lande gilt, wo doch ebene Wege nur in wenigen Gegenden anzutreffen sind.

Auch die Aetiologie ist in diesem Falle zu beachten. Lues kann ab-

solut ausgeschlossen werden, wenigstens erworbene. Von hereditärer ist nichts bekannt. Streng gelebt hat Pat. nicht, aber auch nicht so, dass Alkohol als Ursache angenommen werden könnte. Es bleibt nur die seit 2 Jahren bestehende Zuckerharnruhr zurück, die auch bei der Mutter anzutreffen ist.

Fall III. Congenitale Missbildung des Coecum und des Blinddarmes. (Hierzu Taf. VII. Fig. 2 in halber nat. Grösse.)

Diese Beobachtung wurde als Nebenfund bei einem 18jährigen Mädchen erhoben, welches wegen Lungenschwindsucht in die medicinische Klinik aufgenommen gewesen war.

Bei der Section wurden hochgradige tuberculöse Zerstörungen in den Lungen gefunden. In den übrigen Organen keine Tuberkel.

Als der Darm herausgenommen wurde, liess sich kein Wurmfortsatz nachweisen. Ebenso fehlte der normaler Weise vorhandene Winkel zwischen Ileum und Colon. Das letztere war die direkte Fortsetzung des ersteren und bildeten beide zusammen ein gerades Rohr, an welchem der Anfang des Colon sich nur durch eine grössere Weite kennzeichnete.

An diesem Uebergangsstück finden sich auf der äusseren Seite 5 derbe kurze Stränge, welche mit der Colonwand fest verwachsen sind.

Am aufgeschnittenen Darm lässt sich keine Valvula coli nachweisen, dagegen finden sich, eben bevor die Erweiterung des Colon beginnt, im Ende des Ileum einige Oeffnungen, welche in seichte Höhlen führen. Die grösste derselben war ungefähr 10 Pfenniggross. In derselben ist ein Trabekulargewebe zu finden, welches frei liegt. Die eingeführte Sonde lässt sich unter den Trabekeln hindurchführen. Die Höhlen sind mit Schleimhaut ausgekleidet.

Bei genauer Untersuchung mit der Sonde lässt sich nachweisen, dass die verschiedenen tieferen Ausbuchtungen der Höhlen den aussen wahrgenommenen Strängen entsprechen und in dieselben einige Millimeter eindringen.

Ein Analogon zu vorstehender Beobachtung habe ich in der mir zugänglichen Literatur nicht gefunden. Dass diese Missbildung congenitaler Natur sein muss, erscheint zweifellos; wodurch und wie dieselbe entstanden ist, lässt sich aber wohl nur schwierig sagen.

Fall IV. Mediastinaltumor als Metastase eines Rundzellensarcoms der Epididymis.

Vorliegender Fall entstammt einem 52jährigen Bauern, welcher sich wegen hochgradiger Athmungsbeschwerden in die medicinische Klinik aufnehmen liess. Die hier gestellte Diagnose war Tumor malignus mediastini, Metastases pleurae et periton. Section am 2. December 1896.

Aus dem Sectionsprotokoll führe ich Folgendes an.

Aeltere, männliche Leiche, von kräftigem Knochenbau und starker Muskulatur und einer geringen Menge von Panniculus adiposus subcutaneus. Die Haut blass, mit dunklen Todtenflecken auf der Rückenseite. Todtenstarre nur an den unteren Extremitäten deutlich, welche angeschwollen sind.

Die Pupillen gleich, dilatirt. Iris hellblau. Der Mund offen. Die Zunge hinter die untere Zahnreihe zurückgezogen. In der linken Fossa supraclavicularis eine feste Geschwulst von Enteneigrösse, die sich nach oben hin allmählich verliert. Der Thorax auffallend stark gewölbt. Das Rückgrat ist hier scoliotisch, mit der Concavität nach rechts, verbogen.

In der linken Inguinalregion lässt sich ein ungefähr 4 cm im Durchmesser haltender fester Strang durchfühlen, der sich in die Tiefe der Bauchhöhle verliert, aber in die linke Scrotalhälfte herabsteigt und hier mit einem grossen, festen Tumor, der diese ganze Scrotalhälfte ausfüllt, in Verbindung steht. Im unteren Theil dieses Tumors Fluctuation. Die rechte Scrotalhälfte enthält weiche Theile, die sich in die Bauchhöhle reponiren lassen.

Die weichen Schädeldecken blass. Das Cranium symmetrisch, von gewöhnlicher Dicke. Diploe vorhanden. Die Pachymeninx wenig gespannt. Die Gyri treten durch dieselbe hervor. Die inneren Meningen, welche leicht abziehbar sind, und das Gehirn blass. In den Gehirnvventrikeln einige Cubikcentimeter klarer Flüssigkeit.

Die Schilddrüse von gewöhnlicher Grösse. An der Vorderseite der Trachea erstreckt sich von der Bifurcation bis 3 cm unterhalb der Schilddrüse ein grosser fester Tumor, der mit den darunter liegenden Bronchien und Gefässen verwachsen ist. Derselbe besteht aus einzelnen Knollen. Beim Einschnitt wölbt sich die Schnittfläche hervor. Diese ist markig und gelb. Der Tumor verlängert sich an der linken Seite unter dem Sterno-cleido-mastoideus bis ungefähr 5 cm unterhalb des linken Ohres. Die Schleimhaut im Larynx und oberen Theil der Trachea blass, in der Nähe der Bifurcation leicht geröthet. Das Zwerchfell erreicht links die Höhe der sechsten Rippe, links die des sechsten Interstitiums.

Beide Lungen frei. In beiden Pleurahöhlen je ungefähr 200 ccm klarer Flüssigkeit. Auf der Oberfläche der linken Lunge zahlreiche, stecknadelkopf- bis erbsengrosse Knoten von gelber Farbe, die beim Einschnitt eine sich vorwölbende, markige, gelbliche Schnittfläche zeigen. Das Parenchym der Lunge blass, von Knoten durchsetzt, die mit den eben beschriebenen der Oberfläche übereinstimmen, allenthalben lufthaltig und von schaumigem Serum durchsetzt. Die rechte Lunge ergiebt einen ähnlichen Befund, nur fehlen die Knoten.

Im Herzbeutel eine reichliche Menge klaren Serums. Das Herz gewöhnlich gross. In den Herzhöhlen, mit Ausnahme der leeren linken Kammer, theilweise entfärbte Coagula. Die Klappen dünn. Das Herzfleisch dunkelbraun. An der Intima der Aorta gelbliche, prominirende Flecken. Die Coronar-Arterien zartwandig.

Das Peritonäum mit gelblichen Knollen, welche Haselnussgrösse erreichen, besät. Die Schnittfläche der Knollen markig und gelb.

Magen und Darm contrahirt. Im Magen zäher Schleim. Seine Schleimhaut leicht geröthet. Neben der Cardia ein bohngrosser Knoten mit markiger, gelber Schnittfläche. Der Inhalt des Darmes ist im oberen

Theil schleimig, gallig-gefärbt und besteht im unteren Theil aus halbfesten schwarzen Massen. Die Schleimhaut stellenweise geröthet.

Die Leber braun, von mittlerer Consistenz. Auf der Oberfläche einzelne stecknadelkopfgrosse, hervortretende, gelbe Knötchen. Eben solche sind auf dem Schnitt durch das Organ zu finden, aber hier bis zu Erbsengrösse. Die Textur nicht ganz deutlich. In der Gallenblase dunkle, trübe Galle.

Die Milz von gewöhnlicher Grösse, die Textur deutlich.

Beide Nieren von derber Consistenz. Die Kapseln leicht ablösbar, die Zeichnung normal. In der rechten 2 erbsengrosse Cysten mit klarem Inhalt.

In der linken Lumbalgegend ein kindskopfgrosser Tumor, der ein wenig auf die rechte Seite übergreift. Derselbe besteht aus einem Conglomerat einzelner Knollen, die beim Einschnitt über die Schnittfläche hervorquellen und aus einer markigen, gelben Masse bestehen.

Das untere Ende passirt, strangförmig verschmälert, den linken Inguinalkanal und setzt sich in den vergrösserten Nebenhoden fort. Dieser zeigt beim Einschnitt die gleiche markige Beschaffenheit. In demselben liegt der makroskopisch unveränderte Hoden eingeschlossen. Einige Centimeter oberhalb desselben findet sich am Vas deferens eine taubeneigrosse abgeschlossene Hydrocele.

Nach oben zu finden sich sowohl in der Bauch- wie Brusthöhle längs der linken Seite der Wirbelsäule einzelne ungefähr nussgrosse Knoten, die extraperitonäal und -pleural liegen und dieselbe Beschaffenheit, wie der Lumbaltumor, zeigen.

In der rechten Scrotalhälfte liegen neben dem Hoden einige Schlingen des Ileum in einem faustgrossen Bruchsack.

Die Harnblase ziemlich contrahirt, enthält eine geringe Menge klaren Harns.

Die mikroskopische Untersuchung des Hodens ergab vollkommen normale Verhältnisse.

Dagegen zeigten Schnitte aus der linken Epididymis, dass hier ein Rundzellensarkom vorlag. Auch Schnitte aus verschiedenen der oben erwähnten Knollen liessen den Bau des Rundzellensarkomes erkennen.

Es ist wohl keinem Zweifel unterworfen, dass wir hier den Ausgangspunkt der Metastasenbildung in dem Sarkom der linken Epididymis zu suchen haben und keineswegs in den Lymphosarkomen, diese vielmehr als Metastasen zu betrachten haben. Unter Anderem spricht hierfür die einseitige Ausbildung der Metastasen, die nur im Mediastinum auch Lymphdrüsen der rechten Seite mit ergriffen hatten.

Dass ein Sarkom der Epididymis zu so grossen Mediastinal-Metastasen führt, dass diese das ganze Krankheitsbild beherrschen, muss wohl als grosse Seltenheit betrachtet werden.

Fall V. Ausgedehnte Metastasen eines Sarkoms des rechten Auges.

Ein 3jähriges Kind war am 21. August 1896 in die chirurgische Klinik aufgenommen und operirt wegen eines Sarkoms des rechten Auges.

Durch letzteres war der Bulbus, wie auf einem Stiele sitzend, aus der Orbita herausgedrängt. Bald nach der Operation wurde die Diagnose auf Mitbetheiligung des Gehirns gestellt. Section am 17. November 1896.

Der Schädel symmetrisch, dünn.

Die Pachymeninx gespannt. Im Sinus sagittalis und in den basilaren Sinus reichliches, flüssiges Blut. Beim Abheben der Pachymeninx von den inneren Meningen entleert sich ziemlich viel, gelbliche Flüssigkeit. Die inneren Meningen im Allgemeinen blutreich, innerhalb derselben ein serös-eitriges Exsudat. Der rechte Lobus frontalis besteht im unteren Theil, ebenso wie der Vordertheil des Lobus temporalis, aus einem lockeren blutreichem Gewebe, welches sich durch die rechte vordere Orbitalwand in die rechte Augenhöhle fortsetzt. Innerhalb dieses Fortsatzes liegt eine stark zerfressene Knochenspanne des Orbitaldaches.

Innerhalb der Scheiden der austretenden Gehirnnerven findet sich eine lockere röthliche Gewebemasse.

Das Rückenmark, sowie seine Meningen blass. Das Rückenmark stark verdickt; stellenweise von festerer Consistenz. Beim Eröffnen der Meningen stösst man auf ein lockeres röthliches Gewebe, welches sich bis zur Cauda erstreckt und stellenweise eine Dicke von 1 cm hat. Das Rückenmark selber auf dem Querschnitt blass, von gewöhnlichem Aussehen.

Das lockere umgebende Gewebe dringt in die Scheiden der austretenden Nerven hinein und lässt sich leicht im Brachialplexus und längs dem Ischiadicus bis zum unteren Ende des Oberschenkels wahrnehmen.

Mikroskopisch erweist diese Gewebsmasse sich als kleinzelliges Sarkom.

Diese weit ausgedehnten Metastasen erregen ein besonderes Interesse speciell dadurch, dass dieselben bei solcher Ausdehnung zu keinen Compressionserscheinungen von Seiten des Rückenmarkes geführt hätten.

Fall VI. Zwei Foetus verschiedener Schwangerschaften in demselben Tubarsack.

Die 33jährige kinderlose Frau kam aus der gynäkologischen Klinik mit der Diagnose Tumor(?) abdominis, Peritonitis, Tuberculos. pulm., am 18. October 1897 zur Section.

In den Lungen wenig verbreitete tuberculöse Herde.

Das Zwerchfell rechts bis zur fünften, links bis zur vierten Rippe reichend.

Bei Inspection des Baues fällt ein grosser, blauröthlicher Tumor auf, der den ganzen unteren Bauchraum von der Symphyse bis etwas über Nabelhöhe occupirt. Mit demselben sind zahlreiche Darmschlingen fest verlöthet. Im Bauchraum reichliche Mengen fäcal vermischter brauner Flüssigkeit. Das Peritoneum glanzlos, stark geröthet und mit fibrinösem Exsudat bedeckt. Die Viscera abdominalia unter einander und mit dem Peritoneum durch schmutzig gelbe Exsudatmassen verklebt.

Die Leber ist an das Zwerchfell angewachsen. Die Consistenz schlaff, die Farbe blassbraun, die Schnittfläche glatt. Die Textur verschwommen. In ihrer Blase reichlich grüne Galle.

Die Milz ist 14 cm lang, 9 cm breit, blutreich, weich. Die Trabekeln nicht deutlich wahrnehmbar.

Der Magen leer, contrahirt, seine Schleimhaut blass, etwas erweicht.

Die Därme sind äusserst brüchig; an den Theilen, die mit dem Tumor verwachsen sind, finden sich mehrere, brandig verfärbte Flecke, welche beim Lösen der Därme stets reissen, so dass die Perforations-Stelle im Ileum nur schwer zu erkennen war. In den Därmen gallig gefärbte Flüssigkeit, im Dickdarm etwas festere Kothmassen. Die Schleimhaut blass, nur an den brandigen Stellen blauröthlich.

Die linke Niere 10 cm lang, 6 cm breit, schlaff anzufühlen; die Capsula fibrosa leicht ablösbar. Die Schnittfläche glatt, die Rinde blassbraun, die Pyramiden dunkelroth. Die rechte Niere 11 cm lang, 6 cm breit, der linken gleich.

Die Schleimhaut des harnleitenden Apparates blass.

Bei der Präparation des Tumors zeigt es sich, dass derselbe von der linken Seite des Uterus entspringt und aus der erweiterten Tube besteht. Das linke Ovarium ist mit der Hinterseite desselben verwachsen. Das rechte steht nicht in Zusammenhang mit dem Tumor. Nach Eröffnung des Uterus kann eine Sonde durch die rechte Tube geführt werden, während dieselbe links nach 2—3 cm auf ein Hinderniss stösst.

Bei Eröffnung des Tumors findet sich in demselben ein Foetus von 51 cm Länge, ohne irgend welche Spuren von Maceration. Derselbe liegt mit dem Kopfe medial, den Rücken nach oben gewandt. Durch eine 50 cm lange Nabelschnur ist derselbe mit der kleinen Placenta verbunden, welche in der Nähe des freien Tubenendes an der Rückseite des Tubarsackes liegt. Das freie Tubenende ist obliterirt.

Zwischen und um den Foetus herum, besonders aber an der medialen, unteren Seite liegt eine braune, reichliche, kittartige Masse. Beim Herausspülen derselben kommen zahlreiche Knochen und Knochenfragmente zum Vorschein: Rippen, usurirte Wirbel, Arm- und Beinknochen, Schädelknochen u. s. w. Am medialen Ende des Tubarsackes finden sich Unterkieferknochen, in eine feste Masse eingebettet und der Tubarwand fest anhaftend.

Bei einem Vergleich der herausgespülten Knochen mit dem zerlegten Skelet eines reifen Kindes aus der hiesigen Sammlung zeigt es sich, dass dieselben beinahe ganz dieselbe Grösse besitzen, also einem reifen oder doch beinahe reifen Foetus entstammen.

Aus der Krankengeschichte dieses Falles sei Folgendes erwähnt:

Vor 6 Jahren wurde ein beweglicher, an Grösse zunehmender Tumor im Bauche beobachtet. So lange derselbe an Grösse zunahm, ungefähr 6 Monate, cessirten die Menses. Pat. glaubte sich schwanger. Nach Wiedereintritt der Menses verkleinerte sich der Tumor und soll im Herbst 1896 nur noch von Faustgrösse gewesen sein.

Anfangs 1897 begann er wieder zu wachsen. Im April wurden Bewegungen in demselben gefühlt. Diese hörten im August auf. Die letzten Menses vor Aufnahme in die Klinik November 1896.

Dass wir berechtigt sind, die Knochenfragmente auf den Foetus einer vor Jahren bestandenen Tubarschwangerschaft zu beziehen, geht aus dem oben Gesagten einwandsfrei hervor. Um dieses zu erschliessen, ist die weitere Krankengeschichte gar nicht nöthig. Der einzige Einwand, dass dieselben möglicher Weise einem macerirten Zwilling entstammen könnten, ist aus folgenden Gründen zurückzuweisen:

Die Grösse der Knochen zeigt, dass dieselben einem reifen oder wenigstens beinahe reifen Kinde entstammen, also von einem Foetus herrühren, der dieselbe Grösse besessen hat, wie der zweite vorgefundene, der keine Spur von Maceration zeigt.

Dass die Knochen von einem Foetus herkommen, der schon lange Zeit abgestorben und der Resorption ausgesetzt war, geht auch daraus hervor, dass von den Weichtheilen nur eine schmierige strukturlose Masse noch vorhanden war.

So weit mir bekannt geworden, dürfte vorliegender Fall sowohl in der pathologischen wie gynäkologischen Literatur ein Unicum sein.¹⁾

4.

Ueber eine enorme varicöse Geschwulst der linken Bauchwand.

Von Dr. med. A. Lejeune,
praktischem Arzt zu Frankfurt a. M.

(Hierzu Taf. IX.)

Zu Anfang dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, von einem Freunde, Kreisphykus Dr. W. in S., zu einer Schiedsgerichtssitzung der Berufsgenossenschaft eingeladen zu werden. Unter den zu den Verhandlungen erschienenen Personen befand sich auch ein Mann, der wegen einer schlecht geheilten Fraktur auf Rente Anspruch erhob. Bei der körperlichen Untersuchung des betreffenden Mannes entdeckten wir einen grossen Tumor, der vom Nabel an über die linke Bauchseite hin sich bis zur Wirbelsäule erstreckte und ein enormes Convolut varcöser Venen darstellte. Da der Tumor von ganz ungewöhnlicher Grösse und Lage war, fasste ich schon damals den Entschluss, den Fall zu beschreiben und erbat mir zu diesem Zweck die Erlaubniss des Hausarztes jenes Mannes. Es sei mir an dieser Stelle gestattet, dem geehrten Herrn Kollegen Dr. T. in N. R. meinen aufrichtigsten Dank für die gütige Ueberlassung des Falles und seine mir noch ertheilten Auskünfte auszusprechen. Da ich bald darauf

¹⁾ Ausführlich im Arch. f. Gynäkologie publicirt.