

4. Endlich möchte ich noch die Art der Schleimbildung heranziehen, die in derselben Weise vor sich geht, wie in Gallertkrebsen des Magens, durch schleimige Degeneration der Zellen selbst. Daß dabei Bilder auftreten, die — wie ich oben anführte — für Schleimkrebs des Magens charakteristisch sind, dürfte diese Behauptung wohl auch stützen.

Wir haben somit hier den seltenen und interessanten Befund eines aus versprengten Cylinderzellen des Magens hervorgegangenen Gallertkrebses.

Literatur.

1. Bristowe, Colloid cancer of oesophagus, stomach, lungs and adjoining lymphatic glands. Transactions of the pathol. society of London 1868, Bd. 19. p. 228.
2. O. Fischer, Über einen Fall von primärem Carcinoma myxomatodes des Ösophagus. Prager mediz. Wochenschr. XXIV, 30—31, 1899.
3. Eberth, Verirrtes Magenepithel in der Speiseröhre, Fortschritte der Medizin 1897. Bd. 15. p. 251.
4. Neumann, Metaplasie des fötalen Ösophagusepithels. Daselbst p. 366.

XXIX.

Kleinere Mitteilungen.

1.

Zwei Fälle von Lebermißbildung.

(Aus dem I. anat. Institut in Wien.)

Von

Hugo Kantor, Demonstrator.

(Hierzu Tafel XIV.)

Ich beabsichtige über zwei Fälle von Lebermißbildung zu berichten, die vielleicht einiges Interessante an sich haben dürften. Es bestärkt mich in dieser meiner Ansicht das spärliche Resultat, welches die Durchsicht der Literatur ergab.

Meinen Fällen am nächsten kommt der von P. A. Wakefield¹ beschriebene. Dieser fand bei einem 53jährigen Mann die rechte Hälfte des Abdominalcavum von dem kolossal hypertrophierten rechten Leberlappen ausgefüllt, der Lobus Spigeli fehlte, der Lobus quadratus war sehr mangel-

haft entwickelt, und den linken Leberlappen fand er in Form eines 5 cm langen, 3—4 cm breiten und bis 1 cm dicken Bindegewebsstreifens vor. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab hauptsächlich Bindegewebe, hie und da eingesprengtes Leberparenchym mit kleinen zusammengedrückten Zellen, keine Gallengänge, im rechten Lappen eine beginnende Cirrhose. Die Mißbildung hält er für angeboren.

A. Heller² berichtet über einen Fall von mangelhafter Entwicklung des rechten Leberlappens. Von diesem war nur ein Rudiment vorhanden, der linke Lappen zeigte mehrere tiefe Furchen mit Narbensubstanz. Für die Ursache der Mißbildung hält er ein wahrscheinlich im frühen Kindesalter erfolgtes, auf das rechte Hypochondrium einwirkendes Trauma. Ferner gibt er an, er habe einen ähnlichen Fall im Jahre 1868 in Wien gesehen, und daß Rokitansky mehrere solche gesehen hätte.

Boettcher³, Chaillous⁴, Colla⁵, Lefas⁶, Kuß⁷, beschreiben überzählige Lappen, durch Bindegewebsstreifen mit dem Rest der Leber verbundene Nebenlebern u. dergl. Die Arbeiten von Harman und Bishop⁸, Monchotte und Kuß⁹, Moser¹⁰ und Rolleston¹¹ waren mir leider nicht zugänglich.

I.

Den ersten Fall fand Herr Docent Schlagenhauer gelegentlich einer pathologischen Sektion und überließ ihn in zuvorkommendster Weise Herrn Dr. Tandler, welcher bei der Sektion zugezogen worden war. Dieser übertrug ihn mir. Hierfür, wie für seine ausgiebige Unterstützung mit Rat und Tat sage ich ihm meinen besten Dank.

Der Fall stammt von einem 63jährigen Mann, welcher einem Schlaganfall erlegen ist. Nach Eröffnung des Abdomens liegt im linken Hypochondrium, den Magen und die Leber vollständig deckend, eine mächtig geblähte Darmschlinge vor, welche links und abwärts bis in die Regio iliaca, nach rechts hin bis an den rechten Rippenbogen reicht. Sie hängt an einem freien, sehr verdickten, mit weisslichen, narbigen Zügen versehenen Mesenterium. Das anschließende Colon descendens hat ein freies Gekröse, das Mesocolon transversum ist breit, das Ligamentum gastrocolicum stellenweise narbig, die Flexura coli dextra durch ein kurzes, derbes Ligamentum hepatocolicum cranialwärts dislociert. Das Ligamentum phrenicocolicum nimmt seinen Ursprung gerade in der Mitte der ausgedehnten Darmschlinge, woraus sich schließen läßt, daß diese der Flexura coli sinistra entspricht. Dünndarmconvolut links unten, Radix mesenterii normal, Flexura duodenojejunalis durch weißliche Narbenzüge mit der unteren Fläche des Mesocolon transversum verbunden und ein wenig nach links und unten verschoben. Nach Abhebung der erweiterten Schlinge erscheint der normale Magen und die Leber. — Die Gallengänge sowie die Verzweigung der Vena portae wurden mit verschiedenfärbiger Masse injiziert.

Die Leber zeigt folgende auffallende Merkmale:

1. Das gänzliche Fehlen des linken Lappens,

2. eine bedeutende Verbreiterung des Ligamentum falciforme und Atrophie im Bereiche des rechten Lappens und

3. Hypertrophie im Bereiche des rechten Lappens.

1. Der linke Leberlappen ist angedeutet durch eine annäherungsweise dreieckige, bindegewebige Lamelle (Fig. 1. l. L.), welche teils dem rechten Lappen innig aufliegt, teils sich dem Zwerchfell anschließt. Der dem rechten Lappen aufliegende Anteil läßt sich von diesem nur in einer schmalen Randpartie abheben; die craniale Randzone (Fig. 1. r.) entspricht dem rechten Rande des ehemaligen linken Lappens, darüber erscheint, wie die Abbildung deutlich zeigt, ein Stück der linken Fläche des Lobus dexter. Die Lamelle wird rechterseits von einer scharfen, nach rechts hin concaven Falte begrenzt, unter welcher man das Lig. teres verschwinden sieht (Fig. 1. l. t.), linkerseits verschmälert sie sich allmählich und läuft in eine Spitze aus, die oberhalb des oberen Poles der Milz zu liegen kommt. Als Derivat der Leber dokumentiert sie sich durch die reichlich vorhandenen, infolge der Injektion schon makroskopisch sichtbaren, größeren Gallengänge und Blutgefäße, zum Unterschiede von der nun folgenden, rein bindegewebigen Lamelle, welche dem Lig. triangulare sinistrum entspricht (Fig. 1. l. t. s.). Die ganze Länge der Falte beträgt 19 cm, ihre größte Breite 7 cm. Die mikroskopische Untersuchung zeigt nebst Bauchfell hauptsächlich Bindegewebe, ferner reichlich Nerven, Gefäße, Gallengänge, aber keine Spur von Leberzellen.

2. Das Lig. falciforme zeigt eine durchschnittliche Breite von 12 cm. Hiervon erkennen wir dank der Injektion, dem linken Rand des rechten Lappens entsprechend, einen etwa 2 cm breiten Streifen als nicht ursprünglich dem Lig. falciforme angehörend: Atrophische Partie des rechten Lappens (Fig. 1. l. R.). In diese Atrophie ist auch ein Teil des rechten Lappens einbezogen, welcher dessen Margo anterior entspricht, etwa vom Fundus der Gallenblase angefangen nach links. Den Rest dieses Stückes finden wir als Bindegewebslamelle wieder, in Form eines Dreieckes, dessen eine Seite ins Leberparenchym, die zweite ins Lig. falciforme übergeht, und dessen dritte Seite, frei ins Abdominalcavum sehend, das Lig. teres mit dem noch intakten Teil des Margo anterior der Leber verbindet (Fig. 1. m. a.). Sie stellt auch die Anheftungsstelle eines Lig. hepatocolicum dar. Die mikroskopische Untersuchung ergibt nebst Bindegewebe, Nerven, Gefäßen, Gallengängen, zahlreiche, zu Gruppen geordnete Leberzellen, über deren Beschaffenheit sich wegen der mangelhafter Konservierung nichts näheres aussagen läßt. Die restierende Breite von 10 cm kann nur durch Dehnung des Ligamentum erreicht worden sein.

3. Der dorsale und untere Anteil des rechten Lappens hat eine bedeutende Volumszunahme erfahren. Daher liegen die zur porta ziehenden Gebilde ihrer ganzen Länge nach der neugebildeten Lebersubstanz auf. Der mächtig hypertrophierte Lobus Spigeli kommt mit seinem freien, nach links hin konvexen Rande in die kleine Curvatur des Magens zu liegen

(Fig. 1. l. S.). Infolge dieser, wie der unter 2. angeführten Veränderungen erscheint der rechte Leberlappen plump, stumpfrandig, von rechts nach links zusammengedrückt, in seinem absoluten Volumen vermehrt. Arteria hepatica und Vena portae scheinen sich normal in ihre rechten und linken Äste zu teilen, die genauere Präparation zeigt jedoch, daß auch die linken Äste der rechten Leber angehören. Gallenblase, Processus caudatus, Foramen Winslowi normal.

II.

Der zweite Fall lag schon seit Jahren in der Sammlung unseres Hand-museums. Ich verdanke Herrn Hofrat Zuckerkandl die gütige Überlassung desselben. Auch hier waren Gefäße und Gallengänge injiziert, über die Verhältnisse der umliegenden Organe ist mir leider nichts bekannt.

Der Fall hat mit dem früheren große Ähnlichkeit. Wir sehen die linke Leber in Form einer rechts breiteren, nach links hin in eine Spitze auslaufenden Bindegewebsfalte wieder (Fig. 2. l. L.), welche im Gegensatz zum ersten Fall in ihrem breiteren Anteil noch reichliche Parenchymreste aufweist, die eine Dicke bis zu 1 cm erreichen. Länge 12 cm, größte Breite $4\frac{1}{2}$ cm. Von der Spitze der Falte zieht ein Lig. triangulare (Fig. 2. l. t. s.), die Facies diaphragmatica der Milz umfassend, bis zu deren unterem Pol. Unter dem freien, rechten Rand verschwinden zwei starke Äste der Vena portae und ein Ast der Arteria hepatica, sich in die Lebersubstanz versenkend. Der Sulcus sagittalis sinister erscheint kaum angedeutet, infolgedessen das Lig. teres und der linke Pfortaderast nicht in normaler Weise eingebettet sind, sondern über das Niveau der Leber vorspringen. Der rechte Lappen hat seine Form gänzlich verändert, ist plump und stumpfrandig, nach rechts und unten hin mächtig gewuchert, sodaß auch hier die Gebilde der Porta hepatis dem Leberparenchym aufliegen. Von einer Atrophie im Bereiche des Margo anterior und des linken Randes ist nichts zu finden, dafür ist der Lobus Spigeli (Fig. 2 l. S.) zu einem haselnußgroßen, mit der übrigen Leber nur durch einen dünnen Stiel zusammenhängenden Knötchen zusammengeschrumpft. Die mächtigste Wucherung hat, wie gesagt, nach rechts und unten hin stattgefunden, was dem ganzen Lappen annähernd die Form eines Cylinders gibt, der mit seiner Längsaxe der des Körpers parallel liegt. Gallenblase, Processus caudatus normal.

Was die Erklärung zunächst des ersten Falles betrifft, so müssen wir uns die Tatsache vor Augen halten, daß wir es im rechten und linken Lappen mit zwei ganz verschiedenen Stadien von Atrophie zu tun haben, hier vollständiges Fehlen von Leberzellen, dort solche noch in reichlichem Maße vorhanden. Schon daraus, sowie aus dem Umstande, daß die Ausdehnung der Bindegewebsfalte geringer ist, als sie einer einmal in normaler Größe vorhandenen und erst dann atrophierten linken Leber entsprechen würde, geht hervor, daß wir das Fehlen des linken Lappens für einen angeborenen oder in einer frühen Periode des foetalen Lebens entstandenen Defect halten müssen. Im Gegensatze hierzu steht die Atrophie im Be-

reiche des rechten Lappens, die wir uns durch Druck von Seiten der, infolge der erwähnten abnormalen Mesenterialverhältnisse dilatierten und hypertrophierten Darmschlinge entstanden denken können. Diese Darmschlinge muß es auch gewesen sein, welche den Grund für die Dehnung des Lig. falciforme abgegeben hat. Wir können uns ganz gut das gedehnte Ligamentum bruchsackartig nach rechts hin vorgewölbt denken.

Auch im zweiten Falle werden wir, obwohl die Atrophie hier nicht so weit gediehen ist, wie im ersten, an eine angeborene Mißbildung denken, wenigstens fehlt uns für die Annahme einer anderen Entstehungsursache jeder Anhaltspunkt.

Literatur.

1. P. A. Wakefield: Congenital malformations of the liver, absence of the lobus Spigeli, rudimentary quadrate and left lobes, with enlargement of the right lobe. Journ. of Anat. and Phys. V. 33, N. S. V. 13, P. 1.
2. A. Heller: Mangelhafte Entwicklung des rechten Leberlappens. Dieses Archiv Bd. 51.
3. A. Boettcher: Seltene angeborene Formanomalie der Leber. Dieses Archiv Bd. 34.
4. Chaillous, Déformations congénitales du foie. Bull. Soc. anat. Paris 1898, Nr. 15.
5. E. Colla: Nabelschnurbuch mit Lebermissbildung. Centralbl. f. Gynäk. Jahrg. XIV, 1890, Nr. 21.
6. E. Lefas: Lobule supplémentaire du foie. Bull. et Mém. Soc. anat. Paris 1899.
7. G. Kuß: Lobe aberrant de la glande hépatique chez l'homme. Bull. et Mém. Soc. anat. Paris 1899.
8. Harmann u. N. Bishop: Two abnormally-shaped Livers. Journ. of Anat. and Phys. Vol. 34, N. S. V. 14, P. 2.
9. J. Monchotte u. G. Kuß: Lobulation et lobes aberrants du foie; leur interprétation physio-pathologique et leur interprétation anatomique. Bull. et Mém. Soc. anat. Paris, Année 75, Sér. 6, T. 2.
10. W. Moser: Anomalous lobulations of the liver. New York med. Record, V. 54, Nr. 3.
11. D. Rolleston: Specimens of livers with Anomalies in their Lobulation. J. anat. and Phys. V. 27, N. S. V. 7, Pt. 3.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIV.

- a. h. c. = arteria hepatica communis.
- D. = Diaphragma.
- d. c. = ductus choledochus.
- G. = Gallenblase.
- l. f. = lig. falciforme.

- l. h. = lig. hepatocolicum.
 l. L. = Rest des linken Leberlappens.
 l. R. = atrophische Partie des rechten Lappens, dessen linkem Rand entsprechend.
 l. S. = lobus Spigeli.
 l. t. = lig. teres.
 l. t. s. = lig. triangulare sinistrum.
 M. = Milz.
 Ma. = Magen.
 m. a. = atrophische Partie des rechten Lappens, dessen margo anterior entsprechend.
 N. = Niere.
 Oe. = Oesophagus.
 o. m. = omentum minus.
 r. = cranialer Rand d. Lamelle, dem rechten Rand d. linken Leber entsprechend.
 r. L. = rechter Lappen.
 V. c. = Vena cava.
 V. p. = vena portae.

2.

Über ein Magendivertikel.

(Aus der pathologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Moabit (Berlin)).

Von

Dr. Emil Hirsch.

(Mit 1 Textabbildung.)

Rudolf Virchow hörte einige Tage vor seinem Unfall, der schließlich seinen Tod herbeiführte, von einem Präparat eines Magendivertikels, das sich in der pathologischen Sammlung des Krankenhauses Moabit (Berlin) befand. Ich habe betreffenden Fall im Oktober 1901 zu meiner Dissertation „Über Magendivertikel“ verwandt und möchte hier dem Wunsche Virchows folgend über das Präparat selbst berichten:

Das Präparat entstammt einem 46jährigen Barbier, der zwei Tage nach seiner Aufnahme im Krankenhaus Moabit an Lungengangrän starb. Über eine nebenher bestehende Magenaffektion waren keine Aufzeichnungen vorhanden.

Im Sektionsprotokoll ist über den Magen Folgendes vermerkt: „Der Magen enthält 50 ccm graugelben, dünnflüssigen Inhalt. Die Schleimhaut ist grauschiefbrig pigmentiert, geschwollen, trübe, mit Schleim bedeckt.

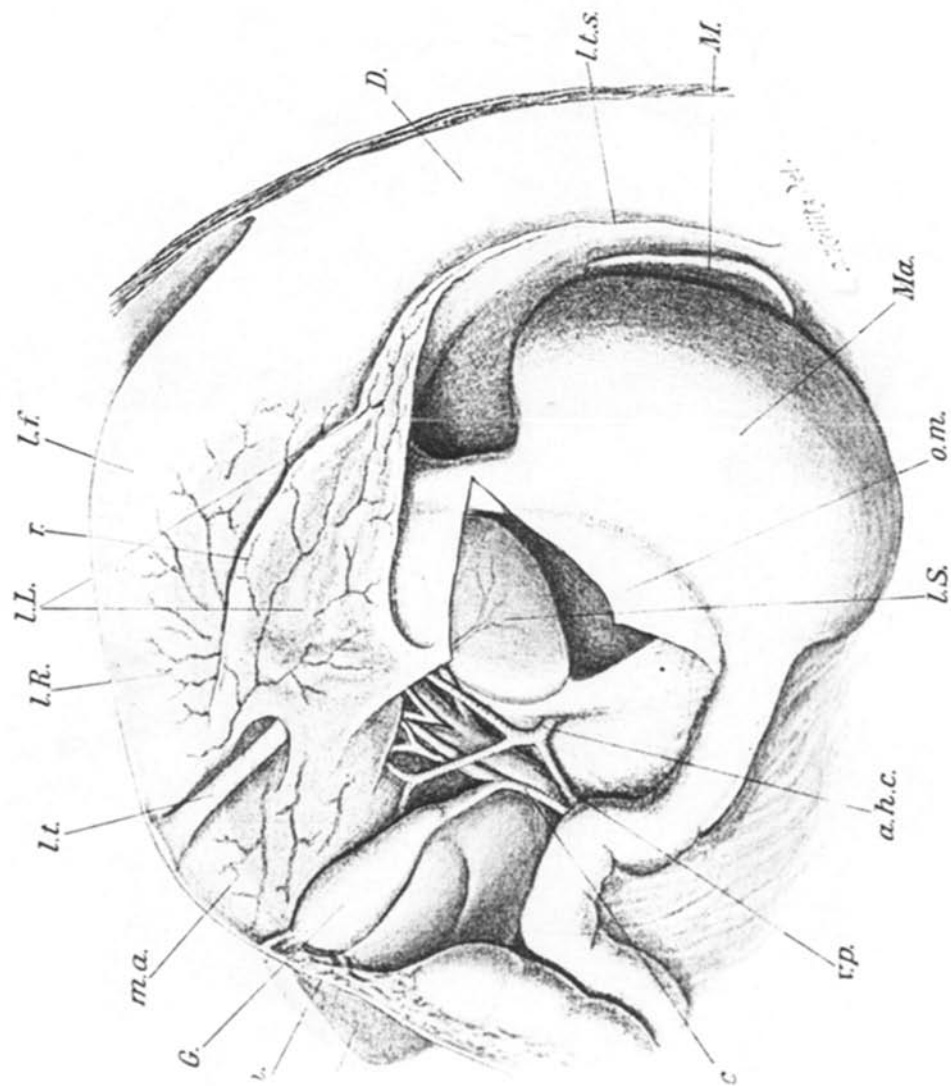


Fig. 1.

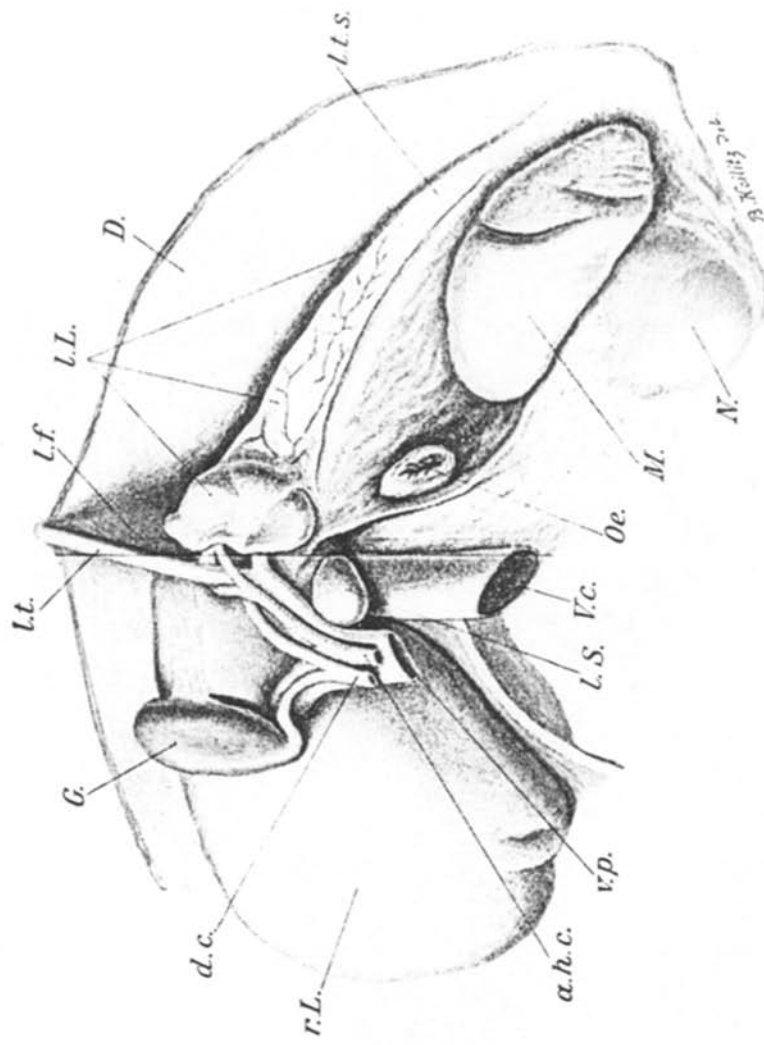


Fig. 2.