

Die größeren Parasitenbläschen können auch entarten. Dann wandelt sich ihr Inhalt in eine glasartige oder wachsartige Masse um, welche kleinere und größere, bisweilen glänzende Körnchen enthält. In vielen solchen Bläschen sind auch Hämatoidinkristalle zu sehen. Die Kapseln der entarteten Bläschen können verdickt werden oder unverdickt bleiben, werden aber jedenfalls immer wachsartig und brüchig.

Außer den beschriebenen entarteten Körpern sieht man in den Präparaten zugleich viele bloße oder mit sehr dünner Hülle bekleidete Kugeln von verschiedener Größe und Gestalt. Sie bestehen aus einer feinkörnigen hellen, oder aus grobkörniger Masse. Die letztere enthält verschiedenartige Chromatinbruchstücke und auch unversehrte kleine Kerne.

Bei genauer Untersuchung dieser Kugeln kann man sich davon überzeugen, daß sie nichts anderes, als die in verschiedenen Entwicklungsstadien abgestorbenen Scolices darstellen, welche sich in verschiedenen Stadien des Zerfalls befinden. Sie liegen gewöhnlich innerhalb der alten Mutterbläschen oder zwischen den abgerissenen Stücken derselben. Die kleinsten Exemplare, welche die jungen zerfallenden Scolices darstellen, kann man aber nicht oft in den Gewebespalten sehen. Ich finde gar keinen Unterschied zwischen diesen Körpern und jenen, welche Professor Melnikow-Raswdenkow als „junge Formen“ bezeichnet und denen er eine aktive Rolle in der Entwicklungsgeschichte des Alveolarechinokokkus zuschreibt.

Schließlich halte ich es für nicht nutzlos mitzuteilen, daß ich zwölf menschliche Fälle und einen tierischen der Alveolarechinokokkuskrankheit mikroskopisch untersucht habe, aber in keinem der Präparate eine Parenchymsschicht auf der äußeren Oberfläche der Alveolarechinokokkusbläschen finden konnte. Alle Bestandteile, welche der Parenchymsschicht eigentümlich sind und wesentlich diese Schicht charakterisieren, sind immer nur auf der inneren Oberfläche der Bläschenhüllen vorhanden.

Also in diesem Punkte kann ich Prof. Melnikow-Raswdenkow nicht recht geben, daß die Alveolarechinokokkusbläschen auf ihren beiden Oberflächen mit einer Parenchymsschicht bekleidet seien und sich von den Blasen des Echinokokkus hydatidosus dadurch wesentlich unterschieden. Ich konnte keinen derartigen Unterschied feststellen, obwohl ich auf diesen Gegenstand meine spezielle Aufmerksamkeit gerichtet hatte. Ich neige mich zu der Ansicht, daß zwischen beiden Formen des Echinokokkus in morphologischer wie auch in histogenetischer Beziehung kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer Unterschied existiert. Dieser Unterschied hängt möglicherweise nicht vom Wesen der Parasitenform, sondern von äußeren Ursachen ab.

XXIII.

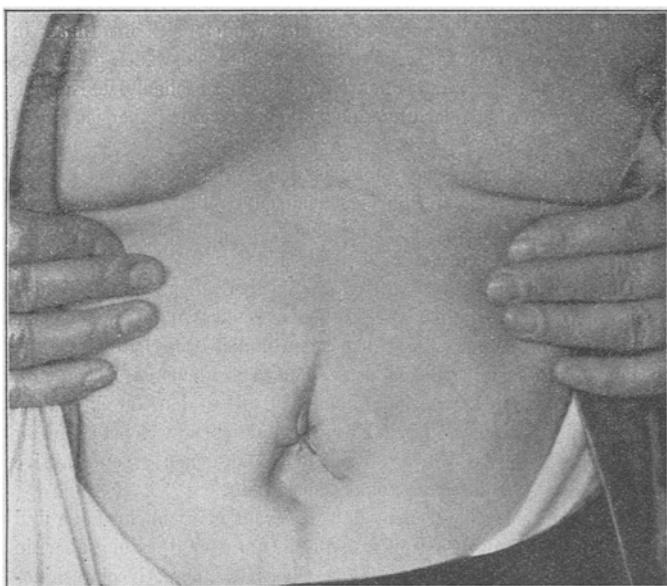
Nachtrag zu der Mitteilung von Dr. Böhm über einen Fall von Xiphopagen¹⁾.

Von

Prof. H. Coenen,
Oberarzt der Kgl. chirurg. Klinik in Breslau.
(Hierzu 1 Textfigur.)

Am 25. Dezember 1860 gebar die Gattin des praktischen Arztes Dr. Böhm in Gunzenhausen (Bayern) ein weibliches Xiphopagenpaar mit einfacher Placenta, einfacher Nabelstrang und einfacherem Chorion und Amnion. Die Verwachsung begann an den Schwertfortsätzen und endete am gemeinsamen Nabel und war teilweise knorpelig, im übrigen aus Weichteilen gebildet. Der Vater schritt gleich nach der in Steißlage ohne Kunsthilfe verlaufenen Geburt zur Trennung seiner wohl ausgebildeten Zwillinge, indem er zunächst die gemeinsame Nabelschnur

¹⁾ Virch. Arch. Bd. 36, S. 152, 1866.



durchteilte und die isolierten Hälften nahe an jedem Fötus unterband, die knorpelige Verwachsung der Schwertfortsätze spaltete und schließlich die Weichteilbrücke durchtrennte. Die Blutung war gering. Die 5½ cm im Durchmesser haltenden Wundflächen vereinigte er mit Knopfnähten. Beide Kinder nahmen kurz darauf Nahrung an. Das eine Kind starb nach 3½

Tagen; das andere aber war 5 Jahre später vollständig gut entwickelt, hatte nur an der Verwachsungsstelle eine radienförmig zum Nabel ziehende Narbe mit Diastase der M. recti. — Soweit der Bericht des kühnen Vaters und Arztes.

Bei einer Zusammenstellung über Xiphopagen (Berl. klin. Wschr. 1911, Nr. 25) stellte ich über diesen Fall von Böhm Recherchen an und bekam von dem Stadt-magistrat in Gunzenhausen die Nachricht, daß das überlebende Xiphopagenkind sich in Chicago befände. Diese Zwillingsschwester war seit langer Zeit glücklich verheiratet und hatte auch einem Sohne das Leben geschenkt (1877), der an Spinalmeningitis starb. Dem verständnisvollen und freundlichen Entgegenkommen des Ehemannes verdanke ich nebenstehende Photographie des interessanten Zwillingss. Obwohl die Nabelgegend eine breite, tellerförmige Narbe aufweist, an der die väterliche Schnittführung noch bemerkbar ist, ist doch von einer Bauchhernie nichts mehr zu sehen.

Von den fünf operativ getrennten Xiphopagen, den brasilianischen Schwestern Maria und Rosalina, den Hinduxiphopagen Radica und Doodica, den von Emanuel König getrennten Schwestern Katharina-Elisabeth, den von Biaudet und Bugnon getrennten Zwillingen Maria-Adèle, starben fünf. Die Mortalität dieser Operation ist also 50 %. Da anderseits manche Xiphopagen, z. B. die berühmten siamesischen Zwillinge Chang und Eng, ein hohes Alter erreichten und glücklich verheiratet waren, so ist bei der hohen Mortalität die Anzeige zur operativen Trennung nur durch die Indicatio vitalis gegeben. Diese kann eintreten durch den Tod des einen Zwillingsskindes oder durch schwere Erkrankung, die infolge der gemeinsamen Blutbahnen auf den gesunden Partner übergehen kann, wie es z. B. bei den von Doyen (Paris) operierten Xiphopagen Radica und Doodica war, von denen eine an schwerer Tuberkulose erkrankt war.