

(Aus der I. Chirurgischen Universitätsklinik Wien. — Professor A. Eiselsberg.)

## Der primäre Sitz eines „Leber-Myoms“.

Von

Priv.-Doz. Dr. Rudolf Demel,

Assistent der Klinik.

(Eingegangen am 15. März 1928.)

Im Band 261 dieses Archivs wurde von mir „ein operierter Fall von *Lebermyom*“ mitgeteilt, bei welchem eine kindskopfgroße Geschwulst der Leber mit Erfolg entfernt wurde. Die histologische Diagnose lautete damals auf ein myogenes Gewächs. Obwohl während der Operation die übrigen Eingeweide des Bauchraumes frei von Gewächsen gefunden wurden, wurde vom Pathologisch-anatomischen Institut in Wien (Vorstand Prof. *Maresch*) auf Grund einschlägiger Erfahrungen und Beobachtungen die Ansicht vertreten, daß es sich in dem vorliegenden Falle nicht um ein primäres, sondern um ein metastasierendes Myom handeln dürfte, vermutlich mit dem Ursprungssitz irgendwo am Darmschlauch. Ich möchte nur ganz kurz bemerken, daß die Kranke nach der damaligen Operation über 1½ Jahre beschwerdefrei geblieben ist und erst in der letzten Zeit infolge zunehmender Körperschwäche in ein anderes Krankenhaus aufgenommen werden mußte und dort gestorben ist.

Als Ergänzung zu der damaligen Veröffentlichung möge der nachstehende Obduktionsbefund (Krankenhaus der Stadt Wien, Vorstand Prof. *J. Erdheim*) des Falles dienen, der am 20. I. 1928, genau 2 Jahre nach der Operation erhoben wurde.

Alte Operationsnarbe im rechten Oberbauch, sagittal gestellt, vom Rippenbogen bis über die Nabelhorizontale reichend. 10 cm von der Plica duodenojejunalis entfernt, findet sich ein kindskopfgroßes Gewächs, das am Gekröseansatz von der Jejunumwand ausgeht und gegen die Darmlichtung weit geschwürig zerfallen ist; die Wundränder zum größten Teil vom Gewächs durchwachsen, welches mit überhängendem Rand in die Darmlichtung hineinreicht, während der unvergleichlich viel größere Teil der Geschwulst zwischen die beiden Gekröseblätter hineingewachsen ist und eine für einige Finger einlegbare Nekrosehöhle beherbergt, die mit dem Jejunumlumen in Verbindung steht.

Multiple Metastasen in der Leber, die größte unter ihnen apfelgroß, zentral im rechten Lappen, scharf und nicht lappig begrenzt mit einem nur schmalen unversehrten Randsaum, während der ganze übrige zentrale Anteil regressiv verändert und eingesunken ist. Entsprechende Veränderungen auch in den kleinen Metastasen. Kleines Ulcus duodeni an der Hinterfläche.

Hochgradige sekundäre Anämie (okkulte Melaena; 1 Mill. rote Blutkörperchen; Sahli 15). Tigerung des Myokards in beiden Herzkammern; rotes Knochenmark im Oberschenkel, mit Ausnahme des distalen Drittels. Fettige Degeneration der Leber. *Zahnscher* Infarkt derselben.

Substantielles Lungenemphysem beträchtlichen Grades. Völlige bindegewebige Anwachsung des linken Unterlappens, ausgedehnte des rechten Mittel- und Unterlappens. Zarte Spitzenschwielen beiderseits. Rekurrierende verruköse Endokarditis der Mitralklappen mit Stenosierung des Ostiums und Insuffizienz der Klappen. Die Aorta nahezu frei von Atherom. Exzentrische Hypertrophie der rechten Herzkammer, chronischer Milztumor.

Urogenitalapparat frei von Veränderungen.

Die mikroskopische Untersuchung des Gewächses ergibt *bösartiges Leiomyom*.

Aus diesem Sektionsbefund geht hervor, daß die vom Pathologisch-anatomischen Institut (Doz. Dr. A. Priesel) seinerzeit geäußerte Vermutung, es handle sich nicht um ein primäres, sondern um ein metastatisches Lebergewächs mit den Ursprungssitz wahrscheinlich im Darmkanal, richtig war.

Solche Muskelgeschwülste gehen entweder von der Muscularis mucosae oder von der Muscularis propria des Darmes aus und ragen im ersteren Falle meist in die Darmlichtung vor, können dann zu Blutungen oder Verlegungen führende klinische Erscheinungen zeitigen, in diesem Falle wachsen die Geschwülste zumeist gegen das Bauchfell zu und lassen die erwähnten klinischen Symptome vermissen.

Aus dem Obduktionsbefund unseres Falles geht hervor, daß das Myom seinem Ausgangspunkte nach, der 2. Form angehörte und aus der Muscularis propria seinen Ursprung nahm. Dabei konnte pathologisch-anatomisch festgestellt werden, daß sich das Gewächs nicht gegen die freie Bauchhöhle, sondern zwischen die beiden Gekröseblätter entwickelte. So war es möglich, daß die zur Zeit der Operation noch kleine im Gekröse verborgene Geschwulst trotz sorgfältigen Absuchens der Bauchhöhle dem Operateur entgangen ist und die Metastasen früher klinische Erscheinungen machen konnten als das Ursprungsgewächs.