

## VI. Aus dem Fr. Krupp'schen Krankenhause in Essen. Ueber einen Fall von Teratom, rudimentärem Parasiten (Engastricus) oder Inclusio foetalis abdominalis des Beckens bei einem elfmonat- lichen Knaben.

Von Dr. Fr. Bergkammer.

Es handelt sich in folgendem um den elfmonatlichen Knaben Ring aus Rüttenscheidt bei Essen.

Die Eltern des Knaben leben, beide sind gesund. Der jetzt elf Monate alte Knabe, das erste Kind, war bei seiner Geburt anscheinend völlig gesund. In seinem zweiten Lebensmonate behandelte ich ihn an Darmkatarrh, ohne dass ich damals irgend etwas abnormes in seinem Abdomen nachweisen konnte. Ende December 1895 kam die Mutter mit dem Knaben zu mir mit der Angabe, sie habe seit einigen Wochen eine abnorm starke Ausdehnung des Leibes bei dem Kinde bemerkt, auch mache das Kind den Urin weit häufiger als sonst. Bei der Untersuchung des im allgemeinen ziemlich gut genährten Knaben, dessen Brustorgane normal erschienen, fiel gleich das sehr ausgedehnte Abdomen in die Augen. Die dünne Bauchhaut war von einem sehr ausgedehnten Venennetze durchzogen. Von der Symphyse bis zum Nabel reichend fand sich ein ovalärer, beweglicher fluctuirender Tumor, welcher in der Mittellinie bis über den Nabel hinauf sich erstreckte. Dieser Tumor wurde als Harnblase angesprochen,

indessen wurde diese Ansicht um deswillen wieder aufgegeben, weil der Knabe den Urin im Strahle in gehöriger Menge entleerte und nachher der Tumor dennoch bestehen blieb. Ein Katheterismus gelang nicht. Weiterhin konnte man im Abdomen zwischen den beiderseits vom Nabel nach abwärts tastenden Fingern der beiden Hände eine theils sehr harte, theils fluctuirende, etwas über Kindskopf grosse Geschwulst fühlen. Dieselbe setzte sich in das kleine Becken hinab fort und war gegen ihre Unterlage etwas verschieblich. Freier Ascites nicht nachweisbar. Eine sichere Diagnose war nicht zu stellen. Gedacht wurde an Pankreascyste, Cysten im Mesenterium etc.

Da natürlich jede andere Therapie als völlig aussichtslos angesehen werden musste, so schlug ich den Eltern als einziges Rettungsmittel die Exstirpation des Tumors vor, worauf dieselben denn auch bald eingingen. Die Operation wurde am 2. Januar 1896 von Herrn Dr. Knoch im Fr. Krupp'schen Krankenhause folgendermaassen ausgeführt: In Chloroformnarkose wird ein circa 6—7 cm langer Hautschnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts gemacht. Gleich nach Eröffnung des Peritoneums drängt sich der oben erwähnte, oberflächlich gelegene cystische Tumor in die Wunde hinein. Bei der Probepunction desselben entleert sich klarer Urin. Der Tumor stellte also doch die Harnblase dar. Die kleine Blasenwunde wurde alsbald durch die Naht geschlossen. Nun wurde, um an den harten anderen Tumor gelangen zu können, das hintere Blatt des Peritoneum eröffnet. Es zeigt sich dann, dass der Tumor, welcher theils knochenhart, theils fluctuirend weich erscheint, sich in das kleine Becken hinab fortsetzt und zwischen der sehr dilatirten Harnblase und dem Mastdarm gelegen ist. Um den Tumor überhaupt entwickeln zu können, wird derselbe punctirt, wobei sich ca. 150 ccm einer klaren Flüssigkeit entleeren. Dieselbe reagirt alkalisch, hat ein spezifisches Gewicht von 1010, enthält Spuren von Albumen, keinen Zucker. Nach deren Entleerung sinkt der Tumor sehr zusammen und lässt sich jetzt aus seiner bindegewebigen Kapsel, wenn auch mit Schwierigkeiten, heraus-schälen. Im kleinen Becken wird derselbe mit einem dicken Katgutfaden umschnürt und mit der Scheere abgetragen. Der Stumpf wird besonders vernäht und in das kleine Becken versenkt. Nachdem alsdann das Peritoneum selbst noch fortlaufend vereinigt ist, wird die Bauchwunde geschlossen. Die Blutung war bei der circa 1½ Stunden lang dauernden Operation eine geringe zu nennen.

Nach Anlegung des Verbandes wird Aetherkampher injicirt, Thee mit Cognac verabreicht, Wärmekrüge wurden applicirt.

Nachdem die auf die Operation folgende Nacht ziemlich gut verlaufen war, stellten sich am folgenden Morgen, also am 3. Januar, gegen 12 Uhr plötzlich Convulsionen ein, welchen das Kind bald darauf erlag.

Die Obduction, welche ich am 3. Januar Abends 7 Uhr vornahm, ergab folgendes: Ziemlich kräftige männliche Kindesleiche. Todtenstarre gelöst. Am Abdomen eine Nahtlinie, welche vom Nabel bis fast zur Symphyse reichte. An derselben nichts abnormes zu sehen. In der Bauchhöhle ca. 5 ccm Blut, reichliche Ecchymosen am Mesenterium. Das Peritoneum ist überall glatt und glänzend, nirgends Auflagerungen vorhanden. Die Harnblase ist wohl um das Drei- bis Vierfache vergrößert, ihre Schleimhaut ist blass, aber normal. Am Scheitel der Harnblase findet sich eine ca. 1½ cm lange Nahtlinie, welche durch die ganze Dicke der Blasenwand geht. Auf der Blase liegt eine ca. 2 cm dicke, zusammengefaltete Haut, stark blutig infiltrirt, welche sich nach unten hin in eine Nahtlinie ca. 6—7 cm lang fortsetzt. Nach Eröffnung dieser Naht gelangt man in eine Höhle, gelegen zwischen Blase und Mastdarm, in deren Grunde ein gleichfalls übernährter Stil sichtbar wird. Nach weiterer Eröffnung dieser Nahtstelle kommt man in einen dickwandigen Sack, dessen unteres Ende sich etwas nach rechts hin bis in die Gegend des Steissbeins hin verfolgen lässt, aber blind endigt. Unterhalb ist noch eine isolirte Cyste gelegen, welche das äusserste Ende des Tumors darstellt.

Das Steissbein und Kreuzbein sind völlig normal, ohne jegliche abnorme Oeffnung. Weiterhin fand sich eine mässige Dilatation der beiden Ureteren und Nierenbecken, besonders rechts. Die Milz normal, die Leber etwas blutarm. Das Herz und die Lungen sind normal; grosse Thymus.

Der exstirpirt Tumor, welchen wir im Verlaufe der Operation als ein Teratom ansprechen konnten, wiegt nach Entleerung der oben erwähnten klaren Flüssigkeit ca. 200 g. Er zeigt den exquisiten Bau eines Polycystomes, dessen einzelne Hohlräume theils für sich sind, theils mit einander in Verbindung stehen. Die Geschwulst hat eine länglich ovale Form, fühlt sich an vielen Stellen knochenhart an, und in der That bestehen die Wandungen des Cystoms zum grossen Theil aus platten Knochen, welche oft Diploë enthalten und mit hyalinem Knorpel durchsetzt sind.

An dem Stile des Tumors befindet sich eine ca. dreimarkstückgrosse Oeffnung, welche nach Art. des Hinterhauptsloches von platten Knochen begrenzt wird. Durch diese Oeffnung gelangt man in die Hauptcyste des Tumors.

Auf einem Längsschnitte durch den Tumor zeigt sich, dass eine äussere gemeinsame, bindegewebige Hülle besteht, nach deren Entfernung man an mehreren Stellen in Cysten geräth, von denen einige mit der oben erwähnten hellen, serösen Flüssigkeit gefüllt waren. Eine längliche Cyste mit ca. 3 mm dicker, derber, fibröser Wandung, circa wallnussgross und auf der vorderen Fläche gelegen, enthält einen weisslich-gelben Brei, welcher mikroskopisch aus Epidermismassen besteht, reichlich mit Cholestealinkrystallen untermischt, daneben lassen sich noch richtige markhaltige Nervenfasern, stellenweise auch freie Myelintropfen erkennen. Auf der hinteren Fläche des Tumors sieht man auf einem Schnitte in einer grossen Cyste röthlich, fleischige Züge in der Wandung, welche aus deutlich quergestreiften Muskelfasern bestehen. In deren Nähe gelegen, fällt ein vorspringendes Knötchen von der Grösse einer grossen Erbse in die Augen, bei dessen Einschnitt breiger Inhalt aus Talg und Haaren bestehend zu Tage tritt. Von Pigmentflecken, als Andeutung der Pig-

mentschicht der Retina, rudimentäre Andeutungen der Augenanlage, wie sie Ribbert<sup>1)</sup> beschreibt, habe ich trotz längerer mühevoller Untersuchung nichts nachweisen können. Auf der freien Oberfläche der Cystenwandungen gelang es mir ferner nicht, wahres Epithel nachzuweisen, wohl indessen stellenweise Endothelreste. Das meiste Endothel scheint demnach abgefallen zu sein.

Bei dem serösen Inhalt der meisten Cysten dürfte man diese dann wohl als Lymphcysten ansprechen. Wir haben also in dem vorliegenden Tumor alle möglichen Gewebe durcheinander gewürfelt vorgefunden, wir haben keine Gliederung, keine morphologische Gestalt nachweisen können, welche es möglich machte, ein Glied oder ein Organ an dem Tumor zu erkennen. Es handelt sich daher hier — wie auch Herr Prof. Dr. v. Recklinghausen in Strassburg, welcher die Güte hatte, das Präparat einer genauen Untersuchung zu unterwerfen, seine Ansicht dahingehend aussprach — offenbar um einen rudimentären Parasiten des Beckens, um einen sogenannten Engastricus oder *inclusio foetalis abdominalis*, indem der hier sehr mangelhaft entwickelte Parasit im Becken des Autositen fixiert wurde.

Diese Missbildung gehört zu der Klasse der Thoracopagi parasitici, wobei das eine Individuum in der Entwicklung sehr zurückgeblieben, klein und meist rudimentär entweder an der Vorderfläche des Thorax des Autositen oder an dem Epigastrium eingepflanzt (*Epigastricus*) oder endlich wie in unserem Falle in der Bauchhöhle des Autositen eingeschlossen ist (*Engastricus, foetus in foetu*). Nach Förster<sup>2)</sup> und Ahlfeld<sup>3)</sup> gehören die meisten der Fälle dieser Parasiten dem männlichen Geschlechte an, ihre Träger werden meistens totgeboren und sind sehr selten. Obschon nämlich ca. 20 davon in der Litteratur aufgeführt wurden, sagt Ahlfeld, so seien doch höchstens die Hälfte davon ganz unzweifelhaft, indem man andere Geschwülste, insbesondere Dermoidcysten mit den parasitären Geschwülsten zusammengeworfen hat, besonders da von manchen Autoren (Remak) alle Dermoidcysten mit Haaren, Zähnen, Knochen etc. für Reste eines Fötus gehalten werden.

Die Dermoide zeigen indessen an ihrer Innenfläche stets eine der äusseren Haut entsprechende Structur mit Hornschicht, Rete Malpighii, Papillarkörper, Schweiss- und Talgdrüsen mit Haaren, Zähnen etc., wogegen im vorliegenden Falle die Cystenwandungen vielmehr die Structur einer serösen Haut mit Endothelbezug zeigen. Sodann spricht gegen Dermoid der multiloculäre Bau des Tumors, da Dermoide wohl meist eine einfache Cyste darstellen, und endlich die Art und Weise der Lokalisation in dem Körper des Knaben.