VI.

I. Primäres Tubencarcinom. — II. Seltene
Ovarialmischgeschwulst.

Von

Dr. KURT WITTHAUER

in Halle a. S.

(Hierzu 2 Abbildungen.)

I.

Primäre Tubenkrebse sind noch in so geringer Zahl beschrieben worden, dass eine Bereicherung der Casuistik um neue Fälle gewiss geboten erscheint.

Ausführliche Literaturangaben erübrigen sich, da eine umfassende Zusammenstellung im Jahre 1895 von Sänger und Barth in Martin's Handbuch der Krankheiten der weiblichen Adnexorgane, ferner ein genaues Literaturverzeichnis in einer Arbeit von Eckardt im Arch. f. Gynäk., Bd. LIII und von Friedenheim in der Berl. klin. Wochenschrift 1899, No. 25 gegeben ist. Während die anderen Autoren als Ausgangspunkt des Carcinoms der Tube die Schleimhaut betrachten, glaubt Friedenheim bestimmt die hintere Tubenwand in seinem Fall als solchen annehmen zu müssen, zumal die Integrität der Schleimhaut im Verlauf des ganzen Tubencanals zweifellos war, auch bestand keinerlei Verbindung der Epithellage mit den Krebsalveolen. Im Parametrium der erkrankten Seite fand sich bereits eine Metastase, die nach kurzer Zeit zum Ausgang eines Recidivs wurde.

Sänger und Barth behaupten, „dass das primäre Carcinom stets auf dem Boden einer chronischen, vielleicht meist eitrigen gewesen, aber nicht mehr eitrigen Salpingitis, nachdem dieselbe sehr lange Zeit bestanden hat, erwächst“. Friedenheim sowohl wie Eckardt widersprechen dieser Annahme und auch mein Fall liess keine alten entzündlichen Veränderungen erkennen; meine Patientin gab bestimmt an, noch nie krank, besonders nie unterleibslidend gewesen zu sein.

In der überwiegenden Mehrzahl der bisher berichteten Fälle war die Erkrankung einseitig, in dem meinigen war das doppel-seitige Befallensein der Tuben makroskopisch und mikroskopisch zweifellos.

Die Exstirpation gelang vollkommen und es war nach drei Monaten noch kein Recidiv festzustellen; da die Frau sich aber nicht so, wie zu erwarten war, erholt hatte, so liegt die An-

nahme nahe, dass doch noch später ein Recidiv oder irgendwo eine Metastase zum Vorschein kommt.

Den Uterus mit herauszunehmen, erschien mir unnötig, da er völlig gesund aussah und eine Sicherheit über das Vorhandensein eines Tubencarcinoms erst durch die mikroskopische Untersuchung gegeben wurde.

Betreffs der Symptomatologie, der Pathologie und Therapie verweise ich auf die genannten Autoren und gebe nun kurz die Krankengeschichte mit einer schematischen und einer mikroskopischen Zeichnung, für deren Anfertigung ich Herrn Dr. Strohmayer, meinem Assistenzarzt am Diakonissenhaus, zu Danke verpflichtet bin.

Frau F., 55 Jahre alt, aus Tornau, aufgenommen am 11. Mai 1899, will früher nie krank, besonders nie unterleibslidend gewesen sein, hat regelmässig und ohne Schmerzen menstruiert, eine Tochter geboren. Seit Weihnachten fühlte sie sich krank, bekam ziehende Schmerzen im Unterleib, die allmählich immer heftiger wurden, und bemerkte schliesslich auch durch die Bauchdecken „Verhärtungen“ in beiden Seiten des Leibes. Sie kam erheblich herunter und nahm an Gewicht bedeutend ab.

Bei der Aufnahme zeigt sie blassgelbliche Hautfarbe und ist sehr mager. Sie giebt an, sehr schwach geworden zu sein, seit 2 Jahren keine Blutungen mehr gehabt zu haben. Herz und Lungen sind normal, im Urin kein Eiweiss und Zucker.

Der Leib ist ziemlich gespaunt; durch die dünnen Bauchdecken fühlt man beiderseits in den Eierstocksgegenden undeutliche, resistente Tumoren, die hart und glatt zu sein scheinen und nicht erheblich druckempfindlich sind. Bei der inneren Untersuchung lässt sich der kleine Uterus mit ziemlicher Bestimmtheit in der Mitte tasten, hinter ihm und zu beiden Seiten erkennt man das ganze kleine Becken ausfüllende, glatte, prallelastische Tumoren, die nicht verschieblich sind, sich aber vom Uterus, dem sie anliegen, unterscheiden lassen. Die Scheide ist eng.

Diagnose: Tubentumoren mit flüssigem Inhalt, wahrscheinlich intraligamentär und vielfach mit der Umgebung verwachsen.

Operation am 15. Mai: Schnitt in der Linea alba 12 cm lang. Nach Zurückschieben der Därme sieht man die linke, über apfelfgrosse Tube, welche der rechten, kindskopfgrossen nach der Mitte hin fest aufsitzt, während sie links weit ins kleine Becken herabreicht. Vom Tubenwinkel aus wird die linke soweit abgebunden und losgelöst, dass man die rechte gut übersehen kann. Dann wird der rechte Tubensack, welcher die rechte Seite und die ganze Mitte des kleinen Beckens hinter dem Uterus einnimmt, aus dem Ligamentum latum bezüglich ihren Verwachsungen herausgeschält, welches letzteres einstweilen mit Klemmen versorgt wird. Zuletzt platzt der Sack und entleert braunrote Flüssigkeit. Nun lässt sich auch der linke Tubensack herauslösen, nachdem noch sehr feste Verwachsungen mit Darm und Mesenterium getrennt worden waren. Die Ligamentfetzen werden mit Ligaturen versorgt und dann beide Platten fortlaufend vernäht. Die flächenhaft blutende Uterushinterfläche wird mit dem Paquelin verschorft, dann auf einen per vaginam eingeführten Hebel der Douglas eröffnet und mit Jodoformgaze nach der Scheide drainiert. Bauchdeckennaht in 3 Etagen, Verband mit Airolpaste.

Die Kranke ist nach der Operation sehr elend, erhält (wie bei uns in der Regel) am ersten Tag Kochsalzeinläufe ins Rectum. Der Leib war in den ersten Tagen etwas aufgetrieben, die Temperatur bis zum 6. Tag zwischen 37,5 und 38,1. Puls ca. 100. Als dann die Gaze entfernt und durch einen Glasdrain ersetzt war, normale Temperatur, keine Schmerzen mehr, Wohlbefinden.

Am 16. Tag werden die Bauchdeckennahte entfernt, der Glasdrain weggelassen, prima intentio, weiterhin normaler Verlauf, am 7. Juni gekräftigt und schmerzfrei entlassen.

Nach 3 Monaten stellt sich Pat. vor, fühlt sich wohl, klagt nur bei Anstrengungen über geringe Schmerzen und zeigt kein Recidiv. Erhebliche Gewichtszunahme ist nicht eingetreten.

Der herausgenommene rechte Tubensack, im Ganzen gut kindskopfgross, besteht aus 3 durch Schnürfurchen markierten Abtheilungen, deren

kleinste etwa 5 cm lang dem Uterus am nächsten liegt und braunes Blut enthält. Dann kommt eine kleine, apfelgrosse, von welcher die eine Hälfte dünnwandig ist, die zweite aus einer etwa wallnussgrossen Geschwulst besteht, die auf dem Durchschnitt deutlich markschwammartigen Charakter zeigt; auch diese Abtheilung enthält braunrote Flüssigkeit. Der letzte und

grösste Sack, $1\frac{1}{2}$ faustgross, hat einfach das Aussehen eines Hämatosalpinx mit blutig infiltrirten Wandungen und lag vor der Operation der Hinterfläche des Uterus an. Alle Abtheile waren deutlich von einander getrennt, und es gelang nicht, von einem in den anderen mit der Sonde zu gelangen. Die linke Tube ist bedeutend kleiner und besteht nur aus 2 Abtheilungen, beide kleinapfelgross, deren median gelegene in der nach hinten unten ge-

legenden Wand einen über wallnussgrossen, markigen Tumor enthält; auch hier ist der Inhalt der Hohlräume braunes, mit Gerinnseln durchsetztes Blut.

Zu dem mikroskopischen Bilde des Tubencarcinoms ist nicht viel Erläuterndes zu sagen: Die Abkunft des Carcinoms von der Schleimhaut ist evident. Neben vereinzelten Stellen, welche das normale, flimmernde Cylinderepithel tragen, erkennt man deutlich überall die Tendenz der Schleimhaut zur Wucherung in Form von Sprossen, die sich entgegenwachsen und teils eine Art von Netzwerk, teils aber an den fortgeschrittenen Stellen bereits solide Krebsstränge bilden. Wie stark die Ausdehnung der letzten an manchen Stellen ist, lässt das mikroskopische Präparat un schwer erkennen.

II.

Der zweite Fall beansprucht gleichfalls erhebliches Interesse. Die primäre krebsige Degeneration der Eierstocksdermoide ist ausserordentlich selten, der mikroskopisch sichergestellten Präparate sind nur sehr wenige. Der Ausgang ist, ob mit, ob ohne Operation, gleich ungünstig, und von den in einer Arbeit von Thumim (Arch. f. Gynäk., Bd. 53, Heft 3, 1897) angeführten 8 Fällen ist nur einer nach der Operation geheilt, doch ist über den weiteren Verlauf nichts bekannt geworden.

Ich möchte deshalb als besonders bemerkenswert hervorheben, dass meine Patientin bis jetzt, $\frac{3}{4}$ Jahre nach der Operation, völlig gesund geblieben ist, obwohl die bei der Operation beobachteten Komplikationen eine Heilung fast ausser Bereich der Möglichkeit liegend erscheinen liessen.

Der Thumim'schen Arbeit entnehme ich, dass krebsige Entartung einer Dermoidcyste sich sowohl bei einseitiger Erkrankung, als auch bei gleichzeitigem Dermoid der anderen Seite findet; krebsige Entartung doppelseitiger Dermoides wurde noch nicht beobachtet. Ascites ist nicht notwendig vorhanden und bisher nur in einem Falle erwähnt.

Die Diagnose ist natürlich schwierig und wäre da mit einiger Wahrscheinlichkeit zu stellen, wo Allgemeinerscheinungen von Kachexie, Gewichtsabnahme, rasches Wachstum der Geschwulst und der Ascites darauf hinweisen. In unserem Fall war sie von vornherein unmöglich, weil zu der Zeit, als ich die Frau zum ersten Mal sah, die Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle selbst die Feststellung eines Tumors in abdomine verhinderte.

Die Therapie kann natürlich nur in der Eröffnung des Leibes und einer ausgiebigen Entfernung der Geschwulst bestehen. Dass Aussicht auf Erfolg vorhanden ist, beweist trotz der im allgemeinen ungünstigen Prognose meine Krankengeschichte.

Frau Dr. L., 68 Jahre alt, aus Cröllwitz, ist bis zur Menopause, welche Ende der vierziger Jahre eintrat, kaum ernstlich krank gewesen. Dann traten häufigere Migräneanfälle auf, die Patientin ausserordentlich mitnahmen und bis heute noch nach den geringsten Gemütsbewegungen sich einstellten. Kinder hat Pat. nicht geboren, die Meneses verliefen stets normal.

Vor 10 Wochen bekam die Kranke Leibschmerzen, besonders in der linken Unterbauchseite, und bald begann der Leib zu schwellen. Der Hausarzt, Herr Sanitätsrat Dr. Urtel in Giebichenstein, fand den Urin frei von

Eiweiss, konnte auch am Herzen nichts nachweisen und fühlte in der linken Bauchseite nur eine unbestimmte Resistenz; er gab nach einander die verschiedensten Diuretica, konnte aber nicht verhindern, dass der Leib immer mehr anschwell und dass auch die Beine nach und nach bis zur Unförmlichkeit dick wurden. Die Kranke verlor gänzlich den Appetit, konnte vor Schmerzen nicht schlafen, bekam Athemnot und willigte nun endlich in eine Konsultation zum Zweck einer Operation.

Ich fand eine stark abgemagerte Frau, mit gelber Hautfarbe und gedunsenem Gesicht, deren Leib und Beine kolossal geschwollen waren. Bei der Betastung des Leibes liess sich freie Flüssigkeit mit ausgesprochener Fluktuation nachweisen, sonst war der Bauch so gespannt, dass man Bestimmtes nicht durchfühlen konnte. Druckempfindlich war besonders die linke Seite. Per vaginam liess sich völlige senile Atrophie der Scheide und des Uterus konstatieren, in der rechten Bauchseite unbestimmte Resistenz, sonst ergab die bimanuelle Untersuchung auch per rectum nichts.

Herz und Lungen gesund, Urin ohne Eiweiss und Zucker, Lebergrenzen nicht zu bestimmen.

Patientin giebt Einwilligung zu einem Probeeinschnitt, der im Diakonissenhaus am 1. August ausgeführt wurde.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich zunächst etwa 12 Liter klarer Flüssigkeit, und nun sieht man in der rechten Bauchseite ein mannskopfgrosses Kystom, welches bei dem Versuch, es herauszuwälzen, platzt und sich dabei als mehrkammerig erweist. Die untere Hälfte, sehr morsch, muss aus dem Lig. latum ausgeschält werden und wird dann quer abgebunden. Die Einrisse im Ligament werden vernäht, die Flächenblutung aus den Ligamentflächen durch Paquelin gestillt. Bei der Reinigung der Bauchhöhle bemerkt man, besonders in den tieferen Partien der rechten Bauchseite, eine Aussaat bis hirsekorngrosser Knötchen, von denen leider, um die Operation der elenden Frau nicht unnötig zu verlängern, keins entfernt wurde, weil wir uns nach dem Aussehen des Tumors für berechtigt hielten, die Knötchen für Krebsmetastasen zu halten.

Die Bauchwunde wird in 3 Etagen vernäht, Wickelverband.

Der Heilverlauf war ungestört; die Bauchwunde heilte per primam. Die Kranke erholte sich langsam, bekam bald Appetit und konnte nach 3 Wochen das Bett verlassen. Die Oedeme sind nicht wiedergekehrt, Patientin hat an Körpergewicht erheblich zugenommen und ist bis jetzt (7 Monate p. o.) völlig gesund geblieben.

Der Tumor ist gut mannskopfgross und enthält 3 Abteilungen: zu oberst gelegen eine kindskopfgrosse Ovarialeyste, darunter ein reichlich faustgrosses Dermoid mit Brei und teils lose liegenden, teils an der Wand fest-sitzenden Haaren gefüllt und zu unterst, dem Uterus am nächsten, einen apfelgrossen Knoten, der leicht zerreisslich ist und dessen Durchschnitt bröcklich markigen Charakter zeigt. Die noch mit entfernte, der Geschwulst anliegende und mit ihr verwachsene Tube ist gesund.

Wenn man das Präparat im Ganzen betrachtet, hat man den Eindruck, dass der eigentliche Tumor ein Ovarialkystom ist und dass das Dermoid in seiner Wand sich entwickelt hat, also keinen gesonderten Tumor darstellt.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt ebenfalls das Bild eines carcinomatös papillären Ovarialkystoms. In der Wand des Dermoids sieht man nach innen mehrschichtiges Plattenepithel, nach aussen eine carcinomatöse Neubildung, ähnlich einem proliferierenden papillären Kystom ohne genetischen Zusammenhang mit dem Dermoid bezüglich dem Plattenepithel desselben.

Wir haben es in unserem Falle also nicht, wie in den übrigen von Eckardt angeführten, mit einer eigentlichen carcinomatösen Degeneration eines Dermoids zu thun, sondern mit einer Mischgeschwulst. In einem Ovarialkystom hat sich eine Dermoideyste entwickelt und in deren unmittelbaren Nachbarschaft ist das Ovarialkystom krebsig entartet. Da die carcinomatöse Partie deutlich von dem Plattenepithel des Dermoids zu unterscheiden ist, handelt es sich nicht

um ein Plattenepithelcarcinom mit dem Bau der Hautcancroide, sondern um einen Cylinderepithelkrebs, der von dem Dermoid nicht ausgegangen sein kann.

Besondere Beachtung verdient aber noch die erwähnte Aussaat kleiner Knötchen auf dem Bauchfell, die wir bei der Operation für eine Dissemination des Carcinoms hielten, wie eine solche auch in dem Fall von Yamagiva beschrieben wurde. Es fragt sich nun, ob diese Ansicht zu Recht bestand oder ob es sich nicht um eine andere Erkrankung gehandelt haben kann.

Es sind ja Beobachtungen bekannt, wo Frauen, in deren Bauchhöhle man anscheinend inoperable carcinomatöse Tumoren des Netzes oder des Mesenteriums, ja des Darms fand, nach der Operation, welche nur in einem Probecinschnitt bestanden hatte, gesund geworden sind und wo es bei späteren Untersuchungen nicht mehr gelang, den oder die festgestellten Tumoren nachzuweisen. Ich habe selbst 3 derartige Fälle gesehen. Dass aber eine miliare, allgemeine Carcinomatose des Peritoneums nach der Laparotomie ausgeheilt wäre, erinnere ich mich nicht, gelesen zu haben und kann es mir nicht gut denken.

Da unsere Patientin geheilt geblieben ist, muss ich es für möglich halten, dass die Knötchen des Bauchfells mit Carcinom nichts zu thun hatten und dass neben dem Eierstocktumor vielleicht doch noch eine tuberkulöse oder die mehrfach beschriebene Form chronischer Peritonitis vorhanden war. Diese kann nach der einfachen Eröffnung der Bauchhöhle ausheilen, wie Hunderte von Fällen ohne Zweifel bewiesen haben.

Sicherheit hätte ja leider nur die mikroskopische Diagnose geben können und ich bedauere, dass die Exstirpation eines Knötchens unterlassen wurde. Wunderbar wäre ja das merkwürdige Zusammentreffen so verschiedener Krankheiten, aber für unmöglich darf man es nicht halten; weiss man doch, dass auch in der Lunge Carcinom und Tuberkulose nicht ganz selten gleichzeitig vorkommt.

Nachtrag: Ein wunderbarer Zufall wollte es, dass, als eben diese Arbeit zum Druck abgeschickt werden sollte, ein Brief von der Frau Dr. L. eintraf, worin sie schrieb, dass in den letzten 3 Wochen ihr Leib wieder angeschwollen und schmerzhaft wäre. Ich riet ihr, sofort zu kommen und sah sie am 18. 4. d. Js. wieder. Der Befund glich dem vorjährigen: der Leib war durch Ascites stark aufgetrieben. Einzelnes darin nicht zu tasten, die Beine waren nicht geschwollen. Es bestand absolute Appetitlosigkeit, geringe Atemnot und Schmerzen, besonders in der linken Bauchseite.

Da sie von einer neuen Operation zunächst nichts wissen wollte, machte ich erst einen Versuch mit Diuretin und Digitalis, welche aber bald ausgesetzt werden mussten, da der Magen rebellisch wurde. Die Schwellung und Atemnot nahm zu, und nun gab Patientin zu einer Operation ihre Zustimmung, die am 26. 4. ausgeführt wurde. Da eine Punktion der vielleicht eingetretenen Darmverwachsungen wegen zu gefährlich war, wir auch die Bauchverhältnisse übersehen wollten, machte ich einen

Probeeinschnitt und sah nun überall auf den Därmen, dem Bauchfell, dem Netz kleine, harte, von stecknadelkopf- bis kirschkern-grosse Knötchen, deren zwei ich zur Untersuchung herausnahm; dieselbe ergab Carcinom.

Der Wundverlauf wurde zuerst durch anhaltendes Erbrechen, später durch eine Flüssigkeitsansammlung in der rechten Brusthöhle gestört, welche letztere eine Punktion benötigte, durch die $2\frac{1}{2}$ Liter entleert wurden. Ob eine echte Pleuritis oder etwa auch Carcinomatose die Ursache ist, lässt sich schwer entscheiden; Fieber war nie vorhanden. Jetzt beginnt sich Flüssigkeit in der anderen Pleurahöhle zu bilden, auch der Ascites fängt eben an, sich bemerkbar zu machen.

Damit entfallen also meine Bemerkungen über die scheinbare Heilung, die Prognose ist letal, und die Patientin wird an ihrem Carcinom sterben, wie bisher alle beobachteten Kranken vor ihr.

Bericht.

Sechster Bericht über die neueste polnische geburtshülflche und gynaekologische Litteratur

(die Jahre 1898 und 1899 umfassend).

Erstattet von

FR. NEUGEBAUER

in Warschau.

1. Adametz: Ein Blick auf den gegenwärtigen Stand der Lehre von der willkürlichen Wahl des Geschlechtes in der Thierzucht. — *Przegląd Lekarski* 1898 Nr. 4.

2. Arnstein: Ein seltener Fall von Puerperalinfektion: Abscessus chorioideae. — *Gazeta Lekarska* 1899 Nr. 39 pg. 1021.

3. Arnstein: Ein Fall von Eklampsie zu Beginn des 9. Schwangerschaftsmonates. — *Czasopismo Lekarskie* 1899 pg. 287.

4. Baracz: Ein operativ gewonnenes Präparat von Torsion des Omentum majus. Es war ein Tumor von mehreren Kilogramm Gewicht entstanden, inwendig mit Blut suffundirt. — *Nowiny Lekarskie* 1899 pg. 510.

5. Bette: Ueber Eklampsie bei Schwangeren. — *Czasopismo Lekarskie* 1899 pg. 25.

6. Chrzaszczewski: Kothfistel des Blinddarmes infolge eines parametritischen Exsudates. Spontane Heilung. — *Przegląd Lekarski* 1898 pg. 293.

Chrzaszczewski beschreibt folgenden Fall: Eine 32jährige Nullipara liess sich 1897 wegen Sterilität eine Erweiterung des Muttermundes machen und zwar auf blutigem Wege. Nach Hause heimgekehrt, fühlte sie sich fortwährend krank, hatte aber nur geringe Schmerzen und glaubte, das könne nicht anders sein nach jener Operation. 4 Monate erst nach jener Dissection konsultirte sie einen Arzt, der ein parametritisches Exsudat konstatierte, hauptsächlich rechterseits und Fieber. Nach einigen Wochen sah C. die Kranke, der einen