

(Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Kiel. Director:
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Pfannenstiel.)

Beitrag zur Kenntniss des primären Tubencarcinoms.

Von

Walther Benthin.

(Hierzu Tafel VI.)

Nach der letzthin von Kehrler (1) veröffentlichten kritischen Arbeit über Tubencarcinom, die er an einen selbstbeobachteten Fall anknüpfte, umfasst die Casuistik bisher nur 80 beschriebene Fälle; bei einer Beobachtungsdauer von nahezu 23 Jahren, seitdem Orthmann (2) den ersten Fall veröffentlichen konnte, ein geringes Ergebniss. Erscheint es schon deshalb wünschenswerth im Hinblick auf das ungetheilte Interesse, das dieser seltenen Erkrankung von allen Seiten entgegengebracht wird, weitere Beobachtungen zu publiciren, so dürfte dieser Fall auch noch deswegen bemerkenswerth sein, als wir hier über ein einwandfreies Heilungsergebniss berichten können.

Unser Fall kam im Jahre 1902 in der hiesigen Klinik zur Beobachtung.

Es handelt sich um eine 40j. Frau, die nie nennenswerth krank, stets regelmässig menstruiert war. Sie machte nur 1 normalen Partus vor 18 Jahren durch, an den sich ein fieberfreies Wochenbett anschloss. An Fluor hat sie nie gelitten. Seit einem Jahre bemerkte Pat. vor und nach der Regel einen ziemlich starken und bräunlichen Ausfluss. Das Menstrualblut soll im letzten Jahr einen üblen Geruch angenommen haben. Seit einem halben Jahr traten Schmerzen in der Nabelgegend und rechts unterhalb desselben auf. Der Ernährungszustand soll nicht wesentlich reducirt worden sein.

Der Aufnahmebefund ergab mittleren Ernährungszustand, keine Anzeichen von Kachexie. Herz und Lunge boten keine Besonderheiten. Der Urin enthielt keine pathologischen Bestandtheile. Das in der Vagina befindliche Secret sah missfarben aus, roch aber nicht fötid. Die Cervix und der nicht vergrösserte Uteruskörper erschienen etwas nach hinten verschoben und nach links verlagert durch einen pralleystischen etwas

beweglichen Tumor. Am unteren Pol der Geschwulst fühlte man deutlich das etwas vergrösserte derbe Ovarium; die linken Adnexe schienen keinen abnormen Befund zu bieten.

Mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Cystoma parovarii dextri kam die Pat. zur Operation.

Nach einer Probecurettage wurde vaginal (Colpotomia ant.) operirt. Man fand, dass es sich nicht um eine Parovarialcyste handelte, sondern um einen Conglomerattumor, der ziemlich fest verwachsen im kleinen Becken lag. Nach Lösung der Adhäsionen wurde der Tumor im Zusammenhang entfernt. Nachdem bei näherer mikroskopischer Untersuchung im Laboratorium auf eine maligne Neubildung in Form eines Tubencarcinoms erkannt war, schritt man 14 Tage nach dem ersten Eingriff zu einer 2. Operation, bei der man abdominal den Uterus supracervical zusammen mit den zurückgebliebenen linksseitigen Adnexen entfernte. — Geschwollene Drüsen wurden nicht gefunden. Bei dieser negativen Drüsensuche wurde von einer Ausräumung der Lymphknoten Abstand genommen. Die Patientin wurde nach glatter Reconvalescenz (höchste Achselhöhlentemperatur am ersten und zweiten Tag post op. = 37,8°) am 22. Tage als geheilt entlassen.

Der makroskopische Befund des erhaltenen Präparates ist folgender: das im Abstand von 5,3 cm vom Fundus abgesetzte Corpus uteri erscheint nicht vergrössert (Breite : Dicke wie 6,5 : 4,0 cm). Die Vorderfläche ist glatt; die Hinterfläche weist zahlreiche durchrissene Adhäsionsstränge auf.

Die linke Tube, ca. 10 cm lang, ist nicht verdickt, der Isthmus gestreckt, die Ampulle dreimal leicht gewunden, das Infundibulum offen. Das linke Ovarium ist kleincystisch entartet und mit der Tube durch membranartige Adhäsionen eingehüllt und verbacken.

Um gleich die mikroskopische Beschreibung dieser Organe vorweg zu nehmen, sei erwähnt, dass die Adnexe keinen verdächtigen Befund darboten.

Die durch Ausschabung gewonnene Schleimhaut bietet keinen Beleg für das Vorhandensein einer Endometritis. Weder der drüsige noch der interstitielle Antheil weist ein abnormes Verhalten auf.

In dem durch Horizontalschnitte zerlegten Uterus sieht man den bis zur Muscularis reichenden Aetzschorf (der Abrasio war eine Austupfung mit Creosotglycerin + Liqu. ferri angeschlossen worden) in Abstossung begriffen. Die Bildung einer neuen Schleimhaut unter Vorschlebung des Deckepithels ist angedeutet. (14 Tage post abrasionem.)

Die linke ebenfalls in zweiter Sitzung entfernte Tube ist im interstitiellen und im isthmischen Theil mit Blut gefüllt. Das hier und dort mehrschichtige hohe Epithel zeigt keine Proliferations-tendenz. Die Bindegewebsgrenze ist überall innegehalten.

Der ampulläre erweiterte Tubenabschnitt zeigt ein leeres Lumen. Die Faltenbildung ist eine relativ spärliche; die Falten selbst sind reichlich verzweigt und von ausgesprochen fibrösem Charakter. Auch hier keine abnorme Epithelwucherung.

Im linken Ovarium erkennt man alle Entwicklungsstadien von Follikeln, vielfach in Atresie begriffen. Reichlich findet man Corpora fibrosa mit hyalin umgewandelten und sklerosirten Gefässwandungen in der Umgebung. Nirgends wie auch in dem ausserordentlich gefässreichen Mesovarium eine auf Carcinom verdächtige Stelle. Die rechten Adnexe sind in einer Zeichnung zur Darstellung gebracht. Deutlich tritt die bekannte Retortenform der ungefähr 7 mal in 1—2 cm hohen Windungen geschlängelten Tube zu Tage.

Die Ampulle fast faustgross, dünnwandig, allseitig geschlossen, hat sich unter Umbiegung nach hinten dem hinteren Blatt des Lig. latum aufgelagert. Vom Infundibulum sieht man nichts. Ein schürzenförmiges breites Adhäsionsband spannt sich nach dem freien Rande des Ligamentes aus und bedeckt das Ovarium fast vollständig.

In der auch zeichnerisch zu Gesicht gebrachten, breit eröffneten Ampulle ist die Innenfläche bis auf eine Reihe freier und glatter Felder von blumenkohlartigen, röthlichbraunen Geschwulstmassen in grosser Ausdehnung besetzt. Die Tumormassen haften der Schleimhaut, die noch vereinzelte Falten erkennen lässt, fest auf.

Das mit dem Eileiter adhärente, festverbackene rechte Ovarium hat eine derbe Consistenz und ist an seinem lateralen Pole von normaler Beschaffenheit. An dem medianen Pol dagegen erblickt man, sobald man sich durch Fensterung der oben beschriebenen Membran Eingang verschafft, eine warzenartige Wucherung, ganz ähnlich der in der Ampulle, während einzelne knotenförmige Excrescenzen auf dem hinteren Blatt des ebenfalls sichtbar gemachten Lig. latum das Bild vervollständigen.

Auf einem Frontalschnitt durch den Eierstock bemerkt man den Tumor wie eine Blütenkrone in den Kelch eingelassen, scharf von dem unverändert aussehenden übrigen Ovarium durch einen straffen Bindegewebszug abgegrenzt. Zur genaueren mikroskopischen Analysirung wurden aus dem uterinen, mittleren und ampullären Theil der Tube, ferner aus dem Ovarium und Lig. latum Scheiben herausgeschnitten. Die Pars interstitialis der erkrankten Tube, die makroskopisch ein sternförmiges Lumen aufweist, zeigt keinerlei

von der Norm abweichende Veränderungen. Das Epithel durchweg einschichtig, cylindrisch, mit gut gefärbten rundlichen Kernen, zeigt deutlichen Flimmerbesatz und ist scharf contourirt gegenüber der darunter gelegenen Tubenwand. In dem medianen Abschnitt des darauf folgenden isthmischen Theils des Eileiters ist die Faltenbildung deutlich ausgeprägt. Das enge Lumen wird fein umsäumt von dem unveränderten Epithel, das hier und da allerdings eine etwas stärkere Färbbarkeit der Kerne erkennen lässt. Einige Partien, die auf den ersten Blick als mehrschichtig imponiren, sind durch Flach- bzw. Schrägschnitte zu erklären. Sie bedeuten nichts Pathologisches. Bemerkenswerth ist die Rundzellenanhäufung unter der Decke des Epithels und der Gefässreichthum. Als interessanter Nebenbefund ist zu erwähnen, dass man in dem medianen Isthmusabschnitt ausser dem Hauptlumen im Umkreise um dasselbe, theilweise dicht unter die Serosa reichende kleinere Hohlräume sieht, die mit Tubenepithel ausgekleidet sind. Es sind diese offenbar als tubare Nebengänge anzusprechen und zu deuten.

Die ersten verdächtigen Stellen und Anzeichen einer malignen Geschwulstbildung findet man in dem lateralen Abschnitt der Pars isthmica tubae. Während noch der grössere Theil des Tubenlumens von einschichtigem Epithel ausgekleidet ist, bemerkt man hier und da mehrschichtige, dem Auge durch grössere Färbbarkeit der Kerne auffallende Partien.

In einer Zeichnung (Taf. VI, Fig. 2) ist eine typische Stelle der Art festgehalten. Auf eine ziemlich ausgedehnte Partie einzeilig pallisadenförmig nebeneinander gereihter Epithelien folgt nach einer trichterförmigen Einsenkung das deutlich markirte mehrschichtige Epithel. Pseudopapillär springt es wuchtig in das Lumen vor, eine kleine Strecke weit am Rande noch überzogen von unverändertem Epithel. Von dem darunter gelegenen Bindegewebe hebt es sich unscharf ab und senkt sich zuweilen zapfenartig in dasselbe ein. In der an Dicke immer mehr abnehmenden Wand vermisst man zum grössten Theil die Musculatur und findet statt dessen Bindegewebe, das besonders in der Nähe der Sprossen in lebhafter Wucherung begriffen zu sein scheint.

Je mehr man sich dem ampullären Theil nähert, je näher man dem am meist erkrankten Theil des Eileiters, der Ampulle, kommt, umso mehr imponirt die Mehrschichtigkeit des Epithels und die Sprossenbildung. Das erweiterte Lumen der in die Ampulle offenkündigen Tube ist schliesslich erfüllt von knäueförmigen, ver-

schlungenen, zottenartigen Massen, die eine rege Zellproliferation aufweisen.

In der Ampulle kann man, am besten an jenen Stellen, wo makroskopisch sich blumenkohlartige Gebilde darbieten, den Aufbau der Geschwulst studiren.

Grosse Bindegewebszüge ziehen in das Lumen hinein, sich vielfach baumartig verästelnd und in kleinste Zöttchen sich auflösend, bedeckt von dem charakteristischen Epithel. Die feinsten Ausläufer stellen Papillen dar, die nach innen zu reichlich wucherndes Bindegewebe und massenhaft blutgefüllte Capillaren erkennen lassen. Die einzelnen Zotten treten zuweilen mit einander in Verbindung. Indem die Epithelien einander entgegen wuchern, werden Brücken gebildet; durch das ebenfalls wachsende, verfilzende Bindegewebe werden epithelbekleidete Hohlräume geschaffen, in denen man wiederum öfter Epithelsprossung findet. Theilweise erscheinen auch die Hohlräume ganz mit Epithelien ausgegossen.

Mit zunehmender Wucherung treten in den grösseren Bindegewebszügen abgeschnürte, alveoläre Herde in die Erscheinung, gebildet von denselben Zellen wie die auf der Schleimhaut befindlichen.

Parallel mit dem stärkeren Tumorwachsthum, hier noch mehr als in dem vorher beschriebenen isthmischen Abschnitt, ist die Ampullenwand verdünnt. Die Muscularis ist hier fast ganz atrophisch. Bindegewebe ist an ihre Stelle getreten. Verstreut in der Wandung liegen auch hier einige carcinomatöse Herde, oft bis dicht unter die Serosa reichend, ohne sie jedoch zu durchbrechen.

Ein ausserordentlich schönes Bild giebt ein Durchschnitt durch die Geschwulstmassen im Ovarium (Taf. VI, Fig. 3). Der ganze Aufbau des Tumors in der Tube wird hier bis ins Einzelne wiederholt.

Unten links (Taf. VI, Fig. 1) sieht man das völlig unveränderte Ovarium, von ihm getrennt durch einen reichlich gefässführenden Bindegewebsstreifen, in dem sich allerdings schon grössere mit carcinomatös entarteten Epithelien erfüllte Hohlräume finden. Sehr deutlich tritt der papilläre Bau zu Tage und die ausgesprochene Mehrschichtung und Sprossenbildung. Rechts oben im Bilde bemerkt man die abgeschnürten Epithelnester im Bindegewebe liegen.

Besonders bemerkenswerth ist die geringe Betheiligung des Ovariums, das, wie makroskopisch auch im mikroskopischen Prä-

parat einen absolut gesunden Eindruck macht, und die scharfe Abgrenzung gegenüber dem Eierstock.

Den gleichen Bau wie die Geschwulst im Ovarium weisen auch die Efflorescenzen auf dem Lig. latum auf.

Es handelt sich demnach um eine Neubildung, die von der Faltenschleimhaut der Tube ihren Ausgang nahm.

Der histologische Bau des Neoplasmas „die atypische maligne Epithelwucherung in Form von Epithelsprossen, in welche später bindegewebiges Stroma hineinwächst“ [Kleinhaus (4)] auf der einen Seite, auf der anderen die Bildung von Alveolen, das Vorhandensein abgeschnürter Epithelnester, der Polymorphismus der Zellen bestimmen die Diagnose: Papillär-alveoläres Carcinom.

Nach Stolz (10) ist das Carcinom von papillärem Bau ein Vorbereitungsstadium zum Carcinom von papillär-alveolärem Bau.

Zangenmeister erklärt die alveolären Bezirke in den Präparaten durch frühes Eindringen des Carcinoms in die Wand der Tube und nachherige Ausbreitung in derselben. Er neigt zu Sängers Ansicht und rechnet sie zu den Carcinomen von papillärem Bau. Viel eher muss nach Anufrief (3) angenommen werden, dass es sich bei den gemischten Formen um verschiedene Bilder der Neubildung handelt, welche vom Charakter des Gewebes, in welchem der Process vor sich geht, abhängig ist. Alle Autoren stimmen darin überein, dass es sich bei den gemischten Geschwülsten um malignere Formen handele.

In dem Sinne wie Stolz Kehrer die Sänger-Barth'sche (5) Eintheilung der Tubencarcinome modificirt wissen wollen, hat man auch hier ohne Zweifel die alveoläre Structur des Tumors als secundär anzusehen. Das Primäre ist offenbar die papilläre Wucherung, deren Typus überall nachgeahmt wird. Aehnlich wie Pfannenstiel (6) es bei den papillären Geschwülsten des Eierstocks beschreibt, kann man, sobald man die Bildung einer Zotte von Anfang an vergleichend verfolgt, wahrnehmen, dass die proliferirende Epithelwucherung das Primäre ist, während das flächenhaft (vorzüglich exstructiv) enorm wuchernde Epithel in die Höhe gezogen wird. Die lebhafteste Betheiligung des Bindegewebsstromas, die sich durch deutliche Rundzellenanhäufung kundgibt, ist auffällig. Man könnte den Gedanken Ribbert's, welcher die Carcinome entstehen lässt durch primäre bindegewebige Wucherungen, wodurch Epithellagen aus ihrem organischen Verbandsverbande abgetrennt und zur Proliferation angeregt werden sollen, Raum geben. Allein

diese Bindegewebswucherung erscheint gering gegenüber dem mehrschichtigen polymorphen Epithelwachsthum, sie ist etwas Secundäres.

Die massenhafte Blutgefässbildung, die Bindegewebsneubildung ist die Antwort auf einen formativen Reiz, den die Epithelproliferation abgibt (Pfannenstiel, l. c.).

[Man hat vielfach den Eindruck, als ob das Deckepithel seiner ihm immanenten Neigung, durch Einschaltung junger Zellen zwischen die alten (von Rindfleisch) flächenhaft zu wachsen und blossliegende Bindegewebslagen zu bekleiden, gefolgt sei, so dass nun nicht nur die Oberflächen, sondern durch flächenhaftes Wachsthum nach innen auch alle Binnenräume (Lymphräume) mit Cylinderepithelien überzogen wären (Borst (11), die Lehre von den Geschwülsten. Bd. 2. S. 668).]

Das Bindegewebe spielt, wie auch Stolz betont, wesentlich eine passive — besser gesagt, secundäre — Rolle und nimmt erst in späteren Stadien lebhaften Antheil an der Neubildung.

Bezüglich des quantitativen Verhältnisses zwischen Epithel und Stroma herrscht hier die medulläre Form vor, wenn auch daneben sich cirrhöse Partien finden.

Die ausserordentliche Betheiligung der Tube im Gegensatz zu der geringen Betheiligung des Ovariums, das bis auf einen Theil am medianen Pol völlig intact erscheint, verbannt jeden Zweifel an der primären Erkrankung des Eileiters.

In der Tube konnte man im interstitiellen und in dem weitaus grösseren Theil des Isthmus keine maligne Entartung constatiren. Im Wesentlichen erstreckte sich die Erkrankung auf die geschlossene, erweiterte Ampulle; nur zum kleineren Theil auf den unmittelbar an ihn grenzenden Abschnitt. Zu einem Durchbruch durch die Serosa war es noch nicht gekommen, ebensowenig zu einer Ausaat auf das Peritoneum.

Die übrigen Genitalorgane mit Ausnahme des kleincystisch degenerirten Ovarium wiesen keine Veränderungen auf. Der Uterus zeigte keine entzündliche Hyperplasie. Auch das Endometrium war nicht in Mitleidenschaft gezogen, wie z. B. in den Fällen von Hofbauer (glanduläre Hyperplasie), Falk (Fall I Polypen, Fall II Infiltration des interstitiellen Gewebes), Novy (Endometritis interstitialis), Stolz (diffuse Endometritis).

Der interessante Nebenbefund, die tubaren Nebengänge, die ganz charakteristisch sich in der Pars isthmica finden, gewinnt dadurch pathogenetisch eine gewisse Bedeutung, als er einen Stütz-

punkt für die Säger-Barth'sche Theorie abgeben könnte, nach welcher die Entstehung des Tubencarcinoms auf chronisch-entzündlicher Basis angenommen wird. Thatsächlich hat Höhne (7) nachweisen können, dass die Nebengänge ätiologisch eine Theilerscheinung eines chronisch entzündlichen Processes der Tubenwand sind. Dem Einwand, dass diese Nebengänge erst nach dem Tumor entstanden wären, ist zu entgegnen, dass dem Carcinom in diesem Falle nur etwa schätzungsweise ein Alter von $\frac{1}{2}$ —1 Jahr zugesprochen werden kann. Die Entwicklung der Nebengänge aber verlangt eine viel längere Zeit.

Während die Beschreibung von Eckard und Friedenheim ausgesprochene Entzündungserscheinungen des entarteten Organs vermissen lassen, sind die Beobachtungen anderer über Entzündungserscheinungen der Tube zahlreich genug, z. B. führen Landau-Rheinstein Faltenverschmelzung und Follikelabschnürung, Hofbauer cystische Hohlräume in dem abdominalen Tubenende an. v. Rosthorn sah im ampullären Theil der Grenzzone eine Reihe in die Länge gezogener und rundlicher Hohlräume, die mit cubischem Epithel ausgekleidet waren. Als Erklärung für diese letzte Beobachtung wird angegeben, dass sie Ausläufer des Eileiters und abgesprengte Theile der Schleimhaut des Eileiters darstellten; der Beschreibung nach könnte dieser Befund auch ganz wie in unserem Fall gedeutet werden — als tubare Nebengänge, sodass wir in der Beobachtung v. Rosthorn's ein Analogon hätten.

Dass es sich in unserem Falle in der That um eine chronische Entzündung der Genitalorgane handelt, dafür spricht erstlich das Verhalten der anderseitigen Adnexe, dann aber auch die Einkindssterilität. Die anamnestischen Angaben, dass sich die Schmerzen erst seit kürzerer Zeit (seit einem $\frac{1}{2}$ Jahr) eingestellt hätten, — offenbar durch grössere Ausdehnung der verschlossenen Tube — zeugt nicht dagegen, denn die Erfahrung lehrt, dass die Anamnese uns gerade in dieser Beziehung oft im Stich lässt. Oft constatiren wir einen Adnextumor, der angeblich „nie“ Beschwerden gemacht hat.

Peham (8), Stolz, Kehrer u. A. nehmen den fast stets beobachteten Tubenverschluss (Stolz) und das Vorhandensein der Adhäsionen als secundär an, indem sie auf Fälle hinweisen, in denen bei der Operation das Ostium abdominale offen gefunden wurde. Entgegen dieser Ansicht, die sicherlich für eine Reihe von Beobachtungen Gültigkeit hat, möchte ich in unserem Falle glauben,

dass besonders die Verwachsung des Fimbrienkranzes, der Abschluss des Ostium abdominale genetisch früher als das Carcinom entstanden ist. Als Beleg dafür mache ich ausser den beschriebenen Nebengängen die Thatsache geltend, dass das Carcinom nicht nach aussen gewuchert ist, sondern fest abgekapselt gefunden wurde. Fernerhin darf die Anwesenheit jeglicher frischerer Entzündungsprocesse — die fast von allen Autoren an der Grenze der Neubildung wahrgenommene Infiltration ist mit Eckard (9), Stolz als Reaction gegen das Vordringen der Geschwulstzellen aufzufassen — nicht unerwähnt bleiben.

Ohne der Ansicht Peham's, der sich Kehrer anschliesst, dass die Entzündung der Tube keine *conditio sine qua non* für die Entstehung des Tubencarcinoms bedeute, entgegenzutreten, ohne mich andererseits als absoluter Anhänger des Sänger-Barth'schen Standpunktes zu documentiren, möchte ich nur darauf hingewiesen haben, dass in diesem Fall besonders durch das Vorhandensein der Nebengänge bewiesen ist, dass ein chronisch entzündlicher Zustand der Tumorbildung vorangegangen ist.

Klinisch handelt es sich auch in dem obigen Fall um eine Frau im klimakterischen Alter, der Pradilectionszeit für das Auftreten der malignen Tumoren überhaupt, des Tubencarcinoms im Speciellen.

Das aller Orten angegebene, für die Kranke wie für den Arzt gleich auffällige und alarmirende Symptom, der meist als röthlich-braun bezeichnete Ausfluss, bestand schon seit einem halben Jahre. Der übrige, allgemein angegebene Symptomencomplex, Schmerzen im Unterleib, hier mehr von stationärem Charakter, in die erkrankte Seite localisirt, das Fehlen jeglicher Temperatursteigerung trotz Untersuchung, das Vorhandensein eines prallelastischen Tumors auf der Seite des gesunden Uterus, die Anwesenheit von Ascites (Ries), alles das fand sich auch hier. Es fehlte aber eins der Cardinal-symptome für vorgeschrittenere maligne Neubildungen, die Kachexie. In unserer Beobachtung giebt die Pat. genau an, dass sie nicht abgemagert sei, und in der Krankengeschichte ist ausdrücklich betont, dass der Ernährungszustand nicht reducirt gewesen wäre.

Wie fast in allen Fällen der in der Literatur beschriebenen Tubencarcinome, mit Ausnahme des von Falk beschriebenen, wurde auch hier eine Fehldiagnose gestellt.

Eine maligne Erkrankung der Adnexe, besonders der Tube, ist immer selten und ohne Zweifel trifft der Mangel an Erfahrung

einen Theil der Schuld, zumal der als charakteristisch angegebene Symptomencomplex durchaus nicht immer eindeutig ist.

In jedem einzelnen Falle wird stets erst die mikroskopische Untersuchung zur Kenntniss des wahren Sachverhaltes führen.

Die ausserordentliche Malignität des Tubencarcinoms, speciell der papillär-alveolären Form wie in unserem Falle wird einstimmig von allen Autoren hervorgehoben. Eine seltene Ausnahme bildet unser Fall. Bereits 5 Jahre sind seit der Operation verflossen; unserer Patientin geht es gut.

Eine genaue Aufnahme des Befundes ergab, dass die Frau, abgesehen von einem Schwächegefühl, das sich in der ersten Zeit nach der Operation geltend machte, und abgesehen von den Ausfallserscheinungen, die sich bei ihr bald nach dem Eingriff einstellten, eigentlich völlig beschwerdefrei war. Sie kann zwar nicht mehr Feldarbeit verrichten, wohl aber in jeder Weise ihrem Hausstand vorstehen (Scheuern, Plätten etc.). Nur ab und zu klagt sie über Schmerzen in der rechten Seite, die aber meistens bald wieder vorübergehen. Ein weisslicher Fluor, der sich nach der Operation einstellte, besteht auch noch jetzt. Irgendwelche Beschwerden beim Stuhlgang und beim Wasserlassen hat sie nicht. Auch giebt sie genau an, dass sie nicht abgemagert sei.

Status praesens. Die Pat. macht einen absolut gesunden Eindruck. Keine Andeutung von Kachexie. Hyperästhesie der Bauchdecken, Corneal- und Würgregreflex stark herabgesetzt. Glatte, lineäre, 10 cm lange, kaum sichtbare, dicht schliessende Narbe, der Linea alba entsprechend. Inguinaldrüsen nicht vergrössert, nicht indurirt. In dem engen langen Scheidentrichter ziemlich reichlicher gelblich-weisser Fluor ohne fötiden Geruch. Der kleine Cervixstumpf ist frei beweglich.

Das ganze Becken lässt sich gut austasten; nirgends eine Resistenz, nirgends Druckempfindlichkeit. Auch per Rectum im Douglas keine Knötchen zu tasten.

Die Untersuchung giebt demnach für die geäusserten Beschwerden der Patientin keine Unterlage. Der objective Befund spricht im Verein mit den übrigen nervösen Symptomen (fehlender Corneal- und Würgregreflex, Hyperästhesie der Bauchdecken) dafür, dass die Klagen nur durch eine Hystero-Neurasthenie bedingt sind, die sich, wie so häufig, im Anschluss an die Operation entwickelt zu haben scheint. Eine krankhafte Veränderung kann nirgends

constatirt werden. Die Frau ist also frei von einem Recidiv geblieben.

Und wenn man den statistischen Feststellungen Winter's, welcher nach fünfjähriger recidivfreier Zeit Dauerheilung annimmt, als richtig zu Grunde legt, dürfen wir auch wohl in unserem Falle behaupten, dass diese Frau jedenfalls von einer weiteren Erkrankung verschont, recidivfrei bleiben wird. Dieser sechste in der Literatur als geheilt bekannte Fall (nur ein Fall weist eine grössere Beobachtungszeit auf bis 7 Jahre), ändert an der Statistik nur wenig. Die Mortalitätsziffer 6:75 bleibt eine hohe und giebt für die Malignität der Tumoren ein beredtes Zeugniss.

Hinweisen möchte ich zum Schluss nur noch bezüglich der Operationstechnik, dass man hier auch ohne abdominale Totalexstirpation im Sinne der Freund'schen Operation auskam. Hier wurde auf die von Kehrer als nothwendig erachtete Drüsensuche verzichtet.

Trotz des ausgedehnten Carcinoms erfolgte kein Recidiv.

Allerdings waren die Drüsen nicht indurirt, das Carcinom abgeschlossen, der Tumor selbst gut gestielt.

L i t e r a t u r.

1. Kehrer, E., Zur Kenntniss des primären Tubencarcinoms. Dieses Arch. Bd. 17. Heft 3. 1908.
2. Orthmann, E. G., Zur Kenntniss der malignen Tubencarcinomneubildungen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 58. 1906. S. 367.
3. Arnulfrief, A. F., Zur Casuistik des primären Tubencarcinoms. Monatschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 20. 1904.
4. Kleinhans, Veit's Handb. f. Gyn. S. 747.
5. Sänger-Barth, Die Neubildungen der Eileiter, in Martin, Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig 1895.
6. Pfannenstiel, Veit's Handb. f. Gyn. Bd. IIIa. 1. Aufl. 1898. S. 320 u. 358.
7. Hoehne, O., Zur Frage der Entstehung intramuskulärer Abzweigungen des Tubenlumens. Dieses Archiv. Bd. 74, Heft 1.
8. Peham, H., Das primäre Tubencarcinom. Zeitschr. f. Heilkunde. 1903. Bd. 24.
9. Eckard, Ein Fall von primärem Tubencarcinom. Dieses Archiv. Bd. 53.
10. Stolz, Max, Zur Kenntniss des primären Tubencarcinoms. Dieses Archiv. Bd. 66. 1902.
11. Borst, Die Lehre von den Geschwulsten. Bd. 2. S. 668.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VI.

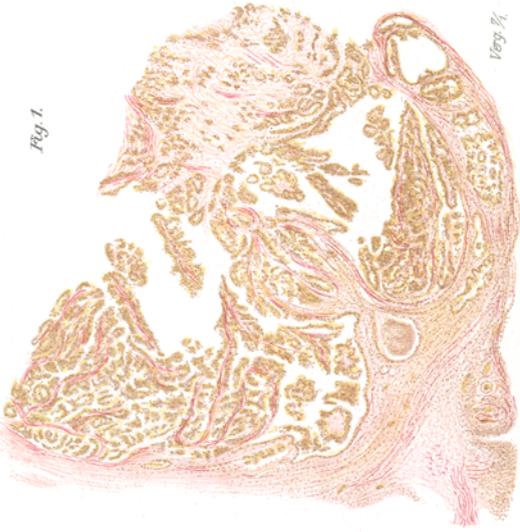
Figur 1. Frontalschnitt durch den medialen Pol der Carcinommetastase im Ovarium. Links unten normale Ovarialsubstanz.

Figur 2. Schnitt aus dem lateralen Theil der Pars isthmica tubae. × Uebergang des einzeligen in das mehrschichtige Epithel.

Figur 3. Oben die gewundene Tube in die Ampulle übergehend. Darunter das hintere Blatt des Lig. latum mit einigen carcin. Efflorescenzen deutlich getrennt von dem etwas in die Höhe gehobenen Ovarium. Im Uebrigen cf. Text.

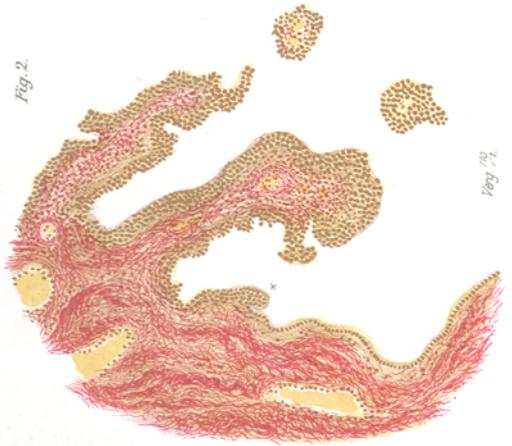


Fig. 1.



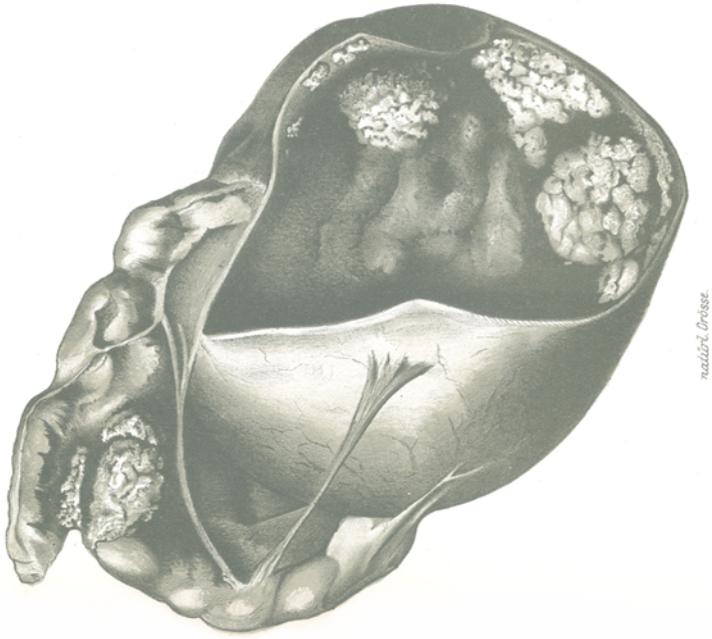
Very 2/3

Fig. 2.



Very 2/3

Fig. 3.



nach Dr. Orsini.