

**Ueber einen Fall von Syncytium und Metastasenbildung bei Syncytium ...
/ Carl Waldow.**

Contributors

Waldow, Carl, 1866-
Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin.

Publication/Creation

Berlin : E. Ebering, [1897?]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/duxnb992>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

17.


Ueber einen Fall von Syncytiom
und
Metastasenbildung bei Syncytiom.

INAUGURAL-DISSERTATION
WELCHE ZUR
ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN UND CHIRURGIE
MIT ZUSTIMMUNG DER
MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
AM 16. MÄRZ 1897
NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN
ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD
DER VERFASSER
Carl Waldow
prakt. Arzt zu Güstrow.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. S. Vogel.
- Dr. med. A. Russel.
- cand. techn. C. Waldow.

Berlin.
Druck von E. Ebering.
Linkstrasse 16.



Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b30594431>

Herrn Drost Balck

seinem hochverehrten Schwiegervater.

Herrn Bros. Balch

Admon. Auftragschreiben Schwabenmühl

Als vor einigen Jahren die Aufmerksamkeit der Gynäkologen auf eine besondere neue Geschwulstform gelenkt wurde, welche sich aus Deciduaelementen entwickle und einen hervorragend malignen Verlauf nähme, wurden alsbald von verschiedenen Seiten teils auf Grund schon früherer, nunmehr besser zu deutender Befunde, teils als Frucht einer speziell auf solche gerichteten gesteigerten Aufmerksamkeit Fälle in schneller Reihenfolge veröffentlicht, welche in den Rahmen des von Sänger entworfenen klinischen Bildes hineinpassten. Zwar wurde der Einwand erhoben (Veit), dass man sich täuschen lasse durch ein zufälliges Zusammenreffen einer Schwangerschaft mit einem schon vorher in der Gebärmutter in Entwicklung begriffenen Tumor, der vielleicht durch den zur Zellproliferation anreizenden Einfluss einer Gravidität zu einem schnellen Wachstum gekommen und aus seiner Symptomenlosigkeit herausgetreten sei. Allein im allgemeinen waren die Autoren einig, eine mit der Gravidität selbst und mit den durch sie bedingten Zellformationen in Zusammenhang stehende maligne Entartung anzunehmen und dieselbe mit Sänger als eine besondere, früher nicht beschriebene Geschwulstform anzuerkennen. Ueber die genauere Histiologie dagegen und die Histiogenese dieser Tumorart entstand eine lebhafte Kontroverse, bis Marchand gestützt auf das Untersuchungsergebnis zweier eigener Beobachtungen und auf eine sorgfältige

Kritik der bis dahin veröffentlichten Fälle die Streitfrage klärte oder geradezu entschied. Durch ihn wurde histiologisch und histiogenetisch die Natur der in Frage stehenden Tumorart präzisiert in einer Weise, die in den späteren Veröffentlichungen überall angenommen zu sein scheint. Eine Verschiebung der Stellung, welche man heute wohl allgemein den Syncytiomen in der Reihe der Geschwülste einzuräumen geneigt ist, scheint nur noch zu erwarten zu sein durch neue umwälzende Forschungen über Histiogenese der normalen Bestandteile an der Placenta, speziell also über die Abkunft des Syncytiums. Eine nicht neue Vermutung hierüber nimmt jüngst F. W. Freund wieder auf, wenn er das Syncytium zwar mütterlichen Ursprungs sein lässt, es aber von den Gefäßendothelien ableitet, welche durch schnelle Vermehrung in ihren Gefäßräumen Zapfen bilden und so den fötalen Zotten entgegenwachsen, sie sozusagen an sich zu locken und sie zu umkleiden. Er macht darauf aufmerksam, dass man bei dieser Annahme abnorme Wucherungen, die zur Geschwulst(syncytiom)bildung führen, leichter in ursächliche Verbindung bringen könne mit mütterlichen Blut- und Blutgefässerkrankungen, wie sie z. B. bei der Syphilis angenommen werden. An der unten von mir zusammengestellten Reihe von Fällen hat, soweit sie möglich war, die Prüfung hierauf vom klinischen Standpunkte aus mir leider gar keine Anhaltspunkte für einen solchen Zusammenhang ergeben und somit den Gedanken an die Möglichkeit einer kausalen Therapie überhaupt wie auch besonders für die von dem Chirurgen aufgegebenen Unglücklichen zu Falle gebracht.

In diesem Streite der Mikroskopiker ist die ursprünglich gegebene klinische Schilderung fast un-

berührt geblieben; wesentlich nur, was die Prognose anlangt, hat sie eine Aenderung erfahren, indem man heute einen weniger rapiden Verlauf, weniger schnelle und deletäre Metastasenbildung, Heilungen von anscheinender Dauer kennt. Es ist ein unbestrittenes Verdienst Sängers, von seinem neuen Tumor gleich ein in allen wesentlichen Punkten klinisch richtiges Bild gezeichnet zu haben. Im einzelnen hat dasselbe natürlich durch alle die folgenden wenig vielleicht nur, aber durch so oder so von einander verschiedene Fälle fortgesetzt einige Erweiterung und Ergänzung gefunden; und es dürfte wohl die Vergleichung einer Reihe von Fällen bezüglich ihrer Uebereinstimmung oder Abweichung auch in andern als den Kardinalpunkten Folgerungen von einigem theoretischen und praktischen Interesse zulassen. Deshalb scheint es mir auch fernerhin noch berechtigt, weitere einzelne Syncytiomfälle in der ganzen Ausführlichkeit ihres Verlaufes zu veröffentlichen. Ein solcher Fall, wie ich meine nicht ganz ohne seine Besonderheiten, ist der folgende, welcher ganz kürzlich in der Berliner Universitätsfrauenklinik beobachtet wurde und für dessen Ueberlassung zum Zwecke dieser Arbeit ich Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. Olshausen meinen gehorsamsten Dank ausspreche.

Frau V., 26 Jahre alt, war zuerst im 20. Lebensjahre und von da ab regelmässig vierwöchentlich 3 bis 4 Tage lang ohne besondere Beschwerden menstruirt. Sie machte vor 3 Jahren eine normale Entbindung und ein ungestörtes Wochenbett durch; hatte darnach wieder regelmässig wie früher ihre Periode bis zuletzt im August 1896. Im September war sie amenorrhöisch, hatte aber sonst keine Belästigungen oder besondere Empfindungen. Im Oktober

zu der Zeit etwa, wo die Regel einzutreten pflegte, stellte sich eine Blutung ein, die erheblich stark unter Abgang von Stücken bis Weihnachten andauerte, dann allmählich geringer wurde, ohne aber bisher ganz aufgehört zu haben. Um Weihnachten herum begann sich das Allgemeinbefinden sehr zu verschlechtern, es trat Appetitlosigkeit, häufiger Husten und Auswurf von dickem Schleim, Stirnkopfschmerz und Unbesinnlichkeit, Gefühl körperlicher und geistiger Abgespanntheit ein. Dazu gesellte sich im Januar Brennen im Unterleibe, in der Harnröhre, schneidendes Wasser, so dass die Patientin endlich ärztliche Hülfe aufsuchte. Sie erhielt Pulver und Medizin, wurde dann bald der Klinik zugewiesen.

Die Aufnahme der Kranken erfolgte am 10. Februar d. J. — Befund: Mittelgrosse, recht gut genährte Frau von blasser Hautfarbe, an welcher eine besondere geistige Stumpfheit von vornherein auffällt. Sonst aber zeigen sich zunächst keinerlei Störungen von Seiten des Centralnervensystems, sei es in motorischer, sensibler oder sensueller Beziehung. Die Untersuchung des Schädels ergibt nichts Abnormes. Die portio vaginalis steht weit nach hinten; uterus sinistro-retroponiert, etwas vergrössert; Scheidenwand vordere stark vorgewölbt durch einen etwa hühnereigrossen, unbeweglichen, prallen Tumor, der fast bis zur Harnröhrenmündung reicht. Die Scheidenschleimhaut über demselben ist unverändert. 16. Februar wird in Narkose zur Exstirpation dieses Tumors geschritten. Nach Einführung eines Katheters, der etwas nach rechts hin abweicht, wird ein 8 cm langer Längsschnitt über die Höhe der Geschwulst geführt, die Scheidenwand seitlich abpräpariert und der Tumor ausgeräumt. Derselbe ist nach Konsistenz und Farbe durchaus ähnlich einem

Klumpen geronnenen, z. T. organisierten Blutes; nur stellenweise zeigt er sich derber und fester. Durch seine Entfernung ist eine hühnereigrosse, ziemlich starrwandige, wie mit einer Membran ausgekleidete Höhle entstanden, welche nach Umstechung eines spritzenden Gefässes tamponiert wird: Naht des obern und untern Drittels der Scheidenwunde.

Der Wundverlauf ist ein günstiger; Patientin ist dauernd fieberfrei. Das Allgemeinbefinden dagegen ist schlecht; Klagen über heftige Kopfschmerzen wesentlich in der Stirn; dabei eine zunehmende Apathie und geistige Schwäche, so dass Nahrung nur auf wiederholtes Zureden genommen wird oder eingeflösst werden muss, auf Fragen überhaupt kaum eine Antwort zu erhalten ist. Am 27. Februar kann Patientin z. B. nicht mehr ausrechnen, wie viel 2 mal 2 ist. Dabei zeigen sich Sprechstörungen, Silbenstolpern bei längeren Worten. Die Patellarreflexe fehlen; Pupillenreaktion auf Lichteinfall vorhanden, aber träge; linke Pupille etwas weiter als rechts; Augenbewegungen frei; linkes Augenlid hängt etwas tiefer herab als das rechte; Zunge weicht beim Herausstrecken etwas nach links ab; Nackensteifigkeit nicht vorhanden, keine Konvulsionen. 28. Februar: Starke Benommenheit, auf lautes Anrufen noch Reaktion. Ausgesprochene Ptosis des linken obern Augenlides; Pupillendifferenz hat zugenommen; keine Reaktion mehr auf Lichteinfall. Keine Konvulsionen; keine Lähmungen weiter. 1. März: Vollkommene Benommenheit; schluckt nicht mehr, lässt unter sich; Glieder liegen schlaff da, ohne Kontrakturen; linke Pupille extrem weit, rechte verengert; keine Reaktion. Augenspiegelbefund nur unvollkommen aufzunehmen, ergibt aber für das linke Auge, dass

deutliche Stauungspapille nicht besteht. Abends 7 $\frac{1}{2}$ Uhr Exitus letalis.

Sektion am 2. März Nachmittags 5 Uhr:

Mässig grosse, gut genährte, weibliche Leiche. Es wird zunächst in vorschriftsmässiger Weise die Schädelhöhle eröffnet. Am Schädel nichts Besonderes. Nach der Eröffnung zeigt sich die harte Hirnhaut ziemlich stark gespannt. Die Gehirnwindungen sind abgeplattet, die Gehirnschubstanz blutarm, trocken. In der linken Grosshirnhemisphäre, aufruhend auf dem Kleinhirne, findet sich an Stelle wesentlich des linken gyrus lingualis s. occipito-temporalis med. ein cirkumskriptes ziemlich kugliger, 4,2 cm im Durchmesser sich ausdehnender Tumor von dunkelrotgrauer Farbe, stark blutig durchsetzt, so dass sich nur an einzelnen Stellen deutlicher ein Gewebe desselben erkennen lässt. Derselbe tritt nach aussen unmittelbar unter die weiche Hirnhaut, nach innen zu ist er noch durch eine dünne Schicht von Gehirnschubstanz von dem Hinterhorne des im ganzen etwas erweitert erscheinenden linken Seitenventrikels getrennt. Sonstige Veränderungen sind am Gehirn nicht nachweisbar.

Die Herzmuskulatur ist fest und derbe; am Herzen sonst nichts Besonderes.

Linke Lunge ist ziemlich schwer, besitzt ein vermehrtes Volumen. In derselben befinden sich zahlreiche kleine bis kirschkerngrosse cirkumskripte Tumorerde von graugelblicher Farbe, welche über die Schnittfläche prominieren. Einzelne dieser Knoten liegen dicht unter der Pleura und sind zum Teile von einem hoch hyperämischen Hofe umgeben. Der Unterlappen hat vermehrten Blutgehalt und ist z. T. hepatisiert.

Rechte Lunge, mit gleichfalls zahlreichen Metastasen von beschriebener Art, verhält sich wie die linke.

Milz, $13\frac{1}{2} : 7 : 3$ cm, zeigt an ihrer (konvexen) Zwerchfelloberfläche, nahe dem obern Pole und dicht unter der Kapsel gelegen, drei metastatische Tumoren, von denen einen von reichlich Kirschgrösse, die andern beiden von Haselnussgrösse, alle auf dem Durchschnitte von gelblicher Farbe, mehr oder weniger stark von Blutergüssen durchsetzt. In der Umgebung dieser Metastasen ist das Milzgewebe stärker bluthaltig; in dem Bereiche dieses hyperämischen Gebietes finden sich noch verschiedene miliare Metastasen derselben Art. Die Milzpulpa ist im übrigen ziemlich weich, von dunkelroter Farbe.

Nieren zeigen beide völlig normale Verhältnisse.

An der Leber ist nichts Besonderes nachweisbar.

Magen und Darm bieten nichts Abweichendes, nur dass im Mesenterium des Dünndarmes ein kleinpflaumenkerngrosser cirkumskriptter metastatischer Knoten von gelblicher Farbe gefunden wird.

Harnblase zeigt eine starke Entwicklung der Muskulatur, sonst normale Verhältnisse.

Uterus zeigt eine unregelmässige Gestalt, bedingt durch eine erhebliche Vergrösserung nur seiner linken Hälfte ($7\frac{1}{2}$ cm Höhe, 8 cm Dicke, 10 cm Breite). Die Schwellung dieser Seite ist eine im ganzen kuglige, ähnlich an Grösse einer Apfelsine. Die Oberfläche ist leicht uneben durch flach vorspringende Buckel. Das Peritoneum geht ohne Auflagerungen, wenn auch stark vaskularisiert, glatt über dieselbe hinweg. Die Konsistenz ist an den verschiedenen Stellen eine verschiedene, überall aber weich bis teilweise fast fluktuierend. Die dünne linke Tube und das linke breite Mutterband gehen seitlich von dem Tumor ab; das ligamentum

rotundum entspringt an der Vorderfläche desselben recht nahe dem Ansätze des ligamentum latum. Mit der Scheere in der Mitte seiner vorderen Wand aufgeschnitten zeigt der Uterus eine mässig weiche Muskulatur, an der stärksten Stelle 2,2 cm dick. Das Lumen hat eine Länge bis zum innern Muttermunde von 7, bis zum äussern Muttermunde von 10 cm; es zeigt eine der äussern unregelmässigen Gestalt entsprechende Verzerrung, indem das linke Horn gegenüber dem rechten erheblich seitlich ausgezogen erscheint. Im Cervix ist die Schleimhaut mit reichlichem Schleime bedeckt, so dass die Faltung derselben nicht recht erkennbar ist; das Uteruslumen zeigt im allgemeinen eine ziemlich blasse, etwa 1 cm dicke Schleimhaut ohne sonst bemerkbare Abnormitäten: nur in dem eröffneten linken Horne sieht man aus der vordern Wand breitbasig vorbrechend, in etwa Pflaumengrösse zapfenförmig in das Lumen hineinragend eine ziemlich weiche Geschwulstmasse. Der weitergeführte Schnitt zeigt, dass die gesamte Anschwellung der linken Uterushälfte gebildet wird durch eine Geschwulstmasse von weicher Konsistenz, welche in Folge verschieden starken Blutgehaltes und infolge von Hämorrhagieen in verschiedenen Farbentönen gelblich-, grau- und blaurot gefärbt ist. Dieselbe dringt stellenweise bis unter das Peritoneum vor, an andern Punkten ist sie durch eine minimal dicke Schicht von Muskelsubstanz noch von demselben getrennt.

Im linken Ovarium fällt auf ein kirschkerngrosses, ziemlich frisches corpus luteum verum.

Die rechten Adnexe sind in Pseudomembranen eingebettet; das abdominale Ende der Tube ist verlötet und retortenartig umgebogen, bis auf Daumendicke erweitert; das rechte Ovarium ist glatt, lässt Follikel

icht deutlich erkennen; es scheint fibrös entartet sein.

In der Scheide fallen die ausserordentlich starken Jugae auf. In der vorderen Vaginalwand findet sich eine $4\frac{1}{2}$ cm lange Wunde, in der Vernarbung begriffen, welche in der Längsrichtung verlaufend in das septum vesico-vaginale eindringt. In derselben liegt eine wallnussgrosse, ziemlich derbe, fest zusammenhängende Masse, welche grösstenteils wie altes geronnenes Blut aussieht.

Lymphdrüsen im praevertebralen Bindegewebe zeigen sich mehrfach geschwollen und enthalten metastatische Knoten.

Die mikroskopische Untersuchung des Uterustumors sowie der metastatischen Tumoren, ausgeführt durch Herrn Dr. Gebhard, ergibt für dieselben die Struktur des Syncytioms. Eine genauere Darstellung der histiologischen Details bleibt einer weiteren Veröffentlichung vorbehalten.

Die Betrachtung dieser Krankengeschichte zeigt, wie sehr die Diagnose des Syncytioms erschwert sein konnte, wenn die Anamnese nur eine recht unsichere Vermutung eines vorausgegangenen Abortes zulies, Unregelmässigkeiten von Seiten des Uterus bei einem wenig auffälligen Befunde desselben wesentlich zurücktraten, dagegen anderswo lokalisierte Anomalieen (Scheidentumor, Gehirnaffektion) zunächst mehr in die Augen sprangen und bald das Krankheitsbild völlig beherrschten. Dabei handelte es sich ja direkt um Produkte der Primärkrankheit, welche diese anscheinende Verdunkelung bewirkten, um Metastasen des im Uterus übersehenen Tumors, allerdings Metastasen, wie sie in der durch die Sektion aufgedeckten Vielheit und weiten Verbreitung doch recht selten, und z. T.

an einem Orte — dem Gehirne — wo sie bisher überhaupt noch nicht sicher beobachtet waren. In dieser Metastasenbildung liegt nicht zum geringsten Teile das Interesse unseres Falles.

Es ist von Sänger von vorherein als eine hervortretende Eigentümlichkeit der von ihm zuerst als „malignes metastasierendes Deciduom“ benannten neuen Tumorart beschrieben worden das frühzeitige Auftreten schnell wachsender Metastasen und deren weite Verbreitung über die verschiedensten Körperteile. Gerade die bei seinem ersten Falle ihm so auffällige Lokalisation und Beschaffenheit einzelner Töchterschwülste, über deren Natur — ob sie Produkte puerperaler Pyämie oder einer Tuberkulose oder ob sie maligne Tumoren im gewöhnlichen Sinne des Wortes seien — erst die Sektion entschied, scheint wesentlich Veranlassung gegeben zu haben, eine weitere genauere Betrachtung und Untersuchung eintreten zu lassen. In allen späteren Veröffentlichungen findet diese Eigentümlichkeit des malignen syncytialen Tumors in mehr oder minder weiter Ausdehnung ihre Bestätigung. Es ist auch für die Töchterschwülste auf gewisse Prädispositionsstellen, auf die Möglichkeit, aus deren Kenntnis eine Unterstützung der Diagnose zu gewinnen, hingewiesen worden. Die Beleuchtung derartiger Fragen wird erleichtert durch eine Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle.

Indem ich nun geglaubt habe, die der vortrefflichen Arbeit von Marchand (Monatsschrift für Geburtsh. und Gyn., Bd. I, pag. 554) angefügte Tabelle als bekannt oder doch zugänglich ansehen zu dürfen habe ich dieselbe in folgendem um die seither neu veröffentlichten Fälle fortführen wollen.

Tabelle siehe am Schluss der Arbeit.

Bei der Benutzung dieser Tabelle für Fragen der Metastasenbildung ist zunächst eine Scheidung der Beobachtungen vorzunehmen, je nachdem sie sich auch auf vollständige Sektionen beziehen oder das Ergebnis einer solchen wenigstens nicht mitgeteilt ist. Nur die ersteren können für die Entscheidung darüber, in wie viel Prozent der Fälle Metastasen sich bilden, mit genügender Sicherheit herangezogen werden.

Von den unvollständig oder gar nicht Sezierten zu geschweigen, verdienen nämlich auch die berichteten Heilungen, wenn sie selbst einen z. T. ziemlich erheblichen Zeitraum bereits angedauert haben, hierbei doch nicht die gleiche Berücksichtigung.

Abgesehen davon, dass überhaupt die Schnelligkeit des Wachstums und des Auftretens erster manifester Symptome je nach dem Orte der Ansiedelung von Geschwulstkeimen sehr verschieden sein kann, ferner davon, dass Beispiele eines längeren, ganz ruhenden Verweilens solcher im Körper bekannt sind, bis eine oft dunkle Gelegenheitsursache zu neuer Fortentwicklung anfacht, — würde grade hier auch ein ganz dauerndes Freibleiben von Recidiven nicht völlig einwandfrei beweisen, dass Metastasen überall nicht vorhanden gewesen wären. Scheint doch fast, wie auch Ruge hervorhebt, der klinische Verlauf einzelner Fälle, wo nach der Operation völlige Genesung eintrat und nach längerer Zeit noch konstatiert werden konnte, obwohl bereits Tochterknoten sich gezeigt hatten, für die Annahme zu sprechen, als wenn nach Entfernung des ursprünglichen Tumors kleine Metastasen vom Körper unschädlich gemacht würden. So ist es besonders in dem Falle Marchand-Everke (Tab. A, 15), in welchem ein durchaus verdächtiger Thrombus im Ligamentum latum zurückgelassen werden musste, und

bei dem die verwachsene Primärgeschwulst nicht einmal völlig sicher radikal entfernt war. Die Patientin zeigte sich nach einem Jahre noch recidivfrei. Ebenso waren in den Fällen Tab. A 25, Tab. B 15, 17, 21 anatomisch festgestellte, freilich durch Operation mit entfernbare Metastasen vorhanden; in den Fällen Tab. A 17, 26 erschienen sie klinisch höchst wahrscheinlich (Leberschmerzen, Parametrienschwellung, sonst nicht erklärtes Blutspeien). Und doch ist eine Heilung einstweilen wenigstens verzeichnet.

Werden nun für diese Frage also nur die Fälle, über welche vollständiger Sektionsbericht vorliegt, herangezogen, es verbleiben deren 32, so ergibt sich, dass nur in 3 Fällen sich nirgends Tochterknoten fanden. Es sind selbige angeführt Tab. A. 16, 6. Tab. B. 5, in denen der Tod 7, $3\frac{1}{2}$ resp. 9 Monate nach Entfernung des Schwangerschaftsproduktes aus dem Uterus erfolgte. Darnach fehlten also Metastasen in 9,4 % der Fälle.

Die Stellen, an welche hin die Keime geraten können, werden natürlich bestimmt durch die Bahnen, welche zu ihrem Transporte von dem Primärtumor her benutzt werden.

Nach den charakteristischen Beziehungen, die die syncytialen Neubildungen zu den Blutgefäßen haben, werden diese als die Transportwege von vornherein angenommen werden können. Dieselben, oft noch beträchtlich erweitert an dem Sitze des Primärtumors, werden arrodirt, syncytiale Massen flottieren frei in ihnen, werden von dem Blutstrome abgerissen und zu dem Orte ihrer Neuansiedelung fortgetragen. Es gilt das auch für die Metastasen in der Vagina, wenn auch die centrifugale Richtung des Blutstromes im ersten Augenblicke stutzig machen und eine Ent-

stehung durch Einimpfung nahe legen könnte. Allein dagegen spricht, wenn auch dieser letzte Modus theoretisch sehr wohl möglich ist und für einzelne seltene Fälle Geltung haben mag, die gewöhnliche Angabe, dass die Scheidenschleimhaut unversehrt über die frischen Knoten hinweggeht. Dass die Tumormassen in ihrem Wachstume auch den Lymphspalten folgen, in Lymphgefäße hineingeraten und in diesen weiter verschwemmt werden können, ist zuzugeben. Es ist das aber die Ausnahme; und eine stärkere Infiltration der Beckendrüsen, wie sie sich beim Carcinom findet, ist durchaus selten. Ja, Marchand führt dieselbe, so wie sie in Paviot's Beobachtung angegeben ist, neben seinen hauptsächlich histiologischen Gründen gegen die Einreihung dieses Falles unter die Syneytome an.

In unserer Tabelle findet sich verzeichnet: ein Befallensein zweimal „der Lymphdrüsen“, einmal speziell der „bronchialen Lymphdrüsen“.

Im übrigen ist kein Organ verschont geblieben mit Ausnahme allein (und zwar auffälliger Weise) des Herzens. Eine Erklärung für diese sozusagen Immunität ist mir nicht möglich zu geben.

Metastasen am Uterus sind 11 mal, im Ligamentum latum 6 mal, im Ovarium 4 mal angegeben. Es erhebt sich bei ihnen die Frage nach der Entstehung per continuitatem.

Eine solche dürfte ziemlich sicher sein für die 2 malige Angabe eines knotigen Tumors im kleinen Becken.

Dagegen scheint die im ersten Sängerschen Falle beobachtete Geschwulst in der fossa iliaca, unter der rauher Knochen vorlag und welche der Diagnose intravitam so grosse Schwierigkeiten boten, als echte

Metastase gelten zu müssen. An sie reihen sich wohl 2 Fälle von Knoten im Femur, 1 Fall in der Rippe; wahrscheinlich würde die Zahl solcher Knochenaffektionen weit grösser sein, wenn nicht eine genaue Untersuchung aller Knochen bei den Sektionen ohne klinischen Hinweis auf bestimmte Stellen ausgeschlossen wäre.

Es finden sich ferner verzeichnet: Metastasen in der Milz 6 mal, Niere 5 mal, Darm, Leber, quergestreifte Muskulatur je 4 mal, Harnblase 2 mal, Urethra, Ureter, Pankreas, Magen, Mesenterium Labium maius je 1 mal; 1 mal und zwar in unserm Falle sicher auch im Gehirne, während eine Hirnmetastase im Gottschalkschen Falle wohl vermutet werden darf.

Bei weitem am häufigsten und zwar in 25 Fällen sind die Lungen betroffen, gewöhnlich in ausgedehnter Weise, wie ausdrücklich hervorgehoben wird. Es ist das ja auch bei der Verschleppung der Keime wesentlich durch das rückfliessende Venenblut von vornherein so zu erwarten. Die Symptome waren Schmerzen, Blutspeien, Schleimauswurf, pleuritische Ergüsse, Beklemmung, Atemnot infolge der verminderten Atmungsoberfläche. Ein physikalischer Nachweis des Sitzes eines Lungentumors scheint nur einmal (Morison) geführt zu sein.

Nahe der Lunge kommt als Sitz sekundärer Knoten die Scheide in 22 Fällen, eine Häufigkeit, die allein durch Betrachtung der Gefässanordnung dieser Teile nicht erklärt wird. Es handelt sich da meist um Knoten, dicht unter der Schleimhaut gelegen, bläulich durchschimmernd, so dass „sie für Varizen gehalten werden konnten“. Im weiteren Verlaufe durchbrachen sie die Mucosa, wurden erodiert, exul-

erierten und konnten tiefe Geschwüre bilden, einmal bis zur Perforation in den Mastdarm. Ihre Verteilung war ungleichmässig, überall vom Introitus bis ins Scheidengewölbe.

Was nun die Zeit anlangt, innerhalb welcher in der Regel erste Metastasen auftraten, so lässt sich dieselbe nicht bestimmen. Ist es doch eigentlich stets unmöglich, für den Primärtumor den Beginn zu eruieren.

Es wäre fehlsam, denselben auf kurze Zeit vor den ersten Symptomen festzustellen. Denn das Syncytiom wie überhaupt die malignen Tumoren sind nicht deshalb allein bösartig, weil sie in ihrem Verlaufe (ohne operative, radikale Beseitigung) das Individuum durch lokale und generelle Zerstörung zu Grunde richten, sondern weil sie oft im Anfang nicht erkannt werden können wegen mangelnder Symptome und deshalb nicht entfernt werden.

Ebensowenig ist es angängig, einen frühesten Zeitpunkt der Entstehung des primären Tumors, und als solchen das Aufhören der Gravidität anzunehmen. Wie schon vorher theoretisch behauptete und ohne weiteres zuzugebende Möglichkeit, dass bereits während der Schwangerschaft bestimmte syncytiale Gruppen eine atypische, zur malignen Geschwulstbildung führende Wucherung eingehen könnten, ist als Thatsache erwiesen durch die jüngste Beobachtung Schautas (Tab. A. 22), der bei noch ungestört bestehender Molen-Schwangerschaft bereits eine Metastase in der Scheide vorfand, deren Bau deutlich derjenige eines malignen Syncytioms war.

Als spätestster Termin aber kann das Aufhören der Gravidität oder kurze Zeit nach demselben auch nicht gelten, ohne dass man für einzelne Fälle (Tab. A. 8

z. B.) einen gar zu lange symptomlosen Verlauf zugeben müsste.

Es bleibt also eine genauere Zeitfeststellung für den Beginn des primären Tumors und somit für die Zwischenzeit bis zu den ersten Metastasen unmöglich. Man darf wohl nur sagen, dass diese Zwischenzeit innerhalb weiter Grenzen schwanken kann.

Das aber ergibt sich, dass, wie sie zu den regelmässigsten gehören, die Scheidenmetastasen auch unter den frühesten oder richtiger wohl die frühesten zu sein pflegen.

Ich komme deshalb dazu, ihnen die grösste Wichtigkeit unter den übrigen allen zuzumessen, zumal wenn ich noch ihre leichte Zugänglichkeit hinzunehme.

Die Beobachtung und Beachtung derselben und ihre richtige Deutung hat z. B. bereits in einem Falle (Tab. B. 15) nach Angabe des Autors im Vereine mit der Anamnese die frühzeitige Diagnosenstellung ohne weitere innere Uterusexploration und ohne mikroskopische Untersuchung ermöglicht. Diese letztere allerdings halte ich nicht für entbehrlich, vielmehr als besonders gutes Hilfsmittel für stets in Anspruch zu nehmen.

Es muss deshalb meiner Meinung nach bei der Untersuchung eines jeden Scheidenknotens, besonders wenn er in oder bald nach einem Puerperium zur Beobachtung kommt und nicht eine ganz zweifellose andere Deutung findet, die Möglichkeit einer Syncytiommetastase erwogen werden. Die Excision des Knotens und sorgfältigste mikroskopische Untersuchung wäre dann, wirklich vorliegenden Falles, wohl imstande zur Diagnose zu führen, auch wo noch Symptome von Seiten des Uterus fehlen.

Bei gleichzeitigem Bestehen mit Gebärmutterblutungen würde für gewöhnlich zunächst auch eine beschleunigte Untersuchung des Scheidentumors anzuraten sein, dessen Gewebe ebenso rein oder besser noch als durchblutetes aus dem Uterus ausgeschabtes Material die heterotope syncytiale Natur in den meisten Fällen ergeben könnte.

Selbstverständlich hat eine genaue Exploration des Uterus und seines Cavums zu folgen, wenn die Untersuchung des Vaginaltumors überhaupt kein sicheres oder wenigstens kein die Uterussymptome erklärendes Ergebnis hatte.

Wenn aber derartige Explorationen oder Curettagen oder Ausräumungen des syncytiomhaltigen Uterus so sehr häufig — wie die Tabelle es zeigt — von Fieberbewegungen und selbst Sepsis gefolgt sind, viel häufiger, meine ich, als gleiche unter gleichen Kautelen vorgenommene Eingriffe z. B. bei einfachen Aborten zu ähnlichen üblen Folgen führen, wenn somit eine ganz besondere Empfänglichkeit für Infektion an dem so erkrankten Uterus wahrscheinlich wird, so dürfte man es dankbar begrüßen, wenn wenigstens in einzelnen Fällen diese Gefahr einer Infizierung ganz vermieden werden könnte durch die angegebene Berücksichtigung syncytialer Scheidenmetastasen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Winter und Herrn Dr. Gebhard für die Zuweisung dieser Arbeit und für ihre gütige Unterstützung bei deren Anfertigung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Sänger. Centralbl. für Gynäk. 1889. No. 8.
Arch. f. Gynäk. Bd. 44.
 2. Marchand. Monatschr. f. Geburtshülfe u. Gynäk. 1895.
Bd. I.
 3. Ruge. Carl. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 33.
Ergebnisse der allg. Pathol. und path. Anatomie.
(Lubarsch u. Ostertag.)
 4. Freund F. W. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1896.
 5. v. Franqué. ebenso
 6. Neumann. Wien. klin. Wochenschr. 1896. No. 36.
Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1896. Bd. 3.
 7. Reinicke. Archiv f. Gynäk. 1897. Heft I.
 8. Virchow. R. Geschwülste.
 9. Virchow. R. Path. u. Therap. Bd. 1.
 10. v. Kölliker. Entwicklungsgeschichte.
 11. Frommel. Jahresbericht 1894. 1895.
 12. Centralblatt f. Gynäk. 1894. 95. 96. 97. Referate.
 13. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1895. 1896. 1897.
Referate.
-

Thesen.

I.

Scheidenmetastasen bei Syncytiom sind geeignet, die Diagnose zu fördern.

II.

Bei Arthritis deformans empfiehlt sich die Injektion von Jodoform in die Gelenke.

III.

Auch für kleinere Krankenhäuser empfiehlt sich Centralheizung.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Karl Waldow, evangelischer Konfession, wurde geboren am 7. August 1866 zu Stavenhagen als ältester Sohn des weil. Dr. H. Waldow, prakt. Arztes daselbst. Er besuchte das Gymnasium Domschule zu Güstrow; erhielt an demselben das Zeugnis der Reife am 6. März 1885; wurde Anfang Sommersemesters 1885 an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert und bei der medizinischen Fakultät inskribiert; studierte Medizin die ersten 5 Semester in Berlin, dann je 1 Semester in München und Halle, um wieder nach Berlin zurückzukehren und dort seine Studien zu vollenden. Zu Berlin bestand er das Tentamen physicum am 12. März 1887, das ärztliche Staatsexamen am 18. Juli 1890, das Examen rigorosum am 25. Juli desselben Jahres. Seit 1891 April ist er prakt. Arzt in Güstrow. Während seiner Studienzeit war er 1 Semester als Demonstrator am I. anatomischen Institute unter Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer, 6 Monate als Koassistent in der chirurg. Klinik des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. von Bergmann, 3 Monate als Hauspraktikant in der geburtshülflichen und 6 Monate als Unterassistent in der gynäkologischen Poliklinik der Universitätsfrauenklinik, 3 Monate auf der I. medizinischen Klinik des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Leyden thätig.

Seine Lehrer waren:

in München: Oertel, von Winckel, von Ziemssen;

in Halle: Bunge, Harnack, Krause, Kaltenbach, Oberst, v. Volkmann, Weber, Schwarz, Hitzig;

in Berlin: v. Bergmann, du Bois-Reymond, Bramann, Christiani, Gerhardt, Eichler, Fassbender, Gusserow, Guttmann, Hartmann, von Helmholtz, von Hoffmann, Hirsch, König, Kossel, Kramer, von Leyden, Lewin, Liebreich, Mendel, Olshausen, Pinner, Schlange, Schweigger, Schulze, Schwendener, Trautmann, v. Treitschke, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Winter, Rabl, Rückhard.

Tabelle A.

		Autor	Alter	Voraus- gegangen	Erste Erscheinungen	Verlauf	Ansang	Beschaffenheit der primären Geschwulst	Metastasen in Lunge und Scheide	Metastasen in anderen Organen	Bemerkungen
16.	1893.	Hartmann und Tompset.	25 J. II para.	Abortus mens. III. 15. Sept. 1893.	Andauernde Blutung.	23. März 1894 Ent- fernung reichlicher Placentarreste, d. mi- kroskopisch nicht untersucht. 7. IV er- neuerte Blutungen.	Gestorben 23. April 7 Monate p. a.	Uterus vergrößert; an d. Oberfläche zwei haselnussgrosse Knoten; durch cylindrische Zapfen mit diesen in Ver- bindung stehend im Cavum halbwallnuss- grosse schwärzliche Geschwulst im Fundus und linken Horno.	Keine.	Keine.	Anaemie. Pyosalpinx. Entzündliche Veränderung an rechter Tuba und Ovarium.
17.	1893.	Tannen.	23 J. IV p.	Juli 1893 Blasenmole. Januar 1894 letzte Regel Abort? Aufg. März.	Blutungen seit Anfang März andauernd.	28. April Curettage. 30. Juni Totalex- stirpation.	Gesund nach 9 Monaten.	Im Fundus uteri Tumor von Blutapfel- sineinfarbe bis dicht unter die Serosa.	Keine.	Keine.	Schmerzen in der Leber, Schwellung in d. Parametrien p. oper. zurück- gebildet.
18.	1893.	Kuppenheim.	33 J. IV p.	Juni 94 Früh- geburts spont. 2 Monate vor dem normalen Ende.	3 Wochen p. part. profuse Blutungen.	8. August Ausräumung des Uterus. Darauf Fieber; weitere Blutungen. 22. August Totalexstirpation.	Gesund nach 10 Monaten.	Uterus trägt i. Fundus e. kirschgrossen gran- ulitären Knötchen.	Keine.	Keine.	Fieber nach d. Ausräumung.
19.	1895.	Whitridge Williams.	33 J. V p.	15. April 1894 normale Geb. Kind tot. Placenta weich, zer- flüsslich.	14 Tage p. part. erbsengrossen Knötchen in der Scheide- lippe.	Wachsen u. Gangr- nosen d. Scheiden- knötchen; Sepsis. Kein Zeichen von Uterus- erkrankung.	Gestorben 4 Monate p. part.	Uterus auf d. Doppelte vergrößert; von der hinteren Wand ragt in die beträchtlich er- weiterte Höhle. Tumormasse 3,5:2,5 cm.	Tiefes Geschwür in der Scheide mit Rectalfistel. Zahlreiche Metastasen von Kirsch- bis Wall- nussgrösse in beiden Lungen.	An der Portio vaginalis Knoten und Geschwür. Haselnussgrosse Geschwulst an r. Ovarium, Knoten in Leber, Milz, Nieren.	Sepsis.
20.	1896.	Lösberg Mannheimer. (Netzel 1872.)	38 J. VIII p.	Novemb. 1908 Blasenmole. 13. Nov. 1871 rechtzeitige Entbindung.	Nach 4 Wochen allmählich stärker werdende Blutung.	12. Dezember Aus- räumung einer bröck- ligen Geschwulst aus d. Uterus. 21. Jan. 72 Auskratzen eines mandelgrossen glatten Tumors von der vorderen Uterus- wand. Andauernde Blutung.	Gestorben 13. Mai 72. 6 Monate p. part.	Uterus 13,7 cm lang, 3,5 cm dick; in dem- selben 2 cm oberhalb des Muttermundes u. in der linken Tuba- ecke Geschwür mit erhabenen Rändern.	Erbsengrosser Tumor in der Vagina. Tumoren in den Lungen.	Tumoren in Leber, Milz, Nieren und Bauchlymphdrüsen.	
21.	1896.	Schauta (Neumann).	35 J. III p.	Normale Geb. 16. Jan. 1893.	4 Wochen später heftige Blutungen.	9. April Auskratzen 9. Mai Totalex- stirpation.	Gestorben 31. Juli 96 6½ Monat p. part.	Uterus 9 cm lang, 1½ cm wandungsdick. Im Fundus nach rechts hin taubenei- grosse mit Blut bedeckte polypöse Geschwulst.	Beide Lungen durchsetzt von zahlreichen hasel- nuss- bis apfel- grossen Tumoren.	Haselnussgrosser Knoten am rechten Ureter.	Hektisches Fieber.
22.	1896.	Postalozza IV. Fall.	? VII p.	Normale Entbindung.	Blutungen u. blutig eitriger Ausfluss dauerten im Wochenbette an.		Gestorben.	Geschwulst in der Gebärmutter.	Knoten in der Scheide und in den Lungen.	Keine.	
23.		Derselbe V. Fall.	? XII p.	Normale Entbindung.	Blutungen.	Nach fünf monat- lichen Blutungen Uterus dem dritten Graviditätsmonate entsprechend ver- größert; weichteilig. Totalexstirpation.	Heilung.	Die Degeneration in der Uterushöhle hatte an einzelnen Stellen tief in die Muskulatur eingegriffen.	Keine.	Keine.	
24.	1896.	Apfelstädt.	33 J. III p.	4. Oktober 1894 Abortus mens. V? Ausstossung eines unzer- rissenen Kieles.	Dezember. Januar profuse Blutungen; Curettage.	2. Februar 1895 Ent- fernung einer als Placentarpolyp ange- sprochenen Masse, die nicht mikroskopisch untersucht. Mitte Mai: Uterus mannfaustgross. Probecurettage. Totalexstirpation.	Gestorben 8½ Monat p. a.	Uterus vergrößert; in denselben apfel- grosser höckeriger weicher Tumor der hinteren Wand und Fundus breitbasig ansitzend.	Tumoren von Hirsekorngross- bis Apfelgrösse in beiden Lungen.	Tumoren in der Leber, Pankreas, Darm und Mesen- terium; Femur.	
25.	1896.	H. W. Freund.	40 J. III p.	Juli 1894 recht- zeitige spon- tane Geburt.	Fortgesetzte Blutungen.	1. Oktober Placentar- polyp entfernt, der nach mikroskopischer Untersuchung nicht maligne. 22. November Knoten am Scheideneingang. 9. Januar mehrere Knoten in der Scheide. Uterus 11½ cm lang. Totalexstirpation.	Geheilt noch nach 1½ Jahren.	Uterus d. 4. Monat entsprechend gross; im Fundus u. Corpus ein grosser Tumor von Schleimbant grössen- teils überzogen, bis nahe an die Serosa vorgezogen.	1. Knoten am In- troitus vaginae. 2. Fünf Knoten in der Scheide bis ins Scheiden- gewölbe.	Keine.	
26.	1896.	v. Franqué.	32 J. VI p.	März 1895 sechste nor- male Geburt.	Starke Blutungen seit April 1895.	13. August wegen an- dauernder Blutung Totalexstirpation.	Geheilt noch nach 7 Monat.	Uterus faustgross, hühnereigrosse blutige schwammige Ge- schwulstmasse an der linken hinteren Wand.	Keine.	Keine.	Blut. Sputa; Inguinaldrüsen- Schwell. Erst. u. Oper. heiligt. letztl. n. 7 Mon. unverändert.
27.	1896.	Morison.	35 J. IX p.	Rechtzeitige Entbindung durch Wendung. Wochenbett normal.	6 Wochen p. part. Starke Blutung bis z. Bewusst- losigkeit.	1. Novemb. Curettage. Chlorzink. 11. Dezember Totalex- stirpation.	Gestorben 11. Juli 95.	Uterus auf d. Doppelte vergrößert; äusserlich kleiner Knoten am Fundus in Cavum apfelsinengrosser Tu- mor gestielt auf- sitzend.	Lungentumor links unter der Scapula diagnostiziert.		Keine Sektion.
28.	1896.	Dr. Herbert Spencer.	27 J. II p.	Normale Entbindung.	28 Tage dar- nach Blutung.	Abgang v. Geschwulst- teilen; Blutung. Sepsis.	Gestorben 2½ Monat p. part.	Ulcerierte u. teilweise gangränöse Ge- schwulst an der Placenta- stelle, d. Uterus fast perforierend.	Metastasen in den Lungen.	Metastase im Cervix uteri.	Sepsis.
29.	1895.	Gütze.	21 J. I p.	Normale Entbindung 29. August 93. Stille bis August 1894.	Starke wieder- kehrende Blutungen März 1894.	Ausräumung massen- hafter Gewebefetzen, die wie Abortreste aussehen. Tumor in der Scheide, der aus cavernösem Gewebe besteht, wird excidiert Curettage.	Gestorben 23. Sept. 94. 13 Monate p. part.	An der hinteren Wand im Fundus ein Tumor, breitbasig polypös vorspringend, blasse- rot, von elastischer Konsistenz.	Hühnereigrosser Tumor in der Scheide.	r. Ovarium in festen ovalen Tumormenge- wandelt, kleine Tumoren an der Hinterfläche des Uterus; zahllose Metastasen in der Leber, Knoten in d. l. Niere.	Sepsis. rechte Lunge nicht sectiert.
30.	1895.	Resinelli.	? IV p.	Abort in Folge von Influenza.	Nach 3 Monat. ein kleiner Tumor im Vestibulum d. Scheide.	Bald darauf Exitus.	Gestorben.	Uterus u. Tube bilden einen Tumor.	In der Scheide und in den Lungen Metastasen.	Keine.	

Date		Description		Amount	
1890	Jan 1	Balance		100.00	
1890	Jan 15	Received from A. B.		50.00	
1890	Feb 1	Received from C. D.		25.00	
1890	Mar 1	Received from E. F.		75.00	
1890	Apr 1	Received from G. H.		100.00	
1890	May 1	Received from I. J.		150.00	
1890	Jun 1	Received from K. L.		200.00	
1890	Jul 1	Received from M. N.		250.00	
1890	Aug 1	Received from O. P.		300.00	
1890	Sep 1	Received from Q. R.		350.00	
1890	Oct 1	Received from S. T.		400.00	
1890	Nov 1	Received from U. V.		450.00	
1890	Dec 1	Received from W. X.		500.00	
1890	Dec 31	Total		2500.00	

Tabelle A. (Fortsetzung.)

		Aut.	Alter	Voraus- gegangen	Erste Erscheinungen	Verlauf	Ausgang	Beschaffenheit der primären Geschwulst	Metastasen in Lunge und Scheide	Metastasen in anderen Organen	Bemerkungen
31.	1896.	Chrobak.	33 J. III p.	Januar 1896 Blutung. Abort?	Anfang Mai Blutung.	Entfernung einer grossen Menge fetzigen Gewebes m. d. Curette. Blutung dauert an. Oktober wiederholte Curettag ergibt nichts Charakteristi- sches. Wegen Fieber, Jauchung, Totalexstir- pation.	Gehellt.	Decidoma malignum das an der hintern Wand des Uterus sass und der Curette ent- gangen war, weil das Endometrium fast überalles überkleidet.	Keine.	Keine.	
32.	1896.	Aezél.	22 J. III p.	Geburt eines ausgetragenen Kindes.	Unstillbare Blutungen.	Blutung, Fieber, Sepsis.	Gestorben 9 Monate p. part.	Uterus bedeutend ver- grössert; im Fundus hinten links oben ist die Wand geschwürig zerfallen; Perforation.	In den Lungen viele erbsen- bis haselnussgrosse rundliche Knoten.	In d. Cervix ein haselnuss- und ein wallnussgrosser Knoten; in der Submucosa des unteren Hems ein erbsengrosser Knoten.	Sepsis.
33.	1897.	Schmorl.	?	Abort.	Blutungen.	Andauernde Blutung.	Gestorben 4 Monate p. a.	In der Uterushöhle hämorrhagisch. Tumor.	multiple Meta- stasen i. d. Lungen.	multiple Meta- stasen in d. Nieren und and. Organen.	
34.	1896.	Universitäts- Frauen-Klinik Berlin.	30 J. VIII p.	Normale Ent- bindung.	7 Wochen dar- nach an- dauernde Blu- tungen.	Vergrösserung des Uterus, Blutung, Fieber, Totalexstir- pation.	Gehellt.	Uterus kindskopf- gross, weich, mit sehr dicker Muskulatur. An der hintern Wand ein grosser schwam- miger roter Tumor.	Keine.	Keine.	
35.	1897.	Waldow.	26 J. II p.	Abortus Mens. 11 Oktober 96.	Fortgesetzte Blutung.	Blutung; Tumor in der Scheide; Exsiccation desselben 16. II. 97, Zunehmende Gehirn- symptome.	Gestorben 1. III. 97, 4 Mon. p. a.	Tumor im linken Uterushorn.	Zahlreiche Knoten in beiden Lungen. Tumor in der Scheide.	Metastasen in der Milz, Mesenterium, Lymphdrüsen, Ge- hirn.	

Tabelle B. Nach Blasenmole.

14.	1866.	Bacon.	48 J. XI p.	Dezember 92: Ausstossung einer Blasen- mole nach 9 monatlicher Gravidität!	Fünf Wochen darnach pro- fuse Blutungen	16. Juni Curettage. Fieber; Sepsis.	Gestorben 25. 6. 7 Monate p.	Im Uterus ein Deci- dom.	Ganz besonders viel Metastasen in den Lungen.	Metastase im rechten Lg. lat.	Sepsis.
15.	1865.	Lönnberg und Mannheimer II.	42. III p.	13. 2. nach 4 monatlicher Schwanger- schaft Abgang einer grossen Blasenmole.	7 Wochen dar- nach Blut- abgang.	Häufig wiederkehren- der Abgang von Blut und Blutwasser. 9. 10. im Introitus vaginae u. Vagina Tumoren. Uterus vergrössert. Totalexstirpation.	Gehellt noch 1. 5. 96.	Uterus stark faust- gross, 15 cm lang, 10 cm dick. Birn- förmiger Tumor in der Höhle.	Knoten im Introi- tus und in der Scheide.	Keine.	
16.	1865.	Pestalozza VI. Fall.	?	Im Februar Ausstossung einer Blasen- mole.	Blutungen dauern fort.	Mai Probeabkratzung. Totalexstirpation.	Gehellt.	Im Uterus evidente syncytionatöse De- generation.	Keine.	Keine.	
17.	1865.	Schantz Neu- mann. II. Fall	29. V p.	Letzte Regel März 94. 10. X. Auskrümmung einer Blasen- mole.	Blutung und wässriger Aus- fluss.	21. II. im vergrösserten Uterus weiche Massen. In d. hintern Scheiden- wand kleinhirnsgrosse Knoten. Totalexstir- pation.	Gehellt.	An der vordern Uterus- wand 2 Knötchen; hintere Wand und Fundus besetzt mit weichen, knollenartig vorspringenden Massen.	Knoten in der Scheide.	Knoten in der Uterusmuskulatur.	
18.	1866.	Apfelstädt. II. Fall.	42. III p.	21. III. 95 spon- tane Aus- stossung einer Blasenmole.	8 Tage später Geschwulst im Labium minus	17. VI. Incision der paravaginalen Schwel- lung. Auskratzung des Uterus wegen Rauhi- keiten. Pyaemie.	Gestorben 25. 7. 95. 4 Monate p.	Im Uterus innern ein halbkuglig sich vor- wölbender haselnuss- grosser Tumor.	Tumorhaltige paravaginale Höhlenbildung. Metastasen in den Lungen.	Metastasen in der Milz.	Pyaemie.
19.	1896.	Lindfors.	44. III p.	Sept. 96 Ab- gang von kleinen grauen Blasen (nach Amennorrhoe seit Juni)	Blutungen.	15. Nov. Excochleatio. Fieber. 5. Dez. Total- extirpation.	Gestorben 5 Tage post operat.	In der Kapsel der Uterushöhle bröck- liger, graubrauner, hämorrhagischer Tumor.	?	?	Keine Sektion.
20.	1891.	Runge.	44. m p.	Letzte Geburt vor 3 Jahren. Blasenmole in utero.	Blutungen.	28. 10. in der Annahme eines Myoms: supra- vaginale Amputation.	Gehellt.	Im Uterus Teile einer Blasenmole; ausser- dem röthliches Ge- schwulstgewebe, das in die Muskulatur ein- wuchert. Mikros- kopisch: Chorion- carcinom.	Keine.	Keine.	
21.	1896.	M. M. Cazin.	30	Blasenmole.	Blutungen.	Nach 3 Monaten Curettag. Nach 10 Monaten Totalexstir- pation.	Heilung 30 Monate p. operat.	An der hintern Uterus- wand fungöser weicher Tumor.	Keine.	Tumor i. r. ovarium von gleicher Be- schaffenheit.	
22.	1897.	Schantz.	?	Schwanger- schaft im 5. Monate mit einer Blasen- mole	In der Scheide ein varixähn- licher Knoten.	Extirpation des Knotens; Auskrümmung der Blasenmole.		Uterus wird extirpiert werden.	In der Scheide ein Knoten mit den Elementen des Syncytioms.		
23.	1897.	Univ. Frauen- Klinik Berlin.	23. IV p.	16. 1. Aus- krümmung einer Blasenmole.	4. 2. starke Blutung.	9. 2. Totalexstirpation des doppeltso grossen Uterus.	Heilung.	Uterus mässig ver- grössert; in demselben vom Fundus u. hinterer Wand breitbasig ent- springend ein poly- pöser roter bis fast in den innern Mutter- mund reichender Tumor.	Keine.	Keine.	

Table 1

Date	Time	Location	Altitude	Remarks
1901	10:00	...	...	...
1902	11:00	...	...	...
1903	12:00	...	...	...
1904	13:00	...	...	...
1905	14:00	...	...	...
1906	15:00	...	...	...
1907	16:00	...	...	...
1908	17:00	...	...	...
1909	18:00	...	...	...
1910	19:00	...	...	...
1911	20:00	...	...	...
1912	21:00	...	...	...
1913	22:00	...	...	...
1914	23:00	...	...	...
1915	00:00	...	...	...
1916	01:00	...	...	...
1917	02:00	...	...	...
1918	03:00	...	...	...
1919	04:00	...	...	...
1920	05:00	...	...	...
1921	06:00	...	...	...
1922	07:00	...	...	...
1923	08:00	...	...	...
1924	09:00	...	...	...
1925	10:00	...	...	...
1926	11:00	...	...	...
1927	12:00	...	...	...
1928	13:00	...	...	...
1929	14:00	...	...	...
1930	15:00	...	...	...
1931	16:00	...	...	...
1932	17:00	...	...	...
1933	18:00	...	...	...
1934	19:00	...	...	...
1935	20:00	...	...	...
1936	21:00	...	...	...
1937	22:00	...	...	...
1938	23:00	...	...	...
1939	00:00	...	...	...
1940	01:00	...	...	...
1941	02:00	...	...	...
1942	03:00	...	...	...
1943	04:00	...	...	...
1944	05:00	...	...	...
1945	06:00	...	...	...
1946	07:00	...	...	...
1947	08:00	...	...	...
1948	09:00	...	...	...
1949	10:00	...	...	...
1950	11:00	...	...	...
1951	12:00	...	...	...
1952	13:00	...	...	...
1953	14:00	...	...	...
1954	15:00	...	...	...
1955	16:00	...	...	...
1956	17:00	...	...	...
1957	18:00	...	...	...
1958	19:00	...	...	...
1959	20:00	...	...	...
1960	21:00	...	...	...
1961	22:00	...	...	...
1962	23:00	...	...	...
1963	00:00	...	...	...
1964	01:00	...	...	...
1965	02:00	...	...	...
1966	03:00	...	...	...
1967	04:00	...	...	...
1968	05:00	...	...	...
1969	06:00	...	...	...
1970	07:00	...	...	...
1971	08:00	...	...	...
1972	09:00	...	...	...
1973	10:00	...	...	...
1974	11:00	...	...	...
1975	12:00	...	...	...
1976	13:00	...	...	...
1977	14:00	...	...	...
1978	15:00	...	...	...
1979	16:00	...	...	...
1980	17:00	...	...	...
1981	18:00	...	...	...
1982	19:00	...	...	...
1983	20:00	...	...	...
1984	21:00	...	...	...
1985	22:00	...	...	...
1986	23:00	...	...	...
1987	00:00	...	...	...
1988	01:00	...	...	...
1989	02:00	...	...	...
1990	03:00	...	...	...
1991	04:00	...	...	...
1992	05:00	...	...	...
1993	06:00	...	...	...
1994	07:00	...	...	...
1995	08:00	...	...	...
1996	09:00	...	...	...
1997	10:00	...	...	...
1998	11:00	...	...	...
1999	12:00	...	...	...
2000	13:00	...	...	...
2001	14:00	...	...	...
2002	15:00	...	...	...
2003	16:00	...	...	...
2004	17:00	...	...	...
2005	18:00	...	...	...
2006	19:00	...	...	...
2007	20:00	...	...	...
2008	21:00	...	...	...
2009	22:00	...	...	...
2010	23:00	...	...	...
2011	00:00	...	...	...
2012	01:00	...	...	...
2013	02:00	...	...	...
2014	03:00	...	...	...
2015	04:00	...	...	...
2016	05:00	...	...	...
2017	06:00	...	...	...
2018	07:00	...	...	...
2019	08:00	...	...	...
2020	09:00	...	...	...
2021	10:00	...	...	...
2022	11:00	...	...	...
2023	12:00	...	...	...
2024	13:00	...	...	...
2025	14:00	...	...	...
2026	15:00	...	...	...
2027	16:00	...	...	...
2028	17:00	...	...	...
2029	18:00	...	...	...
2030	19:00	...	...	...
2031	20:00	...	...	...
2032	21:00	...	...	...
2033	22:00	...	...	...
2034	23:00	...	...	...
2035	00:00	...	...	...
2036	01:00	...	...	...
2037	02:00	...	...	...
2038	03:00	...	...	...
2039	04:00	...	...	...
2040	05:00	...	...	...
2041	06:00	...	...	...
2042	07:00	...	...	...
2043	08:00	...	...	...
2044	09:00	...	...	...
2045	10:00	...	...	...
2046	11:00	...	...	...
2047	12:00	...	...	...
2048	13:00	...	...	...
2049	14:00	...	...	...
2050	15:00	...	...	...
2051	16:00	...	...	...
2052	17:00	...	...	...
2053	18:00	...	...	...
2054	19:00	...	...	...
2055	20:00	...	...	...
2056	21:00	...	...	...
2057	22:00	...	...	...
2058	23:00	...	...	...
2059	00:00	...	...	...
2060	01:00	...	...	...
2061	02:00	...	...	...
2062	03:00	...	...	...
2063	04:00	...	...	...
2064	05:00	...	...	...
2065	06:00	...	...	...
2066	07:00	...	...	...
2067	08:00	...	...	...
2068	09:00	...	...	...
2069	10:00	...	...	...
2070	11:00	...	...	...
2071	12:00	...	...	...
2072	13:00	...	...	...
2073	14:00	...	...	...
2074	15:00	...	...	...
2075	16:00	...	...	...
2076	17:00	...	...	...
2077	18:00	...	...	...
2078	19:00	...	...	...
2079	20:00	...	...	...
2080	21:00	...	...	...
2081	22:00	...	...	...
2082	23:00	...	...	...
2083	00:00	...	...	...
2084	01:00	...	...	...
2085	02:00	...	...	...
2086	03:00	...	...	...
2087	04:00	...	...	...
2088	05:00	...	...	...
2089	06:00	...	...	...
2090	07:00	...	...	...
2091	08:00	...	...	...
2092	09:00	...	...	...
2093	10:00	...	...	...
2094	11:00	...	...	...
2095	12:00	...	...	...
2096	13:00	...	...	...
2097	14:00	...	...	...
2098	15:00	...	...	...
2099	16:00	...	...	...
2100	17:00	...	...	...

Table 2

Date	Time	Location	Altitude	Remarks
1901	10:00	...	...	...
1902	11:00	...	...	...
1903	12:00	...	...	...
1904	13:00	...	...	...
1905	14:00	...	...	...
1906	15:00	...	...	...
1907	16:00	...	...	...
1908	17:00	...	...	...
1909	18:00	...	...	...
1910	19:00	...	...	...
1911	20:00	...	...	...
1912	21:00	...	...	...
1913	22:00	...	...	...
1914	23:00	...	...	...
1915	00:00	...	...	...
1916	01:00	...	...	...
1917	02:00	...	...	...
1918	03:00	...	...	...
1919	04:00	...	...	...
1920	05:00	...	...	...
1921	06:00	...	...	...
1922	07:00	...	...	...
1923	08:00	...	...	...
1924	09:00	...	...	...
1925	10:00	...	...	...
1926	11:00	...	...	...
1927	12:00	...	...	...
1928	13:00	...	...	...
1929	14:00	...	...	...
1930	15:00	...	...	...
1931	16:00	...	...	...
1932	17:00	...	...	...
1933	18:00	...	...	...
1934	19:00	...	...	...
1935	20:00	...	...	...
1936	21:00	...	...	...
1937	22:00	...	...	...
1938	23:00	...	...	...
1939	00:00	...	...	...
1940	01:00	...	...	...
1941	02:00	...	...	...
1942	03:00	...	...	...
1943	04:00	...	...	...
1944	05:00			