

Über Bauchdeckenfibrome.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Jena

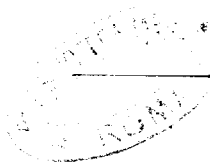
zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie
und Geburtshilfe

vorgelegt von

Wilhelm Küstner,

pract. Arzt aus Halle a. S.



Halle a. S.,

Plötz'sche Buchdruckerei (R. Nietschmann).

1891.

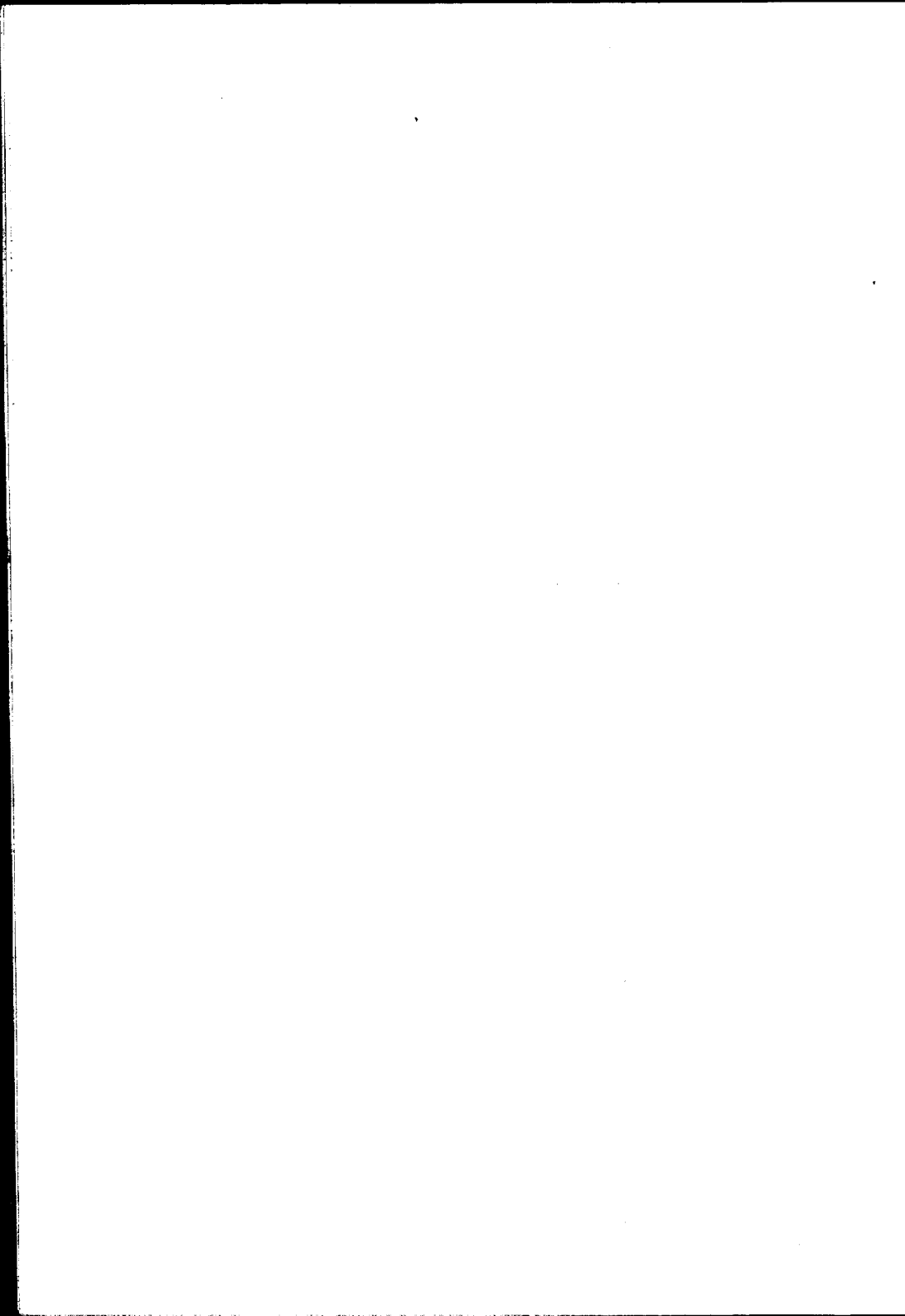
Genehmigt von der medicinischen Facultät
zu Jena auf Antrag des Prof. Riedel.

Jena, den 13. Juli 1891

W. Müller,

d. Z. Decan der medicinischen Facultät.

Seiner lieben Mutter.



Die Neubildungen der Bauchdecken im Allgemeinen sind nicht allzu häufig; ihre Ursprungsstätte kann eine sehr verschiedene sein, nämlich die äussere Haut, das Unterhautfettgewebe, die geraden und schrägen Bauchmuskeln, sowie ihre Fascien und Aponeurosen, das Peritoneum parietale, die obliterirten Nabelgefässe endlich das Periost der Rippen und des Beckens. Die verschiedenen Geschwulstformen würden in die Klassen der Epithelialcarcinome, Sarkome und Atherome der Haut, Lipome und weiche Fibrome des Unterhautfettgewebes, Fibrome, Sarkome und Myxome der Fascien und Aponeurosen zerfallen. Es ist nicht meine Absicht, alle die verschiedenen Geschwulstformen des Näheren zu besprechen, es soll nur eine Art dieser Geschwülste, nämlich das reine Fibrom der Bauchdecken hier Gegenstand der Erörterung werden. Im Anschluss daran will ich in Kurzem einen Krankheitsfall aus der Klinik des Herrn Professor Dr. Kölliker-Leipzig anführen.

Aus der statistischen Zusammensetzung von Sänger¹⁾ geht hervor, dass der Charakter der Bauchdeckentumoren überhaupt meist ein gutartiger ist. Unter 73 Fällen finden sich 60 reine Fibrome. Und merkwürdiger Weise kommen

¹⁾ Archiv f. Gynäkol. B. XXIV.

diese Geschwülste vorwiegend bei Frauen vor, während Männer nur in sehr geringer Anzahl daran leiden. Nach dem Sänger'schen Überblick zählt Gratzer¹⁾ unter 38 zusammengestellten Fällen nur 5 Männer, Guerrier²⁾ unter 44 nur 2 Männer. Die übrigen veroeffentlichten Fälle, 4 von Herzog³⁾, 2 von Sklifassowsky⁴⁾, 3 von Sänger, je einer von Fürst und Bruntzel⁵⁾, 2 von Pellowsky⁶⁾ betreffen durchweg Frauen. Ausserdem fanden sich diese Geschwülste fast nur bei solchen Frauen, die eine oder mehrere Geburten überstanden hatten. Der Fall aus der Leipziger Klinik betraf gleichfalls eine Frau, die mehrmals geboren hatte.

Diese Eigentümlichkeiten veranlassen daher einen Blick auf die Aetiologie zu werfen, zumal die Ansichten über die Entstehungsursache sehr auseinander gehen.

Am meisten hat vielleicht die Annahme für sich, dass ein Trauma die Ursache der Geschwulst ist. Besonders würden die zwei näher beschriebene Fälle, einer von Sklifassowsky und einer von Fürst dafür sprechen, wo es sich einmal um einen Schlag mit dem Pferdehuf, das andere Mal um einen Stoss gegen die Tischkante handelte. Der später zu erwähnende Fall von Kölliker spricht gleichfalls für Trauma als Ursache des Fibroms. Volkmann, Herzog und Ebner⁷⁾ gehen von der Ansicht aus, dass die durch partielle oder totale Rupturen der Musc. rect. abd. bedingten Blutextravacate die Hauptrolle

1) Grätzer. Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand.

2) Guerrier. Contribution à l'étude des Fibromes . . . Paris 1883.

3) Herzog. Über Fibrome der Bauchdecke. München 1883.

4) Sklifassowsky s. Anhang.

5) Bruntzel. D. Med. Woch. 1884 No. 15.

6) Pellowsky. Dissert. Greifswald 1889.

7) Ebner. Berl. Klin. Wochenschr. 1880 No. 4, 5.

spielen. Dass solche Zerreißungen, wenigstens die partiellen, oft vorkommen, lässt sich sehr wohl begreifen, wenn man bedenkt, dass selbst die so elastische und dehnungsfähige Cutis in ihren tieferen Schichten Continuitätstrennungen in der Gravidität erfährt durch die starke Ausdehnung des Bauches (Striae). Herzog nimmt nun für die im Bereich des Musc. rect. abd. liegenden Geschwülste eine Entstehung aus dem Muskelcallus an. Es ist ja richtig, dass gewöhnlich in Narben der Rückbildungsprocess zu solidem Bindegewebe vor sich geht, dass aber auch manchmal die Narbe selbständig wächst und es zu einer Bindegewebsgeschwulst¹⁾ kommt, die wir Keloid nennen. Freilich könnte man fragend einwenden, wie solche Fälle zu erklären seien, in denen kein Trauma als verursachendes Moment angegeben werden könne. Für solche Fälle nimmt Grätzer¹⁾ bequemer Weise die Cohnheim'sche Theorie von der embryonalen Anlage²⁾ an und erklärt, dass der eingesprengte Keim nur einer gewissen Anregung bedürfe, der bei Schwangeren durch den „Afluxus sanguinis“ gegeben sei, um sich zu einem Gewächs zu entwickeln. Und derselbe erklärt, dass das hintere Blatt der Scheide des musc. rect. abd. der häufigste Ausgangspunkt ist, auf folgende Weise:

„Im Embryo sind ja der motorische Apparat und das Darmrohr anfänglich durch ein Blatt, das Mesoderm repräsentiert, aus welchem sich am Abdomen einerseits die Musceln mit ihren Fascien, anderseits der Darmtractus mit seiner Serosa entwickelt. Da eine strenge Scheidung der 3 resp. 4 Keimblätter nicht einmal im normalen Zustande existiert, so kann eine in irgend einem Stadium der embryonalen Ent-

¹⁾ Inaug.-Diss. Breslau 1879.

²⁾ Cohnheim. Allg. Pathologie 634.

wickelung an der Grenze zwischen fibrotendinösem und serösem System entstandene Complication zur Überproduction von Keimen Veranlassung geben, die durch gelegentliche Ursachen zum Wachstum angeregt werden und zur Bildung von Tumoren führen.“

Nebenbei bemerkt, ist bei dem Einwande nicht zu vergessen, dass nicht etwa dann, wenn kein Trauma als Ursache angegeben werden kann, auch keins vorliegt. Es braucht nicht immer von solcher Heftigkeit zu sein, dass die Erinnerung daran nicht wieder verlöscht, die Veranlassung kann eine kaum bemerkte sein, wie später gezeigt werden soll.

Gegen diese Cohnheim'sche Ansicht wendet sich übrigens Sänger, indem er sagt: dass bei Geschwülsten der Bindegewebsreihe, die von gleicher Bindegewebsdignität wie ihre Grundlage sind, doch nicht von einer „Gewebsinclusion“ die Rede sein könne, wie es bei Geschwülsten der Fall sei, wo desmoide und epitheliale Zellgattungen durcheinander gemischt sind. Der Einwand derselben gegen die Volkmann-Herzog'sche Theorie, dass doch nach Zerreibungen von Extremitätenmuskeln, nie Fibrome entstehen, ist ganz ohne Bedeutung, wenn man bedenkt, dass doch hier ganz andere Verhältnisse obwalten. Ist ein Extremitätenmuskel eingerissen, so ist die veranlassende Ursache zur Fibrombildung nur ein einmal wirkendes Moment, der Riss, vorhanden. Die Funktion ist nun gestört, durch Ruhigstellung wird Schonung veranlasst, es tritt eine baldige Regeneration ein. Bei Zerreibungen der Bauchmuskeln jedoch ist das veranlassende Moment ein dauerndes, ein Reiz, der vor allen in der Schwangerschaft sich von Tag zu Tag vermehrt; von Schonung und Ruhigstellung kann keine Rede sein. Die Bildung der Narbe kann nicht ungestört erfolgen, und der Rückbildungsprocess der letzteren zu soliden Bindegewebe wird nach Möglichkeit bei diesem Sitz des Trau-

mas verbindet. Was liegt eigentlich näher als, dass der ewige Reiz zur Hypertrophie der Narbe führt!

Übrigens nimmt Herzog nicht an, wie ihm Frank in den Mund legt, dass ein Fibrom aus dem Haematom entstehe. Es war auch ihm wohl bekannt, dass aus den Gefässen in das Gewebe ausgetretenes Blut resorbiert wird; er hat nur gemeint, dass das Haematom gleichsam als Fremdkörper im Gewebe durch Reize auf seine Nachbarschaft Neubildung von Gewebe veranlassen könne. Er stimmt also, wie ich meine, mit Frank vollständig überein, der da sagt: „Ich möchte annehmen, dass die Aetiologie in Reizen zu suchen ist, welche diese bindegewebige Scheide getroffen haben.“

Der Reiz also auf das Bindegewebe, der lange wirkt und der verschiedensten Art sein kann, ist ein Hauptmoment für die Entstehung der Geschwülste. Aber es kommt noch etwas anderes hinzu, sonst könnte man mit Recht einwenden, dass gegen diese Annahme die relativ grosse Seltenheit der Bauchdeckenfibrome gegenüber den so häufigen Muskelein- und zerreissungen spreche. Doch muss man bedenken, dass nicht bei jedem Individuum unter gleichen Reizen stehendes Narbengewebe zur Keloïdbildung neigt; ebensowenig wie gleiche Reize unter gleichen Verhältnissen z. B. Carcinom oder sonstige Neubildungen hervorrufen. Man muss vielmehr annehmen, dass zu den äusseren Reizen auch ein innerer Reiz, über dessen Wesen wir allerdings noch ganz im Unklaren sind, hinzukommen muss, sagen wir vorläufig: die Neigung, die Disposition, muss im Körper vorhanden sein.

Vielleicht werden durch Schwangerschaft und Geburtsact gewisse Störungen der Gewebsernährung oder sonstige Veränderungen hervorgerufen, welche die „Disposition“ veranlassen, mit anderen Worten ist das vielleicht die Erklärung,

warum Frauen mehr disponiert als Männer sind. Letzteres könnte man auch dem von Sänger gegen die Herzog'sche Theorie gemachten Einwande, dem übrigens Helferich beipflichtet, entgegensetzen: dass nämlich Männer mehr als Frauen erkranken müssten, weil erstere durch Heben von Lasten und andere Traumen Zerrungen der Bauchmuskeln weit mehr ausgesetzt seien. Ich bestreite übrigens die Richtigkeit dieses letzteren Einwandes, dass die Männer mehr dem Trauma ausgesetzt sind. Ich habe leider in den statistischen Zusammenstellungen nicht die Berufsarten der Erkrankten vorfinden können. Ich meine aber, dass in der schwer arbeitenden Klasse der Mann und die Frau verhaltuissmassig gleich schwer arbeiten und in den leichter oder körperlich gar nicht arbeitenden Klassen kann ich mir auch nicht erklären, in wie fern der Gatte sich im Verhaltuis mehr als die Gattin einem Trauma aussetzen soll, eher kann es umgekehrt sein. Man muss hierbei bedenken, dass das weibliche Geschlecht, bei dem sämmtliche Teile des Organismus zarter angelegt sind, als beim Manne auf einen Insult stärker reagieren muss. Ausserdem steht wohl fest, dass das weibliche Geschlecht überhaupt eine grösser Disposition zur Tumorbildung hat.

Ein Hauptreiz dürfte übrigens die Schwangerschaft sein, resp. der Druck, den der Uterus auf die vordere Bauchwand ausübt. Dafür spricht erstens, dass in der Regel nur Frauen und zwar solche, die ein oder mehrere Male geboren haben, befallen werden, ferner dass der Tumor recht oft von der Rectusscheide, die am meisten Zerrungen ausgesetzt ist, ausgeht, dass endlich oft während oder nach der Schwangerschaft die Tumoren aufgetreten resp. danach schneller gewachsen sind. Ich halte die Theorie Herzogs für die wahrscheinlichste,

wenigstens für die Aetiologie der während oder nach der Schwangerschaft aufgetretenen Fibrome. Czerny¹⁾ bemerkt hierzu: „Mir erscheint die Hypothese, dass sich die Fibrome der Bauchwand bei Schwangeren aus Haematomen entwickeln können, für nicht ganz unwahrscheinlich. Eine erhöhte Plastizität während der Gravidität beweisen z. B. die von Rokitansky so häufig beobachteten Osteophyten. Ich beobachtete bei einer schwangeren Frau ein fibroma epulis, welches nach der Zahn-extraction rasch aus dem Alveolus hervorwuchs.“

Ich meine also, es ist gut denkbar, dass ein durch ein Trauma verursachtes Haematom durch seine Irritationen an und für sich, unterstützt durch die weiteren Insulte der nie ruhig stehenden Bauchdecken, zumal bei Schwangerschaft, bei vorhandener Disposition, die Ursache zur Bildung eines Bauchdeckenfibroms werden kann. Ja, es braucht kein einmaliger traumatischer Insult vorzuliegen, sondern es kann eine leichte, aber lange wirkende Irritation bei der erwähnten Disposition genügende Ursache für Bauchdeckenfibrome werden. Zur Beleuchtung dieses Satzes will ich einen Fall aus Kölliker's Klinik in Leipzig kurz hier anführen.

Es handelte sich um die 25jährige Frau Sch., die mehrere Geburten durchgemacht hatte. Vom Arzt war ihr verordnet eine Leibbinde zu tragen. Es war eine solche elastische mit Riemen und Schnallen gewählt worden. Die Frau hatte die Binde ohne jede Beschwerden getragen. Im December vorigen Jahres konsultierte sie Herrn Dr. Kölliker wegen eines Knotens in der rechten Unterleibsgegend. Sie gab an, dass sie bereits seit Monaten den Knoten bemerkt habe, doch habe er ihr durchaus keine Beschwerden gemacht, sie sei nur durch das stete Wachstum desselben beunruhigt. Die Untersuchung

¹⁾ Inaug.-Diss. von Herding, Heidelberg 1887.

ergab, dass es sich um einen etwa gänseeigrossen Tumor in der Ileocoecalgegend handelte. Hierbei stellte sich heraus, dass der Tumor gerade an einer Stelle entstanden war, wo eine Schnalle der Bauchbinde gesessen hatte, dort stets einen leichten Druck, der aber absolut nicht als unangenehmer Schmerz empfunden war, ausgeübt hatte. Es wurde die Diagnose auf Fibrom der Bauchdecken gestellt.


Die Operation wurde am 7. December vorigen Jahres ausgeführt. Nach einem Hautschnitt über die Höhe des Tumors und parallel dem Poupartschen Bande und nach Durchtrennung der Aponeurose präsentierte sich der Tumor in angegebener Grösse, der in der Tiefe seine Ursprungsstätte hatte und mit dem Peritoneum in Thalergrösse verwachsen schien, die Muskeln knopflochartig durchbrochen hatte, also unten an der Wurzel angeheftet durch die Muskeln durchgeschlüpft und von der Aponeurose bedeckt erschien. Die oft beschriebene Manchettenknopfform war hier nicht vorhanden.

Die Geschwulst wird stumpf ausgeschält, dabei wölbt sich das Peritoneum stark vor, doch wird dasselbe nicht verletzt. An der Verwachsungsstelle mit dem Bauchfell muss das Fibrom mit Scheerenschnitten gelöst werden. Es wird nach sorgfältiger Blutstillung mit 10 versenkten Catgutnähten die Muskel- und Apourosennaht angelegt, ein Längsdrain in die Wunde eingelegt und die Hautwunde durch fortlaufende Naht geschlossen, dann der übliche Jodoformgaze- und Watteverband angelegt. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

Es handelte sich um einen festen, beim Messerschnitt knirschenden Tumor, der schon makroskopisch als reines hartes Fibrom angesprochen wurde und dessen mikroskopische Untersuchung das typische Bild des im folgenden geschilderten Fibroms ergab.

Von höchstem Interesse dabei war, dass es sich in diesem Falle aetiologisch gleichfalls um ein Trauma handelte, aber nicht ein einmaliger Insult vorgelegen hatte, sondern ein lange bestehender, gleichmässiger, nicht belästigender Druck die Veranlassung zur Fibrombildung gegeben hatte. Ich habe in der Literatur keinen ähnlichen Fall finden können.

Der Typus der Bauchdeckenfibrome ist der des gewöhnlichen, harten. Es besteht aus derben, fibrillären Bindegewebsmassen, die sich theils kreuzen, theils netzartig sich verflechten, verfilzen; stellenweise legen sie sich konzentrisch um die gewöhnlich spärlichen Gefässe. In diesen Zügen finden sich reichliche Anhängungen von zelligen Elementen (Spindelzellen), die sogenannten Bindegewebskörper. Gefässlumina sind, wie gesagt, sehr spärlich vorhanden, man kann sagen die Gefässlosigkeit ist ein Charakteristikum der Fibrome.



Die Geschwulst hat fast immer eine scharf umschriebene Form, deren Grösse von dem Umfang eines Stecknadelkopfes bis zu dem eines Manneskopfes wechseln kann. Es sind Geschwülste bis zu einem Gewicht von 40 Pfund exstirpiert. Die Gestalt ist meist rundlich und nur die grösseren zeigen oft eine knollige, gelappte Zusammensetzung. Mehrfach hat man eine eigentümliche Form beobachtet, die am treffendsten mit einem Manchettenknopf verglichen ist. In der Tiefe der Fascia transversa findet sich eine Einschnürung, so dass die eine Hälfte des Tumors im Bauchraum, die andere ausserhalb der betreffenden Fascie liegt. Man muss die Entstehung sich so denken, dass sich dem Wachsen der Geschwulst nach vorn und hinten geringere Widerstände entgegengesetzt haben als seitlich. Gersuny¹⁾ beschreibt ein Bauch-

¹⁾ Gersuny, Wien. med. W. Jahrg 1875.

deckenfibrom, welches mit einem grossen Fortsatz tief in das Becken hineinragte. Auch Brohmann ¹⁾ berichtet über einen solchen Fall, bei welchem der Tumor weit in die Bauchhöhle hinabreichte und merkwürdigerweise mit dem Peritoneum nicht verwachsen war.

Das Gefüge der Fibrome ist fest, sehnenartig, das Messer knirscht beim Durchschneiden, die Schnittfläche ist blassrot, teils weissglänzend, zum Teil treten schon bei grober Betrachtung Faserzüge, die sich concentrisch um einen Punkt anordnen, hervor. Nur einen Fall aus der Greifswalder Klinik ²⁾ habe ich gefunden, wo das feste Gefüge mit verdächtigen, weichen Stellen wechselte, deren mikroskopische Untersuchung jedoch die Diagnose der reinen Fibrome bestätigte.

Die in jüngerer Zeit beschriebenen Bauchdeckenfibrome haben nicht mehr die Grösse, wie die früher angeführten. Ein Umstand, der darin seine Erklärung findet, dass früher die Gefahr der operativen Behandlung in einem zu ungleichen Verhältnis stand zu den Beschwerden, die die Fibrome machten. Es wurde daher die Operation so lange als möglich hinausgeschoben. Heutigen Tages jedoch, wo Ärzte und Publikum zu der aseptischen Behandlung das grösste Vertrauen haben, werden die Tumoren schon frühzeitig extirpiert, die Furcht vor der Operation ist durch die glänzenden Resultate beseitigt.

Die Ursprungsstätte dieser Fibrome sind fast in sämtlichen Fällen, die ich als reine, harte Fibrome ansprechen konnte, die Aponeurosen, die Fascien der Bauchmuskeln oder die bindegewebigen Teile der Muskeln gewesen. In Frank's 35 Fällen sind die Tumoren 6 mal von der Aponeurose, welche

¹⁾ Brohmann Diss. Erlangen 1887.

²⁾ Frank. Fibr. d. Bauchdecken Greifswald 1887.

die vordere, 20 mal von der, die die hintere Scheide des Rectus bildet, ausgegangen, 3 mal vom Rectusbindegewebe selbst, resp. von den Inscriptiones tendineae, 5 mal von der linea alba. Nur in einem von Santesson¹⁾ operierten und veröffentlichten Falle ging der Tumor von dem Periost des Beckens aus. Eine 26jährige Frau, stets gesund, fühlte beim Einsteigen in den Wagen beim Beugen des linken Beines einen beweglichen, nicht schmerzenden Knoten in der fossa iliaca sinistra. Derselbe wurde immer grösser und verwuchs fest mit dem Hüftbeinkamm. Die Untersuchung ergab extraperitoneale Geschwulst von Kindskopfgrösse zwischen linea alba und spina ant. sup. ohne Zusammenhang mit dem Genitaltractus.

Die nach der Operation vorgenommene mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dass die Geschwulst den Character eines Tumeur fibro-plastique habe. Nélaton vor allen vertrat die Ansicht, dass diese von dem Perichondrium und Periost der Rippen und der Beckenknochen ausgehe, er hat die letzteren als Tumeurs fibreuses de la crête iliaque bezeichnet, gab als charakteristischen Sitz die Ileocoecalgegend an. Bord¹⁾ hat jedoch nur 2 Fälle auffinden können, wo eine Verwachsung mit dem Periost des Beckens deutlich vorhanden war. Dabei ist aber auch noch nicht gesagt, dass dieser Tumor auch wirklich vom Periost ausgegangen ist, denn wenn derselbe ebenso gut Verwachsung mit der Fascie gezeigt hat, so kann letztere der Ausgangspunkt und die Verwachsung mit dem Periost erst später eingetreten sein.

Die Muskeln sind nie primär beteiligt, sondern sie werden, wie auch Sängler angiebt, entweder durch die Gewebsgeschwulst vorgewölbt, allmählig auseinander gedrängt oder auch zerrissen.

¹⁾ Santesson *Dubl. Quart. Journ.* XX *Ausg.* Nov. 1855.

²⁾ Bord *aponeurotique Lyon med.* 1877. 43.

Hierbei führt Frank in seiner Dissertation an, dass Haematome in Folge von Zerreibungen der Muskelfasern durch den vordringenden Tumor entstanden sind, also secundärer Natur sind und nur irrthümlicher Weise für die primäre Ursache des Fibroms angesehen werden können. Ich muss gestehen, dass ich mir nur dann ein plötzliches Vordringen des Tumors durch die Muskeln und dadurch bedingte Zerreibung derselben vorstellen kann, wenn die Muskelfasern schon druckatrophisch durch den Tumor geworden sind. Wächst der Tumor durch die Muskel hindurch, so drängt er die Fasern allmählig auseinander und es erfolgt kein Haematom. Ebenso ist es mir zweifelhaft, ob beim plötzlichen Durchbrechen durch druckatrophische Muskeln ein Haematom entsteht. Auch hat wohl Niemand neben dem Fibrom ein grosses Haematom gesehen und deshalb an die Entstehungsursache durch dasselbe gedacht; sondern es ist nur die Annahme gewesen, dass früher eins an der Stelle des Fibroms bestanden hat, das natürlich, wenn der Tumor schon grösser geworden ist, längst resorbiert ist.

Man kommt also darauf zurück, dass die meisten Fibrome in einer Aponeurose der Bauchmuskeln ihre Ausgangsstätte haben.

Es ist schon erwähnt, dass Weiber mehr als Männer an Bauchdeckenfibromen leiden. Frank hat in seiner Tabelle unter 37 Fällen 33 Weiber, von diesen haben 17 mehrmals, 4 einmal, 2 gar nicht geboren, von den übrigen 10 ist keine bestimmte Angabe gemacht. Also finden sich diese Geschwülste bei Männern in ganz verschwindend kleiner Anzahl; am meisten neigen Frauen, die geboren haben, dazu.

Auch das Alter spielt eine Rolle. Unter jenen 37 Fällen finden sich 22 im Alter von 20—30 Jahren, 9 im Alter von 30—40, 5 im Alter von 40—50 Jahren, und nur einer über

50 Jahre alt. Es ist also das dritte Decennium, vielleicht als Decennium der meisten Geburten, das am meisten disponierte.

In Bezug auf den Sitz lässt sich nicht sagen, ob eine Bauchseite mehr als die andere betroffen wird. Es ist wohl Zufall, wenn in jener Zusammenstellung unter 26 Fällen 10 linksseitige und 15 rechtsseitige waren. Verschiedene Fälle sind gemeldet, wo die Geschwulst in der Mittellinie sass, auch einige, wo der Tumor auf beiden Seiten sich vorfand und etliche Male war er durch die linea alba nur geteilt, hatte aber gleiche Ursprungsstätte. Andere Male waren beide Tumoren unabhängig von einander bezüglich der Wurzel, der Zeit der Entstehung und danach auch der Grösse.

Beschwerden machen die Fibrome den Patienten fast gar nicht, nur wenn sie solche Grösse und Gewicht erreicht haben, dass sie einerseits beim Stehen die Bauchdecken zerren, anderseits beim Liegen die Eingeweide drücken. Characteristisch ist, dass sie sonst ganz schmerzlos sind, so dass sie erst, wenn sie Hühnercigrössé erreicht haben, in der Regel von den Patienten bemerkt werden. Nur einen Ausnahmefall habe ich auffinden können. Er betraf ein von Langenbeck¹⁾ operirtes Mädchen von 22 Jahren. Dasselbe war kräftig gebaut, stets gesund, seit dem 14. Jahre normal menstruiert, hatte mit dem 16. Jahre eine normale, aber schwere Entbindung durchgemacht. Ungefähr im 20. Jahre bemerkte sie eine bohngrosse, unter der Haut sitzende, verschiebbare Geschwulst. Dieselbe war schmerzlos, bis auf die Zeit des Witterungswechsels oder der Periode. Nach einem Jahre war die Geschwulst bedeutend vergrössert, die Schmerzhaftigkeit nahm zu zur Zeit der Regel, die immer spärlicher wurde. Bei der Operation stellte sich

¹⁾ D. Klinik Jahrg. 1850.

ein kindskopfgrosses, hartes Fibrom heraus. Dieser Fall ist insofern interessant, als die Geschwulst Schmerzen machte, so dass sie schon bei einer Grösse der Bohne ihre Trägerin aufmerksam machte. Ferner, was wichtiger ist, dass stets mit Eintritt des Menses sich auch die Schmerzen einstellten und die Blutungen in gleichem Maasse, wie die Schmerzen sich vergrösserten, abnahmen. Es geht aus diesem Falle doch mit Bestimmtheit hervor, dass irgend ein Zusammenhang der Geschwulst mit den Unterleibsorganen bestand, vielleicht, dass mit Blutzufuss zu dem Genitalapparat selbst ein Blutreichthum in dem Tumor auftrat und der Schmerz dann durch Druck auf Nervenenden hervorgebracht wurde. Wie aber der Umstand zu erklären wäre, dass die Blutungen immer spärlicher wurden, ist mir unerfindlich. Leider habe ich in der Litteratur keinen ähnlichen Fall aufgefunden, aber jedenfalls ist es von grösstem Interesse, auf einen etwaigen Zusammenhang der Bauchdeckenfibrome mit der Menstruation in Zukunft zu achten.

Betreffs des Wachstums findet man übrigens allenthalben die Angabe, dass die Tumoren zuerst sehr langsam, später aber schneller, oft rapide gewachsen seien.

Was die Prognose anbetrifft, so muss sie mit Rücksicht auf die Benignität der Fibrome, die keine Recidive machen, als gut bezeichnet werden, sofern nur eine radikale Entfernung vorgenommen wurde. Uebrigens berichten ältere französische Autoren wie Gosselin, Hugier, Nélaton, dass sie oftmals wegen Gefahr der Bauchfelleröffnung Teile dieser Tumoren hätten zurücklassen müssen, ohne je ein Recidiv auftreten zu sehen. Mag auch dieser Bericht für zutreffend genommen werden, so ist es doch jedenfalls richtiger, nicht so zu verfahren, sondern radikal zu operieren, zumal wir heute die Eröffnung und Resection des Peritoneums nicht zu fürchten brauchen. Uebrigens habe ich

auch keinen Fall gefunden, wo bei reinem Fibrom Recidiv aufgetreten wäre, freilich ist auch nicht berichtet, dass Reste des Tumors zurückgelassen wurden. Operirt muss aber werden, da das Wachstum in der Regel ein unbegrenztes ist, und somit später bei gehöriger Grösse nicht nur Beschwerden entstehen, sondern auch durch Zerren und Drücken der inneren Organe die Patienten in ernste Lebensgefahr gebracht werden können.

Die Diagnose dieser Fibrome ist wohl auch nicht zu schwer zu nennen. Zuerst giebt schon eine genaue Anamnese wichtige Anhaltspunkte. Die Schmerzlosigkeit, das zuerst langsame, später schnelle Wachsen, das sonst gesunde Aussehen, das Ueberstehen einer oder mehrerer Geburten. Der Tumor zeigt sich als umschriebene Geschwulst, die sich vor allem beim Aufsitzen der Patienten deutlich verwölbt. Die Abtastung ergiebt einen fast ungreifbaren, in den Bauchdecken sitzenden Tumor von meist glatter Oberfläche. Ist seine Beweglichkeit beim Spannen der Muskeln deutlich verringert, so ist er mit den Aponeurosen oder Muskeln verwachsen, bleibt er aber beim Anspannen der Muskeln verschiebbar, so liegt er im Unterhautfettgewebe. Ob das Peritoneum beteiligt ist, kann kaum mit Sicherheit entschieden werden, ebensowenig wie die Verwachsung mit den Beckenknochen. Ob der Tumor intra- oder extraperitoneal liegt, darüber wird ausser der Palpation und der combinirten Untersuchung von innen und aussen noch der Umstand Auskunft geben, dass beim Wirken der Bauchpresse und Lageveränderung der Bauchdeckentumor seine Stellung beibehält und nicht hinter die Muskelschicht zurücktritt. Ein hinter den Muskeln liegender Tumor verschwindet oder wird wesentlich flacher beim Anspannen der Muskeln.

Differentialdiagnostisch kommen intra- und extraabdominale Geschwülste in Betracht. Von letzteren kommen nur der seltene Bauchdeckenabscess, das Lipom und die malignen Geschwülste zur Berücksichtigung. Das Lipom unterscheidet sich vor allen durch sein weiches Gefüge, der Abscess und die bösartigen Tumoren lässt schon die Anamnese als solche erkennen. Beim Abscess ist doch einmal wenigstens Fieber dagewesen, meist noch Fluctuation vorhanden; ausserdem sichert die Probepunktion seine Erkennung; bei den bösartigen Tumoren finden sich Schmerzen, schnelleres Wachsen und kein befriedigendes Allgemeinbefinden.

Von den intraabdominalen kommt zuerst der Lebertumor in Betracht. Denselben erkennt man durch Umgreifen der Leber in tief gebückter Stellung der Patienten am Zusammenhang, ausserdem daran, dass er die Atembewegungen des Zwerchfells deutlich mitmacht und Schmerzen beim Betasten vorhanden sind.

Echinokokkusblasen sind durch Hydatidenschwirren, Fluctuation, Sitz und durch die Punktion zu erkennen.

Ferner, die Tumoren der Niere unterscheiden sich, wenn sie bösartig sind, durch schnelleres Wachstum, bald auftretende Schmerzen und Urinbeschwerden. Hydronephrosen durch Weichheit, Fluktuation und Harnbeschwerden. Die Wanderniere lässt ausser der Perkussion die charakteristische Gestalt bei innerer und äusserer Untersuchung erkennen, wenn sie wirklich die Bauchdecken verwölbt. Das gleiche gilt von den Milztumoren.

Von den Geschwülsten der weiblichen Genitalorgane kämen Ovarientumor, Uterusfibrom, Hämatometra vor allen in Betracht. Hier liefert die Anamnese, Schmerzen, Fieber

und andere Beschwerden, sowie die Untersuchung von innen und aussen genügende Anhaltspunkte für die Diagnose.

Abgesacktes peritonitisches Exsudat lässt sich allein durch die Anamnese vom Fibrom trennen.

Die *Hernia ventralis* lässt sich percutorisch durch den tympanitischen Ton, sowie meist durch Auffinden der Bruchpforte, abgesehen von der Consistenz und der Möglichkeit der Reposition unterscheiden.

Die intraperitonealen Geschwülste des Darmes und Netzes wie Carcinome, Kothgeschwülste etc. sind gleichfalls durch ihr Auftreten und ihre Erscheinungen anamnestisch von den Bauchdeckenfibromen zu trennen, ausserdem verändern sie Ort und Gestalt bei respiratorischen Bewegungen. Haematom der Bauchdecken wird in der Regel auch durch die Anamnese diagnosticirt. Meist hat ein Trauma stattgefunden, ausserdem verräth die Consistenz des Tumors die Färbung der Bauchdecken und die durch allmähliche Resorption bedingte Verkleinerung den Charakter der Geschwulst.

In letzter Zeit ist auch über Gummata der Bauchdecken mit weitgehender Infiltration berichtet. Es ist gewiss selten, dass Gummaknoten solitär und in solcher Grösse in den Bauchdecken auftreten, überhaupt könnte er nur in der ersten Zeit seiner Entwicklung mit Fibrom verwechselt werden, später geht er in centrale Erweichung und dann in Vereiterung über, endlich erfolgt der Durchbruch, sodass ein Geschwür an Stelle des Tumors tritt. Vor allem werden Gummaknoten die Patienten nicht ohne alle Beschwerden lassen, es werden anderweitigeluetische Erscheinungen, ausserdem die Anamnese und der erwähnte spätere Verlauf die Diagnose Syphilis sichern.

Auch die bei hysterischen Frauen durch circumscriphte

krampfhaftes Contraction der Bauchmuskeln entstehenden Tumoren, die von Koenig beschrieben sind, sind nicht schwer von Fibromen zu unterscheiden.

Partieller Hydrops ist eine grosse Seltenheit, auch ver-
rät ihn die Fluktuation.

Hedenus beschreibt allerdings 1826 einen Hydrops der Rectusscheide, der sich in Folge eines Hufschlages gebildet hatte und der in keiner Lage Fluktuation gezeigt haben soll.

Bezüglich der Therapie soll nur kurz erwähnt werden, dass heutzutage die totale Exstirpation das einzig richtige Verfahren ist. Eine bestimmte Ausführung der Operation anzugeben, ist unmöglich, da dieselbe sich in jedem einzelnen Falle je nach Sitz und Grösse der Geschwulst richten muss. Im Allgemeinen wird nach einem Hautschnitt in der grössten Höhe des Tumors, welcher sich je nach Sitz des letzteren entweder parallel der linea alba oder dem Poupart'schen Bande erstreckt, die Geschwulst durch Schnitte möglichst im Längsverlauf der Muskeln, die zu zerschneiden sind, freigelegt und ospräpariert. Ob dabei das Peritoneum eröffnet und Teile excidirt werden müssen, richtet sich je nach der innigeren oder leichteren Verwachsung. Man muss deshalb die Operation mit denselben Vorbereitungen beginnen, wie eine Laparotomie. Würden Bauchfellstücke excidirt, würde die sorgfältige wurstzipfelförmige Abbindung derselben (Schnürnaht) vor jeder anderen Naht den Vorzug haben, weil Fälle berichtet sind, wo die Nähte einrissen und zu tödtlichen Blutungen in die Bauchhöhle führten, anderseits am besten so ein locus minoris resistentiae für Bauchbrüche vermieden wird. Die Vereinigung der Muskeln und Aponeurosen geschieht durch Etageennaht der einzelnen Schichten mit versenkten Katgutnähten. Drainage ist selbst bei exactester Blutstillung wünschenswert, endlich

Schluss der Hautwunde durch Knopf- oder fortlaufende Naht und der übliche Druckverband. Nach erfolgter Heilung der Wunde wird man die Patienten vorläufig eine elastische Leibbinde tragen lassen.

Wenn man nun auch die Eröffnung der Bauchhöhle nach Möglichkeit vermeiden muss, so braucht man sie doch nicht übermässig zu scheuen. Denn die Statistik über die in der Neuzeit ausgeführten Bauchschnitte zeigt fast ausnahmslos gute Resultate, wenn nicht gerade sehr erschwerende Complicationen dazu kamen. Ist die Eröffnung der Bauchhöhle gemacht, so wird die Reinigung nicht mit antiseptischen, reizenden Mitteln vorzunehmen sein, sondern man tupft den Bauchraum mit sterilisirten Wattebäuschen, die in sterilisirter 0,6 % Kochsalzlösung ausgedrückt sind, sorgfältig aus.

Und wie wenig von den Operateuren im Allgemeinen die Eröffnung des Bauchfells gescheut wird, erhellt aus der Thatsache, dass allein zu diagnostischen Zwecken die Laparotomie vorgenommen und das Verfahren gebilligt worden ist.

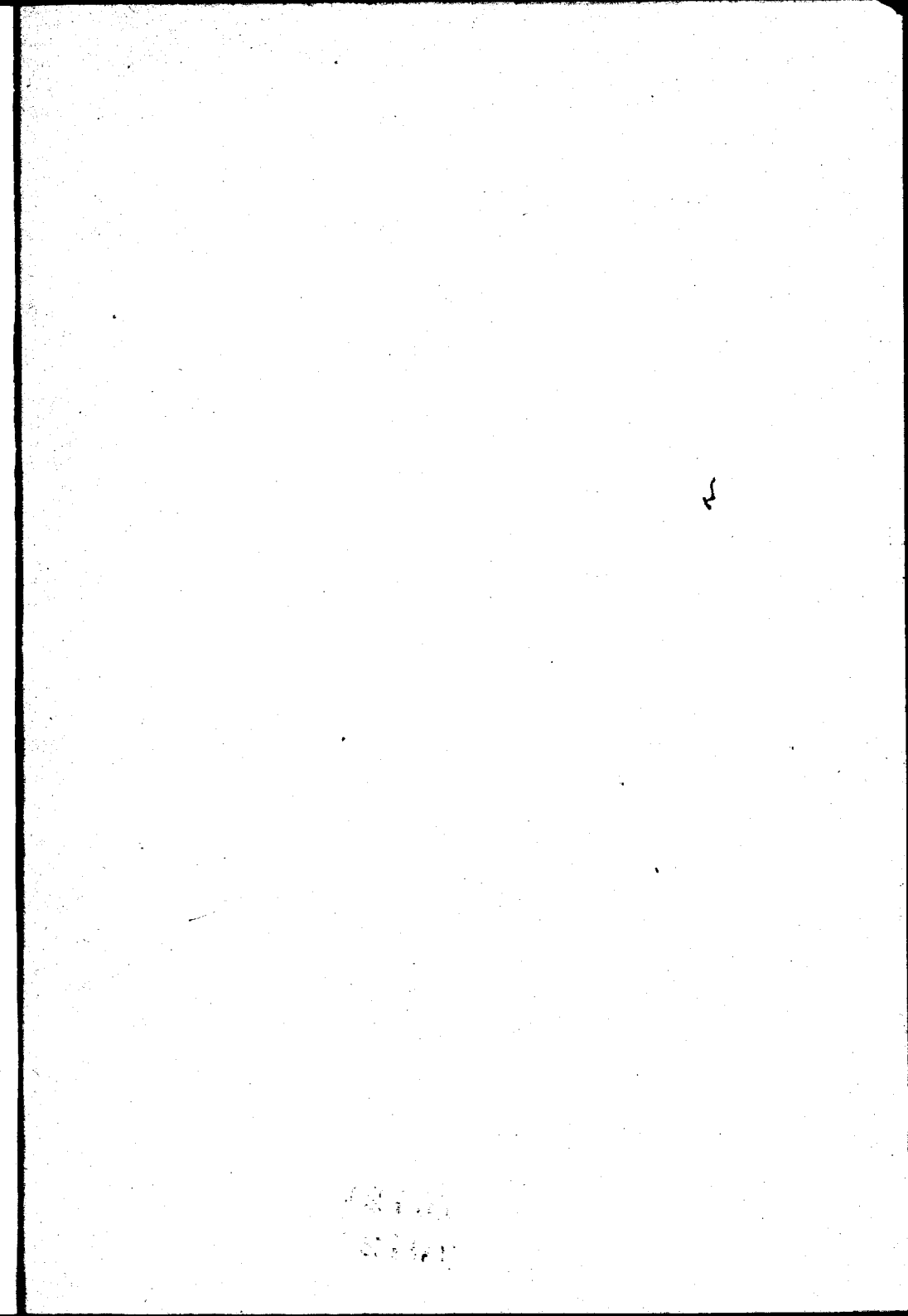
Zum Schluss sei es mir noch gestattet, Herrn Prof. Dr. Th. Kölliker in Leipzig, der mir in lebenswürdigster Weise das Material zu vorliegender Arbeit zur Verfügung stellte und mich mit seinem Rat unterstützte, auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Der Verfasser.

Literatur.

- Grätzer. Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand. Breslau 1879.
- Lemke. Ueber Fibrome des praeperitonealen Bindegewebes. Diss. Berlin 1884.
- Herzog. Ueber Fibrome der Bauchdecken. München 1883.
- Saenger. Ueber desmoide Geschwülste der Bauchwand. Archiv f. Gyn. Berlin 1881.
- Bruntzel. Ueber bindegewebige Neubildungen der Bauchwand. D. Med. W. 1884. No. 15.
- Langenbeck. Deutsche Klinik. Jahrgang 1850.
- Gersuny. Grosses Fibrom der Bauchwand. Wiener Med. W. 1875. No. 13.
- Suadicani. Inaugural-Dissertation. Kiel 1875.
Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gyn. Band XIV.
- Sandesson. Dubl. Quart.-Journal $\times\times$ Aug.-Nov. 1855.
- Virchow. Die krankhaften Geschwülste.
- Ebner. Grosses Fibrom der Bauchdecken Berl. Klin. W. 1880. No. 37.
- Rockitansky. Wiener med. Presse 1880. No. 4 u. 5.
- Bord. Fibrome aponeurotique u. s. w. Lyon, med. 1877. No. 43.
- Guerrier. Contribution à l'étude des fibromes. Paris 1883.
- Cohnheim. Allgemeine Pathologie 634.
- Frank. Inaugural-Dissertation. Greifswald 1887.
- Heerdink. Inaugural-Dissertation. Heidelberg 1887.
- Pellowsky. Ueber Bauchdeckengeschwülste. Inaug.-Diss. Greifswald 1889.
- Brohmann. Inaugural-Dissertation. Erlangen 1887.
- Sklifassowsky. Ist die Resection des Prelum abdominale zulässig. Wratsch 1882.

10721
10721



2059H