



Beitrag
zur
Kenntniss und Behandlung
der
Parovarialcysten.

Inaugural-Dissertation
der hohen medicinischen Facultät der Universität Bern
zur
Erlangung der Doctorwürde
vorgelegt von
Julia Wykowska-Dunin
aus **Mohilew** am Dniepr.

Auf Antrag von Prof. P. Müller zum Drucke genehmigt.
Bern, den 20. November 1889.

Der Dekan der med. Facultät:
R. Demme.

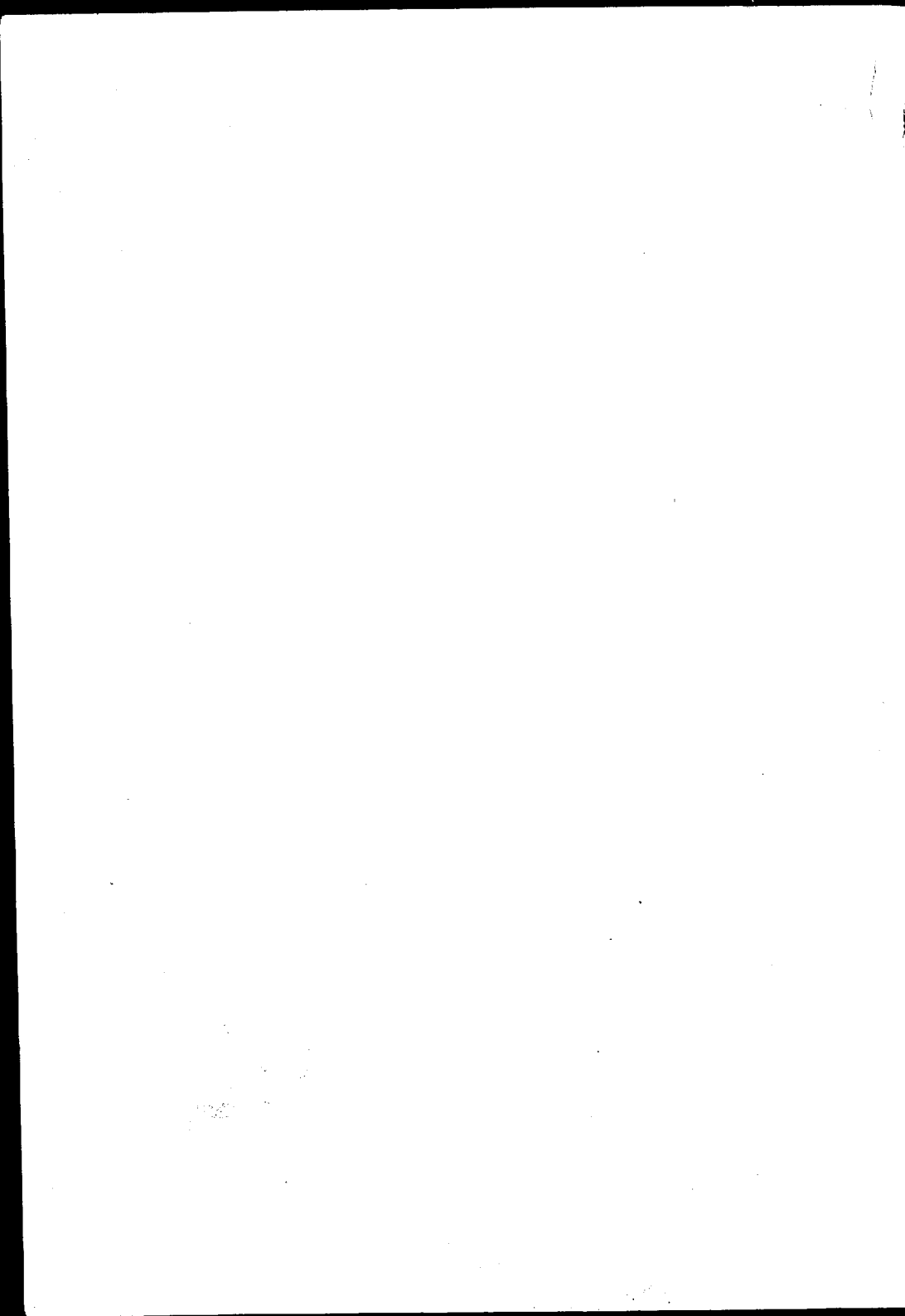


Leipzig.

Druck von A. Th. Engelhardt.

1889.





Beitrag
zur
Kenntniss und Behandlung
der
Parovarialcysten.

Inaugural-Dissertation

der hohen medicinischen Facultät der Universität Bern

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Julia Wykowska-Dunin

aus Mohilew am Dniepr.

Auf Antrag von Prof. P. Müller zum Drucke genehmigt.

Bern, den 20. November 1889.

Der Dekan der med. Facultät:

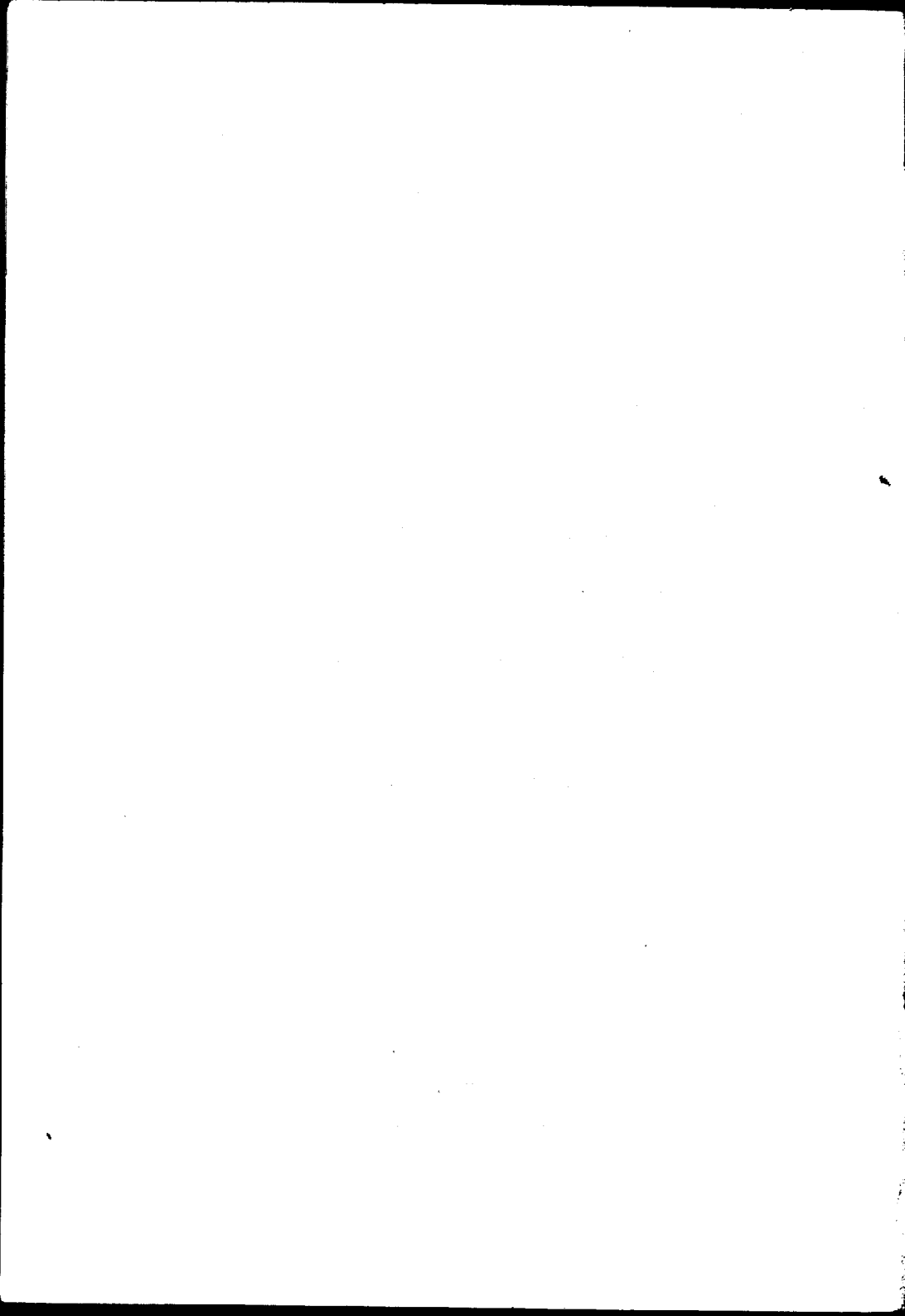
R. Demme.

Leipzig.

Druck von A. Th. Engelhardt.

1889.





Ein grosser Theil der im weiblichen Becken vorkommenden Tumoren ist cystischer Natur. Früher wurde der Eierstock als der einzige Ausgangspunkt dieser Cysten betrachtet, und erst allmählig kam man zur Erkenntniss, dass nicht nur das Ovarium, sondern auch das Parovarium cystisch degeneriren könne. Daher die vielen bis jetzt noch dunklen Punkte in der Histogenese, der Diagnostik und sogar Therapeutik der parovariellen Cysten. Es sei mir also gestattet, an der Hand mehrerer, in der Berner gynäkologischen Klinik beobachteten Fälle einige Bemerkungen über diese interessanten Neubildungen niederzuzeichnen.

Das Parovarium, ein Ueberrest des Sexualtheils des Wolff'schen Körpers, besteht aus einer Anzahl Kanälchen von 0,3—0,5 mm Durchmesser, die zwischen den Blättern des Ligamentum latum liegen und von der Ampulle der Tube convergirend oder spitzwinkelig abgebogen gegen das Ovarium hin verlaufen und in seinen Hilus eintreten. Ob sie sich auch beim Menschen, ähnlich wie bei der Kuh, bis in das Ovarialparenchym erstrecken, ist noch nicht ermittelt worden. Aus der Betrachtung einiger Fälle parovarieller Cysten wäre man geneigt, es anzunehmen.

Aus diesen Kanälchen entwickeln sich unter der Einwirkung nicht bekannter ätiologischer Momente grössere und kleinere Cysten. Die chirurgische Hülfe erheischenden Parovarialcysten sind in der Mehrzahl der Fälle uniloculär, nicht nur im klinischen, sondern auch im anatomischen Sinne: eine Eigenschaft, die sie nur mit dem Hydrops Graaf'scher Follikel theilen, da das Ovarialkystom nur durch Schwinden der Wandung benachbarter Cysten — Verödung des Kystoms — zu einem uniloculären wird. Es werden aber auch Fälle von multiloculären Cysten beschrieben, so von

Olshausen, Thornton, Lawson Tait, Spiegelberg. Diese Nebencysten sind aber nicht der Ausdruck einer eigentlichen Proliferation, sondern sie sind nebeneinander liegende einfache Cysten, die sich aus benachbarten Kanälchen selbständig entwickelt haben. Die kleineren, bei Sectionen oder Operationen gelegentlich gefundenen Cysten sind meistens multipel, bohnen- bis wallnussgross, doppelseitig. Sehr selten werden aber grössere multiple Parovarialcysten vorgefunden. Koeberlé und Leopold erwähnen diesen Befund.

Diese kleinen, im Ligamentum latum vorkommenden Cysten haben gar keine klinische Bedeutung; ihre Natur ist noch nicht aufgeklärt und deshalb befasse ich mich in dieser Arbeit nur mit den grösseren, einen therapeutischen Eingriff fordernden Tumoren.

Die Parovarialcysten haben immer einen continuirlichen serösen Ueberzug, der sich leicht abziehen lässt, falls keine Entzündungen vorangegangen sind. Die Wandung ist meistens dünn, durchscheinend, ihre Innenfläche glatt, das dieselbe bekleidende Epithel kann cylindrisch, cubisch oder abgeplattet sein. Flimmerepithel wird bei weitem nicht immer gefunden: aus sieben von unseren Fällen wiesen es nur zwei auf. Diesen Mangel an Flimmerepithelien, die früher als nie fehlend und sogar pathognomonisch angesehen wurden, hebt auch Killian ausdrücklich hervor in seiner Arbeit: Anatomie der parovariellen Cysten (Arch. für Gyn. 1885, Bd. XXVI). Die Cystenwand kann jedoch sehr verschieden von dem erwähnten Bilde sein; als Beispiel führe ich zwei Krankengeschichten auf:

Fall I. M., Anna, 63 Jahre. Patientin mit 17 Jahren normal menstruiert, seit 12 Jahren Menopause. Vor 38 Jahren Frühgeburt, nachher Prolapsus uteri, wogegen sie öfter in der Anstalt Hülfe suchte. Beim Wechsel eines Pessars wurde ein faustgrosser Tumor entdeckt, der den Beckenkanal in seinem oberen Abschnitte vollständig ausfüllt und oberhalb der Symphyse zu fühlen ist. Der Tumor lässt sich sehr hoch hinaufschieben und ist vom Uterus vollkommen unabhängig.

Operation 23. März 1888. Der Tumor wird in die Bauchwunde gebracht, durch Punction entleert. Auf seinem oberen Pole sitzt eine daumengrosse, hückrige Hervorragung, wahrscheinlich das Ovarium. Der 2 cm breite Stiel wird unterbunden, mittels Paquelin getrennt und versenkt. Der Uterus wird behufs Hebung des Vorfalles in die Bauchwunde eingenäht. Ganz glatter Wundverlauf.

Chemische Untersuchung. Die Flüssigkeit (250 cem) ist hellgelb, dünnflüssig, reagirt alkalisch, spec. Gew. 1032, enthält kein Paralbumin, kein Mucin, viel in der Hitze coagulirendes Eiweiss.

Das Sediment enthält rothe und weisse Blutkörperchen, Körnehenkugeln, viel Cholestearin und etwas Fett.

Anatomische Untersuchung. Der Tumor besteht aus zwei Cysten, die eine apfelgross, rundlich, die zweite stark abgeplattet; an der Aussenfläche beider Serosa leicht abzuziehen. Auf der Innenfläche finden sich besonders an der Berührungsfläche beider Cysten Papillome, ziemlich flach, zum Theile in Form von Leisten angeordnet, die hahukammförmige Excrescenzen erinnern. Bei dem Abstreichen der Innenfläche im frischen Zustande kein Cylinder- oder Flimmerepithel zu erhalten, nur eine dünne, kernhaltige Membran, auf der Cholestearintafeln aufliegen, lässt sich isoliren. Auch an Schnitten des gehärteten Präparates lässt sich überall die Serosa als eine besondere fibröse, kernarme Membran nachweisen. Die Wand der beiden Cysten besteht aus einem auffallend kernreichen Gewebe; die ovalen, zum Theile sehr in die Länge gestreckten Kerne sind in Bündeln angeordnet, welche sich mannigfaltig verflechten. Das Gewebe erinnert an das normale Ovarialstroma. Nur direct unter dem Epithel ist ein schmaler Saum fast kernfrei, nur von heller Grundsubstanz gebildet. Auch die meisten Papillen haben das gleiche Stroma. Nur einige kleinere Papillen haben reiche fibrilläre Grundsubstanz mit nur mässig zahlreichen Kernen. Die Gestalt der Papillen ist etwas plump, an den Enden kolbig angeschwollen, ihr Querschnitt quadratisch. Das Epithel ist überall nur einschichtig, in seiner Form sehr wechselnd, vorwiegend stellt es dünne, platte Zellen dar; an anderen Stellen sind die Zellen dicker, fast cubisch, wieder an anderen Stellen, und zwar in den Vertiefungen zwischen den Papillen oder in spärlichen drüsenähnlichen Einstülpungen, finden sich Cylinderzellen. In einer solchen Einstülpung Flimmerepithel. Keine Psammomkörper.

Fall II. S., als Kind gesund, Menses mit 16 Jahren schmerzhaft. Patientin hat nie geboren. Seit zwei Jahren sind die Menses unregelmässig, schwächer, schmerzhaft. Vor drei Monaten machte Patientin eine Bauchfellentzündung durch; dabei constatirte der Arzt die jetzige Geschwulst. Exurese schmerzhaft.

Die untere Partie des Abdomens besonders rechts stärker hervorgewölbt. Der Tumor lässt sich scharf abgrenzen, ist rund, Oberfläche glatt, Consistenz elastisch, er ist sehr beweglich und lässt sich um 5 cm hinaufschieben. Keine Fluctuation. Bei der inneren Untersuchung im Beckeneingange ein über kindskopfgrosser Tumor. Nach links und hinten die normale Vaginalportion. Die Geschwulst ist leicht vom Uterus zu trennen.

30. April 1888 Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich die Geschwulst mit Ausnahme der vorderen Fläche mit den Nachbarorganen verwachsen. Diese frischen Adhäsionen werden mit Finger oder Scheere getrennt, der Tumor punktiert und herausgezogen. Der kleinfingerdicke Stiel ist auch verwachsen und $1\frac{1}{2}$ Mal um seine Achse torquirt. An der Uebergangsstelle des Tumor in den Stiel zeigt sich ein haschnussgrosser, unregelmässiger Körper, wahrscheinlich das Ovarium. Stiel wird mit Paquelin getrennt und versenkt.

29. Mai wird Patientin nach einem glatten Wundverlaufe geheilt entlassen.

Chemische Untersuchung. 300 cem einer dunkelbraunen, dünnflüssigen, ziemlich durchsichtigen Flüssigkeit; Reaction alkalisch, spec. Gew. 1019, sie enthält kein Paralbumin, kein Mucin, viel in der Hitze und beim Ansäuern coagulirendes Eiweiss, Methämoglobin. Im Sedimente rothe und weisse Blutkörperchen.

Anatomische Untersuchung. Seröser Ueberzug. Innenfläche trabekulär; man kann von ihr zusammenhängende Membranen von Cylinderepithel ohne Flimmerhaare abstreifen. An der Amputationsstelle Reste des Ovarium.

Man könnte geneigt sein, den Fall I als ein ovarielles Kystom zu deuten; dagegen spricht aber der seröse Ueberzug, der Mangel an secundären Cystenconglomeraten, die Beschaffenheit des Inhalts, der symptomlose Verlauf. Die papillomatösen Wucherungen sprechen auch nicht gegen Parovarialcysten. Olshausen hat sie oft angetroffen. Spiegelberg beschreibt im Arch. f. Gyn. Bd. I, S. 482 einen Fall von Cyste des breiten Mutterbandes, der sehr an den unseren erinnert; Winckel im Lehrbuch der Frauenkrankheiten ebenfalls. Desgleichen Terillon (Arch. de Tocologie für 1887), Fischel (Arch. f. Gyn., Bd. XV). Sehr schöne Fälle von Papillen, Zellen und neugebildeten Drüsen bei zweifellos parovarieller Cyste finden wir in der vorhin erwähnten Arbeit von Killian, der sogar darauf eine Classification dieser Cysten baut. Fischel und Killian haben auch Muskelbündel in der äusseren Schicht der Cystenwand gefunden. Ihr Vorkommen ist leicht verständlich, da die Blätter des Ligamentum latum, die auf die Cyste übergehen, Muskelbündel führen. Doch in unseren Fällen gelang es kein einziges Mal Muskelfasern zu finden.

Noch mehr Abweichungen vielleicht zeigt der Inhalt der parovariellen Cysten. Fast alle Autoren sind darin einig, der Parovarialflüssigkeit folgende Eigenschaften zuzuschreiben: sie ist hell, opalescirend, dünnflüssig, arm an Eiweiss, enthält kein Paralbumin und keine morphotische Bestandtheile; ihr specifisches Gewicht schwankt zwischen 1002 und 1005.

Das mag sogar für einen grossen Theil der Fälle gelten; die Abweichungen sind jedoch so zahlreich und so mannigfaltig, dass eine Probepunction keine sichere Diagnose erlauben würde, hätten wir auch keine andere Bedenken gegen dieses diagnostische Hülfsmittel. Es mögen die folgenden drei Fälle zur Illustration des Gesagten dienen.

Fall III. Frau S., Emilie, 42 Jahre. Leib ausgedehnt, wie bei einer Gravidität im neunten Monat, durch einen scharf abgrenzbaren Tumor mit glatter Oberfläche; rechts und oben undeutliche Verdickungen, links und oben geringe Schmerzhaftigkeit. Bei Bestastung ist der Tumor sehr elastisch, macht den Eindruck einer Cyste, ohne jedoch zu fluctuiren. Bei der inneren Untersuchung zeigt sich der Uterus retroflectirt, etwas vergrössert, unempfindlich. Von dem Tumor ist nichts im Beckenkanale zu fühlen, selbst bei Druck von oben her. Er lässt sich aber 3 cm oberhalb der Symphyse bringen; zwischen ihm und der Symphyse Darmschon nachweisbar.

Operation 21. Januar. Bei Eröffnung der Bauchhöhle stösst man sofort auf den Tumor. Keine Adhäsionen. Beim Anschneiden des Tumors entleert sich ein Liter gelber, leimartiger Flüssigkeit mit ziemlich beträchtlichem Quantum geronnener fleckenartiger weissgelber Massen. Jetzt wird der Tumor aus der Bauchhöhle herausgewälzt. Sein breiter Stiel wurde in zwei Partien unterbunden und mit dem Paquelin getrennt. Neben dem Stiel kein Ovarium oder Tube zu erkennen. Das linke, cystös entartete Ovarium wird abgetragen. Die Bauchhöhle wird mit 1 proc. Salicyllösung ausgespült, der Stiel versenkt, die Bauchwunde mit Seidenknopfnähten geschlossen.

Nach einem ganz glatten Wundverlaufe wird Patientin am 10. Februar geheilt mit Pelotte entlassen. Der Uterus hat sich aus seiner Retroflexionsstellung emporgehoben.

Chemische Untersuchung. Die Flüssigkeit enthält Paralbumin, Spuren von Eiweiss, spec. Gew. 1010. Reaction alkalisch.

Mikroskopische Untersuchung. Vollständiger seröser Ueberzug; das Epithel theils aus platten Zellen in einfacher Lage, theils aus Cylinderzellen zusammengesetzt. Keine Flimmerhaare.

Fall IV. E., Elisa, 41 Jahre. Menstruation mit 17 Jahren regelmässig. Patientin hat nie geboren, war immer gesund. Von ihren Angehörigen wurde eine Vergrösserung des Leibes seit einem Jahre bemerkt, sie selbst constatirte es seit kurzem. Keine Beschwerden, nur vor vier Wochen hatte Patientin nach Anstrengung Schmerzen in der rechten Bauchgegend, die bald nachliessen.

Im Unterleibe eine mannskopfgrosse fluctuirende Geschwulst, mit einem Appendix nach links oben. Uterus nach rechts gelagert. Die Bewegungen des Tumors werden dem Uterus nicht mitgetheilt.

Operation 15. Mai 1879. Nach Durchtrennung der Bauchwand zeigte sich das Peritoneum mit dem Tumor verwachsen, doch waren die Adhäsionen leicht zu trennen. Die Punction entleerte fünf Liter einer gelblichen, fadenziehenden Flüssigkeit. Der Tumor liess sich nicht aus der Bauchwunde herausbefördern, da er breit mit dem Colon descendens verwachsen war und sich bis in die Nähe des Magens erstreckte. Der Uterus liegt nach unten und rechts frei beweglich. Die beiden cystös entarteten Ovarien wurden abgetragen, ihre Stiele versenkt. Der Tumor hatte sich im linken Ligamentum latum entwickelt und reicht bis zum Magen; eine Exstirpation ist daher

unmöglich. Es wird nur ein Stück der Cyste abgetragen, der Rest in die Bauchwunde eingenäht. Drainage des Sackes. 10. September 1879 wird Patientin mit einer kleinen Fistel entlassen.

Chemische Untersuchung. Die alkalisch reagirende zähflüssige Flüssigkeit enthält: Lösung von minimaler Menge Alkalialbuminate, dagegen hauptsächlich Paralbumin. Von morphotischen Elementen rothe und weisse Blutkörperchen und wenig Körnchenkugeln.

Fall V. Frau K. M., 42 Jahre. Patientin war als Kind kränklich. Menses mit 15 Jahren regelmässig, schmerzhaft. Patientin hat einmal vor 20 Jahren geboren. Sie klagt über Brennen in beiden Leisten und im Unterleib. Stuhlgang oft angehalten. Exurese vor vier Wochen ebenfalls, jetzt normal.

Im hinteren Scheidengewölbe nach links fühlt man einen faustgrossen, runden Tumor von fester Consistenz. Derselbe lässt sich ungefähr 5 cm hoch aus dem Beckenkanal in die Höhe schieben. Er stösst mit der linken Kante des Uterus zusammen und zeigt eine Verbreitung gegen die linke Darmbeinschaufel zu. Der Uterus ist nach vorn und rechts zu gedrängt, er lässt sich mit Leichtigkeit neben dem Tumor um einige Centimeter auf- und abwärts schieben.

28. März 1888 Operation. Die digitale Exploration zeigt nach Eröffnung der Bauchhöhle, dass der Tumor links vom Uterus liegt, genau zwischen Uterus und Ovarium. Sehr starke Adhäsionen erlauben nicht, den Tumor aus der Bauchhöhle herauszuziehen. Die Punction ergibt 250 ccm einer strohgelben, dünnflüssigen, hellen Flüssigkeit. Der obere Theil des Balges wird resecirt, der Rest versenkt. Wundverlauf vollkommen glatt.

Chemische Untersuchung. Flüssigkeit reagirt alkalisch, spec. Gew. 1025, enthält Alkalialbuminate, kein Mucin und Paralbumin, viel in der Hitze coagulirendes Eiweiss.

Anatomische Untersuchung. Serosa lässt sich sehr leicht von der eigentlichen Cystenwand trennen. Auf der Cystenwand verläuft die Tube.

Die Flüssigkeit, die im Falle III und IV gefunden wurde, unterscheidet sich in keiner Hinsicht von der aus ovariellen Kystomen gewonnenen; es fehlt sogar nicht an Paralbumin, welches nach Waldeyer und Hammarsten schon physiologischer Weise dem Ovarium zukommt; Waldeyer und Spiegelberg haben es niemals im Inhalte der Ovarienkystome vermisst, in anderweitigen Flüssigkeiten der Bauchhöhle aber und in parovariellen Cysten ist es ein sehr seltener Befund. Spiegelberg (Arch. f. Gyn., Bd. I), Terillon (Arch. de Tocologie für 1887) erwähnen es. Ausserdem begegnen wir im Falle I, II und V einem hohen Eiweissgehalte, im Falle I Cholestearin, im Falle II Methämoglobin. — Dagegen finden wir kein Mucin, das nach Bocquillon (Arch. de Tocologie für 1886) pathognomonisch für Parovarialcysten

sein sollte. — Rothe und weisse Blutkörperchen wie auch Körnchenkugeln sind in unseren Fällen nicht so selten.

In unseren Fällen weicht auch das specifische Gewicht wesentlich von dem als charakteristisch angegebenen Werthe von 1002 bis 1005 ab: es schwankt zwischen 1007 und 1032. So hohes specifisches Gewicht wird nur selten erwähnt. Olshausen (Krankheiten der Ovarien) bemerkt, dass das specifische Gewicht höhere Werthe erreicht bei intracystösen Blutungen und Papillenentwicklung, was er auch als Ursache anderweitiger Abweichungen von der Norm betrachtet. Papillenentwicklung sahen wir im Falle I, Stieltorsion im Falle II; für die übrigen Fälle passt aber diese Erklärung nicht.

Die Flüssigkeitsmenge ist gewöhnlich nicht beträchtlich, doch kommen auch Fälle vor, in denen sie der aus ovariellen Kystomen entleerten in nichts nachsteht. Reverdin z. B. entleerte 40 Liter Flüssigkeit aus einer parovariellen Cyste (*Revue méd. de la Suisse romande* für 1887). In der Berner Frauenklinik ging die Inhaltsmenge nicht über sechs Liter hinaus.

Gewöhnlich wird den parovariellen Cysten keine Stielbildung zugeschrieben. So selten scheint sie doch nicht zu sein, da in zehn unserer mit Laparatomie behandelten Fälle sechs Mal ein Stiel angetroffen wurde. Freilich besteht dieser Stiel nur aus einem ausgezogenen Theile des breiten Mutterbandes, doch kann er dieselbe Bedeutung wie der Stiel ovarieller Kystome haben. Im Falle II sehen wir einen torquirten kleinfingerdicken Stiel, in der Flüssigkeit Zeichen einer intracystösen Blutung: sie ist dunkelbraun, enthält Methämoglobin. Wir können sowohl diese Blutung wie auch die vor kurzem durchgemachte Peritonitis auf die Stieltorsion zurückführen. Lawson Tait sah nach einer Stieltorsion Gangrän eintreten (*Lancet*, 79. Jahrg.). Olshausen und Breisky berichten auch darüber.

Die Tube wird oft an die Cyste herangezogen und verläuft in oder auf ihrer vorderen Oberfläche; sie wird dann sehr in die Länge gezogen, ohne sonstige Veränderungen zu erleiden. In einer anderen Anzahl von Fällen bleibt sie vom Tumor völlig unabhängig, wie wir das im Falle II und III bemerken. Ich führe einen entsprechenden Fall an.

Fall VI. W., 42 Jahre. Menses mit 17 Jahren, regelmässig, schmerzhaft, das letzte Mal ungewöhnlich stark. Seit zwei Jahren Unterleibsschmerzen auch in der intramenstruellen Periode. Seit vier

Monaten rasches Anschwellen des Unterleibes. Bei Bewegung Beklemmung und hochgradige Athembeschwerden.

Leib aufgetrieben wie im IX. Monat der Gravidität. Abgrenzung des Tumor leicht, Oberfläche glatt, Fluctuation überall. Bei der inneren Untersuchung: Uterus etwas vergrößert und retrovertirt; Tumor im vorderen Scheidengewölbe sehr schwer zu erreichen, infolge dessen Fluctuation nicht nachweisbar. Ein Zusammenhang des Tumor mit dem Uterus nicht zu erkennen.

12. Januar 1887 Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird sogleich die Cyste punktiert. Da keine Adhäsionen da waren, so liess sich der Tumor sehr leicht herausziehen. Es ergab sich, dass derselbe von der rechten Beckenseite ausging und es konnte am Stiele das normale rechte Ovarium nachgewiesen werden. Der Stiel wurde unterbunden, mit dem Thermokauter durchtrennt und versenkt.

Am 1. Februar wird Patientin nach einem glatten Wundverlaufe geheilt entlassen.

Anatomische Untersuchung. Vollständiger seröser Ueberzug leicht abzulösen. Die Cyste ist uniloculär; von der glatten Innenfläche nur wenig Fetzen abzustreifen, in denen nur ovale Kerne zu erkennen sind. Keine gut erhaltenen Epithelien.

Chemische Untersuchung. Die wasserhelle Flüssigkeit reagirt alkalisch, enthält Spuren von Eiweiss, keinen Zucker; spec. Gew. 1005.

Das Ovarium zeigt ein verschiedenartiges Verhalten. In einer Anzahl von Fällen bleibt es vollkommen normal, in anderen entartet es cystös, oder wird in die Stielbildung mit herangezogen. In anderen Fällen sitzt es einfach der Geschwulst auf, wie im Falle II. In einer anderen Reihe von Fällen kann man auf der Seite der Geschwulst gar kein Ovarium entdecken, sogar nicht mikroskopisch in der Cystenwandung (Fall III), die Cyste weist aber alle sonstigen Eigenschaften einer parovariellen auf. Die Deutung der zuletzt erwähnten Fälle ist sehr schwer; es könnte sich um angeborenen Mangel eines Ovarium handeln, sei es durch nur einseitige Anlage oder Abschnürung desselben im fötalen Leben — oder die Kanäle des Parovarium reichen bis tief in das Stroma hinein und eine cystöse Erweiterung eines solchen Kanälchen musste nothwendigerweise das Ovarialstroma sprengen, abflachen und in die Bildung der Cystenwand mit hineinziehen. Der Druck des Inhaltes würde dann die Atrophie des ovariellen Gewebes zur Folge haben. Vielleicht liegt darin der Schlüssel zur Erklärung mancher Fälle, wo sogar der Mikroskopiker keine bestimmte Antwort giebt auf die Frage nach dem Entstehungsorte

der Neubildung. Eine eingehende Untersuchung wäre hier sehr wünschenswerth. Ich führe drei Fälle auf, die in dieser Hinsicht manches Interessante darbieten.

Fall VII. Kn., Marie, 23 Jahre. Menses mit 15 Jahren, regelmässig. Seit zwei Monaten Schmerzen im Unterleibe. Vor den Genitalien soll beim Gehen ein daumengrosser Körper hervortreten. Seit sechs Jahren kann sie, falls sie kalte Füsse hat, den Harn nur mit Mühe und grossen Schmerzen lassen. — Bei der äusseren Untersuchung findet man geringe Resistenz oberhalb des Beckeneinganges. Uterus nach vorn gedrängt, vordere Lippe verlängert. Hinter dem Uterus, das untere Scheidengewölbe tief herunterdrängend, ein mannsfaustgrosser, rundlicher Tumor. Seine Consistenz fest, an einzelnen Stellen hart, die Oberfläche etwas uneben, Contouren scharf; er lässt sich mit Mühe nach oben drängen, ohne vollkommen zu verschwinden. Der Uterus am Tumor leicht verschieblich. Kein Stiel zu fühlen.

13. Mai 1886. Operation: 7 cm langer Bauchschnitt. Die Digital-exploration ergibt, dass der Tumor links vom Uterus sitzt; über die äussere Seite des Tumor zieht sich das Ligamentum latum. Die sehr dünnwandige Cyste wurde punctirt, ihr langer dünner Stiel unterbunden, mit Paquelin getrennt und versenkt. Das normale rechte Ovarium wurde zurückgelassen. Am 1. Juni wurde Patientin nach einem vollkommen glatten Wundverlaufe geheilt entlassen.

Anatomische Untersuchung. Uniloculäre Cyste mit glatter Innenfläche, Flimmerepithel und continuirlichem serösen Ueberzuge.

Chemische Untersuchung. 500—600 g einer wasserhellen Flüssigkeit, sehr arm an Eiweiss; spec. Gew. 1008. Keine morphotische Bestandtheile.

Fall VIII. L., Anna, 55 Jahre. Menses mit 16 Jahren regelmässig, ohne Beschwerden, Menopause seit 14 Jahren. Seit einigen Monaten bemerkte Patientin ein Grösserwerden des Abdomens und eine Geschwulst in demselben. Diese Geschwulst wuchs allmählig, ohne irgendwelche erhebliche Beschwerden zu verursachen.

Kindskopfgrosser, runder, glatter Tumor von fester Consistenz, keine Fluctuation. Derselbe setzt sich bis in das kleine Becken fort, in welchem er bis zur Mitte herunterragt und hier die nämlichen Eigenschaften zeigt, wie bei der äusseren Untersuchung. Vaginalportion nach hinten gedrängt, lässt sich mit der grössten Leichtigkeit vom Tumor entfernen. Derselbe lässt sich aus dem kleinen Becken so weit in die Höhe schieben, dass sein unterer Rand mindestens 4 cm oberhalb der Symphyse zu stehen kommt. Zwischen diesem Rande und Symphyse deutlicher tympanitischer Ton. Uterus dextro- und retroponirt.

11. Februar 1880 Operation. Der Tumor präsentirt sich gleich in der Bauchwunde und wird punctirt, wobei er sich völlig entleert. Die Digitalexploration ergibt, dass kein Stiel existirt und dass die Cyste bereits vom linken Ligamentum latum ausgehe. Auf der Oberfläche

der Cyste verläuft die Tube. Der Cystensack wird zusammengefasst in die Bauchwunde eingezogen und in Klammern gefasst. Der ausserhalb der Klammern liegende Theil wird abgetragen, die Schnittfläche cauterisirt.

18. Februar Tod. Sectionsbefund: Abscess der vorderen Bauchwand. Keine Peritonitis. Hypostatische Pneumonie. Linkerseits kein Ovarium.

Chemische Untersuchung. Die braune Flüssigkeit enthält kein Paralbumin, sondern nur Alkalialbuminate; Körnchenkugeln, Eiweisspartikel, rothe und weisse Blutkörperchen.

Anatomische Untersuchung. Die festeren Partien bestehen aus Bindegewebe mit zahlreichen Drüenschläuchen. Sie können nicht mit Sicherheit als Reste des Ovarium angesehen werden, sondern können neugebildet sein.

Fall IX. M. W., 45 Jahre. Patientin war bis vor kurzem völlig gesund. Menses mit zwölf Jahren, vierwöchentlich, schmerzhaft, von wechselnder Dauer. Seit sechs Wochen diffuse Schmerzen im Unterleibe. Patientin hat einmal geboren und einmal abortirt (vor 28 bez. 27 Jahren).

Im Unterleibe eine kindskopfgrosse Geschwulst, elastisch, etwas fluctuirend, nach allen Richtungen ziemlich beweglich. Uterus vor dem Tumor, etwas elevirt vor der Symphyse, vom Tumor isolirbar. In der Mitte seiner rechten Kante eine bandartige Masse. Der Uterus lässt sich an dieser Stelle besonders leicht vom Tumor wegbringen.

9. Juni 1887 Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt der Tumor links unten und rechts hinten leicht lösliche Adhäsionen, nach rechts oben festere mit Darm und Netz. Der Tumor geht breitbasig vom kleinen Becken und rechter Kante des Uterus aus. Bei Punction des Tumor entleeren sich eitrige Massen. Bei dem tiefen Sitze des Tumor, bei dem Mangel jeglichen Stieles, bei der Dickwandigkeit der Cyste und ihrem grossen Blutreichthume wird von der Enucleation Abstand genommen. Ein Theil des Sackes wurde abgetragen, der Rest in die Bauchwunde eingenäht. In der Cystenwand eine verdickte, cystös sich anfühlende Partie von etwa 4 cm Länge, 2 cm Breite und 2 cm Höhe, deutet auf das Ovarium. Daneben wird ein grösserer Kanal gefunden.

Anatomische Untersuchung. Auf der Cystenwand ein seröser Ueberzug, auf der Innenfläche dicke Lagen Eiter, in demselben sehr viele Streptococcen.

Patientin wird auf ihren Wunsch mit noch nicht vollkommen vernarbter Wunde entlassen.

Die Aetiologie der Parovarialcysten ist völlig dunkel. Weder die Angaben der Patientinnen, noch der Menstruationstypus lassen einen Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und der Chlorose annehmen, wie es Scanzoni für den Hydrops follicularis gethan. Auch ein Einfluss des Wochenbettes ist unwahrscheinlich; freilich

von unseren 16 Kranken hatten zehn geboren, doch nur vier zu wiederholten Malen; in einigen Fällen war die Geburt so bedeutend lange Zeit der Erkrankung vorangegangen, dass ein causaler Connex kaum angenommen werden dürfte. Andererseits hindert eine Parovarialcyste die Conception nicht, wie es die Constatirung einer Cyste intra oder post partum zeigt.

Kein Alter schützt vor dieser Erkrankung. Winckel fand eine angeborene Parovarialcyste (Lehrbuch der Frauenkrankheiten). Koeberlé beobachtete auch solche bei einem neunjährigen Mädchen und einer 72jährigen Greisin. Am häufigsten scheinen sie in der geschlechtsthätigen Periode, also zwischen 20 und 50 Jahren, aufzutreten, obgleich sie auch in der Menopause oft genug Anlass zum chirurgischen Eingriff geben. Folgende Tabelle belegt das Gesagte mit Zahlen:

	Berner Klinik:	Züricher Klinik:	Olshausen:
Unter 20 Jahren	---	---	2
20—25	4	1	8
26—30	1	4	6
31—40	2	1	11
41—50	5	---	4
51—60	2	1	4
Ueber 60	1	---	1

Freilich stützen diese Zahlen die Ansicht Olshausen's nicht. Dieser Autor behauptet, dass das jugendliche Alter der Patientin — die ersten Jahre nach Eintritt der Pubertät — ein differentiell-diagnostisch wichtiges Zeichen für Parovarialcysten sei. Die Symptomatologie der parovariellen Cysten unterscheidet sich von der der Kystome durch ihren vorwiegend negativen Charakter. Diese Cysten entwickeln sich sehr langsam, bleiben lange stationär, zeigen keine bösartige Entartung oder Complication (Carcinom bei ovariellen Kystomen), bilden keine Metastasen, machen gewöhnlich keine Beschwerden, ausser durch ihre Grösse, und solche Ausdehnung erreichen sie sehr selten. Sie heben die Conceptionsfähigkeit nicht auf, üben keinen Einfluss auf die Menstruation, weder in Bezug auf Typus, Stärke, noch in Bezug auf Schmerzhaftigkeit. Oedeme der Schenkel oder Ascites kommen nicht vor. Circumscriphte Peritonitiden sind nicht selten; die hier beobachteten Patientinnen zeigten diese Complication fast in der Hälfte der Fälle, wie es die bei der Operation gefundenen Adhäsionen beweisen. Am häufigsten findet man Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand und mit den Gedärmen. Sie können so ausgedehnt

und so fest sein, dass sie eine völlige Entfernung des Cystensackes unmöglich machen und ein besonderes chirurgisches Verfahren bedingen.

Eine zweite in unseren Fällen häufige Complication sind Urinbeschwerden; ob sie aber durch die Cyste als solche bedingt werden, ist zweifelhaft. Der ziemlich kleine ins Becken herunterragende Tumor kann leicht auf die Blasenmündung drücken und dadurch Harndrang oder Harnverhalten verursachen. Wir beobachteten aber gewöhnlich schmerzhaftes Harnlassen, das wahrscheinlich mit der Neubildung nichts zu thun hat und dessen Ursache anderswo zu suchen ist. —

Das Subjectivbefinden der Frauen wird durch diese Erkrankung wenig afficirt. Die von Spencer Wells so meisterhaft geschilderte Facies ovarica kommt diesen Kranken nicht zu. Die Frauen suchen ärztliche Hülfe auf, entweder weil sie bemerkt haben, dass ihr Abdomen an Umfang zunimmt, ihre peritonitische Schmerzen sie belästigen, oder infolge einer anderweitigen gynäkologischen Erkrankung, und der Tumor wird erst bei der Untersuchung entdeckt.

Von complicirenden gynäkologischen Erkrankungen sind keine besonders häufig und durch die Cyste als solche bedingt. Die bei uns zweimal beobachteten Uterusvorfälle waren Neben-, keine Folgeerscheinung.

Complication mit Schwangerschaft kommt vor, ist aber selten beschrieben worden. Die Cyste kann wohl ein Geburtshinderniss bilden, wie alle anderen Beckentumoren. Es würde sich hier dasselbe Verfahren eignen, wie bei Ovarialcysten: war die Cyste früh genug entdeckt, so empfiehlt sich die Ausführung einer Laparatomie in der Schwangerschaft, womöglich in den ersten Monaten; würde die Geschwulst erst intra partum diagnosticirt, so schreite man zur Punction.

Auf der geburtshülflichen Klinik zu Bern wurde ein diesbezüglicher Fall beobachtet, den ich hier gedrängt wiedergebe:

Fall X. Frau K. S., 23 Jahre. Menstruation mit 18 Jahren unregelmässig, schmerzhaft. Dritte Schwangerschaft. Plattes Becken mit Conjugata diagonalis $9\frac{1}{2}$ cm, Conjugata vera $8\frac{1}{2}$ cm. Querlage. Befund: Muttermund nach der Symphyse gedrängt. Hintere Scheidenwand herunter gewölbt durch einen Tumor. Derselbe ist nierendross, füllt die Hälfte des kleinen Beckens aus; er scheint in einem Winkel mit der Vaginalportion zusammenzuhängen; Oberfläche glatt. Der Tumor ist ziemlich fest mit den Beckenweichteilen verwachsen, lässt

sich schwer hin und her schieben. Die Schleimhäute der Vagina und des Rectum lassen sich darüber verschieben. Pralle Spannung. Die vorgenommene Punction ergibt: 290 cem einer klaren, opalescirenden Flüssigkeit, spec. Gew. 1013, alkalisch, enthält wenig Eiweiss, kohlen-saures Natron, phosphorsaure Alkalien, Kochsalz. Kein Harnstoff, Paralbumin oder Allantoin. — Jetzt wurde eine Wendung auf den Steiss vorgenommen. Den weiteren Geburtsverlauf schildere ich nicht, da er von der Beckenverengung beherrscht wird. Die Frau starb an atonischer Blutung.

Was die spontane Ruptur der Cysten anbelangt, so herrscht hier eine grosse Meinungsverschiedenheit. Olshausen (a. a. O.) will die wiederholten, reaktionslosen Rupturen als ein differentiell-diagnostisches Zeichen gegenüber den Ovarialkystomen gelten lassen. Doch sagt er auch, dass die Rupturen ovarieller Tumoren „ein ungemein häufiger Vorgang“ seien, wie man bei Ovariatomic sehen kann; ausserdem treten die von ihm als Ursache betrachteten Momente: Druck des gallertigen Inhaltes und regressive Metamorphose der Wandungen — bei parovariellen Cysten nicht auf. Goodell (Transact. of the Amer. Gyn. Soc. 1881, Vol. VI) spricht dieselbe Meinung aus. Duplay in seiner Arbeit: Des kystes du ligament large, kystes parovariques (Arch. de Tocologie 1882) betrachtet, im Gegensatze zu den genannten Autoren, die Ruptur der parovariellen Cysten als sehr selten, und unsere Fälle bestätigen völlig diese Meinung. In der Berner gynäkologischen Klinik kam nur ein einziger Fall vor, wo eine Verkleinerung der Cyste bemerkt wurde. Fraglich ist noch, ob diese Verkleinerung nicht auf Schwinden des, die Cyste umgebenden Exsudates zurückzuführen sei, da die Ruptur einer uniloculären Cyste ein vollständiges Verschwinden derselben zur Folge hätte, gleich einer Punction. Hier die Beschreibung des erwähnten Falles:

Fall XI. Frau L. W., 22 Jahre. Menstruation mit 15 Jahren stark schmerzhaft. Vor vier Jahren Abortus mit darauffolgenden Blutungen, die nach Auskratzung des Uterus sistiren. Sie wurde dann in der Anstalt wegen perimetritischen Exsudates behandelt. Jetzt wurde in der Chloroformnarkose eine Resistenz oberhalb der Symphyse, besonders rechts constatirt. Bei der doppelten Untersuchung Uterus normal gross, nach vorn und rechts gedrängt. Das linke und hintere Scheidengewölbe von einem runden Tumor ausgefüllt, der bei Betastung elastisch, bei Druck undeutlich fluctuirt; er lässt sich um 3 cm hinaufschieben. Uterus leicht auf dem Tumor zu bewegen.

Vierzehn Tage später hatte sich der Tumor auf die Hälfte reducirt. Drei Monate später wurde der Tumor von der Scheide aus punctirt, ohne dass eine Volumänderung constatirt worden wäre. Es



wurde ein Liter einer hellgelben, klaren Flüssigkeit entfernt; sie reagirt alkalisch, spec. Gew. 1010, kein Paralbumin, geringe Menge von in der Hitze und beim Ansäuern coagulirendem Eiweiss.

Was die Diagnose einer parovariellen Cyste anbelangt, so ist ihr erster Theil, d. h. die Diagnose einer Cyste gegenüber einer festen Neubildung, sehr leicht, denn, obgleich sie manchmal sehr prall gefüllt sind, so weist doch ihre Elasticität — da Fluctuation nicht mehr möglich ist — auf ihren flüssigen Inhalt hin. Viel schwieriger, ja, oft gar unmöglich ist die Entscheidung zwischen ovarieller und parovarieller Cyste.

Eine typische parovarielle Cyste bietet das folgende Bild dar: Der Unterleib ist ausgedehnt durch einen Tumor mit scharf umschriebenen Contouren, glatter Oberfläche, gleichmässiger Consistenz. Die Fluctuation pflanzt sich über die ganze Cyste fort, kann aber auch fehlen, um Elasticität Platz zu machen. Bei der inneren Untersuchung findet man den Uteruskörper von normaler Grösse auf die dem Tumor entgegengesetzte Seite geschoben, häufig ante-, seltener retroponirt; auf dem Tumor lässt er sich verschieben, ohne ihm seine Bewegungen mitzutheilen. Im hinteren und seitlichen Scheidengewölbe fühlt man einen Tumor von der gleichen Beschaffenheit, wie es oben angegeben wurde, vom Uterus schwer abzugrenzen, scheinbar von dessen Kante ausgehend, schwer und wenig beweglich. Stiel nicht zu fühlen; nicht vergrösserte Ovarien sind auch schwer zu finden. Dazu kommt der latente Verlauf, das langsame Wachsthum, das Fehlen jeglicher Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden.

An Abweichungen fehlt es nicht. Exsudatmassen oder nach Peritonitiden entstandene Schwarten und Verdickungen können Ungleichmässigkeit der Wandung vortäuschen. Die Cyste kann leicht nach oben geschoben werden und sogar so stark beweglich sein, dass sie den Verdacht einer Wanderniere rechtfertigt. Kleinere Cysten können im kleinen Becken so tief und fest eingepresst werden, dass sie den Eindruck einer festen Geschwulst machen.

Olshausen warnt (Krankheiten der Ovarien) vor Verwechselung von Parovarialcysten mit Ascites. Er legt einen grossen diagnostischen Werth auf die Schlaffheit und Dünnwandigkeit des Tumor, die ausserordentlich oberflächliche und ausgesprochene Fluctuation; diese Eigenschaften sollen so hochgradig sein, dass bei Lagewechsel der Frau Formveränderung des Leibes und Verschiebung der Grenze des Percussionsschalles zu bemerken sei.

Freilich trifft diese Beschreibung für keinen der von uns beobachteten Fälle zu, und andere Autoren heben auch diese Erscheinungen nicht hervor.

Folgende Fälle mögen als Beispiele eines typischen und eines von der Norm abweichenden Befundes dienen:

Fall XII. R. Z., 30 Jahre. Menses mit 17 Jahren regelmässig. Patientin hat nie geboren. Vor acht Monaten Störung bei Entleerung des Urins. Der consultirte Arzt entdeckte die Geschwulst und schickte die Patientin in die Anstalt.

Abdomen in seiner unteren Partie bis zum Nabel ausgefüllt durch einen runden, glatten, elastischen, nicht empfindlichen Tumor. Uterus normal gross, in Anteversion. Der Tumor ist bei Druck im hinteren Scheidengewölbe durchzufühlen. Der Tumor lässt sich nach oben schieben, so dass sein unterer Rand handbreit oberhalb der Symphyse zu stehen kommt. Der Uterus wird dadurch ebenfalls in die Höhe gezogen, die Spitze der eingeführten Sonde ist jedoch 3 cm abwärts vom Tumor zu fühlen.

Operation 20. Mai 1887. Nach Eröffnung der Bauchhöhle drängt sich der Tumor vor. Er stellt einen einfachen, dünnwandigen Sack dar, aus dem die Punction eine fast wasserklare, dünne Flüssigkeit entleert. Der Tumor setzt in eine ziemlich scharfe Furche gegen das linke unveränderte Ovarium ab. Dasselbe wird intact gelassen, die Cyste mit Thermokauter abgetrennt. In der vorderen Wand des Sackes verläuft die stark in die Länge gezogene, jedoch sonst nicht veränderte Tube, an der einen Seite das Fimbrirende, an der anderen das durchschnittene Lumen der Tube zeigend.

Das zweite cystös entartete Ovarium wird abgetragen. Am 10. Juni wird Patientin geheilt entlassen. Wundverlauf ganz glatt.

Fall XIII. W. Z., 25 Jahre. Menses mit 14 Jahren schmerzhaft, stark, regelmässig. Patientin hat dreimal geboren, und zwar Zangengeburt; das letzte Mal vor drei Monaten. Sie klagt über brennende Schmerzen auf der rechten Seite des Abdomen seit der letzten Geburt und Schmerzen im linken Beine seit zwei Jahren.

Im Abdomen links eine kugelige, schwer abgrenzbare Hervorragung, die sich bis zur Mittellinie erstreckt. Bei der inneren Untersuchung findet man den Tumor links von der Vaginalportion. Er ist ausserordentlich beweglich. Ovarien nicht bestimmt zu erkennen. Uterus antevortirt.

Operation 1. Februar 1888. Der über kindskopfgrosse Tumor wird mit Leichtigkeit aus der Bauchwunde herausgewälzt. Er zeigt dünne, glatte, durchsichtige Wandungen. Auf seiner Vorderfläche verläuft die rechte Tube als ein bleistiftdicker Strang. Nach innen vom Tumor das normale rechte Ovarium. Nach Punction des Tumor wird der breite Stiel unterbunden, mit Paquelin getrennt und versenkt. Das linke Ovarium ist normal.

Am 6. März wird Patientin geheilt entlassen. Glatter Wundverlauf.

Chemische Untersuchung. Die strohgelbe, wässrige Flüssigkeit reagirt alkalisch, spec. Gew. 1010, enthält sehr geringe Mengen Eiweiss.

Anatomische Untersuchung. Die Cyste hat einen vollständig serösen Ueberzug. Das Epithel zeigt nur noch freie Kerne. Keine Flimmerhaare.

Es bliebe noch der Werth der Probepunction zu besprechen. Mit vollem Rechte bemerkt Olshausen, dass sie in zweifelhaften Fällen mehr Unheil stiften als Nutzen bringen kann, da bei manchen Tumoren der Bauchhöhle — so bei Hydronephrosen, Abscessen, Dermoiden — die Probepunction direct mit Lebensgefahr droht. An ihre Stelle möchte er die Probeincision setzen, die, weniger gefährlich, mehr Sicherheit der Diagnose gewährt. Als Unterscheidungsmittel zwischen Ovarial- und Parovarialeyste ist die Probepunction entbehrlich, weil die Flüssigkeit keine charakteristischen Merkmale enthalten kann: wir sahen ja doch Parovarialcysten mit Paralbumin, hohem Eiweissgehalte und hohem specifischen Gewichte, mit Blutbeimischung und sogar von fadenziehender Beschaffenheit. Andererseits kann der Inhalt eines grossen verödeten Kystoms oder eines Hydrops Graaf'scher Follikel dem einer parovariellen Cyste vollkommen gleichen.

Was die Behandlung der Parovarialcysten anbelangt, so lehrt uns die Erfahrung, dass die einfache Punction dieselben dauernd heilen kann. Wiederfüllung tritt selten ein, wie es die Beobachtungen Charles Clay's, Beigel's, Terillon's, Duplay's und anderer zeigen. Fischel hebt die Möglichkeit hervor, dass aus den erhaltenen Gängen eine neue Cyste sich bilde, nach Schrumpfung der ersteren. Bei der langsamen Entwicklung dieser Cyste tritt eventuelle Bildung einer neuen Cyste erst nach einem langen Zwischenraume ein.

Ist also die Diagnose einer parovariellen Cyste sicher, so punktirt man von der Scheide aus, vorausgesetzt, dass der Tumor nicht leicht beweglich. Punction durch die Bauchwand ist zu widerrathen wegen der Gefahr von Verletzung von Darmschlingen und wegen der Unmöglichkeit einer vollkommenen Entleerung der Cyste, was man durch Punction von der Scheide aus erreicht. Die Scheide wird dann mit Jodoformgaze ausgestopft, ein Druckverband angelegt und die Patientin ist nach einigen Tagen geheilt

auf die Dauer oder für lange Zeit, ohne lange Wochen an das Krankenlager gefesselt zu sein. Dieses Verfahren ist auch nicht lebensgefährlich, was man von der Laparatomie nicht immer behaupten kann. Freilich der Procentsatz der Mortalität dieser Operation ist jetzt sehr niedrig, dank den Fortschritten der Antisepsik. Doch wir haben noch immer die weiteren möglichen Folgen dieser Operation im Auge zu behalten. Vergessen wir nicht die Darmstenosen, den Ileus infolge von Verwachsung der Därme mit der Wundfläche oder von Hineinschlüpfen derselben in künstlich gebildete Säcke, oder wohl Zusammenschnüren durch neugebildete Stränge. Die Bauchnarbe beeinträchtigt die Erwerbsfähigkeit der Frauen oder giebt bei ungenügender Schonung Anlass zu Bruchbildung, was sehr in Betracht kommt bei den ärmeren Volksklassen, die, dank ihrer erdrückenden Majorität, das Hauptcontingent der Kranken liefern.

Falls die Diagnose einer Parovarialcyste noch schwankend oder die Cyste von der Vagina aus nicht zu erreichen ist, so muss die Cyste durch Laparatomie entfernt werden. Bei den verschiedenen angeführten Krankengeschichten haben wir gesehen, wie verschiedenartig diese Operation ausgeführt wird, je nach dem Falle. In einigen Fällen wurde der Stiel unterbunden, getrennt und versenkt, ohne irgend welche Complicationen; in anderen Fällen gelang die Entfernung der Cyste erst, nachdem die Adhäsionen mühsam gelöst wurden. Wieder in anderen Fällen waren die Adhäsionen so fest und ausgedehnt, dass man sich mit Excision einer Partie der Cyste und Einnähung des Restes in die Bauchwunde begnügen musste, wobei der so gebildete Sack sich langsam durch Granulationen schliesst. Nähere Angabe über dieses Verfahren hat Professor P. Müller im „Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte“, Jahrg. 1879, Nr. 19 und 20 beschrieben.

Folgt die Beschreibung eines Falles, wo die Laparatomie nicht beendigt werden konnte wegen zahlreicher und sehr fester Adhäsionen, und drei mit blosser Punction zur Heilung gebrachten Fällen.

Fall XIV. Frau W. G., 37 Jahre. Menses mit 16 Jahren. Chlorose. Patientin hat sieben Mal geboren. Seit den drei letzten Geburten verliert Patientin immer Blut vor der Geburt. Seither auch Schmerzen im Unterleibe. Vor zwei Monaten Pelveoperitonitis. Die äussere Untersuchung ergiebt: oberhalb der Symphyse ein kindskopfgrosser Tumor, beweglich, glatt, prall gefüllt. Er ist innerlich durch das vordere Scheidengewölbe durchzufühlen und liegt der rechten

Kante des Uterus an, der schwer vom Tumor zu trennen ist. Nach links vom Uterus liegt ein zweiter wallnussgrosser Tumor von unbestimmten Contouren.

Operation 29. November 1880. Die Darmschlingen sind mit der vorderen Wand des Tumor verwachsen und lassen sich nicht entfernen. Der Tumor ist faustgross, weich und schwappend, nicht beweglich. Das fest in Exsudatmassen eingehüllte rechte Ovarium lässt sich nicht lösen, linkes Ovarium unter Exsudatmassen und Strängen nicht zu finden. Die Cyste wird punctirt. Die Bauchwunde darauf, ohne Entfernung des Cystenbalges, geschlossen.

Seitdem wurde die Frau sechs Jahre lang von Zeit zu Zeit untersucht, wobei zuerst die beiden Ovarien gefühlt wurden; später (Sommer 1885) entdeckte man im linken Scheidengewölbe einen kleineigrossen Tumor von mittlerer Consistenz, ziemlich genau abgrenzbar, mit dem Uterus durch einen Stiel verbunden. Dabei Schmerzen von brennendem Charakter im Unterleibe, Kreuzschmerzen, Kopfweh. Die Periode ist nicht so profus als früher, dauert aber länger. — Diese Erscheinungen lassen sich als chronische Oophoritis deuten.

Fall XV. Frau G. G., 38 Jahre. Menstruation mit 18 Jahren regelmässig, ohne Beschwerden, mässig stark. War bis vor drei Jahren immer gesund. Zu dieser Zeit fiel ihr eine schwere Last auf den Leib. Von da an Anschwellung des Unterleibes, Schmerzen in demselben, Harnbeschwerden und Obstipation. Der Leib ist mässig aufgetrieben durch eine Resistenz, die bis zum Nabel heranreicht und rechts stärker ist als links. Das hintere Scheidengewölbe ist durch einen faustgrossen, den Beckenkanal vollkommen ausfüllenden Tumor heruntergedrängt. Der Tumor ist vollkommen glatt, elastisch, fluctuirend. — Vom Rectum aus derselbe Befund. Der Uterus ist nach vorn, oben und rechts gedrängt und lässt sich auf dem Tumor verschieben. Der Tumor ragt an die linke Kante des Uterus heran, ohne mit ihm zu verschmelzen.

Die Cyste wurde vom hinteren Scheidengewölbe aus punctirt; es entleerte sich 2,5—3 Liter einer eiterähnlichen Flüssigkeit, wobei die Cyste vollständig collabirte. Dieselbe wurde mit Borsalicyllösung ausgespült und ein Compressivverband angelegt. — Der Uterus ist in die Beckenmitte gerückt; im hinteren Scheidengewölbe zwei wallnuss-grosse, feste, unempfindliche Tumoren.

Zwölf Tage darauf Entlassung.

Fall XVI. Frau L. B., 52 Jahre. Menses mit 17 Jahren regelmässig. Patientin hat dreimal geboren. Seit drei bis vier Jahren Menopause. Zugleich hat der Bauch zu wachsen angefangen, in der letzten Zeit besonders stark. Schmerzen im ganzen Abdomen. Leib ausgedehnt wie bei einer Schwangerschaft im siebenten Monate, deutlich fluctuirend. Auf den Seiten tympanitischer Schall. — Das hintere Scheidengewölbe bis zum Prolapsus heruntergedrängt. Uterus nach vorn und oben gedrängt. Die Cyste wurde von der Scheide aus punctirt; es entfliesst eine helle, wässrige Flüssigkeit. Com-

pressivverband. Die Cyste ist vollkommen entleert. Im hinteren Scheidengewölbe ein nussgrosser Tumor. Nach einem halben Jahre ist dieser Tumor nur sehr undeutlich zu fühlen.

Chemische Untersuchung der Flüssigkeit. Sie reagirt alkalisch, spec. Gew. 1007, enthält nur sehr wenig festen Rückstand, hauptsächlich Serumeiweiss, Paraglobulin und kein Paralbumin.

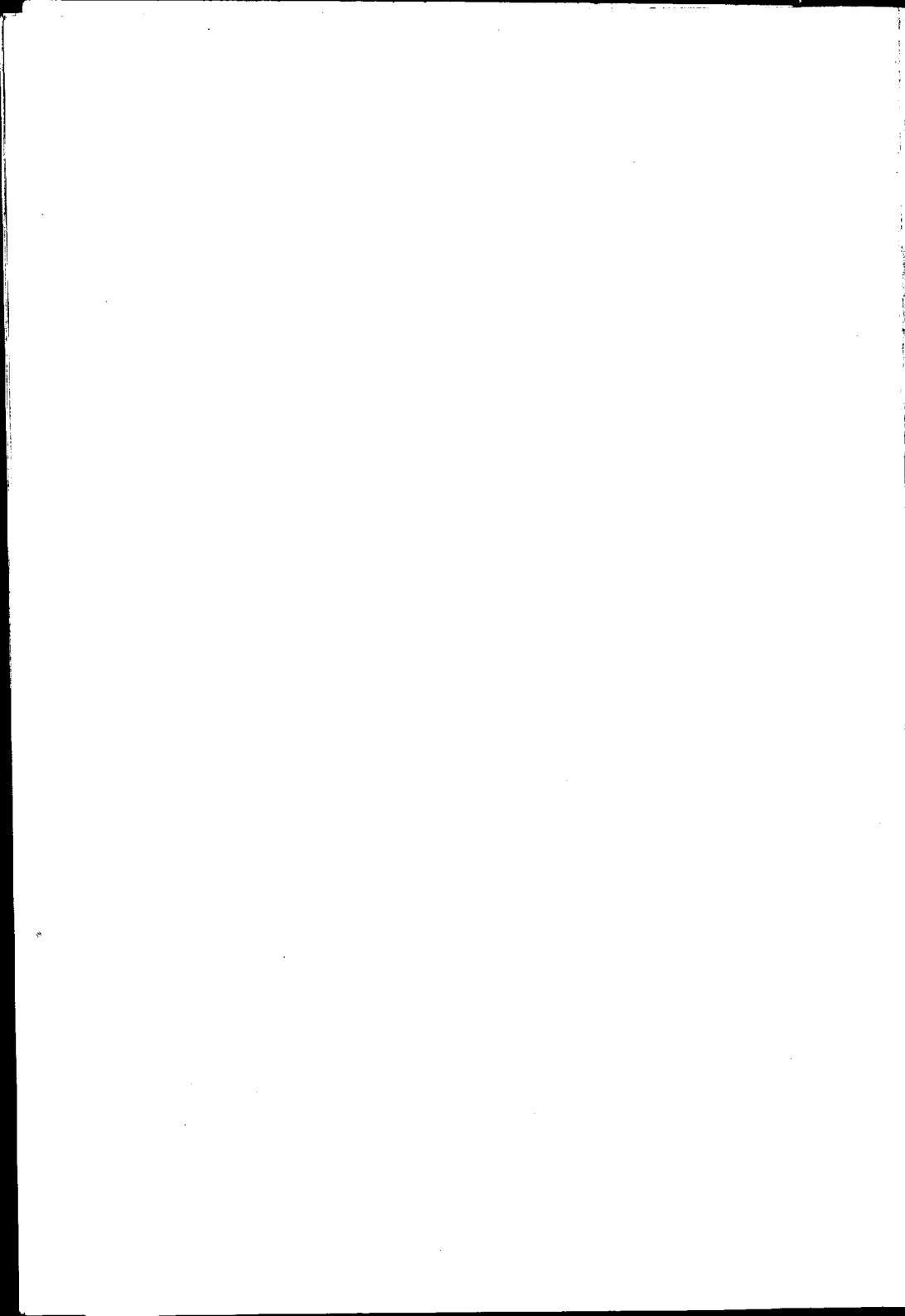
Fall XVII. Frau H. F., 61 Jahre. Menses mit 14 Jahren, Menopause seit elf Jahren. Patientin hat viermal geboren. Prolapsus uteri. Ein scharf abgrenzbarer, deutlich fluctuirender Tumor reicht bis zum Nabel. Er zeigt geringe Einsattelung an seiner Oberfläche. Im hinteren Scheidengewölbe und im Rectum fühlt man einen weichen Tumor, der bei Druck auf die Bauchwandung deutlich fluctuirt. Die Punction vom hinteren Scheidengewölbe entleert $1\frac{1}{2}$ Liter einer serös-eiterigen Flüssigkeit, wobei der Tumor vollkommen verschwindet. Ausspülung des Sackes mit Bor-Salicyllösung. Druckverband. Keine Drainage. Uterusvorfall nicht gehoben. 4 cm rechts vom Fundus ein wallnussgrosser Tumor von mittlerer Consistenz, schwer zu erreichen.

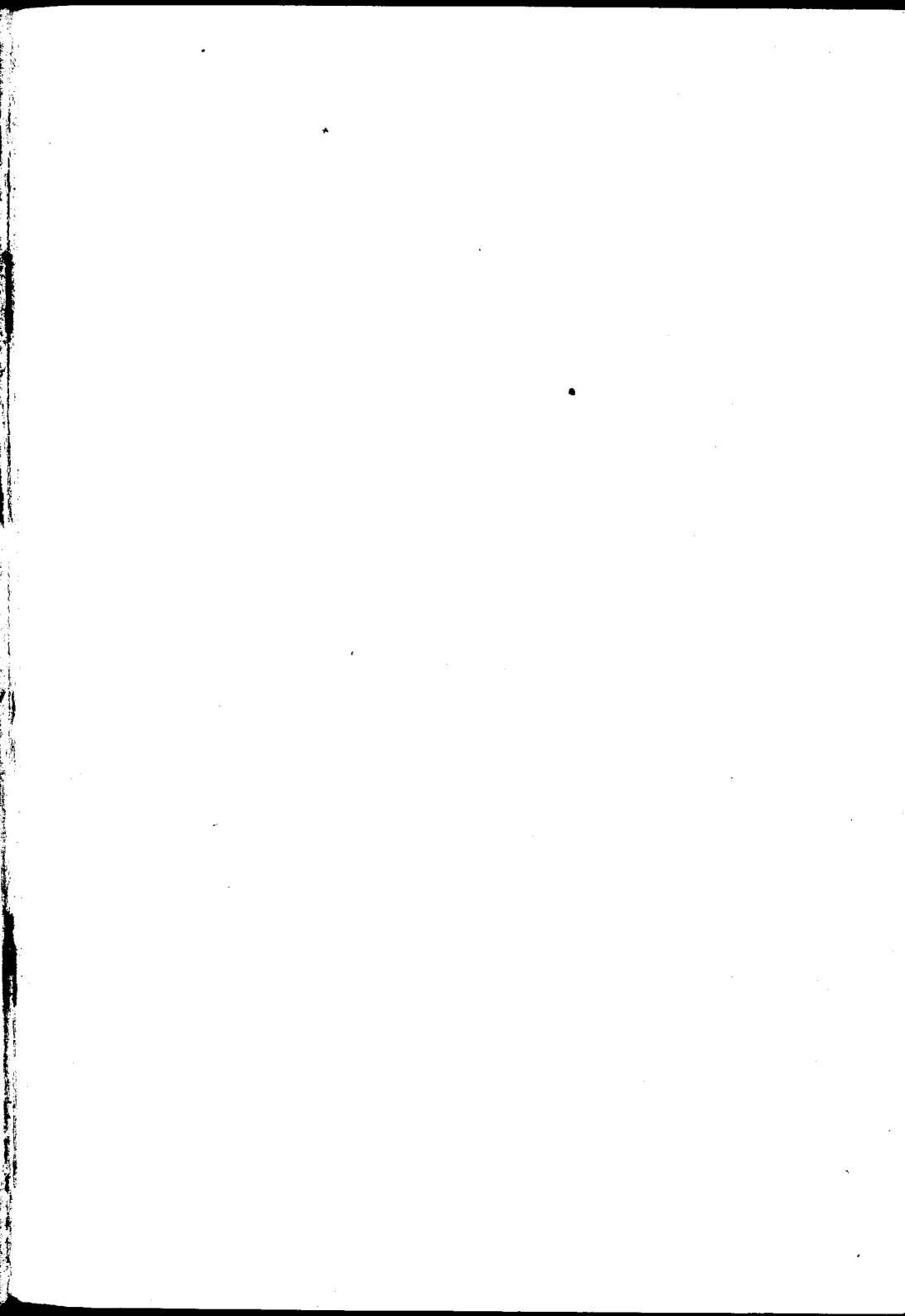
Chemische Untersuchung. Die Flüssigkeit von 1025 spec. Gew. enthält in Lösung Serumeiweiss und Paralbumin, mikroskopisch nur Eiterzellen.

Zum Schlusse sei mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor P. Müller meinen aufrichtigsten Dank für sein freundliches Entgegenkommen und seine lehrreichen Rathschläge bei dieser Arbeit auszusprechen.



11367





19082