



Ueber Bauchdeckenfibrome.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 2. März 1892

Mittags 11 $\frac{1}{2}$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Max Westphal

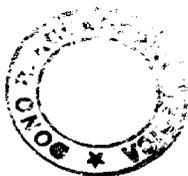
aus Greifswald.

Opponenten:

Herr Dr. med. Schepers, Assistenzarzt d. geburtshüfl. Poliklinik.

Herr Drd. med. Pingel.

Herr cand. med. Witte.

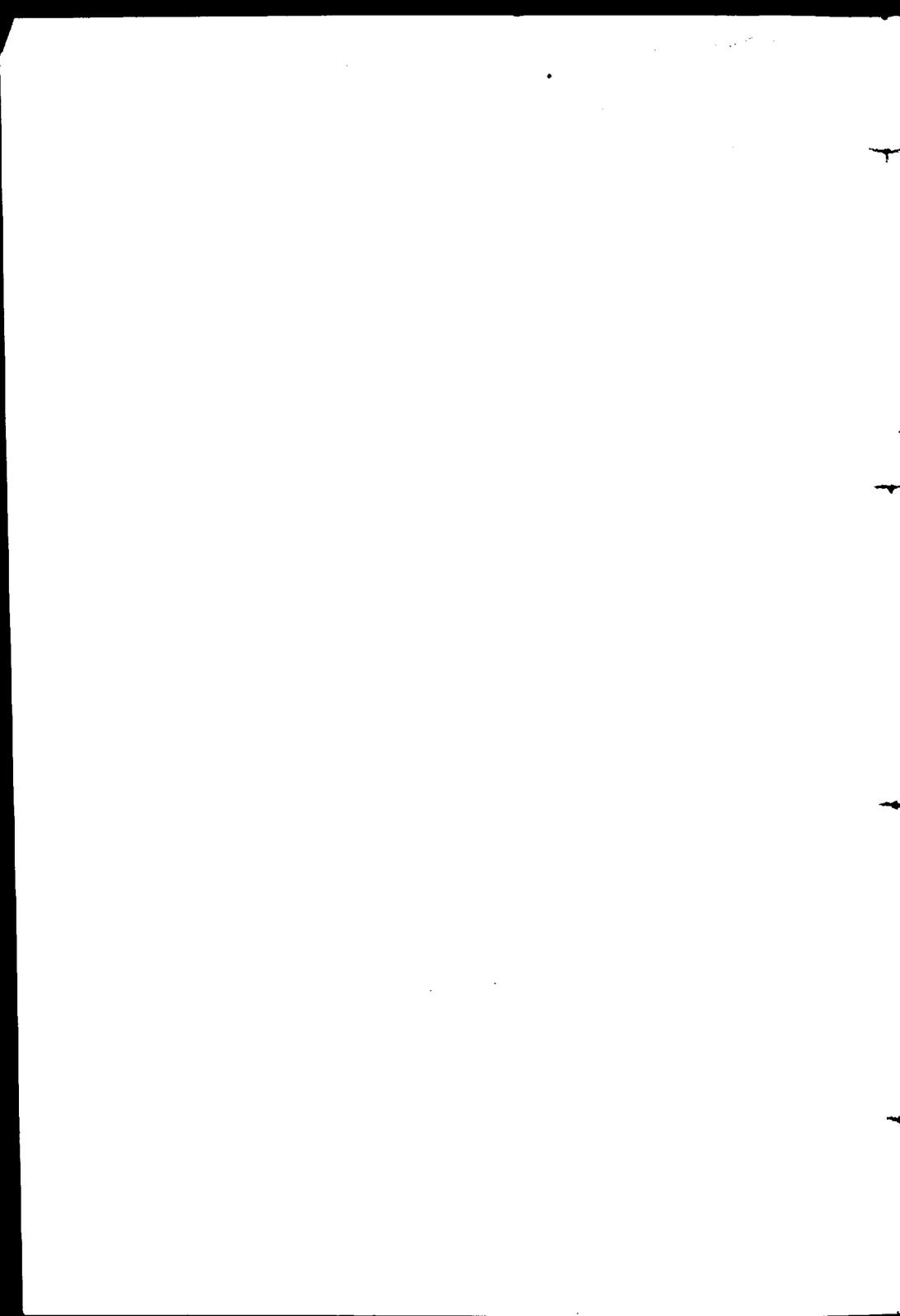


Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1892.





Dem Andenken
seiner teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Geschwülste der Bauchdecken haben trotz ihres durchaus nicht häufigen Vorkommens verhältnismässig oft den Chirurgen und namentlich Gynäkologen Anlass zu Untersuchungen über ihre Aetiologie, Symptomatologie und Therapie gegeben. Es hat dies Interesse darin seinen Grund, dass die an dieser Stelle des Körpers zur Entwicklung gelangenden Neoplasmen, trotzdem die bei weitem grösste Mehrzahl derselben, wie die Statistik beweist, anatomisch einen gutartigen Charakter hat, dadurch ihre Prognose trüben, dass sie früh das Peritoneum in Mitleidenschaft ziehen, mit demselben fest verwachsen, und nun eine sehr eingreifende Operation verlangen. Auch gewinnen sie dadurch an Bedeutung, dass ihre Diagnose nicht immer leicht zu stellen ist, indem sie bisweilen Tumoren in abdomine vortäuschen. Bei Besprechung der Differentialdiagnose ist auf diesen Punkt näher einzugehen.

Soweit mir die Literatur zugänglich war, habe ich dieselbe in der Literaturübersicht genannt. Gross ist die Zahl der Beiträge zur Casuistik der Bauchdeckentumoren. Mit der Aetiologie derselben beschäftigen sich namentlich die Abhandlungen von Grätzer, Herzog und Sänger.

Werfen wir einen Blick auf die Statistik der Bauchdeckentumoren, so zeigt sich, dass im ganzen etwa 80

Fälle veröffentlicht sind. Von diesen betreffen weitaus die meisten Frauen und zwar besonders solche, die mehrere Schwangerschaften durchgemacht haben.

Grätzer zählte unter 38 von ihm zusammengestellten Fällen nur fünf Männer.

Unter 44 von Guerrier zusammengestellten Fällen sind von den 27, die bei Grätzer fehlen nur 2 Männer. Nie sind Bauchdeckentumoren bei Kindern beobachtet. Dies überwiegende Vorkommen bei Frauen rechtfertigt es, dass die Behandlung dieser Geschwülste als eine Domäne der Gynäkologie betrachtet wird, und macht es wahrscheinlich, dass ein Zusammenhang zwischen der Aetiologie derselben und den physiologischen Vorgängen des weiblichen Organismus existiert.

Man unterscheidet nun anatomisch verschiedene Arten unter den vorkommenden Geschwülsten. Von den veröffentlichten Fällen sind die meisten reine derbe Fibrome, nämlich etwa 65. Sonst finden sich noch Fibrosarcome. In der Erlanger Klinik wurde ein Fall von einem weichen Rundzellensarcom an einem Manne beobachtet, dasselbe ging von der Haut aus. Esmarch beschreibt ein Cystofibrom, Billroth ein Fibroma mucosum, Grätzer ein Fibroma myxomatousum aus der Klinik von Spiegelberg. Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, dass der Typus der desmoiden Geschwülste der Bauchdecken das Fibrom ist.

Dasselbe kann seinen Sitz in sehr verschiedenen Schichten der Bauchwand haben und kommt sowohl vom subcutanen Zellgewebe als vom Perichondrium und Periost der Rippen und des Beckens und von der Aponeurose des

Bauches ausgehend vor. In letzterem Falle muss man unterscheiden, ob die vordere oder hintere Lamelle der Sehne der *M. rectus abdominis* mit dem Tumor in Beziehung steht. Herzog betont ferner, dass auch von der Muskulatur selbst der Tumor ausgehen kann, denn es zeigt sich, dass bisweilen kleinere, noch nicht mit dem Peritoneum obliterierte Tumoren im Muskel liegen und innig mit ihm verbunden sind. Erreicht der Tumor eine bestimmte Grösse und zieht das Peritoneum in Mitleidenschaft, so sieht man Muskelfasern direkt in denselben übergehen.

Schliesslich kann auch das properitoneale Bindegewebe die matrix des Desmoids darstellen.

Wie schon kurz erwähnt wurde, liegen die Fibrome nur anfangs als kleine Tumoren abgekapselt gegen die Umgebung im Gewebe, sehr häufig fangen sie plötzlich, ohne dass immer ein Grund dafür gefunden werden kann, an, schneller zu wachsen. Gewöhnlich werden sie nun erst von den Patienten bemerkt. Das Wachstum schreitet fort, das umgebende Muskelgewebe wird teils bei Seite geschoben, teils mit der tiefen Aponeurose atrophiert, dadurch wird das Peritoneum erreicht und nun findet nach Entzündung des properitonealen Bindegewebes und des Peritoneums selbst eine innige Verwachsung desselben mit dem Tumor statt. Es könnte leicht den Anschein haben, als deute diese Art der Entwicklung der Geschwulst auf eine maligne Degeneration hin, allein dies ist durchaus nicht immer der Fall, auch reine Fibrome zeigen sehr häufig das gleiche Verhalten und verwachsen

mit dem Peritoneum in grosser Ausdehnung so fest, dass es bei der Operation nicht möglich ist, die Verwachsung zu trennen.

Symptome machen die Bauchdeckenfibrome anfangs gar nicht, oder doch nur so geringe, dass sie von den Patienten kaum bemerkt werden. Erst wenn die Tumoren schneller zu wachsen anfangen, stellen sich bisweilen Schmerzen spontan und namentlich bei Bewegungen, Heben etc. ein. Doch können auch noch jetzt alle Erscheinungen fehlen. Wirklich ernste Unbequemlichkeiten erwachsen für den Patienten aus dem Leiden erst dann, wenn der Tumor eine excessive Grösse erreicht, wie dies von Paget in einem Falle bei einer 60jährigen Frau beobachtet wurde, bei der die Geschwulst von der Gegend unter dem Nabel bis zur Mitte des Oberschenkels herabging und 40 Pfund wog. Auch K. v. Rokitsansky beobachtete einen ähnlichen Fall, bei dem der Tumor zwei Finger breit über dem Nabel anfang, fast bis zu den Knien herabreichte und 32 Pfund wog. Alsdann treten auch Complicationen ein, indem der Tumor mit der Haut verwächst, frei zu Tage tritt und nun zu tödlichen Blutungen Veranlassung geben kann, (Paget) oder die Haut über demselben durch straffes Ödem bretthart gespannt wird. (Rokitsansky.) Derartige Fälle kommen jedoch sehr selten zur Beobachtung, da die Patienten meist schon lange vorher den Rat des Arztes in Anspruch nehmen. Gewöhnlich haben die Tumoren daher, wenn sie zur Operation gelangen, die Grösse eines Gäuseeies bis zu der eines Kindskopfes.

Die Diagnose der Bauchdeckenfibrome ist nur dann

mit Sicherheit zu stellen, wenn man sie in früheren Stadien der Entwicklung zu Gesicht bekommt. Alsdann stellen sie sich als *circumscribed*, gleichmässig harte, nur selten (*Cystofibrom*) *fluctuierende*, unter der Haut *verschiebliche*, von der Umgebung zu *isolierende* Tumoren dar. Häufig lassen sie sich bis zu einem gewissen Grade umgreifen, wodurch der Beweis geliefert wird, dass sie in der Bauchwand liegen. Es ist zu dieser Zeit bisweilen möglich zu constatieren, von wo sie ausgehen. Tillaux¹⁾ empfiehlt bei der Palpation, die Patientinnen sich aufrichten zu lassen; verschwindet infolge der Muskelcontraktion der Tumor, so sitzt er unter, bleibt er palpabel, so sitzt er über der Aponeurose. Bei dem grossen Einfluss, den die Verwachsung der Geschwulst mit dem Peritoneum auf Prognose und Therapie des Falles ausübt, wäre es wünschenswert, dass sich auch dieser Umstand schon diagnostizieren liesse, leider ist das nicht möglich; auch ein sicherer Schluss auf diese Verhältnisse aus der Grösse des Tumors ist nicht zu machen, da auch kleine Tumoren sich oft als mit dem Peritoneum verwachsen gezeigt haben. Nach Sänger gilt es im allgemeinen als gewiss, dass, je weiter nach aussen vom Peritoneum eine Geschwulst ihren Ursprung hat, um so leichter sie von diesem zu trennen sein wird.

Aus diesen Umständen ergibt sich, dass der Operateur sich in jedem Falle einer Bauchdeckenfibromoperation auf die Laparatomie vorzubereiten hat.

¹⁾ Barraud. Des Tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme. *Annales de gyn.* 1888 Janv. p. 20.

Bekommt man nun ältere Fälle zur Untersuchung, so wird die Diagnose weit schwieriger. Bei der Differentialdiagnose kommen in Betracht: Ovarialtumoren, abgekapselte peritonitische Exsudate, in letzter Linie die extraperitonealen Renal- und Pararenaltumoren. In der That sind Verwechslungen vorgekommen mit einer Hernie des Musculus rectus abdominis dexter, mit Enchondromen der knorpeligen Rippenbögen mit sekundärer Einbeziehung der Haut, mit abgelaufener Pelveoperitonitis und Graviditas extrauterina mit Lithopädiumbildung. Sehr störend kann es für die Untersuchung werden, wenn die Haut über dem Tumor durch Ödem straff gespannt ist.

Im Anschluss an diese allgemeinen Bemerkungen über die Bauchdeckenfibrome sei es mir gestattet, zwei typische Fälle derselben zu beschreiben, welche im Sommersemester 1891 und Wintersemester 1891/92 in der gynäkologischen Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice zu Greifswald zur Untersuchung und Operation gelangten.

Fall I.

Frau P. aus Grimmen, 26 Jahre alt.

Anamnese, erhoben am 29. VII. 91. Patientin ist stets gesund gewesen. Menses traten im 16. Jahre ein, waren immer regelmässig, ohne Schmerzen, stark; sie hat 3 Kinder normal geboren und gesunde Wochenbetten gehabt, auch die Kinder selbst genährt. Letzte Geburt war am 30. XII. 90. Seitdem nährt die Frau.

Vor $1\frac{3}{4}$ Jahren, als Patientin mit dem 2. Kinde schwanger ging, bemerkte sie oberhalb des Nabels einen

walnussgrossen in der Haut verschieblichen Tumor. Nach der Entbindung ist derselbe nicht mehr oder doch nur unmerklich gewachsen; am Ende der dritten Schwangerschaft jedoch und nach der Entbindung, welche vor 7 Monaten stattgefunden hat, hat er sich schnell vergrössert. Erhebliche Unbequemlichkeiten hat er nie verursacht, jedoch giebt die Patientin an, dass sie beim Heben oder bei schwerer Arbeit an der betreffenden Stelle stets leichte ziehende Schmerzen empfunden habe. Einen Stoss auf die Stelle hat sie nie empfangen, auch erinnert sie sich nicht, jemals beim Heben eines schweren Gegenstandes plötzlich einen heftigen Schmerz in der Bauchmuskulatur empfunden zu haben.

Status praesens vom 3. VIII. 91.

Patientin ist von kräftigem Körperbau, gut genährt und sieht gesund aus.

In der Nabelgegend, die Linea alba nach rechts und links gleich weit überragend, bemerkt man einen etwa faustgrossen Tumor, welcher die Bauchdecken vorwölbt. Seine obere Grenze liegt 3 Finger oberhalb des Nabels, seine untere 5 Finger tiefer, nach beiden Seiten ragt er 2 Finger breit über die Mittellinie hinaus. Die Palpation ergiebt, dass die Haut über ihm überall leicht verschieblich ist, auch der Tumor selbst ist in toto in seiner Umgebung beweglich. Diese Beweglichkeit nimmt ab, sobald die Patientin sich aufrichtet und dadurch die Bauchdecken anspannt. Der *Musculus rectus abdominis* scheint in den Tumor überzugehen.

Die Consistenz des Tumors ist gleichmässig hart

Fluktuation ist nirgends fühlbar. Die Palpation ist völlig schmerzlos.

Die Perkussion ergibt über dem Tumor in seiner ganzen Ausdehnung gedämpften Schall, in seiner Umgebung ist der Perkussionsschall tympanitisch.

Die bimanuelle Untersuchung ergibt, dass keinerlei Zusammenhang der Geschwulst mit den Organen des Beckens und Abdomens besteht, dagegen beweist der Umstand, dass dieselbe bei erschlafften Bauchmuskeln sich bis zu einem gewissen Grade umgreifen lässt, dass sie in der Bauchwand gelegen ist.

Klinische Diagnose:

Fibrom der Bauchdecken.

Operation in Chloroformnarkose: am 3. VIII. 91.

Die zur Laparotomie vorbereitete Patientin wird auf den Rücken gelagert. Nach Einleitung der Chloroformnarkose, wird das Operationsfeld anfangs mit Wasser und Seife, dann mit Alkohol, schliesslich mit Sublimat (1:1000) sorgfältig gebürstet und gewaschen, die Umgebung dann mit sterilisierten Tüchern bedeckt.

Ein in der Linea alba geführter Schnitt spaltet sodann die Haut über dem Tumor und macht sofort das grauweissliche Gewebe desselben sichtbar. Es gelingt leicht und ohne wesentliche Blutung, den faustgrossen Tumor aus seiner bindegewebigen Hülle herauszuschälen; nur die stumpfe Trennung von dem Peritoneum, welches seiner unteren Fläche aufsitzt, sowie die genaue Loslösung von den Muskelschichten, zwischen welchen der Tumor mit einzelnen Fortsätzen sich erstreckt, gelingt nicht. Es

muss deshalb das in seiner Lage destruierte Muskelgewebe, sowie das festhaftende Peritoneum in der Ausdehnung eines Handtellers mit der Scheere durchtrennt werden. Der Tumor wird entfernt. Einige kleine Blutungen aus dem Geschwulstbett werden durch Umstechungen gestillt, sodann wird die fortlaufende Catgutnaht des Peritoneum ausgeführt, welche wegen des Defektes in demselben einige Schwierigkeiten macht. Nach genauer Reinigung des Geschwulstbettes wird durch tief gelegte Seidennähte ein Verschluss der durch die Exstirpation geschaffenen Höhle erzielt. Oberflächliche Seidennähte vereinigen die Hautränder. Trockener Jodoformverband.

Weiterer Verlauf:

Am 6. Tage post operationem tritt auf 0,3 Hydr. chlorati mitis Stuhlgang ein.

Am 11. Tage: Entfernung der Suturen: stellenweise Nekrose der Wundränder und Klaffen derselben.

Am 20. VIII. werden in Narcose die Wundränder angefrischt und vernäht.

Am 1. IX. Entfernung der Suturen, prima reunio, glatte Narbe.

Am 2. IX. Entlassung mit Leibbinde und Pelotte.

Jetzt befindet die Patientin sich nach eigener Angabe völlig wohl, sie kann alle Arbeiten ohne die geringsten Beschwerden verrichten.

Anatomische Untersuchung:

Das gewonnene Präparat stellt einen reichlich faustgrossen Tumor dar mit bindegewebiger Kapsel, der etwa



die Gestalt eines kleinen Brodes hat. Die obere Fläche ist convex, die untere abgeplattet, beide gehen mit einer wenig abgerundeten Kante in einander über.

An der unteren Fläche sitzt das resecierte Stück des Peritoneum parietale, welches handtellergröss ist, auf, dasselbe ist so fest mit dem Tumor verlötet, dass es auch jetzt vom Präparat nicht stumpf entfernt werden kann.

Die frisch angelegte Schnittfläche zeigt eine grau-weiße Farbe, sie ist gleichmässig glatt und glänzend in den Randpartien etwas glasisg durchscheinend. Die Consistenz des Gewebes ist eine gleichmässig harte und derbe, der Bau ist deutlich faserig und erinnert etwas an „Darmgewebe.“ (Herzog.)

Das mikroskopische Bild zeigt eine grosse Anzahl sich durchkreuzender grosser und kleiner Bindegewebsbündel. Dazwischen liegen vereinzelt Spindelzellen.

Beim Durchsuchen der Schnitte finden sich nur an wenigen Stellen Gefässlumina.

Anatomische Diagnose:

Fibrom.

Fall II.

Frau O. aus Wolgast. 32 Jahre.

Anamnese:

Patientin hat seit dem 14. Lebensjahre stets an „Blutarmut“ gelitten. Die menses traten im 17. Jahre ein, waren stets unregelmässig, spärlich, schmerzlos und dauerten 2—3 Tage. Seit ihrem 27. Jahre ist sie verheiratet und hat 2 normale Geburten mit gesunden Wochen-

betten überstanden. Die letzte Entbindung fand vor 14 Monaten statt. Seitdem ist die Regel regelmässig gekommen bis zum 10. Juli 1891. Seit dieser Zeit hat Patientin viel an Kreuzschmerzen, Übelkeit und Erbrechen gelitten und hält sich selbst für schwanger.

Vor ca. 6 Wochen bemerkte Patientin unter dem linken Rippenbogen einen hühnereigrossen harten Tumor, welcher in letzter Zeit schnell gewachsen ist, ihr sonst aber keinerlei Unbequemlichkeiten bereitete.

Status praesens vom 15. IX. 91.

Patientin ist von mittelgrossen Körperbau, leidlicher Entwicklung und gesunder Farbe. Sie klagt über Appetitlosigkeit und häufiges Unwohlsein. Durch bimanuelle Untersuchung wird eine Graviditas im 2. Monat festgestellt. Die Ovarien sind beiderseits zu fühlen und zeigen keine Abnormität.

Unter dem linken Rippenbogen liegt, zwei Finger von ihm entfernt, ein harter Tumor von glatter Oberfläche. Er hat die Grösse einer Faust, und wie sich durch Umgreifen seiner Ränder feststellen lässt, die Dicke von ungefähr 3—4—5 cm. In seitlicher Richtung lässt er sich leicht und schmerzlos verschieben, während eine Dislokation nach unten so gut wie nicht möglich ist. Die Bauchdecken sind unter dem Tumor leicht verschieblich. In der Richtung auf den Tumor hin fühlt man von unten her einen breiten derben Strang verlaufen, welcher die seitliche Dislocation des Tumors teilweise mitmacht. Vom oberen Rande des Tumors nach dem Rippenrande hin

verläuft ebenfalls ein derber straff gespannter breiter Strang. (Rectus mit Scheide).

Klinische Diagnose:

Bauchdeckenfibrom, Graviditas 2. mens.

Der Schwangerschaft wegen wird von einer Entfernung des Fibroms Abstand genommen.

Entlassung der Patientin am 16. IX. 91.

Status praesens vom 19. XI. 91.

Patientin hat am 15. X. 91 abortiert; die Frucht hatte ein Alter von 3 Monaten. Der Tumor ist seit der ersten Feststellung des Status am 15. IX. 91 um ca. $\frac{1}{2}$ cm nach allen Richtungen gewachsen.

Operation in Chloroformnarkose am 28. XI. 91.

Nachdem die Vorbereitungen zur Laparatomie, wie bei Fall I getroffen sind, legt ein Längsschnitt, der der Länge nach über die Geschwulst geht und ca. $3\frac{1}{2}$ cm nach oben und unten zu über die Grenzen derselben hinausläuft, den harten, wenig mit Gefäßen versorgten grauweisslichen Tumor zu tage. Er ist unmittelbar in dem Fettgewebe der tela subcutanea gelegen, von Muskeln über ihm ist nichts wahrnehmbar, wohl aber geht er nach dem Rippenrande zu kontinuierlich in das Muskelgewebe des rectus abdominis über. Es gelingt leicht, den Tumor aus der ihn umgebenden bindegewebigen Hülle manuell herauszuschälen, so dass nach Durchreissung der Rectuscheiden das von dem Tumor nicht durchwucherte Peritoneum in der Ausdehnung der Geschwulst frei zu tage liegt. Der Übergang in den rectus abdominis wird mit

der Cooper'schen Scheere durchtrennt. Ein hier in der Durchtrennungsfläche spritzendes Gefäss wird mit Catgut umstochen, grössere Blutungen sind in der Wundfläche nicht eingetreten. Das aus der tela subcutanea und aus den Rectusscheiden heraussickernde Blut wird mit dem Schwamm aufgetrocknet. Die Blutung steht völlig. Das Peritoneum ist nirgends verletzt.

Hierauf wird die Rectusscheide durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt, 5 starke Seidenknopfnähte durch die äusseren Hautränder gelegt mit 5 cm Einstichs- und ebensoviel Ausstichsentfernung von der Wundlinie, die in der Tiefe die Rectusscheide selbst mitfassen.

Durch eine Vereinigung dieser Suturen wird ein völliger Verschluss der Wundränder erzielt, das ziemlich dicke Unterhautfettpolster quillt überall hervor, durch weitere Seidensuturen abwechselnd mit starken Catgutnähten wird an der ganzen Wundlinie Haut an Haut gebracht; Jodoformstreupulver, Jodoformgaze, fester Wickelverband.

Weiterer Verlauf.

1. XII. Abnahme des Wickelverbandes, Anlegung eines Heftpflasterverbandes.

5. XII. Wegen fortdauernder Steigerung der Abendtemperaturen bis zu $38,5^{\circ}$ wird heute der Verband abgenommen, es zeigt sich die Wundlinie in der Mitte stark gerötet und infiltriert. Die dieser Stelle entsprechenden grossen und kleinen Nähte werden gelöst, aus der Wundhöhle quillt übelriechendes schmieriges Sekret, das sehr reichliches freies Fett erkennen lässt. Es wird die Wund-

höhle unterhalb der Ränder der Wundlinie mit Na Cl-Lösung ausgespült; in die Höhle werden 2 Drainröhren gelegt; Jodoformpulver, Jodoformgaze-Heftpflasterverband: 1—2 mal täglich Verbandwechsel.

7. XII. Pat. fühlt sich ohne Schmerzen und ist fieberlos.

10. XII. Die Höhle hat sich bedeutend verkleinert, einzelne nekrotische Fetzen werden mittelst der Cooper'schen Scheere abgetragen. Ausspritzen mit Kochsalzlösung, Einpudern mit Jodoformpulver, Jodoformgaze, Heftpflasterverband.

15. XII. Die Verkleinerung der Wundhöhle schreitet mehr und mehr fort, durch die nekrotischen Hautstellen und deren Abtragung hat sich ein Hautdefekt in der Mitte der alten Wundlinie gebildet, Behandlung der Wunde in der alten Weise; durch Heftpflasterstreifen werden die beiderseitigen Wundränder soweit als möglich genähert.

22. XII. Die Wunde hat sich, abgesehen von der erwähnten von Haut entblösten Stelle, in der ganzen Ausdehnung geschlossen, der Grund der Wundhöhle zeigt gute Granulation.

24. XII. Verbandwechsel, Aetzung der üppig gewucherten Granulationen mit *Argentum nitricum*.

29. XII. Entlassung in poliklinische Behandlung. Die Wundränder liegen infolge des Heftpflasterverbandes beinahe aneinander; die Länge der Wunde beträgt etwa 4 cm.

2. I. 92. Die Wundränder werden mittelst des scharfen Löffels angefrischt und durch 3 Seidennähte geschlossen.

6. I. 92. Herausnahme der Seidennähte, die Wundränder klaffen in der Mitte in einer Länge von 2 cm noch ganz oberflächlich, die Frau wird in die Heimat als geheilt entlassen.

Anatomische Untersuchung.

Das gewonnene Präparat stellt einen gänseeigrossen oval rundlichen Tumor dar, der in eine bindegewebige Kapsel eingeschlossen ist, an der zahlreiche Fetzen des Musculus rectus und seiner Scheide sitzen. Seine Consistenz ist hart, beim Schneiden knirscht das Gewebe unter dem Messer; die freie Schnittfläche zeigt eine blassrosa Farbe, ist glatt und glänzend und von fasriger Structur. Die Faserbündel sind weit derber und mächtiger als bei dem zuerst beschriebenen Tumor, in den Randpartieen zeigt auch dieser einzelne mehr glasig durchscheinende Partieen.

Das mikroskopische Bild zeigt mannigfach verschlungene Bindegewebsbündel mit verstreuten Spindelzellen, in einzelnen Teilen der Randpartie treten die Spindelzellen reichlicher auf, doch ist auch hier überall fibröse Inter-cellularsubstanz sichtbar.

Anatomische Diagnose:

Fibrom.

Beide beschriebenen Fälle sind typisch. In beiden Fällen handelt es sich um reine Fibrome, die von der

Rectusscheide ausgingen. Beide Patientinnen sind Frauen, die mehrere Schwangerschaften durchgemacht haben, bei beiden entstand die Geschwulst ganz allmählich, um dann während einer Gravidität zu wachsen; die Symptome waren bei beiden gering.

Der Unterschied beider Fälle ist der, dass im ersteren Falle der Tumor bereits mit dem Peritoneum verwachsen war, im zweiten sich dagegen aus seiner Umgebung ohne Verletzung desselben ausschälen liess. Dabei bestand der erstere Tumor weder länger als der zweite, noch war er grösser oder hatte anatomisch einen bösartigen Charakter: ein neues Beispiel dafür, dass auch die reinen Fibrome der Bauchwand verhältnismässig früh mit dem Peritoneum verkleben können.

Es sei mir nun gestattet, an der Hand unserer Fälle auf die Aetiologie und Pathogenese der genannten Geschwülste näher einzugehen.

Die Aetiologie der desmoiden Tumoren der Bauchdecken ist der am meisten umstrittene Punkt in den Schriften über diese Geschwülste. Eine einheitlich anerkannte Theorie über die Ursachen derselben ist deshalb auch nicht vorhanden, wird sich wohl auch nicht finden lassen, weil es wahrscheinlich ist, dass in der That mehrere Ursachen für die Entstehung der besprochenen Neoplasmen existieren.

Die erste Arbeit, die sich eingehender mit der Aetiologie beschäftigt, ist die von Grätzer: „Ueber die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand (Ein Fall

von doppelseitigem Fibroid der Bauchdecken 1879“). Seiner Ansicht nach ist die wahrscheinlichste und einleuchtendste Theorie für die Entstehung derselben die „Cohnheim'sche Theorie“, nach welcher dieselbe auf Versprengung von Entwicklungskeimen zurückgeführt wird. Er nimmt an, dass jedes Fibroid embryonal veranlagt sei, und dass nun auf einen weiteren Reiz hin die versprengten Keime anfangen zu wuchern. Als einen solchen „weiteren Reiz“ betrachtet er z. B. den affluxus sanguinis bei der graviditas. Die Erschlaffung der Bauchhaut bei Multiparis, und die dadurch verringerte Widerstandsfähigkeit derselben begünstige die Entwicklung des Tumors; daher das überwiegende Vorkommen bei Mehigebärenden. Zugleich spreche für diese Annahme der Umstand, dass die hintere Rectusscheide so häufig den Ausgangspunkt abgibt, weil an dieser Stelle, als an der Grenze zwischen fibrotinösem und serösem System eine Verirrung von Keimen während der Entwicklung besonders leicht vorkommen könne. Er wird in seiner Ansicht bestärkt dadurch, dass er bei dem von ihm veröffentlichten Falle eines doppelseitigen Fibroids glatte Muskelfasern in dem Tumor fand. Dagegen leugnet er jedes mechanische und traumatische Moment.

Es ist dagegen zu sagen, dass, wie neuere Forschungen festgestellt haben, es unnötig ist, für die Entstehung von gutartigen Geschwülsten der Bindegewebsreihe eine Verirrung an Keimen anzunehmen, wie es bei der Erklärung der Actiologie heteroplastischer Geschwülte in einzelnen Fällen geschehen muss.

Dass Grätzer bei einem Fall glatte Muskelfasern gefunden hat, kommt für die Gesamtheit der Bauchdeckentumoren, deren Typus ja das reine Fibrom ist, nicht in Betracht. Das Fibromyom der Bauchdecken gehört zu den grössten Seltenheiten. Sänger bezweifelt überhaupt, dass Grätzer in seinem Falle die Berechtigung gehabt habe, die gefundenen Spindelzellen für glatte Muskelfasern zu halten, da er unterlassen habe, dieselbe sicher durch Isolierung mit Macerationsmethoden nachzuweisen. In den zwei anderen verublichten Fällen von Faye und Panas handelte es sich um Tumoren, die vom ligamentum rotundum ausgingen.

Man muss aus diesen Gründen wohl annehmen, dass die Grätzer'sche Ansicht nicht allgemein für Fibroide der Bauchdecken gültig sein kann, da sie „nur die Ausnahme beweist.“

Eine andere Theorie stellt Herzog in seiner Schrift: „Das Fibrom der Bauchdecken, München 1885“ auf. Er macht die Entstehung abhängig von Muskelhematomen und stützt sich dabei auf einen Fall, der von Ebner verublicht ist: Die Patientin, um die es sich handelte, fühlte ungefähr ein halbes Jahr vor der Aufnahme ins Spital plötzlich, als ihr stehend schwere Mehlsacke auf die Schultern geladen wurden, in der Mitte der Bauchwand einen brennenden Schmerz, ohne ihn weiter zu beachten. Bald darauf bemerkte sie handbreit unter dem Nabel i. d. Mitte der Bauchwand einen harten leicht verschieblichen Knoten. Ein Vierteljahr später fühlte die

Patientin wieder ohne besondere Veranlassung einen brennenden Schmerz in der Gegend der Geschwulst, worauf dieselbe rasch wuchs und ihr Schmerzen und Druck bereitete. Bei der Aufnahme fand sich ein kleinkindskopfgrosser Tumor in der vorderen Bauchwand zwischen Nabel und Symphyse, der durch die Linea alba in zwei fast gleiche Hälften geteilt wurde. Der Tumor war unter der Haut verschieblich, aber bloss von rechts nach links, nicht von oben nach unten längs der Linea alba. Dabei folgte der linke musculus rectus abdominis den Bewegungen des Tumors. Bei der Exstirpation fand sich der linke musculus rectus innig mit der Geschwulst, die sich als ein reines Fibrom erwies, verwachsen. Muskelbündel gingen in die Geschwulstkapsel über und blieben an ihr haften.

Herzog nimmt nun an, dass es sich in diesem Falle um eine Ruptur des musculus rectus gehandelt habe, wie solche zuerst von Virchow¹⁾ beschrieben sind. Die dadurch entstehenden Blutextravasate können resorbiert werden, wozu bisweilen Jahre nötig sind, sie können aber auch nach Herzog, nachdem sie organisiert sind, ein Analogon zum Knochencallus, einen „Muskeleallus“, bilden und sich dann direkt zur Geschwulstform entwickeln.

Er giebt dadurch dem auf dieser Grundlage entstandenen Bauchdeckenfibrom die Bedeutung eines Callus luxurians nach einer Fraktur oder eines Osteoma fracturae.

Durchsuchen wir die Anamnesen der veröffentlichten

¹⁾ Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Bd. 1 p. 143.

Fälle, so finden wir in der That einige, in denen sich vor der Entwicklung der Geschwulst ein Trauma verzeichnet findet. So beobachtete Fürst bei einer 30jährigen Frau infolge eines Stosses eine Bindegewebsgeschwulst in der Lebergegend, deren Ausschälung einfach war.

In einem Falle von Slifossowsky giebt die Patientin an, vor 4 Jahren einen Schlag mit einem Pferdehuf in die linke Seite empfangen zu haben, ein halbes Jahr darauf bemerkte sie in der Haut des linken Hypochondrium ein erbsengrosses Knötchen, welches weiterhin zur mannskopfgrossen Geschwulst wurde.

Auch Esmarch stellte bei einer Anzahl der in seiner Klinik operierten Fälle ein vorausgegangenes Trauma fest.

Neuerdings ist Lange in seiner Inauguraldissertation 1890 für das Trauma eingetreten.

Es erscheint daher als sehr wahrscheinlich, dass in manchen Fällen die Entstehung aus einem Muskelhämatom nicht geleugnet werden kann. Namentlich werden diejenigen Fälle, welche bei Nulliparen und Männern beobachtet sind, nach Herzogs Theorie erklärt werden können.

Indessen kann auch diese Theorie keine allgemeine Gültigkeit haben, weil sie sich nur auf verhältnismässig sehr wenige Fälle stützt, während bei den meisten Fällen (wie auch bei den in dieser Arbeit veröffentlichten) ein Trauma völlig ausgeschlossen werden kann. Auch ist zu berücksichtigen, dass die Angaben der Anamnese nie sicher sind, da die Patienten, wenn sie sich einmal an

den Gedanken gewöhnt haben, ihr Leiden sei auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen, leicht zu Übertreibungen und dadurch zu falschen Angaben veranlasst werden.

Sänger führt besonders gegen Herzog an, dass, wenn man seine Theorie annehmen wolle, man die Mehrzahl der Bauchdeckengeschwülste locker zwischen 2 Aponeurosen eingeschlossen finden müsste, da sie zwischen den Muskelbündeln entstanden seien. In der That aber ist gewöhnlich eine Aponeurose in die Geschwulst aufgegangen.

Dagegen meint Sänger, dass als eigentliche Ursachen der Fibroide der Bauchwand „Reize“ anzusehen seien, wie sie durch entzündliche Zustände, chronische Irritationen, namentlich oft hintereinander erfolgende Traumen gegeben würden, Momente, welche scheinbar überhaupt für die Entwicklung vieler Neoplasmen verantwortlich gemacht werden können. Man denke nur an das Verhältnis der Endometritis chronica zum Carcinoma uteri, an das häufige Vorkommen des Carcinoma labii inferioris bei Pfeifenrauchern, an die Entwicklung des Hautsarkoms an Stellen, die chronischen Reizen ausgesetzt sind, des Carcinoms auf Lupusnarben und auf Narben alter ulcera rotunda etc. Wenn von Sänger auch das Trauma mit unter die Zahl der veranlassenden Momente gerechnet wird, so wird darunter nicht ein einmaliger starker Stoss oder Schlag verstanden, sondern eine grosse Anzahl von an sich schwachen, aber durch wiederholte Aufeinanderfolge sich in ihrer Wirkung

summierenden Reizen, die ja überhaupt auf den Organismus viel energischer wirken als ein einmaliger stärkerer Reiz von kurzer Dauer, wie viele Vorgänge aus der Pathologie beweisen.

Für diese Annahme spricht namentlich der Umstand, dass die typischen Geschwülste der Bauchwand in so überwiegend grosser Mehrzahl bei Frauen vorkommen, die mehrere Schwangerschaften durchgemacht haben. Die Entwicklung dieser Geschwülste muss also zu den physiologischen Veränderungen, welchen der weibliche Organismus während der Schwangerschaft unterworfen ist, in irgend einer Beziehung stehen: Es wird auf die Stellen, an denen sich die Tumoren entwickeln, in der Schwangerschaft ein chronischer Reiz ausgeübt, der bei der durch den affluxus sanguinis erhöhten Reaktionsfähigkeit der Gewebe eine entsprechend verstärkte Wirkung haben wird.

Die starken Aponeurosen der Bauchmuskeln nämlich wirken nicht allein wie die übrigen Sehnen des Körpers einfach als Antagonisten, sondern stellen zugleich das Stützgerüst für die kräftigen Bauchmuskeln dar. Bei der Volumzunahme des Abdominalinhaltes während der Gravidität erfahren dieselben nun noch eine besonders starke passive Dehnung, welche sie fast allein auszuhalten haben, da sie weniger nachgiebig sind als die Muskeln. (Sänger).

Hierin besteht der chronische Reiz. Wenn Grätzer einwirft, dass es unwahrscheinlich sei, „dass der allmählich wachsende Uterus ein Trauma vollbringe,“ so ist darauf zu erwidern, dass der Vorgang nicht so zu denken ist, als ob der sich vergrössernde Uterus die Bauchdecken

allmählich bis zum Maximum spanne und schliesslich eine makroskopische Zerreissung bewirke, sondern dass man annehmen muss, dass die an einem *locus minoris resistentiae* in den Bauchdecken gelegenen bindegewebigen Elemente durch den langdauernden Dehnungsreiz zur Wucherung angeregt werden. Dass ausnahmsweise auch bei Nulliparen und Männern, bei denen von einer solchen chronischen Reizung nicht die Rede sein kann, dennoch Fibrome der Bauchdecken constatiert sind, beweist nichts gegen die Sängler'sche Theorie, für diese Fälle bleibt die Herzog'sche Ansicht bestehen.

Auch bei den oben beschriebenen Fällen giebt die Annahme von durch Schwangerschaften bedingten chronischen Irritationen die beste Erklärung für die Entstehung der Tumoren, denn beide Frauen leugnen entschieden jedes Trauma. Beide sind dagegen Mehrgebärende und bemerkten ihren Tumor während der Schwangerschaft, die eine während der zweiten, die andere während der dritten. Aus dem Umstande, dass die betreffenden Geschwülste zur Zeit, als die Patientinnen auf sie aufmerksam wurden, bereits eine beträchtliche Grösse erlangt hatten, kann man schliessen, dass sie schon längere Zeit bestanden hatten, ehe sie bemerkt wurden. Vielleicht sind sie bereits in der ersten Schwangerschaft entstanden, haben nach der Entbindung ihr Wachstum eingestellt, um bei erneuter fluctuärer Hyperämie nach den Beckenorganen infolge erneuter Schwangerschaft sich von neuem zu vergrössern. Jedenfalls zeigen die Fälle, dass die Gravidität auf das Wachstum der Tumoren ausserordentlichen Einfluss ausübt,

denn beide haben während derselben bedeutend an Grösse zugenommen.

Was schliesslich die Therapie der Bauchdeckenfibrome betrifft, so ist das sicherste Verfahren die operative Entfernung des Tumors. Grätzer bespricht noch das Verfahren der Elektrolyse und parenchymatösen Injection, für das auch Suadicani sich verwendet; unter heutigen Verhältnissen würde dasselbe wohl nicht mehr in betracht kommen.

Guerrier rät merkwürdiger Weise ab, kleinere Tumoren zu operieren. Wenn man die Pathogenese unserer Tumoren berücksichtigt, so wird man diese Ansicht nicht für berechtigt halten. Hat man doch um so mehr Aussicht, den Tumor aus seiner Umgebung ohne Verletzung des Peritoneum ausschälen zu können, je früher man ihn zur Operation bekommt. Die Intacthaltung des Peritoneum ist aber unter allen Umständen anzustreben, denn trotzdem die Antisepsis die Gefahr einer Eröffnung der Bauchhöhle sehr herabgesetzt hat, so bleibt dieselbe doch immer eine der eingreifendsten Operationen. Schon deshalb also ist möglichst früh zu operieren.

Eine weitere Indication für den frühzeitigen Eingriff würde die Gefahr der Metastasenbildung abgeben. Freilich ist dies nur äusserst selten zur Beobachtung gelangt; so veröffentlicht Billroth einen Fall, bei welchem multiple Metastasenbildung in inneren Organen eintrat. Allerdings handelte es sich hier um ein Fibrosarkom; da man aber klinisch nicht feststellen kann, ob man es mit einem

reinen Fibrom oder einem sarkomatös entarteten Tumor zu thun hat, so wird man am sichersten gehen, wenn man so verfährt, als habe man es mit dem ungünstigeren von beiden zu thun.

Eine Contraindication gegen den operativen Eingriff würde, wie in unserem zweiten Falle, die Gravidität abgeben, da Blutungen, hinzutretende Peritonitis etc. zum Abortus führen könnten.

Die Operation selbst wird so ausgeführt, dass die Haut über dem Tumor in der Längsrichtung gespalten wird, derselbe aus seiner Umgebung möglichst stumpf ausgeschält und wenn möglich ohne Verletzung des Bauchfells entfernt wird. Die Blutung, welche gewöhnlich nur gering ist, wird durch Ligatur, Umsstechung oder Compression gestillt.

Professor Helferich empfiehlt, um die Entstehung einer Bauchhernie zu verhindern, die Trennung der den Tumor deckenden Schichten (das ist also der Haut, Aponeurosen und Muskellage) nicht in derselben Richtung vorzunehmen, vielmehr z. B. Haut und Aponeurose des *Musculus obliquus externus* in einer andern, nahezu auf der ersten senkrechten Richtung zu trennen.

Wie schon wiederholt erwähnt ist, kommt es nun bei der operativen Entfernung grösserer Tumoren nicht allein sehr häufig zu Eröffnungen der Bauchhöhle, sondern man ist auch oft gezwungen, ein mehr oder weniger grosses Stück des *Peritoneum parietale* zu reseccieren, da dasselbe so fest mit der Basis der Geschwulst verklebt ist, dass

eine Trennung unmöglich ist. Trotz der immerhin grossen Gefahr dieses Eingriffes ist derselbe schon in der vorantiseptischen Zeit von Langenbeck (1850) und anderen ausgeführt worden und zwar mit günstigem Erfolge. Jedoch sind auch Fälle bekannt, in denen, um das Peritoneum zu schonen, ein Teil der Geschwulst zurückgelassen wurde. Dies Verfahren ist nicht anzuraten, da die Tumoren entschieden Neigung haben, alsdann zu recidivieren. So beobachtete Esmarch bei einer Frau, bei welcher Geschwulstreste zurückgeblieben waren, nach 2 Jahren während einer neuen Schwangerschaft ein Recidiv; Suadicani teilt einen Fall mit, bei dem sogar nach vollständiger (?) Exstirpation locale Recidive folgten.

Nach 1874 ist bei verschiedenen Operationen die Resection des Peritoneum oft in grossem Umfange vorgenommen worden. (Bis zu 200 qcm.)

Die Technik der einzelnen Operateure ist bei diesem Eingriffe verschieden; während die Mehrzahl den Tumor vom Peritoneum einfach durch schnelle Messerzüge in derselben Weise trennt wie von Muskeln und Fascien, empfiehlt Säger den Tumor anzuheben und nun das Peritoneum vor der Resection des mit dem Tumor verwachsenen Stückes durch Massenligaturen zu unterbinden.

Wenn es möglich ist, so wird nach Entfernung des Tumors die Naht des Peritoneum ausgeführt; es sind jedoch verschiedene Fälle bekannt, bei denen eine so ausgedehnte Resection stattfinden musste, dass der Defect nur durch Bauchhaut gedeckt werden konnte (Esmarch-Suadicani

Slifosowsky). Boyen legte in 2 Fällen das grosse Netz wie einen Pfropf in den Defect.

Nach genauer Vereinigung der Muskeln und der Haut mit Anwendung versenkter Catgutnähte und Drainage der Wunde wird ein comprimierender trockener Jodoformverband angelegt, der bei fieberfreiem Verlauf nach 8 Tagen zum ersten Male gewechselt werden kann. Als dann werden die Nähte entfernt.

Durch Tierversuche von Sänger und Dr. Kühnast ist festgestellt worden, dass nach Resection eines Stückes des Peritoneum an Stelle des Peritonealdefectes sich kein Endothel wieder bildet; dagegen verklebt die Serosa der Eingeweide im ganzen Bereiche des Defectes, so dass das Endothel derselben gewissermassen die Rolle des resecierten Stückes vom Peritoneum parietale übernimmt.

Da bei der Untersuchung nie mit Sicherheit constatirt werden kann, ob das Bauchfell bereits in Mitleidenschaft gezogen ist, so sind die Patienten stets so vorzubereiten, als ob die Laparotomie ausgeführt werden solle; es ist für gründliche Entleerung des Darmes zu sorgen, zur Ruhigstellung der Peristaltik erhalten sie Opium. Das die Heilung sehr störende Erbrechen wird durch Schlucken von Eisstückchen unterdrückt.

Die Prognose der Bauchdeckenfibrome ergibt sich nach dem Gesagten von selbst. Sie ist quoad vitam et valetudinem als eine günstige zu bezeichnen, um so besser, je früher der Fall zur Beobachtung gelangt. Gefahrbringende Complicationen können zwar eintreten, aber erst in sehr späten Stadien; Metastasen und Recidive sind grosse

Seltenheiten. Dennoch bilden diese Geschwülste ein wichtiges Kapitel der Gynäkologie und müssen oft bei der Differentialdiagnose von Abdominaltumoren berücksichtigt werden.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Pernice für die freundliche Überweisung der Arbeit und die Durchsicht derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.



Literatur.

- Barraud. Des Tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme. *Annales de gyn.* 1888 Janv. p. 30.
- Billroth. *Allgemeine chir. Pathologie und Therapie.*
- Grosses, in die Bauchhöhle hinein ragendes Fibrom der vorderen Bauchwand. *Wiener med. Wochenschr.* 1874. No. 36.
- *Chir. Klinik.* Zürich 1860—67.
- Boyen. Om de praeperitoneale Svulsters operative Behandling. *Hösl. Tid.* 16 Aarg. p. 177.
- Bruntzel. Zur Casuistik der bindegew. Neubildungen der Bauchdecken. *Deutsche med. Wochenschrift* 1884 No. 15.
- Cohnheim. *Allgem. Pathologie.*
- Cornils. De nonnullis fibromatis in teguminibus abdominis sitis. *Dissert. inauguralis.* Kiliae 1865.
- Ebner. Grosses Fibrom der Bauchdecken. *Berl. Klin. Wochenschrift.* 1873 p. 172.
- Ferd. Frank. Beitrag zur Kenntniss der typischen Bauchdecken-Fibrome. *Dissert.* Greifswald 1887.
- Guerrier. Contribution à l'étude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure. *Thèse de Paris* 1883.
- Herzog. Ueber Fibrom der Bauchdecken. München 1883.
- Homans, Removal of a large fibroma from the right transversalis fascia and Peritoneum by Laparotomy. *Recovery Am. Jour.* p. 156.
- Lange. Ueber Bauchdeckenfibrome. *Diss. inaug.* Berlin 1890.
- Nicaise. Tumeur fibreuse de la paroi abdominale. *Gazette des hôp.* 132.
- Paget. Fibro-nuclated tumour of the abdomen of fourteen years growth, removal. *Lancet.* Lond. 1856. I.

Sänger. Ueber prim. desmoide Geschwülste der Ligg. lata. Archiv für Gyn. Bd. XVI. Heft 2.

— Weitere Beiträge zur Lehre von den primären desmoiden Geschw. der Gebärmutterbänder bes. des Lig. rotundum. Arch. f. Gyn. Bd. XXI. Heft 2.

— Ueber desmoide Geschw. der Bauchwand und deren Operation mit Resection des Peritoneum parietale. Arch. für Gyn. XXIV. p. 1.

Slifosowsky. Ist die Resection des Prelum abdominale zulässig? Wratsch. 1882. No 18.

Suadicani. Ueber Geschw. der Bauchdecken und deren Exstirpat. Diss. inaug. Kiel 1876.

Virchow. Die krankhaften Geschwülste.

— Ueber Entzündung und Ruptur des M. rectus abdominis.

•••••

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Max Westphal, evangelischer Confession, Sohn des verstorbenen Baurat Robert Westphal, wurde am 19. Februar 1868 zu Greifswald geboren. Von Michaelis 1877 bis Michaelis 1881 besuchte er das dortige Gymnasium, verliess dasselbe wegen Uebersiedelung seiner Eltern nach Clausthal im Harz, um auf das dortige Kgl. Gymnasium überzugehen, welches er Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er widmete sich dem Studium der Medicin und begann dasselbe in Tübingen, wo er auch seiner Militärpflicht genügte. Michaelis 88 ging er nach Leipzig, woselbst er bis Ostern 90 verblieb, an welchem Termin er die ärztliche Vorprüfung bestand. Seit Ostern 1890 studiert er in Greifswald. Am 15. Februar 1892 bestand er das Tentamen medicum, am 20. Februar 92 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Dozenten:

Tübingen:

Eimer, Froriep.

Leipzig:

Altmann, Wilh. Braune, His,

Leuckart, C. Ludwig, Pfeffer, Wiedemann, Wislicenus.

Greifswald:

Arndt, Ballowitz, Grawitz, Helferich, Heidenhain, Hoffmann, Krabler, Löffler, Mosler, Peijer, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Solger, Hugo Schulz.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, insbesondere Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice, sowie Herrn Prof. Dr. Krabler, an deren Kliniken dem Verfasser als Volontair zu arbeiten vergönnt war, spricht derselbe seinen aufrichtigen Dank aus.

Thesen.

I.

Die Entstehung der Bauchdeckenfibrome ist in den meisten Fällen auf die durch wiederholte Schwangerschaften bedingten chronischen Irritationen der Bauchwand zurückzuführen.

II.

Die Allgemeinbehandlung der Syphilis soll erst nach dem Erscheinen der ersten secundären Symptome beginnen.

III.

Bei der Behandlung intramuraler Uterusmyome bei Frauen, denen der Eintritt der Menopause nahe bevorsteht, ist die medicamentöse und elektrolytische Therapie, eventuell auch die Castration, der Entfernung des Tumors durch die Laparotomie vorzuziehen.



11713