



ZUR PATHOLOGIE DER GALLENGÄNGE.

CYSTE DES DUCTUS CHOLEDOCHUS,
OPERATIV BEHANDELT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER KÖNIGL. UNIVERSITÄT ZU GREIFSWALD

AM SONNABEND, DEN 2. JUNI 1888,

MITTAGS 12 $\frac{1}{2}$ UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

RICHARD SEYFFERT

PRACT. ARZT

AUS OSTPREUSSEN.

OPPONENTEN:

HERR DR. ZIELSTORFF, PRACT. ARZT.

HERR E. SCHMIDT, CAND. MED.

HERR P. RUBOW, CAND. MED.



GREIFSWALD.
DRUCK VON CARL SELL.
1888.



SEINEM LIEBEN VATER

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Die Gallenwege, sowohl ausserhalb, als auch innerhalb der Leber, sind Sitz von Neubildungen, die im Leben oft genug wegen der Undeutlichkeit der Symptome übersehen, oft mit denen anderer Organe, wie z. B. des dicht benachbarten Pancreas verwechselt werden und nur selten eine sichere Diagnose vor der Operation oder gar am Lebenden zulassen.

Es finden sich dort primäre Krebsgeschwülste, wie sie von J. Kraus am Ductus choledochus als in Folge eingekleiteten Gallensteines (?) bei einem 49jährigen Individuum entstanden, von Winiwarter an Gallenblase und Ductus choledochus entstanden, beschrieben sind; Korczynski fand eine primäre Krebsgeschwulst am Ductus choledochus, die gänzliche Entfärbung der Faeces zur Folge hatte.

Ferner hat Wardell bei einem 3jährigen Mädchen an der Vereinigungsstelle des Ductus cysticus und choledochus eine Fettgeschwulst von der Grösse einer grossen Bohne gefunden, die Icterus mit entfärbten Stühlen und schliesslich den Exitus an Coma veranlasst hatte.

Bedeutend häufiger als diese eben erwähnten Neubildungen finden sich Abweichungen des Calibers der Gallengänge von der Norm, die in Verengerung an einer Stelle mit meistens correspondierender Erweiterung an

einer andern bestehen. Die Erweiterung kann sowohl den ganzen Apparat von der Einmündung des Ductus choledochus in das Duodenum bis in die feinen Gallengänge innerhalb der Leber, oder nur einen Abschnitt desselben betreffen. Es richtet sich dies nach dem Sitze des ursächlichen Momentes.

Vor allem sind die Gallenwege ausserhalb der Leber eines hohen Grades von Erweiterung fähig. Dieselbe erreicht manchmal einen monströsen Grad, indem z. B. der Ductus choledochus an Calieber den Dünndarm übertrifft; sie breitet sich durch den Ductus hepaticus und seine Äste auf die capillären Gallenwege aus, wobei die Gallenblase insofern umgangen wird, als dieselbe in derlei Fällen gewöhnlich nicht einen verhältnismässigen Grad von Erweiterung erleidet.

Die ursächlichen Momente sind wesentlich mechanische Hindernisse, die sich der Fortbewegung und Ausführung der Galle entgegensetzen. Besonders oft wird der Ductus choledochus durch krebsige Degeneration des Pancreas-Kopfes und der benachbarten Lymphdrüsen beeinträchtigt, indem er in seinem Lumen verengert und dabei sehr oft in ungewöhnliche winkliche Biegungen gebracht wird. Nächst dem sind es an der Ausmündung angehaltene Gallensteine, in den Gang hineingelangte Darmparasiten, ferner in sein Lumen hineinwucherndes Carcinom, zuweilen extravasierte Echinococcus-Blasen, constringierende Narben, Wülstung einer Klappe, Verletztwerden seines Ostiums durch eine darüberhängende, in das Duodenum prolabierte fibröse Geschwulst, welche ihn unwegsam machen.

So beschreibt Fritz einen Fall von narbiger Stenose mit teilweiser Erweiterung des Ductus choledochus aus

der Freerich'schen Klinik. Wyss teilt einen Fall von Compression und secundärer Erweiterung des Ductus choledochus durch den accessorischen Ductus Wirsungianus innerhalb des Pancreas-Kopfes mit, der durch Stauungs-Icterus tödtlich wurde. Dixon berichtet über eine Pancreascyste, die den Ductus choledochus völlig verschloss und durch Marasmus zum Tode führte.

Die Folgen eines solchen Verschlusses der Gallengänge sind besonders bei den freien (ausserhalb der Leber gelegenen) Gängen, zumal bei der vorzugsweise davon betroffenen pars duodenalis des Ductus choledochus gefährlicher Natur. Durch die gestaute Galle wird der oberhalb gelegene Teil der Gänge ausgedehnt; es erfolgt dann leicht Ruptur des Ductus hepaticus oder die Wand verdickt sich gleichzeitig, und es entstehen dann bisweilen colossale Säcke, welche mit dunkelgrüner, dicker Galle gefüllt sind. Ein solches Präparat, das sich in der Breslauer Sammlung befindet, beschreibt Freerichs: „Der Ductus choledochus und cysticus war hier in einen 8" langen und 5" breiten Sack verwandelt, in welchen der Hals der Gallenblase und der Ductus hepaticus, jener mit einer $1\frac{1}{2}$ " weiten, dieser mit einer 4" weiten Öffnung mündeten. Die Gallenblase war nicht erweitert, der Ductus hepaticus hingegen mit seinen Zweigen gleichmässig dilatirt, seine Wandung überall verdickt, entweder glatt oder stellenweise mit Ectasien besetzt.“

Dieser Fall steht am nächsten einem im Sommer 1887 in der Greifswalder chirurgischen Klinik zur Beobachtung und Operation gekommenen, der sich jedoch dadurch auszeichnet, dass eine kindskopfgrosse cystische Erweiterung, im Wesentlichen des Ductus choledochus allein, wie sie Verfasser dieser Arbeit in der ihm zugänglichen Litteratur

noch nie erwähnt fand, hier, bei der Section constatirt wurde. Von Herrn Professor Helferich, dem Director der chirurgischen Klinik, ist dem Verfasser dieser Fall gütigst zur Veröffentlichung überwiesen, desgleichen von Herrn Professor Grawitz das Ergebnis der Section zur Benutzung gestattet worden.

Es möge nun die Krankengeschichte dieses Falles folgen.

Frau Krowas aus Ramin auf Rügen, 23 Jahre alt, ist seit drei Jahren verheirathet. Im zweiten Jahre ihrer Ehe trat nach der Geburt eines Kindes Gelbsucht auf, die mit Ausnahme der Zeit zwischen November 1885 und März 1886 seitdem immer bestanden hat. Als stetige Begleiterscheinung der Gelbsucht stellte sich ein lästiges Hautjucken ein, welches an allen Körperteilen empfunden wurde, besonders stark aber an den Handtellern und Fusssohlen antrat. Seit Juni 1886 bemerkte Patientin eine zunehmende Fülle des Leibes; derselbe fühlte sich prall und glatt an und war bei jedem Drucke schmerzhaft. Zugleich mit dem Auftreten dieser Erscheinung blieben die Menses aus.

Da traten plötzlich zu Ostern 1887 heftige, kolikartige Schmerzen in der Lebergegend auf, welche einen und einen halben Tag anhielten und von starkem Blutaussfluss aus den Geschlechtsteilen begleitet waren; zu gleicher Zeit erbrach die Kranke Blut. Während dieses Zustandes war auch die Verdauungsthätigkeit nicht normal, denn Patientin hatte vor allem über häufiges Aufstossen und Durstgefühl zu klagen, obgleich der Appetit stets gut war. Öfters verspürte sie Rollen im Leibe und zugleich Harndrang; der Urin fiel ihr durch seine dunkle, bierähnliche Färbung auf.

Ferner giebt Patientin an, beim tiefen Atmen hinten im Kreuz und in der Lendengegend Schmerzen zu verspüren, die sich bedeutend verminderten, wenn sie mit an den Leib gezogenen Beinen ruht. Das Bett hat sie nur vierzehn Tage lang während der Osterzeit 1887 gehütet, sonst war sie stets auf und konnte zur Not auch ihren häuslichen Beschäftigungen nachgehen. Nach und nach wurden diese Beschwerden, trotz Consultation eines Arztes, jedoch so heftig, dass Patientin sich genötigt sah, in Greifswald Hilfe nachzusuchen.

Sie wandte sich an die hiesige Universitäts-Frauenklinik, wurde aber von dort, da das Bestehen eines anfangs vermuteten Ovarial-Tumors ausgeschlossen schien, nach der chirurgischen Klinik geschickt, woselbst sie am 25. Mai 1887 aufgenommen wurde.

Status praesens vom 25. Mai:

Da ziemlich beträchtliche, eine genauere Untersuchung erschwerende Schmerzhaftigkeit auf der Leberoberfläche und in den Darmeingruben constatirt wurde, so wird die Untersuchung in Narkose vorgenommen und ergiebt folgendes:

In der Mammillar-Linie befindet sich die obere Lebergrenze im vierten Intercostalraum, die untere überragt den Rippenbogen zwei Finger breit; in der Paresternallinie liegt die obere Grenze am unteren Rande der fünften Rippe, die untere zwei Finger breit oberhalb des Nabels. Die Herzdämpfung ist mässig verbreitert, der Spitzenstoss einen Finger breit nach innen von der Mammillar-Linie sicht- und fühlbar. Die Oberfläche der Leber ist unregelmässig höckerig und besonders hinten auf Druck empfindlich. In der Mammillar-Linie ist auf ihr ein senkrecht nach

nten verlaufender Strang fühlbar. Die Gallenblase ist von normaler Grösse und vergrösserter Consistenz am unteren Leberrande fühlbar.

Getrennt von der Leber kann man einen kindskopfgrossen, rundlichen, weichen Tumor von allen Seiten deutlich abtasten, welcher vom untern Leberrand bis etwa drei Finger breit oberhalb der Symphyse reicht; derselbe zeigt undeutliche Fluctuation, über ihm ist voller Darmschall zu hören. Die Darmbeingruben sind auf Druck empfindlich. Bei Lageveränderung der Patienten findet ein Schallwechsel statt. Die Menses fehlen.

Die kombinierte Untersuchung per vaginam ergibt folgendes:

Die portio vaginalis steht vier cm. über der Spinalinie, der Muttermund ist nach vorn gerichtet, der Uterus retrovertiert, Bewegungen desselben nach allen Seiten schmerzhaft.

Der Urin ist rötlich, enthält wenig Gallenfarbstoff, sonst normale Bestandteile. Die Diagnose wurde gestellt auf eine wahrscheinlich vom Pancreas ausgehende Cyste.

Operation in Narkose am 28. Mai:

Es wird ein zehn cm. langer Schnitt in der Linea alba oberhalb des Nabels gemacht. Provisorische Vernähung des Peritoneum parietale auf beiden Seiten mit der Bauchwunde. Punction und Entleerung eines Teiles der Cysten-Flüssigkeit, welche dunkelgrün gefärbt und etwas fadenziehend ist. Excision eines markstückgrossen Stückes aus der vorderen Cystenwand, deren Dicke etwa fünf mm. beträgt. Vernähung der Cystenwand mit der Hautwunde durch Matratzennah; völlige Entleerung der Cyste. Die

Innenfläche derselben ist glatt. Concremente, Gallensteine werden nicht gefunden.

Drainage, trockener Verband, elastische Binde.

31. Mai Verbandwechsel.

2. Juni. Verbandwechsel. Verband stark mit Sekret durchtränkt, welches noch etwas blutig ist. Geringes Eczem auf dem Bauche Wunde per primam geheilt. Trockener Verband.

5. VI. Verbandwechsel. Status idem.

7. VI. Verbandwechsel. Verband noch immer stark durchtränkt. Sekret stark hämorrhagisch. Durchspülung des Cystensackes mit Bor-Salicyl-Lösung. Torfmoor-Verband.

9. VI. Verbandwechsel.

12. VI. Verbandwechsel. Status idem.

13. VI. Verbandwechsel. Sekret immer noch reichlich. Seit 3. VI. erfolgt auf Darreichung von Ol. Ricini alle zwei Tage ziemlich reichlicher Stuhlgang, der gelbbraun gefärbt ist und bei dem mikroskopisch reichlich Gallenfarbstoff nachgewiesen wird.

16. VI. Verbandwechsel. Die Verbände sind wieder vollständig durchtränkt; aus der Fistel entleert sich Blut mit Eiter vermischt. Stuhl ist reichlich und enthält Gallenfarbstoff.

Seitdem erfolgt der Verbandwechsel regelmässig alle zwei Tage und ergiebt nichts Besonderes, bis zum

25. VI. Verbandwechsel. Vollständige Durchtränkung der Verbandstoffe mit einer Flüssigkeit, die aus Blut und Galle gemischt ist. Im Ausführungsgang stecken lange, dicke, gunkelblaurote Blutgerinsel. Reinigung mit Salicyl-Bor-Lösung. Neue Jodoformgaze. Befreiung des Aus-

führungsganges von den Gerinnseln, Reinigung des Drains. Borsalbe. Derselbe Verband.

Da Patientin keine fetten Speisen vertrug, so wurde die Diät auf das Peinlichste danach eingerichtet, und sie befand sich hierbei auch ganz leidlich, bis sie plötzlich alles erbrach, was sie überhaupt zu sich nahm.

Sie fühlte sich sehr schwach und schwindlich, klagte über Schmerzen im Unterleibe, die sie längere Zeit schon ganz verlassen hatten; sie collabierte sichtlich, und am 27. VI. früh erfolgt ohne grössere Schmerzensäusserungen der exitus letalis unter den Zeichen allgemeiner Anaemie.

Die Diagnose war nach der Operation berichtigt worden in einen cystischen Tumor mit galligem Inhalt in der regio hypochondriaca dextra.

Sektion am 27. VI.:

Ca. vier cm. unter dem processus xiphoideus beginnt die Operationswunde, welche in ihrem oberen Teile drei bis vier cm. völlig vernarbt ist und darunter noch eine Wunde enthüllt, durch welche man mit einem Finger bequem in eine Höhle eindringen kann, welche sich ziemlich leicht als ein glattwandiger Sack abtasten lässt. Die Wunde reicht bis dicht über den Nabel. Es wird die Wunde durch einen Ovalärschnitt der Haut umschnitten, die Bauchhöhle geöffnet. Dabei zeigt sich in der Mittellinie, unmittelbar links von der äusseren Öffnung der Hautwunde der Pylorus verwachsen. Beim Eingehen in die Wundhöhle fühlt man, dass zwischen Pylorus und der letzteren nur eine dünne Gewebslage eingeschaltet ist; rechts von der Wunde kommt zwei cm. unterhalb des rechten Leberlappens die Gallenblase zum Vorschein, welche einen kleinen, derben, anscheinend leeren Sack darstellt.

Die Leber ist ziemlich gross, glatt, von grünlich-grauer Oberfläche. Es wird die Leber, Magen, Pancreas, Duodenum mit dem dazu gehörigen Stück Bauchwand entfernt. Im Duodenum ist die Gallenpapille geschwollen, auf Druck entleert sich keine Galle; eine Sonde lässt sich nur auf 5 cm. einschieben.

Beim Aufschneiden gelangt man vom Diverticulum Vatri ohne grosse Schwierigkeit in den zwar etwas engen, aber offenen Ductus choledochus, welcher frei in die Wundhöhle mündet. Von der Gallenblase aus gelangt man in den zwei und einen halben cm. langen, ziemlich weiten Ductus cysticus, welcher ebenfalls offen in die cystische Höhle einmündet. Vom Ductus hepaticus führt ein dritter, durch die Sonde bequem passierbarer Zugang in die Höhle, so dass diese sich unzweifelhaft als colossal erweiterter Ductus choledochus ausweist, an dessen Erweiterung Ductus cysticus und hepaticus ebenfalls Anteil nehmen. Nachdem der Wundsack aufgeschnitten ist, zeigt er sich als faustgrosse Höhle, deren Innenfläche zum grossen Teil noch deutlich die Struktur eines erweiterten Gallenganges mit blossen Auge erkennen lässt. Nach der Leber zu hat die Innenfläche eine graurote Färbung; auf einem mikroskopischen Schnitt erkennt man vollständig typische, mit Saum versehene Cylinderepithelien, wie sie den Gallengängen zukommen.

Nach der Gallenblase zu ist die Innenfläche des Sackes grün gefärbt und etwas weich, der vorhandene Ductus cysticus und die Innenfläche der Gallenblase zeigen eine verdickte schmutzig-graue, mit Schleim überzogene Fläche. Nach der Einmündungsstelle zu, welche in das Duodenum führt, ist die innere Seite des Sackes in grossem



Umfange exulceriert, beim Aufgiessen von Wasser bildet sich eine grüne, flottierende Haut, welche hier und da kleine, durch Ulceration isolierte Gefässstränge, ähnlich einer ulcerösen Lungenhöhle erkennen lässt. An dieser Stelle, welche in situ dem am tiefsten nach hinten und unten gelegenen Abschnitt entspricht, fand sich bei der Sektion ein wallnussgrosses, weiches Blutgerinnsel.

Der Magen enthält reichlich zähen Schleim, im Duodenum und Jejunum ist ziemlich reichlicher Epithelinhalt von schwarzgrüner Farbe vorhanden, der wesentlich aus Schleimepithelien und körniger grüner Galle zusammengesetzt ist.

Die Leber zeigt grosse deutliche Acini mit grasgrünem Centrum und hellgrüner Peripherie.

Nieren sind vergrössert, trüb, hellgrün.

Die Brustorgane stark anämisch, eine alte Pleuritis.

Das Herz ist klein, enthält in beiden Hälften wenig Speckgerinnsel, die Wandungen sind dünn, es besteht leichte Dilatation. Die Herzmuskulatur bietet in beiden Ventrikeln eine exquisite fleckige Zeichnung dar, welche durch zahlreiche, hellgelbe Heerde bedingt wird, die sich gegen die blassrote, sehr anämische Muskulatur deutlich absetzen. Diese gelben Flecke erweisen sich bei mikroskopischer Untersuchung als Muskelbündel, welche gruppenweise in volle Fettmetamorphose übergegangen sind. Die Herzklappen sind durchaus zart, der Anfangsteil der Aorta etwas eng.

Diagnose: Cystis permagna Ductus choledochi. Laparotomia. Exulceratio partialis superficiei internae cystidis; haemorrhagia ex ulceratione. Anaemia universalis.

Icterus hepatis et renum. Die Diagnose vor der Operation wurde nur auf eine Cyste der Unterleibsorgane — vielleicht ausgehend vom Pancreas — gestellt. Der untere Leberrand war völlig abzugrenzen, ebenso die Gallenblase frei zu fühlen; ferner leitete ein kurz vorher in der Klinik operierter Fall einer Pancreascyste, wo ähnliche Symptome aufgetreten waren, zu der Annahme hin, dass es sich in unserm Falle vielleicht auch um eine derartige Neubildung handeln könnte.

Auch nach der Operation war eine genaue Diagnose noch nicht möglich; es wurde nur ein cystischer Tumor mit galligem Inhalt und im Zusammenhang mit den Gallenwegen diagnostiziert, aber es war unmöglich festzustellen, welcher von den Gallenwegen an der Bildung der Cyste beteiligt war.

Hoffentlich gelingt es nun dem Verfasser, durch Mitteilung und eingehendere Besprechung dieses Falles, einige, wenn auch vielleicht nur geringe Beiträge zu liefern, welche die Diagnostik dieser ebenso interessanten, als intra vitam schwer zu diagnostizierenden Cysten fördern helfen.

Die Ätiologie der Cyste konnte in unserem Falle leider nur annähernd sicher festgestellt werden.

Wie schon im Anfang dieser Arbeit erwähnt wurde, sind die ursächlichen Momente der Erweiterung der Gallenwege meistens mechanische Hindernisse. Bei der Sektion wurden weder Narben, noch Wülstungen der Klappen, noch Geschwülste in der Nachbarschaft gefunden, die das Lumen des Ductus choledochus hätten comprimieren können, wohl aber fand sich nahe der Ausmündungsstelle in das Duodenum eine ulcerierte Stelle, die aller Wahr-

scheinlichkeit nach nur durch einen Fremdkörper hervorgerufen sein konnte. Diese Stelle entsprach ausserdem dem in situ am tiefsten nach hinten und unten gelegenen Abschnitte des Ductus choledochus und legt uns dadurch die Vermutung nahe, dass gerade dort ein Fremdkörper (Gallenstein) durch seine Schwere heruntergesunken, lange Zeit daselbst verweilt, einen Verschluss herbeigeführt und die Schleimhaut schliesslich derartig gereizt hat, dass dieselbe bis zu dem bei der Sektion festgestellten Grade von Ulceration gelangen musste. Allerdings wurde bei der Operation der Cyste kein Gallenstein gefunden und später trotz genauer Durchsuchung der Fäces keine Concremente in denselben entdeckt; doch ist es immerhin noch möglich, dass trotzdem ein Stein abgegangen ist, vielleicht schon kurz vor der Operation und dass trotzdem die durch ihn erzeugten Störungen durch sofortigen Verschluss des Ductus choledochus weiter fortbestanden.

Bei der Sektion war das Lumen desselben nur durch die geschwellte Schleimhaut verengt, nach dem Aufschneiden konnte man vom Diverticulum Vateri aus den Ductus verfolgen und sein Vorhandensein somit constatieren. Die Annahme von einem vorhanden gewesenen Gallenstein wird auch unterstützt durch die anamnestisch nachgewiesenen heftigen kolikartigen Schmerzen in der Lebergegend, die in solchem Grade nur bei festgekeilten Gallenconcrementen vorzukommen pflegen. Es bleibt also trotz des negativen Befundes doch kaum etwas anderes übrig, als anzunehmen, dass ein im Ductus choledochus, und zwar an dessen tiefster Stelle eingekeilter Gallenstein sowohl die Ursache der cystischen Erweiterung als auch

unmittelbar des Todes der Patientin — infolge von Druckgangrän der betreffenden Stelle — gewesen ist. Denn es muss doch wohl ausgeschlossen werden, dass nach der Operation, nachdem also das Innere der Cyste mit der äusseren Luft durch eine Fistel in Verbindung gebracht war, bei durchaus antiseptischer Wundbehandlung von aussen her Infektionsstoffe in die Wunde gelangen und dort die zum Tode führenden Veränderungen an der Cysteninnenwand herbeiführen konnten.

Immerhin muss es doch etwas auffällig erscheinen, dass ca. am sechzehnten Tage post operationem zum ersten Male Blut mit Eiter in den Verbandstoffen gefunden wurde, während allerdings das Sekret schon am siebenten oder achten Tage als stark hämorrhagisch bezeichnet wird.

Wir wollen nun versuchen, die während der Krankheit aufgetretenen Symptome der Reihe nach durchzugehen, um vielleicht hierdurch mit Vergleichung des pathologisch-anatomischen Befundes sichere, gerade für diesen Fall charakteristische Symptome herauszufinden. Leider ist die Kranke nur zwei Tage vor der Operation in der Klinik beobachtet und vorher nie genau untersucht worden, so dass manches zur Ätiologie und Symptomatologie Wünschenswerte uns hierdurch nicht zur sicheren Kenntnis gekommen ist.

Der Icterus, von dem Patientin vor ca. ein und einem halben Jahre nach ihrer Angabe nach der Geburt eines Kindes befallen wurde, ist auf die Entbindung als ursächliches Moment wohl nicht zurückzuführen; zufällig begann gerade in dieser Zeit das Leiden, in dessen Verlauf als besonders lästig noch Hautjucken an den Handtellern und Fusssohlen bezeichnet wird, und zwar, da heftige Schmerzen

nicht vorhanden gewesen sein sollten, unter den gewöhnlichen Erscheinungen eines vom Magen auf das Duodenum und von dort auf den Ductus choledochus fortgeschrittenen Katarrhs der Schleimhaut. Auch durch das Vorhandensein von Galle im Urin, was nach Angabe der Patientin sicher anzunehmen ist, werden wir bei Stellung der Differentialdiagnose durchaus garnicht unterstützt, da dasselbe ja bei jedem Icterus zu bemerken ist. Dieser allein gestattet uns nicht auch nur annähernd eine Diagnose zu stellen, da er ja bekanntlich bei vielen Krankheiten der Leber und Gallengänge, ferner auch bei Geschwülsten in der Nachbarschaft derselben vorkommt, die durch Druck auf die Gallenwege Rückstauung der Galle hervorrufen.

Ferner werden als ein im Verlaufe des Leidens sich zeigendes Symptom heftige Schmerzen in der Lebergegend angegeben. In Bezug hierauf wurde schon erwähnt, dass dieselben über die Ätiologie der Krankheit Aufschluss zu geben geeignet wären. Da dieselben anfallsweise auftreten und nur einen und einen halben Tag anhielten, so sind sie mit grosser Wahrscheinlichkeit als durch eingekleitete Gallensteine hervorgerufen zu betrachten und dürften wohl dazu beitragen, im Verein mit den noch zu schildern- den Symptomen die Diagnose auf eine Cyste der ausserhalb der Leber befindlichen Gallenwege wenigstens einigermaßen sicher stellen zu können.

Gleichzeitig mit diesen kolikartigen Schmerzen soll nach Angabe der Patientin auch Blutbrechen eingetreten sein. Nun erscheint aber dieses Erbrechen von Blut bekanntlich nur bei Magengeschwür und Krebs und von Leberkrankheiten bei der akuten gelben Leberatrophie, was beides durch den Sektionsbefund als ausgeschlossen

erscheinen muss. Denn im Magen fand sich nur reichlich zäher Schleim, jedoch kein Geschwür oder sonstiger Substanzverlust der Schleimhaut. Von der ulcerierten Innenfläche der Cyste könnte das Blut, welches sich damals entleert haben soll, einzig und allein herrühren, obwohl auch wieder Verschiedenes dagegen spricht, dass damals schon durch den vermuteten Gallenstein eine Ulceration der Schleimhaut stattgefunden hat, die dann wieder verheilt sein und erst nach der Operation durch Eindringen neuer Schädlichkeiten von Neuem entstanden sein musste. Es wäre ein solches Blutbrechen noch eher anzunehmen gewesen, wenn die Cystenöhle direkt mit dem Magen communiciert hätte. Dass dieses in der letzten Zeit nicht der Fall gewesen, ist durch die Sektion sicher gezeigt worden; und wäre es zur Zeit des Blutbrechens gewesen, so hätte diese Communication des Pylorus mit der Cyste doch ganz erhebliche Störungen hervorgerufen. Es wäre sicher mindestens ein Teil des Mageninhalts auch in die Cyste gelangt und hätte dort bei fast völligem Verschluss des Ductus choledochus in kurzer Zeit die gefährlichsten Erscheinungen veranlasst. Bei der Operation wurde aber aus der Cyste nur eine dunkelgrüne und fadenziehende, also als Galle charakterisierte Flüssigkeit durch die Punction entleert.

Mir scheint es nach alledem natürlicher anzunehmen, dass das Erbrochene garnicht Blut, sondern galliger Inhalt des Duodenum und Magens gewesen ist. Dass im Duodenum und Jejunum ziemlich reichlicher Epithelinhalt von schwarzgrüner Farbe vorhanden gewesen ist, hat die Sektion ja ergeben; und da ferner ein Verwechseln von dunklen galligen Massen mit geronnenem Blute im Bereiche

der Möglichkeit liegt, so ist kein Grund vorhanden, das Wahrscheinlichere von beiden, für das wir eine Erklärung im pathologischen Befund haben, dem Andern, für dass schwer eine Erklärung gefunden werden kann, nicht vorzuziehen.

Dass die Verdauung mehr oder weniger gestört gewesen ist, darf wohl nicht Wunder nehmen; es ist nur sonderbar, dass die Kranke nicht öfter als das eine Mal von Erbrechen befallen ist, sondern nur angiebt, von häufigem Aufstossen geplagt worden zu sein; denn derartige grosse, in der Nähe des Magens gelegene Tumoren, wie unsere Cyste, pflegen stets Erbrechen hervorzurufen, vielleicht durch direkten Druck auf die Magenwand, vielleicht auch durch einen reflectorischen Vorgang, wie z. B. die Ovarialeysten, welche oft schon Erbrechen bewirken, auch wenn sie noch garnicht so gross geworden sind, dass sie den Magen erreichten könnten.

Auch über Appetitlosigkeit hat die Kranke nicht oft zu klagen gehabt, der Appetit ist bis kurz vor dem Ende meistens leidlich gut gewesen.

Die Fäces hätten bei völligem Gallenmangel lehmfarbig sein müssen, da die spezifische Färbung derselben erst durch das Hydrobilirubin bewirkt wird; ebenso wäre die Consistenz ohne den verdünnenden Saft der Galle eine festere gewesen, und schliesslich wäre der Stuhl bei Abwesenheit der Galle, welche auch die faulige Zersetzung desselben bedeutend einschränkt, sehr übelriechend gewesen.

Er scheint jedoch sowohl der Menge als auch Consistenz und sonstigen Beschaffenheit nach nicht besonders von der Norm abgewichen zu sein; wenigstens hat die

Patientin keine Klage darüber verlauten lassen. Wahrscheinlich ist es jedoch, dass vor der Operation eine Verminderung der Gallenbestandteile in den Faeces gewesen ist, da dieselben ja in beträchtlicher Menge im Urin sich zeigten, der schon der Patientin durch seine bierähnliche Färbung aufgefallen war. Nach der Operation konnte mehrere Male Gallenfarbstoff in den Faeces nachgewiesen werden, die Speisen waren stets verdaut, mikroskopisch sämtliche sonstigen Bestandteile darin enthalten, wobei allerdings hervorzuheben ist, dass der Kranken nur leicht verdauliche Speisen gereicht wurden d. h. in unserm Falle solche, die fast gar kein Fett enthielten, an dem die Galle ihre verdauende Wirksamkeit hätte zeigen können. Jedenfalls schien die Verdauung wieder in Gang zu kommen und Galle auf dem natürlichen Wege wieder entleert zu werden, allerdings nur theilweise, da im Urin immer noch Gallenfarbstoff enthalten war; der bis dahin ventilartige Verschluss des Ductus choledochus muss nach Entleerung der Cyste doch etwas Öffnung erhalten haben.

In den letzten Lebenstagen änderte sich dieses relativ gute Befinden wieder, denn die Kranke erbrach jetzt alle Speisen, was aber nicht etwa dem Fehlen der Galle bei der Verdauung, sondern wahrscheinlich mehr dem starken Reiz zuzuschreiben ist, welchen die ulcerierte, dem Pylorus dicht anliegende Cystenwand verursachte, wodurch auch die bei jeder Nahrungsaufnahme sich einstellenden heftigen Schmerzen genügend erklärt werden.

Als ein, allerdings für unsern Fall wenig charakteristisches Symptom, wurden von der Patientin Atembeschwerden und Schmerzen in der hinteren Lendengegend angegeben, die sich bedeutend verminderten, wenn sie mit

an den Leib gezogenen Beinen ruhte. Denn jede Neubildung im Unterleib muss ja, wenn sie eine bestimmte Grösse erreicht hat, Atembeschwerden hervorrufen, und es sind dieselben z. B. bei Leberechinococcus eines der qualvollsten Symptome für den Patienten; auch in unserem Falle war die obere Lebergrenze derartig nach oben gerückt, dass beim tiefen Atemholen Beschwerden und Schmerzen sich naturgemäss einstellen mussten. Auffällig wäre es also gewesen, wenn ein derartiges Symptom vollständig in unserem Falle gefehlt hätte, während es jetzt zur Vervollständigung der Symptomenreihe beiträgt.

Es erübrigt nun noch, die mit dem zunehmenden Wachstum des Tumors zugleich aufgetretenen pathologischen Erscheinungen im Genitalapparat zu untersuchen.

Die Regel soll im Sommer 86 schon fortgeblieben, dann bei den heftigen Schmerzanfällen zu Ostern 87 plötzlich in reichlicher Menge wiedererschienen sein und ist dann bis zum Tode nicht mehr wiedergekehrt. Diese menstruellen Abnormitäten sind auch wohl mit die Veranlassung gewesen, dass der zuletzt behandelnde Arzt an einen Ovarialtumor gedacht und die Patientin an die Frauenklinik verwiesen hat. — Dass diese erwähnten Erscheinungen durch den Tumor hervorgerufen wurden, ist wohl kaum anzunehmen, da nach Ansicht des Verfassers die bei der Untersuchung gefundenen Retroversio uteri dieselben völlig erklärt. Ob nun diese Retroversio schon vor der Geburt des Kindes bestanden hat oder erst nachher entstanden ist, lässt sich nicht feststellen, da die Angaben über die Beschaffenheit der Menses in den früheren Jahren, fehlen. Die Cyste jedenfalls hat nie mit ihrem unteren Rande den Uterus erreicht, da sie kurz vor der Operation ca. drei Finger

breit über der Symphyse sich deutlich abgrenzen liess; sie kann also die Lageveränderung des Uterus nicht hervorgerufen haben, sondern diese ist, wenn nicht schon früher, so als Folge der Schwangerschaft entstanden zu denken.

Die bis jetzt besprochenen Symptome weisen nun zwar auf eine Erkrankung im Bereiche der Gallenwege hin, gesicherter wird aber die Diagnose auf eine Cyste des Ductus biferi erst durch das Vorhandensein eines Tumors im rechten Hypochondrium, mit nachweisbarer Fluctuation. Beides war in unserm Falle vorhanden, und trotzdem war die Stellung einer sicheren Diagnose, wenn nicht ganz unmöglich, so doch äusserst schwierig zu nennen.

Erwähnt wurde schon, dass die Kranke mit keiner festen Diagnose nach der Klinik geschickt wurde, jedoch wohl in der Erwartung, die Neubildung würde sich nach der Operation als Ovarialtumor erweisen. In der chirurgischen Klinik wurde ebenfalls keine bestimmte Diagnose gestellt; man vermutete nur, weil kurz vorher eine Pancreascyste zur Operation gekommen war und weil die pathologischen Erscheinungen sich in manchen Punkten mit denen in unserm Falle berührten, dass auch diese Neubildung vielleicht eine Cyste des Pancreas sein würde.

Diese Wahrscheinlichkeitsdiagnose musste auf dem Wege der Exclusion gestellt werden; und zwar war von vornherein auszuschliessen folgendes: 1) ein Abscess, 2) Aneurysma Aortae, 3) Cyste der Nebenniere oder Niere, 4) (weiches) Sarkom der Leber, 5) Echinococcus der Leber oder des Mesenteriums, 6) Ovarialcyste; nicht so ganz auszuschliessen 7) Hydrops cystidis felleae.

Ein Abscess konnte nicht vorhanden sein wegen des gänzlich fieberlosen und auch schon durch die Dauer gegen einen solchen sprechenden Verlaufes der Krankheit.

Die Diagnose konnte ferner nicht auf Aneurysma Aortaegestellt werden, weil die charakteristischen Symptome eines solchen, Pulsation und Expansion des Tumors zugleich mit den Herzkontraktionen, fehlten.

An eine cystische Neubildung der rechten Nebenniere resp. Niere wurde kaum beim Stellen der Diagnose gedacht; denn einmal sind wahre Cysten der Nebenniere noch nicht beobachtet worden, und ferner konnte bösartige Struma der Nebenniere wegen des Krankheitsverlaufes ausgeschlossen werden. Bei irgend welchen Neubildungen der Niere hätten ferner die perkutorischen Verhältnisse und auch die Lage des Tumors ganz andere sein müssen, als in unserem Falle. Denn es bestand in der Lumbalregion der normale tympanitische Schall; ferner verdrängen Nierengeschwülste gewöhnlich das Colon nach einwärts, so dass man dann an der betreffenden Stelle hätte leeren Schall vorfinden müssen. Schliesslich musste auch schon die Lage der Geschwulst gegen ein Ausgehen derselben von der Niere sprechen.

Es wäre möglich gewesen, trotzdem die Leber vor der Operation sich deutlich abgrenzen liess, an ein weiches Sarcom derselben zu denken, wie sie in der That, wenn auch nicht häufig, vorkommen, und die auch eine undeutliche Fluctuation, wie sie in unserm Falle war, leicht vortäuschen, ferner auch in ganz hervorragender Weise Icterus hervorrufen können. Jedoch konnte eine so maligne Geschwulst, wie ein Sarcom der Leber, wohl kaum zwei Jahre hindurch mit dieser relativen Gutartigkeit be-

stehen, wie es bei unserm Tumor der Fall gewesen war; und dann endlich liess derselbe sich, in der Klinik wenigstens, deutlich vom untern Leberrande abgrenzen.

Gegen die Diagnose eines Echinococcus der Leber oder des Mesenteriums kann vor allem das relativ schnelle Wachstum der Cyste einem Echinococcus gegenüber geltend gemacht werden. Besonders aber war durch die Ergebnisse der Palpation und Percussion das Bestehen eines Leberechinococcus entschieden verneint. In der grossen Mehrzahl der Fälle nämlich wachsen die Leberechinococci nach dem freien Rande der Leber und von dort gegen die Bauchhöhle hin; es muss also der leere Schall der Leberdämpfung direkt in den des Tumors übergehen. Die Leber war in unserm Falle nun zwar vergrössert, liess sich jedoch sowohl palpatorisch als auch perkutorisch — wie wir in der Krankengeschichte gesehen haben — mit Bestimmtheit von dem Tumor trennen.

Ferner war ja die Vermutung ausgesprochen, dass die Neubildung eine Ovarialcyste sein könnte, was aber bei näherer Besichtigung schon der ersten Symptomen hinfällig wird. Denn zuerst vor allen andern Erscheinungen liess sich bei unserer Patientin Icterus constatieren, den ein Ovarialtumor in seinem Entwicklungsstadium, wo weder von einer Hervorwölbung, noch nur einer grösseren Fülle des Abdomen die Rede sein konnte, wegen seiner weit von der Leber entfernten Lage nie hätte hervorrufen können. Ferner treten bei zunehmender Leibesfülle Schmerzen in der Lebergegend auf, die durch einen vom Ovarium ausgehenden Tumor auf keine Weise erklärt werden können. Die Symptome, welche vielleicht für das Bestehen eines derartigen Tumors hätten sprechen können,

sind schon vorher durch die Retroversio uteri erklärt worden.

Recht schwierig dürfte es sein, eine Cyste der Gallenblase ohne weiteres auszuschliessen; denn alle für eine solche charakteristischen Symptome fanden sich auch in unserem Falle. Auch hier entwickelt sich eine meist langsam wachsende, birnförmige Geschwulst vom unteren Leberrande nach dem Nabel zu, über denselben hinaus bis zum Darmbein. Dieselbe lässt sich oft abtasten und deutliche Fluctuation in ihr nachweisen; auch Verwachsungen der Blase mit der Nachbarschaft, wie es ja in unserm Fall am Pylorus der Fall war, und dadurch bedingte Unbeweglichkeit kommen, wenn auch nicht allzu häufig, vor, und können dadurch natürlich einen andern Ausgangspunkt als die Gallenblase vortäuschen. Allerdings soll die Gallenblase in unserm Falle in normaler Lage und derberer Consistenz am unteren Leberrand zu fühlen gewesen sein, wodurch eine Vergrösserung derselben durch Cystenbildung ausgeschlossen war; auch wurde durch die Sektion, bei der dieselbe als derber kleiner Sack gefunden wurde, der Beweis für die Möglichkeit erbracht, die Blase durch die Palpation feststellen zu können.

Immerhin wird dieser glückliche Umstand in andern Fällen sich selten genug ereignen, und es käme dadurch zu einer recht schwer oder garnicht zustellenden Differentialdiagnose zwischen Cyste der Gallenblase und der Gallenausführungsgänge.

Wir wollen nun endlich noch versuchen, klarzulegen, dass auch die Diagnose auf Pancreascyste durch die Symptomenreihe nicht haltbar und daher die auf Cyste der Gallenausführungsgänge die einzige richtige war. An die

Letztere wurde, soweit dem Verfasser bekannt, vor der Operation überhaupt nicht gedacht, sondern das Vorhandensein einer Pancreascyste als Wahrscheinlichstes angesehen.

Und in der That stimmen auch die Symptome, zum Teil wenigstens, mit denen, wie sie durch die Arbeiten von Küster und Zielstorff über diese Cysten mitgeteilt worden sind, überein. Kolikartige Schmerzen, so heftig, dass sie zu Ohnmachten führten, sind bei fast allen der zwölf von Küster gesammelten Fälle und dem in Greifswald beobachteten und durch Zielstorff veröffentlichten dreizehnten Falle bemerkt worden. Verdauungsstörungen und Erbrechen werden bei den meisten erwähnt; desgleichen stimmt unser Fall mit dem zuletzt beschriebenen der Pancreascysten in den Atembeschwerden überein. Icterus ist ebenfalls in einigen Fällen, in denen auch die Diagnose auf Leberechinococcus oder Cyste in der Gegend der Gallenblase gestellt wurde, beschrieben worden, und auch sehr leicht zu erklären, da bei der Nachbarschaft des Pankreas und des Ductus choledochus leicht ein von dem ersteren ausgehender Tumor den letzteren mechanisch verschliessen kann, wie es in einem Falle (Dixon) festgestellt werden konnte. Und zwar tritt eine solche Complication um so leichter und früher ein, wenn der Kopf der Drüse, als dem Ductus choledochus zunächst liegend, cystisch entartet ist.

Wenn wir einen solchen Fall annehmen, so dürfte die Differentialdiagnose zwischen Cyste des Pankreas und des Ductus choledochus in's Bereich der Unmöglichkeit gehören, wenn nicht die durch die Antiseptik gewiss zu einem relativ ungefährlichen chirurgischen Eingriff gewordene Probepunktion des Tumors als letztes diagnosti-

sches Hilfsmittel unternommen wird. Sie hätte hier durch den Beweis des Vorhandenseins einer aus Galle bestehenden Flüssigkeit sofort auf den richtigen Weg geführt, da ja ein solcher Inhalt ganz charakteristisch für Cysten der Gallebereitenden und abführenden Organe ist und auch ohne mikroskopische Untersuchung sich leicht von dem der Pancreascysten unterscheiden lässt. Weshalb die Probepunction in unserem Falle unterblieb, kann Verfasser nicht entscheiden; vielleicht erschien die Diagnose durch die vorher erwähnten Symptome schon gesichert genug, und — was wohl praktisch nicht ohne Wichtigkeit ist — die Prognose und die Art und Weise des operativen Eingriffs wären durch die Diagnose einer Gallenausführungsgangcyste nicht verändert worden.

Die Prognose in diesem Falle musste, wenn nicht zur Operation geschritten wurde, als eine sehr ernste bezeichnet werden. Die Kranke wäre entweder an den Folgen gänzlichen Mangels von Galle bei dem Verdauungsakte allmählich zu Grunde gegangen oder der Stauungsicterus hätte durch secundäre Erkrankungen in Leber oder Nieren — wie in den von Wyss und Wandel mitgetheilten Fällen — tödtlich werden können. Der Ausgang musste dagegen ein günstiger sein, wenn es gelang, den Inhalt der Cyste zu entleeren, diese selbst entweder durch Schrumpfung oder Exstirpation zu beseitigen und den natürlichen Abfluss der Galle zum Duodenum wiederherzustellen, ohne dass natürlich das Peritoneum eine Infection erlitt.

Es konnten bei der Operation zwei Methoden zur Anwendung kommen, wenn nämlich von der einfachen und gewiss erfolglosen Punction der Cyste abgesehen wurde; nämlich einmal die totale Exstirpation der Cyste oder die

Eröffnung derselben. Vernähung des entleerten Sackes mit der Bauchwand — entweder einzeitig oder zweizeitig — und ev. Excision eines Stückes der Cystenwand zum Zwecke der Diagnosenstellung auf mikroskopischem Wege.

Eine vollständige Entfernung der Cyste, die allerdings als die radikalste Therapie erscheinen muss, wurde aus verschiedenen Gründen für nicht ratsam gehalten. Einmal wusste man vor der Operation noch garnicht, woher die Neubildung ausging, und ferner wäre die totale Exstirpation bei der Nachbarschaft mehrerer lebenswichtiger Organe, bei gewiss voranzusetzenden Adhäsionen mit diesen Organen wohl kaum möglich gewesen und hätte, wenn ausgeführt, sehr wahrscheinlich letalen Ausgang zur Folge gehabt, was auch die von Küster gelieferte Statistik über Pancreascysten — ein, wie schon gezeigt, unserm Falle sehr ähnliches Gebiet — beweist. Denn dort genas von den fünf Patienten, bei denen die Total-exstirpation der Cyste vorgenommen war, nur einer, während die übrigen teils an Sepsis, teils an Marasmus zu Grunde gingen.

Es entschied sich Herr Professor Helferich aus diesen Gründen, und besonders deswegen, weil er vor wenigen Wochen nur eine mit grösster Wahrscheinlichkeit als Pancreascyste diagnosticierte Neubildung mit allerbestem Erfolge operiert hatte, nicht für die Totalexstirpation, sondern für die zweite, damals angewandte Art des Operationsverfahrens. Und zwar machte er die Operation einzeitig, weil er dieselbe in verschiedenen Fällen von Leberechinococcus und bei der soeben erwähnten Cyste als gut erprobt hatte. Obwohl bei dieser Methode die Heilung nur durch Schrumpfung des Sackes eintreten soll,

ein Recidiv also nicht ausgeschlossen erscheint, so verdient dieselbe doch vor der ersteren den Vorzug; und schon bei Berücksichtigung der auf dieselbe Weise operierten Pancreascysten ist man berechtigt, diese Operation als die geeignetste und fast sicher einen guten Erfolg versprechende zu betrachten. Denn von den sechs auf diese Weise operierten Kranken starb keiner; fünf wurden völlig, und zwar in verhältnismässig kurzer Zeit, gesund und nur bei einem blieb eine Fistel zurück, die aber auch, da das Endresultat nicht bekannt ist, sich geschlossen haben kann.

Weshalb nun in unserem Falle trotz der ausserordentlich glücklich verlaufenen Operation nicht dasselbe gute Resultat erzielt wurde, ist schon vorher angedeutet worden. Es wurde durch den operativen Eingriff eine entschiedene Besserung des Leidens herbeigeführt, da die Faeces nach demselben reichlich Gallenfarbstoff enthielten, somit die reguläre Kommunikation zwischen Leber und Darm wiederhergestellt war, da ferner die sämtlichen anderen Beschwerden der Patientin nachliessen. Umso mehr ist es nun zu bedauern, dass eine Ulceration der Cysteninnenfläche nach Art einer ulcerösen Lungenhöhle, wahrscheinlich nur durch Gallenconcremente, die Veranlassung zum exitus letatis geworden ist. Wenn wir uns fragen, ob es denn nicht möglich gewesen wäre, diese ulcerierte Stelle, resp. die ganze Cyste zu entfernen, nachdem man sie als die Quelle der Blutung und Eiterabsonderung erkannt hatte, so müssen wir leider diese Frage verneinen. Denn wenn es schon damals, als zur Operation geschritten wurde, mindestens für sehr gewagt gehalten wurde, die Totalexstirpation vorzunehmen, so hätte dieselbe, vielleicht vierzehn Tage später, keine bessere,

sondern höchstens eine schlechtere Prognose ergeben, einmal, weil das Allgemeinbefinden der Patientin durch den nicht unbedeutenden Blutverlust schon schlechter geworden war, und dann auch hauptsächlich, weil man auch jetzt noch nicht über die anatomischen Verhältnisse genügend unterrichtet war. Und da, wie die Section ergab, sich zwischen Cystenhöhle und Pylorus nur eine dünne Gewebslage befand, so wäre bei der Exstirpation der Cyste eine Eröffnung des Pylorus kaum zu vermeiden oder die Entfernung unvollständig und doch mit fast unüberwindlichen Schwierigkeiten verknüpft gewesen. Es konnte also nichts anderes geschehen, als, was in der That geschah, dass durch tägliche Reinigung mit antiseptischen Lösungen die Eiterung möglichst eingeschränkt und durch trockenen Verband die Blutung möglichst verhindert wurde. Trotzdem müssen die arrodiierten Gefässe doch so bedeutend gewesen und die Thrombenbildung so langsam gewesen sein, dass die Kranke an den Folgen allmählicher Anämie, also zuletzt durch Herzverfettung und folglich Herzlähmung zu Grunde ging.

Wenn also der hier mitgeteilte Fall in bezug auf den operativen Erfolg kein glücklicher war, so muss er doch schon durch den so enorm seltenen Sectionsbefund allgemeines Interesse erregen, und ferner hofft Verfasser auch, dass es ihm gelungen sein möchte, die recht schwierige Diagnostik dieser Cysten doch etwas gefördert zu haben.

Zum Schluss sei es dem Verfasser noch vergönnt, seinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Helferich für die Überweisung des beschriebenen Falles und für

seine liebenswürdige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben, sowie dem Herrn Professor Dr. Grawitz für die Überlassung des Sektionsberichtes und seine Hilfe bei der Ausführung des Themas seinen ergebensten Dank auszusprechen.

LITTERATUR.

- Hueter, Grundriss der Chirurgie.
Landois, Lehrbuch der Physiologie des Menschen.
Virchow, die krankhaften Geschwülste.
Klebs, pathologische Anatomie.
v. Rokitansky, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.
Cruveilhier, Anatomie pathologique.
v. Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie,
Bd. VIII.
Küster, zur Diagnose und Therapie der Pancreascysten (Deutsche
medizinische Wochenschrift I. Quartal 1887)
Virchow-Hirsch'sche Jahrbücher. (Jahrgang 1877, Bd. II) Jahr-
gang 1878, Bd. II, Jahrgang 1882, Bd. II
Schmidt's Jahrbücher für Medizin Bd. XXIX und LXXV.
Zielstorff, ein Fall von Unterleibscyste (Pancreascyste?) Inaugural-
Dissertation 1887.
-

LEBENS LAUF.

Richard Eduard Seyffert, ev. Confession, Sohn des Königl. Oberbrückenmeisters Seyffert in Tilsit, wurde in Königsberg i/Pr. am 2. Januar 1863 geboren. Er erhielt zunächst Privatunterricht und besuchte dann die Gymnasien zu Insterburg und Tilsit, wovon letzteres er Michaelis 1882 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Darauf bezog er, um Medicin zu studieren, die Universität Königsberg; Michaelis 1883 wandte er sich nach Greifswald, woselbst er bis zur Vollendung seiner Studien verblieben ist. Seiner Militairpflicht genügte er als Einjährig-Freiwilliger beim 1. Bataillon 3. pommerschen Infanterie-Regiments No. 14 vom 1. October 1884 bis 1. October 1885. das Tentamen physicum absolvierte er am 30. October 1885, das Examen rigorosum am 28. Juli 1887, das Staatsexamen am 29. Mai 1888.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Königsberg:

Grünhagen, Hertwig, Lossen, Schwalbe;

In Greifswald:

Arndt, Baumstark, Beumer, J. Budge, A. Budge, v. Feilitzsch, Gerstäcker, Grawitz, Grohé, Helferich, Holtz, Krabler, Landois, Limprecht, Lübker, Mosler, Münter, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schulz, Sommer, Strübing.

Allen diesen Herren erlaubt sich der Verfasser an dieser Stelle seinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

THESEN.

I.

Bei cystischen Tumoren des Unterleibes ist zur Stellung der Differentialdiagnose die Probepunktion dringend zu empfehlen.

II.

Beichronischen Magenleiden verdient die diätetische Behandlung durchaus den Vorzug vor der medikamentösen.

III.

Dem Turnen als Mittel zur Kräftigung und Abhärtung des jugendlichen Körpers ist von Seiten des Staates noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken.



11469

11469