



Ein Beitrag
zur
Ruptur und Axendrehung des Stieles
bei
Eierstockgeschwülsten.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Gynäkologie und Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik

der medicinischen Facultät zu Tübingen

vorgelegt

von dem approbirten Arzt

Gottlob Pfäfflin

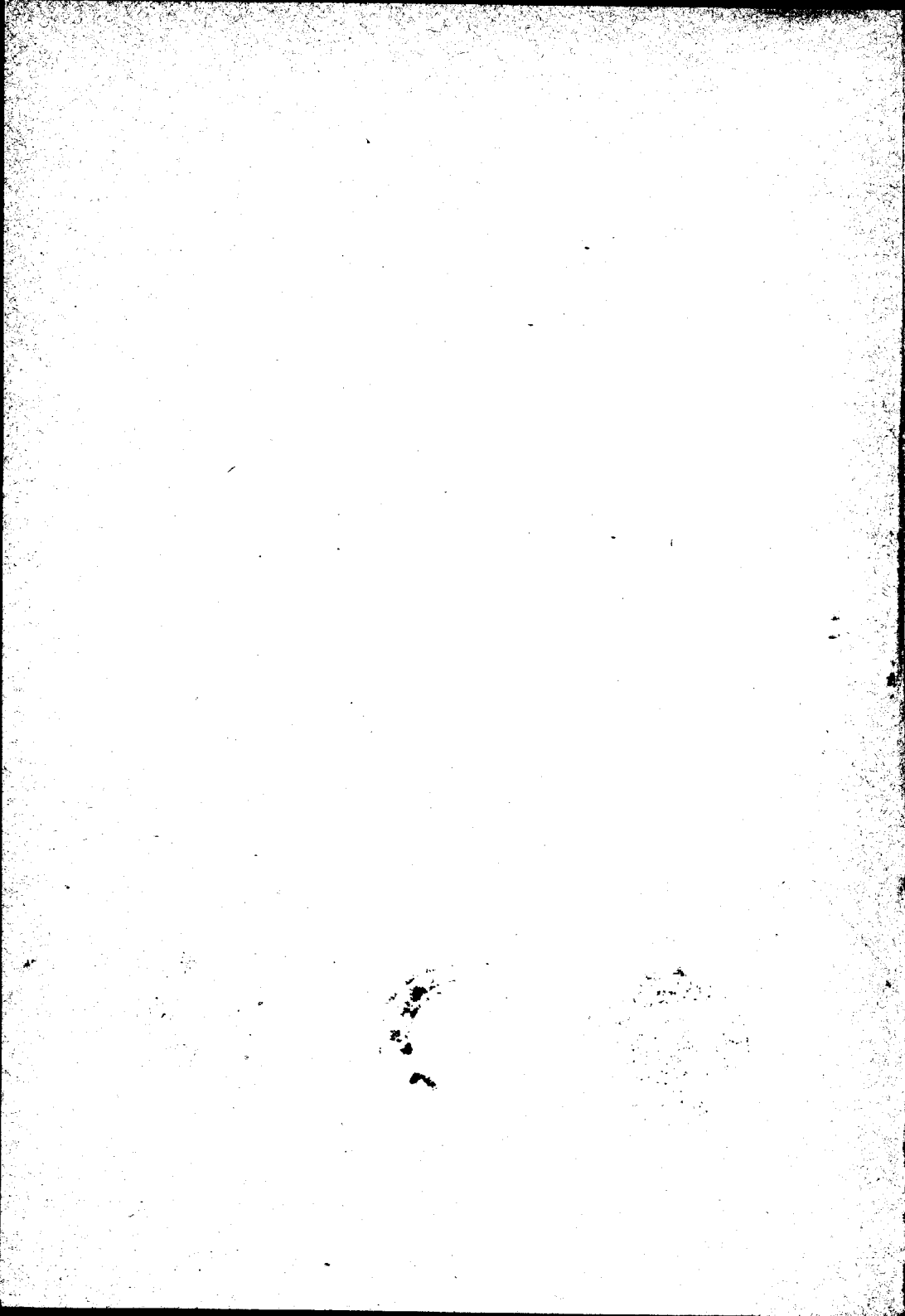
aus Lorch.



Tübingen,

Druck von Ludwig Friedrich Fues

1883.



Ein Beitrag
zur
Ruptur und Axendrehung des Stieles
bei
Eierstockgeschwülsten.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Gynäkologie und Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik

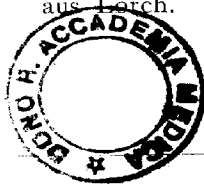
der medicinischen Facultät zu Tübingen

vorgelegt

von dem approbirten Arzt

Gottlob Pfäfflin

aus Lorch.



Tübingen,

Druck von Ludwig Friedrich Fues

1883.

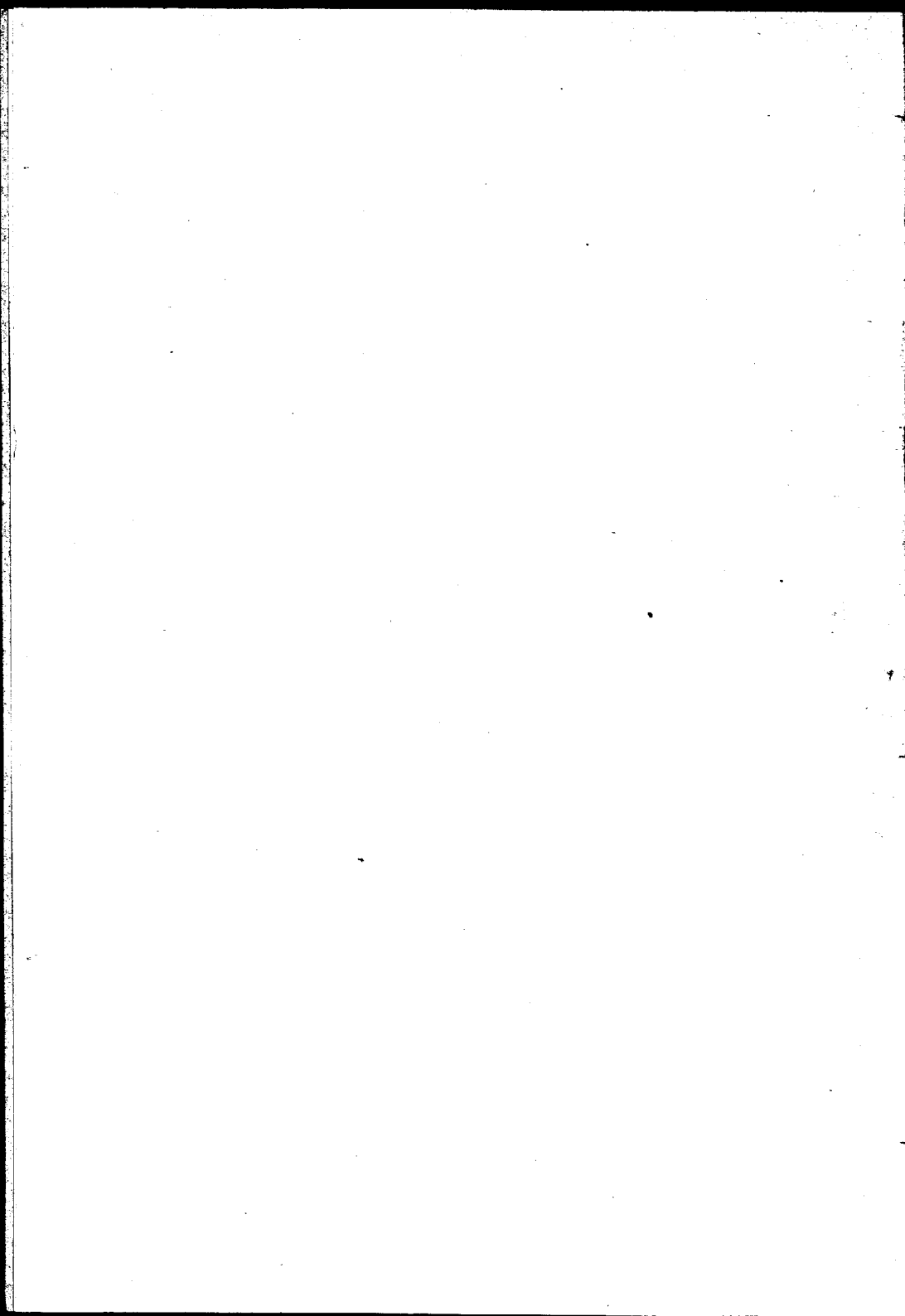
Seinem Vater

Med. Dr. P f a e f f l i n

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.



Mit Genehmigung des Vorstandes der gynäkologischen Klinik, Herrn Professor S ä x i n g e r, lege ich meiner Dissertation einige interessante Fälle von Ovarialtumoren zu Grunde, welche ich in derselben zu beobachten Gelegenheit hatte.

Erster Fall.

Dorothea Euchner, 21 Jahre alt, aus Pfullingen O./A. Reutlingen. Das Mädchen war bis $1\frac{3}{4}$ Jahre vor ihrem Erscheinen in der Klinik vollkommen gesund. Mit 15 Jahren trat die Periode ein und war seither stets regelmässig. Ende December 1878 kam Patientin zum erstenmale in die Klinik als ambulante Kranke mit der Angabe, dass sie seit $1\frac{3}{4}$ Jahren ein langsames aber stetiges Wachsen ihres Leibes bemerke, welcher allmählig so gross wurde, dass sie ihren Geschäften als Dienstmädchen nicht mehr vorstehen konnte. Das Wachsthum sei von Anfang an, wo sie die Geschwulst zuerst in der rechten Unterbauchgegend wahrnahm, ein völlig schmerzloses gewesen, ebenso habe die Geschwulst ihr Allgemeinbefinden nicht im Geringsten gestört, nur sei das Arbeiten und vor Allem das Bücken jetzt sehr schwer, wesshalb sie sich um Rath an die hiesige Klinik wende. Bei der Untersuchung fand man ein mittelgrosses, kräftig gebautes und gut genährtes Mädchen mit gesunder Gesichtsfarbe. Der Bauch war gleichmässig fassförmig hervorgewölbt, die grösste Prominenz fand sich in der Nabelgegend, die Flanken zu beiden Seiten des Bauches waren eingesunken. Die Bauchhaut war allenthalben stark gespannt und zeigte namentlich zu beiden Seiten in der Unterbauchgegend zahlreiche kleine Trennungen im Rete Malpighi. Die Oberfläche des Bauches präsentirte sich als resistent und zeigte an allen Stellen dasselbe feste Anfühlen, nirgends liessen sich weichere

oder umschriebene härtere Parthien nachweisen. An allen Stellen war eine deutliche Fluktuation wahrnehmbar, die Gedärme lagen nach rückwärts zu beiden Seiten in der Lendengegend und liessen sich daselbst durch die Perkussion sehr leicht nachweisen. Bei der inneren Untersuchung fand man die Vagina weit, der Uterus lag mehr links im Scheidengewölbe, war normal beweglich und zeigte, mit der Sonde gemessen, normale Länge. Rechts im Scheidengewölbe liess sich durch Druck auf den Bauch von Aussen sehr deutlich ein Segment der Geschwulst hereindrücken, so dass die durch die äussere Untersuchung schon gestellte Diagnose auf eine Ovariencyste durch den inneren Befund völlig bestätigt wurde. Herz, Lungen und Nieren waren gesund, ebenso war kein Oedem der unteren Extremitäten vorhanden. Die Peripherie des Bauches betrug etwas unterhalb des Nabels 97 Ctm. Es wurde dem Mädchen die Ovariectomie vorgeschlagen, welcher Operation bei dem überaus guten Ernährungszustande, dem jugendlichen Alter und bei dem Umstande, dass die Geschwulst ohne jegliche Schmerzen, also ohne Peritonealreizung, allmählig wuchs und fast nur flüssigen Inhalt zu haben schien, eine günstige Prognose zu stellen war. Patientin gieng auf den Vorschlag ein und versprach nach dem Neujahre in die Klinik zu kommen. Am 5. April 1879 kam sie und gab an, dass am 19. März bei ihr ganz plötzlich sich eine überaus starke Urinsekretion eingestellt habe, so dass sie wiederholt während des Tages und der Nacht geradezu kolossale Quantitäten Harn entleeren musste, welche auch wie in gesunden Tagen dieselbe Farbe hatte. Diese starke Urinsekretion habe gegen zwei Tage ununterbrochen angedauert und sich dann allmählig aber bald verloren. Schon bei der ersten starken Urinentleerung bemerkte sie eine grosse Formveränderung und ein auffallendes Kleinerwerden des Bauches, welches sich rasch noch mehr steigerte, so dass das Mädchen, wie sie sich ausdrückte, den Leib von Stunde zu Stunde kleiner werden sah. Ein Trauma ging nicht voraus, ebenso war während der starken Urinentleerung und der Zeit des Kleinerwerdens des Bauches niemals eine Schmerzhaftigkeit des Bauches vorhanden.

Bei der Untersuchung fand man das Mädchen noch in demselben guten Ernährungszustande wie im Dezember, der Bauch war ganz auffallend kleiner und hatte etwas unterhalb des Nabels nur eine Peripherie von 77 Ctm., er war weich, liess sich überall schmerzlos und tief eindrücken. Aeusserlich und innerlich liess sich rechts vom Uterus ein höckeriger, über faustgrosser, fester, leicht beweglicher und völlig schmerzloser Tumor nachweisen, welcher gewiss nichts anderes war, als der Rest der ohne nachweisbaren Trauma geborstenen Cyste, deren Inhalt vom Bauchfell unter einer hochgradig gesteigerten Diurese rasch und vollständig resorbiert wurde, da nirgends Flüssigkeit im Leibe nachweisbar war. Das Mädchen befindet sich bis jetzt völlig gesund, der Bauch soll nicht weiter gewachsen sein.

Zweiter Fall.

Franziska Widmer, 44 Jahre alt, aus Alptribach, verheirathet, sie hat 5mal geboren, das letztemal vor $3\frac{1}{2}$ Jahren, die Geburten waren stets leicht und normal mit lebenden Kindern. Am 22. November 1880 war Patientin zum erstenmal als Ambulantin in der Klinik, sie gab an, schon vor ihrer Verheirathung seit vielen Jahren an Beschwerden bei der Menstruation zu leiden, welche Beschwerden als Schmerzen und entzündungsartige Vorgänge wiederholt ärztliche Hilfe nöthig machten. Seit 1868 ist Patientin verheirathet und klagt seit ihrer letzten Geburt vor $3\frac{1}{2}$ Jahren über Anomalien der Menstruation, diese sei sehr schwach, unregelmässig und schmerzhaft. Ausserdem leide sie an Beengungen auf der Brust und an Schwerathmigkeit. Im September 1880 erkrankte Patientin plötzlich in der Nacht an heftigen, kolikartigen Schmerzen im Bauch, welche sich seit dieser Zeit nie wieder vollständig verloren haben. In dieser Zeit will sie auch zum erstenmal einen faustgrossen, schmerzhaften, sehr beweglichen Tumor im Bauche und zwar in der rechten Unterbauchgegend bemerkt haben, welcher ziemlich rasch wuchs und bei Betastung stets schmerzhaft war. Bei der Untersuchung fand man einen kindskopfgrossen, harten, bis zum Nabel reichenden, die Mitte des

Unterleibs einnehmenden, bei Berührung schmerzhaften aber doch beweglichen Tumor, welcher durch äussere und innere Untersuchung sich leicht und sicher als ein Kystom erkennen liess. Der Uterus lag der Geschwulst beweglich an und zeigte normales Verhalten. Die Frau war gut genährt, sonst gesund, nur etwas anämisch. Es wurde ihr vorgeschlagen, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen zur Vor-
nahme der Ovariectomie, da Patientin durch den Tumor und besonders durch seine Schmerzhaftigkeit nicht mehr wie früher arbeiten konnte. Am 23. December kam Patientin in die Klinik mit der Angabe, dass sie vor wenigen Stunden sehr heftige Bauchschmerzen bekommen habe, welche so heftig seien, dass sie nicht stehen und nicht athmen könne. Bei der Aufnahme fand man den Leib etwas grösser, gespannter und allenthalben etwas schmerzhafter als früher, der Puls war ruhig, die Temperatur normal, der Appetit gut. Der Tumor schien ebenfalls bei der Untersuchung grösser als im November zu sein. Der Frau wird Bettruhe angerathen, ausserdem wurden Priessnit'sche Umschläge auf den Bauch gelegt, für regelmässige Defaecation gesorgt und eine reizlose kräftige Kost gereicht; Anfangs wurde theils wegen der Schmerzen, theils wegen Schlaflosigkeit etwas Mor-
fium gereicht. Schon nach wenigen Tagen verlor sich die Schmerzhaftigkeit allmählig und Patientin befand sich wieder wohl bei sehr gutem Appetit. Patientin hatte sich zur Operation entschlossen, welche noch kurze Zeit hinausgeschoben wurde, um die vorhandene nicht geringe Anämie zu beseitigen. Vom 23. December bis in der Nacht vom 17. auf den 18. Febr. war das Befinden der Frau im Allgemeinen gut, nur kamen ab und zu leichte Reizungen des Bauch-
fells mit stärkerer Schmerzhaftigkeit im Tumor, welche aber stets ohne Fieber einhergiengen und schon nach ein oder wenigen Tagen wieder verschwanden. In der zweiten Hälfte des Jänners und in der ersten des Februars traten kleine Blutungen aus der Vagina auf, als deren Ursache ein kleiner Schleimpolyp im Cervicalkanal aufgefunden und entfernt wurde. Bis zum 17. Februar wuchs der Tumor so rasch, dass er um diese Zeit mehr als handbreit über dem Nabel und

mit seinem Scheitel bis am rechten Rippenbogen stand, auch änderte er seine Consistenz, da er sich allenthalben sehr fest und hart anfühlte, doch war er immer noch beweglich und ganz gewöhnlich völlig schmerzlos bei der Betastung. Die Operation sollte am 20. Februar vorgenommen werden, da die Patientin sich bedeutend bei sehr gutem Appetit erholt hatte. In der Nacht vom 17. Februar auf den 18. verlangte Patientin von der Wärterin die Leibschüssel, um Harn zu lassen. Nachdem dies geschehen war und sie sich ins Bett wieder zurücklegen wollte, stösst sie plötzlich einen gellenden Schrei aus und klagt von dieser Minute an über wahnsinnige Schmerzen, so dass sie ununterbrochen stöhnt und schreit und selbst die leiseste Berührung des Leibs nicht dulden will. Zu diesen heftigen Schmerzen gesellte sich bald ein sehr heftiger Tenesmus, die Frau presst trotz der grossen Schmerzen ununterbrochen mit, als ob sie eben ein Kind gebären sollte. Eine starke Morfuminjektion bringt Nachlassen der Schmerzen und etwas Schlaf. Zeitlich früh am 18. Februar fand man die Frau schwer collabirt mit kalten Extremitäten, kleinem kaum fühlbarem sehr frequentem Puls, mit oberflächlicher, sehr beschleunigter Respiration, ununterbrochen jammernd und stöhnend. Der Bauch war selbst bei der leisesten Berührung enorm schmerzhaft, zeigte keine Änderung seiner Form, das Kystom lag an alter Stelle, hatte seine frühere Gestalt, nur fühlte sich der Tumor ganz auffallend hart an, freie Flüssigkeit konnte in der Bauchhöhle nicht nachgewiesen werden. Die Temperatur betrug in der Vagina gemessen 36,8°. Als Ursache dieser schweren und ganz plötzlich eingetretenen Erscheinungen konnte man eine plötzlich zu Stande gekommene Axendrehung des Stieles oder Ruptur einer Cyste oder beides in der Art annehmen, dass es in Folge einer completen Axendrehung zu einer mächtigen Blutstauung und zu Blutergüssen in die Cyste kam, welche unter dem verstärkten Druck platzte, wobei Blut und Cysteninhalt sich in die Bauchhöhle entleerte. Gegen das Bersten einer grösseren Cyste sprach, dass das Kystom nicht nur seine frühere Form hatte, sondern sogar sich praller, viel härter und zugleich grösser anfühlte,

auch war in der Bauchhöhle ergossene Flüssigkeit nicht nachweisbar, es hätte also nur eine kleinere Cyste an der hinteren Wand des Kystoms geborsten sein können, wobei so wenig Flüssigkeit sich entleerte, dass dieselbe sich nicht nachweisen liess. Für eine Axendrehung sprach das prallere Anfühlen, das Grössersein der Cyste und die ungewöhnlichen, stürmischen Erscheinungen, welche nach einer einfachen Körperbewegung so rasch sich einstellten. Die Cyste lag dagegen am selben Platz, wo sie stets sich vorfand, eine auffallende Beweglichkeit konnte an derselben niemals früher nachgewiesen werden.

An eine Operation war bei diesen schweren Collapserscheinungen, welche stündlich den Tod erwarten liessen, nicht zu denken, alle Reizmittel hatten keinen oder nur einen kurzandauernden Erfolg, der Puls war kaum fühlbar, die Respiration sehr stürmisch und ganz oberflächlich, kalter Sch weiss bedeckte die Stirn und die Extremitäten, das Bewusstsein war stark eingenommen, die Frau lag wie eine Sterbende im Bette. 36 Stunden nach Eintreten der ersten Erscheinungen des Collaps trat der Tod ein.

Die Section wurde von Herrn Professor Schüppel vorgenommen und ergab: Leiche gut genährt, fettreich, Unterleib stark aufgetrieben, prall gespannt, Haut bleich, leicht bräunlich gefärbt mit dunklen, lividen Todtenflecken, keine Oedeme, Muskulatur braunroth, starke Todtenstarre. Aus der Unterleibshöhle entleert sich eine bräunliche, blutig gefärbte, stark trübe, mit Bluteoagulis vermengte Flüssigkeit in mässiger Menge. Das grosse Netz ist nach rechts zur Seite geschoben. Magen und Darmkanal sind stark meteoristisch aufgetrieben, die Dünndärme, vom Netz nicht bedeckt, sind stark nach links gedrängt durch eine über mannskopfgrosse glatte Geschwulst, welche, aus dem grossen Becken aufsteigend, die rechte Bauchhälfte einnimmt und bis gegen den Rippenbogen rechts sich erstreckt. Der glattwandige Tumor ist mit Faserstoff und geronnenem Blut in dünner Lage bedeckt und an einzelnen Stellen mit der Bauchwand locker verklebt. Leber und Zwerchfell sind stark nach oben gedrängt. Bei

der Lösung der Verklebungen zeigt sich nach rechts aussen und unten vom Tumor eine kleine geschwürige Öffnung, aus der sich eitrig blutige Flüssigkeit in reichlicher Menge bei Druck auf den Tumor entleert. Das Zwerchfell steht rechts in der Höhe der dritten Rippe. Das Bauchfell ist getrübt und an vielen Stellen mit einem rauhen Überzug von graurothem, bluthaltigem Faserstoff bedeckt. Die Leber ist normal gross, schlaff, blutarm, ihr Gewebe blass braunroth, brüchig, sonst ohne besondere Abnormität. Die prallgefüllte Gallenblase enthält dunkle, zähe Galle. Die Milz ist normal gross, schlaff, blutarm, ihr Gewebe blass grauroth, etwas fester. Das stark vaskularisirte und ecchymotische Netz ist an dem rechten obern Umfang der Geschwulst lose angewachsen. Der Tumor ist leicht beweglich und es zeigt sich, dass derselbe an einem fingerlangen, etwa zwei Zoll breiten Stiel sitzt, um den herum sich der Tumor $1\frac{1}{2}$ Mal von links nach rechts gedreht hat, so dass man von rechts nach links aufwickeln muss. Der Stiel wird gebildet vom Ligament Ovarii und dem breiten Mutterbande, während die Tube fast 30 Ctm. lang ausgezogen an der Stelle dem Tumor anhaftet, wo auch das Netz mit demselben verwachsen erscheint, nämlich an der vorderen Seite. In dem linken Mutterbande liegen dicke Venen, einige von der Dicke der V. Saphena magna. Der Tumor stellt eine etwas flach gedrückte Kugel dar, von 19 Ctm. Breite und 10 Ctm. Dicke. Beim Durchschneiden erweist sich die Geschwulst als ein Kystom, welches durchschnittlich aus erbsen- bis kirschkerngrossen Cystenräumen zusammengesetzt ist, nur wenige davon sind hühnereigross und darüber. Der Inhalt ist stark schleimig, vielfach von eitrigem Aussehen, das Stroma ist durch und durch blutig infiltrirt und schwarzroth. Der Inhalt der meisten Cysten ist stark bluthaltig oder fast ganz blutig. Der Uterus ist hypertrophisch, seine Schleimhaut mit Blut bedeckt, sonst glatt und normal, im Cervix befindet sich ein zäher, glasiger Schleimpropf, das rechte Ovarium und die rechte Tuba sind normal. Leber, Milz, Nieren, Magen, Darmkanal und Harnblase zeigen nichts abweichendes. Die Brustorgane waren ebenfalls normal. Gehirn und seine

Häute zeigten mässigen Blutgehalt, das erstere hatte normale Consistenz, Corticalis und Marksubstanz boten, ebenso wie die Ventrikel, nichts Abnormes dar. Der Befund der Section ergab, dass man es hier mit einer complete Axendrehung des Stieles und ihren Consequenzen zu thun hatte, zu welchen auch die secundäre Ruptur der durch die Blutstauung stark geschwellten Cyste gehört. Das ganze Gewebe der Cyste war sehr blutreich, der Inhalt der einzelnen Cysten war bluthaltig oder stark mit Blut vermengt, der Tod erfolgte durch Chok; der fleischige Stiel war stark torquirt und das mit dem Tumor fest verwachsene Netz war in Folge der Torsion stark gezerrt, woraus sich im Verein mit der starken Peritonealreizung durch den Erguss der dick zähen, theilweise eitrigen Flüssigkeit der Cyste die überaus heftigen Schmerzen erklären liessen. Für operative Entfernung wäre der Tumor sehr günstig gewesen, da er, mit Ausnahme der Adhäsionen am Netz, keine weiteren besass und ferner einen langen Stiel hatte, welcher sich bequem ligaturiren und versenken liess.

Dritter Fall.

Marie Christian, 31 Jahre alt, von Bleichstetten, O./A. Urach. Die Frau wurde am 5. Jänner 1881 in die gynäkologische Klinik aufgenommen. Die überaus kräftige, blühend aussehende Bauernfrau gab an, stets gesund und regelmässig menstruiert gewesen zu sein. Sie hatte 3mal leicht und ohne Kunsthilfe geboren, das letztemal im Februar 1880. Die Schwangerschaftsbeschwerden in der letzten Schwangerschaft waren sehr stark wegen sehr grosser Ausdehnung des Leibes. Bald nach der Geburt bemerkte die Frau, dass ein kindskopfgrosser, in der linken Mutterseite beweglicher und schmerzloser Tumor zurückblieb, welchen die Hebamme ebenfalls constatirte. Ein Wundarzt behandelte die Frau lange mit inneren Mitteln, aber erfolglos; 10 Wochen nach der Geburt verliess die Frau erst das Bett, wobei sie bemerkte, dass die Geschwulst sich wesentlich verkleinert hatte, der abermals zu Rathe gezogene Wundarzt und ein approbirter Arzt konnten diese Angabe ebenfalls be-

stätigen. 18 bis 20 Wochen nach der letzten Geburt trat abermals Schwangerschaft ein, am Ende der ersten Hälfte kam Patientin in die Klinik. Bei der Aufnahme fand man die Angabe, dass die Frau im 5. Monat der Schwangerschaft und zwar am Ende desselben sei, bestätigt, da der median und in der rechten Beckenhälfte gelegene vergrösserte Uterus mit seinem Grunde zwei Querfinger bis unterhalb des Nabels reichte. Schon durch die Besichtigung des Bauches allein liess sich deutlich erkennen, dass neben dem Uterus noch ein zweiter Tumor vorhanden war, welcher die linke Bauchhälfte vom Becken bis zu den Rippenbogen einnahm und mehr als der Uterus hervorsprang. Zwischen beiden Tumoren gieng eine sichtbare Furche von oben herab. Der zweite Tumor präsentirte sich als Ovariencyste, welche zum grössten Theil mit Flüssigkeit gefüllt war, harte Massen konnten nirgends durchgetastet werden. Auch durch die innere Untersuchung konnte leicht nachgewiesen werden, dass der Tumor rechts der schwangere Uterus, links eine Ovariencyste war, von der sich bei äusserem Druck ein kleines Segment hoch in der linken Beckenhälfte herabdrücken liess. Die Schwangerschaft verlief bis jetzt ohne jegliche Beschwerden, so dass man der Frau den Rath gab, vor der Hand noch zuzuwarten, bei raschem Wachsthum der Cyste oder bei grossen Beschwerden während der übrigen Zeit der Schwangerschaft wurde die Ovariectomie während der Schwangerschaft in Aussicht genommen, zu welcher sich die Frau auch einverstanden erklärte. Auf Verlangen wurde die Frau am 1. Februar 1881 wieder entlassen. Am 26. Mai kam sie wieder in die Klinik mit der Angabe, daß sie in 14 Tagen bis 3 Wochen ihre Niederkunft erwarte. Der Bauch war sehr stark ausgedehnt und hatte eine Peripherie von 110 Ctm. Es liessen sich sehr deutlich rechts der hochschwangere Uterus, links die grosse Cyste nachweisen, welche gegen früher an der Stelle, wo sie aus dem Becken heraufstieg, grössere festere Knollen in ihrer Wand zeigte, so dass ein Kystom angenommen werden musste. Der Vaginaltheil stand sehr hoch nach rechts und etwas nach hinten gerichtet, ein vorliegender Kindstheil liess sich nicht nachweisen. Bei



der nächsten Untersuchung ereignete es sich, dass während der Untersuchung plötzlich der grosse linke Tumor in die rechte Bauchhälfte und der schwangere Uterus in die linke abwich, wobei das früher in Steisslage liegende Kind sich in der linken Bauchhälfte als erste Hinterhauptslage drehte. Am 16. Juni erfolgte rasch die Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes in erster Hinterhauptslage, das Kystom wich bei Eintritt des Kopfes mit seinem unteren Ende etwas nach rechts und oben aus, so dass das ganze kleine Becken für den Ein- und Durchtritt des Kindes frei war. Die Wehen waren sehr kräftig und trotz starker Aktion der Bauchpresse nicht besonders schmerzhaft, das Kystom lag während der ganzen Dauer der Geburt in der rechten Bauchhälfte. Die Ausstossung der Placenta erfolgte spontan, die Blutung war eine äusserst geringe. Das Wochenbett verlief ganz normal, das Kystom verdrängte den sich rasch involvirenden Uterus ganz in die linke Hälfte des Beckens und nahm jetzt eine mehr mediane Lage an, es liess sich jetzt durch die überaus schlaffen Bauchdecken sehr deutlich nachweisen, dass das Kystom im oberen Theile nur aus einer einzigen Cyste zu bestehen schien, während an der Basis im Becken eine Anzahl fester, harter Knollen in der Wand durchgefühlt werden konnte. Der Tumor zeigte eine grosse Beweglichkeit, war völlig schmerzlos und liess sich durch äusseren Druck sehr leicht mit einem knolligen Segment ins kleine Becken hereindrängen. Auf Verlangen wird die Frau völlig wohl mit ihrem kräftigen Kinde, das bei der Geburt 3340 Gramm, bei der Entlassung 3500 Gramm wog, am 25. Juni entlassen mit der Weisung, in einigen Wochen sich wieder einzustellen, um das Kystom zu entfernen, wozu die Chancen überaus günstige waren. Am 2. August wird Patientin wieder aufgenommen zur Vornahme der Ovariectomie. Die Frau sah blühend aus und gab an, dass sie sich zu Haus völlig wohl gefühlt habe und allen häuslichen Geschäften ohne jegliche Beschwerde habe vorstehen können, auch sei der Bauch gar nicht mehr gewachsen. Die Menstruation ist seit der Geburt nicht eingetreten. Bei der Untersuchung war man höchlich erstaunt von dem grossen die ganze

rechte Bauchhälfte bis zum Rippenbogen einnehmenden Kystom, das auch die Medianlinie nach links überschritt und bei der Entlassung die Grösse eines achtmonatlich schwangeren Uterus hatte, nichts mehr als einen etwa zweifautgrossen Tumor zu fühlen, welcher rechts vom Uterus, der sich sehr leicht von der Geschwulst abgränzen liess, im Becken und von Aussen leicht als solider knolliger, höckeriger, sehr beweglicher, aus dem kleinen Becken ganz verdrängbarer Tumor präsentirte, welcher bei der Betastung und Bewegung keine Spur von Schmerz erzeugte, der nicht ganz 7 Ctm. lange Uterus lag etwas extramedian nach links, liess sich vom Tumor deutlich abgränzen, bei tiefer bimanueller Untersuchung konnte aber sicher ein schon zwei Finger dicker Stiel zwischen Uterus und Tumor durchgeföhlt werden. Auf den Vorschlag, sich diesen Tumor entfernen zu lassen, ging die Frau bereitwillig ein, lehnte aber eine halbe Stunde vor der Operation diese ab mit dem Bemerken, ihr Mann wolle die Einwilligung hiezu nicht geben. Auf Befragen, wann sie eine rasche Verkleinerung des Tumors bemerkt habe, gab die Frau an, dass sie einen Tag vor ihrer Reise in die Klinik sehr stark mit dem Bauch an eine Fensterbrüstung angedrückt und dabei plötzlich einen rasch vorübergehenden Schmerz im Unterleib geföhlt habe, darauf habe sich binnen kurzer Zeit eine so reichliche Harnabsonderung eingestellt, dass sie 3 bis 4mal hinter einander grosse Mengen Urin entleeren musste und die reichliche Absonderung auch noch während der Fahrt andauerte. Es unterlag hier keinem Zweifel, dass die grosse Cyste barst und die Flüssigkeit sehr rasch vom Bauchfell resorbiert und ebenso rasch durch die Nieren ausgeschieden wurde, ohne dass es zu Erscheinungen von Reizung des Bauchfells kam. Die Flüssigkeit war jedenfalls eine seröse, welche, wie die Erfahrung lehrt, leicht, rasch und ohne besondere Störungen hervorzurufen, resorbiert wird.

Diesem interessanten Falle von leichter Geburt bei gleichzeitigem Vorhandensein eines grossen Kystoms und

nachträglicher Berstung desselben, kann ich noch einen 4. Fall von Geburt, complicirt mit einem Kystom, hinzufügen, welcher in der Praxis des hiesigen praktischen Arztes Dr. Gärtner beobachtet wurde und bei welchem Professor Säxinger die Geburt leitete.

Vierter Fall.

Frau X., 23 Jahre alt, Erstgebärende, hat eine ganz normale Schwangerschaft durchgemacht, am Ende derselben, am 9. December 1879, fing das Kreissen an. Dr. Gärtner wurde Abends 8 Uhr gerufen und fand folgenden Befund. Der Leib der schlanken und gut gewachsenen Dame war stark ausgedehnt, hatte eine Peripherie von 98 Ctm.; der Uterus lag schief von links und oben nach rechts und unten, der Kopf des kräftig entwickelten Kindes lag auf dem rechten Hüftbein. Das Becken war völlig normal. Bei der inneren Untersuchung, welche sehr schmerzhaft war, stiess der Finger sofort auf eine pralle, dunkel fluktuirende Geschwulst, welche $\frac{3}{4}$ Theile des Raumes vom kleineren Becken einnahm und vorzüglich in der linken Hälfte desselben lag. Nach vorn und rechts konnte man mit grosser Mühe zwischen Geschwulst und dem rechten horizontalen Schambeinast in die Höhe gelangen, wo man in der Höhe des Beckeneinganges, nach rechts gerichtet, die Vaginalportion fühlte, der Muttermund war nur für den Finger durchgängig, in demselben fühlte man die gespannte Fruchtblase; ein vorliegender Kindstheil war von Innen aus nicht zu erreichen. Die Geschwulst fluktuirte am unteren, dem Beckenausgang zugekehrten Theile, während die obere Hälfte mehr festere Theile enthielt. Vom Rektum liess sich die Geschwulst ebenfalls sehr leicht durchfühlen, sie sass scheinbar fest im Becken auf, Versuche, sie aus dem kleinen Becken in das grosse zurückzuschieben, blieben sowohl von der Vagina als vom Rectum aus ohne Erfolg. Oberhalb des kleinen Beckens ist von Aussen von der Geschwulst nichts zu fühlen, der Kindskopf war, wie schon früher hervorgehoben wurde, gegen das rechte Hüftbein abgewichen. Die Wehen waren anfangs

schwach und kurz dauernd. Kurze Zeit vor dem Blasensprung, der spontan erfolgte, wurden sie plötzlich sehr kräftig und langdauernd. Bei der unmittelbar nach dem Blasensprung vorgenommenen inneren Untersuchung fand man die Geschwulst nicht mehr vor, der Vaginaltheil war mehr in die Mitte des Beckens hereingetreten, der Muttermund war 5-Markstück gross, der Kopf stand schräg in zweiter Hinterhauptsstellung bereits im Beckeneingang. Äusserlich fiel sofort auch die veränderte Gestalt des Bauches auf, dessen Peripherie trotz Abganges des Fruchtwassers nur um 1 Ctm. geringer war, man sah in der linken unteren Beckenhälfte eine ovoide, etwa kindskopfgrosse, durch die Bauchdecken hervorspringende und sich deutlich besonders während der Wehen vom Uterus abgränzende Geschwulst liegen, welche bei Betastung schmerzhaft war. Es war offenbar durch die überaus kräftige Wehenthätigkeit die Geschwulst vom Kopf mit grosser Kraft aus dem kleinen Becken in das grosse und die Bauchhöhle hinaufgedrängt worden, so dass jetzt der Kopf sich leicht und günstig in das kleine Becken einstellen konnte. 6 Stunden später stand der Kopf nahezu gerade im Beckenausgang und wurde wegen Wehenschwäche von Professor Säxinger mit der Zange schwer entwickelt. Die Placenta gieng bei mässiger Blutung spontan ab. Im Wochenbett erkrankte die Dame an Erscheinung einer septischen Infection, welche mit hohem Fieber, auffallend gesteigerter Frequenz des Pulses, zeitweise benommenem Sensorium und Collaps einherging. Unter spontan aufgetretener, sehr übelriechender Diarrhoe, wobei die Stühle meistens unwillkürlich abgiengen, nehmen die drohenden Erscheinungen aber bald ab, so dass schon 11 Tage nach der Geburt das Fieber verschwand und die Frau allmählig im Wochenbett sich soweit erholte, dass sie 6 Wochen nach der Geburt das Bett verlassen konnte. Das Kind gedieh sehr gut bei Ammenmilch, es war normal und kräftig entwickelt. Die kindskopfgrosse Ovarialgeschwulst blieb in der linken Hälfte des grossen Beckens und des unteren Theiles der Bauchhöhle liegen und verursachte bei Tragen einer fest anliegenden Bauchbinde keinerlei Beschwerden weiter.

Später bekam die Frau eine Bauchfellentzündung, die Geschwulst wurde hiedurch in der linken Bauchhälfte fixirt und etwas kleiner und zeigt bis jetzt keinerlei Veränderung mehr, auch verursacht sie keine Beschwerden.

Diese Fälle bieten nach verschiedenen Richtungen hin viel Interessantes, einmal ist der ganz glatte Verlauf nach Ruptur der Cyste in zwei Fällen und rasche Resorption der ergossenen Flüssigkeit von Interesse. Gewiss gehen auf diese Weise eine Unzahl einfacher Cysten einer Heilung entgegen, besonders wenn die Ruptur sich einstellt, wo die Cysten noch nicht zu gross geworden sind. Die Erscheinungen von Seite des Bauchfelles nach Erguss der cystischen Flüssigkeit waren in beiden Fällen äusserst geringe, unter ganz auffallend gesteigerter Harnabsonderung war die resorbierte Flüssigkeitsmenge ausgeschieden. Nach erfolgter Ruptur bleibt die Rupturstelle entweder offen, die Secretion der Cysten hört allmählig auf, der Sack schrumpft und es tritt Radicalheilung ein, oder es erfolgt eine Verwachsung der Rupturstelle, worauf der Cystensack sich abermals füllen und wieder in die Bauchhöhle entleeren kann. Fälle von Radicalheilungen sind in der Literatur eine Anzahl niedergelegt, wo selbst nach vielen Jahren eine Wiederauffüllung des Cystensackes nicht mehr beobachtet wurde. Dass eine derartige Radicalheilung nur bei einfächrigen Cysten, nicht aber bei proliferirenden Kystomen erfolgen kann, ist sicher; aber auch bei jenen scheint nach der Erfahrung die Wiederauffüllung der Cyste das häufigere, die Radicalheilung das seltenere Ereigniss nach der Ruptur zu sein. Kommt es bei Kystomen zur Berstung der einzelnen Cyste, so stellen sich gewöhnlich Zeichen von Peritonealreizung und Entzündung ein, da der meist dicke, zähe, schleimige, colloide Inhalt der Cysten bei Kystomen nicht so indifferent für das Bauchfell

ist, wie die seröse Flüssigkeit der einfachen Cysten. Die grossen Erfahrungen bei der Ovariectomie lehren aber, dass in vielen Fällen ein Zurückbleiben von diesem Inhalt in der Bauchhöhle auch ganz ungefährlich ist, da der Verlauf solcher Fälle häufig ein ebenso glatter ist, als wenn gar kein Cysteninhalt in das Bauchfell gelangt, oder wenn nur seröse Flüssigkeit zurückbleibt. Der colloide Inhalt der Kystome ist besonders dann gefahrloser, wenn er frei von Blut, Eiter, Fettsäuren ist. Beimischung von Blut, Eiter, Jauche reizen intensiv das Bauchfell, ebenso wie der Inhalt der Dermoidcysten; die Wirkung ist dann besonders deletär, wenn grössere Mengen dieser reizenden Flüssigkeit sich in den Bauchfellsack ergossen haben. Sind solche reizende Flüssigkeiten in die Bauchhöhle gelangt, so kann der Tod so rasch zu Stande kommen, dass derselbe als durch den Chok hervorgerufen angesehen werden muss oder er erfolgt rasch nach Resorption der deletären Flüssigkeit oder aber geht die Frau später an der Entzündung zu Grunde, welche auf Erguss dieser differenten Massen leicht erfolgt. Die Ruptur der Cysten in den Bauchfellsack ist die häufigste, sehr häufig entleeren sich derartige Cysten auch in den Darm, meist erfolgt die Eröffnung in den Dickdarm und zwar häufiger in das Rectum als in das Colon. Erfolgte die Ruptur bei Vereiterung, Verjauchung der Cyste oder bei Cysten mit sehr reizendem Inhalt, so sind die Chancen für völlige Genesung der Frau viel günstiger als bei Perforation des Tumors in die Bauchhöhle die Heilung leichter zu Stande kommen kann. Manchmal tritt aber durch die Stelle der Ruptur aus dem Darm in den an ihn angelötheten Cystensack Darminhalt hinein, wodurch es zur Entzündung der Cyste abermals kommen kann. Die Fälle, wo Cysten sich in den Dünndarm oder gar in den Magen entleert hätten, gehören zu den grössten Seltenheiten. Cysten können ferner nach Aussen

gewöhnlich in der Unterbauchgegend oder durch den Nabelring sich entfernen, welcher Vorgang für die Patientin sehr günstig ist, da leichter Heilung erfolgt und der nach Aussen mündende Cystensack einer radikaleren Behandlung unterzogen werden kann. Ist die Tube mit der Cyste in inniger Verbindung, so kann nach Ruptur der ersteren der flüssige Inhalt sich durch den Eileiter und Uterus nach Aussen entleeren, derartige Fälle von Hydrops ovariorum profluens sind eine Anzahl in der Literatur niedergelegt, Fälle bei welchen dieser Abfluss häufig, oft nach bestimmter Zeit wieder und durch eine lange Reihe von Jahren erfolgte, bis endlich mit Aufhören der Menstruation in einzelnen Fällen völlige Genesung erfolgte. Cysten können sich auch durch die Vagina und selten durch die Harnblase entleeren. Die Ruptur erfolgt entweder spontan, durch den starken Druck seitens der Flüssigkeit bei allmähig verdünnter Wand oder sie entsteht durch ein Trauma. Krankhafte Vorgänge in den Wandungen steigern die Gefahr einer Ruptur erheblich. Erweichung, Verfettung, Gangraen der Wand in Folge von Thrombosirung der Gefässe in der Wandung, ferner Vereiterung, Verjauchung oder starke Blutung in die Cyste führen nachträglich zur Perforation. In seltenen Fällen kann der Durchbruch dadurch erfolgen, dass bei proliferirenden Kystomen durch Wucherung der Papillen die Cystenwand durchbrochen wird. Dass die Ruptur der Cyste auch während der Geburt erfolgen kann, ist ebenfalls bekannt, ja durch stärkeren Druck bei der Untersuchung kann ein dünner Cystensack zum Bersten gebracht werden. Professor Säxinger sah eine Ruptur eines grossen Kystoms in dem Momente erfolgen, wo die Frau auf den Operationstisch sich setzte zur Vornahme der Ovari-otomie. Der ganze Inhalt einer grossen Cyste eines Kystoms war in die Bauchhöhle entleert, der Inhalt war geléeartig und so zäh, dass es absolut unmöglich war, den den ein-

zernen Organen zähe anhaftenden Inhalt vollständig zu entfernen. Die Wand dieser grossen Cyste des Kystoms war so dünn, dass sie allenthalben durchscheinend war und selbst bei ganz mässigem Druck zum Bersten gebracht wurde, die Frau starb wenige Tage nach der Operation, ohne dass in der Leiche eine Entzündung des Bauchfells oder die Erscheinungen von Sepsis nachzuweisen gewesen wäre, wahrscheinlich an den Folgen der Resorption der differenten Flüssigkeit. Die Diagnose der Ruptur der Cyste in die Bauchhöhle kann aus dem plötzlichen Kleinerwerden des Tumors, dem gänzlichen Verschwinden desselben, aus dem Nachweis einer freien Flüssigkeit im Bauche, aus der rasch sich einstellenden starken Diurese oder in seltenen Fällen Diaphoresis und aus den Erscheinungen gestellt werden, welche sich unmittelbar an die Ruptur anschliessen und welche bei differentem Inhalt und reichlichem Erguss Erscheinungen des schweren Choks, der schweren Entzündung des Bauchfelles sind, kommt es nach Ruptur zu gefährlichen Erscheinungen, so ist gewiss die sofortige Ovariectomie mit sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle das rationellste, wie dies auch schon eine Anzahl von Fällen lehrt, wo die Operation lebensrettend wurde. Sind die Erscheinungen nicht so drohend, so kommt man mit einer rein symptomatischen Behandlung zum Ziele. Der mitgetheilte Fall von Axendrehung des Stieles bei einem Kystom mit secundärer Berstung einer Cyste in Folge gewaltiger Blutstauung und Blutung in das Gewebe des Kystoms und in die einzelnen Cysten desselben ist ebenfalls von Interesse, da hier der Axendrehung unmittelbar Erscheinung des schwersten Collaps sich anschlossen, welche jeden Augenblick das lethale Ende erwarten liessen, so dass die Vornahme der Ovariectomie dadurch unmöglich wurde. Die Axendrehung ist gewiss während des Aufsitzens und Niederlegens im Bett erfolgt, denn

unmittelbar darnach schrie Patientin plötzlich laut auf und war schon in wenigen Minuten schwer collabirt. Der lange und verhältnissmässig nicht dicke Stiel liess bei dem Umstand, dass das Kystom nur mit dem Netz verwachsen war, die Axendrehung leicht zu, welche wahrscheinlich schon früher, wenn auch unvollständig, bestand. Dass auch bei diesem Ereigniss nur die sofortige Ovariectomie lebensrettend sein kann, ist heutzutage allgemein anerkannt und durch eine Anzahl von Fällen bewiesen. Die Erscheinungen einer Axendrehung des Stieles können ganz ähnliche sein wie die nach einer Ruptur, so dass eine Verwechslung beider Zustände leicht möglich ist, besonders auch desshalb, da in Folge einer completen Axendrehung secundär häufig sich noch Ruptur der Cyste einstellt. Professor Säxinger hat noch einen Fall von Axendrehung des Stieles mit lethalem Ausgang beobachtet. Ein 24jähriges Mädchen wurde nahezu sterbend in die Klinik vom Lande herein gebracht; mit der Anamnese, dass vor drei Tagen bei Arbeiten auf dem Felde sich plötzlich nach wiederholtem Bücken des Körpers heftige Schmerzen im Unterleib einstellten, welche so intensiv waren, dass das Mädchen per Wagen nach Hause geschafft werden musste. Drei Tage wurde sie vom Arzt an allgemeiner Bauchfellentzündung behandelt und endlich in die Klinik gebracht. Bei der Aufnahme fand man die Kranke nahezu sterbend, auf das äusserste erschöpft und collabirt, mit aufgetriebenem, enorm schmerzhaftem Unterleib, in dessen rechter Hälfte ein grosser Tumor zu liegen schien; gleichzeitig war hohes Fieber und besonders ein so frequenter Puls vorhanden, dass derselbe kaum zu zählen war. 24 Stunden nach der Aufnahme starb sie. Bei der Section fand sich eitrige Bauchfellentzündung, in der rechten Hälfte des Bauches, diese ganz ausfüllend, lag ein braunschwarzer, an vielen Stellen matscher, brüchiger Tumor, welcher sich frei aus der Bauchhöhle

herausheben liess und an einem bis zur Dicke eines kleinen Fingers torquirten, gegen den Uterus zu fleischigen und breiteren Stiel hing. Der Stiel war mehrere Male um seine Axe fest zuge dreht; das manns kopfgrosse Kystom zeigte viele kleine bis hühnereigrosse, mit blutigem Inhalt gefüllte Cysten, das sonstige Gewebe war reichlich mit dunklem, dünnflüssigem Blut imbibirt. Es lag also ebenfalls eine mehrfache Axendrehung des Stieles vor, welche zu hochgradiger Blutstauung und wahrscheinlich durch secundäres Platzen einer kleinen Cyste zur Peritonitis führte. Das Gewebe des Tumors zeigte eine auffallend verschiedene Consistenz, an manchen Stellen war es so matsch, dass die Finger sofort die Wand einzelner Cysten durchbrachen, während an andern Stellen das Kystom sich noch prall und fest anfühlte. Der Befund der übrigen Organe bot nichts Abnormes dar.

Bezüglich der zwei Fälle von Geburt, complicirt mit Kystom des Ovarium kann gesagt werden, dass sie für die Frauen sehr günstig verliefen, besonders in dem Falle aus der Privatpraxis des Dr. Gärtner, wo ein grosses Kystom fest ins Becken hereingekeilt war, das zu den schwersten Störungen während der Geburt geführt hätte, wenn es dem Kopf nicht gelungen wäre, den Tumor aus dem Becken herauszudrängen. Bei der grossen Häufigkeit der Ovarialtumoren ist es auch nicht auffallend, dass Schwangerschaft keineswegs selten mit derartigen Geschwülsten complicirt ist. Ist nur ein Ovarium degenerirt, so hat das Zustandekommen der Conception nichts auffälliges, da ja die Eier von dem zweiten gesunden Ovarium geliefert werden können. Es sind aber in der Literatur eine Anzahl Fälle, beschrieben von Holst, Hofer, Hewlett, Lachapelle, Spiegelberg bekannt, wo bei Entartung beider Ovarien trotzdem Schwangerschaft erfolgte. In diesen Fällen muss man annehmen, dass zur Zeit der Schwängerung ein wenn auch kleiner Rest von

normalem Ovarialgewebe noch funktionirte, was auch in jenen Fällen angenommen werden muss, wo trotz hochgradiger Degeneration beider Ovarien die Menstruation ungestört fort-dauert, da trotz der Einwendungen in der neueren Zeit die Menstruation als abhängig von dem Vorgange der Ovulation angesehen werden muss. Professor Säxinger hat ebenfalls Gelegenheit gehabt, Schwangerschaft bei Degeneration beider Ovarien zu beobachten. Der Fall kam in der geburtshilf-lichen Klinik in Prag vor. Eine Zweitgebärende hat am Ende der Schwangerschaft rasch und leicht geboren, er-krankte an septischem Puerperalfieber und starb am 7. Tag nach der Geburt. Bei der Section fand man beide Ovarien zu über faustgrossen, mehrfächerigen Cysten degenerirt; nor-males Gewebe konnte an keinem Ovarium mehr nachgewiesen werden und doch musste zur Zeit der Conception solches vorhanden gewesen sein. Da die Ovarien zu nicht sehr grossen Tumoren entartet waren, der Inhalt der einzelnen Cysten ein rein seröser war, so kann wohl angenommen werden, dass zur Zeit der Conception in dem einen oder dem andern Eierstock noch geringe Degeneration bestand, so dass Eier ausgestossen werden konnten und dass dann in Folge der Schwangerschaft durch die gesteigerte Blutzufuhr zu den Genitalorganen erst das rasche Wachsthum beider Tumoren erfolgte. Die Folgen der Complication von Schwangerschaft und Ovarialtumoren sind sehr verschieden, gar nicht selten verläuft die Schwangerschaft und Geburt völlig normal trotz des Vorhandenseins eines grossen Tumors, in manchen Fällen ist der Einfluss der Ovarialgeschwülste auf die Schwanger-schaft ein sehr schlechter. Einmal werden die Beschwerden während der Schwangerschaft stärker, es kommt zu Dyspnoe, welche so hochgradig werden kann, dass die Einleitung der Frühgeburt nothwendig wird, Varicen und Oedeme werden hochgradiger. Gar nicht selten wird durch den Tumor die

Schwangerschaft frühzeitig unterbrochen, es kommt zum Abortus oder Frühgeburt, der Abortus endete in einer Anzahl von Fällen lethal, entweder durch Blutung, Collaps oder durch Ruptur des Tumors, durch Vereiterung desselben oder durch Peritonitis. Bei der Geburt richtet sich die Gefahr nach den Sitz, der Grösse, der Consistenz der Geschwulst und auch noch darnach, ob sie beweglich oder fixirt ist. Es können alle möglichen Störungen während der Geburt zu Stande kommen, doch verlaufen eine grosse Zahl von Geburten ganz ohne besondere Schwierigkeiten. Professor Säxinger hat bis jetzt 9 Geburten mit Ovarialtumoren complicirt behandelt, nur zwei Mütter gingen an den Folgen der Complication zu Grunde, in allen übrigen Fällen blieben die Mütter völlig gesund. Gerade jetzt befindet sich eine Frau als Wöchnerin in der Klinik, welche vor drei Wochen rasch und leicht niedergekommen ist, trotzdem im grossen Becken und zum Theil in der Bauchhöhle ein über kindskopfgrosser, harter Ovarialtumor vorlag, er trat nicht in das kleine Becken ein, so dass die Geburt des kräftigen, lebenden Kindes leicht erfolgen konnte. Die Frau ist eine Mehrgebärende und will den Tumor erst während der letzten Schwangerschaft beobachtet haben. Aber auch die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett üben andererseits auf den Tumor selbst einen ungünstigen Einfluss aus. Es kann durch Quetschung desselben Blutung in seine Gewebe und Hohlräume erfolgen, es kann zur Vereiterung und Verjauchung kommen, es tritt Ruptur desselben ein oder Stieltorsion. Sehr selten kommt es durch den Tumor zur Ruptur des Uterus, und ebenfalls selten tritt der Tumor nach Zerreissung der Weichtheile des Beckenbodens durch die Vagina oder den Mastdarm nach Aussen. Für die Behandlung können sehr verschiedene Indicationen vorkommen, es kann zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, zum künstlichen Abortus, zur

Punction der Cyste, zur Ovariectomie, zur Laparatomie nach Ruptur der Cyste mit differentem Inhalt kommen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben bereits genügend dargethan, dass die Ovariectomie während der Schwangerschaft günstig verläuft und dass die Schwangerschaft in vielen Fällen ihren ungestörten Fortgang nimmt. Es wird stets auf den einzelnen Fall und seine Gestaltung ankommen bei Entscheidung über die Art der Behandlung desselben, es lässt sich schwer im Allgemeinen sagen, wie man sich dieser Complication gegenüber verhalten soll, ob man expectativ verfahren oder eingreifen, ob man punctiren, exstirpiren, die künstliche Frühgeburt oder den künstlichen Abortus einleiten soll und in welcher Zeit diese Eingriffe vorgenommen werden müssen. Doch wird es gewiss im einzelnen Falle nicht schwierig sein, die richtige Behandlung nach Lage des Falles zu finden. Von geburthilflichen Operationen sind schon wiederholt die Zange, die Wendung, die Perforation, ja selbst der Kaiserschnitt bei derartigen Tumoren in Anwendung gezogen worden.

In Tübingen sind in den letzten Jahren eine Anzahl diesen Gegenstand behandelnder Dissertationen erschienen und zwar:

Herdegen: Zwei Geburten complicirt mit grossen Ovarialtumoren. 1876.

Mülberger: Über Geschwülste im Becken und ihren Einfluss auf den Verlauf der Geburt. 1872.

Palm: Über spontane Ruptur von Ovariencysten. 1868.

Jetter: Über den Einfluss der Eierstocksgeschwülste auf Conception, Schwangerschaft und Geburt. 1861.

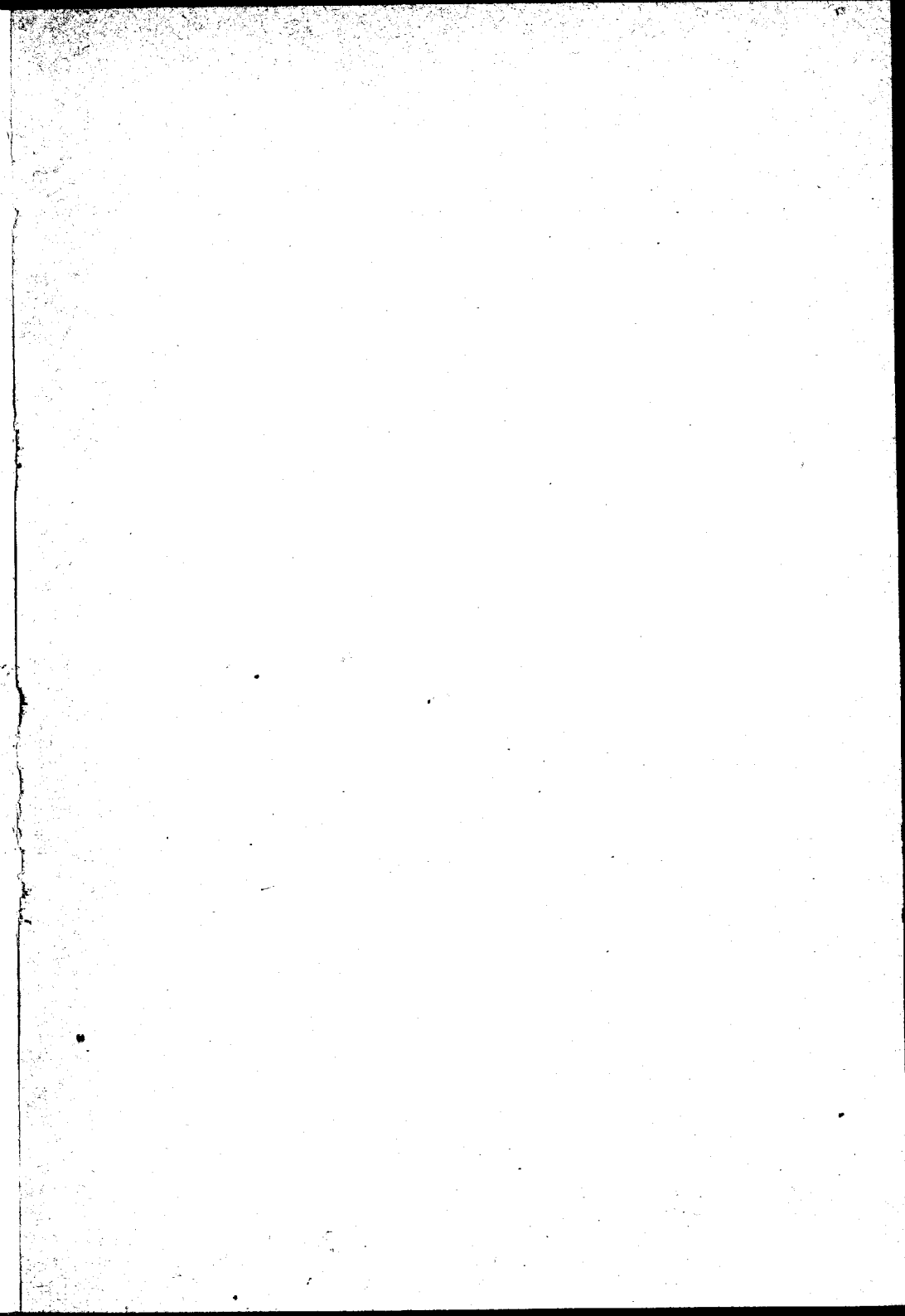
Kurrer: Über Eierstockscysten. 1859.

Steudel: Beschreibung einer Kystengeschwulst des Eierstocks. 1854.

Sucro: Ruptur der Vagina und Vorfall eines Hydroovarium. 1864.

Helber: Beitrag zur Behandlung der Ovariectomie. 1867.





9271