



Über Ovarial-Tumoren bei schwangerem Uterus

mit Berücksichtigung eines Falles von Sarkoma ovarii.

.. —

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Montag, den 16. März 1891,

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

öffentlich verteidigen wird

Paul Schwarz

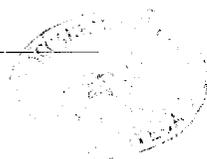
aus Ostpreussen.

Opponenten:

Herr Dr. med. Gustav Bundt.

„ „ „ Albert Rietzko w.

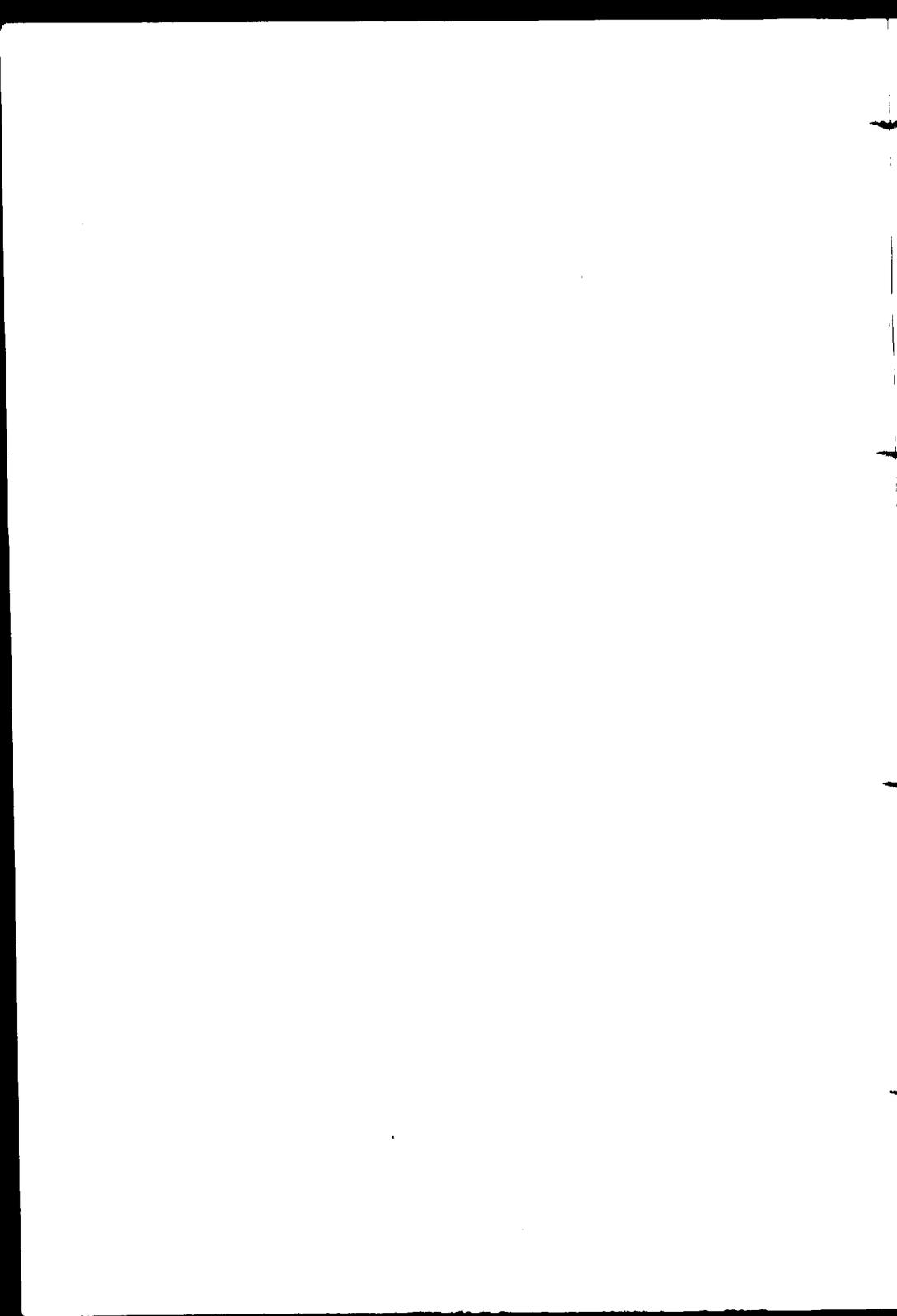
„ cand. „ Carl Engmann.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1891.



Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Unter den vielen Komplikationen, die während einer Schwangerschaft auftreten können, nehmen die Ovarientumoren wegen der vielfachen Beeinflussung auf den Verlauf der Gravidität und die Geburt nicht die geringste Stelle ein, zumal die Folgen dieser Komplikation in den weitaus meisten Fällen der schwerwiegendsten Art sind.

Zunächst sind nicht selten die Beschwerden der Schwangeren wesentlich vermehrt. Manche Schwangere, die vor der Gravidität nichts von der Existenz eines Tumors ahnte, merkt schon frühzeitig den grösseren Leibesumfang. Dyspnoe stellt sich früher ein und wird hochgradiger; ja, in einzelnen Fällen ist dieselbe in der That so enorm geworden, dass man, um dem durch Erstickung drohenden Tode vorzubeugen, die künstliche Frühgeburt einleitete. Ferner bereiten häufig Unannehmlichkeiten Varicen und Ödeme der Schenkel, seltener schon heftige Schmerzen. Eine eigentümliche Erscheinung bietet sich oft im Nervensystem dar; es sind dies Neurosen der verschiedensten Art und der verschieden-

sten Gebiete, von der Epilepsie und hysterischen Lähmungen bis zum hysterischen Singultus und Husten.

Abgesehen von diesen Beschwerden können nun Tumor und schwangerer Uterus in verschiedener Weise auf einander einwirken, teils in der Schwangerschaft, besonders aber in der Geburt.

In einer Reihe von Fällen wurde die Schwangerschaft unterbrochen, ohne dass der Abort immer einem unglücklichern Ausgang vorgebeugt hätte. Jetter führt in seiner Zusammenstellung an, dass bei 215 Schwangerschaften, welche sich auf 165 verschiedene Kranke verteilen, 21 Mal Abort eintrat und 15 Mal Frühgeburt. Sehr oft auch folgten auf einen oder mehrere Aborte später rechtzeitige Geburten, wie Fälle von Hall Davis, Durand u. A. beweisen. Der unglückliche Ausgang nach Abort beruht bald auf innerer Blutung und Kollaps, bald auf Ruptur des Tumors und Peritonitis, endlich auf Vereiterung desselben.

Wird die Schwangerschaft nicht unterbrochen, so handelt es sich für den Einfluss des Tumors auf den Geburtsverlauf wesentlich darum, ob die Geschwulst oben in der Bauchhöhle oder im kleinen Becken liegt, und im letzteren Falle kommt natürlich die Grösse und Resistenz vor allem in Betracht.

Während die kleinen Geschwülste nur mechanische Hindernisse durch Verlegung des Geburtskanals bilden, üben die grossen einen sehr beträchtlichen Einfluss aus auf die Wehentätigkeit, ferner auf die Verarbeitung der Wehen und die Richtung der treibenden Kraft durch abnorme Lagerung des Fruchthalters.

Wichtiger und vielseitiger ist der Einfluss des schwangeren Uterus und des Gebärmutter auf den Ovarialtumor. Zunächst ist es eine jetzt bereits unbestrittene Thatsache, dass Ovarientumoren unter dem Einflusse der Schwangerschaft und in Folge der sie begleitenden Vermehrung der Blutzufuhr zu den Genitalorganen nicht selten ein ungewöhnlich rasches Wachstum eingehen. Nur zu oft sind schon Tumoren von ganz erheblichem Umfang in der Schwangerschaft oder gleich nach der Geburt entdeckt worden, von denen die Kranke vorher keine Ahnung hatte, und bereits verschiedentlich ist das rasche Wachsthum direkt beobachtet worden, so z. B. von Routh in 2 Fällen (Obst. transakt. Lond. XI. p. 200.)

Weiter kann der schwangere Uterus vermöge seines Gewichtes den Tumor so stark quetschen, ev. durch Gegendrängen gegen eine Darmbeinschaufel oder sonstige Beckenteile so energisch drücken, dass Blutungen in sein Parenchym hinein entstehen.

Nicht selten tritt Vereiterung oder Verjauchung

ein, endlich in einzelnen Fällen Stieltorsion, wenn die Entleerung der Gebärmutter durch die Geburt erfolgt ist, oder auch schon vorher, indem der schwangere Uterus den Tumor verdrängt und dreht. Alle diese Zufälligkeiten und Ereignisse können die oben bereits geschilderten übeln Konsequenzen nach sich ziehen, welche früher oder später den letalen Ausgang zu bedingen pflegen.

Doch kann man mit vollem Recht behaupten, dass wohl früher die Prognose der Komplikation von Gravidität mit Ovarialtumoren für zu ungünstig erachtet wurde, als sie in der Mehrzahl der Fälle ist. Es muss dies darauf zurückgeführt werden, dass früher nur die besonders schwierigen und therapeutisch interessanten Fälle der Komplikation veröffentlicht wurden, während man über die minderwertigen zumal, wenn sie keinen geburtshülflichen Eingriff verlangten, mit Stillschweigen hinwegging. Zum Beweise dafür, dass die Prognose zur Zeit eine gegen früher unverhältnissmässig günstige ist, führe ich an, dass die Statistik Litzmanns, nach welcher von 56 Müttern 24 an der Geburt zu Grunde gingen, und die Jettens, nach welcher von 215 Müttern 140 genesen und 64 starben, während von 11 das Schicksal zweifelhaft blieb. doch in zu auffälligem Kontrast stehen gegen Roger und Braxton Hicks, von de-

nen der erstere in 5, der letztere in 6 selbsterlebten Fällen nie eine Mutter eingehen sah.

Die Diagnose eines Ovarientumors ist in der Schwangerschaft nicht selten erheblichen Schwierigkeiten unterworfen. Zunächst ist die bimanuelle Palpation desselben naturgemäss durch den schwangeren Uterus, zumal da die Bauchdecken oft enorm gespannt sind, nur unter ganz bedeutenden Anstrengungen zu ermöglichen, wobei es keinen wesentlichen Unterschied macht, ob der Tumor sich im kleinen Becken oder oberhalb desselben befindet. Im ersteren Falle ist eine sichere Beurteilung, ob und in welcher Weise der Tumor mit dem Uterus verbunden ist, ferner wie die Lagerung der beiden zu einander sich verhält, oft ganz unmöglich, oft nur sehr schwer zu eruieren wegen des Hochstandes der Gebärmutter. Ferner drückt der Uterus von oben her auf den Tumor, was eine grössere Anspannung des Scheidengewölbes zur Folge hat, sodass die Kritik über die Resistenz der Geschwulst ebenfalls nur eine unsichere sein kann. Doch kann man im Allgemeinen, ohne zu häufig sich eines Irrtums schuldig zu machen, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Ovarialtumor stellen, wenn die Geschwulst nur im kleinen Becken fühlbar, ausserdem retrovaginal und vor dem Rectum gelegen, dabei kugelig und fluk-

tuierend oder wenigstens prall elastisch ist. Für die Differentialdiagnose kämen nur noch in Betracht eine Haematocele — doch ist eine solche bei Gravidität noch nicht beobachtet worden — oder eine Retroflexio Uteri, und gegen letztere spräche Ausschlag gebend die vorgerückte Schwangerschaft.

Ist dagegen der Tumor im oberen Bauchraum gelegen, so kommen für seine Lage zur Gebärmutter 3 Möglichkeiten in Rechnung: entweder ist er vor dem Uterus gelegen oder seitlich von ihm, wobei dann gewöhnlich an eine Darmbeinschaukel sich anlehnt, oder er sitzt drittens dem Fundus uteri auf, eine Stellung, die am seltensten von den aufgeführten vorzukommen scheint. Je nach der Grösse des Tumors wird der Uterus mehr oder weniger seitlich dislociert.

Je geringer also die Spannung der Bauchdecken ist, die von zwei Faktoren, der vorgerückten Schwangerschaft und der individuellen Ausdehnung des Tumors abhängig ist, um so eher und leichter wird man die Grenze zwischen Uterus und Ovarientumor erkennen. Gegen Ende der Gravidität ist dies selbst bei kleineren Ovarientumoren oft unmöglich. Bisweilen jedoch gelingt es, wenn die Ovarialgeschwulst ein solider Tumor ist, sich zwischen ihm und Uterus eine deutliche Furche markiren zu sehen.

In Anbetracht der Schwierigkeiten nun, die sich der Diagnose eines ausserhalb des kleinen Beckens gelegenen Tumors, oft auch eines im kleinen Becken befindlichen entgegenstellen, darf es uns nicht Wunder nehmen, wenn solche Geschwülste vielfach teils einfach übersehen, teils erst im Wochenbett entdeckt worden sind. Andererseits giebt es Fälle, in denen man wohl eine Geschwulst wahrnahm, dieselbe aber für einen Teil der Uterus hielt, den man ungewöhnlich ausgedehnt glaubte, wie z. B. Nicholson (Amer. J. of med. Sc. 1871. Juli) es mit einem Hydramnios zu thun zu haben wähnte. Häufiger noch passierte es selbst den gewiegtsten Gynäkologen, dass sie in dem Tumor den Teil eines zweiten Kindes sahen. Bei sehr grossen Tumoren kann es sogar wohl klar sein, dass neben dem schwangeren Uterus ein anderer pathologischer Inhalt der Bauchhöhle existiert, ohne dass die enorme Spannung der Bauchdecken die sichere Diagnose auf Ovarientumor gestattet.

Was die Therapie bei der Komplikation von Ovarientumor und Schwangerschaft anbelangt, so können je nach den individuellen Erscheinungen verschiedene Indikationen ins Augenmerk genommen werden. So kann während der Gravidität die Indikation auftreten, eine Erstickungsgefahr abzuwenden

oder einen Ileus, eine durch Ruptur des Tumors oder Stieltorsion bedingte Peritonitis zu einem glücklichen Ende zu führen.

Zwecks eines Eingriffs kommen drei operative Wege in Betracht: die künstliche Frühgeburt oder Abort, die Punktion und die Ovariectomie.

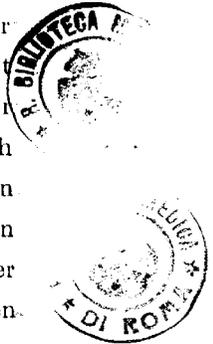
Die künstliche Frühgeburt wird nur in den seltenen Fällen eingeleitet, wo ein im kleinen Becken irreponibel gelegener Tumor voraussichtlich ein erhebliches Geburtshindernis abgeben muss. Denn eine Exstirpation ist in einem solchen Falle nicht möglich und eine Punktion entschieden kontraindiziert, da die Gefahr, den schwangeren Uterus mit dem Troikart zu verletzen, nur zu nahe liegt. In diese Rubrik sind die irreponibel im kleinen Becken befindlichen soliden Tumoren einzuschalten.

Die Punktion muss in solchen Fällen zur Anwendung kommen, wo bei einer Hochschwangeren heftige Dyspnoe Abhilfe verlangt, einmal um dem Erstickungstode, dann aber auch um einem Abort vorzubeugen, der bei grosser Spannung der Bauchdecken und hochgradiger Dyspnoe stets droht. Doch erfordert die Anwendung der Punktion als Bedingung, Nachweis deutlicher Fluktuation, oder es muss der vorhandene Tumor erwiesenermassen

schon lange bestehen, da man es dann aller Wahrscheinlichkeit nach mit einer Cyste zu thun hat.

Treten dagegen bedenkliche Erscheinungen auf, oder ist die Ausführung oben genannter Eingriffe kontraindicirt, oder selbst die Wahl der Operationsmethode an sich nur irgend zweifelhaft, so muss man exstirpieren und dies um so eher, je weniger die Gravidität vorgeschritten ist. Gilt dieser Grundsatz der Radikalentfernung der Geschwulst schon für die Ovarialeysten, so muss er um so energischer bei den soliden Eierstocksgeschwülsten angewendet werden. Hier würde sich jedwede Verzögerung der Operation auf das Schwerste rächen. Denn obgleich unter den soliden Tumoren die gutartigen von den bösartigen verhältnissmässig leicht zu unterscheiden sind, so giebt es doch Sarkome, die sich selbst bei der Operation nach ihrem wahren Charakter nicht erkennen lassen, sondern erst durch die mikroskopische Untersuchung als solche erkannt werden.

Die gewichtigste Indikation für die Ovariectomie aber geben die festen Tumoren durch den Ascites, den sie fast regelmässig bedingen, welcher auch nach einer Punktion immer wiederkehrt und somit ausser anderen gefährlichen Momenten einen bedeutenden Eiweissverlust für die Kranke herbeiführt. Schliesslich muss doch zur Beseitigung des sich stets wieder



einstellenden Ascites ein Radikalverfahren eingeleitet werden. Um so eher jedoch müssen solide Geschwülste entfernt werden, als sie zu ihrer Exstirpation bei gleicher Grösse mit Cysten einen ungleich grösseren Schnitt der Bauchdecken verlangen, wenn man nicht die mit sehr grossen Gefahren für die Patientin verbundene Zerkleinerung der Geschwulst innerhalb der Bauchhöhle vornehmen will.

Handelt es sich nun um solide Tumoren, so wird durch die Differentialdiagnose ein Carcinom verhältnissmässig leicht auszuschliessen sein. Einmal tritt das Carcinom fast stets doppelseitig auf, dann aber zeigt es auch eine so exquisit höckerige Beschaffenheit, dass ein Irrtum in der Diagnose nicht allzu oft vorkommen dürfte. Nebenbei bemerkt sei, dass bei vorhandenem Carcinom die Ovariectomie auf das Strikteste kontraindicirt ist, da in allen bisher bekannten Fällen die Patienten stets nach der Operation an akuter Peritonitis zu Grunde gegangen sind.

Die Diagnose eines Ovarialsarkoms wird meistens nur mit Wahrscheinlichkeit, fast nie mit Sicherheit gestellt werden können. Ist die Diagnose insofern zunächst gesichert, dass ein solider Ovarientumor vorliegt, hat derselbe eine glatte, ebene Oberfläche und Beschaffenheit, so kann ein Sarkom, da

Fibrome viel seltener auftreten, in dubio stets angenommen werden. Ascites und rasches Wachstum werden die Annahme stets wahrscheinlicher machen, zumal wenn die Kranke sich noch im jugendlichen Alter befindet.

Beifolgend sei es mir gestattet, einen Fall von Sarkoma ovarii dextri, compliciert mit Gravidität im sechsten Monat, zu veröffentlichen, welcher von Herrn Geheimem Medicinalrat Prof. Dr. Pernice in der hiesigen geburtshilflichen Klinik operiert worden und sodann durch die Güte des genannten Herrn mir behufs Publikation zur Verfügung gestellt ist.

Es handelt sich in diesem Fall um die 20 Jahre alte Frau Dr. G. aus Stettin. Die Anamnese ergibt, dass Patientin sich früher stets blühender Gesundheit zu erfreuen hatte, auch körperlich gut und kräftig entwickelt war. Die Menstruation stellte sich im 12. Lebensjahre ein, kehrte seither vierwöchentlich regelmässig wieder, währte vier Tage lang und war am ersten Tage mit starken Schmerzen verbunden. Im Alter von 9 Jahren hatte Pat. den Typhus abdominalis überstanden, der jedoch keinerlei erhebliche Folgen für sie hinterlassen hatte. Auch coehlorotisch ist Pat. nie gewesen. Als junges Mädchen hat sie keine Anomalie des Leibes beobachtet. Am 27. März 90 verheiratete sich Pat. und wurde 8 Tage später

zum letzten Male menstruiert. Anfangs Mai erkrankte Pat. an einem Darmkatarrh, an dem sie 14 Tage lang bettlägerig laborierte. Bei dieser Gelegenheit diagnostizierte der sie behandelnde Arzt nach eingehender Untersuchung einen Unterleibstumor, und auch Pat. bemerkte, als sie das Krankenlager verliess, eine Vergrösserung des Leibes, von der noch vor 2 Wochen nichts vorhanden gewesen war. In der Folge litt Pat. an häufig wiederkehrenden Neurosen, die in Gestalt krampfhafter Schmerzen im Unterleib auftraten und bisweilen auch beim Sitzen oder Liegen ganz plötzlich sich einstellten. Als hierzu noch im Laufe des Sommers das Gehen der Patientin mehr und mehr beschwerlich fiel, suchte sie auf Anraten des Arztes Hilfe in der hiesigen kgl. geburtshilfflichen Klinik, in die sie am 1. September 90 aufgenommen wurde.

Status praesens: Patientin ist von mittelgrosser Statur, kräftigem, wohlgeformten Knochenbau, mässig entwickeltem Panniculus adiposus. Gesicht und sichtbare Schleimhäute sind etwas blasser als normal, Oedeme bestehen nicht. Die Brüste sind gut entwickelt, gross. Montgomery'sche Papillen vorhanden, Colostrum ist ausdrückbar, die Areolae pigmentiert. Das Abdomen ist vergrössert und im unteren Teile gleichmässig durch den im 6. Monat schwangeren

Uterus ausgedehnt, dessen Kontouren ebenso wie Kindestheile deutlich durchzufühlen sind. Der Fundus steht 1 Finger breit über Nabelhöhe. Der Nabel ist verstrichen, die linea alba pigmentiert, doch sind Striae nicht vorhanden.

Oberhalb des Nabels findet man die rechte Seite des Abdomens vorgetrieben durch einen sich derb anfühlenden Tumor von Fibromconsistenz mit gleichmässiger Oberfläche. Fluktuation ist nur undeutlich nachweisbar. Der Tumor reicht nach links 1 Finger breit über die Mittellinie, nach rechts bis in die hintere Axillarlinie, nach unten bis in Nabelhöhe, nach oben bis unter den Rippenrand. Er ist von kugelig-ger Gestalt. Die Masse des Abdomens sind: Umfang in Nabelhöhe $81\frac{1}{2}$ cm, zwischen Nabel und Symphyse $87\frac{1}{2}$ cm; die Entfernung von der Symphyse bis zum Processus ensiformis beträgt 34 cm. Auf der rechten Seite ist der Nabel von der Spina ossis ilei 15 cm, auf der linken 17 cm entfernt. An der Stelle, wo Uterus und Tumor hart an einander liegen, ist eine Verbindung nicht zu fühlen. Dagegen zieht an der rechten Seite vom Tumor abwärts ein dünner, gespannter Strang, der als gespannter Stiel eines soliden Ovarialtumors angesehen werden muss. Der Tumor lässt sich nicht nach links verschieben, auch selbst bei tiefer Inspiration ist er nicht ver-

schiebbar. Der obere Leberrand befindet sich in normaler Höhe am oberen Rande der 7. Rippe.

Die kombinierte Untersuchung ergibt: Introitus eng, vagina etwas weich und aufgelockert. Die Portio ist erhalten und steht ziemlich hoch. Der Cervix ist ohne Narben und geschlossen. Im vorderen Scheidengewölbe ist der gravide Uterus fühlbar.

Die Diagnose wird auf einen soliden Ovarialtumor, aller Wahrscheinlichkeit nach ein Sarkom, gestellt.

Herr Geheimrat Pernice führte die hier unbedingt nötige Operation am 5. IX. 90 aus. Patientin wurde vorher gebadet, der Darm entleert und soweit als möglich gasfrei gemacht. Nachdem die Kranke tief chloroformiert worden ist, wird das Operationsterrain, die Haut des Abdomens, gründlich mit Seife gewaschen und mit Sublimat desinfiziert.

Es wird hierauf 4 Finger breit rechts von der linea alba ein Schnitt gemacht, der 3 Finger unterhalb des Rippenrandes beginnt und bis 3 Finger breit unterhalb des Nabels reicht. Die Bauchdecken werden durchtrennt, die spritzenden Gefässe mit Schieberpincetten gefasst und unterbunden. Die queren Bauchmuskeln werden quer durchgeschnitten, das Peritoneum darauf eröffnet. In der Wunde erscheint ein kugeliges Tumor, der direkt der unteren

Leberfläche anliegt, jedoch mit ihr nicht in Verbindung steht. Von der unteren Fläche des Tumors zieht ein fingerdicker Strang abwärts zum rechten ligamentum latum. Der Tumor wird zwar angestochen, doch entleert sich keine Flüssigkeit, es handelt sich also um einen soliden Ovarialtumor.

Hierauf wird der Tumor mit der Nelaton'schen Zange herausgewälzt, der erscheinende Stiel in zwei Hälften unterbunden und versenkt. Die Bauchhöhle wird einer gründlichen Toilette unterzogen, indem sie mit desinfizierten Schwämmen ausgetupft wird. Das Peritoneum wird darauf mit fortlaufendem Catgutfaden, die Bauchdecken durch tiefe und oberflächliche Seidenknopfnähte geschlossen. Hieran schliesst sich der Verband: Jodoform, Jodoformgaze, Sublimatwatte, Juteverband, Andrücken durch breite Gazebinden.

Der Tumor, welcher eine Länge von 15 cm., eine Breite von 13 cm. und eine Dicke von 6—7 cm. hat, weist beim Durchschneiden das Aussehen eines Fibroms auf. Doch ergibt die mikroskopische Untersuchung des frischen Präparates, dass der Tumor nur sehr wenig Bindegewebe enthält, dass hingegen massenhafte kleine und grössere, rundliche, polygonale und kubische Zellen sich in ihm finden, welche zum grossen Teil kleinste Fetttröpfchen enthalten. Die

Untersuchung des in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten, auf dem Gefriermikrotom geschnittenen und mit Haematoxin gefärbten Objectes ergibt, dass die Intercellularsubstanz teilweise gerade noch nachweisbar ist, wenn sie auch gegenüber den Zellen ganz ungemein zurücktritt, dass sie teils homogener, teils körniger Natur ist. Die Vaskularisation ist reichlich, bisweilen finden sich kleine Hämorrhagien. An manchen Stellen sind die Zellen ohne Interzellularsubstanz in grossen Haufen gelagert in einem zartmaschigen, alveolären Stroma, welches aus einem feinfaserigen, gefässführenden Bindegewebe besteht. Dazwischen finden sich dickere Arterien und Venen, von derberem Bindegewebe umgeben. Es handelt sich demnach um eine Geschwulst, die in ihrer Structur teils dem Bau der Rundzellensarkome entspricht, teils dem eines zellenreichen Carcinoms polymorpher Zellen, welche der Hauptsache nach dem Typus der Uebergangsepithelien entsprechen.

Die fernere Beobachtung der Kranken nach der Operation ergibt folgende Status:

6. IX. Das Befinden ist gut, Schmerzen sind nur in geringem Grade vorhanden. Urin wird mittelst Katheters entleert. Temp.: morgens $37,9^{\circ}$, abends $38,2^{\circ}$.

7. IX. Zwar haben sich Schmerzen in der rechten Seite eingestellt, die bisweilen einen Wehenartigen

Character annahmen, doch ist das subjective Befinden sonst gut. Temp.: morgens $37,6^{\circ}$, abends $37,9^{\circ}$.

8. IX. Patient hat nach mehrfachem Aufstossen erbrochen. Puls ist schneller. Temp.: morgens $37,4^{\circ}$, abends $37,6^{\circ}$.

10. IX. Das Befinden ist schlecht. Es besteht Singultus, Uebelkeit, Drang zum Brechen, heftige Schmerzen in der rechten Seite. Puls ist klein, hart, bisweilen aussetzend, schnell bis 120 pro Min. Temp.: morgens $37,1^{\circ}$, abends $37,3^{\circ}$, also normal.

13. IX. Eine wesentliche Besserung ist eingetreten, obige Beschwerden sind geschwunden, das Befinden gut. Temperatur: normal, morgens $36,9^{\circ}$, abends $37,1^{\circ}$.

16. IX. Seit 2 Tagen steigt die Temperatur langsam aber stetig, doch ist das subjective Befinden dabei gut, nur geringe Schmerzen bestehen in der rechten Seite. Es erfolgt Verbandwechsel, die Nähte werden herausgenommen, Heilung ist erfolgt per primam intentionem. Temperatur: morgens $38,4^{\circ}$, abends $39,5^{\circ}$.

20. IX. Die Temperatur bleibt beständig auf anormaler Höhe, ja ist bereits auf 40° gestiegen. Auch die Schmerzen in der Seite sind stärker geworden. Infolgedessen werden Eisumschläge angewendet.

23. IX. Die Temperatur ist seit gestern zur

Norm zurückgekehrt, das Befinden gut. Reger Appetit macht sich geltend. In der rechten Seite sind keine Schmerzen mehr vorhanden.

25. IX. Patient darf zum ersten Male aufstehen, da die Genesung beständig vorschreitet.

1. X. Patient wird geheilt entlassen.

Wie der Ehemann mitgeteilt, ist die Geburt eines lebenden Mädchens, am rechtzeitigon Ende der Schwangerschaft eingetreten, ohne Kunsthilfe verlaufen. Das Wochenbett ist durchaus normal gewesen. Die Frau ist nach 6 Wochen ausgegangen; die Narbe ist nicht gedehnt, das Befinden normal.

Epierise.

Die in diesem Fall vorgenommene Radikaloperation war das richtigste, ja sogar das Einzige, was zur Rettung von Mutter und Kind unternommen werden konnte.

Im Interesse der Mutter musste der schnell wachsende und dadurch verdächtige Tumor entfernt werden, weil einmal die Beschwerden so kolossale wurden, dass selbst der Gehakt nur mühsam ausgeführt werden konnte, vor allem aber, weil die Geschwulst eine maligne war. Hier hätte jedes Zaudern ein Risiko für das Leben der Patientin bedeutet. Denn gerade die Tendenz der bösartigen Geschwülste -- und zu

diesen zählt ja das Sarkom und mithin die hier vorliegende Uebergangsform desselben zum Carcinom in erster Linie — nicht nur die Nachbargewebe direct zu infiltrieren, sondern auch metastatische Knoten dort zu bilden, vor allen aber die Gefahr, infolge Verschleppung durch die Blutbahn eine allgemeine Verbreitung und Infection im ganzen Körper zu veranlassen, ist es ja, die sie zu so gewichtigen und gefürchteten Feinden der Menschheit macht. Und gerade die lebenswichtigsten Organe des menschlichen Körpers sind es ja, in denen die secundären disseminierten Sarkome zum Ausbruch gelangen, so die Lungen, Nieren, Gehirn, Darm, Leber und Knochenmark. Auch das Peritoneum ist ein äusserst gefahrvoller Prädilektionsort für Metastasen.

Durch den ungemein perniciösen Einfluss solcher Tumoren ist aber auch der Grundsatz gezeitigt worden, jede bösartige Geschwulst so früh als möglich zu extirpieren. Denn besteht eine so maligne Geschwulst, wie die in diesem Falle vorliegende Uebergangsform eines ungemein zellenreichen Sarkoms zum Medullarcarcinom, selbst nur verhältnissmässig kurze Zeit, so dass sie Gelegenheit hat, Metastasen zu bilden, so führt sie unaufhaltbar zum baldigen Tode, der meistens durch Marasmus in Complication mit Ascites, dann aber auch durch Em-

bolie derart. pulmonalis, durch Pleuritis, Peritonitis erfolgt.

Je früher dagegen die Geschwulst entfernt wird, je weniger die Gefäßbildung im Becken durch die selbe beeinträchtigt ist und die Kräfte der Patientin konsumiert sind, je geringer also die Rückwirkung auf die Ernährung der Trägerin, die Störungen der Circulation mit Respiration sind, um so günstiger gestaltet sich die Prognose.

Aber auch für das zu erhaltende Leben des Fœtus war die Ovariectomie hier das einzig Richtige. Denn bei der vorhandenen starken Spannung der Bauchdecken und dem andauernden Wachsthum der Geshwulst wäre eine Frühgeburt früher oder später sicher eingetreten, nie wäre es bei diesen bedenklichen Erscheinungen zu einer normalen Geburt gekommen. Und gesetzt, es hätte sich wirklich der wunderbare Zufall ereignen können, dass die Gravidität nicht durch eine Frühgeburt unterbrochen wird, so ist doch die Prognose für die Erhaltung des kindlichen Lebens während des Geburtsaktes selbst eine zu ungünstige wie bereits oben ausgeführt ist.

Dass aber nicht, wie früher so sehr gefürchtet zeitweise sogar allgemein angenommen wurde, eine Ovariectomie bei bestehender Schwangerschaft zum Abort führen muss, das beweisen Fälle von L. Atlee,

Sp. Wells, Pollock, Schroeder, Olshausen. Und auch der hier veröffentlichte Fall, bei dem die Operation im 6. Monat der Gravidität vorgenommen wurde, also bereits im vorgerückteren Schwangerschaftsstadium, spricht in beredter Weise gegen die frühere Annahme.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Pernice, für die Ueberweisung des Themas zu dieser Arbeit und für die gütige Unterstützung, die er mir bei der Anfertigung derselben hat zu Teil werden lassen, meinen besten Dank auszusprechen. Ebenso danke ich Herrn Dr. Kruse für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der mikroskopischen Präparate.

Lebenslauf.

Paul Theodor Schwarz, evang. Konfession, Sohn des kgl. Eisenbahn-Sekretärs C. W. Schwarz und dessen Ehefrau Auguste geb. Gallinat, wurde zu Tilsit am 22. Februar 1867 geboren. Er besuchte die kgl. Gymnasien zu Tilsit, Graudenz und Bromberg, wovon letzteres er Michaelis 1885 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Darauf bezog er, um Medizin zu studieren, die Universität Greifswald, bestand dort S.-S. 1888 das tentamen physicum, vertauschte sodann anfangs S.-S. 1889 die Universität Greifswald mit der zu Leipzig, von wo er jedoch schon im W.-S. 1889/90 nach Greifswald zurückkehrte. Am 12. XI bestand er das Examen rigorosum.

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

In Greifswald:

Ballowitz, J. Budge †, Gerstaecker, Landois, Limpricht, Müller, Oberbeck, Schmitz, Solger, Sommer.

In Leipzig:

Curschmann, Moldenhauer, Thiersch, Zweifel.

In Greifswald:

Arndt, Grawitz, Helferich, Heidenhain, Hoffmann, Krabler, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, von Preuschen, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Komplikationen von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft ist das Radikalverfahren, d. h. die Exstirpation der Eierstocksgeschwulst, so früh als möglich einzuschlagen.

II.

Bei Prolapsus uteri ist die Brandt'sche Heilmethode sehr empfehlenswert.

III.

Sublimat ist als Desinficiens für Sputa ungeeignet.



21262

14458

