



Beitrag zur Kenntnis
der typischen Bauchdecken-Fibrome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigelegten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Freitag, den 29. Juli 1887

mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Ferdinand Frank

pract. Arzt aus Schlesien.

Opponenten:

Dr. med. Carl Schinke, pract. Arzt.

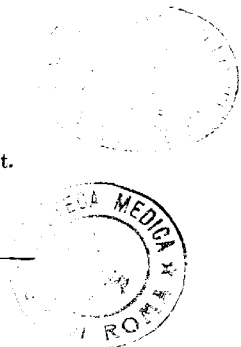
Dr. med. Ernst Faehndrich, pract. Arzt.

Dr. med. Emil Seyler, pract. Arzt.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1887.





Aus Dankbarkeit seinem lieben Freunde

Anton Felbier

und in Liebe und Dankbarkeit

seinen teuren Eltern.



Unter dem Namen „Fibrome der Bauchdecken“ finden sich in der Literatur einige Fälle verzeichnet, welche nach verschiedenen Richtungen hin von Interesse sind.

Da im allgemeinen die Anzahl solcher Fälle eine geringe ist und in unserer Klinik, soweit es mir bekannt, noch keine derartige Operation vorgenommen worden ist, so dürfte es nicht uninteressant erscheinen, 2 in letzter Zeit von Herrn Prof. Helferich exstirpierte Fibrome der Bauchdecken näher im folgenden mitzuteilen.

Frau Netzband, 21 Jahre alt, aus Stralsund, bemerkte im Frühjahr 1886 etwa 3 Finger von der Spina ant. sup. sinistr. entfernt nach der Mittellinie zu einen etwa wallnussgrossen, flachen Tumor von harter Consistenz. Bis September desselben Jahres nahm die Geschwulst nicht merklich zu. Als sie dann aber plötzlich zu wachsen begann, begab sich Patientin zur Untersuchung an die hiesige Poliklinik, wo ihr die Operation des Tumors empfohlen wurde. Patientin stand zunächst davon ab, und so wurde sie, ohne dass ein ärztlicher Eingriff geschah, entlassen und zwar mit der Weisung, sich im Januar nächsten Jahres wieder vorzustellen. Dieser Weisung folgend liess sich Patientin am 26. Januar 1887 hier aufnehmen.

Status praesens.

Patientin ist von zarter, schwächerlicher, doch sonst gesunder Körperkonstitution. In der linken Bauchgegend sieht man eine apfelgrosse, rundliche, unter normalen Verhältnissen nur wenig hervortretende Geschwulst. Dieselbe

liegt nach innen ungefähr in gleicher Höhe mit der Spina ant. sup. lateral vom Musc. rect. abd.; ihre Consistenz ist hart, die Oberfläche hökrig, Gestalt rundlich.

Die Untersuchung auf die Ursprungssätze des Tumors wurde zunächst bei schlaffen Bauchdecken vorgenommen; hierbei zeigte sich derselbe beweglich. Nun liess man die Patientin die Bauchdecken stark anspannen, wobei sich ergab, dass die Geschwulst sich deutlich aus dem Niveau derselben heraushob, aber auf der Fascie unverschieblich festsass.

Es wurde also die Diagnose auf ein Fibrom gestellt, das von der Fascia transversa ausgehend in der Bauchwand seinen Sitz hat.

Operation in Narkose am 29. I. 87.

In Narkose wird parallel dem Poupartschen Bande, quer über die Höhe der Geschwulst ein 7 cm. langer Schnitt geführt, der die Muskeln schichtenweise unter sorgfältiger Blutstillung durchtrennt, und zwar den Musc. obliq. extern. in einer dem Hauptschnitt entsprechenden Richtung, den Musc. obliq. int. dagegen in einer darauf ziemlich senkrechten Schnittebene. Diese Modification wurde angewandt, damit nach der Heilung kein locus minoris resistentiae entstände, der zur Entstehung von Bauchhernien Veranlassung geben könnte. Der Musc. obliq. extern ist von normaler Dicke; unter ihm sieht man den obliq. intern und den transv. abd. von der Geschwulst zum Teil zur Seite gedrängt, während die auf dem Tumor gelegene Schicht atrophisch erscheint. Die Geschwulst hatte mithin nicht, wie vermutet war, oberhalb der Muskeln ihren Sitz, sondern ging von der Fascia transversa aus. Es war somit nötig, die Fascia transversa mit zu durchtrennen, wobei stielartige Gefässverbindungen mit unterbunden werden mussten. Trotz grosser Vorsicht riss das Peritoneum in etwa Markstückgrösse ein, und sofort

prolabierte ein Stückchen Netz. Nach Reposition desselben wurden die Ränder des Peritoneums mit 4 Schiebern emporgehoben und das Loch mit Catgut (wurstzipfelförmig) zugebunden, weil eine Naht des sehr verdünnten Peritoneums nicht angängig war.

Der Tumor war an seiner Oberfläche vollständig vom Gesunden ausschälbar, dagegen wurde er an seinem untern Teile sorgfältig abpräpariert; er erwies sich als Fibrom, ausgehend von der Rectusscheide und der Fascia transversa. Der *Musc. rectus abdominus* hatte nicht die geringste Beziehung zu der Geschwulst. Nach sorgfältigster Blutstillung wurde die Fascia transversa und die Musculatur in einer von oben innen, nach aussen unten verlaufenden Catgut-Etagen-Naht, darüber die Haut von aussen oben, nach unten innen verlaufenden Seidennaht geschlossen, nachdem vorher noch eine Gegenöffnung von der Spina ant. sup. angelegt worden war.

Es wurde ein Listerverband angelegt.

Es handelte sich also um einen vor der Muskulatur befindlichen Tumor, dadurch entstanden, dass die Muskelbündel aus einander gedrängt worden sind.

30. I. Erbrechen, Uebelkeit, Schmerzen an der Wunde. Temperatur Morgens 37,4, Abends 36,7.

31. I. Lokalisierte Druckempfindlichkeit an der Wunde. Trockene Zunge, Atembeklemmung, geringe Uebelkeit. Erbrechen. Patientin erhält 8 Tropfen Opium. Flüssige Nahrung. Temperatur am Morgen 36,5, Abends 36,9

1. II. Allgemeinbefinden gut. Lokale Schmerzhaftigkeit noch vorhanden. Pat. erhält Opium.

7. II. Verbandwechsel. Die Wunde sieht gut aus. Wenig Secretion. Nur ein Drain belassen.

15. II. Verbandwechsel. Prima reunio. Herausnahme der Nähte.

22. II. Wunde geheilt. Aseptischer Verband. Der exstirpierte Tumor ist von eiförmiger Gestalt, 6 cm. lang, 4,8 cm. breit und 5 cm. dick.

Mitexstirpiert ist auf der Längsseite eine geringe Menge nicht zum Tumor gehörigen, derbfibrösen, aponeurotischen Gewebes, welches ungefähr 3 cm. im Durchmesser habend, der Ausgangsstelle des Tumors imponiert.

Die Oberfläche des Tumors ist glatt und unregelmässig rundlich; die einzelnen Lappen sind durch fibröse Stränge von einander getrennt. Diese Scheidewände setzen sich, wie man auf dem Durchschnitt erkennt, in das Innere des Tumors fort und bilden hier ein Maschenwerk, welches durch seine Fascikel in kleinere Kammern geteilt wird. Die Consistenz ist derb elastisch; auf dem Durchschnitt erscheint die Geschwulst grau-rosa, zum Teil völlig weiss.

Gefässe sind in sehr geringer Anzahl und nur in der Gegend des Ausgangspunktes in etwas grösserer Dicke zu bemerken.

Mikroskopisch erweist sich der Tumor als ein knolliges Fibrom, welches meist aus jungem Bindegewebe besteht, zwischen dem Fasern älteren, straffen Gewebes sich befinden.

Makroskopisch auf Sarkom verdächtige weiche Stellen erwiesen sich mikroskopisch nicht als solche, so dass der Tumor als ein Fibrom aufgefasst werden muss.

Bertha Krukenberg, 20 Jahre alt, aus Jatznik bei Pasewalk bemerkte im Juli vorigen Jahres etwa 2 Finger breit nach innen von der Spin. ant. sup. sin. eine wallnussgrosse Geschwulst an der Bauchwand, welche sich ohne Schmerz und ohne Störung des Allgemeinbefindens stetig vergrösserte.

Herr Dr. H. in Pasewalk, welcher die Patientin be-

handelte, riet zur Aufnahme in die Universitäts-Klinik, nachdem die Geschwulst etwa gänseeigross geworden war.

Status praesens.

Gracilgebautes jungliches Mädchen. In der Höhe der linken Spina ant. sup. bemerkt man in der Bauchdecke einen gänseeigrossen Tumor. Die Consistenz desselben ist hart, die Gestalt eirund, die Oberfläche uneben rundlich.

Der Tumor lässt sich bei schlaffer Bauchmuskulatur ohne Mühe mit dieser verschieben, bei gespannter Muskulatur sitzt er vollkommen fest. Die Haut ist über ihm vollkommen frei verschiebbar. Die Axe des Tumors verläuft schräg von innen und unten nach aussen und oben ungefähr parallel dem ligam. Poupert. und geht anscheinend von der Scheide des Musc. rect. abd. aus; wenigstens ist er von aussen her sehr leicht zu umgreifen, während er an der Innenseite augenscheinlich viel fester sitzt. Patientin hat, obwohl bereits 19 Jahre alt, noch nicht menstruiert.

Operation am 3. II. 1887.

Die Operation wird unter streng antiseptischen Kautelen vorgenommen, da event. eine Laparatomie ausgeführt werden muss. Parallel dem ligam. Poupert. wird über dem Tumor die Haut in 10 cm. Länge durchschnitten und nach sorgfältiger Blutstillung die Aponcurose des Musc. obliq. abd. ext. durchtrennt. Man sieht in der Wunde den bindegewebigen Tumor frei zu Tage liegen; er reicht mit einem Rande der Peripherie an die Scheide des Musc. rect. abd.

Zahlreiche grössere arterielle Gefässe von dem Durchmesser einer Stecknadel dringen vom Medianrande her in den Tumor ein. Sie werden unterbunden, während die Geschwulst vorsichtig aus den sie umgebenden bindegewebigen Scheiden stumpf herausgeschält wird.

Gegen das Peritoneum hin finden sich mehrfache feinere Verwachsungen durch die dazwischen liegende Muskulatur hindurch, die nur an einer dem Stiele nahe gelegenen Stelle etwas fester sind und hier der Ablösung Schwierigkeiten bieten.

Trotzdem gelingt es, ohne Oeffnung der Peritonealhöhle die fester anhaftenden Stellen abzupräparieren. Nach völliger Isolierung und Entfernung der Geschwulst werden die blutenden Gefässe unterbunden und die Wunde in der Tiefe durch Catgutnähte geschlossen.

Ein grösserer Drain wird gegen die Spina ant. sup. hin durchgeführt und die Hautwunde durch fortlaufende Naht exact geschlossen bis auf vier kleinere Drainstellen. Comprimirender Jodoformgazeverband.

Bei der Operation ergab sich die Anschauung, dass der Tumor, von der Rectusscheide aus entstanden, sich zwischen den Bauchmuskeln d. h. zwischen der Aponeurose des Musc. obliq. ext. einerseits und den Muskelfasern des Musc. obliq. int. und des Musc. transv. abd. andererseits entwickelt hatte. Mit dem M. rectus abdom. selbst hatte der Tumor keine Verbindung.

4. II. Morgentemperatur. 38,3 — Abends 38. Bronchitis beiderseits. Expect. Inhalation.

9. II. Verbandwechsel. An der linken Spina ant. sup. eine kleine gerötete Stelle. Die Drains entleeren auf Druck etwas gelb-bräunliches Secret. Die Wundränder verklebt. Derselbe Verband. Temperatur Morgens 36,6 — Abends 36,8.

15. II. Verbandwechsel. Herausnahme der Drains und Nähte.

22. II. Verbandwechsel. Ganz leichter Verband mit Heftpflaster. Prima reunio.

Die exstirpierte Geschwulst stellt einen ovalen, un-

gefähr hühnereigrossen, glatten Tumor dar, der auf seiner Oberfläche einige grobe, höckerige Erhebungen zeigt.

Er ist glatt exstirpiert, ohne umgebende Nachbargewebe, seine Consistenz ist sehr hart. An der einen Längsseite haftet ihm eine aus fibrösen Gewebe bestehende Fortsetzung an, welche den Stiel der Geschwulst gebildet hat. Auf dem Durchschnitt sieht man mehrere grössere Gefässlumina.

Die Schnittfläche erscheint im Ganzen weisslich und lässt streifige Faserung erkennen.

Mikroskopisch sieht man, dass das Gewebe der Geschwulst einheitlich ist und von bindegewebigen Strängen die sich mehrfach durchkreuzen, gebildet wird.

Die Diagnose ist also bestätigt worden..

Von den in der Litteratur mitgetheilten Fällen gleicher Art, in welchen es sich zweifellos um Fibrome in den Bauchdecken handelt, sind mir 35 Fälle theils im Original theils im Referat zugänglich gewesen.

Graetzer beschreibt einen Fall von doppelseitigem Fibrom der Bauchdecken.

1. Eine Frau, 33 Jahre alt, 2 normale Geburten, stets gesund, bemerkte vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren zu beiden Seiten des Bauches eine handteller-grosse Geschwulst, welche allmählig, aber stets ohne Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, wuchs. Rechts ist der Tumor kindskopfgross mit der Bauchhaut verwachsen, links etwas kleiner und die Haut über ihm verschiebbar. Es wird zunächst der Tumor rechterseits operirt. Ein verticaler Schnitt entlang der linea alba über dem Tumor. Alsdann wird die Haut mit Fingern und Scalpellstiel abgeschält, dann von der linea alba aufs Peritoneum gedrungen, von demselben losgeschält und Schritt für Schritt die Muskeln mit dem Messer durchtrennt. Peritoneum nicht verletzt. Die

Wunde durch tiefe und oberflächliche Knopfnäthe geschlossen. Drainrohr. Antiseptischer Verband. Heilung.

Der linksseitige Tumor wird ebenso operirt; derselbe war aber in seinem mittleren Umfange mit dem Peritoneum verwachsen. Letzteres wird mehrfach eingerissen. Sofortige Nahtlegung misslang wegen zu grosser Schwellung der Ränder des Peritoneums. 5 Draht- und eine Reihe oberflächlicher Nähte vereinigten die Wundränder. Drainrohr, Antiseptischer Verband. Nach 4 Wochen vollkommene Heilung.

Der mikroskopische Befund ergab rechterseits ein Fibromyom, linkerseits ein Fibroma myxomatoides.

Billroth operierte folgende 3 Fälle. Frau B. S., 24 Jahre alt, stets gesund, hat 3 mal geboren. Vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren entdeckte sie eine runde harte Geschwulst nahe der Spina ant. sup. der rechten Seite, die sich vom Knochen nicht abdrängen liess. Nach einem Jahre wurde die Geschwulst faustgross. Während einer bald darauf eintretenden Schwangerschaft wuchs dieselbe immer mehr, so dass sie die Grösse eines Manneskopfes übertraf. Patientin liess sich, nachdem sie normal aber schwer entbunden, operieren.

Zum Zwecke der Exstirpation wurden 2 auf einander senkrecht stehende Incisionen gemacht; der erste Schnitt reichte vom Nabel bis zur Symphysis, der zweite ging von der Mitte des ersten quer nach rechts über die grösste Höhe des Tumors, welcher von dem verfetteten, nach links verschobenen Rectus bedeckt, an der hinteren Scheide des Rectus entsprungen war und mit dem Bauchfell zusammenhing. Das am Tumor haftende Peritoneum wurde mit entfernt, die Wunde für sich genäht und schliesslich Haut- und Muskelnähte angelegt.

Die Heilung ging nicht ohne Zwischenfälle vor sich. Vom 11. Tage an stieg die Abendtemperatur bedeutend.

Eine massenhafte Eiterung aus der Scheide hatte einen raschen Fieberanfall zur Folge. Darauf machte auch die Heilung der Wunde gute Fortschritte, und nachdem noch einmal eine Eiterung aus der Scheide stattgefunden hatte, wurde Patientin in circa 6 Wochen geheilt entlassen.

Die Geschwulst erwies sich als ein reines Fibrom und hatte ein Gewicht von $9\frac{1}{2}$ Pfund.

Im andern Falle handelte es sich um eine kräftige, 26jährige Frau, die stets gesund gewesen war und 2 mal normal geboren hatte.

Dieselbe bemerkte vor 2 Jahren in der rechten Bauchwand eine hühnereigrosse schmerzlose Geschwulst, für deren Entstehung sie keinerlei Ursache anzugeben vermochte. Im letzten Halbjahre will die Kranke eine raschere Volumenzunahme bemerkt haben.

Gegenwärtig ist die Geschwulst kindskopfgross, von kugeligter Gestalt und unter dem Nabel etwas rechts von der linea alba sitzend. Hautdecken verschiebbar, ebenso die Geschwulst; nur war festzustellen, dass sie an der Scheide des Musc. rect. abd. fester adhaerierte als über seinen rechten Rand hinaus. Eine geringe Verschiebbarkeit war aber bei starker Contraction der graden Bauchmuskeln auch an der Rectusscheide vorhanden, nur gegen die linea alba schien die Geschwulst mit der Unterlage fest verwachsen zu sein. Demnächst wurde die Diagnose auf ein extraperitoneales Fibrom gestellt, aufstehend der Scheide des Musc. rect. abd.

Bei der Operation wurde ein Stück Peritoneum mit excidiert. Die Peritonealwunde wurde durch Nähte geschlossen, der übrige Teil der Wunde wurde nicht vereinigt, sondern mit Glycerin verbunden; der Bauch wurde mit einer Leibbinde umgürtet.

Nach 19 Tagen Heilung. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose auf ein Fibroma durum.



Suadicani teilt einen Fall mit, der einen 40 Jahre alten Mann betrifft, welcher bereits vor 8 Jahren einen kleinen Knoten rechts unterhalb des Nabels fühlte, und der allmählich an Grösse zunahm. Als der Patient sich vorstellte, war derselbe schon 4mal operiert; denn nach jedesmaliger Entfernung der Geschwulst, eines Fibromes, das von der Scheide des M. rect. abd. ausging, traten Recidive in der Narbe auf. Prof. Esmarch entfernte nochmals alles Krankhafte, doch sollen wiederum harte Stellen in der Umgebung der Narbe sich entwickelt haben.

Von demselben noch einen weiteren Fall. Es handelte sich um eine 28jährige Frau, stets gesund, und die 2mal geboren hatte. — Das letzte Mal vor 21 Wochen. Im Anfange der zweiten Gravidität entdeckte sie an der rechten Seite des Abdomen einen Tumor, der allmählich wuchs, von derber Consistenz und unter der Haut verschieblich war. Schnitt über den Tumor längs der linea alba. Es bestand eine Verwachsung mit dem Peritoneum; dasselbe wurde mit extirpiert.

Die Wundränder mit Silberdrahtnähten vereinigt; jedoch nicht das Peritoneum wegen der Grösse des Defects. Listerverband.

Nach 3 Monaten trat vollständige Heilung ein. Charakter des Tumors Myxofibrom.

Prof. v. Rzehaczek operierte einen Fall, betreffend eine Dienstmagd von 21 Jahren, die stets gesund gewesen war und vor 5 Jahren eine normale Geburt gehabt hatte. Ursache: Trauma.

Patientin fühlte in der Mitte der Bauchwand einen heftigen, brennenden Schmerz. Bald darauf entstand unter der Haut ein leicht verschiebbarer Knoten, der nach einiger Zeit unter Schmerzhaftigkeit und Druckempfindungen rasch anwuchs.

Die Untersuchung ergab eine vom Nabel und ebenso

von der Symphyse handbreit entfernten Tumor in der vorderen Bauchwand, der durch die linea alba in 2 beinahe gleiche Hälften geteilt wurde. Die Musculi recti waren auseinandergedrängt und begrenzten links und rechts den Tumor; derselbe war unter der Haut verschiebbar, hart und auf Druck schmerzlos.

Die Operation ergab, dass der Tumor von dem rechten Musc. rect. abd. seinen Ursprung nahm und namentlich in der Tiefe mit der Fascia transversa und dem Peritoneum innig verwachsen war, so dass eine Verletzung des letzteren nicht ausblieb. Der linke Musc. rect. abd. war an der entsprechenden Seite mit dem Tumor verwachsen; er wurde mit dem Messer gelöst. Im übrigen verlief die Operation wie die Heilung der Wunde gut.

Es bestand eine Diastase der recti, und Patientin musste eine Bauchbinde tragen.

Baker-Brown berichtet folgenden Fall:

Eine 36 Jahre verheiratete Frau, die 3 Mal geboren hatte, bemerkte vor 19 Monaten eine wallnussgrosse Geschwulst zwischen Nabel und Symphyse.

Bei Aufnahme der Patientin besass der Tumor die Grösse eines 7 monatlichen Fötuskopfes, adhaerierte an der Bauchwand und dem Musc. rect. abd. und war innig mit dem Peritoneum und einem Teile des Netzes verwachsen.

Die Geschwulst wog 20 Unzen, das Gewebe hatte fibrösen Charakter. Heilungsverlauf ein günstiger.

Cornils erwähnt 3 von Prof. Esmarch operierte Fälle.

Es handelt sich um 3 Frauen, die stets gesund gewesen sind, entbunden und den Tumor seit einem Jahre beobachtet haben, und zwar 2 mal auf der rechten Seite des Abdomens, einmal zu beiden Seiten der linea alba.

Die Tumoren hatten fibrösen Charakter.

Der Ausgangspunkt war 2 mal die linea alba, einmal die Fascia transversa.

In allen 3 Fällen hing die Geschwulst mit dem Peritoneum zusammen. Einmal wurde die Peritonealhöhle eröffnet, und in diesem Falle trat am 4. Tage unter peritonitischen Erscheinungen der Tod ein; in den beiden andern Fällen blieb das Peritoneum unverletzt und die Patientinnen wurden geheilt entlassen.

Lemecke hat in seiner Dissertation 4 Fälle veröffentlicht.

1) Frau 47 Jahre alt, mehrgebärend, stets gesund, bemerkte vor 3 Jahren eine wallnussgrosse Geschwulst in der regio hypogast. dext., die bisweilen Schmerzen verursachte. Die Untersuchung ergab einen vollkommen beweglichen, leicht verschiebbaren, mannskopfgrossen Tumor, der an der hinteren Seite adhaerierte. Diagnose: Fibrom der Bauchdecken mit event. Zusammenhang mit dem Peritoneum.

Letztere bestätigte die Operation, und wurde vom Peritoneum ein bedeutendes Stück herausgenommen.

Die Wunde wurde durch Nähte so geschlossen, dass auch das Peritoneum mitgefasst wurde.

Patientin starb am 2. Tage an innerer Blutung, weil die das Peritoneum mitfassenden Nähte wegen allzugrosser Spannung derselben einrissen und so aus der Musculatur der Bauchwand eine Blutung ins Abdomen hat stattfinden können.

2) Frau, 32 Jahre alt, fühlte vor ungefähr einem Jahre in der rechten Lebergegend eine kleine Geschwulst, welche langsam wuchs, bei der Untersuchung faustgross und unter der Haut verschiebbar war. Consistenz derb. Oberfläche des Tumors glatt.

Querverlaufender Schnitt über den Tumor durch die Haut und Fascia superf. legte die Geschwulst frei, man sah dieselbe in den Fascien der Obliqui eingeschlossen. Peritoneum unverletzt. Nach 17 Tagen Heilung.

3) Frau, 23 Jahre alt, stets gesund, bemerkte vor 2 Jahren eine damals enteneigrosse feste Geschwulst in der rechten Seite des Abdomen unter dem Nabel. Bei der Untersuchung fand man einen kindskopfgrossen Tumor, der von den Bauchdecken auszugehen schien.

Operation: Ein Schnitt über den Tumor, der Richtung des *Musc. obliq. ext.* folgend, zeigte die Geschwulst überzogen von einer derben, von der Aponcurose der Bauchmuskeln gebildeten Kapsel, unmittelbar dem Peritoneum anhaftend.

Es entstand bei Ablösung des Tumors ein Einriss ins Peritoneum, der sofort mit Catgutligaturen verschlossen wurde. Die Hautwunde genäht.

Nach 4 Wochen Heilung.

4) Frau, 42 Jahre, hatte schon seit 2 Jahren in der Mittellinie des Abdomens zwischen Nabel und Symphyse eine Geschwulst, die rasch in letzter Zeit an Grösse zunahm. Der Tumor, kindskopfgross, von harter Consistenz, die Haut darüber leicht verschieblich.

Schnitt in der *linea alba*. Im oberen Teile bestanden leicht lösliche Verwachsungen mit der Umgebung, dagegen in der Tiefe straffe Verwachsungen mit der Scheide des *Musc. rectus abd.* Peritoneum nicht eingerissen. Wunde wurde durch Nähte geschlossen.

Am 18. Tage geheilt entlassen.

Alle 4 Fälle waren Fibrome.

Die erste Operation solcher Bauchdeckentumoren machte, soweit es mir bekannt ist, B. v. Langenbeck in Berlin.

Derselbe operierte 2 solche Fälle, den einen mit glücklichem, den andern mit letalem Ausgange. Beide sind in der „Deutschen Klinik“ Jahrgang 1850 veröffentlicht.

Fall I. Friederike B. 22 Jahre alt, von mittlerer Statur, ziemlich kräftiger Körperconstitution, stets gesund, mit 14 Jahren menstruiert. Vor 6 Jahren eine normale,

aber schwere Entbindung. Ungefähr vor 2 Jahren bemerkte Patientin in der Nähe des Nabels auf der linken Seite eine bohngrosse, unter der Haut verschiebliche, aber sonst festsitzende Geschwulst. Dieselbe war schmerzlos bis auf die Zeit des Witterungswechsels oder der Periode. Nach einem Jahre Vergrösserung der Geschwulst; Zunahme der Schmerzhaftigkeit zur Zeit der Menses, welche in dem Masse spärlicher werden. Im Uebrigen Befinden gut.

Untersuchung ergab auf der linken Seite des Bauches eine kindskopfgrosse, harte, schmerzlose Geschwulst, auf der Aponeurose des Musc. obliq. adhaerierend und von rundlicher Gestalt mit flach hügeliger Oberfläche. Die Hautdecke über der Geschwulst leicht verschiebbar. — Genesung ohne weitere Zwischenfälle.

Mikroskopisch erwies sich der Tumor als ein Fibroid von gewöhnlicher Bauart.

Fall II. Auguste F., 25 Jahre alt, von kräftigem, blühenden Aussehen. Seit dem 18. Jahre regelmässige Menstruation, im 20. Entbindung.

Vor 2 Jahren bemerkte P. in den Bauchdecken rechterseits eine kleine, erbsengrosse, harte Geschwulst, die anfangs nur langsam, im letzten Vierteljahr dagegen rapide an Grösse zunahm.

Die Untersuchung ergab eine sehr harte, auf der Oberfläche lappig-höckrige Geschwulst von der Grösse eines Kindskopfes. Dieselbe trat durch die Bauchdecken nur wenig hervor, so dass kaum die Hälfte ihres Volumens äusserlich sichtbar war, dagegen ragte sie tief in die Bauchhöhle hinein, so dass sie mit Mühe durch die Bauchdecke abgetastet werden konnte. Sie war auf Druck schmerzlos, verursachte jedoch, jedenfalls bedingt durch ihre Schwere, ziehende Schmerzen.

Langenbeck diagnostizierte ein Fibroid, das von

den tiefen Schichten der Bauchwand, etwa von der Fascia transversa, entspringen sollte.

Bei der Exstirpation zeigte es sich, dass die Geschwulst etwa handgross mit der Fascia transversa verwachsen war.

Operation. Loslösung der Fascia vom Peritoneum, bis auf einen kleinen isolirten und bedeutend tiefer gegen die Bauchhöhle vorspringenden Fortsatz. Bei Loslösung desselben entstand ein etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll langer Einriss in das Peritoncum, so dass sofort eine Darmschlinge hervortrat. Am 4. Tage Tod unter peritonitischen Erscheinungen. Auch dieser Tumor zeigte mikroskopisch den Charakter eines Fibroids.

Zwei Fälle sind von Santesson operiert worden; beide mit gutem Erfolg.

Fall 1. 26 jährige Frau, stets gesund, fühlte im September 1851 beim Einsteigen in einen Wagen Schmerzen beim Beugen des linken Beines, zugleich einen kleinen beweglichen, nicht schmerzhaften Knollen in der Fossa iliaca sinistr. Derselbe wurde immer grösser und verwuchs endlich mit dem Hüftbeinkamme.

Die Untersuchung: Extraperitoneale Geschwulst von der Grösse eines Kindskopfes, welche den Raum zwischen der linea alba und der Spina ant. sup. ausfüllte und mit dem Genitaltractus in keinem Zusammenhange stand. Die Bauchdecken liessen sich ohne Mühe unter der Geschwulst verschieben.

Es gelang die Exstirpation trotz einer festen Verwachsung der Geschwulst mit dem Peritoneum, ohne Verletzung des letzteren.

Bedeutende Blutung theils aus der Geschwulst, theils aus den durchschnittenen Gefässen. Die Wunde heilte in kurzer Zeit.

Die mikroskopische Untersuchung von Retzius ergab den Charakter eines Tumeur fibroplastique.

Fall II. Eine 34 jährige Frau, von kräftigem, gesunden Körperbau, die 3 Mal normal geboren hatte, stellte sich vor.

Dieselbe hatte eine schmerzlose Geschwulst in der linken Seite des Bauches, welche vor einigen Monaten aufgetreten, in den letzten Wochen schnell gewachsen war.

Die Geschwulst nahm den oberen vorderen Teil des linken Hypochond. ein, lag extraperitoneal, aber so tief, dass sie auf dem Peritoneum sass und von sämtlichen Bauchmuskeln bedeckt war. Das obere Ende des Tumors ragte bis unter den Rippenrand; an der Grenze des unteren gegen das mittlere Drittel zeigte sich eine tief gehende Einsenkung, durch welche die Geschwulst in 2 ungleiche Teile, einen oberen grösseren, und einen unteren kleineren geteilt wurde.

Operation: Ein 8 Zoll langer Hautschnitt über die Mitte der Geschwulst durchtrennte sämtliche Muskeln und legte die Geschwulst frei. Peritoneum blieb unverletzt. Nach ungefähr 6 Wochen Heilung.

Die exstirpierte Geschwulst war von fibrös-callösem Charakter und wog $2\frac{1}{2}$ Pfund.

Neuerdings sind von Herzog 4 Fälle aus der Volkmann'schen Klinik mitgeteilt worden. Es handelt sich in einem Falle um einen 43 jährigen Mann, bei dem sich die Entstehung des Tumors an eine ungefähr vor 3 Jahren bestandene circumscriphte Peritonitis der Ileo-coecalgegend anschliesst.

Seit einem Jahre wuchs dieser Tumor, ohne dass P. die Ursache angeben konnte.

In der Ileo-coecalgegend beweglicher, harter, etwa hühnereigrosser, in der Bauchdecke gelegener Tumor, über dem die Haut verschiebbar war.

Operation: 5 cm. langer Schnitt. Einkapselter blass fleischfarbiger, innig mit den ihn umgebenden Muskeln verwachsener Tumor. Bei der Exstirpation wurde

ein Stück vom Peritoneum entfernt. Die Peritonealwände mit 6 Catgutnähten verschlossen und darüber die Hautwunde vernäht.

Heilung per primam intentionem am 20. Tage. Der Tumor war ein Fibrom.

Fall II. Wille Minna, 24 Jahre alt, stets gesund, 2 Mal normal entbunden. Seit einem Jahr in der rechten Seite der Bauchwand eine Geschwulst, die in den letzten Monaten rasch wuchs.

Operation: Hautschnitt in der Längsaxe des Tumors. Derselbe hängt zusammen mit der gemeinsamen Fascie der seitlichen Bauchmuskeln und mit dem Musc. rect. abd.; von letzterem musste ein Teil entfernt werden.

Am oberen Teil mit dem Peritoneum verwachsen; Verletzung desselben. Verschluss der Wunde mit Catgutnaht.

Heilung nach 25 Tagen. Der Tumor war ein Fibrosarcom.

Fall III. E. 32 Jahre alt, stets gesund, 4 Mal entbunden. Vor 1 Jahre ziemlich harter Knoten in der linken Seite des Bauches unter dem Nabel. Allmählig Wachstum bis Kindskopfgröße. Glatte Oberfläche, derbe Consistenz. Haut über den Tumor verschieblich.

Operation: Hautschnitt über die Höhe der Geschwulst, die von Muskelfasern bedeckt und von einer bindegewebigen Kapsel umgeben ist; nach oben und unten hängt sie fest mit der Muskulatur zusammen. Ausschälung der Geschwulst. Peritoneum unverletzt. Heilung am 15. Tage per primam. Tumor war ein reines Fibrom.

Fall IV. Clara A. 28 Jahre alt, stets gesund 2 normale Geburten.

Vor 1½ Jahren bei Beginn ihrer 2. Gravidität, bemerkte sie rechts, oberhalb des Nabels, eine harte Anschwellung, die nach der Geburt rasch wuchs.

Der mannskopfgrosse Tumor lag ziemlich in der Mitte des Abdomens; doch die grösste Ausdehnung nach rechts. Oberfläche glatt, feste Consistenz, Haut normal verschiebbar.

Kombinierte Untersuchung ergibt die extraperitoneale Lage des Geschwulst, ausserdem mit den Bauchdecken leicht verschiebbar; auch kann, wenn man seitlich eindringt, die hintere Fläche abgetastet werden.

Operation: Hautschnitt in der Mittellinie. Die beiden recti laufen seitlich über den Tumor; dieser lässt sich leicht aus seiner Umgebung hervorschälen. Das Peritoneum leicht verdickt, jedoch an einer Stelle eingerissen. Die Oeffnung sofort mit Catgut vereinigt, die Hautwunde darüber geschlossen. Am 30. Tage war P. entlassen.

Der Tumor war ein Fibrom, wog $3\frac{1}{4}$ Pfund, war fleischfarben und von glatter Oberfläche.

Fall Bruntzel. Eine 28 Jahre alte, stets gesunde Frau; 2 Mal entbunden.

Vor $\frac{1}{2}$ Jahre bemerkte P. in der linken Seite des Abdomens eine schmerzlose hühnereigrosse Geschwulst, die allmählich an Grösse zunahm. Bei der Untersuchung hatte der Tumor fast Kindskopfgrösse. Consistenz fest.

Operation: Schnitt parallel der linea alba, direct auf die innere Kante des Tumors. Nach Durchtrennung der Bauchdecken wird der mit der hinteren Scheide des linken Musc. rect. abd. aufs innigste verbundene Tumor lospräpariert. In der Nabelgegend platzte das Peritoneum. Oeffnung durch Catgutnähte geschlossen. Wundverlauf gut. Nach 5 Wochen wurde P. geheilt entlassen. Der Tumor wog 5 Pfund, sein Charakter fibröser Natur.

v. Rokikansky entfernte bei einer 52jährigen Frau, welche 6 Mal normal geboren hatte, ein 17 Kg. schweres Fibrom des praeperitonealen Bindegewebes.

Inniger Zusammenhang mit dem Peritoneum, mehr-

fache Einrisse desselben. Schluss durch Catgutligaturen.

Infolge grossen Blutverlustes erfolgt nach 26 Stunden der exitus letalis.

Der Tumor war ein Fibroma cellulosum.

Sänger berichtet folgenden Fall: Fr. K., 26 Jahre alt, stets gesund, verheiratet, 2 Geburten, bemerkte im Jahre 1883 nach links und oben vom Nabel eine nussgrosse Geschwulst, welche rasch anwuchs. Der Tumor ging vom linken Hypochondr. schräg nach unten und innen, hatte halbkugelförmige Gestalt, überragte die Mittellinie und reichte 2 Querfinger breit unter den Nabel. Consistenz derb, Oberfläche glatt. Keine Druckempfindlichkeit. Lage des Tumors unter der abhebbaren Haut, Verschiebbarkeit in ganzen gering.

Der Tumor ging von der linea alba und der hinteren Rectusscheide aus und war mit dem Peritoneum verwachsen. Von letzterem wurde ein bedeutendes Stück entfernt. Um den Nahtverschluss der Haut zu einem möglichst festen zu machen und der Bildung eines Bauchbruches vorzubeugen, wurde nicht reseziert, obwohl ein grosser Hautüberschuss vorhanden war, sondern es wurde unter Erhebung der Haut zu einem breiten kammartigen Wulst genäht. Die Geschwulst wog 760 gr. und war ein reines Fibrom.

Von Guerrier führe ich folgende Fälle an.

Fall I. 27 Jahre alte Frau. Während der 3. Schwangerschaft bemerkte P. das Entstehen eines faustgrossen Tumors in der linken Fossa iliaca. Rapides Wachstum. Ausgang von der verdickten Fascia superficialis mit je einem Stiele in der Gegend des Schambeines und der Spina ant sup.

Exstirpation ohne Verletzung des Peritoneums. Gewicht des aus reinem fibrösen Gewebe bestehenden Tumors 129 gr. Heilung mit Zurückbleiben einer kleinen Hernie nach 7 Monaten. Entstehen eines ähnlichen kleinen

Tumors an der entgegengesetzten Stelle rechterseits.

Fall II. 21 Jahre alte Frau. 3 Kinder. Tumor seit der letzten Schwangerschaft, schnell bis Hühnereigrösse gewachsen. Schmerzen. Tumor reicht mit je einem Stiel in die Gegend des Schambeins und der fossa iliaca. Der fibröse Tumor sass zwischen Peritoneum und fascia iliaca und drang zwischen die Muskelfasern der Bauchmuskeln. Kein Zusammenhang mit dem Peritoneum.

Exstirpation, schnelle Heilung.

Fall III. 21jähriges Mädchen. Regelmässige Menstruation. Keine Entbindung. Puteneigrosser Tumor auf der untern lateralen Seite der rechten Seite des Abdomens. Sitz zwischen den Fasern des Obliquus und auf dem Transversus. Stielartige Adhärenz mit dem äussern Ende des Fallopischen Bandes, welche aus fibrösem Gewebe besteht und eine Ausdehnung von 5 cm hat. Das ligament ist der wahrscheinliche Ausgangspunkt des Tumors.

Exstirpation des 9 cm langen, 6 cm breiten und 5 cm dicken Tumors.

Der histologische Befund ergibt ein Fibromyom. Vollständige Heilung nach einem Monat.

Fall IV. Frau von einigen 20 Jahren, vor 4 Jahren Entbindung durchgemacht. Verdickter, beweglicher Tumor in der Mitte der Bauchwand unterhalb des Nabels. 2 Ulcerationen der Haut wahrscheinlich infolge Drucks von Seiten des Tumors. Die Geschwulst datiert seit der Entbindung, wuchs jedoch erst in den letzten Monaten. Die Operation zeigte den Ausgang des Tumors von dem fibrösen Gewebe der linea alba. Heilung.

Fall V. Frau von 27 Jahren. 1 Kind. 17 Monate nach der Entbindung stellt die Frau sich vor mit einem Tumor, der in der Medianlinie der Bauchwand liegt, dieselbe um 4 cm überschreitet und von der Symphyse bis 3 cm über den Nabel aufsteigt. Keine Adhärenz mit der

Haut. Bei der Operation findet man einen Tumor im Cavum Retzū zwischen dem Rectum und dem Peritoneum. Der Tumor ging aus von dem Scheide der Recti und der linea alba, in der Schambeingegend mit breiter Basis dem aponeurotischen Gewebe aufsitzend. Nach hinten grenzte er an die fascia transversa.

Exstirpation mit Unterbindung des Epigastrica.
Heilung.

Fall VI. 24jährige Frau, 2 Entbindungen. Am untern Teil des rechten Abdomens ein Tumor zwischen dem lig. Poupart. und der Mittellinie, fast den Muskeln adhaerierend. Keine Beziehung zum rechten runden Band. Uterus ein wenig nach links gedrängt.

Operation zeigt, dass der fibröse Tumor zwischen Obliquus int. und Transversus liegt in der Nähe des lig. Poupert.
Heilung.

Fall VII. 51jähriger Mann bemerkte vor 12 Jahren einen kleinen weichen, nicht schmerzhaften Tumor, über dem die Haut nicht verändert war. Zuerst langsames, seit einem halben Jahre sehr schnelles Wachstum. Seit 2 Monaten ab und zu kleine Excoriationen der Hautdecken, welche wieder verheilten. Geringe Schmerzhaftigkeit.

Status. In der Nabelgegend melonengrosser Tumor, sich in beide Hypochondrien erstreckend, jedoch mehr rechts als nach links. Die Grenzen links in der Rückenlage nur in der oberen Partie abtastbar reichen fast bis unter den proc. xiphoid. Der Tumor ist hart, in seinem rechten Drittel völlig zerfressen, in dem übrigen Teil ulceriert. In der Tiefe und besonders in der Medianlinie findet sich Weichheit und etwas Fluctuation. Ziemliche Beweglichkeit des Tumor, keine Blutungen, keine wesentlichen Beschwerden des Kranken. Diagnose: encephaloïder, in Erweichung begriffener Tumor.

Operation. Der fibro-plastische Tumor adhärirt an

der Bauchwand durch schlaffes Zellgewebe und hängt in der Mittellinie mit dem aponeurotischen Gewebe des linea alba zusammen. Die Fluctuation wurde durch eine kleine subcutane Cyste vorgetäuscht. Heilung.

Fall VIII. 55 Jahr alter Mann. Vor 14 Jahren Entstehen eines kleinen Tumors von 1 cm Durchmesser auf der rechten Seite. Seit 4 Jahren rapides Wachstum und dadurch Verdauungsbeschwerden. Schmerzen.

Status. Kindskopfgrosser Tumor, bedeckt von weicher, in Ulceration begriffener Haut. Schlechte Verdauung. Beständige Schmerzen. Der Tumor drückt besonders das Colon transv. und den Magen. Er macht im übrigen die Erscheinungen eines Fibroms.

Operation. Durchtrennung der gesamten Bauchmuskeln. Der Tumor sitzt auf der tiefen Aponeurose, mit der er durch einen Stiel verwachsen ist. Keine Verwachsung mit dem Peritoneum. Heilung nach 2 Monaten. Der Tumor wog 5 kg und bestand aus fibrösem Gewebe.

Fall IX. 43jährige Frau. 6 Entbindungen, die erste vor 25 Jahren. Vor 4 Jahren entstand ein Tumor zur Zeit der Menopause an der vorderen Partie der linken crista iliaca, jetzt von der Grösse eines erwachsenen Kopfes. Grosses Wachstum seit einigen Wochen.

Er bedeckt die linke crista iliaca und ist 13 cm vom Nabel entfernt, 32 cm im transversalen, 41 cm im verticalen Durchmesser. Ohne Zusammenhang mit der Haut. Vorspringen gegen die Abdominalhöhle; Freisein der fossa iliaca interna. Harte Consistenz, aber Fluctuation in der Tiefe und dem vorspringendsten Teile.

Diagnose. Fibröser Tumor der Abdominalwand; Adhärenz an den Aponeurosen und wahrscheinlich der crista iliaca.

Operation ergab: Die Vorderfläche war bedeckt von dem hintern Rand des Obliq. ext., die Hinterfläche hing

zusammen mit den vereinigten Aponeurosen des Obliq. int. und des Transversus durch einen dicken Strang Bindegewebes, welches sich inserirte über der crista iliaca. Keine Eröffnung des Peritoneums. Heilung.

Der Tumor zeigte z. Teil die Structur des Fibroms, z. Teil eines Sarkoms; er wog 2400 gr.

Folgender Fall von Monteil:

Eine 35jährige Frau hatte seit langer Zeit einen kleinen Tumor links vom Nabel, welcher nach der Entbindung rasch wuchs. Sein unteres Ende war oberflächlich gelegen, das obere verlор sich in die Tiefe der Bauchdecken. Bei der Exstirpation zeigte sich der Tumor in der That mit dem Peritoneum verwachsen und wurde dieses 2 cm im Umfänge reseziert. Heilung ohne Zwischenfall. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als Fibrosarcom.

Aus der umstehenden Tabelle erhellt nun zunächst, dass die Geschwülste sämtlich Fibrome sind oder fibromatösen Charakter haben. Dass dies der Fall sein muss, ist aus den Ausgangspunkten der in Rede stehenden Geschwülste zu ersehen.

Denn in 32 Fällen, von denen der Ausgangspunkt angegeben ist, ist derselbe stets das Bindegewebe gewesen.

Ferner erhellt aus der Tabelle, dass diese fibromatösen Tumoren meistens bei Weibern vorkommen, denn unter den 37 Fällen sind 33 Weiber und 4 Männer. Unter ersteren haben 17 mehrmals, 4 einmal und 2 garnicht geboren, bei 11 ist nichts näheres angegeben.

Ferner ersehen wir, dass unter den 37 Erkrankten sich 19 im Alter von 19—30 Jahren, 3 unter 20, 9 im Alter von 30—40, 5 im Alter von 40—50 befanden, und nur einer über 50 Jahre alt war.

In Bezug auf den Sitz nehmen wir war, dass unter 31 Fällen, bei denen derselbe angegeben ist, er sich 10 mal auf der linken, 15 mal auf der rechten Seite des

Nummer.	Literatur	Alter	Geschlecht	Zahl der Geburten	Tumor			Bemerkungen.	
					Sitz	Form, Grösse, Gewicht	Dauer		Ursprung
1.	Graetzer a. rechts Spiegelberg b. links	33 Fr.	2	doppelseitig	rundlich Kindskopf 1 Kilogr, eiförmig faustgross	2 1/2 J.	Hintere Scheide d. m. rectus abdomin	Fibromyom Fibrom. myxomat.	Heilung nach 4 Wochen. a. mit dem Perit. zusammenhängend. Perit. un- verletzt. b. Peritonealhöhle eröffn. Heilung nach 4 Wochen. Peritoneum zerrissen. Catgutnat.
2.	Gussenbauer Billroth	26 Fr.	4	rechts	kugelförmig. Kindskopf	2 J.	Vordere Scheide d. m. rectus.	Fibroma macosum.	Heilung nach ca. 6 W. Mit Periton. zusammenhängend. Perit zerrissen.
3.	Garsany Billroth	24 Fr.	3	rechts	rundlich Mannskopf 1 1/4 Kl	2 1/2 J.	Hintere Rectus-scheide	Fibrom	Heilung nach ca. 6 W. Mit Periton. zusammenhängend. Perit zerrissen.
4.	Stadicani Esmarch	40 M.	—	rechts unterhalb des Nabels.	? ?	?	Von den Scheiden(?) der beiden m. recti.	Fibrom	Exstirpation. Recidiv.
5.	Ebner Rezaczek	21 Fr.	1	Zu beiden Seiten d. lineae albae 16 cm hoch. 9 cm dick.	rundlich platt. 13 cm breit. 16 cm hoch. 9 cm dick.	1/2 J.	Hintere Scheide d. Rectus abdom.	Fibrom.	Heilung nach 5 Wochen. Mit Fasc. transv. und periton verwachsen. Periton mitgefasst bei der Nat.

6.	Baker Brown	36 Fr.	3	Zwischen Nabel und Symplyse	7 monat. Foetus. Kopf 20 Unzen	1 3/4 6.	Bandgewebe d. rectus abdom. selbst.	Fibrom.	Heilung. Mit Perit. u. Netz verwachsen;
7.	v. Rokitsansky	52 Fr.	6	V. Bauchwand	17 Kil.	?	Vordere Scheide d. m. rectus.	Fibrom	Tod 26 Stunden nach Operat.
8.	v. Langenbeck	22 Fr.	1	links	rundlich Kindskopf	2 J.	Aponeurose d. m. obliq. extern.	?	Heilung.
9.	"	24 Fr.	1	rechts	lappig höckerig Kindskopf	2 J.	Fasc. transvers.	Fibroid	Mit dem Peritoneum verwachsen, Peritoneum eröffnet; am 8. Tage Tod unt. periton. Erscheinungen.
10.	Santesson	26 Fr.	1	links.	Kindskopf	3 J.	hintere Rectus-scheide	Fibrom.	Heilung. Mit Periton. zusammenhängend.
11.	"	34 Fr.	3	links.	9 Zoll lang 7 Zoll breit 2 1/3 Pfund schwer	1/2 J.	Aranurosa	Fibr. cutanl.	Nach 6 Wochen geheilt.
12.	Cornils	25 Fr.	?	incl. Mittellinie unter d. Nabel	Mannsfaust	?	Linea alba	Fibroid.	Mit Perit. zusammenhängend. Am 4. Tage exitus in Folge sept. Peritonitis.
13.	"	34 Fr.	?	rechts unterhalb des Nabels	rundlich hühnerergross	?	fasc. transvers.	Fibrom.	Mit Periton. zusammenhängend. Nach einigen Wochen geheilt.

Nummer.	Literatur	Alter	Geschlecht	Zahl der Geburten	T u m o r			Bemerkungen.		
					Sitz	Form, Grösse, Gewicht	Dauer		Ursprung	Charakter
14.	"	29	Fr.	?	Unterhalb d. Nabels, zu beiden Seiten der lin. alba.	längsoval Mamm-kopf	?	Linca alba.	Fibr. mucos.	Nach 6 Wochen geheilt.
15.	Stadicani	28	Fr.	2	rechts	Länge 15,6 cm. Breite oben 12 cm unten 13,1 cm Dicke 6 cm	1 1/4 J.	hintere Rectus-scheide	Myxo-fibrom	Heilung nach 3 Mon. mit Bauchbinde und Pelotte. Ein Stück Periton. exsidiert.
16.	Herzog	43	M	—	Isocecal Gegend	Hühnerrei	?	Vordere Scheide d. m. rectus.	Fibrom.	Am 20. Tage Heilung. Peritonealhöhle mit Catgut vereinigt.
17.	Herzog	24	Fr.	2	rechts in der Höhe des Nabels	7 cm lang 3 cm breit	1 J.	Hintere Scheide des Rectus	Fibro-sarcom	Am 28. Tage Heilung. Mit Periton. zusammenhängend 10 Katgutnähte.

18.	Herzog	32	Fr.	4	links unterhalb d. Nabels.	Kindskopf	1 Jahr	Bindegewebe d. m. rectus abdominis	Fibrom	Heilung nach 15 Tagen.
19.	"	28	Fr.	2	rechts oberhalb d. Nabels.	Mamm-kopf 3 1/4 Pfd.	1 1/4 J.	Hintere Scheide des Rectus	Fibrom	Heilung nach 30 Tagen. Periton. eingerissen. Catgutnähte.
20.	Leunke Küster	47	Fr.	11	rechts	Mamm-kopf	3 J.	Fasc. transvers.	Fibrom	Exitus letalis nach 2 Tagen an innerer Blutung. Periton. eröffnet.
21.	"	32	Fr.	?	rechts unterhalb Nabel	faustgross Kindskopf	3/4 J.	Fasc. transvers.	Fibrom	Heilung nach 17 Tagen.
22.	"	23	Fr.	?	Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse.	Kindskopf	2 J.	Hintere Scheide des Rectus	Fibrom	Heilung nach 4 Wochen. Einriss d. Periton (Catgutnähte).
23.	"	42	Fr.	?	links	18 cm lang 14 cm breit	?	Hintere Scheide des Rectus	Fibrom	Am 18. Tage geheilt entlassen. Mit Periton. verwachsen. Ohne Einriss.
24.	Monteil	35	Fr.	?	links	Mamm-kopf 5 Pfd.	?	Vordere Scheide d. m. rectus	Fibro-sarcom	Heilung. Mit Periton. zusammenhängend. Einriss.
25.	Bruntzel	28	Fr.	2	links	Mamm-kopf 5 Pfd.	1/2 J.	Hintere Scheide d. m. rectus	Fibrom	Mit Periton. zusammenhängend. Perit. eröffnet. Nat. Heilung nach 18 Tagen.

Nummer	Litteratur	Alter	Geschlecht	Tumor				Bemerkungen.		
				Zahl der Geburten	Sitz	Form, Grösse, Gewicht	Dauer		Ursprung	Charakter
26.	Sacanger	26	Fr.	2	links oben über d. Nabel bis 2 Querfinger unt. d. Nabel reichend.	Cocosnuss 760 gr	1/2 J	Hintere Scheide des Rectus	Fibrom	Heilung 4 Wochen. Petit. eröffnet. Leibbinde.
27.	Guerrier	31	M.	—	Nabel gegen d. mehr nach rechts	Melonen-gross	?	Linea alba	Fibrom	Heilung nach 3 Wochen.
28.	"	35	M.	—	rechts unter dem Nabel	Kindskopf 5 Pf. l.	?	Hintere Scheide des Rectus	Fibrom	Heilung nach 2 Monaten.
29.	"	27	Fr.	2	?	Faust-gross 192 gr.	?	?	Fibrom	Heilung nach 6 Monaten. Es blieb eine kl. Hernie.
30.	"	21	Fr.	3	?	Hühner-ei-gross	?	?	Fibrom	Schnelle Heilung.

31.	"	21	Mäd-chen	—	rechts unter d. Nabel.	Putenei	?	?	Fibro-myom	Heilung nach 1 Mon.
32.	"	20 bis 30	Fr.	?	in der Mittellinie unter dem Nabel	6 Pf. l.	?	Linea alba	Fibrom	Heilung.
33.	"	27	Fr.	1	in der Mittellinie	?	?	Linea alba	Fibrom	Heilung.
34.	"	43	Fr.	6	links	Manns-kopf 2400 gr.	?	Hintere Scheide des Rectus	Fibrom	Heilung.
35.	"	24	Fr.	?	rechts	?	?	?	Fibrom	Heilung.
36.	Heferich	21	Fr.	?	links	apfelgross 8 Mon.	Rectusscheide und Fascia trans-versa.	Rectusscheide	Fibrom	Nach 3 Wochen Heilung.
37.	ditto.	20	Fr.	?	links	Gänseei 6 Mon.	Vordere Rectus-scheide.	Vordere Rectus-scheide.	Fibrom	Nach 18 Tagen Heilung.

Abdomens, bei 4 in der Mittellinie, bei 2 auf beiden Seiten befand, und ferner, dass die Geschwulst unter 12 Fällen, bei denen die Angabe gemacht war, 11 mal unterhalb und nur 1 mal oberhalb des Nabels gesessen hat.

Schliesslich ersehen wir, dass der Ausgangspunkt unter 32 näher beschriebenen Fällen 6 mal die vordere, 20 mal die hintere Scheide des *Musc. rect. abd.* gewesen ist, 3 mal der *Rectus* selbst und 3 mal die *Linea alba*.

Alle diese Angaben werden uns einige Aufklärungen über die in Rede stehenden Geschwülste geben können.

Von den verschiedenen Autoren sind verschiedene Momente als ätiologisch für unsere Fibrome aufgestellt worden.

Ich erwähne zunächst Grätzer, welcher sich auf die Cohnheim'sche Geschwulsttheorie stützt. Gegen diese Ansicht wendet sich Sänger, indem er meint, dass bei Geschwülsten, der Bindegewebsreihe, die von gleicher Bindegewebsdignität, wie ihre Grundlage sind, doch nicht von einer „Gewebsinclusion“, wie er sich ausdrückt, die Rede sein kann, wie es bei Geschwülsten der Fall ist, wo desmoide und epitheliale Zellgattungen durch einander gemischt sind.

Die zweite Ansicht ist die von Herzog, welcher als Ursache Muskelhämatome annimmt oder „den nach partiellen oder totalen Zerreissungen der Muskeln sich bildenden Muskelkallus“. Indessen hat man, wie Sänger anführt, nie ein Fibrom an Stelle eines derartigen Hämatoms entstehen sehen.

Selbst Herzog führt keinen Fall an, aus dem seine Aetiologie klar hervorgehen würde. Auch Virchow erwähnt nur, dass an der Stelle eines solchen Hämatoms sich eine schwielige Narbe, Pigment- und Bindegewebsbildung vorgefunden habe; es ist aber nicht ersichtlich, ob aus dem Hämatom ein Fibrom hervorgegangen sei.

Es ist vielmehr bekannt, dass die Hämatome gewöhnlich resorbirt werden, und man könnte, wie Sängler richtig angiebt, höchstens daran denken, dass das Hämatom infolge Irritationen die Neubildung hervorruft.

Sängler führt gegen die Herzog'sche Theorie noch an, dass bei Frakturen der Extremitäten mit Zerreißungen der Muskeln niemals Fibrome entstanden sind. Dieser Ansicht pflichtet auch Prof. Helferich bei. Letzterer führt noch an, dass, wenn diese Tumoren aus Hämatomen entstehen würden, man doch wenigstens ebenso häufig bei Männern wie bei Frauen die Fibrome finden würde. Denn wie sollten die ursprünglichen Hämatome entstehen, als infolge von Zerrungen der Bauchmuskulatur, sei es durch Heben von Lasten oder ein anderes Trauma, dem Männer öfters ausgesetzt sind, wie Frauen.

Nun sehen wir aber, wie unsere Tabelle lehrt, dass die Geschwülste bei Männern in verschwindend kleiner Anzahl vorkommen, so dass man auf diese Ursache wohl kaum recurririen könnte. Es muss wohl also ein anderes ätiologisches Moment den Geschwülsten zu Grunde liegen.

Wir haben gesehen, dass in sämtlichen Fällen die Geschwülste ausgegangen sind von den Aponeurosen, den Fascien der Bauchmuskeln resp. dem bindegewebigen Teile der Muskulatur. So ist, wie die Tabelle ergiebt, in 35 Fällen, über die nähere Angaben bekannt sind, der Tumor 6 mal von der Aponeurose, welche die vordere, 20mal von der, die die hintere Rectusscheide bildet, ausgegangen, 3mal vom Rectus selbst resp. von den Inscriptiones tendin., 5mal aus der linea alba und einmal aus der fossa iliaca.

Die Muskulatur ist also nie primär beteiligt, sondern, wie auch Sängler angiebt, entweder durch den Tumor einfach vorgewölbt, oder in ihren Fasern auseinander gedrängt, oder schliesslich ganz zerrissen.

Hierbei möchte ich noch anführen, dass man vielleicht

daran denken könnte, dass Hämatome infolge von Zerreißungen der Muskelfasern von Seiten des vordringenden Tumors entstanden sind, also sekundärer Natur sind und nur irrtümlicherweise für die primäre Ursache des Fibroms angesehen werden können.

Ich möchte nun annehmen, dass die Aetiologie in Reizen zu suchen ist, welche diese bindegewebige Scheide getroffen haben. Diese können verschiedener Natur sein.

Ein Hauptreiz dürfte wohl die Schwangerschaft resp. der Druck sein, den der schwangere Uterus auf die vordere Bauchwand ausübt; denn wir sehen, dass 1) am meisten Frauen von den Tumoren befallen sind, und zwar in der Mehrzahl solche, die ein- oder mehrmal geboren haben, dass auch 2) die Fibrome meistens von der hinteren Rectusscheide resp. dem hinteren fibrösen Teil der vorderen Bauchwand ausgehen, welcher am meisten durch den Uterus resp. Schwangerschaft Zerrungen ausgesetzt ist und 3) sehen wir, dass in einer sehr grossen Anzahl von Fällen der Tumor teils während, teils direct nach der Schwangerschaft entstanden ist.

Prof. Helferich sieht in der Mehrzahl dieser Geschwülste ein Analogon jener Geschwülste, die an andern fibrösen Scheiden, z. B. an den Gefässscheiden namentlich des Oberschenkels entstehen, und stützt diese Ansicht mit dem bereits von mir angeführten Factum, dass man bei der Operation nie eine Verwachsung mit der Musculatur als solcher, sondern stets die Rectusscheide d. h. die Aponeurosen und Sehnen der Bauchmuskeln als Ursprungsstätte sieht.

Was die Erscheinungen anbelangt, unter denen sich die betreffenden Tumoren in der Musculatur uns darbieten, so sind sie wohl durch die Elasticität und die Resistenz der darüber liegenden Muskeln bedingt. Die Form kann eine Kugel-, Kegel- oder Scheibenform sein. Hin und

wieder geht ein Fortsatz entweder nach vorne oder auch nach der Peritonealhöhle; man hat diese Art der Geschwulst als „manschetten- oder hemdknopfförmig“ bezeichnet.

Die Grösse ist sehr verschieden. In den meisten Fällen erreicht die Geschwulst die Grösse eines Kindskopfes, und kommt erst zur Beobachtung, wenn sie schon lange bestanden hat und wallnuss- oder gänseeigross geworden ist.

Beschwerden verursachen die Tumoren nur durch ihre Grösse und Schwere, indem sie den Patienten bei ihren Bewegungen hinderlich sind und indem durch sie auf die innern Organe ein gewisser Druck ausgeübt wird.

Der grösste, der beobachtet wurde, ist der von Paget; derselbe wog 40 Pfund.

Bei der Diagnose wird es sich zunächst darum handeln festzustellen, ob der Tumor extra- oder intraperitoneal liegt. Dies kann man zum Teil durch die kombinierte Untersuchung feststellen, zum Teil aber auch dadurch, dass man den Tumor in grosser Ausdehnung zu umgreifen und von seinen Unterlagen abzuheben versucht. Wichtig ist, dass (wie auch Albert anführt) diese Tumoren in der Bauchwand festsitzen und bei Lagerungswechsel des Kranken dieselbe Stellung zu dem Teile der Bauchwand, an dem sie festhaften, behalten.

Wichtig muss es erscheinen in allen derartigen Fällen die Untersuchung auf Beweglichkeit und Prominenz des Tumors über die Bauchdecken anzustellen, nachdem durch starkes aktives Anspannen und Anwendung der Bauchpresse die Bauchwand eine nahezu starre Beschaffenheit angenommen hat. Eine hinter den Muskeln liegende Geschwulst wird in dem Momente, wo die Bauchpresse wirkt, hinter die Muskelschicht zurückgedrängt; sie verschwindet also oder wird wesentlich flacher, und über ihr

wird das prall sich anfühlende System der Muskelfaserung nachweisbar.

Eine Geschwulst, die vor dem Muskel liegt, wird im Moment der Contraction der Muskeln nur noch mehr vorgedrängt. Ist sie dann noch verschiebbar, dann wird sie subcutan liegen.

In welchem Zusammenhange ein solcher Tumor mit dem Peritoneum in den einzelnen Fällen entsteht, lässt sich wohl diagnostisch nicht sicher feststellen, und man wird sich bei einigermaßen umfangreichen Tumoren immer auf einen Einriss resp. Verletzung des Peritoneums gefasst machen müssen.

Was nun die Operationsmethode anbetrifft, so haben wir in den meisten Fällen gesehen, dass gewöhnlich ein Schnitt über die grösste Höhe des Tumors, entweder parallel der linea alba oder auf derselben durch die Haut geführt, der Tumor dann aus seiner Umgebung mit Messer oder stumpf mit den Fingern herausgelöst wurde; das Peritoneum wurde gewöhnlich, wo solches mit der Geschwulst zusammenhing, eingerissen. Behandlung der Peritonealöffnung bestand entweder darin, dass man das Peritoneum für sich und die Hautwunde ebenfalls für sich durch Nähte vereinigte, oder es wurde das Peritoneum mit Muskeln und Haut zusammengenäht. Der Erfolg war im ganzen ein guter; denn unter den 37 angeführten Fällen haben wir nur 4 mit exitus letalis, 3 infolge peritonitischer Erscheinungen und ein Fall infolge von innerer Blutung, indem die das Peritoneum vereinigenden Nähte rissen, und so Blut in die Bauchhöhle hineindrang. Ueber den späteren Befund an der Operationsstelle habe ich in der Literatur fast nichts gefunden; nur in einem Falle blieb Diastase der Recti zurück und in einem andern eine Bauchhernie. Es liegt also für die Entstehung der Bauchhernie die Möglichkeit vor.

Um solche zu verhindern, hält es Prof. Helferich für wichtig, 1) eine Etageennaht der einzelnen Schichten mittelst versenkter Catgutnähte vorzunehmen; 2) ist es seiner Meinung nach wohl immer möglich, so vorzugehen, wie er selbst in den oben angegebenen Fällen verfuhr, nämlich die Trennung der den Tumor deckenden Schichten, d. i. also der Haut, Aponeurosen und Muskellage nicht in ein und derselben Richtung vorzunehmen, vielmehr z. B. Haut und Aponeurose des M. obliqu. ext. in einer Richtung, die Fasern des M. obliqu. int. und transversus ihrer Längsrichtung entsprechend aber in einer andern, nahezu auf der ersten senkrechten Richtung zu trennen.

Für die Behandlung des Defectes im Peritoneum dürfte die Naht desselben, oder wie es in dem einen Falle geschah, die sorgfältig wurstzipfelförmige Abbindung des Bauchfells zum Ziele führen, auf letztere Weise dürfte mit Sicherheit ein locus minoris resistentiae für Bauchhernien beseitigt sein.

Was die Prognose der Bauchdeckenfibrome anbetrifft, so ist diese bei der Benignität dieser Neubildungen im allgemeinen eine günstige zu nennen.

Es können nur die Fälle in Betracht kommen, wo die Geschwulst entweder nicht total extirpiert wurde, oder wo dieselbe in die Bauchhöhle hincinragte; doch wird eine unter streng antiseptischen Kautelen ausgeführte Operation wohl mit ziemlicher Sicherheit von gutem Erfolge gekrönt sein.

Zum Schlusse sei es mir noch vergönnt, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Helferich, für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Ueberlassung dieser Fälle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

- Snadicani.* Ueber Geschwülste in den Bauchdecken. Dissertation Kiel 1875.
- Gersony.* Grosses in die Bauchhöhle hineinragendes Fibrom der vorderen Bauchwand. Wiener Medic. Wochenschr. Jahrgang 1875. Nr. 37.
- Grätzer.* Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand. Dissertation. Breslau 1879.
- Lencke.* Ueber Fibrome des praepitonealen Bindegewebes. Dissertation. Berlin 1884.
- Ueber Fibrome der Bauchdecken. 4 Fälle aus der Volkmannschen Klinik, mitgetheilt von Dr. *Herzog*, München.
- Virchow.* Die krankhaften Geschwülste. Santesson Hygiëia. Band 15 und 17. Citirt nach *Schmidt's* Jahrbüchern, Band 84 und 94.
- Langenbeck.* Deutsche Klinik. Jahrgang 1850.
- Monteil.* Sociëté de chirurgie. 23. Februar 1887.
- Cornils.* De nonnullis fibrom atis in teguminibus abdominis sitis. Kiel. Dissert. 1865.
- Sänger.* Ueber desmoide Geschwülste der Bauchwand etc. Archiv für Gynäkol. Berlin 1884.
- Dr. *Bruntzel.* Zur Casuistik der bindegewebigen Neubildungen der Bauchdecken. Deutsche Med. Wochenschrift. 1884. Nr. 15.
- Prof. *Albert.* Diagnostik der chirurg. Krankheiten. 1887.
- K. v. Rokitsansky.* Wiener medicin. Presse. 1880. Nr. 4 und 5.
- Guerrier.* Contribution à l'étude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure.

Vita.

Verfasser dieser Arbeit, *Ferdinand Frank*, kath. Confession, wurde am 2. Februar 1858 in Bauervitz O./S. geboren. Im Jahre 1880 erhielt er das Zeugnis der Reife, diente sein Jahr mit der Waffe ab, studirte in Breslau kath. Theologie und vom Wintersemester 81/82 ab Medicin. Wintersemester 82/83 bezog er die Universität Greifswald. Im März 1884 bestand er das Physikum, im März 1887 das Examen rigorosum. Vom 1. April verwaltet er bei Herrn Geheimrat Prof. Dr. *Mosler* die zweite Assistenzarztstelle der medizinischen Poliklinik.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten.

In Breslau:

Hasse, Heidenhain, Roux, Gierke.

In Greifswald:

Arndt, J. Budge, A. Budge, Baumer, v. Feilitzsch, Gracitz, Grohé, Gerstücker, Helferich, Krabler, Landois, Limpricht, Loebker, Mosler, Münter, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schulz, Strübing, Sommer, Vogt. Allen diesen verehrten Herren sage ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank.

Thesen.

I.

Bei der Phthisis pulmonum verspricht die diätische Behandlung den meisten Erfolg.

II.

Das Hydrargyrum cyanatum nimmt bei der Behandlung der Diphtherie die erste Stelle ein.

III.

Die Diagnose, ob ein Tumor der Bauchdecken mit dem Peritoneum verwachsen ist oder nicht, mit Sicherheit zu stellen, ist unmöglich.



14827