



Zur Casuistik der Cysten des Mesenteriums.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 28. Februar 1891

Nachmittags 1½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Ernst Dörschlag

aus Greifswald.

Opponenten:

Herr Drd. med. Th. Hess.

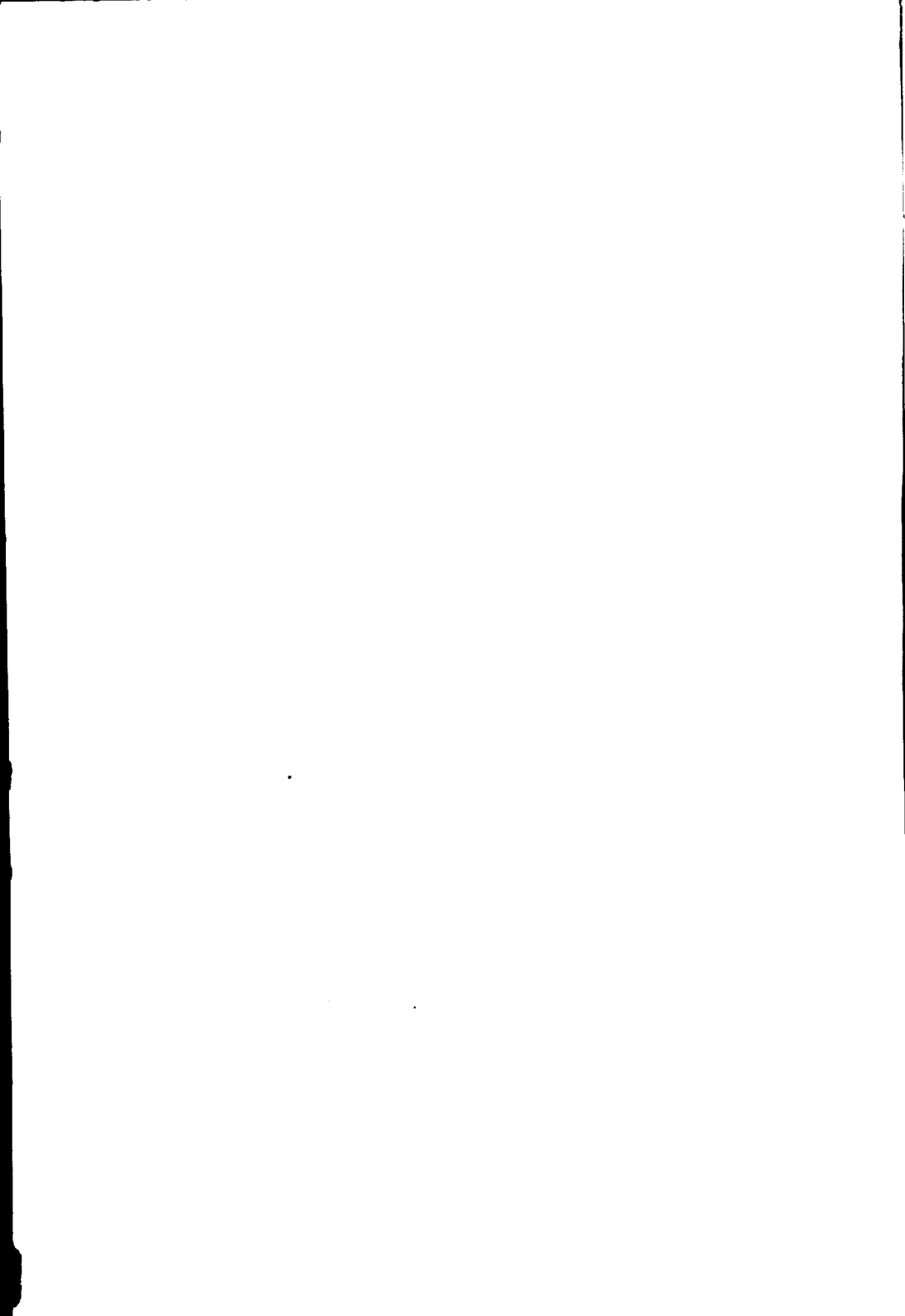
- Cursist Elgeti.

- cand. med. Witte.

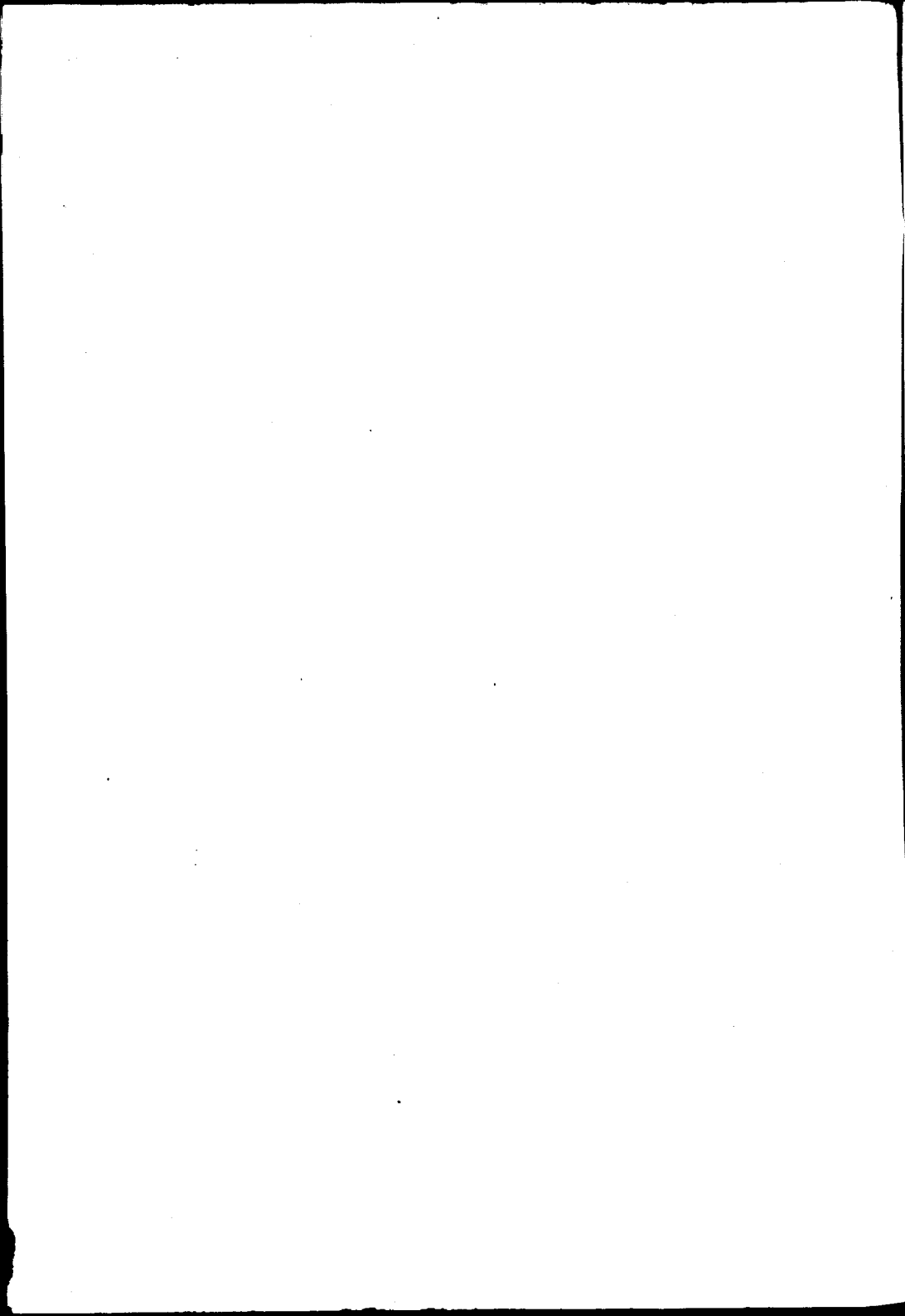


GREIFSWALD.

Druck von F. W. Kuniko.



Meinen teuren Eltern!



Unter „Cyste“ versteht man einen Hohlraum, der gegen das umgebende Gewebe durch eine Membran abgegrenzt ist und einen von der Hülle differenten Inhalt besitzt. Besteht die Cyste aus einem Hohlraum, so nennen wir sie eine einfache, wenn aus mehreren, eine fächerige oder multiloculäre Cyste. Die bei weitem häufigste Form, in der die Cysten auftreten, ist die der Retentionscysten. Dieselben entstehen durch Ansammlung von Sekret in Drüsen, Drüsen-gängen oder präexistierenden Canälen und haben meist alle eine Auskleidung von Epithel oder Endothel. Der Inhalt der Cysten ist abhängig von dem Gewebe, aus dem sie entstanden sind. So enthalten z. B. die aus Schleimdrüsen entstandenen Cysten eine klare oder durch zellige Beimischung weissgetrübte, schleimige Flüssigkeit. Der Inhalt färbt sich, wenn eine Blutung stattfand. In denjenigen Drüsen, die einen offenen Ausführungsgang haben, entwickeln sich Retentionscysten dann, wenn dieser Gang an einer beliebigen Stelle verstopft wird und sich hinter dieser Verlegung noch secretierendes Parenchym befindet. Solche Cysten entwickeln sich in den Talgdrüsen der äusseren Haut, in den Schleimdrüsen des Darmtractus etc.

Relativ am seltensten findet man die Cystenbildung im Peritoneum und zwar in dessen specielleren Teile dem Mesenterium, und daher kommt es auch, dass dieser Ge-

schwülste in den Lehrbüchern der pathologischen Anatomie in recht stiefmütterlicher Weise gedacht ist. In der sehr reichhaltigen, mir zu Gebote stehenden Litteratur habe ich nur 6 Fälle von Cystenbildung des Mesenteriums gefunden.

Den ersten hierher gehörenden Fall beschreibt H. Marshall Hughes¹⁾. G. K., 20 Jahre alt, klagte am 31. December 1840 über Verdauungsbeschwerden, Erbrechen, Schmerzen in der rechten Seite, die oft von Flatulenz und bitterem Aufstossen begleitet wurden. Patient war bis vor einem Jahre völlig gesund gewesen. Von dieser Zeit an hatte er einige Male über Verdauungsstörungen zu klagen gehabt. Der letzte Anfall begann am 25. XII. 1841 und zwar so heftig, dass er sich bereits am 26. legen musste, da sein Leib bedeutend tympanitisch aufgetrieben war. Es war kein Tumor, wohl aber etwas Fluktuation in der Tiefe zu fühlen. Am 2. II. war der Hydrops Ascites vollständig, die Kraftlosigkeit bedeutend und Diarrhoe eingetreten, auch stellte sich ein durch Druck erregbarer Schmerz im linken Hypogastrium ein. Die Abmagerung und das Volumen des Leibes wuchsen in gleichem Masse und der Exitus erfolgte am 17. Febr.

Bei der Sektion ergab sich, dass die Peritonealhöhle gegen 2 Liter einer mandelmilchartigen Flüssigkeit enthielt. Im Mittelpunkt des Abdomens sass ein rundlicher Tumor von der Grösse eines Gänse-Eies, der aus mehreren Mesenterialdrüsen bestand, welche zum Teil die Grösse einer kleinen Orange hatten. Aufgeschnitten entquoll bei mässigem Druck eine ramartige Flüssigkeit. Das ganze Mesenterium war mit zahlreichen von Flüssigkeit stark gefüllten Lymphgefässen durchzogen. Die Untersuchung der Flüssigkeit ergab, dass dieselbe in beträchtlicher Menge Chylus enthielt.

1) Schmidts Jahrbücher der inneren und ausländischen gesammten Medicin XL. p. 26. .

Fall II.

Ein 31jähriger, bisher vollständig gesunder Mann²⁾ wurde am 25. Mai 1880 plötzlich auf der Strasse von heftigen Leibschermerzen ergriffen, die auch in den nächsten Tagen sich nicht verminderten. Gleichzeitig bestand hartnäckige Verstopfung. Am 27. Mai wurde in der rechten Seite des Bauches ein Tumor konstatiert, von dessen Existenz der Patient keine Kenntniss gehabt hatte. Die Diagnose lautete: Ren. mobilis. Nach ungefähr einer Woche traten die Schmerzen, die bis jetzt permanent gewesen waren, periodisch auf.

Als Patient am 11. Juni in die Behandlung der Aerzte trat, fühlte man rechts vom Nabel einen rundlichen, sehr beweglichen und schmerzlosen Tumor. Das plötzliche Auftreten der Geschwulst und der Leibschermerzen, sowie die anhaltende Verstopfung führten auf die Diagnose einer chronischen Darminvagination. Die Behandlung hatte keinen Erfolg, und so entschloss man sich denn zur Ausführung des Bauchschnitts.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man, dass der kindskopfgrosse Tumor dem Mesenterium angehörte und nicht mit dem Darm verwachsen war. Die Punktion mit einem dünnen Troicart förderte keine Flüssigkeit zu Tage, erst nach dem Ausziehen des Instruments folgte eine beträchtliche Quantität dicken Eiters. Nach ausgedehnter Eröffnung der Cyste mittelst Schnitt und nach Ausspülung mit Carbollösung wurde der Stiel in 7 Particen mit Catgut unterbunden und die Geschwulst abgetragen. Der Wundverlauf war im Ganzen ein zufrieden stellender. Der Kranke genas vollständig. Die Cyste ging von einer Lymphdrüse aus.

²⁾ Millard und Tillaux Bull. de l'Acad. 2. S. IX. 33. p. 831
Août 17.

Fall III.

Dr. G. Werth³⁾ entfernte mittelst der Laparotomie eine Cyste des Mesenterium Ilei. Die Geschwulst war 3 Monate vorher von der Patientin entdeckt worden bei Gelegenheit von Kolik-Anfällen.

Patientin war fieberfrei, aber körperlich sehr heruntergekommen. Der Tumor lag über dem Beckeneingang und war sehr beweglich. Durch die Bauchdecken war ein gespannter Strang von der Nabelgegend bis zum Beckeneingang zu fühlen. Starke Schmerzen und häufiges Erbrechen hatten sich eingestellt.

Es wurde die Operation gemacht. Nach dem Bauchschnitt wurden die Darmschlingen zurückgeschoben, und man traf links von der Wirbelsäule auf einen nach abwärts ziehenden, breiten, straffgespannten Strang, welcher den ziemlich fest in den oberen Teil der Beckenhöhle eingesenkten Tumor trug und von der Radix Mesenterii gebildet wurde. Die Geschwulst erhob sich aus dem einer Dünndarmschlinge angehörenden Mesenterialsegment, sass unter der Serosa und war von dem einen entsprechend ausgedehnten Blatt des Mesenterium umhüllt, während die andere Lamelle gewissermassen die Basis bildete, von welcher der Tumor sich erhob. Die zugehörige Darmschlinge umgab den grössten Teil der unteren Geschwulstperipherie mit einem ungefähr 5 cm breiten Mesenterialabschnitt.

Die Cyste wurde enucleirt, das Mesenterium mit Catgut genäht. Der Inhalt der Cyste war breiartig.

Fall IV.

Eine 63 jährige Patientin⁴⁾, welche vor 20 Jahren einen Typhus durchgemacht hatte, seit 10—12 Jahren an Haemor-

3) G. Werth, Archiv f. Gynaekol. XIX. 2. p. 321. 1882.

4) Bramann. Arch. f. Klin. Chirurg. XXXV. p. 201. 1887.

rhoiden litt, klagte seit 5 Jahren über Obstipation, die namentlich seit 1½ Jahren sehr hartnäckig geworden sein sollte. Im November 1885 entdeckte Patientin zufällig in der Nabelgegend eine ungfähr faustgrosse Geschwulst, die beweglich, absolut schmerzlos war, dabei in den nächsten Monaten an Grösse zunahm.

Bei der Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Berlin fand sich bei der verhältnissmässig kräftigen, aber sehr nervösen Patientin das Abdomen in der Nabelgegend etwas vorgewölbt. Unter den schlaffen, jedoch dicken Bauchdecken fühlte man einen runden, fast Kindskopf grossen Tumor mit anscheinend glatter Oberfläche, sehr prall gespannt und deutlich fluctuierend. Die Perkussion über dem Tumor hatte tympanitischen und tympanitisch gedämpften Ton, auf der Kuppe des Tumors fast absolut gedämpften. Gegen die Bauchdecken hin erschien der Tumor leicht verschiebbar.

Nach diesem Befunde wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen im Peritoneum bez. Mesenterium zur Entwicklung gelangten Echinococcus oder auf ein Dermoid gestellt.

Am 17. April fand die Laparotomie statt. Nach Eröffnung des Abdomen stellte sich sofort der kugelrunde, prall gespannte, mit einem glatten, glänzenden Peritoneal-Ueberzug versehene Tumor in der Wunde ein. Ueber seine Oberfläche liefen zahlreiche Dünndarmschlingen hinweg, die ihm glatt auflagen und so innig mit ihm verwachsen waren, dass ihre Serosa unmittelbar in die des Tumors überging. Bei der Punktion entleerten sich 7--800 gr einer rein milchigen, fast schneeweissen, geruchlosen Flüssigkeit. Alsdann wurde eine 11 cm lange Spaltung der Cyste unternommen, und die Wände der Cyste mit denen der Bauchhaut vernäht.

Patientin wurde am Ende der 5. Woche geheilt entlassen.

Fall V.

Das gleichzeitige Vorkommen einer Echinococcuscyste der Leber und einer serösen Cyste des Mesenteriums mit Hydatidenschwirren⁵⁾ will Bouchut 1862 beobachtet haben bei einem 9jährigen Mädchen, welches seit 4 Wochen Unterleibsgeschwülste bemerkt hatte.

Der Leib war schmerzlos aufgetrieben durch 3 Geschwülste, welche im Epigastrium in der rechten und linken Seite gelegen waren. Diese Geschwülste waren hart gespannt und liessen beim Perkutieren deutliches Hydatidenschwirren bemerken. In 9 Monaten hatten sich die Geschwülste derart vergrössert, dass die im Epigastrium und die nach unten und links gelegene Geschwulst einen Tumor bildeten. Die rechtsseitige war nicht so stark gewachsen und isoliert geblieben. Auf dringenden Wunsch wurde die Operation nach der von Récamier empfohlenen Weise gemacht und zwar zunächst an der im Epigastrium gelegenen Cyste. Nach 3 Tagen traten 3 Ltr. Flüssigkeit aus, in welcher sich amorphe fettig entartete Membranen, zahlreiche dunkelgelbe Epithelzellen, aber keine Echinococcenblasen noch Haken fanden. Die Wunde verheilte nur langsam, indes nach 3 Wochen war die Fistel völlig geschlossen und die beiden Tumoren gänzlich geschwunden.

14 Tage darauf öffnete B. die dritte Geschwulst durch einen Kreuzschnitt, worauf zunächst wenig, wasserhelle Flüssigkeit ausfloss. Darauf zeigte sich in der Öffnung eine durchscheinende Membran, welche durch Ziehen circa 6 cm hervorzuholen war und Gefässinjektion und kleine Fettanhängsel bemerken liess, also keine Echinococcenblase war. Es wurde die Ligatur angelegt. Die Membran war am folgenden Tage bruchartig 5—6 cm weiter aus der Öffnung herausgetreten, sodass eine zweite Unterbindung in der

5) Bouchut, Gaz. des Hôp. 89. 1862.

Ebene der Bauchwand erforderlich wurde. Nach 10 Tagen hatte sich die Haut abgelöst, eine kleine wuchernde Stelle mit der Ligatur in der Mitte blieb noch in der Wunde zurück, war aber nach 3 Wochen völlig vernarbt, und mit Ausnahme eines kleinen subkutanen Knotens war jetzt keine Spur einer Geschwulst mehr nachzuweisen.

Die Diagnose hatte Bouchut bei den 2 ersten Geschwülsten auf Echinococcen gestellt, bei der dritten dagegen glaubte er wegen der Vascularisation der Membran und Fettanhängsel eine einfache seröse Cyste in irgend einem Teile des Mesenteriums annehmen zu müssen.

Fall VI.

Eine grosse Cyste des Mesenteriums extirpierte Dr. Charles H. Carter.⁶⁾

Die Patientin hatte seit 2 Jahren das Anwachsen einer Geschwulst im Unterleibe bemerkt, die als Ovarialcyste diagnosticiert wurde. Am 13. Juli 1882 wurde die Operation vorgenommen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie fand sich eine dünnwandige Cyste, nach deren Entleerung es sich zeigte, dass sie nirgends mit den Ovarien oder den Ligamentis latissimis zusammenhing. Sie sass fest an der linken Seite der Wirbelsäule und der Lumbalgegend und war innig mit Dünndarmschlingen verwachsen. Da es unmöglich schien, die Cyste von ihrer Insertionsstelle zu entfernen, so wurde der Versuch gemacht, sie von ihrem Peritoneal-Überzug loszuschälen; indes musste man dies wegen der starken Blutung aufgeben und nähte die Cystenwand in die Bauchhöhle ein.

Nach 24 Stunden traten die Zeichen der Sepsis und Blutung aus der Cystenwand auf. Es erfolgte der Exitus letalis am 6. Tage nach der Operation.

6) Charles H. Carter, Brit. med. Journ. Jan. 6. 1883 p. 7.

Bei der Section fanden sich die Insertions-Verhältnisse, wie bereits oben erwähnt. An der linken Seite war der Peritoneal-Überzug der Cyste durch ein starkes Extravasat abgehoben. Vermuthlich war beim Vernähen des Sackes eine grosse Vene angestochen worden. Ausserdem konnte Peritonitis constatirt werden.

Im Anschluss hieran sei es mir vergönnt, einen Fall von Cyste des Mesenteriums, welcher sich in Behandlung des Herrn Prof. Dr. Helferich befunden hat, zu veröffentlichen. Patient ist der 43jährige Arbeiter D. Anfang April 1890 bemerkte Patient zufälligerweise einen Tumor von circa Wallnussgrösse im Bauche rechts vom Nabel. Dieser Tumor liess sich mit grosser Leichtigkeit nach allen Richtungen hin verschieben. Ende April desselben Jahres erkrankte Patient an einer ihm unbekanntem Krankheit, nach welcher der Tumor angeblich vollständig verschwand. Im Juli darauf wurde er beim Abbruch eines Schornsteins derartig verletzt, dass ihm ein grosses Stück Holz auf Gesicht, Brust und Beine fiel. Seit dieser Zeit behauptet Patient, habe sich der Tumor wieder gezeigt und habe rapide zu wachsen begonnen. In gleichem Verhältnisse mit dem Grösserwerden des Tumors stellten sich Schmerzen ein.

Wahrscheinlich hat Patient früher einmal Malaria gehabt und hat, da er angiebt einmal gelb ausgesehen zu haben, eine Erkrankung der Leber überstanden, doch lässt sich hierüber nichts Bestimmtes erfahren.

Status bei der Aufnahme:

Patient macht den Eindruck eines kräftigen gesunden Mannes, seine Muskulatur ist gut entwickelt, geringer Panniculus adiposus, alle sichtbaren Schleimhäute haben eine normale Farbe. Das Abdomen zeigt rechts von der Linea alba eine leichte rundliche Hervorwölbung, welche sich bei der Palpation als rundlicher, kindskopfgrosser, praller Tumor er-

weist. Von der Leber ist derselbe durch eine breite Zone abgegrenzt, welche deutlich tympanitischen Schall zeigt. Ob der Tumor vielleicht mit der rechten Niere im Zusammenhange steht, lässt sich nicht eruieren. Er lässt sich mit der grössten Leichtigkeit in die linke Seite unter die Rippenbogen und nach unten bis ins kleine Becken verschieben. Die Untersuchung per anum ergibt, dass der Tumor eine völlig glatte Oberfläche hat und deutlich fluktuiert. Man hat das Gefühl, als wenn man eine prall gespannte Kautschukblase berührt, Bläht man durch Luft-Einblasen per anum den Darm auf, so wird der Tumor für die Untersuchung unzugänglich, da der geblähte Darm denselben völlig bedeckt.

Therapie:

Nachdem dem Patienten am Tage vorher mehrere Dosen von Oleum Ricini gereicht waren und darauf der Darm gründlich sich entleert hatte, wurde am 16. October 1890 von Herrn Prof. Dr. Helferich die Operation vollführt. Dieselbe wurde in Narkose gemacht. Zunächst wird der ganze Bauch sorgfältig mit Wasser und Seife gereinigt und rasiert, gründlich desinficiert und die ganze Umgebung des Operationsfeldes mit aseptischen Tüchern bedeckt, alsdann wurde die Laparotomie ausgeführt und zu diesem Zwecke ein Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse gemacht.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentierte sich in der Wunde eine weissliche, prall elastische, glänzende Cyste. Dieselbe hatte keine vollständig kugelförmige Form, sondern eine Gestalt, die man wohl als ein Mittelding bezeichnen könnte zwischen Kugel- und Birnform. Nachdem nun die Cyste aus der Wunde herausgedrängt worden war, zeigte es sich, dass sie mit einem breiten Stiel dem Mesenterium aufsitzt und zwar dem Mesenterium des Dünndarms. Vom freien Rande des Mesenteriums ist der Stiel circa 6 cm entfernt. Sehr sorgsam wird nun der peritoneale Überzug des



Stiels ringsum denselben abgelöst und zurückpräpariert. Alsdann wird der Stiel, in dem man zahlreiche dicke Venen verlaufen sieht, mit der Schnürzange in einzelnen Portionen abgeschnürt, mit starker Seide unterbunden und nach der Ligatur abgetragen. Die Ränder der im Peritoneum am Grunde des Stiels entstandenen Wunde werden durch Catgut-Suturen mit einander vereinigt. Das Darmstück, welches dem Sitz des Stiels entsprach, war nach der Vernähung des zurückbleibenden Stumpfes etwas bläulich verfärbt — durch Stauung in den durchschnittenen Venen. — Darauf wird die Bauchwunde geschlossen und zwar in der Art, dass das Peritoneum mit Silberdraht, die darüberliegenden Schichten aber mit Seide vernäht werden. Zwei Drains werden in die Wunde eingeführt und letztere durch einen trocknen Verband geschlossen.

Der Wundverlauf war reaktionslos.

Am 27. October werden sämmtliche Nähte entfernt. Die Wunde war per primam geheilt. Patient steht auf und geht umher, ohne die geringsten Schmerzen oder Beschwerden zu haben.

Am 18. X. 1890 wird Patient mit einer Bauchbinde entlassen.

Die Diagnose derartiger Fälle ist eine äusserst schwierige. Denken liess sich zu Anfang bei diesem Tumor an eine Pankreascyste. Indes sah man von dieser Diagnose ab, weil der Tumor sehr leicht und in hohem Grade verschiebbar war, was bei einer Pankreascyste nicht der Fall ist, denn diese macht nur ganz leichte Bewegungen, die durch den Hoch- und Tiefstand des Zwerchfells bei der Atmung bedingt sind. Gegen eine Wanderniere sprach die Form und allzu grosse Beweglichkeit des Tumors sowie Fehlen entsprechender subjektiver Beschwerden. Auch war ein Zusammenhang mit der Niere nicht nachweisbar. Alsdann war

in Betracht zu ziehen eine Affektion der Gallenblase der Hydrops cystidis felleae, zumal der Patient in der Anamnese angab, eine Erkrankung der Leber durchgemacht zu haben. Der Tumor war aber durch eine breite Zone tympanitischen Schalls von der Leber abgegrenzt, ausserdem ist es äusserst selten, dass sich die Darmschlingen über eine derartige Geschwulst lagern. Es konnte sich also nur um einen Tumor im Mesenterium oder einen Echinococcus des Netzes handeln; indes wurde die Diagnose offen gelassen bis nach vollzogener Laparotomie.

Die Indikation war bei dem heutigen Stande der Wissenschaft, wo eine Eröffnung der Bauchhöhle bei strongster Asepsis keine Gefahren hat, durch das stetige Wachsen des Tumors zur Genüge gegeben.

Die Cyste, deren Form wir bereits oben kennen lernten, hatte die Grösse eines kleinen Kindskopfs. Sie war vom freien Rande des Mesenteriums c. 6 cm entfernt und sass mit einem ungefähr 3 cm langen Stiel dem Mesenterium des Dünndarms auf. Sie war vom Peritoneum überzogen. Die Cyste, in der sich ungefähr 6-700 ccm einer bräunlichen, serösen, von Blutfarbstoff tingierten Flüssigkeit befanden, bestand aus einem einzigen Hohlraum und war nicht aus mehreren Fächern zusammengesetzt. Die Wand der Cyste war ungefähr 3 mm dick und bestand aus derbem Bindegewebe, welches zahlreiche Blutgefässe und Lymphräume enthielt. Ausserdem befanden sich in dem mikroskopischen Präparate Zellen mit vielen albuminösen Körnchen. Endothel war nicht vorhanden.

Über die Entstehung der Cyste lässt sich mit Bestimmtheit nichts sagen. Vielleicht ist der erste Anfang der Cyste ein Bluterguss aus Mesenterial-Venen gewesen, die durch irgend einen Umstand zerrissen sind, und um diesen Bluterguss hat sich allmählich von der Nachbarschaft aus eine bindegewebshaltige Kapsel gebildet. Andererseits könnte man

als Ursprungsstelle eine mesenteriale Lymphdrüse betrachten. Schon Rokitanisky erwähnt die Möglichkeit einer so weit gehenden und zu so bedeutender Vergrößerung führenden Umbildung einer einzelnen Gekrösdrüse unter den Erkrankungen des Lymphdrüsensystems. Auffällig könnte bei dieser Cyste zunächst der Umstand sein, dass jede Andeutung von Septis im Innern fehlen. Dieselben sollen aber nach Rokitanisky bei zunehmender Vergrößerung der Lymphdrüscysten schwinden können; alsdann könnte es merkwürdig erscheinen, dass die Cyste nicht Chylus sondern Serum enthielt. Jedoch Klebs⁷⁾ sagt darüber: „Einzelne derselben — nämlich der Cysten, welche Serum enthalten — mögen ähnlichen Ursprungs sein wie die Dermoidcysten, andere verdanken dem lymphatischen System ihren Ursprung, noch andere scheinen Abschnürungen von Schleimhautkanälen anzugehören.“

Nehmen wir also an, es sei eine cystisch entartete Drüse die Ursprungsstelle der Entstehung der Cyste. Durch den Schlag, den der Mann durch das Holz auf den Bauch erlitt, wäre es wohl möglich, dass eine Blutung aus der Wandung in den Hohlraum hinein erfolgte.

Hiernach hätten wir es also in unserm Falle mit einer Retentionscyste zu thun, in deren Lumen hinein eine Blutung stattfand.

Ähnlichen Ursprungs sind auch alle vorher erwähnten Fälle von Cystenbildung — wir sehen hier ab von dem einen von Bouchut⁸⁾ erwähnten Falle, in dem sich neben Echinococcus eine seröse Cyste gebildet haben soll.

So wird uns in Fall II überliefert; dass die Cyste von einer Lymphdrüse ausging und auch Kilian⁹⁾ zählt diesen Fall hierher.

7) Klebs: Pathologische Anatomie 1869 I. B. 332.

8) Bouchut: *Gaz. des Hôp.* 89. 62.

9) Kilian: *Befl. klin. Wochenschrift* 1886 p. 407.

Kommt es zu Stauungen im Verlaufe des Ductus thoracicus, so können sich auch hier derartige Cysten entwickeln. In dem von Bramann¹⁰⁾ mitgeteilten Falle wird die Cysterna Chyli als wahrscheinlicher Ausgangspunkt der Cyste angesehen.

Ist der Verschluss des Ductus thor. ein vollständiger, so kann es zu ganz bedeutenden Stauungsercheinungen kommen. Kilian⁹⁾ erwähnt eine Obliteration des Brustganges durch schrumpfendes Narbengewebe, die zu bedeutender Erweiterung des ganzen Chylus-Gefäss-Systems, sowie zu hirsekorngrossen Chylus-Aneurysmen und sogar zu einem chylösen Ascites geführt hatte. Als solcher chylöser Ascites ist jedenfalls der Hydrops Ascites unseres ersten Falls anzusehen. Wird nun der Chylus eingedickt, so wird er in eine breiartige Masse verwandelt, wie der Inhalt der von Werth¹¹⁾ beschriebenen Cyste war.

Was nun die Therapie dieser und ähnlicher Tumoren anlangt, so hatte man früher namentlich 3 Methoden:

1) Von Bégin: Einschneiden der Bauchwand bis auf die Eröffnung der Cyste nach erfolgter Adhaesion.

2) Von Jobert de Lamballe: Wiederholte Punktion der Geschwulst durch einen capillaren Troicart, den man 24 Stunden liegen lässt.

3) Von Récamier: Ätzen der hervorragenden Stelle der Geschwulst mit Wiener-Ätzipaste, dann Kreuzschnitte und wieder Ätzen mit Canquoinster Chlorzinkpaste bis die Verwachsung der Cyste mit der Bauchwand fest genug war.

Heutzutage wird man wohl kaum noch eins dieser Verfahren anwenden, sondern wird bei gegebener Indikation die Laparotomie vorziehen, die bei strengster Asepsis keine Gefahren hat. Nach dem Befunde wird man dann entweder

10) Bramann: Arch. f. Klin. Chir. XXXV. p. 201. 1887.

11) G. Werth: Arch. f. Gynaek. XIX. 2 p. 321. 1882.

die Cyste extirpieren oder wie in dem Bramann'schen Falle die Wände der Cyste mit denen der Bauchwand vernähen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinen hochverehrten Lehrern den Herren Professoren Dr. Helferich und Dr. Heidenhain für die gütige Unterstützung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

- Schmidts Jahrbücher.
Archiv für Gynaekol. 1882.
Archiv für Klin. Chirurg. 1887.
Klebs: Pathol. Anatomie.
Berliner Klin. Wochenschrift 1886.
Ziegler: Allgemeine Pathol.
C. Hüter: Specielle Chirurgie.

Lebenslauf.

Ernst Dörschlag, geboren am 21. Januar 1865 zu Greifswald, evangelischer Confession, Sohn des Schiffskapitains Hermann Dörschlag und seiner Ehefrau, geb. Lange, erhielt seine Schulbildung auf dem Gymnasium zu Greifswald, dem Real-Progymnasium zu Wolgast und dem Gymnasium zu Anklam, welches er Michaelis 1886 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Er bezog nun die Universität Greifswald, um Medicin zu studieren. Im Wintersemester 1888—89 diente er ein halbes Jahr mit der Waffe beim Infanterie-Regiment „Prinz Moritz von Anhalt-Dessau“ 5. Pommersches Nr. 42. Er bestand am Ende des 5. Semesters das Tentamen physicum, am 4. Februar 1891 das Tentamen medicum und am 7. Februar desselben Jahres das Examen rigorosum.

Er besuchte die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Budge, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, von Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Diesen meinen hochverehrten Herren Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus.

The sen.

I.

Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses muss möglichst früh nach der Geburt beginnen.

II.

Der stumpfe Haken ist bei erforderlicher Extraction am Steiss der Schlinge vorzuziehen.

III.

Bei allen grösseren Panaritien ist die Chloroformnarkose indiciert.



15085

21929