

# Ueber Ovarialtumoren

als Complication von

## Schwangerschaft und Geburt

auf Grund

von sieben in der bernischen geburtshülflichen Klinik  
beobachteten Fällen.

---

### Inaugural-Dissertation

der medicinischen Fakultät der Universität Bern eingereicht  
von

**Paul Fetscherin.**

Zum Druck genehmigt auf Antrag von **Prof. Dr. P. Müller.**

Bern,  
den 1. August 1884.

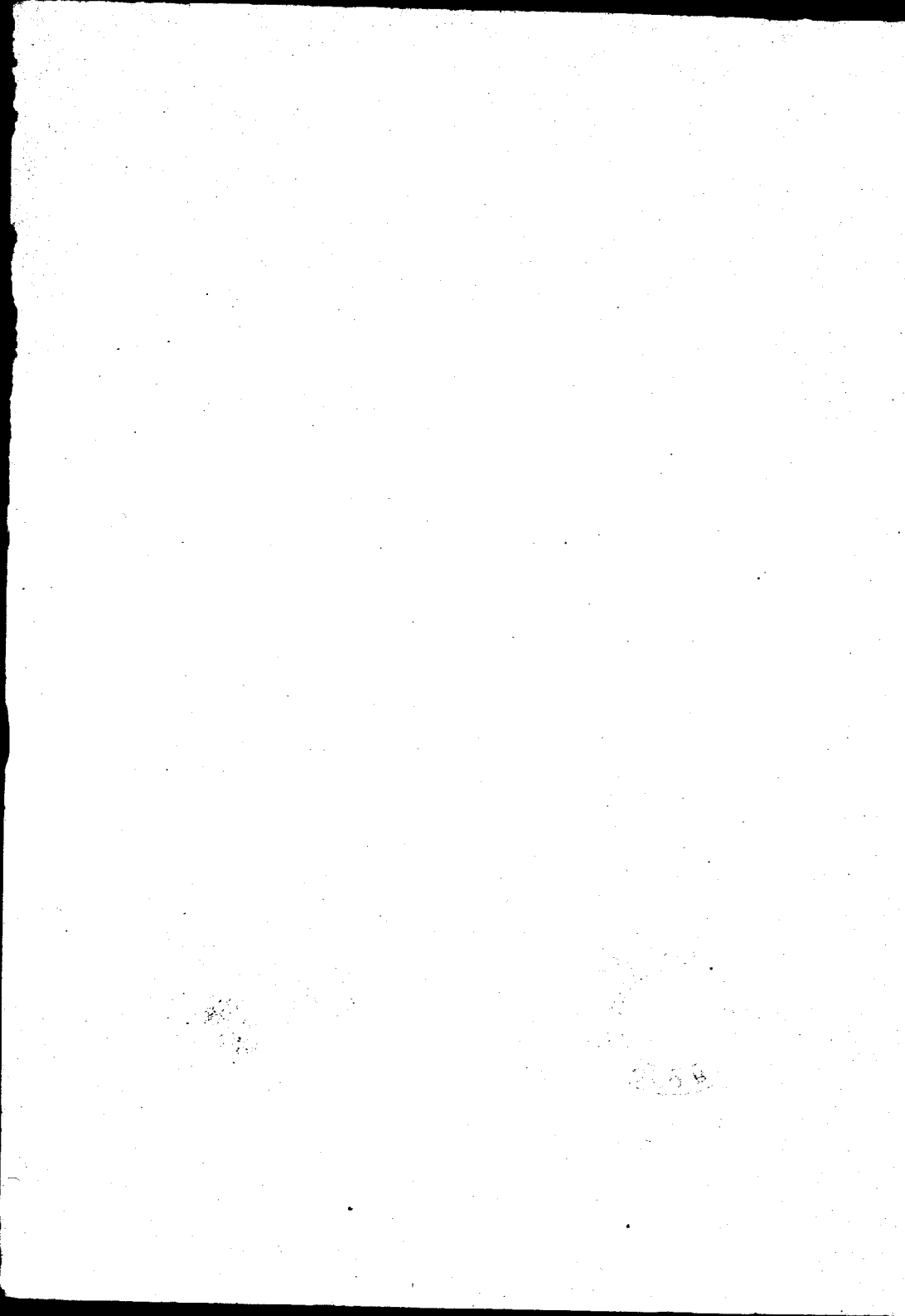


Der Dekan:  
Schthheim.



BERN

Buchdruckerei von K. J. Wyss  
1884



# Ueber Ovarialtumoren

als Complication von

## Schwangerschaft und Geburt

auf Grund

von sieben in der bernischen geburtshülflichen Klinik  
beobachteten Fällen.

---

### Inaugural-Dissertation

der medicinischen Fakultät der Universität Bern eingereicht  
von

**Paul Fetscherin.**

Zum Druck genehmigt auf Antrag von **Prof. Dr. P. Müller.**

Bern,  
den 1. August 1884.



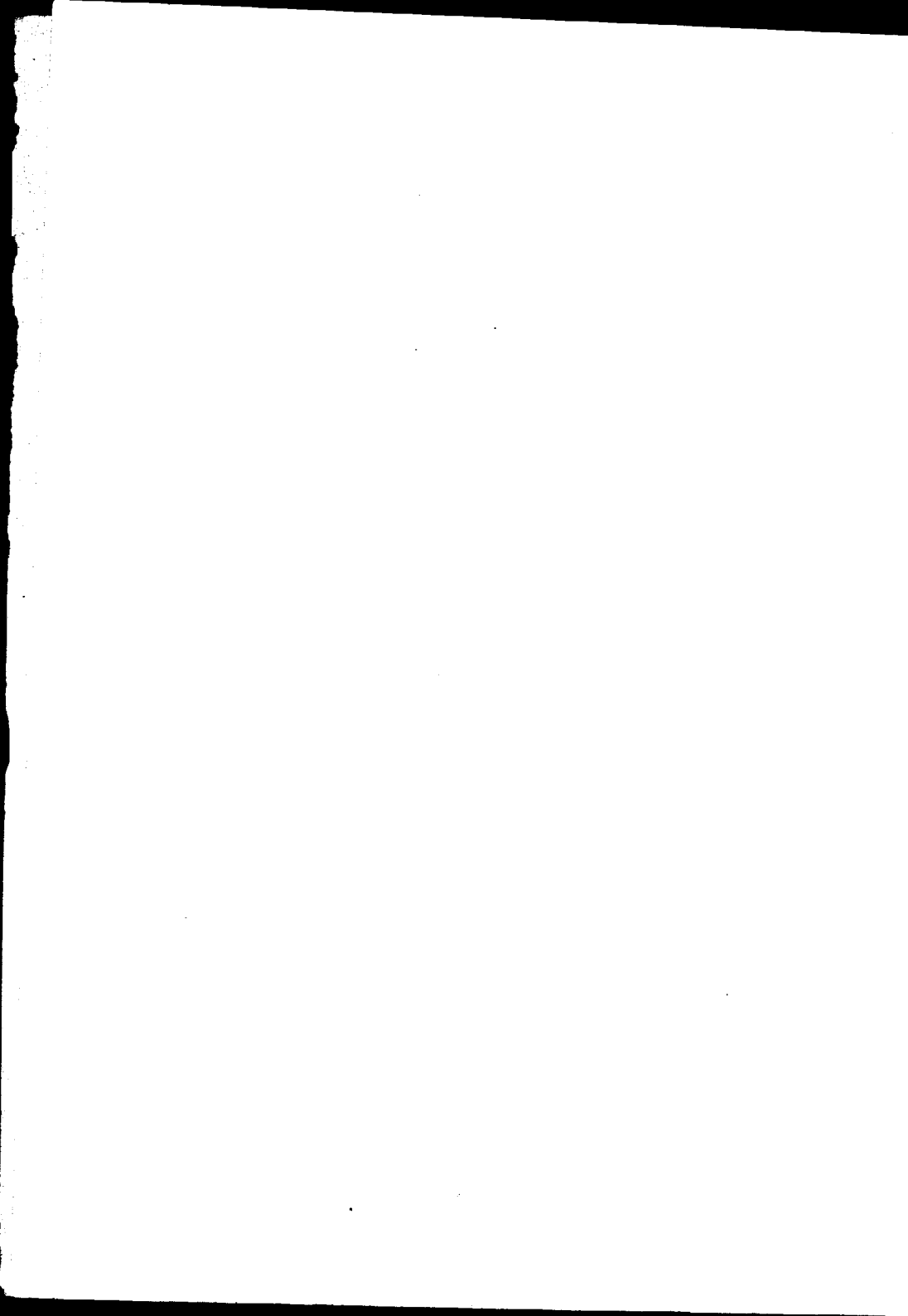
Der Dekan:  
Licht



---

BERN

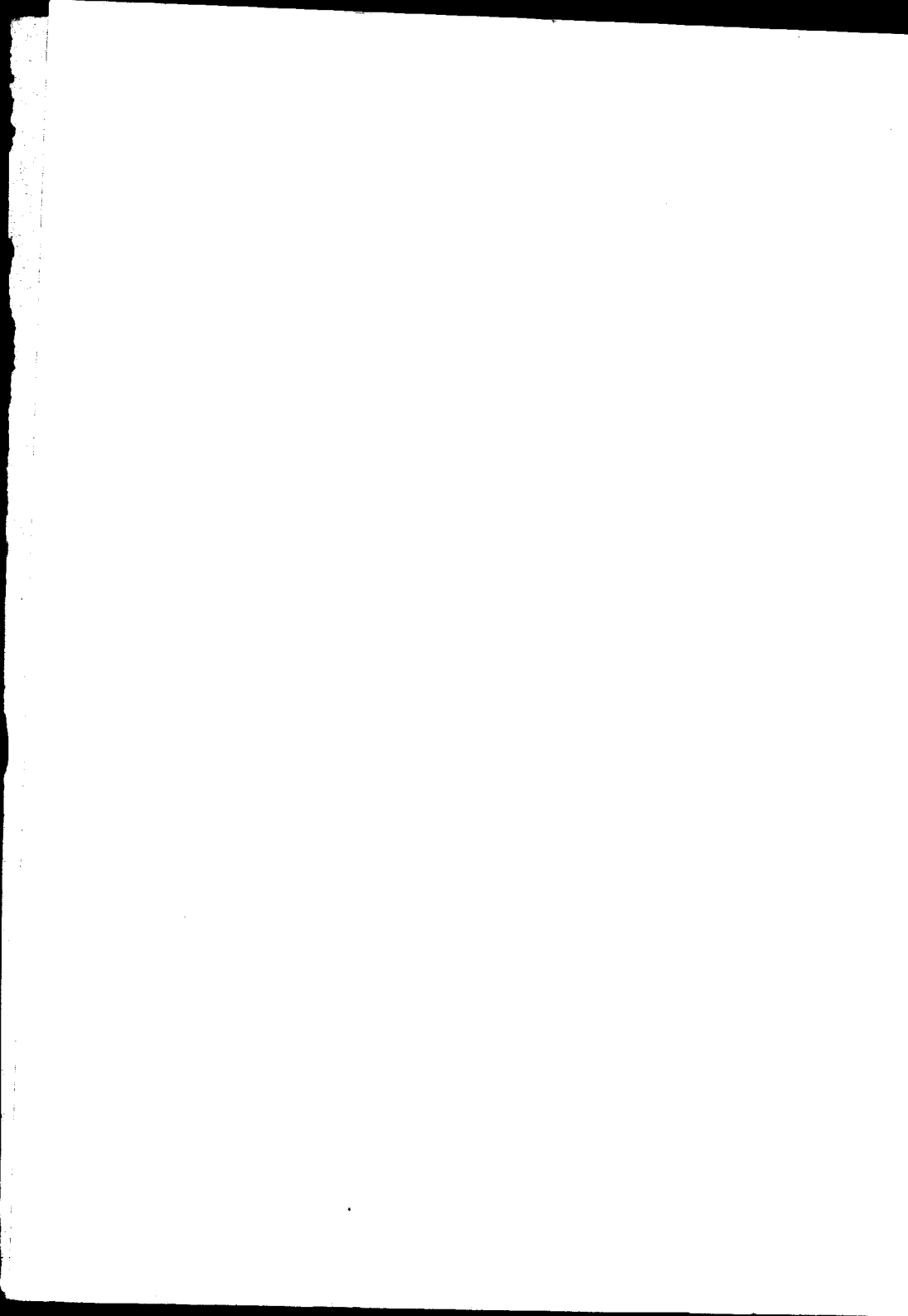
Buchdruckerei von K. J. Wyss  
1884



Meinen lieben Freunden und Collegen

**F. Garraux, A. Vogel, W. Walker**

in alter Freundschaft gewidmet.



# Ueber Ovarialtumoren

als

## Complication von Schwangerschaft und Geburt

auf Grund

von sieben in der bernischen geburtshülflichen Klinik beobachteten Fällen.

---

Unter den Complicationen, welche die Geburt in ihrem normalen Laufe stören und zu einer pathologischen machen, spielen die Beckengeschwülste keine geringe Rolle.

Bald sind es Uterusfibroide, bald wieder Geschwülste im Bereiche des knöchernen Beckens, bald Ovarialtumoren, welche einen schädlichen Einfluss ausüben auf den Verlauf der Schwangerschaft und welche die Geburt in einer oft so verhängnissvollen Weise compliciren.

Von all' diesen Tumoren kommen die Ovarialgeschwülste am häufigsten vor in ihren mannigfachen Formen; meist finden wir die Cysten in einer ihrer drei Formen, sei es als uniloculäre, multiloculäre oder Dermoidcysten. Den soliden Ovarialtumoren begegnen wir nur in seltenen Fällen.

Bei der Häufigkeit, mit der solche Eierstockgeschwülste auftreten, lässt sich leicht begreifen, dass solche Tumoren oft mit Schwangerschaft zugleich getroffen werden und diese in geringerem oder höherem Grade compliciren.

Wenn wir einen Blick auf die Literatur dieses Gegenstandes werfen, so zeigt sich sofort, dass solche Fälle schon oft bearbeitet und zum Gegenstand von Specialabhandlungen gemacht worden sind. Wir wollen hier nur einige der hauptsächlichsten Arbeiten, die uns gerade zu Gebote stehen, anführen.

Die erste Zusammenstellung einer Anzahl dieser Geburtscomplicationen lieferte in Deutschland Puchelt in seiner Dissertation: « De tumoribus in pelvi partum impediētibus ».

Ihm folgte Litzmann, der den Gegenstand noch ausführlicher besprach und unter 47 Fällen die ovarielle Natur des Tumor 25 mal durch die Section oder Punction bestätigt fand.

Jetter brachte dann in seiner Dissertation: « Ueber den Einfluss der Eierstockgeschwülste auf Conception, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett », eine Zusammenstellung von 165 Fällen solcher Geburtscomplicationen durch Ovarialtumoren, worin er die in Abhandlungen und in Dissertationen zerstreuten Fälle sammelte.

Nachdem Mühlberger und Herdegen dieses Material um viele interessante Fälle bereichert hatten, gab uns Heiberg in seiner Abhandlung: « Om Ovariesvulsten som Complication ved Svangerscab », eine tabellarische Uebersicht von 271 Schwangerschaften bei 244 Ovarialgeschwülsten.

Diese Arbeit umfasst die Literatur der letzten 20 Jahre und ist als eine Fortsetzung der Jetter'schen Statistik zu betrachten.

Es stehen uns hier noch einige Fälle zu Gebote, welche in neuerer Zeit mitgetheilt wurden, die wir hier in Kürze anführen wollen.

Dr. Wilhelm Fischel (Casuistische Mittheilungen aus der II. geburtshülflichen Klinik des Herrn Regierungsrathes Professor Dr. Breisky in Prag, in der Prager Medicinischen Wochenschrift 1881 Nr. 42, 1882 Nr. 46) hat uns drei Fälle von Ovarialtumoren als Geburtscomplicationen beschrieben.

1. Eine 25jährige, ledige Erstgeschwängerte suchte am 6. Juli 1880 Abends die Hülfe der geburtshülflichen Klinik auf, weil sich seit einigen Stunden ein mässiger Blutabgang aus der Scheide und Schmerzen im Unterleib und im Kreuz eingestellt hatten.

Die sofort vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Unterleib nur mässig ausgedehnt, keine Striae; fundus uteri 3 Querfinger unter dem Schwertfortsatz.

Die Palpation des Unterleibs ergab einen durchaus normalen Befund; der Kopf des in I. Lage befindlichen Foetus lag über dem Beckeneingang.

Bei der innern Untersuchung fand man eine glatte, mässig weite Scheide und den Cervicalkanal für einen Finger durchgängig.

Die rechte Hälfte der hinteren Beckenwand war bedeckt von einem ungefähr mannsfaustgrossen Tumor von derb-elastischer Consistenz.

Anamnestisch konnte noch in Erfahrung gebracht werden, dass Patientin seit einem Jahre bei körperlichen Anstrengungen Stechen im Kreuz verspürt haben soll.

Es wurde die Diagnose « Ovarialtumor » gestellt und daher in Knieellenbogenlage die Reposition ausgeführt, worauf dann die Vaginalportion und der Kopf des Foetus centrisch über den Beckeneingang zu stehen kamen.

Drei Wochen später kam Patientin zur Geburt, welche ganz normal verlief. Nachdem die Placenta eine

Viertelstunde nach der Geburt spontan abgegangen war, wurde eine Untersuchung vorgenommen, um den Zustand des Tumor zu eruiren.

Aber so viel man auch suchte, der Tumor war verschwunden und konnte auch bei einer am 10. Wochenbettstage vorgenommenen Untersuchung nicht mehr gefunden werden.

Es musste hier angenommen werden, dass der Tumor wahrscheinlich während der Vornahme der Reposition geplatzt war, seinen Inhalt in das Peritoneum entleert und sich seitdem nicht wieder gefüllt hatte, sondern einer Schrumpfung seines Balges anheimgefallen war.

2. Eine 32jährige, im 8. Monat der Schwangerschaft befindliche Frau kam in die Klinik, um Linderung ihres qualvollen Zustandes zu finden. Schon in der zehnten Schwangerschaftswoche fiel ihr eine ungewöhnliche, mit Dyspnoe verbundene Spannung des Unterleibes auf, die sich stets steigerte und sich mit Oedem der Ober- und Unterschenkel verband.

Bei der Untersuchung fand sich, dass in dem besonders rechts sehr schmerzhaften, gleichmässig ausgedehnten Unterleib zwei grosse Tumoren neben einander lagen, von denen der linksseitige für den schwangeren Uterus, der rechtsseitige für einen Ovarialtumor gehalten werden musste; die innere Untersuchung bestätigte diesen Befund.

Die Harnmenge war bedeutend vermindert und der Urin enthielt viel Eiweiss.

Patientin kam bald zur Geburt und als sich der Kopf über dem Beckeneingang einstellte, wurde die Reposition des Tumor von der Vagina aus vorgenommen; derselbe barst jedoch unter dem Drucke des foetalen Kopfes und der reponirenden Hand, worauf die Geburt ganz normal verlief; das Wochenbett war bis auf eine kleine Ephemera afebril, die Harnmenge nahm wieder zu, das Albumin verschwand.

Die Ovariectomie wurde in Aussicht genommen, wenn der Uterus vollständig involviret wäre.

3. Eine 21 jährige, ledige Erstgeschwängerte suchte Hülfe in der Klinik; sie bot normale Beckenmasse dar, allein der Kopf stand vollkommen über dem Beckeneingang.

Die innere Untersuchung ergab, dass die sehr aufgelockerte Scheide nach oben und vorne verlief und dass die 1 $\frac{1}{2}$  cm. lange Vaginalportion der Symphyse angenähert stand.

Im hinteren Scheidengewölbe befand sich ein übergänseeigrosser platter Tumor, von glatter Oberfläche und ziemlicher Spannung. Derselbe ragte von der linken Beckenbucht her unter das Promontorium und bildete offenbar das Hinderniss für den Eintritt des kindlichen Kopfes.

Nach dem Blasensprung wurde die Reposition des Tumor in Knieellenbogenlage vorgenommen, und zwar vom Mastdarm aus, worauf sich der foetale Kopf einstellte und das Kind normal geboren werden konnte. Das Wochenbett verlief vollständig afebril.

Als sich der Uterus genügend verkleinert hatte, konnte man den Tumor leicht schon bei der äusseren Untersuchung erkennen.

Die Wöchnerin wurde bis auf Weiteres entlassen.

Professor Schauta (Wiener Medicinische Blätter 1882 Nr. 29) referirt über folgenden interessanten Fall:

Eine 19 jährige Frau, die schon neun Lunarmonate schwanger war und bei der schon vor zwei Jahren die Diagnose « rechtsseitige Ovarialcyste » gestellt worden war, stellte sich in der Ambulanz zur Untersuchung.

Diese ergab Folgendes:

Unterleib gleichmässig aufgetrieben, Frucht in der I. Schädellage, Portio vaginalis stark aufgelockert, nach links und vorne verschoben, Muttermund geschlossen.

Von rechts und hinten her drängt sich ein etwa kindskopfgrosser, elastischer Tumor ins Becken hinein, keine Wehentätigkeit.

Vier Wochen später kam Patientin gebärend in die Klinik mit der Angabe, dass am gleichen Morgen eine grosse Menge Flüssigkeit aus den Geschlechtstheilen abgegangen sei.

Es fand sich die Frucht in I. Schädellage, der Kopf ganz symmetrisch eingestellt; nach rechts fühlte man per vaginam eine vom Uterus nicht trennbare, nicht deutlich zu umgrenzende Geschwulst, hoch gelagert und nur mit einem schmalen Segmente gegen den Beckeneingang herabragend.

Der weitere Geburtsverlauf war ganz normal, nur ging noch während der Geburt eine grosse Menge Wasser ab.

Die Cyste war also wahrscheinlich in Folge der bedeutenden, intraabdominellen Drucksteigerung geborsten und hatte ihren Inhalt durch die Tube nach aussen entleert.

Das Wochenbett verlief durchaus normal, die Cyste füllte sich jedoch rasch wieder.

Dieselbe Patientin stellte sich 2 Jahre später wieder am Ende des letzten Schwangerschaftsmonates mit demselben Befunde wie vor zwei Jahren; nur fand sich diesmal die Frucht etwas schräg gelagert mit dem Steiss auf der linken Darmbeinschaukel. Bei den ersten Wehen drängte sich die halbkugelförmige, von vorn nach rückwärts etwas comprimirt, prall gespannte Cyste herab. Bei der nächsten Untersuchung stand der Kopf symmetrisch mit einem Segmente im kleinen Becken. Von der Cyste war weder per vaginam noch von aussen etwas zu fühlen. Die Geburt erfolgte dann in normaler Weise und es liess sich nachher die Cyste nicht mehr constatiren, so dass angenommen werden musste, es habe auch hier ein Bersten stattgefunden, das aber diesmal ins cavum peritoneale erfolgt sei.

Ebenso wie das erste Mal füllte sich auch hier wieder die Cyste im Wochenbett an und hatte am zehnten Tage Kindskopfgrösse bereits erreicht.

Müller berichtet uns schliesslich noch in seiner Dissertation (« Ueber Ovarientumoren als Complication von Schwangerschaft und Geburt », Inauguraldissertation, München 1881) einen interessanten Fall dieser Art:

Eine 30 Jahre alte, mehrgeschwängerte Frau suchte Hülfe in der Gebäranstalt, weil sie ihre Geburt nahe wähnte.

Während der ganzen Schwangerschaft hatte sie arge Beschwerden gehabt, bestehend in reissenden Schmerzen in der regio hypogastrica und von hier ausstrahlend.

Ausser den Schmerzen war sie öfter geplagt von Erbrechen, Dyspnoe und Stuhlverstopfung.

Bei der äussern Untersuchung fiel gleich der 114 cm betragende Leibesumfang in die Augen.

Bei der innern Untersuchung fand man, dass die Vaginalportion zur Symphyse verrückt war durch einen grossen Tumor in und über dem grossen Becken, der prall-elastische Consistenz darbot.

Man stellte die Diagnose: Ovarialtumor mit cystoidem Inhalt.

Da das Abdomen zusehends an Ausdehnung zunahm und Oedem der Bauchdecken auftrat, entschloss man sich zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, welche der Patientin einige Erleichterung brachte. Dabei wurde ein kräftiges, nicht ganz ausgetragenes, lebendes Mädchen zur Welt gefördert.

Aber schon am vierten Tage nach der Entbindung traten die heftigen Schmerzen wieder auf und der Leibesumfang wuchs bis zum zehnten Tage auf 118 cm.

Daher wurde am zwölften Tage nach der Entbindung die Ovariectomie vorgenommen und die Person erfreut sich nun der besten Gesundheit.

Anschliessend an diese Betrachtungen aus der Literatur dieses so wichtigen Gegenstandes theile ich nun sieben Fälle aus der bernischen geburtshülflichen Klinik mit, deren Veröffentlichung ich der Freundlichkeit ihres Direktors, des Herrn Professor Dr. P. Müller, verdanke, dem ich an dieser Stelle meinen tiefgefühltesten Dank dafür ausspreche.

### I. Fall.

M. M., 38 Jahre alt, aus Eriz, Bern, wurde am 1. Juli 1875 in die hiesige Gebäranstalt aufgenommen.

Sie gab folgende anamnestische Momente an:

Seit dem 17. Jahre menstruiert; Periode regelmässig, vierwöchentlich, oft mit Schmerzen verbunden; sie hat zweimal ohne Kunsthülfe geboren: in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft wurde sie stets von Krämpfen heimgesucht und gebar beide Male todte Kinder. — Die erste Geburt soll  $4\frac{1}{2}$  Tage gedauert haben, die zweite, am 16. Juni 1871, war leichter; bei dieser letzteren musste eine künstliche Placentarlösung gemacht werden, worauf Patientin 5 Wochen bettlägerig war mit übelriechendem Ausfluss, Fieber, aufgetriebenem, schmerzhaftem Leib und Appetitlosigkeit. Wegen zunehmenden Schmerzen und Auftreibung des Leibes suchte sie am 9. September 1871 Hülfe im Spital. Nach genauer äusserer und innerer Untersuchung wurde eine Ovarialcyste diagnosticirt, die dann am 2. October wegen zunehmenden Schmerzen und wegen Respirationsstörungen von der Bauchwand aus auf der rechten Seite in der Höhe des Nabels punctirt wurde.

Der Inhalt bestand aus einer dünnen, wasserklaren, sich etwas schleimig anfühlenden, schwach alkalisch reagirenden, kaum eine Spur von Eiweiss enthaltenden Flüssigkeit.

Patientin wurde am 22. October entlassen, ohne dass eine Wiederansammlung der Flüssigkeit stattgefunden hatte.

Nachdem nun schon im nächsten Jahre eine Wiederanfüllung der Cyste constatirt worden war, wurde Patientin wegen zunehmender Athemnoth und starken Schmerzen am 13. März 1875 in die gynäkologische Anstalt aufgenommen. Die Untersuchung ergab eine Cyste von der Grösse einer Orange; neben der Cyste rechts lag der vergrösserte weiche Uterus; der Leibesumfang über dem Nabel betrug 92 cm.; es wurde die Diagnose «Ovarialcyste mit Gravidität im 5. Monat» gestellt. Am 13. März wurde nun die Punction durch die Bauchdecken vorgenommen und dabei 2500 Gramm einer beinahe wasserklaren, nur leicht gleichnässig getrübbten Flüssigkeit entleert, welche kaum eine Spur von Eiweiss enthielt und nach Abdampfung einen Rückstand von kohlensauren Alkalien hinterliess.

Am 27. März wurde Patientin erleichtert entlassen, um am 2. Juni wieder ins Spital zurückzukehren mit ziemlichen Respirationsbeschwerden; von hier wurde sie dann wegen Eintritt von Wehen am 1. Juli 1875 auf die geburtshülfliche Abtheilung gebracht.

Bei der Aufnahme fand man eine gut genährte, kräftig gebaute, mittelgrosse Frau mit normalem Becken, gut ausgebildeten Brüsten und stark aufgetriebenem Unterleib. Bei der inneren Untersuchung stiess man in der weiten, aufgelockerten Scheide auf den Arm und die noch pulsirende Nabelschnur des Kindes; der Kopf stand rechts, der Steiss etwas links oben.

Es wurde nun bei handtellergrössem Muttermunde die innere Wendung gemacht, da sich die Kindslage zwar nicht als regelmässige II. Querlage, zweite Unterabtheilung, ergeben hatte, aber doch insofern abnorm war, als die Kindslage diesem Lagetypus so ziemlich



nahe kam. Er war nur dadurch etwas verändert, dass der Steiss sehr hoch stand, der Rücken sehr schräg von rechts nach links verlief und die Füße nicht sowohl gerade nach vorn, sondern mehr nach hinten gelägrt waren. Die innere Wendung gelang noch ziemlich leicht, namentlich nachdem der etwas hoch liegende linke Fuss erfasst war, auf welchen regelrecht gewendet werden musste.

Nach der Wendung wurde gleich die Extraction des Kindes gemacht, die leicht gelang. Das tief asphyctische, 3260 Gramm schwere,  $51\frac{1}{2}$  cm. lange Kind, männlichen Geschlechts, konnte nicht mehr belebt werden. Bei der Mutter musste die allseitig verwachsene Placenta gelöst werden, was mit bedeutender Mühe verbunden war, so dass die Nachgeburt nur stückweise entfernt werden konnte.

Bald nach Lösung der Nachgeburt erfolgte eine starke Blutung, welche energische Haemostatica erforderte; ihr folgte ein Collaps, der Analeptica nothwendig machte.

Den angestregten, mehrstündigen Bemühungen gelang es, den Uterus gut contrahirt zu erhalten.

Am Morgen um 8 Uhr zeigte sich noch eine Blutung, worauf Patientin analeptisch behandelt wurde.

Von der Ovarialeyste, die vor der Geburt vorhanden war, konnte bei und nach derselben nichts mehr gefunden werden, so dass hier angenommen werden muss, sie sei während der Geburt geplatzt.

Schon am zweiten Tage des Wochenbettes bekam Patientin Temperatursteigerungen und Fröste und starb dann am vierten Tage nach der Geburt an Sepsis.

Die Section ergab Folgendes:

Unterleib stark gespannt, Emphysem der Haut, Leichenverfärbung, Darm und Magen bedeutend aufgetrieben.

In der Bauchhöhle eine trübe, röthliche, mit Fibrinflocken gemischte Flüssigkeit. Fibrinöse Auflagerungen auf der Serosa der nach unten liegenden Darmschlingen, ebenso auf der untern Partie der Vorderwand sowie auf den Seitentheilen des Uterus.

Der Uterus steht 8 cm. über der Symphyse, links ziemlich fest, rechts schlaff anzufühlen, überall emphysematös. Am Anfang der rechten Tube eine schiefrige Verfärbung der Wand, die sich daselbst schlaffer anfühlt als anderswo.

In der linken Lumbargegend eine Cyste, schlaff, 19 cm. lang, 4 cm. breit, 6 cm. dick, stark fluctürend, aber nirgends eine Oeffnung. An der hinteren Wand der Cyste befindet sich das grosse emphysematöse Ovarium, welches der Cyste in ähnlicher Weise aufsitzt, wie normal am lig. latum. Lungen hinten leicht verwachsen. In Pleuren und Pericard klare, intensiv rothe Flüssigkeit.

Herz ziemlich gross, mit gut geronnenem speckhäutigem Blut, starke Imbibition zeigend. Klappen normal, Herzfleisch consistent. In der Wand des linken Ventrikels zahlreiche hellgelbbraune Herde von runder Form, 3—5 cm. Durchmesser, erweicht, leicht einsinkend, mit etwas gelbbraunlicher Flüssigkeit; dasselbe im Septum. Lungen: geringes Oedem. Aorta: Verfettung; Colloidstruma. Milz: 15½ cm. lang, 8 cm. breit, 2½ cm. dick, sehr weich, schwarzroth, emphysematös, völlig verfault. Nieren: blass in der Rinde, emphysematös. Im Magen ein schwarzbrauner Brei. Leber ganz emphysematös, blassbraun. Harnblase leer; die Symphyse ragt stark nach hinten vor.

Auf der Wand des Uterus ein stinkender, schwarzbrauner Brei; Wand stark verfärbt, besonders im Corpus. Muscularis im Ganzen gut aussehend. An der hinteren Wand, in der Gegend des Ansatzes der rechten Tube, ein kugliger Tumor, an der Oberfläche fetzig, schwarzbraun

verfärbt, auf der Schnittfläche aus Placentargewebe bestehend, das durch ein maschiges Gewebe mit dem Uterus verbunden ist.

Placentargewebe in der Tiefe schiefzig verfärbt,  $3\frac{1}{2}$  cm. dick; die Wand darunter ziemlich normal aussehend,  $1\frac{1}{2}$  cm. dick. An einigen Stellen eine eitrig-demarcationszone.

Im Cervix leichte gelbliche Verfärbung der oberflächlichen Schichten, die tiefen hämorrhagisch geröthet.

In der Vagina submucöses Emphysem.

Das rechte Ovarium sehr stark erweicht, an der Oberfläche fetzig.

In der Tube eitrigter Inhalt in ziemlicher Menge.

Linke Tube mit engem Lumen, stark verlängert, setzt sich auf die vordere Wand der Cyste fort.

Das linke Ovarium stark emphysematös. In der Cyste eine gelbe, seröse, schaumige Flüssigkeit; Innenwand vollständig glatt, ohne secundäre Cyste.

Wir hatten es also hier mit einer Parovarialcyste zu thun, die während der Geburt geplatzt ist.

---

## II. Fall.

L. K., 25 Jahre alt, von Walterswyl, Kanton Bern, trat am 12. Juni 1876 in die Anstalt ein.

Anamnestisch ergibt sich Folgendes:

Patientin ist mit 18 Jahren menstruiert, Menses dreiwöchentlich, einen Tag dauernd, unregelmässig und spärlich, stets mit starken Schmerzen verbunden. Sie hat zweimal geboren, beide Male brachte sie ein todttes Kind zur Welt. Sie litt in den früheren Schwangerschaften, wie auch in der gegenwärtigen, an Kreuzschmerzen. Die letzte Menstruation war Mitte September 1875.

Die Patientin ist eine anämische, schwächliche Frau mittlerer Grösse mit kleinen Brüsten.

Der Unterleib ist besonders in der Breite ausgedehnt und zeigt alte und neue Striae.

Die innere Untersuchung ergibt eine I. Querlage, erste Unterabtheilung; rechts fühlt man einen unregelmässig runden Körper, links einen solchen von harter Consistenz und rundlicher Form, beide durch eine harte Brücke verbunden, links den Kopf, rechts den Steiss, Rücken nach vorn; der Muttermund ist nach der Symphyse gedrängt; die hintere Vaginalwand wird durch einen Tumor hervorgewölbt; dieser ist etwa nierengross, füllt die Hälfte des kleinen Beckens aus, ist von glatter, regelmässiger Oberfläche, prall gespannt, schwer verschieblich.

Durch das Rectum zu fühlen ist der Körper vor demselben und die Schleimhäute von Rectum und Vagina lassen sich darüber verschieben.

Es wird die Diagnose « Ovarialtumor » gestellt und am 15. von der Vagina aus die Punction der Cyste vorgenommen, bei der 282 ccm. Flüssigkeit entleert wurden; letztere ist klar, schwach alkalisch, opalescirend, enthält wenig Eiweiss und etwas kohlen-saures Natron und Kochsalz. —

16. VI. Nun wurde die äussere Wendung auf den Steiss gemacht und der Patientin beständige Seitenlage verordnet. Abends fand ein unerwarteter Wasserabfluss in ziemlicher Menge statt. Der Muttermund war für einen Finger durchgängig. Ein Versuch, die combinirte Wendung auf den Kopf nach Braxton Hicks auszuführen, blieb erfolglos. Es wurde ein Colpeurynter eingelegt.

17. VI. Morgens 5 Uhr: Patientin hat Nachts etwas geschlafen, aber wenig Wehen gehabt. Der Muttermund ist für einen Finger durchgängig. Der Kopf stellt sich nun über den Beckeneingang, die Herztöne sind noch zu hören.

6 Uhr: Keine Herztöne mehr zu hören, Meconium geht ab. Wiedereinlegen des Colpeurynters, Salicylsäure-ausspritzung der Scheide. Muttermund rigide, kaum für 2 Finger durchgängig. Durch den Muttermund kann ein Ohr gefühlt werden.

Abends 5 Uhr: Die Nabelschnur ist durch den Muttermund vorgefallen; letzterer über-Zweifrancostück-gross.

10 Uhr: Kopf unmittelbar hinter dem Muttermund; Cervix ganz verstrichen; alle 4 — 5 Minuten Wehen. Herausnahme des Colpeurynters.

18. VI. 2 Uhr Nachts: Keine Wehen; es wird eine Eisblase aufgelegt, die aber Frösteln erzeugt, dazu werden 2 Laminariastäbchen eingeführt, die aber stark schmerzen. Die Temperatur steigt und Patientin fängt an zu deliriren.

12 Uhr: Der Muttermund ist Fünffrancostück-gross. es wird nun zur Perforation des kindlichen Schädels geschritten, der man die Extraction mit dem Cranioclasten folgen lässt. Der Kopf passirt leicht, worauf eine Blutung eintritt, die dann beim Durchtritt der Schultern immer abundanter wird; daher wird die manuelle Extraction der Placenta ausgeführt und hierauf die Tamponade der Scheide mit Vereinigung der äusseren Genitalien durch die Naht gemacht. Die Patientin collabirt immer mehr und am 19. um 3 Uhr erfolgte Exitus lethalis.

Aus dem Sectionsbefund heben wir Folgendes hervor: Mittlere Ernährung, mässige Todtenstarre, wenig Leichenflecke. Bauch stark aufgetrieben und gespannt; bei Eröffnung desselben entweicht eine Menge Gas. — Zwerchfell rechts bis in den III. I. C. R., links bis an den unteren Rand der IV. Rippe. In der linken Fossa iliaca etwas röthliches, vollständig klares Serum. Dasselbst liegt am Ende der stark verlängerten Tube eine Cyste.

Rechts eine ganz zusammengefallene Blase mit etwas dickerer Wandung, etwas grösser, steht in denselben Beziehungen zur Tube wie links. Der Durchmesser der linken Cyste beträgt 7—8 cm.; der Uterus ragt 8 cm. über die Symphyse hervor, mächtig, fest, sehr gross.

Cervix etwas schlaff. Lungen nur mässig retrahirt. In Pleura- und Pericardialhöhle rothes Serum. Herz ziemlich gross, schlaff. Links etwas speckhäutiges Gerinnsel mit sehr wenig Cruor. Rechts etwas mehr Speckhaut, ziemlich trüb. Im Endocard starke Imbibitionen, namentlich an den Klappen. Muskulatur gleichmässig trüb, zum Theil stark imbibirt. Lungen etwas oedematös. Milz gross, ausserordentlich weich, ganz verfault. Linke Niere: Rinde blass, Marksubstanz dunkel; ebenso rechts. Harnblase leer. In der Uterushöhle ist die Wand mit einer leicht röthlichen Flüssigkeit bekleidet. Die oberflächliche Schicht in zahlreiche Windungen gelegt. Diese Schicht schneidet am ostium internum ziemlich scharf ab; an der hintern Wand sitzt ein grosses Blutgerinnsel, das frisch ist und sich nicht leicht ablösen lässt: nach seiner Loslösung erscheint die Wand hier röthlich; grosse Gefässstümpfe ragen vor, die mit geronnenem Blut verstopft sind. Im Cervix ist die Schleimhaut grünlich, mannigfach durchrissen, leicht von der Muscularis abzulösen. Linkes Ovarium klein, schlaff; im rechten Ovarium Corpus luteum mit weissem Centrum.

Man hatte es also auch in diesem Falle mit Parovarialcysten zu thun.

---

### III. Fall.

R. L., 35 Jahre alt, von Trachselwald, Kanton Bern, trat am 13. Febr. 1880 in die hiesige Anstalt ein.

Sie ist eine gesunde Frau, mit 16 Jahren menstruiert, mit unregelmässigen, spärlichen, schmerzhaften Regeln. Vor 3 Jahren hatte sie in Folge eines Schreckens einen Abortus in der 6. Woche. Die letzte Menstruation soll am 10. August 1879 eingetreten sein. Wegen Urinbeschwerden und Schmerzen stellte sie sich auf der hiesigen Klinik und wurde mit der Diagnose « Ovarialtumor » bis auf Weiteres entlassen, worauf sie am 13. Febr. wieder in die Klinik eintrat.

Patientin ist eine gracil gebaute, mittelmässig genährte, etwas kleine Frau. Bauchdecken schlaff, Leib mässig aufgetrieben. Der fundus uteri liegt zwei Finger breit unter dem Nabel. Die Herztöne der Frucht sind nicht hörbar, man fühlt jedoch leicht Kindstheile durch die Bauchdecken hindurch.

Am 16. II. wird die Patientin in der Chloroformnarkose untersucht. Die Vaginalportion ist zapfenförmig aufgelockert. Rechts oben von der Vaginalportion fühlt man einen länglichen, halbf Faustgrossen Tumor. Die Sonde wird mit äusserster Vorsicht eingeführt und gleitet bis auf  $7\frac{1}{2}$  cm. ein, wo sich ihr ein kleines Hinderniss entgegensetzt, dann gleitet sie wieder leicht bis auf 9 cm. ein. —

3. III.: Der Tumor reicht bis etwa handbreit über den Nabel; Kindstheile sind deutlich zu fühlen; links ist ein deutliches Uteringeräusch hörbar. Die Vaginalportion ist zapfenförmig aufgelockert. Der Kopf des Kindes drängt das vordere Scheidengewölbe in die Tiefe. Von einem Körper, der früher den Uterus vortäuschte, ist nichts mehr zu fühlen.

4. III.: Patientin bekommt Wehen, welche in der Nacht immer stärker werden.

5. III.: Das Wasser fliesst ab; der Kopf tritt an den Beckenausgang und nach einigen Uteruscontractionen erfolgt die Geburt eines Kindes männlichen Geschlechtes,

das nach zwei Tagen starb. Das Wochenbett verlief vollständig afebril.

Ueber die weiteren Schicksale der Patientin ist uns leider nichts mehr bekannt, da sie sich nicht wieder zur Untersuchung stellte.

#### IV. Fall.

Frau H. W., 34 Jahre alt, von Arni, Kanton Bern, suchte am 19. Juli 1880 die Hülfe der hiesigen Anstalt auf.

Sie ist mit 12 Jahren menstruiert; Menses regelmässig, vierwöchentlich, 2 — 3 Tage dauernd. Sie hat 5 Mal geboren.

I. Geburt 1868 normal, Kind 3 Jahre alt gestorben; Wochenbett normal.

II. Geburt 1869, Frühgeburt im 9. Monat in Folge eines Falles; Kind lebt.

III. Geburt 1871,

IV. Geburt 1874,

beide Male normaler Verlauf und lebende Kinder.

V. Geburt 1877. Drei Wochen vor der ganz normal verlaufenden Geburt traten wehenartige Schmerzen im Unterleib auf, welche bis zur Geburt andauerten; Kind lebt. —

Seit Februar 1880 begannen nun die Menses sehr profus zu werden, traten zwei- bis dreiwöchentlich auf, dauerten drei Tage und waren immer reichlich und stark. Mitte April glaubte Patientin schwanger geworden zu sein. Die Blutung setzte vier Wochen aus, um aber nachher nur um so profuser wieder einzutreten. Von Mitte Mai an dauerte der Blutabgang bis Mitte Juni fast ununterbrochen an. Gleichzeitig empfand die Patientin

anfallsweise auftretende, wehenartige Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Patientin blieb während der Zeit grösstentheils im Bett. Nach fünf Wochen hörte der Blutfluss völlig auf und Patientin fühlte sich wohl. Vor zehn Tagen traten plötzlich — unter heftigem Wasserbrennen, Drang zum Uriniren und Stuhlgang — hartnäckige Kreuz- und Unterleibsschmerzen auf, die bis ins Gesäss ausstrahlten und das Gefühl erzeugten, als ob ein Körper unten austreten wollte. Diese Schmerzen hatten einen wehenartigen Charakter und dauerten acht Tage an. Die Patientin consultirte einen Arzt, der sie hierher schickte.

Patientin ist eine kräftig gebaute, wohl genährte Frau. Abdomen mässig aufgetrieben, Bauchdecken schlaff, mit vielen alten Striae. In der Abdominalhöhle nach rechts gelagert der schwangere Uterus, dessen Fundus circa zwei Finger breit unter dem Nabel steht. Links unten neben dem Uterus findet sich eine unbestimmte Resistenz.

In der Chloroformnarkose wird nun folgender Befund gewonnen: Vagina und portio vaginalis stark aufgelockert; Muttermund geschlossen. Nach rechts fühlt man den graviden Uterus; links von demselben, vom Cervix ausgehend und nach der seitlichen Beckenwand verlaufend, eine unregelmässige Masse, nach vorn und nach hinten von einem derberen Strang begrenzt, zwischen denselben eine Vertiefung mit unregelmässigen Contouren. Nach unten und mehr nach links fühlt man härtere Massen.

Als vor 5 Tagen untersucht wurde, lag der Tumor fast apfelgross mehr nach hinten im Douglas'schen Raum und hatte mehr gleichmässige Oberfläche. — Es wird nun angenommen, dass es sich um einen Ovarialtumor handle, links vom Uterus leicht mit demselben verwachsen, der durch eine Einkeilung im Becken und mit dem schwangeren Uterus obige Beschwerden

hervorgerufen habe; es wird dabei, gestützt auf das Ergebniss mehrerer Untersuchungen, der Verdacht ausgesprochen, es möchte der Tumor durch die wiederholten Untersuchungen geplatzt sein, wodurch die unregelmässige Gestalt desselben herrührt.

22. VII. Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib und Kreuz und hat Mühe, Urin zu lassen.

23. VII. Die Beschwerden haben allmählig nachgelassen.

30. VII. Patientin befindet sich viel besser, Urin wird spontan gelassen.

10. August. Austritt, Patientin fühlt sich wohl.

30. October. Von einem Tumor ist nichts mehr zu fühlen; Uterus äusserst schlaff. Der Kopf des Kindes steht in der Beckenmitte, Cervix für zwei Finger durchgängig.

Die Geburt erfolgte ausserhalb der Anstalt und ist seither nichts Weiteres über den Fall bekannt geworden.

---

## V. Fall.

Frau M. W., von Toffen, Kanton Bern, 26 Jahre alt, wurde am 2. December 1882 Nachts in die Anstalt gebracht.

Die Anamnese ergab Folgendes: Patientin ist eine sonst gesunde Frau; mit 14 Jahren menstruiert; Menses vierwöchentlich, regelmässig und sehr stark. Sie hat zweimal geboren.

Erste Geburt vor 5 Jahren normal.

Bei der zweiten Geburt musste die Zange angelegt werden. Dieses Kind wurde erst im Januar 1883 erwartet. Vor 6 Wochen sollen Blutungen aus der Gebärmutter stattgefunden haben, und zwar unter heftigen Krämpfen. Vor 14 Tagen wurde die Hebamme gerufen,

weil sich wieder Wehen eingestellt und daher die Geburt erwartet wurde. Die Wehen liessen wieder nach, um vor zwei Tagen wieder aufzutreten; am 1. December wurde die Blase gesprengt, worauf viel Wasser abging. Der Kopf stand im grossen Becken, der Cervix war wulstig, nicht verstrichen; im grossen Becken lag ein Tumor. Am Abend war der Kopf etwas gegen das kleine Becken vorgertickt und der Tumor durch den Kopf verdeckt. Patientin war äusserst aufgereggt und hatte sehr schmerzhafte und unregelmässige Wehen. Ein Versuch mit der Zange misslang wegen Ausweichen des Kopfes und so wurde Patientin in die Klinik geschickt.

Hier fand man eine kräftig gebaute, gut genährte Frau von mittlerer Grösse mit gut entwickelten Brüsten. Unterleib mässig ausgedehnt, zuweilen schwache Uteruscontractionen, ziemlich stark gefüllte Blase. Rücken des Kindes links, Kopf in der Beckenmitte; Herztöne waren keine zu hören. Bei der innern Untersuchung fand man eine aufgelockerte Scheide, handtellergrossen Muttermund, den fötalen Kopf in der Beckenmitte. Im hinteren Scheidengewölbe etwas nach links fühlte man einen abgeflachten, elastischen Tumor, der zwischen Rectum und Vagina lag. Er liess sich 10 cm. nach oben verfolgen und befand sich in der Beckenmitte, durch den Kopf flach gedrückt. Wenn man 3 cm. weit ins Rectum eindrang, stiess man auf den unteren Rand des Tumor, der deutliche Fluctuation zeigte. Es wurde nun wegen der Wehenschwäche, der langen Geburtsdauer, den vergeblichen Zangenversuchen ausserhalb der Anstalt, und da das Kind abgestorben war, die Perforation in Anwendung gezogen. Zu diesem Zweck wurde der Trepan am hintern Theile des rechten Scheitelbeins angelegt und die Perforation ausgeführt. Das Gehirn wurde theilweise ausgespült und dann der Cranioclast in der Weise an-

gelegt, dass die eine Branche im Schädel, die andere hinten und etwas rechts zu liegen kam. Da die Kopfschwarte zu reissen begann, wurde nach einigen Tractionen der Cranioclast etwas tiefer eingeführt. Die Extraction war eine leichte und das Kind wurde in I. Hinterhauptslage geboren. Nach der Geburt hatte der flache Tumor im hinteren Scheidengewölbe links eine rundliche Form angenommen und war faustgross im kleinen Becken zu fühlen.

Das Wochenbett verlief afebril. Am 6. Febr. 1883 wurde Patientin nochmals untersucht und es zeigte sich, dass der Uterus normal involvirt war. Hinter dem Uterus, mehr nach links zu, läg eine platte, eigrosse, glatte Geschwulst, welche nach hinten fixirt war und sich nicht verschieben liess. Bei der Rectaluntersuchung liess sich der Tumor nach allen Seiten betasten, war nur an einer kleinen Stelle verwachsen und liess sich 1 cm. verschieben.

Da Patientin nach der Entlassung aus der Anstalt stets an denselben wehenartigen Schmerzen litt, wurde am 11. Juli 1883 die Ovariectomie in folgender Weise vorgenommen:

Die Narkose trat rasch und ohne Brechneigung ein. Es wurde eine 9 cm. lange Incision in die Bauchhöhle gemacht, wobei eine starke Blutung auftrat, die durch Torsion der Gefässe gestillt wurde. Das Peritoneum wurde auf dem mit der Sonde gehaltenen Uterus incidirt und beidseitig erweitert. Es wurde dann versucht, den Tumor nach herausgenommener Sonde durch die Oeffnung nach aussen zu schieben, was auch dadurch gelang, dass gleichzeitig die Bauchwandungen über den Tumor hinweggeschoben wurden. Der faustgrosse Tumor wurde mit dem Fimbrienende der Tube zusammen doppelt unterbunden und der Stumpf mit dem Paquelin behandelt. Das rechte Ovarium zeigte sich vergrössert und cystös

entartet. Es wurde dasselbe behandelt wie das linke. Nach Reinigung der Bauchhöhle wurde die Bauchwunde mit 20 Nähten geschlossen. Das linke Ovarium ist faustgross, mit vollständig glatter Oberfläche. Beim Einschneiden ergiesst sich eine gelbbraunliche, dicke Flüssigkeit, untermischt mit Haaren. Die grosse Geschwulst zeigt sich hierbei als einkammerige Cyste, welche nur mit dem eben angegebenen Inhalt gefüllt ist. Auf dem Grunde der Cyste befindet sich ein etwa wallnussgrosser Körper, aus zusammengeballten Haaren bestehend. In der Wand der Cyste finden sich einige kleinere, härtere, körnige Einlagerungen. Tochtercysten sind nicht zu entdecken. Das rechte Ovarium ist um das Dreifache vergrössert und zeigt an der Oberfläche stark vergrösserte Follikel. An einem Ende findet sich beim Durchschneiden ein sehr grosser gelber Körper, in der Mitte des Ovarium ein Follikel vollständig mit Blut gefüllt. — Ausserdem sind dabei noch kleinere, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Cysten.

Der Verlauf der Wundheilung war afebril und die Patientin wurde am 10. August 1883 geheilt entlassen.

---

## VI. Fall.

Frau H. N., 30 Jahre alt, von Mühlethurnen, Kanton Bern, stellte sich am 11. December 1882 in der hiesigen Gebäranstalt zur Aufnahme

Sie ist mit 17 Jahren menstruiert; Menses vierwöchentlich, 3—4 Tage dauernd, schmerzlos und schwach. Sie hat dreimal normal geboren. Bald nach der letzten Geburt (1878) stellte sich die Menstruation wieder ein, und zwar ganz regelmässig. Die letzte Menstruation war Ende Mai.

Im April begann der Leib grösser zu werden, so dass Patientin sich schwanger wähnte. Der Unterleib war Anfangs Juni schon stark ausgedehnt, weich und schmerzhaft. Da der Unterleib immer zunahm, suchte Patientin Hülfe in der Anstalt.

Bei genauer Untersuchung ergab sich Folgendes:

Unterleib gleichmässig, stark ausgedehnt, ohne Hervorragungen. Die Palpation ergibt, dass das ganze Abdomen bis zum Processus xiphoideus von einem Tumor ausgefüllt ist; nur in den seitlichen und hintern Partien ist Darmton zu hören, sonst ergibt die Percussion überall Dämpfung. Der Tumor selber ist sehr resistent, die Bauchdecken sind sehr gespannt und überall findet man Fluctuation, die sich nach allen Seiten fortpflanzt. Links und vorne fühlt man eine etwas stärkere Resistenz, die sich wie der Rücken des Kindes ausnimmt. Der Umfang des Abdomens beträgt in der Nabelgegend 115 cm. Bei der inneren Untersuchung findet man die Scheide weit und aufgelockert, ebenso auch die Vaginalportion; der äussere Muttermund ist für einen Finger durchgängig, der innere geschlossen. Im vorderen Scheidengewölbe fühlt man einen Tumor von elastischer Consistenz, ganz wie bei der Palpation. Wenn man diesen Tumor mit dem Finger wegdrängt, fühlt man einen harten, apfelgrossen, runden Körper, der bei der leisesten Berührung vom Finger wegkommt, um nach einem Augenblick wieder auf denselben zu stossen. Das hintere Scheidengewölbe und die Seitentheile sind ebenfalls von demselben Tumor ausgefüllt. Die Percussion des Thorax ergibt nach oben verschobene Lungengrenzen.

Patientin klagt in der letzten Zeit über Engigkeit und Dyspnoe, besonders Nachts, wenn sie auf dem Rücken liegt.

Nach diesem Befunde konnte man nur an 2 Sachen denken:

1. an Schwangerschaft mit Ovarialtumor,
2. an Hydramnios.

Um nun die Differentialdiagnose stellen zu können, wurden Reibungen des Abdomens vorgenommen, um zu sehen, ob der Tumor der vergrösserte Uterus sei. Da keine Contractionen erfolgten, hätte man eher die Diagnose «Ovarialtumor» annehmen können, allein man sagte sich, dass bei so grosser Ausdehnung des Uterus durch Hydramnios auch keine Contractionen mehr ausgelöst werden könnten. Patientin wurde nun noch in Knieellenbogenlage untersucht, um durch Senkung von Kindstheilen einen Aufschluss über die Diagnose zu erhalten. Allein das Abdomen war so gespannt, dass man gar nichts durchfühlen konnte.

Es wurde nun die Diagnose «Hydramnios» als die wahrscheinlichere angenommen und deshalb die Frühgeburt eingeleitet. Zunächst versuchte man mit einer dicken Uterussonde die Eihäute zu durchstechen, was jedoch nicht gelang, trotzdem die Sonde 10 cm. weit eingeführt wurde. Man hatte dabei das Gefühl, auf einen prall elastischen Tumor zu stossen. Es wurde ein elastisches Bougie zwischen Uteruswandungen und Eihäute gestossen, was nur mit Mühe auf 10 cm. gelang. Nachher traten einige Wehen auf. Am folgenden Tage wurde das Bougie entfernt. Die Vaginalportion war noch erhalten, der Muttermund für einen Finger durchgängig; es wurde ein Pressschwamm in den Cervix eingeführt und die Scheide mit drei Schwämmen tamponirt.

Um 6 Uhr Abends wurde der Pressschwamm entfernt; der Muttermund war nun für zwei Finger durchgängig; durch denselben fühlte man einen schlaffen Sack und in demselben eine Hand und einen dem fünften Schwangerschaftsmonate entsprechenden Kopf. Mit einer Kornzange wurden die Eihäute erfasst und angerissen; es flossen circa 200 Gramm Fruchtwasser ab von hell-

gelber Farbe. Der Muttermund schloss sich wieder und war nur noch mit Mühe durchgängig. Die ganze Nacht und am folgenden Tage floss Fruchtwasser ab, besonders wenn Patientin sich rührte.

Am folgenden Tage durfte Patientin aufstehen, da sie fast keine Wehen hatte. Am Abend jedoch wurden die Wehen stärker und es ging etwas Meconium ab. Um 8 Uhr Abends fand man bei der Untersuchung, dass der Scheidentheil 1 cm. lang war. Der Muttermund war für einen Finger durchgängig; direct hinter demselben fühlte man den Rücken und den Steiss. Bei den Wehen, die nun stärker wurden, constatirte man, dass sich der Theil zusammenzog, der für den Rücken imponirt hatte; der ganze übrige Tumor blieb weich und elastisch.

Am folgenden Tage um 11 Uhr war der Muttermund Zweifrancsstück-gross, die Vaginalportion fast verstrichen, der Cervicaleanal 1,5 cm. lang. Das ganze untere Uterinsegment war tiefer getreten. Es wurde nun der linke Fuss heruntergeholt und, nachdem einige kräftige Wehen eingewirkt hatten, an demselben die Extraction vorgenommen, die leicht gelang. Der Kopf wurde mit dem Pragerhandgriff entwickelt, wobei der Muttermund sichtbar wurde; die Placenta kam fünf Minuten nach der Geburt durch leichten Zug an der Nabelschnur.

Die Patientin fühlte sich nach der Geburt wohl und erleichtert. Der Unterleib hatte jedoch nicht abgenommen, Puls und Temperatur waren normal. Patientin klagte wieder über Athemnoth und Angstgefühl und seit einigen Tagen schwoll das Bein oedematös an.

Die Diagnose « Ovarialtumor » war nun sicher gestellt und fünfzehn Tage nach der Geburt wurde die Ovariectomie in folgender Weise ausgeführt:

Die Peritonealhöhle wird durch eine Incision in der linea alba von der Symphyse bis etwas unter den Nabel

eröffnet. Die Untersuchung ergibt nun, dass der Tumor ringsherum theils durch frische, theils durch alte Adhäsionen mit den Abdominalorganen verwachsen ist. Diese Adhäsionen werden mit der Hand möglichst leicht gelöst und in die Geschwulst ein Troicart eingestochen. Es entleert sich eine grosse Menge einer dunkel gefärbten Flüssigkeit. Die Verwachsungen der Cyste werden weiter gelöst, theils durch Abtrennen mit der Hand, theils durch Unterbinden der Stränge und Abschneiden mit der Scheere. Die Cyste geht vom linken Ovarium aus, und zwar mit ziemlich breitem Stiel, welcher sich an die linke Kante des Uterus anlegt. Der Stiel wird mit Seidenfaden doppelt unterbunden und versenkt. Die Cyste erstreckt sich nach rechts und oben unter den rechten Rippenrand, woselbst sie in einen cystenartigen Tumor endet, welcher ebenfalls mit den Abdominalwandungen adhärirt.

Die zuerst punctirte Cyste war auch mit dem Darme adhärent, welche Adhäsionen auch gelöst wurden. Nachdem auch die Cyste unter dem Rippenbogen gelöst worden, kann der ganze Tumor aus der Abdominalhöhle entfernt werden. Das rechte Ovarium ist unbedeutend verändert, wird aber dennoch sammt einem Stück der Tube doppelt unterbunden und abgetragen.

Nach der Reinigung der Peritonealhöhle wurde die Wunde geschlossen und ein Druckverband angelegt.

Der Wundheilungsverlauf war normal und Patientin wurde geheilt entlassen.

Bezüglich Geschlechtstrieb und Geschlechtslust fühlt sie gegenüber früher keine Veränderung. Von Zeit zu Zeit, wahrscheinlich alle vier Wochen, hat sie Wallungen nach dem Kopfe.

## VII. Fall.

E. B., 19 Jahre alt, von Langnau, Kanton Bern, suchte am 28. Juni 1883 Hülfe in der geburtshülflichen Klinik.

Anamnestisch ergab sich Folgendes: Sie ist mit vierzehn Jahren menstruiert; Menses regelmässig vierwöchentlich, drei bis vier Tage dauernd. Die letzte Menstruation soll Mitte September eingetreten sein. — Sie hat vor zwei Jahren einmal normal geboren und ist eine kräftig gebaute, gut genährte Frau mit gut entwickelten Brüsten. Unterleib mässig aufgetrieben; der Uterus steht drei Querfinger unter dem Schwertfortsatz; die Herztöne der Frucht sind rechts. Der Kopf liegt ziemlich tief im Beckenkanal, der Rücken nach rechts. Scheide aufgelockert, Portio vaginalis hinter der Symphyse 1,5 cm. lang; der Muttermund zeigt Einrisse und ist für einen Finger durchgängig. Kopf steht fest im Beckenkanal.

Man war schon geneigt, eine Retroversio uteri gravidi partialis anzunehmen; aber als man mit dem Finger in den Muttermund eindrang, fand man, dass das hintere Scheidengewölbe nicht von dem Kopf des Kindes hinuntergedrängt wurde, sondern von einem wurstartigen Körper. Als dann Wehen eintraten, was am 1. Juli erfolgte, wurde dieser Körper, der als Ovarialtumor diagnostiziert wurde, verdrängt und der Kopf des Kindes trat normal in den Beckenkanal ein.

Das Kind wurde in II. Hinterhauptslage geboren; es war ein lebender, 3160 Gramm schwerer, 49 cm. langer Knabe; die Nachgeburt ging 20 Minuten p. p. glatt ab. Das Wochenbett war vollkommen normal.

Eine vor der Entlassung der Patientin vorgenommene Untersuchung ergab:

Bei äusserer Untersuchung findet man oberhalb der Symphyse einen faustgrossen Tumor; bei der inneren Untersuchung zeigt sich, dass derselbe das hintere Scheidengewölbe hervordrängt; es ergibt sich, dass der Uterus retrovertirt ist; die Sonde gleitet 9 cm. ein. Auf der nach oben zu gerichteten vorderen Fläche des Uterus lässt sich ein faustgrosser, runder, glatter, beweglicher Tumor nachweisen, der als Ovarialtumor gedeutet wird.

---

Ovarialgeschwülste sind schon in jedem Lebensalter beobachtet worden; am häufigsten treten sie jedoch ohne Zweifel zwischen dem zwanzigsten und dem fünfzigsten Lebensjahre auf, also in der Zeit der eigentlichen Geschlechtsthätigkeit.

Die Degeneration sowie die Exstirpation eines Ovariums haben keinen wesentlichen Einfluss auf die Conceptionsfähigkeit, ja es kann sogar noch Conception erfolgen, wenn schon beide Eierstöcke in Degeneration begriffen sind.

So sah Tunaley (Müller, Inaugural-Dissertation, Tübingen, 1881) Conception und Abortus im zweiten Monat eintreten bei einem vierzigpfündigen Ovarialtumor und Allee bei einem solchen von 84 Pfund.

P. Ruge (Müller, Inaugural-Dissertation) theilt uns einen Fall mit, wo im sechsten Monat der Gravidität das eine Ovarium ein Gewicht hatte von 5260 Gramm, das andere von 480 Gramm; hier musste also zur Zeit der Conception die Krankheit beiderseits schon begonnen haben.

Olshausen erklärt das Auftreten von Conception bei beidseitiger Entartung so, dass neben dem grösseren degenerirten Theil des Eierstocks noch normales Ovarialgewebe vorhanden sei, das im Stande wäre, seine Follikel in gewöhnlicher Weise zu reifen und die Ovula in den gesetzlichen Intervallen auszustossen.

Einen grossen Einfluss haben solche Ovarialtumoren auf den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt. Eine solche Complication von Gravidität mit Ovarialtumor ist von jeher von allen Geburtshelfern gefürchtet gewesen; einerseits bringt sie das Leben von Mutter und Kind in grosse Gefahr, andererseits macht sie eine eingreifende Therapie zur Nothwendigkeit.

Was nun die Erscheinungen anbelangt, welche eine solche Complication der Schwangerschaft zur Folge hat, so sind dieselben verschiedener Art, je nach dem Stadium der Schwangerschaft und der Grösse des Tumor.

Je kleiner die Ovarialgeschwulst und je weniger weit vorgertickt die Schwangerschaft ist, desto geringere Symptome treten im Allgemeinen auf, desto leichter kann die richtige Diagnose gestellt werden, da Uterus und Ovarien noch isolirt gefühlt werden können.

So gibt es Fälle — wie unser Nr. VII. —, wo die Schwangerschaft ohne jegliche Symptome verläuft und wo die Diagnose erst bei der Geburt gestellt werden kann, da vorher keine Untersuchung nothwendig war.

Wird nun aber der Tumor grösser, so drängt er den Uterus aus seiner Lage hinaus, schiebt ihn bei Seite oder drängt ihn nach vorn und kann so die unangenehmsten Symptome hervorrufen. Denn durch diese beiden vergrösserten Organe, den schwangeren Uterus und die Eierstocksgeschwulst, wird das kleine Becken fast ganz ausgefüllt und die anderen Beckenorgane haben unter diesem lästigen Drucke zu leiden. Vor Allem aus wird die Blase in ihren regelmässigen Entleerungen gehemmt,

sie kann sich ihres Inhaltes nicht mehr entledigen, wird stark gedehnt und bildet oft an der vorderen Bauchwand einen grossen Tumor. Ausser der Blase wird der Darm in Mitleidenschaft gezogen, die Verdauung wird gestört, die Defaecation erschwert und es kommt zu hartnäckigen Obstipationen. Die Circulation in den Gefässen des kleinen Beckens wird erheblich behindert, es treten Blutstauungen ein, die oft zu Varicen und Oedem der äusseren Geschlechtstheile und Schenkel führen; dazu treten noch die heftigsten Kreuzschmerzen. kurz, es entsteht ein Zustand, der die Patientinnen bald die Hülfe des Arztes aufsuchen lässt.

Entwickelt sich nun die Geschwulst weiter, so steigt sie ins grosse Becken empor und gewöhnlich mit ihr der schwangere Uterus; hier können sie einige Zeit lang völlig symptomlos bleiben, die früheren Symptome sind verschwunden. Wenn nun aber der schwangere Uterus in seiner Entwicklung fortschreitet und gar der Ovarialtumor sich auch noch vergrössert, so tritt eine übermässige Dehnung des Leibes ein, die zu starker Beeinträchtigung der Respiration führen kann, weil das Zwerchfell durch die beiden vergrösserten Organe nach oben gedrängt wird und nicht mehr in normaler Weise functioniren kann.

Tritt dann noch durch peritonitische Reizung Ascites hinzu, so wird der Zustand höchst bedenklich, es treten Erstickungsanfälle ein und die Patientin wird vor dem normalen Ende der Schwangerschaft zur äussersten Erschöpfung gebracht.

Doch es sind noch andere Gefahren, welche der Patientin drohen; durch die fortschreitende Entwicklung des graviden Uterus kann die Ovarialeyste so comprimirt werden, dass zuletzt die Elasticität der Cystenwand erschöpft wird und die Cyste platzt. Dies wird hauptsächlich dann geschehen, wenn der Uterus in den Wehen

active Thätigkeit entfaltet. Der Inhalt der Cyste wird sich entweder nach aussen oder nach innen entleeren. Entleert er sich nach aussen, was das Seltenerere ist, so geschieht dies durch Blase, Vagina oder Rectum.

Das Gewöhnlichere ist die Entleerung ins cavum peritoneale, was dann sehr oft bedenkliche Folgen für das Leben der Mutter haben kann. Es entsteht eine diffuse Peritonitis, die in den meisten Fällen zum Exitus führt; dies ist besonders bei dem Inhalt der Dermoidcysten der Fall; bei den einfachen Cysten mit klarem, serösem, resorptionsfähigem Inhalt jedoch kann ein solches Platzen ohne weitere üble Folgen bleiben, weil dieser Inhalt leicht von der Bauchhöhle aus resorbirt wird. Fälle dieser Art haben wir oben erwähnt von Dr. Fischel und Schauta.

In der Statistik von Jetter (Jetter, Inaugural-Dissertation, Tübingen 1861) haben wir in 165 Fällen von Schwangerschaft complicirt mit Ovarialtumor 9mal Ruptur der Cyste während der Schwangerschaft verzeichnet; 8mal ohne Unterbrechung der Schwangerschaft, 1mal mit Abort; 1mal bloss folgte eine Peritonitis, die aber einen günstigen Verlauf nahm.

In unseren sieben Fällen sehen wir in Nr. I., III., IV. Platzen der Cyste eintreten, wobei nur einmal Exitus erfolgte.

Herdege dagegen schildert uns in seiner Dissertation 3 Fälle von Cystenruptur, wobei alle 3 Mütter starben; hier hatte man 2mal ein Cystoid, 1mal eine Dermoidcyste vor sich.

Noch gefährlicher als die Cystenruptur ist die Verjauchung der Cyste durch Torsion oder Strangulation des Stiels, wodurch der Cyste die Ernährung abgeschnitten wird; hier haben wir meistens Tod durch diffuse Peritonitis.

Eine weitere Gefahr bei Ovarialtumoren ist der Uebergang einer benignen in eine maligne Form während der Schwangerschaft.

So citirt Wernich (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie. II. Band, 2. Heft, 1873, p. 143) einen Fall, wo eine Frau seit einiger Zeit eine Eierstocksgeschwulst hatte, die ihr keine weiteren Erscheinungen machte und in Form und Grösse stationär blieb; erst im 8. Monat der Schwangerschaft empfand sie heftige Schmerzen in der Geschwulst, nahm zusehends ab und starb in der 3. Woche des Puerperiums nach ganz normaler Geburt; die Section zeigte, dass der Tumor ein Medullarcarcinom des Ovarium war.

Ebenso erwähnt Ruge (Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten von Martin und Fassbender. I. Band, 1. Heft, 1875, p. 8) 2 Fälle von malignen Ovarialtumoren, die vor der Conception gar keine Beschwerden gemacht hatten und schon eine Zeit lang bestanden.

In solchen Fällen haben wir die gewöhnlichen Symptome einer malignen Geschwulst, zunehmenden Marasmus, starke Schmerzen nach vorherigem Wohlbefinden. Dass in solchen Fällen die Prognose ganz ungünstig zu stellen ist, ist selbstredend.

Bevor wir nun zur Diagnose der Complication von Gravidität durch Ovarialtumoren übergehen, wollen wir noch einer Gefahr gedenken, die das kindliche Leben in den meisten Fällen in Frage stellt; wir meinen den Abortus und die Frühgeburt.

Jetter's Statistik enthält auf die 165 Geburten 21 Abortus und 15 Frühgeburten, keine zu verachtenden Zahlen.

Habit (Jetter's Dissertation) erzählt von 3 Fällen, wo je im 3., 4. oder 5. Monat Abort erfolgte bei grösseren Cysten (2 kindskopf- und 1 mannskopfgrosse).

Litzmann (Jetter's Dissertation) berichtet uns ebenfalls einen Fall, wo bei einer Mehrgebärenden eine in die Beckenhöhle herabgesunkene Ovariengeschwulst unter Einklemmungsercheinungen Abort verursachte.

Abort und Frühgeburt kommen meist dadurch zu Stande, dass die Uterusnerven durch den Druck des Ovarialtumor alterirt werden, wodurch Wehen eintreten, welche die Ausstossung der Frucht zur Folge haben können. Es kann aber auch auf reflectorischem Wege eine Reizung der Uterusnerven vom Ovarium aus zu Stande kommen, oder die Unterbrechung der Schwangerschaft hat ihren Grund in einer durch den Ovarialtumor bedingten Lageveränderung des Uterus.

Bei all diesen Gefahren, welche Mutter und Kind bei gleichzeitigem Bestehen von Schwangerschaft und Ovarialtumor bedrohen, ist es von grösster Wichtigkeit, schon früh die richtige Diagnose zu stellen.

Bei kleineren Ovarialtumoren, wo man den Uterus noch leicht durchfühlen kann, stehen der Diagnose keine grossen Schwierigkeiten entgegen. Hat man einmal die Lage des graviden Uterus aus seiner weichen Consistenz und Contractionsfähigkeit diagnostieirt, so wird man aus den bekannten Symptomen die Gravidität leicht diagnostieiren; kann man bei der Veränderung der Brüste, der Pigmentirung der linea alba, der Succulenz und lividen Verfärbung der Schleimbäute der Scheide und Portio vaginalis den Uterus durch Reiben zur Contraction bringen, hört man die kindlichen Herztöne oder fühlt gar Kindsbewegungen, dann ist die Diagnose sicher gestellt.

In vielen Fällen ist jedoch die Diagnose nicht so leicht zu stellen; wenn nämlich der Uterus noch sehr klein ist und in den ersten Monaten der Schwangerschaft steht, hat man oft Mühe, denselben durchzufühlen, seine Lage gegenüber der des Tumor festzustellen. In

solchen Fällen erregt einerseits das Ausbleiben der Periode, das bei Ovarientumoren allein nicht motivirt ist, den Verdacht auf Gravidität, andererseits kann man an der schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft beginnenden lividen Verfärbung der Scheidenschleimhaut und den Pulsationen im Scheidengewölbe die Schwangerschaft oft diagnosticiren.

Schroeder räth, in zweifelhaften Fällen die Portio mittelst der Muzeux'schen Zangen herunterzuziehen und so die Palpation des Uterus zu erleichtern.

Weitere Schwierigkeiten in der Diagnose entstehen dann, wenn der Ovarialtumor sehr stark entwickelt ist und gar noch der vorderen Bauchwand adhärirt; hiebei wird der Uterus vollständig zur Seite gedrängt und bleibt unserer Untersuchung durch seine versteckte Lage unzugänglich.

Bei höckrigen, multiloculären Tumoren ist es ebenfalls schwer, den Uterus aufzufinden, da derselbe dem Tumor oft so fest anliegt, dass er als Theil der Geschwulst imponirt; dasselbe kann bei glatten Cysten der Fall sein, wo sich Uterus und Tumor gegenseitig so abplatten, dass sie den Eindruck einer grossen Geschwulst machen. Ist dann dabei die Frucht noch abgestorben, so fehlen uns zwei der sichersten Schwangerschaftszeichen, die Herztöne und die Kindsbewegungen. Hier hat man mit den grössten Schwierigkeiten zu kämpfen, um die richtige Diagnose stellen zu können.

Aus der inneren Untersuchung erhalten wir auch nicht immer den gewünschten Aufschluss, wenn der Tumor vorliegt und die Portio nebst unterem Uterinsegment gar nicht zu erreichen ist, da sie hoch oben an der Symphyse steht.

Oft ist es ebenso schwierig, den Ovarialtumor selber zu diagnosticiren als die Schwangerschaft. Ist er klein und die Gravidität vorgerückt, so kann er gar nicht

gefühlt werden. Ist er dem untersuchenden Finger im kleinen Becken zugänglich, so muss zuerst festgestellt werden, ob er dem Uterus angehört oder nicht. Dieses ist zu eruiren, indem man den explorirenden Finger zwischen Tumor und Uteruswand hinauf zu schieben versucht; gelingt dies, so ist ein fibroma uteri auszuschliessen; sitzt aber der Tumor zu weit oben, so dass man mit dem Finger nicht zwischen Uteruswand und Geschwulst kommen kann, so prüft man die Consistenz und wird bei prall-elastischem Tumor eine Ovariencyste annehmen gegenüber einem harten Fibrom. Gegenüber Stercoraltumoren ist das Fehlen der Fingereindrücke anzuführen, und dass der Tumor nicht von der knöchernen Beckenwand ausgeht, ist wieder an der Consistenz und dem Mangel an innigem Contact mit der Beckenwand zu erkennen.

Fast die grössten Schwierigkeiten bietet oft die Differentialdiagnose zwischen Hydramnios, Ascites und Ovarialtumor. Hiebei ist der Leib in hohem Masse ausgedehnt und lässt wegen zu starker Spannung keine Palpation zu.

Um zu der richtigen Diagnose zu gelangen, wird man Contractionen des Uterus hervorzurufen suchen durch Reibungen des Abdomens. In vielen Fällen wird dies gelingen, dann hat man den vergrösserten Uterus vor sich, die Diagnose « Hydramnios » ist gesichert; bleiben diese Contractionen aber aus, so ist damit die Diagnose « Hydramnios » keineswegs ausgeschlossen, denn wenn der Uterus über das Mass hinaus gedehnt wird, büssen seine Wandungen ihre Contractilität ein und der ganze Uterus nimmt sich aus wie eine Cyste. Man wird dann zu einem weiteren Hilfsmittel der Diagnose greifen müssen, zur Palpation der Kindstheile von den Bauchdecken aus; man lässt die Frau die Knieellenbogenlage einnehmen und sucht nun von der vorderen Bauchwand

aus Kindstheile durchzufühlen. Sehr oft lässt aber auch dieses diagnostische Hilfsmittel im Stich wegen der allzu grossen Spannung der Bauchdecken. Als Beweis der Schwierigkeit, in einem solchen Fall die richtige Diagnose zu stellen, diene unser Fall VI. Vor einer Verwechslung mit Ascites wird man sich durch die Percussion in verschiedenen Lagen zu schützen wissen. Bei Ovarialtumoren werden die Gedärme nach den Seiten und nach oben, dem Sternum zu, gedrängt, es ist daher an der erhabensten Stelle des Bauches, in der Nabelgegend, leerer Percussionsschall zu constatiren, welcher sich nicht verändert, wenn man der Patientin auch eine Seitenlage geben lässt.

Bei Ascites hingegen haben die Gedärme das Bestreben, auf der Oberfläche der Flüssigkeit zu schwimmen, man hat daher an den höchst gelegenen Stellen des Abdomens tympanitischen, in den seitlichen Theilen leeren Percussionsschall; gibt man der Frau eine Seitenlage, so ändert sich die Sache; auf der entsprechenden Seite hat man tympanitischen, auf der vorderen Bauchfläche leeren Schall.

Sind einmal diese höchst unangenehmen Schwierigkeiten der Diagnose überwunden, so tritt die oft nicht minder schwierige Frage an uns heran, was in therapeutischer Hinsicht für Mutter und Kind indicirt erscheine.

Es sind zwar einige Fälle in der Literatur bekannt, wo Schwangere mit Ovarialtumor rechtzeitig und ohne Kunsthilfe geboren haben; aber diese Fälle verschwinden gegenüber denen, in welchen entweder schon während der Schwangerschaft oder bei der Geburt ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden musste, um das bedrohte mütterliche und kindliche Leben zu retten.

Breit (Jetter's Dissertation) hat uns 5 Fälle von spontanen Geburten ohne Kunsthilfe beschrieben; hier

kamen 4 Mütter mit dem Leben davon, 1 starb an febris puerperalis, alle 5 Kinder lebten.

Ferner hat uns Moeller in seiner Dissertation (Ueber Beckentumoren als Complication der Geburt, Berlin 1869) einen sehr interessanten Fall dieser Art beschrieben:

Eine 28jährige Ipara hatte schon ein Jahr vor dem Eintritt der Menses einen Ovarialtumor, der bis 2 Jahre vor der Geburt langsam gewachsen war, ohne ihr viele Beschwerden zu machen. Sie kam zur Geburt; der Tumor befand sich durch eine Furche vom schwangeren Uterus getrennt im linken Hypochondrium. Ein lebendes Mädchen wurde spontan geboren, doch starb die Mutter 14 Tage nachher im Wochenbett an Peritonitis; die Section ergab, dass der Tumor ein theilweise verknöchertes Fibrom des linken Ovarium war.

Jedenfalls kommen solche spontane Geburten eher bei grossen Cysten vor, die im grossen Becken liegen, als bei kleineren Tumoren, die im kleinen Becken weit eher Anlass zu Geburtsstörungen geben.

Die Fälle, in denen zur Beendigung der Geburt Kunsthilfe nöthig ist, sind aber noch die häufigeren.

In Jetter's 165 Fällen wurde die Geburt nur 70 mal durch die Naturkräfte beendet. In welcher Weise in den anderen Fällen die Geburt beendet wurde, sollen uns die zwei folgenden Statistiken lehren.

Litzmann (Schmidt'sche Jahrbücher, 1856, Band 77) berichtet über den Verlauf von 56 solchen Geburten. Von den 10 Fällen, die durch die Naturkräfte allein beendet wurden, starben 4 Mütter und nur 1 Kind wurde lebend geboren.

Die Reposition wurde 7 mal gemacht; freilich nur 3 mal mit Beendigung der Geburt ohne sonstige Kunsthilfe; allein das Resultat von diesen 7 Fällen war: 5 Kinder lebend, 1 Mutter todt.

Die Punction wurde 9 mal gemacht und auch nur 3 mal mit darauf folgender spontaner Geburt; allein nur 1 Kind wurde lebend geboren und 5 Mütter starben.

Die Zange wurde 11 mal angelegt; dabei gingen 4 Mütter zu Grunde; von dem Schicksal der Kinder ist nichts bekannt.

Die Wendung auf die Füße mit nachfolgender Extraction wurde 8 mal versucht; Resultate für Mutter und Kind sind nicht angeführt.

Die Embryotomie wurde 17 mal ausgeführt, wobei 8 Mütter starben.

Im Ganzen wurden 7 Kinder lebend, 35 todt geboren, von den übrigen fehlen die Angaben. Mütter genesen 32, während 24 starben.

Etwas günstigere Resultate lieferte die Jetter'sche Statistik: von 165 Geburten 70 normal.

Die Reposition wurde in 23 Fällen in Anwendung gebracht; 19 Mütter kamen davon, 3 starben, das Schicksal einer ist ungewiss. Kinder blieben 13 am Leben, 5 starben, 5 ungewiss.

Punction oder Incision in 17 Fällen; 11 Mütter kamen davon, 5 starben, 1 ungewiss. Kinder lebten 4, starben 11, 2 ungewiss.

Von der Zange wurde 13 mal Gebrauch gemacht, 7 mal allein, 2 mal folgte darauf die Craniotomie, 2 mal erfolgte Ruptur der Cyste; 2 mal wurde sie nach dem Platzen der Cyste angelegt, dazu 6 mal nach Reposition und Punction. Mütter kamen 7 davon, 6 starben; Kinder lebten 5, 6 starben, 2 ungewiss.

Wendung auf die Füße und Extraction erfolgte in 15 Fällen; 10 mal als einzige Hülfeleistung, 2 mal nach Uterusruptur, 1 mal nach Ruptur der Cyste, 1 mal nach Punction derselben. 7 Mütter kamen davon, während 8 starben; 11 Kinder waren todt, 1 lebte, 3 ungewiss.

Die Perforation kam in 24 Fällen zur Anwendung; 14 Mütter kamen davon, 10 starben. 6mal nach Punction, 2mal nach Zangenversuchen, 2mal nach künstlicher Frühgeburt, 14 mal allein.

Der Kaiserschnitt wurde 2mal an der Lebenden ausgeführt, wobei ein Kind gerettet wurde, beide Mütter aber starben; 1mal wurde er an der Leiche vorgenommen, wobei aber das Kind auch schon abgestorben war.

Unter all diesen Methoden der Kunsthilfe bietet die Reposition des Tumor bei der Geburt verhältnissmässig die besten Aussichten für Mutter und Kind; es sollte dieselbe stets zuerst versucht werden. Am besten gelingt sie in erhöhter Rücken- oder in Knieellenbogenlage; indem man mit den keilförmig an einander gereihten Fingern in die Vagina oder ins Rectum der Patientin eindringt, sucht man die Geschwulst zu erheben und sie über dem Beckeneingang zu fixiren, wodurch dem kindlichen Schädel Platz geschafft wird zum Eintritt in den Beckenkanal.

Einen solchen Fall von glücklicher Reposition hat uns Professor Dr. Valenta in Laibach geschildert in seinen « geburtshülflichen Mittheilungen ». Zu einer Kreissenden gerufen, fand er bei äusserst schmerzhaften Wehen die hintere Vaginalwand durch einen Tumor ganz nach vorn gedrängt. Er machte den Versuch einer Reposition in erhöhter Rückenlage, der jedoch misslang; ein erneuter Versuch in Knieellenbogenlage führte zum Ziele: der Tumor glitt mit einem « Rucker » nach oben, der kindliche Schädel trat ins Becken ein und die weitere Geburt wurde den Naturkräften überlassen; es wurde ein lebender Knabe zur Welt gefördert, die Mutter blieb vollkommen gesund.

Die Reposition gelingt jedoch keineswegs in allen Fällen; oft misslingt der Versuch wegen allzu fester Adhärenzen des Tumor mit den Nachbarorganen oder wegen zu beträchtlichem Umfang der Geschwulst.

In einem solchen Falle schreitet man zur Punction oder Incision, um durch Ablassen des Inhalts den Tumor zu verkleinern.

Die Punction kann von der Scheide, vom Mastdarm oder auch von der vorderen Bauchwand aus vorgenommen werden. Bei multiloculären Cysten oder bei soliden Tumoren wird sie aber keinen wesentlichen Erfolg haben und es muss nachher doch noch die Zange oder die Perforation oder in ganz schlimmen Fällen der Kaiserschnitt in Anwendung gebracht werden.

In unserem Falle II musste der Punction die Perforation nachgeschickt werden, weil der Tumor sich nicht wesentlich verkleinert hatte.

Die Anwendung der Zange ist laut Statistik nicht sehr zu empfehlen. Bei Cysten kann die Zange leicht Bersten der Geschwulst zur Folge haben, bei soliden Tumoren verursacht sie oft tiefgreifende Verletzung der Genitalien, zumal da das Becken durch den Tumor ohnehin hochgradig verengt ist.

So beschreibt Sucro (Inaugural-Dissertation, Ruptur der Vagina und Vorfall eines Hydrovariums, Tübingen 1864) einen Fall, wo durch das Anlegen der Zange bei einer Kreissenden mit Ovarialtumor ein Riss in der Vagina zu Stande kam, der die Ovarialcyste vor die Genitalien der Patientin treten liess. Die Mutter ging an Peritonitis zu Grunde.

In unserem Falle V waren auch vergebliche Zangenversuche gemacht worden und erst die Perforation rettete das bedrohte mütterliche Leben.

Die Perforation liefert schon günstigere Resultate und ist jedenfalls bei schon abgestorbener Frucht der Zange weit vorzuziehen.

Der Kaiserschnitt ist, wie wir sahen, 2mal an der Lebenden ausgeführt worden mit dem allerschlechtesten Erfolge für die Mütter; jedenfalls sollte er auf die

äussersten Fälle von harten, irreponiblen, den Geburtsweg total verlegenden Tumoren beschränkt werden.

Interessant ist hier noch ein Fall von Kleinwächter (Dissertation von Herdege: « Zwei Geburten complicirt mit grossen Eierstockgeschwülsten », Tübingen 1876). Bei einer Primipara fand sich 3 — 4 cm. oberhalb des Scheideneinganges ein unbeweglicher, unregelmässiger, knochenharter, rundlicher Tumor: es wurde an einen Knochentumor gedacht und beschlossen, wegen der Unmöglichkeit, die Geburt, selbst bei zerstückelter Frucht, durch den Beckenkanal zu leiten, sofort den Kaiserschnitt zu machen. Derselbe wurde ohne weitere Schwierigkeiten vorgenommen und er förderte ein 3 Kilogramm schweres gesundes Mädchen zur Welt. Die Mutter aber starb 25 Stunden nach der Geburt. Der Tumor war ein verknochertes Fibrom des rechten Ovarium.

Bei dieser sehr ungünstigen Prognose für die meisten dieser Operationsmethoden bei der Geburt liegt die Frage nahe, ob nicht prophylaktisch etwas zu thun sei, um einen günstigen Ausgang für Mutter und Kind zu bewirken. Glücklicherweise können wir heutzutage sagen: ja, wir haben in der Ovariectomie und der künstlichen Frühgeburt Mittel, diese schlechte Prognose zu verbessern.

Olshausen (Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, Band IV) hat 14 Fälle gesammelt und zusammengestellt, in denen die Ovariectomie theils mit, theils ohne vorherige Diagnose der Schwangerschaft ausgeführt worden ist. Die Schwangerschaft wurde dabei nur 4mal unterbrochen und von den Müttern gingen nur 2 zu Grunde.

Es hat uns ferner Schroeder (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band V, Heft 2) seine 7 Ovariectomien an Schwangeren beschrieben. Sämmtliche 7 Mütter kamen davon und nur 2mal erfolgte nachher Abortus und 1mal Frühgeburt.

Nach diesen so ausgezeichnet günstigen Resultaten für die Mütter kann man ohne Bedenken in den ersten Monaten der Schwangerschaft die Ovariectomie als Prophylacticum empfehlen; nach der Operation kann sich die Schwangerschaft ruhig weiter entwickeln und am normalen Ende die Geburt ohne Gefahr stattfinden.

Die hier angeführten Ovariectomien wurden aber alle nur in den ersten 7 Monaten der Schwangerschaft ausgeführt und Schroeder bemerkt, dass später die Operation bedeutend erschwert, ja beinahe unmöglich werde wegen der Entwicklung der ligamenta lata mit ihren ectatischen Venen.

Hiernach wäre also in den zwei bis drei letzten Schwangerschaftsmonaten von der Ovariectomie abzusehen und an ihre Stelle, wo es die bedrohlichen Symptome absolut verlangen, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu setzen. Sind die Symptome nicht dringend, so kann man zuwarten bis zur Geburt; treten aber die Erscheinungen auf, wie wir sie oben schilderten, so würde man in den letzten Schwangerschaftsmonaten oder da, wo die Ausführung der Ovariectomie verweigert würde, die künstliche Frühgeburt einleiten. Da diese in den letzten zwei Monaten für das Kind auch eine günstige Prognose bietet, wie uns der Hecker'sche Fall in der Müller'schen Dissertation, den wir oben citirten, zeigte, so ist sie absolut nicht zu perhorresciren.

Aus all diesen Betrachtungen entnehmen wir für unsere Therapie folgende Indicationen:

I. Wenn die Diagnose von Gravidität und zugleich bestehendem Ovarialtumor in den 7 ersten Schwangerschaftsmonaten gestellt wird, so machen wir die Ovariectomie, insofern dieselbe nicht mit zu grossen Schwierigkeiten verbunden ist.

II. Wenn die Diagnose erst in den 3 letzten Monaten gestellt wird, so leiten wir

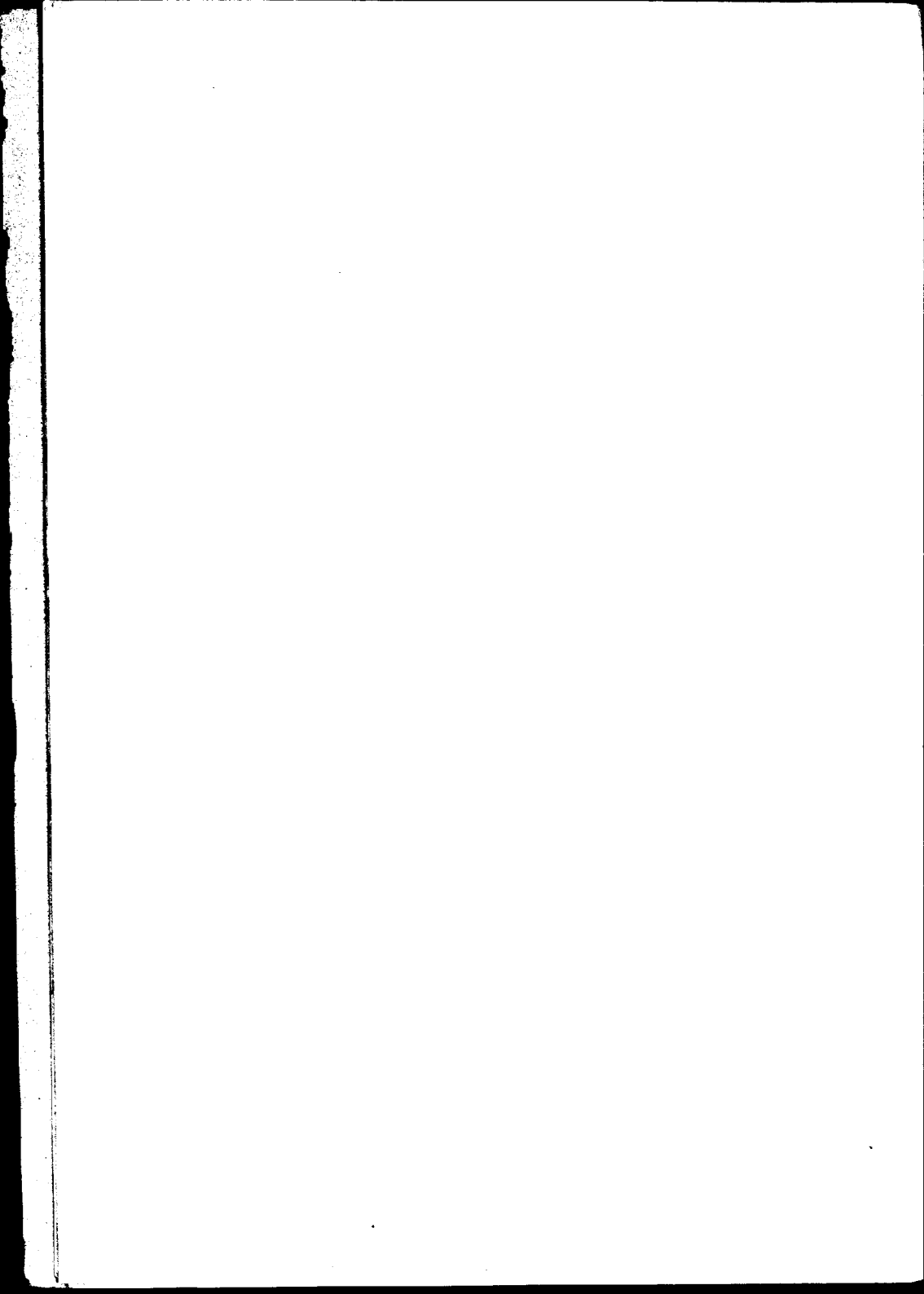
- a. bei bedrohlichen Symptomen die künstliche Früh-  
geburt ein,
- b. bei Mangel der letzteren warten wir zu.

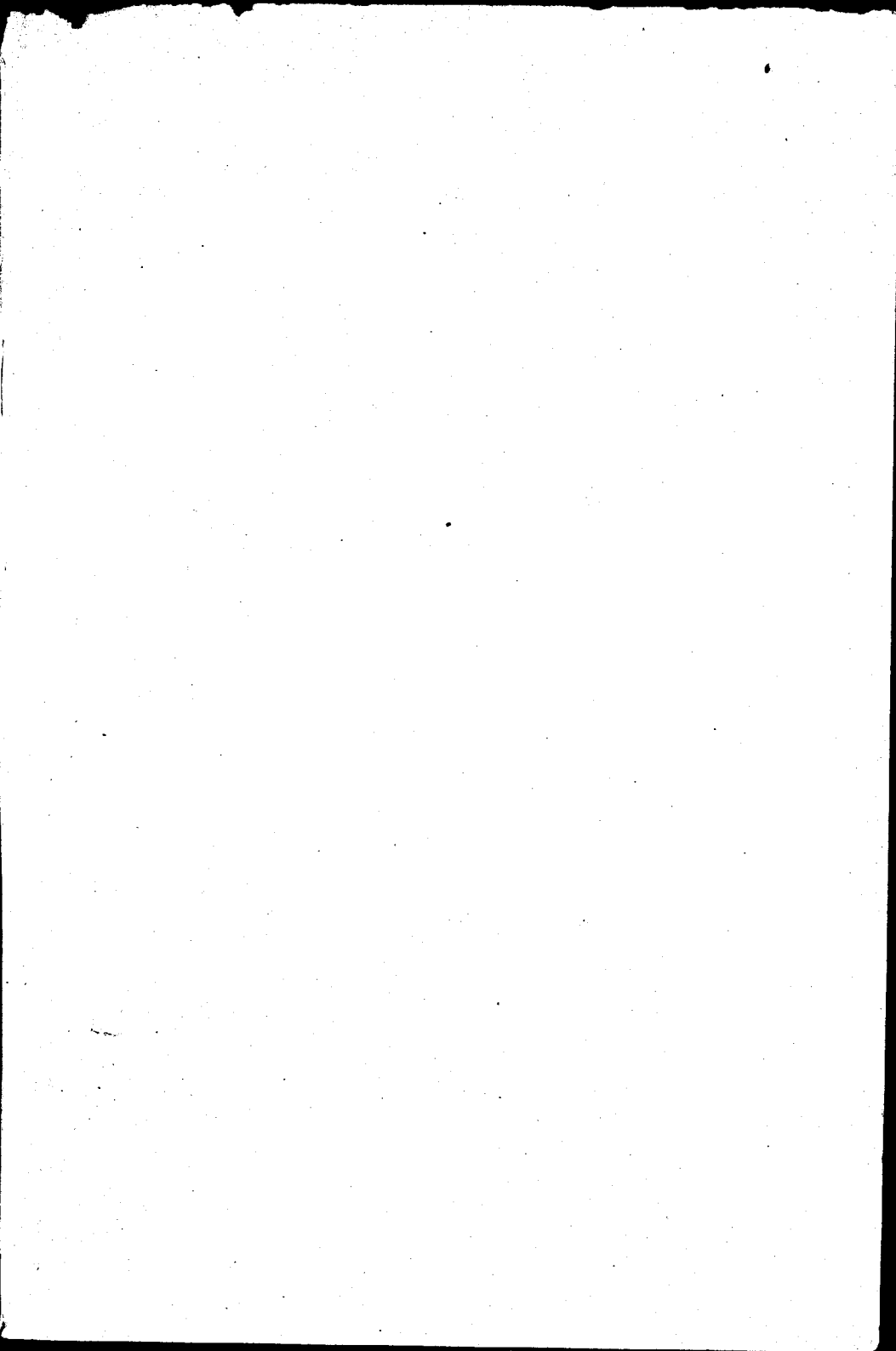
III. Wenn die Diagnose erst bei der Geburt gestellt  
wird, ist

1. bei ein- oder mehrkammerigen Cysten oder bei soliden  
Tumoren vor Allem die Reposition zu versuchen.
2. Gelingt diese nicht, so soll bei einkammerigen Cysten  
die Punction gemacht werden.
3. Bei mehrkammerigen Cysten und soliden Tumoren  
kommen
  - a. Perforation,
  - b. Zange,
  - c. Kaiserschnittin Anwendung.



15410





10034