



Über Mesenterialeysten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Donnerstag, den 11. Januar 1894, Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Karl Hase

aus Hasselfelde im Harz.



Referent: Herr Prof. Dr. von Bramann.

Opponenten:

Herr Dr. med. Encke.

Herr Dr. med. Poppe.



Halle a. S.,

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1894.

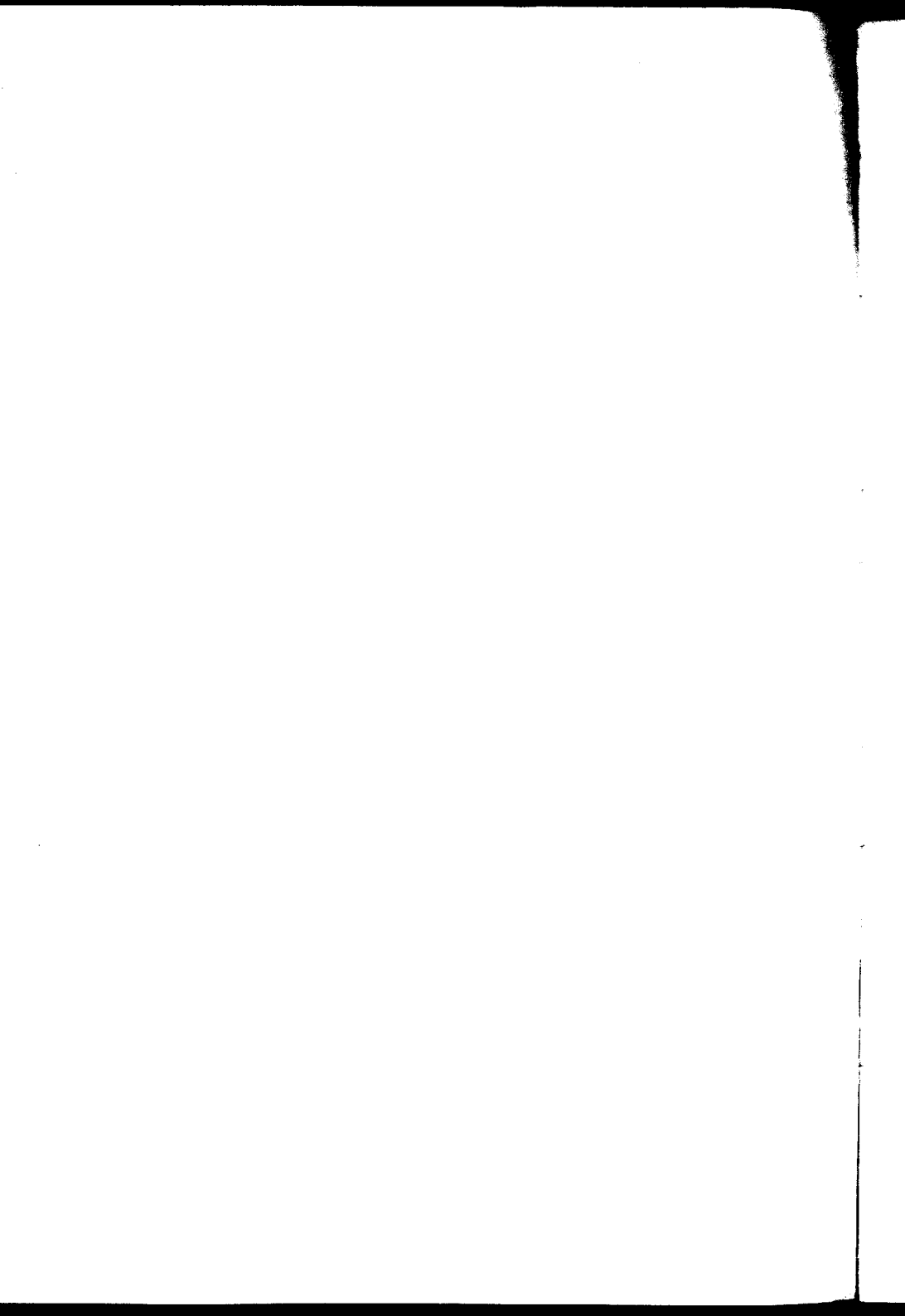
Imprimatur
Prof. Dr. von Bramann
h. t. Decanus.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.





Gegenüber den Erkrankungen des Darmrohres selbst, über die wir zumeist wohl unterrichtet sind, ist unsere Kenntniss von der Pathologie seiner Adnexe, speziell denjenigen pathologischen Gebilden des Gekröses, welche man als „Mesenterialcysten“ bezeichnet hat, noch sehr lückenhaft. Es ist dies wohl hauptsächlich begründet durch das seltene Vorkommen derselben. Die spärlichen bisher beobachteten Fälle sind zum grössten Teil von Chirurgen behandelt und beschrieben worden: in pathologisch-anatomischen Lehrbüchern war bis vor kurzem überhaupt nicht oder nur wenig die Rede von diesen Erkrankungen.

Nachdem durch Aselli, den Entdecker des Chylusgefässsystems, erst einmal die Aufmerksamkeit der Forscher auf dies Gebiet gelenkt worden, waren es die Arbeiten Martinis¹⁾, der vor allem die pathologischen Folgen der Verstopfung der Chyliferen bespricht, und Portals²⁾, der eine Einteilung der Tumoren des Netzes in *Tumeurs scirrhuses, stéomateuses, pierrenses, cancéreuses* und *hydatiques* trifft, welche zu weiteren wissenschaftlichen Beobachtungen anregten. Diesen folgten die zusammenfassenden Arbeiten

1) *De morbis mesenterii obstructionibus in scholis medicorum hactenus praetermissis* 1625.

2) *Cours d'anatomie med.* Paris. Vol. XII. 1803.

von Augagneur¹⁾, v. Bramann²⁾, Hahn³⁾ und in neuester Zeit von Frentzel⁴⁾, in denen eine Sichtung des bis dahin vorliegenden Materials und auf Grund wohl beobachteter neuer Fälle klinische und anatomische Daten aufgestellt wurden.

Wenn es trotzdem noch nicht gelungen ist, speziell was Ätiologie und Differentialdiagnose betrifft, ein festgefügtes und wohlumrahmtes Bild aus den jeweiligen Erscheinungen zusammenzustellen, so liegt das an dem proteusartigen Charakter, unter dem diese Gebilde aufzutreten pflegen. Einigermassen besser steht es schon mit der Symptomatologie und Therapie der Mesenterialcysten.

Immerhin scheint es mir der Mühe lohnenswert und trägt vielleicht zur Klärung auf diesem Gebiete bei, wenn ich an dieser Stelle über einen Fall von Mesenterialcyste berichte, den ich in der chirurgischen Klinik zu Halle a. S. zu beobachten Gelegenheit hatte und dessen Veröffentlichung Herr Professor von Bramann mir gütigst gestattet hat. Im Anschluss daran sei es mir erlaubt, dreier ähnlicher Fälle zu erwähnen und nach einem kurzen Überblick über das zur Zeit vorliegende Material eine Zusammenfassung der symptomatologischen, diagnostischen und therapeutischen Merkmale zu geben. —

Bevor ich jedoch an meine Aufgabe herantrete, mögen einige Allgemeinbemerkungen über Begriff, Vorkommen und Einteilung der Cysten des Mesenteriums vorausgeschickt werden.

Unter Mesenterialcysten pflegt man diejenigen cystischen Tumoren zu verstehen, welche entweder direkt zwischen den beiden Mesenterialblättern selbst oder aber

1) *Tumeurs du mésentère*. Thèse de Paris 1884.

2) Chyluscysten im Mesenterium. *Deutsches Archiv für Chirurgie* Bd. 35. Pag. 201.

3) Über mesent. Cysten. *Berl. klin. Wochenschrift* 1887 No. 23.

4) Zur Semiotik und Therapie mesent. Cysten. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*. Bd. XXXIII. pag. 129. 1892.

zwischen Darmwand und einem Blatt des Mesenteriums, d. h. Peritoneum gelegen sind. Die ersten sind bis jetzt vornehmlich in der Mesenterialduplicatur des Dünndarms gefunden worden: sie sind aber auch denkbar im Mesenterium des Colon transversum und der Flexura sigmoidea, obwohl sich hierfür keine Beläge aus der Litteratur auffinden liessen. Die zweite Art der Mesenterialcysten kommt an den Stellen vor, wo sich das Peritoneum von der Bauchwand unvermittelt auf den Darm überschlägt und nur einen breiten Längsstreifen der hinteren Fläche desselben unüberzogen lässt, das ist am Colon ascendens und descendens; man nennt sie auch wegen ihrer Lage hinter dem Peritoneum retroperitoneale Cysten.

Eine Klassificierung der verschiedenen Arten von Cysten des Mesenteriums nach ihrem Inhalt und ihrer Ätiologie verdanken wir Augagneur¹⁾, der dieselben einteilte in Cystes séreux, sauguins, hydatiques, desmoides. Nach ihm traf Hahn²⁾ seine Einteilung in seröse, blutige, Hydatiden- und chylöse Cysten.

Um mit den uns besonders interessierenden Blutcysten zu beginnen, sei es mir gestattet, die Krankengeschichte unseres Falles voranzustellen.

Frau O., 42 Jahr alt, Aufsehersfrau, suchte am 15/II. 93 die Klinik des Herrn Professor von Bramann dahier auf.

Sie ist seit 19 Jahren verheiratet und Mutter von vier Kindern. Bis jetzt war Patientin stets gesund. Mitte Januar 1893 bekam sie angeblich nach dem Heben einer ca. 40 H. schweren Speckseite so heftige und reissende Schmerzen oberhalb der rechten Leistenbeuge, dass sie sich „krümmen“ musste. Drei Tage darauf bemerkte dann Patientin in der schmerzhaften Gegend eine etwa apfelgrosse, harte, auf Druck schmerzhaft, nur mässig

1) Tumeurs du mésentère. Thèse de Paris 1884.

2) Über mesenteriale Cysten, Berl. klin. Wochenschrift 1887. No. 23.

verschiebliche Geschwulst. Am nächsten Tage stellten sich Schüttelfröste und Fieber ein, sodass sich Patientin zu Bett legte.

Ein hinzugezogener Arzt, welcher „Leberschwellung“ diagnostizierte, verordnete Eisblasen, worauf die Schwellung zwar kleiner, die Schmerzen aber stärker geworden sein sollen.

Der Appetit während dieser Zeit war stets mässig; bisweilen stellten sich Kopfschmerzen ein, dagegen kein Erbrechen. Der Stuhlgang, stets verstopft, erfolgte nur nach dem Einnehmen von Carlsbader Salz. Blut oder Schleim soll der Stuhl nicht enthalten haben. Einige Tage bestanden leichte Diarrhöen.

Bei der Aufnahme der Patientin am 15. Februar 1893 in die chirurgische Klinik ergab sich folgender Status:

Gut genährte, kräftige Frau. Das Abdomen ist rechterseits vom Nabel leicht aufgetrieben. Die Atembewegungen sind beiderseits regelmässig, gleichmässig.

Im oberen Teil der Fossa iliaca, der Darmbeinschaukel anliegend, befindet sich eine etwa faustgrosse Geschwulst. Dieselbe liegt hinter der Muskulatur im Abdomen. Ihre Oberfläche erscheint teils glatt, teils mit Erhebungen versehen. Ihre Konsistenz ist von Knorpelhärte. Von oben nach unten ist der Tumor wenig verschieblich, von rechts nach links etwas mehr. Um den Tumor herum ergiebt die Perkussion tympanitischen, über demselben gedämpft tympanitischen Schall.

Kein Erguss nachweisbar; keine metastatischen Knoten.

Patientin ist fieberfrei, und im Urin findet sich weder Eiweiss noch quantitative Veränderungen.

Die Diagnose lautete: Tumor der Ileocoecalklappe, vielleicht in Zerfall begriffen.

Später angestellte Untersuchungen des Stuhls ergaben eine dünnflüssige (Folge des eingenommenen Ricinusöls), weisslich-schaumige Beschaffenheit desselben. Blut ist nicht nachweisbar; keine Gewebsetsetzen.

Nachdem Patientin durch Abfuhrmittel genügend vorbereitet ist und tags vor der Operation Opium bekommen hat, wird am 22. Februar 93 zur Operation geschritten.

In Chloroformnarkose wird in der Gegend des äusseren Randes des M. rectus auf der rechten Seite, etwas unter dem rechten Rippenbogenrande beginnend und nach der Symphyse zu bogenförmig verlaufend, ein etwa 20 cm langer Hautschnitt geführt. Darauf dringt man, am äussersten Rande des Rectus vorsichtig präparierend in die Tiefe bis auf das Peritoneum, das gespalten wird. Nachdem dann der vorliegende, normal aussehende Darm bei Seite geschoben, erweist sich die Einmündungsstelle des Dünndarms in den Dickdarm vollständig frei von pathologischen Veränderungen. Vielmehr liegt der jetzt sich prall elastisch anfühlende und deutlich fluktuierende Tumor retroperitoneal hinter dem Dickdarm. Sofort wird der Darm in seine alte Lage zurückgebracht und das Peritoneum wieder zusammengenäht. Hierauf wird das Peritoneum von der Bauchmuskulatur von aussen her auf die Geschwulst stumpf abgelöst und der Tumor, welcher im Mesenterium des Colon ascendens etwa 4 Querfinger breit über dem Proc. vermiformis seinen Sitz hat, sowie Verklebungen mit dem retroperitonealen Bindegewebe zeigt, nach Unterbindung der bindegewebigen Stränge mit Déchants in seiner Gesamtheit herausgeschält. Derselbe ist etwa von Faustgrösse, unebener Oberfläche und praller Konsistenz. Beim Aufschneiden in der Klinik, demonstrationis causa, entleert er eine mit bohnen- bis haselnussgrossen Ballen vermengte, rotbraune, leicht fadenziehende, nicht gerinnende Flüssigkeit. Herr Prof. v. Bramann stellt infolgedessen die Diagnose: Blutcyste des Mesenteriums.

Es folgt nach sorgfältigster Blutstillung und Austupfen der Wunde mit Jodoformäther die Vernähung der geschaffenen Wundhöhle durch tiefgreifende Muskel- und oberflächliche Hautnähte. Einlegung eines Drainrohres an der tiefsten Stelle der Wunde. Aseptischer Verband.

23 II. Am Tage nach der Operation erscheint Patientin sehr matt und fröstelnd. Sie klagt über Schmerzen im Abdomen links. Temperatur 37,6; Puls 100, dabei voll und kräftig. Patientin wird in warme Decken eingehüllt und erhält eine Wärmflasche ins Bett. Ausserdem Opium, 2 mal täglich 15 Tropfen.

24 II. Dieselbe Hinfälligkeit und Beschwerden. Temperatur 38,1; Puls über 100. Opium.

25 II. Die Temperatur steigt auf 38,6. Die Schmerzen halten an. Es wird deshalb der Verband oberflächlich abgenommen: die Wunde erscheint normal; keine peritonitischen Reizerscheinungen. Verband. Opium.

26 II. Temperatur 38,1, Puls 100. Opium.

27 II. Temperatur und Puls fast normal. Sichtliche Besserung des Allgemeinbefindens: kein Opium.

28 II. Temperatur und Puls normal. Besserung des Allgemeinbefindens. Abends erhält Patientin einen Einlauf.

1 III. Gutes Allgemeinbefinden. Patientin hat zum ersten Mal nach der Operation Stuhlgang. Verbandwechsel: die Wunde sieht gut aus. Herausnahme des Drains.

4 III. Verbandwechsel. Herausnahme der Nähte. Die Wundränder sind vollkommen glatt und reaktionslos mit einander verheilt. Heftpflasterverband. Gutes Allgemeinbefinden.

6 III. Vom 6. III. stets gutes Allgemeinbefinden. Täglich Stuhlgang.

13 III. Patientin steht zum ersten Mal auf.

18 III. Patientin wird mit vollkommen geheilter Wunde, bei gutem Allgemeinbefinden, ohne jegliche Beschwerden entlassen.

Bei der Untersuchung der Cyste erweist sich deren Oberfläche zum grossen Teil von einer $\frac{1}{2}$ bis 1 cm dicken Schicht von retroperitonealem Fettgewebe bedeckt, an einer anderen Partie dagegen (wahrscheinlich die der Darmwand zugekehrte Seite) von ziemlich glatter Beschaffenheit.

Auf dem Durchschnitt sieht man, wie das retroperitoneale Fettgewebe in die Cystenwand sich fortsetzt und noch in deren Aussenschichten sich eine kurze Strecke verfolgen lässt. Die Wand selbst, im Mittel 3 bis 4 mm dick, lässt schon makroskopisch eine Zusammensetzung aus verschiedenen Schichten erkennen. An ihrer Innenfläche, welche durch leistenartige Vorsprünge unterbrochen ist, bemerkt man neben angehäuften kleineren und grösseren körnigen Niederschlägen und Auflagerungen hier und da eine Taschenbildung. So führt der Schnitt durch eine ca. Markstückgrosse Tasche, welche durch eine etwa 1 mm breite Lamelle von dem Hohlraum der Cyste abgetrennt wird. Auch die Tasche ist ausgefüllt mit feinkörnigen Massen.

Zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung wird die Cystenwand ganz halbiert und aus einer vollständig und unverletzt erscheinenden, von retroperitonealem Fettgewebe fast freien Partie der Wand zwei Stückchen herausgeschnitten und in absol. Alkohol gehärtet. Die Schnitte werden mit Alaunkarmin gefärbt und in Kanadabalsam eingeschlossen.

Es lassen sich nun von innen nach aussen im Wesentlichen folgende ohne scharfe Grenzen in einander übergehende Schichten an der Cystenwand unterscheiden:

Die Innenschicht: sie besteht fast ganz aus grossen bald runden, bald gestreckten, spindeligen und keulenförmigen, bisweilen mit kleineren und grösseren Ausläufern versehenen Zellen. Dieselben sind stark gekörnt und tragen einen hellen bläschenförmigen, sich wenig intensiv färbenden Kern. Sie zeigen durchaus den Charakter der Fibroblasten. Zwischen ihnen liegen nur spärliche Massen von Rundzellen und Fibrinniederschlägen. Durch das Auftreten zarter Bindegewebsfibrillen zwischen den eben beschriebenen Fibroblasten ist der Übergang zu der nächsten Schicht gekennzeichnet.

Die Mittelschicht: sie enthält ausgewachsene Binde-

gewebstfasern, ist sehr kernreich und lässt durch Hintereinanderreihung lang ausgezogener, intensiv gefärbter Zellen in Doppelreihen die Bildung neuer Gefässe erkennen.

Die Aussenschicht: diese ist vor allem ausgezeichnet durch den Reichtum an Gefässen, deren Endothel hoch und gut ausgebildet erscheint, und durch eine Menge von Fetträumen, die grossenteils noch von Fettzellen ausgefüllt sind. Die äussersten Schichten sind durchsetzt von einem welligen, ziemlich kernarmen Bindegewebe, das in Fibrillen angeordnet ist.

Die die Tasche bildende Lamelle, sie besteht aus zartem, stark glänzendem, schwach gefärbtem und sehr kernarmem, welligem Bindegewebe, das von Lymphspalten durchsetzt ist. An ihrer Innenfläche liegen zerstreut Fibringerinnsel und Detritusmassen; ebenso in den Taschenbuchten. Hier besonders kann man deutlich sehen, wie die Gewebsproliferation durch Hineinwuchern der Fibroblasten in die Fibrinniederschläge vor sich geht.

Die in der Cystenflüssigkeit suspendierten Ballen sind ziemlich hart und zeigen auf dem Durchschnitt ein geschichtetes Aussehen. Unter dem Mikroskop lassen sich jedoch zellige Elemente nicht erkennen, vielmehr beobachtet man neben Detritusmassen mit diffundiertem Blutfarbstoff homogene, strukturlose, wahrscheinlich in Verkalkung begriffene Partien.

Von der Innenfläche der Cystenwand losgeschabte Partikelchen zeigen neben Fibrinniederschlägen und Detritusmassen Fettkörnchenzellen ähnliche Gebilde und Fetttröpfchen in feinsten Verteilung.

Es gehört demnach unser Fall, wenn wir Hahns Einteilung zu Grunde legen wollen, in die Kategorie der Blutcysten und es wird uns nunmehr interessieren, wie es um die Ätiologie desselben steht. Dieselbe scheint mir leicht ersichtlich, wenn man sich der anatomischen Verhältnisse dieser Gegend erinnern wolle. Das Mesenterium, welches sich beiderseits als Fortsetzung des

Peritoneum parietale von der Bauchwand direkt auf das Colon ascendens überschlägt, so zwar, dass es einen breiten Längsstreifen der hintern Fläche unbedeckt lässt, heftet das Colon fest zwischen Bauchwand und Darmbeinschaukel an. Während nun die Patientin die nicht unerhebliche Last von 40 H. ca. 1,2 m über Köpfböhe (ihrem auf einer Leiter stehenden Manne) zureichte, entstand plötzlich von den übrigen Darmschlingen und der Radix mesenterii ausgehend ein starker Zug an dem festsitzenden Colon. Derselbe wurde schliesslich so stark, dass zwischen Darm und einhüllendem Mesenterium ein Riss und gleichzeitig die Ruptur eines zwischen beiden verlaufenden Blutgefässes und damit ein Bluterguss erfolgte. Letzterer muss eine solche Grösse erreicht oder mehrere Nachschübe gehabt haben, dass eine Resorption nicht erfolgte, dass vielmehr in dem retroperitonealen Gewebe der Reiz zu einer nicht unerheblichen Bindegewebswucherung gesetzt wurde, welche den Erguss vollständig abkapselte, wie deutlich aus der oben gegebenen mikroskopischen Betrachtung der Cystenwand hervorgeht. Die Blutkörperchen zertielen, so dass der Blutfarbstoff frei diffundieren konnte; die sich bildenden Fibrinmassen wurden von den wuchernden, zu Fibroblasten auswachsenden Zellen des Gewebes zum Aufbau der Cystenwand verbraucht.

Mit diesen Überlegungen stimmen auch die von der Patientin angegebenen Symptome überein. Hierher gehört vor allem der plötzlich einsetzende, heftige Schmerz in der Unterbauchgegend, der so stark war, dass Patientin „sich krümmen musste“, und die schon nach drei Tagen beobachtete Geschwulst von Apfelgrösse. Zu den subjektiven Symptomen sind noch zu rechnen die Schüttelfröste und das Fieber. Der Stuhlgang war verstopft.

Dass unter diesen Umständen die Diagnose auf einen Tumor der Ileocoecalclappe gestellt wurde, kann durchaus nicht ungerechtfertigt erscheinen. Denn einmal sprachen dafür der angehaltene Stuhlgang und die wenn auch geringen



schleimig-schaumigen Beimengungen, welche während der Beobachtungszeit vor der Operation in dem Stuhl gefunden wurden. Anderseits aber durfte nicht ausser Acht gelassen werden, dass die fragliche Gegend einen Lieblingssitz für maligne Tumoren, besonders Carcinome bildet, und endlich das doch schon vorgeschrittene Alter der Patientin. Wenn wir schliesslich den Tumor für ulceriert ansahen, so hatte dies seinen Grund in den über die Geschwulst verlaufenden Unebenheiten. Dieselben waren jedoch, wie sich bei der Operation herausstellte, lediglich durch die dem Colon aufliegenden Appendices epiploicae vorgetäuscht. —

Der 2. hier anzureihende Fall wurde von Spencer-Wells¹⁾ beobachtet. Es handelt sich um eine 63jährige Frau, welche seit 30 Jahren einen Tumor in der rechten Seite beobachtet hatte. Derselbe vergrösserte sich sehr langsam namentlich seit den letzten 10 Jahren. Seit einigen Monaten trat dann ein sehr schnelles Wachstum ein, das Allgemeinbefinden wurde ausserordentlich schlecht. Von mehreren Untersuchern wurde bald eine Mesenterialcyste, bald eine Uterusaffektion, bald eine Wanderniere diagnostiziert. Die bei der Operation entleerte Flüssigkeit von 3 ltr. war rotbraun, geruchlos und enthielt Cholestearin und zahlreiche rote Blutkörperchen. Ihren Ursprung soll die Cyste in den Blättern des Mesenteriums hinter dem Colon ascendens gehabt haben.

Für die Ätiologie, sowie für die etwaigen histologischen Eigentümlichkeiten der Wand lässt sich von diesem Fall leider nichts gewinnen, da einerseits die Beschreibung desselben eine zu kurze und ungenaue ist, anderseits eine Untersuchung der Cystenwand wegen nicht gestatteter Autopsie unterblieb. Ich führe den Fall nur an, da er auch von Hahn in seiner Arbeit über Mesenterialcysten zu den Blutcysten gezählt wird.

1) Obstetrical transactions Vol. 23.

Weit genauer und ausführlicher ist der dritte von Lücke operierte, von Frentzel¹⁾ veröffentlichte Fall. In demselben handelt es sich um eine 24 jährige Frau, die bis zur Zeit der jetzigen Erkrankung nie ernstlich krank war. Seit 1 Jahr verheiratet, nicht gravide: seit 1½ Jahre bemerkt Patientin an sich starke Abmagerung und leidet an Obstipation: seit der Zeit spürt sie auch ein Wachsen des Leibes.

Im Status wird die Person als eine mittelgrosse, sehr anämische, fieberfreie Frau von starker Hinfälligkeit geschildert. Ein Tumor, kindkopfgross, prall elastisch und deutlich fluktuierend, nimmt den grössten Teil der rechten oberen Bauchhälfte ein und erstreckt sich nach oben bis ins rechte Hypochondrium, nach unten bis einige Finger breit unter den Nabel. Sehr beweglich: Oberfläche erscheint glatt: kein Zusammenhang mit den Genitalien.

Eine vorgenommene Probepunktion ergab eine volle Spritze blutig-seröser, an der Luft nicht gerinnender Flüssigkeit, die mikroskopisch nur zahlreiche rote, spärliche weisse Blutkörperchen, sonst aber weder charakteristische Zellen noch Kalkkörper, Haken oder dgl. erkennen lässt.

Die Diagnose lautete auf einen cystischen Tumor der Bauchhöhle.

Bei der Operation stellt sich im Bauchschnitt der glatte, glänzende Tumor ein, dessen unterem Rande eine dünne Darmschlinge anliegt. Kindskopfgross zeigt er eine glatte, gleichmässige Oberfläche und hat seinen Sitz zwischen den beiden Blättern des Mesenteriums.

Es folgt die Vernähung des die Cyste bedeckenden Mesenterialblattes mit dem Bauchwandperitoneum: nach erzielter Verwachsung der Peritonealblätter die breite Eröffnung des Tumors mit dem Thermokauter und Entleerung einer Flüssigkeit von ca. 1 ltr. Eine zweite

1) Zur Seniotik und Therapie mesenterialer Cysten. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. XXXIII. 1892 pag. 129.

vor der Eröffnung vorgenommene Probepunktion fördert etwa 100 cbcm einer bräunlichen, serösen, nicht gerinnenden Flüssigkeit zu Tage, deren mikroskopische Untersuchung durch v. Recklinghausen ergibt: „grosse, mit gelben Körnchen gefüllte Zellen, ähnlich, wie bei Cystovarien“.

Der Fall endete mit vollständiger Heilung.

Dieser Fall ist ebenso, wie der nächstfolgende insofern interessant und von dem unsern abweichend, als er direkt zwischen der Duplikatur des Dünndarms gelegen und die angewendete Therapie eine zweizeitige war. Irgend ein ätiologisches Moment dagegen wird nicht angegeben.

In dem 4. von Hahn¹⁾ beobachteten und operierten Falle ist es ein 7 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen, das einer Geschwulst im Leibe wegen in das Krankenhaus Friedrichshain zu Berlin gebracht wird. Die Eltern des Kindes wollen erst vor 2 Jahren die Geschwulst in der Grösse eines Hühner-eies bemerkt haben bei Gelegenheit einer Untersuchung wegen eines gegen den Leib erhaltenen Schlags. Vom 5. Jahre ab klagt das Kind häufig über Leibschmerzen. Dieselben wurden in der letzten Zeit immer heftiger, so dass das Kind bisweilen die furchtbarsten Qualen ausgestanden haben soll. Die Schmerzen traten anfallsweise auf und gingen mit mehrtägigen Remissionen einher. Die Anfälle werden folgendermassen geschildert: Beginn mit Erbrechen und sehr heftigen Schmerzen, welche nur in ganz zusammengekauerter Körperstellung nachzulassen schienen. Deshalb soll das Kind oft mehrere Nächte hindurch schlaflos in zusammengekauerter Stellung, die Beine an den Leib gezogen und den Kopf auf die Knie gestützt, dagesessen haben. Oft liessen die Schmerzen plötzlich nach, und das Kind gewann bald seine alte Munterkeit wieder. Während der Anfälle bestand Obstruction und der Leib war krampfhaft zusammengezogen.

1) Über Mesenterialeysten. Berl. klin. Wochenschrift 1887 No. 23. pg. 408.

Der Status zeigte ein blasses und anämisch aussehendes, leidlich gut genährtes Mädchen von zartem Knochenbau. Kein Fieber. Zunge ein wenig belegt, feucht.

Abdomen weich, nicht aufgetrieben: Bauchdecken mässig dick, nicht besonders gespannt.

Dicht über der Symphyse bis in die Nabelgegend reichend ist sehr deutlich unter den Bauchdecken eine Geschwulst zu palpieren von dem Umfang einer sehr grossen Apfelsine. Die Form des Tumors ist eine kugelige, die Oberfläche fühlt sich glatt an, die Konsistenz ist eine prall-elastische. Fixiert man sich die Geschwulst mit beiden Händen und prüft mit den beiden Zeigefingern auf Flüssigkeitsgehalt, so gewinnt man den Eindruck, als ob Fluktuation vorhanden ist. Dieselbe ist aber nicht sehr deutlich.

Der Perkussionsschall über der Geschwulst ist gedämpft.

Die Bauchdecken sind von der Geschwulst leicht abhebbar und über derselben verschieblich.

Die Geschwulst selber, die man völlig isoliert umgreifen kann, ist ganz beweglich in der Bauchhöhle. Von der Gegend über der Symphyse aus und von den Darmbeinschaufeln her lässt sich dieselbe ohne alle Schwierigkeit nach allen Richtungen weit verschieben, selbst nach oben hin unter die Rippenbögen, so dass sie fast verschwindet. Lässt man den in die Höhe gedrängten Tumor wieder los, so sinkt er in die alte Lage, d. h. in die Gegend über der Symphyse zurück.

Im übrigen erscheinen Bauch- und Brustorgane ohne abnorme Veränderungen. Der Urin ist eiweissfrei; Stuhl vorhanden; seine Entleerung erfolgt ohne Beschwerden.

Die Untersuchung in der Narkose bestätigt im Wesentlichen diesen Befund.

Durch Palpation ist ein Zusammenhang der Geschwulst mit einem Unterleibsorgane mit Sicherheit nicht nachweisbar.

Die Nieren sind nicht deutlich fühlbar. Nierendämpfung

nicht deutlich nachweisbar. Keine Schalldifferenz in der Nierengegend.

Allgemeinbefinden der Patientin ist gut. Keine Klagen. keine Leibschmerzen, kein Erbrechen. Ruhiger Schlaf, regelmässiger Stuhlgang.

Eine schon von dem behandelnden Arzt vorgenommene Probepunktion, welche eine blutig-seröse Flüssigkeit zu Tage förderte, und die beschriebenen Symptome führten Hahn zu der Diagnose einer Cyste entweder des Netzes oder des Mesenteriums. Er beschloss deshalb die Operation.

In der Chloroformnarkose wird in der Medianlinie des Abdomens, vom Nabel beginnend, ein ca. 1 dcm. langer Schnitt, zunächst durch die Haut, dann zwischen den Mm. recti durch die Fascie und endlich durch das Peritoneum gemacht, so dass das mässig fettreiche Netz zum Vorschein kommt. Dasselbe wird mit dem Finger nach oben geschoben. Dicht unter demselben liegt mit glatter, glänzender, feuchter, rosigroter Oberfläche der kugelförmige Tumor, welcher die Grösse einer sehr grossen Apfelsine (oder eines Kindskopfes eines Neugeborenen) hat und deutliches Fluktuationsgefühl darbietet.

Der Tumor wird ohne Mühe aus der Bauchhöhle hervorgezogen. Es zeigt sich, dass derselbe mit einer ca. 2 Markstück grossen Fläche fest mit dem peripheren Ende des Mesenteriums eines der rechten Bauchseite angehörigen Darmstückes verwachsen ist, und zwar ist der Tumor von den beiden Blättern des Mesenteriums eingeschlossen. An der dem Darm am nächsten liegenden Stelle grenzt der Tumor unmittelbar an den Darm an.

Zur Entfernung des Tumors wird das denselben umhüllende zarte Mesenterialblatt durch eine kreisrunde Circumcision, die ca. 3 cm. vom Rande der Insertionsstelle des Tumors am Darm verläuft, vorsichtig durchschnitten und mit dem stumpfen Messerstiel vom Tumor abgelöst. Kurz vor der Beendigung dieses Aktes wird die Wand des Tumors angeschnitten. Es ergiesst sich eine ziemlich

dünntlüssige, braunrote Flüssigkeit in reichlicher Menge (ca. 400 cbcm) aus der Schnittöffnung, und die bisher prall gespannte Wandung fällt zusammen.

Die Wand der Geschwulst wird nun nach Zurückstreifung des oben abgelösten Mesenterialblattes dicht an der Infektionsstelle abgeschnitten. Die mit dem Mesenterium verwachsene und demselben noch fest aufsitzende Insertionsfläche wird mit der Cooperschen Scheere abgetragen. Die Gefässe, die hierbei bluten, werden gefasst und unterbunden.

Das von der Tumourwand abgestreifte Mesenterialblatt wird durch mehrere Catgutnähte an seinen gegenüberliegenden Rändern vereinigt. Die Nahtstelle wird mit Jodoform bepudert.

Nach gründlicher Abspülung der vorliegenden Darmschlingen mit schwacher, lauwarmer Sublimatlösung wird der Darm in die Bauchhöhle versenkt.

Hierauf werden Peritoneum und Bauchdecken gleichzeitig durch mehrere Seidennähte vereinigt.

Antiseptischer Sublimatgaze- und Watteverband. —

Der Fall endete mit völliger Heilung.

Die Untersuchung der Cystenwand in diesem Falle ergab:

Die ca. 4 mm dicke Wand ist aussen von einer glatten, glänzenden, porösen Hülle umgeben. Die Innenfläche erscheint stellenweise runzlig. An einer Stelle sitzt ein über wallnussgrosses Blutgerinnsel fest auf. Vereinzelt ragen einige cm lange, fadenförmige Stränge (Gefässe) frei in die Höhle hinein.

Mikroskopisch besteht die Wand im Allgemeinen aus Bindegewebe, in dessen Spalten sich unregelmässige Anhäufungen von Rundzellen vorfinden. Nach der Serosa zu wird dieses locker und gefässhaltiger und die zellige Infiltration etwas stärker als an der Innenfläche. Die letztere erscheint auf dem Querschnitt völlig glatt. Nirgends Reste von Lymphdrüsenelementen.

Für die Genese seines Falles stellt Hahn drei Möglichkeiten auf: „Einmal könnte die Blutcyste entstanden sein aus einem Hämatom im Mesenterium. Das andere Mal aus einer Chyluscyste und Drittens durch Umbildung eines Lipoms in eine Cyste mit durch den Schlag erfolgter Blutung, welch letztere auch die Veranlassung zur Erweichung des Lipoms gegeben haben kann“. — „Es ist möglich“, meint Hahn, „dass hier einer der Fälle von Umwandlung eines Lipoms in eine Cyste durch Erweichung vorliegt, auf deren Vorkommen Virchow (Die krankhaften Geschwülste, 1863. Bd. I. pag. 394) bereits im Jahre 1863 aufmerksam gemacht und ausdrücklich betont hat, dass solche erweichte Lipome, bei welchen die Zellenmembranen zu Grunde gehen und das Fett frei wird, mit Fett- und Dermoidcysten leicht verwechselt werden können.“

Dass diese Möglichkeit in unserem Falle nicht vorgelegen haben kann, ist meines Erachtens nach leicht ersichtlich aus der kurzen Zeit von nur 3 Tagen, welche der Tumor zu seiner Entwicklung gebrauchte, so dass er von der Patientin als apfelgrosse Geschwulst wahrgenommen wurde.

Bietet demnach die Genese der Blutcysten die verschiedensten Möglichkeiten, so muss für sie alle als gemeinsam und charakteristisch gelten, dass ihr Inhalt zum grossen Teil aus Blut resp. zerstörten Blutkörperchen, diffundiertem Blutfarbstoff und Blutserum besteht und makroskopisch das Aussehen einer dünnflüssigen, rotbraunen, nicht gerinnenden Flüssigkeit bietet.

Ist die Flüssigkeit dagegen von milchig-weisser Farbe oder rahmartig, zeigt sie unter dem Mikroskop eine sehr feinkörnige Masse, Fett in feinsten Verteilung, Fettkörnchenkugeln, spärliche oder häufigere Cholestearinkrystalle, kurz zeigt sie das typische Bild des Chylus, so haben wir die zweite Art der Mesenterialcysten, die chylösen oder Chyluscysten des Mesenteriums vor uns.

Hierher gehören vor allem der sorgsam beobachtete und untersuchte, klassische Fall des Herrn Professor von Bramann¹⁾, den derselbe aus der chirurgischen Klinik zu Berlin veröffentlichte, ferner die von ihm erwähnten Fälle Kilians, Küsters, Enzmans und endlich die neuerdings beschriebenen Fälle von Rubeska²⁾, Gusserow³⁾, Rasch⁴⁾ und Tuffier⁵⁾. Für sie alle gilt, was Herr Professor von Bramann im Anschluss an seinen Fall über die Genese der Chyluscysten äusserte: „Die zunächst liegende Annahme, dass eine Stenose oder ein vollständiger Verschluss des Ductus thoracicus eine derartige Chylusstauung im Gefolge haben könnte, trifft für die meisten Fälle thatsächlich zu, kann aber deshalb nicht als alleinige Ursache angesehen werden, weil in anderen Fällen selbst bei totalem Verschluss nur eine mässige Dilatation und eine mehr diffuse Erweiterung des unteren Theiles des Brustganges und der Cisterna chyli, ja zuweilen selbst diese nicht gefunden sind. Die letztere Erscheinung erklärt sich durch die grosse Mannigfaltigkeit, die der Ductus thoracicus in seinem Verlaufe und seiner Anlage zeigt, indem er in einigen Fällen doppelt vorhanden ist, in anderen der ganze Stamm oder doch ein grösserer Ast desselben sich bereits in die Vena azygos, in die V. cava oder selbst in eine der Lumbalvenen hineinergießt. Endlich soll zuweilen bei Unwegsamkeit des Brustganges durch eine Entwicklung von Collateralen die Zufuhr des Chylus zur Blutbahn besorgt sein.

1) Über Chyluscysten des Mesenteriums. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 35. 1887. pg. 201.

2) Ein durch Exstirpation geheilter Fall von Mesenterialeyste. Centralblatt für Gynäkologie. 1889.

3) Casuistische Mittheilung. Lymphcyste des Mesenteriums. Charité-Annalen. 1890. Bd. XV. pg. 608.

4) A case of a large chylous cyst of the mesentery. Obstetrical transactions. Vol. XXXI. 1889.

5) Cyste chyleux du mésentère; laparotomie; exstirpation; guérison. Bulletin et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XVIII. pg. 582.

Dass in nicht gerade seltenen Fällen aber die Verhältnisse auch weniger günstig liegen können, d. h. dass es bei Verschluss des Duct. thorac. zu sehr erheblicher Chylusstauung kommen kann, beweisen mehrere sicher konstatierte Sektionsbefunde. So berichtet Virchow (Gesammelte Abhandlgn. zur wissenschaftlichen Medizin S. 214 ff.) über einen Verschluss des Brustganges durch ein Carcinoma oesophagi in der Höhe der Bifurcation, in welchem nicht allein der untere Teil des Brustganges und die Cisterna chyli stark ausgedehnt, sondern auch die Chylusgefässe des Magens, des Colon transvers. und des mittlern Abschnittes des Dünndarms bis zur Berstung gespannt waren. Ferner erwähnt Kilian einer Obliteration des Brustganges durch „schrumpfendes Narbengewebe“, die zu bedeutender Erweiterung des ganzen Chylusgefässsystems, sowie zu Hirsekorngrossen Chylaneurysmen im Mesenterium und sogar zu einem chylösen Ascites geführt hatte.“

Nach Herrn Professor von Bramann stehen diese Cysten mit dem Chylus- resp. Lymphgefässsystem noch in Verbindung, wofür diejenigen Fälle sprechen, in denen nach Punktion in sehr kurzer Zeit die Füllung der Cyste von neuem erfolgte; durch fortschreitende Dilatation ihrer Wandungen und Zunahme des Flüssigkeitsdrucks im Innern wird diese Communication mit dem Chylusgefässsystem schliesslich aufgehoben oder doch auf ein minimum beschränkt, wofür der Beweis in den Fällen zu suchen ist, in denen nach Eröffnung der Cyste kein oder doch nur ein sehr geringer Nachschub der Flüssigkeit auftrat.

Die Ursprünge der Chyluscysten werden von fast allen Autoren in die Lymphdrüsen (Lymphcavernom oder -angiom), die Chylusgefässe und endlich in die Cisterna chyli verlegt.

Der serösen Mesenterialcysten, die sich durch eine dünnflüssige, gelbliche bis gelblichbräunliche, bisweilen schleimig-flockige, bisweilen gallertige Flüssigkeit aus-

zeichnen und nach Hahn die grösste räumliche Ausdehnung zu erreichen scheinen, sind bei weitem mehr als von den andern Cystenarten beobachtet worden. Es sei mir gestattet, eine Aufzählung derselben zu unterlassen, und nur auf die neueren Fälle von Löhlein¹⁾, Landau²⁾, Quinson³⁾ und Terillon⁴⁾ aufmerksam zu machen.

Zur letzten Gruppe der Mesenterialcysten gehören die Hydatidencysten. Dieselben sind sehr selten und nur ein Fall wird in der Litteratur als unbestritten angeführt. Ich theile ihn deshalb mit, wie ich ihn in Frentzels Arbeit vorfinde:

Ein 45 jähriger Mann klagt über Schmerzen im Epigastrium, Übelkeit, Erbrechen, Anorexie. Die Palpation ergiebt einen Tumor zwischen Nabel und Proc. xiphoid., der kanonenkugelgross, glatt und gespannt, ohne Zusammenhang mit Bauchwand und freibeweglich nach allen Richtungen ist.

Die Diagnose lautete nach Pannas⁵⁾, der diesen Fall veröffentlichte: Cyste des Netzes oder des Mesenteriums; nach Nélaton, Barth, Fergusson: Cancerencephaloid.

Auf Wunsch der immer mehr herunterkommenden Patientin wird eine Probepunktion gemacht: es entleert sich ca 1 ltr. ganz klarer Flüssigkeit, in der sich mikroskopisch Haken nachweisen lassen. Der Fall endete, nach teilweiser Wiederansammlung des Fluidums, durch rasche Resorption mit gänzlicher Wiederherstellung nach 3 Monaten. —

1) Operation einer Mesenterialcyste nebst Bemerkgn über den diagn. Wert der Punktion. Berl. klin. Wochenschrift 1889. No. 25. pag. 557.

2) Berl. klin. Wochenschrift 1887, No. 23. pag. 419.

3) Cyste du mésentère. Société d'anat. et de phys. de Bordeaux. 1889. (Journal de méd. de Bordeaux 1892. No. 21).

4) Réflexion à propos de trois kystes séreux du mésentère traités par la laparotomie.

5) Observation XXVI. V. Augagneur.

Bei Aufstellung der nunmehr folgenden Symptomatologie der Mesenterialcysten bin ich zumeist Frentzels Abhandlung¹⁾ gefolgt.

Das Hauptsymptom und zugleich auch das am ersten auftretende sind die äusserst heftigen, bisweilen continuierlichen, bisweilen kolikartige Schmerzen im Leib. Dieselben werden verstärkt durch körperliche Anstrengungen, Druck auf den Tumor oder Verschiebungen desselben, gemildert dagegen bei an den Leib gezogenen Beinen: schliesslich können sie auch bisweilen fehlen.

Diesem Symptome gleichwertig ist das der Opstipation, die ebenfalls plötzlich eintreten oder nur während der Anfälle bestehen oder die Krankheit in habitueller Form begleiten kann.

Zu den subjektiven, aber nicht pathognomonischen Symptomen zählt Frentzel ferner ein Gefühl von Druck im Leibe, Erbrechen und Übelkeit. Das Allgemeinbefinden leidet regelmässig, sowie erst der Schmerz eingesetzt hat: blasses, anämisches Aussehen, Abmagerung, Kachexie, Prostration, bei Frauen Menstruationsanomalien. Der Verlauf ist in den meisten Fällen fieberfrei, kann aber auch durch Fieber compliciert oder eingeleitet werden, wie in unserm Falle.

Von den objektiven Erscheinungen ist in erster Linie das Fühlen eines glatten, meist prall-elastischen, rundlichen und fluktuierenden Tumors im Abdomen zu nennen. Derselbe ist frei beweglich sowohl gegen die Bauchdecken als in der Bauchhöhle selbst. Mit stärkerem Wachstum des Tumors nimmt diese Beweglichkeit in der Regel etwas ab und kann sich schliesslich ganz verlieren, sobald die Geschwulst nach allen Seiten hin Widerstand findet. Der Richtung nach sei dieselbe eine horizontale und vertikale, erstere sei jedoch mehr ausgeprägt, „ein Verhalten, das im Verlaufe der Wurzel des Dünndarm- Mesenteriums

1) Zur Semiotik u. Therapie mesenterialer Cysten. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. XXXIII 1892 pag. 129.

an der hinteren Bauchwand in schräger Richtung von links oben (Höhe des 3. Lendenwirbels) nach rechts unten (bis in die Darmbeingrube) seine anatomische Erklärung findet.“ Es ist klar, dass dieses Symptom der Beweglichkeit infolge eintretender peritonitischer Adhäsionen bei den malignen Tumoren des Mesenteriums rasch verloren geht.

Bezüglich der abdominellen Lage der Geschwulst giebt Frentzel an, dass sie von fundamentaler Bedeutung sei. Der mesenterialen Cyste scheine es eigen zu sein, dass sie sich in ihrem Wachstum mehr symmetrisch zur Linea alba verhalte, während der retroperitoneal gelegenen eine mehr asymmetrische Lage zukäme. Fällt damit das Symptom der exessiven Beweglichkeit zusammen, so liegt der Verdacht auf einen Tumor mesenterialen Ursprungs sehr nahe.

Einen nicht zu unterschätzenden Anhaltspunkt liefern ferner die Perkussionserscheinungen, welche sich aus dem Wachstum der die Dünndarmschlingen nach beiden Seiten auseinanderdrängenden und sich der Bauchwand nähernden Cyste erklären. „Danach wären also folgende Perkussionserscheinungen zu erwarten: zunächst Tympanie über der mehr oder weniger palpierbaren Geschwulst (der Darm liegt noch über dem Tumor); dann Dämpfung auf ihrer Kuppe und Tympanie in den seitlichen Partien (der Tumor liegt mit einem Teil der vorderen Bauchwand an, während die übrigen Teile noch von Darmschlingen bedeckt sind); Abnahme bis schliesslich völliges Verschwinden der Tympanie über dem Tumor auch bei der leisen Perkussion und direkter Übergang ihrer Dämpfung in den tympanitischen Schall der ganz zur Seite gedrängten Darmschlingen (Tumor liegt vollständig der vorderen Bauchwand an).“

Bisweilen verlaufen nach Frentzel über der schon der vorderen Bauchwand anliegenden Cyste tympanitische Streifen (von dem Tumor-Mesenterialsegmente angehörigen Darmstück, oder von nicht zugehörigen, infolge entzündlicher Vorgänge adhärennd gewordenen, benachbarten Darm-

schlingen herrührend), die den Tumor in dessen grösster Circumferenz abgeben, falls ihre Serosa nicht unmittelbar in ihn übergang, mit einem peripheren Teile ihres Mesenteriums eine Art „Halskrause“ bildend.

Der Grösse nach variieren die Cysten, indem sie von dem Umfange einer Apfelsine bis zu dem eines hochschwangeren Uterus gefunden werden. Als Durchschnittsgrösse, wie sie bei der Operation gefunden, nimmt Frentzel die eines Kindskopfs an.

Als Symptome von Seiten der Nachbarschaft erwähnt Frentzel endlich: Obstipation, Meteorismus, Druckgangrän (bei sehr hochgradiger Kompression des Darms), Peritonitis, Verlagerung der Genitalorgane, Circulationsstörungen (sehr selten), Respirationsstörungen (durch Druck auf den Plexus solaris, in dem Vaguszweige verlaufen, sowie durch direkte Kompression der Lunge).

Trotz der angeführten Symptome ist die Diagnose noch eine äusserst schwierige; denn nur in den wenigsten Fällen ist es bis jetzt gelungen, vor der Operation eine bestimmte Diagnose abzugeben. Es wird sich daher empfehlen, noch einen Blick zu werfen auf die differentialdiagnostischen Merkmale, wie sie Frentzel in übersichtlichen Reihen angegeben und wovon ich nur die hauptsächlichsten hier anführen will.

Wenn wir zunächst eine Trennung zwischen retroperitonealen Cysten und Cysten der Duplikatur des Darms selbst festhalten wollen, so unterscheiden sich diese von jenen zumeist durch ihre Lage in der Nabelgegend und durch ihre nach allen Richtungen hin freie Beweglichkeit, während jene asymmetrisch gelagert in der rechten oder linken Fossa iliaca und weniger beweglich sind.

Die Geschwülste der Bauchdecken sind dadurch als solche gegenüber den Cysten der Dünndarmduplikatur leicht zu erkennen, dass sie den Respirationsbewegungen folgen, dass die Haut von ihnen schlecht abhebbar ist und dass sie infolge ihrer Lage über dem Darm bei Perkussion Dämpfung ergeben.

Von den omentalen Geschwülsten, die weiter hier inbetracht kommen, ist besonders ein gegenüber den Mesenterialcysten gleichmässigeres, allmählicheres Wachstum anzuführen; durch eine relativ häufig entstehende circumscripte Peritonitis geben sie leicht zu Verwachsungen mit der Bauchwand Veranlassung. Die über ihnen herrschende absolute Dämpfung geht seitlich scharf in die Tympanie des Darms über.

Die malignen Geschwülste zeichnen sich durch ihre nur zu Beginn geringe Beweglichkeit aus, welche bald durch peritonitische Verwachsungen aufgehoben wird, durch ihre unebene, höckerige Oberfläche, durch Fehlen der Fluktuation, durch die bald gesetzte Kachexie neben einem gewissen Alter des Individuums.

Kommen Pankreascysten in Frage, so gilt als unterscheidendes Kriterium ihre Lage, die hinter dem Magen und Colon transversum ist: bei Ausblähungen des Magens und Darms werden sie demnach verschwinden.

Bei Wandernieren haben wir eine asymmetrische Lage, paroxysmatische Schmerzen, ferner Beschwerden beim Urinlassen, täglich wechselnde Mengen von Urin und endlich neben einer gewissen Beweglichkeit von oben nach unten die typische Nierenform als Differentialdiagnosticum gegenüber den Cysten des Mesenteriums aufzustellen.

Für ein Aneurysma der Bauchaorta würde Pulsation der Geschwulst und das Hören von Tönen oder Geräuschen sprechen.

Die Ovarialcysten endlich lassen sich von den Mesenterialcysten unterscheiden durch langsames Wachstum bei asymmetrischer Lage und durch eine gewisse laterale Beweglichkeit, welche indessen nie von unten nach oben geht.

In pathologisch-anatomischer Beziehung lässt sich dem oben Gesagten über verschiedene Art des Inhalts der Mesenterialcysten, sowie über Beschreibung der Cystenwände nichts hinzufügen. Nur das soll hier betont werden, dass nach Hahn sämtliche Mesenterialcysten das Gemeinsame haben, dass sie kein Epithel auf der

Innenfläche des Sackes tragen, eine Eigenschaft, die vielleicht differentialdiagnostisch noch verwandt werden könnte.

Sobald der Chirurg die Existenz der Mesenterialcyste erkannt hat, ist er nach Augagneur moralisch verpflichtet, einzugreifen. Die bisherigen therapeutischen Eingriffe sind in dreierlei Methoden zur Anwendung gekommen: als Punktion mit nachfolgender Aspiration des Cysteninhalts, als Exstirpation und als Incision mit Anheftung der Cystenränder an die Bauchwände und nachfolgender Drainage.

Die Punktion, von Augagneur einst geübt, ist heutzutage von allen Autoren aufgegeben oder wird doch auf das Entschiedenste bekämpft, da sie einmal für die Heilung ziemlich zwecklos und angesichts der Möglichkeit einer Darmverletzung höchst gefährlich werden kann.

Von den zwei anderen Verfahren ist die Exstirpation jedenfalls das radicalste, sobald die Cystenwand in toto entfernt werden kann, eine Operation, wie sie auch in unserm Falle zur Ausführung kam. Erschwert wird dieselbe, wenn nur Teile des Sackes oder auch der Sack mit dem bekleidenden Mesenterium exstirpiert werden können oder müssen.

In jedem andern Falle endlich, wo beträchtliche Verwachsungen der Cystenwand mit Darmschlingen etc. vorliegen, ist die Incision, Anheftung der Cystenränder an die Bauchwände und nachfolgende Drainage zu empfehlen. Für dieselbe schlägt Frentzel die zweizeitige Methode von Lücke vor: a) Vernähung des die Cyste bedeckenden Mesenterialblattes mit Bauchwandperitoneum und Bauchwand. b) nach erzielter Verwachsung der Peritonealblätter Incision des Cystensackes.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. von Bramann für die gütige Überweisung dieser Arbeit sowie der einschlägigen Litteratur und Herrn Dr. Haassler für die freundliche Unterstützung bei der Untersuchung der Cystenwand meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Karl Friedrich Konrad Hase, evangelischer Confession, wurde am 31. Juli 1867 als Sohn des Schneidermeisters Anton Hase zu Hasselfelde im Harz geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Herzogl. Braunschweigischen Gymnasium zu Blankenburg am Harz, welches er Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er besuchte die Universitäten Göttingen, München, Halle, um sich der Medizin zu widmen, nachdem er zuvor seiner Militärpflicht als Einjährig-Freiwilliger im 2. Hessischen Infant.-Reg. No. 82 zu Göttingen Genüge geleistet.

Am Ende des Sommersemesters 1891 bestand er in Göttingen die ärztliche Vorprüfung und am 21. Dezember 1893 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen Kliniken und Kurse folgender Herren:

In Göttingen: Berthold, Disse, Ehlers, Meissner, Merkel, Riecke, Wallach.

In München: Bauer, Bollinger, Klaussner, v. Ranke, Seitz, v. Winckel, v. Ziemssen.

In Halle: Ackermann, v. Bramann, Bunge, Eberth, Harnack, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, Kaltenbach, v. Mering, Pott, Renk, Schirmer, Weber, Wollenberg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Sobald eine Mesenterialeyste mit Sicherheit diagnostiziert worden, ist ein chirurgischer Eingriff indiciert. Als solcher ist die Punktion durchaus zu verwerfen, dagegen entweder die Exstirpation der Cyste in toto oder wenn nicht angängig die Incision und Anheftung der Cystenränder an die Bauchwände mit nachfolgender Drainage zu empfehlen.

II.

Das Panaritium soll mit möglichst frühzeitiger und ausgedehnter Incision behandelt werden.

III.

Der Behandlung von Typhuskranken mit grossen Dosen antipyretisch wirkender Mittel ist die sachverständig geleitete Anwendung von Bädern vorzuziehen.



16051