



Über
Dermoidcysten der Ovarien.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von

Dr. Johann von Söxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen
vorgelegt

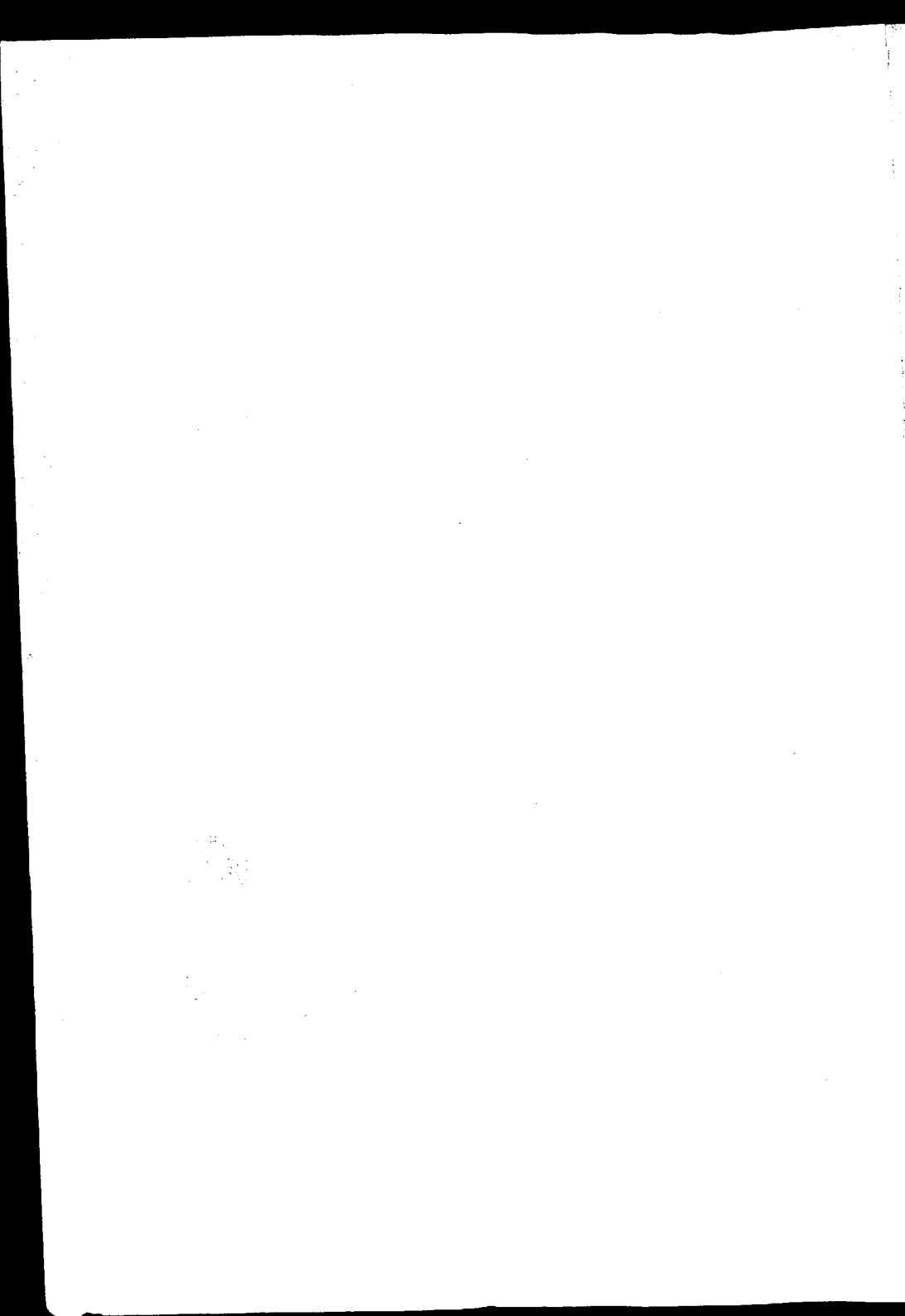
von

Ferdinand Neunhoffer

approb. Arzt aus Heidenheim a./Br.



Tübingen, 1892.
Verlag von Franz Pietzcker.



Über Dermoidcysten der Ovarien.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Söxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Ferdinand Neunhoffer

approb. Arzt aus Heidenheim a./Br.

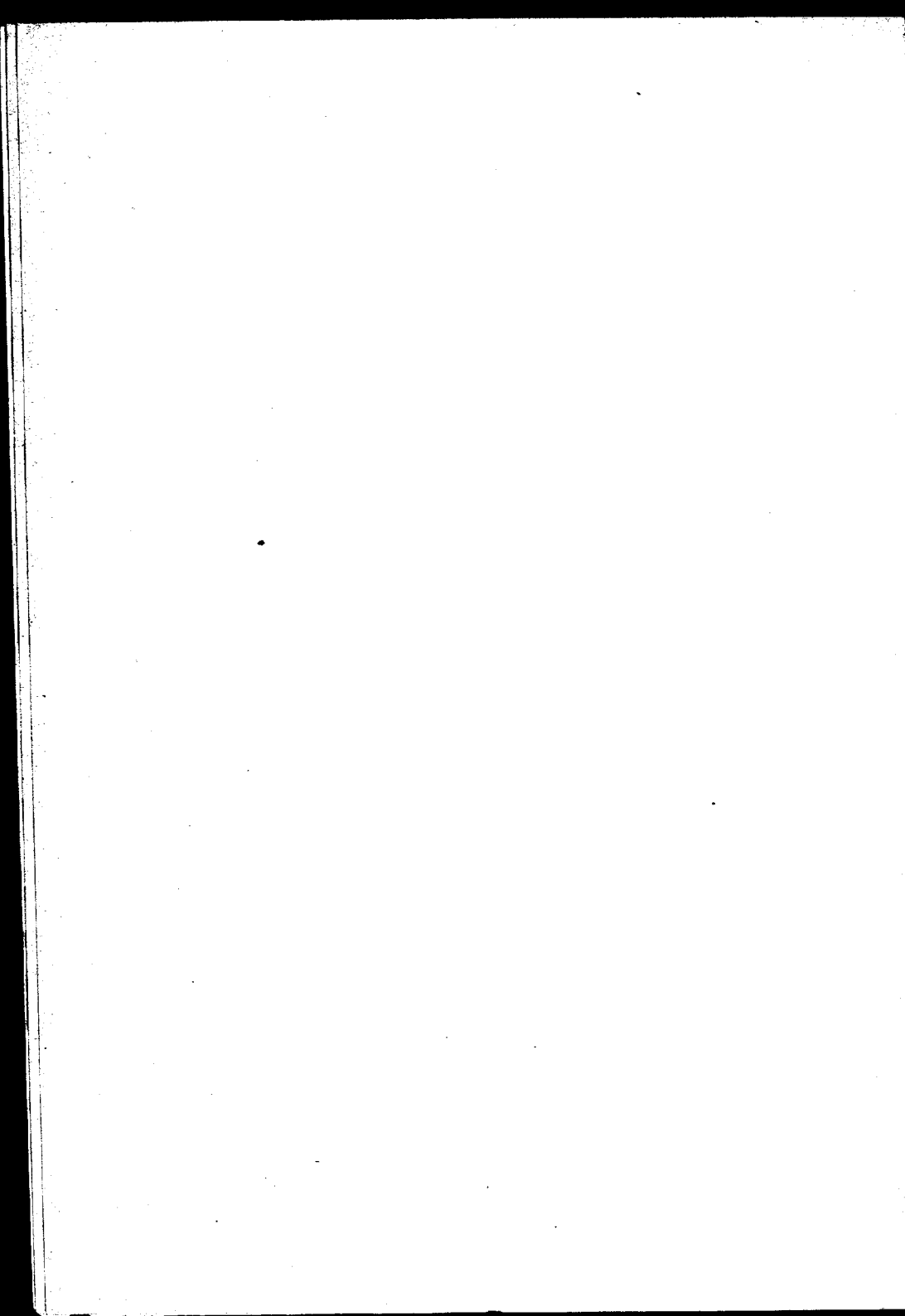


Tübingen, 1892.

Verlag von Franz Pietzcker.

Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr.
von Söxinger, spreche ich für seine Unterstützung
bei der Abfassung dieser Arbeit meinen verbindlichsten
Dank aus.



Geschichtliches.

Nach Lebert bezeichnen wir mit dem Namen „Dermoidcysten“ solche Cysten, welche einen oder mehrere Bestandteile des Hautorgans und daneben Zähne, Knochen, Knorpel, Nerven und in seltenen Fällen Muskelfasern enthalten.

Wenn Lebert auch nicht der erste ist, der diesen Namen gebraucht, so hat er doch das Verdienst, ihn als den kürzesten und bezeichnendsten eingeführt zu haben (*Mémoires lus à la soc. de biologie pendant 1852*).

Schon Leblanc spricht in einem im Jahr 1831 erschienenen Aufsatz „von einer Cyste dermoid. cf. Pauly, Über Dermoidcysten des Ovarium pag. 3“.

Derartige Geschwülste waren schon den Alten bekannt. So beschreibt Galen einen Tumor des Abdomens, in dem sich Gebilde fanden, welche Haaren, Knochen und Nägeln glichen.

Auch Celsus und Aetius erwähnen ähnliche Befunde.

Dagegen machte die Erklärung über die Entstehung dieser wunderbaren Gebilde grosse Schwierigkeiten und erst der neueren Zeit verdanken wir befriedigende Erklärungen hierüber.

Auf welche Weise sich die Gelehrten das Vorkommen dieser Geschwülste erklärten, hierüber geben die Arbeiten von Cousin und Pauly einen historischen Überblick. Aus dem Mittelalter hauptsächlich finden wir in diesen Arbeiten die abenteuerlichsten Theorien angeführt und

sogar unser Jahrhundert ist nicht ganz frei von derartigen Erklärungsversuchen.

Ambrois Paré z. B. spricht von Dämonen, die sich umwandeln in Gestalt von Männern und mit Weibern geschlechtlichen Umgang pflegen, und von solchen Dämonen, welche die Gestalt von Weibern annehmen. Schacher 1735 hält die dermoidalen Gebilde für Produkte des geschlechtlichen Umgangs mit dem Teufel oder für eine Art von Hexerei, oder für eine den Menschen für ihre Schlechtigkeit auferlegte Strafe.

Cheston Browne und Soemmering glauben die Haare und Knochen seien verschluckt und hätten sich im Ovarium deponiert.

Wieder andere behaupten, das weibliche Ei allein könne zwar kein lebendes Wesen erzeugen, wohl aber organische Massen s. Buffon, Hist. nat. 1785 IV. 44.

Auch Meckel spricht 1815 noch eine ähnliche Ansicht aus, indem er sagt, dass bei jungen Mädchen ebensogut als auch bisweilen bei älteren Frauen und ganz besonders bei älteren Jungfern diese Bildungen sehr wohl ohne vorangegangene Begattung entstehen können, besonders da, wo die Ovarien oder die Gebärmutter alter Jungfern der Sitz dieser Produktionen waren, theils weil ihre moralische Jungfräulichkeit mit der physischen nicht immer ganz gleichen Schritt halten soll, theils weil ihre Geschlechtsteile überhaupt grosse Neigung zu regelwidrigen Bildungen haben, theils weil man nicht weiss, wann bei ihnen die Bildung dieser Substanz ihren Anfang nahm. Innerhalb gewisser Grenzen könne man hier eine *lucina sine concubitu* annehmen.

Josephi, Krüger, Astruc u. a. hielten die dermoidalen Gebilde für Reste von Ovarialschwangerschaft. So finden wir bei Josephi: Über die Schwangerschaft

ausserhalb der Gebärmutter, Rostock 1803 pag. 55, sieben Möglichkeiten aufgeführt, die zu Ovarialschwangerschaft resp. zu Ovarialdermoideysten führen können.

1. Die äussere Membran des Ovarium ist zu fest oder krankhaft.

2. Die Graaf'schen Bläschen ragen nicht alle gleich stark aus dem Zellgewebe des Eierstocks hervor; wird ein tiefersitzendes befruchtet, so kann ein beschwerlicherer Eintritt in die Trompete ev. Ovarienschwangerschaft erfolgen.

3. Schreck, Furcht, Angst, Verdruss, die während oder in dem Momente nach der Begattung die Wollust plötzlich unterbrechen, wodurch der Zustand des höchst gereizten Nervensystems so verändert wird, dass der Eintritt und die Aufnahme der Frucht in die Trompete verhindert wird.

Dabei citirt Josephi als Gewährsmann Krüger (Diss. path. ovarii mul. Göttingen 1782), bei dem es heisst: „derjenige unerlaubte Beischlaf kann die Quelle und der Ursprung dieses Übels sein, wo nämlich ein Frauenzimmer zwar einen Mann zulässt, doch mitten im Genuss, aus Furcht einer Schwängerung und des Verlustes der Ehre sich demselben entzieht und zu vereiteln sucht. Als stichhaltiger Gewährsmann wird hier Astruc angeführt, der Dermoide besonders bei Mädchen und Witwen gefunden haben wollte.

4. Die Tuba ist zu lang oder zu kurz und kann den Eierstock nicht völlig erreichen.

5. Die Tuba ist mit benachbarten Teilen widernatürlich verwachsen, so dass sie sich nicht frei bewegen kann.

6. Bei krankhafter Beschaffenheit der Tuben, wenn

sie krampfhaft zusammengezogen, gelähmt, exulceriert etc. sind.

7. Wenn der zackige Saum entweder ganz fehlt, oder wenn die Fimbrien nicht lang genug sind, oder unter einander verwachsen oder durch sonstige Fehler, z. B. durch Wasserblase zur Umfassung und Aufnahme der Frucht unfähig sind.

Für Extrauterinschwangerschaft erklärt sich auch Cruveilhier, doch fühlt er selbst, dass seine Theorie nicht für alle Fälle passe, und kommt für diese Fälle zur Annahme einer foetus in Foetu-Bildung.

Dieser Ansicht schliesst sich auch Fergusson an, ebenso Klebs.

Steinlin in Zürich hält die Knochenbildungen für Ablagerungsprodukte von Kalk ähnlich den Auflagerungsknochen.

Diese Ansicht widerlegt Ritchie, indem er darauf hinweist, dass die in den Dermoidcysten gefundenen Knochen unter dem Mikroskop wahre Knochenstructur zeigen. Er spricht wieder die von Baillic, Voigtel, Meckel vertretene Ansicht der Parthenogenesis aus. Lebert sucht die Dermoide durch die Annahme einer Heterotopie der Gewebe zu erklären.

Heute existieren im wesentlichen noch zwei Theorien über die Entstehung der Dermoide. Die eine von Waldeyer vertretene schliesst sich an die schon früher von Voigtel, Meckel, Baillic aufgestellte Hypothese an, indem sie annimmt, dass die Epithelzellen des Ovariums ausnahmsweise im Stande sein könnten, statt epitheliale Zellen anders geartete Produkte zu liefern. Über diese Theorie sagt Olshausen in seinem Buch über Krankheiten der Ovarien auf Seite 404:

„Diese Theorie scheint mir zwei schwache Seiten

zu haben; erstens stützt sie sich nur auf Gründe der Möglichkeit aus indirekten Beweisen, zweitens, und das ist das wichtigere, passt sie nur für die Ovariadermoide und nicht für die viel zahlreicheren subcutanen. Sie setzt also die Notwendigkeit für anscheinend gleiche Bildungen zwei ganz verschiedene Theorien der Entstehung aufzustellen.

Die zweite heute giltige Theorie ist die im Jahre 1860 von Heschl für die subcutan sich entwickelnden Dermoidae aufgestellte Theorie der fötalen Inclusion abnormer Teile. Sie ist durch die Veröffentlichungen von His über den Axenstrang, nach denen sich auch die Anlage der Genitalien aus dem Axenstrang entwickeln, auch für die Dermoidae der Ovarien angenommen worden.

Über das Vorkommen der Dermoidcysten im Vergleich zu anderen Ovarialtumoren finden wir bei Olshausen (Krankheiten der Ovarien) eine Zusammenstellung von Berichten verschiedener Autoren. Danach fanden:

Spencer Wells unter 1000 Ovariot. 22 Dermoidae.				
Olshausen	"	320	"	16
Th. Keith	"	268	"	7
Schröder	"	202	"	9
Krassowski	"	128	"	3
A. Martin	"	104	"	5
Billroth	"	86	"	7
K. v. Braun	"	84	"	5
Esmarch	"	58	"	1
Dohrn	"	25	"	5

Summa: unter 2275 Ovariot. 80 Dermoidae.
= 3,51 %.

In der Tübinger Universitäts-Frauenklinik wurden

in den Jahren 1876—1892 138 Ovariartumoren operiert und dabei 10 Dermoidcysten gefunden.

Was die Lebensjahre betrifft, in denen die Dermoidcysten am häufigsten vorkommen, so sagt Olshausen darüber:

„Im ganzen Kindesalter bis zur Pubertät sind die Dermoidcysten die häufigste Art der Ovariartumoren. Um die Pubertätszeit und gleich nach derselben kommen uniloculäre Cysten mit serösem Inhalt — grossenteils freilich parovariable — schon häufiger vor als Dermoidcysten und von der Mitte der zwanziger Jahre an überwiegt das proliferierende Cystom.

Die absolute Mehrheit der Dermoidcysten kommt jedoch durchaus nicht vor der geschlechtlichen Körperreife zur Beobachtung, sondern nach derselben. Die zwanziger und dreissiger Jahre stellen das grösste Contingent.

Nach einer Zusammenstellung von Pauly über 103 eigene Fälle und 59 von Lebert, welche ich durch eigene und fremde Fälle vermehrt habe, kamen

8 Fälle auf das 1. Decennium des Lebens,

35	"	"	"	2.	"	"	"
49	"	"	"	3.	"	"	"
44	"	"	"	4.	"	"	"
37	"	"	"	5.	"	"	"
17	"	"	"	6.	"	"	"
4	"	"	"	7.	"	"	"

3 über 70 Jahre.“

Wenn wir die Fälle aus der Tübinger Klinik dazu zählen, so bleibt die Zahl im ersten Decennium gleich.

Im 2. Decennium wird sie um 1 vermehrt.

"	3.	"	"	"	"	4	"
---	----	---	---	---	---	---	---

Im 4. Decennium wird sie um 2 vermehrt.

„ 5. „ „ „ 3 „

Das doppelseitige Vorkommen der Dermoidcysten hielt man früher für selten, doch wurden in letzter Zeit viele Fälle von Doppelseitigkeit veröffentlicht, so erwähnt Olshausen (Krankheiten der Ovarien pag. 396) neun in der Literatur veröffentlichte Fälle. Er selbst fand unter 16 Dermoidcysten viermal Doppelseitigkeit. In der Tübinger Klinik wurden unter 10 Fällen von Dermoidcysten zwei doppelseitige gefunden.

Von grosser Wichtigkeit für die Therapie, die seit der antiseptischen Zeit nur noch in der Laparatomie mit Ausschälung der Cyste besteht, sind die Verwachsungen, Metastasenbildungen und Kombinationen mit anderen Tumoren.

Die Verwachsungen fehlen fast in keinem Fall; gewöhnlich bestehen mehr weniger ausgedehnte Verwachsungen mit dem Netz. In seltenen Fällen kommen auch Verwachsungen mit den Nachbarorganen vor, Blase, Mastdarm, Bauchwand und bei längerem Bestehen sogar Durchbruch in diese Organe. Solche Fälle sind beschrieben von Simon Thomas, Moore, Spencer Wells, Otto Krogmann (Dissertation) u. a.

Gleichzeitig mit den Dermoiden kommen noch andere Geschwülste vor, gutartige und bösartige.

Einen sehr häufigen Befund bilden Atherome, die sich in der Wand der Dermoidcysten entwickelt haben.

Kombinationen mit Adenomen sind beschrieben von Eichwald (Würzburger medizinische Zeitschrift), E. Martin, Kreis.

Olshausen fand unter 20 Dermoiden dreimal Kombination mit proliferierendem Cystom.

Colloide Entartung bei Dermoidcysten wurde von

Lebert in 17 Fällen beobachtet und seither sind noch andere derartige Fälle von Spencer Wells, Braun, Virchow beschrieben.

John William veröffentlichte in Schmidts Jahrbücher einen Fall, in welchem Dermoid mit Myxom kombiniert war und Myxombildungen im Peritoneum, in der Leber etc. gefunden wurden.

Einen wunderbaren Befund teilt Kolaczek in Virchows Archiv B. 75 1879 pag. 399 mit, wo bei der Laparatomie neben einem gewöhnlichen Dermoid von Mannskopfgrösse nach Abfluss eines bedeutenden serösen Transsudats im Peritoneum zahlreiche gelbe Knötchen gefunden wurden. Viele derselben zeigten in ihrer Mitte ein feines ca. 1 ctm langes Wollhaar, das frei in die Bauchhöhle hineinragte. Fränkel erwähnt, dass neben Ovariardermoiden noch Dermoide in der Bauchhöhle gefunden wurden. (Wiener medizinische Wochenschrift XXXIII Nro. 28—30.)

Auch Carcinom und Sarcom finden sich gleichzeitig mit Dermoid (Kocher, Pommier, Heschl, E. v. Wahl, Flaischlen). Nach Dr. G. Krukenberg (Über das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom und Dermoid in ein und demselben Ovarium. Schmidt's Jahrbücher 215. 41) kommen gleichzeitig mit Dermoidcysten Carcinome vor:

1. Bei carcinomatöser Degeneration einer Dermoidcyste.
2. Bei Entwicklung eines Carcinoms aus dem neben der Cyste erhaltenen Rest des Ovariums.
3. Bei Cysten, deren Innenfläche neben den Charakteren der cutis Anfänge glandulärer Bildungen zeigen, die später carcinomatös degenerieren.

Die bis jetzt bekannten Fälle stellt Verfasser zu 1

und 2. Zu 3 gehört nach ihm ein in Bonn durch Laparatomie gewonnenes Präparat.

[Dermoid mit ziemlich glatter Oberfläche, auf dem Durchschnitt ist ein Teil der Wand nur 2—4 mm dick, glatt; jedoch sind zahlreiche, etwas prominente Inseln eingestreut. Mikroskopisch finden sich Andeutungen von Papillen, verhornte Plattenepithelien, Corium und eine starke Faserschicht. Den Inseln entsprechend ist die Epithelschicht stärker und finden sich einzelne zerstreute Perlkugeln. Der grösste Teil der Wandung ist jedoch bis 3 cm dick, besteht aus einem exquisiten Plattenepithelcarcinom, in dessen Alveolen massenhaft Cancroidperlen gefunden werden. Das Carcinom ist grösstenteils nach innen, wie nach aussen von festen Bindegewebszügen umgeben, die nur an einzelnen Stellen vom Carcinom durchbrochen sind.

Ein gleichzeitig exstirpierter Netztumor zeigte gleichen mikroskopischen Befund.]

Diagnose und Lage.

Die Dermoidcysten des Ovariums sind intra vitam von anderen Ovarialcysten nur in äusserst seltenen Fällen zu unterscheiden, da sie weder charakteristische Symptome machen, noch sich charakteristisch anfühlen — sehr selten nur fühlt man ein Knochenstück —. Nach einem Aufsatz von Ahlfeld (Centralblatt für Gynäkologie 16. Jahrgang Nro. 12 pag. 227) sollen die Dermoidcysten eine charakteristische Lage haben. Nach ihm hat Küster erklärt, er habe diese auffallende Lage wiederholt bei Dermoiden gesehen.

1. Fall. Cystischer Tumor von annähernd kugelförmiger Form, von weicher elastischer Consistenz, mit einzelnen härteren Par-



thien. Lage genau in der Mittellinie vor dem Uterus. Der Tumor lässt sich in die rechte Seite verdrängen, kehrt aber bei Rückenlage der Frau an seinen Platz vor dem Uterus zurück.

2. Fall. W. Sch. bemerkte seit mehreren Wochen eine Geschwulst, welche bald in der Ileosacralgegend, bald mehr in der Mittellinie liegt.

Man fühlt einen apfelgrossen Tumor oberhalb der Symphyse, welcher sich leicht nach oben, etwas schwerer nach den Seiten verschieben lässt, aber immer wieder vor den Uterus zurücksinkt. Auch vom Scheidengewölbe ist derselbe durchzufühlen.

Am meisten machte die Geschwulst den Eindruck eines langgestielten subserösen Myoms.

Als die Kranke, die am Lungenphtise litt, starb, fand sich ein apfelgrosses Dermoid des linken Ovariums mit völlig käsigem Inhalt und langen blonden Haaren. Der käsige Brei bestand aus fettigem Detritus, Epidermoidalzellen und Cholestearin.

3. Fall. 35jährige Frau. Über der Symphyse ein Tumor, der dieselbe um drei Querfinger überragt. Die Bauchhöhle enthält Ascitesflüssigkeit. Ausserdem fühlt man sehr bewegliche, schwimmende, kleine Tumoren.

Die Diagnose wurde auf maligne Neubildung gestellt.

Die Operation ergab chronische Peritonitis mit Knötchenbildung auf der Darm-Uterus-Bauchwandserosa. Das Netz zeigte knollige Verdickungen, die von Professor Marchand untersucht, sich als Carcinom erwiesen. Vor dem Uterus, etwas nach links sich neigend, findet sich eine Kindskopfgrosse Geschwulst, dem linken Ovarium angehörig, die mit einem straffen Stiel an den Adnexa befestigt ist. Keine Verwachsung mit dem Uterus.

Die Cyste erwies sich als Dermoidcyste.

4. Fall. 22jähriges unverheiratetes, sonst gesundes Mädchen hat seit einem Jahr zeitweise Beschwerden beim Urinieren. Seit derselben Zeit glaubt Patientin die Schwellung der Unterleibsgegend bemerkt zu haben.

Über der Symphyse bis einige ctm über den Nabel findet sich eine starke Hervorragung, bewirkt durch eine prall gespannte cystische Geschwulst, die fast genau in der Mittellinie liegt, ein klein wenig nach rechts überragt. Der Uterus ist weit nach hinten zu fühlen, klein und beweglich. Die Diagnose wurde auf Ovarialcyste, wahrscheinlich Dermoid gestellt. Die Operation bestätigte die Diagnose. Die Geschwulst enthielt Haare, Zähne, Knochenplatten, Knorpel und Tochtercysten.

Der Stiel der mannskopfgrossen Geschwulst wurde vornehmlich vom lig. ovarii gebildet, von Anfang ohne Beteiligung der Tube, so dass zwischen Tumor und Tube überall eine breite Zone des lig. latum zu finden war. Der Stiel des lig. latum war ziemlich kurz.

Dr. Sigmund Gottschalk erklärt diese auffallende Lage durch eine charakteristische Stielbildung durch das lig. ovarii. Er schreibt (Centralblatt für Gynäkologie 16. Jahrgang Nro. 16 pag. 303):

„In dieser für die Mehrzahl der Dermoide charakteristischen Stielbildung liegt meines Erachtens die Erklärung für das von Ahlfeld sog. Küster'sche Zeichen, das ich nach meiner Erfahrung für die grösseren Dermoidcysten acceptiere, jedoch mit der Modifikation, dass die Geschwulst häufig doch etwas mehr nach der zugehörigen Seite von der Mittellinie abweicht und umgekehrt der Uterus etwas in entgegengesetzter Richtung seitlich, aber hinter der Geschwulst vorgefunden wird.

Für kleinere Dermoidcysten ist das Küster'sche Zeichen, wie aus meinen ersten Beobachtungen erhellt, nicht massgebend“.

Er führt noch 2 Fälle von Ovarialdermoid an:

1. Fall. Orangegrosse, linksseitige Dermoidgeschwulst lag mit Netz, Bauchfell und einer Darmschlinge verwachsen nach hinten und seitlich vom Uterus.

Der Geschwulststiel bestand ausschliesslich aus dem lig. ovarii.

Die Geschwulst hatte die für das normale Ovarium charakteristische Lage zum lig. lat. beibehalten.

2. Fall. Mannskopfgrosse Dermoidgeschwulst lag bei einer 31jährigen Kranken nach vorne den Bauchdecken innig an, etwas nach links, nicht genau median. Der Uterus lag hinter der Geschwulst leicht retrovertiert, etwas nach rechts von der Mittellinie und um seine rechte Kante gedreht.

Der Geschwulststiel bestand auch in diesem Fall nur aus dem stark verbreiterten lig. ovarii. Der Stil bot eine ganz charakteristische Lageveränderung, das Band verlief nicht mehr in transversaler Richtung, seitlich von der Uteruskante, sondern war in nahezu sagittaler Richtung nach vorn über die obere Kante des lig. lat. beziehungsweise Tube herübergezogen. Dabei hatte das lig. eine ganze Spiraldrehung nach rechts erfahren.

H. W. Freund sucht die charakteristische Lage durch einen Wanderungsmechanismus der Ovarialgeschwülste zu erklären. Wir entnehmen seinem Aufsatz: „Über den normalen und abnormen Wanderungsmechanismus der wachsenden Eierstocksgeschwülste“ (Archiv für Gynäkologie B. 36 pag. 545) ff.: Die Geschwulst sinkt nach abwärts in's kleine Becken, so dass sie seitlich und hinter dem Uterus liegt. Die Stielgebilde verlaufen dann immer an der vorderen Geschwulstfläche und sind nicht gedreht.

Wächst die Eierstocksgeschwulst durch die obere Beckenöffnung in die Bauchhöhle, so fällt sie ganz wie die schwangere Gebärmutter an die vordere Bauchwand und entwickelt sich an dieser weiter. Dadurch wird die Gebärmutter nach hinten gedrängt, kommt also hinter die Geschwulst zu liegen.

Die Stielgebilde verlaufen in diesem Zeitraum selbst-

verständlich an der hinteren Geschwulstoberfläche und sind normalerweise jedesmal gedreht. Denn eine kugelige Geschwulst, die an einer Stelle angewachsen ist und an Widerständen herabsinkt, muss sich bei letzterem Akte ein oder mehrmals drehen.

Abweichungen vom normalen Wanderungsmechanismus kommen vor infolge von Unbeweglichkeit der Ovarialgeschwulst, Unbeweglichkeit des Uterus, doppelseitigen Tumoren, straffen und unnachgiebigen Bauchdecken.

Auf das Verhalten der übrigen Genitalien hat Freund zuerst aufmerksam gemacht. Nach ihm zeigt der Uterus häufig infantilen habitus bei Dermoidcysten des Ovariums. Unter den in der Tübinger Klinik beobachteten Fällen finde ich 6mal die Masse angegeben, und nur ein Uterus zeigt die Durchschnittslänge von 7,5 ctm. Bei Fall 9 und 10 bestand metritis und ist die Vergrößerung des Uterus hierauf zurückzuführen. Einen Fall fand ich von wirklicher Hypertrophie des Uterus. (Foulis Obrt. J. of gr. Br. a Ireland 1876 April pag. 31.)

Trotz dieser mangelhaften Entwicklung des Uterus neben der schweren Erkrankung des Ovariums tritt wunderbarer Weise nicht sehr selten Schwangerschaft ein. Pauly giebt eine Zusammenstellung, nach welcher von 69 verheirateten Frauen, die an Ovarialdermoidcysten litten, 5 kinderlos waren und 34 geboren hatten und zwar bis zu 9, einmal sogar 11 lebenden Kindern. Bei den übrigen fehlte die Angabe.

Lebert erwähnt 43 Fälle.

Bei den in der hiesigen Klinik beobachteten Fällen war in 4 Fällen Gravidität eingetreten, einmal sogar bei doppelseitigem Dermoid.

Freilich können dann die Dermoidcysten ein schweres

Geburtshindernis bilden. So musste in einem von Lebert erwähnten Fall während der Geburt die Ovari-
otomie gemacht werden, und man fand eine Cyste
welche Haare, Zähne und Fett enthielt. In einem an-
deren Fall wurde die Wendung auf die Füsse gemacht
und die Extraction, der nachfolgende Kopf musste mit
der Zange entfernt werden. Die Mutter starb nach drei
Tagen, und man fand als Geburtshindernis eine Ovariar-
geschwulst, welche Knochen, Zähne, Haare und Fett
enthielt.

Dass wir als Inhalt der Dermoidcysten Bestand-
teile des Hautorgans mit Zähnen, Knochen, Knorpeln
etc. finden, haben wir zwar im Anfang dieser Arbeit
gesehen, doch dürfte es von Interesse sein, hierüber
etwas näheres zu erfahren.

Die Hauptmasse des Inhalts der Dermoide bildet
eine dickliche, ölige Flüssigkeit oder eine schmierige
Masse aus gelbem, weichem Fett und Epidermiszellen
bestehend. Rokitansky und Routh beschreiben Fälle,
in denen das Fett zahllose runde Kugeln bildete. In
Rokitanskys Fall wurden c. 70 nussgrosse und sehr
viele erbsengrosse Kugeln gezählt. Sie schwammen in
einem schmutziggrauen fluidum. Die Cyste war zweimal
um ihren Stiel gedreht, es hatte also ein Bluterguss
stattgefunden. Einen ähnlichen Fall beschreibt Fränkel
(Breslauer klinische Zeitschrift 1884, Nro. 4), wo der
Inhalt der Cyste zu zahlreichen harten, meist runden,
teilweise auch unregelmässig geformten grösseren und
kleineren Klumpen zusammengeballt war, welche aus
verfettetem und verhorntem Epithel, amorphem Fett und
Haaren bestanden.

Vergleiche hierüber Fall IX aus der Tübinger Klinik.
In dem Fettbrei findet man Cholestearin-Krystalle,

Oxalsäure, Leucin, Tyrosin, Harnstoff und wahrscheinlich Xanthin. (Bamberg. Observat. aliquot de ovarii tumoribus.)

Am häufigsten findet man in den Dermoiden Haare von verschiedener Farbe und Länge; bis zu 1—2 Fuss Länge wurden sie beobachtet.

Seltener sind Knochen und Zähne. Lebert fand in 129 Fällen 63mal Zähne angegeben und Pauly unter 245 Dermoidcysten 46mal.

Die Zahl der Zähne, die in einer Cyste gefunden werden, schwankt sehr von 1 bis über 300 Zähnen, welcher letztere Zahl Plouquet und Autenrieth in einem Dermoid einer 22jährigen Frau gezählt haben, und dies waren noch nicht alle. (Archiv für Physiologie VII B. Halle 1807, pag. 255.)

Mehr als 100 Zähne hat Schnabel in einer Cyste eines 13jährigen Mädchens gefunden. (Württembergisches Corresp.-Blatt 1844. XIV. Nro. 10.) Bei einer solchen Menge von Zähnen muss man einen Zahnwechsel annehmen, was durch ein Präparat in Rokitansky's Museum bewiesen wird, in welchem ein Milchzahn durch einen nachrückenden unter ihm gelegenen Zahn bis auf die Krone zur Resorption gebracht wurde.

Heschl beschreibt einen Fall, in welchem mehrere Knochenstücke durch Gelenkkapseln verbunden waren und die Gelenkenden einen Knorpelüberzug besaßen.

Glatte Muskelfasern wurden von Virchow gefunden und als errectores pili gedeutet.

Über das Vorkommen von Nervensubstanz sagt Klebs: „Die graue Nervensubstanz der Dermoidcysten enthält meistens die Bestandteile der normalen grauen Substanz des Centralnervensystems, seltener kommen markhaltige Fasern vor. Gewöhnlich bildet diese Substanz weiche,

graurötliche Höcker, welche in die Höhle der Cyste hineinragen und den Dermoidenbildungen apponiert sind.

Im Virchow's Archiv CVII. 3 pag. 515 1887 veröffentlicht P. Baumgarten einen Fall von einer Dermoidcyste des Ovariums, in welcher augenähnliche Gebilde gefunden wurden.

Eine 21jährige virgo wurde durch Laparatomie von einem über mannskopfgrossen Tumor des linken Ovariums befreit, der aus vier mit einander communizierenden Cysten bestand. Während die drei ersten gewöhnlichen Dermoidcysten glichen, waren in die Wandungen der vierten Knochenplatten ähnlich wie beim kindlichen Schädel eingelagert.

Im inneren waren alle Gewebe bis auf Muskeln vertreten.

An einer Stelle nahe der äusseren Wand wölbte sich die Cystenwand etwa in der Ausdehnung eines Pfennig-Stückes uhr-glasförmig vor, war transparent und liess ein dunkelpigmentiertes Häutchen durchschimmern. Dieser ungewöhnlichen Bildung entsprach auf der inneren Cystenwand eine gleichgebauete, umgeben von mehreren kleineren Cysten.

Anlagen von Sehnerv und Retina fehlten.

Weiter fiel noch das massenhafte Vorhandensein von hirnmärkähnlicher Substanz und peripheren Nervenfasern auf.

Von den die Augen umgebenden Teilen der ersten erstreckten sich den plexus chorioid. entsprechend Bildungen in die lumina der reichlich vorhandenen Cysten. Die übrige Innenwand trug teils dermoiden Charakter mit secundären Talg- und Schleimcysten, teils war sie dünn und nicht behaart und auf dem Durchschnitt dem mikroskopischen Bild einer kindlichen trachea durchaus ähnlich.

Ungewöhnlich war ferner der Befund von zahlreichen knöchernen Schalen, sowie von Cysten, die auf dem Durchschnitt grosse Ähnlichkeit mit embryonalem Magen und Darm bekundeten.

Zum Schluss möchte ich noch die Krankengeschichten aus hiesiger Klinik anfügen.

1. Fall. W. Sch., 43jährig, hat 12mal ohne Kunsthilfe geboren, letzte Geburt 1880.

Das gegenwärtige Leiden begann 1881 mit Schmerzen, nach der Kreuzgegend ausstrahlend, ohne bekannte Ursache. Im August trat plötzliche Verschlimmerung mit Erbrechen ein.

Der Arzt diagnostizierte einen Unterleibstumor. Die Patientin hatte um diese Zeit noch nicht das Gefühl eines Tumors, sondern erst im Dezember. Von da bestand langsames, gleichmässiges Wachstum.

Letzte Menstruation 3. und 4. Mai 1882. Der Tumor soll früher beweglicher gewesen sein.

Status vom 12. Mai 1882.

Grosse, etwas dürftig genährte Frau, von guter Gesichtsfarbe. Herz und Lungen normal.

Im Abdomen findet man einen mediangelegenen manuskopf-grossen Tumor, der die Nabelhöhe um Handbreite überragt.

Die linea alba ist pigmentiert. Der Tumor ist leicht und schmerzlos verschieblich, von glatter Oberfläche, nur rechts unten befindet sich ein härterer Knollen. Die Consistenz ist gleichmässig weich, fluctuierend, doch lässt sich durch Anschlagen keine Welle erzeugen.

In's vordere Scheidengewölbe lässt sich ein Teil der Geschwulst hereindrängen. Hinter demselben steht der etwas extramedian gelegene, nach links verlagerte Uterus von normaler Länge. Hinter dem Uterus im Douglas'schen Raum ein gänse-eigrosser, quer ovaler Tumor, der bei Berührung schmerzhaft ist, von höckeriger Oberfläche, nur wenig verschieblich, seine Consistenz ist härter, doch nicht fibromhart.

Befund bei der Operation. 19. Mai, der vordere Tumor ist an beiden Seiten frei, vorn in der Nabelgegend mit dem Netz verwachsen.

Die Punktion mit dem Troicar ist erfolglos. Bei Entfernen des Troicar's fliesst eine grauliche, dicke Flüssigkeit mit grünlichen Massen nach.

Nach Lösen der Adhäsionen wird der Tumor entfernt.

Es war viel Cysteninhalte in die Bauchhöhle geflossen.

Die Stielbildung war einfach, von rechts ausgegangen, sehr dünn.

Der zweite Tumor war von Apfelgrösse, sass tief im Douglas'schen Raum, etwas links vom Uterus, liess sich leicht entwickeln. Stielverhältnisse genau wie rechts.

Bei Herausnahme floss eine ziemliche Quantität Cysteninhalte in die Bauchhöhle. Die Bauchhöhle wurde exact gereinigt, die Wunde genäht.

Der Verlauf war normal.

Als Inhalt der Cysten fand man eine grosse Masse Fettschmiere, blonde Haare in Knäueln.

2. Fall. M. S. stammte aus gesunder Familie, hatte nicht geboren. Die Menstruation war seit dem 17. Jahre regelmässig. Seit einem Jahre bemerkte Patientin ein Grösserwerden des Bauches bei regelmässiger Menstruation, anfangs rechterseits am meisten.

Acht Wochen vor der Aufnahme bekam sie heftige Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, einige Tage darauf Fieber, das nur wenige Tage anhielt. Nach einigen weiteren Tagen traten auch Schmerzen auf der rechten Seite auf.

Im ganzen lag Patientin sieben Wochen im Bett, während welcher Zeit die Periode einmal aussetzte. Der Stuhlgang war stets retardiert, bisweilen war das Urinieren mit Brennen verbunden.

Status vom 29. Juni 1885.

Mittelgrosse Frau von mässigem Ernährungszustand mit gesunden Circulations- und Respirationsorganen. Das Abdomen ist kugelig hervorgewölbt, bedingt durch einen aus dem kleinen Becken aufsteigenden Tumor von rundlicher Gestalt, glatter Oberfläche, grosswelliger Fluctuation. An einzelnen Stellen fühlt sich der Tumor etwas derber an.

Der Scheitel des Tumors steht drei Finger über dem Nabel. Die abhängigen Teile zeigen tympanitischen Schall.

Die linea alba ist nicht pigmentiert. Der Vaginalteil steht

median, der Uterus ist spitzwinklig anteflectiert, der fundus uteri liegt hinter der Symphyse. Die Sonde geht $6\frac{1}{2}$ ctm ein.

Nach hinten von der Vaginalportion in der Kreuzbeinaushöhlung liegt ein apfelgrosser, derber, runder Tumor, der auf Druck etwas schmerzhaft ist. Rechts und links vom Vaginalteil fühlt man Segmente des fluctuierenden Tumors, die auf Berührung ebenfalls schmerzhaft sind.

Ein Stiel ist nicht zu fühlen.

Befund bei der Operation am 4. Juli.

Der Tumor ist mit dem Peritoneum verwachsen, die Verwachsungen lassen sich leicht lösen.

Bei der Punction des Tumors entleert sich colloide braune Flüssigkeit.

Der Stiel ist sehr dünn.

Bei Untersuchung des kleinen Beckens findet man einen fast orangegrossen Tumor, der nirgends Verwachsungen zeigt.

Der Tumor wird als Dermoideyste erkannt.

Während der Nachbehandlung trat Nephritis auf, die aber wieder vollständig verschwand, so dass Patientin ca. vier Wochen nach der Operation, als gesund entlassen werden konnte.

3. Fall. W. H., 36jährig, hat nie geboren. Seit ihrem 18. Jahre hatte sie vierwöchentlich ihre Periode drei Tage lang, ohne Schmerzen, mit mässigem Blutverlust.

Vor acht Monaten heiratete Patientin, nachdem sie wenige Tage vorher die Periode zur rechten Zeit gehabt hatte.

Ca. fünf Tage nach der Hochzeit trat eine dreitägige Blutung ein, ebenso 14 Tage später, dies wiederholte sich durch ca. 10 Wochen.

Seither ist die Periode wieder völlig regelmässig.

Seit ca. sechs Monaten traten ohne bekannte Veranlassung Schmerzen im Bauch und im Magen auf. Der Stuhlgang ist seither meist retardiert.

Im Anfang trat auch heftiger Harndrang ein, welcher während der letzten Zeit verschwunden war.

Status vom 24. Februar 1887.

Frau von mittlerem Ernährungszustand und geringem Panniculus adiposus. Der Uterus war etwas descendiert, über einen rechten Winkel anteflectiert, leicht beweglich. Der Fundus stand etwas nach links, nach dieser Seite gedrängt durch einen fast orangegrossen, die rechte Beckenhälfte, fast ganz anfüllenden Tumor von kugelig Gestalt und weichem, elastischem Anfühlen. Der Tumor liess sich leicht nach dem grossen Becken hinauf dislocieren.

Schon in Ruhelage stand sein Scheitel über der Beckeneingangsebene.

Er schien mit dem Uterus durch einen breiten, bandartigen Stiel zusammenzuhängen.

Das linke Ovarium schien etwas vergrössert, lag nach hinten und links vom Uterus, war beweglich, nicht schmerzhaft.

Befund bei der Operation am 4. März.

Der Tumor ist nicht verwachsen, präsentiert sich als zweikammeriges, mit Talg und Haaren gefülltes Dermoid.

4. Fall. Chr. Sch., 42jährig, hatte einmal geboren, war früher immer gesund, die Menstruation ist seit dem 15. Jahre regelmässig, vierwöchentlich, zwei bis drei Tage.

Mit 23 Jahren hat Patientin ein Kind in Fusslage geboren.

Seit ca. vier Monaten leidet Patientin an starker Obstipation und Appetitlosigkeit.

Die Vergrösserung ihres Bauches bemerkte Patientin erst vor drei Monaten.

Status vom 3. Juli 1885.

Etwas anämisches Individuum von blasser Hautfarbe und mässigem Panniculus adiposus.

Das Abdomen ist kugelig aufgetrieben durch einen aus dem kleinen Becken aufsteigenden Tumor, welcher bis zwei Finger unter den processus xiphoideus reicht und eine glatte Oberfläche zeigt. Er fühlt sich gespannt, dunkel fluctuierend an, an einzelnen Stellen z. B. rechts unterhalb des Nabels etwas derber.

Der Vaginalteil steht extramedian, nach links verlagert.

Der Uterus ist retrovertiert. Die Sonde geht 6 ctm tief ein. Das rechte Scheidengewölbe ist fast ausgefüllt von einem Teil des über das Becken hinaufreichenden Tumor's.

Befund bei der Operation am 20. Juli.

Es bestehen Verwachsungen des Netzes mit dem Tumor, und an der rechten Seite des Tumors Darmadhäsionen. Die Punction entleerte eine Menge gelben Fettes, eine gelbe, oben auf schwimmende Fettschicht und eine sehr flüssige chocoladenartige tieferliegende Flüssigkeit.

Vom Cysteninhalte gelangt nichts in die Bauchhöhle.

Rechts ist der Tumor durch kurze, breite, derbe Adhäsionen mit der rechten Tube und den übrigen Beckenorganen verwachsen.

5. Fall. B. B., 16^{1/2}jährig, war noch nicht menstruiert, hat auch noch nie über Beschwerden zu klagen gehabt, welche als Molimina menstrualia zu deuten wären.

Sie war nie erheblich krank.

Den Beginn ihres jetzigen Leidens führt sie auf Beginn des letzten Jahres zurück, wo sie erstmals eine kleine Geschwulst im Leibe bemerkt habe. Dieselbe sei damals etwa kindskopfgross gewesen. Das Wachstum war verhältnismässig langsam, nicht ganz beschwerdelos; es stellten sich manchmal stechende, ziehende Schmerzen im Unterleib ein, besonders auf der rechten Seite, wo, wie Patientin fest behauptet, die Geschwulst zuerst bemerklich gewesen sei.

Harn- und Stuhlentleerung waren nie gestört.

Status vom 16. Juli 1888.

Gut genährtes, für ihr Alter normal entwickeltes Mädchen von grazilem Körperbau.

Das Abdomen ist in seiner unteren Hälfte leicht kugelig vorgewölbt, entsprechend etwa dem fünften bis sechsten Monat der Schwangerschaft. Die Hervorwölbung ist bedingt durch einen runden Tumor von glatter Oberfläche, prall elastischer, derber Consistenz, ausserordentlicher Beweglichkeit.

Fluctuation ist nicht zu fühlen.

Die Percussion über dem Tumor ergiebt gedämpften Schall.

Drängt man den Tumor nach rechts und oben, so fühlt man deutlich einen etwa Bleifeder dicken, runden, gespannten Strang vom Tumor nach abwärts in's kleine Becken verlaufen.

Der Uterus ist klein, atrophisch, die Portio ca. $\frac{1}{2}$ ctm lang mit grossem, grubchenförmigem Muttermund. Der Fundus uteri ist conisch verjüngt.

Der Uterus selbst steht weit nach hinten, ist anteflectiert, beweglich, schmerzlos, und macht die Bewegungen des Bauchtumors mit.

Die Sonde geht 6,2 ctm hinein. Rechts von der Portio fühlt man leicht und deutlich das rechte Ovarium, etwas vergrössert, oval, von leicht höckeriger Oberfläche, normaler Druckempfindlichkeit, beweglich, quergestellt.

Befund bei der Operation am 28. Juli.

An der Vorderseite des Tumors bestehen Verwachsungen mit dem Netz.

Der Tumor zeigt jetzt Fluctuation. Die Punction entleert eine dickliche, grüngelbe Flüssigkeit, ähnlich wie dicker Eiter.

Der Stiel ist ca. drei Finger breit.

Daneben findet sich ca. 100 gr. Ascitesflüssigkeit.

6. Fall. M. H., 42jährig, hat nicht geboren. Die Periode war früher regelmässig, vierwöchentlich, drei bis vier Tage mit geringem Blutverlust und ohne Schmerzen. In den letzten Wochen war die Periode unregelmässig. Vor 14 Tagen bekam die Patientin eine länger anhaltende Blutung.

Seit ungefähr $1\frac{1}{2}$ Jahren bemerkt die Patientin, dass ihr Bauch grösser wird und zwar auf beiden Seiten ziemlich gleichmässig. Sie klagt über Schmerzen im Bauch und beständigem Druck im Kreuz.

Die Stuhlentleerung ist manchmal erschwert.

Status vom 2. Juni 1892.

In der linken Unterbauchgegend fühlt man einen kleinkindskopfgrossen, prall elastischen Tumor, der uneben ist und sich ohne Schmerzen von rechts nach links verschieben lässt. Er liegt hauptsächlich links und reicht bis zum Nabel.

Innerlich fühlt man im Douglas'schen Raum ein apfelgrosses Segment des Tumors von derselben Beschaffenheit und Consistenz; es scheint aus einzelnen kleinen Cystchen zusammengesetzt. Das Segment bewegt sich bei Bewegungen des Tumors mit.

Der Uterus liegt hoch oben, etwas nach links, hinter der Symphyse, ist an dieselbe angedrückt, anteflectiert, 6,3 ctm lang.

Zieht man den bimanuell gefassten Uterus nach rechts, so verursacht dies Schmerzen, zugleich spannt sich ein ca. zwei Finger breiter Strang an, der von der linken Uterusflanke zum Tumor zieht.

Am Vaginalteil ist ein in Heilung begriffenes Ulcus.

Befund bei der Operation am 29. Juli.

Der Tumor ist mit den Därmen und mit dem Netz verwachsen, diese Verwachsungen lassen sich manuell lösen ohne eigentliche Blutung. Der Tumor hat eigentümliche Form und teigige Consistenz.

Im Douglas ist der Tumor in ganzer Ausdehnung mit kurzen, schwer löslichen Verwachsungen adhären.

Nach Lösung dieser Adhäsionen lässt sich der Tumor herauswälzen und hängt an einer fingerdicken, bandartigen Adhäsion, die zur linken, oberen Kante des Uterus zieht und einen Stiel vertäuschen kann.

Der Stiel selbst ist sehr bequem zur Unterbindung.

Das linke Ovarium normal.

7. Fall. K. M., 31jährig, hat nie geboren. Die Periode im 21. Jahre eingetreten, war immer regelmässig gewesen, vierwöchentlich, drei bis vier Tage, mit mässigem Blutverlust.

Seit zwei Jahren hat Patientin Schmerzen bei der Cohabitation; auch stellen sich Schmerzen im Unterleib bei Gehen und Tragen von Lasten ein.

Das Wasserlassen ist erschwert, es ist häufiger Drang dazu vorhanden, der sich besonders bei Anspannen der Bauchmuskulatur (Heben und Tragen von Lasten) einstellt.

Im Anschluss an den schmerzhaften Wasserdrang sei öfters Übelkeit und Brechreiz aufgetreten.

Der Appetit war immer gut, der Stuhlgang geregelt.

Status vom 10. Mai 1892.

Mittelgrosse, gesund und kräftig aussehende Frau.

Der Uterus ist klein, 6,5 ctm, derb, in sich anteflectiert, liegt aber horizontal. Auf dem Uterus etwas rechts von der Mittellinie liegt ein Tumor von Eiform und über Gänseeigrösse. Derselbe fühlt sich hart an, ist glatt, an verschiedenen Stellen schmerzhaft. Er lässt sich ziemlich weit nach oben hinauf-schieben, wobei sich ein schmerzhafter Stiel anspannt.

Der Uterus macht die Bewegungen nicht deutlich mit.

Das linke Ovarium liegt links hinter dem Uterus, ist nicht vergrössert, ovoid, glatt, druckempfindlich.

Befund bei der Operation am 18. Juni.

Der Tumor geht vom rechten Ovarium aus, hat eine glänzende Oberfläche. Die Cyste enthält den gewöhnlichen, gelb-bräunlichen Atherombrei und einen freistehenden Schneidezahn mit zackiger Oberfläche.

8. Fall. A. N., 23jährig, hat nicht geboren. Im 18. Jahre trat die Periode ein, zeigte sich einigemale und hörte wieder auf bis zum Winter 1891. Von da an war sie regelmässig, vierwöchentlich, vier bis fünf Tage mit starkem Blutverlust, ohne Schmerzen.

Seit sechs Jahren bemerkt Patientin, dass ihr Bauch von rechts herauf grösser wird und ganz langsam wächst.

Vor zwei Monaten will Patientin eine vier- bis fünftägige Unterleibsentzündung durchgemacht haben. Jetzt sind noch Schmerzen auf der linken Seite vorhanden.

Status vom 28. April 1892.

Mittelgrosse, gut genährte, kräftige Patientin. Das Abdomen ist besonders links kugelig vorgewölbt, durch einen mannskopf-grossen Tumor, der links unter den Rippenbogen hinaufreicht, in der Mitte zwei bis drei Querfinger den Nabel überragt und rechts bis zum Rippenbogen geht.

Links vorne ist eine grössere, deutlich fluctuierende Cyste, rechts ein nussgrosser, knochenharter Höcker. An der Stelle

der Cyste ist die Bauchhaut besonders stark vorgewölbt; sie zeigt keine Veränderung, ist schmerzlos, über dem Tumor verschieblich.

Der Tumor lässt sich, soweit es seine Grösse erlaubt, nach oben dislocieren. Der Uterus liegt schräg nach rechts und anteflectiert. 7,5 ctm lang; er ist für sich beweglich und geht bei Dislocation des Tumors mit nach oben. Hoch oben hinter der Symphyse ist ein Segment des Tumors zu fühlen.

Die Probepunction an Stelle der grösseren Cyste entleert braune colloide Flüssigkeit.

Befund bei der Operation.

Die Punction der Cyste entleerte nur atheromartige Massen in geringer Menge.

Der Tumor geht vom linken Ovarium aus, das rechte ist normal.

Der Tumor stellt eine Dermoideyste dar, man fühlt durch die Wand zahlreiche, knochenharte Bestandteile von verschiedener Grösse.

Die Cyste ist viel grösser als man sich vor der Operation vorgestellt hatte, da dieselbe sich hauptsächlich nach oben unter den Rippenbogen hinauf entwickelt hatte.

Die Cyste ist mit einem grossen Teil des sehr blutreichen Netzes verwachsen. Im Tumor fand man 36 Mahlzähne und 10 Schneidezähne, von einer durchschnittlichen Länge von 7 mm; eine Alveole, in der ein Zahn steckte.

Ein Teil der Zähne steckte in einem Knochenstück, das mit einem Unterkiefer grosse Ähnlichkeit hatte. Cf. Abbildungen. Ausserdem fand man noch dunkelbraune Haare.

9. Fall. R. S., 31jährig, hat zweimal geboren. Die Periode trat im 16. Jahre ein und war immer regelmässig, fünf-tägig mit starkem Blutverlust, am ersten Tag waren krampfartige Schmerzen vorhanden.

Patientin ist seit vier Jahren verheiratet; bei der zweiten Geburt musste die Placenta manuell entfernt werden. Zwei Tage nach der Geburt wurde im Abdomen eine schmerzhaft Geschwulst

entdeckt, die in den letzten Monaten ziemlich rasch an Grösse zugenommen und Beschwerden verursacht hat.

Das Wasserlassen war manchmal schmerzhaft, der Stuhlgang meistens in Ordnung.

Status vom 2. März 1892.

Die Patientin ist mittelgross, sieht gesund und kräftig aus. Im Abdomen liegt ein querovoider, schlaffwandiger, deutlich fluctuierender Tumor, der nach oben zwei Querfinger den Nabel überragt, nach rechts und links bis an die Beckenwand herangeht.

Die Oberfläche des Tumors ist glatt, rechts etwas schmerzhaft.

Die schlaffen Bauchdecken zeigten ausser Striae keine Veränderungen und lassen sich ohne Schmerzen vom Tumor abheben und über dem Tumor hin- und herschieben.

Der Tumor scheint eine einfache Cyste zu sein, die sich ohne Schmerzen hoch nach oben dislocieren lässt.

Am 13. März konnte man rechts vorne an der Cyste einen mandelgrossen, glatten, beweglichen, schmerzhaften, ovariumähnlichen Körper fühlen.

Der Uterus war anteflectiert, descendiert, vergrössert, weich.

Das Parametrium ist sehr schmerzhaft, hinter dem Uterus liegt die Cyste. Schiebt man den Tumor weit nach oben, so bleibt der Uterus beinahe unbeweglich in seiner alten Stellung, und glaubt man, dass die Gegend des rechten ligamentum latum sich mehr anspannt als links.

Links hinten und oben ist mit Deutlichkeit das linke, lappige, weiche, vergrösserte und sehr schmerzhaftes Ovarium zu fühlen. Die Partie zwischen Uterus und linkem Ovarium ist sehr schmerzhaft und infiltriert.

Befund bei der Operation am 27. März.

Der Tumor geht vom rechten Ovarium aus, ist etwa von Mannskopfgrösse, mit fettglänzender Oberfläche, nirgends verwachsen.

Bei der Punction entleeren sich gelbliche, kugelige Massen, so dass die Schüssel wie mit Erbsen ausgefüllt erscheint.

Die Cyste enthält Atherombrei und Haare. Das linke Ovarium erscheint auffallend gross und wird desshalb entfernt.

10. Fall. F. J., 29jährig, 1 para bekam ihre Periode im 16. Jahre. Dieselbe war immer regelmässig, vierwöchentlich, vier- bis fünftägig, mit mässigem Blutverlust und ohne Schmerzen.

Die Patientin ist verheiratet und hat vor zwei Jahren geboren, die Geburt gieng gut, das Kind kam lebend zur Welt.

Seit ca. einem Jahre kommt die Periode unregelmässig, alle 14 Tage bis drei Wochen und dauert sechs bis acht Tage mit Schmerzen im Kreuz.

Seit einigen Monaten hat Patientin bei jeder Cohabitation so heftige Schmerzen im Kreuz, dass dieselbe dadurch unmöglich gemacht wird.

Die Kreuzschmerzen sind immer vorhanden und werden bei harter Defäcation stärker.

Status vom 31. Januar 1892.

Der in die Scheide eingeführte Finger kommt sofort auf einen nicht hühnereigrossen Tumor, der tief im Douglas liegt. Derselbe hat Eiform. Nach oben zu fühlt er sich höckerig, derb an, die untere Partie ist glatt, prall.

An der oberen Hälfte fühlt man harte, schmerzhaft Adhäsionen, die zum Uterus hinüberziehen.

Der Tumor selbst ist schmerzhaft, ebenso verursachen Bewegungen mit demselben starke Schmerzen.

Schiebt man den Tumor aus dem Douglas nach oben, so legen sich die beiden Douglas'schen Falten an die Vorderfläche des Tumors, von denen die linke stark schmerzhaft und verdickt ist. Auf dem Tumor liegt der anteflectierte, bewegliche, wenig vergrösserte (Metritis) Uterus, der mit dem Tumor nur durch die erwähnten Adhäsionen in Verbindung steht.

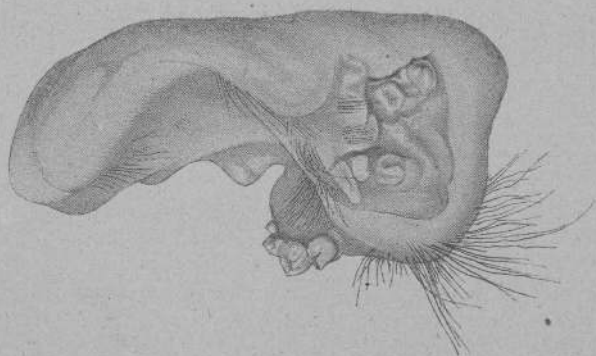
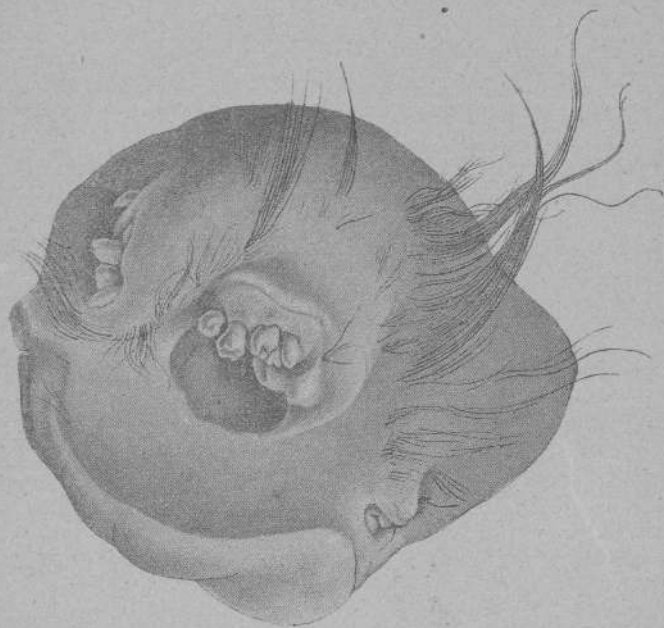
Rechts und oben, nach hinten von diesem Tumor fühlt man ein wallnussgrosses, weiches, schmerzhaftes Ovarium. Die linke obere Hälfte des Parametrium ist infiltriert und schmerzhaft.

Befund bei der Operation am 12. März.

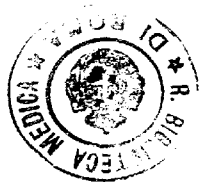
Der kleine Tumor sitzt tief im Douglas'schen Raum, lässt

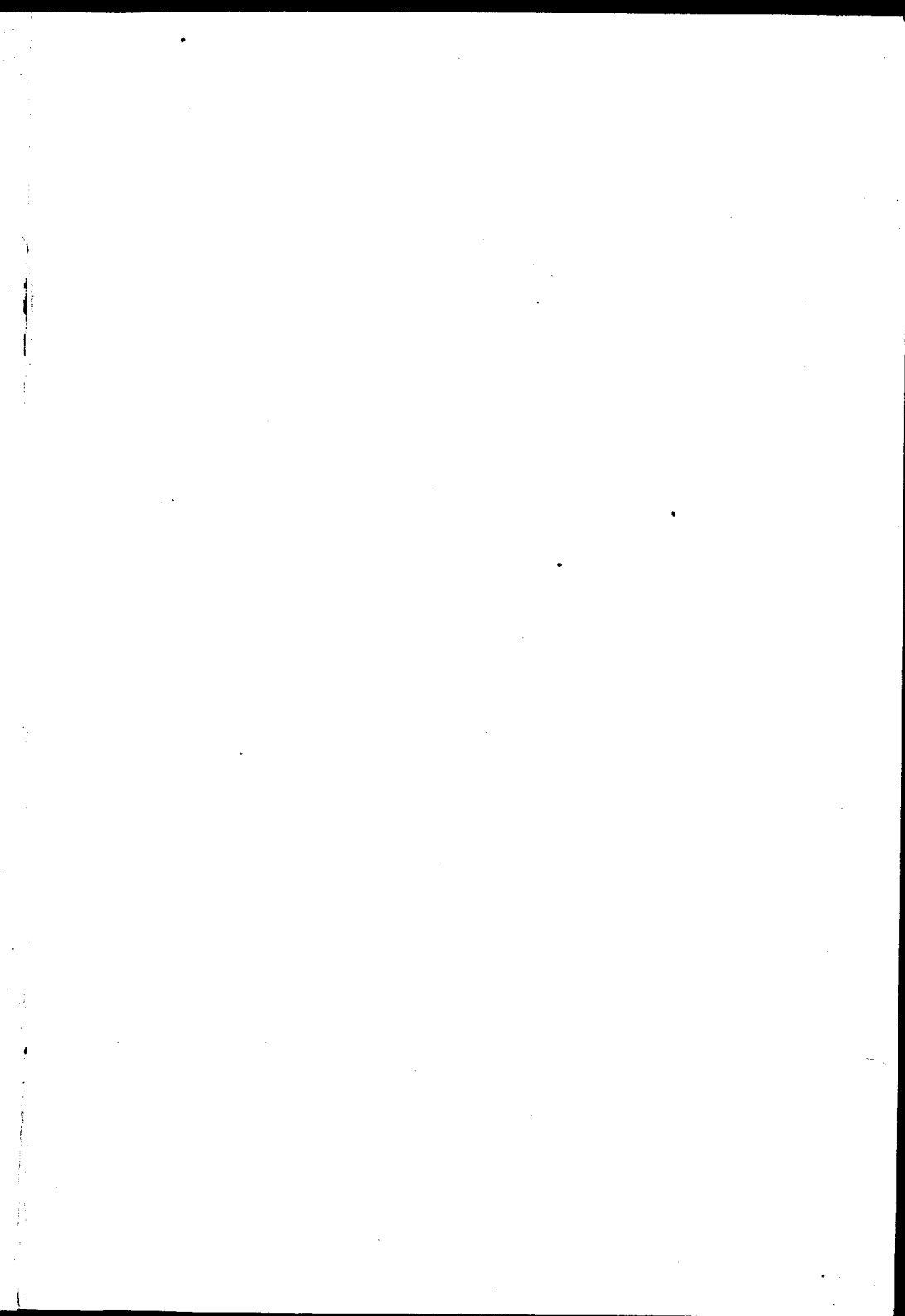
sich nur schwer fassen und heraufziehen, da er sich wegen seiner Prallheit und schlüpfrigen Oberfläche nicht in die Hand nehmen lässt. Der Tumor geht vom rechten Ovarium aus und zeigt keine Verwachsungen. Die Cyste enthält den für Dermoide charakteristischen Atherombrei mit Haaren.





8. Fall, siehe pag. 28 und 29.







~~~~~  
Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.  
~~~~~  
