

Vierzehn Fälle
von
Cysten des Ligamentum latum
(Parovarialeysten).

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

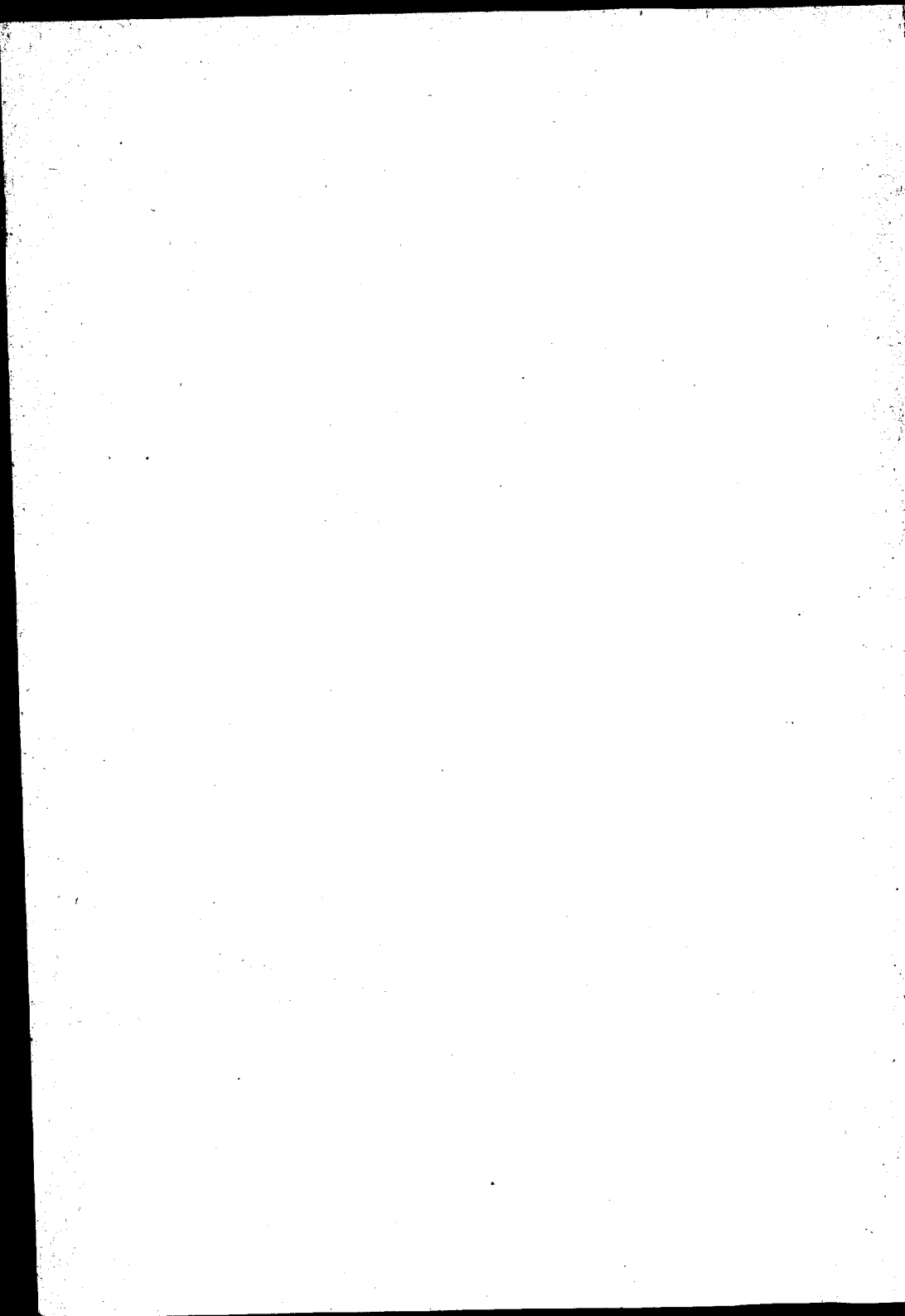
Dr. Johann von Säxinger
o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik
der medicinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt
von

Im. Fr. Layer
approb. Arzt aus Tübingen.



Tübingen, 1893.
Verlag von Franz Pietzcker.



Vierzehn Fälle
von
Cysten des Ligamentum latum
(Parovarialcysten).

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

Dr. Johann von Säxinger

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

der medicinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Im. Fr. Layer

approb. Arzt aus Tübingen.



Tübingen, 1893.

Verlag von Franz Pietzcker.

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

Wie Olshausen in seinen „Krankheiten der Ovarien“ angibt, gehört eine genauere Kenntnis der Parovarialcysten erst der neueren Zeit an; wenigstens sagt er in dem angeführten Werk, dass man „das Vorkommen von Cysten des Ligamentum latum in erheblicher Grösse früher nicht kannte oder für ungemein selten hielt“.

Die nun in hiesiger Klinik behandelten Fälle von interligamentären Tumoren zusammenzustellen und einigermassen — soweit es namentlich die älteren Protokolle gestatten — zu beleuchten, dürfte daher eine nicht undankbare, vielleicht sogar einiges allgemeinere Interesse herausfordernde Aufgabe abgegeben haben, zumal nicht bloss der Gynäkologe dann und wann mit den in Frage stehenden Tumoren zu thun bekommt, sondern auch der praktische Arzt in die Lage kommen kann, zwischen Ascites und einer Parovarialcyste die Differentialdiagnose stellen zu müssen.

Was die Entstehung der im Ligamentum latum vorkommenden Cysten anbelangt, so ist nach Olshausen so viel sicher, dass weitaus die meisten derselben ihren Ursprung vom Parovarium nehmen, jenem aus dem sogenannten Sexualteil des Wolff'schen Körpers herstammenden rudimentären Organ. Da dasselbe in demjenigen lateralen Teile des Ligamentum latum eingebettet liegt, der vom Ovarium zur Ampulle der Tube zieht, so ist damit auch gegeben, dass alle noch kleinen Parovarialcysten im lateralen Teil des Ligamentum latum, ziemlich entfernt vom Uterus, liegen müssen. Andererseits gibt dies auch eine

Erklärung ab dafür, dass schon bei mässiger Entwicklung der Cysten die Tube mit ihrem lateralen Teil dem Tumor fest aufliegt, ja sogar durch die wachsende Cyste erheblich gedehnt werden kann.

Darüber, ob auch grössere Cysten im Ligamentum latum vorkommen, die nicht vom Parovarium, sondern aus dem Urnierenteil des Wolff'schen Körpers ihren Ausgang genommen haben, liegen bis jetzt keine Beobachtungen vor. Hertwig gibt in seiner Entwicklungsgeschichte an, dass einzelne Kanäle und cystenartige Bildungen, die in den breiten Mutterbändern oft dicht an der Gebärmutter aufgefunden werden, auf den verkümmerten hinteren Teil der Uteriere zurückgeführt werden.

Der Nebeneierstock präsentiert sich als ein kleiner Complex von 15—20 länglichen, vom Hilus ovarii in die Ala vesperilionis eindringenden, an beiden Enden blinden Kanälen von 0,3—0,5 mm Durchmesser. Charakteristisch für dieselben ist ihre Auskleidung mit Flimmerepithel, und zwar ist dies von besonderer Bedeutung deshalb, weil nach Olshausen die Mehrzahl der Parovarialcysten auf der Innenfläche ihrer Wandung Flimmerepithel trägt, und zwar entweder allein oder neben gewöhnlichem Cyliuderepithel.

Gehen wir nun daran, auf Grund der vorliegenden Laparotomie-Protokolle die an hiesiger Klinik behandelten Fälle von Parovarialcysten zusammenzustellen, so werden wir unwillkürlich an die schon Eingangs erwähnte Bemerkung von Olshausen erinnert, dass man das Vorkommen von Cysten des Ligamentum latum in erheblicher Grösse früher nicht kannte oder für ungemein selten hielt und glaubt daher Olshausen, dass „unzweifelhaft bis in die neueste Zeit manche Fälle von Cysten des Ligamentum

latum sowohl bei der Exstirpation als auch bei Sektionen als uniloculäre Ovarientumoren beschrieben⁴ worden seien. Denn es ist mindestens auffallend, dass man in den hundert ersten Laparotomie-Protokollen bei Aufzählung der exstirpierten Tumoren des Ovarium und Parovarium nur 2,7 Procent Cysten des letzteren Organs erhält, während man bei Zuhilfenahme der letzten 152 Laparotomie-Protokolle (von Nro. 101 bis Nro. 252) 11,8 Procent erhält, eine Zahl, die auch ziemlich genau mit derjenigen übereinstimmt, welche Olshausen bei Berechnung der an seiner Klinik behandelten Fälle (11,3 Procent) fand.

Betrachten wir nun das durch Parovarialcysten hervorgerufene Krankheitsbild, so ist vor allem bemerkenswert, dass dieselben in der Mehrzahl der Fälle ausserordentlich langsam wachsen und oft Jahre lang ausser dem Gefühl eines allmählichen Grösserwerdens des Abdomens keine weiteren subjektiven Symptome hervorrufen.

So begegnen wir — wenn wir von dem ersten Fall absehen, da dort das Sektions-Protokoll von einer multiloculären Cyste spricht, was zu dem Bild einer Parovarialcyste nicht passt — in Fall 11 einer Frau, die circa fünf Jahre lang ein allmähliches Grösserwerden des Abdomens bemerkt, ohne dabei irgend welche Schmerzen oder Beschwerden zu empfinden. In Fall 13 bemerkt Patientin drei Jahre lang ein langsames Wachsen des Bauches ohne die geringsten Beschwerden, nicht einmal Stuhlgang und Harnentleerung sind beeinträchtigt. In Fall 4 treffen wir eine Hebamme als Trägerin einer Parovarialcyste; vermöge ihrer beruflichen Ausbildung war dieselbe im Stande, den Tumor zu einer Zeit herauszupalpieren, als derselbe erst die Grösse einer Citrone erreicht hatte. Da die Frau sich

schon nach einem halben Jahre operiren liess, so hatte man es deshalb noch mit einem sehr kleinen Tumor zu thun und die Operation verlief daher um so einfacher und leichter.

Da die Parovarialcysten meist sehr geringe Beschwerden machen, so ist damit auch gegeben, dass dieselben in ihren ersten Anfängen kaum einmal zur Beobachtung kommen und dass sie also leicht mehrere Jahre lang existieren können, ohne sich überhaupt bemerklich zu machen. Ausnahmen von diesem typischen Krankheitsbild, soweit es namentlich durch die subjektiven Symptome bestimmt ist, sind im ganzen selten und wohl meist durch Complication mit peritonitischen Processen bedingt, wodurch mancherlei Verwachsungen und Adhäsionen entstehen können.

Was die objektiven Symptome anbelangt, so ist für grössere Parovarialcysten vor allem eine grosse Ähnlichkeit mit Ascites charakteristisch, so dass eine ungenaue Untersuchung leicht zur Verwechslung mit einem solchen führen könnte. So zeigte z. B. im Fall 11 das Abdomen eine Form, die ganz für Ascites sprechen würde: „Die Flanken sind vorgewölbt, die Oberfläche zeigt eine deutliche Abflachung“; ferner heisst es dort: „beim Anschlagen sieht und fühlt man deutliche, grosswellige Fluktuation“. — Da die grösseren Parovarialcysten meist dünne und schlaffe Wände haben, so können sie auch einer Lokomotion des Abdomens bis zu einem gewissen Grade sich anbequemen, wodurch auch bei der Perkussion eine gewisse Ähnlichkeit mit Ascites entsteht. Freilich eine genauer ausgeführte Perkussion wird meist in den Flanken noch tympanitischen Schall ergeben und damit den Unterschied von Ascites erkennen lassen. Sodann lässt sich in der Regel ohne

Schwierigkeit beim Touchieren, falls man es mit einem cystischen Tumor zu thun hat, ein Segment desselben ins kleine Becken hereindrängen und so abtasten. Auch die Lage des Uterus lässt den Unterschied einer Parovarialcyste von Ascites erkennen: denn während hier der Uterus gleichmässig nach unten gedrängt wird, so dass es oft zum Descensus oder gar Prolapsus uteri kommt, im übrigen aber grösste Beweglichkeit behält, so dass man sein Flottieren in der Ascitesflüssigkeit vom Vaginalteil aus fühlbar machen kann, ist er bei einer Parovarialcyste nach oben und seitlich verlagert und in der Beweglichkeit mehr oder weniger beschränkt. Überdies kann einem die Anamnese wesentliche Dienste leisten: denn während die Parovarialcysten oft viele Jahre zu ihrer Entwicklung brauchen, entsteht Ascites rasch, bisweilen unter Fieber; auch wird man nicht selten in Affectionen des Herzens, der Leber oder der Nieren eine Ursache für Ascites finden können. Auch trifft man bei Ascites sehr frühe Ödem der unteren Extremitäten oder gar allgemeines Anasarca an, während letzteres bei Parovarialcysten bis jetzt nicht beobachtet wurde.

Weniger Ähnlichkeit mit Ascites haben kleinere Cysten oder auch solche grössere, die eine mehr pralle Füllung zeigen; so ist z. B. im Protokoll vom 14. Fall ausdrücklich berichtet: „vorne grenzt sich der leere vom tympanitischen Schall halbmondförmig so ab, dass die Convexität nach oben sieht“.

Im Fall 3 konnte durch die blosse Palpation deutlich eine mannskopfgrosse Cyste festgestellt werden und im Fall 4 wurde ein kindskopfgrosser Tumor abgetastet, der auffallend beweglich war. Ähnliche Befunde wurden wiederholt durch die blosse Palpation festgestellt.

Als weitere, für Parovarialcysten charakteristische Merkmale, die man bei der äusseren Untersuchung erhält, verdienen noch der Erwähnung: eine überall glatte Oberfläche des Tumors, ferner eine überall gleichmässige Resistenz, resp. deutliche Fluktuation. In den meisten der nachher noch genauer angeführten Fälle konnte man auch den Tumor, ohne Schmerzen zu verursachen, ziemlich ausgiebig im Abdomen hin- und herschieben.

Wenn es nun auch durch die äussere und innere Untersuchung zusammen wohl immer gelingen wird, eine Parovarialcyste als einen mit dem inneren Genitalapparat in Zusammenhang stehenden cystischen Tumor zu diagnosticieren, so dürfte es doch ohne Zuhilfenahme einer Probepunktion nur dann möglich sein, eine Parovarialcyste von einer Ovarialcyste zu unterscheiden, wenn bei innerer Untersuchung die durch ein Ligament (Ligam. lat.) mit dem Uterus verbundene cystische Geschwulst und, derselben hart anliegend, das zugehörige Ovarium deutlich gefühlt werden kann, was aber vielfach gar nicht ausführbar ist.

Was nun die Vornahme einer Probepunktion anbelangt, so ist dieselbe auch bei peinlichster Desinfection der Instrumente und der Punktionsstelle nur dann ungefährlich, wenn das Eindringen von Luft und die Verletzung von Bauchorganen sicher vermieden werden kann. Bei Vermutung von Parovarialcysten würde allerdings eine Probepunktion vielfach wesentlich zur Sicherstellung der Diagnose dienen können, insofern hier der Cysteninhalt meist sehr charakteristische Eigenschaften zeigt, wodurch er sich einerseits von Ascites, andererseits vom Ovarialcysteninhalt unterscheidet. Es ist „charakterisiert durch äusserst klare Beschaffenheit, leichte Opalescenz, sonst Farblosigkeit,

geringes spezifisches Gewicht (1002—1008), Reichtum an Kochsalz, meist auch durch Fehlen des Paralbumin^a. Mikroskopisch lässt sich vielfach Flimmerepithel nachweisen. Vergleicht man damit Ascites, so bekommt man ein spezifisches Gewicht von 1005—1024 (jedoch selten über 1015). Ferner lassen sich hierin weisse Blutkörperchen nachweisen, auch tritt nach längerem Stehen oft Gerinnselbildung ein. Hat man es aber mit Ovarialcysteninhalt zu thun, so bekommt man ein spezifisches Gewicht von 1015—1050. Derselbe zeigt fast alle Farbenschattierungen, ist mehr oder weniger dicklich, mucinhaltig und zeigt fast nie spontane Gerinnselbildung. Er enthält epitheliale, cylindrische Zellen, oft Cholestearin, seltener Eiterkörperchen.

Bekäme man also durch die Punktion eine klare, seröse, fast farblose Flüssigkeit von weniger als 1005 spezifischem Gewicht, so könnte man schon daraus allein mit nahezu absoluter Sicherheit auf eine Parovarialcyste schliessen. Was nun die an hiesiger Klinik behandelten Fälle betrifft, so erhielt man in Fall 3 sowie in Fall 13 eine Punktionsflüssigkeit von 1003 spezifischem Gewicht, in Fall 10 eine solche von 1004—1005, und in Fall 14 eine solche von 1005. Wenn im Protokoll zu Fall 6 ein spezifisches Gewicht von 1030 und in dem zu Fall 7 ein solches von 1034 angegeben wird, so lässt sich annehmen, dass es sich wohl beidemale um solche Ausnahmefälle handelte, wie sie auch sonst schon öfter beobachtet wurden und ihre Erklärung in intracystösen Blutungen oder in Papillombildungen finden; zu ersteren aber kann eine Torsion, Punktion oder Spontanruptur Veranlassung geben; überhaupt besteht bei diesen meist sehr dünnwandigen Cysten grosse Neigung zu spontaner Berstung. Auffallend

für Fall 7 ist die Erwähnung eines Knochens „von der Form des vorderen Drittels eines Unterkiefers“, der bei Herausschälung der Cystenwand mitgelöst werden konnte.

So, wie die Parovarialcysten bei der Exstirpation sich präsentieren, zeichnen sie sich von den mehr rein weiss oder bläulich-weiss aussehenden Ovarialkystomen durch ein mehr grünweisses Aussehen aus, auch kann man an ihrem Überzug die feinen Gefässe des Peritoneum deutlich erkennen. Sofern sich die Parovarialcyste, wie es gewöhnlich der Fall ist, nur im Ligament. lat. entwickelt hat, lässt einerseits das geschmeidige und nachgiebige Peritoneum sich leicht über ihr verschieben, andererseits die Cyste ohne grosse Mühe sich aus dem Peritoneum herausschälen; auch kommt es durch Ausdehnung eines Teils des Ligament. lat. vielfach zu einer mehr oder minder vollständigen Stielbildung, die sich bei der Exstirpation durch Zug oft noch vervollständigen lässt. In manchen Fällen fehlt jede Stielbildung; ja es kann der interligamentäre Tumor unter dem Boden des Cavum Douglasii hinweg sich bis zum Rectum, Coecum, Retroperitonealraum und besonders häufig und ausgedehnt in das Mesenterium Coli hinein entwickelt haben.

Was die Grösse der hier behandelten Parovarialcysten anbelangt, so scheint ein Inhalt von 6—7 l, wie in Fall 10 und 13 notiert ist, schon etwa das Maximum zu bezeichnen; doch wurde anderwärts auch schon ein Cysteninhalt von über 20 l beobachtet.

Über ätiologische Momente konnte bis heute nur wenig eruiert werden. Was die Disposition der einzelnen Altersstufen anbelangt, so waren von den 14 hier behandelten Fällen die jüngste Patientin 18 Jahre, die älteste 52 Jahre alt. Zwei Patientinnen wollten den Beginn der Vergrösserung

ihres Abdomens bereits im 17. Jahre bemerkt haben. Im
Übrigen waren von den Operierten

2	im	Alter	von	18—20	Jahren,
4	"	"	"	26—35	" ,
6	"	"	"	36—45	" ,
2	"	"	"	46—52	" .

Achtmal sass die Cyste rechts, sechsmal links, und lässt sich daraus noch nicht schliessen, dass die eine oder andere Seite bevorzugt wäre.

Bemerkenswert ist, dass in den meisten Fällen das Ovarium der gleichen, zuweilen auch der gegenüberliegenden, Seite mehr oder weniger sich in Mitleidenschaft gezogen zeigte. Sechsmal wird in den Protokollen erwähnt, dass das anliegende Ovarium erkrankt war, nur einmal, dass dies nicht der Fall war; fünfmal wird auch von einer Erkrankung des Ovarium der anderen Seite berichtet; in dem sub 8 erwähnten Fall fand sich ein faustgrosses Ovarialkystom der anderen Seite.

Was den Erfolg der hier vorgenommenen 14 Parovarialcysten-Operationen betrifft, so erfolgte 2mal Exitus letalis unter hinzugetretener Peritonitis, einmal starb die Patientin bald nach der Operation, 11mal trat bei glatt verlaufener Operation völlige Heilung und Genesung ein.

Bezüglich der Therapie der Parovarialcysten kommt neben der Exstirpation nur noch die Punktion, resp. Elektropunktur in Betracht. Olshausen sagt: „Die Parovarialcysten sind diejenigen Tumoren, bei welchen die Elektropunktur es leicht hat, Triumphe zu feiern. Im Ganzen ist aber die Zahl der Radikalheilungen ohne Exstirpation oder Excision doch nur eine geringe“. Und an einer anderen Stelle sagt er: „Es lässt sich nicht leugnen, dass die Punktion in

einzelnen Fällen zur Radikalheilung geführt hat. In der grossen Mehrzahl der Fälle kommt schneller oder langsamer ein Recidiv zu stande. Der erfahrene Operateur zieht deshalb auch die Exstirpation in der Regel von vornherein vor; doch kann niemand ein Vorwurf daraus erwachsen, wenn er durch die Punktion, welche gerade in diesen Fällen bei richtiger Ausführung ein fast ungefährlicher Eingriff ist, eine dauernde Heilung zu erzielen versucht“.

Bedenkt man nun, dass die Parovarialcysten im allgemeinen wenig Neigung zu Verwachsungen mit der Nachbarschaft zeigen, und dass sie um so beweglicher und kleiner sind, je jünger sie sind, so kann es nicht zweifelhaft sein, dass auch hier eine möglichst frühzeitige Radikaloperation den idealen therapeutischen Eingriff bildet, und dass die Punktion nur in den Fällen für jene eintreten darf, wo die Ausführung der Exstirpation durch Herzfehler kontraindiciert, oder durch besondere Hindernisse erschwert ist oder unmöglich gemacht wird.

Als palliativer Eingriff kann die Punktion einer Parovarialcyste nötig werden bei starker Compression der Unterleibs- und Bauchorgane. Die durch die Hinaufdrängung des Zwerchfells und die Lungencompression bedingte hochgradige Atemnot gibt die dringendste Indikation ab. Hier kann sogar die Punktion momentan lebensrettend wirken.

Dass aber auch schon durch eine Punktion die Patientin unter Umständen bedeutenden Gefahren ausgesetzt werden kann, darf nie vergessen werden. Auch abgesehen von möglichen Verletzungen der Bauchorgane und vom Eindringen atmosphärischer Luft, wodurch es zur Vereiterung des Cysteninhalts kommen kann, kann z. B. durch zu rasche

und zu starke Verminderung des Drucks im Abdomen eine sogenannte innere Verblutung, oder wenigstens eine Ohnmacht, bedingt durch Gehirnanämie zu stande kommen. Auch mag noch daran erinnert werden, dass gelegentlich schon Darmverschluss als Folge von Punktion dann beobachtet wurde, wenn ein schon vorher adhärenter Darm infolge der Punktion eine Knickung erfuhr.

Was nun die Exstirpation anbelangt, so bildet dieselbe bei gestielten Parovarialcysten — vorausgesetzt, dass streng aseptisch vorgegangen wird — eine ebenso einfache wie ungefährliche Operation. Und auch bei solchen ungestielten Cysten, die den Bereich des Ligament. lat. noch nicht überschritten haben, macht deren Ausschälung in der Regel nicht viel Schwierigkeit. Weit ungünstiger liegen die Fälle, in denen sich der Tumor nach dem Retroperitonealraum zu oder in das Mesenterium hinein entwickelt hat. Hier können bei der Enucleation leicht Nebenverletzungen, besonders des Darmes, vorkommen. In solchen Fällen sind deshalb statt der Totalexstirpation andere Verfahren vorgeschlagen worden, wie z. B. die Excision eines kleineren, thaler- bis handtellergrossen Stückes aus der Tumorenwand nach Spencer-Wells; ferner die Abkappung des freien Tumorteils mit Einnähung des Cystenrestes in die Bauchdeckenwunde und Drainage nach aussen. Selbstverständlich wird aber der Totalexstirpation überall da, wo sie ohne allzu grosse Schwierigkeiten sich ausführen lässt, stets die erste Stelle einzuräumen sein.

Gehen wir nun über zu einer kurzen Skizzierung des Krankheitsbildes und Operations-Verlaufs der hier behandelten 14 Fälle.



Krankengeschichten.

Fall 1.

Patientin ist eine 38 Jahre alte Frau, die nie geboren hat und bisher stets gesund war.

Seit dem 20. Jahr (also seit 18 Jahren) bemerkte Patientin eine allmähliche Vergrösserung des Bauchs. Dabei hatte sie nie besondere Beschwerden, arbeitete stets, war nie bettlägerig, vielmehr war sie bis zuletzt ziemlich vollständig arbeitsfähig. Zeitweise, namentlich nach der Periode, schien der Tumor wieder etwas zurückzugehen (was an eine Spontan-Ruptur der Cyste denken lässt).

Das Abdomen zeigt sich durch eine grosse runde Geschwulst ausgedehnt, welche bis zum Rippenbogen geht und das Epigastrium vorwölbt. — Überall deutliche Fluctuation. In den tiefen Partien der Hüftengegend lassen sich durch tympanitischen Schall Darm-schlingen nachweisen. — Grösster Bauchumfang ca. 100 cm.

Beim Touchieren kann man nicht bloss Fluctuation erkennen, sondern auch eine solidere Gewebssmasse durchfühlen, die als Stiel der Geschwulst aufgefasst wird.

Bei der Operation findet sich Folgendes: Die Oberfläche des Tumors zeigt ein glattes, blaurötliches Aussehen. Bei der Punction entleert sich eine sehr grosse Menge dünnflüssigen, gelbrötlichen Inhalts. Die Cyste reicht sehr tief ins kleine Becken hinab. Verwachsungen sind keine da. Die Operation ist insofern schwierig, als kein eigentlicher Stiel da ist. Der mühsam und portionenweise unterbundene Stiel wird in die Bauchhöhle versenkt. Es wird auf diese Weise ein „enormer Stiel und eine Masse Seide in der Bauchhöhle“ zurückgelassen.

Neben der im rechten Ligamentum latum liegenden Cyste findet sich das rechte Ovarium bis zu Wallnussgrösse angeschwollen, das linke zeigt sich normal.

Wenige Tage nach der Operation erfolgt Exitus letalis unter hinzugetretener Peritonitis. Bei der Section findet sich ausser der Hauptcyste noch eine mit klarer, gelblicher Flüssigkeit gefüllte, etwa hühnereigrosse Cyste, deren glatte Membran etwa 2 mm Dicke besitzt. Hinter dieser liegt eine etwa gänseeigrosse Cyste mit missfarbigem, trübem, graubraunem Inhalt und mit verdickter Wand. Hinter dem Uterus und dem Scheidengewölbe gelegen findet sich noch eine ganze Gruppe von Cysten theils mit klarer, theils mit trüber Flüssigkeit gefüllt.

Die zurückgebliebenen, abgebundenen Reste der multiloculären Cyste sind zum Theil vereitert.

Fall 2.

Patientin ist eine 26jährige, gesunde und kräftige Frau, die zweimal ohne Kunsthilfe und ohne Erkrankung im Wochenbett geboren hat.

Die Geschwulst sei in den letzten 4 Jahren langsam herangewachsen, habe aber ausser in den letzten 8 Wochen, keine besondere Beschwerden verursacht.

Der Tumor ist flach, kuglig, gleichmässig rund, glatt, nirgends stärker prominierende Partien, allenthalben deutlich fluctuierend, weich, elastisch. Zu beiden Seiten nach hinten tympanitischer Schall.

Bei der Operation zeigte die Cyste vielfache Verwachsungen auch mit Darm und Netz. Bei der Punction entleert sich aus der Cyste ein bräunlicher, dünnflüssiger Inhalt, etwa 2 Liter betragend. Die Cyste zeigt schliesslich einen dünnen Stiel, der leicht abgetrennt werden kann und nach seiner Cauterisation versenkt wird.

Patientin konnte gesund entlassen werden.

Fall 3.

Patientin ist eine kräftige und gesund aussehende 44jährige Frau, die zweimal geboren hat, Wochenbett jedesmal normal.

Seit zwei Jahren bemerkt Patientin eine Geschwulst im Unterleib, die nie wesentliche Beschwerden machte; erst in den letzten 3 Wochen trat Erbrechen und Diarrhöe auf.

Der Tumor zeigt etwa Mannskopfgrösse und kann deutlich als eine zum linken Ovarium gehörige Cyste diagnostiziert werden, mit völlig glatter Oberfläche und deutlichem Fluctuationsgefühl. Grösster Bauchumfang 92,5 cm.

Bei der Operation zeigt es sich, dass man es mit einer einfachen Cyste ohne solide Bestandteile zu thun hat. Die Wand des Tumors „fällt durch ihre ungemein dünne Beschaffenheit auf“. Adhäsionen sind nur links in der Gegend der Linea innominata und von rechts her mit dem hinteren Umfang des Uterus. Die linke Tube verläuft am vorderen Umfang der Cyste, nahe ihrem Scheitel, das linke Ovarium ist normal. Eine eigentliche Stielbildung im engsten Sinne ist nicht möglich, darum wird die Cyste in mehreren Partien abgebunden, die Schnitt-ränder werden kauterisiert und versenkt.

Die Cyste samt Flüssigkeit wiegt $5\frac{1}{2}$ Pfund; der Inhalt ist wasserhell, klar, dünn, nicht viskös und zeigt ein spezifisches Gewicht von 1003 und sehr geringen Eiweissgehalt.

Es kam völlige Heilung zu Stande.

Fall 4.

Patientin ist eine 39 Jahre alte, kräftige Frau, der man nicht ansieht, dass sie schon 13mal geboren hat. Sie war stets gesund.

Seit etwa $\frac{1}{2}$ Jahr wird eine etwa citronengrosse Geschwulst von der Patientin — die Hebamme ist — bemerkt. Der Tumor machte nie Schmerzen oder Beschwerden, wurde aber allmählich grösser. Es wird eine Ovarialcyste des linken Eierstocks diagnostiziert. Man kann einen nicht ganz kindskopfgrossen, rundlichen Tumor von glatter Oberfläche abtasten, der sich elastisch und dunkel fluctuierend anfühlt und auffallend beweglich ist. Beim Touchieren zeigt das rechte Ovarium normale Beschaffenheit.

Die Operation ergibt Folgendes:

Der langgestielte Tumor erweist sich noch in situ als Parovarialcyste in das Mesenterium der linken Tube eingebettet. Die Tube in einem Bogen um den Tumor herumlaufend, liegt mit dem Morsus diaboli dem Tumor unmittelbar an; in der Nähe des uterinen Endes liegt dem Tumor das linke Ovarium an, das an einer Stelle eine über erbsengrosse Cyste enthält.

Es trat rasche Heilung ein.

Fall 5.

Patientin ist eine 42 Jahre alte Frau, die dreimal ohne Kunsthilfe geboren hat. Seit 5 Jahren leidet sie an einem Vorfall des Uterus und eines grösseren Teils der Vagina.

Über die Entstehung ihres Übels weiss Patientin nichts Zuverlässiges anzugeben. Sie glaubt nur bemerkt zu haben, dass ihr Bauch auf der rechten Seite fester sei, als auf der linken; grösser sei der Bauch nicht geworden.

Man findet im Abdomen einen cystischen, kindskopfgrossen Tumor mit glatten Wandungen und deutlicher Fluctuation. Derselbe ist von aussen sehr leicht und schmerzlos beweglich. Die Wand der Cyste ist nicht besonders prall gespannt.

Bei der Exstirpation zeigen sich nirgends Verwachsungen. Die Cyste enthält ca. $\frac{3}{4}$ Liter einer klaren, hellen, gelblichen Flüssigkeit.

Die Stielbildung ist nicht schwierig; das linke Ovarium zeigt sich normal, das rechte Ovarium platt und etwas vergrössert.

Das Resultat der Operation war ein durchaus günstiges.

Fall 6.

Patientin ist eine 37 Jahre alte, ledige Dienstmagd, die nie geboren hat.

Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren bekam sie Schmerzen im Bauch. Jedoch schon damals fand der von ihr consultierte Arzt einen Tumor und riet darum zur Operation. Erst seit $\frac{1}{2}$ Jahr bemerkt Patientin,

Layer, Cysten d. Ligamentum latum.

dass ihr Bauch langsam und allmählich rechts grösser wird. Seit 1 Jahr hat sie über Schmerzen im Bauch zu klagen, ebenso über Beschwerden beim Wasserlassen.

Man findet im Abdomen einen gut zweimannsfautgrossen, cystischen Tumor von glatter Oberfläche, ziemlich schlaffen Cystenwänden und deutlicher Fluctuation. Er lässt sich nach den Seiten hin sehr leicht und schmerzlos dislocieren.

Die Operation lässt sich leicht ausführen. Die Cyste entleert eine leichtfliessende, seröse, gelbliche Flüssigkeit von 1030 spezifischem Gewicht.

Beide Ovarien waren etwas vergrössert.

Die Operation lieferte ein ganz günstiges Resultat.

Fall 7.

Patientin ist eine 52 Jahre alte Frau, die zweimal geboren hat, im ganzen stets gesund war.

Seit 7 Jahren bemerkte sie ein langsames Dickerwerden ihres Bauches. Nie waren Beschwerden oder Schmerzen vorhanden, Wasserlassen und Stuhlgang immer normal.

Aus dem Abdomen ist nach vorn heraus ein über mannskopfgrosser Tumor gewachsen. Die Bauchdecken sind leicht verschieblich über dem Tumor; derselbe ist prall gespannt, hat eine glatte Oberfläche, ist nahezu kugelförmig und zeigt deutliche kleinwellige Fluctuation. Der Uterus scheint mit dem Tumor straff verbunden zu sein und lässt sich nicht für sich bewegen, sondern macht die Bewegungen des Tumors mit.

Bei der Operation ergibt sich, dass der Uterus dem Tumor aufliegt, jedoch nicht mit demselben verwachsen, sondern für sich beweglich und isolierbar ist. Die Geschwulst zeigt nach hinten besonders zahlreiche, feste Adhäsionen und erweist sich, wie diagnostiziert war, als eine linksseitige, intraligamentäre Cyste.

Aus der punktierten Cyste entleert sich eine gelbliche, zähe, fadenziehende Flüssigkeit von 1034 spezifischem Gewicht.

Nach hinten, etwas nach rechts, fühlt man an dem Tumor einen Knochen sitzen, der anfänglich für einen Beckenknochen gehalten wurde. Nach Spaltung des Peritoneums wird die Cystenwand aus ihren Hüllen herausgeschält, auch gelingt es, den Knochen, der die Form des vorderen Drittels eines Unterkiefers hat, zu lösen.

Das rechte, cystisch degenerierte, ca. wallnussgrosse Ovarium wird auch entfernt.

Patientin starb bald nach der Operation.

Fall 8.

Patientin ist eine 30 Jahre alte Frau, die einmal geboren hat, früher stets gesund war.

Vor etwa einem starken Jahre bemerkte sie erstmals eine kleine Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend. Dieselbe sei etwa gänseeigross, rundlich und beweglich gewesen, habe bei Berührung nicht eigentlich geschmerzt, spontan aber stechende, brennende Schmerzen verursacht, besonders wenn die Frau lange gieng, hart auftrat oder schwer arbeitete. (NB! Da noch ein tuberöses, gänseeigrosses Fibrom des Uterus vorhanden war, und bei der Section sich noch ein faustgrosses Kystom des rechten Ovarium vorfand, so ist unsicher, worauf obige Beschwerden zurückzuführen sind.)

Die Hervorwölbung des Abdomens wird bedingt durch einen grossen Tumor; derselbe ist von rundlicher Gestalt, glatter Oberfläche, lässt sich nur wenig verschieben und ist bei Berührung schmerzlos; er ist ferner prall gespannt, elastisch, fluctuiert un-
deutlich, nur bei schnellender Percussion erhält man deutlich kurz-
wellige Fluctuation. Die Wände der Cyste sind nicht sehr dick und lassen sich noch eindrücken.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich die vordere Wand des Tumors als vollständig glatt, ohne Verwachsungen. Bei der Punktion entleert sich eine reichliche Menge einer gelblich-grauen, colloiden, zähen Flüssigkeit. Beim Eingehen mit der Hand und Abtasten der Circumferenz des Tumors findet

sich, dass derselbe ausser Flüssigkeit mehrere feste Bestandteile, besonders in der hinteren und linken seitlichen Wand, enthält. Es zeigt sich nämlich noch ein tuberöses, gänseeigrosses Fibrom des Uterus.

Die Stielbildung war durch breite und derbe Verwachsungen sehr erschwert, die Operation namentlich durch Blutstillung.

Es erfolgte am 3. Tage nach der Operation Exitus letalis an Peritonitis.

Bei der Section fand sich noch ein faustgrosses Kystom des rechten Ovariums.

Fall 9.

Patientin ist eine 36 Jahre alte Fabrikarbeiterin, die einmal geboren hat. Sie ist eine schwächliche Person und hat über viele hysterieähnliche Beschwerden zu klagen.

Seit 2 Jahren bemerkt sie, dass ihr Bauch langsam grösser wird, zu gleicher Zeit seien auch Schmerzen im ganzen Bauch aufgetreten.

In der Unterbauchgegend fühlt man einen über kindskopfgrossen Tumor, der nach oben bis zum Nabel reicht; derselbe hat eine kugelige Form und eine glatte Oberfläche. Der Tumor ist eine prallelastische Cyste mit deutlicher Fluctuation; die sehr dünnen Bauchdecken lassen sich über dem Tumor verschieben, letzterer ist nach allen Seiten beweglich; die Bewegungen sind schmerzhaft.

Die Operation ergibt Folgendes:

Die Cyste zeigt nirgends Verwachsungen; bei der Punktion entleert sich eine bernsteingelbe, ganz klare, für Parovarialcysten charakteristische Flüssigkeit. Die Operation verläuft glatt; Stielbildung nicht besonders erschwert. Das linke, etwas vergrösserte Ovarium wird — im Interesse einer besseren Stielbildung — mitentfernt. Das rechte Ovarium ist normal gross.

Das Resultat der Operation war ein günstiges.

Fall 10.

Patientin ist ein 19 Jahre altes Dienstmädchen.

Vor einem halben Jahr bemerkte sie zum erstenmal, dass ihr Bauch von der rechten Seite herauf grösser wird; derselbe sei schnell gewachsen, ohne Beschwerden oder irgend welche Störungen zu verursachen.

Es lässt sich deutlich ein cystischer Tumor nachweisen.

Bei der Operation wird nach der Eröffnung des Abdomens zunächst eine Punktion des Tumors vorgenommen; dieselbe ergiebt krystallhelle Cystenflüssigkeit von 1004 — 1005 spezifischem Gewicht und ganz geringem Eiweissgehalt. Nachdem die Cyste kollabiert war, wird dieselbe aus der Bauchwunde herausgewälzt und samt der Peritonealkapsel entfernt; von einer weiteren Lösung wird Abstand genommen, da die Cyste einen sehr bequemen Stiel hat.

An der Cyste lassen sich weder Tube noch Ovarium nachweisen. Der Cystensack lässt sich grösstenteils bequem aus den Blättern des Ligamentum latum herauschälen.

Links neben und etwas hinter dem Uterus liegt das vergrösserte und unebene linke Ovarium.

Die Operation lieferte ein günstiges Ergebnis.

Fall 11.

Patientin ist eine 52 Jahre alte Frau, die 4mal geboren hat.

Seit ca. 5 Jahren bemerkt sie, dass ihr Bauch langsam und ganz allmählich an Umfang zunimmt, ohne irgend welche Schmerzen oder Beschwerden zu verursachen. Erst seit einigen Wochen macht die Grösse des Bauchs Beschwerden.

Das Abdomen ist stark vergrössert, die grösste Peripherie beträgt 118 cm; die Flanken sind vorgewölbt; die Oberfläche zeigt eine leichte Abflachung. Die Form des Abdomens würde für Ascites sprechen. Die Vergrösserung wird bedingt durch eine schlaffe Cyste. Beim Anschlagen sieht und fühlt man deutliche

grosswellige Fluktuation. Über den abhängigen Partien ist auf beiden Seiten tympanitischer Schall nachzuweisen. Die dünne Bauchhaut ist ohne Schmerzen leicht verschieblich, die schlaffe Cyste selbst ist wenig beweglich. Der tympanitische Schall bleibt auch bei Lagerung der Patientin auf die eine oder die andere Seite.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man schon an der Farbe und dem Aussehen der Oberfläche der Cyste, dass es sich um eine Parovarialcyste handelt. Durch die Punktion wird eine grosse Menge wasserheller Flüssigkeit entleert.

Der Stiel (Lig. lat.) ist sehr breit. Das rechte Ovarium ist lang ausgezogen und platt gedrückt an der Cyste; das linke Ovarium ist klein, atrophisch.

Die Operation verlief glatt.

Fall 12.

Patientin ist eine 26 Jahre alte Frau, die einmal geboren hat, stets gesund war.

Seit etwa 1 Jahr bemerkt sie, dass es in ihrem Bauch nicht mehr ganz recht ist; sie beobachtete in der rechten Unterbauchgegend eine Geschwulst, die ganz langsam zugenommen hat und Schmerzen verursachte.

Stuhlgang und Wasserlassen in Ordnung; Appetit gut.

Über der Symphyse, dieselbe 3—4 Querfinger überragend, fühlt man den vorderen Teil eines oberflächlich glatten, prallen, schmerzlosen Tumors. Bei der inneren Untersuchung fühlt man den Uterus nach hinten gedrängt durch einen auf dessen Vorderfläche liegenden kleinkindskopfgrossen Tumor, der das vordere Scheidengewölbe kugelig nach vorn und abwärts drängt. Der Tumor lässt sich sehr leicht, jedoch nicht ohne Schmerzen, bis oben hinauf unter das Hypochondrium schieben. Vom Mastdarm aus fühlt man links und hinten vom Uterus parallel mit seiner Kante verlaufend, das walzenförmige, platte linke Ovarium.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Tumor prall

gespannt und sehr glatt. Er ist intraligamentär; an demselben hängt das vergrößerte rechte Ovarium. Der Stiel (Ligamentum lat. dextr.) ist ziemlich breit.

Das Präparat — der Tumor wurde in toto abgeschnitten, die Cyste intakt erhalten — stellt einen typischen Fall einer Parovarialcyste dar; man kann die Blätter des Lig. lat. über den Tumor hin- und herschieben. Auch sind Tube und Ovarium deutlich am Präparat zu demonstrieren.

Es erfolgte vollständige Genesung.

Fall 13.

Patientin ist eine 34 Jahre alte Frau, die 5mal geboren hat, immer gesund war.

Seit 3 Jahren bemerkt sie, dass ihr Bauch ganz allmählich grösser wird. Schmerzen sind keine vorhanden; Patientin hat nichts Besonderes zu klagen: der Appetit ist immer gut, das Allgemeinbefinden befriedigend; Stuhlgang und Wasserlassen sind in Ordnung.

Die Oberfläche des Abdomens ist platt, die Flanken, besonders rechts, sind vorgewölbt. Über den abhängigen Partien ist der Schall deutlich tympanitisch. Die Cyste reicht rechts und links bis an den Rippenbogenrand. Die Bauchdecken sind ohne Schmerzen verschieblich. Beim Anschlagen erhält man grosswellige Fluktuation. Die Cyste lässt sich ohne Schmerzen nach oben hinaufschieben.

Nach Eröffnung des Abdomens wird eine Punktion der Cyste vorgenommen: dieselbe ergiebt 6—7 l wasserhellen Inhalts von 1003 spez. Gewicht.

Nachdem der entleerte Cystensack aus der Bauchhöhle herausgezogen ist, sieht man, dass die Cyste vom rechten Parovarium ausgeht. Der Stiel der Parovarialcyste wird vom ganzen rechten Ligam. lat. gebildet, ist in Folge dessen sehr breit. Es wird zuerst die Cyste nach Anschneiden des hinteren Blattes des Ligamentes

ausgeschält und alsdann der breite Stiel in 4 Partien unterbunden.

Das rechte Ovarium ist länglich, platt gedrückt; das linke ist etwas vergrössert.

Die Operation verlief glatt.

Fall 14.

Patientin ist eine 18 Jahre alte Fabrikarbeiterin, die nie geboren hat, früher stets gesund war.

Vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren bemerkte sie zum ersten Mal, dass ihr Unterleib von links herauf grösser wird, ohne Beschwerden oder Schmerzen zu verursachen.

Vor einem halben Jahr war der Bauch so gespannt und gross, dass sie einen Arzt konsultierte, der die Punktion machte. Es sollen etwa 10 l einer hellen Flüssigkeit sich entleert haben. Seit ungefähr 4 Wochen werde der Bauch wieder rasch grösser.

Beschwerden oder Schmerzen sind gegenwärtig keine vorhanden. Appetit ist immer gut. Blasen- und Darmfunktion in Ordnung.

Das Abdomen ist vorgewölbt durch einen schlaffen, cystischen Tumor, der die Bauchhöhle ausfüllt. Beim Anschlagen erhält man grosswellige Fluktuation, die Ascites vortäuschen könnte, zumal da auch die Flanken vorgewölbt sind, jedoch spricht die Perkussion für eine abgesackte Flüssigkeitsansammlung: über den seitlichen Partien ist tympanitischer Schall, vorne grenzt sich der leere vom tympanitischen Schall halbmondförmig so ab, dass die Convexität nach oben sieht. Feste Bestandteile sind nirgends zu fühlen. Die Bauchdecken sind schmerzlos über der Cyste verschieblich. Die Cyste lässt sich über das Becken hinaufdislocieren.

Schiebt man die Cyste nach oben, während man vom Mastdarm aus untersucht, so glaubt man von der linken Uteruskante einen breiten (Parovarialcyste), die ganze linke Uterusseite einnehmenden Stiel zu fühlen, der sich anspannt, während die rechte

Uteruskante frei zu sein scheint. Ovarien sind nicht zu fühlen
Douglasfalten schmerzhaft.

Bei der Operation findet man, dass die Cyste von links ausgeht. Ihr Inhalt ist wasserklar, leicht bläulich und hat ein spez. Gewicht von 1005, sehr geringen Eiweissgehalt. Der Cystenstiel ist ca. 2—3 Querfinger breit, und wird in der gewöhnlichen Weise in 3 Partien unterbunden, kauterisiert und versenkt. Ein Teil des Ovarium wird, da es am Stiel lang ausgezogen lag, in den Stiel hereingenommen. Die Cyste ist eine vom Parovarium ausgehende. Die Oberfläche hat die für eine Parovarialeyste charakteristische Farbe und das typische Aussehen; die linke Tube ist stark ausgezogen; das Fimbrienende ausgebreitet.

Das Resultat der Operation bestand in völliger Heilung.

Zum Schlusse erübrigt mir noch, meinen verehrten Herren Lehrern, Herrn Professor Dr. von Söxinger und Herrn Privatdozent Dr. Winternitz für die schätzenswerte Anregung zu dieser Arbeit und ihre gütige Unterstützung bei derselben meinen Dank auszusprechen.





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

26392