

## VI.

### Zur Differentialdiagnose der Bauchgeschwülste.

Ueber die Lostrennung und Wanderung der Ovarialeysten.

Von

Dr. F. de Quervain,

Chirurg am Spital in Chaux-de-Fonds.

Obwohl schon im Jahre 1860 von Rokitansky<sup>1)\*)</sup> beschrieben, ist die Ablösung der Ovarialtumoren von ihrem ursprünglichen Sitz und ihre Wanderung in der Bauchhöhle ein verhältnissmässig noch wenig gekannter und besonders für die Differentialdiagnose der Bauchgeschwülste wenig berücksichtigter Vorgang. So finden wir dieselbe z. B. in König's Lehrbuch der Spec. Chirurgie (6. Auflage) nicht erwähnt, und auch in Lehrbüchern der Gynäkologie wird sie z. Th. nur kurz angedeutet. Es sei uns deshalb gestattet, hier eine diesbezügliche Beobachtung kurz mitzuthellen, besonders da der genannte Vorgang nicht nur den Gynäkologen, sondern auch den Chirurgen interessiren muss, dem ja in der Regel die vom Genitalapparat unabhängigen Tumoren der Bauchhöhle verfallen.

Bevor wir auf unseren Fall eingehen, seien die wichtigsten, sich mit diesem Gegenstand befassenden Arbeiten erwähnt.

Wie schon eingangs gesagt, wurde die Lostrennung der Ovarien und Ovarialtumoren von ihrem ursprünglichen Sitz zuerst im Jahre 1860 von Rokitansky<sup>1)</sup> beschrieben, und zwar auf Grund von sieben Leichenbefunden. Weitere Fälle, theils ebenfalls Leichenbefunde, theils Beobachtungen an den Lebenden, wurden von Heschl, Fränkel, Baumgarten, Doran, Turner, Thornton, Koeberlé, Spencer Wells, Veit, Malius, Smith, Keith, Tauffer, Ferrillon, Heurtaux mitgetheilt und von Chalot<sup>2)</sup> bei Anlass einer eigenen Beobachtung zusammengestellt. Wir verweisen für die Litteratur vor 1886 auf die letztgenannte Arbeit. Olshausen<sup>3)</sup> hält (1886) bei Besprechung der Folgen der Stieltorsion die völlige Loslösung des Ovariums vom Uterus für ein in „nicht wenigen Fällen“

---

\*) Die Litteraturangaben befinden sich am Schlusse der Arbeit.

vorkommendes Ereigniss und bemerkt, dieselbe sei besonders oft bei Dermoidcysten beobachtet worden. Chalot dagegen kommt nach Zusammenstellung der diesbezüglichen Mittheilungen (1887) zu dem Schluss, dass, im Gegensatz zur Ansicht Olshausen's, die völlige Ablösung der Ovarialeysten ein sehr selten beobachtetes Vorkommniss sei. Er bringt es in seiner Zusammenstellung auf 28 Fälle (eine Beobachtung von Hofmeier ist übersehen), von denen die Hälfte Leichenbefunde darstellen. Ein Viertel der Beobachtungen betrafen Dermoidcysten. Mehrfach handelte es sich nicht um Lostrennung von eigentlichen Ovarialtumoren, sondern von (wohl secundär) mehr oder weniger degenerirten Ovarien.

Die Zahl der seit Chalot's Arbeit veröffentlichten Fälle ist nicht erheblich. Wir konnten nur diejenigen von Sacchi<sup>4)</sup>, Smith<sup>5)</sup>, Brewis<sup>6)</sup> und Tóth<sup>7)</sup> auffinden. Ueberdies erwähnt Pozzi<sup>8)</sup> einen selbstbeobachteten Fall.

Die Gelegenheit, den hier mitzutheilenden Fall zu beobachten, verdanke ich den Collegen de Montmollin und Mauerhofer, welche mir ebenfalls die Krankengeschichte der Patientin gütigst zur Verfügung gestellt haben. Es sei denselben hier bestens dafür gedankt.

Anamnese: Die 41 Jahre alte Patientin C. U. war früher nie schwer krank. Menses meist unregelmässig, schmerzhaft, alle 2 bis 3 Wochen wiederkehrend. Am 17. August 1897 Ausschabung der Gebärmutter durch Dr. Mauerhofer wegen unvollständigem Abortus mit septischer Endometritis. Im December desselben Jahres neuer Abort, nicht ärztlich behandelt. Daran sich anschliessend anhaltende Blutungen, wegen deren sich Patientin am 14. Jan. 1898 im Hospital de la Providence in Neuenburg aufnehmen liess. Gleichzeitig gab sie an, seit Ende Oct. 1897 die Bildung einer Geschwulst in der rechten Bauchseite bemerkt zu haben. Am 28. Januar wurde ein Curetement in Aethernarkose ausgeführt und bei diesem Anlass constatirt, dass sich im rechten Mesogastrium, in der Gegend des Colon ascendens, ein etwa kindskopfgrosser Tumor fand, der nach rechts die Mittellinie nicht überschritt. Derselbe liess keine Beziehungen zu den inneren Genitalien erkennen. Die vaginale, bimanuelle Untersuchung ergab, dass der Uterus, metritisch vergrössert, in Anteflexion stand. Die rechtsseitigen Adnexe waren normal, das rechte Ovarium deutlich fühlbar. Links dagegen konnte das Ovarium nicht gefühlt werden.

Der weitere Verlauf in Bezug auf die Endometritis war völlig normal, dagegen trat immer hartnäckiger werdende Stuhlverhaltung auf, mit Anfällen von Durchfall und häufigen Kolikschmerzen. Dabei bestanden anhaltende Schmerzen in der Gegend der Geschwulst, mit Unmöglichkeit zu sitzen. Der Appetit verminderte sich, und Patientin magerte zusehends ab.

Am 22. Febr. 1898 machten Dr. de Montmollin und Dr. Mauerhofer einen Versuch, die Neubildung zu entfernen. Mediane Laparotomie. Eingehen auf die rechts von der Mittellinie sitzende Geschwulst.

Dieselbe zeigte sich so ausgedehnt mit Bauchwand und Darm verwachsen, dass von weiterem Vorgehen Abstand genommen wurde. Eine Probepunktion ergab ein negatives Resultat. Der Wundverlauf war normal, jedoch bestanden die oben erwähnten Beschwerden weiter, und die Entleerung des Darmes wurde immer mehr gehemmt, ohne dass immerhin eigentliche Ileuserscheinungen eingetreten wären. College Mauerhofer bat mich unter diesen Umständen, die Patientin zu untersuchen und eventuell noch eine weitere Operation zu wagen. Ich fand am 19. März folgenden Status:

Die abgemagerte, fieberfreie Patientin zeigt ein nicht erheblich über die Norm ausgedehntes Abdomen, in dessen rechter Hälfte eine leichte, diffuse Vorragung besteht. In der Mittellinie findet sich eine von der Symphyse zum Nabel und von da etwas schräg nach rechts aufwärts verlaufende Narbe, welche in der Mitte noch einige granulirende Stellen aufweist. Bei der Palpation zeigt sich das rechte Mesogastrium von einer über kindskopfgrossen sich prall-elastisch bis derb anführenden Geschwulst eingenommen, welche den Bauchdecken gegenüber unverschieblich erscheint, sich dagegen in mässigem Grade auf der Unterlage hin und her bewegen lässt. Nach oben reicht die Geschwulst bis nahe an den Leber- rand, nach innen bis zur Medianlinie, nach unten bis an die Ileocöcal- gegend, nach aussen etwa bis zu einer senkrecht von der Sp. ilei ant. sup. aufwärtsgezogenen Linie. Die Percussion ergiebt, dass nur ein geringer Bezirk des Tumors völlig gedämpft schallt. Nach aussen und oben besteht deutlicher Darmschall, offenbar vom Colon ascendens und transversum herrührend, nach innen und unten scheint ebenfalls ein Theil Darm vorgelagert. Im übrigen Abdomen kein Flüssigkeitserguss. Eine Beziehung zu den inneren Genitalien lässt sich in keiner Weise auffinden. Die Geschwulst ist vielmehr nach unten hin gut abgegrenzt und zeigt keinerlei Stielbildung nach der Gegend des Uterus oder der Adnexe. Auch gegen die Leber hin fehlte ein Stiel völlig. Die Geschwulst lässt sich ferner nicht nach der Nierengegend hin zurückdrängen. Es sei noch beigefügt, dass weder im Stuhlgang, noch im Urin je Blut oder Eiter bemerkt worden war.

Die Diagnose war unter diesen Umständen nicht leicht. Ein Nierentumor (Geschwulst einer fixirten Wanderniere), woran bei der ersten Operation gedacht worden war, konnte kaum vorliegen, da das Colon nach aussen und oben von der Neubildung lag. Ein von Leber oder Gallenblase ausgehendes Gebilde schien beim Fehlen eines Stieles nach oben ebenfalls ausgeschlossen. Zu den Genitalien zeigte der Tumor ebenfalls, wie gesagt, keine Beziehungen. Für einen Echinokokkus des Netzes oder eine Netzcyste überhaupt war die Geschwulst zu derb und zu unbeweglich. Ueberdies hatte die Punktion ein negatives Resultat ergeben. blieb also nur noch eine mehr oder weniger solide Neubildung des Darmes, bezw. des Netzes oder Mesenteriums. Eine solche vermuthete ich denn auch, und zwar nahm ich bei der angeblich verhältnissmässig kurzen Dauer der Affection und dem kachektischen Aussehen der Patientin eine maligne Geschwulst an. Da noch eine gewisse Beweglichkeit gegenüber der hinteren Bauchwand bestand, so beschlossen wir, noch einen Versuch zu machen, die Neubildung zu exstirpiren.

Dem Operationsberichte vorgreifend, sei hier noch bemerkt, dass bei Untersuchung der Patientin in Narkose die Geschwulst auf der Unterlage merklich beweglicher wurde. Dagegen liess sich ihre Stellung zu den Bauchdecken nicht verändern.

Operation: Aethernarkose. Feuchte Asepsis. Nach Verschorfung der noch granulirenden Stellen der früheren Operationsnarbe mit dem Paquelin wird ein schräg von oben aussen nach unten innen gehender Hautschnitt angelegt, der über die äussere Hälfte der Geschwulst verläuft. Von einem Eingehen in der Medianlinie wurde in Anbetracht der von Dr. Mauerhofer bei der ersten Operation angetroffenen Verhältnisse abgesehen. Nach Durchtrennung der Bauchdecken gelangt man gleich auf die mit denselben verwachsene Geschwulst, welcher nach aussen das Colon ascendens fest anliegt. Nach innen und unten ist der Tumor von fest verwachsenen Dünndärmen umgeben, und oben hängt er mit dem Colon transversum zusammen. Die Oberfläche der Geschwulst trägt mehrere haselnuss- bis hühnereigrosse, dünnwandige, mit klarem Inhalt gefüllte Cysten. Mit Mühe gelingt es, sich ohne Darmverletzung nach oben bis in die freie Bauchhöhle durchzuarbeiten. Unter beständiger Lösung von sehr festen Verwachsungen wird dasselbe auch nach unten und z. Th. nach innen erreicht. Bei einem Versuch, nun von unten her das ganze Convolut von Darm, Netz und Tumor vor die Bauchhöhle hinaus zu luxiren, platzt die Geschwulst nach unten, und es entleert sich eine dunkelgrünbraune, ziemlich consistente Masse, wie Faeces aussehend, aber geruchlos. Der Befund von zahlreichen Haaren in derselben lässt sofort die Diagnose auf Dermoid stellen. Die dickwandige Cyste wurde nun von unten und innen her ausgeschält. Es zeigte sich dabei, dass sie mit der medialen Fläche des sehr langen Mesocolon ascendens und Mesocoeum und mit einem Theil des Dickdarmes selbst ausserordentlich fest verwachsen war. Nach Entfernung der kindskopfgrossen Hauptcyste sammt den dünnwandigen, serösen Nebencysten fanden sich, dem Dickdarm fest adhärent, noch mehrere dermoide Nebencysten vor, deren Ablösung stellenweise nur unter Ablösung der Darmserosa möglich war, da die derb-schwartige Wand der Cysten es nicht möglich machte, eine äussere Schicht derselben am Darm sitzen zu lassen. Nach oben innen endlich waren dermoide Partien fest mit dem Hinterblatt der Rectusscheide verwachsen, so dass letztere in Handtellerausdehnung resectirt werden musste. Nach völliger Entfernung aller Dermoidtheile und Lösung sämtlicher Verwachsungen zwischen Darm und Bauchwand wurden die Eingeweide noch einmal genau nachgesehen. Es zeigte sich erstlich, dass Colon ascendens, Coecum und Ileum ein gemeinsames, langes Mesenterium besaßen. (Mesenterium commune.) Ueber das Verhalten desselben in der Gegend des Duodenum und Jejunum wurden keine Nachforschungen angestellt, da es sich darum handelte, die Operation möglichst rasch zu beendigen. Die genaue Inspection des Colon ascendens und des Anfangstheiles des Colon transversum erwies, dass, wie schon bemerkt, die Serosa an mehreren Stellen defect war. Eine Uebernähung dieser Stellen war bei ihrer Ausdehnung unthunlich, da das Darmlumen zu sehr beeinträchtigt worden war. Eine Resection der ganzen Dickdarmpartie wäre für die schwache Patientin zu viel gewesen. Es blieb also nur noch entweder eine Tam-

ponade nach Mikulicz oder einfacher Schluss der Bauchhöhle unbekümmert der Serosadefecte. Da nirgends eine auf die Muscularis übergreifende Darmläsion vorhanden war, und die freiliegende Muscularis selbst sich überall als gut vascularisirt erwies, so wurde letzteres vorgezogen. Vor Schluss der Bauchhöhle wurde noch eine sorgfältige Reinigung des kleinen Beckens von dem dorthin gelangten Dermoidinhalt vorgenommen und dabei das Verhalten der inneren Genitalien untersucht, da mir wahrscheinlich war, dass das Dermoid einem Ovarium entstammte. Rechts fanden sich normale Verhältnisse vor. Tube und Ovarium boten nichts besonderes. Der Uterus war etwas gross, etwa wie ein metritischer Uterus. Die linke Tube, etwa 5 cm lang, verlief in scharfem Bogen nach oben, um dort blindsackförmig zu enden, durch einen dünn auslaufenden Strang mit dem S. Romanum verwachsen. Vom linken Ovarium war keine Spur vorhanden. Die Bauchhöhle wurde nun durch eine Naht in zwei Etagen mit Seide geschlossen und ein Collodialverband angelegt.

Verlauf: Abgesehen von einer Steigerung der Temperatur auf 39,1° am 21. März war der Heilungsverlauf völlig normal. Die Wunde heilte per primam, Reactionerscheinungen von Seiten des Peritoneums fehlten fast völlig, und Patientin verliess das Spital am 17. April in vorzüglichem Befinden.

Eine am 23. Juni durch Dr. Mauerhofer vorgenommene Nachuntersuchung ergab, dass sich die Patientin gut erholt hatte. Die Untersuchung der Genitalien ergab, abgesehen vom Fehlen des linken Ovariums, einen normalen Befund. Die Narbe zeigt nichts besonderes, ausser einer etwas verhärteten und leicht empfindlichen Stelle in der Mitte. — Dieser letztere Befund dürfte darauf deuten, dass sich ein Faden der tiefen Naht auszutossen droht, was nicht so sehr verwunderlich wäre, da zur Zeit der Operation die erste Operationswunde an einzelnen Stellen noch granulirte und so die Asepsis gefährdete.

#### Beschreibung des Präparates.

Makroskopischer Befund: Der exstirpierte Cystenbalg besitzt eine derb-fibröse Wand, deren Dicke zwischen 3 und 10 mm schwankt. Die Innenfläche ist stellenweise weisslich, glatt, stellenweise unregelmässig, an der Oberfläche erweicht und grünlich verfärbt, stellenweise endlich — und zwar in ziemlich grosser Ausdehnung von einer dünnen Schicht verkalkten Gewebes bedeckt, in dem zahlreiche Haare stecken. Nirgends sind Zähne vorhanden, dagegen findet sich ein dünner, platter Knochen von 4½ cm grösster Ausdehnung vor. Der Inhalt der Cyste besteht aus einer zähbreiigen, dunkelgrünbraunen, mit zahlreichen blonden, mehrere Centimeter langen Haaren vermischten Masse.

Histologische Untersuchung: (Färbung der Schnitte mit Hämatoxylin-Eosin). Die Wand der Hauptcyste besteht aus einem in den peripheren Schichten mehr oder weniger kernarmen fibrillären Bindegewebe, in welches, besonders in der Nachbarschaft der grösseren Blutgefässe, Herde von Kleinzellinfiltration eingelagert sind. Dieses Bindegewebe schliesst an einzelnen Stellen kleine Blutergüsse ein, in denen die rothen Blutkörper stellenweise erhalten sind, während sich an anderen Stellen bloss amorphes Blutpigment findet.

An einer Stelle enthält die peripherste Bindegewebsschicht einige kleine Bündel von glatten Muskelfasern. Diese muskelfaserhaltige Schicht ist stellenweise von dem einwärtsliegenden Bindegewebslager durch eine etwas lockerere Zellschicht getrennt, während sie an anderen Punkten direct in das erstere übergeht. Auch zwischen diesen Bündeln glatter Muskelfasern finden sich Herde von Rundzellinfiltration. Gegen das Innere der Cystenwand hin nimmt der Kernreichthum zu, und das fibrilläre Bindegewebe wird in mehr oder weniger scharfem Uebergang durch ein sehr kernreiches Granulationsgewebe ersetzt, in welchem im ganzen die kleinen Rundzellen mit stark gefärbten Kernen vor den grossen blasskernigen Bindegewebszellen vorherrschen. Dieses Granulationsgewebe schliesst ziemlich zahlreiche Blutergüsse und mehr oder weniger ausgedehnte nekrotische Partien ein. Ausnahmsweise findet sich in demselben ferner ein Schnitt durch einen Haarschaft, nirgends gelingt es dagegen, eine deutliche Haarwurzel aufzufinden.

Auf keinem der von acht verschiedenen Stellen der Cystenwand entnommenen Schnitte ist es möglich, eine Epithelschicht nachzuweisen. Von quergestreifter Musculatur, Nervengewebe, Talg- oder Schweissdrüsen ist keine Spur zu finden.

Die frische Untersuchung des Cysteninhaltes ergibt neben Detritus und braungelbgefärbten Blutpigmentschollen das Vorhandensein von kernlosen, mehr oder weniger deutlich erkennbaren Plattenepithelzellen, sowie von zahlreichen Haaren.

Die Wand der serösen Nebencysten besteht aus Bindegewebe mit einer glatten, keine Epithelzellen tragenden Innenfläche. Eine deutliche Endothelschicht liess sich nicht erkennen.

Es ergibt sich aus dem Mitgetheilten, dass der ovarielle Ursprung der Geschwulst wohl kaum auf Zweifel stossen dürfte. Das Fehlen des linken Eierstockes, das Vorhandensein eines blindsackförmigen, am Darm adhären ten Tubenstummels und endlich der Sitz der Cyste — Anlagerung an das Mesenterium, nicht Einlagerung zwischen die Blätter desselben — bilden genügende Beweisgründe. Dass das periphere Tubenende nicht, wie in mehreren in der Literatur mitgetheilten Beobachtungen, an der Cyste sitzend gefunden wurde, ist kein Gegenbeweis, da dasselbe sehr wohl, auch wenn es mit abgedreht worden, nachträglich in den Adhäsionen zu Grunde gegangen sein konnte. Wir gehen also auf die diagnostische Seite hier nicht näher ein, sondern wollen nur noch einige die Pathogenese betreffende Punkte berühren.

Dass die Geschwulst als Dermoid congenital angelegt war, ist selbstverständlich. In welche Zeit fällt aber ihr Hauptwachsthum und die Ablösung von der Ursprungsstelle?

Der Umstand, dass der Tumor bei Anlass des ersten Curettements im August 1897 den Aerzten nicht auffiel, lässt sich wohl nur so deuten, dass er nicht mehr an seiner ursprünglichen Stelle sass,

sondern sich schon abgelöst hatte. Die Angabe der Patientin, nach welcher sie die Geschwulst erst im October bemerkt hätte, ist in dieser Hinsicht keineswegs maassgebend, da sich die Kranke sehr wenig beobachtete, und ihre Aussagen deshalb mit Vorsicht aufzunehmen sind. Ich glaube vielmehr, wie oben bemerkt, dass die Ablösung schon früher stattgefunden hatte, dass aber vom Herbst 1897 an durch zunehmende Verwachsungen mit dem Darm und durch Bildung der im Operationsbericht beschriebenen serösen Cysten, weniger wohl durch eigenes Wachsthum, die Geschwulst sich mehr und mehr bemerklich machte. Für die Annahme eines längeren Bestehens spricht auch die auffallende Derbheit der Verwachsungen und die Mächtigkeit des sie bildenden Bindegewebes.

Wie kam nun die Ablösung zu Stande? Als gewöhnlichster Mechanismus wird Stieldrehung angenommen, daneben aber auch Abschnürung des Stieles durch Narbenstränge, ferner allmähliches Ausziehen desselben durch Verwachsung des Tumors mit Organen der Bauchhöhle. Der zweitgenannte Ablösungsmodus dürfte wohl hier ausgeschlossen werden, da im Gebiet der Beckenorgane keinerlei Stränge vorhanden waren. Auch ein Ausziehen des Stieles durch Verwachsung der Geschwulst mit dem Darm und daher beständige Zerrung erscheint als recht unwahrscheinlich, da die Einpflanzungsstelle — die Flexura coli dextra — trotz des in unserem Falle sehr langen Mesenteriums durch vom ursprünglichen Sitz des Dermoids zu weit ablag, um vor der Ablösung desselben mit ihm zu verwachsen. Abgesehen von der Entfernung hätte ferner die Dazwischenslagerung von S. Romanum und Dünndarm eine solche Verlöthung eines verhältnissmässig nicht grossen Tumors des kleinen Beckens in diagonalen Richtung mit dem entferntesten Punkte der Bauchhöhle mit ziemlicher Sicherheit vereitelt. Es bleibt uns also nur noch die Annahme einer Abdrehung mit secundärer Implantation nach Wanderung durch das Abdomen. — Auf die Frage der Ernährung der Cyste an der Implantationsstelle und den von Segond<sup>9)</sup> erhobenen Einwand werde ich unten zu sprechen kommen. Der Umstand, dass in der Vorgeschichte der Patientin von acuten Stieldrehungserscheinungen nichts berichtet wird, lässt uns vermuthen, dass sich die Abdrehung langsam vollzogen hat, ohne das Bild peritonitischer Reizung hervorzurufen. Die im weiteren Verlauf auftretenden Störungen der Darmfunktion erklären sich ohne weiteres aus dem Vorhandensein von sehr ausgedehnten Verwachsungen.

Was die kleinen serösen Cysten, von denen wir oben berichtet haben, betrifft, so dürfte es sich wohl am ehesten um Lymphcysten handeln,

bedingt durch Störung der Lymphcirculation infolge der Verwachsungen. Unser erster Gedanke, es könnte eine cystische Entartung des nicht im Dermoid aufgegangenen Ovarialrestes oder des damit vielleicht im Zusammenhang gebliebenen Parovariums vorliegen, wird durch das Fehlen jeglicher epithelialen Auskleidung dieser Nebencysten ausgeschlossen.

Von Interesse ist das mikroskopische Verhalten des Haupttumors. Die braungüne Verfärbung des Inhaltes mit dem mikroskopischen Nachweis von Blutpigment lässt auf eine stattgehabte Blutung in die Cyste schliessen, wie sie bei Torsion Regel sind. Das völlige Fehlen einer Epithelschicht kann wohl nur so gedeutet werden, dass dieselbe bei Abtrennung der Cyste, ihrer Ernährung beraubt, in ganzer Ausdehnung nekrotisch wurde und einem mehr oder weniger tüppig wuchernden granulationsähnlichen Gewebe — einer aseptischen Ulceration — Platz machte. Auf einer ziemlich weiten Fläche war diese letztere, wie gesagt, noch überlagert von einer dünnen, Haare tragenden Kalkplatte — offenbar der nekrotisch gewordenen und verkalkten Innenschicht. Die secundär von den Verwachsungen mit dem Peritoneum her sich einstellende Vascularisation hatte also nicht genügt, um die Ernährung des Epithels aufrecht zu erhalten, während sie hinreichte, um die Bindegewebsschicht der Dermoidwand zu ernähren und stellenweise sogar kräftig wuchern zu lassen. Es spricht dieser Befund ebenfalls eher dafür, dass die Cyste vor ihrer Ablösung noch nicht mit ihrem späteren Sitz verwachsen war, sondern dass sie sich erst nach erfolgter Abtrennung und durchwanderung der Bauchhöhle daselbst implantirte.

Segond weist die Ansicht von L. Tait zurück, als ob sich abgelöste Cysten ohne vorherbestehende Verwachsungen durch einfachen Contact wieder frisch ernähren könnten. In unserem Fall, wo alles gegen vorgängige Verwachsungen spricht, scheint doch durch einfachen Contact eine secundäre Einpflanzung stattgefunden zu haben, welche wenigstens insoweit genigte, als sie die Bindegewebsschicht zu ernähren vermochte. Einer weiteren Ausdehnung des Dermoides durch Vermehrung des Inhaltes war bei dem Untergang des Epithels der Boden abgeschnitten. Dies hinderte freilich nicht, dass die Cysten infolge der Verwachsungen erhebliche Störungen verursachte und die Existenz der Patientin in Frage stellte, bevor noch der vielleicht mit der Zeit zu erwartende Schrumpfungsprocess eintreten konnte.

Die Operation bot als wichtigste Besonderheit die ausserordentlich feste und breite Verwachsung des Balges mit dem Darm, welche



trotz aller Vorsicht zu stellenweiser Entblössung der Darmwand von ihrer Serosa führten. Dem hier von rascher Heilung gefolgten primären Schluss der Bauchhöhle dürfte in den meisten derartigen Fällen als sichererer Weg doch die Tamponade nach Mikulicz vorzuziehen sein. Immerhin beabsichtige ich, Thierversuche anzustellen, um zu untersuchen, bis zu welchem Grade die Darmwand ungestraft von ihrer Serosa entblösst werden darf.

Den Chirurgen interessirt die Wanderung der Ovarialtumoren hauptsächlich in diagnostischer Hinsicht, und es lohnt sich der Mühe, nachzusehen, wo sich in den bisher beobachteten Fällen die Geschwulst implantirt hat, soweit Angaben über diesen Punkt vorliegen.

In erster Linie kommt der Douglas'sche Raum in Frage. In demselben wurden viermal abgelöste Ovarien oder kleinere Ovarialtumoren theils frei, theils adhärent gefunden. In 3 Fällen verirrte sich der Tumor in die Gegend des Ligamentum latum der anderen Seite, während zweimal eine von ihrem Ursprung abgelöste kleine rechte Ovarialeyste mit den Gebilden der Ileocoecalgegend verwachsen gefunden wurde. Einmal fand sich die Cyste im oberen Beckeneingang sitzend, mit Wirbelsäule und Netz verwachsen, ein anderes Mal im Hypogastrium, der Bauchwand und dem Mesenterium adhärent. In einem anderen Fall bestanden Verwachsungen zwischen Bauchwand, Dünndarm und Netz. In 10 Fällen werden Verwachsungen mit Netz, Darm und Mesenterium in den verschiedensten Combinationen angegeben. Besonders bemerkenswerth sind 2 Fälle, von denen der erste von Doran<sup>1)</sup> mitgetheilt wurde. Ein anfänglich links vom Nabel beobachteter Tumor bei einer 33jährigen Frau wanderte nach einer Schwangerschaft nach der rechten Seite. Bei der Percussion fand sich nach aussen noch Darmton. Die Operation ergab das Vorhandensein einer mit dem Mesocolon ascendens und dem Netz fest verwachsenen Dermoidcyste. Das rechte Ovarium war normal, das linke wurde nicht untersucht. Stammt das Dermoid, wie Doran annimmt, vom letzteren, so läge ein ähnliches Verhalten vor, wie in unserem Fall, nämlich diagonales Durchwandern der Bauchhöhle vor der secundären Implantation der Cyste. Noch eigenthümlicher ist die von Sacchi am internationalen Congress in Rom mitgetheilte Beobachtung: Die 45jährige Patientin war Trägerin einer kugeligen Geschwulst in der Nabelgegend, etwas nach links. Bei der Operation fand sich, dass eine zwischen Pankreas und Ligamentum gastrocolicum sitzende Cyste vorlag, deren nachherige mikroskopische Untersuchung die Diagnose auf eine Ovarialeyste stellen liess. (Warum, wird nicht angegeben.) Patientin starb einige Zeit

darauf an Leberkrebs. Die Autopsie zeigte, dass beide Ovarien vorhanden waren, jedoch fand sich am rechten Ovarium eine kleine, gestielte Cyste. Sacchi nimmt nun an, die früher in der Bursa omentalis gefundene Cyste sei in gleicher Weise, wie die bei der Autopsie gefundene am rechten Ovarium entstanden, habe sich dann abgelöst und sei schliesslich durch das Foramen Winslowi in die Bursa omentalis gewandert, um sich dort festzusetzen und weiter zu entwickeln. Entscheidend ist der histologische Befund, über den jedoch nichts genaueres mitgetheilt wird.

Es geht aus dieser kurzen Uebersicht hervor, dass man im ganzen Abdomen erratische Ovarialeysten antreffen kann. Wenn auch die Diagnose nie mit Bestimmtheit wird gestellt werden können — es sei denn, dass man die Wanderung eines sicher diagnosticirten Ovarialtumors an eine weit entfernte Stelle des Abdomens erfolgen konnte —, so wird man doch bei allen unabhängig in der Bauchhöhle vorhandenen Cysten an einen ovariellen Ursprung denken müssen. Unwahrscheinlich wurde diese Annahme in dem Fall, wo beide Ovarien mit Sicherheit nachweisbar sind — wenn nicht ein Verhältniss vorliegt, wie im Fall von Sacchi. Die Unmöglichkeit, das eine oder andere Ovarium palpatorisch nachzuweisen, die in unserem Falle vorlag, hat dagegen weniger Beweiskraft, da ein kleines oder plattes Ovarium der genauesten bimanuellen Untersuchung entgehen kann.

---

### Litteratur.

- 1) Rokitansky, Allgemeine Wiener med. Zeitschr. 1860. Nr. 2—4.  
Chalot, Annales de gynécologie. 1887. T. XXVII. p. 161.
  - 3) Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien. 1886. Deutsche Chirurgie. 58. Lieferung. S. 110.
  - 4) Sacchi, Atti dell XI congreso medico internazionale Roma. 1894. vol. IV. p. 546.
  - 5) Smith, Lancet. 1895. I. p. 578.
  - 6) Brewis, Edinb. med. Journ. 1896. März, nach Centralbl. für Gynäkologie. 1897. p. 226.
  - 7) Tóth, Centralbl. f. Gynäkologie. 1897. S. 1158.
  - 8) Pozzi, Traité de gynécologie. III ed. Paris 1897. p. 812.
  - 9) Segond, In Duplay et Reclus, Traité de chirurgie. T. VIII. p. 643.
  - 10) Doran, Lancet. 1885. I. p. 798.
-