DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.

Lichtensteinallee 3.

Am Karlsbad 5.

Seeburgstr. 31.

INHALT.

I. Ueber Leber- und Gallenblasenadhäsionen bei Geschwülsten der weiblichen Geschlechtsorgane. Von Priv.-Doc. Dr. H. W. Freund in Strassburg i. E.

II. Aus der inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Charlottenburg: Ein Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Syringomyelie. Von Dr. Laese, Assistenzarzt.

III. Aus der Augenklinik von Prof. Dr. H. Cohn in Breslau: Ueber die Erfolge der Scleralpunction bei Netzhantablösung. Von Dr. A. Kronheim, Assistenzarzt.

IV. Lues hereditaria und Keratomalacie. Von Dr. Peltesohn in Hamburg.

V. Die angeborenen Lidkolobome und ihre Beziehung zu den Gesichtsspalten. Von Dr. F. Schanz in Dresden.

Öffentliches Sanitätswesen: Gesundheitspflege und Krankenpflege in London. (Schluss.) Von Dr. G. Meyer in Berlin.

Krankenpflege: Krankenpflege im Ehrenamt. Berichtigung des Magistrats der Stadt Posen und Bemerkungen dazu von Kreisphysikus Dr. Dietrich in Merseburg.

Correspondenzen und Erwiderungen: Ein forensischer Fall von Gehirnautomatismus. Von M. Breitung in Coburg.

Kleine Mittheilungen.

I. Ueber Leber- und Gallenblasenadhäsionen bei Geschwülsten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Von Dr. Hermann W. Freund in Strassburg.

Die Eierstockgeschwülste können mit den Organen der Becken-Bauchhöhle ohne Ausnahme Adhäsionen eingehen, mit denen der oberen Abschnitte (Magen, Leber, Gallenblase, Zwerchfell) naturgemäss nur selten. Die Adhäsionen compliciren wohl manche Operation, machen sie aber nicht unmöglich. Die Technik hat die von dieser Seite sich bietenden Schwierigkeiten schnell und radikal beherrschen gelernt. Der erste der in folgendem mitzutheilenden Fälle wird aber zeigen, dass solche Adhärenzen unter Umständen die Ovariectomie zu einer schwierigen Operation umgestalten können.

Die Uterusmyome verwachsen bekanntlich viel seltener mit den Becken-Baucheingeweiden als die Ovarientumoren. Tritt das Ereigniss ein, so sind meist irritative Processe in den Adnexen, den umgebenden Organen (Coecum, Flexur, Blase), oder im Tumor selbst (Degenerationen) die direkte Veranlassung. Adhäsionen von Myomen mit den Organen der oberen Bauchhöhlenpartie, insbesondere mit der Leber, wie sie der zweite mitzutheilende Fall darbietet, sind sehr selten. Somit erscheint es gerechtfertigt, die Casuistik um folgende Fälle zu vermehren:

Fall 1. Im October 1897 trat eine ledige 58jährige Person in desolatem Zustand in die Strassburger Hebammenschule ein. Sie erzählte, dass sie seit zwei Jahren an Anschwellungen des Bauches leide, die von Zeit zu Zeit einen solchen Grad erreichten, dass sie ihr Arzt bereits zwanzigmal punctirt habe, wobei jedesmal viele Liter dunkler Flüssigkeit ausgeflossen wären. — In jungen Jahren habe sie eine normale Geburt durchgemacht. Die Regel, früher regelmässig, sei seit zehn Jahren verschwunden. — Schmerzen leide sie nur wenig zu beiden Seiten des Leibes, sei aber am Ende ihrer Kräfte, kurzathmig und könne wegen angeschwollener Füsse schlecht gehen. — Die kleine, decrepide, sehr magere Person sieht schwer leidend aus. Haut braungelb, Conjunctiven deutlich icterisch. Mässiges Oedem der Unterschenkel. Kleiner Puls, 84. Arterie sklerotisch. Schwache, reine Herztöne. Kein Hydrothorax. — Abdomen wie im letzten Monat einer Gravidität aufgetrieben, nicht fluctuirend. Dämpfung allenthalben bis über Nabelhöhe. Bei Lagewechsel kein deutlicher Schallwechsel. Nirgends ist ein Tumor sicher durchzufühlen. — Der rechte Rippenbogen ist nach aussen aufgeworfen. Kleine Hernia umbilicalis, Knötchen in ihr nicht zu fühlen. — Zahlreiche Punctionsstellen sichtbar. Die Harnblase wird von hinten her durch Tumorknollen, welche der Katheter gut erkennen lässt, eingebuchtet und erreicht nur eben die obere Haargrenze des Mons veneris. Der Urin ist klar, spärlich, braungelb, enthält Gallenfarbstoff, kein Eiweiss und keinen Zucker. Der atrophische Uterus

schwimmt in Ascites; er bleibt hinter einem mehrknolligen, das Becken zum Theil erfüllenden Tumor liegen, der wohl nach oben als grosse, augenblicklich etwas schlaffe Cyste in den Bauch sich erstreckt. — Ein Stiel ist nicht mit Sicherheit nachzuweisen, doch fühlt man das rechte Ligament beim Anziehen des Uterus mit einem Muzen sich anspannen. — Die Diagnose wird auf Polykystoma ovarii gestellt. Angesichts des Ascites, des Icterus, dazu der Unbeweglichkeit des Tumors, der Kachexie und der Oedeme ist eine maligne Degeneration nicht auszuschliessen.

Ovariectomie am 7. October. Chloroformnarkose, bleibt ungestört. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Bauchdecken sehr dünn, Recti diastatisch. Peritoneum parietale sehnig verdickt. Schleimige Tumorfüssigkeit reichlich frei im Abdomen. Der Tumor selbst ist eines von den enormen Polykystomen des Eierstockes, wie man sie in neuerer Zeit nur noch ausnahmsweise sieht, ein „altmodisches“. Die Folge der zwanzig Punctionen macht sich als ausgedehnteste Verwachsung der Tumorbund mit dem Peritoneum der Bauchwand, dem Netz, den Därmen, dem Uterus bemerkbar, deren Lösung nach der Verkleinerung des Kystoms ziemlich viel Aufenthalt verursacht. Bei der Ablösung der Geschwulstkuppe erscheint in der Lebergegend ein länglicher, derber, ganz in Pseudomembranen eingehüllter Knollen, dessen Natur zunächst nicht klar wird. Er macht den Eindruck eines Carcinomknotens. Die Trennung des Tumors von ihm gelingt leicht, die Trennungsfläche aber blutet ziemlich stark venös. Sie wird solange mit einem Schwamm comprimirt, bis der sehr lange, halbbreite Stiel des Kystoms unterbunden und der Tumor abgetragen ist. (Der Stiel war 1½mal spiralig links gedreht und vom Ligamentum ovarii, Ligamentum latum und der Tube zusammengesetzt. — Ovarium sinistrum völlig atrophirt.) — Der höckerige Tumor in der Lebergegend blutet auch jetzt noch ziemlich stark. Er erweist sich vermöge seiner Lage und Verbindung als die ausgedehnte, mit Steinen völlig erfüllte Gallenblase. Ihre Länge beträgt wenigstens 10 cm, die Gestalt ist länglich, wurstförmig, die Wand durch alte Peritonitis circumscripta ansehnlich verdickt, der Inhalt anscheinend nur aus grösseren und kleineren Concrementen gebildet. Die peritonealen Pseudomembranen sind nach der unteren Leberfläche hin am stärksten entwickelt. Ein divertikelartiger, länglicher Auswuchs der Gallenblase geht in den Ductus cysticus über. Angesichts der anhaltenden Blutung ihrer Wand, welche eine sichere Stillung erheischte, schien das radikalste Verfahren, nämlich die Entfernung des Organs, umso mehr angezeigt, als anderweitige Blutstillungsmethoden (Umstechung, Glühhitze) die Gefahr einer Wandusur mit Austritt von Inhalt in die Bauchhöhle nahe bringen konnten und als ferner eine Cholecystektomie bei der Obstruction der Höhle mit massenhaften Concretionen gerechtfertigt erschien. Der Bauchschnitt wurde daher bis drei Querfinger über den Nabel (unter Umschneidung der kleinen Hernie in letzterem) verlängert. Die dicken Peritonealschwarten zwischen der Gallenblase und der Leberfläche gestatteten jetzt ein gefahrloses, rasches Durchstechen mit Ligaturen und eine Durchtrennung ohne Verletzung des Organs. Nach

einfacher Abbindung und Durchschneidung des Ductus cysticus konnte ich die intacte Gallenblase entfernen. Das Adhäsionsbett, aus dem sie befreit war, blutete aber venös weiter. Die Pseudomembranen lieferten Substanz genug, um als Deckung darüber genäht zu werden, was mit drei Fäden gelang und jede Hämorrhagie stillte. — Schluss der Bauchwunde. Verband. Dauer der Operation drei Viertelstunden. — Abends: Temperatur 36,7. Puls regelmässig. Wenig Erbrechen, Urin spontan, icterisch.

8. October. Gutes Allgemeinbefinden. Temperatur 36,7. Kein Erbrechen. Keine Schmerzen. Puls gut. Der Icterus unverändert. — 9. October. Status idem. Nachts gehen Flatus ab. — 10. October. Sehr gutes Befinden. Hungergefühl. Puls kräftig. Um 9 Uhr früh beginnt Patientin zu frösteln, klagt über Kälte- und stärkeres Hungergefühl. Die Temperatur steigt auf 39°, der Puls aber bleibt kräftig, nur 88 Schläge. Das Aussehen der Patientin ist ein gutes. Patientin wird äusserlich erwärmt, erhält ein warmes Weinklystier und innerlich alle Fünftelstunden Suppe und Milch. Schon um 11 Uhr Vormittags beträgt die Temperatur nur noch 38,2° und um 3 Uhr 37°. Von da an bleibt sie die ganze Reconvalescenz hindurch normal. — Am 11. October zwei copiose breiige Stühle. Die Wunde heilt per primam. — Schon am 13. October, also sechs Tage nach der Operation, war der Urin frei von Gallenfarbstoff. Am 18. October ist der Verband Morgens durchnässt. Aus einer feinen Oeffnung im oberen Drittel der Bauchwunde entleert sich ziemlich reichliche gelbliche Flüssigkeit. Ascites ist nicht nachzuweisen. Dieser Flüssigkeitsaustritt wiederholte sich alle Tage, besonders als Patientin am 23. October aufstand. An diesem Abend bekam sie einen Anfall, der sich wie eine typische Gallenkolik ausnahm: heftigste Schmerzen in der Lebergegend, Frieren, Pulsverlangsamung. Morphium und feuchtwarme Umschläge waren von raschem Erfolge. Vom folgenden Tage an hörte der Flüssigkeitsaustritt aus der Wunde auf, Koliken stellten sich nicht mehr ein, Patientin trat in volle Genesung über. Drei Monate nach der Operation meldet Patientin brieflich: Sie befinde sich sehr wohl, sehe gesund aus, habe bedeutend zugenommen und könne ihrem Gewerbe als Hausirerin wie früher nachgehen. Der Bauch sei schlaff und eingefallen. Schmerzattacken habe sie nie mehr erlebt. Die Beine seien abgeschwollen.

Der extirpierte Eierstockstumor erwies sich als gewöhnliches Kystadenom ohne maligne Degeneration. Die Gallenblase zeigte — in Alkohol conservirt — die in Figur 60 gegebene Gestalt und verhielt sich auch bei

Fig. 60.

genauerer Besichtigung so wie in der Operationsgeschichte angegeben. (Beim Präpariren des in Spiritus gelegten Organs öffnete sich dasselbe an einer kleinen, dem Cysticusansatz benachbarten Stelle, durch welche nun ein Stein sichtbar wird.)

Die Complication einer Ovariectomie durch eine Cholecystektomie ist jedenfalls eine seltene; meines Wissens ist noch kein derartiger Fall beschrieben worden.

Die Indication zur Entfernung der Gallenblase war eine doppelte: die hartnäckige venöse Blutung aus der adhärennten Partie und die totale Ausfüllung mit Concrementen.

Flüssige Galle fand sich gar nicht mehr in der Blase, die Steine waren einer an den andern gedrückt, die ganze Masse derselben unbeweglich.

Es ist die Frage zu discutiren, ob es nicht vorzuziehen gewesen wäre, die Gallenblase erst gar nicht vom Tumor zu lösen, sondern im Zusammenhang mit letzterem zu extirpiren. Die Gefahr einer Anreissung derselben und der Blutung, welche schliesslich bestimmend wurde, waren so zu umgehen. Ich will nicht leugnen, dass ich mich bei besserer Uebersichtlichkeit der Verhältnisse vielleicht dazu entschlossen hätte. Aber die Cholecystektomie wäre durch die Anheftung des grossen, raumbeschränkenden Ovarialcystoms technisch schwierig gewesen, und auf der andern Seite hätte ja die Blutung aus der adhärennten Partie nicht erheblich, die Steinmasse nicht immobil zu sein brauchen. Im

letzteren Falle hätte ich dann nur zu versuchen brauchen, was ich in zwei Fällen mit Erfolg ausgeführt habe: das Verschieben eines Gallensteines durch die uneröffnete Blase und ihren Ausführungsgang hindurch in den Darm. In Strassburg ist die Cholelithiasis ein so verbreitetes Leiden, dass wir die Gewohnheit angenommen haben, bei breiter Eröffnung der Bauchhöhle aus irgend welchen Indicationen daraufhin durch einen direkten Griff oder Inspection nachzuforschen. Kleinere Steine lassen sich schnell und leicht in der genannten Manier nach der Blase oder dem Darm hin ausdrücken, wie man es ja sogar durch die uneröffneten Bauchdecken hindurch erfolgreich ausgeführt haben will.

Was die Operation selbst anlangt, so war sie die denkbar einfachste. Die grosse Schlaffheit der Bauchdecken und die lange Incision derselben machten das Operationsfeld in der erwünschtesten Weise zugänglich. Der Medianschnitt erwies sich als durchaus praktisch. Die Abnähung der Blase von der Leber war durch die hochgradige Peritonitis circumscripta chronica sehr sicher, die Entfernung der Gallenblase ohne Eröffnung bei der verdickten Wand garantirt; der rein concrete Inhalt verminderte zudem jede Gefahr. Ich habe das Abnähren der Blase von der Leber dem Abklemmen vorgezogen, weil es sehr sicher ist und ich hier wie bei anderen Operationen mich scheue, vorher abgeklemmte Partien zu versenken.

Die Frage, ob die Adhäsion der Gallenblase am Tumor ovarii zur Entstehung der Gallensteine die Veranlassung gewesen ist, lässt sich hier nicht entscheiden, weil die Anamnese diesbezüglich Positives wenig ergab. Angaben über Schmerzattacken, Gelbsucht, Verdauungsbeschwerden, die vor den Tumorbeschwerden bestanden hätten, waren nicht zu eruiern.

Da wir wissen, dass alle Momente, welche den Gallenabfluss erschweren, zur Gallensteinbildung führen können, so dürfte ein Adhärenntwerden des Gallenreservoirs an einem Abdominaltumor ätiologisch in Betracht kommen.

Was die in der Reconvalescenz beobachteten Zufälle zu bedeuten hatten, ist nicht leicht zu verstehen. Der Schmerz anfall am 15. Tage nach der Operation könnte ja als Gallensteinanfall angesprochen werden. Es ist uns bei der Operation ein Stein im Ductus choledochus nicht begegnet, dass aber ein Concrement (oder eingedickte Galle) in einem Lebergang zurückgeblieben sei, ist unwahrscheinlich, schon deshalb, weil bis drei Monate nach der Operation neue Attacken nicht mehr aufgetreten sind.

Viel wahrscheinlicher ist es, dass ein Ereigniss eingetreten ist, welches auch von Mermann als Folge einer Cholecystektomie beobachtet ist und von Langenbuch (Deutsche Chirurgie 45, II, S. 322) als unvollständiger Verschluss des Ductus cysticus richtig gedeutet sein dürfte. Ich habe den Ductus nur einfach ligirt, nicht aber, wie Langenbuch rath, doppelt, nicht übernäht oder mit dem Paquelin verschorft. Es scheint mir plausibel, anzunehmen, dass vom 10. bis zum 15. Tage der Reconvalescenz ein Gallenfluss (nach mehrtägiger Retention unter den zur Deckung benutzten Peritoneallappen) durch den oberen Theil der frischen Bauchnarbe stattgefunden und dass erst nachher die definitive Obliteration des Ductus Platz gegriffen hat. Reine Galle ist aber nicht abgeflossen, sondern eine icterische, seröse Flüssigkeit. Die Hauptmenge derselben kann von dem stark gereizten Peritoneum geliefert worden sein, wie solches nach Laparotomien überhaupt nicht selten vorkommt.

Fall 2. Der zweite Fall betraf ein 65jähriges Fräulein, das früher stets an profusen Menorrhagien gelitten hatte. Im 45. Lebensjahre wurde bei ihr ein „rechts im Unterleibe entwickelter Tumor“ ärztlich festgestellt. Im 50. Jahre trat die Menopause ein. Seitdem hat sich der Tumor nicht besonders bemerklich gemacht. Erst seit drei Monaten wächst er rasch und energisch und verursacht neben dem Gefühl von Schwere Appetitlosigkeit, Erbrechen und häufige Schmerzen. — Am 8. April 1893 constatirte ich bei der mageren, anämischen und gebrechlichen Person eine ungeheure, etwas weiche Geschwulst, die das ganze Abdomen bis ins Epigastrium und weit in die Lumbalgegenden hinein ausfüllte und nicht beweglich war. Ueber ihren Zusammenhang mit den Genitalien konnte ich nur so viel eruiern, dass die kurze Portio vaginalis direkt in sie überging und ein Corpus uteri nicht zu differenziren war. Die Diagnose musste daher auf einen, vielleicht bösartigen Uterustumor (weiches Myom mit Degeneration) gestellt werden.

Die Harnblase ragte bis zwei Querfinger über die obere Haargrenze des Mons veneris. Der dünne helle Urin enthielt Eiweiss in geringen Mengen und sehr spärliche granulirte Cylinder. Die Unterschenkel waren stark ödematös.

Die Patientin drängte zur Operation. Dieselbe war ex indicatione vitali gerechtfertigt, trotzdem die Chancen ungünstige waren. Die Entkräftung war sehr gross, die zu erwartenden technischen Schwierigkeiten entschieden erheblich, das schlimmste aber war die chronische Nephritis, die man nach dem Urinbefund diagnosticiren musste.

Die Operation wurde am 8. April 1893 in halber Narkose (Aether)

vorgenommen. Schnitt drei Querfinger über dem Nabel beginnend, bis zur Symphyse. Die leicht ödematösen Bauchdecken bluten allenthalben so anhaltend, wie man es sonst bei grossen, lange bestehenden Tumoren nicht sieht. Eine Menge Klemmen mussten angelegt werden, weil der Patientin Blut gespart werden sollte, aber trotz allem floss dünnes, nicht gut gerinnendes, blasses Blut continuirlich aus. Der Verdacht auf Hämophilie war dadurch rege geworden und wurde später zur Gewissheit. Der Tumor war ein colossales weiches, vielknolliges Fibromyom des Uterus, das oben Leber und Magen, nach hinten, besonders rechts die Nierengegenden erreichte und in die Radix mesenterii hineingewachsen war. Im Cervicaltheil war es noch gut faustdick. Nur die rechten Adnexe sind hoch oben am Tumor sichtbar, die linken zunächst nicht zu entdecken. Ausser im Mesenterium war die Geschwulst in ganz eigenthümlicher Weise mit dem linken Leberlappen adhären. Es zogen nämlich acht parallel neben einander liegende, fast ganz isolirte Venen kleinen Calibers von dem Lappenrand in den Tumor hinein. Die Gefässe hatten nicht ganz 1 cm Länge und waren nur zum Theil durch zartes Gewebe mit einander verbunden. Sie wurden — schon angesichts der hämorrhagischen Diathese — jedes einzeln mit feinsten Seide ligirt und durchtrennt, trotzdem blutet die Partie. wenn auch unbedeutend. — Es folgt nun die ziemlich schwierige Auslösung des Myoms aus dem Mesenterium, wobei eine sehr erhebliche parenchymatöse, venöse und arterielle Blutung entsteht. Die Arterie wird rasch umstochen, die venöse Hämorrhagie ist aber so stark, dass das Mesenterium zunächst durch Plattennähte verschlossen und mit Gaze comprimirt werden muss. Rasche Abbindung der rechten und der ziemlich tief ins Becken herabgezogenen linken Adnexe. Ein Schlauch wird um den sehr dicken Cervix gelegt und der mächtige Tumor amputirt. Ueberall blutet es ansehnlich. Im Mesenterium hat sich ein grosses Hämatom gebildet, weshalb die Plattennähte entfernt und durch exacter angelegte viel umgreifende Nähte im oberen und unteren Wundwinkel des Mesenteriums ersetzt werden. Der mittlere Abschnitt wird mit Gaze fest tamponirt. Auch der umschnürte Stumpf blutet, trotzdem der Schlauch fest anliegt. Unter letzterem werden die seitlichen Stumpfpartien umstochen. Nach Verschorfung der Oberfläche mit dem Paquelin steht die Blutung halbwegs. Der Stumpf wird in den unteren Wundwinkel eingenäht. Das Mesenterium blutet nicht mehr, die adhären gewesene Leberpartie nur unbedeutend. Eine Gaze-schleife des Mesenteriumtampons wird bis nach dem blutenden Leberrand hingeführt, das Ende zu der rasch geschlossenen Bauchwunde herausgeleitet. Nach der eine Stunde dauernden Operation ist der Puls klein, aber regelmässig; auf ein Weinklysmen hebt er sich. Nachmittags um 4 Uhr: Temperatur 36.4. Puls 132. Nachblutung aus dem Stumpf. Verband entfernt. Umstechung rechts und links über der Stumpfnadel. Blutung steht. Nachts eine neue nicht unerhebliche Blutung aus dem ganzen Stumpf; beim Abtupfen bleibt kaum eine kleine Stelle trocken. Umschnürung des Stumpfes unterhalb der Nadel mit einem dünnen Schlauch. Neue Verschorfung der Oberfläche mit dem Paquelin. Am 9. April beträgt die Temperatur 36.8, Puls klein, 132. Urin per Katheter, spärlich. Nachmittags eine neue Nachblutung aus dem Stumpf, die, wenn auch weniger intensiv als gestern, doch den Verband durchdringt. Bestreichen der blutenden Fläche mit Liquor Ferri sesquichlorati ist sofort erfolgreich. Der Bauchtampon ist trocken. Am 10. April wieder eine Nachblutung, diesmal nur linkerseits aus dem Stumpf. Liquor Ferri leistet wieder gute Dienste. Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Urin spontan. 11. April Temperatur 39°, Puls 116, kräftiger. Der Verband ist über dem Stumpf feucht und blutig-serös getränkt, wird aber nicht abgenommen. Am folgenden Tage wird, nachdem Flatus abgegangen, sehr vorsichtig die das Abdomen tamponirende Gaze entfernt. Nur dunkle seröse Flüssigkeit, aber kein Blut entleert sich aus dem Draincanal. Patientin weiss nichts von Bluterkrankheit in ihrer Familie. Sie selbst erinnert sich, dass sie bei einer Zahnextraction einmal stark und „ziemlich lange“ geblutet habe, doch sind diese Angaben sehr unsicher. Die Reconvalescenz war fieberlos. Nachblutungen traten nicht mehr auf. Der Stumpf fiel unter austrocknender Behandlung am 22. Tage nach der Operation ab. Der untere Winkel der Bauchnarbe verengert sich langsam. Patientin wurde entlassen, konnte besser Nahrung zu sich nehmen, schlafen, fühlte sich wohl wesentlich erleichtert, kam aber nicht zu Kräften. Die Fussödeme blieben unverändert, die Albuminurie desgleichen. Nach einigen Wochen ging Patientin an ihrer Nephritis hydropisch zugrunde. Der exstirpirte Tumor war ein weiches, ödematöses Fibromyom ohne maligne Degeneration.

Das eigenthümlichste an dem Falle war die vasculäre Adhäsion am linken Leberlappen. Sie ähnelt scheinbar derjenigen, welche das grosse Netz mitunter mit Tumoren eingeht, wo dann sehr viel Gewebe des Netzes atrophirt und zugrunde geht und nur isolirte, manchmal ziemlich lange und weite Gefässe restiren. An der Leber sind solche Bildungen anders aufzufassen, denn da handelt es sich nicht um das Persistiren und Hypertrophiren präformirter Gefässe, sondern um eine Neubildung von solchen. Das zwischen den einzelnen Venen gefundene zarte Gewebe stellt den Rest früher und zuerst entstandener Pseudomembranen dar. Es sei hervorgehoben, dass auch hier nur Venen, keine Arterien gesehen worden sind. Wir haben seit Jahren auf die Gefäss-

entwicklung in Tumoradhäsionen geachtet, aber niemals zuführende arterielle Organe gefunden, so dass die Lehre, dass ein Tumor von den Adhäsionen aus ernährt werden könne, unhaltbar erscheint. Eine Ausnahme machen allein direkte Anheftungen von Becken-Bauchorganen an Tumoren, ohne dass also Pseudomembranen die gegenseitige Vermittlung übernehmen. Geht z. B. das grosse Netz direkt auf eine Geschwulst herauf, so können sich seine Gefässe, auch die arteriellen, in der oben geschilderten Weise in das Neoplasma einsenken und zu seiner Ernährung beisteuern.

Was die hervorragende Neigung zu Blutungen im vorliegenden Falle anlangt, so wird man sie als „hämorrhagische Diathese“ ansprechen müssen, welche vielleicht eine Begleiterscheinung der Chlorose (Virchow) darstellt. Bekanntlich kommt etwas ähnliches auch bei chronischer Nephritis vor; dann aber sind — zum Unterschied von unserem Fall — nur die Arterien verändert, Blutungen und Nachblutungen bei Operationen also rein arterielle.

Die extraperitoneale Stumpfbehandlung habe ich in früheren Jahren (der Fall wurde 1893 operirt) noch ab und zu und aus besonderen Indicationen (voluminöser Stumpf, Zersetzung im Tumor) ausgeführt. Jetzt ist mir schon seit längerer Zeit kein Fall dieser Art mehr zur Operation gekommen; voluminöse Stümpfe versenkt man jetzt so sicher, wie schwächliche. Aber auch heute noch würde ich, wenn auch ein Anhänger der intraperitonealen Stumpfbehandlung, einen dem oben beschriebenen ähnlichen Uterustumor nach derselben Methode operiren. Die zahlreichen Nachblutungen, welche bei der schon während der Laparotomie evidenten hämorrhagischen Diathese zu erwarten standen, sprechen allein schon für die Berechtigung derselben. Fordert es schon für gewöhnlichere Fälle geradezu ein Opfer des Intellekts, wenn man von vornherein eine und dieselbe Operationsmethode verwenden soll, so hiesse es bei aussergewöhnlichen Vorkommnissen das Interesse der Kranken aufs Spiel setzen, wollte man nicht den Erfordernissen des Falles entsprechend sich entscheiden. So kann uns auch das Material selbst vor einem Schematismus bewahren.