In gleicher Richtung ist neuerdings auch Martin für die Befreiung des Uterus und der Adnexa aus pelvi-peritonitischen Verwachsungen von der Scheide her, durch die „Vaginale Uterus-exstirpation“ eingetreten.

Zweifelhaft kann die Berechtigung der vaginalen Hystero-Salpingo-Oophorektomie sein für Fälle von Hydro- und Hämato-salpinx; doch habe ich ihr auch hier stets den Vorzug gegeben, namentlich wenn gleichzeitig funktionelle und anatomische Störungen der Gebärmutter, sowie Ueberbleibsel von Pelvi-peritonitis mit absoluter Sterilität vorhanden waren. Auf diesen Erwägungen und Erfahrungen fussend habe ich 100 vaginale Hysterektomien mit glücklichem Ausgang vollbracht. Die Fälle sind nicht ausgewählt; es sind auch Operationen einbegriffen, die ich schon vor Jahren ausführte, als ich noch Assistent an der Turiner Klinik unter Leitung von Professor Tibone war. Ich habe die Fälle in einer kurzen Uebersicht zusammengestellt.

In einer demnächst erscheinenden Arbeit werde ich die Fälle ausführlicher besprechen und weitere Resultate veröffentlichen.

Uebersicht:

1. Bösartige Geschwülste der Gebärmutter	23 Fälle.
2. Fibromyome der Gebärmutter	21 "
3. Vollständiger Prolaps der Gebärmutter	6 "
4. Metro-Salpingitis mit Pelvi-peritonitis tuberculosa	3 "
5. Schrumpfende Parametritis	1 Fall.
6. Abgekapselte Hämatocele mit doppelseitiger Salpingo-Oophoritis	2 Fälle.
7. Entzündungen der Anhänge mit Eiterung	20 "
8. Entzündungen der Gebärmutter mit doppelseitiger Hämato-salpinx	7 "
9. Entzündungen der Gebärmutter mit Ueberresten von Perimetritis, doppelseitiger Hydrosalpinx, Oophoritis oder kleineren Cysten des Eierstockes	11 "
10. Chronische Metritis bei Frauen, welche durch ein- oder doppelseitige Salpingo - Oophorektomie bereits auf abdominalem Wege operiert wurden	6 "

Zusammen 100 Fälle.

Kein Todesfall.

(Aus der Dr. Czempin'schen Privatfrauenklinik Berlin.)

VII. Zur Kasuistik der Dermoidcysten des Ovarium

Von

Dr. E. M. SIMONS,

I. Assistenten der Klinik.

Sowohl klinische, wie pathologisch-anatomische Besonderheiten lassen die Veröffentlichung des folgenden kasuistischen Beitrages als berechtigt erscheinen, um so mehr als einerseits über die Aeti-

ologie und Nosologie der ovariellen Dermoidcysten und ihrer Abarten (Teratome) die Akten noch keineswegs geschlossen sind und andererseits in klinischer, vor allem diagnostischer Beziehung das Thema dieser Cysten dauernd zur Diskussion steht.

Fräulein F., 28 Jahre, litt längere Zeit an starker Rachitis, lernte erst mit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren gehen, entwickelte sich geistig sehr spät. Menstruiert seit dem 13. Jahre, anfangs 3 wöchentlich, später 4–5 wöchentlich, mässig stark, 2 tägig, nicht sehr schmerzhaft. Nullipara. Niemals hat Scheidenfluor bestanden, ebenso wenig litt sie an Urin- oder Stuhlbeschwerden. Ihre jetzigen Beschwerden, anfallsweise, in ca. 8 tägigen Pausen auftretende, 2–3 Tage dauernde, krampfartige Unterleibs- und Kreuzschmerzen, verbunden mit Schwindelgefühl und Uebelkeit datiert Patientin seit 4 Monaten, da sie einen Sturz von der Leiter gethan hatte. Seit ca. 5 Jahren aber leidet sie häufig an krampfartigen Leibscherzen, die vom Hausarzt immer auf Magen oder Darm bezogen wurden. Seit längerer Zeit hat sie auch Anschwellung des Leibes bemerkt. Der Hausarzt konstatierte jetzt eine bestehende Schwangerschaft, obschon die Möglichkeit einer solchen auf das Allerentschiedenste bestritten wurde.

Status: Schlanke, magere Dunkelblondine mit etwas leidendem Gesichtsausdruck. Knochen sehr gracil, aber nirgends verkrümmt. Stirnschädel etwas vorgebaut. Hals- und Brustorgane ergeben keine klinische Besonderheiten. Abdomen gespannt, entsprechend der Grösse bei einer 6 Monate Schwangeren, nur in der Regio epigastrica rechts etwas druckempfindlich. Bei gestreckten und geschlossenen Schenkeln ist ein grosses Stück der Rima vulvae sichtbar. Genitaluntersuchung bei der ersten Vorstellung in der Klinik ergibt einen mannskopfgrossen, im kleinen Becken tief eingekeilten Ovarialtumor, nach oben etwa drei Finger breit den Nabel überragend. Nähere Details bleiben wegen der straffen Bauchdecken und der Virginität der Scheide in suspensio. In Chloroformnarkose wird kurze Zeit später dieser Befund bestätigt. Der Uterus vorn rechts kaum beweglich. Sondenlänge: 7 cm. Hinter ihm, vom linken Parametrium ausgehend und anscheinend innerhalb des Ligamentes bis tief auf den Beckenboden reichend, eine fluktuierende, derbwandige, cystische Geschwulst, die, nach oben sehr verbreitert, links 2 Finger breit über den Nabel, rechts bis an den Lebertrand reicht, unbeweglich; die vordere obere Partie fühlt sich kleinhöckerig an. Percussionsschall überall gleichmässig: gedämpft-tymphanitisch. Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautet: Kystoma multiloculare permagnum. Von einer Probepunktion wird Abstand genommen.

Operation 12. Oktober 1895. Chloroformnarkose, später Billroth'sche Mischung. Ziemlich ergiebiger Bauchschnitt. Das schwartig verdickte Peritoneum parietale, das Netz und die Serosa der Cystenwand sind innig miteinander verschmolzen und nicht einzeln differenzierbar. Bei dem Versuche, hier stumpf einzudringen, bricht die noch nicht völlig freigelegte Cystenwand an ihrem obersten Pole ein, und aus der Wunde fliesst mit starkem Drucke eine dünne, in der Farbe schlechtem Eiter ähnliche Flüssigkeit,¹⁾ so dass das ganze Bild zunächst den Eindruck einer tuberkulösen Peritonitis und Pseudotumor macht. Nach links von der Einbruchsstelle ist die Bauchhöhle eröffnet. Die weisslich-gelbliche Flüssigkeit wird möglichst nach aussen geleitet, es kann aber nicht verhindert werden, dass eine beträchtliche Menge über das Operationsgebiet fliesst. Es ist auch nicht möglich, die Cyste auch nur annähernd gänzlich zu entleeren und so bei den späteren Manipulationen die vielfache Berührung des Dermoidinhaltes mit den verschiedenen Abschnitten des Peritoneum zu verhindern. Auf allen Gegenständen, mit welchen sie in Berührung kommt (Operationstisch, Fussboden, Aufhänge-Schale), nimmt die Flüssigkeit bald eine feste, talgartige Consistenz an und die Diagnose wird vollends sichergestellt, als Operateur beim Ausschöpfen des Sackes aus der Tiefe 2 faustgrosse Büschel blonder Haare hervorhebt.

Der Wundrand des Sackes ist von seiner Umgebung kaum zu differenzieren und um die Ausschälung des letzteren zu erleichtern, wird derselbe mit Mullservietten lose vollgestopft; dann wird die Cystenmembran an ihrer oberen Einbruchsstelle vorsichtig nach allen Seiten stumpf abpräpariert und die ge-

¹⁾ Engström, Centralbl. 1887, 5, fand ebenfalls hellgelbe wasserdünne Flüssigkeit in einem, nach unten intraligamentären Dermoid.

wonnene Membran zur bequemen Handhabung mit Klemmen gefasst. Es zeigt sich nunmehr, dass der ganze obere Pol der Geschwulst, ferner ihre Hinterfläche bis zum Kreuzbeine hinab und ihre linke Seitenwand mit zahlreichen, in chronischer Entzündung hochroten, unter einander fest verklebten Darmischlingen auf das Innigste verwachsen ist. Ebenso ist das wulstig verdickte Netz mit den Därmen verklebt und sowie an die vordere und rechtsseitige Wand der Cyste an das Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand breit fixiert. Es bildet somit der ganze Inhalt der Bauchhöhle ein Convolut vollkommen verwachsener Organe. Langsam und sehr vorsichtig werden die Därme stumpf an der äusseren Cystenwand abgelöst, ohne dass erhebliche Blutungen entstanden. Allerdings sind einige Verwachsungen mit Dünndarmschlingen so fest, dass ganz kleine Partien der Cystenwand, aus dieser abgetragen, an jenen haften bleiben müssen. Nach rechts ist es immer noch unmöglich, über den Verlauf der eröffneten Cystenwand sich zu orientieren. Nach unten, median hinter dem Uterus hat der Sack, das hintere Blatt des Ligam. lat. mit vordrängend, sich bis auf den Boden des „Douglas“ hinabgesenkt; das heisst, er ist im unteren Teile intraligamentär entwickelt. Nachdem Operateur, mehrfach mit der einen ganzen Hand in die Cyste eingehend, deren buchtenreiche Wand fixiert und so der aussen auf der Cystenwand arbeitenden anderen Hand die Lösung der Verwachsungen ermöglicht hat, gelingt es endlich, den Sack mitsamt seinem serösen Ueberzug aus dem kleinen Becken emporzurollen. An seiner äussersten linken Partie verläuft, auf dem Sacke festsitzend, die gestreckte, tiefrote Tuba. Durch dieses Emporziehen der Cyste lässt sich ein gut charakterisierbarer Stiel bilden. Um jedoch beim Ablösen nicht übermässig viel Gewebe des Ligam. lat. mitzunehmen, wird dieser Stiel zunächst lose in Klemmen gefasst, das die Cyste umgebende Peritoneum auf der hinteren Wand eingeschnitten und die eigentliche Cyste aus dem Ligam. lat. ausgelöst. Nunmehr lassen sich Ligament. infundibulo-pelvicum, das breite Mutterband und die Uteruskante bequem ligieren. Der mehrfach zerfetzte, durch die intraligamentäre Entwicklung der Cyste aus dem hintern Blatt des breiten Mutterbandes entstandene Serosasack wird natürlich grösstenteils reseziert. Der gebildete Stiel ist sehr breit und bedarf nach Ablösung der Cyste noch mehrfacher Unterbindungen.

Die Exploration der rechten Adnexe hat gleichfalls mit der stumpfen Ablösung zahlreicher Darmadhäsionen zu beginnen, um zunächst überhaupt eine Orientierung zu ermöglichen. Dabei dringt plötzlich neben dem Finger des Operateurs in breitem Strahle grünlich gelber, stinkender Eiter aus der Tiefe hervor, dessen Eindringen in die Bauchhöhle nach Möglichkeit hintertrieben wird. Derselbe stammt aus der lädierten Wand eines ca. 18 cm langen, über daumendicken, viermal gewundenen, an einem sehr fleischigen, breiten Mutterbande in gerader Richtung ansitzenden Tubensackes, der bis in die Höhe des unteren Leberbordes hinaufreicht und in dieser Gegend mit dem parietalen Bauchfellblatte durch die Produkte einer ziemlich jungen „plastischen“ Entzündung verwachsen ist. Der Ansatz der Adnexe am Uterus zeigt gewissermassen 2 isolierte Frontralebenen, indem das sehr derbe Ligament. ovarii scheinbar einen eignen Serosaüberzug trägt. Diese Situation ist offenbar dadurch zustande gekommen, dass der Tubensack durch seine mächtige Entwicklung nach oben den oberen Rand des Ligament. lat. mit weggedrängt und so zwischen ihm und dem Eierstocksbande eine geräumige seröse Tasche gelassen hat. Dementsprechend bedürfen die Adnexe an ihrem uterinen Ende in ihren einzelnen Teilen besonders starker Ligaturen. Anschliessend an diese wird mit starken Seidenfäden das breite Mutterband und das Ligam. infundibulo-pelvicum abgebunden und mit kleinen Scheerenschlägen abgetragen. Revision ergibt an den Stümpfen keine Nachblutung, wohl aber eine solche, mehr parenchymatösen Charakters ganz in der Tiefe, auf dem Beckenboden, dort, wo die Dermoidcyste ausgegraben worden war. Diese Gegend wird mit steriler Gaze tamponiert. Abbinden und Resection mehrerer bedeutender Netzzipfel. Schluss der Bauchwände bis zu der für die Herausleitung des Gazetampons bleibenden kleinen Oeffnung; vorher aber reconstruiert sich Operateur durch nachträgliche deutliche Isolierung das entzündlich adhärente Peritoneum parietale. Eine isolierte Naht der einzelnen Bauchsichten, wie sie sonst in der Klinik üblich ist, ist wegen der langen Dauer der Operation schwer angängig, weshalb durchgreifende Silkwormnähte gewählt werden. Dauer der Operation 2 $\frac{1}{4}$ Stunden; Narkose ungestört.

In klinischer Hinsicht ist in erster Linie interessant die Schwierigkeit der Diagnose. Der bekannte Symptomenkomplex der präuterinen Lage einer, passiv weggedrängt, immer wieder in ihre Lage „zurückschnellenden“ Geschwulst, das sogenannte Küster'sche Zeichen, dessen pathognomonische Bedeutung übrigens von Latzko in jüngster Zeit wohl mit Recht abermals in Abrede gestellt wird, kam überhaupt nicht in Betracht, da es sich — dies war bald zu eruieren — um eine, zum Teil intraligamentär entwickelte, und schon deshalb unbeweglich hinter dem Uterus liegende Cyste handelte. Das von Kocher (Centralblatt f. Chirurgie 1887) bei der Palpation von Dermoidcysten konstatierte Reiben der Haare — als Beobachtung vermutlich eine grosse Seltenheit — war nicht vorhanden. Das wegen seiner Gefährlichkeit schon in wohlberechtigten Misskredit geratene Hilfsmittel der Probepunktion wurde abgelehnt, weil es — kein Hilfsmittel ist. Angenommen in unserem Falle hätte die Probespritze den Befund: Dermoidinhalt ergeben, — wären uns etwa die bei der Operation die betreffenden Ueberraschungen erspart geblieben? Wäre man aber gar mit der Spritze zufällig in die Pyosalpinx geraten, so hätte dieser diagnostische Hinweis sogar in falschster Weise gedeutet werden müssen. Um in einem betreffenden Falle die Indikation auf Laparotomie stellen zu können, wird man überhaupt meist solcher Hilfsmittel entraten und sich auf das Ergebnis einer Narkosenuntersuchung allein stützen können. In unserem Falle konnte allerdings nicht einmal in Chloroformnarkose auch nur das äussere Verhalten der Geschwulst, ihr Verhältnis zu den Nachbarorganen, speciell zu den anderseitigen Adnexen eruiert werden. Auch die von Schultze angegebene Methode, den mit einer Hakenzange gefassten Uterus herabzuziehen, gewährte keine Klärung, obschon das Organ sich etwas nach abwärts bewegen liess. Das Conglomerat der auf einer grossen Fläche beider Säcke kreuz und quer festgewachsenen Darmschlingen liess eben selbst durch die in Narkose völlig erschlafften Bauchdecken hindurch Dermoidsack plus Eileitersack als eine einzige Ovarialeyste und zwar mit grösster Wahrscheinlichkeit als multi-
 lokuläres Cystom erscheinen.

In der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig, 20. Oktober 1884 demonstrierte Säger einen Fall von Ovarialeyste, die in ganz ähnlicher Weise wie die unserige mit Darmschlingen völlig überdeckt war, sodass die Cyste zwischen den Därmen musste herausgeschält werden. Säger deutete auch auf die diagnostische Lehre hin, die man aus dieser pathologischen Anordnung zu ziehen habe.

Aber sogar bei der Operation, nach Eröffnung des Bauches — und selbst des Sackes — verhinderten in unserem Falle die Schwierigkeit der Uebersicht sowie die eigenartige Veränderung der Dermoidflüssigkeit eine Diagnosenstellung, bis die beiden Haarbüschel entfernt wurden.

Bei der anscheinend bestehenden Seltenheit von gleichzeitigem Vorkommen einer Ovarialeyste einerseits und einer Eitertube andererseits, so zwar, dass beide zu gleichwertigen Krankheits-

depots werden konnten, — die letzten Tage vor der Operation hatte gerade die Pyosalpinx akut peritonitische Erscheinungen verursacht, — liegt die Frage nahe, ob es sich um eine zufällige Coincidenz oder irgend einen Causalnexus handele. Für letzteren sprechen schwerwiegende Gründe.

Dass die rechtsseitige Tubenerkrankung eine autochthone sein könne, ist fürs erste kaum möglich, weil bestimmt niemals Fluor e genitalibus bestanden hat. Der Connex zwischen den verschiedenartigen beiderseitigen Adnexerkrankungen dürfte vielmehr folgender sein: wie so oft verursachte die wachsende Dermoidcyste Peritonitis in der äusseren Umgebung des Sackes, also auch in der Serosa der benachbarten rechtsseitigen Tube. — Als Beweis hierfür gelten die zahlreichen Tuben-Darmverwachsungen, als Folgeerscheinung resultierte Salpingitis und Hydrosalpinx, dessen Inhalt durch das sklerosierte uterine Ostium in den Uterus abzuführen die Tubenwände immer wieder, und zwar auch deshalb vergebens versuchten, weil die Tube in der von Freund beschriebenen Weise (foetale Entwicklungshemmung), einen mehrfach gewundenen Schlauch darstellte. Vielleicht sind die oben erwähnten, zeitlich lange zurückliegenden „Krämpfe“ als der klinische Ausdruck für solche Auspressversuche aufzufassen, während als pathologisch-anatomische Folgeerscheinung aus derselben Quelle die Arbeitshypertrophie der Tubenwand, im Sinne sowohl des Dicken- wie des Längenwachstums resultierte.

Das auffallende Missverhältnis zwischen dem sehr grossen Tubensack und der schlecht entwickelten Gebärmutter, die, der Regel zutrotz, keineswegs mit jenem zugleich in die Länge gewachsen, sondern nur in toto etwas hochgezerrt war, scheint ebenfalls die Ableitung des Sekretes nach aussen erschwert zu haben.

Aus der chronischen Hydrosalpinx ist dann wohl die Pyosalpinx durch Einwanderung des vielgewandten *Bacterium coli commune* aus den dauernd so intim benachbarten, zahlreichen, adhaerenten Darmschlingen entstanden. Die Annahme dieser Aetiologie erscheint voll berechtigt, denn Gonorrhoe und Endometritis fehlen völlig in der Anamnese, des weiteren aber bewies der günstige Verlauf des Falles die nicht septische Beschaffenheit des, doch mit den verschiedensten Serosapartien in Berührung gekommenen Tubeneiters.

Ebenso harmlos dem Peritoneum gegenüber hat sich übrigens die ausgetretene Dermoidflüssigkeit gezeigt, wieder eine Bestätigung der zuerst von Engström (Centralblatt 1887, No. 5) bewiesenen Thatsache, dass die früher allgemein verbreitete grosse Aengstlichkeit vor der bedeutenden Infectiosität des Dermoidinhaltes nicht gerechtfertigt ist.

Zur Darlegung der pathologisch-anatomischen Besonderheiten unseres Falles mag die Beschreibung des Präparates folgen.

In wenig geschrumpftem Zustande (Formalin) hat die entleerte Cyste eine Länge von 17 und eine grösste Breite von 12 cm. Ihr äusserer Ueberzug ist durchaus seröser Natur. Die Dicke der Wand variiert bedeutend, von 1 mm bis 1 cm. Panniculus adiposus fehlt völlig. Der Innenraum besteht aus einer kleineren und einer grösseren Kammer, welch' letztere zum weitaus grössten Teile mit echter, derber Haut ausgekleidet ist, über der zahlreiche, mit Fett oder

Talg vermischte Epithelien liegen. An einzelnen, inselartig scharf umgrenzten Partien fehlt die Epidermis gänzlich, und es schimmert die glatte Aussenfläche der Cyste rötlich durch die gleichförmige Wand.¹⁾ In der dicken, mit grossen Haarfollikeln ausgestatteten Haut sitzen zahlreiche blonde Haare fest, andere liegen unter einander verklebt, frei im Cystenlumen. Die unvollständige Abgrenzung der unteren grösseren von der kleineren oberen Kammer geschieht durch eine mehrfach geschweifte, sehr derbe Leiste, die, wie durch eine ursprüngliche Wandeinstülpung in das Lumen hinein entstanden, sich quer durch den ganzen Sack spannt, etwa in der Mitte eine cylindrig ausgezogene Spitze nach der gegenüberliegenden Cystenwand sendet. $3\frac{1}{2}$ cm von dieser Spange entfernt ragt aus der Leiste ein Zahn empor mit Krone, ohne Email; derselbe sitzt fest auf einem 5 cm langen, nach Wegpräparieren der Haut erst deutlich werdenden, platten Knochenstücke, welches wie ein Unterkiefer gebogen ist. 2 cm oberhalb dieser Knochenleiste drängt sich die hier etwas zartere Epidermiswand in flachem Wulste vor. Nach vorsichtigem Abpräparieren der Haut zeigt sich, dem Wulst entsprechend, ringsherum deutlich differenziert, in lockeres Bindegewebe eingebettet, ein $3\frac{1}{2}$ cm langer, 2 cm breiter, unregelmässig gelappter, drüsenartiger Körper, der in Form, Farbe und Consistenz sofort an eine Parotisdrüse erinnert.

Die mikroskopische Untersuchung der Drüse bestätigt die Richtigkeit des Vergleiches mit einer Glandula parotis. Härtung in Alkohol. Celloidineinbettung, Alaun-Carmin-Färbung. Die Schnitte fallen meist senkrecht zu der Längsrichtung der Tubuli und geben das typische Bild der in lockeres Bindegewebe mosaikartig eingelegten Schläuche. Die grossen, trapezoid gestalteten Epithelien, die nur selten das central gelegene Kanallumen erkennen lassen, tragen ihren breiten Kern meist mehr peripher und zeigen niemals hellen, homogenen, sondern ausschliesslich feinkörnigen Protoplasmahalt. Es sei dies besonders betont, weil in den später zu erwähnenden, aus der Litteratur zusammengestellten Fällen mit ähnlichen Befunden meist von Schleimdrüsen die Rede ist. Unsere Drüse hat sicherlich kein mucinhaltiges, sondern ausschliesslich seröses resp. Eiweisssekret geliefert, also auch in physiologischer Hinsicht das Beispiel der menschlichen Ohrspeicheldrüse durchaus imitiert. Im mikroskopischen Bilde fehlen auch nicht die sogenannten „Drüsenschaltstücke“ mit ihrem unregelmässigen, etwas plattgedrückten Epithel. Nach den charakteristischen Speichelgängen mit ihrem „feingestrichelten“ Cylinderepithel habe ich allerdings vergeblich gesucht, wie auch die grossen, mehrfach gewundenen Sammelröhren nicht einfaches Cylinderepithel, sondern mehrschichtiges Epithel aufweisen, dessen basale Reihe an einzelnen, stark gewundenen Stellen den cylindrischen Typus annimmt. An einzelnen, besonders erweiterten Partien dieser Kanäle sieht man das, jedenfalls gestaute Sekret.

Eine dermassen deutlich isolierte, grössere „acinöse“ oder besser „zusammengesetzt tubulöse“ Drüse in einem Ovarial-Dermoid finde ich in der Litteratur nicht beschrieben.

In der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Geb. u. Gynäk., 10. Jan. 1890, demonstrierte Fleischlen einen von P. Ruge

¹⁾ Poupinel (citiert von Pozzi in seinem Lehrbuche) fand ebenfalls das Innere einer Dermoidcyste ausgekleidet teilweise mit echter Haut, mit allen ihren Zuthaten, teilweise gleichförmig glatt.

durch Laparotomie entfernten Dermoidtumor des Ovarium, eine Combinationsgeschwulst theils colloidem, theils dermoiden Inhaltes, in welcher er ausser den gewöhnlichen Attributen dieser Cysten einen drüsenartigen Körper fand von Form und Grösse einer Submaxillardrüse, ohne jedoch in dem, mit Detritus durchsetzten Stützgewebe, welches demjenigen einer „acinösen“ Drüse entsprach, „ordentlich erhaltene epitheliale Elemente“ entdecken zu können.

Keller, Centralbl. 1888, S. 752, fand in einem, nach allen Richtungen hin untersuchten, an Funden der verschiedensten Gewebsarten reichen Falle keine Speicheldrüsen; wohingegen Böttlein in seinem interessanten Falle (Virch. Arch. 1889, CXV, pag. 493) neben einer eigentümlichen Höhle „ziemlich dichtstehende Massen“ wahrnahm, „die die grösste Aehnlichkeit mit acinösen Schleimdrüsen und Eiweiss“ resp. „serösen Drüsen“ hatten.

Früher bereits hatte auch Baumgarten etwas Aehnliches gesehen (Virch. Arch. CVII, S. 515 u. 1216), nämlich „acinöse“ Schleimdrüsen, die ihr Sekret in kleine Schleimcysten abgaben, sodass „die Präparate nicht geringe Aehnlichkeit mit Schnitten durch embryonale Magen- und Darmwand aufwiesen.“ Dieselben Verhältnisse konstatierte Marchand (citirt bei Olshausen: Krankheiten der Ovarien).

Emanuel, Teratoma ovarii, Zeitschrift für Gebh. und Gynaek. Band 25, erwähnt ebenfalls acinöse Drüsen, die seinen, der Abhandlung beigegebenen mikroskopischen Bilde nach aber mit Speicheldrüsen gar keine Aehnlichkeit haben.

Unsere gut differenzierte und solitäre Drüse wies also makroskopisch und mikroskopisch die Charaktere einer echten Eiweisssekret-Drüse auf, deren physiologisches Prototyp wir in der menschlichen Ohrspeicheldrüse kennen. Es erscheint mir daher der Hinweis erlaubt, auf solche Erscheinungen in den Dermoiden, mehr als es bisher geschehen ist, zu achten, ja, eventuell vielleicht in dem Cysteninhalte nach den chemischen Attributen des Sekretes dieser Drüsen (Ptyalin, Rhodankalium), sowie nach den bekannten Speicheldrüsenkörperchen zu fahnden.

Noch einige Worte über den klinischen Verlauf unseres Falles. Abends nach der Operation Temperatur 38,5 (am Abend vorher 38). Am zweiten Tage 38,7 abends, bis zum vierten Tage Abfall zur Norm; subjektives Befinden gut. Am vierten Tage Verbandwechsel mit Entfernung der Gaze aus der Bauchhöhle und Drainage des Wundtrichters. Im Laufe der folgenden Wochen schliesst sich letzterer unter mehr weniger starker Eiterung bis zu einer fistulösen Oeffnung. Die übrige Bauchnaht heilt per prim. int. Die Rekonvalescenz ist etwas verzögert durch eine unerhebliche Thrombose der rechten Cruralvene mit begleitenden Fiebererscheinungen bis über 39 abends; anschliessend daran tritt ein durch die Bauchdecken palpables Beckenbindegewebs-exsudat in die Erscheinung. Appetit und Stuhl dauernd gut; subjektive Beschwerden sehr gering. 6½ Wochen post. operat. steht Patientin zum ersten Male auf.

Am 20. Dec. 95 verliess Patientin die Anstalt. Allgemeinbefinden gut. Wenig secernierende Fistel im unteren Wundwinkel.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Czempin, für die Ueberlassung des Falles meinen aufrichtigen Dank zu sagen.

Referate und Berichte.

I. Die moderne Eklampsiebehandlung in den Vereinigten Staaten von Nordamerika

Von

Dr. FRANZ T. B. FEST

(Plank Road, U. S. A.)

In der nordamerikanischen Fachlitteratur dreht sich die Frage der Eklampsiebehandlung hauptsächlich um drei Methoden: Venaesection, Narkose und Veratrum viride. Ueberall jedoch fällt uns ein beliebtes Stichwort der modernen amerikanischen Medicin auf „Elimination“.

Seit langem schon stand die Darreichung von Veratrum viride in den Südstaaten in hohem Ansehen; die günstigen Berichte erwarben dieser Methode zahlreiche Anhänger, so dass sie seit einer Reihe von Jahren allgemein unstritten wurde. Veratrum viride wurde in der Folge hiervon wohl das beliebteste Medikament der Eklampsiebehandlung, wennschon natürlich Gegner auftraten und sich zahlreiche Stimmen für andere Methoden erhoben. Bei der Eklampsia gravidarum wird hierzulande sofortige Entleerung der Gebärmutter allgemein für notwendig erachtet. In Beziehung auf die Aetiologie gilt urämische Intoxikation meist als causales Moment, während der „Eklampsie-Bacillus“ verhältnismässig wenig Erwähnung findet.

McKeough (1) berichtet den Fall einer zuvor vollkommen gesunden Frau, bei der die eklamptischen Anfälle am 10. Tage post partum auftraten. Zu keiner Zeit liess sich im Harne Eiweiss nachweisen, wohl aber eine Masse amorpher Lithiate. Vorher hatten sich weder Krämpfe noch hysterische Symptome gezeigt. De Witt (2) sah einen Fall, in dem die Konvulsionen vierundzwanzig Stunden post partum begannen, während dieser Zeit nach der Entbindung litt die Patientin ohne jegliche Vorboten an völliger Erblindung. Harriet L. Harrington (3) berichtet den Fall einer Frau, bei der zwei Entbindungen innerhalb eines Jahres stattfanden mit jedesmaliger Komplikation durch eklamptische Konvulsionen. Page (4) beschrieb einen Fall im VII. Schwangerschaftsmonat. Nach heftigen Konvulsionen erfolgte spontane Frühgeburt und die Patientin genas.