Aus Prof. L. Landau's Frauenklinik in Berlin.

Ueber carcinomatöse Degeneration der Eierstocks-dermoide.

Von

Dr. Leopold Thumim,

Assistent der Klinik.

Den ausschliesslichen Typus der Krebsbildung in Dermoiden des Eierstockes stellt der verhornende Plattenepithelkrebs, das Cancroid dar; — das haben Krukenberg¹⁾ und Tauffer²⁾ mit Sicherheit festgestellt.

Insbesondere der letztgenannte Autor hat die hierher gehörigen Fälle in kritischer Weise gesichtet. Im Sinne der primären krebsigen Degeneration sichergestellt sind die Fälle von Heschl³⁾, v. Wahl⁴⁾, Biermann⁵⁾, Himmelfarb⁶⁾, Krukenberg⁷⁾, Tauffer⁸⁾ und der zweite der jüngst von Yamagiwa⁹⁾ veröffentlichten beiden Fälle.

Allerdings sind noch weitere neun Fälle beschrieben, doch sind dieselben theils wegen Unsicherheit primärer krebsiger Degeneration, theils wegen mangelnder mikroskopischer Untersuchung hier nicht zu verwerthen.

1) Krukenberg, Dieses Archiv. XXX.

2) Tauffer, Virchow's Archiv. Bd. 142.

3) Heschl, Prager Vierteljahrsschr. 1860. Bd. 68.

4) E. v. Wahl, Petersburger med. Wochenschr. 1883. S. 70.

5) Biermann, Prager med. Wochenschr. 1885. No. 21.

6) Himmelfarb, Centralbl. f. Gynäk. 1886. S. 569.

7) Krukenberg, l. c.

8) Tauffer, l. c.

9) Yamagiwa, Virchow's Archiv. Bd. 147. H. 1.

Es sind dies die Beobachtungen von Pommier¹⁾, Kocher²⁾, Flaischlen³⁾, Schauta⁴⁾, Cohn⁵⁾ (2 Fälle), Pomorski⁶⁾, Veit⁷⁾ und Yamagiwa⁸⁾ (Fall I). Yamagiwa hat diesen Fall unter gleichem Titel mit dem oben genannten von sicherer primärer krebsiger Degeneration eines Eierstockdermoids veröffentlicht. Hier liegt jedoch eine zusammengesetzte teratoide Geschwulst vor: man findet einen Complex aus solidem Mischgewebe der Bindegewebsgruppe, ausserdem cystadenomatöse Partien mit einem einfach dermoiden Sacke combinirt. Die umschriebene carcinomatöse Wucherung — ein „Drüsenkrebs“ in der Wand des Tumors — geht aller Wahrscheinlichkeit nach hervor „aus dem wandständigen Epithel einer unvollkommen angelegten Mamma“; als solche spricht Yamagiwa eine warzenartige Stelle an der Innenfläche der hinteren rechten Wand des dermoiden Balges an.

Die klinischen Erscheinungen der bisher bekannten Fälle sind bemerkenswerth ungünstig, sei es, dass die Patientinnen ohne Operation ihrem Schicksale überlassen blieben, sei es, dass irgend ein chirurgischer Eingriff gewagt wurde.

Heschl's Patientin mit einer carcinomatös entarteten Dermoidcyste des linken Eierstockes starb nach einer einfachen Punction. Bei Biermann stirbt die Patientin mit rechtsseitigem carcinomatösen Dermoid an Erschöpfung, ebenso bei Himmelfarb nach Durchbruch des Tumors in die Blase. Krukenberg's Patientin wird von ihrem Tumor per laparotomiam befreit, aber in der Tiefe des Beckens werden bereits feste Geschwulstknoten unbeweglich im Douglas gefühlt, deren Enucleation nicht mehr möglich ist. Bei Tauffer tritt der Exitus nach Durchbruch der krebsigen Cyste in das Rectum unter Diarrhoen, Collaps und Erbrechen ein. Bei Yamagiwa endlich kommt die Patientin mit der Diagnose Ovarialdermoidcyste zur Laparotomie; die Operation wird jedoch wegen zu starker Verwachsung des Tumors mit der Umgebung unter-

1) Pommier, Quelques considérations sur les cystes dermoides de l'ovaire. Thèse. Strassburg 1864.

2) Kocher, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1877. S. 6.

3) Flaischlen, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. VII.

4) Schauta, Verhandl. d. geburtsh.-gynäkolog. Gesellschaft in Wien, Sitzungsber. vom 9. Februar 1892.

5) Cohn, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XII.

6) Pomorski, Ebend. XVI.

7) Veit, Ebend. XIX.

8) Yamagiwa, l. c.

brochen und die Patientin stirbt drei Monate später an Erschöpfung. Die Section ergibt linksseitige carcinomatös degenerirte Dermoidcyste, Dissemination des Carcinoms auf die seröse Fläche der Bauchwand, des Darmrohres und des Mesenteriums, Metastasen in den Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen. Mikroskopisch zeigen alle Präparate das typische Bild des Plattenepithelkrebses, manche Alveolen zeigen entweder centrisch oder excentrisch liegende Epithelperlen.

Nur v. Wahl verzeichnet einen besseren Erfolg: Hier wird bei einer 26jährigen Frau das carcinomatöse bis zum Nabel reichende Dermoid durch Laparatomie entfernt. Die knollige Geschwulst ist mit Netz und aufsteigendem Colon verwachsen und die Wand des letzteren ist im Verwachsungsbereich bereits mit nussgrossen, carcinomatösen Knoten besetzt. Es wird ausgedehnt resecirt und die Patientin wird geheilt entlassen. Freilich ist über den weiteren Verlauf des Falles Nichts bekannt.

Diesen nicht sehr zahlreichen Fällen sicherer primärer krebssiger Degeneration der Eierstockdermoide möchte ich im Folgenden einen weiteren hinzufügen.

Frau J. R., 65 Jahre alt, wurde am 22. 10. 1896 in unsere Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergibt keinerlei hereditäre Belastung im Sinne krebssiger Entartung. Patientin war vom 13. bis zum 52. Lebensjahre regelmässig menstruiert. Sie hat 5 mal geboren, das letzte Mal vor 31 Jahren. Die Entbindungen und Wochenbetten waren normal.

Schon seit 21 Jahren ist sie unterleibsliegend. Die Erkrankung begann damals mit Schmerzen im rechten Beine, die in den Leib ausstrahlten. Vor 19 Jahren constatirte Prof. Möller in Königsberg eine Geschwulst im Unterleibe. Drei Jahre später verschlimmerte sich der Zustand und sie musste, angeblich mit Bauchfellentzündung, mehrere Wochen zu Bett liegen. Bald darauf, noch im Jahre 1880, consultirte sie gelegentlich ihres Aufenthaltes in London Spencer Wells und auf der Heimreise einen der bekanntesten deutschen Gynäkologen, der die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf ein interstitielles Myoma uteri stellte, jedoch, ebenso wie Spencer Wells, von einer Operation absah und abrieth. Nunmehr blieb der Zustand mehr oder weniger stationär, immerhin aber erträglich, wenn Patientin sich nicht besonders anstrengte, und nur objectiv liess sich ein stetiges Wachsthum der Geschwulst beobachten. Im Februar 1896 traten plötzlich wieder heftige Schmerzen im Unterleib, besonders auf der linken Seite auf. Jetzt will auch Patientin bemerkt haben, dass sich die Geschwulst in ihrer Configuration änderte. Sie nahm eine Birnenform an, mit dem Stiele von der linken Seite und der Hauptmasse rechts. Zum zweiten Male consultirte sie Spencer Wells, der ihr wiederum von einer Operation abrieth, auch dieses Mal aus demselben ihr vor 16 Jahren angegebenen Grunde, weil der Tumor total adhärent war an Bauchdecken und Därmen. Nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalt an der See trat jedoch eine neuerliche Verschlimme-

runge^{des} Zustandes ein. Die Schmerzen wurden immer ärger und traten anfallsweise immer häufiger auf. Patientin hatte das Gefühl von Fülle im Leib, innerlich Brennen und Hitzegefühl. Gesicht und Hände waren stets kalt, der Appetit wurde immer geringer, Bettruhe konnte sie nicht vertragen, sie fand ohne Narcotica keinen Schlaf, und während sie früher von gleichmässig heiterer Gemüthsstimmung war, wurde sie jetzt verdriesslich und leicht reizbar. Gleichzeitig war eine nicht unerhebliche Abmagerung eingetreten. Da dieser Zustand unerträglich wurde und überdies die Geschwulst in ihrem Wachsthum rasche Fortschritte machte, consultirte sie Professor Landau, der ihre Aufnahme in die Klinik veranlasste.

Status: Graziler Körperbau, schlechter Ernährungszustand, kachektisches Aussehen. Lungen gesund, Herztöne rein, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Das Abdomen ist stark vorgewölbt durch einen über Mannskopfgrossen, rundlichen Tumor, der hart, mit glatter Oberfläche sich von der Symphyse bis über Nabelhöhe erstreckt; die Percussion über seiner ganzen Ausdehnung ergiebt absolute Dämpfung. Ascites ist nicht nachzuweisen. Leber und Milz bieten palpatorisch und percutorisch normale Verhältnisse. Per vaginam fühlt man den Uterus klein, nach vorn gedrängt durch einen bis in das grosse Becken hinauf reichenden Tumor von ziemlich derber Consistenz, der anscheinend von dem Uterus zu trennen ist, sich nicht deutlich umgreifen lässt, und in der That bereit intime Verwachsungen mit dem Darne und den Bauchdecken eingegangen zu sein scheint, da er vollkommen unbeweglich ist. Die linke Seite des Tumors im Hypochondrium fühlt sich besonders höckrig an und ist von elfenbeinerner Consistenz, während der Tumor sonst sich elastisch fest anfühlt. Eine Probepunction per abdomen ergiebt dermoiden Inhalt des Tumors, so dass während ohnedem die Diagnose immer noch zwischen Uterusfibroiden, Sarcomen etc. schwanken konnte, ohne Weiteres das Vorhandensein einer sehr grossen adhärennten Dermoidcyste klar war.

Am 24. 10. 1896 machte Prof. Landau die Laparotomie. Nach den üblichen Vorbereitungen wird in Aethernarkose ein Schnitt von der Symphyse bis zum Nabel geführt, der später noch 2 cm nach oben hin fortgesetzt wird. Nach Durchtrennung der Musculatur liegt an einer Stelle schon Cystenwand vor; die Cyste erweist sich in ganzer Ausdehnung nach vorne innig mit dem Peritoneum parietale verwachsen und erst nach stumpfer Trennung dieser Verwachsungen kommt der Operateur in den Peritonealraum. Bei dem stumpfen Abpräpariren der Cystenwand reisst dieselbe an einer Stelle oberhalb des Nabels ein und es ergiesst sich massenhaft Dermoidbrei über das Operationsfeld. Die Rissstelle wird mit breitmauligen Klemmen gefasst und zugeklemmt, der Brei möglichst gründlich weggetupft und sodann wird in systematischer Weise die ganze Oberfläche des Tumors meist stumpf und nur mit theilweiser Benutzung der Scheere von den intimen Verwachsungen mit Netz, Dünn- und Dickdarmschlingen befreit. Dies gelingt mühselig bis auf die linke obere Peripherie des Tumors. Hier kommt man auf einen kindsfaustgrossen Bezirk, der sich fast elfenbeinhart anfühlt und sich in ein schwieliges der vorderen Bauchwand unmittelbar anliegendes Gewebe fortsetzt. Bei dem Versuche, es davon abzulösen, bricht es ein und lässt eine faserige, scirrhus aussehende Bruchfläche erkennen. — Sofortige Abtragung eines Stückchen zwecks

mikroskopischer Diagnose¹⁾. — Nach unten zu setzt sich der Tumor gegen die rechte Seite hin fort und lässt sich nach Trennung aller Adhäsionen ohne jede Unterbindung entfernen. Jetzt wird sorgfältige Toilette der Peritonealhöhle gemacht. Die Beckenhöhle erscheint vollkommen frei; nirgends sind Knollen, Knötchen oder dergleichen am Peritoneum und den abdominalen Organen zu sehen oder zu fühlen. Nur links an der vorderen Bauchwand ist die Topographie — was Fascie, was Peritoneum ist — unklar. Da inzwischen die mikroskopische Diagnose „Plattenepithelkrebs“ gestellt werden konnte, wird diese ganze verdächtige Partie der gesamten vorderen Bauchwand weit in die intacte Muskulatur hinein, Muskel, Fascie, Hautdecken mit inbegriffen, im Gesunden resecirt. Nun wird zunächst Peritoneum, dann Fascie isolirt mit Catgut vereinigt, und die Bauchwunde durch tiefgreifende Silbersuturen geschlossen bis auf den oberen und unteren Wundwinkel, in welche behufs Drainage kleine Gazestreifen eingeführt werden. Verband mit steriler Gaze und Heftpflasterstreifen.

Der weitere Verlauf war ein glatter, reactionsloser. Am 8. Tage post operationem Entfernung der Silbersuturen und der drainirenden Gazestreifen. Patientin erholt sich zusehends, steht am 17. Tage auf und kann am 24. Tage genesen entlassen werden.

Der pathologisch-anatomische Befund ergibt Folgendes:

Fast mannskopfgrosser, breit eröffneter und entleerter Balg einer kugeligen Cystengeschwulst. Die Wand zeigt eine im Allgemeinen ziemlich gleichartige Beschaffenheit. Sie ist 1—2 mm dick, derb fibrös. Die Innenfläche allerorts mit schmierigen, butterartigen Massen bedeckt, nach deren Entfernung eine ziemlich glatte, epidermisirt aussehende, an manchen Stellen gerunzelte Fläche zu Tage tritt. Sie erscheint bald weisslich, bald gelblich, auch finden sich kleinere, unregelmässige Suggillationsherde, nicht selten bis pfenniggrosse, unregelmässige Kalkplättchen. Haare sind weder im Inhalt noch in der Wand irgendwo nachzuweisen. Die Aussenfläche der Cystenwand ist grauröthlich, allerorts mit feineren oder meist derberen bindegewebigen Verwachsungsresten besetzt. An zwei Stellen finden sich über pflaumengrosse, der Cystenoberfläche direct aufsitzende, dünnwandige Cysten in halbkugelige Vorwölbung. Beide sind ziemlich transparent und enthalten bei glatter Innenfläche leicht getrübe Flüssigkeit. In einer derselben finden sich einige feine, zarte Härchen.

An der Innenfläche der grossen Cyste sind nirgends Reste ehemaliger Scheidewände, vorspringende Leisten oder dergleichen

1) Anmerk.: Schnellmethode nach L. Pick. Centralbl. f. Gynäk. 1896. No. 40.

zu sehen. Dagegen ist die fibröse Wand an einzelnen Stellen offenbar bei der Ausschälung des Tumors intra operationem — in mehrere Lamellen dissecirt, so dass man bei oberflächlicher Betrachtung hier an auseinander gerissene kleinere Cystenabtheile denken könnte. Eine sehr auffällige Veränderung zeigt die Wand des Geschwulstsackes jedoch an zwei Stellen. Zunächst findet sich in die Wand eingefügt eine nach innen, wie nach aussen ziemlich gleichmässig flachkugelig vorspringende, also biconvexe Verdickung, nach der Innenfläche zu etwas stärker hineinragend. Die Cysteninnenwand geht in gleicher Beschaffenheit (weissliche, gelbliche Stellen, Verkalkungen) auf die Innenfläche dieser circa 13 cm Durchmesser haltenden Masse über. Letztere ist von ausserordentlich derber und fester Consistenz und zeigt auf der über ihre grösste Convexität geführten Schnittfläche im allgemeinen ein derb fibröses Gewebe, das von feineren, weisslichen Zügen durchsetzt auch kleine hämorrhagische Partien erkennen lässt. Nach dem Centrum zu mehr mürbe und granulär zeigt sich der äussere Theil der Geschwulst unregelmässig fetzig, zerrissen. Die ganze Masse tritt mit scharfer Grenzlinie aus der dünnen Haut der kugeligen Cystenwand so heraus, wie etwa die Linse des Auges aus der Circumferenz des Uvealtractus. In ganz gleicher Weise findet sich am entgegengesetzten Pole des Sackes eine etwa markstückgrosse Geschwulsteinlagerung, welche ein getreues Miniaturbild der erstgeschilderten in Form und Beschaffenheit darstellt. Nur ist die Consistenz dieses Tumors im Ganzen eine weichere.

In allen anderen Partien ist, wie schon erwähnt, die Beschaffenheit der Cystenwand eine gleichartig dünne, nur in geringen Breiten schwankende.

Dieser grossen Geschwulst liegen einige kleinere, unregelmässig geformte, bis pflaumengrosse Partikeln heterogener Beschaffenheit bei. Theilweise losgelöste Stückchen der grossen Geschwulst, stellen sie andererseits Fettgewebe oder heilrothe Substanz quergestreiften Muskels dar. Theilweise findet sich auf evidenten Geschwulsttheilen fettiges und schwieliges Gewebe in intimer Verbindung.

Es handelt sich hier offenbar um die (cf. Operationsgeschichte) für sich im Anschlusse an die Tumorexstirpation entfernten Theile des vorderen Bauchwandgewebes — verdicktes Bauchfell, präperitoneales Fett, Fascie und Muskel.

Mikroskopisch lässt sich von dem Cysteninhalte feststellen, dass er im Wesentlichen aus kleineren oder grösseren Fetttröpfchen, kernlosen Schüppchen und stark lichtbrechenden Plättchen, polymorphen Plattenepithelien, besteht; Cholestearin fehlt. — Nach Alkoholhärtung werden Wandtheile der grossen und kleineren Cysten, Stücke der beiden Geschwulstmassen, hier stets in Verbindung mit der Innenfläche, sowie Partikeln der Bauchwand nach Färbung mit Alauncarmin und Hämatoxylin untersucht. Die Cystenwand besteht aus einem ausserordentlich kernarmen, concentrisch geschichteten, parallell-streifigen transparenten Bindegewebe. Ein Epithelbelag fehlt allermeist. Häufiger trifft man zartwandige, der Faserrichtung folgende Blutgefässe, mehr oder weniger von leukocyitärer Infiltration umgeben. Da und dort unregelmässige, schollige, stark roth gefärbte Kalkablagerungen. Vom Oberflächenepithel sind nur hier und da inselförmige Bezirke erhalten; man findet mehrere Lagen polymorpher, in der obersten Schicht platter Zellen mit glatter Grenzlinie, ohne Papillenbildung dem sklerotischen Grundstocke aufliegend. Durch Faltenbildung der inneren Wandschichten kommt es zu Inclusionen epithelialer Inselchen, über denen die sich berührenden ungefärbten Bezirke zusammenstossend verbacken sind. Schweiss- und Talgdrüsen oder Haarschäfte fehlen.

Eine frischere, lebenskräftigere Beschaffenheit zeigt die Wand der beiden kleinen Cysten. Hier durchflechten sich derbe Bindegewebsbündel in verschiedenen Richtungen und schliessen zwischen sich zahlreiche kleinere Zellelemente ein; stellenweise entstehen unregelmässige Infiltrationsherdchen. An der leicht gefalteten Oberfläche findet sich ein den Einsenkungen überall folgender Epithelbelag von wechselnder Dicke, stellenweise circa fünf bis sechs, stellenweise nur zwei oder eine einzige Zellage umfassend. Bei Mehrschichtigkeit stets höhere Zellen (ohne Papillenbildung) dem Stroma aufsitzend, nach der Oberfläche zu Zellen von platter Form, bei dünnerer Beschaffenheit der Epitheldecke stets platte Zellformen. Hier und da Unfärbbarkeit der innersten Schicht (Verhornung). Makroskopisch wurden (s. o.) einige Härchen gefunden, jedoch werden entsprechende haarzwiebelhaltige Stellen auf den mikroskopischen Schnitten gerade nicht getroffen.

Die beiden Geschwülste zeigen übereinstimmenden Bau: typischer Hornkrebs, d. h. Plattenepithelkrebs mit massenhaften verhornten Epithelperlen. Diese haben allerorts intensive Carmin-

färbung angenommen. Es wechselt, dem makroskopischen Verhalten entsprechend, die Menge des Stromagewebes, das, im Uebrigen von meist zellarmer Beschaffenheit, nur hier und da kleinzellige Infiltration in unbedeutenden Zügen oder Herdchen aufweist. Die inneren Partien des Haupttumors bis in die oberflächlichen Lagen des Bindegewebes hinein, sind nekrotisch. Auch zeigen hier, wie in noch tieferen Schichten, die Carcinomzapfen nicht selten Unfärbbarkeit. An der kleineren Geschwulst ist ein Zusammenhang der Zapfen mit der verhornenden Plattenepithelbedeckung nachweisbar. Hier finden sich riesige Plattenzellen und auch Epithelperlen bereits in den dem Stratum Malpighii entsprechenden Schichten.

An den für sich entfernten Theilen der vorderen Bauchwand ergiebt die Untersuchung wesentlich ein schwieliges, derb fibröses, leicht gewelltes Bindegewebe mit herdweisen Infiltrationszügen. An zahlreichen Stellen in diesem scirrhösen Stroma grössere und kleinere Krebszapfen in verschiedenen Richtungen getroffen, von gleicher Beschaffenheit wie in den beschriebenen Geschwulstherden.

Die makro- und mikroskopische anatomische Erscheinungsform der beschriebenen Geschwulst bestätigt, wie gesagt, vollgültig die besprochenen Erfahrungen. Der Krebs als typischer Hornkrebs, sein Ausgangspunkt und seine Verbindung mit der Plattenepitheldecke der Cystenauskleidung entspricht vollkommen den übrigen sieben sicheren Fällen und die gleichzeitige Entwicklung mehrerer Krebsgeschwülste in derselben Dermoidcyste, sowie die Anfügung weiterer nicht krebsiger Dermoides findet sogar eine absolute Analogie in dem Falle Krukenberg's. Freilich hatte bei uns der Krebs eine metastatische Verbreitung bisher nur per continuitatem erfahren, und es war noch möglich, die schwielig indurirten Theile der Fascia transversa und muskulösen Bauchwand, somit alles Erkrankte, ausgiebig zu entfernen.

Irgend welche theoretische Erörterung über die Entwicklung des Carcinoms der Dermoides, bez. ihre Beziehung zu einander, erscheint uns wenig aussichtsvoll. Ueber die congenitale Natur der Dermoides herrscht ja kaum ein Zweifel, und es wird bei der Auffassung der Krebsentwicklung wesentlich darauf hinauslaufen, ob man gleichzeitig mit einer fötalen Abschnürung des Dermoids die Abschnürung einer Carcinomanlage im Sinne Cohnheim's annehmen will, oder ob man für die Krebsgrundlage postfötale Ab-

sprengung im Sinne Ribbert's beim Wachsthum, Entzündungsvorgängen u. dergl. des Dermoids postuliert. Das eine ist ebenso wahrscheinlich wie das andere, keines von beiden zu beweisen.

Schliesslich seien noch einige klinische Notizen angeschlossen, wenigstens insoweit, als sie sich aus dem vorliegenden spärlichen Materiale mit Sicherheit ergeben.

Ebenso wie die Entwicklung der Dermoide selbst ist auch die krebsige Entartung derselben nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden. Biermann's und v. Wahl's Kranke sind 21 bez. 26 Jahre alt, die anderen Patientinnen im Alter von 41, 43, 45, 48, 55 und 65 Jahren.

Krebsige Entartung einer Dermoidcyste findet sich sowohl bei einseitiger Erkrankung, als auch bei gleichzeitigem Dermoid der anderen Seite, sowohl bei multiplen Dermoiden eines Eierstockes, wie bei einfachen; krebsige Entartung doppelseitiger Dermoide ist bisher nicht bekannt.

Die Metastasen beschränken sich ausschliesslich auf die Bauchhöhle.

Ascites ist keine nothwendige Begleiterscheinung; unter den bisher bekannten Fällen findet sich nur bei Himmelfarb „in der Bauchhöhle eiterförmige Flüssigkeit“ und bei Biermann „Hydrothorax und Ascites“.

Die Diagnose der malignen Degeneration eines bestehenden Dermoids kann klinisch erhebliche Schwierigkeiten machen. Besonders können es die gerade den Dermoiden eigenthümlichen häufigen und ausgiebigen Verwachsungen mit Darm, Netz oder dergl. sein, die es nicht gestatten, Veränderungen destructiver Natur an einem bestehenden Tumor palpatorisch nachzuweisen.

Auffallend schnelles Wachsthum der Geschwulst, rasche Körpergewichtsabnahme, Ascites und kachektisches Aussehen können vielleicht als Fingerzeige für die Diagnose dienen.

Gerade aber in dieser Zeit, in welcher die maligne Entartung noch im Beginne und eben deshalb schwer zu diagnosticiren ist, kann natürlich eine Exstirpation von günstigem Erfolge gekrönt sein. Ob in unserem Falle, in welchem die maligne Degeneration sicherlich nicht im Beginne, sondern eine länger dauernde und weit fortgeschrittene war, die Heilung andauern würde, erschien von vornherein zweifelhaft. Zwar hatte sich Patientin nach der Operation ausserordentlich erholt und an Körperfülle und Kraft

zugenommen, doch leider blieb dieser günstige Zustand nicht stationär. Etwa 4 Monate nach der Operation trat ein Recidiv auf; in der Gegend des rechten Hypochondriums war ein über faustgrosser, intraabdomineller Tumor zu fühlen. Ascites war nicht nachzuweisen, die Bauchdecken waren nicht in das Recidiv einbezogen. Unter zunehmender Entkräftung starb Patientin am 30. März a. c., 6 Monate nach der Operation; die Obduction war nicht möglich.