

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Von

Dr. A. L. Hohl, Assistenzarzt.

Betreffs der Behandlung von Ovarialtumoren in der Schwangerschaft stimmen wohl die Ansichten aller Gynäkologen dahin überein, dass, wenn irgend möglich, die Ovariectomie in den ersten Monaten der Schwangerschaft auszuführen ist. Nach den statistischen Zusammenstellungen von Olshausen¹⁾ und in neuerer Zeit von Dsirne²⁾ wird die Prognose der Ovariectomie durch gleichzeitig bestehende Schwangerschaft keineswegs verschlechtert gegenüber der Prognose der Ovariectomie überhaupt. Abort und Frühgeburt werden durch die Operation absolut nicht so häufig hervorgerufen, als man erwarten sollte. Nach Olshausen tritt bei 20 pCt., nach Dsirne in 22 pCt. aller Operirten vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Auf der anderen Seite bringt ein vorhandener Ovarialtumor so mancherlei schwere Gefahren für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft, für Geburt und Wochenbett mit sich, dass man bei der günstigen Prognose der Ovariectomie für Mutter und Kind nicht nur berechtigt, sondern geradezu verpflichtet ist, zu operiren, sobald die Diagnose einer Ovarialgeschwulst gesichert ist.

1) Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien. 1886.

2) Dsirne, Die Ovariectomie in der Schwangerschaft. Dieses Archiv. Bd. 42. H. 3.

Als der günstigste Zeitpunkt zur Operation werden fast allgemein die ersten Monate der Schwangerschaft angesehen. Dsirne¹⁾ hat statistisch nachgewiesen, dass für die Mütter die besten Operationserfolge im 2., 3. und 4. Monate der Schwangerschaft zu verzeichnen sind, und dass andererseits der Verlauf derselben im 3. und 4. Monat meistens keine Unterbrechung erfährt. Diese Annahme wird auch von anderen bestätigt. Es leuchtet ja auch schon von vornherein ein, dass mit dem Wachsthum des schwangeren Uterus die Aussichten für einen günstigen Verlauf einer Ovariectomie geringere werden müssen, denn einmal beengt der Uterus, je grösser er ist, um so mehr das Operationsfeld, und andererseits wissen wir, dass in der Schwangerschaft gern eine Stiel-torsion, ferner Verwachsungen des Tumors mit seiner Umgebung und Ruptur von Ovarialeysten mit ihren Folgen eintreten und die Operation erschweren.

Immerhin aber giebt es doch eine Anzahl Fälle, in denen die Ovariectomie so erheblichen Schwierigkeiten begegnet, dass man sie besser unterlässt. Es sind das diejenigen Fälle, bei denen der Ovarialtumor derartig intraligamentär entwickelt oder so fest in Adhäsionen eingebettet ist, dass seine Ausschälung enorme Schwierigkeiten bereiten muss. Für diese Fälle kann man sich die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vorbehalten, während dieselbe in allen andern Fällen zu verwerfen ist und auch von den Meisten verworfen wird.

Aehnlich äussert sich auch Dsirne: „Erscheint weder die Exstirpation ausführbar, noch die Punction rathsam, liegt der feste, irreponible Tumor derart im kleinen Becken, dass er ein Geburts-hinderniss abgeben muss, so kommt die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage.“ In gleicher Weise will auch Olshausen die Frühgeburt für diese seltenen Fälle aufgespart wissen.

Für die schwer auszuschälenden intraligamentös entwickelten Tumoren möchten wir vor Allem aus dem Grunde die Ovariectomie — ausser in den allerersten Monaten der Schwangerschaft — widerrathen, weil die bei diesen Operationen schon ohnehin erhebliche Blutung complicirt mit Gravidität recht bedeutend werden und die Stillung derselben bei dem durch den Uterustumor beengten Raum auf unangenehme Hindernisse stossen kann.

1) l. c.

Aus diesem Grunde unterliess auch Herr Professor Fehling in einem Falle seiner Privatpraxis die Operation, und wartete ab, indem er die Patientin beständig unter Beobachtung hielt, um gegebenen Falls die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft einzuleiten. In dem Krankenjournal befinden sich folgende Zeichnungen:

Fall I.

Frau H., 31 Jahre alt, Ip., ist seit 5 Jahren steril verheirathet. Während dieser Zeit wurde in Berlin auf der linken Seite ein kleiner Tumor gefunden, den später Kaltenbach als gänseeigross bezeichnete und ihn gelegentlich zu entfernen empfahl. Jetzt am 11. April 1894 bestehen, seitdem die Regel seit dem 11. Januar 1894 ausgeblieben ist, nur ganz geringe Beschwerden, Druck und Stechen auf der linken Seite, daneben etwas Uebelkeit und Erbrechen. Die Untersuchung ergibt: Uterus weich, gross, der 12. Woche der Schwangerschaft entsprechend in Anteflexion. Auf der linken Seite in der Regio sacro-iliaca mit der unteren Kuppe in den Beckeneingang hinabreichend, ein kleinapfelgrosser Tumor, undeutlich fluctuirend und unbeweglich.

Am 2. Mai 94 traten die ersten Kindsbewegungen auf.

3. Juni 94. Schmerzen rechts. Local Status idem.

Juli 94. Untersuchung in Narcose. Dieselbe ergibt, dass der Tumor eine gewisse Beweglichkeit zeigt und sich etwas über den Beckeneingang, besonders in Beckenhochlagerung hinaufschieben lässt¹⁾. Da das Becken geräumig, das Kind nicht gross ist, so wird beschlossen, abzuwarten, da einmal in eine Operation von Seiten der Patientin nur ungern eingewilligt wird und andererseits bei dem wahrscheinlich intraligamentären Sitz die Ovariectomie sehr schwierig gewesen wäre. Dagegen wird beschlossen, wenn nothwendig, 4 Wochen ante terminum die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

25. September 94 wird der Kopf im Beckeneingang gefunden, der Tumor ebenfalls links hoch seitlich neben demselben.

28. September. Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder vielmehr Anregung der Geburt, da durch äussere Umstände der Termin etwas hinausgeschoben wurde. Einlegen eines Barnes-Fehling'schen Cervix-Kolpeurynters. Schon nach 1 Stunde schwache Wehen.

29. September. Grösserer Kolpeurynter eingelegt; liegt Abends in der Scheide.

30. September. Portio verstrichen. Muttermund zweimarkstückgross. Bad von einer Stunde Dauer und grosse Ausspülung der Scheide mit 10 Litern Wasser.

Abends 7 Uhr fast Status idem, trotzdem von 2 Uhr ab kräftige und schmerzhaftige Wehen aufgetreten waren. Daher Discision mit dem Metroton. Dabei springt die Blase und es geht reichlich Fruchtwasser ab. Der Kopf, der seit Vormittag schon etwas fester im Becken steht, tritt tiefer. Nach dem Blasensprung Muttermund fast handtellergröss.

1) Von einem Specialisten in M. war der Patientin gerathen worden, den Tumor entfernen zu lassen, weil sonst der Kaiserschnitt unvermeidlich sei.

Anfangs nach dem Blasensprung sehr stürmische Wehen; dieselben lassen von 8 Uhr ab nach.

9 Uhr 20 Minuten. Muttermund fast vollständig erweitert, nur noch etwas vordere Lippe zu fühlen. Herztöne werden langsamer. Deshalb und wegen Erschöpfung der Frau Forceps in Narkose. Geburt eines lebenden Knaben mit allen Zeichen der Reife.

Wochenbett verläuft glatt.

13. October. Uterus noch etwas gross, Damm empfindlich. Tumor nicht gefühlt.

18. October. Patientin muss wegen schwerer Erkrankung ihres Mannes plötzlich entlassen werden. Deshalb ist kein Entlassungsbefund aufgenommen.

28. November. Befund 6 Wochen nach der Entlassung: Vulva eng. Portio mittelhoch stehend, klaffend, rechts starker Einriss bis ins Vaginalgewölbe, Portio dort etwas adhärent. Uterus mittelgross, in Antelexion beweglich, nicht empfindlich. Linkes Ovarium mehr seitlich, etwas tiefer als normal, breit am Ligamentum latum inserirt, nicht sehr frei beweglich, von der Grösse eines mittleren Hühnereies, kleiner als der Uterus.

Zur Kritik des Falles sei noch gesagt, dass Herr Professor Fehling einmal deshalb von der Ovariectomie in der Schwangerschaft absah, weil, wie schon erwähnt, der Tumor intraligamentär entwickelt und seine Entfernung nur durch eine länger dauernde, schwierige und blutreiche Operation möglich schien, andererseits aber, weil der Tumor nur klein war und sein Sitz über dem Beckeneingang hoffen liess, dass er ein schweres Geburtshinderniss nicht abgeben würde, vielmehr eine nicht allzugrosse Frucht mit grösster Wahrscheinlichkeit neben dem Tumor genügend Platz zum Eintritt in das Becken finden würde, besonders da sich im Verlaufe der Schwangerschaft der Tumor etwas nach oben zurückzog. In der That sind ja auch diese Vermuthungen durch die Geburt als richtig bestätigt worden.

Die Punction einer Cyste in der Schwangerschaft kommt als Behandlungsmethode nicht in Betracht, dieselbe darf — und darin stimmen Alle überein — nur angewandt werden, um eine durch besonders grosses Wachsthum der Tumoren bedingte Dyspnoe zu beseitigen.

Ganz anders als in der Schwangerschaft liegen die Verhältnisse, sobald die Geburt begonnen hat und ein im kleinen Becken eingekletter Tumor zum Geburtshinderniss wird. Es ist bekannt, dass Tumoren von grösseren Dimensionen dem Eintritt des vorliegenden Kindestheiles kaum jemals ein Hinderniss in den Weg legen ausser in jenen Fällen, in welchen sich ein Segment derselben in das kleine Becken hinabsenkt. Im Grossen und Ganzen

werden durch sie nur fehlerhafte Lagen oder Unregelmässigkeiten in der Wehenthätigkeit hervorgerufen, welche nach den üblichen Grundsätzen zu behandeln sind. Weit häufiger verlegen die kleineren Tumoren dem vordringenden Kindestheile den Weg und unter diesen sollen vor Allem die Dermoideysten an Häufigkeit obenan stehen [Jetter¹⁾].

Gerade diese kleineren Tumoren, welche sich in das kleine Becken hinabsenken können und dasselbe theilweise oder ganz ausfüllen, sind es, welche eine ernste Complication der Geburt bilden und eine Beendigung derselben ohne Kunsthülfe unmöglich machen. Besonders in früheren Zeiten sind viele Mütter und Kinder dieser Complication zum Opfer gefallen, und es ist daher die Pflicht des Arztes, rechtzeitig den durch sie bedingten Gefahren zu begegnen und therapeutisch einzuschreiten. Für die Mutter kommen Uterusruptur und sonstige Verletzungen der mütterlichen Weichtheile in Betracht, ausserdem droht immer die Ruptur eines cystischen Tumors mit ihren Folgen, welche wir weiter unten noch zu besprechen haben.

Das kindliche Leben gefährden alle jene durch eine langdauernde Geburt hervorgerufenen Nachtheile. Leider ist es nicht möglich, eine für jeden Fall passende Therapie vorzuschreiben, und jeder Fall muss individualisirend behandelt werden, aber doch lassen sich immerhin einige allgemeine Regeln aufstellen. Bevor ich näher auf dieselben eingehe, möchte ich die Krankengeschichten zweier in der hiesigen Frauenklinik beobachteten Fälle mittheilen.

Fall II.

Die unverehelichte E. St., 22 Jahr, Ip., tritt am 22. März 1894 in die Klinik ein. Die Menses sind seit dem 8. Juli 1893 ausgeblieben.

Bei der Aufnahme wird folgender Befund erhoben: Körperbau und Musculatur kräftig, Fettpolster gut entwickelt. Herz und Lungen sind gesund. Keine äusseren Zeichen von Rachitis oder Lues vorhanden. Urin eiweissfrei.

Linea alba dunkel pigmentirt, Nabel vorgetrieben. Reichlich frische Striae gravidarum. Fundus uteri median gelegen, steht am Processus xiphoideus. Grösster Leibesumfang 97 cm. Kopf beweglich im Beckeneingang. Breite Resistenz links, kleine Theile rechts im Fundus, Herztöne links vom Nabel. Innere Untersuchung: Introitus vaginae sehr eng, Schleimhaut glatt, Portio zum Theil verstrichen, Cervix und Muttermund für 1 Finger durchgängig. Vom vorderen Scheidengewölbe aus fühlt man den über dem Beckeneingang balottirenden Kopf. Promontorium ist nicht zu erreichen, Beckenknochen sind platt, Beckenboden sehr straff. Diagnose: Gravidität im X. Monat, lebendes Kind in I. Schädellage.

1) Jetter, Inaug.-Diss. Tübingen 1861.

Von einem Tumor neben der Gravidität war nichts constatirt worden.

Am 11. April 1894 Eintritt der Wehen.

Am 12. April erfolgt 5 h. 50 a. m. der Blasensprung. 7 h. a. m. wird folgender Befund erhoben: Schädellage I, Kopf theilweise in das Becken eingetreten. Herzöne gut. Bei der inneren Untersuchung wird der Muttermund vollständig erweitert gefunden, die Blase ist gesprungen. Der Kopf steht mit seinem tiefsten Punkte in der Spinallinie, kleine Fontanelle links, Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser. Im hinteren Scheidengewölbe fühlt man eine wurstförmige undeutliche Verwölbung.

9 h. a. m. In der Wehe wölbt sich der Damm vor. Der Kopf hat denselben Stand wie vorher, dagegen ist die vorher erwähnte Hervorwölbung im hinteren Scheidengewölbe viel deutlicher und circumscripter geworden, in der Wehe drängt sie stark herab. Noch deutlicher fühlt man dieselbe vom Rectum aus als einen abgegrenzten, fluctuirenden Tumor, der den Douglas ausfüllt. Da der Kopf schon ziemlich tief steht und die schonende Reposition nicht gelingt, wird beschlossen, den Tumor von der Scheide aus zu punctiren.

Nach den dazu nothwendigen Vorbereitungen wird bei einer weiteren Untersuchung um 10 Uhr der Tumor nicht mehr gefunden. Wir müssen annehmen, dass der Tumor bei dem Versuche, ihn zu reponiren, platzte oder bei den nachfolgenden Wehen — vielleicht theilweise entleert —, möglicherweise auch theilweise reponirt — sich spontan nach oben zurückzog. Die Wehen sind ziemlich häufig und kräftig, werden aber von der recht erschöpften Person schlecht verarbeitet, so dass die Geburt durch den Forceps beendet werden muss. Es wird ein ausgetragener lebender Knabe geboren.

Das Wochenbett verläuft glatt. Bei der Entlassung am 23. April kann von dem Tumor nichts mehr nachgewiesen werden.

Am 19. April 1895 stellt sich die Patientin in der poliklinischen Sprechstunde wieder vor, wo von Professor von Herff ein linksseitiger Ovarialtumor festgestellt wird.

Am 28. April Aufnahme in die Klinik zur Operation. Bei ihrer Aufnahme giebt sie an, seit einem Vierteljahr Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibes zu haben, denen sich auch bald heftige Schmerzen links hinzugesellten, die sich besonders während der Menses bedeutend steigerten. Ausserdem belästigte sie das Gefühl, als ob etwas nach abwärts dränge.

Der locale Befund ist folgender: Vagina ziemlich eng, Portio querspalten, tief stehend, etwas nach hinten von der Führungslinie. Uterus von normaler Consistenz und Grösse in Antelexion etwas dextroponirt. Links von demselben, ihm ziemlich breit anliegend, ein etwa gänseeigrosser, elastischer, mässig beweglicher Tumor. Die rechten Adnexe empfindlich und schwer palpabel.

Diagnose: Kystom des linken Ovariums.

30. April. Ovariectomy sinistra in Aethernarkose. Die Cyste ist gänseeigross, von verschieblichem Peritoneum bedeckt; das Ovarium sitzt fast ganz erhalten auf derselben auf. Am unteren Pole scheint die Cyste aus demselben hervorzugehen. Tube mit kurzem Mesosalpinx auf ihm aufsitzend.

14. Mai. Eröffnung eines kleinen Bauchdeckenabscesses.

26. Mai wird die Patientin gesund entlassen.

Patientin ist seit 2 Monaten wieder schwanger und leidet jetzt an heftigen Uteruskoliken.

Fall III.

Frau M. H., Arbeiterfrau aus Lieskau, 33 Jahre alt, IVp. Die drei ersten Geburten erfolgten spontan ohne ärztliche Hilfe. Die Menses traten zum letzten Male Anfang Juli 1895 auf; seitdem Menopause. Bis Anfang März 1896 befand sich Patientin vollkommen wohl. Zu dieser Zeit bekam sie eines Abends plötzlich, nachdem sie den Tag über schwer gearbeitet hatte, wehenartige Schmerzen, so dass sie glaubte, die Geburt käme in Gang. Die herbeigeholte Hebamme konnte jedoch den Beginn der Geburt nicht feststellen. Gegen Morgen hörten die Schmerzen auf, wiederholten sich jedoch von dieser Zeit an täglich in ziemlicher Heftigkeit. Auch leidet sie seitdem an Blähungsbeschwerden.

Am 11. April 1896 traten 9 h. p. m. die ersten Wehen auf. Trotz kräftiger Wehen trat auch nach dem Blasensprung der Kopf nicht in das Becken ein, weshalb die Hebamme die Hilfe unserer Poliklinik in Anspruch nahm.

Am 12. April 6 h. 30 a. m. stellte Herr Dr. Jellinghaus folgenden Befund fest:

Kräftige Frau. Temperatur 37,0, Puls 76 in der Minute, kräftig. Beckenmaasse normal. Kind liegt in I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne links deutlich, von normaler Frequenz. Uterus und Ligamenta rotunda mässig gespannt, geringe Empfindlichkeit über der Symphyse. Innerlich wird der Muttermund kleinhandtellergröss gefunden, Blase gesprungen. Das hintere Scheidengewölbe ist durch eine prall elastische, fluctuirende Geschwulst von Ueberfaustgrösse vorgewölbt. Der Kopf ragt eben in den Beckeneingang — Pfeilnaht querstehend — hinein und wird während der Wehe gegen den sich stärker vorwölbenden Tumor gepresst. In Narkose gelingt es, den Tumor nach der rechten *Articulatio sacro-iliaca*, wohin die Verbindung mit dem Uterus hinaufzugehen scheint, bis zur Höhe der *Linea innominata* emporzuschieben, jedoch nicht, ihn vollständig zu reponiren; derselbe tritt sofort wieder in das kleine Becken herab. Da ein Trocart zur Punction nicht vorhanden und die äusseren Verhältnisse ungünstig sind, so wird die Frau in die hiesige Frauenklinik überführt.

In Abwesenheit von Herrn Prof. Fehling wird die Geburt von Prof. von Herff geleitet. Es wird 8 h. a. m. im Grossen und Ganzen noch der gleiche Befund erhoben wie vorher. Nur ist der Uterus noch gespannter; reichlich handbreit über der Symphyse verläuft jetzt schräg nach links oben eine deutliche Furche am Uterus, oberhalb welcher der letztere stärker contrahirt ist. Die Ligamenta rotunda sind saitenartig gespannt und druckempfindlich. Ebenso ist das Abdomen auf Druck schmerzhaft. Innerlich keine Aenderung.

Diagnose: Ovarialtumor als Geburtshinderniss, drohende Uterusruptur.

Da die spontane Beendigung der Geburt unmöglich und die Gefahr einer Uterusruptur vorhanden ist, muss sofort die Geburt mit Kunsthilfe zu Ende geführt werden. Da die Reposition schon vergeblich versucht war, so wird von weiteren Repositionsversuchen Abstand genommen. Es wird beschlossen, in Narkose einen vorsichtigen Zangenversuch zu machen, mit der Absicht, sobald die Geschwulst sich stark anspannen sollte, sofort zu punctiren. Der Vortheil, den wir durch Anlegung der Zange vor der Punction erreichten, war ein doppelter. Erstens konnten wir während der Punction einen leichten Zug an der

Zange und damit einen Druck auf die Cyste von oben her ausüben, wodurch dieselbe sich prall anspannen musste und dem Drucke des Trocarts beim Einstechen desselben nicht nach oben ausweichen konnte. Zweitens aber wurde vermieden, dass beim Anlegen der Zange aus der Punctionsöffnung Cysteninhalt, dessen Natur man nicht kannte, austrat und nach oben verschmiert wurde.

Es wird daher zunächst die Tarnier'sche Achsenzugzange — dieselbe wird nur *docendi causa* gewählt — im queren Durchmesser über Gesicht und Hinterhaupt angelegt, wobei der Kopf von aussen durch einen Assistenten fixirt wird. Der Kopf folgt zwar etwas beim Zug, doch spannt sich die Cyste derartig an, dass ohne Ruptur derselben das Hinderniss nicht zu überwinden ist. Deshalb wird der Trocart dicht unterhalb der Schädelkuppe unter leichtem Zug am Tarnier vom hinteren Scheidengewölbe aus in die Cyste eingestossen. Es entleert sich ein dicker gelber, käsiger Brei (mehrere 100 ccm). Darauf wird mit Leichtigkeit der Kopf in das Becken herabgezogen. Lüftung des Tarnier; kleine Fontanelle dreht sich nach vorn. Weitere Entwicklung des Kopfes und Rumpfes ohne jede Schwierigkeit. Geburt eines lebenden ausgetragenen Kindes. Nachgeburtsperiode wird expectativ geleitet. Eine Stunde post partum wird die Placenta nach der französischen Methode durch sanften continuirlichen Zug an der Nabelschnur unter dauernder Ueberwachung des Uterus von aussen entfernt. Die Expression der Placenta wird vermieden, um ein weiteres Ausfliessen von Dermoidbrei in die Bauchhöhle bei der Compression der Cyste durch den herabgedrückten Uterus möglichst zu verhüten. Die Natur des Cysteninhaltes liess es ausser allem Zweifel, dass wir es mit einem Dermoidkystom zu thun hatten und wir waren vor die unangenehme Frage gestellt, ob dasselbe sofort zu entfernen sei, oder ob man noch abwarten und im Wochenbett operiren solle. Es war sehr wahrscheinlich, dass von dem Dermoidbrei schon geringe Mengen in die Bauchhöhle ausgetreten waren und die Möglichkeit, dass durch die Punctionsöffnung noch mehr nachdringen könne, lag nahe. Hätten wir es mit einem gewöhnlichen Ovarialkystom zu thun gehabt, so hätten wir abgewartet, da es sich aber um Dermoid handelte, dessen Inhalt bekanntlich häufig schwere Peritonitis hervorruft, so mussten wir auch in diesem Falle diese Gefahr fürchten. Da ausserdem der Kräftezustand der Patientin vorzüglich war, so wurde beschlossen, die Entfernung sofort vorzunehmen. Es wurde überlegt, ob dieselbe von der Vagina aus oder per laparotomiam ausgeführt werden sollte. Der Tumor lag tief im Douglas und seine Entfernung von hier aus hätte vielleicht, wenn er frei beweglich gewesen wäre, keine sehr erheblichen Schwierigkeiten gemacht. Wir mussten aber nach der Anamnese annehmen, dass Verwachsungen bestanden, denn 6 Wochen vorher waren Zeichen von Stieltorsion und leicht peritonitische Erscheinungen vorhanden gewesen. Es wurde daher von der vaginalen Entfernung Abstand genommen. Ich komme auf diese Frage noch weiter unten zurück.

Etwa 2 Stunden post partum wurde von Herrn Prof. von Herff die Ovariectomie ausgeführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden wir etwas freie, blutig gefärbte und mit wenig Dermoidbrei untermischte Flüssigkeit in derselben. Rechts vom Uterus lag eine tief in den Douglas reichende und hier breit adhärente Geschwulst mit schlaffen Wandungen. In der Gegend des Abganges der rechten Tube fand sich eine kleine blutende Stelle am Uterus, an der jedenfalls der Tumor

vorher adhärent war; bei der Reposition oder der Entbindung mit der Zange war diese Verwachsung wahrscheinlich durchrissen worden. Schwierige Lösung der Adhäsionen im Douglas, Abtragen des Tumors. Die Stillung der ziemlich reichlichen Blutung stösst auf keine erheblichen Schwierigkeiten. Der Stiel des Tumors war $1\frac{1}{2}$ mal rechts gedreht. Der Tumor selbst stellt eine fast zweifaustgrosse Dermoidcyste dar.

Bis zum 19. April, also dem 8. Tage des Wochenbettes, verlief dieses ganz glatt.

Am 19. April stieg die Temperatur Abends auf 38,1.

In den nächsten Tagen noch weiterer Temperaturanstieg.

Am 22. April erreicht dieselbe mit 39,2° ihr Maximum, um von da ab langsam bis zur Norm zu sinken.

Am 21. April, dem 9. Tage des Wochenbettes, wird links und hinter dem Uterus ein ziemlich grosses, hartes Exsudat festgestellt. Auf geeignete Behandlung geht dasselbe zurück und bricht am 29. April nach dem Rectum durch.

Am 4. Mai kann man auch rechts im Parametrium ein Exsudat nachweisen. Uterus dextroponirt.

Am 14. Mai konnte die Patientin entlassen werden.

An diesem Tage wurde folgender Befund erhoben: Uterus leicht dextroponirt und stumpfwinklig anteflectirt. Links und hinter dem Uterus im Parametrium bis zur Beckenwand ziehend noch hartes Exsudat fühlbar. Rechtes Parametrium verkürzt, nur wenig infiltrirt.

Die Infectionsquelle für das im Wochenbett entstandene Exsudat kann man nicht mit Sicherheit feststellen. Dasselbe kann auf demselben Wege entstanden sein, wie ein solches bei normalen Geburten entsteht, aber die Infection kann auch bei der Ovariectomie oder durch den in die Bauchhöhle ausgeflossenen Dermoidinhalt erfolgt sein.

Bei der Behandlung der die Geburtswege verlegenden Ovarialtumoren intra partum kommt in erster Linie die Reposition in Betracht und zwar muss unter allen Umständen, ehe man irgend welche operative oder entbindende Methoden anwendet, ein schonender Repositionsversuch gemacht werden. Derselbe sollte, wenn irgend möglich, in Narkose ausgeführt werden, da dieselbe ganz erhebliche Vortheile gewährt. Meiner Ansicht nach schiebt Löhlein¹⁾ mit vollem Recht einen Theil der ungünstigen Resultate bei Complication der Geburt mit Ovarialtumoren in den Zusammenstellungen von Jetter und Playfair darauf zurück, dass man die Diagnose der Geschwülste und ihres anatomischen Verhaltens zum Uterus, wie auch die Technik der Reposition vor Einführung des Aethers und Chloroforms in die Geburtshilfe weniger sicher beherrschte. Die Narkose ermöglicht uns eine ruhigere und genauere Untersuchung, die uns in Fällen, in denen man über die solide cystische Natur des Tumors nicht sicher ist, leichter Klarheit verschafft, als

1) Löhlein, Gynäkologische Tagesfragen. H. 4.

wenn wir einmal durch das Pressen und Drängen besonders von empfindlichen Patientinnen, anderseits auch durch die ohne Narkose stärkere Wehentätigkeit bei unserer Untersuchung und bei dem Repositionsversuch behindert sind.

In Fall II wurde ein Versuch, zu reponiren, in Narkose nicht gemacht, vielleicht wäre die Reposition in Narkose gelungen.

Auf der anderen Seite darf man aber auch die Vorzüge der Narkose nicht missbrauchen und sich dazu verleiten lassen, die Reposition zu gewaltsam vorzunehmen und dadurch die Kreissende der Gefahr einer Cystenruptur auszusetzen. Ich kann Fischel¹⁾ keineswegs beistimmen, wenn er behauptet, dass eine forcirte Reposition, selbst wenn dabei eine unbeabsichtigte Ruptur eintreten sollte, sicherer und ungefährlicher sei, als eine Punction von der Scheide aus. Fischel führt zum Beweise seiner Ansicht 7 Geburtsfälle an, die von Litzmann und Doumairon zusammengestellt wurden. Bei diesen genügte die Punction nur 4 mal zur Beendigung der Geburt, von den 7 Kindern wurde nur eins lebend geboren, von den 7 Müttern starben 2, während 4 schwere, lang dauernde septische Erkrankungen durchmachten. Was den letzteren Punkt anbelangt, so übersieht Fischel, dass diese 7 Fälle aus einer Zeit stammen, in welcher die Asepsis und Antisepsis noch unbekannt waren und das Puerperalfieber überhaupt eine Unmenge von Opfern forderte und dass, wie Litzmann selbst angiebt, die Fälle meist verschleppt und von vorn herein aussichtslos waren.

Es lässt sich nicht leugnen, dass eine unter allen aseptischen Cautelen ausgeführte Punction noch immer manche Gefahren in sich birgt. Der grosse Vortheil, den uns die Punction vor einer Cystenruptur bietet, ist der, dass sie uns über die Natur des Cysteninhaltes in Kenntniss setzt, während sich bei der Ruptur eine Flüssigkeit in die Bauchhöhle ergiesst, von der wir nicht wissen, ob sie Infectionskeime in sich birgt oder nicht. Fischel beruft sich auf einige glücklich abgelaufene Fälle, in denen die Ruptur reactionslos vertragen wurde. Diesen könnte man eine ganze Reihe gegenüberstellen, wo das Gegentheil der Fall war. So sagt auch Olshausen (l. c.): „Es überwiegt weitaus die Zahl der Todesfälle nach Ruptur in die Bauchhöhle. Ganz regelmässig erfolgt der Tod, falls es eine Dermoidcyste war, welche in das Abdomen hineinbarst.“ Angesichts dieser Thatfachen sind entschieden rohe Re-

1) Fischel, Prager med. Wochenschr. 1882. No. 6 u. 7.

sitionsversuche ebenso wie forcirte Zangen- oder Wendungsversuche zu unterlassen. Die Reposition wird wohl im Allgemeinen in Rückenlage ausgeführt, gelingt sie in dieser nicht, so wird empfohlen, dieselbe in Knieellenbogenlage auszuführen. Wendet man Narcose an, so glaube ich, kann man letztere entbehren oder man bedient sich der Sims'schen Seitenlage, welche Löhlein in einem Falle von Vortheil war, nachdem die Reposition auch in Knieellenbogenlage nicht gelungen. Als den günstigsten Zeitpunkt für dieselbe sieht man im Allgemeinen den eben erfolgten Blasensprung an, weil dann der Kopf am sichersten nach erfolgter Reposition in das Becken eintritt. Gelingt es nicht, den Tumor über den Beckeneingang hinaufzuschieben, so kommt als nächste therapeutische Maassregel die Punction in Frage. Von vornherein sind dabei die soliden und die cystischen Tumoren zu trennen, da selbstverständlich nur die letzteren durch sie verkleinert werden können. Leider kann man aber nicht in allen Fällen zu einer sicheren Diagnose über die Natur des Tumors gelangen. Auf der einen Seite kann eine mit Flüssigkeit angefüllte Geschwulst durch den abwärtsdrängenden Kindestheil so prall gespannt sein, dass sie einem soliden Tumor gleicht, und andererseits kann ein solider Tumor Fluctuation vortäuschen. Man wird daher vor die Frage gestellt, ob man in jedem zweifelhaften Falle punktiren soll und darf, ehe man andere operative Maassregeln ergreift. Wenn man überhaupt die Zulässigkeit der Punction anerkennt, so muss man es sich meiner Ansicht nach zur Regel machen, in zweifelhaften Fällen zu punktiren, um wenigstens zu einer sicheren Diagnose zu gelangen. Eine falsche Diagnose kann unter Umständen recht unheilvolle Folgen haben. Schon mehrfach wurde der Kaiserschnitt mit ungünstigem Ausgange für Mutter und Kind ausgeführt, wo man durch eine einfache Punction den Tumor zum Verschwinden gebracht haben würde und die Geburtswege für den Durchtritt des Kindes frei bekommen hätte.

Ganz und gar verfehlt ist es natürlich, wenn man wie Staudé verfährt und die Sectio caesarea ausführt, trotzdem man die cystische Natur des Tumors erkannt hat. Staudé¹⁾ fand als Geburtshindernis einen prallen Tumor, der das kleine Becken zum Theil ausfüllte und sich nicht verschieben liess. Er machte die Sectio cae-

1) Staudé, Zur Complication von Schwangerschaft und Geburt durch Ovarialtumoren. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. II. S. 257.

sarea und doppelte Ovariectomie. Aus dem linken Tumor, welcher das Geburtshinderniss abgegeben hatte, entleerte sich eine braune Flüssigkeit. Wegen Atonie des Uterus war er sodann genöthigt, den Uterus zu amputiren. Aller Wahrscheinlichkeit nach hätte er durch eine Punction die Sectio caesarea und die Amputatio uteri umgehen können.

Was nun die Punction einer Cyste von der Vagina aus an und für sich anbelangt, so ist dieselbe, auch wenn sie unter allen aseptischen Cautelen ausgeführt wird, nicht ohne alle Gefahren. Lomer hält dieselbe für unschädlich, leugnet aber nicht, dass sie auch unter ganz besonderen Umständen schlechte Folgen haben kann. Es ist jedenfalls schon schwierig, eine Punction von der Scheide aus vollständig aseptisch auszuführen, da es nicht leicht ist, die Scheide sicher keimfrei zu machen. Ferner lässt sich die Punctionsöffnung im Wochenbett nicht genügend vor Infection schützen und die von aussen in sie eindringenden Keime können eine Vereiterung der Cyste herbeiführen. Endlich kann infectiöser Cysteninhalt in die Bauchhöhle austreten und Veranlassung zu einer Peritonitis geben. Letzterer kann man vorbeugen, wenn man, sobald durch die Punction die Infectiosität des Cysteninhaltes erkannt ist, die Laparotomie sofort anschliesst, falls es der Kräftezustand der Patientin erlaubt. Dass man bei gutem Kräftezustande der Patientin die Ovariectomie post partum ungestraft anschliessen kann, beweist unser Fall III.

Bei Tumoren, welche einen mehrkammerigen Bau aufweisen oder zähen Inhalt besitzen, der sich durch die Punction nicht entleeren lässt, wird die Incision von der Vagina aus empfohlen. Bei multiloculären Cysten sollen von dieser aus die einzelnen Septa zerstört und die Verkleinerung des Tumors auf diese Weise bewirkt werden. Fritsch¹⁾ will in jedem Falle statt der Punction eine Incision machen, die er für ungefährlicher hält. Er verfährt dann so, dass er einen ca. 4 cm langen Schnitt in der Mittellinie der Scheide von der hinteren Muttermundslippe beginnend anlegt. Langsam präparatorisch schneidet er in die Tiefe ein. Sobald aus einer kleinen Oeffnung Cysteninhalt ausfliesst, wird die Cystenwand an die Vagina angenäht, dann das Loch successive vergrössert und der Rand der Cyste successive mit der Vaginalwunde ver-

1) Fritsch, Klinik der geburtsh. Operationen. IV. Aufl. S. 219.

einigt. Ob die Infectionsgefahr dabei eine sehr viel geringere ist als bei der Punction, erscheint fraglich.

Konnte der Ovarialtumor reponirt werden oder hat man die Cyste durch Punction oder Incision entleert und die Geburt beendet, so fragt es sich, soll man die Ovariectomie sofort anschliessen oder sie verschieben und welches ist dann der günstigste Zeitpunkt. Haben wir es mit einer vereiterten Cyste oder mit einem Dermoidkystom zu thun, so möchte ich empfehlen, wenn es die Kräfte der Patientin erlauben, die Ovariectomie sofort anzuschliessen, weil man auf diese Weise wohl am sichersten eine Infection des Peritoneums durch austretenden Cysteninhalt verhindern kann. Bei nicht infectiösem Inhalt ist es mehr anzurathen, abzuwarten und die Ovariectomie später auszuführen. Ueber den günstigsten Zeitpunkt zur Operation gehen die Ansichten noch auseinander.

Kaltenbach¹⁾ ist der Ansicht, dass im Wochenbette die Vornahme der Ovariectomie keinerlei Bedenken unterliegt. Er entfernte einen Ovarialtumor am 7. Tage des Wochenbettes. Aus dem Journal gebe ich folgenden Auszug.

Fall IV.

Frau C. B., 30 Jahre alt, 5p., bemerkte seit der letzten Entbindung am 15. Januar 1891 eine erhebliche Auftreibung des Leibes, die allmählig zunahm. Schmerzen waren nicht vorhanden. Letzte Menses Weihnachten 1892. Der Leibesumfang nahm in der Schwangerschaft einen solchen Umfang an, dass vom behandelnden Arzt an Hydramnion der Zwillinge gedacht wurde. Mit der Zunahme des Leibes traten auch starke Schmerzen auf, so dass Patientin längere Zeit bettlägerig war.

Am 11. Juli traten Wehen auf. In der Nacht vom 12. zum 13. Juli wurde sie in die Hallenser Frauenklinik aufgenommen.

Die Geburt erfolgte den 13. Juli Morgens 1 $\frac{1}{2}$ Uhr sehr leicht und ohne Kunsthilfe, trotz Vorfall des Armes neben dem tief im Becken stehenden Kopfe, der sich nicht reponiren liess. Das frühgeborene Kind starb am 21. Juli.

Die sofort nach der Geburt vorgenommene Untersuchung weist neben dem jetzt gut contrahirten Uterus in der rechten Beckenhälfte einen grossen cystischen Tumor nach.

Das Wochenbett verläuft bis zum 7. Tage vollständig glatt. An diesem Tage, also am 19. Juli, wird von Kaltenbach die Ovariectomie ausgeführt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich der Tumor in die Wunde ein. Derselbe ist an seinem oberen Pole mit dem Netz lose verwachsen, sonst überall frei. Die Entfernung desselben macht nach seiner Entleerung keine Schwierigkeiten. Der Tumor gehört dem linken Ovarium an und ist mit ca. 10 Lit. klarer, schleimiger Flüssigkeit angefüllt.

Der Verlauf war vollständig glatt und die Patientin konnte am 6. August geheilt und ohne Beschwerden entlassen werden.

1) Kaltenbach, Lehrb. d. Geburtsh. S. 256.

Rubeska¹⁾ will eine Eierstocksgeschwulst, welche bei der Geburt einem viele Stunden dauernden Druck ausgesetzt war, nach erfolgter Reposition und Geburt gegen Ende der ersten Wochenbetswoche, auch wenn keine andere Indication, wie Vereiterung. Stieldrehung etc. da wäre, exstirpiren, d. h. er möchte nur so lange warten, bis die Frage über eine etwaige puerperale Infection des Tumors entschieden ist.

Flaischlen²⁾ will die baldige Laparotomie im Wochenbett vornehmen, sobald nach Ruptur einer reponirten Cyste oder Punction eines Ovarialtumors in partu bald peritonitische Reizerscheinungen auftreten. R. Condamin³⁾ will, wenn nicht etwa durch Eiterung, sehr häufig auch durch Stieldrehung ein früheres Einschreiten gefordert wird, mit der Ovariectomie 4 Wochen warten. Ebenso will Olshausen⁴⁾ womöglich die erste Zeit des Wochenbettes vermeiden.

Auch wir sind der Ansicht, dass man die erste Woche des Wochenbettes vorüberlässt, falls keine anderen Erscheinungen zur Operation drängen, ehe man den Tumor entfernt. Denn einmal ist die kurze Zeit, die man dadurch der Patientin zur Erholung gönnt, nicht ohne Werth und andererseits wird die Operation um so weniger Schwierigkeiten machen, je besser die Unterleibsorgane sich involviret haben und je weniger blutreich die Gewebe sind. Eine genaue Beobachtung der Patientin während des Wochenbettes ist natürlich unbedingt nothwendig, damit sofort, wenn sich Zeichen von Vereiterung der Cyste, peritonitischer Reizung oder Stieldrehung einstellen, operativ eingegriffen werden kann. Es ist ein keineswegs seltenes Ereigniss, dass eine Ovarialeyste, auch wenn sie intra partum nicht punktiert wurde, im Wochenbett vereitert und besonders gern tritt in demselben Stieldrehung auf. Derartige Fälle sind mehrfach publicirt (Mangiagalli⁵⁾ u. A.) Auch wir hatten vor Kurzem Gelegenheit, in der hiesigen Frauenklinik einen hierher gehörenden Fall zu beobachten.

1) Rubeska, Beitrag zur Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Ovarialgeschwülsten. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. III. S. 184.

2) Flaischlen, Zur Complication der Schwangerschaft und Geburt durch Ovarialtumoren. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. S. 48.

3) R. Condamin, Arch. de tocol. et de gynécol.

4) l. c.

5) Mangiagalli, Berl. klin. Wochenschr. 1814. S. 491.

Fall V.

Frau M. Th., 28 Jahre alt, hat zweimal geboren, das letzte Mal am 9. Februar 1896. — Schon bei Beginn der letzten Schwangerschaft bestand Druck auf der rechten Seite des Unterleibes. Der Leib soll nicht stärker geworden sein, als in der ersten Schwangerschaft. Die Geburt verlief spontan ohne Besonderheiten. Auch in den ersten 14 Tagen war der Leib nicht stärker als normal. Patientin hatte in dieser Zeit ausser Diarrhoe keine Beschwerden und verliess schon am 4. Tage das Bett. Dann erkrankte sie am 16. Tage nach der Geburt und lag 14 Tage schwer krank darnieder mit Fieber, Diarrhoe, Lungenkatarrh, Abnahme der Kräfte u. s. w. Der Leib nahm an Umfang auffallend zu. Am 8. März schickte sie der behandelnde Arzt uns zu: Hier wurde folgender Befund erhoben: Elend aussehende Frau mit fieberhaftem Adspectus. Ueber der linken Lunge vorn gedämpfter Percussionsschall, rechts hinten unten Rasselgeräusche. Herz gesund. Abdomen stark vorgewölbt durch einen Tumor, welcher die rechte Seite einnimmt und nach links 2 Querfinger breit über den Nabel reicht. Der Tumor hat die Begrenzung einer Ovarialcyste, fluctuirt. Rechts reicht er bis fast an den Rippenbogen und ist von der Leber nicht deutlich abzugrenzen. Die Portio steht etwas vor der Führungslinie. Uterus anteflectirt, in toto nach vorn gedrängt. Im Urin kein Eiweiss.

Diagnose: Kystoma ovarii dext. multiloculare, im Wochenbett vereitert.

10. März 96. Ovariectomy duplex in Aethernarkose.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird eine grosse Cyste sichtbar, welche überall am Peritoneum parietale besonders nach rechts hin fest verwachsen ist; ausserdem bestehen Verwachsungen mit Netz und Darm. Die Verwachsungen werden theils stumpf gelöst, theils nach Unterbindung durchtrennt. Die Cyste wurde sodann punctirt, worauf sich eine trübe, eitrige und stinkende Flüssigkeit entleert, welche zum Theil in das Peritoneum läuft.

Herauswälzen des Tumors, Abtragen des $1\frac{1}{2}$ mal rechts gedrehten Stieles. Das linksseitige, ebenfalls cystisch entartete circa hühnereigrosse Ovarium wird ebenfalls entfernt. Da trotz mehrfacher Umstechungen die ziemlich heftige Blutung aus dem Mesenterium des Dünndarms nicht vollkommen steht und da sicher eitrige Flüssigkeit in die Bauchhöhle gelangt ist, wird tamponirt und das Ende der sterilen Gaze aus dem unteren Drittel der Bauchwunde herausgeleitet. Schluss der Bauchwunde.

Im Eiter werden Streptokokken nachgewiesen.

Das Anfangs noch ziemlich hohe Fieber fällt in der dritten Woche nach der Operation langsam ab, ebenso bessert sich der Anfangs noch sehr heftige Lungenkatarrh, so dass die Patientin am 14. April mit vollständig geheilter Wunde ohne Beschwerden entlassen werden kann.

Die festen Tumoren der Ovarien kommen als Geburtshinderniss seltener in Betracht. Ist die Diagnose sicher festgestellt und die Reposition misslungen, so wird man vor die Wahl gestellt, entweder die Entbindung durch Verkleinerung der Frucht zu beenden oder den Tumor intra partum zu entfernen. Die lebende

Frucht in solchen Fällen zu perforiren, ist man wohl kaum berechtigt, eine Ansicht, die auch Fehling und Löhlein theilen. Auch bei todtm Kinde wird man nicht immer mit der Perforation auskommen, wenn der Tumor eine gewisse Grösse überschritten hat. Bei lebendem Kind bleibt nur übrig, die Sectio caesarea auszuführen. Die vaginale Exstirpation der Geschwulst, die bisher selten intra partum ausgeführt ist — einmal von Staudé¹⁾ — erscheint doch immerhin sehr gewagt. Wenn man bedenkt, dass wir schon ohne die Complication von Schwangerschaft oder Geburt bei der Entfernung von Ovarialtumoren gezwungen waren, die Laparotomie anzuschliessen [Fehling²⁾], theils zur Beendigung der Operation, theils zur Blutstillung, wie viel mehr muss man da intra partum vor einer vaginalen Ovariectomie zurückschrecken, wo die Verhältnisse bei dem Blutreichthum und der Zerbrechlichkeit der Gewebe noch viel ungünstiger liegen. Bei irreponiblen Tumoren kann wohl nur in den seltensten Fällen mit Sicherheit festgestellt werden, ob dieselben in feste Verwachsungen eingebettet sind oder nicht, und man kann bei dem Versuch, sie zu entfernen, auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen, so dass wir doch noch zur Laparotomie unsere Zuflucht nehmen müssen, wodurch dann die Aussichten für Mutter und Kind ganz erheblich verschlechtert werden. Ich möchte daher die vaginale Ovariectomie intra partum entschieden verwerfen und lieber sofort zur Laparotomie schreiten.

Löhlein³⁾ empfiehlt in solchen Fällen, bei beweglichem Tumor zunächst zu versuchen, denselben von oben her aus dem Becken emporzuheben, dann die Ovariectomie intra partum zu machen, die Bauchwunde zu schliessen und am Ende der Eröffnungsperiode die Geburt mit Kunsthilfe zu beendigen. Ist dagegen der Tumor fest in Beckenadhäsionen eingepackt, so will er die Geburt durch Sectio caesarea beendigen und individuell entscheiden, ob die Ovariectomie angeschlossen werden soll oder nicht.

Löhlein theilt die Ansicht von Fleischlen nicht, dass durch das Herauswälzen des Uterus vor die Bauchwunde die Gefahr der Asphyxie des Kindes durch Ablösung der Placenta sehr gross sei, wenn der Uterus nur kurze Zeit vor der Bauchwunde liegt.

1) l. c.

2) Fehling, Ueber Ovariectomie von der Vagina aus. Centralbl. für Gynäkologie. 1896. No. 30.

3) l. c.

Ich möchte Löhlein's Vorgehen nicht für rationell halten; es scheint mir nicht rathsam, wenn einmal die Bauchhöhle eröffnet ist, nur den Tumor zu entfernen und dann die Bauchhöhle zu schliessen und bei vollständig erweitertem Muttermunde die Geburt von unten zu beendigen. Es liegt die grosse Gefahr sehr nahe, dass bei den Wehen, oder nach Entleerung des Uterus die Ligaturen des Ligamentstumpfes abrutschen, wovon eine eventuell tödtliche Blutung die Folge sein würde. Diese Befürchtung wird mir von Herrn Professor Fehling bestätigt. Derselbe erlebte in seiner Baseler Praxis einen sehr unangenehmen Fall. Er war gezwungen, wegen *Indicatio vitalis* im VIII. oder IX. Monat der Schwangerschaft bei einem grossen multiloculären, vielfach verwachsenen Tumor die Ovariectomie auszuführen. Die Operation war nicht besonders schwierig, der Tumor wurde in gewohnter Weise abgetragen. Am Tage darauf traten Wehen ein. Die Geburt ging ganz glatt von Statten. Kurz nach der Geburt collapsirte die Patientin; es wurde eine innere Blutung vermuthet, die Bauchhöhle sofort wieder geöffnet, um die Blutung zu stillen. Dabei fand er die ganze Bauchhöhle angefüllt mit Blut. Die Blutung stammte aus dem abgebundenen Ligamentstumpf, dessen Ligaturen — jedenfalls bei der plötzlichen Entleerung des Uterus — durch Zug abgerutscht waren. Leider kam die Hülfe schon zu spät und die Patientin ging zu Grunde. Angesichts solcher Erfahrungen sollte man lieber die *Sectio caesarea* ausführen und dann, je nach dem Fall, die Ovariectomie sofort anschliessen. Gestatten es die Kräfte der Patientin nicht, so ist es wohl besser, die Ovariectomie auf einen günstigeren Zeitpunkt zu verschieben und dieselbe so bald als möglich im Wochenbett auszuführen, besonders wenn der Tumor fest in Anhängen eingehüllt und seine Ausschälung schwierig ist und voraussichtlich längere Zeit in Anspruch nehmen wird.

Fassen wir unsere Betrachtungen noch einmal kurz zusammen, so ist über die Behandlung der Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Folgendes zu sagen:

1. In der Schwangerschaft ist die Ovariectomie womöglich in den ersten Monaten auszuführen. Die Frühgeburt kann für die Fälle in Betracht kommen, wo intraligamentärer Sitz eine schwierige Operation vermuthen lässt, und bei fest verwachsenen Tumoren.

Punction kommt als therapeutische Maassnahme nicht in Betracht.

2. In der Geburt ist zunächst die Reposition des Tumors, womöglich in Narkose, auszuführen. Gelingt diese nicht, so ist bei cystischen Tumoren oder in zweifelhaften Fällen zu punktieren, eventuell die Incision von der Vagina aus vorzunehmen. Bei festen Tumoren und lebendem Kind ist die Sectio caesarea auszuführen, an welche, je nach dem Fall, die Ovariectomie anzuschliessen oder für das Wochenbett aufzuschieben ist. Es ist nicht statthaft, die Ovariectomie auszuführen und die Geburt dann von unten zu beenden.

3. Im Wochenbett ist möglichst frühzeitig, spätestens in der zweiten Woche, oder wenn andere Erscheinungen drängen, die Ovariectomie vorzunehmen.
