

Am 24. September 1893 wurde behufs Laparatomie nach den üblichen Vorbereitungen die Patientin in Beckenhochlagerung gebracht, und es zeigte sich sofort, dass der Tumor nicht mit dem kleinen Becken in Zusammenhang stand, da er nach der Magengegend hinabsank, während eine Verbindung mit dem Uterus trotz der dünnen fettarmen Bauchdecken sich nicht nachweisen liess. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erwiesen sich die Adnexa als gesund. Der Tumor liegt retroperitoneal, rechts mit dem Colon ascendens, links mit mehreren Dünndarmschlingen innig verbunden, nach oben hin nicht abgrenzbar.

Es gelingt schliesslich mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten, die einzelnen Lappen der cystischen Geschwulst aus dem Mesocolon und Mesenterium nach und nach stumpf auszulösen, wobei es lebhaft aus arteriellen und venösen grösseren Gefässen blutet. Eine plötzlich auftretende Asphyxie bei Aethernarkose erschwert die Auslösung und Versorgung des letzten Ausläufers der Geschwulst, welcher wegen ihres Hinaufreichens bis zur Magengegend eine Erweiterung der Bauchwunde 15–20 cm über den Nabel hinaus erforderlich macht.

Die zwischen Mesocolon und der Wurzel des Gekröses befindliche grosse Wundfläche wird von Gerinnseln und peritonealen Fetzen befreit, zusammengelegt, die nach links gesunkenen Därme in die Mitte gebracht und das Netz über den Därmen entfaltet. Naht der Bauchwunde mittelst sechs durchgreifender Seidenfäden und fortlaufende Catgutnaht der Muskelfascie.

Pathologischer Befund: Der Tumor ist von Manneskopfgrösse und bildet eine aus zahlreichen wallnuss- bis apfelgrossen Cysten bestehende Cystenmasse, deren obere Fläche in Handtellergrösse von lebhaft injicirtem Peritoneum bedeckt ist. Die Cysten enthalten einen etwas trüben, schleimigen Inhalt, welcher bei Essigsäurezusatz faden- und streifenförmig gerinnt, ohne sich in überschüssiger Säure wieder zu lösen. Ebenso wird durch Alkohol Trübung hervorgerufen.

Die Cystenwandung besteht aus einem zellreichen Gewebe, welches durch Verästelung kleine und grössere Hohlräume bildet. Diese Hohlräume sind zum Theil mit Fettzellen, zum grössten Theil mit amorphen Massen ausgefüllt. Die Cystenwand hat eine sehr verschiedene Dicke und ist peripher papierdünn und mit Plattenepithel bedeckt.

Wenn nun auch die myxomatöse Degeneration dieses subserös entwickelten Fibromyoms die Rückbildung beweist, so deutet die saftreiche Beschaffenheit des zellreichen Bindegewebes mit der Bildung von kleineren und grösseren Hohlräumen, die mit Fettzellen gefüllt noch keine schleimige Entartung zeigen, darauf hin, dass ein weiteres Wachsthum der Geschwulst zu erwarten war. Erfahrungsgemäss pflegt eine völlige Rückbildung solcher Geschwülste selbst bei starker Abmagerung nicht einzutreten.

Der weitere Wundverlauf bei der Patientin war ein recht günstiger, bis auf eine Bronchitis, die durch Aethernarkose bedingt war. Bereits am folgenden Tage Motus peristalticus, am nächsten Tage Abgehen von Flatus. Die Wunde heilte trotz der heftigen Hustenanfälle per primam, so dass Patientin am 14. Tage die Anstalt verlassen konnte.

IV. Ein Fall von myxomatös entartetem Fibrolipom, ausgehend von der Subserosa des Mesenterium bez. Mesocolon.¹⁾

Von E. Witte.

Das seltene Vorkommen von Binde substanzgeschwülsten, die von dem subserösen Gewebe des Mesenterium bzw. Mesocolon ausgehen, die Schwierigkeiten, welche einer radicalen Entfernung solcher Geschwülste oft entgegenstehen, veranlassen mich, einen diesbezüglichen, durch Laparatomie geheilten Fall mitzutheilen.

Es handelte sich um eine 23 Jahre alte Frau, die seit dem zwölften Jahre regelmässig menstruiert, nie krank gewesen ist. Verheirathet seit drei Jahren, hat sie dreimal normal geboren, zuletzt vor vier Wochen. Die Wochenbette waren fieberfrei. Sie klagt seit ihrer Entbindung über Schmerzen im Unterleib und Kreuz, sowie über ein Gefühl von Schwere daselbst.

Objectiver Befund: Kräftige, gesund aussehende Frau. Unterleib vorgewölbt durch einen Tumor, der unter den schlaffen Bauchdecken etwas nach rechts von der Mittellinie liegt und seiner Lage und Grösse nach für den Uterus im sechsten Monat gehalten worden war; dem widersprach indess die Anamnese. Introitus mässig weit, Scheide bequem, glatt, Portio klein, quergespalten, Uterus klein, weich, antevertirt, nach links gedrängt durch einen Tumor, von dessen rechter Kante er auszugehen schien. Der Tumor fühlte sich cystisch, höckerig an und wurde als ein multiloculäres Cystom des rechten Ovariums angesprochen, da die linken Adnexa normal, die rechten nicht zu fühlen waren.

¹⁾ Demonstrirt in der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin, Sitzung vom 27. October 1893.