

MITTEILUNG AUS DER GEBURTSHILFLICHEN UND GYNAEKOLOGISCHEN KLINIK DER KÖN. UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Director: Hofrat, Professor DR. DIONYSIUS SZABÓ.

Ein durch Bauchschnitt geheilter Fall eines mit Verblutung drohenden Ovariumperithelioms.*

vom I. Assistenten DR. LUDWIG GÓTH.

Mit Rücksicht auf die ziemlich geringe Anzahl von Peritheliomen, ist jeder neuere Fall des Aufzeichnens wert, der zu beschreibende Fall bietet mit seinen klinischen Eigenheiten überdies noch manches von Interesse.

Die 24 Jahre alte J. A. bekam ihre erste Menstruation vor 10 Jahren, dieselbe wiederholte sich je 28 Tage und hielt 5 Tage an. II. P. Erste Geburt vor 7, zweite vor 5 Jahren; Verlauf normal. Seit beiläufig 3 Monaten bemerkt sie im Unterleib eine Geschwulst. Patientin liegt seit 4 Tagen an der internen Klinik, wo neben beträchtlichen Ascites, eine balottierende Geschwulst in der Höhe des Nabels nachgewiesen wurde. Ein genaues Durchpalpieren war wegen der grossen Flüssigkeitsansammlung unmöglich. Nachdem sich der Lufthunger bei der Kranken in beängstigender Weise steigerte, wurde der Unterleib an der gewohnten Stelle angezapft. Dieser Eingriff war von einer ziemlich rasch vorübergehenden Erleichterung gefolgt. Nach einer Stunde verschlimmerte sich der Zustand abermals in erschreckender Weise. Patientin ist unruhig, Puls

* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachsitzung des Siebenbürgischen Museum-Vereines am 23. November 1907.

126—132, klein, leicht unterdrückbar, Gesicht auffallend blass. Bauch bedeutend vergrößert, Bauchwand oedematös. Im unteren Teil des Unterleibes die Erscheinungen von freier Flüssigkeit. Links sickert aus der mit Sparadrap bedeckten Punctionswunde ununterbrochen eine stark blutige Flüssigkeit hervor. Die äusseren Geschlechtsteile oedematös. Portio vaginalis 1 cm., Muttermund eine geschlossene Querspalte. Uteruskörper scheinbar anteflect. und vert. Der untere Teil des Bauches bis zum Nabel hinauf, wird durch ein höckeriges, auffallend bewegliches Gebilde ausgefüllt. Der Uterus folgt der Bewegung der Geschwulst nach auf und abwärts ganz ausgesprochen.

Die Diagnose musste auf ein bösartiges Neugebilde gestellt werden. Ebenso erschien es als ziemlich zweifellos, dass die immer drohender werdende Verschlimmerung des Zustandes, durch eine innere Blutung verursacht werde, die aller Wahrscheinlichkeit nach *aus einer, gelegentlich des Anzapfens entstandenen Verletzung herrührt.*

Die rasch zunehmende Schwäche der Kranken, machte sofortige Hilfe dringend nötig, weshalb eine sogleich vorzunehmende Laparatomie vorgeschlagen wurde, auf die Patientin einging. Chloroformnarkose. Bauchschnitt in der Mittellinie, der Fettpolster der Bauchwand auffallend oedematös. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich ca. 12 Liter einer stark blutig gefärbten Flüssigkeit. Das Bauchfell ist tiefrot, die Oberfläche jedoch überall glatt, glänzend, nirgends ein Belag. Die in die Bauchhöhle vordringende Hand überzeugt sich, dass das Neugebilde mit dem linken Rand des Uterus, durch einen breiten Stiel verbunden ist. Der obere Pol der Geschwulst ist mit dem Omentum innig verwachsen, im übrigen jedoch frei beweglich. Das Oment wird von seinem kranken Ende entfernter mit Catgut unterbunden, sein unterer Teil sammt der Geschwulst entfernt. Der beiläufig 3 fingerbreite Stiel der Geschwulst wird in 2 Parthien mit Seide unterbunden und durchschnitten; das rechte, ca. nussgrosse, cystisch entartete Ovarium, nach entsprechender Versorgung entfernt; die Punctionsöffnung des Bauchfelles von der Bauchhöhle aus, mit 2 Catgutknopfnähten geschlossen. Bauchnaht in drei Schichten;

Schliessung der Punctionsöffnung von der Haut aus, mit einer Knopfnah. Druckverband. Weiterer Verlauf sehr günstig. Patientin verlässt am 20. Tag das Bett und einige Tage später geheilt die Anstalt.

Die entfernte Geschwulst wiegt 1640 Gramm. Die histologische Untersuchung derselben, lässt keinen Zweifel darüber zu, dass die Geschwulst ihren Ausgang aus den Gefässen des Ovariums nahm. Die Geschwulst wird von solchen Zellgruppen aufgebaut, wo in der Mitte jeder Gruppe ein Blutgefäss erkennbar ist. Es handelt sich also um ein *Perithelium*, beziehungsweise um ein *lymphatisches Endothelium* (ECKHART).

Was die klinischen Eigenheiten des Falles anbelangt, so muss besonders auf das jugendliche Alter der Patientin hingewiesen werden. Eben dieser Umstand erschwerte auch den Entschluss der Entfernung des scheinbar gesunden rechten Ovariums; doch erschien diese Vorsicht gerechtfertigt, da die Geschwulst gelegentlich der Operation für einen Ovarienkrebs gehalten werden musste, und selbst, wenn die Natur der Geschwulst gekannt gewesen wäre, würde das Verfahren am Platze gewesen sein, denn es sind Fälle bekannt, wo das dem freien Auge vollkommen gesund erscheinende Ovarium, unter dem Mikroskope die Zeichen der beginnenden Geschwulstbildung aufwies.

Weiters gehört es zu den grössten Seltenheiten, dass die unmittelbare Indication der Laparatomie durch die Gefahr der inneren Verblutung gegeben wurde. Schliesslich wendet sich Verfasser gegen die Anwendung des Troiquart bei Ascites infolge Geschwulstbildung und hält er wie dies Prof. SZABÓ seit Jahren lehrt, die Anwendung desselben selbst dann nicht für zulässig, wenn die Geschwulst klinisch für eine Radicaloperation ungeeignet erscheint. Eine Probelaparatomie ist heute ein kaum gefährlicherer Eingriff als das Anzapfen und sie besitzt dabei den Vorteil gleich über die Operationsmöglichkeit zu orientieren.
