

Drei Falle von Hydrops ovarii. Inaugural-Dissertation ... / vorgelegt von A. Müller.

Contributors

Müller, A.
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Rostock : Druck von Carl Boldt, 1857.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/q6fh994d>

Provider

Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

A. Müller,

Hydrops ovarii.

Drei Fälle von Hydrops ovarii.

Abhandlung - Dissertation

der

medizinischen Facultät der Universität
zu Rostock,

verlegt von

A. W. Miller.

Rostock, 1827.

Verlag von Carl Nebe

Drei Fälle von Hydrops ovarii.

Inaugural-Dissertation

der

*medizinischen Facultät der Universität
zu Rostock,*

vorgelegt von

A. Müller.

Rostock, 1857.

Druck von Carl Boldt.

Vorwort.

Es war meine Absicht, eine grössere Anzahl interessanter Präparate aus der pathologisch-anatomischen Sammlung des hiesigen Krankenhauses, in der Art wie es hier geschehen ist, einer genaueren Untersuchung zu unterwerfen. Da jedoch die Zeit, die mir besonderer Verhältnisse halber zur Ablassung dieser Schrift sehr kurz zugemessen war, zu einer solchen umfangreichen Arbeit nicht ausreichte; da ferner gerade bei den ausgewählten Präparaten das Zusammenhängen einiger notwendiger Notizen auf unvorhergesehene Schwierigkeiten stieß; so sehe ich mich leider genöthigt auf den folgenden Blättern ein Bruchstück anstatt des Ganzen zu geben. Einer ausführlicheren Arbeit in diesem Sinne mag es vorbehalten bleiben, diesen Zweck vollständiger zu erfüllen.

Aus diesen wenigen Fällen irgend welche allgemeine Schlüsse ziehen zu wollen, schien mir zu gewagt, und das, was sich von selbst ergibt, noch einmal zusammenzulassen, überflüssig. Jedem Falle ist alles Das, was zu Entwicklung, Verlauf und Ausgang des Uebels in einiger Beziehung zu stehen schien, in der vorangegangenen Krankengeschichte möglichst vollständig beigegeben. Ich habe die Präparate von Hydrops ovarii hauptsächlich deshalb gewählt, weil eines derselben (Nr. 3) von einem Fall herrührt, in

Vorwort.

Es war meine Absicht, eine grössere Anzahl interessanter Präparate aus der pathologisch - anatomischen Sammlung des hiesigen Krankenhauses, in der Art wie es hier geschehen ist, einer genaueren Untersuchung zu unterwerfen. Da jedoch die Zeit, die mir besonderer Verhältnisse halber zur Abfassung dieser Schrift sehr kurz zugemessen war, zu einer solchen umfänglicheren Arbeit nicht ausreichte; da ferner gerade bei den ausgewählten Präparaten das Zusammenbringen einiger nothwendiger Notizen auf unvorhergesehene Schwierigkeiten stiess: so sehe ich mich leider genöthigt auf den folgenden Blättern ein Bruchstück anstatt des Ganzen zu geben. Einer ausführlicheren Arbeit in diesem Sinne mag es vorbehalten bleiben, diesen Zweck vollständiger zu erfüllen.

Aus diesen wenigen Fällen irgend welche allgemeine Schlüsse ziehen zu wollen, schien mir zu gewagt, und das, was sich von selbst ergiebt, noch einmal zusammenzufassen, überflüssig. Jedem Falle ist alles Das, was zu Entwicklung, Verlauf und Ausgang des Uebels in einiger Beziehung zu stehen schien, in der vorausgeschickten Krankengeschichte möglichst vollständig beigegeben. Ich habe die Präparate von Hydrops ovarii hauptsächlich desshalb gewählt, weil eines derselben (Nr. 2) von einem Fall herrührt, in

welchem die Exstirpation mit glücklichem Ausgang ausgeführt wurde und von dem, soviel ich weiss, bis jetzt noch nichts veröffentlicht wurde.

Mit Vergnügen benutze ich diese Gelegenheit, dem Herrn Professor Dr. Thierfelder und dem Herrn Dr. med. E. Scheven meinen aufrichtigen Dank auszusprechen für die freundliche Bereitwilligkeit, mit der sie mich unterstützten.

M. Die Patientin war ein junges Mädchen von 18 Jahren, welches seit mehreren Jahren an einer chronischen Krankheit litt. Die Krankheit begann mit einer Schwellung der Unterbauchgegend, welche allmählich zunahm und sich auf den ganzen Bauch ausbreitete. Die Untersuchung ergab in Kürzen folgendes:

Patientin war ziemlich gut genährt; ihre Körperhöhlen erschienen noch durchaus natürlich. Durch die Percussion liess sich eine Verschiebung der Brust- und Lungenorgane nach oben nachweisen und zwar lag die Herzdämpfung zwischen der 2. und 4. Rippe, die Leberdämpfung in der Papillarlinie zwischen der 4. und 6. Rippe. Hinten dagegen reichten die Lungen bis zur 10. Rippe herab. Das Abdomen war stark halbkugelig gewölbt, die Hautdecken gespannt. 5 Centimeter unterhalb des Nabels mass die Entfernung von einer Spina ant. sup. über zur anderen 45 Centimeter. Von dem oberen Rande der Symphyse bis zum Nabel

**Mädchen C. K. aus Rostock,
17 Jahr alt.**

Patientin war als Kind ziemlich kräftig und niemals ernstlich krank. Seit ihrem 15. Jahre litt sie an stechenden und ziehenden Schmerzen im Unterleibe, die ziemlich unregelmässig auftraten, anfangs in grösseren Zwischenräumen, später häufiger, oft mehrmals täglich sich wiederholend; meistens mit dem Gefühle von Bewegung im Unterleibe und mitunter mit starkem Gurren verbunden. Durch körperliche Anstrengung wurden sie in der Regel hervorgerufen oder verstärkt. Dabei war eine anfangs sehr langsam wachsende Anschwellung der Unterbauchgegend entstanden. Wegen der rascheren Zunahme dieser Geschwulst und obiger Beschwerden in den letzten 8 Wochen und wegen Störungen im Allgemeinbefinden kam die Kranke im September 1856 auf die medicinische Abtheilung des Krankenhauses. Die Untersuchung ergab in Kurzem folgendes.

Patientin war ziemlich gut genährt; ihre Körperformen erschienen noch durchaus kindlich. Durch die Percussion liess sich eine Verschiebung der Brust- und Bauchorgane nach oben nachweisen und zwar lag die Herzdämpfung zwischen der 2. und 4. Rippe, die Leberdämpfung in der Papillarlinie zwischen der 4. und 6. Rippe. Hinten dagegen reichten die Lungen bis zur 10. Rippe herab. Das Abdomen war stark halbkugelig gewölbt, die Hautdecken gespannt. 5 Centimeter unterhalb des Nabels mass die Entfernung von einer Spina ant. sup. quer über zur anderen 45 Centim. Von dem oberen Rande der Symphyse bis zum Nabel

betrug 21 Centim., von da bis zur Spitze des Proc. xiphoid. 18 Centim. Durch die Palpation liess sich 2" über dem Nabel der obere Rand einer Geschwulst deutlich begrenzen, während ein seitlicher und unterer Rand nicht zu fühlen waren. Der Tumor war elastisch, in der Mitte am meisten gespannt, beim Anschlagen mit dem Finger nach allen Richtungen deutlich fluctuierend, und gab beim Percutiren einen vollkommen leeren Schall. Die obere Grenze dieser Dämpfung verlief in der Mitte $5\frac{1}{2}$ Centim. oberhalb des Nabels horizontal nach rechts, nach links aber bogenförmig abwärts zum vorderen Ende des Hüftbeinkammes, 20 Centim. von der Mittellinie entfernt.

Diese Grenzen veränderten sich nicht mit der Lage der Kranken. Der Verdacht einer Schwangerschaft wurde durch äussere und innere Untersuchung vollständig widerlegt; dagegen widersprach nichts der Annahme eines Hydrops ovarii und zwar des rechten.

Die Behandlung war anfangs vorzugsweise symptomatisch gegen die Stuhlverstopfung und die mitunter sehr rasch und in hohem Grade auftretende tympanitische Auftreibung der Därme gerichtet. Später wurde Kali jodat $\mathfrak{ij}$ p. die verordnet, wobei die Auftreibung des Abdomen sich um einige Centimeter verkleinerte. Nach 4 Wochen betrug die Entfernung beider Spinae ant. sup. von einander 42 Centim.; von der Symphyse bis zum Proc. xiphoid. 35 Centim. (bei der früheren Messung waren die Därme ebenfalls nicht tympanitisch). Von Zeit zu Zeit stellten sich immer wieder die oben erwähnten Beschwerden ein, auch Stuhlverhaltung, mitunter Erbrechen nach dem Essen.

Am 10. December wurde Pat. von Scarlatina befallen, die unter Anwendung von Fetteinreibungen bis zum Beginn der Abschuppung normal verlief. Nachdem

die Kranke schon einige Tage fieberlos gewesen war, trat plötzlich am 22. Decbr. wieder Fieber ein; zugleich schwellen die Lymphdrüsen in der Submaxillar- und Parotidengegend auf beiden Seiten stark an. Einige Tage später entstand Erysipelas an beiden Wangen, Stirne und Schläfen mit bedeutender Anschwellung dieser Partien verbunden; gleichzeitig Oedem der unteren Extremitäten. Im Harn fand sich nur eine Spur von Albumin. Allmählig schritt das Erysipelas auf Kopf, Schultern, Rücken, Brust, Bauch, Hinterbacken und vordere Schenkelfläche fort bis eine Hand breit unterhalb der Kniee. Die Ausdehnung des Erysipelas war schärfer als gewöhnlich bezeichnet durch die starke Geschwulst und durch die genau begrenzte Röthe. Während das Erysipelas an den unteren Extremitäten weiter ging, war am Gesicht, Kopf und Hals die Geschwulst inzwischen verschwunden und eine grosslappige Abschälung der Epidermis eingetreten. In der letzten Woche genoss die Kranke fast gar nichts mehr; Nachts delirirte sie meistens, während am Tage das Sensorium nicht getrübt war. Am 29. Decbr. war der Collapsus auffallend rasch stärker geworden, die Kranke verfiel in tiefes Coma, und noch an demselben Abend trat ohne auffälligere Veränderung in ihrem Zustande der Tod ein.

Section 35 Stunden p. mort.

Beim Oeffnen der Bauchhöhle fand sich die Innenfläche der vorderen Bauchwand leicht adhärent an einem die Bauchhöhle ausfüllenden Tumor. Da die Geschwulst durch einen fingerdicken Stiel mit dem linken Seitenrande des Uterus zusammenhing, so wurde zur weiteren Untersuchung der Uterus cum annexis herausgeschnitten. Die Därme waren zum grössten

Theile nach hinten und in die linke Lumbalgegend hinaufgedrängt, ein kleiner Theil nach oben zwischen Magen und Quercolon. Auf der rechten Seite lag nur der unterste Theil des Ileums neben dem aufsteigenden Colon, da die Geschwulst mit der grösseren Hälfte auf der rechten Seite und zwar unmittelbar auf dem Muscul. iliacus int. auflag. Die Leber war stark nach der Seite und nach hinten verdrängt und ihr vorderer Rand stand in der Lin. papillaris ungefähr 1" oberhalb des Rippenbogens. Das Diaphragma reichte rechts an seinem höchsten Punkte bis zur zweiten, links bis zur dritten Rippe hinauf. Das Omentum majus war nach oben zusammengeschoben und nur ein Zipfel desselben reichte auf dem Tumor herab und war locker mit seiner Oberfläche verwachsen. Die Ureteren und das unterste Stück des Colon waren bei ihrem Eintritt in das kleine Becken durch den Tumor gegen die Lin. arcuata int. angedrückt und an den entsprechenden Stellen verengt, während die höher gelegenen Abschnitte der Ureteren bis zur Dicke eines starken Schwanenfederkieses und in mässigem Grade auf die Nierenbecken und Kelche ausgedehnt waren. Die Schleimhaut der Nierenkelche war etwas katarrhalisch entzündet und mit einer trüben, blassgelblichen, schleimigen Flüssigkeit überzogen. Die Corticalsubstanz breit; die Pyramiden auseinandergedrängt. Die Milz ein wenig vergrössert, ihre Kapsel faltig, ihr Parenchym schmutzig violett-braun, matsch. Die Leber blass, gelbbraun. Magen und Därme ohne merkliche Abnormität. Rechte Lunge: die vordere Fläche des mittleren Lappens und die ganze Basis der Lunge ist mit dem Parietalblatt der Pleura locker verwachsen. Beim Durchschneiden findet sich hinten acutes Oedem und am unteren Lappen mehrere splenisirte Stellen von

geringer Dicke, rothblau, dicht, im Wasser unter sinkend. Linke Lunge: hinten schlaffe, ödematöse Infiltration. Herz: im linken Atrium weiche Blutgerinnsel, im rechten Ventrikel und Atrium schlaffe Fibringerinnsel. Ueber den Aortenklappen unbedeutende Verdickungen der Innenhaut.

Beschreibung des Präparates (Nr. 11.).

Der Tumor hat ungefähr die Grösse eines mittelgrossen Kürbiss 14 — 16 Zoll Durchmesser und füllte die Bauchhöhle bei weitem zum grössten Theile aus. Der etwa fingerdicke Stiel der Geschwulst sitzt auf dem linken breiten Mutterbande auf. Er lag in der Mittellinie des Körpers und war nach rechts hin zweimal um seine Axe gedreht. Das breite Mutterband war zum Theil mit in diese Windungen verschlungen. Durch diese Drehung des Stieles musste nothwendig eine Dehnung der in ihm liegenden Theile entstehen. Hierdurch ist die linke Tuba etwa um die Hälfte länger und zugleich dicker geworden, als die rechte; das linke Ligament. uteri latum bedeutend breiter und die die Tuba umschliessende Falte desselben zugleich viel dicker als die entsprechende Partie rechts. Gegen das Licht gehalten erkennt man nur undeutlich einen kleinen Theil des Nebeneierstockes, mit seiner Basis unmittelbar auf der Oberfläche des Tumors aufsitzend. Auch der Uterus ist nicht ganz regelmässig geformt, indem die linke Hälfte desselben etwas stärker entwickelt und nach oben und aussen hin verlängert erscheint, so dass der obere Rand des Fundus schräg von links oben nach rechts unten verläuft. Ausserdem ist der Körper des Uterus etwas nach rechts gedrängt, die Vaginalportion nach links gerichtet. Das rechte Ovarium

erscheint äusserlich und auf dem Durchschnitte völlig normal. Am Abdominalende der rechten Tuba sitzt dicht am äusseren Rande des Nebeneierstockes zwischen den Falten des breiten Mutterbandes eine haselnuss-grosse seröse Cyste. Nahe bei ihr hängt eine ähnliche kleinere an einem langen dünnen Stiele, der von den breiten Mutterbänder entspringt.

Die Geschwulst selbst ist das zu einer mächtigen Cyste degenerirte linke Ovarium. Sie bildet einen grossen, kugelförmigen Sack ohne Andeutungen von Abtheilungen auf der Oberfläche. Nur in der Nähe des Stieles waren mehrere etwas stärker gewölbte Partien zu bemerken. Dicht neben der Insertion des Stieles sind die Fimbrien der linken Tuba zum Theil fest mit der Oberfläche verwachsen. Der Stiel enthält die linke Tuba und 3 Gefässe von der Dicke eines Federkiesels, welche eingebettet sind in Bindegewebsmasse und umhüllt von den Platten des breiten Mutterbandes. Die Oberfläche der Geschwulst hat den Glanz und die Farbe von Sehnengewebe. Links und oben ist sie über eine ganze Strecke hin violettblau gefärbt mit einzelnen feinen, aber mit blossen Auge erkennbaren injicirten Gefässramificationen. Auf den an dieser Stelle gemachten Durchschnitten der Wand zeigt sich, dass die schmutzig-violette Färbung durch Sugillation des Gewebes bis unter die äusserste sehnige Hülle hin bedingt ist. Der veränderte Blutfarbestoff lässt sich unter dem Mikroskop noch deutlich erkennen. Der Sack bildet eine einzige grosse Cyste, deren Inhalt aus einer schwarz-braunen, trüben, Flüssigkeit besteht. Ihre Menge beträgt etwas über 7000 Kub. Centim. Beim Kochen zeigt sie einen bedeutenden Eiweissgehalt. Unter dem Mikroskop sieht man, ausser einer Menge von Epithelialzellen, viele gelb und rothgefärbte Moleküle und grössere unregel-

mässig gestaltete Stücke einer weinrothen, etwas durchscheinenden Substanz. — Die Wand des Sackes ist derb und hat eine verschiedene Dicke. Im Ganzen ist die Dicke am beträchtlichsten an der Basis der Geschwulst, ca. $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ “, und nimmt nach dem Gipfel hin allmählig ab, 1“ und weniger. An einigen Stellen sitzen in der Wand eine oder mehrere haselnüssgrosse und kleinere Cysten mit Colloidmasse gefüllt. Auf den Durchschnitten der Wand lassen sich überall mehr oder weniger deutlich Schichten erkennen. Entsprechend der Tunica albuginea ovarii wird die äussere Oberfläche des Sackes von einer festen, fibrösen Hülle gebildet, die mit dem darunterliegenden Gewebe innig verwachsen ist, so dass sie sich nur schwer und in kleinen Lappen von ihr abziehen lässt. Sie ist an der Basis der Geschwulst nur um ein Geringes dicker, als an anderen Stellen. Auf diese folgt ein aus Bindegewebe und elastischen Fasern bestehendes Gewebe, durch dessen verschiedene Mächtigkeit hauptsächlich die verschiedene Dicke der Wandung bedingt wird. In der Nähe des Stieles ist es durchweg dicker, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ “, während es am Gipfel stellenweise ganz zu fehlen scheint. Ausserdem sind durch massenhafte Neubildung dieses Gewebes besonders an der Basis der Geschwulst theils viele, nach innen stärker als nach aussen vorspringende, flache Erhabenheiten von unregelmässiger Gestalt und Oberfläche gebildet; theils zieht es sich in Form von dicken Strängen in verschiedener Richtung an der Innenfläche des Sackes bis zum Gipfel hin. In diesem Gewebe, welches seinen histologischen Elementen nach dem Stroma des Eierstockes entspricht, verlaufen die gröberen Gefässverzweigungen. Durch die stellenweise Hypertrophie desselben wird die Unregelmässigkeit der inneren

Oberfläche bedingt. Nach innen folgt eine Schichte, die mit der vorigen nur lose zusammenhängt, leicht in grossen Lappen von ihr abzuziehen ist und deren Dicke ebenfalls vom Stiel an, wo sie fast 1" beträgt, zum Gipfel hin allmählig abnimmt. Ihr Gewebe ist weniger derbe, als das der früheren Schichten und erscheint dem blossen Auge als eine auf beiden Seiten platte, durchscheinende, homogene Membran. Sie besteht der Hauptsache nach aus gelocktem Bindegewebe mit eingestreuten Zellen und freien Kernen. Die unregelmässige Oberfläche der nach aussen von ihr liegenden Schichte wird gleichmässig von ihr bekleidet und indem sie sich als feiner Ueberzug auch auf die Stränge fortsetzt, bildet sie viele mehr oder weniger tiefe Taschen. Die innerste Schichte endlich wird von Plattenepithelien gebildet, die denen der Mundhöhle sehr ähnlich sehen und die nach ihrer Abstossung frei in der Flüssigkeit umherschwimmen.

II.

Frau W. auf K.

Patientin hatte in ihrer Jugend eine sehr kräftige und gesunde Constitution, und ist von schweren Krankheiten niemals befallen worden. In ihrem 16. Jahre stellte sich zuerst die Menstruation ein, die, einzelne vorübergehende Anomalien abgerechnet, im Ganzen ziemlich regelmässig auftrat. Im 25. Jahre verheirathete sie sich, nachdem sie etwa ein halbes Jahr vorher ein völlig ausgetragenes Kind ohne Schwierigkeit geboren hatte. Einige Zeit nach ihrer Verheirathung bemerkte sie eine unbedeutende, sehr langsam wachsende Auf-

treibung des Leibes. Da sie wieder in anderen Umständen zu sein glaubte, so beunruhigte diese Erscheinung sie durchaus nicht; ebensowenig dass sie bei gewissen Stellungen und Lagen des Körpers, z. B. auf der linken Seite schmerzhaftes Ziehen in der Schoossgegend fühlte. Die Anschwellung des Unterleibes nahm, ohne weitere Unbequemlichkeiten zu verursachen, langsam zu. Mit der Zeit, da die Menstruation regelmässig, wenn auch sparsamer als früher, doch immer fort dauerte, wurde Patientin aufmerksamer auf ihren Zustand. Nach etwa einem Jahre unterzog sie sich einer ärztlichen Untersuchung. Der Leib hatte schon einen bedeutenden Umfang erreicht. Die Diagnose wurde auf Hydrops ovarii gestellt; aber da keine anderen Beschwerden, als die durch die Schwere des Unterleibes bedingten, und geringes Oedem besonders des linken Beines vorhanden waren, so wurde die Punction einstweilen noch unterlassen. Nach zweijährigem Bestehen des Leidens, im März 1850, wurde zum ersten Male punctirt, da die Spannung und Schwere des Unterleibes einen sehr hohen Grad erreicht hatten, das Oedem stärker geworden war und zu Zeiten Störungen in der Urin- und Kothentleerung auftraten. Patientin ertrug diese Operation ohne nachtheilige Folgen und fühlte sich eine Zeitlang sehr erleichtert. Die Ansammlung neuer Flüssigkeit ging aber so rasch vor sich, dass das Uebel schon im Mai dieselbe Höhe wieder erreicht hatte und wiederum durch eine Punction Hülfe geschafft werden musste. Der Kräftezustand war durch diese rasch wiederholten Eingriffe merklich gesunken; die Kranke hatte ein anämisches Aussehen bekommen und war bedeutend abgemagert. Indess ertrug sie auch die zweite Punction ohne beunruhigende Symptome. Als abermals und

noch rascher der Unterleib den früheren Umfang wieder erreicht hatte, kam Patientin auf den Rath ihres Arztes nach Rostock, um sich der Radical-Operation zu unterziehen. Am 16. Juli 1850 wurde die Exstirpation des degenerirten Ovariums durch den damaligen Professor der Geburtshülfe, *Krauel*, ausgeführt.

Das Aussehen der Kranken war sehr schlaff, die Abmagerung hatte bedeutende Fortschritte gemacht, sie fühlte sich fast niemals frei von den Beschwerden, die durch das Uebel an sich und durch die constitutionellen Folgen bedingt waren. Der Umfang des Unterleibes betrug an der Stelle der stärksten Ausdehnung etwas unterhalb des Nabels 108 Centim. Die unteren Extremitäten und die Bauchdecken bis zum Nabel hinauf waren ödematös angeschwollen. (Puls vor der Operation 112.) Die Kranke befand sich tagelang vor der Operation in einem sehr aufgeregten Zustande.

Nachdem sie bis zu völliger Bewusstlosigkeit chloroformirt war, wurde ein etwa 10" langer Hautschnitt in der Lin. alba gemacht, der sehr vorsichtig bis zur Durchschneidung des Bauchfelles vertieft wurde. Durch die Kanüle des in die vortretende Geschwulst eingestossenen Troicarts flossen ca. 13 Pfd. einer durchscheinenden, röthlich-gelben, klebrigen Flüssigkeit ab, die auf Zusatz von Salpetersäure zu einer consistenten Masse sich verwandelte. Da der Inhalt des Tumors sich aus der einen Oeffnung nicht vollständig entleerte, so wurde noch an einer anderen Stelle, wo man Spannung und Fluctuation fühlte, eingestochen und aus dieser zweiten Cyste noch ungefähr 7 Pfd. Flüssigkeit von derselben Beschaffenheit entleert. Nachdem der Stiel, der vom rechtseitigen Ligament. uteri latum gebildet wurde, durch eine starke Ligatur fest unter-

bunden war, wurde er dicht am Tumor durchschnitten. Letzterer war nirgends mit der parietalen Bauchfellplatte verwachsen und liess sich deshalb leicht aus der Bauchhöhle entfernen. Das linke Ovarium erwies sich dem äusseren Anscheine nach ganz normal.

Die Operation war mit geringem Blutverluste verbunden und dauerte bis hierher 10 Minuten. Die Kranke lag fortwährend bewusstlos und erwachte erst beim Schliessen der Wunde. Die Wundränder wurden durch 12 Knopfnähte vereinigt bis auf das untere Ende des Schnittes, wo nach Herausleiten der Ligaturfäden der Stiel leicht fixirt war. Darüber wurden breite, um den Leib reichende Heftpflasterstreifen von oben bis zur unteren Wundöffnung gelegt und letztere mit einem Plümasseau ausgefüllt. Endlich alles mit einer Leibbinde bedeckt. Die Kranke äusserte unmittelbar nach der Operation sehr wenig Schmerzen. Puls 120. Gegen Abend trat Unruhe, Aengstlichkeit, Brechneigung und in der Nacht Erbrechen ein, worauf Erleichterung folgte, so dass Pat. mehrere Stunden ruhig schlief und bis zum Morgen ruhig lag. Am nächsten Tage viel Durst, häufiger Drang zum Urinlassen mit Abgang sehr geringer Mengen. Puls 100. Bauch nicht aufgetrieben, weich, nicht schmerzhaft. Das schon gleich nach der Operation beginnende Ausfliessen seröser Flüssigkeit aus den ödematösen Wundrändern dauerte den ganzen Tag fort. Abends nach einem Suppositorium breiige Darmausleerung. An den folgenden Tagen traten Leibschmerzen, geringe Auftreibung und Empfindlichkeit des Bauches auf. Die Nächte verliefen unruhig, mitunter schlaflos. Nach einigen diarrhoischen Ausleerungen liessen Schmerz und Auftreibung nach. Bei Erneuerung des Verbandes am 19. Juli fand man die Wundränder vereinigt und

keinen Ausfluss mehr. Am 20. Mittags stellte sich zuerst Frösteln ein, welches sich vier Tage lang regelmässig um diese Zeit, selten auch ausserdem noch wiederholte. Am 21. wurde die unterste Naht entfernt, da die Stichkanäle eiterten. Empfindlichkeit und Auftreibung des Leibes war nicht mehr vorhanden. Zur Nacht erhielt die Kranke gewöhnlich Morph. acet. gr. $\frac{1}{4}$ und schlief ziemlich ruhig. Die Urinabsonderung wurde reichlicher. Am 23. wurden alle Heftpflasterstreifen und die zwei oberen Nähte weggenommen, da sie lose waren. Bei der Umbettung fühlte die Kranke nicht die geringsten Beschwerden. Der Bauch war weich und nicht empfindlich. Am 24. wurden alle noch übrigen Hefte entfernt. Die Länge der Wunde hatte sich bis auf $7\frac{1}{2}$ Zoll verkürzt; die Wundränder hafteten gut aneinander. Das Allgemeinbefinden war vortrefflich. Puls zwischen 80 und 90. Stuhlgang regelmässig täglich einmal. Am 26. Abends klagte die Kranke über Druck in der Herzgrube, schmerzhaftes Ziehen im Leibe. Der Bauch war nicht aufgetrieben, aber gegen leisen Druck empfindlich. Es erfolgten 5—7 breiige, zuletzt dünne Stühle. Der Puls stieg wieder auf 120; die Unruhe steigerte sich merklich. Nach einer Emuls. amygdal $\mathfrak{I}\text{V}$ mit Tinct. theb. $\mathfrak{I}\text{j}$. hörten die Durchfälle auf und trat etwas Ruhe ein. Nach einigen Tagen wurde der Appetit stärker, der Schlaf wieder ruhiger und der Stuhlgang regelmässiger. Die Kräfte nahmen zu und das Aussehen verbesserte sich allmählig. Wenn sich mitunter noch Unruhe wieder einstellte, so verlor sie sich bald nach Morph. in der früher gereichten Gabe. Am Ende der 5. Woche nach der Operation liess sich die Ligatur vom Stiele sehr leicht und ohne Schmerz abziehen. Eine Woche später fühlte sich die Kranke so kräftig, dass sie aufstand und befand sich sehr gut

danach. Am 12. Septbr. wurde sie auf ihren dringenden Wunsch entlassen, um zu Hause die vollständige Heilung abzuwarten. Die Wunde war bis auf eine kleine Oeffnung am unteren Ende verheilt.

Patientin hat seither niemals irgend welche Beschwerde gefühlt, die sich als Folgen der Operation ansehen liessen. Schwangerschaft ist bis jetzt noch nicht wieder eingetreten. Die Kräfte hoben sich anfangs nur langsam, in den letzten Jahren aber ist der Gesundheitszustand vortrefflich.

Beschreibung des Präparates.

Der Tumor hat die Grösse eines hochschwangeren Uterus und lässt schon äusserlich eine deutliche Einschnürung erkennen, wodurch die Geschwulst in eine vordere kleinere und eine hintere grössere Hälfte getrennt wird. Die Furche verläuft, rechts neben dem Stiele beginnend, nach rechts und oben rund um die Geschwulst herum. An der grösseren Abtheilung ist wiederum, weniger durch eine fortlaufende Einschnürung als durch einzelne eingezogene Stellen und die Richtung der Faserzüge an der Oberfläche, eine Trennung in drei etwa gleichgrosse Abtheilungen angedeutet. Die Geschwulst ist somit auch innerlich in zwei geschlossene Cysten getheilt, von denen die grössere aus drei, später in Communication gesetzten Cysten entstanden ist. Die Oberfläche des Tumors glänzt wie Sehnengewebe, ist überall glatt und zeigt nirgends Spuren von Sugillation. Der Stiel ist hart an der Geschwulst durchschnitten. Seine Schnittfläche ist länglich, schmal; man sieht an ihr eine dichte Masse von Bindegewebe und elastischen Fasern, entsprechend dem Stroma des normalen Eierstockes. In

ihr verlaufen zwei federkiel dicke und eine Menge kleinerer Arterien und Venen. In einer Falte dicht neben dem Stiele, an der das durchschnittenen Abdominalende der linken Tuba sitzt, erkennt man deutlich den Nebeneierstock, mit seiner Basis gegen die Geschwulst gerichtet. Die Wand des Sackes ist in der Nähe des Stieles nicht merklich dicker, als an anderen Stellen. Es lassen sich auch an ihr ebenfalls mehrere Schichten unterscheiden. Die äussere wird durch eine dünne, feste, fibröse Hülle gebildet. Sie ist auf der Oberfläche überall glatt, nirgends finden sich Auflagerungen oder Reste von Bindegewebe, woraus sich auf Verwachsung mit der Bauchwand schliessen liesse. Die Punctionsöffnungen haben keine Spur von Narbe zurückgelassen. Die nach innen folgende mittlere Schichte bedingt auch hier hauptsächlich die verschiedene Dicke der Wandung und die unregelmässigen Bildungen an der Innenfläche des Sackes. Da wo zwei oder mehr Cysten aneinanderstossen bildet sie an der Innenfläche vorspringende dicke Wälle; diese dienen den Zwischenwänden gewissermassen als fester Rahmen, in welchem ein dichtes Netz von Bindegewebssträngen ausgespannt ist, das von der Innenhaut überzogen die Zwischenwand bildet. Schwindet diese Innenhaut durch Druck von beiden Seiten und zerreisst das feinere Netz, so ist durch die gröberen, sich erhaltenden Stränge die frühere Trennung der Cysten noch angedeutet. In dem massenhaft entwickelten Bindegewebe an der Innenfläche lässt sich zum Theil noch deutlich die Stellung der Zwischenwände kleinerer Cysten erkennen. Zum grössten Theile aber bildet es ein dichtes, unregelmässiges Netzwerk von dünnen Bindegewebssträngen, das sich an der ganzen Innenfläche des Sackes mit Freilassung weniger glatter

Strecken, verzweigt. An diesen glatten Flächen ist meistens die mittlere Schichte etwas verdickt. Durchschneidet man sie, so findet man dicht an einander gedrängte Cysten von verschiedener Grösse mit colloidem oder ganz dünnflüssigem Inhalt. Nur einzelne erreichen die Grösse einer Wallnuss, meistens sind sie erbsen- bis hirsekorngross; mit der Lupe entdeckt man auch eine Menge kleinerer. Diese Bildung ist also durchaus ähnlich der von Förster genauer beschriebenen. (Förster: Handbuch der speciellen patholog. Anatomie, 1854 pag. 267. 2.)

In der kleineren Cyste ist die mittlere Schichte im Ganzen mehr von gleichmässiger Dicke und bildet an der Innenfläche nur einzelne dünne Stränge.

Die innerste Schichte, die eigentliche Cystenwand, verhält sich im Allgemeinen ebenso, wie sie in dem Falle Nr. 1 schon beschrieben ist. An den dickeren Bindegewebssträngen lässt sie sich noch als feine Membran abziehen, an dem feineren Netzwerk kann man sie auf diese Weise nicht verfolgen. An den durchbrochenen Zwischenwänden innerhalb des grösseren Sackes ist sie in einzelnen Maschen noch unversehrt geblieben und zeigt somit, dass die Communication erst spät entstanden sein kann. Auch an der noch undurchbrochenen Wand ist sie vorzüglich in der Mitte sehr dünn und zerreisslich, so dass sie wahrscheinlich sehr bald auch hier atrophirt wäre.

III.

Ehefrau Caroline K. aus G.,
40 Jahre alt; seit $2\frac{1}{4}$ Jahren verheirathet; kinderlos.

Patientin hat seit ihrem 14. Jahre an hartnäckigem Kopfgrind gelitten, der bei dem Gebrauch von Hausmitteln nach mehreren Jahren verschwand. Später bekam sie mehrmals Angina und Anschwellungen der Tonsillen. Im Uebrigen war sie stets ziemlich gesund. Ihre früher immer regelmässige Menstruation blieb in den letzten zwei Jahren häufig aus und trat zuletzt nur sehr sparsam auf. Einige Monate nach ihrer Verheirathung bemerkte sie, dass ihr Unterleib stärker wurde und hatte von Zeit zu Zeit unbedeutende und vorübergehende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, die sich beim Liegen auf dieser Seite vermehrten. Daneben stellte sich mitunter Urindrang und Neigung zu Verstopfung ein. Zuweilen litt sie auch an Schmerzen im rechten Arm; vorübergehend an geringem Fluor albus und unbedeutendem Oedem der Knöchel. Im August 1852 ergab die ärztliche Untersuchung eine resistente, begrenzte Härte in der Regio hypogastrica und iliaca dextra mit dumpfem Percussionsschall, die bei Druck etwas empfindlich war. Man fand die Vaginalportion dünn, knorplig hart, etwas nach links gerichtet; das Scheidengewölbe rechts durch eine etwas unebene, resistente Geschwulst ausgefüllt. Bei einer nach vier Wochen wiederholten Untersuchung hatte der Umfang des Unterleibes um etwas mehr als 1 Zoll zugenommen, undeutliche Fluctuation war zu fühlen und die Vaginalportion stand so hoch, dass man mit dem Finger sie kaum erreichte. Dreivierteljahr später, — vier Wochen vor der Reception —, fand

man den Unterleib stärker ausgedehnt, gespannt, überall deutlich fluctuirend. Die früher gefühlte umschriebene Härte war nicht mehr zu unterscheiden. Beide Unterextremitäten waren ödematös mit aufgetriebenen Venen. Dabei konnte Pat. noch ziemlich gut umhergehen; der Appetit war wenig gestört. Die Menstruation trat regelmässig, aber sehr schwach auf, die Urinabsonderung war etwas vermindert.

Der Status praesens bei der Reception am 14. Juli 1853 war folgender: Die Kranke ist von ziemlich langer Statur, ihr Ernährungszustand schlecht, ihr Aussehen schwächlich. Die Haut trocken, blutarm, Zunge etwas belegt, Appetit gering. Thorax zeigt nichts Abweichendes, Brüste klein mit dünnem Fettpolster. Herztöne rein. Der Unterleib, in bedeutendem Grade ausgedehnt, bildet einen starken Hängebauch. Die Messung desselben von einer Spina ant. sup. zur anderen quer über den Nabel hinweg ergiebt 69 Centim.; von der Symphysis pubis bis zur Spitze des Proc. xiphoid. 60 Centim. Die Bauchhaut ist gespannt, glänzend ohne Schwangerschaftsnarben und in der Linea alba nicht pigmentirt. Rechts und etwas nach unten vom Nabel fühlt man eine kleine resistente Partie, die sich durch Druck unter den Bauchdecken hin und herschieben lässt. Im Uebrigen ist der Bauch überall elastisch mit deutlich fühlbarer Fluctuation. Der Percussionsschall ist allenthalben auf der Geschwulst dumpf. Der Muttermund steht hoch, das Scheidengewölbe ist rechts ausgefüllt. Die Kranke hat nur unbedeutende und temporär auftretende Schmerzen in der Regio iliaca dextra. Im Uebrigen klagt sie vorzugsweise über die Schwere des Unterleibes, die ihr beim Gehen hinderlich ist.

Am Tage nach der Reception wurden durch einen

links von der Lin. alba in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse eingestossenen Troicart ca. 24 Pfd. dunkelbrauner, trüber, etwas zäher und klebriger, stark albuminhaltiger Flüssigkeit entleert. Nach der Punction fühlte man deutlich rechts vom Nabel einen umschriebenen harten Tumor von der Grösse eines Gänseeies. Ein unangenehmes Gefühl von Leersein im Unterleibe abgerechnet, befand Patientin sich sehr gut, nach der Anlegung einer Leibbinde verlor sich auch diese Unbequemlichkeit fast ganz. Der Durst war stark, Urinabsonderung reichlich. Die Haut, vorher stets trocken, wurde sanft schwitzend; der Schlaf ruhiger; Appetit besser; Durst bald geringer.

Am 3. Tage nach der Punction stellten sich Schmerzen ein in der rechten Seite und am rechten Schenkel bis zum Knie sich hinziehend, die langsam, mit kurzen, freien Intervallen, an Heftigkeit zunahmen. Beide Unterextremitäten waren ödematös geschwollen. In der Regio iliaca fühlte man schon wieder Ansammlung von Flüssigkeit. Die Schmerzen verloren sich auf kurze Zeit nach Einreibung mit Chloroformliniment, dauerten dann aber einige Tage ununterbrochen fort; später traten sie wieder periodisch ein. Zur Nacht bekam Pat. regelmässig Morph. acet. gr. $\frac{1}{4}$ und schlief gewöhnlich ruhig. Nach reichlichen nächtlichen Schweissen nahm das Oedem der Beine ab; die Urinsecretion wurde wieder geringer, obgleich die Kranke ziemlich viel Flüssigkeit zu sich nahm. Die Neigung zur Verstopfung wurde durch Aloe beseitigt. Ausserdem wurde im Ganzen tonisirend verfahren durch kräftige Nahrung und Ferr. sulphuric. gr. IX. p. die (allmählig steigend bis auf gr. xvjjj p. die). Mit der stärkeren Auftreibung des Unterleibes, die bei der drei Wochen lang täglich wiederholten Pinselung mit Jod-

tinetur sich nicht verringerte, nahmen auch die Klagen der Kranken zu über Schwere, Spannung im Unterleibe, ziehende Schmerzen in der rechten Seite und Gefühl von Taubsein im rechten Schenkel. Am 25. August ergab die Messung von einer Spina ant. sup. quer über zur anderen 59 Centim.; am 1. Septbr. 62 Centim. Indessen schien der allgemeine Kräftezustand der Pat. seit ihrer Reception wesentlich gebessert. Mehrmals hatte sie weitere Spaziergänge gemacht; der Schlaf war bei fortgesetzter Verabreichung kleiner Morphinum-dosen meistens ruhig und erquickend; der Appetit war bei Nachlass der Schmerzen sehr gut; Stuhlgang erfolgte von selbst in der Regel täglich einmal; die Urin-secretion war etwas träge, der Harn dunkel, trübe, mit Uratsedimenten.

Im Anfang September nahmen die Schmerzen bedeutend zu. Der Umfang des Unterleibes wuchs merklich und betrug am 9. Septbr. 100 Centim., etwas unterhalb des Nabels gemessen. Die Kranke versicherte nie so heftige Schmerzen gehabt zu haben; der Schlaf wurde anhaltend dadurch gestört und das Allgemeinbefinden verschlechterte sich auffallend, so dass die Exstirpation des Tumors beschlossen und am 9. Septbr. 11 Uhr Morgens durch den Herrn Obermedicinalrath *Stempel* ausgeführt wurde.

Der Schnitt wurde $2\frac{1}{2}$ Zoll über der Symphyse in der Linea alba 3 Zoll lang gemacht und mit der Hohlsonde schichtweise vertieft. Nach Durchschneidung des Peritoneums drängte sich die glatte Oberfläche eines mit Flüssigkeit gefüllten Sackes in die Schnittwunde hinein. Der Sack war, soweit man fühlen konnte, nur lose mit der vorderen Bauchwand verklebt. Durch den Troicart flossen ca. 24 Pfd. einer bräunlichen, trüben, klebrigen Flüssigkeit ab, die beim

Stehenlassen zu einer dünnen Gallerte erstarrte und beim Kochen bedeutenden Albumingehalt zeigte. Die wenigen vorfallenden Därme wurden gleich zurückgebracht. Da der entleerte Sack sich nicht leicht zurückziehen lassen wollte, so wurde die Wunde noch um 1 Zoll erweitert. Nun bemerkte man zu beiden Seiten des Stieles in der Tiefe der Beckenhöhle zwei gefäßreiche festere Adhäsionen. Die linke wurde leicht gelöst, indessen blieb ein kleiner Rest des Sackes am Peritoneum sitzen, an welchem ein spritzendes Gefäß unterbunden wurde. Die rechte Adhäsion, gebildet durch Verwachsung der linken Tuba mit dem Peritoneum im Douglas'schen Raume, musste mit dem Messer getrennt werden; da aber nach den ersten Schnitten mehrere kleine Gefäße spritzten, so wurden diese erst einzeln unterbunden, dann um den Rest eine starke Ligatur gelegt, die nach mehrmaligem Abgleiten endlich haftete. Der von dem linken breiten Mutterbande gebildete Stiel wurde durchschnitten, nachdem er mit einer doppelten, durch seine Mitte hindurchgeführten Ligatur nach beiden Seiten hin fest unterbunden war. Als die Blutung aus den Adhäsionsstellen nachgelassen hatte, wurde die Wunde mit 3 Knopfnähten, einigen kurzen und einigen um den Leib reichenden Heftpflasterstreifen vereinigt und eine zweiköpfige Binde darüber gelegt. Das Befinden der Kranken während und kurz nach der Operation war befriedigend. Puls 104. Die Kranke verlangte Champagner, wovon ihr einige Gläser gereicht wurden, später trank sie wegen des starken Durstes Selterwasser, etwa 3 halbe Flaschen in 24 Stunden.

Nach einigen Stunden klagte sie über heftige Schmerzen in der Wunde, die durch Morphium gr. $\frac{1}{2}$ in 2 Dosen nicht beruhigt wurden. Am Abend trat Uebelkeit und Erbrechen ein; in der Nacht wurde der

Schmerz heftiger und breitete sich von der Wunde nach oben zu mehr aus. Pat. schlief fast gar nicht.

Am 10. Septbr. Morgens war der Puls 112, voll. Der Unterleib etwas aufgetrieben und gegen Berührung in der Nähe der Wunde äusserst empfindlich, besonders rechts; mitunter heftiges Schneiden in der Magengegend. Beim Umbetten klagte die Kranke über furchtbare Schmerzen. Da die Heftpflasterstreifen sehr spannten, so wurden sie durchschnitten zur grossen Erleichterung der Patientin. Appetit gering, etwas Neigung zum Schlafen. Wegen der fortbestehenden gesteigerten Schmerzen, des häufigen Singultus und der Vomituritionen wurden neben Morph. gr. $\frac{1}{8}$ p. d. Cataplasmen auf den Unterleib verordnet, worauf auch die Empfindlichkeit nachzulassen schien. Am Nachmittage wurde Ol. Ricini (1 Unze auf 6 Unz. Emulsion, stündlich 2 Esslöffel) gegeben, ohne indessen Stuhlentleerung zu bewirken. Die Kranke lag ruhig, fuhr aber häufig beim Schliessen der Augenlider zusammen; die Haut war überall warm, von gelindem Schweisse bedeckt. Puls 150, kleiner als am Morgen. Abends folgte auf Morphiumpulver gr. $\frac{1}{4}$ ein kurzer Schlaf, der nur durch öfteres Aufschrecken gestört wurde.

Den 11. Septbr. Nachts 1 Uhr erwachte die Kranke mit den heftigsten Leibschmerzen, besonders im Umkreis der Wunde; zugleich bemerkte sie, dass die oberen und unteren Extremitäten kühl waren. Durch Morphium gr. $\frac{1}{4}$ wurden die Schmerzen etwas besänftigt, die Extremitäten erwärmten sich bald wieder und bedeckten sich mit Schweiss. Nach einigen Stunden ruhigen Schlafes waren die Glieder abermals kalt; Versuche sie durch Warmflaschen und Cataplasmen zu erwärmen, blieben fruchtlos. Singultus und Aufstossen dauerten fast ununterbrochen fort. Gegen 5 Uhr

wurde auch das Gesicht kühl, Puls klein, fadenförmig, nicht mehr zu zählen; unlösbarer Durst. Auf Wunsch der Kranken wurden wieder einige Gläser Champagner und Selterwasser gegeben. Das Aussehen der Kranken hatte sich merklich verändert, der Collapsus war auffallend stärker; das Sensorium noch ganz ungetrübt. — Gegen 9 Uhr Vormittags ward die Unruhe stärker, von Zeit zu Zeit ängstliches Schreien und Zusammenschrecken. Es wurde nochmals $\frac{1}{4}$ gr. Morphinum verabreicht. Die Kranke fühlte grosse Neigung zum Schlafen, ohne jedoch einschlafen zu können. Der Unterleib war nicht stärker aufgetrieben; zwar empfindlich gegen Druck, besonders rechts, fühlte sich aber überall weich an. Stetes Aufstossen und Uebelkeit quälte die Kranke sehr, der Collapsus nahm rasch zu. Um 1 Uhr wurde Ammon. carbonic., Moschus und Camph. aa gr. V in 2 Dosen gereicht. Patientin lag ruhiger, soporös, mitunter noch zusammenschreckend mit lautem ängstlichen Schreien. Hände und Gesicht eisig kalt; Puls klein, schwirrend, unzählbar. Gegen 3 Uhr trat völlige Bewusstlosigkeit und bald darauf der Tod ein.

Section am 12. Septbr., 18 Stden p. mort.

Hautdecken bleich, Todtenflecke in geringer Zahl und blass, Todtenstarre gar nicht vorhanden.

Die Schnittwunde von 4 Zoll Länge ist an ihren Rändern bis auf den unteren Wundwinkel verklebt, auf Druck fliesst etwas dünne, schwach gelb gefärbte Flüssigkeit aus. Die dünnen Gedärme, vom Omentum bedeckt, liegen hinter der Wundspalte; im unteren Wundwinkel der Stiel mit seinen Ligaturen. In der Bauchhöhle und zwar im kleinen Becken finden sich ca. 7 — 8 Unzen flüssiges schwarzes Blut. Der Bauchfellüberzug der Beckenhöhle und der in ihr liegenden

Gedärme ist durch Imbibition blutig gefärbt. Ausserdem ist am ganzen Tractus intestinalis nirgends eine pathologische Veränderung zu bemerken. Leber und Nieren erscheinen normal; Milz etwas vergrössert, ihre Substanz mürbe. Der Uterus zeigt in seinen Grössen- und Structurverhältnissen keine Abweichung. Unter dem Uterinende der linken Tuba zwischen den Platten des breiten Mutterbandes, findet sich vom Uterus ganz getrennt ein Fibroid von $\frac{1}{2}$ Zoll Durchmesser. In der Excavatio rectouterina sitzt links noch ein kleines Segment des Sackes, das beim Lösen der Adhäsion nachblieb. Auch findet sich hier die Ligatur eines Gefässes, welches während der Operation wegen Blutung unterbunden war. Das rechte Ovarium ca. $1\frac{1}{2}$ Zoll lang und $\frac{1}{2}$ Zoll dick ist auf der Oberfläche traubig, von kleinen soliden, rundlichen, von der Tunica überzogenen Höckern. Beim Durchschneiden enthält es im Innern eine Höhle mit viscidem, röthlich gelbem Inhalt. Der bei der Operation zurückgelassene und mit einer Doppelligatur versehene Stiel besteht aus der linksseitigen Tuba und den dazugehörigen Falten des Ligament. uteri latum mit mehreren Gefässen beinahe von der Dicke eines Federkiesels.

Die Lungen zeigen an den oberen Partien einige alte pleuritische Adhäsionen. Das Gewebe ist blutarm; der hintere Theil der rechten und die ganze linke Lunge ödematös. Am Herzen keine wesentliche Abnormität.

Beschreibung des exstirpirten Tumors, grösstentheils nach dem Spirituspräparat.

Die Grösse des Tumors übersteigt um etwas die eines hochschwangeren Uterus; seine Form ist im

Allgemeinen kugelig, jedoch zeigt sie vorne zahlreiche umschriebene Abflachungen der Wölbung, wodurch die Vorderfläche eine gewissermassen facettirte Beschaffenheit bekommt. Solcher abgeflachter Stellen findet man an der Rückenfläche nur 2 bis 3 und weniger deutlich, als vorne. Die Oberfläche ist glatt, weisslich glänzend. An mehreren Partien ist sie schmutzig gelbbraun und violett gefärbt in Folge früherer Sugillationen. Besonders sieht man diese in der Mitte der Abflachungen. Die ganze vordere Hälfte der Oberfläche ist mit lockerem Bindegewebe überwachsen, wodurch die leicht mit den Fingern zu lösende Adhärenz an der vorderen Bauchwand gebildet wurde. An einer Stelle, unten und hinten, befindet sich ein geringer Substanzverlust in der Wand, entsprechend der festeren Verwachsung des Sackes mit der hinteren Platte des Ligament. uteri latum. Bei der Exstirpation wurde diese Adhäsion anfangs mit dem Messer getrennt, dann der Blutung wegen unterbunden. Der Substanzverlust geht bis in die mittlere Schichte, die an dieser Stelle durch Wucherung nach innen sehr verdickt ist. Die nach hinten gewandte Fläche ist im Uebrigen ganz glatt, von der Farbe der Fascien. Die Wand der Geschwulst ist an der Basis ungefähr 3 — 4''' dick, oben 1''' und zum Theil noch dünner. Die äusserste, fibröse Schicht ist auch hier dünne, fest mit der unterliegenden verwachsen, nur an den sugillirten Stellen lässt sie sich in grossen Lappen abziehen. Die zweite dem Stroma zugehörige Schicht enthält eine Menge kleiner seröser Cysten von verschiedener Grösse. Ausserdem haben sich von ihr ausgehend nach innen unzählig viele Wucherungen entwickelt. Die kleineren sitzen meistens knopfförmig, als flache Höcker an einem kurzen dicken Stiele. Die

grösseren sind theils als blumenkohlartige Excrescenzen gestielt und von leicht zerreisslichem Gewebe, theils sitzen sie mit breiter Basis auf und letztere fühlen sich derber an. Diese Wucherungen sitzen zum grössten Theile an der Innenfläche der vorderen Hälfte, hinten sind nur wenige grössere, von denen eine der festeren Adhärenz im Douglas'schen Raume entspricht. Vorne finden sich 10 bis 11 von der Grösse eines Hühnereies und darüber, wovon einige in der Nähe des Stieles etwas dichter neben einander sitzen. Die flachen Stellen auf der äusseren Oberfläche entsprechen sämtlich der Basis einer solchen Wucherung. Unter der stärksten Abflachung, vorne und etwas rechts von der Mittellinie sitzt innen die grösste derbe anzufühlende Wucherung, fast 3 Centim. dick, 7 Centim. lang und 5 Centim. breit. Sie war schon nach der ersten Punction als harte und unter den Bauchdecken verschiebbare Geschwulst erkannt. Alle diese Excrescenzen, von denen die grösseren sich nach der Exstirpation gelb, die kleineren roth gefärbt zeigten, haben auf dem Durchschnitte ein mehr oder weniger dichtes Fasergerüste je nach dem Grade ihrer Festigkeit, aus dessen Maschen sich eine dickliche Flüssigkeit herausdrücken lässt. Nach der an dem Spiritus-Präparat angestellten microscopischen Untersuchung stellt sich heraus, dass diese Neubildungen carcinomatöser Natur sind, — Markschwämme, die sich im Stroma des Eierstockes entwickelt haben. In den kurzen Notizen über das frische Präparat sind zwar nicht die Resultate einer mikroskopischen Untersuchung mitgetheilt, jedoch finden sich einige hierauf bezügliche Angaben, wodurch obige Ansicht gestützt wird. Diese Excrescenzen hatten nicht das Aussehen von cystoiden Wucherungen, wie bei den zusammengesetzten Cystengeschwülsten;

eine derselben zeigte beim Durchschneiden einen bedeutenden Eiterheerd, andere gelbweisse, weiche Massen. Ob sie schon damals als carcinomatös angesehen wurden, ist daher nicht mit Sicherheit zu eruiren.

Die innerste Schicht der Wandung verhält sich an den glatten Stellen der Innenfläche durchaus so, wie sie an den übrigen Präparaten beschrieben wurde. Durch Ablösen lässt sie sich nur bis an die Basis der Excrescenzen verfolgen. Ob sie von hier an mit dem Stroma inniger verwachsen, die Wucherungen überzieht oder geschwunden ist, lässt sich jetzt nicht mehr mit Gewissheit erkennen. Die Höhle der Geschwulst ist einfach, nirgends findet sich auch nur eine Andeutung von Zwischenwänden. Der Inhalt verhielt sich wie verflüssigte und durch verändertes Blutpigment bräunlich gefärbte Colloidmasse. Eine mikroskopische Untersuchung derselben ist bei dem frischen Präparat nicht gemacht.

Der dicht an der Geschwulst abgeschnittene Stiel derselben zeigt eine längliche Schnittfläche, auf der man nur mehrere grosse Gefässe wahrnimmt, umgeben von der dem Stroma angehörigen festen Bindegewebsmasse. In einer Falte neben der Schnittfläche erkennt man deutlich die Schlingen des Nebeneierstockes. Von der linken, bedeutend verlängerten Tuba ist bei der Operation nichts durchschnitten.

eine derselben zeigte beim Durchschneiden einen be-
deutenden Eiterbeerd, andere gelbweisse, weiche
Massen. Ob sie schon damals als carcinomatöse ange-
sehen wurden, ist daher nicht mit Sicherheit zu ermitteln.

Die innerste Schicht der Wandung verhält sich an
den glatten Stellen der Innenfläche durchaus so, wie
sie an den fibrigen Präparaten beschrieben wurde.
Durch Ablösen lässt sie sich nur bis an die Basis der
Exercenzen verfolgen. Ob sie von hier an mit dem
Stroma inniger verwaschen, die Wucherungen überdeckt
oder geschwunden ist, lässt sich jetzt nicht mehr mit
Gewissheit erkennen. Die Höhle der Geschwulst ist
einfach, nirgends findet sich auch nur eine Andeutung
von Zwischenwänden. Der Inhalt verhält sich wie
verflüssigte und durch verändertes Blutpigment bräun-
lich gefärbte Colloidmasse. Eine mikroskopische Unter-
suchung derselben ist bei dem frischen Präparat nicht
gemacht.

Der Schnitt an der Geschwulst abgeschnittene Stiel
derselben zeigt eine längliche Schnittfläche, auf der
man nur mehrere grosse Gefässe wahrnimmt, umgeben
von der dem Stroma angehörigen festen Bindegewebs-
masse. In einer Falte neben der Schnittfläche erkennt
man deutlich die Sehlungen des Nebeneierstockes. Von
der linken, bedeutend verlängerten Tuba ist bei der
Operation nichts durchschnitten.

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
IN TWO VOLUMES
BY NATHANIEL BENTLEY
OF THE BARRISTER AT LAW
IN THE SUPREME COURT OF JUDICATURE
IN THE COUNTY OF MIDDLESEX
LONDON: PRINTED BY J. JOHNSON, ST. PAULS CHURCH-YARD, 1734.
IN TWO VOLUMES.
THE FIRST VOLUME.
CONTAINING THE HISTORY FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE YEAR 1630.
THE SECOND VOLUME.
CONTAINING THE HISTORY FROM THE YEAR 1630
TO THE PRESENT TIME.



