

Die Ovariectomie in der Schwangerschaft.

Ein casuistischer Beitrag

von

Dr. med. J. **Dsirne** (Livland).

Schon aus der vorantiseptischen Zeit werden uns Fälle berichtet, wo während der Schwangerschaft Eierstocksgeschwülste diagnosticirt und zum Theil mit gutem Erfolge durch die Laparotomie entfernt worden sind. In seinem klassischen Werke: „Die Krankheiten der Ovarien“ giebt uns Olshausen (S. 108) an, dass er im Jahre 1877 nur 14 Fälle von Ovariectomie in der Gravidität hat zusammenstellen können. Bis zum Jahre 1886 jedoch ist die Zahl derselben auf 82 gestiegen. Mir nun ist es gelungen, aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur 135 Fälle von Ovariectomien inter graviditatem in den folgenden Tabellen zusammenzustellen. Bei den ernsten Folgen, welche diese Complication der Schwangerschaft durch Ovarialtumoren nach sich zu ziehen pflegt, bei ihrem verhältnissmässig häufigen Vorkommen und den guten Ergebnissen der Ovariectomie während der Gravidität tritt diese radicale Behandlung immer mehr und mehr in den Vordergrund der gynäkologischen Operationen und dürfte daher ein neuer Beitrag zur Casuistik nicht unwillkommen sein.

Es liegt nicht in meiner Absicht, die Diagnose eines Ovariectumors in der Schwangerschaft einer genauen Besprechung zu unterziehen; ich will mich vielmehr blos darauf beschränken, an einer Anzahl von Fällen zu zeigen, wie schwierig bisweilen die Diagnose sein kann.

Burd (12), Atlee (14, 15), Winckel (20), Grohé (40), Pippingskjöld (43), Kusnezow (49), Angelini (124) laparotomirten wegen Ovarialtumoren, ohne jedoch die zugleich bestehende Schwangerschaft erkannt zu haben. Es gelang ihnen dieses erst, als sie während der Operation den Uterus zu Gesichte bekamen.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
1	T. Spenc. Wells, London	24 a. n. Linksseitige Cyste des Ovarium; eine zweite Geschwulst, die für eine rechtsseitige gehalten wird.	Kystoma multiloculare sin. Graviditas V. mensis, für eine rechtsseitige Cyste gehalten, inter operat. diagnostiziert.
2	Derselbe	30 a. n., hat 8 Mal spontan geboren. Vor 16 Jahren, nach Zwillingsgeburt, nahm die Unterleibsgeschwulst langsam zu, hatte jedoch die Geburt weiterer 6 Kinder nicht verhindert. Von Anfang Juli 1869 plötzliche rasche Vergrößerung des Tumors nach heftigem Anfall von Leibschmerzen mit Uebelkeit und Fieber.	Kystoma multiloculare dextr. mit Ruptur der Wand u. Austritt von Flüssigkeit in die Bauchhöhle. Graviditas III. m.
3	Derselbe	28 a. n., hat 5 Mal geboren, zuletzt Aug. 1869. Abort 1868. Nach Entbindung 1869 Leib voller als früher und langsame Zunahme desselben. Seit 4 Jahren gelegentlich Schmerzen links in der Lenden- und Hüftgegend. Letzte Regel 17. October 1870, nach 14 Tagen Erbrechen, Harndrang, wie bei früheren Schwangerschaften. Leib nimmt immer mehr und mehr zu und Beschwerden steigern sich. Beträchtlich grosse Ovarialcyste, Allgemeinzustand gut.	Kystoma ovar. sin. Graviditas III. m.
4	Derselbe	38 a. n., hat 5 Mal geboren. Vor 18 Jahren Tumor entdeckt, derselbe nimmt bei jeder Gravidität ab, bald nach jeder Entbindung wieder zu. In den letzten 6 Monaten schnellere Vergrößerung. Seit der letzten Niederkunft 8 Monate verflossen. Uterus frei, vergrößert, rechts Tumor.	Kystoma ovar. dextr. dermoid. Graviditas III. m.
5	Derselbe	29 a. n., hat 1 Mal geboren. Menses sistirt seit 3 Monaten. Anschwellung des Leibes zuerst vor 12 Mon. bemerkt und für Schwangerschaft gehalten, aber bei Rückkehr der Menses zweifelhaft. Am Ende des 8. Monats Anschwellung ebenso gross, wie im 3. Monat. Während der letzten Monate Zunahme sehr schnell, Gravid. IV. m. wird nachgewiesen, Leib gespannt. Punction, einige Pints Flüssigkeit entleert. Nach einiger Zeit kleiner, beweglicher Tumor in der rechten Reg. iliaca zu fühlen. 1872 Aussehen passabel, Leib gespannt. Auf der rechten Seite Empfindlichkeit und Fluctuation. Uterus in normaler Lage, beweglich.	Kystoma ovar. multiloc. dextr., rupturirt. Graviditas IV. m.
6	Derselbe	32 a. n.	Ovarialtumor. Graviditas VII. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
August 1865. Entfernung einer linksseitigen Eierstockscyste von 28 Pfd. Die zweite Geschwulst als Cyste punctirt. Austritt von Fruchtwasser und eines 5monatlichen Fötus. Eis, Compression. Uteruswunde durch Seidensuturen vereinigt.	Vollständige Genesung, am 33. Tage entlassen.	Inter operationem 5 monatlicher Fötus zu Tage gefördert.
14. August 1869 Ovariectomie unter Bichloro-Methyl. Allgemeine Injection des Bauchfelles, kein frisches Exsudat. Netz verwachsen. Gewicht des Tumors mit Inhalt und umgebender Flüssigkeit 37 Pfd. Reinigung der Bauchhöhle mit Schwämmen. Verschluss.	Vollständige Genesung nach 28 Tagen.	18. Februar 1870 normale Geburt e. lebenden Kindes.
20. December 1870 Ovariectomie unter Chloro-Methyl. Eine Eierstockscyste nicht verwachsen. Entleerung durch Punction, Hauptcyste geöffnet, der ganze Tumor extrahirt, Bauchhöhle bleibt rein. Langer schmaler Stiel durch Klammer ausserhalb befestigt. Entfernte Flüssigkeit $11\frac{1}{2}$ Pints, Cyste und feste Theile $3\frac{1}{2}$ Pfd., Summa 15 Pfd.	Genesung schnell u. vollständig.	29. Juli 1871 normale Geburt eines gesunden Kindes.
4. Mai 1871 Ovariectomie, Bauchschnitt, freigelegte Cyste punctirt, keine Flüssigkeit, nach Entfernung der Canüle kommen Haare, Fett und Flüssigkeit zum Vorschein. Cyste herausgezogen, verklebt mit einer Darmschlinge und einer grossen Partie des gefässreichen Netzes. Kein Stiel. Blutzufuhr zur Cyste durch Netzgefässe und ein grosses Gefäss in der Nähe des Proc. vermiform. Unterbindungen. Linkes Ovarium dreifach vergrössert, wird nicht entfernt. Geschwulst 19 kg.	Heilung ohne Unterbrechung.	Decbr. 1871 Geburt eines kräftigen Mädchens nach 13-stündiger Geburtsdauer.
13. März 1872 Ovariectomie. Nach Bauchschnitt 5 Pints klarer Flüssigkeit aus der Bauchhöhle entfernt. Rechts oben harter, mit dem Netze adhärenter Tumor, von der rechten Tube durch das Ligamentum latum getrennt. Ligamentum latum unterbunden. Tumor abgetragen, Tube bleibt.	Am 5. Tage Wunde geheilt, Nähte entfernt, Genesung ohne Abort.	27. Mai 1872 schnelle Geburt e. kleinen Kindes.
August 1872 Ovariectomie. Tumor 13 kg.	Genesung.	1 Tag post operat. ein 7 Monate altes Kind geboren.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
7	T. Spenc. Wells, London	38 a. n.	Ovarialtumor. Graviditas VI. m.
8	Derselbe	41 a. n.	Ovarialtumor. Graviditas IV. m.
9	Derselbe	27 a. n.	Ovarialtumor. Graviditas VIII. m.
10	Derselbe	28 a. n.	Ovarialtumor. Graviditas IV. m.
11	Staude	Hat 1 Mal geboren. Hinter dem normal gelagerten Uterus ein apfelgrosser beweglicher Tumor. Da Patientin angab, dass ihre Meneses 1 Mal ausgeblieben, so wird um so mehr Grund zur Ovariectomie gegeben.	Kystoma ovar. sin. unilocular. Graviditas II. m.
12	Burd	—	Tumor ovarii. Graviditas III. m. inter operat. diagnosticirt.
13	Marion Sims	—	Tumor ovarii. Graviditas III. m.
14	W. L. Atlee	Patientin sehr heruntergekommen, 16 Mal punctirt, Verdacht auf Schwangerschaft der ersten Monate.	Tumor ovarii. Graviditas II.—III. m. erst inter operat. constatirt.
15	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas III. m. erst inter oper. erkannt.
16	Hillas	—	Tumor ovarii. Graviditas VIII. m.
17	Pollock	—	Tumor ovarii. Graviditas ersterkannt nach Punction des Uterus.
18	W. Baum	1874 hat Patientin normal geboren. Leib bleibt geschwollen, letzte Regel Ende Januar 1875. Seitdem beträchtliches Wachsen des Leibesumfanges, Oedeme, Schmerzen, Dyspnoe. Punction oberhalb des Nabels, viel Flüssigkeit. Baldige Wiederfüllung der Cyste. 2. Juni Geschwulst leicht beweglich, der vergrösserte Uterus unbeweglich, nirgends Empfindlichkeit, grösster Leibesumfang 102 cm.	Kystoma ovar. sin. multilocular. Graviditas IV.—V. m.
19	Waitz	38 a. n. „Facies ovariana.“ Tumor seit Juni 1874 allmählig, später unter heftigen Schmerzen rascher gewachsen. Patientin 29 Wochen bettlägerig. Leibesumfang 110 cm. Grosser, deutlich fluctuirender Tumor, das ganze Abdomen einnehmend. 25. Septbr. 1875 Punction und Entleerung von 12 kg chocoladenfarbener Flüssigkeit.	Kystoma ovar. Graviditas III. m. wird nicht diagnosticirt, nur gemuthmaasst.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
März 1876 Ovariectomie. Tumor 20 kg.	Tod 7 Tage post operat.	6 Stdn. post operat. Fötus geboren.
October 1876 Ovariectomie. Tumor 3½ kg.	Genesung.	Normale Entbindung am richtigen Termin, April 1877.
December 1876 Ovariectomie. Tumor 6 kg.	Genesung.	Normale Entbindung 25 Tage post operat.
November 1877 Ovariectomie. Tumor 5 kg.	Genesung.	Normale Entbindung, Kind lebt.
Rasche Ovariectomie. Einfährige Cyste. Glatte Verlauf.	Genesung. In der Reconvalenscenz entsteht Retroflexio uteri gravidi. Reposition u. Entlassung mit Hodgepessar.	Normale Geburt am normalen Ende d. Schwangerschaft.
1847 Ovariectomie. Grosser Schnitt, Stielunterbindung mit dreifacher Ligatur. Beim Durchschneiden heftige Blutung. Uterus als Gravidus III.—IV. mensis gefunden.	Genesung.	Abort 2 Tage post operat.
1865 Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Bei der Ovariectomie Schwangerschaft in den ersten Monaten festgestellt. Tumor wiegt 81 Pfd., sehr verwachsen.	Tod 30 Tage post operat. unter anhaltendem Erbrechen an Inanition.	Kein Abort bis zum Tode d. Mutter.
Ovariectomie ohne Verdacht auf Schwangerschaft, letztere erst während der Operation erkannt.	Genesung.	7 Monate post operat. Geburt eines reifen Kindes.
1875 Ovariectomie. Der im 8. Monate schwangere Uterus zufällig angeschnitten. Sectio caesarea, Extraction eines lebenden Kindes. Uterus mit Silberdraht genäht. Exstirpation des Tumors, Stiel geklammert.	Genesung. Entlassung in der 6. Woche.	Durch zufälliges Anschneiden d. Uterus wird vermittelt Sectio caesarea ein lebendes Kind entwickelt.
1875 Ovariectomie. Der schwangere Uterus für eine Cyste gehalten, punctirt, nicht genäht.	Tod 2 Tage post operat.	Abort am Abende des Operationstages.
Ovariectomie unter Carbolspray, Stiel geklammert.	Genesung nach dem Durchbruche e. Beckenabscesses in die Harnblase am 25. Tage.	Abort am 2. Tage post operat.
27. Sept. 1875 Ovariectomie. Mässig angefüllte Cyste, an verschiedenen Stellen Adhärenzen. Diese mit Catgut unterbunden, dann Herausheben d. Cyste. Stiel lang, nicht sehr dick, eingeklammert und im unteren Wundwinkel befestigt. Es wurde versäumt, sich von dem Verhalten des anderen Ovarium u. des Uterus zu überzeugen.	Genesung. Entlassg. am 6. Novbr. März 1876 vermuthete Schwangerschaft bestätigt durch Kindesbewegungen und den vorliegenden Kindskopf.	3. Mal 1876, 31 Wochen post operat., Geburt eines kleinen ausgetragenen Kindes.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
20	Winckel	Uterus klein, neben dem Tumor verschieblich.	Kystoma ovarii multilocular. Graviditas VI. m., erst nach Eröffnung des Abdomen constastirt.
21	Terrillon	—	Kystoma ovar. Graviditas II. m.
22	Derselbe	—	Kystoma ovar. Graviditas III. m.
23	Derselbe	—	Kystoma ovar. Graviditas V. m.
24	Carl Schröder	22 a. n., hat 2 Mal geboren, letzte Entbindung zögernd. Letzte Regel 15. November 1875. Januar 1876 Geschwulst im Leibe entdeckt, prall fluctuirend, mannskopfgross. Zeitweise peritonitische Reizzustände und unter diesen rasches Wachsthum der Geschwulst. 2. Februar 1876. Der schwangere Uterus retroflectirt, auf ihm ein bis über den Nabel reichender Ovarialtumor. 14. März. Der weiter gewachsene Uterus hat sich unter dem Kystom spontan reponirt. 22. Mai. Obere Grenze der Geschwulst in der Magengrube, Uterus dicht unter dem Nabel. 25. Mai. Uterus reicht bis an den Nabel.	Kystoma ovar. Graviditas IV. m.
25	Derselbe	29 a. n., hat 1 Mal geboren. 23. Januar 1876. Todtes Kind, künstliche Entbindung. Schon vor der Gravidität starker Leib. März 1876. Grosser Umfang, Punction, bald wieder Ansammlung. Ende Juni 1876 letzte Periode. 7. October Punction des Kystoms wegen Prolapsus ut. grav. u. Harnverhaltung. 7000 ccm einer chocoladenfarbenen Flüssigkeit, alle Zeichen einer ovariellen Flüssigkeit zeigend. Bald wieder Harnverhaltung, Uterusprolaps, hohes Fieber. Rechts oberhalb der Symphyse noch eine Cyste, der nach hinten gedrängte Uterus vergrössert.	Kystoma ovar. Graviditas IV. m. Prolapsus ut. gravid. retroflect.
26	Derselbe	28 a. n., hat 2 Mal geboren, zuletzt 7. Nov. 1876. Gleich darauf hat Pat. eine Geschwulst im Leibe bemerkt. Anfang Octbr. letzte Periode. Ut. vergrössert, weich, retrovertirt. Anhänge der rechten Seite deutlich palpabel, die der linken gehen auf d. Tumor über. Das grosse deutlich fluctuirende Kystom reicht bis zur Herzgrube. Gravidität constatirt.	Kystoma ovar. sin. Graviditas III. m.
27	Derselbe	36 a. n., hat 11 Mal geboren, schon lange auffallend starker Leib. In der 12. Schwangerschaft ist im VII. Monate d. Leib colossal ausgedehnt. Die Beschwerden so bedeutend, dass e. Verkleinerung d. Leibes nothwendig erscheint.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas VII. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
Ovariectomie. Tumor enorm gross, multiloculär, mit colloidem Inhalt. Zunächst 30 Liter durch Punction entleert, worauf 3 Tumoren abgrenzbar, von denen der eine sich als Ut. grav. im VI. Monate erweist. Cyste abgetragen.	Genesung. Normales Ende der Schwangerschaft.	Nach halbstündigen Wehen rechtzeitige Geburt eines lebenden kräftigen Kindes mit grosser Hasenscharte.
Ovariectomie. Der kurze Stiel der Cyste 3 Mal gedreht. Cyste mit Darmschlingen verwachsen, enthält 3 Liter schwärzlicher Flüssigkeit.	Genesung.	Abort 8 Tage post operat.
Ovariectomie. Stiel lang, $\frac{1}{2}$ Mal gedreht.	Genesung.	Normales Ende d. Gravidität.
Ovariectomie. Stiel kurz, breit mit Darmschlingen adhären.	Genesung.	Normales Ende d. Gravidität.
25. Mai 1876 Ovariectomie. Incision links vom Nabel, keine Adhäsionen, durch den Troicart braune Flüssigkeit entleert, gefässloser Stiel versenkt. Glatter Verlauf der Operation, Dauer $\frac{1}{2}$ Stunde.	Genesung. Nach d. Operation nur andeutungsweise Wehen. Am 21. Tage post operat. verlässt Patientin das Bett.	31. August 1876 leichte und glückliche Geburt eines sehr kräftigen Kindes.
30. October 1876 Ovariectomie unter Carolspray, ohne Schwierigkeit. Nur links Adhäsionen mit der Bauchwand. Grosse Cyste entleert übelriechende bräunliche Flüssigkeit.	Abfall des Fiebers, rechtsseit. Exsudat am 8. Tage bemerkt. Genesung. Unmittelbar nach der Entlassung Conception, normale Gravidität, Geburt in 2. Fusslage.	Abort 13 Tage post operat.
27. Januar 1878 Ovariectomie. Verwachsungen mit der rechten Bauchwand lassen sich trennen. Langer Stiel doppelt unterbunden und versenkt.	Genesung. Normal verlaufende Schwangerschaft.	Spontane Geburt.
30. April 1878 Ovariectomie. Der Uterus hat sich so um seine Achse gedreht, dass der kurze Stiel des rechtsseitigen Kystoms vollkommen nach hinten liegt. Das Abbinden sehr schwierig, da das Lig. lat. entfaltet u. blutreich ist.	Genesung. Reconvalescenz durch hohe Temperatur und Pulsbeschleunigung getrübt.	4. Mai vorzeitige Geburt eines 28 Wochen alten Kindes, welches nach 4 Tagen stirbt.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
28	Carl Schröder	24 a. n., hat nie geboren. Anfang März 1878 letzte Periode, seitdem der Leib sehr schnell gewachsen. Im Leibe fluctuirender Tumor von der Grösse eines hochschwangeren Uterus, nach hinten liegt der dem 3. Monate der Gravidität entsprechende Uterus. Die Anhänge der rechten Seite gehen gespannt auf den Tumor über.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas VII. m.
29	Derselbe	Hat 5 Mal geboren, zuletzt am 23. August 1877. Schon in der vorletzten Schwangerschaft grösserer Leib als früher unter denselben Umständen, in der letzten so gross, dass die Hebamme Zwillinge diagnosticirte. 6. Juli 1879 letzte Periode. 3. October sehr grosser Eierstockstumor diagnosticirt. Der Uterus entsprechend der letzten Periode vergrössert, weich. Rechtes Ovarium palpabel, die linken Anhänge gehen auf den Tumor über.	Kystoma ovar. sin. Graviditas III. m.
30	Derselbe	24 a. n., hat 4 Mal geboren, zuletzt vor 6 Jahren. Vor 4 Jahren Peritonitis, bei der eine Abdominalgeschwulst, welche zuerst für einen Ovarialtumor, dann für ein Uterusmyom gehalten wird, entdeckt wird. Vor 4 Monaten letzte Regel, seitdem bedeutende Grössenzunahme der Geschwulst. 16. Januar 1880. Grosser, zum Theile elastischer Tumor handbreit über dem Nabel und mehr rechts. Links von ihm ein anderer Tumor von der Consistenz des schwangeren Uterus. Portio vaginalis sehr hoch links hinter der Symphyse. Im hinteren Scheidengewölbe grosser praller Tumor, der sich fast wie die retroflectirte schwangere Gebärmutter anfühlt, aber eine cystische Geschwulst ist, mit kurzem, straffen Stiele an die rechte Uteruskante herangehend. Oberhalb dieser Cyste noch eine andere pralle Geschwulst. 26. Januar. Grosser Tumor rasch gewachsen, drängt rechts gegen den Rippenbogen.	Kystoma ovar. dextr. Kystofibromyoma ovar. sin. Graviditas V. m.
31	Derselbe	25 a. n.	Kystom. prolif. ovar. Graviditas VIII. m.
32	Derselbe	34 a. n.	Kystoma unilocul. Graviditas VI. m.
33	Derselbe	29 a. n.	Kystoma proliferans unilocul. Graviditas IV. m.
34	Derselbe	24 a. n.	Kystoma parovariale. Graviditas V. m.
35	Derselbe	30 a. n.	Kystoma parovariale. Graviditas II. m. Ut. grav. retrovers.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
25. Mai 1878 Ovariectomie. Stiel mässig lang, ein Mal um seine Achse gedreht. Er wird abgebunden, versenkt. Der Uterus füllt das kleine Becken vollständig aus.	Genesung.	29. Novbr. 1878. Niederkunft langsam, aber ohne Schwierigkeit.
5. October 1879 Ovariectomie glatt und einfach, nur eine kleine Adhäsion. Der schwangere Uterus sehr weich, schlaff, mit dicken Gefässen versehen.	Genesung.	13. April 1880 leichte glückliche Geburt in II. Schädellage.
31. Januar 1880 Ovariectomie. Am oberen Tumor so innige Adhäsionen, dass bei ihrer Trennung die Cyste angeschnitten wird und nur eine schmierige Flüssigkeit entleert. Adhärenzen an der ganzen Peripherie des Tumors; Ausschälung sehr schwierig. Eigenthlicher Stiel nicht zu finden. Die Pseudomembranen der Geschwulst gehen voll auf die rechte Hälfte Kante, ja fast auf die rechte Hälfte des schwangeren Uterus über. Der im kleinen Becken liegende Tumor ein Theil einer vierlappigen Geschwulst, die dem linken Eierstocke angehört. Diese Geschwulst ist um den Uterus herumgeschlagen. Der Tumor leicht abzubinden.	Verlauf zunächst glatt. Complicirende Parotitis. 19.—20. März Abort. Wochenbett zunächst normal, doch immer kleine Blutungen. Exploration der Uterushöhle, dabei wahrscheinlich Infection. Erkrankung unter schweren septischen Erscheinungen. 10. Mai. Beste Reconvalescenz. Decubitus.	Abort in der Nacht vom 19. auf den 20. März; leb. Frucht, die bald stirbt.
Reinliche, glatte Ovariectomie. Stiel ein Mal gedreht. Tumor 7,5 kg. Netzadhäsionen.	Genesung.	Rechtzeitige Niederkunft 8 Wochen post operat.
Ovariectomie. Tumor 17 kg. Wenige parietale Adhäsionen.	Genesung.	Abort 7 Tage post operat.
Reinliche Ovariectomie. Tumor 7,5 kg.	Genesung.	Normale rechtzeitige Geburt.
Leichte, reinliche Ovariectomie. Tumor 6 kg.	Genesung. Im Wochenbette Beckenabscess mit Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Einfache, reinliche Ovariectomie. Stiel in 2 Hälften geschnürt und ligirt	Genesung, 2 Monate später Bildung eines parametritischen Exsudates mit Abscedirung.	Frühgeburt, 2 Monate ante terminum.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
36	Carl Schröder	34 a. n.	Kystoma dermoid. ovar. Graviditas III. m.
37	A. Martin	Hat 1 Mal leicht ein ausgetragenes Kind geboren, 1 Mal im 4. Monat abortirt. Augenblicklich Gravida III. mense mit Symptomen des Aborts. Uterus ganz auf den Beckenboden herabgedrückt, über demselben ein faustgrosser Tumor, der leicht beweglich scheint, den Uterus aber an seiner Ausdehnung in das grosse Becken hinauf hindert.	Kystoma ovar. Graviditas III. m.
38	Ed. v. Wahl	33 a. n., hat 4 Mal normal geboren. Einige Monate vor der 3. Niederkunft 1876 über der Symphyse eine kleine, harte, verschiebbare Geschwulst zu bemerken, leichte Beschwerden, stetige Vergrösserung. 1880 abermals gravida, Tumor mehr rechts unter d. Rippenbogen verschoben. Mitunter heftige Dyspnoe. August 1880 Zwillingsgeburt. Seit December 1881 keine Menses mehr. 6. Febr. 1882 Bauchdecken schlaff, rechts im Unterleibe kugelige Geschwulst, den Nabel etwas überragend, deutlich fluctuirend, nach allen Seiten leicht verschieblich. Fingerdicker Strang von rechts unten nach links oben beim Drängen des Tumors nach links; rechts über dem horizontalen Schambeinast Uterus wie im 3. Schwangerschaftsmonate. Kein Zusammenhang zwischen Tumor und Uterus. Leibesumfang 90 cm.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas III. m.
39	W. H. Byford	23 a. n., hat kein Mal geboren. 1 Jahr ante operat. Tumor gefunden, macht im Wachstume rasche Fortschritte in den letzten 6 Monaten. Aufhören der Menses nicht genau festzustellen, jedenfalls schon seit einigen Monaten. Keine vaginale Exploration. Gravidität nicht gefunden.	Kystoma ovar. sin. Graviditas VII. m. erst inter oper. erkannt nach Punction der Gebärmutter u. Einschnitt.
40	Grohé	36 a. n. Seit 3 Jahren Tumor bemerkt. Punction zum ersten Male vor einem Jahre, später noch 3 Mal. In der letzten Zeit schneller Kräfteschwund. März 1878 letzte Menses. Juli 1878 Patientin derartig heruntergekommen, dass Entfernung des Abdominaltumors zur Erhaltung des Lebens dringend geboten erscheint. Cloasmata im Gesichte, Auflockerung d. Scheide erregt Verdacht auf Schwangerschaft.	Kystoma ovar. Graviditas IV. m. erst inter operat. sicher diagnostirt.
41	Derselbe	27 $\frac{1}{2}$ a. n.	Kystoma ovar. sin. unilocular. Graviditas IV. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
<p>Ovariectomie. Dermoidcyste von halber Faustgrösse, im kleinen Becken total adhären. Ausschälung aus den umgebenden Adhäsionen. Mangel eines Stieles, keine Ligatur.</p> <p>1877 Ovariectomie zur Beseitigung des Druckes auf den Uterus und zur Erhaltung der Schwangerschaft.</p>	<p>Genesung.</p>	<p>Leichte, normale Geburt.</p>
<p>14. Febr. 1882 Ovariectomie unter Aether-Chloroformnarkose. Nach Bauchschnitt Punction der Cyste; es entleeren sich ca. 2 Liter klarer, strohgelber Flüssigkeit. Stiel sehr lang, 11 cm breit, mit Tube und Ligamentum ovar. In 3 gesonderten Partien und mit einer Massenligatur unterbunden. Abtrennung der Cyste, Gefässe gesondert ligirt. Uterus und linkes Ovarium normal. Tiefgreifende Bauchnähte durch Bauchdecken und Peritoneum.</p>	<p>Genesung ohne Störung. Vorher schon bestehende Wehen durch Morphium beseitigt.</p>	<p>Leichte spontane Geburt eines kräftigen Mädchens.</p>
<p>1878 Ovariectomie. Keine Adhäsionen der Cyste an der Vorderfläche. Punction, 12 Quart gelbe, klebrige Flüssigkeit entleert. Der schwangere Uterus für eine mit dem ersten Tumor zusammenhängende Cyste gehalten, punctirt u. incidirt. Entleerung d. Uterus u. Nahtverschluss. Cystenstiel doppelt unterbunden und versenkt; die Ligamenta aus dem unteren Wundwinkel herausgeführt bis zum Oberschenkel. Schluss der Bauchwunde.</p>	<p>Bis zum 8. Tage post operat. fieberloser Verlauf, Nähte entfernt, Heilung per prim. Heftpflaster und Watteverband. 23. Februar Bauchwunde ganz aufgegangen, mehrere Darmschlingen und ein grosser Theil des Netzes vorliegend. Reposition und sorgfältige Reinigung.</p>	<p>Normale Geburt.</p>
<p>Juli 1878 Ovariectomie. Es ergab sich, dass der im 4. Monate schwangere Uterus hinter der Cyste versteckt lag. Letztere entfernt, Stiel geklammert.</p>	<p>Glatte Verlauf. Genesung.</p>	<p>Inter operat. Uterus künstlich entleert, todte Frucht im 7. Monate.</p>
<p>8. Juli 1878 Ovariectomie. Starke Blutung aus den Adhäsionen, Klammerbehandlung.</p>	<p>Genesung in 40 Tagen. Ungestörte Schwangerschaft.</p>	<p>Decbr. 1878 Geburt eines kräftigen ausgetragenen Knaben.</p>
	<p>Genesung.</p>	<p>Decbr. 1878 Geburt e. lebenden ausgetragenen Kindes.</p>

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
42	Pippinskjöld	Zum ersten Male schwanger. Hochgradige Dyspnoe. Punction erfolglos.	Kystoma ovar. Graviditas VIII. m.
43	Derselbe	41 a. n. Ascites. 2. Febr. 1879 Punction, 12 Liter zäher, colloider Flüssigkeit entleert. Punction bei unerträglichen Athembeschwerden wiederholt, nur wenige Liter entleert.	Kystoma ovar. Graviditas IX. m. erst inter operat. erkannt.
44	Larrivé	20 a. n. Durch Punction des Tumors gegen 6 Liter blutig gefärbter Flüssigkeit entleert.	Kystoma ovar. unilocular. Graviditas IV. m.
45	F. Howitz	40 a. n. Hat 7 Mal spontan geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Zwischen der 4. und 5. Geburt Abort im 2. Monate. Uter. grav. im 4. Monate und eine kindskopfgrosse, linksseitige Eierstocksgeschwulst leicht nachzuweisen.	Tumor ovarii sin. dermoid. Graviditas IV. m.
46	Erskine Mason	—	Kystoma ovar. Graviditas V. m. nach Punction des Ut. grav. diagnosticirt.
47	H. Smith	25 a. n., hat 4 Mal geboren. Patientin leidet seit ihrer letzten, 7 Monate früher erfolgten Entbindung an einer Ovarialeyste.	Kystoma ovar. Graviditas V. m.
48	Galabin	29 a. n. Bei den beiden früheren Entbindungen das Gefühl, als ob noch e. Klumpen im Leibe zurückgeblieben wäre. Wahrscheinlichkeitsdiagnose bei d. ersten Untersuchung Ovarialeyste, combinirt mit Gravidität im 4.—5. Mon., Hydramnion nicht sicher ausgeschlossen, deshalb keine Punction. Nach 3 Tagen peritonit. Reizungen, zunehmende Oedeme, Urin sehr eiweissreich. In der Narkose per vaginam deutliche Kindesbewegungen wahrzunehmen. Punction unter Spray, 10 Liter Flüssigkeit entleert, auf Malignität hinweisend. Fundus am Nabel, Herztöne deutlich. Nach 14 Tagen bedeutende Flüssigkeitszunahme.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas VI. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
1880 Ovariectomie.	Genesung.	Unmittelbar nach der Operat. Geburt eines 8½ Monate alten abgestorbenen Fötus.
8. März 1879 Ovariectomie. Stiel mit 11 Seidenligaturen unterbunden, versenkt. Uterus von der Cyste gedeckt, enthält 8 Liter Flüssigkeit. Gewicht 10 kg. 10 Liter Ascitesflüssigkeit.	Genesung.	Kurz nach der Operation Wehen, 7 Stunden darauf Eihäute gesprengt, todttes Kind v. 2½ kg. Tod d. Kindes früheren Blutungen in d. Placenta zugeschrieben.
1 Monat nach der Punction Ovariectomie. Glatter Verlauf derselben. Tumor weit über Kindskopfgrösse.	Genesung in 3 Wochen, ohne besondere Zwischenfälle.	Etwa 5 Monate post operat. Geburt eines gut entwickelten Kindes.
Ovariectomie unter Lister'scher Antiseptik. Verwachsungen mit dem Netz und den Därmen. Der lange breite Stiel versenkt. Dauer 1 St. Die Geschwulst war ein Dermoid.	3 Wochen post operat. Fieber, Schmerzen in d. Reg. iliac. sin., dort wallnussgr., mit dem Uterus durch einen dünnen Strang verbund. Geschwulst. Anfänglich m. d. Bauchdecken verwachsen, dann frei u. Schwinden d. Fiebers. Die Geschwulst für den Stielstumpf gehalten, an d. Periton. pariet. angewachsen, durch d. Wachstum d. Ut. losgerissen, dadurch klein. Congestionsabscess. Genesung, normale Schwangerschaft.	Normale Geburt, ausgetragenes Kind.
1878. Um den Cysteninhalte zu entleeren, wird punctirt und gefunden, dass der Ut. grav., und zwar die Placentarstelle getroffen ist. Laparatomie. Uterus wurde mit Catgut vereinigt, dann Ovariectomie. Alles streng antiseptisch.	18 Stunden post operat. Tod nach vorhergegangenen Aborten.	Einige Stunden post operat. Geburt eines 5—6monatl. Fötus.
Ovariectomie in der Mitte der Gravidität. Entfernung des an der vorderen Bauchwand fest adhären Ten Tumors. Unterbindung des Stiels mit Seide und Versenkung desselben.	Glatte Genesung in 28 Tagen. Normale Schwangerschaft.	Rechtzeitige Geburt.
März 1880 Ovariectomie unter Carbolspray. Nach Bauchschnitt durch Punction der Cyste 4 Liter hämorrhagischen Inhaltes entleert. Innenfläche des Kystoms mit papillom. Wucherungen versehen, daneben kleinere Cysten ebenfalls mit papillomat. Wucherungen. Zahlreiche Adhäsionen, schwierige Blutstillung um den Uterus. Verschluss mit Silkwormgut.	Nächte am 7. Tage entfernt. Trotz schwerer Phlebitis des linken Beines am 15. Tage (3 Wochen dauernd) Genesung.	Normale rechtzeitige Geburt eines lebenden Kindes.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
49	Kysnezow	—	Kystoma unilocul. ovar. sin. Graviditas IV. m. inter operat. erkannt.
50	Krassowsky	—	Tumor ovarii. Graviditas.
51	Storry	—	Tumor ovarii. Graviditas IV. m.
52	Paul Mundé	—	Tumor ovarii. Graviditas.
53	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas VIII.—IX. m.
54	v. Kézmárszky	24 a. n. Ausbleiben der Menses Anfang Decbr. 1885. Mitte März 1886 plötzliches schmerzloses Wachsthum d. Unterleibes. Ambulante Behandlung. Schwangerschaft constatirt, Uterus 1 $\frac{1}{2}$ mannsfaustgross, leicht beweglich. Bis dreifingerbreit unter dem Proc. xiph. leicht bewegliche, elastische, fluctuirende Geschwulst. Leibesumfang 94 cm, Tumor von aussen her vom Uterus dislocirbar, keine Stielverbindung zu bemerken.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas VI. m.
55	Knowsley Thornton	22 a. n.	Kystoma ovar. dextr. et sin. dermoidal. Graviditas III. m.
56	Mundé	—	Kystoma ovar. dextr. et sin. dermoidal. Graviditas V. m.
57	Staupe	Hat mehrfach ohne Schwierigkeiten geboren. Schmerzhafter Tumor rechts vom Uterus, der als vom Ovarium ausgehend angenommen wurde. Letzte Regel Januar 1887. Neue Untersuchung: Rechts hinter dem im 3. Monate schwangeren Uterus ein gut citronengrosser, länglicher, nicht empfindlicher Tumor, welcher nicht fluctuirt und unbeweglich ist.	Kystoma ovar. dextr. dermoidal. Graviditas III. m.
58	Heilbrunn	Peritonitis.	Kystoma ovar. sin. dermoidal. Graviditas III. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
Ovariectomie unter Spray von Spir. camphor. Nach Entfernung der einkammerigen Cyste des linken Eierstockes wird der Uterus aus der Wunde herausgehoben, als Gravidus IV. mense erkannt und reponirt. Naht, Verband mit Spir. camphorat.	Genesung.	Gut.
Ovariectomie.	Tod.	—
Ovariectomie.	Genesung nach 4 Wochen.	Rechtzeitige normale Geburt.
Ovariectomie.	Genesung, normale Schwangerschaft.	Rechtzeitige normale Geburt.
Ovariectomie. Frühgeburt, bald nach derselben Ileus. Abermalige Laparatomie erst gestattet, als der Zustand schon hoffnungslos. Peritonitische Adhäsionen, welche den Dünndarm zum Verschluss gebracht hatten.	Tod.	Frühgeburt unter d. Ovariectomie. Tod des Kindes.
1886 Ovariectomie. Nach Bauchschnitt Punction des oberen, weisslichen Tumors. Entleerung von 5 Litern chocoladenfarbiger Flüssigkeit. Herausheben der Cyste, Unterbindung zweier Netzarterien und des dreifingerbreiten Stieles. Keine Uteruscontractionen. Linkes Ovarium normal. Operationsdauer 50 Min. Fundus uteri entsprechend dem 6. Monate. Kindsbewegungen fühlbar, Herztöne nicht wahrnehmbar.	Genesung in 21 Tagen.	25. Septbr. 1886 normale Geburt e. grossen ausgetragenen, lebenden Kindes.
1886 Ovariectomia duplex.	Genesung.	Vorzeit. Ausstossung d. Frucht am Ende d. 8. Mon. ohne Complication. Kind lebt u. wird gesäugt.
Ovariectomia duplex, sehr schwierig und langdauernd wegen ausgedehnter Verwachsungen.	Genesung.	Abort 4 Tage post operat.
Ovariectomie, da der hinter dem Uterus gelegene Tumor ein Geburtshinderniss abgeben musste. Hinter dem Uter. grav. III. m. Tumor von angegebener Grösse, vollständig adhärent. Schwierige Lösung der Adhäsionen, Tumor dem Auge zugänglich, Ausschälung und Entfernung. Kurz vor seiner Herausnahme platzt der Tumor, Entleerung eines dicken, grütartigen, mit Haaren untermischten, zähen Inhaltes. Kein Stiel. Rechte sonst normale Tube am Tumor durch Adhäsionen befestigt. Tube unterbunden und entfernt wegen Blutung an der Anheftungsstelle. Toilette. Bauchnaht. Tumor eine Dermoidcyste des rechten Eierstockes.	Genesung. Normale Schwangerschaft.	Normale rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie. Stiel 2 Mal torquirt.	Genesung.	Rechtzeitige normale Geburt.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
59	Mundé	—	Tumor ovarii. Graviditas V. m.
60	Chambers	—	Tumor ovarii. Graviditas III. m.
61	Lee	—	Tumor ovarii. Gravidit. III. m. nach Punction des Uter. constatirt.
62	Derselbe	—	Tumor ovarii malign. Graviditas.
63	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas III. m.
64	W. W. Potter	—	Tumor ovar. dextr. et Graviditas.
65	H. Omori und I. Ikeda	23 a. n. Keine Menses seit April 1886. Juli 1886 runder, faustgrosser, leicht beweglicher Tumor bemerkt. Patientin von gutem Aussehen, im rechten Hypogastrium leicht beweglicher derber Tumor. Uterus weich, vergrössert, etwas nach links verlagert.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas III. m.
66	Derselbe	33 a. n., hat 5 Mal geboren. Seit 4 Mon. keine Menses. Seit April 1886 wachsender Tumor im Unterleibe, bisweilen Schmerzen dasselbst. Rechts vom Nabel kopfgrosser, glatter, derber, fluctuirender Tumor. Links davon noch ein kindskopfgrosser, weicher, schwer beweglicher Tumor. Uterus vergrössert, nach links dislocirt.	Kystoma ovar. dextr. dermoidal. Graviditas IV. m.
67	Derselbe	39 a. n., hat 4 Mal geboren. In den letzten 4 Monaten unregelmässig menstruiert. 2 Mal abortirt. Seit 10 Jahren successive Zunahme des Bauchumfanges. Seit dem letzten Winter heftige Schmerzen in der rechten Reg. iliac. Im Bauche harter, kindskopfgrosser, höckeriger, schwer beweglicher Tumor. Grösste Peripherie 87 cm.	Kystoma ovar. dextr. dermoid. Graviditas VIII. m.
68	Derselbe	34 a. n. Menses seit 3 Monaten sistirt. Fluor albus. 1885 60 tägige Metrorrhagien, darnach in der Mitte des Unterleibes eine Härte bemerkt. Vom 7. Juli 1887 ab Tumor nach links dislocirt, unbeweglich. Im Abdomen zweihöckeriger Tumor, der mediane grösser, viel resistenter als der linke. Beide Tumoren direct innig verbunden. Uterus sehr vergrössert, der mediane Tumor der Uterus. Der kleine linke Tumor bewegt sich mit dem Uterus zugleich. Diese Geschwulst elastisch, deutlich fluctuirend. Bei Punction mit der Pravaz'schen Spritze Entleerung dünner bernsteingelber Flüssigkeit.	Kystoma parovariale sin. Graviditas III. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
Ovariectomie im Beginn des 5. Monates der Schwangerschaft.	Genesung.	Rechtzeitige normale Geburt.
Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige normale Geburt.
Ovariectomie. Gebärmutter aus Versehen punctirt. Entleerung desselben.	Genesung.	Entleerung des Uterus inter operationem.
Ovariectomie. Tumor als maligne erkannt.	Tod an septischer Peritonitis.	Bis zum Tode der Mutter keine vorzeitige Ausstossung.
Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige normale Geburt.
Doppelseitige Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige normale Geburt.
25. Juni Ovariectomie. Keine Adhärenzen, rechts vom rothen, vergrösserten Uterus ein matter Tumor, leichte Entwicklung. Dauer der Operation 30 Min.	Genesung nach 16 Tagen.	Abort 4 Tage post operationem.
25. Decbr. 1886 Ovariectomie. Neben dem vergrösserten Uterus ein matter Tumor. Leichte Entwicklung, Stiel lang und schmal, in 2 Portionen unterbunden. Operationsdauer 1 St.	Genesung. Normale Schwangerschaft.	Geburt eines gesunden, kräftigen Knaben am 20. Mai 1887.
8. März 1887 Ovariectomie. Keine Adhäsionen. Stiel rechts in 2 Portionen unterbunden, abgeschnitten. In der Wand der Cyste ein zungenbeinförmiges Knorpelstück, viel Fettklumpen, blonde Haarkugel. Operationsdauer 30 Min.	Genesung am 28. März. Schwangerschaft normal.	Geburt normal.
23. October 1887. Neben dem vergrösserten Uterus sitzt links eine dünnwandige, grünlich schimmernde Cyste zwischen den Blättern des Ligamentum tubo-ovariale. Das linke Ovarium an der Wand der Geschwulst noch deutlich erkennbar. Incision in den Tumor, 2100 g entleert, viel resecirt, dann die Wundränder vereinigt.	Genesung nach 26 Tagen.	Gut.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
69	H. Omeri u. I. Ikeda	38 a. n., hat 3 Mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren. Nach der letzten Geburt im Bauche ein gänseeigrosser Tumor zurückgeblieben. Menses verschwanden seit 4 Monaten. Beweglicher, kindskopfgross. Tumor links vom Nabel, in der Mitte ein ebenfalls kindskopfgrosser, schwer beweglicher Tumor — der Uterus. Innerlich untersucht, linker Tumor unabhängig vom vergrösserten Uterus, leicht nach allen Richtungen verschieblich.	Kystoma ovar. sin. Graviditas IV. m.
70	Dohm	—	Tumor ovar. Graviditas II.—IV. m.
71			
72			
73			
74	Veit	—	Tumor ovar. dextr. et sin. Graviditas II. m.
75	Winckel	—	Tumor ovarii. Graviditas II. m.
76	Derselbe	—	Tumor ovar. dextr. Graviditas VI. m.
77	Chiara	34 a. n., hat 1 Mal geboren. Seit 3 Monaten Anschwellung des Leibes bemerkt, beginnend in der Reg. iliac. dextr. Patientin hat Peritonitis durchgemacht. Tumor besteht aus 2 deutlich von einander getrennten Abschnitten. Punction des einen in der Linea alba, man kommt in eine weiche Masse. Punction des linksseitigen Tumors. 400,0 gelbliche, eiweissarme Flüssigkeit sp. G. 1004. Einige Tage später Punction des rechtsseitigen Tumors. 300,0 kirschrother, colloider Flüssigkeit. Wohlbefinden. 14 Tage später Laparatomie.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas VII. m. intr. operat. erkannt.
78	O. Küstner	Mit 16 J. regelmässig menstruirt. Nach d. 18. J. Bleichsucht, Aussetzen der Menses 3 J., starker Ausfluss aus der Vagina. Vorübergehende Anästhesie d. Flüsse. Wieder regelm. menstruirt alle 5—6 W. 8 Tage, spärlich, mit heft. Schmerzen. Oct. 1886 Verheirathg. mit 24 J., Ausbleib. d. Menstr. nach 6 Woch., darauf verstärktes Eintreten derselben. Im 3. Mon. d. Ehe starkes Erbrechen. Dec. 1886 wieder starke Blutungen. Jan. 1887 ergiebige Milchsecretion. März erste Kindesbeweggn., Erbrechen u. Blutg. bestehen fort. Ende April Abort. 5 Woch. post abort. Regel, nach 5 Woch. abermals, dann wieder sich steigendes Erbrechen. Schmerzen im Leibe, Magen u. Kreuz. Combin. Untersuchung: Uter. retroflectirt i. Becken, Gravid. III. m., über d. Becken ein d. Abdomen vorwölb. kugelig, deutl. fluctuirend. Tumor, ohne Prominenzen, Fund. bis an d. Nabel, Tum. sehr bewegl. Der Tum., nach d. Schultze'schen Methode nach oben gezogen, lässt sich fast um seine ganze Höhe u. Ausdehnung nach oben verschieben. Per rectum e. Strang von d. rech. Uteruskante zum Tum. ziehend wahrgenommen, welcher sich spannt. Linkes Ovar. tief im Becken, anscheinend nicht vergrössert.	Kystoma ovar. dextr. clinice uniloculare Retroflexio uteri gravidi III. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
23. October 1887 Ovariectomie. Neben d. schwangeren Uterus blasser matter Tumor, leicht entwickelt. Breiter Stiel, in 3 Portionen abgebunden. Operationsdauer 30 Minuten.	Genesung. 4 Stunden post operationem Wehen, durch Morphinum u. absolute Ruhe unterdrückt.	Normale Geburt.
Ovariectomie.	Genesung, normaler Schwangerschaftsverlauf.	Normale rechtzeitige Geburt.
Ovariectomia duplex.	Genesung.	Normale rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie.	Genesung.	Abort 4 Woch. nach d. Entlassung infolge mechanisch. Insultes.
Ovariectomie. Tumor rechts am Fundus uteri hindert das Wachsthum des Uterus nach oben, daher Exstirpation, welche schwierig ist.	Genesung. Normale Schwangerschaft.	Rechtzeitige normale Geburt eines ausgetragenen Kindes.
Ovariectomie. Zuerst Anstechung des linksseitigen Tumors, nachdem etwa 300,0 abgeflossen, bemerkt man, dass der schwangere Uterus angestochen ist. Vernähung der Punctionsöffnung mit 3 Seidennähten. Rechtes Kystoma ovar. mit Stieltorsion hat zahlreiche Adhärenzen mit den Darmschlingen, leichte Entfernung.	Genesung, bald geheilter Abscess der Bauchhöhle.	Abort 1 Tag post operat., 28 cm langer, 540,0 schwerer Fötus.
22. October 1887 Ovariectomie. Tumor leicht entwickelt, nirgends Adhärenzen, Stiel um 180° gedreht. Reposition des graviden retroflectirten Uterus. Das ganze Ovarium in dem dickwandig-cystischen Tumor mit nekrotischer Oberfläche aufgegangen. Operation glatt und ohne besondere Zufälle. Dauer 23 Min.	Reconvalescenz, bis auf anfängliche Urinbeschwerden u. Schlaflosigkeit ohne Störung. Am 15. Tage post operat. geheilt entlassen.	Normale Geburt am normalen Ende d. Schwangerschaft.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
79 80 81 82 83 84 85	Lawson Tait Olshausen	— 34 a. n.	 Tumor ovar. Graviditas. Kystoma ovar. clinice uniloculare. Graviditas VI. m.
86	Derselbe	25 a. n.	Kystoma ovar. prolifer. Graviditas VIII. m.
87	Derselbe	29 a. n.	Kystoma ovar. prolifer., clinice uniloculare. Graviditas IV. m.
88	Derselbe	24 a. n.	Kystoma parovariale. Graviditas V. m.
89	Derselbe	30 a. n.	Kystoma parovariale. Graviditas II. m. Uter. retroversus.
90 bis 110	Derselbe	—	Tumor ovar. Graviditas.
111	A. Kehr	47 a. n., hat 5 Mal geboren. Letzte Menstruation vor 4 Monaten. Seit 1 Jahre Schwellung des Leibes bemerkt. Seit mehreren Monaten Spannung im Leibe, Harndrang. Tumorgrenzen 34 cm oberhalb der Symphyse.	Kystoma ovar. sin. uniloculare. Graviditas IV. m.
112	Derselbe	Hat 6 Mal geboren. Seit der letzten Geburt vor 2 Jahren Schmerzen in d. rechten Seite des Leibes. Grösster Bauchumfang 81 cm.	Kystoma ovar. dextr. dermoid. Graviditas III. m.
113	Frommel	Wahrscheinlich schon während der beiden letzten Graviditäten Tumor vorhanden, ohne dass dadurch die Geburt beeinträchtigt wurde.	Tumor ovarii. Graviditas V. m.
114	Derselbe	Tumor schon bei einer früheren Schwangerschaft, ohne Störung verursacht zu haben, vorhanden gewesen. Mehrere Monate nach der Entbindung in die Klinik aufgenommen und Achsendrehung des Kystoms constatirt, desgl. Gravid. III. m.	Kystoma ovarii mit Achsendrehung. Graviditas III. m.
115	Engström	—	Tumor ovarii. Graviditas II. m.
116	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas II. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
<p>Ovariectomie.</p> <p>2. März 1878 Ovariectomie. Tumor wiegt 17 kg, Stiel in 2 Hälften unterbunden.</p> <p>16. April 1878 Ovariectomie glatt u. reinlich, Netzhäsionen, Stiel 1 Mal gedreht, in 2 Hälften unterbunden, Gewicht des Tumors 7,5 kg.</p> <p>21. Novbr. Ovariectomie reinlich, Unterbindung des Stieles in 2 Portionen. Gewicht 7,5 kg.</p> <p>25. Novbr. Parovariectomie leicht u. reinlich. Gewicht 6 kg.</p> <p>23 Juli Parovariectomie einfach und reinlich. Stiel in 2 Hälften geschnürt.</p>	<p>Gut.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung. Im Wochenbette Beckenabscess m. Heilung.</p> <p>Genesung. 2 Mon. später Bildung eines parametr. Exsudates mit Abscedirung. Heilung.</p>	<p>Gut.</p> <p>Abort 7 Tage post operat.</p> <p>Rechtzeitige Niederkunft 8 Wochen post operat.</p> <p>Rechtzeitige Niederkunft.</p> <p>Rechtzeitige Niederkunft.</p> <p>Frühgeburt 2 Monate ante terminum.</p>
<p>Ovariectomie.</p> <p>8. November 1886 Ovariectomie. Tumor auf dem schwangeren Uterus gelagert. Inhalt bräunlich, dünnflüssig. Unterbindung des Stieles in 2 Port. mit Seide. Adhäsion des Netzes und Periton. pariet. Die vordere Tumorwand theils stumpf gelöst, theils nach Unterbindung durchschnitten.</p> <p>2. December 1887 Ovariectomie. Tumor kindskopfgross, Inhalt flüssiges Fett.</p> <p>Ovariectomie verläuft glatt.</p> <p>Ovariectomie verläuft glatt.</p> <p>Ovariectomie glatt.</p> <p>Ovariectomie glatt.</p>	<p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p> <p>Genesung.</p>	<p>—</p> <p>Rechtzeitige Geburt.</p> <p>Rechtzeitige Geburt.</p> <p>Rechtzeitige Geburt.</p> <p>6 Woch. post operat. Abortus.</p> <p>Rechtzeitige Geburt.</p>

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
117	Engström	—	Tumor ovarii. Graviditas III. m.
118	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas IV. m.
119	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas IV. m.
120	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas VI. m.
121	Derselbe	—	Tumor ovarii. Graviditas VII. m.
122	Meinert	—	Kystoma ovarii dermoidal.
123	Gersuny	41 a. n. In der ersten Woche des Puerperium rasch wachsende rechtsseitige Ovarialcyste diagnosticirt. Dieselbe nach 4 Monaten durch Laparatomie entfernt. 9 Monate später wieder Gravid., im 4. Monate derselben eine linksseitige intraligamentäre Cyste nachgewiesen.	Kystoma ovarii intraligament. sin. Graviditas VI. m.
124	Angelini	Bei der Untersuchung wurde nur der Ovarialtumor diagnosticirt.	Tumor ovarii. Graviditas V. — VI. m. inter operat. diagnosticirt.
125	Calderini	Grosser beweglicher Ovarialtumor, welcher häufig seine Lage änderte, sogar einmal vor den graviden Uterus gekommen, das andere Mal hinter demselben zu fühlen.	Tumor ovarii. Graviditas.
126	A. Martin	39 a. n.	Tumor ovar. sin. Graviditas III. m.
127	Derselbe	21 a. n.	Tumor ovar. sin. Graviditas II. m.
128	Derselbe	27 a. n.	Kystoma ovar. dupl. Graviditas II. — III. m. Abortus immin.
129	Justus Ohage	—	Tumor ovarii. Graviditas.
130	Lodewijks	25 a. n. 2 Monate gravid. Schmerzen im Unterleibe, der retroreflectirte Uterus reponirt, Schmerzen bleiben. Nach einigen Wochen neben dem Uterus ein Tumor gefunden und Patientin wegen der Diagnose Retrouterin-Gravidität laparatomirt.	Kystoma ovar. dextr. int. oper. diagnosticirt. Graviditas III. m. int. oper. diagnosticirt.
131	Knowsly Thornton	—	Tumor ovarii. Graviditas IV. m.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
Ovariectomie glatt.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie glatt	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie glatt.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie glatt.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie glatt.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie.	Genesung.	Frühgeburt im 7. Monat.
Ovariectomie.	Genesung. Auch Wochenbett nach der 55 Tage post operat. erfolgten Frühgeburt normal.	Frühgeburt 55 Tage post operationem, da Patientin schwere Arbeit verrichtet und häufigen geschlechtlichen Verkehr pflegt.
Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovario-salpingotomia duplex.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie. Der schwangere Uterus zugleich mit der Cyste aus der Bauchwunde herausgezogen und erst nach Beendigung der Operation in die Bauchhöhle zurückgebracht.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Bei der Laparatomie werden Intrauterin-gravidität, alter Haematosalp. dextr. und ein kleines rechtsseitiges Ovarialkystom gefunden.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt.
Ovariectomie.	17 Tage post operationem Tod an Sepsis.	Bis zum Tode der Mutter kein Abort.

Nr.	Name des Operateurs	Anamnese, Status praesens	Diagnose
132	Otto Küstner	Anna Luhs, 29 a n., hat 5 Mal ohne Hindernisse lebende Kinder geboren, 1 Mal sogar Zwillinge. Schmerzen im Unterleibe. Schnelles Wachstum eines Tumors im Leibe, Dyspnoe, Urin- u. Stuhlbeschwerden. Tumor beweglich. Schwangerschaft wahrscheinlich vorhanden.	Kystoma ovar. dextr. Graviditas VI. m.
133 134 135	Carl Schröder *)	—	Kystoma ovar. Graviditas.

Atlee (14) übersah offenbar die Schwangerschaft deshalb, weil dieselbe erst wenig vorgerückt, der Tumor aber kolossal gross war.

Dass die Eierstocksgeschwülste durch ihre Lagerung die Gebärmutter der Palpation völlig unzugänglich zu machen im Stande sind, beweisen die Fälle von Grohé (40) und Pippingskjöld (43). Das grosse Kystom befand sich hier vor dem Uterus und verdeckte denselben vollständig. Waitz (19) muthmaasste eine mit Eierstocksgeschwulst verbundene Gravidität. Er machte die Ovariectomie, unterliess es jedoch, sich dabei von dem Verhalten der Gebärmutter zu überzeugen. Es musste deshalb so lange bei der Wahrscheinlichkeitsdiagnose bleiben, bis der vorliegende Kindskopf und die wahrgenommenen Kindsbewegungen jeden weiteren Zweifel ausschlossen. Lodewijks (130) operirte, nachdem er Extrauterinschwangerschaft diagnosticirt hatte, fand aber Intrauterin gravidität, ein kleines Ovarialkystom und Haematosalpinx.

Es sind uns weiter Fälle bekannt, wo die Feststellung der Gravidität nicht eher erfolgte, als bis der irrthümlich für einen Tumor gehaltene schwangere Uterus punctirt resp. incidirt worden war. Wenn solches Gynäkologen wie Spencer Wells passiren konnte, so mag man daraus entnehmen, wie unendlich schwierig, ja unmöglich die Diagnose einer mit Ovarientumor complicirten Schwangerschaft unter Umständen sein muss.

*) Hier dürfte noch der Fall anzureihen sein, der, von mir operirt, in den Charité-Annalen 1884, Bd. IX beschrieben ist: Rosenthal, Eine Laparotomie bei Schwangerschaft. Ovariectomie bei Schwangerschaft im 5. Monate. Am 19. Tage nach der Operation, nach vollständiger Genesung, trat Fehlgeburt ein. Gusserow.

Operation	Erfolg für die Mutter	Erfolg für das Kind
9. Mai 1888 Punction des Ovarialtumors; 11. Mai 1888 Ovariectomie glatt. Der kurze breite Stiel ligirt und Tumor abgetragen. Der Uterus erweist sich als im 6. Monate gravid.	Genesung.	Rechtzeitige Geburt 5. Sept. 1888. gesundes, 9 Pfund schweres Mädchen.
} Ovariectomie.	} Genesung.	} Rechtzeitige Geburt.

Wells (1) punctirte, nachdem er ein Ovarialkystom exstirpirt hatte, den von ihm für ein zweites Kystom angesprochenen graviden Uterus und wurde erst dann seinen Irrthum gewahr, als aus der Punctionsöffnung Fruchtwasser abfloss. Er entfernte den Fötus und vereinigte die Wunde durch Seidennähte. Die Patientin genas. Lee (61) konnte einen analogen Fall mit günstigem Ausgange für die Mutter verzeichnen. Hillas (16) machte eine Incision in den schwangeren Uterus und erzielte sowohl Heilung der Mutter, als auch, durch Sectio caesarea, ein lebendes Kind. Lambert entleerte und nähte gleichfalls die irrthümlich punctirte Gebärmutter und erhielt seine Patientin am Leben. Chiara (77), Erskine Mason (46) führten die Punction des schwangeren Uterus in der Ueberzeugung aus, einen Ovarientumor vor sich zu haben. Beide vernähten die Oeffnung, ohne eine Entleerung des Organes vorausgeschickt zu haben. Ersterer erzielte Heilung, die Patientin von Mason aber ging trotz angewandter strenger Antisepsis zu Grunde. Pollock (17), welcher ebenfalls den Uterus für ein Ovarialkystom ansah und punctirte, hielt es weder für nöthig, denselben zu entleeren, noch die Wunde zu nähen. Am Abende des Operationstages trat Abort ein, nach zwei Tagen erfolgte der Tod.

Weit entfernt davon, den soeben angeführten acht Fällen eine absolute Beweiskraft zusprechen zu wollen, so erscheint mir dennoch die Annahme gerechtfertigt, dass nach einer Verwundung des schwangeren Uterus, welche seine Höhle eröffnet und den Fruchtsack verletzt, die Entleerung des Organes mit nachfolgender Naht der Wunde bessere Resultate liefern dürfte, als die Naht allein. Die verletzte Gebärmutter weder auszuräumen, noch

zu nähen, wie es Pollock für gut hielt, muss als unbedingt unstatthaft verworfen werden.

Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf das Wachsthum der Ovarialtumoren sind die Acten noch nicht ganz geschlossen, und es stehen sich augenblicklich zwei Ansichten gegenüber. Nach der einen soll die bedeutendere Blutzufuhr zu den Genitalien ein schnelleres Wachsthum der Geschwulst veranlassen (Spiegelberg, Olshausen). Nach der anderen Auffassung hört das Wachsthum des Ovarientumors wegen Raumbeschränkung durch den wachsenden Uterus und wegen Unthätigkeit der Ovarien (Koeberlé) auf. Für letztere Anschauung fehlen genauere Beobachtungen. Ich berühre an dieser Stelle den vereinzelt dastehenden Fall von Spencer Wells (4). Bei einer zur Zeit der Ovariectomie im dritten Monat schwangeren Vpara bestand seit 18 Jahren eine Eierstocksgeschwulst (Dermoid), welche in jeder Schwangerschaft an Grösse abnahm, bald nach jeder Entbindung aber wieder eine Vergrösserung erfuhr. Nur in den letzten 6 Monaten vor der Operation soll ein rascheres Wachsthum wahrgenommen worden sein.

Es ist ohne Weiteres verständlich, dass die langsamere oder raschere Grössenzunahme eines Tumors zum Theile von seiner Beschaffenheit abhängt. Beispielsweise wachsen die Dermoidgeschwülste des Ovarium ganz besonders langsam, und auch die 11 Fälle von Dermoidkystomen in den vorstehenden Tabellen geben einen Beleg für diese Annahme. Diese Art von Tumoren vermag wegen ihrer geringen Grösse, welche sich eben aus ihrem langsamen Wachsthum erklären lässt, durch eine ungünstige Lagerung im kleinen Becken leicht störend auf den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt einzuwirken. So sah sich Staudé (57) genöthigt, ein hinter dem Uterus gelegenes Dermoidkystom zu extirpiren, da dieses ein Hinderniss bei der Geburt abgeben musste. Bemerkenswerth erscheint noch der Fall von Howitz (45), wo eine VIIpara mit einer Dermoidgeschwulst des linken Ovarium zwischen ihrer vierten und fünften Niederkunft abortirte, was entschieden in der zur Zeit bestehenden ungünstigen Lagerung des Tumors seine Erklärung findet. Die meisten Forscher sprechen sich heutzutage zu Gunsten eines schnelleren Wachsthumes eines Ovarialtumors während der Schwangerschaft aus, und auch die vorstehende Casuistik giebt in einer grossen Zahl von Fällen einen Beleg für die Richtigkeit dieser Annahme (2).

Eine weitere Stütze erhält diese Ansicht noch durch die Beobachtung, dass sowohl andere Genitaltumoren, als auch maligne Geschwülste anderer Körpertheile in der Schwangerschaft eine bedeutendere Grössenzunahme erfahren (Lücke).

Olshausen weist noch auf die Thatsache hin, dass Frauen bisweilen nicht eher von dem Vorhandensein einer Eierstocksgeschwulst etwas merkten, als bis die Gravidität eingetreten oder die Geburt erfolgt war.

Trotz des Bestehens einer Eierstocksgeschwulst haben Frauen nicht selten ohne Schwierigkeiten geboren. Hegar und Kaltenbach (*Operative Gynäkologie* 1886, S. 248) geben die Zahl der normalen Geburten bei Gegenwart von Ovarialtumoren auf 60 Proc. an. In meiner Casuistik finde ich, soweit eine ausreichende Anamnese der Fälle vorhanden ist, 29 Frauen, welche mindestens ein Mal normal niedergekommen sind, bevor der Eierstockstumor derartige Beschwerden verursachte, dass die Exstirpation nothwendig wurde. Die Patientin von Spencer Wells (2) hatte 8 Mal, die von Carl Schröder (27) sogar 11 Mal ohne Schwierigkeiten geboren.

Die Thatsache, dass die Eierstocksgeschwülste nicht in jedem Falle die Schwangerschaft unterbrechen und eine normale Geburt verhindern, giebt uns noch keineswegs die Berechtigung, mit dem radikalen operativen Eingreifen so lange zu zögern, bis sowohl die Mutter als auch die Frucht in höchster Gefahr schweben. Aus einer Zusammenstellung von Heiberg, welche 271 Fälle von Schwangerschaft, complicirt durch Ovarientumoren, umfasst, geht hervor, dass über ein Viertel der Mütter und zwei Drittel der Früchte zu Grunde gingen. Da nun doch schliesslich in der allergrössten Mehrzahl der Fälle ovariectomirt werden muss, liegt es da nicht auf der Hand, den Tumor schon zu einer Zeit zu entfernen, wo seine traurigen Folgen noch nicht eingetreten sind und die Ovariectomie noch leicht ausführbar erscheint?

Bei den in der Schwangerschaft ausgeführten Ovariectomien hat man sehr selten bösartige Eierstocksgeschwülste angetroffen, und auch unter den von mir zusammengestellten Fällen können nur zwei Kystome, nämlich das von Galabin (48) und von Lee (62) exstirpirte, als malign entartet angesprochen werden. Man ist demnach zu der Annahme berechtigt, dass in der Schwangerschaft keine Verwandlung von benignen Eierstockstumoren in maligne stattfindet, obgleich sich Wernich, gestützt auf nur wenige

Fälle, welche noch keine Beweiskraft beanspruchen dürfen, für eine solche Umwandlung ausspricht.

Da nun weiter die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke sehr häufig doppelseitig bestehen, so wird in den meisten Fällen keine Gravidität mehr eintreten können.

Dass Frauen mit einem grossen Ovarialtumor noch zu concipiren vermögen, ist durch eine Reihe von Beobachtungen erwiesen, dass aber auch trotz bedeutender Entartung beider Ovarien noch Schwangerschaft eintreten kann, wird nunmehr durch eine Anzahl von Fällen, wie sie Holst, Hofer, Spiegelberg, P. Ruge u. A. veröffentlicht haben, zur Gewissheit. Die Möglichkeit einer Conception muss hier auf das Vorhandensein eines kleinen Restes normalen Parenchyms, welcher noch brauchbare Eier liefert, zurückgeführt werden.

Verhältnissmässig oft bestehen zwischen der Eierstocksgeschwulst und seiner Nachbarschaft mehr oder weniger zahlreiche Verlöthungen. Dieselben erweisen sich als so umfangreich, dass sämtliche in der Nähe befindlichen Organe durch feste, reichlich Blutgefässe führende Stränge mit dem Tumor in Verbindung stehen können.

Aus 23 Fällen meiner Zusammenstellung, bei denen der Befund im Becken genügend ausführlich geschildert wird, lässt sich ersehen, wie Netz, Darmschlingen, Blase, Bauchwand und Peritoneum in grösserer oder geringerer Ausdehnung dem Ovarientumor adhärent waren. Schröder (30, 36) fand bei zwei Frauen das Kystom sogar an seiner ganzen Peripherie mit der Umgebung verlöthet.

Da nun mit zunehmender Grösse des Tumors die Gelegenheit zur Bildung von Adhäsionen immer günstiger, die Exstirpation aber dadurch immer complicirter wird, so tritt an uns um so dringender die Nothwendigkeit heran, die Ovariectomie zu einer möglichst frühen Zeit auszuführen.

Das Wachsen des schwangeren Uterus, die Bauchpresse, die Kraft der Darmbewegungen, sowie mancherlei mechanische Missverhältnisse führen nicht selten zu Stieltorsion des Ovarientumors, wobei ein langer dünner Stiel und Kleinheit der Geschwulst das Zustandekommen dieser Erscheinung erleichtert. Nach Olshausen kommt Stieltorsion überhaupt in ungefähr 8 Proc. der Fälle vor. Er selbst fand unter den von ihm exstirpirten Eierstocksgeschwülsten 6,3 Proc. mit Achsendrehung, giebt aber die

Möglichkeit zu, dieselbe vielleicht hin und wieder übersehen zu haben. Thornton fand Stieltorsion in 9,5 Proc., Rokitansky in 13 Proc., Schröder in 14 Proc. und Howitz in 25 Proc. seiner Fälle.

Stieltorsion von Ovarientumoren in der Schwangerschaft vermochte Aronson unter 72 Fällen 9 Mal zu constatiren = 12,6 Proc. Ich fand unter 109 Fällen meiner Tabellen 10 mit Achsendrehung, was 9,1 Proc. ergibt.

Ogleich nun durch den sich stetig vergrössernden schwangeren Uterus ein neuer Factor gegeben ist, welcher die Stieltorsion des Ovarientumors noch mehr begünstigen müsste, so ergeben die obigen Zahlen dennoch, dass dieselbe innerhalb der Schwangerschaft kein häufigeres Ereigniss darstellt, als ausserhalb derselben.

Die Beschwerden und Gefahren, welche sich infolge der Stieltorsion des Eierstockstumors einstellen, erreichen natürlich, wenn zugleich Schwangerschaft besteht, einen bedeutend höheren Grad von Intensität. Es wird dieses mit Rücksicht auf den Zustand der Schwangerschaft ohne Weiteres leicht verständlich sein. Näher auf diesen Gegenstand einzugehen, liegt nicht im Rahmen meiner Arbeit; die Lehrbücher der Gynäkologie und Geburtshülfe dürften darüber wohl genügende Auskunft geben.

Aeusserster Kräfteverfall, Harndrang oder Harnverhaltung, Dyspnoe, Oedeme und Ascites, Peritonitis, Ruptur der Cyste — das sind Ereignisse, welche den Kranken das Leben fast unerträglich zu machen, ja dieselben an den Rand des Grabes zu bringen vermögen und den Arzt zu einer radikalen raschen Therapie drängen müssen, — zu einer Behandlung, welche Mutter und Frucht zugleich vor ernstem Schaden, vor dem Untergange bewahren, den gefahrbringenden Tumor aber beseitigen soll. Eine solche gründliche Behandlung sehen wir einzig und allein in der Ovariectomie.

Bevor ich mich zur Ovariectomie wende, sei es mir gestattet, in Kürze zwei andere in Frage kommende operative Maassnahmen zu berühren, die Punction der Eierstocksgeschwulst und die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

Die Punction findet nur da eine berechtigte Anwendung, wo der Tumor durch seine Grösse unerträgliche Beschwerden verursacht oder das Leben aufs Höchste gefährdet ist, eine Vor-

nahme der Ovariectomie aber aus verschiedenen, hier nicht weiter zu erörternden Gründen nicht sofort zulässig erscheint.

Der Eingriff vermag gewiss insofern segensreich zu wirken, als nicht nur der Kranken für kurze Zeit eine wesentliche Erleichterung verschafft wird, sondern auch hin und wieder, wenn die Operation in den letzten Monaten der Schwangerschaft stattfand, eine normale rechtzeitige Geburt erzielt wird.

Natürlich kommt es bei der Punction darauf an, dass keine Reaction auf den Eingriff erfolge. So erlebte z. B. Schröder (25) in einem Falle nach der dritten Punction hohes Fieber. Die Cyste kann auch bei der Punction rupturiren, es blutet dann und findet Austritt von Cysteninhalt in die Bauchhöhle statt, wodurch, was allerdings ein seltenes Vorkommniss ist, bei malignem Charakter des Tumors die Gelegenheit zur Infection des Bauchfelles gegeben ist.

Die durch die Punction gewährte Erleichterung ist, wie schon gesagt, von kurzer Dauer; die meisten Cysten füllen sich bald wieder und machen aufs Neue die unerträglichsten Beschwerden. Atlee (14) punctirte in kurzer Zeit ein und dasselbe Kystom 16 Mal und sah sich nichtsdestoweniger schliesslich doch genöthigt, die Ovariectomie zu machen. In dem Falle von Baum (18) wurde die Punction wegen Oedem, Schmerzen und Dyspnoe gemacht. Es trat jedoch baldige Wiederherstellung der Cyste ein und die früheren Beschwerden machten sich in noch höherem Grade geltend. Die Ovariectomie befreite schliesslich die Frau von ihren Leiden. Carl Schröder (25) punctirte ein Kystom, weil Prolapsus uteri gravidum und Harnverhaltung bestand. Das Ergebniss dieses Eingriffes war auch wieder eine nur kurz dauernde Erleichterung. Die alten Beschwerden, verbunden mit Fieber, veranlassten endlich doch die Entfernung des Ovarientumors. Ich weise noch auf die Fälle von Pippingskjöld (42, 43), Larivière (44) und Chiara (77) hin, wo auch trotz der Punction die Eierstockscyste noch vor Ablauf der Schwangerschaft entfernt werden musste.

Erwiesenermaassen ist die Gefahr einer Punction nur eine sehr geringe — vorausgesetzt natürlich, dass diese Operation mit der erforderlichen Reinlichkeit und Vorsicht ausgeführt wird. Die Schwangerschaft erfährt dabei gewöhnlich keine Unterbrechung. Auch meine Casuistik giebt hierfür eine Bestätigung; indem sich

in derselben nicht ein einziger Fall von Punction findet, welcher von Abort oder Frühgeburt gefolgt wäre.

Das Missliche der Punction liegt hauptsächlich in der Nothwendigkeit ihrer Wiederholung, im Bestehenbleiben des Tumors, in der Möglichkeit einer Verletzung des schwangeren Uterus und des Einlaufens der Cystenflüssigkeit in das Peritoneum.

Erscheint es denn nicht mindestens zwecklos, ein Verfahren, dessen Erfolge nur von kurzer Dauer zu sein pflegen und dessen Wiederholung man von vornherein in das Auge zu fassen hat, anwenden zu wollen, wenn uns in der Ovariectomie eine so erfolgreiche, radikale Therapie zu Gebote steht? Die Punction darf nur als Palliativoperation betrachtet werden, welcher bei nächster Gelegenheit die Entfernung des Kystoms zu folgen hat. Ich möchte an dieser Stelle noch den Standpunkt kurz berühren, welchen Fritsch zur Punction einnimmt. Er punctirt principiell niemals, wenn ihm die Ovariectomie ausführbar erscheint. In Fällen aber, wo doch Flüssigkeit abgelassen werden soll, schlägt er die Incision vor. Diese macht er nur so gross, dass gerade ein Finger hindurch kann. Durch dieses einfache Verfahren wird sowohl bestehender Ascites entleert, als auch die Möglichkeit zu einer Austastung der Bauchhöhle geboten. Fritsch hat derartige Incisionen mehr als 30 Mal gemacht und dabei keinerlei üble Zufälle erlebt.

Erscheint weder die Exstirpation ausführbar, noch die Punction rathsam, liegt der feste irreponible Tumor derart im kleinen Becken, dass er ein Geburtshinderniss abgeben muss, so kommt die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage.

Wenden wir uns nun der Besprechung derjenigen Therapie zu, welche, abgesehen von den schon erwähnten wenigen Contra-indicationen, für die zugleich mit Gravidität bestehenden Ovariencarcinomen als die einzig und allein richtige anzusehen ist. Es besteht diese Therapie, wie schon früher gesagt, in der Entfernung des schädigenden Tumors, in der Ovariectomie.

Die Erfahrungen, besonders der letzten Jahre, liefern den Nachweis, dass die Resultate der Ovariectomien, welche während der Schwangerschaft ausgeführt wurden, ebenso günstig sind, als ausserhalb derselben.

Unter 1000 seiner Ovariectomien hatte Spencer Wells 232 Todesfälle zu verzeichnen = 23 Proc. Mortalität, Thomas Keith unter 381 Operirten 41 mit tödtlichem Ausgange =

10,8 Proc. Mortalität. Carl Schröder verlor von 300 ovariotomirten Frauen $42 = 14$ Proc., Olshausen von 293 Patienten $27 = 9,5$ Proc. Lawson Tait hatte unter 405 Ovariectomien nur 33 letal endende Fälle $= 8,1$ Proc. Küstner erlebte unter 60 Ovariectomien bloss 5 Todesfälle (davon 2 an Sepsis), was eine Mortalität von 8,3 Proc. ergibt.

Mindestens ebenso günstige Erfolge sind, wie bereits erwähnt, bei den ausschliesslich in der Gravidität ausgeführten Ovariectomien erzielt worden. Olshausen referirt über 82 derartige Fälle mit 74 Heilungen; es wäre das also eine Mortalität von 9,8 Proc.

Auf meine briefliche Anfrage war Herr Professor Olshausen so freundlich mir mitzutheilen, dass er selbst bis jetzt schon wenigstens 26 Ovariectomien in der Schwangerschaft ohne einen Todesfall gemacht habe. Unter den von mir zusammengestellten Fällen finden sich nur 8 mit tödtlichem Ausgange, woraus sich eine Sterblichkeit von nur 5,9 Proc. ergibt.

Ich möchte an dieser Stelle noch darauf hinweisen, dass nur ausnahmsweise beide Ovarien extirpirt worden sind, weil das eine entweder für gesund oder doch für noch functionsfähig angesehen wurde. Auch in meiner Casuistik finden sich nur 6 doppelseitige Ovariectomien (30, 55, 56, 64, 74, 128) $= 4,4$ Proc. Sämmtliche Mütter genasen, zwei von ihnen abortirten, eine hatte eine Frühgeburt im 8. Monate (55), die übrigen drei kamen am normalen Ende ihrer Schwangerschaft nieder.

Aus den obigen überaus niedrigen Mortalitätsziffern geht zur Genüge hervor, dass die Ovariectomie in der Schwangerschaft relativ ungefährlich ist. Wir sind daher gehalten, dieselbe als die allein berechnigte Therapie anzusehen und ausschliesslich anzuwenden, sobald wir einen operablen Eierstockstumor in der Gravidität diagnosticirt haben.

Die Lösung umfänglicher Verwachsungen, ein kurzer oder fehlender Stiel, starke Blutungen aus den Adhäsionen, Platzen der Geschwulst und Erguss ihres Inhaltes in die Bauchhöhle und noch mancherlei andere Complicationen, das Alles sind Factoren, welche eine Exstirpation der Eierstocksgeschwulst um ein Bedeutendes zu erschweren vermögen. Nichtsdestoweniger aber sind die Erfolge der in der Schwangerschaft ausgeführten Ovariectomien als so vorzügliche zu bezeichnen, dass von jeder anderen palliativen Therapie von vornherein in der allergrössten Mehrzahl der Fälle abgesehen werden muss.

Ich möchte noch auf einige Fälle hinweisen, welche zeigen sollen, wie schwer bisweilen eine Ovariectomie sein kann. Von den 8 Fällen, wo ein diagnostischer Irrthum vorlag und welche schon früher eine Besprechung erfahren haben, will ich nur nochmals anführen, dass 6 von ihnen trotz der ungünstigsten Verhältnisse einen günstigen Ausgang hatten. Erwähnenswerth wäre der Fall von Atlee (14); hier galt es einen 81 Pfd. schweren, sehr adhären ten Ovarientumor zu entfernen. Die Patientin ging allerdings nach 30 Tagen zu Grunde, ein Abort erfolgte jedoch nicht innerhalb dieser Zeit. Carl Schröder (30) fand eine ungestielte, an ihrer ganzen Peripherie adhären te Eierstocksgeschwulst. Sogar mit dem schwangeren Uterus bestanden Verwachsungen. Die Trennung derselben war eine sehr schwierige. Die Operirte blieb am Leben und kam am normalen Ende ihrer Schwangerschaft nieder. Aehnliches erlebte Staudé (57), der sowohl die Mutter zu retten, als auch die Schwangerschaft zu erhalten vermochte.

Wie bedeutende Insulte der schwangere Uterus zu ertragen im Stande ist, ohne zur Entleerung seines Inhaltes angeregt zu werden, beweist der Fall von Justus Ohage (129). Die Gebärmutter wurde hier mit der Cyste zusammen aus der Bauchwunde herausgewälzt und erst nach beendeter Ovariectomie wieder repontirt. Die Patientin blieb am Leben und kam zur richtigen Zeit wieder. Chiara (77) punctirte sogar den graviden Uterus durch die Bauchdecken, ohne dass sofort Ausstossung der Frucht erfolgt wäre.

Wie schon erwähnt, beträgt die Mortalität der von mir zusammengestellten Fälle von Ovariectomie in der Schwangerschaft 5,9 Proc. Fassen wir nun einige der letalen Fälle näher in das Auge, so erweist es sich, dass dieselben in verschiedener Beziehung recht complicirt waren. Zwei Mal (17, 46) wurde der für den Tumor gehaltene schwangere Uterus punctirt. Munde (53) machte bei einer VIIIpara die Ovariectomie, sah sich jedoch sehr bald darauf gezwungen, das Abdomen nochmals zu öffnen, weil Ileus eingetreten war. Lee (62) exstirpirte einen malignen Ovarientumor. Es entwickelte sich eine zum Tode führende septische Peritonitis.

In der allergrössten Mehrzahl der Fälle hatte jedoch die Ovariectomie keine Unterbrechung der Gravidität zur Folge. Sie erreichte meist ihr normales Ende und schloss dann mit der Geburt eines lebenden Kindes.

Wie segensreich die Exstirpation einer Eierstocksgeschwulst bei einer Schwangeren zu wirken vermag, ersehen wir auch daraus, dass sogar bei drohendem Abort der Tumor exstirpiert wurde und dadurch sowohl die Ausstossung der Frucht verhindert, als auch eine rechtzeitige normale Geburt erzielt werden konnte (A. Martin [37, 128]).

Unter 114 Fällen meiner Casuistik — ich rechne auch diejenigen dazu, wo eine künstliche Entleerung der Gebärmutter stattfand — ist 85 Mal die Schwangerschaft erhalten und ein lebendes ausgetragenes Kind geboren worden, also in 74,5 Proc. 25,5 Proc. würden demnach Aborte resp. Frühgeburten ausmachen. Nach meiner Zusammenstellung fand Abort 16 Mal statt, Frühgeburt 10 Mal, künstliche Entleerung des Uterus 3 Mal. Ziehe ich nun aber von den erwähnten 114 Fällen diejenigen 5 ab, in denen der Uterus künstlich entleert wurde oder die Operirte sehr bald nach der Ovariectomie starb, so bleiben noch 109 reine Fälle nach. Unter diesen finden wir nur 24 Mal eine vorzeitige Ausstossung der Frucht nach der Operation, also in 22 Proc. Auch Olshausen gelangt in seiner Zusammenstellung von 82 Fällen neueren Datums zu einem ganz ähnlichen Ergebnisse, indem er fand, dass nur in 20 Proc. der Fälle die Ovariectomie von einer Unterbrechung der Schwangerschaft gefolgt war.

Wir können uns also der Thatsache unmöglich verschliessen, dass die Exstirpation des Eierstockstumors in der Gravidität geradezu glänzende Resultate geliefert hat, indem nicht nur die Operirten mit wenigen Ausnahmen vollständig genesen, sondern auch die Frucht in den meisten Fällen ausgetragen wurde. Ich fasse an dieser Stelle die betreffenden Zahlen zusammen:

Mortalität der Operirten 5,9 Proc.,

Durch die Operation bedingte vorzeitige

Unterbrechung der Schwangerschaft . 22,0 „

Je mehr der Tumor an Grösse zunimmt und je weiter die Gravidität fortschreitet, um so bedeutender muss das Missverhältniss zwischen dem Tumor und dem Uterus werden, und um so höher steigt natürlich die Gefahr für Mutter und Frucht.

Es liegt demnach auf der Hand, die Ovariectomie möglichst früh auszuführen, solange der Tumor noch keine gefährlichen Erscheinungen gemacht hat und die Patientin noch bei Kräften ist.

Wenn es nun aber nicht anders geht, so soll man sich keineswegs scheuen, auch bei schon weit vorgeschrittener Schwanger-

schaft die Exstirpation der Geschwulst vorzunehmen. Auch in solchen Fällen ist oft noch Heilung der Operirten und rechtzeitige Niederkunft erzielt worden.

Aus den von mir zusammengestellten Tabellen kann ersehen werden, dass die ersten Monate der Schwangerschaft, der 2., 3. und 4. Monat, für Mutter und Frucht die besten Resultate liefern.

Der besseren Uebersicht wegen lasse ich zwei Tabellen folgen, in welche natürlich nur diejenigen Fälle aufgenommen worden sind, von denen der Monat der Schwangerschaft constatirt werden konnte. So vermochte ich z. B. für 21 von Olshausen operirte Fälle den Monat der Gravidität nicht festzustellen, desgleichen fehlten mir bei 3 Schröder'schen Fällen (133, 134, 135) die betreffenden Angaben:

Monat der Schwangerschaft	Zahl der Operirten	Genesung d. Operirten	Tod der Operirten
2.	12	11 = 91,7 Proc.	1 = 8,3 Proc.
3.	30	30 = 100,0 „	— = —
4.	21	20 = 95,3 „	1 = 4,7 „
5.	11	9 = 81,8 „	2 = 18,2 „
6.	10	9 = 90,0 „	1 = 10,0 „
7.	6	6 = 100,0 „	— = —
8.	6	5 = 83,3 „	1 = 16,7 „
9.	1	1 = 100,0 „	— = —

In die folgende Tabelle haben diejenigen Fälle keine Aufnahme gefunden, wo der Uterus künstlich entleert worden war oder die Kranke sehr bald nach der Operation starb, eine Austossung der Frucht aber noch nicht stattgefunden hatte.

Monat d. Schwangerschaft z. Zeit d. Operation	Zahl der operirten Fälle	Geburt am normalen Ende d. Schwangerschaft	Vorzeit. Unterbrechung der Schwangerschaft
2.	11	6 = 54,5 Proc.	5 = 45,5 Proc.
3.	28	24 = 85,7 „	4 = 14,3 „
4.	21	19 = 90,5 „	2 = 9,5 „
5.	10	6 = 60,0 „	4 = 40,0 „
6.	11	7 = 63,6 „	4 = 36,3 „
7.	5	2 = 40,0 „	3 = 60,0 „
8.		3 = 60,0 „	2 = 40,0 „
9.		— = —	1 = 100,0 „

Aus der ersten Tabelle ersehen wir, dass für die Mütter die besten Operationserfolge im 2., 3. und 4. Monate der Schwangerschaft zu verzeichnen sind. Von den 30 im 3. Monate ovariotomirten Frauen starb keine einzige, für den 4. Monat finden wir

nur 4,7 Proc. Mortalität, für den zweiten 8,3 Proc. Obgleich die Zahlen für die Zeit vom 5. Monate ab aufwärts zu klein sind, um eine absolute Beweiskraft beanspruchen zu können, so sprechen sie dennoch überzeugend genug zu Gunsten der Ovariectomie. Die Sterblichkeit der Mütter ist im 5., 6. und 8. Monate grösser als in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, nur im 7. (6 Fälle) und 9. Monate (1 Fall) starb keine von den Operirten.

Die zweite Tabelle zeigt, wie wiederum im 3. und 4. Monate der Gravidität der Verlauf derselben durch die Ovariectomie meistens keine Unterbrechung erfährt. Im 3. Monate fand unter 28 Fällen nur 4 Mal eine vorzeitige Ausstossung der Frucht statt, also in 14,3 Proc., im 4. Monate unter 21 Fällen 2 Mal, was nur 9,5 Proc. ergibt.

Für die im 2. Monate der Gravidität Operirten finden wir einen verhältnissmässig hohen Procentsatz von Aborten. Bei einem dieser Fälle (75) muss der 4 Wochen nach der Entlassung erfolgte Abort einem mechanischen Insulte zur Last gelegt werden. Im anderen Olshausen'schen Falle (89) lässt sich die vorzeitige Ausstossung der Frucht ungezwungen daraus erklären, dass der retrovertirte schwangere Uterus bei weiterem Wachsthum durch den Tumor an seiner Aufrichtung verhindert und in seiner ungünstigen Lage fixirt worden war.

Vom 5. Monate an nimmt die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft in so auffallender Weise an Häufigkeit zu, dass man sich unwillkürlich dazu veranlasst fühlt, eine besondere Ursache dafür zu suchen.

Meiner Ansicht nach vermag der Ovarialtumor eine Retroversion oder Retroflexion des schwangeren Uterus zu bewirken. Da nun der letztere, entweder durch den Tumor in Rückwärtslagerung gebracht oder von vornherein in derselben sich befindend, mit fortschreitender Schwangerschaft die Neigung hat, aus dem Becken aufzusteigen, der Tumor ihn aber daran verhindert, so muss schliesslich nothwendigerweise Abort oder Frühgeburt stattfinden.

Die aus meiner Zusammenstellung hierfür in Betracht kommenden Fälle werde ich weiter unten anführen und gebe zuerst einen von Küstner in Dorpat operirten und in der Dissertation von Wold. Mickwitz niedergelegten Fall, welcher entschieden zu Gunsten meiner Anschauung über die häufigste Ursache der

vorzeitigen Ausstossung in den späteren Monaten einer mit Ovarialtumor complicirten Schwangerschaft spricht:

Frau S., 24 Jahre alt, verheirathet, hat 1 Mal vor $4\frac{1}{2}$ Jahren abortirt und später 2 Mal normal geboren, zuletzt vor $1\frac{3}{4}$ Jahren. Seit vier Monaten hielt sie sich für schwanger, vor sechs Wochen begannen Blutungen aus den Genitalien. Einige Tage nach der Aufnahme in die Klinik erfolgte die Ausstossung eines nekrotischen Eies mit einem Reste der Nabelschnur, der Fötus fehlte. Die Untersuchung ergab einen im kleinen Becken liegenden, kindskopfgrossen, prall-elastischen Tumor, der mit der rechten Kante des stark vergrösserten, teigig sich anführenden retroflectirten Uterus in Zusammenhang stand. Die Diagnose lautet: Retroflectirter puerperaler Uterus; rechtsseitiger cystischer Ovarialtumor. Ovariectomie und Heilungsverlauf glatt. Am 20. Tage Entlassung aus der Klinik.

Der soeben referirte Fall lässt meiner Ansicht nach wohl kaum eine andere Deutung zu, als dass die Geschwulst den retroflectirten Uterus daran verhinderte, sich aufzurichten, und dass durch diese „Incarceration“ bei weiterem Wachstume derselben Abort hervorgerufen worden war. Aller Wahrscheinlichkeit nach dürfte die Entstehung der Retroflexio auch auf den Tumor zurückzuführen sein.

Leider bin ich nicht im Stande, eine grössere Zahl von Fällen aus meiner Zusammenstellung für meine eben ausgesprochene Ansicht ins Feld zu führen, da ich in der mir zugänglichen Literatur nur spärliche Angaben über die Stellung des Uterus fand. Ich muss mich eben damit begnügen, auf den causalen Zusammenhang zwischen Abort und Ovarialtumor hingewiesen zu haben; es bleibt weiteren genaueren Beobachtungen vorbehalten, ein grösseres Material zu liefern, welches die Richtigkeit meiner Annahme bestätigen dürfte.

Die wenigen hier verwertbaren Fälle aus der vorstehenden Casuistik lasse ich folgen.

Von dem Olshausen'schen Falle (89) ist schon oben gesprochen worden. Schröder (25) sah sich bei einer Frau mit Ovarientumor genöthigt, wegen Retroflexio und Prolapsus uteri gravidi im 4. Schwangerschaftsmonate die Ovariectomie auszuführen, nachdem mehrfache Punctionen gemacht worden waren und dieselben keine dauernde Erleichterung gebracht hatten. 3 Tage post operationem erfolgte Abort. Schon bei der ersten Geburt

war Kunsthülfe nöthig gewesen. Unmittelbar nach der Entlassung der Patientin aus der Klinik trat Conception ein. Normale Schwangerschaft und spontane Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes. Die Annahme, dass der Tumor schon bei der ersten Geburt ein Hinderniss abgab und daher eine künstliche Entbindung angezeigt war, liegt sehr nahe. Die Ovariectomie wurde hier also gemacht, um dem durch den Tumor retroflectirt gehaltenen prolabirten Uterus die Möglichkeit zu geben, aus dem Becken aufzusteigen.

Bei einer IVgravida fand Schröder (24) ein bis an den Nabel reichendes, auf dem graviden retroflectirten Uterus lagerndes Ovarialkystom. Der Uterus reponirte sich bei weiterem Wachstume spontan unter dem Kystom. Es dürfte wohl ein äusserst seltenes Ereigniss sein, dass der schwangere Uterus den Druck eines auf ihm liegenden grossen Eierstocktumors überwindet und sich selbst eine normale Stellung giebt.

Küstner (78) erlebte gleichfalls eine bei Ovarialkystom bestehende Retroflexion des im 3. Monate schwangeren Uterus und reponirte denselben während der Laparatomie. Heilung, normale Schwangerschaft und Niederkunft. Es ist hier noch zu bemerken, dass die Frau schon 1 Mal abortirt hatte, was sehr wahrscheinlich auch einer durch den schon damals gewiss vorhandenen Tumor verursachten Incarceration des retroflectirten Uterus zugeschrieben werden kann.

Lodewijks (130) reponirte den im 2. Monate graviden retroflectirten Uterus, die Exstirpation des Ovarialtumors erfolgte erst einige Wochen später. Heilungsverlauf, Schwangerschaft und Niederkunft normal.

Gestützt auf die bisher zur Beobachtung gelangten Fälle müssen wir ohne Weiteres zugeben, dass die Ovariectomie in den ersten Monaten der Schwangerschaft, speciell im dritten und vierten, für Mutter und Frucht die allerbesten Resultate ergeben hat, und werden wir daher, soweit es in unserer Macht steht, die Eierstocksgeschwulst in einer möglichst frühen Periode der Gravidität zu entfernen bestrebt sein.

Olshausen spricht sich, wenn der Arzt die Wahl hat, ebenfalls für einen möglichst frühen Operationstermin aus und weist zugleich darauf hin, wie gerade bei kleinen Tumoren die Gefahr der Stieltorsion eine sehr grosse ist. Auch Carl Schröder vertrat dieselbe Ansicht. Derselbe rieth im Interesse von Mutter

und Frucht wegen Abort, Achsendrehung und Peritonitis, Ruptur der Cyste, Dyspnoe u. dgl., die Exstirpation der Geschwulst womöglich in den ersten Monaten der Schwangerschaft auszuführen. Später entfalten sich die Ligamenta lata und zeigen sich derart mit ektatischen Venen durchsetzt, dass die Stielversorgung schwieriger und gefährlicher wird. Die genannten beiden Autoren gestehen aber auch der Ovariectomie in späteren Monaten der Gravidität volle Berechtigung zu, wogegen z. B. Terrillon den Rath giebt, lieber erst die Geburt abzuwarten. Der Erfolg der Ovariectomie ist nach seiner Ansicht im 3., 4. und 5. Monate am besten. Nach P. Müller (Handbuch der Geburtshülfe, S. 827) darf die Exstirpation des Ovarientumors zu jeder beliebigen Zeit der Schwangerschaft ausgeführt werden, da kein Unterschied in der Prognose einer früheren oder späteren Operation existire.

Ich meinerseits schliesse mich ganz den Ansichten Ols-hausen's und Schröder's an und fasse die aus meinen Tabellen gewonnenen Resultate zum Schlusse in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Complication der Schwangerschaft mit einem Eierstockstumor ist in jedem Falle als ein sehr ernstes Ereigniss aufzufassen, bei welchem mit sehr wenigen Ausnahmen ausschliesslich die radikale Therapie, die Exstirpation des Tumors, in Frage kommt.

2) Je weiter die Schwangerschaft fortschreitet, um so gefährlicher wird der Zustand für Mutter und Frucht.

3) Die Punction des Ovarialkystoms und die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft dürfen nur als Nothbehelfe angesehen werden.

4) Die Ovariectomie giebt die besten Resultate für die Mutter im 2., 3. und 4. Schwangerschaftsmonate, für die Frucht im 3. und 4.

5) Wenn eine frühe Ovariectomie aus verschiedenen Gründen nicht möglich war, so soll dieselbe ohne Bedenken auch in den späteren Monaten der Gravidität ausgeführt werden, da man auch dann noch gute Resultate erzielen kann.

Literatur.

- Dieses Archiv 1879, Bd. XIV, S. 440.
- Angelini, Entfernung einer Ovarialcyste bei einer Schwangeren (Revue de Chir. Nr. 9). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1890, Nr. 23.
- Bársony, Johann, Ovariectomie während der Schwangerschaft, zweckmässige Stütze des Unterleibes. Centralblatt für Gynäkologie 1887, Nr. 9.
- Dohrn, 100 Ovariectomien aus der Königsberger Frauenklinik. Centralblatt für Gynäkologie 1890, Nr. 9.
- Erschine Mason, Ovariectomie bei einer Schwangeren (Le mouvement med. 1878, Jan. 19). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1878, Nr. 13.
- Fritsch, Heinrich, Handbuch der Frauenkrankheiten.
- Frommel, Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie für die Jahre 1887, 1888, 1889.
- Galabin, Ovariectomie im sechsten Monat der Schwangerschaft ohne Unterbrechung derselben (Brit. med. Journ. 1880, 15. März). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1880, Nr. 10.
- Göndes, M., Schwangerschaft und Neubildung (aus der Festschrift der Berliner geburtshülflichen Gesellschaft zum X. internationalen medicinischen Congresse). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1890, Nr. 45.
- Hegar und Kaltenbach, Operative Gynäkologie 1886.
- Howitz, F., Gynäkologische Mittheilungen. II. Ovariectomie während der Gravidität mit günstigem Erfolge (Gynäkol. og obstetr. Meddel., Bd. III, Hft. 2). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1881, Nr. 13.
- König, Franz, Lehrbuch der speciellen Chirurgie, Bd. II.
- Kysnezow, Ovariectomie im IV. Monat der Schwangerschaft (Protokolle der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg 1881, II. Lief.). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1881, Nr. 14.
- Knowsley Thornton, Doppelte Ovariectomie während der Schwangerschaft (Lancet 1886, 20. Febr.). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1887, Nr. 6.
- Kehrer, F. A., Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtshülfe und Gynäkologie. Giessen 1890.
- Küstner, O., Das Gesetzmässige in der Torsionsspirale torquirter Ovarialtumorstiele. Centralblatt für Gynäkologie 1891, Nr. 11.
- Waitz, Heinrich, Die chirurgische Klinik des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Esmarch der Königlichen Universität Kiel 1875 (Jahresbericht). Aus B. v. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, Bd. XXI.

- Lodewijks, Hämatosalpinx bei einer Schwangeren (Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynäkol. 1890, II). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1891, Nr. 6.
- Larriqué, Ueber Ovarialkystome und die Ovariectomie (Lyon Médical 1880, Mai, Nr. 20, 21). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1880, Nr. 21.
- Müller, P., Die Krankheiten des weiblichen Körpers.
— Lehrbuch der Geburtshülfe.
- Mickwitz, Ueber die anatomische und klinische Bedeutung der Stiel-torsion. Dissertation. Dorpat 1891.
- Munde, Paul, 3 Fälle von Schwangerschaft, complicirt mit Ovarial-tumor (New York med. Journal 1887, 6. Aug.). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1887, Nr. 4.
- Meinert, Bericht über 25 im Jahre 1888 operirte abdominale Tu-moren. Centralblatt für Gynäkologie 1890, Nr. 21.
- Olshausen, Robert, Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart 1877.
— Klinische Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshülfe. Stuttgart 1884.
— Die Krankheiten der Ovarien. Deutsche Chirurgie von Bill-roth und Lücke. 1886. Lief. 58.
- Ohage, Justus, Ovariectomie während der Schwangerschaft (North-western Lancet 1890, Sept.). Referat im Centralblatte für Gy-näkologie 1891, Nr. 22.
- Omori, H., und I. Ikeda, Bericht über 50 Ovariectomien. Berliner klinische Wochenschrift 1890, Nr. 7.
- Potter, W. W., Doppelte Ovariectomie während der Schwangerschaft. Entbindung zur richtigen Zeit (Americ. Journ. of obstetr. 1888, Oct.). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1889, S. 604.
- Pippingskjöld, Schwangerschaft nach Ovariectomien und Ovario-tomie bei Schwangerschaft (The Americ. Journ. of obstetr. 1880, Vol. XIII, Nr. 2, April). Referat im Centralblatte für Gynä-kologie 1880, Nr. 16.
— Geburt und Schwangerschaft nach Ovariectomien (Finska Läkare-selskapets Handlinge 1880, Nr. 2). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1880, Nr. 17.
- Reuter, Ovariectomie bei Gravidität. Inaug.-Dissertation. Jena 1888.
- Schröder, Carl, Lehrbuch der Geburtshülfe. 11. Aufl. Neu be-arbeitet von Prof. Dr. R. Olshausen und Privatdocent Dr. J. Veit. Bonn 1891.
— Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 10. Aufl. Umgearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. M. Hofmeier. Leipzig 1890.
— Die Laparatomie in der Schwangerschaft. Zeitschrift für Geburts-hülfe und Gynäkologie 1880, Bd. V.

- Smith, H., Ovariectomie während der Schwangerschaft (Brit. med. Journ. 1878, 31. Aug.). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1878, Nr. 25).
- Storry, Ovariectomie während der Schwangerschaft (Lancet 1882, 9. Decbr., Vol. II, Nr. 23). Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1883, Nr. 24.
- Sitzungsprotokoll der Geburtshülfflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien (Sitzung am 19. Nov. 1889). cfr. Centralblatt für Gynäkologie 1890.
- Sitzungsbericht der Gesellschaft für Geburtshülfe zu New York. Referat im Centralblatte für Gynäkologie 1888, Nr. 17, S. 281.
- Sitzungsbericht der Gesellschaft für Geburtshülfe zu New York. The americ. Journ. of obstetr. 1879.
- Sitzungsbericht der Geburtshülfflichen Gesellschaft in Hamburg. cfr. Centralblatt für Gynäkologie 1888, Nr. 15, S. 24.
- Tait, Lawson, The pathology and treatment of diseases of the ovaries. London 1874.
- T. Spencer Wells, Die Krankheiten der Eierstöcke, ihre Diagnose und Behandlung. Uebersetzt von Grenser. Leipzig 1874.
- Die Diagnose und ihre chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste. Uebersetzt von Langegg.
- Wahl, E. v., Mittheilungen aus der Dorpater chirurgischen Klinik. Einige seltene Zufälle bei der Ovariectomie. St. Petersburger medicinische Wochenschrift 1883, Nr. 9.
-