VI. Vereiterte Parovarialzyste und Dermoid desselben Anhanges

B.		Liegner
----	--	---------

Breslau

Zunächst gebe ich Ihnen die Kranken- und Operations-geschichte einer Beobachtung, bevor ich daran einige kritische Bemerkungen schließe.

Eine 34 jährige Virgo wird mir mit der Mitteilung zugesandt, daß im Anschluß an eine drei Wochen zurückliegende Methylalkoholvergiftung ein fieberhaftes Krankheitsbild bestehe mit Beschwerden im Leib. Die Ver-giftung habe eingesetzt mit Augenstörungen und ga > stro-intestinalen Er-scheinungen, die jedoch bald zurückgegangen wären. Bei der zur Zeit der ersten Beobachtung um 38,5 fiebernden Kranken ist die untere Partie des Abdomens deutlich vorgewölbt; die Tastung stellt einen gut abgrenzbaren, bis zum Nabel reichenden fluktuierenden Tumor fest, der bei Berührung sohmerzhaft ist. Bei der vaginalen Untersuchung findet man den Uterus vorn gegen die Symphyse gedrückt durch einen wahrscheinlich von der rechten Seite ausgehenden zystischen Tumor. Der Urin ist eiweißhaltig und zeigt ab und zu hyaline Zylinder. Die Diagnose wurde auf Ovarial-tumor gestellt und für das Fieber als mögliche Erklärung eine durch Intoxikation bedingte Nierenschädigung angenommen. Bei der Laparo-tomie gelang es nur mit großer Mühe in die Bauchhöhle zu kommen. Der Tumor war allenthalben mit dem Peritoneum, dem Darm und Netz ver-wachsen. Bei dem Versuch, die Verwachsungen stumpf zu lösen, reißt die Zystenwand ein, und es entleert sich im Strom ein dünnflüssiger, nicht riechender Eiter. Der Flüssigkeitsinhalt des Tumors beträgt etwa 5–6 l. Nach völliger Entloerung wird der Sack ausgestopft und mit großer Mühe langsam entfernt; es handelt sich um eine rechtsseitige Parovarialzyste. Man sieht nun, an die rechte Beckenwand gedrückt, ein faustgroßes Dermoid, dessen Oberfläche blaurot verfärbt ist; der spermatische Strang ist mehr als daumendick. Das Dermoid ist breit und fest mit der hinteren, rechten Blasenwand verwachsen, so daß seine Entfernung, wie zu erwarten war, nicht ohne Blasenverletzung möglich ist. Das etwa 6 cm lange Blasen-loch wird mit Seide geschlossen. Nachdem die grobe Blutstillung durch-geführt ist, wird auf das große Wundbett ein Mickulicz-Sack gelegt und das Abdomen bis auf die Drainagestelle geschlossen. Einführen eines Petzer-Katheters in die Blase. Der weitere Verlauf war nach jeder Richtung' hin günstig.

Ich teile Ihnen den Fall nicht mit, um über das Vorkommen verschiedener Tumoren an demselben Anhang zu sprechen, ob-wohl es selten ist, daß neben einem genuinen Ovarialtumor sich eine so große Parovarialzyste findet; wir sehen ja viel häufiger, daß kleine Parovarialzysten gelegentlich bei der Operation von Ovarialtumoren gefunden werden und umgekehrt; selten ist es jedoch, daß so große Geschwülste wie hier sich auf der gleichen

1) Vortragind. Gynäkologischeri Gesellschaft Breslau am 19. Febr. 1924.

L i e g n e r , Vereiterte Parovarialzyste u. Dermoid desselben Anhanges. 179

Seite finden. Das Bemerkenswerte an der mitgeteilten Beobachtung erscheint mir die Vereiterung des ursprünglich serösen Zysten-inhaltes, ein Befund, den man recht selten feststellen kann. Bei $\leq$ iem Versuch, die Vereiterung der Zyste zu erklären, konnte man nicht an der zeitlich mit dem Beginn der Krankheitserscheinungen in so engem Zusammenhang stehenden Methylalkoholvergiftung vorübergehen, obwohl mir diese Entstehungsmöglichkeit recht unwahrscheinlich erschien. Die Literatur über den Methylalkohol ließ zwar die Möglichkeit der Vereiterung einer Zyste theoretisch nicht völlig von der Hand weisen, jedoch hätten dazu Giftmengen innerhalb der Flüssigkeit wirksam sein müssen, die sich mit dem Leben nicht vertragen hätten; diese Anschauung wurde mir auch von Herrn Geh.-Rat Pohl (Pharmakologisches Institut) in freundlicher Weise bestätigt.

Die häufigste Ursache der Vereiterung von Tumoren und Zysten ist die Infektion vom Darm aus; nun war

wie schon bemerkt

aber der Eiter völlig geruchlos und auch bakteriologisch erwies er sich als steril; es fanden sich in ihm nur Leukozyten und Detritus. Also auch der Infektionsweg mußte zur Erklärung abgelehnt werden. Ich versuche mir die Vereiterung folgendermaßen zu erklären: Die Zyste hat natürlich schon lange bestanden. Durch die Methylalkoholvergiftung sind erhebliche Störungen im Magen-Darm-Kanal entstanden

die zu einer Hyperämie im Bauchraum und zu einer stärkeren Blutfüllung in den Gefäßbezirken des Bauchraumes führten. Diese Hyperämie war ihrerseits die Ursache einer stärkeren Flüssigkeitsbildung innerhalb der Zyste und damit einer raschen Größenzunahme des Tumors.

Die Ausdehnungsfähigkeit von Parovarialzysten ist ja an sich eine relativ beschränkte eingeeengt im vorliegenden Falle noch die allseitig bestehenden Verwachsungen. Es konnte also in der verhältnismäßig kurzen Zeit die Zyste nicht wachsen

ohne daß in ihr Ernährungsstörungen eintraten

ohne daß die Geschwulstwand

die Gefäßversorgung

der Zysteninhalt in ihrer Funktion und Beschaffenheit erheblich gestört wurden. Die Verhältnisse lagen also ähnlich wie bei Einkellungen eines Tumors oder bei Stieldrehungen und es nimmt unter solchen Umständen nicht wunder

wenn unter Erhöhung der Körperwärme Leukozyten in den serösen Zysteninhalt einwandern und sich ein schweres fieberhaftes Krankheitsbild entwickelt. Ich glaube

daß zwar der Methylalkohol nicht direkt für die Vereiterung des Zysteninhaltes verantwortlich zu machen war

daß aber die durch die Intoxikation verursachten gastrointestinalen Störungen in der 1. > beschriebenen Weise zur aseptischen Vereiterung der Parovarialzyste geführt haben.