DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Vierter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der gynäkologischen Klinik des Herrn Professor Spiegelberg in Breslau.

Beitrag zur Casuistik der Blutgeschwülste des weiblichen
Genitaltracts.

Von

Dr. Otto Alberts,

Secundärarzt der stationären Klinik.

(Fortsetzung folgt.)

II. Haematosalpinx sinistra. Operation. Heilung.

Johanna Th., 28 Jahre altes Dienstmädchen, will im Allgemeinen bis Ostern d. J. stets gesund gewesen sein. Erste Menses mit 20 Jahren, vollkommen schmerzlos, ohne Anomalien; spätere Menstruationen 4 Jahre hindurch äusserst unregelmässig, mit Intervallen von 3 Wochen bis zu 6 Monaten, gleichfalls ohne Beschwerden; normale Menses erst während der letzten 4 Jahre, mit 4 wöchentlichem Typus. Letzte Menses Ostern d. J. Am dritten Tage dieser Periode, angeblich in Folge einer unbedeutenden Quetschung des Unterleibes bei der Arbeit, plötzliches Aufhören des menstruellen Blutflusses unter gleichzeitigem Auftreten äusserst heftiger Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Diese ganz unregelmässig auftretenden und wiederkehrenden, bald remittirenden, bald exacerbirenden Schmerzen veranlassen die Patientin endlich, in der Klinik Hilfe zu suchen.

Status praesens am 15. Mai.

Mittelgrosse, gracile, ziemlich stark anämische Blondine. Herz und Lungen ohne Anomalien; Appetit und Verdauung

normal. Abdomen gleichmässig flach convex; die Palpation desselben eruiert im linken Hypogastrium eine mehr als hühnereigrosse, ellipsoide, äusserst druckempfindliche Geschwulst, die sich nach oben und aussen bis auf die linke Darmbein-grube erstreckt und mit undeutlicher werdendem Contour sich gegen die Beckenhöhle hin senkt. Bei bimanueller Exploration findet sich die Scheide eng und lang, Uterus nullipar, scharf anteflectirt und mässig vergrössert, etwas tiefstehend, aber median. Der erwähnte Tumor, von der linken Uterus-tubenecke ausgehend, erscheint im linken Fornix wie ein mit dicken Wandungen versehenes flüssiges Exsudat. Die von mir auf Haematosalpinx sinistra (traumatica) gestellte Diagnose wurde bei der noch am selben Tage erfolgenden klinischen Vorstellung der Patientin durch Herrn Prof. Spiegelberg bestätigt, so zwar, dass mit Rücksicht auf den etwas vergrösserten Uterus die Möglichkeit einer bestehenden Tubenschwangerschaft offen gelassen wurde. Der weitere Verlauf — Patientin wurde noch an demselben Tage in die Klinik aufgenommen — gestaltete sich folgendermassen.

29. Mai. In Folge von ausgiebiger Exploration der Geschwulst durch den Practicanten Auftreten intensiver Schmerzen im Abdomen unter ziemlich heftigem Fieber: Morgentemperaturen bis 38,5, Abendtemperaturen bis 39,4; Pulsfrequenz 96—104. Therapie: absolute Ruhe, Regelung des Stuhlganges durch Ol. Ricini; Opium in grossen Dosen per os wie per rectum, heisse Cataplasmen. Vom 4. Juni bis 7. Juni vorübergehende Besserung. — Da Patientin vom nächsten Tage ab wieder fiebert und die Geschwulst unter häufigem Auf-

treten von Schmerzen an Grösse zunimmt — der vergrösserte Tumor drängt jetzt das Corpus uteri etwas nach rechts hinüber — so wird am 9. Juni in der klinischen Stunde von Herrn Professor Spiegelberg vom linken Scheidengewölbe aus unter Beobachtung aller antiseptischen Cautelen in die am meisten prominirende Stelle ein gekrümmter Troikart eingestossen. Es hält schwer und ist sehr schmerzhaft, die dichten und dicken Hüllen der Geschwulst zu durchdringen; es gelingt mit einem Ruck und nun fliessen 130 Grammes eines dünnflüssigen, leicht blutigen, nicht riechenden Fluidums ab; Vulva unter Spray mit Carbolwatte umhüllt; Canüle bleibt liegen. Während und nach der Punction heftige Schmerzen; Morphinum, Opium, warme Cataplasmen.

10. Juni. Während der Nacht wenig Schlaf. Es ist Nichts mehr ausgeflossen. Da kein cruenter Inhalt — der untersuchende Finger ist nur mit etwas eitrigem Schleim bedeckt — mehr ausfliesst, so wird die Canüle entfernt, weil bei längerem Liegenlassen die Gefahr einer Verjauchung durch Luftzutritt grösser als umgekehrt. Sollte trotzdem letztere eintreten, so war erneute Punction nicht ausgeschlossen.

14. Juni. Klinische Vorstellung. Geschwulst, deutlich wie früher, tiefer gerückt; viel kleiner geworden, nicht mehr prominirend. Punctionsstelle noch zu fühlen. Nun Abends wieder T. 39,6. P. 120.

15. Juni. T. 39,7—40,3. P. 120—116. Patientin sieht verfallen aus, erhält bei roborirender Diät etwas Chinin mit Säure; Abends Morphinum (0,02) subcutan.

16. Juni. T. 39,6—40,2. P. 120—124. Schmerzen nach wie vor. Der Sack hat sich nicht vergrössert; nur fühlt man per vaginam die Punctionsstelle wie einen Zapfen vorgetrieben und das Scheidengewölbe hier etwas dichter als vorher, während der letzten Tage. Eine Sonde findet die alte Punctionsöffnung und dringt tief durch sie vor. An dem zurückgezogenen Finger befindet sich etwas Eiter, doch fliesst Nichts aus, und der Tubensack verkleinert sich nicht.

Patientin, sehr verfallen, erhält heisse Cataplasmen und Excitantien (Aether subcutan etc.).

17. Juni. Nacht ziemlich gut; Befinden etwas besser. Nachmittags viel eitriges Abfluss per vaginam. T. 39,6—38,7. P. 108—96.

Vom 18. Juni ab ungestörte Reconvalescenz.

26. Juni. Sack etwas kleiner, härter, weniger druck-

empfindlich. Uterus nach wie vor mässig vergrössert, aber wieder median gestellt.

27. Juni. Bei vollkommener Euphorie entlassen.

Nach dem Bericht aus dem hiesigen pathologischen Institut (Herr Dr. Weigert) enthielt die Punctionsflüssigkeit 1) zahllose „Schatten“ d. h. entfärbte rothe Blutkörperchen; 2) noch gefärbte rothe Blutkörperchen; 3) zahlreiche verfettete weisse Blutkörperchen.

Mit Recht bemerkt Hennig¹⁾, dass sich nur wenig Frauenärzte der menschlichen Eileiter, dieses Stiefkindes der Pathologie, angenommen haben. Die Erklärung hierfür ist eine ziemlich einfache. Dass, bezüglich der tubaren Hämorrhagien beispielsweise, der Grund dieser Vernachlässigung nicht etwa in einer Verkenntnis ihrer prognostischen Bedeutung liege, ist ersichtlich; dagegen spricht die oft genug constatirte Berstung tubarer Blutsäcke²⁾ mit consecutiver innerer Verblutung oder lethal endender Perforationsperitonitis. Viel näher liegt es, in erster Linie hier die Skepsis vieler Gynäkologen zur Verantwortung zu ziehen: läugnet doch T. G. Thomas überhaupt die Möglichkeit einer Diagnose intra vitam, und meint selbst Scanzoni³⁾, die Diagnose der Tubenblutungen dürfte während des Lebens der Kranken wohl nie mit einiger Sicher-

¹⁾ Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft. Stuttgart 1876. Vorrede.

²⁾ In der mir zugängigen Literatur habe ich von durch die Section erwiesenen diesbezüglichen Fällen — also excl. der Tubenschwangerschaften — folgende 21 auffinden können.

1. Beronius.		} Monats- schrift für Geburts- kunde. }	1864 Bd. 24.
2. Paget.			1867 Bd. 29
3. Marchant et Mussé.			dito Bd. 30.
4. Fürst.	No. 57	} Arbeit von L. Fürst.	
5. Maissonneuve.	No. 60		
6. Holst.	No. 61		
7. de Haën.	pag. 41	} Bernutz et Goupil. Maladies des femmes. 1860. Tome I.	
8. Locatelli.	„ 55		
9. Munc.	„ 57		
10. Décès.	„ 59		
11. Fauvel.	„ 168		
12. Pauli.	„ 417		
13. Baudelocque.	„ 420		
14. Steiner.	Wien. med. Woch. 1871. 29. 30.		
15. Freund.	Beitr. d. Ges. f. Geb. in Berlin. II. pag. 26.		
16. Billroth.	Jahresber. d. chir. Klin. in Zürich. 1860—67.		
17. Gosselin.	Gaz. des Hôpit. 1867. No. 57.		
18. Keller.	Inaug.-Diss. Kiel. 1874.		
19. Routh.	Obst. Transact. 1871. Vol. XII.		
20. Engel.	Med. Jahrb. d. österr. Staates. Bd. LIX. pag. 189.		
21. Nägele.	Arch. f. Gyn. IX. pag. 471.		

³⁾ Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 5. Auflage. S. 505.

heit zu stellen sein. Ein noch viel wichtigeres Moment aber für die Erklärung der erwähnten Thatsache scheint mir in dem Umstand begründet zu sein, dass vorhandene Tubenblutsäcke so überaus häufig übersehen werden, sei es wegen anderweitig bestehender Complicationen, sei es, weil die für ihr Vorhandensein sprechenden Anzeichen bei Präcisirung der Diagnose nicht in genügender Weise verwerthet wurden. Dass dies der Fall, behalte ich mir vor, in einer späteren Arbeit nachzuweisen. — Die mitgetheilte Beobachtung liefert jedenfalls den eclatanten Beweis, dass eine Haematosalpinx intra vitam unter Umständen mit voller Sicherheit zu diagnosticiren ist.

Das Ergebniss der Untersuchung der Punctionsflüssigkeit machte auch den Gedanken an bestehende Tubenschwangerschaft zurücktreten.

Die nach der Operation bestandenen Fieberschwankungen sind ohne Zwang zurückzuführen auf eine durch Entleerung der Tube gesetzte Perisalpingitis einerseits, andererseits aber waren sie zweifellos die Folge von Eiterretention.

Denn erst nach einer am 8. Tage p. oper. erfolgten reichlichen Eiterentleerung begannen Apyrexie und ungestörte Reconvalescenz.

III. Atresia vaginae congenita; Haemelytrometra bei Uterus bicornis infra simplex. Operation. Heilung.

Bertha J., unverheirathet, 18 Jahre alt. Als Kind stets gesund, noch nicht menstruiert. Seit Weihnachten 1876 Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, die nach Intervallen von 3 bis 4 Wochen immer wiederkehrten, jedes Mal mehrere Tage hindurch anhielten und stets mit Harnbeschwerden und äusserst schmerzhafter, retardirter Defaecation complicirt waren; diese Beschwerden exacerbirten mehr und mehr und veranlassten sie schliesslich, ärztliche Hülfe zu suchen.

Der consultirte Arzt wies sie an die Klinik mit der Diagnose „Hymen imperforatum mit Folgeerscheinungen“.

Befund 6. Februar 1877.

Mittelgrosse, schlanke Blondine von gracilem Knochenbau, Muskulatur ziemlich gut, Panniculus wenig entwickelt; etwas anämisch. Respirations-, Digestions- und Circulationsapparat ohne Besonderheiten. Becken stark geneigt; Sp. Jl. 0,21 M., Cr. Jl. 0,24 M., Conj. ext. 0,165 M. Abdomen ungleichmässig kugelig vorgewölbt durch 2 etwa faustgrosse Tumoren von

eiförmiger Gestalt, die von einander durch eine vom Nabel zur Mitte der l. Plica inguin. ziehende seichte Furchung getrennt sind; Bauchdecken normal, darüber verschiebbar, wenig fettreich.

Der linksseitige Tumor ragt bis 4 Ctm. oberhalb des Nabels hinauf, nach rechts über die Mittellinie nicht hinaus, liegt mit seinem längsten Durchmesser von unten innen nach oben aussen und bedeckt einen Theil der Fossa iliaca sinistra, von der er der straffen Bauchdecken halber nicht genau abzutasten ist. Der rechtsseitige Tumor, etwas stärker prominirend, nach oben bis 2 Ctm. unterhalb des Nabels hinaufreichend, liegt mit seinem längsten Durchmesser nahezu horizontal von rechts nach links und ragt mit einem Viertel seiner Masse nach links über die Linea alba hinaus; nach rechts und r. unten ist auch sein Contour etwas verschwommen, wenn man in der erwähnten Furchung in die Tiefe tastet, fühlt man etwa 4 Ctm. unterhalb des Nabels einen beide Tumoren verbindenden Strang. Während die Bauchdecken zwischen der oberen Begrenzung beider Tumoren einer- und der unteren Thoraxapertur andererseits überall weich, eindrückbar und nirgends druckempfindlich sind, auch die Percussion bei normaler unterer Lebergrenze nichts Abnormes ergibt, lässt sich durch Palpation und Percussion des Hypogastriums constatiren, dass beide Tumoren nach unten zu in einen übergehen, der, immer breiter werdend, den ganzen Beckeneingang auszufüllen scheint. Leibesumfang in Nabelhöhe 71 Ctm., in der Höhe der grössten Vorwölbung des rechtsseitigen Tumors 74, des linksseitigen 80 Ctm. Brüste wenig entwickelt. — Aeusserer Genitalien ohne Anomalien; nur sind die grossen Schamlippen und der Mons Veneris auffallend fettarm. Hymen perforatus; einige Carunculae myrtiformes. — Der den Scheideneingang bequem passirende und die Vagina explorirende Finger stösst bald auf einen Blindsack mit ziemlich resistantem, nicht dehnbarem Boden; vordere Scheidenwand in einer Länge von 3, hintere in einer Länge von 4 Ctm. vorhanden. Rechts, an der Uebergangsstelle der vorderen in die hintere Scheidenwand, unmittelbar vor der Verschlussstelle ein Divertikel, in den man bequem die Fingerknuppe hineinlegen kann. Die continuirlich in den Boden des Blindsacks übergehenden Scheidenwände überall glatt; am Boden des Sackes weder eine Oeffnung noch Narben zu erkennen; keine Andeutung einer Portio vaginalis. Vordere Scheidenwand in ganzer Aus-

dehnung etwas abgeflacht durch eine Geschwulst, die nach dem Ergebniss der bimanuellen Exploration identisch ist mit dem Vereinigungsstück der beiden von aussen gefühlten Tumoren, ebenso wie diese mit Flüssigkeit gefüllt und von prall-elastischer Consistenz ist. Bei der recto-abdominellen Untersuchung findet man die vordere Rectalwand durch einen über die Verbindungslinie beider Spin. Isch. nach vorn und unten noch etwas hinausragenden und fast bis in die Kreuzbeinaushöhlung hineinreichenden Tumor halbkugelig ins Rectallumen vorgewölbt, der ebenfalls mit Flüssigkeit gefüllt, von prall-elastischer Consistenz ist und seine vaginale Begrenzung in dem kaum 0,5 Ctm. dicken Boden des erwähnten Blindsackes findet; er communicirt mit dem per vaginam und den per abdomen gefühlten Tumoren.

Während die eine Hand controlirend von den Bauchdecken aus die Tumoren fixirt, lässt nun die recto-vaginale Untersuchung mit Daumen und Zeigefinger der anderen Hand sicher constatiren, dass der ganze Beckeneingang und ein grosser Theil der Beckenhöhle von einem Tumor ausgefüllt ist, der mit 2 Divertikeln divergirend in die Bauchhöhle emporsteigt; seine untere Begrenzung ist gegeben durch die vordere Scheidenwand, den Boden des vaginalen Blindsackes und die vorgewölbte vordere Rectalwand. Er ist, das lehrt die recto-vesicale Untersuchung mit Finger und Catheter, in toto mit Flüssigkeit gefüllt, von prall-elastischer Consistenz und nur wenig druckempfindlich. Bei längerer Palpation fühlt man deutlich, wie unter den Bauchdecken die Wandungen beider Divertikel des grossen Tumors erhärten, die Tumoren sich gewissermaassen aufbäumen und sieht und fühlt zugleich die erwähnte Furche zwischen denselben sich stärker ausprägen, so dass dann beide distincter zu tasten sind.

Die Diagnose ergab sich somit ohne Schwierigkeit: es handelte sich um einen angeborenen Verschluss des unteren Theils der Scheide mit consecutiver Ausdehnung des oberhalb der Verschlussstelle gelegenen Theils des Genitalkanals durch Menstrualblut. Nur die Deutung der beiden per abdomen gefühlten Tumoren konnte eine zweifache sein: entweder hatte man es zu thun mit einem oberhalb der Atresie mehr oder weniger gedoppelten Uterovaginalkanal, oder, bei einfachem Uterus, mit Blutansammlungen in beiden Eileitern. Bei der klinischen Vorstellung der Patientin wurde demgemäss die Diagnose folgendermaassen formulirt: *Atresia vaginae*

congenita; Haematocolpos. Haematometra mit Haematosalpinx bilateralis oder Uterus duplex bicornis infra simplex.

(Schluss folgt.)