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.

(Schluss aus No. 7.)

Der weitere Verlauf nun war in kurzen Zügen folgender.

Nachdem Patientin seit ihrer Aufnahme am 6. Februar bei vorhandenen Menstrualkoliken (beiläufig bemerkt hatte sie am 13. Februar starkes Nasenbluten, wahrscheinlich vicariirender Natur) und Zeichen peritonitischer Reizung durch grosse Dosen Opium hingehalten war, wurde am 15. Februar im Anschluss an die klinische Demonstration von Herrn Professor Spiegelberg die Atresie auf Leitung des Fingers unter Wasser mit dem Bistouri durchtrennt: Ausströmen der bekannten theerartigen Flüssigkeit. Sobald das Ausfliessen nachlässt, wird Patientin aus dem Bade ins Bett gehoben. Während der nächsten Tage peritonitische Erscheinungen, Erbrechen etc., die bei ungehindertem Blutabfluss aus den Genitalien unter der gewöhnlichen Behandlung bald schwinden.

Um eine Verjauchung durch Luftzutritt möglichst hintanzuhalten wird eine Exploration erst am 20. Februar wieder vorgenommen. An diesem Tage kommt man durch die Oeff-

nung, welche eben die Spitze des Zeigefingers durchlässt, in eine grössere, mit syrupdicker Flüssigkeit gefüllte Höhle, die sich nach oben bald wieder verengt; die zwei Tumoren (Tuben resp. Uterushörner) liegen, etwas kleiner geworden, symmetrisch bilateral vom Nabel, nach oben etwa in rechtem Winkel divergirend und gewissermaassen nach den Plicae inguinales zu umgeklappt. Vom 21. Februar bis zum 7. März eine circumscripte Peritonitis in der rechten Bauchseite: Blutegel, warme Cataplasmen, Opium. Der Ausfluss färbt sich grünlich-gelb, wird dünnflüssig und allmähig so fötid, dass vom 25. Februar ab bis zum Tage der Entlassung dreimal täglich die Scheide mit desinficirenden Carbolirrigationen ausgespült werden muss.

Eine am 27. Februar aufgetretene Parotitis sinistra (wahrscheinlich metastatischer Natur) wird bei deutlicher Fluctuation am 7. März incidirt; reichlicher Eiterabfluss; Heilung in 10 Tagen.

Da die Oeffnung der atretischen Stelle bereits so verengt ist, dass eben nur noch das Rohr des Irrigators ohne Mühe durchdringt, so wird am 27. Februar die Stelle mit Scheere und Bistouri peripher incidirt und nach allen Richtungen hin kräftig dilatirt; um sie vor erneuter Narbenretraction und dadurch bedingter Verengerung ihres Lumens zu schützen, am 2. März Einführen eines kleineren Milchglasspeculums, das continuirlich liegen bleibt und nur während der Vaginalirrigationen entfernt wird.

Ungestörte Reconvalescenz.

Am 18. März, dem 31. Tage nach der Operation, wird Patientin auf ihren Wunsch bis zum 1. Mai entlassen.

Entlassungsbefund: Scheide offen, in toto eng. Rechts vor der für den Finger bequem zu passierenden Operationsöffnung der bekannte, oben erwähnte Scheidendivertikel. Hinter der Operationsöffnung wird das Scheidenlumen, in Länge von etwa 2 Cm., sehr schnell thalerweit und geht dann in einen sich kegelförmig verjüngenden Mutterhalskanal über, dessen Musculatur in Rückbildung begriffen und dessen Orificium externum sich kaum von der Peripherie der Scheidenwandung differenzirt. In der Gegend des Orificium internum scheinen sich vordere und hintere Leiste des hypertrophischen Arbor vitae zu einem medianen Septum zu vereinigen. Abdomen mit Ausnahme der rechtsseitigen peritonitischen Exsudatplatte überall weich, nirgends druckempfindlich; Leibesumfang in Nabelhöhe 64 Cm. Der als linke Tube resp. linkes Uterushorn angesprochene Tumor ist bei bimanueller Untersuchung etwas mobil, nicht druckempfindlich, von der Grösse und Gestalt eines normalen Uteruskörpers und in seinem Contour allseitig ohne Schwierigkeit abzutasten. Der rechtsseitige Tumor (Tube resp. Uterushorn) ist durch die davor gelagerte bretharte Exsudatplatte so verdickt, dass die bimanuelle Untersuchung ein negatives Resultat ergibt; doch lässt sich constatiren, dass er ungefähr gleiche Grösse hat und dass beide Tumoren fast unmittelbar über dem Collum uteri in der Medianebene unter nach oben geöffnetem stumpfem Winkel zusammenstossen.

Obwohl demnach die Diagnose Uterus bicornis duplex infra simplex sicher geworden, wird die Untersuchung mit der Sonde noch verschoben.

Ausfluss unverändert; sporadische Schmerzen im rechten Hypogastrium; sonst ziemliche Euphorie.

Am 2. Mai stellt sich Patientin in viel besserem Ernährungszustande wieder vor. Leibesumfang in Nabelhöhe 67 Cm. Exsudat theilweise resorbirt. Ausfluss spärlicher, aber unverändert. Der Mutterhals ist immer noch wenig zurückgebildet, der äussere Muttermund fast thalerweit klaffend. Bei im Uebrigen nahezu unverändertem Genitalbefunde — nur imponirt bei leichter Palpation jetzt auch der rechtsseitige

Tumor als Uterushorn — gelingt es, rechts und links von dem oben erwähnten (jetzt deutlich fühl- und sichtbaren) Septum je eine Sonde einzuführen, die mit nach unten und aussen gerichteter Concavität nach einander leicht in beide Tumoren eindringen und so das Vorhandensein eines Uterus bicornis infra simplex zur Evidenz erweisen.

Was die Fieberbewegungen anbelangt, die an der Patientin während ihres 40tägigen Aufenthaltes in der Klinik beobachtet wurden, so hatte sie stets eine Pulsfrequenz von mehr als 100 in der Minute. Die Temperaturen schwankten im Allgemeinen zwischen 38,0 des Morgens und 39,5 des Abends; dauernd zur Norm herab sanken sie erst vom 25. Tage nach der Aufnahme (dem 16. post operat.) ab; vorher ward nur einmal, am 11. Tage nach der Operation, eine Morgentemperatur von 37,5 gemessen. Am 2. und 3. Tage nach der Operation, sowie coincidirend mit dem Auftreten der Peritonitis Morgentemperaturen bis 39,5, Abendtemperaturen bis 40,2 bei einer Pulsfrequenz von 120—132 Schlägen. — Besonders interessant ist der mitgetheilte Fall noch durch die Complication von Scheidenatresie mit Bildungshemmung des Uterus.

Die Förster'sche¹⁾ Eintheilung der Missbildungen und Hemmungsbildungen der weiblichen Genitalien in 2 grössere Classen — 1) Mangel oder verkümmerte Bildung des Uterus 2) Verdoppelungen des Uterus und der Vagina — ist, wie Liv. Fürst²⁾ ganz richtig bemerkt, vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus vortrefflich, laborirt aber an dem Umstand, dass Förster „nicht die Entstehungszeit, sondern mehr den allgemeinen Formcharakter der Missbildung seiner Eintheilung zu Grunde gelegt hat.“ Bahnbrechend und von epochemachender Bedeutung war in dieser Beziehung die Arbeit von Kussmaul³⁾, insofern sie in erster Linie die Entstehungszeit der Bildungshemmungen als Kriterium für die Classification betonte; ein correctes Schema für die letztere aufgestellt zu haben ist das Verdienst von L. Fürst⁴⁾.

¹⁾ Missbildungen. Jena 1861.

²⁾ Ueber Bildungshemmungen des Utero-vaginalkanals. Monatsschr. f. Gebkde. 1867. Bd. 30 pag. 113 ff.

³⁾ Der Mangel, die Verkümmerng und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg 1859.

⁴⁾ l. c. pag. 118.

Will man in unserem Falle — der Genese nach etwa in die 8. Woche des Fötallebens zu setzen — den oben erwähnten rechtsseitigen Scheidendivertikel in entwicklungsgeschichtlicher Beziehung verwerthen, so kann man ihn ohne Zwang auffassen als Ausdruck für die Localisation der intrauterin erfolgten Bildungshemmung: hier ward der fortschreitenden Canalisation des rechten Müller'schen Fadens aus irgend einem Grunde ein Ziel gesetzt; ihn als Product des Coitus etwa aufzufassen ist seiner ganzen Beschaffenheit nach nicht statthaft. Der mitgetheilten ganz analoge Beobachtungen habe ich in der mir zugängigen Literatur nirgends auffinden können; eine theilweise Uebereinstimmung zeigen die Fälle von C. Rokitsansky¹⁾, K. Schroeder²⁾ und von Bernutz³⁾.

Im ersteren handelt es sich um einen Uterus bicornis septus, dessen beide Hörner schlank, spindelförmig, sehr zart waren und unter einem stumpfen Winkel in der Gegend der Orificia interna zusammentraten. Von dieser fundusartigen Commissur ging ein Septum herab.

In dem Schroeder'schen Falle war, ganz wie in dem unserigen, „der grosse Tumor der obere Theil der Scheide und der colossal erweiterte Cervix“; ebenso war „der äussere Muttermund ungeheuer erweitert und seine Contractionsfähigkeit so geschwächt, dass er sich ganz ungewöhnlich langsam zusammenzog“.

Auch die Beobachtung von Bernutz zeigt, wenigstens in Bezug auf das Verhalten des Collum uteri zur Vagina eine Uebereinstimmung: „Die Muttermundslippen, stark verdünnt und verstrichen, gehen fast ohne Unterbrechung in die Vaginalwände über. Nach hinten communicirt diese grosse Höhlung mittelst des erweiterten inneren Muttermundes mit der Uterinhöhle, welche letztere weniger ausgedehnt ist, als die des Halses.“

Der weitere Verlauf gestaltete sich folgendermaassen.

13. April. Auf Leitung der Sonde Einführung eines Pott'schen Bistouris und vorsichtige Erweiterung der Stenose durch Herrn Professor Spiegelberg: sofort Ausströmen der charakteristischen Flüssigkeit — Alles unter Spray. Der continuirliche Nachfluss wird vom 17. April ab spärlicher, ist grünlich-gelb gefärbt und fängt an übel zu riechen. An diesem Tage fühlt man den Uterus von aussen nur noch undeutlich, etwa 2 Querfinger breit über der Symphyse, etwas nach links extramedian. Ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, 4 cm. rechts von der Linea alba, liegt, mit der Längsrichtung von unten innen nach oben aussen, ein etwa 5 cm. langer und 2 bis 3 cm. dicker, länglich-runder Tumor von leicht schwappender Consistenz, äusserst druckempfindlich: er wird sofort als Blutansammlung der rechten Tube gedeutet. Diese acut entstandene Haematosalpinx dextra wird an 12 auf einander folgenden Tagen an derselben Stelle bald mehr bald weniger deutlich constatirt, ist stets druckempfindlich und erst am 29. April nur noch undeutlich als runder, nicht mehr druckempfindlicher, kaum wallnussgrosser Knollen in der Tiefe zu fühlen.

Vom 25. April bis 27. April — wahrscheinlich durch katalmeniale Fluxion bedingt — ziemlich heftige Schmerzen bei blutigem Abfluss mit geringer Temperatur und Pulssteigerung.

Am 3. Mai, in der klinischen Stunde, wird die Scheide mit der Rinne geöffnet, in das kleine Loch an der Grenze der Atresie ein Pott'sches Bistouri eingeführt und nach rechts hin die Scheide eingeschnitten: sofort stürzt eine Masse braunen, stinkenden Eiters heraus; Pyometra, entstanden durch Luftzutritt zum Uterusblute bei den früheren Sondierungen.

Nach der Incision fühlt man, eine kurze Strecke oberhalb der Atresie, deutlich die Portio vaginalis. Zweitägige unbedeutende Reaction.

Am 10. Mai klinische Vorstellung. Schnitt noch ziemlich weit offen; Sonde dringt bei engem Cervicalcanal, von der Schnittstelle an gerechnet, bis auf 10,5 cm. in den Uterus ein. Spaltung nach rechts und ein wenig noch nach links eröffnet einen kleinen Fornix vaginae rechts vor den Uterus, der mit Jauche erfüllt ist; Uterus selbst ist leer. Ausstopfung der Wunde und des oberhalb derselben gelegenen Scheidenstückes mit Carbolöl-Wattetampons.

Keine Reaction.

Am 13. Mai wird Patientin geheilt entlassen. Befund: Uterus kaum vergrössert, nicht druckempfindlich, normal gelagert, nur noch bimanuell zu palpieren; Druck von aussen nirgends schmerzhaft. Von der Haemosalpinx Nichts mehr zu tasten.

Was den Modus der Operation von Atresieen anbelangt, so wird bei geringerer Dicke der obturirenden Membran heutzutage wohl Niemand mehr den von Kiwisch empfohlenen Troikart in Anwendung ziehen; hier entscheidet man sich für Incision der Verschlussstelle oder für Excision eines Stückes derselben; die Hauptsache ist und bleibt, dass das Retentionsblut nicht zu schnellen Abfluss findet.

Besonders interessant ist die mitgetheilte Beobachtung noch durch die am 4. Tage p. oper. acut entstandene Haematosalpinx dextra, deren Genese unzweifelhaft zurückzuführen ist auf durch Entleerung des Retentionsblutes bedingte intra-abdominelle Druckschwankungen.

Die Complication von Atresieen des weiblichen Genitaltracts mit ein- oder beiderseitiger Haematosalpinx ist keineswegs selten. Liegt bei Verhaltung des Menstrualblutes diese Complication von vorne herein vor, so dürfte sehr nachah-

mungswerth der von Hausmann¹⁾ gemachte Vorschlag sein: vor der eigentlichen Operation der Haematometra zuerst den erweiterten Eileiter von den Bauchdecken aus unter Carbolnebel zu entleeren und aseptisch zu behandeln, die weit widerstandsfähigere und deshalb auch viel später gefährlich werdende verschlossene Scheide oder Gebärmutter erst nachher, spätestens vor dem Eintritte der nächsten blutlosen Regel, wenn irgend möglich, von der Scheide aus ihres Inhaltes zu entleeren.