Ueber differenziell-diagnostische Schwierigkeiten in der Gynäkologie.

Von Albert Sippel in Frankfurt a. M.

In letzter Zeit hört man hin und wieder die Ansicht aussprechen, daß die Diagnose gynäkologischer Organerkrankungen etwas Selbstverständliches, Sicheres sei, wobei Irrtümer immer vermieden werden könnten. Man hört diese Ansicht namentlich von seiten derer, welche neuerdings wieder dem psychogenen Entstehen mannigfacher Beschwerden im Bereich der weiblichen Genitalien das Wort reden. Die Erfahrung lehrt aber, daß solche Meinungen irrig sind, daß auch die gynäkologischen Bäume nicht in den Himmel wachsen und daß trotz aller Fortschritte in der Erkenntnis nach wie vor einer exakten diagnostischen Beurteilung vieler Zustände sich erhebliche, zuweilen unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellen.

Nicht zum mindesten finden diese Schwierigkeiten ihren

Ausdruck gerade in der häufigen Diagnose „Hysterie“, die bei den verschiedenartigsten Schmerzempfindungen im Gebiet oder in der Gegend der inneren weiblichen Genitalien gestellt wird und die meist nichts anderes bedeutet als eine Umschreibung des Nichtwissens. Was nennt man nicht alles Hysterie!

Vor Jahren operierte ich bei einem jungen Mädchen eine doppel-seitige Pyosalpinx, die lange Zeit unter der Diagnose Hysterie behandelt worden war. Die Schmerzen der Tubentumoren waren für Charcot'sche Ovarie gehalten worden. Obendrein beging der behandelnde Kollege in seiner Unkenntnis der Sachlage hinterher noch die Unvorsichtigkeit, in der Öffentlichkeit abfällige Äußerungen über die von mir ausgeführte Operation zu machen: ich hätte indikationslos und zwecklos wegen Hysterie laparotomiert. Kommentar überflüssig!

Hier handelte es sich freilich um einen groben Irrtum, der nicht vorkommen sollte. Es gibt aber auf diesem Gebiete auch zahlreiche Fehldiagnosen, die verzeihlicher sind und die schließlich überall einmal unterlaufen können, wenn man nicht jedes dabei in Betracht kommende Moment in sorgfältige Berücksichtigung zieht.

So wurde ein anderes junges Mädchen zur Hysterica gestempelt, nachdem es jahrelang die Behandlung von im ganzen elf Aerzten über sich hatte ergehen lassen. Es war an Magengeschwür, an Gallensteinen, Neuralgie etc. behandelt worden. Als die heftigen Schmerzen trotz allem nicht aufhörten, erklärte man diese für hysterisch. Die der Verzweiflung nahe Unglückliche, die arbeiten wollte, aber nicht konnte, hatte eine jener kleinen, schwer zu diagnostizierenden, schmerzhaften epigastrischen Hernien der Linea alba. Durch die entsprechende Operation wurde sie prompt und dauernd von ihrer angeblichen Hysterie geheilt.

Wie viele von kranken Ovarien ausgehende Beschwerden werden nicht für hysterisch erklärt!

So erinnere ich mich zweier Fälle von kleinen, noch nicht kirschgroßen, aber sehr gespannten hämorrhagischen Zysten im Stroma nahe dem Hilus, deren Schmerzhaftigkeit lange Zeit als Hysterie gedeutet wurde. Die Zysten hatten serös-sanguinolenten Inhalt und epithel- und endothelfreie Wandungen; ihr hämorrhagischer Charakter wurde durch Eugen Albrecht bestätigt.

Lageveränderungen des Ovars mit venöser Stauung durch Abknickung des Stieles und konsekutivem Oedem verursachen nicht selten anhaltende dumpfe Schmerzen im Unterleib. Auch diese werden in der Regel als hysterisch bezeichnet. Noch viele andere schmerzhaft Zustände im Bereich von Ovarien, Tuben und Uterus segeln unter dieser falschen Flagge. Wie oft mag man wohl die Schmerzhaftigkeit einer adhärennten Appendix oder eines Coecum mobile als rechtseitige Ovarie und die Empfindlichkeit der Flexur bei chronischer Sigmoitis als linksseitige Ovarie gedeutet haben! Kennt man doch erst seit kurzem die Pathologie dieser Zustände genauer. Auf der anderen Seite hat man wohl auch in früheren Zeiten zuweilen ein gesundes Ovar entfernt, meinend, es sei der Sitz der Schmerzen, während diese tatsächlich von der Appendix oder der Flexur ausgingen. Natürlich blieben bei diesen Frauen die Beschwerden nach Exstirpation des Eierstocks unverändert bestehen. Der Mißerfolg gerade solcher Fälle ist dann die Veranlassung dazu gewesen, die Schmerzen als hysterische aufzufassen, weil der wirkliche Zusammenhang auch bei der Operation nicht erkannt wurde.

Gar manchen Fall von angeblich hysterischen Schmerzen vermochte ich als durch Parametritis posterior hervorgerufen zu deuten. Es ist dies jenes Leiden, das verhältnismäßig häufig übersehen wird, weil es in einer meist geringfügigen, aber recht schmerzhaften Verdickung und Spannung eines oder beider Ligamenta sacro-uterina besteht und nur bei sorgfältiger Palpation, eventuell erst bei der Abtastung vom Mastdarm aus, erkannt wird. Manche dieser angeblichen Hysterischen habe ich durch methodische Dehnung der Ligamente mit Kolpeuryse geheilt.

Meine nicht so ganz kleine Erfahrung auf diesem Gebiet legt es mir nahe, vor der Diagnose Hysterie bei Schmerzen in der Gegend der weiblichen Genitalsphäre direkt zu warnen und zu raten, diese nie zu stellen, ehe nicht wiederholte sehr sorgfältige Untersuchung das Fehlen einer jeden nachweisbaren örtlichen Affektion ergeben hat. Aber auch dann noch tut man besser, die Diagnose einer hyste-

rischen, psychogenen Entstehung der Schmerzen nur in stark zweifelndem Sinne zu stellen und eher an eine Unzulänglichkeit unserer Untersuchungsmethoden zu denken, die das Erkennen feinsten Veränderungen unmöglich macht. Ich halte es um so mehr für angebracht, eine derartige Warnung auszusprechen, weil sich neuerdings wieder ein Bestreben bemerkbar macht, der psychogenen Auffassung örtlicher Schmerzen beim weiblichen Geschlecht eine erhöhte Bedeutung beizumessen, und weil dadurch die Gefahr besteht, daß zum Nachteil der Frauenwelt noch mehr falsche Diagnosen gestellt werden als seither. Der Schaden, den solche irrigen Diagnosen den Frauen bringen, ist ein doppelter: er ist einmal körperlich, weil sie von ihrem körperlichen Leiden nicht befreit werden, und er ist psychisch, weil eine nervengesunde Frau infolge der Verkenntung ihres körperlichen Leidens und infolge der Bewertung der dadurch hervorgerufenen Beschwerden als hysterische schließlich durch die ständig sie quälenden und ihr Nervensystem irradierenden Schmerzen, sowie durch das Bewußtsein, falsch beurteilt zu werden, wirklich zu dem gemacht wird, wofür sie zunächst fälschlicherweise gehalten wurde: zu einer Neurasthenica und Hysterica.

Es ist zuzugeben, daß es mit den gewöhnlichen Mitteln häufig recht schwer, wenn nicht unmöglich ist, sich über den örtlichen Entstehungsmodus der Schmerzen volle Klarheit zu schaffen, zumal die entsprechenden Organveränderungen sehr oft keinen charakteristischen Palpationsbefund ergeben oder palpatorisch überhaupt nicht nachweisbar sind. So unterscheidet sich beispielsweise ein Ovarium mit einer kleinen hämorrhagischen Zyste oder mit schmerzhaftem Stauungsödem palpatorisch kaum von einem etwas großen normalen Ovar.

Ob im gegebenen Falle ein geklagter Schmerz örtlichen, anatomischen Grund hat, oder ob er hysterisch, psychogen ist, das zu beantworten, ermöglicht uns jedoch ein einfaches diagnostisches Hilfsmittel, das ich seit langen Jahren mit Erfolg in Anwendung ziehe. Es ist dieses die in bestimmter Weise und bis zu einem bestimmten Grade ausgeführte Narkose. Eine psychogene Schmerzhaftigkeit einer Körperstelle muß schwinden, sobald die Psyche, das Bewußtsein, ausgeschaltet ist. Ich narkotisiere deshalb in zweifelhaften Fällen die Kranke langsam bis zu dem Stadium, in dem das Bewußtsein erloschen und die Reflexerregbarkeit im allgemeinen aufgehoben ist. Vermag ich dann in diesem Stadium der Narkose von der betreffenden Stelle aus noch Reflexbewegungen auszulösen, wie man dies ja bekanntlich von besonders schmerzhaften Punkten aus bei Erloschen der sonstigen Reflexe noch kann, so liegt darin der Beweis, daß die Schmerzen eine örtliche und nicht eine psychogene Entstehungsweise haben, denn die Psyche ist ja ausgeschaltet. Ich möchte dieses differenziell-diagnostische Hilfsmittel für die vorliegende Frage angelegentlichst empfehlen! Mit Hilfe der differenziell-diagnostisch angewandten Narkose wird es jedenfalls viel seltener werden, daß man bei gynäkologischen Leiden Hysterie diagnostiziert, und man wird sich dann eine um so größere Mühe geben, die zu den Schmerzempfindungen führenden örtlichen Veränderungen zu finden und aufzuklären, was durchaus notwendig ist.

Aber nicht nur auf dem heiklen Gebiet der differenziellen Diagnostik zwischen örtlichem und psychogenem Entstehen der Schmerzen findet man in der Gynäkologie heute noch vielfach große Schwierigkeiten. Auch da, wo es sich zweifellos um rein somatische Erkrankungen handelt, und zwar um Erkrankungen von umfangreichen, ich möchte sagen: groben anatomischen Veränderungen, können diagnostische Schwierigkeiten entstehen, die durch die sorgfältigste Untersuchung und genaueste Beobachtung nicht zu überwinden sind und erst durch die eventuelle Operation beseitigt werden. Ich möchte dies an einem interessanten und lehrreichen Fall kurz illustrieren.

Eine 31jährige gesunde Frau, die vor drei Jahren eine normale Geburt und ein normales Wochenbett durchgemacht hatte, unregelmäßig menstruiert war und in den letzten Monaten vorigen Jahres ziemlich anhaltende wechselvolle Blutungen gehabt hatte, stellte sich

am 11. Juli dieses Jahres bei uns vor. Die letzte Periode war Anfang Januar dagewesen. Ende Februar erkrankte die Frau an heftigen, krampfartigen Schmerzen. Ihr Arzt diagnostizierte Schwangerschaft und befürchtete Abort. Bettruhe und Opium beseitigten die Schmerzen. Ende Mai trat ein gleicher Schmerzanfall auf, der bei gleicher Behandlung ebenfalls ohne den wiederum gefürchteten Abort vorüberging. Der behandelnde Arzt stellte auch damals Schwangerschaft fest und sagte, daß bald Kindsbewegungen gespürt werden würden. Das trat jedoch bis zum Juli nicht ein. Da außerdem der Leib beim Abtasten eine gewisse Empfindlichkeit bot, die in der vorigen Schwangerschaft nicht vorhanden gewesen war, kam die Patientin zu uns, um Klarheit über ihren Zustand zu erhalten.

Befund am 11. Juli: Im Abdomen ein Tumor von Lage, Form, Größe und Konsistenz eines Uterus gravidus von 5—6 Monaten. Fundus etwas unterhalb des Nabels. Rücken des Foetus scheint links zu liegen, wo man eine entsprechende Resistenz durchfühlt. Kein Fötal puls, keine Kindesbewegungen, kein Plazentargeräusch. Brüste angeschwollen. Bei mäßigen Druck entleert sich ziemlich reichlich Colostrum. Scheidenschleimhaut nicht verfärbt. Die etwas aufgelockerte Portio stand unterhalb der Spinallinie, mit dem Orificium nach vorn gerichtet. Die Cervix verlief nach hinten oben und links. Auf dem vorderen Scheidengewölbe, dieses tief herabdrückend, lag der an Größe einer fünf- bis sechsmonatlichen Schwangerschaft entsprechende Kopf mit quer verlaufender, deutlich durchzufühlender Naht. Dieser innere Befund war ungewöhnlich, sowohl was das tiefe Herabgedrücktsein des vorderen Scheidengewölbes anlangte, als auch bezüglich der eigentümlichen Stellung von Portio und Cervix. Der Verdacht, daß es sich möglicherweise um eine extrauterine Fruchtsackbildung handeln könne, wurde hierdurch geweckt und daher am nächsten Tage eine Untersuchung in Narkose angeschlossen. Diese bestätigte im ganzen lediglich den zuerst aufgenommenen Befund. Die Blase war durch den auf ihr liegenden Fruchthälter nach rechts unten verdrängt. Vom Rectum aus fühlte man den supravaginalen Teil der Cervix nach hinten links oben verlaufen und am oberen Ende sich mit einer Kuppe gegen den Fruchthälter abheben. Diese konnte der Fundus des nichtschwangeren Uterus sein; es konnte aber auch das obere Ende der hypertrophischen harten Cervix sein, die sich durch ihre feste Konsistenz gegen das weiche, schwangere Corpus in dieser Weise differenzierte. Nahm man dann noch eine Torsion des Uterus an dieser Stelle an, auf welches Vorkommen jüngst erst wieder Küstner aufmerksam machte, so war damit das ganze Bild einschließlich des Tiefstandes des vorderen Scheidengewölbes zu erklären. Eine Differenzierung des festen supravaginalen Uterusabschnittes gegenüber dem Fruchthälter war nicht möglich. Bewegungen des letzteren setzten sich auf Cervix und Portio fort.

Vor Jahren hatte ich einen Fall beobachtet, bei dem man ebenso wie bei dem vorliegenden in Narkose deutlich einen nichtschwangeren, reichlich normalgroßen Uterus per rectum abtastete. Von ihm ging am oberen Ende mit kurzem, breitem Stiel ein links neben dem Uterus im Becken liegender, dieses nahezu ausfüllender Tumor ab. Die Frau, 47 Jahre alt, hatte außerdem vor 14 Monaten zuletzt menstruiert. An der Diagnose Ovarialtumor bestand für mich kein Zweifel. Und doch fand ich nach Öffnen der Bauchhöhle einen viermonatlichen graviden Uterus mit Torsion des untersten Corpusabschnittes. Das Ei lebte. Der gefühlte Uterus war der hypertrophische supravaginale Teil der Cervix; der angenommene Geschwulststiel war der außergewöhnlich weiche, in ausgesprochenster Weise das Hegarsche Schwangerschaftszeichen bietende unterste Corpusabschnitt. Dieser Fall kam mir lebhaft wieder ins Gedächtnis und ließ mich auch im vorliegenden Fall an die Möglichkeit einer Hypertrophie des supravaginalen Cervixabschnittes und einer Torsion denken.

Da keine momentane Indikation vorlag, wurde weitere Beobachtung zur definitiven Klarstellung beschlossen. Das Befinden der Frau blieb unverändert. Nach fünf Wochen ergab eine erneute Untersuchung folgendes:

Befund im ganzen wie früher. Die Schwangerschaft steht auf dem alten Standpunkt. Seit drei Tagen menstruelle Ausscheidungen aus dem Uterus; in den Brüsten nur noch wenig Colostrum. Eine lebende Schwangerschaft war also mit Sicherheit auszuschließen. Die Untersuchung konnte daher etwas derber vorgenommen werden. Vom Rectum aus kann man jetzt mit zwei Fingern die obere Kante des festen Uterusabschnittes besser umgreifen, und man erhält den Eindruck, daß es sich in der Tat um den Fundus handelt. Außerdem läßt sich der Fruchthälter in toto etwas nach rechts gegen die vordere Fläche des jetzt als leerer Uterus gedeuteten Abschnittes verschieben. Die bei dem sicheren Abgestorbensein der Schwangerschaft erlaubte dreiste Sondierung bestätigt die Annahme, daß es sich um einen leeren Uterus handelt, und stellt die Cavumlänge von 8 cm fest. Adnexe sind nicht durchzufühlen. Das linke Ligamentum sacro-uterinum ist straff gespannt; das rechte ist nur undeutlich zu tasten. Eine Schwangerschaft in dem zur Portio gehörigen Uterus war also ausgeschlossen; es konnte sich nur um eine rechts außerhalb liegende Gravidität handeln. Die tief seitlich herabgehende Verbindung des Fruchthalters mit dem nachgewiesenen leeren

Uterus machte eine Tubargravidität unwahrscheinlich. Es blieb nur die Annahme einer abgestorbenen Schwangerschaft in einem atretischen Nebenhorn. Wenn auch die Form eines graviden Nebenhorns in der Regel etwas mehr in die Länge gezogen ist als im vorliegenden Fall und wenn auch seine Lage gewöhnlich mehr seitlich ist, so mußte man doch nach Lage der Dinge an dieser Diagnose festhalten. Die Annahme eines anderen Tumors war bei der klaren Schwangerschaftsanamnese und dem deutlich gefühlten Kopf des Foetus von Anfang an ausgeschlossen. Die fehlende Verfärbung der Scheide erklärte sich aus dem Tode der Frucht; die Menstruation war 6—7 Wochen nach dem Termin, an dem nach der Größe der Frucht und dem Zeitpunkt der ausgebliebenen Menstruation der Fruchttod eingetreten sein mußte, rechtzeitig wiedergekehrt. Die Schwellung der Brüste war zurückgegangen, die Colostrumbildung war nahezu erloschen. Es stimmte also alles vollständig mit der Diagnose überein.

Am 27. August wird die Operation ausgeführt. *Risum teneatis amici!* Das vermeintliche schwangere rechtseitige Uterushorn entpuppte sich als ein Teratom des linken Ovar. Es ging mit kurzem, breitem Stiel von der linken Uteruskante aus und war nach vorn vor den Uterus gelagert, indem es im Stiel wie in einem Scharniergelenk nach vorn und medianwärts gedreht war. Es bestanden nirgends Verwachsungen, und die Geschwulst ließ sich bei offener Bauchhöhle in Beckenhochlagerung leicht zurückdrehen. Bei geschlossener Bauchhöhle und in gewöhnlicher Rückenlage lag sie der vorderen Uterusfläche so fest auf, daß sie sich nach der linken Seite hin, von wo sie doch herkam, überhaupt nicht dislozieren ließ, wohl aber ein wenig nach rechts, indem dabei der Stiel nachgab. Es bestand auch keine Zirkulationsstörung im Tumor, wenigstens keine makroskopisch nachweisbare. Dieser hatte ganz die Form eines schwangeren Uterus. Auch am entfernten Tumor fühlte man links eine Resistenz, die vor der Operation für den Rücken des Foetus gehalten worden war. Im unteren Segment der Geschwulst befand sich eine Knochenbildung von der Größe und Rundung des Kopfes eines fünf- bis sechsmonatlichen Foetus. Quer durch diese Knochenbildung zog sich ein Spalt, der die Pfeilnaht vortäuschte und der auch am herausgeschnittenen Tumor sich wie eine Sutura anfühlte! — Der Fall zeigt, wie uns die Natur diagnostische Schwierigkeiten aufbürden kann, die geradezu einer Mystifikation gleichkommen.

Aus den Beobachtungen, die bei der Operation gemacht wurden, konnte ich eine praktische Lehre entnehmen. Die Diagnose wäre leicht gewesen, wenn man den Fall in steiler Beckenhochlagerung und Narkose untersucht hätte. Die Geschwulst erhielt infolge der Entspannung der Bauchdecken durch die Narkose und infolge der Beckenhochlagerung eine verhältnismäßig große Beweglichkeit. Sie sank durch ihre Schwere nach dem Zwerchfell hin und bewirkte so spontan eine teilweise Retorquierung des Stiels. Hätte man untersucht, während die Geschwulst diese Verhältnisse zu ihren Nachbarorganen hatte, so wäre ihre Begrenzung möglich und ihr Ursprungsort sicher festzustellen gewesen.

Schluß. Aus der vorliegenden Beobachtung ziehe ich also die Lehre, bei solchen schwierigen Orientierungen über die Ausgangsstelle von Tumoren der inneren weiblichen Genitalien die Beckenhochlagerung in Zukunft zur diagnostischen Klarstellung zu Hilfe zu nehmen. Es kommen dann ähnlich wirkende und erleichternde Momente dieser Lagerung in Betracht, wie sie Bumm für gewisse geburtshilfliche Eingriffe nachgewiesen und nutzbar gemacht hat. Es wird mit Zuhilfenahme der steilen Beckenhochlagerung bei der diagnostischen Untersuchung in einem gleichen Fall möglich sein, zu einer sicheren Beurteilung der anatomischen Verhältnisse zu gelangen.