DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Zweiundzwanzigster Jahrgang.

Redaction: Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.

Lichtensteinallee 3.

Am Karlsbad 5.

Seeburgstr. 31.

INHALT.

- Originalartikel:** I. Aus der Universitäts-Frauenklinik in Giessen: Ueber Blutungen in Ovarialcysten. Von Prof. Dr. H. Löhlein.
II. Beiträge zur neuropathologischen Casuistik. Von Prof. Dr. A. Eulenburg.
III. Aus der III. medicinischen Universitätsklinik in Wien: Zur Diagnostik der Erkrankungen der Vena cava inferior. Von Priv.-Doc. Dr. Hermann Schlesinger, Assistenzarzt.
IV. Aus dem neuen allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf: Casuistischer Beitrag zur Frage des Vorkommens des Processus vermiformis im Bruchsack bei Kindern. Von Assistenzarzt Dr. C. Goebel.
V. Aus der Privatanstalt für Frauenkrankheiten von Prof. Dr. J. Veit:

- Zur Indication und Technik der vaginalen Laparotomien. Von Assistenzarzt Dr. G. Siefert in Berlin.
VI. Die Resorptionsfähigkeit des Dickdarms in gynäkologischer Beziehung. Von Dr. E. Witte in Berlin.
VII. Aus der ärztlichen Praxis: Zu den Mischinfectionen acuter Hautexantheme. Von Sanitätsrath Dr. J. Samter in Charlottenburg.
VIII. Öffentliches Sanitätswesen: Die Krankenkassen im Deutschen Reich im Jahre 1894. Von Dr. Georg Heimann in Berlin. — Unsere Apothekenverhältnisse. Von Apotheker E. Kempf in Steinau a. O. — Zur Litteratur des Radfahrens. — Zur Hygiene der Kleidung. Ref. J. Placzek.
IX. Kleine Mittheilungen.

I. Aus der Universitäts-Frauenklinik in Giessen.

Ueber Blutungen in Ovarialcysten.¹⁾

Von H. Löhlein.

Nach den übereinstimmenden Erfahrungen aller Operateure sind Blutergussungen in bestehende Ovarialcysten nicht eben seltene Vorkommnisse. Oft sind sie bereits vor der Operation diagnosticirt und haben dann auch zur Vornahme derselben gedrängt, öfter erfolgen sie in so mässiger Menge, dass keine bestimmten Symptome hervorgerufen und die blutigen Beimengungen zum Inhalt der Cysten, resp. einzelner Loculi, erst bei der Operation selbst wahrgenommen werden.

Die Umstände, unter denen sie besonders leicht und besonders häufig, und zwar in solchem Grade, dass das klinische Interesse dadurch lebhaft erregt wird, vorkommen, sind bekannt. Es sind in dieser Beziehung, zumal in früherer Zeit, vor allem die bei der Punction verursachten Verletzungen grösserer Gefässe der Cystenwand nicht selten anzuklagen gewesen.

Aus meiner Assistentenzeit erinnere ich mich an zwei schwere innere Blutungen, die nach der von Eduard Martin ausgeführten Punction grosser Cystengeschwülste bei Patientinnen auftraten, die sich zu einer Radicaloperation im Hinblick auf deren damals noch sehr hohe Mortalitätsziffer nicht entschliessen konnten. Der eine dieser beiden Fälle verlief tödtlich, infolge einer beträchtlichen intracystischen Nachblutung. — Ein derartiges Missgeschick dürfte zur Zeit kaum mehr beobachtet werden. Denn die glänzenden Erfolge der Ovariectomie haben die Scheu des Publikums vor dem Bauchschnitt längst überwunden, und dem aseptisch geschulten Operateur gilt die Incision auf demjenigen Gebiet, auf dem die Punction noch am längsten Fürsprecher hatte, nämlich auf dem diagnostischen, als das sicherere und ungefährlichere Verfahren. In Wahrheit ist daher heute die Punction, sowohl die zu palliativ-therapeutischem als die zu diagnostischem Zweck vorgenommene, auf seltene Ausnahmefälle beschränkt. Für diese aber gilt streng die Regel, dass überall, wo man sich aus individuellen Rücksichten ausnahmsweise für die Punction entscheiden musste, doch Alles für die Ausführung des hinterher etwa — d. h. wegen der Symptome innerer Hämorrhagie — nöthig werdenden Bauchschnittes vorbereitet wird.

Es ist ferner bekannt, dass die bösartigen Neubildungen der Ovarien, die Carcinome und Sarkome, und die den Uebergang zu ihnen bildenden papillären Geschwülste relativ häufig zu Blutungen

in die Geschwülste oder, wo die Cystenwand durch die wuchernde Neubildung durchbrochen ist, in die freie Bauchhöhle führen. Die Extravasattheerde, mit denen wir diese Neubildungen oft durchsetzt finden, die Blutbeimengungen zu der ascitischen Flüssigkeit, die sich nach der Oeffnung der Bauchhöhle ergiesst, geben gar oft die Erklärung für Schmerzanfälle und beschleunigten Kräfteverfall bei diesen Kranken.

Von hervorragendem Interesse sind weiterhin die Blutungen in Ovarialgeschwülste, welche auf mehr oder weniger plötzlich eingetretene Circulationsstörungen zurückzuführen sind, wie solche an den typischen glandulären Cystomen bekanntlich am häufigsten durch Stieldrehung zustande kommen.

Auf Fälle dieser Art habe ich wiederholt in dieser Gesellschaft die Aufmerksamkeit gelenkt. In den letzten Jahren hatten wir relativ häufig (1894 fünfmal, 1895 zweimal) Gelegenheit, zu constatiren, wie gerade das Wochenbett die Entstehung dieser Torsionen und weiterhin von Hämorrhagien in bestehende Cysten begünstigt. In dem einen dieser Fälle (G.) konnten die den wiederholten Schmerzanfällen entsprechenden wiederholten Blutergussungen in die Kammern der Geschwulst, zum Theil älteren, zum Theil frischen Datums, hier von mir demonstrirt werden. Die unverkennbare anatomische Disposition, welche das Wochenbett für ausgiebige Lageveränderungen beweglicher Geschwülste und damit für die Stieldrehung und ihre Folgen bietet, die tausend Gelegenheitsanlässe, die bei Wöchnerinnen, zumal bei stillenden, gegeben sind, liessen für uns die doch auch genügend sichergestellte Disposition, welche die Schwangerschaft bietet, eine Zeit lang stark in den Hintergrund treten, bis wir jüngst durch zwei einschlägige Beobachtungen nachdrücklich an diese erinnert wurden. Die erste derselben gehört im strengeren Sinn nicht hierher, da es hier nicht zur intracystischen Hämorrhagie infolge von Stieltorsion gekommen war, sondern nur zu ausserordentlich festen und ausgedehnten Adhäsionen des Cystoms. Das letztere hatte eine ganz ungewöhnliche Grösse erreicht (Leibesumfang 144 cm, Inhalt 30 Liter Flüssigkeit von 1,008 spec. Gew.), und seine Exstirpation stellte daher und wegen der peritonischen Verwachsungen einen recht schweren Eingriff dar, durch den indessen die im sechsten Monat befindliche Schwangerschaft nicht einmal vorübergehend bedroht erschien.

Dagegen ist der zweite Fall, von dem ich Ihnen das Präparat vorzeigen kann, ein ausgezeichnetes Beispiel derartiger Hämorrhagien nach plötzlicher Stieldrehung in der Schwangerschaft.

Von Herrn Medicinalrath Hauser in Büdingen wurde ich am 14. März d. J. zu einer Frau B., einer blühend kräftigen Frau von 33 Jahren, die

¹⁾ Vorgetragen in der Giessener med. Gesellschaft am 12. Mai 1896.

zweimal geboren hatte und jetzt im sechsten Monat ihrer dritten Schwangerschaft stand, gerufen. Patientin hatte, nachdem sie bereits im vierten Monat vorübergehend über Schmerzempfindungen in der linken unteren Extremität geklagt hatte, zwei Tage vor der Consultation, am 12. März, bei einer „ungeschickten“ Bewegung plötzlich lebhaft Schmerzen in der linken Bauchseite verspürt, die auf die ärztlichen Verordnungen hin vorübergehend nachliessen, am 13. indessen heftiger wiederkehrten. Es kam zu beträchtlicher Auftreibung der Därme, während links neben dem Uterus gravidus eine deutlich zunehmende Dämpfung constatirt wurde. Temperatur 37,6, Puls 90. — Am 14. März gesellte sich öfteres Aufstossen hinzu. Puls 110, Temperatur 37,6. Die ganze linke Hälfte des Abdomen zeigte gedämpften Schall, war gespannt, druckempfindlich. — Köpfchen ballotirend, Herztöne normal. Wir nahmen an, dass es sich um einen Bluterguss handelte, höchstwahrscheinlich in einen bis dahin unbemerkten Ovarialtumor, der durch Stieldrehung eine jähe Störung der Circulation erlitten hatte. Als daher am 15. März trotz reichlicher Opiumgaben wiederholtes Erbrechen und weitere Steigerung der Pulsfrequenz (124) aufgetreten war, während die Schmerzhaftigkeit fortbestand und trotz wiederholter Lavements kein Abgang von Stuhl und Flatus erzielt worden war, schritten wir (in der Wohnung der Patientin) zum Bauchschnitt.

Mein Assistent, Herr Dr. Töpfer, hatte die aseptischen Vorbereitungen genau wie in der Klinik getroffen. Herr College Hauser leitete die Narkose, die ohne jede Störung verlief; Verbrauch wenig über 40 g Chloroform. Der Schnitt durch die stark gespannten, fettreichen Bauchdecken musste ziemlich gross ausgeführt werden, um zu dem kurzen, von links nach rechts zweimal gedrehten, brüchigen Stiel zu gelangen, der die zu einem mannkopfgrossen, prallen Blutumor veränderten linken Anhängen mit der linken Kante des Uterus, der sie fest angepresst lagen, verband. Der Stiel wurde leicht unterbunden, dagegen nicht ohne Schwierigkeit der der Umgebung nach allen Seiten fest angepresste Tumor in toto herausgewälzt. Es zeigte sich, dass er aus der daumendicken, durch Blutstauung und Blutergiessung strotzend geschwellenen Tube und dem zu einem prallgefüllten Blutsack mit blutig durchsetzten Wandungen umgewandelten linken Ovarium bestand. — Kein Blutverlust. — Die Nahtvereinigung der Bauchdecken durch die starke Gasspannung in den Därmen, besonders im Colon, recht erschwert.

Leider trat der von der Entfernung der Geschwulst erhoffte Nachlass aller Krankheitserscheinungen nicht ein. Der Puls blieb frequent, und trotzdem der Abgang von Flatus durch Klysmata nunmehr erzielt werden konnte, bestand der Meteorismus doch fort. Die Temperatur erhob sich bis 38,7. Die Qualität des Pulses ward wechselnd und in der Nacht vom 17./18. März erfolgte der Exitus letalis.

An dem Präparat, von dem Herr Dr. H. Walther freundlichst die beistehende Skizze gemacht hat, erscheint die dunkelbraunrothe Gesamtgeschwulst 20 cm breit, 15 cm hoch, 9–10 cm dick. Am oberen Rand des linken Ovariums (O.) zieht die gegen das Fimbrienende kolbig anschwellende Tube (T.) mit der Fimbria ovaria (F. o.) hin. Die Tube ist an der Abtrennungsstelle bleistift dick und schwillt gegen die Mitte auf Fingerdicke an, während das Fimbrienende 3,5 cm breit erscheint. Das Gewebe der Tubenwandung ist von Blutergiessungen so durchsetzt und auseinandergedrängt, dass ein Lumen auf dem Durchschnitt zunächst nicht zu erkennen ist, und der Eindruck einer gleichmässig compacten Geschwulst hervorgerufen wird. Das Ovarium selbst ist in ähnlicher Weise von Blutaustretungen durchsetzt und in eine fast homogene braunrothe Geschwulst verwandelt, in der sich das Corpus luteum abgrenzen lässt und an die sich der die Hauptmasse des Ganzen bildende mit weichem Gerinnsel gefüllte Blutsack anschliesst. Die Wand des letzteren, die ebenfalls blutig infiltrirt erscheint, ist 2–4 mm, an einzelnen Stellen nur 1 mm dick. An ihrer Innenfläche springen einige Septa vor, welche erkennen lassen, dass die intracystische Blutung nicht in eine uniloculäre Geschwulst stattgefunden hat. Es besteht also ein Hämatoma tubae et ovarii und eine starke intracystische Blutung.

Seiner Entstehung nach von den bisher erwähnten verschieden und offenbar ein nicht eben häufiges Ereigniss darstellend ist ein intracystischer Bluterguss gewesen, den wir vor acht Tagen zu constataren Gelegenheit hatten. Hier handelte es sich um eine sehr abundante (abundanter als in irgend einem unserer Fälle von Stieltorsion) Blutung in eine offenbar rasch gewachsene Ovarialcyste, die unter dem Einfluss körperlicher Anstrengung zur Zeit der prämenstrualen (menstrualen) Congestion zustande gekommen war. Eine analoge Beobachtung, bei der ebenfalls ohne Stieltorsion eine sehr bedrohliche Blutung in ein Ovarial-

cystom stattgefunden hatte, und wo wegen des zeitlichen Zusammenfallens ein ätiologischer Zusammenhang mit der Menstruation als möglich angenommen war, wird von Rosenberger¹⁾ berichtet. Ausser dieser sind mir keine einschlägigen Beobachtungen bekannt, während doch kaum daran gezweifelt werden kann, dass Gefässberstungen bei stark vascularisirten Ovarialgeschwülsten nicht so ganz selten sich ereignen werden, wenn Traumen, Ueberanstrengungen oder heftige Erregungen zur Zeit der aufs höchste gesteigerten prämenstrualen Congestion auf die Kranken einwirken.

Dass übrigens auch in solchen Cysten, in denen der venöse Rückstrom durch Stieltorsion bereits gehemmt ist, unterm Einfluss der menstrualen Congestion neue Nachschübe von Bluterguss stattfinden, konnten wir in dem oben erwähnten Fall G. deutlich feststellen. Dort war die zweite Blutung bei der Spätwöchnerin genau zur menstrualen Epoche eingetreten. Der Einwand, dass die Stieltorsion ebenso wie den Rückstrom auch die Blutzufuhr zu den entarteten Ovarien herabsetze, ja völlig unterbreche, ist deswegen ziemlich bedeutungslos, weil die Cystenwand nach eingetretener Stieltorsion bekanntlich meistens sehr schnell mit der Umgebung durch zahlreiche Adhäsionen verklebt und verlöthet wird, deren Gefässe, namentlich soweit sie im Bereich des kleinen Beckens liegen, an der menstrualen Congestion theilnehmen.

Unser Fall betraf ein 40jähriges Fräulein D., früher Krankenpflegerin, die als solche Typhus und Pleuritis überstanden hatte, hernach aber stets gesund und kräftig gewesen war. Menses stets schmerzlos. Die ersten örtlichen Beschwerden traten nach starker Anstrengung bei der Pflege der kranken Mutter im November 1895 auf: öfteres Drängen zum Uriniren bei erschwelter und zögernder Entleerung, die, nachdem sie einige Tage ausschliesslich im Knien möglich gewesen war, am 13. Januar zur völligen Ischurie wurde. Nach wiederholtem Katheterismus änderten sich die Beschwerden: es trat öfteres Harträufeln und starker Drang auf die Blase auf, während von dieser Zeit an die Zunahme des Leibesumfanges und das leidende Aussehen auch der Umgebung auffiel. Kein Zweifel, dass bis zur Mitte Januar der später constatirte Ovarialtumor im wesentlichen die Höhle des kleinen Beckens ausfüllte und um diese Zeit in die freie Bauchhöhle emporstieg. — Am 28. April 1896 stellte sie sich zuerst in der Klinik vor. Es wurde ein prall elastisches, etwa mannkopfgrosses linksseitiges Ovarialcystom constatirt, das den Uterus in Retroversion gedrängt hatte. Für die Diagnose genügte die äussere Palpation und Percussion und die combinirte Bauchdecken-Mastdarmexploration. Die Untersuchung wurde kurz und schonend ausgeführt, auf den Gebrauch der Sonde und der Kugelzange im Hinblick auf den fast unmittelbar bevorstehenden Eintritt der stets sehr pünktlichen Menses verzichtet.

Mit der Weisung, sich alsbald zur Operation einzufinden, verliess Fräulein D. die Klinik, irte über eine Stunde in der Stadt umher, um Verwandte aufzusuchen und fuhr Abends nach Darmstadt. Schon bei der Abfahrt waren Spuren der Menses aufgetreten. In der darauf folgenden Nacht (29. April, Morgens 3 Uhr) erwachte Fräulein D. mit der Empfindung, als ob in der linken Seite etwas geplatzt und danach ein Flüssigkeitserguss erfolgt sei. Sie giebt an, eine deutliche Wahrnehmung von der Bewegung der Flüssigkeit gehabt zu haben. Dabei war sie eiskalt und bleich und machte auf die Umgebung den Eindruck des rapiden Kräfteverfalls. Die Erscheinungen liessen indessen auf kalte Umschläge und die Verabfolgung von Excitantien hin verhältnissmässig schnell nach. Morgens 6 Uhr war die Periode richtig im Gang. Temperatur an diesem und den folgenden Tagen nicht erhöht, wie ich den Mittheilungen des Herrn Collegen Stapf entnehme. — Als sie am 4. Mai zur Operation sich einfand, hatte sie sich von dem Anfall ziemlich erholt, wenn sie auch blasser aussah als bei der ersten Untersuchung, und der Tumor deutlich grösser und gespannter erschien. Bei der Operation (5. Mai 1896) fanden sich in dem grössten Loculus, der sich gleich nach der Eröffnung der Bauchdecken darbot, zwei Liter braunschwarzes, klumpig-geronnenes Blut, nach dessen Entfernung der zäh-gelatinöse, hellgraue ursprüngliche Cysteninhalt erst zu Gesicht kam. — Eine Stieltorsion war nicht vorhanden. Die Operation verlief völlig uncomplicirt.

Ich habe den Fall eingehender mitgetheilt, weil er wohl geeignet ist, eindringlich an die klinische Bedeutsamkeit des dem menstrualen Blutabgang vorausgehenden Congestionszustandes zu erinnern. Die Frauen, aber auch ein grosser Theil der Aerzte sprechen immer nur von Schonung während der Periode. Demgegenüber muss hervorgehoben werden, dass — ganz abgesehen von der grossen Zahl derjenigen Dysmenorrhöen, bei denen die letzten Tage vor dem Eintritt der Blutung ausschliesslich oder doch am meisten schmerzhaft Sensationen bringen, die mit der Blutung nachlassen, — überall in dieser Zeit erhöhter Druck in den Arterien des kleinen Beckens besteht, der eine erhöhte Gefahr der Hämorrhagie bedeutet. Von dieser prämenstrualen Drucksteigerung kann man sich am schönsten überzeugen, wenn man Frauen zu untersuchen hat, die nach der Vornahme von Operationen am Mutterhals darüber klagen, dass im weiteren Anschluss an den Eingriff sich „Vorblutungen“ bei ihnen eingestellt hätten, d. h. dass den normalen Menses schwache Blutabgänge oder blutig-gestreifte Schleimabgänge vorausgingen. Aus den Stichstellen — es werden bekanntlich recht starke Nadeln für die Cervixnaht gebraucht — sieht man, so lange junges Narbengewebe daselbst

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1880, S. 271 u. 288.

vorhanden ist, sieben bis neun Tage vor dem Beginn der Menses in feinsten Tröpfchen Blut austreten. Drückt man einen Tampon gegen die Mutterlippen mit ihrer Excisionsnarbe, so erscheint er mit zahlreichen rothen Punkten betupft. Diese Erscheinung dauert Vierteljahre lang an; sie ängstigt die Frauen, hat indessen keine Bedeutung, da sie mit dem Derberwerden der Stichcanalnarbe von selbst schwindet.¹⁾

Der mitgetheilte Fall ist aber ganz besonders geeignet, vor manchen Eingriffen, namentlich auch vor eingehenden, derben und protrahirten Untersuchungen in der Zeit der unmittelbar bevorstehenden Menses zu warnen, selbstverständlich in denjenigen Fällen, in denen aus dem Aufschub kein Schaden für die Kranke erwächst. Die Gefäßsberstung, die bei unserer Kranken in der Nacht vom 28./29. April stattfand, würde höchstwahrscheinlich am 28. in der Sprechstunde erfolgt sein, wenn die Untersuchung nicht mit Rücksicht auf den prämenstrualen Zustand besonders zurückhaltend und schonend vorgenommen worden wäre.