V. Aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.,
chirurgische Abtheilung von Dr. Harbordt.

Ein Fall von Hydrocele muliebris.

Von Dr. med. **W. Liermann**,
ehemaligem Assistenzarzt der Abtheilung.

Wie der Processus vaginalis peritonei beim Manne durch Nichtobliteration Veranlassung zu mannigfachen pathologischen Vorgängen giebt, so kann auch das Persistiren desselben beim Weibe analoge Veränderungen hervorrufen.

Die eingehenden Untersuchungen über den Processus vaginalis

peritonei von H. Sachs,¹⁾ der es sich zur Aufgabe machte, die diesbezüglichen entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge an einer grossen Zahl von Kinderleichen anatomisch klarzulegen, haben dargethan, dass der Processus vaginalis des Weibes — Diverticulum Nuckii genannt — normaler Weise schon innerhalb des intrauterinen Lebens verschwindet. Sachs kommt fernerhin zu dem Resultat, dass der offene Processus vaginalis beim Manne sowohl wie beim Weibe viel häufiger auf der rechten Seite, als linkerseits angetroffen wird und dass beim Weibe der durch Offenbleiben des Processus vaginalis gebildete Canalis Nuckii im späteren Alter ebenso häufig angetroffen wird wie gleich nach der Geburt.

Ebenso wie sich beim Manne in persistirenden grösseren oder kleineren Resten des Processus vaginalis peritonei Flüssigkeitsansammlungen bilden können, ein Zustand, den wir als Hydrocele bezeichnen, so können sich auch in analoger Weise in dem persistirenden Canalis Nuckii des Weibes derartige pathologische Veränderungen vollziehen. Es ist dieser analoge Zustand beim Weibe als Hydrocele muliebris bezeichnet worden.

Hennig²⁾ hat seinerzeit unter diesem Namen, mit Hinzurechnung zweier selbst beobachteten Fälle, 41 Fälle in der gesammten Litteratur zusammenstellen können, was schon ein Beweis für das nicht häufige Vorkommen der genannten Affection sein dürfte.

Trotzdem ist die sogenannte Hydrocele muliebris nicht als ein pathologisches Curiosum zu betrachten, sondern die erheblichen Beschwerden und die diagnostischen Irrthümer, zu denen die Affection Veranlassung geben kann, machen es nothwendig, sich mit den Erscheinungen derselben vertraut zu machen. Gerade was die diagnostischen Irrthümer bei der Hydrocele muliebris anbetrifft, so hat Hennig mit Recht darauf aufmerksam gemacht, dass die meisten der genannten Wasserbrüche bis jetzt zuerst für Darmbrüche gehalten wurden.

Dass sich je nach dem Sitz dieser Hydrocelen — d. h. je nachdem sie den Leistencanal ganz oder theilweise ausfüllen, mit der Bauchhöhle communiciren oder sich zu vollständig abgeschlossenen Bälgen herausbilden — sowohl die klinischen Symptome, wie auch der anatomische Befund sehr verschieden gestalten können, liegt auf der Hand. Ich will auf diese verschiedenen Möglichkeiten hier nicht näher eingehen, sondern auf das Hennig'sche Referat verweisen, wo im Anschluss an die 41 citirten Fälle sowohl die Diagnosenstellung, wie die klinischen Symptome, die Verschiedenheit des Sitzes der Hydrocele und der sich daraus ergebende pathologische Befund des näheren geschildert sind.

Einen von uns vor kurzem beobachteten Fall glaube ich auch unter die von Hennig unter dem Namen Hydrocele muliebris zusammengefassten Fälle rubriciren zu können, und dürfte derselbe besonders auf Grund des anatomischen Befundes von Interesse sein.

G., Therese, 28 Jahre, Näherin, wurde am 2. November 1891, nachdem sie schon mehrere Wochen in ärztlicher Behandlung gewesen war, behufs eventuellen operativen Eingriffes einer nicht reponirbaren rechtsseitigen Leistenhernie wegen auf der chirurgischen Abtheilung aufgenommen.

Die Anamnese ergab folgendes: Menstruation trat mit 17 Jahren ein, war stets regelmässig und ohne Beschwerden. Vor 3 Jahren bemerkte Patientin zuerst eine etwa haselnussgrosse Schwellung in der rechten Leistengegend, die ihr jedoch keinerlei Beschwerden machte. In den nächsten Jahren nahm diese Schwellung langsam und stetig zu. — Die ersten Beschwerden von Seiten der Geschwulst traten zuerst vor etwa fünf Monaten auf. Dieselben bestanden in zeitweise ziehenden Schmerzen an der genannten Stelle, sowie in geringen gastrischen Beschwerden. Vor 4 Wochen begab sich Patientin stürkerer Beschwerden wegen zuerst in ärztliche Behandlung. Die Geschwulst, die sich früher angeblich zurückbringen liess, war inzwischen hühnereigross geworden. Die Schmerzen traten nun stärker und öfter auf, verbunden mit Uebelkeit, Brechreiz und zeitweiser Verstopfung. Von dem Arzte wurde ein Bruchband verordnet, was jedoch die Schwellung nicht zurückzuhalten vermochte.

Am 28. October gesellten sich zu den Schmerzen an der Geschwulst starke Schmerzen im ganzen Leibe, Uebelkeit und Erbrechen fast nach jeder Nahrungsaufnahme. Von einem zweiten Arzte wurden mehrfache Repositionsversuche, jedoch ohne Erfolg gemacht, weshalb Patientin am 2. November in das Hospital verwiesen wurde. In den letzten Tagen mehrmals dünner Stuhl. Letzter Stuhl am 2. November morgens.

Status bei der Aufnahme am 2. November abends: Patientin blass und anämisch. In der rechten Inguinalgegend, 2 cm von der Medianlinie aus beginnend, eine kleinhühnereigrosse Geschwulst, die sich nur wenig zusammendrücken und seitlich verschieben lässt. Leerer Schall über der Geschwulst. Nach aussen, schräg nach oben und mehr nach innen von

der genannten Geschwulst, ist unter den Bauchdecken eine zweite etwas kleinere Geschwulst zu fühlen von etwas härterer Consistenz und mehr längsovaler Form. Diese zweite Geschwulst, die sich direct an die erstgenannte ansetzt, ist viel druckempfindlicher und fast gar nicht verschiebbar. Versuche, die erstere Geschwulst nach innen zu reponiren, gelangen nicht.

Nachdem am 3. November morgens auf Oleum Ricini Stuhl erfolgt war, wird abends 5 Uhr zur Operation geschritten. In Narkose Längsschnitt parallel der Inguinalfalte über die äusserlich sichtbare Geschwulst. Nach Durchtrennung der Bauchdecken zeigt sich in der Tiefe eine kleinhühnereigrosse Geschwulst. Beim Einschnitten derselben entleert sich, unter Zusammenfallen der Geschwulst, hellgelbe Flüssigkeit. Nach völligem Aufschneiden und Sichtbarmachen der Innenfläche des Geschwulstsackes zeigen sich an dem oberen äusseren Winkel desselben nebeneinander zwei haselnussgrosse gefüllte Cysten mit bläulichweisser Wandung. Dieselben sitzen nur an einem kleinen kurzen Stiel der Wandung des Sackes an. Aus diesen beiden Cysten entleert sich beim Einschnitten wasserhelle Flüssigkeit. Von dem oberen äusseren Winkel des erstgeöffneten Sackes gelangt man mit der Hohlsonde durch eine enge Spalte in das Innere eines zweiten Sackes. Nachdem derselbe durch Verlängerung des Hautschnitts und Durchtrennung der Bauchdecken freigelegt ist, präsentiert sich dieser zweite Sack als eine zweite etwas kleinere Geschwulst als die zuerst eröffnete. Beim Einschnitten fällt diese Geschwulst ebenfalls zusammen, und es entleert sich dieselbe gelbliche Flüssigkeit. Beide Bälge lassen sich vollkommen exstirpiren. Der durch diese Exstirpation geschaffene Hohlraum ist gegen die Bauchhöhle vollständig abgeschlossen; ebenso vollständig ist der Abschluss nach der Seite und nach unten. Die Incisionswunde wird vernäht und im unteren Winkel drainirt. Die Wundheilung verläuft normal. Am vierten Tage nach der Operation erfolgt auf Einlauf normaler Stuhl. Patientin wird am 18. November geheilt entlassen, nachdem von Seiten des Magens und Darms keinerlei Beschwerden mehr aufgetreten waren und jegliche Kost gut vertragen wurde.

Die anatomische Untersuchung der beiden exstirpirten, sanduhrförmig nebeneinander gelagerten Geschwulstsäcke ergab einen fibrösen Balg mit einer 1 mm dicken Wandung, sowie scirrhöse, mit Plattenepithel ausgekleidete, nicht ganz glatte Innenfläche. Die beiden haselnussgrossen Cysten zeigten eine durchsichtige, aus Bindegewebestroma bestehende Wandung und waren mit Endothel ausgekleidet.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass die Entstehung der hier geschilderten Affection auf die Persistenz des Canalis Nuckii zurückzuführen ist, der sich in unserem Falle innerhalb des Leistencanals völlig abgeschlossen hatte.

Was nun die eigenthümliche Sanduhrform der beiden Bälge anbetrifft, in deren einem sich noch dazu zwei fast völlig isolirte kleine Cysten vorfanden, so giebt uns auch hier das analoge Vorkommen derartiger Formen von Hydrocele beim Manne Aufschluss.

Von der Hydrocele funiculi spermatici, die mit der hier beschriebenen am meisten analog sein dürfte, kommen eine Reihe von Abnormitäten in der Form des Sackes vor, welche als Hydrocele bilocularis bezeichnet werden.

Es sind insbesondere von Kocher (Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane 1887) viele derartige Fälle zusammengestellt worden, und auch gerade das Vorkommen von multiplen, endothelbekleideten Cysten innerhalb derartiger Hydrocelensäcke findet sich analoger Weise beim Manne.

Während sonst die Entstehung, die Symptome und der Verlauf des hier geschilderten Falles mit den von Hennig beschriebenen übereinstimmt, so dürfte der anatomische Befund einen neuen Beitrag zu der Vielgestaltigkeit auch der Hydrocele muliebris liefern.

Auch unser Fall gab anfangs zu dem diagnostischen Irrthum, den Wasserbruch für einen Darmbruch zu nehmen, Veranlassung. Was uns zum operativen Eingriff veranlasste, war die Annahme, dass wir es mit einer incarcerirten Netzhernie zu thun hätten. Wir vermutheten in der äusseren Geschwulst den mit Bruchwasser angefüllten Bruchsack, während nur die kleinere unter den Bauchdecken gelegene, druckempfindlichere Geschwulst der eingeklemmte Netztheil zu sein schien.

Dass erst die Operation uns die völlige Aufklärung brachte, ist ein Beweis dafür, dass trotz des seltenen Vorkommens der Hydrocele muliebris es doch angebracht erscheint, bei dem Diagnosticiren von Leistenhernien beim weiblichen Geschlecht, insbesondere bei nicht ganz klaren Fällen, auch die Möglichkeit einer solchen Hydrocele in Betracht zu ziehen.

Herrn Dr. med. A. Harbordt, Chefarzt der chirurgischen Abtheilung, bin ich für die gütige Ueberlassung des obigen Falles zu besonderem Dank verpflichtet.

¹⁾ H. Sachs, Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonei als prädisponirendes Moment für die äussere Leistenhernie. Langenbeck's Archiv Bd. 35, S. 321.

²⁾ Hennig. Ueber Hydrocele muliebris. Archiv für Gynäkologie Bd. 25, Heft I. S. 103.