

Am 29. Mai dieses Jahres hatte sie, angeblich in Folge von Erkältung, ganz besonders starke Schmerzen in der Unterbauch- und Beckengegend, ohne einen bestimmten Sitz derselben angeben zu können. Der anteflectirte Uterus war grösser als normal. An seiner vordern Wand etwas nach links, fühlte man einen ungefähr wallnussgrossen etwas beweglichen Tumor, der einem subserösen Fibroid ähnelte, dafür aber viel zu hart war, daher auf Grund der jahrelangen Blasenbeschwerden als Blasenstein angesehen wurde.

Die Schmerzen wurden zunächst durch feuchte Wärme und Narcotica zu stillen gesucht, daneben reizlose Diät verordnet.

Am nächsten Abend wurde ich plötzlich zu der Kranken gerufen. Schon am Nachmittage soll sie über die unerträglichsten Schmerzen geklagt haben und nicht im Stande gewesen sein, nur einen Tropfen Urin zu lassen. Ich fand sie besinnungslos am Boden liegen und unter schweren Convulsionen um sich her schlagend. Nachdem sie in das Bett gebracht war und die Besinnung wieder erlangt hatte, war der oben beschriebene harte Körper von der vorderen Gebärmutterwand in den Blasenhalss spontan herabgetreten und in den hintern Theil der Harnröhre so eingezwängt, dass man beim Druck auf die vordere Scheidenwand ihn in oder besser mit der Harnröhre nach vorn drängen konnte. Dabei gelang es, durch die Harnröhrenmündung ein kleines Segment dieses Fremdkörpers zu fühlen.

Da ein Harnröhrenspiegel nicht zur Hand war, so wurde mittelst bimanuellen Handgriffes hauptsächlich durch den an der vorderen Scheidenwand andrückenden Zeigefinger der Fremdkörper scharf nach vorn gedrängt und damit die Harnröhre gewaltsam erweitert. Hierbei war der Stein bis in die Mündung der Harnröhre gedrängt worden und konnte nun mit Pincette und Kornzange, freilich unter heftigsten Schmerzen der Kranken, aus der eng umschliessenden Harnröhrenmündung schnell herausgedreht werden.

Der entfernte Stein war 16 Mm. lang und 11 Mm. breit, wog 3 Gr. und hatte die Gestalt einer Spitzkugel mit rauher körniger Oberfläche.

Unmittelbar nach Entfernung des Steines entleerte die Kranke eine grosse Masse Urin ohne irgend welche Beschwerden. Doch sollen neuerdings wieder Symptome von restirenden kleinsten Concrementen aufgetreten sein.

Nach Winckel sind Blasensteine bei Frauen viel seltener als wie beim Manne und zwar hauptsächlich wegen der kürzeren Beschaffenheit ihrer Harnröhre, wegen der Seltenheit der Stricturen und der Leichtigkeit, mit der Blasenkatarrhe bei ihnen zu beseitigen sind.

Sie sitzen beim Weibe gewöhnlich im tiefsten Theile der Blase, doch erwähnt Winckel selbst zwei interessante eigne Beobachtungen, in denen der Stein das eine Mal in einer Tasche der Blase über und hinter dem flach im Becken retrovertirten Fundus uteri, das andere Mal seitlich hinter dem horizontalen Schambeinast sass und zuerst für eine Exostose gehalten wurde. Auch in unserem Falle war der Sitz an der vorderen Uteruswand auffällig und war vielleicht durch ein Divertikel der Blase verursacht.

Ferner kommen Einkeilung der Steine in die Harnröhre und namentlich spontane Expulsion bei Frauen viel häufiger und selbst bei noch viel grösseren Steinen als beim Manne vor. Eine grosse Menge von Beispielen hierfür sind in der Literatur zerstreut. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass auch im obigen Falle eine derartige spontane Austreibung von der Natur angestrebt wurde. Doch wird an der Verzögerung und Aufhaltung derselben hier jedenfalls der enge vordere Theil der Harnröhre, besonders aber die rauhe körnige Oberfläche des Steines die Schuld getragen haben.

## II. Beitrag zur operativen Gynäkologie.

Von  
Dr. G. Leopold,  
Privatdocent in Leipzig.  
(Schluss aus No. 46.)

### III. Entfernung eines Blasensteins.

Ein sehr kräftiges, 25jähriges Fräulein klagte seit mehreren Jahren über beständige heftige Schmerzen beim Wasserlassen.

<sup>\*)</sup> Suppl. au Dict. de Méd. par Fabre 1851. Schmidt's Jahrbücher Bd. 87, p. 287.  
<sup>7)</sup> Fr. Tholen, Inauguraldiss. 1874. Wiener med. Wochenschrift No. 28, 1874.

Daher handelte es sich hier bei der Entfernung des Steines nur um eine energische Nachhülfe, welche in der brüsken Vorwärtsdrängung des Fremdkörpers und in der Erweiterung der Harnröhrenmündung bestand.

IV. Beabsichtigte, aber unvollendete Castration bei Fibroma uteri retrovaginale. Trotzdem Rückbildung der Geschwulst und Aufhören der Blutungen.

Die nachfolgende Beobachtung enthält einen in hohem Grade bemerkenswerthen Beitrag zur Lehre von der Castration und deren Einfluss auf die Menstruation und die Rückbildung von Uterusgeschwülsten.

Frau H., 38 Jahre alt, seit einem Jahre zum ersten Male verheirathet, kinderlos, bemerkte seit wenigstens fünf Jahren eine Geschwulst in der Tiefe des Leibes und Beckens, die allmählig die Grösse eines Mannskopfes erreichte und ihr dadurch die grössten Beschwerden verursachte, dass sie bei den 8—10tägigen, sehr profusen Menses beträchtlich anschwell und das kleine Becken gleichsam auseinanderdrängte. Die Schmerzen der Frau waren dabei so enorme, dass sie zur Zeit der Menstruation Tag und Nacht nur auf einer Bank sitzend oder abwechselnd unstät herumlaufend zubringen konnte. Liegen war ihr dabei ganz unmöglich. Sie kam in der Zeit sehr herunter, ass nichts, hatte fortwährend Uebelkeiten, Brechneigung, starke Angstschweisse und bisweilen Ohnmachten. Der Zustand war mit einem Worte der, dass Patientin jeder neuen Periode mit grösster Sorge entgegen ging. In Folge dessen war sie zu jeder eventuellen Operation sofort bereit.

Bei der Untersuchung der mässig genährten Frau fand sich Becken und Unterleib wie ausgegossen von einem ziemlich gleichmässig gewölbten, bis zum Nabel reichenden Tumor, der kaum beweglich und linkerseits mit der Linea terminalis durch starke Adhäsionen verbunden war. Innen füllte die Geschwulst das Becken aus, wie der grosse Kopf eines Kindes im Beckenausgang. Die Scheide war nach vorn gedrängt; das Rectum total comprimirt, die Portio vaginalis hoch hinter die Symphyse gezerzt, kaum zu erreichen. Der Uterus nicht sondirbar. Der ganze Befund wie bei Retroflexio uteri gravidi mit schweren Incarcerationserscheinungen. In der Knieellenbogenlage liess sich der Tumor ein wenig aus dem Becken heben, fiel aber beim Nachlass sofort in die alte Lage zurück.

Diagnose: Fibroma uteri retrovaginale.

Da bei dem raschen Wachsthum der Geschwulst die Kranke einem qualvollen Ende durch Incarceration und Peritonitis entgegen gehen musste, so wurde die Castration, eventuell die Ausschälung der Geschwulst beschlossen.

Am 4. Mai 1879 unter strengster Antisepsis und unter gütiger Assistenz der Herren Tillmanns, Sänger und Schütz Eröffnung der Linea alba von 4 Ctm. oberhalb des Nabels bis 4 Ctm. oberhalb der Schamfuge. Sofort präsentirte sich die derbe, feste Geschwulst, deren Wölbung 2 Ctm. über den Nabel reichte und auf deren Oberfläche sich zunächst eine festere, halbkugelförmige Prominenz als das Corpus des in die Höhe gezogenen Uterus zu erkennen gab. Von diesem ging nach rechts die stark über die Geschwulst gezerzte Tube, hinter welcher, in ein Gewirr von Pseudomembranen eingebettet, das plattgedrückte Ovarium lag. Auf der linken Seite erstreckte sich die Tube und der ebenfalls stark verlöthete und verzerrte Eierstock in die breiten Adhäsionen, welche die Geschwulstperipherie mit der Linea terminalis verbanden. Diese letzteren Adhäsionen waren es hauptsächlich, welche die Beweglichkeit der Geschwulst ganz unmöglich machten.

Liess sie sich auch in ihrer ganzen Wölbung bis tief in das kleine Becken hinab, auf ganz glatter Oberfläche abtasten, so scheiterte doch jeder Versuch, sie aus dem

Becken in die Höhe zu rollen, vollständig an dem mächtigen, an der ganzen linken Linea terminalis hinlaufenden Bande, das in einzelnen Partien zu unterbinden sich wegen der enormen Gefässe als zu schwierig und unthunlich erwies.

Aber auch die Eierstöcke aus ihren festen Verlöthungen herauszuarbeiten, war ein Ding der Unmöglichkeit. So blieb nichts anderes übrig, als die von der hinteren Gebärmutterwand ausgehende Geschwulst in Ruhe zu lassen, und nur den Versuch zu machen, verschiedene an den Eierstöcken zerrende Pseudomembranen zu lockern oder zu durchtrennen. Am leichtesten ging dies auf der rechten Seite, wo etliche feine Stränge durchschnitten und zwei, die Tube mitfassende Ligaturen angelegt wurden. Ob aber hierbei starke, zum Tumor gehende Arterien (Aeste der Spermatica interna) mit unterbunden wurden, muss dahingestellt bleiben. Auf der linken Seite war jede Lockerung und Zerrung in der Gegend des Eierstocks ganz ohne Erfolg.

In Folge dessen wurde die Bauchhöhle nach sorgfältigster Reinigung wieder geschlossen. Weiterverlauf ganz reactionslos; nur verdient besonders erwähnt zu werden, dass in den ersten 5 Tagen die Geschwulst unter den Bauchdecken stark anschwell und mit ihrer höchsten Wölbung bis reichlich 4 Finger breit über dem Nabel stand. Von da an schwoll sie aber schnell ab, so dass Patientin am 14. Tage das Bett verlassen konnte.

Es lässt sich wohl denken, dass wir nun erst recht mit Bangen der nächsten Periode entgegensahen. Sie kam aber um vierzehn Tage zu spät und trat verhältnissmässig so leicht ein und so mässig, dass Patientin ganz ausserordentlich glücklich und mit dem Operationsresultate in hohem Grade zufrieden war.

Das Merkwürdigste aber ist, dass sich seitdem die Frau eines ausgezeichneten Befindens erfreut. Sie ist dick und voll geworden; die Blutungen und Schmerzen haben ganz erheblich nachgelassen, ja im letzten halben Jahre sind beide ganz weggeblieben; und die Geschwulst hat sich mindestens um ein gutes Drittheil verkleinert. Incarcerationserscheinungen sind nie wieder aufgetreten.

So wurde zu unser aller Erstaunen dasselbe ausgezeichnete Operationsergebniss erzielt, wie es sonst nach wirklich vollendeter Castration oder nach der wirklichen Exstirpation von Fibroiden beobachtet worden ist.

Wie aber wird dieses Ergebniss zu erklären sein? Zunächst ist hier eine ganz gleiche Beobachtung<sup>1)</sup> aus der Klinik Spiegelberg's zu erwähnen, zu welcher mein obiger Fall das beste Seitenstück ist. Die Wichtigkeit der Sache erlaubt jedenfalls, das Citat ausführlicher zu geben: „Dass es leider Fälle giebt“, sagt Bruntzel, „in denen die Castration zur Unmöglichkeit wird, haben wir bei einem über kindskopfgrossen Myom erfahren. Der interstitielle Tumor überragte den Nabel, war fest im Becken eingeklemt, und mit der Bauchwand und einzelnen Darmschlingen durch mehr oder wenige feste Adhäsionen verklebt. Ganz in der Tiefe der seitlichen Beckenwand adhärend und tief in Adhäsionen eingebettet, sassen die Ovarien, zu denen trotz des langen Schnittes der Zugang wegen der Unverschiebbarkeit der Geschwulst unmöglich wurde. Hier standen wir von der Entfernung der Eierstöcke ab, da, wenn wir auch dieselben mit den Fingerspitzen erreichen konnten, wir einer Blutung, die unbedingt bei der Zerreiung der festen Adhäsionen eingetreten wäre, nicht Herr geworden wären. Die Patientin genas reactionslos von dem Probeschnitt und hat merkwürdiger Weise die Blutungen in minder reichlichem Maasse als vorher, ja

<sup>1)</sup> Bruntzel, Vier Castrationen. Archiv für Gynäkologie XVI, 122.

sie hatte sie drei Monate verloren. Eine Einwirkung des Schnittes auf die Geschwulst, resp. die Blutungen zu vindiciren, davon kann natürlich nicht die Rede sein.“

In diesem, wie in meinem Falle handelte es sich demnach um grosse, im Becken eingekeilte Fibroide, deren Eierstöcke unentfernbar waren. In beiden Fällen kam mithin die beabsichtigte Operation nicht zur Ausführung, und doch war in beiden das Resultat das gleiche, als wenn die Eierstöcke entfernt worden wären. Freilich möchte hervorzuheben sein, dass in meinem Falle verschiedene, die Ovarien einhüllende Pseudomembranen gelöst, auch zwei Ligaturen zwischen rechten Eierstock und Fundus uteri angelegt wurden, welche möglicherweise Aeste der Spermatica interna zusammenschnürten und damit die Blutzufuhr zur Geschwulst beeinträchtigten. Doch ist wohl keinesfalls anzunehmen, dass damit die hauptsächlichlichen, die Geschwulst ernährenden Gefässe getroffen waren.

Gleichwohl muss dieser Umstand hervorgehoben werden, weil eine Beobachtung von Schröder<sup>1)</sup> vorliegt, nach der er einmal bei einer unausführbaren Castration eine Adhäsion mit dem Netze unterbunden hatte, worauf eine fast vollkommene Rückbildung des Tumors erfolgte.

Es wird aber ferner auf die Bedeutung jener Ligaturen in meinem Falle auch deshalb weniger Werth zu legen sein, als im Falle von Spiegelberg weder Lockerungen von Membranen noch Ligaturen vorgenommen wurden (wenigstens ist Nichts davon berichtet), und doch liessen nach dem Probesechnitt die Blutungen erheblich nach, ja blieben zeitweise ganz fort.

Soll ich für diese überraschenden Befunde eine nur etwas befriedigende Erklärung geben, so möchte ich sie dahin ausdrücken, dass Abbindungen von nur einzelnen oder grösseren Gefässbahnen eine verminderte oder ganz mangelhafte Ernährung einer Geschwulst schon aus theoretischen Gründen nur so lange herbeiführen können, bis aus der Umgebung neue Gefässe auf die Geschwulst herangetreten sind. Wo aber nicht einmal Ligaturen angelegt wurden, kann es sich wohl nur um den verfrühten Eintritt der Menopause handeln, welcher vielleicht die Folge ist der immer stärkeren Degeneration und Atrophie der Eierstöcke durch Zerrung und Compression von Seiten der wachsenden Geschwulst.

Da ich der Ueberzeugung bin, dass Beobachtungen, wie diese von Spiegelberg und mir, gewiss auch schon von Anderen gemacht worden sind, so wäre es erwünscht, wenn auch von anderer Seite derartige Fälle ausführlicher besprochen würden.