



Ein Fall von hydrocele muliebris.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

Universität Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

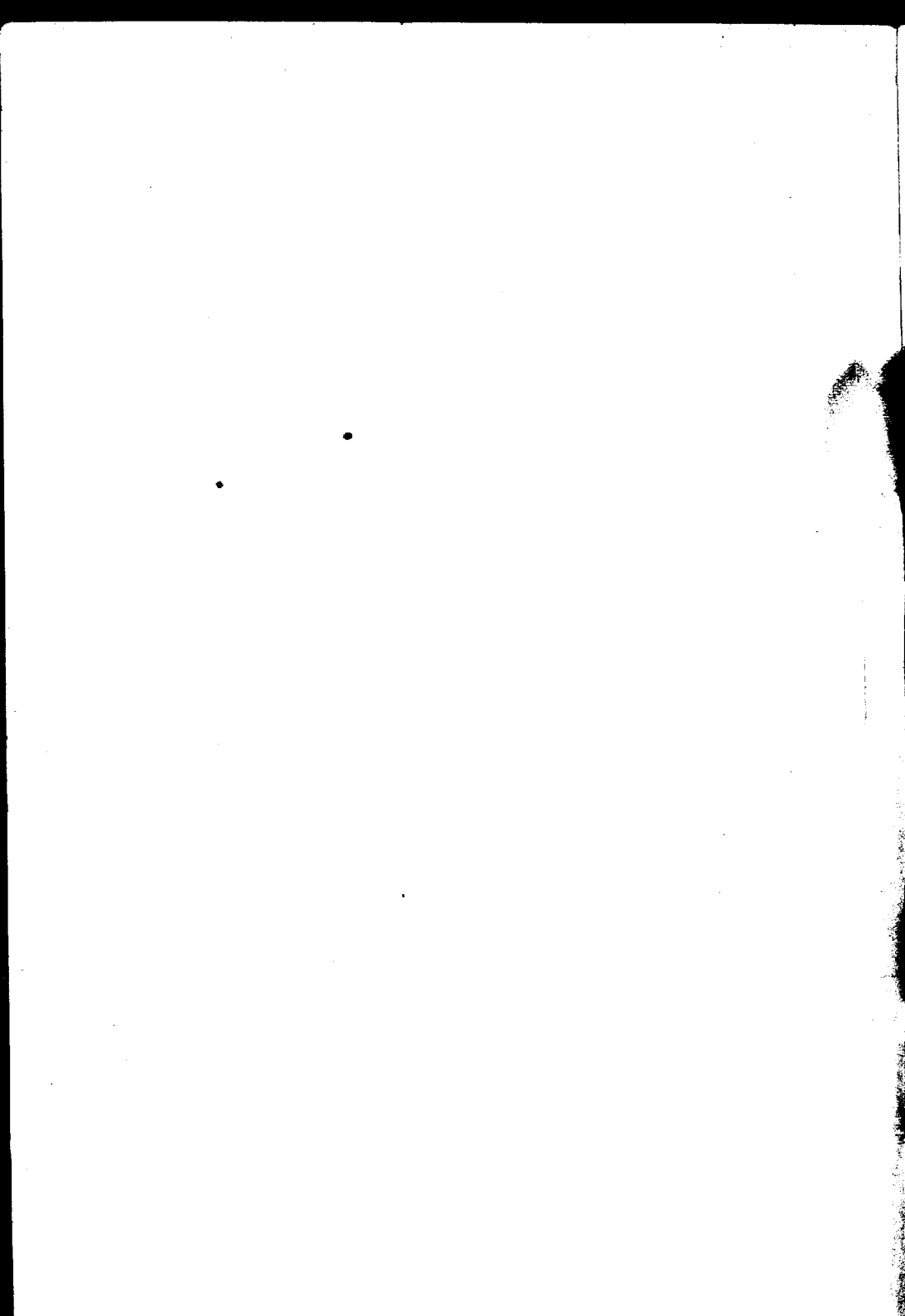
M. Scherb,

approbiertem Arzt

aus Gudensberg (Preussen).



ANTON BOEGLER'SCHE BUCHDRUCKEREI
WÜRZBURG.

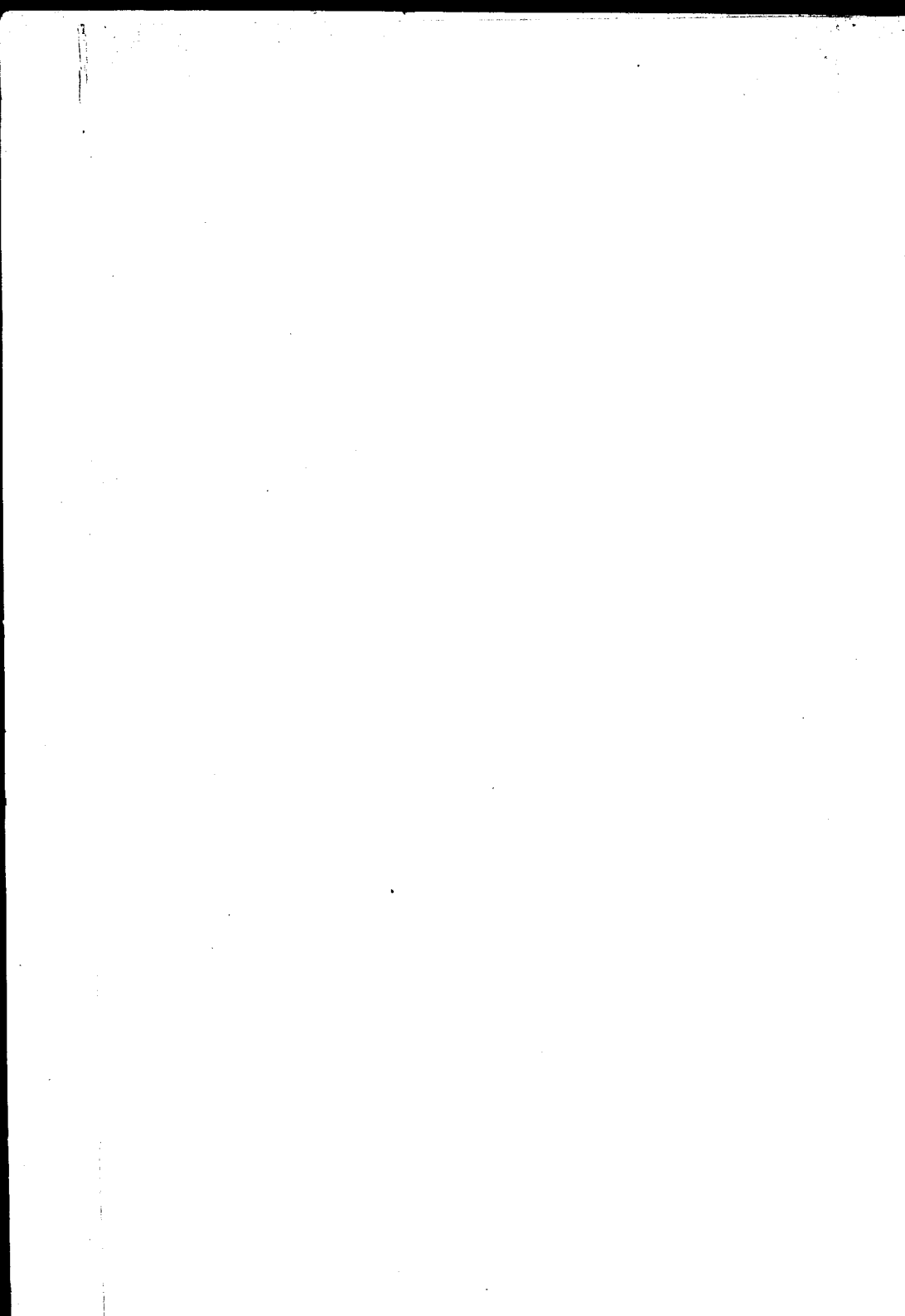


Genehmigt von der medicinischen Facultät auf
Antrag des Herrn **Geh. Hofrath Schultze.**

Jena, 4. Mai 1888.

Prof. Dr. M. J. Rossbach

z. Z. Dekan.



Analog dem processus vaginalis peritonei beim männlichen Embryo kommt es auch bei dem weiblichen vom dritten Monat an zur Bildung eines Bauchfellfortsatzes, welcher eine Strecke weit in den Leistencanal hineinreicht und blind abgesackt endet. Es ist dies das Diverticulum Nuckii.

Nach den Untersuchungen *Niemann's* wird dies Gebilde am häufigsten zwischen dem fünften und siebenten Foetalmonat gefunden. Nicht selten persistiert es bis in die späteste Zeit des foetalen Lebens, ja noch darüber hinaus.

So fand *Zuckerkanndl* unter neunzehn weiblichen Leichen aus der elften bis zwölften Lebenswoche vier Mal Diverticulum Nuckii, darunter drei Mal beiderseits.

Niemann, welcher sechsundvierzig Embryonen und Kinder weiblichen Geschlechtes daraufhin untersuchte, konnte in mehr als der Hälfte der Fälle einen processus vaginalis constatieren. Meistens wurde er doppelt gefunden, wenn einseitig, vorwiegend rechts.

Bleibt bei einem Individuum dieser foetale Bauchfellfortsatz erhalten, so ergibt sich für dasselbe eine besondere Disposition zu Hernien. Die Obliteration kann auch in der Weise vor sich gehen, dass sie unvollkommen stattfindet,

oder nur ein Teil des Canales zum Verschluss kommt. Hieraus ergeben sich natürlich verschiedene Möglichkeiten: Bald wird der persistierende Teil mit der Bauchhöhle in Verbindung stehen, bald von dieser abgeschlossen erscheinen.

In einem solchen offen gebliebenen oder mangelhaft zum Verschluss gelangten processus vaginalis kommt es zuweilen zur Ansammlung von Flüssigkeit und somit zur Bildung von hydrocele muliebris.

Es handelt sich bei dieser Erkrankung, wie in den entsprechenden Verhältnissen beim Manne, um einen bald mehr acut, häufiger mehr chronisch verlaufenden, entzündlichen Process. Die in dem abgesackten Raume sich hierbei ansammelnde Flüssigkeit nimmt im weiteren Verlauf allmählig oder schubweise in ihrer Menge zu. Die letztere Erscheinung weist auf Zeiten stärkerer Entzündung hin. Mit der zunehmenden Grösse des Wasserbruchs wird das betreffende labium maius mehr und mehr occupiert. Auch stellen sich Beschwerden ein, die sich in spannenden, ziehenden Schmerzen der betroffenen Gegend kundgeben. Dieselben sind sicher bedingt durch Dehnung und Zerrung der mit dem runden Mutterband herabziehenden Nervenstämmchen, des nervus spermaticus externus und des nervus ileo-inguinalis. Wie die entzündlichen Vorgänge bald mehr, bald weniger heftig hervortreten, so sind auch die Beschwerden vielfach wechselnd.

Die Diagnose auf eine Cyste des Vaginalfortsatzes lässt sich nicht in allen Fällen mit Sicherheit stellen, namentlich, wenn das für den Wasserbruch charakteristische Durchscheinen des Lichtes durch Trübung der Flüssigkeit in Wegfall gekommen ist. Es sind dann noch differentiell

diagnostisch in Betracht zu ziehen: Die wahre Cyste des runden Mutterbandes, wobei dies Ligament nicht ein fester, solider Strang geworden, sondern als gubernaculum Hunteri ein hohler Canal geblieben ist, oder ein am Halse obliterierter wirklicher Bruchsack.

Zur Therapie der hydrocele muliebris wurden die verschiedensten Wege eingeschlagen. Am einfachsten erscheint die Punction allein oder mit nachfolgender Injection von Jodtinctur und ähnlich wirkenden Medicamenten; doch wurden nach dieser Behandlung öfter Recidive beobachtet. Der sicherste Erfolg scheint durch Ausschälung des Sackes und Exstirpation eines möglichst grossen Theiles desselben erzielt zu werden, da es hierdurch in der Regel zu einer dauernden Obliteration des zurückgebliebenen Restes kommt.

Nach der Zusammenstellung von *Hennig* wurde hydrocele muliebris bis jetzt etwa vierzig Mal beobachtet. Da somit diese Erkrankung keine sehr häufige Erscheinung ist, so mag ein Fall einer solchen Cyste des processus vaginalis, der im Sommer 1887 auf der Jenenser Frauenklinik zur Operation gelangte, der Mitteilung wert sein.

Es handelte sich bei dieser Gelegenheit um eine neun- undfünfzigjährige Patientin, von der anamnestisch folgendes erhoben wurde: In ihrer Jugend stets gesund gewesen, wurde sie im zwanzigsten Jahre menstruiert. Die Menses waren regelmässig, vierwöchentlich von 5 bis 6tägiger Dauer. Patientin gebar 2 Mal spontan, die Wochenbetten verliefen normal. Nach der vor etwa 15 Jahren erfolgten letzten Niederkunft bemerkte sie, dass jedes Mal beim Stuhlgang ein kleines Knötchen in der rechten Leistengegend hervortrat. Irgend welche Beschwerden wurden nicht empfunden.

Von einem zu Rate gezogenen Arzte wurde diese Erscheinung für das Anzeichen einer Hernie erklärt. Es wurden zunächst Douchen local angewendet. Später wurde ein Bruchband auf Veranlassung desselben Arztes angelegt und prophylaktisch an drei Jahre fast ständig getragen, obwohl schon nach wenigen Monaten das oben erwähnte Knötchen nicht mehr zum Vorschein gekommen war. Auch in den nach Ablegung des Bruchbandes folgenden elf Jahren wurde nie etwas derartiges bemerkt. Nunmehr vor Jahresfrist etwa bekam Patientin, nachdem sie ein schweres Kind aus dem Bett gehoben hatte, Schmerzen in der rechten Leisten-gegend, wo sich bald in ähnlicher Weise, wie früher beobachtet, wieder eine kleine Geschwulst hervorwölbte. Anfänglich liess sich dieselbe durch das Bruchband zurückdrängen, nach kurzer Zeit vergrösserte sie sich jedoch derart, dass sie unter demselben hervortrat und das rechte labium maius mehr und mehr einnahm. Das Bruchband wurde deshalb als unzureichend fortgelassen. Seitdem vergrösserte sich die Geschwulst stetig. Mit der zunehmenden Grösse stellten sich Beschwerden ein, die hauptsächlich in starkem Spannen und Stechen beim Heben, Husten, Niessen bestanden. Zur Zeit der Menses waren diese Beschwerden nicht grösser, als in der Zwischenzeit. Dieselben nahmen jedoch mehr und mehr zu und wurden besonders in der Zeit vor der Aufnahme in die Klinik so lästig, dass die Patientin sich veranlasst sah, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Der Befund bei der am 15. Juni 1887 erfolgten Aufnahme in die Frauenklinik war folgender:

Bei der gesund aussehenden, kräftig gebauten und gut

genährten Frau reicht die Leber bis unterhalb Nabelhöhe. An der Herzspitze hört man ein systolisches Geräusch, über den Lungen rechts hinten unten feinblasige Rasselgeräusche, links hinten unten etwas verschärfter Inspirium. In der Richtung des rechten Leistencanals zieht sich ein über gänsecigrosser Tumor zum rechten labium maius hinab. Die Haut über demselben ist leicht verschieblich, von normaler Beschaffenheit. Die Gestalt des Tumors ist etwa birnförmig, die Oberfläche zeigt einzelne Einschnürungen. In der vorderen Wandung ist eine kleine Resistenz zu fühlen. Die Consistenz der Geschwulst ist weich, elastisch. Bei leichter Compression nimmt das Volumen derselben ab, indem der Inhalt nach oben nach dem Leistencanal zu entweicht. Comprimiert man den Hals des Tumors, indem man die Symphyse als Widerlager benutzt, so lässt er sich durch Druck nicht mehr verkleinern. Die Spannung wird dann praller. Der Tumor fluctuiert nicht deutlich. Lässt man die Patientin husten, so bemerkt man wohl eine Erschütterung der Geschwulst, doch lässt sich ein Prallerwerden derselben, was auf eine vermehrte Füllung schliessen liesse, nicht constatieren. Blickt man durch das Stethoskop durch den Tumor gegen das Licht, so erkennt man deutlich durchscheinend die hellrote Farbe. Percussion über der Geschwulst absolut gedämpft.

Die in den nächsten Tagen sowohl ohne als mit Narcose wiederholt ausgeführte, combinirte Untersuchung führte zu folgendem Resultat:

Damm intact, Vulva klafft, vom Hymen nur geringe Reste vorhanden, Vagina weit, Vaginalportion in der Spinallinie, mässig breit, Lacerationsectropium zeigend. Beweg-

lichkeit der Cervix frei und schmerzlos, beide Parametrien schmerzfrei. Uterus anteflectiert. nicht vergrössert. Linke Adnexa sehr genau zu tasten, kleines, frei bewegliches Ovarium. Von der rechten Tubenecke geht ein Strang ab, der ohne Zweifel die Tube enthält. Rechts ist ein Tumor zu fühlen, welcher, kleiner als ein normales Ovarium, ein atrophisches Ovarium sein könnte. Die rechte Tube erstreckt sich weiter nach vorn als die linke. Von der sehr hohen Ampulla recti ist die innere Oeffnung des Leistencanals zu betasten. Beim Bestreichen der zunächst gelegenen Partie der Darmbeinschaukel ist keine Darmschlinge zu fühlen. Es wird constatirt, dass kein Gebilde aus der Bauchhöhle in den Leistencanal hineingeht. Fasst man den Tumor, wie um ihn zu reponieren, so fühlt der an der inneren Leistencanalöffnung tastende Finger, dass sich derselbe nach innen vorwölbt. Ein Zug, der vom Lig. rotund. ausgeübt wird, wird am Tumor nicht percipiert.

Wollte man an der Hand dieses Befundes eine Diagnose des gegenwärtig vorliegenden Leidens stellen, so könnten schon einige der in dieser Gegend vorkommenden Cystenarten mit grosser Sicherheit ausgeschlossen werden.

Man hatte wohl an die Möglichkeit einer cystisch degenerierten Ovarialhernie gedacht, doch fehlten alle hierfür so charakteristischen Erscheinungen. Der an Stelle des rechten Eierstocks gefühlte kleine Körper entsprach sicher bei der 59jährigen Frau einem atrophischen Ovarium. Zudem war mit Bestimmtheit palpatorisch nachgewiesen worden, dass kein fremdes Gebilde von innen in den Leistencanal sich erstreckte.

Aus eben diesem letzteren Grunde mussten auch der

cystische Netzbruch und eine Combination von Darm- und Wasserbruch ausgeschlossen erscheinen.

Es blieb nun noch übrig, eine Cyste des runden Mutterbandes oder eine solche des processus vaginalis anzunehmen. Um welche von beiden es sich im vorliegenden Falle handelte, konnte natürlich erst nach vollendeter Operation entschieden werden. Die Wahrscheinlichkeit sprach für die letztere.

Die Fortsetzung der Erschütterung beim Husten und Niessen bis in den Tumor hinein und das deutliche Tasten einer Hervorwölbung der Gegend der Leistenöffnung nach dem Peritonäum zu bei Compression des Tumors sprachen für eine ganz nahe Nachbarschaft der im Tumor befindlichen Flüssigkeit mit dem Peritonäalraum und für den Sitz der ersteren im Leistencanal. Dabei war gleichzeitig die Existenz einer Communication zwischen beiden ebenfalls durch den oben genannten Tastbefund ausgeschlossen.

Durch diese Trennung zwischen Cysten- und Bauchraum gestaltete sich die Operation zu einem verhältnissmässig geringen Eingriff. Dieselbe wurde am 5. VII. unter Chloroformnarcose vorgenommen.

Es wurde zunächst festgestellt, dass der Tumor nicht mehr so prall war, wie bei der Aufnahme der Patientin.

Nach vorhergegangener gründlicher Desinfection der Umgebung desselben und Rasieren der Schamhaare wurde dann ein 7 cm. langer Hautschnitt in der Richtung der Längsaxe des Tumors gemacht und schichtenweise auf denselben eingedrungen. Nach Unterbindung einiger Gefässe und Durchtrennung einzelner Bindegewebsschichten wölbte sich die Geschwulst als bläuliche, mit unregelmässiger Ober-

fläche versehene Masse hervor und zeigte sich als deutlich abgegrenztes, cystenartiges Gebilde. Aus ihrer Umgebung konnte sie in den unteren Particen ziemlich leicht ausgelöst werden. Nachdem dies geschehen, wurde der Tumor aus der Wunde hervorgezogen und hing nun nur noch mit dem zum Leistencanal ziehenden Stiel fest. Die dünne Wandung wurde angeschnitten, und es entleerten sich etwa 70 ccm. gelblich-roter Flüssigkeit, welche spontan gerann. Der Tumor wurde quer zum Stiel abgeschnitten. Der in den Canal eingeführte Finger gelangte wegen der nach oben zunehmenden Enge des Ganges nicht an das freie Peritoneum, die daraufhin hineingebrachte 7 mm. Sonde fand der hinteren Oeffnung des Leistencanals entsprechend Widerstand. Der Hals des Tumors wurde in der Tiefe der Wunde durch zwei auf der Haut geknüpfte Suturen befestigt, und ein feiner Drain in den Canal eingeschoben. Die Hautwunde wurde durch fünf Suturen vereinigt, und ein Jodoformverband angelegt.

Der exstirpierte Sack zeigte verschiedene Unregelmässigkeiten; aussen Einschnürungen, innen balkenartig hervorspringende Züge. Die in der vorderen Wand früher gefühlte Resistenz erwies sich als eine partielle Verdickung derselben.

Die mikroskopische Untersuchung der Sackwand, welche von Herrn *Geheimen Hofrat Dr. Müller* vorgenommen wurde, ergab überall fibröses Bindegewebe. An der Oberfläche waren dichtere Züge, im äusseren Teile dagegen lockere, welche ungefähr das Bild einer verdickten Scheidenhaut des Hodens boten. Epitheliale Elemente oder solche, welche auf einen charakteristischen Tumor schliessen liessen, waren nirgends nachzuweisen.

Die Untersuchung der entleerten Flüssigkeit, welche, wie schon oben erwähnt, spontan gerann, ergab, dass man es mit dem Product einer serösen Membran zu thun hatte. Es bestand ein reichlicher Gehalt an Albumin und Globulin.

Nach dem Resultat dieser Untersuchungen ist von einer hydrocele ligamenti rotundi abzusehen, da sich irgend welche musculösen Elemente, welche auf eine directe Beteiligung dieses Gebildes schliessen liessen, in der Cystenwand nicht vorfanden. Dem entspricht die vorhin erwähnte Thatsache, dass ein Zug am Ligam. rotundum auf den Tumor sich nicht fortpflanzt.

Es handelt sich nun noch um die Frage, ob eine Ansammlung von Flüssigkeit in einem alten Bruchsack oder eine reine hydrocele processus vaginalis vorliegt.

Nehmen wir ersteren Fall an, so würde sich der Verlauf der Erkrankung so erklären, dass damals vor 15 Jahren wirklich eine äussere Leistenhernie bestanden hätte. Dieselbe wäre durch das Bruchband reponiert und der Bruchsack durch das ständige Tragen dieses teilweise zum Verschluss gekommen. Vor einem Jahre wäre dann vielleicht durch irgend ein Trauma die Ursache zur Flüssigkeitsansammlung in dem unvollkommen obliterierten Sacke abgegeben worden.

Abgesehen nun davon, dass die Patientin nie die geringsten Darmerscheinungen gehabt hat, lässt sich gegen diese Erklärung einwenden, dass die in der allerfrühesten Kindheit häufig beobachtete Verödung des Bruchsacks in einem späteren Alter zur Seltenheit wird, womit freilich die Möglichkeit, dass es sich so verhielt, nicht ganz ausgeschlossen ist. Der fehlende Nachweis eines Epithels ist

weder nach der einen, noch nach der anderen Seite hin beweiskräftig, da sowohl das Diverticulum Nuckii, als auch ein Bruchsack früher Epithel gehabt haben, in beiden konnte dasselbe durch nachträgliche Entzündung verloren gegangen sein.

Am einfachsten gestaltet sich das vorliegende Krankheitsbild, wenn wir einen reinen Fall von hydrocele processus vaginalis annehmen. Demnach gelangte bei der Patientin dieser foetale Fortsatz nur mangelhaft zur Obliteration. Eine Geburt gab dann vielleicht den Anlass zu einem Erguss in den abgesackten Raum, doch waren die entzündlichen Erscheinungen so geringen Grades, dass nur bei der Defäcation die kleine Cyste durch die äussere Leistenöffnung zum Vorschein kam, und der Erguss allmählig wieder zur Resorption gelangte. Eine Verwechselung mit einer äusseren Leistenhernie war damals sehr nahe liegend. Vor einem Jahre erneute sich dann in Folge irgend einer traumatischen Einwirkung, welchen wohl eine mit Hausarbeit beschäftigte Person vielfach ausgesetzt ist, der entzündliche Process. Diesmal trat nun die Entzündung mehr acut auf und führte zur Entwicklung des oben erwähnten Tumor, welcher Gegenstand der Operation wurde.

Ein von *Hennig* angeführter Fall sei hier noch kurz erwähnt. Er betraf eine Patientin, welche in ihrer Jugend an hydrocele litt. Das Leiden ging bis zur Verheiratung der Patientin völlig zurück, stellte sich aber nach einer Geburt von neuem ein. Es hat dieser Fall eine gewisse Aehnlichkeit in seinem Verlauf mit dem vorliegenden: bei beiden völliges Verschwinden der hydrocele und später durch traumatischen Einfluss bedingte, erneute Erkrankung.

Somit steht der hier mitgeteilte Fall nicht gesondert da. Es bleibt noch übrig, etwas über den Heilungsprocess zu berichten: Am Tage nach der Operation

6. VII. spürt Patientin Stechen in der Wunde. Der Verband wird gewechselt. Wunde sieht gut aus. Das rechte labium maius oedematös. Im Drain fast gar kein Secret.
9. VII. Oedem des rechten labium maius ist fast gänzlich geschwunden. Im Drain kein Secret. Drain wird entfernt und an seiner Stelle ein Jodoformgazestreifen eingeführt.
10. VII. Jodoformgazestreifen entfernt; an demselben geringes Secret.
13. VII. Sämtliche Suturen entfernt, überall primaintentio, Drainöffnung verklebt.
24. VII. Narbe lineär vollständig gut verheilt. Die früheren Beschwerden sind völlig geschwunden.

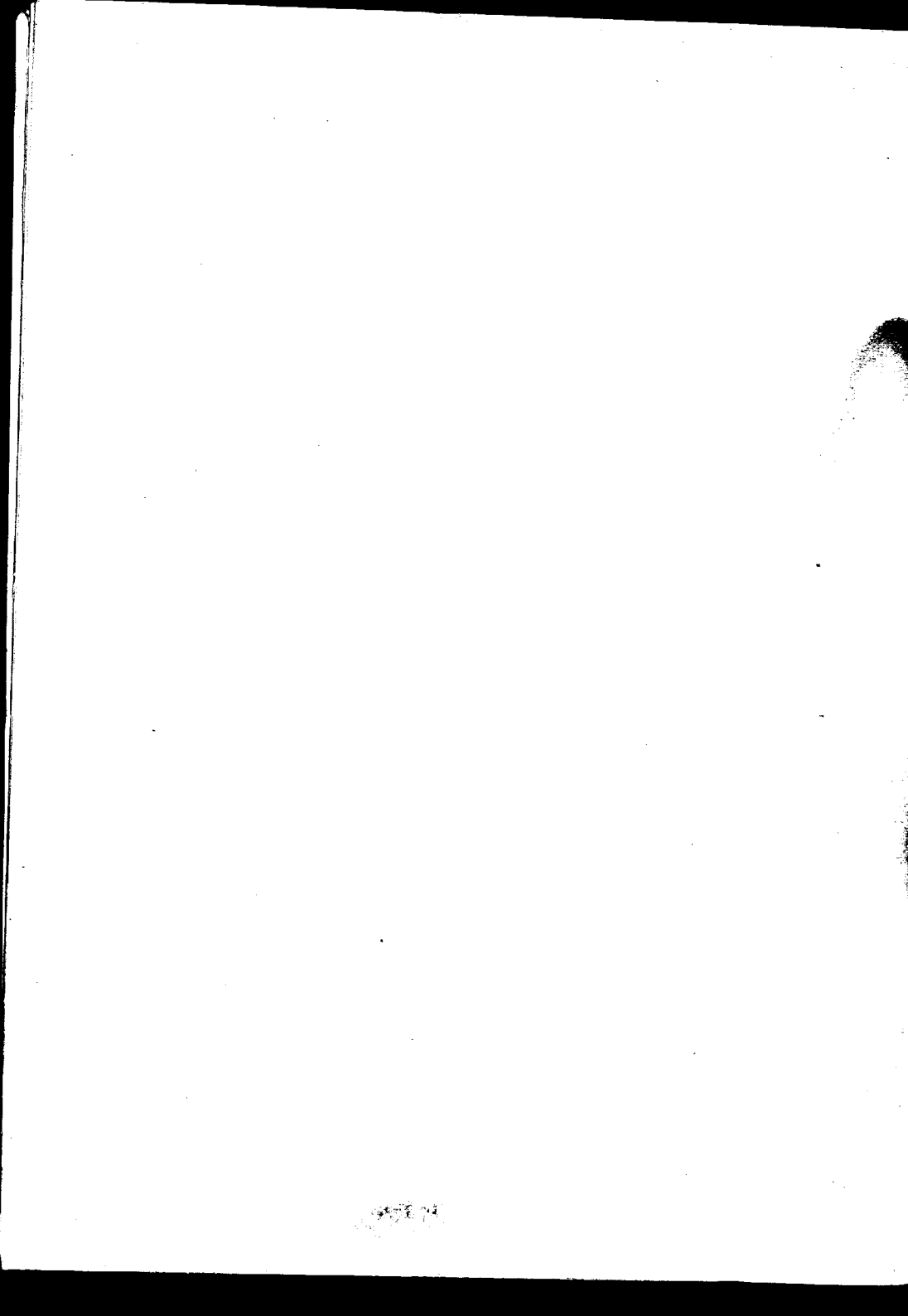
Die Patientin wird entlassen.

Die Temperaturen waren während der ganzen Zeit nie erhöht.

Der Heilungsverlauf war somit ein ausserordentlich günstiger. Ob die vorgenommene Operation einen dauernden Erfolg mit sich gebracht hat, ist nicht mit Bestimmtheit voraus zu sagen, doch lässt sich wohl annehmen, dass ein so ausgiebiger Eingriff zu einer ständigen Obliteration des zurück gebliebenen Cystenteiles geführt hat.



14576



15720