MISCELLANEA DELLA R. BIBLIOTECA MEDICA
99
51
ACADEMIA MEDICA

Misc. 99-51

LENTZ, Nicolaus.

Beitrag zur Gynäkologischen Untersuchung. Die Untersuchung in Suspension.

Strasbourg 1880

Arx 99-51.

Lenz, Nicolaus.

Beitrag

ACADEMIA MEDICA ROMANA DONO

R. BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

BEITRAG

ZUR

GYNÄKOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG.

DIE UNTERSUCHUNG IN SUSPENSION.

In sämmtlichen Disciplinen der wissenschaftlichen Medicin hängen die Fortschritte der Therapie innig zusammen mit den Fortschritten der Diagnose; dies ist besonders augenfällig in der Chirurgie resp. operativen Gynäkologie. Die grossen Erfolge der Therapeutik der Gegenwart beruhen zum grossen Theil auf der Möglichkeit, eine genauere Diagnose zu stellen. Ich darf hier beispielsweise nur an die Behandlung des Empyems erinnern; seitdem man mit Bestimmtheit die pathologischen Veränderungen an Lebenden bei dieser Affection erkannt hat, hat man häufig mit Erfolg die jedermann bekannte Punction und Auswaschung der abgekapselten Abcesshöhle angewandt.

Eine präcise Diagnose zu stellen ist aber nur dann möglich, wenn wir uns eine genaue Vorstellung über topographisch-anatomische und histologische Veränderungen, welche die zu diagnosticirende Krankheit bedingt, bilden können.

Das erstere ist für den Operateur von besonderer Wichtigkeit. Wir werden uns in unserer Arbeit vorzugsweise mit diesem Punkte beschäftigen und zwar mit der Erkennung topographisch-anatomischer Veränderungen an den Beckenorganen mittelst der Palpation.

Während früher die Diagnose eines Sexualleidens fast allein aus den Symptomen gestellt wurde, so diagnosticiren wir heute hauptsächlich nach dem Untersuchungsbefund. Wir können das Becken einem Trichter vergleichen, dessen obere und untere Apertur unserem Tastgefühl zugänglich sind, demnach können wir die inneren Sexualorgane zwischen die Hände bekommen und sie gewissermassen fangen. Dazu sind aber eine Reihe von Bedingungen nothwendig.

Es muss: 1) die Scheide zugänglich sein; 2) müssen von oben her die Bauchdecken eindrückbar sein; 3) dürfen die Nachbarorgane (Blase und Mastdarm) durch Anfüllung oder Erkrankungen nicht hindern.

Was die Zugänglichkeit der Scheide betrifft, so liegen hier die Hauptschwierigkeiten in der Enge, Unnachgiebigkeit und Kürze derselben, der Derbheit ihrer Wand; ausserdem kommen in Betracht imperforirtes oder auch zu enges Hymen. Grössere Tumoren der Vulva, welche die Untersuchung mechanisch hindern können, sind selten; dasselbe gilt von hochgradigen Stenosen oder Atresien des Scheideneinganges. In der Mehrzahl der Fälle wird man leicht diese Widerstände überwinden können. Bei Imperforatio hyminis, oder zu enger Oeffnung des Hymen, wird ein Scheeren- oder Messerschnitt, im letzteren Falle auch manchmal die

Chloroformnarcose genügen, dem untersuchenden Finger die Passage frei zu machen. Jedoch scheinen nicht alle Gynäkologen mit dieser Procedur einverstanden zu sein, und räth Spencer Welles (Diagnose und Therapie der Unterleibstumoren, Volkmann'sche Vorträge, 148, p. 8) geradezu den Hymen intact zu lassen und durch den Mastdarm zu touchiren.

Andere wieder gehen dreist zu Werke, bringen eine künstliche Defloration zu Stande, die sie dann nach geschehener Untersuchung resp. Operation wieder durch Anlegung von Nähten beseitigen wollen. Wir hatten selbst Gelegenheit zwei Mal bei sehr engem Hymen Uteruspolypen extirpiren zu sehen, wobei der Hymen durch einen verticalen Schnitt nach hinten getheilt wurde. Nach geschehener Operation wurde eine Naht mit Catgut angelegt, allein ohne jedweden Erfolg. Vereinigung der Wundränder kam nicht zu Stande.

Anhangsweise erwähnen wir hier noch des Vaginismus als eines die gynäkologische Untersuchung sehr erschwerenden Momentes. Chloroformnarcose ist hier das beste Hülfsmittel der Untersuchung.

Von den Störungen der Nachbarorgane kommen in Betracht gefüllte Blase und Mastdarm. Die ausgedehnte Blase, wie sie manchmal bis an den Nabel reichen kann und bei Retroversio uteri gravidi, so wie bei uterinen und ovariellen im Becken fixirten Tumoren nicht selten beobachtet wird, ist sogar von Specialisten mit Ovarialkystom verwechselt worden. Es ist daher eine strenge, wohl zu beobachtende Regel, vor jeder gynäkologischen Untersuchung für Entleerung der Blase zu sorgen.

Durch Entleerung derselben wird man wesentliche Veränderungen in dem Situs der Beckeneingeweide herbeiführen. Im Allgemeinen schiebt die sich füllende Blase den Uterus ohne wesentliche Veränderung seiner Gestalt nach hinten oben gegen das Promontorium; die gefüllte Ampulle des Rectum schiebt den leicht reclinirten Uterus nach oben und vorn gegen die Symphyse. Die Vernachlässigung der Entleerung dieser Organe hat häufig zu falschen Annahmen von Beckentumoren verleitet.

Die dritte Bedingung, dass der Bauch von oben eindrückbar ist, ist nicht immer leicht zu erfüllen. Hier stellen sich Schwierigkeiten mannigfacher Art ein. Schmerzhaftigkeit der Bauchdecken kommt vor bei acuter und chronischer Peritonitis; mit der letzteren kommt der Gynäkologe am häufigsten in Conflict, da chronisch peritonitische Erscheinungen sehr häufig einhergehen mit Erkrankungen des Genitalapparates.

Sehr oft sind ausserdem bei nervösen hysterischen Weibern die Bauchdecken so empfindlich, dass jede Untersuchung, wenn nicht in der Chloroformnarcose vorgenommen, absolut unmöglich wird.

Fettansammlung der Bauchdecken. Atlee (« General- und Differentialdiagnosis of ovarion tumours, etc., Philadelphia, 1873, p. 399) führt mehrere Fälle an, wo man Fettmassen für Ovarialtumoren gehalten und sogar die Ovariotomie ausführen wollte. Der Fettbauch ist besonders zur Zeit des climacterischen Alters entwickelt, und daher ein ziemlich häufiges Vorkommen, da in dieser Lebensperiode Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates durch Tumoren-Entwickelung durch-

aus nicht selten sind; derselbe ist bei manchen Weibern oft geradezu enorm entwickelt; die Fettmassen können diffus sein oder auch circumscript als Tumormasse in der Nabelgegend auftreten. Die letztern scheinen sich ohne Grenzen in der Tiefe und in der Umgebung zu verlieren, sind elastisch und zittern beim Anschlagen. Der Schall ist gedämpft, tympanitisch oder ganz leer, weil man den Darm durch mehrere Zoll Fettschicht durchpercutiren muss (Spiegelberg, Volkm. Vorträge, Nr. 55, p. 433).

Dass diese Fettansammlung das Eindrücken der Bauchdecken in hohem Grade erschweren kann, ist einleuchtend. Ausser der Fettansammlung der Bauchdecken kommen hier noch in Betracht die verschiedenen Tumoren der Bauchwand (Fibrome, Abscesse), die man schon für Tumoren der Beckenorgane gehalten hat.

Schliesslich kann starkes Anasarka, welches besonders häufig in der unteren Bauchgegend vorkommt, die Untersuchung ebenfalls sehr erschweren. Sehr grosse Schwierigkeit für die gynäkologische Untersuchung bereitet uns noch die Anwesenheit eines ascitischen Ergusses. Die unterste Partie der Ascites-Flüssigkeit im Douglas'chen Raume kann, bei gleichzeitiger Anwesenheit von einem Beckentumor, den Diagnostiker sehr in Verlegenheit bringen; die bald zu beschreibende Untersuchung in Suspension gestattet, wie wir bald zeigen werden, gerade für diese Fälle scharfe Unterscheidung.

Bei sehr starkem Ascit ist, behufs genauer Austastung des Unterleibes und des Beckens, die Punction indicirt.

Um nun über die physikalischen Bedingungen einer

genaueren Palpation des Unterleibes und der Beckenorgane zur Klarheit zu kommen, müssen die Verhältnisse des sogenannten intraabdominellen Druckes studirt werden.

Unter intraabdominellem Druck verstehen wir dasjenige manometrisch nachweisbare Gewicht, welches von den elastischen Bauchwandungen auf den Bauchinhalt ausgeübt wird. Der intraabdominelle Druck ist verschieden, je nach den verschiedenen Körperstellungen; am stärksten ist derselbe bei der aufrechten Stellung; vermindert wird er in der Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper, noch niedriger wird er in der Seitenlage und am niedrigsten, sogar negativ, in der Knieellenbogenlage.

Für den Diagnostiker besteht nun die Aufgabe, den intraabdominellen Druck zum Zweck genauer Palpation so tief als möglich herabzusetzen.

Auf Grund der oben angeführten Erfahrungen nähert man sich dem Ziel durch horizontale Rückenlage bei geringer Unterstützung des Kopfes durch ein Kissen, bei senkrechter Stellung der Oberschenkel zur Platte des Tisches. Sehr häufig ist auch bei der Lagerung die Spannung der Bauchdecken nicht genügend herabgesetzt, da sie die durch psychische Erregung und Furcht des Kranken vermehrte Spannung der Bauchdecken nicht zu beseitigen vermag. Man versucht in diesen Fällen gewöhnlich die Aufmerksamkeit der Patientin durch ein eingeleitetes Gespräch abzulenken, auch wohl durch Aufforderung mit offenem Munde zu athmen, dem intraabdominellen Drucke entgegenzuwirken.

Sehr oft lassen uns aber diese Kunstgriffe im Stich

und räth deshalb Hegar unter besonders schwierigen Umständen, von der Untersuchung abzustehen und erst später eine weitere Untersuchung vorzunehmen. «Die Kranken, sagt er, seien dann mit der Persönlichkeit des Arztes, mit der Procedur bekannt; ihre Befangenheit ist verschwunden, sie verstehen die Intention des Untersuchers und wissen seine Anordnungen zu befolgen, was ihnen früher, trotz des besten Willens, unmöglich war.» (Hegar, Volkm. Vortr., Nr. 105, p. 6.)

Spiegelberg (Volkm. Vortr., Nr. 55, p. 6) lässt die auf dem Rücken horizontal liegende Kranke tief regelmässig ein- und ausathmen, übt mit voll aufgelegten Händen einen stetigen Druck aus; lässt mit der Expiration die Spannung nach, so drückt er mit aller Kraft, hält die erreichte Abflachung in der Respirationspause und bei der nächsten Inspiration fest. So werde, sagt er, der Widerstand der Kranken und ihre Wahnvorstellung bald überwunden und damit kann die Hand Bauch- und Beckenhöhle wie ein schlaffes Segel unter ihrer jetzt beweglichen Decke durchpalpiren.

Sind die eben durchgesprochenen Bedingungen für die gynäkologische Palpation der Beckenorgane erfüllt, so hat man bei der jetzt ermöglichten Betastung der kranken innern Genitalorganen und speciell von Tumoren derselben, auf folgende Punkte zu achten: Es ist zu eruiren, ob der Tumor frei ist, oder ob Verwachsungen mit irgend einem Baucheingeweide: Leber, Niere, Milz, bestehen. In Bezug auf die Beweglichkeit ist zu ermitteln, in welchem Grade die Geschwulst nach auf- und abwärts und seitlich bewegt werden kann, ob die Bauchdecken darüber weggleiten

oder nicht, ob sie mit dem Tumor verwachsen sind und dann mit demselben verschoben werden. Der untersuchende Finger findet oft grosse Schwierigkeiten, die erkrankten Beckenorgane zu erreichen und zu betasten, vorzugsweise, wenn ihre Ränder und Contouren nicht fühlbar sind.

Um diese Schwierigkeiten zu beseitigen, fehlt es nicht an Vorschlägen zu verschiedenen Untersuchungsmethoden; wir wollen hier dieselben in kurzer Uebersicht mittheilen.

Die Wahl einer bestimmten Körperposition behufs gynäkologischer Untersuchung hängt von den verschiedenen Krankheitszuständen ab, die man untersuchen soll, so wie auch von der beabsichtigten Explorationsmethode.

Im Stehen untersuchen wir nur dann, wenn wir sehr schnell durch das Gefühl über den Zustand der äusseren Genitalien, der Scheide und des Cervix uns unterrichten wollen, und zweitens, wenn wir sehen wollen, wie die Geschlechtstheile bei energisch wirkender Bauchpresse sich verhalten; dieselbe wirkt, wie gesagt, in dieser Stellung am stärksten.

Am häufigsten untersucht man in Deutschland und in Frankreich in der Rückenlage, während in England und Amerika die Seiten- und Seitenbauchlage vorgezogen werden. Wir wenden fast immer die combinirte Untersuchung an. Marion Sims wird gewöhnlich als Urheber dieser Untersuchungsmethode angesehen. Dem ist jedoch nicht so, denn wir finden diese Methode schon in den Arbeiten von Schultze (Jenaïsche Zeitschrift für Med. und Naturw., Leipzig, Bd. I, p. 279, 1864) und Holst (Beiträge zur Geb. und Gynäk.,

Tübingen, 1865, Bd. I, p. 1) besprochen und erläutert, also ehe noch Sims' Gebärmutterchirurgie erschienen war. Wie dem auch sei, wollen wir jedoch hier die Körperstellung beschreiben, wie sie von Hegar und Kaltenbach (Operationslehre) angegeben wird.

«Nachdem der Tisch gehörig vorbereitet worden, wird die Kranke aufgefordert, alle Befestigungen an den Kleidern und dem Corsette zu lockern, so dass nichts die Brust zusammenzuschnüren oder auf den Unterleib zu drücken vermag. Nachdem alles so vorbereitet ist, setzt sich die Patientin auf eine Ecke des Tisches und legt sich dann auf den Tisch, den Kopf, nicht aber die Schultern, durch ein Kissen gestützt, während die Füsse momentan auf einem Stuhle ruhen. Sowie die Kranke sich bequem auf den Tisch zurückgelegt hat, hebt der Operateur ihre Beine vom Stuhle, auf den er nunmehr sitzt, auf, und bringt sie auf die Tischecke, die Ferse 10 bis 12 Zoll auseinander gehalten, während die Kniee in etwas grösserer Entfernung auseinander gehalten werden. Die Oberschenkel werden durch zwei Gehülfen gehalten, in der Weise, dass die eine Hand von aussen und über die Oberschenkel her an der Innenfläche der Unterschenkel angelegt wird, während die andere Hand diesen in der Gegend der Knöchel festhält.»

Man hat besondere Apparate zur Fixirung der Extremitäten erdacht, z. B. senkrechte Stützen an den Tischrand mit gepolsterten Halbringen, in welchen die Kniee eingelegt werden. Zwei Gehülfen sind vorzuziehen, da beliebige Modifikationen durch dieselben vorgenommen werden können.

Diese Position hat Simon als Steissrückenlage bezeichnet; sie bezweckt eine erhebliche Verminderung der Spannung der Bauchdecken und setzt den intraabdominellen Druck bedeutend herab.

In dieser Lage wird das Becken stark gegen die Wirbelsäule gebeugt. Die Distanz zwischen Lendenwirbeln und oberen Schoosfugenrand ist verkürzt; in Folge dessen ist die Palpation des hinteren Bauchraumes der Organe und Körpertheile in der Nähe der Wirbelsäule sehr erleichtert. Im Allgemeinen palpirt man das Abdomen am besten, indem man die Oberschenkel senkrecht zur Lagerstätte halten lässt. Zu starke Erhebung und Flexion des Beckens gegen die Wirbelsäule bringt durch die zu starke Beschränkung des Bauchraumes nicht selten höheren intraabdominellen Druck hervor. Diese Lage eignet sich besonders für die combinirte Untersuchung per vaginam, rectum und Bauchdecken, Bestimmung der conjugata diagonalis. (Hegar und Kaltenbach, Operative Gynäkologie, p. 16.)

Eine zweite Unterart der Rückenlage bildet die sogenannte Steinschnittlage. Hier werden die Oberschenkel gegen den Rumpf gebeugt, die Kniee flectirt, die Füsse aufgestellt, die Extremitäten abducirt. Selbstverständlich differiren die Steinschnittlagen ausserordentlich, je nachdem der Rumpf erhoben und die Oberschenkel gebeugt werden. Der Winkel zwischen Conjugata vera und Lendenwirbel wird kleiner und damit auch der Abstand der Schoosfuge von den Lendenwirbeln theils durch diese Verkleinerung des knöchernen Bauchraumes, theils aber durch den Einfluss der Schwere des Thorax,

welcher mit der stärkeren Erhebung des Rumpfes immer mehr zur Geltung kommt, wird der intraabdominelle Druck verstärkt, erfolgt daraus, dass diese Lagerungsmethoden bei allen den Zuständen, bei welchen die Palpation eine Rolle spielt, nicht anzuwenden ist; hingegen ist sie bei Operationen an der Vulva öfters von Nutzen, ebenso in geburtshülflichen Operationen (Zange, Extraction), wobei es darauf ankommt eine Verstärkung des intraabdominellen Druckes zu haben.

Bauchlagen.

Die Bauchlage im eigentlichen Sinne des Wortes, bei welcher der Bauch selbst auf dem Untersuchungslager aufruht, wird selten bei gynäkologischer Untersuchung verwendet; man wird sie eben nur da gebrauchen, wo man sich eine Ansicht über Wirbelsäule, hintere Beckenwand und Rücken bilden will; sie dient aber als Ausgangspunkt für die folgende Position, die Knieellenbogen-Lagerung (position à la vache der Franzosen). Diese Lage finden wir von Marion Sims (Gebärmutterchirurgie, p. 12) folgendermassen beschrieben:

«Die zu Untersuchende soll zunächst alle Bänder und sonstigen Befestigungen der Kleider und des Corsettes lockern, dann einen Tisch besteigen und knieen, während sie den Körper so tief neigt, dass der Kopf die Tischplatte berührt, woselbst er in beiden Händen der Patientin ruhen mag, so dass sein Gewicht auf das linke Scheitelbein drückt und die Ellenbogen recht auseinander gehalten werden. Die Kniee müssen 8 bis 10 Zoll von einander entfernt sein; die Oberschenkel

mit der Tischplatte einen rechten Winkel bilden, so dass die Tischplatte, die Oberschenkel und die Axe des Körpers ein rechtwinkeliges Dreieck bilden, dessen rechter Winkel von den Schenkeln und der Tischplatte eingeschlossen wird, während der Körper die Hypothenuse bildet.

Die Patientin muss gelehrt werden, in dieser Stellung unverändert zu verharren; sie darf weder nach vorn rutschen und den Beckenwinkel zu einem stumpfen, noch die Kniee nach aufwärts unter den Körper ziehen, um den Winkel spitz zu machen; sie darf die Wirbelsäule nicht bogenförmig krümmen, weil hiedurch die Bauchmuskeln, welche ganz erschlafft sein müssen, zu heftigen Actionen veranlasst werden. In Folge dieser Lage sinken die beweglichen Bauch- und Beckeneingeweide nothwendigerweise nach dem Epigastrium; der intraabdominelle Druck sinkt bedeutend herab, wird meist unteratmosphärisch und füllt die Scheide, sobald der Introitus nicht sehr eng ist und die Falten der Mucosa nicht sehr fest aufeinander liegen, mit Luft. Auch in den Mastdarm tritt die Luft, bei sehr schlaffem und zerrissenem Sphincter (Hegar und Kaltenbach). Beim Einführen eines Catheters in die Blase strömt die Luft meistens mit hörbarem Geräusch in dieselbe ein, während auch bei starker Füllung oft kein Tropfen Urin entleert wird. Die Palpation jedoch ist, trotz der Abnahme des intraabdominellen Druckes, dadurch erschwert, dass die Hand das Gewicht der Bauchdecken und der Eingeweide zu tragen hat. Sie eignet sich besonders für die Untersuchung mit dem Rinnenspeculum und bei der Füllung der Blase und des Mastdarms mit Flüssigkeiten zu diagnostischen Zwecken.

Seiten- und Seitenbauchlagen.

In der Seitenlage findet der Rumpf im Wesentlichen Stütze auf dem Darmbeinkamm und der Schultergegend; die Untersuchung kann auf jeder erhöhten horizontalen Fläche vorgenommen werden. Der Kopf wird durch ein untergelegtes Kissen etwas erhöht; die Oberschenkel müssen gegen den Bauch gebeugt, die Unterschenkel flectirt werden. Der Steiss muss etwas über den Tischrand vorspringen; die Unterschenkel lässt man durch einen Gehülfen halten. Bei dieser Position ist der intraabdominelle Druck vermindert; ja er kann sogar negativ werden (Hegar und Kaltenbach, p. 21). Diese Position ist sehr zweckmässig bei der Anlegung der Rinnenspecula. Bei Percussion und Palpation ist die Lage entschieden dann indicirt, wenn man Veränderungen des Schalles, der Fluctuation bei beweglichen Tumoren und bei Ascites bestimmen will. Die Lumbar- und Weichengegend wird oft sehr vortheilhaft in dieser Lage palpirt, und zwar lagert man die Kranke mit Vortheil auf die zu untersuchende Seite, damit ein vorhandener Tumor oder ein vergrössertes Organ durch seine Schwere der palpirenden Hand nahe rückt.

Die Seitenbauchlage ist ein Mittelglied zwischen Seiten- und Bauchlage. Untersuchungslager, Stellung desselben, Lage des Rumpfes und der Extremitäten sind dieselben wie in der Seitenlage.

Die Veränderung besteht wesentlich darin, dass die Kranke den nach unten liegenden Arm nach dem Rücken hin schlägt und die nach oben liegende Schulter

so tief als möglich senkt. Der Rumpf macht eine Drehung derart um seine Längsaxe, dass die vordere Fläche des Thorax und der Bauch mehr nach unten zieht. Der intra-abdominelle Druck sinkt gegenüber der Rückenlage und der einfachen Seitenlage, ist aber doch immer noch grösser als bei der eigentlichen Knieellenbogen-Lage (Hegar und Kaltenbach, p. 23). Diese Lage bietet keinen Vortheil für andere Untersuchungen als für die Ocularuntersuchung.

Wir haben bis jetzt versucht einen Ueberblick über die verschiedenen Lagerungsmethoden bei gynäkologischen Untersuchungen zu geben, und uns dabei an die meisterhaft angefertigte Schilderung dieser Methoden in Hegar und Kaltenbach's operativer Gynäkologie gehalten.

Es möge uns nun gestattet sein, in kurzer Uebersicht die verschiedenen Handgriffe, welche allen diesen Untersuchungsmethoden gemeinschaftlich zukommen, zur Sprache zu bringen.

Ausser der combinirten Untersuchung durch die Scheide kommt am meisten in Anwendung die Untersuchung durch den Mastdarm. Dem leider allzufrüh der Wissenschaft entrissenen G. Simon, in Heidelberg, gebührt die Ehre der Ausbildung dieser Untersuchungsmethode. Simon hat uns gezeigt, dass der Mastdarm in vielen Fällen, ohne wesentliche Störungen, soweit dilatirt werden kann, dass er die Einführung der ganzen Hand gestattet, und empfiehlt derselbe die Rectaluntersuchung mit der ganzen Hand vorzunehmen, um entfernte, hochliegende Partieen zu erreichen. Man kann die Rectaluntersuchung in der Weise vornehmen, dass

man den Daumen in die Scheide, den Zeigefinger derselben Hand in den Mastdarm einführt. Exsudate, Geschwülste, welche den Douglas'schen Raum herabdrängen, Infiltrationen der Mastdarm-Scheidenwand, Substanzverluste für leichtere Fälle, Fisteln sind gut zu fühlen und in Bezug auf Grösse, Consistenz genau zu beurtheilen. Führt man 2 Finger ein, so ist man oft im Stande den ganzen Uterus mit Fundus und Seitenbegrenzungen abzutasten, Ovarien ganz genau nachzuweisen.

In Fällen, welche Zweifel über Grösse und Lage des Uterus und seiner einzelnen Abschnitten, über seine Verbindungen mit den Nachbarorganen, insbesondere auch über seinen Zusammenhang und die Art des Zusammenhanges mit Tumoren aufkommen lassen, giebt Hegar (Vollk. Vortr., Nr. 105, p. 785) folgendes Verfahren an:

«Eine Kugelzange wird in die eine oder andere Uruslippe, oder auch in beide, eingesetzt, und durch die Sperre geschlossen. Man zieht nun sanft abwärts, um durch Versuche zu finden, wie weit man gehen darf, ohne eine zu starke Dehnung zu veranlassen. Alsdann werden 1 bis 2 Finger in das Rectum eingeführt, während die andere Hand den Griff gefasst hält. Der in das Rectum eingeführte Finger sucht nun die hintere Fläche des Uterus und die Seitenkanten zu bestreichen. Es ist nicht nothwendig, sogleich über die obere Begrenzung des Fundus zu gelangen. Ist man nun in der Nähe, so gelingt es, ohne stärkeres Anziehen, was überhaupt nie nöthig ist, durch die folgende Manipulation jenes Ziel zu erreichen. Man übergiebt nämlich nun den Griff

des Instruments einem Gehülfen, der ihn unverrückt, ohne weiter anzuziehen, festhält, und geht mit der frei gewordenen Hand auf die Bauchdecken.

«Indem diese den Uterus etwas weiter nach hinten und unten drängt, kann ihn der touchirende Finger sicher in allen seinen Dimensionen betasten. Stiele, Stränge und Membranen, welche Tumoren mit dem Uterus verbinden, werden auf diese Weise gespannt und können durch den Mastdarm leicht durchgefühlt werden. Bei Einklemmung des Uterus durch einen Tumor kann, durch leichtes Anziehen, derselbe sehr häufig befreit und seine Contouren betastet werden.»

Ein anderes Verfahren ist das von B. Schultze angegebene (Zur Diagnose grosser Ovarialtumoren. Separatabdruck aus dem Centralblatt für Gynäkologie, 1879, Nr. 6): «Während der Operateur (die Kranke muss dazu gerade wie zur Untersuchung mit der ganzen Hand, nach Simon, mit dem Kreuz auf der Kante des Tisches liegen, damit der Beckenboden stark aufwärts gedrängt und die Handwurzel tief gesenkt werden könne) die tief chloroformirte Patientin per rectum et vaginam untersucht, legt ein Assistent, der zur rechten oder linken der Untersuchten, nahe ihrem Kopfende steht, beide Hände auf deren Bauch fest auf, die Fingerspitzen zwischen Nabel und Symphyse gegen letztere gerichtet, so dass er die Bauchdecken über den Tumor hin, so viel wie möglich abwärts schiebt und dann den Tumor gegen den Thorax der Patientin hebt. Lassen sich die Bauchdecken überschieben und der Tumor sich um einige Centimeter erheben, so gewinnt der Untersuchende Raum, über den Uterus weg unter dem Tumor hin

die vom Rectum und den Bauchdecken aus gegeneinander tastenden Fingerspitzen beider Hände einander so weit zu nähern, dass die Verbindung des Uterus mit dem Tumor oder die Abwesenheit einer solchen mit Bestimmtheit durchgetastet werden kann.

«Ist das Entgegentasten von den Bauchdecken aus in nicht so ergiebiger Weise möglich, weil deren Spannung durch den Tumor zu bedeutend ist, oder weil der Tumor breit und kurz der vorderen Bauchwand angeheftet ist, oder weil übermässig starker Panniculus oder Oedem der Bauchdecken hindert, so tastet doch der vom Rectum her über die hintere Wand des Uterus gefühlte Finger deutlich die Verbindung des Uterus mit dem Tumor, die bei abwechselndem Heben- und Sinkenlassen derselben sich spannt und erschlafft.»

Selbst in den seltenen Fällen, sagt Schultze, wo die Palpation vom Rectum aus nicht so frei möglich ist, um das lig. ovarii als solches zu erkennen, kann doch durch das genannte Manöver die gestielte Verbindung des Tumors mit dem Uterus oder seiner Adnexen, falls eine solche vorhanden ist, diagnosticirt und damit die Extirpirbarkeit erkannt werden.

Das Unbewegtbleiben des Uterus beim Emporheben des Tumors erweist dagegen die Nichtbetheiligung weder des Uterus, noch der Ovarien, denn auch ein langer Ovarientumorstiel dürfte stets straff genug sein, um selbst bei minimalem Erheben des Tumors durch seine Spannung dem tastenden Finger sich zu verrathen.

Bei allen den bisher besprochenen Untersuchungsmethoden hat man immer darnach gestrebt, eine möglichst starke Herabsetzung des intraabdominellen Drucks,

eine möglichst starke Spannung und Relaxation des Tumorstiels mit seinen Verbindungen abwechselnd zu erzielen. Es gelingt in der Mehrzahl der Fälle, mittelst der Hegar'schen Kugelzange oder der Schultz'schen Methode in's Klare zu kommen. Jedoch giebt es eine Anzahl von Fällen, wo man durch genannte Handgriffe, nicht immer zur richtigen Diagnose gelangt; dies ist aus der Betrachtung unserer Krankengeschichten wohl ersichtlich. In sämmtlichen 3 Fällen sind alle die bis jetzt bekannten Untersuchungsmethoden versucht worden. Die Diagnose wurde aber erst deutlich, als man die Patientin in Suspension untersuchte.

Die Ergebnisse der Methode erscheinen uns so überraschend, dass wir es versucht haben, sie in vorliegender Arbeit näher zu beschreiben. Es möge uns an dieser Stelle gestattet sein, dem hochverehrten Lehrer Hrn. Prof. Freund für seine freundliche Unterstützung und seine vielfachen Rathschläge hier unseren innigsten Dank auszusprechen.

Die Position mit aufgehängtem Körper (Suspension) ist in der Chirurgie seit längerer Zeit bekannt, und bei der Reduction von eingeklemmten Brüchen sehr warm empfohlen worden. Sie ist sogar dem Volke in einigen Gegenden wohl bekannt; so geht aus einer mündlichen Mittheilung von Prof. Freund hervor, dass die schlesischen Bauern ihre eingeklemmten Brüche sehr häufig selbst reduciren, indem sie den Patienten durch einen festen Assistenten mit beiden Kniekehlen an dessen Schultern aufhängen lassen, so dass der Rumpf auf den Rücken des Tragenden zu liegen kommt. Der Operateur sucht dann den Bruch durch Manipula-

tionen zu reduciren. Auf den chirurgischen Abtheilungen, und in der ärztlichen Praxis überhaupt, wird die Operation in etwas minder roher Weise vorgenommen. Ein Lehnstuhl wird an das Bett angestellt, der Patient in der Weise auf denselben gebracht, dass die Knickehlen auf der Lehne aufruhend, von einem Assistenten festgehalten werden, die Schultern am Rande der Sitzplatte aufruhen, während Kopf und Arm nach unten hängen.

Wenn auch die Lagerung mit suspendirtem Körper bis jetzt in der Chirurgie wohl bekannt war, so ist sie in der Gynäkologie bis jetzt nie gebraucht worden. Hr. Prof. Freund gebührt das Verdienst, dieselbe mit Erfolg als ein neues Hülfsmittel in die Diagnostik für die Frauenheilkunde eingeführt zu haben. Wir wollen die Methode beschreiben, wie wir sie in der Klinik haben ausführen sehen.

Nachdem die nöthigen Vorbereitungen getroffen, d. h. eine Matratze auf dem Boden ausgebreitet liegt, wird die Patientin in ihrem Bett tief chloroformirt. Jetzt wird sie auf die Matratze gebracht; ein Assistent besorgt die Narcose, zwei Andere fassen mit vollem Arm die zu Untersuchende in der Kniekehle und halten sie hoch in der Weise, dass der Kopf und die Schultern auf der Matratze aufruhen. Nun wird die Untersuchung in gewöhnlicher Weise per vaginam oder per rectum vorgenommen. Unter Umständen wird man auch die Hegar'sche Kugelzange zur Fixirung des Uterus in Anwendung ziehen. Der Untersuchende steht, wenn die zu untersuchende Person zu den grösseren gehört, erhöht hinter der Suspendirten.

Die untersuchenden Hände dringen, da die Bauchdecken entspannt sind, mit Leichtigkeit an und zwischen

die Gebilde des Bauches und des Beckens ein. Die beweglichen Organe des Unterleibes und des kleinen Beckens sinken vermöge ihrer eigenen Schwere nach dem Zwerchfell zu, das stark in die Höhe gedrängt wird; gestielte Tumoren werden jetzt angespannt; der Ursprung des Stieles kann mit der grössten Leichtigkeit zwischen den Händen durchpalpirt und mit Bestimmtheit hinsichtlich seines Ursprunges nachgewiesen werden. Speciell werden die Befestigungsverhältnisse von Ovarialtumoren am Uterus sehr klar zur Betastung gebracht, weil die Suspension die Verschieblichkeit (auch geringen Grades) derselben gegeneinander, so einfach wie keine andere Methode, hervortreten lässt. Auch können die normalen Eierstöcke mit der grössten Leichtigkeit erreicht und nachgewiesen werden. Ist Flüssigkeit im Douglas, so wird dieser Raum in gewöhnlicher Rückenlage das hintere Scheidengewölbe bedeutend nach unten drängen und dem untersuchenden Finger grossen Widerstand entgegensetzen; in der Suspension ist von dieser Unannehmlichkeiten keine Rede mehr. Die Douglas'sche Tasche fällt zusammen und lässt den Finger bedeutend weiter vorwärts dringen. Der ganze Fundus uteri ist jetzt leicht zu umgrenzen, die ligt. lata leicht zu tasten.

Die Untersuchung in der Suspension dürfte jedoch nicht in allen Fällen anzuwenden sein. Sie ist bei der bisher noch geringen Erfahrung über ihre etwaigen Gefahren a priori als contraindicirt zu betrachten.

1) Bei vorgeschrittenen Herzkrankheiten: Die Chloroformnarcose wird man in diesen Fällen mit grosser Vorsicht vornehmen müssen. Ausserdem ist die Circu-

lation durch die anormale Haltung des Körpers bedeutend beeinträchtigt; es findet eine starke Congestion des Gehirns statt, der Rückfluss des Bluts wird erschwert. Bei Endocarditis chronica und allen Klappenfehlern, sowie bei Fettherz, könnten durch die gesteigerte Herzaktion leicht eventuell vorhandene Gerinsel gelöst werden und durch Lungenembolie sofort Exitus letalis herbeiführen.

2) Bei pleuritischen Ergüssen, wenn dieselben sehr hochgradig sind: Durch das Aufdrängen des Zwerchfelles muss natürlich die Ausdehnung der Lunge so beeinträchtigt werden, dass sehr leicht Erstickung eintreten kann.

3) Bei sehr starkem Ascites: Wenn an sich das Zwerchfell bei der Suspension durch die Bauchorgane in die Höhe gedrängt wird, so ist dies in höherem Grade der Fall bei Ascites. Bei hochgradigem Ascites muss man am Tage vor der Untersuchung die Flüssigkeit ablassen.

Die Suspension ist anderseits indicirt:

1) Wenn man durch alle oben besprochenen Untersuchungsmethoden nicht mit Bestimmtheit die Diagnose in Bezug auf Ursprung und Verbindung eines Tumors mit der Umgebung zu stellen im Stande war;

2) Wenn der touchirende Finger durch die Gegenwart von Flüssigkeit im Douglas'schen Raume oder von Darmschlingen in demselben im Vordringen verhindert ist.

Wir haben bis jetzt versucht, die Vortheile der Methode anzugeben. Wir wollen diese Angabe nun an der Hand von Beispielen in den folgenden Krankengeschichten zu bestätigen suchen.

Krankengeschichten.

Fall I. J. R., 18 Jahre, puella publica, wohnhaft in Strassburg, gebürtig aus St.

Der Vater der Patientin starb 1870 an den Blattern; die Mutter lebt und ist gesund; von 9 Geschwistern sind 6 gestorben: ein Bruder und eine Schwester im Alter von 3 Jahren und 4 Brüder im Alter von 14, 17, 21 und 28 Jahren. Alle 4 an Brustleiden und Haemoptöe.

Von 3 lebenden Schwestern bekamen 2 nach stärkeren Anstrengungen ebenfalls manchmal Blutspeien. Patientin selbst war meist gesund, hat jedoch die Kinderkrankheiten durchgemacht; an Drüsen will sie nie gelitten haben. Als Mädchen von 10 Jahren bekam sie an der linken grossen Schamlippe eine hühnereigrosse Geschwulst, welche sich spontan öffnete unter Entleerung einer beträchtlichen Menge Eiters. An Husten, Auswurf, Blutspeien hat Patientin nie gelitten. Die Menstruation trat im Alter von 13 ½ Jahren ein, war regelmässig von 4 bis 5tägiger Dauer und ziemlich profus, namentlich am 2. und 3. Tage, wo nicht selten klumpiges Blut abging, sie war gewöhnlich schmerzlos; nur gelegentlich stellte sich 1 oder 2 Tage vorher etwas Stechen im Unterleibe ein.

Im November 1877 wurde Patientin zum ersten Male als puella publica ärztlich untersucht. Im März 1878 lag sie 12 Tage wegen Schmerzen im Unterleibe linkerseits im S. 47 des Bürgerhospitals. Die Schmerzen waren nicht besonders heftig. Patientin wurde bald wieder hergestellt. Die Therapie bestand damals in der Application von Blutegeln an den Unterleib und Cataplasmen. Patientin will damals schwanger gewesen sein, die Regel aber noch zur ge-

wohnten Zeit, nur sehr schwach, gehabt haben. Ende Juni 1878 abortirte Patientin, nachdem sie 10 Wochen lang gar kein Blut aus den Genitalien verloren hatte, angeblich im 4. Monat und im Anschluss an einen Fall von der Treppe; ein Fœtus ist jedoch mit Sicherheit nicht constatirt worden. Der Fall geschah mit einem Eimer Wasser, Nachmittags; am andern Morgen bekam sie sehr heftige Schmerzen im Unterleibe und Drängen nach unten; dann traten Blutungen ein, welche zum Theil sehr stark 4 bis 5 Tage anhielten. Nach 10tägigem Krankenlager verliess Patientin das Bett wieder, ziemlich hergestellt. Von September bis November inclusive, ohngefähr 12 Wochen lang, befand sich Patientin in der syphilitischen Abtheilung des Bürgerhospitals und wurde local, wie sie angiebt, wegen eines Geschwürs an der Gebärmutter behandelt; dasselbe war sehr hartnäckig und wurde local behandelt; später wurde eine Schmierkur vollzogen.

Am 9. Dezember trat zur erwarteten Zeit, ohne besondere Beschwerden, die Periode ein, war von mittlerer Stärke, hielt aber nur bis zum Morgen des 11. Dezembers an.

Am 13. Dezember zeigte sich wieder eine leichte Blutung. Nach Tische vergnügte sich Patientin noch im Schneeballwerfen, dann wurde ihr gegen 1 bis 2 Uhr Nachmittags plötzlich warm und wieder kalt; es traten ausserordentlich heftige Schmerzen im Abdomen ein. Aus den Genitalien fand keine Blutung mehr statt; beim Uriniren, sowie bei der Defäcation, keine Schmerzen. Seit der Zeit ist Patientin krank; sie hat fast immer Schmerzen im Unterleibe, welche nur von Zeit zu Zeit an Intensität zunehmen; etwas Drang nach abwärts. In liegender Stellung lassen die Schmerzen nach, während Gehen oder Sitzen dieselben steigert. Seit dem 15. Dezember hat Patientin verschiedene Male täglich nach dem Genuss von Speisen Erbrechen; am schlimmsten wurde das Erbrechen am 19. Dezember, wo auch die Schmerzen im Leibe sehr heftig waren; sie erbrach an diesem Nachmittag wohl 5 bis 6 Mal gallige Massen. Am 18. Dezember wurde Patientin zum letzten Male ärztlich

untersucht, doch will sie sich schon seit dem Beginn der Schmerzen ruhig verhalten haben; aber erst am 21. Dezember suchte sie das Bett auf, weil sie sich immer schwächer fühlte und die Schmerzen nicht nachliessen. Am 21. Dezember ward Patientin in der gynäkologischen Abtheilung der geburtshülflichen Klinik aufgenommen.

Status praesens. Kleine, mässig entwickelte Person, von mittelstarkem Knochenbau, mässiger Musculatur, genügendem Panniculus adiposus. Keine Exantheme, keine Oedeme. Respirations- und Circulationsorgane normal. Kein Fieber. Brüste wenig entwickelt, schlaff. Warzenhof schwach pigmentirt. Urin frei von Eiweiss.

Status genitalium. Abdomen mässig aufgetrieben, Nabelgegend geröthet; auf Druck empfindlich, teigig geschwollen; an einer Stelle beinahe fluctuirend. Rings um den Nabel und in der Tiefe fühlt man eine nussgrosse Infiltration. Im rechten und im linken Hypogastrium fühlt man eine gut nach oben abgrenzbare, bis eine Handbreit über dem ligamentum Poupartii rechts höher als links reichende, in der Mittellinie weniger hoch hinaufreichende etwa 7 Centimeter unter dem Nabel gelegene, weiche, leicht empfindliche, nicht fluctuirende Resistenz, welche rechts einen etwas beweglichen abgrenzbaren apfelgrossen Auswuchs trägt, links dagegen nur eine Andeutung eines solchen. Die äusseren Genitalien sind gut entwickelt; leichter Fluor, keine Röthung. Scheide bietet nichts besonderes.

Portio vaginalis angeschwollen, cylindrisch; Muttermund mit leichten Einrissen versehen, befindet sich nur 3 Centimeter von der Symphyse entfernt. Orif. externum quer, fast geschlossen, sieht leicht nach hinten.

Im Cavum Douglasii fühlt man eine pralle, leicht empfindliche, kindskopfgrosse, ziemlich glatte, das hintere Scheidengewölbe stark nach unten ziehende Resistenz, an welcher mit Sicherheit Fluctuation nicht nachzuweisen ist.

Der uterus scheint in toto durch den Tumor nach vorn

gedrängt; corp. uteri im vorderen Scheidengewölbe vor dem Tumor fühlbar. Uterus fest, unbeweglich, ebenso wie die Resistenz im hinteren Scheidengewölbe. Die Sondirung des Uterus gelingt sehr leicht, 6 ½ Centimeter Länge. Fundus uteri im vorderen Scheidengewölbe etwas nach rechts gedrängt. Portio sieht ein wenig nach links.

Ob der äussere Tumor, besonders die rechte Partie desselben, mit dem Tumor im hinteren Scheidengewölbe in Zusammenhang steht, oder in denselben übergeht oder nicht, bleibt unermittelt.

Vom Rectum aus fühlt man die hintere Fläche des Tumors sehr deutlich; man kommt auch über denselben nach oben hinaus. Die Wand des Tumors erscheint daselbst grobhöckerig; einer dieser Buckel giebt deutliche Fluctuation.

Was die Behandlung betrifft, so möchte ich erwähnen, dass dieselbe, während des ganzen Aufenthaltes in der gynäkologischen Klinik, eine rein symptomatische war. Schmerzen im Unterleibe, Erbrechen, Meteorismus bilden die Hauptsymptome des Krankheitsverlaufs.

Am 3. März hat die Patientin die Abtheilung verlassen, und ist damals folgender Status aufgenommen worden:

Cavum uteri 6 ½ Centimeter, Fundus nach links und vorn gedrängt, ganz unbeweglich. Portio direct hinter der Symphyse 1 ½ Centimeter lang, cylindrisch; das hintere Scheidengewölbe ist durch einen harten, mit kleinen Hervorragungen versehenen Tumor nach unten gedrängt; der Tumor ist etwas kleiner als früher, härter, etwas beweglich. Vom Abdomen aus fühlt man auf dem Tumor die beiden nussgrossen auf demselben beweglichen Ovarien ähnlichen Resistenzen. Nach dem vorhergehenden Ergebnisse der Untersuchung, sowie der Anamnese, diagnosticirte man damals ein doppeltseitiges Ovarialkystom mit Haematocele retrouterina.

Am 21. Mai 1879 liess Patientin sich abermals in die gynäkologische Abtheilung des Bürgerspitals aufnehmen,

nachdem sie wieder heftiges Erbrechen bekommen. Es bestand wieder Fieber und die gastrischen Störungen dauerten fort. Damals wurde von Prof. Freund folgender Status aufgenommen:

Sehr schlaffe Hautdecken und Muskeln, schlecht entwickelte Mammae. Fett sehr geschwunden. Milzdämpfung in der Axillarlinie, von der 5. bis 7. Rippe reichend, nach vorn bis an die Mamillarlinie. Leber von der 5. Rippe bis an den Rippenbogen nicht fühlbar.

Axillardrüsen vielfach geschwellt; ebenso Anschwellung und Verhärtung der Cervical- und Submaxillardrüsen. In der Regio epigastrica bräunlichrothe, nicht erhabene Flecken von Kirschkern- bis Bohnengrösse. Bauch gleichmässig ausgefüllt. Ein Nabelbruch schlaff von Pflaumengrösse, auffallender Weise nach oben gerichtet, leicht durch Druck zu entleeren und durch Anstrengung der Bauchpresse wieder zu füllen. Fingerdick offener Nabelring. Bauch wie bei Ascites gestaltet, aber die rechte regio hypogastrica etwas stärker gewölbt als die linke. Regio epigastrica tympanitisch bis zum Niveau des Rippenbogens, beiderseits seitwärts absolute Dämpfung. Bei tiefem Percutiren ist das Colon ascendens bis zur Flexur kurz tympanitisch nachweisbar. Weniger deutlich und sehr hoch tympanitisch ist das Colon descendens. Fluctuation kleinwellig auf der rechten Seite, grosswellig auf der linken. Bei Lagerung auf die linke Seite ist das Colon ascendens deutlich, das Coecum undeutlich nachweisbar. Bei Lagerung auf die rechte Seite ist das Colon descendens, aber nicht die Flexura iliaca deutlich. In der Lage à la vache ist die Milz deutlich durch Percussion mannshandgross nachweisbar.

Genitalbefund. An den äusseren Genitalien, Albinismus partialis; an der linken inneren kleinen Labie, Narben mit Substanzverlust. Uterus, bedeutend verlängert, wird auf 12 Centimeter geschätzt, extramedian vorn. Die Portio vaginalis ist verdickt, ebenso das corpus uteri. Der Hals-

theil der Gebärmutter nicht so scharf zu fühlen wie der Fundus. Verschieblichkeit nach oben gering, nach rechts unten am Fundus bedeutend; bewegt man den cervix etwas nach links, so fühlt man eine starke Spannung von Bändern auf dem rechtseitigen Tumor. Rechts vom Fundus gehen Stränge aus, die auf den darunter liegenden Tumor sich hinziehen. Rechts vom Fundus in dem breiten Ligament, das über dem Tumor gespannt ist, fühlt man mehrere Verdickungen von Bohnengrösse. Die linke Seite des Uterus fühlt sich freier als die rechte an. Der Tumor auf der linken Seite scheint nicht wie ein Ovarialtumor an der linken Seite des Uterus befestigt zu sein, sondern ist viel tiefer. Beim in die Höhezerren desselben bewegt sich der Cervix mit in die Höhe.

In der Vagina fühlt man einen mannshandgrossen Tumor. Das hintere Laquear vaginae bis zur Mitte der Scheide herunterwölben; derselbe lässt sich nach rechts bis zur linea arcuata verfolgen; links erreicht er diese Linie nicht; derselbe ist hart, zeigt feste Stränge, die unregelmässig an ihm verlaufen, an seiner linken Kante, einige elastische Vorragungen, die grösste etwa pflaumengross; diese letztere platzt während des Versuches einer genaueren Betastung.

Die Untersuchung per rectum ergiebt wegen nachweisbarer Ausfüllung der Douglas'schen Tasche durch Flüssigkeit keine genauere Resultate. Nachdem behufs Beseitigung der Dyspnoe die freie Flüssigkeit aus dem Bauch durch Punction entfernt worden war, wird nach einigen Tagen die Untersuchung in corpore suspenso vorgenommen.

Dieselbe ergiebt nun, dass es sich hier in der That um einen doppelseitigen Ovarialtumor handelt, von denen der rechte, der bedeutend grössere, intraligamentar entwickelt, der linke etwa mannsfaustgrosse, an einem langen Stiele befindliche, mit seiner nach aussen sehenden Fläche, links an den Bauchwandungen adherent erscheint.

Der gespannte Stiel des linkseitigen Tumors fühlt sich uneben und derb an, wie wir denselben bei einem früheren

Falle, in welchem sich später bei der Ovariotomie Torsion des Stieles zeigte, als Zeichen dieses Zustandes annahmen.

Die Tube und das lig. rotundum der rechten Seite des Uterus gingen deutlich fühlbar auf den Tumor über und liessen sich eine Strecke weit als nicht verschiebliche Stränge verfolgen; die Tube in einem nach oben concaven Bogen, das lig. rotundum schräg nach unten rechts gestreckt.

Der Tumor selbst umkreist den Uterus derart, dass nur der oberste Theil des Fundus als frei zu betasten ist. Die ganze hintere Wand bis zur linken Kante, und nach rechts über die rechte Kante hinweg, ist der Uterus untrennbar mit dem Tumor adherent, ebenso an der ganzen rechten Beckenwand. Das Coecum und der untere Theil des Colon ascendens erscheinen platt auf der äusseren und oberen Partie des Tumors. Die Sondirung gelingt leicht und ergiebt die Verhältnisse von Länge und Richtung des Uterus, wie wir sie schon vorher angenommen hatten. Die Harnblase erscheint bis 3 Querfinger über die Symphyse nach rechts oben gegen den Cervix uteri gezerrt. Die Untersuchung per Rectum ergiebt keine neue Resultate, ausser dem Nachweis von harten Beckendrüsen Packeten. Hiernach wird die Diagnose mit Sicherheit gestellt auf doppelseitigen Ovarialtumor, kleinzellig, polycystös; im klinischen Sinne fest, der linkseitige, mit torquirtem Stiel, an der linken Bauchwand adherent, der rechtseitige intraligamentar mit Entfaltung des hinteren Blattes des ligamentum latum dextrum hineinwachsend in das mesenterium des Colon ascendens.

Die Natur des Tumors wird als proliferirendes Ovarialcystom beurtheilt. Die Flüssigkeit in der Bauchhöhle ist zum grössten Theile aus rupturirten Cysten des rechtseitigen Ovarialtumors stammend und ersetzt sich aus dieser Quelle stets auf's Neue, ganz wie im Falle II. Die Untersuchung der Flüssigkeit durch Hrn. Prof. v. Recklinghausen hat dies evident erwiesen. Bei der notorisch chronischen Syphiliscachexie der Person wird von einem operativen Eingriff, der

voraussichtlich äusserst schwierig durchzuführen und nicht ungefährlich wäre, abgesehen.

Fall II. Frau R., aus Strassburg, 61 Jahre alt.

Anamnese. Patientin stammt von gesunden Eltern, war selbst als Kind sehr gesund, wurde mit dem 18. Jahre menstruirt. Die Periode war stets regelmässig bis zum 49. Jahre, wo sie sich ohne Alteration der Gesundheit verlor.

Patientin hat 5 lebende gesunde Kinder geboren. Im 18. und 28. Jahre machte sie Brustkrankheiten durch. Im 32. Jahre hatte sie eine Unterleibsentzündung, im Februar 1876 wieder eine Lungenaffection.

Herbst 1875 merkte sie ein allmähliches Schwellen ihres Leibes, erst schmerzlos und ohne Beschwerden, seit Januar 1876 dagegen ziemlich lebhafte Beschwerden. Sie giengen vom Abdomen aus (Leber und Magengegend) und strahlten rechts und links zur Wirbelsäule aus; sie waren schneidend und exacerbirten nur wenn Patientin sich viel bewegen musste. Nachts, überhaupt bei ruhigem Liegen, hörten dieselben vollständig auf. Mehr unangenehm als schmerzhaft für die Patientin war ein Gefühl von Spannung in der rechten und linken Leistengegend. Das allgemeine Befinden der Patientin ist nicht wesentlich alterirt; der Appetit ist vortrefflich. Schlaf gut. Stuhl regelmässig. Im Winter 1875|76 wurde durch die medicinische Poliklinik ein circumscripter Abdominaltumor constatirt, der für ein Uterus fibroid gehalten wurde.

Im Frühjahr 1876 begann Patientin, Tags über namentlich, nach viel Bewegungen, an Incontinentia urinae zu leiden, die im Sitzen und Liegen verschwand.

Am 20. Juli 1876 stellte sich Patientin in der hiesigen gynäkologischen Klinik vor, wo man einen grossen fluctuirenden Abdominaltumor, neben freiem Ascit, constatirte. Man rieth der Patientin einzutreten, was sie erst am 12. Juli that. Damals wurde folgender Status aufgenommen.

Status praesens. Patientin cachectisch gelblich. Hautfarbe ohne Icterus, fieberlos. Puls von geringer Spannung; Athmung normal; Percussionsschall der Lungen sehr voll; Herztöne rein, etwas klappend. Abdomen colossal und für Ascit characteristischer Weise aufgetrieben. Deutlich multiple Tumoren unterhalb der Bauchdecken zu fühlen mit deutlicher Fluctuation. Unter dem Nabel, der Länge und Quere nach, absolute Dämpfung. Die Leberdämpfung geht in die Dämpfung des Abdomens über, seitlich in den abhängischen Partien, Dämpfung, die bei Lageveränderung verschwindet. Kurze Vaginalportion, Uterus leicht beweglich. Der Tumor liegt nicht im Becken, und ist derselbe von Innen nicht zu fühlen, ebensowenig eine Fluctuation. In der Folge wurde über circumscripte Schmerzen im Abdomen geklagt, denen man mit Chloroformlinimenten begegnete. Dabei Bäder und Kaliumjodatum. Eine reichere Diurese erzeugt jetzt Aufhebung der Spannung des Abdomens, so dass man am 24. Juli einen distincten Tumor abdominalis vom Nabel abwärts durchfühlen kann. Umfang des Abdomen um den Nabel 88 bis 89. Entfernung des Nabels bis zur Symphyse 28; von Spina zu Spina 38,5—39. Das Allgemeinbefinden wird erträglich; die Schmerzen werden, wenn sie periodisch auftreten, mit Chloroform gelindert. Jeden 2. Tag ein Vollbad; doch nimmt die Diurese nicht zu. Schmerz in der Lebergegend. Am 7. August wurden folgende Masse genommen: grosser Umfang 96, Processus xyphoideus zur Symphyse 42, Dist. spinar. 39.

Am 8. August wird Patientin entlassen. Anfang Januar 1877 wurde der Tumor empfindlich, und es liess sich deshalb Patientin wiederum in die Klinik aufnehmen. Noch immer lautet die Diagnose Ovarialtumor (Cystom mit Ascites).

Der Untersuchungsbefund ergiebt damals: Anwachsen der Schwellung, Zunahme der Schmerzen im Abdomen, sowie Kreuzschmerzen rechterseits. Dabei ist Appetit, Schlaf, Stuhl und Urin stets normal gewesen.

20 I 77. Versuch der Punction der Cyste. Der Troikart scheint an der Wand der Cyste abgeglitten zu sein und nur Ascites fluidum zu finden. Flüssigkeitsmenge 8 Liter, darin geringe Menge Paralbumin (Hoppe-Seyler); trotzdem hält man die Flüssigkeit für alten Ascit. Spec. Gewicht 1017. Dann stösst man den Troikart noch tiefer, und entleert derselbe jetzt eine wenig gelbe opalescirende Flüssigkeit, klebrig, ganz different von der andern, etwa 100 Cubikcentimeter jedenfalls Cysteninhalt. Spec. Gewicht 1010. Am Boden des Glases ein Niederschlag, der aus Gewebsfetzen zu bestehen scheint; microscopisch sieht man alveolare Gerüstsubstanz, worin grosse Zellen liegen. Prof. von Recklinghausen erklärt erstere für Niederschlag, letztere für Schleimkörperchen. Nach der Punction fühlt man deutlich einen prallgefüllten Tumor 3 Finger breit unter dem Nabel. Die Punction blieb ohne jede nachtheilige Folgen. Am 2. Februar wird Patientin entlassen und erfreute sich, während 6 Wochen circa, eines guten Wohlseins, besuchte hie und da die Poliklinik, wo man am 4. März 1877 den Tumor als zwischen Nabel und proc. xyphoides liegend constatirte.

Grösster Umfang 92 Centimeter.

Umfang um den Nabel 90.

Distanz von proc. xyph. zur Symphyse 42.

Am 12. März 1877 tritt Patientin abermals in die Klinik ein, da der Umfang des Leibes wieder beträchtlich zugenommen hat. Damals wurde folgender Status aufgenommen: Mageres Individuum, braune Haut mit reichlichen Pigmentflecken. Kein Fieber. Haut des Abdomens stark gespannt. Nabel fast ganz verstrichen. Das ausgedehnte Abdomen weist die für ascites sprechende Form auf, die seitlichen Partieen fast überhängend. Ausgedehnte Fluctuation. Bei der Palpation fühlt man in der Nähe des Nabels einen rundlichen Körper hin und her ballotiren, ähnlich dem Ballotement des Kindes; deutliche Abgrenzung verhindert der Ascites. Der unterhalb der Rippen tympanitische Schall geht überall in der Höhe des Nabels in Dämpfung über; auch

die Seitenparticen sind von da ab vollständig gedämpft, geben aber bei erhöhter Lage tympanitischen Schall.

Innere Untersuchung. Kurze Vaginalportion, leicht beweglich, etwas nach oben verzogen. Durch das Scheidengewölbe ist mit grosser Mühe ein ballotirender Tumor zu fühlen. Uterus nicht abgrenzbar. Die Punction des Ascites wird vorgenommen; es werden 10½ Liter einer hellgelben, stark fadenziehenden, nicht spontan gerinnenden, beim Erhitzen fast vollständig gerinnenden Flüssigkeit abgezapft. Patientin fühlt sich darnach sehr erleichtert. Die Tumorcontouren sind viel deutlicher zu sehen als vorher. Der Tumor ist von praller elastischer Consistenz, hat auf seiner Oberfläche viele Höcker und macht den Eindruck eines multiloculären Cystoms. Nach oben reicht der Tumor bis in die Mitte zwischen Nabel und proc. ensiformis. Die Beweglichkeit ist ziemlich gross, schmerzhaft. Der Tumor ist von den oben gelegenen Organen und vom Becken äusserlich abzugrenzen. Der Ursprung desselben und seine Verbindung mit dem Uterus und dessen Adnexen ist nicht zu ermitteln. Die Kranke jedoch ist ziemlich herabgekommen; sie hat Harndrang, Obstipation, schlaflose Nächte und ein eigenthümliches Gefühl von Spannung und Druck in der regio hypogastrica; si möchte gern von ihren Beschwerden befreit sein und ist bereit sich einer radikalen Operation zu unterziehen. Man schreitet deshalb zur Probeincision am 25. Juli 1877.

Operation. In der Chloroformnarcose, die während der ganzen Dauer sehr gut vertragen wird, wird in der linea alba eine unterhalb des Nabels 8 bis 10 Centimeter lang verlaufende Schnittwunde gesetzt und das Peritoneum sorgfältig geöffnet. Sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle (fast keine Blutung) stürzt eine grosse Quantität ascitischer Flüssigkeit heraus. Die Exploration des Tumors ergiebt die Unmöglichkeit eines weiteren operativen Eingriffes; nach

hinten zu verspürt man mit Kothballen gefüllte Därme, die mit dem Tumor verwachsen scheinen. Der Tumor sitzt ferner der Wirbelsäule in weiter Ausdehnung nach unten fest an. Er ergiebt sich als retroperitonealer Tumor.

Die Betastung des Douglas'schen Raumes und die nähere Untersuchung, wie der Tumor mit dem Uterus und seinen Adnexen zusammenhängt, führt zu negativen Resultaten. Der Tumor selber hat cystischen Charakter; doch wird von einer Punction einzelner Cysten Abstand genommen. Nach links und rechts sind peritonitische Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand, die sehr leicht zu erkennen sind. Die Bauchwunde wird, nachdem man sich von der Unmöglichkeit der Operation überzeugt hatte, durch Draht und Catgutnähte geschlossen und ein Lister'scher Verband angelegt.

Der operative Eingriff blieb ganz unschädlich, und am 9. August durfte Patientin schon das Bett zum ersten Male verlassen. Nachdem die Wunde ganz vernarbt, ja die Beschwerden in mancher Hinsicht ganz nachgelassen hatten, war das Gefühl von Spannung ganz verschwunden; die Kranke befand sich relativ wohl und war fast überzeugt, dass sie jetzt von ihrem Leiden befreit wäre. Fieber ist während des ganzen Verlaufes nicht eingetreten.

Am 30. August wird Patientin abermals entlassen; die Narbe war ganz linear, nicht gedehnt; der Ascites hat sich wieder in geringem Grade ausgebildet; die früheren Beschwerden kehren wieder zurück, sind aber weniger bedeutend. Patientin bekommt ein Schnürleibchen und wird gebeten, sich jede Woche einmal poliklinisch vorzustellen. In der Poliklinik wurde nun constatirt, dass der Umfang des Bauches bald wieder zunahm.

Am 30. April 1879 suchte die Patientin abermals Hülfe in der geburtshülflichen Klinik. Die Beschwerden der inzwischen auf das äusserste abgemagerten und anämisch gewordenen Frau waren durch einen inzwischen zur colossalen Grösse ausgebildeten Bauchbruch, der sich in Folge der Verdünnung der Operationsnarbe gebildet hatte, auf's

höchste gestiegen. Es wurde einige Tage nach der Aufnahme die Punction vorgenommen und circa 12 Liter Flüssigkeit entleert, worauf sich Patientin vollkommen wohl befand.

Am 7. Mai 1879 wurde nun die Untersuchung von Prof. Freund vorgenommen und dabei folgender Status aufgenommen.

Durch den oberen Theil der Bauchhöhle fühlt man ein grösseres elastisch sich anfühlendes, nach links dem Tumor aufsitzendes cystöses Gebilde, von der Grösse der Hand eines Neugeborenen. Dasselbe ruht auf kleinen cystösen Bildungen der Hauptgeschwulst; diese liegt mit dem Nabel abschliessend vorzugsweise in der linken Unterbauchgegend, ohne das os ilei zu erreichen.

Jetzt wird die chloroformirte Patientin in der Suspension untersucht und dabei folgendes constatirt. Unter dem Tumor, welcher die Wirbelsäule nach rechts nur wenig überragt, zieht sich links vorn in flachem Bogen das colon descendens auf dem Tumor verschieblich. Der Retrouterintumor schrumpfte bei Suspension zu einer Schwarte in der Douglas'schen Tasche zusammen. Uterus schmal, lang, dünnwandig, liegt fast auf der Beckenwand über dem Promontorium hinaus nach rechts und ist dem Tumor durch breit membranöse Verbindungen adherent. Das linke Ovarium nicht weiter zu fühlen, rechtes Ovarium als Fingerkappen, dickes Körperchen rechts unter der Linea arcuata zu fühlen.

Am 25. Juni wird eine neue Punction gemacht und circa 8 Liter Flüssigkeit entleert, welche dieselbe Beschaffenheit aufweist, wie die früher gewonnene. Die Punction wird gut ertragen. Prof. Freund ist es nun gelungen, durch die Suspension eine genauere Diagnose stellen zu können; für ihn ist der Tumor ein intraligamentäres Cystom des linken Ovariums. Der Diagnose sicher, erscheint ihm die Extirpation nicht unmöglich; es wurde daher dieselbe am 28. Juni früh Morgens vorgenommen.

Operation. Zuerst wird der Bauchschnitt geführt; der-

selbe beginnt 3 Centimeter unter dem Nabel und geht nach links in einer Entfernung von 3 Centimeter von der linea alba ab, um den Bauchbruch zu vermeiden, bis zur Symphyse; die blutenden Gefässe werden sofort unterbunden. Das Netz, nach unten zu adherend, wird von der Adhesion gelöst, wobei mehrfache Unterbindungen gemacht werden müssen.

Nach Entleerung der ascitischen Flüssigkeit ergiebt sich im Tumor ein linkseitiges intraligamentares Ovarialkystom. Der Tumor sitzt zwischen den beiden Blättern des ligamentum latum; die Ausschälung desselben ist sehr schwierig und macht sehr viele Unterbindungen nöthig. Nach oben ist er zwischen die Blätter des Mesenteriums des absteigenden Darmes verwachsen. Beim Versuch der Lostrennung wird ein Stück Mesenterium eingerissen, die Einrisstelle durch Nähte geschlossen. Im Douglas'schen Raume befinden sich perimetrische Schwarten. An Leber, Milz und Nieren nichts besonders; dagegen ist im ductus cysticus ein taubeneigrosser eingeklemmter Gallenstein, der sich nicht verschieben lässt. Uebergang des Darms etwas verdickt; das rechte Ovarium ist geschrumpft.

Nach sorgfältiger Blutstillung werden die Ränder der Peritonealtasche, aus welcher der Tumor ausgeschält worden war, geglättet, und in die untere Partie der Bauchwunde, welche durch Ausschneidung des ganzen Bauchbruchsackes beträchtlich vergrössert war, eingenäht.

Die Flexura sigmoidea, welche auf der hinteren Partie dieser Peritonealtasche ausgebreitet lag, kommt dabei sehr nahe an die Bauchwunde heran. Nach Einführung zweier dicker Drains und nochmaliger Ausspülung der Wundhöhle, wird der antiseptische Verband angelegt.

Nach der Operation, die 3 ¼ Stunden gedauert hatte, war Patientin ziemlich collabirt. 116 Pulse und kaum fühlbarer Radialpuls. Am folgenden Tage tritt Erholung ein und ist das Allgemeinbefinden ziemlich gut. Fieber besteht nicht (Temp. nie über 37°,8). Als Diät wird Bordeaux mit Eis,

Kaffee verabreicht. Indessen stellt sich am 30. Juni Schmerzhaftigkeit im Leibe ein. Trotz fleissiger Ausspülung der Wundhöhle entwickelt sich Jauchung in derselben und am 1. Juli stirbt Patientin in Collaps.

Die Section ergiebt jauchige Flüssigkeit in geringer Menge in der Wundhöhle. Von dort aus ist diese Flüssigkeit durch die vorerwähnte Oeffnung im Mesenterium, dessen Nähte durchgeschnitten, in die Bauchhöhle gedrungen und hatte septische Peritonitis veranlasst.

In Bezug auf die Topographie der Sexualorgane ergab die Section keine neuen Resultate.

In einem dritten Falle wurde ein kindskopfgrosses Polykystom des rechten Ovariums, welches mit der vorderen Bauchwand an der Stelle einer von einer früheren Ovariotomie herrührenden Bauchnarbe, sehr eng verwachsen war und in einem Bauchbruche sich nach vorn und aussen wölbte, nach vielfachen vergeblichen Versuchen mit den gewöhnlichen Methoden die Diagnose zu stellen, erst in der Untersuchung bei aufgehängtem Körper mit Sicherheit erkannt. Der bleifederdicke, mehrfach gedrehte sehr lange Stiel spannte sich in dieser Lage, bei gleichzeitiger Anziehung des Uterus nach abwärts so energisch, dass seine beiderseitigen Ansatzpunkte auf das genaueste festgestellt werden. Die Kranke, ein sehr heruntergekommenes Individuum, litt an häufigem Erbrechen und hartnäckiger Stuhlverstopfung. Allmählich entwickelten sich die Symptome des Ileus und stellten die Vitalindication zur Operation der sehr heruntergekommenen und hochfiebernden Frau. Bei der Operation wurden alle vorher angenommenen topographischen Verhältnisse bestätigt, als Grund des Ileus ein wahrer Volvulus im Ileum, durch peritonitische Membranen auf dem Tumor fixirt, erkannt.

Nach achtägigem guten Verlauf, mit vollständiger Sistirung des Erbrechens, freiem Abgang von faeces und flatus per anum, und Fieberlosigkeit, wiederholt sich bei einem Versuche zum Stuhlgange der Ileus, welcher durch Wieder-

öffnung der Bauchhöhle, bei der die erneute Fixirung des Darms constatirt wird, unter zunehmender Schwäche zum Tod führte.

Epicrise.

1) Die geschilderte Untersuchungsmethode beruht auf den oben entwickelten Grundsätzen jeder Palpation der Bauch- und Beckenorgane. Sie garantirt den geringsten intraabdominellen Druck; derselbe wird negativ.

2) Sie bewirkt das Herabsinken von Tumoren aus der Beckenhöhle gegen das Zwerchfell hin, dadurch Anspannung der Verbindungen gestielter Tumoren, die mit dem Uterus zusammenhängen, weil der letztere durch seinen Scheidenansatz nur bis zu gewissem Grade der Bewegung gegen das Zwerchfell hin folgen kann. Unterstützt wird die Methode sehr passend in geeigneten Fällen durch Hegar's Fixirung event. Herabziehung des Uterus mit der Kugelzange.

3) Sie bewirkt die Entleerung des Beckens und Douglas'schen Raumes von Darmschlingen und ascitischen Ergüssen, so dass die Austastung sehr erleichtert wird.

4) Sie schützt in vielen Fällen vor der sogenannten Probeincision, indem sie gestattet eine genauere Diagnose zu stellen.

15083