

Beitrag

zur

Statistik der Ovariectomie

mit specieller Berücksichtigung der Diagnosen.

.....
Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

Ad. Brodsky

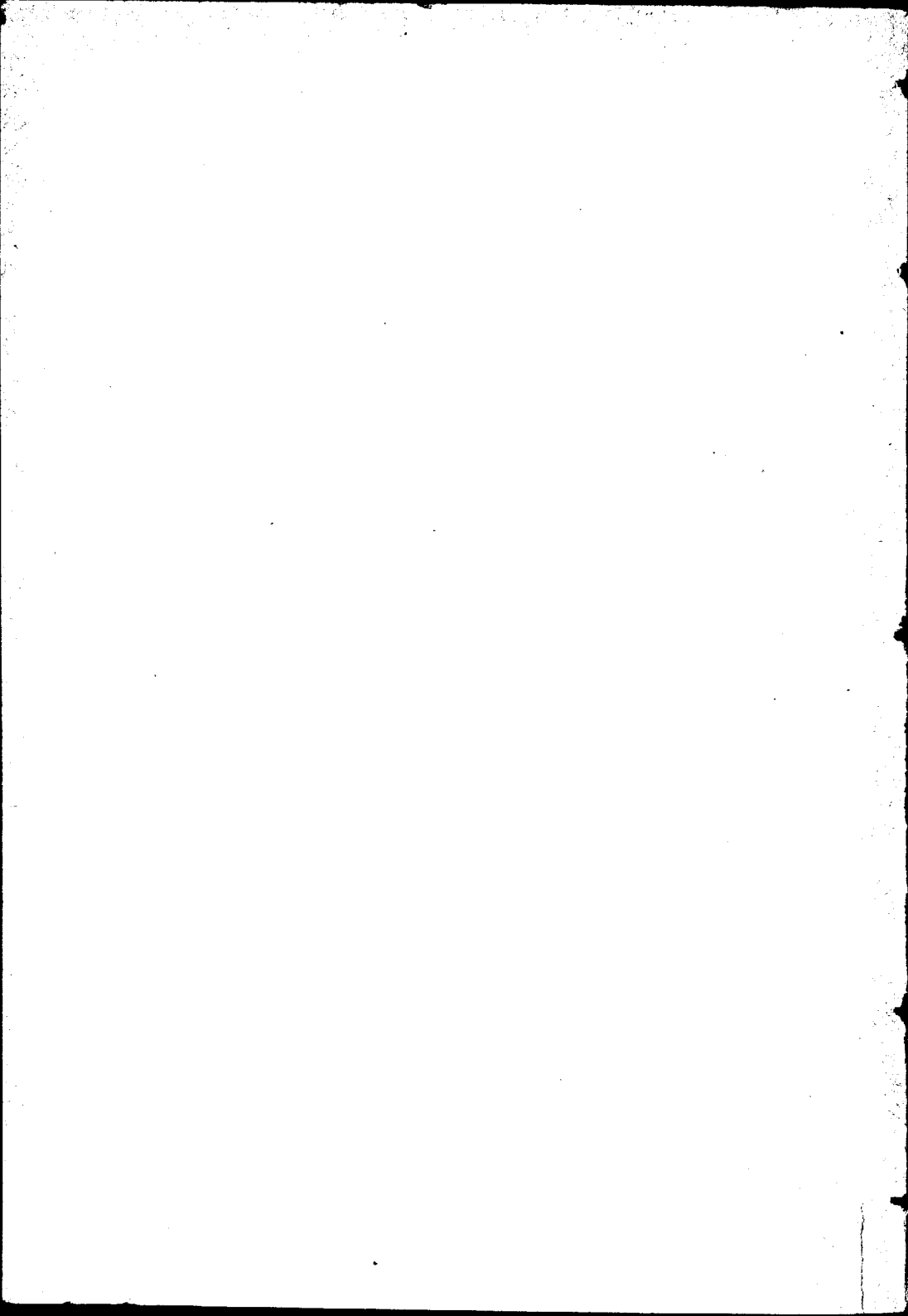
aus Poltawa.



.....
Jena,

Druck von Hossfeld & Oetling.

1879.



Ich fühle mich verpflichtet, zuerst an dieser Stelle meinen herzlichen und aufrichtigen Dank Herrn Geh. Hofrath Prof. Dr. B. S. Schultze für die mir ertheilte Erlaubniss, alle seine Ovariotomien veröffentlichen und in einigen von ihnen assistiren zu dürfen, auszusprechen.

Ich schicke einen kurzen historischen Ueberblick über die Geschichte der Ovariotomie voraus, um den Kampf zu zeigen, den diese grossartigste und ihrer Resultate halber einzig dastehende Operation bestand, ehe sie sich das Bürgerrecht in der modernen Chirurgie und Gynaekologie erworben hat.

Wir können die Geschichte der Ovariotomie in drei Perioden eintheilen. Die erste Periode, die sich bis in das graueste Alterthum erstreckt, zeigt uns, dass die Ovariotomie damals nicht an pathologisch veränderten, sondern an gesunden Ovarien ausgeführt wurde, und nicht wie im 19. Jahrhundert der Humanität, sondern der Immoralität diene. Im *Λειπνοσοφιστῶν* (L. XII c. 9) erzählt Athenäos von einem lydischen Könige, welcher sich zur Bewachung seines Harems castrirter Weiber statt Eunuchen bediente, und ein anderer lydischer König, Gyges, liess einige seiner Concubinen castriren, um ihre Jugendreize zu verlängern. Von Aristoteles und Galen (im 9. Buche des *περὶ Ζῴων ἰστορίας* und A. Schrift „De semine“) wissen wir, dass die Ovariotomie an Hausthieren, wie heute noch, zu

ökonomischen Zwecken geübt wurde. Im Mittelalter finden wir bei Riolan (*Opera prima*, Paris 1610, *Anatome* p. 142), Boerhave (*Praelect. academ. in prop. inst. t. 5 pars 2 et 669*), Graaf (*De mulierum organ. generat. inserv. Tract. nov. Cap. 13*) und Andern entweder die Ausführung der Ovariectomie zu vorher genannten Zwecken erwähnt, oder zur Behandlung der Nymphomanie vorgeschlagen.

Erst am Ende des 17. Jahrhunderts tauchte die Idee der Ausführung der Ovariectomie an erkrankten Ovarien auf. Es war Theodor Schorkopf, der in seiner „*Dissertatio medica inauguralis de hydrope ovarii*, 1685“, zuerst die Ansicht aussprach, dass man nur durch die Exstirpation hydropischer Ovarien einen radicalen Erfolg herbeiführen könnte. Nach ihm folgten (Schlenker (*De singulari ovarii sine morbo*, 1722). Willius (*Specimen medicum sistens stupendum abdom. tumorem*, 1731), G. Tozetti (*Prima raccolta de osservazione mediche*, Firenze 1752), U. Peyer (*Acta helvetica*, t. t. Basel 1751, app. 1), Theden (*Nova acta, nat. curios. tom. 5. pag. 289*) etc., welche die Berechtigung der Ovariectomie zugestehen. W. Hunter (*On Cellular Tissue* 1762) und van Swieten (*Comment. in H. Boerhave's Aphor. 1770. tom. IV. § 1223*) vertheidigten die Operation gegen ihre Gegner Anton de Haen und Morgagni.

Delaporte (*Mémoires de l'académie royale de Chirurgie* 1833 p. 757), Morrand, John Hunter 1785, Chambon (*De l'exstirpation des ovaires*, Paris 1789) und John Bell waren begeisterte Fürsprecher der Ovariectomie, aber leider nur Fürsprecher; das ist zugleich das Charakteristische der ersten Periode der Ovariectomie (wenn wir sie im modernen Sinne, als Exstirpation kranker Eierstöcke, auffassen wollen), dass sie theoretisch erörtert wurde, jeder Ovarientumor aber

ein noli me tangere auch für die kühnsten Chirurgen der damaligen Zeit war.

Der erste, der eine Ovariectomie ausführte, und dadurch die zweite Periode in der Geschichte der Operation eröffnete, war Dr. Ephraim Mc. Dowell aus Virginien in Amerika. Zwar hat schon l'Aumonier in Rouen 1776 eine Operation ausgeführt, die von einigen und selbst von Dr. Athlee als Ovariectomie bezeichnet wird, in der That aber das nicht ist, weil sie einen, durch eine Incision über das lig. Ponpartii eröffneten, Beckenabscess bei einer Wöchnerin betraf, und, wie es scheint dabei zufällig das gesunde Ovarium extirpirt worden war, und Dr. Robert Houston im Jahre 1701 bei Glasgow eine Operation ausgeführt, die schon deshalb keine Ovariectomie in unserem Sinne ist, weil die Geschwulst nur angeschnitten, also eine Art von Explorativ-Incision war.

Der Ruhm also, der erste gewesen zu sein, der die Ovarialgeschwülste durch die Radicalcur der Ovariectomie, auf rationelle und wissenschaftliche Grundsätze basirend, unternommen und viele Male ausgeführt zu haben, gehört unbestreitbar Mc. Dowell; mögen auch die vorhergenannten Operationen von einigen als Ovariectomien bezeichnet werden, sie wurden nur zufällig und gewiss, ohne dass die betreffenden Operateure von der Ovariectomie eine Idee gehabt hätten, ausgeführt.

Mc. Dowell hörte 1794 Bell's Vorlesungen in Edinburg und kehrte 1795 in seine Heimathstadt Kentucky zurück, aber erst 14 Jahre später, im December 1809, führte er seine erste Ovariectomie an einer Mrs. Crawford aus.

Die Operation dauerte 25 Minuten. Die Incision wurde nach links von der Linca alba am äusseren Rande des M. rectus gemacht und war 9 Zoll lang.

Die Intestina stürzten dabei heraus und blieben während der ganzen Operation am Tische liegen. Der Tumor wurde punktiert und entleerte 15 Pfund einer trüben gallertähnlichen Masse. Der Cystensack selbst wog $7\frac{1}{2}$ Pfund. Vereinigung der Wunde fand mittelst Kürschnernaht und Heftpflaster statt. Die Kranke wurde am 25. Tage als genesen entlassen, befand sich bis an ihr Lebensende ganz wohl und starb in einer Niederlassung am Wabash River, Indiana, wohin sie gezogen war, im Alter von 79 Jahren, 1841.

Im Ganzen führte Mc. Dowell 13 Ovariotomien aus, von denen 8 mit glücklichem Erfolg. Ihm folgten bald andere amerikanische Chirurgen, wie Nathan Smith (Erfinder der intraperiton. Methode), der, ohne von Mc. Dowell's Operation gewusst zu haben, 1821 operirte, dann A. und G. Smith, Atlee, Kimball, Peaslee, Sims, Storer u. A. In Europa wurde die Ovariotomie nach Mc. Dowell zuerst von Emilliani zu Faenza (Italien) 1815 ausgeführt. Es folgten ihm in Deutschland Chrysmar 1819 in Isny (3 Operationen mit einer Genesung) und Dzondi 1820. Dieffenbach, der einer der heftigsten Gegner der Ovariotomie war, und sie als ein nicht zu rechtfertigendes Wagniss verdammt, entschloss sich 1826 zum erster Male zu operiren. Die Operation war von Erfolg gekrönt. Nun folgten ihm andere Chirurgen, wie Langenbeck, Quittenbaum, Kiwisch, Martin, Siebold, Stilling (Erfinder der extraperiton. Methode, 1841), Nussbaum, Scanzoni, Spiegelberg etc., aber mit so unglücklichen Resultaten, dass die Operation discreditirt wurde.

Es wurden in Deutschland bis zum Jahre 1869 129 Operationen vollendet, davon starben 67. (P. Greuser, die Ovariotomie in Deutschland historisch und kritisch dargestellt, 1870.)

Auf den brittischen Inseln wurde die Ovariotomie

zuerst von Lizars in Edinburg 1825 (zweimal, eine Genesung und ein Todesfall) und von Granville in London 1827 (eine unvollendete Operation mit Ausgang in Genesung, eine andere mit letalem Ausgang). Bis zum Jahre 1836 schreckten diese ungünstigen Resultate von der Ausführung der Ovariectomie ab. In diesem Jahre operirte Dr. Jeaffreson von Framlingham mit glücklichem Erfolg und zum ersten Male in England mittels einer kleinen Incision. Während nun auf dem Lande viele Aerzte ziemlich gute Resultate aufzuweisen hatten, wurde in der Metropole von Gross-Brittanien erst im Jahre 1842 die erste von Erfolg gekrönte Ovariectomie von Mr. Walne, der im folgenden Jahre zwei andere, ebenso erfolgreiche, folgten, ausgeführt. Zugleich mit Walne begann Dr. Clay in Manchester seine Ovariectomien und ihnen folgten bald eine ganze Reihe anderer Chirurgen wie: C. Hawkins, Keith, Key, Baker Brown, Tyler Smith, Hutchinson, Murray, Thomson, Duffin (der in England die extraperit. Methode erfand, 1850, ohne von der Erfindung Stilling's etwas zu wissen) und endlich Sp. Wells, der Mann, der, wie wir weiter unten sehen werden, die dritte Periode in der Geschichte unserer Operation eröffnet und der sich so eminente Verdienste um die Ovariectomie erworben hat, dass sich wohl kein Operateur der alten wie der modernen Chirurgie in dieser Hinsicht mit ihm vergleichen kann.

In Frankreich wurde die Ovariectomie zum ersten Male im Jahre 1844 von Dr. Woyerkowsky in Quingez ausgeführt; der nächste Fall war von M. Vaulleuard an einer Kranken, die vorher 52 Mal punktiert wurde, mit Erfolg ausgeführt. Es wurden hier, während der zweiten Periode der Ovariectomie, noch 8 Operationen von Maisonneuve, Boinet, Bach, Remarquay u. A., aber

alle mit tödtlichem Ausgang, ausgeführt, wodurch die Operation auch hier in Verruf gerieth.

In Russland führte die erste Ovariectomie Prof. Vanzetti in Charkow 1846 aus, die folgende Hartmann in Helsingfors 1849, beide mit letalem Ausgang.

In allen übrigen Ländern wurde die Ovariectomie während dieser ganzen Zeit gar nicht ausgeführt, weil sie noch einfach eine vollständige terra incognita war.

Wenn wir diese zweite Periode der Ovariectomie, die sich vom Jahre 1809 bis etwa zum Jahre 1860 erstreckt, charakterisiren wollen, so brauchen wir nur eine Discussion in der Royal Medical and Chirurgical Society 1850 zu erwähnen, in welcher ein bedeutender Chirurg die Frage aufwarf: „ob die Ovariectomie unterstützt und fortgesetzt werden könnte, ohne den Charakter des ärztlichen Standes zu gefährden?“ T. Sp. Wells¹⁾ sagt über diesen Zeitraum in der Geschichte der Ovariectomie Folgendes: „In einigen der neuesten Musterwerke über Chirurgie ward auf die Ovariectomie nicht einmal angespielt. In den besten Werken über Frauenkrankheiten ward sie alles Ernstes verdammt, und die einflussreichste englisch-medicinische Zeitschrift (Review) sprach sich dahin aus, dass die Ovariectomie eine Operation sei, welche, obgleich sie das Staunen der Menge erregt, nichts nützt für die Kenntnisse des Anatomen, noch für die Wissenschaft des Chirurgen, und dass, wenn je eine ihrem Wesen nach so gefahrvolle und in ihren Resultaten oft so unmittelbar tödtliche Operation ausgeführt wird, ein Hauptprincip der ärztlichen Moralität gröblich beleidigt würde“. So stand es um die Ovariectomie am Ende der zweiten Periode, als Spencer Wells anfang, sich mit ihr zu beschäftigen. Er sagt

1) Die Krankheiten der Ovarien von Sp. Wells, übersetzt von F. Küchenmeister. 1866.

darüber wie folgt: „Unter diesen entmuthigenden Umständen machte ich mich im December 1857 an den ersten Versuch (der unvollendet blieb), und gelobte mir selbst, die Resultate vor den Fachgenossen vollständig zu veröffentlichen und jeden Fall, ob glücklich oder unglücklich, zu publiciren“. Mit einer ununterbrochenen Energie setzte Sp. Wells seine Ovariomien fort und diess veranlasste bald, dass die berühmtesten Chirurgen Europa's wie: Nélaton, Nussbaum, Billroth und zahlreiche Andere nach London pilgerten, um sich dort Geschicklichkeit und Begeisterung für die Operation zu holen, ihre Verbreitung nachher über die ganze Erdoberfläche zu bewerkstelligen und ihr, die das Leben vom sicheren Tode rettet und eine so vollständige Restitutio ad întegrum herbeiführt, wie keine andere Operation, den ehrenvollsten Platz auf dem Gebiete der modernen Chirurgie einzuräumen. Um die interessante Thatsache zu zeigen, dass mit der steigenden Zahl der von Sp. Wells ausgeführten Ovariomien auch der Procentsatz seiner Heilungen stieg, wollen wir einen kurzen Blick auf den Gang seiner Operationen werfen.

Bis Juni 1862¹⁾ wurden von Sp. Wells 38 Ovariomien ausgeführt, davon 22 mit erfolgreichem, 16 mit letalem Ausgang = 57 % Heilungen; bis zum Ende des Jahres 1864 vollendete er 115 Ovariomien, davon 77 G'enesungen, 38 letale = 66 % Heilungen; Ende Juni 1872²⁾ vollführte er seine 500. Ovariomie, davon 373 G'enesungen und 127 Todesfälle = 74 % Heilungen; Ende Juni 1878³⁾ vollendete er die 900. Ovariomie und hatte schon fast 76 % Heilungen.

1) Sp. Wells: Die Krankheiten der Ovarien, übersetzt von Dr. F. Küchenmeister. Leipzig 1866.

2) Sp. Wells: Die Krankheiten der Eierstöcke, übersetzt von Dr. P. Grenser. Leipzig 1874.

3) Sp. Wells: Die diagnose und chirurgische Behand-

Diese Zahlen beweisen wohl am besten die Thatsache, die Prof. B. Schultze schon vor Jahren behauptet hat: „dass die Uebung ein sehr wichtiger Factor für das Gelingen der Operation ist¹⁾“. Zur Wiederaufnahme und Verbreitung der Ovariectomie im Anfang ihrer dritten Periode haben beigetragen:

In Frankreich: Nélaton, Boinet, Péan und vor Allen Koeberlé, der zugleich mit Nélaton 1862 anfang zu operiren.

In Deutschland: Stilling, Spiegelberg, Martin, Hegar, Nussbaum, namentlich aber Billroth.

In Russland: Krassowsky (seit 1862) und Masslowsky.

In Schweden und Norwegen: Dr. Sköldberg und Prof. Nikolaysen.

In Italien: Prof. Landi in Pisa (seit 1868), Peruzzi und Dr. Mazzolo.

In Belgien, in der Schweiz, Portugal und Spanien wurde die Ovariectomie wiederholt ausgeführt; aber nicht nur in Europa und Amerika, sondern auch in Asien, Australien und anderen Ländern ist und wird die Ovariectomie ausgeführt.

Wir wollen jetzt zu einem der wichtigsten Kapitel der Ovariectomie übergehen, einem Kapitel, das selbst bis vor kurzer Zeit für sehr schwierig gehalten wurde, nämlich zur Diagnose der Ovarientumoren.

Wir wissen, dass es zahlreiche andere Erkrankungen des Abdomen giebt, die einen Ovarientumor simuliren und einige von ihnen eine absolute Contra-Indication schon gegen die Laparotomie als solche ab-

lung der Unterleibs-Geschwülste. Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann, Nr. 148, 1878.

1) B. S. Schultze: Ueber Ovariectomie. Deutsche Zeitschrift f. pr. Med. 1876.

geben, während bei anderen letaler Ausgang schon nach einer blossen Punction eintreten kann. Die wichtigste Frage also, die sich uns bei einem Falle von Abdominal-Anschwellung aufdrängt, ist: stammt der Tumor von den Ovarien oder von anderen Organen des Abdomen?

Diese Frage konnte selbstverständlich früher bei den mangelhaften physikalischen Methoden der Diagnostik und der Unkenntniss der Palpation normaler Ovarien überhaupt gar nicht beantwortet werden. In der neueren Zeit, seit der Vervollkommnung der Auscultation, der Percussions- und Palpationsmethoden, namentlich seit wir die Palpation normaler Eierstöcke¹⁾ und die combinirte Untersuchungsmethode²⁾ von B. Schultze kennen gelernt haben, sind wir im Stande, in vielen Fällen eine exacte Diagnose über den Ursprung und die Ursache der Abdominalanschwellung zu stellen. Dass dies aber nicht immer möglich ist, zeigt uns folgender Ausspruch von C. Schröder: „In gewöhnlichen, uncomplicirten Fällen macht die Diagnose im Allgemeinen keine sehr bedeutenden Schwierigkeiten, während sie unter Umständen ausserordentlich schwer und selbst unmöglich sein kann³⁾“. Es giebt also Fälle, wo wir mit den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden, wie Inspection, Percussion, Messung, Auscultation, bimanuelle Palpation per vaginam et rectum etc. nicht ausreichen; in solchen Ausnahmefällen kommen die sogenannten Hilfs-Untersuchungsmethoden, wie Punction mit nachfolgender chemisch-

1) B. Schultze: Ueber Palpation normaler Eierstöcke. Jenaische Zeitschr. I. 1864. p. 279.

2) B. Schultze: Ueber Palpation der Beckenorgane. Jen. Zeitschr. B. V. p. 113.

3) H. v. Ziemssen: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie B. X. 1877.

microscopischer Untersuchung und die Probe-Incision in Betracht. Wir werden weiter unten auf die Gefahren und den Nutzen der Probepunction und -Incision ausführlicher eingehen; um aber schon jetzt zu zeigen, dass auch diese Hilfs-Untersuchungsmethoden nur allzu häufig uns im Stiche lassen, wollen wir hier folgende Bemerkungen von R. Olshausen einschieben: „Im Allgemeinen kann es nur unser Bestreben sein, die Zahl der Probe-Incisionen immer mehr und mehr einzuschränken und müssen wir uns gestehen, dass die meisten sogenannten Probe-Incisionen richtiger als diagnostische Missgriffe bezeichnet werden¹⁾“, und „eine absolute Sicherheit giebt auch die Punction nicht, wie manche Fälle von W. Atlee, Sp. Wells, Spiegelberg und Andere beweisen“.

Ehe wir zur Betrachtung der von B. Schultze angegebenen Methode, die einzig und allein im Stande ist, eine absolute und sichere Diagnose zu liefern und die wir auch deshalb Schultze'sche Diagnose nennen wollen, übergehen, wollen wir zuerst cursorisch die Differential-Diagnose zwischen Ovarialtumoren und verschiedenen anderen Unterleibs-Anschwellungen durchnehmen, um zu zeigen, dass man mit den bis jetzt gebräuchlichen Untersuchungsmethoden in schwierigen Fällen nur zu einer zweifelhaften Diagnose, oder überhaupt zu keiner kommen konnte. (Und es giebt allerdings viele krankhafte und natürliche Zustände, welche Zweifel und Schwierigkeit verursachen, ehe man zu einem Schlusse kommt²⁾).

1) Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha-Billroth. Bd. IV. 6. 1877.

2) Sp. Wells: Die Krankheiten der Eierstöcke, übersetzt von P. Greuser, 1874.



Differentielle Diagnose.

1. Zwischen Ascites und Ovarialtumor.

Bei beiden Krankheiten giebt es Fluctuation und abdominelle Anschwellung, während aber bei Ascites eine gleichmässige Anschwellung des Unterleibs vorherrscht, ist sie bei kleinen und mittelgrossen Cystomen oft partiell, mehr auf der einen Seite, als auf der anderen, mehr unter dem Nabel als darüber. Bei grösseren Tumoren, namentlich grossen, einfachen Ovarialcysten ist die Anschwellung ebenfalls eine gleichmässige. Die Form des Unterleibs zeigt bei Ascites in der Rückenlage eine Abplattung der vorderen Abdominalwand und ein Hervortreten der Weichen, während bei den Ovarialtumoren eine Vorwölbung der vorderen Wand stattfindet. Bei einer grossen dünnwandigen, mässig gespannten, uniloculären Cyste dürfte sich wohl kaum ein Unterschied in der Form herausfinden lassen. Die Palpation ergiebt oft bei Multiloculäreysten knollige Protuberanzen oder halbkugelige Segmente, während bei massenhaftem Ascites die tiefsten Stellen resistent und elastisch, die höheren Stellen, die dem Drucke der Flüssigkeit nicht so ausgesetzt sind, weich und elastisch sind. Die Percussion ergiebt bei beiden Krankheiten gedämpften Schall, während aber bei Cystomen die Dämpfung oben, in der regio umbilicalis, und der helle Schall in den Hypochondrien ausgesprochen ist, findet bei Ascites das Umgekehrte statt. Bei Ascites ändert sich die Dämpfung je nach der Lage der Kranken, an den höher gelegenen Stellen heller, an den tiefsten Stellen gedämpfter Schall; bei Ovarialtumoren, wenn keine freie Flüssigkeit sich hinzugesellt, sind die Percussions-Resultate von der Lage der Kranken unabhängig. Sind die

Därme bei einem massenhaften Ascites an die Wirbelsäule fixirt, oder durch ein kurzes Mesenterium unter die Flüssigkeit gezogen, so bekommen wir auch bei Ascites Dämpfung in der regio umbilicalis; während andererseits auch bei einem Ovarientumor heller Schall oben entstehen kann, wenn nämlich in Folge einer perforirenden Communication mit dem Darm, oder nach Punction, Luft in die Cyste eintritt.

Der Wellenschlag reicht bei Ascites über die Grenze der Dämpfung hinaus, bei Ovarialtumor überschreitet die Fluctuation die Grenze der Cystenwandung nicht.

Auscultation ergibt bei beiden Krankheiten an der Stelle des hellen Schalles Darmgeräusche. Ist die Diagnose nicht leicht, so kann die Anamnese den Ausschlag geben; sie ergibt oft bei Ascites Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Tuberculose oder carcinomatöse Peritonitis; selbstverständlich können dieselben Krankheiten bei Ovarialtumor entweder primär oder secundär in Folge von haereditärer Anlage sich ebenfalls entwickeln. In schwierigen Fällen soll man durch die Punction und chemisch-microscopische Untersuchung (s. u.) die Zweifel beseitigen.

2. *Hydrops saccatus peritonei* (Abgesackter Ascites.)

Ein in Folge von peritonitischen Adhäsionen und Pseudomembranen gebildeter und mit Flüssigkeit gefüllter Raum, der sich zwischen den Gedärmen bildet, kann zu Verwechslungen mit Ovarientumoren Veranlassung geben. Die Fluctuation, wenn vorhanden, fällt hier, wie bei den Cysten, mit der Dämpfungslinie zusammen. Die übrigen Resultate der Untersuchung zeigen oft eine frappante Aehnlichkeit mit denen der Ovariencysten, und vielen bedeutenden Männern, wie Mc. Dowell, Sp. Wells, Smith u. A. passirte es, dass sie dadurch irre geführt wurden.

3. Bei Carcinose und Tuberculose

des Peritoneum und des Omentum majus ist abgessackter Ascites eine sehr häufige Erscheinung. Es können auch, sobald freier Ascites im Abdomen vorhanden ist, die im Exsudat befindlichen carcinomatösen Knoten multiloculäre höckerige Cystome simuliren. Auch die grossen Carcinomgeschwülste der Unterleibshöhle, die beträchtliche Dimensionen erreichen können, bieten den grossen Ovarientumoren viel Aehnliches dar. In differentiell-diagnostischer Beziehung kommt dabei in Betracht die Anamnese, die Erkrankungen anderer Organe (bei Tuberculose, Lunge, Darm etc., bei Carcinom geschwollene Lymphdrüsen, Krebscachexie, viel früher als bei Cystomen, eintretende Schmerzen und Abmagerung). Reichen alle Symptome nicht aus zur Feststellung der Diagnose, so wird die Probepunction angewendet. „Die Symptome zeigen aber manchmal eine solche Aehnlichkeit mit denen vieler Ovariencysten, dass Männer von der grössten Erfahrung getäuscht werden¹⁾).

4. Umfangreiche Fettanhäufungen

im Omentum maj. und Mesenterium, Lipome und Fibrome des Peritoneum und des Netzes erzeugen, sobald sie eine bedeutende Grösse erreichen, den Ovarientumoren ähnliche Symptome, dass sie, durch die bis jetzt gebräuchlichen Untersuchungsmethoden, höchstens nur durch die Probe-Incision constatirt werden könnten²⁾).

1) Sp. Wells: Die Krankheiten der Ovarien, übersetzt von P. Greuser, p. 105. 1874.

2) Sp. Wells: Krankheiten der Ovarien v. Greuser, p. 110, 1874. — Dr. J. Cohnstein, Grundriss der Gynaekologie. 1876.

5. Retentio urinae

mit nachfolgender Ausdehnung der Blase, die durch viele Ursachen, wie z. B. Retroversio uteri gravidi, Carcinomen und Polypen des cervix vesicae, verschiedene im Becken fixirte Tumoren etc. entstehen kann, hatte schon zur Verwechslung mit Ovarientumoren und in Folge dessen zu einer Punction, die in einzelnen Fällen mit letalem Ausgang endigte, Veranlassung gegeben. Sp. Wells erzählt einen Fall, wo er gerade zur Zeit ankam, als eine Frau punktirt werden sollte. Die eigenthümliche Hervorwölbung über der Schamfuge fiel ihm auf und er schlug vor, den Catheter vorher einzuführen; es floss eine grosse Menge Urin ab und der Tumor verschwand.

6. Fäcalmassen,

die sich im Dickdarm in bedeutender Ausdehnung anhäufen, können durch den Reiz, den sie auf die Schleimhaut ausüben, Diarrhöen unterhalten, und diese Diarrhöen können durch Uebersetzung des Causalmoments zur falschen Diagnose führen. Zur Unterscheidung von Ovarialgeschwülsten genügt ein blosser Fingerdruck, indem nämlich bei vorhandenen Fäcalmassen der Eindruck wie in einem Schneeballe, auch nach Entfernung des Fingers, unverändert bestehen bleibt. Bleiben aber noch Zweifel übrig, so werden der fortgesetzte Gebrauch von Drastica und nachfolgende Entleerung von aufgelösten Massen die Diagnose stützen.

7. Phantomtumoren.

Es kommen oft bei hysterischen Frauen tympanische Ausdehnungen des Abdomen vor, die entweder gleichmässig sind, die Grösse eines hochschwangeren Uterus und darüber erreichen können, oder partiell,

meistens auf der rechten Seite¹⁾. Die Geschwulst ist hart, resistent, es ist keine Fluctuation vorhanden und der Percussionsschall ist hell. Bei Anwendung der Chloroform-Narcose verschwindet die Geschwulst vollständig, die Bauchdecken erschlaffen und die Hand kann bis auf die Wirbelsäule eingedrückt werden, oder die normalen Ovarien können während der Narcose durch die bimanuelle Palpation abgetastet werden.

8. Milz- und Lebertumoren.

Milztumoren können eine solche colossale Grösse erreichen, dass sie bis in das Becken herabreichen und die vorderen und seitlichen Gegenden des Abdomen ausfüllen. Ihr Gewicht kann dann 10—20 Pfd. betragen. Bei der Palpation zeichnen sie sich durch eine glatte resistente Oberfläche aus, die freilich oft auch bei den Ovarientumoren vorhanden ist. Ein rechts von oben nach unten hinziehender scharfer, mitunter von einem Einschnitt (Hylus) versehener Rand soll sie von Cystomen unterscheiden.

Von den Lebertumoren gaben oft die Dislocationen der vergrösserten Leber und die sogenannte Wanderleber Veranlassung zu Täuschungen²⁾. Die bimanuelle Palpation wird die Nichtbetheiligung der Genitalorgane nachweisen.

9. Nierengeschwülste.

Bei den Nieren wie Ovarien kommen grosse solide wie nicht solide Geschwülste vor, die so vollständig das Abdomen ausfüllen, dass sie die Diagnose erschweren oder oft unmöglich machen. Dies sind z. B. Carci-

1) Sp. Wells: Die Krankheiten der Eierstöcke, übersetzt von P. Greuser, 1874. Cap. VI.

2) Winkler: Archiv für Gynaekol. Bd. IV. S. 145. — Leopold: Archiv für Gyn. Band VII. S. 152.

nome der Niere, welche den Cysto-sarcomen oder colloidnen Tumoren der Ovarien in ihrer Consistenz ähnlich sein können, oder Hydronephrose, die einer einfachen grossen Ovariencyste ähnliche Symptome darbieten kann.

Bei Carcinom einer Niere sollte man nun glauben, dass die Hämaturie, Albuminurie, Krebszellen und Epithelzellen im Urin eine genaue Diagnose sichern würden, in der That aber findet man in vielen Fällen weder Spuren von Blut, noch Krebszellen im Urin¹⁾. Und bei einer, in Folge von Druck entstandenen Obliteration des Ureters der kranken Seite kann der Urin sogar eine vollständig normale Beschaffenheit zeigen (Sp. Wells). Eines der hauptsächlichsten Symptome, wodurch sich Carcinome und andere solide Renaltumoren auszeichnen, ist die Abwesenheit von Fluctuation, während man selten einen grossen Ovarientumor antrifft, der nicht wenigstens an einer Stelle fluctuirt. Hier kommen aber andere Erkrankungen der Niere in Betracht, wie Pyonephrosis und die schon erwähnte Hydronephrose etc., bei denen die Fluctuation sehr deutlich ist.

Die weiteren Kriterien, die zur Sicherstellung der Diagnose zwischen Ovarial- und Renalgeschwülsten von Sp. Wells, Atlee, Simon, Spiegelberg u. A. angegeben wurden, sind folgende: während Nierentumoren die Intestina gewöhnlich nach vorn drängen, thun es die Ovarientumoren nach hinten oder zur Seite. Die Percussion ergiebt also bei Nierentumoren vorn tympanitischen Schall. Der Schall kann aber vorn gedämpft erscheinen, wenn durch die Grösse der Nierengeschwulst der Darm comprimirt und luftleer geworden ist; nach Sp. Wells fühlt man ihn (den Darm) dann, wenn man

1) Dr. Roberts: Urinary and Renal Diseases, p. 444.

ihn unter die Finger rollt, sich strangartig contrahiren, oder man hört in ihm Darmgeräusche, oder es lässt sich in denselben per rectum Luft einblasen. Grosse Tumoren der rechten Niere haben gewöhnlich das Colon ascendens an ihrem inneren Rande; Tumoren der linken Niere kreuzen sich gewöhnlich von oben nach unten mit dem Colon descendens. Anamtestisch lässt sich bei den Nierentumoren oft eruiren, dass zuerst eine Anschwellung in der Höhe der Costae spuriae bemerkt wurde, die nachher bis in die regio inguinalis herunterwuchs; bei einem Ovarientumor geben die Kranken die umgekehrte Richtung des Wachsthum's an. Auch die Probepunction giebt hier selten ein positives Resultat, denn in alten hydronephrotischen Säcken können Harnbestandtheile fehlen, und andererseits findet man, wenn auch nicht constant, Harnstoff in Cystomen¹⁾.

Die berühmtesten klinischen Lehrer und Chirurgen der ganzen Welt drücken sich folgendermassen über die differentielle Diagnose der Nierenerkrankungen aus: „Ich kenne Fälle, wo die vergrösserte Niere für die Erkrankung der Milz, des Eierstocks, des Uterus, oder für einen Lebertumor gehalten wurde; und es ist vielleicht bei der grössten Sorgfalt und dem genauesten Wissen nicht möglich, Irrthümer ganz und gar zu vermeiden“ (Dr. Bright) und „Selbst Männer von grosser Erfahrung müssen gelegentlich zugestehen, dass eine genaue Diagnose unmöglich ist.“ (Sp. Wells.)

10. Echinococcen (Hydatiden).

Die Echinococcen können ihren Sitz haben in der Leber, im Bauchfell, in der Milz, in den Nieren und allen anderen Organen des Unterleibs. Am häufigsten

1) R. Olshausen: Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. Bd. IV. 6. 1877. Pitha-Billroth.

aber kommen sie in der Leber und im Peritonäum vor, wo sie einen enormen Umfang erreichen können, bis zu 45 Pfd.) Ihr Wachsthum ist ein langsames aber stetiges. Die Casuistik der diagnostischen Irrthümer ist hier eine besonders grosse, da die Echinococcen, sobald sie grosse Dimensionen erreichen, überall den Wandungen der Bauchhöhle an- und dem Beckeneingang aufliegen. Sie zeigen sehr undeutliche Fluctuation und bei der palpatorischen Percussion in einzelnen Fällen das sogenannte Hydatidenschwirren (*Frémissement hydatique*). Die Punction mit nachfolgender chemisch-microscopischer Untersuchung kann die Diagnose ausser Zweifel setzen, wenn in der Flüssigkeit *Scolec*es und Chitinstückchen aus der Membran nachgewiesen werden. (s. u.)

11. Tumoren des Uterus.

Am meisten sind dies Fibroide, Intraparietal-Myome, Myxo-myome und besonders die Cystomyome, die eine beträchtliche Grösse erreichen können und in diagnostischer Beziehung grosse Schwierigkeiten darbieten. Die Inspection ergiebt bei den nicht ganz grossen Uterustumoren viel häufiger als bei Ovarientumoren partielle Anschwellung des Unterleibs, die aber bei beträchtlicherer Grösse sich in nichts von Ovarialanschwellung unterscheidet. Anasarca der Bauchwand mit Erweiterung der Venen sind bei mässig grossen Gebärmuttergeschwülsten häufiger, kommen aber bei grossen Ovarialtumoren nicht selten vor. Der Nabel ragt bei uterinen Geschwülsten viel weniger vor als bei Cystomen, ist aber zugleich mit einem Uterustumor auch freier Ascites vorhanden, so ist die Hervorragung des Nabels bei beiden Geschwulstarten gleich. Eine verhältnissmässig grosse Zunahme der Entfernung von

1) Dr. J. Birch-Hirschfeld. Lehrb. der path. Anatomie, 1877, S. 205.

Symphyse bis zum Nabel soll häufiger bei Geschwülsten des Uterus vorkommen. Bei der Palpation prävaliren in den uterinen Tumoren die festen, soliden Partien über die fluctuirenden, bei den Ovarientumoren findet das umgekehrte Verhältniss statt. Bei Ovarialgeschwülsten kann man die Hand gewöhnlich zwischen Symphyse und Tumor eindrücken und den Tumor in die Höhe schieben, bei einer Geschwulst, die ungestielt mit corpus oder collum uteri zusammenhängt, ist das nicht möglich. Wenn eine uterine Geschwulst gestielt der Gebärmutter aufsitzt, so ist sie ebenso, wie Ovarialtumor, leicht verschiebbar. Bei der combinirten Untersuchung fühlt man, wenn wir einen Finger auf die cervix und mit der andern Hand durch die Bauchwandungen den Tumor seitwärts bewegen, bei uteriner Abstammung des Tumor jede Bewegung sich auf den Uterus fortpflanzen, er wird sich mitbewegen und die Por. vag. wird nach der entgegengesetzten Richtung ausweichen, bei ovarieller Abstammung aber wird der Uterus entweder gar nicht tangirt, oder erhält nur fortgeleitete Bewegungen.

Die Diagnose wird bei grossen Ovarialtumoren dadurch öfters getrübt, dass sich feste und breite Adhäsionen zwischen ihm und Uterus bilden, der dann alle Bewegungen des Cystoms mitmacht. Die uterinen Tumoren sollen häufiger eine Elevation der Gebärmutter bedingen, während ein Prolapsus uteri, d. h. Dislocation der Portio vag. bis zur Vulva, Verdrängung des Uterus nach vorn (Anteversio-flexio) mit oder ohne seitlicher Schiefstellung meistens durch die Ovarientumoren veranlasst wird.

Hyperplasie der Port. vag., Klaffen des Muttermundes und ein weiter Cervixcanal sprechen für uterinen Ursprung des Leidens. Ausserdem kommen noch verschiedene entscheidende Momente, die durch Punction

und die Anamnese gewonnen werden, für die eine oder andere Geschwulstform in Betracht, wenn auch nicht mit voller Sicherheit, denn wenn wir aus Erfahrung wissen, dass Uterustumoren im Allgemeinen langsam wachsen, so geschieht es doch nicht selten mit einer enormen Rapidität; die Ovarientumoren zeigen oft ein sehr schnelles Wachstum, nicht selten auch ein langsames. Metro- und Menorrhagien kommen häufiger den uterinen Tumoren zu; die Krankheitsgeschichten der Ovariectomierten lehren uns aber, dass auch bei ihnen öfters abundante und unregelmässige Blutungen vorkommen. Die uterinen Tumoren sollen bei älteren häufiger als bei jüngeren Frauen vorkommen, die Ovarientumoren umgekehrt. Aus der Statistik, die R. Olshausen¹⁾, über 1240 Fälle von Ovarientumoren gesammelt hat, ersehen wir, dass Ovarialgeschwülste zwar am häufigsten zwischen den 30—40er Jahren sind, kommen aber in jedem anderen Alter häufig vor; ebenso verhält es sich mit den uterinen Tumoren. Der Zustand kann im Anfangsstadium beider Krankheiten, bei noch bestehender guter Ernährung und wenn keine grossen Beschwerden vorhanden sind, ein blühender sein. Sind aber die Beschwerden excessiv geworden, und die Kranken in der Ernährung heruntergekommen, so sehen wir vor uns bei beiden Tumorarten, uterinen und ovariellen, ein marastisches Individuum mit blassem, eingefallenem Gesicht, der sogenannten Facies ovarica, die früher als pathognomonisches Symptom eines Ovarientumors galt. Die Uterus- und Ovarientumoren erzeugen also oft so ähnliche Symptome, dass „ihre Differential-Diagnostik häufig praktische Schwierigkeiten darbietet und in manchen Fällen nur durch

1) Pitha-Billroth: Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie, Band IV. 6. 1877.

eine explorative Incision aufgeklärt werden kann. (Sp. Wells.)

Bei gleichzeitigem Vorkommen von Uterus- und Eierstockstumoren ist die Diagnose selbstverständlich noch schwieriger. Am meisten sind das kleine Myome, die gewöhnlich bei der Untersuchung übersehen und erst nach der gemachten Laparotomie erkannt werden.

12. Retrouterine Tumoren,

wie subseröse myomatöse Polypen, abgessackte Exudat-od. hämorrhagische Massen und kleine im Cavum Douglasii fixirte Ovariencysten geben ebenfalls zur Verwechslung nicht selten Anlass.

13. Zwischen Schwangerschaft und Cystomen.

Der sicherste Beweis, dass Schwangerschaft besteht, ist das Wahrnehmen von Fötaltönen, fötalen Theilen und Kindesbewegungen. Bei einem abgestorbenen Kinde fallen natürlich diese Schwangerschafts-Zeichen aus. Fernere Symptome der Schwangerschaft sind: Ausbleiben der Menstruation, Vergrößerung und dunklere Färbung der Papilla und Areola mammae. Es lässt sich aus der Papillae Colostrum ausdrücken. Pigmentirungen der Linea alba, der Haut, besonders im Gesicht und der Stirn, sogenanntes Chloasma gravidarum. Auflockerung der Port. vag., das Rundwerden der Muttermundspalte; ödematöse Schwellung, sammtartige Beschaffenheit, stärkere Secretion und dunklere Färbung der Vaginalschleimhaut. Amenorrhoe kann aber auch in nicht schwangerem Zustande bestehen, wie z. B. bei Chlorose, Scrophulose, Tuberculose, aus psychischen Ursachen, bei Metritis etc. andererseits können Blutungen auch während der Schwangerschaft eintreten, wie bei verschiedenen Anomalien und pathologischen Zuständen der Eihäute und des Pla-

centasitzes (Pl. praevia) oft geschieht. Pigmentirungen der Haut und des Gesichts tritt auch nicht selten bei Unterleibsgeschwülsten auf. Ein multiloculäres höckeriges Cystom, welches von freiem Ascites umgeben ist, kann bei dicken fettreichen Bauchwandungen Kindesheile vortäuschen. Dass man bei Verdacht auf Schwangerschaft die Punction gar nicht anwenden darf, versteht sich von selbst. Andere krankhafte Zustände des Uterus, wie intrauterine Geschwülste, Hämometra, Hydrometra, Physometra, können ebenfalls Veranlassung zur Verwechslung mit Ovarientumoren geben, sind aber viel leichter zu diagnosticiren und werden eher mit Schwangerschaft als Cystomen verwechselt.

14. Graviditas extrauterina

ist nur aus Kindesbewegungen und Herztönen zu diagnosticiren; alle übrigen Schwangerschaftssymptome können, wie wir oben sahen, auch bei Cystomen und anderen Tumoren der Unterleibshöhle vorkommen.

15. Retroflexio uteri gravidi

mit Incarcerationserscheinungen soll mit Sicherheit durch die combinirte Untersuchung (wegen grosser Schmerzhaftigkeit in der Chloroform-Narcose) zu erkennen sein, da das Corpus uteri an seiner Stelle fehlt.

Bei Complication von Schwangerschaft mit Ovarientumor sind die diagnostischen Schwierigkeiten noch verwickelter. Gewöhnlich wird eines von beiden übersehen. In einigen Fällen wurde die Schwangerschaft erst während der Ovariectomie erkannt, in anderen Fällen wurde umgekehrt der Tumor erst unter —, od. nach der Geburt erkannt.

Bei der äussern Untersuchung soll man zwei verschiedene Tumoren fühlen, einen nach hinten und seitwärts (d. Cystom), den anderen nach vorn (Uterus gr.).

Die Fötaltöne und Kindesbewegungen sind auch hier das wichtigste Kriterium der Schwangerschaft.

16. Geschwülste der Beckenknochen,

wie Enchondrome, Fibrome, Carcinome etc., welche entweder vom Os ilei, oder Os sacrum ausgehen und dem Sitze, der Grösse und der Form nach den Ovarientumoren gleichen können. Wenn die Tumoren nicht gross sind, wird man im Stande sein durch die Exploratio per vaginam et rectum die normalen Ovarien nachzuweisen.

17. Aneurysmen

und Anschwellungen der Lumbardrüsen können mit kleineren Ovarialtumoren verwechselt werden, und Sp. Wells¹⁾ theilt einen Fall mit, wo ein Aneurysma Aortae, das oberhalb der Bifurcationen sass, sich nach unten hinter das Peritoneum Bahn gebrochen hatte und einen beträchtlichen Tumor in der Kreuzbeinhöhle bildete, von der Vagina aus punktiert wurde. Der Tod trat sofort, noch ehe der Arzt das Zimmer verlassen konnte, ein.

18. Tumoren der Tube

(am häufigsten Hydrosalpinx) Cysten des Lig. latum und Parovariale Cysten verhalten sich genau wie Ovarialcysten und sind schwer zu diagnosticiren. Die Punction soll (s. unten) zur Feststellung der Diagnose beitragen.

Wir haben eine grosse Anzahl von Krankheiten und ihre wichtigsten Symptome erwähnt, die bei der differentiellen Diagnose der Ovarientumoren in Betracht kommen, und zugleich gesehen, dass trotz der Inspec-

1) Sp. Wells. Krankheiten der Eierstöcke. U. v. P. Greuser. 1874.

tion, Palpation, Percussion, Messung, Auscultation, combin. Untersuchung und Anamnese sich manchmal keine genaue Diagnose stellen lässt.

Wodurch nun können wir zu einer sicheren Diagnose gelangen?

Folgende Hilfsmethoden wurden angegeben, um die diagnostischen Zweifel zu beseitigen: die Simons'sche Rectalpalpation und das Hegars'sche Verfahren, die Probeincision und Probeincision.

Wir wollen eine kurze Schilderung dieser Hilfsmethoden geben, um zu zeigen, dass einige von diesen Methoden gerade in denjenigen Fällen, wo „das Resultat sachkundiger Percussion, Palpation und combin. Untersuchung Zweifel übrig liess, absolute Sicherheit zu geben selten im Stande sind“ (B. Schultze¹), während andere ihres gefährlichen Eingriffes halber sich von selbst verbieten, oder nur eine sehr beschränkte Indication haben. Die Rectalpalpation liefert namentlich bei Versionen, Flexionen, bei beschränkter Beweglichkeit des Uterus durch Anlöthungen an Nachbarorgane, um die Beschaffenheit der Uteruswandungen zu erfahren etc. glänzende Resultate²); kleinere Tumoren, namentlich retrouterine, sind durch die Rectalpalpation in ihrem Zusammenhange mit dem Corpus oder Collum uteri leichter nachzuweisen; bei kleinen und mittelgrossen Ovarientumoren, die noch nicht aus dem kleinen Becken gestiegen, genügt schon die Digitalexploration per rectum, bei grösseren Tumoren, welche aus dem kleinen Becken herausgetreten sind und bedeutende Dislocationen der Nachbarorgane verursachen, muss schon die manuelle Exploration per rectum aus-

1) B. S. Schultze. Zur Diagnose grosser Ovariotumoren. Centralbl. f. Gynaek. 1879. Nr. 6.

2) J. Holst. Beiträge zur Gyn. u. Geb. Tübingen. 1865. Erstes Heft.

geführt werden, die aber deshalb schlechtere Resultate liefert, weil „wenn wir das Rectum durch Einführen der ganzen Hand straff spannen, können wir weit weniger frei dessen vordere Wand über die Hinterfläche des Uterus so weit ausdehnen, dass wir, namentlich bei antevertirtem Uterus, bis zum Stiel des Tumor langen.“ (B. Schultze).

Das Hegar'sche Verfahren¹⁾ ist eine Modification der Simons'schen Rectalpalpation, und besteht darin, dass, während ein Assistent den Uterus, durch eine an d. Portio vag. angesetzte Zange, abwechselnd anzieht und relaxirt, der Operateur per rectum et Abdomen tastet und den Zusammenhang des Tumor mit dem Uterus, oder das Gegentheil constatirt. Abgesehen davon, dass bei grossen Tumoren die Elevation des Uterus und seine Dislocation einen so bedeutenden Grad erreichen kann, dass diese Manipulation nicht immer ausführbar ist, leidet das Hegar'sche Verfahren an demselben Fehler, wie die Simons'sche Rectalpalpation, „da durch das Einführen der ganzen oder halben Hand die Palpation in einem so beengten Raume sehr erschwert wird“ (B. Schultze).

Die Probepunction behufs chemischer und mikroskopischer Untersuchung wird von Vielen verworfen, ja Stilling nennt sogar die Punction ein Verbrechen, während Andere, wie Spiegelberg, Ed. Martin, W. Atlee etc. ihre Lobredner sind. Die Sache verhält sich auch hier in der Mitte. In vielen Fällen wird die Diagnose durch die chem.-mikroskopische Untersuchung sichergestellt, während in anderen — sie uns im Stiche lässt. Wenn z. B. nach einer Punction eine massenhafte und schleunige Gerinnung der Punctionsflüssigkeit eintritt, so spricht das für Cystomyome des Uterus, fehlt aber

1) A. Hegar. Zur gynäkologischen Diagnostik. Die combinirte Untersuchung. Samml. kl. Vortr. Nr. 105. 1876.

die Coagulation so spricht das nicht dagegen. Wir wollen hier die Unterschiede der verschiedenen Flüssigkeiten geben, aber zugleich die Ausnahmen, um das Obige zu bekräftigen. (Siehe Tab. A.)

Ausserdem ist die Punction mit solchen Gefahren verbunden, wie: Eintritt von Luft in die Geschwulst, welche Vereiterung und Verjauchung nach sich ziehen kann, Verletzung eines Gefässes der Bauch- oder Cystenwand mit nachfolgender Verblutung, Verletzung eines Darmes etc., dass die oben (s. Seite 8) von uns citirte Meinung Olshausens vollständig gerechtfertigt ist.

„Nöthig ist sie nicht immer, was um so wichtiger ist, da sie nicht immer möglich ist“¹⁾ (B. Schultze), z. B. bei Verdacht auf Schwangerschaft.

Interessant ist in dieser Hinsicht eine statistische Zusammenstellung von R. Olshausen²⁾, nach welcher sich folgendes ergibt: von 500 Sp. Wells Ovariomotomien sind 265 vor der Operation punctirt worden, die Mortalität war 27,17%; 235 waren vor der Operation nicht punctirt, Mortalität 23,4%.

Die Probeincisionen, die früher infolge der mangelhaften Untersuchungsmethoden viel häufiger waren, werden jetzt immer seltener. Wir finden in der Tabelle über Ovariomotomien von deutschen Operateuren, die Olshausen zusammenstellte, von 613 Operationen nur 15 Probeincisionen. Diese Erscheinung erklärt sich leicht aus der bedeutenden Mortalität der Probeincisionen. Während die Mortalität von Sp. Wells 500 Ovariomotomien 25% war, ist die — seiner 24 Explorativ-Incisionen 30%.

Der Name Probeincision hat übrigens jetzt eine

1) B. S. Schultze. Ueber Ovariomotomie. Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1876.

2) R. Olshausen. Handbuch d. allgemeinen u. speciell. Chirurgie IV. 6. 1877,

doppelte Bedeutung. Einige verstehen unter Probeincision eine Incision zu diagnostischen Zwecken, Andere — eine, infolge von eminenten Schwierigkeiten und Hindernissen, unvollendet gelassene Ovariectomie, der aber eine richtige Diagnose eines Ovarientumors vorausgegangen war. Die erste Art wird jetzt von den erfahrenen Chirurgen und Diagnostikern verworfen, die zweite —, oder besser unvollendete Ovariectomie lässt sich natürlich nicht voraussagen.

Wenn wir Alles bis jetzt über die differentielle Diagnose der Unterleibsgeschwülste in kurzen Worten resumiren wollen, so wird sich ergeben, dass wir gerade in den ausserordentlich schwierigen und complicirten Fällen in viva keine absolut richtige Diagnose im Stande waren zu stellen. Und C. Schröder¹⁾ sagt gerade zu: „wir wollen ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dass, wenn der Abdominaltumor eine ganz ungewöhnliche Grösse erreicht, jede gesicherte Diagnose, von der Explorativincision abgesehen, aufhört“, während der geniale und erfahrungsreiche Sp. Wells im festen Glauben an die immer weiter vordringende Forschung folgendermassen sich ausdrückt: „fortschreitende Erkenntniss macht jedoch solche Ausnahmen immer seltener, und es ist wahrscheinlich, dass bald von der Liste derjenigen auch solche Fälle gestrichen werden können, wo eine explorative Incision nöthig ist, oder die Ovariectomie begonnen werden muss, ehe der Chirurg positive Gewissheit über die Natur der vorliegenden Geschwulst hat²⁾“

Es ist nun das grosse Verdienst von Prof. B. Schultze, eine Methode³⁾ erfunden zu haben, durch

1) C. Schröder. Krankheiten d. weiblichen Geschlechtsorgane. Handbuch d. speciellen Path. u. Therapie, H. v. Ziemssen.

2) Sp. Wells. Krankheit, d. Eierstöcke. 1874.

3) B. Schultze. Zur Diagnose grosser Ovarientumoren. Centr. Bl. f. Gyn. 1879. Nr. 6.

deren Hülfe sich die Diagnose grosser Unterleibstumoren mit einer solchen Evidenz und Exactheit ausführen lässt, dass die anderen Hilfsuntersuchungsmethoden vollständig bei Seite gelassen werden können.

Die Methode besteht in Folgendem: die Kranke muss tief narcotisirt werden, damit die Muskulatur des Beckenbodens vollkommen erschlafft wird. Die Lage ist die, wie zur Untersuchung mit der ganzen Hand nach Simon, mit dem Steiss auf der Kante des Tisches, damit der Beckenboden stark aufwärts gedrängt und die Handwurzel tief gesenkt werden könne. „Während der Operateur die in genannter Weise gelagerte, tief chloroformirte Patientin per rectum (et vaginam) untersucht, ein Assistent, der zur Rechten oder Linken der Untersuchten nahe ihrem Kopfende steht, beide Hände auf deren Bauch fest auflegt, die Fingerspitzen zwischen Nabel und Symphyse gegen letztere gerichtet, dass er die Bauchdecken über den Tumor hin so viel wie möglich abwärts schiebt und dann den Tumor gegen den Thorax der Patientin erhebt.

Liess sich, was bei nicht allzugrossen Tumoren in der Narcose keine Schwierigkeit hat, die Bauchdecke über den Tumor gut abwärts schieben 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 von den Bauchdecken aus gegen einander tastenden Fingerspitzen beider Hände einander so weit zu nähern, dass die Verbindung des Uterus mit dem Tumor oder die Abwesenheit einer solchen mit Bestimmtheit direct getastet werden kann.

Ist das Entgegentasten von den Bauchdecken aus nicht so ergiebig 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 geführte Finger deutlich die Verbindung des Uterus mit dem Tumor, die bei abwechselndem Heben und Sinkenlassen desselben sich spannt und erschlafft. Selbst in den seltenen Fällen, dass die Palpation vom Rectum aus nicht so frei möglich ist, um das Ligamentum ovarin als solches zu erkennen, kann doch durch das genannte Manoeuvre die gestielte Verbindung des Tumor mit dem Uterus oder seinen Adnexen, falls eine solche vorhanden ist, und damit die Extirpirbarkeit des Tumor erkannt werden. Das Unbewegtbleiben des Uterus beim Emporheben des Tumor erweist dagegen die Nichtbetheiligung des Uterus sowohl wie der Ovarien, denn auch ein langer Ovarientumorstiel dürfte stets straff genug sein, um selbst bei minimalem Erheben des Tumor durch seine Spannung dem tastenden Finger sich zu verrathen.

Der bedeutende Unterschied in dem Resultat der einfachen Rectaluntersuchung und der Untersuchung nach der beschriebenen Methode, die wirklich überraschende Deutlichkeit, mit der dem auf genannte Weise Untersuchenden durch das Emporheben des Tumor die Ueberzeugung sich aufdrängt, dass ein gestielt der Tubengegend des Uterus aufsitzender Tumor vorliegt, erklärt sich so: der Finger, der zwischen Tumor und Uterus sich hineindrängen muss, hat von beiden Seiten einen so starken Tasteindruck, dass der hinzukommende Widerstand, den der Tumorstiel bildet, nicht deutlich empfunden wird; als erschwerender Umstand für das Urtheil kommt hinzu, dass, je weiter der Finger vordringt, desto grösser der Widerstand der Rectumwand wird, ein Widerstand, dessen Grösse noch dazu in jedem einzelnen Fall von vornherein unbekannt ist:

Sobald durch Emporheben des Tumor der Druck zwischen Tumor und Uterus vermindert oder aufgehoben wird, dringt der Finger ohne Kraftaufwand und ohne starken Druck zu erfahren, tastend vor und beurtheilt besser die ihm begegnenden Widerstände. Ferner: die Verbindung zwischen Uterus und Tumor, die im ruhenden Zustande bei dem engen Aneinanderliegen beider, dem tastenden Finger leicht entgeht, imponirt demselben mit grosser Deutlichkeit, wenn sie abwechselnd gespannt und erschlafft wird“.

Wir sehen, dass die Schultze'sche Diagnose (wie wir diese Methode nennen wollen) an Einfachheit und Sicherheit der Diagnose nichts zu wünschen übrig lässt, erfordert keine Instrumentalia und kann überall ohne viel Umstände ausgeführt werden. Prof. B. Schultze sagt zuletzt wie folgt: „Ich hoffe einen Beitrag zur Diagnose der grossen Unterleibstumoren geliefert zu haben, auf Grund dessen dieselbe absolut festgestellt werden kann in einer Anzahl von Fällen, in denen bisher vor der Laparotomie nur hohe Wahrscheinlichkeit für Ovarientumor bestand. Je öfter wir durch Palpation die Diagnose auf Ovarientumor sicherstellen, desto seltener wird die diagnostische Punction, der jede Gefahr nicht abgesprochen werden kann, nöthig erscheinen; desto öfter werden die Probeincisionen und die vergeblichen Versuche der Exstirpation, deren Gefahr, ganz abgesehen von dem Mangel des Erfolges, der Gefahr der vollendeten Exstirpation wohl mindestens gleichkommt, vermieden werden können“.



15509

6359