Beitrag

zur

DIAGNOSE DER GENITALTUBERKULOSE DES WEIBES.

Jnaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medicinischen Doctorwürde

vorgelegt der

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

der

Albert-Ludwigs-Universitaet zu Freiburg i. Br.

von

Alfred Wieland
approb. Arzt
aus
Worblingen.

Engen in Baden.
Th. Schneider's Buchdruckerei.
1894.

Beitrag

zur

DIAGNOSE DER GENITALTUBERKULOSE DES WEIBES.

Jnaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medicinischen Doctorwürde

vorgelegt der

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

der

Albert-Ludwigs-Universitaet zu Freiburg i. Br.

von

Alfred Wieland

approb. Arzt

aus

Worblingen.

Engen in Baden.

Th. Schneider's Buchdruckerei.

1894.

Es ist in letzten Jahren verhältnismässig Viel geschrieben worden über die Tuberculose der weiblichen Genitalien. Namentlich haben Aetiologie und Genese derselben in nennenswerten interessanten Arbeiten manichfache Erweiterungen erfahren. Auch therapeutisch ist man zumteil mit gutem Erfolg thätig gewesen und mehr oder weniger blieb dabei auch die Diagnostik nicht unberücksichtigt.

Im Nachstehenden soll gerade letztere noch einige weitere Ergänzungen erfahren durch Befunde, wie sie mir an der gynaekolog. Klinik zu Freiburg unter Leitung des Herrn Geheimerat Hegar zur Wahrnehmung gelangt sind.

Es handelt sich dabei jedoch ausschliesslich um die Diagnose der Tubentuberculose und der Bauchfelltuberculose, soweit letztere eben für den Gynaekologen in Betracht kommt.

Wir wollen zunächst die Krankengeschichten der seit ungefähr drei Jahren hier zur klinischen Untersuchung und Beobachtung gelangten Fälle vorausschicken und dann versuchen, hinterher im Einzelnen auf die unserer Arbeit zu Grunde gelegten Gesichtspunkte einzugehen.

Natürlich wird dabei Manches kaum zu umgehen sein, was schon vielerorts anderweitig erwähnt ist.

Casuistik.

I.

Journal Nr. XIV. pg. 327.

Patientin 22 Jahre alt, Nullipara.

Vater gestorben an Halsleiden. Mutter lungenleidend, ebenso ein Bruder. Acht Geschwister angeblich gesund. Patientin weiss nicht, wann sie laufen gelernt hat und ob sie gestillt wurde; will die englische Krankheit gehabt haben. Mit vier Jahren Rotsucht, auch sonst immer etwas kränklich; viel Husten.

Menstruation im 15. Jahre eingetreten, regelmässig alle vier Wochen 5—6tägig, gering. Seit vier Jahren Geschwüre an den Beinen und am Leib, die zeitweise verheilen. Zur selben Zeit als die Geschwüre auftraten 10 Wochen dauernde Menopause. Seitdem ist die Periode unregelmässig; alle fünf bis acht Wochen zwei- bis dreitägig mit krampfartigen Schmerzen im Unterleib und auf der linken Seite verbunden. Vor zwei Jahren abermals ein halbes Jahr Menopause.

Seit einem Jahre ist die Periode überhaupt nicht mehr eingetreten.

Im vergangenen Winter starker Husten und Auswurf.

Zur Zeit klagt Patientin über Schmerzen im Unterleib auf beiden Seiten; Brennen beim Wasserlassen; gespanntes Gefühl im Leib, viel Kopfschmerzen. Appetit gering; Stuhl in Ordnung. Geringer Husten; spärlicher Auswurf.

25. III. 92. — Unter Mittelgrösse. Knochenbau gracil. Fettpolster und Muskulatur schlecht. Brachycephal. Zähne gut, doch im Unterkiefer unregelmässig gestellt, bald eng, bald weit. — Brustdrüse schlecht. Warzenhof wenig umfänglich, schlecht pigmentiert. — Brunette.

Ueberall am Körper Narben. R-Niere tief und beweglich. Abdomen aufgetrieben, aber weich. Aeussere Genitalien schlecht behaart. Flache, fettlose, grosse Labien. Labia minora sehr kurz; Clitoris dagegen gross. Hymen erhalten, aber ziemlich dehnbar.

Vaginalportion vier bis fünf mm lang; $1^1/_2$ cm Durchmesser, nur schwach abgeplattet. Muttermund ganz kleine Spalte mit gerötetem, etwas geschwelltem Saum.

Vaginalportion steht links, etwas tief und nach vorn. Uteruskörper liegt noch mehr nach links, ist kaum etwas anteflectirt.

P. a. fühlt man den Utk. vielleicht etwas grösser wie eine Wallnuss, aber glatt.

Linkes lig. sacro-uterinum stark verkürzt und verdickt. Oberhalb desselben beginnt eine platte, mit flachen Furchen versehene Schwellung, welche sich am linken Fundalwinkel vorbei wie eine Guirlande bis zum rechten Fundalwinkel hinwindet und mit dem Uterus durch membranöse und strangförmige Gebilde verbunden ist. Diese Schwellung gewinnt, sich über den Uterus hinziehend, eine deutlich rosenkranzartige Form.

Rechtes lig. s. ut. schlaff. Viel Därme. Ein feiner Strang geht von der rechten Uteruskante aus, zieht sich lateralwärts und endet in einer platten, etwa bohnengrossen Schwellung.

Kreuzbein zeigt starke Längskrümmung, doch keinen Abknickungswinkel.

Ovarien ziemlich hoch, von innen nicht zu erreichen.

Diagnose: tuberculöse Salpingitis.

29. III. 92. Entlassen.

II.

Journal Nr. XIV. pg. 91.

Patientin 26 Jahre alt. Nullipara.

Ausläufersfrau.

Eltern Taglöhner. Familie gesund.

Früher Feldarbeit. Als Kind viele Krankheiten durchgemacht: Typhus, Gehirnentzündung, Scharlach, Gelenkrheumatismus. Mit dem 15. Jahre menstruiert; im Beginn Periode ein halbes Jahr aussetzend, dann immer regelmässig, vierwöchentlich, stark sechs bis sieben Tage dauernd, zeitweilig mit Schmerzen verbunden. Letzter Blutabgang nach einer Amenorrhoe von sechs Wochen, etwa vor vier Wochen, vier Tage dauernd. Fetzen sind dabei keine abgegangen.

Seit vierzehn Tagen Schmerzen unten links im Leib. Viel Herzklopfen und Kopfweh. Kein Ausfluss.

24. II. 92. Untersuchung in Narkose.

Portio vorn, wenig umfänglich, hart, äusserst fest fixiert. Nach vorn vom Cervix kommt man auf eine harte Schwellung, welche winkelig vom Hals abspringt. Nach rechts ist fast die ganze Beckenhälfte von einer harten, knolligen Masse eingenommen. Dabei ist die Vaginalportion nach rechts verlagert.

Per rectum fühlt man links neben dem Uterushals und fest mit ihm verbunden eine etwa 3—4 cm dicke, harte Schwellung, die sich

nach der seitlichen Beckenwand erstreckt, hier aber mehr in einen harten, festen Strang übergeht und den Mastdarm wie eine Zwinge umfasst.

Das rechte Scheidengewölbe ist sehr schmal, der Finger kommt hier gleich unter dem Uterushals an eine etwa gänseeigrosse Schwellung, die hart an die Beckenwand herangeht und sehr fest ist.

Verlauf: Anfangs stets Fieber. Abendtemperaturen bis 39°, später Abnahme der Temperaturen. In der letzten Zeit des Aufenthaltes in der Klinik Schwankungen zwischen 37° und 38°.

15. II. 92. Entlassen.

13. I. 93 Wiederaufnahme. — Pat. klagt wieder über Schmerzen im Leib und auf den Seiten. Abendliche Temperatursteigerungen, Husten, Auswurf. —

26. I. 93 Befund derselbe wie früher.

Diagnose: Tuben- und Becken-Tuberculose.

2. II. 93 Entlassen.

III.

Journal Nr. XIV. pg. 849.

Patientin 35 Jahre alt II. p.; Fabrikarbeiterin.

Pat. weiss nicht, wann sie laufen gelernt hat. Mutter starb an Phthise. — Mit 17. Jahre hatte Patientin Bleichsucht. Menstruiert ist sie seit dem 17. Lebensjahre regelmässig alle vier Wochen vier- bis fünftägig, mässig stark und ohne Beschwerden.

Mit 30 Jahren Heirat.

Ein Jahr später erste Geburt; gut verlaufen. Wochenbett ebenso; Patientin am vierten Tage wieder aufgestanden, hat nicht gestillt, musste auf Arbeit gehen. Vor drei Jahren zweite Geburt, ebenfalls gut verlaufen.

Nach der Geburt Periode wieder regelmässig bis Mitte August 92. Damals nach fünfwöchentlicher Menopause starke Blutung, aber ohne Schmerzen, sechs Tage lang. Dann wieder Menopause bis Anfang Oktober. Abermals starke Blutung. Nach Weihnachten dreitägiger Blutabgang ohne Beschwerden. Zwei Tage später Schmerzen im Leib auf der linken Seite; Fieber. — Eintritt in Klinik. — Seit einem halben Jahre Ausfluss. Schon seit mehreren Jahren immer im Herbst Husten, aber kein Auswurf.

16. I. 93. Narkose: Mittelgrosse Person. Graziler Knochenbau. Musculatur und Fettpolster schlecht. Brachycephal. Zähne sehr defect. Brustdrüse schlecht. Warzenhof ganz klein, ohne Pigment. Warze klein, aber gut abgesetzt. Bauchdecken atrophisch.

Rechte Niere tiefstehend, ihr unterer Pol bis zum Nabel herab-

reichend. Mons veneris fast ganz ohne Fett und ohne Schamhaare, dieselben sind auch an den grossen Labien sehr spärlich. Grosse Labien fettlose Wülste. Kleine Labien gross. Clitoris klein. Harnröhrenmundung gerötet und geschwellt.

Vaginalportion ungefähr 1½ cm lang, 3 cm Durchmesser, blass. Muttermund eine grosse Spalte mit verdicktem Saum und reichlicher Sekretion. Vaginalportion nach vorn. Muttermund nach unten gerichtet. — Durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man eine Schwellung links, welche in der Mitte des horizontalen Schambeinastes beginnend in der Form einer Wurst sich nach der Seite hin vergrössert. Sie ragt ungefähr 5 cm über die Schoossfuge empor. Der Finger lässt zwischen sie und den Cervix eindringen. Man fühlt daselbst ein noch ungefähr 1 cm breites Zwischengewebe. — Per anum fühlt man in der Mittellinie und etwas nach rechts die Hinterfläche des etwas vergrösserten Uterus; nach vorn kann man ebenfalls die Vorderfläche des Uterus gut abtasten; nur an einer Stelle ist ein dichteres Gewebe zwischen der nach vorn gelegenen Geschwulst und dem Uterus. Links an der Fundaldecke ein kastaniengrosser Knoten, dann eine Einschnürung und dann wieder ein Knoten. Diese Knoten sind fest mit der Uteruswand verbunden nach aussen im Gewebe, welches den Finger nicht nach vorn dringen lässt. — Das Lig. sacro-uterinum ist nicht scharf abzutasten und in dem Gewebe, welches zwischen Cervix und Beckenwand sich befindet, sind zwei bis drei erbsen- bis linsengrosse Knötchen zu fühlen. Links zunächst dem Fundalwinkel ist ein dicker Strang, dann nach aussen eine unregelmässige Schwellung von ungefähr Eigrösse, welche sich bis an die Beckenwand hinzieht, und an welcher man gegen die Art. sacro iliaca hin an dem etwas verschmälerten oberen Rand auch kleine unregelmässige Vorsprünge fühlt. Gegen die Beckenwand hin ist nur eine membranartige Verbindung vorhanden; die ganze rechte Uteruskante ist nicht gut fühlbar, da die Geschwulst fast unmittelbar anliegt.

Therapie: Täglich 2 grosse Douchen von 32° mit Carbol.

4. II. 93. Entlassen.

Diagnose: Salpingitis und Pelveoperitonitis.

IV.

Journal Nr. XV. pg. 141.

Patientin 27 Jahre alt.

Nullipara, Briefträgersfrau.

Eltern und Geschwister leben. Zwei Geschwister, Zwillinge, einige Tage nach der Geburt gestorben. Patientin ist nicht von der Mutter gestillt; weiss nicht, wann sie laufen gelernt hat. — Mit zehn Jahren hatte sie eine Nierenentzündung. Periode seit dem 17.

Lebensjahre regelmässig, von fünf- bis sechstägiger Dauer, stark, ohne Beschwerden. Heirat vor vier Jahren. Vor einem Jahre Schmerzen auf der rechten Seite und Anschwellung des Leibes, acht Wochen dauernd. Seit acht Tagen wieder dieselben Schmerzen. Ausfluss seit vielen Jahren. Stuhlgang und Wasserlassen in Ordnung. Letzte Periode vor vierzehn Tagen.

19. V. 93. Narkose. Mittelgrosse Person. Knochenbau mässig. Fettpolster und Musculatur schlecht. Zähne gut, im Unterkiefer etwas eng stehend und ausser der Reihe. Rechter Schilddrüsenlappen über Taubeneigrösse; mittlerer wallnussgross, linker klein. Brustdrüsen ziemlich gut. Warzenhof klein, mässig pigmentiert, aber vortretend. Warze klein, mässig flach mit ziemlich starken Einziehungen. Abdomen im ganzen Hypogastrium vorgetrieben. Epigastrium eingesunken. Zu beiden Seiten der Mittellinie nach rechs bis fast zur Darmbeinschaufel, links weniger, fühlt man eine elastische Schwellung von wenig umschriebenen Grenzen. In der linken Inguinalgegend und auf der Geschwulst ist der Schall tympanitisch, doch dabei noch etwas gedämpft. Am stärksten ist die Dämpfung rechts.

Damm gut erhalten. Grosse und kleine Labien ohne Besonderheit. Hymen erhalten bis auf eine Stelle an der rechten Seite etwas nach oben, wo eine tiefe Einbuchtung besteht, ohne dass eine Narbe sichtbar ist. Es ist ausserdem dehnbar. Stark blutige Sekretion.

Vaginalportion 3 cm lang, 2,5 cm breit, 1,5 Sagittaldurchmesser, konisch, bläulich. — Muttermund kleine Spalte mit gerötetem und geschwelltem Saum. In der Umgebung einzelne stark gerötete, stecknadelkopfgrosse Anschwellungen, die stark bluten. Vaginalportion steht ganz nach vorn und etwas hoch. — Muttermund sieht nach vorn. — Im linken Scheidengewölbe eine kleine erbsengrosse, härtliche Vorragung.

Per anum fühlt man mit dem Cervix zusammenhängend einen Körper von vier bis fünf Centimeter Länge zwei bis drei Centimeter Breite, etwas rekliniert. Von diesem nach links hin fühlt man eine Schwellung von Hühnereigrösse, die deutlich aus vier durch flache Furchen getrennten Halbkugeln besteht.

Direkt nach hinten verschmälert sich die Geschwulst und bildet einen Kolben. Linkes Lig. sacro-uterinum abhebbar von der Geschwulst. Rechtes Lig. s. ut. kurz, verdickt, wenig nachgiebig. Mit demselben nach hinten verschmolzen eine höckerige, wallnussgrosse Geschwulst, die der Beckenwand fest anliegt. Weiter nach oben und hinten eine aus verschiedenen Halbkugeln bestehende, durch seichte Furchen getrennte Geschwulst von gut Gänseeigrösse. — Zwischen Uterus und Geschwulst ist die Trennung recht schwierig. Diese Geschwulst ist teilweise mit der Hinterfläche des Uterus verwachsen.

Etwa zwei Centimeter vom Uterus entfernt sitzen auf dem Lig. s. ut. links mehrere, ungefähr vier hirsekorngrosse, härtliche Knötchen.

Diagnose:

Tuberculöse Peritonitis und Salpingitis.

Therapie: täglich zwei grosse Douchen.

22. V. 93. Entlassen.

V.

Journal Nr. XIV. pg. 291.

Patientin 26 Jahre alt. Nullipara.

Mutter starb im Wochenbett, Vater an Phthise. Sechs Geschwister klein gestorben, ein Bruder an Blutsturz.

Patientin wurde künstlich aufgezogen. Sie weiss nicht anzugeben, wann sie laufen gelernt hat.

Im vierzehnten Jahre geschwollene Kniee; zur selben Zeit Husten und Stechen auf der Brust.

Periode im 17. Jahre eingetreten, regelmässig alle vier Wochen drei- bis viertägig ohne Beschwerden. Mit 23 Jahren hatte Patientin Lungenentzündung. Bald darauf Knochenfrass am linken Unterschenkel; vor 2½ Jahren Amputation desselben.

Nach der Operation blieb die Periode fast ein Jahr aus. Dagegen war starker Ausfluss vorhanden.

Vor einem Jahre war Patientin abermals einige Wochen in der chirurgischen Klinik wegen tuberkulöser Affection am rechten Unterschenkel. Von Oktober 1890 bis Juni 1891 Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Seit 1. Januar Schmerzen im Unterleib, besonders rechts.

Periode seit dieser Zeit unregelmässig. Acht Tage vor Eintritt und während derselben krampfartige Schmerzen. Ende der letzten Periode vor 14 Tagen; sie dauerte 13 Tage; starker Blutabgang mit obigen Beschwerden verbunden. Seit 10 Wochen Husten und Stechen auf der Brust. Auswurf. Nachtschweisse. — Abendtemperatur etwas über 38°.

4. III. 92. Narkose: Ernährung und Musculatur mässig. Knochenbau gracil. Dolichocephal. Zähne im Oberkiefer ganz defect, im Unterkiefer gut gestellt. Brustdrüse gut bis ziemlich gut. Warzenhof mässig umfangl., schlecht pigmentiert. Warze ziemlich gut gebildet, klein, ohne Einziehungen und Furchen.

Linker Unterschenkel fehlt. Schlechte Behaarung der äusseren Genitalien. Grosse Schamlippen wenig fetthaltig. Scheideneingang normal. Starker Einriss im Hymen nach unten, mit bedeutender Narbe. — Vaginalportion 2—3 cm lang, 2,5 cm Durchmesser, 2 cm

Sagittaldurchmesser, leicht konisch, bläulichrot. Mutterm. bildet klaffende Spalte mit umgeworfenen, stark erodierten, geschwellten Rändern. Reichliche Absonderung eines weissen, zähen Schleimes. Vaginalportion hoch und weit nach vorn stehend, fast unmittelbar hinter der Schoossfuge. — Uteruskörper etwas rekliniert, liegt noch im hinteren Beckenraum. Per anum fühlt man den mässig vergrösserten Uteruskörper. Linkes Lig. s. ut. kaum für sich fühlbar. Zwischen Uteruskante und Beckenwand fühlt man eine weiche Masse; dabei wird das Ligament immer schmäler, so dass am Fundalwinkel bis zur Lin. termin. nur 2 Centimeter Zwischenraum ist.

Unter dem Fundus uteri, nahe am Fundalwinkel beginnend, zieht sich eine kolbenförmige Geschwulst, mit dem breiten Teil mehr rechts, gut wallnussgross nach dem linken Fundalwinkel hin. — Das rechte Lig. s. ut. ist äusserst nachgiebig. Vom mittleren Teile des Uteruskörpers geht ein bleifederdicker Strang zu einer hühnereigrossen Geschwulst unter der Linea terminalis; dieselbe ist leicht beweglich.

Diagnose: Endometritis cervicis.

Cystisches Ovarium. Tubercul. Salpingitis.

Therapie: Wickel und Morphium.

14. III. 92 an die innere Klinik gewiesen.

7. VII. 92. Exitus letalis.

Section: Tuberculöse, verkäsende Endometritis. Starke Verdickung der Ligamente. Adhaesionen des Uteruskörpers nach der Beckenwand und dem Darm hin. Auf beiden Seiten gut wallnussgrosse Dermoidcysten mit breiigem Inhalt. Tuberculose der linken Tube.

VI.

Journal Nr. XIV. pg. 907.

Patientin 28 Jahre alt, IV, p., Schneidersfrau. Vater gestorben. Krankheit unbekannt. Mutter lungenleidend, 73 Jahre alt. Ein Bruder ebenfalls lungenleidend. Patientin wurde mit Kuhmilch grossgezogen. Mit einem Jahre hat sie laufen gelernt. Als Kind angeblich „Drüsen“ am linken Knie, sonst gesund. — Periode im 16. Jahre eingetreten; regelmässig alle 4 Wochen, fünf- bis elftägig, mässig stark, anfangs mit Leibschmerzen, später ganz ohne Beschwerden. 1886 erste Geburt; gut verlaufen, ebenso die drei übrigen. Letzte Geburt im Juli 1892. Wochenbett normal. Seit der vorletzten Geburt im Jahre 1889 ist die Periode stärker, aber regelmässig. Seit dem letzten Wochenbett leidet Patientin an Schmerzen im Unterleib und Kreuz, die nach den Beinen hin ausstrahlen. Beim Sitzen ziehende Schmerzen auf

beiden Seiten. Periode noch stärker als früher. Seit vergangenem Winter hartnäckiger Husten, aber kein Auswurf. — Ausfluss aus der Vagina. Stuhl zur Verstopfung geneigt. — Patientin hat nie gestillt.

17. II. 93. Narkose:

Etwas unter Mittelgrösse. Graciler Knochenbau. Musculatur und Fettpolster schlecht. Zähne im Unterkiefer dicht stehend, im Oberkiefer defect. Rechter Schilddrüsenlappen gut taubeneigross, mittlerer ebenso, linker wallnussgross.

Brustdrüse gut. Warzenhof wenig umfänglich, schlecht pigmentiert. Warze klein, aber ohne Furchen.

Abdomen kielförmig aufgetrieben, stark gespannt. — Rechts unterhalb der falschen Rippen eine ungefähr fünf bis sechs Centimeter dicke Schwellung, welche nach unten bis zu einer Linie reicht, die durch den Nabel geht.

Nabel etwas vorgetrieben. Man fühlt deutlich eine sehr unregelmässige flache Schwellung, welche in der Medianlinie ungefähr sieben Centimeter oberhalb des Lig. Poupart. endet, sich nur wenig über den Nabel nach oben erstreckt und links ungefähr vier Centimeter über die Mittellinie hinausreicht, rechts ungefähr neun Centimeter. Percussionston über der Geschwulst etwas gedämpft, aber nicht vollständig. Die Geschwulst ist nicht scharf abgegrenzt. — Oberhalb der Symphyse kann man mindestens acht Centimeter tief eindringen. — Damm kurz; starke Narbe, welche sich längs der Fossa navicularis hinzieht, und links an der Columna rug. in die Höhe geht. — Hintere Scheidewand ist blass, vorne bläulich gefärbt. — Vaginalportion ungefähr 1 cm lang, 3 cm breit; 3 cm Sagittaldm., blau. — Muttermund $1^1/_2$ cm breite Luerspalte mit Erosionen und dicker schleimigeitriger Secretion.

Vaginalportion steht weit nach vorn, ungefähr 2—3 cm vom Introitus entfernt. Muttermund gerade nach vorn gerichtet. Nach vorn hinter der Symphyse fühlt man, den oberen Rand etwas überragend, den verdickten Uteruskörper. — In einiger Entfernung, hinter dem Uterus, nach dem Kreuzbein hin, fühlt man eine weiche, etwas knollige Masse, welche nichts weiter ist als Mastdarmwand und Kotballen. Links, etwas unterhalb des Isthmus abgehend, zieht sich vom Uterushals aus eine ganze Kette kleiner, durch Zwischenräume getrennter Schwellungen von etwa Bohnengrösse nach der Beckenwand. Das ganze linke Lig. s. ut. ist verkürzt und verdickt. Der Saum, welcher am Isthmus die Verbindung der Lig. s. ut. einleitet, ist verdickt. Vor der linken Articulatio s. ut. ein platter, mandelgrosser Körper, fixiert, durch einen 3—4 cm langen Strang mit dem Uterus in Verbindung.

Rechtes Lig. s. ut. verdickt, wenig nachgiebig. Am lateralen Teil, nahe der Beckenwand, eine bohnengrosse Schwellung. Vor der

Art. s. ut. rechts eine platte, über wallnussgrosse, weiche Schwellung, mässig fixiert. Auf der ganzen hinteren Wand des Uterus fühlt man kleine linsengrosse Schwellungen.

Die Inguinaldrüsen bilden kleine, platte Schwellungen.

Diagnose: Bauchfelltuberculose (abgesackter Ascites?)

VII.

Journal Nr. XIV. pg. 301.

Patientin 43 Jahre alt. I. p.

Status: 12. VII. 92.

Mittelgrösse. — Knochenbau gracil. Musculatur und Fettpolster schlecht. Zähne etwas defect. — Drüsenmarben am Unterkiefer. — Rechter Schilddrüsenlappen taubeneigross, ziemlich hart, etwas tief heruntergehend.

Brustdrüse rechts fast nichts. Areola ohne Pigment, nicht vortretend. Warze klein, aber ziemlich gut abgesetzt und ohne Furchen. Linke Brustdrüse gleichmässig geschwellt, härtlich sich anfühlend, besonders gegenüber der rechten Brust viel umfänglicher. Linke Areola und Brustwarze wie rechts.

Sehr starke, alte und neue Striae auf dem Bauch. Gleichmässig ovoide Anschwellung, die von der Schoossfuge aus 26 bis 27 cm nach oben geht. Nabel leicht vorgetrieben. In den Lumbalgegenden ist der Percussionston kurz, aber nicht so wie über der Geschwulst. Grosswellige Fluctuation über der ganzen Geschwulst. Starke Varicen an der Innenseite des rechten Oberschenkels; am rechten Unterschenkel weniger, ebenso am linken Unterschenkel.

Scheideneingang weit, blassbläulich gefärbt, ebenso die Vagina. Vaginalportion $1^1/_2$ cm lang. $3^1/_2$ Dm., cylindrisch, blassbläulich.

Muttermund eine Querspalte mit etwas gerötetem Saum. Stand der Vaginalportion: Höhe der Schoossfuge. Muttermund nach unten gerichtet. Per rectum fühlt man etwa vier Centimeter oberhalb der Spitze der Vaginalportion eine mit dem Isthmus uteri zusammenhängende, wallartig nach hinten vorspringende Erhebung, welche links in eine umfängliche, zwei bis drei Centimeter dicke Bandmasse übergeht, die sich vom Collum ut. aus an die Beckenwand erstreckt. — Rechts derselbe Befund; nur fühlt man hier auf der Bandmasse kleinere und grössere erbsengrosse oder etwas grössere Vorsprünge. Gerade hinter dem Isthmus, mit dem Finger auf der Vorragung hingleitend, fühlt man kleine etwas härtliche Vorragungen. Starke,

markige Anschwellung der Leistendrüsen. — Durch die Scheide fühlt man hinter dem Halse, besonders nach rechts eine mit zahlreichen Buckeln von Linsen- bis Erbsengrösse besetzte Oberfläche. Uteruskörper etwas zu fühlen.

Diagnose: Bauchfelltuberculose. — Abgesackter Ascites.

VIII.

Journal Nr. XIII. pg 53.

Patientin 19 Jahre alt, Nullipara, Dienstmädchen.

Vater leidet an Husten und Auswurf.

Neun Geschwister leben und sind gesund. Patientin will als Kind gesund gewesen sein. Periode besteht seit dem 17. Jahre nie ganz regelmässig, stark, fünf bis acht Tage dauernd, immer mit Schmerzen im Kreuz und im Unterleib verbunden. Allmählich sind diese Schmerzen stets stärker geworden. Bei der letzten Periode am 25. II. 90. sehr heftiges Stechen im Leib und Kreuzschmerzen von Tagesdauer. Viel Kopfschmerz. — Ausfluss soll nie vorhanden gewesen sein. Wasserlassen mit Schmerzen. — Stuhl obstipiert.

14. III. 90. Narkose:

Ernährung gut. — Hymen erhalten, dehnbar. Scheidenschleimhaut und Vaginalportion blassrot. Vaginalportion 1 cm lang, 2½ Durchmesser, cylindrisch. Muttermund stark klaffende Spalte mit etwas gerötetem Saum und starker glasheller Sekretion. Vaginalportion nach vorn stehend und tief. Muttermund nach vorn gerichtet, etwa 4 cm vom Introitus entfernt. Uteruskörper liegt direkt hinter der Schoossfuge, steht ziemlich gerade, während der Hals in scharfem Bogen vom Körper abzugehen scheint. Linke Ligamente lassen sich bis fast an den horizontalen Schambeinast heranziehen. In der Nähe der Linea termin. nach hinten befindet sich eine wallnussgrosse, platte, weichelastische Masse, welche dann nach vorn läuft und nach innen immer schmäler wird, aber mehrere Abschnürungen zeigt, so dass hier ein ungefähr sechs bis sieben Centimeter langer Strang existiert. Etwa 3 cm vom Uterus entfernt, ist eine etwas härtere Partie, welche von dem übrigen Strang durch eine Furche getrennt ist. — Rechtes Lig. s. ut. etwas kürzer und dicker; aber auch nachgiebig. — Ebenfalls ein länglicher, etwas gekrümmter, in mehrere Abteilungen zerfallender Strang.

18. III. 90. Entlassen.

Diagnose: Tuberculosis peritonei und der Tuben.

8. IV. 90. Wiederaufnahme.

17. IV. 90. Operation. Operateur: Herr Prof. Wiedow.

Incision in der Linea alba. Beträchtlicher Ascites. — Allgemeine Tuberculose des Bauchfells. — Sehr zahlreiche Knötchen. — Ausputzen der Bauchhöhle mit Jodoformgase. — Schluss der Wunde. Dauer der Operation 20 Minuten.

Verlauf nach der Operation: Vor der Operation keine erhöhten Temperaturen; nach der Operation sind dieselben nie über 38° hinausgegangen und wurden in der Scheide gemessen.

17. Sehr viel Erbrechen. — 1 Uhr 0.008 Morphin. wegen Rückenschmerzen. — 9 Uhr Abends 0.01 Morphin. zum Schlafen. — 12¼ Nachts erster Löffel Wasser. — Urin spontan.

18. Nur wenig Schlaf. — Stündlich 1 Löffel Wasser und Thee. Nachmittags Kaffee, Wasser und Wein. — 9 Uhr Abends Morphin. 0.01. Pulsus intermittens.

19. Gute Nacht. — Blähungen abgegangen. — 9 Uhr Abends 0.008 Morphin.

20. Wunddrains entfernt. Heftpflasterverband. — 9 Uhr 0.008 Morphin.

21. 2¼ Uhr Nachmittags Leibschmerzen. — 0.005 Morphin.

22. 9 Uhr Vormittags 2 Stuhlzäpfchen. — 10 Uhr Terpentinklystier. — Stuhl.

23. Umbettung auf Wasserkissen. — Stuhl. — 0.006 Morph. Nähte entfernt. — Fleischkost. — Eier und Milch.

24. Einlauf. — 4 Abfuhrpillen.

25. Ein Stuhlzäpfchen. — Terpentinklystier. — Stuhl. — Letzte Nähte entfernt.

Gute Heilung.

4. V. Ausser Bett.

8. V. Geheilt entlassen.

IX.

Journal Nr. XIII. pg. 725.

Patientin 20 Jahre alt. Nullipara, Fabrikarbeiterin.

Mutter an Auszehrung gestorben. Vater nicht gekannt. Als Kind am Halse geschwollene Lymphdrüsen. Seit dem 16. Jahre menstruiert. Periode regelmässig alle vier Wochen, vier bis fünf Tage dauernd, ohne Beschwerden. Letzte Periode vor sechs Wochen.

Seit Beginn des laufenden Jahres erkrankt an häufigem und schmerzhaftem Wasserlassen, zeitweiser Unfähigkeit den Urin zu entleeren. Dann folgten später, vor etwa 3 Wochen, stechende Schmerzen im ganzen Unterleib, die auch jetzt noch zeitweise, namentlich rechts, vorhanden sind.

Starke Abmagerung. — Fieber und grosse Hitze meist gegen Abend; gegen Morgen dann Schweisse. Oefters Durchfälle; auch während des Aufenthaltes in der Klinik stets diarrhoische Stühle. — Zweimal Blasenspülung.

1. VI. 91. Narkose:

Mittelgrosse Person; schlecht genährt, sehr blass. — Zahnbildung sehr gut, regelmässig. Brustdrüse mässig gut. Warzenhof wenig pigmentiert, wenig turgescent. Warze klein. Linea alba schwach pigmentiert. Hymen völlig erhalten. Scheideneingang sehr eng. Vaginalportion 1 cm lang, 2 cm breit; 4—5 cm Sagittaldurchmesser; dunkelrot, nicht konisch. — Muttermund kleine Spalte ohne besondere Secretion. Vaginalportion nach vorn und mehr links stehend. Muttermund nach vorn gerichtet.

Eine gut kindskopfgrosse, harte Geschwulst liegt vorn im Scheidengewölbe und hat hier eine etwas höckerige Beschaffenheit. Zwischen ihr und der Vaginalwand fühlt man eine weiche fluctuirende Schwellung. Die Geschwulst reicht 12 cm über die Schoossfuge, bleibt nach rechts etwa 4 cm von der Spina il. entfernt und geht nach links nur etwa 3 cm über die Mittellinie. Katheter, der gerade von vorn nach hinten eingeht, entleert einen blutigen, stinkenden Urin. Linkes Lig. s. ut. stark verkürzt, kleinfingerdick. An der Linea termin., deren hinterem Teil fühlt man einen beweglichen, mandelgrossen Körper. — Von der Portio aus ist collum und corpus uteri nach links und oben zu verfolgen. Uteruskörper klein.

Rechts geht vom Uterus, etwa in der Mitte, ein Stiel ab von ungefähr 4—5 cm Länge, welcher sich in die Geschwulst einplantiert. Geschwulst fühlt sich in ihrem hinteren Teile an, als wenn kleine, linsengrosse Höckerchen daran sitzen; auch fühlt man bei der Berührung ein leichtes Knirschen.

Rechte Niere stark vergrössert, tiefstehend. Bauch auch in Narkose gespannt; aufgetrieben.

Percussionston auf der festen Geschwulst tympanitisch.

Diagnose: Tuberculose des Urogenitalapparates und des Peritoneums.

3. VI. 91. An die innere Klinik abgegeben.

X.

Journal Nr. XV. pg. 9.

Patientin 36 Jahre alt, II. p.

Vater an Phthise gestorben, Mutter im Wochenbett. Eine Schwester brustleidend. Drei Geschwister gesund. Patientin wurde mit Muttermilch aufgezogen. Sie weiss nicht anzugeben, wann sie laufen gelernt hat. Als Kind will Patientin stets gesund gewesen sein. — Später Feldarbeit. Periode im 22. Jahre eingetreten, alle vier Wochen, vier- bis achttägig, ohne Beschwerden; vom 25. Jahre an mit nach den Beinen ausstrahlenden Kreuzschmerzen verbunden. — Vom 23. Jahre an 1½ Jahre lang Menopause, solange als Patientin in Nonnenweier war, um sich als Kindergärtnerin auszubilden. Später war Periode wieder regelmässig. Im Jahre 1885 Heirat; 1886 erste Geburt; 1887 zweite Geburt. Beide Geburten gut verlaufen. Patientin hat nicht gestillt. — Seit dem 16. Jahre leidet Patientin jeweils im Winter an Husten und mässigem Auswurf. — Mann gestorben. — Mit Beginn des laufenden Jahres fühlte Patientin eine allmählige Anschwellung des Leibes, welche indess auf Grund näherer Recherchen auf einen früheren Beginn schliessen lässt. Seit Juni letzten Jahres gelegentlich einer anstrengenden Wäsche während der Periode datiert sie die allmähliche Entwicklung ihrer subjektiven Beschwerden.

2. III. 93. Narkose:

Mittelgrösse. Graciler Knochenbau. Musculatur und Fettpolster schlecht. Starke Abmagerung. Zähne gut. Brustdrüse ziemlich gut. Warzenhof mässig pigmentiert, turgescent. — Warze klein, aber gut abgesetzt, ohne Einziehungen. Ziemlich gleichmässige, aber etwas in die Breite gehende Ausdehnung des Leibes. Oberhalb des Nabels eine Mulde. — Ueberall grosswellige Fluctuation. Nach den Lumbalgegenden hin Dämpfung, aber mit etwas tympanitischem Beiklang. Damm vollständig erhalten.

In der Fossa navicularis eine Narbe. Vaginalportion 1½ cm lang, 3 cm Durchmesser, cylindrisch, blass, mit einzelnen bläulichen Stellen. — Muttermund eine Querspalte mit umfänglichen Erosionen und eitrig-zäher Absonderung aus derselben.

Vaginalportion tiefstehend und nach vorn. Uteruskörper nach links, kaum etwas nach vorn abgebogen, hinter dem horizontalen Schambeinast. Rechtes Scheidengewölbe sehr eng und resistent; auch linkes Scheidengewölbe resistent.

Per anum fühlt man links eine längliche Schwellung, hühnereigross, glatt, die sich von der Gegend des Isthmus bis zur Beckenwand hinzieht. Man fühlt ganz flache Erhabenheiten an derselben. Consistenz bald fester, bald weicher. Rechts ist ebenfalls eine klein-

apfelgrosse Schwellung zwischen Uteruskante und Beckenwand. Nach hinten und seitlich ein über haselnussgrosser Vorsprung.

10. III. 93. Operation:

Laparotomie. Ablassen des Ascites. — Operateur Herr Dr. Sonntag.

Schnitt in der Linea alba, etwas unterhalb des Nabels bis 5 cm oberhalb die Symphyse. — Es entleeren sich ungefähr vier Liter serös-hellgelber, dünner Flüssigkeit. — Eingeweide, sowie das ganze Bauchfell sind mit kleinen stecknadelkopf- bis hirsekorngrossen Tuberkelknötchen besät, so dass das Bauchfell ein geradezu körniges Aussehen besitzt. Entfernen der ascit. Flüssigkeit aus den tiefer gelegenen Teilen des Abdomens mittelst Gazestreifen. Schluss des Peritoneums mit Catgut, der Bauchwunde mit tiefen und oberflächlichen Seidenligaturen unter Carbolwasserberieselung. Drainage der Wundspalte. Verband. — Dauer der Operation 25 Minuten.

Verlauf nach der Operation: Temperatur zeigt täglich abendliche Acerbationen, einmal bis auf 39° mit morgendlichen Remissionen.

Am Tage der Operation Erbrechen. Schmerzen im Leib. — Abends gehen Flatus ab. — Stündlich wird je ein Löffel Wasser gereicht. Abends 9½ Uhr 0,007 Morphin.

11. III. Morgens dünner, blutiger Stuhl. Um 2 Uhr 0,005 Morph. Stündlich ein Löffel Rotwein. Nachts wieder 0,007 Morph.

12. Viel Flatus. — Diaet. Schleimsuppe; Thee; Rotwein.

13. 12 Uhr nachts starker Husten.

14. Verbandwechsel; Heftpflasterverband. — Fleischkost. Abends 0,005 Morphin.

17. Einlauf. — Stuhlgang.

19. Verbandwechsel. — Einlauf. — Tamarinde.

20. Einlauf. — Patientin klagt über Stechen in der linken Seite.

21. Terpentinklystier. Temperatur steigt bis 38°. Darreichung von Chinin nötig.

23. Einlauf. — Stuhl. — Verbandwechsel.

25. Die Wunde ist noch nicht ganz geschlossen. Es werden Secundärnähte angelegt. — Patientin darf eine halbe Stunde lang aufstehen.

26. Patientin darf nun täglich aufstehen.

31. Nähte entfernt; aber stets noch abendliche Temperaturerhöhungen bis zu 38°.

I. IV. wird Patientin entlassen.

Ihre weiteren Schicksale sind uns leider unbekannt.

XI.

Journal Nr. XIII. pg. 657.

Patientin 23 Jahre alt.

Nullipara. Gesunde Familie. Patientin selbst als Kind immer gesund. Mit 18 Jahren regelmässig menstruiert. Später verunglückt. Nekrose am rechten Bein. Amputation im Krotzinger Spital. — Seit jener Zeit keine Menses mehr.

Seit sechs Wochen unterleibsleidend. Schmerzen und Zunahme des Leibesumfanges. — Vor etwa 10 Tagen Punktion und Entleerung einer eiterähnlichen Flüssigkeit.

Die Schmerzen bestehen fort, sind stechend, namentlich des Nachts. Die Schwellung ist wieder grösser geworden.

7. IV. 91. Narkose:

Starke, kräftig gebaute Person. Ringumfang: Nabel 86 cm.

Schwellung auf der linken Seite des Abdomens, welche genau bis an die Mittellinie reicht. — Nach oben erstreckt sie sich 22 cm über den horizontalen Schambeinast und reicht bis nahe an die falschen Rippen. Zwischen Spina il. und Geschwulst kann man etwas mit dem Finger eindringen.

Der Tumor geht lateralwärts nicht über eine von der Spina nach oben gezogene Verticale, fühlt sich hart an und lässt höchstens eine geringe seitliche Beweglichkeit zu.

Die Bauchdecken sind nicht über demselben abzuheben.

Introitus eng. Hymen erhalten, aber Hymenalöffnung ziemlich weit und dehnbar. — Damm und Frenulum gut erhalten. — Vaginalportion 1 cm lang, 2 cm Durchmesser, blassrot, cylindrisch.

Muttermund klaffende Spalte mit einem gelben, dicken Schleimpfropf. Vaginalportion etwas vor der Spinallinie stehend. Uteruskörper nicht vergrössert, nach hinten gelagert. — Vom linken Fundalwinkel geht ein platter, dicker Strang ab, welcher nach aussen lateralwärts schief nach oben verläuft. Derselbe verbreitert sich allmählich, verdickt sich, nimmt eine äusserst unregelmässige Form an, so dass man kleine Unebenheiten flacher Natur, anscheinend wie Windungen, zu unterscheiden vermag.

In dieser Weise setzt er sich nach der Geschwulst hin fort und es lässt sich selbst der Uebergang dieses unregelmässigen Stranges in die Geschwulst verfolgen. Ausserdem fühlt man von unten her von der Uebergangsstelle einen scharfen, fadenförmigen Strang nach aussen gegen die Darmbeingruben hinlaufen.

Von einem normalen Eierstock ist nichts zu fühlen. Die Geschwulst lässt sich in ihrem unteren Pol im hinteren Teil der Darmbeingruben fühlen, wo sie festsitzt. Rechtes Lig. s. ut. deutlich

fühlbar, verdickt. Auf dem rechten Fundalwinkel fühlt man einen Strang auslaufen, der jedoch weniger dick ist als auf der linken Seite und welcher nur auf eine kurze Strecke verfolgt werden kann. Der Eierstock ist auch rechts nicht zu fühlen.

17. IV. 91. Operation:

Operateur: Herr Geheimrat Hegar. Nach der Eröffnung des Bauches durch einen Schnitt in der Linea alba zeigt sich die Serosa der Darmschlingen überall mit Tuberkelknötchen bedeckt. Die Därme sind untereinander verklebt und verwachsen, so dass es nicht möglich ist, von hier an die Geschwulst zu kommen.

Auch die rechte Tube und Ovarien lassen sich nicht isolieren.

Einführen von starker Jodoformgaze und Einpudern von etwas Jodoform; dann Entfernung der Jodoformstreifen und Schluss der Wunde. — Darauf wird an der früheren Punktionsstelle ein Probetroikart eingestossen in Tumor und, als sich Eiter entleert, darauf eingeschnitten. — Eröffnung der Abscesshöhle und Drainierung.

Nach der Operation hatte Patientin viel Erbrechen. — Die Heilung der Peritonealwunde ging glatt vonstatten; die Abscesswunde granulierte langsam zu.

Temperaturen waren 37^8 und 38^7 in der Scheide gemessen.

14. VI. wird Patientin entlassen.

XII.

Journal Nr. XIII. pg. 287.

Patientin 55 Jahre alt.

Gesunde Familie. Patientin selbst immer gesund gewesen. — Feldarbeit. Bis vor zwei Jahren recht menstruiert; seitdem Menopause. — Seit vier Jahren allmähliche Anschwellung des Leibes und Schmerzen in der rechten Seite, namentlich beim Athemholen. Ausserdem stechende Schmerzen vorn im ganzen Leib. — Herzklopfen. Grosse Engigkeit.

I. VIII. 90. Narkose:

Introitus weit. Vaginalportion nach links und hinten. — Muttermund unregelmässige Oeffnung mit zwei kleinen Schleimpolypen.

Hinter der Vaginalportion ein flacher, etwa sechs Centimeter langer, etwas glatter Körper, welcher beweglich ist. Ausserdem fühlt man per anum eine luftkissenartige Schwellung und auf dieser nach

rechts und hinten eine weitere, etwa bohnengrosse Schwellung — Auch nach links fühlt man in der Nähe des Beckens und lateral von der grösseren Schwellung noch drei kleinere Schwellungen. Der Uteruskörper geht direkt hinter der Schoossfuge in die Höhe, ist wenig verändert. Rechtes Lig. s. ut. verdickt.

Abends 9 Uhr Exitus letalis.

Diagnose: Carcinosis peritonei.

Allgemeine Diagnose.

Zunächst allgemein subjectiv betrachtet bieten uns vorstehende Krankheitsfälle in Mehrzahl anamnestisch schon Punkte, die unseren Betrachtungen nicht entgehen dürfen.

Bekanntlich spielt vor Allem die Hereditaet eine grosse Rolle. Fast in den meisten unserer Fälle begegnen wir in der Familie schon vorgekommenen tuberkulösen Erkrankungen. — Bei Manchen ist ferner, abgesehen von der Genitalaffection, Tuberculose irgend eines anderen Organs oder Organteiles schon vorhanden, vielleicht noch kryptogenetisch, aber constitutionell doch etwas bemerkbar.

Andere haben an suspecten Hautaffectionen, Knochenerkrankungen gelitten oder an vereiterten, verkästen Lymphdrüsen. — Wiederum Andere zeigen durch Neigung zu Katarrhen, häufig recidivirenden Augenaffectionen eine gewisse Praedisposition für tuberculöse Erkrankung. Die Kranken haben früher gehustet, vielleicht bestand gelegentlich Haemoptoë, es ist ein chronischer Auswurf zurückgeblieben und Nachtschweisse haben sich eingestellt.

Und nun kommen dazu noch Klagen specifischeren Charakters. Im allgemeinen kann man an Tubenerkrankung denken bei heftigen oder häufig mehr dumpfen Schmerzen seitlich vom Uterus und zwar vorwiegend links. Man könnte letzteres vielleicht für manche Fälle in Zusammenhang bringen damit, dass, wie nach Puerperalinfection mit Vorliebe linksseitige Parametritis auftritt, dadurch an dieser Stelle

eine Disposition geschaffen wird für neue Infection; zumal wenn man, wie zuerst Hegar und nach ihm Viele, den Tuberkelbacillus durch die Lymphbahnen der Ligamenta lata in die Tuben einwandern lässt.

Dieselben Schmerzen nebst vagen Schmerzen in den Lenden, Gefühl von Schwere, Kreuzschmerzen, ausstrahlend nach den Oberschenkeln, beobachtet man indess auch bei Pyosalpinx, wenn es sich um septische oder gonorrhoische Erkrankung der Tuben und andere Affectionen des Uterus und der Adnexe handelt.

Eine tuberculöse Tubenerkrankung kann, namentlich wenn sie primär auftritt, oft lange latent bleiben und sehr geringe Schmerzen, oft gar keine verursachen, bis das Uebergreifen des Processes auf das Beckenbauchfell die heftigsten Reizerscheinungen hervorruft. Diese Verhältnisse sind dann diagnostisch beachtenswert, zumal wenn die Schmerzen bei Defaecation, beim Husten, beim Uriniren sich steigern und Erscheinungen auftreten, die sich fast an allen mit dem Lendenmark in Verbindung stehenden Nerven abspielen; wenn consensuelle Symptome in anderen Regionen, z. B. im Magen, allgemeine Neurosen, Krampfanfälle sich zeigen.

Auch häufiges Erbrechen, wechselnde Temperatursteigerungen und Fröste vervollständigen das Bild der Bauchfellerkrankung. — Klagen über Menstruationsbeschwerden, entweder dass die Periode fehlt, zu profus oder schmerzhaft ist, sowie das Vorhandensein von Ausfluss pflegen uns kaum in einer der Krankengeschichten zu entgehen, haben aber nichts besonders Bestimmendes für die Diagnose.

Im Uebrigen sind alle die erwähnten Momente diagnostisch nicht unwichtig und dürfen nicht ausser Acht gelassen werden, wiewohl sie nicht stets zuverlässig sind und erst durch den objektiven Befund ihre Bestätigung erfahren.

Spezielle Diagnose.

1. Tubentuberculose.

Wenn man innerlich untersucht per vaginam oder per rectum, findet man, wenn es sich um Tuberculose handelt, die eine oder andere Tube oder auch beide in die Gestalt einer Wurst oder einer Keule verwandelt.

Diese Formen mit dem Finger genau abtastend gewahrt man dann in den meisten Fällen Furchen oder Einschnürungen, so dass die Geschwulst in Abteilungen zerfällt und der Form eines Rosenkranzes gleicht. Gewöhnlich kann man an ihr mehrere, drei bis fünf rundliche oder ovoide Knoten von Bohnen- bis Wallnussgrösse unterscheiden, die sich relativ hart anfühlen.

Vielleicht liesse sich einer derartigen Gestaltung der tuberculös erkrankten Tube eine Praedispositionsursache unterschieben, was sich nach Freund in dem Sinne ausspricht, als es sich um eine Entwicklungshemmung in der Formausbildung der Tube handeln kann, wobei die im jugendlichen Alter stark geschlängelt verlaufenden Tuben sich später nicht wie normaler Weise strecken, sondern die infantile Form beibehalten, was dann bei Erkrankungen die Prognose viel ernster gestaltet.

Nicht immer ist es indessen der Untersuchung möglich, die sonst für Tuberculose fast charakteristische Rosenkranzform nachzuweisen. In vielen Fällen stösst der Finger auf eine unförmliche, unregelmässige Masse, an der höchstens knollige, knotige Vorsprünge — wofern das Ovarium noch frei zu fühlen, noch nicht in die Geschwulstmasse hineingezogen ist und andere Neubildungen sich ausschliessen lassen — die in ihren Windungen zusammengekrümmten und verwachsenen Tuben verraten.

Ihre Lage ist fast in jedem Falle verändert. Man findet sie in den Douglas herabgesunken, oft mit den Ligamenten verwachsen oder um den Uterus herumgeschlungen und mit dessen Vorder- oder Hinterfläche durch strangartige, membranöse Adhaesionen fest verbunden. Solche und ähnliche Verhältnisse sehen wir ausgedrückt in den Befunden, wie sie Fälle I. bis incl. IV. und Fälle VIII. und X. ziemlich typisch bieten.

Im Fall I. haben wir die eben besprochene Rosenkranzform der Tube vor uns; auch die genannten Verwachsungen fehlen nicht. Laut Anamnese handelt es sich bei dieser Patientin kaum um etwas anderes als um Tuberculose. — Fall III. zeigt wurstförmige Tube und in Fall II. ist die linke Tube nach hinten verlagert und umgibt, fest mit ihm verwachsen, zwingenförmig das Rectum. Auf die übrigen Fälle werden wir noch an anderer Stelle zu sprechen kommen.

Dass natürlich durch die mannigfachen Verwachsungen Disloca-

tionen des Uterus zustandekommen müssen und man den Uterus durch Pseudomembranen fixiert nach der Seite gezogen retroflektiert, vergrössert und verdickt fühlt, liegt auf der Hand.

Nach Henning*[1]) ist charakteristisch für tuberculöse Tuben, dass sie viel härtere Tumoren zu bilden pflegen als andersartig erkrankte Tuben. — In den meisten Fällen scheint dies im allgemeinen zuzutreffen; aber in manchen auch wieder nicht. Es kann eine tuberculöse Salpingitis sehr wohl auch als Pyosalpinx auftreten — wie Orthmann*[2]) vor einigen Jahren gezeigt hat — und dann zu Verwechslung mit gonorrhoischer bezw. septischer Tubenerkrankung Anlass geben. Bei diesen stellen die Tuben mehr oder weniger grosse Eitersäcke vor, die weich und fluctuirend sich anfühlen.

Wiedow*[3]) erwähnt als wichtigstes Kennzeichen für Tuberculose das Fühlen kleiner, harter, unregelmässiger, eckiger Knötchen am uterinen Ende der Tube. Als weiteres Unterscheidungsmerkmal führt er an, dass beim Pyosalpinx (gon. oder sept.) sehr häufig Spuren einer frischen Entzündung in der Umgebung der Tuben sich finden, geleeartige Massen, in die der untersuchende Finger einbricht.

Olshausen*[4]) macht darauf aufmerksam, dass mancher Pyosalpinx da auf tuberculösen Grundlagen beruhe, wo man an diese Möglichkeit gar nicht gedacht habe und hält es für angebracht, bei Pyosalpinx nur da auf gonorrhoischen Ursprung zurückzugehen, wo die Anamnese sichere Anhaltspunkte ergebe und die Untersuchung auf Tuberculose völlig negative Resultate zur Folge habe.

Hegar*[5]) sieht ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal darin, dass beim Pyosalpinx der mediale Abschnitt der Tube fast stets frei von umschriebenen Anschwellungen ist, während diese bei Tuberculose gerade darin und selbst im interstitiellen Teil anzutreffen sind. Die Consistenz der Knoten, die oft eckige, polygonale Form haben können, wechselt je nach der verschieden starken Wandungshypertrophie, Dehnung durch den Inhalt und je nach dem Stadium des Zerfalls der Neubildung.

Wir fanden letztere Verhältnisse in den meisten unserer Fälle zutreffend und wollen besonders auf Fall VIII. und X. aufmerksam

*[1]) Spaeth Inauguraldissertation 1885.
*[2]) Centralblatt für Gynaekologie 1888.
*[3]) Centralblatt für Gynaekologie 1885. IX. Bd.
*[4]) Archiv für Gynaekologie 1886. Bd. XXIX.
*[5]) Hegar: „Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes."

machen, wo es sich, wie die Operation bestätigte, bei beiden um Tuberculose handelte. Man fühlte dort an den Tuben die bekannten Abschnürungen. Die einzelnen Tumor-Abteilungen zeigten teils harte, teils weichelastische Consistenz.

Im allgemeinen können wir sagen, dass sich die erwähnten pathologischen Tubenformen fast ausschliesslich bei tuberculösen Processen finden und wohl in allen Fällen, wo unbestimmte anamnestische Anhaltspunkte die Diagnose zweifelhaft machen, die obigen Befunde ziemlich sicher zum Ziele führen.

---

2. Bauchfelltuberculose.

Hat von den tuberculös erkrankten Tuben aus oder sonst von einem primaeren Heerde her eine Infection des Beckenbauchfells stattgefunden, so pflegt sich nicht immer sogleich eine diffuse Bauchfellentzündung anzuschliessen. Meistens handelt es sich um chron. localisierte Entzündungsprozesse mit Bildung von abgesackten Transsudaten.

Wir beobachten am Abdomen eine ungleichmässige Auftreibung entweder nach den Inguinalgegenden hin oder oberhalb der Symphyse, bisweilen mit circumscripter Dämpfungsfigur. Die Geschwulst selbst ist sehr schmerzhaft und lässt sich meist nur in Narkose genauer bestimmen. Oft gelingt es, sie fast vollständig abzugrenzen. Ueber der Geschwulst lassen sich aber manchmal die Bauchdecken nur schwer oder gar nicht abheben, wie Fall XI. zeigt. — Die Konsistenz ist meist prall elastisch; bisweilen gelingt es, Fluctuation nachzuweisen. Percuttiert man die Geschwulst, so erhält man nicht immer, wie man etwa bei freiem Ascites erwarten würde, reine Dämpfung, sondern fast in den meisten Fällen gedämpft-tympanitischen Schall. Dies erklärt sich dadurch, dass in das abgesackte Peritonealtranssudat im Verlaufe entzündlicher Verwachsungsvorgänge Darm mit hineingezogen ist, ein Zustand, der oft zu schwerem Ileus führen kann.

Solche Verhältnisse sind jedoch nur insoweit charackteristisch für Tuberculose, als noch andere Anhaltspunkte dieselbe bestätigen helfen und andere chronisch entzündlichen Processe, wie sie ja bei gonorrhoischer Infection auch vorkommen können, sich ausschliessen lassen.

Ein anderer wichtiger Befund, der bis jezt noch von wenig

Seiten hervorgehoben wurde, soll nunmehr erwähnt werden und auf ihn wollen wir in unserer Arbeit ganz besonders aufmerksam machen.

Nämlich nicht gerade selten findet man bei der inneren Untersuchung der weiblichen Genitalien kleine Knötchen, die teils verschieblich, teils nicht verschieblich in den Blättern der Ligamente sitzen.

Man findet sie besonders in der Gegend der Articulatio sacroiliaca. Diese Knötchen haben folgenden Ursprung:

Erstens, es können geschwollene Lymphdrüsen sein; dann ist ihr Sitz allerdings meist nur in der Gegend der Art. s. il. und wenn in den Ligamentis latis, dann erscheinen sie mehr flächenhaft und lassen sich gewöhnlich nicht verschieben gegen die Oberfläche des Peritoneums.

In Fall VI., wo es sich um eine heriditär belastete Frau handelt mit Erscheinungen vonseiten der Lungen und peritonit. Transsudat, finden wir in den verdickten Ligamenten eine Reihe bohnengrosser, platter Knötchen. — Wahrscheinlich haben wir in diesen geschwellte Lymphdrüsen zu vermuten.

Zweitens, ähnliche Knötchen wie die eben beschriebenen finden sich auch bei Carcinose der verschiedensten Bauchorgane, selbst bei den mannigfachsten Formen. Sie sind dann als Metastasen aufzufassen oder stellen carcinomatös entartete Lymphdrüsen vor. — Sie erreichen meist Erbsen- bis Bohnengrösse, können jedoch bedeutend wachsen.

Vergleichsweise sei uns gestattet, auf Fall XII. zu verweisen, welcher uns ein Bild der Bauchfellcarcinose darbietet. — Leider konnten wir das Sectionsprotokoll dieses Falles nicht ermitteln.

Drittens treffen wir in vielen Fällen Knötchen, die viel kleiner sind als die übrigen, stecknadelkopf- oder hirsekorn- bis höchstens erbsengross. Sie kommen meist ziemlich zahlreich vor und sitzen lose und fast vollkommen verschieblich auf dem Peritoneum, wodurch sie sich gerade von den anderen Knötchen unterscheiden.

Solche Knötchen werden als Tuberkelknötchen aufgefasst und begegnen uns häufig in den verschiedenen Krankengeschichten; ein Befund, der nicht unwichtig ist, welcher aber einem leicht entgehen kann. Wohl in der Mehrzahl der Fälle, bei denen es sich um Tuberculose des Beckenperitoneums handelt, kann man die Tuberkelknötchen zu fühlen bekommen.

Insbesondere erinnern wir an die folgenden Fälle:

Bei Fall III., einer phtysisch belasteten Frau mit Salpingitis und Erscheinungen vonseiten der Lungen fühlen wir linsengrosse Knötchen zwischen Cervix und Beckenwand, und gelangen zur Ansicht, dass auch das Bauchfell Sitz der tuberculösen Erkrankung ist, obwohl ein deutliches Transsudat noch zu fehlen scheint.

Fall IV., eine Frau mit peritonitischem Transsudat und Rosenkranztube, zeigt Tuberkelknötchen auf dem linken Ligamentum sacrouterium.

In Fall VI. finden wir linsengrosse Knötchen auf der hinteren Uteruswand, im Bauchfellüberzug des Uterus.

Fall VII. bietet das Bild einer Bauchfelltuberculose mit abgesacktem Ascites, wobei die Ligamente sehr stark verdickt sind und auf ihrer Oberfläche Tuberkelknötchen enthalten. Ebensolche finden sich auch im Douglas.

Fall IX. stellt eine Tuberculose des gesamten Genitaltractus mit Beteiligung der Urinwege vor, mit Pelveoperitonitis und Bildung eines Transsudates, in das die tuberculösen Eileiter und Darmschlingen hineingezogen sind. Auf den Darmschlingen lassen sich Knötchen fühlen.

Die Auffindung der erwähnten Tuberkelknötchen ist freilich nicht immer leicht und gelingt besonders durch die Untersuchung per anum. Man muss dabei mit dem Finger weit über den Sphiniter ani tertius hinaufdringen und versuchen, die Ligamente zwischen die combiniert untersuchenden Finger zu bekommen.

Vor allem muss man dann auf die Verschieblichkeit der Knötchen achten und genau die Ligamente und den ganzen Beckenraum abtasten. Durch isolierte Untersuchung per vaginam gelangt man nur schwer oder so gut wie gar nicht zum Ziel.

Soweit wir in der Litteratur haben nachsehen können, fanden wir diese Verhältnisse fast nirgends noch erwähnt und gaben Befunde, wie sie bis jetzt lediglich an der hiesigen Klinik beobachtet wurden und mit besonderem Interesse noch weiter verfolgt werden.

Wir haben sie hauptsächlich der exacten Rectaluntersuchung zu verdanken, worauf von jeher, und mit Recht, an der Freiburger Klinik grosses Gewicht gelegt wurde.

In allen Fällen, wo therapeutisch eingegriffen wurde, hat sich denn auch obige Diagnose bestätigt.

Es sei mir zum Schluss gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimerat Hegar den wärmsten Dank auszusprechen für die gütige Ueberlassung der Arbeit und ganz besonderen Dank dem Herrn Privatdozenten Dr. Bulius, der als erfahrener Ratgeber bei der klinisch bedeutungsvollen und nicht ganz leichten Aufgabe mir hülfreiche Unterstützung gewährte.
