



EIN FALL

VON

HÄMATOM=DES LIGAMENTUM LATUM.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG

DER

DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. JOHANN VON SÄXINGER,

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

GEORG STÖLTING,

approb. Ärzte aus Wolfenbüttel.



VERLAG VON FRANZ PIETZCKER,
TÜBINGEN 1893.



Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit

gewidmet.



I.

Einleitung und Ätiologie.

Einleitung.

Die Hämatome des Ligamentum latum, extraperitonealen Hämatome (Blutungen in's Subserosium — Fritsch, Hämatoma subperitoneale pelvicum — Winckel, Thrombus oder Hämatom des Bindegewebes, Hämatocele extraperitonealis — Schröder, nicht puerperale Blutergüsse zwischen die Blätter des Ligam. latum — A. Martin, Bluterguss in das Beckenbindegewebe — J. Veit), sind erst in den 70er Jahren von Kuhn¹⁾ durch Sectionsbefunde bestätigt worden; fernerhin auch durch Martin²⁾, Düvelius³⁾, Schlesinger⁴⁾ und Freund⁵⁾.

Da die Blutungen an diesem Ort nicht besonders häufig sind und bezüglich ihrer Ätiologie, Symptomatologie und ihres Verlaufes wechselnde Erscheinungen bieten, dürfte es berechtigt erscheinen, jeden Fall, der zur Beobachtung kommt, zu veröffentlichen und genauer zu beschreiben. In der Tübinger Klinik kam 1891 ein Fall von Hämatom des Ligam. lat. zur Beobachtung, der von Fr. Hermann⁶⁾ veröffentlicht wurde.

Im November 1892 wurde in der Tübinger Klinik ein weiterer Fall von Hämatom des Ligam. lat. beobachtet, den Herr Prof. Dr. v. Sächinger die Güte hatte, mir zur Veröffentlichung zu überlassen.

¹⁾ Kuhn, Jacob, Dr., Über Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den Uterus umgebende Gewebe (Hämatoma periuterinum). Zürich, 1874.

²⁾ Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VIII.

³⁾ Arch. f. Gyn. 23. Hft.

⁴⁾ Wien. med. Bl. 1884, No. 27—46.

⁵⁾ Gynäk. Klinik. Strassburg 1885.

⁶⁾ Hermann, Fr., Ein Fall von Hämatom des Ligamentum latum. L.-D. Tübingen 1891.

Es handelt sich um eine fünfundzwanzigjährige verheiratete Frau (Victoria St. aus P.), die 3 mal geboren hat, die am 29. November 1892 in die Tübinger Klinik aufgenommen wurde.

Die am 12. Dezember aufgenommene Anamnese ergab Folgendes: Die Periode trat im 16. Jahre ein und war stets regelmäfsig, 4 wöchentlich 4—5 tägig, schmerzlos, aber mit starkem Blutverlust einhergehend.

Die letzte Periode hatte Patientin vom 10.—12. November, während welcher Zeit sie den ganzen Tag anstrengend gearbeitet (gedroschen) hat. Am 13. November stellten sich heftige Schmerzen im Unterleibe ein, so dafs Patientin nicht mehr arbeiten und nachts wegen der Schmerzen nicht mehr schlafen konnte. Ende November bemerkte Patientin zum ersten Male eine Geschwulst im Bauch; auch ist sie im Gesicht so blaß geworden und zerfallen, dafs es der Umgebung aufgefallen sei.

Die Schmerzen im Unterleib waren so heftige, dafs Patientin weder gehen noch stehen, geschweige denn arbeiten konnte. Der Status am Aufnahmetage ist folgender:

Patientin sieht blaß, wie eine Verblutete aus. Der Puls ist frequent, klein, die Haut fühlt sich heifs an. Temperatur im After Mittags gegen 12 Uhr beträgt 40,1°.

Im Abdomen sieht und fühlt man einen ovoiden, bis zum Nabel reichenden, fluctuierenden, prall gespannten, bei Betastung enorm schmerzhaften Tumor, der hauptsächlich die linke Bauchhälfte einnimmt. Ein Versuch, den Tumor zu bewegen, macht sehr grofse Schmerzen.

Aus der Scheide geht blutiger Schleim ab. — Der Uterus ist anteflectiert, liegt schräg und ist nach rechts verdrängt. Links an den Uterus schließt sich das Segment des Tumors an, das sehr schmerzhaft ist.

Die gröfste Peripherie gemessen ergibt 78 cm, die Entfernung von der Symphyse bis zum obern Rande des Tumors beträgt 17 cm. — Am 12. Dezember: Die Temperatur (deren Verlauf aus beistehender Tabelle ersichtlich ist) geht herunter. Die Schmerzhaftigkeit hat bedeutend nachgelassen; der Tumor wird fester und kleiner.

In der Folgezeit schreitet die Resorption langsam fort, das Allgemeinbefinden wird zusehends besser, die Patientin fühlt sich wohl.

Am 19. Jan. 1893 tritt die Menstruation zum ersten Male wieder ein, und zwar ohne Schmerzen.

Anfangs Februar ist der Tumor apfelgroß und sitzt im obern Rande des Ligam. lat. sin., woraus zu schliessen ist, daß die Resorption von unten nach oben fortschreitet. Schmerzen und Fieber sind völlig geschwunden.

Temperaturen.

(In der Vagina gemessen).

Datum:	Morgens:	Abends:
29. Nov.	40,1	40,2
30. "	38,0	39,1
1. Dec.	38,1	38,6
2. "	38,6	39,0
3. "	37,0	38,0
4. "	37,5	(Axilla) 37,0
5. "	—	38,5
6. "	37,5	38,0
7. "	37,3	38,0
8. "	37,3	38,3
9. "	37,0	38,0
10. "	37,2	37,6
11. "	37,3	38,0
12. "	37,0	37,2
13. "	37,0	—

Ätiologie.

Betrachten wir unsern Fall einmal bezüglich der Ätiologie.

Die plötzliche Entstehung der Geschwulst im Abdomen, einhergehend mit der der Umgebung auffallenden Anämie und großer Schmerzhaftigkeit, steht offenbar im Zusammenhang mit der Menstruation, während welcher physiologischer Weise eine vermehrte Congestion nach den Beckengefäßen stattfindet. Die directe Veranlassung liegt in der schweren körperlichen Anstrengung, denn Patientin hat während der Menstruation Tage lang gedroschen.

Dasselbe ätiologische Moment finden wir auch in dem Fall Maier von Fr. Hermann¹⁾, in welchem das Hämatom dadurch entstand, daß die Patientin gleichfalls während der Periode ein schweres Grasbündel vom Boden aufheben mußte.

Vergleichen wir einmal die Ätiologie dieser zwei Fälle mit derjenigen, wie sie von anderen Autoren angegeben wird.

A. Martin²⁾ giebt übereinstimmend mit Obigem an, daß die Ätiologie dieser Blutergüsse in der Regel auf eine Gefäßzerreißung während der Menstruation hinweist und bezeichnet als Ursachen starke körperliche Anstrengungen, Stöße, Fall, excessive geschlechtliche Reize. Weiter betont Martin, daß die Hämatome meist bei Frauen, die geboren haben, vorkommen, selten bei Nulliparen, nie bei virginalen Verhalten der Genitalien. Danach ist der Fall von Hermann einer der selten bei Nulliparen vorkommenden; Hermann sagt allerdings nichts von virginalem Verhalten der Genitalien bei seiner Patientin. — In unserem Falle hat die Kranke dreimal geboren.

Schröder³⁾ giebt als häufigstes ätiologisches Moment für Blutungen in das Beckenbindegewebe die Geburt an; außer diesen hält er größere Blutergüsse für ziemlich selten und bestätigt, daß sie dann meistens plötzlich bei stärkeren Anstrengungen oder Aufregungen zur Zeit der Menstruation entstehen.

Olshausen⁴⁾ hält es für eine Thatsache, daß extraperitoneale Hämatome meist traumatische sind.

L. Tait⁵⁾ bezeichnet als Ursache des Hämatoma extraperitoneale eine Verletzung oder Ruptur der Gefäße bei unverletztem Lig. latum, und zwar Ruptur meist einer Vene; ferner als gewöhnlichste Ursache plötzliche Unterbrechung der Menstruation und schließlich das Vorkommen nach Operationen, die das Ligam. lat. beteiligen (in 8%).

¹⁾ l. c.

²⁾ Martin, A., Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 2. Aufl. 1887, pag. 411 ff.

³⁾ Schröder, C., Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 10. Aufl., herausgeb. von Hofmeier. 1890. pag. 571 u. 572.

⁴⁾ Arch. f. Gyn. I. 1. 1870 pag. 24 ff.

⁵⁾ The pathological importance of the broad ligament. Ed. Med. J. 1889, Juli-August.

Kuhn¹⁾ hält als prädisponierende Momente für die Entstehung der Hämatome namentlich Gewebsveränderungen in dem Uterus, in dessen Befestigungsorganen und in den Gefäßen desselben für wichtig; insbesondere die regressive Metamorphose der inneren Genitalien mit ihren Gewebsveränderungen in den climacterischen Jahren, Veränderungen, die sich zuweilen schon auffallend früh bei noch bestehender Menstruation entwickeln. Ferner sucht Kuhn das ursächliche Moment in einzelnen Fällen in einer Ovarialerkrankung, in dem Platzen einer oder mehrerer Venen durch die menstruelle Gefäßshyperämie, die dann ihr Blut in das subperitoneale Zellgewebe ergossen haben. Prädisponierend sind für diese Gefäßszerreißungen varicöse Erweiterungen und vielleicht auch Phlebolithen. In 2 Fällen Kuhn's trat das Hämatom nach Abortus auf, einmal bei Parametritis. Endlich führt Kuhn noch mechanische Momente, Traumen als Veranlassung zur Entstehung von Hämatomen an.

¹⁾ l. c. pag. 81. ff.

II.

Symptomatologie. Verlauf und Ausgang.

Symptomatologie.

Als erstes Symptom müssen wir wohl das plötzliche Entstehen der bald kleinen bald aber auch beträchtlich großen Blutgeschwulst im Abdomen nennen.

Auch Martin ¹⁾ nennt dieses Symptom das am meisten charakteristische, wie auch Schröder¹⁾ das plötzliche Entstehen der Blutung hervorhebt. In Übereinstimmung mit beiden Autoren nennt auch Winckel²⁾ die Entstehung des subperitonealen Blutergusses eine plötzliche. Als weitere wichtige Symptome kommen in Betracht:

Die plötzlich auftretende Anämie als Zeichen einer innern Blutung; diese Anämie ist meist so bedeutend, daß sie der Umgebung, den Angehörigen der Patientin, zunächst auffällt. Auch unsere Kranke hebt besonders hervor, daß ihrer Umgebung die plötzlich eingetretene Blässe aufgefallen sei. Des Weiteren sind die großen, wehenartigen Schmerzen als Symptom aufzuführen; schon bei der leisesten Berührung empfand unsere Patientin die heftigsten Schmerzen. Diese beruhen wohl auf einer durch Zerrung hervorgerufenen localen Peritonitis und auf der Spannung, welche das durch die große Blutmenge gewaltsam auseinander gedrängte Bindegewebe erleidet. Diese Schmerzen lassen erst nach, wenn die Geschwulst kleiner wird und wenn sich das gezerzte umgebende Bindegewebe den neuen Verhältnissen gewissermaßen angepaßt hat.

Ferner sehen wir die Zeichen einer starken innern Blutung; als Auffälligstes haben wir oben schon die Anämie besonders

¹⁾ l. c. ²⁾ Winckel, F., Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 2. Aufl. 1890, pag. 720.

angeführt; dann sind aber auch grofse Schwäche, die die Kranken in's Bett treibt, die bewirkt, dafs die Befallenen sich nicht aufrecht halten können, in manchen Fällen auch Ohnmachtsanfälle, ferner kleiner Puls, Zeichen einer innern Blutung.

Auch unsere Patientin fühlte sich nach dem Anfälle so schwach, dafs sie weder stehen noch gehen konnte. Nach dem Anfälle folgen der Blutung nach innen oft Blutabgänge durch die Scheide nach aufsen, bald profus, bald schwächer, die ein Erholen und zu Kräfte kommen der Kranken hintanhaltend. Dieses führt namentlich Hermann's in seinem Falle an, die Blutungen dauerten 6 Wochen lang.

In vielen Fällen macht sich ein oft hohes Fieber bemerkbar, welches auf eine Alteration des Peritoneums zurückzuführen ist. Bei unserer Patientin betrug die Temperatur im After gemessen am Aufnahmetage $40,1^{\circ}$, abends $40,2^{\circ}$ (29. November), und erst vom 12. Dezember an traten normale Werte ein, nachdem bis dahin Abend-Exacerbationen vorhanden waren. Auch in Hermann's Falle war — wenn auch nicht ein so hohes — Fieber vorhanden, bis $38,3^{\circ}$.

Als letztes, aber oft sehr lästiges und hartnäckig andauerndes Symptom führen wir die Wirkung der Geschwulst auf Mastdarm und Blase an; beide Organe, namentlich aber der Mastdarm, werden durch die Geschwulst oft in unangenehmster Weise comprimiert, wovon die Folge hartnäckige Obstipation ist, die in Hermann's Falle etwa 1 Monat andauerte; auch war der Mastdarm nach links verdrängt.

Wie verhalten sich nun die Angaben anderer Autoren zu unseren angeführten, an zwei Fällen beobachteten Symptomen? In Bezug auf die plötzliche Entstehung des Hämatoms haben wir oben schon das Betreffende angeführt.

Martin¹⁾ nennt als weitere Symptome plötzliche, heftige Schmerzen im Leibe, grofse Schwäche bis zur Ohnmachtsanwandlung. Er bezeichnet die Schmerzen als bald kolik-, bald wehenartig. Ferner hebt Martin die den Umstehenden auffallende intensive Anämie hervor. Erfolgt der Blutergufs zur Zeit der Menstruation, so höre diese plötzlich auf, um

¹⁾ l. c.

nach einiger Zeit reichlich und andauernd wiederzukehren. Es bestehe heftiger Harndrang und Stuhlzwang, wobei der Leib in der Regel nur bei tieferem Druck und directer Berührung der Geschwulst empfindlich sei. Im Gegensatz dazu war in unserem Falle schon bei der leisesten Berührung heftige Schmerzempfindung da, was auch Martin auf eine Hineinziehung des Peritoneum in die Affection zurückführt.

Auch Schröder¹⁾ nennt unter den Symptomen außer der Anämie plötzlich sich einstellenden Schmerz von wehenartigem Charakter, den er auf die Zerrung der Ligamente zurückführt.

Kuhn¹⁾ hebt zunächst das plötzliche Auftreten des Anfalls, verbunden mit großer Schmerzhaftigkeit und Schwäche hervor, Symptome, die in unserem Falle gleichfalls beobachtet wurden; er bezeichnet die Schmerzen als „reisende, zerrende, wehenartige und furchtbar heftige“, und betont besonders, daß diese Schmerzen nicht peritonitische sind. Die plötzliche Anämie führt Kuhn als zweites wichtiges Symptom an, wie auch den Umstand, daß der Umgebung der Kranken diese plötzlich auftretende Blässe auffällt; ferner noch hartnäckige Stuhlverstopfung. Die Temperatur ist dagegen nach ihm nicht erhöht, der Puls klein und schwach.

Übereinstimmend mit unseren Beobachtungen nennt auch Winckel¹⁾ als Symptome heftigen Schmerz, Gefühl von Druck und Erscheinungen rasch entstandener Anämie.

Verlauf und Ausgang.

Der Verlauf des Hämatoma extraperitoneale kann verschiedene Wendungen nehmen; am häufigsten tritt wohl Resorption des ergossenen Blutes ein, die allerdings eine recht lange Zeit in Anspruch nimmt. In unserem Falle konnte schon am 12. XII. (Aufnahme am 29. XI.) die beginnende Resorption des Tumors constatirt werden: die Temperatur geht herunter, die Schmerzhaftigkeit hat bedeutend nachgelassen, der Tumor wird fester und kleiner.

In Hermann's¹⁾ Falle war das Hämatom nach Verlauf von 2 Monaten noch faustgroß. In wie langer Zeit ein solcher

¹⁾ l. c.

Bluterguß vollständig resorbiert ist, kommt natürlich auf die GröÙe der Geschwulst an, kann aber kaum festgestellt werden, da die Kranken vor völliger Resorption, sobald das Allgemeinbefinden ein gutes ist, sich der Beobachtung entziehen. Tritt Resorption ein, so lassen die Schmerzen und das Fieber bald nach. Der Tumor dickt sich ein, wird fester und kleiner (cf. Hermann's Fall).

Außer diesem günstigsten kann der Verlauf aber auch ein anderer, das Leben sehr bedrohender, sein. Ist der Bluterguß ein sehr großer, so kann das durch ihn stark gespannte und gezerzte Peritoneum bersten, das Blut ergießt sich in die Bauchhöhle, der Ausgang ist eine allgemeine Peritonitis; dabei kann das Hämatom auch vereitert sein. Aber nicht nur in die Bauchhöhle kann sich der Inhalt des Hämatoms ergießen, sondern auch — bei Vereiterung — nach außen, in das Rectum und die Vagina. In diesen Fällen kann der Ausgang auch noch ein günstiger sein.

Schröder¹⁾ sagt betreffs des Verlaufes der Hämatome des Ligam. latum nur, daß derselbe fast stets ein solcher in Resorption sei.

Martin¹⁾ sagt gleichfalls, daß Resorption des Blutes eintritt, und zwar entweder vollständig oder partiell, im erstern Falle ist zur Rückbildung viel Zeit unerläßlich nötig. Durch Zerfall des Blutes kann ferner ein Eiterherd entstehen, und dann besonders ein Durchbruch erfolgen, namentlich in die Bauchhöhle, wo entweder Resorption oder diffuse Peritonitis eintritt. Durchbrüche nach außen, in die Scheide und durch die Incisura ischiadica major nach den Glutäen hin, sind nach Martin selten.

Auch nach Kuhn¹⁾ ist der häufigste Verlauf der in Resorption; oft erfolgt auch ein Durchbruch (Gegensatz zu Martin's Anschauung) in das Peritoneum, in die Scheide oder in's Rectum. Folge eines Durchbruchs in die Bauchhöhle ist eine jauchige Peritonitis, die meist zum tödlichen Ausgange führt (nicht auch Resorption, wie nach Martin). Die Dauer der Erkrankung ist abhängig von der GröÙe des Hämatoms und vom Verlauf; die vollständige Resorption auch kleinerer Ergüsse braucht mehrere Monate. Bei Perforation in Vagina oder Rectum tritt in kurzer Zeit Heilung ein.

Im Gegensatz hierzu erfolgt nach Winckel¹⁾ die Resorption meist völlig und rasch.

¹⁾ l. c.



III.

Diagnose und Differentialdiagnose. Prognose.

Diagnose und Differentialdiagnose.

Die Diagnose eines extraperitonealen Hämatoms kann zum Teil aus den anamnestischen Angaben der Patientin, zum Teil aus dem am 29. XI. aufgenommenen Status gestellt werden.

Für eine innere Blutung spricht die plötzliche, den Umstehenden sofort aufgefallene Anämie, die große Schwäche und die ebenfalls plötzlich aufgetretenen Schmerzen. Diese Blutung ist während der Menstruation bei tagelanger, anstrengender körperlicher Arbeit entstanden. Bei der Untersuchung sieht die Patientin noch blaß, wie eine Verblutete, aus, der Puls ist frequent, Temperatur 40,1 °.

Im Abdomen ist ein ovoider, bis zum Nabel reichender, fluctuierender Tumor zu fühlen, der prall gespannt und bei Betastung sehr schmerzhaft ist und hauptsächlich die linke Bauchhälfte einnimmt. Nach oben ist dieser Tumor in bogenförmiger Linie scharf begrenzt, während seine Begrenzung nach unten nicht sicher festgestellt werden kann. Bei Versuchen, ihn zu bewegen, die sehr schmerzhaft sind, bewegt sich der Uterus mit, so daß dieser mit dem Tumor in engem Zusammenhange stehen muß. Der Uterus ist anteflectiert, liegt schräg und ist nach rechts verdrängt. Links an den Uterus schließt sich ein Segment des Tumors an.

Für die Differentialdiagnose kommen inbetracht: Parametritisches Exsudat, intra- oder extraperitoneale Geschwülste der Tuben, intraligamentäre Cysten, intra- oder extrauterine Schwangerschaft, Hämatometra, Ovarialcysten, subseröse Myome, Hämatocele retrouterina, intra- und extraperitoneales Hämatom. Bei einem para- oder perimetritischen Exsudat müssen schon

längere Zeit entzündliche Erscheinungen und länger dauerndes Fieber vorhergegangen sein. Beides hat aber in unserem Falle nach der Anamnese ganz gefehlt, diese weist im Gegenteil auf das plötzliche Entstehen der Geschwulst während der Menstruation, nach anstrengender körperlicher Arbeit ganz bestimmt hin.

Auch eine Tubengeschwulst (Hydro-, Häm-, Pyosalpinx) kann in unserem Falle ausgeschlossen werden, da diese allmählig entstehen, und die Schmerzen dabei allmählich zunehmen, während wir ein ganz plötzliches Entstehen aller Erscheinungen vor uns haben.

Auch ist nichts von dem bei Tubengeschwülsten charakteristischen darmähnlichen Wulst, der die Vagina vordrängt, zu fühlen, sondern nur ein mit dem Uterus in Zusammenhang stehendes Segment des Tumors.

Die intraligamentären Cysten bleiben meistens klein und werden umschlungen von der meistens in die Länge gezogenen Tube¹⁾; Beides ist bei unserer Patientin nicht der Fall. Myome im Ligam. latum stehen mit dem Uterus nicht im Zusammenhang²⁾, während der uns vorliegende Tumor sich dicht an den Uterus anschließt. Überhaupt gegen eine Neubildung spricht in unserem Falle das plötzliche Entstehen der Geschwulst. Dieses läßt auch eine intra- oder extrauterine Schwangerschaft ausschließen; auch der Umstand, daß die Periode immer bestanden hat; hiermit wäre eine Extrauterinschwangerschaft nur zu vereinigen, wenn die Blutung durch eine Neubildung des Uterus hervorgerufen würde, aber für diese fehlen alle Anhaltspunkte.

Gegen die Annahme einer Hämatometra fehlen in unserem Falle die für sie so wichtigen periodisch auftretenden Schmerzen³⁾, und der Umstand, daß Patientin 3 mal geboren hat, und die vorhandene Menstruation.

Die für Hämatocele retrouterina charakteristischen Symptome fehlen in unserem Falle. Bei dieser hat der Erguß seinen Sitz im Douglas'schen Raume, zu beiden Seiten des Uterus, der an seiner hinteren Fläche von dem Tumor umgriffen wird; dieser ist von der Bauchseite nicht durchzufühlen.

¹⁾ Schröder, l. c., pag. 573.

²⁾ Martin, l. c., pag. 417.

³⁾ Schröder, l. c., pag. 426.

So bleibt schliesslich nur noch die Annahme eines extra-peritonealen Hämatoms übrig; und mit diesem sind Anamnese, Befund und Verlauf sehr gut in Einklang zu bringen. Wir haben das plötzliche Entstehen mit Anämie und heftigen Schmerzen, die Schwäche, das Entstehen zur Zeit der Menstruation infolge anstrengender körperlicher Arbeit. Wichtig für die Diagnose ist ferner nach Gusserow¹⁾ die rundliche Abgrenzung des Tumors nach oben, während nach unten die Grenze diffus wird, und die Beweglichkeit der Geschwulst. Der Tumor liegt seitlich in einer Beckenhälfte, steht in innigem Zusammenhang mit dem Uterus, der nach der entgegengesetzten Seite verdrängt und anteflectiert ist; der Uterus bewegt sich mit dem Tumor, der Fluctuation zeigt. Schliesslich wäre noch der Verlauf anzuführen: der Tumor wird fester, kleiner, er dickt sich ein, wird allmählich resorbiert. In gleichem Masse wird das Allgemeinbefinden und Aussehen der Patientin ein besseres. Auch das Fieber hat bald — wie die Schmerzen — nachgelassen.

Prognose.

Nachdem der Verlauf seine Wendung zur Resorption des Ergusses genommen hat, das Fieber und die Schmerzen geschwunden sind, das Allgemeinbefinden der Patientin ein gutes geworden ist, ist eine gute Prognose zu stellen. Allerdings wird lange Zeit vergehen, bis die Resorption eine vollständige geworden ist; und auch dann noch ist der Patientin grosse Schonung, namentlich in der Zeit der Menstruation, anzuraten.

Bricht der Erguss in das Rectum oder die Vagina durch, so erfolgt meist schnelle Heilung. Anders bei Durchbruch in die Bauchhöhle; in diesem Falle wird meist eine diffuse Peritonitis zum Exitus letalis führen. Dieser kann auch schon im Beginn durch einen zu grossen Blutverlust, namentlich wenn schwächliche und anämische Individuen betroffen werden, herbeigeführt werden.

¹⁾ Citirt nach: Frommel, Jahresberichte, I 1887. pag. 382.

IV.

Therapie.

Während früher die Autoren sich nicht einig waren, ob expectative Behandlung oder operative einzuschlagen sei, stimmen jetzt fast alle darin überein, daß die expectativ-symptomatische Behandlung vorzuziehen, die operative nur unter ganz bestimmten Verhältnissen indicirt ist. Auch Herr Prof. Dr. v. Sæxinger ist Anhänger der expectativen Therapie, die sowohl in Hermann's als in vorliegendem Falle gute Resultate ergeben hat. Mit dieser Behandlungsart ist zu verbinden eine Aufbesserung des Allgemeinbefindens der meist sehr geschwächten Kranken, und zwar durch eine robrierende, wenig Kot bildende (Winckel¹⁾) Diät, durch Sorge für eine regelmässige Defæcation und Entleerung der Blase; die Anämie ist durch Eisenpräparate zu bekämpfen, die Resorption vielleicht durch Jodkali zu befördern. Besonders hat die Patientin absolute Bettruhe einzuhalten, und zwar bis zur völligen Resorption des Ergusses; die meisten Kranken verlassen allerdings schon vorher die klinische Behandlung, sobald sie sich wieder wohl fühlen und die Schmerzen verschwunden sind.

Schröder¹⁾ sagt von der Therapie, daß sie regelmässig eine zuwartend symptomatische sein müsse; eine Eröffnung des Blutsackes hält er für ganz außerordentlich selten gerechtfertigt, und dann zieht er die Laparotomie der Eröffnung von der Scheide aus vor, wegen der bessern Zugänglichkeit.

Martin¹⁾ ist ebenso für eine durchaus expectative Behandlung, auch bei tiefen Collapserscheinungen, allerdings muß mit großer Geduld diese abwartende Therapie angewandt

¹⁾ l. c.

werden. Eine eingreifendere Behandlung hält M. nur in einem kleinen Procentsatz für nötig; dieselbe besteht meist in der Entleerung des Blutsacks. Für diesen Zweck zieht M. die Laparotomie der Eröffnung von der Scheide aus entschieden vor, weil die vom Bluterguß eingenommene Höhle von den weit eröffneten Bauchdecken aus ungleich besser zugänglich ist, als von der Scheide aus. Vom Bauch aus ist die Entleerung des Ergusses und die Ausspülung eine vollständige, auch können etwaige Blutungen gut gestillt werden. Dabei muß eine Drainage nach der Scheide — als dem tiefsten Punkte — stattfinden. In 10 Fällen, in denen M. dieses Verfahren angewandt hat, haben 9 ein günstiges Resultat ergeben.

Etwas anderer Meinung ist Kuhn¹⁾, der es für zweifelhaft hält, ob ein expectatives Verhalten bei Hämatomen gerechtfertigt ist; bei kleinen Geschwülsten will er es angewandt wissen, bei größeren dagegen empfiehlt er die Eröffnung des Sackes durch das Messer oder den Troicart von Scheide oder Mastdarm aus (entgegengesetzt Schröder und Martin); Frankenhäuser glaubt sogar, von einer Eröffnung von den Bauchdecken her abratens zu müssen, „weil ein Erguß des Blutes in die Bauchhöhle und eine Erneuerung der innern Blutung zu befürchten ist.“

Winckel²⁾ spricht sich auch für die expectative Behandlung aus. Zunächst Beschränkung und Stillung der Blutung, ruhige Bettlage, Eis, Entleerung des Mastdarms, gegen die Schmerzen Opium oder Morphinum. „Diese Mittel“ — sagt W. — „haben, energisch und lange angewandt, noch jeder meiner Patientinnen geholfen.“ Einen operativen Eingriff will auch er nur in den dringendsten Fällen machen.

Seymour³⁾ berichtet von einem großen vereiternden Hämatom, das durch Laparotomie geheilt ist: Incision des Abdomens, Einnähen des Sackes, der mit Blutgerinnseln und Eiter gefüllt war, in die Bauchwunde, Drainage, Heilung.

L. Tait⁴⁾ sagt: Wenn die Hämatoome vereitern, ist die

¹⁾ l. c. pag. 117. 118.

²⁾ l. c. pag. 735. — ³⁾ Seymour, A case of very large suppurating extraperitoneal hematoma cured by laparotomy. Am. J. of obst. XXI. pag. 927.

⁴⁾ Tait, L., The pathological importance of the broad ligament. Ed. Med. J. 1889, Juli-August.

Eröffnung vom Bauche aus günstiger als die Punktion von der Vagina aus, da letzteres längere Zeit zur Heilung braucht.

Goelet¹⁾ hält die Laparotomie nur dann für indiciert, wenn Eiterung eingetreten ist, oder wenn die Blutung andauert. Sonst will man durch die Behandlung die Blutung zum Stehen bringen, die Wiederkehr derselben durch Coagulation verhindern, die Schmerzen mildern und die Resorption möglichst befördern. Durch die verschiedene Anwendung des elektrischen Stromes will Goelet diesen Indicationen entsprechen. Er will in vielen Fällen von Hämatom in 1 Woche die Patienten ausser Bettes gebracht haben. Die Eiterung will er natürlich incidieren und drainieren.

Fjodoroff²⁾ hat die Heilresultate von Hämatomen des Ligam. lat. gesammelt und ist zu folgendem Resultat gekommen. Unter 54 Fällen sind 31 expectativ, (4 gestorben)

2 m. Punction (1 „)

9 m. Incision (0 „)

12 m. Laparotomie (2 „)

behandelt.

F. schließt, daß Hämatocele ohne Operation günstig verläuft, daß dagegen Hämatom gröfsere Gefahr in sich birgt. Die Mortalität des Vaginalschnittes ist bei Hämatocele relativ grofs, bei Hämatom gleich Null. Die Laparotomie erzielt eine höhere Mortalität bei Hämatom, bei Hämatocele genas die einzig Operierte.

Zum Schlufs ist es mir eine angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Herren Lehrern, Herrn Professor Dr. v. Säxinger für die gütige Anregung zu dieser Arbeit und Herrn Assistenzarzt Dr. E. Winternitz für die freundl. Unterstützung bei der Abfassung derselben meinen herzlichsten Dank zu sagen.

¹⁾ Goelet, The Treatment of Pelvic Haematoma and Haematocele by Galvanism. The Times and Register 22. III. 1890. p. 274 and Gaillard Med. Journ. 1890. p. 342.

²⁾ Fjodoroff, Protokoll d. geb. Ges. in Kijeff. K. 1891, (Beilage pag. 1.)

Litteratur.

Aufser den von Fr. Hermann¹⁾ angeführten Werken nenne ich noch:

Winckel, F., Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 2. Aufl. 1890, pag. 720.

Martin, A., Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 2. Aufl. 1887, p. 411—416.

Heitzmann, J., Compendium der Gynäkologie, 1891. p. 359.

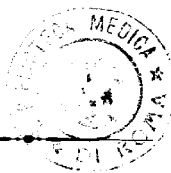
Fritsch, H., Die Krankheiten der Frauen. 4. Aufl. 1889. p. 391.

Frommel, Jahresbericht über Geburtshilfe und Gynäkologie. Jahrg. I—V. 1887—91.

Hermann, Fr., Ein Fall von Hämatom des Ligamentum latum. J.—D. Tübingen 1891.

Zu grossem Dank bin ich verpflichtet Herrn Fr. Pietzcker (Inhaber der A. Moser'schen Buch- und Antiquariatshandlung, Tübingen) für die Beschaffung eines grossen Teiles der hierher gehörigen Litteratur.

¹⁾ l. c.



16600