



Ein Fall

von

Hydrosalpinx mit Oophoritis duplex.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säkinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik

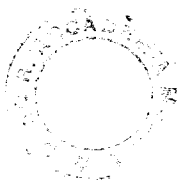
der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Hans Schwab

approb. Arzt aus Lübtheen



Tübingen, 1892.

Verlag von Franz Pietzcker.

Ein Fall
von
Hydrosalpinx mit Oophoritis duplex.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
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

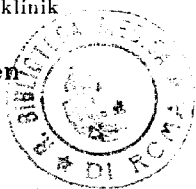
von

Hans Schwabe

approb. Arzt aus Lübtheen.

Tübingen, 1892.

Verlag von Franz Pietzcker.



Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor
Dr. von S  xinger, spreche ich an dieser Stelle für
die gütige Überlassung des Materials, sowie für die
freundliche Anregung und Unterstützung bei der Arbeit
meinen aufrichtigen Dank aus.



Das Resultat des langen Streites über die Existenz spezifischer drüsiger Apparate in den Fallopischen Tuben ist trotz mehrfacher angeblicher Entdeckungen doch wohl als ein verneinendes anzusehen und die allgemein gültige Ansicht dahin zu formulieren, dass ohne besondere Drüsenanlagen durch Becherzellen, ähnlich wie von andern Schleimhäuten, eine geringe Menge einer indifferenten Flüssigkeit secerniert wird, die unter normalen Verhältnissen vielleicht zum Teil an Ort und Stelle verbleibt und wieder resorbiert wird, zum Teil auch durch das ostium abdominale in die Bauchhöhle sich ergiesst. Wenn man auch, entsprechend der Fortbewegung des Eies von den Ovarien zum Uterus hin, erwarten könnte, dass das Tubensekret den gleichen Weg nehmen müsste, so scheint dies doch durch die verschiedenen experimentellen und klinischen Beobachtungen über die Entstehung seröser Flüssigkeitsansammlungen in den Tuben ausgeschlossen oder jedenfalls auf ein Minimum beschränkt.

Denn wie schon früher angenommen war und durch die neueren Beobachtungen von Kehler¹⁾ und besonders Woskressensky²⁾ bestätigt worden ist, führt Ligatur des ostium uterinum nicht zur Bildung einer Hydrosalpinx; wohl aber entsteht eine solche nach Unterbindung beider oder nur des abdominalen Tubenendes:

1) Kehler, Versuche über Castration und Erzeugung von Hydrosalpinx. K.'s Beiträge II, 3.

2) Woskressensky, Centralblatt für Gynäkologie. 1891, 42.

es muss also die Stromrichtung im Wesentlichen nach der Bauchhöhle zu gehen.

Da nun irgend welche Entzündungserscheinungen bei den Versuchstieren (Kaninchen) durchweg fehlten, schliesst Woskressensky aus seinen Versuchen gleichzeitig, dass die Tubenschleimhaut normalerweise secerniert und zwar soviel, dass auch ohne pathologische Vermehrung der Secretion bei verhindertem Abfluss eine Hydrosalpinx sich bilden kann, während Kehlerer zur Entstehung einer solchen das Vorhandensein einer exsudativen Salpingitis postuliert hatte.

In den zur klinischen Beobachtung gelangenden Fällen wird allerdings durchweg ein Katarrh oder sonstige Erkrankung der Tube vorhanden sein, der in der Regel der gleichen Ursache seine Entstehung verdankt, wie die zur Behinderung des Abflusses führende mechanische oder anatomische Verlegung des Lumens der Tube.

Hier ist zunächst auf eine Thatsache, als allgemein zu Erkrankungen der Tube und besonders auch zur Bildung einer Hydrosalpinx prädisponierend, aufmerksam zu machen. A. W. Freund ¹⁾ und anscheinend unabhängig von ihm Haultain ²⁾ haben die Häufigkeit von Entwicklungsstörungen der weiblichen Geschlechtsorgane und speziell der Tuben während der Zeit von der Geburt bis zur Pubertät betont. Während sich normal in dieser Periode die Abflachung der durch den Descensus des Müller'schen Ganges im intrauterinen Leben gebildeten Spiralwindungen vollzieht, so dass nur noch die Anordnung der Schleimhautfalten an diese Windungen erinnert,

1) Freund, über die Indikationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. Volkmann's klin. Vortr. 323.

2) Haultain, Some points in the morbid anatomy of the Fallopian tubes. Edinb. med. journ. 1890. December.

trägt in ausgeprägten Fällen dieser Art das kleine corpus des congenital anteflectierten Uterus die scharf vorn oben entspringenden, spiralig nach hinten gedrehten Tubenanfänge, deren Lumen eben durch diese nach innen leistenförmig vorspringenden Windungen stellenweise so verengt ist, dass eine geringe Schwellung der Schleimhaut bei gleichzeitiger Verstärkung der Secretion zur Stauung und Bildung eines Hydrops, ja zum vorübergehenden gänzlichen Verschluss hinreicht. — Ähnlich kann nach Haultain auch eine Störung der puerperalen Involution bei den gleichfalls und zwar hauptsächlich in ihrer Längsmuskulatur etwas hypertrophierten Tuben wirken. —

Wohl die häufigste Ursache des Verschlusses der Eileiter wird durch eine Verklebung der durch katarrhale Prozesse ihrer Schleimhaut verdickten, nach dem Lumen der Tube zu eingestülpten Fimbrien gebildet. Diese Art der Entstehung, die aus der Rosettenform des verschlossenen Tubenendes als wahrscheinlich erkannt war, ist durch Beobachtungen von Martin ¹⁾ und Orthmann ²⁾ sicher erwiesen.

Letzterer fand bei einer Frau, die am 22. September 1886 wegen einer rechtsseitigen Parovarialcyste und eitrigen Salpingitis laparotomiert wurde, an der linken katarrhalisch erkrankten Tube, deren Lumen überall ziemlich eng und spaltförmig war, am ostium abdominale die Fimbrien nach innen eingestülpt und im Begriff, vollkommen mit einander zu verkleben; es bestand nur noch eine ganz geringe Durchgangsöffnung; ein besonderer Inhalt war nicht vorhanden.

1) Martin, über Tubenerkrankungen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie XIII, p. 306.

2) Orthmann, Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. Virchow's Archiv Bd. 108, Fall 17.

Martin (l. c. Fall 12) fand das abdominale Ende der daumendick geschwollenen Tube atretisch mit deutlich rosettenartig eingezogenem Ostium, das sich auf Druck vom Uterus nach dem Abdomen zu öffnete, indem die Franzen mit ihrer dicken Schleimhautbekleidung auseinander giengen. Inhalt war nicht nachzuweisen.

In einem gewissen Gegensatz hierzu steht der Vorgang, dass bei chronischer exsudativer Peritonitis die Tuben in Mitleidenschaft gezogen werden, indem durch Verwachsung der Fimbrien mit dem Überzug des Ovarium, eines Darms oder der Wand des kleinen Beckens das ostium abdominale verschlossen, oder indem durch anderweitig das Becken durchziehende Pseudomembranen gleichen Ursprungs mechanisch ein vollständiger oder teilweiser Verschluss des Tubenlumens bedingt wird. — Ähnliche Verhältnisse liegen vor, wenn Lageveränderungen des Ovariums oder Uterus Knickungen oder Drehungen des Tubenschlauches nach sich ziehen.

In allen diesen Fällen wird ein Katarrh durch Vermehrung der Secretion zur Verstärkung der ohnehin durch den Verschluss entstehenden Unzuträglichkeiten beitragen, fortgeleitet von den die Zerrung bedingenden, gewöhnlich gleichzeitig entzündlich erkrankten Nachbarorganen.

Der Sitz des Verschlusses wird bei den letztgenannten Entstehungsarten — ebenso wie bei der wohl sehr seltenen Narbenatresie — in der Regel nicht das abdominale Ende, sondern eine beliebige andere Stelle im Verlaufe der Tube sein, wenn sich nicht infolge gleichzeitiger mehrfacher Obliteration des Lumens eine mehrfächerige Hydrosalpinx bildet.

Hierin liegt schon ein die verschiedene Grösse der Tubensäcke erklärendes Moment, da natürlich die nur

aus einem Teil entstandenen durchweg kleiner sein werden als die von der ganzen Tube gebildeten. Denn wenn auch die durchschnittliche Grösse derselben den Umfang einer Faust nicht übersteigt — Bandl ¹⁾ giebt als das gewöhnliche Maass 5—10 cm. Länge und 3—6 cm. Breite an —, geht dieselbe in einzelnen Fällen doch bedeutend darüber hinaus. So beschreibt, abgesehen von unsicheren älteren Angaben, Peaslee ²⁾ eine vorher mehrfach punctierte Hydrosalpinx, deren Inhalt bei der Section 18 Pfund betrug; so demonstrierten in neuerer Zeit Marchant ³⁾ „une poche d'hydrosalpingite contenant 1500 grammes de liquide“ und J. Veit ⁴⁾ einen fast mannskopfgrossen intraligamentär entwickelten Hydrosalpinx.

Von wesentlicher Bedeutung ist für die Grösse der Tumoren das Verhalten des ostium uterinum, nach dem von manchen Autoren der Hydrops tubae apertae und oclusae unterschieden wird; ist dieses offen, so kann von Zeit zu Zeit, unterstützt durch Contractionen der Muskulatur der Tuben, ein Überfliessen der Flüssigkeit und Abgang derselben durch Uterus und Scheide — als Hydrops tubae profluens bezeichnet — erfolgen. Dadurch wird natürlich sofort eine Verkleinerung der Geschwulst eintreten. Aber bald kann sich der alte Zustand wieder herstellen, ja, unterstützt durch die regelmässig wiederkehrende, häufig pathologisch verstärkte menstruelle Congestion, wird der Hydrops sich mehr und mehr vergrössern, bis in dem Wechselkampf zwischen dem

1) Bandl, die Krankheiten der Tuben u. s. w. 1886, p. 772.

2) Peaslee, New-York med. journal 1870.

3) Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 1888, 13.

4) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie XIV, 273.

Abflusshinderniss und der Tubenmuskulatur letztere erlahmt, atrophirt und in der durch die Ausdehnung papierdünn gewordenen Wand der Hydrosalpinx fast ganz verschwindet —.

Bei der direkten äusseren Einflüssen wenig ausgesetzten Lage der Tube ist eine genuine, isolierte Erkrankung derselben von vornherein wenig wahrscheinlich. Dies bestätigt auch die klinische Erfahrung. Denn fast ausnahmslos handelt es sich bei Tubenerkrankungen, — abgesehen von der Beteiligung der Organe des kleinen Beckens an Allgemeinerkrankungen, die wegen ihrer Nebensächlichkeit kaum je zur Erkenntnis, geschweige denn besonderen Behandlung kommen, — um secundär von den erkrankten Nachbarorganen, sei es per continuitatem vom Uterus oder Peritoneum aus, sei es per contiguitatem durch die, angeblich vom collum uteri ausgehenden Lymphbahnen des ligamentum latum eingeführte Schädlichkeiten. Letzterer Modus, den Lucas-Championnière ¹⁾ unter Berufung auf die angeblich sehr häufigen Fälle, wo der dem Uterus zunächst gelegene Teil der Tuben nicht oder nur wenig erkrankt ist, für den einzig annehmbaren erklärt, begegnet besonders auch unter seinen Landsleuten (Terrillon Quénu) starken Zweifeln, ist aber für gewisse Fälle wohl denkbar.

Zweifellos kommt für die Bildung einer Hydrosalpinx in erster Linie das Übergreifen der Entzündung von anstossenden Krankheitsherden, vornehmlich von dem katarrhalisch afficierten Uterus aus, in Betracht. So fand Martin unter 287 Erkrankungen der Uterusanhänge 147 von einer einfachen Endometritis fortgeleitete Fälle. Als ätiologische Momente werden hierfür.

1) Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 1888, p. 800.

neben der durch manche Anhaltspunkte begründeten Vermutung bisher unbekannter, entzündungserregender Mikroorganismen — Monprofit¹⁾: il faut faire une place aux organismes inférieurs, encore indéterminés, de certaines infections, dont l'étiologie est mal connue, — Secretstauung bei Lageveränderungen, latente Gonorrhoe, traumatische Einflüsse und geschlechtliche Überreizung angeschuldigt. Für die letzteren spricht besonders das verhältnismässig häufige Auftreten bald nach der Verheiratung und bei Prostituierten, wo das Leiden in der „colica scortorum“ sogar eine eigene Bezeichnung erhalten hat. — Von weiterer Bedeutung für das Entstehen eines Tubensackes und sonstiger Annexerkrankungen sind puerperale, — in der Martin'schen Zusammenstellung 70mal, — gonorrhoeische — 55 Fälle, — tuberculöse — 10 Fälle, luetische — 3mal — und actinomykotische — 1 Fall von Zemann — Infectionen, die entweder, wie die letztgenannten, nur selten in den Tuben localisiert sind, oder einen eitrigen Erguss — Pyosalpinx — bedingen, sowie andererseits die Tubarschwangerschaft, die meistens zu Haematosalpinx führt.

Zwar wird man den Gedanken der Entstehung einer Hydrosalpinx auf ursprünglich purulenter, speziell gonorrhoeischer, oder sanguinolenter Grundlage, nicht ohne weiteres von der Hand weisen dürfen, doch sind die bisher mitgeteilten Beobachtungen — in neuester Zeit beschreibt Cullingworth²⁾ einen auf Gonorrhoe beruhenden Fall — durchweg nicht einwandfrei, während andererseits besonders Menge³⁾ die Möglichkeit, dass Hydro-

1) Monprofit, Salpingite et ovarite: Gaz. hebdomad. 1888, Nr. 26.

2) Cullingworth, British med. journ. 20. Juli 1889.

3) Menge, über gonorrh. Erkrankung der Tuben u. s. w. X. internationaler Congress.

salpinx als Endproduct einer gonorrhoeischen Eiterung auftreten könne, entschieden in Abrede nimmt: stagnierender Eiter werde eingedickt, aber nie serös; auch die Structurverhältnisse der einfach verdünnten, aber nicht entzündlich veränderten hydropischen Tubenwandung widersprechen dieser Genese. Dagegen ist die Umwandlung einer serösen Flüssigkeitsansammlung in Eiter infolge neu hinzutretender Infection durchaus kein ungewöhnlicher Vorgang.

Eine Folge dieser Thatsache der sekundären Erkrankung ist zunächst einmal die Häufigkeit des doppelseitigen Auftretens, da den Schädlichkeiten ja beide Seiten in gleicher Weise ausgesetzt sind. Dementsprechend fand Martin unter 287 Fällen 91 doppelseitige Erkrankungen, wobei noch vielleicht bei manchen einseitigen Affectionen ein späteres Auftreten respektive Übergreifen auf die andere Seite zu erwarten ist; ebenso weisen Schroeder. Bandl. Kaltenbach, Bouilly ¹⁾ — *a trouvé toujours les deux côtés malades*, auch wenn physikalische Zeichen vorher gefehlt hatten — und Andere auf diese Thatsache hin.

Eine weitere Folge ist, dass es sich nur selten um eine reine Tubenerkrankung handelt, was wohl denkbar wäre, wenn ein Verschluss derselben eher zu Stande käme als inficierendes Secret oder die Entzündung über die Verschlussstelle hinausgedrungen ist; dass vielmehr in der weitaus grössten Zahl aller Tubenerkrankungen das Peritoneum, und auf dessen Erkrankung beruhend, das Ovarium in Mitleidenschaft gezogen sein werden. So sagt auch Terrillon ²⁾: *Il est rare que les lésions ne*

1) Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 1888, 16.

2) Terrillon, Séance de la société de chirurgie de Paris du 2. janvier 1889.

débordent pas la trompe et ne gagnent pas le péritoine; l'ovaire ne participe que secondairement par voisinage et la surface seule est atteinte.

Man hat deswegen schon vielfach derartige Fälle als Gruppenerkrankung aufgefasst und als Erkrankung der Uterusadnexe bezeichnet. (Rosthorn)¹⁾.

Zwei Hauptformen lassen sich hier klinisch wie anatomisch mit einiger Sicherheit unterscheiden nach der Art der Entzündungs-Produkte — eitrig: sero-fibrinös, — die sich dann noch wieder in verschiedene ätiologische Gruppen einteilen lassen — einerseits gonorrhöische, septische, tuberculöse, actinomycotische,luetische u. s. w. Infection: andererseits Infection durch unbekannte entzündungserregende Mikroben und einfach katarrhalische Erkrankung. Dazwischen finden sich, abgesehen von dem ausserhalb der ganzen Krankheitsform stehenden Hämatosalpinx, natürlich nicht sicher zu rubricierende Übergänge, die uns aber nicht beirren dürfen wenn wir uns einigermassen wenigstens orientieren wollen.

Bei der kurz als eitrig charakterisierten Form handelt es sich um ein, sei es im Anschluss an ein Wochenbett, besonders bei Abortus, sei es an eine gonorrhöische oder andere Infection auftretendes, häufig mit Fieber, jedenfalls aber mit schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens einhergehendes Leiden, das zur Bildung von perimetritischen und ovariellen Abscessen, zur Sekretion und Ansammlung von Eiter in der atretischen Tube, durch Ruptur derselben, auch nachdem im Allgemeinen die Erscheinungen ruhiger geworden sind, noch jederzeit

1) v. Rosthorn, 40 Fälle von Entfernung der Anhänge der Gebärmutter. Archiv für Gynäkol. XXXVII.

zu tödtlicher Peritonitis führen kann, um eine immer das Leben gefährdende Erkrankung, deren tiefgreifende Störungen und schlechte Prognose ohne Zweifel die weitgehendsten chirurgischen Eingriffe rechtfertigen.

Zweifelhafter und viel umstritten sind die therapeutischen Indikationen bei der nicht eitrigen Form der Erkrankung der Anhänge des Uterus. Auf diese näher einzugehen, bin ich angeregt durch einen von Herrn Professor Dr. v. Säxinger in der Tübinger geburtshilflich-gynäkologischen Klinik durch Operation geheilten und mir freundlichst zur Veröffentlichung überlassenen Fall von Hydrosalpinx et Oophoritis chronica duplex.

Ein einfacher oder durch die Länge der seit der Infection verflossenen Zeit in seiner Virulenz abgeschwächter Katarrh der Gebärmutter greift auf die Schleimhaut der Tuben und von dort per continuitatem auf das Peritoneum über: es kommt in oben erwähnter Weise zum Verschluss des ostium abdominale und bei vermehrter Sekretion zur Ansammlung einer manchmal ein wenig getrübbten, gelblichen, serösen, gewöhnlich stark eiweisshaltigen ¹⁾ Flüssigkeit in dem medial von der Verschlussstelle gelegenen Teile der Tuben; unter vielleicht anfänglich von Zeit zu Zeit durch Abfluss durch das ostium uterinum bedingten Volumschwankungen bildet sich eine bleibende Hydrosalpinx mit consecutiver Verdünnung der Wandungen, Abflachung der Schleimhautfalten und Niedrigerwerden der Epithelien, die ihre Eigenschaft als Flimmerzellen ganz verlieren; es kommt zu fibrinösen Auflagerungen und schwierigen Verdickungen des die Beckenwand ausklei-

1) Schroeder, Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 10. Aufl. 1890, 440.

denden Bauchfells und Bildung von pseudomembranösen Verwachsungen, die ihrerseits wiederum zu Veränderungen der Form der Tuben führen können; es kommt durch das Übergreifen der Peritonitis auf den Überzug der Ovariums weiterhin zu chronischer interstitieller Entzündung des Eierstocks mit vielleicht folgender cirrhotischer Schrumpfung (Cornil et Terrillon¹⁾, Nagel²⁾), während andererseits, auch ohne dass eine eigentliche Erkrankung des Ovariums vorhanden zu sein braucht, die reifen Follikel infolge der Verdickung des Ovarialüberzugs nicht zum Bersten kommen und kleine Retentioncysten bilden: es entsteht so ein chronisches Krankheitsbild, als dessen anatomische Grundlagen kurz Hydrosalpinx, Pelveoperitonitis, Oophoritis chronica mit kleincystischer Degeneration zu bezeichnen sind, ein Krankheitsbild, auf dessen Häufigkeit auch Rizkallah³⁾ hinweist: Il est en effet très fréquent d'observer avec des salpingites sans suppuration des dégénérescences kystiques de l'ovaire.

Verfolgen wir nun die weiteren Erscheinungen, welche durch diese Veränderungen bedingt sind, um so über die Möglichkeit einer Diagnose und eines etwa dadurch begründeten therapeutischen Eingreifens zur Klarheit zu kommen, so haben wir zunächst die Tuben ins Auge zu fassen. In der Mehrzahl der Fälle — Landau⁴⁾ geht so weit, dies gewissermassen als Normalbefund zu bezeichnen, womit auch die Angabe von Rosthorn's (l. c.) stimmt, der bei 40 Laparotomien wegen Er-

1) Archive de physiologie norm. et pathol. Paris 1887, X.

2) Nagel, Beiträge zur pathol. Anatomie der Ovarien. Centralblatt für Gynäk. 1887, 26.

3) Rizkallah, Etude critique du traitement des Salpingites etc Paris 1889.

4) L. Landau, über Tubensäcke. Archiv für Gynäk. Bd. XL.

krankung der Uterusadnexe nur einmal eine Verlagerung des Hydrops tubae nach vorn vom Uterus fand — sinken die Tubensäcke, das Ovarium häufig nach sich ziehend, nach hinten unten in den Douglas'schen Raum und bleiben, im Gegensatz zu Ovarialcysten, auch während des weiteren Wachstums meistens im kleinen Becken. Dadurch wird der Uterus scharf nach vorn oben verdrängt und kann so bei Abwesenheit von Verwachsungen das von Landau als pathognomonisch angegebene Gefühl des Federns geben, indem er bei etwaigem Druck nach hinten durch die Spannung der im kleinen Becken am Ausweichen verhinderten Hydrosalpinx im Verein mit der aktiven auf Restitution gerichteten Muskelkraft der Tube wieder an die Symphyse geschnellt wird.

Hier im Douglas'schen Raum ist auch der gewöhnliche Sitz der von den Kranken geklagten abnormen Gefühle von Druck und Schwere im Becken, sowie der durch den Druck der Geschwulst auf die benachbarten Nervenplexus erklärten, teils am Orte der Krankheit lokalisierten, teils nach den Weichen und Oberschenkeln, vorwiegend im Gebiet des Nervus cruralis, ausstrahlenden Schmerzen. Diese ständig vorhandenen, durch jede Anstrengung, jede Unregelmässigkeit der Stuhl- und Harnentleerung, jeden Versuch der Cohabitation bis zum Unerträglichen gesteigerten Schmerzen sind es, die in der Mehrzahl der Fälle die Kranken zum Arzt treiben. Daneben besteht hochgradige Druckempfindlichkeit, bald der sämtlichen im Douglas'schen Raum gelegenen Gebilde, bald typisch auf das, manchmal deutlich als vergrössert fühlbare Ovarium beschränkt: zu deuten ist dieser Schmerz als von der durchweg vorhandenen Perioophoritis verursacht.

Als einer freilich beschränkten Zahl von Hydrosal-

pingitiden — nach Landau (l. c.) regelmässig dem Pyosalpinx — zukommend, werden kolikartige Schmerzen beschrieben, verursacht durch die Anstrengungen der Tubenmuskulatur, um den die Wandungen dehnenden Inhalt auszutreiben; in manchen Fällen ein diagnostisch sehr wesentliches Zeichen, besonders wenn durch einen derartigen Anfall etwas vom Inhalt der Tube durch den Uterus nach aussen befördert und aufgefangen worden ist.

Dass bei einer derartig pathologisch, gesteigerten Empfindlichkeit der genannten Organe auch der physiologische Akt der Menstruation einen krankhaften Charakter annimmt, ist schon a priori einleuchtend. So haben wir denn auch bei allen Kranken Unregelmässigkeiten derselben. Gewöhnlich pflegt ihr Nahen schon längere Zeit vorher durch erheblich gesteigerte Schmerzen in den Beckenorganen angekündigt zu werden, bis dann mit Eintritt der meist sehr reichlichen Blutung — von den 40 Fällen Rosthorns zeigten 18 Menorrhagien, nur 1 Amenorrhoe — auch die Schmerzen etwas nachlassen, ja bei sich erst entwickelnder Erkrankung wohl vorübergehend ganz verschwinden können.

Eine weitere sehr wesentliche Folge, unbedingt der sehr häufigen doppelseitigen, durchweg aber auch der einseitigen Erkrankung, ist die Sterilität der Frauen. Noch zu erwähnen wären als gelegentliche Begleiterscheinung die wohl meistens von den Ovarien ausgelösten Störungen psychischer Art, hauptsächlich Hysterie, die unter Umständen durch ihren zweifelhaften Zusammenhang für die Indikationsstellung Schwierigkeiten machen können.

In den eben genannten Symptomen liegt schon mancher Fingerzeig zu einer Diagnose nicht bloss einer Erkrankung der Uterusanhänge im Allgemeinen, sondern

auch der speziellen Form und ihrer Teilerscheinungen. Dank der genaueren pathologisch-anatomischen Erkenntnis der in Rede stehenden Erkrankungen, deren früher durchweg auf zufällige Sektionsbefunde gegründetes Studium durch die Möglichkeit chirurgischen Eingreifens neu angeregt wurde und an den frisch exstirpierten Organen geeignete Objekte fand (Lewers¹⁾, Orthmann, Nagel (l.c.), dank der sorgfältigeren, durch den Operations- oder Sektionsbefund durchgehends kontrollierten, klinischen Beobachtung, dank besonders auch den verbesserten Untersuchungsmethoden liegen die Zeiten weit hinter uns, wo Kiwisch²⁾ gestehen musste, dass seines Wissens noch nie die Diagnose eines Hydrops tubae während des Lebens gemacht und bei der Autopsie bestätigt sei. Nachdem schon in den 70er Jahren in einzelnen Fällen Tubendiagnosen gestellt und bei der Laparotomie erwiesen waren, ist unsere diagnostische Erkenntnis im letzten Jahrzehnt soweit fortgeschritten, dass Schroeder (l. c. p. 441) mit Recht sagen kann: Die ausgesprochenen Fälle von nicht zu bedeutender Flüssigkeitsansammlung im Tubenkanal sind unter günstigen Umständen ohne Schwierigkeit zu diagnosticieren.

Zwar können die Klagen der Kranken über dumpfen, bohrend-stechenden Schmerz im kleinen Becken und das Ausstrahlen desselben nach Schenkeln und Weichen, besonders bei Doppelseitigkeit der Affection, das Auftreten von Menstruationsstörungen der oben erwähnten Art, die Entwicklung der Krankheit nach einem der angeführten aetiologischen Momente, das Vorhandensein sonstiger Entwicklungsstörungen und Lageanomalien des Uterus eini-

1) Lewers, On the frequency of pathological conditions of the Fallopian tubes. Obstetrical Transactions, London 1887.

2) Kiwisch, klinische Vorträge. Prag 1852. II, 217.

gen Anhalt für die Diagnose einer Tubenerkrankung bieten; zwar kann man aus dem Federn des anteflectierten und elevierten Uterus und dem Auftreten von Zeit zu Zeit nach vorhergegangenen kolikartigen Schmerzen sich wiederholender schleimig-wässriger Ausflüsse aus der Scheide mit Wahrscheinlichkeit auf eine Flüssigkeitsansammlung in den Tuben schliessen: Sicherheit gewährt immer erst die direkte Tastung vermittelt der combinirten Untersuchung von Scheide oder Rectum und den Bauchdecken aus, die nöthigenfalls in der Narkose oder in einzelnen Fällen auch nach Noeggerath durch Blase und Rectum bei heruntergezogenem Uterus vorzunehmen ist.

Findet man da nach hinten und unten vom Uterus einen prallgefüllten, bisweilen wurstförmigen, lateral keulenförmig anschwellenden Tumor, der womöglich gegenüber dem nicht vergrösserten Uterus, mit dem er durch einen kurzen dünnen Strang zusammenhängt, beweglich ist; findet man nach aussen von ihm, auch wohl etwas nach abwärts verzogen, das Ovarium leicht vergrössert und in der von der Kranken schon oft vorher empfundenen Weise schmerzhaft, dann kann man sicher sein, eine dem oben vorausgesetzten Fall entsprechende Erkrankung der Anhänge des Uterus vor sich zu haben.

Doch nur selten werden die Verhältnisse so klar und deutlich zu erkennen sein: Verwachsungen durchziehen häufig das kleine Becken nach verschiedenen Richtungen, dadurch den Tumor fixierend und den Befund verändernd und erschwerend; der Tumor verliert mit zunehmender Grösse oder nur partieller Beteiligung der Tube oder mehrfachem Verschluss die charakteristische Form: er kann rundlich werden oder auch eine rosenkranzähnliche Reihe kleinerer Tumoren darstellen; durch Adhaesionen

kann die Lage eine andere sein, vielleicht auch das laterale Ende sich medianwärts umgeschlagen haben: kurz, der Befund kann in der verschiedensten Weise und Richtung verändert werden, so dass man wohl den Verdacht auf eine Flüssigkeitsansammlung in der Tube haben kann, aber die differentielle Diagnose, die, wie Bandl (l. c.) sagt, in vielen Fällen zu den schwierigsten gehört, manchmal ganz unmöglich ist.

Von einzelnen in solchen Fällen diagnostisch wesentlichen Punkten seien hier einige hervorgehoben:

1. Gegenüber subperitonealen Uterusfibroiden, besonders wenn dieselben mit Cystenbildung einhergehen, kann die Form, die Art des Zusammenhanges mit dem Uterus, für gewöhnlich auch die pralle Fluctuation und gegebenenfalls die Doppelseitigkeit der Affection den Ausschlag geben; ähnlich vermeidet man die Verwechselung mit Cysten des ligamentum latum und der Ovarien.
2. Gegenüber Exsudaten und Blutergüssen in die breiten Mutterbänder kann man sich in der Regel durch die ein plötzliches Entstehen derselben unter grosser Schmerzhaftigkeit und Beteiligung des Allgemeinbefindens ergebende Anamnese und etwaige Unbeweglichkeit des Tumors, während die Tuben, wenn nicht zufällig durch Verwachsungen fixiert, beweglich sind, einigermaßen sichern.
3. Gegenüber Stauungserscheinungen bei Duplicität des Uterus schützt das Auffinden sonstiger ähnlicher Anomalien und das Verhalten gegenüber dem vermeintlichen Uteruskörper, und
4. gegenüber Tubenschwangerschaft das Wachstum des meist in geringerem Grade mit vergrössertem Uterus und sonstige Schwangerschaftszeichen, besonders

die häufig sehr ausgesprochene Turgescenz der Mammæ und das Ausbleiben der Menstruation.

Hierzu kommen noch einige Punkte allgemeinerer Bedeutung, die in zweifelhaften Fällen ausschlaggebend sein können: zunächst der Nachweis der Mitbeteiligung der Ovarien an der Erkrankung durch Tastung derselben in schmerzhaftem und vergrössertem Zustande; ein Befund, der wohl kaum je ausser als ganz zufällige Complication — eine solche ist selbstverständlich auch bei dem Ganzen der Krankheit mit verschiedenen anderen Tumoren möglich, ja mit Parovarialcysten sogar recht häufig — eine der für die Differentialdiagnose in Betracht kommenden Affectionen begleiten dürfte und besonders gegen die noch nicht erwähnte, anderweitig allerdings schwer auszuschliessende Tuboovarialcyste und Ovarialkystome beweisend ist. Gleichzeitig schliesst der oben geschilderte Befund Neubildungen des Ovariums dadurch aus (Olshausen ¹⁾), dass dieselben in der Regel nicht schmerzhaft sind und eine mehr höckerige Oberflächenbeschaffenheit vorzuziehen pflegt, während hier andererseits der begleitende Tubenbefund die Entscheidung erleichtert.

Eine andere sehr wesentliche Bedeutung hat die Constatierung des Vorhandenseins und der Art eines Tubeninhalts, besonders gegenüber den eitrigen, schon lange bestehenden Formen von Tuben- und Peritonealerkrankung. Zwar pflegt hier schon infolge der gewöhnlich sehr ausgedehnten Adhärenzen und entzündlichen Verdickung der Wandungen die Tube sich weniger glatt und prall anzufühlen; auch lassen die Art des Entstehens und die schwere Mitbeteiligung des ganzen Organismus,

1) Olshausen, Krankheiten der Ovarien. 1886.

besonders etwa vorhandenes Fieber, in der Regel schon mit einiger Sicherheit den Schluss auf die Natur des Ergusses zu; wünschenswert ist es in manchen Fällen doch sehr, hierüber ganz sicher unterrichtet zu sein.

Zwei Wege sind es, die zu diesem Ziele führen können. Der eine, unsicher und oft versagend, ist der, dass man nach Analogie der vielfach spontan auftretenden Entleerung von Flüssigkeit durch das gewöhnlich offen gebliebene ostium uterinum — Rosthorn (l. c.) fand dasselbe in 40 Fällen stets durchgängig — versucht, einen Teil des Inhalts durch Compression zum Ausfliessen zu bringen, denselben auffängt und zur Diagnose benutzt, indem man sich gleichzeitig vermittelst der combinirten Untersuchung an dem Kleinerwerden des Tumors vergewissert, dass die Flüssigkeit wirklich aus demselben stammt. Es ist dies eine Methode, die in einigen Fällen von Frankenhäuser ¹⁾, angeregt durch unbeabsichtigtes Überfließen des Tubeninhalts gelegentlich einer Untersuchung, und nach ihm auch von Anderen, z. B. Bandl (l. c.), absichtlich angewandt ist, die aber nur in wenigen Fällen zum Ziele führte; eine Methode, die andererseits sehr gefährlich ist, weil durch dieselbe unter Umständen ein Bersten der Wandungen oder des Abdominalostiums des Sackes und, besonders wenn der Inhalt der Tube infectiöser Natur ist, durch das Ausfliessen desselben in die Bauchhöhle eine letale Peritonitis herbeigeführt werden kann.

Der zweite Weg führt sicherer zum Ziel und ist im Allgemeinen auch ungefährlich, vorausgesetzt, dass den Anforderungen der Antiseptik sorgfältig Rechnung ge-

1) Hausammann, Retentionsgeschwülste schleimigen Inhalts in den weiblichen Genitalien. Zürich, 1876.

tragen wird: es ist dies die früher, auch zu Heilzwecken, schon mehrfach geübte und in neuerer Zeit besonders durch Landau (l. c.) wieder empfohlene und angewandte Punction der Tumoren von der Scheide oder den Bauchdecken aus. — Dass diese Methode deswegen verlassen ist, wie Landau meint, weil man sich entwöhnt habe, die genaue Diagnose vor der Laparotomie zu stellen, scheint mir nicht glaubhaft, wenngleich eine peinliche Differentialdiagnose eine Zeit lang, wo fast jede Tubenaffection und jeder Unterleibstumor eo ipso als Gegenstand eines operativen Eingriffs galt, als durchaus überflüssig erscheinen konnte; auch die Gefährlichkeit oder Schwierigkeit können wohl nicht von Ausführung der Punction abgeschreckt haben. Eher, glaube ich, liegt der Grund der seltenen Anwendung des Verfahrens einerseits darin, dass es doch nur wenige Fälle sind, die eines derartigen Eingriffs zur hinreichenden Sicherung der Diagnose bedürfen, andererseits in dem relativ geringen Wert, der uns durch die Probepunction vermittelten Ergebnisse. Denn wenn wir auch darüber Auskunft erhalten, ob der Inhalt des punctierten Tumors serös, eitrig oder blutig ist, so haben wir andererseits durchaus kein sicheres Zeichen, dass es sich um die Tube handelt, da die Untersuchung auf Flimmerepithelien (Bandl, Hausmann l. c.) bisher stets ergebnislos gewesen ist: höchstens wäre durch Ausschluss, etwa Auffinden von Hakenkränzen etc., oder von Chorionzotten in diagnostischer Beziehung etwas zu erreichen.

Bevor ich nun zur Besprechung der Therapie übergehe, noch einige Worte über die Prognose der in Rede stehenden Leiden. Am günstigsten lautet dieselbe für die Hydrosalpinx, die in manchen Fällen zweifellos spontan heilen kann, sei es, dass im Verlauf wiederkehrenden

Ausfliessens die Menge des Tubeninhalts immer geringer wird und selbst ganz schwindet, sei es, dass durch ein Platzen des Sackes der Inhalt in die Bauchhöhle entleert, und dort, ohne schwerere Erscheinungen hervorzurufen, resorbiert und wieder durch Darm und Blase ausgeschieden wird. Letzteres ist eine Beobachtung, die als sehr wahrscheinlich und glaubwürdig von Beigel ¹⁾ und Anderen berichtet ist, jedenfalls aber nur sehr selten vorkommt, während bei einer Pyosalpinx mit erkrankten brüchigen Wandungen der Vorgang häufiger zu sein scheint. Die Hauptgefahr der Hydrosalpinx liegt neben der durch dieselbe verursachten Sterilität und den sonstigen Beschwerden in der Möglichkeit einer neuen Infection und der Umwandlung ihres Inhaltes in Eiter, wozu durch die gewöhnlich vorhandene Communication mit dem Uterus hinreichend Gelegenheit gegeben ist.

Auch die peritonitischen Erscheinungen und Residuen, welche die nicht eitrige Form zu begleiten pflegen, haben an sich nichts besonders Bedenkliches mit Ausnahme eben der durch die Pseudomembranen etwa bedingten Fixationen und der durch die Perioophoritis und deren Übergreifen auf's Ovarium bedingten Sterilität bei Fortdauer der menstruellen Congestion. Das aber ist der Hauptpunkt, der das ganze Krankheitsbild beherrscht, der uns durch die Nutzlosigkeit der regelmässig wiederkehrenden excessiven Steigerung der Beschwerden in geeigneten Fällen die Indikation giebt für jedes therapeutische Eingreifen bis zum äussersten, zur Entfernung der ganzen Adnexa, zur Salpingotomie und Castration. Natürlich wird man vorher versuchen, auf jede mög-

¹⁾ Beigel, die Krankheiten des weiblichen Geschlechts, II, 1. (Eileiter und brt. Mutterbänder.). Erlangen 1875.

liche andere Weise der Beschwerden Herr zu werden, und da sind in den letzten Jahren eine grosse Menge verschiedener Methoden angegeben worden, um besonders Tubenerkrankungen, speciell auch Hydrosalpinx ohne einen so schwerwiegenden Eingriff, wie dies eine Laparotomie immerhin ist, zu beseitigen.

Zunächst sind diejenigen Methoden zu erwähnen, — indem ich über die Fernhaltung neuer Schädlichkeiten und die bei etwaigen Exacerbationen anzuwendende antiphlogistisch-sedative Behandlung hinweggehe, — welche versuchen, durch Beseitigung des Grundleidens auch die Ausheilung der mehr als Folgezustände aufgetretenen Erscheinungen herbeizuführen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Behandlung des Uterus, sei es nun, dass durch Rectification einer fehlerhaften Lage für Abfluss des Menstrualsecrets und somit Beseitigung des consecutiv entstandenen Katarrhs gesorgt, sei es, dass ein infectiöser Katarrh durch Auskratzen der Uterusschleimhaut und nachfolgende Injectionen von Jodtinctur zur Heilung gebracht werden soll. Vornehmlich von französischer Seite (Trélat ¹⁾, Pozzi-Rizkallah, l. c.) ist dieses Vorgehen eifrig empfohlen und auch anscheinend mit gutem Erfolg angewandt worden, aber es bietet natürlich nur in solchen Fällen Aussicht auf Erfolg, wo die Erkrankung nicht oder nur wenig über die Tuben hinausgeht, oder wenigstens die Beschwerden der Patientin im wesentlichen durch die Tubenaffection bedingt werden. Le curettage constitue selon nous le traitement par excellence des salpingites catarrhales sans lésions ovariennes, sagt Rizkallah und führt als Beweis die folgende Krankengeschichte ²⁾ an, wo die Patientin, trotz-

1) Referat im Centralblatt für Gynäkologie 1890.

2) Fall 9 der Rizkallah'schen Casuistik.

dem das linke Ovarium sehr druckempfindlich war, nach dieser Behandlung schwanger wurde, wo also das ideale Ziel, Heilung der Beschwerden und Beseitigung der Sterilität, erreicht ist; zugleich weist derselbe auf 4 Fälle hin, wo die vorher in Chloroformnarkose constatierten Tubentumoren fast nach 14tägiger Behandlung verschwanden.

24jährige Frau, seit dem 13. Jahr regelmässig menstruiert, einmal mit 21 Jahren schwanger, hat seit der Heirat vor 7 Jahren ausstrahlende Schmerzen im Unterleib, besonders vor Eintritt der reichlichen Menses; keine Metrorrhagien. Seit 2 Jahren, wo sie durch den Mann wahrscheinlich gonorrhöisch inficiert wurde, Zunahme der Beschwerden.

Der Uterus ist leicht nach rechts laterovertiert. Die linke Tube fühlt sich an wie eine unter dem Finger rollende harte Schnur. Ovarium frei von Adhäsionen, nicht vergrössert, druckempfindlich. Rechts ein wallnussgrosser, vom Uterus durch eine Furche getrennter Tumor, regelmässig geformt und druckempfindlich.

Befund in Narkose bestätigt: Endometritis, doppelseitige, vorwiegend rechts, katarrhalische Salpingitis. Auskratzung des Uterus, Zinkperchlorürinjection, Jodoformtampon; vom 4. Tage ab 2tägige Uterusausspülungen und Injectionen von Jodtinctur 1:3, 6mal wiederholt. Bei der Entlassung: Linke Tube normal, rechts bemerkt man eben eine unbedeutende, nicht schmerzhaft Verhärtung. —

Ebenso wird man in leichteren Fällen versuchen können durch mehr orthopädische Eingriffe, die auf Entleerung der Tuben gerichtet sind, die Patientin von einem Teile ihrer Beschwerden zu befreien und ihr Loos erträglich zu machen.

Von den empfohlenen Methoden ist zunächst zu erwähnen die Erweiterung des Uterus und damit vielleicht auch Eröffnung des uterinen Tubenostiums durch Einlegen von Laminaria- oder Tupelostiften, — Pressschwamm

ist wegen der Gefahr, Zersetzung herbeizuführen, weniger empfehlenswert, — genaue Ausschabung der Uterusecken zwecks Beseitigung von Abflusshindernissen, bedingt durch Schleimhautwucherung an den Tubenmündungen, und Drainage der Höhle durch Jodoformgazetampons. Sabolotzky ¹⁾ will damit in 4 Fällen von Hydrops tubae angeblich gute Erfolge: Verkleinerung des Tumors und Verminderung der schmerzhaften Koliken, erzielt haben, während Doléris ²⁾ nicht bei allen Fällen das gewünschte Resultat erreicht zu haben angiebt.

Bedenklich ist bei diesem Verfahren besonders die Möglichkeit der Anregung einer Vereiterung der Hydrosalpinx, sowie die Schmerzhaftigkeit, die in noch höherem Maasse in Betracht kommen bei den Versuchen, die Tuben vom Uterus aus, eventuell combinirt mit Erweiterung desselben, zwecks Entleerung der Hydrosalpinx zu sondieren und katheterisieren. Über dieses schon von Tylor Smith 1840 und auch in neuerer Zeit wieder versuchte Verfahren sind wohl keine Worte zu verlieren, da ja das ostium uterinum in der Mehrzahl der Fälle ohnehin offen zu bleiben pflegt, und nach Versuchen an der Leiche das Verfahren äusserst schwierig und unsicher, wenn nicht ganz unmöglich ist; zur Abschreckung genügen wohl auch die Erfahrungen über Perforation des mürben Uterus mit ihren Folgen.

Ferner ist die Massage auch für Erkrankungen der Uterusanhänge empfohlen worden. Eine Möglichkeit günstigen Erfolges liegt zweifellos darin, dass es in manchen Fällen glücken kann, den Inhalt der Tube nach Analogie der Frankenhäuser'schen Beobachtung durch das

1) Sabolotzky, Vortrag in St.-Petersburg. 15. März 1890. S. Centralblatt für Gynäk. 1890.

2) Doléris, Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynaeol. 1889, Nr. 6.

ostium uterinum zu entleeren. Ein zweites wesentliches Moment liegt in der manchmal gelingenden Lösung von störenden, dislocierenden und schmerzhaften Verwachsungen und in der Anregung der Resorption peritonitischer Exsudate und Schwartenbildungen; ein grosses Bedenken und somit Beschränkung der Anwendbarkeit liegt in der Gefahr, durch Bersten des Sackes oder Lösung von Darmverwachsungen etc. einen Erguss infectiöser Massen in die Bauchhöhle und damit eine das Leben bedrohende Peritonitis herbeizuführen. Doch möchte ich einen Versuch mit dieser Behandlung in leichteren, noch nicht zu lange bestehenden Fällen, wenn man sicher ist, einen einfach katarrhalischen Erguss vor sich zu haben, wohl für gerechtfertigt halten.

Über den Wert der von Apostoli und Bigelow ¹⁾ empfohlenen Behandlungsweise: Galvanopunktur einer Tubencyste mit der Kathode von der Scheide aus; infolge der Nekrose der geätzten Partien selbstthätige Drainage nach der Scheide hin, unter gleichzeitiger Anregung der Resorption peritonitischer Exsudate, möchte ich mir kein Urteil erlauben, da den Veröffentlichungen über Erfahrungen mit derselben bisher eine gewisse übertriebene Einseitigkeit anzuhaften scheint. Ich beschränke mich deshalb darauf, einen der Bigelow'schen Schrift entnommenen Fall hier im Auszug anzuführen ²⁾:

27jährige Frau, abortierte vor 2 Jahren 2mal und war nachher jedesmal mehrere Wochen mit Fieber bettlägerig. Seither profuse Menstrualblutungen und starke Schmerzen; selten ganz frei von Beschwerden.

Uterus ist fixiert ante-laterovertiert; im rechten ligamentum latum eine gut abgrenzbare, recht empfindliche Geschwulst,

1) Bigelow, Electrotherapie bei Frauenkrankheiten. Breslau, 1890.

2) S. Bigelow, l. c. p. 143 ff. von Mundé mitgeteilter Fall.

die offenbar die entzündete und geschwollene Tube und das Ovarium darstellte; links im Ligament eine etwas kleinere und weniger schmerzhaftige Schwellung. Diagnose und Operationsindikation also klar.

Da die Frau, um die Hoffnung auf Nachkommenschaft nicht zu verlieren, nicht in eine Castration willigte, begann Mundé „eine regelrechte galvanische Cur, einen Tag um den andern, legte nach jeder Sitzung Jodoform-Glycerin-Tampons ein, zweimal im Monat ein Zugpflaster auf die Ovarialgegend beiderseits und liess heisse Scheidendouchen machen“. Daneben Tonica, speciell Eisen, und Malz; anfangs noch Narkotica und warme Umschläge.

Nach einem Monat Beginn der Erholung unter Nachlassen der intermenstruellen Schmerzen: die Kranke „sagte, sie könne die Erleichterung fühlen, die ihr jede galvanische Sitzung gäbe“. Nach 5monatlicher Cur der Localbefund wenig verändert, „nur dass die Schwellung weniger empfindlich und weicher war, wohl auch etwas kleiner“. Uterus unbeweglich; ganzer Gesundheitszustand ausserordentlich gehoben. (Ob später Conception erfolgt ist, wird nicht gesagt, erscheint auch recht unwahrscheinlich.)

Mehr Aussicht auf Erfolg und grössere Gewähr bezüglich der direkten Resultate geben durchweg chirurgische Eingriffe und sind dieselben ja bei der jetzt allgemein geübten Antiseptik verhältnissmässig so ungefährlich, dass man ihre Anwendung auch ohne gerade bedrohliche Erscheinungen wohl verantworten kann.

Als für manche Fälle, in denen die Hydrosalpinx vorwiegend Ursache der Beschwerden ist, geeignet, ist die Punction und Entleerung der Tubensäcke, als der leichteste Eingriff zuerst zu nennen. Ausgeführt wird dieselbe ebenso wie die Probepunction, indem man, gewöhnlich von der vorher sorgfältig desinficierten Scheide aus, auf die tiefstgelegene Stelle des durch einen Assistenten entgegengedrückten Tumor unter Leitung zweier

Finger mit dem Troikart einstöst; soll in geeigneten Fällen von den Bauchdecken aus operiert werden, so ist besonders auf genügende Fixierung des Tumors zu achten.

Schon 1860 wurde diese Behandlungsmethode von Simpson ausgeführt und brachte angeblich in 8 Fällen Heilung. Dieselbe wurde aber im übrigen wenig angewandt und geriet, gegenüber den eingreifenderen Operationen fast ganz in Vergessenheit, bis Landau (l. c.) wieder in neuester Zeit als ihr Fürsprecher auftrat. Derselbe giebt an, bei einer sehr grossen Zahl von mit Punction behandelten Kranken, eventuell bei mehrmaliger Wiederholung, recht gute Erfolge gehabt zu haben: in vielen Fällen seien ein- und mehrfächerige Cysten nach einmaliger Entleerung nicht wieder aufgetreten; etwaige Recidivtumoren seien durchweg erst nach längerer Zeit und in verkleinertem Maasse entstanden. Erheblichere Nachteile will er nicht gesehen haben — mehrmaliges versehentliches Anstechen des Ovariums verlief ebenso wie Bandl's (l. c.) 2 Fälle von irrtümlicher Punction der Harnblase, ohne besondere Störungen —, ausgenommen einen Fall von Pyopneumosalpinx infolge Vernachlässigung der sonst geübten Vorsichtsmassregel, dass zur Vermeidung von Luft Eintritt der Gegendruck auf den Tumor erst nach Entfernung der Canüle aufhören darf. — Über anderseitige Erfahrungen liegen mir keine näheren Angaben vor, doch scheint es, als ob dauernde Erfolge dieser Behandlung fast allgemein starkem Zweifel unterliegen.

Von Bandl ist die breite Incision und Drainage der Säcke, von der Scheide aus oder nach Hegar und Wiedow bei einseitiger Erkrankung parallel dem ligamentum Pouparti, um durch Sicherung des Abflusses und Eiterung Heilung zu erzielen, auch für Hydrosalpinx

empfohlen worden; eine Operation, die als zu eingreifend und gefährlich wohl besser auf Pyosalpinx in Fällen, wo die Exstirpation wegen der Adhäsionen nicht möglich gewesen, oder einzelne besonders oberflächlich liegende Tumoren, zu beschränken ist.

Als radikalster Eingriff bleibt dann die Laparotomie zwecks Entfernung der Tuben und Ovarien, die Salpingo-Oophorectomie oder Salpingotomia et Castratio.

Es ist dies eine in den letzten Jahren so häufig ausgeführte Operation, dass über die Erfolge und damit auch die Berechtigung derselben sich schon ein einigermaßen sicheres Urteil wohl fällen lässt.

Was zunächst die Ausführung dieser Operation anbetrifft, so ist dieselbe wohl allgemein die gleiche streng anti-respective aseptische: Nach gründlicher Desinfektion des Operationsfeldes und der Hände des Operateurs und der Assistenten wird, selbstverständlich mit vorher sterilisierten Instrumenten, in der linea alba — in der Regel wird es sich um doppelseitige Operationen handeln — zwischen Nabel und Symphyse die Bauchhöhle unter besonders vorsichtiger Durchtrennung des Peritoneums eröffnet; während ein Assistent nur auf die Gedärme achtet und möglichst den Austritt derselben zu verhindern hat, sucht der Operateur nach vorhergegangener Orientierung, die durch die Hochlagerung des Beckens nach Trendelenburg erleichtert ist, etwaige Adhäsionen möglichst stumpf trennend, die erkrankten Anhänge aus der Tiefe des Beckens hervorzuheben und schneidet sie nach einfacher oder doppelter Unterbindung ab. Darauf Cauterisation des Stumpfes mit dem Paquelin, Versenkung desselben, Reinigung der Bauchhöhle durch Abtupfen mit sterilisierten Schwämmen oder trockener Sublimatgaze (Pozzi, Rosthorn l. c.), eventuell wenn Tubeninhalte

in dieselbe ergossen ist, durch Ausspülen mit gekochtem Wasser, und Verschluss der Bauchwunde durch tiefe — die Serosa mitfassende — und oberflächliche Nähte ohne Drainage, die nur in besonders schweren Fällen — Austritt von zersetzten Massen oder Blutungsgefahr — nach der, natürlich zu desinficierenden, Scheide hin angelegt wird. — Bei der Nachbehandlung ist das Wesentlichste ruhiges Verhalten des Patienten, strenge Diät und Sorge für Flatus und Faeces, sowie nach erfolgter Heilung Behandlung des etwa erkrankten Uterus vermittelt Curettage (Rizkallah l. c.).

Die direkten Operationsresultate sind, während früher häufiger Todesfälle vorkamen, in neuester Zeit durchweg so gute, — Landau führt beispielsweise unter 52 Laparotomien verschiedener Art 1, von Rosthorn unter 40 Fällen von Entfernung der Uterusadnexa 2 Todesfälle —, dass man auch wohl in leichteren Fällen, wo obendrein die Aussichten noch günstiger als in den komplizierteren sind, natürlich nachdem die oben aufgezählten konservativen Methoden nicht geholfen haben, berechtigt ist, einen derartigen Eingriff zu unternehmen.

Weniger günstig, aber doch gegenüber der sonstigen Aussichtslosigkeit recht befriedigend, sind die Erfolge der Operation bezüglich der Beschwerden der Patienten. Aus der in dieser Hinsicht wenig übersichtliche Angaben bietenden Litteratur möchte ich von neueren Mitteilungen nur von Rosthorn (l. c.) hervorheben mit 20 Fällen = 50% vollkommene Heilungen, 13 Fällen mit klimakterischen, nicht besonders hochgradigen Störungen und 1 Fall, wo nach einseitiger Operation wegen Erkrankung der anderen Seite die Operation wiederholt werden musste; durchweg hörten nach doppelseitiger radikaler Entfernung der Ovarien die Menstruation und ihre Beschwerden, aus-

genommen in einigen Fällen periodisch wiederkehrende Wallungen, völlig auf. Die als Bedenken gegen die Castration hervorgehobenen psychischen Störungen nach derselben sind so selten, dass man sie wohl kaum als ernste Gegenindikation hinstellen kann. Von statistischen Zusammenstellungen des Auftretens derselben nach doppelseitiger Castration aus verschiedenen Indikationen will ich nur Savage ¹⁾ anführen, der unter 483 Operierten 5 Geisteskranke fand, während Keith ¹⁾ und Lawson-Tait keine derartige Beobachtung gemacht haben.

Auf einen Vorwurf, der sehr häufig dem besprochenen Verfahren gemacht worden ist, möchte ich noch eingehen: man sei nicht berechtigt, durch die Castration jungen Frauen — die Mehrzahl der Erkrankungen und Operationen fällt in die Zeit zwischen 20 und 30 Jahren — die Möglichkeit der Conception zu nehmen, sie durch das Abschneiden der Menstruation vorzeitig ins Climacterium zu versetzen. Es ist dies ein Vorwurf, der auf den ersten Blick sehr geeignet scheint, die Indikation auf das Äusserste einzuschränken, der aber in Wirklichkeit in ein Nichts zerfällt. Denn in einem leichten, sich erst entwickelnden Fall wird es doch Niemand einfallen, die Radikaloperation auszuführen, ohne vorher die geeignet scheinenden, schonenderen Verfahren versucht zu haben. Ist das Leiden aber irgend älter, so ist eben die Sterilität — unbedingt bei doppelseitigem Tubenverschluss und Eierstockserkrankung, meistens auch bei einseitiger Affektion, wo man ohnehin ja die gesunden Teile erhalten wird — eine unheilbare; es wird also der Kranken nichts

1) Verhandlung in London, 8. Oktober 1890, s. Centralblatt für Gynäk. 1891.

genommen ausser der Menstruation, die für sie einerseits zwecklos ist — denn was nützt dieselbe, da ja doch kein Ovulum frei wird wegen der Peri- und Oophoritis, da ja doch keine Vereinigung von Ei und Sperma stattfinden kann wegen des Verschlusses der Tuben? —, die für die Kranke andererseits eine regelmässig wiederkehrende Verschlimmerung ihres so schweren Leidens bis zur Un-erträglichkeit bedeutet. Also fort mit diesen Sentimentalitäten in Fällen, wo ohne die Operation keine Heilung zu erzielen ist.

Etwas anderes ist es mit den aus dem Wunsche, die Menstruation zu erhalten und die Conceptionsmöglichkeit wiederherzustellen, hervorgegangenen Versuchen von Schröder (l. c.), Skutsch ¹⁾, Martin ²⁾ und Anderen. Angeregt durch die Erfahrung, dass bei Zurücklassung auch nur eines kleinen Restes von Ovarialgewebe die Menstruation fortbestand, ja Schwangerschaft eintrat (Martin (l. c.), Schatz), verbanden sie eine Resektion der erkrankten Teile des Ovariums mit der Herstellung eines neuen Abdominalostiums an der atretischen Tube. Zwar ist die Aussicht, die künstliche Öffnung zu erhalten, nach Zweifel's ³⁾ Beobachtungen, der schon gegen Ende der Operation wieder Neigung zum Schluss fand, und Tierexperimenten gering: es ist deshalb der Versuch zu machen, entweder durch Wiederöffnen des alten Ostiums, wo in einem Fall von Zweifel (s. u.) Offenbleiben konstatiert wurde, oder durch direktes Anlegen

1) Skutsch, Beitrag zur operativen Therapie der Erkrankungen der Eileiter. Archiv für Gynäk. XXXV.

2) Martin, über partielle Ovarien- und Tubenexstirpation: Volkmann's klinische Vorträge 343; Verhandlungen der vierten gynäkologischen Versammlung, Bonn 1891. Centralblatt für Gynäk. Nr. 25.

3) Zweifel, über Salpingo-Oophorektomie. Archiv für Gynäk. XXXIX.

der Tubenmündung an das Ovarium — so zwar nur für einen Teil desselben, aber dafür mit um so grösserer Sicherheit —, eine Kommunikation nach dem Uterus herzustellen; andererseits sind die Resultate bezüglich der Rekonvaleszenz und des späteren Befindens der Patienten auch nicht wesentlich ungünstiger als die der Radikalooperation.

Von Conception liegt bisher nur ein Fall (Martin s. u.) vor mit Unterbrechung derselben im dritten Monat; Todesfälle hatte Martin unter 24 Operationen 1 durch Infektion mit dem eitrigen Tubeninhalte; in ebenfalls 1 Falle wurde die Wiederholung der Laparotomie zwecks Entfernung der zurückgelassenen Teile notwendig. Vollkommene Heilung ist in 7 von 22 Fällen eingetreten, indem keine Beschwerden bei angeblich völlig normaler Menstruation vorhanden sind; durch Schmerzen gestört ist die Periode in 12 (: 22) Fällen; in 1 wird dieselbe als schwach bezeichnet. In den 2 übrigen Fällen werden noch sonstige wesentliche Störungen des Befindens angegeben, in dem einen so stark, dass wohl eine zweite Operation sich vernetwendigen dürfte. Ähnlich sind die Resultate in den sonst veröffentlichten Fällen.

Zu grösster Vorsicht mahnt freilich der Fall von Zweifel (s. u.), wo mit grösster Wahrscheinlichkeit der zurückgelassene Tubenrest als der Ausgangspunkt der letalen Infektion anzusehen ist, mahnen auch die Fälle von Martin, wo nach kürzerer oder längerer Zeit die Wiederholung der Laparotomie zur Entfernung der als gesund zurückgelassenen Teile erforderlich geworden ist: doch werden sich ähnliche Vorkommnisse, besonders wenn die Zahl unserer Erfahrungen erst grösser geworden ist, durch Beschränkung der Indikation zur Ausführung

dieser konservativen Laparotomie, wohl fast ganz vermeiden lassen.

Kurz zusammengefasst möchte ich zum Schluss meine Meinung über operatives Eingreifen bei der nicht eitrigen Erkrankung der Uterusanhänge, speziell Bildung einer bleibenden Hydrosalpinx compliciert mit chronischer Erkrankung des Ovariums und Beckenperitoneums, so formulieren:

I. Die Exstirpation der Tuben und Ovarien ist indiciert, wenn

1. die Beschwerden der Kranken zweifellos von diesen Organen ausgehen und durch die Menstruation regelmässig bis zum Unerträglichen gesteigert werden;
2. andere therapeutische Massnahmen, besonders vorsichtig geübte Massage, und in geeigneten Fällen Punktion der Hydrosalpinx, keine Erleichterung beziehungsweise Beseitigung der Beschwerden gebracht haben.

II. Die Erhaltung der Menstruation und vielleicht auch Conceptionsfähigkeit durch die Resektion des Ovariums und der Tube ist zu versuchen, wenn

1. mit Sicherheit eine Infektion des Peritoneum von dem zurückbleibenden Tubenrest auszuschliessen,
2. die Gesundheit des zurückgelassenen Eierstockrestes anzunehmen und ein Recidiv nicht zu erwarten ist.

Cas u i s t i k.

I. Die Krankengeschichte des mir von Herrn Professor Dr. v. Säxinger zur Veröffentlichung freundlichst überlassenen Falles bietet folgende Angaben:

Marie F., 31 Jahre, Opara, verheiratet, aus R.

Anamnese: Patientin war früher immer gesund; eine nennenswerte Krankheit hat sie nicht durchgemacht. — Ihre Periode trat im 15. Jahre ein, blieb 4 Monate aus und war von da ab immer regelmässig 3wöchentlich 3tägig mit geringem Blutverlust.

Patientin ist seit 5 Jahren steril verheiratet; vorher musste sie immer schwer arbeiten, hauptsächlich häufig schwere Lasten heben und tragen, worauf sie ihr Unterleibsleiden, das seit ungefähr 4 Jahren besteht, zurückführt.

Patientin hat immerwährende Schmerzen im Unterleib auf beiden Seiten, die während der Periode so heftig werden, dass Patientin über die ganze Dauer derselben zu Bett liegen muss und arbeitsunfähig ist. Früher waren die Schmerzen ausser der Zeit der Periode gering; seit einiger Zeit dauern dieselben auch nachher noch fort.

Patientin war schon vielfach in ärztlicher Behandlung; im letzten Semester lag sie viele Wochen in der Klinik, musste aber ohne wesentliche Besserung entlassen werden.

Da der Patientin die Schmerzen allmählich unerträglich werden, wünscht sie dringend eine Operation.

Status praesens: Patientin ist gross, schlank; die Knochen sind gracil, das Aussehen ist blass, der Gesichtsausdruck schmerzvoll. Herz und Lungen sind normal.

Bei der äusseren Untersuchung des Abdomens ist nichts Besonderes nachzuweisen.

Die Untersuchung per vaginam ergibt Folgendes:

Der introitus vaginae ist eng; die Vaginalportion hat eine konische Form, der äussere Muttermund hat keine Einrisse. Der Uterus ist spitzwinklig anteflectiert, von normaler Grösse; er steht median, die Sonde dringt 5 cm. ein. Die Sondierung verursacht grosse Schmerzen. Der Uterus ist zwar für sich beweglich, jedoch sind Excursionen, besonders nach oben, sehr schmerzhaft. Die Douglasgegend ist stark druckempfindlich.

Links neben dem Uterus, von ihm zu isolieren, jedoch eng an ihn sich anschliessend, fühlt man einen apfelgrossen, prallen,

ungewöhnlich schmerzhaften, nur wenig beweglichen Tumor, der mit dem Uterus in Verbindung zu sein scheint; die Verbindung mit dem Uterus ist schmerzhaft. Der ganze Tumor ist wurstförmig. (Tube.)

Auch rechts neben dem Uterus fühlt man einen gänseeigrossen, prallen, enorm schmerzhaften Tumor, der sehr wenig beweglich ist; ausserdem das rechte, sehr empfindliche, etwas vergrösserte Ovarium.

Vom Mastdarm aus ist der ganze Befund noch deutlicher, auch erscheint der linke Tumor noch grösser als von der Scheide aus.

Diagnose: Hydrosalpinx et Oophoritis chronica duplex.

Therapie: Salpingotomia et Castratio duplex.

30. Juni 1891: Nach den üblichen Vorbereitungen Laparotomie durch Herrn Professor Dr. von Sæxinger:

Schnitt in der linea alba vom Nabel bis zur Symphyse. Die Bauchdecken sind sehr blutreich; es sind mehrere Unterbindungen notwendig. Das subseröse Fett ist gut entwickelt.

Das rechte Ovarium ist wenig vergrössert, die rechte Tube ist wurstförmig aufgetrieben und stellt einen circa gänseeigrossen Tumor dar.

Die linke Tube bildet einen grösseren, gut apfelgrossen Tumor, der ebenfalls durch Flüssigkeitsansammlung in der Tube bedingt ist; oben auf dem Tumor sitzt das linke vergrösserte Ovarium. Beide Tubentumoren sind durch zahlreiche Adhaesionen mit der Umgebung verbunden, die sich leicht lösen lassen. Beim Lösen auf der linken Seite reisst die Tubenwand ein und es entleert sich ganz klare, etwas gelblich gefärbte Flüssigkeit. Die rechte Tube hatte denselben Inhalt.

Tuben und Ovarien werden auf beiden Seiten unterbunden, abgeschnitten, die Stiele cauterisiert und versenkt.

Die Narkose war gut und der Verlauf der Operation war ein glatter.

Die Bauchwunde wurde mit 28 teils tiefen, die Serosa mitfassenden, teils oberflächlichen Nähten vereinigt.

Nachbehandlung und weiterer Verlauf ohne Zwischenfall, fieberlos. —

Patientin hat seit der Operation, wie noch kürzlich wieder constatirt worden ist, keine Schmerzen mehr.

Am 31. Juli wurde die Patientin als geheilt entlassen.

II. Als Beispiel eines mehr zufälligen Sektionsbefundes sei mir gestattet, aus der Veröffentlichung von Lewers (l. c.), der bei 100 aufeinander folgenden Sektionen 17mal Tubenerkrankungen fand, folgenden Fall ¹⁾ anzuführen:

Der obere Teil der Vaginalschleimhaut besetzt mit zahlreichen, scharf begrenzten Geschwüren. — Spuren alter Beckenperitonitis. — Die obere zwei Drittel der Uterusschleimhaut entzündet, unteres Drittel blass. Tubae Fallopiæ beiderseits zu Cysten von Hühnereigrösse erweitert, ausserdem kleinere Schwellungen zwischen diesen und dem nicht erweiterten Teil der Tuben. Beiderseits freie Communication der Schwellungen mit dem Uterus. Distale Öffnungen der Tuben geschlossen.

Rechts Ovarium genau festzustellen, verwachsen mit dem erweiterten Teil der Tuba Fallopiæ dextra. Von dem linken Ovarium keine Spur zu finden (Tuboovarialcyste?). In beiden erweiterten Tuben „klare gelbe Flüssigkeit“. — Sonstige Krankheitserscheinungen waren Lebercirrhose und Pleuritis.

Einen ähnlichen Befund hatte Lewers noch in 2 andern Fällen (4 und 15 seiner Casuistik) und auch Pitt ²⁾ beschreibt 2 derartige Fälle von doppelseitiger Hydrosalpinx mit peritonitischen Verwachsungen.

Unter den von Orthmann (l. c.) untersuchten und beschriebenen Fällen kommen ausser einigen einseitigen Hydropsien der Tube mit Eierstockserkrankungen für uns die unter Nr. 21 und 2 resp. 23 mitgetheilten in Betracht.

III. Orthmann, l. c. Fall 21.

20jähriges Mädchen, das schon 2 Jahre vorher wegen Endo-

1) Lewers, l. c. Fall 3.

2) Pitt, Transactions of the Pathol. Society of London, 1887. p. 245.

metritis behandelt war, klagt über starke Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibs; namentlich während der Periode. Bei der Untersuchung findet man zu beiden Seiten des Uterus dicke, wurstförmig gekrümmte Massen, welche den Tuben anzugehören scheinen.

Diagnose: Tumor tubo-ovarialis duplex.

30. VI. 1886. Laparotomie: Hydrosalpinx duplex. Keine besonderen Verwachsungen, leichte Lösung und Unterbindung der beiderseitigen Geschwülste. Glatte Reconvalescenz ohne Fieber.

Linke Tube ziemlich gleichmässig stark erweitert; Lumen 2—3 cm.; Inhalt hellgelbe, klare, schleimig-fadenziehende Flüssigkeit. Abdominale Ende mit dem wallnussgrossen Ovarium verwachsen. Rechts ähnliche Verhältnisse in geringerem Masse.

IV. Der andere Fall (2:23) Orthmann's ist insofern von Interesse, als bei der ersten Laparotomie wegen linksseitiger katarrhalischer Salpingitis und beginnender Hydrosalpinx — das abdominale Ende war atretisch — sowie chronischer Oophoritis am 23. II. 86 rechts nichts bemerkt worden war. Hier bildete sich nun, im Mai desselben Jahres zuerst bemerkt, ausgehend jedenfalls von der schon mehrere Jahre bestehenden Endometritis, im Laufe von 5 Monaten ebenfalls eine Hydrosalpinx mit Oophoritis und Pelveoperitonitis aus, die am 20. IX. 86 zur zweiten Operation führte.

V. Auch Zweifel (l. c.) erwähnt kurz einige hierhergehörige Fälle, von denen 9 (60) insofern Interesse hat, als in demselben ein Teil des rechten Ovariums, der anscheinend gesund war, zurückgelassen wurde, ohne den Heilungsverlauf zu stören.

Aus der v. Rosthorn'schen Veröffentlichung sind für uns 2 Fälle von wesentlichem Interesse, der eine wegen der Komplikation mit Antelexion und des äusseren Untersuchungsbefundes, der andere wegen der ungewöhnlichen Verlagerung des Tubentumors.

VI. v. Rosthorn (l. c.), 12. Fall.

Deutsch, Rosa, 22jährige ledige Näherin, 1para, seit dem 14. Jahre regelmässig, sehr reichlich, dreitägig menstruiert, leidet seit 6 Wochen an andauernd heftigen Blutungen und Schmerzen in der rechten Inguinalgegend und Ausfluss.

Befund: Sehr zart gebaut, schlecht genährt.

Parallel zum rechten Poupart'schen Bande verläuft eine ganz bewegliche, oblonge, etwa 10 cm. lange Geschwulst, deren Abtastung sehr schmerzhaft ist. Das zugespitzte Ende liegt in der Höhe der Spina ant. sup. ossis ilei. Äusseres Genitale normal, Scheide weit, kurz. Hochgradiges Lacerationsektropium der Muttermundslippen. Gebärmutter vergrössert, kugelig aufgetrieben, stumpfwinklig anteflectiert, nicht empfindlich. Collum sehr verbreitert. An Stelle der rechten Anhänge eine apfelgrosse, mehrfach gelappte Geschwulst, welche mit der früher erwähnten übereinstimmt. Der Eileiter dieser Seite gleich von der Gebärmutter an deutlich rosenkranzförmig aufgetrieben, verdickt und bis auf die Darmbeinplatte reichend. Mit der Geschwulst verschmolzen, in eine Biegung derselben aufgenommen, der Eierstock. Der linke Eileiter von der Gebärmutter gegen das seitliche Ende allmählich an Dicke zunehmend, gegen die Beckenwand zu stark blasig aufgetrieben.

Entfernung der Anhänge durch Laparotomie erschwert durch Verwachsung des processus vermiformis mit der Tubengeschwulst. Heilung unter Fortbestehen der Anteflexio.

VII. v. Rosthorn (l. c.), 13. Fall.

Buxbaum, Anna, 34jährige Magd, 2para, seit dem 19. Jahre unregelmässig menstruiert; seit der letzten Geburt vor 8 Jahren Menses sehr schwach.

Befund: Gebärmutter nach rechts gedrängt, hochgestellt. Linkes Ligamentum latum ausgefüllt von einer über kindskopfgrossen, kugelförmigen, gut beweglichen, cystischen Geschwulst. Dieselbe überragt die Symphyse über Handbreite, ist zum Teil vor die Gebärmutter gelagert. In der Mittelebene, etwas nach rechts sich erstreckend, befindet sich vor dem Gebärmutterkörper

eine hühnereigrosse, bewegliche Cyste, von der sich ein Strang nach rückwärts verfolgen lässt und welche zweifellos den rechten Anhängen angehört.

Bei der Laparotomie wurden aus der glattwandigen linksseitigen Cyste etwa 300 gr. einer blutig-serösen Flüssigkeit entleert. Linker Eileiter stark verlängert, ausgedehnt, über der Cyste verlaufend. Rechts zieht der geschlängelte und erweiterte Eileiter in einem Bogen nach vorn und endet cystisch vor der Gebärmutter. Rechte Eierstock cystisch entartet, aber klein. Linker Eierstock nicht zu entdecken.

Diagnose: Doppelseitige Hydrosalpinx und interligamentöse Eierstockscysten. (Tuboovarialcyste?)

Zur Illustration der konservativen Operationsmethode mögen folgende der bisher sehr spärlichen Litteratur entnommene Mitteilungen dienen:

I. Schröder sagt (in der 10. Auflage seines Lehrbuchs, p. 442):

Ich habe bei einer linksseitigen Ovariectomie, bei der die linke hydropische Tube mit entfernt wurde, in das verschlossene Abdominalende der rechten ebenfalls erweiterten Tube eine grosse Öffnung geschnitten und so dem jungen Mädchen wenigstens die Möglichkeit einer spätern Conception verschafft.

II. Skutsch (l. c.) empfiehlt die Salpingostomie und giebt an:

Es handelte sich um eine sterile Frau mit doppelseitiger Hydrosalpinx. Die Eileiter waren als pralle, glatte, kolbig endende Geschwülste deutlich abzutasten. Ovarien normal. Die Laparotomie bestätigte die Diagnose. Nach Trennung leichter Verwachsungen und nach erfolgreicher Probepunktion wurde aus dem ampullären Ende des Tubensackes ein ovales Stück herausgeschnitten, der Sack entleert, die Wandränder umsäumt und der Bauch dann wieder geschlossen.

Martin veröffentlichte 1889 7 Fälle von partieller Ovarien- und Tubenexstirpation in Volkmann's Sammlung

klinischer Vorträge No. 343 und gab 1891 auf der gynäkologischen Versammlung zu Bonn ergänzende Nachrichten zu denselben mit kurzen Notizen über 17 weitere nach dieser Methode behandelte Patienten. Einige besonders interessante seien hier aufgeführt:

III. Der erste von Martin derartig behandelte Fall (l. c. 11. Fall) ist folgender:

1833 wurde linkerseits ein strausseneigrosser axengedrehter Tumor exstirpiert. Rechte Tube ist hydropisch und atretisch; das rechte Ovarium enthält eine reichlich apfelgrösse Cyste, während in der Basis des Ovariums augenscheinlich noch normales Gewebe erhalten bleibt. Lösung aus Schwielen, dabei Bersten der Cyste; Resektion mit Zurücklassung eines kirschgrossen Stückes anscheinend normalen Ovarialgewebes und einer genügenden Strecke nicht wesentlich entarteten Tubengewebes. Rekonvalescenz normal, ebenso Menstruation schmerzlos.

Später allgemeine Fettbildung. Vom Mai 1886 ab rasches Wachsen des empfindlichen Ovarialrestes mit unregelmässigen Blutungen, heftigen Schmerzen, Schwindel, chronischer Mastitis. Bei der zweiten Operation am 25. II. 87 fand sich das faustgrosse Ovarium durch kleine Abscesse zerstört; die Tube war wieder am abdominalen Ende hydropisch. Heilung, später Wohlbefinden ohne Menstruation.

IV. Martin (l. c. 14. Fall):

42jährige Frau, Opara; früher Bartholinitis und Schmerzen beim Urinlassen; Menses im letzten Jahre sehr stark. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren heftige Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Rechts faustgrosse Hydrosalpinx und anscheinend unverändertes Ovarium (seines Sitzes wegen) exstirpiert. Linke Tube verdickt und atretisch, ohne Inhalt; Ovarium anscheinend normal. In der Tubenincisionsöffnung wurden das Peritoneum und die Schleimhaut mit fortlaufender Catgutnaht umsäumt; Anlegung des Eileiters ans Ovarium und Versenkung.

Nach glatter Heilung concipierte die Frau $1\frac{1}{4}$ Jahr später

und abortierte im dritten Monat. Seit dieser Zeit sind die anfangs normalen Menses profus geworden. Tube und Ovarium normal in Dicke und Empfindlichkeit.

V. Auch v. Rosthorn hat in einem Fall (l. c. No. 36) nach dieser Methode operiert, wo die Tuben ausser leichten Verklebungen hochgradige Knickungen zeigten, indem er nach Eröffnung der kleinen Cysten in den etwas vergrösserten, aber gut beweglichen Ovarien, die seitlichen Abschnitte der Eileiter resecirte. Glatte Heilung, sehr geringe Beschwerden.

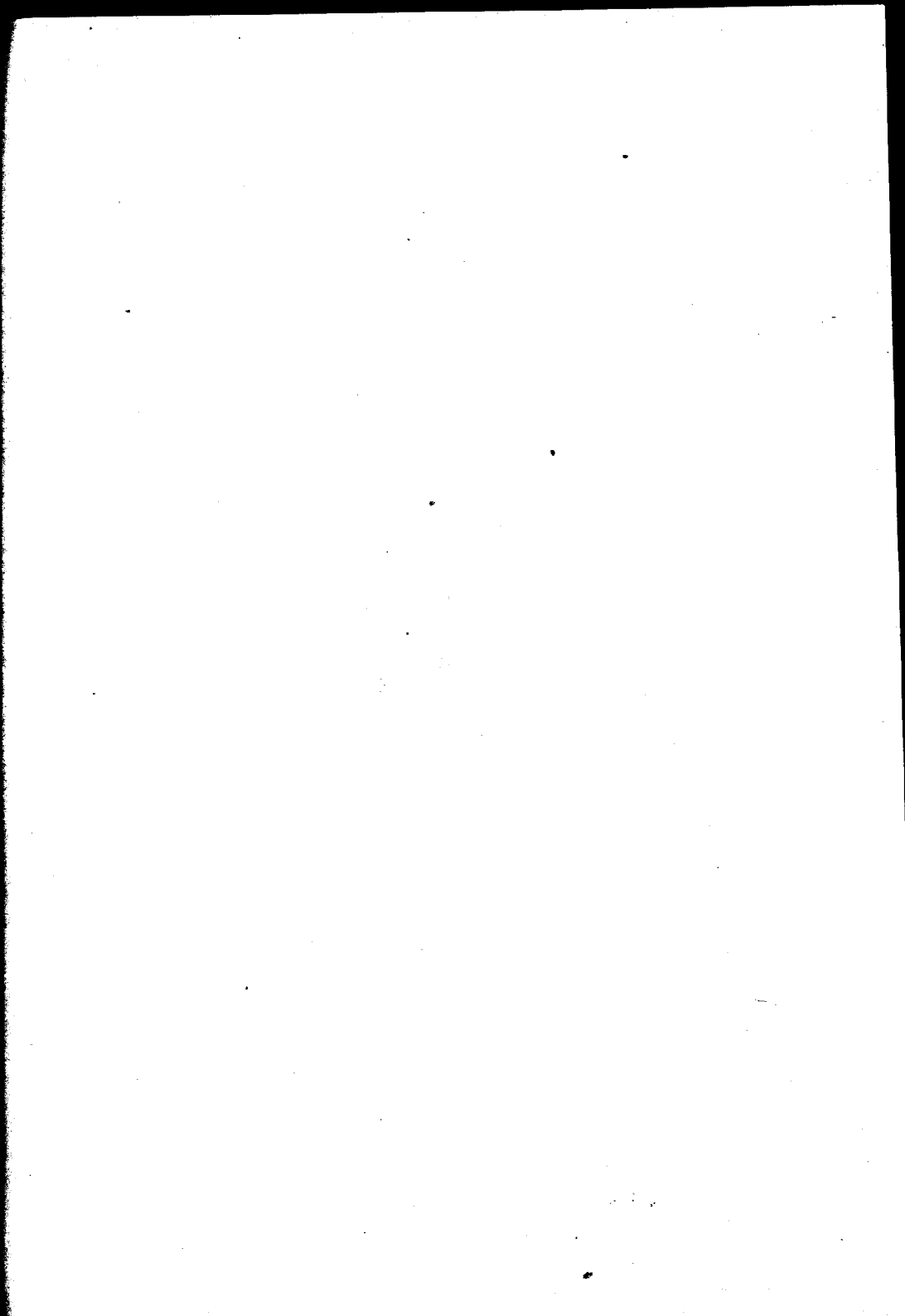
VI. Zum Schluss will ich noch den von Zweifel — der übrigens in mehreren Fällen den Sack nicht entfernte, sondern die hydropisch gewesene Tube offen zu halten versuchte — l. c. mitgetheilten letal verlaufenen Fall als zu ausserordentlicher Vorsicht mahnend, anführen:

Es handelt sich um eine Frau mit rechtsseitiger Pyo-, linker Hydrosalpinx. Nach Ausrottung der grösseren Geschwulst rechts wurde die linke Tube freigelegt, eröffnet, und als klares Serum ausfloss, beschlossen, von innen her stumpf trennend das ostium abdominale zu eröffnen, was ganz leicht geschah; die erweiterte Höhle wurde mit Jodoform ausgepudert und die künstliche Öffnung wieder sorgfältig geschlossen. Die Blutstillung und die antiseptischen Vorsichtsmassregeln waren wie immer.

4 h. Nachmittags (4 $\frac{1}{2}$ Stunden nach der Operation) 38,1° C.; dann immer höher steigende Temperaturen und alle Zeichen der septischen Peritonitis mit Ausnahme des Erbrechens. Tod am 6. Tage post operationem.

Die Bauchhöhle war voll Eiter, alle Darmschlingen mit eitrig-fibrinösen Membranen verklebt; kein Bluterguss oder rötliche blutige Färbung des Ergusses. Wahrscheinlich waren in der geöffneten Tube noch virulente Keime, von denen aus die Infection erfolgte, und ist dieselbe nicht von aussen hinzugetragen.

Linke Tube bei der Sektion vollkommen offen.





26325.