Geburtshülfllich-gynaekologische Gesellschaft in Wien

B.		Breus
R.		Regnier

Wien

Sitzung vom 12. März 1895. 1. Knauer demonstriert ein Präparat von primärem Carcinom der Tube bei einer Tubo-Ovarialcyste. Es stammt von einer 58jährigen Frau, die vor 31 Jahren einmal normal entbunden hatte und seit 18 Jahren ein langsames Grösserwerden des Abdomens bemerkte. Seit dem Vorjahre Schmerzen im Bauche, Abmagerung. Diagnose: Cystovarium. Am 2. Februar Operation durch Herrn Chrobak. Uterus kindskopfgross, nach vorne und oben gedrängt, hinter dem-selben die den ganzen Bauchraum ausfüllende cystische Geschwulst. Durch Darm- und Intestinaladhäsionen schwieriger Versuch der Ausschälung der Cyste, wobei die-selbe plötzlich hinten quer einreisst und etwa 10 Liter bräunlicher Flüssigkeit ausfliessen. Da die völlige Ausschälung nicht möglich war, supravaginale Amputation des Uterus und Drainage des Cystensackes. Bis auf eine ziemlich lang dauernde Cystitis, glatter Heilungsverlauf. Präparat zeigt ein Fundusmyom von Faustgrösse, das Lig. lat. ist breit über den grossen Cystensack ausgespannt. Die Tube in die Länge gezogen, in ihrer Mitte eine taubeneigrosso geschwulst-artige Verdickung zeigend, mündet mit ihrem abdominalen Ende in den Cystensack. Es handelte sich also um eine Tubo-Ovarialcyste. Der Grund, weshalb K. das Präparat zeigt, ist die geschwulstartige Verdickung der Tube, welche sich als eine von der Wand der Tube ausgehende, ins Lumen hineinwuchernde, papilläre, markige Geschwulstmasse erwies. Die mikroskopische Untersuchung ergab papilläres Carcinom. Sonst konnte am ganzen Genitale nirgends etwas einer malignen Geschwulst gefunden werden, weshalb Vortragender sich für ein primäres Tubencarcinom, von denen er nur 16 Fälle in der Literatur fand, aussprach.

Chrobak referiert über einen Fall von vaginaler Totalexstirpation des puerperalen Uterus, die er in einem Fall von Placenta praevia ausführte. Es kam zu einer heftigen Blutung intra partum aus einem Cervixriss – zweimal vergebliche Tamponade mit Jodoformgaze. Da Ch. annahm, dass es sich nicht nur um atonische, sondern auch um die starke Rissblutung handle, entschloss er sich zur Exstirpation. Die Operation war technisch sehr leicht. Uteruskörper war 15 cm lang. Die Grösse des Uterus hinderte etwas das Heraus-wälzen desselben, welches aber nach Anlegung eines Melonenschnittes in der vorderen Wand ziemlich leicht gelang. Weder während noch nach der Operation erfolgte irgend eine nennenswerte Blutung. Die Frau starb. – Chrobak hat bisher zweimal, allerdings ohne Erfolg, wegen drohender Verblutung die Total-exstirpation ausgeführt – die Operation dauerte das eine Mal 4, das andere Mal 8 Minuten – und hat dabei sich von der Güte und Brauchbarkeit des Verfahrens überzeugen können. Bei der Autopsie fand man im obenerwähnten Falle einen perforierenden Cervixriss, von dem Ch. annimmt, dass er bei der zweiten energetischen Tamponade noch vergrössert wurde. Ch. hält in solchen Fällen die vaginale Exstirpation für richtiger als die Laparotomie, da die Vorbereitungen hierzu viel einfacher und rascher als für Laparotomien zu treffen sind.

K o l i s c h e r über Cystoskopie beim W e i b e. Er stellt einen Fall vor, der gewissermassen ein Gegenstück zu dem in der vorletzten Sitzung vorge[^]tellten Falle bietet. Die Patientin leidet seit V-i < 6 Jahren an Pyurie. Anamnestisch ergab sich, dass die Frau elf mal normale Geburten und Wochen-bette durchmachte, das letzte vor zwei Jahren. Seither Schmerzen im Kreuze und in der rechten Lende, und seit 11[^] Jahren, trüber Harn, öfter Harndrang, zeitweise Fieber und leichte Schüttelfröste.

Status praesens: innere Organe normal. Die rechte Niere unter dem Rippenbogen tastbar. Ut. anteflektiert, beweglich, linke Adnexe etwas geschwellt, rechte frei. Im rechten Paramelicum ein von der Blase zur Seitenwand des Beckens ziehender, schmerzhafter, kleinfingerdicker Strang. Urin trübe, Sediment rein eiterig, keine Formelemente. Cystoskopisch erweist sich die Blase blass, der linke Ureter spritzt normalerweise klaren Harn
Verhandlungen gynaekol. Gesellschaften.

To

aus, aus dem rechten entleert sich bei Druck auf die Nierengegend reiner dicker Eiter, kein Harn. – Diese Eitersekretion erwies sich bei wiederholter Untersuchung als sehr beträchtlich, die linke Niere lieferte, wie der Katheterismus des Ureters ergab, klaren, völlig normalen Harn.

Da sich die rechte Niere als erkrankt, die linke als vollkommen gesund, die rechte obendrein als vollständig unfähig zur Arbeit (Fehlen von Harn und Formelementen) erwies, der Zustand der Frau dringend Abhilfe erheischte, entschloss man sich zur Exstirpation der Niere, welche in typischer Weise durch Herrn Wertheim mittels Lumbarschnitt ausgeführt wurde.

Die Niere erwies sich als von zahlreich[^]en bis wallnussgrossen Abszessen durchsetzt, von Parenchym makroskopisch nichts mehr vorhanden. Der Ureter dieser Seite war überdaumendick. Der Verlauf war ein vollkommener glatter. "Tägliche Harnmenge 1500 cc. Harn klar.

Anschliessend an diesen Fall macht K. einige Bemerkungen über Cystoskopie beim Weibe überhaupt und Sondierung der Ureteren.

Er bemerkt, dass bereits vor 7 Jahren Felsenreich in Wien mit dem Instrumente von Brenner systematisch Katheterisierung der Ureteren beim Weibe vornahm. Mit dem Nitze'schen Cystoskop findet man in der normalen weiblichen Blase die Ureterenmündungen recht leicht. Als Anhaltspunkte dienen das Tri-gonum mit seiner Glätte, das Ligam. interuretericum und 2 Gefässe, die in Form eines gegen die Urethra offenen Winkels gegen die ureteren Oeffnungen verlaufen.

Schwierig kann die Sondierung werden: a) durch mechanische Verzerrung der Blase, b) durch Erkrankungen der Blasenschleimhaut selbst, c) durch die Kombination dieser beiden Elemente.

Bei Verzerrungen fehlt die symmetrische Lage der ureteren Oeffnung und es bleibt oft nichts übrig, wenn man nicht planlos herumsuchen will, als das Instrument ruhig zu halten, einen Harnwirbel abzuwarten und sich davon die Richtung markieren zu lassen.

Bei Uterustumoren ist die Blase meist sattelförmig eingebogen, die Ureteren liegen meist an den Rändern des Sattels, dabei müsse der Triichter des Instrumentes stark gehoben werden.

Bei entzündlichen Veränderungen könnten oft durch Buchten und Buckeln in der Blase die Ureterenmündung vorgetäuscht oder verwischt werden, wenn man sich diese Stellen von der Scheide aus mit dem Fingerdrucke ausgleiche, so könne man dann oft entscheiden, ob sich am Grunde derselben eine Oeffnung (Ureter) oder nichts befindet. K. empfiehlt für die Sondierung der Ureteren die Tiefersteilung des Beckens, um den Abfluss von Flüssigkeit möglichst hintanzuhalten.

Wertheim demonstriert einen Fall von am Schambeine fixierter Vesico-vaginalfistel, die er nach der hierfür von Schauta angegebenen Methode mit Erfolg operiert hat. Die Methode, welche darin besteht, die Fistelriinder durch Ablösung von den Schambeinästen mittelst Raspatorium beweglich zu machen, nachdem man im paravaginalen Zellgewebe bis zur Fistelhöhe vorgedrungen ist, bewährte sich auch in dem vorgestellten Falle glänzend.

Es handelte sich um eine 39jährige Frau, die vor 2 Jahren mittelst Forceps entbunden wurde und seither an Incontinenz leidet. Sie wurde bereits vor ihrer Aufnahme auf Schauta's Jvlinik wiederholt ohne Erfolg operiert. Bei der Aufnahme fanden sich zwei Fisteln symmetrisch an den Schambeinästen gelegen, die rechte von Kreuzer-, die linke von Bohnengrösso. Die rechtsseitige Fistel war vollständig fixiert. Die linke liess sich etwas abheben. Wertheim operierte beide Fisteln in einer Sitzung. Zuerst die linke, woselbst die Scheidenwand abpräpariert, die Blasenöffnung freigelegt, vernäht und die Scheide darauf genäht wurde. Dann die rechte Fistel, nach der Methode von Schauta; bei Ablösung der Fistel muss man sich, wie auch Schauta betont, möglichst knapp an den Knochen halten, um nicht in die Blase oder in die Scheide zu kommen; dies gelingt ganz gut, während bei Fritsch's Methode, von oben her abzupräparieren, wie er selbst angiebt, noch niemals ohne Verletzung der Blase die Abpräparierung gelungen ist.

Beide Fisteln heilten vollkommen glatt-

R. v. Braun stellt einen Fall vor von einer 21jährigen Ipara, woselbst wegen Einkeilung eines Tumors im Becken, neben dem Uterus, bei starker

74 Tagesnachrichten.

Dehnung des unteren Uterinsegmentes die Sectio caesarea ausgeführt wurde, mit der Diagnose, dass es sich um eine eingekeilte Dermoidcyste handle.

Der Tumor erwies sich bei der Operation als das linke Horn eines Uterus bicornis.

Der Uterus wurde vernäht. Glatte Vorlauf. Braun erörtert die diagnostische Schwierigkeit des Falles und zeigt denselben Port, part., woselbst man sehr deutlich das linke bewegliche Horn durch die bimanuelle Untersuchung nachweisen kann.

Hierauf demonstriert er ein Präparat von einer Extrauterinschwangerschaft, das er durch Laparotomie gewonnen hatte. Es handelte sich um eine pseudo-interligamentär entwickelte Tubengravidität mit Haematome'nbildung (Dem. des Präparates). Die Frau genas nach leichten Erscheinungen von Jodoformintoxication, vollkommen glatt verlaufender Heilung.

Hierauf referiert er über einen Fall von einer rechtsseitigen Ovarialcyste, welche plötzlich während einer etwas stärkeren Bewegung der Trägerin der Geschwulst verschwand: ein Fall von spontanem Bersten vermutlich einer Par-ovarialcyste.

v. Woerz bespricht einen Fall von Hydramnios. Die Frau kam mit totem Kinde zur Aufnahme, welches IV2 Stunden früher auf der Eisenbahn geboren wurde. Die Frau war 22 Jahre alt, I para, litt an Chlorose, wobei sie auch an Menstruationsanomalien laborierte, so dass sie dem Ausbleiben der Periode im Juni 1894 keinerlei Bedeutung beimass. Im November bemerkte sie eine Grössenzunahme des Bauches, der Arzt, den sie konsultierte, diagnostizierte einen cystischen Tumor; da derselbe in der letzten Zeit rapid wuchs, fuhr sie auf den Rat dieses Arztes nach Wien, um sich operieren zu lassen.

Auf der Fahrt ging plötzlich eine Masse von Wasser durch das Genitale ab und sie gebar ein totes Kind. Es wurde angenommen, dass es sich um ein, infolge Circulationsanomalie des kindlichen Kreislaufes, entstandenes acutes Hydramnios gehandelt habe.

Die Section des Kindes, durch Dr. Albrocht im Institute A. Veichselbaum's ausgeführt, ergab folgendes: Körper des Kindes 41 cm lang, allgemeine Decke blaurot, ödematös. Im Abdomen

und ebenso in beiden Pleurahöhlen freier Flüssigkeitserguss. Lungen blutreich. Herz auf fast das Doppelte vergrößert, besonders in der rechten Hälfte. Der rechte Vorhof und rechte Aurikel ein rundliches Gebilde von Haselnussgrösse darstellend. Am Durchschnitte zeigt das Lumen eine kaum hanfkorngrösse Höhle, welche mit beiden Hohlvenen communiciert. Das übrige Lumen durch eine wie sporige ansehende Gewebsmasse erfüllt. Es handelte sich um die seltene Erscheinung eines Rhabdomyosarcoms des Herzens. Die Ursache der Strömung war direkt im Herzen gelegen. b) Demonstration einer Placenta.

Es handelte sich um eine 32-jährige Frau, welche vom Arzte, da seit Beginn der Wehen leichter Blutabgang erfolgte, wegen Verdachtes auf Placenta graevia an die Klinik gebracht ward. Der Uterus empfand sich als sehr gespannt, die Frucht in erster Schädellage. Herztöne nicht hörbar. Schädel ins Becken eingetreten, fixiert, geringe Blutung, keine Anämie nennenswerten Grades. Puls kräftig. Muttermund für 2 F. offen, Blase stehend, nirgends Placentargewebe. Es wurde die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit auf vorzeitige Placentalösung gestellt. Da keine Indication zum Eingreifen vorhanden, wurde zugewartet.

Nach einiger Zeit erfolgte die Spontangeburt und gleichzeitig die Ausstossung der Placenta.

i

Selbe erwies sich als ziemlich gross und in der Mitte durch ein grosses Haematom abgelöst und blasenförmig vorgebaucht, während sie an den Randpartien festhaftete; daher auch die geringfügige Blutung. Demonstration einer vorzüglichen Montage dieser Placenta, die von Dr. Hennig ausgeführt wurde.