



Chorob  
Kobiec.  
U. J.

Nr.  
inw.

1942

---

## Ueber neuere Indicationen zur Salpingotomie.

Mitgetheilt von Prof. Dr. A. Obaliński in Krakau.

(Separat-Abdr. aus der Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26, 1894.)

Verlag von Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

---



Dar Prof. dra J. Zubrzyckiego

WP-OMGw 1894

2 - 139157

Akc. z l. 2023 nr. 602



## Ueber neuere Indicationen zur Salpingotomie.<sup>1)</sup>

Mitgetheilt von Prof. Dr. A. Obaliński in Krakau.

Es gibt beinahe keinen Arzt, der im Besitze einer mehr oder weniger zahlreichen ärztlichen Praxis zeitweise nicht mit einem Falle entweder angeborener oder erworbener Verschlüssung des Genitalcanales, wie auch mit den davon herstemmenden Folgen, und zwar Retention des Menstrualblutes im oberhalb gelegenen Abschnitte, zusammengetroffen hätte; ich erwähne nicht die Gynäkologen, bei denen diese Zustände zu ihren alltäglichen Ereignissen gehören.

Es war zwar eine allgemein bekannte Thatsache, dass Secrete nicht nur in der Scheide und Gebärmutter (Hämato-colpos-Hämatometra) stauen können, sondern dass auch ein ähnlicher Process sich ebenfalls in den Eileitern (Hämotosalpinx) ausbilden könne; dieser letzte Zustand war sogar als ziemlich ungünstig betrachtet, namentlich daher, weil Fälle bekannt waren, welche in Folge Ruptur einer der Art ausgedehnten Tuba und Entleerung ihres Inhaltes in die Peritonealhöhle mit tödtlichem Ausgange verliefen.

Die Behandlung dieser Zustände beschränkte sich bis unlängst auf Wiederherstellung der natürlichen Wegsamkeit, wenn dies Verfahren möglich war, oder auch von den Nachbarhöhlen, wie der Harnblase und dem Mastdarm (Baker-Brown), obwohl auch diese Eingriffe manchmal tödtlich endigten, bei denen die Section als Ursache Ruptur der ausgedehnten Tuba nachwies.

Die nähere Deutung dieser Zustände verdanken wir erst Kehler; im 34. Bande des »Archivs für Gynäkologie« veröffentlichte nämlich aus seiner Klinik Fuld eine ausführliche Abhandlung, in welcher er alle bisher in dieser Richtung publicirten Beiträge zusammenstellte und zu dem Schlusse gelangte, dass die Ausdehnung der Tuba bei Verengerung des Genitalcanales in gewissen Fällen die Incision eventuell Exstirpation derselben erfordert, und zwar auf folgenden Grundlagen:

1. Von 65 in der Literatur zusammengestellten Fällen dieses Leidens verliefen 48 letal (73·8%), von welchen wieder

<sup>1)</sup> Dieser Gegenstand wurde im Krakauer Aerzteverein am 21. März 1894 vorgetragen.

39 nach Ausführung operativer Eingriffe behufs Entleerung der durch retenirtes Secret ausgedehnten Scheide oder Gebärmutter und nur 9 ohne vorherige Operation.

2. In 17 günstig abgelaufenen Fällen wurde 15mal operativ vorgegangen und nur zweimal bahnte sich die Natur selbst einen Weg nach aussen. Von den letzten 15 Operationen wurden 6 Incisionen von der Scheide aus entweder direct an dem erweiterten Eileiter oder auch an einem in der Scheide oder Gebärmutter gelegenen Hinderniss ausgeführt, einmal wurde dieses Ziel vermitteltst tiefen Sondirens erreicht, einmal punctirt und 7mal laparotomirt. In demselben Bande der gynäkologischen Jahrbücher veröffentlicht Leopold zwei weitere und im 39. Hefte Deutsche Med. Woch. (1893) v. Meyer aus der Klinik Czerny's den zehnten Fall von Laparotomie wegen Gynatresie. Von diesen 10 Fällen wurde eine Hälfte bei einfachem und die andere bei doppeltem Genitalcanale ausgeführt. Dieser letzte Zustand verdient umsomehr unsere Berücksichtigung, dass die Diagnose in diesen Fällen bedeutende Schwierigkeiten antrifft, und daher schritt man nur dreimal zur Operation bei Kenntniss des abnormalen Zustandes, in zwei Fällen klärte sich die Sachlage bei der diagnostischen Laparotomie. Nur in neun Fällen wurde die Salpingotomie ausgeführt und in einem (Trzebicky) wurde eine Fistel vom Uterus durch die Laparotomiewunde angelegt.

Auffallend ist die Thatsache, dass alle die 10 Fälle einen günstigen Erfolg darbieten, was merkwürdig gegen den oben angeführten Sterblichkeitsprocentsatz absticht, der bei gewöhnlicher Entleerung des Genitalcanales von unten aus erreicht wurde.

Daher begehren mit Recht Kehrer, Leopold und Czerny, dass man in denjenigen Fällen von Gynatresie, wo man ein Hämatosalpinx bei doppeltem Genitalcanal nachweisen kann, sofort eine Laparotomie, eventuell eine Salpingotomie unternehmen solle; dort aber, wo der Genitalcanal einfach ist, ist es angezeigt, denselben vermitteltst der gewöhnlichen Methode, und zwar von unten aus, doch allmählig zu entleeren und nach vollbrachter Evacuation der Scheide und eventuell der Gebärmutter noch genau zu untersuchen, ob kein Tumor in der Bauchhöhle zurückbleibt, der das Vorhandensein eines Hämatosalpinx bezeuge, denn in diesem Falle ist sofort die Laparo-Salpingotomie auszuführen. Die mit tödtlichem Verlaufe beendigten und secirten Fälle, wie auch die bei Laparotomien aufgefundenen Verhältnisse bestätigen als Todesursache diesen Umstand, dass der Hämatosalpinx durch Adhäsionen mit den Nachbarorganen verlöthet ist, was nach Entleerung des unteren Genitalcanales zu Torsionen an

demselben und in nächster Folge zu Nekrose seiner Wände und Bauchfellentzündung führt.

Da die bisherige Zahl der Fälle, wie ich es oben nachwies, noch sehr gering ist und jeder Beitrag in dieser Richtung sehr erwünscht erscheint, bringe ich einen Fall zur Kenntniss der geehrten Collegen, den ich unlängst Gelegenheit hatte, zu beobachten und zu operiren.

Am 17. December 1893 meldete sich im Ambulatorium des chirurgischen Pavillons die 15jährige Regina S. aus W. mit Beschwerden, dass sie Schmerzen im Hypogastrium empfindet und unwillkürlich Harn entleert. Als die von mir und vom zufälliger Weise anwesenden Prof. Mars durchgeführte Untersuchung eine Verschlussung der Scheide mit Hämatom der Gebärmutter und wahrscheinlich der Scheide und des Eileiters ergab, erklärte ich mich bei Berücksichtigung der oben angeführten Warnungen für die Laparotomie und eventuell Salpingotomie und zu diesem Zwecke wurde die Kranke an der Abtheilung aufgenommen.

Die Anamnese wies nach: Dieses Mädchen hat bis jetzt nicht menstruiert; so weit ihr Gedächtniss reicht, hat sie immer unwillkürlich Harn entleert, und zur Beseitigung dieses letzten Gebrechens sollten schon welche Eingriffe unternommen worden sein (angeblich Entfernung von Polypen aus dem Orificium externum der Harnröhre); seit einem Monate traten Schmerzen oberhalb des Mons Veneris auf, wo sie auch bald einen ziemlich leicht tastbaren Tumor bemerkte.

Die Untersuchung ergab: Bei der sonst gesunden und ihrem Alter gemäss ziemlich gut entwickelten und mässig ernährten Person bemerken wir oberhalb des schon ziemlich reichlich behaarten Mons Veneris zwei Geschwülste, von denen eine citronengrosse und etwas bewegliche mehr linkerseits gelegen ist und die andere von der Grösse einer starken Orange mehr nach rechts gerichtet und unbeweglich erscheint. Die Vulva ganz normal, mit Ausnahme, dass die äussere Mündung der Harnröhre übermässig erweitert ist, dass man leicht mit dem Finger in die Harnblase gelangen kann, wobei man an der hinteren Wand einen convexen, stark gespannten, aber fluctuirenden Tumor fühlt. Hymen normal und hinter demselben ein  $1\frac{1}{2}$ —2 cm langer, sich blind ohne Zugang zur Scheide schliessender Canal (Canalis vulvaris). Der in den Mastdarm eingeführte Finger fühlt einen dicht oberhalb des Sphincter ani beginnenden, elastischen, fluctuirenden Tumor, der mit den vorher beschriebenen Geschwülsten in Verbindung steht.

Auf dieser Grundlage diagnosticirten wir: *Atresia vaginae congenita, haematocolpos, haematometra et haematosalpinx verisimiliter umbilateralis*, ohne jedoch die Möglichkeit eines Uterus unicornis auszuschliessen, und im letzten Falle müsste ein Tumor zum Eileiter und der andere zur Gebärmutter Bezug haben.

Jetzt hiess es, entweder nach dem Rathe von Kehler und Leopold den Genitalcanal von unten zu eröffnen und abzuwarten, ob nach Abfluss der Menstrualflüssigkeit auch der als Hämatosalpinx diagnostisirte Tumor verschwinden wird und dann erst widrigenfalls die Laparotomie vorzunehmen, oder allsogleich zur letzteren zu schreiten, zumal Verwachsungen des Salpinx so oft angetroffen werden.

Indem ich mich zur Laparotomie entschloss, schritt ich am 19. December zur Ausführung derselben bei erhöhter Beckenlage nach der Methode von Trendelenburg. Nach Trennung der Bauchdecken stellte sich der linke Tumor zuerst dar, welcher durch seine tabakpfeifenförmige Gestalt mit seinem ausgedehnten äusseren und dünneren centralen, schlangenförmig sich windenden Ende gar keinen Zweifel gestattete, dass der linke ausgedehnte Eileiter vorliege. Die nähere Betrachtung wies überdies nach, dass sein äusserer Theil eng durch Adhäsionen mit den Darmtheilen verlöthet ist. Rechts fand man auch eine bewegliche, aber breit auf einem dritten Tumor aufsitzende Geschwulst von der Grösse einer kleinen Citrone. Dieser dritte Tumor war der allergrösste, fluctuirte und füllte das kleine Becken vollkommen aus. Beide diese Tumoren mussten wir als die ausgedehnte Gebärmutter und Scheide betrachten und noch mehr deshalb, weil von der kleineren Geschwulst sich ein normaler Eileiter nach rechts abzweigte, der dem normalen Eierstocke anlag. Nach Ablösung der erweiterten Tuba von den Darmtheilen und Unterbindung ihres uterinen Endes und des Ligamentum latum, entfernte ich vollkommen den Eileiter, wonach ich die Bauchwunde schloss und zur Entleerung der in der Scheide angesammelten Flüssigkeit von unten aus schritt. Zu diesem Zwecke lagerte man die Kranke am Operationstisch in der gewöhnlichen Lage, schnitt das hinter dem Hymen gelegene dichte Gewebe ein und entliess durch diese Oeffnung gegen  $\frac{3}{4}$  l einer dunklen blutigen Flüssigkeit. Nach mehrmaliger Ausspritzung dieser Höhle mit einer Borlösung wurde die zu ihr führende Oeffnung mit Jodoformgaze austamponirt, neben welcher noch weiter eine dunkelblutige Flüssigkeit allmählig sickerte. Die Tampons wurden jeden zweiten Tag gewechselt. Die Reaction nach der Operation war sehr gering; der Harn floss noch einige Tage unwillkürlich ab, wonach die Kranke mit jedem Tage eine grössere Macht in Bezug auf ihre Blase gewann. Nach einer Woche entfernte man die Nähte von der Laparotomiewunde, welche ganz geheilt war. Die früheren Schmerzen sind ganz geschwunden.

Nach zwei Wochen ergab die combinirte Untersuchung folgenden Zustand: An der Stelle der eingeschnittenen Scheide befindet sich eine Oeffnung, die einen Finger durchlässt, die Scheide ist ziemlich weit, ihre etwas dickeren Wände weisen deutliche Falten nach; Portio vaginalis dick, geformt,  $1\frac{1}{2}$  cm in

die Scheide hineinragend, in den runden äusseren Muttermund dringt kaum die Fingerspitze ein, dicht hinter dem äusseren Muttermunde verengt sich trichterförmig nach oben der Hals. Im vorderen Scheidengewölbe kann man rechts die Fortsetzung des dickeren und längeren Halses als im normalen Zustande fühlen. Links fühlt man nur einen grösseren Widerstand über dem Scheidengewölbe. Nirgends ist Schmerzhaftigkeit oder Infiltration nachzuweisen.

Mein als zehnter der Reihe nach durch Salpingotomie geheilter Fall bestätigt somit den schon geäusserten Satz, dass im Falle einer entweder mit einem diagnosticirten oder nur vermutheten Hämatosalpinx complicirten Gynatresie das Verfahren mittelst der Laparotomie oder speciell der Salpingotomie viel sicherer sei als die einfache Eröffnung des Genitalcanales von unten her.

Es mag sein, dass die Fälle von Hämatosalpinx bei doppeltem Genitalcanal viel effectvoller seien, besonders wenn sie nicht erst bei der Probelaparotomie, sondern früher diagnosticirt wurden, doch sind die einfachen Fälle, wie der eben von mir beobachtete, gerade für den praktischen Arzt von besonderer Wichtigkeit, nachdem sie ihn lehren, nicht zu ständigen gegen eines der wichtigsten Principe der ärztlichen Praxis:

»primum non nocere«.

---

7

---

Druck von Friedrich Jasper in Wien.

---

