



Beitrag zur Lehre
von der
gynäkologischen Untersuchung.

..

Inaugural - Dissertation
der
medizinischen Fakultät zu Jena

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Otto Carl,
prakt. Arzt.

Mit einer Tafel.

Jena,

Frommannsche Buchdruckerei
(Hermann Pohle)
1891.



Genehmigt von der medizinischen Fakultät zu Jena auf
Antrag des Herrn Geheim. Hofrat Prof. Dr. B. S. Schultze.

Jena, den 21. Januar 1891.

Prof. Dr. W. Biedermann,
d. Z. Dekan der medizinischen Fakultät.

Die Gynäkologie hat ebenso wie andere Zweige der Medicin in den letzten Jahrzehnten besonders infolge der besseren Ausbildung der Hilfswissenschaften sowie einer größeren Vervollkommnung der Untersuchungsmittel und Untersuchungsmethoden sehr große Fortschritte zu verzeichnen. Unter letzteren ist in erster Linie die bimanuelle Palpation zu nennen, welche bereits im Altertum geübt, dann aber lange Zeit vergessen und unbekannt, erst in den letzten Jahrzehnten durch Schultze¹⁾ und Holst²⁾ wieder eingeführt und ausgebildet wurde. Es ist geradezu auffallend, wie eine so einfache und sichere und darum wichtige Untersuchungsmethode so lange Zeit auch den praktischsten Gynäkologen unbekannt bleiben konnte und erst so spät die gebührende Achtung fand. Ihre Wichtigkeit wurde anfangs allerdings von einigen Seiten angezweifelt, doch geschah dies meist infolge von Irrtümern oder mangelhafter Kenntnis der Technik derselben.

Man versteht unter bimanueller Palpation der weiblichen Sexualorgane die gleichzeitige Betastung derselben mit beiden

1) Jenaische Zeitschrift für Med. u. Nat. I, p. 279, Leipzig 1864, u. Archiv f. Gynäkol., B. IX, 1876, p. 262.

2) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, H. I, p. 1, Tübingen 1865.

Händen von zwei Seiten aus, und zwar von Vagina, Rectum, Blase einerseits und Abdomen andererseits. Auf die bimanuelle Palpation von Rectum und Abdomen, sowie gleichzeitig von Rectum, Vagina und Abdomen aus werden wir unten näher noch zu sprechen kommen. Vorläufig wollen wir nur die bimanuelle Palpation von Vagina und Abdomen aus ins Auge fassen. Es wird uns durch dieselbe ermöglicht, die einzelnen Organe zwischen die Finger beider Hände zu fassen und in ihrer ganzen Ausdehnung deutlich zu umtasten, indem die in der Scheide liegenden Finger nur durch die Wand der Scheide, die außen liegenden Finger nur durch die Bauchdecken von den Organen selbst geschieden sind.

Die bimanuelle Palpation soll aber nicht die anderen Untersuchungsmethoden, als welche ich Inspektion, Perkussion, Auskultation, äußere Palpation etc. anführe, überflüssig machen, sondern soll den Befund vervollständigen, soll uns im Zusammenhang mit den Resultaten dieser vorhergegangenen Untersuchungen ein klares Bild von den pathologischen Verhältnissen der Beckenorgane verschaffen und uns eine richtige und exakte Diagnose zu stellen ermöglichen. Hervorheben will ich nur mit Rücksicht auf das eben Gesagte: wie wichtig es ist, in jedem Falle die äußeren Untersuchungen der inneren voranzuschicken, daß wir bisweilen bei sehr schlaffen und weichen Tumoren zuerst nur durch die Perkussion auf das Vorhandensein derselben aufmerksam gemacht werden können.

Der bimanuellen Palpation gelingt es besonders bei Geschwülsten durch die Möglichkeit, genau die einzelnen Organe des Beckens und die Tumoren selbst abzutasten, eine bestimmte Einsicht über das Verhalten dieser Teile zu einander, über den Ausgangspunkt der Tumoren, über deren Verwachsungen etc. zu gewinnen. Komplizierte Fälle werden unter Zuhilfenahme gewisser Kunstgriffe und noch zusammengesetzterer Untersuchungsmethoden untersucht, so daß es mit

all den Mitteln, welche aufgeführt worden sind, wohl meistens gelingen wird, eine sichere topographische Diagnose zu stellen.

Bevor wir jedoch auf die Untersuchung komplizierterer Fälle etwas näher eingehen, halte ich es für angebracht, die Grundzüge der allgemeinen gynäkologischen Untersuchung in Erinnerung zu bringen, wie sie in der Jenenser Klinik geübt, und wie ich sie daselbst zu beobachten und kennen zu lernen Gelegenheit hatte.

Nachdem eine Untersuchung des übrigen Körpers vorausgegangen ist, beginnen wir mit der Inspektion des Abdomens. Wir betrachten die Form desselben, achten auf allgemeine oder circumscripte Auftreibung, auf vorhandene Striae, auf besondere Färbung oder Pigmentirungen und auf etwaige Stauungserscheinungen. Besonders ist auch die Beschaffenheit des Nabels, ob derselbe vorgetrieben oder einbezogen ist, bisweilen von diagnostischem Wert.

Hierauf folgt die Perkussion. Wir perkutieren, indem wir in großen Linien abwärtsgehen. Wenn eine Abweichung vom normalen tympanitischen Schall sich zeigt, so meist bei großen Tumoren und bei Ascites, hat eine genauere Perkussion zu erfolgen. Besonders bei der Differentialdiagnose zwischen Tumor und Ascites muß die Perkussion sehr genau ausgeführt werden. Wir müssen die Pat. verschiedene Lagen, meist Rückenlage, dann rechte und linke Seitenlage einnehmen lassen und die verschiedenen Perkussionsbefunde vergleichen, zu welchem Zwecke graphische Darstellung der einzelnen Befunde in Schemata sehr zu empfehlen ist. Nachdem beginnen wir mit der äußeren Palpation, indem wir mit beiden flach auf den Leib gelegten Händen langsam und vorsichtig, allmählich immer tiefer gehend, das Abdomen durchtasten. Wir prüfen dabei die Dichte und Festigkeit der Bauchdecken, erkennen eine eventuell vorhandene Diastase der Musculi recti und durchtasten, von den einzelnen Organen, wie Leber mit Gallenblase, Nieren, Milz etc. ausgehend, allmählich das

ganze Abdomen, genau auf abnorme Resistenzen, schmerzhafte Particen u. s. w. achtend. Wenn Tumoren vorhanden sind, bestimmen wir ihre Gestalt, ihre genaue Abgrenzung nach allen Seiten hin, ev. ihre Fortsetzung ins kleine Becken, ferner ihre Festigkeit, und ob Fluktuation vorhanden ist. Wir prüfen ihre Beweglichkeit sowie die Verschieblichkeit der Bauchdecken über denselben. Bei Tumorenbildung schließt sich noch an die Auskultation, besonders wichtig bei der Differentialdiagnose zwischen Tumor und Gravidität. Sehr zu empfehlen ist noch bei der Untersuchung von Tumoren, genaue Messungen vorzunehmen mit Tasterzirkel und Bandmaß und die Resultate womöglich graphisch aufzuzeichnen, da die Mensuration, besonders öfters wiederholt, wichtige Anhaltspunkte gewähren kann nicht nur für die Diagnose der Geschwulst an sich, sondern auch zur Erkennung der Art, der Wachstumsverhältnisse derselben u. s. w.

Von der Untersuchung des Abdomens wenden wir uns nun zu den Geschlechtsteilen selbst und beginnen auch hierbei zuerst mit der Inspektion der äußeren Teile, der großen und kleinen Schamlippen, des Dammes, des Urethralwulstes, des Hymens oder dessen Überreste. Erst nach dieser Besichtigung üben wir die innere und zwar zuerst die einfache vaginale Untersuchung mit einem oder zwei Fingern aus. Bevor wir jedoch näher auf die innere Untersuchung selbst eingehen, scheint es mir angebracht, vorerst einige Bemerkungen über Untersuchungslager und Lagerung der zu Untersuchenden zu machen.

Was die Untersuchungslager anbetrifft, so sind gerade für gynäkologische Zwecke eine große Anzahl zum Teil complizierter Untersuchungstische und -Stühle angegeben worden. Je einfacher jedoch der Untersuchungstisch ist, desto bequemer und für alle Fälle passender ist er. Ein feststehender, mittelhoher, ebener Tisch, mit einem dünnen Polster bedeckt, für den Oberkörper ein niedriges Keilkissen |Tische,

wie sie in der Jenenser Klinik in Gebrauch sind], ist wenigstens nach der Ansicht und Erfahrung B. S. Schultze's der praktischste. Zur bequemeren Haltung sind vielleicht noch verstellbare Fußstützen oder Beinhalter anzubringen, welche besonders bei Untersuchungen in Steißrückenlage, wenn wenig Assistenz vorhanden ist, annehmlich sind. Die Untersuchungstische sind besonders zu bevorzugen, wenn der Untersuchung event. ein operativer Eingriff folgen soll. Für die einfache vaginale und für die kombinierte Untersuchung, genügt indes eine nicht zu weich gepolsterte und nicht zu niedrige Chaise-longue. Auch im Bett läßt sich die Untersuchung ohne Schwierigkeiten vornehmen, und werden Patientinnen, deren Zustand ruhige Bettlage erfordert, im Bett untersucht. Die Untersuchung findet meist in Rückenlage der Pat. statt. Die Lage soll möglichst ungezwungen und bequem sein. Die Oberschenkel sind dabei ein wenig gebeugt, abduziert und nach außen rotiert, die Lendenwirbelsäule ebenfalls etwas flektiert. Die von den Amerikanern empfohlene Seitenlage ist unbequem und hat insbesondere den Nachteil, daß sie die bimanuelle Palpation sehr behindert.

In gewissen Fällen wird eine andere Lagerung der Pat. erforderlich sein. Während die Untersuchung im Stehen selten in Anwendung kommt, nur z. B. bei Prolaps, und wenn die Wirksamkeit der Bauchpresse während der Untersuchung erwünscht erscheint, ist noch die Steißrückenlage besonders hervorzuheben. Man versteht unter Steißrückenlage Rückenlage mit etwas erhöhtem, bis an die Tischkante vorgerücktem Steiß, wobei die Schenkel bei flektierten Knien gegen den Bauch angezogen und von Gehilfen oder durch Beinhalter in dieser Lage fixiert werden. Sie wird angewandt meist bei kombinierter Untersuchung von Rectum, Vagina und Bauchdecken aus, ferner bei intrauterinen Abtastungen, überhaupt vielfach bei Narkosenuntersuchungen.

Wir kommen jetzt zurück auf die einfache vaginale Untersuchung der, wie bereits erwähnt, in einfacher Rückenlage liegenden Pat. Der Untersuchende setzt sich der Pat. zur Seite an das Fußende und führt dann 2 Finger und zwar Zeige- und Mittelfinger der der Seite der Pat. entsprechenden Hand, gut desinfiziert und mit Öl oder Vaseline bestrichen, vom Damme her in die Scheide ein. Der Zeige- und Mittelfinger ist dabei gestreckt, der Daumen ist möglichst abduziert und zeigt nach oben, Ring- und Kleinfinger sind entweder ganz eingeschlagen oder gestreckt, dem Dammanliegend. Bei Frauen, die geboren haben, ist es fast nie mit Schwierigkeiten verbunden, gleich 2 Finger einzuführen. Bei Frauen, die noch nicht geboren haben, und bei Jungfrauen gehen wir zuerst mit einem Finger ein, erst wenn der Scheideneingang sich als genügend weit erweist, fügen wir noch den zweiten Finger zu. Mit 2 Fingern wird die Untersuchung bedeutend erleichtert, weil man einmal mit 2 Fingern, also 2 Tastflächen sich über Lageverhältnisse in einem dem Gesicht zugleich nicht zugänglichen Raum besser orientieren kann, ferner, weil man mit Mittel- und Zeigefinger weiter reichen kann, als mit einem Finger allein. Man prüft nun zuerst die Weite des Introitus, dann, in die Scheide vordringend, die Weite und Länge derselben, sowie die Beschaffenheit ihrer Wandungen. Darauf geht man zur Portio vaginalis über, prüft den Muttermund, die Muttermundslippen auf ihre Gestalt, Größe und Konsistenz, auf etwaige Narben, oder ob Ectropium vorhanden ist. Zugleich wird man sich beim Betasten der Vaginalportion ein Bild von dem Stand und der Lage derselben im Becken machen. Am sichersten richtet man sich bei der Beurteilung des Standes der Vaginalportion nach der Spinallinie, der Verbindungslinie der beiden Spinae ossis ischii, und der Mediaebene. Sie steht normaler Weise in der Spinallinie, und zwar ziemlich median. Von der Norm abweichende Stellungen der Portio lassen uns be-

reits Vermutungen auf etwaige abnorme Lagerungs- und Fixationsverhältnisse des Uterus machen. Nachdem prüft man die Cervix uteri auf ihre Beweglichkeit, indem man Portio und Cervix nach vorn und hinten, sowie nach beiden Seiten verschiebt. Man durchtastet dann das hintere und vordere Scheidengewölbe, sowie seitlich das ganze Becken auf etwaige Anomalieen, z. B. Tumoren, schmerzhaft Partieen, Resistenzen etc. Damit ist die einfache vaginale Untersuchung vollendet.

Oft ergibt diese Untersuchung noch keine genügenden Resultate. In anderen Fällen lassen sich bereits auf diese Weise z. B. Resistenzen fühlen, welche uns eine Vermutungsdiagnose zu stellen berechtigen. Die Entscheidung, die sichere Diagnose ist aber nur durch die bimanuelle Palpation möglich. Sie muß der einfachen vaginalen Untersuchung in jedem Falle folgen. Um sie auszuüben, legt man die andere Hand auf die Bauchdecken und versucht durch leichtes, allmählich gesteigertes Eindrücken der Fingerspitzen gegen die von der Scheide aus entgegentastenden Finger die dazwischen liegenden Organe abzutasten. Damit die Bauchdecken möglichst entspannt werden, ist eine bequeme Lagerung der zu Untersuchenden unbedingt notwendig. Zu diesem Zwecke empfiehlt es sich außerdem, die Gedanken der Pat. durch Fragen etc. von der Untersuchung abzulenken und das Ende der Expiration zu benutzen, um mit der außen liegenden Hand immer tiefer in das Abdomen einzugehen. Hüten muß man sich, zu große Gewalt anzuwenden, da man dadurch nur die Spannung der Bauchdecken vermehren würde, und andererseits eine feine und genaue Abstastung der zum Teil sehr beweglichen Beckenorgane viel schwieriger, ja fast unmöglich würde. Man wird nun zunächst das Corpus uteri zwischen den Fingern beider Hände zu tasten suchen. Um sicher zu sein, daß der getastete Körper auch das Corpus uteri ist, wird man die ganze Form desselben, die getasteten Tubenecken ev. mit Tubenabgängen, insbesondere

den unmittelbaren Übergang der Cervix in das Corpus bis zum Fundus als genügenden Beweis anerkennen. Wegen Tumorbildung kann bisweilen der Uterus nicht in seiner ganzen Ausdehnung sich genau abtasten lassen. Jedoch auch in diesem Falle läßt sich meistens das Corpus uteri als solches mit Sicherheit erkennen. Bei dem Uterus gestielt aufsitzenden oder mit demselben nicht unmittelbar zusammenhängenden Tumoren läßt sich der Nachweis leicht führen, indem Bewegungen, die von der äußeren Hand dem Corpus uteri mitgeteilt werden, sich auf die Portio fortsetzend, von den derselben leicht angelegten Fingern sehr deutlich wahrgenommen werden und umgekehrt. Schwieriger ist jedoch der Nachweis des Corpus uteri bei dem Uterus selbst angehörenden Geschwülsten, besonders wenn dieselben eine höckerige Oberfläche besitzen, wie dies bei subserösen Myomen des Uterus der Fall ist. In diesen Fällen ist die sichere Entscheidung oft nur durch Sondierung des Cavum uteri möglich. Nachdem man nun die Lage und Größe des Uterus, seine Gestalt und Oberfläche, ferner die Konsistenz und Beweglichkeit desselben geprüft hat, geht man zur Untersuchung der Uterusanhänge und des parametrischen Gewebes über. Man kann, die Parametrien von 2 Seiten zugleich betastend, jede kleinste Veränderung in der Dicke und Nachgiebigkeit unterscheiden, man kann die Tuben als dünne Stränge durchfühlen und tastet dann die Ovarien, welche normal als kleine ovale oder mandelförmige, den Fingern leicht entschlüpfende Körper dem Untersuchenden sich präsentieren. Die Ovarien zu tasten, ist entschieden nicht sehr leicht, doch wird es wohl bei einiger Übung meistens gelingen. Man tastet sie, indem man mit den innen liegenden Fingern von der äußeren Uteruskante mit mäßigem Druck auf- und auswärts geht, während die von außen tastenden Finger, vom Innenrande des Psoas in die Tiefe tastend, so das Ovarium entgegendrängen. Durchaus notwendig ist es aber und als sichere Voraussetzung hinzustellen, daß der

Untersuchende mit den normalen anatomischen und topographischen Verhältnissen der weiblichen Beckenorgane genau bekannt ist, einem Kapitel, welches zu vielen Streitfragen Anlaß gegeben hat, das aber doch im ganzen besonders durch Schultze's Arbeiten klargelegt worden ist.

In den meisten Fällen ergibt diese Untersuchung ein genügendes Resultat. Was bei den einzelnen Fällen noch besonders zu beachten ist, wird sich mehr aus den Beispielen ergeben. Ebenso, wenn eine Sonden- oder Speculumuntersuchung von Wichtigkeit ist.

Hervorheben will ich noch, daß man sich mit der einmaligen Untersuchung eines Falles oft nicht begnügen darf, sondern daß man eine sichere Diagnose bisweilen erst nach wiederholten Untersuchungen zu stellen im Stande ist, was besonders bei ängstlichen und empfindlichen Frauen oft der Fall ist.

Wenn die Vagina nicht zugänglich ist durch irgend welche pathologische Prozesse, oder wenn durch zu große Empfindlichkeit oder Straffheit der Scheidenwand die Palpation behindert ist, so bietet die Untersuchung per rectum einen vorzüglichen Ersatz. Die rectale Untersuchung mit einem Finger gewährt schon große Vorteile, da man per rectum hinter dem Uterus weiter hinaufreichen kann als durch das hintere Scheidengewölbe. Und sie wird daher überhaupt bei vielen Untersuchungen den Befund zu ergänzen im Stande sein. In gewissen Fällen ist die rectale Untersuchung geradezu unentbehrlich. So ist z. B. bei retrouterinen Geschwülsten eine genaue Diagnose ohne rectale Untersuchung kaum möglich. Besonders wird sie uns hier, mit der Untersuchung vom Abdomen aus kombiniert, wertvolle Resultate liefern. Noch bessere Aufschlüsse giebt allerdings die rectale Untersuchung mit 2 Fingern, und wird dabei der zugleich von der Vagina aus tastende Daumen zur Vervollständigung des Bildes beitragen.

Die sicherste und genaueste Untersuchung geschieht aber durch die gleichzeitige Palpation von Rectum, Vagina und Bauchdecken aus. Dazu ist aber meist tiefe Chloroformnarkose nötig. Doch bevor wir auf diese Untersuchungsweise näher eingehen, scheint es hier passend, mit einigen Worten die Frage über Anwendung der Narkose bei gynäkologischen Untersuchungen zu berühren. Bestimmte Indikationen zur Anwendung der Narkose aufzustellen, ist schwierig. Die Empfindlichkeit der Frauen ist so verschieden, daß wir bei vielen Patientinnen bequem, und ohne irgend welche Widerstände zu erfahren, das Becken nach allen Seiten hin durchtasten können, während andere bei jeder Untersuchung durch Anspannung der Bauchmuskeln einen derartigen Widerstand entgegensetzen, daß ohne Zuhilfenahme der Narkose eine Untersuchung nicht möglich ist. Bei der Rectaluntersuchung kommt es sehr auf die Empfindlichkeit des Afters an. Die Untersuchung mit einem Finger per rectum ist fast immer ohne Narkose ausführbar. In seltenen Fällen ist dagegen der After so unempfindlich, daß eine Untersuchung mit 2 Fingern ohne Schmerzen vorgenommen werden kann. Die Narkose selbst muß eine tiefe sein. In halber Narkose ist die Untersuchung meist schwieriger, als ganz ohne Narkose.

Um auf die kombinierte Untersuchung von Scheide, Mastdarm und Bauchdecken aus zurückzukommen, so wird bei dieser Untersuchung, wie bereits oben erwähnt, die Steißrückenlage angewandt. Der Untersuchende tritt direkt vor die Pat. und führt nach vorausgegangener Entleerung des Rectum 2 Finger (Zeige- und Mittelfinger) in dasselbe ein, den Daumen in die Vagina, während die andere Hand vom Abdomen entgegentastet. Indem nun die im Mastdarm liegenden Finger, über die Lig. sacrouterina, ein sehr gutes Orientierungsmittel, hinaufdringend, an der Hinterfläche des Uterus liegen, der Daumen an der Vaginalportion, drängt die von außen tastende Hand den Uterus von oben und außen ent-

gegen, so daß man denselben sehr fest und sicher zwischen den Fingern hat und auf das genaueste in allen seinen Partien betasten kann. Und in gleicher Weise kann man die Parametrien und Adnexa des Uterus, sowie ev. vorhandene Tumoren zwischen die Finger fassen und genau palpieren.

Auf die Untersuchung mit dem Speculum, welche in allen Fällen sehr zu empfehlen ist, sowie auf die Sondenuntersuchung, welche durch die bimanuelle Untersuchung auf ein Minimum beschränkt ist, will ich hier nicht näher eingehen. Hervorheben will ich nur noch die direkte Abtastung der Uterusinnenfläche nach voraufgegangener Dilatation des Uterus, um etwa vorhandene Veränderungen derselben, Neubildungen u. s. w. zugänglich zu machen.

Als wichtige Untersuchung ist noch zu erwähnen die Untersuchung durch die Harnblase mit der Sonde, welche bisweilen, besonders mit der Untersuchung von Vagina, Rectum oder Abdomen kombiniert, wertvolle Resultate ergeben kann. Selten ist digitale Untersuchung von der Harnblase aus erforderlich.

Etwas schwieriger gestalten sich die Verhältnisse, wenn es sich um Tumoren im Becken handelt, welche wegen ihrer Größe ein direktes Entgegentasten beider Hände unmöglich machen. Seitdem die Operation abdominaler Tumoren so große Erfolge aufzuweisen hat und so häufig jetzt zur Ausführung kommt, wird jedem Operateur daran gelegen sein, nicht nur die Diagnose der Geschwulst an und für sich, sondern auch eventuell vorhandene Komplikationen, Verwachsungen etc. zuvor genau zu eruieren. Wenn schon auch die diagnostische Laparotomie in jetziger Zeit nicht mehr zu den gefährlichsten Operationen gehört, wie dies früher der Fall war, so ist es doch wesentlich, vorher wo möglich entscheiden zu können, ob ein Fall operabel ist oder nicht. Um so geringer wird dann die Anzahl der Operationen sein, die entweder nicht vollendet werden können, oder deren Ausgang ein ungünstiger ist. Die uns zu Gebote



stehenden Hilfsmittel zur Diagnose der Unterleibstumoren sind ziemlich zahlreich. Indem ich auf die schon oben genannten Untersuchungsmethoden hinweise, will ich hier nur noch die leider noch zu oft ausgeführte Probepunktion mit nachfolgender mikroskopischer und chemischer Untersuchung des Entleerten nennen. Dieselbe ist als eine gefährliche und unsichere Methode zu verwerfen oder wenigstens auf ein Minimum zu beschränken.

Die absolute Sicherheit der feineren Diagnose der Beckentumoren wird gewonnen durch die bimanuelle Palpation von Rectum, Vagina und Abdomen aus. Auf diese, feines Tasten und große Übung voraussetzende Untersuchung will ich hier noch etwas näher eingehen.

Bei den Geschwülsten der Beckenorgane kommt es darauf an, einerseits den Ausgangspunkt derselben, d. h. den Stiel des Tumors, andererseits seine Verwachsungen mit anderen Organen genau zu konstatieren, da von diesen Verwachsungen die Möglichkeit einer Operation in manchen Fällen abhängt. Dieses genaue Tasten des Stieles des Tumors wird ermöglicht durch die Anwendung des von B. S. Schultze angegebenen Handgriffes. Derselbe besteht darin, daß ¹⁾ „in tiefer Chloroformnarkose der in Steißrückenlage liegenden Pat. der Untersuchende den Zeige- und Mittelfinger der einen Hand per rectum über die Hinterfläche des Uterus einführt, mit dem Daumen derselben Hand von dem Scheidengewölbe aus die Seitenfläche des Uterus, die Tubenecken, überhaupt die Stellen, wo der Tumor vermutlich abgeht, betastet, während er mit der anderen Hand von den Bauchdecken aus unter dem Tumor den Fundus uteri und zwischen Tumor und Uterus den Stiel des Tumors zu erreichen trachtet, und daß gleichzeitig ein

1) Centralblatt für Gynäkol., No. 1, 1880, „Zur Diagnose großer Ovarialtumoren“ von B. S. Schultze.

Assistent, der zur rechten oder linken Seite der Pat., nahe dem Kopfende, steht, beide Hände auf den Leib fest auflegt, die Bauchdecken über dem Tumor hin so viel wie möglich abwärts schiebt und dann den Tumor abwechselnd gegen den Thorax der Pat. erhebt und wieder sinken läßt, ihn nach rechts und links hinzieht, sowie Rotationsbewegungen ausführt. Die von Rectum, Vagina und Abdomen her gegen einander tastenden Finger des Untersuchenden erkennen auf diese Weise den Stiel des Tumor oder die anderweite Verbindung desselben mit dem Uterus auf das deutlichste, oder erkennen anderenfalls die Abwesenheit einer Verbindung des Tumor mit der getasteten Uterusseite.“¹⁾ „Die überraschende Deutlichkeit, mit der dem auf genannte Weise Untersuchenden durch das Emporheben des Tumors die Überzeugung sich aufdrängt, daß ein gestielt mit dem Uterus resp. seinen Adnexus zusammenhängender Tumor vorliegt, erklärt sich so: der Finger, der zwischen Tumor und Uterus sich hineindrängen muß, hat von beiden Seiten einen so starken Tasteneindruck, daß der hinzukommende Widerstand, den der Tumorstiel bildet, nicht deutlich empfunden wird. Als erschwerender Umstand für das Urteil kommt hinzu, daß, je weiter der Finger vordringt, desto größer der Widerstand der Rectumwand wird, ein Widerstand, dessen Größe noch dazu in jedem einzelnen Falle von vornherein unbekannt ist. Sobald durch Emporheben des Tumors der Druck zwischen Tumor und Uterus vermindert oder aufgehoben wird, dringt der Finger ohne Kraftaufwand, und ohne starken Druck zu erfahren, tastend vor und beurteilt besser die ihm begegnenden Widerstände. Ferner: die Verbindung zwischen Uterus und Tumor, die bei dem engen Aneinanderliegen beider, in dauernd schlaffem Zustand dem tastenden Finger leicht entgeht, impo-

1) Centralblatt für Gynäkol., No. 6, 1879, „Zur Diagnose großer Ovarialtumoren“ von B. S. Schultze.

niert demselben mit großer Deutlichkeit, wenn sie abwechselnd gespannt und erschlafft wird.“ In einigen Fällen läßt sich freilich trotz der angegebenen Methode die Verbindung des Tumors nicht genau feststellen, z. B. bei abnormer Länge und Schlabheit des Stiels, ferner, wenn der Tumor so groß ist, daß die eine Hand der anderen nicht entgegentasten kann; auch wenn z. B. ein Teil des Tumors hinter dem Uterus liegt und dadurch der Fundus uteri auf keine Weise zu erreichen und infolgedessen auch die Palpation des Stieles unmöglich ist. In solchen Fällen bietet oft die Anwendung des zuerst von Hegar¹⁾ angegebenen Verfahrens die Möglichkeit, ihn zu tasten. Es besteht dies darin, daß während der Untersuchung die Portio vaginalis mit einer Muzeux'schen Zange gefaßt und der Uterus in der Richtung der Beckenachse kräftig abwärts gezogen und in dieser Stellung von einem Assistenten während der Untersuchung fixiert wird. Dieses Verfahren, auch künstlicher Prolaps genannt, ermöglicht es, zuvor höher gelegene, dem Finger nicht erreichbare Abschnitte des Uterus der Betastung zugänglich zu machen. Sehr praktisch ist es, beide Handgriffe zu kombinieren, wie es in der Schultze'schen Klinik oft ausgeführt wird.

Eine andere Schwierigkeit und Gelegenheit zu Irrtümern über die Insertionsweise von Tumoren geben parietale Verwachsungen derselben. Die parietalen Verwachsungen treten bei langem Bestehen von Tumoren, sowie oft nach Punction ein. Breite und kurze Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand oder auf dem Rand des Beckens verhindern das Verschieben der Peritonäalplatten aneinander, so daß ausgiebige Bewegungen des Tumor zur Diagnosenstellung nicht möglich sind. In seltenen Fällen wird dies direkt ein Hindernis

1) Hegar und Kaltenbach, Operative Gynäkologie, p. 40, u. Sammlung klin. Vorträge von Volkmann, No. 105, „Zur gynäkol. Diagnostik. Die combinirte Untersuchung“ von Hegar.

sein zur Ausführung der genauen Palpation. Es kann ferner Fälle geben, bei welchen die Insertionsweise des Tumor nicht genau festzustellen ist, wegen sehr langem und schlaffem Stiel. Wo große Spannung der Bauchdecken, sehr starker Panniculus, Ödem das Eindringen mit der Hand vom Abdomen erschweren, da muß man auf die Palpation vom Rectum und Vagina aus sich beschränken, und dieselbe genügt ja in vielen Fällen, um eine gestielte Verbindung des Tumor mit dem Uterus festzustellen.

Von Simon ist angegeben worden, zur Palpationsdiagnose mit der halben oder ganzen Hand in das Rectum einzugehen, doch wird dadurch die Rectalwand derartig gespannt und gedehnt, daß die Palpation nur erschwert und unsicher wird. Mit 2 Fingern wird man in jedem Falle hinreichend palpieren können, so daß man auf diese nicht gefahrlose Manipulation verzichten kann.

Als Beispiele will ich jetzt einige interessante Fälle aus der Jenenser Klinik anführen und werde gleichzeitig versuchen, die Befunde durch einfache Abbildungen zu veranschaulichen. Letztere sind nach den Skizzen gezeichnet, welche, wie in der Jenenser Klinik üblich, nach den Untersuchungen teilweise von Herrn Geheimrat Schultze, teilweise von Herrn Privatdozent Dr. Skutsch entworfen wurden.

Fall 1. Frau J. D., 29 J. alt, aufgen. 25. IV. 1889.
Nr. 81.

Anamnese: Regeleintritt im 18. Jahre. Regel regelmäÙig, 3 Wochen Intervall, 3—4-tägig. 4 normale Geburten.

Die letzte vor 3 Jahren. Seitdem Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Die vorletzte und drittletzte Regel traten nach 14 Tagen Intervall ein, dauerten je 8 Tage und waren sehr stark. Die letzte Regel, welche nach 3 Wochen wieder eintrat, dauerte 3 Tage und war schwach. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr hat Pat. starke stechende Schmerzen im Leib, sowie Ausfluß.

Status: Statur mittelgroß, Panniculus adip. gut entwickelt. Muskulatur und Knochenbau kräftig. Haare brünett, Pupillen mittelweit, gleich, prompt reagierend. Iris graublau, sichtbare Schleimhäute mäßig gerötet, Zähne etwas defekt, Hals mittellang, stark. Mammæ atrophisch. Leberdämpfung am oberen Rande der 6. Rippe. Lungen und Herz gesund. Urin normal. Abdomen im Niveau des Thorax. Nabel eingezogen, Linea alba schwach pigmentiert, zahlreiche alte Striae. $5\frac{1}{2}$ cm links, etwas oberhalb des Nabels ein 3 cm langer, 1 cm breiter behaarter Naevus pigmentosus. Diastase der Musculi recti. Perkussionston tympanitisch. Palpation des Abdomens beiderseits etwas empfindlich. Vulva klapft etwas, Dammsphäre erhalten, Carunculae myrtiformes. Introitus vaginae weit, vordere und hintere Vaginalwand etwas gewulstet. Vagina weit, glatt, Portio vor der Spinallinie, etwas rechts, Muttermund querspaltig, seitliche Bewegungen der Cervix empfindlich. Durch das hintere Scheidengewölbe fühlt man einen kugelförmigen Tumor, der sich im stumpfen Winkel an die Cervix direkt ansetzt. Die nun vorgenommene kombinierte Untersuchung ergibt, daß dieser Tumor das retroflektierte Corpus uteri ist. Der Uterus ist etwas vergrößert. Der Fundus liegt rechts vom ersten Kreuzbeinwirbel. Das linke Ovarium liegt vor der Articul. sacroiliaca und ist auf Druck empfindlich. Rechtes Parametrium auf Druck empfindlich. Rechtes Ovarium nicht getastet. Rectum voll Faeces. Der Uterus läßt sich bimanuell in normale Anteflexion reponieren, das linke Ovarium liegt nach der Reposition nur wenig weiter nach vorn als vorher. Das rechte Ovarium wird auch nach der Reposition nicht getastet. Inspektion in Knieellenbogenlage zeigt: Muttermund ohne Erosionen, einzelne Follikel an der Vaginalportion. Sonde 5 geht in den Uterus 8 cm ein mit geringem Widerstand bei 4 cm. Es wird ein Tannin-Glycerin-Tampon vor die Vaginalportio gelegt, derselbe, nach 24 Stunden entfernt, ergibt ein reichlich eitriges Sekret der vor dem Muttermund gelegenen Partie.

Diagnose: Retroflexio uteri und Endometritis chronica. Die Endometritis wird mittelst Uterusausspülungen nach vorausgegangener Laminariadilatation des Uterus behandelt, nachher hält ein Pessar den in normale Lage reponierten Uterus.

Fall 2. Frau A. H., Alter 40 J., aufgen. 28. III. 1888. Nr. 75.

Anamnese: Menstruierte mit etwa 13 Jahren, $\frac{1}{2}$ —1-tägig, sehr gering, unregelmäßig, mit brennenden Schmerzen beim Gehen verbunden. Seit 3 Jahren verheiratet. Nie konzipiert. Seit ca. 3 Jahren hat Pat. angeblich Schmerzen im Leib, im Kreuz und in den Beinen.

Status: Gestalt untersetzt, Muskulatur und Knochenbau gut entwickelt, Haare blond, gewellt. Iris grau, Pupillen gleich, prompt reagierend. Zähne defekt. Sichtbare Schleimhäute bleich. Erhebl. Struma beiderseits, rechts etwas größer wie links. Brüste sehr groß, schlaff. Über Herz und Lungen nichts Abnormes. Urin normal. Perkussion tympanitisch. Bauchdecken dick, ziemlich schlaff, Linea alba wenig pigmentiert. Damm intakt. Die kleinen Labien ragen zipfelförmig vor. Hymen laceriert. Introitus mittelweit. Scheide eng, lang. Die Scheide wird nach oben zu enger, so daß man 2 Finger gerade im Scheidengewölbe unterbringen kann. Vaginalportion steht vor der Spinallinie, sehr wenig prominierend. Man fühlt 2 Grübchen auf der Portio wie zwei Muttermunde, ein größeres links, ein kleineres rechts. An der hinteren Wand der Vagina finden sich sowohl rechts wie links eine Reihe hintereinander gelegener, von normaler Schleimhaut ausgekleideter Taschen, entsprechend etwa den Seitenrändern der Columna rugarum. Wegen dauernder Spannung der Bauchdecken weitere Untersuchung in Narkose. Dieselbe ergibt: Etwa 2 cm vom Muttermund entfernt teilt sich der Uterus in 2 Abschnitte, deren einer nach links hinten, einer nach rechts hinten verläuft. Der links gelegene Teil hat ziemlich cylindrische Gestalt, höchstens $1\frac{1}{2}$ cm Durchmesser. Der nach rechts liegende Teil ist an der Vereinigungsstelle etwas dünner, schwillt erst weiter aufwärts zu einem ebenfalls $1\frac{1}{2}$ cm breiten Körper an. Von der Spitze des links gelegenen Tumors führt ein kurzer Stiel zu dem linken Eierstock. Dieser ist fast von der Größe

eines normalen Eierstockes, die Oberfläche ist höckerig, mit kleinen Narben versehen. Der rechte Eierstock sitzt analog mit kurzem Stiel dem Ende des rechts gelegenen Körpers an, liegt etwas höher als normal. Bei Einstellung der Portio ins Speculum sieht man die beiden Orificien. Aus dem rechten hängt ein Schleimfaden, jedoch passiert in dieses Sonde 2 (2 mm) nicht. In das linke Orific. dringt Sonde 2 7 cm ein.

Diagnose: Uterus bicornis duplex.

Fall 3. Frä. A. B., 24 J. alt, aufgen. 16. X. 1888.
Nr. 225.

Anamnese: Menstruierte mit 17 Jahren, anfangs unregelmäßig, später regelmäßig 4-wöchentlich, 5-tägig. Vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren eine normale Geburt. Nach dem Wochenbett Brustfellentzündung. $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Geburt wieder arbeitsfähig, bei schwerer Arbeit angeblich Beschwerden durch Schenkelbrüche. Später traten Schmerzen im Leib dazu; die Beschwerden, Ziehen im Leib, Kreuzschmerzen, Stuhlbeschwerden, Stechen in der linken Seite nahmen zu, so daß Pat. die Klinik aufsuchte.

Status: Statur mittelgroß, schlank, mager, Muskulatur mäßig kräftig, Knochenbau gracil, Haare blond, gewellt, Pupillen weit, gleich, prompt reagierend. Iris blau. Sichtbare Schleimbäute mäßig gerötet. Ober- und Unterkiefer zahnlos. Hals kurz, schlank. Mammae atrophisch. Leberdämpfung am oberen Rande der 6. Rippe. Spitzenstoß im linken 5. Intercostalraum. Herztöne rein, Lungen gesund. Abdomen im Niveau des Thorax. Nabel eingezogen. Linea alba schwach pigmentiert. Zahlreiche alte Striae. Diastase der Musculi recti. Beiderseitige Schenkelhernie. Bruchpforten für die Fingerkuppe zugänglich. Vulva schließt, kleine Labien prominieren vor den fettarmen großen. Frenulum erhalten. Vagina weit. Vaginalportion vor der Spinallinie, etwas rechts. Muttermund zweilippig, mäßige Laceration. Bewegung der Cervix schmerzfrei. Uterus retroflektiert, Fundus am 1. Kreuzbeinwirbel rechts gelegen. Repositionsversuch schmerzhaft. Beim Repositionsversuch spannen sich die rechtsseitigen Adnexa. Linkes Ovarium an der Articulatio sacroiliaca gelegen, auf Druck etwas schmerzhaft. Vor der rechten Articulatio sacroiliaca ebenfalls eine Schmerzhaftigkeit (Ovarium?). In Knieellenbogenlage zeigt sich, daß die

Laceration wesentlich links besteht und geringes Ectropium vorhanden ist.

Die genauere, von Rectum, Vagina und Abdomen in Narkose vorgenommene Untersuchung ergab: Mäßiger Isthmus recti. Vom linken Cervixriß aus verläuft eine Narbe im Parametrium, die sich seitlich im Becken in der Nähe des oberen Randes der Incis. ischiad. major verliert. Linkes Ovarium liegt ziemlich frei beweglich am hinteren Rand des Lig. latum, auffallend weit entfernt vom Corpus uteri. Das Rectum ist bis nahe an den Fundus adhärent an dem Uterus, und von der linken Tubenecke aus spannt sich, wenn man den Fundus nach vorn bringt, ein auffallender Strang im Lig. latum bis dicht hinter die Spina ischii. Von der rechten Tubenkante aus gelangt man leicht zum rechten Ovarium, welches aber von der Hinterseite des Rectums nicht frei zu erlangen ist. Der an der rechten hinteren Uterusfläche hinaufgeführte Finger trennt auffallend leicht einige Adhäsionen, dasselbe ereignet sich an der linken Seite des Uterus bei ganz geringem Druck, unter deutlicher Reaktion der ziemlich tief narkotisierten Patientin. Als nach einigen Minuten Pause wieder untersucht wird, zeigt sich der Uterus nicht wieder in Retroflexion zurückgesunken. Die Ovarien sind frei beweglich. Auch das Corpus uteri ist jetzt frei von der vorderen Wand des Rectums. Erhält 8-Pessar und Eisblase.

Es folgt Pessarbehandlung. Der Uterus wird dauernd in guter Anteflexion gehalten.

Fall 4. Frau L. W., 44 J. alt, aufgen. 22. II. 1888. Nr. 53.

Anamnese: War als Kind gesund, litt im 30. Lebensjahr an Brechruhr. Menstruierte mit 17 Jahren, sehr unregelmäßig, 5—9-wöchentlich, 4—5-tägig, mäßig reichlich, schmerzlos. Verheiratet mit 27 Jahren. 8 normale Geburten und Wochenbetten, erste mit 19 Jahren, letzte mit 41 Jahren. Letzte Regel vor 13 Wochen. Pat. glaubte schwanger zu sein. Seit 3 Wochen bestehen Urinbeschwerden. Pat. konnte nur selten und stets wenig Urin lassen. Seit derselben Zeit hat der Umfang des Leibes stark zugenommen. Pat. wird mit der Diagnose: Ovarialeyste der Klinik zugeschickt.

Status: Statur schlank, Panniculus spärlich. Muskulatur und Knochenbau ziemlich gut entwickelt. Pupillen eng, gleich, prompt reagierend. Hals proportioniert. geringes Struma.

Rechte Thoraxhälfte etwas mehr gewölbt wie die linke. Linke Supraclaviculargrube etwas tiefer als rechts. Rechts Inspirium etwas verschärft. Herz gesund. Leib ziemlich gleichmäßig kugelig ausgedehnt. Abdomen zahlreiche alte, einige trische Striae zeigend. Nabel vorgetrieben. Linea alba kaum pigmentiert. Bauchdecken vorn prall gespannt, in den seitlichen Parteeen weicher. Symphyse bis Nabel 23 cm. Symphyse bis Proc. ensiformis 42 cm. Horizontaler Durchmesser, gemessen vom Nabel bis zum entsprechenden Punkte der Wirbelsäule (2 cm über der Verbindungslinie der Spinae poster. super. oss. il.) $30\frac{1}{2}$ cm, entsprechender Leibesumfang 95 cm. Die Ausdehnung des Leibes rührt von einem prall gespannten, Fluktuation zeigenden Tumor her, dessen Fundus 34 cm oberhalb des oberen Symphysenrandes liegt. Fundus tumoris bis Symphyse, mit Tasterzirkel gemessen, 21 cm. Der Tumor zeigt Dämpfung bis zur Symphyse. Vulva schließt. Die kleinen Labien ragen vor den mäßig fettreichen großen hervor. Geringer Dammdefekt. Damm $2\frac{1}{2}$ cm. Scheidenriß links vor der Columna. Carunculae myrtiformes. Introitus weit, Portio vaginalis ganz vorn und etwas oberhalb des oberen Symphysenrandes. Das hintere Scheidengewölbe wird von einem Tumor von kugeligem Gestalt stark vorgewölbt. Der untere Rand dieses Tumors deckt gerade den untersten Steißbeinwirbel. Der Tumor setzt sich winklig an die Vaginalportion an und hat mäßig feste Konsistenz. Eine Sondierung der Blase ergibt, daß der den Bauch vorwölbende Tumor die gefüllte Blase ist. Die eingeführte Sonde findet erst bei 28 cm Widerstand. Ein männlicher Katheter muß $9\frac{1}{2}$ cm (incl. Urethra) eingeführt werden, bis Urin abläuft. Es werden 5 l Urin entleert. Nach der Entleerung ist die zusammengefallene Blase zu tasten. Der Urin ist milchig getrübt, enthält reichlich Eiter und häutige Fetzen, ziemlich reichlich Eiweiß. Nachdem die Blase entleert ist, ergibt die kombinierte Untersuchung, daß der durch das hintere Scheidengewölbe getastete Tumor das retroflektiert liegende, vergrößerte Corpus uteri ist. Die Vaginalportion steht jetzt ein wenig tiefer, in gleicher Höhe mit dem oberen Symphysenrand. Der Flexionswinkel des Uterus ist deutlich zu fühlen. Das Corpus uteri weicht nach oben zurück, so daß man bis zu den Spinae ischii gelangen kann. Der Uterus wird nun in Knieellenbogenlage emporgedrückt und vollständig reponiert.

Bauchlage wird angeordnet. Der Urin wird alle 3 Stunden mit dem Katheter entleert. Am nächsten Tag liegt der Uterus anteflektiert über dem Becken, die Vaginalportion steht 2 cm über der Spinallinie.

Die bestehende Cystitis wird mit Blasenausspülungen behandelt. Die Frau wird bei vollkommenem Wohlbefinden entlassen. Die Schwangerschaft ist, wie die Frau später berichtet, normal verlaufen, und wurde sie am normalen Schwangerschaftsende von einem reifen, lebenden Kinde entbunden.

Fall 5. Frau M. K., 29 J. alt, aufgen. 11. IX. 1889. Nr. 212.

Anamnese: Menstruierte mit 17 Jahren. Regel regelmäßig, 4-wöchentlich, 3-tägig, wenig reichlich, ohne Schmerzen. Verheiratet seit 2 Jahren. 4 Geburten. Die ersten 3 normal. Die letzte vor 3 Wochen, Frühgeburt von 7 Monaten. Wochenbett normal. Seit der letzten Geburt besteht bis jetzt kontinuierliche Blutung, besonders stark seit 14 Tagen. 4 und 3 Wochen vor der letzten Geburt geringe 1–2-tägige Blutungen. Pat. ist in der letzten Zeit stark abgemagert.

Status: Statur mittelgroß, Knochenbau zart, Muskulatur und Fettpolster wenig entwickelt. Sichtbare Schleimhäute sehr bleich. Haare dunkelbraun. Pupillen gleich, prompt reagierend. Iris braun. Zähne gut. Hals schlank. Thorax flach. Leberdämpfung am oberen Rande der 6. Rippe. Lungen und Herz gesund. Urin normal. Mammae klein, schlaff. Abdomen im Niveau des Thorax. Bauchwand sehr schlaff, Nabel eingezogen, zahlreiche alte Striae, Linea alba pigmentiert. Abdomen nirgends druckempfindlich, über dem Abdomen tympanitischer Perkussionsschall. Vulva schließt, Damm 3 cm, alte Dammarbe. Introitus eng, Vagina mittelweit, Portio in der Spinallinie, vergrößert und verdickt, stark zerklüftet, von härterer Konsistenz als normal. Muttermund liegt weit hinten in der zerklüfteten Masse, so daß letztere wesentlich die vordere Lippe darstellt. Cervix vollkommen frei beweglich. Uterus scharf anteflektiert, etwas vergrößert, kugelig, von härterer Konsistenz als normal. Dickendurchmesser 4 cm, mit Tasterzirkel von Vagina nach den Bauchdecken gemessen. Breite des Uterus, durch die Bauchdecken gemessen, $7\frac{1}{2}$ cm. Fundus median hinter der Symphyse; linkes Ovarium wenig vergrößert, etwas schmerzhaft, linkes

Parametrium nicht resistent, wenig empfindlich. Rechtes Ovarium schmerzfrei. Die Inspektion bestätigt den Tastbefund, daß die Neubildung wesentlich der vorderen Lippe angehört.

Diagnose: Carcinoma cervicis uteri puerperalis.

Zur genaueren Indikationsstellung wird in Narkose untersucht, Mittel und Zeigefinger tasten vom Rectum, Daumen von Vagina, die andere Hand vom Abdomen: Der Uterus ist leicht beweglich. Linkes Ovarium frei beweglich, rechte Tube etwas dick, beide Ligamenta lata sind straffer als normal, besonders das linke, aber vollständig frei von Neubildung.

Wenige Tage darauf wird die vaginale Totalexstirpation des Uterus und seiner Adnexa vorgenommen.

Fall 6. Frau E. J., 42 J. alt, aufgen. 7. II. 1889. Nr. 230.

Anamnese: Menstruierte mit 14 Jahren vierwöchentlich, 4—5-tägig, wenig schmerzhaft, wenig reichlich. Verheiratet mit 25 Jahren. 4 Geburten. Die 3 ersten normal. Bei der letzten Geburt vor 5 Jahren (Zwillinge) operative Hilfe. Im letzten Wochenbett Fieber. Seit der letzten Geburt Regel unregelmäßig, sehr stark, sehr schmerzhaft. 2—3-wöchentlich, 4—5-tägig. Vor 6 Jahren wurde ein großes Cervixmyom von Vagina aus durch Geheimrat Schultze enucleiert. Danach war die Menstruation regelmäßig. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr wieder unregelmäßige Blutung, mit Schmerzen verbunden. Pat. klagt außerdem über große Mattigkeit.

Status: Eine Frau von kleiner Figur. Haare schwarz, schlicht, Iris grau, Pupillen gleich, prompt reagierend. Gesichtsfarbe und sichtbare Schleimhäute bleich. Herz und Lungen gesund. Urin normal. Abdomen im Niveau des Thorax, Linea alba pigmentiert, geringe Diastase der Musculi recti. Bauchdecke dünn, nirgends Druckempfindlichkeit im Leib. Hernia cruralis dextra von mäßiger Größe, reponibel. Oberhalb der Symphyse ein rundlicher Tumor von fester Konsistenz fühlbar, die Symphyse nur wenig überragend. Hämorrhoidalknoten am After. Damm intakt. Große Labien fettarm, kleine Labien sichtbar zwischen den großen. Carunculae myrtiformes. Scheide weit, vaginalportion verstrichen, Muttermund 4 cm weit eröffnet, ziemlich scharfrandig. Im Muttermund, das Niveau desselben erreichend, ein Tumor zu

fühlen von ziemlich fester Konsistenz und glatter Oberfläche. Der Finger kann den unteren Pol des Tumors rings umkreisen. Vorn dringt der Finger zwischen Uteruswand und Tumor so weit hinauf, als er tasten kann. Hinten und rechts kommt der Finger, aufwärts tastend, bald an die Grenze zwischen Tumor und Uteruswand. Kombiniert fühlt man, daß der Tumor nach rechts hinten und oben in das Becken ragt, von kugeligem Gestalt ist und etwa 8 cm Durchmesser hat. Vorn dicht hinter der Symphyse liegt ein kleinerer Tumor, der sich wie ein Corpus uteri anfühlt, von der übrigen Tumormasse durch eine Furche getrennt. Von der linken Ecke (Tubenecke) dieses letzteren Tumors läßt sich die Tube zum linken Ovarium verfolgen. Dasselbe liegt etwas unter der Höhe des Beckeneinganges, ziemlich weit vorn. Das rechte Parametrium ist empfindlich. Die ganze Tumormasse ist beweglich. Blutiger Schleim am untersuchenden Finger. Inspektion in Knieellenbogenlage zeigt im Muttermund den Tumor hineinragen, von rosaroter Farbe mit einzelnen weißlichen Stellen.

Diagnose: Myoma uteri submucosum in der hinteren rechten Wand sitzend.

Indikation: Enukleation des Tumors. Bevor zur Operation des Tumors geschritten wird, wird in Narkose nochmals genau getastet: der Tumor reicht nach abwärts bis in die Höhe der Spinae, den Tumor überragt nach oben etwas die Coniugata. Vorn durchmißt der Finger die ganze Länge des Cervix, bei 7 cm den für die Kuppe des Fingers oben zugänglichen inneren Muttermund erreichend. Die von außen entgegengastende Hand erreicht das Promontorium. Vorn dicht hinter der Symphyse liegt das normal große Corpus uteri. Die von außen hinter dem Corpus uteri auf den durch den Tumor gebildeten Winkel tastende Hand erreicht den im Cervix am Orificium internum liegenden Finger und konstatiert somit deutlich die obere Grenze des anscheinend ausschließlich der Cervix angehörenden Tumors. Rechtes und linkes Ovarium liegen am Fundus uteri, ihm in normaler Weise zur Seite, das rechte mehr oberhalb des Tumors, wie überhaupt der Tumor die rechte Beckenseite mehr ausfüllt wie die linke.

Operation in Steißrückenlage: Die Spitze des Tumors mit einer Muzeux'schen Zange gefaßt, einige cm von derselben

entfernt wird die Kapsel eingeschnitten und der Tumor ausgelöst, indem teils stumpf, teils mit Scheere und Messer getrennt wird. Eingemalde wird dabei vom Rectum aus kontrolliert, weil der Tumor die hintere Cervixwand sehr stark ausgedehnt hat und vermutlich nahe an das Peritoneum heranreicht. Es gelingt, den ganzen Tumor herauszuschälen ohne bedeutende Blutung, nur einige Umstechungen sind notwendig. Das Bett des Tumors wird mit Carbollösung ausgespült und mit Jodoformgaze fest austamponiert. Ebenso die Scheide.

Die lokale Heilung verlief günstig. Dagegen trat nach einigen Wochen Incarceration der Cruralhernie auf, weswegen die Herniotomie mit günstigem Erfolge auf der chirurgischen Klinik gemacht wurde. Die Untersuchung bei der Entlassung ergab: Vaginalportion in der Spinallinie, wenig prominierend. Bewegungen schmerzfrei. Uterus anteflektiert, hintere Cervixwand an der rechten Seite noch verdickt. Sonst nichts Abnormes zu tasten.

Fall 7. Frau A. S., 43 J. alt, aufgen. 18. VI. 1889. Nr. 143.

Anamnese: Vom 16.—18. Jahre litt Pat. an Bleichsucht. Menstruierte mit 18 Jahren, Regel 3-tägig, 4 Wochen Intervall, mittelstark, ohne Beschwerden. Verheiratet mit 21 Jahren. 2 Geburten, im 25. und 29. Lebensjahre. Vor 2 Jahren Unterleibsentzündung. Seit einigen Monaten ziehende Schmerzen im Unterleib. Die Menstruation ist im letzten Jahre unregelmäßig geworden, häufiger, zuweilen sehr stark.

Status: Statur groß, mager, sichtbare Schleimhäute bleich, Haare blond, stark ergraut. Iris bläulichgrau, Pupillen gleich, mittelweit, prompt reagierend. Zunge stark weißlich belegt, Tonsillen geschwellt, etwas gerötet. Zähne sehr defekt. Hals lang. Thorax flach. Mammae klein, schlaff. Lungen gesund. Puls frequent, 148, regelmäßig. An Stelle des 1. Tones an der Mitralis ein Geräusch. Urin normal. Alte Striae. Nabel verstrichen. Abdomen etwas eingesunken. Diastase der Musculi recti. Abdomen nirgends druckempfindlich, überall tympanitischer Perkussionsschall. Bauchorta deutlich zu fühlen, Pulsationen sichtbar. Vulva klafft. Damm defekt, Damm $1\frac{1}{2}$ cm. Prolaps der vorderen Scheidenwand. Introitus vaginae und Vagina weit, Portio ein Fingerglied hinter der Symphyse, beide Scheidengewölbe, namentlich das hintere,

tiefer als normal. Cervix nach allen Seiten frei ohne Schmerzen beweglich. Muttermund querspaltig. Aus demselben ragt, von seiner hinteren Lippe ausgehend, ein gestielter kleiner Tumor von weicher Konsistenz hervor. Cervix verdickt, Uterus vergrößert, anteflektiert, Fundus etwas nach links gelagert. Parametrien nicht druckempfindlich. Ovarien wegen starker Spannung der Bauchdecken nicht zu tasten. Die Länge des aus dem Muttermund ragenden Polypen ist 2 cm. Derselbe ist von rosaroter Farbe

Der Polyp wird entfernt und Pat. entlassen.

Wiederaufnahme 31. I. 1890. Nach ihrer Entlassung hat sich Pat. zunächst wohl gefühlt. Seit einigen Monaten ist aber die Regel wieder sehr stark und häufiger eingetreten, dazu kamen Schmerzen im Unterleib, nach dem Rücken strahlend, ferner Kopfschmerzen, Appetitmangel. Pat. ist in ihrer Arbeitsfähigkeit stark behindert.

Status: Pat. sieht etwas kräftiger aus, ist aber noch anämisch. Die Schmerzen werden etwas oberhalb des Nabels lokalisiert. Portio steht etwas links und vorn, ist ziemlich lang. Der Muttermund läßt die Fingerkuppe eindringen. Der Uterus ist erheblich vergrößert, unregelmäßig gestaltet. Das Corpus ist annähernd kugelig, aber doch nicht gleichmäßig, vom vorderen Scheidengewölbe zur höchsten Kuppe gemessen 8 cm. Uterus beweglich, Bewegungen schmerzfrei.

Untersuchung per rectum, Vagina und Bauchdecken in Narkose ergibt: Corpus uteri vergrößert, gleichmäßig konsistent, nicht sehr hart, von glatter Oberfläche. Beide Tubenecken sind deutlich zu fühlen, die rechte liegt weiter vorn, die linke weiter hinten. (Torsion des Uterus.) Beide Tuben und Ovarien normal, etwas nach vorn liegend. Diagnose: Myoma uteri. Nach Art der Ausdehnung des Uterus ist auf ein submucöses Myom zu schließen, welches vielleicht per vaginam entfernbar ist. Es wird daher Indikation auf Dilatation des Uterus gestellt.

9. II. Laminaria 5 mm dick (Sonde 5 war nach rechts 7 cm eingedrungen).

10. II. Stift entfernt, Sonde 10 passiert 10 cm. 2 Stifte eingelegt (8 u. 4).

11. II. Narkose, Steifritzenlage: Stifte entfernt. Desinfektion des Cavum uteri und der Scheide. 2 Finger, Mittel- und Zeigefinger der linken Hand gehen in die Scheide, der

Mittelfinger dringt leicht in das weite Cavum uteri ein. Die vordere Wand des Uterus ist frei von Myom, dagegen sitzt ein solches in der hinteren Uteruswand etwas links. Dieses Myom drängt ins Cavum wohl etwas vor, jedoch nicht so weit, daß das Myom als submucöses zu bezeichnen ist, es ist vielmehr ein interstitielles Myom. Operative Entfernung von der Scheide aus daher nicht am Platze. Glatter Verlauf nach der Abtastung.

Einige Zeit darauf wurde Laparotomie gemacht, durch einen fast medianen Schnitt auf die Hinterfläche des Uterus wird die etwa $\frac{3}{4}$ cm dicke Uterusschicht durchtrennt, das Myom erreicht und ausgeschält. Die übrig bleibende Höhle wird durch Etageinähte verschlossen. Beide Ovarien werden entfernt. Glatte Genesung.

Fall 8. Frau P. M., 45 J. alt, aufgen. 30. VII. 1888. Nr. 190.

Anamnese: Menstruierte mit 21 Jahren, regelmäßig, vierwöchentlich, 6-tägig. Verheiratet mit 38 Jahren. Nie konzipiert. War nie krank. Seit einigen Jahren hat der Leib an Umfang zugenommen. Seit ca. 6 Wochen ist Atemnot und Blutandrang nach dem Kopf eingetreten. Seit ca. 6 Jahren leidet Pat. an weißem Ausfluß. Zur Regelzeit wird der Leib angeblich stärker.

Status: Statur klein, schlank, mager. Muskulatur schlaff, Knochenbau gracil. Aussehen sehr anämisch. Haare blond, etwas gewellt. Pupillen eng, gleich, prompt reagierend, Iris blau. Sichtbare Schleimhäute sehr bleich. Ober- und Unterkiefer zahnlückig. Rachenschleimhaut sehr bleich. Hals lang, schlank. Mammae mittelgroß, schlaff, linke etwas tiefer herabhängend. Die Herzdämpfung beginnt rechts schon auf dem Sternum. Leberdämpfung am oberen Rand der 6. Rippe. Über der Spitze und der Basis des Herzens ein hauchendes systolisches Geräusch. Lungen gesund. Leib erheblich kugelig aufgetrieben, rechts etwas mehr wie links. Die Auftreibung des Leibes rührt von einem rundlichen Tumor her. Derselbe ist von elastischer Konsistenz, ziemlich fest. Die Oberfläche ist glatt. Links fühlt man ungefähr 4 cm von der Spin. anter. super. entfernt einen 3—4 cm langen, leicht verschieblichen Körper von der Gestalt eines Ovariums, das mit dem Tumor durch einen Strang in Verbindung steht. Darüber hat links der Tumor einen flachen Buckel von halber

Handtellergröße. Auf der rechten Seite fühlt man ebenfalls in der Höhe der Spina einen mandelgroßen, am Tumor verschieblichen Körper. Der Perkussionston über dem Tumor ist gedämpft. Überall Gefäßgeräusch, am deutlichsten links, synchron dem Puls.

Symphyse—Nabel 21 cm.
 „ —Fundus tumoris 32 cm.
 „ —Proc. ensif. 37 cm.

Leibesumfang 86 cm (11 cm unterhalb des Nabels gemessen).

Querdurchmesser des Tumors, mit Tasterzirkel, 23 cm. Vulva schließt. Frenulum erhalten. Carunculae myrtif. Introitus mittelweit. Vagina mittelweit, ziemlich lang. Portio etwas links, hochstehend, 2 Finger breit über der Spinalinie, zapfenförmig. Muttermund grubchenförmig. Bewegungen der Portio schmerzfrei, nach rechts ziemlich erheblich gehemmt, ebenso nach links. Die Cervix scheint unmittelbar in den Tumor überzugehen. Von außen ihm mitgeteilte Erschütterungen an der Portio deutlich wahrnehmbar.

Genauere Untersuchung in Narkose ergab: Cervix schlank, weich, biegsam, geht nach oben unmittelbar in den Tumor über, welcher sich mit glatter Oberfläche ringsum auch nach dem Beckeneingang zu begrenzen läßt. Vorn an der rechten Seite des Tumors in der Höhe der Spina anter. super. sitzt dem Tumor verschieblich ein rundlicher Körper auf von etwa 2 cm Größe. Ein Strang wie Tube ist jedoch nicht daneben zu erkennen. Links in der Höhe der Spina wird mit großer Deutlichkeit das Ovarium nebst Lig. ovarii erkannt. Der Tumor fühlt sich prall elastisch an, überall von gleicher Konsistenz, nirgends, auch bei möglichst tiefem Eindruck, Teile von abweichender Konsistenz zeigend. Sonde 4 passiert seitlich und ganz nach links 9 cm, seitlich und ganz nach rechts 12 cm. Diagnose: Der Tumor ist das vergrößerte Corpus uteri, dessen Contentum wahrscheinlich ein großes Myom ist. Indikation: Amputation des Corpus uteri durch Laparotomie. Die einige Zeit darauf ausgeführte Operation bestätigte die Diagnose vollständig. Der Uterus wurde amputiert, ein kleines, an der Cervix sitzendes Myom mit dem Messer entfernt, die Cervix trichterförmig ausgeschnitten, durch Etage nähte geschlossen, Peritoneum darüber vernäht. Der Stumpf versenkt. Glatte Heilung.

Fall 9. Fräulein Th. S., 22 J. alt, aufgen. 18. II. 1889.
Nr. 52.

Anamnese: Menstruierte mit 18 Jahren, 4—6-wöchentlich, 1—2-tägig, schmerzhaft, mäßig reichlich. Besonders vor Eintritt der Regel traten Schmerzen auf. Vor 2 Jahren litt Pat. an Urinbeschwerden, der Urin wurde mit Katheter abgenommen. Im folgenden Jahre stellten sich dieselben Beschwerden ein, ebenso vor 3 Wochen. Im letzten Jahre Regel 4—5wöchentlich, 2—3tägig, reichlich. Seit 4 Monaten blieb die Regel aus. Im vorigen Monat litt Pat. an geringem weißen Ausfluß. Seit 4 Monaten empfindet Pat. Drücken im Unterleib, in der letzten Zeit auch Magendrücken, sie hat viel Drang zum Urinlassen, läßt ihn alle 2—3 Stunden.

Status: Statur klein, schlank, Panniculus mäßig reichlich. Muskulatur und Knochenbau ziemlich gut entwickelt, Haare braun, etwas gewellt, Pupillen mittelweit, gleich, prompt reagierend, Iris graubraun, sichtbare Schleimbäute mäßig gerötet. Zähne gut, Hals kurz, schlank. Mammae mittelgroß, schlaff, Warzenhof pigmentiert. Kein Colostrum. Leberdämpfung am oberen Rande der 6. Rippe. Lungen und Herz gesund. Abdomen über Niveau des Thorax ein wenig vorgewölbt. Nabel eingezogen. Linea alba schwach pigmentiert. Bauchdecken mäßig dick. Palpation des Abdomens ergiebt rechts von der Mittellinie oberhalb der Symphyse eine derbe Resistenz, welche über die Mittellinie nach links noch ein wenig herüberreicht. Die Resistenz fühlt sich an etwa wie ein 3—4 Monat gravider Uterus. Über derselben ist der Perkussionston gedämpft, über dem übrigen Abdomen tympanitisch. Über dem Tumor hört man fortgeleitete Aortentöne. Symphyse bis obere Tumorgrenze 15 cm, Symphyse—Nabel 15½ cm, Symphyse—Basis proc. ensif. 31 cm. Leibumfang 66 cm. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Damm intakt. Vulva schließt, Hymen unverletzt, aber so weit dehnbar, daß 2 Finger bequem eingeführt werden können. Vaginalportion weit vorn stehend, lang, schmal. Muttermund beim Auseinanderziehen der Labien dicht hinter dem Urethralwulst sichtbar. Muttermund kleine Querspalte. Der supravaginale Teil der Cervix erstreckt sich nach links und hinten, daselbst in einen kleinen Tumor übergehend, der sich wie ein normales Corpus uteri anfühlt. Dieser als Corpus uteri anzusprechende kleine Tumor liegt vor der linken Articul. sacro-

iliaca. Der vom Abdomen aus gefühlte Tumor reicht in das Becken herab bis in die Beckenmitte und drängt das Scheidengewölbe rechts etwas abwärts. Bewegt man den Tumor nach oben, so wird an der Cervix ein Zug ausgeübt. Größter Durchmesser des Tumors, mit Tasterzirkel gemessen, vom rechten Scheidengewölbe nach den Bauchdecken 11 cm. Die weiter in Narkose vorgenommene Untersuchung ergibt: Der oben prominierende Tumor ist zweifellos derselbe Tumor, welcher bis etwa 3 cm oberhalb der Spina ischii ins Becken ragt. Die Verbindung des Tumors mit der rechten Tubenecke des Uterus ist sehr dünn, aber deutlich zu tasten. Linkes Ovarium vor der Articul. sacroiliaca. Außer dem Tumor ist ein rechtes Ovarium nicht zu tasten. Sonde 3 geht leicht 7 cm in den Uterus ein in der Richtung nach links.

Diagnose: Gestielter Tumor Ovarii dextri.

Es wird die Laparotomie gemacht, und ergibt sich bei derselben vollständige Bestätigung der Diagnose, der Tumor wird entfernt, der Stiel in 2 Partien unterbunden. Der Tumor ist eine Dermoideyste, es finden sich in derselben reichlich blonde Haare.

Glatter Heilungsverlauf. Bei der Entlassung liegt der Uterus retroflektiert, das linke Ovarium neben dem Fundus tief liegend.

Fall 10. Frau E. Tr., 30 J. alt, aufgen. 2. II. 1890. Nr. 46.

Anamnese: Menstruierte mit 16 Jahren einmal 8-tägig. Die Regel blieb dann ein Jahr aus, wurde dann 4-wöchentlich 3-tägig, schwach, ohne Beschwerden. Litt als Mädchen an Skrophulose. Eine Geburt vor 7 Jahren. Nach der Geburt wurde angeblich der Leib stärker. Ferner bestehen seitdem Kopfschmerzen, Aufstoßen, Kreuzschmerzen und Stuhlbeschwerden. Die Regel trat gleich nach der Geburt wieder ein und blieb regelmäßig.

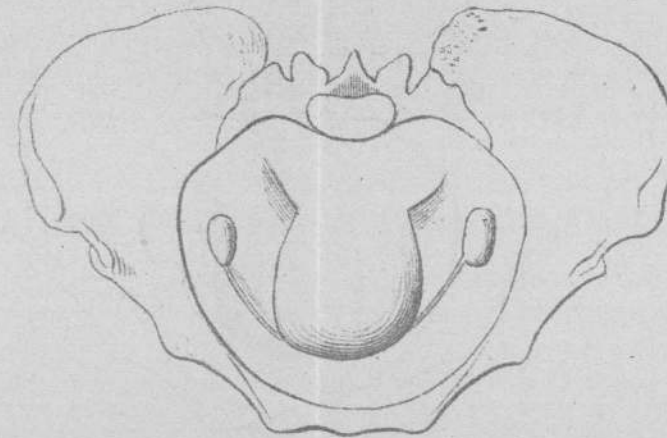
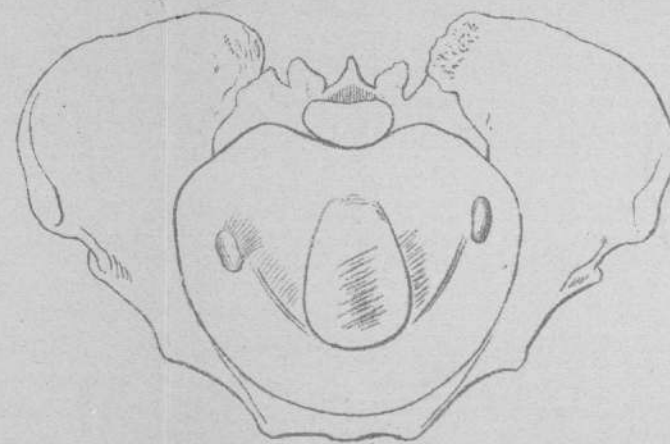
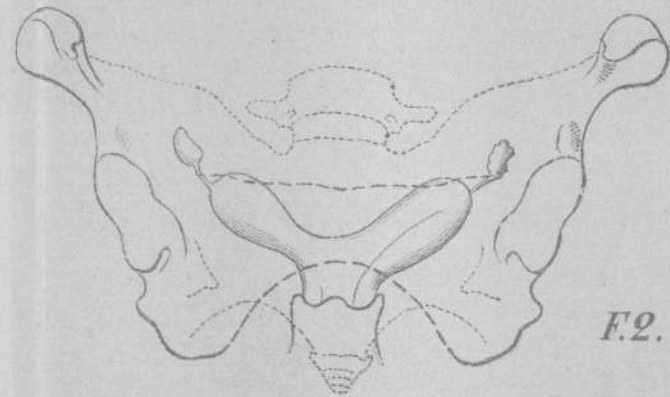
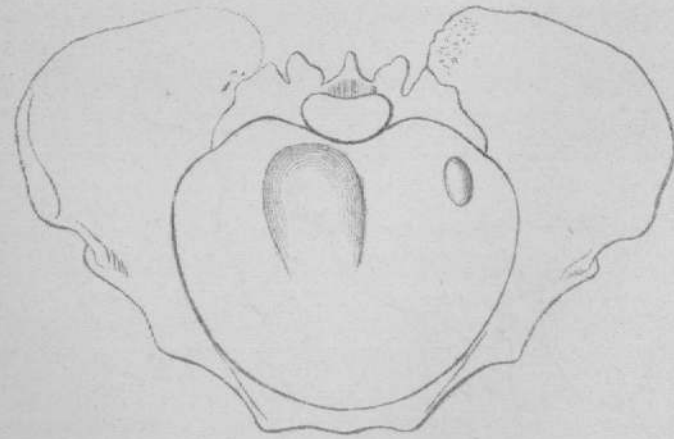
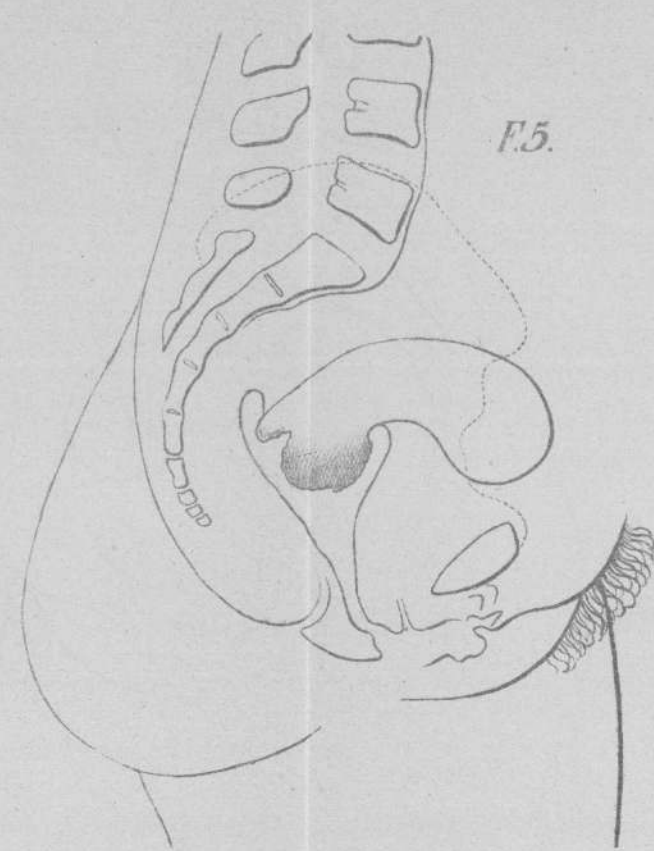
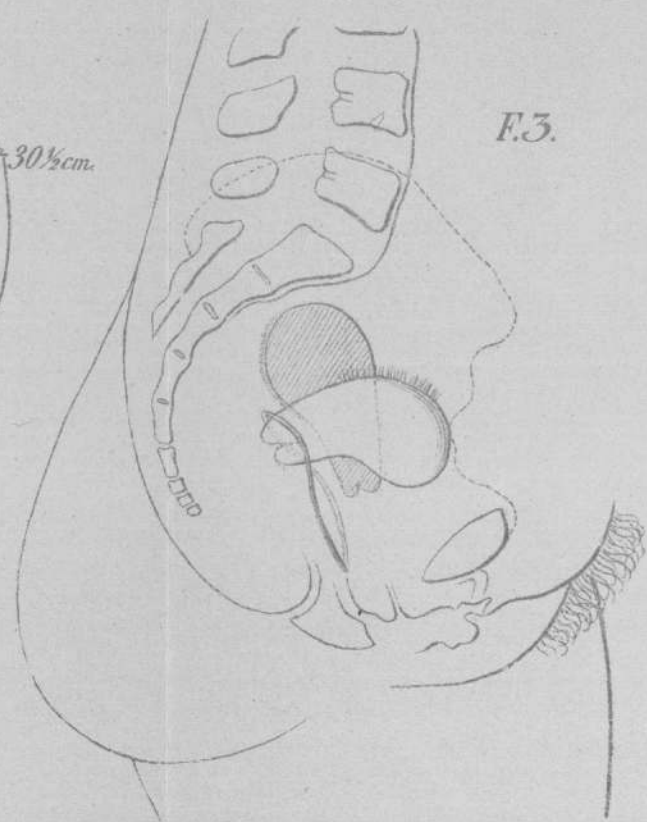
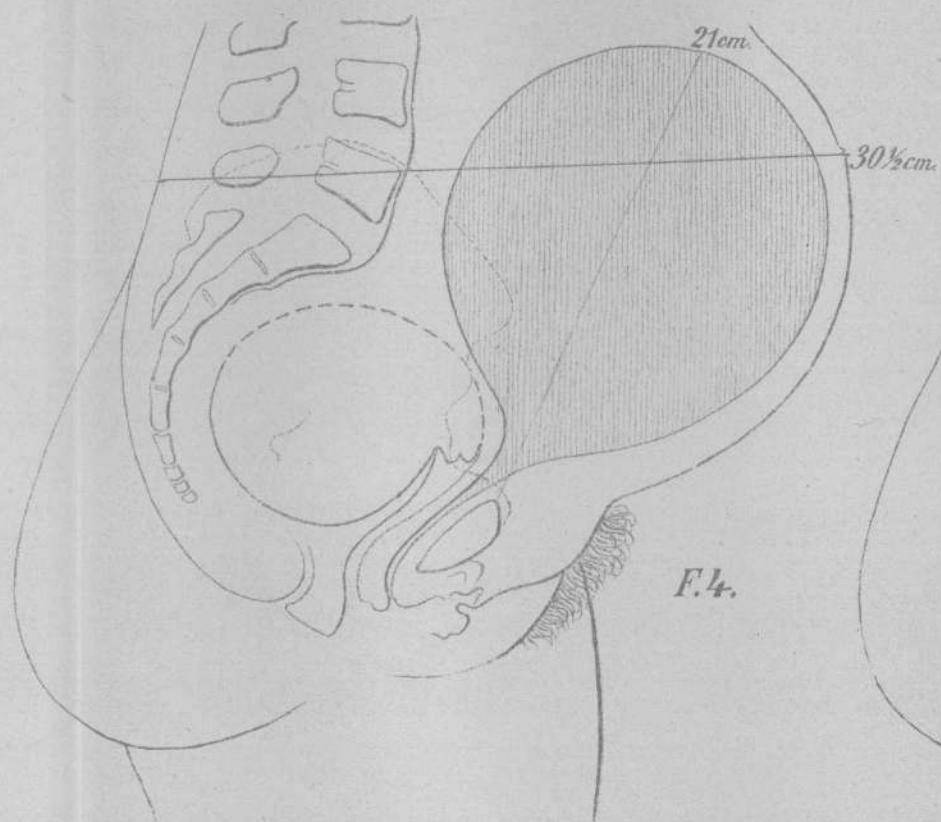
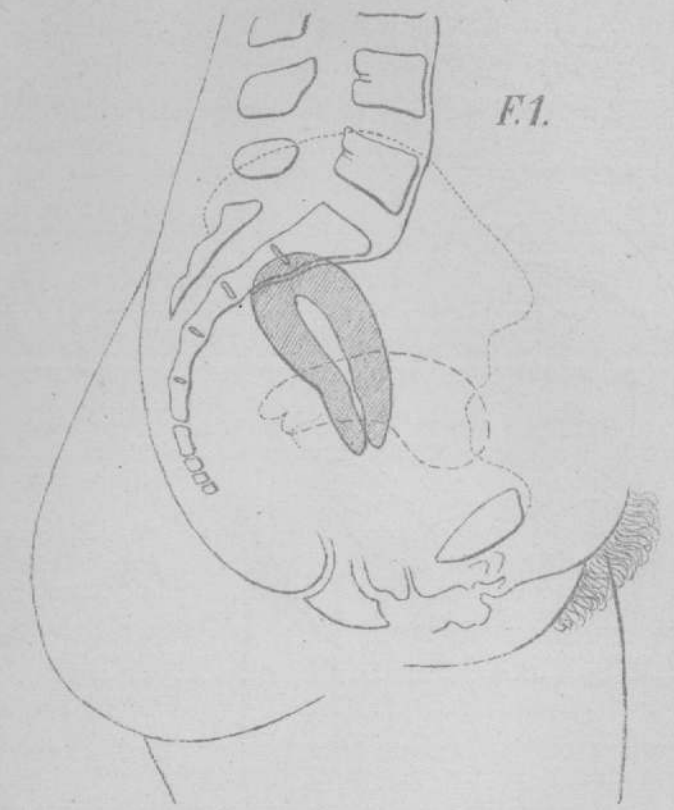
Status: Mittelgroß, gut genährt, Haare blond, schlicht. Pupillen eng, gleich, reagieren prompt. Iris graublau. Cilien bis auf einige wenige ausgefallen. Conjunctiven lebhaft gerötet. Zähne gut. Herztöne rein. Über den Lungen vereinzelte trockene Rasselgeräusche, sonst nichts Abnormes. In der rechten Achselhöhle eine etwa 7 cm im Durchmesser haltende, nässende, z. T. mit Borken bedeckte gerötete Haut-

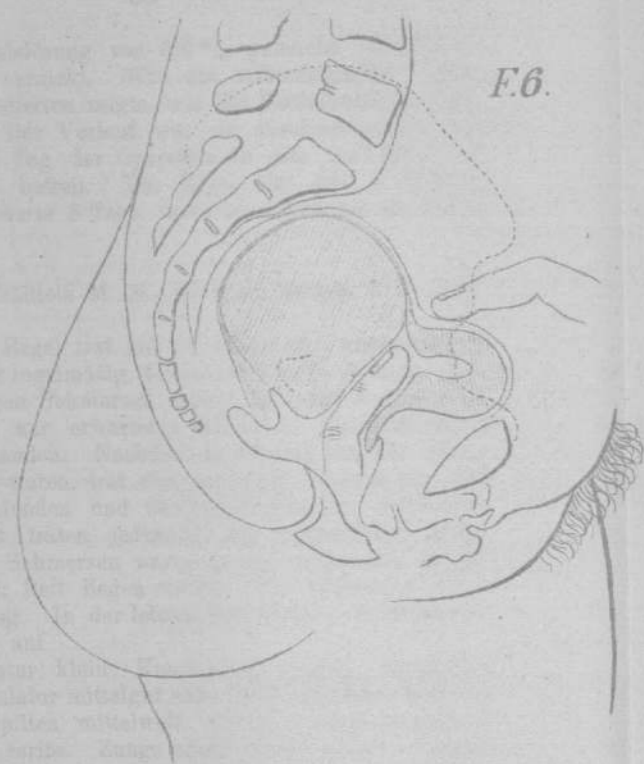
ovarii und der Tube. Das erstere geht in eine runde, flache Anschwellung von etwa 2 qcm Oberfläche über. Einzelne Buckel wie an einem normalen Ovarium sind daran nicht zu tasten. Die Tube wird nach außen zu dicker und endet mit kolbiger Anschwellung. Auf der rechten Seite das Lig. ovarii und Tube von der Uteruskante nach außen sich erstreckend, das Lig. ovarii etwas kürzer als links. Das Ovarium von der gleichen Größe, aber deutlich mit Buckeln versehen. Die Tube macht nur eine Windung über das Ovarium weg, und die Endanschwellung derselben ist etwas kleiner als an der rechten Tube und liegt der Außenseite des Ovariums dicht an.

Diagnose: Verschluss der abdominalen Enden beider Tuben, Anfüllung der Tuben mit Flüssigkeit, anscheinend seröser, also Hydrosalpinx. Hierdurch waren die Sterilität und die Beschwerden der Pat. erklärt. Indikation: Entleerung des Inhaltes der Tuben und Herstellung von künstlichen Öffnungen an den abdominalen Tubenenden: Salpingostomie.

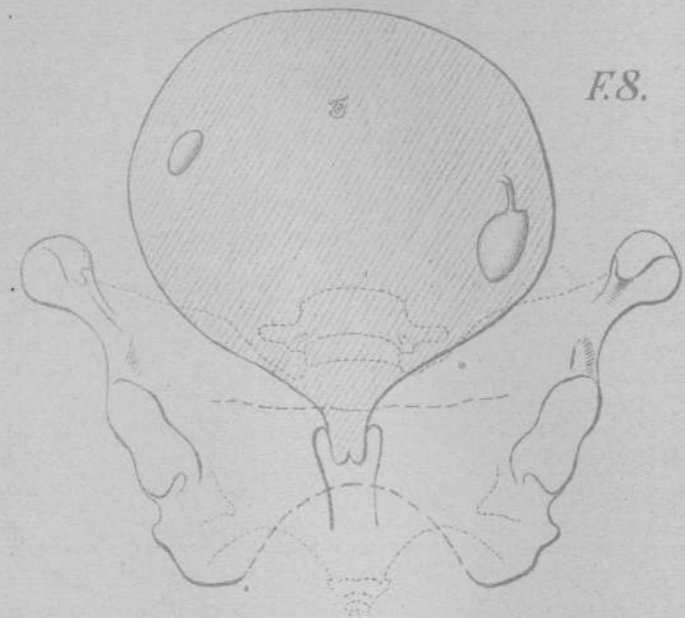
Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich die Diagnose als vollkommen bestätigt. Beide Tuben waren ausgedehnt und am abdominalen Ende verschlossen. Nachdem einige lockere Adhäsionen am Beckenboden mit den Fingern getrennt waren, ließen sich die Adnexa des Uterus gut zu Gesicht bringen. Es wurde zunächst auf der linken, dann in analoger Weise auf der rechten Seite operiert. Mit einer Pravaz'schen Spritze wurde zur Prüfung des Inhalts in die Tube eingestochen und klares gelbes Serum aspiriert. Hierauf wurde durch einen Schnitt das ampulläre Ende geöffnet (eine Andeutung früher vorhandener Öffnung war nicht wahrzunehmen). Der klare Inhalt, welcher auf wenige cem zu schätzen war, entleert, und nun am abdominalen Ende der Tube unter Benutzung des gemachten Einschnittes aus der Wand ein ovales, etwa 1 qcm großes Stück excidiert. Feine Seidennähte vereinigten hierauf ringsherum Tubenschleimhaut mit Tubenserosa. Von den neu gemachten Öffnungen aus konnte die Sonde leicht beiderseits bis in den Uterus vordringen. Da es darauf ankam, die Bildung neuer Adhäsionen möglichst zu vermeiden, so wurde das Peritoneum möglichst geschont, vor allem nicht ausgiebig ausgewischt. Antiseptica wurden nicht in die Bauchhöhle gebracht. Die sterilisierten Instrumente, Schwämme etc. wurden unmittelbar vor dem Gebrauch



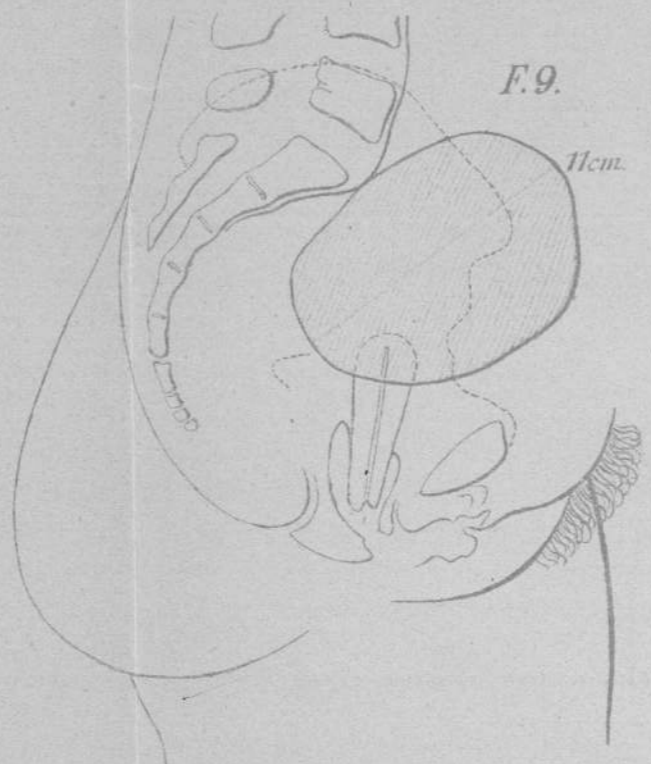




F.6.

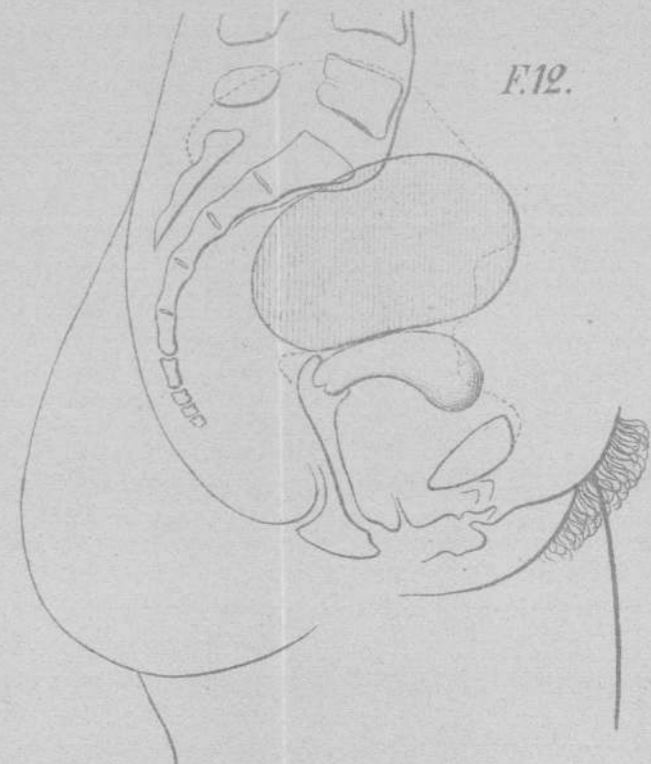


F.8.

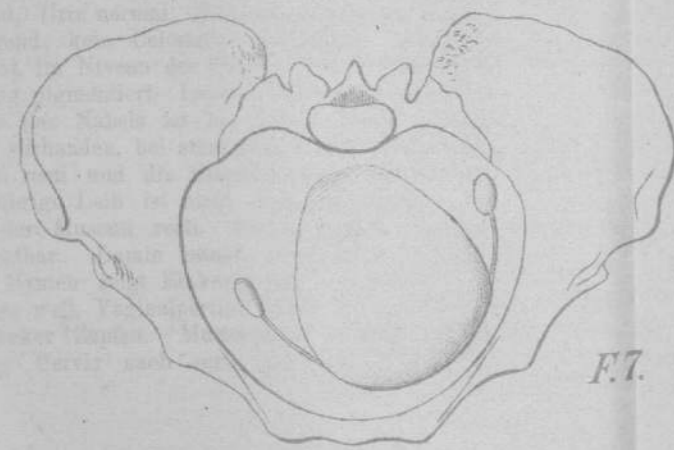


F.9.

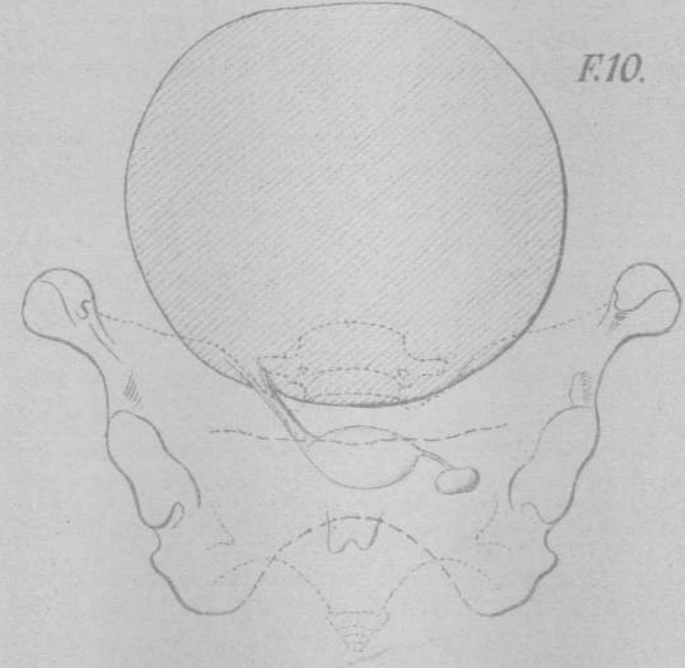
11cm.



F.12.



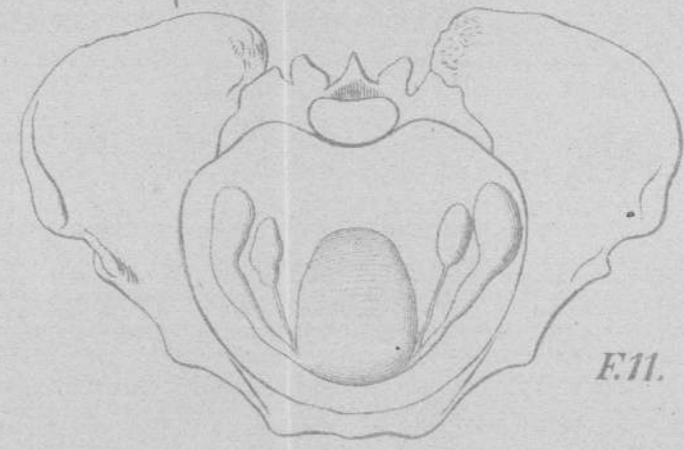
F.7.

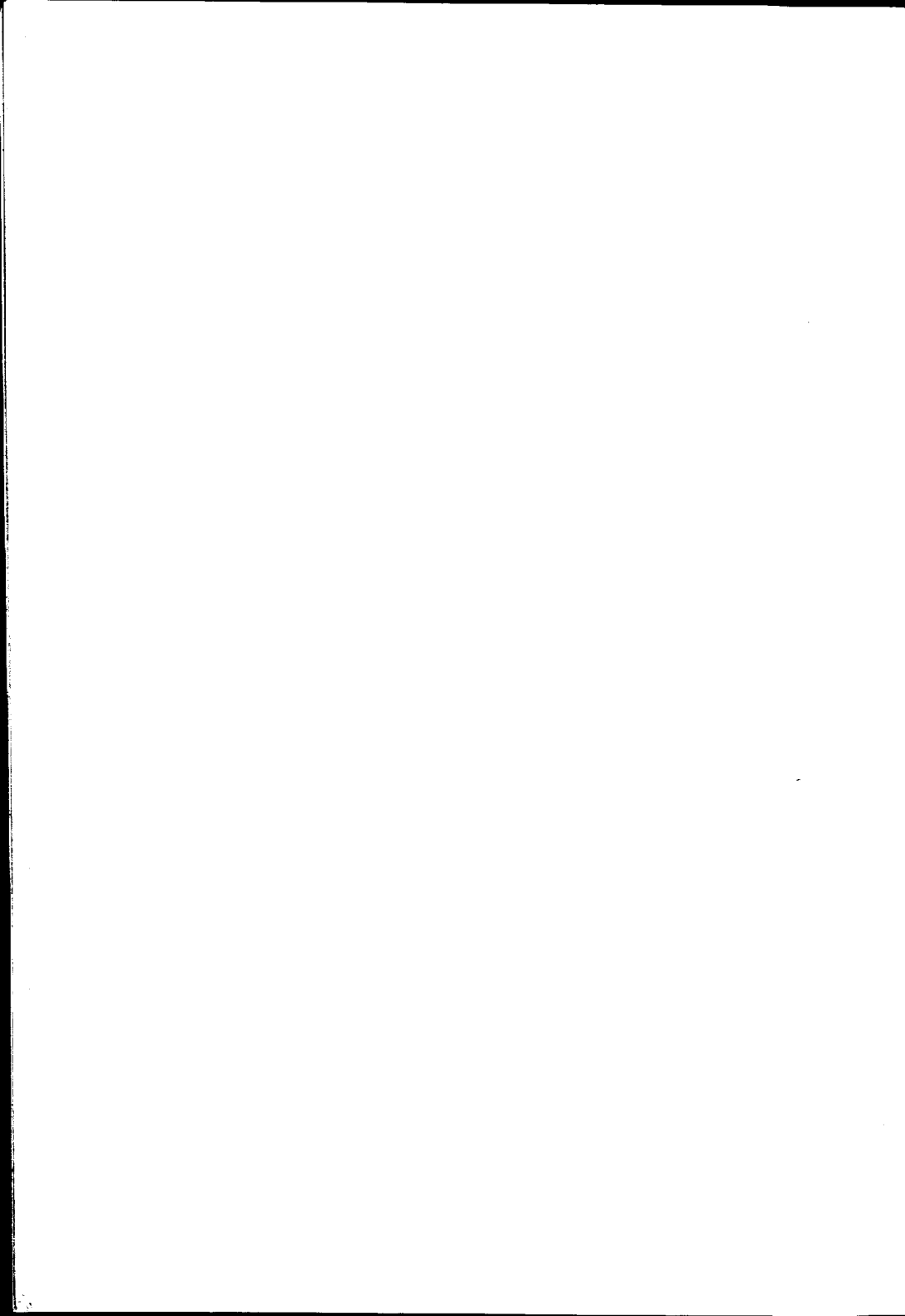


F.10.



F.11.





in sterile Kochsalzlösung von 0,6 % getaucht. Die Wand der Tuben war verdickt. Wie die mikroskopische Untersuchung des Exciidierten zeigte, war die Muskelschicht erheblich vergrößert. Der Verlauf war ein durchaus glatter und fieberloser. Vom Tag der Operation an war die Frau von ihren Schmerzen befreit. Die Regel trat alle 4 Wochen pünktlich ein, dauerte 8 Tage, war viel schwächer als früher und schmerzlos.

Fall 12. Fräulein M. M., 22 J. alt, aufgen. 3. X. 1887. Nr. 256.

Anamnese Regel trat mit 15 Jahren ein, unregelmäßig, vom 16. Jahre an regelmäßig, 4-wöchentlich, 2—3-tägig, spärlich, mit geringen Schmerzen verbunden. Im August d. J. blieb die Regel zur erwarteten Zeit aus. Cohabitation im Juli wird zugestanden. Nachdem 6 Wochen seit der letzten Regel verflissen waren, trat eine 14-tägige Blutung ein, zum Teil mit schneidenden und zusammenziehenden Schmerzen. Seit dieser Zeit traten jedesmal bei körperlicher Arbeit Blutungen ein. Schmerzen waren immer vorhanden, so daß Pat. teilweise zu Bett liegen mußte. Die Blutungen waren immer nur gering. In der letzten Zeit traten auch Schmerzen beim Urinlassen auf.

Status: Statur klein, Knochenbau kräftig, Ernährung mittelgut. Muskulatur mittelgut entwickelt. Sichtbare Schleimhäute blaß. Pupillen mittelweit, gleich, prompt reagierend. Zähne teilweise cariös. Zunge nicht belegt, bleich. Lungen und Herz gesund. Urin normal. Mammae mittelgroß, Warzen kaum hervorragend, kein Colostrum vorhanden. Abdomen mäßig vorgewölbt, im Niveau des Thorax. Nabel eingezogen. Linea alba wenig pigmentiert. Leichte Behaarung derselben. Links unterhalb des Nabels ist bei leisem Druck geringe Empfindlichkeit vorhanden, bei stärkerem Druck contrahieren sich die Musculi recti und die Empfindlichkeit ist sehr gesteigert. Der übrige Leib ist nicht druckempfindlich. Geringe Diastase der Musculi recti. Kleine Labien zwischen den großen sichtbar. Damm intakt. Präputium clitoridis stark wulstig. Hymen zeigt Einkerbungen. Introitus ziemlich weit, Vagina weit, Vaginalportion etwas vor der Spinallinie als schlanker Zapfen. Muttermund grubchenförmig. Bewegungen der Cervix nach vorn und nach den Seiten

schmerzhaft. Durch das hintere Scheidengewölbe fühlt man einen kugeligen Tumor, der sich winklig an die Cervix ansetzt. Die nun vorgenommene kombinierte Untersuchung ergibt, daß die durch das hintere Scheidengewölbe getastete, an die Cervix sich ansetzende Resistenz einem Tumor angehört, welcher hinter dem Uterus gelagert ist, und in den Douglas-Raum hinabreicht. Per rectum tastend gelangt man hinter den Tumor. Der Tumor reicht nach links fast bis an die Beckenwand, nach rechts ebenfalls, nach oben bis über den Beckeneingang, nach abwärts fast bis in die Höhe der Spinae ischii, nach vorn bis in die vordere Beckenhälfte, den Uterus nach vorn drängend. Die Konsistenz des Tumors ist ziemlich fest, die Oberfläche glatt. Der Tumor ist in mäßigen Grenzen beweglich. Corpus uteri liegt in Anteflexion, ist von normaler Größe. Der Fundus ist durch eine deutliche Furche von dem dahinter gelegenen Tumor abgegrenzt.

Diagnose: Haematocoele retrouterina, vielleicht entstanden durch Ruptur einer Extrauterin gravidität. Unter Ruhe und resorbierender Behandlung verkleinerte sich der Tumor.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Hofrat Professor Dr. B. S. Schultze für die gütige Überweisung des Themas, sowie Herrn Privatdozent Dr. F. Skutsch für freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

10381