



Complication
der
Schwangerschaft und Geburt
durch Fibromyome.

INAUGURAL-DISSERTATION

der **medizinischen Facultät**

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

ALFRED BECHLER

approb. Arzt

aus Elster in Sachsen.



STRASSBURG

Universitäts-Buchdruckerei von J. H. ED. HEITZ
(HEITZ und MÜNDEL Nachfolger).

1885.



Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der
Universität Strassburg.

Referent : **Prof. Dr. Freund.**

Erster Theil.

Die Complication von Fibromyomen mit Schwangerschaft wurde früher für so selten gehalten, dass man die Erkrankung an Fibromyomen als Nonnenkrankheit bezeichnete, weil man glaubte, dieselben kämen nur bei Frauen vor, die keinen geschlechtlichen Verkehr pflegen und nicht geboren haben. Das Vermeiden des geschlechtlichen Verkehrs, die Sterilität oder Inaktivität des Genitalapparates wurde sogar bis in dieses Jahrhundert als Ursache der Entwicklung von Fibromyomen am Uterus betrachtet und selbst bis auf die heutige Zeit finden wir, dass eine nicht kleine Zahl berühmter Pathologen, von Bayle, Meckel, Cruveilhier bis auf Cohnheim diese Ansicht vertreten, während im Gegentheil fast alle Gynäkologen, mit Ausnahme von Scanzoni und Spiegelberg, bei der umgekehrten Meinung verblieben sind, dass die Fibromyombildung sich am häufigsten bei Frauen findet, deren Genitalapparat zu wiederholten Malen in Function getreten, und dass vielmehr die Sterilität die Folge der Myombildung des Uterus sei (Gusserow, Neubildungen des Uterus, S. 116). Gusserow gibt eine Zusammenstellung von 959 Fibroiden, die sich bei

672 verheiratheten und 287 unverheiratheten Frauen fanden. Von den 672 Verheiratheten hatten 464 geboren, die Uebrigen waren steril.

Auch aus den Untersuchungen von Routh in England geht hervor, dass diese Geschwulstbildung sich mehr bei verheiratheten, als bei unverheiratheten Individuen findet.

Michels (Fibromyome des Uterus, S. 8) behandelte 160 myomkranke Frauen, von diesen waren 127 verheirathet und 33 unverheirathet.

Winckel (Ueber Myome des Uterus in ätiol., symptom. und therapeut. Beziehung. S. 7, resp. 741) gibt in seinem Vortrage über die Myome des Uterus p. 7 folgende interessante Statistik:

Unter 555 Kranken mit Myomen fanden sich:

140 ledig und ohne Kinder	24,2%
134 verheirathet, aber steril	24,3%
281 hatten ein- oder mehreremal geboren	51,5%

Hieraus folgt, dass nur ein Viertel von den genannten Kranken unverheirathet und eben so viele von den Verheiratheten steril waren.

Nach Winckel's eigenen Zahlen sollen sogar 40% der Verheiratheten steril gewesen sein. Die sehr grosse Zahl von Sterilen beweist, dass das Verhältniss der Sterilität zu den Myomen nicht das von Scanzoni angenommene, sondern vielmehr ein umgekehrtes ist, dass die Myome die Ursachen und nicht die Folgen der Sterilität sind.

Es ergibt sich aber auch noch hieraus, dass die Verheiratheten zu der erwähnten Geschwulstbildung viel mehr disponiren, als Unverheirathete, dass heisst solche, die gar nicht oder nur selten den Geschlechtstrieb befriedigen können.

Die weiteren Statistiken Winckel's, die er in Bezug auf die Fruchtbarkeit myomkranker Frauen gesammelt hat, ergeben folgende Zahlenverhältnisse:

Von 46 Patientinnen hatten 37 geboren (114 ausgetragene Kinder), 16 abortirt; von den 37 waren 10 I para, 22 pluripara (II-V p.), nur 5 multipara (VI-IX p.).

Süsserot (Beiträge zur Casuistik der mit Uterusmyomen complicirten Geburten; Inaug. Dissert., Rostock 1870) hat unter 62 Patientinnen sogar 27, die nur einmal geboren haben, 31 plurip., 4 multip.

Gusserow (l. c. S. 117) hat aus obigen Angaben mit Hinzuzählung eigener Beobachtungen 564 Fälle von Myom-Erkrankungen bei verheiratheten Frauen sammeln können und darunter 153 sterile gefunden.

Diese Statistiken zeigen deutlich, dass die Mehr- und Vielgebärenden unter den mit Myom behafteten Frauen viel seltener sind, als dies bei gesunden Frauen der Fall ist. Berücksichtigt man ausserdem noch die hohe Procentzahl derjenigen myomkranken Frauen, welche in steriler Ehe lebten, so sieht man, dass die Conception durch das Wachsthum derartiger Tumoren sehr beeinträchtigt wird.

Diese Beeinträchtigung der Conception findet in den durch den Tumor bedingten Lageveränderungen und in der Verzerrung der Höhlen und Gänge der inneren Geschlechtsorgane ihre Erklärung. Tube und Eierstock werden sehr leicht verlagert, wodurch der Eintritt des Eies erschwert und die Weiterbewegung desselben auch noch durch Knickung der Tube verhindert sein kann.

Sodann erschweren chronisch entzündliche Vorgänge, Verwachsungen, Blutungen und Uteruskatarrh die Befestigung des Eies und die Bildung der Placenta im Uterus und endlich kann die Conception vielleicht dadurch noch

verhindert werden, dass durch Verengerung (Retro- und Anteflexion) und Verlegung des Cervicalcanals sogar der Eintritt des Samens in den Uterus unmöglich gemacht wird.

Ist dennoch Conception eingetreten, so kann es leicht geschehen, dass der gravide Uterus durch Anwesenheit der Fibromyome in seiner Function sehr häufig gestört und das Allgemeinbefinden der Schwangeren auf die verschiedenartigste und leider nicht selten auch gefährlichste Weise geschädigt wird.

Diese Verschiedenartigkeit der Complicationen der Schwangerschaft durch Fibromyome des Uterus erklärt sich theilweise aus der Natur, dem anatomischen Bau der Geschwulst (weich bei Anwesenheit von Muskelfasern, hart bei Bindegewebe), theils aber auch durch den jedesmaligen Sitz und die Beziehungen, in welche der Tumor zu dem graviden Uterus tritt.

In allen Schriften, in welchen Myome des Uterus beschrieben werden, finden wir die vortheilhafte Eintheilung in :

- a) subseröse (subperitoneale),
- b) interstitielle (intramurale),
- c) submucöse (intrauterine),

welche sowohl vom anatomischen, wie klinischen Standpunkte aus annehmbar ist, da sich auch die krankhaften Symptome während der Schwangerschaft und Geburt meistens von diesen einzelnen Punkten ableiten lassen.

Neben dem nicht unbedeutenden Einfluss der Uterus-Fibroide auf die Schwangerschaft, den wir später erörtern werden, macht sich auch das umgekehrte Verhältniss, ein Einfluss der Schwangerschaft auf die Fibromyome geltend; die dadurch im Tumor entstehenden Veränderungen hängen ebenfalls vom Sitz und von der Textur der Geschwulst ab.

Manche Tumoren werden gar nicht, andere wieder ganz bedeutend verändert und im letzteren Falle ist damit dann natürlich oft eine grosse Gefahr für das Leben der Schwangeren verbunden.

Da die subserösen Geschwülste, besonders wenn sie gestielt sind, mit dem Uterus nur wenig zusammenhängen, so werden sie auch nur wenig durch die physiologischen Veränderungen des graviden Uterus alterirt. Diese Veränderungen nehmen aber zu mit der Breite des Stiels; je grösser die Basis der Geschwulst, je mehr dieselbe einen Theil der Uteruswandung selbst bildet, desto grösser wird auch die Bethheiligung derselben am Wachstum des Uterus und dies um so mehr, je mehr die Geschwulstform in ihrer Structur dem reinen, eigentlichen Myom (Leiomyom) nahe kommt. Die Blutzufuhr wird eine grössere, es wird weicher, succulenter, mitunter telangiectatisch; es kommt sowohl zur Hypertrophie, als zur Hyperplasie der einzelnen Muskelemente, während bei den Fibromyomen mehr eine ödematöse Schwellung (Gusserow) eintritt, und so kann es sich schliesslich ereignen, dass erst während der Schwangerschaft Uterustumoren diagnosticirt werden, von deren Existenz man vorher durchaus keine Ahnung hatte.

Sehr häufig kommt es bei diesen subperitonealen Fibroiden im Verlauf der Gravidität auch zur Dislocation des Tumors; während z. B. Myome des Cervix Anfangs in die Tiefe wachsend, durch allmähliche Grössenzunahme das ganze Becken ausfüllen, können dieselben manchmal mit zunehmender Ausdehnung des graviden Uterus vollständig aus dem Becken hervorgehebelt und in den Bauchraum gezerzt werden.

Bei den submucösen Uterus-Fibroiden sind die durch Schwangerschaft hervorgerufenen Veränderungen ganz

anderer Art. Macht sich auch hier im Anfang gleichfalls ein Streben nach Wachstum geltend, so ist es doch offenbar, dass eine so bedeutende Vergrößerung, wie bei subperitonealen Tumoren, bei den intrauterinen zur Zeit der Gravidität nicht vorkommen kann.

Man bemerkt die Anwesenheit des submucösen Tumors durch die schon sehr häufig vor der Gravidität auftretenden Blutungen; die starke Ausdehnung, welche die Schleimhaut des Uterus durch das Wachstum des Tumors erfährt, und die damit verbundene Dilatation und Zerrung der besonders zur Zeit der Gravidität sehr entwickelten Gefässstämme macht dieselben, besonders die venösen, sehr leicht zerreisslich und führt dann häufig zu recht bedenklichen Complicationen der Schwangerschaft und Geburt.

Zu betonen ist, dass die Schwangerschaft bei submucösen Fibroiden viel seltener zu Stande kommt, als bei subserösen, und dies dürfte doch auch dafür beweisend sein, dass die Myome eher als die Ursache, als für die Folge der Sterilität zu erklären sind.

Dass es bei submucösen Tumoren zur Zeit der Schwangerschaft selbst zur Ausstossung derselben kommen kann, lehrt u. A. der Fall von Charrier (*Gazette des hôpit.* N° 4, 1875), wo im 7. Monat der Schwangerschaft spontan ohne Wehentätigkeit ein festes Fibrom aus dem Uterus in die Vagina trat und dort zu jauchen anfang; 24 Tage nachher erfolgte die Frühgeburt, die günstig verlief.

Auf die interstitiellen Fibromyome, bei denen die Grössenzunahme am schnellsten und umfangreichsten auftritt, macht sich der Einfluss des schwangeren Uterus gerade in entgegengesetzter Weise geltend; hier kommt es zu einer Abplattung der Fibroide, so dass dieselben

bei der Untersuchung kaum, manchmal gar nicht wahrgenommen werden, dafür aber dann nach der Geburt häufig wieder ein grösseres Wachsthum an den Tag legen. —

Freilich zeichnen sich all' die genannten Geschwülste keineswegs immer während der Schwangerschaft durch Wachsthum aus. Es kommt bei ihnen auch nicht selten zu cystischen Erweiterungen und apoplectischen Blutergüssen in die mit seröser Flüssigkeit angefüllten Hohlräume, wie der von Cappie beobachtete Fall beweist (Transactions of the Edinburgh obstetrical Journal, II S. 303, III p. 325), wo im 4. Monat der Schwangerschaft plötzlicher Tod an Peritonitis und innerer Verblutung eintrat, die von einem erweichten subserösen Myom ausgegangen war. Es wurde jedoch in diesem Falle die Erweichung mit nachfolgender Gangränescirung durch die Axendrehung des sehr dünnen Stieles hervorgerufen. Im Allgemeinen sind aber die Fälle von Erweichung im pathologisch-anatomischen Sinn — die mit Gewebszerfall verbundenen — recht selten und zuweilen wohl mit der rein serösen Erweichung wechselt worden, welche nichts weiter, als eine in Folge von Circulationsstörungen auftretende seröse Durchtränkung der Geschwulstmassen darstellt.

* * *

Gehen wir nun zu den Störungen über, welche die Fibroide des Uterus in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett verursachen, so ergibt sich eine viel grössere Mannigfaltigkeit, als es in dem bisher betrachteten umgekehrten Verhältniss der Fall ist.

Indess sind in der Litteratur auch sehr viele Fälle verzeichnet, wo trotz des Vorhandenseins multipler Myome

am Uterus eine Störung der Schwangerschaft nicht erfolgte.

So erwähnt Guéniot einen Fall, wo Schwangerschaft und Geburt bei einer Frau normal verliefen, deren Uterus, als dieselbe im Wochenbett an Variolen starb, von 20 Myomen verschiedener Grösse durchsetzt war (s. Gusserow l. c. 122). —

Die Erscheinungen, welche die Neubildung hervorruft, sind auch hier wieder in erster Linie von dem Sitze abhängig, welchen sie einnimmt. Da die subperitonealen Geschwülste meistens am Fundus, oder an der hinteren Wand des Uterus sitzen, haben sie sehr häufig gar keinen Einfluss auf die Schwangerschaft, vorausgesetzt, dass nicht schon eine bedeutende Grösse erreicht ist, in welchem Falle dann meist Abortus oder Frühgeburt eintritt.

Toloczinow fand unter 119 Fällen von Fibromschwangerschaften 21 Abortus; West unter 36 Fällen von Conception bei Fibromyomen 28 Abortus; Winckel bei 46 Conceptionen 16 mal Abortus; Nauss bei 241 Conceptionen 47 mal Abortus.

Ist auch die Gefahr des drohenden Abortus bei den am Fundus sitzenden Fibroiden weniger gross, so wächst sie, je mehr die Tumoren weiter unten am Cervix ihren Sitz haben.

Dies hat darin seinen Grund, weil einerseits die Betheiligung der Cervixmuskulatur an dem Process der Schwangerschaft und Geburt eine viel kräftigere ist, als die des Fundus, andererseits weil bei schnellem Wachstum der tief unten im kleinen Becken sitzenden Cervix-Fibroide viel leichter eine bedeutende Raumbeschränkung zu Stande kommt, die dann auf die Entwicklung der Frucht sehr leicht einen störenden Einfluss ausüben kann. Auch lästige und gefahrdrohende Symptome von Seiten

der Nachbarorgane treten auf, sobald die Myome in das um die Scheide herumliegende Bindegewebe hineinwachsen und, als knollige Tumoren zwischen Scheide und Mastdarm liegend, das ganze kleine Becken ausfüllen.

Der anhaltende Druck auf das Rectum verursacht dann leicht Katarrh desselben, Obstipation, Koliken, Bildung von Hämorrhoidalknoten. Druck auf die Blase führt zu Harndrang, Retentio urinae, Ischurie; Druck auf die Nervenstämme zu Empfindungs- und Bewegungsstörungen, Schmerzen im Kreuzbein mit Ausstrahlung in die regio iliaca, zu Reflexerscheinungen, Cardialgien, Erbrechen, Kopfschmerz; Druck auf die grösseren Gefässstämme zu Anasarka, wozu dann auch ein freier Erguss in die Bauchhöhle sich gesellen kann. Zwar können all' die genannten Symptome auch ausserhalb der Schwangerschaft auftreten, doch werden sie bei zugleich bestehender Gravidität, wenn sie sowohl den normalen Verlauf der letzteren, als auch die normale Funktion benachbarter Organe stören, für den Gesamtorganismus weit gefährlicher werden.

Die subperitonealen Fibroide können auch noch nach anderer Richtung hin auf die Schwangerschaft einwirken und zwar durch Dislocation des Uterus selbst. Besonders häufig kommt es dann zu einer Retroflexio uteri gravidi mit Incarcerationserscheinungen leichteren oder schwereren Grades, die dann entweder eine Reposition oder den künstlichen Abortus nothwendig machen, wenn dieser nicht schon spontan in Folge der Einkleilung oder der vorgenommenen Repositionsversuche erfolgt.

Auch extrauterine Entwicklung des Fœtus kann in Folge der Dislocation von Tube und Eierstock vorkommen, und es ist merkwürdig, dass in der Litteratur sich nur wenige solcher Fälle verzeichnet finden. Stolz beobach-

tete eine Tubarschwangerschaft in einem Fall, wo ein submucöses Fibrom die ganze Uterushöhle ausfüllte. George Harley schildert den Verlauf einer Tubarschwangerschaft, die im 5. Monat durch Ruptur tödtlich endete. (Gusserow l. c. p. 125.) Der Uterus enthielt mehrere subseröse Myome, eins besonders gross am Ansatz der linken Tube. Endlich erwähnt Breslau noch einen diesbezüglichen Fall von Tubarschwangerschaft. (Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten XXI. Bd., Supplementheft S. 119—124.)

Eine andere sehr gefährliche Complication der Schwangerschaft besteht in der drohenden Uterusruptur. In der Nähe der Basis der Fibroide wird das Uterusgewebe, besonders gegen Ende der Schwangerschaft bedeutend verdünnt, die Uteruswand an dieser Stelle atrophisch, papierdünn und kann dann, besonders bei eintretender Wehenthätigkeit, sehr leicht einreißen. Dass übrigens diese Ruptur der Uteruswand auch ausserhalb der Schwangerschaft vorkommen kann, lehrt das in der Sammlung der Strassburger gynäkolog. Klinik sich vorfindende Präparat, wo nach einer intra-uterinen Injection von liqu. ferri sesquichlorati, die schon wiederholt mit günstigem Erfolg gemacht worden war, plötzlich unter dem Drucke der injicirten Flüssigkeit die verdünnte Partie zerriss; Tod in Folge von Peritonitis. Die Möglichkeit der Durchbohrung mit der Spritze selbst war ausgeschlossen.

Die subperitonealen Fibroide des Uterus rufen nach dem Gesagten also je nach ihrem Sitze sehr häufig gar keine, manchmal geringe und nur in seltenen Fällen bedeutende Complicationen der Schwangerschaft hervor; bei den intramuralen und submucösen Geschwülsten hingegen kommen Störungen der Schwanger-

schaft, der Geburt und besonders auch der Entwicklung des Foetus selbst häufiger zur Beobachtung.

Dass bei den submucösen Myomen die Conception viel seltener eintritt, wurde bereits besprochen.

Ist es zur Conception gekommen, so bleibt der Foetus manchmal auffallend klein, besonders wenn sich die Placenta über dem Fibroid inserirt; er kann völlig absterben und zum foetus papyraceus werden.

Olshausen (Nauss, Inaug. Dissert. Halle 1872) erwähnt hiervon 6 Fälle. In einem Fall künstlichen Aborts (Depaul) war der Embryo abgeplattet wie ein Carton. Die Abplattung des ganzen Foetus wird ausserdem noch in einem anderen Falle von Frühgeburt im 7. Monat erwähnt; in den übrigen Fällen, wo die Geburt am Ende der Schwangerschaft erfolgte, wurde nur der Kopf abgeplattet. In 5 Fällen handelte es sich um voluminöse intraparietale Myome in der Nähe des Cervix; im 6. Falle hatte sich ein gestieltes, vom Fundus ausgehendes Myom in der excavatio recto uterina eingelagert.

Abort und Frühgeburt kommen aber auch hierbei nicht selten vor und manche Fälle von habitueller Frühgeburt mögen, da die Myome während der Schwangerschaft sich häufig der Diagnose entziehen, auf die durch dieselben veranlassten Störungen in der Entwicklung des Foetus zurückzuführen sein.

Eine andere sehr wichtige Complication der Schwangerschaft ist diejenige, welche in den meisten Fällen den beginnenden Abortus anzeigt, nämlich die Blutung. Dass Myome, besonders die submucösen, leicht während der Schwangerschaft zu den profusesten Blutungen Veranlassung geben können, ist natürlich, besonders wenn man bedenkt, wie häufig dieselben auch ausserhalb der Schwangerschaft profuse Menstruation und Menorrhagie hervorrufen.

Viele Fälle von angeblicher Wiederkehr der Menstruation in der Schwangerschaft erweisen sich als Fälle von Schwangerschaft, die mit Fibroiden complicirt sind. Die Blutungen halten dann oft einen gewissen Typus ein und sind oft nur mässig stark.

Nauss (l. c. p. 17) erwähnt 19 Fälle von Blutungen während der Schwangerschaft, in denen der Sitz der Geschwülste angegeben ist; 11 davon betreffen submucöse Myome resp. Polypen; 6 interstitielle und 2 subperitoneale Myome.

Die Blutungen sind besonders profus und gefährlich, wenn das submucöse Myom oder der Polyp vom Cervix ausgeht; sie können einen sehr hohen Grad erreichen und zu einem gefährlichen Zustand von Anämie führen.

In einzelnen Fällen ist die Blutung fast eine ununterbrochene; oft tritt sie, wie bereits erwähnt, während der Schwangerschaft aber auch in vierwöchentlichen Pausen auf.

Eine directe Beeinflussung des Embryo wird bei subperitonealem Sitz der Fibroide selten, bei den intramuralen und submucösen Myomen häufiger beobachtet.

Die ziemlich selten vorkommende Abplattung — *fœtus papyraceus*-Bildung — wurde schon besprochen.

Einen besonders interessanten Fall theilt Lever im *Guys Hosp. Rep.* 1842, vol. VII, mit. Er kam zu einer Frühgeburt, wo ihm ein Kind mit ganz deformen unteren Extremitäten gezeigt wurde, die sich um einen runden Körper herum geformt zu haben schienen. Er fand dann einen beträchtlichen Tumor an der vorderen Uteruswand. (Nauss l. c.)

Häufiger als diese Deformitäten des *Fœtus* lässt sich eine *abnorme Kindeslage* constatiren. Dass dieselbe von Deformationen der Uterushöhle abhängig ist, muss

wohl angenommen werden. Unter diesen anormalen Kindeslagen sind besonders häufig die Querlagen, zumal wenn die Geschwulst in der unteren Partie des Uterus sitzt und den Kopf gegen das Ende der Schwangerschaft daran verhindert, sich in's Becken einzustellen. Während nämlich im Allgemeinen von den verschiedenen Kindeslagen auf Schädellagen 95 $\frac{0}{100}$, Beckenendlagen 3,11 $\frac{0}{100}$, Querlagen 0,56 $\frac{0}{100}$ kommen, fand Nauss (l. c.) in den 86 Fällen seiner Zusammenstellung 46 Schädellagen (53,48 $\frac{0}{100}$), 22 Beckenendlagen (25,58 $\frac{0}{100}$), 18 Querlagen (20,93 $\frac{0}{100}$). Aehnliches berichtet Tolocznow (Wiener med. Presse X, 30. 1869), welcher unter 48 Fällen 25 Kopflagen (52,08 $\frac{0}{100}$), 13 Beckenendlagen (27 $\frac{0}{100}$), 10 Querlagen (20,83 $\frac{0}{100}$) constatirte. Tarnier (Gazette des hôp. 1869) fand unter 22 hierher gehörigen Fällen 9 Beckenendlagen; Süsserot unter 68 derartigen Fällen 40 Kopflagen (59 $\frac{0}{100}$), 16 Beckenendlagen (23,5 $\frac{0}{100}$) 12 Querlagen (17,5 $\frac{0}{100}$). Gusserow p. 129.

Durch diese Zahlen ist eine grosse Zunahme der Beckenendlagen nachgewiesen. Ihren Grund hat sie theils in der durch die Tumoren bedingten regelwidrigen Configuration der Uterushöhle, theils beruht sie darauf, dass bei tiefem Sitz am Cervix die richtige Einstellung des Kopfes erschwert, wenn nicht ganz unmöglich gemacht, also der ganze Geburtsmechanismus gestört wird.

* * *

Noch mehr, als bei der Gravidität kommt der Einfluss dieser Geschwülste bei der Geburt in Betracht, deren Ausgang nie vorauszusehen ist.

Viele Fälle verlaufen freilich ohne irgend eine Störung, auch dann, wenn eine ganze Schaar von Fibroiden den Uterus durchsetzt, aber in den meisten Fällen kommt



es doch zu Complicationen, die leider nur zu häufig, sei es das Leben der Mutter oder das des Kindes bedrohen, so dass der normale Geburtsverlauf für eine Ausnahme angesehen werden muss. Am practischsten erscheint hier die Eintheilung in :

- 1) Complicationen während der Geburt des Kindes,
- 2) Complicationen während der Nachgeburtsperiode,
- 3) Complicationen im Wochenbett.

Die Complicationen während der Geburt sind ebenso, wie die der Schwangerschaft je nach dem Sitze der Tumoren sehr verschieden. Die subserösen und submucösen machen, wenn sie gestielt sind, sehr wenig Störungen. Erstere haben auf die Wehenthätigkeit keinen Einfluss, letztere eben so wenig, sie werden höchstens bei langem Stiel von dem vorliegenden betreffenden Kindstheil vor und nach der Geburt des Kindes aus dem Uterus ausgestossen. Je mehr diese Myome ihren Sitz am Fundus uteri haben, desto weniger beeinflussen sie die Geburt. Dann aber entstehen sehr ernste Ereignisse, wenn die Myome am Cervix sitzen, also Cervicalmyome und dabei oft noch sehr gross sind. Die Complicationen, welche dieselben in sich bergen, bestehen erstens in den Gefahren, welche für Mutter und Kind aus der abnorm langen und dazu noch fruchtlosen Wehenthätigkeit resultiren, zweitens aber auch in den durch den Geburtsact in dem Myom selbst hervorgerufenen Veränderungen. Abnorm lange Geburt und dadurch bedingte Gefahr für Mutter und Kind sind angegeben von Treuen (Gusserow p. 128, 129), wo nach dreitägigem Kreissen die Geburt mit der Zange beendet wurde und der Tod der Frau eintrat.

Ferner mit gleichem Ausgang von Böhrner und Barnetsche, wo der Tod der Wöchnerinnen nach

sechstägiger Geburtsdauer 48 Stunden nach der Geburt erfolgte. (Gusserow l. c. p. 128, 129.)

Die an dem Myom während der Geburt auftretenden Erscheinungen bestehen vor Allem in den gefährlichen Blutungen, die durch Zerreiſsung von Gefäſsen und durch Blutergüsse in cystische Höhlenbildungen zu Stande kommend, häufig den Tod der unentbundenen Frau zur Folge haben können.

Süſserot konnte unter 149 von ihm gesammelten Geburtsfällen bei Uterusfibroiden 9 mal allein den Tod durch Blutungen constatiren, ausserdem führt er noch 33 Fälle von bedeutender Blutung an.

Bezüglich des Einflusses der interstitiellen Myome auf die Wehenthätigkeit existiren zu wenig genauere Beobachtungen. Da die Geschwulstbildung doch meistens aus ebenso contractilen Muskelementen besteht, wie die Uterussubstanz selbst, so lässt sich annehmen, dass auch sie an der Wehenthätigkeit Theil nehmen können. Manchmal bewirken freilich die Myome der Uteruswandungen Atrophie einzelner Partien und dann könnte wohl in einzelnen Fällen auf diese Atrophie eine gewisse Wehenschwäche zurückzuführen sein, die wieder eine sehr langsam verlaufende Geburt mit ihren Gefahren für Mutter und Kind herbeiführen kann; jedoch sind das sehr seltene Fälle.

Eine gefährliche Complication, welche aus dieser partiellen Atrophie der Uteruswand bei Beginn der Geburt hervorgeht, ist die schon erwähnte Ruptur der Uteruswand. Ferguson, der ein weiches gestieltes Myom für den Kindeskopf hielt, legte die Zange an und entwickelte die Geschwulst mit Durchreißung des Stieles. Die Kranke starb 48 Stunden später und es zeigte sich an der Ansatzstelle eine Ruptura uteri (Gusserow l. c. p. 128).

Ob Fälle von spontaner Uterusruptur während der Wehenthätigkeit in Folge von Myombildung beobachtet sind, vermag ich auf Grund der mir zugänglichen Litteratur nicht anzugeben. Denkbar ist es.

* * *

Die Gefahren, welche bei all' diesen Complicationen während der Geburt dem Kinde drohen, sind nicht zu verkennen; es kann bei der lange dauernden 1. Geburtsperiode sehr leicht absterben und eine weitere Gefahr bringen die Querlagen, resp. Beckenendlagen mit sich. Dass dieselben bei Myomen des Uterus häufiger sind, wurde bereits unter den Complicationen der Schwangerschaft erwähnt.

Auch in dem ersten der anzuführenden Fälle fand man das todte Kind in Querlage mit Neigung zur ersten Unterart.

Diese Neigung des Kindes zu Querlagen und Habitusverletzungen bringt dann für die Geburt natürlich erschwerende Momente hinzu. Wenn auch das Leben des ausgetragenen Kindes bei subperitonealen Fibromyomen des Fundus durch den Geburtsakt an sich meistens nicht in Gefahr geräth, so wird dieses aber bei den Cervicalmyomen — seien sie subperitoneal, intramural oder submucös — doch in hohem Grade bedroht. Diese Gefahren wachsen mit der durch die Geschwulstmassen gegebenen Raumbehinderung des Geburtsweges. Kommt die Geburt noch spontan zu Stande, so können in Folge des Druckes von Seiten des Myoms eigenthümliche Verletzungen des Kindes vorkommen, welche fast immer den Tod des Kindes zur Folge haben. Simpson, Küchenmeister, Lachapelle, Blot berichten Zusammendrückung und Abplattung des kindlichen Schädels, ebenso sind Fracturen des Schädels, spontane Berstung der kleinen Fontanelle

und Zerreiſſung des sinus longitudinalis beobachtet. (Gusserow l. c.)

Tarnier fand unter 7 Fällen mit spontanem Geburtsverlauf 1 Todesfall der Mutter, 3 todte Kinder, Schicksal eines Kindes unbekannt. In den meisten Fällen kommt aber die Geburt nicht spontan zu Stande, sondern äussere Hilfeleistung wird nothwendig.

Dann handelt es sich um

- 1) Zangenapplication,
- 2) Wendung,
- 3) Perforation, resp. Embryotomie,
- 4) Kaiserschnitt,

wodurch die Prognose fast immer eine schlechte wird.

Tarnier hatte bei 6 Zangenapplicationen 4 mal Tod der Mutter und des Kindes, bei 6 Wendungen 3 mal Tod der Mutter und 3 mal Tod des Kindes; 5 Frauen starben vor der Entbindung. Bei einer Embryotomie starb die Mutter.

Unter 147 von Süſſerot gesammelten Fällen kam die Anlegung der Zange 20 mal vor, 12 Mütter und 7 Kinder blieben am Leben; bei 20 Wendungen wurden 8 Mütter und 3 Kinder gerettet; 6 Perforationen hatten in 2 Fällen auch den Tod der Mutter zur Folge.

Die Resultate der Kaiserschnitt-Operationen während der Geburt lauten noch viel ungünstiger: von 28 Operirten blieben nur 4 Mütter am Leben, von den Kindern kamen 15 lebend zur Welt. (Statistik nach Guſſerow, l. c. 135.)

* * *

Betrachten wir jetzt die Complicationen nach vollendeter Geburt in der Nachgeburtſperiode und im Wochenbett, so müſſen wir vor Allem der Nachblutungen gedenken.

Dieselben kommen theils aus dem Myom selbst, wenn die Placenta an dem Tumor ihren Sitz eingenommen hatte, oder werden herbeigeführt durch Atonie der Uterusmuskulatur in Folge unvollkommener Contraction, so dass die Thrombosirung der durch Ausstossung der Eihäute zerrissenen Gefässe nur in mangelhafter Weise vor sich gehen konnte; besonders gern kommen diese Blutungen dann zu Stand, wenn die Placenta und die Eihäute nur unvollständig ausgestossen wurden und Reste an dem intrauterinen Myom hängen geblieben sind.

Oft ist die Entfernung der Nachgeburt asserordentlich schwierig und kann oft nur mit Instrumenten ermöglicht werden. Auch tödtliche Blutungen in Folge placenta praevia bei Fibromyomen sind in der Litteratur verzeichnet. (Chaussier, Burlatour, Chailly u. A.)

Einen besonders interessanten Fall, wobei es nach der Entbindung sogar aus einem subserösen sehr grossen Uterusmyom zu Blutungen in die Bauchhöhle mit nachfolgendem exit. letal. kam, beobachtete Gusserow (l. c., p. 136) in der hiesigen Klinik. Bei der Section fand man zahlreiche siebförmige Durchbohrungen in den grossen weiten venösen Gefässen, die unmittelbar unter, resp. in der Serosa des Tumors verliefen. Diese Oeffnungen sollen nach Gusserow durch den mechanischen Effekt der Wehenthätigkeit des Uterus zu Stande gekommen sein. —

Ein gar nicht seltenes Ereigniss, welches nach Fibromschwangerschaften beobachtet wurde, ist die *Inversio uteri*.

Kommt diese *inversio uteri* gleich nach der Geburt vor, so ist sie häufig mit den heftigsten Blutungen verbunden, mag nun die Placenta ihren Sitz an dem Tumor selbst oder an einem andern Orte haben.

Lambert führt 6 Fälle derartiger Inversionen an, bei denen 2 mal der Tod eintrat, 2 mal die einfache Reduction vorgenommen, 2 mal erst der Tumor entfernt und dann die Reposition gemacht wurde, die aber nur 1 mal gelang. Weitere Fälle von Inversionen durch die Geschwulst nach der Geburt führen Oldham, Desaulx, Herbiniaux an. (Gusserow, l. c., p. 130.) —

Aber auch bezüglich der Anomalien des Wochenbettes, welche bei Fibromen des Uterus vorkommen, existiren für die Wöchnerin noch vielerlei das Leben bedrohende Erscheinungen. Vor Allem sind es die Veränderungen am Tumor selbst, welche das Leben in Gefahr bringen können, besonders also die Erweichung mit nachfolgender Peritonitis oder Pyämie.

Zu den grössten Seltenheiten gehört es ja nicht, dass bei der puerperalen Involution der Gebärmutter eine fettige Degeneration, darauf folgende Resorption und völlige Atrophie der Myome beobachtet wird, jedoch tritt leider viel öfter noch der Fall ein, dass es in Folge der durch die Geburt hervorgerufenen Circulationsstörungen zu einer Erweichung am Fundus kommt. Diese Erweichung wird einen verschiedenen Grad zeigen, je nachdem die anatomische Structur der Tumoren bald den Charakter der reinen Fibrome, bald den der reinen Myome besitzt; und das macht es auch erklärlich, warum man bei der Section erweichte und harte Geschwülste nebeneinander findet.

Die Erweichung mit nachfolgendem gangränösen Zerfall der Geschwulstmassen kommt sowohl bei subserösen, als submucösen Myomen vor.

In vielen Fällen fand man dann bei der Section in diesen Tumoren auffallend starke Entwicklung der Gefässe, in manchen Hämorrhagien in die cystischen Höh-

lenbildungen oder in das ödematös durchtränkte Bindegewebe.

Die Folgen dieser Erweichung der Myome im Puerperium können nun auch wieder verschieden sein, je nach dem Sitz des Tumors. Bei subserösem oder interstitiellem Sitz der erweichten Myome kommt es sehr leicht zu einem Erguss in die Bauchhöhle mit nachfolgender Peritonitis; bei gangränösem Zerfall submucöser in die Höhle des Uterus frei hineinragender Myome kommt es mehr zu puerperalen Infectionszuständen, zu Septicämie und Pyämie.

Gangränöser Zerfall submucöser Tumoren mit tödlichem Ausgang in Pyämie schildern C. Martin (Zeitschrift für Geburtsh. I, 1876, S. 232), und Horwitz (St-Petersburger med. Zeitschr. XIV, S. 294).

Die Gangrän der submucösen Fibroide führt aber nicht immer zu Pyämie. Sehr häufig und so auch in dem ersten der von uns beobachteten Fälle kommt es nur zu einer ichorrhämischen Infection mit bedeutender Temperatursteigerung, starkem fötiden Ausfluss aus den Genitalien, gefährlichen Allgemeinsymptomen, die dann schliesslich entweder zurückgehen, oder ein operatives Eingreifen dem erweichten Tumor gegenüber erfordern. Zuweilen soll es auch zu einer spontanen Ausstossung des Tumors im Wochenbett kommen können. Einen solchen Fall berichtet Küchenmeister, der die Ausstossung eines 515 gr. schweren Myoms beobachtete, welche am 44. Tage des Wochenbetts nach anhaltender Verjauchung und starkem Fieber vor sich ging. Nach Beobachtungen von Ramsey wurde ein 1 $\frac{1}{4}$ Kilogr. schweres Myom am 16. Tage des Wochenbettes ausgestossen.

Im folgenden 2. Theile dieser Arbeit sei es nunmehr gestattet, einige Krankengeschichten derjenigen Fälle vorzuführen, die theils in der Klinik und Poliklinik des hiesigen geburtshüfl.-gynäkologischen Instituts, theils in der Privatpraxis des Herrn Professor Dr. Freund zur Beobachtung kamen und von denen namentlich der erste in vielfacher Beziehung sehr Interessantes bietet.

Der dritte Theil der Arbeit wird dann die Therapie enthalten.

Zweiter Theil.

Erster Fall (aus der Klinik).

Gestieltes subseröses Fibroid des Cervix, den ganzen Douglas-Raum bis zur crista ossis ilei ausfüllend.

Complicationen :

1) In der Schwangerschaft :

Keine.

2) Bei der Geburt :

Sehr lang dauernde Geburt, Aufhören der Wehentätigkeit. Kind todt in Querlage. Perforation, Extraction, manuelle Entfernung der Placenta.

3) Im Wochenbett :

Ichorrhämische Infection, Bronchialcatarrh, Erysipelas faciei, Decubitus, Erweichung des Tumors. Laparotomie und Exstirpation des Myoms. Embol. Pneumonie. Nochmals Decubitus. Genesung nach viermonatlichem Krankenlager.

Friederike Steiner, Weichenstellerfrau aus Vic, 41 Jahre alt, Familienanamnese ohne Belang; Patientin selbst will bisher nie ernstlich krank gewesen sein, ist seit dem 16. Jahre menstruirt. Die Regeln hielten den

regelmässigen vierwöchentlichen Typus ein, dauerten 2 bis 3 Tage, verliefen ohne jegliche Beschwerden und waren nie auffallend copiös. Nach ihrer Verheirathung gebar sie zum ersten Male 1866; Schwangerschaft wie Wochenbett verliefen damals normal und letzteres war von nur achttägiger Dauer.

Die weiteren Geburten 1870, 1872 und 1874 waren ebenfalls normal und auch in der Schwangerschaft und in dem Wochenbette zeigten sich bei diesen drei Fällen keine Störungen.

Im April 1881 wurde Patientin von Zwillingen entbunden, nachdem sie vorher während der Schwangerschaft häufig über Beschwerden beim Gehen, die durch geschwollene Füße hervorgerufen wurden, so wie über Bewusstseinsstörungen, Schwindel und Kopfschmerzen zu klagen gehabt hatte. Die ersten Wehen begannen zwischen 8 und 9 Uhr Morgens, das erste Kind kam um 11 Uhr Vormittags von selbst, das zweite soll in Querlage gelegen haben und um 3 Uhr Nachmittags vom Arzt durch Wendung extrahirt worden sein. Beide Kinder wurden lebend geboren, das zuerst geborene Kind starb aber nach 6 Wochen, das andere lebt und soll aussergewöhnlich kräftig entwickelt sein. Das Wochenbett verlief normal.

Im Februar 1884 wurde Patientin von Neuem schwanger, fühlte diesmal jedoch keine Beschwerden während der Gravidität. In der Nacht vom 10. auf den 11. October Wehenbeginn; früh 7 Uhr jedoch noch kein Fortschritt im Geburtsverlauf bemerkbar, weshalb der Arzt Patientin zur Aufnahme in die hiesige Klinik räth, wo sie am 12. October Mittags nach sechsständiger Fahrt eintraf. — An Blutungen zu aussergewöhnlicher Zeit, sowie an Schmerzen im Unterleib oder sonstigem Ausfluss will Patientin nie gelitten haben.

Status am 12. October. Sehr kräftiger Körperbau, mässig guter Ernährungszustand. An den Lungen voller Schall wahrnehmbar. Allgemeinzustand durch Reise und Schmerzen sehr erschöpft; hohe nervöse Aufregung, beschleunigter sehr harter Puls, Temperatur erhöht, 39,7. Auffallend rothe, zur Trockenheit neigende Zunge, mässig beschleunigte Athmung, Wchenthätigkeit vollständig geschwunden. Fixer Schmerz über der Symphyse. Uterus auffallend hoch und nach links gewendet, nicht sehr fest contrahirt. Scheide etwas trocken und heiss; durch die pflaumengross geschwollene hintere Lippe oben fast ausgefüllt; die letztere erscheint im Spiegel tief blauroth, ödematös und mit einem 2 Centimeter breiten abstreifbaren Belage von hellgrauer Farbe bedeckt, die vordere Lippe quer gespannt, fest an die Symphyse gedrückt, die ganze portio cervicalis durch einen retrouterinen, derb elastischen, rundlichen Tumor anteponirt; der letztere geht nicht vom Kreuzbein aus, ist explorativ per rectum, sitzt fest an der hinteren Cervixwand und erstreckt sich schräg nach rechts oben bis in die Nähe der hinteren crista ossis ilei, ist nicht verschieblich und wird, da eine Explorativpunction keine Flüssigkeit liefert, als Myofibroma uteri erklärt. Die Harnblase ist entsprechend dem Cervix bedeutend elevirt, enthält sehr saturirten Urin. Das todtte Kind liegt schwer beweglich nach längst abgeflossenen Wässern in I. Querstellung des Kopfes mit Neigung zur I. Unterart mit einem kleinen Segment etwa in der Höhe der oberen Apertur im Cervix vor, die Kopfknochen schlottern und es fliesst foetide Flüssigkeit bei der Untersuchung ab.

In der Narcose wird, da die Raumbeengung nicht als extrem erscheint und das Myom ziemlich abgeplattet ist, zur Perforation geschritten, darauf der grösste Theil

des Schädeldaches abgetragen und das Kind mittelst des zuerst an die basis cranii, zuletzt an den Unterkiefer gelegten scharfen Hakens sehr mühsam extrahirt unter Beihilfe von Expression. Die Schultern machen dann ebenfalls Schwierigkeiten; sie lassen sich erst überwinden, nachdem um den Hals Schlingen gelegt und an diesen mitgezogen wurde. Die Placenta musste, da sie durch das Myom ebenfalls in dem über dasselbe schlaff nach hinten hängenden fundus uteri zurückgehalten wurde, manuell aus demselben entfernt werden.

Hierauf gründliche Auswaschung mit warmer Sublimatlösung 1 : 2000.

13. X. — Gestern nach der Operation Schüttelfrost von 3 Uhr¹⁵ bis 3 Uhr⁵⁰.

14. X. — Nachmittags 4 Uhr Uterusausspülung mit $2\frac{1}{2}\%$ Carbolsäurelösung. Die Einführung des metallenen Mutterrohrs gelingt erst nach Anstrengung. Die vordere Lippe steht sehr hoch oben gegen die Symphyse gepresst; ferner legt der Tumor der Einführung Schwierigkeiten in den Weg, doch gelingt es bei elevirtem Steiss das Rohr über den Tumor wegzuführen und die Ausspülung zu machen. Dabei wird eine ziemliche Menge blutig gefärbten, stark stinkenden Secrets entleert.

Abends 6 $\frac{1}{2}$ Uhr, 2. Ausspülung. Secret weniger riechend, Allgemeinbefinden der Patientin im Ganzen durchaus zufriedenstellend; sie ist aber sehr matt und vermag theils aus Schwäche, theils wegen grosser Schmerzhaftigkeit der Oberschenkel und des Symphysenknochens sich kaum zu bewegen. Der Uterus ist fast, die Parametrien völlig schmerzlos; Harn durch Katheter entleert ist in jeder Beziehung normal, enthält weder Eiweiss, noch giebt er die Reaction auf Carbolharn.

Temperatur.

14. X.	8	— 38,4	2	— 39,9	6	— 38,2
	11 ¹ / ₂	— 40,3	4	— 39,0	8	— 38,3
					9 ¹ / ₂	— 38,2

15. X. — 8 Uhr Morgens Ausspülung mit Sublimat, 1: 2000. Secret noch blutig, aber kaum riechend. 8 Uhr Abends dieselbe Ausspülung, Secret stärker riechend und wiederum blutig. Im Uebrigen status idem. Harn mit Katheter dreimal im Laufe des Tages entleert. — Erhält für die Nacht 0,02 morph. muriat.

Temperatur.

15. X.	8	— 37,9	2	— 38,6	8	— 39,3
	10	— 37,8	4	— 38,8	12	— 39,1
	12	— 39,5	6 ¹ / ₂	— 39,6		

16. X. — Morgens 8 Uhr Uterus- und Vaginalausspülung. Secret wieder stark stinkend. 11 Uhr Vormittags 10 Minuten während Schüttelfrost. Harn mit Katheter entleert. 4 Uhr, Wiederholung der Ausspülung und Katheterisation. Für die Nacht wie gestern 0,02 morph. mur.

Temperatur.

16. X.	2 Nachts	39,0	11 ³ / ₄	— 40,0	7	— 38,2
	6	— 39,1	2	— 39,5	9	— 38,4
	9	— 38,8	4	— 38,7	12	— 39,0

17. X. — Ausspülung und Harnentleerung wie die vorhergehenden Tage. Secret namentlich morgens reichlich und foetide riechend, Farbe schmutzig grauroth.

Herzdämpfung etwas nach rechts verbreitert, an der Spitze systolisches blasendes Geräusch, ein eben solches, aber weiches an der Basis, 2. Pulmonalton noch nicht verstärkt. Patientin hustet ziemlich viel, Expectoration des schleimig catarrhalischen Sputums wegen der allgemeinen Schwäche der Patientin erschwert. Ordinat. Infus. rad. Ipecac. 0,5: 150,0.

Abends Morph. muriat. 0,02.

Temperatur.

17. X.	2	— 39,4	12	— 39,0	7	— 38,4
	7 $\frac{3}{4}$	— 38,7	3	— 39,4	10	— 38,4
	10	— 38,7	5	— 39,1		

18. X. — Pat. verbrachte vergangene Nacht wegen Husten ziemlich schlaflos. Ausspülungen und Harnentleerungen wie bisher, Secretmenge vermindert, aber foetider Geruch fortdauernd. Pat. klagt über Spannungsgefühl in den Mammae. Die Brüste fühlen sich gleichmässig ziemlich derb an und zeigen nirgends Verhärtung. Auf Druck entleeren sie eine wässrige, gelbliche Flüssigkeit. Sie werden ausgedrückt und ein Compressivverband angelegt.

Abends 0,02 Morph.

Temperatur.

18. X.	2	— 38,6	10	— 37,6	5	— 38,2
	6	— 38,0	12	— 37,4	7	— 38,9
	8	— 38,0	3	— 38,9	10	— 38,9

19. X. — Vergangene Nacht verlief ruhiger, Ausspülungen wie bisher. Der foetide Geruch des Secrets dauert fort. Abends nach Darreichung von $\frac{1}{2}$ Löffel Ol. Ric. reichlicher fester Stuhlgang. In der Gegend der unteren Kreuzbeinwirbel und des Steissbeines livide Röthung und zwei etwa 20 Pennigstück grosse mit Borcken bedeckte Erosionen.

Dieselben werden mit Camphertalg eingerieben und mit einem Heftpflaster-Watteverband bedeckt. Brüste normal. Allgemeinbefinden etwas besser, Schwächezustand jedoch noch fortdauernd, ebenso die Schmerzhaftigkeit in der Symphysengegend und den Oberschenkeln. Patientin muss immer noch katheterisirt werden und vermag ohne Hilfe keinen Lagerwechsel im Bett vorzunehmen.

Infus. Ipec. wie am 17., Abends 0,02 Morph. muriat.

Temperatur.		
19. X. 3	— 37,8	10 — 38,3
6	— 37,7	1 — 38,8
8	— 38,1	3 — 39,2
		5 ¹ / ₂ — 38,8
		9 — 38,5

20. X. — Ausspülung und Katheterismus wie bisher. Fundus uteri steht etwa vier Finger breit über der Symphyse. Die äusseren Genitalien noch etwas geröthet, aber nicht mehr belegt und kaum empfindlich, columna rugarum posterior, sowie die hintere Lippe des äusseren Muttermundes noch geschwollen, aber bedeutend weniger als früher; die vordere Lippe steht tiefer als bisher, etwa 3 cm. über dem unteren Symphysenrand, nicht mehr so nahe, sondern nach hinten gerückt und ist als ziemlich scharfer Rand zu fühlen. Decubitus fast geheilt.

Temperatur.		
20. X. 1	— 38,6	8 — 37,6
6	— 38,0	12 — 37,8
		3 — 39,5
		5 — 38,8
		7 — 39,2

26. X. — Vom 21. bis heute war der Zustand der Patientin ziemlich der bisherige. Ein leichter Lungenkatarrh mit mässigen abendlichen Temperaturerhöhungen, foetider Ausfluss aus dem Uterus und Parese des Sphincter vesicae bestanden nach wie vor. Die Therapie bestand in Darreichung von einem Ipec. Infus., Morph. muriat. und intrauterinen Ausspülungen mit einer Sublimatlösung.

27. X. — Patientin konnte heute morgen 6 Uhr zum ersten Male wieder spontan uriniren. Die Secretbeimengung bei der Uterusausspülung ist so gut wie geschwunden. Grund der Decubituswunden gereinigt. Zweimal Stuhlgang.

28. X. — Am heutigen Tage ist keine Uterusausspülung mehr gemacht worden. Pat. hustet immer noch viel. Die Schmerzen bei Bewegung der Beine dauern

fort. Zweimal Stuhlgang. Urin wird nicht mehr spontan entleert.

	Temperatur.		
28. X.	37,3	38,1	38,3

30. X. — Bei der innern Untersuchung dringt der Finger etwas durch den spaltförmigen geöffneten Muttermund in den Cervix ein. Die hintere Muttermundlippe ist bedeutend abgeschwollen und etwas umgeschlagen; nach hinten zu gleitet der Finger über eine Rinne, welche die hintere Lippe von einem Tumor trennt, der sich ziemlich tief in's Becken hinein erstreckt und besonders das linke Laquear ausfüllt.

Nach innen zu ist die hintere Lippe convex vorgewölbt, die Schleimhaut darüber erscheint nicht glatt, sondern runzelig in Falten gelegt. Die vordere Lippe ist ziemlich dünn und scharf und steht noch ziemlich hoch. Links hinten unten eine relative Dämpfung, in welcher das Athemgeräusch etwas abgeschwächt erscheint. Milzdämpfung vergrößert. Husten dauert fort. Pat. wird noch immer katheterisirt und klagt über Schmerzen in den Hüften, besonders bei Bewegung. Der gereinigte Decubitus fährt fort, sich mit Epithel zu bekleiden. Stuhl heute Morgen etwas diarrhöisch.

	Temperatur.		
30. X.	37,3	38,3	38,8

31. X. — Gestern im Lauf des Tages zwei mehr breiige, ein dünner Stuhl. Nachts auf 1 gr. Chloral wenig Schlaf, im Uebrigen status idem.

	Temperatur.		
31. X.	37,5	38,6	38,6

1. XI. — Auf 2 gr. Chloralhydrat ziemlich guter Schlaf. Husten dauert fort, hinten links besteht noch

eine relative Dämpfung mit bronchialem Inspirium. Im Uebrigen kaum Fortschritt in der Besserung zu constatiren. Pat. durch Schwäche und Schmerz immer noch sehr im Gebrauch ihrer Glieder und Bewegungen ghemmt.

Temperatur.					
1. XI.	37,4	2. XI.	37,8	3. XI.	37,6
	38,2		37,5		39,0
	38,9		38,9		38,8
			38,6		39,2
			38,8		39,0
			38,6		

4. XI. — Patientin klagte in den letzten Tagen wieder mehr über heftige Kreuzschmerzen und Schmerzen in der Hüftgegend. Dieselben treten besonders bei Bewegungen und Hustenstößen auf. Die Temperatur war gestern wieder ziemlich hoch, ohne auffindbaren Grund; über den Lungen voller Schall, nur etwas verschärftes Inspirium, dabei dauert der Husten mit ziemlich viel Auswurf an. Aus dem Uterus konnte gestern der eingegangene Finger kaum Secret entleeren. Das Wenige, welches entleert wurde, war jedenfalls vollkommen geruchlos. Der Decubitus heilt langsam. Der allgemeine Kräftezustand bessert sich kaum merkbar. Pat. vermag noch immer nicht spontan zu uriniren, muss öfters am Tage katheterisirt werden und ist zu vollständigen Bewegungen kaum fähig. Durch den Genuss von Chokolade war der Stuhl etwas retardirt; erfolgte aber reichlich auf Einlauf und Curella. Die vergangene Nacht verlief auf 2 gr. Chloral ziemlich ungestört. Seit dem 2. bekommt Patientin vor der mittäglichen Acerbation der Temperatur 0,5 gr. Chinin.

Temperatur.					
4. XI.	38,1	39,2	5. XI.	37,5	39,3
	38,1	39,0		38,1	39,4
	38,6	38,9		39,4	

6. XI. — Wegen der andauernd hohen Temperatur wird heute wieder versucht, durch eine Uterusausspülung Einfluss auf die Temperatur zu gewinnen. Der Versuch, mit dem bisher benutzten dicken Mutterrohr die Ausspülung zu machen, misslingt. Man nimmt deshalb einen doppelläufigen Katheter, mit welchem man gut in die Uterushöhle hineingelangt und entleert bei der Ausspülung eine geringe Menge sanguinolentes, mit krümeligen Gewebspartikelchen vermischtes, absolut geruchloses Secret. Trotz dieser Ausspülung steigt die Temperatur jedoch Nachmittags wieder auf 39,2. Patientin hat heute Mittag leichtes Frostgefühl, aber keinen Schüttelfrost gehabt.

Am introitus vaginae bemerkt man seit gestern Nachmittag verschiedene grau belegte ulcera, besonders in den Falten der kleinen Labien und ein grösseres an der rechten Uebergangsfalte von der Columna posterior auf die Vaginalschleimhaut. Auch die ganze Columna posterior ist von diesem grauen, bei der Ausspülung am Finger haftenden Belage bedeckt. Von den bisherigen oberflächlichen Decubituswunden ist die am Steissbein vollkommen geheilt, die auf dem rechten Glutaeus bedeutend verkleinert, dagegen fängt auf dem rechten Trochanter eine neue Hautabschürfung an, die bisher nur das Epithel betrifft und etwa die Grösse eines 20 Pfennigstücks hat. Zunge kaum belegt, etwas stark geröthet, nicht trocken. Puls ziemlich weich, frequent — 116.

Der allgemeine Ernährungszustand der Patientin ist trotz aller Tonica — Vin. chin. und roborirender Diät kein besonders guter, im Gegentheil scheint Pat. täglich magerer zu werden. Auf ol. ricini hat Pat. gestern Abend einen geformten Stuhl gehabt, heute Morgen ein geringer, flüssiger Stuhl. Urin kann Pat. noch immer nicht lassen,

derselbe muss nach wie vor auf dem Wege des Katheterisirens geholt werden. Weder bei der Vaginal- noch bei der Rectal-Untersuchung kann an dem Tumor irgend eine erweichte oder fluctuirende Stelle nachgewiesen werden.

Ord. 3,0 Antipyrin. 2 stündl. Irrigationen mit Thymol-Camilleninfus.

Temperatur.						
6. XI.	37,3	38,5	38,7	39,2	40,0	38,7

7. XI. — Gestern stieg die Temperatur auf 40°. Patientin bekommt 2,0 Antipyrin. Darauf geht die Temperatur herunter auf 38,7 und nach einer abermaligen Gabe von 1,0 constant abwärts bis auf 37,0, steigt dann aber wieder langsam bis auf 38,3 und geht auf eine — irrthümliche — Gabe von 0,5 Chinin bis auf 37,9 herunter.

Die locale Infection der Vagina wird mit 2 stündl. Irrigationen von Thymol-Camilleninfus. behandelt und ist in Folge dessen der Belag heute schon wieder fast verschwunden. Eine genaue Untersuchung der Gelenke und Knochen des Beckens ergibt ein absolut negatives Resultat. Patientin vermag auf ernstliches und energisches Zureden ziemlich ergiebige Bewegungen selbstständig auszuführen.

Temperatur.							
7. XI.	37,0	36,9	38,0	38,3	37,9	38,6	37,8

8. XI. Unter den 2 stündl. Irrigationen ist der Belag von den kleinen Labien fast vollständig verschwunden, das Fieber dauert fort, scheint nicht mehr so flexibel und auf Antipyrin nicht mehr so gut zu reagiren, wie zuerst. Gestern kein Stuhl. Ord. Einlauf.

Temperatur.						
8. XI.	37,9	39,8	38,6	9. XI.	37,5	38,3
	38,6	38,8	38,4		38,4	39,1
	39,2	38,6			38,9	

10. XI. Vorgestern Abend fing eine Blutung aus der Vagina an — menses? —, die gestern schon wieder aufgehört zu haben schien, Mittag aber wieder einsetzte. Die Ausspülungen werden deshalb ausgesetzt; auch das Antipyrin, welches zum letzten Male gestern Morgen in der Dosis von einem Gramm gegeben wurde, wird ausgesetzt, besonders weil ein Exanthem, welches gestern Mittag ausbrach, wohl als Antipyrin-Exanthem aufzufassen ist; dasselbe besteht aus einzelnen kleinen, über die Oberfläche leicht erhabenen rothen Pünktchen, die an einzelnen Stellen zu grösseren Plaques confluiren.

Im Uebrigen ist keine Veränderung im Befinden der Patientin eingetreten. Gestern und heute bis jetzt — 4 Uhr — kein Stuhl.

		Temperatur.			
10. XI.	38,4	11. XI.	38,0	12. XI.	37,4
	38,2		37,7		37,5
	39,0		37,5		37,8
	39,3		38,3		38,6
			38,6		38,7
			38,3		38,6

13. XI. — Am 11. Nachmittags haben die Menses (?) aufgehört; Pat. wird nicht mehr ausgespült, das Fieber dauert mässig fort, im Uebrigen ist eine Besserung im Allgemeinbefinden zu constatiren, die sich besonders in einem frischeren Gesichtsausdruck zu erkennen giebt. Gestern kein Stuhl.

Ord. Ol. Ric.

		Temperatur.					
13. XI.	37,7	37,9	37,7	37,9	38,4	38,7	39,2

14. XI. — Trotz des anhaltenden Fiebers ist Pat. ziemlich wohl. Seit vorgestern vermag sie spontan zu uriniren und braucht nicht mehr katheterisirt zu werden. Ausfluss aus der Vagina ist nicht vorhanden, der Aus-

schlag ist verschwunden, Puls etwas frequent, mässig voll, etwas weich. Zunge feucht, nicht belegt. Der Bronchialcatarrh dauert noch fort.

Temperatur.

14. XI.	37,5	15. XI.	37,5	16. XI.	37,6	17. XI.	38,5	18. XI.	38,6
	38,2		37,7		37,4		37,8		37,4
	38,6		38,4		38,2		38,5		38,4
	39,2		38,5		39,2		39,2		38,5
			38,9		39,3		39,5		37,9
			39,1		39,0				37,5

19. XI. — Patientin ist gestern zum ersten Male aufgestanden und etwa eine Stunde ausser Bett gewesen; abgesehen von grosser Schwäche befand sie sich wohl dabei. Die Temperatur erreichte nicht die Höhe wie bisher und sank schon Abends um 7 Uhr auf 37,9. Gestern kein Stuhlgang.

Ord. Pulv. Curell.

Temperatur.

19. XI.	37,2	36,9	37,1	37,7	37,9	37,5
---------	------	------	------	------	------	------

20. XI. — Patientin war wie vorgestern, so auch gestern und heute ausser Bett, die höchste Temperatur gestern war 37,9.

Temperatur.

20. XI.	21. XI.	22. XI.	23. XI.	24. XI.	25. XI.	26. XI.	27. XI.	28. XI.
37,3	37,6	38,0	38,0	38,0	38,3	37,5	37,7	38,2
37,4	37,4	37,4	38,4	37,5	37,4	38,0	37,9	38,0
37,0	38,0	38,2	38,9	38,4	38,5	38,6	38,2	38,4
37,5	38,5	38,7	39,5	38,7	38,3	38,5	38,6	38,6
38,0	38,6		38,6	38,0	39,1	38,6	38,9	38,3
37,9	38,3		38,7	38,3	38,6			38,3
			38,9	39,3				38,5
								38,0
								38,3
								38,8
								38,5

29. XI. — Die niedrige Temperatur war nicht von Bestand, seit dem 23. fiebert Patientin wieder und erreicht Abends im Durchschnitt eine Temperatur von 38,5. Eine

wiederholte Lungenuntersuchung ergibt nichts Pathologisches, auch die Grenzen der Unterleibsorgane sind normal, der Leib nirgends schmerzhaft. — Seit gestern ist auf der rechten Wange eine leichte Röthung auf infiltrirtem Grunde aufgetreten, welche — auf dem musc. Zygomaticus localisirt — auf das rechte Nasenbein übergreift, auch das rechte Auge ist geschwollen. Dabei ist auf dem Rumpf ein miliärer röthlicher Ausschlag aufgetreten. Die Temperatur aber nicht höher wie sonst.

Temperatur.

29. XI.	38,0	38,2	39,0	38,8	30. XI.	38,2	38,9	39,3
	37,9	38,8	38,6			38,5	39,2	

1. XII. — Die Schwellung der rechten Gesichtshälfte hat bedeutend abgenommen und fängt die Haut an, hier und am Kinn sich zu schälen, dagegen ist jetzt links eine geringe Röthung und Schwellung vorhanden.

Temperatur.

1. XII.	38,0	38,9	39,4	2. XII.	37,9	38,9	39,2
	38,5	39,2			38,4	39,1	

3. XII. — Die Schwellung beider Gesichtshälften ist vollkommen zurückgegangen und hat einer Abschuppung der Haut des ganzen Gesichts, besonders beider Wangen und des Kinnes Platz gemacht. Im Uebrigen fiebert Patientin nach wie vor ziemlich stark und hat ihre Temperatur in den letzten 3 bis 4 Abenden 39° um einige Zehntel überschritten.

Temperatur.

3. XII.	38,3	4. XII.	37,7	5. XII.	38,8	6. XII.	37,5	7. XII.	38,5
	38,5		38,9		39,0		38,4		38,8
	38,7		38,4		39,2		37,7		39,5
	39,0		38,9		39,4		38,4		39,7
	39,3		38,5		39,2		39,2		39,5
	39,7		38,7		39,9		38,8		40,0
	39,5		39,8		39,8				39,5
			39,2						

8. XII. — Da eine genaue Untersuchung keinen Anhaltspunkt für das andauernd hohe Fieber ergab, wurde noch einmal eine Genitaluntersuchung vorgenommen.

Dabei stellte sich heraus, dass der Tumor bedeutend tiefer im Becken liegt und bei Druck von oben und unten sich entschieden elastisch anfühlt; eine vorgenommene Probepunction ergab denn auch eine allerdings nicht sehr bedeutende Menge einer gelblichen Flüssigkeit, in der sich bei der mikroskopischen Untersuchung viel Eiterkörperchen und reiche Detritusmassen nachweisen lassen.

Temperatur.									
8. XII.	38, ⁶	39, ³	40, ⁰	39, ⁹	9. XII.	39, ⁷	38, ⁹	39, ⁸	38, ⁴
	38, ⁸	39, ⁵	39, ⁸			38, ⁵	39, ⁹	40, ⁰	

10. XII. — Patientin hat seit drei Tagen — seit dem 7. — andauernd hohe Temperatur. Dabei ist der Appetit schlecht; gestern Abend bekam sie einen deliriumartigen Anfall, bei welchem sie aus dem Bette springen wollte. Nach Application einer Eisblase auf den Kopf ging der Anfall bald vorüber. Ueber Frösteln klagt Patientin häufiger.

Da die Kranke sich nunmehr schon seit 2 Monaten in einem so elenden Zustande befindet, der in der letzten Zeit namentlich von Tag zu Tag einen gefährlicheren Charakter angenommen hat und zweifelsohne die Folge einer pathologischen Veränderung des Cervicalmyoms ist, so schreitet man zur Operation.

Temperatur.									
10. XII.	37, ⁰	38, ⁸	40, ⁰	11. XII.	39, ¹	40, ⁰	40, ³	12. XII.	39, ³
	37, ⁴	39, ³	40, ²		39, ⁰	39, ⁶	39, ⁷		38, ⁴
	38, ³	39, ⁸	38, ⁰		39, ¹	39, ⁴			

Operation in Chloroformnarcose.

13. XII. — Gestern wurde Patientin noch gebadet; heute früh erhielt sie ein Klystier, worauf dünner Stuhl erfolgte.

Um 9 Uhr Beginn der bis 12 Uhr dauernden Operation.

Trotzdem Patientin vorher noch eine Morphinum-injection erhielt, war die Narcose recht schwer einzuleiten und Patientin erwachte während der Operation zu wiederholten Malen; gefährliche Zufälle traten indess nicht ein. Bei der behufs genauer Localdiagnose jetzt unter Narcose vorgenommenen Exploration fand man einen tief ins Becken hereinragenden Tumor, derselbe erstreckte sich aber auch so bedeutend nach oben und nach beiden Seiten, dass man von der erstgeplanten Enucleation von der Vagina her Abstand nehmen und sich zur Laparotomie entschliessen musste. Der mit dem Katheter entleerte Urin war trübe und enthielt ein eitriges Gerinnsel, so dass man einen Durchbruch des Tumors in die Blase vermuthen konnte.

Operation: Schnitt in der linea alba vom Nabel herab bis fast zur Symphyse. Mässige Blutung der Bauchdecken. Nach Spaltung des Peritoneums liegt der prallgespannte Tumor in der Wunde. Die Bauchdecken erscheinen nun so straff und gespannt, dass man die Ansätze beider Recti durchtrennen musste, um den nöthigen Platz zu gewinnen. Nachdem dies geschehen war, lag die Geschwulst ziemlich frei und zugänglich. Sie selbst erschien ausserordentlich gespannt und ergab bei der Percussion tympanitischen Ton, so dass man auf Gasinhalt schliessen musste. Man befürchtete, dass sie

bei der Enucleation platzen würde. Deshalb stiess man zuerst einen Troicart hinein um die grösste Spannung zu beseitigen. Bevor man dies ausführte, wurde die Geschwulst mit Häkchen fixirt. Dabei blutete es aus dem einen kleinen Stich so stark, dass man hier eine Umstechung machen musste.

Durch die Canüle entleerte sich eine mit Gasen angefüllte, bräunliche, intensiv stinkende Flüssigkeit. Die Einstichöffnung wurde durch eine fortlaufende Naht wieder geschlossen. Der nunmehrige Befund war ein subperitoneales, den Cervix umgebendes Myom; der Uterus lag vor dem Tumor beweglich, die Blase zeigte sich intakt.

Es wurde nun in die seröse Bekleidung der Geschwulst quer eingeschitten und die betreffenden Wundwinkel fixirte man durch zwei Seidennähte. Der darauf folgende Versuch, den Tumor von seinem Peritonealüberzug zu lösen, gelang ohne Schwierigkeit. Jedoch die Geschwulst platzte dabei an einer Stelle und trotz grosser Vorsicht ergoss sich etwas von dem stinkenden Inhalt in die Peritonealhöhle.

Das Bett des Tumors bildete eine tiefe Tasche des Douglas. Ein paar stark blutende Stellen des Stieles wurden rasch umstochen, dann der Stiel durch tiefe versenkte Nähte nach genauester Desinficirung vernäht, die Serosa zugestutzt und durch zwei Etagnnähte über dem Stiel vereinigt. Es gelang so schliesslich eine lineare Vereinigung zu erzielen. Vorher hatte man einen Troicart von der Vagina her in das Bett der Geschwulst eingestossen: einen Drain hier eingelegt, der in der Vagina durch eine Suture befestigt wurde. Genaueste Toilette der Peritonealhöhle mit sehr nassen Thymolschwämmen, dann gründliche Austrocknung. Ein Glasdrain wurde in den

Douglas eingelegt; darauf die Bauchwunde vernäht nach der gewöhnlichen Weise, nachdem erst die Recti im unteren Wundwinkel durch versenkte Seidennähte vereinigt worden waren.

		Temperatur.					
13. XII.	2 Nm.	36,0		7 Ab.	36,7	11 Nachts	38,7
	5 "	36,4		8 "	38,7		
14. XII.		38,7	37,9	37,9	38,0	38,6	39,0
						39,5	39,9
							40,0

15. XII. früh. — Patientin begann gestern Abend um halb 7 Uhr zu husten und schleimiges Sputum in geringer Menge zu entleeren. Auf eine Morphiuminjection erfolgte keine Besserung.

Patientin fieberte, der Puls wurde sehr frequent und klein, es trat hochgradige Dyspnoe ein, so dass gegen 11 Uhr drei Campherinjectionen gemacht wurden, worauf Patientin sich beruhigte; sie warf blutig zähes Sputum aus und schlief etwas. Die Temperatur, die um 11 Uhr Abends 40,0 war, sank heute Morgen wieder bis auf 39,0. Um 2 Uhr Nachts wurde noch ein Draht aus der Wunde gezogen, worauf sich an dieser Stelle oberhalb der Symphyse ein Tröpfchen Eiter zeigte.

Im Urin hatte sich kein Eiweiss gefunden, spec. Gew. 1032. Der Urin konnte spontan entleert werden. Keine Blähungen, kein Stuhlgang. Das aus der Scheide abgehende Secret dünnflüssig, aber nicht übelriechend.

Momentan hat Patientin 122 Pulse, dieselben sind klein. Gesicht etwas geröthet. Genossen hat sie gestern Grog, Pfeffermünzthee, Vichywasser und gegen 11 Uhr Abends etwas Eiergrog. Die Gesamtmenge des seit gestern Morgen gesammelten Urins beträgt 1000 gr.; sie liess ihn mehrmals unter sich gehen.

Nachm. 4 Uhr. — Patientin hat keine subjectiven Beschwerden, sie schlief lange und fest.

Mittags erhielt sie Bouillon und Eierrogg und trinkt im übrigen Malaga und Vichywasser. Die Wunde sondert wenig, aber übelriechenden Eiter ab, aus der Scheide fliesst kein Secret, Urin wird spontan gelassen, Blähungen gingen mehrere Male ab. Puls 116, klein und leicht comprimierbar.

Temperatur.

15. XII. 39,9 39,7 39,9 38,5 37,9 38,5 38,5 39,2

16. XII. früh. — Patientin schlief in der vergangenen Nacht von 11— $\frac{1}{2}$ 1 Uhr, begann dann wieder zu husten und zähen Schleim mit Eiter gemischt zu expectoriren. Dabei traten Anfälle von Dispnoe auf, Durstgefühl gross, Zunge trocken, Blähungen gingen häufig ab. Aus der Mitte der Bauchwunde lässt sich ziemlich reichlicher, intensiv übelriechender Eiter auspressen, der Bauch selbst etwas meteoristisch aufgetrieben. Im Abdomen traten bei einem Gefühl von Vollsein spontan Schmerzen auf. Puls frequent und voll. Die Gesichtshaut ist stark geröthet. Die Gesamtmenge des seit gestern Morgen gesammelten Urins beträgt 700 gr.; er ist eiweissfrei, jedoch sehr trüb und etwas übelriechend. Gegen 10 Uhr Darreichung einer Morphiuminjection.

Nachm. 4 Uhr. — Patientin hustet viel, athmet dyspnoetisch (vorwiegend im Costal. Typus), klagt über Schmerzen im Abdomen und heftigen Durst. Durch den Verband lässt sich übler Geruch wahrnehmen, es gehen reichliche Blähungen ab. Im Urin kein Eiweiss.

Temperatur.

16. XII. 38,9 38,2 38,0 39,1 39,9 39,9 40,0

17. XII. früh. — Patientin hat gestern Abend wieder eine Morphiuminjection bekommen, hustete weniger. Die expectorirten Sputa sind schleimig eitrig. Puls frequent

und voll. Es sind sehr viel Flatus abgegangen, aus der Wunde wird reichlicher, intensiv stinkender Eiter secretirt. Die Gesamtmenge des seit gestern morgen gesammelten, spontan gelassenen und eiweissfreien Urins beträgt 1000 gr. Schmerzen im Bauch und heftiges Durstgefühl noch nicht gewichen. Die Percussion ergibt hinten eine Dämpfung in der Gegend der unteren Scapularwinkel und an dieser Stelle ist auch ein lautes Bronchialathmen, links unten crepitirendes Rasselgeräusch ohne Bronchialathmen wahrnehmbar (Embolische Pneumonie). Der Anfall in der Nacht vom 14. auf den 15. war also höchst wahrscheinlich der Ausdruck einer Embolie in die rechte Lungenarterie, als deren Folge sich nun eine Pneumonie entwickelt hat.

Nachm. 4 Uhr. — Patientin hustet viel, es wird viel serös eitriges Sputum expectorirt. Beim Husten treten Schmerzen im Abdomen auf, spontan sind solche nicht vorhanden. Aus der Wunde fliesst Eiter ab, der sehr übelriechend ist, aus der Vagina keine Secretion. Puls frequent, Blähungen sind in Menge abgegangen.

Temperatur.

17. XII. 39,5 38,4 38,4 38,4 38,3

18. XII. früh. — Patientin hat gar nicht geschlafen, hustete jedoch weniger; die expectorirten Sputa sind noch serös eitrig. Fortwährende Schmerzen im Abdomen werden durch Morphinum nicht wesentlich gelindert. Die Wunde sondert nach wie vor übelriechenden Eiter ab. Gegen 3 Uhr Nachts kam Stuhlgang, bei dem eine ziemliche Menge gelbbrauner, weicher Faeces entleert wurde. Puls frequent, voll, das Allgemeinbefinden der Patientin ist besser, der quälende Durst hat nachgelassen; der untere klaffende Theil der Bauchwunde schliesst sich all-

mählich. Bei der jetzt stattfindenden Vaginalausspülung gehen reichliche Mengen von Schleimfetzen, die nur wenig übel riechen, ab.

Abends 8 Uhr. — Patientin ist ruhiger, hustet und expectorirt nur wenig. Aus der Wunde wird aber noch immer reichlich übel riechender Eiter secernirt. Ueber spontane Schmerzen klagt Patientin nicht mehr; sie war einmal zu Stuhl.

	Temperatur.		
18. XII.	38,0	37,2	37,1
			37,7

19. XII. — In der vergangenen Nacht sind von Neuem Schmerzen im Abdomen und im Kreuz aufgetreten. Der Husten hat sich wesentlich gebessert. Puls frequent. An der Wunde status idem; aus der Scheide fließt stinkendes Secret.

Das Bronchialathmen rechts hinten unten ist kaum noch zu hören und hat ziemlich groben Rasselgeräuschen Platz gemacht.

Dagegen hört man jetzt links hinten unten scharfes bronchiales Expirium neben einer durch Rasselgeräusche verdeckten Inspiration.

	Temperatur.		
19. XII.	39,0	38,9	38,6
			38,4

20. XII. — Patientin hat eine ziemlich ruhige Nacht gehabt, sehr wenig gehustet und wenig eitriges Sputa expectorirt. Die Respiration ist leichter, meist costal. Sie klagt über Spontanschmerzen im Abdomen. In der Brust keine Schmerzen. Urinmenge nicht festzustellen. Temperatur geht stetig herunter. Puls etwas frequent. Aus der Wunde wird immer noch reichlich übel riechender Eiter secernirt; das aus der Vagina entleerte Secret lässt ebenfalls einen üblen Geruch erkennen.

Am Rücken, in der Gegend des Promontoriums, beginnender Decubitus. Patientin hat gestern Taube bekommen. Heute Vormittag wieder Stuhlgang, bei dem ziemlich viel weiche, normal gefärbte Fäcalsmassen entleert wurden.

Temperatur.			
20. XII.	38,3	38,5	39,1
			38,5

21. XII. — Patientin befindet sich ziemlich wohl, hat fast gar nicht gehustet und expectorirt und schläft viel. Diät: Caffee, Mittags Huhn, ausserdem trinkt sie Milch mit Cognac.

Temperatur.		
21. XII.	37,8	38,1
		38,5

22. XII. — Die letzte Nacht verlief völlig ruhig. Der Husten hat fast gänzlich aufgehört. Der Puls ist ruhig. Mittags ass sie mit gutem Appetit ein halbes Huhn. Durst noch sehr bedeutend. Schmerzen gänzlich geschwunden. Die Wunde erscheint wesentlich gebessert, es fliesst nur noch wenig, nicht mehr übelriechender Eiter ab. Der Decubitus am Rücken hat keine Fortschritte gemacht. Heute Morgen wurde abermals eine Drahtnaht entfernt.

Temperatur.					
22. XII.	37,5	23. XII.	37,9	24. XII.	36,4
	36,5		37,7		37,0
	37,0		37,8		37,0

25. XII. — Dem Verlauf der beiden letzten Tage entsprechend, schreitet die Besserung stetig fort. Patientin hat gut geschlafen, kein Fieber, keinen Husten, keine Schmerzen, normalen Stuhlgang. Heute bekommt sie Beefsteak, nachdem ihr gestern Wiener Schnitzel gut bekommen war. Aus der Wunde, die sich allmählich schliesst, wurden gestern die letzten Nähte entfernt.

Temperatur.

25. XII.	36,4 36,3 37,0	26. XII.	36,5 37,4	27. XII.	36,6 38,5 38,7	38,4 37,6
----------	----------------------	----------	--------------	----------	----------------------	--------------

28. XII. — Gestern hat Patientin nach dem Mittagessen plötzlich wieder gefiebert, jedoch nur vorübergehend.

Die folgende Nacht verbrachte sie ruhig und schlief recht gut. Spontanschmerzen nicht vorhanden, Stuhlgang normal. Der Appetit hat sich gebessert, das fortwährende Durstgefühl liess indessen nicht nach. Der Decubitus am Rücken heilt gut und die Bauchwunde ist fast geschlossen. Bezüglich des psychischen Zustandes macht sich eine grosse Reizbarkeit geltend.

Temperatur.

28. XII.	36,5 36,7 37,0	29. XII.	36,6 37,0 38,5	39,0 38,7	30. XII.	36,8 37,2 37,7
----------	----------------------	----------	----------------------	--------------	----------	----------------------

31. XII. — Die am 28. plötzlich aufgetretenen Temperaturerhöhungen haben sich in den letzten Tagen von Neuem gezeigt und dabei war die Kranke aufgeregter, als bisher. Die letzte Nacht verlief nach einer Gabe von 8 Tropfen Opium, die ihr am 29. schon einmal verordnet wurden, wieder ruhig, sie hat auch kein Fieber mehr und kann zu Stuhl gehen. Die Wunde erscheint völlig reizlos. — Die Nahrung besteht heute nur aus flüssigen Speisen. Caffee wird von nun ab am Morgen bei Seite gelassen, da sie ihn heute früh erbrach. Das am 29. XII verordnete Stahlwasser mit Rothwein bekommt ihr gut.

Temperatur.

		31. XII.	36,8	37,3	37,5		
1. I.	36,3 37,0	2. I.	36,4 37,4	3. I.	37,0 37,1	4. I.	36,5 37,5
5. I.	36,4	6. I.	36,3	37,4	7. I.	36,7 37,3	

8. I. — Das Allgemeinbefinden ist recht zufriedenstellend. Die Kranke schläft gut, isst mit grossem Appetit,

hat eine sehr gesunde Gesichtsfarbe und geht regelmässig zu Stuhl. Bis auf den unteren Winkel, wo die Granulationen langsam aus der Tiefe herauswuchern, ist die Bauchwunde vorzüglich geheilt, die Umgebung der Wunde ist etwas geröthet, aber nicht schmerzhaft.

Temperatur.

8. I.	9. I.	10. I.	11. I.	12. I.	13. I.	14. I.	15. I.
36,3	36,3	36,3	37,0	37,0	37,2	38,2	37,5
37,3	37,0	37,0	37,0	37,0	38,2	38,6	37,0
						38,4	
						38,6	

16. I. — Am 12. stand Patientin zum ersten Male auf. Sie konnte auffallend gut gehen und fühlte sich sehr wohl. Am 13. machte sie sich aber zu viel Bewegung. Die Folge davon war, dass sie am Abend über Kopfschmerzen klagte und bald nachher ganz plötzlich in einen epileptiformen Krampf verfiel, der sich nach einer Stunde und dann noch einmal gegen Morgen wiederholte; dabei wurden Bewusstlosigkeit, Zuckungen der Extremitäten, des Kopfes, Röcheln, leichtes Aussetzen des Pulses und Cyanose des Gesichts beobachtet. Die Pupillen reagirten etwas träge, die linke war eine Spur weiter als die rechte. Patientin biss sich auf die Zunge; Urin eiweissfrei. Nach einiger Zeit erwachte sie aus diesem Zustande, kam aber noch nicht zum klaren Bewusstsein und gab erst gar keine, dann verkehrte Antworten. Ausserdem griff sie unter den Verband und kratzte sich die noch nicht verheilte Stelle der Bauchwunde am unteren Winkel etwas auf. Dann klagte sie über heftige Leibscherzen, die aber nach der Application eines Opiumzäpfchens vergingen. In der Nacht war sie dann sehr aufgereggt und wurde erst nach einer subcutanen Morphium-Injection etwas ruhiger, schlief aber nicht.

Am 14. Morgens war sie dann klarer und schlief darauf fast den ganzen Tag hindurch. War sie wach, so klagte sie nur über heftige Kopfschmerzen.

Die Untersuchung ergibt: sehr mässiges Pulsiren der Carotiden bei kräftigem vollen Radialpuls, enge Pupillen, normaler Augenhintergrund ohne jede Stauungserscheinungen. An den Lungen ist nichts nachzuweisen, an der Herzspitze ein scharfes systolisches Geräusch zu hören. Der Leib erscheint nicht aufgetrieben und überall schmerzlos. Die Wunde zeigt ein gutes Aussehen. Die schon am Abend vorher auf den Kopf applicirte Eisblase wird beibehalten und ausserdem ein Essigklystier verordnet, worauf reichlicher Stuhlgang und entschiedene Besserung erfolgte. Hinter beide Ohren Einpinselung mit Collod. cantharid.

Nachdem die Kranke am 15. abermals ein Essigklystier erhalten und sich darauf von Neuem wesentlich besser befunden hat, sind die Anfälle heute ausgeblieben. Da keine Spuren irgend einer Herderscheinung, keine Lähmung etc. inzwischen zu bemerken waren und die Temperatursteigerungen wieder ganz geschwunden sind, ist es unklar, wie man die Anfälle aufzufassen hat.

Eine weitere Therapie wird nicht mehr eingeschlagen, auch die Eisblase nicht mehr auf den Kopf gelegt.

Temperatur.

16. I. 36,5
36,8

17. I. 37,1
37,4

18. I. 36,1
37,4

19. I. 36,8
36,5

20. I. 37,0
37,4

21. I. 36,4
37,2

22. I. 36,8
37,4

23. I. — Bis auf den noch immer kleinen Puls ist Patientin als genesen zu betrachten. Schlaf, Appetit und Stuhlgang befinden sich in bester Ordnung und die früher offene Stelle im unteren Wundwinkel ist vollständig mit Granulationen bedeckt, letztere überragen sogar theilweise das Niveau, so dass man sie heute mit Höllenstein

ätzen musste. Der Vorsicht wegen wird angeordnet, dass Patientin vorläufig noch das Bett hütet.

Temperatur.

23. I.	24. I.	25. I.	26. I.	27. I.	28. I.	29. I.	30. I.	31. I.
37,0	36,8	36,9	37,0	36,4	37,2	37,0	37,0	37,0
37,6	37,0	37,1	37,2	37,0	37,0	37,0	37,1	37,3

3. II. — Die nervösen Anfälle wiederholten sich nicht. Seit 28. I ist Patientin ausser Bett und befindet sich so ausserordentlich wohl, dass der auf den 4. II erbetenen Entlassung nichts mehr im Wege steht. Die vorher nochmals vorgenommene Untersuchung ergibt: Uterus liegt gestreckt etwas nach rechts hinten, links tiefer Cervixriss, kein Ectropion. Der hintere und linke Umfang des Uterus ist von Narbengewebe umgeben, welches denselben an die Umgebung lose anheftet. Bewegung von oben nach unten mässig frei, Abziehung nach vorn nicht ausführbar.

Zweiter Fall (aus der Poliklinik).

Subperitoneales Myom der vorderen Cervixwand oberhalb der portio supravaginalis.

Complicationen:

1) In der Schwangerschaft:

Keine.

2) Bei der Geburt:

Habitusverletzung (Arm- und Nabelschnurvorfal).

Versuchte Zangenapplication. Wendung nach Reposition des Kopfes. Zurückbleiben von Eihäuten mit geringer Blutung.

3) Im Wochenbett:

Keine.

Frau Schneider, 39jährige 9 para, war trotz ihrer Abstammung aus phthisischer Familie immer gesund. Seit dem 12. Lebensjahre trat die Periode in regelmässig vierwöchentlichen Intervallen ohne Schmerzen, aber sehr profus ein. Vom 19. Jahre an machte die Kreissende fünf Zangenentbindungen durch. Alle Kinder, die jedesmal sehr gross gewesen sein sollen, starben bei oder kurz nach der Geburt. Das erste Wochenbett war angeblich durch einen sehr lange dauernden Typhus complicirt. Die letzte Geburt eines ausgetragenen Kindes fand vor neun Jahren statt. Seitdem abortirte Patientin noch dreimal im 5., 6. und 7. Monate. Die jetzige Schwangerschaft verlief normal. Am 25. October Nachts erfolgte plötzlich der Blasensprung ohne bekannte Ursache. Die Wehen begannen am 27. Mittags. Die in der Nacht herbeigerufene Hebamme erbat, nachdem sie nach zwei-stündigem Warten keinen Fortschritt der Geburt constatiren konnte, poliklinische Hilfe.

Status am 28. October, 4 Uhr Morgens:

Grosse kräftige Frau von fast greisenhaftem Aussehen. Die Untersuchung der Brustorgane ergab normale Verhältnisse. Anzeichen von überstandener Lues waren nicht vorhanden. Leib stark aufgetrieben, fortwährende Presswehen, in denen das Kind schwer zu palpiren ist. Kopf von aussen nicht zu fühlen. Kindliche Herztöne in der Mittellinie über der Symphyse. Kleine Theile undeutlich rechts oben; links seitlich eine grosse feste Resistenz. Sp. $25\frac{1}{2}$ Cr. $27\frac{1}{2}$ T. 31 C. 20.

Bei der inneren Exploration findet man den Kopf in gewöhnlicher Hinterhauptslage mit der Pfeilnaht im Geraden tief auf dem Beckenboden, unter den Wehen den Damm etwas vorwölbend. Rechts neben ihm liegt eine schwach pulsirende Nabelschnur, links kommt man

auf den im kleinen Becken liegenden Ellenbogen des rechten Armes. Im Interesse des durch den Nabelschnurvorfal gefährdeten Kindes wird nach rasch eingeleiteter Narcose die Zange angelegt.

Ein paar kräftige Tractionen bringen den Kopf in die sich eröffnende Schamspalte, jedoch gelingt seine vollständige Entwicklung nicht. Man kam deshalb zunächst auf den Gedanken, dass hier eine Abnormität vorläge, etwa eine Doppelbildung des Kindes oder sonst eine den Durchtritt durch das Becken erschwerende Verunstaltung des kindlichen Körpers. Die Zange wurde deshalb abgenommen und die Untersuchung genauer wiederholt. Nun constatirte man, dass der rechte Arm vorn zwischen Kopf und Symphyse lag und man vermuthete, dass dadurch der Eintritt der Schulter in's Becken aufgehalten würde. Nach nochmaliger Anlegung der Zange versuchte man den Arm zurückzuschieben, was aber nicht gelang; zuletzt drehte man den kleinen Kopf mit der Zange nach allen Richtungen, um die Passage auf diese Weise vielleicht zu erzwingen. Da Alles fehl schlug, sah man sich durch die Noth gezwungen — wollte man nicht das lebende Kind perforiren — den Versuch einer Wendung zu machen. Natürlich wurde derselbe unter diesen so abnormen Verhältnissen mit der grössten Vorsicht unternommen. Wider Erwarten liess sich der in die volle Hand gefasste Kopf relativ leicht nach hinten und oben, schliesslich durch den Beckeneingang in das grosse Becken zurückschieben. Die linke Hand passirte langsam den deutlich prominirenden, etwas über der Höhe des Beckeneingangs befindlichen Contractionsring, gelangte an einen Fuss und unter kräftigem Druck von aussen gelang die Umdrehung des Kindes. Man hatte den rechten Fuss herabgeschlagen. Die dann

folgende Extraction ging leicht von Statten; das so geborne Mädchen war 42 cm. lang, hatte 31 cm. Kopfumfang und eine starke Zangenmarke auf der linken Wange. Die recht grosse Placenta kam eine Stunde später durch den Crede'schen Handgriff ziemlich schwer. Ein Stück Eihaut blieb zurück und wurde nachträglich entfernt. Dabei fiel auf, dass die vordere Wand des Uterus als dicker Tumor in die Höhle des Organs hineinragte und den Beckeneingang überdachte.

Aus Rücksicht für die sehr angegriffene Patientin sah man vorläufig von einer genaueren Exploration ab. Secale und heisse Ausspülungen erzeugten eine kräftige andauernde Contraction der Gebärmutter. An den äusseren Genitalien fanden sich keine Verletzungen.

Bei der Visite am folgenden Tage befand sich die Frau sehr wohl und fühlte nirgends Schmerzen, der Blutabgang aus den Genitalien war mässig. Man nahm nun eine genauere Untersuchung vor und fand die nach der Geburt gestellte vorläufige Diagnose vollständig bestätigt, d. h. unter dem unterhalb Nabelhöhe stehenden, platten, kammförmig contrahirten Fundus an der vorderen Wand der Gebärmutter eine dicke Auftreibung mit glatter Oberfläche, die schwer auf dem vorderen Laquear auflag.

Das Wochenbett verlief normal.

Nach 3 Wochen fand man bei der im Ambulatorium vorgenommenen Untersuchung einen in seiner Grösse dem dreimonatlichen graviden Zustande entsprechenden Uterus in starker Antedextroversion.

Die im Allgemeinen ebene Oberfläche der Gebärmutter zeigte oberhalb der portio supravaginalis eine Hervorbuchtung erzeugt durch ein in der Substanz der betreffenden Partie sitzendes und bis nahe an den Fundus heraufragendes Myom. Letzteres war mehr nach der rechten

Seite hin entwickelt, wie auch die ganze rechte Hälfte des Uterus durch ihre grössere Tiefe und Massigkeit gegenüber der platten linken Seite contrastirte. Das Kind starb am Tage der Geburt selbst noch, obgleich es anscheinend ganz lebensfähig zur Welt gekommen war. Die Section ergab angeborne vollständige Atresie des Duodenums mit consecutiver Perforation des Magens. Von Seiten des entbindenden Eingriffes hatte es in keiner nachweisbaren Weise gelitten.

* * *

Interessant ist in diesem Falle — wir weisen nur im Allgemeinen hierauf hin — die eigenthümliche Geburtsstörung, die Habitusverletzung, die, wie wir glauben, darauf zu beziehen ist, dass durch den Tumor die Schultern am Eintritt in's Becken verhindert wurden und deshalb Gelegenheit geschaffen war zu einem Nabelschnur- und Armvorfall, neben dem das geräumige Becken nicht vollständig ausfüllenden kleinen Kopfe. Welche merkwürdige Schwierigkeiten der Entbindung im Wege standen, haben wir angeführt. Möglicherweise wurde die vordere Schulter bei den Tractionen mit der Zange fest gegen den auf der Symphyse aufliegenden Tumor angepresst und dadurch an der Passage durch den Beckeneingang verhindert. Besonders hinweisen müssen wir ferner darauf, dass man sich durch die Abnormität der Situation in die Lage versetzt sah, zu einer ungewöhnlichen und für die gewöhnlichen Fälle gewiss unerlaubten Operation zu recurriren, nämlich zu der Wendung bei tief auf dem Beckenboden stehenden Kopfe. Der Erfolg rechtfertigte den Eingriff.

Dritter Fall (aus der Poliklinik).

Fibroid des Uterus.

Complicationen :

1) In der Schwangerschaft :

Keine.

2) Bei der Geburt :

Keine.

3) Im Wochenbett :

Keine.

Frau Fischer, 27 jährige 1 para, Familienanamnese ohne Belang. Patientin ist seit ihrem 14. Jahre menstruiert. Die Menses halten den regelmässigen vierwöchentlichen Typus ein, der Blutverlust ist dabei stets gering, vollzieht sich aber unter sehr grossen Schmerzen im Unterleib, im Kreuz und nach dem rechten Bein ausstrahlend. Im Jahre 1875/76 war Patientin längere Zeit in der Klinik. Es wurde damals ein Fibroid des Uterus diagnosticirt und mit Ergotin-Injectionen behandelt. Die Schwangerschaft verlief normal und ohne jegliche Beschwerde. Am 3. VI. Abends Beginn der Wehen, 24 Stunden nachher Blasensprung und kurz darauf normale Geburt.

Bei Besichtigung des Abdomens nach der Geburt des Kindes fielen zwei Hervorragungen auf, von denen die linksseitige mehr kugelig und weich, die rechtsseitige derber und weniger weit heraushragend erschien. Zweifelsohne waren dies die beiden subperitonealen Fibroide des Uterus, welche schon im Jahre 1875/76 die klinische Behandlung der Patientin erforderlich gemacht hatten. Die genauere Untersuchung nach dem Sitz und der Natur des Tumors musste verschoben werden.

Vierter Fall (aus der Poliklinik).

**Links oben am Fundus uteri ein gestieltes subseröses Myom;
in der hinteren Wand ein ziemlich grosses interstitielles
Fibroid.**

Complicationen :

1) In der Schwangerschaft :

Keine.

2) Bei der Geburt :

Geringe Blutung nach Entfernung der Placenta.

Starke Wehen, die noch am folgenden Tage nach der Geburt anhielten (Myomcontraction?).

3) Im Wochenbett :

Keine.

Frau Kessler, 38 jährige V para. Familienanamnese ist nicht zu ermitteln; Patientin will immer gesund gewesen sein. Ihre Regel, die sie zum ersten Male in ihrem 17. Jahre hatte, war stets in Ordnung. Sie hat zweimal, in ihrem 25. und 30. Jahre geboren, wobei Geburt und Wochenbett normal verliefen. Ausserdem abortirte sie zweimal im 3. Monat und zwar in ihrem 32. und 37. Jahre, das letzte Mal mit starkem Blutverlust.

Die jetzige Schwangerschaft verlief ebenso wie die Geburt normal bis auf die Nachgeburtsperiode. Die gewaltsame Entfernung der Placenta durch die Hebamme war von einer Blutung begleitet und bald darauf erfolgten äusserst heftige Wehen. Da ausserdem die Hebamme im Uterus noch etwas ihr Unbekanntes zu fühlen meinte, nahm sie poliklinische Hilfe in Anspruch.

Der am 25. X. Morgens um 3 Uhr aufgenommene Status lautet folgendermassen :

Blasse Frau. Sehr schmerzhaft heftige Wehen. Uterus steht noch über dem Nabel und ist ziemlich hart; etwa in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel fühlt er sich weicher an. Links am oberen Rande des Uterus pendelt an einem runden, ziemlich langen Stiel ein kinderfaustgrosser rundlicher Tumor. Rechts fühlt man mehrere fest aufsitzende kleine Höcker.

Die combinirte Untersuchung ergibt hier rechts ein ziemlich grosses, interstitielles in der unteren Partie der hinteren Wand sitzendes Fibroid.

Der Cervix in seiner vorderen Partie ist stark gedehnt. In der Höhe des hinteren Fibroids kommt man vorn an einen sehr markirten Contractionsring, hinten fehlt ein solcher. Ueber dem interstitiellen Myom bemerkt man eine starke, ziemlich weite Uterushöhle, in welcher noch mehrere Placenta- und Eihautreste sitzen. Man entfernt dieselben ohne Narcose. Nach Darreichung von 2 gr. Secale und nach einer heissen Ausspülung hören die Schmerzen, sowie die Blutungen auf. Das Wochenbett verlief dann ganz normal.

Fünfter Fall.

Linksseitiges Fibroid (subseröses) des Uterus.

Complicationen.

1) In der Schwangerschaft:

Keine.

2) Bei der Geburt:

Sehr langsam verlaufende Geburt bei sehr schmerzhaften Wehen. Zangenapplication und Geburt eines lebenden Kindes. Perforirender Dammriss.

3) Im Wochenbett :

Rectovaginalfistel. Vollständige Heilung nach 5 Wochen.

Frau X., I para, will als Mädchen immer gesund gewesen sein und ihre Periode stets regelmässig alle 4 Wochen, aber nicht besonders stark gehabt haben. Am 18. October letzte Regel. Drei Monate später erkrankte sie und musste 6 Wochen lang das Bett hüten. Ihr damaliger Arzt diagnosticirte eine Perimetritis, will aber auch einen Tumor gefühlt haben. Der weitere Verlauf der Schwangerschaft war ein normaler, nur war Patientin zuweilen links im Abdomen sehr empfindlich, wo man inzwischen auch das Vorhandensein eines Tumors constatirt hatte. Seit dem 18. VI früh leichte wehenartige Schmerzen. Patientin nahm im Laufe des Vormittags ein Bad und bemerkte während desselben den ersten Abgang von Fruchtwasser. Die darauf vorgenommene Untersuchung ergab folgende Verhältnisse :

Mittelgrosse, ungewöhnlich schön gebaute Person. Füsse und Hände auffallend klein. Das Becken, das wegen der grossen Empfindlichkeit der Kreissenden einer genauen Untersuchung nicht unterworfen werden konnte, erschien allgemein unbedeutend verengt mit Annäherung an den männlichen Typus, namentlich fiel der auffallend spitze und hohe Schambogen auf. Langer und derber Damm. Vagina ziemlich aufgelockert. Der Muttermund hoch nach hinten und oben gezogen und etwa pfennig-gross eröffnet. Seine Ränder mit einigen Granulationen besetzt. Die vordere Lippe erscheint leicht ectropionirt, die hintere schmal ausgezogen und etwas über die vordere herübergezogen. Die ganze vordere Cervixpartie liegt wie eine gespannte Kappe über den oben in's Becken

hereinhängenden Kopf ausgespannt. Letzterer, der den Eindruck ziemlicher Grösse und Härte macht, steht in der zweiten Unterart der zweiten Lage mit schräg von links vorn nach rechts hinten verlaufender Pfeilnaht. Die rechts hinten fühlbare kleine Fontanelle erscheint etwas tiefer herabgetreten, als die grosse, jedoch war auch letztere deutlich zu fühlen.

Der Uterus liegt etwas nach der rechten Seite herübergedrängt durch einen etwa kindeskopfgrossen Tumor, der links dicht mit den Gebärmutterwandungen zusammenhängt. Ein kleines in der Höhe des Nabels sitzendes gestieltes Fibroid an der vorderen Wand deutete auch auf die Natur des grösseren Tumors, den man bei der durch die Empfindlichkeit der Kreissenden sehr erschwerten Untersuchung vielleicht für eine Ovariengeschwulst zu halten geneigt gewesen wäre. Zunächst erzeugte man durch Ricinusöl reichlichen Stuhlgang und gab dann, um die Wehen zu reguliren und die Erweiterung des Muttermundes zu befördern, ein Ipecac. Infus. mit Liqu. ammon. acetic. und etwas Opium.

Die anfänglich schwachen und seltenen Wehen wurden im Laufe der Nacht immer rascher, folgten sich Schlag auf Schlag und nahmen allmählich einen so schmerzhaften Charakter an, dass man zu andauernder, leichter Anchloroformirung seine Zuflucht nehmen musste, nachdem Umschläge und Morphinum sich als erfolglos erwiesen hatten.

Unter dieser Behandlung besserte sich allmählich der Zustand. Namentlich erweiterte sich der Muttermund langsam und wanderte zugleich nach und nach in die Mitte des Beckens herab. Am 19. Morgens stand er endlich, markstückgross eröffnet, in der Führungslinie. Von nun an gab man kein Chloroform mehr. Um 2 Uhr Mittags war bei unverändertem Kopfstande die Eröffnung

der Weichtheile weit gediehen. Kräftige Presswehen folgten sich in regelmässigen Pausen.

Lange dauerte indess dieser erfreuliche Wechsel der Situation nicht an und kaum eine halbe Stunde später war die Sache wieder beim Alten. Kreissende wurde immer unruhiger, die Wehen unregelmässig und schmerzhaft. Der Kopf wich nicht von der Stelle. Gegen Abend liess sich endlich der gespannte vordere Muttermundssaum über den Kopf zurückschieben. Dieses und die Veränderung der Lage wirkten entschieden günstig. Bis dahin war Kreissende stets auf dem Rücken oder auf der rechten Seite gelegen. Mit sehr gutem Erfolge versuchte man nun die linke Seitenlage, durch welche wahrscheinlich der linkseitige Tumor vom Beckeneingange weggeschoben, — ein Einfluss auf das Tiefertreten des Kindeskörpers, vielleicht auch auf die Drehung der Schultern — mehr eliminirt wurde. Unter ungleich kräftigen Wehen und energischer Anstrengung der Bauchpresse rückte der Kopf entschieden etwas vor und drehte sich allmählich in den queren und aus diesem in den linken schrägen Durchmesser herein. Nun standen die Verhältnisse so, dass man die Ueberzeugung gewann, der Kopf würde sich mit der Zange fassen und extrahiren lassen. Allerdings verhehlte man sich nicht, dass bei der Enge des Schambogens, die zu einem starken Ausweichen des Kopfes nach hinten führen musste, andererseits bei der inzwischen erfolgten sehr bedeutenden Dehnung und Spannung der hinteren Vaginalwand die Zangenextraction eine fraglose Gefährdung der mütterlichen Weichtheile im Gefolge haben würde. Immerhin konnte man bei eintretender Indication der künstlichen Entbindung nicht mehr im Zweifel sein, zu welcher Operation — ob Zange oder ob Perforation — man recurriren müsse. In der

Nacht fing die Kreissende an, durch die Geburt entschieden zu leiden. Wirkliche gefahrdrohende Erscheinungen fehlten zwar noch, aber andererseits liess die Wehentätigkeit wieder nach, der Kopf rückte nicht weiter vor. Erschöpfung und Angstgefühl stellten sich ein, so dass man sich gegen Morgen entschloss der Sache ein Ende zu machen und die Tarnier'sche Zange anzulegen.

Dieselbe wurde stark im rechten Schrägen angelegt und fasste den Kopf, wie sich nachher herausstellte, über Stirn und Auge rechts hinter dem Ohr bis zum Nacken. Unter bedeutender Kraftanstrengung wurde der Kopf heruntergezogen, wegen der Enge der Weichtheile konnte die Zange aber erst spät abgelegt werden, nachdem man schon stark nach aufwärts hatte ziehen müssen, und noch ehe die Löffel herausgenommen wurden, zerriss der Damm in der Mittellinie bis zum anus.

Das Kind war lebend, ein kräftiger Knabe mit starkem Kopf; das linke Auge stark gequetscht, auf der Mitte der Stirn eine tiefe Zangenmarke. Rechts waren Zangenmarken hinter dem Ohre bis zum Nacken sichtbar und ausserdem eine Facialislähmung vorhanden. Placenta wurde (nach spontaner Austreibung aus dem corpus uteri in die Vagina) durch den Credé'schen Handgriff vollends entfernt. Bei näherer Besichtigung zeigte sich dann, dass die Scheide links neben der Columna bis in's Laquear geplatzt war, dass auch das rechte Laquear Einrisse aufwies. Der tiefe Dammriss erstreckte sich durch den Sphincter ani in das Rectum; an dessen hinterer Wand dicht über dem Sphincter constatirte man eine Schleimhautfissur. Darauf wurden die Läsionen sorgfältig mit Seide vernäht. — Die Temperatur war am Abend auf 38,6 gestiegen, die Pulsfrequenz betrug 92. Schmerzen im Leib, die sich inzwischen eingestellt

hatten, wurden durch einen Priessnitz'schen Umschlag wesentlich gelindert.

24. VII. — Patientin fiebert nicht mehr und hat einen langsamen Puls. Am 2. und 3. Tag sowie heute wurde Ricinusöl verabreicht. Die Wunde wird am Morgen und am Abend mit Carbolwasser gespült und im Uebrigen mit Carbolbleiwasser-Umschlägen behandelt, auf die Fissur des Rectums wird Jodoform gestäubt, die Umgebung der Wunde mit Vaseline bepinselt.

Urin kann Patientin nicht spontan lassen und muss bis jetzt katheterisirt werden. Ihre Klagen betreffen einen sich fortwährend geltend machenden Drang im After und Abgang von Winden durch die Vagina. In der That findet sich auch hinter dem Introitus eine kleine Oeffnung, sonst sieht die Wunde jedoch überall gut aus und zeigt auch nirgends eine Schwellung. Das linke angeschwollene Auge des Kindes wurde erst mit Eiscompressen, dann mit Bleiwasserüberschlägen behandelt und ist jetzt fast ganz geheilt; auch die Facialislähmung ist am Verschwinden. Der Uterus liegt immer in der rechten Seite, verdrängt durch das linksseitige subseröse Fibroid; an der Basis desselben erkennt man jetzt ein zweites kleines Fibroid.

28. VII. — Seit zwei Tagen geht ausser Winden auch dünner Stuhlgang durch die Vagina ab. Die Temperatur betrug vorgestern Abend 38,2. Bei der gestern und heute vorgenommenen Entfernung der Nähte zeigt sich am Introitus Alles gut verheilt, hingegen vor dem anus klafft die Wunde und eitert in der Tiefe.

Die Kothfistel scheint ganz am oberen Rande der Vaginalwunde zu liegen.

Am 9. VIII zeigten sich die Fisteln so gut geheilt, dass bei einem Klystiere die Vagina kein Wasser mehr passirte. Seit vier Tagen wird der Leib mit Iodkalisalbe eingerieben.

6. IX. — Patientin hat seit einer Woche das Bett verlassen und geht herum. Die wenigen Beschwerden, über die sie Klage führt, innerlich Stechen beim Aufstehen und ein spannendes Gefühl beim Sitzen, sind wohl auf die durch die Narben herbeigeführte Zerrung zu beziehen. Der Damm ist sehr schön geheilt und nur am Rectum eine Spur eingezogen; die Fibroide scheinen sich im Wochenbett etwas verkleinert zu haben.

30. X. — Patientin ist nunmehr vollständig genesen.

Das Kind ist sehr kräftig, die Narbe auf der Stirn unverändert, hängt jedoch nicht mit dem Knochen zusammen.

* * *

Ausser diesen genannten fünf Fällen beobachtete Herr Professor Dr. Freund noch zwei von subperitonealem Myom bei alten Erstgebärenden. Im ersten dieser beiden Fälle handelte es sich um einen kindeskopfgrossen Tumor bei einer 36jährigen I para, der sich genau median am vorderen corpus uteri gebildet hatte. Im zweiten Fall fand sich ein mannskopfgrosser Tumor bei einer 42jährigen I para links oben in der pars keratina. Die Geschwülste, beide breit aufsitzend, vergrösserten sich während der Schwangerschaft und riefen in dieser Zeit auch Druckbeschwerden hervor, complicirten aber weder die Geburt noch das Wochenbett; während des letzteren verkleinerten sie sich zu dem früheren Umfange und wurden härter.

Dritter Theil.

Therapie.

Die Behandlung, welche man in den genannten Complicationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts einzuleiten hat, wird sich zum Theil gegen diese Complicationen, zum Theil aber auch, je nach den Verhältnissen, gegen die Fibromyome selbst zu richten haben; im ersteren Falle wird sie eine mehr symptomatisch-palliative, im letzteren, wobei man auf diese oder jene Weise gegen die Neubildung selbst vorgeht, eine mehr radicale sein.

Was die medicamentöse Behandlung, sowohl die innerliche, wie äusserliche betrifft, zu welcher ausserhalb der Gravidität jeder Gynäkologe als zu der weniger eingreifenden zuerst sich wenden wird, so muss man im Allgemeinen dieselbe als eine wenig zuverlässige bezeichnen.

Denn auch angenommen, dass von dem Gebrauche gewisser Badekuren, wie in Kreuznach, Reichenhall — ersteres von Michels so sehr gerühmt — oder anderer die Resorption befördernder Mittel, wie Iod und bromhaltiges Wasser, ein schädlicher Einfluss auf den mütter-

lichen wie kindlichen Organismus während der Gravidität nicht zu befürchten wäre, ist es doch andererseits auch fraglich, ob durch eine derartige Therapie der Tumor selbst wesentlich beeinflusst würde.

Ein direkter Eingriff auf den Tumor durch Ergotin-Injectionen, Anwendung von Electricität, Sublimat (Routh), Arsenik, Phosphor (Guéniot), aurum chloratum natronatum (Martin) ist natürlich während der Gravidität nicht erlaubt.

Im Allgemeinen liegt in dieser Beziehung während der Schwangerschaft aber auch nur selten eine Indication vor, da ja die Schwangerschaft in vielen Fällen — bei den unsrigen in Allen — durch den Tumor keine Störung erfährt, und wenn sie eine erfährt, die eintretenden Complicationen meistens anderer Art sind, als dass sie durch eins oder das andere der genannten Medicamente beseitigt werden könnten.

Treten die bei Fibromyomen des Uterus, besonders bei den submucösen so häufigen Blutungen während der Gravidität auf, so wird man versuchen, dieselben durch adstringirende Tampons, Eiswassereinspritzungen, Application von Eisenchloridlösungen zu beruhigen, vorausgesetzt, dass das gestielte submucöse Myom nicht bereits zum Muttermund hinausgetreten ist. In diesem Falle kommt dann die direkte Abtragung desselben in Betracht.

Häufig sind diese Blutungen während der Schwangerschaft das erste Symptom eines beginnenden Aborts. Eine Indication zur Beschleunigung desselben auf künstlichem Wege ist in den meisten Fällen nicht vorhanden und es dürfte die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wohl nur dann erlaubt sein, wenn eine Aussicht, ein lebendes Kind bei zu grosser Raumbeschränkung von

Seiten des Tumors durch normale Geburt zu erhalten, ohnehin nicht gegeben ist und andererseits die Mutter durch den Act der Geburt selbst in zu grosse Gefahr kommen würde.

Eine andere Indication zur Einleitung des künstlichen Aborts ist vorhanden, wenn es in Folge der Neubildungen am Uterus zu Lagerveränderungen der graviden Gebärmutter (Retro-Anteflexion) mit Incarcerations-Erscheinungen gekommen ist, die das Leben der Mutter in Gefahr zu bringen vermögen. Sind in einem solchen Fall alle Repositionsversuche vergeblich gewesen, so beruht die einzige Hoffnung, die Mutter zu erhalten, in der möglichst schnellen Entleerung des Uterus.

Ob das Verfahren von Habit (Wiener medic. Wochenschrift 1871 Nr. 8) ein correctes ist, der in den letzten Monaten der Schwangerschaft wiederholte Repositionsversuche machte und dadurch eine grössere Beweglichkeit des Tumors herheführte, so dass nach erfolgter Reposition während der Geburt das Kind in Schädellage spontan geboren werden konnte, ich sage, ob dies Verfahren nachahmungswerth ist, kann ich nicht entscheiden.

Die Gefahr, durch die wiederholt vorgenommenen Manipulationen sowohl Abort, wie peritonitische Reizerscheinungen hervorzurufen, ist gewiss vorhanden.

Die Myomotomie in der Schwangerschaft wurde bisher siebenmal ausgeführt: dreimal von Schröder, je einmal von Hegar, Kaltenbach, Wasseige und Landau.

Die Kranken Hegar's und Wasseige's starben, in den fünf anderen Fällen erfolgte Genesung. —

Die therapeutischen Eingriffe, welche gegen die Complicationen der Geburt bei Fibromyomen des Uterus in Anwendung kommen, wurden schon im I. Theil

der Arbeit genannt. Sie sind verschieden je nach der Art der Complicationen und bestehen in
 der Zangenapplication,
 der Wendung,
 der Perforation und Extraction
 und dem Kaiserschnitt.

Bei letzterem wird sich hauptsächlich das Porro'sche Verfahren empfehlen, weil es ein radicales ist und bei dem alten Verfahren des Kaiserschnitts sehr leicht Nachblutungen — bedingt durch Klaffen der Wunde — auftreten.

Ein direkt gegen den Tumor gerichtetes operatives Vorgehen während der Geburt kann dann indicirt sein, wenn ein gestieltes submucöses Fibroid der unteren Cervixpartie unmittelbar vor der Ausstossung des Kindes durch die Wehentätigkeit des Uterus zum Muttermund hinausgetrieben wird und dann für die Beendigung der Geburt ein mechanisches Hinderniss hervorruft.

Dies — eine verhältnissmässig einfache Operation — kann von jedem praktischen Arzt ausgeführt werden. Es geschieht am besten so, dass nach vorheriger Unterbindung des Stieles die vorsichtige Abtrennung mittelst eines Scalpels vorgenommen wird; sie geschieht so dicht wie nur möglich an der Uterussubstanz. —

Oefter als während der Gravidität und Geburt bietet sich im Wochenbett Gelegenheit zu einer operativen Therapie, natürlich aber nur dann, wenn gefahrdrohende Allgemeinerscheinungen im Befinden der Wöchnerin auftreten.

Da die Fibromyome des Uterus nach vollendeter Geburt zugleich mit der puerperalen Involution des Uterus manchmal eine schnelle Rückbildung erfahren, so wird man mit Rücksicht hierauf die Exstirpation der-

selben nie zu Anfang des Wochenbettes vornehmen. Sind nach einigen Tagen keine Zeichen vorhanden, die eine spontane Rückbildung vermuthen lassen, treten im Gegentheil Symptome auf, welche nöthigen, auf regressive Metamorphose im Tumor zu schliessen (Verfettung, Erweichung, gangränösen Zerfall), kommt es zu bedenklichen Erscheinungen wie Schüttelfrost und hohem Fieber, so kann, wie im 1. unserer Fälle, eine entschlossene Operation, — sei es eine Enucleation oder Laparotomie mit Exstirpation des Tumors für die Wöchnerin allein lebensrettend sein.

Im Allgemeinen erfreut sich die Myomotomie nach vorausgegangener Laparotomie bei den Gynäkologen noch nicht so allgemeiner Beliebtheit, wie die Ovariectomie. Dies findet in der grösseren Gefährlichkeit der Myomotomie seine Begründung.

Die Grösse der Geschwulst, die Schwierigkeit, dieselbe zu verkleinern, und die daher erforderliche umfangreichere Eröffnung der Bauchdecken, die Neigung zu starken Blutungen bei Durchtrennung des gefässreichen und dicken Stiels, die exacteste Behandlung des gewonnenen Stumpfes in einer Weise, dass weder Blutung, noch septische Infection entsteht, — das Alles macht die Operation gefährlich und daraus erklärt es sich auch, dass die ersten und noch dazu aus diagnostischen Irrthümern ausgeführten Myomotomien fast ausschliesslich ungünstige Erfolge hatten. Lizars, Dieffenbach, Atlee und Andere schlossen die Bauchhöhle wieder, nachdem sie ihren Irrthum erkannt hatten, weil man die Entfernung dieser Geschwülste für unmöglich hielt.

Von 14 derartig nicht operirten Fällen gingen 5 blos in Folge des äusseren Eingriffs zu Grunde (Pozzi, de la valeur de l'Hystérotomie dans le traitement des

tumeurs fibreuses de l'utérus, Paris 1875), Clay und Heath (1843) entschlossen sich trotz erkanntem diagnostischen Irrthums zur Exstirpation der Uterusmyome, die Operationen endeten aber ungünstig.

Auch andere Operateure, wie Peasbe, Boyd, Spencer Wells, Sawyer, welche nach erkannter irrthümlicher Diagnose weiter operirten, hatten Misserfolge. Kimball (Péan, Hystérotomie; Paris 1873, p. 6) war der Erste, der 1853 ein diagnosticitertes Uterusfibroid exstirpirte, und zwar mit Erfolg.

Der Nächste, welcher die beabsichtigte Operation mit günstigem Erfolge ausführte, war Koeberlé (Péan l. c. p. 7; — l. c. Gusserow, p. 87).

Seitdem sind nun eine Reihe von Fällen veröffentlicht worden, welche die grosse Gefährlichkeit der Laparo-Hysterotomie gegenüber der Ovariectomie beweisen.

Péan hat nach seiner Methode unter 24 Operirten 8 Todesfälle; Spencer Wells unter 25 Operationen 15 Todesfälle; Billroth verlor von 15 Kranken 10. (Schröder, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, p. 247.)

Schröder selbst hat in 32 Fällen 11 Todesfälle gehabt.

Eine Zusammenstellung, welche Gusserow (p. 89) aus Fällen von Koeberlé, Sands, Gillepsie, Hackenberg, Burnham, Landi, Boye, Vogt etc. macht, ergiebt unter 17 Laparotomien mit Entfernung des Fibroms allein (ohne Uterus) 12 Todesfälle = 70,5%. Koeberlé machte bis zum Jahre 1877 19 Mal die Laparotomie wegen Uterusfibromen und hatte davon 9 Heilungen.

Nach den neuesten persönlichen Angaben erzielte Koeberlé jedoch im Laufe der Jahre bessere Erfolge, denn es trat nunmehr bei zwei Drittel seiner Fälle die gewünschte Heilung ein.

Eine zweite Zusammenstellung von Myomotomien, die mit Exstirpation des Uterus gemacht wurden, gibt Gusserow (l. c. p. 91) ebenfalls; von 55 Operirten starben 32, 23 genasen, also 58 % Todesfälle. In den meisten Fällen trat der Tod durch Shock und Blutverlust ein, dann durch Septicaemie und Peritonitis in Folge gangränösen Zerfalls des Stiels.

Häufig im Vergleich zur Anzahl der gemachten Operationen wird auch Tetanus als Todesursache angeführt.

Die Erfahrungen der letzten 3 Jahre bieten bedeutend günstigere Resultate.

Was nun speciell den ersten unserer Fälle betrifft, so ist er dadurch sehr interessant, dass die Operation zur Zeit des Wochenbettes unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen vom Herrn Professor Dr. Freund unternommen wurde. So oft auch sonst die Vorschrift: die Laparo-Hysterotomie ist indicirt, wenn eine Uterusgeschwulst direkt lebensgefährliche Symptome hervorruft, die auf keine andere Weise zu beseitigen sind, ausserhalb der Gravidität befolgt wird, so wenig scheint man bei bedenklichen Symptomen, welche von Seiten des Tumors im Wochenbett auftreten, sich zu einem solchen Eingriff bisher entschlossen zu haben. In der mir vorliegenden Litteratur finde ich wenigstens keinen einzigen Fall, der mit dem des Herrn Professor Dr. Freund in dieser Beziehung verglichen werden könnte. Nur der von Hegar beschriebene Fall hat einige Aehnlichkeit. (Hegar, die Exstirpation grosser Fibromyome des Uterus durch Laparotomie etc., p. 4 etc. Separat-abdruck.)

Jener Fall betrifft eine 33 jährige Person, welche im 6. Monat der Schwangerschaft durch beginnenden Zerfall

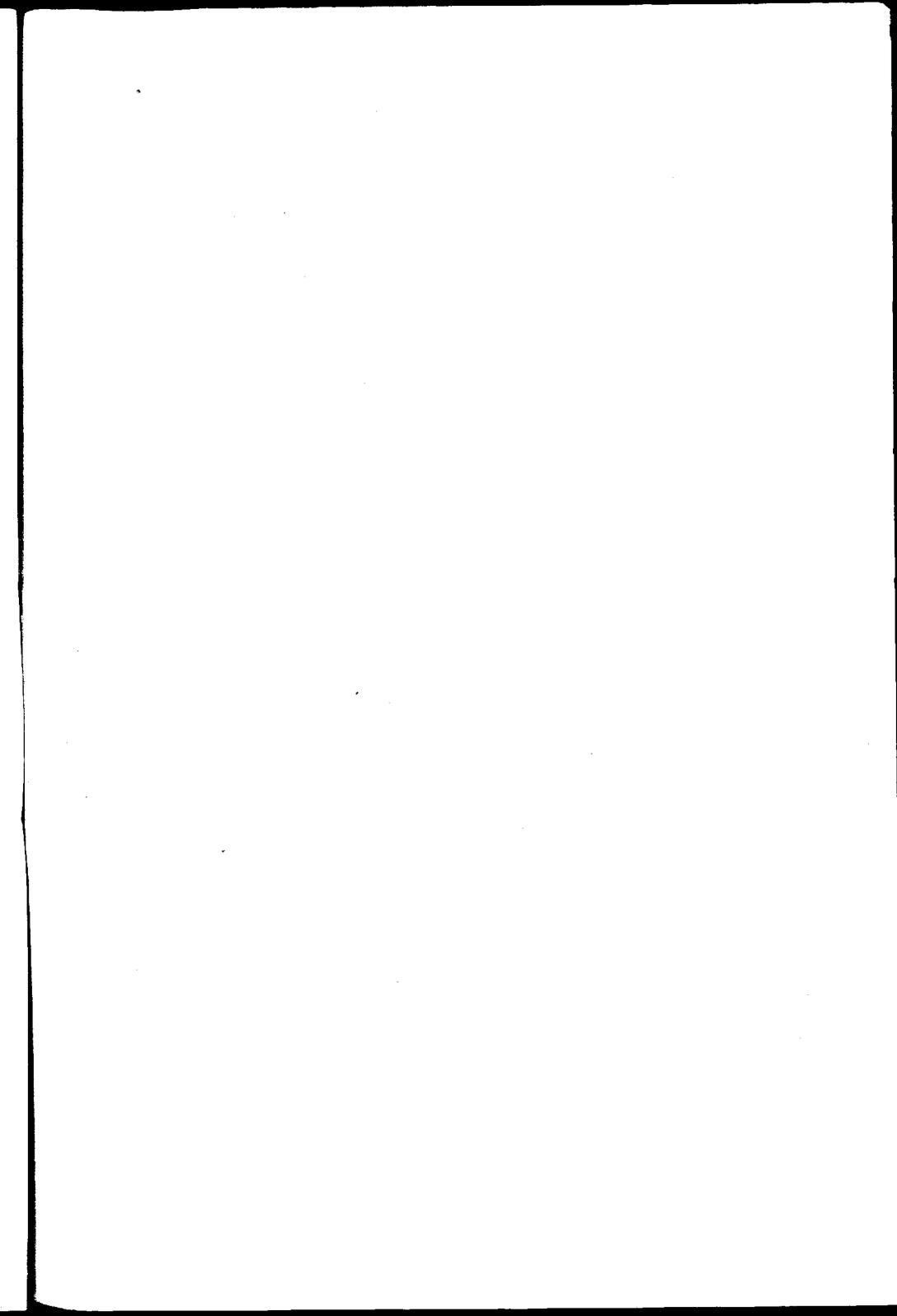
des Uterusmyoms in Lebensgefahr gerieth. Hegar machte zuerst den künstlichen Abort, welcher ebenso wie das Wochenbett günstig verlief, und nach vier Wochen die gleichfalls günstig verlaufende Exstirpation des Myoms.

Hier lagen aber die Verhältnisse wesentlich günstiger, denn erstens war das Allgemeinbefinden der Frau durch den künstlichen Abort viel weniger alterirt, als dies bei unserer Patientin in Folge der langdauernden Geburt, Perforation und Extraction des todtten Kindes und manuellen Entfernung der Placenta der Fall war; zweitens traten bei unserer Kranken gleich zu Anfang des Wochenbetts andere ungünstige Complicationen, wie ichorrhämische Infection, Bronchopneumonie, Erysipel und Decubitus auf.

Wäre man jetzt nicht zur Operation geschritten, so war der weitere Zerfall des Tumors mit Sicherheit vor auszusehen und damit wohl auch der exitus letalis.

Die Begründung der Indication zur Operation war also deutlich gegeben, man hatte nur die Wahl zwischen ihr oder einem sicheren unaufhaltsamen Untergang der Kranken.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Freund und Herrn Dr. Bayer sowohl für die Ueberlassung der angeführten Fälle und die bei dieser Arbeit gewährte Unterstützung, als auch für die mannigfaltige Anregung und Belehrung, welche mir beide Herren während meiner Strassburger Studienzeit stets zu Theil werden liessen, meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.





1153A