



Zur Casuistik der Retroflexio uteri gravidi.

Inaugural-Dissertation

ZUR

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

von

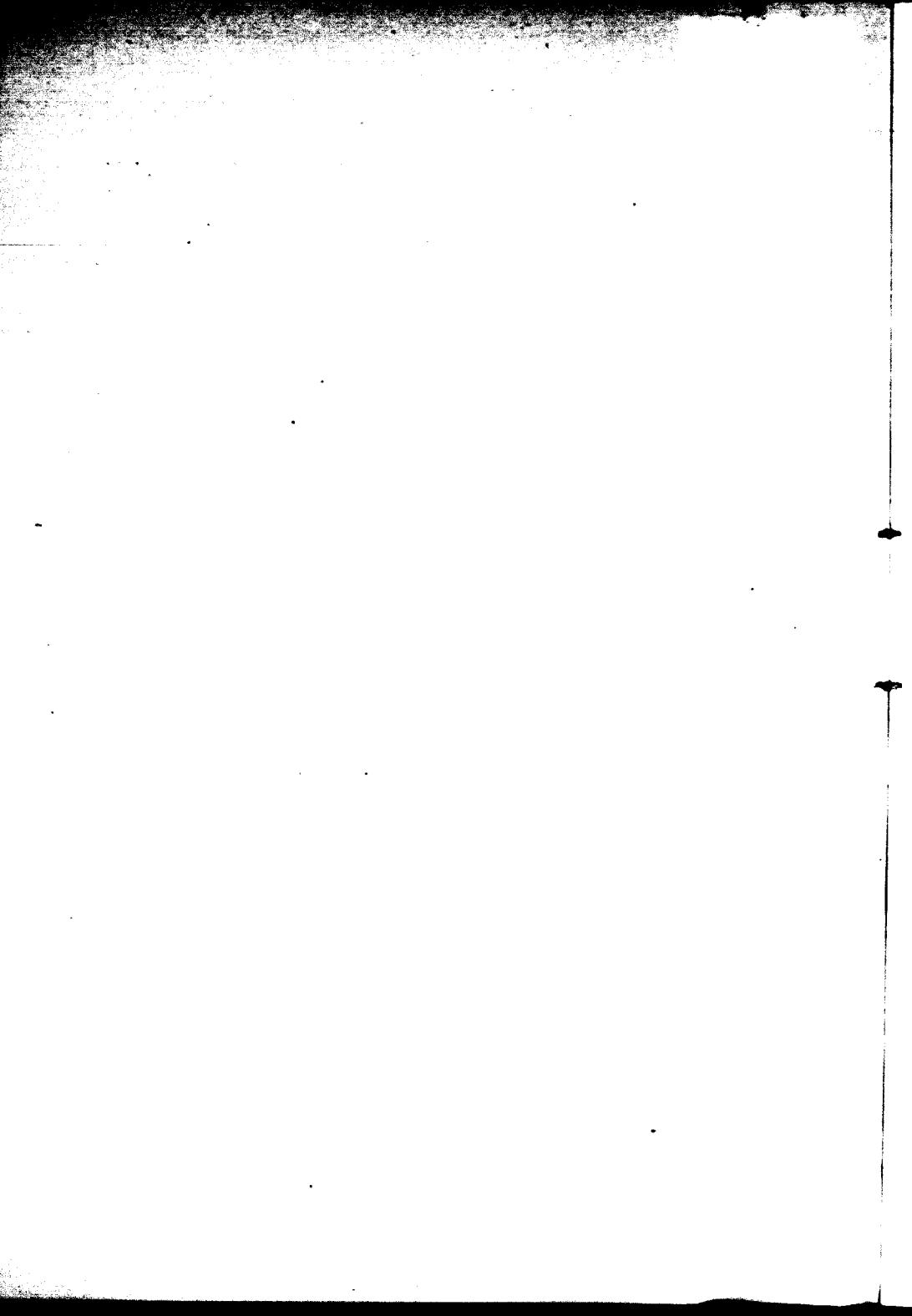
Karl Griesenbeck,

approb. Arzt aus Biebrum.



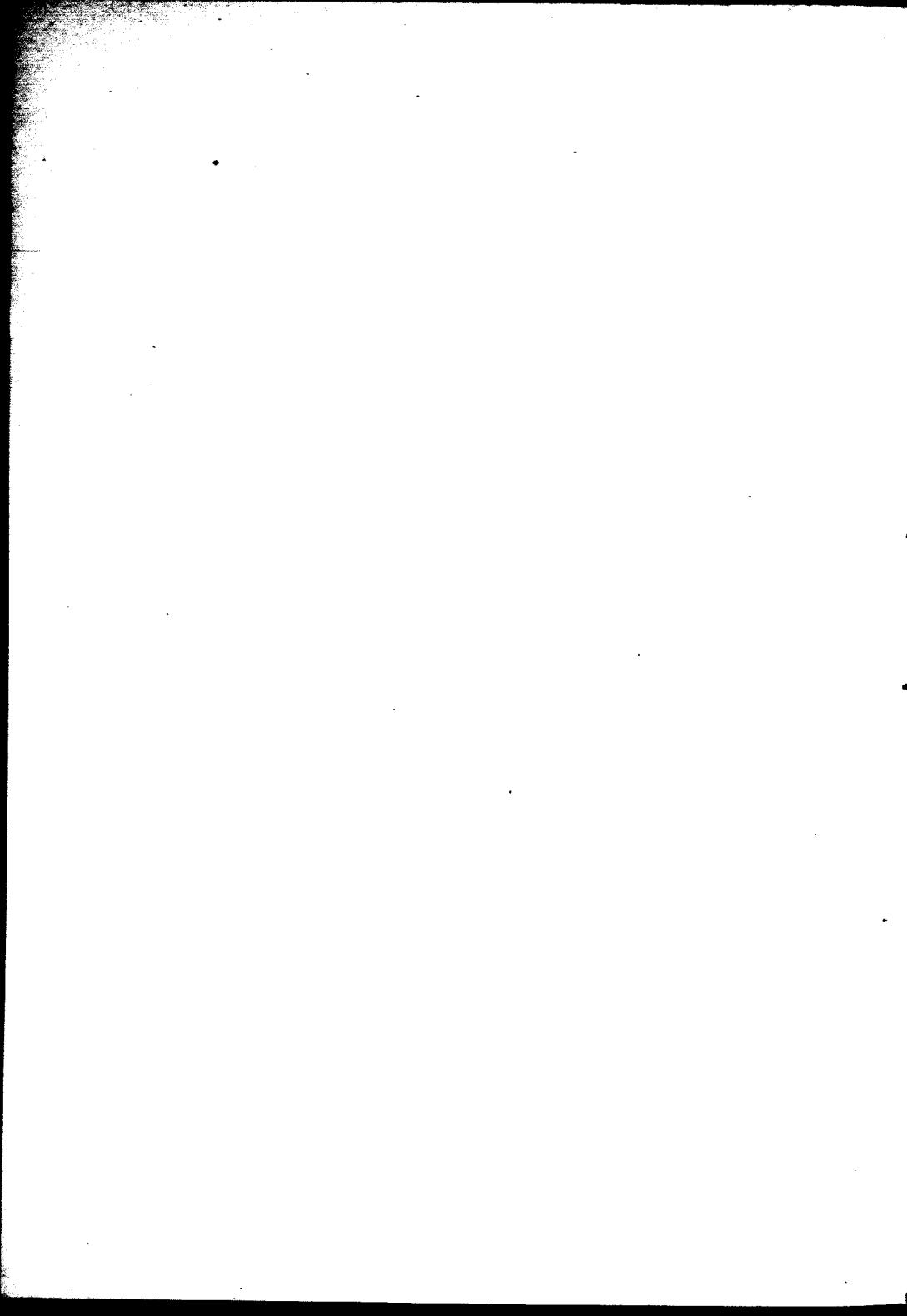
Marburg.

Universitäts-Buchdruckerei (R. Friedrich),
1891.



Seiner verehrten Mutter

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.



In der ersten Auflage des *Zweifel'schen* Jahrbuches der Geburtshilfe ist auf Seite 98 über die Behandlung der Retroflexio uteri gravidi Folgendes gesagt: »Eine unzweifelhafte Indication zum künstlichen Abort ist die Einklemmung einer Retroflexio uteri gravidi.«

Die Retroflexio uteri gravidi füllt ungefähr im 3. Monat das Becken so vollständig aus, dass bei dem raschen Wachsthum eine Einklemmung erfolgen muss. Der Fundus liegt in der Aushöhlung des Kreuzbeins und drängt die Vaginalportion mit grosser Gewalt gegen den Schambogenwinkel. Hier wird die Harnröhre comprimirt und der Harn gestaut. Ist die Blase überfüllt, so presst sie einige Tropfen durch die comprimirte Stelle. Eine kurze Zeit danach ist dieselbe entlastet und ruhig, nachher presst sie von neuem Urin aus. So wiederholt sich das Bild der sog. *Ischuria paradoxa*.

So wird diese Art von Harnträufeln genannt, weil die Kranken zum Arzt kommen und darüber klagen, dass sie das Wasser nicht halten können, während ihre Blase bis zum Platzen voll ist. Ein Harnträufeln, das bei einer Schwangeren im 3. oder 4. Monat beginnt, ist ein sicheres Zeichen für die Retroflexio uteri gravidi. Ist die Blase mit dem metallenen Katheter entleert, so muss der nach hinten gesunkene Uterus mit der Hand reparirt werden. Gelingt dies nicht, so muss man den Uterus verkleinern, entweder durch Einleitung des Abortus mittels der Sonde durch den Muttermund, oder mittels der Punktions des Fruchtsackes durch die Uterussubstanz hindurch.

Eine länger dauernde Einklemmung führt zu ausgedehnter Gangrän der Blasenschleimhaut und zu Peritonitis. Die Prognose ist bei baldiger Behandlung gut, bei Verschleppung infaust.

Gegen diese Darlegung hat sich *Ahlfeld* gewendet und zwar, weil er der Ansicht ist, dass sich fast ausnahmslos der künstliche Abort umgehen lässt. Auch im zweiten Bande der »Berichte und Arbeiten« bringt *Ahlfeld* mehrere Beispiele, in denen selbst bei vorgeschrittenen Einklemmungsscheinungen mit sehr einfachen Mitteln die Aufhebung der bedrohlichen Symptome erzielt wurde.

Um über die Frage zu entscheiden, wie oft und unter welchen Umständen bei Retroflexio uteri gravidi sich der Abort nötig mache, richtet *Ahlfeld* an die Aerzte die Bitte, derartige Fälle veröffentlichen zu wollen. Er schreibt: »Es würde ein Verdienst sein, wenn diejenigen Collegen, welche schon einmal wegen Einklemmungsscheinungen den künstlichen Abort ausgeführt haben, derartige Fälle veröffentlichen wollten. Ich bin der Ueberzeugung, es ist dies ein so ungemein selten nothwendig werdender Eingriff, dass eine Statistik wesentlich die Vorschläge, wie sie in den Lehrbüchern sich befanden, in der Richtung beeinflussen würde, indem nur im äussersten Nothfalle dieser Schritt dem Arzte angerathen werden dürfte.«

Dieser Aufforderung ist in unserer deutschen Litteratur nicht entsprochen worden, wohl ein Beweis, dass Jahre vergehen, ohne dass auch nur ein Mal sich der künstliche Abort bei Einklemmung des retroflectirten schwangeren Uterus nötig macht, es sei denn, dass der eine oder andere Fall, unglücklich verlaufen, nicht zur Veröffentlichung kam.

Da seit jener Publikation *Ahlfeld's* auch in der Marburger Entbindungsanstalt wiederum mehrere Fälle von Retroflexio uteri gravidi beobachtet wurden, so will ich unter Benutzung derselben die Frage über Behandlung der Retroflexio uteri gravidi meiner Inaugural-Dissertation zu Grunde legen.

Indem ich zunächst die in den letzten vier bis fünf Jahren in der Marburger Entbindungsanstalt beobachteten Fälle referire, die in den früheren Publikationen von *Ahlfeld* berichteten Beobachtungen hinzufüge, möchte ich an der Hand dieser Fälle die Therapie bei Retroflexio uteri gravidi besprechen.

Es wird sich ferner empfehlen, die Ansichten der Lehrbücher älteren und neueren Datums kennen zu lernen, um die historische Entwicklung dieser Frage überschauen zu können.

Wenn ich dann schliesslich die in der Litteratur der letzten 10 Jahre veröffentlichten Fälle hinzunehme, so werde ich in der Lage sein, beurtheilen zu können, unter welchen Umständen und wie oft der künstliche Abort bei Retroflexio uteri gravidi sich nothwendig gemacht hat, und ich werde nachweisen können, mittels welcher Verfahren die Heilung sich ausführen lässt.

Um die Behandlung der Retroflexio uteri gravidi einer genaueren Besprechung unterwerfen zu können, möge es mir gestattet sein, die mir von Herrn Professor Dr. Ahlfeld gütigst zur Veröffentlichung überlassenen Fälle von Retroflexio uteri gravidi aus den letzten vier bis fünf Jahren hier kurz wiedergeben zu dürfen.

Von den vier Fällen, die mir zur Verfügung stehen, ist der Fall Nr. 1, der stationären Klinik entnommen, ein ganz reiner Fall von Retroflexio uteri gravidi; Fall Nr. 2 wurde nur poliklinisch beobachtet, dürfte jedoch zur Beantwortung der gestellten Frage ganz geeignet sein. Die beiden letzten Fälle Nr. 3 und Nr. 4 stellen eine Kombination von Retroflexio uteri gravidi mit einem cystischen Ovarialtumor dar — die Retroflexion des graviden Uterus ist in diesen beiden Fällen wahrscheinlich nur Folge des Unterleibstumors. — Beide Fälle kamen zur Operation, bei dem ersten war dieselbe ohne nachtheilige Folgen für die Patientin; dieselbe wurde später nach ihrer Entlassung von einem reifen Kinde entbunden; bei dem zweiten trat am 5. Tage nach der Operation der Abort ein, und der Tod erfolgte nach 17 Tagen an Peritonitis septica.

Fall I.

Auguste B....., Dienstmädchen von 30 Jahren hat seit dem 19. Jahre regelmässig ihre Menstruation gehabt; letzte war Anfang März 1890. Vor 6 Jahren hat sie ein Mal in hiesiger Anstalt geboren; wegen engen Beckens musste Frühgeburt eingeleitet werden; Puerperium war gut.

Einige Zeit vor ihrer jetzigen Aufnahme in hiesiger Anstalt war bei der B. schon ein retroflectirter eingeklemmter gravider Uterus von ihrem Arzte in der Narkose repornirt worden.

Die Aufnahme fand statt am 1. Juli 1890.

Die Anamnese ergibt: Seit 14 Tagen hat Patientin starke Beschwerden beim Urinlassen, die vom 27. Juni an so stark wurden, dass sie den Urin nicht von selbst entleeren konnte; sie ist dann täglich mindestens zwei Mal katheterisiert worden; der Stuhlgang war gering und träge.

Bei der Untersuchung lässt sich durch die Bauchdecken hindurch wegen der Dicke derselben nur undeutlich in der Tiefe eine Resistenz fühlen, die drei fingerbreit über die Symphyse hinausragt. Der Urin enthält zahlreiche weisse Blutkörperchen, Bakterien und Kristalle von Triplephosphat. Die Portio ist wulstig und steht ziemlich fest hinter der Symphyse, Uteruskörper stark vergrössert, weich und nach hinten abgeknickt; er füllt den Beckeneingang und die Beckenmitte fast vollständig aus und ist schwer beweglich; man kommt hinter demselben in die Höhe gehend an das stark vorspringende Promontorium.

2. Juli: Blasenausspülung, je dreistündliche Katheterisation; Patientin klagt über fortwährende Kreuzschmerzen.

3. Juli: Zeitweise Knieellenbogenlage und langdauernde Seitenlage, Blasenausspülungen.

4. Juli: Patientin kann seit gestern den Urin von selbst lassen. Portio ist nach hinten gesunken, Uteruskörper aus dem Becken herausgetreten.

6. Juli: Patientin ist fortgelaufen. Da dieselbe sich in der Stadt aufhielt, würde sie sich bei neu eingetretenen Beschwerden wieder eingefunden haben.

Fall II.

St..... aus Marburg, verheirathet, hat fünf Mal geboren. Die ersten drei Schwangerschaften verliefen normal, die Kinder leben; bei der vierten wurde ein reifes totes Kind geboren. November 1885 wurde Frau St. zum zweiten Male von einer toten Frucht entbunden.

Ungefähr im März selbiges Jahres war Patientin in der Narkose von einem Arzte untersucht worden; wahrscheinlich ist ein retroflectirter Uterus reponirt worden.

Als Patientin jetzt am 1. März 1887 zur Untersuchung kam, gab sie an, dass ihre letzte Menstruation Mitte November 1886 gewesen sei; seit Abends des 28. Februars 1887 habe sie mässigen

Blutabgang bemerkt, der bis zum nächsten Abend andauerte, so dass sie am 1. März den Arzt rufen liess; Wehen habe sie nicht gespürt.

Bei der Untersuchung am 1. März 1887 ergab sich:

Blutabgang unbedeutend, Uterus retroreflectirt, vergrössert, ungefähr einer Gravidität des 2.—3. Monats entsprechend.

Die Reposition gelang in der Seitenlage leicht; für die nächsten Wochen wurde Seitenlage im Bett angerathen. Der Uterus blieb anteflectirt.

Fall III.

Karoline E....., 32 Jahre alt, hat ihre Menstruation seit dem 16. Jahre mit Ausnahme der Zeit der Gravidität regelmässig gehabt, die letzte vor 8 Wochen — Ende Februar 1889. — Sie hat vier Mal geboren, zuletzt im Mai 1888; Puerperien verliefen normal.

Tag der Aufnahme am 27. April 1889.

Seit 8 Wochen hat Patientin Schmerzen in der linken Seite und im Rücken; sie bemerkt seitdem auch ab und zu ein Dickerwerden des Leibes; Stuhlverstopfung war vorhanden und wenig Appetit.

Untersuchung am 30. April in der Narkose:

Die äussere bis zum Nabel reichende Geschwulst, welche sich bei Rückenlage ziemlich in der Mittellinie befindet, lässt sich leicht bei Seite schieben und durch peripheren Druck spannen.

Bei der inneren, zumal der Rectal-Untersuchung fühlt man vom Cervix ausgehend einen weichen, faustgrossen Tumor, den man für den graviden Uterus halten möchte. Die Grenze zwischen dem von aussen fühlbaren grösseren Tumor und dem Uterus ist nicht sehr ausgesprochen; das rechte Ovarium ist deutlich zu fühlen. Operation wird vorgenommen, weil ein linksseitiger Ovarientumor diagnostizirt wird.

Operation am 5. Mai:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich gleich unter dem glatten Peritoneum die ebenfalls vollständig glatte Oberfläche der von dem linken Ovarium ausgehenden Cyste. Da nirgends Verwachsungen vorhanden sind, und die Cyste sich nach allen Seiten umgreifen lässt, wird versucht, dieselbe, ohne sie zu er-

öffnen, aus der Bauchhöhle herauszuheben, was auch leicht gelang. Der etwa doppeldicke torquierte Stiel wird mit *>Thier'schem Schiffchen-* drei Mal unterbunden, die Cyste abgeschnitten und der Stumpf versenkt. Nach hinten und rechts fühlte man, wie auch schon die Rectaluntersuchung ergeben hatte, den vergrößerten schwangeren Uterus.

15. Mai:

Entfernung der Nähte; Verbandwechsel; Wunde sieht gut aus.

17. Mai:

Uterus noch retrovertirt, Gravidität der 12. Woche; Einlegen eines *Meyer'schen* Ringes.

Am 21. Mai wurde Patientin entlassen.

Am 20. November spontane Geburt eines reifen Knaben.

Fall IV.

Anna F., Fabrikarbeiterin, 37 Jahre alt; Menstruation war seit dem 18. Jahre regelmässig; letzte Ende April 1890. Patientin ist vier Mal von einem reifen Kinde normal entbunden worden. Im Oktober 1889 abortierte sie im 3. Monat der Schwangerschaft; Puerperium verlief gut.

Seit der letzten Schwangerschaft hat Patientin fast beständig Schmerzen im Leib und Kreuz; im Winter 1889 sistirten dieselben; sie bestehen jetzt heftig seit 14 Tagen. Ausfluss, Beschwerden beim Urinlassen und Stuhlgang sind nicht vorhanden.

Die Untersuchung am 11. Juli 1890 ergiebt:

Man fühlt eine etwas pralle Geschwulst, die die Symphyse um 16 cm überragt, nach links von der Mittellinie liegt und eine Breite von 18 cm hat; Konsistenz ist überall die gleiche. Portio wulstig, gleich hinter der Symphyse, Uteruskörper vergrössert, weich, nach rückwärts gelagert; links ein sehr schmerzhafter Strang von kaum Kleinfingerdicke, der vom Uterus ausgeht und mit dem von aussen gefühlten Tumor zusammenzuhängen scheint; der letztere reicht nach hinten links bis an die Beckenwand und ist vorn über der Portio zu fühlen; er lässt sich vom Uteruskörper nicht genau trennen.

16. Juli:

Abgang von Blut; bei der Untersuchung werden Gewebsstücke entfernt, die sich mikroskopisch als Decidua erweisen.

20. Juli:

Blutung hat aufgehört.

23. Juli:

Probepunktion des Tumors; es wird eine röthlichgelbe, wenig-schleimige Flüssigkeit entleert.

27. Juli:

Ovariotomie. Die Vorbereitungen wurden wie zu jeder Ova-riotomie getroffen.

Nach Eröffnung des Abdomens durch mässig grossen Schnitt in der Mittellinie kommt ein cystenartiger Tumor zum Vor-schein; nach Erweiterung des Schnittes lässt sich derselbe aus der Bauchhöhle herausheben. Es zeigt sich, dass verschiedene Verwachsungen vorhanden sind, theils mit dem Darm, theils mit dem Netz, die theils abgebunden werden, theils sich stumpf lösen lassen. Rechts kommt dann der sehr torquierte Stiel zum Vorschein, der nach doppelter kräftiger Unterbindung durch-trennt wird. Der Stiel wird dann versenkt und das Peritoneum nach Reinigung der Bauchhöhle mit 16 Catgutnähten, die Bauch-wand mit zahlreichen tiefen und oberflächlichen Seidenähten geschlossen.

Der Tumor ging von der rechten Seite aus; er ist stark kindskopfgross und hat eine ziemlich runde Form. Es entleert sich eine dunkelbraunrothe Flüssigkeit beim Aufschneiden; an der Innenfläche der Wand sind zahlreiche Hämorrhagien. An der einen Seite erkennt man das stark gezerrte Tubenende. Der Heilungsverlauf war die ersten Tage fieberlos.

1. August:

Abortus mit ziemlicher Blutung, die nach $3\frac{1}{2}$ Stunden später erfolgter Ausstossung der Decidua sistirt. Der Foetus ist im Amnion geboren; Chorion und Decidua folgten erst später.

2. August:

Leichte Temperatursteigerung. Clysma. Gute Ernährung.

4. August:

Vaginale Spülung; darnach geht die Temperatur etwas herunter; Lochien etwas übelriechend.

5. August:

Intrauterine Ausspülung; Temperatur geht nicht herab.

6. August:

Abends 11 Uhr Schüttelfrost; Temperatur 40,6°.

7. August:

Curethement; reichlich zerfallene Massen werden entfernt, die nicht riechen; mikroskopisch erweisen sie sich teils als erhaltene, teils als zerfallene Decidua, darin Staphylococci.

8. August:

Nochmals intrauterin ausgespalt; vier kühle Bäder haben geringen Erfolg; Stuhlgang erfolgte zwei Mal; er war sehr übelriechend; Eis wird auf die Herzgegend gelegt.

9. August:

Drei kühle Bäder; mehrere Kampherinjektionen. In der Gegend der Herzspitze leichtes pleuritisches Reiben; zwei Mal erfolgte Stuhlgang.

10. August:

Vier Mahl Stuhlgang; zwei Bäder; im letzten Collaps, gehoben durch Kampher, Champagner und Portwein; Priessnitz um den Leib.

11. August:

Drei Mal Stuhlgang; Opiumsuppositorien; Temperatur bleibt hoch; kühle Einwickelungen werden nicht vertragen, besser kalte Abwaschungen.

12. August:

Zwei Mal Stuhlgang; Patientin ist sehr verfallen; mehrere kalte Abwaschungen; Kampherinjektionen; etwas Meteorismus ist vorhanden.

13. August:

Mehrere Kampherinjektionen, nochmals kalte Abwaschungen; Temperatur bleibt hoch; Puls wird immer kleiner; gegen 10 Uhr Rasseln auf der ganzen Lunge; Trachealrasseln; 1^o Minuten trat der Tod ein.

Die Sektion ergab als Todesursache Peritonitis septica.

Ich schliesse hier die schon früher von *Ahlfeld* in seinen Berichten und Arbeiten veröffentlichten Fälle von Retroflexio uteri gravidi an, um an der Hand dieser und der vier oben beschriebenen die Therapie, wie sie *Ahlfeld* in seiner Anstalt angewendet wissen will, zu besprechen.

In die Grenzen des Jahresberichtes 1881—82 fallen folgende Beobachtungen :

Fall V.

St..., zum 6. Male schwanger. Drei Aborte im 4. Monat sind vorausgegangen. Aufnahme am 24. Januar 1882. Letzte Menstruation Anfang November 1881. Blutungen, drohender Abort. Katheterisation, rechte Seiten-Bauchlage, Reposition. Einlegen eines *Meyer'schen* Ringens. Entlassen am 25. Januar. Patientin hielt sich in der Stadt auf und würde gekommen sein, wenn Störungen in der Schwangerschaft eingetreten wären.

Fall VI.

Sp..., 1. Geschwängerte. Tag der Aufnahme am 8. Oktober 1882, letzte Menstruation Ende Mai. Seit drei Wochen Unvermögen, den Urin zu entleeren; derselbe wird nur entleert, wenn Patientin sich auf den Bauch drückt.

Befund: Harnblase bis 5 cm über den Nabel reichend. Katheterisation. Das ganze Becken wird durch den Uterus aus gefüllt, während die vordere Wand der Gebärmutter bereits die Symphyse überragt. Repositionsversuch als zu schmerhaft aufgegeben; Einlegen eines *Meyer'schen* Ringes, Seiten-Bauchlage.

11. Oktober:

Uterus zum grössten Teil aus dem Becken herausgetreten; Ring entfernt.

16. Oktober:

Uterus reicht bis dicht unter den Nabel.

20. Oktober:

Entlassen: Uterus steht in normaler Anteversionsstellung mit dem Fundus 10,8 cm über der Symphyse.

Fall VII.

G....., 7. Schwangerschaft. Harndrang, Schmerzen im Unterleib und Rücken. Retroflexio uteri gravidi im 4. Monat. Reposition gelingt in der Sprechstunde. Patientin ist nicht wiedergekommen.



Fall VIII.

Br....., 3. Geschwängerte. Ein Abort vorausgegangen. Retroflexio uteri gravidi Anfang des 4. Monats. Letzte Menstruation am 28. August 1882.

4. Dezember:

In Knieellenbogenlage drei Wattetampons in das hintere Scheidengewölbe eingeführt. Seiten-Bauchlage.

5. Dezember:

Uterus in Anteversionsstellung. Zur Sicherheit wird ein Meyer'scher Ring eingelegt.

21. März 1883:

Alles normal. Ring entfernt.

Fall IX.

Sch...., 3. Geschwängerte. Seit der letzten Entbindung Prolapsus vaginae. Letzte Menstruation Anfang April 1881.

Untersuchung am 4. Juli 1881:

Retroversio uteri gravidi et Descensus. Reposition. Einlegen eines Hodgepessar's; dasselbe wurde bis 6 Wochen vor der Entbindung getragen.

Fall X.

H..., 3. Geschwängerte. Häufiger Harndrang; Harnverhaltung seit 8 Tagen. Letzte Menstruation Ende März 1882; der retroflectirte Uterus entspricht aber am 17. Juni einer Schwangerschaft von 13—14 Wochen. Bauch-Seitenlage. Am nächsten Tage Anteversionsstellung, wie auch drei Tage später. Entlassen.

Fall XI.

H...., 2. Geschwängerte. Trug wegen Retroversio uteri seit März 1883 ein Pessar. Anfang April Beginn der Gravidität.

Konsultation am 27. Juni:

Retroversio uteri gravidi; statt des *Hodge'schen* Pessars wird ein Meyer'scher Ring eingelegt und die Seiten-Bauchlage empfohlen.

Am 6. Juli zweite Untersuchung:

Ring am Abend vorher herausgefallen gelegentlich der Stuhlentleerung. Uterus in Anteversionsstellung; Harn wird wieder reichlich entleert.

Fall XII.

K....., 6. Geschwängerte. Aufgenommen am 12. September 1882. Letzte Menstruation am 20. Mai. Seit drei Wochen Tenesmus. Unvermögen, Harn zu lassen; Schmerzen im ganzen Leib. Portio hoch über der Symphyse. Entleerung von 1200 cm Harn. In Knieellenbogenlage mit Tampons und Kornzange wird der Uterus in die Höhe gebracht und ein *Meyer'scher* Ring eingelegt; Seiten-Bauchlage.

17. September:

Fundus uteri $12\frac{1}{2}$ cm oberhalb der Symphyse, Harn wird regelmässig entleert, Ring entfernt. Entlassen.

Im Zeitraum 1883—84 wurden drei Fälle von Retroflexio uteri gravidi behandelt:

Fall XIII.

Kn...., 31 Jahre; zwei Mal normal geboren. Letzte Menstruation Ende Mai. Seit Mitte August Beschwerden beim Harnlassen, allmäthlich sich steigernd; beständiges Harnträufeln, Verstopfung. Vom 20. August an Kreuz- und Leibscherzen, an Intensität zunehmend, sodass fortdauernde Unruhe und Schmerz vorhanden.

Aufnahme in die Anstalt am 4. September 1883. Harnblase, prallgefüllt, ragt bis 1 cm über den Nabel. Katheterisation, Seitenlage; vom dritten Tage hin und wieder für kurze Zeit Knieellenbogenlage.

Der Uterus richtete sich langsam auf und hatte am 8. September Morgens normale Anteversionsstellung. Von Mittag an begann die Patientin ihren Harn spontan zu lassen, konnte ihn aber noch nicht vollständig entleeren, sodass Abends noch der Katheter applicirt werden musste.

Am 9. September entleert Patientin den Harn vollständig und befindet sich sehr wohl. Uterus normal gelegen. Die Frau

wurde entlassen und berichtete brieflich, dass sie am 26. Februar 1884 glücklich von einem reisen Kinde entbunden sei.

Fall XIV.

Frau P. 2. Schwangere. Bei der ersten Entbindung totaler Dammriss, der klaffend blieb. Später Colporrhaphie. Im 4. Monate dieser Schwangerschaft heftiger andauernder Blasenzwang, Unvermögen, das Wasser zu lassen; Blase bis gegen den Nabel ausgedehnt. Katheterisation mit nachfolgender Seiten-Bauchlage; mehrere Male auch Knieellenbogenlage. Besserung in einigen Tagen. Volle Restitution nach 5—6 Tagen. Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft.

Fall XV.

Frau H. stellt sich in der 6. Woche der Schwangerschaft vor mit Beschwerden, welche auf die Schwangerschaft bezogen werden. Da ausser der durch die Zange beendeten ersten Geburt noch drei Aborte ungefähr in der 10. Woche gefolgt waren, so führte die Besorgniß vor einem 4. Aborte die Frau zum Arzte.

Untersuchung in der 6. Woche:

Uterus retrovertirt; Einlegen eines *Hodge'schen* Pessars.

In der 8. Woche:

Uterus noch retrovertirt. Das Pessar wird wieder eingelegt, Seiten-Bauchlage eingenommen.

In der 11. Woche:

Spuren von Blut.

In der 12. Woche:

Uterus anteflectirt. Ring etwas grösser genommen, wird prophylaktisch wieder eingeführt.

In der 14. Woche:

Anteversio. Befinden gut.

In der 15. Woche:

Ring fällt heraus: wird nun weggelassen. Das Befinden während der übrigen Zeit der Schwangerschaft gut.

Frau H. wird am normalen Ende der Schwangerschaft in der Anstalt entbunden.

Die Therapie nun, wie sie *Ahlfeld* bei der Retroflexio uteri gravidi angewendet wissen will, lässt sich leicht aus den oben angeführten Fällen herausziehen.

Die recht beträchtlichen Beschwerden bei der ersten Patientin wurden durch einfaches häufigeres Katheterisiren und durch länger dauernde Knieellenbogenlage und Seitenlage gehoben.

Der Fall St. gelangte durch manuelle Reposition und folgende mehrwöchentliche zeitweise Seitenlage im Bett zur Heilung.

Fall Nr. III und Nr. IV waren complicirt mit einem Ovarialtumor. Im ersten der beiden ist die Heilung durch Entfernung des Tumors und durch Einlegen eines *Meyer'schen* Ringes zu stande gekommen, eine Erscheinung, die leicht erklärlich ist, da der Tumor augenscheinlich die Retroflexio bedingt und der Aufrichtung des Uterus entgegen gewirkt hat.

Bei Nr. 4 war die Behandlung der Retroflexio uteri gravidi mit der Exstirpation des Ovarialtumors, der als einziges Hinderniss für die Aufrichtung des retroflexirten graviden Uterus anzusehen ist, zu Ende. Der Abort trat einige Tage nach der Operation ein.

In den aus den Jahren 1881—84 berichteten Fällen *Ahlfeld's* gelang die Heilung durch einfache Mittel. Teils durch Katheterisation und geeignete Lagerung der Kranken, teils in Verbindung mit diesen Behandlungsmethoden durch manuelle Reposition wurden die Patientinnen von ihren Leiden befreit.

Es haben also bei allen in der *Ahlfeld'schen* Klinik beobachteten und behandelten Fällen Mittel zur definitiven Heilung geführt, die in keiner Weise für Mutter und Kind bei sachgemäßer Handhabung irgend welche Nachteile bringen können.

Im folgenden soll kurz die Behandlungsweise, wie sie nach *Ahlfeld's* Vorschriften in der Marburger geburtshülflichen Anstalt angewendet wird bei Retroflexio uteri gravidi, angegeben werden.

Es kommt hier vor allem die Aufgabe in Betracht, durch Mittel, die möglichst wenig in den Lauf der Natur eingreifen, in keiner Weise schlimme Complicationen für Mutter und Kind nach sich ziehen können, die Aufrichtung des retroflexirten Uterus zu begünstigen.

Der im kleinen Becken liegende schwangere retroflectirte Uterus soll vor Einklemmung bewahrt und seine Ueberfuhrung in das grosse Becken bewerkstelligt werden. Dies geschieht naturgemäss am besten dadurch, dass man die dieser Ueberfuhrung entgegenstehenden Hindernisse beseitigt und dem Uterus die Gelegenheit giebt, sich aus seiner anormalen Lage zu befreien.

Die Entleerung der Harnblase ist vor allem hier vorzunehmen, da ein prall gespannter Tumor im grossen Becken von der Ausdehung, wie ihn die übermässige gefüllte Blase darstellt, ein Wachsen des schwangeren Uterus nach vorn nicht gestattet.

Der mit Koth gefüllte Mastdarm erhöht in sehr beträchtlichem Grade die Einklemmungsscheinungen; es wird demnach sorgfältig auf eine Entleerung des Rectums zu achten sein, um einerseits bedeutenderen Beschwerden vorzubeugen und andererseits den retroflectirten Uterus freier zu machen, sodass seine Aufrichtung leichter ermöglicht wird.

Sodann, um den retroflectirten graviden Uterus emporzurichten, ist die Patientin in geeigneter Weise zu lagern. Hier empfiehlt sich am besten die rechte Bauch-Seitenlage mit zeitweiser Knieellenbogenlage, solange die Kranke letztere verträgt. Diese Lagerungen, wie sie in hiesiger Anstalt vorzugsweise zur Anwendung gelangen, führen in sehr vielen Fällen — natürlich mit gleichzeitiger Entleerung der Blase und des Mastdarms — zum Ziele, wie einige von den oben angeführten Fällen beweisen.

Wird auf diese Weise durch häufige etwa dreistündliche Katheterisation der Blase, durch Entleerung des Mastdarms und entsprechende Lagerung der Patientin der Uterus in seine normale Stellung nicht zurückversetzt, so geht man zur manuellen Reposition über, die eventuell in der Narkose vorgenommen werden muss; wohl in keinem Falle wird der erwünschte Erfolg ausbleiben. Ist der Uterus auf diese Weise nach vorn in seine Normalstellung zurückgebracht, so suche man ihn durch einige Zeit lang weiter fortgesetzte Bauch-Seitenlage oder durch Einlegen eines *Meyer'schen* Ringes eventuell verbunden mit Scheidentamponade in der normalen Lage zu erhalten.

Der Methoden, die für die manuelle Reposition angegeben sind, giebt es eine grosse Anzahl. Sie alle hier anzugeben würde zu weit führen; es wird genügen, die heutzutage noch am meisten gebräuchlichen wiederzugeben. Am besten zu empfehlen sind wohl jetzt noch die einfacheren Behandlungsweisen, wie sie in den neueren Auflagen des *Schroeder'schen Lehrbuches* (*Schroeder, Lehrbuch der Geburtshälfte 1888, S. 397*) angegeben und in der hiesigen Klinik auch zur Anwendung gelangen. Es heisst daselbst: »In einigermassen frischen Fällen von Retroflexio uteri gravidi gelingt die Reposition von der Scheide oder vom Mastdarm durch Eingehen mit dem Finger und Empordrängen des Uteruskörpers leicht. Ist die Reposition sehr schwierig, so versuche man in der Knieellenbogenlage vom Rectum aus den Fundus an einer Hüftkreuzbeinfuge emporzudrängen und setze dies, gelingt es nicht gleich, in verschiedenen Sitzungen fort. Vollendet wird die Reposition dadurch, dass man die Portio vaginalis mit zwei Fingern möglichst nach hinten und oben drängt. Vollständig gelungen ist die Reposition erst dann, wenn die Vaginalportion dicht am Kreuzbein steht und der Fundus nach vorn fällt.«

Gelingt auch die wiederholt versuchte Reposition nicht, so schreite man noch nicht zum äussersten Mittel, die Einklemmungsbeschwerden von seiten des retroflectirten graviden Uterus zu heben. Man warte noch einige Zeit und behandle die Beschwerden symptomatisch. Nur wenn diese zu stürmisch werden, das Leben der Patientin durch etwaige Blasengangrän oder Perforationserscheinungen etc. gefährdet wird, was wohl in den seltensten Fällen geschehen wird, wenn die oben angeführten Repositionsmethoden in der richtigen Weise und häufig genug angewendet sind, auch nur dann leite man den künstlichen Abort ein, sei es durch Sondirung des Uterus, sei es, wenn das erstere wegen zu starker Knickung der Gebärmutter unmöglich ist, durch Punktions des Uteruskörpers per vaginam oder per rectum.

Es dürfte nun nicht uninteressant erscheinen, die Ansichten der Lehrbücher früherer und neuerer Zeit über die Behandlungsweise der Retroflexio uteri gravidi und speziell, wann etwa die Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes bei

dieser Erkrankung vorhanden ist, hier folgen zu lassen, um daraus zu ersehen, wie die historische Entwicklung dieses Punktes sich gestaltet hat. Man wird unzweifelhaft erkennen können, wie man die Ansicht *Zweifel's* in der ersten Auflage seines geburtshülfichen Lehrbuches im Laufe der Zeit verlassen und sich mehr und mehr im allgemeinen den Anschauungen *Ahlfeld's* angeschlossen hat. Ja, *Zweifel* selbst hat in seinem neueren Lehrbuche vom Jahre 1887 sich etwas weniger schroff ausgedrückt.

Gegenüber seiner in der ersten Auflage seines Lehrbuches vertretenen Ansicht sagt er hier: »Erst wenn die Repositionsbestrebungen erfolglos waren, muss zur Entleerung des Uterus geschritten werden, um dann mit der Aufrichtung Erfolg zu haben. Der erste Versuch muss durch den Muttermund mittels der Sonde gewagt werden, obschon dieser Weg häufig recht schwierig ist. Es ergiebt schon die bisherige Darstellung — die verschiedenen Repositionsmethoden —, dass man viel versucht und nutzlos gefunden haben muss, ehe man zur Einleitung des Abortes schreiten darf. Aber wenn es anders nicht möglich ist, so ist es noch richtiger, das extremste Mittel, nämlich die Punktion des Uterus vom hinteren Scheidengewölbe aus zu machen, als durch längere Urinverhaltung für die Blasengangrän Gefahr zu laufen.«

Ich schliesse hier eine Zusammenstellung der Ansichten über diese Frage aus den bekannteren Lehrbüchern älteren und neueren Datums an:

Friedrich Hohl (Hohl, Lehrbuch der Geburtshülfe 1855) sagt über diesen Punkt:

»Es lehrt die Erfahrung, dass die Reposition auch nicht gelingen kann, obwohl wir (H) der Ansicht sind, dass es dieser Fälle gewiss nur wenige giebt, wenn man nur mit Ausdauer verfährt und sich nicht etwa durch bereits bestehende Zufälle abschrecken lässt. In diesem Falle muss dann ein gefährvoller Weg eingeschlagen werden. Dieser Weg besteht in künstlicher Hervorrufung des Abortes, um den Fruchtsack zu entleeren und ihn so zu reponiren.

Gelingt die Reposition auf mehrmalige Versuche nicht, so kann man nach *Scanzoni* (*Scanzoni, Lehrbuch der Geburtsh. II. 1867.*

Seite 49), wenn die Erscheinungen nicht sehr dringend sind oder allmählich an Intensität abnehmen, exspectativ verfahren, indem man blos für die östere Entleerung der Blase und des Mastdarms sorgt. Erst dann, wenn die Zufälle gefahrdrohend werden, die Entleerung der Blase unmöglich wird, die Entzündung des Uterus und der Beckenorgane überhand nimmt, kurz, wenn wirkliche Lebensgefahr für die Mutter entsteht, finden wir die Einleitung des künstlichen Abortes angezeigt, um so mehr, als wir uns selbst überzeugten, dass die Schwangerschaft auch unerwartet ihr normales Ende erreichen kann. Die Fälle mögen allerdings selten sein, aber ebenso selten ist es gewiss, dass die mit Umsicht vorgenommenen Repositionsversuche fruchtlos vorgenommen werden, und es ist unserer Ansicht nach immer noch besser, unter günstigen Verhältnissen zu warten, als mit einem Male jede Aussicht auf Erhaltung des kindlichen Lebens zu zerstören.

In ähnlicher Weise spricht sich der Verfasser des *Naegele-schen Lehrbuches* (*Naegele*, Lehrb. d. Geburtsh. 8. Aufl. 1872. S. 833) aus: »Wo wiederholte Versuche, die Reposition zu bewirken, erfolglos bleiben, erscheint es dann, wenn dringend gefährliche Zufälle noch nicht vorhanden sind, in Erwägung, dass die Natur doch bisweilen noch Abhülfe gewährt, gerathen, sich zunächst nur auf ein symptomatisches Verfahren zu beschränken, das heisst für die Entleerung der Harnblase und genügende Stuhlentleerung zu sorgen u. s. w. und abzuwarten, welchen Gang die Krankheit nimmt. In verzweifelten Fällen aber, wo Einklemmungserscheinungen das Leben der Schwangeren dringend gefährden, ist die künstliche Erregung des Abortes indicirt.«

Mehr der *Zweifel-schen* Anschauung nahe kommt *Spiegelberg* (*Spiegelberg*, Lehrb. d. Geburtsh. 1878). Er sagt: »Ist die Reduktion wegen Adhäsionen, entzündlicher Schwellung, absoluter Unbeweglichkeit des Organs etc. ohne grössere Gewalt nicht auszuführen, auch nicht nach der eventuell durch Punktionsentleerten Harnblase, so suche man den Abort zu bewirken. Nur zögere man mit dem Eingriffe nicht solange, bis Blase und Bauchfell resp. Uterus unheilbar beschädigt sind. Nach dem Abort ist die Reposition sofort möglich. Da eventuelle Folgekrankheiten der Incarceration auch nach dem Abort das letale

Ende herbeiführen können, so sei hier nochmals davor gewarnt, zu spät zu demselben zu schreiten«.

Auf Seite 384 des *Schroeder'schen Lehrbuches* vom Jahre 1880 heißt es: »Gelingt die Reposition auf keine Weise, so ist der Uterus seines Inhaltes zu entledigen. Ist die Einführung einer Sonde durch den Cervix unausführbar, so wird die Punktion des Eies durch die Uteruswand entweder von der Scheide oder vom Mastdarm aus nötig.«

Eine rechtsexpektative Methode will *Kleinwächter* (*Kleinwächter Grundriss d. Geburtsh. 1881*) angewendet wissen: »Gelingt die Reposition auf keine Weise, so braucht man den Uterus nicht künstlich seines Inhaltes zu entledigen, wie dies von vielen verlangt wird. Die Punktion des Uterus oder der Eihautstich ist überflüssig, denn es tritt ohnehin in kürzester Zeit spontan die Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Man begnüge sich in einem solchen Falle mit der fleissigen Entleerung der Harnblase. Eine Entschuldigung findet die Entleerung des Uterus nur dann, wenn sich die Retroflexio häufig wiederholt.«

Das Lehrbuch *Schroeders* vom Jahre 1888 (S. 398) sagt ungefähr dasselbe über diesen Punkt wie das vom Jahre 1880, nur dürfte hier noch etwas mehr vor der Einleitung des Abortes gewarnt sein: »Gelingt die Reposition auf keine Weise, so ist der Uterus seines Inhaltes zu entledigen. Ist die Einführung einer Sonde durch den Cervix unausführbar, so wird die Punktion des Eies durch die Uteruswand von der Vagina aus nötig. Zu diesem stets sehr gefährlichen Mittel greife man aber nur im äussersten Notfall.«

Peter Müller (*P. Müller Lehrb. d. Geburtsh. 1889. S. 850*) sagt in seinem Lehrbuche: »Gelingt die Reposition durch die angegebenen Methoden nicht, oder sinkt der Uterus stets wieder in seine abnorme Lage zurück, sodass die Incarcerationsscheinungen stets drohender werden, so muss die Schwangerschaft künstlich unterbrochen werden. Dieselbe besteht in der Einleitung des künstlichen Aborts.«

Gelingt die Richtigstellung des retroflectirten schwangeren Uterus durchaus nicht, sind drohende Einklemmungsscheinungen vorhanden, so ist unter diesen Umständen, wie *Winckel*

(*F. Winckel, Lehrb. d. Geburtsh.* 1889) vorschlägt, der künstliche Abort unbedingt erforderlich. Die Einleitung desselben geschieht entweder durch Einführung der Sonde, oder in den schlimmsten Fällen durch Punktion der Gebärmutter. Die letztere muss unter den sorgfältigsten antiseptischen Kautelen vorgenommen werden; wenn dann trotz solcher Vorsichtsmassregeln die Erfolge der Punktion fraglich bleiben, so ist das selbstverständlich, weil man dieselbe nur bei lebensgefährlichen Zuständen und irreponibler Einklemmung macht.

Mache ich nun zum Schluss noch eine Zusammenstellung der in den letzten 10 Jahren in der Litteratur veröffentlichten Fälle von Retroflexio uteri gravidi, so werde ich leicht aus diesen, den früher von *Ahlfeld* berichteten und den vier mir zur Veröffentlichung überlassenen Fällen beurteilen können, wie oft und unter welchen Umständen sich der künstliche Abort notwendig macht.

Die Fälle aus der Litteratur sind dem Centralblatt für Gynäkologie vom Jahre 1880 bis zu dieser Zeit entnommen und teilweise in demselben, teilweise im verkürzten oder etwas veränderten Wortlaut wiedergegeben.

Fall XVI—XIX.

Breisky (Ctbl. f. G. 1880, S. 311) berichtet über vier ihm in letzter Zeit zur Beobachtung gekommenen Fälle von Einklemmung des retrovertirten und retroflectirten schwangeren Uterus. Die Symptome waren bei allen die bekannten. Nach vorheriger Entleerung der Harnblase mittels Katheter — in einem Falle wurden ungefähr vier Liter leicht getrübten Harns entleert — gelang in allen Fällen die Reposition per rectum in der Knieellenbogenlage mit zwei Fingern. Uebrigens ist in keinem der vier Fälle Unterbrechung der Gravidität oder Vorbereitung zum Abort eingetreten, ebensowenig entzündliche Komplikationen.

Fall XX—IL.

Von 3700 von *Vedeler* (Ctbl. f. G. 1881, S. 66) in den letzten Jahren beobachteten Frauen waren 206 im 2. und 3. Monat Schwangere. Bei 107 der ersten Kategorie wurde

10 Mal Retroflexio und 7 Mal Retroversio gefunden, bei 99 der letzten fand er nur 4 Mal Retroflexio. V. hält besonders diesen Punkt für wichtig, dass er in den Fällen, wo die Retroflexio in den ersten Monaten konstatirt war, häufig bei späterer Untersuchung den Uterus in anteflectirter Lage traf, ohne dass je ein krankhaftes Symptom vorhanden gewesen war — in 21 von 30 Observationen war dies der Fall — und er glaubt, dass die Fälle von Retroflexio uteri gravidi, wo keine Symptome vorhanden sind, die überwiegenden sind und deshalb der ärztlichen Beobachtung entgehen. In keinem seiner Fälle sah er acute Incarcerationserscheinungen. Unter den 30 Beobachtungen trat vier Mal Abort ein, in allen diesen meint er aber, besonderen Umständen und nicht der Retroflexion den Abort zuschreiben zu können.

Fall L.

Wegen Anurie mit heftigen Schmerzen und Fieber kam Stille (Ctbl. f. G. 1882, S. 172) am 9. Oktober 1880 zu einer V. p. Letzte Menses vor $3\frac{1}{2}$ Monaten. Die Harnbeschwerden wurden durch leichte Katheterisation beseitigt, dagegen gelang die Reposition des retroflectirten schwangeren Uterus selbst in der Chloroformnarkose nicht. Auch der drei Monate später an dem partiell reponirten Uterus gemachte Repositionsversuch war erfolglos. Trotz Abmagerung der Frau, Fieber, Fortdauer des Blasenleidens exspectatives Verfahren. Am 5. Februar 1881 spontaner Eintritt der Geburt. Blasenleiden sofort gebessert, heilt rasch spontan. $\frac{1}{4}$ Jahr post partum ist das Allgemeinbefinden gut, Uterus retroflectirt, beweglich, druckempfindlich.

Fall LI.

Ein Fall von *Bouilly* (Ctbl. f. G. 1882, S. 303). Dritte Gravidität im 3. Monat, seit 24 Stunden Retentio urinae, Ursache unbekannt. Zwei Mal katheterisirt; normaler Fortschritt der Schwangerschaft.

Fall LII.

Aus der gynäkologischen Klinik zu Breslau ist folgender Fall von Dr. T. Kroner (Ctbl. f. G. 1882) beschrieben: Patientin,

36 Jahre alt, fünf Mal geboren, stets spontan, zuletzt vor 6 Jahren. Die Wochenbetten waren fast alle fieberhaft. Letzte Regel Anfang April 1882. Die erste Untersuchung am 6. Oktober ergab nach der Katheterisation der prall gefüllten Blase einen retroflectirten graviden Uterus, der etwa im 6. Monat schwanger sein konnte. Eine Stunde nach der ersten Katheterisation der Blase wurde die Kranke ohnmächtig, und bei der zweiten entleerten sich $2\frac{1}{2}$ Liter blutigen Urins. Der Uterus neigte sich spontan mehr nach vorn. Am 7. und 8. Oktober entleerte sich wiederum blutiger Urin bei der Katheterisation, nachdem vorher wegen der Blutcoagula die Urethra dilatirt war; der Uterus ist vollständig und spontan aufgerichtet. An den folgenden Tagen häufiger spontaner Blutabgang aus der Blase mit fauligem zersetzen Geruch.

Am 15. Oktober: Abort einer faultoten weiblichen Frucht von ungefähr fünf Monaten, gleichzeitig mit der Placenta stinkendes Fruchtwasser.

Am 21. Oktober: Sensorium benommen, hohe Atem- und Pulsfrequenz, Exitus letalis um $10\frac{1}{2}$ Abends.

Sectionsbefund ergab: Endometritis puerperalis diphtherica post abortum.

Als bemerkenswerth ist bei diesem Fall anzuführen: Erstens Schwangerschaft bis über die Mitte fortgeschritten, Uterus noch zum grössten Teil im kleinen Becken; zweitens Spontanreposition nach der ersten Katheterisation und drittens die plötzlich auftretende Blutung eine Stunde nach der ersten Katheterisation mit Ohnmachtsanfall. Eine Erklärung für die plötzliche Blutung war intra vitam und post mortem nicht aufzufinden.

Fall LIII.

N. Charles (Ctbl. f. G. 1883, S. 199) veröffentlicht einen Fall von von Retroflexio uteri gravidi mit chronischer Metritis. Patientin, 20 Jahre alt, zwei Mal geboren, ein Mal Abort im 3. Monat. Nach ärztlicher Behandlung Beschwerden einigermassen gehoben. Anfang September wurde Patientin schwanger. Ungefähr in der 5. Woche der Schwangerschaft stellten sich intermittirende Schmerzen ein, die einen abermaligen Abort be-

fürchten lassen. *Ch.* suchte denselben durch 10-wöchentliches Liegen im Bett (Seiten- und Knieellenbogenanlage), kleine tägliche Opiumgaben, tägliche Lavaments zu verhüten. In der zweiten Hälfte der Gravität konnte Patientin ihren häuslichen Beschäftigungen wieder nachgehen. Vom 5. Tage des Wochenbettes an musste Patientin Seiten- und Knieellenbogenlage einnehmen, der Uterus bildete sich zur normalen Grösse und normalen Anteflexion zurück.

Fall LIV—LXVIII.

In 12 von 15 Fällen von Retroversio uteri gravidi gelang *Hurry* (Ctbl. f. G. 1884, S. 138) die Reduktion leicht; davon in zwei Fällen spontan nach Entleerung der Blase, zwei Mal mittels Kolpopyse des Rectums, in acht Fällen genügte ein einfacher Druck *pér vaginam*. Sehr schwierig war die Reposition in zwei Fällen, in einem ganz unmöglich. Von den 15 Fällen abortirten fünf und zwar vier spontan und einer durch Anwendung der Sonde bei der Reposition, in einem Falle trat der Tod ein infolge zu langer Urinretention.

Fall LXIX.

Im Jahrgang 1882 des Centralblattes für Gynäcologie hat *Stille* über einen Fall von Retroflexio uteri gravidi, der auch oben angegeben ist, berichtet, in welchem die im Anfang des 4. Monats versuchte Reposition nicht gelang, im 8. Monat spontan und frühzeitig die Geburt erfolgte. Dieselbe Frau (Ctbl. f. G. 1885, S. 544) wurde später wieder schwanger. Allmählich stellten sich Harnbeschwerden, Anfang des 5. Monats Incarcertionserscheinungen seitens des damals retroflexirten Uterus ein. Weder in Rücken- noch in Knieellenbogenlage — letztere konnte Patientin wegen grosser Schwäche nicht lange einnehmen — gelang die Reposition. *S.* liess deshalb die Gravide aufstehen, sich mit dem Oberkörper so vornüber beugen, dass sie mit Brust und Kopf auf das durch Kissen erhöhte Bett zu liegen kam. Das Gesicht wurde seitlich gewendet, dann wurde chloroformirt, während der Ehemann den Oberkörper fixirte. Die Reposition gelang nun leicht. Um den Uterus zu fixiren, wurde ein grosser *Meyer'scher* Ring eingelegt, welcher seinen Zweck auch voll-

ständig erfüllte. Patientin wurde später ohne Kunsthilfe am normalen Termin entbunden.

Fall LXX.

Eine 39jährige Frau, die sechs Mal spontan geboren hatte, bekam, nachdem die Regel drei Mal sistirte, Harnretention. Patientin wurde täglich katheterisiert und kam 14 Tage nach Beginn der Erkrankung, da der Zustand immer schlimmer wurde, in die Klinik von Prof. *Frankenhäuser* (Ctbl. f. G. 1886, S. 709).

Die bis zum Nabel reichende Blase wurde des dunkelroten, eitrigen, stark übelriechenden Urins entledigt und der schwangere Uterus in Knieellenbogenlage reponirt. Am 3. Tage trat Abort ein. Am 4. Tage präsentierte sich in der äusseren Harnröhrenmündung eine nekrotische Membran, an der Prof. *Fr.* ein 23 cm langes, 14 cm breites und 5 mm dickes Blasenwandsegment herauszog, an dem die Schleimhaut zum grössten Teil nekrotisch abgestossen, die Muscularis und das Peritoneum hingegen deutlich zu erkennen waren. Ureterenmündungen waren nicht zu sehen. Lange Zeit entstand Harnincontinenz. Nach und nach bildete sich durch Ausdehnung des oberen Teils der Harnröhre ein neues kleines Blasenvolumen, das der Patientin ermöglichte, den Urin kurze Zeit zu behalten.

Fall LXXI.

Stewart (Ctbl. f. G. 1887, S. 796) berichtet über einen Fall von Retroflexio uteri gravidi, welcher dadurch interessant ist, dass mehrere berühmte Gynäkologen ein Fibroid diagnostizirten und Laparatomie anriethen, welche auch vorbereitet wurde. Die Reposition gelang, nachdem der Muttermund bereits vollständig eröffnet war, ohne Schwierigkeit in der Knieellenbogenlage.

Fall LXXII—LXXVI.

In fünf schwierigen Fällen von Incarceration das retroflectirten graviden Uterus hat *Cohnstein* (Ctbl. f. G. 1899, S. 28) sich der folgenden Behandlung mit Erfolg bedient: Nach Entleerung des Darms mittels eines hoch hinaufgeföhrten elastischen Rohres muss zunächst die Harnblase entleert werden. Gelingt

•

es nicht, einen silbernen Katheter in die Blase zu bringen, so wird die Portio vaginalis mit einer Kugelzange gefasst und nach hinten und unten gezogen. Sobald durch diese Manipulation die Portio von der Schamfuge entfernt worden ist, gelingt die Entleerung der Blase stets und die Emporrichtung des Uteruskörpers von den Bauchdecken aus ist alsdann leicht auszuführen, insonderheit, wenn der äussere Handgriff durch einen weiteren Zug an der Portio mittels der Kugelzange unterstützt wird.

Fall LXXVII.

Frau S. wurde am 25. Mai 1889 in die Kieler Universitäts-Frauenklinik geschickt. Die 37jährige Kranke (Ctbl. f. G. 1889, S. 625) ist, abgesehen von früherer Chlorose, stets gesund gewesen. Sie ist 11 Jahre verheiratet, hat nie abortirt, fünf Mal normal geboren, zuletzt vor zwei Jahren. Der Eintritt der neuen Schwangerschaft ist mit Sicherheit durch die objektive Untersuchung in die zweite Hälfte des Oktobers 1888 zu verlegen. Im Februar, also etwa im 4. Schwangerschaftsmonat traten zuerst Incarcerationserscheinungen auf. Sie begannen plötzlich, ohne dass vorher irgendwelche Anomalie der Stuhl- und Harnfunktion vorhanden war, mit erschwertem nur bei Stuhlgang erfolgenden Uriniren. Drei Tage später trat völlige mit heftigen Blasenschmerzen verbundene Anurie ein, die nach weiteren zwei Tagen, nachdem nicht katherisirt war, in Harntrüfeln überging, dass sich in 5—10 minütlichem Harndrang und einer diesem sich anschliessenden teils freiwilligen teils unfreiwilligen Entleerung geringer Urinmengen zu erkennen gab. Hierzu kam am 2. Tage der Anurie völlige Verhaltung von Faeces und Flatus, die trotz reichlichen Gebrauches von Laxantien 8 Tage anhielt. Der Leib war aufgetrieben, es bestanden heftige Schmerzen im Kreuz und Unterleib; Patientin lag drei Wochen zu Bett und fühlte sich sehr schwach. Der Zustand besserte sich allmählich bei geeigneter Behandlung.

Die Untersuchung ergab: Die Bauchdecken waren nach der Deutlichkeit zu urteilen, mit der überall in der vorderen Bauchwand die kleinen Kindsteile zu palpiren waren, sehr dünn. Der Uterus lag etwas nach links gelagert, sodass der Fundus keine horizontale, sondern eine schräg vom Nabel nach links

und aufwärts verlaufende Grenzlinie bildete. Die Frucht lag schief oberhalb des Beckens, Kopf im linken Horn, Rücken links und hinten, Steiss oberhalb des rechten horizontalen Schambeinastes; fötale Herztöne in der linken Hälfte des Uterus. Ueber der Symphyse bildete die Blase einen birnförmigen Tumor mit stark hypertrophischen Wandungen und etwa von der Grösse einer starken Männesfaust. Der mit dem Katheter entleerte Urin war trüb und leicht blutig gefärbt. Kräftige Wehen waren vorhanden.

Die Scheide war stark gegen die Symphyse comprimirt durch einen das ganze Becken ausfüllenden, bis auf den Beckenboden sich erstreckenden prall-elastischen anscheinend dickwandigen Tumor, in dem keine festen dem Fötus angehörenden Teile zu fühlen waren. Das untere Viertel der gut aufgelockerten hinteren Vaginalwand war *in situ*, die vordere Scheidenwand in *toto* stark nach oben gezogen und die Portio weder in Rücken- noch in Seitenlage zu erreichen.

Bei der nach 12 Stunden vorgenommenen Untersuchung ergab sich derselbe Befund, obwohl die Kranke während der ganzen Zeit kräftige Wehen gehabt hatte, Contractioen des Becken-divertikel waren nicht vorhanden, konnten wenigstens nicht festgestellt werden. Es wurde die Diagnose auf partielle Retroflexio uteri gravidi im 7. Monat gestellt.

Am andern Tage, also 36 Stunden nach der Aufnahme und 48 Stunden nach Beginn der Wochen fand sich Folgendes: Die Wehen hatten mit etwas geringerer Intensität fortgedauert und waren noch vorhanden.

Die Gegend zwischen Nabel und Symphyse war ausgedehnter als zuvor, Nabel sehr hochstehend, 28 cm über der Schamfuge, etwas Hängebauch.

Der Uterus lag breit und beweglich mit seinem grössten Teil in der rechten Abdomenhälfte, um seine verticale Axe von rechts nach links gedreht. Der Fundus stand in Nabelhöhe, Corpus breit (20,6 cm), rechtes Horn stark vorspringend, etwas höher stehend als das weniger prominirende linke Horn. Frucht lag quer, Kopf links, Steiss rechts, kleine Teile vorn, fötale Herztöne in der Mittellinie.

Die Harnblase war verschwunden, dieselbe war ins Becken gesunken und dort als flach convexe Schwellung fühlbar.

Der Beckentumor war vollkommen verschwunden. Es hatte sich also unter 48stündiger mittlerer Wehenthäufigkeit die Spontanheilung vollzogen. Geringe Contractionen bestanden noch im Verlauf des Tages fort. Urin wurde spontan in ungefähr einstündiger Pause klar und eiweissfrei gelassen. Am folgenden Tage befand sich die Frau bis auf circa zweistündigen Harndrang völlig wohl; Wehen waren nicht mehr vorhanden.

Fall LXXVIII.

H. J. Boldt (Ctbl. f. G. 1890, S. 62) berichtet von einer 47jährigen verheiratheten Nullipara, die angibt, vor zwei Jahren ihre letzte Regel gehabt zu haben. Seit zwei Monaten klagt Patientin über heftige Schmerzen im Becken, Kreuz und Lenden, Ostipation und Appetitlosigkeit. Harnbeschwerden sind nicht vorhanden. Während dieser Zeit ist die Frau sehr heruntergekommen und hat ein kachectisches Aussehen. Von zwei andern Collegen wurde Eierstockstumor diagnostizirt. Die Untersuchung ergab einen sehr druckempfindlichen Tumor im *Douglas-schen* Raum von der Grösse einer kleinen Kokosnuss. Der Uterus schien nach vorn gedrängt und von normaler Grösse zu sein. *B.* machte, sich auf die Diagnose seiner Collegen und auf seine wenig genaue Untersuchung stützend, die Laparatomie, bei der sich herausstellte, dass der im Douglas befindliche Tumor der inkarcerirte vergrösste Uterus war, welchen er auch leider, dem Rate eines dabeistehenden Collegen folgend, incidierte, weil man sich nicht vorstellen konnte, dass man es mit einer Gravität zu thun hatte. Die sehr profuse Blutung stand nach Anlegung der Naht nicht, infolgedessen die Exstirpation gemacht wurde. Exitus letalis trat am 3. Tage an Peritonitis ein.

Fall LXXIX.

Nijhoff (Ctbl. f. G. 1890, 120) fand eine 36jährige Multipara mit schmerzhaften Gesichtsausdruck, beschleunigtem Puls, aber mit nicht gesteigerter Hauttemperatur im Bett liegend. Sie klagte schon während einiger Zeit über Harn- wie auch Stuhl-

beschwerden; seit 36 Stunden hatte sie keinen Harn lassen können. Außerdem hatte sie auch Bauchschmerzen und Tenesmus am und fühlte sich sehr beklemmt. Die Untersuchung ergab Schwangerschaft im 4. Monat bei retroflectirtem Uterus. N. konnte nach Entleerung der Blase mit vier Fingern den graviden Uterus teilweise aus dem kleinen Becken reponiren, während der Fundus vom Rectum hinaus bis über das Promotorium gebracht werden konnte. Der Frau wurde empfohlen, alle drei Stunden Harn zu lassen und bis zum nächsten Morgen in der Seiten-Bauchlage zu liegen. Die Harnentleerung fand seitdem normaliter statt und die schwangere Gebärmutter sank nicht mehr in das kleine Becken hinab.

Von den 64 aus der Litteratur teilweise genauer, teilweise nur statistisch angeführten Fällen machte sich auch nicht ein ein einziges Mal der künstliche Abort notwendig. Nur in einem Falle trat bei einem Repositoriesversuch mit der Sonde der Abort ein; in einem andern Falle wurde infolge eines diagnostischen Irrtums eine Incision des graviden retroflectirten Uterus gemacht, weil an Schwangerschaft bei der 47jährigen Patientin durchaus nicht gedacht wurde und der bei der inneren Untersuchung gefühlte Tumor im Verein mit dem kachectischen Aussehen der Patientin für eine maligne Neubildung gehalten wurde. Patientin ging an Peritonitis zu Grunde.

In zwei andern Fällen trat der Tod der Patientin ein, in dem einen von *Krøner* beschriebenen Falle nach Eintritt des Aborts an Endometritis puerperalis diphtherica, in dem andern von *Hurry* angegebenen infolge zu langer Urinretention.

Abortus kam 11 Mal vor, der durch den missglückten Repositoriesversuch verursachte miteinbegriffen. In dem von *Stille* im Jahre 1882 veröffentlichten Falle trat Frühgeburt im 8. Monat ein. In den vier Fällen von *Vedeler* schreibt dieser den Eintritt des Abortes nicht der Retroflexio uteri zu, sondern andern zufälligen Umständen. Ob in dem Falle von *Frankenhäuser*, bei dem die ganze Blasenschleimhaut nekrotisch abgestossen wurde, diese Erkrankung den Abort hervorgerufen hat, ist wohl kaum zu entscheiden, wenn auch die Wahrscheinlichkeit nahe liegt.

Von den 64 Fällen hatten also nur 13 nicht den gewünschten Erfolg, bei den übrigen 51 erlitt die Schwangerschaft keine Unterbrechung, in ungefähr 80% also trat spontane Geburt am normalen Ende ein.

Also nicht ein einziges Mal war es bei den angeführten Fällen angezeigt, den künstlichen Abort einzuleiten; die drei Todesfälle, die vorkamen, waren nicht die Folge der Inkarceration des schwangeren Uterus, sondern in dem einen Falle trat nach spontan entstandenem Abort Infektion der Uterushöhle mit ihren Folgen ein, in dem andern war die unterlassene Entleerung der Blase Ursache des Todes, in dem dritten starb die Patientin an einer durch die Laparatomie hervorgerufene Peritonitis.

Unter der bei diesen Fällen angewandten Therapie ist also die Prognose für die Mutter als unbedingt gut, für das Kind noch immerhin als günstig zu stellen, denn das Leben der Mutter wäre in allen Fällen zu erhalten gewesen, das des Kindes würde in ungefähr 80% der Fälle erhalten. Es wäre also mindestens als unklug zu bezeichnen, durch einen operativen Eingriff das entwickelte Leben der Mutter zu gefährden, das keimende des Kindes zu unterbrechen, zumal da fast in allen Fällen, wo das Leben des Kindes nicht erhalten werden kann, die Natur selbst schon durch spontanen Eintritt des Abortus das bewirkt, was man künstlich erst hervorrufen will.

Betrachten wir nun die 15 in dieser Arbeit zusammengestellten und von Ahlfeld behandelten Fälle nach denselben Gesichtspunkten, so kommen wir zu einem noch günstigeren Resultate.

Von den 15 Fällen ist nur ein einziger unglücklich verlaufen, und zwar war dieser complicirt mit einem Ovarientumor, nach dessen Exstirpation in einigen Tagen Abort und später der Tod in Folge von Peritonitis septica eintrat.

Alle übrigen Frauen haben nicht abortirt. Der grösste Teil der Fälle ist durch einfache Katheterisation, abwechselnde Seiten-Bauchlage und Knieellenbogenlage zur Heilung gekommen. Bei einigen, so dem Falle Nr. 3, bei dem die Exstirpation des Ovarientumors mit glücklichem Erfolge vorgenommen wurde, wurde durch einfaches Einlegen eines Meyer'schen Ringes oder

durch Scheidentamponade die Aufrichtung des retroflectirten Uterus bewirkt.

Nur sechs Mal wurde manuell reponirt. Im 9 Fällen gelangte man mit den mildesten Mitteln zum Ziele, obschon bei verschiedenen dieser Fälle die Einklemmungsscheinungen recht bedeutende waren.

Bei 14 seiner 15 Fälle hat *Ahlfeld* also sowohl für Mutter als für Kind die denkbar günstigsten Resultate erzielt.

Es ist demnach wohl als erwiesen zu betrachten, dass in den 79 in dieser Arbeit angeführten Fällen sich der künstliche Abort niemals nothwendig gemacht hat, dass hingegen gerade eine schonende Behandlungsweise der Retroflexio uteri gravidi die Prognose für die Mutter als unbedingt gut, für das Kind immerhin noch als recht günstig gestaltet. Das Verfahren also, wie es *Ahlfeld* in seiner Anstalt bei dieser Erkrankung anwendet, und wie es oben kurz auseinandergesetzt ist, führt wohl ausnahmslos zu der gewünschten Heilung.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Professor Dr. *Ahlfeld* für die Ueberlassung der Krankenprotokolle und für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen besten und aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Karl Giesenbeck, ev. Sohn des † Betriebsführers Karl Giesenbeck und dessen Ehefrau Marie, geb. Naderhoff, wurde am 29. September 1866 geboren zu Bochum in Westfalen. Meine schulwissenschaftliche Ausbildung erhielt ich auf dem dortigen Gymnasium das ich am 4. März 1886 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Meinen medicinischen Studien lag ich ob auf den Universitäten zu Marburg, München, Berlin und Marburg. Am 11. Februar 1888 bestand ich das Tentamen physicum zu Marburg; meiner militärischen Dienstpflicht genügte ich vom 1. April 1888 in München beim 2. Baurischen Infanterie-Regiment »Kronprinz«. Das medicinische Staatsexamen beendigte ich am 16. April 1891 in Marburg und das Rigorosum am 18. April eben-dasselbe.

Meine academischen Lehrer waren die Herren: Ahlfeld, Braun, Gasser, Goebel, Greeff, v. Heusinger, Hüter, Kohl, Külz, Küster, Lieberkühn, Mannkopff, Marchand, Melde, Meyer, Rubner, Rumpf, Schmidt-Rimpler, Strahl, Tuczek, Uhthoff, Wagener, Wigand, Zincke, Angerer, v. Nussbaum, Braman, Gerhardt, Lewin, v. Norden, Olshausen, Winter.

Allen diesen meinen Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen tiefgefühlten Dank aus.



1901