

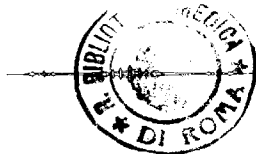


ZWEI FÄLLE
VON
RETROFLEXIO UTERI GRAVIDI.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
MEDICINISCHEN DOCTORWÜRDE
VORGELEGT DER
HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT FREIBURG I. B.

VON
GYSBERTUS VAN DORSSEN,
ARTS. OFF. VAN GEZ. 2. KL. O. I. L.

AUS
YSELSTEIN (HOLLAND).



FREIBURG I. B.
BUCHDRUCKEREI VON CHR. STRÖCKER
1892.

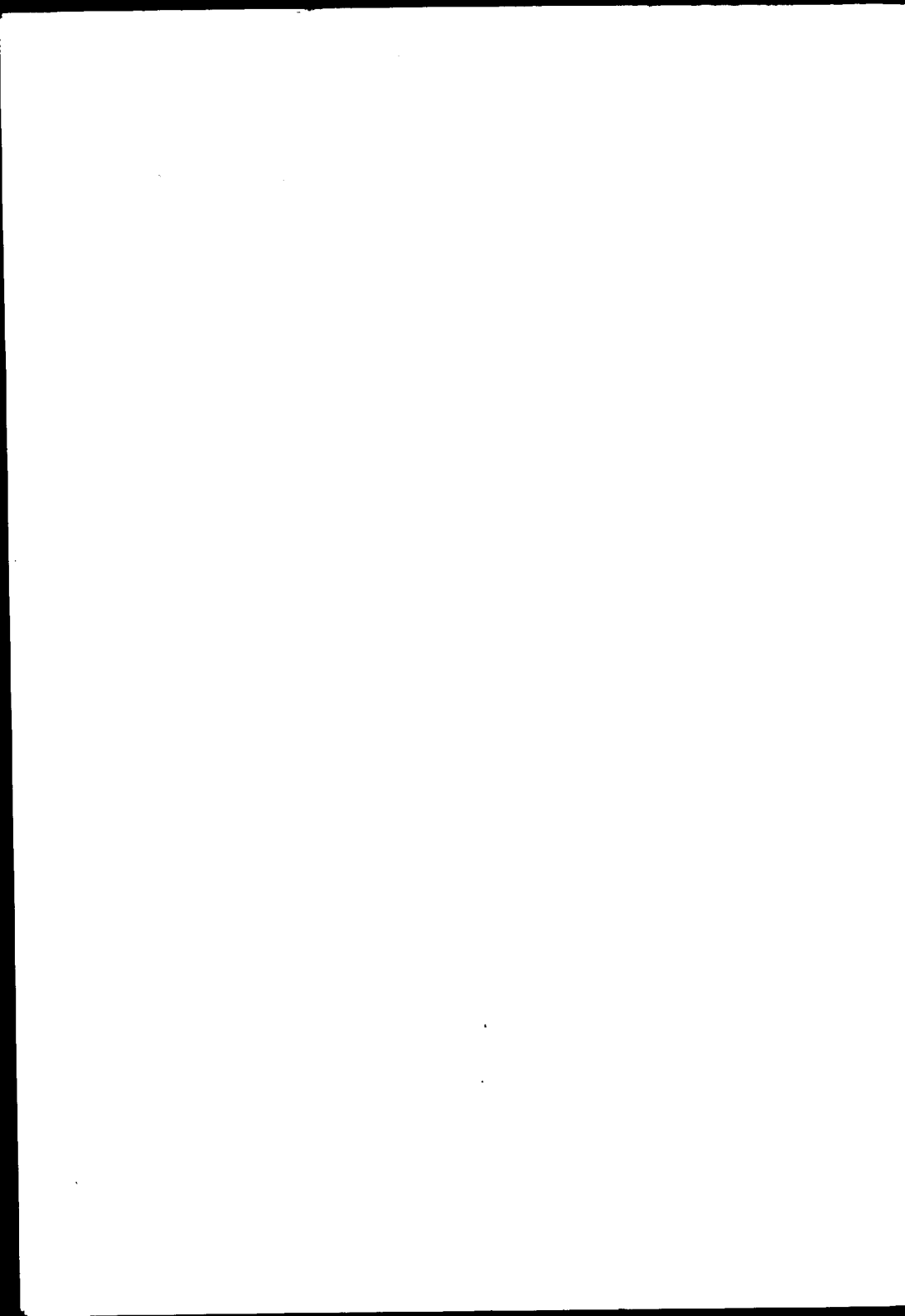
DEKAN:

REFERENT:

PROF. DR. EMMINGHAUS.

GEHEIMER RAT PROF. DR. HEGAR.

MEINER
LIEBEN MUTTER
UND DEM TEUREN
ANDENKEN MEINES VATERS
GEWIDMET.



Meinem hochverehrten Lehrer: Professor Dr. HALBERTSMA spreche ich hier öffentlich meinen herzlichsten Dank aus für Seine wohlwollend gegebene Erlaubnis, die von Ihm mir mitgeteilten seltsamen Krankheitsgeschichten, zu veröffentlichen.

Der erstere Fall wurde in der gynäcologischen Klinik in Utrecht im Jahre 1885 von Ihm wahrgenommen und behandelt, indem letzterer in Seiner consultativen Praxis vorkam.

DER VERFASSER.



Frau van Gorkum geb. van der Hoek, 37 Jahre alt, wurde am 13. Februar 1885 in die Klinik aufgenommen. Patientin war immer gesund gewesen, hatte drei lebende Kinder zur Welt gebracht und im Anfang ihrer Ehe einmal abortus gehabt.

Sie behauptete vom Anfang September vorigen Jahres an schwanger zu sein. Seit drei Wochen hatte sie nicht normal urinieren können (nur tropfenweise) und hatte heftige Schmerzen in Abdomen und Lenden.

Bei der Untersuchung stellte es sich heraus, dass der Bauch ausserordentlich geschwollen und hydrops anasarca und oedem der grossen und kleinen labiae anwesend war. Die Blase dehnte sich bis über den Nabel aus und die urine floss nur tropfenweise ab.

Bei innerer Untersuchung fand sich eine starke Anschwellung der vorderen und hinteren Vaginalwände vor. Die portio vaginalis stand sehr hoch hinter der Symphysis, der fundus uteri war besonders per rectum sehr leicht erreichbar.

Unmittelbar wurde ihr $3\frac{1}{2}$ Liter urine per Catheter abgelassen — am Abend desselben Tages noch 2 Liter, am folgenden Morgen (14. Febr.) wieder $2\frac{1}{2}$ Liter, indem man am Nachmittag versuchte den uterus unter Chloroformnarcose zu reponieren. Der uterus war leicht zu bewegen, zog sich einigermassen in die Höhe und man hoffte, dass er von selbst in seine normale Lage kommen würde.

Als dieses aber nicht geschah, wurden die Versuche zur Reposition, welche zuerst in der Seitenlage angestellt waren, in der Knie-ellbogenlage wiederholt, allein auf diese Weise kam der uterus ebenso wenig in seine Normallage zurück.

Unterdessen wurde für regelmässige Urinabführung (durchschnittlich einige Tage lang 3 Liter) und defaecatio Sorge getragen, und weil sich keine dringenden Symptomen zeigten, entschloss man sich vorläufig abzuwarten, weil entweder spontaner Abortus oder eine partielle Retroflexio erfolgen könne.

Als Patientin aber fieberisch wurde, war man gezwungen das abwartende Verhalten aufzugeben. Man führte eine stark gekrümmte Sonde in den Halskanal, welche jedoch nicht bis in die Uterushöhle eindrang. Später wurde eine Bougie hineingebracht, aber auch dieses erwies sich als vergeblich. Nun versuchte man deshalb die Uterushöhle durch die Uteruswand hindurch per vaginam zu punctieren und als dabei keine Flüssigkeit abfloss, wurde die Punktion mittelst eines Aspirationsapparates von Dieulafoie per rectum vorgenommen, wobei $\frac{1}{2}$ Liter Fruchtwasser abfloss. Darauf wurde ein Jodoform-Tampon in das rectum gebracht. Dieses geschah am 6. März und am 8. wurde noch einmal ein Versuch zur

Reposition angestellt, allein wieder ohne den geringsten Erfolg.

Am 22. März trat Abortus ein. Die placenta war nicht leicht zu entfernen. (Es geschah nach der Methode Crédé.)

Foetus und placenta waren sehr putride. Während der Abtreibung war der Blutverlust bedeutend, nach derselben gering.

Der Foetus, welcher 34 cm lang war, wog 6 klgr.

Die placenta wog $2\frac{1}{2}$ klgr.

Am 23. März konnte die Patientin wieder normal urinieren.

Bei innerer Untersuchung zeigte es sich, dass die portio vaginalis mit geringer Mühe nach unten gebracht werden konnte, so dass man sogleich das ostium uteri erreichte, welches stark hervorstand.

Wiewohl noch immer Retroflexio bestand, waren doch alle Funktionen wieder normal. Noch einige Tage lang wurde der Uterus mit einer $2\frac{1}{2}$ prozentigen Carbol-lösung irrigiert, worauf das Ausfliessen ganz aufhörte.

Am 21. April verliess Patientin geheilt die Klinik.

Im November des Jahres 1891 erfuhr ich von dieser Frau (früherer Patientin), dass sich während ihrer sechsten Schwangerschaft, welche im November 1887 angefangen hatte, und zwar im dritten und vierten Monat derselben, wieder dieselben vorigen Erscheinungen sich gezeigt hätten. Durch zeitige und regelmässige Applizierung des Catheters waren sie aber bald verschwunden.

Ihre Schwangerschaft endigte mit einer normalen Niederkunft.

Als sie im September 1891 zum siebten Male schwanger war, wiederholten sich die früheren Erscheinungen, aber auch nun verschwanden sie bald durch Ablassung der Urine.

II. Frau van Zijl, geb. van Dam, 34 Jahre alt, die sich immer einer guten Gesundheit erfreut und dreimal ein lebendes Kind geboren hatte, litt seit einigen Tagen heftige Schmerzen im Bauch, Rücken und in den Lenden. Ihr Bauch war ausserordentlich geschwollen und das Urinieren geschah nur mit grosser Mühe.

Die Frau war im vierten Monat ihrer Schwangerschaft ihrer Meinung nach.

Die Mitteilungen über anamnese waren sehr unbestimmt, aber die Untersuchung des Abdomens (18. November 1891) durch den behandelnden Arzt und Herrn Professor Dr. Halbertsma ergab, dass ein Tumor bestand, der sich eine handbreit bis über den Nabel erstreckte, der sich hart anfühlen liess und den Eindruck eines emphysematösen Knistern machte, überall am oberen Teil des Tumors. Bei der Untersuchung der genitalia externa war das ostium urethrae nur durch einen sehr dünnen Rand von der vagina geschieden. Der Hinterwand der vagina war aus der vulva herausgedrängt und die vagina dermassen verengert, dass man nur mit der grössten Mühe einen Finger hineinbringen konnte und besonders schwierig war das sehr hoch und stark hervorstehende ostium zu erreichen. Die Genitalien waren stark geschwollen.

Das rectum war ein wenig geöffnet. Der fundus uteri war stark nach unten gedrängt und unmittelbar hinter dem Sphincter ani fühlbar.

Die Diagnose war Retroflexio uteri gravidi.

Ein Catheter von Nelaton wurde in die Blase eingeführt, und als die Urine hinausgeflossen war, constatirte man, dass zugleich mit dem Tumor auch das emphysematöse Knistern sich mehr nach unten versetzte und zweifelsohne da constatirt wurde, wo die Blase sich befand.

Der hinausgebrachte Urin war trübe und stinkend. Die Quantität derselben wurde auf 4 bis $4\frac{1}{2}$ Liter geschätzt.

Gleich darauf wurde vorsichtig ein Versuch zur Reposition von dem uterus angestellt. Er war nicht leicht beweglich. Indem man nun für die regelmässige Urinlösung und eine zweckmässige Lage sorgte, entschloss man sich nächsten Tag, nöthigenfalls unter Chloroformnarcose, zur Reposition zu schreiten.

Es war jedoch unnötig, denn am folgenden Tage trat spontaner Abortus ein.

Der Foetus entsprach dem einer viermonatlichen Schwangerschaft.

Patientin war bald geheilt. Ihre Urinlösung war ausgezeichnet.

Epicrise.

Die im erstgenannten Falle vorgenommene Therapie verdient im höchsten Masse unsere Aufmerksamkeit. Die Operationen, welche die Verkleinerung des schwangeren Uterus zu erzielen streben, um dadurch die Reposition des retroflectierten Organs zu ermöglichen, sind folgende:

- I. Eihautstich,
- II. Punctio uteri durch die hintere Vaginalwandung.
- III. Punctio uteri per rectum.

I. Dass es schwierig, in vielen Fällen sogar unmöglich ist, den Eihautstich beim retroflectierten oder retrovertierten Uterus vorzunehmen, kann man als bestimmt voraussetzen.

In den Fällen, in welchen Retroversion besteht, liegt die portio vaginalis so hoch und so stark nach vorn, dass sie schwierig oder gar nicht zu erreichen ist. — Wo Retroflexio des schwangeren uterus vorliegt, kann die Flexion so stark sein, dass die Sonde nicht durch den geknickten Halskanal hindurch kann. Dass der Eihautstich mit grosser Beschwerde verbunden ist, beweist u. a. der von Kiwisch beschriebene Fall¹.

¹ Prager Viertelj.-Schrift für prakt. Heilkunde, 1844.

Wiewohl in diesem Falle der Uterus reponiert werden konnte und also vor der Operation reponiert wurde, war die Einführung in das orificium uteri äusserst schwierig.

„Nur mit vieler Beschwerde gelang es nach vorgenommener Reposition des Uterus, den festverschlossenen kleinen Muttermund mit einer gekrümmten, stumpfspitzigen Sonde zu eröffnen und nach und nach bis an die Fruchthülle zu dringen, indem die ausserordentliche Empfindlichkeit der entzündeten äusseren Scham jede längere Manipulation für die Kranke unerträglich machte und so gelang es erst am 30. Dezember das Fruchtwasser zu entleeren.“

Dabei sei noch bemerkt, dass die Operation am 25. Dezember angefangen hatte und dass erst am 11. Tage nach verrichteter Operation der Abortus eintrat.

Wittich¹ erzählt einen Fall von Retroflexio uteri gravidi, in welchem der Eihautstich völlig misslang:

„Jetzt versuchte ich durch Punktion der Eihäute durch den Muttermund Verkleinerung des Uterus und somit die Möglichkeit der Reposition herbeizuführen. Aber auch dieser Versuch missglückte, da wir wegen der Knickung des Colli uteri uns keiner spitzigen Sonde bedienen konnten, eine stumpfe aber, die wir einbrachten zwischen Uterus und Eihäute hinglitt, ohne letztere zu verletzen.“

Der Fall, welchen P. Müller² in der Litteratur erwähnt, gehört unbedingt zu den grössten Seltenheiten:

„Er leitete bei vollständiger Umkehrung des Uterus den künstlichen Abortus dadurch ein, dass er mittelst

¹ Neue Zeitschr. für Geburtshilfe, Bd. 23, 1847.

² Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe.

eines eigens construierten Hakens eine Bougie in die Uterushöhle einführt“.

II. Dass die Punktio uteri durch die hintere Vaginalwandung zweckmässig sein kann, beweist u. a. der Fall von Schatz¹. Schon zwei Tage nach der Punction, welche 650 gr Amnionwasser entleerte, trat Abortus ein.

Auch Martin² beschreibt einen Fall von Retroflexio uteri gravid, in welchem drei Tage nach der Punction durch die Vaginalwandung Abortus erfolgte.

Sowohl in diesem Falle, als in dem von De la harpe³, in welchem auch Punction durch die Vaginalwandung vorgenommen wurde, nachdem man vorher vergeblich versucht hatte durch extr. sec. cornut. Abortus hervorzurufen, trat der Tod ein; im letzteren Falle zwei Tage nach der Operation und zwar vor dem Eintritt des Abortus.

Bei der Section fand man, dass der Tod die Folge eingetretener Cystitis und peritonitis war. Derselben Ursache ist er in dem von Craninx⁴ beobachteten Falle zuzuschreiben. Seinem Berichte entnehme ich folgendes:

„Die Punction des Uterus schien das einzige Mittel zu sein ihn in seine Normallage zurückzubringen, die Mutter auf Kosten des Kindes zu erretten, wenn dieses wenigstens noch früh genug war.

Da der Uterus sich infolge seiner Retroversion ganz in der Nähe der vulva war, konnte man sich eines Troicarts bedienen: man führte denselben mit dem linken

¹ Arch. f. Gyn., Bd. I.

² Neig. u. Beug., der Geb. nach vorn und hinten, 1870.

³ Schweiz. Zeitschr. f. Medic., 1856.

⁴ Moreau-Traité pratique des accouchements, Paris 1838.

Zeigefinger hinein durch die hintere Wandung der vagina und durch den Uterus. Es floss sogleich etwa 1 Liter Amnionwasser hinab und der Uterus wurde bedeutend kleiner.“

Die Nacht darauf verschied Patientin.

III. Die Punctio uteri per rectum ist, so weit die Litteratur lehrt, nur in drei Fällen vorgekommen. In diesen drei Fällen aber mit dem grössten Erfolg.

Viricel¹ wandte im Juni 1810 die Punctio uteri per rectum bei einer 28jährigen Frau an, nachdem er vergeblich versucht hatte den uterus zu reponieren. Indem die Umstände schlimmer und schlimmer wurden, fand Viricel es für unbedingt notwendig zu punctieren. Weil die Untersuchung per vaginam ihm das Wallen im Tumor nicht gezeigt hatte, welches er wohl deutlich bemerkte nach der Seite des Rectums hin, dessen Oeffnung sehr zugänglich war, schritt er zur Perforierung des Uterus auf diesem Wege, mittelst des kurzen Trokars von Fleurant, welchen er 5 bis 6 mm vom Anus ab tief in den schwulstigsten Punkt hinein stach. Durch die Canüle floss eine Menge klarer und geruchloser Flüssigkeit weg, was der Umfang des Tumors in die vagina und die am perineum durch dieselbe gebildete Erhöhung verminderte. Nach dieser Operation, welche die Schmerzen der Kranken linderte, fühlte der durch das rectum eingebrachte Finger in dem hinuntergesunkenen Tumor einen Foetus.

Drei Tage nach der Punction traten Mutterschmerzen ein und der Uterus stiess einen Foetus von 4 $\frac{1}{2}$ Monat aus.

Nach dem Abortus blieb das orificium uteri inmitten

¹ Finez-Thèse de Paris 1812.

der vagina geöffnet. Man hatte bloß eine Incontinenz des Harnflusses zu bekämpfen.

Baynham¹ führte im März 1828 dieselbe Operation bei einer Frau aus, welche im sechsten Monat ihrer Schwangerschaft war und bei der die Incarcerations-Symptomen schon sechs Wochen bestanden.

Zur Reposition des Uterus wurde die ganze Hand allmählig in die Vagina gebracht; sie fühlte sogleich das Collum hoch über dem Symphysis pubis, aber die Reposition misslang. Zwei Collegen wurden zur Consultation herbeigerufen. Die Erschöpfung und Erregung hatten zugenommen. Der schwache Pulsschlag liess vermuten, dass Patientin nicht mehr lange leben könnte. Baynham schlug vor, den Uterus zu punctieren. Nachdem er noch einmal sondiert hatte, liess er Patientin auf Knien und Ellbogen liegen und versuchte die Reposition zuerst durch die Vagina und darauf durch das rectum. Beides vergeblich. Einem seiner Collegen misslang dieses gleichfalls und er versuchte, aber vergebens, durch das collum die membranae zu zerreißen.

Darauf wählte Baynham den Punkt des Tumors, welcher im rectum am meisten hervorstand und senkte den Trokar hinein.

Keine Flüssigkeit kam heraus; aber als das Instrument zurückgezogen und noch einmal beinahe an dieselbe Stelle hineingesenkt wurde, entleerte sich ungefähr 12 hgr klarer Flüssigkeit, nicht auf einmal, sondern nach und nach. Nachdem das Volumen des Uterus bedeutend kleiner war, gelang es nach einer Viertelstunde denselben bis über das promontorium zurückzudrängen. Am folgenden

¹ Edinb. med. and surg. Journal 1830.

Tage, 25 Stunden nach der Operation, erfolgte ohne Unfälle der Abortus. Die Frucht war unverletzt und die unverletzten membranae enthielten noch 10 Unzen nicht blutigen Amnionwassers; der Foetus, der durchaus nicht zersetzt war, schien 6 Monate alt zu sein. Noch einmal musste man sich der Sonde bedienen, wobei ein Liter Urin entleert wurde, welcher so stinkend als zuvor war. Eine Incontinenz, welche eintrat, dauerte ungefähr fünf Wochen. Eine zeitlang fühlte Patientin im Becken ziemlich heftige Schmerzen; und ein sehr reichlicher, schleimiger Ausfluss durch die Vulva und das tropfenweise Urinieren erzeugten eine Entzündung und eine Excoriation der äusseren Scham. Erst nach einem Monat verlor der Urin den übeln Geruch.

Das rectum erhielt seine Functionen nicht so bald wieder als die Vagina; es wurde der Sitz eines eitrigen Ausflusses, der oft von heftigem, sehr schmerzhaftem Harndrang begleitet war, was fort dauerte, selbst als Patientin sich in allen anderen Hinsichten gesund fühlte.

Wahrscheinlich hatte sich ein Abscess im Zellgewebe, das das rectum von der Vagina scheidet, gebildet.

Sechs Wochen nach der Operation war die Kranke völlig geheilt.

Bell¹ zu New-Castle nahm die punctio uteri per rectum bei einer Frau im fünften Monat ihrer Schwangerschaft vor, bei welcher die Incarcerations-Symptomen schon über zwei Monate bestanden.

Nach aufmerksamer Unterbrechung entdeckte er einen schmerzhaften Tumor, den er nicht wegdrängen konnte; es war der retrovertierte Uterus. Dr. Bell machte

¹ Annales de Gyn. 1875.

durch das rectum in den Tumor eine aspiratorische Punction, um die Amnionflüssigkeit zu entleeren. Die Kranke fühlte ihre Leiden gelindert infolge dieser Operation.

Der Foetus wurde nach 36 Stunden ausgestossen. Der Verlauf der Krankheit war überaus günstig.

Welche von den beiden Operationen — die von Hunter, Lynn, Désormeaux, Velpeau, Dubois, Gazeaux, Blundel angeratene Punction durch die hintere Vaginawandung, oder die von Malgaigne, Moreau, Barnes vorgezogene Punction durch das Rectum, nun den Vorzug verdient, das ist aus obengenannten Fällen schwer zu entscheiden.

Sowohl in den Fällen, wo Schatz, Martin, De la harpe und Carninx, als in denen von Viricel, Baynham und Bell die Punction vornahmen, wurde sie mit Erfolg gekrönt.

Die Entstehung eines Abscesses im Zellgewebe zwischen Vagina und Uterus, wie dies in dem Falle Baynham's geschah, der zweimal die Punction uteri per rectum vornehmen musste, kann man heutzutage durch antiseptische Massregeln verhindern.

In dem von mir beschriebenen Fall von Halbertsma hatte man vergeblich versucht den Uterus per Vaginum zu punctieren. Auch der Fall von Viricel, in welchem eine deutliche Fluctuation des Uterus per rectum constatirt wurde, beweist, dass der retroflectierte Uterus in einigen Fällen leichter durch das rectum als durch die Vagina zu erreichen ist.

In dem von Halbertsma behandelten Falle trat erst 16 Tage nach der Punction Abortus ein. Indem bei Baynham schon 25 Stunden, bei Bell 36 Stunden

nach der Operation Abortus erfolgte, beweisen u. a. die Fälle von Halbertsma und Kiwisch (siehe oben), dass Fälle vorkommen können, in welchen, weder Punctio uteri noch Eihautstich zweckmässig ist, weil Abortus oft zu lange nach der Operation ausbleibt und die Verkleinerung des schwangeren Uterus nach der Entleerung des Fruchtwassers oft nicht gross genug ist, um die Reposition zu ermöglichen.

Währenddessen können die Symptomen der Blase fortdauern und verschlimmern, gangraena der Uteruswandung entstehen und das Leben der Mutter bedrohen.

Ausserdem kennt die Litteratur einen Fall, in welchem die Punctio uteri völlig resultatlos blieb¹.

Nun ist die Frage, darf man in dergleichen Fällen die Frucht opfern, indem durch die Anwendung der Laparotomie die Möglichkeit noch so gross ist, sie am Leben zu erhalten.

Die Gefahr einer Laparotomie ist heutzutage gleich Null. Darum meint Halbertsma, dass in Fällen, in welchem die Incarcerationserscheinungen beunruhigend sind und Reposition unmöglich ist, die Anwendung der Laparotomie nicht nur erlaubt, sondern unbedingt geboten sei.

Die selten vorkommenden membranae, welche bisweilen den fundus uteri mit seiner Umgebung verkleben, können keine Contraindication bilden, im Gegenteil, sie indicieren gerade die Laparotomie, weil die Verwachsungen durch die Operation vernichtet werden können, indem sie andernfalls die Reposition verhindern.

Die folgende Sektionsgeschichte giebt uns einen Begriff über die Leichtigkeit der Reposition nach ausgeführter Laparotomie.

¹ Benckiser Centralbl. f. Gyn. 1887.

Es betrifft die Sektion einer Frau, welche zufolge einer Incarceration des schwangeren Uterus gestorben war ¹.

„Nachdem die Bauchhöhle geöffnet war, wurde die stark ausgedehnte Blase angeschnitten und entleert. Dahinten war der retro-vertierte und flectierte Uterus, der sehr leicht aus der Beckenhöhle reponiert wurde. Nachdem nämlich die Hand hinter das Corpus uteri gebracht und dieses ein wenig erhoben wurde, schnellte der Uterus wie eine Feder in seine normale Stelle zurück.“ —

Die Anwendung einer Laparotomie bei Retroflexio uteri gravidı wurde am ersten von Calissen vorgeschlagen.

Blundel empfiehlt sie nur in Fällen, in welchen Ruptur der Harnblase besteht. Ausser dass die Ruptur geheftet werden kann, ist es leicht den Uterus zu reponieren.

Schwalbe ² sagt folgendes:

Die Laparotomie käme hauptsächlich in Frage, wenn die bedrohlichen Erscheinungen vom Darne ausgehen. So wie die Harnblase auch oder allein die Incarcerationserscheinungen liefert, kann bald von einer derartigen Operation nicht mehr die Rede sein. Einerseits ist die Harnblase sehr häufig bis zum Nabel und höher hinauf mit den Bauchdecken verklebt, anderseits ist ihre Wandung so leicht zerreisslich, dass man eine Verletzung der Bauchhöhle nur mit Verletzung derselben ausführen könnte. Hiermit waren freilich der Anwendbarkeit der Laparotomie bei Retroflexio uteri gravidı sehr enge Grenzen gesteckt, denn nur bei einer Ruptur der Harnblase käme sie noch in Betracht.“

¹ Halbertsma, Monatsschr. f. Geburtskunde Bd. 34.

² Memorabilien 1886 Nr. 7.

Stolz lehrt, dass man bei Retroflexio uteri gravidi darum zur Laparotomie schreiten werde, um dann wiederholt in der Lage zu sein kranke ovaria oder fibromen zu extirpieren.

Was Schwalbe's Meinung betrifft in den Fällen, in welchen die Blaswandung so stark entzündet ist, als vorgestellt wird, erfolgt meistens ohne Zweifel exitus letalis durch peritonitis. Eine contraindicatio zu der Laparotomie können die Harnblaserscheinungen also nicht bilden. Ausserdem lehrt Halbertsma, dass die überfüllte Harnblase immer vor der Operation mittelst eines Nelaton'schen Catheters entleert werden kann.

Dürssen¹ teilt einen Fall mit, in welchem Retroflexio uteri gravidi partialis bestand, wo Laparotomie vorgenommen wurde zur Entfernung eines Myon, ausgehend von Tube und ovarium. Wiewohl 4 Tage vor der Operation die Retroflexio verschwand, verdient der Fall doch hier erwähnt zu werden.

Boldt² zu New-York teilt einen Fall mit, in welchem eine verkehrte Diagnose Ovarialkystom gestellt und Laparotomie gemacht wurde:

„Eine 47jährige verheiratete Nullipara giebt an, vor 2 Jahren ihre letzte Regel gehabt zu haben. Seit 2 Monaten klagt Patientin über heftige Schmerzen im Rücken, Kreuz und in den Lenden, Obstipation und Appetitlosigkeit. Harnblasbeschwerden sind nicht vorhanden. Während dieser Zeit ist die Frau sehr herunter gekommen und hat zur Zeit ein kachektisches Aussehen. Die Schmerzen sind anhaltend und mitunter von grosser Heftigkeit.

¹ Centralbl. für Gyn. 1889.

² Centralbl. für Gyn. 1890. — Amer. Journ. of obstetr. Vol. XXII, Nr. 11 entnommen.

Von zwei anderen Kollegen wurde die Diagnose Eierstockstumor gestellt und der betreffenden geraten, sich an mich behufs Operation zu wenden. Die Untersuchung ergab einen sehr druckempfindlichen Tumor im Douglas'schen Raume von der Grösse einer kleinen Kokosnuss. Der Uterus schien nach vorn gedrängt und von normaler Grösse zu sein. In Anbetracht des Gesamtzustandes der Krankengeschichte, sowie der schon gestellten Diagnose von anderer Seite machte ich die Untersuchung nicht mit der Genauigkeit, womit ich es sonst zu thun gewohnt bin, sondern schloss mich ohne weiteres der schon ausgesprochenen Ansicht an, mit dem Zusatz, dass die Wandungen des Tumors akut entzündet seien. Auf frühere Erfahrungen gestützt, vermutete ich Eiterung des Inhalts infolge der Perimetritis, besonders da angegeben wurde, dass die Kranke häufig Hitzegefühl, viel Durst habe und mitunter friere.

Bei der im Juli 1889 gemachten Laparotomie stellte es sich heraus, dass der im Douglas befindliche Tumor der incarcerierte vergrösserte Uterus war, welcher ich auch leider dem Räte eines dabeistehenden Kollegen folgend, incidierte, weil wir uns nicht vorstellen konnten, dass wir es mit einer Gravidität zu thun hatten. Es wurde ein zweimonatlicher Embryo entwickelt. Die sehr profuse Blutung stand auch nach Anlegung der Nat nicht, infolge dessen die Exstirpation gemacht wurde. Exitus folgte am 3. Tage an Peritonitis. —

Weiter fällt in ersterem Falle die lange Dauer der Retroflexio uns auf. Drei Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik hatten die Incarcerationserscheinungen seinen Anfang genommen, und erst 5 Wochen nach ihrer Aufnahme erfolgte Abortus.

Die Meinung von Hurry¹, dass nach Ende des fünften Monates, die Entstehung der Retroflexio uteri gravidi nicht mehr möglich sei, wird durch diesen Fall nicht widerlegt.

Denn die Incarcerationerscheinungen offenbarten sich schon im fünften Monat, und beim Abortus, der am Ende des siebten Monats stattfand, stellte es sich heraus, dass der Foetus schon lange tot war.

Ebenso wenig stehen die Fälle von Wernher² und Eichhorn² im Widerspruch zu Hurry's Meinung. Beide Kranke standen im sechsten Monat ihrer Schwangerschaft. Die Incarcerationssymptome hatten sich jedoch einige Zeit früher gezeigt.

Bei der Sektion der Wernher'schen Kranken zeigte sich der Foetus von ganz frischem Aussehen, anscheinend gleichzeitig mit der Mutter abgestorben. Die Beckenmasse ergaben eine mehr als normale Geräumigkeit.

Im Eichhorn'schen Falle zeigte der Foetus sich maceriert und ungestaltet, ungefähr dem 5. Monat der Schwangerschaft entsprechend.

Kroner³ beschreibt eine Retroflexio uteri gravidi bei einer Frau, welche sich im 7. Monat der Schwangerschaft befand. Beim Abortus war der Foetus abgestorben und entsprach einem fünfmonatlichen.

Der von Macleod⁴ in Glasgow beschriebene Fall

¹ Centralbl. für Gyn. 1884.

² Ueber die Retr. der Geb. in den spätern Schw. Monate. Veit, Samml. klin. Vorträge Nr. 170; entnommen Kroner (Breslau) Centr. für Gyn. 1882.

³ Med. Journal 1857 Jan., entnommen Centralbl. für Gyn. 1882.

⁴ Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse. Bruxelles 1878.

übertrifft, was die Dauer anbelangt, bei weitem den Halbertsma'schen, denn die Retroversio uteri bestand bis zum normalen Schwangerschaftsende.

„Die Kranke starb unentbunden am vollen Schwangerschaftsende. Bei der Sektion zeigte sich der Muttergrund fest mit dem Mastdarm verwachsen. Die sehr dünnen Gebärmutterwandungen umschlossen die fauligen Reste eines fünfmonatlichen Foetus und die Placenta. Der im 5. Monat erfolgte Tod des Foetus, die damit sistierende Volumenzunahme des Uterus erklären die Möglichkeit jenes seltenen Vorkommens.“

Charles¹ giebt uns eine Uebersicht über 121 Fälle hinsichtlich der Zeit, in welcher die Incarcerationserscheinungen sich zu zeigen angefangen haben und kommt zu dem Hurry'schen Schluss: „En resumé, la rétroversion où les symptômes d'enclavement se sont manifestés:

A	6 Semaines	3 cas.
„	2 mois	7 „
„	2½ mois	8 „
	entre 2½ et 3 mois	7 „
A	3 mois	44 „
„	3½ mois	15 „
„	4 mois	27 „
Dans le	5. mois	10 „

Er rechnet einen Fall von Bartlett, in welchem sich im siebten Monat Incarcerationserscheinungen zeigten, zur partiellen Retroflexio uteri gravid.

In dem Falle, welchen Bili beschreibt, wo die Incarcerationserscheinungen vom dritten bis in den siebten

¹ Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse. Bruxelles 1878.

Monat fort dauerten und ein totes Kind geboren wurde, das $4\frac{1}{2}$ kg wog, wird von ihm als partielle Retroflexio uteri gravidi betrachtet.

Sperber¹ beschreibt einen Fall von Retroflexio uteri gravidi partialis, in welchem die Incarcerationserscheinungen sich im 4. Monate zeigten und bis in den 8. fort dauerten. Der Uterus reponierte spontan und ein lebender Foetus wurde constatirt.

Kroner teilt die Fälle, in denen Retroflexio uteri gravidi besteht, in 3 Gruppen ein:

Unter die erste Gruppe rechnet er die Fälle, in welchen die Retroflexio uteri gravidi während der ersten 3 Monate ohne Incarcerationserscheinungen besteht, dann spontan Reposition erfolgt mit oder ohne Unterbrechung der Schwangerschaft, oder Abortus ohne vorherige spontane Reposition.

Zu der zweiten Gruppe: die Fälle, in denen die Incarcerationserscheinungen sich im dritten Monat zu zeigen anfangen und fort dauerten ungefähr bis zur Mitte der Schwangerschaft. Der uterus befindet sich dann also noch im kleinen Becken und nun wird, bei ungenügender Hilfe abortus oder exitus, infolge einer Blasdiatherie oder einer uraemie erfolgen.

Er rechnet zur dritten Gruppe die Fälle, in denen die Retroflexio uteri gravidi bis über die Hälfte der Schwangerschaft besteht und dann partielle Retroflexio uteri gravidi sich entwickelt und spät oder gar nicht Incarcerationserscheinungen eintreten.

¹ Centralbl. für Gyn. 1889.

Was nun den zweiten Fall anbelangt: Der spontane Eintritt des Abortus gehört bei Retroflexio uteri gravidi nun eben nicht zu den Seltenheiten.

Der von Tylor Smith aufgestellte Satz, dass die Neigung zum habituellen Abortus häufig durch die Retroflexion oder Retroversion des schwangeren Uterus hervorgerufen werde, muss man als bewiesen annehmen.

Sei es, dass eine temporäre Reposition des retroflectierten Organs vor sich geht — sei es, dass die hintere Uteruswandung sich stark verkürzt — der Abortus erfolgt auch in den Fällen, in welchen man den Uterus nicht zu reponieren vermochte, wie in dem von mir erwähnten Falle.

Auch Charles¹ teilt Tylor Smith's Meinung, er sagt:

„Quand une femme est enceinte de fausses couches répétées, il est nécessaire de procéder à un examen local attentif pour s'accuser de la situation de l'utérus.“

In der Litteratur werden u. a. Fälle erwähnt, wo spontaner Abortus eintrat, nachdem es gelungen war, den uterus zu reponieren. Es werden weiter auch beschrieben,

¹ Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse Brux. 1878.

welche dem von mir erwähnten Fällen entsprachen, d. h. wo spontaner Abortus eintrat, nachdem die Reposition vergeblich versucht war.

Letztgenannte können denen gleichgestellt werden, in welchen spontaner Abortus erfolgte, ohne dass Reposition versucht war. Es ist doch sehr fraglich, ob Abortus auch ohne die Versuche nicht eingetreten wäre; das heisst: ob die Incarceration des retroflectierten graviden Uterus nicht häufiger als der Versuch zur Reposition, die Ursache des Abortus wäre. Man kann sich vorstellen, dass der Foetus schon durch den gehemmten Blutzufuhr abgestorben und dass nun durch den Repositionsversuch das retroflectirte Organ einigermassen irritiert worden sei, wodurch nun die Frucht baldiger ausgetrieben werden müsse.

Unter den von Martin¹ erwähnten Fällen (57 an der Zahl) kommt keiner mit dem von Halbertsma beschriebenen überein. Er teilt 6 Fälle mit, in welchen Abortus schon eingetreten war, als die Kranken in Behandlung kamen, bei denen also keine Reposition versucht war, während von den 38 Fällen, wo die Reposition gelang, 9 mal Abortus erfolgte erst lange Zeit nach der Reposition und zwar infolge des Schreckens, eines Falles und anderer schädlich wirkenden Vorgänge.

Busch² berichtet über 75 Fälle, von welchen nur in 9 Abortus sich zeigte. In 4 Fällen war die Reposition nicht versucht. [In den übrigen 5 grossenteils vernachlässigten, wurden Repositionsversuche angestellt und nachdem die Reposition in allen 5 gelungen war, erfolgte Abortus.

¹ Neig. und Beng. der Geb. nach vorn und hinten 1870.

² Geschlechtsleben des Weibes.

Charles berichtet Folgendes über die von ihm citierten Fälle:

„Dans cent-vingt observations de Retrofl. ou-Vers., comprenant cent-trente-huit cas, quarante-sept fois l'avortement suivit (les huit avortements provoqués compris) et vingt fois la femme succomba. Quatre vingt huit réductions manuelles ou instrumentales ont été suivies onze fois de l'avortement, c'est à dire une fois sur huit.“

Hazelberg¹ teilt einen Fall mit, welcher in Hinsicht auf den Eintritt des Abortus vollständig mit dem Halbertsma'schen übereinstimmt. Die Reposition gelang ihm auch nicht. Bald darauf erfolgte Abortus.

Die Fälle von Lynn², Schatz³ und anderen stimmen mit dem meinigen überein, während in denen von Molderhauer⁴, Bamberger⁵ und Saxinger⁶ Abortus nach der Reposition erfolgte.

Tyler Smith führt einige Fälle von spontanem Abortus auf, in welchem keine Reposition versucht worden war.

Der zweite Fall ist der Erwähnung um so mehr wert, als dabei eine Erscheinung mitgeteilt wird, welche in keinem einzigen von den in der Litteratur aufgeführten Fällen vorkam.

Zwar werden viele Fälle beschrieben, in welchen Harnblasbeschwerden in den Vordergrund traten und ein

¹ Monatschr. für Geb. Band 33.

² Med. Observ. and Inq. 1771.

³ Arch. für Gyn. Bd. I.

⁴ Arch. für Gyn. Bd. 6.

⁵ Betr. z. Geb. und Gyn. Scanz. Bd. 2.

⁶ Prager Vierteljschr. für prakt. Heilk. 1866.

Mal über das andere wird in denselben mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Blase bis an den Nabel und höher hinauf ausgedehnt war, aber von der merkwürdigen Erscheinung, dem emphysematösen Knistern wird gar nicht gesprochen. Man darf also ruhig voraussetzen, dass dieses nicht vorhanden gewesen ist.

Dieses Symptom, das emphysematöse Knistern, das hier constatirt wurde, verdient also mit Recht unsere grösste Aufmerksamkeit.

Dass es hier um eine Urin-Zersetzung handelte, bewies der Stank und das Trübsein des entleerten Urins, wenn das Vorhandensein der Erscheinung dieses schon nicht bewiesen hätte. Wie könnte man dieses Knistern denn sonst anders erklären, als durch die Ansicht, dass Gasbläschen zwischen mucosa und muscularis und vielleicht zwischen muscularis und serosa gedrungen sein müssten.

Dass die Blasmucosa hier entzündet war, ist bei einer so ausgedehnten Blase ja nichts aussergewöhnliches und dass die mucosa (bisweilen noch mit einem Teile der muscularis, der serosa selbst verbunden) loslässt, beweisen viele Fälle zur Genüge.

Brandeis¹ erwähnt einen Fall, wo 4 Tage nach der Reposition ein Membran aus der Urethra entfernt wurde, welches sich bei der Untersuchung als die Harnblasschleimhaut herausstellte.

Schatz² konnte die Section einer an der Incarceration des graviden Uterus gestorbenen Frau machen. Bei der Blasöffnung sah er die nekrotische abgestossene

¹ Archiv für Gyn.

² Archiv für Gyn., Bd. 1.

mucosa, mit der grösseren Hälfte der gleichfalls abgestossenen muscularis verbunden, völlig frei in der Blase liegen.

Auch in dem Molderhauer'schen Falle¹ wurde bei der Section in die Blase ein grau-gelbes Häutchen gefunden; die in toto abgestossene mucosa verbunden mit einem Theile der muscularis.

Aus der gynäcologischen Klinik zu Bonn wird uns ein Fall mitgeteilt, in welchem 11 Tage nach der Reposition ein Häutchen ausgestossen wurde; in dem bei der Section vom Muskelgewebe der Blase nichts aufzufinden war.

Dass die Blaswand entzündet sein, ja sogar völlig gangraeneus werden kann, beweist ein von Zantl² erwähnter Fall.

Bei der Section ergab sich das Volumen der Blase ausserordentlich gross; die Blase selbst war so verändert, dass sie bei der Herausnahme so leicht zerreislich war, dass der ganze obere Teil losliess.

May³ teilt einen Fall mit, wo der Tod eintrat infolge der Septicaemie, welche aus gangraen der Blase entstanden war.

Weiter lehren die Fälle von Wittich⁴, Haussmann⁵, Kiwisch⁶, Luschka⁷, Spencer Wells⁸.

¹ Archiv für Gyn., Bd. 6.

² Dissertation in München: Ueber Retr. ut. gr. 78.

³ Ueber die Recl. der schw. Geb. Diss. in Giessen 69.

⁴ Neue Zeitschr. für Geb. Bd. 23.

⁵ Monatsschr. für Geb. Bd. 31.

⁶ Prager Viertelschr. für prakt. Heilkunde 1844.

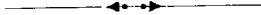
⁷ Virchow's Archiv Bd. 7.

⁸ Obst. Fransact. Vol. III.

Molderhauer¹ und Anderen, dass man in einem derartigen obenerwähnten Falle; Verschlimmerung der Harnblasbeschwerden erwarten kann und dass man dann alles aufbieten müsse, die Incarceration aufzuheben.

Es kann uns Wunder nehmen, dass in dem von mir beschriebenen Falle von der Ausstossung einer membrana nicht die Rede gewesen ist und dass nach dem Abortus die Urinlösung fast ganz normal geschah. Dieses darf man ruhig dem frühzeitigen Eintritt des Abortus zuschreiben.

¹ Arch. für Gyn., Bd. 6.



13054

