



# Ein Fall

von

## Uterus bicornis mit rechtseitiger Haematometra, Haematocolpos, Haematosalpinx.

Inaugural-Abhandlung

zur Erlangung

der

**Doctorwürde**

in der

**Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe**

unter dem Presidium

von

**Dr. Johann v. Säxinger,**

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik in Tübingen,



vorgelegt von

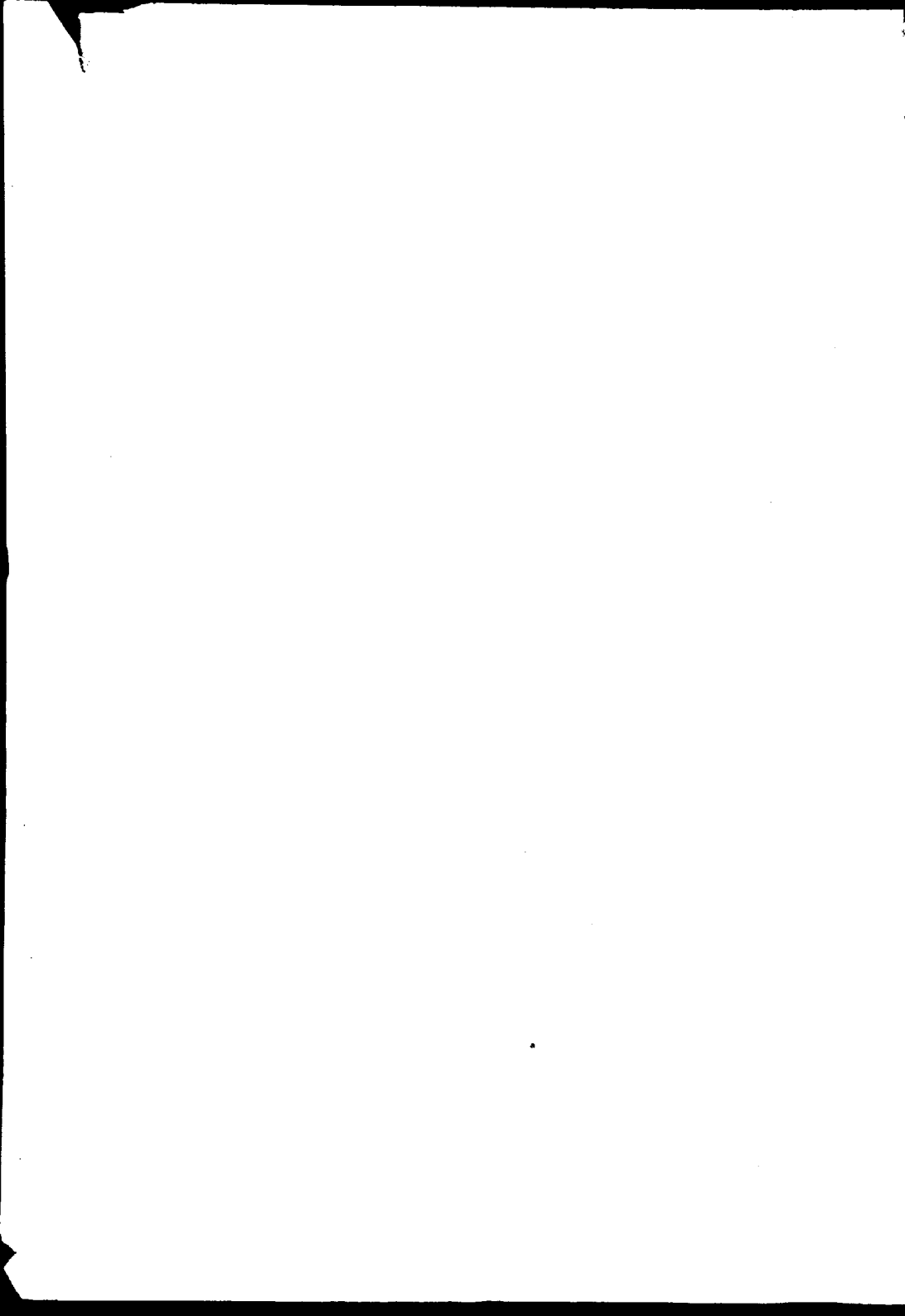
**August Göz**

aus Tübingen.



**Tübingen, 1879.**

Druck von Heinrich Laupp.



An die vier von Prof. v. Säxinger beobachteten und behandelten Fälle von Uterus bicornis und seinen Folgen schliesst sich ein neuer Fall dieser Art an, welcher schon wegen der Seltenheit dieser Missbildung, noch mehr aber wegen der nach Umständen daraus mit der Zeit resultirenden krankhaften Erscheinungen bekannt zu werden verdient. Der erste auf der Tübinger gynäkologischen Klinik beobachtete Fall dieser Art ist in der Inaugural-Abhandlung von Dr. Magenau 1872 beschrieben, in welcher ausserdem die bis dahin bekannten Fälle zusammengestellt sind, der zweite und dritte Fall ist durch Dr. Neudörffer 1873 veröffentlicht, der eine dieser Fälle wurde von Prof. v. Säxinger schon im Jahr 1867 auf der Prager gynäkologischen Klinik beobachtet und erkannt, also lange vor Veröffentlichung des ersten Falles dieser Art von Breisky (Archiv für Gynäkologie Band II. Heft 1), der vierte Fall ist beschrieben von Dr. Georg Teuffel 1874, der ausserdem noch sämtliche mit Sicherheit hierher gehörigen veröffentlichten Fälle zusammenstellt.

Den neuen, auf der Tübinger gynäkologischen Klinik zur Beobachtung gekommenen und von mir selbst verfolgten Fall, mir zu meiner Inaugural-Abhandlung zu

überlassen, war Prof. v. S ä x i n g e r so gütig, wofür ich mich zu grossem Dank verpflichtet fühle. Der Fall betrifft die 21 Jahr alte ledige Ursula Eichele von Schönburg O/A. Gaildorf. Sie wurde am 10. Mai 1878 in die Anstalt aufgenommen, die damals erhobene Krankengeschichte ergab folgendes:

Patientin war als Kind gesund, von ihrem 14. Jahre ab war sie wegen Bleichsucht und Magenbeschwerden wiederholt in ärztlicher Behandlung. Die Menses bekam sie in ihrem 19. Jahre, dieselben waren von Anfang an von spärlichen Blutungen begleitet, von 2—4 tägiger Dauer, dabei sehr unregelmässig, 6 Wochen bis  $\frac{1}{2}$  Jahr aussetzend. Die Periode war mit heftigen Schmerzen verbunden, welche schon 8 Tage vorher sich einstellten; während der ganzen Dauer und noch 8 Tage nach Aufhören der Menses anhielten, so dass Patientin, während jeder Menstruation 3—14 Tage im Bett zubringen musste. Die Schmerzen hatten hauptsächlich in der rechten Unterbauchgegend ihren Sitz. Seit einem Jahr klagt die Kranke auch häufig über heftige Schmerzen ausserhalb der Zeit der Periode, welche auf die rechte Unterbauchgegend beschränkt bleiben. Der wegen der Schmerzen consultirte Arzt hat einen Verschluss der Gebärmutter gefunden. Ausserdem klagt die Kranke über angehaltenen Stuhlgang, über ein Gefühl von Schwäche und gestörtem Allgemeinbefinden; die Urinentleerung ist dabei ungehindert und schmerzlos.

Bei der äusseren Untersuchung findet man oberhalb der Schamfuge genau in der Mittellinie gelegen einen 5 Ctm. hohen Tumor mit glatter Oberfläche, prall gespannt, unbeweglich, halbmondförmig nach oben offen.

Von diesem Tumor gehen nach rechts und links zwei Ausläufer ab: Der rechte wölbt die Haut als wurstförmigen Wulst hervor, bietet dasselbe Anfühlen wie der in der Mitte gelegene Tumor, lässt sich jedoch etwas bewegen, verläuft oberhalb des Poupartischen Bandes schräg nach oben und aussen und endet zwei Querfinger breit oberhalb und etwas nach einwärts von der Spina anterior superior. Der linke Ausläufer springt nicht wurstförmig hervor, ist mehr eben, lässt sich ganz ähnlich anfühlen, verläuft gleichfalls, ohne jedoch so hoch hinaufzureichen, zwei Querfinger breit oberhalb des Poupartischen Bandes schräg nach oben und aussen. Die innere Untersuchung ergab: Der Scheideneingang ist eng, dunkelbraunroth gefärbt, mit Secret bedeckt, die Scheide sehr verkürzt.  $4\frac{1}{2}$  Ctm. vom Scheideneingang entfernt tastet man einen hühnereigrossen, prall gespannten, elastischen, an der Spitze deutlich fluctuirenden Tumor, welcher unbeweglich, von glatter Oberfläche, nicht in der Mitte sondern mehr nach rechts gelagert ist. Auf der linken Seite der Geschwulst findet man eine weiche etwa Bohnengrosse Stelle, welche nach oben von einer hervorspringenden halbmondförmigen Leiste begrenzt ist. In der Mitte dieser seicht vertieften Stelle befindet sich eine kleine Oeffnung, durch welche es gelingt, eine feine gerade Sonde in der Richtung nach hinten und links über 6 Ctm. weit vorwärtszuschieben, ohne dass dieselbe in eine Höhle gelangt oder auf einen Widerstand stösst. Das Scheidengewölbe rechts umzieht den Tumor von oben und unten sichelförmig; links lässt sich das Scheidengewölbe höher hinauf verfolgen.

Druck auf das unterste Ende der Geschwulst in der

Scheide pflanzt sich deutlich wahrnehmbar fort auf den rechten von aussen fühlbaren Tumor, weniger deutlich auf den über der Symphyse gelegenen mittleren Tumor und seinen linken Ausläufer.

Die Untersuchung per rectum ergibt, dass ein grosser ovoider Tumor das kleine Becken ausfüllt und mit dem über der Symphyse von aussen fühlbaren zusammenhängt. Die beiden seitlichen Tumoren hängen fest mit ihm zusammen und lassen sich von der Hauptgeschwulst weder abheben noch sonst isoliren. Sämmtliche Geschwülste sind beim Betasten etwas schmerzhaft.

Es wurde dem Befunde entsprechend die Diagnose auf Uterus bicornis, auf angeborenes Verschlussensein des unentwickelt gebliebenen oberen Theiles der rechten Scheide und auf Ansammlung von gestautem Menstrualblute in dem rechten abgeschlossenen Horn gestellt. Eine auffallende Breite des Gesichtes und Rumpfes war nicht vorhanden.

Am 12. Mai menstruirte die Kranke. Man konnte dabei beobachten, dass das Blut zu der kleinen oben beschriebenen Oeffnung herausquellte. Die Periode dauerte 5 Tage und war von reichlichem Blutabgang begleitet. Die vor und während der Periode vorhandenen heftigen Schmerzen wurden durch Opium-Clystiere erfolgreich bekämpft. Ebenso wurden die Schmerzen, welche in der Zeit vom 12. December bis zur Operation wiederholt mit grosser Heftigkeit auftraten, jedesmal durch ein Opium-Clysmata beschwichtigt.

Am 14. Juni wurde die Operation vorgenommen: In der Steiss-Rückenlage wurde über dem Simon'schen Speculum die Punction mit einem langen Trokart vor-

genommen, der Trokart auf der Spitze des Scheidentumor an der am deutlichsten fluctuirenden Stelle eingestossen; durch die Canüle wurden circa 1½ Schoppen einer chocoladefarbenen, geruchlosen Flüssigkeit entleert. Nach Entfernung der Flüssigkeit wurde mit dem Fistelmesser in die Stichöffnung eingegangen und seitliche Incisionen gemacht, so dass die Oeffnung bequem für einen Finger durchgängig war. Derselbe gelangt in eine grosse Höhle mit glatten Wandungen. Um Verletzungen zu verhüten wurde davon abgestanden, die Höhle bis zu ihrem oberen Ende zu verfolgen. Nachdem auf diese Weise der Zweck der Operation vollkommen erreicht war, brachte man die Kranke vorsichtig zu Bett und befahl ihr, sich absolut ruhig zu verhalten. Durch die Entleerung der 1½ Schoppen Flüssigkeit wurde nur der rechteitige wurstförmige Tumor verkleinert, der Tumor in der Mitte sowie der Ausläufer nach links von demselben zeigten keine Veränderung.

Gleich nach der Operation und bis zum 20. des Monats war das Befinden der Kranken ganz gut, es war kein Fieber vorhanden, die Schmerzen waren nur noch unbedeutend, schliesslich hörten sie ganz auf; aus der Scheide war ein minimaler Abgang von ähnlich chocoladefarbener, etwas mehr gelblich gefärbter Flüssigkeit vorhanden, welche aus der gemachten Stich-Oeffnung herabfloss.

Am 20. bekam Patientin gegen Abend plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, die sich in einer solchen Weise rasch steigerten, dass die Kranke in lautes Jammern ausbrach. Die Schmerzen sollen angeblich ganz von selbst und plötzlich eingetreten sein; es wurde jede

etwa vorausgegangene mechanische Einwirkung geläugnet, erst auf dringendes Nachfragen gestand die Kranke, dass sie sich aufrecht im Bette aufgestellt, um eine vorbeiziehende Musikbande zu sehen, dabei aber das Gleichgewicht verloren habe und mit voller Wucht der Länge nach auf den Rücken ins Bett zurückgefallen sei, worauf sofort die heftigsten Schmerzen sich einstellten. Patientin sah sehr collabirt aus; das Abdomen zeigte keine besondere Auftreibung, der Bauch war in seiner unteren Hälfte gleichmässig auf Druck sehr empfindlich. Es wurde die beginnende, wahrscheinlich auf Perforation beruhende acute Peritonitis mit Eisbeutel, Morphium-Injectionen und da schon 2 Tage kein Stuhlgang erfolgt war, mit einem leichten Laxans behandelt.

Am 21. Morgens war die Temperatur im Rectum gemessen 39,5 Abends 39,2; dabei waren die Schmerzen sowohl auf Druck als auch spontan in gleicher Heftigkeit noch vorhanden. Der Bauch zeigte schon eine leichte Auftreibung.

|        |            |         |       |        |       |
|--------|------------|---------|-------|--------|-------|
| Am 22. | Temperatur | Morgens | 38,7. | Abends | 39,5. |
| Am 23. | »          | Morgens | 38,5. | Abends | 38,9. |
| Am 24. | »          | Morgens | 38,7. | Abends | 39,0. |
| Am 25. | »          | Morgens | 38,5. | Abends | 39,2. |
| Am 26. | »          | Morgens | 38,7. | Abends | 39,0. |
| Am 27. | »          | Morgens | 38,5. | Abends | 39,5. |

Patientin sieht sehr collabirt aus, verweigert die Zufuhr jeder Nahrung mit Ausnahme von Champagner und Portwein. Die Schmerzen werden durch beständig aufgelegte Eiscömpressen und durch subcutane Morphium-Injectionen, welche in kurzen Intervallen applicirt werden, erfolgreich bekämpft. Das Abdomen ist stark auf-

getrieben, bei Berührung sehr empfindlich. Die früher constatirten Tumoren lassen sich nur noch dunkel durchtasten, da die Unterbauchgegend bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse von einem, leeren Percussionschall gebenden Exsudat eingenommen ist.

Am 28. Temperatur Morgens 38,4. Abends 39,3.

Am 29. » Morgens 39,0. Abends 39,5.

Am 30. » Morgens 38,3. Abends 39,2.

Am 1. Juli » Morgens 38,8. Abends 39,0.

Nachdem Patientin gestern Abend äusserst heftige Schmerzen bei der Urin-Entleerung geklagt, gehen heute mit dem Urin, welcher stark ammoniakalisch riecht, Blutgerinnsel ab. Der Befund am Abdomen ist derselbe geblieben.

Am 2. Juli Morgens 38,7. Abends 39,0.

Am 3. Juli Morgens 39,0. Abends 38,5.

Im Laufe des gestrigen und heutigen Tages ist es wiederholt zu reichlichen äusserst übel riechenden Blut und Eiter enthaltenden Stuhlentleerungen gekommen. Die Beschwerden beim Urinlassen sind sich gleich geblieben, der Urin enthält gleichfalls reichlich Blut und Eiter.

Am 4. Juli Temp. Morgens 38,3. Abends 39,5.

Ueber dem Kreuzbein und den beiden spinae posteriores sieht man die Anfänge eines Decubitus sich entwickeln. Im Laufe des Tages kam es wiederholt zu blutig-eitrigen Stuhlentleerungen, das Abdomen ist in Folge davon collabirt, spontan und auch auf Druck nur wenig mehr schmerzhaft. Die Tumoren lassen sich nur noch undeutlich durchfühlen, dagegen zeigte die Gegend des rechten Unterkieferwinkels eine deutliche

über Nacht entstandene Anschwellung, die Haut war darüber geröthet, wärmer, auf Druck sehr empfindlich, in Folge der entzündlichen Anschwellung wurde das Sprechen und Schlingen sehr erschwert.

Am 5. Juli Temp. Morgens 38,5. Abends 40,1.  
Am Unterkieferwinkel konnte man in der Tiefe der Geschwulst undeutliche Fluctuation nachweisen.

Am 6. Temp. Morgens 39,7. Abends 39,4.

Am 7. » Morgens 38,7. Abends 39,8.

Es wurde in die Geschwulst am Unterkieferwinkel eine ziemlich tiefe Incision gemacht, und aus derselben wenig Eiter entleert; wegen der Schmerzen musste in der Chloroformnarkose operirt werden.

Am 8. Temp. Morgens 39,2. Abends 39,0.

Aus der Incisionsöffnung entleerte sich nur wenig gut aussehender Eiter. Der Blut- und Eiter-Abgang aus dem Mastdarm hatte nahezu ganz aufgehört; der Urin enthielt immer noch eine nicht unbedeutende Menge von Blut und Eiter, dabei war die Entleerung desselben gleichfalls noch von heftigen Schmerzen begleitet. Die Abmagerung und das schlechte Aussehen der Kranken hatte einen hohen Grad erreicht.

Am 9. Temp. Morgens 38,3. Abends 38,5.

Am 10. » Morgens 37,5. Abends 38,2.

In der Nacht stellte sich eine profuse Eiterentleerung sowohl aus der Incisionswunde als auch aus dem rechten Gehörgang ein, in Folge deren die Schmerzen erträglicher wurden.

Am 11. Temp. Morgens 37,8. Abends 38,0.

Das Aussehen der Kranken besserte sich etwas, sie nahm wenig Speise zu sich, die Bewegungen im Kiefer-

gelenk wurden wieder angeblich nahezu ungehindert und schmerzlos ausgeführt. Der Eiterabgang aus dem Rectum hatte völlig aufgehört, dagegen war der aus der Harnblase immer noch vorhanden.

Am 12. Temp. Morgens 37,7. Abends 39,0.

Aus der Wunde am Hals entleerte sich nur noch weniger Eiter. Bei der Urinentleerung wurde immer noch heftiger Schmerz empfunden, auch enthielt der Urin noch Blut und Eiter. Das Abdomen war collabirt, auf Druck nirgends schmerzhaft.

Am 13. Temp. Morgens 38,5. Abends 39,0.

Die Weichtheile am linken Unterkieferwinkel zeigten dieselbe beginnende Anschwellung wie sie an der rechten Seite vorausgegangen war, die Haut war geröthet, auf Druck sehr empfindlich.

Am 14. Temp. Morgens 37,5. Abends 39,2.

Am 15. » Morgens 38,0. Abends 39,4.

Die Anschwellung wurde stärker, ebenso die Schmerzhaftigkeit, in der Tiefe der Geschwulst konnte man undeutliche Fluctuation nachweisen, die Bewegungen im Kiefergelenke waren sehr behindert.

Am 16. Temp. Morgens 39,4. Abends 39,7.

Die Incisionswunde am rechten Unterkieferwinkel hatte sich geschlossen. Zwei am linken Unterkieferwinkel gemachte Incisionen entleerten nur wenig Eiter.

Am 17. Temp. Morgens 38,7. Abends 39,5.

Am 18. » Morgens 38,5. Abends 39,2.

Am 19. » Morgens 38,2. Abends 39,0.

Die Schwellung am linken Unterkieferwinkel war im Rückgang begriffen.

Am 20. Temp. Morgens 38,0. Abends 39,0.

Am 21. Temp. Morgens 38,3. Abends 38,5.

Am 22. » Morgens 37,7. Abends 38,9.

Die Schwellung am linken Unterkieferwinkel vertheilte sich wieder vollständig. Patientin kam immermehr herunter, nahm nichts zu sich als Champagner, Portwein und etwas Milch. Die Urin-Entleerung war anhaltend sehr schmerzhaft, der Urin enthielt Blut und Eiter in gleicher Menge. Vom 23. bis zum 31. Juli blieben die Temperaturen sich ziemlich gleich, gegen Abend kamen noch Steigerungen bis 39,0 vor, Morgens war oft nahezu normale Temperatur vorhanden, die Kranke kam immer mehr herunter, der Tod am 3. August trat Morgens 4 Uhr in Folge von Erschöpfung ein.

**Der Befund bei der von Professor v. Schüppel vorgenommenen Sektion war folgender:**

Die Leiche ist sehr mager; die Haut bleich, gelblich gefärbt: Unterhautzellgewebe ist dem entsprechend fettarm; Muskulatur dürrig entwickelt, sehr blass; wenig ausgesprochene matte Todtenflecken; nirgends Ödeme; mässige Starre.

Die Schleimhaut der Rachen- und Halsorgane ist blass und dünn, Mandeln und folliculäre Gebilde normal entwickelt; die Schilddrüse dagegen in beiden Lappen beinahe um das Doppelte vergrössert, auffallend resistent, nach hinten zu den Oesophagus umgreifend; die ganze Schilddrüse gleichmässig colloid entartet, ohne grössere Cysten, von fest gallertiger Beschaffenheit, äusserst blutarm, von blass-blaurother Farbe. — Am linken Kieferwinkel ein reichlich taubeneigrosser, mit blutigem Eiter erfüllter, gegen die Parotis hinziehender Herd, um-

geben von fest entzündlich infiltrirtem Gewebe; Lymphdrüsen in der Umgebung geschwollen, derb. Rechts an derselben Stelle eine frische Narbe. Die Lungen sinken nach Eröffnung des Thorax nicht zusammen. Die rechte Lunge ist allseitig frei, keine Flüssigkeit in der Pleura-Höhle, sämtliche Lappen dieser Lunge sind lufthaltig, äusserst blutarm, der untere stark ödematös durchfeuchtet, die die beiden oberen trocken; die Lunge ist frei von Herd-erkrankungen jeder Art; Bronchien und Bronchialdrüsen zeigen kein abnormes Verhalten. Die linke Lunge ist auf allen Seiten durch mässig festes Gewebe mit der Umgebung verwachsen. In der Spitze der linken Lunge befindet sich eine mehr als hühnerrei-grosse luftleere Stelle, woselbst das Gewebe theils pigment-indurirt, theils verkäst und mit einigen Gruppen käsigen Knötchen durchsetzt ist; die Verkäsung folgt vorzüglich den Bronchialverästlungen. Einige der Bronchien sind mit käsig-kreidigen Massen erfüllt. Neben dem erwähnten Herde liegt in geringer Entfernung von diesem ein kleinerer, etwa kirschengrosser, sonst von gleicher Beschaffenheit. Auch sonst kommen einige, ganz vereinzelte Knötchen von tuberkelartiger Beschaffenheit im Lungengewebe zerstreut vor. Letzteres ist in beiden Lappen, abgesehen von jenen Herden, blutarm, lufthaltig, gleichmässig durchfeuchtet, schwach pigmentirt. Bronchien und Bronchialdrüsen verhalten sich wie rechts normal.

Im Herzbeutel ziemlich reichliches, klares Serum. Das Herz ist normal gross; in den Herzhöhlen lockere Blut- und Faserstoffgerinnsel; sämtliche Klappen und grosse Gefässe des Herzens sind normal, das Fleisch des



linken Ventrikel derb, aber sehr bleich, graubraun, nicht zerdrückbar.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Bauchraum zunächst frei von Flüssigkeit und Gasen. Das sehr fett-arme Netz besteht aus einer durchsichtigen, mit einigen grösseren Gefässen durchzogenen Bindegewebsmembran, dieselbe ist über die Därme bis zur Symphyse herab straff hingepannt. 4—5 Centimeter über der Symphyse hört das Convolut der Därme auf und stösst an eine mit schwarzgrüner Jauche erfüllte, umfangliche Höhle, welche nach vorn von den Bauchdecken begrenzt wird. Bei dem Versuche die Leber aus ihrer Lage herauszuheben, kommt man in der Gegend der Gallenblase in eine jauchehaltige Höhle, welche, hinter dem Colon ascendens liegend, von der Nierengegend bis zur Beckenschaukel herabreicht, ohne dass man hier einen Zusammenhang mit der ersterwähnten Jauchehöhle über der Symphyse zunächst nachweisen kann.

Die Leber ist von normaler Grösse und befindet sich in richtiger Lage; das Organ ist blutarm, von guter Consistenz, schwach fettig infiltrirt, blass graubraun weniger deutlich acinös, sonst ohne Abnormität. Hat man die Leber entfernt, so findet man, dass die untere Fläche der Gallenblase und der anstossende Rand des rechten Leberlappens, sowie ein Theil von der unteren Fläche des letzteren, im Ganzen etwa ein Handteller-grosser Bezirk in Berührung stehen mit der Jauchehöhle gleich oberhalb der Symphyse; das Peritoneum ist dementsprechend missfarbig, zottig, aufgelockert in der Umgebung.

Die das kleine Becken und einen Theil des grossen

Beckens einnehmende Darmbeinschaufel sich fortsetzende Jauchehöhle enthält mindestens 1 Liter trüber schwarzbrauner, stinkender Flüssigkeit, ihre Wände sind ganz unregelmässig, bestehen aus einem brandigen verjauchten und mit Eiter durchsetzten schmierigen Gewebe, in welchem man die Grenzen der Organe nicht zu unterscheiden vermag.

Die linke Niere ist normal gelagert, beinahe um das Doppelte vergrössert, sehr schlaff, die Rindensubstanz äusserst blutarm, blass gelbgrau gefärbt, Pyramiden noch blässer von derselben Färbung; von der Schnittfläche lässt sich ein dicker reichlicher Epithelbrei abstreifen; die Schleimhaut des Nierenbeckens befindet sich in leicht-catarrhalischem Zustande. Von der rechten Niere lässt sich keine Spur nachweisen, dagegen ist die rechte Nebenniere als ein ganz flacher deutlich begrenzter etwa 6—7 □Centimeter grosser Körper an der rechten Seite der Wirbelkörper, respective der dort liegenden Zwerchfellschenkel angelagert, die linke Nebenniere hat ihre normale Lage und Grösse.

Der Magen ist klein, cadaverös erweicht, neben der Cardia durch die Maceration perforirt, seine Schleimhaut blass, sonst ohne Abnormität. Pankreas und Gallengänge verhalten sich normal.

Im Dünndarm ziemlich reichliche, gallig gefärbte breiige Massen und zahlreiche Spulwürmer; die Schleimhaut mit Ausnahme einer einzigen alsbald zu beschreibenden Stelle, ohne jede Abnormität. Diese Stelle liegt etwa am Übergang des dritten in das vierte Viertel des Dünndarms von oben nach unten gerechnet; hier ist die Schleimhaut mit einem reichlich stecknadelknopfgrossen,

runden, scharfrandigen Loch versehen; das Peritoneum, aufgelockert, zottig, pigmentirt, hilft die untere Jauchehöhle begrenzen. Da an der Schleimhaut ausser jener Lücke durchaus Nichts von Verschwärung zu sehen ist, das Loch übrigens auch 1 Centimeter nach Aussen von einem Payerschen Plaque nach dem Mesenterium zu liegt und die betreffende Stelle der Serosa an die Jauchehöhle stösst, so ist anscheinend die Perforation von Aussen nach Innen erfolgt.

Im Dickdarm reichliche, feste, fäculente Massen, die Schleimhaut auch hier bis auf eine Stelle intact; diese Stelle entspricht etwa dem Winkel, mit welchem das Colon ascendens in das Colon transversum übergeht, welcher Winkel dem oberen Ende der Jauchehöhle in der Lebergegend entspricht. Die Schleimhaut trägt hier drei scharfrandige Löcher von durchschnittlich Linsengrösse, ein viertes kleineres daneben ist verlegt. Durch diese Löcher communicirt das Darmlumen mit der Jauchehöhle in der Lebergegend. Die Jauchehöhle des kleinen Beckens steigt vor dem Rectum herab, so dass ihr Grund um etwa 5—6 Cent. vom After absteht.

Die Blase hilft mit ihrer hinteren Fläche die erwähnte Jauchehöhle bilden; sie ist stark zusammengezogen, enthält trüben, mit groben kalkigen Concrementen durchsetzten Harn, sowie eigenthümliche, graue, flockige Massen, welche am meisten eingedicktem, mit sandigem Detritus vermischtem Schleim entsprechen. Die Blasenschleimhaut ist sehr stark gefaltet, nur schmale Streifen zwischen den Falten sind einigermassen intact geblieben, im Uebrigen ist die Schleimhaut, besonders an den gefalteten Theilen selbst, hämorrhagisch-diphtherisch er-

krankt. Die oberen Schleimhautschichten sind braun gefärbt, darunter folgt eine blasse, dann eine blutig infiltrirte Schicht, letztere gehört theils der Schleimhaut, theils der Submucosa an. Die diphtheritischen, fast die ganze Blasenoberfläche einnehmenden Stellen sind rauh, mit Sandkörnern ähnlichen Massen dicht überlagert. Eine Perforation der Blase wird nicht gefunden.

Die Scheide ist mässig weit, das Hymen fehlt, die Scheidenscheidhaut ist ziemlich geglättet; das Scheidengewölbe mündet blindsackförmig, ohne dass ein eigentlicher Scheidenzapfen in dasselbe herabragt. Von hier führen zwei Oeffnungen nach Oben: die links stehende, natürliche führt in einen zwei Zoll langen, durchschnittlich  $\frac{1}{2}$  Centm. weiten, am Ende spitz zulaufenden Canal, dessen untere Hälfte eine gefaltete, dem Cervical-Canal eigenthümliche Schleimhaut trägt, während das spitze etwas vorher erweiterte Ende resp. Horn glatte Schleimhaut besitzt. Im letzteren Theil ist die Schleimhaut etwas ecchymosirt; in dem ganzen Canal ist schwach blutig gefärbter zäher, Schleim vorhanden. Die Wand dieses Hornes ist schlaff, aber derb, am Grund etwa 9 mm., am Körper 6—7 mm. dick. Die rechts gestellte, künstlich angebrachte Oeffnung im Scheidengewölbe hat das Aussehen eines schwach narbig zusammengezogenen Muttermundes und führt zunächst in ein kaum 1 Ctm. weites Rohr, welches sich plötzlich zu einer taubeneigrossen, rundlichen Höhle erweitert. Diese Höhle verengt sich nach Oben zu und geht in die plattgedrückte Höhle eines eiförmig gestalteten, fast der Form des normalen Uterus entsprechenden Hornes über. Die Schleimhaut der Höhle ist theils ecchymosirt, theils bräunlich pigmentirt, theils

in der höhlenartigen Ausbuchtung schwarz pigmentirt und etwas gerunzelt; die Wand vom Körper dieses rechten Hornes ist 12—13 mm. dick. Die Tuben lassen sich aus den mit Jauchemassen getränkten Geweben, welche den Raum des kleinen Beckens überziehen, nur mühsam herauspräpariren.

Die linke Tuba erweist sich normal, ihr Pavillon ist durch neugebildete Bindegewebsmassen locker abgeschlossen; nach Durchsetzung der letzteren sieht man die Fimbrien des Abdominalendes in normalem Zustande vor sich. Der linke Eierstock ist flach zusammengedrückt, klein, erweist sich als arm an Follikeln. Die rechte Tuba gleichfalls in jauchig durchtränktes Bindegewebe eingeschlossen, ist allenthalben doppelt so dick als die normale linke Tuba; ihr Abdominalende lässt sich nicht mehr sicher darstellen, da es sich in die brandigen Gewebsetsen in der Umgebung verliert. Dagegen zeigt sich ungefähr in der Mitte der ganzen Tubenstrecke in der Wand des Oviducts eine reichlich linsengrosse, brandig-geschwürige Perforationsstelle, welche Oeffnung in der Richtung nach dem Uterus hin in den erweiterten, etwa 3 Centm. langen Kanal der Tuba führt; das Ostium uterinum der Tuba ist verschlossen, der Oviduct gleich hinter dem Ostium uterinum ist bis gegen die Perforationsstelle hin offen und nur wenig erweitert. Die Perforationsöffnung in der Wand der Tuba gehört einem Durchbruch von Innen nach Aussen an und scheint der Ausgangspunkt der früheren Peritonitis gewesen zu sein.

Der ungünstige Ausgang dieses Falles, sowie vieler anderer lehrt, dass bei Operationen dieser Affection zu beachten ist, dass selbst nach vollständig gelungener Aus-

führung derselben die Kranken in steter drohender Lebensgefahr schweben, wobei weniger die sich der Operation anschliessenden entzündlichen Prozesse, Pyämie, Sepsis etc. zu fürchten sind, als vielmehr weiter rückwärts gelegene pathologische Zustände an den Ovarien und besonders an den Tuben, die sich häufig der Diagnose, immer einer erfolgreichen Therapie entziehen. Thatsache ist es, dass bei den tödtlich verlaufenen Fällen von zurückgehaltenem Menstrualblut in weit überwiegender Häufigkeit der Tod durch Berstung eines Blutsackes des Ovarium oder der Tuba erfolgte. Dass es sich hierbei in nur ganz vereinzelt Fällen um Rückstauung des Blutes vom Uterus, in der Regel um eine vicariirende Menstruation handelt, beweisen die zahlreichen hierüber gemachten Beobachtungen. Der Vorgang lässt sich am natürlichsten in folgender Weise erklären: Mit dem Eintritt der Menstruation kommt es anfangs zu leichten Uterinalkoliken, welche meist nicht als solche erkannt werden, da jeder die beginnende Menstruation anzeigende Blutabgang fehlt. In der Zwischenzeit zweier Perioden nehmen die Beschwerden wieder ab, können ganz verschwinden, da das Serum resorbirt wird und so die Zerrung des ausgedehnten Uterus - Gewebes und seines peritonealen Ueberzuges wieder nachlässt; schliesslich, wenn der intrauterine Druck eine gewisse Höhe erreicht hat, kommt es zu keiner menstrualen Blutung mehr auf die Oberfläche der pathologisch veränderten Schleimhaut in dem abgeschlossenen Theil des Uterus, dagegen finden sich nicht selten Blutansammlungen in der Umgebung des Uterus; besonders häufig kommt es in der am Ostium uterinum gegen die Haematometra abgeschlossenen Tube zu vica-

riirenden menstrualen Blutungen. Nach Lee, Raci-borski und Pouchet soll ja schon bei jeder unter normalen Verhältnissen stattfindenden Menstruation eine Blutung auf die Oberfläche der Tubenschleimhaut stattfinden, wofür allerdings die zahlreichen ähnlich wie im Uterus angeordneten dünnwandigen Capillaren sprechen. So entstehen in den Tuben, seltener an den Ovarien, und in ersterem besonders häufig an einer der zahlreichen Windungen Blutsäcke von wechselnder Grösse. Die kleinen in der Regel mit noch dickerer Hülle versehenen, bestehend aus der verdünnten Tubenwandung und aufgelagertem peritonitischem Exsudat, entziehen sich in der Regel dem tastenden Finger, die grösseren bis kindskopfgross werdendem und leicht zu constatiren sind, haben an einzelnen höckerig hervorgewölbten Stellen oft ungemein verdünnte Wandungen, welche jederzeit durch den geringsten mechanischen Insult, ja selbst spontan bersten können.

Die Perforation droht besonders während und nach der Entleerung des Blutes aus dem Uterus durch die Operation, weil derselben eine meist nicht zu vermeidende entzündliche mit stärkerer Hyperämie einhergehende Reaction des Uterus und seiner Nachbarorgane folgt. Ausserdem sind nach der Entleerung der Haematometra die jetzt deutlicher zu tastenden Blutsäcke äusseren Schädlichkeiten, wie sie mit dem Untersuchen, der Nachbehandlung verbunden sind, viel mehr ausgesetzt, die Bauchpresse selbst wirkt jetzt stärker auf dieselben ein.

Man hat daher bei angeborener Atresie den Grundsatz zu befolgen, sobald als möglich die Operation vor-

zunehmen, sowie der Abfluss des Menstrualblutes gehindert ist und sich eine Ansammlung desselben nachweisen lässt. Auf diese Weise wird man den so gefährlichen Blutsackbildungen am Besten vorbeugen. Sodann ist bei der Untersuchung, während der Operation und besonders nach derselben jede schädliche mechanische Einwirkung von Seiten des Arztes und des Kranken aufs peinlichste zu vermeiden, da in der Zeit der Nachbehandlung die Gefahr einer Berstung am drohendsten ist. Lassen sich nach gemachter Operation bei vorsichtiger Untersuchung vorher nicht nachweisbare Blutsäcke constatiren, so darf man bei frühzeitiger entsprechender Behandlung auf Resorption ihres Inhaltes hoffen, ein günstiger Ausgang der in manchen selbst schweren Fällen zu beobachten und nachzuweisen war. Sehr selten ist eine Heilung nach Zerreißung, einer solchen Blutcyste, am ehesten kommt dieselbe schliesslich zu Stande, wenn die Perforation so erfolgt, dass die Massen abgekapselt werden und nachträglich zur Resorption gelangen. Nach der Berstung eines Blutsackes erfolgt der Tod manchmal sehr rasch unter der Erscheinung des Choc oder in Folge der sich ausbildenden allgemeinen Bauchfellentzündung in kürzerer und längerer Zeit nach dem Zustandekommen der Perforation. Der Verlauf in unserem Falle muss als ein sehr langer bezeichnet werden.







1463 4