



EIN FALL

VON

PYOMETRA LATERALIS

MIT EPIKRITISCHEN BEMERKUNGEN

ZUR

DIFFERENTIALDIAGNOSE COMPLICIRTER FÄLLE.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

E. ARNING

AUS MANCHESTER.



STRASSBURG

BUCHDRUCKEREI VON R. SCHULTZ & COMP.

1880.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der
Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. FREUND.

Unsere Kenntniss von dem genaueren anatomischen und klinischen Verhalten der Doppelmissbildungen des weiblichen Genitalkanals ist zwar eine relativ junge, doch ist bereits aus den einschlägigen grösseren Arbeiten und den kleineren Mittheilungen casuistischen Materials eine recht umfangreiche Literatur herangewachsen. Es beruht diese Thatsache wohl weniger auf der Häufigkeit der betreffenden Vorkommnisse, denn diese ist durchaus keine grosse, wenn man auch immerhin annehmen darf, dass nur ein verhältnissmässig kleiner Theil der vorhandenen Fälle zur klinischen oder pathologisch-anatomischen Beobachtung kommt. Vielmehr ist sie abhängig von dem hervorragenden Interesse, welches diese Missbildungen in entwicklungsgeschichtlicher und physiologischer Hinsicht beanspruchen, sowie von der eminenten Wichtigkeit, welche ihnen in klinischer und mitunter auch forensischer Beziehung eingeräumt werden muss.

Unter den so mannigfach von einander abweichenden Varietäten dieser Missbildungen, wie sie zuerst von französischen Autoren, dann aber vorzugsweise von Rokitsansky, Kussmaul und Fürst so gründlich behandelt worden sind, verdienen entschieden klinisch

diejenigen am meisten Beachtung, wo bei bestehender doppelter Anlage des Genitalkanals ein Verschluss der einen Hälfte entweder congenital vorliegt oder später acquirirt wurde. Denn neben den mannigfaltigen Erscheinungen, welche überhaupt gewöhnlich zur Entdeckung einer vorhandenen Doppelmissbildung führen, kann es hier leicht zu sehr charakteristischen, schweren und das Leben direct bedrohenden Symptomen kommen. Es bestehen diese in einer Reihe von Vorgängen, wie sie allgemein bei Verschluss eines mit secernirenden Elementen versehenen Hohlraumes sich einstellen: zu mit Schmerzen verbundener Dilatation dieser Höhle, zu entzündlichen Veränderungen des Organes selbst, sowie seiner Ueberzüge und Umgebungen, und schliesslich zu Abscedirungen und Rupturen. Und wenn schon bei Atresie eines einfachen weiblichen Genitalkanals diese Vorgänge zu den allerbedenklichsten sich gestalten können, um so ernster wird die Gefahr durch monolateralen Verschluss bei doppelter Anlage. Eines theils nämlich bleibt bei den von der offenen Hälfte ausgehenden, anscheinend normalen Functionen der Zustand gewöhnlich längere Zeit durch undiagnosticirt, und andererseits vermögen gerade bei doppelter Anlage die dann meistens einseitig schwächeren Wände der Tuben, des Uterus und der Scheide dem stets wachsenden Drucke des sich mehrenden Inhalts weniger Widerstand zu leisten und der Gefahr eines spontanen Durchbruchs mit allen seinen Consequenzen zu trotzen.

Der hohen Wichtigkeit einer rechtzeitigen Diagnose entsprechend, dürfte demgemäss als Beitrag zur Casuistik die vorliegende genauere Schilderung und Be-

sprechung eines einschlägigen Krankheitsfalles gerechtfertigt erscheinen¹.

Derselbe ist seit dem Frühjahr 1876 in der Strassburger gynäkologischen Klinik beobachtet worden, sowohl von Herrn Professor Gusserow als auch von Herrn Professor Freund, und es sei mir gleich an dieser Stelle gestattet, beiden Herren für die gütige Ueberlassung des Falles zur Veröffentlichung und der dabei gewordenen Unterstützung meinen aufrichtigen Dank zu sagen.

Es möge nun zunächst die Krankengeschichte in der für das genaue Verständniss nöthigen Ausführlichkeit folgen:

Die Fabrikarbeiterin Josephine P..., aus Strassburg, 15 Jahre alt, sucht am 25. März 1876 wegen Menstruationsbeschwerden die Hülfe der gynäkologischen Klinik auf. Ihrer Angabe nach stammt sie aus gesunder Familie, ihr Vater starb 1870 während des Bombardements, ihre Mutter und zwei Geschwister sind noch am Leben und gesund. Aus ihren Kinderjahren weiss sie sich keiner besonderen Krankheit zu entsinnen. Im Sommer 1874, also im 13. Lebensjahre der Patientin, trat ihre erste Menstruation ein, und zeigte sich von da ab regelmässig gegen den 20. eines jeden Monats, gewöhnlich 3 Tage lang dauernd bei reichlichem Blutabgang, ohne dass besondere Beschwerden dabei auftraten. Die Farbe des Blutes war in der ersten Zeit normal, späterhin etwas blass, und ausserdem leidet die Patientin seit dem ersten Erscheinen der Periode an fluor albus. So ging es bis zum December 1875, also 1 1/2 Jahre lang. Da verspürte die Kranke

1. Eine ganz kurze Berücksichtigung fand der Fall schon auf Seite 25 des «Berichts über die Leistungen der unter der Direction des Professor Gusserow stehenden geburtshülflich gynäkologischen Klinik zu Strassburg im Elsass» von Dr. Max Runge im Band CXXXVIII der Vierteljahrsschrift für praktische Heilkunde.

zur Zeit, wo sie die jetzt ausbleibende Regel erwartete, heftige krampfartige Schmerzen im Unterleib, die so heftig waren, dass sie nicht ruhig im Bette liegen bleiben konnte. Nach 3 Tagen verschwanden diese Symptome, wiederholten sich aber in den folgenden Monaten regelmässig vom 17. bis zum 20., ohne dass auch nur eine Spur von Blutabgang bemerkt wurde. Schliesslich sah sich das Mädchen gezwungen, als im März die Schmerzen wieder mit der gewohnten Heftigkeit einsetzten und nicht wieder von selber nach einigen Tagen nachliessen, ihre Aufnahme in die Anstalt nachzusuchen.

Ueber den Status præsens wurde damals folgender Befund aufgenommen:

Patientin ist ein gracil gebautes Individuum, mit schlecht entwickelter Muskulatur und geringem Fettpolster. Bei feuchter Haut zeigt sich die Körpertemperatur ein wenig erhöht (38°). Die Pulsfrequenz beträgt 96. Der Gesichtsausdruck ist leidend. Thorax gut gebaut, Lungen und Herz normal. Mammæ schwach entwickelt, Warzenhof nur schwach pigmentirt, kein Colostrum. Abdomen nicht aufgetrieben, linea alba ebenfalls nur gering pigmentirt. Bei der Palpation ist der Unterleib äusserst empfindlich und wegen der straffen Spannung der Bauchdecken nichts durchfühlbar.

Die gynäkologische Untersuchung ergibt zunächst normal entwickelte äussere Geschlechtstheile, einen erhaltenen aber stark dilatirten Hymen und eine völlig normale Scheide. Das rechte Scheidengewölbe ist von einem prallen Tumor eingenommen, der in die Muttermundslippen übergeht, links ist ein halbmondförmiger Saum der Vaginalportion erhalten, während diese selbst nicht zu palpiren ist. Soweit die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes eine combinirte Untersuchung zulässt, fühlt sich der Tumor etwa apfelgross an, ohne dass er irgendwelche Unebenheiten aufweist. Seine Consistenz ist prallelastisch, theils auch fest; Fluctuation ist nirgends wahrnehmbar. Der Muttermund klafft etwas; der wegen etwaiger Gravidität sehr vorsichtig eingeführte Finger hat beim Vordringen in den Cervicalkanal das Gefühl als ob Adhæsionen sich lösten.

Am Tage darauf wird zum Zwecke der Inspection die Chloroformnarkose eingeleitet, und in der Seitenlage mit Sims'schem Speculum der obige Befund durch das Auge bestätigt. Die

Scheidenschleimhaut zeigte weder Succulenz noch dunklere Färbung. Ausserdem lässt sich constatiren, dass der Tumor innig mit dem Uterus zusammenhängt, so dass dieser ganz nach rechts verlagert erscheint. Bei der nun folgenden klinischen Vorstellung wird auch ein sehr vorsichtig ausgeführter Sondirungsversuch gemacht. Die Sonde geht ohne besondere Schwierigkeit ein und ergibt die normale Länge der Uterushöhle. Darauf hin wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Hæmatometra des rechten verschlossenen Abschnittes eines Uterus septus oder bicornis gestellt.

Nach diesen Untersuchungen steigerten sich die Schmerzen der Patientin unter leichter Fieberbewegung. Dieselbe währte 4 Tage lang: die grösste Höhe wurde am dritten Tage mit 39,6 erreicht. Dann geht der Zustand in einen afebrilen über und zieht sich so unter abwechselndem Wohlbefinden und erhöhter Schmerzhaftigkeit den Rest dieses und den ganzen folgenden Monat hin. Die Schmerzen werden als krampfartig schneidende bezeichnet; neben einer hartnäckigen Obstipation tritt auch einen Tag lang eine auf den Druck des Tumors bezogene Urinretention auf. Von der gegen den 20. April erwarteten Periode zeigte sich keine Spur; doch wird ein Anschwellen und Prallerwerden des Tumors in diesen Tagen bemerkt. Diese Vergrösserung und stärkere Resistenz scheint bei jeder erneuten Untersuchung zugenommen zu haben, bis Ende April eine deutliche Fluctuation in dem sich weit in die Scheide vorbauschenden Tumor fühlbar wird. Am 6. Mai wird in den Cervix uteri ein Pressschwamm eingeführt, der wenig Beschwerden verursacht und bis zum anderen Tage den Cervicalkanal gut dilatirt hat, so dass man mit dem Finger bis zum inneren Muttermund eindringen kann. Die Höhle ist glattwandig und bietet nichts abnormes. Tags darauf werden zur Sicherung der Diagnose vom Cervicalkanale aus mit flach geführtem Bistouri zwei Probepunctionen gemacht, die jedoch ohne Resultat blieben, da sich nichts von dem erwarteten Blut entleert, nur ein Paar Tropfen blutig seröser Flüssigkeit. Vom Momente dieses Eingriffs an ändert sich aber das Krankheitsbild in der acutesten Weise. Schon am Nachmittage klagte das Mädchen über erhöhte Schmerzhaftigkeit des Leibes; die Temperatur stieg aber nicht über 37°, und die Nacht wurde auch noch ziemlich

gut verbracht. Am nächsten Tage jedoch finden wir im Journale angegeben:

9. Mai. Heute vergrößerte Schmerzhaftigkeit, so ziemlich über das ganze Abdomen verbreitet; Kopfschmerzen und zweimaliges schleimiges Erbrechen. Abdomen ein wenig aufgetrieben. Puls klein, fieberhaft; Frequenz schwankend zwischen 132 und 150. Temperatur 39°. Sensorium frei, Gesichtsausdruck leidend, jedoch nicht benommen.

Ord.: Eisblase auf das Abdomen. Morphium hydrochlor. 0,01.

10. Mai. Patientin hat trotz des Morphium nur wenig geschlafen. Auch haben die Schmerzen nur unbedeutend nachgelassen. Einmaliges galliges Erbrechen. Seit gestern Abend Urinretention. Durch den Katheter werden circa 600 gr. sehr concentrirten Urins entleert. Puls 132. Temperatur Morgens 38°,4, Abends 39°,4. Aus der Scheide geht eine geringe Menge Blut ab. Keine Dyspnoe und keine Kopfschmerzen.

11. Mai. Nachts nur wenig Schlaf. Die Schmerzen sind bedeutend, scheinen aber jetzt mehr circumscripirt rechts bleiben zu wollen. Puls 126, exquisit fieberhaft, Harn desgleichen, muss durch Katheterismus entleert werden. Gestern und heute besteht Stuhlverstopfung.

Temp. Morgens 38°,6, Abends 39°.

Ord.: 2 Morphiumpulver, 1 Löffel Ol. Ricini.

12. Mai. Patientin hat sich heute Morgen nach dem 1. Löffel Ricinusöl brechen müssen, dann ist Stuhlgang erfolgt. Die Schmerzhaftigkeit nimmt entschieden ab. Abdomen nicht aufgetrieben. Der Urin muss noch künstlich entleert werden.

Puls 120. Temp. Morgens 38°, Abends 39°.

Ord.: 2 Morphiumpulver.

13. Mai. Die Nacht hat Patientin ziemlich ruhig verbracht. Die Schmerzhaftigkeit des Leibes scheint noch mehr herabgesetzt. Rechts neben dem Uterus ist eine Resistenz durch die Bauchdecken palpabel; der Leib scheint etwas aufgetrieben. Keine Dyspnoe und kein Erbrechen. Der per Katheter gelassene Urin ist sparsam, trübe und voller Urate.

Puls klein 126. Temp. Morgens 38°,8, Abends 39°,6.

Ord.: 1 Morphiumpulver.

14. Mai. Die Nacht ist erträglich gewesen, doch hat Patientin nochmals erbrochen. Die Resistenz rechts neben dem Uterus

auf Druck schmerzhaft, sonst im Allgemeinen die Empfindlichkeit des Abdomens geringer. Urin wird heute spontan gelassen.

Puls 120. Temp. 39°,4 — 39°,5.

Ord.: Abends 1 Morphiumpulver.

15. Mai. Patientin hat fest und gut geschlafen. Das Abdomen nicht so schmerzhaft wie bisher, die Resistenz rechts tritt deutlicher auf. Die Nymphen sind geschwollen, die innere Untersuchung ergiebt nichts wesentlich neues. Der Muttermund ist geöffnet. Es geht nur sehr wenig blutiggefärbter Ausfluss ab, der nicht fœtide riecht. Die Eisblase wird jetzt schlecht vertragen und somit fortgelassen. Patientin hat noch einmal gebrochen. 1 Stuhlgang. Urin spontan gelassen.

Puls 116. Temp. 39°,4 — 39°,6.

Ord.: Eispillen. Abends ein Morphiumpulver.

16. Mai. Patientin fühlt sich heute besser. Das Erbrechen hat nachgelassen. Ebenso die Schmerzen im Abdomen, dafür sind aber Kreuzschmerzen aufgetreten. Die Resistenz rechts deutlich palpabel. Der Ausfluss hat fast sistirt, riecht vielleicht eine Spur. Die Schwellung der kleinen Schamlippen ist dieselbe geblieben.

Temp. 38°,7 — 39°,8.

17. Mai. Die Nacht hat Patientin wieder gut verbracht. Die Kreuzschmerzen haben sich wesentlich gebessert; überhaupt ist ein bei der Höhe des Fiebers auffallendes subjectives Wohlbefinden vorhanden, so dass eigentliche Klagen gar nicht vorgebracht werden. Die Consistenz rechts vom Uterus scheint an Resistenz zuzunehmen.

Respiration ruhig. Puls 126, exquisit fieberhaft. Temp. 39° — 39°,6.

18. Mai. Während der Nacht ist es plötzlich zum Durchbruch von mässig reichlichem Eiter in die Scheide erfolgt. Der Eiter zeigt gute Beschaffenheit. Heute ist Patientin fieberfrei. Die Temperatur ist auf 36°,4, der Puls auf 92 gesunken. Die Schmerzen haben fast vollständig aufgehört. Patientin lässt heute den Urin unter sich, während sie ihn während der letzten Tage spontan hat lassen können.

19. Mai. Auch heute ist Patientin fieberfrei und fühlt sich wohl. Keine Schmerzen. Die Resistenz rechts scheint etwas an Härte abgenommen zu haben. Schlaf und Appetit gut. Die Schwellung der Nymphen hat bedeutend nachgelassen. Der Urin

wird wieder gehalten und selbständig gelassen. Kein erneuter Ausfluss von Eiter.

Temp. 36°,2 — 37°.

20. Mai. Patientin fieber- und schmerzfrei.

21. Mai. Heutcklagt Patientin wieder über ziehende Schmerzen im Abdomen, namentlich rechts; es ist die Zeit der Regel.

22. Mai. Heute Nacht hatte Patientin wiederum einige Kreuzschmerzen, die jedoch gegen Morgen vollständig nachgelassen haben. Die Resistenz rechts ist vollkommen verschwunden.

24. Mai. Hin und wieder stellen sich noch Kreuzschmerzen ein. Ein Blutabgang ist bis heute nicht erfolgt. Bei der inneren Untersuchung findet sich keine Veränderung des Tumors, nur scheint er sich nach links noch etwas vergrössert zu haben.

Der afebrile Zustand dauert jetzt einige Tage an. Das Wohlbefinden wird nur ab und zu durch Kreuzschmerzen und Ziehen in der rechten Seite des Unterleibes gestört. Bei gutem Appetit und regelmässigem Stuhlgang vermag Patientin täglich einige Stunden ausser Bett zuzubringen. Vom 31. Mai an klagt Patientin wieder mehr über Schmerzen rechts vom Uterus. Es werden kalte Umschläge verordnet.

Am 3. Juni finden wir notirt: Gestern und heute ziemlich bedeutende Schmerzen. Heute Nacht ist wieder etwas Eiter abgegangen.

Temp. 38° — 38°,2.

4. Juni. Die Unterlage der Patientin enthält heute wieder etwas Eiter, doch haben die Schmerzen nachgelassen.

Temp. 37° — 37°,4.

5. Juni. Abermals vermehrte Schmerzen. Keinerlei Resistenz rechts palpabel.

Temp. 37°,5 — 38°.

10. Juni. Bei leicht febrilem Zustand bleibt sich das Befinden der Patientin ziemlich gleich. Sie sieht leidend aus und hat immer etwas Schmerzen; dabei ist das Abdomen weich, nirgends Etwas durchzufühlen. In der Unterlage immer etwas Eiter.

12. Juni. Diese Nacht ist unter Schmerzen wieder reichlicher Eiter abgegangen. Derselbe ist von guter Beschaffenheit. Dem explorirenden Finger bietet sich der Tumor

etwas fluctuirend dar. Bei der Untersuchung mit dem Speculum zeigt sich, dass aus dem Cervicalkanale nur etwas glasiger Schleim hervorquillt. Eine Oeffnung, aus welcher sich der Eiter entleerte, wird nicht gefunden. — In den Tumor, der sich in den offenen Cervicalkanal vorbauscht, wird von diesem aus mit einem langen Bistouri eine kleine Oeffnung gemacht, aus der sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters entleert. Die Wunde wird mit der Kornzange erweitert. Die durch dieselbe eingeführte Sonde dringt $2\frac{1}{2}$ cm weit vor. Doch muss, nach der entleerten Eitermenge zu schliessen, die Höhle bedeutend grösser sein. Vom Cervicalkanal aus lässt sich der Sondenknopf deutlich durch eine Scheidewand getrennt fühlen. Darauf wird mittelst eines männlichen Katheters eine Ausspritzung der Höhle mit Carbollösung vorgenommen.

Am Abend Patientin zum ersten Male wieder fieberfrei. $37^{\circ},2$.

13. Juni. Es geht etwas stinkender Eiter ab. Ausspritzung mit Carbolwasser erneut.

Temp. $36^{\circ},8$ — 37° .

14. Juni. Die Oeffnung, die sich verlegt hat, wird mit dem Finger wieder erweitert. Dabei entleert sich abermals viel stinkender Eiter.

Temp. $37^{\circ},3$ — $37^{\circ},5$.

15. Juni. Heute sind wieder vermehrte Schmerzen eingetreten.

Temp. 38° — 38° .

16. Juni. Schmerzen und Fieber dauern fort. In der Unterlage reichlich Eiter. In der Chloroformnarkose wird das Septum in der Richtung nach oben mit Bistouri und Scheere weit gespalten.

Temp. $38^{\circ},3$ — $37^{\circ},5$.

Bis Ende des Monats bietet der Zustand der Patientin nichts besonders Bemerkenswerthes. Jeden Abend tritt eine leichte Fieberbewegung ein. Hin und wieder wird über stechende Schmerzen geklagt. Von der Regel zeigte sich keine Spur. Dagegen dauert die Secretion von Eiter fort. Unter täglich mehrfach wiederholten Irrigationen des Uterus mit Carbolwasser verliert sich nach und nach der Anfangs äusserst fetide Geruch.

Die ablaufende Flüssigkeit ist stets milchig getrübt, enthält auch ab und zu Fetzen von eitriger Beschaffenheit. Gegen Ende des Monats verliert sich auch das abendliche Fieber, Patientin erholt sich zusehends. Appetit und Schlaf sind gut. Vom 28. an Patientin ausser Bett. Sie erhält hin und wieder ein Vollbad.

Die Menge des secernirten Eiters und seine Qualität variirt sehr. Es scheint ab und an eine geringe Retention vorzukommen, dabei dann Abends leichte Temperaturerhöhung. Der darauf secernirte Eiter ist überriechend und mitunter flockig. Auch die Juli-Periode bleibt aus. Patientin nimmt aber bei kräftiger Kost und Darreichung von Plaut'schen Pillen sichtlich an Gesundheit zu.

Der innere Befund ändert sich nicht. Die täglichen Irrigationen werden fortgesetzt, abwechselnd mit Carbol- und Zincum sulfuricum-Lösung. Patientin hilft mit bei kleineren Handleistungen und bleibt noch während des ganzen Monats August in der Anstalt. Die Menstruation zeigte sich wiederum nicht. Am 6. September wird Patientin, trotzdem der Ausfluss immer noch recht bedeutend ist, vorläufig entlassen, mit der Weisung, die Irrigationen regelmässig fortzusetzen und sich ab und zu in der poliklinischen Sprechstunde vorzustellen.

Sie liess sich aber während des Winters und des ganzen Jahres 1877 nicht wieder blicken und soll mittlerweile ein ziemlich liederliches Leben geführt haben, theils in Strassburg, theils in Hagenau lebend. Die Menstruation soll während der ganzen Zeit niemals eingetreten sein; auch will das Mädchen keinerlei Schmerzen und Beschwerden gehabt haben, mit Ausnahme eines beständigen fluor albus von ab und zu penetrantem Geruch.

Aufangs Februar 1878 traten dann aber plötzlich ohne jede besondere Veranlassung die alten stechenden Schmerzen in der rechten Seite wieder ein und veranlassten die Patientin, in der poliklinischen Sprechstunde Hilfe zu suchen. Sie wurde sofort wieder auf die Abtheilung aufgenommen und folgender status praesens notirt:

11. Febr. 1878. Patientin ist ein ziemlich wohlgenährtes, etwas blasses Individuum. Lungen und Herz sind gesund. Aus der Vagina kommt ein überriechender Ausfluss. Der Uterus ist ziemlich gross und hart; nach rechts und etwas nach hinten findet man mit demselben in innigem Zusammenhange eine pralle



Geschwulst. Dieselbe ist beim Betasten empfindlich. Eine Vaginalportion ist kaum vorhanden; der Muttermund als querer Spalt palpierbar.

Einer genaueren Untersuchung wegen wird am 15. ein Pressschwamm in den Cervicalkanal eingeführt und nach Entfernung desselben am folgenden Tage folgender Befund constatirt: «Man fühlt immer noch neben dem Uterus rechts den prallen und eng mit ihm zusammenhängenden Tumor. Im Muttermund und im Cervicalkanal fühlt man eine sich fremdkörperartig vorwulstende Masse. Die Sonde geht gerade ein, 5—6 cm. weit. Die wulstige Masse lässt sich als das Septum, welches die beiden Uterushälften trennt, erkennen. Mit einiger Gewalt gelingt es, die Sonde neben dem Muttermund nach rechts einzuführen, worauf sich eine Menge Eiter entleert und der Tumor sogleich zusammensinkt. In die sogestalt wieder eröffnete Höhle lässt sich die Sonde 4 cm. weit einführen. Die Communication mit der linken Uterushöhle überall deutlich durch eine Scheidewand verhindert.»

Die Eiterhöhle wird hierauf mit einer Lösung von Kali hypermanganicum ausgespült. — Nachmittags klagt Patientin über Schmerzen im Unterleib. Abends leicht febrile Temperatur (38°) bei regelmässigem, nicht beschleunigtem Puls.

17. Februar. Patientin wird heute nochmals untersucht. In jede Höhle wird eine Sonde eingeführt. Die Sondenknöpfe sind überall durch ein ziemlich dünnes Septum getrennt. Bei diesen Manipulationen entleert sich aus der verschlossen gewesenen Höhle wieder eine ziemlich bedeutende Eitermenge. Ausspritzung mit Carbollösung. Im Laufe des Tages ist der Ausfluss sehr reichlich und übelriechend. Dabei wird über Schmerzen im Unterleib geklagt.

Temp. 37° — 37°,6.

18. Februar. Ausfluss auch heute profus und von fetidem Geruch. Klagen über Kreuzschmerzen.

Puls 80. Temp. 37°,2 — 38°,4.

Auch an den folgenden Tagen wird über heftige Kreuzschmerzen geklagt. Es ist die Zeit der Menstruation, von welcher aber

nichts bemerkt wird. Der Ausfluss dauert fort und ist stets überliechend. Abends stets leichte Temperatursteigerung.

24. Februar. Die Oeffnung der Höhle hat sich wieder verlegt. Die Sondirung des rechten Abschnitts gelingt nicht, während nach links die Sonde leicht eindringt.

Am nächsten Tage wird daher der Muttermund mit der Scheere in der Richtung nach rechts weiter gespalten. Trotzdem auch dann die Sondirung noch nicht möglich. Im Muttermund fühlt man eine wulstige Geschwulst, wahrscheinlich das vorgebauchte Septum. Das Verfahren ziemlich schmerzhaft. In den Muttermund werden zur Blutstillung kleine Tampons gelegt.

Temp. 37° — 38°.

27. Februar. Das Septum wird heute mit Messer und Scheere gespalten. Man kommt darauf mit dem Finger nach rechts in eine ziemlich grosse Höhle, deren glatte Wandungen man abtasten kann. Nach links besteht ein zweiter Hohlraum, in welchen jedoch der untersuchende Finger nicht eindringen kann. — Die Operation war ziemlich blutig und schmerzhaft.

1. März. Seit dem operativen Eingriff stets Kreuzschmerzen, der Ausfluss geringer, von weniger intensivem Geruch. Bei Tage ist Patientin ausser Bett. Sie sieht gut aus und der Appetit ist zufriedenstellend.

4. März. Schmerzen geringer. Die Eiterhöhle durch in sie eingeführten männlichen Katheter täglich mit Carbollösung ausgespült. Uterus empfindlich. Kein Fieber.

8. März. Leichte Schmerzen im Unterleib werden noch immer empfunden. Die Eiterhöhle ist ganz zusammengesunken; der explorirende Finger kommt gleich auf die dem Eingang entgegengesetzte Wand. Der Ausfluss ist minimal, riecht nicht. Allgemeinzustand sehr gut.

12. März. Patientin klagt heute über heftige, ziehende Schmerzen im Unterleib. Per vaginam geht reines Blut ab. Patientin bleibt im Bett.

13. März. Blutabgang profus, dabei Stechen in der rechten Seite. Die Blutung wird als menstruelle aufgefasst.

Temp. 37,5 — 38,2.

14. März. Der Blutabgang ist immer noch ziemlich stark:

auch dauern die Schmerzen fort. Abdomen bei Palpation empfindlich.

Temp. 37°,5 — 39°.

Ord.: Hydropathische Aufschläge auf das Abdomen.

15. März. Blutabgang heute sehr gering. Unterleib auf Druck und spontan schmerzhaft.

Temp. 38°,4 — 39°,4.

16. März. Der Blutabgang hat sistirt, dafür geht heute wieder eiteriges Fluidum ab. Abdomen sehr empfindlich, besonders links.

Temp. 38°,5 — 38°,5.

Ord.: Eisblase.

Dieser fieberhafte Zustand, einer umschriebenen Peritonitis entsprechend, währte bis zum 22. Von da an trat wieder eine schnelle Besserung ein. Der eitrige Ausfluss wurde wieder geringer und am 27. konnte eine neue Untersuchung vorgenommen werden; bei dieser zeigte sich, dass die Oeffnung der Höhle nicht verlegt ist und dass auch in Folge dessen keine Anschwellung der rechten Uterushälfte besteht. Die während des febrilen Zustandes unterbrochenen Ausspülungen der Eiterhöhle werden wieder aufgenommen, jetzt mit einer Argent. nitric. Lösung. Bis Mitte des nächsten Monats ist bei dieser Behandlung das Befinden der Patientin vortrefflich. Der Ausfluss verliert allmählich seinen eitrigen Charakter, ist mehr schleimig und von indifferentem Geruch.

17. April. Es wird heute über stechende Schmerzen rechts geklagt. Bei der inneren Untersuchung findet sich, dass der Cervicalcanal noch durchgängig; von einem Septum in demselben nichts nachweisbar, imponirt als Cervix eines ganz normalen Uterus. Rechts von der Gebärmutter eine kleine Resistenz palpibar, die gut von den Beckenwandungen abgegrenzt ist, sich andererseits genau dem Uterus anschliesst und sich mit ihm bewegt. Die Oberfläche dieser Geschwulst ist glatt, die Gestalt eine längliche.

Es lässt sich vermuthen, dass dieser Tumor die Uterushälfte darstellt, die sich allmählich wieder zu füllen beginnt.

Tags darauf tritt dann abermals unter Schmerzen die Menstruation ein, die dieses Mal ziemlich spärlich ist und nur 2 Tage

anhält. Die zweite Hälfte des Monats bietet nichts besonders Bemerkenswerthes.

5. Mai. Patientin wird heute wieder untersucht. Da der Cervicalkanal nicht mehr für den Finger durchgängig ist, wird das Cavum uteri mit der Sonde abgetastet. Diese dringt in beide Hälften leicht ein. Beim Sondiren des rechten Abschnitts geht etwas schleimig-eitriges Fluidum von schlechtem Geruch ab.

14. Mai. Bis dahin ohne jede Klage; von Seiten des Abdomens empfindet Patientin seit heute heftige Schmerzen, die jedoch nicht besonders lokalisiert sind.

15. Mai. Die Schmerzen sind heute so stark, dass Patientin sich legen muss. Abdomen aufgetrieben und bei der Palpation empfindlich. Sonst nichts Besonderes.

Temp. Abends 39°.

Ord.: Priessnitz'scher Umschlag.

16. Mai. Die Schmerzen dauern fort, lokalisieren sich jedoch jetzt rechts. Abdomen weniger aufgetrieben und weniger schmerzhaft auf Druck.

Abends Blutabgang. Temp. 39°.

20. Mai. Die Regel, denn als solche ist die seit dem 16. stattfindende Blutung zu deuten, hat bis heute Morgen andauert unter beständigen, meistens rechts localisirten Schmerzen. Blutabgang im Ganzen ein mässiger. Das Blut von gewöhnlicher Beschaffenheit. Eine Vergrösserung (Füllung) der rechten Uterushälfte nicht nachzuweisen. Seit dem 16. der Zustand afebril.

26. Mai. Nach dem 20. kein Blutabgang mehr; ganz geringer wässriger, nicht riechender Ausfluss.

Der Cervicalkanal ist für den Finger durchgängig bis zum inneren Muttermund; das orificium internum selbst geschlossen. Der Uterus liegt frei beweglich in der Führungslinie. Die rechte Seite derselben bei der Palpation immer noch schmerzhaft, auch ist die rechte Hälfte der linken gegenüber immer noch etwas vergrössert, so dass man bei oberflächlicher Untersuchung den Eindruck bekommt, als sei der ganze Uterus nach rechts verzogen.

Der Allgemeinzustand lässt nichts zu wünschen übrig. Patientin wird entlassen.

Während eines vollen Jahres liess das Mädchen sich nicht sehen; um mich über ihren Zustand zu informiren, suchte ich

sie im Mai 1879 in der Stadt auf. Zunächst hörte ich von den Angehörigen sehr über den Leichtsinns des Mädchens klagen; auch sei seit einiger Zeit es vor üblem Geruch kaum in ihrer Nähe auszuhalten. Das Mädchen selbst, das blühend und gesund aussah, gab an, dass sie sich nach ihrem Austritt aus der Klinik drei Monate lang vollständig wohl gefühlt habe; die Periode trat drei Mal ohne Beschwerden ein; im September kam es aber statt der Regel zu heftigen, reissenden Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite des Unterleibes. Diese Schmerzen hielten an, bis nach 14 Tagen sich die Blutung einstellte, welche 4 Tage dauernd, stärker war wie gewöhnlich. Seither wieder Menostasis, dafür hatte Patientin jeden Monat zur Zeit der erwarteten Periode an Kreuz- und Unterleibsbeschwerden von wechselnder Intensität zu leiden. Die Zwischenzeiten waren meist frei, nur zuweilen durch Stiche in der rechten Unterbauchgegend unterbrochen. Seit dem Ausbleiben der Menses zeigte sich eine Vermehrung des schleimigen Fluors und hin und wieder Dysurie. In der allerletzten Zeit wäre es dann auch zu heftigen brennenden Schmerzen an den äusseren Genitalien gekommen, die Patientin am Sitzen und Gehen hinderten. Sie erklärte sich gleich bereit, sich wieder auf die Klinik aufnehmen zu lassen. — Da fand sich nun, dass die äusseren Genitalien, Perineum und After dicht mit grossen, breiten und nässenden Condylomen besetzt waren. Nach Angabe des Mädchens bestanden diese seit Anfang April; von dem Zeitpunkt einer Infection, von dem Bestehen eines Geschwürs oder einer Roseola will sie hingegen nichts wissen.

Unter diesen Umständen musste natürlich von einer Untersuchung Abstand genommen werden. Die Patientin wurde sofort auf die Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten gebracht und dort einer Schmierkur unterworfen.

Am 31. Juli wurde sie dann von Neuem auf die gynäkologische Abtheilung aufgenommen. Herr Professor Freund sah sie jetzt zum ersten Male. Es wurde folgender Befund notirt:

31. Juli. Blühende, sehr wohl genährte Person. Herz und Lungen normal. An den äusseren Genitalien massenhafte Narben breiter Condylome; mässiger Fluor albus. Vulva trichterförmig erweitert. Uterus elevirt, in toto nach rechts hinten gelagert; von dort nur in geringem Maasse und unter Schmerzen zu ent-

fernen. In der linken Beckenhälfte deutlich die abgehenden Stränge der Tuben und das Ovarium zu tasten. Erstere gehen aus von einem kleinen Horn, welches fast median vom Cervix nach vorne steigt und sich dann nach links wendet. Dasselbe erscheint deutlich cylindrisch, sitzt mit breiter Basis auf, sich nach oben verjüngend. Die Hauptmasse des Cervix liegt nach rechts. Vaginalportion auffallend kurz, Muttermund spaltförmig von rechts hinten nach links vorne. Rechts geht die Portio direct in die grössere Masse des Organs über.

Sondirung des linken Horns gelingt leicht; ergibt normale Länge der Höhle.

Diagnose: Uterus bicornis unicollis. Unter abwechselndem Befinden blieb Patientin noch 2 Monate in der Anstalt. Um die Mitte jeden Monats traten die alten bekannten Schmerzempfindungen auf; dabei kam es nur ein Mal zu menstrueller Blutausscheidung. Die Menge des Secrets wechselte, war theils schleimig, theils eitrig. Am 30. September wird Patientin auf ihren Wunsch entlassen.

Soweit die Krankengeschichte. — Nach dem ganzen Verlauf der Erkrankung kann wohl nicht daran gezweifelt werden, dass es sich hier um einen Fall von Pyometra lateralis handelt, das heisst von einer Eiteransammlung in einer verschlossenen Hälfte eines zweigetheilten Uterus; und doch lag von Anfang an die Sache durchaus nicht so klar auf der Hand. Im Gegentheil, manche Punkte der Anamnese und der ersten Untersuchungen liessen andere Deutungen zu, und nur durch eine sorgfältige Sichtung der verschiedenen Möglichkeiten und der dafür und dagegen sprechenden Gründe gelang es, gleich Anfangs zu einer richtigen Erkenntniss des Zustandes zu gelangen und die Therapie entsprechend zu gestalten.

Ein 15jähriges Mädchen, das schon über $1\frac{1}{2}$ Jahre lang normal menstruiert war, verliert plötzlich ihre

Regel absolut, und statt derselben treten regelmässig zu der erwarteten Zeit so intensive Schmerzen auf, dass Patientin bei der fünften Wiederholung dieser Zufälle die gynäkologische Klinik aufsucht. Zunächst lag natürlich der Gedanke an eine Gravidität nahe und derselbe wurde auch von dem Mädchen selbst proponirt. Da jedoch ausser dem plötzlichen Ausbleiben der Regel sämtliche übrigen Schwangerschaftssymptome, als stärkere Pigmentirung der linea alba und areolæ mammae, fehlten, und weder in den Brüsten der Beginn einer regeren Drüsenthätigkeit sich nachweisen liess, noch das Abdomen aufgetrieben war, so konnte man fast schon ohne innere Untersuchung diesen Verdacht einer normalen Schwangerschaft fallen lassen.

Auch sprachen schon die heftigen Schmerzen, die bereits 4 Monate lang an Stelle der erwarteten Regel sich eingestellt hatten und jetzt nach ihrem letzten Auftreten ständig geblieben waren, diese sowie das vorhandene Fieber und die grosse Empfindlichkeit des Unterleibes für einen pathologischen Process.

Damit stimmte auch das Ergebniss der gynäkologischen Untersuchung überein. Die äusseren Genitalien boten nichts abnormes; der Hymen war zwar erhalten, aber stark dilatirt, so dass hier nichts gegen eine etwa erfolgte Conception sprach; dagegen fehlte die Succulenz und die charakteristische Färbung der Vaginalschleimhaut der Schwangeren. Es bestand kein Vaginalcatarrh, der den Fluor hätte bedingen können. Auch zeigte die Vagina weder abnorme Weite noch auffallende Enge und es fand sich auch keine Andeutung einer hinteren Längsleiste oder einer doppelten Columna ru-

garum, Zustände die neben allgemeiner Breitenentwicklung der Figur immer den Verdacht auf die Existenz von Doppelmissbildungen erwecken müssen und dergestalt von sehr beachtenswerther diagnostischer Bedeutung werden können¹.

Im Scheidengewölbe aber zeigte sich dem tastenden Finger bald der Sitz des Leidens in Gestalt eines circa apfelgrossen, prall elastischen Tumors, der die ganze rechte Seite des Scheidengewölbes ausfüllte und so unmittelbar in den nach rechts verlagerten, beweglichen Uterus überzugehen schien, dass rechts von einer vaginalportion keine Spur zu fühlen war, wogegen dieselbe links in der Länge von etwa 1 cm deutlich bestand. Der Muttermund war weder als Querspalte noch rund zu fühlen, sondern stellte sich als eine halbmondförmige Rinne dar, mit gegen den Tumor gerichteter Concavität. Diese Erscheinung, auf welche Schröder als der Diagnose sehr zur Hülfe kommend aufmerksam macht, war hier ausserordentlich deutlich ausgesprochen. Die Sonde drang leicht in den Cervicalkanal und die Uterushöhle ein und ergab die normale Länge des cavum uteri.

Nach diesem Befund erschien es höchst wahrscheinlich, dass der Tumor der Gebärmutter selbst angehörte und entweder eine pathologische Neubildung oder eine Retentioncyste irgend einer Art darstellte. Ein Tumor des Ovariums, des Parovariums oder der Tuben war bei dem innigen Zusammenhange der Geschwulst mit

1. Klebs. Handbuch der patholog. Anatomic, Lief. IV, p. 758, u. Kussmaul über den Mangel etc. der Gebärmutter. Würzburg, 1859, p. 183.

dem Cervicaltheile des Uterus ebenso sicher auszuschliessen wie der Gedanke an einen extraperitonealen Sitz derselben. Die Idee, dass es sich möglicher Weise um eine Extra-Uterinschwangerschaft handele, lag natürlich wegen der eigenthümlichen Anamnese ebenfalls nahe, speciell wegen der plötzlich eingetretenen Sistirung der Menstruation; doch sprachen wichtige Gründe gegen diese Vermuthung: erstens die geringe Grösse und Lage des Tumors. Durch die Bauchdecken war er kaum palpibar, was man doch von einer wenn auch vielleicht schon zu Grunde gegangenen, jedenfalls mehrmonatlichen Frucht erwarten muss; zweitens war die Länge des Cavum uteri durchaus nicht einer mehrmonatlichen Abdominalschwangerschaft entsprechend vergrössert, und schliesslich fehlten, wie oben erwähnt, sämtliche allgemeine Schwangerschaftssymptome.

Um noch bei dem Gedanken an eine Gravidität stehen zu bleiben, so konnte man noch daran denken, dass es sich um eine durch Eiüberwanderung entstandene Schwangerschaft in einem atresirten Abschnitte eines doppelten Uterus handele, und zwar wegen der geringen Grösse des Tumors auch hier mit abgestorbenem Fœtus. Diese Möglichkeit ganz auszuschliessen, schien zunächst bedenklich, jedoch gab auch hier schliesslich die absolute Abwesenheit der übrigen Schwangerschaftssymptome den Ausschlag.

An den Gedanken einer Extra-Uterinschwangerschaft schloss sich zunächst der an eine Hæmatocele, und wenn man bedenkt, dass, wie Holst¹ im Jahre 1864

1. Holst. Beiträge zur Gynäkologie und Geburtskunde. 1. Heft 63. Tübingen, 1865.

die erste Diagnose einer Missbildung unserer Art an der Lebenden stellte und sodann 1866 Schröder¹ seine kritische Arbeit über *Hæmatocele retrouterina* veröffentlichte, sämtliche Fälle von monolateraler Atresie intra vitam nicht richtig gedeutet und unter die verschiedenartigsten intra- und extra-peritonealen *Hæmatocelen* eingereiht beschrieben wurden, so ist a priori die Auffassung nahe liegend, dass hier die Differentialdiagnose am Schwierigsten zu stellen sein dürfte. Indessen hat uns gerade Schröders strenge Kritik den Weg sehr geebnet und durch das Beschränken des Vorkommens von periuterinen Blutergüssen auf die *Hæmatocele retrouterina intra-peritonealis* weiteren Verwechslungen dieser Zustände mit Retentionsgeschwülsten bei Bildungsfehlern vorgebeugt.

Anders steht es mit dem Beckenabscess, mit einer Eiteransammlung im Peri- oder Parametrium. Wenn sonst auch bei der Unterscheidung von einem solchen Vorgang die Krankengeschichte von grossem Belang ist, so lässt sie uns in unserem Falle gerade hierbei etwas im Stiche. Der fieberhafte Verlauf und der Durchbruch von Eiter statt des erwarteten Blutes liessen sogar geradezu wieder Zweifel an der bereits gestellten Diagnose auf eine *Hæmatometra lateralis* aufkommen, und an eine vielleicht an eine Scheidenblennorrhoe sich anschliessende Parametritis mit Abscessbildung denken, und erst durch den weiteren Verlauf mit Berücksichtigung des anatomischen Verhaltens des Tumors zum Uterus wurde dieser Zweifel wieder vollständig beseitigt.

1. Schröder. Kritische Untersuchungen über die Diagnose der *Hæmatocele retrouterina* etc., Bonn, 1866.

Sehr beachtenswerth scheint für die Differentialdiagnose nach dieser Hinsicht auch eine Bemerkung von Chadwick¹ zu sein, die sich in einem Vortrage findet, den er vor der Obstetrical Society of Boston gehalten hat. Er bespricht einen Fall, wo ein neben der normalen Menstruation bestehender fötider Ausfluss nach vierjährigem Bestehen auf einen Pyokolpos lateralis dexter bei doppeltem Uterus und Vagina zurückgeführt werden konnte und nach weiter Spaltung des Septums und desinficirenden Ausspritzungen Heilung erzielt wurde. Dabei erwähnt er ganz kurz, dass bei der Differentialdiagnose zwischen diesem Bildungsfehler und einem Abscess des Beckenzellgewebes für ihn bestimmend gewesen wäre: erstens der intensiv fötide Geruch und zweitens «the absence of induration and fixation of the surrounding tissues, such as certainly would have been apparent had the suppuration been a result of peritonitic or cellulitic inflammation».

Auch in unserem Falle fehlte wenigstens Anfangs jegliche Fixirung und Induration des umgebenden Gewebes. — Man war also darauf beschränkt, den Tumor als eine dem Uterus selbst angehörige Geschwulst aufzufassen, und zwar konnte man denselben, da links eine Vaginalportion erhalten war, rechts dieselbe jedoch völlig fehlte, ausserdem die Höhle des Uterus normal bestand, bestimmt auf die rechte Wand der Gebärmutter localisiren. Aber auch auf dieses enge Gebiet eingeschränkt, gab es noch manche Möglichkeiten, zwischen denen man distinguiren musste.

1. James R. Chadwick. On cases of double uterus and vagina. Case IV. The Boston med. and surg. Journal, 1877, 20, 12.

Zunächst konnte der Gedanke an ein Cervixmyom in Betracht kommen. Zwar sprach die Jugend der Patientin und die Anamnese, speciell das plötzliche Eintreten der Beschwerden und das Fehlen von Blutungen, dagegen; indessen sind ja genügend Fälle bekannt, wo auch in verhältnissmässig sehr früher Zeit es zur Bildung von Fibromyomen gekommen ist, und in Bezug auf das Fehlen der Blutungen möchte ich einen von Dr. Rheinstädter¹ in Cöln beobachteten Fall anführen, wo bei einem 35jährigen Fräulein seit 3 Jahren absolute Amenorrhoe bestand und der kugelig aufgetriebene Uterus den Gedanken an eine Hæmatometra nahe legte, wo es sich aber doch um ein grosses interstitielles Fibromyom handelte, das unter Ergotinbehandlung sich bedeutend verkleinerte.

Und wäre unser Fall ohne jegliche Anamnese zur Untersuchung gekommen, so hätte die Unterscheidung nach dieser Seite doch manche Schwierigkeiten machen können. Ein anscheinend in der rechten Seite des Cervix liegender Tumor von prall elastischer Consistenz, allerdings von glatter durchaus nicht höckeriger Oberfläche, die Vaginalportion rechts ganz ausgeglichen, der Muttermund als halbmondförmiger Saum um den Tumor herumgezogen, dabei der Cervicalkanal für die Sonde durchgängig, das alles wäre an, und für sich, ohne Berücksichtigung der Anamnese, ebensogut auf ein interstitielles Fibromyom des Cervix zu deuten gewesen. Man braucht nur die beiden Abbildungen, die Schröder²

1. Archiv für Gynäkologie, 1879, B. XIV, p. 494.

2. Schröder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, III. Auflage, 1877, p. 244.

von solchen Zuständen giebt, anzusehn, um die Ueberzeugung von der Möglichkeit einer derartigen Verwechslung zu gewinnen. Man würde allerdings einen oedematösen Zustand oder eine myxomatöse Erweichung des Tumors annehmen müssen, um die für ein gewöhnliches Fibrom zu geringe Härte zu erklären, aber das sind ja bei diesen Geschwülsten bekannte Vorkommnisse. Ja man kann sogar einen Schritt weiter gehen und den ersten Theil des klinisch beobachteten Verlaufs der Störung noch für die Diagnose eines Cervicalmyoms sprechen lassen. Es tritt unter dem menstruellen Stimulus des Ovariums eine weitere Erweichung des Tumors ein, so dass Fluctuation fühlbar wird und zu der Vornahme einer Probepunction auffordert. Diese ergiebt nur ein paar Tropfen einer blutig serösen Flüssigkeit, ist aber die Ursache eines rapide unter hochgradigem Fieber und peritonitischen Erscheinungen eintretenden eitrigen Zerfalls des Tumors, wonach es zur spontanen Perforation in die Scheide und profusum stinkenden Ausfluss kommt. — Eliminationen von Fibromyomen unter derartigen Erscheinungen sind, wenn auch selten, doch beobachtet worden und zwar gerade auf traumatische Einflüsse hin, gleich ob diese wie hier operativer Art sind, oder in langdauerndem Druck vorbeipassirender Kindestheile beim Geburtsacte bestehen.

Auf solche Vorkommnisse ist auch sehr wahrscheinlich eine Anzahl der Fälle zu beziehen, welche Schröder¹ unter der Bezeichnung « Uterusabscess » beschreibt; während andere dieser Fälle, wo es sich um die Ent-

1. Loc. cit., p. 92, 93.

wicklung grosser Eitermassen mit Perforation durch die Bauchdecken handelt, wohl eher als Abscedirung von Ovarialtumoren oder peri- und parametritischer Exsudate aufzufassen sind. In unserem speciellen Falle zumal lag der Gedanke an eine abscedirende Metritis ganz ferne und möge nur der Vollständigkeit halber hier Erwähnung finden.

Noch einer anderen Weise ist aber zu gedenken, in welcher ein Fibromyom einen ähnlichen Befund wie den unsrigen erzeugen kann, ich meine die Möglichkeit, dass ein im Cervix sitzendes Fibrom den Cervicalkanal so occludiren könnte, dass Menstruationsstockung und Stauung des Secrets in der Uterushöhle eintritt; so führt Barnes¹ einen Fall an, wo ein Fibroid der Seitenwand des Uterus eine solche Occlusion bewirkt hatte und das dilatirte Cavum uteri mit Eiter gefüllt war; leider erwähnt er den Fall nur als Beschreibung eines Präparates im Bartholomew's-Museum und giebt nichts über den klinischen Verlauf; doch ist a priori wohl denkbar, dass manche Symptome mit denen unseres Falles identisch gewesen sein mögen. Auch dort muss eine mit bei jeder Periode sich steigernden Schmerzen verbundene Amenorrhoe vorhanden gewesen sein; auch dort wird der eitrige Inhalt der dilatirten Gebärmutterhöhle Fieber und peritonitische Reizung hervorgerufen und unterhalten haben; auch dort ist schliesslich ein spontaner Durchbruch in die Scheide und eine daran sich anschliessende Secretion von stinkenden Eitermassen denkbar.

1. Robert Barnes. A clinical history of the medical and surgical diseases of women. Second Edition. London, 1878, p. 768.

Dass es sich in unserem Falle nicht um die Anwesenheit eines Fibroms und einer der erwähnten Folgezustände handelte, dafür gaben drei Gründe, wie schon oben erwähnt, schliesslich den Ausschlag. Von jedem einzelnen hätte vielleicht abstrahirt werden können; alle drei vereinigt sprachen aber positiv gegen die Annahme eines fibroiden Tumors. Zunächst kam also die Seltenheit des Vorkommens dieser Geschwülste bei so jugendlichen Individuen in Betracht, dann als nicht weniger wichtiges Moment das Fehlen der Blutungen, eines der Hauptkriterien für die Diagnose eines Fibroids, und drittens die Art des Eintritts der Störung. Speciell gegen die letzte Annahme einer Oclusion durch einen Tumor der Seitenwand sprach natürlich auch die Durchgängigkeit des Cervicalkanales für die Sonde.

Sehen wir also von den Fibroiden ab, so lag noch die Möglichkeit vor, dass es sich um eine maligne Neubildung handelte, speciell also, da ein Carcinoma uteri wohl kaum in Frage kommen konnte, um ein Sarkom, und zwar «da ein Sarkom des Uterus-Parenchyms an die Anwesenheit eines Fibromyoms geknüpft zu sein scheint»¹, um ein solches der Schleimhaut einer verschlossenen Uterushälfte. Die Frage nach der Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses ist von Freund² an der Hand eines Falles aus seiner Breslauer Privatlinik bejaht worden. Es handelte sich dabei um einen nach der Punction schnell durch Ileus in Folge einer Netzhäusion tödtlich verlaufenden Fall von Hydrometra der

1. Schröder. Loc. cit., p. 286.

2. W. A. Freund. Beiträge zur Pathologie des doppelten Genitalkanales. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Band I, 231.

atresirten, sarkomatös degenerirten Hälfte eines Uterus septus. Die Atresie scheint erst in der letzten Zeit aus einer Stenose des linken Cervicalkanals sich entwickelt zu haben, und da gerade auch in dieser Hälfte es zur sarkomatösen Entartung der Schleimhaut gekommen war, so argumentirt Freund, dass «die durch die subacuten Vorgänge bei einer solchen Stenose bedingte krankhafte Reizung Verhältnisse setzt, welche im Sinne Virchows zur Entwicklung von Neubildungen disponiren, da im Uterus zurückgehaltene Stoffe, die Anfangs nicht vollständig von der Vaginalhöhle abgeschlossen sind, leicht solche chemische Veränderungen eingehen können, die irritirend wirken». Die Frage ob auch in vollkommen abgeschlossenen Genitalrohrabschnitten bösartige Neubildungen entstehen können, lässt Freund offen.

In unserem Falle war von einer neoplastischen Degeneration der Schleimhaut der verschlossenen Höhle nichts nachzuweisen; von vorne herein eine Diagnose in dieser Beziehung zu stellen, ist natürlich unmöglich, falls nicht etwa bereits eingetretene metastatische Bildungen darauf hinweisen sollten.

Von Cystenbildungen im unteren Gebärmutterabschnitt möge hier nur der Möglichkeit des Vorkommens von Echinococcusblasen gedacht werden. Dieselben hätten interstitiell in der rechten Wand des Uterus sitzend einen ganz ähnlichen Befund erzeugen können. Schröder¹ führt 2 Fälle von Hydatiden im Uterusparenchym an und dass sie sich intra vitam unter

1. Schröder. Loc. cit., p. 291

Umständen diagnosticiren lassen, zeigt ein weiterer von Freund und Chadwick veröffentlichter Fall¹. Auf der im Jahre 1879 in Baden-Baden abgehaltenen 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte konnte Freund das betreffende Präparat von der inzwischen verstorbenen Patientin vorzeigen. Noch andere Cystenbildungen dürfen kaum in Betracht kommen.

Im Vorhergehenden habe ich versucht, die verschiedenartigen bei der Stellung der Differentialdiagnose zur Berücksichtigung kommenden Zustände darzulegen; manche der herangezogenen Eventualitäten wären wohl eher ganz auszuschliessen gewesen, wenn in unserem Falle nicht das eigentlich pathognomonische Symptom der monolateralen Atresie ausgeblieben wäre, ich meine das Fortbestehen der menstruellen Ausscheidung bei gleichzeitiger Entwicklung von auf eine Hæmatometra deutenden Anzeichen.

Nun ist es aber eine wohlconstatirte Erfahrung, dass gerade bei Doppelmissbildungen öfters grosse Unregelmässigkeiten in der menstruirenden Thätigkeit des Uterus vorkommen. Vor allen Dingen scheint bei getheiltem Uterus die Menstruation beider Hälften zeitlich durchaus nicht an einander gebunden. Kussmaul² spricht sich über diesen Punkt schon bestätigend aus, indem er eine Beobachtung von Godard anführt, der bei vollständiger Verdoppelung des Genitalkanals eine Differenz im Zeitpunkt der menstruellen Blutausscheidung beider

1. W. A. Freund and James R. Chadwick. Four cases of Echinococci in the female pelvis. American Journal of Obstetrics, Febr. 1875.

2. A. Kussmaul. Von dem Mangel etc. der Gebärmutter. Würzburg, 1859, p. 194.

Hälften constatirte. Schröder¹ scheint aber Kussmauls Ansicht in dieser Beziehung noch mit Zweifeln verknüpft und er argumentirt deshalb weiter, dass Kussmaul selber annimmt, dass bei doppelter Schwangerschaft in einem zweigetheilten Uterus die Ausstossung der Frucht unabhängig von einander und in grossen Zeitintervallen stattfinden kann und diese seine Annahme durch Heranziehung wohl beglaubigter Fälle unterstützt. Daraus folgert Schröder nun, dass man ebensogut wie die Thatsache eines zeitlich getrennten Geburtsvorganges auch die Möglichkeit von einander unabhängiger Menstruationsperioden zugeben muss. Die eigenthümlichen Verhältnisse bei unserem Falle können wir übrigens auch ohne diese Forderung erklären. Wir brauchen nur eine sehr grosse Unregelmässigkeit in der menstruellen Thätigkeit oder vielleicht gar eine gewisse abwechselnde Function beider Uterushälften anzunehmen. Zwei und ein halbes Jahr lang hat das Mädchen regelmässig und ohne jegliche Beschwerde menstruiert, daneben allerdings an Fluor albus gelitten, was bei der exquisiten Chlorose nicht weiter auffallend ist. Diese Menstruation, offenbar also die normale Function der offenen Uterushälfte, macht plötzlich einer absoluten Menostasis Platz, und zugleich bilden sich die Symptome einer Hæmatometra aus. Wir können diese Thatsache am Besten durch die Annahme eines complete[n] Functionsaustausches der beiden Gebärmutterabschnitte erklären. Bis December 1875 menstruiert ausschliesslich die linke offene Seite, von da an bis Juni 1876 ausschliesslich die verschlossene rechte,

1. Krit. Untersuch. über die Hæmatocele retroutr., p. 13 u. 14.

und erst im März 1878, also nach $2\frac{1}{4}$ Jahren, tritt wieder normale Secretion aus der offenen linken Hälfte auf.

An Stelle dieser Annahme von einer alternirenden Function könnte man aber auch vielleicht eine andere Erklärungsweise zur Deutung unseres Falles heranziehen, indem man sich vorstellt, dass überhaupt immer nur die rechte Hälfte menstruiert hatte und ein erworbenener Verschluss die Entstehung der Hæmatometra bedingte. Dagegen spricht nun aber doch zweierlei: erstens die klinisch beobachtete Wiederkehr der monatlichen Blutauscheidung im März des Jahres 1878 und ihr regelmässiges Erscheinen bis inclusive September 1878. Hier muss der linke gesunde Abschnitt der menstruirende gewesen sein, denn nach der über 2 Jahre lang dauernden Eitersecretion aus der rechten Hälfte kann man eine functionsfähige Schleimhaut in derselben nicht mehr erwarten. Wir haben mithin gar keinen Grund anzunehmen, dass nicht auch früher, eben bis December 1875, der Monatsfluss aus diesem linken Abschnitt kam.

Dann ist aber weiterhin die spontane Verwachsung des äusseren Muttermundes bei einem jugendlichen Individuum nicht recht denkbar, und zumal ein so fester und widerstandsfähiger Verschluss nur als congenitale Atresie zu erklären.

Wir kommen also zu dem Schlusse, dass sich unter gleichzeitiger Einstellung der Menstruationsthätigkeit des offenen Abschnittes, von December 1875 an eine Hæmatometra der rechten atresirten Hälfte eines zweigetheilten Uterus entwickelte und bei der Aufnahme der Patientin im März 1876 als solche bestand. Nach-

dem auch hierauf die Diagnose gestellt worden war, sollte eine am 7. Mai vorgenommene Probepunction dieselbe bestätigen. Ohne dass dies gelang, scheint nun doch dieser diagnostische Eingriff die Ursache für die Umwandlung der Hæmatometra in eine Pyometra abzugeben zu haben. Unter den charakteristischen Erscheinungen einer acuten Perimetritis kommt es, bei Bestehen von geringem blutig tingirtem Ausfluss — der sich entweder als eine Spur der gerade fälligen Regel oder als eine aus einer minimen Perforationsöffnung freiwerdende noch nicht völlig zersetzte Retentionsflüssigkeit deuten lässt —, zu mehrmaligem spontanem Durchbruch von reichlichem Eiter, zuerst noch von guter Qualität. Unter dem Einfluss der jetzt freien Zutritt findenden atmosphärischen Luft geht der noch retinirte Theil faulige Zersetzung ein, so dass am 12. Juni bei instrumenteller weiteren Oeffnung der Höhle eine grosse Menge stinkenden Eiters entleert wird. Ohne Bestehen einer Communication ist dieser ganze Vorgang kaum denkbar und wenn wir auch von Breisky und Klebs¹ gelernt haben, dass die Fälle von Hæmatometra lateralis eine besondere Disposition zur Bildung einer für den vollständigen Abfluss zwar ungenügenden, gerade deshalb für die Umwandlung in eine Pyometra desto günstigeren Perforation im oberen Theil des Septum besitzen, so liegt es hier doch entschieden näher, von einer solchen spontanen Entstehung einer Communicationsöffnung abzusehen und der Punction die Schuld zu geben.

¹ E. Klebs. Handbuch der pathologischen Anatomie, IV. Lieferung, p. 899.

Einen ganz ähnlichen Fall theilt Hope¹ mit. Bei einer einfachen Hæmatometra und Hæmatokolpos in Folge von Atresia hymenalis entleerte er mittelst der Aspiratornadel $\frac{1}{2}$ Unze charakteristischen eingedickten Blutes, 4 Tage darauf auf dieselbe Weise 3 Unzen. Dann traten Fiebererscheinungen und Empfindlichkeit ein und bei der am 9. Tage nach der letzten Punction vorgenommenen Schlitzung des Hymen wurden 16 Unzen fetter Flüssigkeit entleert.

Für den Fall dass eine so schnelle Umwandlung des bekannten theerartig eingedickten Inhalts einer Hæmatometra in pigmentlose Eitermassen nicht plausibel erscheint (und ich muss gestehen, ich neige mich selbst zu dieser Ansicht), so kann man sich leicht dadurch helfen, dass man bei dem exquisit chlorotischen Mädchen eine menstruatio decolor im atresirten Abschnitte annimmt und wird sich die Umwandlung eines solchen Secretes in übelriechenden Eiter leichter vergegenwärtigen können. Schröder² bringt 2 derartige Fälle, wo bei der Punction eines atresirten und dilatirten Uterus bei einem 18jährigen und einem 20jährigen Mädchen statt des erwarteten Blutes Schleim gefunden wurde, und Chavanis³ berichtet, dass er bei der Section einer an Nierentuberculose gestorbenen Frau einen doppelten Uterus gefunden habe, der beiderseits 1 cm über dem äusseren Muttermund atresirt war,

1. Hope. A case of atresia of the vagina with retention of catamenial fluid. Brit. Med. Journal, Febr. 28, 1873.

2. Schröder. Handbuch, p. 52.

3. Chavanis. Lyon méd., 1876, Nr. 24.

und auf der einen Seite Schleim, auf der anderen Blut enthielt.

Das klinische Interesse, welches unser Fall bietet, ist mit dem Vorhergehenden wohl im Wesentlichen erschöpft. Es gründet sich am Meisten auf die Schwierigkeiten, welche er der Diagnose in den Weg stellte, und zwar nicht nur, wie oben zu zeigen versucht wurde, gleich zu Anfang, sondern auch im weiteren Verlaufe der klinischen Beobachtung.

Anatomisch ist er weniger lehrreich. Ueber die genaue Gestalt des Uterus ist es nicht leicht eine bestimmte Angabe zu machen. Anfangs schien es, als ob man es mit einem Uterus septus bilocularis zu thun hätte, etwa den Abbildungen entsprechend, welche Kussmaul¹ aus Cruveilhier's² Werk abdrucken lässt, mit dem Unterschiede, dass bei uns die dilatirte Höhle rechts gelegen und fast genau auf das kleine Durchschnitsbild beziehbar ist, das Johannovsky³ seinem Berichte über einen «Fall von halbseitiger Hämatometra aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Breisky in Prag» beigelegt hat; nur ging bei uns der Tumor nicht so tief in die Scheide hinab.

Nach der letzten Untersuchung, welche Herr Prof. Freund am 31. Juli 1879 vornahm, und bei welcher man wegen Mangels jeglicher Reizerscheinungen genauer exploriren durfte, scheint es jedoch, als ob den beiden Hälften eine etwas grössere Selbständigkeit zukommt,

1. Kussmaul. *Loc. cit.*, p. 225 u. 226.

2. Cruveilhier. *Anatom. path.*, 13^e livr., pl. 5.

3. *Prager medicin. Wochenschrift*, 1877, Nr. 15.

so dass möglicher Weise ein Uterus bicornis vorliegt. Jedenfalls sind die beiden Cervicalkanäle, soweit sie überhaupt nach der Trennung des Septums noch distinct existiren, und wahrscheinlich auch noch der untere Theil der Körper fest aneinander anliegend und waren nur durch ein dünnes Septum getrennt. Das Genauere über diese Verhältnisse intra vitam zu bestimmen dürfte sehr schwierig sein, denn ich darf nicht vergessen zu erwähnen, dass die gynäkologische Untersuchung des Mädchens immer eine äusserst mühsame und bei den bestehenden chronisch-perimetritischen Processen für die Person nicht gleichgültige ist.

Für die Lehre M. B. Freund's¹ von der congenitalen Lageabweichung des Uterus von der Beckenachse, wie sie sonst so klar gerade durch manche Fälle von Doppelanlagen des Genitalrohrs illustriert wird², lässt sich der Fall auch nicht recht verwerthen. Zwar ist eine gewisse Rückwärtslagerung des rechten Abschnittes bemerkbar, indessen können wir hier für ebenso gut wie «die primäre Stellung der Querachse des Uterus im ersten Schrägdurchmesser des Beckens» die stattgehabten perimetritischen Vorgänge mit ihren consecutiven Verwachsungs- und Schrumpfungprocessen verantwortlich machen.

Auch hinsichtlich der Therapie bietet der Fall nicht allzuviel bemerkenswerthes, höchstens dass er abermals die auch immer, vorzüglich von Breisky, betonte

1. M. B. Freund, Die Lageentwicklung der Beckenorgane, insbesondere des weiblichen Genitalkanals und ihre Abwege. Breslau, 1863.

2. W. A. Freund in Beiträgen zur Geburtshülfe u. Gynäkologie, 1872, II. Band, p. 37 u. 38.

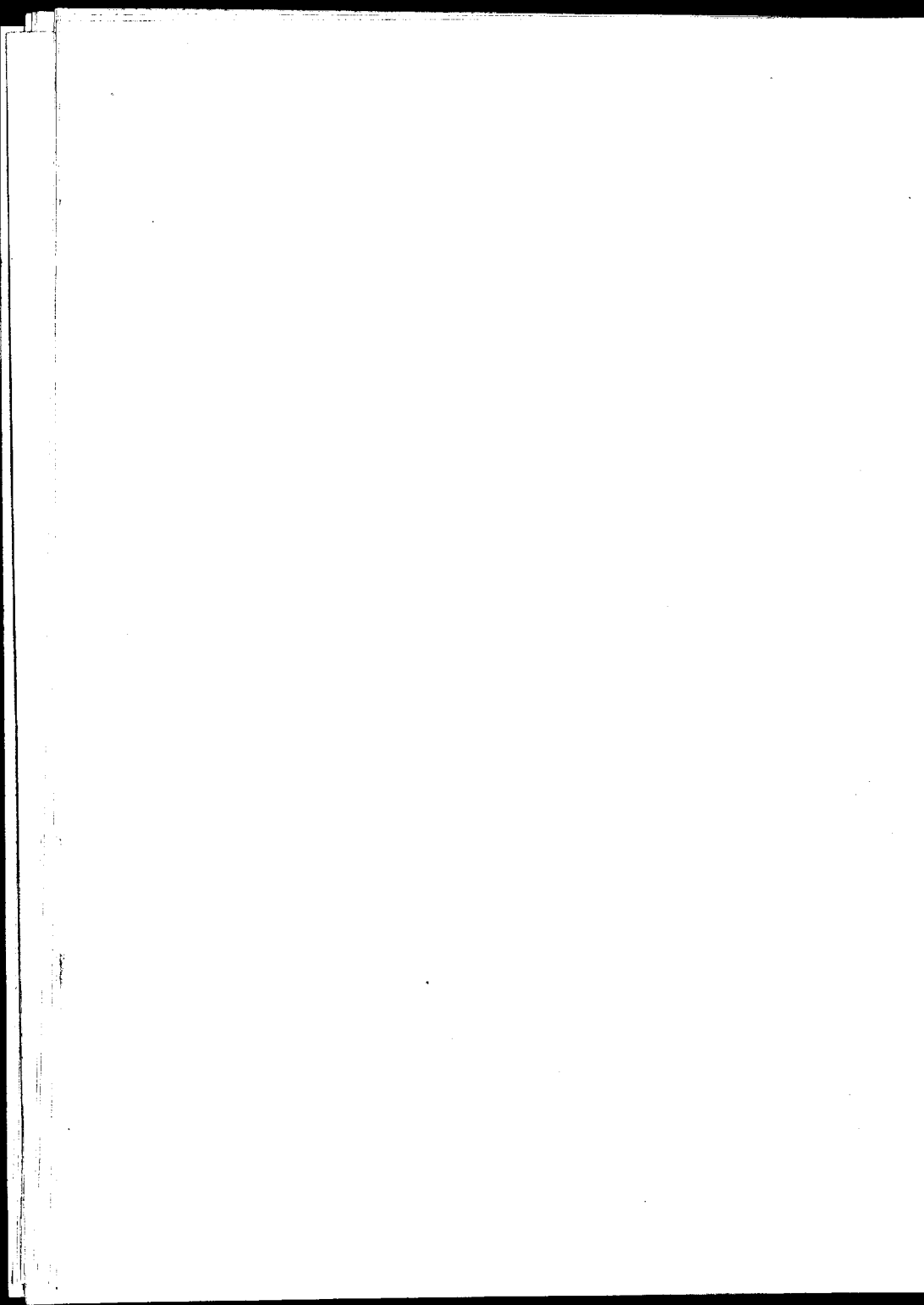
Nothwendigkeit einer energischen und ausgiebigen Oeffnung der Höhle recht deutlich vor Augen stellt, und dann weiterhin zeigt, dass trotz einer solchen weit und ausgedehnt angelegten Ausflussöffnung es doch nach einiger Zeit zum erneuten Verschluss und dem Wiederaufleben aller betreffenden Krankheitssymptome kommen kann. Mitte Juni 1876 wird die Scheidewand zwischen den beiden Hälften des Uterus in der Richtung nach oben ausgiebig gespalten, und nachdem bis Anfang September durch tägliche desinficirende und adstringirende Ausspülungen der Höhle eine Sistirung der Secretion der chronisch gereizten Uterinschleimbaut nicht erzielt worden war, wird die Patientin mit der Weisung, die Einspritzungen regelmässig fortzusetzen, entlassen. Wie lange sie diesem Rathe nachgekommen, lässt sich bei dem gleichgültigen und leichtfertigen Charakter des Mädchens wohl leicht ermessen. Sie verfiel wieder ihrem früheren liederlichen Lebenswandel, und hatte ausser dem profusen und übelriechenden Ausfluss keine Beschwerden. So ging es bei absoluter Amenorrhoe $1\frac{1}{2}$ Jahre lang. Dann kam es plötzlich ohne besondere Veranlassung im Februar 1878 wieder zu denen der ersten Erkrankung vollständig analogen Erscheinungen, welche die Kranke abermals der Klinik zuführen, und was findet sich: eine vollständige Verlegung oder vielmehr ein gänzliches Verschwinden der 1876 angelegten Oeffnung, so dass die Höhle wieder strotzend mit Eiter erfüllt erscheint und die ganze Operation wiederholt werden muss. Eine Communicationsöffnung wird irgendwo im Septum bestanden haben, die bis zuletzt wenigstens einem Theil des Secretes Abfluss gestattete. Schliess-

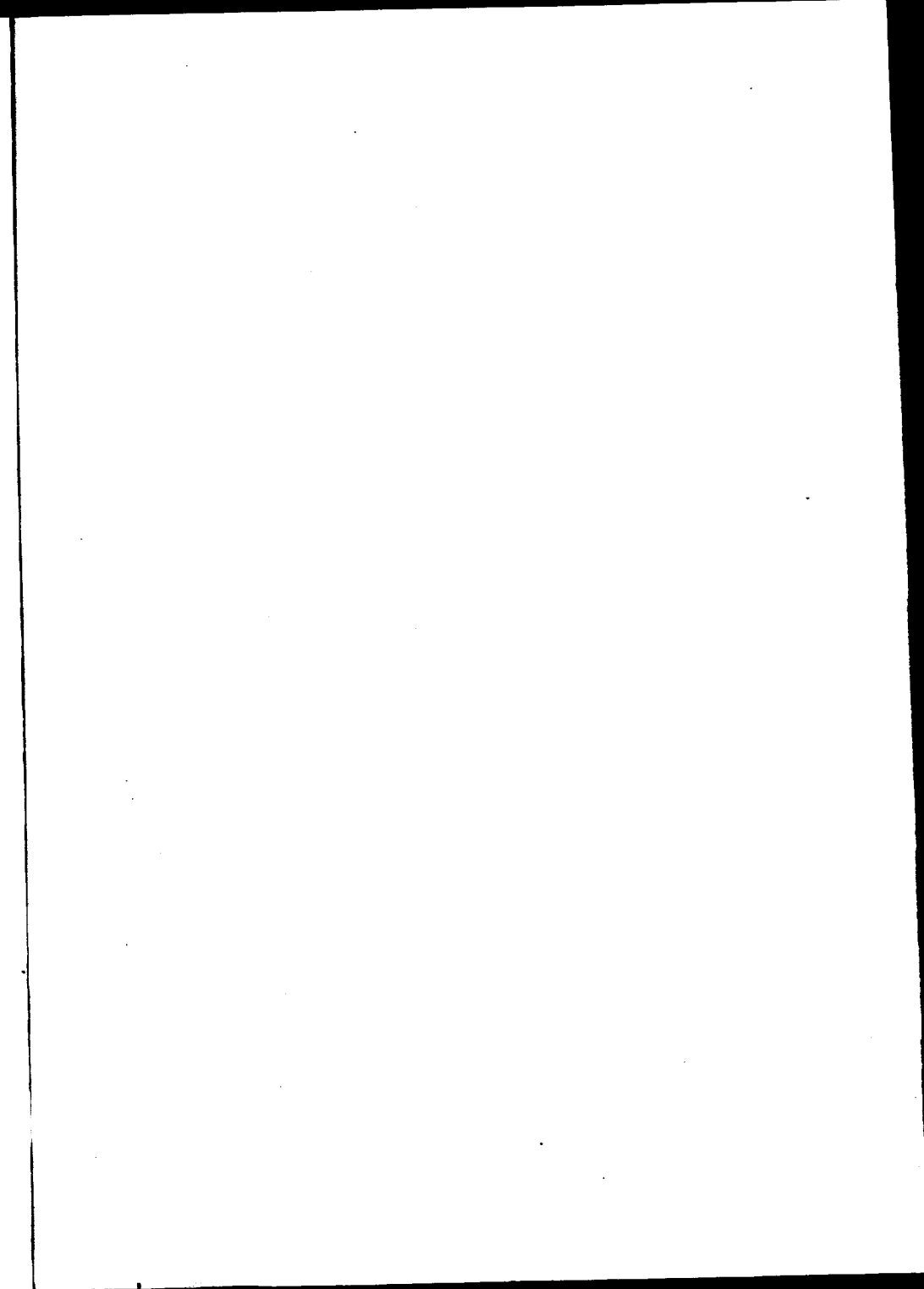
lich hatte auch diese sich verlegt und die Pyometra war von Neuem gebildet. Wie rasch dies geschehen kann, ist daraus ersichtlich, dass nachdem am 16. Februar eine für die Uterussonde bequem durchgängige Oeffnung geschaffen worden war, durch welche sich das gestaute Secret frei entleerte, am 24. schon wieder ein vollständiger Verschluss existirte, und erst eine am 27. vorgenommene erneute weitreichende Spaltung des Septums definitive Hülfe brachte.

Nachtrag.

Juli 1880. Eine kürzlich in der Hoffnung vorgenommene Untersuchung des Mädchens, über die Gestalt des Uterus noch bestimmtere Aufschlüsse zu erhalten, konnte leider nicht mit der erwünschten Genauigkeit gemacht werden, da sich die äusseren Genitalien wieder dicht besetzt mit breiten, nässenden Condylomen fanden. Es konnte nur festgestellt werden, dass ein mässiger, geruchloser Fluor besteht, dass der Uterus dextro-retrovertirt und deutlich verbreitert erscheint, dabei aber mobil. Die Vaginalportion ist aufgelockert, der Muttermund klaffend und erodirt. Beide Ligamenta lata erscheinen frei, das rechte Ovarium ist nicht palpirt, das linke descendirt, uneben, vergrössert und verdickt.

Trotz der bestehenden Lues sieht das Mädchen blühend und gesund aus, hat auch seit vorigem Jahre regelmässig menstruiert, ohne jemals bedeutende Molimina gehabt zu haben. Die Behandlung der Lues ist wieder eingeleitet worden, hoffentlich gelingt es dann später den inneren Befund genauer zu präcisiren.





14724

6/20