



EIN FALL  
VON  
ERWORBENER TOTALER  
ATRESIE DER VAGINA  
MIT HAEMATOMETRA  
NACH  
LUNGENENTZÜNDUNG.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR  
ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE  
IN DER  
MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE  
DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER GROSSHERZOGL. HERZOGL. SÄCHS. GESAMT-UNIVERSITÄT  
JENA

VORGELEGT

VON

SIGMUND SCHULTZE

AUS BONN.

MIT DREI FIGUREN.



JENA,  
FROMMANNSCHE BUCHDRUCKEREI  
(HERMANN POHLE)  
1882.

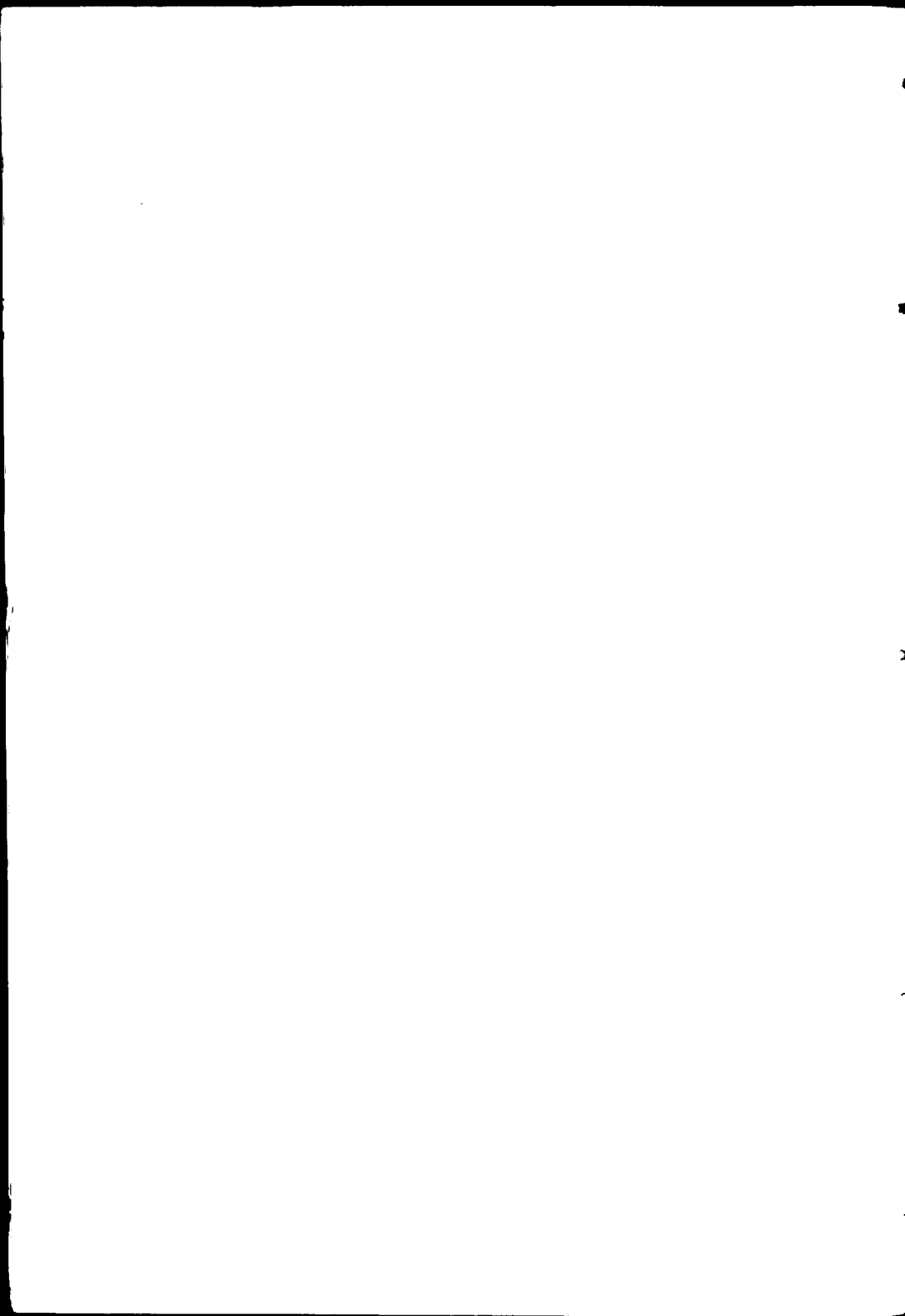


SEINEM  
LIEBEN ONKEL UND HOCHVEREHRTEN LEHRER  
HERRN  
GEHEIMEN HOFRATH PROFESSOR  
DR. B. S. SCHULTZE,  
DIRECTOR DER GYNÄKOL. UND GEBURTSHÜLFL. KLINIK  
ZU JENA,

ALS ZEICHEN DER DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.



In der Jenaischen gynäkologischen Klinik ist im Wintersemester 1880/81 und im Wintersemester 1881/82 ein Fall von erworbener totaler Obliteration der Vagina mit consecutiver Haematometra zur Behandlung gekommen, der mir sowohl wegen der Seltenheit dieses Krankheitsbildes überhaupt, als auch wegen seiner speciellen Eigenthümlichkeiten der Veröffentlichung werth erscheint.

Es sei mir gestattet, ehe ich zur Beschreibung und Besprechung des Falles übergehe, ganz kurz einige allgemeine Sätze über diesen Zustand vorzuschicken.

Die Retention von Menstrualblut in der Vagina und im Uterus macht fast stets einen operativen Eingriff nöthig, denn die Patientin wird in Folge derselben grossen Gefahren ausgesetzt: Ruptur des Uterus ist mehrfach beobachtet worden, denn nicht in allen Fällen tritt eine compensatorische Hypertrophie der Uteruswände, ähnlich der während der Schwangerschaft sich ausbildenden ein, da die Ausdehnung des Uterus gewöhnlich viel schneller sich entwickelt als bei Schwangerschaft. Ferner kann das Blut in die Fallopischen Tuben dringen und von da sich entweder direct in die Bauchhöhle ergiessen oder es entsteht bei Verschluss des Franzendes eine bedeutende Dilatation der Tube, die dann schliesslich zur Ruptur derselben führen kann. Dr. Farre hat sogar Fälle beobachtet, in denen bei an beiden Enden verschloss-

nen Tuben Blutansammlung in denselben während der Menstruation stattfand, die nach der Ruptur zum Tode führten <sup>1)</sup>.

Auch Blutvergiftung ohne Ruptur ist vorgekommen. Auf Grund von Experimenten nimmt Barnes nämlich an, dass die Kraft des Uterus im Stande ist, Flüssigkeiten durch seine Wände zu treiben, die dann Septicaemie und Parametritis anregen; solche Fälle ohne Ruptur und ohne Entweichen der Flüssigkeit durch die Tuben, sehr ähnlich dem Puerperalfieber, hat er nach Retention des Menstrualblutes mehrfach beobachtet <sup>2)</sup>.

Die Ursachen der Retention sind entweder angeborene: Mangel der Vagina, imperforirter Hymen, oder erworbene: Verschluss der Vagina, Verschluss des Muttermundes. Tumoren im cervix, chronische Flexionen, Drucknekrosen und Ulcerationen verschiedener Art, besonders nach schwierigen Zangengeburt und Cephalotripsien, Verletzungen, Operationen, besonders die Amputation der portio vaginalis uteri mit der galvanokaustischen Schneideschlinge, diphtherische Zerstörungen im Verlauf von Infektionskrankheiten (Cholera, Typhus, Erysipel) und endlich acute Exantheme, besonders Variola, können die erworbenen Atresien des Muttermundes und der Vagina und, falls nicht, wie bisweilen beobachtet, auch der Uterus atrophirt, Haematometra, Haematosalpinx oder Haematokolpos zur Folge haben.

Die Beschwerden bestehen ausser der Störung des Allgemeinbefindens hauptsächlich in heftigen, wehenartigen Schmerzen im ganzen Unterleib mit quälendem Druckgefühl und nervösen Störungen.

1) Graily Hewitt's Frauenkrankheiten. Deutsch von Dr. H. Beigel, Cap. XXVI.

2) Klinische Geschichte der medicinischen und chirurgischen Frauenkrankheiten.

Die Therapie besteht in der Entleerung der Flüssigkeit durch die Vagina und, falls diese atrophirt ist, in vorsichtiger Trennung des Narbengewebes mit scharfen oder stumpfen Instrumenten unter stetiger Controle von Blase und Rectum aus. Die Verheilung einer neuen Vagina wird verhindert durch Kanülen, so lange noch der Abfluss währt und später durch Metall- oder Glasstäbe. Die Punction vom Rectum aus ist nur im äussersten Nothfall zu machen, da sowohl das Fehlen des Blutsackes die Orientirung bei späterer Scheidenbildung bedeutend erschwert, als auch desshalb, weil eine Uterorectalfistel leicht zu Kotheintritt in den Blutsack Veranlassung geben kann. Ueber die von Simon und Krause vorgeschlagene Entleerung nach der Blase mit Bestehenlassen der Uterus-Blasenfistel liegen noch keine Beobachtungen vor.

Ich gehe nun über zur Schilderung des beobachteten Falles.

Frau H. G. aus A. wurde am 28. Februar 1881 in die Klinik aufgenommen. Sie will als Kind stets gesund gewesen sein. Menstruirt wurde sie seit dem 16. Jahr und zwar regelmässig alle 3 bis 4 Wochen 4 bis 5 Tage lang ziemlich stark. Sie ist verheirathet und hat fünf Kinder geboren, das erste etwa ein Jahr nach der Verheirathung. Die Geburten verliefen alle ohne ärztliche Hülfe, angeblich jedesmal in Kopflage, die Kinder lebten und sind alle ungefähr ein Jahr lang von der Mutter gestillt worden. Alle Wochenbetten verliefen normal, das Bett wurde mindestens 4 Tage lang gehütet. Die letzte Geburt war vor 12 Jahren, nach ihr trat die Periode bald wieder ein und verlief dann stets regelmässig bis zum Herbst des Jahres 1879. Damals nun bekam die Patientin nach ihrer Aussage und bestätigt durch die gütige Mittheilung des sie behandelnden Arztes Lungenentzündung mit Gelbsucht und während derselben trat ein

mehrere Tage dauernder mit Schmerzen verbundener ziemlich starker Blutverlust aus den Genitalien ein, der von der Patientin für ihre Regel gehalten wurde. Gleichzeitig bestanden heftige wehenartige Schmerzen im Kreuze und später kolikartige Schmerzen im ganzen Unterleib nach unten und nach dem Mastdarm zu ausstrahlend, die häufig wiederkehrten während der 17 Wochen, die sie damals zu Bett liegen musste. Genaueres über die Genitalaffection liess sich leider nicht mehr eruiren. Eine Digitaluntersuchung seitens des Arztes während der profusen Blutung ergab eine Vergrösserung des ziemlich tief stehenden Uterus. Nach Application von Kälte, Liquor ferri und Darreichung von Opiaten verschwanden Schmerzen und Blutung.

Sechs Wochen nach Verlassen des Bettes will die Patientin eine Blutung aus dem Mastdarm ohne Schmerzen gehabt haben, die 3 Tage lang währte und so stark gewesen sein soll wie die einer gewöhnlichen Regel. Aus den Genitalien ist nach dieser Zeit nie wieder eine Blutung erfolgt, aber sechs Wochen vor der Aufnahme in die Klinik soll noch einmal 3 Tage lang eine Blutung aus dem Mastdarm aufgetreten sein.

Seit jener Lungenentzündung hat die Patientin fortwährend über Schmerzen im Leibe zu klagen gehabt und zeitweise sollen dieselben bedeutend exacerbirt sein. Seit einem Jahre will sie sehr elend geworden sein. Der Stuhl war stets retardirt, der Urin normal, der Schlaf beim Nachlassen der Schmerzen leidlich, der Appetit schlecht.

Die klinische Untersuchung ergab folgendes Resultat: Am Abdomen zeigt sich ein vom Becken ausgehender, etwas nach rechts gelagerter, sehr beweglicher, etwa bis zur Nabelhöhe reichender Tumor, der ungefähr die Gestalt eines vergrösserten Uterus hat. Sein querer Durchmesser ist im

oberen und unteren Drittel etwas grösser als in der Mitte, wodurch der Tumor eine Sanduhr-Form erhält, seine Oberfläche ist glatt. Die Vulva ist verschlossen bis auf eine kleine Oeffnung, die noch vor der Urethralmündung liegt, so dass letztere nicht unmittelbar sichtbar ist. Der Verschluss erstreckt sich von der Stelle des Frenulum aus als ungefähr 2 bis 3 mm. dicke, breite Membran. Es ist aber weder eine Narbe noch sonst etwas Auffälliges zu entdecken. In der Narkose wird eine genaue Untersuchung von Rectum und Blase aus vorgenommen, die mit Bestimmtheit auf Grund der deutlich zu tastenden Peritonealverbindungen ergibt, dass der Tumor der vergrösserte Uterus ist. Die Diagnose wird daher auf Haematometra in Folge totaler Obliteration der Vagina und Vulva gestellt. Es wird beschlossen, vorläufig die Patientin in der Klinik zu beobachten und etwaige Symptome abzuwarten, da augenblicklich gar keine Beschwerden bestehen.

Am 6. März treten heftige wehenartige Schmerzen in der Mitte des Unterleibes und in der Kreuzgegend auf, die aber nach 15 Tropfen Tinct. opii nachlassen.

Am 8. März wird ein operativer Eingriff beschlossen. In der Chloroformnarkose wird der häutige Verschluss bis an die Stelle der kleinen Oeffnung und noch ein Stückchen darüber hinaus gespalten. Die Sondirung von der Blase, combinirt mit der Digitaluntersuchung vom Rectum aus, ergibt, dass zwischen Blase und Mastdarm in der Medianlinie nur eine einige Millimeter dicke Schicht Gewebe liegt, rechts von der Medianlinie aber verläuft von der obliterirten Vulva aus nach rechts und hinten zwischen Rectum und Blase straff gespannt ein etwa federkielicker Strang, dessen hinteres Ende sich an eine gegen das Rectum hin stärker prominierende, resistenter sich anfühlende Partie des Tumor inserirt,

die muthmaasslich der Vaginalportion entspricht. Dieser in seiner ganzen Länge deutlich palpirtbare Strang macht alle Bewegungen mit, die man von den Bauchdecken aus dem Tumor ertheilt; er ist vom Vestibulum aus für eine feinste Haarsonde auf 2 em. durchgängig. Aus diesem Befund ist wohl mit Sicherheit zu schliessen, dass der beschriebene Strang den Rest der früheren Vagina darstellt. Das Vestibulum ist kurz hinter der Harnröhrenmündung verschlossen, die Harnröhrenmündung ist weit und nach aussen umgewulstet.

Anbei gebe ich drei schematische Darstellungen des Befundes, eingezeichnet in möglichst correcte Normal-Beckenschemata, wie solche in der hiesigen Klinik zur sofortigen Einzzeichnung jedes vorkommenden pathologischen Falles dienen. Die erste Zeichnung ist im sagittalen Median-Durchschnitt gedacht, die zweite von vorne oben senkrecht auf die Ebene des Beckeneinganges, die dritte von vorne unten parallel der Ebene des Beckeneinganges; alle betragen genau ein Drittel der natürlichen Grösse und sind angefertigt nach den seiner Zeit ins Protokoll eingetragenen. Die Ansicht von vorne unten zeigt die vom Rectum aus deutlich getasteten Ligamenta Douglasii und die von den Bauchdecken aus getasteten Ligamenta rotunda. Die mediane Stellung ist künstlich hergestellt, ursprünglich steht der Tumor mehr nach rechts. Die Dicke der Uteruswandung ist angegeben nach der über sie bei der Punction gewonnenen Ueberzeugung. Der getastete Narbenstrang, der beschriebene einzige Rest der Vagina, ist der Deutlichkeit wegen durch eine gezackte Linie dargestellt; sein Ansatzpunkt am Uterus ist durch ein Kreuzchen hervorgehoben.

Auf Grund der nunmehr unzweifelhaften Diagnose der erworbenen, fast totalen Obliteration der Vulva und Vagina

bis an den Uterus heran verbunden mit Haematometra wird die Indication gestellt auf stumpfe Dilatation des auf 2 cm. durchgängigen Stranges bis an den Uterus heran und darauf folgende Punction des Uterus.

Fig. I.

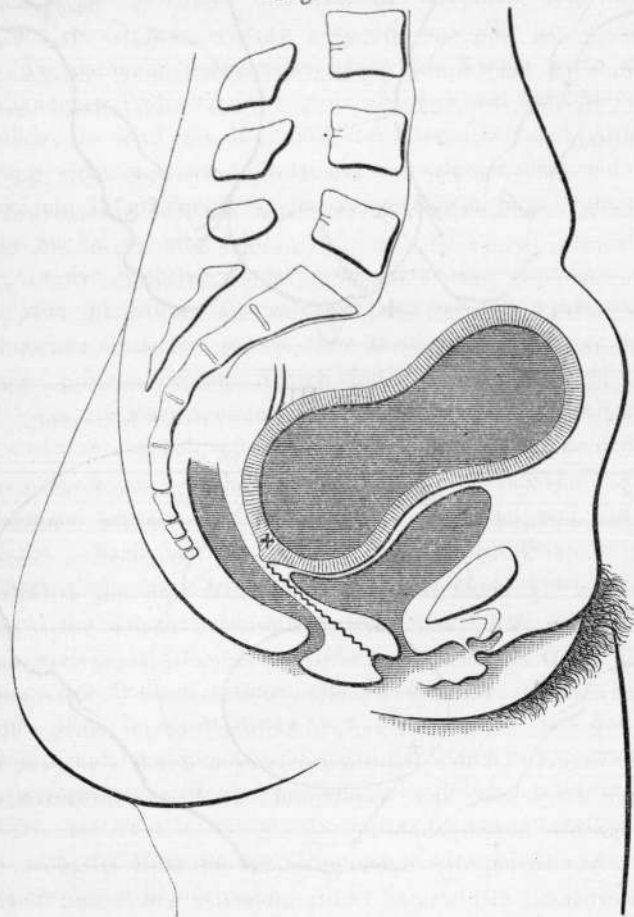


Fig. II.

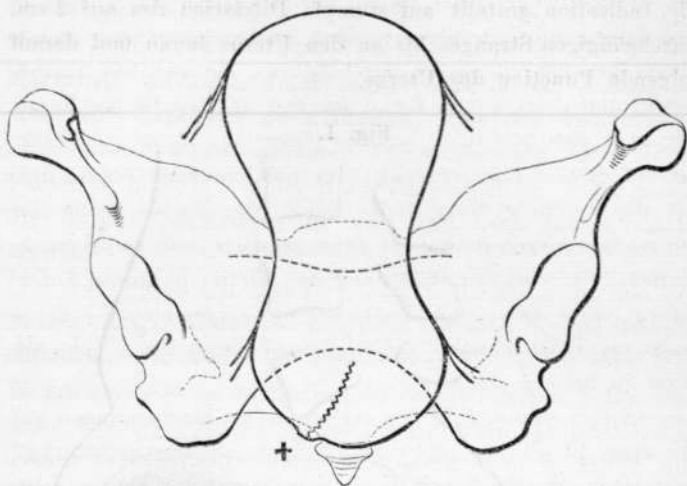
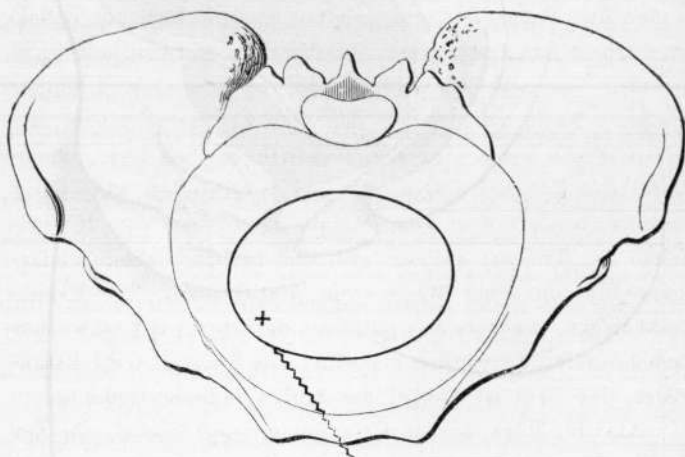


Fig. III.



In derselben Sitzung und Narkose wird deshalb zunächst mit einer feinen Sonde der minutiöse Kanal, der in den Strang führt, erweitert, dann eine etwas dickere Sonde eingeführt und schliesslich durch Bohren und ähulichte stumpfe Bewegungen der ganze Kanal bis fast an den Uterus heran, wie man sich von Blase und Mastdarm aus überzeugen kann, bis auf etwa 6 mm. eröffnet. Da sich nun aber ergab, dass für die nunmehr festgestellte Länge des Kanals keine der vorhandenen Troicartkanülen ganz geeignet war zum Liegenbleiben, so wird die Eröffnung des Uterus bis nach Anfertigung eines passenden Instrumentes aufgeschoben und so lange ein Elfenbeinstift in den neugebildeten Kanal, um ihn offen zu halten, eingelegt.

In den nächsten Tagen treten keine Erscheinungen auf bis zum 11. März, an welchem sich wieder wehenartige Schmerzen einstellen, jedoch ohne Temperaturerhöhung; 0,06 Opium bringen sie zum Verschwinden.

Am 19. März endlich wird nach Wiederholung der schon in der Zwischenzeit öfters geübten Desinfection zur definitiven Operation geschritten. In der Chloroformnarkose wird nochmals der alte Weg mit Sonde, Sperreisen und Finger dilatirt. Nach rechts, wo das Gewebe des Stranges die grösste Dicke hat, wird die Troicarthülse auf 6 cm. eingeführt, der Troicart eingesteckt und vorgestossen stets unter Controle zweier Finger vom Rectum aus. Nach dem Herausziehen des Troicart entleert sich dickflüssiges, chokoladefarbenes Blut in einer Menge von 520 Gramm. Die Kanüle bleibt liegen, mehrere Ausspülungen des Uterus mit schwacher Carbolsäurelösung werden gemacht, alle Stunden wird kathetrirt, der Urin ist blutig, das übrige Befinden tadellos.

Am 20. März ist der Urin immer noch blutig, aus der Kanüle fliessen nichts mehr.



Am 21. März ist der Urin völlig klar, zieht man aber die Kanüle 2 cm. zurück, so entleert sich aus derselben klarer Urin. Der Uterus hat sich, soweit man von den Bauchdecken aus fühlen kann, auf fast normale Grösse verkleinert. Empfindlichkeit besteht nirgends, sie ist überhaupt nie dagewesen.

Am 23. März ist der Urin ganz hell, beim Zurückziehen läuft immer noch Urin aus der Kanüle.

Am 24. März ergibt eine Untersuchung, dass die Durchschnittsmenge des auf einmal gelassenen Urins 60 Gramm beträgt. Mit der Sonde V in der Blase ist ziemlich breiter Metallkontakt zu fühlen. Das subjective Befinden ist völlig normal.

Am 25. März fliesst beim Zurückziehen der Kanüle kein Urin mehr aus derselben, sie wird entfernt. Alle Stunden wird kathetrisirt, sonst fliesst kein Urin ab.

Bei völligem Wohlbefinden, mit freier Communication vom Uterus bis zur Vulva und mit völliger Continenz der Blase wird am 4. April die Patientin auf ihren Wunsch in die Heimat entlassen, jedoch mit der Weisung, bei eintretenden Beschwerden sofort wieder in die Anstalt zurückzukehren. Die neue Vagina ist ungefähr 8 cm. lang und 2 cm. weit, verläuft ziemlich gerade, etwas von der Medianlinie nach rechts abweichend, bis in den Uterus, dessen Vaginalportion fehlt; die neue Oberfläche der Scheide besteht aus mässig festem Narbengewebe.

Am 21. Februar 82 kam die Frau abermals in die Klinik. Es wird Folgendes constatirt: Nach dem 4. April 81 ist dreimal die Menstruation durch die neue Vagina erfolgt, sie war jedesmal reichlich und dauerte 3 bis 6 Tage, war aber jedesmal mit Schmerzen verbunden, in Folge deren sie wiederum den Arzt des Ortes consultirte, der mit gutem

Erfolg dieselbe Therapie einleitete wie früher. Seit Weihnachten bemerkte die Patientin jedoch eine Zunahme des Leibesumfanges und bald darauf stellten sich Leibesmerzen ein, die täglich von etwa 8 Uhr Morgens bis 3 Uhr Nachmittags währten und seitdem fast nie wieder ganz verschwunden sind. Sonstige Klagen sind nicht vorhanden, nur der Appetit soll stets gering gewesen sein, der Stuhlgang ist regelmässig, die Urinentleerung schmerzlos.

Die Untersuchung ergibt einen Befund, der dem vom 8. März 81 in allen Einzelheiten vollkommen gleicht, nur ist der Tumor kleiner als damals. Von Rectum und Blase lässt sich in Chloroformnarkose auch jetzt wieder ein Strang tasten, der rechts von der Mediaulinie verlaufend das Vestibulum mit einem tieferen Tumorsegmente verbindet, auch kann an der Stelle, wo dieser Strang an den Tumor sich ansetzt, wieder die buckelige Hervorragung des Tumor constatirt werden, die als Rest einer früheren Vaginalportion angesprochen werden muss. Die Urethra ist noch etwas weiter wie früher, für einen Finger bequem durchgängig.

Da die Klagen der Patientin nur gering sind, wird beschlossen, vorläufig von einer abermaligen Operation abzussehen, bis etwa neue Menstruationsbeschwerden oder sonstige Erscheinungen auftreten sollten. Es wird ruhige Bettlage in der Anstalt verordnet.

Am 2. März giebt die Patientin an, dass seit einigen Tagen Blut per rectum abgeht, was denn auch noch constatirt wird. Es ist frisch aussehendes rothes Blut und hat keine Aehnlichkeit mit der aus dem Tumor früher entleerten Flüssigkeit. Die Digitaluntersuchung ergibt keine fühlbare Oeffnung des Tumor nach dem Rectum hin, es wird daher angenommen, dass die Blutung aus den Mastdarmvenen erfolgt ist. Der Uterus macht übrigens den Eindruck, als habe

er sich seit dem 27. Februar etwas verkleinert, sein grösster Breitendurchmesser, durch die Bauchdecken gemessen, ist 6 cm., der Fundus steht 5 cm. über der Symphyse.

In den nächsten Tagen erfolgt keine Blutung mehr.

Am 9. März verliess die Patientin die Anstalt wieder, da sie durchaus zur Pflege ihres krank gewordenen Mannes nach Hause wollte. Es bestanden augenblicklich gar keine Beschwerden, dennoch wurde ihr aufgetragen, sobald als möglich in die Anstalt zurückzukehren, da eine abermalige Punction und Scheidenbildung in Aussicht genommen ist für den Fall ernstlicher Beschwerden. Da die Frau aber bereits beinahe 50 Jahre alt ist, neue Menstruationen möglicherweise also ausbleiben, ist wohl ziemlich gleichberechtigt die Aussicht, dass die Indication zu neuer Eröffnung des Uterus nicht wieder eintritt.

Ueberblicken wir diesen Fall, so bietet er interessante Eigenthümlichkeiten, die ihrer Seltenheit wegen besonderer Besprechung werth erscheinen.

Gehen wir den Fall noch einmal durch.

Wir haben eine Frau vor uns von 48 Jahren, die früher nie krank gewesen ist, sie soll allerdings nach Aussage des Arztes stets in sehr ähnlichen Verhältnissen gelebt haben, wodurch auch erklärt wird, dass leider die Krankengeschichte des Herbstes 1879 so lückenhaft und spärlich vorhanden ist, sie hat eben erst sehr spät und nur einige wenige Male consultirt.

Fünf Geburten sind völlig normal verlaufen, Uterus und Vagina scheinen durchaus keinen Schaden davon getragen zu haben, denn die Menstruation ist nach der letzten Geburt noch zehn Jahre lang ohne Beschwerden erfolgt.

Die Lungenentzündung, die die Patientin im Herbst 79

durchgemacht hat, hat unzweifelhaft die Atresie nach sich gezogen. Dieselbe ist eine schwere, biliöse, asthenische Pneumonie mit typhoiden Erscheinungen gewesen, die jedenfalls eine secundäre Entzündung des perivaginalen Bindegewebes und vielleicht auch des Uterus angeregt hat, wie ja solche secundären Entzündungen anderer Organe, wie Parotitis, Thyreoiditis, Zellgewebphlegmone, besonders am Halse bei den epidemisch asthenischen Formen vorkommen.

Es unterliegt aber auch keinem Zweifel, dass bedeutende Substanzverluste stattgefunden haben müssen, denn die Dünne des Gewebes zwischen Blase und Mastdarm, die mit Ausnahme des einen auch nur federkieldicken Stranges nur einige Millimeter beträgt, ist sehr auffällig. Da zweifellos zu dieser Zeit das Lumen der Vagina verloren gegangen ist, so hat man die Wahl anzunehmen, ob nach ausgebreiteten, vielleicht diphtherischen Ulcerationen die Wände der Vagina mit einander verwachsen sind, oder ob etwa durch einen Process, ähnlich der von Marconnet und Minkiewitsch in Virchow's Archiv Band XXXIV und Band XLI beschriebenen Perivaginitis phlegmonosa dissecans, die ebenfalls mit typhoiden Erscheinungen und andern Entzündungen verläuft und schliesslich zur Ausstossung der ganzen gangränösen Scheide nebst vaginaler Portion und zu späterer Atresie oder Stenose führt, das ganze vaginalrohr brandig abgestossen und dann erst die Verwachsung erfolgt ist. Die Kranke weiss nichts zu berichten über ausgestossene Gewebspartien, doch sind ihre Angaben in Betreff jener Krankheit überhaupt höchst mangelhaft.

Die Thatsache, dass von der Vagina der Frau, die 5 Kinder geboren hat, nur ein federkieldicker Strang übrig geblieben ist, macht es meines Erachtens wahrscheinlicher, dass das ganze vaginalrohr brandig abgestossen ist. Doch mag dem sein, wie ihm wolle, soviel steht fest, dass die Patientin

eine Pneumonie gehabt hat, und im Anschluss an dieselbe nach einem reichlichen und langdauernden Blutverlust aus den Genitalien ihre Vagina zu einem dünnen Strang geworden ist: ein Krankheitsbild, das meines Wissens in der Literatur noch nicht verzeichnet ist.

Die Symptome der Haematometra bieten nichts von anderen beschriebenen Fällen Abweichendes.

Die eigenthümliche Gestalt des blutgefüllten Tumor konnte von vorneherein die Vermuthung nahe legen, dass nur der obere Abschnitt desselben der Uterus, der untere Abschnitt dagegen ein Theil der Vagina sei, dass somit also nur der untere Abschnitt der Vagina obliterirt sei. Diese Vermuthung muss aber auf Grund des Befundes von der Hand gewiesen werden. Denn erstens hatte der obliterirte Strang und die später aus demselben künstlich hergestellte Vagina die Länge von acht Centimeter, zweitens zeigte die Stelle, an welcher der Strang sich dem Blutumor inserirte, eine vom Rectum deutlich fühlbare Verdickung des Gewebes, die nach Sitz und Beschaffenheit als vaginalportion am nächstliegenden zu deuten ist, und drittens, das ist der am meisten zwingende Grund, gingen von dem Tumor c. 3 cm. oberhalb dieser Stelle die Douglas'schen Falten zur Hinterwand des Beckens ab. Die Einschnürung, die der Tumor etwas unter seiner Mitte zeigt, entspricht mithin ungefähr der Gegend des inneren Muttermundes und die beiden übereinander gelegenen Abschnitte des Tumor entsprechen dem cavum corporis und dem cavum cervicis uteri.

Ueber die Natur der sechs Wochen nach dem Verlassen des Bettes und sechs Wochen vor der Aufnahme in die Klinik aus dem Mastdarm erfolgten Blutungen lassen sich verschiedene Hypothesen aufstellen; entweder ist eine Ruptur des Uterus direct in den mit ihm verwachsenen Mastdarm

erfolgt, oder es hat durch Austritt des Blutes aus den Tuben eine retrouterine Haematocele, die sich in dem Mastdarm Luft gemacht hat, bestanden, oder drittens die Blutung ist eine vikariirende aus den Mastdarmvenen gewesen. Die erste Vermuthung würde eine vorgängige Verwachsung des Uterus mit dem Rectum voraussetzen. Die vollkommen freie Beweglichkeit des Uterus, die Abwesenheit peritonealer Schwarten, welche dem vom Rectum aus tastenden Finger nicht entgangen sein könnten, sprechen gegen diese Vermuthung. Die genannten Palpationsbefunde lassen es auch ausschliessen, dass kurz zuvor eine retrouterine Haematocele bestanden und per rectum sich entleert hätte, ganz abgesehen davon, dass auch die von der Frau referirten Symptome einer Haematocele nicht entsprechen. Ich neige daher am meisten zur Annahme von vikariirenden Blutungen aus den gefüllten Mastdarmvenen, die ja auch anderweitig beobachtet sind; eine solche ist auch die in der klinischen Zeit aus dem Rectum beobachtete Blutung gewesen, denn eine Oeffnung im Mastdarm ist trotz mehrfacher Untersuchung, wie bereits erwähnt, nicht aufgefunden worden, auch lieferte sie frisches rothes Blut, Blut von ganz anderer Beschaffenheit als das, welches aus dem Tumor entleert wurde, und eben solch frisches rothes Blut soll beide Male zuvor abgeflossen sein.

Betrachten wir nun noch kurz die aus dem Fall abgeleitete Indication und die eingeschlagene Therapie.

Der Zustand der Kranken machte ein energisches Vorgehen unbedingt nöthig und definitive Heilung konnte nur durch eine künstliche Scheidenbildung und Punction des Uterus erzielt werden. Der Narbenstrang mit seinem kaum nachweisbaren Lumen bietet den Weg zur Operation.

Auf Grund der von andern Autoren beschriebenen Erfolge wird das Hantiren mit stumpfen Instrumenten als das

einzig rationelle gewählt. Denn erstens kann man die bohrenden Bewegungen einer Sonde oder des Fingers weit besser von Blase und Rectum aus controliren, als scharfe Schnitte eines Messers und zweitens haben frühere Erfahrungen gelehrt, dass die narbige Verwachsung der neuen Vagina nach Schnitten weit schneller und unvermeidlicher vor sich geht, als dieselbe nach Trennung mit stumpfen Instrumenten erfolgt.

Dies zeigt besonders ein von Emmet beschriebener Fall, den ich kurz mittheilen will. Es handelte sich um eine Frau, bei der nach einer schweren Entbindung die Vagina obliterirt war, fünfmal wurde im Verlauf eines Jahres die stets wieder verwachsene Vagina mit dem Messer getrennt, das sechste Mal wurde nur durch Laceration mittelst eines Fingers nach dem andern die neue Vagina geschaffen und bei derselben Nachbehandlung und unter ganz denselben Umständen blieb die Verwachsung in der Folgezeit aus.

Diese zuerst von Amussat im Jahre 1832 angewandte, von Emmet bedeutend verbesserte Methode hat stets die besten Erfolge erzielt. Einen Hauptwerth legt Emmet darauf, dass die Scheidenbildung in einer Sitzung vollendet wird, da sonst leichter Entzündung eintritt. Amussat operirte langsam und in einzelnen Absätzen <sup>1)</sup>.

Derartige Bildung einer neuen Vagina gehört zu den schwierigsten und gefährlichsten Operationen der Gynaekologie, besonders bei so geringem Narbengewebe wie in unserm Fall, da man vollständig im Dunkeln arbeiten muss, nur auf sein Gefühl angewiesen ist, und jedes fehlerhafte Abweichen nach oben, unten oder seitwärts Blase, Mastdarm oder Peri-

1) Die ausführliche Beschreibung der Emmet'schen Methode nebst einer Anzahl interessanter Fälle findet sich in Emmet's: „Principien und Praxis der Gynaekologie, deutsch von Dr. Rothe“, Cap. XI.

toneum eröffnet und somit sofort einen Defect schafft, der das Leben unmittelbar gefährdet und dessen Heilung fast stets eine neue schwierige Operation nöthig macht. Zahlreiche derartige, mit letalem Ausgang endigende Operationen, selbst von den tüchtigsten Operateuren ausgeführt, sind bekannt, und Scanzoni macht deshalb sogar den Vorschlag, die Punction vom Rectum aus stets vorzuziehen; sie hat jedoch, wie bereits erwähnt, auch ihre grossen Gefahren und Nachtheile.

In unserm Falle gelang es unter Controle von Blase und Rectum aus ungefährdet den Uterus zu erreichen, und die dann nach einigen Tagen vorgenommene Punction glückte ebenfalls. Langsam, aber vollständig floss die grosse Menge eingedickten Blutes ab.

Das Allgemeinbefinden der Patientin war in den folgenden Tagen durchaus zufriedenstellend. Der Rest der Retentionsflüssigkeit, die noch einige Tage die Uteruswände überzieht, bis sie sich zersetzt und zu wässriger Consistenz zerfällt, floss langsam aus der liegengebliebenen Kanüle. Kein Zeichen einer eingetretenen Blutvergiftung erfolgte, obgleich die Gefahr einer solchen in dieser Zeit ganz besonders gross ist in Folge der häufig eindringenden atmosphärischen Luft, deren septische Keime dann putride Zersetzung des Flüssigkeitsrestes verursachen. Antisepsis ist deshalb eine der Hauptbedingungen, die in dieser Zeit aufs Genaueste in jeder Beziehung erfüllt werden müssen. Häufige Ausspülungen des Uterus mit antiseptischen Wässern stehen obenan, sie beschleunigen auch den Ausfluss des Flüssigkeitsrestes. Sie wurden angewandt und hatten den besten Erfolg. Antiseptische Watte vor das aus der Vagina herausragende Ende der Kanüle gelegt, desinficirt die in den Uterus gelangende atmosphärische Luft.

Auch das zweite lebensgefährliche Ereigniss, dem nach glücklich überstandener Operation manche Patientin noch zum Opfer gefallen ist, trat nicht ein, nämlich das Platzen von Blutsäcken in den Tuben. Leider ist dasselbe gewöhnlich gar nicht vorauszusehen und zu verhindern, da solche Blutsäcke unserer Erkenntniss nur sehr selten zugänglich sind. Ganz spontan oder bei etwas heftigen Bewegungen oder bei Action der Bauchpresse kann die Berstung erfolgen, denn erstens wird durch die Entleerung des Uterus der abdominelle Druck sehr herabgesetzt, während der Druck in den gefüllten Tubarsäcken derselben geblieben ist, nach der Seite des geringeren Druckes, das heisst nach der Bauchhöhle, kann also leicht der Durchbruch stattfinden, besonders da die Tubarsäcke allen äusseren schädlichen Einwirkungen jetzt noch viel mehr ausgesetzt sind als vorher; zweitens entsteht durch die Entleerung und Lageveränderung des sich verkleinernden Uterus eine Zerrung der häufig mit ihrer Umgebung, besonders dem parietalen Peritoneum, verwachsenen Tuben, die dann in Folge dessen platzen. Aeusserer Druck auf den Uterus, um den Ausfluss zu fördern, darf daher nie angewandt werden, er hat öfters zur Berstung geführt. Contractionen des Uterus sind wahrscheinlich ein sehr nebensächliches Moment, während aber septische Infection die Gefahr des Berstens vergrössert.

Trotz grösster Sorgfalt bei der Durchstechung des letzten Endes der obliterirten Vagina, trotzdem der Troicart möglichst nach dem vom Rectum aus controlirenden Finger geführt wurde, hatte es doch nicht vermieden werden können, eine Falte der Harnblase, die dem Rudiment der Vagina und dem Uterus dicht anlag, zu verletzen, wie sofort aus dem Blutgehalt des zunächst entleerten Urins ersichtlich war; um so nothwendiger war es, die in den Uterus reichende Kanüle

bis zur vollständigen Entleerung und Desinfection des Uterus liegen zu lassen. Die unangenehme und nicht ganz ungefährliche Complication blieb in Folge dessen ohne weiteren Nachtheil auf den Verlauf; nach fünf Tagen bereits war die Fistel spontan geheilt, obgleich der von der Blase aus gefühlte Metallcontact ein ziemlich breiter gewesen war.

Solche Fälle von Verletzung der Blase durch die Punction mittelst des Troicart sind mehrfach vorgekommen; einen, der zu septischer Pilegmone des Beckenbindegewebes und zu letalem Ausgang führte, beschreibt Breisky, ein Fall, der noch besonderes Interesse durch eine kolossal ausgedehnte aber nicht geborstene Tube bot.

Sechzehn Tage nach der Punction konnte unsere Patientin bereits bei völligem Wohlbefinden die Klinik verlassen. Die Menstruation durch die neue Vagina ist dreimal zu Hause erfolgt, dann jedoch ist die Obliteration von Neuem eingetreten, unzweifelhaft durch die allmähliche Contraction des Narbengewebes, da neue Schädlichkeiten nicht eingewirkt zu haben scheinen. Dies Ereigniss war wohl vor auszusehen, denn prophylaktische Maassregeln, wie etwa das zeitweise Einlegen eines Glaspflockes in die Vagina, das Emmet so warm empfiehlt, hatten der Verhältnisse halber nicht getroffen werden können. Ganz ohne solche Maassregeln, eine Zeit lang nach der Operation und nach jeder späteren Menstruation angewandt, ist nie die neue Vagina in ihrer ganzen Länge und Weite offen geblieben.

Bei ihrem zweiten Eintritt in die Klinik zeigte daher die Patientin abermals einen stark vergrösserten Uterus, wenn auch nicht so bedeutend wie im Jahre vorher; die Vagina ist wieder zu einem dünnen Narbenstrang obliterirt, der dieselben Eigenschaften zeigt wie der vorjährige.

Ich erwähnte bereits, dass eine Indication zu einer

zweiten Operation noch nicht vorhanden war, dass vielmehr sogar auf Grund des Alters der Patientin die Hoffnung besteht, das bevorstehende Climacterium werde alle Beschwerden beseitigen, selbst wenn der Uterus nie ganz wieder seine frühere Grösse erreichen sollte. Auf ihren Wunsch wurde deshalb die Frau vorläufig wieder entlassen, wird aber stets noch der Beobachtung unterworfen sein. —

Zum Schluss sage ich meinem lieben Onkel, dem Herrn geheimen Hofrath Dr. B. Schultze, der mir die Veröffentlichung dieses Falles gestattete und bei der Anfertigung dieser Arbeit in freundlicher Weise behülflich war, sowie dem Herrn Professor Dr. Küstner, der mich ebenfalls durch seinen Rath unterstützt hat, meinen innigsten Dank.



15046