

Ein Fall

von

Haematocele retrouterina.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Söxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

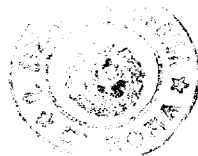
der medicinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

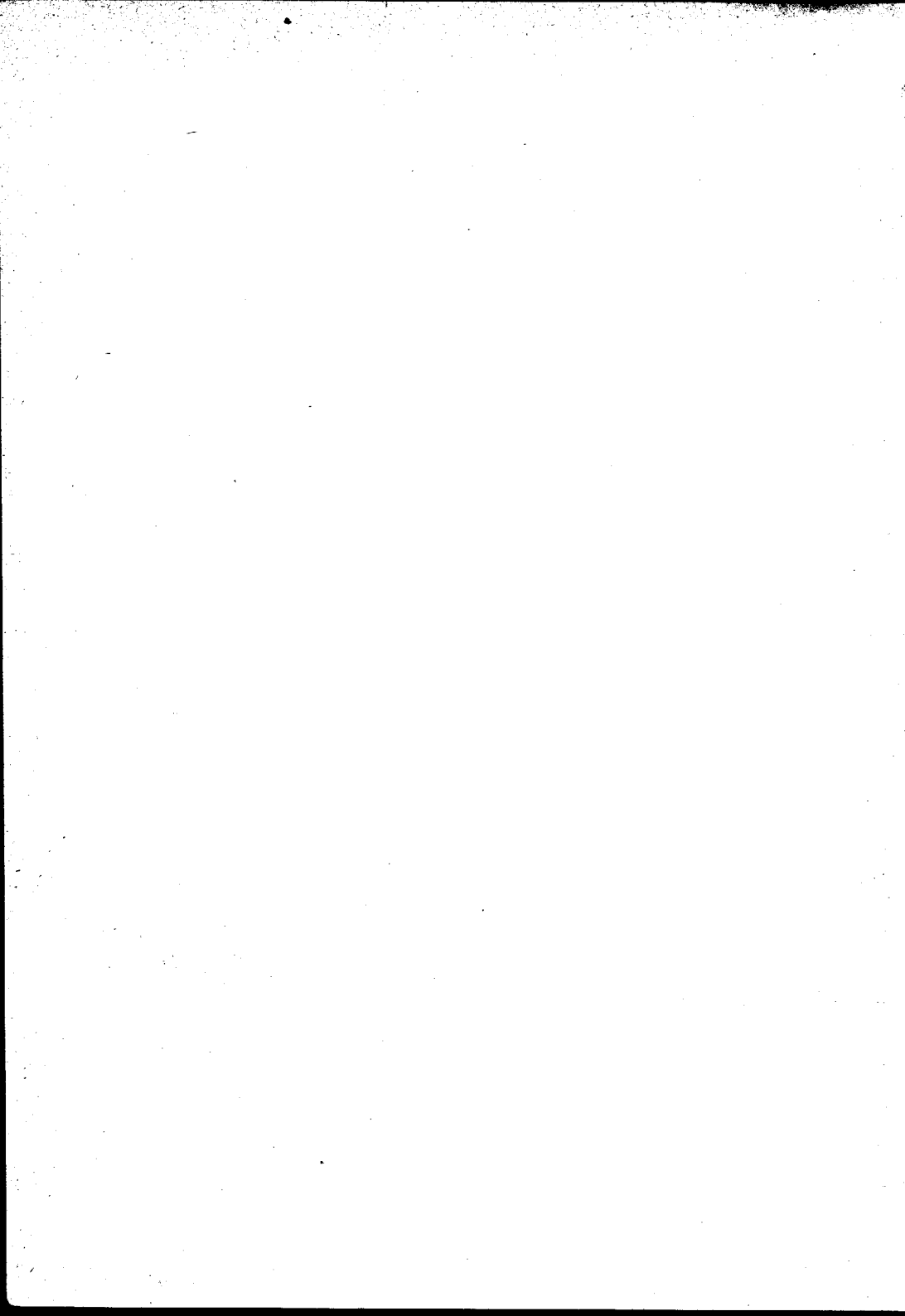
Elimar Hansing

approb. Arzt aus Oldenburg i. Gr.



Tübingen, 1893.

Verlag von Franz Pietzcker.



Ein Fall

von

Haematocele retrouterina.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

• der

Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Söxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

der medicinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Elimar Hansing

approb. Arzt aus Oldenburg i. Gr.

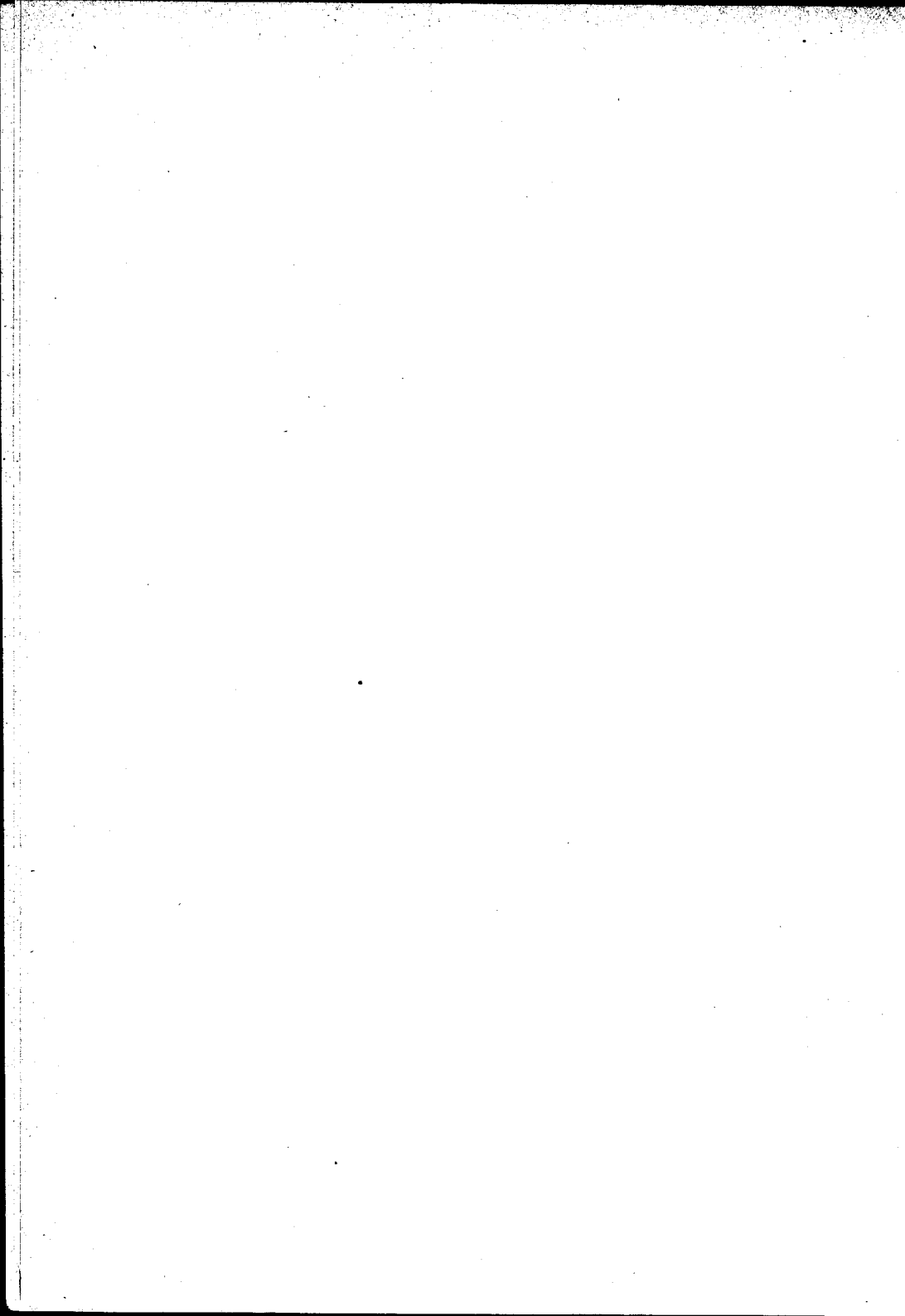


Tübingen, 1893.

Verlag von Franz Pietzcker.

Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. von Söxinger, sage ich für die gütige Überlassung des Materials, Herrn Dr. W  nternitz für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung vorliegender Arbeit meinen verbindlichsten Dank.



Ein Blick in die Litteratur lehrt, dass Fälle von Haematocele retrouterina nicht allzu häufig Gegenstand einer Publikation geworden sind. Es ist deshalb von Interesse, jeden klinisch sicher diagnosticirten und beobachteten Fall, soweit er hinsichtlich der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie bemerkenswertes bietet, zu veröffentlichen. Herr Professor v. Söxinger hatte nun die Güte, mir einen im Wintersemester 1892/93 aufgenommenen und noch jetzt in Beobachtung und Behandlung stehenden Fall von Haematocele retrouterina zur Beschreibung zu überlassen; und es ist der Zweck dieser Arbeit, einerseits die Kasuistik um einen weiteren Fall zu bereichern, andererseits im Anhang die in den Arbeiten von Schickler¹⁾ und Grein²⁾ beschriebenen Fälle von Haematocele retrouterina der besseren Übersicht wegen anzufügen.

Der Fall, welcher hier behandelt werden soll, ist folgender:

Frau Cath. G., 29 Jahre alt, aufgenommen in die hiesige Klinik am 20. Januar 1893.

Anamnese: Die Periode trat im 18. Jahre ein und war stets regelmässig 4wöchentlich 4—5tägig mit mässigem Blutverlust und in den ersten Tagen mit Schmerzen verbunden.

Patientin ist verheiratet und hat zweimal geboren, das letztemal vor 4 Jahren. Die Kinder leben, die Geburten verliefen normal.

1) E. Schickler, über Haematoc. retrout. Inaug.-Dissert. Tüb. 1887.

2) E. Grein, 2 Fälle v. Haematoc. retrout. Inaug.-Dissert. Tüb. 1889.

Vor ungefähr 4 Wochen trat spontan ohne äussere Veranlassung eine mässige Blutung gleichzeitig mit wehenartigen Schmerzen ein, nachdem die Periode 7 Wochen lang ausgeblieben war.

Seither, also seit 4 Wochen, dauert die Blutung mit wechselnder Stärke fort. Die wehenartigen Schmerzen haben aufgehört und an deren Stelle sind Kreuzschmerzen getreten. Seit 14 Tagen bemerkt Patientin, dass ihr Bauch grösser wird; während dieser Zeit sei ihre Gesichtsfarbe eine immer blässere geworden. Auch fühlt sich Patientin seither immer müde und matt. Beim Stuhlgang sind Kreuzschmerzen vorhanden. Patientin hat häufigen Drang zum Wasserlassen.

Status praesens: Mittelgrosse, blass und verblutet aussehende Patientin. Der Puls ist verhältnismässig gut. Temperatursteigerung ist nicht vorhanden.

In der Unterbauchgegend fühlt man einen bis zum Nabel reichenden elastischen, schmerzlosen Tumor, dessen Oberfläche an einzelnen Stellen Furchen und Einziehungen zeigt. Knistern ist nicht nachweisbar.

Innerliche Untersuchung: Aus der Scheide fliesst dunkelgefärbtes Blut. Der Uterus ist elevirt und eng an die Hinterfläche der Symphyse durch einen mannskopfgrossen, prall elastischen, schmerzlosen Tumor herangedrängt, der nach oben bis zum Nabel reicht.

Das hintere Scheidengewölbe ist halbkugelig nach abwärts und vorwärts gedrängt und vorgewölbt. Der Uterus liegt der Vorderfläche des Tumors direkt an, lässt sich für sich heraustasten und bewegen. Vom Mastdarm aus fühlt man den halbkugelig vorgewölbten Douglas, der sehr prall gespannt, jedoch schmerzlos ist.

Eine am 4. März 1893 vorgenommene Untersuchung ergab im Wesentlichen die gleichen Verhältnisse; es reichte aber der Tumor nur noch bis 2 Finger breit unterhalb des Nabels und zeigte an einzelnen Stellen eine grobhöckerige Beschaffenheit. —

Die Diagnose wurde auf Haematocele retrouterina gestellt, und es interessirt uns zunächst am meisten, auf Grund welcher aetiologischer Momente und welcher Symptome diese Diagnose in unserem Falle gerechtfertigt werden kann.

Mit ziemlicher Übereinstimmung sind in den verschiedenen Lehrbüchern (z. B. von Schröder, Martin u. a.) und Arbeiten (z. B. von Schickler) als Ursachen für Hämatocelebildung folgende angegeben:

1) Blutungen bei Tubenschwangerschaft infolge geplatzter Tube.

2) Blutungen von den Ovarien her, die entweder während oder ausser der Ovulation durch Bersten kleiner variköser Gefässe zustande kommen, oder in der Weise, dass sich im Ovarium zunächst eine Blutcyste bildet, die dann infolge einer Ruptur ihren Inhalt in die Bauchhöhle entleert.

3) Blutungen aus den breiten Mutterbändern durch Bersten variköser Venen.

4) Blutungen vom Uterus durch die Tube bei bestehender Hämometra.

5) Blutungen aus den vaskularisierten Pseudomembranen, die nach partieller Pelvicoperitonitis entstanden sind.

Es fragt sich nun, welche von diesen Ursachen in unserem Fall für die Bildung der Hämatocele am meisten in Anspruch zu nehmen ist; und da geben gerade die anamnestischen Erhebungen einen hinlänglichen Aufschluss, so dass die Annahme einer Blutung infolge geplatzter Tube die grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Denn es sind

Symptome

vorhanden, die von den meisten Autoren als in diesem Falle geradezu charakteristisch aufgestellt worden sind.

(Aus Zweckmässigkeitsgründen sollen zuerst die Symptome der geplatzten Tubenschwangerschaft und im Anschluss daran die der Hämatocele überhaupt besprochen werden.)

Die wichtigsten Symptome sind vor allen das siebenwöchentliche Ausbleiben der Periode, das darauf folgende Auftreten von mässigen Blutungen unter wehenartigen Schmerzen und die Vergrösserung des Uterus. Freilich gehört eine frühzeitige Diagnose auf Tubenschwangerschaft zu den grössten Seltenheiten, und man hat zum Beweise Abgang von Teilen des Fötus verlangt. Indessen neigt man sich in neuerer Zeit, wohl mit Recht, der Ansicht zu, dass es sich bei einem der Erkrankung vorangehenden Ausbleiben der Periode meist um Tubenschwangerschaft handle, auch wenn ein sicherer Nachweis durch Abgang von Deciduazellen oder Chorionzotten nicht geliefert werden kann¹⁾.

Nach einer Statistik Veit's soll bei 146 beobachteten Hämatocelexen 40 mal Tubenschwangerschaft die Ursache sein; und in diesem Sinne sprechen sich auch neuere Forscher²⁾ aus, welche die geplatzte Tubenschwangerschaft als relativ häufige Ursache der Hämatocele hinstellen.

Schröder³⁾ z. B. sagt: «Welche Bedeutung die Amenorrhoe hat, die in auffallend vielen Fällen seit den letzten zwei bis drei Monaten bestanden hat und wegen derer die Frauen sich oft selbst für schwanger gehalten haben, kann kaum zweifelhaft sein. Ich habe schon oben darauf hingewiesen, dass es sich in der Mehrzahl dieser Fälle um Tubenschwangerschaft handelt, deren Ausgang in Ruptur die Bildung der Hämatocele herbeigeführt hat».

1) Veit, Deutsche Zeitschr. für pract. Med. 1877, Nr. 34.

2) Vgl. Schickler, l. c. pag. 11.

3) Schröder, Lehrbuch pag. 569.

Aller Wahrscheinlichkeit nach gehört hierher der unter Nr. 1 angeführte Fall von Schickler, bei dem es in der Anamnese wörtlich heisst: »In der Ehe sind die Schmerzen vor der Regel stärker geworden. Nachdem die Regel 7 Wochen cessirt hatte, was früher nie vorkam, erkrankte Patientin unter Schmerzen im Bauch; zugleich stellte sich Blutung aus den Genitalien ein«.

Desgleichen führt Grein¹⁾ aus, dass in dem von ihm veröffentlichten ersten Fall die Hämatocele wahrscheinlich auf Tubenschwangerschaft zurückzuführen sei.

Von den anderen Symptomen, welche unser Fall bietet, und die sich mit mehr weniger Regelmässigkeit in den Lehrbüchern und Krankengeschichten²⁾ wieder vorfinden, sind als wichtigste, in subjective und objective unterschieden, zu nennen:

1) Subjective: Im Beginn der Erkrankung hatte Patientin über wehenartige Schmerzen zu klagen; diese hörten bald auf und an ihre Stelle traten Kreuzschmerzen, die sich beim Stuhlgang deutlicher bemerkbar machten. Die Lokalisation dieser Schmerzen lässt sich nun unschwer aus der Art derselben bestimmen; meist handelt es sich wohl um lokale Reizungszustände des Peritoneums, und die Kreuzschmerzen weisen mit ziemlicher Sicherheit auf den Douglas'schen Raum hin.

Im Anschluss an die Schmerzen stellten sich Blutungen ein, die im Beginn der Erkrankung, also 4 Wochen vor der Aufnahme, spontan ohne äussere Veranlassung in mässiger Weise auftraten und dann mit wechselnder Stärke fort dauerten.

Die sich selbst beobachtende Patientin hat dann be-

1) Grein, l. c. pag. 14.

2) Schickler, l. c. pag. 33 ff. Grein, l. c. pag. 3 ff.

merkt, dass ihr Bauch grösser und ihre Gesichtsfarbe eine immer blässere geworden sei; seit der Zeit habe sie sich immer müde und matt gefühlt. Auch klagt sie über Drang zum Wasserlassen.

Eine Vervollständigung und gewissermassen Bestätigung erfahren diese Angaben der Patientin durch das Resultat der äusseren und inneren Untersuchung; die dabei ermittelten Symptome will ich kurzweg anführen als

2) objective: Die blass und verblutet aussehende Patientin bietet das Bild hochgradiger Anämie dar. Erwähnt mag werden, dass der gleiche Befund sich in den sämtlichen von Schickler und Grein veröffentlichten Fällen findet.

Die äussere Untersuchung ergibt einen bis zum Nabel reichenden elastischen Tumor.

Durch die kombinierte Untersuchung wird festgestellt, einerseits dass ein prall elastisch sich anführender Tumor das hintere Scheidengewölbe nach abwärts und vorwärts gedrängt und gewölbt hat, und andererseits dass der Uterus in elevirter Stellung eng an die Hinterfläche der Symphyse gedrückt ist, jedoch der Vorderfläche des Tumors beweglich anliegend.

Vom Mastdarm aus fühlt man den prall gespannten und halbkugelig vorgewölbten Douglas.

Im Ganzen betrachtet lassen sich diese Symptome im Wesentlichen auf 3 Quellen zurückführen¹⁾, auf die partielle Peritonitis, auf die innere Blutung und auf die dadurch entstandene Geschwulst; und es konnte unter Berücksichtigung der anamnestisch wichtigen Thatsache, dass 7 Wochen lang die Periode ausgeblieben war, mit Sicherheit die

1) Schröder, l. c. pag. 569.

Diagnose

auf Haematocoele retrouterina gestellt werden. Es fragt sich nur noch, ob in unserem Fall extra- oder intraperitonealer Sitz vorhanden ist. In dieser Frage geben 3 Punkte genügenden Aufschluss, nämlich der bis zum Nabel reichende prall elastisch gespannte Tumor, das halbkugelig vor- und abwärts gewölbte hintere Scheidengewölbe und der eng an die Symphyse gedrängte, also im Ganzen dislocierte Uterus; und so kann man hier aus der durch rein mechanische Insulte bewirkten Lageveränderung der Beckenorgane unbedingt intraperitonealen Sitz annehmen. Unterstützt wird diese Annahme noch durch die vom Mastdarm aus leicht constatierbare Ausfüllung des Douglas.

Freilich lassen sich auch bei extraperitonealem Sitz der Hämatocoele Verdrängungserscheinungen nachweisen, indessen schützen hier der höchstens Faustgrösse erreichende Tumor und dann der Umstand, dass der Douglas leer gefunden wird, vor Verwechslung.

Schwierig kann die Diagnose werden bei Tumoren im kleinen Becken, die einen ähnlichen Touchirbefund aufweisen, wie die Hämatocoele. Zu nennen ist zunächst das parametritische Exsudat. Wenn auch Anamnese und Verlauf der Erkrankung diagnostische Irrtümer meist ausschliessen, so kann doch der Befund zuweilen ein für die Hämatocoele charakteristischer sein; und umgekehrt ist es thatsächlich vorgekommen, dass man wirklich vorhandene Hämatocelen für para- resp. perimetritische Exsudate gehalten hat. Ich erwähne hier den von Grein¹⁾ veröffentlichten zweiten Fall, bei welchem die mit Temperatursteigerung einhergehenden brennenden Schmerzen, und zwei von Schröder²⁾ erwähnte Fälle, bei welchen die

1) Grein, l. c. pag. 15.

2) Schröder, l. c. pag. 569.

»hartnäckigen, erschöpfenden Fiebererscheinungen« Parametritis vorgetäuscht hatten. In unserem Fall nun dürfte eine derartige Verwechslung ausgeschlossen sein, da einerseits nicht die geringste Temperatursteigerung vorhanden ist und andererseits die Anamnese keine Momente aufweist, welche für Para- oder Perimetritis sprechen könnten.

Dass auch manchmal ein Hämatom der Diagnose Schwierigkeiten bereiten kann, zeigt Martin¹⁾ an einem Fall, bei welchem ein Haematoma ovarii den ganzen Douglas ausfüllte und den Uterus nach vorn und in die Höhe drängte.

Eine Retroflexio uteri gravidi oder ein subseröses Uterusmyom sind in unserem Fall deshalb nicht wohl anzunehmen, weil der Uterus sich deutlich abtasten lässt und vor der Geschwulst beweglich gegen die vordere Bauchwand gedrückt ist.

Gegen eine Extrauterinschwangerschaft im Douglas'schen Raum würde die in so kurzer Zeit (7 Wochen) entstandene Grösse des Tumors sprechen, wenngleich nicht verschwiegen werden darf, dass in den ersten Monaten der Erkrankung, zumal wenn, wie in unserem Fall, Verdacht auf vorhergegangene Schwangerschaft vorlag, die Diagnose oft recht schwierig werden kann.

Prognose und Verlauf.

Im Allgemeinen wird die Prognose quoad vitam als günstig, quoad valetudinem completam jedoch als ernst hingestellt; dabei ist aber meines Erachtens der Grösse des Blutergusses eine gewisse Bedeutung nicht abzusprechen.

In unserem Falle ist demnach bei der mannskopf-

1) Martin, Path. und Ther. der Frauenkrankh. 2. Aufl. Pag. 437.

grossen Ausdehnung des Tumors die Prognose zum Mindesten zweifelhaft. Denn abgesehen von den bedeutenden Beschwerden ist besonders die protrahierte Heilungsdauer besorgniserregend: der Tumor ist in einer Zeit von sechs Wochen nur um zwei Finger breit zurückgegangen.

Wie der Verlauf vor sich gehen wird, ist vorderhand noch nicht mit Bestimmtheit vorauszusehen. Die spontane Resorption ist der natürliche Ausgang, aber Perforationen in die angrenzenden Hohlräume, Mastdarm, Scheide, Blase, Bauchhöhle, gehören durchaus nicht zu den Seltenheiten; unter ihnen würde der Durchbruch in das Rectum als die günstigste, der in die Bauchhöhle als die absolut ungünstigste Complication aufzufassen sein¹⁾. Freilich ist ein derartiger Ausgang in unserem Falle in allernächster Zeit nicht zu befürchten, da die Patientin nicht die geringste Temperatursteigerung aufzuweisen hat, während gewöhnlich den drohenden Perforationen Fiebererscheinungen vorhergehen.

Auch wenn durch Resorption das Leiden seinen Abschluss findet, so liegt doch noch eine grosse Gefahr in dem Zurückbleiben von Verwachsungen, welche Lageveränderungen des Uterus und Sterilität im Gefolge haben können.

Schliesslich mag noch erwähnt werden, dass in allerdings seltenen Fällen der erstmalige Wiedereintritt der Periode eine Gefahr der Recidivierung mit sich bringt; allein aus hiesiger Klinik sind in den letzten Jahren drei derartige Fälle veröffentlicht: zwei Fälle von Schickler und ein Fall von Grein.

So mannigfach also der Verlauf der Krankheit sich

1) Schickler, l. c. pag. 25.



gestalten kann, so ist er im Wesentlichen doch beeinflusst durch eine geeignete und dem Einzelfalle angepasste

Therapie.

In unserem Falle hat sich die bisher eingeschlagene Behandlung, welche in Innehaltung absoluter Bettruhe, Auflegen eines Eisbeutels und Darreichung von *Secale cornutum* besteht (Extr. secal. cornut. Denzel 2,0 auf aq. Cinnam. 180,0; zweimal tgl. 1 Esslöffel), gut bewährt, und es liegt vorläufig kein Grund vor, von dieser expectativen Behandlungsweise abzugehen. Von den meisten Autoren, besonders nachdrücklich von Martin¹⁾, ist denn auch das expectative Verfahren als die eigentliche Therapie der Hämatocele bezeichnet worden.

Ändern würden sich allerdings die Verhältnisse, wenn wider Erwarten der Resorptionsprocess längere Zeit stationär bleiben sollte — denken muss man daran, da, wie oben erwähnt, der Tumor in 6 Wochen nur zwei Finger breit zurückgegangen ist — oder wenn irgendwelche, das Leben der Patientin gefährdende Complicationen hinzutreten sollten; dann würde ein operatives Vorgehen ernstlich in Betracht kommen. Man hat sich nun allmählich dahin geeinigt, dass eine Eröffnung des Blutsackes vorzunehmen sei

- 1) wenn der Resorptionsprocess wochenlang stationär geblieben ist und andauernde Schmerzen vorhanden sind,
- 2) wenn Gefahr der eiterigen oder jauchigen Zersetzung des Hämatoceleeninhalts vorliegt²⁾.

Aber über die Art und Weise der Ausführung der Operation herrscht unter den Autoren zur Zeit noch keine

1) Martin, l. c. pag. 440.

2) Schickler, l. c. pag. 30 ff.

Einigkeit. Da es nun auch ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit liegt, eine Entscheidung dahin zu treffen, ob Incision oder Punktion, oder Laparotomie den Vorzug verdient, so will ich zum Schluss nur noch die statistisch gewonnenen Zahlen anführen:

- 1) Incision: 38 Fälle mit 4 Todesfällen = $10,5\%$ Mortalität.
- 2) Punktion: 66 Fälle mit 10 Todesfällen = $15,1\%$ Mortalität.
- 3) Nach Rein (Centralblatt für Gynäkologie 1892) bei Laparotomie = 14% Mort.
- 4) Nach Fällen von Voisin, Barnes, Bernutz, und Goupil, Braun unter 145 Fällen 24 Todesfälle = $16,5\%$ Mortalität bei expectativer Behandlung.

Anhang.

Die 1887 von Schickler und 1889 von Grein aus der Tübinger Klinik veröffentlichten Fälle.

1) Die Patientin Elise Beck, 32 Jahre alte Tagelöhnersfrau, ist von kleiner Statur und grazilem Körperbau, war früher nie nennenswert krank. Sie ist seit dem 16. Jahre regelmässig alle 4 Wochen fünf- bis sechstägig menstruiert; die Periode verlief unter starkem Blutverlust und, wenigstens zu Anfang, unter mässigen Schmerzen. Seit zwei Jahren ist die Patientin steril verheiratet. In der Ehe sind die Schmerzen vor der Regel viel stärker geworden. Nachdem die Regel 7 Wochen cessirt hatte, was früher nie vorkam, erkrankte Patientin unter Schmerzen im Bauch; zugleich stellte sich Blutung aus den Genitalien ein. Eine Veranlassung kann sich Patientin nicht denken. Dies war anfangs November 1886. Blutung und Schmerzen dauerten den ganzen Monat fort,

verstärkten sich aber Ende November infolge einer Erkältung beim Wäscheaufhängen in dem Grade, dass Patientin am 6. Dezember in die gynäkologische Sprechstunde kam mit der Klage über Bauch- und Kreuzschmerzen. Es wurde folgender Befund notirt: Uterus vergrössert, anteflectirt, wenig beweglich, sehr druckempfindlich, mit perimetritischen Auflagerungen bedeckt. Linkes Ovarium vergrössert, sehr schmerzhaft, in beiden Scheidengewölben vermehrte Resistenz.

Patientin befolgte den Rat, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen, nicht, sondern gieng wieder nach Hause und erkältete sich, obwohl ihr Bettruhe anbefohlen war, neuerdings bei einer Wäsche. Dies hatte eine acute Verschlimmerung ihres Zustandes zur Folge, so dass der Blutverlust zunahm und die Schmerzen im Bauch sich ins Unerträgliche steigerten. Weitere ätiologische Momente als diese Erkältungen lassen sich nicht eruiren. Status praesens am 13. Dezember 1886: Patientin hat, blass und erschöpft, heute die Hilfe der Klinik gesucht.

Im Abdomen wird ein Tumor constatirt, der bis zwei Querfinger unter den Nabel reicht, auf Druck äusserst schmerzhaft ist und aus dem der Uterus nicht herauszutasten ist. Bei der ebenfalls schmerzhaften combinirten Untersuchung zeigt sich, dass der Tumor nach hinten und zu den Seiten des Uterus sitzt, diesen samt der Vaginalportion nach vorne und oben drängend; das hintere Scheidengewölbe ist durch den im Douglas'schen Raum befindlichen Tumor so stark in die Vagina hervorgetrieben, dass man gleich hinter der Vulva auf denselben stösst.

Ebenso wird bei der Untersuchung per rectum das Septum rectovaginale stark in den Mastdarm vorspringend gefunden. Der halbkugelförmig ins Rectum hineinragende Tumor ist enorm druckempfindlich und bietet das Gefühl der Fluktuation dar.

Diagnose: Haematocoele retrouterina. 22. Dezember: Der Tumor geht einen Querfinger über den Nabel, ist bei Berührung schmerzhaft. Eisbeutel thut gute Dienste.

31. Dezember. Das Extravasat schiebt sich zur Rückbildung an, ist weniger druckempfindlich. Statt der Eisblase Priessnitz'sche Überschläge. Gegen die Obstipation Elect. e. Senna.

2. Januar 1887. Nachdem abends die Temperatur auf $38,7^0$ gestiegen war, wird heute früh konstatiert, dass eine Perforation der Blutgeschwulst ins Rectum stattgefunden hat. Patientin fühlte vor der Perforation verstärkte Schmerzen: unter sofortiger deutlicher Erleichterung entleerte sich chocoladefarbenes, wenig übelriechendes Blut. Bei der Untersuchung findet sich ca. 5 cm. über der Analöffnung eine kleine Einziehung in der Schleimhaut, vermutlich die Stelle der Perforation.

3. Januar. Im Laufe der letzten 24 Stunden haben sich ca. 25 gr. Blut entleert. Die Geschwulst ist merklich kleiner. Temp. $38,3$; Patientin fühlt sich wohler.

4. Januar. Die Hämatocoele ist bedeutend kleiner. 5 cm. über der Analöffnung befindet sich die heute mit Sicherheit als solche konstatierte Perforationsöffnung. Der Abgang von Blut dauert fort.

6. Jan. Die Geschwulst verkleinert sich rasch. Schmerzen fast ganz verschwunden. 30—40 gr. Blut gehen ab in 24 Stunden. Stuhlgang spontan.

8. Januar. Der äusserlich fühlbare Tumor ist nur noch apfelgross. Die Schmerzen sind verschwunden.

12. Januar. Man hat jetzt Mühe, den Tumor noch über der Symphysis oss. pub. zu tasten. Mässiger Blutabgang.

14. Januar. Über dem rechten Ligamentum Poupartii findet man von neuem einen bis in die Nähe der Mittellinie hineinreichenden Tumor, der sich stark zwei Querfinger über die Symphyse erhebt und nicht deutlich abgrenzbar ist. Der Tumor ist höckerig, die Betastung schmerzhaft. Die Portio vaginalis uteri ist virginell, nach rechts und tief stehend, ebenso der Uterus selbst. Derselbe ist stark anteflectiert, von normaler Grösse und Konsistenz, sehr wenig beweglich. Die

früher mehrfach konstatierte Schmerzhaftigkeit seines peritonealen Überzugs ist verschwunden; nach rechts und vorne vom Uterus ist der oben beschriebene neu entstandene Tumor fühlbar, der sich bei der Palpation als apfelgross erweist. Er ist von rundlicher Gestalt, ziemlich hart, von höckeriger Oberfläche, druckempfindlich, in toto wenig beweglich. Und zwar macht der Uterus die Bewegungen des Tumors nicht mit. Zwischen Tumor und Uterus kann man mit 1 Finger eindringen, ebenso wie man zwischen Beckenwand und Tumor in die Höhe kommt.

Die Herabdrängung der hinteren Scheidenwand in die Vagina ist, wenigstens in den unteren Partien, verschwunden, während sich nach hinten links und oben noch eine schmerzhaft diffuse, harte Hervorwölbung erhalten hat. Der Tumor im Rectum drängt dasselbe noch auf Zeigefingerlänge hervor, ist druckempfindlich, fluctuirt nicht mehr. An einer Stelle das Gefühl des Knirschens. Die Perforationsstelle noch deutlich fühlbar.

15. Januar. In den letzten 24 Stunden ist kein Blut mehr abgegangen. Stuhlgang spontan, Appetit gut.

19. Januar. Der Tumor rechts vom Uterus ist nur noch wallnussgross, beweglich. Der links und hinten vom Uterus befindliche ist ebenfalls zurückgegangen, hat seine Schmerzhaftigkeit verloren und fühlt sich weicher an. Die Portio vaginalis uteri ist noch tiefer getreten, der Uterus beweglich, anteflectirt. Da die Periode in der Nähe ist, wird der Patientin absolute Ruhe anbefohlen.

25. Januar. Recidiv. Es stellen sich Schmerzen in der linken Unterbauchgegend ein, die Temperatur, die allmählich zur Norm zurückgekehrt war, erreicht am 24. Januar 39°. Am 25. Januar klagt Patientin über heftigen Tenesmus und starke Leibschmerzen. Die Untersuchung ergibt, dass der Blutsack sich aufs neue bis zu Hühnereigrösse gefüllt hat. Er wölbt das hintere Scheidengewölbe stark vor und ist auf Berührung excessiv schmerzhaft. Die Portio vaginalis uteri

ist wieder in die Höhe getreten, an die Symphyse angedrängt. Desgleichen wölbt der Tumor das Septum recto-vaginale in das Rectum hervor. Die Perforationsstelle ist geheilt. Keine Blutung.

In den nächsten 8 Tagen hält sich die Temperatur auf 38° , der Untersuchungsbefund ändert sich wenig.

18. Februar. Der Tumor im hinteren Scheidengewölbe ist nur noch taubeneigross, hart, fast nicht mehr druckempfindlich. Der Eisbeutel wird fortgelassen.

26. Februar. Heute tritt die Regel ein. Der Blutsack ist nicht grösser, eher kleiner geworden, nicht mehr druckempfindlich. Andauernde Kreuzschmerzen. Die Periode dauert 10 Tage. Die Temperaturen werden und bleiben normal. Die Periode im März verläuft ohne Störung.

24. März. Auf ihren dringenden Wunsch wird Patientin entlassen. Die Schlussuntersuchung ergibt: Uterus spitzwinklig anteflectiert, beweglich, nach rechts verlagert; rechtes Ovarium leicht vergrössert, nicht schmerzhaft, linkes Ovarium taubeneigross, mit strangförmigen Auflagerungen versehen, auf Druck noch etwas schmerzhaft, mässig beweglich, von runder Gestalt. Von der Hämatocele nichts nachzuweisen.

Am 4. April stellte sich die Patientin, die Bettruhe eingehalten, wieder vor. Der Befund war derselbe, das Befinden gut. Ich fasse diesen Fall als Hämatocele retro-uterina intraperitonealis mit einmaligem Recidiv auf.

Der am 14. Januar erstmals konstatierte Tumor rechts vom Uterus dürfte vielleicht als ein hinzugetretenes Hämatoma extraperitoneale im rechten Ligamentum latum aufzufassen sein.

2) Anna Schick, 29 Jahre altes Dienstmädchen, ist klein, von schwächlicher Konstitution. Sie wurde mit 18 Jahren zum erstenmal menstruiert, die Periode verlief stets ohne Schmerzen und unter mässigem Blutverlust.

Im 20. Jahr erkrankte sie an akutem Gelenkrheumatismus,

der sie ein ganzes Jahr ans Bett fesselte, die Periode war dabei regelmässig.

Im 22. Jahr litt sie 6 Monate lang an Bronchialkatarrh. Vor 3 Jahren hat Patientin eine schwere Geburt überstanden, an deren Folgen sie, teilweise mit heftigem Fieber, 7 Wochen lag.

Seitdem ist die Periode unregelmässig und von Schmerzen gefolgt. Infolge einer Erkältung erkrankte Patientin im August 1885 an starken Unterleibsschmerzen und suchte deshalb das Krankenhaus in S. auf, in dem sie 10 Wochen krank lag. Dort wurde eine Geschwulst im Unterleib konstatiert, Eisbeutel aufgelegt und nach einiger Zeit die Geschwulst von der Scheide aus eröffnet, worauf sich eine Menge Blut und Eiter entleerte. Der Rest ging spontan durch das Rectum ab. Nach ihrer Entlassung fühlte sich Patientin vollkommen wohl, ihre Periode verlief regelmässig und schmerzlos, und sie konnte bis Februar 1887 ungestört ihrer Beschäftigung nachgehen.

Ohne bekannte Ursache war die Periode in diesem Monat wieder mit Schmerzen verbunden. 2 Tage nach derselben legte die Patientin in der Winterkälte einen mehrstündigen Weg zu Fuss zurück, der sie sehr ermüdete. Als sie am anderen Morgen (1. März 1887) aufstehen wollte, fiel sie ohnmächtig zu Boden und wurde sofort wieder zu Bett gebracht. Sie erwachte mit heftigen Schmerzen im linken Hypogastrium, im Kreuz und beiden Beinen, grosse Schwäche und Fieber.

Am 7. März suchte sie die Anstalt auf; kaum war sie hier angelangt, so gingen mit dem Stuhlgang ca. 30 gr sckoladefarbenes Blut ab.

Status praesens: Patientin liegt mit ängstlichem Gesicht da, atmet oberflächlich aus Furcht vor Schmerz, die Haut ist blassgelblich gefärbt, die Schleimhäute blassrot, der Puls frequent (104 in der Minute) und klein. Das Abdomen erscheint wenig aufgetrieben, im linken Hypogastrium vermehrte Resistenz, in einen rundlichen Tumor übergehend, der deutlich als der nach rechts über die Mittellinie hinaus und nach oben verschobene

Uterus herauszutasten ist. Der Fundus uteri reicht bis 4 Finger breit unter die Symphyse. Die Betastung, namentlich der linken Seite, ist schmerzhaft.

Bei der kombinierten Untersuchung stösst man, einige Centimeter von der Vulva entfernt, auf einen orangegrossen, kugeligen, harten Tumor von unregelmässiger Oberfläche, der die Scheide ziemlich ausfüllt.

Von der Portio vaginalis, die verdickt und mit starken Einrissen hoch oben dicht hinter der Symphysis oss. pub. nach rechts verschoben steht, gleitet der Finger direkt auf den Tumor über. Letzterer wird nach links flacher und geht, vollständig verbacken, in die Beckenwand über, während man rechts überall zwischen ihm und der Beckenwand in die Höhe kommt. Die Untersuchung per rectum, die nebenbei am schmerzhaftesten ist, führt auf einen rundlichen, harten, unebenen, fast knolligen Tumor, der das Septum rectovaginale hervorwölbt, am stärksten 6—8 cm über der Analöffnung. Etwa 4 cm über derselben ist eine leichte, besonders schmerzhaft vertiefung, vermutlich die Perforationsöffnung.

Unter Anwendung des Eisbeutels und, so oft nötig, von Laxantia verschwinden allmählich die Schmerzen.

18. März. Resistenz im linken Hypogastrium vermindert, Uterus anteflectiert, noch etwas vergrössert, fixiert vom geschrumpften Ligamentum latum dextrum und der rechten Douglassfalte. Der Tumor ist noch apfelgross, hart, knollig, auf Druck nur wenig schmerzhaft.

Um die Zeit der nächsten Periode tritt vermehrte Schmerzhaftigkeit ein, ohne dass an dem Tumor, der sich beständig verkleinert, eine besondere Veränderung sich bemerkbar macht. Mit dieser Verkleinerung entfernt sich auch die Portio vaginalis von der Symphyse und tritt tiefer.

Mitte April stellt sich ohne besondere Erscheinungen die Periode ein mit ziemlich profuser Blutung und ungewöhnlich langer Dauer.

Der Monat Mai verging ohne bemerkenswertes Ereignis. Die Resorption ging sehr langsam von statten.

Mit dem Eintritt der Regel im Juni jedoch stieg die Temperatur wieder, die Patientin klagte über heftige Schmerzen. Bei der Untersuchung wurde ein Recidiv gefunden, das allerdings keine grossen Dimensionen annahm und ohne bedeutende Schmerzen für die Patientin verlief. Nur erforderte der neu beginnende Prozess der Resorption weitere Wochen, so dass die Patientin erst am 3. September 1887 entlassen werden konnte.

Von der Hämatocele wurde bei der Schlussuntersuchung als Residuum ein harter, höckeriger Tumor von Wallnussgrösse im linken Scheidengewölbe nachgewiesen.

Es handelt sich nach meiner Auffassung in diesem Fall um ein extraperitoneales Hämatom mit zweimaligem Recidiv.

3) Frau M. F., 26 Jahre alt, war immer regelmässig vierwöchentlich 3—4 Tage ohne besonderen Blutverlust menstruiert. Sie hat dreimal am Ende der Schwangerschaft ohne Kunsthilfe geboren. Der Verlauf des Wochenbetts war stets ein normaler. Seit August 1888 blutet die Patientin täglich ununterbrochen. Die Blutungen sind von wechselnder Stärke; vor Eintritt derselben sei die Periode nicht ausgeblieben, auch hielt sich die Patientin nicht für schwanger.

Am 30. Oktober 1888 kam die Patientin in die Behandlung der hiesigen geburtshilflich-gynäkologischen Klinik.

Vor ungefähr 5 Wochen, also etwa Ende September, stellten sich heftige Schmerzen im Bauch und besonders auch im Kreuz ein, die auch heute noch vorhanden sind; ebenso ist das Wasserlassen und der Stuhlgang, der immer „hitzig“ ist, schmerzhaft.

Durch die Blutungen und die Schmerzen ist die Patientin in der letzten Zeit bedeutend heruntergekommen; schon seit längerer Zeit ist sie nicht mehr imstande, ihren Geschäften nachzukommen; wegen der verschiedenen Beschwerden ist ihr das Stehen und Gehen unmöglich und auch beim Sitzen und

Liegen hat sie Schmerzen, hauptsächlich im Kreuz. Die Frau weiss keinen Grund für ihre Erkrankung anzugeben; sie will sich nie während einer Periode verkältet haben, auch schloss sich das Auftreten der andauernden Blutung nicht an eine Menstruation an.

Status praesens am 30. Oktober 1888: Die Patientin ist mittelgross und kräftig genährt. Sie hat einen leidenden, schmerzhaften Gesichtsausdruck. Die Farbe des Gesichts ist ziemlich blass, die Schleimhäute sind anämisch. Patientin geht äusserst beschwerlich; das Auftreten und jede Bewegung verursacht Schmerzen im Kreuz.

Bei der äusserlichen Untersuchung fühlt man in der Unterbauchgegend, hauptsächlich auf der rechten Seite, einen Tumor, der nicht ganz bis zur Höhe des Nabels herauf reicht. Die Bauchdecken, welche ausser einigen alten Schwangerschaftsnarben keine Veränderung zeigen, sind über dem Tumor unter Schmerzen verschieblich. Der Tumor selbst hat eine rundliche Form und eine mehr weniger glatte Oberfläche, welche beim Bestreichen ziemlich schmerzhaft ist, seine Konsistenz ist prall elastisch.

Ausserdem findet sich rechts von der Mittellinie ein kleinerer, ungefähr nussgrosser Tumor von festweicher Konsistenz, der zwar für sich beweglich ist, aber mit dem grösseren Tumor in Verbindung zu stehen scheint. Die leiseste Berührung dieses kleineren Tumors ist von enormer Schmerzhaftigkeit.

In der Scheide befinden sich ältere Blutcoagula neben frischem Blut. Der Vaginalteil ist nach links und oben gedrängt, und hinter dem linken horizontalen Schambeinast zu fühlen. Der Uterus selbst ist nicht durchzutasten.

Direkt hinter dem Vaginalteil fühlt man bei bimanueller Untersuchung einen etwa kindskopfgrossen Tumor von prall-elastischer Konsistenz und nicht deutlicher Fluktuation. Der Tumor drängt das hintere Scheidengewölbe halbkugelig nach abwärts; er lässt sich bewegen, die Bewegungen verursachen Schmerzen, der Vaginalteil macht die Bewegungen prompt mit.

Die Sonde geht schräg nach links und oben 7,6 cm ein; auch sie folgt den Bewegungen des Tumors. Es wird also jedenfalls der Uterus und der Vaginalteil eng mit dem Tumor in Verbindung stehen. Die Sondierung ist sehr schmerzhaft.

Vom Mastdarm aus lässt sich der Tumor leichter abtasten; nach rechts und links geht er nicht ganz bis an die Beckenwand, man kann bei bimanueller Untersuchung zwischen Tumor und Beckenwand in der Gegend der Parametrien die Finger zusammenbringen. Auch die vom Mastdarm aus zu fühlende Oberfläche des Tumors ist sehr schmerzhaft. Die Ovarien können nicht nachgewiesen werden.

Die Behandlung der Patientin bestand in absoluter Bett-ruhe und Sorge für regelmässigen Stuhlgang; es wurde ihr ein Eisbeutel auf dem Bauch gelegt und innerlich erhielt sie *Secale cornutum* in der in der hiesigen Klinik üblichen Form (Rp. Extr. sec. corn. Denzel 2,0, aq. Cinnam. 180,0 M. D. S. 2mal täglich einen Esslöffel voll zu nehmen).

Da Patientin des öfteren den Urin spontan nicht entleeren konnte, so wurde zeitweise katheterisiert.

Die Blutung wurde während der Behandlung zwar bedeutend geringer, aber vollständig hörte sie erst zu Anfang November auf, nachdem die Schmerzen bereits früher nachgelassen hatten.

Anfangs Dezember trat wieder eine leichte Blutung ein, welche Patientin selbst für eine Menstruation hielt, was sie daraus schliesst, dass sie bei dieser Blutung dasselbe Gefühl im Unterleib hatte, wie bei den früheren Perioden. Auch hörte die Blutung am vierten Tage spontan auf. Vor Eintritt derselben waren die Schmerzen im Kreuz wieder etwas stärker geworden.

Im Verlauf der Monate November und Dezember ergaben mehrere, in bestimmten Zeiträumen vorgenommene Untersuchungen, dass der Tumor allmählich immer kleiner und fester geworden war. Der Uterus liess sich Mitte November bimanuell heraustasten und vom Tumor isolieren. Derselbe ist

entsprechend der Verkleinerung des Tumors mehr nach abwärts gerückt; man fühlt jetzt ganz deutlich, dass der Tumor sich eng an die Hinterfläche des Uterus anschliesst. Die Gegend der beiden Parametrien rechts und links ist vollständig frei und gut durchzutasten.

Der kleine, nussgrosse Tumor rechts von der Mittellinie war zu dieser Zeit nicht mehr nachzuweisen.

Die schmerzlos auszuführenden Bewegungen des Tumors, die jetzt ausgiebiger als bei der Aufnahme gemacht werden können, macht der Uterus immer mit.

Das Befinden der Patientin ist ein befriedigendes, sie hat sich im Laufe der Behandlung sichtlich erholt.

Eine gegen Ende Dezember vorgenommene Untersuchung giebt folgenden Status: Der bequem herauszutastende Uterus ist anteflectiert und bei der bimanuellen Untersuchung nirgends schmerzhaft. Er steht nahezu an seiner normalen Stelle, ist aber immer noch etwas nach links und etwas nach oben gelagert. Der Tumor hat jetzt eine platte Form angenommen, er ist ungefähr 4 Finger breit, 3 Querfinger hoch und etwa 2 Querfinger dick.

Zu Anfang Januar 1889 trat wieder die Periode zur rechten Zeit ein; sie dauerte 5 Tage, war von mässigem Blutverlust begleitet und schmerzlos.

Zwei Tage nach Aufhören der Menstruation klagte Patientin bei der Morgenvisite über sehr heftige Schmerzen im Kreuz und starkes Spannen im Bauch. Sie giebt an, dass die Schmerzen und Beschwerden ganz dieselben seien, wie im Beginn ihrer Erkrankung, Ende August 1888.

Eine am folgenden Tag, also 3 Tage nach der Cessation der Menses, vorgenommene Untersuchung giebt folgenden Befund: Der hinter dem Uterus befindliche Tumor, der bei der letzten Untersuchung, wie oben erwähnt, eine platte Form angenommen hatte, ist wieder bedeutend grösser, gut faustgross, und hat eine kugelförmige Ausdehnung. Er hat auch wieder wie früher eine prall elastische Konsistenz mit undeutlicher

Fluktuation. Der Uterus ist ebenfalls wieder mehr nach links und oben hinter dem linken horizontalen Schambeinast disloziert, jedoch lässt er sich bimanuell abtasten. Die Untersuchung ist schmerzhaft, aber nicht in dem Grade wie in der ersten Zeit der Erkrankung.

Die angegebenen Beschwerden liessen im Verlauf des Monats Januar allmählich nach, um dann vollständig aufzuhören. Auch zeigten mehrere Untersuchungen, dass der Tumor sich rasch resorbiert und härter wird; die letzte Untersuchung Ende Januar verursachte keine Schmerzen.

Da die Patientin sich Anfangs Februar wegen heftigen Heimweh's nicht mehr in der Klinik zu weiterer Behandlung und Beobachtung zurückhalten lässt, wird sie am 15. Februar nach Hause entlassen.

Die erste Menstruation — Anfangs Februar — verlief völlig schmerzlos und ohne Beschwerden.

Der Status bei der Entlassung am 15. Februar ist folgender: Die Scheide ist weich, aufgelockert und sekretreich. Die Vaginalportion ist ebenfalls weich und aufgelockert, sie steht ziemlich median. Der Uterus lässt sich gut heraustasten; er liegt horizontal, der Fundus etwas nach links und oben. An die Hinterfläche des Uterus schliesst sich ein apfelgrosser, kugelig-er Tumor eng an, der sich mit dem Uterus bewegen lässt. Der Tumor fühlt sich ziemlich fest an; Tumor und Uterus sind völlig schmerzlos, ebenso wenig verursachen die Bewegungen irgend welche Schmerzen. Die Untersuchung vom Mastdarm aus ergiebt nichts besonderes. Temperatursteigerungen waren nur in der ersten Zeit und auch hier nur unbedeutend vorhanden. —

4) Patientin wurde am 26. Dezember 1888 in die Klinik aufgenommen. Sie hat einmal vor 3 Jahren ohne Kunsthilfe geboren. Das Wochenbett verlief normal.

Vier Wochen vor der Aufnahme begann Patientin, die in der sechsten Woche schwanger war, ohne äussere Veranlassung mässig zu bluten. Wehenartige Schmerzen traten erst

einige Tage nachher auf. Ausserdem verspürte Patientin einen starken Druck auf den Mastdarm und hatte auch Beschwerden beim Wasserlassen.

Wegen der Blutung und der Beschwerden liess die Patientin einen Wundarzt rufen. Derselbe sagte ihr, die Gebärmutter liege nicht an der rechten Stelle und müsse aufgerichtet werden. Seine Untersuchung habe ihr heftige Schmerzen verursacht. Nach 8 Tagen sei die Gebärmutter aufgerichtet worden, welche Manipulation ebenfalls mit starken Schmerzen verknüpft gewesen sei. Im Verlauf der nächsten Tage wurde Patientin noch mehrmals untersucht; die Untersuchung sei jedesmal sehr schmerzhaft gewesen.

Ungefähr 4—5 Tage nach dem Aufrichten der Gebärmutter hat Patientin das Bett wieder verlassen, obgleich sie immer noch blutete. Seit etwa 14 Tagen seien die Schmerzen im Bauch viel heftiger; auch bemerkte Patientin, dass ihr Bauch dicker und härter wurde. Seit 8 Tagen hat sie keinen Stuhlgang mehr gehabt; Winde sind abgegangen. Alle Abführmittel, auch Klystiere, die gegeben wurden, waren ohne Erfolg. Der Appetit, der schon seit mehreren Wochen abgenommen habe, sei in den letzten 8 Tagen ganz vergangen. Das spontane Urinieren war zeitweise unmöglich, und Patientin musste mehrmals katheterisiert werden.

Am 24. Dezember wurde Patientin in ihrer Heimat untersucht: Blasse Gesichtsfarbe. Zunge trocken, braun belegt. Temperatur 38,2 in rect. 10 h. a. m.

Der ganze Unterleib auf Druck sehr schmerzhaft, etwas aufgetrieben.

Uterus retroflectiert, unbeweglich; er bietet im übrigen die Erscheinung eines schwangeren Uterus dar. Im rechten Parametrium ein starres, faustgrosses Exsudat, auch links ein etwas kleineres Exsudat. Abgang von dunklem Blut. Cervix geschlossen.

Der erste Status, der am Tage nach der Aufnahme der Patientin in die Klinik — am 27. Dezember — aufgenommen

wurde, ist folgender: Patientin sieht anämisch und blass wie eine Verblutete aus. Das Abdomen ist ziemlich gleichmässig stark meteoristisch aufgetrieben. Durch die schlaffen Bauchdecken fühlt man mehrere mit dicken und harten Kothmassen gefüllte Darmschlingen, die an einzelnen Stellen bei der Betastung schmerzhaft sind. Die Gegend zwischen Nabel und Symphyse ist deutlich hervorgewölbt. Hier fühlt man einen grossen Tumor, der bis in die Gegend des Nabels hinaufreicht und die Unterbauchgegend von der Symphyse bis zum Nabel nahezu vollständig ausfüllt. Der Tumor hat eine glatte Oberfläche und ist bei Betastung schmerzhaft. Rechts und in der Mitte fühlt sich der Tumor hart an und ist unbeweglich; links ist er weicher und man glaubt, hier Fluktuation nachweisen zu können. Auf beiden Seiten geht der Tumor in die Beckenwand über; man kann zwischen ihr und dem Tumor nicht hineindringen.

Innerlich fühlt man im oberen Drittel des hinteren Scheidengewölbes direkt unter dem Vaginalteil einen kleinapfelgrossen, prall elastischen Tumor, der die hintere Scheidenwand kugelig nach oben und die vordere Mastdarmwand nach unten vorwölbt. Der Tumor zeigt deutliche Fluktuation, auch glaubt man eine Kommunikation zwischen ihm und den oben beschriebenen, weicheren linken Partieen des von aussen gefühlten Tumors nachweisen zu können.

Der Vaginalteil steht nach rechts, der Cervikalkanal ist vollständig geschlossen. Vom Uterus ist nichts zu fühlen. Derselbe ist in ein hartes, an einzelnen Stellen schmerzhaftes Exsudat eingemauert, das nahezu das ganze kleine Becken ausfüllt. Der Uterus wird vorsichtig mit der elastischen Sonde untersucht; dieselbe dringt 9 cm horizontal nach hinten und etwas nach rechts ein.

Führt man den Zeigefinger in den Mastdarm und den Daumen in die Scheide ein, so kann man den apfelgrossen, fluktuierenden Tumor bequem zwischen die beiden Finger be-

kommen. Die durch das Exsudat stenosierte Stelle des Mastdarms ist bei der Rektaluntersuchung nicht zu erreichen.

Temperatursteigerung ist vorhanden.

Am 29. Dezember klagt Patientin über brennende Schmerzen, welche in die Scheide und in den Mastdarm lokalisiert werden und zwar an die Stelle, an welcher sich der erwähnte apfelgrosse Tumor befindet; da letzterer für ein in Eiterung übergegangenes, parametritisches Exsudat gehalten wird, so wird unter den nötigen antiseptischen Kautelen von der Scheide aus eine 2 cm lange Incision in den Tumor gemacht.

Es ergiesst sich aus der Incisionswunde im Strahl eine beträchtliche Menge — über $\frac{1}{4}$ Liter — flüssigen, nicht koagulierten und nicht übelriechenden Blutes. Die Wände des Tumors collabieren. Die Incisionswunde wird mit 2 Seidefäden geschlossen und ein Jodoformgazetampon in die Scheide eingelegt. Die Schmerzen und die Spannung haben nach der Entleerung des Tumors aufgehört.

31. Dezember. Die Patientin erhält täglich Bitterwasser und Klystiere, worauf heute eine reichliche, schmerzlose Stuhlentleerung erfolgt. Das Abdomen ist verkleinert und zusammengefallen, die Patientin fühlt sich erleichtert und hat besseren Appetit. Die Uterinblutungen sind noch anhaltend.

2. Januar 1889. Nach 4 Tagen wird der Jodoformgazetampon entfernt; der Tumor hat sich nicht wieder gebildet.

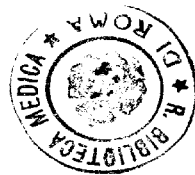
Zehn Tage nach der Incision — am 8. Januar — werden die Fäden entfernt. Die Wunde ist gut geheilt, der Tumor ist nicht mehr zu fühlen.

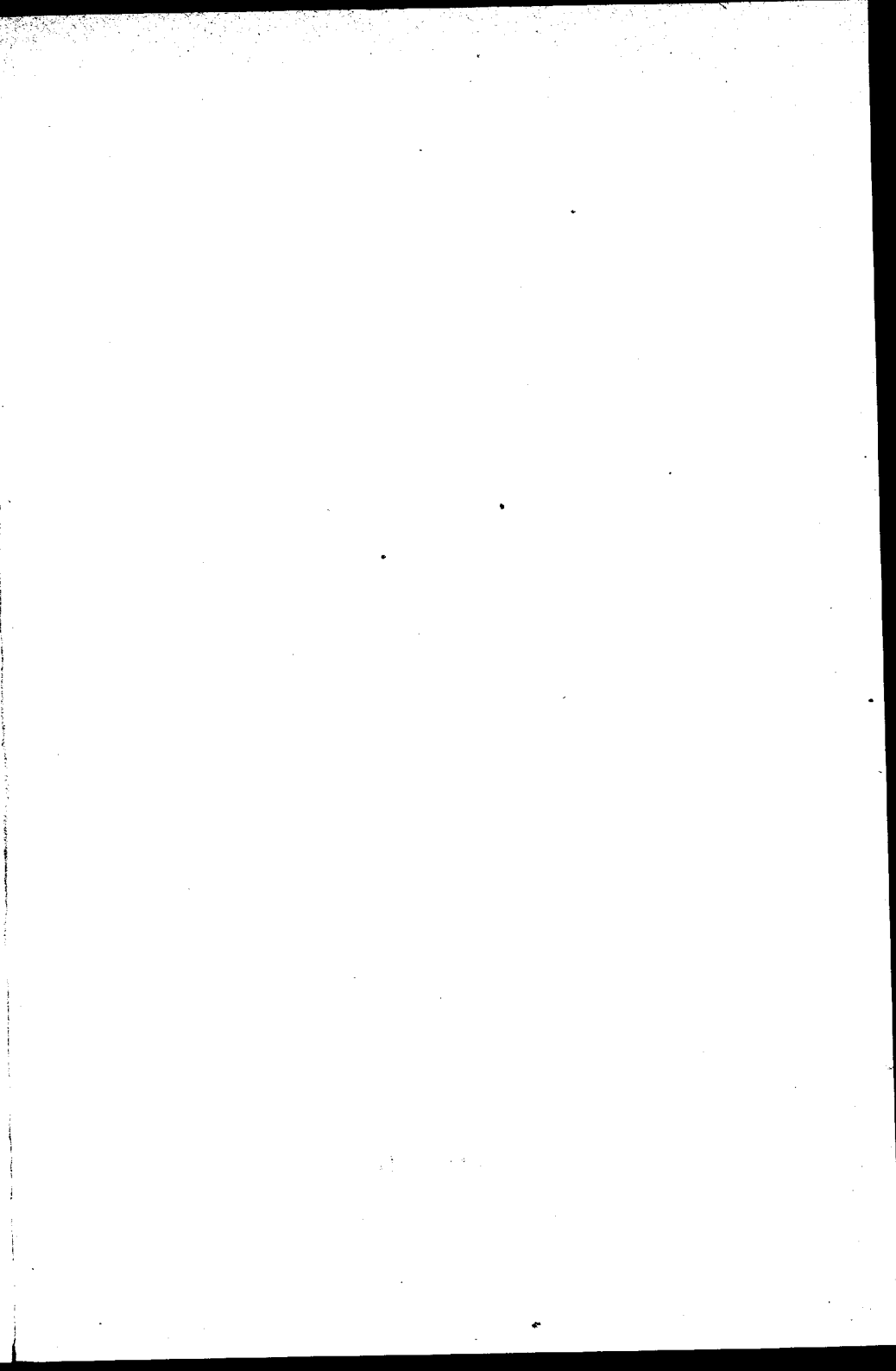
Das parametritische Exsudat wurde in der gewöhnlichen Weise behandelt: Absolute Bettruhe, anfangs Eisbeutel, später Priessnitz'sche Umschläge, Sorge für regelmässige Defäkation, innerliche Darreichung von Jodkalium und schliesslich, nach Aufhören der Blutung zu Ende Januar, Anwendung von Jod äusserlich und innerlich.

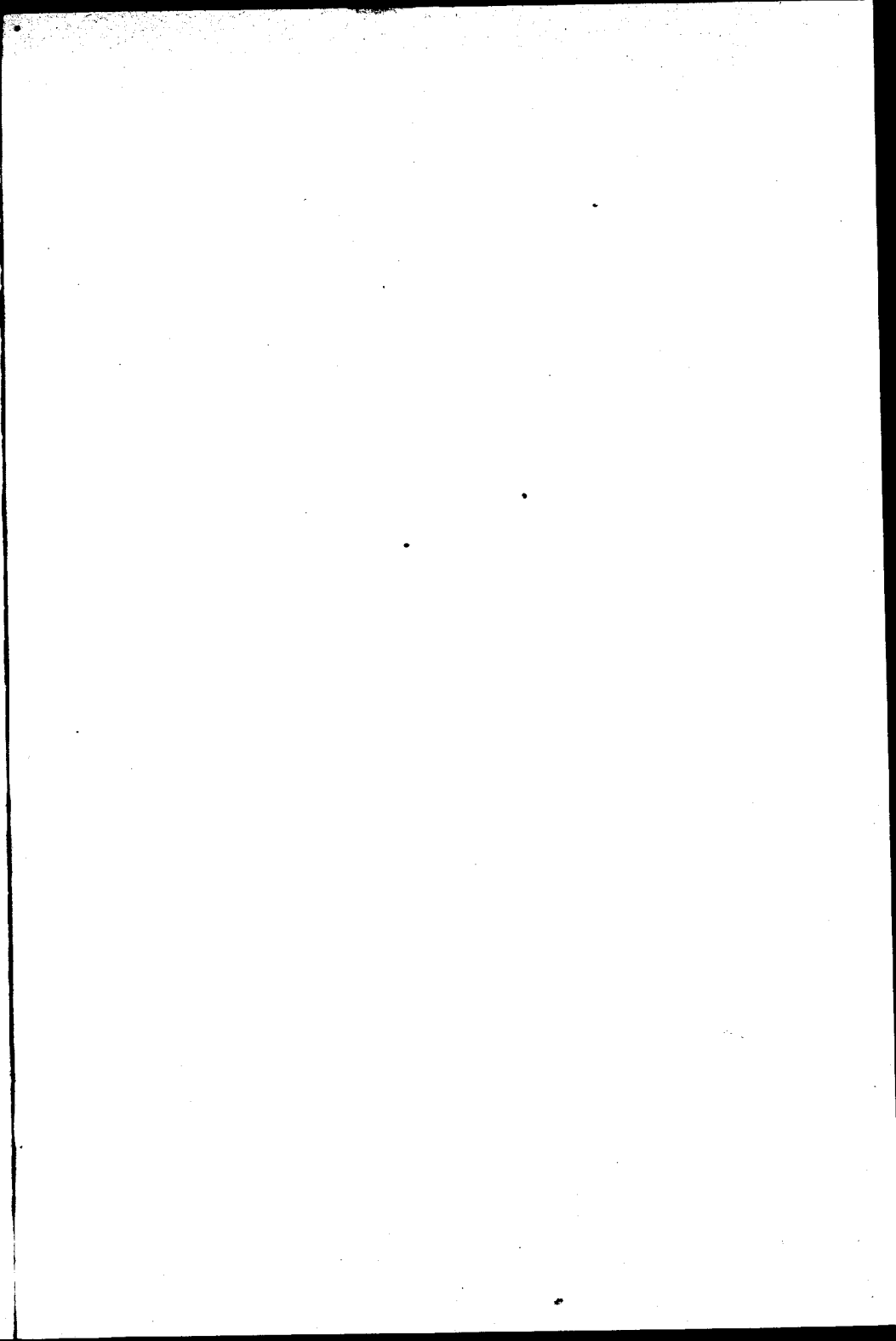
Am 15. Februar wird die Patientin entlassen. Das Exsudat hat sich bis auf einen circa zweifaustgrossen, harten, voll-

ständig schmerzlosen Tumor zurückgebildet. Der Uterus ist jetzt leicht herauszutasten; seine Hinterfläche ist in enger Verbindung mit dem Exsudat.

Die Patientin hat sich sehr gut erholt und sieht jetzt blühend aus. Der cystische, apfelgrosse Tumor hat sich im Verlaufe der ganzen Behandlung nicht wieder gebildet und ist auch heute nicht zu fühlen.









Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

