

29919, V. D. c.

8/br.

13/1846.

(Separat-Abdruck aus den Memorabilien.)

32222a 30268

Dr. W. Lenzbibliothek in

Laibach

von

Unfasser

8/II 876



### Geburtshilflich-gynäkologische Mittheilungen.

Von Prof. Dr. Alois Valenta in Laibach.

I. Zwillingsfrühgeburt im 8. Monate — *eigenthümlicher ringförmiger tiefer Sitz beider Mutterkuchen ohne Blutung* — gleichzeitiges Vorliegen von je einem Kopf- und Beckenende, bedingt durch das dem geraden Beckendurchmesser parallel laufende Septum ovarum — Catheterisatio uteri ob ursprünglicher Wehenschwäche.

Laut Prot. Nro 241 trat die 28 Jahr alte Cigarrenfabriksarbeiterin Helena M. . . . , eine Ipara, als Gebärende am 13. November 1871 ein. Mein Assistent und die Schulhebamme fanden bei sehr verkürzter Vaginalportion deutlich beide Füße vorliegend. — Des anderen Tages diagnosticirte ich aus dem Umstande, dass ich bei nahezu verstrichener Vag. port. durch den Fornix *gleichzeitig* links deutlich den

glatten runden Schädel und rechts von demselben einen hartweicher, unebenen, grossen Kindestheil — Steiss — vorliegend fand, und am Grunde rechts oben durch das von mir bereits beschriebene Repercutiren zweifellos einen zweiten Kopf erkannte, Zwillinge, und musste ich weiters auch die Person, da die Gebärmutter abwechselnd gespannt und schlaff wurde, umsomehr als Gebärende ansehen, da sie auch über die spezifischen Kreuzschmerzen klagte, und zwar handelte es sich hier offenbar um eine durch einen aufhabenden, colossalen, krampfhaften Husten verursachte vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, unterstützt durch die in der bedeutenden Ausdehnung des Fruchthälters ohnehin liegende Reizbarkeit.

Nichts destoweniger verzögerte sich bei einfachem, expectativem, den Krampfhusten linderndem Verfahren der eigentliche Geburtsfortgang, bis zum 19. Nov., wo sich Abends deutliche Wehen kundgaben, der Scheidentheil vollständig verstrichen und der glattrandige Muttermund für die Fingerspitze eröffnet war. Am 20. Nov. um 5 $\frac{1}{2}$  Uhr früh war das Orif. auf einen Zoll offen, um 8 Uhr gegen 2 $\frac{1}{2}$  Zoll und waren deutlich beide Füsse mit den Fersen nach rechts — II. gedoppelte Steisslage — zu erkennen. — Da bis 12 Uhr Mittags der Status quo blieb, wurde in der Rückenlage nach links hinten ohne Mandrin ein englischer elastischer Katheter in die Uterushöhle eingeführt und bis 5 $\frac{3}{4}$  Uhr Abends, wo der Muttermund vollkommen eröffnet war, liegen gelassen, und hierauf die Blase künstlich gesprengt, wobei eine sehr schwach pulsirende Nabelschnur vorfiel, daher alsbald die Extraction vorgenommen werden musste, und so um 6 $\frac{1}{4}$  Uhr die Geburt eines Knaben vollendet war, wörnach ihr profylactisch 3 Dosen Secale cornutum verabreicht wurden. — Das 2. Kind stellte sich in einer I. Schädellage zur Geburt, und war neben dem Kopfe rechts eine Hand vorliegend. — Trotz linksseitiger Seitenlagerung ging die rechte Hand nicht nur nicht zurück sondern fiel, als die in der Schamspalte sich herabdrängende Fruchtblase künstlich gesprengt werden

musste, ganz vor, jedoch bei der Kleinheit des 2. Kindes ohne irgend einen Nachtheil, denn eine  $\frac{1}{4}$  Stunde darauf i. e. um  $7\frac{1}{2}$  Uhr Abends erfolgte die Geburt eines 2. Knaben. Die Nachgeburt wurde 5 Minuten später nach *Créde* entfernt.

Die Kinder — Knaben — a. 3 Pfund schwer,  $15\frac{3}{4}$  Zoll lang, b. 2 Pfund 27 Loth schwer,  $15\frac{1}{2}$  Zoll lang, entsprachen somit dem 8. Monate, trotzdem es mit ihrer Aussage am 24. Juni die letzten Menses gehabt zu haben, im Widerspruche stand, und starben am 3. Tage an Schwäche, die Mutter wurde am 9. Dec. auf ihr Verlangen als Wöchnerin gesund entlassen, im Wochenbette stellte sich eine Blutung ein, welche durch ein Sekaleklystier mit Erfolg sistirt wurde.

*Von besonderem Interesse war die Nachgeburt*, selbe bestand aus 2 Placenten, 2 Amnion und 2 Chorion, jedoch waren die beiden ovoidförmigen Mutterkuchen derart mit einander verbunden, dass ihre unteren Ränder nach dem Eihautrisse zu schliessen knapp den Muttermundsrand umgaben, *einen durchschnittlich 5—6 Zoll breiten Ring bildend*, dessen untere Oeffnung — *einen Eihautriss vorstellend* — im Querdurchmesser  $6\frac{1}{2}$  Zoll, im mit dem 4blattrigen, dieselbe in nahezu zwei gleiche Hälften theilenden Septum ovarum parallel laufenden geraden Durchmesser  $5\frac{1}{2}$  Zoll mass, die entgegengesetzte obere Ringöffnung mass durchschnittlich  $8\frac{1}{2}$  Zoll; — *es umschlossen somit beide Placenten gleichsam wie ein Reif das Doppelpai*, und die über die Mitte des Muttermundes resp. des unteren Uterussegmentes gehende Scheidewand verursachte das seltene Vorkommniss, dass sich anfänglich von beiden Kindern gleichzeitig grosse Theile — Kopf und Steiss — vorliegend erkennen liessen. — Aus diesem Grunde und weil weiters ein derartiger ringförmiger tiefer Sitz, noch dazu ohne jedwede Blutung, jedenfalls bemerkenswerth bleibt, dürfte bei seiner zweifelslosen Seltenheit die Veröffentlichung dieses Falles, abgesehen von den sonstigen Nebenumständen, immerhin gerechtfertigt erscheinen. — Das interessante Präparat ist dem pathologisch-anatomischen Museum des hiesigen ärztlichen Vereins einverleibt.

## II. Verblutung des Kindes während der Geburt in Folge Zerreißung von quer über den Muttermund verlaufender Nabelschnuradern.

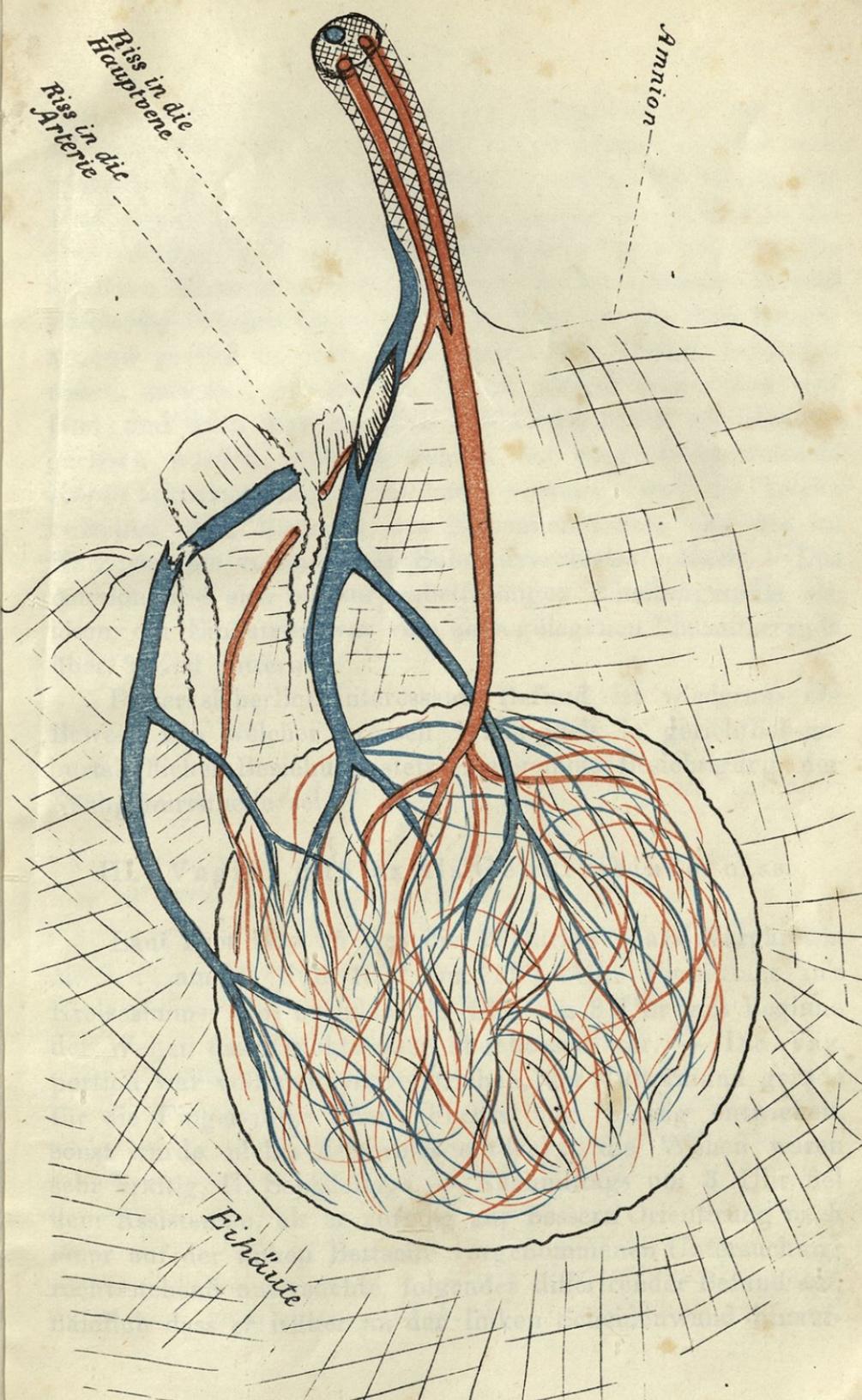
(S. Lithographie.)

Laut Prot. Nro 148 gebar die 30jährige Para Ursula Ros am 10. Mai 1871 um 9 Uhr in 10 Stunden in erster Schädellage ein todttes anämisches Mädchen. — Sie gab bei ihrem um 1 $\frac{1}{2}$  Uhr Nachts erfolgten Eintritte an, dass ihr um 11 Uhr vor Beginn der Wehen die Wässer abgeflossen seien und *dass seitdem von ihr mehr minder Blut abgehe*. — Ob schon bei ihrem Eintritte noch die Vaginalportion vorhanden war, so wurden nun die Wehen so kräftig, dass um 6 Uhr früh bereits das Orific. vollkommen verstrichen\* war und um 9 Uhr bereits die Geburt erfolgte. — Die Schulhebamme sammt den Schülerinnen haben zwar einen ununterbrochenen geringen Blutabgang beobachtet, demselben jedoch ob seiner Geringfügigkeit keinen besonderen Werth beigelegt, bis sie die Todtgeburt eines Andern belehrte, sie meinten, es sei die Blutung die Folge eines vorzeitigen Lostrennens des Mutterkuchens; — ein spritzendes, strahlenförmiges Blutfließen haben sie nicht bemerkt. Erst eine genaue Besichtigung *der Nachgeburt* löste in interessanter Weise das Räthsel: der 6" im Durchmesser habende Mutterkuchen hatte einen tiefen Sitz eingenommen mit gleichzeitiger velamentöser Nabelschnureinpflanzung an dem nach abwärts gelegenen Placentarrande. — Die 16 $\frac{1}{2}$  Zoll lange Nabelschnur nämlich theilte sich 4 $\frac{1}{2}$  Zoll vom Mutterkuchenrande gabelförmig, und zwar ging in dieselbe nur die normale eine Vene, welche bis zu ihrem Eintritte mehrere gleich näher zu beschreibende Nebenäste aufnahm, und trat aus der Nabelschnur abnorm *nur eine starke Arterie hervor*; die zweite gab erst gerade beim Theilungswinkel einen kaum über 1 Millimeter starken Zweig ab, welcher sich einen Zoll unterhalb zerrissen vorfand, und vereinigte sich dann gerade bei ihrem Austritte aus der Nabelschnurhülle mit der obigen starken Nabelschnurarterie, d. h. *die Nabelschnur hatte bis zur velamentösen Einpflanzung 2 Arterien*,

Riss in die  
Hauptvene  
Riss in die  
Arterie

Amnion

Eihäute



Schematische Skizze zu Pag. 200.



dann nur eine. — Drei Zoll von der Hauptvene trat aus dem Mutterkuchen eine zweite starke Vene heraus, welche sich bogenförmig 2—3 Zoll vom Rande entfernt bis knapp zur Theilungsstelle hinschlängelte, um daselbst in die Hauptvene einzumünden, und dieser *Venenzweig* war es eben, der die tödtliche Blutung veranlasst hatte, er ist offenbar *zweimal gleichzeitig zerrissen worden*, einmal ward er aus dem Hauptstamme gerade an der Einmündungsstelle derart herausgerissen, dass sich daselbst ein über 6 Linien langer Riss vorfand, und dann war ein über Zoll langes Stück von ihm abgerissen worden, welches sich in den vom durchgetretenen Kopfe zurückgedrängten Eihäuten vorfand, und die Lücke zwischen dem Rissende des Nebenvenenastes und des im Hauptstamme vorfindlichen Substanzverlustes erklärte. — Das Amnion liess sich bis zur gabelförmigen Theilungsstelle ablösen, der Eihautriss war vom oben gelegenen Placentarrande über 9 Zoll entfernt.

Dieser sicherlich interessante Befund ist wiederum ein Beweis, von welcher grossen Wichtigkeit in gerichtlich-geburthilflicher Beziehung stets eine genaue Besichtigung der Nachgeburtstheile sei!

### III. Vagina duplex als Geburtshinderniss.

Laut Prot. Nro 95 trat die 26jährige Ipara Margaretha M. . . . am 10. Juli 1872 um 11 $\frac{1}{2}$  Uhr Vormittags in's Kreisszimmer ein, nachdem ihr früh um 8 Uhr mit Beginne der Wehen das Fruchtwasser abgeflossen war. — Die Vag. portion war vollkommen verstrichen, der Muttermund gerade für die Fingerspitze offen, Fornix vag. mässig entwickelt, sonst wurde nichts Abnormes entdeckt, die Wehen waren sehr kräftig, II. Schädellage. — Nachmittags um 3 Uhr fiel dem Assistenten, als er zufällig zur bessern Orientirung nach einer auf der linken Bettseite vorgenommenen Untersuchung rechtsstehend untersuchte, folgender differirender Befund auf, nämlich dass er früher an der linken Scheidenwand hinauf-

gehend leicht den gegen 1½ Zoll weiten Muttermund allseitig abtasten konnte, während er jetzt rechtsstehend an der rechten Scheidenwand heraufgehend kaum den Rand des Orif. uteri fühlen konnte, welcher Gegensatz ihn eine genauere Untersuchung der Genitalien vornehmen hiess, bei welcher er eine *Vagina duplex* entdeckte, und mich herbeirufen liess. Ich fand die Vulva durch eine von vorne hinter der Urethralöffnung nach hinten gehende senkrechte Leiste getheilt, welche sich als der äussere Rand eines den ganzen Scheidenkanal in nahezu zwei gleiche Hälften theilender stellenweise 4 Linien dicken sehr blutreichen Septums darstellte, welches knapp am Muttermunde mit einem sichelförmigen freien innern Rande derart endete, dass man mit dem untersuchenden Finger von einer Scheide in die andere hinübergreifen konnte, entschieden war jedoch die rechte Scheidenhälfte enger, als die linke, die Schleimhaut beider Scheiden bot *columnae rugarum* dar, von einem Hymen war nichts zu entdecken.

*Die Gebärende hatte keine Idee von ihrer interessanten Doppelscheide*, und es erscheint als wahrscheinlich, dass beide Scheiden ohne ihr Wissen zum Coitus benutzt worden sein dürften.

Äusserst interessant war der Anblick am Querbette, als man mit zwei Gorgereits die äussern Scheidenwände in entgegengesetzter Richtung i. e. nach aussen thunlichst spannte; — man sah da durch beide Vaginas gleichzeitig den Kopf, und konnte genau beobachten, wie mächtig er während jeder Wehe gegen das oben erwähnte sichelförmige, scharfkantige freie Ende des Vaginalseptums andrängte und dasselbe durchzureissen drohte, wesshalb ich auch in dieser Stellung um 4¾ Uhr bei 3 Zoll weitem Orificium zur Operation, nämlich *Durchschneidung des Septums* schritt. — In der Voraussetzung, dass der herabtretende Kopf am besten als Tampon comprimierend wirke, somit keine bedeutende Blutung zu befürchten sein werde, wurde das Septum einfach mit einer stumpfspitzen Scheere in Paar Zügen von unten

nach oben, und zwar etwas näher gegen die hintere Wand sich haltend, durchschnitten, und erst als sich aus dem von der vordern Wand kammartig herabhängenden Reste eine stärkere Blutung kundgab, wurde an derselben mit Erfolg eine Ligatur angelegt, und der alsbald von den kräftigsten Wehen herabgetriebene Kopf that weiters das Seinige, so dass auch nach der bereits um 5 $\frac{1}{2}$  Uhr Abends erfolgten Geburt eines 5 Pfund 16 Loth schweren frischen Mädchens aus den Wundrändern nicht ein Blutstropfen mehr abging — denn der 13 $\frac{1}{2}$  Zoll im Umfang messende Kopf hatte prächtig tamponirt. Um keine Gangränescenz zu bewirken, wurde am 3. Tage des Wochenbettes ohne Nachtheil die Ligatur entfernt, und am Entlassungstage (25./7) war Alles verheilt, und merkwürdiger Weise war an der vordern Wand gar keine Hervorragung bemerkbar, während man längs der hintern Wand bis zum Orificium uteri einen ca 3 Linien hohen Kamm verfolgen konnte. — Schliesslich muss noch bemerkt werden, dass der Uterus keine Abnormität nachweisen liess.

#### IV. Ueber die Entzündung der Bartholin'schen Drüsen.

Die Wahl dieses Thema's erscheint beim ersten Eindrucke eines praktischen Werthes baar zu sein, und dennoch ereignete und ereignet es sich noch oft genug, dass dieses lästige Leiden nicht erkannt und mit anderen Leiden unliebsam verwechselt wird; — von diesem Standpunkte und dann weil diese Krankheit überhaupt auch sonstens nicht uninteressante Momente darbietet und trotz alledem eigentlich doch zu den nicht gar so häufigen Erkrankungen der Vulva gehört — *Hyrtl* beobachtete selbe nur 2mal — halte ich es für nicht ungerechtfertigt, meine diesbezüglichen Erfahrungen darüber mitzutheilen.

Die *Bartholin'schen Drüsen* liegen als paarige, bohngrosse acinöse Drüsen hinter der Fascia perinaei superficialis und dem Constrictor cunni über der Basis des hintern Theiles je

einer grossen Schamlippe mit einem ca 8 Linien langen an der Seite des Scheideneinganges mündenden Ausführungsgange versehen; dieselben entsprechen ihrem anatomischen Baue sowohl als der Entwicklung nach den *Cooper'schen* Drüsen beim Manne, und ihre physiologische Thätigkeit soll in der Schlüpfrigmachung der äussern Scham bestehen. — *Selbe sind nach den Pubertätsjahren am besten entwickelt, und schwinden allmählig im höheren Lebensalter.*

Diese Organe sind schon ihrer Lage nach vielen Schädlichkeiten ausgesetzt, ein Stoss, Druck, übermässiges Gehen, Tanzen, vor Allem unmässiger Coitus, Mastupration u. s. f. sind es, welche dieselben reizen i. e. in einen entzündlichen Zustand versetzen können, ebenso kann eine Tripperinfection dieses veranlassen, und dann steht ausser allem Zweifel, dass die *menstruelle Congestion einen exquisiten Einfluss* auf deren periodische Turgescenz und demgemässe Reizbarkeit ausübt.

Im Allgemeinen sind die *Bartholin'schen* Drüsen eigentlich nicht gar so vulnerabel, als von mancher Seite behauptet wird, wenigstens hier zu Lande findet man entgegen dem Ausspruche einiger Autoren gerade bei öffentlichen Dirnen eine Entzündung dieser Drüsen äusserst selten. Thatsache ist jedoch dagegen, dass sich dieses lästige, schmerzhaftes Leiden bei in dieser Richtung empfänglichen Frauen sehr rapid einstellt, nemlich es tritt meistens kurz nach der schädlichen Einwirkung eine sehr rasche Anschwellung der beleidigten Drüse ein, um binnen einigen Tagen bereits alle Symptome der Suppuration deutlich erkennen zu lassen; — *die Vereiterung ist bei der Entzündung der Bartholin'schen Drüsen die Regel*, ein einfaches Abschwellen, die sogenannte Zertheilung, die Ausnahme, und wird letztere noch am ehesten dann beobachtet, wenn menstruelle Congestion Ursache war. — Gewöhnlich ist der Verlauf der Entzündung derart, dass zuerst eine Verschiessung — Conglutinatio der Ausführungsöffnung und als weitere Folge des sich ansammelnden Inhaltes eine Ectasie des Ausführungsganges eintritt, welche letztere sich dann allmählig in die Drüsenacini fortsetzt, selbe immer

mehr ausdehnend, so dass schliesslich die ganze Drüse cystös erweitert wird. — Erreicht die Anfüllung einen gewissen Grad, so geschieht in Folge der zu grossen Spannung ein spontaner Durchbruch des Drüseninhalts und zwar in der Regel an resp. durch die physiologische Oeffnung. — Ausnahmsweise bildet sich eine neue spontane Durchbruchsoeffnung und noch seltener ist das Ereigniss eines gleichzeitigen doppelten Durchbruchs durch die natürliche — physiologische — und eine unnatürliche — pathologische — Oeffnung. Manchmal unterminirt das eitrig-e Sekret nach Corrodiren der cystösen Wandung das Unterhautzellgewebe — *Fistelgänge* in der Richtung gegen das Perinäum bildend.

Ist die cystös degenerirte Drüse bis zu einem gewissen Grade angefüllt, so fliesst dann oft durch den physiologischen Ausführungsgang beim zufälligen Druck, Gehen u. s. f. mehr minder eine eitrig-gelbe, klebrige Flüssigkeit ab, die Cyste füllt sich dann abermals, entleert sich wieder u. s. f., das wiederholt sich öfters, und die Patientinnen glauben an einem einfachen Scheidenflusse zu leiden, wegen welchem sie sich dann bei dem Arzte Rathsholen, wie gesagt das Leiden wird auf diese Weise chronisch, denn nur in äusserst seltenen Fällen hört nach einmaligem spontanen Durchbruche die Sekretion vollständig auf.

Was das *Sekret* anbelangt, so kommt es eben darauf an, ob die Entartung der Drüse noch einen rein cystösen Character angenommen oder ob schon eine Entzündung resp. Eiterung sich hinzugesellt hat, im ersteren Falle ist das Sekret klar, eiweissartig-klebrig, im letzteren Falle bildet es einen dünnen schmutzig-gelben Eiter, oft von einem eigenthümlich penetrantem Geruche begleitet. *Eine Verwechslung dieses Leidens mit andern ähnlichen ist wohl bei genauer Untersuchung der Vulva nicht leicht möglich*, aber dennoch schon vorgekommen und wird auch noch in Zukunft vorkommen, nemlich mit syphilitischen Erkrankungen und Vagino-Uterinalkatarrhe, phlegmonöser Vulvitis, Thrombus, Leistenbrüche,

mit andern Cysten oder gar auch mit festen Geschwülsten der Vulva, wie: Fibromen, Lipomen u. dgl.

Die diagnostischen Zeichen der *Bartholin'schen* Drüsen-erkrankung sind so prägnant, dass wohl eigentlich eine *Differentialdiagnose* in sich ergebenden Fällen nicht schwierig sein kann. Das Sekret kann den Tripper oder Fluor albus innocens vortäuschen — beide sind jedoch nicht auf der Vulva beschränkt, sondern über die Vagino-Uterinalschleimhaut ausgebreitet, und der Tripper afficirt stets die Urethral-schleimhaut, allerdings kann auch bei der *Bertholin'schen* Drüsen-erkrankung gleichzeitig ein Tripper vorhanden sein, bezüglich der Tripper diese Erkrankung bewirkt haben. Die sehr schmerzhaft phlegmonöse Vulvitis verläuft stets acut und bildet bevor es zur Eiterung kommt eine feste niemals scharf begrenzte Geschwulst. — Der Thrombus kommt ausser der Schwangerschaft nur in Folge wirklicher Traumen vor. — Hernien geben einen tympanitischen Schall, lassen sich reponiren oder wenn nicht, so wenigstens bis in den Leistenkanal verfolgen. — Die anatomische Lage, Consistenz, langsame Entwicklung, Schmerzlosigkeit u. s. f. schlies- sen mit Leichtigkeit andere Cysten oder gar feste Geschwülste, wie Fibrome, Lipome u. dgl. aus. — Eine präzise Differen- tialdiagnose wird allerdings nur dann überhaupt möglich sein, wenn der zu Rathe gezogene Arzt den Grundsatz der gynä- kologischen Praxis festhält „*niemals gegen Frauenleiden ohne vorhergegangener genauer Untersuchung der Genitalien irgend etwas zu ordiniren*“; hier ist das Nachgeben i. e. der Schamhaftig- keit Rechnung tragen nie am Platze, sondern stets verwerf- lich — hier gilt im Interesse des Arztes und der Kranken das kathegorische — entweder, oder; — ohne Untersuchung gibt es überhaupt keine gynäkologische Diagnose resp. Be- handlung.

*Die Diagnose der in Rede stehenden Erkrankung steht fest durch nachfolgenden Befund: man findet gewöhnlich eine meist rundlich oder auch eiförmig, jedoch stets scharf begränzt, angeschwollene grosse Schamlippe von bläulich rother Farbe,*

elastischer Consistenz, bei der Berührung mehr minder schmerzhaft, deutlich fluctuirend und ist in der Regel im Stande zu beobachten, dass beim Zusammendrücken der Geschwulst an der Stelle resp. dem Punkte, wo der Ausführungsgang der *Bartholin'schen* Drüse zu liegen hat, Eiter zum Vorschein kommt; — falls nicht und das sind dann wohl nur hochgradig entzündete bereits abscedirte Drüsen, sieht man bei dieser Compression gegen die Innenfläche unter der Schleimhaut unverkennbar den gelblichen Eiter durchschimmern. — Die Aussage der Patienten, dass *diese Geschwulst schon wiederholt rasch und zwar auffällig gerade zur Zeit der Menstruation entstanden sei* oder überhaupt damals, wenn schon vorhanden, entschieden wachse und dann nach heftigen tobenden und klopfenden Schmerzen unter plötzlichen Erguss reichlichen Eiters von selbst für eine Zeit verschwinde, wird wesentlich in die Wagschale fallen; dagegen sind die Klagen über behindertes Gehen, Sitzen, Schmerz beim Coitus u. s. f., als diesem Leiden nicht allein zukommende Symptome unwesentlich, jedoch stets den Arzt zu einer genauen Untersuchung veranlassend.

Dieses Leiden wird, wenn die Kranke nicht gleich beim ersten Auftreten rationelle Hilfe sucht, chronisch und dauert oft schon mehrere Jahre an, bis endlich eine zweckmässige Hilfe Platz greift; es kommt merkwürdiger Weise verhältnissmässig am seltensten in den mit der Conception zusammenhängenden Phasen des Geschlechtslebens vor, sondern in der Regel ausserhalb derselben und da wohl bei Frauen, welche sich der lebhaftesten Geschlechtstlust selbst erfreuen oder nolens volens erfreuen müssen. — Kommt es in der Schwangerschaft vor, so nimmt es auf deren Verlauf keinen üblen Einfluss. — Eine reine Ausnahme bildet die Erkrankung der *B.'schen* Drüsen im höheren Alter, da ja dieses immerhin räthselhafte Drüsenorgan erwiesener Massen einem allmälligen totalen senilen Schwunde unterliegt.

Die *Prognose* ist bei diesem Leiden bei rationeller Behandlung stets günstig zu stellen und treten nicht leicht als-

dann Recidiven ein, dagegen recidivirt das Leiden allerdings gern nach Entleerung durch den *Bartholin'schen* Ausführungsgang, ob spontan oder durch Compression erfolgt.

Was die *Behandlung* anbelangt, so wird man gewöhnlich erst damals zu Rathe gezogen, wenn bereits der Suppurationsprocess sich schönstens entwickelt hat, und da bin ich der Meinung, dass einzig und allein schnell und sicher das Messer i. e. *eine radicale Incision* zum Ziele führt, denn die einfache Entleerung durch Ausdrücken bewirkt selten Heilung und treten hierauf sehr oft — in 50% nach meinen Erfahrungen — Recidiven ein.

Ich führe in all' jenen Fällen, wo der Ausführungsgang offen ist, eine Hohlsonde durch denselben ein und spalte die suppurative Cyste total von oben nach unten; es ist nemlich gerade sehr wichtig, dass der ektatische Ausführungskanal gespalten werde, weil derselbe ob seiner verdickten Wandungen gerne einen fistulösen Eitergang bildet, welcher nicht verheilt. — Ist keine physiologische oder sonstige spontane Durchbruchsöffnung vorhanden, so wird nach den gewöhnlichen Regeln eine ausgiebige Oncotomie vorgenommen. Sehr wichtig ist die *Nachbehandlung*, hier spielen Sitzbäder und sonstiges fleissiges Reinigen, Ausspühlen der gespaltenen Höhle die erste Rolle, dann lege man anfangs in Jodtinktur eingetauchte Charpiebäuschchen ein und pinsle später noch öfters damit die Höhle aus, das wird genügen eine ausgiebige Eiterung resp. Vereiterung der callösen Wandungen zu erzielen, ausnahmsweise wird man noch hie und da ein Touchiren mit Lapis infernalis vornehmen müssen. — Selbstverständlich soll bis zur vollständigen Heilung kein Coitus stattfinden und hat sich eine solche Frau auch ferner zur Menstruationszeit des Beischlafes zu enthalten.

Würde man im Beginne dieses Leidens zu Rathe gezogen, so möchte ein antiphlogistisches Verfahren zweifelsohne öfters die Entzündung coupiren, vor Allem lokale Blutentziehungen, daher man auch zu diesem Leiden geneigten Frauen eindring-

lichst auftragen soll, den Arzt beim geringsten verdächtigen Schmerze in jenen Regionen herbeizurufen; endlich ist natürlich jede Schädlichkeitsursache thunlichst zu meiden.

Nun erlaube ich mir ein kleines bündiges Resümé über die mir in meiner Praxis vorgekommenen Fälle von Entzündung der *Bartholin'schen* Drüsen mitzutheilen. — Mit Ausschluss meiner klinischen geburtshilflichen Praxis habe ich dieses Leiden laut meinen Notizen unter 6600 Clienten *nur 16mal* gesehen und behandelt und zwar bei 3 Ledigen und 13 Verheiratheten. Was die ledigen Personen anbelangt, so hatten zwei sicher den Coitus gepflogen, jedoch nur eine war hievon im begründeten Verdachte, in venere excessiv zu leben, die dritte masturbirte.

Von den verheiratheten Frauen waren 2 schwanger, eine im 5. Monate — rechtseitige Entzündung — und die andere Parturiens am normalen Schwangerschaftsende — linkseitige Entzündung — bei beiden wurde die Oncotomie mit Erfolg vorgenommen und zwar bei der ersten ohne Nachtheil für die Schwangerschaft, bei der zweiten, einer Ipara, wurde ich erst den andern Tag nach der Geburt gerufen, und ist jedenfalls der Umstand sehr interessant, dass die Geschwulst beim Durchtritte des Kindes nicht berstete.

Bei einer 60jährigen Frau wurde durch die Oncotomie mit Erfolg eine linkseitige Cyste eröffnet. Durch einfaches Ausdrücken heilte ohne Recidive bei einer 44jährig. (VIpara) Frau, bei welcher bereits seit 1 Jahre die Menses cessirten, eine rechtseitige abscedirte Drüse, es war das Leiden akut mit der wieder sich eingestellten Menstruation aufgetreten.

Von den Verheiratheten hatten 4 nie geboren.

Was den *Sitz* anbelangt, so war das Leiden 6mal rechts, 9mal links und 1mal beiderseits und wurde 12mal die Radicaloperation (Incision) und 4mal die einfache Compression vorgenommen, mit dem Erfolge, dass während von ersteren keine recidivirte, bei letzteren 2mal Recidiven eintraten.

Aeusserst selten ist die beiderseitige Drüsenerkrankung,

und von diesem Standpunkte und weil das Leiden nicht erkannt wurde, dürfte eine detaillirte Auseinandersetzung meines einzigen Falles gerechtfertigt erscheinen:

Frau N. N. 32 Jahre alt, eine robuste Frau, litt in der Kindheit an hochgradiger Halsdrüsenkrophulose, sonst will sie stets gesund gewesen sein, und habe auch die Menses seit dem 14. Lebensjahre regelmässig gehabt. — Patientin hat nie geboren, ist jetzt zum 2. Male verhehlicht, und trotz ihres Leidens, welches nun *bereits 3 Jahre* andauere, werde der Coitus fast täglich ausgeübt, und derselbe bereite ihr in der Regel auch keinen besonderen Schmerz, und auch nicht immer, sondern nur dann, wenn die äussern Schamtheile mehr anschwellen, was sich so mehr minder stets nach dem Eintritte der Menstruation zeige. Ununterbrochen, nur nach der Periode im höheren Grade, gehe ein eitriger gelber Ausfluss von ihr, und lasse der Scheidenfluss nicht nach, trotzdem, dass sie fortwährend dagegen ärztlich behandelt worden sei. — Auf meine Anfrage, ob der Arzt sie genau untersucht habe? — erwiderte sie, dass derlei geschehen sei. Ich fand beide *Bartholin'schen* Drüsen — die linke mehr — angeschwollen, und beim nicht besonders schmerzhaften Comprimiren entleerte sich aus jedem Ausführungsgange ein graugelber Eiter. — Ich spaltete nun in der oben angegebenen Weise beide abscedirten Drüsen bis gegen das Frenulum labiorum, und constatirte, dass dieselben nicht mit einander communicirten. Pat. badete fleissig und wurde täglich 2mal ein in Jodtinktur getränktes Lämpchen beiderseitig eingelegt, und siehe da am 6. Tage liess sich unter dem brückenartigen Schamlippenbändchen eine Kommunikation erkennen. Nach geschehener Spaltung dieser Brücke fand ich einen über 1 Zoll langen Hohlengang, welcher vom Frenulum unter der Schleimhaut in der Raphe der hintern Scheidenwand verlief, welchen Fistelgang ich nun auch spaltete, wo dann erst nach 10 Wochen Heilung erfolgte. — So wie durch den fortwährenden Insult beim Coitus diese langwierige totale Vereiterung beider Drüsen und des Zellgewebes mit Hohlgangbildung entstanden

ist, ebenso hegte ich den gegründeten — nun eingestandenen — Verdacht, dass aus eben diesem Grunde die Heilung so langsam erfolgte. — Die Anschwellung der Schamlippen während der Menses hatte ausser der Congestion natürlich auch in dem Umstande den Grund, dass zu dieser Zeit kein Coitus, somit keine fortwährende mechanische Entleerung geschah und die Drüsen sich somit anfüllen konnten.

Endlich muss ich auf meine eigenen Erfahrungen gestützt einerseits und laut der Aussage meiner Collegen, der vom Jahre 1860 bis Ende 1874 auf der Abtheilung für Syphilitische amtierenden beiden Primärärzte andererseits dem Ausspruche gegenüber, dass dieses Leiden gar so häufig, oder wie einige Autoren behaupten, so zu sagen ausschliesslich bei öffentlichen Dirnen vorkomme, das Gegentheil behaupten, wenigstens für Krain, denn auf dieser Spitals Abtheilung wurden in dem oben angeführten Zeitabschnitte 2185 Weiber behandelt, und wissen sich beide Aerzte nur auf beiläufig 11 Erkrankungen der B.-Drüsen zu erinnern, denn leider wurden über diese Nebenerkrankung keine genauen Daten geführt, aber beide versichern, eher weniger als mehr Fälle beobachtet zu haben, somit steht das Factum der Seltenheit dieses Leidens bei Syphilitischen erwiesen da. — Endlich möchte ich nochmals den von mir und andern Beobachtern constatirten auffälligen Zusammenhang dieses Leidens mit der menstruellen Congestion hervorheben, und bin der unmassgeblichen Meinung, es dürfte nicht unwahrscheinlich in dem Sistiren der Menstruation während der Schwangerschaft mit ein Grund liegen, des so seltenen Vorkommens dieses Leidens während dieser Phase der Geschlechtsthätigkeit.

Schlüsslich sei erwähnt, dass die physiologische Function dieser Drüsenorgane bei acutem Verlaufe mit günstiger Entleerung des Eiters durch die Ausführungsgänge intact bleibt, nicht so bei der chronischen Entzündung und nach der in Folge dessen nöthigen Radicaloperation, da verodet in der Regel dieses Drüsenorgan.

## V. Mittheilungen über Hämatometra.

*a. Fall von acut entstandener collosaler Haematometra in Folge narbiger Verwachsung des Muttermundes post partum; — spontane Ruptur — Heilung.*

N. N. eine obschon zarte, so doch gesunde Frau, kleiner Statur, 31 Jahre alt, in ihrer ersten Ehe kinderlos, ging am 14. Dec. 1874 frohen Muthes jener schweren Stunde entgegen, welche ihr endlich das langersehnte Mutterglück bringen sollte. — Sei dem, wie man wolle, der Fachmann, welchem sie sich zu diesem Zwecke anvertraute, entband sie unter unseligen Qualen nach vorangeschickten Zangenversuchen mittelst Perforation und Cranioclaste von einem starken Knaben, und nachdem sie durch 4 Wochen im Wochenbette, dessen Behandlung einem gewöhnlichen, jedoch praktischen Wundarzte überlassen wurde, so zu sagen zwischen Leben und Tod geschwebt, kam sie schlüsslich glücklich davon, und erholte sich, obschon langsam, vollständig, so den besten Beweis liefernd, dass sie sich einer guten Körperconstitution erfreute. — Bis auf den Umstand, dass die Menses sich nicht einstellten, befand sie sich dann bis Ende März d. J. wohl, woselbst sie eine sehr heftige einige Tage dauernde Unterleibskolik überstand, sich hierauf jedoch wieder wohlfühlend bis zum 25. April d. J., wo sie um 3 Uhr Morgens wiederum von den heftigsten Kolikschmerzen geweckt wurde, welche bis gegen Mittag andauerten. — Fast zur selben Stunde bezüglich des Eintrittes und mit derselben Dauer stellten sich diese Kolikanfälle nun Tag für Tag ein, nur mit dem Unterschiede, dass sich die Schmerzen immer mehr steigerten, den Character von Wehenschmerzen darbietend. Selbe wurden endlich unausstehlich, die Leidende schrie und wand sich vor Schmerzen u. s. f. so dass man endlich den 1. Mai um mich schickte. Spät Abends zu der mehrere Stunden von Laibach entfernt wohnenden Patientin kommend, fand ich selbe wieder nahezu schmerzlos, und sie bat mich, da sie sich sehr ermattet fühlte, eine genauere Untersuchung

vor der Hand zu verschieben, ich constatirte nur mit Leichtigkeit eine bis nahezu zum Nabel reichende, elastische, bei der Berührung empfindliche Geschwulst, welche man für eine schwangere Gebärmutter im 5. Monate halten konnte. Eine über diese Möglichkeit gemachte Aeusserung wurde vom Gatten offen und ernstlich widerlegt, und so drang sich mir schon im Vornhinein der Gedanke auf, dass es sich hier nach den so prägnanten Symptomen zu schliessen um eine Zurückhaltung resp. Ausstossung der menstruellen Ausscheidungen handeln dürfte. Da Pat. wirklich sehr matt war, Beweis dessen ihre blasse Gesichtsfarbe und der kleine Puls, willfahrte ich ihrer Bitte, und unterliess jeden weiteren Eingriff. — Gegen 4 Uhr Morgens hinzugerufen bot die Patientin das oben beschriebene Leidensbild dar, und ich fand nun nach genauer combinirter äusserlicher und innerlicher Untersuchung folgenden Stand der Dinge vor:

Die Vulva durch eine seitlich bis hinter die Aftermündung gehende Perinäalruptur klaffend, die auffällig kurze Scheide voller Narben, wovon eine sich kammartig über den Fornix hinauf bis zu einer sich durch denselben herabdrängenden, eiförmig zugespitzten Geschwulst verfolgen lässt, welche deutlich mit der schon erwähnten ober der Schoossfuge fühlbaren bis zum Nabel reichenden elastischen Geschwulst zusammenhängt. Der weitere Umstand, dass sich selbige Geschwulst gerade damals i. e. gleichzeitig, wenn die sog. Kolikschmerzen begannen und successive steigerten, unter der aufgelegten Hand allmählig härter und praller gespannt werdend erkennen liess, und dass sich insbesondere dann das in die Scheide herabragende zugespitzte Segment so stellte, wie eine sprungfertige Fruchtblase, liess weiters keinen Zweifel darob obwalten, dass selbe Geschwulst die Gebärmutter sei, und dass diese Schmerzen allerdings Wehen sind, welche deren Entleerung bewirken wollen. Von einem Muttermunde war keine Spur, sondern ein an der Spitze der sich herabdrängenden Geschwulst im Narbengewebe undeutlich erkennbares Grübchen, woselbst auch die Wand am

dünnsten erschien, und man eine Fluctuation wahrnahm, musste man als jenen Punkt ansehen, wo der Muttermund ursprünglich gewesen sein dürfte; von einer Vaginalportion war nichts vorhanden.

Dieser Befund liess meine vorgefasste, muthmassliche Diagnose: *Haematometra* nun ausser allem Zweifel. Offenbar wurde in Folge der durch die bei den verschiedenen Operationen stattgefundenen hochgradigen Verletzungen, Quetschungen u. s. f. entstandenen Colpo-metritis gangraenosa diese narbige Verwachsung des Orif. uteri bewirkt, und als Consequenz dieser Atresie die Verhaltung des Menstrualblutes.

Was thun? — zuwarten und der Naturhilfe vertrauen, oder eingreifen? — Ich muss gestehen, auf mich machte der Sachverhalt alsogleich den Eindruck, als wenn jetzt und jetzt ein spontaner Durchbruch nach abwärts eintreten müsste, und bei dem Umstande, als ich gar kein geeignetes Instrument bei mir hatte, denn ich dachte bei meiner Hinreise auf eine gewöhnliche Dysmenorrhoe, nie und nimmer auf eine *Haematometra*, und da andererseits die Pat. äusserst messerscheu war, und trotz allen Leidens, gewitzigt durch die ihr noch frisch im Gedächtnisse gebliebenen überstandenen Qualen bei der Geburt, von einer Operation nichts wissen wollte, entschied ich mich in der Voraussicht eines günstigen baldigen spontanen Durchbruchs für das Zuwarten und machte der Patientin inzwischen zur Linderung der heftigen Schmerzen mit Erfolg eine subcutane Morphiuminjection, mir vorbehaltend, dass ich, wenn sich das Bild bis zum andern Tage wider Vermuthen nicht ändern sollte, unter jeder Bedingung operativ einschreiten werde, was auch zugegeben wurde.

Siehe da, die Wehen steigerten sich immer mehr, und um 6 $\frac{1}{2}$  Uhr früh erfolgte unter dem Gefühle eines stattgehabten Risses, begleitet von einer unbeschreiblichen Erleichterung plötzlich ein massenhafter Erguss von dem diesen Zuständen eigenthümlichen, zähen, chocoladeartigen, zersetzten Blute, welchem noch reines unzersetztes offenbar von der letzten menstruellen Congestion abstammendes Blut nachfolgte.

Der Durchbruch war richtig an der Stelle jenes Grübchens erfolgt, und am 4. Mai fand ich den Uterus gut rückgebildet, im Fornix vag. eine ca 5 Lin. lange Vaginalportion mit einem queren Orif. ext., die menstruelle Blutung dauerte, wenn auch schwach, noch an. — Pat. befindet sich nun bis auf einen Uterinalcatarrh ganz wohl, insbesondere fliessen ihre Menses seitdem ganz anstandslos.

#### *Epikritische Bemerkungen.*

In unserem Falle sind mehrere Momente interessant und zwar: 1. die eigenthümliche allerdings mit einer Atresie des Orif. ext. endende glückliche Naturheilung trotz solchen Verletzungen nach solchen Eingriffen.

2. Die rasche Entstehung dieser so hochgradigen Haematometra. Die praktische Erfahrung lehrt, dass bei nicht säugenden Frauen in der Regel 6—8 Wochen post partum die Ovulation resp. die sie begleitende menstruelle Blutung wiederum einzutreten pflegt, somit sind wir auch hier berechtigt anzunehmen, dass wenn, so im Monate Februar die erste menstruelle Congestion sich kundgegeben haben dürfte, und musste dieselbe alsdann bei dem Umstande, als die sehr aufmerksame Patientin gar nichts Besonderes an sich beobachtete, jedenfalls sehr geringfügig gewesen sein, so dass man eben bei diesem Mangel jedweder Molimina fast mit grösserem Rechte zu der Annahme berechtigt wäre, dass damals überhaupt keine menstruelle Congestion stattgefunden habe, sollte aber eine solche dennoch damals eingetreten sein, so muss nochmals hervorgehoben werden, dass selbe sicherlich mit einem kaum nennenswerthen Blutergusse in die abgeschlossene Gebärmutterhöhle erfolgt sein konnte; — dagegen erscheint es zweifellos, dass im Monate April nicht nur eine Menstruationskolik stattgefunden, sondern dass selbe auch mit einem bezüglich des Quantum reichlichen Blutergusse verbunden gewesen war, welcher Inhalt sich schon im Mai also wahrscheinlich bei der zweiten Menstruation post partum so massenhaft vermehrte, dass es sich hier nach den sich

kundgebenden Zeichen der Blutleere, nemlich nach der Mattigkeit, Blässe und dem kleinen Pulse der Patientin zu schliessen, um eine wahrhafte innerliche Gebärmutterblutung ex menstruatione majoris gradus handelte, gewiss ein seltenes Ereigniss.

3. Verdient der günstige spontane Durchbruch mit der constatirten raschen Rückbildung der Gebärmutter resp. gänzlichen Heilung hervorgehoben zu werden — nicht minder die Berechtigung einen solchen Durchbruch abgewartet zu haben, und somit nicht operativ eingeschritten zu sein. Obschon ich überzeugt bin, dass eine alsbaldige instrumentelle Entleerung schliesslich auch zu einem glücklichen Endresultate geführt hätte, so glaube ich immerhin, dass die bis zum spontanen Durchbruche so hochgradig angefachte Wehenthätigkeit um so besser zur nachhaltigen raschen Zusammenziehung der Gebärmutter beigetragen haben dürfte.

Schliesslich muss ich erwähnen, dass ich bei der Patientin von einer besonderen Beckenenge nichts nachzuweisen im Stande war, und dass der Umstand erwähnenswerth erscheint, dass deren viel kleinere Schwester wiederholt grosse Kinder naturgemäss geboren hat und dass endlich in der mir sehr gut bekannten Familie nicht eine Spur von Rhachitis oder Skrofulose vorkommt.

*b. Chronische Haematometra in Folge unperforirten Hymens — spontaner Durchbruch — Heilung.*

Am 7. Mai 1875 trat laut Prot. Nro 24 das 17jährige Bauernmädchen A. P. aus Steiermark mit Blutsturz auf die gynäkolog. Abtheilung, unter Bekanntgabe folgender Anamnestica: Sie habe noch nie die Periode gehabt, und sich auch sonstens bis zum 20. März d. J. entsprechend wohl befunden, zu welcher Zeit sie das erste Mal und zwar plötzlich eintretende Kreuzschmerzen, mit dem Gefühle des Herabdrückens verspürte, welche sie übrigens nicht beachtete, und trotzdem dass selbige Beschwerden nicht mehr ganz nachliessen, ging sie ihren verschiedenen häuslichen Verrich-

tungen bis zum 25. April nach, wo sie sich ob Fieber mit Schüttelfrost zu Bette legen musste. — Die Kreuzschmerzen resp. das Gefühl des Herabziehens wurden nemlich immer heftiger, es gesellte sich hiezu öfteres Frösteln, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung und hie und da *Urinsperre*, insbesondere fühlte sie die letztere Zeit, dass sich durch die Schamspalte eine Geschwulst hervordränge. Trotz ihres Protestes zieh man sie der Schwangerschaft und schickte sie in das Laibacher Spital. — Unter unseligen Schmerzen ward sie in den Eisenbahnwagen gebracht, sei dem, dass die Erschütterung des Fahrens das Ihrige beitrug, plötzlich fühlte sie ein Bersten der sich durch die Vulva kuglig hervordrängenden, wie sie angab bläulichen Geschwulst, und unter momentaner Erleichterung, ja nahezu gänzlichem Nachlass der herabdrängenden Schmerzen habe sich eine Unmasse Blutes ergossen, so dass sie ohnmächtig wurde.

Wir fanden bei ihrer Aufnahme ein ihrem Alter gemäss, ziemlich gut entwickeltes Mädchen, jedoch mit allen Zeichen bedeutender Anämie. Ober der Schooss war überall tympanitischer Schall, von einer Geschwulst keine Spur. Der Introitus vaginae war durch den vollkommen jungfräulichen Hymen geschlossen, und erst eine sehr genaue Besichtigung des gefalteten Hymens liess in seiner Mitte eine eben für einen Katheter durchgängige frische Rissöffnung mit blutig suggillirten Rändern erkennen, aus welcher bei einem per rectum von oben nach unten vorgenommenen streichenden Drucke eine chokoladefarbige blutige Flüssigkeit hervorsickerte. — Die Gebärmutter liess sich bei der Rectal-Untersuchung als eine mehr minder plattgedrückte, weiche Geschwulst erkennen, deren unteres Ende — die Vaginalportion — kaum  $1\frac{1}{2}$  Zoll hinter dem Hymen fühlbar war, eine durch die Rissöffnung in den Uterus eingeführte Fischbeinsonde drang über  $5\frac{1}{2}$  Zoll tief ein.

Nach diesem Befunde konnte wohl kein Zweifel obwalten, dass man es hier mit einem Falle schöner Naturheilung bei Haematometra zu thun habe, dass es sich hier um eine

in Folge unperforirten Hymens stattgefunden Retentio mensium i. e. chronische Haematometra, und spontan erfolgten Durchbruch durch Zerreiſſung des durch das andrängende Contentum auf's Aeusserste gespannten Hymens handle, besser gesagt, gehandelt habe.

Die Rupturöffnung wurde mittelst eines Schnittes etwas erweitert, Pressschwämme eingelegt, und das Mädchen mit einem ihre Unschuld bestätigenden Zeugnisse gesund entlassen.

Das Interesse in diesen beiden Fällen von Haematometra gipfelt in ihrer spontanen Eröffnung, und zwar in dem Umstande, dass dieselbe beide Male, insbesondere auch im 2. Falle, sicher constatirt werden konnte. Wie viele ähnliche Fälle mögen wohl schon als gewöhnliche allerdings hochgradige Dysmenorrhöen gedeutet worden sein, während es sich wahrscheinlich um spontane Berstungen bei Haematometra gehandelt haben dürfte — wiederum eine Aufforderung in derartigen Fällen nie und nimmer eine genaue Untersuchung zu unterlassen.

Im zweiten Falle wäre weiters ohne genaue Untersuchung überdiess der grundlose Makel der Schuld nicht beiseitigt, resp. deren Unschuld nicht erwiesen worden.

(Werden fortgesetzt).



30268, V, E, d 15 8/11

W. Benfaly

ad 29919

Kind hatte nach der äusserlichen Untersuchung  
lebhafte, jedoch nicht der Kopf etwas nach  
und war in einem äusserlich grossen Umfang absehbar eigen-  
thümlich hart-weich. Durch das auf 2 1/2 Zoll offene Oefi-  
nen drängte sich eine trüblich gelbe halb-elastische Geschwulst  
hervor, und nur nach dem man deutlich weit ab-  
stehende bewegliche. Von  
Fruchtblase keine Spur. Die Wehen waren weder die Gebärende  
noch die Hebammen die Fruchtblase durch das Fruchtwasser  
abgeschlossen sei, eine Abkühlung. Die Wehen wa-  
ren sehr kräftig. Ich machte die Diagnose auf abnormen  
Hydrocephalus, jedoch minderen Grades und entschloss mich,  
da die Herztöne gut zu hören waren, noch für das Zuvor-  
vor der Hand der kreisenden eine rechtseitige Lagerung an-  
ordnend.



**Geburtshilflich-gynäkologische Mittheilungen.**

Von Prof. Dr. Alois Valenta in Laibach.

(Fortsetzung.)\*

**VI. Hydromeningo-Enkephalokele als Geburtshinderniss —  
spontane Geburt.**

Dieser Fall bietet desshalb besonderes Interesse, weil er  
bei ein und derselben Frau beobachtet wurde, bei welcher  
ich 16 Monate vorher das Kind wegen Hydrocephalus congeni-  
tus perforiren musste, und welchen Fall ich im XV. Jahr-  
gange der Memorabilien pag. 237 veröffentlicht habe.

Am 25. Januar 1871 um 3 1/2 Uhr Nachmittags wurde  
ich abermals zur Schustersergattin Sp. gerufen, mit dem Be-  
merken sie liege schon seit 2 Tagen in der Geburtsarbeit,  
und es gehe nicht vorwärts. Ich fand einen Spitzbauch, das

\* Vgl. Memorabilien XX. Jahrg. 11. Lief.

Kind hatte nach der äusserlichen Untersuchung eine I. Schädel-  
 dellage inne, jedoch wich der Kopf etwas nach rechts aus,  
 und war in einem auffällig grossen Umfange abtastbar, eigen-  
 thümlich hart-weich. Durch das auf  $2\frac{1}{2}$  Zoll offene Orif.  
 uteri drängte sich eine rauhaarige derb-elastische Geschwulst  
 hervor, und nur nach vorne konnte man deutlich weit ab-  
 stehende bewegliche Knochenränder unterscheiden. Von  
 Fruchtblase keine Spur, dennoch wusste weder die Gebärende  
 noch die Hebamme darüber, ob und wann das Fruchtwasser  
 abgeflossen sei, eine Auskunft zu ertheilen. Die Wehen wa-  
 ren sehr kräftig. Ich machte die Diagnose auf abermaligen  
 Hydrocephalus, jedoch minderen Grades und entschloss mich,  
 da die Herztöne gut zu hören waren, noch für das Zuwarten,  
 vor der Hand der Kreissenden eine rechtseitige Lagerung an-  
 ordnend.

Um 6 Uhr früh war der Muttermund über 3 Zoll, die Wehen  
 entsprechend kräftig, jedoch der vorliegende Schädel noch ziem-  
 lich hoch. Um denselben möglichst tief durch die Uterusthätig-  
 keit herab-, und möglicherweise durch die Naturkräfte hin-  
 durchzutreiben, eventuell zangenrecht zu machen, verordnete  
 ich in  $\frac{1}{4}$ stündigen Pausen 3 Dosen Secale à 10 Gran. Der  
 Erfolg war so überraschend, dass ich leider die Endscene  
 resp. die Beobachtung des eigentlichen Geburtsmechanismus  
 versäumte, denn um  $8\frac{3}{4}$  Uhr früh war bereits die Geburt  
 eines allerdings todten, jedoch nicht macerirten, starken 7 Pfd-  
 14 Loth W. G. wiegenden Mädchens spontan erfolgt, und  
 zwar mit einer im Nacken sitzenden, grossen nierenförmigen  
 Geschwulst versehen. — Der ganze Kopf war walzenförmig,  
 zugespitzt, und bot folgende Masse dar:

der locker gemessene Durchmesser von der Nasenwurzel bis zum Stielursprunge der Geschwulst . . . . .	4" 9'''
derselbe zusammengedrückt . . . . .	3" 6'''
vordere Querdurchmesser locker gemessen . . . . .	3" 6'''
„ „ zusammengedrückt . . . . .	2" 6'''
hintere „ „ locker gemessen . . . . .	4" 2'''

hintere Querdurchmesser zusammengedrückt . . . 3'' 3''  
 von der Kinnspitze zum höchsten Scheitelpunkte 6'' 6''  
 die Peripherie oberhalb der Wurzel der Geschwulst  
 gemessen . . . . . 15'' —  
 die Peripherie locker gemessen über Stirn und  
 Geschwulst . . . . . 16'' 6''  
 Interessant waren die Masse der Fontanellen und Nähte:  
 an der grossen Fontanelle ergaben die Abstände 2'', die  
 Stirnnaht war 1'', die Kranznaht 6'' und die Pfeilnaht 1'' 6''  
 breit. Die Lambdanaht resp. kleine Fontanelle war unsym-  
 metrisch, von der Mitte des hintern Randes je eines Os pa-  
 rietale zur Spitze des Os occipitale gemessen ergab links  
 2'' 6'', rechts 1'' 6''.

Die Abstände zwischen Seitenwand- und Schläfebeinen waren durchwegs 9'' breit.

Gerade der Spitze des Hinterhauptbeins entsprechend ent-  
 sprang mit einem Stiele obenerwähnte nierenartig gebildete  
 Geschwulst, welche durch einen mehr nach links gerichteten  
 Sinus in 2 Lappen getheilt war, daselbst 6'' in der Periphe-  
 rie messend, während deren grösste Peripherie 10'' 6'' mass.  
 — Die bläulich rothe Geschwulst selbst war elastisch fluctui-  
 rend, transparent, hie und da an der Oberfläche excoriirt,  
 und beim Zusammendrücken des Schädels wurde sie gespan-  
 nter, zum Beweise, dass ihr Inhalt mit der Schädelhöhle com-  
 municirte. Beim Einstiche floss zuerst ein gelbliches klares,  
 später ein etwas röthlich gefärbtes Serum, über 14 Loth wä-  
 gend, heraus. Nach Spaltung der Geschwulst wurde dem  
 Stiele entsprechend in derselben eine ovale, fast hühnerei-  
 grosse feste Geschwulst vorgefunden, welche mittelst eines  
 dünnen Stieles eine Lücke in der Hinterhauptschuppe passirt  
 und mit dem Gehirne zusammenhängt, es ist dieselbe auch  
 thatsächlich ein Theil des Gehirns, welcher jedoch keinen  
 hydropisch erweiterten Ventrikel einschliesst, sondern es ist  
 ein Theil des Gehirns selbst vorgelagert (Enkephalokele), mit  
 der Pia mater überzogen und zwischen diesen und der Dura

mater, welche mit der Kopfschwarte untrennbar verwachsen ist, also im Arachnoidealraume findet sich das Serum angesammelt (Hydromeningokele). Im vorgelagerten Theile des Gehirns finden sich nach Dr. *Mader's* mikroskopischer Untersuchung sehr zahlreiche Capillaren und kleinste Venen und Arterien noch mit Blut gefüllt, und fibrilläres Bindegewebe mit Kernen, die Nervensubstanz erscheint grösstentheils geschwunden. Es ist also die ganze Geschwulst eine Combination von Hydromeningokele mit Enkephalokele. — In den Gehirnkammern waren über 16 Loth klares, gelbliches Serum angesammelt, das kleine Gehirn bot nichts Abnormes. Ebenso boten alle übrigen Organe nichts Besonderes dar, die Leber und Nieren waren zwar vergrössert, jedoch deren Structur normal.

Nach der Geburtsgeschwulst zu schliessen wurde zuerst der Scheitel geboren, dann dürfte aller Wahrscheinlichkeit das Gesicht und zuletzt die Geschwulst sich entwickelt haben; — wie gesagt war ich leider beim Durchtritte nicht zugegen und die Hebamme konnte mir gar nichts Verlässliches mittheilen. — Meiner Ansicht trug nebst dem Hydrocephalus die sich an der Gränzlinie anstemmende Hydromengokele die Hauptschuld, dass trotz der guten Wehen der vorliegende Schädel so lange hoch und beweglich stand. Die durch das Absterben des Kindes erfolgte Matschheit, resp. Zusammendrückbarkeit, ermöglichten die cylinderförmige Adaptirung des Kopfes und dadurch dessen raschen Durchtritt, wozu allerdings die Seitenlagerung der Kreissenden und die verabreichten Sekalepulver weiters das Ihrige beigetragen haben.

VII. *Hydrocephalus congenitus maximi gradus* — *Forceps* *vergeblich* — *Perforation* — *mánuelle Extraction*.

Dieser Fall von *Hydrocephalus congenitus* ist in meiner geburtshilflichen Praxis der dritte, und auch heute halte ich meinen Ausspruch aufrecht \*), dass alle derartigen Fälle dess-

\*) vide Memorabilien Jahrgang 1870, pag. 235.

halb veröffentlicht werden sollten, um durch eine statistisch zu verwerthende Zusammenstellung einer beträchtlichen Zahl von mit Hydrocephalus complicirten Geburten endlich über deren zweckmässigste Behandlungsmethoden schlüssig zu werden, daher ich auch aus diesem Grunde consequenter Weise diesen Fall um so mehr veröffentliche, als ich nun immer mehr zu der Ansicht komme, dass man nach festgestellter diessbezüglicher Diagnose ebethunlichst ohne erst durch vergebliche Zangenversuche die Mutter in Gefahr zu bringen, a priori zur Perforation schreiten soll, und falls dann dennoch die Naturkräfte zur völligen Ausstossung resp. Durchtreibung des Kopfes nicht ausreichen sollten, man an dem schlaffen Sacke, welchen die Kopfhaut bildet, die Extraction vollende. Diese Methode halte ich für die beste und schonendste, denn das Leben eines solchen Kindes auf Kosten der Mutter erhalten zu wollen, ist einfach eine nicht zu rechtfertigende Hyperhumanität.

Am 21. Oktober 1874 um ca 5 Uhr früh wurde ich zu der 23jährigen Frau P., einer Ipara, welche bereits seit 17. Okt. Nachts in der Geburtsarbeit liege, gerufen, indem um 1 Uhr bei verstrichenem Muttermunde die Fruchtblase gesprungen sei und trotz kräftiger Wehen die Geburt nicht vorwärts gehe. — Ich fand den Muttermund wiederum auf kaum 3'' mit schlaff herabhängenden Rändern zusammengefallen, indem der vorliegende Schädel kaum auf denselben andrückte. — Ich sage Schädel, denn aufrichtig gesagt, ich hielt den andrückenden Eitheil, da ich keine Haare wahrnahm, für die unverletzte, äusserst verdickte Fruchtblase und nur die bestimmte Aussage der verlässlichen Hebamme über den erfolgten Wasserausfluss und eine sehr genaue Untersuchung, welche mich deutlich das bekannte pergamentartige Knittern der Knochenplatten (wie bei Craniotabes) fühlen liess, hoben meinen Zweifel, dass der vorliegende Theil der Schädel (II. Position) sei, dessen Umfang ober der Schooss auffällig gross war und

sich eigenthümlich elastisch anfühlte. — Da die Wehen fast ganz nachliessen, wurden von 5<sup>1</sup>/<sub>4</sub> bis 6<sup>1</sup>/<sub>4</sub> Uhr 4 10granige Secalepulver verabreicht, worauf sich die blasenartige Kopfgeschwulst cylinderförmig bis nahe zur Vulva herabdrängte. Obschon ich durch das Fühlen der 4 weit auseinandergehenden Ecken der grossen Fontanelle über den vorhandenen Hydrocephalus als Geburtshinderniss im Klaren war, glaubte ich, durch das tiefe Herabgerücktsein getäuscht, mittelst der Zange den Wunsch der Kreissenden, unter jeder Bedingung ehethunlichst von ihrem Leiden erlöst zu werden, erfüllen zu können, und schritt daher nach 8 Uhr zur Operation. Trotz 3maligem schwierigen Anlegen und möglichst festem Zusammendrücken der auf 3'' von einander abstehenden Zangenriffe rückte der Kopf nicht nur nicht tiefer, sondern glitt der Zange stets ab, so dass ich nach einer Ruhepause um 8<sup>3</sup>/<sub>4</sub> mittelst des scheerenförmigen Perforatoriums anbohrte, worauf sich strahlenförmig mindestens 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Liter blutiggefärbtes Serum entleerten, und alsbald der schlaaffe Kopfhaut-Sack durch die Vulva hervorragte. — Da jedoch der Durchtritt des Gesichtes zögerte, so wurde der Kopf und dann der Rumpf des grossen mit Glotzaugen versehenen Kindes — Mädchen — durch Zug an den Kopfhautfalten entwickelt. — Die nach *Credé* entfernte *Placenta war kolossal kalkig* degenerirt. Die Mutter machte ein regelrechtes Wochenbett durch, und überstand heuer im Januar eine ganz regelrechte Geburt (Knabe).

*Approximative Masse des Kindes*, dessen beide Ohrengenden offenbar von den darüber gleiteten Zangenlöffeln blutig suggilirt waren:

Körperlänge	22''	—
Kopfumfang	19''	—
gerade Durchmesser	7''	6'''
vordere Querdurchmesser	3''	—
mittlere	4''	9'''
hintere	5''	6'''

VIII. Mit Erfolg durchgeführter künstlicher Abortus wegen nicht zu stillendem Erbrechen.

Dass die *Catheterisatio uteri* behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt sowohl ob ihrer sichern, dabei raschen und insbesondere, als solcher, unschädlichen Wirkung, als auch ob ihrer einfachen, leichten Durchführbarkeit allen andern diesbezüglichen Methoden den Vorrang abgelaufen hat und auch in Hinkunft ablaufen wird, darüber sind meiner Ansicht wohl schon die Acten geschlossen; — nicht so evident steht jedoch bis nunzu deren Wirksamkeit *als Abortivmittel*.

Die Indikation des künstlichen Abortus ist in derart enge Gränzen gezogen, dass selbst der beschäftigste Geburtsarzt möglicherweise nie in die Lage kommt, denselben einzuleiten, indem ja in den meisten solchen Fällen, wo resp. bis man sich dazu entschliesst, der spontane Abortus eintritt, so dass man es gewöhnlich nur noch mit der Beschleunigung des bereits im Gange befindlichen Abortus zu thun hat. Aus diesem Grunde, nämlich um die Wirksamkeit der *Catheterisatio uteri* zur Einleitung des künstlichen Abortus feststellen zu können, ist die Veröffentlichung jedes, somit auch des unsrigen Falles nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten, abgesehen davon, dass unser Fall auch einen nicht uninteressanten Beitrag zur Behandlung *des sog. nicht zu stillenden Erbrechens der Schwangeren* liefert.

In meiner Tausende von Beobachtungen umfassenden geburtshilflichen Praxis sind mir nur 4 Fälle dieses interessanten räthselhaften Zustands so hochgradigen Grades untergekommen, dass die Frage ventilirt wurde, ob zur Lebensrettung der künstliche Abortus einzuleiten wäre oder nicht? — Dreimal fiel die Entscheidung dagegen aus, von diesen 3 Frauen starb eine kräftige, 18jährige Ipara unentbunden, die zweite, auch Ipara, litt mehr minder fort daran bis zu der im 7. Monate spontan eingetretenen Zwillingsgeburt, und bei der dritten, einer Multipara, liess das Erbrechen endlich im fünf-

ten Monate nach und sie gebar am normalen Schwangerschaftsende.

Im 4. Falle wurde der künstliche Abortus beschlossen und glücklich durchgeführt, dessen Details in bündiger Kürze waren folgende:

Frau F.; eine 36jährige XIpara, hatte 10mal am normalen Schwangerschaftsende glücklich geboren. Ihre dermalige 11. Schwangerschaft datirt sie von Ende März 1875 und befand sich anfänglich, obschon mehr als sonstens an Ueblichkeiten, Erbrechen und dergl. leidend, doch so ziemlich wohl und den Umständen angemessen, weil sie denn doch einige Nahrung vertragen konnte. — Statt aber mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft abzunehmen, steigerten sich diese von den Magenerven abzuleitenden Regelwidrigkeiten von Woche zu Woche, insbesondere das Erbrechen nahm derart stetig zu, dass endlich seit 22. Mai im wahren Sinne des Wortes nicht eine Spur von Nahrung in ihr blieb. Gleichzeitig gesellte sich ein sehr verdächtiger fieberhafter Husten dazu und ihr Ordinarius Dr. *Kapler* constatirte bei einer immerwährenden Fieberbewegung (Puls 120—130) und bei sichtlich zunehmendem Kräfteverfalle Dämpfung der linken Lungenspitze, consonirendes Schleimrasseln und den ausgedehntesten Lungenkatarrh. — Er versuchte gegen das Erbrechen alles Erdenkliche und Alles was in der Literatur als sicher wirkend angeführt steht, jedoch vergeblich, Pat. konnte schliesslich vor Schwäche nicht mehr das Bett verlassen, ja kaum sich mühselig im Bette aufsetzen, so dass er endlich nach seinem besten Wissen und Gewissen, um die Mutter ihren Kindern zu erhalten, die Einleitung des künstlichen Abortus als lebensrettendes Mittel vorschlug, und diesbezüglich am 19. Juli meine Berufung als Consiliarius forderte. — Mit Rücksicht auf die ohnehin hochgradige Schwäche scheute ich mit Recht den beim Abortus möglichen grossen Blutverlust, und versuchte noch vorher Chloralhydratklystiere und subcutane Morphinum-injectionen — jedoch auch vergeblich, und entschloss mich

endlich, nachdem der bei der Wichtigkeit dieses Falles noch beigezogene Collega Dr. *Kovatsch* auch dafür stimmte, zum letzten Mittel, zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zu schreiten.

Am 2. August um 8<sup>1/2</sup> Uhr früh wurde nach links hinten bis zum Uterusgrunde ein mandrinloser, mit Wachs verstopfter englischer Katheter Nro 11 eingeschoben, und des andern Tages um 5<sup>1/2</sup> Uhr früh, somit nach 21 Stunden, war die Ausstossung eines ca 4<sup>1/2</sup> Monate alten männlichen Fötus bei vollkommen eröffnetem Muttermunde gleichzeitig mit dem Blasensprunge erfolgt. — Bishin war der Blutabgang kaum nennenswerth gewesen, jetzt trat aber ob Retentio placentae, welche letztere dem *Credé'schen* Handgriffe nicht folgte, eine so heftige Blutung ein, dass ich um 8 Uhr die allseitig adhärirende Nachgeburt künstlich lösen und überdiess hierauf eine subkutane Ergotininjection vornehmen musste, worauf sich erst die Blutung vollkommen und anhaltend stillte.

Die Thatsache steht fest und unläugbar da, nach erfolgtem Abortus konnte die Pat. alsbald die ihr dargebotene Suppe vertragen; und erholte sich, obschon der Puls erst am 16. Tage des Wochenbettes unter 120 Schläge herabging, nun zwar langsam, aber stetig und sichtbar. — Der Husten besserte sich auch entschieden. Ende August brachte sie bereits im Freien und guter Waldesluft zu; — jede Spur einer Lungenaffection verging und heute (24. Januar 1877) ist dieselbe frisch und gesund und erfreut sich eines zunehmenden Embonpoints!

Unser Fall ist nach dem Angeführten sicherlich in doppelter Richtung interessant, erstens als Beweis, dass die *Catheterisatio uteri* auch als Abortivmittel sich glänzend bewährte, und dann, dass der Abortus als solcher seinen Zweck vollkommen erfüllte, dass man daher den künstlichen Abortus in solchen desperaten Fällen von nicht zu stillendem Erbrechen unter jeder Bedingung als letztes lebensrettendes Mittel anwenden soll und darf.

## IX. Künstliche Frühgeburt wegen hochgradiger Beckenenge mit Erfolg für Mutter und Kind.

Dieser Fall soll allerdings auch als Beleg für die der Catheterisatio uteri mit Recht zugeschriebenen Vorzüge gelten, jedoch nicht deshalb allein, sondern *um überhaupt die Nützlichkeit der künstlichen Frühgeburt zu erhärten*, um mit Dohrn \*) ein weiteres redendes Beispiel zu Gunsten dieser Operation bei engem Becken zu liefern, erachtete ich dessen Veröffentlichung für begründet.

Laut Prot. Nro 98 wurde am 22. Juli 1873 die 28jährige Ipara Anna Th. wegen hochgradiger Beckenenge — ein scoliotisch-rhachitisches Becken mit einer Diagonal-Conjunctiva von 3 Zoll 3 Linien resp. Conj. vera von 2 Zoll 9 Linien — von einem reifen Knaben mittelst des Cranioclaste mit grosser Schwierigkeit entbunden, und ihr bei der Entlassung, nach Auseinandersetzung der Lebensgefahr, welcher sie dieses Mal mit knapper Noth entgangen sei, eindringlichst aufgetragen, im Falle sie wieder schwanger werden sollte, auf ihren Zustand achtsam zu sein und sich, wenn sie Kindsbewegungen wahrnehme, alsbald an der Anstalt vorzustellen, auf dass der richtige Zeitpunkt zur Vornahme der künstlichen Frühgeburt bestimmt werden könnte.

Mitte Oktober 1875 stellte sich mir in meiner Privatwohnung die Person richtig vor, mit dem Bemerkten, sie könne mit Bestimmtheit behaupten, seit 3. April schwanger zu sein, eine Behauptung, welche mit dem Resultate der alsbald vorgenommenen Untersuchung im Einklange stand, weshalb ich ihr auch als letzten Termin, wo sie sich unbedingt zur Aufnahme in die Gebäranstalt zu melden habe, den 15. November i. e. die 33. Schwangerschaftswoche bestimmte. — Tatsächlich trat sie am 17. Nov. 1875 unter P.Nro 20 in die Klinik ein, und die Untersuchung ergab folgenden Befund:

\*) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nro 94. R. Dohrn: über künstliche Frühgeburt bei engem Becken.

Der Uterusgrund reichte knapp bis zum Schwertknorpel, I. leicht verschiebbare Schädellage, links die Herztöne deutlich hörbar, Fornix vag. äusserst mässig ausgebildet, der vorliegende Schädel ballotirend, leicht ausweichend, Vag. port. war  $1\frac{1}{2}$ , der Halskanal gegen 3 Cent. lang, das Orif. int. kaum für die Fingerspitze offen, übrigens der ganze Genitalcanal ziemlich aufgelockert.

Die Person hatte eine Körperhöhe von 142 Cent. und eine Scoliose der Brustwirbelsäule nach rechts; bei horizontaler Lage war die Kreuzbein-Lendenwirbelgegend derart hohl liegend, dass man mit Leichtigkeit die Hand durchschieben konnte, das Steiss-Kreuzbeinende war hackenförmig aufgebogen, das Kreuzbein selbst gerade gestreckt, und ragte der Vorberg resp. der letzte Lendenwirbel wie bei einer Spondylolistesis breitkantig herein.

Die Beckenmessung ergab:

Dist. crist. oss. ilei	29.2 Cent.
„ spin. ant. sup.	30.3 „
Conjug. externa	16.5 „
Conjug. diagon.	18.6 „
Conjug. vera	7.3 „

es erschien somit nach dem Befunde, wollte man anders durch die Naturkräfte allein den Durchtritt des Kindes bewirkt sehen, die alsbaldige Einleitung der Geburt angezeigt.

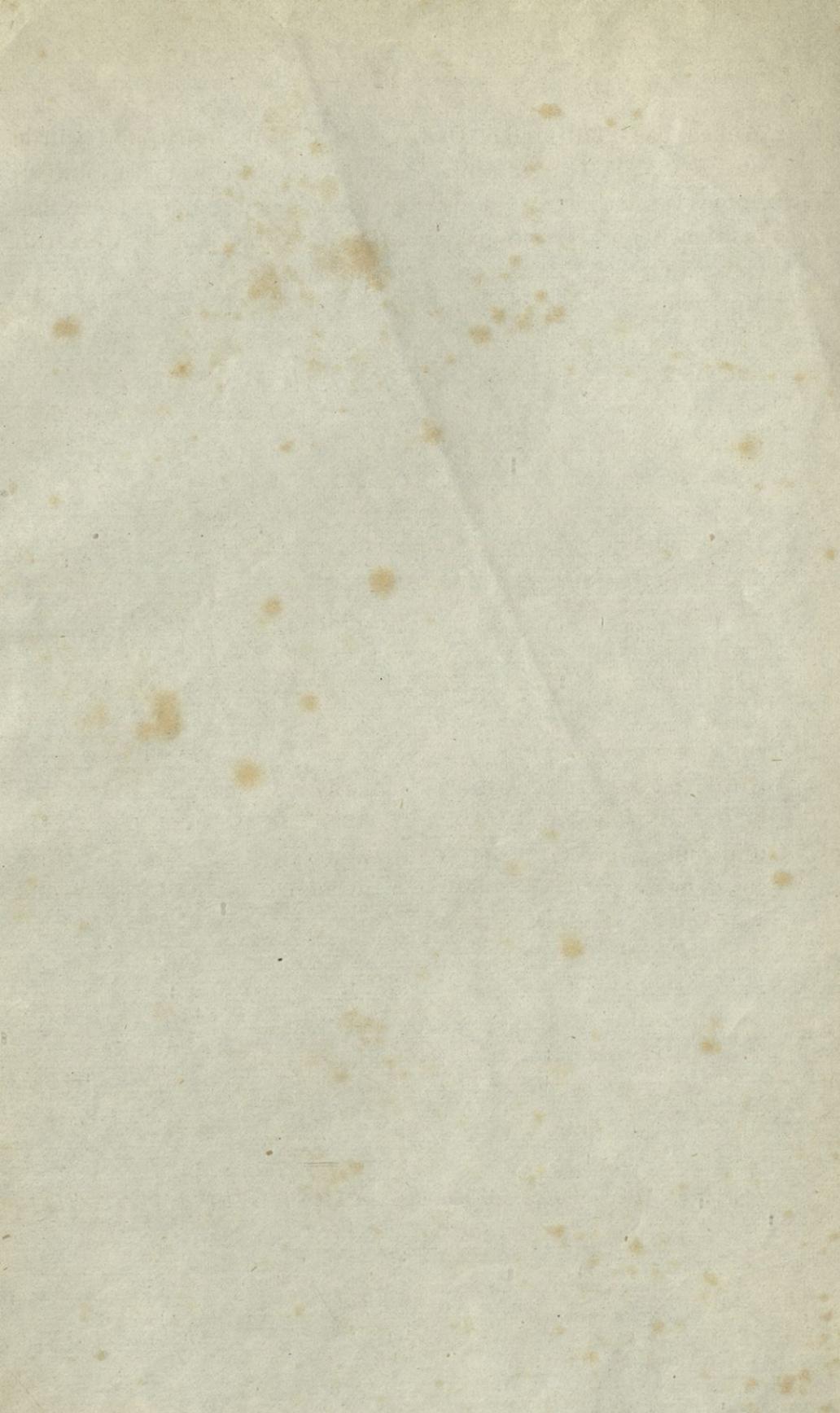
Am 18. Nov. um 8 Uhr früh wurde daher der Katheter, und zwar bis zum Orif. int. mit, dann ohne Mandrin nach links hinten so weit in die Gebärmutterhöhle eingeschoben, dass dessen Knopfende gerade aus der Schamspalte hervorragte, worauf alsbald Wehen eintraten, und so rasch eine auf die andere folgten, dass man bis  $4\frac{1}{2}$  Uhr Nachmittag deren 304 zählte, welche das Verstrichensein der Vag. port. und eine Eröffnung des Muttermundes auf nahezu 3 Cent. bewirkten. Um  $7\frac{1}{2}$  Uhr Abends wurde ein laues Sitzbad verabfolgt, die Kreissende war etwas aufgeregter, die Scheidentemperatur  $38.4^{\circ}\text{C}$ . Um  $9\frac{1}{4}$  Uhr Abends war nach weiteren 62

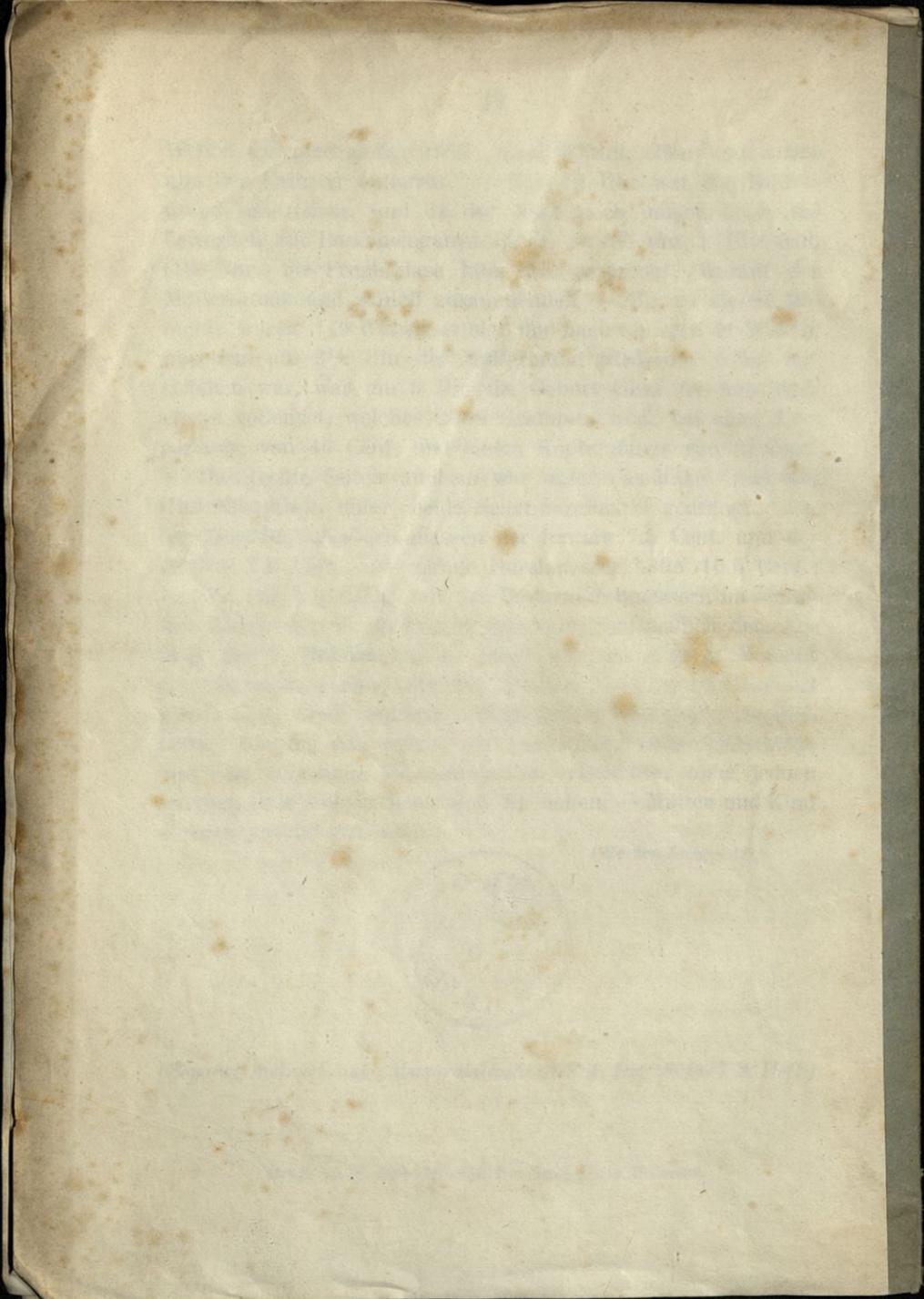
Wehen das glattrandige Orif. gegen 6 Cent. offen und wurde nun der Catheter entfernt. — Um 12 Uhr war der Muttermund verstrichen, und da der Kopf noch immer hoch und beweglich am Beckeneingange stand, wurde um 1 Uhr früh (19. Nov.) die Fruchtblase künstlich gesprengt, worauf der Muttermundsrand schlaff zusammenfiel. — Bis zu diesem Momente waren 149 Wehen erfolgt und nach weiteren 41 Wehen, nachdem um 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr der Muttermund wiederum völlig verstrichen war, war um 3 Uhr die Geburt eines frischen Mädchens vollendet, welches 2060 Grammes wog, bei einer Körperlänge von 46 Cent. und einem Kopfumfange von 31 Cent. — Das rechte Seitenwandbein war unter das linke, und das Hinterhauptbein unter beide Seitenwandbeine gedrängt, von den Querdurchmessern massen der hintere 7.5 Cent. und der vordere 7.0 Cent., der gerade Durchmesser hatte 10.5 Cent.; — und standen daher mit den Beckendurchmessern im schönsten Einklange, — die Frucht entsprach thatsächlich dem Anfange des 9. Monatsmonates, somit war der richtige Moment zur Operation genau getroffen worden. — Die Nachgeburt wurde nach *Credé* entfernt, trotzallem trat eine ziemlich heftige Blutung ein, welche die Anwendung kalter Umschläge und eine subcutane Ergotininjection erheischte, ohne jedoch sonstige üble Folgen nach sich zu ziehen. — Mutter und Kind wurden gesund entlassen.

(Werden fortgesetzt.)



(Separat-Abdruck aus „Memorabilien“ 1876 4. Heft & 1877 2. Heft.)





Das löbe K. K. Studienbibliothek in Laibach

(Separat-Abdruck aus Betz's „Memorabilien“ 1883 1. Heft.)

32999, V, D, C, 53

ad 29919



## Geburtshilflich-gynäkologische Mittheilungen.

Vom Regierungsrathe Prof. Dr. Valenta in Laibach.

(Fortsetzung <sup>1)</sup>).

### XIV. Gangrän der Harnblase mit Perforation in den Dünndarm, resp. Bildung einer Harnblasen-Dünndarmfistel bei Retroflexio uteri gravidi V. mensis.

Der Aufsatz von *Krukenberg*: „Die Gangrän der Harnblase bei Retroflexio uteri gravidi“ <sup>2)</sup> gibt mir volle gerechtfertigte Veranlassung, diesen Fall als ein Unicum zu veröffentlichen, denn in der von *Krukenberg* diesbezüglich genau durchforschten Literatur findet sich nirgends ein ähnlicher angeführt.

Am 23. Febr. 1882 wurde die Bergknappensfrau M. U. mit der Diagnose „Beckentumor“ sterbend auf die gynäkologische Abtheilung überbracht, und konnte daher aus Humanitätsrücksichten keine genaue Untersuchung vorgenommen werden, denn bei einer Körpertemperatur von + 36.5° C. und einem kleinen fadenförmigen Pulse von 120 Schlägen liess der colossal meteoristisch aufgetriebene und dabei sehr empfindliche Bauch eine solche gar nicht zu.

<sup>1)</sup> Memorabilien 1880 pag. 481.

<sup>2)</sup> Archiv für Gynäkologie Band XIX pag. 261.

Eruirbar war folgendes: Die Scheide war im hinteren Fornix durch einen derben, runden, nicht verrückbaren, bis kaum 3 Ctm. gegen die Vulva herabdrängenden Tumor ausgefüllt, welcher bimanuell bis mannsfaustgross über die Schoossfuge zu ragen schien, und auch nach der Catheterisirung, wobei sich ein deutlich mit Koth gemengter Urin in spärlicher Menge entleerte, constant gross blieb. — Die Vaginalportion lag schwer erreichbar knapp hinter und ober der Schoossfuge, der Halskanal über 3 Cm. lang, das Orif. int. für die Fingerspitze offen.

Die unter solchen Umständen erforschten anamnestischen Daten waren natürlich auch sehr lückenhaft. Patientin hatte 3mal normal geboren, das letztemal vor 2 $\frac{1}{2}$  Jahren. Seitdem sei ihr die Periode nie ausgeblieben (?), nur habe sie sich die letzten Monate mehr minder unwohl gefühlt, welches Unwohlsein sich besonders seit Mitte Januar steigerte, hervorstechend litt sie an hartnäckiger Stuhlverstopfung. Am 11. Februar erkrankte sie unter den Erscheinungen einer akuten Peritonitis, und stellte sich eine 24stündige Harnverhaltung ein, welche in ein continuirliches Urinträufeln überging. — Dieser Zustand währte bis zum 18. Februar, an welchem Tage sich plötzlich unter subjectiver Erleichterung kolossale flüssige Stuhlentleerungen einstellten, welche seitdem auch fortwährend andauerten bei gleichzeitigem weiteren, starken, kothigen Harträufeln.

Besonders erwähnenswerth und unerklärlich blieb der Umstand, dass, während das erste Mal das Einführen des Katheters ganz leicht gelang, bei späteren Versuchen der Katheter absolut nicht eingeführt werden konnte, er stiess nämlich stets auf ein unüberwindliches, dem Gefühle nach eigenthümlich weiches Hinderniss, und offen gesagt wir trauten uns auch wegen allzu grosser Schmerzhaftigkeit die Catheterisation um so mehr nicht zu forciren, als ja ob des fortwährenden unwillkührlichen Harträufelns ohnehin keine absolute Anzeige hiezu vorhanden war. Die *Diagnose* wurde auf Pe-

ritonitis und Retroflexio uteri, bewirkt durch ein intramurales Fibroid und hiedurch consecutiv entstandene Communication der Harnblase mit dem Darmkanal gestellt, denn nach der Anamnese konnte Retroflexio uteri gravidi nicht leicht vermuthet werden, da laut Aussage die Menses stets, ja sogar reichlich geflossen sein sollen.

Die *Behandlung* konnte unter solchen Verhältnissen bis zu dem am 26. Februar erfolgten Tode nur eine rein palliative sein.

Die 42 Stunden post mortem vorgenommene *Obduction* ergab folgenden überraschenden Befund: Trotzdem der Bauchschnitt oberhalb der Blase, um selbe nicht zu eröffnen, mit der grössten Vorsicht vorgenommen worden war, ergoss sich alsbald nach der Durchschneidung der dortigen Bauchwand durch die Schnittöffnung eine gelbliche, fäcal stinkende Flüssigkeit; — es war diess der Inhalt einer bis zum Nabel reichenden Cyste, die sich als die colossal ausgedehnte *Harnblase* erwies, deren Schleimhaut in toto i. e. necrotisch zerfallen und an der ganzen Innenfläche mit Harnsedimenten dicht bedeckt war. Die vordere zerreissliche Blasenwand war in ihrer ganzen Ausdehnung mit der Bauchwand so lose verklebt, dass einem bei dem Versuche, selbe abzulösen, alsbald ein Harnblasenfetzen von 30 Ctm. Länge und 14 Ctm. Breite so zu sagen in der Hand blieb; dagegen war die resistenterere hintere Blasenwand resp. die Excavatio vesico-uterina frei und intact bis auf den Blasenscheitel, woselbst Dünndarmschlingen von 40 Ctm. Länge angelöthet waren, und mittelst zwei Oeffnungen mit der Harnblase communicirten, auf diese Weise einen vollkommen schulgerechten Anus praeternaturalis mit einem zu- und einem abführenden Darmstücke, zwischen sich den Sporn, bildend. — Die *Harnröhre* war, um einen zutreffenden Vergleich zu gebrauchen, wie ein Cervicalkanal verstrichen, d. h. bis auf die äussere Harnröhrenöffnung verschwunden. — Das *Becken* resp. der *Douglas* war durch den im 5. Monat schwangeren total reflectirten Uterus, welcher

jedoch nirgends angeheftet war und sich leicht aufrichten liess, vollständig ausgefüllt. — Das *Bauchfell* erschien durchaus getrübt, besonders in den unteren Partien, woselbst sich auch hie und da fadenförmige fibrinöse Verwachsungen, von einer abgelaufenen Peritonitis herrührend, vorfanden, aber *nirgends waren Spuren von freier Exsudation* — Eiter — auffindbar. — Der Darminhalt unterhalb der Fistelöffnung war identisch dem Harnblaseninhalte. — Beide Nieren sammt Uretheren normal, ebenso boten die übrigen Bauch- und Brustorgane nichts Besonderes dar.

Die *Harnblase* selbst war ein schmutzig-gell-grauer, morsch-sackiger Sack von 20 Ctm. im Längendurchmesser, deren ganze Innenfläche, von Harnsalzen dick belegt, sich rauhfühlte; die Structur ihrer Wandung resp. der Mucosa und Muscularis war nahezu unkenntlich, nur das mattweise Peritoneum besonders gegen besagte Fistelstellen hin verdickt, und dortselbst auch die Wandung nicht leicht zerreisslich.

#### *Epicrisis.*

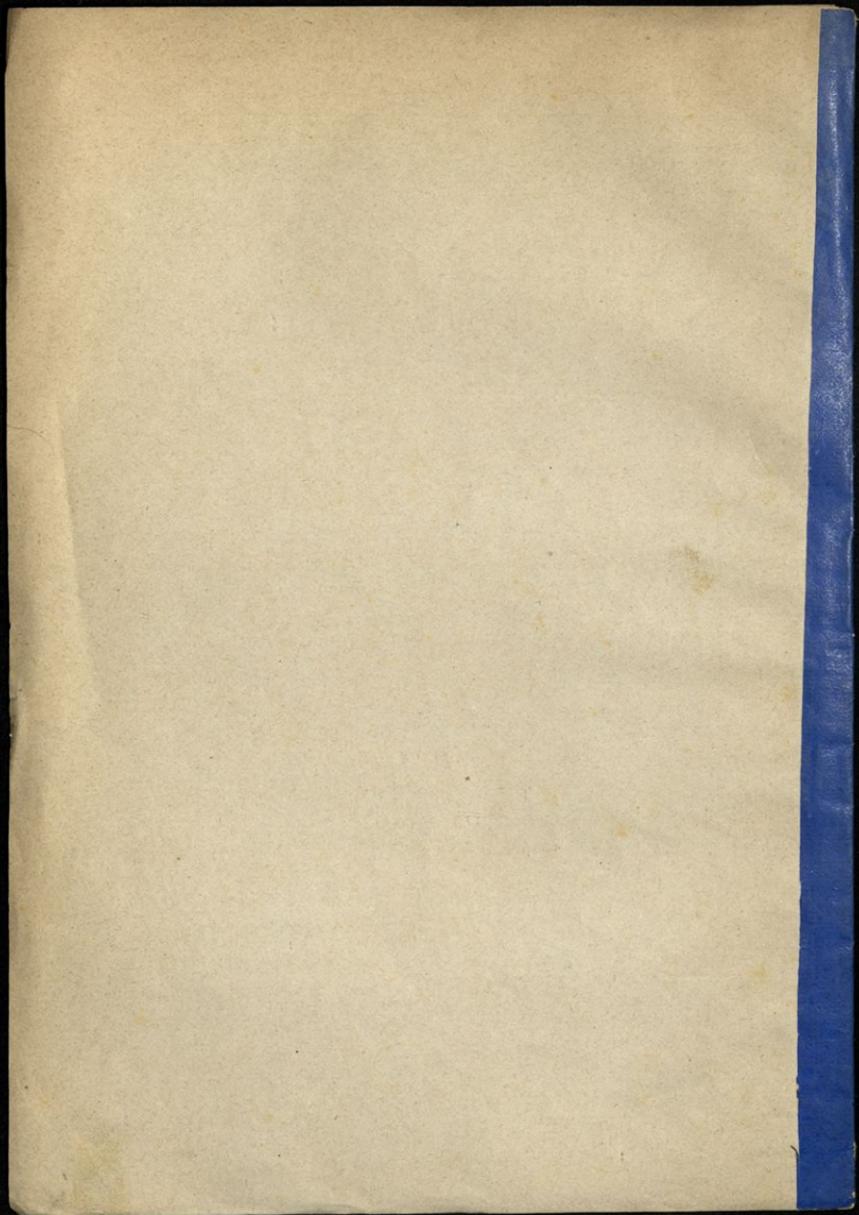
Die Ursache der Blasengrän scheint zweifellos in allen Fällen, also natürlich auch in unserem Falle in dem durch die Retroflexio uteri bedingten verhinderten Harnabflusse zu liegen, consecutiv bewirkt durch einen steten auf den Blasenhalshals ausgeübten Druck. Auf diese Weise entstanden: die colossale Harnblasenausdehnung mit Harnsperre, die Entzündungsphasen der Blasenwand, insbesondere des Peritonealüberzuges, dadurch Verklebung der Harnblase mit dem Darmrohre und endlich Gangrän und der Durchbruch in den Darm.

Bei Retroflexio uteri gravidi ereignen sich immerhin Fälle von Gangrän der Harnblase, in welchen es zur Ausstossung der Blasenschleimhaut und der Muscularis, ja sogar des Peritonealüberzuges, somit der nekrotischen Blasenwandung in toto kommt ohne Ruptur, also ohne Harnerguss in die Bauchhöhle, jedoch scheinen solche Fälle gegenüber derartigen mit Ruptur seltener zu sein, und eben *Krukenberg* bezweckte durch seine Arbeit, unter Mittheilung eines betreffenden neuen Falles,

diejenigen Fälle von Retroflexio uteri gravidi, bei denen Ruptur der Blase eintrat, der Vergessenheit zu entreissen, und citirt deren 7, welche er seit dem Jahre 1765 bis auf die neueste Zeit in der Literatur ausfindig machen konnte. — Merkwürdig ist jedoch sicherlich der Zufall, dass unter dieser nunmehr immerhin stattlichen Reihe beobachteter Fälle von Gangrän der Harnblase sich nicht ein einziges Mal ein Durchbruch in den Darmkanal ereignete, dass nemlich, wie in unserem Falle, *in Folge primitiver Gangrän der Blase eine Harnblasendarmfistel entstand*, also eine Ruptur der Blase ohne die geringste Bethheiligung der Peritonealhöhle i. e. ohne eine Spur eines Ergusses von Harn in dieselbe. — Für die tatsächlich einzig dastehende Seltenheit dieser Ursache — somit unseres Falles — spricht die Arbeit von *Louis Mayer* \*) über die Entstehung von Darmblasenfisteln überhaupt. Er führt 3 Hauptmomente als veranlassende Ursachen zur Entstehung von Darmblasenfisteln an: 1. Verletzungen, 2. pathologische Zustände des Darmes und 3. Durchbruch extrauteriner Schwangerschaften, sowie von Abscessen in Darm und Blase; jedoch nirgends wird in den ausführlichen Berichten die Blase als die primitive Entstehungsursache erwähnt, und muss demgemäss auch diesbezüglich unser Fall als ein äusserst seltenes Spiel des Zufalls erklärt werden.

Zum Schlusse erlaube ich mir nur noch des interessanten, in diagnostischer Beziehung künftighin zu verwerthenden Momentes spezielle Erwähnung zu machen, nemlich, dass *bei Nekrose der Harnblasenwandung die Catheterisation in der Regel nicht gelingt* — warum? — ich glaube, dass die Catheterspitze sich alsbald in das morsche Gewebe des Blasenhalses einsenkt und dadurch die Catheterfenster — ohne sich zu verstopfen, einfach mechanisch verlegt werden — jedwedem Forciren dabei würde sicherlich eine Durchbohrung der Blasenwand nach sich ziehen.

\*) Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Berlin. Band XXI pag. 252 und Band XXIII pag. 103.



32222, V, D, c, 53

(Separat-Abdruck aus Betz's Memorabilien 1883 4. Heft.)

ad 29919



## Geburtshilflich-gynäkologische Mittheilungen.

Vom Regierungsrathe Prof. Dr. Valenta in Laibach.

(Fortsetzung <sup>1)</sup>.)

### XV. Gangrän der Harnblase in Folge von Retroflexio uteri gravidii IV. mensis — spontaner Abortus — Tod ob Peritonitis purulenta. <sup>2)</sup>

Es war so zu sagen die Druckerschwärze des im heurigen 1. Hefte der Memorabilien veröffentlichten Falles von „Gangrän der Harnblase“ noch nicht trocken, so spielte mir der Zufall diesen Fall in die Hände, welchen ich anmit der diesbezüglichen Literatur anzureihen mir erlaube.

Am 21. Januar d. J. wurde die 40jährige ledige Tagelöhnerin Marie P....., Nullipara, auf die gynäkologische Abtheilung wegen Harnsperre aufgenommen; nach ihrer Aussage soll bereits seit 2 Tagen kein Urin abgegangen sein.

<sup>1)</sup> Memorabilien 1883. 1. Heft.

<sup>2)</sup> Vorgetragen im Vereine der Aerzte in Cilli.

Patientin will stets gesund gewesen sein; die im 18. Lebensjahre eingetretenen Menses seien immer regelmässig geflossen bis vor 2 Monaten, wo sie ausblieben und seitdem sei sie krank, ihr Unterleib immer empfindlich und insbesondere gehe bereits seit 3 Wochen der Urin nur tropfenweise ab und leide sie ununterbrochen an den heftigsten Kreuzschmerzen, besonders beim stets retardirten Stuhlgange.

Die *Untersuchung* ergab folgendes: Pat. ist eine kleine schwächliche Person von rhachitischem Knochenbaue, Gesichtsausdruck hochgradig leidend, Hautfarbe icterisch, Puls klein 120; Bauch gespannt, äusserst empfindlich, der Harnblasengrund bis 2 Finger unter dem Nabel reichend. — Das Becken, resp. der Fornix vaginae posterior durch einen derb-elastischen, beim Emporheben sehr schmerzhaften Tumor total ausgefüllt, von einer Vaginalportion nichts auffindbar. Letztere wurde erst, nachdem mittelst des Katheters drei Liter saturirten Harnes entleert worden waren, hoch oben knapp hinter der Schoosfuge entdeckt, und rückte dann im Verlaufe der nächsten Tage gleichzeitig mit dem Tumor bis kaum 3 Cm. von der Vulva herab. *Das Hymen war intact*, jedoch sehr dehnbar, die Schleimhaut der Genitalien bläulich-roth, das Orificium ext. uteri ein kleines rundliches Grübchen.

Der erste Eindruck ist immer der richtige, das hat sich mir schon so oft und auch hier wieder bestätigt, trotzdem, dass die Person feierlichst jedwede Möglichkeit einer Schwängerung läugnete, lautete meine *Diagnose: Harnretention in Folge Retroflexio uteri gravidi.*

In der Knieellbogenlage wurde alsbald per rectum die Gebärmutter reponirt, der Patientin, welche sich hierauf bedeutend erleichtert fühlte, eine stete Seitenbauchlage anbefohlen und diesen und den nächsten Tag ca 4—6stündlich die Harnblase mittelst des Katheters entleert, und bot der gelassene Harn bis auf eine etwas trübere Beschaffenheit nichts besonders Auffälliges dar.

Auf einmal ward am 3. Tag der genommene Harn blutig und übelriechend, und da sich überdies der Tumor, welcher immerhin als ein interstitielles Uterusfibroma imponirte, stets wieder den Fornix post. vaginae ausfüllend in statu quo präsentirte, wurde probeweise und zwar unter momentaner wesentlicher Erleichterung der Kranken am 23. I. ein Hebelpessarium eingelegt, welches jedoch auf dringendes Verlangen der Patientin am 26. I. wieder entfernt wurde, da dieselbe hievon die stete zunehmende Verschlimmerung ihres Zustandes — einer exquisiten Peritonitis purulenta — und die immer heftiger werdenden Kreuzschmerzen ableitete. — In der That waren jedoch letztere Schmerzen nichts anderes als Wehen, welche am 28. I. die spontane Ausstossung eines dem Ende des IV. Monates entsprechenden Foetus sammt Nachgeburt bewirkten, und zwar ohne auffälligeren Blutabgang; der gut contrahirte Uterus blieb retroflectirt.

Nun ging es aber rasch vor- resp. abwärts — unter den bekannten Symptomen einer allgemeinen *eitrigen Bauchfellentzündung* trat am 2. Febr. der Tod ein. — Im decursus morbi muss jedoch vor Allem ein intercurrirendes Symptom besonders hervorgehoben werden, nemlich, dass seit dem Abortus *das Katheterisiren der Harnblase nicht mehr gelang*, die Katheterfenster waren stets durch schwärzlich-braune Häutchen verlegt, der spontan absickernde dunkelbräunliche Harn war intensiv übelriechend, daher mit Bezugnahme auf die diesbezüglich im ersten Falle gemachte Erfahrung auch die weitere positive Diagnose auf *Gangrän der Harnblase* gestellt wurde; beide Diagnosen bestätigte die Obduction.

*Sectionsbefund*: Colossale Tympanitis abdominis. — Herz etwas verfettet, beide Kammern, besonders die rechte voll schmierigen Blutes; beide Lungen gesund. — Die Baucheingeweide durchwegs untereinander fest verklebt, und in den Zwischenräumen reichlich purulenter reiner Eiter angesammelt; insbesondere fanden sich colossale Eiterheerde in der linken Lumbargegend um und gegen die Milz und dann

in der Cöcalgegend vor. — Die *Harnblase war derart mit der Bauchwand innig verwachsen*, dass sie beim Bauchschnitte aufgeschnitten werden musste und *reichte deren Grund bis zum Nabel hinauf*, ihren Inhalt bildete ein bräunlich-gelber äusserst übelriechender Urin. — Das Lospräpariren der auf ca 5 Mm. verdickten, wie ein Zunder zerreisslichen, schmutzig-grauen Blasenwand von ihrer Umgebung, nemlich der Bauchwand, den ringsum angelötheten Dünndärmen und der vorderen Gebärmutterfläche war rein unmöglich. — Die Harnblasenschleimhaut besonders im Halse fetzig, und die Urethra à la Vaginalportion verstrichen. — Sämmtliche Gedärme entzündet, die Leber vergrössert, die Milz klein, beide Nieren etwas hyperämisch. Das Cavum Douglasii war durch die Gebärmutter, deren Grund durch feste fibrinöse Stränge nach rückwärts gehalten war, ganz ausgefüllt, die Gebärmutter selbst war gut zusammengezogen.

#### *Epicrisis.*

In diesem Falle war auch ohne Zweifel die Ursache der Blasengangrän der durch die *Retroflexio uteri gravidi* bewirkte, consecutive, stete Druck auf den Blasenhal, resp. die durch den verhinderten Harnabfluss anhaltende colossale Blasenaußdehnung, und hätte die eitrige Peritonitis nicht das rasche lethale Ende herbeigeführt, so wäre wahrscheinlich hier die Ausstossung der necrotisirten Harnblasenschleimhaut per urethram erfolgt und hätte es so möglicherweise zu einer Naturheilung kommen können.

In *diagnostischer Richtung* hat sich meine im ersten Falle gemachte Aeusserung, resp. Beobachtung, weshalb bei Harnblasengangrän die Katheterisirung nicht gelinge, als richtig bewährt, und wird dieses Moment — Symptom — diesbezüglich in sich ergebenden Fällen stets zu verwerthen sein.



Die alsbald vorgenommene Ocular-Inspection hellte in äusserst interessanter Weise den bisherigen räthselhaften Befund auf.

Der Schamberg war auffällig stark dunkelbehaart.

Unter dem fast 2 cm langen Kitzler ward alsbald eine rosettenförmige „röthliche“ Oeffnung von ca. 1 $\frac{1}{2}$  cm Durchmesser sichtbar, aus welcher noch deutlich Harn heraussickerte, und welche somit die Urethralöffnung war, aus welcher ectropisch die gewulstete Schleimhaut der Urethra, eben obige Rosette bildend, hervorragte. Vom Kitzler hingen die beiden über 5 cm langen, ca. 1 cm breiten Labia minora schürzenförmig herab, sich unmittelbar rechts und links neben einer 1 cm grossen Oeffnung in die sein sollenden Labia majora verlierend, denn letztere fehlten und durch besagte Oeffnung konnte man mit dem kleinen Finger in einen kaum 2 cm langen, fingerhutartig endenden Schlauch — offenbar die Reste der Vagina darstellend — eindringen, hinter welchem daumenbreit entfernt die Afteröffnung lagerte.

Nun war es mir klar, dass ich bei der ersten Digital-Untersuchung nicht in der Scheide, sondern in der Harnblase war, indem ich durch die den Introitus vaginae vortäuschende erweiterte Urethralöffnung eingedrungen war.

Nach diesem äusserlichen Befunde handelte es sich nun darum, die *Grundursache der Amenorrhoea* herauszufinden und zwar in erster Linie, ob hier nicht etwa eine Haematometra ex retentione sanguinis menstrualis vorhanden sei? — Eine genaue äussere Untersuchung liess ober der Schoossgegend absolut keinen Tumor entdecken. — Die vorhergegangene, unfreiwillige, bimanuelle Untersuchung durch die Urethra, resp. Harnblase hatte auch keine irgendwie geartete Geschwulst entdecken lassen, somit blieb nun als ausschlaggebend die Rectaluntersuchung übrig. — Diese ergab nicht nur bezüglich eines Retentions-Tumors einen vollständig negativen Befund, sondern bestätigte die erste Untersuchung dahin, dass thatsächlich nicht nur von einer Gebärmutter, überhaupt auch

von den beiden Eierstöcken keine Spur zu entdecken war. — Da die Person sehr geduldig war, konnte ich bimanuell allüberall genau nach allen Richtungen abtasten; ja ich untersuchte gleichzeitig entgegen per vesicam und per rectum und konnte hiebei die hintere Blasenwand mit der vorderen Mastdarmwand in Contact bringen und dabei deutlich nur eine Excaatio vesico-rectalis wie beim Manne constatiren, in welcher ich selbst von der Kuppel der restirenden Vagina ausgehend, nicht die geringste Spur foetaler genitaler Anlagereste i. e. eines strangförmigen Gebildes zu entdecken im Stande war. — *Beide Brustdrüsen waren gut entwickelt, die Brustwarzen erectil.*

*Die absolute Amenorrhoea, resp. Sterilität beruhte somit auf einem totalen Mangel der inneren Genitalien; welcher Defect sich eigentlich auch auf die äusseren Schamtheile bezog, da ja von denselben ausser dem Schamberge nur die Clitoris mit den kleinen Schamlippen existirte.*

Interessant waren die Antworten bezüglich des sexuellen Verkehrs. Der Mann, ein Muster von ländlicher Unverdorbenheit, hatte ausser seinem Weibe bis nun keiner andern Weibsperson cohabitirt, und glaubte bis auf die jüngste Zeit, der Beischlaf müsste so sein, er vollführte denselben durch die Urethralmündung in die Harnblase.

Das Weib gab zu, bei diesem sexuellen Verkehre immerhin etwas Wohlgefühl zu empfinden, offenbar dadurch erklärt, dass ja bei besagter Cohabitation stets die Clitoris intensiv directe gereizt werden musste, Beweis dessen, deren hypertrophische Vergrösserung.

Bezüglich des wichtigen Umstandes befragt, ob sie den Urin gut halten könne, bejahte sie die regelrechte Harnverhaltung, nur bemerkend, dass manchmal bei oder nach dem Coitus Urin hervorsickere so, wie es der Fall war, bei meiner Untersuchung. — Der Mann drang eben zum Glücke des Weibes, welches ansonstens zweifellos an Incontinentia urinae hätte leiden müssen, offenbar stets nur mit der Glansspitze in die erweiterte Urethralöffnung ein, und wurde erst in

jüngster Zeit aufgeklärt, dass dies nicht richtig sei; — darin gleichzeitig die Sterilitätsursache suchend, drang er behufs Abhilfe auf diese Untersuchung, resp. eine dieses Hinderniss beseitigende Operation — welchem Umstande das Bekanntwerden dieses zweifellos interessanten Falles zu danken.

### **XVIII. Die Bauchpresse als einfachstes Mittel zur endgiltigen spontanen Ausstossung eines Abortiveies der ersten drei Monate.<sup>1)</sup>**

Die Thatsache, dass kaum 2 0/0 Abortus der ersten drei Monate mit fachlicher Nachhilfe beendet werden, behaupte ich fest; — die ohne Wissen der Betroffenen spontan ablaufenden Abortus sind meiner Ueberzeugung nach unzählbar, statistisch nicht eruirbar. Trotz meiner 35jährigen geburtshilflichen Praxis könnte ich noch, so zu sagen, an den Fingern jene Abortusfälle aufzählen, zu welchen man directe meine Hilfe verlangte, dagegen wäre ich als Gynäcolog nicht im Stande, die Zahl jener hilfesuchenden steriler Frauen nur annähernd anzugeben, bei welchen sich nahezu apodictisch sicher ein unwissentlicher Abortus als ursprüngliche, resp. nachhaltende Sterilitätsursache nachweisen liess und lässt.

Befragt man sterile Frauen, welche zumeist nach einer einige Jahre unfruchtbar gebliebenen Ehe diesbezüglich Abhilfe suchen, ob ihnen nie die Periode ausgeblieben oder doch verspätet eingetreten sei, so wird man nicht selten zu hören bekommen, dass gleich im Beginne der Ehe die bishin stets regelrechten Menses 1—2—3 u. s. f. Wochen später als gewöhnlich und zwar unter sehr heftigem, unausstehlichem Kneipen sich wieder eingestellt haben und zwar, was bishin noch nie der Fall gewesen sei, mit reichlichem Abgange von leberartigen Stücken, untermischt mit häutigen Fetzen, worauf dann die herabdrängenden Schmerzen und der hochgradige Blutgang wie abgeschnitten momentan aufgehört hätten, meistens beifügend, es habe sie dabei ein so unabweislicher Stuhl drang gepackt, dass sie demselben eiligst nachgeben mussten, und

<sup>1)</sup> Vorgetragen im Verein der Aerzte in Krain.

gleichzeitig mit der Stuhlentleerung seien auch dann aus den Genitalien besagte Blutklumpen u. s. f. abgegangen.

Einzelne Frauen sagen dann des Weiteren aus, dass sie seitdem am weissen Flusse leiden, jedoch die Menses wieder allmonatlich regelrecht haben, andere Frauen klagen jedoch darüber, dass sich bei ihnen der eben geschilderte Vorgang bereits einige Male unter ganz gleichen Symptomen wiederholt habe.

Lässt die Beschreibung dieser Vorgänge wohl noch einen Zweifel darüber obwalten, dass es sich hier einfach um spontane Abortus handle? dass hieraus die Sterilität oder die habituellen Abortus als Folgezustände hervorgegangen sind? — ich glaube „nein.“

Lässt sich weiteres aus diesem an und für sich zweifelsohne günstigen Verlaufe besagter Abortus nicht die Lehre, resp. der richtige Schluss ziehen, dass man stets gegebenen Falles i. e. zu einem Abortus beigezogen, diesen natürlichen Vorgang thunlichst stricte nachahmen soll? — ich glaube „ja.“

Die Behandlung des Abortus findet sich nicht allein in allen geburtshilflichen Lehrbüchern weitläufig beschrieben, ja es existiren darüber schon Monographien und fast in allen Fachjournalen finden sich Jahr aus, Jahr ein diesbezügliche, wenn auch meistentheils nichts Neues bietende Rathschläge, daher ist es ja leicht möglich, dass meine im Titel in nuce angegebene Behandlung schon irgendwo angeführt steht — und mir selbe in der Literatur entgangen ist. — Diese Erklärung vorauszuschicken, erachte ich für nothwendig, betonend, dass mich zu dieser Veröffentlichung nicht etwa Prioritätsgedanken veranlassten, sondern einfach der sicherlich unbestritten zu billigende Endzweck, ein erprobtes Mittel, sei es nun neu, oder doch schon einzelnen praktischen Aerzten bekannt, im Interesse der abortirenden Frauen zum geburtshilflichen Gemeingut zu machen, und nun zur Sache.

Wird man zu einem frischen i. e. intacten Abortus gerufen, so lasse man sich vor Allem nicht gleich durch den

Blutgang in's Bockshorn jagen, nämlich aus der Passivität herausdrängen, dies mein erster Rath, denn die zartesten Frauen ertragen erfahrungsmässig ganz respectable Blutverluste. Man huldige, in so lange sich nicht eclatante Zeichen der Blutleere kundgeben, consequent der zuwartenden Methode, sich auf Verabreichung der Haller'schen Säure und dergl. beschränkend. Nimmt die Blutung factisch drohende Symptome an, scheue man in erster Linie nicht zurück vor sogenannten belebenden Mitteln, wie Cognac u. s. f. und lasse fleissig eiskalte schwere Umschläge auf den Unterleib appliciren, um erst im äussersten Nothfalle nach vorheriger desinficirender Ausspritzung, jedoch dann in energischer Weise zur Tampnade der Scheide zu schreiten.

Sind so oder so, nämlich bei rein zuwartender oder activ nachhelfender Behandlung deutlich herabdrängende Schmerzen — Wehen — eingetreten, so untersuche man innerlich, ob bereits der untere Eipol durch den Muttermund in die Scheide hereinzuragen beginne, als den sichersten Beweis der nahezu vollendeten Eiablösung, der beginnenden spontanen Ausstossung desselben. — Im bejahenden Falle wird nun ein regelrechtes Mitpressen i. e. Verarbeiten der Wehen angeordnet und endlich *die Gebärende, sobald sie einen unabweislichen Stuhl-drang kundgibt, auf einen Leibstuhl oder auch einfach hockend auf das Nachtgeschirr gesetzt.* — Siehe da, der Erfolg dieser vis a tergo ist gewöhnlich ein eclatant rascher — nach einigen durch die Bauchpresse energisch unterstützten Wehen stürzt auf einmal das Abortivei mit den in der Scheide angesammelten Blutcoagula aus den Genitalien hervor — die auf das Höchste gesteigerten Schmerzen sammt Blutung sistiren — der Abortus ist spontan vollendet.

Auf diese Weise habe ich bis nun fast alle mir untergekommenen, intacten Abortus der ersten drei Monate glücklich durchgeführt. — Die Fälle, wo ich manuell eingreifen musste, waren äusserst selten und betrafen sogenannte protrahirte Abortus oder besser gesagt zurückgebliebene, fest adhärende

Ei - Reste. Ein einziges Mal musste ich bei bereits verjauchenden Abortivresten instrumentell eingreifen, jedoch ohne Erfolg, die Betreffende erlag der Sepsis.

Nicht unerwähnt kann ich weiters den praktischen Rath lassen, bei sich verzögernden, von starken Blutungen begleiteten Abortus zur Beschleunigung der Eiablösung nach einander, in ca.  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{2}$ stündigen Pausen, sechs  $\frac{1}{2}$ grammige Dosen von frischem *Secale cornutum* — Pulver zu verabreichen, wobei dann jede andere weitere active Beihilfe überflüssig wird und der Schlussakt in der oben geschilderten Weise sehr rasch einzutreten pflegt.

Ich habe nur noch zu bemerken, dass ich von diesem energischen Mitpressen bei Abortus bis nun noch keine, irgend wie geartete üble Nachfolgen beobachtet habe, insbesondere ist ja in diesen Monaten eine dadurch entstehende *Inversio uteri* vollständig unmöglich.

Zum Schlusse, obschon eigentlich nicht zur Sache gehörig, möchte ich mir nochmals erlauben, auf das Eingangs Gesagte aufmerksam zu machen, dass die meisten unwissentlichen Abortus thatsächlich in den ehelichen Flitterwochen aus leicht begreiflichen Gründen erfolgen; — es wäre daher Pflicht eines jeden gewissenhaften Hausarztes, ob des diesbezüglichen diätetischen Verhaltens in *coitu directe* oder *indirecte* das ihm wohlbekannte junge Ehepaar zu belehren.

---

Selbstverlag des Verfassers.

---

