

23055

Mittheilungen  
aus der  
**Dorpater gynäkologischen Klinik**

vom  
zweiten Semester 1859 bis zum Schlusse  
des Jahres 1861.

~~~~~  
Eine  
mit Genehmigung der Hochverordneten  
Medicinischen Facultät der Kaiserlichen Universität zu

**DORPAT**

zur Erlangung der Würde  
eines

**Doctors der Medicin**

abgefasste und zur öffentlichen Vertheidigung bestimmte

**Abhandlung**

von

**Woldemar Leufner**

Tartu Riikliku Ülikooli  
Raamatukogu  
**71074**

—————  
**DORPAT.**

Gedruckt bei E. J. Karow, Universitäts-Buchhändler.

—————  
1862.

I m p r i m a t u r

haec dissertatio ea lege, ut, simulac typis fuerit excusa, numerus exemplorum praescriptus tradatur collegio ad libros explorandos constituto.

Dorpati Livonorum d. XV. m. Mart. a. MDCCCLXII.

N<sup>o</sup>. 57.  
(L. S.)

*Dr. Rud. Buchheim,*  
med. ord. h. t. Decanus.

Seinem hochverehrten Lehrer

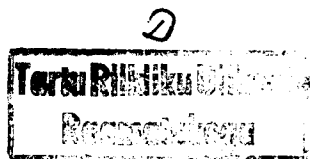
**Herrn Dr. Johann von Holst**

ordentlichem Professor der Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheiten

g e w i d m e t

v o n

**Verfasser.**



## V o r r e d e.

---

Seit dem zweiten Semester 1859, wo Herr Professor von Holst die Leitung der hiesigen Entbindungsanstalt übernahm, besteht an derselben eine gynäkologische Abtheilung im engern Sinne, in welcher Frauenkrankheiten theils stationair, theils poliklinisch, zum grössten Theil aber ambulatorisch behandelt werden. Die Zahl der vorkommenden Fälle wächst beständig, und wenn sie auch bis jetzt noch nicht gross ist, so gewährt doch das Material unverkennbaren Nutzen, indem eben bei einem kleinen Material es um so eher ermöglicht werden kann, die vorkommenden Sexualkrankheiten genau zu untersuchen, während dieses bei einer sehr grossen Anzahl von Krankheitsfällen nicht mit der gehörigen Sorgfalt geschehen kann, eine genaue Untersuchung aber für die Würdigung und Behandlung der Sexualkrankheiten unerlässlich ist.

Die Fälle nun, welche bis zum December 1861 in jener gynäkologischen Abtheilung beobachtet worden sind, habe ich, soweit die Angaben darüber vorhanden waren, im Folgenden mitgetheilt. Mängel, deren sich

darin gewiss nicht wenige finden werden, sind theils meiner Unerfahrenheit in derartigen Arbeiten zuzuschreiben, theils ist ferner zu beachten, dass der grösste Theil der Kranken zu den ambulatorischen gehört, daher sich in Bezug auf den Verlauf der Krankheiten und den Erfolg der Behandlungen vielfache Lücken finden, indem viele der ambulatorischen Patienten einmal untersucht und mit Arzneien versehen, entweder durch häusliche Verhältnisse gezwungen, oder aus Fahrlässigkeit oder ungegründetem Vorurtheile gegen die Klinik sich nicht wieder präsentiren, so dass man sich oft nur damit begnügen muss, die Diagnose gestellt zu haben. Dazu kommt noch, dass in manchen Fällen die Notizen in den klinischen Büchern nicht vollständig genug sind.

Hier sei es mir vergönnt, allen meinen hochverehrten Lehrern an der hiesigen Universität den wärmsten Dank für ihre vielfachen Bemühungen um mich öffentlich abzustatten, insbesondere aber Herrn Professor von Holst für seine Unterstützung, die er mir beim Ausarbeiten vorliegender Abhandlung hat aufgedeihen lassen.

---

## Allgemeine Uebersicht.

---

Vom August 1859 bis zum December 1861 suchten in der gynäkologischen Klinik um Hilfe im Ganzen 208 Frauenzimmer. Hiervon kommen auf:

Uterus unicornis 1,  
Evolutio uteri incompleta 2,  
Atrophia uteri 1,  
Inflexio uteri 18,  
Versio uteri 23,  
Prolapsus uteri 12,  
Metritis acuta 3,  
Metritis chronica 22,  
Endometritis chronica 20,  
Ulcus portionis uteri vaginalis 3,  
Polypus uteri 2,  
Carcinoma uteri 3,  
Amenorrhoea 23,  
Dysmenorrhoea congestiva 1,  
Menorrhagia 6,  
Metrorrhagia post abortum 4,  
Perimetritis 4,  
Haematocele retrouterina 3,  
Tumor ovarii 8,  
Atresia vaginae acquisita 1,  
Prolapsus vaginae 2,

Colpitis chronica 2,  
Ulcus vaginae 1,  
Fistula vaginae 2,  
Tumor cavernosus urethrae 2,  
Catarrhus vesicae urinariae chronicus 2,  
Fissura ani 1,  
Abscessus mammae 1,  
Excoriationes papillae mammae 1,  
Anaemia 9.

Auf graviditas dubia wurden 7 untersucht.

Von 13 Schwangeren waren behaftet mit

Syphilis 1,  
Catarrhus bronchialis 8,  
Hyperaemia renum 1,  
Cardialgia 2,  
Catarrhus intestinalis 1.

Von 5 bereits decrepiden Frauenzimmern litten an

Emphysema pulmonum 1,  
Hyperaemia hepatis 1,  
Cardialgia 2,  
Psoriasis 1.

---

---

## Specielle Betrachtung.

Von Bildungsfehlern der Gebärmutter kam ein Fall von uterus unicornis zur Untersuchung an einer 20jährigen, seit 1½ Jahren verheiratheten, kinderlosen Frau von mittlerer Körpergrösse, normalem Körperbau, klagend über die verschiedenartigsten Beschwerden, welche der starken Anämie zuzuschreiben waren. Die Brüste und die äusseren Genitalien waren gut entwickelt, die Beckenmaasse hatten die gehörige Länge. Die Menstruation war noch nie dagewesen, ebenso keine molimina menstrualia. Die Untersuchung durch die normal ausgebildete Scheide ergab die portio vaginalis uteri schlank, weich, rudimentär entwickelt, so dass die vordere Muttermundslippe sich nur als kleine Hervorragung anfühlte, die hintere 4''' lang war. Die hiermit verbundene äussere Untersuchung durch die Bauchdecken, wie auch die Exploration durch den Mastdarm liessen Nichts vom Uterus durchfühlen. Einen in die Harnblase eingeführten Katheter konnte der im Mastdarm befindliche Finger bis zu seiner Spitze verfolgen, ohne Etwas von einem zwischen Harnblase und Mastdarm liegenden Uterus wahrzunehmen. Die Uterinsonde drang, wenn man sie stark nach links lenkte, in den Uterus ein und nahm hier eine Stellung mit der Concavität nach links an; sie liess sich 2¼'' tief in den Uterus einführen. Ein jetzt in den Mastdarm gebrachter Finger konnte die Sonde über einen

Zoll hoch verfolgen, umgeben von einer gegen 1<sup>'''</sup> dicken schlaffen Uterinwandung. Vom zweiten Uterinhorn wurde Nichts entdeckt.

Bei Beachtung dieses Befundes kann wohl nicht bezweifelt werden, dass wir es mit einem einhornigen Uterus zu thun haben, und zwar mit einem linksseitigen ohne Nebenhorn, dessen Concavität nach links und dessen Convexität nach rechts gerichtet ist. Der Scheidentheil eines einhornigen Uterus ist gewöhnlich kleiner, als der eines normalen, im obigen Falle nur rudimentär vorhanden, ebenso sind die Wandungen viel dünner, hier auf 1<sup>'''</sup> geschätzt.

Die Prognose für eintretende Conception, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, soweit sie von der abnormen Bildung des Uterus abhängig, möchte nicht schlecht zu stellen sein. Dabei sind die Beckenmaasse normal, die äusseren Genitalien nicht verbildet. Bei einhornigem Uterus sind ein- und mehrfache, ebenso wiederholte Schwangerschaften bis zum Ende normal verlaufen, der Geburtshergang und das Wochenbett sind gewöhnlich, wenn die übrigen Bedingungen, wie Beckenmaasse, Allgemeinzustand u. s. w. günstig waren, von keinerlei Gefahren bedroht gewesen\*). Dass obige Frau bis jetzt noch nicht concipirt hat, wird in der stark ausgeprägten Anämie, durch welche auch die Amenorrhöe bedingt ist, seinen Grund haben. Dass die Eileiter und Eierstöcke fehlen, dafür besitzen wir keine Anhaltspunkte. Aus dem Mangel der Menstruation und der Menstruationsbestrebungen lässt sich hier nicht auf rudimentäre Bildung oder gänzlichen Mangel der Eileiter und Ovarien schliessen, da viele Fälle beobachtet sind, wo Frauen, die nie menstruiert gewesen waren, geboren haben, bei wel-

---

\*) A. Kussmaul: Von dem Mangel, der Verkümmernng und Verdopplung der Gebärmutter u. s. w. Würzburg 1859. Pag. 121 f.

chen also jene Organe mehr weniger entwickelt gewesen sein müssen. Uebrigens ist zu beachten, dass bei Bildungsfehlern der Genitalien die geschlechtlichen Functionen oft spät eintreten.

Mangelhafte Entwicklung des Uterus. Der eine Fall war ein kleiner Uterus mit überwiegend mangelhafter Ausbildung der Vaginalportion. Er betraf eine seit einigen Jahren verheirathete, kinderlose Frau von 26 Jahren. Als Kind war sie stets gesund gewesen. Seit acht Jahren stellten sich jeden Monat Auftreibung des Leibes, Appetitlosigkeit, Kopf-, Kreuz- und Unterleibsschmerzen ein; bis vor einem Jahre hatte sie oftmals Nasenbluten, im letzten Jahre nicht mehr. Die Menstruation war noch nie dagewesen und es konnten die angegebenen Beschwerden auf katameniale Bemühungen bezogen werden. Die Frau war sehr anämisch, sonst kräftig entwickelt. Die Beckenmaasse waren normal, die Brüste und äusseren Genitalien gut ausgebildet. Die Scheide war gehörig lang und weit. Die portio vaginalis lag gleich über der apertura tertia in der Führungslinie des Beckens, war rund, sehr weich, 2<sup>'''</sup> dick, 3<sup>'''</sup> lang, mit gleichen Lippen, der Muttermund war eine runde, kleine, kaum fühlbare Grube. Der Uterus war sehr beweglich. Die Untersuchung per anum und durch die Bauchdecken ergab einen sehr kleinen, schlaffen Uterus von normaler Form; seine Länge wurde hier auf höchstens 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>'' geschätzt. Die Sonde bestätigte es, indem sie nur 15<sup>'''</sup> tief in den Uterus hineindrang.

Der andere Fall, ein dünnwandiger, in seinen Breitendimensionen bedeutend reducirter Uterus, wurde bei einer 27jährigen kinderlosen Frau gefunden. Dieselbe litt seit ihren Evolutionsjahren an Katamenialbeschwerden, die Menstruationsbestrebungen stellten sich im 17 Jahre ein, ein Jahr

später trat die Menstruation ein, setzte öfter aus, war stets sparsam und von heftigen Schmerzen begleitet. Nach der Verheirathung im 19. Jahre nahmen diese Beschwerden, sowie die hysterischen und chlorotischen Erscheinungen noch zu. Die Untersuchung ergab Folgendes. Brüste und äussere Genitalien waren gut entwickelt, die Scheide ebenfalls normal weit und lang. Die portio vaginalis war welk, sehr schlank, rund, sehr kurz, die vordere Muttermundlippe in's Scheidengewölbe übergehend, der Muttermund rund, klein, kaum zu fühlen. Weder durch den Mastdarm, noch vermittelt der gleichzeitigen Untersuchung durch die Scheide und Bauchdecken liess sich der Uterus nachweisen. Die Sonde drang 2" tief in den Uterus ein, und legte man denselben nun mit der Sonde auf den Mastdarm zurück, so fühlte man deutlich die Sonde umgeben von einer membranartigen, kaum eine Linie dicken Uterinsubstanz, den Uterus in seiner Breite verkleinert, und unterschied den Körper und den Grund des Uterus als etwas grösser in den Breitendimensionen. In diesem Falle fühlte der im Mastdarm befindliche Finger deutlich die ligamenta lata, und es konnte der Finger durch einen Zug an denselben die im Uterus befindliche, von der andern Hand unterstützte Sonde um einige Linien aus den Genitalien hervordrängen.

Seinen Platz findet hier ein von Hrn. Prof. von Holst ausserhalb der Klinik untersuchter Fall: Eine seit einer längeren Reihe von Jahren verheirathete Russin, in einem Alter zwischen 35 und 40 Jahren, klagte über schmerzhaft empfindungen im Becken. Examen und Untersuchung ergaben Folgendes. Die Frau war stets gesund, auch liess ihr Aussehen jetzt Nichts zu wünschen übrig. Die Menstruation war nie dagewesen und mangelten ebenso die molimina mensium. Der Beischlaf wurde stets ohne Schwierigkeiten und Schmerzen

ausgeübt. Brüste und äussere Schamtheile waren gut entwickelt, Beckenmaasse normal. Die innere Untersuchung ergab eine normal weite, wenig verkürzte Scheide, die oben blind geschlossen, im Scheidengewölbe keine Vaginalportion und keinen äusseren Muttermund finden liess. Die verbundene innere und äussere Untersuchung liessen keinen Uterus nachweisen, obgleich die Hand durch die schlaffen Bauchdecken tief in's kleine Becken dringen konnte; ebenso wenig ergab die Untersuchung durch den Mastdarm und die Bauchdecken, bei der die Finger beider Hände sich leicht berührten; ebenso wenig die Untersuchung durch den Mastdarm und das Einführen des Katheters in die Harnblase. Der im Mastdarm befindliche Zeigefinger konnte jedoch durch die vordere Wand des Mastdarms eine mässig gespannte, quer durch das Becken verlaufende Falte nachweisen, die ohne Anschwellung nach unten scheinbar convex verlief — scheinbar, weil der untersuchende Finger, indem er sie von der einen zur andern Seite verfolgte, sie natürlich in der Mitte am tiefsten herabzog.

Es fragt sich nun, ob wir es hier mit rudimentärem Uterus oder mit gänzlichem Mangel desselben zu thun haben. Jene Falte wurde offenbar durch die rudimentären ligamenta lata gebildet, deren Rand, weil der Uterus mangelte oder rudimentär war, tiefer im Becken verlief und deshalb mit dem Finger zu erreichen war, was bei normaler Bildung des Uterus nicht geschehen kann. Die ligamenta lata existiren selbst bei Mangel und ganz rudimentärer Bildung der Gebärmutter, wenn Eierstöcke und Eileiter vorhanden sind. Es kann daher aus der Existenz der ligamenta lata auf Vorhandensein dieser Organe geschlossen werden und wohl auch in diesen eine rudimentäre Bildung angenommen werden, wie sie häufig mit einer solchen des Uterus vorkommt. Ob nun der Uterus ganz fehlte oder nur rudimentär vorhanden war, lässt sich mit Ge-

nauigkeit nicht bestimmen. Einen Mangel der Gebärmutter nach einer Untersuchung beim lebenden Weibe mit Gewissheit festzustellen, ist nicht möglich, da wir kein einziges sicheres Merkmal des Gebärmuttermangels beim lebenden Weibe besitzen, denn leicht können kleine Rudimente dem Gefühle entgehen und ebenso sind die übrigen Erscheinungen nicht maassgebend\*). Soviel ist sicher, dass es eine höchst rudimentäre Bildung des Uterus sein musste, da sich an den leicht zu fühlenden ligg. latis keine Anschwellung erkennen liess. Demnach möchten wir es hier, wenn auch nicht mit Mangel, so doch mit einer spurweisen Andeutung des Uterus durch Faserzüge, bestehend aus Bindegewebe und Muskelsubstanz, wie solche Fälle beobachtet sind, zu thun haben.

Atrophie der Gebärmutter, vorzüglich den Scheidentheil betreffend, wurde festgestellt an einer 38 Jahr alten Frau, die nach der letzten vor zwei Jahren stattgehabten Entbindung eine drei Monate dauernde, schwere, nicht näher bezeichnete Krankheit durchgemacht hat, seit welcher Zeit ihre Katamenien ausgeblieben sind. Bei der Exploration erwies sich die Scheide normal, die portio vaginalis aber sehr klein, vom Scheidengewölbe warzig hervorragend, der Uterus sehr beweglich und schlaff, in der Breite verringert, die Uterinhöhle normal lang.

Die in dem letzten Wochenbette von der Frau durchgemachte Krankheit wird auf eine puerperale Affection des Uterus zu beziehen sein, deren Folge, wie man Solches oftmals gefunden, jene Atrophie ist.

In allen bisher genannten Fällen konnte die Behandlung

---

\*) Kussmaul, l. c. pag. 43 f.

gegen das örtliche Leiden natürlich Nichts thun, sondern nur den Allgemeinzustand berücksichtigen.

Unter den 18 Fällen von Knickungen der Gebärmutter waren 4 retroflexiones und 14 antelexiones. Die Kranken befanden sich zum grössten Theil in einem Alter zwischen 20 und 30 Jahren, 2 zwischen 30 und 40 Jahren und 3 waren über 50 Jahre alt. Geboren hatten von ihnen 10, von welchen bei 7 die Geburt und das Wochenbett normal verlaufen waren, 1 im Wochenbett eine starke Metrorrhagie und 2 einen Abort gehabt hatten. Die Menstruation verhielt sich verschieden, am häufigsten waren die Menses profus oder traten zu oft ein, in anderen waren sie spärlich und dann gewöhnlich mit Schmerzen verbunden, oder sie waren gar nicht da; in 2 Fällen, wo die Menstruation immer zur gehörigen Zeit und in der gehörigen Quantität eintrat, waren zugleich dysmenorrhische Erscheinungen zugegen. Die Complicationen bestanden viermal in chronischem Infarct des Uterus, dreimal in Anschoppung der Vaginalportion allein, viermal in chronischem Katarrh des Uterus, wo sich zweimal Excoriationen an den Muttermundslippen fanden, zweimal in chronischem Katarrh der Vagina mit papillärer Hypertrophie. Anämie liess sich bei Vielen nachweisen. Ferner fanden sich nicht selten Stuhl- und Harnbeschwerden, Cardialgieen, Kreuz-, Unterleibsschmerzen und hysterische Klagen.

Bei der Behandlung wurden die für Uterinknickungen zahlreich empfohlenen Instrumente nicht angewendet, da nach den von vielen Gynäkologen gemachten Erfahrungen nicht gehofft werden konnte, durch sie dem Uterus seine normale Form bleibend wiederzugeben, andererseits solche Instrumente, abgesehen von ihrer Nutzlosigkeit, häufig schädlich einwirken und von vielen Kranken gar nicht vertragen werden, bei ambula-

torischer Praxis gar nicht zu brauchen sind. Von Nutzen erwiesen sich wiederholte an der Vaginalportion vorgenommene Blutentziehungen durch Blutegel oder Scarificationen, besonders bei zugleich bestehendem chronischen Infarcte. Sorgfältig wurden die Complicationen berücksichtigt. Gegen den chronischen Katarrh wurden adstringirende Injectionen gemacht, die Excoriationen an den Muttermundslippen mit liquor Bellostii cauterisirt. Um Contractionen des Uterus zu bewirken und seinen Tonus herzustellen, diente secale cornutum. Bei Anämie wurde Eisen gegeben.

Was den Einfluss der Gebärmutterknickungen auf die Conceptionsfähigkeit betrifft, so ist derselbe von vielen Seiten her zu hoch angeschlagen worden. Viele sehen die Knickungen als ein absolutes Hinderniss für die Conception an. Wenn nun auch häufig bei einer solchen Formanomalie des Uterus Sterilität stattfindet, so ist diese nicht sowohl der Formveränderung des Uterus zuzuschreiben, als der Lageveränderung der Vaginalportion und besonders den auftretenden Complicationen, die an sich schon, ohne mit einer Knickung des Uterus verbunden zu sein, Unfruchtbarkeit bedingen, mögen sie nun die Körperconstitution, wie die Anämie, oder den Uterus selbst betreffen, wie der chronische Infarct, der Katarrh der Uterinschleimhaut, die Adhäsionen des Uterus mit den Nachbarorganen etc. Wenn bei Knickungen des Uterus eine Conception zu Stande kommen soll, so muss die portio vaginalis eine solche Stellung haben, dass das männliche Sperma in den Muttermund ejaculirt werden kann, demnach in der Führungslinie des Beckens stehen. Dieses ist folgendermaassen möglich. Es kann entweder die Vaginalportion des inflectirten Uterus sich von Hause aus in der Führungslinie des Beckens befinden. Ferner ist es denkbar, wenn der

nach den Untersuchungen von Rouget \*) erectile Uterus sich in Folge der beim Coitus entstehenden geschlechtlichen Excitation erigirt \*\*) und dabei sein Volumen, seine Form und Lage verändert \*\*\*) , dass bei dieser Erektion des Uterus die portio vaginalis eine solche Stellung annehmen kann, dass sie mit ihrem Muttermunde dem in der Scheide befindlichen männlichen Gliede entgegenkommt. Oder endlich kann die Conception dadurch ermöglicht werden, dass man, wie es öfter geschehen ist, durch einen Charpietampon oder dgl. die Vaginalportion für die Zeit des Coitus in die Führungslinie des Beckens bringt.

Von Conception bei anteflectirtem Uterus sind zwei Fälle bei uns vorgekommen. Der eine Fall betrifft ein 23jähriges Mädchen, die im Julimonat 1861 sich an die Klinik wandte, klagend über Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen bei jeder körperlichen Anstrengung und verschiedene andere Beschwerden, die von der deutlich ausgesprochenen Anämie abzuleiten waren. Die Katamenien hatten sich in ihrem 12. Jahre eingestellt, waren immer zur regelmässigen Zeit aufgetreten, aber sehr schmerzhaft und copiös, gewöhnlich acht Tage dauernd. Bei der Exploration der Genitalien wurde ein anteflectirter Uterus gefunden. Der Kranken wurde infus. secal. cornut. und ferr. limat. verordnet. Im Anfange des Septembermonats traten die Menses zum letzten Male ein und seit der Zeit steigerten sich die Störungen im Allgemeinbefinden. Eine im November angestellte Untersuchung ergab den geknickten Uterus stark vergrössert, den Fundus drei Finger breit die symphysis ossium pubis überragend, die portio vaginalis nach hin-

\*) Journal de la physiologie de l'homme et des animaux, publié sous la direction du Dr. E. Brown -- Séquard. Tome premier. Paris 1858 Pag. 332 f.

\*\*) Ibidem. Pag. 750.

\*\*\*) Ibidem. Pag. 338.

ten und links gerichtet, verdickt, rund, die Muttermundslippen gleich lang, den Muttermund als eine geschlossene Grube, den Papillarkörper der Scheidenschleimhaut stark entwickelt, dieselbe reichlich Schleim secernirend. Hiernach wurde eine bestehende Gravidität wahrscheinlich und bestätigte sich durch spätere Untersuchungen. Die Patientin befindet sich gegenwärtig im siebenten Monate der Schwangerschaft, sieht sehr elend aus, wird beständig von mancherlei Beschwerden, wie Durchfällen, Kreuz-, Unterleibsschmerzen und a. m. bedeutend belästigt.

In dem folgenden Falle erreichte die Schwangerschaft ihr normales Ende, die Geburt ging ungestört vor sich, nach dem Wochenbette stellte sich eine chronische Metritis ein. Die Knickung des Uterus war im Wochenbette nicht mehr nachzuweisen, sie war geschwunden.

Es war eine Frau von 28 Jahren, die im August 1859 in die Klinik kam, klagend über starke Schmerzen im Kreuz und in der Herzgrube. Sie hatte dreimal geboren, die beiden ersten Geburten waren normal verlaufen, die letzte jedoch vor einem halben Jahre überstandene war eine ohne Kunsthilfe beendete schwere Geburt mit starken Metrorrhagieen gewesen. Die Körpergrösse war eine mittlere, der Körperbau gracil, das Aussehen sehr anämisch. Die Beckenmaasse waren normal. Bei der Untersuchung der Geschlechtstheile fand man einen anteflectirten Uterus der durch die eingeführte Uterinsonde in die normale Form zurückgebracht werden konnte. Es wurde ferr. lact. und wiederholte Applicationen von Blutegeln an die Vaginalportion empfohlen.

Im September 1860 wurde Schwangerschaft vermuthet. Es war die letzte Menstruation zu Ende April dagewesen. Bei der äusseren Untersuchung zeigte sich eine grosse Empfindlichkeit des Unterleibes, besonders an der linken Seite, wo

sich auch spontan Schmerzen einstellten. Man fühlte einen Tumor durch, der die Schambeine überragte und etwas nach links hin lag und der, wie man sich durch die combinirte innere und äussere Untersuchung überzeugete, der vergrösserte Uterus war; ob diese Vergrösserung des Uterus von vorhandener Schwangerschaft herrührte, konnte, wenn man die übrigen Schwangerschaftszeichen hinzuzog, mit Wahrscheinlichkeit bestimmt werden. Gegen die Schmerzen auf der linken Seite wurden dahin sechs Schröpfköpfe applicirt und innerlich eine Oelemulsion mit Opium gereicht. Im November wurde die Schwangerschaft sicher constatirt, man konnte links kleine Kindstheile durchfühlen und den Schädel als vorliegend erkennen. Die einzigen Beschwerden, über welche die Patientin in der Schwangerschaft klagte, bestanden in Kreuz- und Unterleibsschmerzen.

Den Verlauf der Geburt anlangend, so stellten sich die ersten Wehen am 9. Februar 1861 morgens 9 Uhr ein, um 4 $\frac{1}{2}$  Uhr nachmittags war der Muttermund vollständig eröffnet, es erfolgte der Blasensprung, zugleich mit dem Abfluss des Fruchtwassers kam der Kopf des Kindes zum Einschneiden und um 4 Uhr 35 Minuten wurde in der ersten Schädellage ein normal gebautes Mädchen von 18" Körperlänge und 8 Pfd. Körpergewicht geboren. Zehn Minuten nach der Geburt des Kindes wurde die Placenta entfernt. Im Wochenbett stellten sich Schmerzen im Unterleibe und Kreuze ein, die längere Zeit anhielten. Die Formveränderung des Uterus war geschwunden.

Einen Monat nach der Entbindung bildete sich eine chronische Entzündung des Uterus aus, er war schmerzhaft, vergrössert, seine Höhle um 1 $\frac{1}{2}$ " verlängert, der Scheidentheil verdickt, die Muttermundslippen excoriirt, späterhin zeigte sich an der vorderen Lippe ein bei der Berührung leicht blutendes granulirendes Geschwür. Es wurden an die Vaginalportion öfter Blut-

egel angesetzt, warme Injectionen in die Scheide gemacht, die Excoriationen und das Geschwür mit liquor Bellostii cauterisirt und innerlich ferr. limat. gegeben. So besserte sich das Leiden allmählig und im October 1861 war die Höhle des Uterus von normaler Länge, die Excoriationen und das Geschwür an der Vaginalportion waren geschwunden.

Versio uteri wurde 1mal als sinistroversio, 1mal als dextroversio, 4 mal als anteversio und 17 mal als retroversio beobachtet.

Die Lageabweichung der Gebärmutter nach links war bedingt durch Adhäsionen mit den Nachbartheilen, da man durch die Bauchdecken beim tieferen Eindringen an der linken Seite einen härteren Strang durchfühlen konnte. Die betreffende Frau war 28 Jahre alt, seit 9 Jahren verheirathet und hatte 8mal im siebenten Schwangerschaftsmonate todte Kinder geboren, nachdem sie vor jeder Geburt das Absterben der Frucht, das 3 Wochen vor der Geburt eingetreten, verspürt hatte, bis auf die letzte Schwangerschaft, wo sie den Tod des Kindes erst drei Tage vor der Niederkunft gemerkt. Seit der letzten vor drei Monaten stattgefundenen Entbindung litt sie an Mattigkeit, Schmerzen in der Herzgrube und im Kreuz.

Die Aborte bei den jedesmaligen Schwangerschaften sind eine Folge der seitlichen Anlöthungen des Uterus an die Nachbartheile, die eine Erhebung desselben, wie sie mit dem Vorschreiten der Schwangerschaft erfolgen muss, nicht zulassen.

Bei der dextroversio uteri, die sich bei einem 22 jährigen Mädchen fand, welches regelmässig menstruiert war, nicht geboren hatte und seit zwei Jahren an einem chronischen Katarrh des Uterus und der Scheide litt, muss als Ursache eine abnorme Kürze des rechten breiten Mutterbandes angenommen werden, da von Adhäsionen oder vorausgegan-

genen Entzündungserscheinungen sich Nichts nachweisen liess. Der Uterus war bis auf einen gewissen Grad beweglich, bis über die Mittellinie hinaus nach rechts aber liess sich die portio vaginalis nicht bewegen. Gegen die Lageabweichung des Uterus liess sich natürlich eine Behandlung nicht einschlagen.

Von den mit anteversio uteri behafteten Frauenzimmern hatten zwei gut geboren, eine einen Abort gehabt und eine nicht geboren. Die Complicationen bestanden zweimal in chronischem Infarct des Uterus zugleich mit chronischem Katarrh und Excoriationen an den Muttermundlippen, einmal in chronischem Katarrh der Scheide und des Uterus bei einem Mädchen, das nicht geboren hatte, einmal in grosser Schloffheit des Uteringewebes. Subjective Beschwerden waren in zwei Fällen da und bestanden in Schmerzen im Kreuz und in der Herzgrube, Appetitlosigkeit und Erbrechen. Stuhl- und Harnbeschwerden fehlten. Dysmenorrhische Erscheinungen waren zweimal zugegen. Gegen die Anteversionen wurde nicht eingeschritten, sondern es wurden nur die Complicationen behandelt.

Retroversio uteri. In den 17 Fällen von Rückwärtsneigung der Gebärmutter waren bei 8 Geburten vorhergegangen, in 2 Fällen fand sich das Hymen intact. Am häufigsten fand eine Complication mit chronischer Metritis statt, nämlich 9mal, worunter 3 mal zugleich chronischer Katarrh des Uterus und einmal chronischer Katarrh des Uterus und der Vagina mit Hypertrophie ihrer Schleimhautpapillen zugegen war. In einem Falle von chronischem Infarct des retrovertirten Uterus fand ich eine folliculäre Entzündung der Vaginalportion, es waren an der vorderen Muttermundlippe einige gelbliche kugelige Hervorragungen von der Grösse einer kleinen Erbse mit starker Gefässentwicklung, ähnliche an der hinteren Lippe, nur mehr in das Gewebe eingebettet, wahrzunehmen, deren

mikroskopische Untersuchung, nachdem eine unter starker Blutung entfernt worden war, keine bösartige Degeneration nachwies. Chronischer Katarrh des Uterus allein war zweimal zugegen. In andern Fällen ergab sich grosse Schlaffheit des Uteringewebes. Die Menstruation war in den wenigsten Fällen normal, in 7 war Dysmenorrhoe da, in 3 spärliche und in 2 profuse Menstruation. Gewöhnlich klagten die Kranken über Schmerzen im Unterleibe und Kreuz, dann auch über Appetitlosigkeit und Brechneigung, zweimal über Stuhlverhaltung einmal über Durchfälle mit Obstructionen wechselnd. Anämie trat oft mit Entschiedenheit hervor. Die Behandlung bekämpfte die hervorstehendsten Symptome und Complicationen.

*Prolapsus uteri.* Sechsmal nahm der Uterus einen abnorm tiefen Stand im Becken ein, ohne dass jedoch ein Theil aus der Schamspalte hervortrat, ferner war zweimal der Uterus allein und viermal zugleich mit der Scheide vorgefallen. In 8 Fällen liessen sich vorhergegangene Geburten nachweisen, in einem Falle hatte nach der Angabe der Kranken sich die Senkung der Gebärmutter in Folge einer körperlichen Anstrengung beim Einernten des Heues eingestellt, in einem anderen schien die Senkung von sehr grossen Beckenmaassen und abnormer Länge oder Ausdehnbarkeit der Mutterbänder herzuführen, zweimal von einer Erschlaffung der Scheide durch Blennorrhöen.

Complicationen waren in 3 Fällen nicht vorhanden, in den übrigen Fällen bestanden sie in chronischem Infarct des Uterus oder der Vaginalportion allein, chronischem Katarrh des Uterus und der Vagina, Excoriationen und Geschwüren um den Muttermund, Excoriationen des prolabirten Uterus und Vagina und einmal in chronischem Katarrh der Harnblase.

Die Beschwerden bestanden zumeist in ziehenden Schmer-

zen im Kreuz und in den Leistengegenden, die sich manchmal zur Zeit des Katamenien steigerten. Harn- und Stuhlbeschwerden wurden seltener angegeben. Die Menstruation war in zwei Fällen profus, in vier war Amenorrhöe vorhanden.

Die Reposition der vorgefallenen Gebärmutter war nur in einem Falle mit Schwierigkeiten verknüpft, in den übrigen gelang sie leicht. Die Retention geschah am häufigsten durch den Kiwischschen Uterinträger, ausserdem wurden auch der Zwancksche, der Roser-Scanzonische Uterinträger und runde Gummipessarien angewendet. Gegen die Erschlaffung der Genitalien wurden Adstringentia und kühles Wasser als Injection oder in Form der kühlen Uterindouche gebraucht. Nicht minder wurden die übrigen Complicationen behandelt.

*Metritis acuta.* In den drei Fällen von acuter parenchymatöser Entzündung der Gebärmutter fand sich eine Vergrösserung nicht nur der Höhle, sondern auch des Körpers des Uterus, der Grund desselben konnte weit oberhalb der Schambeine durch die Bauchdecken durchgeföhlt werden, die Höhle war um  $\frac{1}{2}$  — 1" verlängert. Wenn aber bei einer acuten Metritis eine derartige Vergrösserung des Organs nicht oder nur ausnahmsweise stattfindet, so lässt sich annehmen, dass in jenen drei Fällen schon früher chronischer Infarct des Uterus bestand, zu welchem sich acute Exacerbationen hinzugesellten. Von den 3 Kranken hatten 2 geboren. Auf ihr Leiden wurden sie aufmerksam durch die plötzlich profus und schmerzhaft gewordene Menstruation, welcher paroxysmenweise auftretende Schmerzen in der Kreuz- und Unterbauchgegend folgten. Stuhlverstopfung und Harnbeschwerden waren in mässigem Grade vorhanden. Das Fieber war kein hohes. Beim Druck auf den Uterus von den Bauchdecken sowohl, als auch von der Vagina aus stellten sich lebhaftere Schmerzen ein, be-

sonders bei Berührung der Vaginalportion. Die Schleimhaut der Vagina war mässig aufgelockert, heiss anzufühlen, secretirte Schleim. Aus der Uterinhöhle fand blutig schleimiger Ausfluss statt, die Muttermundslippen waren mässig excoriirt. Die Behandlung bestand in warmen Vollbädern, wiederholten Applicationen von Blutegeln an die Vaginalportion, Scarificationen derselben, lauen Injectionen in die Vagina, Bedeckung des Unterleibes mit Kataplasmen. Touchiren der excoriirten Muttermundslippen mit liquor Bellostii, Darreichung von milden Abführmitteln.

Von den an chronischer parenchymatöser Entzündung der Gebärmutter leidenden 22 Frauenzimmern war bei 2 keine Geburt vorhergegangen, während die übrigen 20 geboren hatten und zwar von diesen 14 am normalen Ende der Schwangerschaft, wo in einem Falle starke Metrorrhagie der Geburt folgte, bei 6 waren Aborte erfolgt und bei 2 von diesen zugleich starke Blutungen. Somit boten vorhergegangene Geburten das häufigste ursächliche Moment für den chronischen Uterininfarct, nach diesen Abortus: vorhergegangene acute Metritiden konnten nicht nachgewiesen werden. Die Menstruation, die sich in den wenigsten Fällen normal verhielt, war bei den meisten Kranken mit Schmerzen verbunden, öfter auch profus, seltener sistirte sie ganz oder war spärlich. Die subjectiven Beschwerden bestanden in Kreuz- und Unterleibschmerzen, cardialgischen und oftmals in hysterischen Symptomen. Harnbeschwerden wurden wenig beobachtet, ebenso selten Durchfälle, meist Stuhlverhaltung. Anämie trat häufig hervor. Der vergrösserte Uterus war meist beim Druck empfindlich, die grösste durch die Sonde gemessene Verlängerung der Uterinhöhle betrug  $1\frac{1}{4}$ " über das normale Maass. Schlaffheit des Uteringewebes trat besonders bei Anämischen hervor. Die

Complicationen bestanden sechsmal in chronischem Uterintatarrh, dreimal in Excoriationen, zweimal in granulirenden Geschwüren und einmal in chronischem Katarrh der Vaginalportion, zweimal in chronischem Katarrh des Uterus und der Vagina und einmal mit letzteren zugleich Granulationen um den Muttermund; einmal war Hypertrophie der vorderen Muttermundslippe zugegen. Die Behandlung war eine örtliche und eine allgemeine. Mit Nutzen wurden wiederholte Blutentziehungen am Scheidentheil durch Blutegel oder Scarificationen vorgenommen. Die Bestreichung des Unterleibes mit Jodtinctur wurde versucht. Die complicirenden Krankheiten des Uterus und der Vagina wurden in Angriff genommen. Milde Eccoprotica wurden gereicht. Bei Anomalie der Blutmischung wurde Eisen, entweder allein, oder als Jodeisen, bei Schlaffheit des Uterus Ergotin mit oder ohne Eisen gegeben.

Als selbstständiges Leiden, nicht abhängig von anderweitigen Krankheiten des Uterus, kam der chronische Katarrh der Uterinschleimhaut zwanzigmal zur Behandlung, und zwar zehnmal allein und zehnmal verbunden mit chronischem Vaginalkatarrh. Von den daran Leidenden, deren 9 geboren und 11 nicht geboren hatten, befand sich der grösste Theil in einem Alter zwischen 20 und 30, 5 zwischen 30 und 40 Jahren. In 9 Fällen wurden Excoriationen um den Muttermund gefunden, Geschwüre wurden nicht beobachtet. Die Menses waren meist spärlich, seltener profus, gewöhnlich von Schmerzen begleitet, nur in wenigen Fällen normal. Anämie war oft deutlich ausgesprochen; ob sie die Folge oder Ursache des Uterinleidens war, konnte nicht bestimmt werden, wahrscheinlich war bald Ersteres, bald Letzteres der Fall. Oefter war der Uterus sehr schlaff anzufühlen. Die Beschwerden der Kranken waren nicht bedeutend, gewöhnlich incommodirte sie

nur der Ausfluss aus den Genitalien, Andere klagten über Kreuz-, Unterleibsschmerzen, Stuhlverstopfung und über Beschwerden, die von der Anämie abzuleiten waren. Bei den Kranken, wo Abweichung in der Blutmischung nachgewiesen wurde, kamen die verschiedenen Eisenpräparate in Gebrauch. Die Obstructionen wurden durch Abführmittel beseitigt. Oertlich wurden Cauterisationen der katarrhalischen Scheide und der excoriirten Vaginalportion mit liquor Bellostii oder einer concentrirten Höllensteinlösung, mittelst eines Charpiepinsels oder durch das Speculum applicirt, gemacht, ferner Injectionen in die Scheide von Adstringentien, wie Solutionen von cupr. oder zinc. sulfur., plumb. acet., decoct. querc. alumin., Einführen eines mit Alaun bestreuten Tampons in die Vagina.

Erfolgreich zeigte sich die Application von pulverförmigen Aetzmitteln in die Uterinhöhle, so von pulverisirtem Alaun oder Höllenstein. Zu diesem Zweck wurde ein von Herrn Professor von Holst modificirtes Instrument gebraucht. Dasselbe besteht aus einer nach Art der Uterinsonde gebogenen silbernen Röhre, die an der Spitze eine Oeffnung, entsprechend der Dicke der Röhre, besitzt. Eine an der Röhre angebrachte Horvorrangung giebt die normale Länge des Uterus an. In diese Röhre wird ein ihrem Lumen entsprechend dicker Draht hineingeschoben, bis etwa 5'' von der offenen Spitze entfernt. Der frei gebliebene Theil der Röhre wird dann mit dem pulverisirten Causticum, das ziemlich fest hineingestampft werden muss, angefüllt. So wird das Instrument, ganz wie die Sonde, in die Uterinhöhle gebracht und darauf durch Vorwärtschieben des in der Röhre befindlichen Drahtes das Pulver in die Uterinhöhle injicirt. Damit der Draht nicht vorzeitig nach vorn rückt, wird er in der Röhre durch einen an ihrer Seite befindlichen Schraubenstift fixirt.

Wenn in vielen der oben erwähnten Krankheiten des Uterus Geschwüre am Scheidentheile gefunden wurden, so kamen ausserdem noch drei Fälle von granulirenden Geschwüren um den Muttermund vor, wo keine jener Uterinkrankheiten zugegen war. Alle drei Fälle betrafen Frauen, die geboren hatten, so dass wohl die durch die vorhergegangenen Geburten bewirkten Verletzungen der Muttermundsränder den Anlass zu den Geschwürbildungen gegeben hatten. Eine Kranke wurde durch Blutungen, die sich nach jedem Coitus einstellten, auf ihr Leiden aufmerksam. An dem Uterus liess sich grosse Schlaffheit des Gewebes und eine geringe Verlängerung seiner Höhle nachweisen. An der portio vaginalis war besonders in einem Falle bedeutende Anschoppung, die mehr die vordere, als die hintere Muttermundslippe betraf, wahrnehmbar; hier war die Menstrualblutung copiös und mit heftigen Schmerzen verbunden; späterhin, nachdem durch eine passende Behandlung das Geschwür um den Muttermund sich bedeutend verkleinert hatte, gesellte sich Katarrh des Uterus und der Scheide hinzu. Die heruntergekommene Constitution der Patientinnen machte den Gebrauch von Eisen nothwendig. Die Geschwüre wurden mit liquor Bellostii oder concentrirter Lapissolution gebeizt, ferner Charpiehäusche mit gepulvertem Alaun bestreut applicirt.

Polypöse Excrescenzen wurden zweimal als Schleimpolypen, welche im Cervicalkanal des Uterus ihren Sitz hatten, beobachtet. Der eine Fall betraf eine 38 jährige Frau, die nicht geboren hatte. Die früher normalen Menstrualblutungen waren seit ihrem 33. Jahre profus und schmerzhaft und zwischen den Menstrualperioden trat Schleimfluss aus den Genitalien ein; die letzte Menorrhagie bestand seit zwei Wochen. Die portio vaginalis des ziemlich harten, nicht vergrösserten,

beim Druck etwas schmerzhaften Uterus zeigte den Muttermund als eine offene Grube, aus dem ein in dem Uterus befindlicher Schleimpolyp  $\frac{1}{2}$ " hervorragte, der bei der Berührung leicht blutete. Durch Torsion mittels einer Polypenzange wurde der Polyp entfernt, es gelang das aber wegen seiner grossen Weichheit nicht mit einem Male, indem bei jedem stärkeren Anziehen ein Theil abbriss; die nachgebliebenen geringen Reste wurden mit liquor Bellostii cauterisirt.

In dem anderen Falle war ausser dem Schleimpolypen noch Carcinom der Gebärmutter zugegen. Es war eine 56 jährige Frau von anämischem Aussehen, die in ihrem 26. Jahre zuletzt geboren hatte. Die vor einem Jahre ausgebliebenen Menses waren vor zwei Monaten wieder aufgetreten und seitdem hat die Blutung ohne Unterbrechung gedauert; mit der Blutung hatten sich Schmerzen im Unterleibe und Kreuz eingestellt. Bei der Untersuchung fand sich der Uterus infarcirt, an seinem Cervicaltheil und an der vorderen Fläche mit mehreren mandelgrossen Härten besetzt. Aus dem eine offene Querspalte darstellenden Muttermunde ragte ein Schleimpolyp 5" weit hervor. Der Polyp wurde gleichfalls durch Torsion mittels einer Polypenzange entfernt; er war  $1\frac{1}{2}$ " lang und an seiner Basis  $\frac{1}{2}$ " breit, hatte einen einfachen von dem übrigen Theile gesonderten 7" langen und  $1\frac{1}{2}$ " breiten Stiel, bestand aus zwei der Länge nach durch ein Septum geschiedenen Hohlräumen, welche an der Stelle, wo der feste Stiel ansass, ihre hintere Begrenzung fanden. Die nach der Operation in die Uterinhöhle eingeführte Sonde stiess auf kein Hinderniss. Dass jene am Uterus fühlbaren Härten carcinomatöse Gebilde waren, dafür sprach die sich später ausbildende Kachexie der Frau, die trotz guter Nahrung und des Gebrauchs von Jodeisen zunahm, ferner der spätere missfarbige übelriechende Ausfluss aus dem Uterus, die intercurrenten Metrorrhagien,

die paroxysmenweise auftretenden heftigen Schmerzen im Uterus und der baldige Tod der Frau, der ausserhalb der Klinik erfolgte, wo die Autopsie der Leiche leider nicht gestattet wurde. Dieser Fall von Uterinkrebs ist insofern bemerkenswerth, als bei der Affection des übrigen Theils des Uterus die Vaginalportion nicht carcinomatös entartet war, während sonst gewöhnlich der Krebs von der Vaginalportion ausgeht und erst später den übrigen Theil des Uterus ergreift.

Aussèrdem waren noch drei Frauen mit Gebärmutterkrebs behaftet, eine von 37 Jahren, die 4 mal, eine von 41, die 8 mal, und eine von 43 Jahren, die 3 mal gut geboren hatte. Bei allen drei zugleich der Uterus chronisch infarcirt. Die Vaginalportion fand man zerstört, in eine geschwürige Fläche verwandelt, die Vaginawände mit härtlichen Krebsknoten infiltrirt. Aus der Scheide entleerte sich eine fötide, gelbliche Jauche. Die Blutflüsse waren bedeutend, ebenso die Schmerzen in der Kreuz- und Unterbauchgegend sehr quälend. Einmal war der Harnabgang unwillkührlich, in Folge einer durch Fortpflanzung des Krebses von der Scheide auf die Harnblase entstandenen Blasenscheidenfistel, ein anderes Mal Harn- und Stuhlzwang vorhanden. Die Kranken hatten ein schmutzig gelbes kachektisches Aussehen, waren stark abgemagert.

Bei einer Kranken fühlte man durch die schlaffen Bauchdecken ausser dem vergrösserten Uterus am Beckeneingange vor dem Promontorium eine nach rechts liegende härtliche Geschwulst; dabei war die rechte untere Extremität und die rechte grosse Schamlippe ödematös. Als die Kranke unter den Erscheinungen des zunehmenden Kräfteverfalls starb, ergab die Section, dass jene Geschwulst, faustgross, mit dem Uterus, in Verbindung stehend und die rechte Beckenhälfte einnehmend,

eine sarkomatöse war; durch diesen Tumor fand man den rechten Ureter comprimirt und von dem dadurch angesammelten Harn dilatirt; ferner war am rechten breiten Mutterbande eine wallnussgrosse, mit Eiter gefüllte Cyste; die Scheide und die Vaginalportion waren krebsig entartet, an letzterer ein grosses trichterförmiges Geschwür, der übrige Theil des Uterus nicht vom Krebs afficirt, wohl aber im Zustande eines chronischen Infarcts. Die Therapie konnte in jenen Fällen nur symptomatisch sein, es wurden laue Injectionen zur Reinigung gemacht, die Metrorrhagieen durch Injectionen von solut. ferr. sesquichlor. bekämpft, gegen die Schmerzen Morphinum gegeben und die Constitution durch Eisen und kräftige Kost aufrecht zu erhalten gesucht.

Ausser den die bisher angeführten Uterinkrankheiten begleitenden Abweichungen in der Menstruation bleiben noch mehrere Fälle von Menstruationsanomalien übrig, wo derartige Veränderungen in den Sexualorganen nicht nachgewiesen werden konnten.

So wurden 23 Fälle von spärlicher und gänzlich fehlender Menstruation beobachtet. Hiervon waren 9 mal die Menses noch gar nicht eingetreten, das Alter war zwischen 18 und 23 Jahren; als Ursache dieser Amenorrhöe war Anämie anzusehen, von der auch die Beschwerden, über welche die Kranken klagten, abzuleiten waren. Ferner schrieben 4 das Ausbleiben der Katamenien einer vorhergegangenen Erkältung zu, eine einer Gemüthsbewegung. Spärliche Menstruation wurde einmal nach Wechselfieber, einmal nach Typhus, und zweimal bei bestehender Anämie beobachtet. Auch in den übrigen Fällen, wo die früher normalen Katamenien ausgeblieben, waren die Kranken anämisch. In einigen dieser Fälle liess sich local grosse Schloffheit des Uteringewebes nachwei-

sen, als Folge der Anämie. Die Beschwerden, über welche die Kranken klagten, gehörten meist der Anämie an. Daher wurde diese bei der Behandlung besonders berücksichtigt.

An Menorrhagie litten 6 Frauen, die theils einmal, theils wiederholt geboren hatten. Vier von ihnen waren über 40 Jahre alt, neigten also schon zu den klimakterischen Jahren, in welchen die Menses, ehe sie ganz cessiren, unregelmässig werden, zu unrechter Zeit auftreten, bald profus, bald spärlich erscheinen und mit mancherlei Belästigungen, wie Kreuzschmerzen, Cardialgieen etc. verbunden sind. Bei den übrigen zwei war die Menorrhagie von einer Hydrämie abzuleiten. Bei Allen war grosse Körperschwäche zugegen, der Uterus meist welk und schlaff. Wirksam gegen die Menorrhagie zeigten sich kalte Injectionen und der innerliche Gebrauch von secal. corn., gegen die Anämie Eisen und kleine Gaben von Chinin.

Unter den vier Fällen von Gebärmutter-Blutflüssen nach Abort konnten in drei die Blutungen durch Darreichung von secale corn., durch kalte Injectionen in die Scheide, durch Einführen eines mit Alaun bestreuten Tampons in die Scheide bald gestillt werden. Hartnäckiger aber waren die Blutungen in einem anderen Falle, wo sie nach dem Aborte trotz vielfach gebrauchter Gegenmittel längere Zeit mit einigen Unterbrechungen fortdauerten und häufig einen solchen Collapsus bewirkten, dass ein letaler Ausgang wahrscheinlich schien. Es war eine 25jährige Frau, die zwei Wochen nach stattgefundenem, von achttägiger Metrorrhagie begleitetem Aborte, wobei eine Frucht mit ausgebildeten männlichen Genitalien geboren, der Abgang der Placenta darnach aber ungewiss war, in die Klinik kam, weil sich wiederum eine heftige Blutung aus den Genitalien eingestellt hatte. Bei der Untersuchung der sehr blutleeren, halb bewusstlosen Patientin konnte man

durch den offenen Muttermund in den Uterus hineindringen und im fundus uteri eine ziemlich consistente, der Uterinwand anhängende Masse erkennen. Es wurden kalte Injectionen in die Scheide gemacht und alsbald stand die Blutung. Späterhin wiederholten sich die Blutungen, wobei sich theils flüssiges Blut, manchmal in enormen Quantitäten entleerte, theils Blutcoagula abgingen. Sec. corn., digitalis, kalte Injectionen halfen nur temporär. Gegen die Körperschwäche, die in Folge der wiederholten Blutungen immer zunahm, wurde Eisen und Chinin gegeben. Endlich hörten die Metrorrhagieen  $2\frac{1}{2}$  Monate nach dem Aborte vollständig auf, es war aber nachdem eine lange Zeit erforderlich, bis sich der Kräftezustand der Frau allmähig wieder hob.

Die Ursache jener Blutungen waren mangelnde Contractionen des Uterus. Ob nach dem Aborte die Placenta im Uterus zurückgeblieben war, konnte nicht bestimmt werden, denn die bei der Exploration wahrgenommene der Uteruswand anhängende Masse konnte entweder von Blutcoagulis herrühren, oder möglicherweise auch die Placenta sein. Jedenfalls musste, nach den entwickelten Geschlechtstheilen der Frucht zu schliessen, die Placenta zur Zeit des erfolgten Aborts schon ausgebildet gewesen sein. War sie nun nicht gleich nach der Frucht aus dem Uterus ausgestossen, so lag in diesem Umstande ein Grund mehr für die Blutungen.

Perimetritis. Als Folge eines Puerperiums, aber nicht begleitet von einem Bluteiden, kam die Perimetritis dreimal zur Behandlung. Die Exsudate befanden sich hinter und neben dem Uterus, waren besonders in einem Falle sehr voluminös und hier mit einer chronischen Metritis verbunden. Vollständige Resorption des gesetzten Exsudats nach Anwendung von Kataplasmen und Vesicatoren auf den Unterleib,

Application von Blutegeln ad portionem vaginalem, Darreichung von Opium gegen die Schmerzen und ol. ricin. gegen die Stuhlverstopfung wurde einmal beobachtet.

Erwähnenswerth ist, dass in einem Falle von Perimetritis nach Abort Bildung eines Abscesses und Eröffnung desselben in den Mastdarm erfolgte; gefährliche Erscheinungen traten dabei nicht auf, die Oeffnung verheilte bald. Dieser Fall betraf ein 20jähriges Mädchen, welches vier Wochen nach stattgehabtem Aborte mit nachfolgender fünftägiger Metrorrhagie, in die Klinik kam, über heftige Kreuz- und Unterleibsschmerzen klagend. Bei der Untersuchung durch die Bauchdecken war der Grund des Uterus über den Schambeinen durchzufühlen, der Uterus beim Druck schmerzhaft. Per vaginam fand man hinten und links vom Uterus mehrere unebene, beim Druck empfindliche Härten, die auch per anum gefühlt wurden. Der Zustand der Kranken war nicht fieberhaft. Es wurden Schröpfköpfe und Kataplasmen auf den Unterleib gelegt, derselbe mit urg. ciner. und später mit tinct. jodi bestrichen, innerlich infus. hb. digital. mit kali acet. gegeben. Nach vier Wochen konnte man durch den Mastdarm deutliche Fluctuation erkennen und bald darauf eröffnete sich der Abscess in dem Mastdarm, wobei sich reiner Eiter entleerte. Darnach traten in den folgenden fünf Tagen flüssige Stühle ein. Durch laue Injectionen wurde die Abscessöffnung vor Verunreinigung mit Faeces geschützt und nach zwei Wochen war Vernarbung eingetreten. Hinter dem Uterus konnte man durch das Scheidengewölbe noch einige Reste von festen Exsudaten durchfühlen.

Bei einem 19jährigen Mädchen, dass noch nicht geboren hatte, über schmerzhaftes Menstruation, Schmerzen in den Inguinalgegenden und Auftreibung des Leibes klagte, mussten die durch die enge Vagina hinter dem beim Druck schmerz-

haften, sonst normalen Uterus fühlbaren vier wallnussgrossen Härten auch für perimetritische Exsudate gehalten werden. Es konnte der Gedanke an Fibroide nahe liegen, liess sich aber durch das jugendliche Alter der Patientin zurückweisen.

Haematocele retrouterina kam dreimal zur Beobachtung. In zwei Fällen fielen die Anfänge der Krankheit mit der Menstruation zusammen, vom dritten Falle ist das ungewiss. Der Ausgang der Krankheit war mehr weniger vollständige Resorption, niemals trat Durchbruch des ergossenen Blutes ein. Dass die Verkleinerung des Tumors zur Zeit der Menstruation stattfand, derselbe aber in den Intervallen stationär blieb, wie Voisin \*) es in mehreren Fällen beobachtet haben will, konnte nicht gefunden werden. Bei der Behandlung wurden chirurgische Eingriffe (Punction und Incision) vermieden, man verfuhr expectativ. Nach den bisherigen Erfahrungen liefert die erste Behandlungsweise viel ungünstigere Resultate, als die letztere: die Zusammenstellungen von Voisin \*\*) ergeben, dass von 20 chirurgisch behandelten Fällen der vierte Theil, während von 27 expectativ behandelten nur der neunte Theil einen letalen Ausgang nahm.

Die drei bei uns beobachteten Fälle sind folgende.

Der eine Fall betraf eine 35jährige anämische Frau, die vier normale Geburten, die letzte vor 7 Jahren überstanden und vor zwei Jahren nach einer körperlichen Anstrengung an Metrorrhagie und Schmerzen im Unterleibe, die bald nach einer Behandlung geschwunden, gelitten hatte, seit welcher Zeit sie, wie sie angab, eine grössere Härte der Gebärmutter, die aber sonst von keinerlei Unbequemlichkeiten begleitet, bemerkt ha-

\*) De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin etc. Paris 1860. Pag. 166.

\*\*) L. c. Pag. 243.

ben wollte. Seit drei Wochen litt sie nach einer Erkältung zur Zeit der Katamenien an heftigen Schmerzen im Unterleibe, welche plötzlich entstanden und allmählig zunahmen, und an einem mässigen Blutfluss aus den Genitalien. Die Palpation des in seinem unteren Abschnitte gespannten Unterleibes liess eine nicht genau abzugrenzende, unbewegliche, gegen vier Finger breit über die Schambeine hinauf reichende Geschwulst erkennen. Per vaginam fühlte man hinter der ziemlich tief stehenden Vaginalportion ungefähr bis zu ihrer Mitte herabreichend einen hart am Uterus anliegenden Tumor von derber Consistenz, der durch die Exploration per rectum auf Kindskopfgrösse bestimmt werden konnte. Die Uterinsonde wies einen normalen nach vorn gedrängten Uterus nach. Die Functionen der Blase und des Mastdarms waren nicht behindert. Es wurde Opium gegen die Schmerzen gegeben und der Unterleib mit Jodtinctur eingepinselt. Die subjectiven Beschwerden nahmen ab, der Tumor verkleinerte sich nach und nach und war einen Monat nach der Aufnahme der Kranken in die Klinik vollkommen geschwunden.

Die zweite Kranke war eine sehr anämische Frau von 45 Jahren, die 7mal gut niedergekommen war, nach der letzten vor 13 Jahren stattgehabten Entbindung aber hatte sich in Folge einer grösseren körperlichen Anstrengung eine Senkung des Uterus und der vorderen Scheidenwand eingestellt. Die früher immer normalen Menses, als sie das letzte Mal vor vier Wochen eintraten, cessirten nach kurzer Dauer plötzlich, worauf heftige Kreuz- und Unterleibsschmerzen entstanden. Zwei Wochen darauf fand ein 24stündiger Blutfluss aus den Genitalien statt, wobei die Schmerzen zunahmen. Die Untersuchung durch die Scheide ergab hinter der Vaginalportion eine hart anzufühlende Geschwulst, welche in den nicht beweglichen nach vorn verdrängten Uterus überging; dieselbe erschien

bei der Untersuchung durch den Mastdarm kindskopfgross, war an einzelnen Stellen härter, an anderen von mehr teigiger Beschaffenheit und durch eine der Länge nach über sie verlaufende Furche in zwei Abtheilungen geschieden. Es wurde ferrum limatum und Einpinselung des Unterleibes mit Jodtinctur verordnet. Die Geschwulst nahm an Grösse ab und war, als Patientin nach einem Monate die Klinik verliess, fast ganz geschwunden. Bei der Entlassung der Kranken wurde eine retroflexio uteri in Folge von Adhäsionen constatirt.

Die dritte Kranke war eine Frau von 30 Jahren, die dreimal das Wochenbett gut durchgemacht hatte. Die Menstruation war schmerzhaft, sonst regelmässig. An der hinteren Wand des etwas vergrösserten, im Uebrigen normalen Uterus fühlte man per vaginam sowohl, als auch per rectum eine wallnussgrosse, weiche Geschwulst. Diese Geschwulst musste nach den anamnestischen Momenten für eine abgeäufene haematocele retrouterina gehalten werden. Vor drei Jahren nämlich hatten sich nach einer starken körperlichen Anstrengung plötzlich Schmerzen im Unterleibe und Fäcal- und Urinverhaltung eingestellt und war im Unterleibe eine bis zum Nabel reichende kuglige consistente Geschwulst, auch per vaginam fühlbar, gefunden worden. Der allgemeine Zustand war febril. Nach einem warmen Bade, einigen Gaben Opium per os und per anum, Application von Schröpfköpfen und Kataplasmen auf den Unterleib und Darreichung von ol. ricin. hatte sich der Zustand nach einiger Zeit gebessert, die Schmerzen waren geringer, die Harn- und Stuhlentleerung freier geworden, die Geschwulst aber hatte sich nach einer dreiwöchentlichen Behandlung nicht verändert. Jene acute Entstehung des Leidens und der jetzige Befund machen es wahrscheinlich, dass die vor drei Jahren durchgemachte Krankheit eine haematocele retrouterina war, die während der drei Jahre soweit resorbirt wor-

den ist, dass noch ein wallnussgrosser Tumor übrig geblieben. Die Frau erhielt jetzt Jodeisen und wurden an die Vaginalportion Bluteigel angesetzt.

Eierstocksgeschwülste wurden 8mal beobachtet. Von den Kranken befanden sich zwei in einem Alter zwischen 20 und 30, zwei zwischen 30 und 40, drei zwischen 40 und 50 Jahren und eine zählte 55 Jahre. Geboren hatten unter ihnen drei. Die Meisten konnten den Anfang der Krankheit bezeichnen, theils mit Harnbeschwerden, theils mit Schmerzen im Unterleibe, oder mit spärlicher und schmerzhafter Menstruation, oder mit Diarrhöe und Erbrechen. Einmal wurde der Ovarialtumor als in der Schwangerschaft entstanden, angegeben, es hatte die Kranke vor der Schwangerschaft keine Geschwulst bemerkt, nach der Niederkunft aber hatte der in der Schwangerschaft ausgedehnte Unterleib sein normales Volumen nicht wieder erreicht. Der Sitz der Geschwulst war einmal in beiden Ovarien, einmal im rechten, dreimal im linken Ovarium, in den übrigen Fällen unbestimmt. Die Natur der Tumoren betreffend, so konnte aus der weichen, elastischen, fluctuirenden und gleichmässigen Beschaffenheit derselben fünfmal auf einfächerige Ovarialcysten geschlossen werden, die übrigen waren zusammengesetzte Geschwülste. Die grösste Geschwulst war etwas mehr als kopfgross.

Die Beschwerden der Kranken waren im Ganzen nicht bedrohlich, Einige wurden gar nicht incommodirt, Andere litten an Kreuz- und Unterleibsschmerzen, mässigen Stuhl- und Harnbeschwerden. Manchmal trat Anämie hervor. In einem Falle stellten sich durch Einklemmung des Tumors im kleinen Becken plötzlich Harn- und Stuhlverhaltung ein, die durch eine in der Knieellenbogenlage per anum vorgenommene sehr schmerzhaftige Reposition der Geschwulst bald gehoben wurden. Die Menstruation war in zwei Fällen vollkommen normal, in den

anderen war sie sparsam oder fehlte ganz oder waren dysmenorrhische Erscheinungen zugegen. Die Uterinhöhle war meist verlängert, das Gewebe oft schlaff, einmal war der Uterus mit besonderer Theilnahme seiner Vaginalportion chronisch infarcirt.

Die Behandlung bestand in innerer Anwendung von Jodkalium und äusserer von Jodtinctur und beachtete die lästigen Symptome und die Blutconstitution. Schwerlich aber konnte man hoffen, durch den anhaltenden Gebrauch von Jod eine Resorption der Geschwülste zu erzielen, und nützt in dieser Beziehung das Jod Nichts, so schadet seine längere Zeit hindurch fortgesetzte Anwendung durch den schwächenden Einfluss auf die Körperconstitution, welcher bei derartigen Kranken soviel als möglich zu vermeiden ist. Wenn aber in einem Falle vollständiger Schwund einer Ovarialgeschwulst nach einjährigem Gebrauch von Jodkalium beobachtet wurde, so folgt daraus noch nicht, dass er auch durch ihn geschah. Dieser Fall betraf ein 45jähriges, noch regelmässig menstruirtes Mädchen, bei der die Untersuchung durch die Bauchdecken sowohl als durch die Scheide eine kindskopfgrosse einfache Cyste des linken Ovariums und eine chronische Metritis mit vorzugsweiser Affection der portio vaginalis nachwies; es wurde Jodkalium gegeben, die Ovarialgeschwulst nahm allmählig ab und war nach einem Jahre nicht mehr wahrzunehmen. Die Heilung muss hier durch spontane Resorption erfolgt sein, Symptome einer Ruptur der Cyste waren nicht vorhergegangen.

Eine erworbene Verwachsung der Scheide wurde gefunden bei einer 31jährigen, seit ihrem 27. Jahre verheiratheten Frau, die am Ende ihrer ersten und zugleich letzten Schwangerschaft, nachdem die Wehen in ihrer Wohnung vier Tage gedauert hatten, in das Petersburger Findelhaus gebracht wurde. Hier hat man sie unter Chloroformnarkose mit der

Zange von einem todtten Kinde entbunden. Als sie nach einer neunwöchentlichen Krankheit das Findelhaus verlies, waren die unteren Extremitäten gelähmt. Bei einem elfmonatlichen Aufenthalte im Kronstadter Hospital besserte sich die Lähmung und trat später vollständige Genesung ein. Ein Jahr nach der Entbindung blieb die Menstruation aus, trat dann mit Schmerzen ein, kehrte aber von der Zeit regelmässig wieder und dauerte ohne Schmerzen 8 Tage. Das Befinden war gut, alle übrigen Functionen in Ordnung, und es verlangte die Frau auf den Wunsch ihres Mannes operirt zu werden.

Die Untersuchung ergab die grossen Schamlefzen normal beschaffen, an ihrer Schleimhautfläche starkschiefergrau gefärbt. Der Scheideneingang war verwachsen, zeigte eine von rechts nach links verlaufende Furche, in deren rechtem Winkel sich eine kleine Oeffnung befand. Durch diese Oeffnung liess sich die Sonde  $3\frac{1}{2}$ " tief einführen, und war der Sondenknopf durch die Bauchwandungen zu fühlen. Die zugleich durch den Mastdarm und die Bauchdecken ausgeführte Untersuchung liess den Uterus deutlich und in normaler Grösse erkennen, konnte aber keine portio vaginalis nachweisen, diese ging in das Narbengewebe der Scheide über. Die Harnröhre und die Blase waren in jeder Beziehung unverändert. Von den Beckenmaassen waren die äusseren Quermaasse normal, die Entfernung der Trochanteren betrug  $12\frac{1}{2}$ ", der spin. ant. sup. oss. il.  $9\frac{1}{2}$ ", der crist. oss. il.  $11\frac{1}{2}$ ". Die conjugata externa maass  $6\frac{1}{4}$ "; der grade Durchmesser des Beckenausganges  $3$ ", der quere  $3\frac{1}{2}$ ".

Eine Operation der verwachsenen Scheide wurde nicht vorgenommen.

Es kann hier die Frage aufgeworfen werden, ob die Unterlassung der Operation gerechtfertigt erscheint. Wegen der Beckenverengerung, die hier ziemlich bedeutend ist,

konnte eine Frucht am normalen Ende der Schwangerschaft nicht durch Naturhülfe zur Welt gebracht werden, es musste die Kunst einschreiten und die Frau mittelst der Zange entbunden werden. Hierbei konnten, da zur Herausbeförderung des Kindes die Beckenverengung einen bedeutenden Kraftaufwand erforderte, Verletzungen der Scheide nicht vermieden werden: der ausgeübte Druck auf die Beckennerven bewirkte die temporäre Paralyse der unteren Extremitäten. Durch die Vernarbung der gegenüberliegenden Wundflächen der Scheide entstand die Verwachsung derselben bis auf eine kleine Oeffnung. Es ist die ganze Scheide von ihrem Eingange an so verwachsen, dass man mit der Sonde durch die nachgebliebene kleine Oeffnung nicht etwa in einen grösseren Raum, in welchen die Vaginalportion des Uterus frei hineinragt, gelangt, sondern es lässt sich die Sonde durch einen schmalen Kanal gerade in den Muttermund einführen, indem die portio vaginalis in das Narbengewebe der Scheide übergeht und die Scheidenwände in ihrer ganzen Länge bis auf jenen kleinen Kanal mit einander verwachsen sind. Die nachgebliebene Oeffnung in der Scheide ist, wie es sich aus dem normalen Verhalten der Menstruation ergibt, für den Abfluss des Menstrualblutes von hinreichender Weite, so dass für diesen Zweck also keine Operation nöthig war. Aber für den Coitus oder für spätere Geburten hätte man operiren sollen und zwar aus folgenden Gründen. Wird operirt und tritt nach dem Coitus Conception und Schwangerschaft ein, so kann bei einer solchen Beckenverengung, wie sie im vorliegenden Falle stattfindet, die Frucht sich soweit entwickeln, dass es möglich wird durch Kunsthülfe vor dem normalen Ablauf der Schwangerschaft ein Kind zu Tage zu befördern, welches ausserhalb des Mutterleibes sein Leben fortzusetzen vermag. Die conjugata externa des Beckens nämlich ist  $6\frac{1}{4}$ " , ziehen wir hiervon die dieselbe

constituirenden Weich- und Knochentheile im Betrage von  $3\frac{1}{2}$ " ab, so bleibt für den geraden Durchmesser des Beckeneinganges eine Länge von  $2\frac{3}{4}$ " nach. Da beim Durchgange durch das Becken der Kopf des Kindes die meisten Hindernisse findet, seine Dimensionen durch die kürzere oder längere Dauer der Schwangerschaft verändert werden und beim Eintritt in den Beckenkanal der Querdurchmesser des Kopfes in den Graden des Beckeneinganges, der hier  $2\frac{3}{4}$ " beträgt, zu stehen kommt, so kann man die Schwangerschaft bis zu der Zeit fort dauern lassen, wo der Querdurchmesser des kindlichen Kopfes, dem graden des Beckeneinganges gleichkommend,  $2\frac{3}{4}$ " beträgt. Dieses findet in der 30. Schwangerschaftswoche statt, also zu einer Zeit, wo das Kind ausserhalb des Mutterleibes am Leben erhalten werden kann. Bei eintretender Schwangerschaft ist also um diese Zeit eine künstliche Frühgeburt einzuleiten. Wollte man hiergegen einwenden, dass in der 30. Schwangerschaftswoche geborene Kinder selten am Leben erhalten werden können, dass ferner die Dimensionen des Kopfes oft Differenzen darbieten, so dass der Querdurchmesser schon vor dieser Zeit eine Länge von  $2\frac{3}{4}$ " erreicht haben kann, von einer künstlichen Frühgeburt daher nicht viel zu erwarten ist und man hiernach die Operation der verengten Scheide mit Recht verworfen hat, so entsteht andererseits die Frage, ob denn dadurch, dass die verwachsene Scheide nicht operirt worden, demnach das männliche Glied nicht in sich aufzunehmen im Stande ist, auch eine Conception ausgeschlossen ist. Dieses ist keineswegs der Fall, denn wenn auch in Folge der Verwachsung der Vagina ein vollständiger Coitus nicht ausgeübt werden kann, so kann doch durch den in der verwachsenen Scheide befindlichen schmalen Kanal das männliche Sperma, aus dem zwischen die Schamlefzen gebrachten Penis ejaculirt, in den Uterus hineindringen. Durch Unterlassung der

Operation kann also das Ausbleiben einer Schwangerschaft nicht bewirkt werden. Dennach hätte die Frau operirt werden sollen. Tritt jetzt Schwangerschaft ein, so muss jedenfalls operirt werden und dann zwar, aus Besorgniss vor Erregung eines Abortes, erst zu der Zeit, wo man eine künstliche Frühgeburt einleiten will. Zu letzterem Zwecke wird man am passendsten die Brüninghausen-Klugesche Methode, die allmälige Erweiterung des Muttermundes mittelst eines Pressschwammes, anwenden, indem man diesen, nach blutiger Dilatation der verwachsenen Scheide, so applicirt, dass zugleich mit dem Muttermunde auch die Scheide in der Dimension, wie sie für die Geburt nothwendig ist, erweitert wird.

Wenn nun durch obige Momente eine Operation der verwachsenen Scheide indicirt erscheint, so sind wiederum die Gefahren und Schwierigkeiten, die sich bei ihrer Ausführung einstellen, von nicht geringem Belang. Es können Mastdarm und Blase verletzt werden, wonach üble Folgen nicht ausbleiben. Von Einfluss ist der Umstand, dass die Vaginalportion in das Narbengewebe der Scheide übergeht. Ferner kann leicht nach blutiger Trennung der Scheidenwände, wenn sie nicht gut aus einander gehalten werden, abermalige Verwachsung derselben eintreten.

Prolapsus vaginae ohne eine ähnliche Lageveränderung der Gebärmutter, fand sich zweimal bei Frauen die wiederholt geboren hatten. In einem Falle bei einer 32jährigen Frau war die vordere Scheidewand tiefer herabgetreten, es waren die Hauptklagen Harnbeschwerden, seit längerer Zeit trat häufig Harndrang ein und war die Harnentleerung schmerzhaft. Bei einer andern 26jährigen Frau hatten sich sämtliche Scheidenwände mässig gesenkt. Die Reposition war leicht. In beiden Fällen war die Scheide katarrhalisch afficirt. Ver-

änderungen des Uteringewebes, auch wenn der Uterus seine normale Lage heibehält, treten oft bei Vorfällen der Vagina consecutiv ein, besonders chronischer Infaret, Katarrh der Cervicalschleimhaut, Excoriationen und Ulcerationen des Scheidentheils. So fand sich auch in dem letzten Falle die Vaginalportion des schlaffen, normal gelagerten Uterus um den Muttermund excoriirt.

Bei der Behandlung wurden Tampons mit alumen pulv. in die Scheide geführt, Cauterisationen derselben mit arg. nitr., späterhin Injectionen von solut. zinc. sulfur. gemacht. Instrumente zur Retention der Vagina wurden nicht gebraucht.

Chronischer Scheidenkatarrh als selbstständige Krankheit kam zweimal vor, und zwar bei einem 38- und einem 30jährigen Mädchen, die nicht geboren hatten, sich aber häufig excessus in Venere hatten zu Schulden kommen lassen, wie man es aus der weiten schlaffen Scheide erschliessen konnte. Dieselben und die deutliche Anämie hatten wohl die Scheidenblennorrhoe bedingt. Der Papillarkörper der Scheidenschleimhaut war dabei hypertroph. Die Katamenien waren schwach, sonst nicht verändert. Es wurde die Scheidenschleimhaut mit concentrirter Höllesteinlösung touchirt.

Scheidenfisteln wurden zweimal beobachtet und in beiden Fällen in Folge von Geburten, in dem einen nach einer Zangengeburt, in dem anderen nach einer zwar ohne Kunsthilfe beendeten, aber doch schweren Geburt. In dem ersten Falle fand sich eine Blasen- und Mastdarmscheidenfistel, in dem zweiten war eine Blasenscheidenfistel allein, die allen angewendeten Behandlungsweisen Trotz bot.

Fistula recto- et vesicovaginalis fand sich bei einer 33jährigen, seit vier Jahren verheiratheten Frau. Die beiden

ersten Geburten waren normal verlaufen. Bei der dritten und letzten vor sechs Wochen stattgehabten Geburt hatte sie vier Tage gekreist, worauf ihr mit der Zange ein todttes Kind extrahirt war. Eine Woche darauf hatte sich incontinentia urinae bei jeder körperlichen Bewegung eingestellt. Bei ruhigem Verhalten fand kein unfreiwilliger Abfluss des Harns statt.

Das Aussehen der Kranken war anämisch. Der Uterus war nach dem letzten Wochenbette noch nicht zurückgebildet, es war der Fundus uteri zwei Finger breit über den Schambeinen stehend durch die Bauchdecken zu fühlen, der Uterus war beim Druck schmerzhaft, seine Höhle um einen Zoll verlängert. Von der Vaginalportion existirte nur eine hintere, unregelmässig geformte zwei Linien lange Muttermundlippe, der äussere Muttermund und der Kanal des Cervicaltheils waren offen, der innere geschlossen. An der hinteren Wand der Scheide nahm man eine einen halben Zoll im Durchmesser haltende Oeffnung wahr, welche in den Mastdarm führte. Ebenso liess sich eine stecknadelkopfgrosse Scheidenblasenfistel nachweisen. Zuerst wurde die Mastdarmscheidenfistel operirt, es wurden die Ränder angefrischt und mittelst eines Silberdrahtes vereinigt. Ueber den Erfolg der Operation ist Nichts bekannt und konnte die andere Fistel nicht operirt werden, da die Patientin bald nach der Operation häuslicher Geschäfte wegen die Klinik verliess.

*Fistula vesicovaginalis.* Es war ein 29jähriges Mädchen von mittlerer Körpergrösse, gesundem Aussehen, welches über unwillkürlichen Harnabgang aus der Scheide klagend, im 2. Semester 1861 in die Klinik aufgenommen wurde. Bei der Untersuchung zeigte sich der Scheideneingang verwachsen bis auf eine kaum eine Linie grosse Oeffnung an der rechten Seite, mit harten narbigen Rändern, aus welcher der Urin beständig aussickerte. — Patientin hatte im Juli 1858 eine

schwere Geburt überstanden und einige Wochen darauf unwillkürlichen Harnabgang aus der Scheide bemerkt. In Folge dessen wurde sie im August 1858 in die chirurgische Klinik aufgenommen, wo die damalige Untersuchung eine im mittleren Drittheile der Scheide etwas nach rechts liegende  $2\frac{1}{2}$ " grosse Blasencheidenfistel nachwies. Es wurde der von Vidal und Dieffenbach empfohlene Verschluss des Scheideneinganges vorgenommen, die Operation gelang aber nicht vollständig, es blieb eine fingerdicke Oeffnung nach. Durch abermaliges Vernähen trat in der Mitte der Oeffnung Verwachsung ein, zu beiden Seiten aber blieb eine Oeffnung übrig, rechts 3" lang, links kleiner. Im 1. Semester 1859 verheilte nach wiederholten Cauterisationen mit dem Glüheisen und arg. nitric. die linke Oeffnung vollständig. Die rechte Oeffnung im Scheideneingange wurde wiederholt vernäht, mit dem Glüheisen und Höllenstein cauterisirt, allein ohne Erfolg. Im 2. Semester 1859 wurde die Vereinigung durch die Schnürnaht versucht, wodurch die Oeffnung sich nur verkleinerte; durch Application des Glüheisens und Höllensteins nahm die Oeffnung an Grösse noch ab. Im 1. Semester 1860 wurde die Simonsche Doppelnaht angewendet, doch ohne Erfolg, ebenso wie die folgenden Cauterisationen mit dem Glüheisen, Höllenstein und der Middeldorfschen Galvanokaustik. Im 2. Semester 1860 wurden die Wundränder angefrischt und vernäht — ohne Erfolg. Späterhin wurde die Harnröhrenmündung angefrischt und die Schleimhaut derselben in die Oeffnung des Scheideneinganges hinein genäht, es wurde aber der Lappen gangränös. Endlich wurde nochmals die Beizung mit arg. eitr. versucht. Durch alle diese Operationen war die Oeffnung bis zu ihrer jetzigen Grösse gebracht worden.

Im 2. Semester 1861 wurde zur Cauterisation der Oeffnung im Scheideneingange die Middeldorfsche Galvanokaustik

angewendet. Da aber nach Abstossung des Brandschorfes sich an der wunden Fläche keine Granulationen zeigten, so wurde wiederholt mit lapis infern. touchirt. Sowohl diese Beizungen mit lapis inf., als auch die nachher vorgenommenen mit tinctur. cantharid. und kali caustic. und nochmalige Anwendung der Middeldorpfischen Galvanokaustik blieben ohne Erfolg.

Dass trotz der Anwendung so vieler Mittel keine Heilung erzielt werden konnte, findet wohl hauptsächlich darin seinen Grund, dass der beständige Abfluss des Harns die Vereinigung der Wundränder, die ausserdem durch ihre narbige Beschaffenheit wenig Neigung zur Granulationsbildung zeigen, verhindert, denn wenn man auch den Katheter permanent in der Blase liegen lässt, so wird dadurch der Abfluss des Harns durch die Fistelöffnung nur erschwert, keineswegs aber gänzlich verhindert. Bei den Mastdarmscheidenfisteln ist das Verhältniss ein viel günstigeres, als bei den Blasenscheidenfisteln, denn dort ist es eher möglich, eine Verunreinigung mit den Fäcalsmassen zu verhindern, als es hier in Bezug auf den Harn geschehen kann, daher bei jenen die Operationen einen viel günstigeren Erfolg haben, als bei diesen, und jene häufig spontan heilen, während bei den Blasenscheidenfisteln Naturheilung nie stattfindet \*).

Cavernöse Geschwülste an der Harnröhrenmündung kamen zweimal zur Behandlung. Einmal fanden sie sich an einer 55jährigen, decrepiden Frau, die über häufigen Harndrang und Schmerzen beim Harnlassen klagte. Die Schleimhaut der Harnröhrenmündung war stark gewulstet, geröthet, in den Wulstungen starke Gefässentwicklung. Es wurden Cau-

---

\*) A. Bardleben: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Berlin 1861. Bd. IV. Pag. 419.

terisationen mit concentrirter Höllesteinlösung gemacht und Blutegel an die Harnröhrenmündung applicirt.

Der zweite Fall betraf ein Mädchen von neun Jahren, wo wiederholte Blutungen aus den Genitalien, besonders beim Harnen, und Harnbeschwerden zuerst die Aufmerksamkeit auf sich lenkten. Bei der Untersuchung fand man die Schleimhaut der Harnröhrenmündung einen ringförmigen Wall bildend, stark vasculasirt und bei der Berührung leicht blutend. Nach erfolglosen Beizungen mit acid nitric., wurde über einen in die Harnblase eingeführten Katheter die Geschwulst mit einem starken Faden abgebunden und das Kind in ruhige Rückenlage gebracht, worauf nach vier Tagen, unter nicht bedeutenden Schmerzen, der Faden die Geschwulst durchgeschnürt hatte; die dadurch entstandene Wundfläche war nach einigen Tagen vernarbt.

Da solche Geschwülste der weiblichen Harnröhre zahlreiche Blutgefässe enthalten, so erklären sich daraus die häufigen Blutungen, die in Folge von traumatischen Einwirkungen oder durch Ulcerationen eintreten. Diese Blutungen und die Schmerzen, welche in Folge der grossen Empfindlichkeit jener Neubildungen auftreten, machen auf das Leiden zuerst aufmerksam. Die Behandlung betreffend, so ist nur bei kleinen Wucherungen die Cauterisation von Erfolg. Die Abbindung hat vor der Abschneidung den Vorzug, dass man dadurch einer Blutung entgeht, aber wiederum den Nachtheil, dass man nicht immer alles Krankhafte entfernen kann, so dass oft darnach Recidive entstehen, die man um so eher vermeidet, wenn man einen Theil vom gesunden Gewebe, in welchem die Geschwulst sitzt mitnimmt.

In den neun beobachteten Fällen von Anämie, nicht complicirt mit Sexualkrankheiten, liess sich bei drei als Ursache zu langes Säugen der Kinder nachweisen. In einem

Fälle lagen der Anämie zwei kurz nach einander erfolgte, von heftigen Metrorrhagieen begleitete Aborte zu Grunde, in zwei vorhergegangene rechtzeitige Geburten mit Metrorrhagieen, in einem anderen beginnende Decrepidität. Bei zwei Unverheirateten, die regelmässig menstruiert waren, konnte keine Ursache der Anämie aufgefunden werden. Die Therapie bestand theils in Entfernung der causalen Momente, theils wurden Eisenpräparate verabfolgt.

---

## Theses.

---

- 1) Uterus inflexus conceptioni impedimento non est.
  - 2) Ad linguae haemorrhagias sistendas arteriae carotidis communis subligatio subligationi arteriae lingualis praeferenda est.
  - 3) Non est, cur perforatio in partu vivo suscipienda rejiciatur.
  - 4) In cauterizando argentum nitricum cum argento chlorato mixtum argento nitrico puro praeferendum est.
  - 5) Opinio, jodi usu resorptionem effici posse, falsa est.
  - 6) Dolores in haematocoele retrouterina obvii non pendent nisi e peritonitide.
-