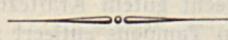


wieder zu der vielerorts allzu sehr in Vergessenheit geratenen Alexander-Adamschen Operation zurückzukehren, wenn es irgendwie möglich ist.

Die Prognose dieser Zustände hängt natürlich von der Zeit des operativen Eingriffes ab. Wird die Diagnose früh gestellt, so ist die Pat. noch zu retten, wie auch der von Guggisberg beschriebene Fall zeigt. Obschon die Symptome und der Verlauf des Ileus viel Ähnlichkeit mit foudroyant auftretender Appendicitis haben, so muß man doch in Zukunft bei Frauen mit ventralen Fixationen in ähnlichen Fällen in erster Linie an Ileus denken. Im übrigen gibt es ja in frühen Stadien für beide, Ileus und Appendicitis perforativa, nur eine radikale und rettende Therapie, das ist die Laparotomie.



II.

Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina.

Von

Dr. Osk. Klauber in Prag.

Vor mehreren Jahren wurde nachts 2 Uhr eine verheiratete Pat. angesehenen Standes in die Krankenanstalt mit folgenden Angaben eingebracht: Letzte Menses vor 9 Wochen. Am Abend trat plötzlich aus vollem Wohlbefinden ein Kollaps mit Erbrechen auf, aus der Scheide entleerte sich Blut. Ein herbeigeholter Arzt wies die Pat. ins Krankenhaus. Ich fand eine sehr blasse Frau mit weichem Leib, der in der linken Iliakalgegend druckschmerzhaft war. In der linken Flanke eine verschiebliche Dämpfung. Blutung aus der Scheide gering, Fundus uteri wenig über der Symphyse, links von demselben ein druckschmerzhafter Tumor von teiger Konsistenz, der das Scheidengewölbe links vorwölbte. Blase leer. Ödem der Beine.

Also Extra-Uterin-Gravidität links; bei der sofortigen Laparotomie fand sich in der Bauchhöhle blutig-seröse Flüssigkeit. An dem vergrößerten Uterus die rückwärtige Serosa flächenhaft blutig suffundiert. Linke Adnexe zu einem Tumor vergrößert, der an die Umgebung adhärent ist; zu oberst die verdickte, bläulich verfärbte Tube. Ligamentum latum verdickt, breit aufsitzend, wenig vorziehbar. Es wird bloß die Tube abgetragen, die in der Mitte daumendick, mit Coagulis erfüllt war; hier war die Schleimhaut in blutig-suffundiertes, zottiges Gewebe umgewandelt. Wegen der parenchymatösen Blutung aus den Adhäsionen Gazetamponade.

Pat. erholte sich nach der Operation, der Puls besserte sich. Alles schien in bester Ordnung, bis mittags der am Abend beigezogene Arzt erschien und mir berichtete, daß ihm die Frau gestanden hätte, sich kurz vorher mittels einer Spritze mit langem spitzen Ansatz eine Sublimatlösung in den Uterus gespritzt zu haben, worauf der Kollaps eingetreten sei. Sie fürchtete gravid zu sein und wollte aus materiellen Gründen keine weiteren Kinder haben. Der Kollege, der eine innere Verletzung durch die Manipulationen vermutet hatte, war höchlich erstaunt darüber, daß ich bei der Frau einen tubaren Abort operiert hatte.

Inzwischen hatte Pat. noch immer keinen Harn entleert, und beim Katheterisieren war die Blase wiederum leer. Nun wurde mir die Sache nach den empfangenen Nachrichten doch bedenklich. Die erhebliche Menge blutig-seröser Flüssig-

keit in der Bauchhöhle ließ an eine Blasenverletzung mit dem spitzen Instrument denken. In der Scheide war irgend eine Verletzungsstelle nicht zu sehen; der Muttermund war für zwei Finger durchgängig und enthielt gelöste Decidua, eine Placentarinsertion war jedoch nicht tastbar, ebensowenig eine Verletzung. Eine Blasenuntersuchung unterließ ich, bis ich mir nach Öffnung des genähten Bauchdeckenteils die Blase wieder dem Auge zugänglich gemacht hatte. In der Bauchhöhle war wieder viel blutig-seröse Flüssigkeit. Als ich eine sterile Indigo-karminlösung in die Blase einfüllte, war die Blase kontinent.

Diagnose: Verletzung des linken Ureters, die rechte Niere funktioniert anscheinend nicht. Breite Schürzentamponade der linken Beckenhälfte. Am nächsten Tage war Pat. in recht gutem Kräftezustand, Puls und Temperatur normal. Blase leer. Aus den Tampons entleert sich urinös riechendes Sekret.

Die folgende Nacht mehrfache Entleerung blutiger Stuhlmassen. Nun trat Erbrechen, zunehmender Meteorismus auf, und Pat. starb in der nächsten Nacht unter peritonitischen Symptomen.

Bei der Sektion fand sich der linke Ureter in der Mitte des Ligamentum latum quer zerrissen, das parametrane Gewebe bis zur Beckenwand hin blutig zerwühlt, Suffusionen um den Ureterstumpf herum, Blut bis in die Nierenkelche hinauf. In der linken Uteruswand eitrig-pfröpfte. Beide Nieren chronisch nephritisch, an der rechten die Kapsel völlig adhärent, Zeichnung verwischt. Schließlich fand sich im hinteren Douglas eine talergroße nekrotische Partie, welche mit einem Nekrosedefekt der Rektalwand kommunizierte. In der Umgebung fibrinös-eitrig Peritonitis.

Die so ums Leben gekommene Frau hatte sich mit dem spitzen, langen Ansatz der Spritze die Uteruswand durchbohrt, die Spitze war ins Parametrium eingedrungen und hatte den linken Ureter verletzt, welcher zu der einzigen noch funktionierenden Niere der schwer nierenkranken Pat. führte. Ihren Zweck konnte die Frau aber nicht erreichen, denn es lag wie in den von Neugebauer hier (Nr. 4, p. 104) vor kurzem erwähnten Fällen von Guerdjikow eine extrauterine Gravidität vor. Da Pat. wahrscheinlich eine Sublimatpastille in der wenige ccm fassenden Spritze gelöst hatte, verätzte sie bei den Manipulationen auch die hintere Scheiden- und Rektalwand, so daß in die Bauchhöhle zu dem Blut und Harn schließlich Darminhalt aus dem perforierten Rektum eintrat, was dem Leben trotz der verschiedenen therapeutischen Eingriffe ein Ende setzte.

III.

Ein Vorschlag zur Verhütung von Impfmetastasen im Paravaginalschnitt.

Von

Dr. K. Czerwenka in Wien.

In Nr. 6 dieses Zentralblattes vom Jahre 1911 habe ich unter der gleichen Überschrift empfohlen, das Karzinom der Portio bei der vaginalen Totalexstirpation des Uterus zur Verhütung von Impfmetastasen im Paravaginalschnitt durch Aufnähen einer Gummikappe zu überdecken (auszuschalten). Dadurch sollte die in manchen Fällen schwierige Bildung einer Scheidenmanschette und deren Vernähung über der Vaginalportion überflüssig und der gleiche Zweck erzielt werden.