

8) Menge, Diskussionsbemerkungen zum Vortrag über Röntgentherapie in der Therapie. Monatsschrift f. Geb. u. Gynäkol. Bd. XXXV. p. 382.

9) Neu, Experimentelles und Anatomisches zur Frage des sog. Myomherzens. Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 2. p. 72.

10) Sarvey, Über die primären Resultate und Dauererfolge der Myomoperationen. Arch. f. Gyn. Bd. LXXIX. p. 277.

11) Senn, Die Leistungsfähigkeit der abdominalen Totalexstirpation des myomatösen Uterus. I.-D., Bern 1908, Stämpfli & Cie., Bern.

12) Seitz, Über Wachstumsursachen der Myome. Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft f. Geb. u. Gynäkol. Bd. XIV. p. 524.

13) Siemerling, Bemerkungen zum Aufsatz von Prof. Dr. M. L. Bossi in Genua: »Die gynäkol. Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und die gynäkol. Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe«. Zentralbl. f. Gynäkol. 1912. Nr. 2. p. 33.

14) Schnyder, Du rôle des interventions opératoires gynécologiques dans le traitement du nervosisme. Congrès des alienistes et neurologistes de France et des Pays de langue française. 18. session Dijon 1908. Verlag E. Masson & Co., Paris.

15) Walthard, Die psychogene Ätiologie und Psychotherapie des Vaginismus. Münch. med. Wochenschr. 1909. Nr. 39.

16) Walthard, Über die sog. psychoneurotischen Ausfallserscheinungen. Zentralblatt f. Gynäkol. 1909. p. 567.

17) Walthard, Über den psychogenen Pruritus vulvae und seine Behandlung. Deutsch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 18.

18) Walthard, Über den Einfluß des Nervensystems auf die Funktionen des weiblichen Genitale. Praktische Ergebnisse f. Geb. u. Gynäkol. Jahrg. 2. p. 245.

19) Zweifel, Seite 63 in obiger Monographie von Krönig angeführt.

II.

Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.

Direktor: Geheimrat Prof. Dr. E. Bumm.

Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate.

(Zu dem gleichnamigen Artikel von Fr. v. Neugebauer in d. Bl. 1912. Nr. 4.)

Von

Privatdozent Dr. W. Sigwart,

Oberarzt der Klinik.

In Nr. 4, 1912, dieses Blattes hat v. Neugebauer die Frage des Versuches der Fruchtabtreibung bei fehlender Gravidität angeschnitten und bittet um Mitteilung einschlägiger Fälle, da die Literatur über diesen Gegenstand im Verhältnis zu der wohl anzunehmenden Häufigkeit einer versuchten Fruchtabtreibung bei fehlender Schwangerschaft noch eine relativ spärliche ist, obwohl doch dieser Frage eine große praktische Bedeutung zukommt.

Die Aufforderung v. Neugebauer's, Material zu der angeregten Frage beizutragen, soll nicht nur die Sammlung der verschiedenartigsten Gegenstände bereichern, welche zum Zweck der Fruchtabtreibung in den nichtschwangeren Uterus oder irgendwo in das Scheidengewölbe eingestoßen wurden. Hier wird jeder Gynäkologe, besonders derjenige, welcher über ein großes poliklinisches Material verfügt, diese oder jene Beobachtung gemacht haben. So kann ich den von v. Neugebauer erwähnten Fällen, in welchen mit einem Gänsekiel, einer Stricknadel, mit Holzsplittern und mit Haarnadeln manipuliert wurde, einen Fall beifügen, in dem die Frau in der Annahme einer Gravidität den Schreibgriffel ihres Töchterchens zum Zwecke der Abtreibung in den Uterus einführte. Der Griffel brach aber dicht am Muttermunde ab, und die Frau sah sich genötigt, die Poliklinik

aufzusuchen, wo ihr der Griffel aus der kleinen und harten Gebärmutter herausgezogen wurde. Eine Schwangerschaft lag nicht vor. Bemerkenswert bei dem Falle war die Art und Weise, wie die Frau bei dem Einführen des Griffels zu Werke ging. Sie gab an, daß sie in hockender Stellung einen Spiegel untergelegt habe, in dem sie den beim Pressen aus der Vulva heraustretenden Muttermund gut erkennen konnte, so daß ihr das Einführen des Griffels keine Schwierigkeiten machte. In einem ganz analogen Falle konnte ich kürzlich das abgebrochene Hartgummiansatzstück einer Uterusspritze, wie sie in den Geschäften für hygienische Artikel in der Großstadt mit Vorliebe in der Auslage liegen, aus einem nicht schwangeren Uterus entfernen. Die Frau gab an, daß sie mit dem touchierenden Finger ohne Mühe den Muttermund fühlen und die Spritze einführen konnte.

Allein nicht die Häufigkeit solcher Fälle, bei denen der Sachverhalt klar am Tage liegt und welche durch die Wahl der angewandten Mittel oft unter die Rubrik der Kuriosa fallen, macht die praktische Bedeutung der von v. Neugebauer angeregten Frage aus. Manche schwere Beckenbindegewebsentzündung, bei der keine vorangegangene Geburt und kein Abort, auch kein ärztlicher intra-uteriner Eingriff einen ätiologischen Anhaltspunkt gibt, wird sich nur durch die Annahme einer kriminellen Manipulation am untauglichen Objekt erklären lassen. Namentlich bei Nulliparen mit Beckenexsudaten muß dieser Verdacht ernstlich in Erwägung gezogen werden. So konnte ich neulich einen Fall beobachten, wo ein 22jähriges Mädchen in die Poliklinik kam, mit der Angabe, daß nach Verzögerung der Regel spontan eine Blutung eingetreten sei, welche das Mädchen als Zeichen eines beginnenden Abortes begrüßte. Die Untersuchung in Narkose ergab einen kleinen, vollkommen geschlossenen Uterus, aus dem sich ganz wenig Blut entleerte. Links von dem Uterus, hart an ihn herangehend, fühlte man ein etwa faustgroßes Exsudat, dessen Punktion wenig flockigen, streptokokkenhaltigen Eiter ergab. Irgendwelche Anzeichen, daß das Mädchen schwanger war bzw. schon bei der Aufnahme abortiert hatte, waren nicht vorhanden. Jeder Eingriff von seiten des Mädchens oder dritter Personen wurde geleugnet. Eine weitere Blutung aus dem Uterus erfolgte nicht, und das Exsudat ging bis auf eine kleine Schwarte unter konservativer Behandlung zurück. Für die Entstehung des Exsudates finde ich kaum eine andere Erklärung, als daß bei dem Mädchen, das sich für schwanger hielt, mit einem Instrument in den Uterus eingegangen worden war. Eine dort gesetzte Verletzung wird den Ausgangspunkt für den blutigen Ausfluß und für die exsudative Parametritis gebildet haben.

Ein anderer Fall, bei welchem ich ebenfalls den Verdacht einer versuchten Abtreibung bei fehlender Gravidität nicht unterdrücken konnte, obgleich anamnestisch trotz eindringlicher Fragen nichts zu eruieren war, betrifft eine 36jährige Mehrgebärende, die in schwerstem Zustand in die Klinik eingeliefert worden war. Bei der Frau, welche vor 4 Jahren ihren letzten Abort durchgemacht hatte und angeblich vor 4 Wochen normal menstruiert war, fand sich links neben dem kleinen und harten Uterus ein ausgedehntes parametranes Exsudat, welches bis hoch über den Nabel reichte und retroperitoneal sich fast bis zum Zwerchfell ausdehnte. Das linke Bein war mächtig ödematös geschwollen. Verletzungen in der Scheide und an der Portio waren nicht zu finden, das Scheidengewölbe war links durch das Exsudat stark vorgewölbt. Durch eine breite Inzision oberhalb des Poupert'schen Bandes wurde über ein Liter stinkenden Eiters entleert, welcher massenweis Streptokokken enthielt. Nach einer Gegeninzision in der linken Lendengegend wurde die große Abszeßhöhle nach oben und hinten drainiert.

Der Zustand der Pat. besserte sich nur vorübergehend, und da die Bindegewebsphlegmone auch auf den Oberschenkel übergriff, wurde noch eine große Längsinzision in den Oberschenkel gemacht. Trotzdem ging die Frau an der schweren Infektion zugrunde. Die Sektion brachte keinerlei Aufschlüsse über die Ätiologie dieses schweren Krankheitsprozesses, der zweifellos vom linken Parametrium seinen Ausgang genommen hatte. Der Uterus war klein und hart. Auch das Endometrium bot keine Besonderheiten, irgend eine gröbere Verletzung war nicht zu sehen. Auch die Tuben waren völlig intakt.

Wenn in diesen beiden Fällen ein direkter Nachweis einer Verletzung als Eingangspforte der Infektion nicht erbracht werden konnte und ein Tentamen criminis nur vermutet werden mußte, da jede andere plausible Ätiologie fehlte, so beweist folgender Fall, bei dem ein Tentamen abortus provocandi zugegeben wurde, daß solch schwere Beckenbindegewebsentzündungen nach kriminellen Abtreibungsversuchen zur Beobachtung kommen können, ohne daß irgendwelche Spuren des verbotenen Eingriffs mit der Spritze, mit der Sonde oder anderen Instrumenten zurückbleiben müssen.

Ein 20jähriges Mädchen wird mit Schüttelfrost und 41,2 Temperatur in die Klinik eingeliefert. Anamnestisch wird erhoben, daß bei dem Mädchen, das sich schwanger glaubte, von dritter Seite zum Zweck der Abtreibung mit einem Instrument in den Uterus eingegangen worden war. Die Narkosenuntersuchung ergab, daß der Uterus nicht vergrößert war und sich auch nach der Dilatation als vollkommen leer und nicht schwanger erwies. Dagegen fühlte man nach links und vorn ein großes und fluktuierendes Exsudat, welches zwischen Uterus und Blase sich entwickelt hatte. Eine perforierende Verletzung, welche von der Scheide oder von der Cervix zu dem Exsudat führte, war mit Sicherheit nicht festzustellen. Der Abszeß wurde durch Inzision entleert, und die Pat., deren Zustand zu den ernstesten Besorgnissen Veranlassung gegeben hatte, ist nach langem, fieberhaftem Krankenlager genesen.

Wäre in diesem Falle der Eingriff, welcher die schwere Infektion herbeiführte, nicht zugegeben worden, so wäre wohl die Ätiologie dieses Abszesses hinter der Blase gerade so dunkel geblieben, wie in den beiden vorhergehenden Fällen, und ich glaube, man ist wohl berechtigt, bei solch schweren Streptokokkeninfektionen des Beckenbindegewebes, für welche jeder andere ätiologische Anhaltspunkt fehlt, an versuchte kriminelle Eingriffe zu denken, auch wenn eine Schwangerschaft nicht vorliegt.

Noch gibt es allerdings für solch schwere Beckenexsudate eine Ätiologie, welche mit der Besprechung verbotener Eingriffe wohl in einem Atem genannt werden darf. Das ist das von berufener oder unberufener Hand eingelegte Intra-uterin-Pessar zum Zwecke der Konzeptionsverhinderung. Erst vor 2 Monaten suchte eine junge Frau, welche sich kurz nach ihrer Verheiratung von einer Masseuse ein beinernes Intra-uterin-Pessar hatte einsetzen lassen, die Poliklinik auf. Die Frau klagte über starke Schmerzen im Unterleib und Drängen nach dem Mastdarm, und ich stellte links und hinter dem Uterus ein zweifautgroßes Exsudat fest, welches sich stark gegen den Mastdarm zu vorwölbte. Leider befolgte die Frau meinen Rat, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen, nicht, erschien auch nicht mehr in der Poliklinik, so daß ich über ihr weiteres Schicksal nicht mehr orientiert bin.

Ein weiterer, praktisch wichtiger Punkt bei der von v. Neugebauer angeregten Frage ist der, daß unter Umständen der Arzt, dessen Hilfe eine Frau nach versuchter Abtreibung bei fehlender Gravidität in Anspruch nimmt, durch

eine zweifach falsche Anamnese leicht irreführt und zu falschen therapeutischen Maßnahmen verleitet werden kann. Zweifach falsch wird die Anamnese einer solchen Frau dadurch, daß sie die den Abort vorbereitenden Eingriffe von unberufener Hand dem Arzte verschweigen wird, sodann deshalb, weil sie eine von ihr vermutete, aber nicht vorhandene Schwangerschaft angeben wird. Der gutgläubige Arzt, in der Annahme einen graviden Uterus und beginnenden Abort vor sich zu haben, trifft die hierfür nötigen Maßnahmen bei einem kleinen, nicht graviden und vielleicht durch die vorangegangenen Manipulationen schon innerlich verletzten oder gar perforierten Uterus, was unter Umständen, wenn die Sachlage nicht übersehen wird, zu weiteren verhängnisvollen Verletzungen führen kann.

Ein solcher Fall¹, der durch die Art und die Schwere der vom Arzte gesetzten Verletzungen bemerkenswert ist, soll hier noch Platz finden.

Eine 27jährige ledige Nullipara glaubte sich schwanger, da die Regel einmal ausgeblieben war und ließ durch eine dritte Person die vermeintliche Gravidität unterbrechen. Der Uterus wurde zuerst sondiert, sodann wurde mit einer Spritze in den Uterus eingegangen und Lysol eingespritzt. Daraufhin traten Blutungen ein, deretwegen die Frau 3 Tage später zum Arzt ging. Dieser glaubte einen beginnenden Abort vor sich zu haben und dilatierte ohne Narkose den kleinen Uterus. Hierbei kam es zur Perforation des Uterus oben im Fundus. Offenbar hatte der Arzt den kleinen Uterus nur für die Cervix des vermeintlich graviden Uterus gehalten und glaubte bei der Perforation und Dilatation der Perforationsöffnung nur den Widerstand des geschlossenen inneren Muttermundes zu überwinden. Ohne digital nachzutasten wurde mit einer Abortzange durch den erweiterten »Cervicalkanal« eingegangen und nunmehr statt der vermuteten Eiteile der Darm aus dem engen Muttermund herausgezogen. Mit aus der Scheide heraushängendem, blauschwarz verfärbtem Darm wurde die Pat. in die Klinik eingeliefert. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie zeigte es sich, daß der Dünndarm in einer Länge von 60 cm vollkommen vom Mesenterium abgestreift war, das blutig suffundiert bis an die Perforationsöffnung herangezogen war. Diese war so eng, daß es nicht möglich war, ohne scharfe Erweiterung derselben den Darm aus dem Uterus zurückzuziehen. Die Austastung des Uterus von der Perforationsöffnung aus ergab, daß gar keine Schwangerschaft vorlag. Zunächst wurde nun die Uteruswunde exakt vernäht, sodann das stark blutende Mesenterium versorgt und zuletzt der vom Mesenterium abgerissene Darm reseziert und Ende zu Ende mit dreifacher Naht vereinigt. Um die immerhin infektionsverdächtige Uteruswunde von der allgemeinen Bauchhöhle auszuschalten, wird der Uterus in starker Anteflexion in den unteren Wundwinkel eingenäht und mit einer Peritonealhaube überdeckt, sodaß der Fundus mit der genähten Perforationswunde außerhalb der Bauchhöhle liegt. Hierauf wird ein kleines Drainrohr in die Bauchhöhle eingelegt und die übrige Bauchwunde geschlossen. Die Pat. ist nach anfänglich geringen peritonealen Reizerscheinungen und einer kleinen Bauchdeckeneiterung genesen.

Die Möglichkeit dieser schweren Verletzung läßt sich wohl am besten dadurch erklären, daß der Arzt nach den Angaben der Frau einen graviden Uterus im 2. Monate annahm. Diesen konnte er allerdings ohne Narkose bei der sehr korpulanten Frau nicht abtasten; er hielt die Länge des Uterus für die der Cervix an und glaubte den Widerstand, den der Fundus uteri dem eingeführten Dilator

¹ Von Geheimrat Bumm unter anderem Gesichtspunkt in der Hufeland'schen Gesellschaft am 8. XII. 1910 demonstriert.

bot, überwinden zu müssen in der Annahme, daß es der innere Muttermund sei. Vielleicht war ein großer Widerstand auch gar nicht vorhanden, da durch die vorangegangenen Manipulationen die Perforation schon vorbereitet gewesen sein konnte. So haben die irrtümliche Annahme einer Gravidität und die zur Beseitigung derselben vorgenommenen kriminellen Versuche am untauglichen Objekt zu dieser verhängnisvollen Verletzung durch den Arzt geführt.

III.

Aus der gynäkolog. Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden. Zur Kasuistik der Uterusperforationen¹.

Von

Prof. Dr. Josef Halban, Wien.

Ich hatte in den letzten Jahren 7mal Gelegenheit, in Fällen zu intervenieren, in welchen der Uterus von anderer Seite perforiert worden war, und bei welchen ich die Indikation zur Laparotomie stellen mußte.

In sechs Fällen handelte es sich um Perforationen von graviden Uteri, im siebenten Falle war von dem Arzt eine Gravidität angenommen worden, ohne daß eine solche bestanden hätte. Fünf von diesen Fällen kamen unmittelbar, nachdem der betreffende Operateur die Perforation gesetzt und bemerkt hatte, zur Beobachtung.

In den beiden anderen Fällen wurde die Perforation nicht sofort erkannt, und ich wurde erst nach Auftreten der peritonitischen Symptome zugezogen.

1) Bei einer 22jährigen I-Gravida im 2. Monate war von einem Arzte eine Exkochleation mit der Löffelzange (nach Erweiterung mit Hegar'schen Stiften) ausgeführt worden.

Erst am 4. Tage nach der Exkochleation bei bereits bestehender diffuser Peritonitis wurde ich berufen. Ich öffnete das Abdomen, wobei die ganze Bauchhöhle mit Eiter erfüllt und der Darm im Zustande hochgradiger Parese gefunden wurde. Im Uterus selbst, auf der Höhe des Fundus eine unregelmäßige, mißfärbig belegte, hellergroße Öffnung. Mit Rücksicht auf das schlechte Allgemeinbefinden beschränkte ich mich darauf, den Eiter abzulassen und die Bauchhöhle zu drainieren; der Fall kam nach einem Tage ad exitum.

2) In einem zweiten Falle bestand bei einer Frau, die bereits zweimal geboren hatte, eine alte Tuberkulose der Adnexe; das linke Ovarium ca. apfelgroß, dem Uterus angelagert, wurde für den graviden Uterus gehalten und infolgedessen von einem Arzte die Exkochleation (Hegar'sche Stifte, Löffelzange) vorgenommen. Nach 24 Stunden wurde die Pat. mit ausgesprochenen peritonitischen Erscheinungen in meine Abteilung eingeliefert. Es wurde die Laparotomie ausgeführt. Im Abdomen reichlich Eiter, im Uterus an der vorderen Wand eine unregelmäßige Öffnung. Exstirpation des Uterus und der Adnexe. Zunächst guter Verlauf, nach wenigen Tagen aber Exitus an diffuser Peritonitis.

3) Sechswöchige Gravidität bei einer Primipara. Artificielle Unterbrechung. Dilatation mit Hegar und Exkochleation mit der Löffelzange in Narkose. Der Operateur zieht ein Stück Darm mit der Zange vor, reponiert denselben. Ich werde zugezogen und führe sofort, bei der noch in Narkose befindlichen Pat., die mediane Laparotomie aus. An mehreren Stellen des Dünndarmes Suffu-

¹ Nach einer Demonstration in der Wiener gynäkolog. Gesellschaft 11. Nov. 1911.