

Zuerst ist die Appendix zu versorgen, da man erst dann in der Lage ist, die Bauchhöhle gegen das eitrige Operationsfeld abzustopfen.

Im ersten Falle würde ich gegebenenfalls den Uterus nebst den Adnexen exstirpieren und nach der Vagina drainieren.

Im zweiten Falle würde eine Punktion des Cysteninhalts mittels eines Potain'schen Aspirators zu versuchen sein, bevor man an die Exstirpation geht.

Wenn ich auch im allgemeinen ein Gegner von Drainagen bin und die Bauchhöhle selbst bei Cervix-Portiokarzinom oder frischeren Pyosalpinxoperationen, falls einmal eine solche dringend nötig wird, stets zu schließen pflege, möchte ich doch in derartig verschleppten Fällen die Drainage nach der Vagina nicht unterlassen wegen einer eventuell während der Erkrankung stattgehabten Perforation durch den Mastdarm, die sicherlich auch in dem ersten Falle stattgefunden hatte, ohne bemerkt worden zu sein. Den glücklichen Ausgang glaube ich nicht zum geringen Teil auch dem Umstande zuschreiben zu dürfen, daß ich drainiert habe.

---

### III.

## Aus der gynäkologischen Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen. Abortversuche bei fehlender Schwangerschaft und bei Tubargravidität.

Von

Dr. Paul Jung,  
Chefarzt der Abteilung.

Bereits sind Knoop (Zentralblatt Nr. 14) und Sigwart (Nr. 16) der Aufforderung v. Neugebauer's (Zentralblatt 1912, Nr. 4) gefolgt und haben einschlägiges Material gebracht; ich erlaube mir drei weitere Fälle anzufügen.

1) Eine 32jährige Frau, die vor 8 Jahren einmal geboren hat, angeblich Forceps wegen Beckenverengung, bemerkt, daß nach einem außerehelichen Verkehr die erwarteten Menses nur sehr schwach eintreten. Sie fürchtet sich vor Entdeckung, da der sehr mangelhaft potente Gatte schon seit Monaten nicht mehr mit ihr verkehrt hatte und sucht deshalb den Hausarzt auf, der »in Rücksicht auf die vorausgegangene sehr schwierige Entbindung und um Pat. vor dem Skandal zu bewahren die Unterbrechung der Schwangerschaft zugesichert haben soll«. Zu diesem Zwecke seien wiederholt einige Tropfen Flüssigkeit in die Gebärmutter eingespritzt worden. Als statt der erwarteten Periode eine schwere, fieberhafte Erkrankung einsetzte, die wochenlang dauerte, wurde sie wegen linkseitiger Parametritis ins Spital eingeliefert. Wir notierten beim Eintritt: Uterus durch starre Exsudatmassen seitlich und hinten eingeschlossen, durch das vordere Scheidengewölbe das kaum vergrößerte Korpus durchfühlfbar. Keine Temperatursteigerung. Therapie: Erst Bettruhe, später resorbierend. Bei der Entlassung einige Wochen später war der Uterus nicht vergrößert, Exsudat bis auf eine strangförmige Resistenz links verschwunden.

2) Bei einer 22jährigen Frau, die vier spontane Geburten durchgemacht, waren seit der vor 4 Monaten erfolgten letzten Entbindung die Menses nicht mehr eingetreten. Pat. wurde uns unter den Erscheinungen schwerster Sepsis vom Hausarzt eingeliefert, der, wegen anhaltendem Erbrechen mit heftigen Schmerzen im Leibe und mäßigem Blutabgang, zugezogen worden war. Über die Entwicklung ihrer Krankheit machte sie uns die verschiedensten, widersprechendsten Angaben,

bis sie endlich auf unser Drängen kurz vor dem Exitus folgendes Geständnis ablegte: »Seit einiger Zeit glaubte sie sich neuerdings schwanger und versuchte deshalb, sich vor dem Zubettegehen mit einer Kautschukspritze mit langem Ansatz Schmierseifenlösung in die Gebärmutter einzuspritzen. Das gelang ihr angeblich, indem sie liegend mit angezogenen Beinen die Spritze in den Muttermund (?) eingeführt habe. Sofort nach der Einspritzung hätte sie einen stechenden Schmerz verspürt, sei ohnmächtig geworden; es wurde ihr schwarz vor den Augen und sie fiel auf die Seite. In der Nacht trat heftiges Erbrechen auf, es gingen einige Tropfen Blut ab. Nachdem dieser Zustand 2 Tage angedauert hatte und der Leib immer größer wurde, sie Mühe hatte zu atmen, wurde der Arzt gerufen, der zu sofortigem Spitaleintritt riet. Die Autopsie (Herr Dozent Saltykow, dem ich für seine eingehende Untersuchung und seinen ausführlichen Bericht zu ganz besonderem Danke verpflichtet bin) ergab folgenden merkwürdigen Befund: In der Harnblase, die eine spärliche schmutzig graugelbliche Masse enthielt und deren Schleimhäute hochgradig gerötet und von fest anhaftenden graugrünlischen Massen bedeckt war, fand sich etwas nach links von der Mittellinie an der Blasenkupe eine für eine dicke Sonde durchgängige Perforationsöffnung, welche in eine weite Eiterhöhle zwischen Blase und Symphyse führt. Diese Höhle enthält eine reichliche schmutziggelbliche, bröcklige Flüssigkeit mit Kotgeruch und dehnt sich beiderseits an der äußeren Beckenwand zwischen dieser und Coecum bzw. Flexur bis zum unteren Pol der beiden Nieren aus. Rechts besteht eine für die anatomische Pinzette durchgängige Kommunikation zwischen der Abszeßhöhle und dem Coecum. Der Uterus bot weder makroskopisch noch histologisch Veränderungen, die für eine vorangegangene Gravidität hätten in Anspruch genommen werden können. Die Perforationsstelle am Coecum zeigte eine ausgedehnte eitrige Infiltration um die Perforation herum.

3) Eine 30jährige Frau, *Potatrix strenua*, die bisher nur eine Geburt vor 5 Jahren durchgemacht, ist über das Ausbleiben ihrer Menses sehr beunruhigt, wird von einem Arzte wegen ihrer Zumutung auf Einleitung des Abort. artef. abgewiesen, äußert zu ihrer Umgebung, daß sie lieber sterben wolle als noch eine Schwangerschaft durchmachen, wird nach eingetretener Blutung wegen inkompletten Abortes curettiert und kommt einige Tage darauf unter den Erscheinungen schwerster Sepsis ad exitum. Autopsie (Herr Saltykow): Rechtseitige Tubar-gravidität, septische Peritonitis.

Der Umstand, daß unter meinem relativ bescheidenen Materiale diese drei Fälle nacheinander innerhalb 8 Tagen zur Beobachtung kamen, rechtfertigt die Vermutung v. Neugebauer's, daß solche Fälle häufiger sind als man allgemein annimmt. In Fall 1 und 2 ist die Vornahme bzw. der Versuch eines intra-uterinen Eingriffs zum Zwecke der Schwangerschaftsunterbrechung durch die Angaben der Pat. selbst sicher bezeugt, im Falle 3 bin ich auf die Mitteilungen der Umgebung bzw. des Hausarztes angewiesen. Daß übrigens zum mindesten ein intra-uteriner Eingriff ärztlicherseits (Curette) vorgenommen wurde, steht auch hier außer allem Zweifel. Vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte aus bietet namentlich der zweite Fall größeres Interesse. Offenbar hat sich die Pat. mit einer jener leicht käuflichen Spritzen mit langem Hartgummiansatz die Seifenlösung nicht in die Vagina bzw. in den »Muttermund«, wie sie glaubte, sondern in die Blase eingespritzt und dabei die Blasenwand perforiert. Dafür spricht die scharfe Perforationsöffnung nahe der Blasenkupe und das Fehlen jeglicher Verletzung an Vulva, Vagina oder Uterus. Ich halte es für ausgeschlossen, daß die Perforation etwa erst nachträglich als Folge einer Verätzung entstanden sei und die Lösung via

Uterus und Tube in die Bauchhöhle gelangt wäre. Dagegen möchte ich die Öffnung im Coecum, welche flache unscharfe Ränder aufwies, als nachträglich durch Ätzwirkung entstanden erklären, wodurch es zum Austritt von Darminhalt und zur Peritonitis kam. Es mag ja auf den ersten Blick fast unmöglich scheinen, daß jemand sich selbst eine solche Verletzung wie die Durchstoßung der Blasenwand bringe, ohne durch den dabei auftretenden, sicher sehr intensiven Schmerz vom weiteren Vorgehen abgeschreckt zu werden. Aber die Erfahrung lehrt eben (cf. die Mitteilung von Marcovic in Nr. 48 des Zentralblattes 1911), daß solche Frauen sich oft durch nichts von ihrem Vorhaben abbringen lassen.

---

#### IV.

Aus dem Spital „Elisabeta-Doamna“ in Galatz.

### Bildung einer künstlichen Vagina aus dem Dünndarm<sup>1</sup>.

Von

Dr. Papanicol.

An Versuchen, eine künstliche Vagina zu schaffen, hat es nicht gefehlt. Das Zentralblatt für Gynäkologie allein beschäftigt sich schon zum 11. Male mit diesem Thema (siehe Zentralblatt für Gynäkologie 1896, Nr. 21; 1897, Nr. 15; 1905, Nr. 1; 1907, Nr. 9; 1909, Nr. 5; 1910, Nr. 1; 1910, Nr. 3; 1911, Nr. 28; 1912, Nr. 1 und 1912, Nr. 7).

Aus diesen Veröffentlichungen ersieht man einerseits die Unzulänglichkeit des jeweilig angewandten Verfahrens, andererseits wie stürmisch das Verlangen solch unglücklicher weiblicher Geschöpfe ist, wenigstens halbwegs normale, mindestens die Begattung zulassende Verhältnisse zu erlangen.

Wie heiß dieses Verlangen ist, beweist auch unser Fall. Trotz Mißlingens meines ersten, vor 5 Jahren unternommenen Eingriffes ging die Pat. sofort auf meinen Vorschlag einer zweiten Operation ein. Der neu einzuschlagende, mehr Erfolg versprechende Eingriff schien ihr wichtig genug, um Gefahr und Beschwerden der Operation mit in den Kauf zu nehmen.

Die Herstellung einer künstlichen, gebrauchsfähigen Vagina bildet eines der delikatesten Probleme der gynäkologischen Chirurgie.

Die auto- oder heteroplastische Überhäutung des neugeschaffenen Hohlraumes, die einzige bis vor einigen Jahren angewandte Methode, gibt mit geringen Ausnahmen (Pozzi, 1) doch nur illusorische Erfolge, da sehr oft postoperative Vernarbungen eine fortschreitende Verengerung der neuen Vagina nach sich ziehen, die mit der schließlichen Unbrauchbarkeit derselben endet. So erging es mir bei der Pat., die mir zu der vorliegenden Arbeit Veranlassung gibt, vor 5 Jahren, als ich sie zum ersten Male operierte. Bei der relativen Ungefährlichkeit der Überpflanzung von Gewebslappen, die von anderen Operierten herrühren, schien mir der Versuch, Scheidenschleimhautlappen einer an Prolaps Operierten auf meine Pat. zu verpflanzen, gerechtfertigt. Die technische Schwierigkeit, solche abgetrennte Lappen glatt an die Trichterwunde zu befestigen, konnte ich auch aus dieser persönlichen Erfahrung kennen lernen. Die Lappen schienen anfangs einheilen zu wollen, wurden aber bald nekrotisch, stießen sich ab, und die so gebildete Vagina schrumpfte vom blinden Ende her zusammen, trotzdem ich mir die größte Mühe gab, durch Dilatation diesem Schrumpfungsprozeß entgegenzuarbeiten.

<sup>1</sup> Nach einem Vortrag in der hiesigen Gesellschaft der Ärzte in der Sitzung vom 29. Februar 1912.