

Mittheilungen aus der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik zu Leipzig.

Zwei besondere Fälle von Retroflexio uteri gravidi.

Vorgetragen in der Januarsitzung 1870 der geburtshülflichen Gesellschaft zu Leipzig.

Von

Dr. Fr. Schatz.

(Hierzu Tafel VII. und VIII.)

I.

Matthes, 35 Jahre alt, früher immer gesund. Menstruation vom 21. Jahre ab 4—12-wöchentlich, 3tägig, gering. Vom 24. bis 32. Jahre 4mässig schwere Geburten von 4 Knaben. Wochenbett immer normal. Zwischen der ersten und zweiten Schwangerschaft entwickelte sich ein Prolapsus von Faustgrösse und bestand ausserhalb der Schwangerschaft bei aufrechter Stellung der Frau immer. Nie wurde ein Arzt consultirt, nie auch nur eine Binde getragen. Letzte Geburt im Juli 1866. Letzte Menstruation Ende Juli 1869. Ende October plötzlich beim Tragen einer schweren Waschwanne Schmerz im Leibe und danach Blasenbeschwerden, die vorher nicht da waren; eine volle Woche lang angeblich vollständige Urinverhaltung; darauf beständiges Harträufeln. Stuhl angehalten. Der behandelnde Arzt diagnosticirt eine eitrige Peritonitis, giebt gegen die ungemainen Schmerzen viel Morphium. Verfasser sah die Kranke mit dem behan-

delnden Arzte und einem Praktikanten der Klinik am 26. Nov. früh. Grosse Abmagerung; Erschöpfung; ängstlicher Gesichtsausdruck. Temperatur ca. 38,5. Puls 120. Leib stark aufgetrieben, sehr schmerzhaft. In ihm eine gleichmässige fluctuirende Geschwulst von der Grösse eines Uterus im 10. Schwangerschaftsmonate. Nirgends feste Theile darin. Kein Ascites. Vulva von ammoniakalischem Urine und Urinsedimenten überdeckt. Vagina nach vorn stark comprimirt; am oberen Rande der Symphyse die weiche breitgedrückte Port. vag. nach unten sehend. Os uteri und Canal. colli, soweit man überhaupt ankommen kann, für den Finger durchgängig. Zwischen hinterer Scheiden- und vorderer Mastdarmwand ein kindskopfgrosser, elastischer Tumor, den Damm und die hintere Scheidenwand vorwölbend. Retroflexio uteri gravidi mit Einklemmung. Männlicher Katheter entleert keinen, der elastische neun Pfund stinkenden Urins mit viel Schleim und Sedimenten. Doch fliesst der Urin nicht beständig, sondern hört oft auf bei noch deutlicher Füllung der Blase. Zurückziehen und Wiedervorschieben des Katheters giebt oft eine neue Menge Urin. Wenn nicht, wird der Katheter ganz zurückgezogen, und die Fenster sind dabei einige Male mit Schleim und Eitermassen verstopft, doch einige Male auch nicht. Repositionsversuch in Knieellenbogenlage gelingt weder durch die Scheide noch durch den Mastdarm. Da im Dorfe nicht stets ärztliche Hülfe zur Hand war um zu katheterisiren, wird der elastische Katheter liegen gelassen; Ol. Ricini; halbe Bauchlage. Abends ist die Frau wohl; Gesichtsausdruck ruhig, Fieber mässig, Puls immer 120. Stuhl. Der Uterus zeigt durchaus keine Neigung von selbst in die Höhe zu steigen: Kautschukblase in die Scheide. Sie bleibt während der nächsten 2 Tage öfters einen halben Tag lang liegen, bevor sie herausgedrängt wird, doch steigt der Uterus durch sie nur in toto in die Höhe, wird nicht dabei gedreht, und sinkt dann schnell wieder in die vorige Lage zurück. Da die Kautschukblase nichts wirkt und der beständig liegende Katheter sich öfter verstopft, wird beides weggelassen. Bei regelmässigem Stuhle und Katheterismus befindet sich die Frau relativ wohl. Beim Katheterisiren wiederholt sich immer die Erscheinung, dass trotz Füllung der Blase kein Urin mehr kommt, ohne dass die Fenster des Katheters, wenn man ihn herauszog, verstopft waren. Einfaches Zurückziehen und Wiedervorschieben geben oft eine weitere Portion Urin. Manchmal ist es ganz unmöglich die Blase vollständig zu entleeren und wir vermutheten, die Blase habe Divertikel oder auch Communication mit seitlichen Abscesshöhlen. 29. October Abends, zweiter Repositionsversuch unter Chloroformnarkose. Urin scheinbar vollständig entleert. Per vaginam gelingt es mit der ganzen Hand (nach vergeblichen anderen Versuchen) den Uterusgrund seitlich vorbei über das stark einspringende Promontorium zu schieben. Dabei fühlten wir deutlich einen beweglichen festeren Körper (den Kopf der Frucht) im weichen Uterus. Auch jetzt dreht sich der Uterus nicht um seine Queraxe. Selbst ein Versuch die Port. vag. durch den in den Halskanal eingehakten Finger direct nach unten zu ziehen, gelingt nicht. Ein weiterer Versuch zur directen Drehung des Uterus, den Grund von der Scheide

aus nach oben, die Port. vag. von den Bauchdecken aus nach unten zu schieben, lässt erkennen, dass vor dem Uteruskörper immer noch ein mässig grosser fluctuirender Tumor liegt, der die Drehung des Uterus zu verhindern scheint. Gehörte er der vorderen Uteruswand an, da er nicht von ihr zu entfernen war, war's ein Blasendivertikel oder ein Abscess? Der Uterus lässt sich in keiner Weise drehen, der Grund kommt immer wieder in den Douglas'schen Raum. Da er aber ohne zu grosse Schwierigkeit den Beckeneingang hin und wieder passirte, so war in der nächsten Zeit von der Retroflexion eine directe Gefahr nicht zu erwarten. Wenn die offenbar vorhandene Complication es zulies, konnte ja eine spontane Reposition eintreten, wenn nicht, so musste man die künstliche noch einmal versuchen und bei wiederholtem Misslingen und sich steigern den Einklemmungserscheinungen den Abort einleiten. Halbe Bauchlage; regelmässiger Katheterismus. Immer mässiges Fieber. Puls 120 und mehr. — Fünf Tage später Nachts berichtete der Mann: „Das Kind ist da, aber die Nachgeburt nicht.“ Die Frucht war frisch, 17½ Cm. lang, 154 Gm. schwer. Die Placenta lag im Halskanal und wurde leicht entfernt. Der Finger kam nach hinten und unten vom Halskanal in die Uterushöhle. Collapsus seit der Geburt der Frucht. 7 Stunden nach der Geburt Tod. Die Section musste auf die Genitalien beschränkt bleiben. (Taf. VII.)

Peritoneum ohne abnorme Flüssigkeit. Rectum kommt rechts vom Promontorium in die Höhe. S rom. und Colon transv. breit mit der hinteren Blasenwand verwachsen. Die verbindenden Membranen sind fest, scheinbar alt, nicht injicirt. Vom Beckeneingang her kann man nichts vom Uterus sehen. Ein geringer Zug zerreisst die morsche 3—5 Mm. dicke Blasenwand. Es entleert sich nach dem stinkenden Urine eine dicke, sandig-eitrige Flüssigkeit. In der weiten, von Harnsalzen austapezirten Blasenöhle liegt frei ein überkindskopfgrosser, schwarzgrauer Sack mit 3—4 Mm. dicker, morscher, sandiger Wand, es ist die nekrotisch in toto abgestossene Blasenschleimhaut in Verbindung mit der grösseren Hälfte der ebenfalls nekrotisch abgestossenen Muscularis. Er hängt nur in der Nähe des Blasenhalbes durch einige Fetzen mit der dort nicht vollkommen abgestossenen, doch auch nekrotischen Schleimhaut und Muscularis des Halses zusammen und hat ausser der zerfetzten Oeffnung in der Nähe des Blasenhalbes durchaus keine weitere Oeffnung. Die Innenfläche sieht aus wie das Sandpapier an den Zündhölzchenhaltern, die Aussenfläche viel dunkler, unregelmässig, fast wie eine Mondphotographie. Der Blasenhalbes ist für den Finger durchgängig sehr breit. Nach Trennung der Brücke, welche das Mesenterium des Dickdarmes über den in der Conjugata um 1½ Cm. verengten Beckeneingang bildete, gelingt es leicht den reflectirten, weichen Uteruskörper aus dem Douglas'schen Raum emporzuheben. Auch im Douglas'schen Raume findet sich keine Flüssigkeit. Der Uterus ist nirgends angewachsen; seine Adnexa wie Aussen- und Innenfläche sind normal bis auf eine auf der Rückseite etwas rechts von der Sagittalebene von

der Mitte des Uteruskörpers nach dem Halse hinlaufende 1 Cm. breite, 2—3 Mm. dicke Narbe, deren Enden sich radiär theilen. Die Narbe ragt gegen das Niveau der äusseren Uterusoberfläche gleichmässig 1 Mm. vor. Die Ureteren sind kaum erweitert.

Die genauere makro- und mikroskopische Besichtigung des freien Sackes und der gebliebenen Blasenwand ergibt am Spirituspräparat:

I. Der freie Sack ist zusammengeklappt 15 Cm. lang und 15 Cm. breit. Seine untere zerfetzte Oeffnung misst 8 Cm. Die Dicke der Wand beträgt in der Nähe des Randes der Oeffnung 2, oben in der hinteren Hälfte 4, in der vorderen 3 Mm. Sie wird zusammengesetzt aus 4 Schichten:

1) Die innerste Schicht wird gebildet von Harnsäurekrystallen, elastischen Fasern, Fibrin und Detritusmassen. Erstere geben ihr das weissbehauchte Ansehen. Von der normalen Schleimhautstructur und Epithelien ist kaum etwas zu sehen. 2) Das stark hypertrophirte, mit vielen jungen Zellen und Kernen durchsetzte submucöse Gewebe. In ihm findet man viele mit bräunlichkrümeligem Inhalte gefüllte Blutgefässe, in manchen Schnitten auch gleichsam eine häufig unterbrochene Schicht von Fettzellen. 3) Eine 2 Mm. dicke Schicht der Muscularis. Die Muskelbündel liegen scheinbar ohne Ordnung, oft aber auch schön gruppirt, in dem stark hypertrophirten und von Zellen, Kernen, Fettkörnern und kleinen degenerirten Hämorrhagien durchsetzten Bindegewebsgerüste zerstreut. Die Muskelbündel erscheinen aufgequollen und sind in ihrer Natur als Muskel durchaus nicht zu verkennen. Diese Schicht liegt an der Aussenfläche des Sackes auf deren unteren Hälfte, theilweise auch vorn oben zu Tage und giebt diesem dort theils das Ansehen von macerirten Muskelgewebe, theils besonders nach oben hin, wo sie stärker mit Fibrin, Harnsäure u. s. w. bedeckt ist, das unregelmässig zerfetzte einer Mondphotographie. Am obersten Theile des Sackes, besonders nach hinten ist diese dritte Schicht bedeckt von einer vierten von bis 2 Mm. Dicke, welche fast nur aus Fibrin, Detritusmassen, Fettkörnchen, Eiter, durchzogen von Zellgewebsbündeln besteht und ihren Ursprung bedeutenderen Hämorrhagien mit Zerfall und secundären Entzündungen der Blasenwand verdankt. Diese Schicht giebt der Oberfläche des freien Sackes ein ziemlich glattes Ansehen. Ihre allseitig gleiche Bröcklichkeit und blutige Färbung lässt sie auch ohne Mikroskop als geronnenes Blut erkennen.

II. Der noch als Urinhälter functionirende Raum, in dem jener freie Sack lag, hat eine nach hinten oben bis auf 1 Mm. verdünnte Wand. Doch wird diese dort, wie überall sonst, durch Anheftungen an die Nachbarorgane unterstüzt und verdickt. Ihre Innenfläche ist grauschwarz, ohne alle regelmässige Structur, wie eine russige, verwitterte Kalkwand aussehend. Gegen den Blasenhal hin hängen an ihr grössere unregelmässige Fetzen, die dem freien Sacke gleichen. Ein Durchschnitt durch die Wand zeigt zwei Schichten: 1) eine nekrotische grauschwarze. Sie besteht aus Detritus, Fettkörnchen, Fibrin, Eiter, frischen Spindelzellen, Harnsäure- und Hämatoïdinkrystallen, ein-

gebettet in weite Maschen von abgestorbenem Bindegewebe. Ausser zahlreichen, mit bräunlichkrümllichem Inhalte gefüllten Gefässen und spärlicheren Fettzellen fanden sich in ihr stark fettig entartete Muskelfasern, doch weniger regelmässig geordnet, überhaupt sparsamer als in der 3. Schicht des freien Sackes. Sie sehen auf den ersten Blick schrägen Gefässdurchschnitten nicht unähnlich, sind aber durch Form und geradlinigen Verlauf deutlich vom jenen zu unterscheiden. — 2) Eine weisse, feste Schicht nicht abgestorbenen, stark mit frischen Zellen durchsetzten Bindegewebes. Je weiter man von der centralen Grenze dieser Schicht centrifugal fortschreitet, um so mehr nehmen die frisch ins Grundgewebe eingelegten Zellen an Zahl ab, um so mehr haben sie die Form von langgezogenen Spindelzellen. Die Verdichtung des Gewebes verschwindet erst vollständig weiterhin in den anliegenden Organen.

Die ähnlichen Fälle in der Literatur sind bei Gelegenheit der Veröffentlichung eines Falles von Abstossung eines Theiles der Blasenschleimhaut nach Retroflexio uteri gravidi durch Hausmann (Monatschrift. Bd. 31, S. 132) und im Referate über diese Arbeit (Schmidt's Jahrbücher 1868, Bd. 140, S. 52) zusammengestellt worden.

1) Unter dem Namen Diphtheritis der Blasenschleimhaut sind keineswegs nur gleiche Fälle begriffen worden. Nur von wenigen ist gesagt, ob nur die (normal doch so dünne) Schleimhaut oder auch ein Theil, oder auch die ganze Dicke der Muscularis abgestossen wurde. Bei dem Falle von Hausmann war nur ein kleiner Theil der Schleimhaut abgestossen. In der Sammlung des Leipziger pathologisch-anatomischen Institutes befindet sich nach mündlicher Mittheilung von E. Wagner ein Präparat, bei dem die Blasenschleimhaut in toto frei innerhalb der stark hypertrophirten Muscularis liegt (Prostatahypertrophie). Bei den übrigen genauer beschriebenen Fällen, bei denen grössere Stücke oder ein ganzer Beutel abgestossen wurden, fand sich gewöhnlich auch mindestens ein Theil der Muscularis auf dem abgestossenen Stücke. So bei Wittich (wo die Muskelhaut erst nach einiger Zeit der Schleimhaut nachgefolgt sein soll), Luschka, Spencer Wells, Harley. Unser Fall ist einer der eclatantesten Fälle von Gangrän der Mucosa und Muscularis.

2) Obgleich die Anatomen und Histologen durchaus keine Regelmässigkeit in der Anordnung der Muskelfasern der Blase erkennen können, muss doch eine solche bestehen. Denn bei unregelmässig geordneter oder verfilzter Muscularis wäre es unmöglich, dass diese ihrer ganzen Ausbreitung nach in zwei Schichten getrennt werden könnte, sodass zwischen der abgestossenen und der adhären gebliebenen Schicht sich rings Urin ergiesst.

3) Die äussere Schicht der Muscularis muss bezüglich der Anordnung der Fasern oder der ernährenden Gefässe günstiger situirt sein als die innere, weil sie bei gleicher Dehnung nicht gleich stark leidet.

4) Die Lostrennung der Blasenschleimhaut mit oder ohne Muscularis durch übermässige Füllung der Blase beginnt an der dem

Halse entgegengesetzten Stelle und schreitet nach dem Halse hin fort; denn sonst wäre es nicht möglich, dass der nekrotische Sack nach allen Seiten, ausser am Blasenhalse, ohne Oeffnung wäre und zugleich mit der noch nicht abgestossenen Schleimhaut des Blasenhalbes mehrfach zusammenhinge.

5) Die Lostrennung erfolgt zuerst am Blasenscheitel, weil der äussere Druck, welcher der Ausdehnung der Blase entgegensteht, dort am geringsten ist. Besteht zwischen den einzelnen die Blasenwand constituirenden Membranen Incongruenz des Elasticitätscoefficienten, so tritt die Folge der ungleichen Elasticität dort zuerst auf. Während der Peritonealüberzug (und die äussere Muskelschicht) sich noch leicht weiter ausdehnen lässt, steht die Schleimhaut (und innere Muskelschicht) viel eher an der Grenze ihrer Ausdehnbarkeit. Beide Häute heben sich von einander ab und der Zwischenraum wird mit Blut oder Serum, bei vorausgehender Nekrose der inneren Wand vielleicht auch gleich mit durchsickerndem Urine gefüllt. Die wiederholten Blutergüsse in dieses Cavum bedingen eine Schicht von geronnenem Blute auf der inneren Haut, die wegen der allmäligen Trennung der Häute und der allmäligen Auflagerung vom Scheitel nach dem Blasenhalse hin immer dünner wird. May (Inauguraldissertation, Giessen 1869 unter Kehrer) findet bei künstlich an männlichen Hunden erzeugter Urinretention, dass die Abhebung der Blaseschleimhaut in Form von Blutbeulen dem Blasenhalse gegenüber häufiger und grösser sind als am Halse.

6) Weil die Abstossung am Scheitel beginnt, ist es unwahrscheinlich, dass die eine der drei Oeffnungen, in dem Stücke abgestossener Blaseschleimhaut in dem Falle von Hausmann einer Ureterenmündung entspricht, wie dieser vermuthet. — Aus demselben Grunde ist es möglich, dass eine partielle, selbst umfangreiche, durch Urinretention bedingte Abstossung der Blaseschleimhaut (selbst mit Muscularis) ohne bleibende Störung heilen kann, denn am Blasenscheitel bleibt auch eine stark contrahirende Narbe leichter ohne Symptome. — Die Fälle, welche trotz der „total abgestossenen Schleimhaut“ mit Genesung endeten (Wittich, der zweite von Spencer Wells) sind dadurch zu erklären, dass der ausgestossene Sack mit unterer Oeffnung nicht die Schleimhaut des Blasengrundes mit umfasst, sodass das wichtigere untere Segment der Schleimhaut doch noch die Bildung einer kleineren, mit Schleimhaut ausgekleideten Blasenöhle ermöglicht. In Wittich's Falle blieben allerdings einige Störungen der Harnausscheidung zurück.

II.

Blumenstengel, 29 Jahre, früher immer gesund; Menstruation vom 19. Jahre ab regelmässig, 4 wöchentlich, 3 täg. Hat noch nicht geboren. Letzte Menstruation Mitte December 1868. Empfängniss in der zweiten Hälfte des October oder December. Im Januar 1869 Uebelkeit ohne Erbrechen, Mattigkeit, Frieren. Im Februar wird der

Leib stärker. Seit Anfang April häufig wehenartige Schmerzen. (Die Angaben sind alle ungenau. Die Kranke achtete wenig auf sich.) 24. April Mittags kommt B. in einer Droschke stehend (Sitzen ist wegen Schmerzen unmöglich) in die Anstalt, wird zur Treppe hinaufgetragen.

Ziemliche Abmagerung. Temperatur 39,4. Puls 148. Resp. 40. Im Unterleibe bis Nabelhöhe eine pralle, fluctuirende Geschwulst (Taf. VIII, Fig. 1), an dieser rechts ca. 8 Cm. über dem queren Schambeinaste eine feste, unregelmässige, halbpapfelgrosse Erhöhung. Vulva durch die hintere Vaginalwand stark auseinander gedrängt; Damm stark vorgewölbt; Scheide nach der Symphyse hin stark comprimirt. Der touchirende Finger bringt eine Masse zurückgehaltenen gelben Eiters aus der oberen Vaginalhälfte zum Ausfluss und kommt nur mit äusserster Anstrengung oberhalb der Symphyse bis an die kleine, plattgedrückte Port. vag. Der Tumor, welcher den Damm und die hintere Scheidenwand vortreibt, kommt beim Pressen der Frau mit ziemlich grossem Segment in die Vulva und lässt sich nicht in die Höhe bringen. Der männliche feste Katheter bringt keinen Urin (der elastische wird nicht versucht). Die stürmischen Erscheinungen fordern zum Handeln auf. Der Tumor im Douglas'schen Raume wird von der Scheide aus mit dem Troikart punctirt. Es fliesst Anfangs nichts, nach ergiebiger Bewegung der Röhre 650 Gm. röthliche Flüssigkeit (Amnionwasser mit Blut). Keine Erleichterung. Punction der vorderen Geschwulst links zwischen Nabel und Spin. ilei. ant. sup. giebt mehrere Pfund trüben ammoniakalischen Urins. Die vordere Geschwulst schwindet und lässt rechts noch die unregelmässige Resistenz zurück.

Abends 38,8. 124. 30. Der hintere Tumor geht nicht in die Höhe; aus der vorderen Punctionsöffnung fliesst immer Urin ab. Der Katherismus gelingt auch jetzt mit dem festen Katheter nicht. Allgemeinbefinden gut.

25. April früh, 38,7. 150. 20. Abends 39,4. 144. 22. Wehen. 26. April früh, 37,0. 126. 24. Wehen stärker. 1 Uhr 10. Geburt eines Knaben mit dem Kopfe voraus, 320 Gm. schwer und 28 Cm. lang. Placenta lässt sich leicht entfernen. Sie ist 200 Gm. schwer und vom Troikart mitten durchstoßen. Der Uterus bleibt in Retroversion (es ist kaum die Hälfte des Halses nach vorn unten umgebogen) und fällt immer sogleich wieder zurück, so hoch und so oft man seinen Körper auch über den Beckeneingang und nach vorn schiebt. Im Peritonäum ist rechts 5 Cm. hoch der horizontale Spiegel einer Flüssigkeit zu percütiren; Temperatur während der nächsten 4 Tage bis 38,6, dann normal; Puls 120—130, bleibt noch bis 10 Tage nach der Operation über 90, geht dann langsam zurück. Allgemeinbefinden immer gut. Urin geht anfangs fortwährend, nach mehrtägigem Katheterismus nur bei Druck spontan ab. Häufiges Katheterisiren und beständige Seitenlage bringen den Uterus durchaus nicht zur Reposition und auch die künstliche Reposition bleibt nicht bestehen (Fig. 2). Rechts vorn unten ist noch jener unregelmässige Höcker an der

hintern Wand der Bauchdecke von Wallnussgrösse zu fühlen. Dahinter deutlich getrennt und beweglich das rechte Ovarium. — 3 Wochen nach der Geburt beginnt die instrumentelle Behandlung der Retroversion; denn wir sind der Ueberzeugung, dass im Wochenbette die günstigste Zeit ist, Lage- und Formfehler des Uterus radical zu heilen und so zukünftige Beschwerden zu vermeiden. Zuerst wird die Sonde mehrmals täglich mehrere Stunden lang liegen gelassen. Kein Erfolg. Die Kranke ist sehr unzufrieden, trotz Wohlbefindens so lange zu Bette liegen zu müssen. Es wird ein Drahtgummipessar angepasst, zuerst in der Form . Obwohl es so gross genommen, als es vertragen wird, beim Einlegen tadellos passt und gut liegt, drängt der vordere Bügel bald in die Vulva und nach mehreren Stunden liegen Pessar und Uterus wie in Fig. 3. Der hintere Bügel liegt nach oben vorn, der ursprünglich vordere im Damm. Der Mechanismus geschah wie folgt: Der vordere Bügel glitt in Folge des Druckes, der den hinteren Bügel von Seiten des hinteren Scheidengewölbes traf, von seiner primären Stellung zwischen Lev. ani und oberer Scheidenwand auf und zwischen dem schlaffen Levat. ani nach unten und hinten ab. Dadurch liess sich der hintere Bügel, der das hintere Scheidengewölbe und damit die Port. vag. hielt, von ersterem tiefer und zugleich nach vorn drängen. Bald unterstützte er nicht mehr den hinteren Scheidengrund, sondern die Mitte des wieder retrovertirten Uterus und gleich darauf glitt er mit der nun nicht mehr gehinderten Verstärkerung der Retroversion über die untere Hälfte der hinteren Uteruswand in den vorderen Scheidengrund. — Um diesen ungünstigen Mechanismus zu verhüten, durfte der vordere Bügel nicht von der hinteren Symphysenfläche (= der hinteren Fläche der vorderen Beckenwand mit Weichtheilen) nach unten abgleiten. Dies zu vermeiden, wollten wir das Pessar mehr senkrecht gegen die Symphyse stellen und wählten die Form  und .


Wohl kam nun der vordere Bügel nicht mehr zwischen die Vulva. Doch jetzt rutschte er bei leichtem Druck des hinteren Scheidengewölbes auf den hintern Bügel an der hinteren Symphysenwand als einer schiefen Ebene in die Höhe und der Uterus war wieder retrovertirt. Fig. 4. Uterus und Pessar hatten sich jetzt gleichnamig gedreht, nur der Uterus noch etwas mehr, so dass die Port. vag. gleich hinter dem vorderen Bügel lag. Beim ersten Mechanismus war die Drehung beider entgegengesetzt gewesen.

Es war nicht möglich eine Form des Pessars zu finden, die weder den einen noch den andern Mechanismus der Drehung durchgemacht hätte. Das Pessar stellte sich nie dauernd senkrecht zur Symphyse, und wenn auch in liegender Stellung der Frau, dann sicher nicht in stehender und umgekehrt. Wo lag der Fehler?

Wie Sims richtig darlegt, soll das Pessar bei Retroversio uteri die Scheide im Sinne ihrer Axe bis zu ihrer normalen Länge dehnen und lang erhalten, damit der hintere Scheidengrund selbst nach hinten gehalten die Port. vag. nach hinten ziehe. Sobald das streckende Pessar in oder nur annähernd in den idealen queren Durchmesser

der Scheide gelangt, wird dadurch die Scheide verkürzt und das Gegentheil vom verfolgten Zwecke erreicht.

Es gilt also das Pessar so zu befestigen, dass es immer in der Axe der Vagina bleibt. Dies wird sogleich erreicht, wenn man nur einen der beiden Bügel an dem ihm entsprechenden Endpunkte der Vagina gut fixirt. Der andere Bügel wird dann einfach durch die gleiche Spannung beider Scheidenwände am andern Scheidenende gehalten. Bei Retroversion des nicht schwangeren Uterus geschieht die Fixirung des einen Bügels gewöhnlich (nicht stets) sehr leicht und sicher mit dem vorderen Bügel, der in der Ecke, den die vordere Hälfte des Levator ani mit der oberen Scheidenwand bildet, genügend fest sitzt, um weder nach unten, noch nach oben ausweichen zu können. Sind aber alle Weichtheile des Beckens durch die Schwangerschaft erschlafft oder von Natur so beschaffen, dass jener Winkel das Ausweichen nicht verhindert, so muss man für den verlorenen Stützpunkt einen Ersatz suchen. Ihn von aussen her vielleicht nach Art des Roser'schen oder auch Valleix'schen Apparates zu gewinnen, dürfte man erst dann versuchen, wenn er durch einfachere und intravaginale Vorrichtungen nicht herzustellen wäre. Da wir vorerst wenigstens keinen Weg wussten, den vorderen Bügel des Pessars am vorderen Scheidenende zu fixiren, so suchten wir für den hinteren Bügel im hinteren Scheidengewölbe einen Fixationspunkt zu gewinnen. Nach mehrfachen anderen Versuchen wurde ein biegsames Pessar wie in Fig. 5 geformt. Ein Intrauterinstab wurde in den retrovertirten Uterus gebracht, dieser damit reponirt und das gebogene Pessar so in die Vagina gelegt, dass der hintere eingebogene Bügel desselben am Stabe zwischen Knopf und Port. vag. articulirte. Es ist zwar bei allen Pessarien, besonders aber bei diesem combinirten nothwendig, dass es ganz genau passt und man wird immer öfter modelliren müssen, bis man die richtige Form und Grösse findet.

In unserem Falle wurde das combinirte Pessar vom 26.—31. Mai continuirlich ohne jede Beschwerde getragen. (Fig. 6.) Die Frau war dabei immer ausser Bett. Der Uterus war mässig antevortirt, drehte sich nie. Der vordere Bügel unterstützte zudem durch mässigen Druck den immer noch paretischen Spinct. vesic., so dass die Frau nicht mehr wie früher alle $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde Wasser lassen musste. Am 1. Juni wird das Pessar der Controle halber weggenommen. Der Uterus legt sich wie früher nach hinten. Vom 2. Juni ab wird das Pessar von der Kranken auch nach ihrem Abgange bis zum 15. Juli, also im Ganzen 7 Wochen getragen. Jetzt waren zum Theil auch durch die häufig gebrauchten kalten Vaginaldouchen die Weichtheile in normaler Lage soweit contrahirt, dass ein einfaches Pessar von der Form  in dem Winkel zwischen Levat. ani und oberer Scheidenwand für den vorderen Bügel genügend natürliche Stütze fand, um die künstliche hintere an der Port. vag. entbehren zu können. Die durch den Intrauterinstab unterhaltenen Granulationen des Os heilten nach Entfernung des Stabes schnell. Das einfache Pessar wurde wegen der noch fortgesetzten Neigung des Uterus zur

Retroversion weiter getragen, nach und nach bei immer stärkerer Contraction der Scheide durch kleinere Nummern ersetzt und vom Januar 1870 ab ganz weggelassen. Die bis zum Juni in der Klinik fortgesetzte Controle zeigt immer einen normalen Uterus in normaler Stellung.

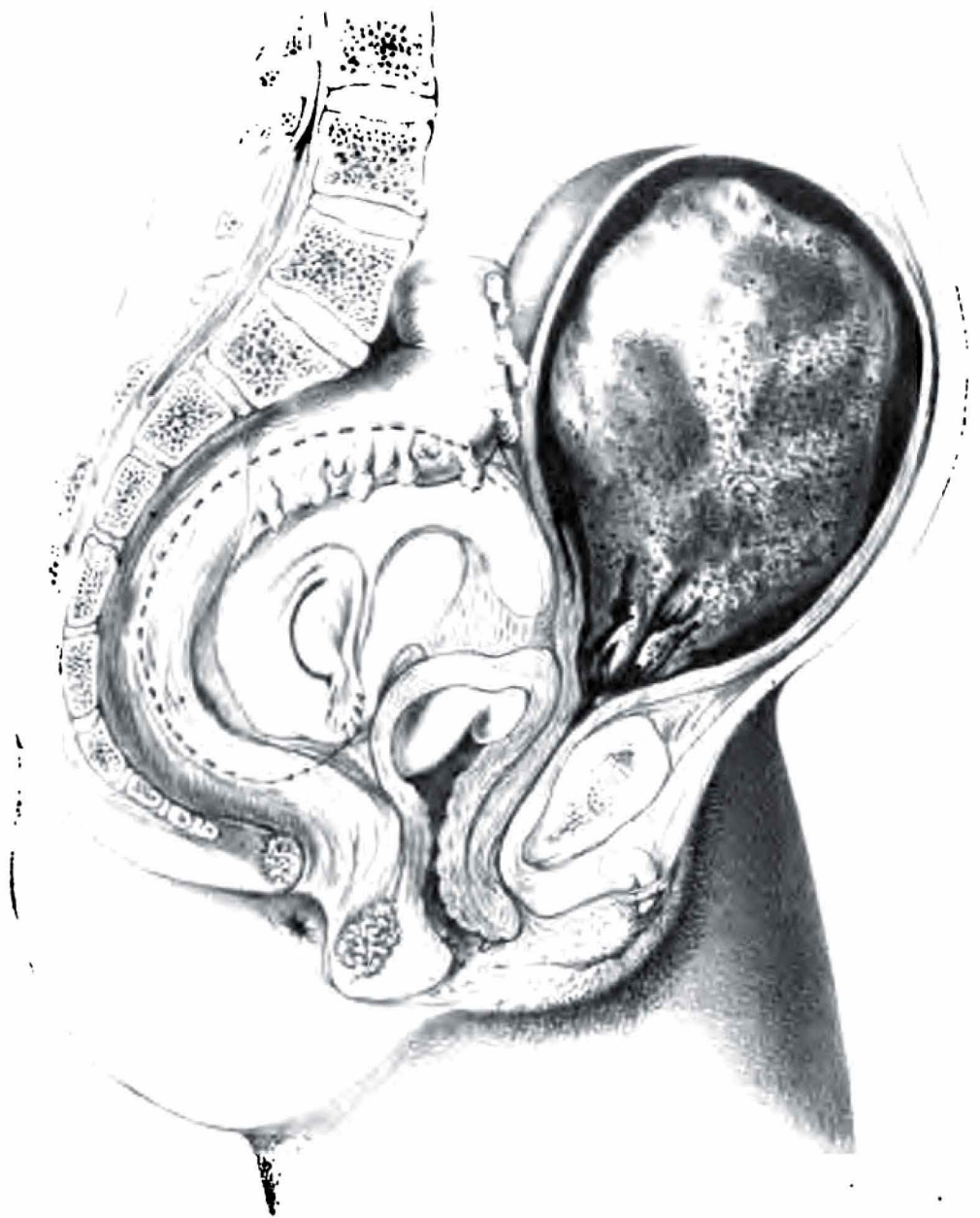
1) Dies ist einer von den wenigen Fällen, in denen die Retroversio uteri gravidi bis zu Ende des fünften Schwangerschaftsmonates und darüber bestand. Der Fötus hatte 28 Cm. 320 Gm. Hecker findet (Klinik II, S. 22) für den fünften Monat 18—27 Cm. 222 Gm. Nägele-Grenser giebt für Ende V. M. 24—32 Cm. 150—270 Gm. an. May (Diss. inaug. Giessen 1869, unter Kehrer) findet unter 132 9 solche Fälle.

2) Der Tumor, der bei Retroversio uteri gravidi mit Incarceration von aussen über den Schambeinen, wie es scheint, öfter gefunden wird (s. den Fall von Haselberg, Monatsschr. f. Geburtsk. 33. Bd. S. 5) ist nicht die Port. vag., wie es auch bei dem Fall von Haselberg erwiesen wurde, sondern geht von der Blasenwand aus. Er fand sich hier wie dort auch nach der Reposition noch im Wochenbette von Haselnussgrösse.

3) Die Punction des Uterus ist an sich nicht so gefährlich, wie es nach den wenigen Fällen der Literatur scheint (3 Viricel, Baynham und Jourel mit glücklichem, 2 Delaharpe, Martin mit unglücklichem Erfolge).

4) Die Lagerung der Frau ist auch bei leerer Blase zur Reposition des selbst entleerten Uterus keineswegs stets genügend.

5) Eine Combination des Hodge'schen Pessars mit dem intrauterinen Stab erreicht die Retention des Uterus und endliche Heilung der Retroversio uteri unter Umständen vollkommen und mit weniger Beschwerden.



1.

