

# DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Siebenter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

## I. Laparotomie wegen einer in die weiblichen Genitalien eingeführten Gänsefeder.

Von

Dr. Wilhelm Kemperdick, Solingen.

Dank der stetig zunehmenden Erkenntniss, dass operative Eröffnung der Peritonealhöhle unter strengen antiseptischen Cautelen keineswegs ein so gefährlicher Eingriff ist, wie man früher glaubte, ist die Anzahl der behufs Operationen an den inneren weiblichen Genitalien vorgenommenen Laparotomien im letzten Decennium eine fast zahllose geworden. Der häufige günstige Ausgang derselben für Leben und Heilung hat ferner ermuthigt den Kreis der Indicationen zur Vornahme dieser Operation stetig zu erweitern. Wenn ich nun die reiche Casuistik der gynäkologischen Laparotomien durch Veröffentlichung des folgenden Falles vermehre, so bewegt mich dazu das hohe wissenschaftliche, namentlich ätiologische Interesse, welches derselbe meiner Meinung nach darbietet. Die im Verlauf dieses Falles eingetretene Indication zur Vornahme des Bauchschnitts war so eigenartig und ist, wie meine Nachforschungen ergeben, so vereinzelt in der Literatur, dass dieser Fall gewiss verdient zur Kenntniss der Herren Collegen gebracht zu werden.

Im Frühjahr dieses Jahres Nachts von einer Reise zurückgekehrt, werde ich noch zu einer jungen Wittwe, Mutter von 3 Kindern, gerufen, welche mir beim Eintritt ins Kranken-

zimmer im Vertrauen die Mittheilung macht, dass sie sich vor sieben Tagen eine Gänsefeder in die Geschlechtstheile hoch hineingeschoben habe, dass dieselbe dann von dem Finger plötzlich abgeglitten und ihr im Leibe verschwunden sei. Sie sei dann noch vier Tage, obgleich in Schmerzen und frierend ihren häuslichen Beschäftigungen nachgegangen, habe sich dann aber zu Bett legen und den Arzt rufen müssen. Sie habe dem Arzte auch mitgetheilt, dass sie sich im vierten bis fünften Monate schwanger geglaubt und aus diesem Grunde die Operation an sich vorgenommen habe. Der Arzt habe sie untersucht, ihre Krankheit für eine Unterleibs- und später Eierstocks-Entzündung erklärt und ihr Arzneien und einen Eisbeutel auf den Unterleib verordnet. Sie fühle aber, dass sich ihr Zustand stündlich verschlimmere und dass sie sterben müsse.

Einmal habe ich ihr vor einigen Jahren, nach schwerer Entbindung an Unterleibs-Entzündung leidend, das Leben gerettet, ich möge sie auch jetzt noch einmal retten.

Bei einer oberflächlichen Untersuchung fand ich sehr starken Meteorismus mit einem linksseitigen bedeutenden Peritoneal-Exsudate, keinen Fremdkörper in der Vagina und starkes Fieber. Ich erachtete es dann für passend, mit der Medication des behandelnden Arztes fortzufahren und denselben auf den folgenden Tag früh zu einer Consultation zu bitten.

Am folgenden Morgen hatte sich der Zustand der Patientin

noch bedeutend verschlimmert, der Unterleib war noch stärker aufgetrieben, die Hautdecken und das Gesicht blass-gelb, der Puls klein, schnell, 130 Schläge in der Minute. Die Temperatur war 38° C. Der Gesichtsausdruck sehr ängstlich, die Athmung sehr beschleunigt, das Sensorium aber frei.

Bei der Untersuchung des Unterleibs fand sich derselbe sehr gespannt, die rechte Seite desselben bis eine Hand breit über die Medianlinie nach links stark tympanitisch. Auf der linken Seite, von den kurzen Rippen bis herab zu der Symphyse, war der Ton leer und die ganze Seite sehr schmerzhaft. Bei der Untersuchung durch die Scheide war der Muttermund leicht zu erreichen, die Muttermundslippen dick und weich, mit der Fingerspitze konnte man in die Querspalte leicht eindringen. Die Bewegung des Uterus war sehr schmerzhaft, das Scheidengewölbe herabgedrückt, so dass es unmöglich war, sich über die Grösse der Gebärmutter und ihre Füllung hinsichtlich einer Schwangerschaft und deren Dauer Kenntniss zu verschaffen. Auch die Untersuchung durch die Scheide nach entleerter Blase und das Eingehen in das Rectum, sowie die Untersuchung der Brüste und die an die Patientin gestellten Fragen verschafften darüber keinen Aufschluss. Ich erfuhr nur, dass nach der angeblich von der Patientin vorgenommenen Manipulation eine mässige Quantität Blut und Wasser Tage hindurch abgeflossen sei.

Behufs Untersuchung der Uterushöhle führte ich einen 5 Ctm. langen, 6 Mm. dicken Pressschwamm in den Cervicalkanal ein, welchen ich zwei Stunden lang liegen liess. Nach Entfernung desselben konnte ich mit dem Finger 4 Ctm. tief in die Gebärmutter eindringen, führte dann auf dem Finger eine Polypenzange ein, um damit den etwa in der Gebärmutterhöhle sitzenden fremden Körper zu sondiren und zu extrahiren, fand jedoch nichts. Ich ging darauf mit einem silbernen Prostata-Katheter nach Mercier No. 8 = 5 Mm. dick, 33 Ctm. lang, an der Spitze zu einem Winkel von 112½ Grad gekrümmt, ein. Nach langem sehr sorgfältigen und vorsichtigen Untersuchen glitt die Sonde plötzlich 7 Ctm. tiefer hinein, und zwar bis auf eine Tiefe von 24 Ctm., von den äusseren Geschlechtstheilen an gerechnet. Nach längerem vorsichtigen Sondiren, stiess ich auf einen festen Gegenstand, welchen ich mit der winkelig gekrümmten Sonde genauer betastete und

den ich als Fremdkörper ansehen musste,\* der auch dem Gefühle und den Verhältnissen nach wohl eine Gänsefeder sein konnte. Nach Entfernung der Sonde floss ein sehr stinkendes schmutzig graues Exsudat ab, womit auch die Augen und das Rohr des Katheters gefüllt waren.

Nach dieser Untersuchung fühlte sich die Frau, besonders in der linken Seite sehr erleichtert, und nach einer bald darauf vorgenommenen Percussion des Unterleibs fand sich das linkerseits bestandene circumscribede Exsudat verkleinert, und auffallender Weise nachweisbares Exsudat rechts. Hier klagte jetzt die Frau, ca. 6—7 Ctm. von der Spina anterior superior ossis ilei nach links hin, über eine kleine beim Druck äusserst schmerzhaft Stelle. Ich war aber noch immer zweifelhaft, wo ich den Fremdkörper suchen sollte, ob im weit ausgedehnten Uterus, oder ob ich etwa mit der Sonde in die Bauchhöhle gekommen sei, und ob ich dann durch einen Riss in der Gebärmutter dahin gelangt sei. Der anwesende College äusserte die Vermuthung, es könne auch der Austritt einer Frucht in die Bauchhöhle, nach vorheriger Ruptur des Uterus stattgefunden haben.

Was nun thun? Die Gänsefeder, von der die Patientin bestimmt behauptete, dass sie noch in ihrem Leibe sitze, und deren Vorhandensein nach der vorgenommenen Sondenuntersuchung auch für mich wahrscheinlich war, durch den Weg, welchen dieselbe bei ihrem Eindringen genommen, also durch die Perforationsöffnung des Uterus, zu extrahiren, war versucht, aber nicht für möglich befunden worden; auch ein Versuch, den Fremdkörper vom Scheidengewölbe aus, durch Indiehöhdrängen des letzteren und Gegendruck von den Bauchdecken her, dem Gefühl und der eventuellen Extraction zugänglich zu machen, musste wegen der Schwerbeweglichkeit des Uterus und der hochgradigen meteoristischen Auftreibung des Leibes als unmöglich von der Hand gewiesen werden.

Sollte ich nun expectativ verfahren, den weiteren Verlauf der Dinge abwarten, etwa in der Hoffnung auf eine Art Naturheilung durch Einkapselung von Fremdkörper und Exsudat mittelst Peritoneal-Adhäsionen und späterer Elimination des ersteren durch Scheide, Mastdarm oder Bauchdecken? Eine solche Hoffnung gestattete weder die Beschaffenheit des Fremdkörpers, noch die der schon vorhandenen Peritonitis, deren

septische Natur sowohl durch ihre Entstehungs-Ursache (Perforation des Uterus) als auch die Beschaffenheit des bei der Untersuchung mit der Sonde abgeflossenen jauchigen Exsudats für mich unzweifelhaft war.

Aus diesen Gründen und bei dem stetig sich steigendem Kräfteverfall der Patientin, wäre bei einem abwartenden Verhalten der sichere Tod derselben binnen höchstens wenigen Tagen unvermeidlich gewesen. Ich entschloss mich daher zur Vornahme der Laparotomie, einerseits in der Erwägung, dass die Eröffnung der Bauchhöhle die sichere Bestätigung der bisher durch die Untersuchung erlangten Resultate, somit eine genaue Stellung der bisher noch ganz unsicheren Diagnose ermöglichen würde, andererseits in der Hoffnung, dass die ohnehin vorhandene septische Peritonitis durch die Bauchfell-Eröffnung mindestens keine Veränderung zum Schlechteren erleiden, im Gegentheil durch leichte Auffindung und Entfernung des Fremdkörpers, durch Sorge für ausgiebige Entleerung des Exsudats, günstigere Heilungsbedingungen erhalten würde, unter deren Einfluss eine wesentliche Besserung des Entzündungsverlaufs und die Möglichkeit der Rettung der sonst dem Tode unrettbar verfallenen Patientin wohl erwartet werden konnte.

Am 4. April Nachmittags 3 Uhr schritt ich unter Assistenz des behandelnden und eines dritten Collegen zur Operation.

Selbstverständlich wurde dieselbe bei möglichst sorgfältigsten Vorkehrungen gegen Sepsis unter Chloroform und Spray gemacht, nach vorheriger Entleerung der Blase.

Nachdem ich durch einen 10 Ctm. langen Schnitt in der Linea alba die Bauchdecken, das dicke Fettpolster und die Fascie getrennt hatte, kam ich auf das bräunlich verfärbte Peritoneum, welches ich mit der grössten Sorgfalt einschnitt, dann unter Leitung des Zeigefingers den Schnitt bis zur Grösse der Hautwunde erweiterte. Die vorliegenden Gedärme waren dunkelbraun verfärbt, allenthalben mit dem Bauchfelle und unter sich verklebt und stark mit Gasen aufgetrieben. Nachdem die Adhärenzen mit den Fingern gelöst waren, ging ich mit der rechten Hand in die linke Seite der Bauchhöhle ein und nahm meinen Weg, immer behutsam die Verwachsungen lösend, nach der Gebärmutter. Ich fand dieselbe im kleinen Becken, nicht vergrössert, ziemlich unbeweglich, sonst ohne

eine auffallende Veränderung. Eine Perforations-Oeffnung am Uterus oder im Scheidengewölbe war nicht zu entdecken. Aus der Unterleibshöhle drang an meinem Arme vorbei eine dunkelbraune, sehr übelriechende jauchartige Flüssigkeit. Bei weiterem Durchsuchen — da auf einmal finde ich, und zwar quersitzend, oberhalb des Promontoriums, die Gänsefeder und ziehe sie zur grossen Ueberraschung heraus. Dieselbe hatte eine Länge von 19 Ctm., von denen 10 Ctm. auf die Pose und 9 Ctm. auf das Bartende kommen. Die Pose ist nicht angeschnitten oder zugespitzt. Vom Bartende ist scharf-randig der hintere Theil schräg abgeschnitten. Der Bart selbst, wie es scheint, mit einem scharfen Messer so abgeschnitten, dass feilenartig auf beiden Seiten die Wurzeln stehen geblieben sind. Nachdem die Bauchhöhle wiederholt sorgfältig mit Carbolschwämmen gereinigt und mit Carbolwasser ausgewaschen, wurde ein langes dickes Drainrohr eingeführt, die Bauchwunde geschlossen und ein antiseptischer Verband angelegt.

Eine Stunde nach der Operation befand sich Patientin den Umständen nach ziemlich wohl. Sie gab an, dass die Schmerzen aus dem Unterleib gänzlich geschwunden seien und hatte alle Hoffnung, dass sie noch einmal gerettet würde. Bedenklich erschien mir jedoch der Zustand, als ich Abends sah, dass die Ausspülung des Unterleibs durch das Drainrohr nicht in Stand gesetzt werden konnte, weil die probeweise injicirte Flüssigkeit nicht wieder zum Vorschein kam, somit im Peritonealraum zurückblieb. Hätte ich letzteres vorausgesehen, so würde ich unbedingt schon bei der Operation das untere Ende des Drains mittels eines gekrümmten Troicarts durch das Scheidengewölbe nach aussen geführt und durch dieses Drainrohr anhaltende Carbol-Irrigationen der Bauchhöhle angeordnet haben. Nachträglich dieses noch zu thun, nachdem die Bauchwunde bereits mehrere Stunden verschlossen gewesen war, gestattete der Zustand der Kranken nicht. — Die in später Nacht von mir an die letztere nochmals gerichtete eindringliche Bitte, mir zu sagen, wer ihr die Gänsefeder in den Leib gestochen habe, beantwortete sie mit dem Versprechen, es mir den folgenden Tag sagen zu wollen.

Ruhig war die Frau den folgenden Morgen verschieden.

Nur unter erschwerenden Umständen gelangten wir Aerzte

zur Section; und auch bei dieser musste ein sehr beschleunigtes Verfahren eintreten, da die vor der Zimmerthüre harrende Menge, bestehend aus Familie, den Einsargungsmännern und einer hinausgeschickten Hebamme dringend Einlass begehrten.

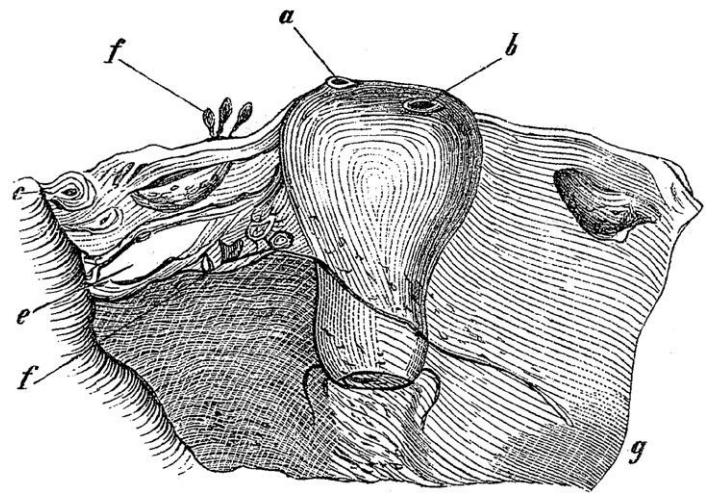
Die Obduction, die sechs Stunden nach dem Tode vorgenommen wurde, ergab als Wesentlichstes Folgendes: Die Hautdecken der kräftig gebauten, 25jährigen, ziemlich fettreichen Person sind blassfahl, der Bauch ist sehr aufgetrieben, die Muskelstarre gering. Nach Entfernung der sechs zum Verschluss der Bauchwunde angewandten Ligaturen und weiterer Spaltung der Bauchdecken bis zum Brustbein, zeigt sich keine Spur von Verklebung der vernähten Theile, noch eine entzündliche Reaction. Das Peritoneum ist dunkelbraun verfärbt, ebenso die miteinander verklebten vorliegenden Gedärme, welche durch Gase sehr stark aufgetrieben sind. Das Mesenterium ist sehr fettreich, beim Untersuchen mit der Hand findet sich die Blase wenig gefüllt. Aus der Bauchhöhle fliesst eine geringe Menge einer braunschwarzen, mit kleinen weissen Partikelchen durchsetzte übelriechende Flüssigkeit, welche grosse Aehnlichkeit mit dem Inhalte des Dickdarms hat, der behufs Entleerung der Darmgase an mehreren Stellen eingeschnitten wurde. Der Uterus fühlt sich bei der Betastung nicht erheblich über die Norm vergrössert an; an der linken Seite desselben, in dem linken Mutterbande, geräth der Finger in ein Loch, welches jedoch weder in den Uterus, noch in die Scheide führt. Da die Section abgebrochen werden musste, wurde der Uterus in weiterem Bereiche herausgeschnitten und zur genaueren Untersuchung mitgenommen.

Die zu Hause vorgenommene Untersuchung desselben und seiner Adnexa ergibt Folgendes:

Derselbe ist vom oberen Rande des Fundus bis zum Orificium externum  $9\frac{1}{2}$  Ctm., bis zum Halse  $5\frac{1}{2}$  Ctm. lang,  $5\frac{1}{2}$  Ctm. breit,  $2\frac{1}{2}$  Ctm. dick<sup>1)</sup>. Der klaffende Muttermund bildet eine Querspalte von  $3\frac{1}{2}$  Ctm., die Lippen sind dickwulstig und ragt die stärkere vordere über die hintere hervor. Die vordere Seite der Gebärmutter ist bis zum inneren Muttermunde herab, in der Länge von 6 Ctm. vom Peritoneum

<sup>1)</sup> Die Normal-Maasse nach vorherigen Geburten sind:

Länge $7\frac{1}{2}$ (8) Ctm.	} Scanzoni.
Breite $4\frac{1}{2}$ (5) Ctm.	
Dicke 2 Ctm.	



Hintere Ansicht des Uterus:

a Linke Perforationsöffnung. b Rechte grössere Perforationsöffnung. c Darm-partie. e Loch zwischen den vom Uterus zur Darmschlinge führenden Sehnensträngen. f Fettpapillome. g Schief herabsteigender Bauchfell-Ueberzug.

überzogen, welches sich dann an der am Präparate etwas erhaltenen hinteren Blasenwand hinaufschlägt. Der Peritoneal-Ueberzug an der hinteren Gebärmutterwand läuft schräg von links oben nach rechts unten, indem er dort 6 hier 10 Ctm. tief herabsteigt. Dasselbe ist hier im Douglas'schen Raume mit einer leichten Exsudatschwarte überzogen und braunschwarz verfärbt. Linkerseits neben dem Uterus, im breiten Mutterbande, befindet sich eine narbige Einziehung, von welcher sich zwei Sehnenstränge, die ein den Finger durchlassendes Loch bilden, zum Dünndarm hinziehen.

Mehrere papillomartige Fettklumpchen hängen an diesen Strängen, am Eileiter und an der linken Seite des Uterus. Durch diese Narbeneinziehung ist letzterer etwas nach links hinüber gezogen und fixirt. Der Eileiter links ist verkürzt, und das Ovarium dem Uterus näher gerückt. Auf der Mitte des Scheitels des letzteren befindet sich eine drei Millimeter lange querverlaufende Wunde, durch welche man mit der Sonde in die Gebärmutterhöhle und am äusseren Muttermunde hinausgelangt. Einen Centimeter davon nach rechts und hinten

befindet sich eine zweite ähnliche, etwas grössere, 5 Mm. breite, mit etwas klaffenden Rändern versehene und mit fetzigem Peritoneal-Ueberzuge umrandete Perforations-Oeffnung. Vom äusseren Muttermunde dringt die oben beschriebene Prostata-Sonde hier leicht durch. Bei der Eröffnung des Uterus an der vorderen Seite durch einen graden Scheerenschnitt, vom äussern Muttermunde aus bis zu seinem Grunde, zeigt sich die Gebärmutterhöhle leer, ohne eine Frucht, die Substanz des Uterus derb und fest. Die Schnittfläche bis über den inneren Muttermund und hinauf hat eine Dicke von 9—7 Mm., die des Uterus-Körpers von 13 Mm., am Grunde ist dieselbe nur 5 Mm. dick.

Die Uterushöhle ist am äussern Muttermunde 20, im Halse 6, und mitten im Körper 17 Mm. breit. Die Vaginalportion ist auf der Schnittfläche mit 4 Naboth'schen Eiern durchsetzt. Hoch im Fundus des Uterus befindet sich etwas nach links von der Medianlinie eine kleine Oeffnung, welche bei der Sonden-Untersuchung mit der Perforationswunde auf der Höhe des Scheitels communicirt, rechts eine gleiche jedoch 5 Mm. tiefer in der Uterussubstanz beginnend, und mit der zweiten, nach rechts hinten liegenden Perforationsöffnung in Verbindung stehend. Neben der ersteren Oeffnung im Uterus, am Eingang in den linken Eileiter, befindet sich die Uterussubstanz eingesenkt verletzt, blutig infiltrirt.

Im Uebrigen ist die Schleimhaut blass, glatt, im Mutterhalse glatte Längsfalten bildend, sonst ohne Auflagerung<sup>1)</sup>.

Der Fall bietet so verschiedene interessante Punkte dar, dass ich glaube noch einige epikritische Bemerkungen an denselben anknüpfen zu dürfen.

Zunächst bestand vor der Operation die Schwierigkeit der Bestimmung der präsumirten Schwangerschaft resp. deren Dauer. Die Frage nach der Dauer der Cessio mensium wurde mir nicht genügend beantwortet. Die äussere Untersuchung wurde durch die Dicke der Bauchdecken, die hochgradige Tympanitis und die Adhäsionen zwischen Peritoneum und Gedärmen, die innere Untersuchung durch die Fixirung des Uterus nach links und durch das denselben umspülende Exsudat im kleinen Becken, derart erschwert, dass eine Feststellung der Grössen-Verhältnisse der Gebärmutter mir unmöglich war. Die Sonde drang bis auf 10 Ctm. tief in denselben ein, wo sie auf ein Hinderniss stiess. War es der Fundus uteri oder die Frucht? Nach Angabe der Patientin war letztere nicht abgegangen; für schwanger musste sie sich aber nach ihren Erfahrungen über diesen Zustand halten, weil sie sonst zu dem Conamen abortus nicht übergegangen wäre. War ich auf dem Grunde der Gebärmutter, so konnte ich es mit einer Schwangerschaft der ersten Monate zu thun haben, oder es konnte auch eine Frucht mehrerer Monate sein, um welche sich nach Abfluss des Fruchtwassers der Fruchthalter sehr fest contrahirt hatte.

Die Anschauungsweise musste sich aber ändern, als ich nun plötzlich 7 Ctm. tiefer eindrang. War die Sonde an einem Kindestheil vorbeigeglitten, oder war sie etwa durch eine vorhandene Ruptur in die Peritonealhöhle gerathen, oder hatte ich gar selbst die Uterus-Substanz durchstossen?

Die stark mit Gasen angefüllten unter einander und mit dem Bauchfell verwachsenen Darmpartien verhinderten die Annäherung der Sondenspitze an die Bauchdecken, sodass auf diese Weise kein Aufschluss verschafft werden konnte. Der Ausfluss des jauchigen Secretes konnte ebenfalls von einem Abscesse in der Tiefe des Uterus herrühren, in welchem die Gänsefeder, über deren Länge ich auch keine Kenntniss hatte, geborgen liegen konnte. Unwahrscheinlich war mir der Gedanke, dass ich die Uterus-Wandung durchstochen, da keine

Spur von Blutung erfolgt war, und ich keine gewöhnliche Uterussonde mit kleinem Knopfe, sondern den an der Spitze 5 Mm. dicken, dazu dort noch in einem Winkel von 112 $\frac{1}{2}$  Grad gebogenen Katheter zur Untersuchung verwendet hatte. Am wahrscheinlichsten war mir unter diesen Umständen, dass ich durch eine schon bestehende Ruptur des Uterus in die Bauchhöhle gelangt war. Hier kann ich gleich die Frage anschliessen, woher kommen die zwei Perforationsöffnungen in den Uterus? Entweder die Patientin resp. eine dritte Person hat beide gemacht, oder die eine davon rührt von mir her. Die Unmöglichkeit des letzteren fällt jedoch sofort in die Augen, wenn man sich das abgerundete, überall geschlossene Ende eines Mercier'schen Catheters vergegenwärtigt und bedenkt, welche Gewalt dazu gehört, dasselbe durch eine 5. Mm. dicke, derbe Muskelwand zu stossen, eine Gewalt, wie dieselbe bei meinem vorsichtigen Sondiren gewiss nicht angewendet worden war. Auch fehlte, wie gesagt, jede Spur von frischem Blut an der Spitze resp. in den Augen des Catheters. Es bleibt somit nur übrig anzunehmen, dass eine und dieselbe Person mit demselben Instrument beide Oeffnungen gemacht habe.

Die Differenz zwischen der Dicke der Gänsefeder (6 Mm.) und der geringeren Breite der Perforationsöffnungen einerseits, die Differenz zwischen der Breite der letzteren unter sich, andererseits, spricht keineswegs gegen diese Annahme, da die Oeffnungen sich in der Wand eines musculösen Organs befinden, welches durch Contraction die entstandenen Oeffnungen verkleinern musste.

Den Mechanismus des Eindringens der Feder in die Bauchhöhle erkläre ich mir nun auf folgende Weise: Hätte man an den kleinen Perforationsöffnungen das Alter ihrer Entstehung nachweisen können, so glaube ich gewiss, dass die kleinere, mehr links gelegene, als die ältere erkannt worden wäre, weil ich vermute, worauf einige Andeutungen in den Aussagen der Kranken hinwiesen, dass, nachdem einige Tage vorher, diese Wunde ohne den gewünschten Erfolg gemacht worden war, man zur zweiten dreisteren Operationsmethode übergegangen ist, bei welcher letzten die 19 Ctm. lange Gänsefeder 10 Ctm. tief durch die Uterussubstanz in die Bauchhöhle hineingestossen wurde. Dadurch, dass nun das scharfrandig abgeschnittene Ende über den äusseren Muttermund hinaufgeschoben wurde, spießte es sich hier ein. Ein Rückgleiten konnte nun nicht mehr stattfinden, besonders auch deshalb nicht, weil die in schräger Richtung nach rück- resp. abwärts gerichteten sägeförmigen Hervorragungen<sup>1)</sup> zu beiden Seiten des Bartendes eine rückläufige Bewegung verhinderten, im Gegentheil das weitere Vordringen der Feder nach der Bauchhöhle hin nur befördern konnten. Letztere musste somit ihre Wanderung nach vorwärts langsam weiter fortsetzen. Das noch in der Uterushöhle befindliche 9 Ctm. lange Bartende hat nun, um der schon in der Bauchhöhle steckenden andern Hälfte nachzufolgen, die Zeit von vier Tagen in Anspruch genommen, nach deren Ablauf der vollständige Eintritt der ganzen Feder in die Bauchhöhle vollendet war. Während genannter Zeit wurde die Vorwärtswanderung noch wesentlich begünstigt durch das beständige Arbeiten und Herumgehen der Person, wodurch das vordere resp. innere Ende der Feder von den Gedärmen hin- und hergeschoben und immer mehr hineingezogen wurde. Diesem Hin- und Herzerren glaube ich auch die veränderte Beschaffenheit dieser Perforationsöffnung gegenüber der ersteren zuschreiben zu müssen, da dadurch jene grösser, klaffender und zerrissener wurde, was durch die vierkantige Beschaffenheit des Bartendes und dessen Querstacheln vermehrt wurde. Durch letzteres Loch bin ich meiner Meinung

<sup>1)</sup> Die Gänsefeder hat in diesem Falle ähnliche Verhältnisse dar, wie in dem allbekannten Falle von Manchetti der Schweineschwanz oder in dem von Dieffenbach der Tannapfel.

<sup>1)</sup> Das Präparat steht den Herren Collegen gern zur Verfügung.

nach nun auch mit meiner Sonde in die Bauchhöhle gelangt, und es war gewiss ein glücklicher Zufall, dass ich einestheils ein passendes Instrument zur Auffindung des Fremdkörpers verwandt hatte, andernteils in dem weiten Ranne, worin letzter schon drei Tage herumgefahren war und worin die verwachsenen Gedärme das Auffinden sehr erschweren mussten, etwas vorfand, was wohl eine Gänsefeder hätte sein können.

Allerdings war auch die Möglichkeit einer Täuschung bei der so schwierigen Sondirung in der Tiefe der Bauchhöhle nicht ausgeschlossen und deshalb die Ausführung der Laparotomie immerhin gewagt, denn in welche Verlegenheit hätte ich kommen müssen, wenn ich nach unternommener Operation die Feder nicht fand, selbst wenn sie in der Bauchhöhle vorhanden war.

Bedauern muss ich hier noch, dass es mir bei der Schnell-Obduktion nicht möglich gewesen ist, zu constatiren: ob nicht an einer Stelle der Darm perforirt war, was der Beschaffenheit des vorgefundenen Exsudats gemäss, immerhin vermuthet werden konnte.

Die Frage ob die Person die rohen Operationen an sich selbst allein vorgenommen hat, haben ich sowohl wie die beiden assistirenden Collegen verneinen zu müssen geglaubt.

Im Gegentheil waren wir zur Annahme berechtigt, dass, wenn eine zweite Person behülflich gewesen ist, diese einige Erfahrungen in der Geburtshilfe gehabt und wiederholt solche Acte früher vorgenommen hat, besonders weil mit solcher Beharrlichkeit vorgegangen worden ist.

Unerfahrene nehmen bekanntlich Stricknadeln, lange zugespitzte Drähte und Hölzer und durchstossen damit meist das Scheidengewölbe.

Für den practischen Arzt aber, der ja nur äusserst selten in die Lage kommt die künstliche Fehlgeburt einleiten zu müssen, ist im vorliegenden Falle auch das noch von Interesse, dass der bei der Antopsie von mir vorgefundene Durchmesser der oberen Wand der Gebärmutter weit unter den normalen Verhältnissen blieb, indem derselbe nur 5 Mm. betrug.

Sollte das häufigere Vorkommen dieser anormalen Dünnwandigkeit des Gebärmuttergrundes constatirt werden, so würde dieses eine Mahnung sein, bei dem Gebrauch der Gebärmuttersonde mit doppelter Vorsicht zu verfahren, und es erscheint alsdann die Frage wohl berechtigt, ob nicht der Vorschlag von C. Rokitansky jnn. beabsichtigt vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft die Eihäute mit einer spitz zugespitzten auf eine Uterussonde gesteckten und so eingeführten Gänsefeder zu punctiren gänzlich von der Hand zu weisen sei. Würde nicht bei Acceptirung der letzteren Methode die Möglichkeit vorhanden sein, dass meinem Falle bald andere ähnliche, jedoch auf ärztlichen Kunstfehlern beruhende Fälle angereiht werden könnten?

Zum Schluss sei mir gestattet, über die Fruchtabtreibung und den Versuch derselben, welcher letztere ja die Veranlassung zu gegenwärtigem Falle gegeben, noch einige Worte hinzuzufügen.

Die von Casper vor nunmehr zwanzig Jahren gehegte Meinung und sein darauf basirender Ausspruch über die Seltenheit der Fruchtabtreibung in Deutschland im Vergleich zu andern Ländern, namentlich Frankreich, dürfte wohl heute zu Tage eine Modification erleiden, nicht nur bezüglich der grossen Städte, sondern sogar was die Landbevölkerung betrifft.

Wenn auch dies Verbrechen bei uns nicht mit der Offenheit, wie in den ausländischen Grossstädten betrieben wird, so lehrt doch der vorliegende Fall wieder, wie auch zahlreiche in den letzteren Jahren vorgekommene und bekannt gewordene Fälle, (ich erinnere nur an die Crefelder-Affaire

mit vielen Fällen von Fruchtabtreibung, theilweise in den Kreisen der besseren Gesellschaft), während die überwiegend grössere Anzahl nicht in die Öffentlichkeit gedrungen sind, dass es sich um ein sociales Uebel von stetig zunehmenden Proportionen handelt.

Es erscheint deshalb wohl gerechtfertigt die Aufmerksamkeit der maassgebenden Kreise wiederholt auf die „Sünde unseres Zeitalters“ zu lenken und denselben ein ernstes „Videant consules“ zuzurufen.