sich direkt in das paravaginale und parametrale Zellgewebe fortsetzen können.

Es liegt mir heute ferne, die Wilms'schen Anschauungen über die Aetiologie der Traubensarkome zu diskutieren oder auf den zuletzt besprochenen Fall anzuwenden.

Immerhin aber möchte ich letzteren als einen neuen Typus der Schleimhautsarkome der Uterushöhle bezeichnen, und ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass es sich um eine Geschwulst handelt, welche mit den Traubensarkomen der Cervix und der kindlichen Scheide nahe verwandt ist.

Ich glaube aus den vorstehenden Erörterungen folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: Unter Umständen können polypöse Sarkompartien, welche dem Corpus uteri entstammen, durch Stauung und Hervorwuchern in die Cervix und Scheide annähernd Trauben- oder Beerenform annehmen. Erwiesen ist dies für Myosarkome. Es existiert aber auch eine eigene Geschwulstgattung im Corpus uteri, welche exquisite Traubenform zeigt und im histologischen und klinischen Verhalten den Traubensarkomen der Cervix und der Scheide ähnelt. Das normale Uteruscavum ist keineswegs ein räumliches Hindernis für das Zustandekommen einer traubenartigen Bildung.

VIII.

(Aus der Breslauer Universitäts-Frauenklinik.)

Einheilen von Netzpartien in die Uterushöhle nach Perforation mit der Curette, mit Bemerkungen über Vermeidung und Therapie der Curettenperforation überhaupt.

Von

OTTO KÜSTNER ¹⁾.

Fall I. Frau J. K. aus B., 37 Jahre alt, konsultierte mich zum ersten Male am 5. VII. 1896. Sie hat 9 mal geboren, wiederholt mit Nachhilfe per forceps, einige Male abortiert. Vor 6 Jahren war eine Auskratzung, eine gleiche vor

¹⁾ Nach einem Vortrage, gehalten in der Vereinigung Breslauer Frauenärzte am 19. Mai 1903.

2 Jahren gemacht worden. Bei der vor 2 Jahren hatte sich etwas besonderes zugetragen, worüber Frau K. nähere Auskunft nicht geben kann, jedoch hatte der operierende Kollege eine gewisse Bestürzung nicht verbergen können. Der Ausschabung seien eine starke Blutung und entzündliche Erscheinungen im Unterleibe, welche eine längere Bettruhe benötigten, gefolgt. Sie genas und besuchte alsdann Landeck.

Seitdem klagt sie über unregelmässige, wenn auch nicht sonderlich bedeutende Blutungen; der Menstruationstypus wird nicht mehr eingehalten.

Ich fand einen normal gelegenen, bei Betastung mehr als normal empfindlichen Uterus, Adnexe vielleicht fixiert, sonst ohne Besonderheiten. Vorschlag einer nochmaligen örtlichen Inangriffnahme des Leidens wird nicht befolgt. Pat. lässt sich zum ersten Male wieder am 22. I. 1900 sehen. Die Periode sei nach der ersten Konsultation einige Zeitlang regelmässig gewesen, jetzt beständen wieder excessive Blutungen. Befund wie bei der ersten Konsultation am 5. VII. 1896.

Bei der Sondierung werden im Uteruscavum Prominenzen getastet; mit Rücksicht auf die befremdenden Punkte in der Anamnese wird von einer nochmaligen Ausschabung abgesehen, der Patientin die vaginale Total-exstirpation vorgeschlagen und am 3. II. 1900 ausgeführt.

Die Operation verläuft ohne Besonderheiten. Nur findet sich nach der Entwicklung des Fundus uteri dieser mit einem bleistiftdicken Strang des Netzes fest verwachsen, derart, dass die Abschiebung desselben nicht ohne weiteres mit legaler Kraftentfaltung gelingt, er wird abgebunden und getrennt.

Die Convalescenz verläuft glatt, jedoch besteht nach derselben Incontinentia urinae. Als Ursache wird eine linsengrosse Vesicalfistel entdeckt, welche zwischen Blase und Operationsnarbe besteht. Der operative Verschluss der Fistel gelingt erst nach einem vergeblichen Versuch, nach welchem eine kleine Fistel bestehen geblieben war, am 7. XI. 1900 definitiv.

Der exstirpierte Uterus zeigt aufgeschnitten, dass das Cavum corporis von einem allenthalben adhärennten, mehr als bohnergrossen Träubchen aus Fettgewebe ausgefüllt ist. Dasselbe adhärirt am festesten im Fundus. Hier eingeschnitten durchsetzt dasselbe Gewebe die Wand des Uterus und lässt sich kontinuierlich in das der Peritonealfläche des Uterus adhärennte, abgebundene Stückchen Netz verfolgen.

Fall II. Frau I. H. aus S., 53 Jahre alt, hat zweimal 1881 und 1882 geboren. Das erste Mal unter Nachhilfe mittels Forceps. Menopause seit 12 Jahren.

Seit Herbst 1900 bemerkt Pat. etwas aus den Genitalien heraustreten, seit derselben Zeit klagt sie über Urinbeschwerden, sie muss häufiger Urin lassen als sonst.

Am 22. VII. 1901 apfelgrosse Cystocelē, Uterus retrovertiert, nicht völlig frei beweglich. Cavum 6 cm lang.

24. VII. 1901 vaginale Fixur. Der Uterus wird hinten peritoneal adhärennt gefunden, jedoch gelingt die Lösung und die vaginale Fixur völlig. Colpoperineoplastik. Vollkommener Erfolg bis auf eine unbedeutende Spannungsstelle im Bereiche der Perineorrhaphie.

Am 23. I. 1902 Wiedereintritt in die Klinik. Die geklagten Beschwerden haben sich seit der Operation verloren, nur sei der Ausfluss reichlicher und zeitweise auch blutig geworden. Deshalb sei ihr zu Hause eine Ausschabung gemacht worden, doch habe diese Ausschabung keinen vorteilhaften Einfluss auf die geklagten Sekretionsanomalien gehabt.

28. I. 1902 vorgenommene Probeabrasio ergibt sehr auffallenden Befund: Die wenig umfänglichen Mengen von Gewebe weisen neben ziemlich normaler Uterusschleimhaut Stellen mit grossen, platten, aneinanderliegenden Zellen auf; es handelt sich um

ganz typisches Fettgewebe, und zwar in relativ beträchtlicher Ausdehnung.

Nachdem alle zunächst naturgemäss auftauchenden Zweifel und Bedenken behoben waren, dass eine Irrung etwa derart, dass das für die mikroskopische Untersuchung geschnittene Gewebestück anders woher, als aus dem Uterusinnern der L. H. stamme, wird die Vermutung ausgesprochen auf Grund der früher bei der J. K. in Fall I gemachten Erfahrung, dass auch im vorliegenden Falle bei der früher ausserhalb gemachten Ausschabung eine Perforation des Uterus gemacht und bei dieser Gelegenheit ein Netzstück mit der Curette in den Uterus hineinbefördert worden sei.

Deshalb Totalexstirpation des Uterus von der Vagina aus. Es bedurfte dazu eines ausgiebigen Schuchardt'schen Hilfsschnittes. Auch nach Ausführung desselben ist die Operation wegen der früher gemachten vaginalen Fixur etwas erschwert. Das Corpus ist vollkommen in flächenhafte und filamentöse Adhäsionen eingebettet, von denen einige vor der Trennung mit Ligatur versehen werden. Von dem Schuchardt-Schnitt aus wird die kleine noch bestehende Rectocele derart versorgt, dass das in einiger Ausdehnung abgelöste Rectum mit Tabaksbeutelnaht gerafft und darüber die Dammwunde durch verlorene Suturen geschlossen wird.

Der Uterus zeigt beim Aufschneiden, dass die Diagnose zutrifft. Die Höhle des Corpus ist ausgefüllt mit einer mehr als bohnergrossen Netztraube, welche durch die Wand des Fundus hindurch bis auf die peritoneale Oberfläche zu verfolgen ist. Sie ist mit der Schleimhaut verlötet und naturgemäss mit den Wandteilen, welche sie durchdringt, fest verwachsen.

Wenn die Perforation des Uterus mit der Curette zweifellos einen nicht seltenen Lapsus auf dem Gebiete der Klein-Gynäkologie darstellt, so sind die in den beiden geschilderten Fällen zur Beobachtung gelangten Verhältnisse sicher etwas recht seltenes, sicher in der Litteratur bisher nicht erwähntes. Und doch ist das Vorkommnis, was diese zwei Fälle zu Raritäten stempelt, so ausserordentlich leicht verständlich.

Bei den meisten Frauen hängt das Netz bis in den Beckeneingang hinab und bedeckt mit seinen untersten Partien die hintere Wand bzw. den Fundus des Uterus. Sobald die Curette den Fundus durchbohrt, ist das Netz dasjenige Organ, mit welchem sie zunächst in Berührung tritt. Die reticuläre Beschaffenheit des Omentum lässt es verständlich erscheinen, dass sich die Curette in ihm verhakt, einen Teil erfasst und beim Zurückziehen mit in den Uterus hineinnimmt. Beim Herausziehen der Curette aus dem Uterus mag ein Teil abreißen und unbemerkt in den Schleimhautgeschabseln des Uterus sich verlieren, ein anderer Teil bleibt im Uterus und verklebt mit der Schleimhaut um so leichter, als diese durch das Curettement angefrischt war.

Dass einer Appendix epiploica der Flexur gelegentlich dasselbe widerfahren kann, soll nicht in Abrede gestellt werden, sind doch sogar Darmverletzungen bei Gelegenheit der Uterus-

perforation mit der Curette beschrieben worden. Für den ersten unserer 2 Fälle wurde während der Totalexstirpation der omentale Ursprung der Fettgewebshaut im Uterus erwiesen, für den zweiten mit hoher Wahrscheinlichkeit.

Es sind weniger die Form der Curette als die Methode der Ausschabung beziehungsweise typische Abweichungen von einer korrekten Methode, welche für die Uterusperforation sowohl als auch für das Hereinziehen von Netzpartien in den Uterus verantwortlich gemacht werden müssen. Doch ist natürlich auch nicht zu leugnen, dass Curetten, deren Spitze hakenförmig, wenn auch nur in stumpfem Winkel umbiegt, in höherem Masse nach geschehener Perforation geeignet sind, leicht bewegliche Intestinalgebilde, wie das Netz es ist, auf dem Rückwege in den Uterus hineinzuziehen.

Wird das Curettement so wie es mit der z. B. von Martin gebrauchten Roux'schen Curette geschieht, nach Einführung bis zum Fundus mit Drehbewegung gemacht, so erscheint sowohl Perforation wie Netzanhaken schwerer möglich. Leichter ist es der Fall, wenn die Curette bis zum Fundus eingeführt und durch Züge von oben nach unten die Schleimhaut abgeschabt wird. Bei dem sich wiederholenden Vorwärtsschieben der Curette dringt sie gelegentlich bei unerlaubter Kraftentfaltung durch die Muskelwand des Uterus.

Zwei Dinge sind es, welche wohl mit grosser Sicherheit das Unglück der Perforation vermeiden lassen. Sie sind es, auf deren sorgfältige Beachtung ich meine Schüler immer und immer nachdrücklich aufmerksam mache. Das ist einmal, dass das Cavum vor dem Curettieren weit genug, jedenfalls so weit ist, dass die Curette ohne jede Kraftentfaltung bis zum Fundus vorgeschoben werden kann. Dieses Postulat muss ich auch gegenteilig laufenden Ansichten gegenüber z. B. von Seiten Martin's ganz besonders betonen. Es liegt auch nicht der Schein eines Grundes vor, von diesem Postulat abzugehen, um so weniger, als es vermittle der Hegar'schen oder vermittle der von mir angegebenen Metallstöpsel und Schnabelsperrin in einer Sitzung sehr bequem gelingt, gefahrlos den Uterus soweit zu dilatieren, dass eine Curette mit einem Kopfdurchmesser von 6 mm bequem passiert.

Das 2. Postulat, welches ich für jedes Curettement stelle, ist, dass das Längssondenmass des Uterus genau gekannt ist. Natürlich noch leichter zu bewerkstelligen als Postulat 1. Zwecks praktischer Nutzenanwendung aber der Kenntnis der Längenhohlmasse des Uterus ist weiter notwendig, dass jede Curette mit

einem Massstab wie eine Sonde versehen ist, so dass es jederzeit leicht möglich ist, die Tiefe, bis zu welcher die Curette in den Uterus geschoben ist, zu kontrollieren und dafür Sorge zu tragen, dass sie beim Curettieren nie tiefer in den Uterus eindringt als das gekannte Sondenmass angegeben hatte.

In besonders verschärfter Form gelten diese Vorsichtsmassregeln bei leicht verletzlichem Uterus, also beim abortierenden und beim Corpuscarcinom. Im ersteren Falle, wo die Cervix von Hause aus weit oder sehr leicht sehr weit zu machen ist, bediene man sich nur sehr breiter Curetten. Und auch die wende man nur an, wenn die Hauptarbeit der Aborteliminierung bereits vom Uterus gethan ist, wenn nur noch Reste zu entfernen sind und das Organ durch kräftige Dauerkontraktion gesteift ist. Ist aber der Uterus noch gross und weich, beherbergt er noch den grössten Teil des Abortiveies, ist letzteres noch mit dem Chorion an der wenig oder nicht kontrahierten Uteruswand adhärent, ist es noch nicht durchblutet und in eine Blutmole verwandelt, dann ist für eine Durchschnittdexterität von der Curette besser abzusehen, sie wird dann, wenn überhaupt in diesem Stadium ein Eingreifen geboten erscheint, durch den tastenden Finger besser ersetzt. Meist ist ein Eingreifen überhaupt nicht nötig, meist ist unter Zuhilfenahme von Scheidentamponade, das Zuwarten, bis sich das Gros des Eies durch Durchblutung zu einem gebärfähigen Körper umgestaltet hat und dann ausgeschieden wird, das beste. Zurückbleibende Decidua resp. Chorionreste entfallen dann der Curette unter den charakterisierten Cautelen.

Grosse Aufmerksamkeit erfordert das Curettieren, wenn es sich um Corpuscarcinom handelt. Dass ein solches vorliegt, ist ja vor dem Curettieren nicht bekannt, soll erst durch das Probecurettement erwiesen werden. Immerhin fehlt es meist nicht an klinischen Avertissements: das Alter der Kranken, häufig profuse Blutung; auffallend weiter Cervixkanal, Unebenheiten der Uterusinnenfläche, leicht mit dem Dilatationsstöpsel oder erst mit der Curette zu erkennen. Bestehen derartige Verdachtsmomente, so ist das Uterusinnere nur äusserst zart und tastend mit der Curette zu betreten. Nicht darf in solchem Falle das Uterusinnere wie bei chronischer Endometritis abgeraspelt werden, es handelt sich nicht um ein eigentliches Curettelement, sondern um eine äusserst vorsichtige Entnahme kleinster Gewebspartikel von der Uterusinnenfläche zwecks mikroskopischer Untersuchung. Wenige Bröckel

genügen ja für die mikroskopische, oft schon für die makroskopische Diagnose.

Endlich erfordern besondere Sorgfalt diejenigen Fälle, in welchen die Wand des Uterus durch vorausgegangene und fehlerhaft unternommene Curettements tief lädiert worden ist. Gewöhnlich sind einige Curettements vorausgegangen und die Anamnese ergibt, übereinstimmend mit dem Befund, dass die von vornherein schon bestehenden atypischen Blutungen nach den Ausschabungen immer stärker geworden sind. Ich habe in manchen solchen Fällen, wenn es sich um nicht mehr jugendliche Frauen handelte, mich zur Exstirpation des Uterus veranlasst gesehen und fand dann meist an circumscripiter Stelle, welche gerade einen Curettenlöffel fasste, die Uteruswand tief in die Muskulatur gelegentlich bis hart unter das Peritoneum zerkratzt.

Tritt man an einen derartigen Fall völlig ahnungslos heran, geht mit der Curette in den Uterus ein, so verfängt sich diese in dem Wandloche, man tastet mit der Curette von da aus die Ränder des Loches als Prominenzen, als abkratztbedürftige Polypen und lädiert die Wand nur noch umfänglicher als bereits der Fall war. Bestand eine Läsion der Muskelwand bis dicht unter das Peritoneum, so ist die Gefahr, an dieser Stelle mit der Curette den Uterus zu perforieren, recht gross.

Der Schutz in derartigen Fällen, den Uterus nicht zu perforieren, kann einzig und allein darin beruhen, dass man derartige Verhältnisse kennt und im gegebenen Falle daran denkt, dass bereits eine tiefe Verletzung der Muskelwand des Uterus vorliegt. Die Anamnese kann als Avertissement dienen.

Wenn man nach den gekennzeichneten Prinzipien verfährt, wird man fast mit absoluter Sicherheit die Perforation des Uterus mit der Curette vermeiden können. Wie ich aus eigener Erfahrung versichern kann, mit absoluter. Es wird nur ein gelegentlich praedisponierendes Moment vorliegen müssen, was die Curette durch den Uterus durchfahren lässt. Dann handelt es sich um Besonderheiten des Falles. Hat der Arzt die angegebenen Cautelen beobachtet, dann ist er seinem Bewusstsein gegenüber entschuldigt und, was nicht das unwichtigste ist, auch gegenüber dem — Forum.

Für völlig irrelevant halte ich, ob zu diesem kleinen Eingriff Narkose vorgenommen wird oder nicht. Die Hauptsache ist, dass neben völliger Wahrung der Asepsis die oben geschilderten Cautelen berücksichtigt werden. Auf einen abortierenden oder abortpuerperalen Uterus mag man eine contractionsbeeinflussende

Bedeutung der Narkose zuerkennen; um deswillen aber prinzipiell unter diesen Verhältnissen die Narkose bei der Ausschabung zu vermeiden, würde ich nicht für richtig halten. Ich halte es für ausreichend, wenn man weiss, dass die Chloroformnarkose einen erschlaffenden Einfluss haben kann und wenn man damit rechnet. Der nicht abortierende und nicht abortpuerperale Uterus erfährt durch die Narkose eine bemerkenswerte Schläffheit nicht.

In prognostischer und therapeutischer Hinsicht kann es recht schwierig sein, einen prinzipiellen Standpunkt zu behaupten. Es sind zweifellos ausserordentlich viele Curetten- und Sonden-Perforationen des Uterus vorgekommen, welche ohne dauernden Schaden überstanden sind.

Im Hinblick auf unsere 2 interessanten Fälle, im Hinblick darauf, dass bei Perforation mit der Curette gelegentlich auch Intestinalverletzungen zur Beobachtung gelangt sind, sind die Curettenperforationen zweifellos gefährlicher, als die mit der Sonde. Doch sind auch perforierende Verletzungen mit diesem Instrumente sicher oft gut vertragen worden. Dann war die Verwundung eben aseptisch, und die Blutung war gering.

Gelegentlich aber kann die Blutung bedeutender sein; dann kann wieder der Verlauf ohne dauernde Gesundheitsschädigung von statten gehen, wenn die peritoneale Blutlache frei von Keimen blieb und alsbald der Resorption anheimfiel.

Gelangten aber differente Keime mit der Curette in das Peritoneum und entwickelten sich diese in einer Blutlache weiter, so besteht die Möglichkeit für die Entwicklung einer peritonealen Infection. Diese Möglichkeit, ferner aber auch Unglücksfälle wie die beiden, oben ausführlicher beschriebenen legen doch vielleicht nahe, falls einem eine Perforation mit der Curette begegnet, nicht unter allen Umständen den abwartenden Standpunkt zu vertreten, sondern je nach Wahl eine sorgfältigere Therapie in Betracht zu ziehen.

Handelt es sich um die Wahrscheinlichkeit eines Corpuscarcinoms, so ist der Entschluss, unmittelbar im Anschluss an die Perforation die vaginale Totalexstirpation vorzunehmen, fast selbstverständlich.

Das einzige Mal, wo mir eine Perforation eines Uterus mit der Curette begegnete, war dieser Verdacht nicht von der Hand zu weisen, de facto handelte es sich aber um eine alte Frau mit sehr profusen Blutungen, bei welcher bei Gelegenheit früherer auswärts gemachter Ausschabung die Muskelwand des Uterus bis

zu beträchtlicher Tiefe zerkratzt war. Ich machte sofort in derselben Sitzung die Exstirpation des Uterus. Glatte Genesung.

In dem anderen Falle, in welchem an meiner Klinik eine Curettenperforation vorkam, handelte es sich um einen Adnexfall, welcher zur Operation vorbereitet und ausgeschabt wurde. Dabei begegnete dem Assistenten die Perforation des Uterus. Ich machte die Laparotomie um der Adnexkorrektur willen sofort, fand eine beträchtliche Menge Blut im Abdomen, wischte dasselbe aus, nähte die kleine dreieckige, perforierende Uterusverletzung am Fundus mit einer Naht, nahm die beabsichtigte Korrektur an den Adnexen vor, schloss das Peritoneum. Glatte Genesung.

Sollte mir oder einem an meiner Klinik arbeitenden jüngeren Kollegen noch einmal eine Perforation mit der Curette begegnen, so würde ich heutzutage bei Corpuscarcinomverdacht ebenfalls noch die sofortige vaginale Totalexstirpation, in anderen Fällen aber äussersten Falles die vordere Colpotomie machen, das Blut aus dem Peritoneum wischen und die kleine Uteruswunde mit einer die Blutung stillenden Catgutnaht versehen.

IX.

Zur Discussion über die Behandlung der Falschlagen von Uterus und Scheide¹⁾.

Von

J. PFANNENSTIEL.

In der Frage der Behandlung der Retroflexio uteri wird der Lageveränderung als solcher m. E. eine zu grosse Bedeutung beigegeben. Die Retroflexio an sich sollte, wenn sie nicht Complicationen aufweist, nicht Gegenstand der lagecorrigierenden Behandlung sein. Ich stehe in dieser Beziehung ganz auf dem Standpunkt von Salin, Theilhaber, Winter, Krönig u. a. Mit Recht machen diese Autoren darauf aufmerksam, dass die Beschwerden, welche man der Retroflexio zuschreibt, in der Regel auf Complicationen zurückzuführen sind, sei es lokaler, sei es

¹⁾ Nach einem in der Mittelhheinischen Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie am 9. Mai 1903 gehaltenen Vortrage.