Einseitige Haemometra bei zweigetheiltem Uterovaginalkanale,

in zwei lethal verlaufenen Fällen beobachtet

von

Dr. Ludwig Neugebauer,

ordinirendem Arzte am Heiligen-Geist-Hospital zu Warschau.

(Mit 2 Holzschnitten.)

Wenn schon die durch Atresie des einfach entwickelten Uterovaginalkanals veranlasste Retention des Menstrualblutes in diesem Kanale (Haemometra im weiteren Sinne) eine im Ganzen seltene Erscheinung ist, so ist dies die aus gleicher Ursache entsprungene Ansammlung jenes Blutes in nur einer Hälfte des pathologischer Weise paarig entwickelten, sogenannten doppelten oder zweigetheilten Uterovaginalkanals in noch ungleich höherem Grade, schon darum, weil die paarige oder Doppelbildung des Kanals beim Menschen überhaupt eine höchst selten vorkommende Ausnahme ist, noch seltener aber der Doppelkanal in einer von seinen beiden Seitenhälften in grösserer oder kleinerer Ausdehnung mit Atresie behaftet erscheint. Aus diesem Grunde glaube ich nicht etwas Ueberflüssiges gethan zu haben, wenn ich in Nachstehendem zwei von mir in letzter Zeit beobachtete Fälle von solcher

Zurückhaltung des Menstrualblutes in einer von den beiden Hälften des paarig entwickelten Uterovaginalkanals als Folge von begrenzter Atresie dieser Hälfte mittheile, die zwar nach der stattgefundenen Operation einen lethalen Ausgang genommen, dabei aber doch so viel des Interessanten und Belehrenden dargeboten haben, dass durch ihre Veröffentlichung der Wissenschaft ein Dienst erwiesen sein dürfte.

Bemerken muss ich übrigens, dass nur der eine von diesen beiden Fällen Gegenstand eigentlicher Behandlung von meiner Seite gewesen, der andere von einem hiesigen Arzte, und zwar dem Herrn Dr. Chwat, ordinirendem Arzte am hiesigen jüdischen Hospital behandelt und von mir nur gelegentlich mit beobachtet worden ist. Wenn ich den letzteren Fall gleichwohl hier mit veröffentliche, so thue ich dies nicht anders, als im Einverständniss mit dem oben genannten Collegen, welcher denn auch so freundlich gewesen ist, mir zu diesem Behufe seine diesen Fall betreffenden klinischen Aufzeichnungen zur Benutzung zu überlassen.

Die beiden gedachten Fälle waren nun in ihren Einzelheiten folgende:

Erster Fall.¹⁾

Rose Gebfisch, jüdisch, 19 Jahre alt, mässig gut genährt, brünett, war als Kind, mit Ausnahme eines im elften Jahre durchgemachten schweren Typhus, stets gesund. Sie bekam erst im 17. J. die Regeln. Dieselben hielten sechs Tage an und waren sehr reichlich. Die Kranke litt dabei an äusserst heftigen Schmerzen in der Tiefe des Unterleibes und dem Becken, und gleichzeitig bildete sich eine mehr als faustgrosse Geschwulst im Hypogastrium aus. Nach Sistiren der Blutung liessen die Schmerzen nach, hörten aber nicht gänzlich auf, sondern blieben seitdem. Ebenso bestand auch die gedachte Geschwulst fort. Als die Menstrualblutung vier Wochen nach ihrem ersten Erscheinen sich erneuerte, war sie eben so reichlich und von eben so langer Dauer, aber auch wieder von den nämlichen heftigen Schmerzen begleitet, und als sie geendigt, mässigten sich letztere auch wiederum nur, ohne gänzlich aufzuhören, während hingegen die oben gedachte Geschwulst an Grösse etwas zugenommen

1) Einen kurzen Bericht über diesen Fall habe ich bereits in der gynäkologischen Abtheilung der hiesigen ärztlichen Gesellschaft mitgetheilt. Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Tom. 63. Warszawa 1870. 8vo. S. 167—179.

zu haben schien. So ging es auch bei den folgenden Katamenialblutungen, deren noch vier in Zeitabständen von je vier Wochen eintraten. Von da ab erfolgte ohne bemerkbare Ursache ein Stillstand in der Menstruation. Gleichwohl verschwanden die mehrgedachten Schmerzen im Unterleibe und im Kreuze nicht, nur mässigten sie sich zu einem erträglicheren Grade, so dass die Kranke ihren häuslichen Geschäften wieder nachgehen konnte, was sie während der Dauer der Regeln zu thun nicht im Stande gewesen war. Ebenso blieb auch die Geschwulst fortbestehen.

So verging eine längere Zeit.

Im August 1869 ging die Kranke, ärztlichem Rathe folgend, nach dem Soolbad Ciechocinek und machte daselbst eine vierwöchentliche Badekur durch. Nach Hause zurückgekehrt, bekam sie gegen Ende des September wieder ihre Regeln. Dieselben dauerten drei Tage und waren wiederum, wie ehemals, von äusserst heftigen Schmerzen im Unterleibe und der Kreuzbeingegend begleitet. Sie liessen nach der Menstruation nach, entschwanden aber nie mehr ganz und griffen die Kranke sehr an; da diese verhältnissmässig am wenigsten litt, wenn sie ruhig im Bette lag, verliess sie dann letzteres gar nicht mehr.

Ende October hatte sie eine erneute Menstrualblutung mit denselben Erscheinungen.

Als ich am 21. November die Kranke sah, fand ich sie auf der rechten Seite im Bette liegend und über anhaltenden dumpfen, zuweilen reissenden Schmerz in der Tiefe des Beckens und im Hypogastrium, sowie in der Lenden- und Kreuzgegend klagend. Er hatte seinen Sitz in einer länglichen, fast walzenförmigen Geschwulst, welche aus der Beckenhöhle nach oben und rechts sich in die Bauchhöhle erhob und fast die Höhe des Nabels erreichte. Sie lag unmittelbar der Bauchwand an und war hinter ihr in mässigem Grade verschiebbar.

Die Geschwulst, beim Betasten empfindlich, beim Druck schmerzhaft, fühlte sich ziemlich stramm an, zeigte dahei aber dennoch einige Fluctuation. Ihre Oberfläche erschien ziemlich gleichmässig, nur an einer Stelle liess sich eine Art von Vorsprung wahrnehmen. Dieser sass dem linken Rande des Geschwulstkörpers in der Höhe von etwa 7 Cm. oberhalb der Schambeine und in der Entfernung von etwa $2\frac{1}{2}$ Cm. von der Linea alba linkerseits unbeweglich auf, hatte fast die Grösse einer zusammengedorrten Dattel, die Gestalt eines länglichen, etwas gekrümmten Nagels, dessen Spitze nach oben, links und hinten gekehrt war, liess sich durchaus hart anfühlen und war, im Widerspruche mit der eigentlichen Geschwulst, beim Druck schmerzlos. Per vaginam fühlte man die Geschwulst in der Höhe des Beckeneinganges von solchem Umfange, dass sie letzteren zum grössten Theile ausfüllte, und von dort aus zog sie sich kegelförmig mit stark abgestumpfter Spitze bis unter das Niveau des Blasenhalbes abwärts. Sie lag, wie die gleichzeitige Untersuchung von der Scheide und Blase aus lehrte, zwischen beiden mit ihrem grösseren Theile

rechts von der Medianlinie. Die nach abwärts gekehrte, abgestumpfte Spitze befand sich etwa $2\frac{1}{2}$ Cm. oberhalb der Scheidenmündung, etwas nach hinten von der Richtung der Blasen-Scheiden-Scheidewand, so dass sie mit dem in der Blase liegenden Katheter einen Winkel bildete. Die Scheide, durch die Geschwulst nach hinten und etwas nach

Fig. 1. ¹⁾

links verdrängt, war gleichzeitig in ihren höheren Partien sehr verbreitert, indem ihre vordere Wand die Geschwulst in deren hinterer und linker Seite überzog. Dieser Theil der Scheide war an der unteren Spitze der Geschwulst auf dieser verschiebbar und hier auch mit den gewöhnlichen queren Schleimhautrunzeln versehen, höher

1) Fig. 1. stellt den unteren Theil des Rumpfes in der Ansicht von vorn, mit in die Zeichnung desselben eingetragener Figur des zweigetheilten Uterovaginalkanales vor.

AB ist die atretische und durch das in ihrer Höhle angesammelte Menstrualblut zu einer Geschwulst ausgedehnte rechte Hälfte jenes Kanales, — *A* ihr der Gebärmutter, — *B* ihr der Scheide entsprechender Theil.

*A*B*C* die nicht atretische linke Hälfte, — *A** der der oben gedachten Geschwulst nach Art eines Fortsatzes oder Anhängsels aufsitzende, der Gebärmutter entsprechende Theil, — *B*C* der zur linken Seite und hinter der Geschwulst herabsteigende, der Scheide entsprechende Theil dieser linken Hälfte.

D, D die Plica hypogastrica.

E der Nabel.

hinauf aber mit dem Geschwulstkörper unverschiebbar vereinigt und glatt. Die Scheide selbst zog sich an der Geschwulst so hoch aufwärts, dass ihr Ende, sowie der Scheidentheil mit den Fingern nicht zu erreichen war. Eine Gebärmuttersonde drang 13 Cm. empor, ehe sie auf einen als Scheidentheil deutbaren Widerstand stiess. Diesen selbst aber konnte ich mit der Sonde als durchaus fest mit dem

Fig. 2.¹⁾

Körper der Geschwulst zusammenhängend erkennen. Während es hiernach ausser Zweifel war, dass die Geschwulst sowohl mit der Harnblase, als mit der Scheide und dem Gebärmutterhalse innig zusammenhing, war sie hingegen gegen die rechte Wand der Beckenhöhle, nach der hin, wie ich oben bemerkt habe, ihre Hauptmasse gelegen war, deutlich abgegrenzt, ja liess sich sogar etwas, wenn

1) Fig. 2. stellt einen idealen, in der Richtung von oben nach unten und von vorn nach hinten ausgeführten Durchschnitt des unteren Theiles des Rumpfes, von rechts gesehen, vor.

AB. Die von der atretischen und durch zurückgehaltenes Menstrualblut ausgedehnten rechten Hälfte des zweigetheilten Uterovaginalkanales gebildete Geschwulst; — *A.* ihr der Gebärmutter, — *B.* ihr der Scheide entsprechender Theil.

C. Der der Scheide entsprechende Theil der nicht atretischen linken Hälfte jenes Kanals, deren an der linken Seite der oben gedachten Geschwulst belegene Partie durch punktirte Linien angedeutet ist.

D. Die Harnblase, — *D** die Harnröhre.

E. Der Mastdarm.

F. Die Schambeinfuge.

G, G.* Der Lenden- und Beckentheil der Wirbelsäule.

auch allerdings nur sehr wenig, auf jener Wand verschieben. Uebrigens war in dem im Becken befindlichen Theile der Geschwulst eine ungleich deutlichere Fluctuation zu fühlen, als in dem in der Bauchhöhle belegenen. Zugleich konnte man sich aber durch bimanuelle Palpation davon überzeugen, dass die Geschwulst eine einzige grosse, mit Flüssigkeit erfüllte Höhle umschloss. Die Untersuchung durch den Mastdarm bot nichts Besonderes.

Die Kranke lag am liebsten auf der rechten Seite, weil sowohl bei der Lage auf der linken als bei der auf dem Rücken die Schmerzen stärker waren. Sie fieberte mässig, erbrach bisweilen und war appetitlos und sehr abgeschlagen, der Stuhlgang erschwert und immer schmerzhaft in der Geschwulst; die Harnentleerung war schmerzlos, doch war häufiger Harndrang vorhanden.

Die Diagnose auf 1) Zweitheilung der Gebärmutter und Scheide, 2) angeborenes Verschlussensein des unentwickelt gebliebenen unteren Theiles der rechten Scheide und 3) auf durch jenes Verschlussensein bedingte Ansammlung des von der rechten Gebärmutter bis dahin secernirten Menstrualblutes in dem entsprechenden Uterovaginalkanale, die ich sofort unumwunden gegen den consultirenden Herrn Prof. Róse aussprach, schien mir begründet 1) durch die Lage der Geschwulst mit deren unterem Theile überwiegend in der rechten Seitenhälfte des Beckenkanales an der vorderen und rechten Seite der offenen Scheide, und ebenso mit dem oberen Theile überwiegend in der rechten Hälfte der Bauchhöhle, 2) durch ihre langgedehnte, schlauchförmige Gestalt, 3) durch ihren innigen Zusammenhang mit der offenen Scheide einer- und der Harnblase andererseits, und endlich 4) durch ihre deutlich begrenzte Figur und die Abgrenzung namentlich von den anderweitigen Gebilden der Becken- und Bauchhöhle und besonders auch einer Beckenwand. Nur bestärkt noch wurde diese Diagnose durch das Vorhandensein der obengedachten, harten Prominenz des linken Seitenrandes des oberhalb des Beckens gelegenen Theiles der Geschwulst, da diese Prominenz offenbar nichts Anderes war, als das der offen gebliebenen linken Scheide entsprechende leere und in seiner natürlichen Grösse und Gestalt verbliebene linke Horn der Gebärmutter.

Dass der flüssige Inhalt der Geschwulst aus von der rechten Gebärmutter abgeschiedenem Menstrualblute bestand, dies liess sich folgern aus ihrer oben angegebenen Entstehungsweise und den damals und später vorhandenen Symptomen.

Dass die einzige Hülfe die Operation, war klar; indicirt war diese übrigens auch wegen der Gefahr einer späteren Ruptur. Vor ihrer Ausführung wartete ich noch die nächste Menstruation ab, die auch am 29. November eintrat und drei volle Tage dauerte, ziemlich reichlich und wieder mit heftigen Schmerzen verbunden. Als ich während derselben die Kranke untersuchte, konnte ich sehen, wie das Menstrualblut durch die offengebliebene oder linke Scheide ablief

und wie die Geschwulst nicht nur dabei stärker gespannt erschien, sondern auch zugleich bei der Berührung schmerzhafter als vorher war. Aber auch nach der so eben gedachten Menstrualblutung liess ich noch einige Tage verstreichen, bis die Spannung in der Geschwulst und die Schmerzen sich etwas gemässigt hatten.

Am 10. December führte ich dann in Gegenwart und unter der Assistenz der Herren Doctoren Chwat, Miller, Konitz und David Rosenthal die Operation aus.

In Steinschnittlage, mit stark gespreizten und gebeugten Schenkeln und durch eine Sims'sche Rinne nach abwärts gezogener hinterer Scheidenwand, lag das untere Ende der Geschwulst in der mässig erweiterten Scheide zu Tage. Ein spitzes Bistouri stiess ich mit seitwärts gewandter Schneide etwa 2 Cm. in den tief zu Tage liegenden Theil der Geschwulst ein, und fühlte deutlich, wie dasselbe in die Höhle der Geschwulst eindrang. Nach Zurückziehen des Messers trat sofort durch die kleine Wunde etwas von dem Inhalte der Geschwulst, ein dunkelbraunrothes, geruchloses, schleimig-kleberiges Blut von der Consistenz dünnflüssigen Honigs hervor. Auf einer Hohlsonde spaltete ich die Geschwulst nach rechts und links in solcher Ausdehnung, dass die so hergestellte quere Schnittöffnung im Ganzen die Länge von $2\frac{1}{2}$ Cm. erhielt, und dass ich im Stande war, durch sie den Zeigefinger in die Höhle der Geschwulst einzuführen. Ich fühlte alsdann, dass letztere innen mit ganz glatten Wänden ausgestattet war. Einen Vorsprung der Innenwand, den ich etwa als ausgedehnten Muttermund hätte deuten können, vermochte ich nicht zu erreichen.

Ein dicker Strom des obengenannten dunklen Blutes floss langsam aus. Gleichwohl beförderte ich es absichtlich nicht, sondern überliess es rein der Natur; da bei einem entgegengesetzten Verfahren eine grosse Zahl derartiger Operationen lethal verlaufen sind und ich deshalb das Beschleunigen des Ausfliessens des Geschwulstinhaltes fürchtete, ein Grundsatz, den ich übrigens schon vor Jahr und Tag an einem anderen Orte¹⁾ auszusprechen Gelegenheit genommen habe.

Nachdem nun eine grössere Menge von Flüssigkeit (400 Gm.) ausgelaufen war, liess ich die sofort erleichterte Kranke zu Bett bringen und verordnete ihr *Secale cornutum*. Die Flüssigkeit floss allmählig, aber in abnehmender Menge noch weiter; im Ganzen ging den Tag und die Nacht über noch ungefähr eben so viel davon ab, wie unmittelbar nach der Operation. Die Untersuchung der Flüssigkeit, von Herrn Professor Fudakowski in dem von ihm geleiteten chemisch-physiologischen Laboratorium der hiesigen Universität ausgeführt, ergab:

1) Siehe meinen Aufsatz: „*Postrzeżenia dotyczące nauki o zarośnięciu pochwy macicznej.*“ *Gazeta lekarska*. Warszawa. 8. Tom. 1. 1866. Nr. 7—20, S. 412—413. — Derselbe in besonderem Abdruck. Warszawa 1867. 8. S. 16.

a) an festen Bestandtheilen:

1) Eiweisssubstanzen (Serum-Eiweiss, Fibrinogen, fibrinoplastische Substanz, Hämatoglobulin und Paralbumin)	16,5760	Theile,
2) Fett und Cholestearin	0,9940	„
3) in Wasser lösliche Extractivstoffe	1,8620	„
4) in Alkohol lösliche organische Stoffe (Harnstoff und Zucker)	0,1820	„
5) in Wasser lösliche Mineralsalze	0,3550	„
6) in Alkohol lösliche Mineralsalze	0,0772	„
7) weder in Wasser noch in Alkohol lösliche Mineralsalze	0,2770	„
zusammen	20,3232	„
Verlust	0,1408	„
überhaupt	20,4640	„
b) an Wasser	79,5360	„
	100	„

Nachdem die Kranke in der ersten Nacht ziemlich gut geschlafen, befand sie sich den ganzen 11. December über leidlich. Der Ausfluss dauerte in mehr und mehr abnehmender Menge fort. Die Geschwulst verkleinerte sich allmählig. Am 12. Dec. aber klagte Pat. über Schmerzen im Unterleibe und insbesondere in der Gegend der Geschwulst, die bereits etwa auf ein Achtel ihrer ursprünglichen Grösse reducirt war, und fieberte stärker. Da die Schmerzen einen peritonitischen Charakter hatten, so liess ich fünfzehn Blutegel in der Gegend der Geschwulst ansetzen und das Abdomen kataplasmierten, zugleich sechs zweigranige Dosen Kalomel in zweistündigen Zwischenräumen reichen; am 13. December fühlte die Kranke sich wohler, doch war die Geschwulst bei der Berührung noch recht schmerzhaft. Ich fand die in ihr gemachte Oeffnung verklebt und eröffnete diese vermittels einer dicken Sonde in ihrer ganzen Ausdehnung, die in Folge der unterdessen stattgefundenen bedeutenden Zusammenziehung der Geschwulst nur etwa noch 14 Mm. betrug. Es floss noch etwa 30 Gm. von selbem Inhalte aus, wie er bei der Operation zu Tage getreten war, und es minderte sich die Schmerzhaftigkeit sofort wieder. Von jetzt ab erholte sich die Kranke und bekam wieder Appetit. Doch blieb der Puls noch immer beschleunigt, so wie auch der Ausfluss aus der künstlichen Oeffnung noch anhielt. Nur wurde derselbe allmählig dünnflüssiger und lichter gefärbt. Am 17. December stellte er sich nur noch als leicht braunröthlich gefärbter, ganz dünnflüssiger Schleim dar. Zu derselben Zeit erschien die Geschwulst in ihrem Beckentheile auf etwa ein Drittel, in ihrem Bauchtheile aber auf etwa ein Achtel ihres ursprünglichen Volumens verkleinert. Sie fühlte sich jetzt in allen ihren Theilen härter, als vor der Operation an, und nirgends war in ihr mehr Fluctuation zu fühlen. Noch immer war jeder stärkere Druck auf sie recht empfindlich, ihr der freien Bauchhöhle entsprechender Theil hatte immer

noch seine alte, schräg von der oberen Beckenöffnung nach oben und rechts aufsteigende Richtung, reichte aber lange nicht mehr so hoch nach aufwärts, wie vor der Operation, und zwar der Art, dass die Entfernung ihres oberen freien Endes von dem oberen Ende der Schambeine nicht mehr als 8 Cm. betrug. Der von mir als linkes Gebärmutterhorn gedeutete Vorsprung des linken Randes der Geschwulst hatte sich unterdessen in den Beckeneingang hinabgesenkt, wo ich ihn nur noch ganz undeutlich durch die Bauchdecken hindurch fühlen konnte. Aber nicht nur der Bauch-, auch der Beckentheil der Geschwulst bot jetzt ein verändertes Lageverhältniss dar. Er reichte einmal weniger tief gegen die Scheidenmündung herab, so zwar, dass die Entfernung seines unteren Endes von dieser letzteren 4 Cm. betrug; andererseits aber erschien sie in dem Maasse, als sie kleiner und namentlich dünner geworden war, noch mehr, als vor der Operation nach rechts hin gelegen, doch immer lag sie nicht sowohl rechts neben der linken, normal entwickelten Scheide, als vielmehr rechts von und vor derselben. Der Muttermund der linken Gebärmutter war immer noch nicht durch die Scheide zu erreichen.

Am 16. December zeigte der Ausfluss aus der gemachten Oeffnung, die sich von Neuem wieder zu verkleinern begann, nur noch eine ganz leicht braunröthliche Färbung, am 18. erschien er als eine gelbliche, eiterhaltige schleimige Flüssigkeit, und vom 21. ab als weisslich getrübler Schleim. Gleichzeitig wurde seine Menge immer geringer. Die Geschwulst erschien am 20. bereits zu dem Grade verkleinert, dass das freie Ende ihres, etwa nur noch 3 Cm. dicken und dabei sich hart anfühlenden Bauchtheiles nur noch 6,5 Cm. von dem oberen Ende der Schambeinfuge entfernt war. Verhältnissmässig weniger hatte sich der Beckentheil verkleinert. Er hatte immerhin noch über 5 Cm. Dicke. Auch fühlte er sich ungleich weniger hart an, als der Bauchtheil, schmerzte aber dafür bei der Berührung noch sehr, während der Bauchtheil, wie ich schon bemerkt habe, nur noch mässig empfindlich war. Am 24. December traten statt der für diesen Tag erwarteten Regeln plötzlich wieder heftigere Schmerzen im Unterleibe auf, wurden am folgenden Tage noch stärker, der Unterleib hart und gespannt, sich wiederholendes gallig schleimiges Erbrechen mit Stuhlverhaltung trat ein. Der Puls stieg bis auf 130 — 140. Ricinusöl, Eis, Kataplasmen wurden verordnet.

Am 26. December erschien der Puls klein, weich, fast unfeelbar, das Gesicht und Hände bleich und kühl, der noch immer gespannte Unterleib schmerzte lebhaft bei der Berührung, die Kranke, deren Bewusstsein ungetrübt war, erbrach häufig.

Ich verordnete der Kranken Kampher stündlich zu $\frac{1}{4}$ Gran, liess das von ihr so sehr begehrte Eis fortnehmen und den Leib mit einer starken Höllensteinsolution (1 Theil auf 6 Theile Flüssigkeit, und zwar 3 Theile Wasser und 3 Theile Salpeteräther) bepinseln. Der Zustand besserte sich jedoch nicht. Am 27. ward die Kranke apathisch, erbrach wiederholt, gegen Abend sogar etwa 50 Gm. dunkelschwarzen Blutes, und starb in der Nacht von dem genannten

Tage zum 28. December. Die Section ward von der Familie nicht gestattet.

Zweiter Fall.

Dieser betraf ebenfalls ein jüdisches Mädchen, Helene Mehltäger, Tochter gesunder Eltern, 19 Jahre alt, von kleinem, zarten, regelmässigen Körperbau, dunkelblond, gut genährt, von blühender Gesichtsfarbe, als Kind körperlich sowie geistig in normaler Weise entwickelt; bekam in ihrem 16. Jahre die Regeln. Dieselben waren sparsam und mit heftigen, spannenden und drückenden Schmerzen in dem Unterleibe und der Kreuzbeingegend, sowie mit lästigem Drucke auf Blase und Mastdarm verbunden. Diese Symptome hielten während der ganzen Dauer der einzelnen Regel an und hörten mit letzterer wieder auf, kehrten aber mit der nächstfolgenden Regel in gleicher Heftigkeit wieder. Während der einzelnen, zugleich mit den Regeln in Zeitabständen von je 20 bis 25 Tagen sich wiederholenden Schmerzanfälle fühlte sich die Kranke, bei der sich überdies von dem ersten Auftreten der schmerzhaften Regeln ab eine Geschwulst in dem unteren Theile des Unterleibes zu bilden begonnen hatte, meist so matt und angegriffen, dass sie genöthigt war, zu Bett zu liegen. In der Zeit zwischen den einzelnen Regeln war ihr Allgemeinbefinden ein ziemlich gutes, doch begann sie immerhin nach einiger Zeit sich schwächer zu fühlen, und da dieses Schwächegefühl allmählig zunahm und auch die Schmerzen im Unterleibe allmählig stärker auftraten, gleichzeitig aber die oben gedachte Geschwulst im Unterleibe zu wachsen schien, so liess sie sich im Monat Juni 1869 in das hiesige jüdische Hospital (Dr. Chwat) aufnehmen. Mit diesem untersuchte ich sie im November und fand, dass der Uterovaginalkanal von seinem oberen Ende an bis zur Höhe des Blasenhalsses hinab doppelt war, dass aber nur der rechte von den vorhandenen beiden Uterovaginalkanälen sich frei in den einfachen, offenen Endtheil der Scheide fortsetzte, der linke hingegen in der Höhe des Blasenhalsses endigte und durch Blut zu einer grossen, länglichen, leicht gekrümmten, stramm gespannten, undeutlich fluctuirenden Geschwulst, einer Haemelytrometra ausgedehnt war. Letztere nahm mit ihrem unteren Theile den Beckeneingang und die obere Hälfte des Beckenkanals fast ganz ein, während sich ihr oberer Theil, dicht hinter der Bauchwand liegend, in die Bauchhöhle frei bis zur Höhe des Nabels herauf zog. Die Geschwulst hatte im Ganzen ungefähr die Grösse, wenn auch nicht die Gestalt, der im sechsten Monate schwangeren Gebärmutter. Die Kranke fühlte in ihr keinen Schmerz, wohl aber empfand sie solchen, wenn die Geschwulst stärker gedrückt wurde. Die durch die Geschwulst nach rechts und hinten verdrängte Scheide war durch sie in ihrem der Geschwulst entsprechenden Theile statt in die Breite, so stark in die Länge gezogen, dass es nicht möglich war, den in ihrem Grunde

vermutheten Scheidentheil der Gebärmutter zu erreichen, noch mit dem Spiegel blozulegen.

Dr. Chwat eröffnete am 23. Januar 1870 mit einer gewöhnlichen Gebärmuttersonde den Blut enthaltenden Uterovaginalsack dadurch, dass er seine Wand an der am meisten nach der Scheide hin vorspringenden Stelle einfach durchstiess. Nach Zurückziehen der Sonde überliess er, wie ich es in meinem Falle gethan, das Ausfliessen des schwarzen, theerartigen Inhaltes der Natur. Gleich nach der Operation floss ein Kilo eines dunkelbraunen Blutes aus; der Abgang hielt mehrere Tage an und wurde allmählig immer geringer, bis er nach neun Tagen gänzlich aufhörte. Die Kranke hatte Anfangs drei Tage lang geringes Fieber mit Schmerz im Unterleibe. Unter einer mässigen Antiphlogose liessen die Zufälle nach, es stellte sich eitriger Ausfluss ein und die Kranke schien sich erholen zu wollen. Doch blieb sie fiebernd, wie auch der Unterleib in der Gegend des Geschwulstsackes bei der Berührung zu schmerzen fortfuhr. Am 8. Februar traten, angeblich in Folge eines von der Kranken begangenen Diätfehlers, Uebelkeiten, Brechanwandlungen und andere gastrische Symptome auf, wobei die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes und das Fieber vermehrt erschienen. Doch mässigten sich diese Zufälle nach einigen Tagen wieder in etwas.

Am 26. des letztgenannten Monates gesellte sich zu den obigen Erscheinungen plötzlich noch heftiger entzündlicher Schmerz in der linken Hüfte hinzu, der sich bald über die ganze betreffende Extremität verbreitete, das Fieber steigerte sich gleichzeitig, häufiges Erbrechen trat ein, der, nunmehr schon bei der leichtesten Berührung schmerzende Unterleib trieb sich auf, eitriger, blutig gefärbter Schleim floss aus der Scheide, und aus dem Darmkanale ergossen sich stinkende, flüssige, ebenfalls mit Blut gemischte Stühle. Der ganze Zustand der Kranken nahm einen hektischen Charakter an. So ging es nun fort bis zum 12. März, wo die Kranke starb. Eine Leichenöffnung ward nicht in Ausführung gebracht.

Epikritische Bemerkungen.

Stellen wir die so eben beschriebenen beiden Fälle mit ähnlichen anderer Beobachter zusammen, so finden wir zunächst, dass die Complication der einseitigen Haemometra mit zweigetheiltem Uterovaginalkanale eine der seltensten Erscheinungen darstellt, welche auf dem Gebiete der Pathologie des Weibes überhaupt vorkommen können. Wie selten sie ist, kann man schon daraus entnehmen, dass eine aufmerksame Durchforschung der

gyniatrischen Literatur als Hauptergebniss mir im Ganzen nicht mehr als achtzehn dergleichen Beobachtungen geliefert hat.

Von diesen achtzehn von mir aufgefundenen älteren Beobachtungen stammt die erste und älteste von Le Roy und Maurin in Versailles aus dem Jahre 1834¹⁾, — die zweite veröffentlichte Decès in Paris 1854²⁾, — die dritte Hertzfelder in Wien 1855³⁾, — die vierte Credé 1855⁴⁾; — die fünfte und sechste Rokitsansky 1859⁵⁾ und 1860⁶⁾, — die siebente Hegar 1860⁷⁾,

1) Le Roy: Journal des connaissances médico-chirurgicales. 1835. Tome 2. p. 181. — Vergleiche: Allgemeines Repertorium der medicinisch-chirurgischen Journalistik des Auslandes, von Behrend. 1835. Band 4. S. 382. — Adolph Kussmaul: Von dem Mangel, der Verkümmern und Verdoppelung der Gebärmutter, von der Nüchternfängnis und der Ueberwanderung des Eies. 1859. S. 195. — Albert Puech: De l'atresie des voies génitales de la femme. 1864. p. 13–15. — Johannes Holst: Beiträge zur Gynäkologie und Geburtskunde. 1865. Heft 1. S. 86–88. — K. Schröder: „Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina, angeknüpft an einen Fall von Uterus und Vagina duplex mit Atresie und Verhaltung des Menstrualblutes der rechten Hälfte.“ 1866. S. 8–9.

2) Decès: Bulletin de la Société anatomique de Paris. Juillet et Août 1854. p. 222. — Siehe auch Fenesly's Thèse. Paris 1855. Observ. 10. p. 64. — Desgleichen: Clinique médicale sur les maladies des femmes par Gustave Bernutz et Ernest Goupil. Tome 1. 1860. Observation 8. p. 59–62. — Ferner: Le Fort: Des vices de conformation de l'utérus etc. 1863. p. 131. — Puech: De l'atresie des voies génit. de la femme. p. 13–15. — Canstatt's Jahresbericht von 1855. 1856. Band 4. S. 5. — Kussmaul: l. c. S. 194. — Holst: Beiträge zur Gynäkologie. 1. Hft. 1865. S. 88–90. — Schröder a. a. O. S. 10–12.

3) „Ueber Haematocele uterina.“ (Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde. 26. December 1856.) Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 10. 1857. S. 312. — Siehe auch: Schmidt's Jahrbücher. 94. Band. 1857. S. 62–65

4) Mittheilungen über Haematocele retrouterina.“ Monatsschrift für Geburtskunde. 9. Band. 1857. S. 1–17; — dritter Fall, S. 7–8.

5) Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Band 15. 1859. Nr. 33. — Vergleiche: Canstatt's Jahresbericht 1859. Band 4. S. 413. — Puech a. a. O. S. 20. — Schmidt's Jahrbücher B. 104. 1867. S. 181–182. — Holst a. a. O. S. 93. — Livius Fürst: Ueber Bildungshemmungen des Uterovaginal-Kanales.“ Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 30. Fall 64, S. 181–182.

6) „Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Bd. 16. 1860. Nr. 481. — Vergl.: Canstatt's Jahresbericht im J. 1860. Bd. 4. S. 389. — Puech a. a. O. S. 20. — Holst a. a. O. S. 94–96. — Schröder a. a. S. 7–8. — Fürst a. a. O. Fall 63, S. 182.

7) „Ein Fall von Haematocele periuterina, nebst Beiträgen zur Ge-
Archiv f. Gynäkologie. Bd. II. Hft. 2.

die achte Thümgel 1860¹⁾, — die neunte Karl Braun in Wien 1861²⁾, — die zehnte Beronius in Fahlun 1862³⁾, — die elfte Simon 1862⁴⁾, — die zwölfte Breslau 1863⁵⁾, — die dreizehnte Olshausen 1863⁶⁾, — die vierzehnte Holst 1864⁷⁾, — die fünfzehnte Jones in Carnarvon in England 1865⁸⁾, — die sechszehnte Churchill in Dublin 1865⁹⁾, — die siebzehnte Schröder 1866¹⁾, — die achtzehnte endlich Passauer 1867¹¹⁾.

Die Fälle von Hertzfelder, Credé, Hegar, Braun und Breslau sind von diesen Beobachtern selbst eigentlich nicht als Haemometra, sondern vielmehr als Haematocele diagnosticirt und

schichte und Diagnose dieses Leidens.“ Monatsschr. f. Geburtskunde. 17. Bd. 1861. S. 418–436.

1) Klinische Mittheilungen. 1860. S. 55. — Vergl. Holst a. a. O. S. 96.

2) „Ueber Pathogenie der Haematocele retro-uterina.“ Wiener medicinsche Wochenschrift. 11. Jahrg. 1861. Nr. 28–35: „6. Beobachtung. Haematocele anteuterina, durch die Vulva mit der vorderen Scheidenwand hervorragend.“

3) „Uterus bicornis et bilocularis, Peritonitis.“ Preussische Medicinal-Zeitung. 1862. Nr. 33. Monatsschrift für Geburtskunde. 1862. S. 481–482. — Schröder a. a. O. S. 9–10.

4) „Angeborene Atresie der linken Scheidenhälfte am Introitus vaginae bei Duplicität des Uterus und der Scheide. Retention des Menstrualblutes in der verschlossenen Hälfte bei gleichzeitiger Metrorrhagie aus der offenen Hälfte der Verdoppelung.“ Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 24. 1864. S. 292–298.

5) Schweizerische Zeitschrift für Heilkunde. 1863. 2. Fall. S. 303. — Schröder a. a. O. S. 45–49.

6) „Ueber Haematocele und Haemometra, ein Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose dieser Affectionen.“ Dieses Archiv. 1. Bd. 1870. S. 41–45: „Uterus duplex, Haematometra uteri sinistri. Zweimalige Punction. Heilung.“

7) Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshülfe. 1. Heft. 1865. S. 63–85: „Blutansammlung im rechtsseitigen, verschlossenen Horn des Uterus bicornis. Diagnose während des Lebens.“

8) British Medical Journal. 22. July 1865. p. 54. — Vergl. Fürst a. a. O., Fall 59, S. 180.

9) The Lancet. 11. Nov. 1865. p. 536. — Vergl. Fürst a. a. O., Fall 58, S. 180.

10) K. Schröder: a. a. O. S. 3–6. — Siehe auch Desselben Aufsatz: „Einseitige Haemometra bei Verdoppelung des Genitalkanales“. Berliner klinische Wochenschrift. 1866. Nr. 38.

11) „Einseitige Haemometra bei Verdoppelung des Genitalkanales.“ Berliner klinische Wochenschrift. 1867. Nr. 26.

beschrieben worden, stimmen jedoch, wie schon Schröder¹⁾ nachgewiesen hat, und wie auch ich meinestheils finde, so sehr mit dem Krankheitsbilde der als Complication der Duplicität des Uterovaginalkanales auftretenden einseitigen Haemometra überein, dass ich nicht habe anstehen können, sie als Beispiele dieses letzteren Leidens mit aufzuführen. Auch hat ja, was den Fall Hegar's anbelangt, dieser Beobachter, wie wenigstens Simon²⁾ versichert, nachträglich in Folge erneuter Untersuchung seiner Kranken seinen Irrthum selbst erkannt und berichtigt. — Noch am meisten könnte es Bedenken erregen, den Fall von Credé hierher zu ziehen. Nachdem ich denselben indessen wiederholt nachgelesen habe, scheint mir die Symptomengruppe immer noch mehr auf Haemometra unilateralis, als auf die vom Verf. angenommene Haematocele juxtauterina zu passen. Ganz besonders aber scheint in meinen Augen der Umstand gegen diese letztere Diagnose zu sprechen, dass, nachdem bei der Kranken seit drei Wochen eine fast faustgrosse, beim Druck sehr empfindliche, etwas bewegliche Geschwulst rechterseits neben und etwas vor der, leicht nach links hin verschobenen Gebärmutter bestanden, ein einfaches Einführen der Sonde in die Gebärmutterhöhle genügt hat, dem aus jauchigem Blute bestehenden Inhalte der Geschwulst Abfluss nach jener Höhle hin zu verschaffen. Ein solcher Erfolg war nur dann möglich, wenn die die Höhle der Geschwulst von der die Gebärmutter trennende Wand sehr dünn war. Nur eine ganz dünne Zwischenwand zwischen jenen Höhlen, wie ihre Existenz bei doppelter Gebärmutter, konnte nämlich schon auf den wenig starken Druck, wie ihn bei der gewöhnlichen Untersuchung mit der Gebärmuttersonde diese letztere ausübt, sofort nachgeben und bersten, unmöglich aber hätte die Wand der sonst gesunden Gebärmutter ein solches Bersten erfahren; ausser etwa dann, wenn sie durch die Einwirkung des jauchigen Inhaltes des neben ihr bestandenen Abscesses eine theilweise Erotisirung ihrer Substanz und dadurch eine bedeutendere Verminderung ihrer natürlichen Dicke und Festigkeit erfahren hätte. Eine solche Veränderung ist aber hier nicht wohl anzunehmen, da, wenn ein aus einer umschriebenen Blutanhäufung hervorgegangener Abscess seitlich neben und vor der Gebärmutter, sei es innerhalb des

1) Schröder: l. c. S. 45–56.

2) Monatsschrift für Geburtskunde. 27. Bd. 1866. S. 417.

Bauchfelles, sei es ausserhalb desselben etwa zwischen den beiden Blättern des rechten breiten Bandes bestanden hätte, dieser Abscess seinen Inhalt weit eher im ersteren Falle nach dem Bauchfellraume oder nach der Blasenhöhle, im letzteren nach dieser letzteren oder nach dem Scheidenkanale, als nach der Gebärmutterhöhle hin zu entleeren gestrebt hätte. Der Abfluss des Inhaltes des Abscesses nach der Gebärmutterhöhle und durch diese nach der Scheide hin nach der Einführung der Sonde in die Gebärmutter ist aber sofort erklärt, wenn wir annehmen, dass eine rechtseitige Haemometra bei Duplicität der Gebärmutter vorgelegen hat, die Scheidewand zwischen der atretischen rechten und der offenen linken Gebärmutterhälfte von Natur nur sehr dünn gewesen und bei Gelegenheit der Sondirung geborsten, und dass es eben nur der jauchigzerfallene Inhalt der Haemometra gewesen ist, der durch den Muttermund nach der Scheide hin abfloss.

Nach Schröder's Behauptung soll übrigens ausser dem oben gedachten Falle Breslau's noch ein zweiter von diesem Letzteren als Haematocoele beschriebener¹⁾ ebenfalls hierher zu zählen sein. Leider hat Schröder aber in seiner betreffenden Arbeit, der ich meine Kenntniss der fraglichen Beobachtungen Breslau's ausschliesslich verdanke, nur den oben gedachten ersten dieses Letzteren in etwas umständlicherer Weise mitgetheilt, in Betreff jenes von ihm angezogenen anderen Falles aber sich mehr nur auf Andeutungen beschränkt, die nicht genügten, mir von dem Falle ein vollständiges Bild zu verschaffen. Da ich mir nun über diesen anderen Breslau'schen Fall kein eigenes Urtheil zu fällen erlauben kann, so möge es genügen, dass ich auf denselben hiermit wenigstens aufmerksam gemacht habe.

Mit Stillschweigen will ich hingegen alle jene Fälle von blosser Duplicität des Uterovaginalkanales übergehen, in welchen diese Anomalie wohl mit Atresie der einen oder anderen Hälfte jenes Kanales, aber nicht zugleich mit Zurückhaltung von Menstrualblut in der atretischen Hälfte complicirt gewesen ist, wie z. B. den bekannten, ein neugebournes Mädchen betreffenden Fall dieser Art, über welchen 1857 Puech²⁾, so wie jenen, ein fünfzehn-

1) Breslau a. a. O. 4. Fall. S. 310. — Vergl. Schröder: l. c. S. 45 u. 55.

2) Gazette des hôpitaux. 1857. p. 586. — Vergl. auch seine citirte Abhandlung. p. 20.

jähriges, an Tuberculose verstorbenes, noch nicht menstruiert gewesenes Mädchen betreffenden Fall, über welchen 1859 Rokitansky¹⁾ berichtet hat.

Noch weniger will ich aber endlich Fälle jener Art, wie der von Santessen 1855 veröffentlichte²⁾, welchen Holst in die Betrachtung des hier in Rede stehenden Leidens als Beispiel desselben mit hineingezogen hat³⁾, hier zur Sprache bringen, da hier die Duplicität des Uterovaginalkanales zwar mit Haemometra complicirt gewesen ist, die dieser letzteren zu Grunde liegende Atresie aber nicht ausschliesslich nur eine von den beiden Muttermundöffnungen, sondern beide zugleich betraf. Dass übrigens in dem Santessen'schen Falle die Höhlen der beiden Gebärmutterhälften bei der Leichenuntersuchung als mit einander communicirend erkannt worden sind, kann hier eben so wenig in Betracht kommen, als es von Interesse sein kann, zu wissen, ob jene Communication schon vor der, an der Kranken zur Ausführung gekommenen Operation der Haemometra vorhanden gewesen, oder, wie Holst annimmt⁴⁾, erst nach derselben auf dem Wege eines Durchbruches des blutigen Inhaltes der linken Gebärmutterhöhle nach der operativ geöffneten rechten hin zu Stande gekommen sein mag.

Hiernach bleiben uns dann nur die erstgenannten achtzehn Fälle, und nach Hinzurechnung unserer oben beschriebenen zwei im Ganzen zwanzig Fälle für die nachfolgende epikritische Betrachtung übrig.

Zunächst ist zu bemerken, dass die Ansammlung des menstrualen Blutes bald in dem rechten, bald in dem linken Uterovaginalkanale stattgefunden hat.

In den Fällen von Le Roy, Hertzfelder, Credé, in dem einen von den beiden Rokitansky'schen, in den Fällen ferner von Hegar, Thüngel, Braun, Beronius, Holst, Jones

1) Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1853. — Vergl. Holst a. a. O. S. 93—94.

2) Medicinische Zeitung, herausgegeben von dem Vereine für Heilkunde in Preussen. 1857, Nr. 50. — Schmidt's Jahrbücher. 1858. Bd. 98. S. 324. — Kussmaul a. a. O. S. 195.

3) a. a. O. S. 90—93.

4) a. a. O. S. 97 u. 100.

und Schröder, sowie endlich in unserem ersten war sie rechtsseitig, hingegen in dem Falle von Decès, dem zweiten Rokitansky'schen, denen von Simon, Breslau, Olshausen, Passauer und in unserem zweiten linksseitig. Im Allgemeinen herrschte also rechtsseitige Atresie und Blutansammlung etwas vor.

Die Ansammlung des zurückgehaltenen Menstrualblutes selbst nahm nach dem höheren oder niederen Sitze der vorhandenen Atresie einen mehr oder minder grossen Theil des betreffenden Uterovaginalkanales, und so namentlich in den beiden von Rokitansky, in denen von Thüngel, Holst, Jones, Churchill und, wie es den Anschein hat, auch in dem von Credé, ausschliesslich die Gebärmutter; in den Fällen von Le Roy, Decès, Hertzfelder, Braun, Breslau, Olshausen, Passauer und in unseren beiden die Gebärmutter und zugleich ein grösseres oder kleineres Stück der Scheide, endlich in den Fällen von Hegar, Beronius, Simon und Schröder mit der Gebärmutter zugleich die ganze, erst in ihrer Mündungsöffnung atretische Scheide der betreffenden Seite ein. Diesem nach erschien sie also verhältnissmässig seltener ausschliesslich auf das Gebärmutterhorn der atretischen Seite beschränkt (Haemometra im engeren Sinne), und dehnte sich hingegen häufiger über die Gebärmutter und Scheide zugleich, und zwar, häufiger nur über ein mehr oder minder langes Stück, als über die ganze Länge der Scheide bis an ihre Mündung hinab, aus (Haemelytrometra oder Haematelytrometra).

In allen Fällen bestand neben der Blutansammlung in der atretischen Hälfte des paarigen Uterovaginalkanales eine mehr oder minder regelmässige Ausscheidung von Menstrualblut durch die offen gebliebene Hälfte nach aussen. Nur in dem einen von den beiden Rokitansky'schen Fällen, welcher eine im 24. Lebensjahre an Herzerweiterung verstorbene Frauensperson betraf, und in dem das atretische rechte Gebärmutterhorn durch in ihm angesammelte colloide Flüssigkeit von bräunlicher Farbe zu einer Geschwulst ausgedehnt war, soll ein Ausfluss von Menstrualblut nicht stattgefunden haben. Vielleicht hatte die betreffende Person einen solchen aber dennoch gehabt, und war derselbe nur bei der Aufnahme im Krankenhause zufällig unberücksichtigt geblieben.

In allen beobachteten Fällen war das Leiden mit mehr oder minder heftigen Schmerzen im unteren Theile der Bauch- und in der Beckenhöhle, so wie in der Lendenkreuzbeingegend ver-

bunden, deren erstes Auftreten wohl immer mit einer Menstrualblutung zusammenfiel, nur in dem einzigen Falle von Schröder hatte es in der Zwischenzeit zwischen zwei Regeln statt. Einmal aufgetreten exacerbirten diese Schmerzen von da ab in der Regel bei jeder einzelnen Menstruation und nahmen dabei meist zugleich nach und nach an Heftigkeit zu.

In dem Falle von Passauer, sowie in unseren beiden machte sich zugleich mit dem Auftreten der Dysmenorrhöe auch sofort die von der Haemometra gesetzte Geschwulst bemerkbar. Ob auch in allen übrigen Fällen Gleichzeitigkeit des Auftretens der einen und der anderen Erscheinung stattgefunden, lässt sich nicht sagen, da sich in der betreffenden Krankheitsgeschichte dahin zielende Angaben meist nicht vorfinden; indessen unterliegt seine Gleichzeitigkeit wohl keinem Zweifel, denn wenn auch einzelne Kranke, wie z. B. die von Decès beobachtete, das Vorhandensein der Geschwulst erst wahrgenommen haben wollen, nachdem die Dysmenorrhöe schon seit einiger Zeit bestanden, so ist es doch fraglich, ob bei ihnen die Geschwulst sich nicht gleichwohl zugleich mit dem Eintritte der Dysmenorrhöe zu bilden begonnen hat und nur von den Kranken selbst erst längere oder kürzere Zeit später bemerkt worden ist.

In Folge dieser Gleichzeitigkeit des Auftretens der Geschwulst und der Dysmenorrhöe dürfen wir somit den Beginn dieser letzteren immerhin als den Ausdruck für den Beginn der menorragischen Ergiessung in die Höhle der atretischen Hälfte des Uterovaginalkanales festhalten. Thun wir aber Solches, so verhielt sich der Eintritt dieser Ergiessung in denjenigen von den unserer Zusammenstellung zu Grunde liegenden zwanzig Beobachtungen, in denen in Bezug auf den Beginn der Dysmenorrhöe Angaben gemacht worden sind, folgendermassen: er hatte in den Fällen von Decès, Hegar, Beronius, Simon, Holst, Olshausen, so wie in unseren beiden schon bei Gelegenheit der ersten, — in dem Falle von Passauer bei Gelegenheit der dritten Regel, — in den Fällen von Le Roy, Breslau und Schröder anderthalb bis zwei Jahre — in dem Falle von Hertzfelder endlich gar erst drei Jahre nach dem ersten Erscheinen der Menstruation statt. Hieraus würde somit hervorgehen, dass bei Duplicität des Uterovaginalkanales und gleichzeitiger Atresie der einen Hälfte dieses Kanales bald beide Hälften dieses letzteren ihre menstruale Function gleichzeitig beginnen, bald auch nicht gleich-

zeitig. Das erstere Verhältniss scheint ungleich häufiger stattzufinden. Beginnen sie die gedachte Function nicht gleichzeitig, so ist die offene Hälfte des in Rede stehenden Kanales diejenige, in welcher zuerst die menstruale Ausscheidung stattfindet, und erst später tritt diese, selbstverständlich gleichzeitig mit der Menstruation der offenen Hälfte auch in der atretischen auf. Der Zeitunterschied kann, wie wir gesehen haben, sogar drei Jahre betragen.

Was das Alter der Kranken anbelangt, in dem Haemometra sich bildete, so walteten die grössten Verschiedenheiten ob. Die das Zustandekommen dieses Leidens kennzeichnenden Symptome, insbesondere die heftigen dysmenorrhöischen Schmerzen traten nämlich bei der Kranken von Simon im 14. Lebensjahre ein, — bei der von Decès im 15., — bei der von Hegar und bei unserer zweiten Kranken im 16., — bei den vier Kranken von Le Roy, Hertzfelder, Schröder und Passauer und unserer ersten im Alter von 17 bis 17½, — bei der Kranken von Olshausen im 19., — bei der von Beronius im 21., — bei der von Credé im einigen und zwanzigsten, — bei der von Braun im 24., — bei der von Holst endlich im 27. Jahre.

Eben so verschieden war die Dauer des Zeitraums, welcher zwischen dem Auftreten der Schmerzen und dem Beginne der gegen die Haemometra gerichteten Behandlung verfloss. Derselbe betrug nämlich bei der Kranken von Passauer erst wenige Tage oder vielleicht auch nur Stunden, — bei den von Breslau und Credé etwa fünf Wochen, — bei der von Braun drei bis vier Monate, — bei den von Le Roy und Schröder je ein halbes Jahr, — bei den von Decès, Hertzfelder, Simon und Olshausen je ein Jahr, — bei der von Hegar und unserer ersten Kranken je zwei Jahre, — bei der Kranken von Beronius und unserer zweiten Kranken je drei, — bei der Kranken von Holst endlich gar fünfzehn Jahre.

Höchst merkwürdig waren die beiden Fälle von Braun und Olshausen dadurch, dass in dem ersteren der Bildung der Haemometra Schwangerschaft und rechtzeitige glückliche Geburt vorgegangen waren, in dem letzteren aber die betreffende Kranke nach geschehener operativer Beseitigung ihrer Haemometra binnen der auf dieselbe gefolgten sechs Jahre drei Mal ebenfalls rechtzeitig und glücklich gebar.

Was den Verlauf und die Behandlung des Leidens anbetrifft, so wurde dasselbe in den Fällen von Credé, den beiden von Rokitansky und dem von Thüngel, also im Ganzen in vier Fällen ohne operative Behandlung belassen. Der Erfolg der vielmehr rein expectativ gehaltenen Behandlung war ein verschiedener. Bei der Credé'schen Kranken nämlich erfolgte bei Gelegenheit einer Sondirung der offenen Gebärmutterhöhle ein Durchbruch des Inhaltes der Blutcyste nach der genannten Höhle hin. Die Kranke genas. Die Rokitansky'schen Kranken starben beide; die eine im Alter von 24 Jahren an Herzerweiterung, also an einem Zustande, der mit dem Leiden des Sexualapparates in keinerlei pathologischem Zusammenhange stand; die andere im Alter von 22 Jahren, in Folge davon, dass bei ihr, ähnlich wie bei der Credé'schen Kranken der Inhalt des atretischen linken Gebärmutterhornes suppurativ nach der Höhle des offenen rechten Gebärmutterhornes hin durchbrach und so nach aussen abfloss, und sich bei Gelegenheit dieses Suppurationsprocesses eine tödtliche Peritonitis ausbildete. — Ebenso starb auch die Thüngel'sche Kranke, wie Thüngel sich ausdrückt, im Folge ihrer Missbildung im Alter von 43 Jahren. — Was mit der Kranken Churchill's in therapeutischer Beziehung vorgenommen worden ist, weiss ich nicht anzugeben, da ich in dem von Fürst gegebenen Citat über sie, welchem ich meine Kenntniss dieses Falles verdanke, hierüber keine Andeutung gefunden habe.

Die übrigen fünfzehn Kranken wurden sämmtlich operirt. Die Operation wurde stets durch Eröffnung der das zurückgehaltene Menstrualblut enthaltenden Cyste von der Scheide aus bewerkstelligt, die Eröffnung selbst aber in verschiedener Weise bewerkstelligt.

Auf sehr einfache Weise vollführte sie Chwat in unserem oben beschriebenen zweiten Falle. Er eröffnete nämlich den Sack so, dass er dessen Wand an der am stärksten nach dem Hohlraume der offenen Scheide hervorgestülpten Stelle derselben mit einer dicken Gebärmuttersonde durchstiess und das Ausfliessen des Inhaltes der Natur überliess. Andere hielten den Trokar für geeigneter, so u. A. Decès. Derselbe beschränkte sich jedoch darauf, den Geschwulstsack, der tief in das Becken hinabzureichen schien, in deren unterstem Theile von der Scheide aus mit dem Explorativtrokar anzustechen. Es lief jedoch durch die kleine Stichöffnung nur ein ganz unbedeutender Theil dickflüssigen Blutes

aus. — Auch Hertzfelder eröffnete die Geschwulst, die ebenfalls bis dicht oberhalb der Scheidenmündung sich heraberstreckte, mit dem Trokar. Durch die Stichöffnung lief ein Pfund zähflüssigen, dunklen Blutes aus. — Ganz ebenso verfuhr Breslau, dessen hier in Rede stehender Fall überhaupt mit dem Falle von Hertzfelder sehr übereinstimmte. — Auch Beronius, in dessen Falle die Blutansammlung bis zum Niveau der offenen Scheide hinabreichte, stach die Geschwulst einfach an und bewirkte dadurch, dass das in derselben befindliche Menstrualblut sofort in sehr grosser Menge ausfloss.

Holst, bei dessen Kranken eine einfache Haemometra des rechten Gebärmutterhornes bei einfacher Scheide vorhanden war, stach den Geschwulstsack mit dem Trokar an und spritzte, um das Ausfliessen des Inhaltes zu befördern, die Höhle selbst mit Wasser aus. — Olshausen endlich, der es, ganz wie Holst, mit einer einfachen Haemometra des Gebärmutterhornes allein, aber des linken, zu thun hatte, stach einen langen, dünnen, geraden Trokar von der Scheide aus in die Geschwulst ein, was den Ausfluss von einer bis zwei Unzen theerähnlichen, schwarzen Blutes zur Folge hatte. Am darauf folgenden Tage wiederholte er die Punction, und da diese diesmal fruchtlos war, so wiederholte er sie sofort noch einmal. In dem von der letzten Punction herrührenden Wundkanale, durch den noch eine Unze Blut ausfloss, legte er eine Darmsaite ein. Letztere fiel indessen wieder heraus. Deshalb führte er nunmehr eine Gebärmuttersonde ein, und dies hatte den Erfolg, dass nun noch einige Theelöffel voll schwarzen Blutes von putridem Geruche abgingen.

Anderen genügte der einfache Trokarstich nicht, sie erweiterten ihn vielmehr mit dem Messer zu einer Schnittöffnung. Es thaten dies namentlich Maurin (in dem von Le Roy beschriebenen Falle), Hegar und Jones. Bei der von Maurin operirten Kranken hatte die der Haemometra zu Grunde liegende Scheidenatresie ihre Lage dicht oberhalb der Mündung der offenen Scheide. Maurin stach erst einen Trokar von der Scheide aus in die Geschwulst ein, zog ihn aber, nachdem etwas von dem Inhalte ausgeflossen war, wieder heraus und erweiterte darauf die Stichwunde mit dem Bistouri, was den sofortigen Ausfluss von drei Tassenköpfen voll chokoladefarbigem, dicken Blutes zur Folge hatte. — Im Hegar'schen Falle, der in pathologisch-anatomischer Beziehung mit denen von Hertzfelder, Beronius

und Breslau übereinstimmte, betrug die Menge des ausfliessenden Blutes anderthalb Schoppen, in dem Jones'schen Falle, der wieder mehr dem Falle von Olshausen gleich, eine Pinte. — Auch Braun machte erst die Punction der Geschwulst und erweiterte die Stichöffnung später mit dem Bistouri, aber er that Solches in zwei ganz getrennten Zeiten, und zwar in der Art, dass er erst einen Explorations- und gleich darauf einen gewöhnlichen Trokar einstach, darauf unter Anwendung von Druck von aussen auf die Geschwulst für sofortige Entleerung dieser letzteren sorgte und erst sechs Tage nach jener Punction und nach unterdessen wiederholt ausgeführtem Ausspritzen der Geschwulsthöhle mit lauem Wasser, die Stichwunde vermittels des auf der Hohlsonde eingeleiteten Bistouris zu einer Schnittwunde erweiterte. Das tägliche Ausspritzen der Geschwulsthöhle mit lauem Wasser setzte er hierauf noch durch sechs fernere Tage fort. Die Menge des entleerten Blutes betrug in diesem Falle, der seinem anatomischen Verhalten nach den Fällen von Hertzfelder, Bero-nius, Breslau und Hegar sehr ähnlich war, über zwei Pfund. Das Blut selbst wird von Braun als chokoladefarbig und dicklich angegeben.

Anders, als die bisher Genannten, verfuhr Simon, er eröffnete nämlich die Geschwulst geradezu durch einen Einschnitt. In seinem Falle war die Atresie eine linksseitige und lag so tief, dass der Haemelytrometra-Sack mit seinem unteren Ende zwischen den grossen Schamlippen zu Tage lag. In dieses zu Tage liegende Ende des gedachten Sackes nun machte Simon den Einschnitt $2\frac{1}{2}$ Cm. lang. Durch die Schnittöffnung flossen 6 Unzen dunklen, zähflüssigen Blutes aus. Dieselbe verkleinerte sich in der auf die Operation folgenden Zeit nach und nach, blieb aber offen. Dieses Simon'sche Operationsverfahren wurde auch von Passauer, so wie desgleichen in unserem zweiten Falle von mir befolgt.

Passauer, dessen Fall in anatomischer Beziehung dem Decès'schen fast völlig indentisch war, machte indessen den Einschnitt, welchen selbst er, da die Geschwulst nicht bis zur Scheidenmündung hinabreichte, selbstverständlich nur von dem offenen Scheidenkanale aus auszuführen genöthigt war, kürzer, nur $1\frac{1}{4}$ Cm. lang. Die Menge des ausfliessenden Blutes, welches von dunkler Farbe und theerähnlich war, betrug ein halbes Quart. Einige Zeit nach der Operation füllte sich indessen in Folge von Wieder-

verwachsung der Schnittöffnung der Sack von Neuem. Passauer sah sich daher genöthigt, nach einem Monate die Operation zu wiederholen. Aber auch nach dieser zweiten Operation füllte sich die Geschwulst von Neuem. Passauer operirte sie daher nach weiteren zwei Monaten zum dritten Male, und jetzt erst blieb der Einschnitt offen.

In meinem Falle machte ich den Einschnitt ganz so lang wie es Simon gethan, führte aber den Schnitt selbst anders aus. Ich stach nämlich, nach Blosslegung der Geschwulst mittels eines offenen Sims'schen Scheidenspiegels, den Sack in dessen unterstem Theile mittels eines spitzigen Messers an und erweiterte darauf erst mittels des auf der Hohlsonde eingeleiteten Pott'schen Fistelmessers nach rechts und links hin in dem Grade, dass die querlaufende Schnittöffnung die Länge von $2\frac{1}{2}$ Cm. erhielt. Nach der Eröffnung wendete ich absichtlich weder einen Druck auf die Geschwulst an, noch machte ich irgend welche Einspritzungen in die Höhle, sondern überliess die weitere Elimination des Inhalts rein der Natur, die ich nur auf die Art zu unterstützen suchte, dass ich der Kranken *Secale cornutum* verordnete. Die Menge des ausgeflossenen Blutes, welches selbst dunkelbraunroth, schleimig-klebrig, von der Consistenz dickflüssigen Honigs und geruchlos war, betrug im Ganzen etwa achtundzwanzig Unzen.

Auf eine ganz eigenthümliche Weise endlich führte Schröder die Eröffnung der Geschwulst aus, welche letztere in seinem Falle ziemlich die ganze Länge des betreffenden rechtsseitigen Uterovaginalkanales einnahm und mit ihrem unteren Ende in der Oeffnung des Hymens zu Tage lag. Er beschränkte sich nämlich nicht auf einen blossen Einstich oder Einschnitt, sondern schnitt geradezu aus dem in der Hymenalöffnung zu Tage liegenden unteren Ende der Geschwulst ein Stück aus.

Hiernach sind also Behufs der Eröffnung der einseitigen Haemometra, welche selbst in allen obigen Fällen von der Scheide aus bewerkstelligt wurde, folgende verschiedene Verfahrungsweisen bis jetzt in Anwendung gebracht worden:

- 1) die einfache Punction der Geschwulst vermöge der Gebärmuttersonde (Chwat);
- 2) die einfache Punction mittels des Trokars (Decès, Hertzfelder, Breslau, Beronius, Host, Olshausen);

- 3) die Punction mittels des Trokars mit unmittelbar darauf nachgeschickter blutiger Erweiterung der Stichwunde (Maurin, Hegar, Jones);
- 4) die Punction mittels des Trokars mit erst nach Verlauf der von mehren Tagen nachgeschickter blutiger Erweiterung des Stichkanales (Braun);
- 5) der einfache oder auch von einem vorläufigen, mit dem Spitzmesser ausgeführten Einstich aus gemachte Einschnitt (Simon, Passauer, der Verfasser);
- 6) das Ausschneiden eines Stückes aus der Wand des Geschwulstsackes, selbstverständlich in deren ganzer Dicke (Schröder).

Der Ausgang der Operation war acht Mal (Herzfelder, Hegar, Braun, Simon, Breslau, Olshausen, Schröder und Passauer) Genesung, sieben Mal (Maurin Decès, Beronius, Holst, Jones, die beiden hier erzählten) der Tod.

Der lethale Ausgang trat fünf Mal (Le Roy, Beronius, Holst, die meinigen und der Chwat'sche Fall) in Folge von Entzündung des Bauchfelles ein. Diese stellte sich in dem Falle von Holst schon am Abende nach der Operation ein und führte nach 17 Tagen zum Tode; in den meinigen begann sie am 2. Tage und tödtete ebenfalls am 17. Tage. Im Beronius'schen Falle bildete sie sich am 5., im Le Roy'schen am 9. Tage aus, und erreichte ihr tödtliches Ende im ersteren schon nach 36 Stunden, im letzteren hingegen nach 3 Tagen. In dem Falle von Chwat entwickelte sie sich allmählig und endigte nach Hinzutritt pyämischer Erscheinungen nach 48 Tagen tödtlich. —

Zwei Mal hingegen (Decès und Jones) wurde der tödtliche Ausgang am 4., resp. 22. Tage dadurch herbeigeführt, dass der Inhalt einer gleichzeitig vorhanden gewesenen Blutcyste des freien Endes des Eileiters der kranken Seite die Wand dieser Cyste nach der Bauchfellhöhle hin durchbrach und sich in letztere Höhle ergoss.

Uebrigens kam Entzündung des Bauchfells nach der Operation auch in einzelnen von den glücklich abgelaufenen Fällen vor, so u. A. in dem Olshausen'schen. Doch war dieselbe hier dann immerhin nur mässig. Die Olshausen'sche Kranke hat in den auf die Operation gefolgten Jahren wiederholt, und zwar rechtzeitig und glücklich geboren.

Aus der gegebenen vergleichenden Zusammenstellung scheint nun in Betreff der Prognose ein Mal des Leidens selbst und andernteils der operativen Behandlung desselben Folgendes hervorzugehen:

1) Die durch Atresie einer Hälfte des zweigetheilten Uterovaginalkanales veranlasste Retention des Menstrualblutes ist immer ein schweres Leiden, welches nur allzuleicht, und zwar, wie es scheint, noch ungleich leichter, als die Retention in dem atretischen ungetheilten Uterovaginalkanale, zu Durchbruch des angesammelten Blutes durch die Wand der es enthaltenden Cyste nach einem benachbarten Raume hin, Verjauchung der Cyste und dem Tode der Kranken führen kann.

2) Tritt aber auch der Tod in Folge des Leidens selbst nicht ein und erreicht die Kranke vielleicht sogar ein vorgerückteres Alter, so ist doch das Leben einer solchen Person immer ein elendes, durch lästige, in den einzelnen Menstruationsphasen immer mehr oder minder heftig exacerbirende Schmerzen, oft sogar durch förmliches Siechthum in mehr oder minder hohem Grade verkümmertes.

3) Radicale Heilung tritt ohne Dazwischentreten der Kunst nur höchst selten einmal ein — ich erinnere an den Credé'schen Fall, wofern wir denselben überhaupt mit Recht hieher gezogen haben, — im Uebrigen aber vermag hier einzig und allein die Operation der vorhandenen Geschwulst radicale Hülfe zu bringen.

4) Indessen hat die Operation immerhin ihre sehr ernstlichen Gefahren; ja diese sind so gross, dass bisher immer etwa nur die Hälfte geheilt worden, die andere Hälfte hingegen in Folge der Operation gestorben ist.

5) Im einzelnen Falle scheint die Operation eine desto bessere Prognose zu bieten, in je grösserer Ausdehnung die betreffende Hälfte gefüllt ist und je näher dem Mündungspunkte der offenen Hälfte die Geschwulst geöffnet werden kann. Es sprechen für diese Ansicht namentlich die drei Fälle von Hegar, Simon und Schröder, in denen die Genesung geradezu ohne irgend welche schlimmeren Zufälle und, so zu sagen, sofort erfolgte, während in jenen Fällen, in welchen die Blutansammlung sich allein auf das Gebärmutterhorn der betreffenden Seite beschränkte, bisher nur ein einziges Mal (in dem Olshausen'schen Falle) Heilung durch die Operation hat ermöglicht werden können.

6) Es scheint aber auch die Art und Weise der Ausführung der Operation von grossem Einflusse auf die Prognose zu sein. Insbesondere scheint es, als wenn diese desto besser sich gestaltete, je grösser die Oeffnung gemacht wird und je ungehinderter und vollständiger in Folge dessen das Blut ausfliessen kann. Wenigstens haben von jenen Fällen, in denen eine verhältnissmässig recht grosse Oeffnung in die Cystenwand gemacht wurde, überwiegend viele mit Heilung geendigt, während in jenen, in denen die gemachte Oeffnung eng war, nachträglich meist eine mehr oder minder heftige Bauchfellentzündung sich entwickelte, die zwar zuweilen (Hertzfelder, Olshausen) noch mit Genesung endigte, in den bei Weitem meisten Fällen aber mehr oder minder rasch zum Tode führte.

7) Ueber die Richtung, die bei der Operation durch den Schnitt diesem zu geben ist, habe ich nicht gut vergleichende Betrachtungen anstellen können, weil einmal die Zahl der mit dem Messer operirten Fälle zu klein war, zum Anderen aber von den Beobachtern die Schnitttrichtung nicht näher angegeben ist. Ich habe in dem von mir operirten Falle den Schnitt quer geführt. Gleichwohl bin ich gegenwärtig der Ansicht, dass, dort wenigstens, wo die Geschwulst einen Theil der Scheide ihrer Seite mit umfasst, der longitudinale Schnitt vorzuziehen sein möchte, weil er weniger Neigung zum spontanen Verschliessen haben und daher den Abfluss des Geschwulstinhalts mehr begünstigen dürfte. Noch zweckmässiger aber ist es vielleicht, anstatt einen gewöhnlichen Einschnitt zu machen, geradezu mit Schröder ein Stück aus der Cystenwand auszuschneiden, weil man so eine klaffende Oeffnung herstellt, die, da sie dem freien Abflusse noch mehr Vor-schub leistet, in noch höherem Grade geeignet erscheint, dem so sehr zu fürchtenden jauchigen Zerfallen des Cysteninhaltes und der Infection vorzubeugen. Vielleicht liesse sich aber zu diesem Endzwecke noch ein ganz anderes Operationsverfahren empfehlen, das nämlich, die beabsichtigte Oeffnung in der Wand der Blut-cyste nicht mittels Trokar oder Messer, sondern mittels der galvanokaustischen Schlinge zu bewerkstelligen, weil man auf diese Weise eine Oeffnung erlangen würde, die einmal bis zum Abfallen des Brandschorfs nicht die geringste Neigung, sich zu schliessen, hätte, und andererseits eben durch den Schorf vor einer Infection durch abfliessende Jauche gesichert wäre. Zur Operation selbst würde sich eben sowohl die spatelförmige wie

auch die gewöhnliche schneidende Platindraht-Schlinge eignen. Mit ersterer würde man, nach gehöriger Blosslegung des der Scheide entsprechenden Theiles der Geschwulst mit dem Spiegel, analog wie mit dem Messer arbeiten, — den zur Schlinge bestimmten Platindraht würde man mittels der Kanüle eines vorläufig in die Blutcyste ein- und etwa 3 Cm. höher oben aus ihr nach dem freien Scheidenraume wieder ausgestochen, mässig dicken, gekrümmten Explorativtrokars durch die Wand der Cyste hindurchziehen, dann in Verbindung mit dem Apparat bringen und, nachdem er zum Glühen gebracht worden, mit ihm das gefasste Stück der Cystenwand durchtrennen.

Warschau, October 1870.