

beiden Seiten hin scharf begrenzt, nach hinten gegen die Basis des Lappens zu entsprechend der beträchtlicheren Dicke dieses Theiles des Hymen eine Art Rinne darstellend, welche den Eindruck eines vernarbten kleinen Einrisses macht. Dieses Loch kann nur das Foramen hymenaeum sein. Zu beiden Seiten des Scheideneinganges finden sich gar keine Hymenreste, die Wand ist hier fast ganz glatt. Dagegen findet sich ein ziemlich grosser oberer Hymenlappen, welcher vor der Harnröhrenmündung quer von rechts nach links ausgespannt ist und an der Mitte seines freien Randes ein vorspringendes Läppchen zeigt. — Herr Obermedicinalrath Dr. Landenberger, welcher die A. ebenfalls untersucht und obigen Befund und Deutung bestätigt hat, theilte mir mit, dass ihm noch zwei Fälle von Zerreißung des Hymen mit erhaltenem Hymenloch bekannt seien: der eine betreffe eine Jungfrau, die sich die Hymenverletzung wahrscheinlich durch onanistische Manipulation zugezogen, der andere eine Frau, die nun schon mehrere Geburten ohne weitere Verletzungen überstanden hat.

Mittheilungen aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik
zu Innsbruck.

II. Asymmetrisch verengtes rachitisches Becken mit einer Conjugata vera von 64 Mm., Einleitung der künstlichen Frühgeburt mittels Pilocarpinum muriaticum mit Erfolg.

Von

Ludwig Kleinwächter
in Innsbruck.

Wenige Tage nachdem jene Person, bei welcher ich die Frühgeburt mittels Pilocarpinum muriaticum eingeleitet hatte¹⁾, meine Klinik verlassen, bot sich mir von Neuem Gelegenheit, die wehen-erregende Wirkung dieses Mittels zu constatiren.

Am 15. Juni laufenden Jahres kam in die Klinik eine 35jährige Tagelöhnerin, Trägerin eines hochgradig verengten rachitischen

1) Dieses Archiv, Bd. XIII, Heft 2, S. 280.

Beckens. Die Person war eine Siebentgeschwängerte. Das erste Mal, vor zwölf Jahren, gebar sie unter grossen Beschwerden, ohne ärztlichen Beistand, ein lebendes Kind, welches bald post partum starb. Drei Jahre später musste die Geburt mittels der Zange beendet werden. Das Kind kam todt. Im Jahre 1872 gebar sie spontan, aber schwer, abermals ein todtcs Kind. Vor fünf Jahren kam die Zange wieder in Anwendung, förderte aber nur eine todtc Frucht zur Welt. Ein Jahr später abortirte die Person im dritten Monate. Die letzte Geburt fand im Jahre 1875 statt. Die ausgetragene Frucht musste zerstückelt werden, wahrscheinlich wurde perforirt. Dies Mal erkrankte die Mutter schwer im Wochenbette.

Die mittelgrosse, ziemlich günstig genährte Schwangere gab an, am 1. October 1877 zum letzten Male menstruiert und die Fruchtbewegungen am 12. Februar 1878 zuerst gefühlt zu haben. Die Oberschenkel zeigten eine geringe rachitische Verkrümmung, ausgesprochenere Zeichen fanden sich am Becken. Die Beckenknochen waren dick und plump, der Abstand der Cristae war nahezu gleich jenem der Spinae, das Sacrum in seinem unteren Drittheile rechtwinkelig geknickt, die Nates von einander abstehend, die Lendenwirbelsäule sattelförmig eingebogen. Die linke Beckenhälfte war enger als die rechte, das Promontorium sehr leicht zu erreichen, nach links stehend, der erste Intervertebralknorpel stark vortretend. Der Schambogen war sehr weit.

Die Beckenmaasse waren:

Spinae	30	Cm.
Cristae	31	„
Trochanteren	33	„
Conjugata externa	17,5	„
Conjugata diagonalis	7,8	„
Die Peripherie der linken Beckenhälfte betrug	48	„
Die Peripherie der rechten Beckenhälfte betrug	45	„

Die Länge der Conjugata vera wurde auf 63—65 Mm. geschätzt.

Es bestand ein starker Hängebauch. Der Uterus, mehr in die Breite als in die Höhe ausgedehnt, hatte schlaife dünne Wände, war sehr beweglich und reichte mit seinem Fundus vier Querfinger über den Nabel. Der grosse Kopf war gegen das linke Darmbein abgewichen, liess sich aber ohne Mühe einstellen. Rechts aussen vom Nabel hörte man ein Uterinalgeräusch, links die Fötalpulse. Die Vagina war weit und kurz, die Vaginalportion kurz. Der äussere Muttermund war auf Kreuzergrösse eröffnet, von zahlreichen Narben durchsetzt. Der vorliegende hochstehende Kopf war sehr beweglich.

Das Becken wurde als ein hochgradig, namentlich in der Richtung der Conjugata vera verengtes, asymmetrisches rachitisches bestimmt, welches schon an sich, abgesehen von den anamnestischen Daten, die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzeigte.

Nach dem objectiven Befunde und den damit übereinstimmenden Angaben befand sich die Person am Ende der 37. oder im Beginne

der 38. Schwangerschaftswoche, daher sofort zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt geschritten wurde.

Am 15. Juni 1878 10 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens wurde die erste subcutane Injection (20 Milligramm Pilocarpin) gemacht. Drei Minuten danach begann die Schweißsecretion, zwei Minuten später die Salivation. Während der Akme der Wirkung stand das Thermometer auf 37,4°, die Pulsfrequenz betrug 112 (vor der Injection Temperatur 37°, Puls 92) und traten convulsivische Zuckungen der Gesichtsmuskeln auf. Erbrechen stellte sich nicht ein, wohl aber leichte, bald vorübergehende Uteruscontractionen. Um 4 Uhr Nachmittags liess ich die Injection wiederholen. Eine Reaction von Seite des Uterus blieb aus. Die dritte Injection erfolgte am 16. Juni 10 $\frac{1}{4}$ Uhr Morgens. Leichte Uteruscontractionen, die sich einstellten, cessirten bald wieder. Während der starken Schweißsecretion gab die Schwangere an, die Fruchtbewegungen stärker zu fühlen. Gleichzeitig klagte sie über Kopfschmerz. Um 4 $\frac{1}{2}$ Uhr Abends folgte die vierte Injection, gleichfalls ohne intensive Wirkung auf den Uterus. Im Verlaufe des 17. Juni befand sich die Schwangere vollkommen wohl und hatte keine Wehen. Als ich die Person einigen hiesigen Collegen und den Studirenden demonstrierte, äusserte ich mich dahin, dass das Pilocarpin in dem Falle nicht gewirkt zu haben scheine. Wie wohl sich die Person befand, lässt sich daraus entnehmen, dass ich ihr gestattete, einen Ausgang in die Stadt zu machen.

Um 9 $\frac{1}{2}$ Uhr Abends desselben Tages stellten sich unvorbereitet kräftige Wehen ein, welche unerwarteter Weise die Geburt binnen 9 $\frac{3}{4}$ Stunden beendigten. Um 12 Uhr Nachts fing sich der Muttermund an zu öffnen, um 2 Uhr früh flossen die Fruchtwässer, deren Menge etwas vermehrt war, bei guldengrossem Muttermunde ab, und um 7 Uhr früh war der Muttermund verstrichen. Die Geburt erfolgte in erster Hinterhauptstellung um 7 $\frac{1}{4}$ Uhr Morgens. Die Wehen nach Ausstossung der Frucht waren schwach, denn es bedurfte einer Viertelstunde, bevor die Placenta abging.

Die Frucht, ein 2450 Gm. schwerer, 51 Cm. langer Knabe, kam mit kaum merkbarem Herzschlage zur Welt, konnte aber nicht mehr zu sich gebracht werden. Die rechte Kopfhälfte, namentlich das rechte Scheitelbein, war abgeflacht, das rechte Stirnbein unter das linke und das rechte Scheitelbein weit über das linke geschoben. Die Hinterhauptsschuppe stand tief unter den beiden Scheitelbeinen. Auf der kleinen Fontanelle sass eine 2 $\frac{1}{2}$ Cm. hohe Kopfgeschwulst.

Die Schädelmaasse waren:

Vorderer querer Durchmesser	6,3 Cm.
Hinterer querer Durchmesser	8 „
Gerader Durchmesser	10,5 „
Peripherie zum geraden Durchmesser	33,5 „
Diagonaler Durchmesser	12,5 „
Peripherie zum diagonalen Durchmesser	35 „

Am rechten Schienbeine $\frac{1}{2}$ Cm. oberhalb dessen unterem Ende, befand sich ein 3 Cm. langer und 2 Cm. breiter, bläulich verfärbter

Fleck, herrührend von einem subcutanen Blutextravasate. Das Scrotum und der Penis waren leicht ödematös geschwellt.

Bei der Section des Kindes fanden sich Ecchymosen an der Pleura, dem Pericardium und der Dura mater. Im Eingange des Kehlkopfes sass ein Schleimpfropf. In den Luftwegen und den Lungen war kein Fruchtwasser oder Mecon. Die Lungen waren stark hyperämisch, in den Därmen befand sich Mecon. Die Harnblase stark gefüllt, reichte bis zum Nabel. In der Placenta fanden sich mehrere kleine apoplectische Herde.

Der Verlauf des Wochenbettes war leider kein so günstiger wie im ersten Falle. Sofort post partum stieg die Temperatur und Pulsfrequenz hoch an, und stellten sich bald Schmerzen im Unterleibe, sowie ein Meteorismus ein. Es kam zu einer Metritis und allgemeinen Peritonitis, welcher die Kranke unter septischen Erscheinungen am 24. Juni, fünf Tage nach der Geburt, erlag. Die Section ergab eine Endometritis, eine Peritonitis purulenta, Lymphangoitis und einen metastatischen Abscess des intermusculären Bindegewebes an der Beuge-seite des linken Vorderarmes, knapp unterhalb des Ellenbogengelenkes.

Ich liess das Becken aus der Leiche herausnehmen, um es genau zu messen. Die Maasse waren:

	Eingang:	Höhle:	Ausgang:
Gerader Durchmesser	64 Mm.	96 Mm.	118 Mm.
Querer Durchmesser	119 „	120 „	121 „

Die *Conjugata diagonalis* betrug 74 Mm.

Die Knochen waren dick und trug das Becken die ausgesprochensten Zeichen der Rachitis an sich. Die Asymmetrie des Einganges war eine sehr bedeutende, in Folge dessen die linke Beckenhälfte bedeutend enger war als die rechte.

Dieser Fall bestärkt meine Ansicht von der Wirksamkeit des Pilocarpines. Die Auslösung von Uteruscontractionen scheint in der That durch das Pilocarpin hervorgerufen zu werden. Weiterhin entnehme ich, dass dieses Mittel seine Wirkung auf den Uterus erst spät geltend machen kann, nach einer Zeit, wo dies nicht mehr zu erwarten ist. Hier erst nach länger als 24 Stunden. Eben dieser Umstand erweckt Zweifel in mir, ob im Falle Welponer's¹⁾ nicht vielleicht zu früh an der Wirkung dieses Mittels gezweifelt wurde und ob deshalb der Eihautstich nicht zu zeitlich gemacht wurde. Unwillkürlich wirft sich mir die Frage auf, ob das Pilocarpin nicht eine cumulative Wirkung besitze. Beide Male waren die Wehen so intensiv, dass die Frucht darüber ihr Leben verlor. Im ersten Falle traten die Wehen plötzlich so stark auf und blieben es weiterhin, dass der Kopf sofort vom Beckeneingange abwich, und im zweiten ergibt der Befund der Fruchtleiche und der Placenta, dass auch hier die Wehen sehr stark waren, und (wahrscheinlich) durch sie allein — abgesehen vom engen Becken — die Frucht ihr Leben verlor,

sowie auch der Tod der Mutter auf die gleiche Rechnung zu setzen sei. Gewiss werde ich, sobald sich mir die Gelegenheit wieder bietet, das Mittel von Neuem versuchen, doch werde ich in Zukunft weniger Injectionen machen und nicht sofort an der Wirksamkeit des Mittels zweifeln, auch wenn mehrere Tage verfliessen und sich noch immer keine Wehen einstellen sollten.

Die fünf bisher bekannten Fälle fordern dringend zu weiteren Versuchen auf, um Klarheit zu gewinnen, wann das Mittel wirkt und wann nicht.

Die beginnenden Schulferien verhindern mich, einschlägige Experimente an trächtigen Thieren vorzunehmen, doch behalte ich mir vor, seiner Zeit über deren Resultate zu berichten.

Innsbruck, den 25. Juli 1878.

Tuberculose der weiblichen Harnblase.

Von

Dr. F. Marchand,

Assistent am pathologischen Institut in Halle a. d. S.

In Folgendem erlaube ich mir einen kurzen Nachtrag zu dem von Schücking und mir über den vorliegenden Gegenstand verfassten Aufsätze (dieses Archiv, Bd. XII, Heft 3) zu liefern.

Bei einer Frau von 59 Jahren (Section am 23. August 1878), welche an Spondylitis mit Compression des Rückenmarkes gestorben war, fand sich ausser einer ziemlich weit verbreiteten tuberculösen Lungenaffection Tuberculose und Verkäsung beider Nebennieren (ohne Bronzed Skin).

Der obere Abschnitt der rechten Niere enthielt einen etwa haselnussgrossen käsigen Herd, welcher grösstentheils die Marksubstanz einer Pyramide umfasste. Dieselbe war im Centrum in eine erweichte gelbliche Masse umgewandelt. Ein ähnlicher, etwa erbsengrosser Herd nahm die Spitze einer benachbarten Pyramide ein, und von den zugehörigen Nierenkelchen erstreckte sich eine Ulceration der Nierenbeckenschleimhaut bis zum Uebergange in den Harnleiter. Die Oberfläche dieser Ulceration, welche etwa die Hälfte des Nierenbeckens umfasste, war uneben, von gelblicher Farbe und etwas über das Niveau der normalen Schleimhaut erhaben.

Auf der Schleimhaut des rechten Ureter fand sich, etwa 8 Cm. oberhalb seiner Einmündung in die Blase, eine Gruppe kleiner weiss-