

Aus der gynäkologischen Klinik der Universität Basel.

---

I.

**Zwei Fälle von Tubensondirung.**

Von

**Dr. med. Alfred Gönner,**

Docent für Gynäkologie.

---

In Nr. 19 des Correspondenzblattes für Schweizer Aerzte vom Jahre 1872 veröffentlichte Bischoff eine Beobachtung „Ueber Eindringen der Uterussonde in eine Tube“. Bei einer Kranken, welche eine Ovarialcyste hatte, gelangte die Sonde 17 cm weit in den Uterus. Die Frau starb einige Tage nach Entfernung der Eierstocksgeschwulst; an der Leiche fand sich eine Dextroversion und Flexion des Uterus, dessen höchste Stelle die Insertion der linken Tube, die eine Sonde leicht durchliess, bildete. Diese Veröffentlichung ist deshalb von besonderer Wichtigkeit gewesen, weil durch die Section mit Sicherheit nachgewiesen wurde, dass die schon während des Lebens gestellte Diagnose „Tubensondirung“ richtig war. Es scheint auch, dass seither keine ähnliche Beobachtung mehr vorgekommen ist, wenigstens habe ich in der Literatur nichts Derartiges finden können.

Auch in der neuen, 1886 erschienenen Auflage des Bandl'schen Buches über Erkrankungen der Tuben (Billroth's Frauenkrankheiten) ist der Bischoff'sche Fall als Unicum erwähnt, während eine Anzahl anderer Publikationen die Deutung als Perforation des Uterus sowohl, als auch als Tubensondirung zulassen. Dass letztere unter günstigen Umständen möglich sei, wird nicht bezweifelt werden dürfen. Da nun in letzter Zeit das Interesse der Gynäkologen sich wieder mehr den Erkrankungen der Tube zugewandt und die operative Therapie derselben einen neuen Aufschwung genommen hat, sind vielleicht zwei Fälle, bei denen ich, ohne es zu wollen, in die Tube gerathen zu sein glaube, nicht ohne alles Interesse.

Die Möglichkeit ist nicht ausgeschlossen, dass man von Neuem die Sondirung in curativer Absicht wird vornehmen wollen, wie das Tyler Smith 1849 und später Frankenhäuser versuchten, ersterer zur Heilung der Sterilität, letzterer um pathologischen Inhalt zu entfernen. Die Sondirung der Ureteren beim Manne und bei der Frau ist ja auch von verschiedenen Seiten vorgeschlagen worden, und was die technische Schwierigkeit resp. Unsicherheit der Ausführung betrifft, dürften beide Eingriffe auf ungefähr der gleichen Stufe stehen.

Meine Beobachtungen sind folgende:

M. W., 25 Jahre, unverehelicht, aus Baden, kam am 6. September 1886 in meine Consultationsstunde und gab an, sie habe vor drei Monaten abortirt. Beim Abort sei ausser ziemlicher Blutung nichts Bemerkenswerthes vorgekommen, sie habe sechs Tage zu Bett gelegen. Seit dieser Zeit leidet sie an Schmerzen im Leibe und an Blutungen, die viel häufiger als die Menses kamen und wochenlang dauerten. Sie begab sich zu Bekannten nach Basel und wurde von zwei Aerzten mit innerlichen Mitteln und Einspritzungen in die Scheide behandelt, ohne dass sich eine Besserung des Zustandes gezeigt hätte.

Die Untersuchung ergab einen ziemlich vergrösserten, normal anteflectirten, beweglichen, harten, kaum empfindlichen Uterus. Beim Sondiren, das ganz ohne Schwierigkeiten und ohne Schmerzensäusserung von Seite der Kranken vorgenommen werden konnte, fand sich eine sehr leicht blutende, diffus verdickte Schleimhaut ohne Prominenz an einer Stelle.

Diagnose: Decidualreste resp. Endometritis fungosa decidualis.

Am folgenden Tage nahm ich in der Wohnung der Kranken nach Ausspülung der Scheide mit 0,5‰ Sublimat das Raclement der Uterushöhle vor. Ich hakte mir die Portio an und kratzte den Uterus aus, wobei eine sehr grosse Menge gewucherter Schleimhaut zu Tage befördert wurde. Die Länge der Uterushöhle fand sich etwas über 7 cm. Plötzlich nun stiess ich beim Zurückfahren mit der Curette nicht auf den Widerstand des Fundus, sondern konnte dieselbe ohne irgendwelche Gewaltanwendung 20 cm weit, vom Orificium externum an gerechnet, einführen, und zwar in der Richtung nach links. Dass ich wohl in die Tube gerathen sei, war mir gleich wahrscheinlich, da an eine Durchbohrung der Uteruswand beim Fehlen jeglicher Gewalt nicht gedacht werden konnte. Ich zog die Curette zurück, führte sie in der Richtung nach rechts und gelangte dort wieder auf den Fundus. Zur Controle, ob ich wirklich in der Tube gewesen sei, versuchte ich noch zwei Mal, in der früheren Richtung in die Höhe zu gehen; beide Male ging es ohne Schwierigkeiten. Mit der äusseren Hand die Spitze der Curette zu fühlen, gelang nicht, wohl weil die Richtung derselben nicht nur nach links, sondern etwas nach hinten ging. Irgendwelche stärkere Bewegungen des

Instrumentes schienen mir nicht erlaubt. Das Raclement wurde nach diesem Zwischenfall beendet, die Gebärmutterhöhle mit Acidum carbolicum liquefactum geätzt und ein Tampon in die Scheide gelegt.

Der weitere Verlauf war insofern kein ganz normaler, als die Blutung die ersten vier bis fünf Tage nach dem Eingriff wie gewöhnlich ganz gering war. Dann aber begann eine vielleicht als Menses zu deutende Blutentleerung, die ungefähr acht Tage dauerte, ziemlich reichlich war und die Verabreichung von Extractum fluidum Hydrast. canadensis nöthig machte. Sonstige Erscheinung rief die kleine Operation nicht hervor. Die Kranke war stets fieberfrei, stand nach 14 Tagen auf. Als ich sie am 21. October zum letzten Male sah, war der Uterus gut involvirt, normal gelagert, Sondirung desselben wurde nicht vorgenommen. Der Allgemeinzustand war ganz gut.

Zwei Tage darauf, am 8. September, kam die verheirathete E. G., 25 Jahre alt, aus Baden, zu mir in die Sprechstunde. Sie erzählte, dass sie vor vier Wochen zum ersten Male geboren habe, und zwar ungefähr 14 Tage vor der erwarteten Zeit der Niederkunft. Die Geburt verlief verhältnissmässig rasch, ohne ärztliche Hülfe. Die Hebamme soll an der Nabelschnur gezogen haben. Die Nachgeburt sei vollständig gewesen. Die Frau säugte ihr Kind 14 Tage lang, blieb 9 Tage zu Bett. 14 Tage nach der Geburt begann eine ziemlich heftige Blutung aus den Genitalien, die noch andauerte, als die Frau zu mir kam. Sonst klagte sie über nichts, Appetit war mässig, Darmthätigkeit verlangsamt, Urinentleerung in Ordnung.

Die Genitaluntersuchung der mässig anämischen, gut genährten Frau ergab eine weite Scheide, lockere Vaginalportion, für den Finger passirbaren Muttermund und einen weichen, anteflectirten, beweglichen, nicht empfindlichen, vergrösserten Uterus. Der Finger gelangte nur etwa 2 bis 3 cm im Cervicalkanal in die Höhe, daher wurde die Sonde zu Hülfe genommen, die etwa 10 cm vom Os externum auf den Fundus stiess. Grössere Stücke der Nachgeburt waren mit der Sonde nicht zu fühlen, doch schien es bei der mangelhaften Involution sehr wahrscheinlich, dass Placentarreste zurückgeblieben waren. Beim Abtasten des Uterus mit der Sonde, das ohne jegliche Gewalt geschah, gelangte ich in der Richtung nach rechts und hinten plötzlich ungefähr 18 cm weit. Das Instrument fiel förmlich in ein Loch hinein. Ich schickte die Kranke in das Spital, wo sie Herr Dr. Widmer, Assistenzarzt der gynäkologischen Klinik, am folgenden Tage in meiner Anwesenheit untersuchte. Ohne etwas von dem Vorgange der ersten Untersuchung zu wissen, gelangte auch er in der gleichen Richtung  $17\frac{1}{2}$  cm weit in die rechte Tube. Zur Controle wurde der Versuch drei Mal wiederholt, was ganz leicht gelang. War die Curette im Fundus, so konnte man sie mit der äusseren Hand leicht fühlen, in der Tube dagegen gelang dies nicht; die linke Tube zu sondiren, war nicht möglich. Das Raclement ergab ein mandelgrosses Stück Placenta und etwa einen Esslöffel Decidua. Die Gebärmutterhöhle wurde mit Acidum carbolicum liquefactum geätzt und ein Jodoformtampon in die Scheide gelegt.

Der Verlauf war ein weniger günstiger, als bei der ersten Kranken. Am Abend nach der Operation war die Temperatur wie bei der Aufnahme 38,1. Es wurde eine Eisblase auf den Leib gelegt und Ergotin innerlich gegeben.

10. September. Temperatur 37,2, 37,8. Wohlbefinden.

11. September. Temperatur 37,1, 38,3. Wohlbefinden.

12. September. Temperatur 38, 38,4. Etwas Schmerzen rechts im Leibe.

13. September. Temperatur 37,9, 38,7. Da sehr wenig Ausfluss da war, wurde an die Möglichkeit einer Retention des Uterus-secrets gedacht; die Sonde fand auch wirklich einen Widerstand am inneren Muttermunde, gelangte aber, wie früher, leicht von der Uterushöhle aus in die rechte Tube.

14. September. Temperatur 37,7, 38,9. Mehr Ausfluss.

15. September. Temperatur 38,2, 39,2. Auswischen des Uterus mit 1 $\frac{0}{100}$  Sublimat.

16. September. Temperatur 38,2, 39,8.

17. September. Temperatur 39,2, 38,8. Milz vergrössert.

18. September. Temperatur 39. Zustand ungefähr gleich. Um 10 Uhr Morgens, kurz nachdem ich die Kranke bei der Visite gesehen hatte, bekam sie nach einem raschen Versuche, aufzusitzen, plötzlich sehr heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; der Leib war etwas aufgetrieben. Abends betrug die Temperatur 39,9, der Puls war schwach, die Hände kalt, der Leib sehr gross und empfindlich, die ganze rechte Unterbauchgegend hart, der Schall bis fast auf Nabelhöhe leer. Es wurden zwei Kampheräther-Injectionen gemacht und ausserdem noch in der Nacht drei Mal 20 Tropfen Kampheräther gegeben, worauf am Morgen des 19. September das Befinden besser war. Temperatur 37,5, Abends 38,8. Puls kräftiger. Bauch wie am Tage vorher. Therapie bestand in Eisblase und Kampheremulsion. Die Grösse der Dämpfung liess sich erst am 22. September, nachdem Diarrhöe eingetreten war, deutlicher abgrenzen, links reichte der Bluterguss etwa bis zur Spina anterior superior, rechts fast bis zum Nabel. In den folgenden Tagen veränderte sich der Zustand bei febrilen Temperaturen und andauernder Diarrhöe wenig. Am 2. October Abends traten heftige Schmerzen ein, die Dämpfung erschien grösser, die Temperatur betrug 40,2. Seit dieser Zeit trat allmählig Besserung ein; die Kranke war Morgens fieberfrei, Abends maass sie nur ausnahmsweise mehr als 39,0, der Tumor nahm ab. Eine am 15. October vorgenommene Vaginaluntersuchung stellte ein rechts und links tief herabreichendes Exsudat fest, zu gleicher Zeit war die Resistenz aussen rechts in der Höhe des Ligamentum Poupartii, links zwei Finger breit höher. Herr Prof. Bischoff, der 14 Tage nach der Aufnahme zum ersten Male die Kranke sah, dachte an die Möglichkeit einer Interstitialgravidität, bei der ein Theil der Placenta in dem erweiterten uterinen Tubenende ihren Sitz gehabt hätte. Das leichte Hineingleiten der Sonde in die Tube und die Blutung in die Bauchhöhle aus der Placentarstelle nach einer plötzlichen raschen Bewegung liess sich so ungewungen erklären.

Am 19. November trat die Kranke aus dem Spital aus. Der Befund an diesem Tage war folgender: Uterus etwas vergrössert, Beweglichkeit vermindert, Muttermund geöffnet, querelliptisch, links kleine, rechts hühnereigrosse Resistenz in der Gegend des Ligamentum latum.

Die zwei Beobachtungen haben manches Gemeinsame; es sind beide Male Geburten mit Zurückbleiben von Eitheilen vorhergegangen und haben als Hauptsymptom Blutungen verursacht, welche längere Zeit andauerten und ärztliche Hülfe nöthig erscheinen liessen. Beide Male war der Uterus, wie das unter solchen Verhältnissen die Regel ist, mangelhaft zurückgebildet. Die Abtastung seiner Innenfläche mit dem Finger gelang zwar nicht, man kam aber mit der Sonde resp. Cürette leicht in eine geräumige Uterushöhle, mit welcher die Tube durch eine verhältnissmässig weite Oeffnung in Verbindung zu stehen schien. Nun wird man vielleicht einwenden wollen, ich sei den stricten Beweis, dass es sich um Sondirung der Tube handle, schuldig geblieben, die Möglichkeit einer Perforation der Uterusmuskulatur sei nicht auszuschliessen, und da es sich um puerperale Gebärmütter handle, müsse man um so mehr an diese Möglichkeit denken; denn dass der puerperale, schlecht involvirte Uterus leichter perforirt werden könne, als normales, nicht erweichtes Gewebe, ist schon oft hervorgehoben worden. Beweisen kann ich nun allerdings nicht, dass die Sonde in die Tube gelangt ist, denn dazu wäre die Autopsie und die Wiederholung des Versuches an der Leiche nöthig. Was aber doch für Tubensondirung spricht, ist erstens die entschieden seitliche Richtung, in welcher das Instrument in die Tiefe drang; ferner der Widerstand des Fundus, auf den man jedesmal stiess, sobald man in der Sagittallinie blieb; drittens das Fehlen jeglicher Gewaltanwendung, was ich nochmals besonders hervorheben möchte; endlich die leichte Wiederholung des Experimentes in dem einen Falle und im anderen das Wiedereindringen in die Tube bei einer Untersuchung durch einen anderen Arzt.

Das Vorhandensein einer interstitiellen Schwangerschaft, wie sie Herr Prof. Bischoff bei der zweiten Kranken anzunehmen geneigt war, würde natürlich auch im ersten Falle möglich sein, ohne dass sich etwas Sicheres in dieser Hinsicht behaupten liesse. Immerhin ist aber diese Hypothese beachtenswerth und für Erklärung ähnlicher Vorkommnisse brauchbar.