

VI. Aus der Königlichen Universitätsfrauenklinik  
in Halle a. S.  
(Director: Prof. Dr. Fehling.)  
**Zur Behandlung der Inversio uteri  
mittels Kolpeurynters.**

Von Dr. A. L. Hohl, Assistenzarzt.

Wenn man die heutige Litteratur über die Inversio uteri puerperalis durchmustert, so fällt es auf, wie verhältnissmässig häufig dieselbe in Amerika und England vorkommt, während sie bei uns — glücklicherweise — zu den seltensten Erscheinungen gehört. Möglich ist, dass dies mit der besseren Schulung unserer Hebammen zusammenhängt. Wie selten die puerperale Inversion des Uterus bei uns vorkommt, geht aus Zahlen hervor, welche von den verschiedensten Seiten angegeben sind. So ist in der Braun'schen Klinik die erste Inversion beobachtet worden, nachdem unter ca. 280 000 Geburten diese Complication nicht vorgekommen war. Ebenso giebt Beckmann<sup>1)</sup> an, dass in der St. Petersburger Entbindungsanstalt in den letzten 54 Jahren unter über 200 000 Geburten keine Inversion vorgekommen sei. Aehnliche Zahlen werden auch von Anderen genannt.

Da der Einzelne so wenig Erfahrung über die erwähnte Complication sammeln kann, so ist es um so wichtiger und interessanter, dass jeder beobachtete Fall der Einsicht und Beurtheilung der Gesamtheit übergeben wird. Von diesem Gesichtspunkte aus möchte ich folgenden in der Hallenser Frauenklinik beobachteten Fall, dessen Veröffentlichung Herr Professor Fehling mir gütigst übertragen hat, mittheilen.

Frau H. aus S. wurde am 29. März 1895 zum zweiten Male entbunden. Die Geburt ging leicht von statten. Eine Viertelstunde post

partum soll die Hebamme, angeblich wegen einer starken Blutung, die Placenta selbst manuell zu lösen versucht haben, was ihr nur zum Theil gelang. Bei einem zweiten Versuche fiel die Gebärmutter mit Nachgeburts vor. Der sofort zugezogene Arzt fand den invertirten Uterus mit anhaftender Placenta vor der Vulva. Er reponirte manuell, worauf die Placenta spontan folgte. Am Abend soll sich der Uterus beim Stuhlgang wiederum invertirt haben. Erneute Reposition. Der Arzt glaubte jetzt den gut contrahirten Uterus in der Bauchhöhle zu fühlen, daneben aber noch einen Tumor in der Vagina, der sich wie ein Myom anfühlte. Sechs Wochen nach der Entbindung untersuchte er wieder und stellte jetzt fest, dass der in der Vagina befindliche Tumor der invertirte Uterus sei, und überwies die Patientin der Hallenser Frauenklinik. Hier wird folgender Befund erhoben:

In der Scheide liegt ein etwa orangegrosser Tumor von glatter, leicht blutender Oberfläche und mässig weicher Consistenz. Derselbe verjüngt sich nach oben und setzt sich mit einem breiten, von dem Saum der Portio fest eingeschlossenen Stiel in die Cervix hinein fort. Die Sonde dringt zwischen Tumor und Portio etwa 1—1½ cm tief, vorn etwas tiefer als hinten. ein, ohne in das Uteruscavum zu gelangen. Der Uterus ist weder von der Scheide noch vom Mastdarm aus in der Bauchhöhle nachweisbar. Nach Einführen eines Spiegels sieht man den blassrothen Tumor, an dessen beiden Seiten kleine Vertiefungen (Tubermündungen) sichtbar sind, in welche die Sonde kaum ½ cm tief eindringt. Diagnose: Inversio uteri completa.

23. Mai 1895. Klinische Vorstellung. Nach der Klinik fruchtloser Versuch, in Narkose manuell zu reponiren. Daher legt Herr Professor Fehling einen Kolpeurynter ein, der unterhalb des Uterus in die Scheide zu liegen kommt und dann mit Flüssigkeit angefüllt wird. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Beckenhochlagerung. Abends wird der Kolpeurynter stärker gefüllt.

24. Mai. Mittags starke Kreuzschmerzen, die gegen Abend wieder verschwunden sind.

25. Mai. Entfernen der Tamponade und des Kolpeurynters. Uterus reinvertirt, liegt in normaler Anteflexion etwas nach rechts verlagert. Portio klappt weit. Der Uterus hat noch etwas schlaife Consistenz. Um ein erneutes Auftreten der Inversion zu verhindern, wird das Scheidengewölbe mit Jodoformgaze fest tamponirt und Extractum Secalis cornuti verabfolgt.

Am 1. Juni 1895 konnte Patientin geheilt entlassen werden.

Das ätiologische Moment ist in unserem Falle, wie so häufig, Zug beim Lösen der Nachgeburts bei erschlafte Uterusmuskulatur.

Was die Behandlung der chronischen puerperalen Inversion anlangt, so kommen folgende Methoden in Betracht:

1. Manuelle Reposition.
2. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze oder Watte.
3. Einlegen eines Kolpeurynters.
4. No. 2 und 3 in Combination.
5. Zur Reversion eigens construirte Repositorien.
6. Conservative Operationsmethoden.
7. Entfernung des invertirten Organes.

Es ist selbstverständlich, dass in jedem Falle zunächst die manuelle Reposition, womöglich in Narkose, versucht werden muss. Gelingt ein schonender Versuch nicht — gewaltsame Reposition ist entschieden zu vermeiden —, so kommen No. 2—5 zunächst in Betracht. Es ist entschieden unberechtigt und auf das schärfste zu verurtheilen, wenn sofort nach Misslingen des manuellen Repositionsversuches zu einem verstümmelnden operativen Eingriff geschritten wird, wie es von Pinna-Pintor<sup>1)</sup> in zwei Fällen und auch von anderen gemacht worden ist. Wenn man bedenkt, dass veraltete Inversionen noch nach jahrelangem Bestehen — in einem Falle von Tyler<sup>2)</sup> gelang die Reposition nach elf Jahren noch mittels Kolpeurynters — ohne Operation geheilt worden sind, so muss man unbedingt verlangen, dass nicht früher eine operative Behandlung eingeleitet wird, als bis alle conservativen Behandlungsmethoden versagt haben.

Wir möchten entschieden die Anwendung des Kolpeurynters, welche wirksamer als die Tamponade allein, aber schonender als starre Repositorien sein dürfte, empfehlen. Sehr zweckmässig scheint mir die Combination der Jodoformgazetamponade mit Kolpeurynter zu sein, und zwar in der Weise, wie es von Kézvárszky in einem von Bársony<sup>3)</sup> mitgetheilten Falle ausgeführt wurde. Derselbe tamponirte zunächst das Scheidengewölbe und umpolsterte den Stiel und den grössten Theil des Uterus, um letzteren, der sehr beweglich war, zu fixiren, und legte dann den Kolpeurynter ein. Die Reposition war am folgenden Tage gelungen, nachdem vorher der Kolpeurynter tagelang ohne Jodoformgazetamponade vergeblich eingelegt war, weil der Uterus dem Druck seitlich ausweichen konnte. Die Methode von Kézvárszky scheint mir den „Kegeltrichtertampon“, den Kocks<sup>4)</sup> beschrieben und neuerdings empfohlen<sup>5)</sup> hat, überflüssig zu machen. Um durch den Kolpeu-

<sup>1)</sup> L. Lewin, Kritischer Bericht über Pharmakologie und Toxikologie. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 47, S. 772. Ueber Trional.

<sup>2)</sup> Beyer, l. c. S. 592.

<sup>3)</sup> Berger, l. c. S. 929.

<sup>4)</sup> Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXI, Heft 2.

<sup>1)</sup> Centralblatt für Gynäkologie 1895, No. 5.

<sup>2)</sup> Centralblatt für Gynäkologie 1878, No. 23.

<sup>3)</sup> Centralblatt f. Gyn. 1890, No. 28.

<sup>4)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1881, No. 33.

<sup>5)</sup> Centralblatt f. Gyn. 1890, No. 37.

rynter einen constanten Druck ausüben zu können, stellte Krukenberg<sup>1)</sup> den Inhalt desselben mit dem Inhalt eines hochgestellten Irrigators in Verbindung. Dadurch wurde die Scheide sowie die Cervix bis zum Orificium internum soweit gedehnt, dass jetzt die manuelle Reposition möglich war. Nach der gleichen Methode heilte Runge<sup>2)</sup> einen Fall in sechs Tagen.

Die Reposition einer complete Inversion durch den Kolpeurynter geht wohl in folgender Weise vor sich: Sobald der letztere mit Flüssigkeit angefüllt wird, legt er sich den Scheidenwänden und dem Fundus uteri allseitig an. Auf erstere übt er einen dehnen den Druck aus, der hauptsächlich in radiärer Richtung wirkt, wodurch schon der den Uterus einschnürende Ring eine geringe Erweiterung erfährt. Vor allem aber wird diese Erweiterung durch den Uterus selbst bewirkt. Dieser, von dem Druck des Kolpeurynters nach oben getrieben, wirkt, da er sich in den äusseren Muttermund hinein verjüngt, als Kegel und treibt dadurch den einschnürenden Ring auseinander, während er selbst in die erweiterte Oeffnung nachrückt. Combinirt man den Kolpeurynter mit der Tamponade des Scheidengewölbes und Umpolsterung des Stieles, so dient diese hauptsächlich zur Fixation des Uterus, damit dieser dem Drucke nicht seitlich ausweichen kann. So von allen Seiten fest eingeschlossen, kann der Uterus sich nur nach dem Orificium externum hin, das heisst in die Bauchhöhle hinein bewegen. Um den Druck des Kolpeurynters dauernd zu machen, kann man nach der Krukenberg'schen Methode verfahren; das aus dem Irrigator einströmende Wasser dehnt den Kolpeurynter weiter aus, sobald das Cavum der Scheide durch Dehnung der Scheidenwände und Hinaufsteigen des Uterus sich erweitert hat. Wird der Irrigator in einer Höhe von 2 m aufgestellt, so steht das einströmende Wasser unter einem Druck von  $\frac{1}{5}$  Atmosphäre. Dieser Druck dehnt den Kolpeurynter mit Leichtigkeit ad maximum aus. Sobald nun der Uterus so weit emporgedrängt ist, dass sein Fundus in, beziehungsweise über der Ebene des einschnürenden Ringes sich befindet, so kommen die Elasticität und die Contractionsfähigkeit des Uterus als unterstützende Momente hinzu. Sobald der Uterus bis zu einem gewissen Grade reponirt ist, schnellt er vermöge seiner Elasticität in seine normale Lage zurück. Von Gottschalk<sup>3)</sup> ist durch genaue mathematische Berechnung nachgewiesen, dass die Contractionen der Uterusmuskulatur der Entstehung einer complete Inversion durch Geschwülste direkt entgegenwirken, indem bei entstehender partieller Inversion die Contraction des Uterus diesen immer in seine normale Lage zurückzubringen bestrebt ist. Für die Entstehung der puerperalen Inversion ist dies allgemein anerkannt. Danach ist es natürlich, dass die Uteruscontractionen, sobald bei der Reversion durch den Kolpeurynter aus der complete eine partielle Inversion geworden ist, jetzt umgekehrt wie bei der Entstehung unterstützend wirken müssen. In einzelnen Fällen gelang die Reposition nur soweit, dass der Fundus bis in die Ebene des einschnürenden Ringes gedrückt wurde. Hier müssen wir annehmen, dass die Elasticität und Contractionsfähigkeit eine Einbusse erlitten hat. In diesen Fällen wird man, wie es verschiedentlich geschehen ist, die Reposition leicht manuell beenden können.

Erstreckt sich die Dauer der Reposition auf mehrere Tage, so muss natürlich die Jodoformgaze und der Kolpeurynter gewechselt, die Scheide desinficirend ausgespült werden, um Zersetzungen und Infectionen zu vermeiden.

Lässt uns die Kolpeuryse, die man wochenlang fortsetzen kann, im Stich, dann treten die operativen Methoden in ihr Recht.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal betonen, dass nach misslungener manueller Reposition, ehe operativ eingegriffen wird, der Kolpeurynter, welcher als schonender den Repositionen vorzuziehen ist, eingelegt werden muss, eventuell in Verbindung mit Fixation des Uterus durch Tamponade und constanten Druck nach Krukenberg.