

zu Stande komme<sup>1)</sup>, mag in der Mehrzahl der Fälle richtig sein, indessen zeigt unsere Beobachtung, dass die gonorrhöische Infection auch den umgekehrten Weg einzuschlagen vermag, indem es zuerst zu einer gonorrhöischen Vaginitis kommt.

Seinem verehrten Chef, Herrn Prof. Riehl, dankt der Verfasser für die in reichem Masse gütigst gewährte Unterstützung sowie für die Ueberlassung dieses seltenen Falles.

## VII.

Aus der Privatfrauenklinik von Prof. Sippel.

### Zwei Fälle von Amputatio Uteri gravidı myomatosi supravaginalis

mitgeteilt von

Dr. ERNST PETERSEN,

Frauenarzt, Frankfurt a. M.

Der Umstand, dass in dem Veit'schen „Handbuch der Gynäkologie“ aus den Jahren 1885—1896 unter Anführung jedes einzelnen, nur 45 Fälle von supravaginaler Amputation des schwangeren, myomatösen Uterus, davon 8 mit tödtlichem Ausgang genannt sind, veranlasst mich zur Mittheilung von zwei derartigen von Prof. Sippel operirten, günstig verlaufenen Fällen, von denen der erstere dem Journal unter mündlicher Ergänzung des Operateurs entnommen ist, während Operation und Nachbehandlung des zweiten aus eigener Anschauung geschildert sind.

Fall I. Frau M., 43 Jahre alt, kam am 26. August 1893 zur Behandlung. Die Frau hat einmal vor 20 Jahren Zwillinge geboren, seitdem Menses regelmässig, vierwöchentlich, nicht sehr stark. Letzte Menses im Mai, ungewöhnlich stark. Seit Winter 1892 wird über Schmerzen im Leib geklagt. Pat. ist in letzter Zeit in Folge einer Reihe von schweren ileusartigen Anfällen sehr heruntergekommen und hochgradig abgemagert. Sie muss in die Klinik getragen werden. Völlige Appetitlosigkeit und fortwährende Neigung zum Erbrechen.

Der bereits bei der ersten Untersuchung notirte Verdacht auf Schwangerschaft verstärkt sich bei der am 29. August vorgenommenen Untersuchung in Narkose. Es wird ein kleinkindskopfgrosses, breitbasig vom Fundus des stark vergrösserten, wahrscheinlich graviden Uterus entspringendes Myom diagnosticirt. Das Myom lässt sich frei in der Bauchhöhle bewegen, der Uterus folgt den Bewegungen des Tumors. Die Schmerzen und ileusartigen Anfälle sind entschieden auf die excessive Beweglichkeit des Myoms zurückzuführen. Binde war erfolglos angewendet worden.

Am 1. September 1893 Laparatomie in Narkose (Chloroform, später Billroth'sche Mischung). Es zeigt sich, dass der Tumor, ein etwa zweif Faustgrosses Myom mit breitem, grosse Gefässe enthaltendem Stiel vom Fundus des schwangeren Uterus ausgeht. Der Uterus selbst ist mit viel-

<sup>1)</sup> Bumm: Archiv f. Gynäkologie. XXIII. p. 341.

fachen kleinen Myomknollen durchsetzt. Supravaginale Amputatio uteri, mit extraperitonealer Versorgung des Stumpfes.

Glatte Heilung, die freilich durch eine Thrombose der linken Cruralvene und eine durch die ungünstige Lagerung auf einem alten scharfkantigen Operationstisch verursachte traumatische, linksseitige Radialislähmung in die Länge gezogen wurde. Pat. verlässt am 22. Oktober das Bett und wird am 2. November nach Hause entlassen. Die Wunde ist vollständig geschlossen; Radialislähmung durch galvanische und faradische Behandlung fast gehoben, das linke Bein schwillt Abends noch etwas an; von Seiten des Unterleibs keine Beschwerden mehr.

Bei der Wiedervorstellung am 28. März 1894 am Bauche eine kurze Narbe, die Portio als ganz kleines Knöpfchen zu fühlen.

Später bildete sich allmählich eine kleine Bauchhernie im unteren Theil der Wunde. Operation der Hernie am 20. März 1895. Am 26. August 1896 wurde das gute Resultat der Bruchoperation als andauernd festgestellt. Pat. ist bei vollständigem Wohlbefinden.

In diesem Fall war die Indikation zur Entfernung des Myoms per laparatomiam eine vitale, da gehäufte ileusartige Anfälle durch den in der Abdominalhöhle herumfallenden Tumor herbeigeführt wurden. Die Diagnose auf Schwangerschaft war mit hoher Wahrscheinlichkeit gestellt. Eine Abtragung des gestielten Myoms erschien wegen Grösse der im Stiel enthaltenen Gefässe gefährlich, abgesehen davon, dass es bei dem elenden Zustand der Frau nicht zulässig erschien, sie den Gefahren eines eventuell nachfolgenden Aborts auszusetzen. Die Durchsetzung des Uterus mit Myomkeimen war in letzter Linie für die Radikaloperation entscheidend. Die Amputatio supravaginalis mit extraperitonealer Stielbehandlung wurde bei schwangerem Uterus, zumal bei der im Jahre 1893 noch nicht sehr entwickelten Technik der Totalexstirpation als die ungefährlichere gewählt.

Fall II. Frau B., 29 Jahre, zuerst vorgestellt den 25. Juli 1898. Pat. ist seit Anfang Mai verheiratet. Menses früher regelmässig, nicht auffallend stark, zuletzt dagewesen den 9. April 1898, cessirten also gleich nach der Verheirathung. Die Brüste sollen seit Ausbleiben der Menses stärker geworden sein, sonst keinerlei subjective Schwangerschaftszeichen. Seit 14 Tagen wird über starke krampfartig auftretende, in das rechte Bein ausstrahlende Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibs geklagt; ähnliche Schmerzen geringeren Grades sollen früher bei der Periode aufgetreten sein.

Befund: Im Unterleib in der Mitte liegend ein links einen Querfinger über den Nabel, rechts etwas weniger hoch reichender, aus drei Abtheilungen von verschiedener Consistenz bestehender, nirgends druckempfindlicher Tumor. Die eine grössere Abtheilung links oben nach vorn zu liegend hat die Consistenz einer Cyste, die andere Abtheilung rechts, mehr zurückliegend und kleiner als die erste, hat ebenso wie die zwischen und unter beiden liegende dritte eine feste Consistenz. Die Tumoren sind nicht gegen einander abzugrenzen, nur durch Furchen getrennt.

In der mässig weiten Scheide wird das vordere Scheidengewölbe und die vordere Scheidenwand durch einen harten, etwas mehr rechts liegenden Tumor von der Grösse eines kleinen Kindskopfes bis dicht hinter den Introitus herabgedrängt. Der Tumor erweist sich als Fortsetzung der mittleren der drei von Aussen gefühlten Abtheilungen. Die Portio mit dem grubchenförmigen Muttermund ist nach hinten und oben gedrängt. Die Blase liegt rechts unter dem Tumor. Die Cervix lässt sich bimanuell ungefähr 2 cm weit nach rechts hinten oben verfolgen. Vagina leicht venös verfarbt. Die Brüste enthalten Colostrum.

Diagnose: Schwangerschaft des myomatösen Uterus, wobei die links vorn liegende Abtheilung als schwangerer Uterus angesprochen wird.

Pat. wird zunächst nach Hause entlassen, mit der Weisung, sich in 14 Tagen wieder vorzustellen; es soll versucht werden, das Ende der Schwangerschaft abzuwarten. Statt dessen muss sie bereits am 4. August in die Klinik aufgenommen werden, weil ihr Zustand sich ausserordentlich verschlimmert hat. Die Tumoren verursachen sehr heftige Schmerzen; Patientin macht einen sehr elenden Eindruck.

Den 6. August 1898 Operation: Aethernarkose. Bauchschnitt. Der Tumor verhält sich genau wie diagnosticirt. Ausserdem findet sich noch ein drittes grosses von der hinteren Uteruswand ausgehendes Myom. Der schwangere Uterus selbst ist von zahlreichen Myomkeimen resp. -knollen durchsetzt. Die Ligamenta lata werden beiderseits nach doppelter Unterbindung durchtrennt, dann das praecervikale Myom nach querer Spaltung des Peritonealüberzuges aus dem Beckenbindegewebe enucleirt. Nachdem so eine Stielbildung ermöglicht war, wird nach Anlegen der elastischen Ligatur die supravaginale Amputation ausgeführt. Extraperitoneale Stielbehandlung wie bei Fall I.

Völlig reactionsloser Verlauf. Die Temperatur erreicht einmal am 8. Tage 37,7 sonst stets zwischen 36,4—37,4. Der ziemlich dicke Stumpf löst sich langsam, so dass er erst am 3. Septbr. (4 Wochen post operationem) abgehoben werden kann. Der in der Tiefe verschwindende Stiel hinterlässt einen ziemlich tiefen Trichter. Erstes Aufstehen den 10. September. Bei der am 17. September erfolgten Entlassung ist an Stelle des Stiels eine gut granulirende, in der Tiefe geschlossene, wenige cm grosse Bauchnarbe vorhanden. Pat. bei vorzüglichem Wohlbefinden, ohne Beschwerden und bei bedeutend besserem Aussehen und Ernährungszustand als vor der Operation.

Auch in diesem Fall war der Grund zum Eingriff eine Indicatio vitalis, diesmal jedoch ausgelöst durch Einklemmungserscheinungen des Tumors im kleinen Becken. Vor dem Manifestwerden dieser Erscheinungen war, wie schon gesagt, bei der sicher diagnosticirten Schwangerschaft ruhiges Abwarten beabsichtigt, um am Ende derselben eventuell durch Kaiserschnitt ein lebendes Kind zu erhalten, woran sich wahrscheinlich abdominelle Totalexstirpation hätte anschliessen müssen. Es wurde die supravaginale Amputation mit extraperitonealer Stielbehandlung gewählt, weil einerseits der Uterus ausser den diagnosticirten Myomen sehr zahlreiche mehr oder minder grosse Myomkeime resp. -knollen aufwies und deshalb von Enucleation keine Rede sein konnte und weil andererseits die schlecht vertragene Narkose eine rasche Beendigung der Operation nöthig machte.

Wäre es nicht so sehr auf Abkürzung der Operationszeit angekommen, so hätten wir die Totalexstirpation, die wir unter den Radikaloperationen bei Myom principiell als die vollkommenste Operationsweise bevorzugen, ausgeführt.

Die Eigenart unseres Materials hat uns jedoch schon vielfach in die Lage gebracht, auf die Totalexstirpation verzichten zu müssen. Gründe lokaler Art lassen die Frauen mit Myomen fast stets erst in sehr vorgeschrittenen Stadium, mit geschwächter Herzkraft in unsere klinische Behandlung treten. Dass aber unter solchen Umständen grade durch die supravaginale Amputation mit extraperitonealer Stielbehandlung gute Resultate erzielt werden können, beweist eine Serie von mehr als 20 in der Sippel'schen Klinik nach dieser Methode behandelten Fällen, die nicht nur alle mit Heilung endigten, sondern auch ohne jede Störung verliefen.

Der entfernte Uterus des 2. Falles ist ein selten schönes Präparat. Er erregte durch sein eigenartiges Verhalten nach der Abtragung unser besonderes Interesse. Während nämlich im Augenblick der Absetzung: die noch in der Cervix erfolgte, vom Ei nichts sichtbar war, da ungefähr 1 cm Cervikalkanal erhalten war, öffnete sich der Cervixrest noch in der Hand des Operateurs. Es entstand unter sichtbarer Retraction der Cervicalwand eine ca. 10pfennigstückgrosse Oeffnung, aus der sich die Eihäute hervor-drängten. Diese Erweiterung verstärkte sich an dem ausgeschnittenen Organ während der Zeit, die auf Versorgung des Stumpfes und Schluss der Bauchwunde verwendet wurde, so sehr, dass bei Besichtigung des Präparates nach vollendeter Operation die Cervicalöffnung reichlich 5markstückgross war, während die Eihäute sich wie ein Gänseei, das zur halben Höhe im Eibecher steckt, als Fruchtblase aus ihm hervorwölbten.

Das Präparat wurde am 19. September 1898 von Prof. Sippel im Aerztlichen Verein Frankfurt a. M. vorgezeigt.

Es hat jetzt folgendes Aussehen: Beinahe mannskopfgrosser Tumor, von vorn gesehen aus 2 Hauptabteilungen bestehend, einer linken grösseren, durch den Abgang der Tuben als eigentlicher Uterus gekennzeichnet, von 16 mehr minder grossen Myomknötchen und -knollen durchsetzt, und einer kleineren rechten, die durch ein massives Myom gebildet ist. Die Substanz des eigentlichen Corpus setzt sich nach unten vorn in ein sich schräg von links nach rechts erstreckendes, also praecervical gelegenes, dem erstgenannten an Grösse etwa gleiches Myom fort. Dieses ist in seinem unteren Theil von Peritoneum entblösst und durch die Schnittfläche unten begrenzt. An der hinteren Fläche springt, etwa von der Mitte des Fundus ausgehend, ein weiteres fast kleinkindskopfgrosses Myom vor. Die untere Fläche bildet die Schnittfläche des praecervicalen Myoms; hinter dieser, etwas nach rechts verschoben und in einer etwas höheren Ebene der rundlich ovale, nach Oeffnung der Eihäute an dem in Formol gehärteten Präparat, noch reichlich thalergrösse innere Muttermund. Durch die Oeffnung der Eihäute sieht man in die sich schräg nach links in die Höhe erstreckende Uterushöhle und erblickt in dieser den mit den Füssen nach unten liegenden Foetus.

Herr Prof. Sippel knüpfte an die Vorzeigung des Präparates die Bemerkung, dass die eigenthümlich expulsive Wirkung des abgeschnittenen Uterus auf seinen Inhalt vielleicht geeignet sei, ein neues Licht auf den bisher noch ziemlich unaufgeklärten Vorgang der nachträglichen Ausstossung von Früchten unentbunden verstorbener Mütter zu werfen.

Man nahm bekanntlich bisher<sup>1)</sup> an, dass dieses Factum sich abspiele durch den Druck der Fäulnissgase, die sich in der Abdominalhöhle entwickelten. Der von uns beobachtete Vorgang dürfte vermuten lassen, dass hierbei auch noch andere Kräfte wirksam sind, dass auch bei den Leichen-geburten der Uterus selbst eine gewisse expulsive Kraft entfaltet, die wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass die bei quergestreiften Muskeln meist erst später als „Leichenstarre“ auftretende Verkürzung in den glatten Muskelfasern des Uterus frühzeitiger in Erscheinung tritt. Es würde dies ein Analogon sein zu dem häufig beobachteten Abgang von Koth, Urin etc. kurz vor oder im Moment des Todes, Vorgänge die auch wohl kaum durch die Erschlaffung der entsprechenden Sphincteren allein erklärt werden können, sondern ebenfalls auf tonische Contraction glatter Muskelfasern zurückgeführt werden müssen.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Schroeder, Lehrbuch d. Geburtshülfe. 7. Auflage. pag. 473.

<sup>2)</sup> Nach Niederschrift dieses finde ich im Centralblatt für Gynecologie No. 28 ein Referat über eine Veröffentlichung von Bleich (Tschirnau). „Ueber Sarggeburt und Mittheilung eines neuen Falles“ aus der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin. 1897. Heft 4, in welcher der Verfasser sich in ähnlichem Sinne ausspricht, indem er zum Zustandekommen einer Sarggeburt neben praemortalen Uteruscontractionen — Wehen — auch postmortale Kräfte — Fäulnissgase und tonische Uteruscontractionen — als nothwendig annimmt.