Ueber

Blutergüsse in die breiten Mutterbänder

und

in das den Uterus umgebende Gewebe

(Haematoma periuterinum).

Inaugural-Dissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät Zürich

von

Jacob Kuhn

aus St. Gallen,

I. Assistenzarzt der geburtshülflich-gynaekologischen Klinik in Zürich.

Zürich,

Druck von Zürcher und Furrer.

1874.

Ueber

Blutergüsse in die breiten Mutterbänder

und

in das den Uterus umgebende Gewebe

(Haematoma periuterinum).

Inaugural-Dissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät Zürich

von

Jacob Kuhn
aus St. Gallen,
I. Assistenzarzt der geburtshülflich-gynaekologischen Klinik in Zürich.

Zürich,
Druck von Zürcher und Furrer.
1874.

Seinem

hochverehrten Lehrer und Vorgesetzten

Herrn Prof. Dr. Frankenhäuser

in dankbarer Liebe und ergebener Hochachtung

gewidmet

vom Verfasser

Mit der nachfolgenden Arbeit möchten wir auf eine Krankheit aufmerksam machen, deren Existenz mit Unrecht in neuerer Zeit bestritten worden ist. Fast alle Arbeiten des letzten Decenniums, die über Beckenblutergüsse handeln, lassen nur die intraperitoneale Form, die Haematocele gelten, oder wenn sie auch die Möglichlichkeit eines Blutergusses in das periuterine Gewebe nicht leugnen, so sind es doch mehr theoretische Gründe, die diese Vorsicht veranlassen. Fast keinen der Schriftsteller hat die Praxis zu einer sichern Ueberzeugung geführt. Es ist das nicht wunderbar, wenn man bedenkt, dass die sorgfältigste Durchforschung der Literatur keinen einzigen Fall finden lässt, bei welchem die Section einen grössern extraperitonealen Bluterguss constatirt hat, während die intraperitoneale Blutung öfter durch die Autopsie verificirt wurde.

Gegen die klinische Differentialdiagnose zwischen intra- und extraperitonealen Ergüssen lassen sich aber um so berechtigtere Einwände machen, als man bisher keine genügend differenten Symptomengruppen für beide aufgestellt hat.

Wir sind in der glücklichen Lage gewesen zweimal durch die Section ausserperitoneale Beckenblutungen constatiren zu können. Der eine Fall kam auf der stationären Klinik vor, der andere in der Privatpraxis

des Herrn Professor Dr. Frankenhäuser, der mir die Publication dieser sowie schon früher beobachteter ähnlicher Fälle, die zur Heilung kamen, in freundlichster Weise gestattete. Dadurch wurde es zugleich möglich, die Symptomatologie klarer zu stellen und genügende Anhaltepunkte zu gewinnen für die Diagnose einer Haematocele und eines Haematoma periuterinum.

Mit letzterem Namen glauben wir zweckmässig die extraperitonealen Blutergüsse zu benennen und die störende Verwirrung zu beseitigen, die von manchen Schriftstellern dadurch in die Literatur eingeführt wurde, dass sie Haematoma und Haematocele synonym gebrauchten.

Es gereicht mir zu hoher Ehre, meinem vortrefflichen Lehrer und wohlwollenden Vorgesetzten, Herrn Prof. Dr. Frankenhäuser den innigsten Dank und die wärmste Anerkennung öffentlich aussprechen zu dürfen für die vielen freundlichen Rathschläge, die er mir nicht bloss während der Zeit dieser Arbeit, sondern auch ausserhalb derselben gegeben, sowie für seine grosse Bereitwilligkeit, mit welcher er mir seine Bibliothek zur Benutzung überliess.

Möge es mir, hochverehrter Herr Professor, eine geraume Zeit vergönnt sein, in meiner Stellung unter Ihrer väterlichen Leitung zu lernen und zu wirken!

Inhaltsverzeichniss.

		Seite
Vorwort		
I.	Historische Skizze und Casuistik	1
II.	Pathologische Anatomie	72
III.	Aetiologie	81
IV.	Symptomatologie	88
V.	Diagnose	97
VI.	Prognose und Therapie	116

Erstes Kapitel.

Historische Skizze und Casuistik.

Bekanntlich waren es zuerst französische Beobachter, welche auf die Blutergüsse in's weibliche Becken ausserhalb Geburt und Wochenbett aufmerksam machten und ein gesammtes klinisches Bild von dieser Erkrankung entwarfen; erst ein Jahrzehnt später wurden auch von deutschen Klinikern namhafte und vortreffliche Abhandlungen darüber veröffentlicht. Alle Autoren sind dabei in der Symptomatologie ziemlich einig, ihre Ansichten gehen aber bedeutend auseinander, oder sind einander geradezu entgegengesetzt in Bezug auf den Sitz der Blutgeschwulst.

So nehmen Nelaton [1]) und Voisin [2]) nach eignen Beobachtungen bloss intraperitoneale Blutergüsse an. Viguès [3]) dagegen behauptet, ebenfalls gestützt auf eigne Beobachtungen, dass der Bluterguss sich stets extraperi-

---

[1]) Gazette des Hôpitaux, 1851.

[2]) Die Haematocele retrouterina, übersetzt von Langenbeck. Göttingen 1862.

[3]) Thèse 1850.

toneal befinde. Alle andern Monographien [1]) bis zum Jahre 1866, deren ich nur die wesentlichsten anführe, nehmen sowohl einen intra- als auch extraperitonealen Sitz des Tumors an. — Auch die meisten Lehrbücher über Gynaekologie sprechen bis in die neueste Zeit herein in dem Capitel über Haematocele von einer H. intra- und H. extraperitonealis, so Hewitt [2]), Thomas [3]), Gallard [4]) u. A. m.

Durch die Arbeit Voisin's [5]) aber, sowie durch die Ansicht einer Autorität wie Virchow [6]), welcher bei seinen vielen Autopsien keinen einzigen Fall von subperitonealem Bluterguss fand, wurden hauptsächlich die klinischen Forscher seit der Mitte der Sechsziger Jahre etwas schweigsamer über extraperitoneale Blutergüsse und manche fingen sogar an, das Vorkommen eines solchen Haematoma periuterinum zu negiren.

Diese Ansicht gipfelte sich schliesslich in dem Ausspruche Schroeders [7]): «Kann nun auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus die Möglichkeit des

---

[1]) a) Engelhardt Thèse inaugural. Strassburg 1856. b) Withusen cf. Schmidts Jahrbb. p. 93. 1857. c) Mahn Inaug. Dissert. Rostock 1858. d) Breslau Schw. Zeitschr. f. Heilk. II. 1863. e) Ott Dissertat. Tübingen 1864.

[2]) London 1863. pag. 212.

[3]) l. c.

[4]) Paris 1873. p. 685.

[5]) vid. oben.

[6]) Die krankhaften Geschwülste I. 1863. Berlin.

[7]) Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina u. s. w. von Dr. K. Schroeder. Bonn 1866. Cohen & Sohn. pag. 40.

Vorkommens einer extraperitonealen Blutung nicht bestritten werden, ja wird dieselbe durch die während der Geburt und im Wochenbett stattfindenden Blutergüsse ausser Zweifel gesetzt, so geht doch soviel daraus hervor, (nämlich aus seinen kritischen Untersuchungen der bis dahin publicirten Fälle) [1]), dass extraperitoneale Blutergüsse, die zu klinischen Symptomen Veranlassung geben, ausserhalb der Zeit der Fortpflanzung ganz ungemein selten sind und dass ein ganz sicher konstatirter Fall in der gesammten Literatur bis jetzt nicht vorliegt.» [2])

Ein durch die Sektion sicher konstatirter Fall ist nur derjenige von Ott [3]), der sich aber nur zufällig an der Leiche einer an Typhus verstorbenen 28jährigen Fabrikarbeiterin fand. Dieser, sowie noch andere als

---

[1]) vid. l. c. pag. 36—45.

[2]) Aehnlich spricht sich denn auch West in seinem Lehrbuche, übers. v. Langenbeck. Göttingen 1870. pag. 551 aus: „Die Quelle und der Sitz der Blutung in diesen Fällen sind der Gegenstand grosser Meinungsverschiedenheiten gewesen. Während einige Schriftsteller angenommen haben, dass dieselbe in gleicher Weise, sowohl in die Peritonealhöhle als in das periuterine, oder das Becken auskleidende Bindegewebe erfolgen könne, sind andere zu glauben geneigt, dass das Blut stets die Peritonealhöhle einnehme. Das Gewicht des Augenscheins ist entschieden zu Gunsten der letzten Ansicht, sie ist die, welche von Virchow sowohl als von Bernutz und Aran vertreten wird und ich kenne keine mit gehöriger Sorgfalt angestellte Sektion, bei welcher der Sitz des Ergusses als ein extraperitonealer überzeugend nachgewiesen wäre."

[3]) Die periuterinen und retrovaginalen Blutergüsse. Diss. Tübingen 1864. pag. 13.

Haematoma periuterinum angeführte Sectionsberichte sind von Schroeder scharf beurtheilt und die meisten mit grosser Wahrscheinlichkeit auf intraperitoneale Blutergüsse (Haematocele) zurückgeführt worden. Immerhin ist das noch keine Sicherheit, aber ich glaube, sehr viel wird durch eine neue Kritik doch nicht erreicht und ich will desshalb jene Fälle nicht von Neuem besprechen.

Dagegen will ich hier noch auf zwei Fälle von Blutungen in das periuterine Zellgewebe aufmerksam machen, die ich in dem von Rose in der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin den 26. Febr. 1867 gehaltenen Vortrage [1]) über die Operation der Haematometra unter dem Verzeichniss der bekannten lethal verlaufenen Fälle fand. Es sind allerdings bloss zufällige Sektionsbefunde neben Haematometra und Tubenblutgeschwulst, die also an und für sich intra vitam zu keinen klinischen Symptomen Veranlassung gaben, aber doch den Beweis dafür liefern, dass eine Blutung in das subperitoneale periuterine Zellgewebe unter Umständen stattfinden kann. Rose führt sie folgendermassen an:

„Schuh operirte ein Mädchen von 22 Jahren, welches seit 11 Monaten leidend war, neben dem fast zum Nabel reichenden Uterus links eine höckrige gänseeigrosse Geschwulst und drei Linien oberhalb der myrtenförmigen Karunkeln einen derben zellig fibrösen, unnachgiebigen Scheidenverschluss hatte. Mit dem Uterus hing eine elastische Geschwulst zusammen, die den Mastdarm comprimirte und bis zu seinem innern Schliessmuskel reichte. Nach einem Einschnitte einen Zoll tief wurde diese Geschwulst entleert, die durch Berstung der Haematometra in's Zellgewebe unter und hinter dem untern Ende der Gebärmutter sich erst gebildet hatte. Zwei

[1]) Monatsschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten.

Zoll tiefer wurde diese weit eröffnet. Am 3. Tage trat Perforationsperitonitis und auch am selben Tage der Tod ein. Es fand sich ein Bluterguss in die Bauchhöhle, bleistiftgrosse Berstung der erweiterten linken Trompete, Blutinfiltration zwischen Gebärmutter und Mastdarm. (Cf. Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien. J. III. 1857 p. 497)“

„Holst, Professor in Dorpat, machte bei einer 42jährigen Bauernmagd mit Haematometra im rechten Horn eines Uterus bicornis infra simplex, die seit dem 27. Jahre aber unregelmässig und schmerzhaft menstruirt war, die Punktion mit dem Troicart. Schon am Abend stieg die Temp. von 36,8° auf 38,4°. Der Tod erfolgte am 17. Tage. Die Sektion ergab zahlreiche alte Bänder zwischen Därmen und Genitalien; rechts fand sich ein grosser Blutsack, der, weil gleichzeitig das Ovarium vorhanden war, für einen Tubensack anzusprechen ist (?). Er war 5/4 Zoll dick und 8 Zoll an seiner Convexität lang; weder Fimbrien noch ein Zusammenhang mit dem Uterus liessen sich finden. Sein Inhalt bestand aus eingedicktem Blute, das ihn prall füllte. Ausserdem fand sich als Todesursache eine Verjauchung im Beckenzellgewebe, welche die Rückseite des Beckenringes bloss gelegt hatte und im Zusammenhang damit ein zweiter Blutsack, der unten durch eine Perforationsöffnung in die Uterinhöhle führte, oben, dicht oberhalb des Ansatzes des Lig. rotund. durch eine Oeffnung von einer halben Linie Dicke mit dem Uterushorn zusammenhing. Vermuthlich waren beide Säcke Kammern eines Tubensackes, die hier in's Beckenzellgewebe und später in den Uterus perforirten. Der Fall unterscheidet sich von den übrigen auch durch die lange Dauer und dadurch, dass danach eben im Peritonaeum kein freies Exsudat gewesen ist. Eine Ruptur in den Bauchfellsack scheint demnach nicht stattgefunden zu haben. (Cf. Beiträge zur Gynäkologie und Geburtskunde. Tübingen b. Laupp. 1865 Heft 1. p. 72).“

Einen von Betschler [1]) als Haematocele retrovaginalis mitgetheilten, von Schröder bloss citirten Fall gebe

[1]) Klinische Beiträge zur Gynäkologie. Erstes Heft. Breslau 1862. pag. 136.

ich hier vollständig in seinem Original, da er uns später bei Besprechung der Differentialdiagnose wichtig wird.

Fall I. *Haematoma retrovaginale et retrouterinum. Perforation in die Scheide. Heilung.*

„P. P. eine 34 Jahre alte Frau, war am 2. Februar 1860 bei ihrer Rückkehr von einem Markteinkaufe, ziemlich beladen, plötzlich von einem sehr heftigen Schmerze in der Kreuzbeingegend, verbunden mit unwiderstehlichem Stuhl- und Harndrang auf der Strasse befallen worden und hatte sich nur mit Mühe bis in das zunächstgelegene Haus bewegen können, um jenem Drange zu genügen. Ueber diesen Anstrengungen, welche jedoch erfolglos blieben, fiel sie in Ohnmacht und musste wegen des darauf folgenden hohen Schwächegefühls durch fremde Hülfe nach ihrer Behausung gebracht werden. Ein schleunigst hinzugerufener Arzt fand die hintere Wand der Scheide durch eine Geschwulst stark hervorgewölbt und den Scheidentheil des Uterus sehr hoch stehend und gegen die Schambeinfuge angedrängt und glaubte aus diesem Befunde um so mehr auf eine vorliegende Retroversio uteri schliessen zu müssen, als gleichzeitig auch die so schnelle Entstehung des Uebels, sowie die gestörte Exkretion des Stuhls und Urins dieser Diagnose entsprach. Es wurden deshalb sofort nach vorausgeschickter künstlicher Entleerung jener Exkrete die Repositionsversuche in der Knieellenbogenlage der Frau vorgenommen und beharrlich ausgeübt, jedoch ohne jeden andern Erfolg, als den einer Steigerung des Schmerzgefühls. In der Idee, dass eine entzündliche Einklemmung die Reposition vereitele, wurde jetzt zunächst zur Beseitigung des Reizzustandes der Nachbarorgane die antiphlogistische Heilmethode in Gebrauch gezogen und namentlich Blutegel gesetzt und Calomel in grössern Gaben gereicht, wonach jedoch spätere Repositionsversuche selbst mit Beharrlichkeit und auch wohl sogar zu lange fortgesetzt, eben so wenig auch jetzt erfolgreich wurden, so dass der behandelnde Arzt es vorzog, die weitere Behandlung unserer Klinik zu überlassen, in welche sie dann auch am 8. ej. m. aufgenommen wurde.

Wir fanden in der Kranken eine zarte, schwächliche Frau

von entsprechendem reizbaren Temperamente, welche früh und in der Regel sehr stark menstruirt, sonst sich relativ wohl gefühlt hatte und vor ca. 8 Wochen zum ersten Male ohne Kunsthülfe niedergekommen war. In der vorausgegangenen Schwangerschaft hatte sie stets an hartnäckiger Leibesverstopfung gelitten und ebenso an erweiterten Hämorrhoidalgefässen, welche auch ab und zu Blut ergossen hatten, und endlich auch an Varikositäten an den Schenkeln. Der allgemeine Zustand der Frau war jetzt zwar vollkommen fieberlos, allein ihr Aussehen war blass und leidend, sowie ihre Gemüthsstimmung sehr gedrückt und muthlos. Ihre Klagen betrafen vorzugsweise die Fortdauer des Gefühls des steten Drängens zum Stuhlabsetzen, der bisher nie anders als durch Abführmittel und Klystiere hatte ermöglicht werden können, während die gestörte Urinexkretion sich bedeutend gebessert hatte.

Die geschlechtliche Untersuchung ergab eine starke Hervorwölbung der hintern Scheidenwand und zwar von der Art, dass ungefähr in der Mitte derselben die Geschwulst ihre grösste Höhe zeigte und von da nach oben gegen das Scheidengewölbe hin und nach unten nach dem Scheidenausgange hin allmälig abfiel. Sie war ausserdem von mittlerer Consistenz, jedoch mit dem Unterschiede, dass sie sich in ihrer Mitte weicher als nach oben und unten, wo sie härter war, und elastisch, selbst fluktuirend anfühlte und durch einen Druck nicht reponiren liess; die Berührung war ausserdem schmerzhaft und ihre Farbe nicht blauroth oder schwarz, sondern dunkelroth. Der Uterus war hoch hinaufgedrängt, elevirt, so dass sein Scheidentheil in gleicher Höhe mit dem obern Rande der Schambeinfuge stand und an diese angedrückt war, stand aber in normaler Richtung, da die leicht eindringende Uterussonde ohne jedes Hinderniss normal tief eingeführt werden konnte.

Die angegebenen Erscheinungen in ihrer Gesammtheit liessen sich für die Stellung der Diagnose wohl dahin zunächst verwerthen, dass der Uterus zufolge der durch die Uterussonde gewonnenen Resultate an der Bildung der Geschwulst ganz unbetheiligt geblieben und nur durch diese secundär aus seiner normalen Lage gedrängt und zwar elevirt sei.

Ebenso mussten die Dislocationen von Geschwülsten der Eierstöcke, des Mutterbandes und dergl. und deren etwaige Einklemmung ausgeschlossen werden, da ihre bedeutendere Consistenz, sowie ihre gewöhnlich höhere Lage mit den desfallsigen hier vorgefundenen Eigenschaften der Vaginalgeschwulst nicht übereinstimmte. Auch für eine Enterocele vaginalis, obgleich ihre plötzliche Entstehung und ihr Sitz für jene Krankheit einigermassen sprach, entschied nicht das Gesammtbild, weil deutlich eine Flüssigkeit gefühlt wurde und eine Reposition der Geschwulst bei gleichzeitiger Abwesenheit aller Erscheinungen einer Einklemmung nicht im mindesten möglich war. So blieb denn nur übrig, eine Flüssigkeit in derselben anzunehmen, Wasser, Eiter oder Blut. Die Annahme der ersteren Flüssigkeit, d. i. eine Hydrocele vaginalis, schied von selbst aus, da von einem Hydrops ascites, von dem sie stets nur ein Anhängsel ist, eben so wenig, wie von einer andern chronischen Unterleibskrankheit keine Spur vorhanden war. Mehr Wahrscheinlichkeit hatte schon der Verdacht einer interstitiellen Eiterung zwischen Scheidenwand und Mastdarm, weil ausser den Klagen über Schmerzhaftigkeit auch eine dunkle Entzündungsröthe vorhanden war; allein die Entstehung, der bisherige Verlauf und die gänzliche Abwesenheit jeder fieberhaften Erregung mussten auch diese Annahme zurückweisen. Wir stellten desshalb unsre Diagnose um so mehr auf eine vorliegende Hämatocele retrovaginalis als ausser der entsprechenden Entstehungsweise und der Constitution der Kranken und den aus dieser hervorgegangenen Beschwerden einer Abdominalvollblütigkeit, deren bisher angenommene Characteristica, das tiefe Herabtreten der Geschwulst, die Verdrängung des Uterus und die veränderte Färbung hier am deutlichsten hervortraten. Dass diese Farbe nicht livide, wie sie sein soll, hier war, sondern mehr dunkelroth und die Geschwulst schmerzhaft war, wurde einfach aus einer später eingetretenen Hautentzündung erklärt, welche offenbar aus den vielen und oft wiederholten Repositionsversuchen abgeleitet werden musste; aus demselben Grunde erklärten wir uns die härteren Ausläufer der Geschwulst nach oben und unten als entzündliche Infiltrate des Bindegewebes.

Dieser Ansicht entsprechend wurde zum innerlichen Gebrauche eine Emulsion mit weinsteinsaurem Kali und ausserdem lauwarme Injektionen in die Scheide angeordnet.

Der weitere Verlauf der Krankheit bestätigte auch vollkommen unsere Diagnose; denn schon nach 4 Tagen öffnete sich die Geschwulst an ihrer höchsten Stelle, aus der sich altes, schwarzes coagulirtes Blut unter entschiedener Abnahme der Geschwulst, sowie aller krankhaften örtlichen Erscheinungen und Beschwerden ergoss. — Schon am 16. Februar fing die Oeffnung an sich zu verkleinern und trichterförmig zu gestalten; die Geschwulst war gänzlich zusammengefallen und nur noch ihre Ausläufer nach oben und unten fühlbar; der Uterus hatte sich seiner normalen Stellung mehr genähert und Stuhl- und Harnbeschwerden waren vollständig beseitigt. Bis zum 25. Februar dauerte unter steter Verkleinerung der Ausflussöffnung mit oft tagelangen Unterbrechungen die blutige Aussonderung fort, durch welche namentlich beim Stuhlgange kleine Coagula entfernt wurden. Am längsten war ein Rest des Tumors in der Nähe des Scheidengewölbes zu fühlen der jedoch auch am 27. ej. m. gänzlich geschmolzen war, so dass die Genesene vollkommen gesund entlassen werden konnte. Die Behandlung bestand von der Zeit ab, in welcher die Schmerzhaftigkeit des Uebels geschwunden war, in der Verabreichung eines Pulvers aus Sulph. depur. mit Cremor tartar., welches wir noch länger fortzugebrauchen anempfahlen, um auf ihr Grundleiden nachhaltig zu wirken.

Spätere Nachforschungen haben ergeben, dass die P. P. gesund geblieben ist und sich ihres frühern Wohlseins zu erfreuen hat."

Schroeder bemerkt darüber:

»Es kann in diesem Fall der extraperitoneale Sitz der Blutgeschwulst nicht füglich bezweifelt werden. Das tiefe Herabtreten der Geshwulst spricht allerdings, da der Peritonealsack, wie Hydrocelen beweisen, einer sehr bedeutenden Ausdehnung fähig ist, nicht unbedingt dafür. Dass jedoch »die Geschwulst in der Mitte ihre grösste

Höhe zeigte und von da nach oben gegen das Scheidengewölbe hin und nach unten nach dem Scheidenausgang hin allmälich abfiel,« lässt sich nicht wohl mit dem intraperitonealen Sitz vereinigen. Man kann jedoch diese Geschwulst ungezwungen als einen Thrombus vaginæ bezeichnen, der durch grosse körperliche Anstrengung noch in einer späten Zeit des Wochenbettes, circa sieben Wochen nach der Geburt (sechs Tage nach dem Auftreten der Geschwulst wurde sie aufgenommen und hatte nach dem Status präsens vor circa acht Wochen geboren) auftrat. Dass sie in der Schwangerschaft an erweiterten Hämorrhoidalgefässen, welche ab und zu Blut ergossen hatten, und an Varicositäten an den Schenkeln gelitten hatte, mag diese Auffassung noch unterstützen.

Jedenfalls ist dies unter den bisher beobachteten Fällen der einzige, bei dem es sich mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit um eine extraperitoneal gelegene Geschwulst handelt.«

Mit dieser letzten Interpretation kann ich mich vollkommen einverstanden erklären; das scheint mir aber gezwungen diesen Fall noch in die Kategorie der Wochenbetterkrankungen zu versetzen, sieben Wochen nach einer normal stattgehabten Geburt. Gibt es ja doch Frauen, die auch ausserhalb der Schwangerschaft und des Wochenbetts an Varicositäten und Hämorrhoiden so gut wie Männer leiden! In diesem gegebenen Falle werden jene geradezu das prädisponirende Moment zu dieser Blutgeschwulst abgegeben haben und wir haben es hier mit einem wahren Hämatoma periuterinum resp. retrouterinum zu thun.

Seit der Arbeit Schröders nun sind mehrere Fälle von Beckenblutergüssen publicirt worden, welche von den betreffenden Autoren theils als extraperitoneale angesprochen wurden, theils den gegebenen Symptomen nach als Hämatome aufgefasst werden müssen, wenn der Autor sich auch nicht bestimmt darüber äussert.

Hierher gehört vorerst der bekannte Fall von W. S. Playfair, veröffentlicht in dem Lancet, [1]) welchen ich nur aus der Abhandlung von Ferber [2]) in Schmidts Jahrbüchern kenne. Es ist folgender:

Fall II. *Haematoma lig. lat. dextri et anteuterinum. Perforation in vaginam et rectum. Heilung.*

„Mc. D., 48 Jahre alt, am 7. März in Behandlung getreten. In Folge längeren Aufenthalts in Indien sah Patientin gelblich blass und ungesund aus. Sie hat keine Kinder und ist seit mehreren Jahren nicht mehr menstruirt. In Folge starker Durchnässung und Erkältung litt sie an deutlichen Symptomen von Pelvicellulitis (Parametritis), heftige Unterleibsschmerzen und Empfindlichkeit bei Druck in der Regio iliac. dextr., woselbst eine deutliche Härte fühlbar. Von der Scheide aus zeigte der Uterus sich unbeweglich und gegen das linke Ilium gedrängt. Die Gegend des rechten lig. lat. war ausgefüllt durch eine feste, harte, sehr empfindliche Geschwulst, an der nirgends Fluktuation wahrgenommen werden konnte. Haut heiss, Fiebersymptome, Puls voll, hart und frequent. Sechs Blutegel werden in die Leistengegend gesetzt, dann Cataplasmen und Hydrarg. bichlor. mit Chinin.

Am 10. März entleerte sich zur grossen Erleichterung der

---

[1]) Lancet II. 7. Aug. 19 1865. pag. 199.

[2]) Ferber: Die Blutgeschwülste in der Nachbarschaft der Geschlechtstheile des Weibes. Schmidts Jahrbb. 1867. Bd. 135. pag. 321.

Patientin eine grosse Menge Eiters ohne Blutspuren aus der Scheide. Am folgenden Tage war die Härte in der rechten Unterbauchgegend fast völlig geschwunden, der Zustand der innern Genitalien, per vaginam untersucht, dagegen unverändert; die Oeffnung, durch welche die Entleerung des Eiters erfolgt war, konnte nicht aufgefunden werden. Drei Tage dauerte der Eiterausfluss fort, als am 13. März plötzlich eine grosse Menge dunkel gefärbten Blutes hervorströmte, welches geronnen noch ca. zur Hälfte das Nachtgeschirr erfüllte. Dieser Ausfluss dauerte fort und nahm an Menge zu, sobald Patientin sich rührte.

Als Playfair hinzukam, war dieselbe bleich und matt, mit kleinem schwachen Puls von 112 Schlägen. Per vaginam ergab sich der nämliche Befund, nur war der Tumor noch bedeutend vergrössert, so dass der Uterus fast auf das linke Ilium heraufgedrängt war; die Substanz der Geschwulst war weicher. Während der Untersuchung floss das Blut ungehindert ab, doch konnte die Oeffnung in der Scheide wiederum nicht nachgewiesen werden. In der Mittellinie des Unterleibs war ganz deutlich eine ovoide Geschwulst mit rundlichen Rändern zu fühlen, welche ungefähr die Grösse des Kopfes eines neugebornen Kindes hatte und bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichte. Dieser Tumor war völlig verschieden von der Härte in der Reg. iliac. dextr. Druck auf erstere bedingte eine Bewegung des Uterus. Dieser war wiederum dadurch deutlich von der fraglichen ovoiden Geschwulst zu unterscheiden, dass sich am fundus desselben ein orangegrosses Fibroid durchfühlen liess. Eis auf den Unterleib, Tamponade der Vagina, völlige Ruhe, Adstringentien.

In den nächsten Tagen zeigte sich geringe Veränderung: Nach Entfernung des Tampons strömte Blut, vermischt mit Eiter, in beträchtlicher Menge hervor. Am 19. März stellte sich zwischen der rechten Schamlippe und der Weiche circumscripte Röthung und Schmerzhaftigkeit ein. Am 20. Abgang von Blut aus dem Anus, doch konnte auch im Rectum keine Oeffnung nachgewiesen werden. Die Induration in der regio iliac. dextr. und der ovoide Tumor blieben in Bezug auf ihre Dimensionen unverändert. Am 25. drohte völliger Collapsus in Folge der unaufhaltsamen Blutung, welche jetzt ununter-

brochen allein aus dem Mastdarm erfolgte und allen Mitteln (Eisenchloridinjectionen) trotzte. Mittlerweile hat sich auch der Abscess an der rechten Schamlippe geöffnet und ungefähr eine Pinte reinen Eiters entleert. Nach dem 26. sistirte die Blutung, worauf allmälige Besserung eintrat.

Vom 14. April an stellten sich die Kräfte allmälig wieder ein. Der ovoide, in der Mitte des Unterleibes gelegene Tumor erschien jetzt bedeutend kleiner und fühlte sich härter an. Auch die Geschwulst rechterseits erschien bei der Vaginaluntersuchung verkleinert und der Uterus nahm wieder eine normalere Stellung ein. Durch die Scheide und durch den Mastdarm wurden indessen immer noch Spuren von Eiter entleert, während der Abscess zwischen der rechten Schamlippe und Weiche geschlossen war."

Ferber gibt in seiner Abhandlung eine längere Kritik über diesen Fall und sagt unter Anderem: „Kann der zweite Tumor nicht möglicherweise eine in Folge des Druckes und der Zerrung der extraperitonealen Eieransammlung auf die Serosa, resp. Plica Douglasii producirte Pelviperitonitis haemorrhagica gewesen sein, deren Blutinhalt sich alsdann per vaginam et rectum einen Weg bahnte? Allerdings würden durch eine haemorrhagische Entzündung der Serosa kaum solche Massen Blutes geliefert werden können, wie die Kranke in kurzer Zeit verlor. Liesse sich diese Art der Interpretation mit Sicherheit völlig negiren, so wäre diese Beobachtung Playfairs ein Beleg für die gerade neuerdings so vielfach bezweifelte extraperitoneale Blutgeschwulst, welche Virchow bei der jedenfalls enormen Zahl von Autopsien, welche er geleitet, niemals beobachtet hat und wofür, wie Schroeder nachwies, als sicher nur der auch durch die Sektion nicht bestätigte Fall von Betschler und

der zufällig bei anatomischen Studien gefundene Fall von Ott existirt [1])."

Leider spricht sich Playfair nicht genauer über den Sitz der zweiten Geschwulst, also des Haematoms aus; er sagt nur, dass sie in der Mittellinie bis zwischen Nabel und Symphyse gereicht habe, aber nicht, ob sie vor dem nach links verdrängten Uterus liege oder aber hinter demselben den Douglas'schen Raum ausfülle. Doch lässt sich aus der genauen Angabe der Form der Geschwulst ein intraperitonealer Bluterguss, also eine Haematocele ausschliessen. Diese zeigt, abgesehen davon, dass durch eine Pelviperitonitis haemorrhagica unmöglich so plötzlich ein kindskopfgrosser Tumor entstehen kann, nie eine solche ovoide Form mit abgerundeten Rändern durch die Bauchdecken fühlbar, sondern das Blut steigt überall gleichmässig in die Höhe. Bei einem Haematom aber muss sich ein umschriebener Tumor bilden, weil der Bluterguss nach oben ja durch das Peritoneum begrenzt ist.

In einem Vortrage, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde im Mai 1869 über die Haematocele retro-uterina führt Krieger [2]) einen Fall von Haematoma retrouterinum vor.

Fall III. *Haematoma retrouterinum. Resorption.*

„Ein kürzlich von mir beobachteter Fall betraf eine schwächlich und anämisch aussehende Frau von 36 Jahren,

---

[1]) vid. oben.

[2]) Krieger: Einige Notizen über die Haematocele retrouterina. Berliner klin. Wochenschrift VI. 1869. No. 43. 44. 45. pag. 483.

welche 3 Kinder leicht geboren hatte, jedes derselben über ein Jahr genährt und seit ihrer Verheirathung die Regeln nicht wieder gehabt, bis dieselben im Herbste vorigen Jahres, drei Monate nach Entwöhnung des letzten Kindes wieder eintraten. Im Dezember glaubte sie wieder concipirt zu haben, verlor aber seit dem 20. Januar beständig etwas Blut und abortirte am 30. Vier Wochen darauf wurde ich consultirt und erfuhr, dass die Kranke seit dieser Zeit unaufhörlich über Schmerzen im Leibe, über Stiche im Becken geklagt, auf keiner Seite zu liegen vermocht und fortwährend blutige Abgänge gehabt hatte, so wie dass Stuhl- und Urinentleerung sehr schmerzhaft geworden war. Bei der Untersuchung fand ich den Unterleib aufgetrieben, empfindlich, die hintere Wand der Vagina vorgedrängt, convex, den härtlichen narbigen Cervix uteri wenig beweglich, nach dem Steissbein gerichtet, aus dem offenen Muttermunde blutig wässrige Feuchtigkeit ausfliessend, hoch hinter dem Scheidentheil einen schmerzhaften rundlichen Körper, der sich nur wenig bewegen und bei gleichzeitigem tiefen Druck auf die Bauchdecken wohl in der Höhe des Randes des kleinen Beckens undeutlich wahrnehmen, aber nicht bestimmt umgrenzen liess. Dass dieser Körper nicht der retroflectirte Fundus uteri sein konnte, bewies die Sonde, die sich mit gesenktem Hefte in normaler Richtung $2^3/4''$ tief einführen und den Fundus uteri in der linea alba einige Finger breit unterhalb des Nabels durchfühlen liess. — Die blutigen Abgänge dauerten unablässig fort, die Schmerzen liessen wohl zeitweise nach, stellten sich aber, namentlich gegen Mitte März, mit grosser Heftigkeit wieder ein, wo eine profusere Blutung die Wiederkehr der Menstruation bezeichnete. Morphium, Belladonna verminderten die Schmerzen, Eisenpräparate mit Ergotin und der örtliche Gebrauch von Adstringentien waren aber auf die Blutung ohne Erfolg geblieben, bis dieselbe nach einer Injection von Jodtinctur in das Cavum uteri, nach vorgängiger vollständiger Erweiterung des Cervix, Anfangs April cessirte. Nach und nach ist die Geschwulst im Douglas'schen Raume kleiner geworden, ist aber noch jetzt (Anfangs Mai) nicht ganz verschwunden, obwohl sie sich nur noch an der linken Seite des Uterus fühlen lässt.

Da in diesem Falle durch eine genaue Untersuchung des Cavum uteri die Anwesenheit von Polypen und anderen eine Blutung bewirkenden krankhaften Gebilden ausgeschlossen werden konnte, blieb mir nur die Annahme einer haemorrhagischen Endometritis übrig, und diese sowohl, wie die Beckenhaemorrhagie, glaube ich auf die besondere Blutbeschaffenheit der Patientin zurückführen zu müssen.

Ueber den Sitz der Haemorrhagie wage ich in diesem Falle kein bestimmtes Urtheil, möchte mich aber eher dafür entscheiden, sie für extraperitoneal zu halten, theils wegen ihres puerperalen Ursprungs, theils weil der Tumor von den Bauchdecken aus zu keiner Zeit hinreichend deutlich zu fühlen war, theils endlich wegen der sehr lange dauernden Resorption."

In diesem Falle scheint die Diagnose auf Haematoma retrouterinum wohl unberechtigt zu sein; ich führte ihn aber dennoch an, weil er von Krieger selbst doch als ein solches betrachtet wurde.

Im Jahre 1870 veröffentlichte Olshausen zwei sehr charakteristische Fälle von Haematoma periuterinum in seiner Arbeit: „Ueber Haematocele und Haematometra, ein Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose dieser Affectionen." [1])

IV. Fall. *Heftiger Fall während profuser Menstruation. Suppressio mensium. Schnell auftretende Symptome innerer Blutung und einer Beckengeschwulst. Genesung.* [2])

„Frau Weisswange, 42 Jahre alt, hat 9 Geburten und 2 Aborten überstanden. Das letzte Wochenbett hat vor 1½ Jahren stattgefunden. Seit mehreren Jahren tritt die Menstruation profus, gewöhnlich zu früh ein und dauert zu lange. Eines Tages, nach schon mehrtägiger reichlicher, menstrualer Blutung, that sie, nachdem sie auf eine Stuhllehne gestiegen

---

[1]) Archiv für Gynaekologie I. p. 24. 1870.

[2]) loc. cit. pag. 35.

war, einen derartig unglücklichen Fall, dass sie reitlings und heftig auf die Stuhllehne zu sitzen kam. Noch am selben Tage hörte plötzlich die Menstruation auf. Sie hatte beim Absitzen heftige Schmerzen. Sie wurde schon am nächsten Tage auffällig blass, bekam am zweiten Tage wiederholt Ohnmachten und machte auf den behandelnden Arzt an diesem Tage den Eindruck einer innern Blutung. Schon am zweiten Tage nach dem Falle wurde die Defaecation sehr schmerzhaft. Dies steigerte sich immer mehr und war noch die Hauptklage der Patientin, als ich sie drei Wochen nach dem Falle zuerst sah. Das Aussehen der kräftig gebauten Patientin war noch höchst anämisch oder eigentlich kachektisch. Bei der Untersuchung durch die schlaffen Bauchdecken nahm man mit Leichtigkeit in jeder Regio hypogastrica einen etwa faustgrossen, festen, nach oben schwach convexen Tumor wahr. Diese beiden Geschwülste lagen auf jeder Darmbeinschaufel, am Rande des kleinen Beckens, in welches sie jedoch hineinragten; sie hingen in der Mittellinie des Körpers zusammen, doch ragte dieser mittlere Theil weniger hoch hinauf und war von aussen her weniger deutlich fühlbar. Beide Geschwülste waren empfindlich, besonders die linkseitige, sie reichten nach vorn und nicht an die Bauchdecken hinein.

Der Uterus zeigte sich bei einer innern Untersuchung stark nach vorn gedrängt; die port. vaginalis stand etwa 2 Cm. hinter der Symph. oss. pub., der Muttermund war schwach nach vorn gerichtet, also eine geringe Retroversio uteri vorhanden. Hinter dem Uterus in der Mittellinie des Beckens war ein faustgrosser, einigermassen kugeliger Tumor fühlbar; die Consistenz war eine halbfeste, die Oberfläche nicht deutlich höckrig; die Empfindlichkeit sehr erheblich.

Die Kranke wurde mit Eisenpräparaten behandelt, bekam eine kräftige Diät; sie war ausser Bett, lag meist auf dem Sopha, unternahm aber keine Arbeit.

Als ich 7 Wochen später, also 10 Wochen nach Entstehung der Hämatocele, die Kranke wieder untersuchte, war äusserlich kein Tumor mehr wahrnehmbar; in der linken fossa iliaca bestand noch einige Empfindlichkeit. Der Tumor hinter dem Uterus war ebenfalls völlig verschwunden; die massige port. vagin. stand mehr als gewöhnlich nach hinten; der Uterus

war übrigens gut beweglich und nicht empfindlich. Die Menses waren bereits zweimal wieder erschienen. Patientin hatte weder Leibschmerzen noch Schmerzen bei der Defaecation."

Olshausen gibt selbst folgende Kritik darüber ab:

„Bemerkenswerth ist, dass hier das Trauma eine Suppressio mensium hervorzubringen schien, in Folge deren dann der innere Bluterguss offenbar sehr schnell entstand, wie die Ohnmachten und die acut auftretende Blässe bewiesen. Unter den Symptomen war hier die schmerzhafte Defaecation so anhaltend und erheblich, wie ich es sonst nie gesehen habe; dem entsprechend auch die Empfindlichkeit des retrouterinen Tumor. Die beiden seitlichen Tumoren müssen jedenfalls extraperitoneale gewesen sein, da sie sonst nicht in der fossa iliaca so scharf umschriebene Tumoren hätten bilden können. Der mittlere Theil aber, durch welchen sie verbunden waren, hat zum Theil in den Ligg. lata, zum Theil unter dem Peritonäum der hintern Uteruswand gelegen. Es ist dieser Fall also wieder eine Bestätigung der Thatsache, dass extraperitoneale Haematome meist traumatische sind. In gleicher Weise habe ich die äusserlich fühlbare Hämatocele sonst nie gesehen, vielmehr immer nur als einzige ziemlich median gelegene, kugelige Geschwulst."

Ich möchte in Kurzem hier nur beifügen, dass bei dieser Kranken ein Symptom so prägnant zu Tage liegt, auf welches, wie wir später sehen werden, bei der Diagnose ein Hauptgewicht gelegt werden muss. Es ist dies nämlich das Vorhandensein von zwei seitlich gelegenen Tumoren, welche durch eine Brücke hinter dem Uterus oder eine Geschwulst mit einander verbunden sind.

V. Fall. *Katameniale anteuterine Haematocele. Heftige Dysmenorrhoe. Fieber. Völlige Resorption:* [1])

„Frau S., eine gesunde und ziemlich kräftige Frau von 28 Jahren, hat vor 6 Jahren ihr einziges Kind geboren und ist jetzt 5—6 Jahre Wittwe. Die Menstruation erschien bei ihr stets rechtzeitig, ziemlich stark und verlief ohne alle Beschwerden.

Mitte März 1867 erschienen die Menses rechtzeitig, aber enorm profus, nachdem Frau S. 2—3 Tage vorher sehr heftig gefiebert hatte. Dieses Fieber hatte ich zufällig Gelegenheit zu constatiren, ohne übrigens die Kranke weiter zu untersuchen oder zu behandeln. Schmerzen im Leibe hatte Patientin dabei nicht. Nach Ablauf dieser Menstruation war Patientin längere Zeit ganz auffällig blass und wurde 8 Tage nach derselben wiederholt ohnmächtig. Die nächste Menstruation erschien gegen Ende April, also etwa 8 Tage zu spät; es gingen derselben mehrere Tage äusserst heftige, krampfartige Leibschmerzen vorher, bei welchen zeitweise Patientin laut aufschrie. Mit dem Eintritt der Menses hörten die Schmerzen auf. Die Blutung war am ersten Tage sehr stark, am zweiten schwach und hörte dann, nach zweitägiger Dauer, plötzlich auf. Am 25. Mai, als die Menstruation von neuem bevorstand, zeigten sich schon wieder krampfartige Schmerzen; besonders aber waren jetzt ein heftiger Tenesmus vesicae und ein nach jedem Uriniren auftretender Schmerz in der Blasengegend lästig.

Die jetzt zum erstenmale angestellte Untersuchung ergab Folgendes: Unterleib etwas aufgetrieben und gespannt; ein Tumor über der Symph. oss. pub. undeutlich fühlbar. Innerlich: Port. vag. stark nach hinten gedrängt; der Muttermund liegt der hintern Vaginalwand dicht an und sieht etwas nach hinten; die vordere Lippe ist ganz kurz, weil das vordere Scheidengewölbe durch einen Tumor nach abwärts gedrängt ist. Dieser Letztere ist flachgewölbt, im Ganzen kugelig, aber etwas uneben, kaum schmerzhaft, von halbweicher Consistenz;

---

[1]) l. c. pag. 39.

er erstreckt sich vom Uterus, dem er dicht anliegt, bis zur vorderen Beckenwand, welche er in grosser Ausdehnung, wenn auch nicht bis zur Umbiegung der linea arcuata, berührt. Die bimanuelle Untersuchung zeigt, dass er nach oben kugelig endet und mit seiner höchsten Kuppe die Höhe der Symph. oss. pub. noch um 2½—5 Cm. überragt. Der Percussionston ist über der Schamfuge gar nicht oder ganz unbedeutend gedämpft. Jeder Druck, von aussen oder innen auf die Geschwulst geübt, erregt sofort den heftigsten Tenesmus vesicae. Die Blase war zuvor durch den Catheter entleert worden.

Hinter dem Uterus ist das Scheidengewölbe kaum erreichbar, jedenfalls nicht deprimirt, vielmehr in die Höhe gezogen und ein Tumor daselbst nicht fühlbar. Die Beweglichkeit des Uterus ist vermindert, aber nicht aufgehoben. Bei der Abwesenheit von Fieber und irgendwelchen perimetritischen Symptomen zögerte ich um so weniger, die Sondirung des Uterus vorzunehmen, als ich hoffte, dadurch die allem Anscheine nach mechanische Dysmenorrhoe für dieses Mal zu verringern. Die Sondirung ergab, dass der Uterus bei seiner Retroposition gleichzeitig etwas antevertirt und vielleicht auch in mässigem Grade flectirt war. Seine Länge war 7½ Cm.; was aber am meisten auffiel, war, dass die Sonde fast in der ganzen Länge des Uteruskanales einen ungewöhnlichen Widerstand fand; es war offenbar die ganze Höhle durch den Druck der Geschwulst auf den Uterus verengt und dadurch die heftige Dysmenorrhoe bedingt worden. Tags nach der Sondirung, am 29. Mai, trat die Menstruation ein. Am ersten Tage waren die Schmerzen mässig, am zweiten bei profuser Blutung ziemlich heftig. Der Leib war dabei kaum empfindlich; Fieber war nicht vorhanden. Am 31. Mai, nach beendigter Menstruation, fand ich den Tumor äusserlich kaum verändert, jedenfalls nicht vergrössert; innerlich war er entschieden kleiner, drängte das Scheidengewölbe viel weniger nach abwärts, war etwas empfindlich und noch von derselben halbweichen Consistenz. Der Uterus war viel weniger als früher, aber noch sehr deutlich nach hinten gedrängt. Am 16. Juni war der Uterus nur noch wenig nach rückwärts gedrängt, dabei leidlich beweglich, seine Bewegung nicht schmerzhaft. Der Tumor war innerlich ganz erheblich verkleinert, jetzt von

ziemlich fester Consistenz, reichte weit weniger nach abwärts. Von aussen war, auch bimanuell, kein Tumor mehr fühlbar. Patientin ist so frei von allen Beschwerden, dass sie schon eine Reise unternommen hat. Sie blieb auch ferner vollkommen frei von jeder Dysmenorrhoe und andern Beschwerden. Bei einer nach mehreren Monaten vorgenommenen Untersuchung konnte von der Geschwulst nichts mehr entdeckt werden. Patientin heirathete wieder und gebar am 3. Juli 1868 ohne Unfall ihr zweites Kind, welches jedoch etwa 6 Wochen zu früh geboren wurde."

Olshausen nimmt in diesem Falle eine anteuterine, extraperitoneale Hämatocele an. Das Fieber, sagt er, im Beginne der Erkrankung, wo ich die Kranke noch nicht ärztlich beobachtete, will ich nicht erklären; auf eine peritonitische Affection kann dasselbe jedenfalls nicht bezogen werden, da Leibschmerzen oder Empfindlichkeit des Leibes gar nicht vorhanden waren.

Unter dem Titel „Zwei Fälle von Hämatocele periuterina" bringt Männel[1]) 2 sehr gute Krankengeschichten, die gewiss mit Recht hieher gehören:

VI. Fall. *Haematocele retrouterina. Perforation durch's Rectum.*

Frau B., 31 Jahre alt, von jeher sehr anämisch, bekam mit ihrem 17. Jahre die Regel, die gewöhnlich etwas schmerzhaft war. Vor 9 Jahren hat sie leicht geboren, menstruirte hierauf regelmässig alle 4 Wochen 4—5 Tage lang und schmerzlos; in den Menopausen war etwas fluor albus vorhanden. Anfang Januar dieses Jahres heirathete dieselbe, bekam hierauf am 26. Januar zur richtigen Zeit ihre Regel, doch etwas stärker als gewöhnlich, den folgenden Monat blieb dieselbe

[1]) Beiträge zur Geburtskunde und Gynaekologie v. Scanzoni. VII. pag. 229. Würzburg 1870.

aus. Am 15. März bekam sie plötzlich ohne weitere Veranlassung und in vollkommener Gesundheit einen Anfall von heftigen Schmerzen im Unterleib und gleichzeitig Blutung aus der Vagina; letztere dauerte noch einige Tage fort und wechselte dann mit einem schleimigen Ausfluss, die Schmerzen jedoch verschwanden nicht und wurden besonders bei Bewegung nur noch heftiger, dabei soll während dieser ganzen Zeit kein Fieber vorhanden gewesen sein.

Am 22. März dieses Jahres, also gerade zur Regelzeit, Abends stellte sich abermals ein erneuter furchtbarer Schmerzanfall ein; während desselben sah ich Pat. zuerst. Sie klagt über sehr heftige Schmerzen im Unterleib, spontan sowohl, wie bei Berührung, über fortwährenden Drang zum Uriniren, das ihr jedoch ebenfalls wie die Defaecation Schmerzen verursacht. Pat. ist kräftig gebaut, sehr anämisch, hat kein Fieber. Sie blutet etwas aus der Vagina, letztere ist hell rosenroth gefärbt, nicht heiss, von normaler Weite.

Die Vaginalportion ist tiefstehend, hart an die Symphyse und etwas nach vorn gedrängt, sie ist dick und kurz, hart anzufühlen, ihre Lippen etwas auseinander stehend. Hinter derselben drängt sich eine pralle, elastische Geschwulst vor, welche das ganze kleine Becken, in ganz auffallender Weise besonders die rechte Seite desselben, ausfüllt und die hintere Vaginalwand vor sich her gedrängt hat. Bei der bimanuellen Untersuchung fühlt man in dem etwas aufgetriebenen Unterleib deutlich zwei Tumoren: ein rechter und ein linker. Der rechtseitige und grössere erhebt sich aus dem kleinen Becken dicht am Darmbein, steigt ungefähr 3 Zoll hoch über das rechte Schambein empor und fällt dann gegen die Mitte der Symphyse zu ab; hier hängt er mit der linkseitigen runden Geschwulst zusammen, die sich etwas über 2 Zoll über die Schambeinfuge erhebt und sich in ihrer Breite ungefähr 2 Zoll nach links zu erstreckt: diese ist auch viel deutlicher und unmittelbar durch die Bauchdecken mit der Hand zu umgreifen, lässt auch eine gewisse Beweglichkeit zu, die sich der Vaginalportion bei der bimanuellen Untersuchung deutlich mittheilt; ebenso verhält sich die Sache, wenn man umgekehrt die Vaginalportion mit dem untersuchenden Finger zu bewegen sucht, es zeigt sich dann eine geringe Locomotion der Ge-

schwulst; dieselbe ist also der etwas vergrösserte Uterus (?). Während über derselben die Percussion vollständig leer ist, zeigt sie sich über dem rechtseitigen Tumor gedämpft tympanitisch, auch die Palpation selbst zeigt hier ein anderes Verhalten; während man links den Tumor deutlich und scharf umgrenzt nur durch die Bauchdecken fühlt, zeigt sich der andere weniger scharf, weniger unmittelbar, ist jedoch deutlich in das kleine Becken hinab zu verfolgen. Bei der Untersuchung per rectum kann man den Vaginaltheil eine Strecke weit abgreifen, er verschwindet jedoch bald in der prall sich in's Rectum hervorwölbenden Geschwulst. Therapie: Grosse Dosen Opium, Clystiere, um den Stuhlgang breiig zu machen, absolute Ruhe.

Am andern Morgen befand sich Pat. bis auf Kreuzschmerzen schmerzlos, doch klagte sie über grosse Kraftlosigkeit. Sehr kräftige Diät, Milch, Chinin. Vier Tage nach dem Anfall cessirte die Blutung nach Abgang eines über Zoll grossen Coagulums, um darauf wieder auf einige Tage zu erscheinen, hierauf erfolgte nur Schleimabgang. Am 9. April Nachts wurde ich plötzlich zur Pat. gerufen: es wiederholt sich ein abermaliger furchtbarer Schmerzanfall, während desselben ist die Haut ganz kühl anzufühlen, Pat. fast bewusstlos mit facies Hippocratica; ebenso hatte sich wieder Blutabgang eingestellt. Es wurden Camillentheeklismen mit 25 Tropfen Laudanum, innerlich Opium verordnet. Am andern Morgen war die rechtseitige Geschwulst bedeutend gewachsen, sie erhob sich in ihrer Mitte bis zur Spina ilei; die Prallheit derselben bei der Untersuchung per vaginam hatte sich vermehrt, es war der Blutabgang stärker geworden, die Schmerzen verschwunden. Die Anämie und Kraftlosigkeit war ungeheuer, der Appetit sehr schlecht. Chin. sulf. c. Ferr. carbon. sacch. Am 4. Tage nach dem Anfall war nur noch Schleimabgang vorhanden, doch keine Schmerzen, Appetit gut. In der Mitte des Monats fühlte sich die Geschwulst noch praller und deutlich fluctuirend an, sie war tiefer herabgetreten: die Vaginalportion war durch sie hart an die Symphyse angedrückt und sofort hinter derselben zu erreichen. Nach dieser Zeit hoben sich die Kräfte der Pat. zusehends, der Appetit war sehr gut (Pil. Blancardi), die Geschwulst blieb jedoch bis zu Anfang

Mai in ihrer Grösse unverändert; zu dieser Zeit liess sich äusserlich eine Abnahme derselben constatiren, die sich nach 2 Wochen mehr und mehr bemerkbar machte. Bei der Vaginaluntersuchung konnte man jetzt leicht härtere und weichere Stellen erkennen, welche letztern deutliche Fluctuation darboten. In der Mitte des Monats konnte nur noch eine faustgrosse, auf dem Psoas liegende Geschwulst nachgewiesen werden, innerlich jedoch zeigte sich wenig Veränderung. Am 23. Mai bekam Pat. plötzlich ohne weitere Veranlassung diarrhoische Stühle von pflaumenmusähnlicher Farbe, während dieselben vor- und auch nachher immer dunkelbraun gefärbt und geformt waren; die Geschwulst war jetzt zur Grösse eines mittelgrossen Apfels zusammengesunken, jedenfalls hatte also hiebei eine Perforation durch's Rectum stattgefunden; eine Durchbruchsstelle konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Erst jetzt wurde der Pat. erlaubt, das Bett verlassen zu dürfen. Mitte Juni konnte man immer noch einen Tumor von der Grösse eines kleinen Apfels neben und hinter dem Uterus bei bimanueller Untersuchung nachweisen, doch war letzterer jetzt mehr in die Führungslinie des Beckens gerückt: er stand jetzt nicht mehr nach links wie früher, war von der Symphyse mehr nach der Mitte des Beckens gerückt, konnte jedoch noch gut äusserlich gefühlt werden. Die Ende Juni eintretende Regel war sehr stark, dauerte 8 Tage, worauf dann ebenso lang Abgang von Blutschleim erfolgte; hiedurch wurde wieder Patientin bedeutend geschwächt und magerte ab. Da dieser Zustand sich nicht besserte, wurde Landaufenthalt verordnet, durch den Patientin nach 2 Monaten sehr gekräftigt zurückkam. Die Regel hatte jetzt nur 5 Tage lang gedauert, leider konnte ich Pat. nicht noch einmal untersuchen."

Fall VII. *Haematocele periuterina. Perforation durch die Vagina.*

Frau M., 30 Jahre alt, war als Mädchen immer bleichsüchtig und hatte häufig Cardialgien. Die Menses erschienen im 21. Jahre dreimal, erschienen jedoch in den spätern Jahren regelmässig alle 4 Wochen, sie waren schmerzhaft und hielten immer 10 Tage lang an. Nach ihrer Verheirathung vor 2

Jahren hat ihre Regel keine Veränderung erlitten, die letzten drei jedoch waren nicht so profus als gewöhnlich; ja bei der letzten (9.—19. März) war der Abgang nur blassröthlich. Plötzlich wurde Patientin am 19. März von heftigen Schmerzen im Unterleib und starkem Blutabgang aus der Vagina überrascht; sie legte sich desshalb zu Bett, wodurch die Schmerzen zwar geringer wurden, die Blutung jedoch fortdauerte; hierbei hatte sie fortwährend Drang zum Uriniren, das ihr jedoch wie der Stuhlgang heftige Schmerzen verursachte. Ausserdem klagte Patientin über Kreuzschmerzen. Am 29. März ging ein Blutcoagulum ab, worauf der Blutabgang äusserst gering wurde, ja Anfang April ganz verschwand; da jedoch auch hierauf die Schmerzen im Unterleib ihre Intensität nicht verloren, wurde am 9. April dieses Jahres meine Hülfe in Anspruch genommen. Patientin ist äusserst anämisch, blond, von sehr gracilem Körperbau, gut entwickelter Musculatur; sie ist fieberlos. Der Unterleib ist nicht aufgetrieben, bei stärkerem Betasten schmerzhaft, besonders in der rechten Bauchgegend; hierbei kann man einen consistenten Tumor fühlen, der sich von der Symphyse rechterseits nach dem os ilei hinzieht, das Schambein ungefähr zwei Zoll überragt, scharf begrenzt und glatt ist, sich umgreifen und in's kleine Becken verfolgen lässt, wo er dann für die untersuchende Hand verschwindet; bei der Percussion findet sich über demselben der Schall gedämpft tympanitisch. Scheide hellrosaroth, eng, nicht heiss. In der Führungslinie des Beckens trifft man ziemlich tief eine prall gespannte, auf Druck etwas nachgiebige Geschwulst, in der man pulsirende Gefässe fühlt; sie füllt das ganze kleine Becken aus und hat den Uterus fest an die linke Beckenwand angepresst, seine jungfräuliche Vaginalportion steht also ganz nach links und ist vollkommen unbeweglich. Hinter derselben trifft man wieder auf die Geschwulst, die, ebenfalls unbeweglich, jedenfalls mit dem äusserlich durch die Bauchdecken fühlbaren Tumor zusammenhängt und auf Druck empfindlich ist. Bei der Untersuchung durch den Mastdarm findet sich der Uterus sehr tief stehend, von jungfräulicher Grösse, er ist ganz abzutasten; nach rechts hin fühlt man den elastischen Tumor.

Da die Schmerzen bei absoluter Ruhe nur gering waren,

so wurde vor allen Dingen der Kräftezustand der Kranken, der ein äusserst schlechter war, berücksichtigt, desshalb, neben kräftiger, leicht verdaulicher Diät, besonders Milch, Chinin.

Drei Tage (12. April) darauf trat ein zweiter heftiger Schmerzanfall auf: Patientin klagte zuerst über schiessende Schmerzen im rechten Oberschenkel, worauf dann mit heftigen Schmerzen im Unterleib ziemlich starker Blutabgang folgte; derselbe war von hellrother Farbe und währte 6 Tage. Die Geschwulst hatte sich während dessen weder vergrössert noch verkleinert, doch zeigte sich bei der Vaginaluntersuchung an der tiefsten Hervorwölbung der Geschwulst sehr deutliche Fluctuation, direct unter der Schleimhaut schien man die Flüssigkeit zu fühlen. Am 25. April ging plötzlich nach vorausgegangener Neuralgie im rechten Oberschenkel eine bedeutende Masse theerfarbigen Blutes aus der Vagina ab; dieser Abgang hatte sich nach zwei Tagen nur noch vermehrt, seine Farbe war um diese Zeit etwas röther, wurde jedoch nach Verlauf von abermals zwei Tagen noch stärker: zu dieser Zeit war die Farbe dunkel rothbraun. Die mikroskopische Untersuchung ergab massenhaft zerfallene und granulirte Blutkörper, doch waren auch ganz frische vorhanden. Die Geschwulst hatte sich während dieser Vorgänge ganz bedeutend verändert: äusserlich hatte sie an Höhe abgenommen, sie war ganz flach geworden und konnte nur noch deutlich bei tieferem Drucke in's kleine Becken gefühlt werden. Bei der innern Untersuchung zeigte sich dieselbe an einigen Stellen weich, nachgiebig und fluctuirend, an andern hart.

Am 4. Mai, also nach 10 Tagen, war die Geschwulst durch die Bauchdecken nicht mehr zu fühlen, die Blutung verschwunden, der Uterus näherte sich mehr der Mitte des Beckens, da auch hier eine Abnahme des Tumor zu fühlen war; der rechte Rand des kleinen Beckens war jetzt von demselben frei. Am 20. Mai konnte Patientin das Bett verlassen, am 29. trat die zehn Tage lang dauernde, sehr profuse Regel ein. Nach derselben war der Uterus noch mehr in der Mittellinie des Beckens zu fühlen, rechts vom Promontorium fand sich eine härtliche, apfelgrosse Geschwulst. Ende Juni dauerten die Menses wiederum 10 Tage lang, also wie früher vor der

Krankheit. Mitte Juli war rechts vom Promontorium nur noch eine nussgrosse Geschwulst zu fühlen, der Uterus fast ganz in die Führungslinie des Beckens zurückgekehrt, der Allgemeinzustand der Patientin gut. Drei Monate darauf konnte man bei bimanueller Untersuchung rechts am Körper des Uterus, der jetzt ganz beweglich in der Mitte des Beckens stand, eine haselnussgrosse, auf Druck schmerzhafte Geschwulst nachweisen."

Leider spricht sich Männel nicht darüber aus, ob er diese Blutergüsse für extra- oder für intraperitoneale gehalten habe. Nach seiner genauen Darstellung aber muss man sie entschieden für Hæmatome und nicht für Hæmatocelen ansprechen; denn dafür spricht das Auftreten eines umschriebenen Tumors auf der einen Seite des Beckens, während in gleicher Höhe keine Blutansammlung auf der andern Seite stattgefunden hat, ferner das Verdrängen des Uterus nach der dem Tumor entgegengesetzten Seite des Beckens Bei einem intraperitonealen Bluterguss, also einer Hæmatocele von diesem Umfang müsste derselbe im Becken bei diesem raschen Entstehen überall in gleicher Höhe ansteigen und jedenfalls den Uterus nach vorn oder auch in die Höhe drängen.

Ferner spricht der Durchbruch in's Rectum oder in die Vagina nicht absolut, wie wir später sehen werden, aber vielleicht eher für Hæmatom als für Hæmatocele.

Tuckwell [1]) referirt in der Lancet 1872 über einen Fall ohne eine genauere Diagnose desselben zu stellen:

---

[1]) Schmidts Jahrb. 156. pag. 177.

Fall VIII. *Haematoma retrouterinum und der beiden Lig. lata. Resorption.*

„A. T. hatte ihr 4. Kind 18 Monate gesäugt und während des Säugens die Regeln wieder bekommen, welche in profuser Weise 9 Wochen lang, bis vor 14 Tagen gedauert hatten. Am 2. Tage der Regeln war die Frau von heftigem Schmerze nebst einer Anschwellung im linken Hypogastrium befallen worden, hatte sich zu Bett legen müssen und an drängenden Leibschmerzen, Dysurie und Tenesmus gelitten. Drei Wochen später war eine Geschwulst an der entsprechenden Stelle der rechten Seite und Erbrechen aufgetreten. Am 27. Nov. 1871 fanden sich die untern zwei Dritttheile des Bauches von zwei prominirenden Geschwülsten ausgedehnt, welche die Hypogastrien, die Darmbeingruben und Lendengegenden einnahmen. Die rechtseitige Geschwulst war elastisch, resistent, sehr schmerzhaft, der Percussionston darüber gedämpft tympanitisch, die linkseitige weicher, wenig schmerzhaft und hell tympanitisch erklingend. Zwischen beiden Geschwülsten fühlte man oberhalb der Symphyse eine harte, empfindliche, matten Ton gebende Masse. Der Puls war beschleunigt, klein, die Temp. 38° C. Durch die Vagina erkannte man, dass der Uterus durch eine dahinter gelegene grosse Geschwulst nach unten und vorn gegen die Symphyse angedrängt war; diese Geschwulst füllte die obern und seitlichen Partien des Beckens ziemlich aus, war prall, elastisch, glatt und sehr empfindlich. Nach dreiwöchentlicher Behandlung mit Umschlägen und guter Diät war von den Geschwülsten nur noch eine geringfügige Härte in der rechten Seite zu fühlen und der Uterus hatte seine normale Lage wieder gewonnen, nach sechs Wochen wurde Pat. entlassen, ohne dass die Menses sich wieder gezeigt hätten".

Dass es sich hier um eine interne Hämorrhagie handelte, beweisen die begleitenden plötzlich aufgetretenen Allgemeinerscheinungen, die Zeichen von Anämie. Das Auftreten eines Tumors zuerst im linken Hypogastrium, nach 3 Wochen eines solchen im rechten Hypogastrium

beweist, dass der Bluterguss nicht in die freie Bauchhöhle erfolgt ist, sondern erst in das linke lig. latum und bei einem neuen Schub unter dem Peritonäum in's rechte lig. latum. — Immerhin ist der Fall etwas zu wenig genau beschrieben, als dass er ganz sichre Anhaltspunkte für eine eindeutige Diagnose böte. Jedenfalls muss aber eher ein Hæmatom als eine Hæmatocele angenommen werden.

Einen letzten Fall aus der mir zugänglichen Literatur führe ich noch an, weil ihn Snow Beck[1]) als Hämatom anspricht, obgleich sich manche Einwände gegen eine solche Deutung machen lassen. Ich gebe ihn sammt seiner Kritik wie er in Schmidt's Jahrbb.[2]) von Lash referirt ist:

Fall IX. *Haematoma lig. lati sinistri et retrouterinum. Perforation ins Rectum. Heilung.*

„Eine 40jährige kräftige, seit mehreren Jahren verheirathete kinderlose Frau, hatte sich bis vor vier Jahren der besten Gesundheit erfreut, als sie von heftigen Schmerzen in den Hypogastrien, zu welchen sich hin und wieder Vomituritionen gesellten, befallen wurde. Die Stuhlentlerung war stets sehr schwer und nur durch medikamentöse Mittel herbeizuführen. Vor zwei Jahren hatte Pat. an häufigen Blutungen und Hämorrhoidalknoten gelitten, die bei jedem Stuhlgang aus dem Mastdarm heraustraten und nur mit grosser Schwierigkeit wieder reponirt werden konnten. Die Menses waren zwar regelmässig, meist aber 14 Tage dauernd und zuweilen so stark, dass die Kranke wie im Blute gebadet war. Seit einigen Monaten klagte die Kranke über Schmerzen tief hinten in der Regio iliaca sin., über Kopfschmerzen, heftigen Schwin-

[1]) Obstetr. Transact. Vol. XIV. 1872. pag. 260.
[2]) l. c. 161. 1874. pag. 101.

del, Erbrechen nach jeder Mahlzeit, faden Geschmack und Anorexie. Als Beck Pat. am 8. Juli 1871 besuchte, lag sie im Bett mit leicht angezogenen Knien, das Gesicht war bleich, der Ausdruck ruhig, Puls 80, regelmässig, Zunge feucht. Seit dem vorhergehenden Tage machte sich im Hypogastrium links von der Medianlinie ein Tumor bemerkbar, mit dessen Erscheinen sofort die Schmerzhaftigkeit schwand. Der ovale, enteneigrosse Tumor war scharf umschrieben, fest, etwas elastisch, fest gegen die Bauchwandungen gepresst und in das Becken zu verfolgen. Percutorisch war über die ganze Beckengegend Dämpfung nachweisbar. Drückte man leicht in's Becken hinein, so war die Empfindlichkeit ziemlich bedeutend. Aus der Vagina floss eine tiefroth gefärbte Flüssigkeit, eher einer Haemorrhagie als katamenialen Blutung vergleichbar, es fanden sich nirgends darin Coagula. An der hintern Wand der Vagina, dieselbe nach vorn ausbauchend, zwischen dem Uterus und dem Rectum, befand sich eine weiche elastische Schwellung, welche den Finger zu beiden Seiten vorbeipassiren und die Rectovaginaltasche abgrenzen liess. Sie war am weichsten und am meisten prominirend im Centrum und bei der Untersuchung nicht empfindlich. Das Os uteri stand hoch gegen das Schambein, der Uterus nach den Bauchwandungen. Die Sonde passirte leicht und schmerzlos in die Uterinhöhle, wenn der rundliche Tumor, der von der Beckengeschwulst entfernt war, gegen die auf das Hypogastrium gelegte Hand angedrückt wurde. Der Ausfluss aus der Gebärmutter war in der letzten Nacht sehr profus und ununterbrochen, obgleich schon in der Abnahme.

In Folge von Ruhe im Bett und Eiswasser war die Menstruation am 12. Juli fast verschwunden; die Geschwulst im Abdomen weniger deutlich und nicht so hoch. Die percutorische Dämpfung war vermindert und kein Zeichen eines entzündlichen Processes vorhanden. Am 15. stürzte eine Menge dunklen Blutes und Blutklumpen unter Geräusch aus dem Mastdarm. Am folgenden Tage floss bei der Stuhlentleerung noch ungefähr ein Theelöffel Blut aus dem After. Die Kranke besserte sich seitdem zusehends. Am 7. Sept. war die Menstruation zwar profus, aber keine Spur von Geschwulst bemerkbar.

Es drängt sich hier die Frage auf, woher kam das Blut und in welchen Theil war es ergossen? Wenn man auch nicht bestimmt annehmen kann, wo das extravasirte Blut gelegen war, so ist doch mehr als wahrscheinlich, dass es sich im Zellgewebe des Beckens und nicht in der Peritonealhöhle fand. Die Spannung der Geschwulst, die Dislokation des Uterus nach den Bauchwandungen hin, die genaue Abgrenzung des Tumor, seine weiche und elastische Abtheilung in der Mitte hinter dem Muttermunde sprechen dafür, dass das Extravasat in einer Cavität sich befand, während die Abwesenheit stärkerer Schmerzen, der Mangel eines tiefern constitutionellen Leidens, die frühzeitige Entleerung des Inhalts durch das Rectum eine weitere Bestätigung geben, dass das Peritonäum frei blieb.

Aller Wahrscheinlichkeit nach barst in unserm Falle eine der Beckenvenen, wie das bei der starken Anfüllung der Venen in den untern Beckenabschnitten sehr erklärlich wird."

Es ist dies den Ergebnissen der Untersuchung nach ein Fall, welcher an den von Betschler[1]) publicirten erinnert, von welchem auch Schröder zugibt, dass die Blutgeschwulst einen extraperitonealen Sitz gehabt habe. Doch ist die Begrenzung der Geschwulst nach der Bauchhöhle hin nicht so genau untersucht worden, dass man sicher eine Hämatocele ausschliessen könnte.

Diese mehr oder weniger wahrscheinlichen Fälle von periuterinen Hämatomen sind die ganze Ausbeute

---

[1]) vide oben.

unsrer literarischen Nachforschungen. Auch gegen sie wird nun aber der Einwand erhoben werden können, dass sie durch keine einzige Section verificirt werden konnten. — Diese Lücke können wir ausfüllen. —

Neben andern klinisch beobachteten Hämatomen können wir zwei Fälle bringen, in welchen die Section gemacht wurde, einen weitern, in welchem punctirt wurde, so dass durch dieselben die Existenzfrage der periuterinen Hämatome entschieden wird. Aber auch für die Diagnose sind die Fälle besonders werthvoll, weil dieselbe zum Voraus gestellt werden konnte.

Die Beobachtungen betreffen Kranke, welche theils von Herrn Professor Dr. Frankenhäuser in seiner Privatpraxis theils in der gynäkologischen Klinik zu Zürich behandelt wurden; einige der letztern hatte ich Gelegenheit selbst zu untersuchen.

Fall X. *Haematoma lig. lat. sin., retrouterinum et lig. lat. dextr. Perforativperitonitis. Tod.*

Magdalena Blaser 40 Jahre alt, Wäscherin in Hottingen überstand in ihrer Jugend keine Krankheit. Im 17. Jahre wurde sie menstruirt, Anfangs etwas unregelmässig, nachher alle drei Wochen aber schwach ca. 4—5 Tage lang. Dabei verspürte sie immer schmerzhafte Krämpfe im Leibe, die oft so stark waren, dass sie ihre Arbeit einstellen musste. Pat. ist unverheirathet; vor 15 Jahren gebar sie zum ersten und letzten mal: Geburt und Wochenbett verliefen ganz normal Nachher waren die Regeln wieder in Ordnung. — Schon seit mehreren Jahren leidet sie oft an Magen- und Kolikschmerzen, öfterem Erbrechen, was sie durch manche Nahrungsmittel hervorgerufen glaubt, wie sie denn auch ihr jetziges Leiden von einem Diätfehler ableitet. Vor 3½ Wochen am Sylvester-

tage als sie auf Taglohn ausser dem Hause arbeitete, empfand sie nach einem Bohnengerichte plötzlich heftige Krämpfe im Leibe, so dass sie nicht mehr weiter arbeiten konnte, und nach Hause gefahren werden musste. Nach einer grossen Dosis Kaffe und Thee, die Patientin zu sich nahm, liessen die Schmerzen etwas nach. — Drei Tage nachher, den 3. Jan. 1874 traten zur erwarteten Zeit die Perioden ein, verbunden mit heftigen stechenden Schmerzen im Unterleib, schmerzhafter als sie dieselben je gespürt hatte. Nach Bettruhe liessen die Schmerzen etwas nach, nur fühlte sich Patientin äusserst schwach. Der herbeigerufene Arzt verordnete Laxantien, weil sie verstopft war und der Stuhlgang nur unter grossen Beschwerden erfolgte. Dann vergingen die nächsten Tage leidlich, aber die Regel cessirte nicht wie früher am 4. bis 5. Tage, sondern lange Zeit hindurch floss Blut aus der Scheide ab. Zeitweise kehrten währenddem schmerzhafte Unterleibskrämpfe den frühern ähnlich wieder, über deren Ausgangspunkt Patientin selbst ganz unklar ist. Weil dieselbe sämmtliche Erscheinungen auf ihr Magenleiden zurückführte, trat sie den 14. Jan. 1874 in's neue Kantonsspital auf die medicinische Abtheilung ein. In der Krankengeschichte daselbst ist bemerkt, dass anhaltender Blutabgang noch vorhanden ist und Patientin oft wegen Schmerzen nicht schlafen könne. Eine Temperaturerhöhung wurde nie beobachtet; wegen beständiger Stuhlverstopfung erhielt sie ein Laxans, ein Beweis, dass damals keine Symptome von Peritonitis vorhanden waren. Weil die Blutungen immer fortdauerten, glaubte man ein Genitalleiden mit möglichem Abortus vor sich zu haben und transportirte den 22. Januar die Kranke in einem ziemlich desolaten abgemagerten Zustande per Wagen auf die gynækologische Abtheilung. — Bei dem vorgenommenen Examen erfährt man von der Patientin, dass sie früher normal menstruirt, seit October 1873 bis zum Beginn ihrer jetzigen Erkrankung bloss spurweise Blutungen hatte. Die letzte Regelblutung war dagegen, wenn auch nicht stark, doch so, dass noch heute (also seit Beginn 3 Wochen) Blutabgang fortbesteht. Bis in die letzte Zeit waren überdies Schmerzen in der Unterleibsgegend periodisch aufgetreten, welche sich hauptsächlich bei der Defäcation geltend machen, die nur nach Abführen bewir-

kenden Medicamenten erfolgt. Patientin hat Appetitlosigkeit, Empfindlichkeit in der Magengegend, kein Erbrechen. Das Uriniren macht keine Beschwerden; Urin hell, gelb, ohne Eiweiss. — Temperatur gestern Abend 37,0° heute Morgen 37,8°; Puls klein, Frequenz 96. —

Heute den 23. Jan. wird in der Klinik folgender Status aufgenommen:

Ordentlich gebautes, ziemlich abgemagertes Individuum; kein Icterus, keine Oedeme, ziemlich grosse Anaemie. Zunge feucht, etwas belegt. Thorax normal; Brüste atrophisch, Areola dunkel pigmentirt. Lungenschall vorn überall sonor, vesiculäres Athmen. Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne rein. Leber und Milz bieten nichts Besonderes. Abdomen nicht aufgetrieben und nicht gespannt; linea alba nicht pigmentirt, keine Striae vorhanden. Die Auscultation des Unterleibs ergibt keine Anhaltspunkte für Schwangerschaft, weder Uteringeräusche noch Herztöne. Die Percussion ergibt überall tympanitischen Schall; Dämpfung findet man nur ein paar Finger breit über der Schamfuge, wenn man das Plessimeter tief in die Bauchdecken drängt. — Auf tiefen Eindruck fühlt man in jeder Iliacalgegend einen teigigen, etwas schmerzhaften Tumor; der linke ist etwas härter als der rechte. Zwischen beiden Tumoren hat man eine mittlere Anschwellung, die nicht so prominirt, wie die seitlichen und, wie nicht sehr schwer zu konstatiren ist, vom Uteruskörper gebildet wird, welcher bis 3 Finger breit über der Schamfuge zu fühlen ist und ziemlich in der Mittellinie liegt. Die seitlichen Geschwülste verbreiten sich nicht auf die Darmbeinschaufeln, treten aber bis unmittelbar an sie heran und sind unbeweglich, glatt, von vorn nach hinten zu umgreifen, jede ungefähr faustgross, die mittlere um die Hälfte kleiner. — Aus der Scheide fliesst noch immer etwas Blut ab; Scheideneingang nicht livid gefärbt. Geringer Prolapsus der vordern Scheidenwand.

Bei der innern Untersuchung findet man den Scheidentheil ganz nach vorn gedrängt, aber dabei hinter dem Scheideneingang tiefstehend; derselbe ist dünn und lang, zapfenförmig; der Muttermund ist als ein kleines Grübchen zu fühlen. Vorderes Scheidengewölbe fast verschwunden; über demselben ist

keine Geschwulst, auch der Uteruskörper nicht zu tasten. Das hintere Scheidengewölbe ist tief herabgedrängt und ausgefüllt durch einen ca. 2 Faust grossen, nicht sehr empfindlichen Tumor, welcher nicht überall gleiches Resistenzgefühl darbietet. Derselbe fühlt sich im Allgemeinen teigig an, macht links eine etwas stärkere Prominenz, welche stellenweise härter ist. Hinter dem Scheidentheil nach rechts wird die Resistenz eine weichere; aber nirgends ist Fluctuation nachzuweisen.

Bei der bimanuellen Untersuchung entdeckt man, dass die aussen fühlbaren Anschwellungen mit dem innen über dem hintern Scheidengewölbe liegenden Tumor in Zusammenhang stehen, eins sind. Derselbe ist auch von unten her fest mit dem Uterus verbunden, lässt sich dagegen vom Promontorium abgrenzen. Der Uterus liegt vor der Geschwulst und ist über dieselbe bogenförmig nach hinten gekrümmt; im Halstheil prominirt er desshalb am meisten nach vorn. Nach den bisherigen Untersuchungsresultaten kann man schon eine Schwangerschaft ausschliessen und es wird desshalb eine vorsichtige Sondirung beschlossen. Das Instrument kann in seiner normalen Krümmung nicht eingeführt, sondern muss fast ganz gerade gestreckt und mit der Spitze nach hinten gedreht werden. Dasselbe schmiegt sich dem Tumor ganz an und zeigt eine Uteruslänge von 11 Cm. Es ist also der Uterus unbeweglich über die vordere Wand der Geschwulst gelagert und durch dieselbe in die Länge gezogen. — Eine mit zwei Fingern vorgenommene Mastdarmuntersuchung ergibt keine weitern Anhaltspunkte und eine Untersuchung mit der ganzen Hand wird nicht für räthlich erfunden. (Vid. Tafel II, Fig. 1a und 1b.) [1])

Herr Prof. Dr. Frankenhäuser äussert sich dahin, dass bei der Differentialdiagnose, wenn nur der physi-

---

[1]) Die in Tafel II gezeichneten Figuren sind immer der Ausdruck der physikalischen Untersuchung, und stellen hauptsächlich das Verhältniss der Geschwulst zum Uterus dar.

calische Befund in's Auge gefasst würde, in Betracht kommen können:

Beckenexsudate, intra- oder extrauterine Gravidität, Retentionsgeschwülste der Genitalien, Neoplasmen derselben, Haematocele retrouterina, Haematoma periuterinum.

Eine Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse und der subjectiven Erscheinungen erlaubt uns ohne Weiteres eine Gruppe dieser Erkrankungen auszuscheiden. Wenn auch Schmerz vorhanden war, so hat man doch nie Fieber beobachtet, hat keine Tympanitis gesehen, so dass entzündliche Erkrankungen, Peritonitis und Parametritis unberücksichtigt bleiben können.

Auch für eine intra- oder extrauterine Schwangerschaft finden sich keine genügenden Anhaltspunkte, obgleich wir uns nicht so rasch in dieser Hinsicht negativ entscheiden dürfen. Es fehlen zwar Herztöne und Uteringeräusch, allein ob letzteres bei extrauterinen Schwangerschaften immer beobachtet werde, ist nicht ausgemacht. Auch wird dasselbe beim Absterben des Eies entschieden schwächer. Ja wir sind nicht einmal trotz der vorgenommenen Sondirung mit absoluter Sicherheit zu sagen im Stande, dass eine intrauterine Schwangerschaft nicht existirt. Es wäre immer noch möglich, dass eine Gravidität mit pathologischen Verhältnissen vorläge, dass eine Retroflexion des schwangern Uterus bestände, wobei der Scheidentheil ungewöhnlich in die Länge gezogen und das Ei abgestorben wäre, dass der Uterus, durch peritonitische Verwachsungen mit dem Becken am Aufsteigen gehindert, ungewöhnliche Lagerungs- und Ge-

staltsverhältnisse darböte. Vor allen Dingen aber müssten wir die Extrauterinschwangerschaften, die Tuben- und Bauchschwangerschaften noch mit grösserer Sicherheit excludiren. In dieser Richtung ist vor allem wichtig, dass die Menstruation nie ausgesetzt hat. Die Fälle, in welchen die Menstruation während der Schwangerschaft wiederkehrte sind meiner Erfahrung nach ungemein viel seltener, als in den Lehrbüchern vielfach behauptet wird; dann liegen fast nur Complicationen mit gleichzeitigen Geschwulstbildungen in der Uteruswand vor. Die Gefässerweiterungen, zumal die Venenectasien, die livide Färbung der Scheide, die jede Schwangerschaft begleiten, fehlen ebenfalls; der Scheidentheil zeigt ebenso wenig die Weichheit und Succulenz des Gewebes, die dann gewöhnlich da ist. Berücksichtigen wir nun zunächst eine intrauterine Schwangerschaft, so wäre bloss eine gleichzeitige Retroflexion mit Verwachsungen in der Beckengegend in Frage zu ziehen, welche das Aufsteigen des Uterus gehindert und seine Form verändert hätten. Das constanteste Symptom der Retroflexio uteri gravidi, die Urinverhaltung, fehlt aber hier vollständig. Das vordere Scheidengewölbe ist zudem nicht so in die Höhe gezogen, wenn gleich der Uterushals in die Länge gezerrt ist (11 Cm.). Der Scheidentheil müsste viel höher stehen; hier gelangt man aber bald hinter der Urethralöffnung zum Muttermund. Der Uterus ist demnach hier nicht in die Höhe gehoben, sondern nur in die Länge gedehnt. Ueberdies besteht die Erkrankung zu lange, als dass sich nicht viel schwerere Erscheinungen entwickelt haben sollten. —

Eine extrauterine Tuben- oder Bauchschwangerschaft bietet dagegen vielfach Erscheinungen, welche dem vorliegenden Befunde ähneln. Bei beiden müsste die Entwicklung des Eies im Douglas'schen Raum vor sich gegangen sein, entweder dass das Ei frei dort gelegen oder dass es sich in einer dort adhärenten Tube entwickelt hätte. Bei jeder andern Lagerung des sich bildenden Fruchtsackes würde sonst der Uterus in die entgegengesetzte Seite verschoben worden sein. Hätte er sich dagegen unmittelbar hinter der Gebärmutter eingepflanzt, so könnte recht wohl bei weiterm Wachsthum der Uterus grade nach vorn gedrängt worden sein; auch die Verlängerung des Uteruskörpers wäre dann als participirende Hypertrophie zu deuten. Die in unserm Falle beobachtete Form der Geschwulst spricht dagegen ebensowenig wie die ungleiche Resistenz für eine solche Annahme. Wie zwei seitliche Geschwülste sich gegen die Bauchhöhle daraus entwickeln sollten, ist uneinsehbar, warum die Geschwülste empfindlich sein sollten nicht erklärlich, wenn man nicht eine Verjauchung des Fruchtsackes annehmen wollte, wofür die Schmerzen bei der Defäcation sprechen könnten; das Fehlen des Fiebers schliesst aber diesen Einwurf aus. Die in die Länge gezogenen Krankheitserscheinungen unsers Falls begünstigen ebenfalls jene Annahme nicht, da bei extrauterinen Schwangerschaften gewöhnlich Krankheitserscheinungen überhaupt nicht auftreten, oder wenn sie kommen, durch einen rapiden Verlauf dem Leben gewöhnlich rasch ein Ende machen. Der lange bestehende Blutfluss erklärte sich überdies aus dieser Annahme nicht. Wir können

demnach mit Sicherheit intra- und extrauterine Schwangerschaft ausschliessen.

Weiter wäre vor allem an Retentionsgeschwülste zu denken und hier würden nur in Betracht kommen können die Haematometra lateralis, Blut- Wasser- Eiteransammlung in den Tuben. — Da die Haematometra lateralis nur auf einer Seite eines normalen Uterus sich bilden kann, hier aber eine Geschwulst vorliegt, die rechts und links sich ausdehnt, glaube ich, können wir von dieser Geschwulstform ohne Weiteres absehen. Anders liegt dagegen der Fall, wenn es sich um eine Anhäufung von Blut, Wasser oder Eiter in beiden Tuben handeln sollte. Die Differentialdiagnose wird hiefür nicht leicht zu stellen sein, vorzüglich dann nicht, wenn Verwachsungen dieser Organe mit dem Uterus und Douglas'schen Raum stattgefunden haben. Wir sind zweimal in der Lage gewesen, Flüssigkeitsansammlungen in der Tube diagnosticiren zu können. Der eine Fall, ein Pyosalpinx wurde durch die Section verificirt, der andere, ein Hydrops einer Tube wurde dadurch über allen Zweifel erhoben, dass man die Flüssigkeit aus dem Sack in den Uterus pressen und aus diesem ausdrücken konnte. Flüssigkeitsansammlungen in einer Tube sind nur entschieden dann, wenn sie nicht sehr bedeutend und die Tuben keine Adhäsionen mit den Beckenorganen eingegangen sind, unschwer von unsrer Erkrankung zu unterscheiden; ein solcher Tumor ist beweglich, liegt im Beckeneingang, prominirt nicht gegen das hintere Scheidengewölbe, hat eine selten runde, sondern meist eiförmige Gestalt mit scharfen nicht wie

hier diffusen Grenzen. Ein solcher Tumor ist elastisch, bald empfindlich bald nicht. Auch wenn eine solche Tubenerweiterung auf beiden Seiten auftritt, wird dieselbe nicht den vorliegenden Verhältnissen entsprechen, wo wir Tumoren vor uns haben die bis auf den Beckenboden heruntergehen und sogar die seitlichen Scheidengewölbe prominiren machen, die ziemlich unbeweglich sind und nicht so scharfe Grenzen zeigen. — Viel schwieriger wird es dagegen sein, wenn die sackförmig erweiterten Tuben im Douglas'schen Raum angeheftet, mit den Beckenwandungen verwachsen, sich durch Flüssigkeitsansammlung mehr und mehr ausdehnen. Ich glaube, dass ein solcher Fall die allergrösste Aehnlichkeit mit dem vorliegenden darbietet. Auch bei Flüssigkeitsansammlungen kommen lange Zeit Blutungen aus dem Uterus vor; die Geschwülste sind nicht selten schmerzhaft. Haben wir es hier mit adhärenten Tubenerweiterungen zu thun? Hier wird es von Interesse sein, dass wir den Fall anführen, der für eine solche angesprochen wurde und sich auch als eine solche erwies.

Franziska Villiger, 24 Jahre alt, Dienstmädchen in Zürich, war in ihrer frühesten Kindheit schon oft kränkelnd. Im 11. Lebensjahre menstruirte sie zum erstenmal, von da ab ein Jahr lang alle 3, später alle 4 Wochen. Die Regel war immer stark, meist 14 Tage lang mit mässigen Bauchschmerzen begleitet; dabei sollen immer Klumpen von Blut abgegangen sein. Nach und nach kamen bei jeder Menstruation etwas mehr Schmerzen hinzu und die Blutungen wurden immer profuser. Im März 1872 trat, nachdem die Menstruation bald vorüber war, unter ziemlichen Unterleibskrämpfen eine starke Metrorrhagie auf, welche sich nach und nach verlor. Obstipation oder schmerzhafter Stuhlgang war damals nicht vor-

handen, dagegen machte das Urinlassen ziemliche Beschwerden. Zudem hatte Patientin beständig etwas Schmerzen über der Schambeinfuge. Seit Frühling bis jetzt den 21. August 1872 ist die Menstruation nie mehr eingetreten, dagegen spürt Patientin beständig die erwähnten Schmerzen über der Schambeinfuge, weshalb sie auch unsere Hülfe aufsuchte.

Am 23. August 1872 wird folgender Status aufgenommen: Sehr kräftig gebautes, gut genährtes Individuum, keine Oedeme, kein Icterus, keine Anaemie; Temperatur normal. Zunge feucht, rein; Sensorium frei. Die Untersuchung des Thorax, der Leber und Milz ergibt nichts Besonderes. — Abdomen nicht aufgetrieben, linea alba schwach pigmentirt, keine Striae. Palpation des Abdomens überall etwas schmerzhaft, hauptsächlich im linken Hypogastrium. Dort zeigt sich auch eine vermehrte Resistenz, aber durch die Percussion ist keine Dämpfung nachzuweisen. — Die innere Untersuchung ergibt den fundus uteri etwas nach rechts gerichtet, Uterus um 1 Cm. verlängert nach vorn gegen die Schamfuge geschoben. Er lässt sich mit sammt den Geschwülsten etwas bewegen. Im hintern Scheidengewölbe hoch oben fühlt man 2 kleinere rundliche Tumoren, die sich in der Mitte hinter dem Scheidentheil nicht berühren, sondern eine Furche von Fingerbreite zwischen sich lassen. Diese Geschwülste dehnen sich hauptsächlich gegen den Beckenrand hin aus; ihr weiterer Verlauf ist nicht abzutasten. An ihrem dem Scheidengewölbe zu gelegenen Theil zeigen sie darmähnliche Wülste. Beide sind bei Druck empfindlich, die linke deutlich fluctuirend; an der rechten Geschwulst fühlt man eine kammartige hervorragende Härte. Muttermund sehr eng, Vaginalportion jungfräulich.

Es wurde hier die Diagnose auf eine doppelseitige Salpingitis gestellt, mit Flüssigkeits-, möglicherweise Eiteransammlung in den Tuben. Später entwickelte sich, vielleicht mit hervorgerufen durch die Einlegung eines Pressschwamms, eine Peritonitis, mit dem Charakter einer perforativen, die zum Tode führte.

Bei der Section ergab sich, dass beide Tuben Eiter enthielten, die linke geborsten war und ihren Inhalt in die Bauchhöhle ergossen hatte.

Ist das ein Krankheitsbild, welches sich mit dem unsrigen deckt? Die Anamnese, sie sei zuerst erwähnt, zeigt auffallende Differenzpunkte: Bei der Tubenerkrankung ein langsames fast unmerkliches Entstehen, ohne wesentliche Krankheitserscheinungen bei sehr beträchtlicher Ausdehnung der Höhlen, hier ein acutes Entstehen mit heftigsten Schmerzen und bedeutendem Kranksein. Dort eine Frau die nicht geboren, hier eine, die Kinder gehabt. Menstruation hier immer schmerzhaft, nicht besonders profus, dort nie heftige Dysmenorrhoe vorhanden, meist profus; die Schmerzen steigerten sich allmälig.

Legen wir aber auf die Anamnese nicht allzugrossen Werth; die Hauptsache wird die bimanuelle Untersuchung entscheiden, wenn sie Aehnlichkeiten oder Differenzpunkte bietet. Bei der Tubenerweiterung fanden wir zwei undeutlich begrenzte Geschwülste rechts und links von dem deutlich zu tastenden Uterus, welcher antevertirt war. Diese Geschwülste sind fast unbeweglich, am stärksten entwickelt gegen die Beckenwandungen hin, zeigen sie an ihrem dem Scheidengewölbe zu gelegenen Theil darmähnliche Wülste. Sie drängen das Scheidengewölbe beide nicht nach unten, ebenso nicht den Douglas'schen Raum, verschieben nur den Uterus nach vorn. Die beiden Geschwülste berührten sich hinter dem Scheidentheil nicht, sie lagen entschieden im Beckeneingang, ragten nur wenig in die Höhle hinein, so dass man das Scheidengewölbe weit heraufdrängen musste, um zu denselben zu gelangen. In unsrem Fall wird dagegen das Scheidengewölbe tief heruntergedrängt, der Uterus gleichzeitig nach unten und oben gedehnt. Wir haben demnach hierin wichtige Differenzpunkte, welche uns nicht

erlauben, den vorliegenden Fall für eine doppelseitige Tubenerweiterung zu erklären.

In der differentiellen Diagnose kämen weiter in Betracht die Neoplasmen, zunächst die Ovarialtumoren. Wenn eine Ovarialgeschwulst hier in Frage kommen sollte, so könnte man nur an eine denken, die mit dem Beckenboden verwachsen wäre, sonst könnte sie nicht das hintere Scheidengewölbe so tief herunterdrängen, oder die im Douglas'schen Raum eingeklemmt wäre, aber dann müsste sie den Muttermund viel bedeutender in die Höhe geschoben haben. Solche in den Douglas'schen Raum eingedrängte oder verwachsene Ovarialtumoren können auch den Uterus verlängern, wie wir selbst Fälle gesehen haben. Ein solcher Tumor bleibt aber gewöhnlich rund, nur mitunter ist er in die Länge gezogen oder etwas platt gedrückt. Er kann dann wohl für einen ausgedehnten lateralen Uterus, für eine Tubengeschwulst genommen werden. Hier aber sind die Geschwülste brodförmig abgeplattet von hinten nach vorn, sie sind von rechts nach links ausgedehnt und haben vor allen Dingen nicht den Scheidentheil über den Beckeneingang gehoben. Auch die teigige Consistenz entspricht nicht der Fluctuation welche Cysten darbieten, ebenso wenig der Resistenz von sarcomatösen oder fibrocystischen Ovarialtumoren.

Für Fibroide des Uterus, die sich etwa nach beiden Seiten in die breiten Mutterbänder entwickelt hätten, ein drittes das hintere Scheidengewölbe nach unten drängte, würde man sich vergeblich in unserm Fall nach hinreichenden Anhaltspunkten umsehen. Die runde

scharf abgegrenzte Form dieser Geschwülste, die Härte derselben fehlt; auch würden die Krankheitserscheinungen in keinen Einklang zu bringen sein. Eher könnte man noch an ein Sarcom oder Carcinom, welches sich vom Uterus aus im Douglas'schen Raum nach beiden Seiten hin entwickelt hätte, denken. Durch solche Neubildungen wird der Uterus nicht selten so weit nach vorn gedrängt, dass Urinretention entsteht; er wird durch die wachsende Neoplasmamasse sogar in ähnlicher Weise gezerrt und gebogen werden können wie in unserm Falle. Solche Leiden aber treten nicht so acut auf. Carcinome fühlen sich bretthart an, wenn sie das Scheidengewölbe überdachen und fixiren den Uterus noch viel mehr als es hier der Fall ist. Sarcome der hintern Uterinwand dagegen, die sich wohl teigig, fast fluctuirend anfühlen, perforiren zeitig und dehnen sich unsrer Erfahrung nach nicht so rasch in den breiten Mutterbändern aus. Die Zeichen der Cachexie fehlen zudem in unserm Fall. Die Schmerzen erschienen hier plötzlich, heftig, während sie sich in jenen Fällen langsam steigend entwickeln. —

Endlich könnte es sich noch um einen Bluterguss handeln. Dafür sprechen sehr viele Erscheinungen; vor allem das plötzliche rasche Auftreten der Erkrankung, die acute Anaemie, die sogleich folgte. Ferner kam der Anfall zur Zeit der Menstruation, welche von jeher schmerzhaft gewesen war; diese cessirte nicht nach 4—5 Tagen wie früher, sondern ging in eine Metrorrhagie über, die bis jetzt, also ca 3 Wochen lang angehalten hat. Die Geschwulst im Becken muss rasch zu einer

beträchtlichen Grösse angewachsen sein, was man sich nur durch einen Bluterguss erklären kann; denn vom ersten Tage der Erkrankung an bestand Stuhlverstopfung, die früher fehlte, und schmerzhafte Defäcation, wahrscheinlich hervorgerufen durch den Druck des Tumors auf den Mastdarm. Nur bei einem Bluterguss kann plötzlich eine Erkrankung unter den vorliegenden Erscheinungen ohne jegliches Fieber auftreten. Der allgemeinen Annahme nach findet ein solcher Bluterguss nicht selten bei der Menstruation statt und das Blut ergiesst sich in den Douglas'schen Raum, bildet dort einen Tumor, der anfangs verdrängbar und weich ist, später fester, schliesslich ganz hart und dann als Haematocele retrouterina bezeichnet wird, die wir schon oft zu sehen Gelegenheit hatten. Ein solcher Bluterguss kann nicht bloss das kleine Becken ausfüllen, sondern indem sich Fibrinschichten immer mehr auflagern, kann sich ein Coagulum bilden, welches in die Bauchhöhle heraufragt und in einzelnen Fällen bis in die Hypochondrien hinaufsteigt. Nach unten hin bildet demnach ein solcher Tumor einen Abguss des Beckenbodens, des Douglas'schen Raumes, welcher hinter dem Scheidentheil am meisten nach unten gedrängt wird. Nach oben hin häuft er sich entsprechend der Lagerung der Frau in der einen oder der andern Seite mehr an, liegt selten median, sondern meist nach rechts oder links hin.

Der Tumor lagert sich der vordern Beckenwand, der hintern Fläche der Bauchdecken unmittelbar an, so dass er grösser geworden stets deutliche Dämpfung macht.

Er schiebt die Darmschlingen vor sich her auch wohl nach der entgegengesetzten Seite, dieselben verkleben mit einander und bilden die Decke des Tumor; nur in seltenen Fällen ist die Haematocele an ihrer obern Fläche eben.

Solche Verhältnisse finden sich aber in unserm Falle nicht. Nicht hinter dem Scheidentheil ist das Scheidengewölbe am tiefsten heruntergedrängt, sondern seitlich demselben nach links, ebenso stärker nach rechts hin; gerade in der Mitte hinter dem Scheidentheil ist dasselbe tief gedellt. Die Gebärmutter ist weiter nicht, wie es bei Haematocelen der Fall ist, einfach nach vorn verdrängt oder etwas in die Höhe geschoben, sondern sie ist nach rechts verlagert, etwas aus der Medianlinie entfernt, der Scheidentheil steht tief und was das auffallendste, der Uterus ist von der Schamfuge aufwärts zurückgebogen und nach links gezogen. Auch um seine Längsaxe ist er etwas gedreht und zwar steht der rechte Rand etwas mehr nach vorn als der linke.

Betasten wir die Geschwülste von oben her, so finden wir dieselben nicht abgerundet, auch nicht platt, sondern dachförmig abfallend von vorn nach hinten. Wir finden das nach hinten abfallende Dach durch zwei mediane von oben und vorn nach unten und hinten verlaufende Rinnen, den hintern seitlichen Rändern des Uterus entsprechend, in drei Felder geschieden. Man kann hinter der Geschwulst vorzüglich rechts, aber auch gegen das Promontorium hin noch ein Stück in den Douglas'schen Raum eindringen. Auch vor dem Tumor liegen Darmschlingen, denn über demselben ist tympa-

nitischer Ton und nur wenn man das Plessimeter tief einsenkt, erhält man Dämpfung; der Tumor lagert sich demnach nicht der vordern Beckenwand an.

Müssen wir nach dem Vorausgegangenen ein Exsudat, eine Retentionsgeschwulst, eine Neubildung ausschliessen, sind wir gezwungen, einen Bluterguss anzunehmen, so kann derselbe, wie die bimanuelle Untersuchung aus der Form, der Lage der Geschwulst, weiter aus der wichtigen Lage- und Formveränderung des Uterus ergibt, doch unmöglich ein freier Bluterguss in die Bauchhöhle sein. Vielmehr weist schon die dreifach getheilte Form der Geschwulst, die quere Lagerung derselben im Becken, die Lagerung des Uterus darauf hin, dass der Bluterguss erfolgt ist nicht bloss zwischen die Platten der breiten Mutterbänder, sondern auch unter das von der hintern Fläche des Uterus und vom Beckenboden theilweise abgehobene Peritoneum. Auch in anderer Beziehung differiren die Erscheinungen unseres Falles wesentlich von demjenigen einer Haematocele. Bei einer Haematocele treibt sich der Leib bald auf, was hier nicht der Fall war; es findet sich gewöhnlich Fieber, was hier fehlt. Der Uterus wird hier nicht verlängert, was hier in auffallendem Grade geschehen ist. Er wird bei einem grössern Tumor mit seinem Scheidentheil oft sogar über die Schamfuge gehoben, hier steht die Portio vaginalis tief; das Uriniren ist desshalb bei Haematocele fast immer gestört, hier geht es ohne weitere Beschwerden vor sich. Endlich scheinen die Schmerzen etwas Characteristisches zu bieten; bei einer Haematocele treten Schmerzen wohl auch oft in heftigem Grade auf. Sie

verlaufen aber in peritonitischer Weise und machen die Berührung des Abdomens fast unmöglich. In unserem Falle treten die Schmerzen wehenartig in grossen Pausen auf und andere Fälle, die wir später beibringen wollen, zeigen ebenfalls wiederholte Schmerzanfälle mit jedem neuen Eintritt der Regel.

Wir glauben demnach nachgewiesen zu haben, dass es sich in unserm Falle nicht um eine Haematocele retrouterina handeln kann.

Aber alle Erscheinungen stimmen mit der Annahme überein, dass wir hier einen extraperitonealen Bluterguss, ein Haematoma periuterinum vor uns haben. Die Anamnese und den örtlichen Befund können wir sogar vielleicht noch etwas weiter verwerthen. Das Auftreten der Schmerzen in der linken Seite, die bedeutende Entwicklung der Geschwulst ebendaselbst, die grössere Härte könnte dafür sprechen, dass der Bluterguss dort seinen Ausgangspunkt genommen hat, sich von da weiter, indem er das Peritoneum von der hintern Uteruswand abhob, in's rechte breite Mutterband verbreitert und da eine weiche teigige Geschwulst gebildet habe.

Die Quelle der Blutung müsste demnach an irgend einer Stelle der Gefässe des linken breiten Mutterbandes gesucht werden. Eine Ruptur der subperitoneal gelegenen Gefässe des linken Ovarialbulbus würde am nächsten liegen und das Zusammenfallen mit der Menstruation erklären.

Die meisten Haematome anderer Körpergegenden entstehen nun zwar durch mechanische Laesionen, wovon in unserm Falle nicht die Rede ist. Aber eine

starke menstruelle Congestion genügt ja, um ein Gefäss zu rupturiren, welches sein Blut dann in grosser Masse in die Bauchhöhle ergiesst; warum sollte denn nicht auch ein subperitoneal gelegenes zerreissen und sein Blut in das während der Menstruation oedematös gelockerte Bindegewebe ergiessen können?

Der weitere Verlauf wird vielleicht noch weitern Aufschluss geben, eventuell könnte eine Punktion die Diagnose noch etwas klarer stellen, wenn auch wohl kaum absolut sichere Anhaltspunkte bieten. Vorderhand wird von einer solchen abgesehen.

Ordination: Absolute Ruhe, Eisbeutel auf das Abdomen.

24. Jan. 1874. Bald nach der klinischen Untersuchung, obwohl dieselbe vorsichtig vorgenommen wurde, klagte Patientin über Schmerzen im Leibe; sie richtete sich im Bette auf und neigte ganz nach rechts, wo sie auch die heftigsten Schmerzen verspürte. Sie hatte schon Brechreiz und musste dann heute 2 mal erbrechen. Temp. gestern Abend 38,0°, heute Morgen 37,8°, Puls klein, Frequenz 100.

25. Jan. Der Status ist derselbe wie gestern; Pat. muss erbrechen, wenn sie irgend etwas geniesst. Abdomen etwas aufgetrieben und gespannt; eine Dämpfung lässt sich noch nirgends nachweisen. Temp. 37,3°, Puls 100.

26. Jan. Die Schmerzen im Abdomen steigern sich immer mehr, das Erbrechen wird häufiger. Das Abdomen wird mehr aufgetrieben und ist sehr empfindlich. Wegen der heftigen Schmerzen musste der Pat. vergangene Nacht eine Morphiuminjection gemacht werden. Es ist eine beträchtliche Temperatursteigerung bis auf 38,9° eingetreten, Puls fadenförmig, Frequenz 100. Eine Dämpfung am Abdomen ist bis jetzt mit Bestimmtheit noch nicht nachzuweisen.

Weil eine Perforativ-Peritonitis vom Haematom aus vielleicht schon eingetreten ist, oder jedenfalls bevorsteht, wird heute coram clinico die Punction der Blutgeschwulst in der linken Seite des hintern Scheidengewölbes ausgeführt. Es

entleert sich aber bloss ein Spitzglas voll von reinem sehr dunkel gefärbtem flüssigem Blut; unter dem Mikroskope sind darin bloss frische und geschrumpfte rothe Blutkörperchen zu sehen. — Bei der innern Untersuchung fühlt sich die Geschwulst im Ganzen etwas härter an.

27. Jan. Pat. hatte eine unruhige Nacht, sie konnte vor Schmerzen gar nicht schlafen. Sie hat heute facies hippocratica und zeigt eine leicht icterische Färbung der Haut. Zunge ganz trocken, grosses Durstgefühl, öfteres Erbrechen. Abdomen ziemlich stark aufgetrieben und hauptsächlich in der rechten Iliacalgegend sehr empfindlich. Daselbst ist auch eine eine Handfläche grosse Dämpfung nachzuweisen. Der Heftigkeit der Erscheinungen nach muss man eine Perforativ-Peritonitis annehmen. Aus der Scheide fliesst ein wenig dunkles Blut, von der Punctionsstelle aus. Temp. 38,3°, Puls klein, fadenförmig, Frequenz 116. Respiration frequent 36. — Urin spärlich, enthält etwas Eiweiss.

28. Jan. Status ungefähr der gleiche. Patientin liegt apathisch da und vermag kaum mehr zu sprechen. Beständiges Erbrechen. Stuhl seit 4 Tagen nicht mehr vorhanden. Die physikalische Untersuchung ergibt nichts Neues. Aus der Scheide fliesst kein Blut mehr, dagegen eine geringe Menge sehr übelriechende, jauchige fleischwasserfarbige Flüssigkeit. Es müssen desinficirende Scheideninjectionen von Kal. hypermang. gemacht werden. Gegen den heftigen Durst erhält Pat. Eispillen.

29. Jan. Patientin geht dem Collapsus entgegen: Temp. ist von gestern auf heute von 38,6° auf 37,8° heruntergesunken; dabei blieb der Puls auf 116 und sehr klein.

Das Erbrechen hört gar nicht auf; statt der Eisstückchen erhält Pat. eine

Emuls. Papaver. 150,0 Aq. Amygdal. amar. 10,0 Syr. 30,0 2stdl. 1 Essl. voll zu nehmen.

Es wird während der Klinik die Peritonitis bestätigt, auch darauf aufmerksam gemacht, dass das Haematom bedeutend härter geworden ist.

30. Jan. Der Collapsus erfolgte rasch; gestern und während der Nacht musste sie noch 10 mal erbrechen und starb heute Morgen um 5 Uhr.

Temperaturtabelle:

	M.	M.	A.	Stuhl.	Erbrechen.
Jan. 22.			37,0	1	
			96		
23.	37,8		38,0		
			100		
24.	37,4		37,8	1	II.
			100		
25.	37,3		38,4		III.
			104		
26.	38,6	38,9	38,9		V.
	100		112		
27.	38,2	38,3	38,6		V.
	112		116		
28.	38,2	38,2	38,6		VI.
	116		116		
29.	37,8	37,8	37,4		X.
	116		116		

Die Section, welche den 30. Januar 9 Stunden nach dem Tode vorgenommen wurde, ergab folgendes:

Mässig gut ernährter Körper, leicht icterische Färbung der Haut. Abdomen unbedeutend ausgedehnt. Muskulatur dunkel, athrophisch. Lungenödem, sonst das Gewebe anämisch. Herzmuskulatur blass. — Milz klein, schiefrig gefärbt. — Leber auf ihrer vordern Fläche durch einen faserstoffigen Belag mit dem Zwerchfell und einzelnen Darmschlingen verklebt; diese untereinander ebenfalls schwach verklebt. Leber selbst etwas atrophisch, blass, von graugelber Farbe.

Nachdem die Darmschlingen in die Höhe gehoben waren, fand man in der rechten Seite, der Ovarialgegend entsprechend peritonitisches Exsudat, ca. 5 ℥ rothbrauner übelriechender Flüssigkeit enthaltend, wodurch die Därme zum Theil mit den Organen der Beckenhöhle verklebt waren. Sie wurden mit der jauchigen Flüssigkeit vom Beckeneingang entfernt und man fand dann denselben ausgefüllt von einer Geschwulst,[1])

---

[1]) vid. beigegebene lithographische Tafel I.

welche gebildet wurde von dem Uterus, der auf seiner hintern Wand einen elastischen Tumor (c) zeigte, welcher in zwei seitliche, von ihm aber deutlich unterschiedene grössere Anschwellungen überging, welche die Gegend der breiten Mutterbänder einnahmen (b und d). Die im rechten breiten Mutterband gebildete Anschwellung war mit der hintern Beckenwand durchaus nicht verwachsen; sie wurde gebildet durch eine Ausdehnung der hintern Peritonealplatte des rechten lig. latum und zwar in der Weise, dass ein Bluterguss in das Bindegewebe zwischen vordere und hintere Platte erfolgt war.

Dabei waren aber nicht beide Blätter gleichmässig ausgedehnt worden, vielmehr war das hintere viel bedeutender gespannt, desshalb auch wohl um das doppelte mehr ausgedehnt als das vordere. Dasselbe war an einzelnen Stellen ausserordentlich dünn; an der Stelle endlich, wo dasselbe an Ovarium und Tube sich ansetzte, fand sich eine Oeffnung (e) von Frankengrösse, deren Ränder papierdünn waren. Aus dieser Oeffnung war das erwähnte Blut in die Bauchhöhle getreten und hatte zur jauchigen Peritonitis Veranlassung gegeben. — Die vordere Platte war wohl viermal so stark als die hintere, und während die letztere fast nur aus dem Peritoneum bestand, befanden sich in der vordern die Gefässe und Muskelplatten des breiten Bandes. In Folge dieser ungleichmässigen Ausdehnung beider Platten wölbte sich das hintere noch etwas über die Tube in die Höhe und verlagerte dieselbe nach vorn.

Das rechte Ovarium lag der hintern Platte an; bis zu seinem Hilus oder bis in die Gegend der Ala Vespertiliones war die Trennung der Blätter eine vollständige. In diesem Ovarium befand sich ein grosses Corpus luteum, an der innern und untern Seite desselben gelegen. Die rechte Tube war normal, nur nach vorn gedrängt, das Fimbrienende mit der ausgedehnten Mutterbandtasche verwachsen, so dass man die Fimbrien zwar erkennen, aber das ostium abdominale nicht auffinden konnte. An der Stelle, an welcher sich das Peritoneum des rechten breiten Mutterbandes auf den Uterus fortsetzt, fanden sich stellenweise Verwachsungen mit der hintern Wand des Douglas'schen Raums; diese nahmen nach

links zu, so dass derselbe nach links weniger frei war als rechts. Vom Uterus war das Peritoneum durch den Bluterguss nun in eigenthümlicher Weise gelöst; zunächst war dasselbe im Zusammenhang mit der hintern Platte der breiten Mutterbänder abgelöst fast bis in die Gegend des Isthmus, rechts mehr als links. In der Gegend des Ansatzes des linken lig. ovarii war es nur etwa fingerbreit abgeschält, so dass hier unter demselben eine Art trichterförmiger Canal gebildet wurde, dessen engere Höhlung in eine grosse, ebenfalls mit Blut gefüllte Tasche führte, die von den Blättern des linken lig. latum gebildet wurde.

In dem linken breiten Mutterbande waren die Verhältnisse etwas anders als auf der rechten Seite. Dasselbe war mit dem grössten Theil seiner hinter Fläche mit dem Beckenperitoneum verwachsen; auch war gleichzeitig das Peritoneum des Bodens des Douglas'schen Raums, ja sogar das Peritoneum der hintern Beckenwand selbst mit durch einen grossen Bluterguss abgehoben. Mit dem Peritoneum bildeten gleichzeitig Muskel- und Bindegewebszüge des breiten Mutterbandes und des Beckenbodens die hintere Bedeckung dieser Tasche; die linke Tasche erstreckte sich desshalb unter dem Douglas'schen Raum weg, indem sie nicht bloss das linke lig. sacro-uterinum, sondern auch das rechte in die Höhe gehoben hatte, noch unter die rechtseitige Geschwulst, so dass sich dieselben gleichsam mit einander entgegen geschobenen Zipfeln kreuzten und nur durch einen oben beschriebenen engen Canal communicirten. Die alten Blutcoagula darin hatten den ganzen Beckenboden abgehoben und enthielten keine Spur von Eiter.

Von dem linkseitigen Tumor, dessen Wandungen also von dem Beckenboden, von der hintern Platte des Peritoneums des linken breiten Mutterbandes, an seiner vordern Fläche von der Muskelplatte des Mesometriums gebildet wurden, lag noch ein zweiter dem vorigen unmittelbar an (a). Dieser wurde gebildet von der vordern Platte des breiten Mutterbandes, den Muskelschichten des Mesometriums und nicht von dem Beckenboden. Er hatte sich mehr nach aussen und links gelagert, seine papierdünne Bedeckung bildete nach vorn die vordere Platte des linken breiten Mutterbandes, welche nicht mit dem Peritoneum der seitlichen Beckenwandung verwachsen

war. Beide Tumoren hatten demnach als gemeinschaftliche Basis die verdickte Muskelschicht des linken Mesometriums mit ihren Gefässen. Durch eine kleine Oeffnung in dieser gemeinschaftlichen Basis communicirte auch diese mit Blut erfüllte Geschwulst mit der andern Höhle. — An der Stelle, wo beide Höhlen auch äusserlich von einander getrennt erschienen, verlief die linke Tube, die sich dann aber in die Wand des hintern Sacks, mit dem sie innig verwachsen war, verlor. Auch das linke Ovarium lag mit seinen Rudimenten auf der höchsten Höhe des hintern Sacks.

Es communizirten demnach alle drei Taschen miteinander. Augenscheinlich war der Ausgangspunkt auf der linken Seite, wo die Verwachsungen am intensivsten und die Blutcoagula am ältesten waren; von da aus war der Douglas'sche Raum auch abgelöst worden. Möglich wäre es, dass das mit der Wand dieses Sacks ganz verschmolzene Ovarium den Ausgangspunkt der Blutung abgegeben hat. Dass in diesem Sack der Ausgangspunkt gesucht werden muss, dafür spricht das Verhältniss, in welchem der Uterus zu ihm steht. Derselbe ist nicht nur aus dem Becken durch den Bluterguss gehoben, welcher sich hinter ihm weg in den Halstheil einzwängte, sondern er ist förmlich über diesen Sack hinweggewölbt, so dass er concav nach hinten erscheint. Das linke Horn des Körpers ist gleichzeitig nach links verzerrt, so dass er fast als schiefer Uterus erscheint; er ist ausserdem etwas um seine senkrechte Axe gedreht, so dass der linke Winkel mehr nach hinten, der rechte mehr nach vorn steht. Uterushöhle 11 Cm. lang. Bei der Sondirung muss demnach die Sonde bloss in's rechte Horn gelangt sein, da sie eher etwas nach rechts sich einführen liess. Durch den nach hinten gelegenen linken Sack wird auch die starke Prominenz im linken hintern Scheidengewölbe gebildet, in welche unsere Punctionsöffnung drang. Der linke Sack hat überdiess die dicksten Wände, er hat nirgends nur Peritonealbekleidung, sondern überall noch Muskelbedeckung.

Was die Grössenverhältnisse der drei Geschwülste anbetrifft, so ist der rechtseitige Tumor entschieden der ausgedehnteste, derselbe hat die Grösse eines Gänseeis; der linkseitige kommt ihm beinahe gleich, der dritte hat eine Hühnereigrösse;

diese beiden letztern aber füllen das linke Scheidengewölbe ziemlich aus. Verwachsungen mit dem Beckenperitoneum kommen nur am linkseitigen hintern Tumor vor; das weist darauf hin, dass höchst wahrscheinlich bei frühern menstruellen Vorgängen das linke Ovarium und das linke breite Mutterband mit der Beckenwand sich durch peritonitische Adhärenzen verbunden haben; denn während der jetzigen Erkrankung waren nie peritonitische Erscheinungen vorhanden, bis kurz vor dem Tode.

Fall XI. *Haematoma lig. lat. sin., retrouterinum et lig. lat. dextr. Punction. Tod.*

Am 26. November 1873 wurde ich[1]) zu einer Frau O. nach Baden gerufen, welche seit einer Woche ärztlich behandelt worden war. Dieselbe ist 52 Jahre alt, hat 2 Mal geboren und ist seit einem Jahre nicht mehr menstruirt. Die Erkrankung hat etwa vor 3 Wochen begonnen mit mässigen Schmerzen im Leibe.

Mit dem damals auftretenden Schmerz war etwas Blut abgegangen. Diese Schmerzen waren wieder etwas geschwunden, aber nie vollständig. Bald waren sie wieder stärker gekommen, bald ging es wieder besser.

14 Tage nachher konnte der Arzt eine Geschwulst im Unterleibe constatiren, die etwas über die Symphysis hervorragte und von der er nicht behaupten konnte, ob sie früher schon vorhanden gewesen oder nicht. Diese Geschwulst soll hart gewesen sein, nahm rasch an Grösse zu und wurde weicher. Mit dem Grösserwerden der Geschwulst traten gleichzeitig die furchtbarsten Schmerzanfälle auf, die Stunden lang anhielten, dann für einige Zeit aufhörten, um wieder von Neuem aufzutreten.

Hauptsächlich diese Schmerzen veranlassten zur Consultation. Ueber die Art der Geschwulst selbst hatte sich der behandelnde Arzt kein Urtheil bilden können. Anfangs glaubte er ein Fibroid vor sich zu haben, später wurde ihm diese

---

[1]) Herr Prof. Frankenhäuser.

Diagnose zweifelhaft, aber was er dafür annehmen sollte, war ihm nicht klar. In der letzten Zeit war zu den Schmerzen noch Urinverhaltung hinzugetreten, so dass die Kranke oft catheterisirt werden musste.

Als ich dieselbe sah, fand ich einen Tumor, der von der Symphyse gegen die linke Seite bis zu den untersten falschen Rippen heraufragte. Der Tumor war nach oben und nach den Seiten hin scharf umgrenzt und abgerundet; nach unten war er zu beiden Seiten des Beckeneingangs nicht deutlich zu umgreifen.

Die ganze Geschwulst war hauptsächlich links vom Nabel schmerzhaft, wo man am deutlichsten glaubte Fluctuation zu fühlen. Unterhalb dieser Stelle wurde sie härter und diese Härte war fühlbar bis zum Beckeneingang. Nach dieser äussern Untersuchung hätte man die Geschwulst wohl für einen Ovarialtumor nehmen können.

Bei der innern Untersuchung aber fand man den Scheidentheil nach vorn und rechts gestellt, gegen die Schamfuge herangepresst und über dem hintern Scheidengewölbe einen harten Tumor, welcher dasselbe herunterdrängte und wie aus zwei einander berührenden kugligen Partien zusammengesetzt zu sein schien. Dabei fühlte er sich so hart wie ein Fibroid an, ja er zeigte fast noch eine grössere Resistenz. Bei der bimanuellen Untersuchung konnte man den Zusammenhang dieser Geschwülste mit der in den Unterleib hinaufragenden constatiren. Der Uteruskörper schien in der Richtung des Tumors gelegen zu sein, wie eine Sondenuntersuchung deutlich ergab. Der Uterus war sehr mässig retrovertirt und mit dem Grunde nach links abgewichen. Der ganze Tumor war etwas beweglich, der Uterus aber bewegte sich dabei mit. Die Schmerzen kamen jeden Tag in heftiger Weise, dann liessen sie ihr für einige Stunden Ruhe, um nachher wieder aufzutreten. Fieber war nicht vorhanden; die Temperatur ging nie über 37,5°, dagegen hatte die Kranke ziemlich viel Durst, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung und sah blass und gedunsen aus.

Wenn man den objektiven Befund allein in's Auge fasste, so konnte man an verschiedene Dinge denken; einmal an eine mit dem Uterus verwachsene Ovarialcyste, zweitens an eine

Fibrocyste, drittens an eine gewaltige Haematocele. Die heftigen Schmerzanfälle waren aber bei allen drei Annahmen nicht zu erklären, wenn man nicht noch eine Complication annehmen wollte.

Am wenigsten war ich geneigt, an einen Ovarialtumor zu denken. Die Verlagerung des Uterus entsprach diesem Verhältniss nicht, der in diesem Tumor zu liegen schien; auch die Härte im hintern Scheidengewölbe war eher für Haematocele oder Fibroid zu nehmen. An eine Haematocele hätte man wohl denken können, wenn nicht die wehenartig auftretenden Schmerzen, die wenn auch geringe Beweglichkeit des Tumors und die Empfindlichkeit desselben, ohne dass eine Peritonitis vorhanden war, dagegen gesprochen haben würden. Besonders schwierig wurde der Fall dadurch, dass der Arzt (selbst spät hinzugerufen) über die Erscheinung und das Wachsthum der Geschwulst so wenig Aufschluss geben konnte, dass ich zweifelhaft wurde, ob sie unter seinen Augen überhaupt gewachsen sei. Ich war anfangs geneigt, den Tumor für einen fibrocystischen zu nehmen; die wehenartigen Schmerzen glaubte ich mit einer Blutung in die Geschwulsthöhle erklären zu können. (Vid. Taf. II, Fig. 2.)

Da die Kranke sehr heruntergekommen und kaum ohne Punction eine bestimmte Diagnose zu machen war, stach ich einen Troicart an der Fluctuation zeigenden Stelle ein, links etwa 3 Finger breit vom Nabel. Ein gewaltiger Blutstrahl ergoss sich sofort und in kurzer Zeit entleerten sich etwa 3 Pfund reines, aber dunkelgefärbtes Blut, was etwas lackfarben aussah; kein Gerinnsel zeigte sich dabei und bei der mikroscopischen Untersuchung war nichts Anderes als veränderte rothe Blutkörperchen zu entdecken.

Die Wunde wurde durch Heftpflaster geschlossen und die Kranke fühlte sich merkwürdig erleichtert. Die Härten über dem hintern Scheidengewölbe waren noch zu fühlen, wurden dann aber nach 8 Tagen weniger deutlich.

Etwa 14 Tage nachher sah ich die Kranke noch einmal, von einer Geschwulst war im Unterleib nichts mehr zu entdecken. Der Leib war etwas empfindlich, aber kaum aufgetrieben. Die Kranke hatte oft Erbrechen; es wurde ihr öfter schwarz vor den Augen, sie trank und ass fast nichts mehr,

Die Temperatur stieg hie und da auf 38,5° und sank dazwischen wieder zur Norm zurück.

Der Uterus war beweglich, aber seine Bewegungen machten sehr lebhafte Schmerzen; über dem hintern Scheidengewölbe fühlte man noch eine sehr mässige Schwellung. Der Fall wurde mir wieder ganz unklar. Die Frau starb drei Wochen nach der Punction. Erbrechen, Appetitlosigkeit, sehr mässiges Fieber ohne Auftreibung des Leibes waren die Erscheinungen, die dem Tode voraus gingen, gewesen.

Ein Tag nach dem Tode, den 20. Dezember 1873, wurde die Section gemacht und ich war nicht wenig erstaunt, keine Geschwulst zu finden. Das linke Ovarium war nicht aufzufinden, nur ein kleiner Rest konnte dafür genommen werden. Die hintere Platte des linken breiten Mutterbandes, der Peritonealüberzug des Uterus, der grössere Theil des hintern Peritonealblattes des rechten lig. latum waren abgelöst, zerfetzt, nur noch Reste vorhanden; verklebt mit der vordern Mastdarmwand und dem Beckenperitoneum des Douglas'schen Raums, von dem sie sich noch ablösen liessen. An der Basis dieser gebildeten Tasche, scheinbar im Douglas'schen Raum, fanden sich einige harte, schalenartige Fibrinniederschläge und waren bedeckt von einem blutigen Brei. Zwischen den Darmschlingen fand sich dieselbe blutige Flüssigkeit, ohne dass irgendwo peritonitische Exsudate sich fanden. Das rechte Ovarium war intact, zeigte die Altersschrumpfung; die Vorderfläche der breiten Mutterbänder und des Uterus waren von intactem Peritoneum überzogen, das Gewebe der breiten Mutterbänder überall blutig sugillirt, wie auch die hintere, des Peritoneums beraubte Fläche des Uterus. Es handelte sich hier also um einen Bluterguss in die breiten Mutterbänder von so gewaltigen Dimensionen, dass er sehr leicht mit einer Geschwulstform zu verwechseln war. In welchem Verhältniss das linke Ovarium mit dem linken breiten Mutterband gestanden, war bei der Section nicht zu enträthseln, welche Veränderungen überhaupt in dem Ovarium bestanden hatten, konnte nicht nachgewiesen werden, so dass man hier zweifelhaft bleibt, ob die Blutung zunächst in's linke breite Mutterband stattgefunden und das Ovarium von dort aus blutig sugillirte oder ob eine Blutung in's linke Ovarium

stattgefunden und von da sich ein Bluterguss in's linke breite Mutterband und hinter dem Uterus in's rechte weiter verbreitet hat. Jedenfalls constatirte die Section, dass der Bluterguss von Haus aus nicht frei in die Bauchhöhle erfolgt war.

Fall XII. *Haematoma lig. lati dextri, anteuterinum et lig. lati sinistri, Incision. Heilung.*

Frau St. aus Zürich, 32 Jahre alt, hat 4 Mal geboren, 1864 einen Knaben, 1866 ein Mädchen, 1870 einen Knaben und 1871 ein Mädchen; Geburt und Wochenbett verliefen normal. — Im 14. Lebensjahre zum erstenmal menstruirt, hatte sie ihre Regeln von da ab regelmässig alle 4 Wochen, 4 Tage lang, ziemlich stark. — Im Januar 1872 wurde sie unwohl, ohne dass sie bestimmt angeben konnte, was ihr fehlte; hauptsächlich wurde sie leicht müde und die Periode kam alle 3 Wochen ebenso stark wie früher und ohne Schmerzen. — Sie nahm dann einen Aufenthalt in Clarens; im Juli 1872 kamen sehr heftige Schmerzen im Unterleib, die nicht während, sondern nach der Regel auftraten. Der Anfall dauerte von 7 Uhr Morgens bis 10 Uhr und endete nach einer Morphiuminjection.

Nach dieser Zeit blieb die Frau jedoch unwohl, ohne dass man wusste, was ihr fehlte; nur litt sie an Verstopfung. — Im August 1873 kam ein neuer Anfall wieder nach der Regel, wobei etwas Blut aus der Gebärmutter gekommen sein soll. Der Schmerz sass immer auf der rechten Seite in der Nähe des os ileum und war nicht so stark wie früher. — Sie ging dann nach Cannstatt, und damals constatirte der Arzt eine Anschwellung auf der rechten Seite. Sie benutzte die Bäder, ohne dass eine neue Verschlimmerung eintrat. Bei der Rückkehr fühlte sie sich aber dennoch nicht besser, sondern eher elender und matter und litt immer an Stuhlverstopfung.

Im November kam wieder ein solcher Schmerzanfall; ich[1]) sah die Kranke am 27. November 1873 zum erstenmal. Man fand zwei Anschwellungen in der linken und rechten Seite, die rechtseitige grösser als die linke; die rechtseitige fluc-

[1]) Herr Prof. Dr. Frankenhäuser.

tuirend, fast wie eine Cyste sich anfühlend, von der Grösse eines kleinen Kindskopfes, die linkseitige am obern Theil ebenfalls fluctuirend und in zwei Tumoren zu trennen. Der kleinere Theil des linkseitigen Tumors lag über dem linken Scheidengewölbe, hatte die Grösse eines Hühnereis. Ueber demselben, doch davon abzugrenzen war der grössere Theil, der ebenfalls deutliche Fluctuation zeigte. Dieser doppelte linkseitige Tumor communicirte durch eine brückenähnliche Anschwellung, welche vorn quer über den Halstheil des Uterus verlief, mit dem rechtseitigen Tumor. Der Uterus war durch beide Tumoren nach hinten gedrängt, etwas retrovertirt; 4 Cm. zu lang; Muttermund geöffnet. — Die linke untere kleinere Geschwulst liegt dem Uterus besonders nahe und ist besonders schmerzhaft. Der ganze linke Tumor ist überhaupt etwas härter als der rechte, nur an einer einzigen Stelle fluctuirend und hat besonders nach unten den Sitz des Schmerzes. Von Zeit zu Zeit treten heftige, wehenartige Schmerzen in dem rechten Tumor auf. Kurz vor dem Auftritt des Schmerzes war die Periode dagewesen und anschliessend 10 Tage lang Blutabgang. — Es waren bisher Blutegel angesetzt und dann Cataplasmen gemacht worden; innerlich Morphium. Fieber bestand zu dieser Zeit nicht, wie mehrere Tage hindurch constatirt wurde, und das sicherte die Diagnose insofern, als man es nicht mit einem parametritischen Exsudat zu thun haben konnte. (Vid. Taf. II, Fig. 3.)

Am 1. Dezember traten ohne jede Veranlassung in der ganzen Geschwulst ausserordentlich heftige Schmerzen auf, die sich bald zu peritonitischen steigerten. Es wurden desshalb Eisumschläge gemacht.

Unter diesen Schmerzanfällen vergrösserte sich die linke Geschwulst nach Angabe der Patientin fühlbar. In den nachfolgenden Wochen wurden Eisumschläge fortgesetzt, Wasserlappen aufgelegt und Jodtinctur aufgepinselt.

Vom 8. bis 22. Dez. ging es wieder ganz leidlich. Am 22., zur Zeit, in der die Regel kommen sollte und nicht eintrat, vergrösserte sich auch die rechtseitige Geschwulst, wie ich selbst constatiren konnte.

Am 22. Januar 1874 kam wieder ein heftiger Schmerzanfall und die Geschwulst rechts vergrösserte sich noch mehr.

Ich konnte deutlich Fluctuation fühlen und da ich eine Berstung des Tumor befürchtete, machte ich mit dem Messer einen Einschnitt in der rechten Inguinalgegend, wo die Geschwulst mit der Bauchwand verwachsen erschien. — Es entleerten sich ca. 3 ℥ klaren Blutes. Nachher wurden wieder Eisumschläge gemacht und Jodtinctur eingepinselt.

Am 16. Februar trat die Regel für ein paar Tage mässig und ohne Schmerzen ein.

Von da ab wurden die Tumoren kleiner; beständig wurden Jodtinctur eingepinselt und Wasserlappen aufgelegt.

Am 11. April 1874 sah ich die Kranke wieder. Die linkseitige Geschwulst ist ganz geschwunden, die rechte schwielig, hart aber auch im Schwinden. Uterus nach hinten gelagert, aber beweglich.

10. Juni. Man fühlt Härten noch an beiden Seiten, nicht mehr die vordere Verbindungsbrücke. Die Regel kommt wieder alle 3 Wochen. Sie trat ein am 26. Juni und dauerte bis zum 1. Juli ohne Schmerzen. Einmal kam sie sogar nach 14 Tagen und die Kranke wurde anämisch; es wurden desshalb Tannintampons eingelegt.

Die Regel trat dann wieder auf am 21. Juli und dauerte bis zum 25. Juli ebenfalls ohne Schmerzen. Die Gebärmutter war nun dauernd ganz beweglich, der Douglas'sche Raum, der nie heruntergedrängt, war weit hinauf zu tasten, was wohl neben dem angegebenen Befund mit dafür spricht, dass es sich hier unmöglich um eine Haematocele handelt. Wir glauben es desshalb hier entschieden mit einem Haematom zu thun zu haben, welches sich von dem rechten breiten Mutterband aus zwischen Gebärmutter und Blase hindurch in das linke breite Mutterband entwickelte.

Heute, den 7. September 1874, ist die Frau eben ohne irgendwelche Beschwerden menstruirt und sieht so blühend aus, als ob sie nie diesen Blutverlust gehabt hätte.

Fall XIII. *Haematoma lig. lat. sin. et retrouterinum nach Trauma entstanden. Perforation und Heilung.*

Frau Regula Bodmer, Landarbeiterin in Hombrechtikon, ist 36 Jahre alt; in ihrer Jugend war sie immer gesund und

wurde im 18. Jahre menstruirt, von da ab regelmässig alle 4 Wochen ohne Schmerzen. Sie hat 5 Mal ohne ärztliche Hülfe geboren und ist jetzt wieder im 5. Monat gravida. Vor 14 Tagen war sie unwohl und litt hauptsächlich an Stuhlverstopfung, wesswegen ihr der Arzt ein Clysma verordnete. Seit der Application desselben von Seite ihres Mannes, ungefähr eine Stunde nachher, verspürt Patientin heftige Schmerzen im Unterleib, die in Pausen wie Wehen auftreten. Der Stuhl wurde dünnflüssig und ging sowohl per anum als per vaginam ab. Peritonitische Erscheinungen waren nie vorhanden, kein Erbrechen, keine Auftreibung des Leibes. — Wegen Urinretention musste aber Patientin längere Zeit catheterisirt werden.

Der herbeigerufene Arzt konstatirte eine ca. 1½—2″ vom Introitus vaginae entfernte, für mehrere Finger leicht durchgängige Scheiden-Mastdarmfistel. — Pat. wurde desshalb den 20. Mai 1872 in unsere Anstalt geschickt.

Status praesens: Gut gebautes, ordentlich genährtes, aber ziemlich anämisches Individuum. Zunge feucht rein, Sensorium frei. Thorax gut gebaut, Percussionsschall überall sonor, vesiculäres Athmen. Am Herzen etwas systolisches Blasen. Leber und Milz bieten nichts besonderes. Abdomen durch den bis zum Nabel ragenden graviden Uterus etwas ausgedehnt. Palpation gar nicht schmerzhaft. Die Auscultation ergibt Uteringeräusche.

Bei der Scheidenuntersuchung entdeckt man die schon erwähnte Recto-Vaginalfistel. Ueber dem hintern und linken Scheidengewölbe ist ein harter Tumor fühlbar, der jetzt nicht sehr empfindlich ist.

Bei der Rectaluntersuchung gelangt man mit dem Finger von der Fistel aus in eine Höhle, die sich nach oben zwischen Mastdarm und Uterus hinauf fortsetzt und die dadurch entstanden sein muss, dass das Peritoneum vom Boden des Douglas'schen Raums, der vordern Wand des Rectums und der hintern Wand des Uterus und des linken breiten Mutterbandes abgehoben wurde. Diese Höhle ist der vom hintern Scheidengewölbe aus fühlbare harte Tumor. Aus derselben kann man Blutcoagula und Fibringerinnsel entfernen; der Inhalt hat aber bereits schon einen jauchigen Charakter an-

genommen. Der Stuhlgang riecht foetide und geht auch durch die Scheide ab. Temperatur ganz normal. Peritonitische Erscheinungen sind keine vorhanden. (Vid. Taf. II, Fig. 4.)

Wir haben es demnach hier mit einem Haematom zu thun, das durch das directe Trauma beim clysma in Folge einer Gefässverletzung entstanden ist und sich im periuterinen Zellgewebe subperitoneal verbreitet hat.

Wie ein genaueres Nachfragen ergab, hatte nämlich der Ehemann eine mit einem zinnernen Scheidenrohr versehene Spritze zur Application des lavement benutzt.

Das Vorschieben des Stempels war sehr schwierig und ruckweise vor sich gegangen, und bei einem solchen Ruck war nicht bloss die Mastdarmscheidenwand durchgerissen, sondern auch eine bedeutende Zerrung nach oben erfolgt.

In der nächsten Zeit gingen noch mehrfach grosse Blutgerinnsel vermischt mit Jauche ab, später blieb nur noch eine fistulöse Oeffnung vom hintern Scheidengewölbe in die Geschwulst, aus welcher noch lange Zeit Eiter abfloss. Trotzdem kam es nicht zum Abortus. Die seitlich dem Uterus anliegende Anschwellung verschwand nach und nach, und nachdem die Geburt erfolgt war (Steisslage im 7. Monat), hörte der Eiterausfluss bald auf.

5. Juli. Das Wochenbett verlief ganz normal. Eine Untersuchung ergibt einen ganz frei beweglichen Uterus. Um die Fistel herum ist das Gewebe noch etwas indurirt; die Fistelränder selbst eitern immer noch etwas.

Patientin blieb dann zur operativen Behandlung der Recto-Vaginalfistel noch längere Zeit im Spital. Vom Haematom war sie ganz geheilt.

Fall XIII. *Haematoma lig. lat. sinistr. et anteuterinum. Resorption.*

Frau Adelheid Fischer, Fabrikarbeiterin in Enge, 25 Jahre alt, war in ihrer Jugend gesund, litt nur hie und da an leichtern Augenerkrankungen. Im 15. Jahre wurde sie menstruirt und von da ab regelmässig alle 4 Wochen ca. 3 Tage lang ohne jegliche dysmenorrhoische Erscheinung. Pat. verheirathete sich und gebar 2 mal normal; bei dem 2ten

Kinde vor 3 Jahren verlor sie im Wochenbett während 3 Wochen lang sehr viel Blut. Seit Ende Dezember hat sie ihre Menses nicht mehr; sie glaubt gravida zu sein.

Vor 3 Wochen traten ohne besondere Ursache stechende, wehenartige Schmerzen im Leibe auf; zugleich ging ganz wenig Blut ab. Trotz ihrer Schwäche ging Pat. ihrer Arbeit in die Papierfabrik nach, bis vor 5 Tagen plötzlich eine Masse Blut mit einem Klumpen, wie sie meint, abging unter den gleichen wehenartigen Schmerzen, die sie jetzt noch plagen. Seither geht fortwährend Blut ab, wesshalb sie heute den 26. Februar 1874 in's Spital eintrat. Fieber will Pat. nie gehabt haben.

In den ersten Tagen wurde keine sehr eingehende Untersuchung vorgenommen, die Kranke bekam nur Tinct. Op. und Tinct. Digital. à täglich 10—20 Tropfen. Dabei wurde sie gut ernährt und ruhig im Bett gehalten.

Am 3. März 1874 wird folgender Status aufgenommen: Gut gebautes, mässig gut genährtes Individuum, kein Icterus, keine Oedeme, etwas Anämie, Zunge feucht rein, Sensorium frei, Strabismus divergens. Thorax normal, Brüste etwas geschwellt; areola dunkel pigmentirt. Lungenschall vorn und hinten, überall sonor, vesiculäres Athmen mit spärlichem Pfeifen und Kiemen. Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne rein. Leber und Milz nichts besonderes. Linke Iliacalgegend wenig gedämpft; man fühlt dort in der Tiefe eine kleine nicht schmerzhafte Resistenz. Die Auscultation ergibt keine Uteringeräusche. — Bei der innern Untersuchung fühlt man den Scheidentheil etwas verdickt; Muttermund für den Finger offen, quergespalten. Scheidentheil geschwellt, Uterus antevertirt und vergrössert. Im linken Scheidengewölbe, dem Uterus anliegend, ist ein sehr harter an einzelnen Stellen höckriger Tumor zu fühlen, der leicht schmerzhaft ist. Derselbe hat die Grösse eines Enteneis, lässt sich nach hinten leicht abgrenzen und geht strangartig über dem vordern Scheidengewölbe über den Gebärmutterhals, so dass er circa 2 Finger breit nach rechts herüberragt. Hinteres und rechtes Scheidengewölbe sind vollkommen frei. (Vide Taf. II, Fig. 5.)

Subj. Beschwerden: Häufiges Kopfweh, kein Brechreiz, kein Erbrechen. Müdigkeitsgefühl, Schmerzen im Abdomen

und in der Lendengegend. Appetit gut, kein Durst, Stuhlgang regelmässig, Urin zeigt nichts besonderes. Häufiges Husten, Auswurf schleimig eitrig, spärlich. Temp. normal, Puls ruhig, regelmässig, etwas schwach, Frequenz 80°.

Résumé: Tumor, wahrscheinlich Haematom des linken breiten Mutterbandes; Uterus antevertirt, vielleicht gravidus im zweiten Monat.

Pat. wurde gestern klinisch vorgestellt und dabei besprochen, dass es sich nach dem objectiven Befund handeln könne um Fibroid, Parametritis und Haematom des linken lig. lat. Gegen Fibroid spricht die Form und Beschaffenheit des Tumors, sowie eine gewisse Empfindlichkeit. Diese Geschwulst hat ihre grösste Ausdehnung links vom Uterus, greift aber mit einem Strang über das vordere Scheidengewölbe und ist uneben anzufühlen; ein Fibroid nimmt immer mehr oder weniger kuglige Gestalt an und seine Oberfläche ist glatt. — Parametritis kann es nicht sein, denn die völlige Abwesenheit von Temperaturerhöhung spricht dagegen; denn eine Parametritis am fünften Tage müsste doch wenigstens eine starke Abendexacerbation zeigen. Ferner spricht sich eine Parametritis in einer diffusen Härte aus, während hier ein abgegrenzter Tumor vorliegt. Es ist desshalb höchst wahrscheinlich, dass es sich um einen Bluterguss in das linke breite Mutterband handelt, wofür auch die Anamnese spricht.

Pat. bekam anfangs Kal. jod. 6,0 : 180,0 täglich 2 Esslöffel voll; jetzt erhält sie zur Hebung der Anaemie Eisen. Pat. wird den 15. III. 1874 entlassen, da sie sich bedeutend erholt hat und viel weniger anaemisch aussieht. Das Haematom hat sich nicht verkleinert, zeigt aber gar keine Empfindlichkeit mehr.

30. März. Pat. kam in die Poliklinik und theilte mit, dass sie eben unter ziemlich heftigen Kreuzschmerzen 2 Tage lang menstruirt gewesen sei. Der Tumor hat sich dabei nicht vergrössert, zeigt sich nur etwas höckriger als früher. — Der Uterus zeigt sich immer noch vergrössert, auch jetzt noch kein Uteringeräusch, keine sehr starke livide Färbung der Schleimhaut, Gravidität ist jedenfalls auszuschliessen. Kal. jod. 6,0/180,0 3 Esslöffel täglich. Patientin kam uns nun für längere Zeit aus dem Gesicht.

20. Aug. Pat. trat heute wegen Metrorrhagien wieder in's Spital. Die Untersuchung ergibt, dass das Haematom bis auf eine geringe Verdichtung des linken breiten Mutterbandes ganz resorbirt und der Uterus ganz beweglich ist.

Im September kam sie wieder in die Poliklinik, wo deutlich eine rechtseitige Oophoritis nachzuweisen war.

Gegen diesen Fall, wenn man ihn als Haematom auffasst, können wohl noch Einwände erhoben werden, allein mindestens eben so viele gegen jede andere Deutung.

Fall XV. *Haematoma lig. lat. sin. nach Trauma. Resorption.*

Frau Luisa Sigg, Näherin von Andelfingen, 36 Jahre alt, war in ihrer Kindheit immer gesund. Während der Pubertätszeit litt sie oft an Chlorose. Ihre Menses sind etwas unregelmässig und spärlich; während derselben hat sie sehr heftige krampfartige Schmerzen im Unterleib, so dass sie nicht zu arbeiten vermag. Sonst fühlt sie sich vollkommen gesund. Von April 1872 an fehlten die Menses ca. 22 Wochen lang; Patientin glaubte gravida zu sein, allein im September traten die Regeln wieder ganz wie früher ein. Pat. ist seit 9 Jahren verheirathet, blieb aber steril; desshalb kam sie den 18. Februar 1873 in die gynäkologische Poliklinik.

Die Untersuchung zeigt gut entwickelte äussere Genitalien; Uterus anteflectirt mit starker winkliger Abbiegung nach vorn; die Sondirung ergibt den gleichen Befund, Uterus beweglich und eine Länge von 6 ½ Cm. Sonst keine Abnormitäten zu fühlen.

6. März 1873. Weil der Fall sich für die intrauterine Behandlung geeignet zeigt, wird versucht, einen Rectificateur einzulegen; allein es gelingt nicht, das Stäbchen war augenscheinlich für die Enge des innern Muttermundes zu dick.

22. März. Bald nach dem Versuch, einen Rectificateur einzulegen, fühlte sich Pat. unwohl, so dass sie nur mit Mühe nach Hause gelangte. Sie empfand ziemlich heftige Schmerzen

im Leibe, hauptsächlich links, sowie grosse Uebelkeit; erbrechen musste sie nicht. Sie musste einige Tage zu Bette liegen wegen der Schmerzen und der bedeutenden Schwäche; erholte sich bei ruhiger Lage aber bald ordentlich. Fieber hatte sie nie. Bei dem heutigen Besuch hat sie keine Schmerzen mehr, höchstens ist ihr das Uriniren beschwerlich; sie verspürt einen Druck auf die Blase. Sonst klagt sie nur über Müdigkeit und Appetitlosigkeit. Die Menses sind eben vorüber; Pat. hatte dabei die gleichen Beschwerden wie früher; sie waren auch nicht stärker wie früher.

Eine Untersuchung ergibt nun folgendes: Pat. ist ziemlich anaemisch, während sie früher sehr gut aussah. — Bei der Palpation des Abdomens entdeckt man in der linken Iliacalgegend einen ziemlich resistenten Tumor, der handbreit über das Schambein ragt; daselbst ist auch Dämpfung nachzuweisen. Bei der bimanuellen Untersuchung findet man den Uterus ganz nach rechts und etwas nach vorn gedrängt; auch die Sonde dringt in dieser Richtung ein und ergibt eine Uteruslänge von 7 Cm. Uterus nicht frei beweglich. Der Fundus liegt nach rechts in der Mitte zwischen os pubis und os ilei. An der linken Seite, dem Uterus hart anliegend, sitzt ein ziemlich resistenter Tumor, von der Grösse zweier Mannsfäuste. Er zeigt keine Fluctuation, aber auch nicht die Härte einer Neubildung, sondern fühlt sich eher teigig an; der Douglas'sche Raum ist entschieden frei. Vom Mastdarm aus fühlt sich der Tumor viel weicher an. (Vide Taf. II, Fig. 6.)

Die Diagnose wird auf Haematom des linken breiten Mutterbandes gestellt, entstanden durch ein Trauma, weil nur ein Bluterguss oder ein parametritisches Exsudat in so kurzer Zeit diesen Umfang erreichen könnte; letzteres glaubte man ausschliessen zu müssen, weil kein Fieber vorhanden war und der Tumor gar nicht empfindlich ist.

Pat. erhält Kal. jod. 6,0 : 180,0 täglich 3 Esslöffel.

2. Mai. Pat. hatte vom 18.—23. April ihre Menses, schwach, aber mit Schmerzen verbunden. Der Tumor ist nicht gewachsen, aber bedeutend härter geworden.

Weil Pat. keine subj. Beschwerden mehr hatte, kam sie nicht mehr in die Poliklinik und entzog sich somit unsrer weitern Beobachtung.

Das ganz acute Entstehen ohne fieberhafte Erscheinungen, die schnell aufgetretene Anaemie, die rasch aufgetretene Uebelkeit, das Trauma spricht nach unsrer Ansicht für einen Bluterguss in das linke lig. latum.

Fall XVI. *Haematoma lig. lat. sinistr. et anteuterinum. Resorption.*

Frau Maria Schneider, Hausfrau von Hirslanden, 40 Jahre alt, war früher immer gesund; sie wurde im 19. Jahre menstruirt und von da ab regelmässig alle 4 Wochen, 3 Tage lang, nicht profus und ohne Schmerzen. Pat. gebar vor 16 Jahren ihr einziges Kind, welches lebt. Geburt und Wochenbett waren normal; sie stand schon am 4. Tage wieder auf. Menses waren seither immer regelmässig und zum letzten Mal Anfang November 1873 vorhanden. — Den 19. Dezember 1873, acht Tage, nachdem die Periode wieder hätte eintreten sollen, begann das jetzige Leiden mit einem heftigen Anfall; Pat. hatte die Tage vorher nichts weiter bemerkt, als dass sie in der linken Seite einen dumpfen Schmerz empfand. — Sie wollte damals einen Ausgang machen, zu welchem Behuf sie sich umkleidete. Dabei fiel ihr auf, dass ihr Leib ziemlich aufgebläht sei; trotzdem ging sie aus. Nach einem Gang von ca. 10 Minuten bekam sie plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, so dass sie sich mit den Händen gegen den Leib stemmen musste. Sie vermochte noch nach Hause zurückzukehren und wurde dann zu Bett gelegt; ihrer Umgebung fiel es auf, dass sie so plötzlich blass geworden sei. Sie selbst fühlte sich sehr schwach, einige Male befiel sie sogar eine Ohnmacht. Der Leib wurde ziemlich aufgetrieben und sehr empfindlich, hauptsächlich in der linken Iliacalgegend. Aus der Scheide ging kein Blut ab, die Menses traten nicht ein. Der herbeigerufene Arzt verordnete Bettruhe, Opiate, Eispillen und auf den Leib anfangs Kälte, nachher Cataplasmen. — Die Schmerzen besserten sich nach und nach, das Abdomen fiel wieder ein; allein die grosse Schwäche blieb zurück; Pat. magerte beträchtlich ab. — Vor 3 Wochen, also 14 Tage nach der Entstehung ihres Leidens, verspürte Pat. während der Nacht plötzlich heftige Schmerzen in der linken Wade und Morgens beim Erwachen war das ganze linke Bein geschwollen

(Thrombose). — Pat. will seit Anfang der Erkrankung kein Fieber gehabt haben; nach dem ärztlichen Zeugniss war Abends hie und da eine geringe Temperaturerhöhung vorhanden. Wegen mangelnder Pflege trat sie den 27. Februar 1874 in's Spital ein.

30. Jan. 1874. Status praesens: Gut gebautes, etwas abgemagertes Individuum, kein Icterus; linkes Bein sehr stark oedematös geschwellt, an einzelnen Stellen wie an den malleoli und in der Leistengegend grosse Empfindlichkeit. Ziemlich starke Anaemie. Zunge feucht rein; Sensorium frei. Am Halse etwas Struma. Thorax normal, Brüste gut entwickelt, areola wenig pigmentirt, Hohlwarzenbildung. Lungenschall vorn überall sonor, vesiculaeres Athmen; hinten rechts unten von dem untern Winkel der scapula an verminderte Sonoritaet und abgeschwächtes Athmen, sonst überall normaler Schall, vesiculaeres Athmen, kein Reiben, kein Rasseln. Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne rein. Leber und Milz bieten nichts besonderes.

Abdomen mässig aufgetrieben; sehr dicke Bauchdecken, Nabelumfang 86 Cm. Bei der Palpation fühlt man in der linken Iliacalgegend eine ziemlich harte, etwas schmerzhafte, umschriebene Resistenz. Bei der Percussion ist diese Gegend deutlich gedämpft; die rechte Hälfte des Abdomens hingegen bietet überall einen tympanitischen Schall. Kein Ascites. Bei der Auscultation hört man nichts auffallendes.

Bei der innern Untersuchung zeigt sich zunächst ein geringer Vorfall der vordern Scheidenwand; Scheidentheil etwas nach links gerichtet, zapfenförmig. Muttermund rund, glatt. Uterusgrund nach rechts und hinten gerichtet. Die Sonde dringt leicht ein; Uteruslänge 9 Cm., Körper unbeweglich. Im linken Scheidengewölbe fühlt man einen Mannsfaust grossen, harten, unebenen, etwas schmerzhaften Tumor; derselbe ist unbeweglich, lässt sich nach hinten abgrenzen und reicht nach vorn um den Mutterhals herum bis ca. 1 Finger breit über die Medianlinie nach rechts. Der Douglas'sche Raum und das rechte Scheidengewölbe sind frei. Ziemlich reichlicher schleimiger fluor. (Vide Taf. II, Fig. 7.)

Subjective Beschwerden: Grosses Schwächegefühl, Schmerzen im linken Bein. Appetit gut, kein Kopfweh, kein

Schwindel. Stuhlgang etwas retardirt, ohne Schmerzen. Urin hellgelb, kein Eiweiss. Temp. 36,6° — 37,6°, Puls etwas schwach, Frequenz 96.

Ordination: Roborantia, Ferrum; Jodbepinselung auf das Abdomen; Compressivverband des linken Beines.

1. Febr. Pat. wurde heute der Klinik vorgestellt, wobei zur Sprache kam, dass es sich nach dem Befund bloss handeln könne entweder um Parametritis oder um ein Haematom des linken lig. latum. Wäre es eine Parametritis, so müsste bei dieser deutlichen Schmerzhaftigkeit des Tumors entschieden Fieber vorhanden sein, was fehlt und von Anfang an zweifelhaft war; jetzt besteht keine Temperaturerhöhung. — Dagegen spricht die Anamnese ganz für einen Bluterguss: das plötzliche Auftreten zur Zeit, wo die Menstruation hätte erscheinen sollen, die acute Anaemie, die sich sogar durch Ohnmachten kund gab. Und zwar haben wir ein Haematom lig. lat. sinistri und nicht eine Haematocele vor uns; denn der Douglas'sche Raum ist entschieden frei. Auch die Thrombose spricht mehr dafür.

5. Febr. Subjectives Befinden besser als beim Spitaleintritt. Das linke Bein ist unter dem Verband schon bedeutend abgeschwollen. Innerer Befund derselbe.

11. Febr. Pat. befindet sich ganz gut. Das Oedem des linken Beines ist verschwunden. Der Tumor ist noch nicht kleiner geworden. Die Jodbepinselungen werden nicht ertragen; es wird demnach Kal. jod. 6,0 : 180,0, täglich 2 Esslöffel voll zu nehmen, verabreicht. Temp. immer normal; der Puls wird voller.

26. Febr. Pat. hat sich ordentlich erholt; sie ist oft ausser Bett. Beim Stehen hat sie nach ihrer Angabe ein eigenthümliches Gefühl, als ob etwas auf die Blase drücke, was sie veranlassen soll, etwas vornübergeneigt zu gehen. — Abdomen ganz flach und weich; in der linken Iliacalgegend fühlt man auf tiefen Druck immer noch das Haematom. Bei der innern Untersuchung zeigt sich der Tumor noch etwas empfindlich.

8. März. Pat. tritt heute aus, weil sie sich ganz wohl fühlt. Der Tumor, der ganz hart geblieben, hat sich während des ganzen Spitalaufenthaltes um wenig verkleinert.

10. April. Pat. kam heute in die Poliklinik; die Unter-

suchung ergibt wesentlich dasselbe Resultat. Der Tumor ist noch härter und ganz höckrig geworden; er zeigt Lücken wie vernarbte Stellen.

Die Frau hatte letzte Woche ihre Menses ganz normal 5 Tage lang, nicht profus und ohne Schmerzen; sie befindet sich ganz wohl und sieht auch gut und wohlgenährt aus. Zur weitern Resorption erhält sie Kal. jod. 6,0 : 180,0, täglich 3 Esslöffel voll.

Sie kam uns dann nicht wieder zu Gesicht.

Zweites Kapitel.

Pathologische Anatomie.

Um den Sitz der periuterinen Hæmatome klar zu machen, ist es nothwendig, sich die normalen anatomischen Verhältnisse des weiblichen Beckens, vor allem des Peritoneums sowie der Beckenfascie zum Uterus vor Augen zu führen. — Nach Messungen, die Luschka [1]) an der Leiche vorgenommen, ragt das Bauchfell verschieden weit herunter, resp. variirt der von demselben unbedeckte Theil des Rectums in einer Höhe von 5 ½ bis 8 Cm. Es kann demnach der Douglas'sche Raum, welcher durch die Umschlagsfalte des Bauchfelles zwischen Rectum und Uterus gebildet ist, bei den einzelnen Individuen verschieden tief sein. Nichts destoweniger ist der Ansatz des Peritoneums am Uterus immer ein bestimmter und zwar liegt er hinten gerade oberhalb des Scheidentheils. Zwischen Rectum und Scheide unter dem Peri-

[1]) Luschka: Anatomie des Beckens.

toneum findet sich ein lockerer an dichten Venennetzen reicher Zellstoff vor. Von hier an überzieht dasselbe die hintere Uteruswand und erreicht die Höhe des Fundus uteri, um sich von hier aus wieder zu senken und in Form einer zweiten Tasche auf die Blase überzutreten. Diese seichte Excavatio vesicouterina wird, ähnlich wie der Douglas'sche Raum durch die Plicae semilunares Douglasii seitlich von 2 flachen Falten begrenzt; zwischen jene sind Muskelbündel, Bindegewebe und elastische Gewebszüge eingelagert, welche dem Uterus als Ligamentum dienen, zwischen diesen befinden sich ebenfalls contractile Fasern, aber ohne besondere Function. Zwischen der Blase und dem vom Bauchfell freien, fast 2 Cm. hohen vordern Theil des Uterus begegnen wir einem losen, venenreichen Zellgewebe. Am Uteruskörper liegt das Bauchfell durch subseröses Bindegewebe ziemlich innig angelöthet, während gegen den Hals des Uterus hin der Verband ein lockerer wird. — Von dem medianen Uterus aus ragt eine Bauchfellsduplicatur in die seitlichen Ausbuchtungen des kleinen Beckens. Diese sogenannten breiten Mutterbänder, zusammengesetzt aus zwei nicht gleich hohen Blättern, einem vordern und einem hintern ziemlich tiefer nach abwärts steigenden Blatte, weichen medianwärts auseinander zur Bildung einer Art von Hilus für ein- und austretende Gefässe und fliessen lateralwärts zu einem ausgeschweiften, durch das äussere Ende des Ovariums abgesetzten Rand ineinander über.

In dem freien nach oben gekehrten Rande der Duplicatur verlaufen die Eileiter, welche nur an der untern Seite, wo die Gefässe und Nerven ein- und austreten,

vom Bauchfell nicht überzogen sind. Das Ovarium ist von der hintern Platte des breiten Mutterbandes umhüllt; nur der Hilus, welcher zwischen die beiden Blätter mündet, zeigt keinen serösen Ueberzug. Das in seiner Zusammensetzung und Stärke nach dem physiologischen Zustand des Uterus wandelbare Lig. uteri teres durchzieht als deutlich prominirende Falte die ganze Höhe des Lig. latum, um den Leistenkanal zu durchsetzen und sich über das Gewebe des Mons Veneris zu verbreiten. Zwischen den zwei peritonealen Platten des breiten Mutterbandes finden sich zwei Muskelschichten, von welchen die eine dem vordern Blatt durch ein lockeres Bindegewebe verbunden ist und mit den obersten Muskelzügen des Uterus in Zusammenhang steht. Die hintere liegt dem hintern Peritonealblatt an, und setzt sich in die oberflächlichsten Lagen der hintern Uterinwand fort. Erst zwischen diesen zwei Muskelhäuten verlaufen die grössern Gefässe, die nach Uterus, Tuben und Ovarien ziehen. Sind die breiten Mutterbänder etwas œdematös, so kann man leicht das Peritoneum von den anliegenden Muskeln abziehen und diese wieder von den Gefässen abtrennen.

Nach abwärts treten die Ligamenta lata auseinander, um sich nach verschiedenen Seiten hin im parietalen Blatte vom Bauchfell des kleinen Beckens zu verlieren. Seitlich vom freien lateralen Rand deckt ein Blatt den Musc. ileopsoas, das hintere Blatt wird zur Rückenwand des Peritonealsacks, indem es sich medianwärts an der Bildung der Plica Douglasii betheiligt und über die Vasa hypogastrica, sowie über das Ende des entsprechend der tiefsten Stelle der Portio vaginalis uteri einmün-

denden Urether wegzieht. Das vordere Blatt schlägt sich seitlich von der Blase auf die Peritonealfläche der vordern Bauchwand über.

Um zu prüfen, in wie weit sich das Peritoneum vom Uterus abheben lasse, benutzte ich die Leiche einer Frau, die noch nie geboren hatte, deren Genitalien nichts Abnormes zeigten. Ich führte in der Medianlinie des Uterus einen Schnitt durch das Peritoneum bis auf die Uterussubstanz. Am Fundus uteri gelang es mir bloss durch Präpariren das Bauchfell zu lösen; ungefähr von der Mitte der Gebärmutter weg nach unten konnte ich dasselbe ganz leicht abziehen. Vorn am Uterus ging die Adhärenz nicht soweit herunter, wie hinten, wie ja auch das Bauchfell von der vordern Wand nicht so weit herunter ragt wie hinten. Dasselbe muss mit physiologischer Nothwendigkeit loser sein, da es sich der Blasenfüllung zu accommodiren hat. — Die Blätter der breiten Mutterbänder konnte ich mit dem blossen Finger von einander trennen, nach aussen leichter als medianwärts, wo die grossen Gefässplexus liegen, welche durch Gefässe, die bald an das vordere, bald an das hintere gehen, fester zusammengehalten werden.

Unter normalen Verhältnissen wird allerdings die Festigkeit der Gewebsverbindungen hinreichen, um auch wenn ein Gefäss rupturirt ist, einen so grossen Widerstand zu leisten, dass der gewöhnliche Blutdruck ihn zu überwinden kaum im Stande sein wird und nur ein kleiner Bluterguss entsteht. Wenn aber die Festigkeit des Gewebes verringert ist durch œdematöse Durchtränkung, durch Morschheit (während der Menstruation, bei Oede-

men und Verfettung) oder der Blutdruck gesteigert ist, (wie während der Menstruation, während der Wehen) können bedeutende Blutergüsse sich bilden. Wahrscheinlich ist es auch von Wichtigkeit, ob ein grösseres oder kleineres Gefäss geborsten ist; wenn Venenblutungen in Frage kommen, ob eine Blutstauung besteht. Einige unserer Fälle beweisen stringent, dass auf diese Weise Hæmatome in diesen Geweben zu Stande kommen und dass man sie mit Unrecht bisher geleugnet und immer bloss einen intraperitonealen Bluterguss, der allerdings viel häufiger ist, für eine Hæmatocele hat gelten lassen wollen.

Es ist demnach aus rein mechanischen Gründen die Möglichkeit gegeben, dass Blutergüsse nicht bloss die Platten der breiten Mutterbänder auseinander drängen können, sondern dass dieselben auch vor oder hinter dem Uterus hinweg in das entgegengesetzte breite Mutterband sich drängen, dass sie den Boden des Douglas'schen Raumes unterminiren können, wie wir es ganz ähnlich bei Parametritiden sehen. Sie werden dabei meist den Weg suchen, wo ihnen der geringste Widerstand geboten wird, heben das Peritoneum ab, buchten dasselbe sackförmig aus und bilden Tumoren, die sich gegen den Beckenboden hin unter dem Douglas'schen Raum vor und hinter der Gebärmutter und in beiden breiten Mutterbändern entwickeln können.

Nach unten müssen diese Ergüsse, wenn sie gross sind, nicht absolut begrenzt sein durch die Fascia pelvis interna, weil diese nach Luschka [1]) verschiedene Löcher

[1]) loc. cit.

und Ausbuchtungen zeigt und nicht ein eigentliches Diaphragma pelvis darstellt. Dieses kommt erst durch den Musc. levator ani zu Stande. Zwischen der Fascie und dem Peritoneum ist ein maschiges, gefässreiches Zellgewebe eingelagert, das einem Bluterguss keinen grossen Widerstand entgegensetzt, besonders wenn dasselbe, wie das bei der Menstruation der Fall, aufgelockert und oedematös ist. — Seitlich ist dieser Raum für Hämatome begrenzt durch die natürlichen Beckenwandungen. —

Nach unsern oben vorgeführten Daten kann also ein Haematom seinen Sitz haben bloss in einem der breiten Mutterbänder, im Zellgewebe vor oder hinter dem Uterus, in beiden breiten Mutterbändern zugleich, dann verbunden durch eine Brücke, die vor oder hinter dem Uterus liegt.

In unsern citirten und selbst beobachteten Fällen war der Sitz des Haematoma:

Im linken ligam. latum	1 mal
„ „ „ „ und anteuterin . .	2 „
„ „ „ „ „ retrouterin . .	2 „
„ rechten „ „	2 „
„ „ „ „ „ anteuterin . .	1 „
„ „ „ „ „ retrouterin . .	— „
Anteuterin	1 „
Retrouterin	2 „
In beiden lig. lat. „ anteuterin . . .	1 „
„ „ „ „ „ retrouterin . . .	4 „
	16

Die Grösse der Geschwülste der auf diese Weise gebildeten Haematome ist — wie leicht erklärlich, und wie unsere Fälle beweisen — sehr variabel. Man findet Blutergüsse von der Grösse eines Eies bis zur Grösse von mehr als einem Mannskopf, (in einem Fall enthielt die Geschwulst über 3 Pfd. Blut.) In den meisten Fällen allerdings überragen dieselben den Beckeneingang nur wenig, drängen aber den Beckenboden nach unten, bilden deshalb in der Scheide hervorragende Tumoren. In seltenen Fällen nur steigen sie auch bedeutend in die Höhe weit über den Beckeneingang. Wenn kleiner, sind sie gewöhnlich in ihrer Gestalt den Organen, in welche sie sich ergossen haben, ähnlich, werden erst ganz abgerundet, wenn sie hoch über das Becken heraufsteigen. Sie haben eine teigige Consistenz, werden undeutlich fluctuirend wenn sie gross geworden und bieten das Gefühl der Teigigkeit und Fluctuation viel länger als Haematocelen. Mitunter rupturiren sie spontan. — Sie liegen in den meisten Fällen im Anfang, vielleicht immer in dem einen oder andern Mutterband, nehmen wahrscheinlich ihren Ausgangspunkt in der Nähe der Ovarien, dehnen sich von da erst gegen die Gebärmutter aus, gehen manchmal hinter, manchmal vor derselben hinüber ins andere breite Mutterband und dehnen sich dann auch zwischen den Blättern des letztern aus. Weiter dehnen sich dieselben aber auch unten im Beckenboden aus und zwar so, dass sie unter dem Douglas'schen Raum sich abwärts drängen. Sie dehnen, verlängern und verlagern den Uterus.

Ihre weitern Veränderungen sind uns unbekannt.

Wir haben in den Höhlen manchmal flüssiges, manchmal coagulirtes Blut gefunden, zweimal haben wir Verjauchung gefunden. Die Resorption wird wahrscheinlich wie bei andern Haematomen vor sich gehen; sie ist eine langsame. A priori lässt sich annehmen und aus unsern wenigen Beobachtungen constatiren, dass eine Haematocele schneller resorbirt wird als ein Haematom, wohl weil das Peritoneum ja nichts anderes als einen grossen Lymphsack vorstellt. Wenigstens geht anfänglich die Resorption der Blutflüssigkeit viel rascher vor sich, so dass eine Haematocele sich anfänglich rasch verkleinert, während ein Haematom lange Zeit die gleiche Grösse beibehält. Nach Monaten bleiben noch schwartenartige Verdickungen an Stelle des frühern Tumors zurück. —

Wenn der Bluterguss in die Vagina oder in das Rectum perforirt, was wir selbst nicht beobachteten, so verschwindet der Tumor in kurzer Zeit (wie in Fall I, VI, VII, IX.)

Die Perforation kann aber auch in den Peritonealsack erfolgen und dann zu eitriger Peritonitis Veranlassung geben, wie in unserm Fall Blaser (X).

Das mit dem Troicart aus einem Haematom entleerte Blut ist von dunkler theerartiger Farbe, schwerflüssig und glänzend, nicht übelriechend. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergibt frische und geschrumpfte rothe Blutkörperchen und Fetttropfen, keine Eiterkörperchen. Wenigstens konnten in unsern zwei Fällen, wo die Punction gemacht wurde, keine gefunden werden. Nur in denjenigen Haematomen, die zu secundärer Entzündung und zum Durchbruch führen,

sind Eiterzellen in Masse vorhanden. In einem schon längere Zeit bestandenen Haematom sind ausserdem die Derivate des Blutes nachzuweisen.

Die von Braun [1]) und Breslau [2]) angestellten genauen mikroscopischen Untersuchungen, welche neben Blut auch zahlreiche Eiterkörperchen fanden, beziehen sich auf den Inhalt von Haematocelen, bei welchen ja immer entzündliche Vorgänge in Form einer localen oder allgemeinen Peritonitis auftreten.

Was die Veränderungen des Uterus anbetrifft, so ist er meist verschoben und fixirt; nur wenn das Haematom seinen Sitz bloss in einem breiten Mutterbande hat und klein ist, so zeigt er keine Abweichungen. Im ferneren wird er durch das zwischen ihm und dem Peritoneum sich ausdehnende Haematom oft gezerrt und so mechanisch verlängert.

Bei retro- oder anteuterinem Sitz wird das Rectum oder die Blase comprimirt, Ovarien und Tuben erleiden ebenfalls oft sehr beträchtliche Dislocationen. Das Ovarium scheint in einzelnen Fällen wesentliche Veränderungen erfahren zu haben. Bei dem einen zur Section gekommenen Fall lag dasselbe als Rudiment in der Wand des zuerst entstandenen Sacks, in dem andern Falle war es gar nicht aufzufinden.

---

[1]) Wiener Wochenschrift. 1861. No. 35.
[2]) Schweiz. Zeitschrift für Heilkunde. 1862. II. 318.

Drittes Kapitel.

Aetiologie.

Was wir über die Aetiologie über Beckenblutungen verzeichnet finden, betrifft zwar grösstentheils die Haematocelen, aber es finden sich darunter auch Angaben, welche auf unsere Erkrankungsform bezogen werden müssen und wo augenscheinlich vielfach Haematome unter die Betrachtung der Haematocelen gemischt sind. Im Allgemeinen bestehen noch sehr verschiedene Ansichten über die Häufigkeit und die Ursachen der Beckenblutungen überhaupt und es wird deshalb um so weniger auffallen, wenn wir im Augenblick, wo wir die hier beschriebene Krankheitsform erst abgrenzen und der Diagnose zugängig zu machen suchen, nicht viel über die Häufigkeit und die Ursachen der Haematome mitzutheilen im Stande sind, da wir uns bei der Betrachtung auf die wenigen Fälle, die wir selbst bringen und auf einige wahrscheinlich hierher gehörige der Literatur beziehen können.

Beckenblutungen kommen nun auch unserer Meinung

nach viel häufiger vor, als viele Gynaekologen zugeben wollen. Wir verkennen dabei nicht die Schwierigkeit der Diagnose, die leicht mögliche Verwechslung mit Exsudatbildungen. Aber charakteristische Fälle sind uns doch genug vorgekommen, um uns Anschauungen ferne zu halten, wie sie z. B. Scanzoni bis in die neueste Zeit vertrat, der während einer zwanzigjährigen Praxis nur zwei Fälle beobachtet haben will. Es ist gewiss möglich, dass von manchen Beobachtern, wie z. B. von Seiffert, der unter 1272 Kranken 66 mal die Haematocele beobachtete, Exsudate für Haematocelen genommen worden sind; aber ebenso kann es passiren, dass man Haematocelen für Exsudate nimmt, zumal wenn die Geschwülste klein sind.

Wir sind entschieden der Meinung, dass in unsrer Gegend, wo allerdings enorm viel Uterin- und Ovarialerkrankungen vorkommen, wo es sehr viel sterile Frauen gibt, auch die Haematome unverhältnissmässig häufig sind. Der Unterschied fällt Herrn Professor Dr. Frankenhäuser hauptsächlich auf gegenüber dem Auftreten der Haematocele in seinem frühern Wirkungskreis Jena, wo Ovarialerkrankungen und Haematocelen verhältnissmässig selten vorkamen.

Frankenhäuser fand während seiner 2½jährigen Wirksamkeit unter 320 kranken Frauen der stationären Klinik in Zürich 15 Beckenblutergüsse, also 4,7%, Olshausen unter 1145 Fällen 34 = 3%, Weber bei 2% auftreten. Von unsern 14 Fällen waren 5 wahrscheinlich Haematome.

Ueber das Verhältniss der Haematome zur Haema-

tocele finden wir sonst sehr wenig Angaben. Küchenmeister [1]) sagt: »Die intraperitonealen Haematocelen sind die gewöhnlichen, die extraperitonealen die Ausnahme.«

Weber [2]) drückt sich in Zahlen aus; unter seinen 23 Blutergüssen fand er nur 5 extraperitoneale; er bestimmt aber den extraperitonealen Sitz nach einem Moment, welches uns dazu durchaus nicht als massgebend erscheint, nach dem Durchbruch des Tumor.

Als praedisponirende Momente für die Entstehung unsrer Erkrankung scheinen vor allem Gewebsveränderungen in dem Uterus, in dessen Befestigungsorganen und in den Gefässen desselben wichtig zu sein. Vor allen Dingen kommt hier in Betracht die regressive Metamorphose der innern Genitalien mit ihren Gewebsveränderungen, wie wir sie in den climacterischen Jahren, mitunter aber auch schon auffallend früh bei noch bestehender Menstruation sich entwickeln sehen. Manche Frauen, hauptsächlich wenn sie unverheirathet oder steril waren, aber auch solche, die wiederholt geboren, werden auffallend früh decrepid, sie sehen alt aus, die äussern Genitalien schrumpfen, die Vagina schrumpft, ihre Muskelhaut wird auffallend dünn, mürbe und zerreisslich. Es bildet sich eine Vaginitis adhäsiva nicht selten schon bei Frauen, die in der Mitte der 30er Jahre stehen. Diese Gewebsrückbildung erstreckt sich dann

---

[1]) Schmidts Jahrb. Band 147. pag. 182.

[2]) Beitrag zur retrouterinen Haematocele. Berliner Klin. Wochenschr. X. 1. 1873.

auch auf die innern Genitalien und hauptsächlich bei Frauen, die stark menstruirt sind, bei denen die Congestion in die Genitalien während der Perioden durch's ganze Leben eine bedeutende Höhe zeigte, entwickeln sich nicht bloss Haemorrhagien aus dem Uterus leicht, sondern bei diesen kommen auch Haematombildungen leicht vor. Für dieses frühe Altwerden müssen locale Ursachen mitwirkend sein, wenigstens kommt es bei uns häufig vor. Das Alter der Frauen, bei welchen Haematome auftraten, entspricht dieser Auffassung.

So trat ein solches in den von uns gesammelten und beobachteten Fällen auf:

Unter 20 Jahren bei	—
Zwischen 20 und 30 Jahren bei	2
„ 30 „ 35 „ „	4
„ 35 „ 40 „ „	3
„ 40 „ 45 „ „	4
„ 45 „ 55 „ „	2
Das Alter nicht angegeben	1
	16

Drei Viertel der Fälle gehören somit in ein Alter zwischen 30 und 45 Jahren, eine Erscheinung, welche um so auffallender werden muss, wenn wir sie zusammenstellen mit der Häufigkeit des Auftretens der Haematocele.

West [1]) gibt dafür folgende Tabelle:

[1]) l. c. pag. 553.

Unter 20 Jahren bei	4
Zwischen 20 und 30 Jahren bei	51
„ 30 „ 35 „ „	17
„ 35 „ 40 „ „	6
Im 40 „ „	1
	79

Wir erkennen daraus, dass in der Zeit zwischen dem 20. und 30sten Jahre, wo zahlreiche Conceptionen die grösste Intensität der Ovulation zeigen, Haematocelenbildung am häufigsten beobachtet wurde; vom 30sten Jahre ab wird dieselbe seltener beobachtet, aber erst von dieser Zeit an werden gerade die Haematome häufiger.

Noch einen andern Punkt möchten wir hier berühren. Auch nach unsern Erfahrungen sind vorausgegangene oder bestehende Ovarialerkrankungen am häufigsten die Ursache von Haematocelen; man trifft sie deshalb am meisten bei sterilen Frauen. Für Haematome kann man diese Ursache nicht in Anspruch nehmen. Unter unsern beobachteten Fällen findet sich nur 4mal Sterilität; wir können deshalb Ovarialerkrankung als mögliche Ursache nicht geradezu ausscheiden, aber es können doch immerhin andere Momente die Sterilität bedingen, wie in unserm Fall XV eine hochgradige Anteflexio uteri.

Dass die Menstruation in den meisten Fällen nicht bloss vorhanden, sondern oft ungewöhnlich stark auftrat, spricht nicht gegen diese Annahme; die Stärke derselben ist auch noch durch andere Momente, als durch den Zustand der innern Genitalien bedingt.

Da wo sogenannte ovarielle Dysmenorrhoe, d. h. Schmerzhaftigkeit einige Tage vor der Regel bestand, hat man einige Berechtigung, das ursächliche Moment in einer Ovarialerkrankung zu suchen. In zwei Fällen hat diese ovarielle Dysmenorrhoe bestanden (Fall VII und X); von diesen kam Fall X zur Section und es zeigte sich wirklich das linke Ovarium erkrankt. Auch in Fall XI zeigte sich das linke Ovarium degenerirt, ohne dass aber gesagt ist, ob früher Dysmenorrhoe bestanden hat; die Frau war zur Zeit ihrer Erkrankung schon im climacterischen Alter.

Dagegen haben wir in sieben Fällen das Auftreten eines Haematoma periuterinum zur Menstruationszeit zu constatiren, ohne dass je dysmenorrhoische Erscheinungen vorausgegangen waren. Hier ist es höchst wahrscheinlich, dass durch die menstruelle Gefässhyperaemie eine oder mehrere Venen geplatzt sind und ihr Blut in das subperitoneale Zellgewebe ergossen haben. Besonders praedisponirend zu solchen Gefässzerreissungen sind vor allem varicöse Erweiterungen, wie es in Fall I und IX speciell angegeben ist, oder vielleicht auch Phlebolithen, die nach Klob[1]) in diesen periuterinen Venenplexus häufiger als je an einer andern Stelle des Körpers vorkommen.

Zweimal (in Fall III und XIV) trat das Haematom nach einem Abortus auf, einmal (Fall II) bei Parametritis,

---

[1]) Patholog. Anatomie der weibl. Sexualorgane. Wien 1864. Wilh. Braumüller. pag. 470.

wobei wahrscheinlich durch den Abscess ein Gefäss arrodirt wurde. —

Theoretisch ist die Möglichkeit auch noch gegeben, dass durch Platzen einer Tube ein Bluterguss in das breite Mutterband stattfinde; dann hat aber das Haematom jedenfalls bloss secundäre Bedeutung.

Endlich haben mechanische Momente, Traumen wiederholt Veranlassung zur Entstehung von Haematomen gegeben.

Was die Körperconstitution anlangte, so handelte es sich meist um ziemlich schwächliche und schlecht genährte, manchmal anämische Individuen; allerdings gibt es auch wieder Ausnahmen. (wie Fall XII u. XVI.)

Viertes Kapitel.

Symptomatologie.

Diejenigen Frauen, welche zu Haematoma periuterinum prädisponiren, leiden oft an Haemorrhoiden. Ihr Stuhlgang ist retardirt und träge, sie haben das Gefühl von Vollsein und Blähung im Abdomen. Ihre Menses sind gewöhnlich profus. In Bezug auf specielle subjective Localsymptome trifft man sehr oft schmerzhafte Menstruation. Diese krampfartigen Schmerzen treten gewöhnlich schon 2—3 Tage vor Eintritt der Regeln auf und deuten auf eine Anomalie der menstruellen Function höchst wahrscheinlich von Seite der Ovarien hin. In vielen Fällen aber tritt die Erkrankung auf, ohne dass vorher irgendwelche subjective Erscheinungen vorausgegangen waren.

Was die Art und Weise des Auftretens eines Haematoma periuterinum anbetrifft, so geschieht dies immer in Form eines Anfalls. Dieser Anfall tritt meist zur Zeit der Menstruation auf, und zwar in folgenden Variationen:

1) Die Menstruation tritt zur gewöhnlichen Zeit unter normalen Verhältnissen ein, einige Tage nach ihrem Bestehen erscheint der Anfall. (Fall IV, VII, XII.)

2) Zur erwarteten Zeit erscheint die Menstruation unter heftigen Erscheinungen in Form des Anfalls. (Fall V, VIII.)

3) Die Menstruation erscheint nicht zur erwarteten Zeit, sondern erst später in Form des Anfalls. (Fall VI. XVI.)

4) Die Menstruation hat längere Zeit ausgesetzt oder ist schon ganz verschwunden; plötzlich tritt ein Anfall auf. (Fall I, II, XI.)

Von diesen Categorien sind natürlich diejenigen Fälle auszuschliessen, wobei ein directes Trauma das Haematom erzeugt hat.

Wenn die Erkrankung im Zusammenhang mit der Menstruation auftritt, so ist diese gewöhnlich profuser und hält viel länger an, als früher. Selbst in jenen Fällen, wo die Menstruation schon ganz ausgesetzt hat, wurde ein Blutabgang aus der Scheide beobachtet; nur einmal (Fall IV.) hörte der Menstrualfluss auf, nachdem durch einen Fall das Haematom entstanden war. (Fall IV.)

Der Anfall selbst nun tritt plötzlich mit grosser Schmerzhaftigkeit auf. Die betroffenen Frauen verspüren entweder nach einer körperlichen Anstrengung, einem Fall oder sonstigen Trauma, oder auch ganz ohne besondere Veranlassung plötzlich einen so heftigen Schmerz, dass sie oft zusammensinken und auf ihr Bett getragen werden müssen, oder doch nur mit der grössten Anstren-

gung sich zu halten vermögen. Dieser Schmerz ist kein peritonitischer und verbreitet sich nicht über das ganze Abdomen, sondern es sind reissende, zerrende, wehenartige, furchtbar heftige Krämpfe, welche einige Zeit anhalten, verschwinden, um nach einer Pause wieder zu ercheinen, wie es namentlich eclatant in Fall XI und XII zu Tage getreten ist. In unserm Fall XVI gibt Pat. ausdrücklich an, die Schmerzen seien so heftig gewesen, dass sie sich mit den Händen gegen den Leib stemmen musste; wären dies peritonitische Schmerzen, so würde sie gewiss durch diese energische Manipulation eher noch grössere Schmerzen als Linderung verspürt haben.

Bei einem Kranken mit acuter Peritonitis, selbst wenn sie nur local ist, darf man das Abdomen kaum berühren, er wagt selbst kaum zu athmen, während bei diesen Haematomen das Abdomen palpirt werden darf, ohne besondere Schmerzen zu erzeugen, oder der Sitz des Schmerzes ist ein ziemlich circumscripter. — Herr Professor Dr. Frankenhäuser hält diese entsetzlichen, wehenartigen Schmerzen für eines der charakteristischen Symptome für Haematoma periuterinum. Er hat bei seiner ausgedehnten gynaekologischen Praxis und reichen Erfahrung nie, ausser etwa in Fällen von Uterusfibroid, also auch gar nicht bei Haematocele ähnliche Schmerzen beobachtet. Hier sind die Schmerzen bedingt durch die consecutive Peritonitis, dort durch die Zerrung des periuterinen Zell- und Muskelgewebes; hier halten sie gleichmässig an, dort treten sie in Form von heftigen Anfällen in Intervallen auf. Die Kranke hat das Gefühl, als ob etwas im Leibe zerreissen und austreten müsste.

Ist der Bluterguss nicht bedeutend, so treten diese Schmerzen natürlich auch in geringerem Grade auf und lassen auch rascher nach.

Ein zweites wichtiges Symptom ist die plötzliche Anaemie, welche sich zeigt. Diese äussert sich oft in einem ohnmachtähnlichen Zustand; die Pat. verlieren ihr Bewusstsein und sinken um. In den von uns beobachteten Fällen trat diese Ohnmacht 4 mal auf. Wenn die Betroffenen wieder zu sich kommen, fühlen sie sich äusserst schwach; ihre Klagen berühren nur noch die heftigen Schmerzen und das Gefühl von Druck im Abdomen. Diese Anaemie äussert sich auch in der Hautinjection; es fällt der Umgebung auf, wie die Frauen ganz plötzlich blass geworden sind. Der ohnmachtsähnliche Zustand wird aber nicht allein durch die Anaemie, sondern auch mit durch die heftigen Schmerzen hervorgerufen.

Bei diesen Anfällen besteht kein Erbrechen, das Abdomen wird nicht gleichmässig aufgetrieben und nicht gespannt; es bestehen keine peritonitischen Erscheinungen. Wenn das Haematom eine bedeutende Grösse erreicht, dann fällt es der Patientin selbst auf, dass sich eine Geschwulst in ihrem Leibe bildet.

Zeitig stellt sich auch ein unaufhörliches Drängen zum Urinlassen ein; aber Pat. kann trotzdem oft nicht uriniren, sie muss catheterisirt werden. Dazu kommt, dass nun Stuhlverstopfung sich einstellt, auch wenn er sonst regelmässig vorhanden war. Die Patienten geben an, dass sie einen beständigen Druck auf den Mastdarm verspüren; erfolgt einmal Stuhlgang, was meist nur auf

Laxantien gelingt, so empfinden die Kranken wiederum die heftigsten Schmerzen dabei. Wenn der eigentliche Anfall vorüber ist, so gibt dies eines der lästigsten Symptome, ich möchte fast sagen, die einzige Klage der Betroffenen ab, welches sich am längsten bemerkbar macht. Ausserdem klagen sie noch über heftige Kreuzschmerzen, welche auch periodisch auftreten und wieder verschwinden.

Eine Temperaturmessung ergibt keine Erhöhung derselben; dagegen ist der Puls klein und schwach, seine Frequenz gewöhnlich über 100.

Hat man Gelegenheit, im Beginne der Erkrankung eine Frau zu untersuchen, so findet man gewöhnlich schon von aussen einen empfindlichen Tumor in einer der beiden Iliacalgegenden, der aber teigig und scharf abzugrenzen ist, vielleicht an einer Stelle etwas Fluctuation zeigt. Von innen entdeckt man ebenfalls einen teigigen, vielleicht etwas fluctuirenden Tumor, der seitlich, hinter oder vor dem Uterus gelegen sein kann und den Uterus etwas verdrängt hat. Näher wird die physikalische Symptomatologie bei der Diagnostik besprochen werden.

Hat das Haematom mit diesem einen Anfall seinen Abschluss gefunden und verbreitet sich der Bluterguss nicht noch continuirlich weiter, so gehen bei richtiger Behandlung die heftigsten Symptome nach einigen Tagen vorüber. Ich möchte sagen, es dauert so lange bis sich die betroffenen Gebilde an diese Zerrung und den Fremdkörper gewöhnt haben. Nachher bleiben hauptsächlich noch die Symptome der Anaemie, ferner die Stuhlver-

stopfung und Schmerzhaftigkeit dabei, die Kreuzschmerzen und das unbestimmte Schmerz- und Druckgefühl im Abdomen zurück, nachdem die heftigen wehenartigen Schmerzen, sowie die öfters vorhandene Retentio urinae gewichen sind und die Erkrankung nimmt den weiter unten zu beschreibenden Verlauf an.

In vielen Fällen aber tritt bei der nächsten Menstruation ein zweiter Anfall auf, der dem ersten an Intensität gleich kommt, oder ihn auch noch übertrifft; die Frauen bemerken dann auch ein Grösserwerden der Geschwulst im Leibe. Diese Frauen hegen dann, wenn sie diesen zweiten Anfall überstanden, jeweilen grosse Befürchtungen für die nächste Regel, welche Befürchtungen leider auch hie und da gerechtfertigt sind. In unsern 16 Krankengeschichten sind diese mehrfachen Anfälle mit jeweiligem neuem Bluterguss sechs mal notirt und zwar belief sich die Zahl der Anfalle:

In Fall II, VII, VIII auf 2
» » V und VI » 3
» » XII » 4

während bei den andern zehn Frauen die Erkrankung ihren Verlauf nach einem einzigen Anfall nahm.

Der Verlauf des Haematoms kann ein verschiedener sein; meist wird das Blut nach und nach resorbirt und es bleibt schliesslich noch eine fühlbare Induration zurück. Oft aber sucht sich dasselbe einen Durchbruch, der entweder in das Bauchfell, in die Scheide oder in's Rectum erfolgt.

Die Perforation in die Bauchhöhle erfolgt nach unsern Beobachtungen nicht selten; es entsteht dann

eine jauchige Peritonitis, die meist zum tödtlichen Ausgang führt. Die Ansicht Weber's [1]) ist demnach nicht absolut richtig, wenn er meint, die resistente Beschaffenheit des Bauchfells stemme sich dem Durchbruche entgegen, es sei denn, dass dasselbe schon vollkommen entartet ist; denn in unserm Fall X erfolgte ein Durchbruch durch das Peritoneum in die Bauchhöhle, was den tödtlichen Ausgang herbeiführte, und nicht in die Scheide oder das Rectum. Auch im Fall XI zeigte sich bei der Sektion eine Perforation in die Bauchhöhle, allerdings ohne Peritonitis und im Fall XII war der Durchbruch imminent und wurde wahrscheinlich nur durch die Punktion verhindert. In den Mastdarm oder die Scheide ist keiner unsrer Fälle perforirt und wir sind desshalb nicht geneigt, die Annahme, die Weber und viele Andere machen, zu unterschreiben, dass die Perforation eines Blutergusses nach den genannten Organen für den extraperitonealen Sitz spräche. Unsre Fälle könnten uns ebenso gut zur entgegengesetzten Ansicht bestimmen.

In den meisten Fällen folgt der Ausgang in Genesung, indem das Haematom allmälig resorbirt wird. Die Geschwulst bleibt aber lange teigig und wird nicht so früh hart wie eine Haematocele.

Ueber die Dauer der Erkrankung lassen sich keine bestimmten Daten angeben. Sie ist einerseits abhängig von der Grösse des Haematoms, anderseits vom Verlauf, selbst kleine Blutergüsse brauchen nach unsrer

---

[1]) l. c.

Beobachtung mehrere Monate zu ihrer vollständigen Resorption. Meist verliert man aber die betreffenden Frauen aus den Augen, bevor die Resorption ganz und gar stattgefunden hat, weil sie sich einer weitern Behandlung entziehen, sowie sie sich subjectiv wohl fühlen.

Wenn das Haematom in die Scheide oder in den Mastdarm perforirt ist, so soll in kurzer Zeit Heilung eintreten (Fall I, II, VI, VII, IX).

Die Folgen eines überstandenen Haematoma perituterinum äussern sich zunächst in einer ziemlich lange anhaltenden Anaemie, von der sich die Kranken wohl erholen können, wenn sie in guten Verhältnissen leben. In Bezug auf die Genitalsphäre ist zu bemerken, dass die Menstruation, so lange das Haematom noch besteht, manchmal cessirt, manchmal nicht; immerhin kehrte sie wieder zu ihrem frühern Verhalten zurück, nur zeigte sie sich in vielen Fällen etwas profuser.

Ob nachher Sterilität eingetreten, kann ich nicht angeben, weil die Daten darüber mangeln und man nicht Gelegenheit hat, die Genesenen später wieder zu sehen, es sich auch so häufig um Frauen handelt, die auch unter normalen Verhältnissen vielleicht nicht wieder concipirt hätten. Im zweiten Fall von Olshausen (Fall V) ist es ausdrücklich angegeben, dass die Frau wieder concipirt, aber eine Frühgeburt erlitten habe; auch wir haben einen Fall (XII), wo jetzt wahrscheinlich Conception eingetreten ist. Es ist von vorneherein auch nicht einzusehen, warum Sterilität eintreten soll, da wohl nicht immer die Ovarien erkrankt sind, eins aber öfters normal war. Auch der

Uterus kehrt vollkommen wieder in seine Stellung und Funktion zurück. Er erhält wieder seine vollkommene Beweglichkeit, während bei einer Haematocele retrouterina immer noch peritonitische Schwarten zurückbleiben, welche den Gebärmutterkörper mehr oder weniger nach hinten fixiren.

Fünftes Kapitel.

Diagnose.

Die Diagnose eines Haematoma periuterinum ist in den meisten Fällen sehr schwierig und wird um so verwickelter, je später die Kranke zur Untersuchung kommt.

Wird man beim Eintritt der Erkrankung zu einer Frau gerufen, so handelt es sich vor Allem darum, zu constatiren, dass überhaupt ein Bluterguss in das Becken stattgefunden hat. Dafür lassen sich zunächst aus der Anamnese und aus dem Aussehen der Kranken einige wichtige Anhaltspunkte nehmen, die sowohl für Haematocele als für Haematom, also einfach für eine interne Blutung sprechen.

Wenn die Frau vielleicht zur Menstruationszeit oder auch ausserhalb derselben ein directes oder indirectes Trauma (Schlag, Fall auf die Unterleibsgegend, grosse Anstrengung bei Lastentragen) erlitten hat, nachher heftige Schmerzen im Abdomen verspürt, plötzlich blass, ja sogar ohnmächtig wird, nachher sich äusserst schwach und elend fühlt, so kann man mit Wahrscheinlichkeit

auf eine Haemorrhagie schliessen, namentlich wenn man die Anaemie selbst in der Hautfarbe, in der Frequenz und fadenförmigen Beschaffenheit des Pulses constatiren kann. Oder aber, man wird zu einer Frau gerufen, die während der Menstruation oder anstatt derselben plötzlich in der Form eines unter der Symptomatologie beschriebenen Anfalles erkrankte und man findet eine hochgradige Anaemie, so hat man auf Haematom oder Haematocele zu untersuchen. Es ist dann ferner sehr in Betracht zu ziehen, ob die Frau früher schon an dysmenorrhoischen Erscheinungen gelitten hat oder nicht, namentlich auch zu eruiren, ob früher Ovarienerkrankungen vorhanden waren. Herr Prof. Dr. Frankenhäuser hat eine ganze Anzahl Fälle beobachtet, wo er die Frauen früher an Oophoritis chronica behandelt hat, die ihm später mit einem Beckenbluterguss wieder zu Gesicht gekommen sind. — Auch in diesem erwähnten Falle darf man mit Wahrscheinlichkeit auf einen solchen schliessen. —

Aber erst die genaue physikalische Untersuchung wird Aufschluss hauptsächlich darüber geben ob Haematom oder aber Haematocele vorhanden sei. Und zwar ist diese Differentialdiagnose in den ersten Stunden der Erkrankung ziemlich leicht zu machen.

Differentialdiagnose zwischen Haematom und Haematocele. Bei einer Haematocele erfolgt der Bluterguss in den Douglas'schen Raum, in die freie Bauchhöhle; das Blut senkt sich einfach in die tiefsten Stellen derselben. Dasselbe ist in den ersten Stunden noch nicht durch Verklebung der Därme oder eine peritonitische Ent-

zündung abgegrenzt und fühlt sich im hintern Scheidengewölbe noch nicht als ein Tumor an, sondern gibt ein unbestimmtes Gefühl von schwappender Flüssigkeit wie bei einem Ascites.

Durch Lageveränderung der Kranken kann man den Bluterguss verschieben. So beobachtete Herr Prof. Dr. Frankenhäuser in einigen Fällen von Haematocele, zu welchen er gleich beim Beginn der Erkrankung gerufen wurde, dass der Bluterguss aus dem Douglas'schen Raum verschwand, sobald er die Frau eine Knieellenbogenlage einnehmen liess, ein Verfahren, welches natürlicherweise die besten diagnostischen Anhaltspunkte gibt, aber zu wenig angewandt werden kann, weil man nicht immer Gelegenheit hat, so früh diese Untersuchung vornehmen zu können. Das Blut floss in jenen Fällen in die tiefsten Partien der Bauchhöhle ab, also nach vorn gegen die Bauchwandungen hin und der Douglas'sche Raum wurde vollkommen frei. Erst bei Rückenlage nahm der Erguss wieder daselbst Platz, ist aber dann noch verdrängbar, man könnte sagen reponirbar und wird erst allmälig fester.

Ganz anders sind gleich von Beginn der Erkrankung an die Verhältnisse bei Haematoma periuterinum. Hier sind dem Bluterguss von Anfang an natürliche Grenzen gesetzt, die er mit grosser Gewalt überwinden muss. Man findet bei der innern Untersuchung von Anfang an einen ziemlich harten, straff gespannten Tumor, der seinen Sitz je nach dem Ursprung links oder rechts, vorn oder hinten vom Uterus (oder diese Möglichkeiten combinirt) hat. Mag die Frau alle möglichen Lagen

einnehmen, so verschwindet der Tumor nicht, sondern behält in Bezug auf den Uterus immer denselben Sitz. Dieses Verhältniss spricht sehr entschieden für Haematom. Dazu kommt dann noch, dass bei irgend einem grössern Bluterguss jene wehenartigen sehr heftigen Schmerzen in Pausen auftreten, die bei Haematocele nicht vorhanden sind. Wenigstens geben die Lehrbücher und eindeutige Krankengeschichten nichts davon an. So wäre es leicht, über den Fall in's Klare zu kommen.

Weil aber die meisten dieser erkrankten Frauen zunächst an Peritonitis, Obstipation etc. behandelt werden und erst später dem Sachkundigen zur Untersuchung kommen, so müssen noch andere Anhaltspunkte zur Differentialdiagnose zwischen Haematom und Haematocele aufgesucht werden. Auch kommen in einem spätern Stadium für die einfache objective Untersuchung noch sehr viele andere Erkrankungen in Frage, welche ebenfalls mit einem Haematoma periuterinum verwechselt werden können.

Früher als man noch extraperitoneale Haematome annehmen zu müssen glaubte, hat man sich theoretisch mehrfach mit der differentiellen Diagnose beschäftigt So stellt schon Breslau[1]) in jener erwähnten Abhandlung folgende differentialdiagnostische Anhaltspunkte und Momente auf:

»1) Erhebung des Uterus gegen den Bauchraum hin durch einen subperitonealen, Senkung durch einen intraperitonealen Bluterguss. Dieses Merkmal ist sehr werth-

[1]) loc. cit. pag. 297.

voll, wenn der Tumor seitlich oder vorwärts vom Uterus gelagert ist. Haematocele vorn und tiefer Stand des Uterus spricht für einen intraperitonealen, hoher Stand des Uterus und Haematocele vorn für einen subperitonealen Bluterguss; Haematocele hinten und tiefer Stand des Uterus macht eine intraperitoneale, endlich Haematocele hinten und hoher Stand des Uterus eine extraperitoneale Ausbreitung derselben wahrscheinlich.

»2) Eine weit über den Beckeneingang sich erhebende Haematocele, von aussen leichter und in weiterem Umfange fühlbar als durch die Scheide, über welcher sich die Bauchwände verschieben und erheben lassen, welche vielleicht von Darmschlingen bedeckt einen mehr weniger tympanitischen Ton gibt, wird ohne Zweifel als eine intraperitoneale, dagegen eine Haematocele tief herabsteigend und fast bloss bei innerer Untersuchung fühlbar, als eine extraperitoneale zu betrachten sein. Ist der Bluterguss nach vorwärts gelagert, so ist die Diagnose fast sicher, weil es eines bedeutenden Drucks und einer grossen Geschwulst bedarf, um das vordere Laquear herabzustülpen und die vordere Scheidenwand vorzudrängen.

»3) Je schärfer abgrenzbar ein solcher Tumor, je ähnlicher einem Kegel- oder Kugelsegment etc., je mehr er sich in der Richtung des geraden Beckendurchmessers, weder nach rechts, noch nach links, sondern einzig und allein vorne und hinten vom Uterus ausbreitet, um so mehr ist ein intraperitonealer Erguss anzunehmen. Diffuse Grenzen des nicht durch bestimmte Formen, sondern durch allmäligen Uebergang in normales Gewebe

ausgezeichneten und sich vorne, hinten oder seitlich vom Uterus ausbreitenden Blutergusses deuten auf die subperitoneale Form der Haematocele.

„4) Die livide Färbung der Vaginalwand ist bloss das äussere Zeichen des Druckes in den Venen, so wie der Stärke und Festigkeit der Vaginalwand, welche in der Jugend und ohne vorausgegangenen Geburten grösser ist.

„5) Langsameres Wachsthum kommt den subperitonealen Ergüssen zu.“

Ich habe die Krankheitsfälle von Breslau nicht angeführt, weil sie schon von Schroeder in seinen kritischen Untersuchungen besprochen und theils als Haematometra, theils als Haematocele gedeutet worden sind.

In wie weit wir diese Anhaltspunkte Breslau's theilen, wird aus unsrer nachfolgenden Besprechung der Differentialdiagnose mit Haematocele hervorgehen. Natürlicherweise sind die kleinen Haematome der breiten Mutterbänder, welche nur kleine Tumoren zur Seite des Uterus bilden, an dieser Stelle auszuschliessen, da es nicht leicht einzusehen wäre, wie sich bloss auf einer Seite ein intraperitonealer Bluterguss bilden sollte. Es handelt sich hier bloss um ante- und retrouterine Haematome oder um grosse Ergüsse in die breiten Mutterbänder, welche den Uterus nach hinten oder nach vorn umgreifen.

Hat man durch die Anamnese und den bisherigen Verlauf constatiren können, dass ein Bluterguss stattgefunden haben musste, so ergibt die physikalische Untersuchung folgende Anhaltspunkte.

Liegt der Tumor vor dem Uterus und drängt das vordere Scheidengewölbe herunter, und ist dabei das hintere Scheidengewölbe ganz frei, so hat man es entschieden mit Haematoma anteuterinum und nicht mit Haematocele zu thun. Denn eine Haematocele anteuterina kann sich primär in der seichten Excavatio anteuterina nie bilden, ohne dass der Douglas'sche Raum nicht auch vom Blute erfüllt wird; es wäre denn, dass der Uterus mit seiner ganzen hintern Wand nach hinten adhärent wäre. Aber auch in diesem Falle würde eine Haematocele nie das vordere Scheidengewölbe herunterdrängen wie ein Haematom. In dem einzig von uns gefundenen Fall von blossem H. anteuterinum (Fall V von Olshausen) war ein Tumor im vordern Scheidengewölbe; dabei war der Uterus nach hinten gedrängt, aber etwas beweglich, jedenfalls nicht adhärent und das hintere Scheidengewölbe ganz frei. (Das Nähere vid. Krankengeschichte V). Wir können den Fall, wenn wir uns auf das in dem anatomischen Theil Gesagte beziehen, desshalb jedenfalls auch nicht für eine Haematocele halten, und hegen die Ansicht, dass eine Haematocele anteuterinum, wenn überhaupt, nur unter sehr complicirten Verhältnissen entstehen könne (Exsudatbildungen). Gesehen haben wir nie einen Tumor, der eine solche Deutung erfahren konnte.

Weiter können diejenigen Fälle, in welchen auf einer Seite des Uterus ein Tumor sich bildet, der mit einer Brücke auf die andere Seite herüberragt nur für Haematome und nicht für Haematocelen gehalten werden, natürlich immer vorausgesetzt, dass es sich um

einen Bluterguss handelt. Diese Brücke entweder vor oder auch hinter dem Uterus, welche auch zwei zur Seite des Uterus gelegene Bluttumoren verbindet und deren Niveau nicht in gleicher Höhe, sondern niedriger steht, als dasjenige der miteinander verbundenen Geschwülste, ist eines der charakteristischsten Symptome für ein Haematom und spricht gegen Haematocele. Auf diesen Punkt wurde in unsrer Klinik stets ein grosses Gewicht gelegt. Von sehr grossem Werthe ist dieser Befund auch für ein einseitiges Haematom, wenn es sich allmälig durch die Brücke in einem spätern Anfall auf die andere Seite ausgedehnt und dort einen zweiten Tumor gebildet hat, wie dies in 3 Fällen constatirt werden konnte. (Fall VIII, X, XII.)

Wenn der Tumor nur über dem Scheidengewölbe sitzt, so spricht ein Verhältniss, das in Fall I sich vorfand, entschieden für Haematom und gegen Haematocele. Dort zeigte der Tumor nämlich die grösste Höhe etwas entfernt vom Scheidentheil; unmittelbar an demselben war er dünner, ebenso gegen den Scheidenausgang hin.

Mehr allgemein differentialdiagnostische Merkmale sind folgende:

1) Eine Haematocele fühlt sich von der Scheide aus als eine rundliche, fast nierenförmige Geschwulst an. Sie ist glatt, weil sie vom gleichmässigen Bauchfell begrenzt ist. Von den Bauchdecken aus ist sie nur selten zu umgrenzen, weil sie durch eine adhäsive Peritonitis abgegrenzt werden muss. Anfangs lässt sie sich verschieben (vid. oben), ist weich und unbestimmt und wird sehr bald hart und gibt dann überall die gleiche

Resistenz. Ihr Sitz ist immer im Douglas'schen Raum, hie und da stülpt sie bei sehr grossem Bluterguss die Tasche auf der einen Seite des Uterus mehr aus als auf der andern.

Ein Haematom ist nach unten nicht glatt abgegrenzt; dasselbe fühlt sich uneben und höckrig an, weil der Bluterguss sich ungleichmässig in's Zellgewebe ergiesst. Es kann im Scheidengewölbe viel tiefer herunterragen und ist dann zugespitzt. Von den Bauchdecken aus fühlt sich dasselbe als ein glatter dachförmiger Tumor an, der scharf zu umschreiben ist, weil seine natürliche Grenze das abgehobene Peritoneum bildet, also gerade das umgekehrte Verhältniss wie bei Haematocele. Dasselbe bietet sich gleich von Anfang als ein bestimmter Tumor dar, der sich nur wenig verschieben lässt (vid. oben). Er hat von Anfang an eine teigige Beschaffenheit und zeigt später unregelmässige verschiedene Härten; das Blut bleibt viel länger flüssig, als bei Haematocele. Das Resistenzgefühl ist nicht immer überall gleich. Der Sitz des Haematoms kann rings um den Uterus sein; meist breitet er sich am stärksten in den breiten Mutterbändern aus und ragt von da vor und hinter dem Uterus auf die andere Seite hinüber.

2) Sowohl bei Haematocele als bei Haematoma kann der Uterus gehoben oder gesenkt sein und es ist somit die Ansicht Breslau's nicht richtig, dass Haematom den Uterus hebe, Haematocele denselben senke; es kommt hiebei ganz auf die Tiefe des Douglas'schen Raumes und Schlaffheit der lig. sacro-uterina an. Ist der Douglas'sche Raum weit nach unten ragend, was ja

ganz individuell ist, und sind dabei die erwähnten Ligamenta schlaff, so kann der Uterus auch durch eine Haematocele retrouterina in die Höhe gehoben werden. Anders verhält es sich mit der Verlagerung des Uterus in horizontaler Richtung.

Bei Haematocele wird derselbe meist nach vorn gegen die Symphyse verdrängt oder nur in geringem Maasse seitwärts und zwar so, dass der Fundus uteri am meisten abweicht, während der Cervicaltheil durch die lig. sacro-uterina mehr oder weniger festgehalten wird; es entsteht also eine einfache Antepositio uteri. Der Uterus wird nach hinten fixirt und bleibt es auch für immer mehr oder weniger.

Bei einem Haematoma periuterinum wird der Uterus allerdings auch auf die entgegengesetzte Seite verdrängt, wenn der Bluterguss irgend welche Grösse erreicht. Nur wenn es in einem breiten Mutterband sitzt und klein ist, bleibt der Uterus in seiner normalen Stellung. Allein derselbe wird mehr auf die eine oder andere Seite verlagert, weil das Haematom ja in den meisten Fällen in einem breiten Mutterband seinen Ursprung nimmt. Aber trotz dieser Verlagerung entsteht doch wieder ein Heranziehen des Uterus an die Geschwulst, weil das Peritoneum sich nicht überall gleich leicht vom Uterus abhebt, sondern gegen den Fundus hin an grösserer Adhärenz gewinnt. Es lässt sich somit der Scheidentheil am meisten verdrängen, der Uteruskörper am wenigsten. Mit einem Wort, der Uterus lagert sich über die Geschwulst und dieses Verhältniss lässt sich mit der Sonde genau constatiren. Im spe-

ciellen Falle entsteht bei Haematoma anteuterinum eine Retropositio uteri, aber nicht eine Retroversio, sondern eher eine Anteversio, wie dies in Fall V ausdrücklich nachgewiesen werden konnte, bei H. retrouterinum eine Antepositio, aber nicht Anteversio, sondern eher eine Retroversio, wie dies in Fall IV erwähnt ist und wir in Fall X und XI selbst zu beobachten die Gelegenheit hatten. Im fernern erfährt der Uterus durch die Zerrung eine mechanische Elongation, welche in einem Fall XII sogar $1\frac{1}{2}'' = 4$ Cm. betrug. Der Uterus verliert seine Beweglichkeit nicht, wie bei Haematocele, sondern behält sie, wenn auch in geringem Grade, bei; und zwar lässt er sich immer bloss zugleich mit dem Tumor bewegen. Nach Ablauf der Erkrankung ist er in seiner Lage wieder ganz normal. —

3) Eine Haematocele ist von Anfang an von Schmerzen begleitet, die von der Peritonitis abhängig sind und desshalb auch längere Zeit anhalten. Das Abdomen wird überall gleich aufgetrieben und gleich schmerzhaft; neben der Anämie hat man hauptsächlich die Symptome der Peritonitis. Demgemäss ist auch eine Temperatursteigerung zu beobachten, in manchen Fällen von sehr beträchtlicher Höhe, bis die Peritonitis ihren Abschluss gefunden hat. Bei der innern Untersuchung zeigt sich der Tumor ebenfalls schmerzhaft.

Ein kleines Haematom kann ganz ohne besondere Erscheinungen auftreten; ist der Bluterguss aber gross, so treten jene schon erwähnten wehenartigen Schmerzen ein, die aber nicht beständig anhalten wie peritonitische Schmerzen, sondern in Pausen wiederkehren und ganz

aufhören, wenn die Zerrung nicht weiter geht. Das Abdomen ist nicht aufgetrieben und zeigt nur an einzelnen Stellen des Tumors Schmerzhaftigkeit; über dem Tumor findet sich, da Därme vor ihm gelagert sind, in grösserem Umfang tympanitischer Schall, grössere Haematocelen aber lagern sich der vordern Bauchwand an und machen Dämpfung. Peritonitis entsteht keine, wenn das Haematom nicht in die Bauchhöhle perforirt. Fieber ist nie vorhanden. Bei der innern Untersuchung zeigt sich der Tumor auch anfänglich etwas empfindlich, später wird er schmerzlos.

Wenn Resorption eintritt, so geht diese bei Haematocele rascher von statten, als bei Haematoma. Einige Autoren[1]) nehmen an, dass alle Fälle von Beckenblutergüssen, welche in die Scheide oder in den Mastdarm perforiren, zu den extraperitonealen, resp. zu den Haematomen gerechnet werden müssen, und suchen darin einen diagnostischen Anhaltspunkt. Allerdings ist a priori die Wahrscheinlichkeit grösser, dass Haematome eher perforiren als Haematocelen; allein es gibt auch Fälle, wo Haematocelen in's Rectum perforiren können. So lag auf der Frauenabtheilung eine Kranke[2]) mit einer riesigen Haematocele, bis zum Nabel reichend, das ganze Becken ausfüllend, welche einen Perforationsweg in's Rectum nahm. Und warum perforirten die beiden tödt-

---

[1]) So Weber vid. oben.

[2]) Der Fall ist von meinem Freunde Dr. Heer zu seiner Praelectio inauguralis benutzt worden, weil er ausserdem noch andere interessante Seiten darbot.

lich abgelaufenen Fälle von Haematom (X und XI) in die Bauchhöhle und nicht in die Vagina oder das Rectum, da ja nach Weber der Widerstand des Bauchfells ein so grosser sein soll?

Aus diesen Erörterungen geht hervor, dass die Differentialdiagnose zwischen Haematocele und Haematom mit ziemlicher Sicherheit zu machen ist; nur für sehr kleine Blutergüsse kann die Diagnose zweifelhaft bleiben.

Demnächst kann ein Haematoma periuterinum sehr leicht mit einer Parametritis verwechselt werden, zumal der Sitz einer solchen ziemlich demjenigen eines Haematoms entspricht und sich eine Parametritis ausserhalb des Wochenbettes gerne an eine Menstruation knüpft. Auch hier gibt die Anamnese Anhaltspunkte. Man hat bei Parametritis nicht dieses plötzliche Eintreten wie bei Haematom und keine Anaemie. Der Befund des Tumors kann in einem gewissen Stadium allerdings ziemlich derselbe sein. Eine Parametritis ist von Anfang an sehr hart und wird weicher, wenn die Eiterung um sich greift; ein Haematom ist anfangs teigig und wird nach und nach hart. Eine Parametritis ist mitunter äusserst schmerzhaft bei der Untersuchung, ein Haematom fühlt sich nur anfangs und nur ausnahmsweise empfindlich an, später gar nicht mehr. Die charakteristischen wehenartigen Schmerzen fehlen bei Parametritis ganz. Sollte all' dieses im Stich lassen, so gibt die Temperaturcurve den besten Aufschluss: Ein parametritisches Exsudat wird gewöhnlich mit einem Schüttelfrost eingeleitet und die Temperatur steigt gleich auf 39,0—40,0°. Nach einigen Tagen nimmt die Curve einen ganz typischen

Verlauf an: Morgens Remissionen bis zur normalen Temperatur, Abends Exacerbationen bis 39,0° und darüber. Dieser Gang der Temperatur kann Wochen lang fortdauern. Der Puls ist dabei der Temperatur entsprechend bis 100, aber voll und kräftig.

Ein Haematom wird nie mit einem Schüttelfrost eingeleitet; die Temperatur bleibt immer normal. Der Puls aber ist klein und frequent entsprechend der Anaemie. Nur wenn eine Perforativperitonitis oder eine Verjauchung des Blutergusses eintritt, erscheinen Fiebersymptome. Auch der Ausgangspunkt wird von Wichtigkeit sein. Parametritiden beginnen in der unmittelbaren Umgebung des Uterus, in ihm selbst (Metritis): sie sind ja fast nur der Ausdruck einer acuten Metritis. Haematome können dagegen an entfernten Stellen vom Uterus in den breiten Mutterbändern ihre Entstehung nehmen. Freilich kann die Diagnose, wenn man die Erkrankung spät zu Gesicht bekommt, die Tumoren klein sind, unmöglich werden. Hier könnte vielleicht nur die Punction Aufschluss geben. Auch wir haben in der Casuistik einige Fälle aufgeführt, die wir allerdings unsrer Ueberzeugung nach für Haematome gehalten, die wir aber nicht über alle Kritik erhaben glauben.

Mit Perimetritis, die hie und da nach acuter Oophoritis ebenfalls zur Menstruationszeit auftritt, kann Haematoma periuterinum auch verwechselt werden. Wie bei Parametritis haben wir auch hier die gleichen Fiebersymptome; dazu kommt noch, dass diese Peritonitis im Douglas'schen Raum oft die Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis macht. Das Abdomen wird gleich-

mässig aufgetrieben und empfindlich. Bei der innern Untersuchung zeigt sich sehr grosse Schmerzhaftigkeit. Sollte dieses alles nicht mehr vorhanden sein, so hat man das beste Criterium in der Unbeweglichkeit des Uterus, derselbe ist nach hinten sehr fest adhärent. Diese Symptome fehlen aber bei Haematoma.

Eine Verwechslung kann stattfinden mit den Retentionsgeschwülsten; in dieser Richtung kommt in Frage Wasser-, Eiter- und Blutansammlung in einem Uterus lateralis (doppelten Uterus), in einer oder beiden erweiterten Tuben. Die Differentialdiagnose ergibt sich aus dem in Fall Blaser (X) pag. 39 gesagten.

Auf die diagnostischen Irrthümer mit Haematometra bei Duplicität des Uterus und der Vagina hat Schroeder [1]) in seinen kritischen Untersuchungen hauptsächlich aufmerksam gemacht und Simon [2]) hat folgende Anhaltspunkte für die Diagnose aufgestellt:

»1) Die Retentionsgeschwulst nimmt die Hälfte der Vagina in der ganzen Längenausdehnung ein. Die innere Wand der Geschwulst inserirt in der Medianlinie des Scheidenlumens und zwar an der Vorderseite unmittelbar unter dem Orif. urethrae. Die Insertionsstelle ist scharf abgegrenzt und ändert sich nicht, auch wenn der Körper der Geschwulst so beträchtlich gegen die freie Seite der Scheide vorspringt, dass das Lumen dieser Seite bis

---

[1]) loc. cit.

[2]) Ueber die Diagnose von Atresie etc. von Prof. Gustav Simon in Rostock. Mon. Schr. für Geburtshülfe. Band XXVII. pag. 419. Berlin 1866.

auf einen schmalen Spalt ausgefüllt ist. Demgemäss hat man auf der freien Seite der Vagina zwischen einem Katheter in der Blase und einer Fingerspitze in der Scheide nur die normal dicke Blasenscheidenwand. In der andern Hälfte liegt die Geschwulst zwischen der freien Seite der Scheide und Blase. Der Katheter kann hier nicht durchgefühlt werden. — Ein perivaginaler Bluterguss möchte sich dagegen wohl niemals so scharf abgrenzen und kaum jemals in die festverbundene Blasenscheidenwand eindringen, weil das lockere Bindegewebe zur Seite der Vagina der Ausbreitung des Blutes ein weit geringeres Hinderniss entgegensetzt. Zum Zustandekommen einer der Atresie ähnlichen Geschwulstbildung müsste man aber sogar annehmen, dass das ergossene Blut in der ganzen Längenausdehnung der Scheide die Blasenscheidenwand bis zur Medianlinie auseinandergedrängt und sich hier scharf abgegrenzt habe. Dass eine solche Unterstellung nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich hat, ist wohl einleuchtend.

»2) Das in unserm Falle beobachtete Auftreten der Geschwulst zur Zeit der Pubertät, die jedesmalige Vergrösserung derselben und die Zunahme der Beschwerden zur Zeit der Menstruation, und endlich das stetige, aber sehr langsame Wachsthum der Geschwulst sprechen für Atresie bei Duplicität. Denn diese Zeichen sind phathognomonisch für alle angeborenen Retentionsgeschwülste des Menstrualblutes, also auch für die Retentionsgeschwulst bei Duplicität.

»Die (nicht bei Geburten entstandene) Haematocele peri-vaginalis tritt dagegen meist bei Varicosität der

Venen ein, welche einem spätern Alter angehört und es müsste desshalb ein grosser Zufall sein, wenn eine solche Blutgeschwulst schon zur Zeit der Pubertät entstände. Sie tritt fast immer sehr schnell nach einer äussern Verletzung ein, entweder durch eine traumatische Veranlassung (Fall, Stoss) oder nach einer starken Anstrengung, welche das Platzen eines erweiterten Gefässes zur Folge hatte. Die Vergrösserung der Geschwulst und die Steigerung der Beschwerden halten wohl nur ausnahmsweise den Menstruationstypus ein und es wird niemals vorkommen, dass die Geschwulst Jahre lang besteht und beständig langsam zunimmt. Entweder wird sie durch Entzündung zum Aufbruch kommen, oder sie wird sich durch Resorption verkleinern und allmälig verschwinden. (Wie dies bei den meisten unsrer Fälle vorkam.)

„3) Der Nachweis eines Uterus bicornis entweder durch die Bauchdecken oder durch den Mastdarm, worauf Rokitansky aufmerksam machte, unterstützt die Diagnose der Retentionsgeschwulst bei Duplicität. Denn in der Mehrzahl der Fälle war die Bicornität des Uterus damit complicirt. — Dieses Zeichen kann aber nur zur Unterstützung der Diagnose dienen. Denn einerseits kann eine Haematocele auch bei Bicornität des Uterus vorkommen; andrerseits kann eine Retentionsgeschwulst des Menstrualblutes bei Duplicität bestehen, ohne dass der Uterus in zwei Hörner ausläuft.

„4) Eine Verkümmerung des Muttermundes, welche in meinem Falle vorkam, hat ähnlichen Werth für die Diagnostik, wie die Bicornität. Sie ist jedoch weniger

in Anschlag zu bringen, weil die subjective Beurtheilung des Untersuchenden dabei in's Spiel kommen kann.»

Eine Verwechslung kann stattfinden mit einer Gravidität in einem adhärenten, anomal gelagerten, anomal gestalteten Uterus, mit extrauteriner, interstitieller Tuben- und Bauchschwangerschaft; auch hiefür verweisen wir auf pag. 36 und folgende.

Endlich könnte die Erkrankung noch verwechselt werden mit Neoplasmen; hier kämen seitlich anliegende Fibroide, sarkomatöse, carcinomatöse Geschwülste, Cysten der breiten Mutterbänder und Tumoren der Ovarien in Betracht. Wir haben nicht die Absicht, in die differentielle Diagnose derselben hier noch einmal ausführlich einzutreten. Wir verweisen auch in dieser Beziehung auf Fall X, pag. 43, möchten aber noch einen Fall berühren, der uns die Möglichkeit der Verwechslung mit einem Fibroid nahe legte. Es ist derselbe, bei welchem nach der versuchten Einlegung eines Rectificateurs rasch eine Geschwulst am Uterus sich entwickelte, welche später so hart wurde und eine so rundliche Gestalt zeigte, (Fall XV) dass man dieselbe, hätte man ihre Entstehung nicht verfolgen können, mit grösster Wahrscheinlichkeit für ein Fibroid gehalten hätte. Uns schien diese Beobachtung besonders desshalb beachtenswerth, weil wir die Publicationen, welche von verschiedenen Seiten über die erfolgreiche Behandlung der Fibroide mittelst Ergotininjectionen gemacht wurden, nicht mit unsern Erfahrungen in Einklang bringen können. Es wird wenige Kliniken geben, in welchen so häufig Fibroide beobachtet werden, wie in Zürich.

Im Verlaufe eines Jahres ungefähr sind interstitielle Fibroide von zwei Loth Gewicht bis zu drei Pfund neun enucleirt worden, (nebenbei gesagt mit ausgezeichnetem Erfolg), abgesehen von der grossen Zahl, bei denen eine Operation nicht in Betracht gezogen werden konnte. Bei manchen sind von Herrn Prof. Frankenhäuser Monate lang Injectionen gemacht worden, niemals konnte man irgend einen Erfolg constatiren. Sollte in den durch diese Methode geheilten Fällen nicht eine Verwechslung mit einem sehr harten Exsudat oder Haematom vorgekommen sein?

Aus diesem ganzen Capitel geht hervor, dass in vielen Fällen die Diagnose eines Haematoma periuterinum mit grosser Bestimmtheit zu machen ist, dass aber mitunter einem sorgfältigen Beobachter und tüchtigen Diagnostiker Zweifel bleiben können.

Sechstes Kapitel.

Prognose und Therapie.

Die Prognose für Haematome ist nach den von uns mitgetheilten Beobachtungen entschieden ungünstiger, als bei Haematocele; zwei Kranke sind daran zu Grunde gegangen und eine dritte war eine Zeit lang in grosser Gefahr. Der Durchbruch in die Bauchhöhle ist augenscheinlich sehr zu fürchten, insofern als die Perforation, wie es scheint, den Tod fast mit Sicherheit zur Folge hat, entweder indem eine Peritonitis sich anschliesst, oder der gewaltige Bluterguss das lethale Ende verschuldet. Ob ein Durchbruch in den Mastdarm oder in die Scheide häufig vorkommt, ist nach den bisherigen Beobachtungen nicht zu entscheiden, wir selbst sahen einen solchen nicht, und die in der Literatur verzeichneten Fälle sind nicht immer mit Sicherheit als Haematome erkannt. Jedenfalls ist es aber höchst wahrscheinlich, dass ein spontaner Durchbruch nach diesen Organen eine verhältnissmässig rasche Heilung zur Folge hat. Vielleicht wären nur die nachträglichen Blutungen aus

dem geöffneten Sack, die bei Haematomen anderer Gegenden beobachtet worden sind, zu fürchten. In allen Fällen, die keinen tödtlichen Verlauf nehmen, ist die Prognose quoad restitutionem dagegen günstig, weil der Uterus mit der vollständigen Resorption des Haematoma auch wieder zu seiner Norm zurückkehrt. Es kann sogar wieder Conception und normale Geburt eintreten; häufig erfährt man aber nichts über diesen Punkt, weil die Kranken, die sich ganz wohl befinden, nicht wieder zur Beobachtung kommen.

Während sich früher die Einen für operative, die Andern für expectative Behandlung der Beckenblutergüsse aussprachen, geht nunmehr die Ansicht aller jetzigen Gynaekologen dahin, dass die Behandlung im Allgemeinen eine expectative und nur unter besondern Umständen eine operative sein soll.

Auch wir haben bei Haematocele uns regelmässig zuwartend verhalten, haben Eisumschläge gemacht, ruhige Lage verordnet und Opiate verabreicht. Wenn der Bluterguss seinen Abschluss gefunden, kann man resorbirende und tonisirende Mittel verordnen. Man macht Jodanstriche auf den Leib, gibt innerlich Kal. jodat. und zur Hebung der Anaemie Eisen, Wein und kräftige Kost. —

Nur bei einer verjauchenden Haematocele haben wir dieselbe vom Mastdarm aus weit eröffnet und durch desinficirende Auswaschungen des Sackes Heilung erzielt.

Ob ein expectatives Verhalten dagegen bei Haematomen gerechtfertigt ist, muss nach unsern Beobachtungen zweifelhaft sein. Bei kleinen Geschwülsten wird

es natürlich allein in Betracht zu ziehen sein; man wird diese behandeln, wie Haematocelen. Bei grösseren Haematomen hingegen, bei denen der Durchbruch in die Bauchhöhle droht oder die sich sehr beträchtlich in die Scheide vorwölben, muss eine Eröffnung des Sackes durch das Messer oder den Troicart von Scheide oder Mastdarm aus als ein rationelles Mittel, den Durchbruch in die Bauchhöhle zu verhüten, erscheinen, um so mehr als dieselbe an sich gefahrlos sein muss. Dagegen glaubte Herr Prof. Frankenhäuser eine Eröffnung von den Bauchdecken her, obgleich er sie selbst einmal vornahm, uns abrathen zu müssen, weil ein Erguss des Blutes in die Bauchhöhle und eine Erneuerung der innern Blutung zu befürchten ist.

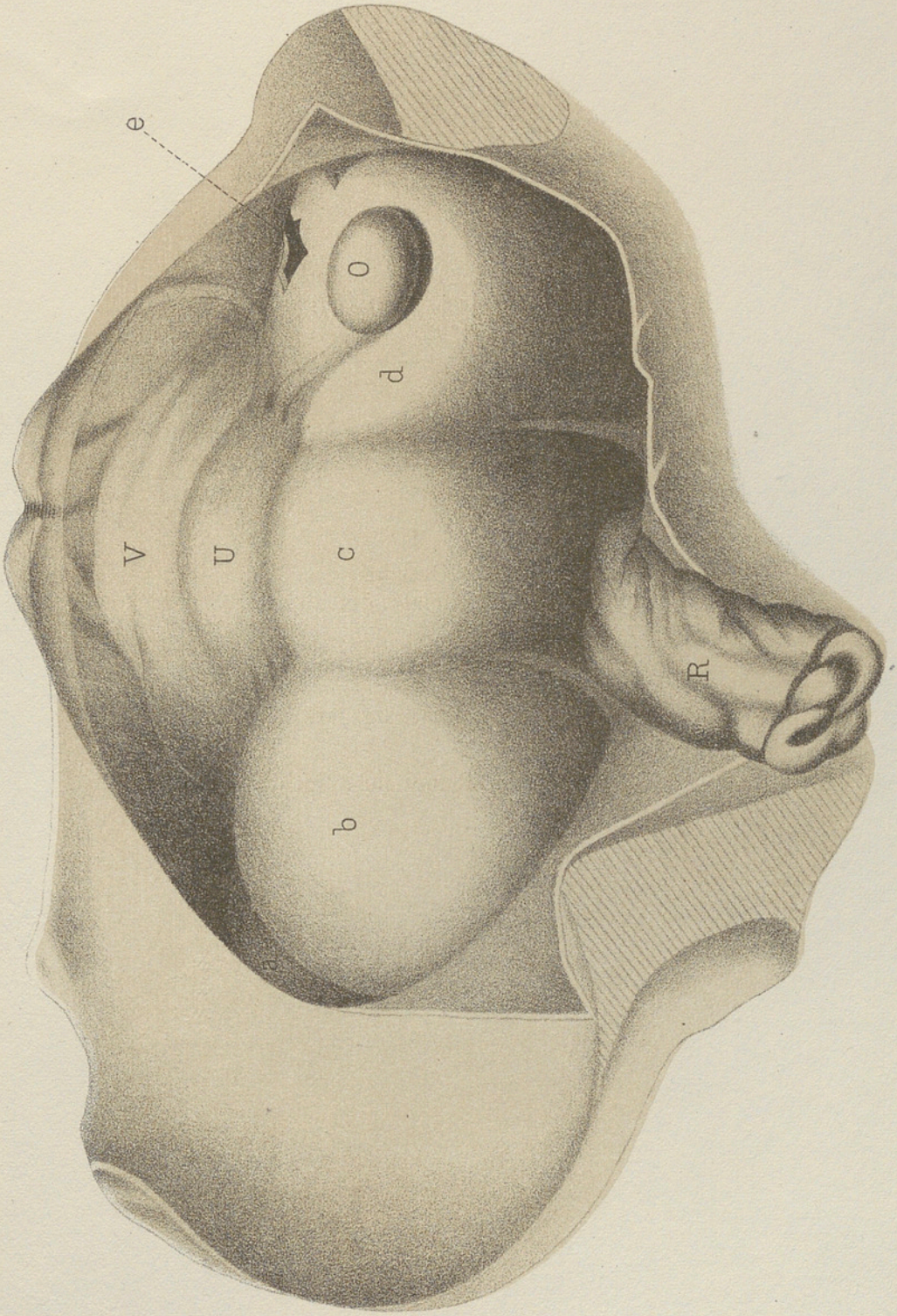
Erklärung der Abbildung Tafel I.

Das Präparat wurde in ein knöchernes Becken von rechts und hinten projicirt.

V. Vesica.
U. Uterus.
R. Rectum.
O. Rechtseitiges intactes Ovarium.
a. Vorderes Peritonealblatt des linken breiten Mutterbandes.
b. Hinteres Peritonealblatt lig. lati sinistri.
c. Peritoneum vom Uterus abgehoben.
b. Hinteres Peritonealblatt lig. lati dextri.
e. Perforationsöffnung.

Durch den Bluterguss abgehoben.

Die nähere Beschreibung siehe im Sectionsbericht von Fall X, pag. 51.



Lith. J. J. Hofer, Zürich.

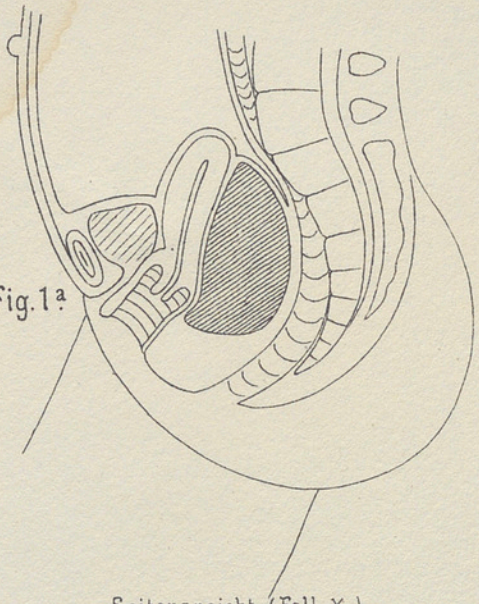


Fig. 1ª

Seitenansicht (Fall X.)

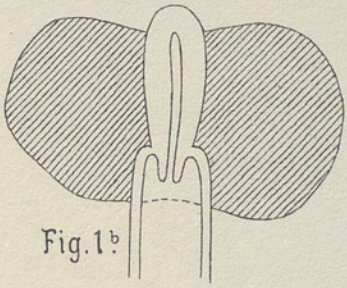


Fig. 1ᵇ

Vorderansicht (Fall X.)

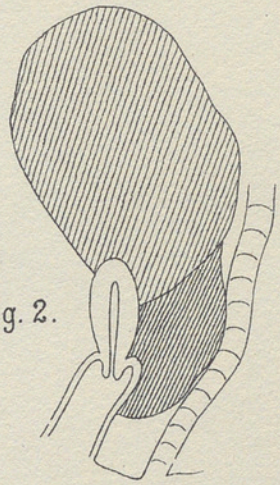


Fig. 2.

Seitenansicht (Fall XI.)

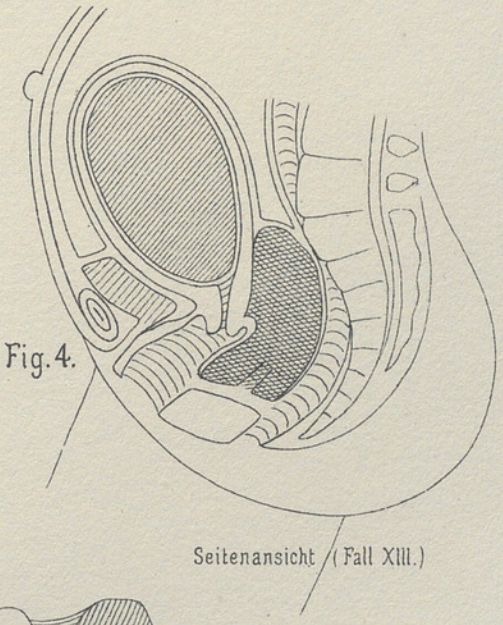


Fig. 4.

Seitenansicht (Fall XIII.)

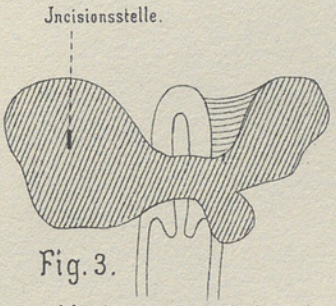


Fig. 3.

Vorderansicht (Fall XII.)

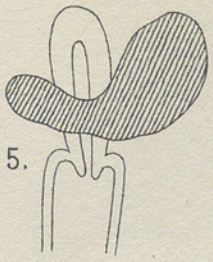


Fig. 5.

Vorderansicht (Fall XIV.)

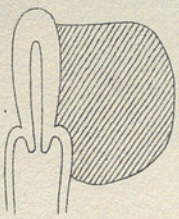


Fig. 6.

Vorderansicht (Fall XV.)

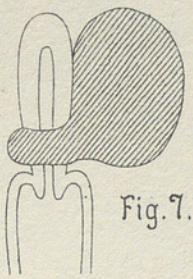


Fig. 7.

Vorderansicht (Fall XVI.)

Lith. J. J. Hofer, Zürich.

Thesen:

1. Die Punction der Abdominalcysten, selbst die explorative, ist möglichst zu vermeiden.

2. Die Indication zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist eine relative, nicht bloss durch den Grad der Beckenenge bedingte.

3. Die Diagnose der Leberkrankheiten ist nur per exclusionem zu machen.

4. Die totale Handgelenkresection ist der partiellen vorzuziehen.

5. Durch rechtzeitige desinficirende Behandlung mit Liquor Chlori kann bei bestehendem Ulcus Corneae ein Hypopyon verhütet werden.