C 3126

Ueber individuelle Schwangerschaftszeichen nebst einer Bemerkung über die anatomischen Verhältnisse des Orificium extr. urethrae.

Von Dr. O. Naegeli, Bezirksarzt in Ermatingen.

Man spricht ja wohl von subjectiven und objectiven, sicheren und unsicheren Symptomen der Schwangerschaft, von solchen erster und zweiter Ordnung, aber von individuellen?

Nun, wir werden ja sehen, zuerst aber noch nachschauen, wie es sich mit den landläufigen Nomenclaturen verhält.

Was sind subjective, unsichere, erster Ordnungs-Symptome?

Solche, wobei die Frau, welche schon ein Häufchen Kinder besitzt, noch die Hoffnung hegt, sie sei nicht in der Hoffnung, während bei den Zeichen zweiter Ordnung, den sogen. sicheren und objectiven, die Frau in Hoffnung noch die Hoffnung hat, der untersuchende Arzt blamire sich, wie schon oft, auch diesmal wieder.

Klüger als der gewandteste Geburtshelfer in der Stellung der Diagnose Schwangerschaft ist die vielfach erfahrene Frau.

Diese weiss gar oft schon, woran sie ist, bevor nur die Regeln ausbleiben.

Die meisten Mütter einer zahlreichen Familie haben ihre besonderen kleinen Merkmale, ihre individuellen Schwangerschaftssymptome. Hie und da stellt eine Superkluge wohl schon die Diagnose gleich nach der Cohabitatio, doch stützt sich dieselbe meistens nur auf einen die Frau besonders befriedigenden Act und kann bloss als Prophezeiung angesehen werden, welcher es geht wie anderen prophetischen Aussprüchen: die Nichterfüllung der Voraussage wird schweigend und gern acceptirt, aber das Eintreten derselben als etwas Aussergewöhnliches notirt.

Die angedeuteten persönlichen Zeichen einer eingetretenen Empfängniss sind in der Mehrzahl der Fälle die bekannten Symptome erster Ordnung, Uebelkeit, Ekel, Schwindel, Zahnschmerz, Brechreiz und Morgenerbrechen, Gelüste, Speichelfluss u. dergl., sie sind aber für die Frau desshalb beweisend, weil dieselbe von früheren Schwangerschaften her weiss, dass dieselben kleinen Uebel in derselben Qualität sich in der nämlichen Epoche der Gravidität bei ihr einzustellen pflegten.

An Kopfweh, Zahnschmerz, Uebelkeiten etc. mag die Frau wohl auch schon oft, ohne bestehende Schwangerschaft, gelitten haben, aber die Art des Leidens, die Zeit der Auftretens, die Dauer, kurzum die Qualität des Uebels, ist für die Frau entscheidend, diese gibt dem Symptom das individuelle Gepräge.

Eine Frau z. B., welche schon 13 Kinder geboren hat, erzählt mir, sie habe jedesmal, bevor sie die Periode verloren, gemerkt, sie sei in anderen Umständen, weil sie ein so heftiger Schwindel befiel, dass sie sich an allen Wänden halten musste. Sonst litt sie nie an Schwindel, darum war das Auftreten desselben für sie das sichere Schwangerschaftszeichen. Dieselbe Frau behauptet, Nasenbluten in der Schwangerschaft gehabt zu haben, aber nur, wenn sie mit Knaben gegangen sei.

Seit einer Reihe von Jahren habe ich bei kinderreichen Frauen und auch bei den Hebammen meines Bezirks Nachforschungen gehalten, ob nicht diese oder jene Frau noch andere, nicht, oder doch wenig gekannte, subjective Symptome der eingetretenen Gravidität anzugeben im Stande wäre.

Die Hebammen erfand ich in dieser Beziehung nur als gute Quellen, wenn sie über grössere Erfahrungen an ihrem eigenen Leibe verfügen konnten, sonst waren sie nicht im Stande, irgend welches Material zu liefern; was begreiflich erscheint, da sie mit ihrer Clientschaft meist erst gegen das Ende der Schwangerschaft in Verbindung treten.

Meine Sammelforschung ergab folgendes Resultat:

Verschiedene Frauen, relativ aber eine kleine Zahl, gaben an, in den ersten Wochen nach der Conception befalle sie regelmässig ein heftiges Jucken und Beissen, ohne Ausschlag. Bei den einen Individuen ist die Haut des ganzen Körpers, besonders aber des Rückens, in Mitleidenschaft gezogen, bei anderen tritt das Jucken nur in den Geschlechtstheilen oder deren nächsten Umgebung auf.

Die sämmtlichen Referentinnen betrachten dieses Juckgefühl als ein für sie beweiskräftiges Zeichen der eingetretenen Conception, weil es bei ihnen jedesmal in der 3., 4. Woche der beginnenden Schwangerschaft sich einstellte und weil sie sonst nie an diesem Uebel zu leiden pflegten.

Als ein zweites specifisches und individuelles Frühsymptom eingetretener Gravidität, und als ein wiederum für die betr. Personen sicheres Zeichen, gaben mir eine grosse Anzahl von Frauen an das schmerzhafte Anschwellen von Krampfadern an einem bestimmten Bein, zu einer Zeit, wo bei anderen Schwangeren die Varicositäten noch lange nicht aufzutreten pflegen und wo an eine mechanische Ursache der Entstehung der Krampfadern nicht gedacht werden kann.

Frau S. z. B. sagt mir, jedesmal nachdem sie, vom zweiten Kinde an, in die Hoffnung gekommen sei, habe sie schon in den ersten acht Tagen eine schmerzhafte Schwellung, Röthung und Härte der Krampfadern in der rechten Wade verspürt. Auf dieses Zeichen hin habe sie gleich ihrem Manne erklärt, nun befinde sie sich wieder in anderen Umständen und sie habe sich niemals getäuscht.

In derselben Weise haben sich mir gegenüber eine Reihe von Frauen ausgesprochen, stets waren es nur die Varicen an einem Bein, die als maassgebend bezeichnet wurden. Die Zeitangaben sind schwankend von 8 Tagen bis zu 4 Wochen nach Eintritt der Conception, aber immerhin eine Zeit, wo eine mechanische Erklärung des Symptoms noch nicht aufkommen kann.

Bei genauer Analyse der Fälle stellte sich heraus, dass die betr. Frauen alle in einer früheren Schwangerschaft entweder an Venenentzündungen oder an Thrombosen im Wochenbett gelitten hatten.

Frauen, welche zwar an hochgradigen Varicositäten litten, aber keine speciellen Erkrankungen der Blutgefässe durchzumachen hatten, können wohl auch ziemlich früh die Neuanschwellungen der Krampfadern constatiren, jedoch keineswegs so zeitig wie die oben angegebenen Kategorien.

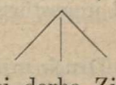
Nach meinen Zusammenstellungen besitzen Frauen, welche an Phlebitis oder Thrombosen der Venen der unteren Extremitäten — bes. der V. saphena — gelitten haben, in ihrem Varix ein Schwangerschaftsbarometer, das an Zuverlässigkeit und Promptheit nichts zu wünschen übrig lässt.

Während eine grosse Zahl von Mehrgebärenden über ein solches Barometer verfügen kann, ist das folgende individuelle Schwangerschaftssymptom wohl nur bei einer kleinen Anzahl von Frauen zu finden.

Bei zwei Individuen habe ich jedesmal in ziemlich frühem Stadium der Gravidität, in einer Zeit, wo es sonst noch gestattet gewesen wäre, am Bestehen der Schwangerschaft zu zweifeln, weil die Menses nicht cessirten, auf der Innenfläche der Nymphen und im Vestibulum das Auftreten von Soorbildung beobachtet, das sich in weissen Plaques documentirte und Ausläufer bis zu der Harnröhrenöffnung schickte, wodurch sehr lästige Schmerzen beim Uriniren eintraten. Von Diabetes war keine Spur. Die tägliche Behandlung des einen dieser Fälle durch Bespülungen mit Borsäurelösung gab mir vor vielen Jahren schon Gelegenheit, mir ein anderes Bild von der anatomischen Beschaffenheit des Orificium externum urethrae des Weibes zu machen, als die Lehrbücher der Anatomie und Gynäkologie es bieten. Ich erlaube mir desshalb, meine Beobachtung hier einzuflechten.

Die meisten Lehrbücher sagen, das Orificium extern. urethrae fem. ist eine „rundliche oder ovale Offnung, mit einem kleinen Wulst umgeben"; neuere Autoren (z. B. Fehling) bezeichnen die Harnröhrenöffnung als „dreieckigen Spalt", während wieder Andere (Runge) dieselbe als senkrechte Spalte bezeichnen.

In Wirklichkeit ist die intacte jungfräuliche Harnröhre völlig geschlossen durch eine zweizipflige Klappe, welche sich so genau an das Orificium ext. anlegt, dass dasselbe eine gut sichtbare, winkliche Spalte bildet. Die beiden Schenkel des Winkels schliessen einen spitzen Winkel ein von ca. 80°, also nahe einem rechten Winkel. Dieser Winkel wird durch die Theilungslinie der Klappen, eine sagittal verlaufende Linie, genau in zwei gleiche Theile geschnitten, so dass die geschlossene Harnröhre also aussieht:



Die Klappen sind zwei derbe Zipfel, aus Bindegewebe mit elastischen Fasern bestehend, ohne Einlagerung von glatter oder quergestreifter Muskelsubstanz.

Bei älteren, deflorirten Individuen ist, wahrscheinlich durch Cohabitatio oder Masturbation, die Valvula bicuspidalis urethrae zu einem knäueligen Wulst geworden, der den bekannten „wulstigen Rand" am distalen Theil der Harnröhre bildet, welcher als Wegleitung beim Katheterisiren dient.

So könnte man das Klappensystem der weiblichen Harnröhrenmündung in eine gewisse Beziehung bringen zur Virginität, die Valvula bicuspidalis als Hymen secundum bezeichnen, nur müsste man sich dabei klar sein, dass die Beweiskraft desselben doch eine recht problematische ist. Ich habe bei alten Frauen, die vielfach geboren hatten, den Klappenverschluss noch gefunden, jedoch war derselbe nicht bedingt durch den Tonus der beiden Zipfel, sondern durch eine Relaxation der ganzen Partie, wobei der proximale Theil der Urethra sich auf den Wulst herabsenkte. Das Bestehen der intacten Valvulae orif. ext. urethrae beweist vielmehr, dass die betr. Individuen nicht masturbirt haben, durch Coitus wird die in Frage stehende Partie weniger alterirt.

Zurückkehrend zu den individuellen Schwangerschaftszeichen, komme ich zu einem Fall, den ich gerade jetzt in Behandung habe an parametritischen Affectionen im Puerperio. Die Frau machte vor 9 Jahren ein schweres Puerperalfieber mit Localisation von Exsudaten im linken Perimetrium durch und war seither nicht mehr schwanger. Im Februar d. Js., wie sie noch keine Ahnung hatte von Gravidität, erkrankte sie unter Erscheinungen, welche die Diagnose auf eine locale Peritonitis in der linken Unterbauchgegend lenken mussten. Die Frau war über 8 Tage recht krank, merkwürdiger Weise ohne Temperaturerhöhung. Es ist mir jetzt ganz klar, was mir damals verborgen blieb, was zu jener Zeit auch die Frau nicht ahnte, dass wir es nur mit einem individuellen Schwangerschaftssymptom zu thun hatten. Wohl wusste ich von anderen Fällen, dass Frauen, welche im Wochenbett Affectionen durchmachten, die zu Exsudaten und Adhaesionen in der Umgebung des Uterus führten, ganz sicher im Beginn der Schwangerschaft wieder Schmerzen an den früher afficirten Stellen zu bekommen pflegen und dies als sichere individuelle Graviditätssymptome betrachten dürfen; bei der in Frage stehenden Frau waren aber die Erscheinungen so intensiv und zudem war das Individuum derart decrepid, dass ich an Schwangerschaftssymptom beim Auftreten einer derartigen Erkrankung nicht dachte. Die frühere Localisation der Wochenbettserkrankung und der fieberlose Zustand hätten Wegleitung zur sicheren Diagnose bieten können.

Endlich haben auch noch eine Anzahl Frauen, und zwar solche, die im Wochenbett an Mastitiden litten, in den früher erkrankten Brüsten den Schwangerschaftsmelder. Die kranke Brust fängt an zu schmerzen zu einer Zeit, wo sonst die Mammae noch wenig von dem Graviditätsprocess in Mitleidenschaft gezogen zu werden pflegen; die aufmerksame oder aufmerksam gemachte Frau findet bald die richtige Deutung.

Wenn wir die erwähnten individuellen Symptome der Schwangerschaft überblicken, sehen wir, dass sich bei vielen Frauen sehr frühzeitig nach erfolgter Conception abnorme Sensationen und Schmerzen einstellen in Körpertheilen, welche in früheren Schwangerschaften oder Wochenbetten in irgend einer Weise erkrankt waren: der „Locus minoris resistentiae" macht den Schwangerschaftsanzeiger.

Beitrag zur operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs.*)

Von Dr. F. Kiefer in Mannheim.

Vor wenig Jahren noch galt die acute Perforation eines Ulcus ventriculi in die freie Bauchhöhle als beinahe sicher deletäres Ereigniss. Heute haben sich durch eine schon stattliche Anzahl chirurgischer Erfolge die Ansichten auf diesem Gebiet geändert und das Vertrauen zur Operation steht obenan.

Ebenso sehen wir in letzter Zeit die Versuche sich mehren, auch dem chronischen Duodenalgeschwür mit seinen ominösen Folgen auf diesem Wege beizukommen.

Die 2 nachfolgenden Fälle boten so viel der Anregung und des allgemein praktischen Interesses, dass es gestattet sein möge, dieselben hier mitzutheilen.

*) Nach Mittheilungen in der medicinischen Section des naturhistorischen Vereins Heidelberg.

Fall I. Anna B., 20jähriges, chlorotisches Mädchen, leidet seit ca. 5 Jahren an Menstruationsstörungen, Stuhlträgheit und Magenbeschwerden wechselnder Intensität. Im letzten Jahre häufiges Erbrechen, zumeist direct nach dem Essen, jedoch ohne Beimischung von Blut. Dauernder dumpfer Schmerz in der Magengrube, Sodbrennen. Den 2. Mai 1899, Abends ½8 Uhr, wurde sie plötzlich beim Treppensteigen von einer äusserst intensiven Schmerzattaque der oberen Bauchgegend befallen. Dieselbe war verbunden mit Ohnmachts- und directem Todesgefühl, hochgradiger Athemnoth, Schmerzen in Schulter und Arm und einem vollständigen Lähmungsgefühl in Letzterem. Wegen ihres bedrohlichen Aussehens wurde Patientin alsbald zur Ruhe gebracht und Abends ½11 Uhr constatirte ich bei meiner Ankunft folgenden Status bei derselben: Ausgeprägte Facies hippokratica, Abdomen gleichmässig tympanitisch aufgetrieben, Bauchmusculatur bretthart gespannt, bohrende Schmerzen in der linken Magen-, Scapular- und Oberarmgegend. Puls etwas beschleunigt, regelmässig, starkes Angstgefühl, Dyspnoe.

Nach diesem Befund plus der Anamnese konnte ich die auch von dem schon vorher gerufenen Collegen Dr. Elsässer gestellte Diagnose „perforirtes Magengeschwür" nur bestätigen und in der Erwägung, dass jeder weitere Transport wegen der damit verknüpften Gefahr einer Weiterverschleppung von Mageninhalt in der Bauchhöhle gefährlich sei, wurde sofort an Ort und Stelle Alles zur Operation hergerichtet.

Es verging darüber natürlich einige Zeit und mittlerweile hatte sich das Krankheitsbild, auf eine schon vorher wegen der Athemnoth verabreichte Morphiumdosis hin, so auffällig günstig verändert, dass die vordem sichere Diagnose wieder in's Wanken kam. Dyspnoe und Leibschmerzen waren fast vollständig zurückgegangen, Patientin viel munterer und gar nicht sehr von der Nothwendigkeit einer Operation zu überzeugen. Man war gezwungen in Erwägung zu ziehen, ob es sich nicht vielleicht nur um eine Zerrung alter perigastrischer Verwachsungen mit begleitendem Schock gehandelt haben könnte. Derartige Fälle sind im Stande ein der Perforation ähnliches Bild hervorzurufen, was dadurch illustrirt wird, dass z. B. von Thompson einmal fälschlicher Weise desswegen laparotomirt wurde. Desswegen beschlossen wir nach einigem Zaudern bei peinlichst eingehaltener Rückenlage weiterhin zuzuwarten.

Nächsten Vormittag Befund wie folgt:

Patientin blass, matt, etwas somnolent, Puls 120, Temperatur 37,9°. Die Magenschmerzen haben wieder zugenommen, „hie und da schiessen sie auch durch den ganzen Leib," Abdomen erheblich mehr tympanitisch aufgetrieben, Leberdämpfung verschwunden. Bei der respiratorischen Verschiebung der vorderen Magenwand hört man mit dem Phonendoskop deutliches Reiben. Zugleich gibt Patientin jetzt an, „sie habe am vorigen Abend bei dem ersten Schmerzanfall ein Gefühl gehabt, wie wenn ihr innerlich etwas im Leib vom Magen herunterliefe". Darnach konnte nun nicht länger an einer stattgehabten Perforation gezweifelt werden und demgemäss wurde (nachdem 16 Stunden seit den ersten Erscheinungen verstrichen waren) sofort die Operation in Aethernarkose angeschlossen:

Schon beim Durchschneiden des Peritoneum erschien dieses sulzig-entzündlich verdickt, und die Richtigkeit unserer Diagnose wurde alsbald durch die lebhaft geröthete und vielfach fibrinös beschlagene vordere Magenwand bestätigt. Auch das Kolon transversum war ziemlich entzündlich injicirt, die darunter liegenden Dünndarmpartien dagegen ganz intact. Von dem Ulcus war so ohne Weiteres noch nichts zu sehen. Erst nach Empordrängen des Leberlappens trat unterhalb der Eintrittsstelle des Oesophagus die circa bohnengrosse, runde Perforationsöffnung hervor, aus der sich beim Anziehen des Magens ziemlich reichliche Flüssigkeit entleerte (ausser vereinzelten Speiseresten anscheinend zumeist verschluckter Speichel).

Die aussergewöhnlich umfangreiche und über 1 cm dicke, sklerotisch-harte Infiltrationszone des Geschwürs ritt auf der kleinen Curvatur. Der grössere Teil sammt der Durchbruchsstelle fand sich wie gewöhnlich auf der Vorderfläche. Da ein alsbaldiger Versuch, die Oeffnung wenigstens vorläufig durch Uebernähung oder Abklemmen zu schliessen, wegen der Brüchigkeit der Ränder misslang, wurde sogleich die Excision des ganzen Ulcus vorgenommen, wobei die Grösse des zu setzenden Defectes, sowie seine hohe Lage eine gewisse Schwierigkeit verursachten.

Um mit möglichster Sicherheit unnöthiges Auslaufen von Mageninhalt während des Eingreifens zu vermeiden, wurde das Geschwür schrittweise von unten her umschnitten und sofort dahinter jeweils fortlaufend vernäht, so dass niemals ein grösserer Defect entstand, als durch den Finger verschlossen werden konnte. Auf diese Weise gelang die Excision der immerhin 6 cm langen und 5 cm breiten Fläche leicht und sicher. Darauf zweite fortlaufende Etagennaht, Toilette der näheren Umgebung mit Kochsalzlösung, ein kleiner Gazestreifen zwischen Leber und Magenwunde, Schluss des Bauches.

Der Heilungsverlauf war ein ungestörter. Entfernung der Gaze am zweiten Tag. Die ersten 8 Tage ausschliesslich Rectalernährung, wobei ein reichlicher Troponzusatz recht günstig einzuwirken schien.

Die Patientin ist zur Zeit gänzlich beschwerdefrei, hat um 30 Pfund zugenommen, die alten Obstipationsbeschwerden sind geschwunden.

Es erscheint Fall I als ein im Grossen und Ganzen diagnostisch klarer und typischer. Ausser den sonst üblichen Anzeigen bestätigte er die Richtigkeit eines von Adam-