Aus der Königl. Frauenklinik in Dresden.

Die operative Behandlung der para- und perimetritischen Exsudate.

Von

Dr. Buschbeck, und **Dr. Ettinger,**
zweitem Assistenzarzt. Volontärarzt aus Bukarest.

(Mit 7 Abbildungen auf Tafel VII.)

So erschöpfend und vielseitig in der Fachliteratur der letzten Jahre das Kapitel der complicirten Eiterungen der Beckenorgane behandelt worden ist, so selten ist das Thema der primären eitrigen Entzündung der Parametrien und des Perimetrium Gegenstand wissenschaftlicher Erörterungen gewesen.

Fritsch hat auf dem Gynäkologen-Congress zu Bonn 1891 der operativen Behandlung der akuten Wochenbettsparametritis das Wort geredet. In der Absicht, die Krankheitsdauer abzukürzen, rieth er zur frühzeitigen Eröffnung des Exsudates von der Scheide her.

J. Veit berichtete in der Festsitzung der Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie 1894 über chronische Fälle, die er durch Incision oberhalb des Ligamentum Poupartii heilte.

Pozzi warnte Veit gegenüber davor, die Grenzen der Anwendung dieser Operation zu weit zu stecken, „nachdem er Fälle beobachtet habe, wo die Operation nur einen temporären Erfolg hatte.“

Zur ausführlichen Diskussion über das Thema kam es in dieser Sitzung so wenig als seiner Zeit in Bonn.

Auch die Lehrbücher behandeln das Kapitel Parametritis bei den Wochenbettserkrankungen zumeist recht kurz und allgemein.

Abwartende Behandlung im akuten Stadium, chirurgisches Vorgehen in chronischen Fällen wird empfohlen, meist ohne nähere Berücksichtigung von Einzelheiten.

Und doch herrscht über die Grundsätze und über die Art der Behandlung der Krankheit noch keineswegs allgemeine Uebereinstimmung.

Dabei sind aber die para- beziehentlich perimetritischen Exsudate durch ihre Häufigkeit und Langwierigkeit eine für den praktischen Arzt so überaus wichtige Krankheit, dass Mittheilungen über das Leiden und seine Behandlung auf Grund der Erfahrungen grösserer Krankenanstalten dem Praktiker sicher willkommen sein müssen.

Von diesem Gesichtspunkte aus wurden die nachfolgenden 35 Krankheitsfälle aus dem gynäkologischen Material der letzten 8 Jahre zusammengestellt. In allen Fällen bis auf 2 (No. 33 und 35) handelte es sich um nicht complicirte eitrige Erkrankung des Para-bez. Perimetrium. Sie wurden sämmtlich durch operative Behandlung in Angriff genommen und geheilt bez. ganz wesentlich gebessert.

Anfänglich hatten wir die Absicht, lediglich die parametritischen Exsudate hier zu besprechen. Einzelne ausserordentlich grosse, rein perimetritische Exsudate aber, welche die Beckenhöhle ausfüllten und das hintere Scheidengewölbe vorbuchteten, traten in so nahe Beziehung zu den anderen Fällen, dass sie um der differentiellen diagnostischen Darstellung willen nicht ausgeschlossen werden konnten, wenn das Bild möglichst erschöpfend ausfallen sollte.

Was nun zunächst einige allgemeine Gesichtspunkte betrifft, so war die jüngste der 35 Patientinnen 20, die älteste 47 Jahre alt, als sie in die Klinik zur Behandlung kamen.

24 Frauen, d. h. $66\frac{2}{3}$ pCt., hatten ein Alter zwischen 20 und 30, 9 zwischen 30 und 40 Jahren, nur 2 hatten das 40. Lebensjahr überschritten.

Es bestätigt sich demnach auch an unserem Material die von anderer Seite hervorgehobene Thatsache, dass die Parametritis vorwiegend eine Erkrankung der mittleren Lebensjahre ist und in einiger Beziehung zum Höhenpunkte des sexuellen Lebens der Frau steht.

In der That führten 26 Frauen die Entstehung ihres Leidens auf vorhergegangene Geburten bez. Aborte zurück (74,3 pCt. der Fälle). Mit Ausnahme von Fall 21 und 28 bestanden die Beschwerden seit der letzten Geburt; diese beiden Patientinnen aber

rechneten ihr Kranksein mit Bestimmtheit aus dem vorletzten Wochenbett her; Frau Freud. hatte danach noch ein ausgetragenes Kind geboren, Frau Hä. im dritten Monat abortirt. Bei beiden Frauen hat nach der letzten Schwangerschaft sich das Leiden beträchtlich verschlimmert.

Besonders schwere Entbindungen waren nach den Angaben der Kranken selten. Im Fall 31 war die Geburt durch die Zange, im Fall 9 durch die Wendung und Ausziehung des Kindes beendet worden. Zweimal (No. 26 und 17) war die Placenta manuell entfernt worden, beide Wöchnerinnen waren an „Kindbettfieber“ erkrankt. In 2 Fällen hatten die betreffenden Geburten sehr lange gedauert (Fall 24 3 Tage), in 2 weiteren Fällen (No. 3 und 14) waren sie mit sehr starkem Blutverlust verbunden gewesen.

Die übrigen 18 Frauen bezeichneten die Geburten als normal, theilweise sogar als leicht. Und doch waren sie inficiert worden. Konnten doch fast Alle angeben, dass sie im Wochenbett fieberhaft erkrankten. Auch liess sich bei Allen das Produkt der Infektion, das parametritische Exsudat, nachweisen. War bei den erstgenannten 8 Patientinnen theils durch die bei den schweren Operationen gesetzten Verletzungen, theils durch die infolge länger Geburtsdauer und starker Blutungen herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Körpers den Infectionsträgern der Zutritt erleichtert, so fehlte diese Erklärung für das Zustandekommen der Infektion bei den übrigen 18. Hier waren die einzigen geburtshülflichen Maassnahmen, soweit sich dies aus den Journalen feststellen lässt, innere Untersuchungen und Scheidenausspülungen während der Geburt.

Es soll auf die näheren Umstände dieser Gruppe von Infectionen nicht näher eingegangen werden; jedenfalls besteht die Thatsache, dass bei über zwei Drittel der im Wochenbett an schwerer Parametritis erkrankten Frauen die Entbindung nur durch innere Untersuchung geleitet worden war.

Dass der untersuchende Finger in der Mehrzahl dieser Fälle mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit der Träger der Infectionskeime war, muss ohne weiteres zugegeben werden; dass er es aber nicht immer sein muss, lehrt Fall 32.

Die 33jährige, unverheirathete VI. p. war nach ihrer Angabe ausserhalb der Anstalt weder in der letzten Zeit der Schwangerschaft, noch während der Geburt untersucht worden. Die Geburt wurde nur durch äussere Untersuchung geleitet und war bereits

nach einer Stunde vollendet. Kurze Zeit nach Austossung der Nachgeburt stieg die Temperatur auf 39,5. 116 P. und unter stürmischen Fiebersteigerungen bis 41,1° entwickelte sich in den ersten 14 Tagen des Wochenbettes eine linksseitige Parametritis. Hier ergab die am 1. Wochenbettstag vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Collumsekretes bereits die Anwesenheit von Streptokokken und Staphylokokken.

Entweder hatten hier kleinste, bei der schnell erfolgten Geburt entstandene Schleimhautverluste genügt, dem keimhaltigen Sekret den Weg in das parametritische Gewebe zu öffnen oder — wofür aber anamnestisch keine Anhaltspunkte vorhanden sind —, eine alte Erkrankung des Parametriums war unter dem Einfluss der Geburt recidivirt.

Oder endlich kann die Entstehung darauf zurückgeführt werden, dass die Betreffende tagelang mit 3—5-Markstück weit geöffnetem inneren Muttermund und noch stehender Blase herumgegangen ist, eine Beobachtung, die wir nicht selten bei Hochschwangeren in der letzten Zeit vor der Entbindung machen konnten. Bedenkt man, dass in solchen Fällen das untere Uterinsegment in kleinerem oder grösserem Bezirk von den Eihäuten abgelöst ist, dann ist den Mikroben im weitesten Maasse Thür und Thor geöffnet, namentlich wenn solche Schwangere zur inneren Untersuchung verwendet werden und ungeschickte bez. unverständige Tastungen des Zeigefingers im oder über dem Bereich des inneren Muttermundes stattfinden.

So lehrreich derartige Fälle sind, und so schwer dabei selbst in der Klinik eine Erkrankung vermeidbar bleiben wird, so sehr müssen wir im Interesse der Kreissenden ganz und gar davon überzeugt sein, dass, abgesehen von den seltenen Ausnahmen einer recidivirenden Parametritis, in der allergrössten Mehrzahl der Fälle die Entstehungsursache der Wochenbettsparametritis auf einer direkten Infektion während der Geburt beruhte, sei es durch Instrumente, sei es durch Spülrohr oder durch den Finger des Untersuchers hervorgerufen. Und diese Infektion ist vermeidbar — theils durch die Unterlassung aller unnöthigen inneren Untersuchungen, theils durch eine wirkliche Antiseptik.

In den puerperalen Fällen war 23mal eine rechtzeitige Geburt, 3mal ein Abort vorausgegangen; in den nicht puerperalen Fällen entstand die Erkrankung 1mal (Fall 22) nach einer Ausschabung der Gebärmutterhöhle wegen chronischer Endometritis, je 1mal

(Fall 18) wurden die ersten Beschwerden nach einem Trauma, Fall auf das Gesäss, bemerkt, bez. nach Ablauf der Menstruation, mehrmals recidivierend (Fall 2), ohne dass eine sonstige Ursache angegeben werden konnte.

In Fall 27, Nullipara, entwickelte sich das Leiden auf dem Boden einer seit 23 Jahren bestehenden chronischen Periproktitis im Anschluss an eine Prolapsoperation; in Fall 4 handelte es sich wahrscheinlich ebenfalls um ein Recidiv eines alten Exsudatrestes in der Umgebung des Mastdarms.

Unbekannt blieb die Ursache in Fall 16 (altes Leiden) und Fall 33 und 35. Bei den letzten beiden Patientinnen, deren Exsudate perimetritische waren und sich im Anschluss an chronische Adnexerkrankung, bez. durch eine frische Infection entwickelt hatten, ist höchst wahrscheinlich gonorrhöische Infection die erste Ursache. Allerdings ist der bakteriologische Beweis für diese Diagnose trotz langdauernder Beobachtung bisher nicht zu erbringen gewesen.

Nur 1mal (Fall 22 nach Excochleatio) kam ein Fall von acuter Parametritis purulenta und einer von acuter Perimetritis sero-purulenta zur operativen Behandlung. Die Erkrankung bestand im ersten seit 14 Tagen, im zweiten Falle seit 3 Wochen. Alle übrigen Fälle, insbesondere sämtliche Erkrankungen puerperalen Ursprunges, sind als subacut, bez. chronische Entzündungen zu bezeichnen.

Bei einer Patientin (No. 9) bestand das Leiden seit 15 Jahren; bei einer anderen (Fall 3) seit 10 Jahren; beide waren im Anschluss an Entbindungen erkrankt.

Die grosse Zahl der mehr subacuten Para- bez. Perimetritiden bestand seit 6 Wochen bis 1 Jahr, so dass sich die Durchschnittsziffer der Erkrankungsdauer bei der Aufnahme in die Klinik auf etwa 3—4 Monate berechnet.

Um die pathologische Anatomie der Entzündungsherde zu erläutern, betrachten wir die Parametritis und Perimetritis gesondert und stellen sie uns nach Sitz und Ausbreitung auf Grund unserer eigenen Fälle dar.

Nimmt man eine Collumverletzung bei der Geburt oder bei einer Operation als den Ausgangspunkt an, so entfaltet sich in ihrer Umgebung die Basis des Ligamentum latum durch ein entzündliches Oedem, das in wenigen Tagen die Grösse einer Faust und darüber erreichen kann. Die beiden Blätter des breiten

Bandes werden in die Höhe gehoben; Tube und Ovarium der betreffenden Seite nach aufwärts, der Uterus nach der anderen Seite gedrängt; das Scheidengewölbe vorgebuchtet. Bei dieser Grösse kann es zum Stillstand kommen. Das Exsudat wird aufgesaugt oder geht in eitrige Schmelzung über. Bricht es auf, so kann es den Ausweg nach der Scheide oder nach dem Rectum nehmen, ab und zu auch in Blase, Uterus, selbst Ureter: Einseitiges parametranes Exsudat (Taf. VII, Fig. 1).

Bisweilen entwickelt es sich — doch seltener — in beiden Parametrien; und zwar kann dies gleichzeitig stattfinden; dann liegt der Uterus zwischen zwei teigigen Säcken. Oder nach Abheilung bezw. Durchbruch oder Entleerung des einen bildet sich ein zweites auf der anderen Seite aus, theils kleiner, theils beträchtlich grösser als das erste: Parametritis duplex.

Auch kann das lockere Bindegewebe vor oder hinter dem Uterus, zwischen Blase oder Rectum der Sitz sein. Im ersteren Falle wird das Peritoneum der Plica vesico-uterina höher und höher gehoben. Die Eitermasse wandert hinter den vorderen Bauchdecken empor, den Uterus und Harnblase nach hinten, ja nach der Tiefe drängend. Sie erreicht den Nabel und seitlich die Inguinalfalten. Hier und da sucht sich der Eiter am Nabel einen Ausweg. Unmittelbar über dem vorderen Beckenring liegt ein teigiges Kissen, dessen Nichtzusammenhang mit Blase und Uterus durch Sonde und Katheter sofort festzustellen ist: Parametritis purulenta anteuterina (No. 16, 34). (Taf. VII, Fig. 2.)

Ist aber der Eiterherd in dem lockeren Bindegewebe zwischen Collum und vorderer Rectumwand zuerst aufgetreten, so schiebt er sich, den Douglas'schen Raum und den Uterus nach oben und vorn drängend, im Septum rectovaginale nach unten weiter vor. Anfänglich fühlt man im hinteren Scheidengewölbe eine teigige nach unten und vorn gerichtete Zungenspitze. Nimmt die Eiterung zu, so wird die hintere Scheidenwand von einem prallen, äusserst empfindlichen Tumor vorgedrängt, das Rectum zusammengedrückt und der Uterus schiebt sich langsam nach aufwärts: Parametritis purulenta retrouterina in septo rectovaginali (Taf. VII, Fig. 3).

Bei diesen beiden letzten Formen der Exsudate ist die Beschaffenheit der unteren bezw. seitlichen Begrenzung ganz bemerkenswerth. Sitzt das Exsudat vor dem Uterus, so wird sein Boden wie von einem, die vordere Scheidenwand umgreifenden derben Gewölbe gebildet, so hart bisweilen (Fall 34), dass es dem

weniger Geübten als eine maligne Neubildung erscheinen kann. Bei dem Sitz hinter dem Uterus dagegen, wo die seitliche Begrenzung von den Rändern des Rectum gebildet wird, ziehen sich, wie bei der Periproctitis gonorrhoeica die Entzündungsgrenzwälle längs der beiden Rectumseiten in die Höhe, sodass das eine Mal die Ausbreitung nach oben, also nach dem Nabel hin, das andere Mal nach unten, nach dem Introitus vaginae hin anatomisch vorgeschrieben ist.

Es versteht sich von selbst, dass bei diesen vier verschiedenen Gruppen das benachbarte Peritoneum entzündlich gereizt ist. Darum werden sich auch Pseudomembranen zwischen seinen sich berührenden Lamellen, wie mit den Nachbarorganen ausbilden. Doch pflegen sie nicht derart zu sein, dass Ovarien und Tuben bis zur Unentwirrbarkeit und physiologischen Unthätigkeit in sie verwickelt würden. Damit erklärt es sich, dass so viele Frauen nach Abheilung selbst grösster parametraner Eiterungen noch wiederholt und ganz normal geboren haben.

Ganz anders freilich, wenn gleichzeitig mit den Parametrien die Adnexe acut oder chronisch entzündet sind.

Bevor wir aber diese Complicationen erörtern und damit das Gebiet der eitrigen Perimetritis betreten, ist noch der kleinsten parametranen Entzündungsherde, die sehr häufig nicht erkannt und missachtet werden, sowie der Ausbreitung der parametranen Eiterung über das Becken hinaus zu gedenken.

Was die ersteren betrifft, die kleinsten parametranen Entzündungsherde, so finden sich solche hier und da im Anschluss an ein fieberhaftes Wochenbett und bewirken, selbst nach wochenlangem Aufhören der früher geringen Temperaturerhöhung, einen ununterbrochenen dumpfen Schmerz in einer Seite des Beckens, ausstrahlend bis in den betreffenden Oberschenkel. Die Quelle dieses lästigen und quälenden Schmerzes ist ein kleiner, manchmal nur wallnussgrosser Exsudatknoten an der Seitenkante des Uterus. Durch Untersuchung in Narcose oder bei sehr dünnen Bauchdecken lässt er sich gut feststellen. Namentlich war er zu finden — worauf uns Herr Geheimrath Leopold wiederholt hingewiesen hat — in dem Bereich zwischen Tubeninsertion, Ovarium und Uteruskante (Taf. VII, Fig. 4). Ganz genau lässt sich das Ovarium von ihm unterscheiden; und dass diese Stelle bestimmt der Sitz war, ergab sich aus dem Kontrollbefund nach entsprechender Behandlung, wenn jeder dumpfe Schmerz und auch die leiseste Empfindlichkeit der

Stelle bei stärkerer Berührung wieder verschwunden war. Dann fühlte man neben der Uteruskante das Parametrium mit Tubenabgang und Ovarium wieder von normaler Beschaffenheit. Die Entstehung dieser kleinen Herde ist vielleicht auf Infection der Placentarstelle oder auf geringe Entzündung einzelner kleiner Thromben zurückzuführen.

Die Ausbreitung der parametritischen Eiterherde bis über das kleine Becken hinaus kommt glücklicherweise heut zu Tage nicht mehr so oft vor wie früher, aber immer noch häufig genug, und bildet mit dem langwierigen Schmerzenslager und den schweren Folgezuständen ein sehr ernstes Leiden.

Am meisten breitet sich der in einem Ligamentum latum localisirte Eiterherd nach vorn, oben und nach der Seite hin aus. Dann verstreicht die Inguinalfalte. Das Peritoneum wird über dem Musculus psoas und auf der Darmbeinschaukel immer mehr in die Höhe gehoben und die eitrige Infiltration ergreift den Psoasmuskel selbst (Taf. VII, Fig. 5). Das betreffende Bein liegt regungslos nach aussen rotirt und herangezogen da. In der Seite des Beckens und des Unterleibes hat sich eine Geschwulst entwickelt, die sich nirgends deutlich umgreifen lässt, welche nach allen Seiten hin diffus in die Nachbarorgane übergeht und auf der Höhe der Entwicklung äusserst empfindlich und fluctuirend ist.

Findet sie in diesem Zustand keinen eigenen oder künstlichen Ausweg, so kann sie sich bis zum Rippenbogen, andererseits nach dem Trochanter major oder nach den Seiten des Kreuzbeins hin im Foramen ischiadicum neue Bahnen verschaffen und so zu den verschiedensten Eitergängen führen.

Die Entwicklung so grosser Eiterherde, die auch wir wiederholt unter unseren Fällen gesehen haben, sollte nicht mehr vorkommen. Sie beruhen wohl immer auf Vernachlässigung, Unterschätzung und nicht früh genug erfolgter Eröffnung der noch im Bereich des kleinen Beckens befindlichen Abscesse.

In naher Beziehung zu den eben geschilderten parametranen (extraperitonealen) Eiterungen stehen die perimetritischen Exsudate und Abscesse, welche zum Unterschied von den vorigen intraperitoneal liegen, durch ihre Abkapselung aber und die Vorbuchtung der Scheidenwände und Inguinalfalten mit parametranen Eiterherden verwechselt werden können.

Unter unseren Fällen befinden sich drei so ausgezeichnete Beispiele perimetritischer grosser Exsudate, dass sich an der Hand

der bei der Laparotomie erhobenen Befunde die anatomische Schilderung der Beckenorgane wohl lohnt.

Am wichtigsten von ihnen sind die Fälle 33 und 35. Die Klarlegung der Verhältnisse bei der Laparotomie im letzten Falle hat nachträglich ein besseres Verständniss für die Befunde im Falle No. 33 ergeben. In beiden handelte es sich um grosse perimetritische Serum- bez. Eiterherde, deren Ausgangspunkte die schwer erkrankten Tuben waren, wie das eine Mal (No. 33) die endlich Heilung bringende vaginale Totalexstirpation, das andere Mal (No. 35) die Laparotomie mit voller Sicherheit ergeben hat.

Die Fälle sind, soweit in den Tabellen nicht das Wichtigste schon angeführt ist, folgende:

I.

Nr. 33. 13. 12. 1894. Die unverheir. 21jähr. Fl. ist seit dem 16. Jahre, 4wöchentlich regelmässig, 8tägig menstruiert; zuletzt vor 6 Wochen wie gewöhnlich. Hat nie geboren und will nie unterleibskrank gewesen sein.

Am 21. Oktober 1894 erkrankte sie mit Schüttelfrost an Lungenentzündung. Kam am 3. 11. ins Stadtkrankenhaus, wo sie mit Priessnitz u. s. w. behandelt wurde. Nach Ablauf der Lungenentzündung trat Stechen rechts im Unterleib auf, sie konnte nicht mehr im Bett aufsitzen. Die rechte Seite schwellt allmähig an. Stuhl normal. Wasserlassen mit Beginn der Unterleibserkrankung schmerzhaft. Ueberführung in die K. Frauenklinik.

Aufnahme: Blass, sehr schlecht genährt. Herz normal. Lungenschall vorn sonor, bis auf kleinen Bezirk vorn unten rechts, der geringen tympanitischen Beiklang hat. Lungenbefund wegen zu grosser Schmerzen beim Aufsitzen hinten nicht festzustellen. Zunge belegt. Brüste gering entwickelt.

Deflorata. Giebt an, seit 2 Jahren eitrigen Ausfluss zu haben. Portio in der Mitte stehend, ohne Einrisse. Muttermund geschlossen. Rechtes Scheidengewölbe etwas abgeflacht, linkes normal. Im rechten Parametrium eine derbe Resistenz. Uterus, Tuben und Ovarien nicht durchzufühlen.

Leib rechts unten emporgewölbt durch eine derbe diffuse Geschwulst, die sich bis zur Verbindungslinie zur Spina sup. ant. und Nabel erstreckt, und sich unter Emporhebung des rechten Lig. Poup. nach dem rechten Oberschenkel verliert.

Im Harn Spuren von Eiweiss. 38,5. 116 Puls.

Diagnose: Doppelseitige Adnexerkrankung. Rechtsseitiges parametritisches Exsudat.

15. 12. 94. Narcose mit Chloroform wegen der Lungenerkrankung. Schnitt parallel dem Lig. Poup. ca. 3 Querfinger breit oberhalb desselben. Vorsichtige Durchtrennung der Muskeln. Unter der Scheide des Musc. obliquus internus sieht man den Abscess mit heller bernsteingelber Flüssigkeit durchschimmern.

Die nächstliegende Annahme, dass es sich um eine extraperitoneale Abscesshöhle handle, erwies sich als falsch. Es war vielmehr eine grosse Peri-

tonealcyste, deren oberer Wandabschnitt mit der Wandserosa verlöthet war; denn nach Eröffnung derselben entleerten sich mehrere taubeneigrosse, gelbliche gallertige Flocken und eine reichliche Menge Serum.

Bei der Austastung kam man in die Tiefe der rechten Beckenhöhle, die von den verklebten Organen: den Adnexen, der rechten Kante des Uterus und des Rectum gebildet war.

Tamponade mit sterilisirter Gaze. Verschluss der Incision bis auf eine für das Gazeende genügend grosse Oeffnung. Im Serum und in den Flocken fanden sich nur weisse Blutkörperchen.

Aufhören der Schmerzen. Abfall des Fiebers. Wesentlich besseres Befinden in den nächsten Tagen. Wiederholter Verbandwechsel.

Am 21. 1. 95 war die Wunde ausgeheilt und zum grössten Theil überhäutet.

Entlassen am 22. 1. Ueber dem rechten Scheidengewölbe findet sich noch ein circa hühnereigrosser weicher Tumor (Pyosalpinx?).

Bis zum 23. 2. 95 hatte sich die Pat. recht zufriedenstellend befunden, freilich bei sehr mangelhafter Pflege und Ernährung. Sie hatte keine Schmerzen, konnte ohne Beschwerden sitzen und auf beiden Seiten liegen. Der Schwächezustand war aber noch gross.

In der Nacht vom 23. zum 24. 2. bekam sie plötzlich, beim Versuch sich auf die linke Seite zu legen, heftiges Stechen links unten im Leibe, und beim Uriniren.

Wiederaufnahme am 27. 2. 39.2. 112 Puls.

Derbes, fluctuirendes, diffuses Exsudat zwischen Nabel, linker Spina sup. ant. und Inguinalfalte. Incision am 28. 2. Nach Durchtrennung der Bauchdecken und des Bauchfells sieht man eine fast kindskopfgrosse Geschwulst zu Tage liegen, durch deren äusserst feine, anscheinend vom Peritoneum gebildete Kuppe gelbe Flocken schimmern. Es handelte sich also auch hier um eine grosse Peritonealcyste, die dadurch entstanden war, dass sich zwischen die lose verklebten Beckenorgane eine reichliche Menge entzündlichen Transsudates ergossen und dadurch die Pseudomembranen zur durchscheinenden Geschwulstwand ausgedehnt hatte. Da letztere in weitem Umkreise mit der Wandserosa verklebt war, wurde hier eingeschnitten. Auch hier ergoss sich eine ziemliche Masse bernsteingelber Flüssigkeit, die von grossen Flockenmassen durchsetzt war. Die Höhle fiel zusammen und wurde mittels Drainage weiter behandelt, freilich mit der Aussicht, dass, so lange die eitrige entzündeten Adnexe nicht ausheilten bezw. nicht entfernt wurden, es zur endgültigen Genesung wohl kaum kommen werde.

Vom 28. 2. bis 20. 3. war die Kranke fieberfrei. Dann hoben sich Temperatur und Puls von Neuem.

Am 4. 4. hatte sich der Fistelgang ziemlich geschlossen. Patientin sollte entlassen werden, wurde aber wegen der im rechten Parametrium noch befindlichen Geschwulst und, da sie ausserhalb ohne jede Pflege war, zurückgehalten.

Inzwischen stieg am 18. 4. die Temperatur auf 39.4. Kopfschmerzen hielten dauernd an. Die Quellen der vermehrten Beschwerden waren im rechten Parametrium zu suchen.

Es wurde daher am 26. 4. dieser Herd vom rechten Scheidengewölbe aus freigelegt und breit eröffnet. Entleerung einer mässigen Menge Eiters. Drainage. Sofortiger Abfall des Fiebers. Sichtliche Besserung. Am 28. 5. entleerte sich bei gründlicher Durchspülung eine ziemliche Menge gashaltigen, höchst übelriechenden Eiters und unter täglicher

Ausspülung mit Kali hypermanganicum reinigte und verkleinerte sich allmählich die Höhle.

Doch am 4. 6. stiegen Temperatur und Puls von Neuem bis auf 39,0 und 120. Da grössere Herde nicht mehr nachzuweisen waren, konnten die Fiebererreger, die auch zu den intraperitonealen Exsudaten geführt hatten, nur in den Tuben und Ovarien noch liegen, eine Annahme, welche durch eine vorsichtige Untersuchung am 13. 6. ihre Bestätigung fand.

Denn der Uterus war nach links und etwas nach hinten eingemauert und beide Ovarien und Tuben bildeten jederseits ein pralles, stark fluctuirendes Conglomerat.

Da das Fieber trotz aller sonstigen Behandlung in fortwährendem Schwanken blieb und das Allgemeinbefinden immer noch darniederlag, blieb nichts Anderes als die Entfernung der schwer erkrankten Organe übrig.

Am 28. 6. wurde nach einem linksseitigen tiefen Scheidendammschnitt erst der Uterus entfernt, dessen hintere Wand bis zum Fundus auf das Festeste mit dem Rectum verlöthet war. Die Entfernung geschah so, dass das linke Parametrium zuerst und zwar von unten nach oben, dann das rechte und zwar von oben nach unten abgebunden wurden, wobei dicke schwartige Narben zu überwinden waren. Hierauf schälten Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand die rechten Adnexe aus und banden sie durch die Mesosalpinx nach zwei Seiten hin ab. Gleicherweise verfuhr die linke Hand linkerseits. Beide Ovarien enthielten Säcke voll Eiter, der, von der linken Seite entnommen, bei der sofortigen mikroskopischen Untersuchung zahlreiche Streptokokkenketten aufwies. Nach sorgfältigster Reinigung der Wundhöhle wurde sie lose mit sterilisirter Gaze ausgestopft und der Scheidendammschnitt geschlossen.

Der Verlauf war fieberlos. Vor Allem fiel der Puls dauernd auf 60—70 und Patientin erholte sich schnell und zusehends. Entlassung in einem gegen früher gar nicht vergleichbaren Allgemeinbefinden am 22. 7. 1895.

Die entfernten Organe bestehen aus dem kleinen atrophischen Uterus ($6\frac{1}{2}$ cm lang, $3\frac{1}{2}$ und $2\frac{1}{2}$ cm breit), dessen Hinterwand rau und uneben ist.

Das rechte Ovarium ist in einen hühnereigrossen Eitersack mit derber dicker Wandung umgewandelt, die Oberfläche mit zahlreichen Adhäsionen bedeckt. Die Innenfläche des Pyovarium rau; vom eigentlichen Ovarialgewebe nur Andeutungen nachweisbar. Durch feste Adhäsionen verwachsen liegt die kleinfingerdicke Tube von $6\frac{1}{2}$ cm Länge dem Cystensacke unmittelbar auf. Ihre Schleimhaut ist hypertrophisch, serös durchtränkt. Die Fimbrien nur noch theilweise erhalten; das Abdominalende für die Sonde auf ca. 4 cm Länge durchgängig; das uterine Ende verschlossen.

Das linke Ovarium ist ebenfalls in einen wallnussgrossen Cystensack verwandelt, in dem sich zwei grössere vereiterte Follikel befinden. Wandungen mit Adhäsionen bedeckt. Tube $9\frac{1}{2}$ cm lang, geschlängelt, posthornförmig, sehr verdickt. Fimbrienende durchgängig. Uterinende ebenfalls verklebt. Muscularis und Schleimhaut unregelmässig geschwollen und durchfeuchtet.

Hervorzuheben ist ausdrücklich, dass weder in den Tuben, noch in den Ovarien von den verschiedenen Operationen

etwa herrührende Einschnitte bemerkbar waren. Die Exsudate bezw. Eiterhöhlen waren demnach nicht Abschnitte von grösseren Tubensäcken, sondern rein perimetritische seröse Höhlen, wie sie auf das Klarste zu Tage gelegt werden konnten.

II.

No. 35. 2. 8. 1895. Die 27 J. alte Frau Kü. war verheirathet seit 1887; lebt aber getrennt seit 1890.

Vater lebt und ist gesund. Mutter starb an Phthisis pulmonum. Will früher nie krank gewesen sein. Erste Menstruation mit 14 Jahren, 3 monatlich, 5 tágig, regelmässig und ohne Beschwerden. War vom 6. bis 10. 6. normal; vom 2.—6. 7. schwächer wie sonst; vom 20. bis 23. 7. starke Blutung. Die letzte vom 1. 8. ab. Hatte vor 6 Jahren eine Fehlgeburt im 6. Monat.

Seit 3 Wochen klagte die Kranke über krampfartige Schmerzen im Unterleib, ausstrahlend nach dem Rücken; dazu starken Druck auf das Rectum. Während der Blutung vom 20.—23. 7. bemerkte sie Abgang von grösseren Stücken. Vor 3 Tagen suchte sie der Blutung wegen das Krankenhaus auf und wurde von da hierher überwiesen.

Aufnahme: Hohe Anämie. Sehr leidender Ausdruck. Herz, Lungen normal. Im Urin $\frac{1}{5}$ Vol. Eiweiss. Brüste wenig entwickelt. Warzenhöfe klein, nicht pigmentirt. Montgomery'sche Drüsen aber deutlich hervortretend, Secretion rechterseits vorhanden.

Scheide aufgelockert. Portio tiefstehend; Uterus links dicht hinter der Schamfuge. Hintere Muttermundslippe fast verstrichen; vordere $\frac{1}{2}$ cm lang. Muttermund quergespalten und geschlossen. Das kleine Becken völlig ausgefüllt von einem prall elastischen Tumor von glatter Oberfläche, welchem in der Kreuzbeinhöhle ein länglicher, wallnussgrosser, praller, sehr empfindlicher Tumor anliegt. Dieser Tumor überdeckt das ganze kleine Becken derart, dass man mit den Fingern nur vorn und links in den Beckeneingang etwas eindringen kann.

Klinische Diagnose: Tubarabort der linken Seite. 2. Monat. Haematocoele retrouterina.

Die Diagnose hat sich nicht bestätigt, obwohl auf Grund anderer Fälle die Anämie, das Verhalten der Menstruation und Brüste, die Auflockerung, der Stand des Uterus und die Beckengeschwulst sie in hohem Grade wahrscheinlich machten.

Die Operationsdiagnose lautete vielmehr:

Mächtiges, seröses, noch nicht in Vereiterung übergegangenes, perimetritisches Exsudat im Anschluss an doppelseitige chronische Adnexerkrankung.

Wegen der grossen Beschwerden wurde am 5. 8. 95 zur Laparotomie geschritten (Taf VII, Fig. 6).

Nach Eröffnung des Leibes zeigte sich das Colon transversum entzündlich verdickt und quer über das kleine Becken gelagert, ein Befund, wie er bei Extrauterin gravidität ganz gewöhnlich ist. Vom unteren Rande des Colon zogen Pseudomembranen, flächenhaft ausgebreitet und buckelartig vorgetrieben, aber von zartester durchscheinender Wandung bis zum Fundus uteri herüber, zwischen denen Peritonealcysten mit bernsteingelbem Inhalt bis zu Wallnussgrösse lagen. Um Klarheit zu gewinnen, wurden diese sämtlich mit dem Paquelin-Brenner eröffnet. Man gelangte nun zwischen dem Colon transversum, der hinteren Uterus-

wand und den seitlichen Beckenwänden, denen die stark entzündeten, ganz verwickelten und fest verlötheten Adnexe anlagen, von einer Exsudathöhle in die andere, bis zu der tiefsten, weit über faustgrossen, welche den Douglas'schen Raum einnahm und ebenfalls mit bernsteingelbem Serum und massigen, gallertigen Flocken ausgefüllt war (Taf. VII, Fig. 6). Von extrauteriner Schwangerschaft war nichts zu bemerken.

Nachdem die Höhlen entleert und mittels steriler Gaze trocken gelegt worden waren, liess man die Organe in der Beckenhöhle sich in natürlichster Ordnung an einander lagern, worauf, um jedes Eindringen von etwa neu sich bildendem Serum in die Bauchhöhle zu vermeiden, der untere Rand des Colon transversum wieder mit der Serosa uteri durch feinste Seidenfäden vernäht wurde.

Schluss der Bauchwunde.

Von der Entfernung der Adnexe wurde mit Rücksicht auf den elenden Zustand der Frau und im Vertrauen darauf abgesehen, dass durch die Ablassung der Exsudate die zur Zeit wesentlichsten Beschwerden beseitigt würden.

Diese Voraussetzung bestätigte sich in den nächsten Wochen.

Denn der Verlauf war fieberlos. Das Allgemeinbefinden hob sich. Die Entzündungszustände im kleinen Becken gingen schnell zurück, so dass am 21. 8. 95 folgender Befund erhoben werden konnte: Die Portio nach links, der Uteruskörper nach rechts verzogen. Rechts von ihm noch eine geringe unregelmässige Schwellung (Adnexe); im Douglas'schen Raume feine Pseudomembranen.

Es steht zu erwarten, dass bei sorgfältiger Pflege ein Ruhezustand eintritt. Ob aber, wie im vorigen Falle, die chronische Entzündung der Adnexe, die auch hier zweifellos die Quelle der perimetritischen Reizung war, nicht neue Nachschübe bringt und schliesslich zur Castration, bezw. zur vaginalen Totalexstirpation führt, muss weiter abgewartet werden.

Jedenfalls lehren die beiden Fälle bei dem Vergleich mit den parametranen Entzündungen in ausserordentlich klarer Weise, dass die para- und perimetritischen Exsudate:

1. wohl immer ganz verschiedenen Ursprunges sind. Die ersteren schliessen sich meistens an Verletzungen bezw. Infectionen bei der Entbindung oder nach Operationen am Uterus an, wandern unter dem Bauchfell im lockeren Bindegewebe hin und liegen extraperitoneal. Die letzteren liegen intraperitoneal und rühren meistens, vielleicht immer von Mikroorganismen her, welche ihren Weg durch Scheide, Uterus und Tuben bis zur Bauchhöhle nehmen, schliessen sich also an eine acut entstandene Salpingitis und Oophoritis an. Ob dies nur durch eine bestimmte Gruppe von Mikroben bewirkt wird, bleibt weiterer Forschung vorbehalten.

2. Können aber beide Gruppen von Exsudaten; namentlich wenn sie sich nach unten ausbreiten, anatomisch fast gleiche Bilder erzeugen durch Verdrängung des Douglas'schen Raumes und der Scheidengewölbe und durch Entfaltung der Inguinalgegenden.

Hieraus erhellt, dass die Differentialdiagnose erhebliche Schwierigkeit haben kann, und wesentlich eine sehr sorgfältige Anamnese (Puerperium bezw. Operation oder Adnexerkrankung) zu Hülfe nehmen muss.

Die pathologisch-anatomische Betrachtung der parametranen Exsudate können wir aber nicht schliessen, ohne der eigenthümlichen Beschaffenheit zu gedenken, welche chronisch eingedickte Exsudate bisweilen aufweisen, und in welchen sie wochen- und monatelang verharren: wir meinen die Eindickung der Exsudate bis auf einen mehr oder weniger central gelegenen Eiter- oder Serumkern, welcher von einer festen bis zu 3 cm dicken und noch dickeren Schwartenwandung umgeben ist. Will man hierfür ein Bild brauchen, so passt am besten der Vergleich mit einer Cocusnuss, ihrer harten Schale und dem milchigen Kern (Taf. VII, Fig. 7).

So lange nun dieser Eiterkern, welcher der weiteren Resorption auf lange Zeit (vielleicht auf immer?) trotzen kann, in der Kranken verbleibt, so lange kann leichtes Fieber bestehen und die Genesung wird hintangehalten werden. Damit stimmt die Beobachtung recht gut überein, dass manche Kranke Jahre brauchen, bis sie das eingedickte, steinharte Exsudat überwunden haben. Aber soll man so lange warten, nachdem man bei unseren Fällen gesehen, dass man diesen Kern aufsuchen und entleeren kann, und dass darnach die Genesung erstaunlich schnelle Fortschritte macht?

Kommt ein so grosses, wie in Taf. VII, Fig. 7 angegebenes Exsudat zum Stillstand und schiebt es sich zur Eindickung an, so bilden sich von der Peripherie nach der Mitte hin, immer derbere, von zahlreichen Gefässen durchsetzte, sulzige Schwarten, deren Festigkeit stellenweise an Knorpelgewebe heranreicht. Diese Schwarten schliessen einen mehr oder weniger unregelmässigen, manchmal nur wallnussgrossen Kern ein, der aus Eiter, Serum und krümlichen Massen, manchmal nur aus trübem Serum besteht. Die Schwarten haben den Organismenhaufen gleichsam zu umwallen, unschädlich zu machen gesucht, genau so, wie sich um den in die Beckenhöhle erfolgten Bluterguss nach Tubenabort eine Bindegewebschale bildet, oder wie um einen Kaninchenfötus, den man experimentell einem erwachsenen Kaninchen in die Bauchhöhle implantirt¹⁾.

1) Leopold, Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Extrauterin-schwangerschaft. Dieses Archiv. Bd. 19.

Und in der That ist der eingeschlossene Kern nicht gleichgültiger Art. Enthielt er doch in unseren Fällen zu wiederholten Malen die verschiedensten noch lebenden Mikroorganismen, deren Fortbestand im Körper jedem unbefangenen Denkenden das chronische Siechthum erklären musste.

Durch die fingerdicken Schwarten kann aber der Kern nicht durchbrechen. Bis er auf den letzten Rest verschwindet, bedarf es unbestimmbarer Zeit. Dann sind aber immer noch die schwartigen Massen in und neben der Beckenhöhle vorhanden, zu deren Auflösung der Organismus eine hohe Summe von Zeit, Geduld, von Kräften, von Pflege und der verschiedensten Behandlungsmaassnahmen braucht.

Diese Exsudatschalen mit den Eiterkernen müssen daher als eine Art der mannigfachen Ausgänge der parametranen Exsudate ernstlichst zu denken geben und unter allen Umständen dazu mahnen, dass die Prophylaxe bei der Entbindung oder bei einer Operation, oder, wenn das Exsudat einmal entstanden ist und Fluctuation zeigt, dass die frühzeitige Entleerung desselben von der grössten Bedeutung ist.

Die ersten Symptome des Leidens waren bei allen Kranken Fieber, allgemeine Schwäche und Schmerzhaftigkeit im Unterleibe, bald mehr, bald weniger scharf umschrieben. Die Erkrankung hatte in den seltensten Fällen in den ersten Tagen des Wochenbetts mit acuten Erscheinungen eingesetzt. Zumeist erzählten die Frauen, dass sie wenige, 3, 4, 5 Tage nach der Entbindung durch äussere Gründe gezwungen, oder in Unkenntniss der Verhältnisse aufgestanden seien, obwohl sie sich noch recht schwach gefühlt, und dass nach dem Aufstehen, oft unmittelbar nach dem Verlassen des Bettes, mit oder ohne initialem Schüttelfrost, die oben erwähnten Beschwerden aufgetreten seien, die sie dann von neuem und dauernd an das Bett fesselten.

Bei einer anderen Gruppe von Kranken traten die ersten subjectiven Symptome noch später auf, mitunter wochenlang nach der Geburt in Folge von grosser körperlicher Anstrengung.

Die Angabe „Kindbettfieber“ findet sich nur 4 mal, davon 2 mal im Anschluss an manuelle Placentarlösungen. In diesen Fällen begann die Erkrankung in den ersten Wochenbettstagen mit hohem Fieber, Schüttelfrost und heftigsten Schmerzen, Beschwerden, die wochenlang andauerten und die Kranken körperlich und seelisch bedeutend heruntergebracht hatten.

Entsprechend diesen verschiedenen Entstehungsarten des Leidens, einer mehr acuten, fieberhaften und einer mehr subacuten schleichenden Entwicklungsform, kamen auch die Kranken in ganz verschiedenem Zustande zur Behandlung; während die einen noch im Stadium des intermittirenden Fiebers sich befanden und das Bild der schwer acuten Allgemeinerkrankung noch darboten, zeigten andere die Symptome der chronischen Eiterung und klagten in erster Linie über die örtlichen Beschwerden.

Die Diagnose der exsudativen Parametritis pflegt am wenigsten Schwierigkeiten zu machen im subacuten Stadium. Zu dieser Zeit hat sich im Parametrium bereits der scharf umschriebene, wenig oder gar nicht bewegliche Tumor von derber, theilweise fluctuirender Beschaffenheit entwickelt, der sich besonders mit eingehender Berücksichtigung der anamnestischen Angaben und der oft noch leicht febrilen Temperaturcurven wohl selten mit anderen Geschwülsten der Beckenorgane verwechseln lässt. Im Beginn der Erkrankung, ehe dieser greifbare Tumor ausgebildet ist, bleibt die Diagnose auch dem Geübten längere Zeit zweifelhaft und unbestimmt; ebenso wie die diagnostischen Schwierigkeiten wieder zunehmen, wenn der Tumor eine bestimmte, mittlere Grösse überschritten und sich nach allen Richtungen hin im kleinen Becken und ausserhalb desselben ausgebreitet hat.

Die erste Infiltration des Beckenbindegewebes ist in jedem Falle in der Umgebung der Infectionsstelle zu suchen. So bildet sich das Exsudat nach der puerperalen Ansteckung erfahrungsgemäss zuerst nahe dem Douglas'schen Raume, entsprechend den Verletzungen an der Grenze zwischen Cervix und Parametrium. So wird es nach Adnexoperation zuerst in nächster Nähe des Operationsstumpfes gefunden; im Anschluss an Adnexerkrankungen wird es in der Umgebung der Tuben sich im Perimetrium ausbreiten. Ist die Eingangspforte in das lockere, lymphgefässreiche, parametritische Bindegewebe eröffnet, so schreiten die Infectionsträger weiter und weiter fort, das sich bildende Exsudat zieht den Uterus nach seiner Seite; verdrängt ihn, wenn es an Umfang zunimmt, nach der entgegengesetzten, schiebt die Adnexe nach aufwärts oder zur Seite, breitet die Blätter des Lig. lat., zwischen die es sich hineinschiebt, auseinander, dringt, indem es über sich das Peritoneum als Dach emporhebt, allmählich aus dem kleinen Becken nach den Beckenschaufeln hin, von da nach dem Psoas, nach der Incisura ischiadica zu und so entstehen, je nach der

verschiedenen Richtung der Ausbreitung die oben geschilderten Bilder.

In unseren Fällen hatte sich das Exsudat 13 mal vorwiegend rechts, 8 mal mehr im linken Parametrium entwickelt, 9 mal waren beide Parametrien in gleicher Weise ausgefüllt, 2 mal hatte die Geschwulst wesentlich anteuterin ihren Sitz und 1 mal hatte sich die Hauptmasse unmittelbar hinter dem Uterus angesammelt.

Je nach der Form und Ausbreitung des Exsudates wurden auch die subjectiven Beschwerden der Kranken verschieden gefunden, in ähnlicher Weise, wie sie von der Dauer und Entstehungsart abhängig waren.

Von unbestimmten leichten Schmerzen im Unterleibe bis zu den quälendsten Druckbeschwerden auf Blase und Mastdarm und der völligen Contractur und Lähmung des betreffenden Beines; von nur mässigen Störungen des Allgemeinbefindens bis zu den stürmischsten Fiebersteigerungen und der hochgradigsten Erschöpfung wechselten die Krankheitsbilder.

Die leichteren Formen der Erkrankung kamen allerdings nur selten zur Beobachtung, in der Mehrzahl der Fälle war der Allgemeineindruck ein recht schwer leidender. Zu der Summe der von der Krankheit unmittelbar hervorgerufenen Erscheinungen hatten sich in zahlreichen Fällen als Folge des langen Siechthums schwere Symptome nervöser Erschlaffung und psychischer Depression gesellt, welche die bedauernswerthen Leidenden jeder Freude am Lebensgenusse beraubten und der Thätigkeit in Haushalt und Familie seit Monaten gänzlich entzogen.

Beachten wir die Häufigkeit und die Schwere der Erkrankung, insbesondere den Umstand, dass es sich zumeist um Frauen handelt in der Blüthe ihrer Jahre, so muss es das Bestreben des Arztes sein, hier zu helfen, soviel und sobald es nur irgend in seinen Kräften steht.

Und die klinische Erfahrung lehrt, dass der Behandlung der eitrigen Parametritis ein grosses und ein dankbares Feld gegeben ist.

Die Prophylaxe liegt vorzugsweise auf geburtshülflichem Gebiet. Mit zunehmender Einschränkung unnöthiger innerer Untersuchungen und Eingriffe in der Geburt und mit zunehmender peinlicher Durchführung einer wohl verstandenen, zweckmässig angewandten Desinfection seitens der Aerzte und Hebammen wird die Zahl der Erkrankungen sicher um ein Bedeutendes abnehmen.

Primum non nocere!

Bei streng beobachteter Ruhe in den ersten 10 Tagen des Wochenbettes schwindet erfahrungsgemäss so manche geringe parametranen Reizung, ehe sie ernstere Erscheinungen macht.

Ist aber stärkeres Infectionsfieber aufgetreten, dann erzielt eine rechtzeitige und streng durchgeführte Behandlung recht oft gute Erfolge und baldige Heilung.

Die Prognose der Parametritis ist im Allgemeinen keine schlechte. Wissen wir doch, dass die Mehrzahl der parametranen Wochenbettsexsudate unter geeigneter abwartender Behandlung sich zu resorbiren pflegt, und dass eine andere grosse Gruppe der Erkrankungen mit dem Durchbruch des Exsudats nach Blase, Mastdarm oder nach aussen hin dauernde Heilung findet. Eingehende Beachtung und richtige Deutung der Puls- und Temperaturverhältnisse im Wochenbette lassen den sorgsamem Arzt den Beginn der Krankheit viel früher erkennen, als die bimanuelle Untersuchung das geformte Entzündungsproduct im Parametrium nachweist.

Hier schon setze die Therapie ein. Das wichtigste Moment dabei ist absolute Ruhe. Streng durchgeführte, wochenlange Bett-ruhe und Ruhigstellung des Krankheitsherdes und seiner Umgebung halten in vielen Fällen ein Fortschreiten der Infection auf. Wir möchten dabei der reichlichen Gaben von Opium (0,03 3 mal täglich und öfter) in Pulvern oder als Suppositorien nicht entbehren. Das Mittel wurde von fast allen Patientinnen lange Zeit und ohne unangenehme Nebenerscheinungen genommen, schaltete die Reize aus, die durch die Darmperistaltik sonst unvermeidlich sind und ermöglichte doch ab und zu schmerzlose Stuhlentleerungen. Dringend zu warnen ist vor dem häufigen Gebrauch von Abführmitteln.

Bei besonders lebhaften Schmerzen sind abendliche subcutane Morphiuminjectionen bis 0,015 pro dosi äusserst wohlthuend und empfehlen sich auch Tags über in kleinen Gaben. Schmerzfrie, in ruhigem Behagen verbrachte Nächte bringen ihnen neue Geduld und erleichtern ihnen wesentlich den quälenden Zustand. Hierzu kommt fortdauernde Anwendung des Eisbeutels und nach der Entfieberung Priessnitzumschläge über das ganze Abdomen. Dabei wurde kräftige, aber leichte, nicht blähende und nicht durchfallerregende Kost in kleinen Gaben, aber oft, etwa 2 stündlich, in schweren Fällen, wo Roborantien nothwendig, Tag und Nacht gereicht. In gleicher Weise ist es Aufgabe des Arztes, durch geeignete Maassnahmen in psychischer Beziehung günstig auf die Kranke einzuwirken.

Wohl bedarf es zur Durchführung einer solchen Behandlungsform vieler Aufopferung und Geduld Seitens der Kranken und Seitens des Arztes, umsomehr als die strenge Befolgung dieser Vorschriften erst ganz zur Heilung führen kann, wenn sie noch wochenlang geübt wird, nachdem die ersten stürmischen Erscheinungen vorüber sind, nachdem die Patientin nach der Ansicht ihrer Umgebung schon wiederhergestellt ist.

Wird aber die völlige Ausheilung unterbrochen, so treten nach scheinbarem Wohlbefinden bald wieder, erst selten, dann öfter, leichte abendliche Steigerungen auf, der Allgemeinzustand wird wieder leidend und durch die Untersuchung lässt sich die Anwesenheit eines Entzündungs- bez. Eiterherdes im Parametrium wieder nachweisen. Wie häufig kommen Kranke in die Sprechstunde mit unbestimmten Unterleibsbeschwerden: sie haben das Recidiv nicht etwa späterhin bekommen, sondern sind zur Zeit, als sie aufstanden, überhaupt noch nicht geheilt gewesen.

Nun beginnt ein neues Krankenlager. Bettruhe, Priessnitzumschläge, Regelung des Stuhlganges und der Diät, dabei Ichthyoleinlage, regelmässige Warmwasser- oder Moorbäder vermögen auch dann noch in einer Anzahl der Fälle nach wochenlanger Anwendung die Aufsaugung des Exsudates zu erreichen.

Tritt aber, trotz dieser expectativen Behandlung, in drei bis vier Wochen kein Stillstand oder keine merkliche Verkleinerung des Exsudats ein, verschwinden die Wärmesteigerungen nicht ganz, nimmt die Schwäche der Kranken dauernd zu, dann muss die chirurgische Behandlung rechtzeitig eingeleitet werden. Noch längeres Abwarten ist jetzt zwecklos und gefährlich, eine weitere Vorbereitung durch Breiumschläge auf die Gegend des Tumors aber entbehrlich.

Die Natur lehrt uns, dass nach Durchbruch eines acut entstandenen Exsudats und nach Abfluss des Eiters Besserung und Heilung in der Regel einzutreten pflegt. Unsere Aufgabe ist es darum, das Exsudat aufzusuchen und soweit wie irgend möglich zu eröffnen und abzuleiten.

Der Zeitpunkt für diesen Eingriff ist ein verschiedener, je nach dem Kräftezustand der Kranken und nach ihrer socialen Stellung.

Der Frau der arbeitenden Klasse, der die Sorge um das tägliche Brot ein monatelanges Krankenlager und eine darauffolgende noch gründliche Schonung nicht erlaubt, ist mehr gedient mit einer

frühzeitigen Entleerung des Eiterherdes; bei der besser situierten Frau, wo Zeit und Geld nicht diese wichtige Rolle spielen, wird sich oft die Operation hinausschieben bez. vermeiden lassen.

Im Allgemeinen wird aber für alle derartige Kranken als Regel zu gelten haben, dass, wenn die Palliativbehandlung nach wenigen Wochen nicht zur Resorption und zur Entfieberung führt, sondern eine mehr weniger teigige Geschwulst mit fortwährender Neigung zu Fieber bestehen und der Organismus elend und blutleer bleibt, die eingeschmolzenen Massen des Entzündungsherdes zu Tage gefördert werden müssen.

Und auf Grund der hiermit gewonnenen ausgezeichneten Erfolge gehen wir noch einen Schritt weiter und dehnen diese operative Behandlung auch auf solche chronische Exsudatmassen aus, welche schon eingedickt zu sein scheinen, aber immer noch ein schleichendes Fieber verursachen und den Körper zu keiner Erholung kommen lassen.

Es versteht sich von selbst, dass der operative Vorgang bei der ersten Gruppe von Fällen (den acuten eiterigen Exsudaten) nicht schwer, ja manchmal recht einfach ist, während er bei der zweiten Gruppe sich dadurch recht schwierig gestalten kann, dass die eingedickten, starren, aber noch einen flüssigen bez. breiigen Eiterkern enthaltenden Exsudatmassen in der Tiefe des Beckens aufgesucht werden müssen.

Der bei der Eröffnung des Eiterherdes einzuschlagende Weg ist abhängig von der anatomischen Lage desselben, und ist gegeben durch den Grundsatz, da einzuschneiden, wo die deutlichste Fluctuation nachweisbar ist.

Auf der Höhe der Eiteransammlung pflegt den anatomischen Verhältnissen entsprechend das Exsudat sich öfter im Douglas'schen Raum vorzubuchten.

Wir waren nur 6mal von 33 Fällen in der Lage hier zu incidiren. Bei dem mehr chronischen bez. subacuten Charakter unserer Fälle war die Exsudation nicht auf das kleine Becken beschränkt geblieben, sondern 27mal weiter nach oben vorgedrungen.

Uebrigens haben gerade die tief im Douglas'schen Raum entwickelten Exsudate, wie auch Veit erwähnt, grosse Neigung zum spontanen Durchbruch. So war in unserem Fall 4 derselbe zur Zeit der Operation bereits vollständig vorbereitet.

Die Technik war die bekannte. An der Stelle der tiefen Vorbuchtung wurde das Scheidengewölbe stumpf präparatorisch unter sofortiger Blutstillung eröffnet. Die Scheidengefäße bluten wie bei der Totalexstirpation mitunter recht stark, ebenso die zahlreichen Gefäße der Abscessmembranen. Sah oder fühlte man dann den Eiterherd, so wurde er incidirt, mit einer Sperrkornzange die Oeffnung erweitert, etwaige Zwischenwände in der Abscesshöhle wurden mit Finger und Kornzange zerstört und nach Abfluss des Eiters die Höhle mit Borsalicyllösung ausgiebig ausgespült und mit Jodoform- bez. sterilisirter Gaze tamponirt, in einzelnen Fällen bei starrer Wandung mit Glas- oder Gummirohr drainirt.

Die Nachbehandlung besteht bei Bettruhe in täglichen Ausspülungen der Höhle, unter Umständen in Wiederausstopfen derselben mit Gaze.

Wichtig ist, von Anfang an die Oeffnung im Scheidengewölbe gross genug anzulegen und sie, solange noch Sekretion besteht, breit offenzuhalten. Man erspart sich dadurch eine zweite Operation und kürzt der Kranken den Verlauf bedeutend ab.

In den übrigen 27 Fällen wurde von den Bauchdecken her incidirt, in Fall 9—11 durch die Laparotomie, in den anderen durch extraperitonealen Schnitt oberhalb des Lig. Pourpartii.

Das typische Vorgehen war folgendes: Zunächst wurde die Vorbereitung und Desinfection der Patientin ausgeführt genau wie zur Laparotomie. Dann in Narkose (seit mehreren Jahren nur mit Aether) Hautschnitt an der Stelle, wo das Exsudat die Bauchdecken am meisten vorbuchtete und der Eiter am nächsten zu erwarten war, in der Regel 2—3 Querfinger oberhalb und parallel dem Verlauf des Lig. Poupartii. Der Schnitt wurde mindestens 10 cm lang angelegt, um freien Ueberblick über das Operationsfeld zu haben. Nun wurde vorsichtig schichtenweise, nur leicht einschneidend oder stumpf präparatorisch in die Tiefe gegangen. Alle blutenden Gefäße wurden abgeklemmt; lag die Art. epigastrica im Schnittbereich, so wurde sie abgebunden und durchschnitten. Die Blutung pflegte stärker und mehr flächenhaft zu werden, sobald man nach Durchtrennung der Haut-, Muskel- und Fasciensicht in die von massenhaft neugebildeten Gefäßen durchsetzten schwartigen Wände des Exsudates kam.

Daran erkannte man die Nähe des Eiterherdes. Durch ange-drückte Gazebäuschchen wurde die Wundfläche trocken und blut-leer gehalten und der vorsichtig palpierende Finger suchte nun in

der Tiefe den Eiterherd auf. Danach Incision mit dem Messer, breite Oeffnung, Ablassen und Ausspülen des Eiters mit schwacher Borsalicyllösung, während, um völligen Abfluss zu erzielen, durch Kippen des Operationstisches die Patientin auf die Seite der Geschwulst gelagert wurde. Nachdem dann alle Abscesszwischenwände zerstört und alle eiterigen Fistelgänge aufgesucht und eröffnet waren, folgte die Ausstopfung der ganzen Höhle mit Gaze, in einigen Fällen theilweiser Schluss der Incisionswunde durch Seidennähte. Grosser Bindenverband wie nach Laparotomie.

Glatt und typisch verläuft diese Operation, wenn das Exsudat deutlich fluctuirend, zum Durchbruch vorbereitet, nahe den Bauchdecken liegt. In derartigen, freilich selteneren Fällen, wurde in der geschilderten Weise oft in wenigen Minuten der Eiter abgelassen, die Wundhöhle ausgespült und tamponirt; das Fieber fiel ab und die Pat. ging einer raschen Heilung entgegen.

Allein die Operation würde bedeutend an Werth verlieren, wenn wir sie nur bei grossen, nach den Bauchdecken ausgebreiteten fluctuirenden Tumoren anwenden könnten.

Sind es doch nur etwa die Hälfte der Fälle, die in diesem Zustande in die Behandlung kamen. Bei ebensoviel Patientinnen waren die Tumoren eingedickt, fest, ohne Fluctuation, theilweise steinhart, und doch immer noch von unaufhörlichen, wenn auch geringen Fieberbewegungen begleitet.

Auch diese Exsudate wurden der Operation unterzogen. Hier war allerdings der Weg oft recht schwer. Die alten, derben Exsudatschwarten mussten 3—4 cm tief allmählich gespalten und auseinander gehalten, die dabei erhebliche Blutung schrittweise gestillt werden. So wurde diese Operation recht mühsam und langwierig. In 8 Fällen gelang es, mehrmals unterhalb einer über 3 cm starken Schwartenlage dunkles Fluctuationsgefühl festzustellen und in der Tiefe einen Eiterkern noch zu finden, in den übrigen Fällen musste man sich nach langem vergeblichen Suchen mit der breiten Spaltung und Offenhaltung des Tumors und mit der Freilegung aller alten Fistelgänge begnügen. Pfadfinder nach dem Exsudatrest hin bildeten in solchen veralteten Fällen die auch bei anderen chronischen Entzündungen, z. B. bei der Operation alter Salpingitiden beobachteten, in das kleinmaschige, derbe Schwartengewebe eingestreuten, kleinsten Eiterpünktchen, die selbst in Fällen, wo sich ein eigentlicher Kern nicht mehr vorfand, noch zahlreich vorhanden waren.

Der Erfolg der Operation war aber auch in diesen Fällen, wo höchstens wenige Tropfen eingedickten Eiters oder selbst kein Kern entleert werden konnte, ein sehr befriedigender.

Die Gefahr der Verletzung des Peritoneum ist bei der Operation gering, wenn man stumpf präparatorisch vorgeht. Wird es in der Nähe des Eiterherdes verletzt, so thut man wohl besser, es sofort zu schliessen und die Operation einstweilen abzubrechen.

Die mediane Lage des Tumors und die Unbestimmtheit der Diagnose liess in 3 Fällen die Laparotomie angezeigt erscheinen. Im Fall 9 wurde zweizeitig operirt, in Fall 10 und 11 der bereits theilweise mit dem Peritoneum verlöthete Tumor sofort nach dem Bauchschnitte incidirt.†

Bemerkt sei noch, dass bei Eröffnung der Exsudate von den Bauchdecken her Gegenöffnungen nach der Scheide in keinem Falle gemacht wurden. Die Erfahrung hatte gelehrt, dass diese nicht nothwendig sind. Im Gegentheil hat die Verbindung des parametranen Herdes mit der Scheide und mit deren fortwährend wechselndem Gehalt an allen möglichen Mikroben in ein paar Fällen einen zweifellos verschleppten und complicirteren Verlauf genommen.

Der Verlauf und Erfolg der Operation war allgemein ein günstiger.

Bei sämmtlichen Kranken fiel vom Tage der Operation sofort die Temperatur ab. Damit trat bei Einigen überraschend schnelle Erholung in körperlicher und psychischer Hinsicht ein, Andere machten eine langsame Reconvalescenz durch. Alle konnten geheilt, bezw. sehr gebessert entlassen werden; ein Todesfall ist nicht vorgekommen.

Drei Kranke (No. 17, 24, 28), welche ausserordentlich schwer und lange darniedergelegen hatten, und deren Beckenorgane in die schwieligen Verlöthungen einbezogen angenommen werden mussten, haben später noch ein- und mehrmals normal geboren.

Wenn man die Durchschnittsdauer bis zur Heilung auf 6 bis 7 Wochen berechnet, so muss dabei wohl in Betracht gezogen werden, dass es sich zum grossen Theile um Personen handelte, die durch das langdauernde Siechthum heruntergekommen, im Zustande der grössten körperlichen Schwäche zur Operation kamen.

Eine secundäre Operation machte sich nur 4 mal nothwendig. In Fall 18 und 26 musste im Verlauf der Reconvalescenz wegen

Eiterretention die Incisionsstelle erweitert werden, während bei den Frauen No. 12 und 33 nach Incision des einen sich im anderen Parametrium ein neues secundäres Exsudat gebildet hatte.

Die Nachbehandlung war sehr einfach. Tägliche Ausspülungen der Höhle mit antiseptischen Lösungen, die mit Rücksicht auf die Anaemie der Patientin in schwacher Concentration angewandt wurden, hielten die Höhle so lange offen, bis vom Wundboden her kräftige Granulationen ihren allmählichen Verschluss bewirkten.

Gleichzeitig suchten wir durch kräftige Diät, Bäder und viel Aufenthalt in frischer Luft den Allgemeinzustand zu heben.

Bei der Entlassung fanden sich nach völliger Ausheilung in den betreffenden Parametrien meistens noch kleinere Schwielen. Grössere Exsudatknoten, die aber keine Beschwerden machten, wurden nur 2 mal (No. 2 und 3) in Fällen beobachtet, wo die Exsudate selbst schon lange bestanden hatten.

Praktisch ist jedenfalls von der grössten Bedeutung:

1. Dass wochenlang hohes pyämisches Fieber bestehen kann und doch in dem primären Exsudatherd sich kein Eiter, sondern nur Serum vorfindet (No. 17, 20 und 33). Im letzteren beobachtet man theils nur Leukocyten, theils massenhafte Streptokokkenketten.

2. Dass die Exsudate bisweilen steinhart schon sind, aber in ihrer Mitte immer noch einen Kern enthalten, der aus einem flüssigen oder eingedickten Eiter oder reinem oder trübflockigem Serum besteht. So lange derselbe vorhanden und uneröffnet ist, bewegt sich die Temperatur immer noch zwischen 37 und 38,2—38,5°. (No. 13, 14, 15, 17).

Diese Thatsache, die wir zu wiederholten Malen beobachten konnten, giebt betreffs der etwaigen Behandlung alter, harter parametraner Exsudate durch Massage sehr zu denken! Sie kann die unzweckmässigste und unheilvollste Behandlungsart sein!

Lauf. No. u. Journ.-No.	Name. Alter. ?para. Menstruation.	Erkrankungsursache, Verlauf und Dauer.	Befund und Diagnose.
1. 1887. 6.	Mei. 26 J. Ip. Geburt vor 6 W. spontan.	Wochenbett, 5. Tag Fieber nach nicht erlaubtem Aufsetzen u. Empfindlichkeit beider Parametrien.	R. unt. Bauchgegd. vorgewölbt, l. ebenfalls, üb. d. Lig. Poup. sehr druckempfindl. Uter. durch Infiltration zu beiden Seiten fast unbeweglich. L. Scheidengew. sehr schmerzhaft, r. weniger. Fieber. — Parametritis puerperalis duplex.
2. 1887. 92.	Rie. 31 J. Op.	Im Anschluss an die Menstruation im 23. J. Gebärmutterentzündg. m. Schmerzen in d. r. Seite u. im r. Bein. Jetzt dieselben Beschwerden seit $\frac{1}{2}$ J., entstanden ebenfalls wieder im Anschluss an d. Menstr.	R. von d. Mittellinie, ca. 2 Querfinger über dem Lig. Poup. eine steinh., höckerige Geschwulst. Lässt sich bis in's kl. Becken verfolgen, wo sie den ganzen Raum zwischen Ut. u. r. Beckenwd. einnimmt. Ut. stark nach d. l. Seite verschb., retroflectirt, unbewegl. Schmerz. b. Stuhlgr., in d. r. Seite ausstrahlend nach dem r. Bein. — Parametritis dextra.
3. 1887. 148.	Hei. 30 J. IIIp.	Im Anschluss an d. 2. Geb. im Jahre 77. Wochenbett angeblich fieberfrei, bei d. Geburt starker Blutverlust.	Parametritis exsudat. dextra. Im r. Hypogastr. eine deutl. halbkugl. Resistenz, die sich hart anfühlt. Im r. Scheidengewölbe ist d. Tumor gut zu fühlen, druckempfindlicher Uterus nach l. verschoben.
4. 1888. 280.	Heiz. 47 Jahre. VIp.	Litt seit 3 J. mehrmals an Mastdarmentzündung mit Schmerzen b. Stuhlgang u. Wasserlassen u. Fieber. Die gleichen Beschwerden seit 3 Wochen. Gonorrhoe?	Uterus fest eingeklebt in Exsudatmassen, die d. r. u. l. Scheidengewölbe ganz ausfüllen. Dasselbst starke Druckempfindlichkeit. — Parametritis duplex.
5. 1888. 319.	Fie. 30 Jahre. IIIp. Letzte Geb. vor 8 W. spontan.	Wochenbett m. leichten Fiebersteigerungen. Sie stand zeitig auf, musste sich aber wieder legen. Seitdem heftige Schmerzen in der r. Seite und im r. Oberschl.	R. Seite d. Unterbauchgegd. hervorgewölbt, reicht von d. Spina ant. sup. bis ca. 2 Querfing. neb. d. Nabel. Druckempfindl. Fluctuat. oberh. d. Lig. Poup. zu fühlen. Ut. anteflectirt, nach l. gedrängt. Im r. Scheidengew. ist d. von den Bauchd. gefühlte Tumor deutl. zu palpieren. — Parametritis exsudativa dextra.
6. 1888. 329.	Nim. 22 Jahre. IIp. Letzte Entbindg. vor 8 Mon., ohne ärztl. Hilfe.	Im letzten Wochenbett während der ersten Tage Fieber, vom 14. Tage an heftige Schmerzen in der r. Hälfte des Unterleibes. Dasselbst buchtete sich eine Geschw. vor, die, vom Arzte incidirt, beträchtliche Mengen Eiter entleerte. Bald darnach Abgang von Eiter m. dem Urin u. Abfluss von Urin aus d. Incisionsstelle.	Dicht über d. r. Lig. Poup. zieml. in d. Mitte zwischen Symphyse u. Spin. ant. sup. oss. ilei eine kleine Fistelöffnung, aus d. sich Eiter entleert. (Nach Angabe d. Pat. soll auch Urin abgegangen sein u. ebenso auch Eiter mit dem Harn.) Der eingeführte Finger dringt ca. $\frac{3}{4}$ seiner Länge sowohl gegen d. Nabel, wie nach unten in's kl. Becken, aber nicht in d. Blase. Ein in d. Blase eingef. Catheter trifft nirgends d. in d. Wunde eingeführte Sonde. Harn klar, eiweissfrei. Leichte Fiebersteigerungen. Durchbruch des vereiterten Exsudates nach d. Blase.

Vorläufige Behandlung bez. Operation.	Ergebniss.
<p>4. 2. 87. Incision über dem linken Lig. Poupartii. Eiterherd hinter der Fascia transvers.</p> <p>27. 4. 87. Incision über dem rechten Lig. Poupartii. Schichtenweise Durchtrennung der harten schwartigen Exsudatmassen bis auf d. absteigenden Schambeinast. Der in die Wunde eingeführte Finger ist von der Vagina aus zu fühlen. Kein Eiter.</p> <p>29. 6. 87. Incision über dem rechten Lig. Poupartii. Schichtenweise Spaltung der Exsudatschwarten. Kein Eiter.</p> <p>17. 10. 88. Ca. 2 cm hinter der hinteren Muttermundslippe sickert aus einer kleinen Oeffnung etwas Eiter. Erweiterung der Oeffnung mit dem Messer. Entleert. dicker Eitermengen. Ausspülung. Tamponade der Scheide und Eiterhöhle.</p> <p>10. 12. 88. Incision parallel dem rechten Lig. Poup. an der Stelle der Fluctuation. Eiterherd, oberflächliche Entleerung dicker Eitermengen. Ausspülung. Drainage mit Jodoformgaze. Naht. Verband.</p> <p>4. 1. 89. Spaltung d. Fistel in d. Verlaufsrichtung d. Lig. Poup. je 3 cm nach oben u. nach unten. Digitale Untersuchung ergibt 2 Fistelgänge. Der obere führt in einen weiten Hohlraum bis über d. Mittellinie in's Cavum abdom. Nach unten u. vorne bis zur Blase u. zum horizontalen u. senkr. Schambeinast. Der unt. Fistelgang führt auch zum Blasengrunde. Beide mit schlaffen, graur. Granulationen ausgekl. Höhlen sind durch eine starre Scheidewand getrennt. Die Gänge werden durch parallele Schnitte gespalten, d. Granulat. weggeschabt. Die Höhlen nach Reinigung m. Carbolutupfern tamponirt. In die parallelen Schnitte werden 6 Seidennähte gelegt. Sublimatgazetrockenverband.</p>	<p>15. 3. 87. Entlassen. Uterus leicht beweglich. Im l. Parametrium eine geringe schmerzlose Resistenz zu fühlen. Allgemeinbefinden sehr gut.</p> <p>19. 5. 87. Entlassen. Uterus retroflect. unbeweglich. In der r. Seite ein kleinfaustgrosser Tumor zu fühlen. Allgemeinbefinden sehr gut.</p> <p>27. 7. 87. Entlassen. Im r. Scheidengewölbe eine Geschwulst fühlbar, die nicht druckempfindlich ist. Allgemeinbefinden sehr gut.</p> <p>2. 11. 88. Entlassen. L. Parametrium ganz frei. Im r. fühlt man einige nicht empfindliche Stränge. Uterus beweglich. Incisionsöffnung geschlossen. Patientin fühlt sich sehr wohl.</p> <p>27. 1. 89. Entlassen. Innerlich ist von dem Exsudat nichts zu fühlen. Im Bereiche d. vernarbten Incisionswunde sehr geringe, schmerzlose Resistenz. Sehr gutes Allgemeinbefinden.</p> <p>21. 2. 89. Entlassen. Die Fistelöffnungen und die Incisionsöffnung geschlossen. Feste Narbe. R. Parametrium noch gering infiltrirt. Pat. ist völlig schmerzfrei und sieht sehr gut aus.</p>

Lauf. No. u. Journ.-No.	Name. Alter. ?para. Menstruation.	Erkrankungsursache, Verlauf und Dauer.	Befund und Diagnose.
7. 1889. 29.	Zschp. 28 J. IV p. (2 Ab.)	Letzter Abort vor 3 Woch. ohne ärztl. Hilfe. Will im Wochenbett fieberfrei ge- wesen sein. Am 9. Tage aufgestanden. Musste sich aber wegen Schmerzen im Leib, Hitze, Durst u. Mat- tigkeitsgefühl bald wieder legen.	Abdomen r. u. l. etwas vorgewölbt. Diese Hervor- wölbung reicht beiders. bis zu den Darmbein- schaufeln, nach oben fast bis zum Nabel. Keine Fluctuation vorhanden, links fühlt sich aber d. Tumor weicher an, wie r. Ut. in d. Exsudat- massen eingebettet. Vaginalportion schaut n. hinten. — Parametritis exsudat. dextra et sin.
8. 1889. 131.	Broc. 38 J. VI p., d. letzte vor 4 Mon.	Im letzten Wochenbett von Anfang an Schmerzen in d. r. Seite d. Unterl., trotz- dem am 9. Tg. wieder auf- gestanden. Nach 6 Tagen Verschlimmerg. d. Schmer- zen, zugleich Drängen nach unten. Pat. musste sich wieder legen.	Leib weich, leicht eindrückbar. Ut. stark nach vorne gedrückt durch einen Tumor, der das r. u. hintere Scheidengewölbe ganz ausfüllt. Das Rectum durch den Tumor stark zusammengedr. Fluctuation leicht zu fühlen. — Parametritis exsudativa dextra et posterior.
9. 1889. 332.	Mü. 38 J. II p.	Letzte Geb. vor 15 J., sehr schwer. Wendg. u. Extraet., schwere Zerreisg. Kind- bettfieber. Seitd. m. Unter- brechungen heft. Schmerzen im Unterleibe u. unregel- mässige Blutungen. Seit 2 J. bemerkte Pat. d. Ent- wicklung einer Geschwulst.	R. von d. Linea alba ist d. Leib stark vorgew. L. unten ist eine nach d. Tiefe zu sich ab- flachende Anschwellg. R. eine ganz unbewegl. Geschwulst, bis 1 Finger breit unter d. Nabel sich erstreckend u. nach l. ca. 2 Querfinger breit d. Linea alba überschreitend. Nach unt. erreicht sie r. d. Lig. Poup. Ut. eingemauert, aber nicht verlagert. Hinterer Theil d. Vagina äusserst empfindl. u. resistent. — Para- u. Peri- metritis dextra et posterior.
10. 1889. 341.	Beh. 27 J. I p.	Pat. giebt an, dass sie seit dem 11. Tage des nach ihrer Ansicht fieberfrei ver- laufenen Wochenbettes das Gefühl einer Geschwulst im Leibe u. heftige Schmerzen in Verbindung mit theilw. sehr starkem Ausfluss habe. Geburt vor 11 Monaten.	In d. r. Unterbauchgegend fühlt man eine fluc- tuirende Geschwulst. Sie beginnt 3 Querfinger breit unter d. Nabel, überschreitet l. d. Linea alba u. reicht r. bis zum Lig. Poup. Vaginal- portion in d. Mitte. Ut. wenig bewegl. Hinter d. Vaginalportion fühlt man einen harten Tumor, d. das kleine Becken ausfüllt u. bis zur knöch. Beckenwand reicht. L. neben d. Ut. eine kl. fluctuirende Geschwulst. — Parametritis post. et dextra.
11. 1889. 349.	Hin. 27 J. I p.	Im Anschluss an die Geburt vor 1 Jahr starker Ausfluss und Schmerzen im Leibe, die sich seit 8 Wochen be- deutend verstärkt haben. Die Geb. dauerte sehr lange, am 4. Tage des Wochen- bettes aufgestanden.	Leib unterh. d. Nabels etw. aufgetrieb. Man fühlt eine bis ca. 2 Querfinger an den Nabel rei- chende, zieml. bewegl. Geschwulst, die aus der Tiefe zu kommen scheint u. ungefähr kindskopf- gross ist. R. hinter der Portio vagin. eine Ge- schwulst, die d. Uteruskante r. anliegend, den Raum zw. Rectum u. hinterer Scheidenwand aus- füllt. Per rectum fühlt man einzelne Pseudo- membranen, d. v. Collum z. Geschwulst ziehen. Von der l. Seite lässt sich d. Tumor umgreifen. Deutl. Fluctuat. — Parametritis exsudat. dextra.

Vorläufige Behandlung bez. Operation.	Ergebniss.
<p>23. 3. 89. Ueber der sich weich anführenden Stelle oberhalb des l. Lig. Poup. wird incidirt. Extraperit. dringen Finger und Messer leicht präparierend in die Tiefe u. eröffnen einen Abscess, aus dem sich ca. 250 g grünlischen Eiters entleerten. Ausspülung der Höhle u. Tamponade m. Gaze. Naht d. Incision bis auf d. Drainageöffnung. Verband.</p>	<p>18. 4. 89. Entlassen. Von der früheren Infiltration ist nur noch ein kleiner Strang im r. Scheidengewölbe zu fühlen. Wunde gut verheilt. Pat. fühlt sich völlig wohl und sieht sehr gut aus.</p>
<p>1. 5. 89. An der Stelle der deutlichsten Fluctuation wird durch die Scheide der Abscess incidirt und eine Menge, anfangs gallertartiger, später aber rein eiteriger Massen entleert. Ausspülung der Wundhöhle mit Bor-Salicylwasser. Tamponade mit Jodoformgaze.</p>	<p>23. 5. 89. Entlassen. (Auf Wunsch der Pat., die sich sehr wohl fühlt.) Uterus noch nicht ganz frei beweglich. Die Exsudatmassen sind nur noch klein und druckschmerzfrei. Pat. soll sich noch durch Bäder u. warme Irrigationen weiter erholen.</p>
<p>19. 11. 89. Eröffnung der Bauchhöhle. Die vorliegende Geschwulst wird entsprechend der höchsten Wölbung in einer Länge von ca. 5 cm u. einer Breite von 4 cm mit d. Peritoneum parietale vernäht, sodass die Kuppe d. Geschwulst frei extraperitoneal zu liegen kommt. Bauchwunde wird ober- und unterhalb der Kuppe vereinigt. — 26. 11. 89. Incision der Exsudatkuppe. Entleerung einer reichlichen Eitermenge. Ausspülung. Tamponade. Verband.</p>	<p>21. 1. 90. Entlassen auf ausdrücklichen Wunsch d. Pat., trotz reichlich bestehd. Eitersecretion. — 23. 1. 92 (also 2 J. später) stellt sich Pat. wieder vor. Sie giebt an, dass bis Aug. 91 immer noch Eiter aus d. Fistelöffng. abgegangen sei, dann sei derselbe immer geringer geworden u. habe schliesslich ganz aufgehört. Jetzt ist die Fistel geschlossen. Keine Schmerzen. Pat. sieht vorzüglich aus.</p>
<p>21. 11. 89. Eröffnung der Bauchhöhle. Es bietet sich ein abgesacktes param. Exsudat von Kindskopfgrosse der untersuchenden Hand dar. Oben fest verlöthet mit dem Mesenterium des Dünndarms u. diesem selbst, l. mit dem Uterus, r. mit der Beckenwand. In der Tiefe sehr feste Exsudatschwarten. Nach Blosslegung der oberen Exsudatkuppe wird punctirt, und eine bräunliche Flüssigkeit fliesst ab. Ausschälung d. Sackes, der dabei in der Tiefe einreisst. Geringe Blutung, gestillt durch Tamponade. Ein blutendes Darmstück wird an die Bauchwand lose angenäht. Tamponade der Höhle. Bauchnaht.</p>	<p>30. 6. 90. Entlassen. Verlauf wochenlang fieberhaft. Uterus leicht beweglich. Im Douglas'schen Raum einige nicht schmerzha. Adhäsionen. Pat. fühlt sich wohl bis auf deutliche Symptome von allgemeiner Nervosität.</p>
<p>3. 12. 89. Laparotomie: Hinter dem Uterus abgekapselter Abscess, der indicirt wird, wobei sich eine beträchtliche Menge dickflüssigen, gelben Eiters entleert. Die Höhle wird ausgetupft und mit Jodoformgaze ausgestopft. Seidenknopfnah der Bauchwunde. Verband.</p>	<p>24. 1. 90. Entlassen. Uterus retroflectirt, ziemlicher Knickungswinkel, anscheinend hinten fixirt. L. Parametrium frei, r. etwas derb, nicht schmerzhaft. Bauchwunde geschlossen. Allgemeinbefinden sehr gut.</p>

Lauf. No. u. Journ.-No.	Name. Alter. ? para. Menstruation.	Erkrankungsursache, Verlauf und Dauer.	Befund und Diagnose.
12. 1890. 133.	Schmi. 30 J. VIp., letzte vor 6 Wochen.	Im letzten Wochenbett mit Schmerzen in den Seiten und Fieber erkrankt.	Leib l. von d. Mittellinie vorgewölbt u. geröthet. Das. deutl. Fluctuation fühlbar. Die Vorwölbung reicht v. d. Linea alba bis zur Spin. sup. oss. ilei. R. hinter dem Lig. Poup. eine schmerzlh. Resistenz. Ut. anteflectirt, etw. nach r. verlagert. Links v. ihm ein Tumor, der d. Hervorwölbung d. Bauchdecken bewirkt. R. Parametrium frei. — Parametritis abscedens sinistra et Parametritis dextra.
13. 1890. 128.	Klei. 23 J. IIIp., letzte Geburt vor 6½ Monaten ohne ärztl. Hülfe. Starke Blutung.	Nach der letzten Geburt ¼ Jahr lang „Kindbettfieber“; während desselben entwickelte sich eine Geschwulst in der linken Seite des Leibes.	In der l. Unterbauchgegend eine harte, kindskopfgrosse Infiltration mit glatter Oberfläche. Sie reicht links bis an die Crista oss. ilei. — Parametritis exsudativa sinistra.
14. 1890. 209.	Roi. 28 J. Ip.	Geburt 4. 4. 89 spontan. 6. Tag des Wochenbettes Fieber. Seitd. zunehmende Schmerzen in der rechten Seite.	In der Höhe der Sp. ant. sup. dextra beginnt eine sehr druckempfindl. Resistenz, die sich bis ca. 4 Querfinger unterh. d. Nabels gegen d. Mittellinie erstreckt. Ut. anteflectirt u. dextroponirt. In unmittelbarem Znsammenh. m. ihm steht d. v. aussen gefühlte Tumor, d. durch seine Härte, ohne dass er das r. Scheidengewölbe stark hervorwölbt, ein Eindringen unmöglich macht. — Parametritis exsudativa dextra.
15. 1890. 351.	Ge. 37 J. Xp.	Letzte Entbindung vor 6 Monaten spontan. Seit dem 2. Wochenbettstage Schmerzen im Leibe, seitdem bettlägerig. Seit 14 Tagen Zunahme des Leibes bemerkt.	Dicht üb. d. r. Lig. Poup. zieht sich eine über kindskopfg. Geschwulst bis nahezu an d. Rippenbogen ders. Seite u. überschreitet nach l. d. Mittellinie um ca. 2 Querfinger. Der Tumor fühlt sich in seinem unteren Theile bis z. Nabel bretthart an, in d. oberen Partien aber elastisch. Ut. nicht abtastbar, unbewegl. Im r. Param., das schmerzlh. auf Druck ist, fühlt man den unteren Pol des von aussen gefühlten Tumors. L. Param. etw. resistent, aber frei im Vergleich z. rechten. — Parametritis exsudativa duplex, praecipue dextra.
16.	W. 32 J. IIIp., letzte vor 3 Jahren.	? Sehr lange nach Angabe der Patientin, ohne genauere Bestimmung zu machen.	Kindskopfgrosses, anteuterines Exsudat rechts, d. bis zum Nabel heraufreicht und daselbst deutliche Fluctuation zeigt. — Parametritis exsudativa dextra, anteuterina.
17.	F. 24 J. IIIp. Zuletzt Abort 3. Mon.	Im Anschluss an den Abort, vom Arzte durch Ausschabung entfernt, schwerfieberhaft erkrankt. 4 Monate.	Gross. linksseit. Exsudat, d. bis z. Darmbeinschaufel reicht, ungleich fest sich anfühlt. Einzelne Stellen weich. Fortwähr. pyaem. Fieber. Hochgrad. Entkräftung. — Parametritis exsudativa sinistra.

Vorläufige Behandlung bez. Operation.	Ergebniss.
<p>30. 4. 90. Incision über d. l. Lig. Poupartii entsprechend der deutlichen Fluctuation. Entleerung einer beträchtlichen Eitermenge. Reinigung der Höhle. Drainage mit Jodoformgaze. Verband. — 28. 5. 90. Incision parallel dem r. Lig. Poup., da auch hier inzwischen Fluctuation constatirt wurde. Entleerung der Abscesshöhle. Reinigung, Drainage, Verband.</p> <p>3. 6. 90. Incision 8 cm l., parallel d. l. Lig. Poup. Präparierend dringt man in die Tiefe, wobei eine 1 cm dicke Schwarte gespalten wird. In der Tiefe quillt hierauf alter, eingedickter Eiter hervor. D. Zugang z. Eiterherd wird erweitert u. nach gründl. Reinig. dess. Jodoformgaze in den Spaltraum eingeführt u. in einem Wundwinkel fixirt. Naht der übrigen Wunde. Verband.</p> <p>4. 7. 90. Incision parallel dem r. Lig. Poup., ca. 2 cm v. Sp. ant. sup. entfernt. Schnitt ca. 7 cm l. Präparierend wird in die Tiefe vorgegangen u. erst 3 cm tief trifft man auf die Abscesswandung, die incidirt wird, worauf sich eine zieml. Menge Eiter entleert. Austupfen d. Höhle. Tamponade u. Drainage mit Jodoformgaze. Naht der übrigen Wunde. Verband.</p> <p>24. 12. 90. Incision 8 cm lang, parallel d. r. Lig. Poup. Reichliche Blutung aus den wachsartigen Muskeln, die massenhafte Gefässneubildung zeigen. In der Tiefe ein hühnereigrosser cystischer Raum, dessen klarer, seröser Inhalt durch Incision entleert wird. Trotz sorgfältigen Suchens wird kein Eiter gefunden, dagegen derbe, schwartige Massen tief rechts im Becken. Austupfen d. Operationswunde. Ausstopfen mit Jodoformgaze. Naht der Wunde. Verband</p> <p>6. 6. 87. Incision der dem Durchbruch nahen Stelle. Unt. Leitung d. Sonde Eitergänge aufgesucht u. Abscesshöhle gefunden, die tief im Becken vor d. Collum u. hinter d. absteig. Schambeinast rechts gelegen ist. Ausspülung mit 1 proc. Carbollösung. Jodoformgazedrainage. Verband.</p> <p>6. 5. 87. Incision parallel dem l. Lig. Poup. Es entleert sich nur Serum, aber kein Eiter. Ausspül. m. Carbollös. 1 pCt. Drainage m. Jodoformgaze. Naht. Verband.</p>	<p>13. 6. 90. Entlassen. Incisionswunden beiderseits vernarbt. R. Param. frei, leicht eindrückb., schmerzfrei. L. Param. etwas resistent durch einen Strang, der parallel dem Lig. Poupart. vom l. Scheidengewölbe bis zur Spin. ant. sup. verläuft. Nicht schmerzhaft. Uterus gut beweglich. Pat. fühlt sich sehr wohl.</p> <p>2. 8. 90. Entlassen. Von der ganzen Exsudatmasse ist eine geringe Infiltration rings um die vernarbte Incisionswunde geblieben, die völlig schmerzlos. Allgemeinbefinden ausgezeichnet.</p> <p>26. 8. 90. Entlassen. Incisionswunde vernarbt. Leib leicht eindrückbar, schmerzlos. Ut. nach rechts etwas verzogen durch einige parametritische, feine Adhaesionen, die ganz schmerzlos sind. Gutes Allgemeinbefinden.</p> <p>25. 3. 92. Entlassen. Das Exsudat ist auf einen sehr geringen Rest seiner ursprünglichen Grösse geschrumpft. Kein Schmerz. Sehr gutes Befinden.</p> <p>13. 8. 87. Entlassen. Vor 14 T. Periode eingetreten. 4 T. lang gedauert, schmerzlos. Uterus leicht beweglich, anteflectirt. Vor ihm eine geringe Resistenz. Sehr gutes Allgemeinbefinden.</p> <p>Langsame, aber völlige Genesung. Später 2 Geburten. Exsudat vollständig ausgeheilt.</p>

Lauf. No. u. Journ.-No.	Name. Alter. ? para. Menstruation.	Erkrankungsursache, Verlauf und Dauer.	Befund und Diagnose.
18.	Sp. 23 J. IIp.	Angeblich schwerer Sturz auf's Gesäss, seitdem heftige Schmerzen im Leib (?). Abort (?).	Fast mannskopfgrosse derbe Infiltration, die von der linken Inguinalgegend bis zur linken Niere reicht. Hohes Fieber. Acusserste Entkräftung. — Parametritis exsudativa sinistra.
19.	B. 34 J. IIp	Im Anschluss an die letzte Geburt. 2 Jahre.	Hinten und links vom Uterus ein kindskopfgross. prall elastischer Tumor. — Parametritis exsudativa sinistra et posterior.
20.	R. 24 J. Multip.	Im Anschluss an die letzte Entbindung.	Derbe Exsudatmassen in der linken Seite, sich aufwärts zur linken Unterbauchgeg. erstreckend. — Parametritis exsudativa sinistra.
21. 1891. 393.	Ha. 35 J., IVp. 1. R. 16 Jahr, 4 W., 4—8 T., zul. Anf. Feb. Letzte Ent- bindung vor 9 Jahren.	1 Jahr nach der letzten Entbindung Bauchfellentzünd. 6 Woch. lang. Ende Jan. 91 Abort nach 2½ Mon. Seitdem krank. Krank seit 2 Monaten.	Vagina ganz auf die rechte Seite gezogen. Portio nur mit Mühe rechts oben erreichbar. Vordere Scheidenwand kugelig in d. Scheide herabgebaucht durch fluctuirenden, prall gespannten Tumor. Dies. reicht bis z. Mitte zw. Nabel u. Symphyse, v. gleichmäss. Oberfläche, ab. nicht bestmt. abgrenzb. Abendl. Temp.-Steig., Durchfälle, icterische Verfärb., fortwähr. Seitenlage halblinks. — Eitrig-jauchiges paramet. Exsudat. Mitralinsufficienz.
22. 1891. 157.	Ri. 36 J., VIp. Men. 15½ J. regelm., sehr stark.	Bei der letzten Menstruation sehr heft. Blutung. 8 Tage. Vor 14 Tagen Ausschabung wegen chron. Endometritis. Darnach Fieber.	In der linken Bauchseite ein deutlich abzugrenzender fluctuirender Tumor, dessen Ausdehn. dem Verlauf des Lig. latum entspricht. Anhaltendes Fieber. Linksseitiges parametrit. Exsudat.
23. 1891. 266.	Uhl. 28 J., Ip. Men. seit 14 J. 4 W., 3 T., zul. vor 8 Tg. gz. schwach.	Seit der Geburt des Kindes. 11. 10. 89, bei lebhaften Bewegungen Stechen. Seit 3 Woch. sehr heft. Schmerzen im Leib und Kreuz, namentlich beim Stuhlgang. Dauer 1¾ Jahr.	Eine grosse Geschwulst reicht empor bis z. Nabel u. beiders. b. z. Inguinalgeg. Oberfl. uneben. Nach lks. unt. kl. Erhöh. (Tube u. Ovarium). Consist. weich. In d. Umgeb. d. Nabels u. unterh. dess. deutl. Fluctuation. Uterus stark erhoben üb. d. l. Schambeinast. Portio dicht hint. Symphyse. Kl. Becken ausgefüllt durch diffuse Geschw. v. uneb. Oberfl., d. hint. Scheidenwd. völl. vorbucht. Per rectum an d. hint. Scheidenwand 2 deutl. Vorbuchtungen, die auf Druck leicht nachgeben. — Parametranes eitriges Exsudat.

Vorläufige Behandlung bez. Operation.	Ergebniss.
<p>16. 2. 89. Incision über dem l. Lig. Poup. Erst 3 cm tief kommt man in eine Höhle, die extraperitoneal, fast bis zum Oberschenkel reicht. Entleerung von ziemlich viel Eiter. Ausspülung. Drainage, Naht, Verband. — 10. 4. 89. Wiedereröffnung der Höhle, da seit 3 Tagen Temperatur und Puls wieder in die Höhe gegangen sind. Befund negativ. Versuch eine Gegenöffnung in der Scheide zu machen, misslingt. Ausspülung. Drainage. Naht. Verband.</p> <p>3. 10. 90. In der Nähe des Douglas wird eine Incision gemacht und ca. 1 l grünlichen Serums entleert. Ausspülung. Drainage. Tamponade der Höhle u. d. Vagina mit Jodoformgaze.</p> <p>13. 5. 90. Incision über dem linken Lig. Poup. Trotz sorgfältigen Suchens wird kein Eiter gefunden. Tamponade. Naht. Verband.</p> <p>18. 3. 91. Scheidenincision. Entleerung einer grossen Menge jauchig stinkenden Eiters. Starke Blutung, durch Tamponade mit Jodoformgaze und Umstechung gestillt. Ausserdem Drainage mit Gummirohr. Temp. u. Puls fallen sofort ab. Häufige Ausspülungen. Durchfälle lassen nach. 3. 4. Wechseln des Drainagerohrs.</p> <p>6. 5. 91. In d. linken Bauchseite etw. oberh. d. Spina ossis ilei an d. tiefsten Stelle d. fluctuirenden Tumors Incision. Durchtrenn. d. Bauchmusk. Eröffn. d. Abscesses. Entleer. v. fast 2 l dünnflüss., stink. Eiters. Ausspül. d. Abscesshöhle m. Salicyllösung. Drainage. Antisept. Verband. Verlauf sehr gut.</p> <p>27. 7. 91. Spaltung der hinteren Scheidenwand. Eröffnung des Douglas'schen Raumes. Entleerung eingedickten Eiters. Ausspülen der Eiterhöhle. Drainage m. 3 Jodoformgazestreifen. In den nächsten Wochen Ausspülung der Höhle mit schwacher Carbollösung.</p>	<p>8. 5. 89. Entlass. (a. Wunsch d. Pat.) Die Höhle secernirt noch ein wenig, doch bef. s. Pat. wohl. — 28. 12. 89. Pat. stellt s. wied. vor. Per. 4 w., 4—5 T. l., sehr ger. Schmerzhaft. dab. v. Zt. z. Zt. R. in d. Tiefe d. Leibes hie u. da b. Liegen ein Schmerz z. fühlen. L. Param. etw. infiltr., ab. ohne Schmerzen. Incisionswunde vernarbt. Blüh. Auss. — 7. 5. 90. Allg. Bef. sehr gut. — 17. 4. 91. Per. regelm. Gar kein Schmerz. Sehr gutes Befinden. Kleine Bauchhernie.</p> <p>24. 10. 90. Per. regelm., mittelstark. Pat. h. sehr zugenomm. L. hint. neb. d. Narbe einkl. Infiltrat, das fast gar nicht empfindl. ist. — 7. 1. 91. Sehr gutes Allgemeinbef.</p> <p>24. 5. 90. Entlassen. D. Exsudatschwarten sind klein. gew. Sehr gutes Allgemeinbef. 9 Woch. in Bad Elster. Seitd. Per. regelm. 4 wöch., 3 T. — 10. 8. 91. Noch kleines Exsudat links vom Uterus.</p> <p>4. 4. Entlassen auf Wunsch des Mannes. Noch Secretion, sonst Wohlbefinden.</p> <p>12. 6. Entlassen. Exsudat vollständig ausgeheilt.</p> <p>Aufgestanden 19. 8. „Vom Exsudat keine Spur mehr vorhanden“. Keine Schmerzen im Bein mehr. Entlassung 21. 8. geheilt.</p>

Lauf. No. u. Journ.-No.	Name. Alter. ?para. Menstruation.	Erkrankungsursache, Verlauf und Dauer.	Befund und Diagnose.
24. 1892. 83.	Tit., 30 Jahre, 5 Geb. Letzte Geburt am 11. 12. 91, dauerte 3 Tg	Am 3. Wochenbettstage auf- gestanden. Seid. Schmer- zen im Leibe. Schmutzig- blutiger Ausfluss. Grosse Schwäche.	Portio zerklüftet. Aus ihr fliesst reichlich dicker, rahmiger Eiter. Uterus schlecht involvirt, geht nach rechts in einen festen, unbeweglichen Tumor über, der bis an die Beckenwand reicht u. nach oben sich bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels erstreckt. Grosses parametr. Exsudat.
25. 1892.	Kn., 26 Jahre, III p., letzte Anf. Juni 92.	Erkrankt im Wochenbett schwer an Parametritis.	Kindskopfgrosses, rechtsseitiges parametr. Exsudat, stark vereitert.
26. 1892. 239.	Schub., 20 J., 1. Geburt am 7. 9. 91. Spon- tane Geburt. Kind todt. Nachgeb. vom Arzt 10 Min. nach Geburt des Kindes manuell ge- löst.	Darauf hohes Fieber. 6. bis 9. Tag aufgestanden, wie- der gelegt. Schüttelfrost. Heftige Schmerzen im link. Parametrium. Entstehung einer Geschwulst daselbst. Spont. Aufbruch am 21. 12. Entleerung von viel. Eiter, dauert an b. Mitte März 92. Später wieder Fieber. Ein dritter Arzt verlangt kli- nische Behandlung.	Hohe Abmagerung. 1½ cm oberhalb des linken Lig. Poup. eine 4 cm lange Narbe (spontaner Aufbruch). Die ganze l. Inguinalgegend resistent, derb und geschwollen. Rechtes Bein in halber Beugstellung. Grosse Schmerzhaftigkeit beider Parametrien, Portio links vorn; vord. Scheiden- gewölbe flach, rechts tiefer als links. Uterus nach vorn verschoben, in leichter Retroversions- stellung, sein Fundus 3 Querfinger oberhalb des oberen Symphysenrandes nach rechts gedrängt. Im vorderen Beckenquadranten kommt man mit den Fingern zusammen, ebenso links vom Uterus. Das linke Parametrium dagegen schwartig ver- dickt. — Doppelseitige chronische Parametritis, im retroperitonealen Zellgewebe fast bis zu den Rippen reichend.
27. 1892. 423.	Hild., 43 J., Op. Menstr. 16. Jahr, sehr unregelmäss. 3—4 Tg. bis 1 Tg.	Seit dem 20. Jahre Gebärmutter- vorfall, anfgs. durch einen Ring zurückgehalten. 23. 12. 92 plötzlich heftige Schmerzen im Leibe, Stran- gurie, Druckgefühl nach d. Mastdarm.	Vorfall des Uterus und der Scheide. Aeusserst heftige, krampfartige Schmerzen in Gebärmutter und Mastdarm. Vom hinteren Vulvawinkel nach dem rechten Tuber ischii entzündl. Schwellung. Starke Schmerzhaftigkeit der linken Unterbauch- gegend. Eis. Opium. Reposition des Vorfalls unmöglich. — Prolaps. uteri. Parametritis chronica exsudativa. Periproctitis abscedens.
28. 1893. 143.	Freud., 27 J., 6 Geb. Letzte Geb. 5. 4. 93.	Seit der vorletzten Geburt 1891 Schmerzen rechts im Leibe, die bis heute mit Ausnahme der Zeit der letz- ten Schwangerschaft ange- halten haben u. seit d. Geb. d. letzten Kindes stärker geworden sind. Ein Jahr darnach gänseeigr. Geschw. an d. Stelle d. Schmerzes. Dieselbe hat sich b. z. letzt. Entb. nicht vergr., ist aber darnach schnell gewachsen. Seid. Steigerg. d. Schmerz. Besserg. bei const. Ruhe- lage u. Leinmehlumschläge.	Portio weit nach hinten gerückt. Linke Adnexe frei. Rechts vom horizontalen Schambeinast ausgehend eine bis zum Rippenbogen reichende, die Mittellinie nicht überschreitende, pralle Ge- schwulst, in der Nähe des Nabels fluctuirend. — Rechtsseitiges, eitriges parametr. Exsudat, dem Aufbrechen nahe.

Vorläufige Behandlung bez. Operation.	Ergebniss.
<p>21. 3. 92. Tiefe Incision 1 Finger breit oberhalb und parallel dem Lig. Poupartii. Entleerung von dickem, rahmigem Eiter. Sehr grosse Höhle, feste dicke Wände, Drainage. Oclusivverband. Sofortiger Temperaturabfall. Täglicher Verbandwechsel. Sekretion hört allmählich auf.</p> <p>2. 7. 92. Eröffnung des Exsudats oberhalb der Inguinalfalte. Reichliche Eiterentleerung. Gummidrainage.</p> <p>In den nächsten Wochen bis 10. August hohes Fieber. eiterige Stühle, Priessnitz, Ichthyoleinlage, Bäder. Puls 144. 38,2. — 10. 8. 92. Operation. Rechts unten die früher harte Resistenz erweicht. Aethernarkose. Incision. Entleerung einer grossen Menge stinkenden Eiters. Der Boden der grossen Höhle kann mit dem Finger nicht erreicht werden. Zwischen ihren Wänden Abscessmembranen, mit Finger durchtrennt. Drainage mit Jodoformgaze und Gummirohr. Sofortiger Fieberabfall. — 10. 9. Erweiterung der Oeffnung wegen Retention. Fortsetzung des Schnittes bis zum Trochanter major. Aufsuchung aller Abscessgänge. — In den nächsten Wochen heilten die Wunden aus. — 22. 10. wurden die Gelenke beweglicher, die Fisteln secerniren nur noch ganz wenig. Priessnitz, Bäder.</p> <p>Eis. Opium. — Nachdem bis 4. 1. Schmerzen u. Fieber vollständig zurückgegangen, Excisio alta colli uteri u. Kolporrhaphia anterior et posterior. — Anfang Februar Recidiv der Parametritis und Periproctitis. 11. 2. Incision von der Scheide aus, Drainage mit Jodoformgaze. Erneutes hohes Fieber. — 14. 2. Abfall. Tägliche Ausspritzungen.</p> <p>19. 5. 93. Incision mit schichtenweiser Durchtrennung. Entleerung von 300 g jauchigen Eiters, der nur Eiterkörperchen, fettigen Detritus, aber keine Kokken enthält. Drainage mit 2 Gummidrains. Jodoformgazeverb. Sofortiger Fieberabfall. Täglicher Verbandwechsel. — 19. 6. Infiltration bedeutend kleiner. — 3. 7. Wieder stärkere Eitersecretion. Streptokokken! Ausspülung der Wunde mit abgekochtem Wasser. — 11. 7. In der Umgebung der Oeffnung noch Infiltration nach dem Nabel zu. Uterus nach rechts gezogen, durch Adhäsion vorn verlöthet. Rechte Parametrium noch resistent.</p>	<p>14. 4. Infiltration beträchtlich verkleinert, Höhle nicht mehr ausgespült. — 20. 4. Aufgestanden. — 27. 4. Noch geringe Eitersecretion aus der Fistel. — 2. 5. Entlassen. Fistel secernirt nur noch ganz wenig. Infiltration rechts nur gering, kaum schmerzhaft. Geringe Dextropositio uteri anteflexi. — 7. 3. 93. Im 7. Monat der Schwangerschaft.</p> <p>Geheilt entlassen.</p> <p>1. 11. Entlassung. Wunden alle geschlossen. Freie Bewegung der Beine. Uterus anteflectirt.</p> <p>1. 3. Verlegt nach dem Krankenhaus, von wo sie gesund entlassen worden ist.</p> <p>12. 7. Entlassen. — 10. 10. Noch sehr geringe Secretion aus der Fistel. Höllensteinbehandlung. — 2. 4. 94. Resistenz rechts viel kleiner. — 24. 4. Gravidität Ende 3. Monats.</p>

Lauf. No. u. Journ.-No.	Name. Alter. ? para. Menstruation.	Erkrankungsursache, Verlauf und Dauer.	Befund und Diagnose.
29. 1893. 168.	Ant., 24 Jahre, 2 Geb. Zu- letzt 10. 2. 93. Sofort nach d. Entbindung Fieber.	Seit d. letzten Geb. krank. Zuerst Schmerzen im ganzen Leib, vorwiegend r., mit wechselndem Fieber. Seit Wochen Schmerzen in der Blasengegend u. b. Wasser- lassen. Seit der Geburt bettlägerig.	Hohe Anaemie, leidender Ausdruck. Vordere Scheidenwand stark herabgedrängt durch einen teigigen Tumor, der sich nach links bis zur Linea innominata fortsetzt. Rechts reicht die Geschwulst bis zur Darmbeinschaukel. Portio hintenstehend, Parametrium und Adnexe nicht abzufühlen. Uterus nicht sondirbar. Im Urin zahlreiche Eiterkörperchen. Filtrat enthält ca. $\frac{1}{6}$ Vol. Eiweiss. Im Harnröhrensekret reichliche Streptokokken. Anteuterines parametritisches eiteriges Exsudat mit Durchbruch in die Blase.
30. 1894. 220.	Hi., 28 Jahre, 1 Geb., am 16. 5. 94, spontan.	Krank seit dem fieberhaften Wochenb. Stechd. Schmer- zen rechts im Leibe, lassen beim Gehen nach, ver- schlimmern sich aber im Sitzen und Liegen.	Anaemie, leidender Ausdruck. Hohes Fieber. Brust secernirend. Uterus anteflectirt u. nach links verdrängt. Linkes Param. frei. Im rechten Param. ein Tumor bis zur rechten Spina ant. sup. reichend, oberhalb des Lig. Poupart. 1 cm weit deutlich vorspringend, hier besonders schmerzhaft. — Rechtsseitiges parametr. ver- eiterndes Exsudat.
31. 1894. 257.	Gru., 24 Jahre, 1 Geburt. 7. 5. 94. Zange. An- geblich nor- males Weh- bett.	Seit dem Wochenbett starke Schmerzen rechts im Leibe, Zunahme derselben. Leb- hafte Schmerzen, die sich beim langen Sitzen stei- gern. Draussen mit Ein- reibungen behandelt.	Schwache anämische Person. Links vom Collum im linken Parametrium ein derber Strang; im linken Scheidengewölbe stösst man auf derben Tumor, der sich bis zur rechten Spina anterior superior zieht, im Ganzen beweglich, aber nach oben nicht genau abgrenzbar ist. Rechterseits der Leib hervorgewölbt bis 2 Querfingerbreit unterhalb der Nabelhöhe. Inguinalfalte ver- strichen. Nach links geht die Geschwulst ober- halb der Symphyse etwas über die Mittellinie hinaus. Fluctuation nirgends zu fühlen. Die linken Adnexe normal. — Parametritis exsuda- tiva dextra.
32. 1894. Geb.- No. 1069.	Körn., 33 J., 6 Geb. Zu- letzt 8. 8. 94. In der Ge- burt Fieber bis 39,5. Hier nicht unter- sucht.	Schweres Wochenbettfieber. Streptokokken u. Staphylo- kokken. Ausbildung eines linksseitigen, ungef. faust- grossen parametritisch. Ex- sudats. Behandlung: Eis und Opium. Fieber bis zur Operation 31. 8.	Faustgrosses linksseitiges parametr. Exsudat im Wochenbett.

Vorläufige Behandlung bez. Operation.	Ergebniss.
<p>Priessnitz. — 13. 6. 93. Schnitt längs des Muscul. obliq. externus. Langsames Tiefergehen bis auf die schwartige Kapsel. Der Finger bricht in eine Abscessshöhle ein zwischen Uterus und Blase, dicker rahmiger Eiter ergiesst sich aus der Tiefe. Beim Erweitern dieser Höhle bricht leider rechts oben die Bauchhöhle auf; die rechte Tube fällt vor, wird zurückgebracht und die Stelle ausgestopft mit sterilisirter Gaze, die Abscessshöhle mit Jodoformgaze. Sofortiger Fieberabfall. Täglicher Verbandwechsel.</p>	<p>Vom 27. 6. an Urin ohne Eiweiss, spärliche Eiterkörperchen. — 9. 7. Wunde verklebt. — 12. 7. Entlassung. Wunde verheilt bis auf einen 1 1/2 cm langen, granulirenden Streifen. Keine Infiltration daselbst. Uterus anteflectirt, nach rechts gezogen. Im rechten Parametrium ein fingerdicker Strang, parallel dem rechten horizontalen Schambeinast. — Völlige Genesung.</p>
<p>Priessnitz, später Eisbeutel. Bäder. — 27. 7. 94. Incision 13 cm lang, 1 cm oberhalb und parallel dem Lig. Poupart, dringt schichtenweise bis zum Herd vor, aus dem sich grosse Menge grüngelben streptokokkenhaltigen Eiters entleert. Die Austastung der Höhle ergibt 3 Gänge, den einen nach der Spina, den zweiten nach der Symphyse, den dritten nach hinten u. unten. Ausspülung. 2 Gummidrains und leichte Tamponade mit Jodoformgaze. — Sofortiger Fieberabfall. Täglicher Verbandwechsel.</p>	<p>25. 8. Erstes Aufstehen. Trockenverband. Keine Beschwerden. — 2. 9. Entlassung. Wunde vollkommen verheilt. Resistenz kaum noch zu fühlen. Keine Druckempfindlichkeit, Uterus frei beweglich.</p>
<p>19. 8. 94. Die Arteria cruralis erweist sich durch das Exsudat gehoben und ist von aussen oberflächlich pulsirend zu fühlen. — Fingerlange Einschnitte oberhalb und parallel zum Lig. Poupartii, schichtenweise Durchtrennung bis zur Exsudatschwarte. Nach Eröffnung derselben quillt viel Eiter aus. Ausspülung mit destillirtem Wasser. Dicker Gummidrain. — Temperaturabfall.</p>	<p>14. 10. Entlassung. Allgemeinbefinden vortrefflich. Wunde gut verheilt. Im rechten Parametrium noch ein taubenei-grosser Knoten. Uterus ganz beweglich.</p>
<p>31. 8. 94. 12 cm langer Einschnitt, 1 cm oberhalb u. parallel dem linken Lig. Poupart. Entleerung einer ziemlich grossen Menge grüngelben, blutigen Eiters. Gummidrain. Tamponade. Fieberabfall. Im Eiter Streptokokken. Verbandwechsel täglich.</p>	<p>22. 10. Entlassung. Beide Parametrien frei. Uterus anteflectirt und beweglich.</p>

Lauf. No. u. Journ.-No.	Name. Alter. ?para. Menstruation.	Erkrankungsursache, Verlauf und Dauer.	Befund und Diagnose.
33. 1894.	Fer., 21 Jahre, Op. 1. Men- struat. 16. J., 4 W.. 8 Tg., mässig. Zu- letzt vor 6 W. wie immer.	31. 10. 94 erkrankt mit Schüttelfrost an Lungen- entzündung. Bis 3. 11. im Stadtkrankenhaus. Priess- nitz. An die Lungenent- zündung schloss sich, ohne dass Pat. aufgestanden war, die Unterleibserkrankung. Stechen rechts in d. Tiefe. Anschwellung. Kann nicht im Bett aufsitzen. Leidet seit 2 Jahren an gelblicher Scheidenabsonderung.	Schwerer Krankheitseindruck, sehr anämisch. Leib rechts unten deutlich vorgewölbt. Derbe Re- sistenz, die bis zur Verbindungslinie der Spina sup. ant. dextra und des Nabels reicht. Ueber- schreitet etwas die Mittellinie und verliert sich über das rechte Lig. Poupart. nach dem Ober- schenkel. Hier überall Dämpfung. Milz nor- mal. Rechtes Scheidengewölbe etwas abgeflacht, linkes normal. Im rechten Param. eine grosse, derbe Resistenz, links geringer. Uterus, Tuben und Ovarien verlieren sich im Exsudat. Vorher hohes Fieber. Eiweiss im Urin. — Rechtsseitiges perimetr. vereiterndes Exsudat.
34. 1895.	Steinb.	—	Anteuteriner faustgrosser Abscess mit Neigung zum Durchbruch am Nabel. Steinhartes Exsudat seitlich von der Plica vesico-uterina.
35. 1895.	Küh., 24 Jahre, 1 Abort vor 6 Jahren im 6. Monat. 1. Menstruat. 14 J., 3 W., 5 Tg.	Menstr. 6.—10. 6. normal, 2.—6. 7. schwächer wie sonst; 20.—23. 7. starke Blutung. Letzte vom 1. 8. an. Seit 3 Wochen krampf- artige Schmerzen im Unter- leibe, Druck auf das Rec- tum. Seit 3 Tagen auf- genommen. Mässiges Fieber.	Portio tief; Uterus dicht hinter der Schamfuge nach links oben gerichtet. Becken ausgefüllt von prallem Tumor mit glatter Oberfläche, welchem in der Kreuzbeinhöhle ein länglicher, wallnuss- grosser, prall elastischer, sehr empfindlicher Tumor anliegt. Hämatocoele extrauterina? Tubar- abort der linken Seite? Operations-Diagnose: Grosses, noch nicht in Vereiterung übergegan- genes parametr. Exsudat.

Vorläufige Behandlung bez. Operation.	Ergebniss.
<p>15. 12. 94. Einschnitt parallel dem Poupart'schen Band, 3 Querfinger oberhalb desselben. Schichtweise Durchtrennung. Es entleeren sich einige taubeneigrosse, gelbliche Flocken von gallertiger Beschaffenheit und eine mässige Menge Serum, kein Eiter. Abscess intraperitoneal ohne Verbindung mit dem Lig. lat. und ohne Vorbuchtung nach der Scheide. Ausstopfung mit steriler Gaze. Sofortiger Abfall des Fiebers.</p> <p>in der Gegend des linken Parametrium. Wird freigelegt durch Einschnitt 2 fingerbreit links von der Linea alba und parallel dem Lig. Poupart. Nach Durchtrennung des Peritoneum drängt sich die Kuppe des Sackes herein, durch dessen dünne Wand gelbflockiger Eiter durchschimmert. Da die beiden Peritonealblätter nicht verlöthet waren, wird die Kuppe des Sackes mit steriler Gaze verbarrikadirt und der Sack eröffnet. Drainage. Wickelverband. — Sofortiger Abfall des Fiebers. Täglicher Verbandwechsel. Höhle verkleinert sich, das dicke Rohr wird mit dünnem vertauscht. — Untersuchung 3. 4. 95. Portio eingemauert in Exsudatmassen. Rechts vom Uterus ein knolliges derbes, etwas fluctuirendes Exsudat von Apfelsinengrösse, mässig schmerzhaft. — 26. 4. 95. Eröffnung desselben von der Scheide aus, Entleerung von Serum und Eiter. Drainage. — 28. 5. Aus dieser Abscesshöhle kommt immer noch gashaltiger, stark übelriechender, gelber Eiter. Ausspülung. Drainage. — 13. 6. Uterus nach links und hinten eingemauert. Doppelseitige rheum. Adnexerkrankung. Immer noch Fieber. — 28. 6. Totalexstirpation per vag. des Uterus und der Adnexe. 22. 7. Geheilt. Entlassen.</p>	<p>22. 1. 95. Entlassung. Im rechten Scheidengewölbe ein faustgrosser, weicher Tumor (Dermoidkystom, Pyosalpinx?). Wunde fast völlig verheilt. Soll zu Hause Sitzbäder brauchen. — Befand sich wohl bis 23. 2. 95. — 24. 2. Plötzlich heftiges Stechen rechts im Leibe, Strangurie. Priessnitz. Keine Linderung. — 27. 2. Wiederaufnahme. 39,2. 112. — Befund: 28. 2. Reichlich faustgrosse Geschwulst</p>
<p>Operation 19. 6. 95. — Incision unterhalb des Nabels. Ausspülung des Eiters. Ausstopfung der Höhle mit Jodoformgaze.</p> <p>Operation 5. 8. 95. Laparotomie. Beiderseits Adnexe entzündet. Eröffnung und Ablassen des Exsudates. Keine Drainage. Schluss.</p>	<p>Genesung.</p> <p>Genesung. Entlassungsbefund 21. 8. 95. Uterus nach rechts verzogen. Zwischen ihm und Rect. perimetr. Verlöthung. Im rechten Parametrium ein derber, nicht empfindlicher Knoten.</p>

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VII.

In allen 7 Abbildungen bedeuten dieselben Buchstaben dasselbe.

- Bl. Blase.
- Col. tr. Colon transversum.
- D. Darmbeinwand.
- Ex. Exsudat.
- E. Sch. Feste Exsudatschwarten.
- K. Eiter- oder Serulkern.
- K. B. Knöchorne Beckenwand.
- O. Ovarium.
- P. Peritoneum.
- Pa. a. Parametr. anteuterina.
- Per. Exs. Perimetritisches Exsudat.
- Ps. Pseudomembranen.
- R. Rectum.
- S. Symphyse.
- Sch. Scheide.
- T. Tube.
- U. Uterus.
- Ur. Urethra.
- V. Vagina.
- Ves. Vesica.

- Figur 1. Einseitiges parametritisches Exsudat.
 - Figur 2. Parametritis purulenta anteuterina.
 - Figur 3. Parametritis purulenta retrouterina in septo recto-vaginali.
 - Figur 4. Kleiner hochsitzender Exsudatknoten zwischen Uteruskante und Tubeninsertion und Ovarium.
 - Figur 5. Ausbreitung des parametr. Exsudates bis auf die Darmbeinschaukel.
 - Figur 6. Perimetritis sero-purulenta bei chronischer Adnexerkrankung.
 - Figur 7. Chronisch eingedicktes parametritisches Exsudat mit Eiter- oder Serulkern.
-