DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Einundzwanzigster Jahrgang.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. A. Eulenburg, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

Lichtensteinallee 3.

Postadresse: Leipzig, Seeburgstr. 31.

I. Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Breslau. Die leitenden Gesichtspunkte für die operative Behandlung der chronisch entzündeten Adnexa uteri und der Beckeneiterungen.¹⁾

Von Otto Küstner.

Die operative Behandlung der entzündlich erkrankten Adnexa uteri beherrscht immer noch in hohem Maasse das Interesse der Fachgenossen. Nach der Phase, in welcher sich die Exstirpation der entzündeten Adnexa entwickelte, sich Bürgerrecht unter den übrigen Operationen erwarb und in welcher, wie das unter analogen Verhältnissen meist der Fall, die Indication für dieselbe zu weit gestellt wurde, begegnen wir jetzt mehrfach ernsthaften kritischen Bestrebungen, als deren Vorläufer conservirende Operationsverfahren, wie die Eröffnung des verlötheten Tubenostiums, die Resection erkrankter Ovarialtheile mit Zurücklassung gesunder etc. gelten können.

Andererseits genügen für gewisse Arten der Erkrankungen, zumal für solche mit Eiteransammlung, in den Augen einiger die abdominalen Methoden der Entfernung der Adnexa noch nicht, hier sei ein noch consequenterer Radicalismus am Platz. Landau hat in diesem Sinne die Péan'sche und Segond'sche vaginale Uterus-exstirpation (Castration uterine) bei eiterigen Adnexerkrankungen, wie bei gewissen Eiteransammlungen um die Adnexa herum, sowie endlich auch bei chronisch entzündlichen nicht eiterigen Erkrankungen der Adnexa und des Beckenperitoneums erweitert und vertritt als das zweckmässigste Verfahren die Exstirpation des Uterus von der Vagina aus und — zum Unterschiede von Péan und Segond — sammt den Adnexen, soweit dies möglich.

Also sowohl auf dem Gebiete der Indicationsstellung, wie auf dem der Technik, besteht noch in wichtigen Fragen Meinungsverschiedenheit.

Mein Dorpater Material steht mir nicht mehr mit den notwendigen Details zur Verfügung; ich habe dort eine Reihe — über ein Dutzend — von Adnexexstirpationen ausgeführt (mit einem Todesfall), und eine Reihe von anderen Operationen, welche mir einen Einblick in die Pathologie der Adnexentzündungen verschafften. Während der ersten zwölf Monate meiner Breslauer Thätigkeit habe ich zwischen 40 und 50 Adnexexstirpationen vom Abdomen aus gemacht (bis zum 30. Juli 29). Dabei sind 25 Tuben-graviditäten und gegen 40 Prolapse, welche vom Abdomen aus operirt und bei welchen letzteren, wie unten ausführlicher zu erörtern, in einem ansehnlichen Bruchtheil die kranken Adnexa entfernt sind, nicht mitgerechnet. Nicht mitgerechnet sind ferner sämtliche Ventrifixationen bei fixirtem Uterus, bei welchen die Adnexa geschont wurden, und endlich gegen 30 Fälle, welche im Sinne des Péan-Segond-Landau'schen Verfahrens operirt sind.

Dieses Material mag den folgenden Erwägungen mit zu Grunde gelegt werden; es ist gross genug, um auf eine Reihe von Fragen Antwort geben zu können; zudem lebt es noch frisch im Gedächtniss — auch ein nicht zu unterschätzender Vortheil.

Gestorben ist von den von mir Operirten eine, und zwar an Ileus infolge von Darmverklebung mit einer Stumpfwunde. Ausserdem starb eine von einem Assistenten Operirte; auf diese komme ich noch unten zurück — deshalb die besondere Erwähnung. Die

anderen sind genesen, und zwar fast sämmtlich ohne bedeutungsvolle Reaction.

Die Affectionen, um welche es sich handelte, waren vorwiegend Pyosalpinx, seltener Pyovarium, Hydrosalpinx, Hydrops follicularis, Hämatoma ovarii, Perisalpingitis, Perioophoritis, Perimetritis, Oophoritis corticalis, Pachyperitonitis mit und ohne Abscesse, Hämatosalpinx.

Dieser anatomischen Gruppierung kann man nun, wie das schon in seiner ersten bahnbrechenden Arbeit von Seiten Zweifel's geschah und wie es in der letzten Zeit besonders von Schauta streng durchgeführt wurde, die ätiologische zur Seite stellen. Diejenigen Momente, welche ätiologisch für die entzündlichen Erkrankungen der Adnexa in Frage kommen, sind vorwiegend Infectionen (sie veranlassen die schwersten und häufigsten Erkrankungen), ausserdem aber auch mechanische Störungen, wie sie aus pathologischen Lageveränderungen des Uterus und consequenterweise auch der Tuben und Ovarien erwachsen, endlich auch die ektopische Einbettung des befruchteten Eies. Und so haben wir denn in allen Fällen, wo es sich im Ovarium oder in der Tube, oder in abgesackten Räumen des Peritoneum um eiterige oder eiterähnliche Flüssigkeit handelte, die Untersuchung auf Mikroorganismen gemacht und, soweit derartige Untersuchungen positive Resultate ergaben, dieselben, naturgemäss mit der nothwendigen Reserve, zur Deutung des ätiologischen Charakters der Affectionen verwendet.

In einer Reihe von Fällen, in solchen, in welchen ausserdem die Vorgeschichte klar, womöglich für wichtige Epochen durch fachmännische Beobachtung gestützt ist, kommt man auf diesem Wege zu klaren, einwurfsfreien Resultaten. Dann finden wir, dass das anatomische Bild das getreue ätiologische Gepräge trägt, dass jeder Aetiologie ein bestimmter anatomischer Befund entspricht.

Das sind die Typen, die Schulfälle. Dann finden wir nach meiner Beobachtung bei der Gonorrhoe eine eiterige Tuben- mit oder ohne Eierstockentzündung, bei der puerperalseptischen Infection eine eiterige Perimetritis mit oder ohne Gewebeerweiterung im Parametrium oder Ovarium, bei Immobilisirung der inneren Genitalien (Retroversio-flexio) eine trockene adhäsive Peritonitis, ebenso bei der ektopischen früh unterbrochenen Schwangerschaft eine adhäsive Pelveoperitonitis mit hämorrhagischen Ueberresten in der Umgebung.

Diese einfachen anatomischen Bilder hätte man sich nun fast theoretisch construiren können. So einfach aber liegt die ätiologische Analyse nur in einem Bruchtheil der Fälle. Es giebt eine ganze Reihe von Momenten, welche die Grenzen der Endstadien der einzelnen Entzündungsformen verwischen und auf diese Weise untypische Bilder zustande kommen lassen können. So sind denn die Schwierigkeiten in der Analyse der ätiologischen Momente der Adnexerkrankungen nicht unbedeutend. Im Vollbewusstsein dieser Thatsache habe ich dennoch jeden Fall auf gekennzeichnetem Wege zu klären gesucht.

Nicht selten ist die Anamnese uncharakteristisch, nichtsagend. Aber selbst bei positiven Angaben kann sie recht trügerisch sein. Um nur einen Punkt hervorzuheben; das Brennen beim Urinlassen, gewiss ein charakteristisches Symptom für die Gonorrhoe, und dabei wie unzuverlässig! Beschwerden, welche im Erinnerungsbilde mit dem Ausdrucke Brennen beim Urinlassen wiedergegeben werden, werden auch durch nicht gonorrhoeische Uteruskatarrhe erzeugt; ähnliche, wenigstens für Laienbegriffe ähnliche Erscheinungen auch durch Affectionen, welche überhaupt nicht Schleim-

¹⁾ Theilweise vorgetragen in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 31. Januar 1895.

hautentzündungen sind. Das Wasserbrennen allein muss also als gonorrhöisches Belastungssymptom äusserst sorgfältig geprüft werden.

Ein weiteres Moment, welches verwirrend zu wirken, die grob-klinischen und grob-anatomischen Grenzen einiger Entzündungsformen zu verwischen imstande ist, entspricht der Beobachtung, dass die gonorrhöische Erkrankung der inneren weiblichen Genitalorgane, speziell der Tuben, erst in dem der Infection folgenden Wochenbette Platz greifen kann.

Es ist schon längst den Gynäkologen aufgefallen, dass in Ehen, in welche die Männer mit noch infectionsfähigem Tripper eingetreten sind, das erste Kind prompt kommt; dass es damit aber ein Ende hat, die Frau dann kränkelt, gelegentlich consultirt und dann den ziemlich untrüglichen Befund der doppelseitigen Adnexaffection aufweist. Bei der Erzeugung des Kindes waren die Tuben noch leistungsfähig, während der Schwangerschaft schützte sie die Verlegung des Uterusinnern durch die deciduale Verklebung vor dem Infiltratwerden, erst im Puerperium wurde dasselbe wieder frei, zu einer Zeit, wo zugleich in dem abundanten Wundsecret der Uterusinnenfläche die in der Cervix angesiedelten Gonococcen massenhaft gezüchtet werden konnten. Jetzt konnte die Infection ungehindert weiter wandern, jetzt kam es zu pelveoperitonitischen Erscheinungen mit hochgradiger Empfindlichkeit und palpablem „Exsudat“. Diese Erscheinungen traten spät im Wochenbette auf, nach einer Zeit, welche den Incubationstermin einer septischen Infection von der Geburt aus um einige Tage überdauert. Dieser Umstand und die Thatsache, dass ich hier meine Beobachtungen in einer glänzend eingerichteten Klinik mache, in welcher für Schutzmaassregeln gegenüber der septischen Infection zur Genüge gesorgt ist, bürgt mir für die Correctheit und richtige Deutung derartiger hier in der Grossstadt ziemlich häufigen Beobachtungen. Längere Zeit nach derartigem Wochenbett weiss die Kranke natürlich nichts weiter anzugeben, als dass sie damals im Wochenbette fiebert und Unterleibsentzündung gehabt habe; wir glauben auf Grund der Anamnese ein gewisses Recht zu haben, den Process auf puerperale Sepsis zurückzuführen, und doch handelt es sich um andersartige Infection.

Weiter kann die ätiologische Deutung von Adnexaffectionen Erschwernisse erfahren, wenn wir z. B. eine fixirte Retroflexion antreffen und die Anamnese mit einiger Deutlichkeit für eine Infection, also z. B. mit Gonococcen spricht. Natürlich können auch die Adnexe eines retroflectirt fixirten Uterus gonorrhöisch oder septisch inficirt werden; sie werden es nach meiner Beobachtung ganz besonders leicht (Beobachtungen, zu welchen sehr gut kürzlich veröffentlichte Thierexperimente Walthard's, Archiv f. Gyn. Bd. 48, S. 259, stimmen); dann aber handelt es sich eben um eine Combination der älteren durch Immobilität bewirkten und der neuen auf Infection beruhenden pelveoperitonitischen Prozesse.

Andererseits aber kann auch eine infectiöse Adnexerkrankung zur Retroflexio-versio führen. Das entzündete Ovarium oder die durch Eiter aufgetriebene Tube verklebt mit der entsprechenden Kante resp. Hinterwand des Uterus, sinkt in den Douglas'schen Raum oder bis an den Rand desselben, die Douglas'sche Falte hinab, verwächst hier ebenfalls, zieht so das Corpus uteri nach hinten unten und schiebt die Portio zugleich nach vorn. Je mehr das entzündete Organ während des Abheilens schrumpft, umso mehr wird das Corpus nach unten hinten gezogen, umso mehr die Retroflexio-versio verstärkt.

In nicht allzu veralteten Fällen lässt sich während der Operation die Frage noch entscheiden, ob die Retroversio-flexio oder die Adnexentzündung das Primäre war. Ich habe wiederholt beobachtet, dass unmittelbar nach der Exstirpation des oder der Adnextumoren der Uterus sich spontan in normale Anteversio-flexio legte und dann diese noch während der Operation acquirirte Normallage definitiv behielt. Derartige Beobachtung berechtigt uns anzunehmen, dass die Retroflexion das Secundäre war, weil sich die Leistungsfähigkeit des Ligamentapparates des Uterus nach der Entfernung der Adnextumoren und seiner Adhärenzen noch erhalten fand.

In anderen Fällen glaubte ich zu erkennen, dass ausgedehnte Verwachsung der Blase mit der vorderen Wand des Corpus uteri bis zum Fundus hinauf durch pelveoperitonitische Prozesse das primum movens für die Entstehung einer Retroflexion abgab. Das ebenfalls beobachtete spontane Zurückgehen des Uterus in Rechtstellung nach der Trennung der Adhärenzen schien mir auch hier die Richtigkeit dieser Argumentation zu beweisen.

Weiter empfinden wir bei der ätiologischen Analyse der Befunde störend, dass Eiter und eiterähnliche Secretionen in den Tuben, den ovarialen und peritonealen Abscessen recht häufig mikrobefrei gefunden werden.

Ein noch störenderes, verwirrendes, die Einfachheit des Typus noch mehr trübendes Moment liegt darin, dass wir unter Umstän-

den im Pyosalpinxer Mikrobe antreffen, welche sicher nicht auf dem einfachen Schleimhautwege dahin gelangt sind.

So werden gelegentlich, wenn auch viel seltener als Gonococcen, Streptococcen, Staphylococcen und andere Mikroben im Eiter von Tubensäcken gefunden. Für die ersteren nimmt Zweifel eine Einwanderung aus dem Gewebe des Parametriums durch die Tubenwand hindurch in das Tubenlumen hinein an. Dieser anscheinend complicirten Annahme möchte ich mich schon auf Grund der Beobachtung am Krankenbette und am Sectionstische anschliessen, wenigstens für eine Reihe von Fällen; man findet bei puerperalseptischen Leichen wohl Affectionen des Endometriums, des Parametriums, des Peritoneums, der Eierstöcke, fast nie eine Erkrankung der Tubenschleimhaut. Ganz selten constatirt man im Tubenlumen schleimig-eitriges Secret, nie eine Auftreibung, nie eine Pyosalpinx.

Ein anderer Weg, den die Mikroben, welche nicht Gonococcen sind, in die Tube hinein nehmen können, beginnt auf der Oberfläche des Darmtractus. Die linke Tube ist der Flexura sigmoidea schon normaliter, pathologisch häufig so ausserordentlich stark genähert, zwischen der rechten und dem Processus vermiformis bestehen bei Verlöthungsprocessen durch Pelveoperitonitis adhaesiva oft so innige, intensive Beziehungen, dass es geradezu auffallend wäre, wenn nicht die entzündlichen Erkrankungen des einen Organs das andere in Mitleidenschaft zöge, eine Mitleidenschaft, bei welcher naturgemäss den Spaltpilzen die Vermittlungsrolle zufällt.

Auch makroskopisch erfährt der Inhalt von Exsudaträumen wesentliche Veränderungen. Der Eiter wird zunächst keimfrei, bleibt aber noch längere Zeit Eiter, d. h. eine trübe Flüssigkeit, welche eine Aufschwemmung von corpusculären Elementen darstellt. Auf irgend eine Weise kann er schliesslich eliminirt werden, also wenn er in der Tube lag, durch die später wieder erstarkende Muskelkraft des Organs selbst. Dann bleibt nur eine geschwellte hypersecernirende Schleimhaut übrig, welche wässrig-schleimige, gelegentlich auch blutige Ausscheidung bedingen kann. Dann wird dieselbe Tube, welche früher eine Pyosalpinx war, später eine Hydro- oder Hämatozalpinx. Das kann aber auch auf dem Wege eines anderen Mechanismus zustande kommen. Der entzündliche Process, welcher die Pyosalpinx erzeugte, lässt eine Verlöthung des Abdominalostiums der Tube zustande kommen. Der Eiter wird ausgeschieden. Jetzt wissen wir durch Experimente von Slaviansky und Woskressensky, dass Verlöthung des Fimbrienendes der Tube eine Stauung des in normaler Menge abgeschiedenen Secretes zustande kommen lässt. Derartige Verlöthungen aber können auch Folge puerperaler Sepsis oder mechanisches Resultat lange bestehender Retroflexion sein.

Oder wir können in der einen Tube Eiter mit unzweideutigem Coccenbefund antreffen, in der anderen findet sich als Coeffect der Entzündung Blut, oder wir finden neben einer Pyosalpinx gonorrhöica ein Hämatom des Ovariums oder eine Hydrosalpinx der anderen Seite oder was derartige Combinationen mehr sein können.

Gegenüber der von Zweifel zuerst berührten wichtigen Thatsache der Metamorphose des Inhalts in Exsudaträumen ist die wichtigste und berechtigteste Frage: wann tritt sie ein, wann finden wir an Stelle eines primär eitriges, ein seröses, schleimiges oder blutiges Exsudat. Wichtig und berechtigt ist diese Frage, um es ausdrücklich zu betonen, zunächst nur für die nachträgliche Diagnose — nicht ohne weiteres für die Therapie, für die Therapie ist es bedeutungsvoller zu wissen, wann ist Eiter steril, wie lange ist er infectiös.

Positive Antworten auf diese Fragen sind schwer zu bekommen. Ich habe Pyosalpingen und Pyovarien operirt, wo die Infection vor vier und mehr Jahren erfolgte, nach derselben Zeit noch veritablen Eiter in peritonitischen Abscessen angetroffen. Ich meine, dass in denjenigen Höhlen, welche mit der Oberfläche auf natürliche Weise communiciren oder derartige Communicationen wiedererlangen können, eine Inhaltsmetamorphose, und zwar auf die gedachte Weise, am frühesten eintreten kann, d. i. in den Tuben. In den von der Oberfläche aber völlig abgesperrten Exsudaträumen, in den Ovarien, in Peritonealtaschen, bleibt Eiter sehr lange Zeit Eiter, und da trifft, natürlich nur in gewissen Zeitläuften, unser operirendes Messer Eiter, wo seiner Zeit ein eitriges Exsudat gesetzt wurde. Natürlich spricht hierbei ein gewichtiges Wort die Qualität der die eitriges Entzündung setzenden Mikroben. Hat aus abgeschlossenen Räumen eine Eiterentleerung nach irgend einer Oberfläche stattgefunden, so kann, wenn die Nachgiebigkeit der Wände und ihre Sterilität es gestatten, ein Zuwuchern durch Granulationen stattfinden. Ob sich neuer Inhalt bildet und welcher Art derselbe ist, hängt von der Oberflächenbeschaffenheit der Abscesswände und der An- oder Abwesenheit von Mikroben ab.

Wie steht es nun mit den Blutergüssen, welche wir als Folge der tubaren Eieinbettung im Peritoneum oder in der Tube antreffen? wie verändern sich diese mit der Zeit, machen sie, und

wann, einer makroskopisch andersartigen Flüssigkeit Platz? Im allgemeinen meiner Erfahrung nach auch höchstens recht spät und sehr selten. Verjauchen können dergleichen Ergüsse, aber auch das ist, wenn sie nicht von der Scheide aus eröffnet oder von oben her unsauber in Angriff genommen werden, nur ganz ausnahmsweise der Fall. Im allgemeinen finden wir noch nach Jahren Blutreste, braunes, leberfarbendes, geronnenes Blut als untrügliche Wahrzeichen der früher bestandenen Extrauterinschwangerschaft; und ist das Blut bis auf den letzten Rest resorbiert, dann finden wir Verbackungen, breite Verklebungen von Tuba, Ovarium, Uterus und hinterer Beckenwand, da und dort schwarze Pigmentflecken, aber weiter nichts, kein Serum, kein frisches Blut. Ich blicke auf 36 von mir operirte Extrauterinschwangerschaften zurück (neun entfallen auf meine Dorpater Thätigkeit); so war es in den Fällen, wo die Berstung in früher Schwangerschaftszeit weit zurücklag, stets bis auf einen Fall, und in diesem war die dereinstige Extrauteringravität nicht über alle berechtigten Zweifel erhaben.

Dasjenige aber, was am meisten die Möglichkeit einer nachträglichen Diagnose der Aetiologie der entzündlichen Affectionen der Adnexe erschwert, ist die Variabilität des anatomischen Bildes in ein und demselben Falle. Dass im Laufe der Jahre ein entzündlicher Zustand ausheilt, d. h. in einen Zustand übergeführt wird, in welchem man nicht mehr die Cardinalsymptome der Entzündung nachweisen kann, ist uns eine geläufige Anschauung. Die Schwellung und Infiltration, die Röthung, der Blutreichthum der Gewebe nimmt ab, es tritt, soweit dies möglich, der Status quo ein. So muss doch schliesslich die entzündete Tube wieder zur früheren Wanddicke zurückkehren, und so müssen doch schliesslich auch die Salpingitis nodosa, die Salpingitis isthmica zur völligen Rückbildung gelangen, ebenso wie die Metritis, die Urethritis gleichen Ursprungs. Ist dies erst geschehen, dann sind bloss die Adhärenzen die Ueberbleibsel, und dann müssen die Bilder confluiren, dann muss das Bild der einstigen Gonorrhoe dem der einfach mechanisch fixirten Retroflexion oder dem nach puerperaler Sepsis gleichen.

Hieraus erhellt, dass zwar so einfache klare, uncomplicirte anatomische, scharf in sich abgeschlossene, streng charakterisirte Bilder, wie wir sie Eingangs dieser Erörterung mit einigen Worten skizzirten, den verschiedenen ätiologischen Möglichkeiten sicher nicht immer entsprechen werden. Und wenn auch die Verhältnisse noch nicht so liegen, dass wir mit einem gewissen Fatalismus jeden Versuch einer ätiologischen Analyse der entzündlichen Adnexerkrankungen unterlassen und die weitaus meisten derselben eo ipso auf eine früher oder später stattgefundene Gonorrhoe zurückführen müssten, so ergibt sich doch, dass wir auf Atypieen gefasst sein müssen. Es werden die anatomischen Bilder der Gonorrhoe und puerperalen Sepsis unter Umständen eine gewisse Aehnlichkeit haben können, wenn noch Eiteransammlung vorhanden ist, die der Gonorrhoe der puerperalen Sepsis und der mechanisch hervorgerufenen Peritonitis pelvica, wenn letztere fehlt.

Versuchen wir nun nach der Erörterung aller dieser verwirrenden Möglichkeiten die Bilder für die Haupttypen der entzündlichen Adnexerkrankungen zu entwerfen.

Bei aller Hochachtung vor Wertheim's ausgezeichneten Untersuchungen lässt mich dennoch die klinische Beobachtung und Untersuchung die Thatsache nicht verkennen, dass die Gonorrhoe in erster Linie Tubenschleimhautreiterung, heftige Entzündung der Tubenwandungen und adhäsive Peritonitis im Bereiche des Beckens macht. Letztere führt häufig zu Verlöthungen oder wenigstens Schrumpfung des Fimbrienendes der Tuben. Gelegentlich wird auch ein Graaf'scher Follikel infectirt, dann finden wir ausser der Tubenentzündung auch noch Pyovarium. Kommt es während des acuten Stadiums zu einer Exsudation im Bereiche benachbarter Peritonealabschnitte, so ist dieselbe meist nur entzündlicher Natur, das Exsudat ist meist serös.

So finden wir denn in den manifesten Fällen von Gonorrhoe in einer oder beiden Tuben Eiter, gelegentlich auch solchen im Ovarium. Die Tuben sind häufig stark aufgetrieben, ihre Wände verdickt, auf dem mikroskopischen Bilde von Rundzellen infiltrirt. Das Fimbrienende ist häufig verschlossen, entweder als solches zugelöthet oder mit dem Ovarium verklebt; oder es ist offen, dann häufig geschrumpft, und die sichtbare Schleimhaut noch in entzündlichem Zustande. Die Salpingitis interstitialis, die Verdickung, die Infiltration des Tubenrohrs ist in manchen Fällen ganz besonders stark ausgesprochen an der Einmündungsstelle dieser Organe in den Uterus — Salpingitis interstitialis isthmica. In einigen Fällen fand sich auch hier noch circumscript Eiteransammlung, wogegen das übrige Tubenrohr fast frei war.

Meist in ausgedehnter und intensiver Weise ist das Bauchfell der Organe in Mitleidenschaft gezogen. Stets bestehen ausgedehnte peritonitische Synechien zwischen den einzelnen Windungen der stark geschlängelten Tuben und dieser mit den Nachbar-

organen, den Ovarien, Theilen des Ligamentum latum des Darmtractus und des Netzes. Besonders die Ovarien sind fast stets mit dem grössten Theile ihrer Oberfläche adhären. Lag der Termin der Infection nicht allzuweit zurück, so fand man gelegentlich auch noch eine meist dunkelbernsteingelbe seröse Flüssigkeit von geringer Menge im freien Theile des Peritoneums oder auch in abgesackten Räumen desselben. Nur ganz selten trafen wir auf Eiter in abgesackten, der Tube und dem Ovarium benachbarten Theilen des Peritoneums, welche mit Sicherheit diesen Organen nicht angehörten.

Ob alle diese Formen einer Art Ausheilung fähig sind, erscheint zweifelhaft; es muss äusserst zweifelhaft erscheinen, dass ein Ovarialabscess, ein eitriges intraperitoneales Exsudat ausser auf dem Wege des Durchbruchs in absehbarer Zeit verschwindet. Nichtsdestoweniger machen wir, wenn nicht täglich doch sehr häufig die Erfahrung, dass bei Frauen oder Mädchen mit recht umfänglichen gonorrhoeischen Exsudaten zu beiden Seiten des Uterus, welche sicher nicht ausschliesslich den geschwellten Tuben entsprechen, die letzteren nach Anwendung von Hydrotherapie oder Bettruhe, oder ohne jede Cur verschwinden oder so minimal werden, dass sie nur bei sehr sorgfältiger Tastung als sehr wenig umfängliche Resistenzen zu erkennen sind. In demselben Maasse wird auch ein Verschwinden der subjectiven Symptome constatirt. Unter den Kranken, an welchen wir im letzten Jahre derartige Beobachtungen machten, befanden sich auch solche, denen schon die Adnexextirpation vorgeschlagen war.

Von den Fällen, in welchen Eiter zum Durchbruch gekommen war, rede ich nicht. Diejenigen nun, in welchen eine derartige plötzliche objective und subjective Besserung auftrat, sind zweifellos nur die, bei welchen das „Exsudat“ entweder nur Pyosalpinx oder höchstens Pyosalpinx mit seröser Exsudation in der Umgebung darstellte; bei welchen durch die Muskelaction der Tube der Inhalt nach dem Uterus noch entleert werden konnte und bei welchen nach dieser Entleerung die entzündliche Schwellung der Tube bald nachliess, bei welchen das seröse Exsudat in der Umgebung bald der Resorption anheimfiel. Dass eine völlige Restitution der Function der Tube als Resultat derartiger Heilung möglich ist, ist ganz zweifellos; meine mikroskopisch-anatomische Untersuchung geeigneter Fälle und die klinische Beobachtung sprechen dafür. Manche späte Erstgeburt beweist es; die Conception konnte nicht auftreten, ehe nicht derartige Processe abgelaufen waren.

Die Eiterbildungen im Ovarium oder in sich abschliessenden Peritonealräumen, welche man nach gonorrhoeischer Infection findet, sie mögen, wie bei ersteren gelegentlich zu beobachten, Gonococcen enthalten oder Staphylococcen oder Gemische, verhalten sich wie die nach puerperaler Sepsis übrig bleibenden.

Diesem Befunde steht das Bild der Beckenorgane gegenüber, welches wir lange Jahre nach einer puerperalen Infection antreffen. Dieses Bild wird durch die Pelveoperitonitis adhaesiva beherrscht: feste schwartige, membranöse oder filamentöse Verbackungen der inneren Geschlechtsorgane unter einander und mit der Umgebung; in den Tuben, deren Fimbrienenden meist wegsam, seltener verlöthet sind, besonders im letzteren Falle wässerig-schleimige Ergüsse, nicht selten solche in cystischen Räumen, welche den Ovarien angehören. Dabei vermissen wir die Salpingitis interstitialis, die Salpingitis isthmica.

Neben diesem Bilde treffen wir auch auf Befunde von Eiter. Derselbe wird überwiegend häufig in abgesackten Partien des Peritoneums, nicht selten im Bereiche der Douglas'schen Tasche oder in der Substanz des Ovariums gefunden; gelegentlich auch in einem Hohlraum, der von Ovarium und Tube (Ovarialtube) gebildet wird, selten nur in der Tube.

(Schluss folgt).