IV. Ueber periuterine Suppurationen (Pyocele retrouterina).

Von Professor Axel Iversen in Kopenhagen.

(Fortsetzung aus No. 40.)

Diagnose. Das geschilderte Krankheitsbild ist ja leicht wieder zu erkennen, die Schwierigkeit besteht nur darin, zu entscheiden, welcher Natur die Geschwulst ist und wo sie ihren Ursprung nimmt. Eine solche Pyocele kann 1) mit einer Hämatocele retrouterina verwechselt werden, 2) mit einem entweder einfachen oder doppelten Pyosalpinx, und endlich 3) mit einer suppurirenden Ovarien- oder Dermoidcyste.

Man ist jetzt darin einig, dass eine Hämatocele retrouterina entweder von einer geborstenen Tubarschwangerschaft bedingt wird, oder von einer chronischen Salpingitis, die durch eine hämorrhagische Perisalpingitis und Pelviperitonitis die Blutung verursacht. In beiden Fällen kann man also annehmen, dass ein Tubarleiden zugrunde liegt. Die Berstung von Varicen in den Ligamenten kommt so selten vor, dass sie ausser Betracht bleibt.

Sowohl bei geborstener Tubargravidität, als auch bei Salpingiten kann sich das Blut im Douglas'schen Raum abkapseln, und man findet bei der Untersuchung einen Tumor im Becken, der ganz der besprochenen Ausfüllung ähnlich sieht. Die Schmerzen können dieselben sein, und der einzige Unterschied ist der, dass die Patientin

nicht fiebert. Dies ist aber bei weitem nicht immer der Fall, denn die Hämatocele hat immer eine Tendenz zur Suppuration, gerade weil das Leiden von entzündeten, vielleicht suppurirenden Tuben ausgeht. Die Erfahrung zeigt uns auch, dass man vor der Evacuation nie zwischen diesen verschiedenen Zuständen unterscheiden kann.

Gerade so wie die Pyocele kann auch die Hämatocele nach verschiedenen Seiten perforiren, am häufigsten geschieht dies aber in den Mastdarm, und Courty giebt an, dass dies Ereigniss unter 52 Fällen 13 mal vorkam.

Die Pyosalpinx ist wohl am häufigsten doppelseitig, und es ist allgemein bekannt, dass sich das Leiden bis zu einer ziemlichen Grösse ganz ohne Symptome entwickeln kann.

Wenn man also dem beschriebenen klinischen Bilde gegenübersteht, kann man in grosser Verlegenheit sein, wenn man genau angeben soll, ob es eine doppelseitige Pyosalpinx sei, die aus irgend einer, bis jetzt unbekannten Ursache plötzlich eine solche Ausdehnung erreicht hat, oder ob das Leiden mit einer Perisalpingitis oder mehr verbreiteten Pelviperitonitis complicirt worden sei. In Anbetracht dessen, dass der ampulläre Theil der Tuben und die Ovarien in der Regel entweder retrouterin oder retriligamentär liegen, versteht man auch leicht, dass sich krankhafte Veränderungen und Erweiterungen der Tuba gerade als Tumoren, im Douglas'schen Raum liegend, präsentiren müssen; die erweiterten Tuben sind, wie uns die Erfahrung bei den Laparatomieen zeigt, hier fixirt, aber der Tumor erreicht selten die bedeutende Grösse, wenn sich die Pyosalpinx nicht mit einer Perisalpingitis oder suppurativen Pelviperitonitis complicirt.

An einer meiner Krankengeschichten (No. 15) kann dies sehr schön verfolgt werden. Die Kranke leidet an einer heftigen Pelviperitonitis und wird infolge dessen mit Laparatomie und Drainage behandelt, sie fühlt sich eine Zeit lang wohl, aber die andauernden Schmerzen erfordern neuerlich eine Laparatomie, und jetzt kann man die kranken Adnexa entfernen, worauf definitive Heilung eintritt.

Wahrscheinlich ist es die suppurative Pelviperitonitis, die diese grossen Tumorformen hervorbringt, und bei einigen meiner Krankengeschichten kann man deutlich beobachten, dass der Eiter ganz frei intraperitoneal gefunden wird, aber von schützenden Membranen umgeben, die jedoch so dünn waren, dass der Eiter, wenn die zusammengewachsenen Därme sich ein wenig trennten, gleich hervorkam.

Der Verlauf deutet aber darauf hin, dass die Entstehung des Eiters nicht allein durch die Pelviperitonitis bedingt wird; wie man sehen wird, ist es nur in einer geringen Anzahl von Fällen gelungen, die Krankheit mit einer einzelnen Incision und Drainage zu heilen. In der Regel müssen Gegenöffnungen gemacht, viele Abscesse müssen geöffnet werden, und diese liegen oft so, dass starke Septa die einzelnen Abscesse trennen. Es kann ja sein, dass dies daran liegt, dass die Abscesse innerhalb verschiedener Abschnitte der Verwachsungen liegen, viel wahrscheinlicher ist es aber, dass ein Theil dieser Abscesse innerhalb der Wandungen der Tuba liegen und sich in dem eigenthümlich abgeschnürten Abschnitt der Tuba (wie man es so oft bei einer exstirpirten Tuba sieht) entwickelt haben. Diese Meinung wird eigentlich mehr als Raisonement, denn als Beweis vorgeführt, da es ja sehr schwer ist, nur durch das Gefühl zwischen einer geschwellenen entzündeten Schleimhaut und einem Granulationsgewebe zu unterscheiden.

Wenn man von den Suppurationen absieht, die den früher so sehr gebräuchlichen Punctionen von Ovariencysten folgten, ist die Suppuration jetzt bei diesen Leiden eine grosse Seltenheit. Nur wenn der Stiel torquirt ist, erfolgt sicher eine Suppuration. Wenn die Torsion erst eintritt, nachdem die Cyste sich aus dem kleinen Becken hervorgehoben hat, wird die Diagnose in der Regel in der Narkose gestellt werden können. Wenn dagegen die torquierte Cyste noch im Douglas'schen Raum liegt, wird die differentielle Diagnose sehr schwierig sein, namentlich gegenüber einer Pyosalpinx, da in beiden Fällen eine geringe Beweglichkeit vorhanden sein kann. Eine suppurirende Dermoidcyste, die in dem kleinen Becken festsetzt, kann in diagnostischer Hinsicht viele Schwierigkeiten darbieten; sie kann mit einer einseitigen verwachsenen Pyosalpinx verwechselt werden. Die Suppuration wird in der Regel durch die Punction oder durch puerperale Leiden hervorgerufen.

Ein retroflectirter, gravidier Uterus könnte auch einer Pyocele im Douglas'schen Raum sehr ähnlich sein; man muss seine ganze Aufmerksamkeit auf die Lage der Blase richten; die Retroflexion wird in der Regel von einer bedeutenden Retentio urinae begleitet sein, die Blase wird über die Symphyse hinauf prominiren; beim Katheterismus wird man das schnell constatiren können, und man wird auch sehen, dass der in das kleine Becken eingekleite gravidier Uterus, namentlich in der Narkose gehoben werden kann. Bei der suppurirenden Pelviperitonitis wird die Blase in der Regel comprimirt sein. Bei dem retroflectirten gravidier Uterus wird die Oberfläche gegen das Abdomen zu in der Regel glatt und regelmässig sein, bei der Pelviperitonitis hingegen unregelmässig, und

bestimmte Contouren können nicht erkannt werden, da die oberen Grenzen gegen die adhärennten Gedärme diffundiren.

Die Hauptaufgabe der Diagnose ist also, zu entscheiden, ob Eiter vorhanden ist, und wo dieser ist.

Man muss genau in der Anamnese nachforschen, ob frühere Leiden in den inneren Genitalien vorhanden waren, und wie sich die jetzige Krankheit entwickelt hat. Der klinische Verlauf wird uns in der Regel schnell zeigen, ob eine Suppuration da ist. Der objective Fund ist und bleibt aber doch der wesentliche Punkt. Wenn auch die Möglichkeit ausgeschlossen ist, in der Narkose die begrenzte Empfindlichkeit zu constatiren, erleichtert sie uns doch die Diagnose über den Sitz und den Ausgangspunkt der Krankheit. Deshalb soll man sie in der Regel benutzen, besonders ist die bimanuelle rectale Untersuchung sehr instructiv. Wenn man eine bedeutende retrouterine fixirte Ausfüllung vorfindet, die das Lacunar posterius erweitert und hinunterdrängt, den Uterus nach vorn deplacirt, und das Rectum verengert, kann man bestimmt sagen, dass eine Ansammlung im Douglas'schen Raum vorhanden ist; ob diese aber von einer suppurativen Pelviperitonitis, einer suppurativen Perisalpingitis, einer Pyosalpinx oder einer Hämatocele herrührt, darüber kann man sich nicht entscheidend aussprechen.

Findet man aber einen lateralen Tumor im Becken, der mit den Seitenwänden des Uterus und der Vagina eng verwachsen und durch diese wieder dem Becken adhären ist, so muss man auf eine Phlegmone des Beckenbindegewebes schliessen, die entweder durch eine Lymphangitis oder eine Adenophlegmone entstanden ist.

Im allgemeinen kann man diese zwei Gruppen des Explorationsbefundes, die Delbet hervorgehoben hat, aufstellen, und deshalb ist die Topographie des Sackes so wichtig, eine Diagnose, die man nur in der Narkose stellen kann; zwar ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass geübte Chirurgen und Gynäkologen auch ohne Narkose eine topographische Diagnose stellen können, wenn das Individuum besonders günstige Bedingungen, wie grosse Magerkeit oder eine schlaaffe Bauchwandung darbietet.

Behandlung. In Bezug auf die Abscesse im Douglas'schen Raum, die intraperitoneale Pyocele, ist nur ein guter Verlauf zu erwarten, wenn sie chirurgisch evacuiert werden. Man soll die Evacuation nicht der Natur überlassen, da der Weg, den sie einschlägt, wie oben erwähnt, sehr gefährlich und die Evacuation ungenügend sein kann.

Die Incision muss die Hauptmethode sein, und man kann nur uneinig sein über die Stelle, wo sie zu machen ist. Wenn man Gelegenheit gehabt hat, solche Abscesse zu behandeln, wird man bald erfahren haben, dass es sich hier nicht um einen einzelnen Abscess handelt, sondern um mehrere, die gewöhnlich in Säcken liegen, so dass eine Heilung nur dann möglich ist, wenn diese in grosser Ausdehnung geöffnet werden und als Nachbehandlung eine gute Drainage durchgeführt werden kann. Durch die Punction erreicht man nur die Verification der Diagnose, ob Eiter vorhanden ist; eine gute Evacuation ist auch dann undenkbar, wenn man Punction und Drainage verbindet. Der getroffene Abscess kann vielleicht dadurch entleert werden, aber der übrige Sack nicht, und das Leiden mit seinen Gefahren dauert fort.

Früher hat man diese Abscesse entweder von der Vagina oder vom Rectum aus angegriffen. Byford hat im Jahre 1886 dieser Methode das Wort geredet, wenn die Abscesse gegen das Rectum hin prominiren; er macht erst eine energische Dilatation des Anus, incidirt den Abscess vom Rectum aus, löffelt ihn aus und behauptet, der Verlauf sei dann ein guter. In der Regel wird man aber bedenklich sein, noch neue Infectionserreger mit einem solchen Abscess in Verbindung zu bringen.

Man nennt Callisen als den, der die vaginale Incision angegeben hat; wenn sich der Abscess in das Lacunar posterius hervordrängt, liegt es nahe, durch eine Incision das Exsudat auf diesem Wege zu entleeren. Schroeder empfahl und benutzte diese Methode sehr oft. Wenn man dieselbe wählt, muss man sie sehr vorsichtig anwenden, da sowohl die Ureteren, wie auch grössere Gefässe leicht beschädigt werden könnten. Die Incision soll am liebsten in transversaler Richtung gemacht werden, da sie dann parallel mit den Hauptgefässen geht, namentlich mit der Art. vaginalis, die transversal auf beiden Seiten des Collum liegt; gut wäre es, wenn man im voraus durch eine sorgfältige Exploration die Lage der Arterie feststellen könnte. Die Lage der Ureteren ist bei diesen Fällen ja immer unbekannt; Delbet giebt an, dass der Ureter sowohl längs der vorderen, als auch der inneren Wandung des Abscesses liegen kann; er meint aber doch, dass er am häufigsten gegen das Becken gedrückt ist; wenn man die Art. vaginalis fühlen kann, darf man hinter derselben incidiren, entweder in transversaler oder in einer etwas nach rückwärts und auswärts gehenden Richtung.

Als einen Uebelstand bei der vaginalen Incision muss man anführen, dass die Muskulatur in der Vagina die Neigung hat, die Oeff-

nung zu verengern und das Drainrohr herauszupressen; eine unbedeutendere Unannehmlichkeit ist auch die, dass man die Antiseptik nicht so sorgfältig durchführen kann, obwohl dieses Argument unter diesen Verhältnissen eine geringere Bedeutung hat.

Delbet hat sechs Fälle von Vaginalincision bei Pelviperitonitis gesammelt, die alle geheilt wurden.

Hieraus ersieht man, dass der Eingriff also in einer gewissen Anzahl von Fällen geholfen hat, ich zweifle aber an dem guten Erfolg Fällen gegenüber, wo der Tumor mehr oder weniger hoch in das Abdomen hinaufreicht, hauptsächlich deshalb, weil es nicht ein einzelner Abscess ist, der zu entleeren ist, sondern ein Complexleiden.

Die Abscesse liegen auch häufig so, dass man, wie uns die Krankengeschichten zeigen werden, sich durch eine einleitende Operation einen Weg bahnen muss, und ich habe sie in der Regel durch eine Laparotomie behandelt. Diese Behandlung danken wir Lawson Tait, der im Jahre 1880¹⁾ die ersten sechs Fälle veröffentlichte. Nach Delbet hatte er schon im Jahre 1885 30 Laparotomien gemacht, um Beckenabscesse zu drainiren.

Die Behandlungsmethode scheint sich zuerst nach Amerika verbreitet zu haben, wo unser Christian Fenger sie im Jahre 1885²⁾ zum Gegenstand einer ausführlichen Mittheilung machte.

Viel später kam die Methode nach Frankreich (citirt nach Delbet), wo Terrillon³⁾ im Jahre 1887 drei solche Fälle mittheilte; diese sind später noch einmal von Malherbe (Thèse de Paris 1887) besprochen worden.

Delbet hat in seiner Monographie (p. 418) 21 Fälle gesammelt; in den 11 Fällen galt es eine Pelviperitonitis, wovon 9 geheilt wurden und 2 starben; der eine Todesfall war durch eine secundäre Darmperforation begründet, bei dem zweiten lag die Ursache in einer Berstung des Abscesses während der Laparotomie, so dass die Patientin an einer universellen Peritonitis starb. Die Laparotomie wurde in weiteren 10 Fällen von suppurirender Hämatocele vorgenommen, und in allen Fällen wurde eine Heilung erzielt. In 17 von meinen 22 Fällen habe ich eine Evacuation des Eiters durch Laparotomie eingeleitet; diese war 10 mal eine mediane, und 7 mal wurde das Peritoneum mit einer lateralen Incision gegen den am meisten prominirenden Theil des Tumors hin geöffnet.

Nachdem die Abdominalhöhle geöffnet war, habe ich mich über die Verhältnisse orientirt, und nur in zwei Fällen (No. 7 und No. 10) ist die mediane Laparotomie explorativ gewesen.

Das Beckenexsudat lag zu weit entfernt von der Bauchwunde, dass man daran denken konnte, eine Evacuation durch dieselbe vorzunehmen, so dass die Wunde wieder geschlossen wurde und primär heilte.

In sieben Fällen ist die Laparotomie und Incision des Abscesses in derselben Sitzung gemacht worden, bei einem dieser Fälle (No. 14) trat eine universelle, suppurative Peritonitis ein, da eine leichte, vorsichtig gemachte Lösung eines verwachsenen Darmabschnittes, die nur gemacht wurde, um einen erreichbaren Punkt des Abscesses zu finden, dem Eiter Zutritt verschaffte. Patientin starb am dritten Tage nach der Operation; alle anderen Fälle wurden geheilt.

In acht Fällen ist die Operation in zwei Sitzungen gemacht worden; nachdem das Peritoneum geöffnet war, fand man, dass sich entweder gar keine oder nicht genügend feste Verwachsungen mit dem Peritoneum parietale gebildet hatten. Es wurde daher, nachdem das Peritoneum mit der Haut umsäumt war, eine gute Stelle der Oberfläche des Abscesses gewählt, mit Jodoformgaze ausgepolstert und hierdurch gute Adhärenzen hervorgerufen. Nach einigen Tagen ist der Abscess dann incidirt worden, in der Regel mit dem Paquelin. Das Resultat der Entleerung war gewöhnlich stinkender, aber sonst gut aussehender Eiter, öfters (in mehreren Fällen) war die Flüssigkeit zuerst mehr sero-fibrinös, und erst später kam der Eiter; dies liegt darin, dass der Eiter als das schwerere Element am Boden des Abscesses zurückblieb. In einem dieser Fälle (No. 2) trat vier Monate nach der Operation der Tod an Sepsis ein.

Zwei der zehn Patientinnen, bei denen eine mediane Laparotomie gemacht wurde, starben also, und bei zwei anderen war die Laparotomie nur explorativ. Bei den sechs restirenden wurde einige (vier bis zehn) Tage nach der Operation die Vaginaldrainage gemacht.

Bei den sieben Patientinnen mit lateraler Laparotomie ist dreimal die Vaginaldrainage vorgenommen worden, diese ist also im ganzen neunmal gemacht worden, aber immer secundär.

Wie man sieht, wurde bei der Vaginaldrainage in der Regel die Vagina mit einer gebogenen Kornzange perforirt; die Entzündung hatte gewöhnlich die Wände der Vagina erweicht, und nur die Schleimhaut leistete einigen Widerstand; wenn bei der Sondirung

¹⁾ Medico-Chir. Transact. p. 306.

²⁾ Annals of Surgery. Mai 1885, p. 570.

³⁾ Progrès médical. 24. Dec. 1887.

ermittelt wird, dass die Säcke der Vagina dicht anliegen, wird die Operation eine leichte sein, wenn man die Kornzange von der Abdominalwunde aus einführt; findet man aber einen Widerstand von Seiten der Vagina, so muss man lieber die Schleimhaut incidiren und nachher perforiren; man wird dann durch die Dilatation mit dem Instrument einen guten Platz für die Drainröhren erzielen.

Der Ort der Drainage ist in der Regel das Lacunar posterius gewesen, oder auch eine der Seitentheile des Lacunar vaginae.

Das Resultat der Behandlung war folgendes:

				Behandlung
3	Patientinnen	sind	geheilt	nach einmonatlicher
2	"	"	"	sechswöchentlicher.
4	"	"	"	zweimonatlicher
5	"	"	"	dreimonatlicher
1	Patientin	ist	"	viermonatlicher

Wie man aus den Krankengeschichten ersehen wird, war die Behandlung durchgehends eine sehr schwierige, und das gute Resultat ist nur dadurch erreicht worden, dass eine so andauernde und ausgiebige Drainage angewendet wurde.

Wie bekannt, hat man diese Formen von Beckenabscessen auch auf andere Art geöffnet; besonders bekannt ist die sacrale oder parasacrale, die perineale oder paraperitoneale Operation. Von diesen habe ich einmal die parasacrale, ein anderes mal die perineale Operation angewendet.

Dr. S. Saxtorph¹⁾ hat hier bei uns der erstgenannten Methode das Wort geredet und hat sie sehr gelobt.

Mein Fall hatte einen letalen Ausgang einige Tage nach der Operation, indem eine parenchymatöse Blutung von der Wandung des Salpinx aus immer von neuem einsetzte und zuletzt die durch das Fieber und die Suppuration sehr herabgekommene Patientin tödtete. Dies soll natürlich kein Vorwurf gegen die Operation sein; die Operation war in dem genannten Falle eine ungemein beschwerliche, da der Eiter von einer grossen Tiefe aus entleert werden musste.

Meiner Meinung nach kann man diese Operation nicht als Hauptmethode anführen. Es ist gewiss in einzelnen Fällen eine gute Methode, namentlich in solchen, wo sich die Abscesse hauptsächlich in der Nähe des Foramen ischiadicum majus befinden und wo das Leiden einseitig zu sein scheint, entweder vom Beckenbindegewebe ausgehend, oder von der einen Tuba; aber wenn der ganze Douglas'sche Raum mit Eiter erfüllt ist und der Tumor über die Symphyse hinauf prominirt, kann man auf diese Art kaum eine genügende Drainage erreichen. Die einleitende Operation ist ja auch eine bedeutende.

Zuckerkandl²⁾ hat die perineale Operation empfohlen, und Sänger hat die Idee aufgenommen.

Ich habe in einem meiner Fälle (No. 19) die Incision des Abscesses auf diesem Wege gemacht, aber die Operation war sehr beschwerlich, die Evacuation des Eiters unvollständig, und die Patientin musste später mit einer Castratio uterina behandelt werden, um dem Leiden ein Ende zu machen.

Zuletzt will ich noch die paraperitoneale Methode besprechen, welche von Bardenheuer³⁾ systematisirt wurde. Hegar hat dieselbe schon im Jahre 1880 eingeführt, die auch unter dem Namen Laparotomia subperitonealis beschrieben ist, ein eigenthümlicher Name, da die Methode ja nur deshalb eingeführt ist, um einer Laparotomie zu entgehen.

Die Bauchwandung wird oberhalb der Symphyse oder oberhalb des Ligamentum Fallopi incidirt, und indem das Peritoneum emporgehoben wird, versucht man durch das subperitoneale Bindegewebe den Eiter zu erreichen. Man hat experimentell gezeigt, dass diese weitläufigen Decollements des Peritoneums ohne Bedeutung sind.

Delbet hat solche Versuche gemacht; nach vier bis fünf Tagen haben sogar die allerbedeutendsten Decollements keine sichtbaren Folgen hinterlassen. Man wird wohl nicht einen Abscess, der im kleinen Becken liegt, von dieser Seite aus öffnen wollen, aber in anderen Fällen kann die Methode vielleicht angewendet werden, sowie bei Beckenphlegmonen, die am Boden der Fossa iliaca liegen und mit der vorderen Bauchwandung gar nicht in Berührung kommen können. Delbet giebt an, dass die Methode in Frankreich fünfmal angewendet wurde und immer ein gutes Resultat ergab.

Wenn man nun diese verschiedenen Methoden vergleicht, glaube ich sagen zu können, dass sich die Laparotomie und Incision des Abscesses entweder in einer oder in zwei Sitzungen mit darauf folgender Vaginaldrainage als eine gute Methode erwiesen hat; meine 17 Fälle haben einen Todesfall als direkte Folge der Operation ergeben. Nachdem das Peritoneum geöffnet war, musste ich die verwachsenen Därme trennen, um eine Stelle zu finden, wo man einer späteren Incision wegen Jodoformgaze einlegen konnte; während

dessen begann sich der Eiter zu entleeren, und trotz aller aufgewandten Mühe und Sorgfalt, eine Infection zu verhindern, trat doch eine universelle Peritonitis ein.

Wie nach jeder anderen Laparotomie können auch hier Ventralhernien eintreten, und bei einigen meiner Patientinnen habe ich dies auch später gesehen; die Operation disponirt ausserdem noch besonders hierzu, da die Abdominalöffnung der Drainage wegen so lange offen gehalten werden muss.

Die Methode ergab mir durchgehends gute Resultate; man könnte ihr aber ausser der schon besprochenen Gefahr, dass eine universelle Peritonitis eintreten kann, noch den Vorwurf machen, dass die Beedingungen für die Drainage nicht ganz günstige sind. Ausser den drainirten Abscessen giebt es ja auch noch (vide meine Krankengeschichten) andere Abscesse, deren Entleerung schwierig ist und auf's neue einen operativen Eingriff erfordert.

(Fortsetzung folgt.)

¹⁾ Hospitalstidende 1891.

²⁾ Wiener med. Presse 1889 No. 7—12.

³⁾ Die extraperitonealen Explorativschnitte. Stuttgart 1887.