DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

BEGRÜNDET VON DR. PAUL BÖRNER

HERAUSGEBER: PROF. DR. SCHWALBE
BERLIN W. AM KARLSBAD 5

VERLAG: GEORG THIEME
LEIPZIG, RABENSTEINPLATZ 2

№ 51

BERLIN, DEN 23. DEZEMBER 1909

35. JAHRGANG.

Ueber die Therapie der entzündlichen Adnexerkrankungen.

Klinischer Vortrag.

Von M. Hofmeier.

M. H.! Wie diagnostisch die entzündlichen Erkrankungen der Eierstöcke und diejenigen der Eileiter sehr oft nicht scharf auseinanderzuhalten sind, weil beide Organe, von der gleichen infektiösen Schädlichkeit getroffen, zugleich erkranken und untrennbar oder doch sehr innig miteinander verwachsen, so ist natürlich auch therapeutisch — in der Regel wenigstens — nicht zu unterscheiden zwischen den Maßnahmen zur Heilung der Tuben- und denen zur Heilung der Eierstocksentzündungen. Aetiologisch können diese bekanntlich sehr verschieden sein: puerperal, gonorrhöisch, tuberkulös etc., und wir werden selbstverständlich im einzelnen Fall immer versuchen müssen, gerade auch mit Rücksicht auf die einzuschlagende Behandlung durch genaue Berücksichtigung der Anamnese und genaue objektive Untersuchung diese Aetiologie festzustellen. Aber wir müssen uns — ohne auf diese diagnostischen Einzelheiten hier ausführlicher eingehen zu können — darüber von vornherein klar sein, daß wir dies vielfach wohl mit Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit völliger Sicherheit können. Wir werden deswegen vom rein therapeutischen Standpunkt aus die entzündlichen Adnexerkrankungen besser einteilen in akute und chronische Entzündungen; denn abgesehen von den für sich zu betrachtenden tuberkulösen Entzündungen sind die anatomischen Veränderungen sowohl wie die klinischen Erscheinungen außerordentlich ähnlich. Hierbei ist selbstverständlich zu bemerken, daß auch die Begriffe „akut“ und „chronisch“ labil sind und sehr verschieden definiert werden könnten. Wir wollen dem allgemeinen Sprachgebrauch folgen und diejenigen Entzündungen als die „akuten“ bezeichnen, die ziemlich plötzlich, unter mehr oder weniger heftigen Schmerzerscheinungen einsetzen und mit Fieber einhergehen, während bei den chronischen Entzündungen, in welche ja die akuten überzugehen pflegen, vollkommen beschwerdefreie Intervalle zuweilen über Jahr und Tag bestehen können oder wenigstens nach dem akuten Stadium bestanden haben, um dann unter dem Einfluß neuer Schädlichkeiten immer wieder neue Attacken von Beschwerden zu machen.

Da die **akuten Entzündungen** der Tuben und Ovarien fast ausnahmslos auf Infektionen beruhen, obgleich diese Organe direkten Infektionen nicht zugänglich sind, so müssen diese von außen hergeleitet sein und sind es ja auch sehr häufig nachweislich durch die Scheide und den Uterus. Aber es bleiben doch oft genug Fälle auch von schweren Erkrankungen, großen Pyosalpingen und Abszeßbildungen im Ovarium, wo zum mindesten jede nachweisliche Spur eines solchen Zusammenhanges fehlt, wo wir also an die Möglichkeit einer hämatogenen Infektion jedenfalls denken müssen. Besonders bei manchen Fällen von Ovarialabszessen scheint diese Erklärung hin und wieder kaum von der Hand zu weisen zu sein.

Wenigstens haben wir auf Streptokokkeninfektion beruhende Abszeßbildung in dem an sich völlig freien Ovarium gesehen, ohne daß an der zugehörigen Tube irgendeine Krankheitserscheinung oder in dem Sekret der Tube Streptokokken nachweisbar gewesen wären. Dies festzuhalten, scheint mir nicht unwesentlich, weil es uns auch in Fällen, in denen anamnestiche Hinweise auf die Ursache plötzlich eingetretener akuter Entzündungen im Unterleib sonst völlig fehlen und wo anderseits die genaue bimanuelle Untersuchung wegen der Spannung und Schmerzhaftigkeit des Leibes unmöglich ist, doch das Vorhandensein akuter Entzündung der Adnexe sehr wohl erklären kann bzw. ihr Vorhandensein wahrscheinlich macht.

Die differential-diagnostischen Schwierigkeiten bei rechtzeitigem Sitz der Erkrankung gegenüber den ähnlichen Erkrankungen des Processus vermiformis sollen hier nur berührt werden, da ein näheres Eingehen auf die diagnostische Seite dieser Erkrankungen hier nicht beabsichtigt ist.¹⁾ Ich möchte nur ganz kurz als charakteristisch für die Appendicitis hervorheben: die im allgemeinen höher oben im Leibe empfundene Lokalisation des Schmerzherdes, die reflektorische Muskelspannung, das Erbrechen, die spätere Lokalisation des Schmerzes in der Magengegend, die Verdauungsstörungen, den negativen Befund bei der inneren vaginalen bzw. rektalen Untersuchung und die auffallende Differenz zwischen der rektalen und axillaren Temperaturmessung. Doch gibt es bekanntlich Fälle von Exsudatbildung bei Appendicitis im kleinen Becken und von hochliegenden Adnexentzündungen, bei denen eine differentielle Diagnose im Beginn der Erkrankung tatsächlich unmöglich ist.

Wie die akuten Entzündungen meist von den Tuben ausgehen, so können sie auch unter Umständen nur auf die Tuben beschränkt bleiben. Ich habe gelegentlich solche Fälle bei Koeliotomien gesehen, wo aus der stark verdickten und geschwollenen Tube dicker Eiter bei offenem Ostium abdominale heraustrat, ohne daß auf dem Ovarium oder Peritoneum irgend etwas von Entzündung wahrzunehmen war. Gewöhnlich freilich wird ja nicht nur die Tubenwand entzündlich infiltriert, sondern auch die Nachbarschaft, Ovarium und Peritoneum, in Mitleidenschaft gezogen. Aus diesen Vorgängen entstehen dann die Symptome: Schmerzen und Fieber, d. h. die Zeichen einer lokalisierten Entzündung neben den wechselnden Allgemeinerscheinungen.

Unser therapeutisches Bestreben muß sich in Anbetracht der völligen direkten Unzugänglichkeit des Entzündungsherdes bei diesen akuten Vorgängen im wesentlichen darauf richten, erstens die subjektiven Beschwerden der Kranken zu mildern und zweitens eine weitere Verbreitung des Krankheitsprozesses nach Möglichkeit zu verhüten. Da das Fieber als solches nicht sehr erheblich zu sein pflegt, abgesehen vielleicht von einzelnen Fällen von schnell entstehenden Ovarialabszessen und von puerperaler Infektion (bei welcher letzteren aber dann die Erscheinungen der Allgemeininfektion wesentlich in den Vorder-

¹⁾ Näheres siehe in der vortrefflichen Arbeit von Rosthorn, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 30.

grund zu treten pflegen), so werden wir jedenfalls nur selten es angezeigt finden, durch eines der bekannten Antipyretica hierauf einzuwirken. Viel regelmäßiger fordert der Schmerz eine direkte Behandlung. Da er durch jede Bewegung, durch jede Aenderung des Intraabdominaldrucks, durch Spannung der Bauchmuskeln, durch Verschiebung des Darmes bei der Defäkation etc. gesteigert wird, so ist auch aus diesem Grunde vollkommene körperliche Ruhe absolut angezeigt, d. h. die Kranken müssen ins Bett gelegt werden, zumal schon die Störung des Allgemeinbefindens durch das Fieber dies erheischt. Es müssen selbstverständlich alle erneuten Reize von den Genitalien aus (Kohabitation, unnötige Untersuchungen und örtliche Behandlung) streng vermieden werden. In Fällen, in denen es sich um gonorrhoeische Infektionen handelt, gehört hierzu auch die Behandlung der zugehörigen männlichen Gonorrhoe, damit nicht immer wieder von neuem Infektionen stattfinden können. Wie bei allen schmerzhaften und entzündlichen Prozessen innerer Organe spielt auch bei diesen Erkrankungen die Anwendung der Eisblase auf das Abdomen eine große Rolle und trägt sehr häufig dazu bei, die subjektiven Schmerzempfindungen zu lindern. Einen anderen Wert kann man ihr wohl kaum zuschreiben, da die direkte Abkühlung der Gewebe durch die Eisblase sich keinesfalls nennenswert in die Tiefe erstreckt, um zu einer direkten Beeinflussung des entzündlichen Prozesses zu führen. Dabei soll die Frage hier ganz unerörtert bleiben, ob nach unseren jetzigen Anschauungen über derartige Entzündungen bei Infektionen die künstliche Beeinflussung oder die Behinderung des Entzündungsprozesses etwas Vorteilhaftes oder Anzustrebendes wäre. Die subjektive wohltätige Wirkung der Eisbehandlung ist ja sicher in den meisten Fällen nicht zu leugnen. Doch soll man sich nicht darauf versteifen und braucht sich auch garnicht besonders zu wundern, wenn eben in anderen Fällen der gleiche subjektive Erfolg durch Wärme erzielt wird, die allerdings im allgemeinen mehr bei den chronischen als bei den akuten Entzündungen wirksam zu sein pflegt.

Die weitere Verbreitung der Entzündung wird am besten gleichfalls durch vollständige Ruhe des Körpers und der betreffenden Organe erreicht, da es sich in der Regel nicht um sehr virulente oder progrediente Entzündungen handelt. Auch hat ja das Peritoneum, welches in erster Linie in Mitleidenschaft gezogen wird, in hohem Maße die Eigenschaft, durch abkapselnde Verklebungen dem Weiterschreiten des entzündlichen Prozesses Schranken zu setzen. Der Zweck der Schmerzstillung einerseits, der Ruhigstellung der Organe andererseits wird dann durch wiederholte kleine Gaben von Opiumpräparaten per os oder per rectum sachdienlich unterstützt. Stark wirkende Abführmittel sind jedenfalls wegen der unnötigen Reizung des Darmes zu vermeiden und die nötigen Entleerungen lieber durch kleine Mastdarmeinläufe mit Oel oder Glyzerinzusatz zu erzielen.

Daß die akuten Entzündungen so intensiv auftreten, daß es schnell zur Bildung größerer Eiteransammlungen kommt, die eventuell chirurgische Eingriffe erheischen, ist jedenfalls selten. Doch habe ich Fälle von Streptokokken-Pyosalpinx gesehen, bei denen in wenigen Tagen Geschwülste entstanden, die bis zum Nabel reichten, und ebenso Ovarialabszesse, die gleichfalls in wenigen Tagen zur Perforation in den Mastdarm oder die Bauchhöhle führten. In solchen Fällen wird natürlich grundsätzlich eine operative Entleerung des Eiters anzustreben sein, schon allein wegen der großen Gefahr des Durchbruches in die Bauchhöhle. Doch ist nicht zu verkennen, daß die Operation in solchen Fällen, sobald es sich dabei um die Eröffnung der freien Bauchhöhle handelt, an sich große Gefahren bietet. Denn es handelt sich regelmäßig dabei um sehr virulente Keime, deren Verschmierung auf das Peritoneum im höchsten Maße bedenklich erscheint. Man wird also grundsätzlich versuchen müssen, derartige Abszesse von der Scheide aus zu eröffnen und zu drainieren oder zweizeitig zu operieren, d. h. den Abszeß erst nach Erzeugung von Verwachsungen zu eröffnen oder jedenfalls vor der Eröffnung des Abszeßsackes die Wand desselben sorgfältig mit den Rändern der Bauchwunde vernähen. Nach breiter Eröffnung wird der Abszeß dann durch Drainage zur Ausheilung gebracht. Ohne

an dieser Stelle zu sehr auf operative Einzelheiten einzugehen, möchte ich doch betonen, daß man breite Eröffnungen machen muß, da die verdickten, schwartigen Wandungen der Tube eine große Neigung zu fester narbiger Zusammenziehung haben und kleinere Oeffnungen leicht wieder verlegt werden. Auch ist die völlige Ausheilung dieser Tubensäcke durchaus nicht immer einfach, da es sich um sezernierende Schleimhäute handelt. Man kann sehr wohl genötigt sein, später doch noch unter günstigeren Bedingungen die Tube operativ zu entfernen oder durch energische Aetzung die immer weiter sezernierende Schleimhaut vollständig zu veröden.

Daß im Falle des Durchbruches derartiger Abszesse in die Bauchhöhle sofort energisch eingegriffen, die Quelle der Infektion möglichst entfernt und die Peritonitis nach den entsprechenden Grundsätzen chirurgisch behandelt werden muß, mag hier nur erwähnt sein.

Liegen aber nicht strenge Indikationen vor, unter solchen Verhältnissen zu operieren, so gilt heute als allgemeiner Grundsatz, möglichst nicht eher einzugreifen, bevor nicht das Fieber eine Zeitlang aufgehört hat, wenigstens dann nicht, wenn es sich um eine Koeliotomie handelt. Denn solange dies andauert, müssen wir eben mit einer Virulenz der Mikroben noch rechnen. Und wenn man gewiß auch Fälle sieht, in denen trotz der Operation bei noch bestehendem Fieber diese von gutem Erfolg begleitet war, so ist doch nicht zu bestreiten, daß sie eben unter diesen Umständen doch sehr viel gefährlicher ist. Denn man muß immer mit der Möglichkeit rechnen, daß die Geschwulst bei der oft sehr schwierigen Lösung am Boden des kleinen Beckens platzen und der Eiter trotz aller Vorsichtsmaßregeln in die Bauchhöhle verschmiert werden kann. Freilich wird nicht selten die Geduld der Kranken und der Aerzte auf eine harte Probe gestellt, wenn man das Ende des Fiebers abwarten will.

Derartige Fälle bilden schon den Uebergang zu den mehr **chronischen Formen der Adnexerkrankungen**. Die Frage, was denn nun aus den Eiteransammlungen in den Tuben und den oft geradezu kolossalen entzündlichen Verdickungen der Tuben werden wird, wenn der Eiter nicht künstlich entfernt wird oder sich spontan entleert, ist ohne Zweifel dahin zu beantworten, daß eine allmähliche Umwandlung in ein mehr seröses Sekret eintritt und unter Zurückbildung der entzündlichen Infiltration der Wand sich eine reine Hydrosalpinx ausbilden kann.

Ich verfüge selbst über eine solche gewiß nicht häufig zu machende Beobachtung bei einer Kranken, bei welcher ich eine große Pyosalpinx mit ungemein verdickten Wandungen von der Scheide aus eröffnen mußte. Als nach einer ganzen Reihe von Jahren die Patientin an einer anderen Krankheit starb, fand sich auf der damals erkrankten Seite eine einfache, dünnwandige Hydrosalpinx mit membranösen Verwachsungen.

Diese Umwandlung erfolgt natürlich sehr langsam: Verschuß der Tube, unheilbare Sterilität, mehr oder weniger ausgedehnte Verwachsungen der ganzen inneren Genitalorgane sind ihre unausbleiblichen Folgen.

Bei der Besprechung der Therapie dieser mehr chronischen Adnexentzündungen werden wir nun grundsätzlich die tuberkulösen, soweit sie diagnostiziert und diagnostizierbar sind, ausscheiden müssen, weil es sich bei ihnen nicht allein und ausschließlich um ein örtliches Leiden handelt, wenigstens lange nicht in dem Sinne wie bei den übrigen Infektionen. Das therapeutische Verhalten ihnen gegenüber wird zum Schluß noch gesondert besprochen werden.

Sind nun bei der oben geschilderten abwartenden Behandlung das Fieber und die akuten Reizerscheinungen geschwunden, so wird die weitere Therapie wesentlich von dem Verlauf der ganzen Erkrankung und der Ausdehnung und Größe des Erkrankungsproduktes abhängig sein. Wie einerseits unzweifelhaft selbst eitrige Entzündungen der Tube vollkommen zurückgehen können unter voller Erhaltung der physiologischen Funktion, mit nachträglicher Schwangerschaft, so können andererseits bekanntlich unter Beteiligung der Wand der Tube, des Peritoneums und des Ovariums Geschwulstmassen von ein bis zwei Faustgröße entstehen, deren einzelne Komponenten auch nach der Exstirpation äußerst schwer oder überhaupt nicht mehr zu differenzieren sind. Es ist keine Frage, daß in den letzten

zehn Jahren die konservative Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen gegenüber der operativen wieder sehr an Bedeutung gewonnen hat. Die praktisch unbefriedigenden Enderfolge der Operation, ihre oft erheblichen technischen Schwierigkeiten und auf der anderen Seite die Beobachtung, daß unter Anwendung gewisser neuer therapeutischer Maßnahmen die Rückbildung der entzündlichen Produkte oft in sehr prompter Weise vor sich ging, haben hierzu beigetragen. Grundsätzlich werden wir also zunächst versuchen, nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen die Resorption und Rückbildung der Entzündungsprodukte anzustreben.

Schon um alle weiteren Schädlichkeiten und Reizungen von den Genitalien abzuhalten, ist es wünschenswert, die Kranke noch vollkommen im Bett zu halten, wobei auf eine leichte, kräftige Ernährung und Regelung der Darmtätigkeit wesentlich zu achten ist. Alles, was imstande ist, den allgemeinen Stoffwechsel, besonders aber den lokalen Stoffwechsel im kleinen Becken anzuregen, ist nützlich. Der Gebrauch von ganzen Bädern, besonders aber von Sitzbädern mit Zusatz von Kreuznacher Mutterlauge oder Badesalzen (3–5 kg pro Bad) und Priessnitzsche Entwicklungen des ganzen Unterleibes, örtliche Moormschläge regen den Stoffwechsel und die Resorption in hohem Grade an. Ganz besonders wirksam hat sich die örtliche Anwendung hoher Hitzegrade in Form von Anwendung heißer Thermophore oder der Schwitzkästen (Klapp, Polano) erwiesen. Nur sind die letzteren etwas umständlich in der Anwendung und ganz gut zu ersetzen durch die vielfach gebrauchten und auch nicht unschwer zu transportierenden Apparate von Hilzinger oder, wo die Möglichkeit eines elektrischen Anschlusses besteht, durch die elektrischen Rumpfbäder.

Diesen örtlichen Schwitzbädern kommt jedenfalls in hohem Maße die Fähigkeit zu, die örtliche Resorption zu befördern und exsudative Prozesse zur Aufsaugung zu bringen. Wir haben oft genug nach zwei- bis dreiwöchentlicher Anwendung derselben ziemlich umfängliche Adnextumoren bis auf mäßige Reste völlig verschwinden gesehen. Zum wenigsten gingen die undefinierbaren und schwer umgrenzbaren Tumormassen so weit zurück, daß ihr eigentlicher Kern in Form der Tubengeschwülste daraus palpiert wurde. Freilich: eine völlig Restitutio ad integrum findet natürlich nicht statt und kann nicht stattfinden. Die entstandenen Verwachsungen bleiben, und die Tuben bleiben verschlossen, und so ist es begreiflich, daß später unter dem Einfluß neuer Schädlichkeiten wieder Rezidive auftreten können: neue Schmerzanfälle, neue schmerzhaft entzündungen des Beckenbauchfells. Es muß auch hervorgehoben werden, daß diese konservativen Behandlungen naturgemäß lange Zeit in Anspruch nehmen und daß die Patientinnen selten die Geduld, die Zeit und das Geld aufwenden wollen, um diese vollkommen befriedigend zu Ende zu führen.

Wenn wir also auch oft genug bei Operationen aus anderen Indikationen an den Endprodukten (Verschluß der Tuben, Adhäsionen) sehen können, daß sicher oft viele Jahre lang die Kranken solche Veränderungen ohne nennenswerte Beschwerden getragen haben, wenn wir auch vielfach nach der konservativen Behandlung akuter und subakuter Entzündungen jahrelang das Allgemeinbefinden relativ ungestört sehen, so bleiben doch genug Fälle, wo wir uns die Frage vorlegen müssen, ob nicht durch einen operativen Eingriff der Kranken im ganzen mehr genützt wird. Diese Frage, wann unter solchen Umständen operativ einzugreifen sei, ist nicht leicht mit wenigen Worten zu erledigen. Denn neben dem Krankheitsherd als solchem spielen noch die sozialen Verhältnisse eine wichtige Rolle. Es ist ein großer Unterschied, ob eine solche Patientin in der Lage ist, sich körperlich sehr zu schonen, alle Jahre ihre Badekur durchzumachen etc., oder ob sie genötigt ist, körperlich zu arbeiten und ihrer Gesundheit wenig zu achten. Es ist auch ein erheblicher Unterschied, ob es sich um eine ganz jugendliche Person handelt oder um eine, die sich schon dem Klimakterium nähert. Denn wenn auch eine völlige Ausheilung mit Wiederherstellung der Konzeptionsmöglichkeit kaum zu erwarten steht, so ist es bei der Operation doch eventuell notwendig, beide Ovarien mit zu entfernen. Und dies ist für jugendliche Personen natürlich viel weniger gleichgültig als für ältere. Im ganzen wird die Indikation zur Operation natür-

lich wesentlich abhängig sein von dem Grad der Beschwerden und von dem Grad der Störung, welcher durch die Erkrankung für die betreffende Kranke gegeben ist. Die Größe des Krankheitsherdes an sich ist durchaus nicht immer das Ausschlaggebende, da große Geschwülste oft sehr geringe Beschwerden machen können und kleine sehr große. Besonders z. B., wenn es sich um Hydrosalpinxsäcke handelt, welche in letzter Linie ja doch auch auf chronische Entzündung zurückzuführen sind, können solche von Kinds kopfgröße ohne nennenswerte Beschwerden jahrelang getragen werden, während geringe entzündliche Verwachsungen, besonders wenn sie sich mit Lageveränderungen und Erschlaffungszuständen an den Genitalien komplizieren, die Frauen häufig einfach arbeitsunfähig machen können.

Auf die Technik der operativen Eingriffe soll hier nicht näher eingegangen werden. Sie können ja auch sehr verschieden ausfallen, je nachdem es sich um eine einfache Lösung von Verwachsungen, eventuell mit Eröffnung verschlossener Tuben und Rechtlagerung des Uterus handelt oder um die Entfernung von entzündlich infiltrierten Eitertuben oder Ovarialabszessen.

Da die Prozesse fast regelmäßig doppelseitig sind, so kommt auch fast immer die Entfernung beider Adnexa in Frage oder zum mindesten beider erkrankter Tuben unter tiefer Exzision derselben aus der Uterussubstanz. Grundsätzlich beide Ovarien und den Uterus selbst mit zu entfernen, halte ich nicht für richtig. Es kommt darauf an, wie weit die Eierstöcke an dem ganzen Prozeß beteiligt sind und ob ihre Zurücklassung die Operation technisch wesentlich erschwert oder nicht. Bei jugendlicheren Individuen wird man gewiß aus bekannten Gründen die Ovarien oder doch wenigstens eines zurücklassen. Ich stehe hier ganz auf dem durch Pozzi ausgesprochenen Standpunkt: „Radical pour les tubes, conservateur pour les ovaires“. In den Fällen freilich, in denen man wegen schwerer Erkrankung beider Adnexe beide Tuben und Ovarien entfernen muß, wird man dann auch am besten den meist ebenfalls miterkrankten Uterus, der ja dann doch zwecklos ist und durch andauernde Sekretion eine Quelle der Belästigung sein kann, mitentfernen. Die Operation wird dann am besten als abdominale Radikaloperation ausgeführt, indem zugleich die Oeffnung nach der Scheide zur Drainage benutzt wird. Will man grundsätzlich so verfahren, d. h. in Erwägung der Einzelheiten des Falles und je nach dem Befund bei der Operation sich erst entscheiden, was zu machen ist, so ist dies selbstverständlich nur möglich nach Ausführung der Koeliotomie, die eine viel größere Uebersichtlichkeit gestattet als die vaginale Operation. Auch bietet die Koeliotomie kaum größere Gefahr.

Die Resultate der operativen Behandlung der entzündlichen Adnexoperationen sind, soweit es sich um die augenblicklichen Resultate handelt, ja trotz der technischen Schwierigkeiten und, wenn nicht besondere Komplikationen dabei sind (besonders Darmperforationen), im ganzen sehr gut. Man kann mit etwa 3% Mortalität rechnen. Weniger befriedigend sind freilich die Dauerresultate, da nicht selten gewisse Beschwerden bleiben oder wieder auftreten. Besonders, wenn die erkrankten Tuben nicht tief aus der Substanz des Uterus herausgeschnitten sind, kommt es in dem zurückgebliebenen Rest der Tubenschleimhaut leicht zu kleinen Rezidiven, welche dann die Kranken doch wieder recht belästigen können. Auch bilden sich sehr leicht an diesen kleinen Stumpfexsudaten Verwachsungen mit Netz und Darmschlingen, die durch die fortwährenden Zerrungsbeschwerden zur Relaparotomie zwingen können. Man rechnet allgemein etwa 60–70% vollständige Heilungen durch die Operation.

Eine besondere Stellung bezüglich der Therapie nehmen die **tuberkulösen Adnexerkrankungen** ein, soweit sie als solche diagnostizierbar sind. Mit völliger Sicherheit ist das letztere allerdings kaum je der Fall. Denn die tuberkulöse Natur der Erkrankung wird oft erst durch die histologische Untersuchung der entfernten Geschwulst festgestellt. Auch die sorgfältigste objektive Untersuchung bietet durchaus nicht immer etwas Charakteristisches, da die von Hegar als besonders pathognostisch bezeichneten knötchenförmigen Anschwellungen der Tuben durchaus fehlen und auch bei nicht tuberkulösen Er-

krankungen vorhanden sein können. Wir sind also meist nur auf Vermutungen angewiesen, die durch die Beachtung des ganzen Habitus der Kranken, hereditäre Belastung, Ueberbleibsel früher überstandener tuberkulöser Prozesse, den meist schleichenden und allmählich einsetzenden Verlauf und das eventuelle Auftreten von Ascites sehr verstärkt werden können. Wir werden also auf dem Wege der Ausschließung dazu kommen, die tuberkulösen Adnexerkrankungen von anderen, gleichartigen Prozessen zu trennen. Ja gerade das jahrelange, unveränderte Bestehen großer Adnexgeschwülste ohne viel subjektive Beschwerden habe ich wiederholt für die tuberkulöse Natur der Erkrankung charakteristisch gefunden. In zweifelhaften Fällen und wenn an sich keine Gegenindikation besteht, wird man natürlich diagnostische Tuberkulininjektionen oder die Ophthalmoreaktion oder die Kutanreaktion von Pirquet zu Hilfe nehmen. Aber der negative Ausfall dieser Reaktionen ist leider nicht beweisend, wie uns noch jüngst eine Beobachtung lehrte, wo trotz gänzlich negativem Ausfall aller diagnostischen Proben, bei gleichzeitig starkem Verdacht in dieser Beziehung, ein fast faustgroßes, mit miliaren tuberkulösen Abszessen durchsetztes Ovarium exstirpiert wurde.

Die Entscheidung, ob man in solchen Fällen von wahrscheinlich tuberkulöser Adnexerkrankung lieber operieren oder allgemein roborierend-diätetisch behandeln soll, ist gewiß nicht leicht. Denn schon rein technisch können diese Operationen wegen der festen Verwachsungen und wegen der innigen Verschmelzung der Geschwulst mit der Darmwand sehr schwierig und gefährlich sein. Die Operation hat natürlich überhaupt nur dann einen Sinn, wenn der Erkrankungsprozeß, soweit dies nachweisbar ist, auf die Genitalorgane beschränkt ist und man hoffen kann, mit ihrer Entfernung den ganzen Krankheitsherd zu eliminieren. Jedenfalls wird es bei solchen Operationen, die grundsätzlich immer nur von der Bauchhöhle aus vorgenommen werden sollten, am besten sein, mit der Entfernung beider Tuben auch zugleich den Uterus mit herauszunehmen. Denn wenn auch, wie dies eigene Erfahrungen uns bewiesen haben, die Entfernung der kranken Tuben gelegentlich allein genügt, um dauernde Heilung zu erzielen, so scheint es bei der Natur der Erkrankung und der Zwecklosigkeit des zurückgelassenen Uterus doch besser, ihn mit herauszunehmen. Im übrigen wird die Indikation zur Operation wesentlich von den örtlichen Beschwerden und dem Einfluß der Erkrankung auf das Allgemeinbefinden abhängig sein. Ist man zu dem Entschluß gekommen, nicht oder noch nicht zu operieren, so wird natürlich die allgemeine, bei Tuberkulose übliche Allgemeinbehandlung allein in Frage kommen.