

### III. Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Breslau.

## Die leitenden Gesichtspunkte für die operative Behandlung der chronisch entzündeten Adnexa uteri und der Beckeneiterungen.

Von Otto Küstner.

(Schluss aus No. 12.)

Schon oben berührte ich, dass die Streptococcen vom Endometrium aus, wo ihre Hauptansiedelung stattfindet, im allgemeinen nicht den Schleimhautweg entlang gehen, sondern durch die Uteruswand auf das parametrische Gewebe und auf diesem Wege auf das Peritoneum überwandern, hier ein eiteriges Exsudat setzen, welches im günstigen Falle auf die Beckenräumlichkeit beschränkt bleibt. Führt die Infection nicht zum Tode, so wird dieses Exsudat durch die Verklebung der Organe und Bildung dicker, schwartiger Abscessmembranen immer fester eingekapselt, und nach langer Zeit findet man dann einen solitären Abscess oder mehrere Eiterhöhlen in der Umgebung der Beckenorgane.

Hat sich die Entzündung innerhalb der Gewebe gehalten, so bildet sich ein Abscess in dem parametrischen Gewebe oder nicht selten im Gewebe des Ovariums. Der parametrische Abscess findet noch verhältnissmässig leicht einen Weg nach aussen, der Ovarialabscess kann lange bestehen.

In denjenigen Fällen von puerperaler Sepsis, in welchen es sich räumlich oder qualitativ um leichtere Formen handelte, wo also nicht das Endometrium in grösserer oder geringerer Ausdehnung, sondern vielleicht nur ein hoher Dammriss oder ein Cervixriss Sitz der Infection war, fehlt entweder jede Betheiligung des Peritoneums an der Entzündung — das ist das seltenere — oder dieselbe findet nur Ausdruck in einer „trockenen adhäsiven Pelveoperitonitis“. Man findet nicht selten perimetritische, periophoritische, perisalpingitische Stränge und Adhäsionen gerade an derjenigen Seite, an welcher ein tiefer Cervixspalt, eine neben der Columna rugorum hoch hinauf laufende Damm-Scheidennarbe liegt.

Treffen wir, was nach meiner Erfahrung selten ist, nach einer septischen Infection eine Pyosalpinx, so erwähnte ich schon oben, dass diese meist nicht wie bei der Gonorrhoe entstanden ist, indem sich das Infectionsmaterial den Schleimhautweg entlang durch die uterinen Ostien der Tuben verbreitet hat; sondern es wurde entweder, wie oben erörtert, das Tubeninnere von der Mesosalpinx aus durch die Tubenwand hindurch inficirt, oder die Infection erfolgte durch das Ostium abdominale tubae von einem Ovarialabscess oder von einem intraperitonealen Exsudat aus. Das sind die beiden Möglichkeiten, welche zu unseren Erfahrungen am Krankenbette und am Sectionstische stimmen. Bei Puerperalleichen finden wir, nochmals zu betonen, meist trotz schwerster Erkrankung das Tubenlumen ganz frei von Infection. Selbst wenn wir, wie häufig, septische Oophoritis, d. h. eitrig interstitielle Infiltration des Ovarialstromas oder, was ebenfalls häufig, einen eitrigen Erguss im Peritoneum antreffen, so finden wir unter Umständen wohl das Fimbrienende der Tube, welches in das Exsudat taucht, ebenfalls entzündet, inficirt; wird dann aber die Tube nach dem Uterus zu aufgeschnitten,

so erweisen sich die dem Uterus nächsten Theile der Tube meist von Entzündung völlig frei.

Recht illustrativ ist in dieser Beziehung ein kürzlich erlebter Fall.

Eine auswärts inficirte Erstgebärende, Frau M. E., 23 Jahre alt, kam am 27. September 1894 in die Klinik, wurde bei hohem Fieber, wegen dauernder pathologischer Beschleunigung der Herztöne mit Forceps entbunden. In den ersten Tagen des Wochenbettes besserte sich das Befinden, dann trat plötzlich bedeutende Verschlimmerung, besonders eine sehr starke Exacerbation der in ihren Erscheinungen fast völlig zurückgegangenen Peritonitis auf, welche am elften Tage des Wochenbettes mit dem Tode endete. An den Geschlechtsorganen nebst Umgebung fand sich: Der Dammschnitt völlig geheilt, Endometritis diphtheritica im Rückgange, eitrige abgekapselte Pelveoperitonitis, rechtsseitiger umfänglicher Ovarialabscess, an beiden Tuben im peripheren Abschnitt vom Morsus diaboli an bis zu Zweidritteln der Länge die Schleimhaut entzündet, gelockert, dick eitrig belegt, beide uterinen Enden von da an, wo der Tubencanal am engsten ist, absolut frei von jedem pathologischen Aussehen.

Hätte die Frau die Ausheilung erlebt, so hätte sie von dem Puerperium den Ovarialabscess, abgekapselte pelvipertonitische Exsudate und vielleicht eine doppelseitige Pyosalpinx behalten. Diese Pyosalpinx hätte sich dann ausser durch den Coccenbefund dadurch von der gonorrhoeischen unterschieden, dass der Isthmus und der Anfangstheil der Tube frei von Entzündung gefunden worden wäre.

Haben die Eiteransammlungen nach puerperaler Sepsis sämtlich einen Ausweg nach aussen gefunden, so bleiben nur noch die peritonitischen Verklebungen übrig, meist in Gestalt von dicken, speckigen Ueberresten, Pachyperitonitis adhaesiva. Ausser zu Lageveränderungen und Verzerrungen der Organe führen dieselben gelegentlich zu weiteren schweren Störungen, zu Secretstasen in den Tuben, wenn die Fimbrienostien verklebt sind, und zu Follikelhydrops, wenn durch peritonitische Auflagerung oder Entzündung der Corticalis der Ovarien Ernährungsstörungen in den Follikeln zustande gekommen waren.

Diejenigen entzündlichen Processe, welche sich an solche Lageveränderungen des Uterus, welche ihrerseits die normale physiologische Beweglichkeit des Organs aufheben, anschliessen, bestehen in erster Linie darin, dass die sich constant berührenden Peritonealfächen Oberflächenepithelverluste erleiden und mit einander verwachsen. Die Lageveränderungen, welche in dieser Richtung am gefährlichsten wirken, sind die Retroflexion und die Consequenz der Retroflexion, der Prolaps. Die bei der Verklebung in erster Linie in Frage kommenden Flächen sind die hintere Uteruswand und die gegenüberliegende hintere Beckenwand. Jedoch bleiben bei länger ausbleibender Lagecorrectur die Adnexa selten unbetheiligt. Entweder greift die trockene adhäsive Peritonitis ohne weiteres auf die Tuben und Ovarien über, oder, was wohl die häufiger wirkende Ursache ist, die Adnexa werden aus demselben Grunde von der Verbackung befallen, aus dem der Uterus mit der gegenüberliegenden Beckenwand verwächst; werden sie doch durch die Retroversio-flexio ebenfalls immobilisirt. Haben dann erst die Verlöthungen das Fimbrienende und die Ovarien betroffen, so besteht die weitere gelegentlich eintretende Consequenz in hydroptischen Ansammlungen in den Tuben, gelegentlich den Graafsehen Follikeln.

Hat die Retroversio-flexio auf diese eben erörterten Möglichkeiten und Folgezustände hin noch nicht die genügende Beachtung gefunden, so bedarf es einer ganz besonderen Betonung, dass dieselben Schädlichkeiten wie bei den Retroversionen-flexionen auch bei den Prolapsen wirken.

Schon seit sieben Jahren operire ich den Uterusprolaps so, dass ich mit der Ventrifixation, und zwar in derselben Sitzung, eine scheidenverengende Kolporrhaphie nach irgend einer der bewährten Methoden verbinde. Eine operative Inangriffnahme eines Uterusprolapses bloss von der Vagina aus durch irgend welche noch so complicirte und noch so stark verengende Operation halte ich im allgemeinen für nicht rationell.

So habe ich mir nachgerade in einer recht grossen Anzahl von Fällen einen Einblick in das Verhalten der inneren Genitalien bei Prolaps bilden können und bin so zu einem Beobachtungsergebnisse gekommen, welches einerseits mein Operationsverfahren auch von einem anderen Standpunkte, als dem, der der blossen Lageveränderung gegenüber einzunehmen ist, rechtfertigt, andererseits als weiterer Beleg für die intimen ätiologischen Beziehungen zwischen Lageveränderung und Adnexentzündung dienen kann.

Vor mir liegen die Krankengeschichten von 31 Prolapsen, welche vom 1. November 1893 bis zum 31. Juli 1894 nach oben genannten Principien in meiner Klinik operirt worden sind. In 14 Fällen fanden sich perimetritische Verklebungen stärkerer Ausdehnung; in 7 von diesen 14 Fällen bestand neben der Perimetritis Follikelhydrops oder Hydrosalpinx. In sechs Fällen deutet die Anamnese auf ein krankes Puerperium in früherer Zeit. In

keinem Falle fand sich Eiter in einer Tube oder in einem Ovarium. Also in fast der Hälfte der Fälle fanden wir neben der Uterusdeviation perimetritische Processe mit ihren entzündlichen Folgezuständen in den Adnexen, und von diesen konnte nur die kleine Hälfte vielleicht auf einen septischen Puerperalprocess zurückgeführt werden. In beiden Fällen, sei es dass die Anamnese Puerperalprocess oder nichts erwies, fanden wir dasselbe, nämlich Adhäsivperitonitis und Follikel- oder Tubenhydrops. Also auch diese Beobachtungen an den Prolapsen sprechen zu Gunsten der obigen Auseinandersetzungen.

Endlich müssen wir noch desjenigen Bildes gedenken, welches der natürlichste und häufigste Verlauf der Extrauterinschwangerschaft, ich meine der tubare Abort oder das Platzen in früher Schwangerschaftszeit setzt. Die Hauptsache bei diesem Vorgange besteht in einer intraperitonealen, mitunter zugleich intratubaren Blutung und in Abkapselung derselben durch Verklebung der umgebenden inneren Genitalorgane untereinander und mit Theilen des Darmtractus und des Netzes.

Ich habe Extrauteringraviditäten, welche in frühzeitigen tubaren Abort mit oder ohne Hämatoecelenbildung ausgingen, noch zwei Jahre und mehr nach der Katastrophe operirt, und stets fand ich noch Reste des Blutergusses, leberfarbene Gerinnsel, Verlöthung der afficirten Tube in der Tiefe des Beckens und Verlöthungen der übrigen Theile des inneren Geschlechtsapparates, von denen natürlich dahingestellt bleiben muss, ob sie vor oder nach der extrauterinen Eibettung entstanden waren. Andere Bilder sind mir in Fällen, in welchen die Extrauteringravidität manifest war, nicht begegnet.

Die schweren Veränderungen, welche das Absterben des extrauterin gebetteten Foetus in späteren Monaten der Schwangerschaft im Abdomen setzt, fallen ebenso wie die selteneren entzündlichen Erkrankungen der Adnexa, z. B. die Tuberkulose, nicht in das Bereich dieser Erörterungen.

In diesen grossen Zügen seien die Veränderungen, welche die hauptsächlichsten und häufigsten entzündlichen Erkrankungen der inneren weiblichen Genitalorgane setzen und welche als lange Zeit bleibende Residuen aufzufassen sind, geschildert.

Die anatomische Deutung der entzündlichen Infiltrationen im weiblichen Becken hat in den letzten Jahrzehnten wesentlich gewechselt. Die entzündlichen Infiltrate neben dem Uterus, welche sich an fieberhafte Wochenbetten anschlossen, verlegte man früher vorwiegend in das parametrische Gewebe. Noeggerath vermuthete die gonorrhoeische Entzündung, welche den Uterus nach innen zu überschritten hat, auf dem Peritoneum pelvis. Heutigen Tages ist man geneigt, die Lokalisation beider Processe wieder mit allzugrosser Ausschliesslichkeit in den Adnexen des Uterus, besonders in den Tuben zu suchen und findet für diese Anschauung eine Stütze in den früheren Leichenbeobachtungen von Bernutz und Goupil. Ich darf mich vielleicht der Hoffnung hingeben, dass obige Auseinandersetzungen einiges zur Klärung der schwierigen anatomischen Verhältnisse beigetragen haben und befähigt sind, die Führung in das Gebiet praktisch-wichtiger therapeutischer Fragen zu übernehmen.

Bevor ich auf das Kapitel der Therapie eingehe, möchte ich nochmals ganz ausdrücklich betonen, dass ich von der chirurgischen Behandlung nur der chronischen Entzündungen, nicht der frischen, nicht der acuten spreche. Ich möchte diese Einschränkung besonders mit Rücksicht auf die Gonorrhoe hervorgehoben haben und davor warnen, diese Entzündungsform zu früh in das chronische, d. i. operationsbedürftige Stadium zu verweisen. Ich thue das deshalb, weil ich auf Grund von eigener und fremder Erfahrung des Eindrucks mich nicht erwehren kann, dass auf diesem Gebiete leicht zu viel operirt wird. Die gonorrhoeischen Processe, sind, selbst wenn es zu bedeutenden Auftreibungen der Tuben, zu umfänglicher tastbarer „Exsudation“ gekommen ist, sehr häufig einer Ausheilung fähig. Eine derartige Ausheilung hat häufig Sterilität zur Folge als das Resultat von bleibender Schleimhautveränderung der Tuben, von peritonealen Synechien der inneren Genitalien, von Erkrankungen des Ovarialparenchyms. Mitunter aber bleibt auch die Function erhalten. Von den schlimmen Folgen der Gonorrhoe also ist die häufigste der Functionstod. Der aber ist, wenn man erst das Peritoneum eröffnet, Adhäsionen getrennt und noch eitergefüllte Tuben vor sich hat, schwer mehr zu vermeiden. Denn dann geht es ohne umfängliche Verstümmelung nicht mehr ab, nicht zu reden, weil selbstverständlich, wenn man nach Péan und Segond die „Castration uterine“ macht.

Die Thatsache also, dass man mit der Operation nicht mehr leistet, als was häufig spontan eintritt, die Möglichkeit, dass auf dem Wege der Spontanheilung sogar functionirende Organe zurückbleiben können, soll uns veranlassen, der Gonorrhoe gegenüber uns möglichst lange abwartend zu verhalten.

Aber auch denjenigen Fällen gegenüber, bei welchen ein

weiteres Abwarten nicht mehr möglich, ein operatives Eingreifen unabweisbar erscheint, ist es schon a priori wohl plausibel, dass man chirurgisch verschieden verfahren kann, und wenn man rationelle Therapie treiben will, muss; dass in einer Anzahl von Adnexerkrankungen zweckmässig ist, kranke, eventuell auch relativ gesunde Organe zu opfern, in anderen Fällen zu schonen. Man wird a priori schon sagen können, dass in den Fällen, in welchen es sich vorwiegend um peritonitische Affectionen handelt, mit der Beseitigung der peritonitischen Pseudomembranen den Indicationen genügt ist, dass andererseits dann, wenn durch die primäre Erkrankung so schwere Organveränderungen Platz gegriffen haben, dass eine Ausheilung nicht anders denkbar ist, zu Verstümmelungen die Zuflucht genommen werden muss. Man wird also, um es vorweg anzudeuten, bei den Affectionen, welche die Folge von Lageveränderungen mit Adhäsivperitonitis sind, a priori häufiger conservirend verfahren können, bei den Zerstörungen, welche Infectionen setzten, öfter verstümmeln müssen.

Diese aus obiger Betrachtung über die Genese der entzündlichen Adnexerkrankungen aprioristisch construirten therapeutischen Grundsätze können nun thatsächlich in einem Bruchtheil der Fälle durchgeführt werden. In einem anderen nicht. Durchaus nicht immer aber kann man vor der Operation den Plan detaillirt machen, man kann nicht immer voraussagen, hier wird man mit Sicherheit alles erhalten, hier die Adnexe total entfernen müssen, deshalb nicht, weil Anamnese und diagnostische Tastung über die anatomische Beschaffenheit der Adnexe häufig nicht genügenden Aufschluss geben, welcher nicht durch die Ocularinspection nach der Laparotomie noch wichtige Correcturen erfahren könnte.

So tasten wir in einem Falle von fixirter vaginaler Retroflexion einen der Fixation entsprechenden, weniger voluminösen Adnextumor. Gonorrhoe scheint, puerperale Sepsis ist ausgeschlossen; wir glauben nach der Laparotomie völlig conservirend verfahren zu können, treffen aber auf ein vereitertes Ovarium, welches natürlich nach Kenntniss der Sachlage sammt der Tube entfernt werden muss. So kann in einem anderen Falle die voluminöse Verdickung neben dem Uterus als ein umfänglicher Adnextumor imponiren, wo nach der Laparotomie und nach der Beseitigung der Adhäsionen, welche die Adnexe untereinander und mit der intestinalen Nachbarschaft verlötheten, fast normale Tuben und Ovarien übrig bleiben.

Also auch hier ist es so, wie auf anderen Gebieten der Abdominalgynäkologie; der letzte Schritt auf dem Gebiete der Diagnose ist zugleich der erste auf dem der Therapie. Die Diagnose erfährt die für den definitiven Operationsplan nothwendige Vollständigkeit erst nach dem Bauchschnitt, nach der Ermöglichung eines Einblickes in das Abdomen.

Von ausserordentlicher Bedeutung für den Gang der Operation ist die vorher gewonnene Kenntniss, ob in dem durch Palpation erkannten Adnextumor Eiter vorhanden und welcher Art derselbe ist. Ein sehr beachtenswerthes Verfahren, nach dieser Richtung die Diagnose vor der Operation zu vervollkommen, besitzen wir nach Keilmann's Vorschlag in der geeigneten Verwerthung eventuell vorhandener Indicanurie (Gutes Referat über Keilmann's Arbeit im Centralblatt für Gynäkologie 1893, S. 819). Gerade die neueste Zeit, gerade meine Thätigkeit in Breslau hat mir Gelegenheit gegeben, zahlreiche Beobachtungen auf diesem Gebiete zu machen.

Ein weiteres wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, welches auf direkterem Wege zu einem verwertbaren Resultate führt, in einem getasteten Adnextumor noch vor dem Einschnitt die Anwesenheit von Eiter erkennen lässt, ist die in neuerer Zeit ausser von anderen besonders von Landau empfohlene Probepunction, von der Vagina, in geeigneten Fällen von den Bauchdecken aus, unter allen Umständen mit Leichtigkeit aseptisch vorzunehmen. Ich habe diese Methode stets dahin vervollständigt, dass ich die angesogene Flüssigkeit im Falle von Eiter auf An- oder Abwesenheit von Mikroben und auf deren Qualität untersuchte. Die ausserordentliche praktische Wichtigkeit dieses Hilfsmittels ist a priori klar. Einige prägnante Beispiele sind vielleicht ganz besonders geeignet, überzeugend zu wirken.

Eine Dame mit ausgesprochener Lungen tuberkulose, Frau Z., 26 Jahre alt, klagt ausserdem über Beschwerden im Bereiche des Beckens und weist einen doppelseitigen Adnextumor auf, rechts einen grösseren, links einen kleineren. Es bestehen nässige Steigerungen der Abendtemperatur. Der Verdacht auf Tubertuberkulose war das Naheliegende. Ich punctire von der Vagina aus den rechtsseitigen Tumor, ziehe mit der Spritze etwas Eiter heraus und finde in demselben eine Reincultur von — Gonococcen.

Recht lehrreich ist weiter folgender Fall.

Frau G., 41 Jahre alt, leidet an Retroversio fixata und linksseitigem recht grossem Adnextumor, muthmaasslich, wie nach der Gestalt zu schliessen, Pyosalpinx. Probepunction am 19. November 1894 ergibt Eiter mit Streptococcen. Dieser Befund warnte mich, den Fall von oben, vom freien Peritoneum aus anzugreifen. Ich machte daher die

Péan-Segond'sche „Castration uterine“ und eröffnete 14 Tage später, jetzt ohne das geringste Risiko, freies Peritoneum zu treffen, (also zweizeitig) von der Vagina aus den Streptococcensack. Glatte ungestörte Genesung.

In vielen Fällen habe ich durch die Punction Eiter erhalten, wo ich auf Grund der Anamnese und der üblichen Beobachtung keine Berechtigung, solchen zu vermuthen, hatte — auch umgekehrt ist es ergangen, Blut oder nichteitrige Flüssigkeit wurde gefunden, wo man Eiter vermuthen zu müssen glaubte.

Soviel ist sicher, die Punction der durch die Palpation erkannten Adnextumoren und im Anschluss daran die genaue, eventuell bacteriologische Untersuchung der durch die Punction ausgesogenen Flüssigkeit fördert die Diagnose in einer durch nichts anderes zu ersetzenden Weise und muss den Gang der Therapie unter allen Umständen beeinflussen. Nun kann aber die Eiterhöhle so klein sein, dass sie zufällig von der Punctionscanüle nicht getroffen wurde, oder die Punction wurde aus irgend welchen Gründen unterlassen. Dann traf man erst während der Operation auf den Eiter.

Unter diesen Umständen, das ist keine Frage, stellte für die chirurgische Inangriffnahme vom Abdomen aus der Schauta'sche Vorschlag, noch während der Operation den eventuell in Tuben Ovarien oder Peritonealhöhlen gefundenen Eiter einer bacterioskopischen Untersuchung zu unterwerfen und je nach dem Ausfall dieser Untersuchung den weiteren Modus procedendi einzurichten, eine bestechende Neuerung dar. War der eventuell gefundene Eiter steril, so konnte man das Abdomen schliessen, war er es noch nicht, so ging das Streben dahin, durch Mikulicz'sche Tamponade das dem gefährlichen Eiter exponirt gewesene Beckenperitoneum gegen den oberen Bauchraum abzuschliessen, bis die reactive Entzündung einen dauernden Abschluss bewirkt hat; nebenbei wirkt, was auch von Bedeutung, der Tampon durch seine hygroskopischen Eigenschaften als Drain und somit Nährboden entziehend.

Sämmtliche Breslauer Fälle von abdominalen Adnexoperationen (einige auch noch in Dorpat), auf welche ich jetzt zurückblicke, sind nach diesen Principien behandelt. Sobald während der Operation Eiter floss, wurde derselbe sofort untersucht, und gewöhnlich wurde das Resultat gewonnen, ohne dass die Operation den geringsten Aufschub erlitt. Wurden Bacterien gefunden, so wurde tamponirt. Ausserdem tamponirte ich auch noch in den Fällen, in welchen es, wenn ich so sagen darf, nach altchirurgischen Regeln richtig war, wo man auf der einen Seite auf ungewöhnlich starke Wundsecretion rechnen musste, andererseits dieselbe durch genügend stark comprimirenden Verband nicht beschränken konnte; d. h. z. B. wenn parenchymatöse Blutung aus getrennten Adhärenzen mir zu bedeutend schien.

Der Schauta'sche Vorschlag hat in meinen Händen nicht das gehalten, was er versprach. In einem Falle, in welchem es sich um gonorrhoeische Pyosalpinx mit Coccen handelte, trat trotz Tamponade im Gefolge der Operation an den Stümpfen ein „Exsudat“ auf — im übrigen Genesung. In einem Falle, in welchem Streptococcen nachgewiesen wurden, erfolgte trotz Tamponade acute Peritonitis und Tod (vom Assistenten operirt). Also einen absoluten Schutz gegen die verderbliche Wirkung der aus ihren Heerden frei werdenden Coccen gewährt die Tamponade nach Mikulicz nicht; nichtsdestoweniger werde ich sie unter den gleichen Verhältnissen in Ermangelung von etwas besserem immer anwenden.

Besonders aber demjenigen Collegen, welcher nicht in der glücklichen Lage ist, während der Operation noch eine halbwegs zuverlässige Angabe über den Bacteriengehalt zu gewinnen, empfehle ich, pélemêle in allen Fällen, in welchen Eiter das Bauchfell unreinigt hat, zu tamponiren.

Derartige Erfahrungen aber, dass nach den Adnexextirpationen vom Abdomen her „Recidive der Entzündungen“, besser gesagt Eiterungen um die Stümpfe und Ligaturen im Becken eintreten, und solche schlimmerer Art haben alle Operateure, welche über grösseres Material verfügen, gemacht; sie waren es mit, welche Landau bewogen, Péan und Segond zu folgen, welche principiell bei den entzündlichen Erkrankungen der Adnexe nicht diese, sondern den Uterus, und zwar von der Vagina aus entfernten (Castration uterine), und den a priori als rationell und berechtigt erscheinenden Schritt weiter zu thun, daran die Entfernung der erkrankten Tuben und Ovarien, natürlich ebenfalls von der Vagina aus anzuschliessen. Der Uterus ist ohne Ovarien und Tuben auch nichts werth, er ist unter diesen Umständen entbehrlich, ebenso, wie die jahrzehnte lange Erfahrung lehrt, in seiner Eigenschaft als vermeintliche Stütze der Beckenorgane.

Sollen wir nun jetzt alle Adnexaffectionen, welche der operativen Behandlung bedürftig erscheinen, von unten in Angriff nehmen, alle wie Péan, Segond und Landau mit Exstirpation des Uterus und nach Landau auch der Adnexe behandeln? Diese Frage muss von verschiedenen Standpunkten aus verschieden beant-

wortet werden. Steht jemand auf dem Standpunkt, dass die entzündlich erkrankten Adnexa von einer gewissen Höhe der subjectiven oder objectiven Beschwerden an dem operativen Messer weichen müssen — dann ist es eine rein technologische Frage, ob man sie von oben ohne oder von unten mit Gebärmutter exstirpieren soll. Welches Verfahren die besten Heilungschancen giebt, das ist zu wählen, um so eher, wenn ihm für gewisse Fälle auch noch sonst Vortheile zuerkannt werden müssen.

Auf diesem Standpunkt stehe ich nicht. Ich halte bei weitem nicht alle entzündlich erkrankten Adnexa, selbst bei hochgradigen Beschwerden, für eo ipso entfernungsbedürftig und schon aus diesem Grunde wird nach meinem Dafürhalten die vaginale Operation Einschränkungen erfahren, die abdominale ein ziemlich grosses Feld behaupten müssen. Das heisst ich fordere, dass den entzündlichen Adnexerkrankungen gegenüber streng individualisirt wird, dass das schematische Wegschneiden von Tuben und Ovarien, wenn dieselben nach eröffnetem Abdomen nicht normal und entzündlich erkrankt angetroffen werden, aufhöre. Anfänge zu dieser conservirenden Richtung sind bereits gemacht, die Salpingostomatoplastik z. B. ist eine Frucht derartiger Bestrebungen.

Diejenigen Adnexaffectionen, welche in der Regel eine Schonung der Organe gestatten, sind die secundären Perisalpyugitiden und Perioophoriden, welche wir gelegentlich bei der Adhäsiv-pelveoperitonitis antreffen, welche sich im Gefolge der Lageveränderungen des Uterus findet, die Folgezustände der mechanischen Pelveoperitonitis retrofixans. Hier ist die Hauptaufgabe der Operation, die Stränge zu beseitigen, den Uterus normal zu lagern und in Normallage zu fixiren.

Wenn überhaupt bei allen Abdominaloperationen, so erwächst natürlich besonders bei denen, welche um fixirender Stränge willen gemacht werden, die Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass nicht wieder neue Adhärenzen entstehen. Bis zu einem gewissen Grade bürgt die erzwungene Normallage der Genitalien dafür. Eine weitere Bürgschaft in dieser Richtung übernimmt die Art und Weise, wie man die Trennung der Adhärenzen macht. Werden sie einfach zerrissen, so setzt dies häufig Wunden, welche leicht wieder mit gegenüberliegenden Flächen, auch wenn diese noch Peritonealepithel tragen, verkleben. Dies beweisen Versuche von Saenger. Die geeignetste Methode, Trennungsflächen zu schaffen, welche nicht wieder verlöthen, ist die Anwendung des Glüheisens. Von Kelterborn auf meine Veranlassung unternommene Thierversuche haben dies dargethan. Ein sauberes Herausplätten des Uterus und der Adnexa aus den Adhärenzen mit dem Pacquelin schützt nach meiner Erfahrung wie nichts anderes vor erneutem Verkleben. Bei Beckenhochlagerung, bei guter Narkose, guter Beleuchtung, nach genügender Abstopfung des übrigen Peritonealraumes lassen sich solche Operationen äusserst sauber und mit einer gewissen Eleganz ausführen. Gelegentlich angetroffener Follikelhydrops der Ovarien lässt sich ebenfalls durch multiple Punction mit dem Pacquelin behandeln, ein blosser Tubenhydrops durch Salpingostomatoplastik beseitigen.

Ähnlich conserviren können wir in manchen Fällen verfahren, welche die Residuen von puerperal-septischer Erkrankung darstellen. Doch trifft man hier schon öfter vereiterte oder sonstwie schwer veränderte Ovarien, gelegentlich auch Abscesse in abgesackten Räumen des Peritoneums, gelegentlich auch, wenn auch selten, eine Pyosalpinx. Ein ähnliches conservirendes Verhalten verstattet endlich eine ganze Reihe von längst ausgeheilten Gonorrhöen, bei welchen ebenfalls nur die peritonitischen Verbackungen und ihre Folgezustände beseitigungsbedürftig sind.

Weniger sauber, weniger gründlich und deshalb auch weniger zuverlässig in den Resultaten ist ein ebenfalls von mir wiederholt angewandtes Verfahren, wo ich nach Boileux den Douglas öffne, die Retrofixationen, natürlich auch die der Adnexa, mit dem Finger trenne und den Uterus vaginofixire. Auch lassen sich, wie es Dührssen gelegentlich der vaginalen Fixation des Uterus that, aus dem eröffneten vorderen Douglas die erkrankten Adnexa hervorziehen, so vorhandene Adhäsionen, falls dieselben nicht zu umfangreich, zu kurz und fest sind, trennen, plastische Correcturen an ihnen anbringen, endlich reponiren und dann, wenn nöthig, die Operation mit der vaginalen Fixation schliessen.

Um also zusammenzufassen: Allen den entzündlichen Affectionen des Beckenperitoneums und der Adnexa gegenüber, bei welchen es sich nicht mehr oder überhaupt nicht um Eiteransammlungen handelt, lautet für mich die Fragestellung weniger so, ob Adnexoperation oder „Castration uterine“, als wie weit können wir hier mit operativem oder nicht operativem, unter allen Umständen aber conservirendem Verfahren gehen, was lässt sich damit erreichen. Wollen wir aber erhalten, oder wenigstens erst während der Operation entscheiden, ob wir erhalten können, soll uns der erste Act der Operation erst den noch nothwendigen anatomischen Einblick in die Beschaffenheit der erkrankten Adnexa verschaffen, den wir

auf Grund der Palpation, klinischer Beobachtung und Anamnese noch entbehren, dann können wir nicht von der Vagina aus operiren, sondern dann führt nur die Operation vom Abdomen aus zum erwünschten Ziel.

Derartige Fälle nun, in welchen es sich muthmaasslich oder mit Sicherheit um Eiteransammlungen handelt, sind es, welche a priori schon eine Operation von unten, von der Scheide aus als rationeller erscheinen lassen, sofern die durch die Operation angelegte Wunde dem nachträglichen Eiterabfluss einen günstigeren, natürlicheren Weg eröffnet, sofern eine Besudelung gesunder Peritonealpartien mit Eiter fast mit Sicherheit vermieden wird. Ist in Ovarialabscessen, peritonealen abgesackten Räumen, Pyosalpingen der Eiter sehr häufig steril, so ist er es doch gelegentlich nicht, und in diesen Fällen stellt, das ist keine Frage, die Operation von oben immer eine grosse Gefahr dar. Solche Fälle waren es, welche mir für die Péan-Segond'sche Operation besonders geeignet zu sein schienen und welche mich im vergangenen Sommersemester zuerst veranlassten, den von diesen Operateuren betretenen Weg zu wählen.

Die Erfahrung, auf welche ich jetzt zurückblicke, umfasst, wie oben gesagt, nahezu 30 Operationsfälle. Bei allen war neben oder auch zugleich hinter dem Uterus meist ein umfangreiches „Exsudat“ zu tasten, welches in einigen Fällen auf ein Puerperium, in anderen auf Gonorrhoe zurückzuführen war; in einer dritten Reihe blieb der Ursprung dunkel, Anamnese und bacteriologische Untersuchung ergaben nichts. In einem Falle handelte es sich um Tuberkulose, bei einigen bestand noch zur Zeit der Operation Fieber.

Einige von diesen Fällen operirte ich nach Péan-Segond. Ich kann nicht leugnen, dass es mir im höchsten Maasse anfallend war, welch' vorteilhaften Einfluss die Totalexstirpation des Uterus zunächst auf die subjectiven Erscheinungen, die Schmerzen, hatte. Bestand Fieber, so remittirte dasselbe nach der Operation ebenfalls meist prompt, gingen die Kranken noch mit palpablen Resistenzen nach 1½–2 Wochen nach Hause, so fühlten sie sich dennoch gesund, geheilt, wenn sie ihren jetzigen Zustand mit dem vor der Operation verglichen.

Bei einer gewissen Gruppe von tiefen Eiterungen im Abdomen erschien mir die Péan-Segond'sche Operation ganz besonders dringend indicirt, nämlich bei den sogenannten Recidiven nach Adnexexstirpation vom Abdomen aus; diese stellen oft lange dauernde Eiterungen aus engem Fistelcanal, welcher nach der Bauehnarbe führt, dar. Eiterungen, welche die Kranken in hohem Maasse belästigen und bei ihnen die Ueberzeugung von der Heilung ihres ursprünglichen Leidens durch die Operation naturgemäss nicht aufkommen lassen. Wie oben schon gesagt, handelt es sich dann, abgesehen von Fällen, in welchen mit nicht sterilem Material unterbunden wurde, um Ligaturinfection von infectem Gewebe aus, welches damit geschnürt wurde. Ich habe derartige Entzündungen nur eine aus eigener, einige aus fremder Praxis gesehen, habe aber in keinem dieser Fälle, trotz meiner Ueberzeugung von ihrer Zweckmässigkeit, die Péan-Segond'sche Uterusexstirpation durchsetzen können. Und schliesslich kommt man auch ohne diese aus. Da die Eiterung in der Tiefe sich um Ligaturmateriale herum etablirt, so ist es geboten, dieses zu entfernen. Das gelingt meist vermittle der Curette vom Fistelgang aus in einer oder einigen Sitzungen, wenn nöthig in Narkose, recht gut. Dann heilt die Fistel.

In einigen von den nach Péan-Segond operirten Fällen stellte die vaginale Uterusexstirpation überhaupt kein Novum für mich mehr dar, nämlich dann nicht, wenn es sich um fixirte Retroflexion bei nicht mehr zeugungsfähigen Frauen handelte, d. h. bei Frauen, welche noch nicht Greisinnen sind, sondern noch von den Meno- oder Metrorrhagien und dem noch grossen, weil noch nicht involvirten Uterus viel zu leiden haben.

Liessen in derartigen Falle die Versuche, den Uterus nach Schultze zu lösen, im Stiche, so machte ich schon seit Jahren nicht die Laparotomie mit Trennung des Uterus und der verbackenen Adnexa, sondern die Totalexstirpation von der Scheide aus. Die günstigen Erfolge der Totalexstirpation unter diesen Verhältnissen sind mir schon längere Zeit bekannt.

Eine weitere Reihe operirte ich nach Landau. Ich nahm, soviel es ging, von den Adnexen nächst dem Uterus heraus. Auch hier tadelloses Resultat, was bei der grösseren Gründlichkeit der Operation neben der Péan-Segond'schen nur selbstverständlich erscheinen muss.

Bei einer dritten Reihe erlaubte ich mir eine wesentliche Abweichung. Auch bei diesen handelte es sich um Ansammlungen von Eiter oder trübseröser Flüssigkeit grösserer oder auch nur sehr mässiger Menge. In diesen Fällen schnitt ich nichts weg, sondern ich präparirte nur einen breiten Weg bis zum Exsudat.

Man wende mir nicht ein, dass diese Operation mit Péan-Segond und Landau nichts zu thun habe, so liegen die Fälle nicht.

Exsudate öffneten wir auch schon früher von der Scheide aus, auch kam es wohl vor, dass man präparando vorgehen musste; aber Eröffnungen von so hoch liegenden Exsudaten, dass man, um zu ihnen hinzugelangen, die Portio umschneiden, den Uterus von der Blase ablösen und ausserdem bis hoch hinauf von einem oder beiden Ligamenten abtrennen muss, wurden früher nicht gemacht. Diese Operation beginnt ganz wie ein Péan-Segond, nur dass ich es für richtig hielt, auf halbem Wege stehen zu bleiben, weil nach meinem Dafürhalten bereits das Ziel erreicht war. Die eröffnete Höhle wurde ausgetastet, von da aus eventuelle Septa, welche benachbarte Eiterhöhlen noch abschlossen, mit dem Finger stumpf zerrissen, das Ganze mit niedrigem Wasserstrahl ausgespült und dann mit Dermatolgaze ausgestopft, ein Theil der Wunde durch die Naht geschlossen. Auch in allen diesen Fällen dieselben guten Resultate wie bei den radicaleren Operationen.

Für diejenigen Fälle, wo es sich um grössere Exsudate handelte, ist das nun fast selbstverständlich, bis vielleicht auf einen Punkt.

Landau vergleicht, wie mir, ehe ich auf diesem Gebiete Erfahrung hatte, recht treffend schien, die Uterusexstirpation bei derartigen eitrigen Processen im Becken mit der Rippenresection bei Eröffnung von pleuritischen Exsudaten. Um die Oeffnung von Hause aus möglichst gross zu machen, um ein vorzeitiges Schrumpfen einer zu klein angelegten Oeffnung zu verhindern, ist die Exstirpation des Uterus ebenso zweckmässig wie die Resection eines Rippenstückes. Bleiben wir nun bei diesem Vergleich, so bedarf es schon kaum der Erwähnung, dass es auch Chirurgen von Fach und von grosser Erfahrung giebt, welche die Rippenresection nicht in jedem Falle von Thoracocentese machen und die gleichen Resultate erzielen wie die weniger conservirende verfahren. Und so habe ich auch bei dem präparatorischen Eröffnen von peritonitischen Exsudaten von der Scheide aus gesehen, dass die Oeffnung ohne Resection des Uterus reichlich gross genug gemacht werden und gross genug bleiben kann. Eine Oeffnung, welche das hintere und die seitlichen Scheidengewölbe umgreift, einige Tage mit Gaze ausgestopft, bleibt lange Zeit ein grosses Loch, eine Verengung desselben durch den zurückbleibenden Uterus ist nicht zu befürchten, weil in den so operirten Fällen der Uterus durch perimetrische Entzündungen oder solche der Adnexa starr und unbeweglich fixirt ist, nicht in der Rückenlage auf die gemachte Oeffnung darauf fällt, sie nicht auf diese Weise verlegt.

Allerdings kann ich nicht verschweigen, dass in einem der Fälle, in welchem ich, um zu einem hochgelegenen Exsudat zu gelangen, den Uterus auf der linken Seite bis hart an die Tubenkannte abpräparirt hatte, dieser beim Austritt der Kranken aus der Klinik retrovertirt lag. Um diese Zeit war aber auch die Eiterhöhle definitiv geschrumpft.

Ganz allgemein ausgedrückt, muss ich sagen, ist die Leistungsfähigkeit der Péan-Segond'schen Operation mit oder ohne Landau's Modification ganz bedeutend und fordert zu weiteren Versuchen auf.

Als unbestrittenen und positiven Gewinn betrachte ich, dass ich durch dieses Verfahren gelernt habe, hochgelegene intraperitoneale abgekapselte Eiterhöhlen, welchen sonst auf keine Weise beizukommen war, durch Abpräpariren einer Uteruskante zu eröffnen und ohne weitere Genitalverstümmelungen zum schnellen Abheilen zu bringen, also eine Operation zu machen, welche gerade das Gegentheil der Péan-Segond-Landau'schen Operation ist, etwas äusserst conservirendes.

Auf specielle Fragen der Operationstechnik einzugehen, lag nicht in meiner Absicht. Nur möchte ich erwähnen, dass ich auch bei diesen vaginalen Operationen häufig, wenn auch nicht ausschliesslich, wie auch schon früher bei Kolpohysterektomien, mich der Richelot'schen Klammern und ähnlicher Instrumente bedient und die Vorzüge dieser Instrumente schätzen gelernt habe. Für gewisse Fälle, für die, in welchen die Dislocirbarkeit des Uterus minimal oder null ist, sind derartige Instrumente unentbehrlich; verhalten wir uns ihnen gegenüber principiell ablehnend, so stossen wir vielfach auf unbesiegbare Hindernisse.