

Aus der Königl. Frauenklinik in Dresden.

Ueber die Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametritischer Exsudate durch Incision bez. Laparotomie.

Von

Dr. Droese,

zweitem Assistenzarzte.

Bei der Aufsuchung und Eröffnung para- und perimetritischer Exsudate wird die Wahl des Operationsweges bestimmt durch die Lage des Abscesses. Der häufigsten Localisation der parametritischen Exsudate in den oberen Partien der breiten Mutterbänder entsprechend findet man in der Literatur die Eröffnung über dem medialen Abschnitt des Ligamentum Pouparti von den Bauchdecken aus am häufigsten empfohlen.

Buschbeck und Ettinger¹⁾, die über 33 operativ behandelte Fälle von Exsudaten aus der hiesigen Klinik berichten, geben den erwähnten Weg der Eröffnung in 24 Fällen als nothwendig an, während nur 6mal von der Scheide aus operirt werden konnte.

Veit²⁾ nennt diese Operation die typische Parametritisoperation und betont neben der Unerheblichkeit des Eingriffes bei einiger Uebung, dass auch schwer heilbare Abscesse, z. B. nach Durchbruch in die Blase, auf diesem Wege erreicht und geheilt werden konnten.

v. Rosthorn³⁾ giebt als Vorzug dieser Methode die Leichtig-

1) Buschbeck und Ettinger, Die operative Behandlung der para- und perimetritischen Exsudate. Dieses Archiv Bd. 50. S. 322.

2) Veit, Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. 30.

3) von Rosthorn, Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Veit's Handbuch d. Gynäkologie.

keit und Ungefährlichkeit der Ausführung an und hat damit bei dem typischen parametralen Exsudat, welches sich auf die Darmbeinteller hinauf erstreckt, regelmässig den Eiterherd aufgefunden.

Als zweithäufigster Weg kommt die Aufsuchung des Exsudates vom Scheidengewölbe aus in Betracht. Als Nachteile letzterer gegenüber der typischen Operation betonen Fritsch¹⁾, sowie Buschbeck und Ettinger die auch ohne Verletzung der Uterina aus den Rami vaginales namentlich in den ersten Wochen nach der Geburt entstehende recht erhebliche Blutung; v. Rosthorn macht ausserdem auf die Gefahr der Verletzung der Uterina und des Ureters bei Eröffnung vom seitlichen Scheidengewölbe aus aufmerksam.

Veit hält die Eröffnung von der Scheide aus am allerseltensten für angezeigt, nämlich nur dann, wenn das hintere Drittel des Parametriums infiltrirt ist, und wenn die Scheide hier durch den Tumor vorgewölbt wird, in allen übrigen Fällen, mit Ausnahme des Glutaealabscesses, hält er, wie oben erwähnt, die Incision oberhalb des Ligamentum Pouparti für das beste.

Der letztere Standpunkt wird, wie schon aus der Arbeit von Buschbeck und Ettinger hervorgeht, im Allgemeinen auch in der Dresdener Frauenklinik vertreten. Auch hier wird von der Scheide aus nur dann operirt, wenn das Exsudat dem Scheidengewölbe direct aufliegt und dort Fluctuation erkennen lässt, während in allen anderen Fällen mit Ausnahme der retrouterin und hoch gelegenen Exsudate die typische Eröffnung über dem Lig. Pouparti vorgenommen wird. Die mit letzterer Operation erzielten Erfolge sind sehr gute.

Als weiteres Beispiel reihe sich den früheren von Buschbeck und Ettinger referirten folgender Fall an.

1. Po., 38jährige XVpara, kommt am 21. 12., 7 Uhr Nachmittags, in die Klinik.

Anamnese: Die Mutter starb an Rippenfellentzündung, sie selbst litt vor 2 Jahren ebenfalls an dieser Krankheit, will aber sonst stets gesund gewesen sein. Von 1882—97 machte sie 13 Spontangeburt ausgetragener lebender Kinder, sowie einen Abort im 3. Monat durch. Seit dem 19. Jahre ist sie regelmässig menstruirt. Letzte Regel am 23. März.

Heute 6 Uhr Nachmittags merkte sie während der Arbeit, dass eine mässige Menge Blut aus der Scheide abging; zugleich wurde es ihr sehr schlecht. Sie sucht deshalb die Klinik auf. Wehen traten erst unterwegs auf; die Blase sei noch nicht gesprungen.

1) Fritsch, Bericht über die gynäkol. Operationen aus der Breslauer Frauenklinik. 1893.

Status: Auffallend anämische Frau, Herz und Lungen normal, keine Zeichen von Lues oder Rachitis. Der Urin enthält $\frac{1}{5}$ Vol. Eiweiss. Temp. 36,7, P. 76.

Ausserlich findet man den Leib sehr stark ausgedehnt, die Bauchdecken ausserordentlich gespannt, fast bretthart. Das Kind liegt in Schädellage Ia, der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne sind nirgends zu hören. Die Wehen sind mässig kräftig, alle 5 Minuten.

Bei der inneren Untersuchung ist Placentargewebe nirgends zu fühlen. Es geht stetig noch etwas Blut ab, deshalb wird 8 Uhr 15 Min. Nachmittags bei markstückgrossen Muttermund die Blase gesprengt, worauf sich stark meconiumhaltiges Fruchtwasser entleert, und die Blutung zum Stehen kommt.

Bereits 9 Uhr Nachmittags erfolgt die Spontangeburt eines ausgetragenen toten Knaben ohne Macerationerscheinungen. Sofort darauf wird die vollständige Nachgeburt, der mehrere faustgrosse Blutcoagula, sowie eine ziemlich reichliche Menge flüssiges Blut folgen, spontan geboren.

Die Blutung steht auf Anwendung einer heissen Scheidenspülung. Eine halbe Stunde später erfolgt trotz Ergotin, Eisblase und manueller Ueberwachung eine abermalige atonische Nachblutung, die durch Tamponade des Uterus und der Scheide gestillt wird.

Am dritten Tage des Wochenbettes steigt die vorher normale Temperatur Abends bis auf 39,7, 120, ohne Schüttelfrost. Der Leib ist weich, ohne Druckschmerz, der Fundus uteri steht 2 Querfinger unterhalb des Nabels, nicht schmerzhaft, dagegen ist das linke Parametrium stark druckempfindlich. Die Lochien sind sehr fétide, sonst keine Beschwerden, subjectives Wohlbefinden.

Bei Einstellung der Portio findet sich keine Verhütung, doch ist die Alkoholuterusausspülung sehr trübe. Im Collumsecret werden Streptokokken nachgewiesen.

Bis zum 11. Tage bleibt das Fieber continuirlich hoch bis 39,9, 120, mit morgendlichen Remissionen bis 38,5, dann sinkt die Temperatur auch Abends etwas und Remissionen bis 37,6 treten ein, während der Puls um 112 schwankt. Dabei hat sich allmählig ein linksseitiges parametranes Exsudat ausgebildet, das von der linken Uteruskante bis zum Darmbeinkamm und 4 Querfinger über das Lig. Poupart in die Höhe reicht.

Da das Exsudat trotz längerer expectativer Behandlung mit Eisbeutel, Opium und kräftiger, leicht verdaulicher Kost nur sehr wenig schrumpft, und Temperatur und Puls nicht nur nicht zur Norm zurückkehren, sondern wieder Abends steigen, um Morgens in tiefer Remission abzufallen, so schliesst man daraus, dass es sich um Vereiterung des Exsudates handelt, die allerdings weder durch die äussere noch innere Untersuchung nachweisbar ist.

Am 26. Tage schreitet man zur Operation in Aethernarkose. Hautschnitt 3 cm oberhalb und parallel mit dem Poupart'schen Bande. Nach Durchtrennung der Musculatur erkennt man sofort an der eigenthümlich gelblich ödematösen Beschaffenheit des Bindegewebes die Nähe des Eiterherdes und gelangt auch bald vorsichtig weiter präparierend an einen etwa faustgrossen Abscess, der breit geöffnet, entleert und drainirt wird. Er enthält reichlich bräunlichen Eiter, in dem Streptokokken nachgewiesen werden.

Nach der Operation beginnt sofort die Entfieberung und Sinken des Pulses zur Norm. Unter geeigneter Nachbehandlung, die nicht nur die Heilung der Wunde, sondern besonders eine Hebung der Kräfte der Frau zum Ziele hat, verkleinert sich die Abscesshöhle, das fühlbare Exsudat schrumpft allmähig und der Allgemeinzustand der Patientin hebt sich, so dass sie am 66. Tage geheilt und in guter Verfassung entlassen werden kann.

Entlassungsbefund: Portio nach hinten sehend, Uterus ante-flektirt, links durch feste parametrane, fast unempfindliche Schwielen fixirt; rechte Adnexe frei. Bauchwunde geschlossen.

Wenn es, wie in diesem Falle, nun auch gelingt, sei es von den Bauchdecken aus ohne Eröffnung des Peritoneums, sei es von der Scheide aus, in der grössten Mehrzahl der Fälle den Abscess aufzufinden und zu spalten, so bleiben doch einige wenige Ausnahmefälle übrig, in denen man durch die beiden genannten und die sonst üblichen extraperitonealen Operationsmethoden nicht zum Ziele gelangt, sondern zur Aufsuchung und Eröffnung der vereiterten puerperalen Exsudate allein auf die Vornahme der Laparotomie angewiesen ist.

von Winckel¹⁾ giebt für die Laparotomie als Indication den Sitz des Exsudates über dem kleinen Becken an, von der Bauchwand entfernt, die Unzugängigkeit von anderen Stellen, Verwachsung mit Darmschlingen, hohes Fieber und Gefahr der Perforation in das Peritoneum oder in Darmschlingen.

Saenger²⁾ hebt besonders die vortrefflichen Resultate hervor, die sich mit der Laparotomie in solchen Fällen erzielen lassen.

Im Folgenden möchte ich über 2 Fälle von vereitertem puerperalem Exsudat berichten, die durch ihre Seltenheit, sowie durch die Schwere der Erkrankung und durch den Sitz des Exsudates grosses Interesse beanspruchen können, und bei denen eine Heilung nur durch die Vornahme der Laparotomie erreicht werden konnte.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen Uterusabscess. Er gehört also anatomisch eigentlich nicht hierher, doch füge ich ihn trotzdem an, weil er klinisch durchaus unter dem Bilde der Parametritis verlief und sich in Bezug auf die Therapie eng an den ersten Fall anlehnt.

Beide Fälle endigten mit Heilung.

Die Geburten verliefen bei beiden Frauen, besonders für Erst-

1) v. Winckel, Pathologie und Therapie des Wochenbettes. 1896.

2) Saenger, Koeliotomie bei Beckenabscess. Centralbl. f. Gyn. 1892. No. 33.

gebärende, durchaus glatt und leicht und waren 3 Stunden resp. 4 Stunden 15 Minuten nach Eintritt in die Klinik vollständig beendet, so dass die ganze Geburtsdauer nur 9 Stunden 25 Minuten, resp. 4 Stunden 50 Minuten beträgt.

Beide sind sowohl in der Klinik als auch ausserhalb angeblich innerlich nicht untersucht, beide haben nur geringe Abschürfungen an den äusseren Geschlechtstheilen davongetragen, die keine Naht erforderten. Trotzdem wurden in beiden Fällen Streptokokken als Infektionserreger nachgewiesen.

Bei der W. fand sich eine Mischinfection mit Gonokokken, während bei H. trotz sorgfältigster, häufig wiederholter Untersuchung Gonokokken nicht gefunden werden konnten. Das gute Aussehen der Abschürfung und die Localisation des entzündlichen Processes macht die Verletzung hier als Eintrittspforte der Infektionserreger nicht recht wahrscheinlich; auch war kein Grund vorhanden, die Infection von der Blase oder dem Mastdarm herzuweisen. Versteckte Eiterherde, wie Otitis, Angina, Furunkel, Ulcera oder dergleichen, wie sie bei innerlich nicht untersuchten fiebernden Frauen manchmal als Infektionsquelle gefunden werden, liessen sich trotz sorgsamer diesbezüglicher Untersuchung nirgends nachweisen. Anamnestisch war über Coitus impurus oder unsaubere Manipulationen ausserhalb kurz vor der Geburt nichts Positives zu ermitteln.

Die Fälle sind kurz folgende:

2. He., 19jährige Ipara, kam am 12. 9. 7 Uhr Nachmittags in die Klinik mit der Angabe seit heute 12 Uhr 30 Minuten Nachts Wehen zu haben, das Wasser sei noch nicht abgeflossen.

Anamnese: In der Jugend litt die Frau an Masern und Scharlach sowie an Entzündung des rechten Auges. Beide Eltern leben und sind gesund, 5 Geschwister sind klein an unbekannter Krankheit gestorben. Seit dem 14. Jahre ist sie regelmässig menstruiert, letzte Regel am 24. 11. wie gewöhnlich. Draussen will sie innerlich nicht untersucht sein.

Status: Mittelgrosse gracile gut genährte Frau. Herz und Lungen gesund. Narben auf der rechten Hornhaut und Residuen von rechtsseitiger Iritis (syphilitica?). Sehvermögen auf dem rechten Auge herabgesetzt; Schwerhörigkeit auf dem linken Ohre. Hutchinson'sche Zähne, sonst sind keine sicheren Zeichen von Syphilis festzustellen. Urin stark eiweisshaltig. Temperatur 37,1°, Puls 76.

Bei der äusseren Untersuchung findet sich eine Schädellage IIa, der Kopf steht fest im Becken-Eingang. Die Wehen sind kräftig, alle 5 Minuten. Das Becken ist ziemlich stark allgemein verengt. Bereits 1½ Stunde nach der Aufnahme erfolgt der Blasensprung und 20 Minuten später die Spontangeburt eines ausgetragenen lebenden Mädchens. Die Nachgeburt wird eine Stunde nach der Geburt des Kindes ausgedrückt, es erfolgt

keine Nachblutung. Eine kleine Frenulumabschürfung wird mit Dermatol bestreut. Die Geburt war allein durch die äussere Untersuchung geleitet.

Das Wochenbett ist während der ersten 4 Tage vollkommen normal; am Abend des 5. Tages steigt die Temperatur auf 38,7°, 84 und erreichte am nächsten Abend 40,7, 120, dabei war kein Schüttelfrost aufgetreten. Der Leib ist weich, nicht druckempfindlich, ausser Kopfschmerzen bestehen keine subjectiven Beschwerden. Der Fundus uteri steht 2 Querfinger unterhalb des Nabels, ist nicht druckempfindlich, die Lochien etwas foetide.

Bei der Einstellung der Portio und Spreitzen des Collum mit der Kornzange findet sich keine Verhaltung, kein Belag oder Geschwür. Die Abschürfung granulirt gut. Im Urethral-, Vaginal- und Collumsecret keine pathogenen Keime nachweisbar; auf den mit Collumsecret beschickten Platten wachsen keine Colonieen.

An Herz und Lungen sowie an den übrigen Organen ist kein pathologischer Befund zu erheben.

Die Behandlung ist zunächst expectativ mit Eisblase, Opium, Scheidenspülung und roborirender Diät.

Vom 6.—30. Tage bestand continuirliches wenig remittirendes Fieber zwischen 39,6° und 38,5°, Puls 108—92, nur ausnahmsweise eine stärkere Schwankung. Während dieser Zeit ist das Allgemeinbefinden und der Appetit gut, der Leib andauernd weich, nicht aufgetrieben, das Aussehen durchaus nicht septisch. Der Eiweissgehalt im Urin ist bis auf eine leichte nach Esbach nicht messbare Trübung zurückgegangen.

Durch wiederholte Secretentnahme werden Streptokokken nachgewiesen. Der Uterus verkleinert sich nicht seit Beginn des Fiebers, sondern ist allmählig wieder in die Höhe und nach rechts gezogen und leicht druckempfindlich.

Auf Druck ist die Partie rechts neben dem Uterus, seit dem 12. Tage, ebenfalls schmerzhaft und von scheinbar vermehrter Resistenz, so dass man annehmen muss, dass der Uterus durch ein rechtsseitiges parametranes Exsudat in Nabelhöhe fixirt und am Herabsinken in das kleine Becken gehindert ist. Die Druckempfindlichkeit rechts neben dem Uterus nimmt allmählig etwas zu, spontane Schmerzen bestehen nicht.

Bei roborirender Diät und expectativer Behandlung erfolgt zwar ein Sinken aber doch kein völliger Abfall des Fiebers; man vermuthet deshalb eine eitrige Einschmelzung des Exsudates und nimmt, um sich hierüber Klarheit zu verschaffen, am 24. Tage eine Untersuchung in leichter Aethernarcose vor.

Die Portio ist fast verschwunden und mit der Scheide so in die Höhe gezogen, dass der touchirende Finger sie nur mit Mühe hoch hinter der Symphyse erreicht. Der Fundus uteri steht in Nabelhöhe dextrovertirt und rechts festgelöthet, er fühlt sich teigig an und ist noch stark vergrössert. Im kleinen Becken sowie in dem hochgezogenen Scheidengewölbe ist Fluctuation oder eine Resistenz, etwa einem Exsudat entsprechend, nirgends zu fühlen. Auch die rechts neben dem Fundus liegende schmerzhaft von der Vagina aus nicht erreichbare Partie zeigt äusserlich keine Fluctuation.

Auf Grund dieses Befundes weitere roborirende und expectative Therapie.

Vom 30. Tage an ändert sich der Charakter des Fiebers, es tritt jetzt hektisches Fieber auf, Abends 39,9—40°, 120, Morgens 37,0—37,4°,

92 Pulse, das an dem Vorhandensein von Eiter keinen Zweifel lässt, trotzdem auch jetzt weder von der Scheide, noch von den Bauchdecken aus irgendwelche Fluktuation zu fühlen ist.

Als den Sitz des Eiters musste man das rechts neben dem Uterus äusserlich fühlbare Exsudat annehmen, da sonst weder an den Geschlechtstheilen, noch an den übrigen Organen ein Anhaltspunkt für einen etwaigen Herd zu finden war.

Am 35. Tage Operation in Aethernarkose:

Schnitt oberhalb des Lig. Poupart, wie er für die Aufsuchung der Arteria iliaca communis typisch ist. Bei weiterem Vordringen in die Tiefe Eröffnung eines in diesem Exsudat gelegenen, etwa hühnereigrossen Abscesses, der reichlich dicken gelben Eiter entleert. Ausspülung der Höhle, Einlegen zweier Drainrohre, Bindenverband. Das Peritoneum war nicht eröffnet worden.

Darauf zunächst Abfall des Fiebers auf 37,0, 88.

Vom 37.—50. Tage wieder mässiges Fieber, Abends bis 38,6. Der Puls schwankt zwischen 108 und 100.

Unter Nachbehandlung mit feuchtem Verband und Ausspülung der Abscesshöhle verkleinert sich dieselbe sehr gut, aber doch erholt sich Patientin nicht so, wie zu erwarten war.

Am 50. Tage beginnende Thrombose des linken Unterschenkels, die unter Priessnitz, Hochlagerung des Beines und absoluter Ruhe in mässigen Grenzen blieb. Von da an wieder ansteigender Puls, der allmählig um 140 schwankt und sich trotz ziemlich raschen Rückganges der Thrombose auf dieser Höhe hält.

Das Allgemeinbefinden, das bis dahin wenig gelitten hatte, verschlechtert sich jetzt ziemlich beträchtlich. Die Frau magert sehr ab, bekommt eine gelbliche Farbe, klagt über Appetit- und Schlaflosigkeit. Im Leibe bestehen keine Schmerzen, derselbe ist weich, nicht aufgetrieben; ein Exsudat ist weder äusserlich noch innerlich fühlbar.

Durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man links einen etwa hühnereigrossen höckerigen Tumor, ohne Fluktuation, der intraperitoneal zu liegen scheint, und den man als Kothballen anspricht, der trotz mehrfachen Abführens festsetzt. Der Uterus hat seine Lage in keiner Weise verändert, er steht nach wie vor dextrovertirt, in Nabelhöhe fixirt.

Angesichts des gleichbleibenden hohen Pulses bei wenig remittierendem Fieber, das keine Neigung zum Abfall erkennen lässt, ferner der Verschlechterung des Allgemeinbefindens und der in letzter Zeit starken Abnahme der Kräfte kommt man zu der Gewissheit, dass sich doch im Zusammenhang mit den Geschlechtsorganen, oder von ihnen ausgehend, noch ein Eiterherd finden muss, da trotz wiederholter genauester Untersuchung sich in den übrigen Organen nichts Pathologisches nachweisen lässt. Man beschliesst deshalb, den Eiterherd durch die Laparotomie aufzusuchen, zumal ein weiteres Abwarten für die Patientin sehr gefährlich erscheint.

Am 59. Tage Operation in Aethernarkose.

Bauchschnitt etwas nach links von der Mittellinie. Nach Eröffnung des Peritoneums erweist sich der bimanuell gefühlte linksseitige Tumor, wie man angenommen hatte, als eingedickte Kothmasse im S. romanum. Uterus vergrössert, stark dextrovertirt, stark in die Höhe gezogen, so dass er ganz über dem kleinen Becken liegt, und durch sehr derbe Adhäsionen zwischen Fundus und Darm und zwischen rechter Uteruskante

und Peritoneum parietale fixirt. Die linken Adnexe liegen für den Blick frei und unverändert an der nach vorne gedrehten linken Uteruskante, während die r. Adnexe und die r. Uteruskante nicht zu sehen sind. Der Uterus ist ferner mit seiner ganzen, jetzt nach hinten sehenden Fläche fest mit dem Peritoneum parietale verwachsen, der Douglas völlig aufgehoben. Der Mastdarm ist frei. Die Adhäsionen der r. Uteruskante, dem ausgeheilten Abscess entsprechend, und des Fundus erweisen sich als durchaus derb und narbig und lassen keine Fluctuation erkennen, sie werden deshalb nicht gelöst; auch links vom Uterus ist nichts dergleichen zu fühlen, der Eiterherd muss also hinter dem Uterus gesucht werden.

Beim Zurückschieben der linksseitigen Verwachsungen quillt plötzlich an der linken Seite des Uterus dicker gelber Eiter hervor, der sorgsam mit Tupfern entfernt wird und aus einem retroperitonealen, neben und hinter der linken Uteruskante sitzenden langgestreckten Abscess stammt. Eine genauere Untersuchung ergibt, dass der Abscess noch links seitwärts und aufwärts über den Uterus hinaus, bis fast in die Höhe der linken Niere, und nach unten bis fast auf den Boden des Douglas hinabreicht und vollkommen retroperitoneal sitzt.

Nach Entfernung der Hauptmasse des hervorquellenden rahmigen Eiters erweitert man die Oeffnung des Abscesses mit der Kornzange, spaltet nun den Abscess, wobei man die Bauchhöhle durch sterile Gaze möglichst zu schützen sucht, in ganzer Länge mit einem Schnitt links neben dem Uterus und gelangt von da aus zu dem untersten Theile des Douglas'schen Raumes, der sich leicht wiederherstellen lässt durch Lösung der Adhäsionen zwischen der hinteren Uteruswand und der *Serosa parietalis*.

Gründliches Austupfen des Eiters und Drainage des Abscesses und des Douglas'schen Raumes mit je einem Gazestreifen, die durch den unteren Winkel der Bauchwunde nach aussen und durch den Douglas'schen Raum nach der Scheide geleitet werden.

Schluss der übrigen Bauchwunde, Compressionsverband.

Nach der Operation tritt unter geeigneter Nachbehandlung (nach allmählicher Entfernung der Tamponade, Ausspülen mit Borsalicyllösung) ein allmählicher Abfall von Puls und Temperatur und Heilung der Bauchwunde per primam intent. bis auf die Drainageöffnung ein. Am 80. Tage nochmals Unterbrechung der Reconvalescenz durch 3 Schüttelfröste, jedenfalls infolge von Verhaltung, die aber sofort nachlassen, nachdem für gehörigen Abfluss des Secretes durch Eröffnung der zu früh geschlossenen Drainageöffnung im Douglas'schen Raum gesorgt ist.

Von nun an stetige rasche Besserung, so dass Patientin am 115. Tage gesund entlassen werden kann.

Entlassungsbefund: Vaginalportion steht hoch oben, Uterus dextrovertirt, in Nabelhöhe rechts fixirt. Linkes Parametrium und Douglas'scher Raum vollständig frei, im rechten Parametrium eine derbe Stelle.

Nach 2 Monaten hat sich die Frau vollkommen erholt und sieht blühend aus; sie fühlt sich durchaus wohl und ohne irgendwelche Beschwerden.

3. We., 18jährige Ipara, kommt am 25. 12. 12 Uhr 30 Min. Vormittags in die Klinik mit der Angabe, Wehen seien gestern Abend 9 Uhr aufgetreten, und eine Stunde später sei der Blasensprung erfolgt.

Anamnese: Die Mutter starb an Schwindsucht, desgleichen ein Bruder, eine Schwester an Meningitis (tuberculosa?). In der Jugend habe sie Masern, im vorigen Jahre Influenza gehabt, sonst sei sie stets gesund gewesen.

Seit dem 14. Jahre ist sie regelmässig, 3 wöchentlich menstruiert, letzte Regel Ende März wie gewöhnlich.

Status: Schwächliche gracile Frau von gesundem Aussehen, Herz und Lungen normal, keine Zeichen von Lues. Urin o. E., T. 37,0, P. 92.

Bei der äusseren Untersuchung findet man das Kind in Schädellage Ia liegend, der Kopf steht bereits tief im Becken, und ehe man zur inneren Untersuchung schreiten kann, erfolgt unter kräftigen Wehen bereits 20 Minuten nach der Aufnahme die Spontangeburt eines ausgetragenen lebensfrischen Mädchens. Die Nachgeburt wird eine Stunde später ausgedrückt, es erfolgt keine Nachblutung. Eine geringe Scheidenabschürfung wird mit Dermatol bestreut.

Bereits am Abend des 3. Tages bekam die Frau unter Schüttelfrost eine Temperatursteigerung von 38,8 112, die am vierten Tage ohne weiteren Frost auf 41,0 132 steigt. Dabei ist der Leib etwas aufgetrieben, aber weich und nicht empfindlich, der Uterus etwas druckempfindlich, die Parametrien äusserlich frei, die Lochien stark fötide. Die Abschürfung granuliert gut, kein Belag. Sonst besteht ausser Kopfschmerz subjectives Wohlbefinden. Beim Einstellen der Portio findet sich eine starke Lochiometra, im Secret werden Streptokokken nachgewiesen. Auf eine Alcoholuterusausspülung, die trüb und mit Decidua-fetzen vermischt zurückkommt, fällt die Temperatur vorübergehend, bleibt im Ganzen aber hoch bis zum 8. Tage, an dem Abends kritischer Abfall bis 36,5 88 erfolgt. Während der nächsten Tage bleibt die Temperatur niedrig und erreicht nur einmal 37,8, während der Puls unruhig zwischen 80 und 100 sich bewegt. Die Frau befindet sich vollkommen wohl und bietet ausser den noch reichlichen fötiden Lochien weder subjectiv noch objectiv ein weiteres Krankheitssymptom dar.

Trotzdem die bisher geübte expectative Therapie mit Eisbeutel, Opium und Ausspülungen in keiner Weise geändert wird, trotzdem die Frau weder aufgesessen noch das Bett verlassen hatte, beginnt am 16. Tage ein erneuter Fieberanstieg. Auch jetzt findet man wieder eine geringe Lochiometra, sonst aber an den übrigen Organen keinerlei Symptome, dagegen werden im Secret mit Sicherheit Gonokokken nachgewiesen. Das Fieber bleibt nun hoch mit abendlichen Steigerungen bis 39,0 120 und morgendlichen Remissionen bis 38,0 100, ohne dass zunächst ein eigentlicher Grund nachweisbar ist.

Am 23. Tage endlich beginnt sich links neben dem Uterus ein Exsudat auszubilden, zunächst als derbe Resistenz von der linken Uteruskante bis zur linken Spina ilium ant. sup. zu verfolgen, die sehr bald bis handbreit über das Lig. Pouparti hinaufreicht. Die innere Untersuchung ergibt: Portio fast verstrichen, Uterus etwas nach rechts gedrängt, links vom Uterus ein faustgrosser, derber, etwas empfindlicher Tumor von höckeriger Oberfläche.

Das Exsudat vergrössert sich bei expectativer Behandlung noch weiter, so dass es am 34. Tage sich auch hinter den Uterus erstreckt, während die obere Grenze fast bis zum Nabel reicht. Fluctuation ist nicht zu fühlen.

Nachdem die Palliativbehandlung sich als nutzlos erwiesen hatte, das Fieber immer noch weiter bestand und in letzter Zeit noch aus-

gesprochener Remissionsfieber geworden war, entschloss man sich nun, den Eiterherd aufzusuchen.

Operation am 37. Tage. In der Narkose fand man, dass das Exsudat weder bis an die Bauchdecken heranging, noch das Scheidengewölbe herabdrängte, sondern jedenfalls mehr median lag; es musste demnach eine Laparotomie gemacht werden, um zu dem Eiter zu gelangen.

Bei der Incision in der Linea alba traf man am Nabel in der Tiefe stark oedematöses Gewebe, welches zeigte, dass der Abscess auf der Wanderung nach dem Nabel war. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sah man folgendes: Der Uterus liegt stark erhöht in der Mittellinie, dem Fundus liegt eine sehr dicke durch Entzündung verschwartete Netzpartie, sowie nach hinten und den Seiten die verlötheten Darme an.

Beim Versuch, das Netz abzulösen, quillt hinter dem Fundus uteri an mehreren Stellen dicker gelber Eiter hervor. Unter fortwährendem Abtupfen des Eiters und Schutz der Bauchhöhle wird das Netz abgelöst, und es zeigt sich jetzt, dass im linken Uterushorne bez. am Abgang der linken Tube sich ein Abscess entwickelt hatte, der durch Muscularis und Serosa uteri im Durchbruch begriffen die vordere Mastdarmwand, die an dieser Stelle mit ihm verlöthet war, vollständig infiltrirt hatte. Nach Loslösen des Mastdarmes bis zur Gegend des inneren Muttermundes findet man, dass der ganze Boden des Douglas'schen Raumes freigeblieben war. Es lautet demnach die Operationsdiagnose nicht Parametritis, sondern ascendirende gonorrhoeische puerperale Endometritis, Uterusabscess im linken Uterushorn im Durchbruch begriffen nach hinten und oben, secundäre Infiltration der Mastdarmwand und Verlöthung der hinteren Uteruswand.

Nachdem aller Eiter sorgsam abgetupft war, wird der Abscess durch den Douglas'schen Raum nach der Scheide und durch die Bauchwunde nach vorne mit je einem Gummidrain drainirt, ausserdem wird die Abscesshöhle noch mit einem Gazestreifen ausgefüllt, der durch die Bauchwunde herausgeleitet wird. Darauf Schluss der Bauchwunde bis auf den unteren Winkel und Compressionsverband.

Nach der Operation bleibt die Temperatur noch einige Tage fieberhaft und zeigt besonders Abends noch höhere Spitzen, allmählig verschwindet jedoch das Fieber, so dass vom 62. Tage an 38,0 nicht mehr erreicht wird. Der Puls bleibt unruhig und schwankt um 100. Die Wunde verheilt gut, nur um die Drainöffnung in der Linea alba treten schlaflae Granulationen auf, die keine Neigung zur Heilung zeigen, während die Drainöffnung in der Scheide bereits geschlossen ist. Ausserdem findet sich im Verband immer noch reichlich Eiter, obgleich die Spülflüssigkeit aus dem Drain fast klar zurückkommt. Man musste deshalb daran denken, dass doch noch ein Eiterherd bestand, der vielleicht in Folge zu frühen Schlusses der Drainöffnung im Scheidengewölbe nicht genügenden Abfluss nach der Bauchwunde hatte.

Die daraufhin vorgenommene innere Untersuchung am 87. Tage ergab dicke Infiltrationen links vom Uterus, der dadurch nach rechts verschoben war, bis zur Beckenwand und in diesen Infiltrationen noch einen grossen Exsudatknollen, an dem zwar keine Fluctuation nachweisbar war, doch entleerte sich bei Druck auf diesen Knollen gelber Eiter aus der von reichlichen Granulationen ausgefüllten Drainageöffnung in der Linea alba. Der Ort der Verhaltung war somit gefunden.

Um nun den Abfluss zu erleichtern, wurden die schlaffen Granu-

lationen aus dem Drainkanal weggeschabt, und dabei sah man, dass von dem Kanalrohr aus ein feiner Fistelgang nach links vom Uterus und, wie die Sondirung ergab, in den vorhererwähnten Exsudatknollen führte. Um Nebenverletzungen zu vermeiden, wurde der Fistelgang zunächst mit der Sonde und dann mit der Kornzange erweitert, worauf reichlich Eiter hervorquoll, darauf die Kornzange am tiefsten Punkt des Knollens in die Scheide durchgestossen und ein Drainrohr von der Scheide bis zur Bauchwunde durchgezogen. Es hatte sich also um die Abkapselung eines Herdes links vom Uterus gehandelt.

Dass der richtige Herd gefunden war, bewies bald nach der Operation die Temperatur, die jetzt dauernd unter 37,4 blieb, das allmähliche Absinken des Pulses auf 80, sowie die jetzt sehr schnelle Reconvalescenz der Patientin, die nach der ersten Operation nur langsame Fortschritte in der Besserung gemacht hatte.

Am 119. Tage wird die Patientin, die wegen schlechter häuslicher Verhältnisse zur besseren Erholung länger in der Klinik blieb, bei sehr gutem Allgemeinbefinden und blühendem Aussehen geheilt entlassen. Entlassungsbefund: Von der Laparotomiewunde ist nur ein kleinbohnengrosser Bezirk nicht überhäutet, alles andere ist gut geschlossen.

Uterusfundus vorne mit der Bauchwand in der Operationswunde verwachsen; im übrigen ist der Uterus beweglich, etwas dextroponirt und elevirt. Rechts vom Uterus fühlt man einen daumendicken Strang, links bis an die Beckenwand reichend eine weniger dicke jedoch ebenfalls straffe, unempfindliche Schwiele.

Bei Betrachtung der 3 Fälle ist zunächst zu bemerken, dass es sich jedesmal um geschwächte Personen handelt, die den Infectionserregern nur geringe Widerstandskraft entgegenzusetzen vermochten; und zwar sind H. und W. sehr stark erblich belastet. H. hat Hutchinson'sche Zähne, Residuen einer Iritis, Herabsetzung des Hörvermögens auf dem linken Ohr, alles Zeichen, die mit grösster Wahrscheinlichkeit auf congenitale Lues oder auf Scrophulose hinweisen. W. ist von der Mutter her stark phthisisch belastet, wie auch das Schicksal von 2 Geschwistern zeigt, von denen eins an Schwindsucht, das andere an tuberculöser Meningitis gestorben ist. Die P. endlich kam sehr erschöpft in das Wochenbett theils durch die grosse Zahl der rasch aufeinander folgenden Geburten und durch die Nephritis, theils durch den in Folge der Nephritis und vorzeitigen Placentarlösung bei der Geburt bedingten starken Blutverlust.

Die Diagnose des parametranen Exsudates machte im ersten Falle bei der P. keine Schwierigkeit; hier liess schon am 3. Tage die Empfindlichkeit des linken Parametriums an den Beginn einer Parametritis denken, und die bald danach auftretende Resistenz links neben dem Uterus an der typischen Stelle konnte kaum anders denn als Exsudat gedeutet werden. Man konnte hier ausser-

dem die allmählig zunehmende Entfaltung des Lig. lat. in seinen oberen Partien, sowie später den Stillstand und einen geringen Rückgang des Tumors, der ohne scharfe Grenzen in die Nachbarschaft übergang, beobachten. Dies alles konnte man äusserlich sehr deutlich wahrnehmen, die innere Untersuchung war zur Sicherung der Diagnose nicht nothwendig.

Im 2. Falle bei der H. war die Entstehung der Parametritis weniger leicht erkennbar, da das Exsudat in seiner Hauptmasse sich hinter dem Uterus entwickelte und zwar so hoch, dass es weder äusserlich noch innerlich erreichbar sich vollkommen der Beobachtung entzog. Nur ein kleiner Ausläufer war nach rechts vorgeschoben, der, an den Uterus sich eng anschliessend, mit nur schmaler Oberfläche den Bauchdecken direct anlag und so wenigstens der äusseren Untersuchung zugänglich wurde. Die innere Untersuchung liess auch diesen Herd ebenso wenig erreichen, wie den Uterus, von dem man einzig und allein nur die Portio hoch hinter und über der Symphyse mit Mühe abtasten konnte. Werthvoll für die Diagnose war die Beobachtung, dass der Uterus allmählig wieder in die Höhe und nach rechts gezogen war und dort dauernd unbeweglich festgehalten wurde.

Im 3. Falle endlich bei der W. fand sich zuerst als Ursache des Fiebers eine Secretstauung und Endometritis, die nach Ausspülung des Uterus ziemlich schnell, bereits am 8. Tage, zurückzugehen schien. Dass die Heilung in Wirklichkeit noch nicht ausser Frage war, darauf machte der unruhige Puls aufmerksam, der nach dem kritischen Abfall des Fiebers am 8. Tage in remittirendem Typus zwischen 80 und 100 schwankte, obgleich die Temperatur, wie man durch 3stündliche Messung feststellte, während der nächsten Woche 37,9 nicht mehr erreichte. Man liess deshalb die Frau weder aufstehen noch aufsitzen, sondern behandelte sie, trotzdem sie bei vollkommenem Wohlbefinden während der ganzen 8 Tage keine weiteren Krankheitssymptome darbot, weiter als Schwerkranke mit strengster Bettruhe und entsprechender Therapie und Diät. Leider gelang es nicht, hierdurch den erneuten Anstieg des Fiebers zu verhindern, der jedenfalls auf den Beginn des Uterusabscesses hinweist. Damals musste man als den Grund für das wiederkehrende Fieber abermals eine Secretstauung und das Fortbestehen einer gonorrhoeischen Endometritis annehmen, da der Abscess vorläufig weder durch Druckempfindlichkeit noch durch irgend eine andere Veränderung am Uterus

sich bemerkbar machte. Erst am 23. Tage führte der Uterusabscess secundär zu Infiltration und Exsudation in die benachbarten Organe, Mastdarm und Netz, und täuschte so die Bildung eines grossen parametranen Exsudates vor.

Die Diagnose der eitrigen Einschmelzung des Exsudates konnte in keinem Falle aus Oedem und Röthung der Haut oder aus dem Nachweis von Fluctuation gestellt werden. Hier führte die genaue Beobachtung des Allgemeinbefindens, die fortschreitende Abmagerung, die mangelhafte Rückbildung des Exsudates, sowie das Fehlen anderweitiger Krankheitsherde im Körper bei wiederholter Untersuchung und vor allen Dingen die genaue Beobachtung und Aufzeichnung von Temperatur und Puls, die bald den Typus des intermittirenden bez. stark remittirenden Eiterfiebers erkennen liessen, zur Operation, und damit trat auch in allen 3 Fällen zunächst Besserung ein. Als bei der H. jedoch, bei der man nach der ersten Operation weder äusserlich noch innerlich irgend einen Krankheitsherd constatiren konnte, da derselbe oberhalb des kleinen Beckens und hinter dem Uterus retroperitoneal versteckt lag, bald wieder eine nicht unbedeutende Verschlimmerung eintrat, war man ganz allein auf die Beobachtung des Allgemeinzustandes und auf den hochbleibenden Puls, der trotz verhältnissmässig niederer Temperatur keine Neigung zum Abfall zeigte, angewiesen, um zu der Gewissheit zu gelangen, dass sich nach Ausschaltung jeder anderweitigen Erkrankung im Zusammenhang mit den Geschlechtsorganen doch noch ein Eiterherd finden müsse.

Was nun die Therapie anlangt, so war dieselbe zunächst expectativ in allen 3 Fällen; sobald jedoch aus den eben beschriebenen charakteristischen Zeichen auf das Vorhandensein von Eiter geschlossen wurde, schritt man zur Operation. Der Zeitpunkt ist sehr verschieden, da ja die Einschmelzung in den einzelnen Fällen nicht zur selben Zeit zu erfolgen braucht; nur soviel lässt sich darüber sagen, je sorgfältiger die Beobachtung der charakteristischen Zeichen stattfindet, um so eher wird man in der Lage sein, das Vorhandensein von Eiter zu erkennen, mit um so sicherer Aussicht auf Erfolg operiren und durch Entleerung des Eiters der Kranken Heilung bringen zu können. Die Resorption oder den Durchbruch des Eiters abwarten zu wollen, wird in solchen Fällen, wie die vorliegenden waren, zu sicherem Tode oder wenigstens zu langem Siechthum führen, deshalb ist es auch hier dringend ge-

boten, möglichst frühzeitig den Eintritt der Vereiterung festzustellen und dann sofort zu operiren.

Dass bei der H. die zweite Operation so spät erfolgte, hatte seinen Grund in der Complication des Falles mit Thrombose des linken Beines. Hierdurch wurde man verleitet, die Pulssteigerung und die Verschlimmerung des Allgemeinzustandes nicht als Folge des Zurückbleibens eines Eiterherdes, sondern als Symptom der Thrombose aufzufassen, ein Irrthum, der durch die versteckte Lage des Exsudats wesentlich unterstützt wurde.

Zur Aufsuchung der Abscesses kam eine Incision von der Scheide aus nicht in Frage, denn im ersten Falle, bei der Frau P., lag das Exsudat doch nicht direct dem Scheidengewölbe auf, und in den anderen beiden Fällen war es überhaupt von der Scheide aus nicht einmal palpabel. Dagegen bot sich bei der P. und zunächst bei der H. die Eröffnung über dem Lig. Poupart als der sicherste Weg. Dort fühlte man die Resistenz, dort konnte man ausgiebig spalten ohne grosse Furcht vor Nebenverletzungen und kam auch sehr bald ohne Eröffnung des Peritoneums durch die Schwarten hindurch auf die Eiterhöhle, die nun gründlich ausgespült und drainirt werden konnte. Als Drainage genügten 1 bis 2 Gummidrains oder ein Streifen steriler Gaze; ein Durchdrainiren nach der Scheide machte sich nicht nothwendig und wird bei dieser Operation auch nur geübt, wenn das Exsudat sich sehr tief in das kleine Becken erstreckt, sodass ein genügender Secretabfluss durch Drainage nach den Bauchdecken nicht vollkommen gesichert erscheint.

Bei der zweiten Operation der H. sowie auch bei der W. handelte es sich um Exsudate, die hoch über dem kleinen Becken hinter dem Uterus bzw. in dessen Musculatur lagen; es war also, da der Herd nicht bis zur vorderen Bauchwand reichte, unmöglich, ohne Eröffnung des Peritoneums zu ihm zu gelangen, und es blieb somit nur als einziger Weg die Aufsuchung des Exsudates durch die Laparotomie übrig, denn von der Lumbalgegend aus vorzudringen, wäre nur statthaft gewesen, wenn man den Sitz des Exsudates genau gekannt hätte.

Die Laparotomie zur Eröffnung vereiterter parametraner Exsudate ist sicher ein sehr schwerer Eingriff für die Kranken, aber doch wird sie nothwendig, sobald die anderen Wege nicht zu betreten sind, und eine dringende Indication zur Operation durch das Allgemeinbefinden gegeben ist. Andererseits ist aber auch die

Laparotomie in Fällen, bei denen man, wie bei der H., den Sitz des Exsudates vorher nicht genau diagnosticiren kann, die einzige Operation, die ganz sicher zur Auffindung des Eiters führt, da man sich nur so einen freien Ueberblick über die Beckenorgane und die Lage des Exsudates verschaffen kann. Zugleich bietet sie Gelegenheit, sich über den Zustand der Adnexe zu orientiren und etwaige Complicationen mit Pyosalpinx oder Pyovarium radical zu behandeln.

Erhöht wird die Gefahr des Bauchschnittes erstens dadurch, dass es sich fast stets um sehr heruntergekommene Kranke handelt, die man sich zunächst scheut, einem so schweren Eingriff zu unterwerfen, und zweitens durch die trotz sorgsamsten Schutzes wohl nie ganz zu vermeidende Berührung des Peritoneums mit infectiösem Eiter. Dennoch darf man sich durch beide Gründe nicht zurückschrecken lassen, denn ohne Entleerung des Eiters verfällt die Frau schwerem Siechthum, das in kurzer Zeit den Tod herbeiführen kann; andererseits hat die Erfahrung gelehrt, dass die Berührung der Bauchhöhle mit dem Eiter in den meisten Fällen nicht die eigentlich zu erwartende Peritonitis zur Folge hat, sofern man durch nachherige Tamponade bezw. Drainage dafür sorgt, dass der Eiter den gehörigen Abfluss findet, und dass die inficirten Stellen der Berührung mit dem Darm entzogen und so eine Verschleppung des Eiters durch die Peristaltik verhindert wird.

Vielleicht haben auch die Infectionserreger durch die längere Dauer der Krankheit bereits an Virulenz verloren, wenigstens für den betreffende Körper, der durch länger dauernde Aufnahme der Toxine allmählig eine gewisse Immunität erlangte, die sich in dem Ausbleiben einer stärkeren Reaction zeigt. Jedenfalls traten weder bei H., noch bei W. nach der Operation Zeichen von Peritonitis auf, obgleich bei beiden das Peritoneum durch Eiter, der nachgewiesenermaassen Streptokokken enthielt, inficirt worden war.

Von grosser Wichtigkeit erwies sich bei den unsaubern Laparotomien ein längeres Liegenlassen der Drains, besonders der nach der Scheide führenden. Durch zu frühe Entfernung derselben aus dem Douglas'schen Raume und Scheide kam es beide Male zu vorzeitigem Schluss dieser Drainageöffnung und dadurch zu Verhaltung und Abkapselung, die bei der H. zu ernsteren Erscheinungen führte und auch bei der W. die Reconvalescenz nicht unbedeutend aufhielt und eine neue Operation nothwendig machte. Erst nach

Aufsuchen des abgekapselten Eiterherdes und neuem Einlegen eines Drains, das nun lange liegen blieb, kam es zu schneller Ausheilung.

Zum Schluss möchte ich nochmals folgende Sätze hervorheben:

1. Die Diagnose eines mit den Geschlechtstheilen im Zusammenhang stehenden Eiterherdes, der in Folge seiner Lage durch äussere und innere Untersuchung nicht sicher festzustellen ist, kann nur gestellt werden durch genaue Beobachtung des Allgemeinzustandes und durch genaueste Beobachtung und Aufzeichnung von Temperatur und Puls.

2. Die Laparotomie ist zur Aufsuchung und Eröffnung vereiterter parametraner Exsudate, die hinter dem Uterus und oberhalb des kleinen Beckens liegen, die gegebene Operation, die sehr gute Resultate ergiebt.

3. Die Aufsuchung und Entleerung des Abscesses soll möglichst frühzeitig und energisch erfolgen, sobald sich Eiter nach dem klinischen Verlauf vermuthen lässt.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Leopold, gestatte ich mir, für die Anregung zu dieser Arbeit und für die gütige Ueberlassung des Materials an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.
