



Zwei Fälle von Pyosalpinx.

Inaugural-Dissertation

der

Medicinischen Facultät der Universität Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Christian Reinhardt

aus Langensalza.

Jena,

Hermannsche Buchdruckerei
(Hermann Pohle).

1886.



Genehmigt von der medicinischen Facultät zu Jena
auf Antrag des Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. B. S. SCHULTZE.

Prof. BRAUN,

d. Z. Decan der medicinischen Facultät.

Jena, den 27. Dezember 1886.

Die geringe Zahl von Operationen der Pyosalpinx, welche bis jetzt veröffentlicht worden sind, fordert auf, behufs Festigung der Diagnose, Sicherstellung der Indication und Vervollkommnung der technischen Ausführung jeden einschläglichen Fall zur allgemeinen Kenntniß zu bringen. Herr Geheimer Hofrath Schultze hat im vorigen Jahre zwei derartige Fälle operirt und mir dieselben zur Veröffentlichung gütigst überlassen.

Ich gebe im Nachstehenden zuerst die betreffenden beiden Krankengeschichten:

I.

(Aus der Privatklinik des Herrn Geheim. Hofrath Schultze.)

Anamnese:

Frau W. aus E., 31 Jahre alt, war bis zu ihrer gegenwärtigen Krankheit stets gesund. Menstruirt seit ihrem 17. Jahre regelmäßig, 4wöchentlich, mäßig reichlich, 3 Tage dauernd, mit mäßigen Schmerzen. Heirath mit 20 Jahren. Hat fünfmal ohne Kunsthülfe geboren, 3 der Kinder leben, 2 sind in früher Jugend nach Angabe der Patientin an „Krämpfen“ gestorben. Letzte Geburt vor 6 Jahren. Ungefähr 1 Jahr nach dieser Geburt wurde die Regel unregelmäßig, die Zwischenräume zwischen den einzelnen Perioden wechselten von 2 bis 6 Wochen, die Regel dauerte gewöhnlich 10 Tage lang und war sehr reichlich. Bald

traten bohrende, stechende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend auf, welche zur Zeit der Regel bedeutend exacerbirten. Der consultirte Arzt behandelte sie mit Ausspülungen, worauf die Beschwerden nachließen und fast ganz verschwanden. Seit 2 Jahren jedoch sind die alten Beschwerden wieder aufgetreten und die Schmerzen nach und nach so heftig geworden, daß Patientin kaum noch gehen kann; doch bereitet ihr auch Sitzen und Liegen äußerst heftige Schmerzen. Sie bezeichnet die Schmerzen als krampfartige, die nach unten bis in das rechte Knie, nach oben bis in die Herzgegend ausstrahlen. Im Oktober 1884 wandte sie sich wieder an einen Arzt, der sie nach ihrer Aussage mit Massage des Unterleibes behandelte, eine Behandlung, durch welche sich die Schmerzen zu einer fast unerträglichen Höhe steigerten. Im März 1885 wurde sie in die Klinik aufgenommen.

In Bezug auf Ätiologie ist zu bemerken, daß von gonorrhöischer Infection nichts zu ermitteln war.

Untersuchung.

Die mehrfach vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Uterus in mittlerer Stellung im Becken, ohne Flexion, von normaler Größe, auf Druck nicht schmerzhaft. Rechts vor dem Uterus fühlt man einen knolligen, aus mehreren Anschwellungen zusammengesetzten Tumor von mehreren Centimetern Durchmesser und ziemlich fester Consistenz, welcher beweglich ist. Durch Narkosenuntersuchung per vaginam rectum et abdomen wird die Diagnose mit Sicherheit auf eine Retentionsgeschwulst der rechten

Tube (Pyosalpinx) gestellt. In Anbetracht der äußerst großen Beschwerden, welche diese Affektion hervorrief und der großen Gefahr, mit welcher dieselbe die Patientin bedrohte, wurde die Indication auf Entfernung derselben durch die Laparotomie gestellt. Nach gehöriger Vorbereitung durch Bäder, Abführmittel u. s. w. wurde am 19. März 1885 zur Operation geschritten.

Operation.

(Rückenlage. Narkose). Nach mehrmaliger gründlicher Desinfection des ganzen Operationsfeldes wird unter SPRAY um 9 Uhr 40 Minuten in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse ein Schnitt durch die Haut und das Unterhautbindegewebe gemacht und derselbe dann schichtenweise vertieft. Eine spritzende größere Arterie wird unterbunden. Darauf wird das Peritoneum eröffnet, und die freibewegliche rechte Tube, die in einen knolligen Tumor verwandelt ist, in die Bauchöffnung gezogen. Dieselbe wird doppelt unterbunden, zwischen den beiden Unterbindungen durchschnitten und das Peritoneum über den Tubenstumpf mit feiner Seide vernäht. Das rechte Ovarium wird mitgenommen. Die linken Adnexe des Uterus erweisen sich als normal. Die Bauchwunde wird durch 7 tiefe Peritonealsuturen und 11 oberflächliche, nicht die ganze Dicke der Bauchwand fassende Suturen von Seide geschlossen. Jodoform, Watteverband. Die letzte Sutur war um 10 Uhr 15 Minuten geknüpft. Dauer der Operation 35 Minuten.

Nachbehandlung.

Eisblase, Wärmflaschen. Das Befinden der Patientin unmittelbar nach der Operation war ein befriedigendes. T. 36,4. P. 104. R. 24. .Patientin klagt nur über Würgen (Nachwirkung des Chloroform) und spannendes Gefühl in den Bauchdecken. Sie bekommt zur vollständigen Ruhigstellung des Darms und wegen des anhaltenden Würgens im Verlauf des Operationstages 0,30 Opium per rectum. Der Urin wird mit dem Katheter abgenommen. Abends: T. 37,2. P. 94. R. 22.

20. III. früh: T. 37,0. P. 92. R. 22.

Abends: T. 37,2. P. 88. R. 20.

Patientin hat vor anhaltendem Würgen und Brechen nicht schlafen können. Gegen den quälenden Durst bekommt sie warmes Wasser, theelöffelweise. Als nach 4 Theelöffeln das Erbrechen stärker auftritt, wird von einer ferneren Darreichung von Wasser Abstand genommen; die dafür angeordneten Mundausspülungen mit warmem Wasser bekommen der Patientin sehr wohl. Sie bekommt im Laufe des Tages 0,24 Opium.

21. III. früh: T. 36,8. P. 88. R. 20.

Abends: T. 38,3. P. 120. R. 22.

Patientin hat, von Würgen und Brechen wenig belästigt, während der Nacht viel geschlafen. Sie fühlt sich den Tag über vollkommen wohl.

Erhält im Laufe des Tages 2 Theelöffel Eismilch und 0,24 Opium.

22. III. früh: T. 37,7. P. 104. R. 20.

Abends: T. 38,1. P. 120. R. 18.

Patientin hat gut geschlafen. Bekommt Milchkaffee theelöffelweise, welcher ihr sehr gut bekommt und 0,12 Opium. Abends gehen Flatus ab.

23. III. früh: T. 36,8. P. 100. R. 18.

Abends: T. 36,6. P. 96. R. 16.

Patientin hat wegen Blähungen und Kopfschmerzen sehr wenig geschlafen. Bekommt Bouillon theelöffelweise, geschabtes rohes Fleisch mit Ei und 0,06 Opium.

24. III. früh: T. 36,8. P. 74. R. 18.

Abends: T. 36,5. P. 88. R. 16.

Patientin hat gegen Morgen etwas geschlafen. Bekommt Bouillon mit Fleischpepton, Milchkaffee, Taube. Nachmittags bekommt sie einen Ohnmachtsanfall von ungefähr 2 Minuten Dauer, wonach sie jede Speise verabscheut; nur Wein mit Wasser trinkt sie sehr gern.

25. III. früh: T. 36,6. P. 76. R. 18.

Abends: T. 37,4. P. 94. R. 18.

Patientin hat in der Nacht gar nicht geschlafen. Klagt über Übelkeit und Aufstoßen und Schmerzen im Unterleib. Nach einem Klystier reichlicher Stuhlgang, worauf Patientin sich sehr wohl fühlt. Bekommt Milchkaffee mit Zwieback, Wein mit Wasser, Schnitzel. Erster Verbandwechsel. Wunde in guter Heilung begriffen die drei obersten Suturen werden entfernt. Eine innerliche Untersuchung ergibt normale Antelexion des Uterus.

Am 29. III. wurde zum zweitenmale der Verband gewechselt und alle Suturen entfernt. Die Wunde war in ihrer ganzen Ausdehnung per primam geheilt.

Der weitere Heilungsprozeß wurde durch eine Phleg-

masia alba dolens des linken Beines gestört. Es stellten sich nämlich am 29. III. Schmerzen im linken Bein (der nicht operirten Seite) ein, und begann dasselbe am folgenden Tage anzuschwellen. Die Affection, gegen welche nur Hochlagerung des kranken Beines auf ein entsprechend geformtes Keilkissen angewandt wurde, nahm einen gutartigen Verlauf.

Gegenwärtig, November 1886, befindet sich die Patientin ganz wohl, die Regel hat wieder denselben normalen Typus wie vor der Erkrankung angenommen, sie tritt alle 4 Wochen ein, dauert 3 Tage und ist vollkommen schmerzlos. Selten empfindet Patientin noch ein leises „Krimmern“ in der rechten Weichengegend.

Die Untersuchung der entfernten Tube ergab, daß beide Ostien derselben obliterirt waren. Ihr Lumen war angefüllt mit dickflüssigem Eiter.

II.

(Aus der gynäkologischen Klinik zu Jena.)

Frau M. R. aus G., 45 Jahre alt.

Anamnese (vom 20. III. 1885).

Patientin hat als Kind die Masern durchgemacht, menstruiert seit ihrem 17. Jahre; die Regel stellte sich alle 4 Wochen regelmäßig ein, dauerte 5 bis 6 Tage und war reichlich. Heirath mit 21 Jahren, hat sechsmal spontan geboren, Wochenbetten normal, letzte Geburt im Jahre 1872. Nach der Entwöhnung des 4. Kindes trat angeblich an Stelle der Regel Asthma auf, das während der

beiden noch folgenden Schwangerschaften ausblieb, in den Wochenbetten sich aber wieder einstellte und nach denselben anhielt. Bald darauf traten auch noch Schmerzen im Unterleib und Kreuz auf, welche Patientin zum Liegen im Bett zwangen. Gehen auf schlechtem Pflaster, hartes Auftreten will sie seit einiger Zeit nicht mehr vertragen können. Seit Ostern dieses Jahres bemerkt Patientin eine stärkere Anschwellung des Unterleibes und fühlt auch einzelne härtere Stellen. Der consultirte Arzt verordnete Einpinselungen des Unterleibes mit Jodtinctur und Abführpillen. Als sich der Zustand nicht besserte, schickte er sie in die hiesige Klinik. Die gegenwärtigen Beschwerden bestehen in Schmerzen in dem Unterleib und dem Kreuze, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, Auftreibung des Unterleibes.

Status bei der Aufnahme.

Ziemlich gut genährte, etwas abgemagerte Frau; Muskulatur mittelkräftig, Knochenbau gracil, sichtbare Schleimhäute blaß, die Pupillen reagiren auf Lichteinfall gut; Zunge belegt, Zähne fehlen zum großen Theil, die noch vorhandenen sind cariös. Gesichtsfarbe blaßgelblich. Thorax gut gewölbt, Mammæ hängend, mittelgroß, wenig fettreich. An Herz und Lunge nichts Pathologisches nachweisbar.

Abdomen in seinen unteren Parteen, vom Nabel abwärts, vorgewölbt, links mehr als rechts. Die darüber liegende Haut an einzelnen Stellen gelb verfärbt (Jodtinctur); reichliche alte Striä. Nabel etwas eingezogen.

Größter Umfang des Abdomen (6 cm unter dem Nabel) = 93 cm.

Man fühlt in den vorgewölbten Partien einen in Nabelhöhe sich begrenzenden Tumor von glatter Oberfläche, mäßig fester Consistenz, ohne Fluctuation.

Entfernung zwischen Symphyse — Nabel = 18 cm.

Entfernung zwischen Symphyse — Schwertfortsatz des Brustbeines = 37 cm.

Spina ant. sup. dext. — Nabel = 19 cm.

Spina ant. sup. sin. — Nabel = 19,5 cm (Bandmaß).

Im Gebiet des Tumor überall Dämpfung, über dem übrigen Abdomen tympanitischer Schall.

Damm schlaff, wenig defect; Vulva klappt, Hymenreste klein. Der unterste Abschnitt der hinteren Vaginalwand wulstet sich vor. Vagina weit, glattwandig, nur links auf dem aufsteigenden Schambeinaste fühlt man zwei stecknadelkopfgroße Härten in der Schleimhaut. Portio vaginalis der Symphyse genähert, wenig rechts von der Mittellinie. Muttermund läßt das erste Fingerglied eindringen, seine Ränder sind vielfach eingekerbt. Im vorderen Scheidengewölbe läßt sich der Cervix hoch hinauf verfolgen. Das hintere Scheidengewölbe ist flach, durch Tumormassen, die sich knollig anfühlen, abwärts gedrängt. Auch das linke Scheidengewölbe ist herabgedrängt und zwar durch einen Tumor, der sich hart an der Seitenwand des Uterus bis über die Höhe des Fundus erstreckt. Von dem Fundus des rechts daneben gelegenen Uterus zieht, deutlich fühlbar, ein Strang auf die Höhe des Tumor. Rechtes Scheidengewölbe hoch. Die Oberfläche des Tumor

im linken Scheidengewölbe ist glatt, seine Consistenz fest. Im hinteren Scheidengewölbe fühlt man flache Unebenheiten. Bewegungen, welche dem großen Tumor durch die Bauchdecken hindurch mitgeteilt werden, werden in dem das linke Scheidengewölbe belastenden Tumor unmittelbar empfunden. Nach abwärts reicht der Tumor bis in das Niveau der Spinallinie, nach links bis fast an die Beckenwand. Sonde 4 dringt 9 cm in den Uterus ein, mit leichter Abweichung nach rechts und verursacht geringe Blutung.

Es handelt sich demnach um einen interligamentalen Tumor ovarii sinistri, dessen Entfernung durch die Ovariectomie indicirt ist. Über die rechts vom Uterus und hinter demselben getasteten Massen bleibt Diagnose der Laparotomie vorbehalten.

Operation.

8 Uhr 42 Minuten früh: Beginn der Narcose. 8 Uhr 54 Minuten langer Hautschnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts, Eröffnung des Peritoneum, welches provisorisch mit der äusseren Haut links durch 4, rechts durch 3 Seidensuturen vereinigt wird. Einführung des Troicarts in den Tumor; es fliesst nur wenig Flüssigkeit ab. Es zeigt sich, dass der Tumor, wie diagnosticirt, mit der linken Uteruskante zusammenhängt und tief in das Ligament eingewachsen ist. Das obere Ende des Tumors ist nicht zu Gesicht zu bekommen, daher wird der Schnitt nach oben bis zu 3 cm über den Nabel verlängert. Mitten über den Tumor läuft zum linken Leistenring ein Strang, das runde Mutterband. Dasselbe wird doppelt unterbunden und

durchtrennt. Das Peritoneum geht von der Beckenwand allseitig auf den Tumor über. Dasselbe wird durchtrennt und der Tumor ausgeschält. Doppelte Unterbindung der spermatischen Gefässe links. Kurz darauf, bei der Ablösung des Peritoneum vom vorderen Umfang des Tumor, tritt eine sehr erhebliche Blutung ein, welche durch Umstechung gestillt wird. Nun zeigt sich, dass die rechte Tube in einen fluctuirenden Tumor verwandelt ist. Es wird der Plan gefasst, diesen Tumor in toto mit dem linksseitigen Ovarialtumor zu entfernen und zu dem Zweck den Uterus supravaginal zu amputiren. Unterbindung der spermatischen Gefässe rechts, laterale Abtrennung des Tubentumors. Dieser wird dabei abgeschnitten, und es fliesst etwas Eiter heraus. Die dadurch entstandene Oeffnung wird mit einer Klemmpincette zugeklemmt. Durchschneidung des Peritoneum vorn am Uterus. Ligatur um den Cervix mit Gummischlauch. Entfernung des linksseitigen Ovarialtumors, des Corpus uteri und der rechtsseitigen Pyosalpinx in toto. Die Cervicalhöhle wird mit concentrirter Carbolsäure geätzt. Stumpf des Uterus keilförmig excidirt; der Keil mit zum Theil versenkten Seidenligaturen vernäht. Entfernung der Gummiligatur. Erhebliche parenchymatöse Blutung aus dem Bette des Tumor, mit Liquor ferri gestillt. Das Peritoneum wird soviel wie möglich durch fortlaufende Naht über dem ganzen Beckenboden vereinigt. Die Bauchwunde wird durch 9 tiefe und 12 oberflächliche Seidensuturen geschlossen. Schluss der Operation 11 Uhr 50 Minuten; Dauer derselben: 2 Stunden 50 Minuten.

Nachbehandlung.

Eisblase auf das Abdomen, Wärmflaschen. T. 36,8. Patientin ist nach der Operation etwas collabirt, erhält 2,0 Aether subcutan und Champagner, welchen sie jedoch erbricht. Im Laufe des Tages ab und zu Erbrechen und Schmerzen im Leib. Opium 0,39 per rectum. Der Urin wird mit dem Katheter entleert.

7. V. 38,0. 37,8. 38,2.

Patientin hat in der Nacht mehrere Stunden geschlafen. Erbrechen und Leibschmerzen geringer. Berührung des Leibes nicht schmerzhaft. Urin wird spontan entleert. 0,21 Opium.

8. V. 38,0. 37,3. 37,3.

Patientin hat gut geschlafen, Schmerzen im Leib nur beim Brechen, das auch seltener geworden ist. Berührung des Abdomen schmerzlos. Urin wird spontan entleert. Patientin erhält Bouillonsuppe, die sie mit Appetit verzehrt. 0,15 Opium.

9. V. 37,2. 37,4. 37,2.

Patientin hat gut geschlafen. Befinden gut. 0,12 Opium.

10. V. 37,2. 37,5. 36,9.

Befinden der Patientin andauernd gut. Erhält noch Taube.

12. V. T. normal. Wohlbefinden.

13. V. Patientin klagt über reichlichen Husten. An der Vorderseite des Thorax hört man ziemlich reichliche Rasselgeräusche. — Expectorans.



14. V. Befinden gut. Auch die Bronchitis hat sich gebessert.

15. V. (10. Tag): Erster Verbandwechsel. Die Suturen werden entfernt. Die Wunde ist per primam geheilt. Bindencompression des Unterleibes. Patientin erhält ein Seifenzäpfchen, worauf am

16. V. Nachmittags reichlicher Stuhlgang erfolgt.

17. und 18. V. Befinden andauernd gut.

19. V. Patientin hat Mittags vor dem Essen zweimal Flüssigkeit mit Semmelresten erbrochen. Befinden sonst ohne Störung. Keine Schmerzen im Leibe. T. normal.

20. V. Befinden ziemlich gut; scheint psychisch nicht ganz frei zu sein, nimmt wenig Nahrung zu sich.

21. V. Patientin sieht sehr anämisch aus. Abends T. 38,0. P. 100. Kann sich nicht mehr erinnern, was sie am Tage gegessen hat.

22. V. T. 38,0. P. 100. Hat auf Zureden etwas Suppe und Taube gegessen. Sie ist psychisch nicht ganz frei, behauptet Speisen gegessen zu haben, die sie nicht erhalten hat. Ihre Sprache ist langsam, zögernd, die Sätze werden gewöhnlich nicht vollendet. — Die Wunde ist vollkommen geheilt, die Narbe nirgends schmerzhaft. Patientin erhält Syrup. ferr. album.

23. V. T. 37,3. Sonst Befinden dasselbe.

24. V. Bei der heute vorgenommenen vaginalen Untersuchung fühlte man rechts vom Uterus eine Resistenz (vielleicht ein Bluterguss).

25. V. Patientin ist zeitweise klar, zeitweise redet

sie unverständliches Zeug. Seit 4 Tagen kein Stuhlgang. Nach einem lauwarmen Klystier tritt ein reichlicher Stuhlgang ein.

26. V. Befindet sich besser, ist klarer.

27. V. T. früh 38,0. Abends normal.

Hat nach dem Kaffeetrinken gebrochen, doch ist der Unterleib nirgends schmerzhaft.

28. V. T. normal. Befinden dasselbe.

29. V. Patientin ist psychisch immer noch nicht frei, schläft viel. Erbricht noch ziemlich häufig. Diät ist gegenwärtig: $\frac{1}{2}$ 7 Uhr Milchkaffee; 9 Uhr eine Tasse Bouillon mit Ei und Fleischpepton; 12 Uhr Suppe, Braten und Compot; 2 Uhr Milchkaffee; 6 Uhr Suppe mit Fleischpepton; $\frac{1}{2}$ 9 Uhr Bouillon mit Ei und Fleischpepton. Ausserdem: Marsala-Wein. Ordo: 2stündlich einen Theelöffel Wein mit Tinctura Chinae comp.

30. V. Schläft viel und ruhig. Hat heute nur noch nach der Bouillon gebrochen.

31. V. Etwas Stuhlgang nach einem Klystier. Hat nicht gebrochen.

1. VI. Ist psychisch vollkommen klar. Erbricht selten.

2. VI. Befinden sehr gut. Das Erbrechen hat vollkommen aufgehört, Patientin bekommt Appetit.

Das Wohlbefinden dauert nun fortwährend an, Patientin steht am 10. VI. zum ersten Male auf.

27. VI. Entlassung. Der Befund bei derselben ist folgender: Patientin befindet sich vollkommen wohl. Abdomen nirgends druckempfindlich, nirgends eine Härte zu

fühlen. Die Narbe ist 15 cm lang. Die combinirte Untersuchung ergibt Folgendes: Der Uterus-Stumpf ist durch eine feste Narbenmasse unbedeutend nach links gezogen. Rechts ist eine kleine Resistenz zu fühlen mit rundlicher Oberfläche, doch nirgends Schmerzhaftigkeit.

Am 15. X. 1885 stellt sich Patientin wieder vor. Dieselbe hat sich seit ihrer Entlassung fortwährend wohl befunden, sie war vollständig arbeitsfähig.

Die Regel ist nicht eingetreten, auch empfindet sie keine Molimina. Stuhlgang normal, Urinentleerung ohne Beschwerden. Bauchnarbe fest, 18 cm lang, $\frac{1}{2}$ cm breit. Leibesumfang 94 cm. Die combinirte Untersuchung ergibt: Nirgends Schmerzhaftigkeit. Das rechte Parametrium ist ganz zart, im linken fühlt man einen empfindlichen Strang. Der Rest des Uterus befindet sich in Retroversionsstellung. — Patientin sieht sehr wohl aus und hat seit der Entlassung um $21\frac{1}{2}$ Pfd. zugenommen.

Die Pyosalpinx oder die Anhäufung von Eiter in einer Tube, hervorgerufen durch eine Entzündung der Tubenschleimhaut, ist eine, wenn auch nicht klinisch, so doch pathologisch-anatomisch schon längst bekannte Affektion.

Die ältesten Berichte allerdings, die ich habe auffinden können, von Tulpius (1672)¹⁾ und von Muralt und Münnich (1721)²⁾ lassen bei der unglaublichen Menge der aufgefundenen Flüssigkeit vermuthen, dass bei

1) Obs. med. Lib. IV. cap. XLV. pag. 252. Amst. 1672.

2) Misc. med. phys. Dec. II. an. II. Obs. 95. pag. 233.

der Diagnose ein Irrthum untergelaufen ist, und dass es sich bei derselben vielleicht um einen Tubo-Ovarialtumor gehandelt hat. Denn wenn der erstere in jedem Eileiter 9 Pfund einer mit Eiter gemischten Flüssigkeit, die beiden letzteren gar in der rechten Tube 112 Pfund seröser, in der linken 10 Pfund eitrig-jauchiger Flüssigkeit gefunden haben wollen, so klingt das doch zu unwahrscheinlich.

Die folgenden Beobachtungen, welche alle den Eindruck der Wahrheit machen, sind zumeist solche Fälle, bei denen eine Eiteransammlung in einer oder beiden Tuben als die Folgeerscheinung schweren, tödtlichen Puerperalfiebers gefunden wurde. So berichtet Morgagni (1767)¹⁾ von einer Frau „quam lenta febris absumpsit“ folgenden Sectionsbefund: Das rechte Ovarium und die rechte Tube waren untereinander und mit den anliegenden Darmschlingen verklebt und zum grössten Theil durch einen Abscess eingenommen.

Ebenso giebt Cruveilhier (1829)²⁾ einen Krankheits- und Sectionsbericht von einer 50 Stunden nach der dritten Entbindung Gestorbenen, bei welcher sich neben anderen Zeichen allgemeiner Sepsis reichlicher Eiter in beiden Tuben vorfand.

Ferner berichtet Buhl (1857)³⁾ von vier an Puerperalfieber gestorbenen Mädchen, bei denen neben andern Erscheinungen „die Tuben umfänglicher, injicirt, ihre

1) Morgagni, epist. XLVI. art. 27.

2) Cruveilhier, Path. anat. T. I. Livre XIII, page 5.

3) Buhl, Zeitschr. f. rat. Med. N. F. VIII, pag. 106.

Wände und besonders der Teufelsabbiss geschwellt und mit Eiter gefüllt waren.“

Weiter haben Hecker und Buhl¹⁾ bei einer im Jahre 1859/60 beobachteten Epidemie von Puerperalfieber fünf Fälle gesehen, bei welchen das Gewebe der Tuben geschwollen, gelockert, injicirt und das erweiterte Lumen derselben mit Eiter angefüllt war.

Martin²⁾ giebt aus der Jenenser Klinik fünf Krankengeschichten und Sectionsprotokolle von Wöchnerinnen (aus den Jahren 1839—1858), bei denen neben anderen Zeichen von Sepsis die Tuben in drei Fällen beiderseits, in einem Falle links-, im andern rechtsseitig erweitert und mit Eiter angefüllt waren. Auch Klaproth³⁾ hat 17 Sectionsprotokolle von infolge von Sepsis verstorbenen Wöchnerinnen durchgesehen und 7 Fälle darunter gefunden, bei denen eine oder beide Tuben beträchtlich erweitert und mit eiterartigem Secret angefüllt waren.

Förster⁴⁾ berichtet von einem Mädchen, welches nach einer plötzlichen Erkrankung an acuter Peritonitis starb und bei welcher die Section ergab, dass die Peritonitis infolge der Perforation einer Pyosalpinx aufgetreten war.

Kussmaul⁵⁾ fand bei einer Section neben Gravi-

1) Hecker u. Buhl, *Klin. d. Gbkde.*, Leipzig 1861, S. 233.

2) Martin, *Monatsschr. f. Gbkde.* 13. 1859.

3) Klaproth, *Monatsschr. f. Gbkde.* S. 161.

4) Förster, *med. Wochenschrift* 1859. 44. 45.

5) Kussmaul, über Mangel der Gebärmutter. *Würzburg* 1859. S. 367 u. 371.

ditas molaris der linken Tube die rechte mit der hinteren Uteruswand verwachsen, ihr Lumen stark erweitert, buchtig gewunden und mit einer eitrigen Flüssigkeit angefüllt.

Andere zufällige Befunde von Pyosalpinx berichten noch Froriep¹⁾ und Trautwein²⁾, von denen Jeder bei Gelegenheit einer Herniotomie die entzündete, geschwollene und mit Eiter gefüllte Tube im Bruchsack liegen fand.

Alle diese Fälle waren jedoch, wie gesagt, nur zufällige, meist bei Sectionen gemachte Befunde, haben also, so genau sie auch beschrieben sind, nur ein pathologisch-anatomisches Interesse.

Wir schliessen nun die Fälle an, welche klinisch beobachtet sind, bei denen aber die Affection verkannt und eine falsche Diagnose, meist auf Ovarialtumor, gestellt wurde.

So beobachteten Boivin und Dugès³⁾ einen Fall, bei welchem die bis zum 20. Jahre normal menstruirte Frau von dieser Zeit an an wiederholten Anfällen von Peritonitis litt. Die Periode war ausserdem schwächer und unregelmässig geworden. Bei der Section der endlich der Tuberculose erlegenen Patientin fand man zahlreiche Adhäsionen des Uterus mit dem Rektum. Beide Tuben waren injicirt, an beiden Ostien geschlossen und mit Eiter gefüllt.

In dem von Dupuytren⁴⁾ beobachteten Falle per-

1) Notizen a. d. Gebiet der Naturheilkunde. X. S. 343.

2) Monatsschr. f. Gebkde. 1859. S. 39.

3) Maladies de l'utérus et ses annexes. Bruxelles 1833.

4) Journ. hebdom. de méd. T. VI. pag. 24.

forirte die Eiteransammlung in die Blase, in dem Falle von Andral¹⁾ in das Rektum. In dem von Dessauer²⁾ beschriebenen Falle einer doppelseitigen Pyosalpinx fand man als Todesursache eine Perforation der linken Tube in die Bauchhöhle.

Die erste richtige Diagnose einer Pyosalpinx an der Lebenden will Martin³⁾, angeregt durch seine schon oben mitgetheilten Leichenbeobachtungen, schon im Jahre 1857 gestellt haben, und zwar auf Grund folgender Symptome: eitrig Schleimabsonderung, ein lebhafter Schmerz, welcher durch Druck gesteigert wurde, in der Tiefe der einen oder der andern Weichengegend, jedoch ohne Störung der Verdauung und Harnausleerung, sowie ohne wahrnehmbare Anschwellung des anliegenden Ovarium auftrat. In einem Falle will er auch „die länglichen Wülste, welche die erweiterten Mutterröhren bilden“ bei chronischer Salpingitis nach dem Wochenbette gefühlt haben.

Ebenso berichtet Mayer⁴⁾ einen Fall, in welchem eine Frau vor und neben dem Uterus zwei kleine, höckerige, äusserst schmerzhaft Geschwülste hatte, die nach mehrfachen, sorgfältigen Untersuchungen für dislocirte, entzündete Tuben erklärt wurden.

Die erste Diagnose einer Pyosalpinx an der Lebenden.

1) Journ. hebdom. de méd. T. 1 und Andral, anat. path. II. 700.

2) Monatsschr. f. Gebtskde. 1859. S. 60.

3) Monatsschr. f. Gebtskde. 1859.

4) Monatsschr. f. Gebtskde. 13. S. 39.

deren Richtigkeit auch durch die Section bestätigt wurde, berichtet Hausammann¹⁾ aus der Züricher Klinik. „Bei der innern Untersuchung fühlte man im hinteren Scheidengewölbe, hoch oben, zwei kleinere, rundliche Tumoren, die sich in der Mitte hinter dem Scheidentheil nicht berühren, sondern eine Furche von Fingerbreite zwischen sich lassen. Diese Geschwülste dehnen sich hauptsächlich gegen den Beckenrand hin aus; ihr weiterer Verlauf ist nicht abzutasten. An ihrem dem Scheidengewölbe zugelegenen Theile zeigen sich darmähnliche Wülste. Beide sind bei Druck empfindlich, der linke deutlich fluktuirend; an dem rechten fühlt man eine kammartig hervorragende Härte.“ Die auf Grund dieses Befundes gestellte Diagnose auf doppelseitige Salpingitis mit Flüssigkeits-, möglicherweise Eiteransammlung in den Tuben wurde, nachdem die Kranke infolge Perforation der linken Tube gestorben war, durch die Section bestätigt.

Dies ist der erste Fall von klinisch richtig diagnosticirter Pyosalpinx, den ich in der Litteratur habe auffinden können. Diese Seltenheit von solchen Fällen ist, wie schon oben angedeutet, zumeist wohl dadurch zu erklären, dass die Erscheinungen der Tubenaffection meist auf eine Erkrankung des Ovarium oder des Uterus bezogen wurden, eine Annahme, für welche wir in den oben angeführten Fällen von Boivin, Dugès u. s. w. Beweise gefunden haben. Solche Irrthümer konnten auch bei einer

1) Die Retentionsgeschwülste der weibl. Genitalien. diss. inaug. 1876.

auf Grund der falschen Diagnose eingeschlagenen örtlichen Therapie leicht verhängnissvoll werden. Einen dementsprechenden Fall, bei welchem eine Eitcransammlung in einer Tube für eine Retroversio uteri gehalten wurde, berichtet Martin¹⁾ aus einer fremden Klinik. Bei den forcirten Repositionsversuchen wurde der Tubensack abgetrennt, der Eiter ergoss sich in die Bauchhöhle, und es folgte eine tödtliche Peritonitis.

Ein anderer Grund für die Seltenheit klinisch richtig diagnosticirter Fälle liegt an der Unvollkommenheit der früher geübten Untersuchungsmethode. Bei derselben war es vollkommen unmöglich, das Becken in der Weise abzutasten, dass man die den Fingern entgleitenden labilen Tubensäcke hätte fühlen können. Erst nach Einführung der combinirten Untersuchungsmethode war es möglich, die Organe des kleinen Beckens von zwei Seiten zu fassen und auf diese Weise mit den fühlenden Fingern sich ein genaues Bild von der Lage, Gestalt und Consistenz der Organe zu machen. Noch sicherer als vom Scheidengrund aus lassen sich die Tuben, natürlich in der Narcose, vom Mastdarm aus abtasten. — Zu erwähnen wäre noch die Untersuchungsmethode, welche Noeggerath²⁾ angegeben hat, welcher von der Blase aus die Untersuchung vornehmen will.

Durch die Verbesserung der Untersuchungsmethode

1) Monatsschr. f. Gebtskde. 18.

2) Journ. of obstetr. May 1875 und Henning, Krankheiten der Eileiter 1876.

ist die Diagnose einer Flüssigkeitsansammlung in der Tube häufiger geworden, so dass es nicht richtig ist, wenn behauptet wird, dass eine solche Diagnose zu den unmöglichen gehöre, und dass es auf einem glücklichen Zufall beruhe, wenn dieselbe sich als richtig erweise. Immerhin darf eine solche Diagnose nicht zu leicht aufgefasst werden, da bei den meisten Affectionen dieser Art entzündliche Processe im Beckenbindegewebe fast regelmässig mit ins Spiel kommen und infolgedessen so zahlreiche Verklebungen und Verwachsungen sich vorfinden, dass man nur mit der grössten Schwierigkeit und nach mehrmaligen in der Narcose vorgenommenen Untersuchungen zu einer Diagnose kommen kann, um so mehr als ein festes Palpiren wegen der Gefahr der Berstung sich von selbst verbietet. Wenn das ganze kleine Becken allerdings ein einziges Convolut von mit Tuben, Ovarien u. s. w. verwachsenen Darmschlingen und parametritischen Strängen ist, dann kann eine Diagnose wohl unmöglich sein.

Nachdem man also auf diese Weise in vielen Fällen zu einer sicheren Diagnose gelangt ist, kann man es auf Grund derselben unternehmen, an die operative Entfernung einer Pyosalynx durch die Laparotomie zu gehen. Denn, natürlich vorausgesetzt, dass eine solche Operation wie die Eröffnung der Peritonealhöhle unter den strengsten Regeln der Antiseptik vorgenommen wird, ist dieselbe vollkommen gerechtfertigt durch die Schmerzen der Kranken, die dieselben zur Unthätigkeit verdammen, noch mehr aber durch die Gefahren, mit welchen ein solcher Eiterheerd im Körper seine Trägerin fortwährend bedroht. Mit Recht sagt

Buhl¹⁾ schon im Jahre 1857, dass „die offenen Tuben mit ihrem von der Uterushöhle aus septisch vergiftetem Eiter sich zur Peritoncalhöhle verhalten, wie ein perforirter Darm.“

Von den Methoden, welche vorher zur Heilung der Pyosalpinx vorgeschlagen und z. Th. in Anwendung gekommen sind, erwähne ich zuerst den Vorschlag, den Inhalt der Tuben zu entfernen durch Sondirung und Katheterisiren derselben. Doch ist das Verfahren ein äusserst unsicheres. Duncan²⁾ und Veit³⁾ haben zwar zahlreiche Fälle einer Sondirung der Tuben veröffentlicht. Andererseits sind Fälle beobachtet, in denen nachgewiesenermaassen eine Perforation der Musculatur des Uterus durch die Sonde ohne üble Folgen stattgefunden hat.

Noeggerath⁴⁾, Martin⁵⁾, Bandl⁶⁾ und Duboné⁷⁾ geben darüber ausführlichen Bericht.

Dass die Sonde nicht in das normal gelegene und geformte Ostium uterinum der Tube hineindringen kann, ist ganz klar; dass sich aber ausnahmsweise dieses Ostium so erweitern kann, dass die Sonde hineingeht, wird durch

1) Henle und Pfeufer, Zeitschr. f. rat. Med. N. F. VIII. pag. 106.

2) Edinb. med. Journ. June 1856.

3) Krankhthn. der weibl. Geschlechtsorg. 2. Aufl. S. 258.

4) Amer. Journ. of Obst. IV. pag. 329.

5) Neigungen und Beugungen der Gebärmutter. 2. Aufl. S. VII.

6) Wien. med. Wochschrft. 1874. 32.

7) Arch. de tocol. 1874. p. 648.

einzelne Fälle bewiesen — Lehmann¹⁾, Bischoff²⁾, Knowsley Thornton³⁾, die jedoch für die Therapie der Pyosalpinx gar nicht von Belang sein können, ganz abgesehen von dem wahrscheinlich recht oft vorkommenden Fall, dass der den Eiter enthaltende vordere Abschnitt der Tube, wie in unserem ersten Fall, gegen den Uterus hin verschlossen ist.

Ferner hat Frankenhäuser ein Verfahren vorgeschlagen, durch welches er auch mehrere Fälle zur Heilung gebracht haben will, welches jedoch wegen seiner Gefährlichkeit nur mit äußerster Vorsicht anzuwenden ist: das Auspressen der Tuben durch bimanuellen Druck gegen den Uterus hin. Bei Anwendung dieses Verfahrens ist ebenfalls die Möglichkeit einer Obliteration des Ostium uterinum tubae zu bedenken, ein Auspressen des eitrigen Inhalts gegen den Uterus hin gehört in solchem Fall vollständig in den Bereich der Unmöglichkeit, aber bei fortgesetzten Auspressungsversuchen kann leicht eine Ruptur der entzündlich veränderten Tubenwände oder ein Auseinanderweichen der verlötheten Fimbrien der Tube mit Erguß des Eiters in die Peritonealhöhle eintreten, ein Ereigniß, welches nothwendig eine tödtliche Peritonitis zur Folge hat.

Etwas mehr Aussicht auf Erfolg hat die von Frankenhäuser und Simpson vorgeschlagene und

1) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1870. pag. 201.

2) Corresp. Blatt Schweizer Ärzte, 1872 No. 19.

3) Transatl. of the path. soc. 1875 p. 151.

einige Male mit Erfolg ausgeführte Punktion der Tubarsäcke von der Scheide aus, am besten mit nachfolgender Drainage. Doch ist diese Methode nur ausführbar, wenn der Tubarsack im Cavum rectouterinum adhärent ist.

Das radicalste und, wenn unter den strengsten Maßregeln der Antiseptik ausgeführt, auch das relativ sicherste Verfahren ist die Exstirpation der Pyosalpinx durch die Laparotomie, die Salpingotomie. Die Operation wurde im Jahre 1879 zum ersten Male von Mosetig-Moorhof ausgeführt bei Gelegenheit der Operation eines Ovarialtumors. Bei der Operation fand sich dann neben diesem Ovarialtumor auf der andern Seite eine Pyosalpinx. Seit dieser Zeit ist diese Operation schon mehrfach ausgeführt und zum Theil auch die einzelnen Fälle veröffentlicht worden. Die erste auf Grund einer richtigen Diagnose ausgeführte Exstirpation ausgedehnter Tuben (Hydrosalpinx) scheint Hegar 1877 gemacht zu haben; ferner haben Schröder, A. Martin (8 Fälle)¹⁾, Schwartz (2 Fälle)²⁾, Baumgärtner, Gusserow³⁾, Kaltenbach⁴⁾, Zeiß⁵⁾, Lawson Tait, Knowsley Tornton, Franken-

1) Bertram, Berl. klin. Wochschr. 1883. S. 54.

2) Feldmann, Zwei Fälle von Pyosalpinx, diss. Göttingen.

3) Charitéannalen 1883. S. 335.

4) Quetsch, Centralbl. f. Gyn. 1884, 19.

5) Centralblatt f. Gyn. 1883, 745.

häuser¹⁾, Sänger²⁾, Godell³⁾ und Andere Fälle veröffentlicht.

Über die Berechtigung der Operation, welche durch die unerträglichen, fortwährend andauernden Schmerzen, vor allem aber durch die Gefahr begründet ist, mit welcher ein solcher, mit Eiter gefüllter Tubarsack seine Trägerin stets bedroht, haben wir schon oben gesprochen.

Diese Operationen selbst wurden in der Hauptsache alle auf dieselbe Weise ausgeführt, wie die im Eingang veröffentlichten. Nur insofern unterscheiden sich einzelne von den übrigen, als bei ihnen die Abtragung des Eiersackes mit dem Thermokauter geschehen ist (Kaltenbach und Zeiß), während die größere Mehrzahl der Operateure dieselbe mit dem Messer ausgeführt hat.

1) Hausamann, Retentionsgeschw. d. weibl. Genitalien. diss.

2) Centralblatt f. Gyn. 1884, 32.

3) New-York. med. Journ. 1884.

Herrn Geheimen Hofrath Schultze sage ich für die
gütige Überlassung des Materials, sowie für die freundliche
Unterstützung bei der Verwerthung desselben meinen ver-
bindlichsten Dank.



11453