

Über Ileus

durch

Parametritis erzeugt.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in

der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Saexinger,

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik

der

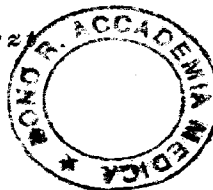
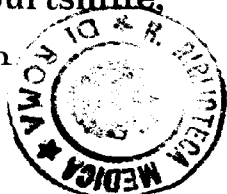
medizinischen Fakultät zu Tübingen

vorgelegt

von dem approbierten Arzt

Adalbert Frickenhaus.

aus Limburg (Pfalz).



NEUWIED, 1890.

HEUSER'S BUCHDRUCKEREI (LOUIS HEUSER).

Über Ileus

durch

Parametritis erzeugt.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in

der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Saexinger,

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der geburtshilflichen gynaekologischen Klinik

der

medizinischen Fakultät zu Tübingen

vorgelegt

von dem approbierten Arzt

Adalbert Frickenhaus,

aus Limburg (Pfalz).

NEUWIED, 1890.

HEUSER'S BUCHDRUCKEREI (LOUIS HEUSER).

Separat-Abdruck aus „Der Frauenarzt“, Monatshefte für Gynäkologie
und Geburtshilfe, 1890.

Im Verlauf puerperaler, sowie nicht puerperaler Parametritis, sind mehr weniger hochgradige Störungen der Defäkation etwas ganz gewöhnliches und lassen sich durch die raumbeschränkende Wirkung des Exsudates genügend erklären. Dafs aber dabei der Darm eine derartige Stenosierung erfahren kann, dafs es zu einem der inneren Einklemmung sehr ähnlichen Symptomenkomplex, zu Ileus kommt, ist gewifs ein ebenso seltenes, als interessantes Vorkommnis.

Durch die Güte des Herrn Prof. Dr. von Saexinger, meines hochverehrten Lehrers, bin ich in den Stand gesetzt, 3 derartige Fälle, die derselbe im Lauf der Zeit beobachtet hat, zum Gegenstand vorliegender Dissertation zu machen. Mit Freuden nehme ich die Gelegenheit wahr, Herrn Prof. Dr. von Saexinger für die gütige Überlassung des Materials, sowie für das freundliche Entgegenkommen bei der Veröffentlichung dieser Arbeit, an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Die von mir nach dieser Hinsicht durchsehene Litteratur bietet sehr wenig über vorliegende Affektion. Interne Lehrbücher lassen die Möglichkeit eines derartigen Vorkommnisses meist unter der Rubrik: Kompression des Darms durch äufsere Ursachen, vollständig frei und betonen dann wohl den Wert der Vaginal- und Rektaluntersuchung zur Sicherstellung der Diagnose. Ebenso die chirurgischen Handbücher. Desgleichen ergiebt die Durchsicht der bedeutendsten geburtshilflichen und gynäkologischen Lehrbücher nach dieser Hinsicht im wesentlichen einen negativen Befund. So findet sich zum Beispiel in Schröder's Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane im Kapitel über die septische Parametritis lediglich die Bemerkung: „Leicht geht die Infiltration des Bindegewebes zu den Seiten der Douglas'schen Taschen nach hinten, so dafs der rings von Exsudat umschlossene Mastdarm eingengt ist.“ Wenig genug über diesen seltenen Folgezustand der Parametritis ist auch in der spezielleren hier in Betracht kommenden Litteratur, soweit sie mir zu Gebot stand, zu finden. Wie ich er-

fahre, wurde Leichtenstern, dessen Abhandlung über Darmverschluss, gewiß das vollständigste deutsche Werk über diesen Gegenstand ist, erst durch Prof. von Saexinger auf dieses seltene Vorkommnis aufmerksam gemacht.

Im Handbuch der Frauenkrankheiten, Verlag von Ferd. Enke, teilt Bandel allerdings 2 vollständig analoge Fälle mit, von deren Aufführung ich jedoch glaube hier absehen zu dürfen, da das angeführte Werk der allgemeineren Lektüre zugänglicher ist. Ferner finde ich im VII. (Juli) Heft 1882 der Wiener Klinik „über Parametritis und Perimetritis“ von Dr. Greulich, gelegentlich der Besprechung der Parametritis posterior, die Notiz, daß Schultze in einem Falle die Striktur des Rektums einen so hohen Grad erreichen sah, daß Ileus eintrat und die Kolotomie erforderlich wurde.

Anführen möchte ich noch, daß unter den mir bekannt gewordenen analogen Fällen es einmal eine Hämatocele retrouterina war, die zum gedachten Symptomenkomplex führte (*complication et traitement de l'hématocele rétrouterine: par Prengrueber et Vicente*) *Semaine med.* I. 1886, ein andermal ein nach Salpingo oophorektomie aufgetretenes großes pelvipерitonitisches Exsudat. (Bericht über einen von Sänger in der gynäkologischen Sektion auf der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Magdeburg gehaltenen Vortrag. *Archiv für Gynäkologie* 1885, Bd. 25, pag. 132. Einen von Walter Pye im *Brit. med. Journ.* vom 9. Dez. 1882, pag. 1151 u. ff., veröffentlichten Fall von Abszefs zwischen Rektum und Uterus werde ich unten mitteilen. Ich gehe nunmehr zur Mittheilung der einzelnen Krankengeschichten über.

1. Fall (aus der Privatpraxis Herrn Prof. von Saexinger's). Frau Stricker Sch. aus E., 32 Jahre alt, hat am 18. November 1875 nach 7jähriger steriler Ehe zum ersten Mal geboren. Die Geburt verlief langsam, aber normal, das kräftige Mädchen kam lebend. Die ersten 10 Tage verliefen im Wochenbett ganz normal. Am 28. Nov. traten leichte dyspeptische Erscheinungen mit Verstopfung und geringem leicht zu beseitigenden Fieber auf. Von dieser Zeit bis Ende Dezember 1875 befand sich die Frau nach ihrer Angabe völlig wohl und war außerhalb des Bettes. Anfangs Januar 1876 stellten sich abermals dyspeptische Erscheinungen mit Stuhlverstopfung ein, welche nicht lange anhielten. Am 10. März 1876 trat nach vorausgegangener hartnäckiger vieltägiger Verstopfung Ileus auf, wobei durch mehrere Tage große Mengen theils breiiger, theils weicher Fäkalmenigen durch den Mund entleert wurden. Dann traten nach

starken Abführmitteln auch sehr reichliche Entleerungen durch den Darm ein, so dafs per Os und Rektum geradezu massenhafte Mengen von Fäces abgingen.

Am 12. März 1876 Untersuchung durch Herrn Professor von Saexinger: Es fand sich das ganze kleine Becken durch ein steinhartes parametritisches Exsudat ausgefüllt; der Uterus war unbeweglich in demselben fixiert. Durch den Mastdarm liefs sich eine hochgradige Stenose desselben nachweisen, welche durch starke ödematöse Schwellung der Schleimhaut bis zur Undurchgängigkeit sich steigerte und so den Ileus und die hochgradige Koprostase veranlafste. Die Retention der Fäces dauerte mehr als 3 Wochen, da Obstkerne von Obst, das vor 3 Wochen genossen wurde, erst nach 3 Wochen abgingen. Durch laue Kochsalzinjektionen, täglich 2mal, durch Auflegen von Priessnitz'schen Umschlägen bei Tag und Nacht, durch reichliches Trinken von ungarischem Bitterwasser bei kräftiger reizloser Diät resorbierte sich das Exsudat allmählich und zwar vollständig, so dafs bei einer Untersuchung am 25. V. 76 durch Herrn Prof. von Saexinger nur noch kleine Reste desselben nachgewiesen werden konnten. Die Frau genas vollständig.

2. Fall (aus der Privatpraxis Herrn Prof. von Saexinger's). Frau A. W. aus Hechingen, hat am 15. Oktober 1884 zum ersten Mal leicht und ohne Kunsthilfe ein lebendes Mädchen geboren. Das Wochenbett verlief mit Ausnahme von Zeit zu Zeit auftretender Schmerzen in der Unterbauchgegend angeblich normal. 3 Wochen nach der Geburt stand Patientin auf und fühlte sich wohl. Bald nach der Geburt, etwa am 8. bis 10. Tag, stellte sich Stuhlverstopfung ein, welche anfangs durch Abführmittel sich leicht beseitigen liefs, später aber immer hartnäckiger wurde, so dafs 4 Wochen nach der Geburt völlige Koprostase sich einstellte, und durch 10 Tage trotz der Anordnung von kräftigen Abführmitteln und Salz-honigklystieren gar keine Fäces abgingen. Es kam zu hochgradigem Meteorismus, zu starkem Erbrechen, das später fäkulenten Geruch zeigte, ohne dafs jedoch wirkliche Fäces per Os abgegangen wären. Bei der Untersuchung der Patientin durch Herrn Prof. von Saexinger, genau 4 Wochen nach der Geburt, fand sich als Ursache der hochgradigen Koprostase und des heftigen Erbrechens, ein das ganze kleine Becken ausfüllendes, sehr hartes, derbes parametritisches Exsudat, in welches der etwas grofse Uterus unbeweglich fixiert war. Durch den Mastdarm liefs sich eine hochgradige Stenose desselben in ziemlicher Ausdehnung nachweisen, welche wie in dem früheren

Fall durch gleichzeitige ödematöse Schwellung der Schleimhaut zur völligen Undurchgängigkeit sich gestaltete.

Bei Einhaltung derselben Therapie wie in dem früheren Falle resorbierte sich das Exsudat allmählich so vollständig, daß 10 Wochen später nur noch kleine Reste desselben nachweisbar waren. Bei beiden Fällen bildete sich das Exsudat ohne besondere Beschwerden aus.

Der 3. Fall (Krankengeschichte der gynäkologischen Klinik Tübingen), betrifft die 32jährige Schutzmannsgattin Sophie Junghans aus Tübingen.

Patientin hat vor 8 Wochen geboren, das Kind wurde seitdem gestillt. Die ersten 9 Tage hielt Pat. absolute Bettruhe; am 2. Tage fühlte sie auf der rechten Unterbauchseite Schmerzen. Am 3. Tage trat auf ein Abführmittel Stuhlgang ein, welcher bis vor wenigen Tagen völlig regelmäfsig war. Am 4. Tage zogen sich die Schmerzen auf die linke Seite. Nach 4 Wochen erst, nachdem Pat. 14 Tage aufser Bett zugebracht hatte, traten plötzlich heftigere Schmerzen auf, welche sich als intensives Stechen charakterisierten. Am 27. XI. 1885 kam Pat. als Ambulante zur Untersuchung mit folgendem Befund:

Uterus etwas vergrößert, leicht anteflektiert, nach rechts verlagert. An der linken Flanke unmittelbar anschliessend, ein derbes parametritisches Exsudat, das das ganze linke breite Mutterband circa 3 cm breit aufgetrieben hat.

Der Pat. wurden Bettruhe, Prießnitz'sche Umschläge, Kochsalzausspülungen und Secalemixtur verordnet.

Der Prozeß blieb sich durch lange Zeit gleich. Am 20. XII. 1885 traten plötzlich heftige Schmerzen auf, wobei die Kranke das Gefühl hatte, als ob etwas „geplatzt sei.“ Es zeigte sich in dem darauf entleerten Urin eine grofse Menge Eiters.

Am 24. XII. 1885 wurde wegen plötzlich aufgetretener 4tägiger Stuhlverstopfung in 3 Dosen 1,5 gr Calomel verabreicht, was eine reichliche schmerzlose Stuhlentleerung zur Folge hatte, doch trat sofort wiederum Obstipation ein. Pat. erhielt abermals Calomel aber ohne Erfolg, dagegen trat nun starkes Kotbrechen auf.

Pat. wurde deshalb am 27. XII. 1885 in die Klinik verbracht, wo noch am Vormittag aufser übelriechenden Fäces ein Spulwurm erbrochen wurde. Vermittelst eines langen elastischen Bougies gelang es endlich der Patientin ein Clyisma beizubringen, durch welches ein dünner Stuhlgang herbeigeführt wurde.

Status praesens. Wohlgenährtes Individuum, von etwas blasser Hautfarbe. Schon äußerlich läßt sich am Bauch über dem linken Schambeinast bis fast in die Höhe der Spina ant. sup. eine deutliche Resistenz durchfühlen. Uterus mit eingerissenem Vaginalteil leicht vergrößert, anteflektiert, ist etwas nach rechts gedrängt von einem unmittelbar an seiner linken Flanke beginnenden, vom Uterus aber selbst durch eine deutliche Furche wenigstens an der Vorderfläche abzugrenzenden Exsudate, welches von verschiedener Konsistenz die ganze linke hintere Beckenhälfte ausfüllt und namentlich auch gegen den Douglas'schen Raum zu ausgedehnt hat, wodurch offenbar — (was sich auch bei dem Einführen des elastischen Katheters behufs Applikation eines Clysmata deutlich fühlen liefs) das Rektum, respektive der absteigende Teil der Flexura sigmoidea mehr weniger verlegt ist. —

29. XII. 1885. Das Erbrechen hat nun vollständig aufgehört; mittelst großer Clysmata kann Stuhlgang herbeigeführt werden.

1. I. 1886. Zweiter Durchbruch von Eiter in die Blase und reichliche Entleerung von Eiter.

4. I. 86. Nachdem seit 2 Tagen auch auf Ricinusöl und 1,0 Calomel, sowie mehrere Clysmata kein Stuhlgang erfolgt war, trat nachts 12 Uhr wiederum Ileus ein. Das Erbrechen und die heftigen Schmerzen im Unterleib hörten nach einer Gabe von 3 Tropfen einer 20 %igen Kocainlösung und einer Morphininjektion auf, kehrten aber gegen 4 Uhr wieder zurück; eine 2. Gabe Kocain wird nach $\frac{1}{4}$ Stunde erbrochen. Morgens gegen 10 Uhr wurde der Versuch gemacht, über die stenosierte Stelle hinaus ein Clysmarohr einzuführen, was aber nicht gelang; dagegen entleerte sich bei dem teilweise gelungenen Versuch, einen elastischen Katheter durchzubringen, eine mäßige Menge stinkender Gase und gallig gefärbter Fäkalmassen. Von dem Clysmata konnte nur ein kleiner Teil auf kurze Zeit zurückgehalten werden und wurde ohne Wirkung wieder entleert. Dagegen trat Nachmittags 3 mal starker Stuhlgang ein. Die fortwährende Brechneigung wurde mit Champagner und Eispillen bekämpft; eine wesentliche Wirkung trat vollends nach einer Gabe von 3 Tropfen einer 20 %igen Kocainlösung und auf eine Morph.-Injekt. ein.

15. I. 86. Der Zustand hat sich seither wenig verändert. Pat. erhält zu Essen: Milchsuppe, Kalbsbraten mit Wein. Allgemeinbefinden ganz gut. Auf ein täglich appliziertes Clysmata erfolgt fast regelmäßiger Stuhlgang; bisweilen müssen 2 Clysmata gegeben werden.

Noch immer zeitweiliges Stechen in der Gegend des Exsudates; dem Urin ist immer noch Eiter beigemengt.

22. I. 86. Seit einigen Tagen klagt Pat. wieder über mehr Schmerzen in der linken Seite. Stuhlgang erfolgt täglich auf Clysmen.

27. I. 86. Status idem.

1. II. 86. Die in den letzten Tagen aufgetretenen Schmerzen sind entschieden besser geworden. Auch auf Druck ist das Exsudat weniger schmerzhaft. Stuhlgang in Ordnung; vermehrter Appetit.

3. II. 86. Das Exsudat, das circa 2 cm nach oben reicht über eine Linie, welche die beiden Spinae il. ant. sup. verbindet und von welchem der Uterus nicht zu isolieren ist, wird nun mit Massage behandelt.

10. II. 86. Das Exsudat, das unter der Massage, die alle 2 Tage durch 10 Minuten (7 Min. äußerlich, 3 Min. kombiniert) ausgeführt worden war, sich wesentlich verkleinert hat, läßt sich nun deutlich vom Uterus abgrenzen, hängt jedoch mit letzterem noch zusammen. Doch wird der Fundus allmählich freier, Stuhlgang erfolgt nun spontan.

17. II. 86. Langsam fortschreitende Verkleinerung des Exsudates.

19. II. 86. Das Exsudat, das sich schon gestern voluminöser, zum Teil weicher angefühlt hat, zeigt diese Verhältnisse heute in noch höherem Mafs. Es wird vorerst in Rücksicht darauf, daß Pat. sich sonst sehr gut erholt hat und die Periode seit ihrer Niederkunft noch nicht erschienen ist, die Massage eingestellt. Stuhlgang regelmäßig.

21. II. 86. Die Periode hat sich eingestellt.

28. II. 86. Die Periode hat drei Tage gedauert ohne wesentliche Schmerzen. Das Exsudat ist erheblich kleiner geworden.

Vom 3. III. — 8. III. 86 wird Pat. noch einigemale massiert.

Am 12. III. 86 wird Pat. wesentlich gebessert entlassen.

Ehe ich zur Besprechung der Fälle übergehe, möchte ich das wichtigste aus dem Leichenbefund eines Falles von Parametritis posterior, der zur Sektion kam, mitteilen. (Nieberding, Schrumpfungszustände der Douglas'schen Falten und des dieselben umkleidenden Zellgewebes. Wiener med. Wochenschrift 1885, No. 41, pag. 1252 u. ff.) Eine junge 17jährige Dame, mehrere Monate an Parametritis posterior, die mit hartnäckigster Obstipation einhergeht, erfolglos behandelt, acquiriert eine Peritonitis, die den Exitus letalis der zusehends marastischer werdenden Patientin veranlaßt. Nie-

berding fand „als Ursache des Leidens und Todes, ein das Rektum hoch oben von beiden Seiten unklammerndes und dasselbe bis zur Durchlässigkeit einer Uterussonde verengendes, hinter dem Uterus sitzendes Exsudat, welches mit dem Uterus ebenfalls die Ligamenta lata und Ovarien bedeutend nach hinten gezogen hatte. Uterus retrovertiert und zwar durch extraperitoneale Anlötung.“

Der vorliegende Fall hat zwar ätiologisch mit unseren 3 Fällen, die sämtlich puerperalen Ursprungs sind, gar nichts gemein, auch fehlte *Intra vitam*, der unsere Fälle charakterisierende Symptomenkomplex des Ileus.

Trotzdem habe ich den Fall deswegen angeführt, weil er für unsere Fälle einen durch die Autopsie erhärteten Beleg bilden kann, daß durch Kompression von seiten eines Exsudats, der Darm eine mehr weniger vollständige Lumenverlegung erfahren kann.

Das Bild der Parametritis, wie es uns aus den mitgeteilten Krankengeschichten entgegentritt, ist augenscheinlich das der sogenannten gutartigen, puerperalen Form derselben. Die im Fall 1 u. 2 bald nach der Geburt auftretenden Störungen der Verdauung und Defäkation, die im Fall 3 sich entwickelnde Schmerzhaftigkeit der linken Unterbauchgegend weisen mit einiger Sicherheit auf den Beginn der Erkrankung im Wochenbett hin. Es kann uns nicht befremden, daß sämtliche Patienten das Wochenbett scheinbar gesund verlassen haben, indem die ersten Anfänge derartiger puerperal-parametritischer Erscheinungen, sich keineswegs immer durch ein stürmisches Einsetzen charakterisieren, oft latent durch längere Zeit bleiben und nur unbestimmte Störungen des Allgemeinbefindens zur Folge haben können. Das meist vorhandene initiale Fieber kann von kurzer Dauer sein, oder auch ganz fehlen und wird, wenn vorhanden, von den Patienten häufig für „Milchfieber“ angesprochen. Die für die Fälle 1 und 2 geltende Notiz, daß sich das große Exsudat ohne besondere Beschwerden ausgebildet habe, erklärt sich wohl im Gegensatz zur 3. Beobachtung, wo über Schmerz geklagt wird, durch die Annahme, daß es in diesen Fällen nicht zu einer peritonitischen Reizung kam. Halten wir die Fälle 2 und 3 gegenüber, so fällt auf, daß bei einem so kolossalen das ganze kleine Becken ausfüllenden Exsudat wie im 2. Fall es nicht zu dem vollständig ausgebildeten Kotbrechen kam, während im 3. augenscheinlich schwersten Falle, wo die Exsudation nur die linke Beckenhälfte einnimmt, die heftigsten Zeichen des Darmverschlusses auftraten. Wenn wir jedoch die anatomische Lage des Rektum be-

denken, wie der Ubergang der Flexur in das Rektum etwa gerade über der linken Symphysis sacro iliaca sich vollzieht, so liegt die Annahme nahe, daß eben an dieser Stelle der Darm zum Verschluss gebracht wurde, zumal ja im 3. Fall sich die Angabe über eine den linken Schambeinast überragende Resistenz findet.

Sehen wir uns nun die Art des Zustandekommens der Darmverschließung und des Ileus etwas näher an, so erhellt aus den Krankengeschichten zur Genüge, daß es sich in unseren Fällen lediglich um eine mechanische Kompression des Darms von Seiten eines, das Rektum, respektive das Ende der Flexura sigmoidea, mehr weniger konzentrisch umschließenden, parametritischen Exsudates handelt. Durch diese Umschnürung des Darms kommt es naturgemäß zu Cirkulationsstörungen, zur Erschwerung des Abflusses des venösen Blutes und zu dem schon erwähnten hochgradigen Ödem der Mucosa respektive Submucosa.

Des weiteren wird man annehmen dürfen, daß es durch die oberhalb der stenosierten Stelle sich mehr und mehr anhäufenden Kotmassen, durch die hierdurch bedingte Ausdehnung der Darmwände, auch zu einer Schädigung der nervösen Elemente kommt, die eine Herabsetzung des Tonus und der Peristaltik des Darms zur Folge hätten, wodurch der am Ausweichen verhinderte Darm aufser Stand gesetzt würde, dem Andrang des Exsudats wirksamen Gegendruck zu leisten.

Zum besseren Verständnis unserer Fälle dürfte es von Nutzen sein, in der Kürze uns die inbetracht kommenden anatomischen Verhältnisse zu vergegenwärtigen. Ich folge hier der Greulich'schen Darstellung: Das Beckenbindegewebe, in dem die Phlegmone pelvica (wie Greulich die Parametritis genannt wissen will) ihren Sitz hat, ist diejenige Bindegewebsmasse, die das von Luschka sogenannte zwischen Peritoneum und fascia pelvis gelegene Cavum pelvis subperitoneale erfüllt, die sämtlichen im Becken liegenden Organe mehr weniger umhüllt und die Stütze der dort befindlichen Duplikaturen des Peritoneum bildet.

Es hängt ununterbrochen mit dem Bindegewebe der Bauchwandungen des retro peritonealen Raumes, der Mesenteria des S Romanum (des Kolon asc. und Kol desc.) und des Rektum u. s. w. zusammen und durch einige kleine Spaltöffnungen der fascia pelvis mit dem des Cavum ischio rectale resp. pelvis subcutaneum. Es ist im allgemeinen von lockerem Gefüge und sichert so die gegenseitige Beweglichkeit der von ihm umgebenen und aneinander ge-

hefteten Teile, ist aber gerade dadurch auch der Ausbreitung entzündlicher Störungen besonders günstig.

Die von König und Schlesinger angestellten Versuche haben auf experimentellem Weg in der umfassendsten Weise diesen Verbreitungsbezirk der Parametritis bestätigt.

Aus unsern Fällen eine Differenzialdiagnose etwa gegen innere Incarceration zu formulieren, halte ich für durchaus überflüssig, indem ein so charakteristischer Befund, wie ihn das parametritische Exsudat bietet, kaum verkannt oder übersehen werden kann, wenn überhaupt untersucht wird. Ebenso wenig kann eine erhebliche, etwa auf ein parametritisches Exsudat zu beziehende Striktur des Darms verborgen bleiben, wenn man per anum die Finger- oder (wo diese nicht ausreicht) die Sonderuntersuchung gemacht hat.

Die Frage, ob etwa ein derartiger Fall die Indikation zu einer Kolotomie bieten kann, glaube ich an der Hand unserer Fälle — freilich für eine derartige Entscheidung ein zu spärliches Material — verneinen zu müssen, da ich die Parametritis für eine Erkrankung halte, die therapeutisch nicht unerheblich beeinflusst werden kann. Vielleicht könnte in künftigen Fällen, durch die neuestens von Kufsmann bei Ileus empfohlene Magenauspumpung, ebenso günstige Resultate erzielt werden, wie in verschiedenen seither veröffentlichten Fällen von Ileus anderer Entstehung.

Zum Schlusse möchte ich noch einen analogen Fall mitteilen, den Walter Pye wie oben erwähnt, im Britischen medicin. Journal veröffentlicht hat und der nach mehrfacher Hinsicht von Interesse ist.

F. P. 56 Jahre alt, aber älter aussehend, wurde am 4. Sept. 1882 wegen akutem Darmverschluss aufgenommen. Sie sagte aus, daß sie bis vor 11 Monaten gesund gewesen sei, als sie durch einen Fall den rechten Schenkelhals brach. Von den Folgen dieses Falles erholte sie sich nicht mehr ganz und seitdem hatte sie Schwierigkeiten mit ihrem Stuhlgang. Die Kotballen wurden allmählich kleiner (decreased in size) und sie hatte dann und wann Diarrhöe, abwechselnd mit Verstopfung. Blutung oder Eiterausfluß aus dem Rektum bestand nicht.

8 Tage vor der Aufnahme setzten unter stetig zunehmender Obstipation Erscheinungen von akuter Obstruktion mit Erbrechen, Tympanitis und großem Übelbefinden ein. Die Obstruktion blieb eine absolute bis zu ihrer Aufnahme ins Spital. Der Urin mußte mit dem Katheder abgelassen werden. Bei der Untersuchung durch das Rektum wurde eine Masse hoch oben gefunden, zwischen diesem

und dem Uterus in der Mittellinie, so groß wie ein Foetuskopf, sehr elastisch und weich im oberen Teil, nicht deutlich fluktuierend und nicht fest fixiert (firmly fixed.). Bei der vaginalen Untersuchung ergab sich der Uterus als normal in Länge und Richtung, aber der Cervix war in hohem Maße hypertrophiert und füllte die Vagina aus. Das Abdomen war enorm durch Flatus ausgedehnt und beim Druck nicht sehr weich anzufühlen. Die Masse brachte durch ihren Druck nach hinten die Rektumwände in Kontakt miteinander, aber konnte genügend deslociert werden, um einem Finger die Passage zu gestatten. Es war klar, daß in dem Druck der Masse nach rückwärts die Ursache der Obstruktion lag und daß die muskulären Wände des Darmstücks nicht stark genug waren, den Durchgang für die Faeces zu erzwingen.

Es schien zur Zeit wahrscheinlich, daß der Tumor irgend eine Art von Uterus fibroid war, aber man konnte zu keiner bestimmten Diagnose kommen.

Die Symptome der Obstruktion blieben während der nächsten 24 Stunden nach Aufnahme ins Spital ebenso akut wie vorher, trotz reichlicher Klystiere, welche mittelst eines langen Rohres, gut über den Sitz der Obstruktion hinweg geführt werden konnten und es war klar, daß obgleich der Darm allein durch einen Druck verschlossen war, welcher mit dem Finger, oder durch ein eingeführtes Rohr überwunden werden konnte, dennoch dieser Druck größer war, als daß die Peristaltik der Darmwände dagegen aufkommen konnte. Die Wirkung der Knielage wurde versucht, aber umsonst.

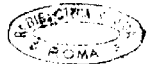
Da man sah, daß der Tumor augenscheinlich ein solider war, schien der einzige Weg der Erleichterung eine Colotomie zu sein. Ein großer operativer Eingriff zur Entfernung der Masse war augenscheinlich nicht gerechtfertigt, so wurde denn beschlossen, einen Trokart vom Rektum aus in den Tumor zu stoßen, ehe man weiter ging.

Demgemäß wurde Pat. chloroformiert, eine Rektalspekulum wurde eingeführt und eine weite Kanüle mit Trokart in die Geschwulst eingebracht. Beim Zurückziehen des Trokarts kam ein Strom von Eiter. Dieser Eiter war äußerst stinkend und betrug 40—50 Unzen = (1100,0—1400,0 gr.). Nachdem aller Eiter abgeflossen war, wurde die Abszeshöhle mit 5%iger Karbollsölösung ausgespritzt und nachdem ein Stück Catgut eingeführt worden war, um als Drain zu dienen, wurde die Kanüle zurückgezogen. Nach

einem Clyisma von warmem Wasser wurde Pat. zur Pflege entfernt.

Das Resultat dieser Operation war, daß während der Nacht und am folgenden Tage (am 6. Sept.) Pat. 3 mal Öffnung hatte. Die Stuhlgänge betrugen ungefähr 3 pints = (1,7 L) teils flüssiger, teils fester faeces. Der Krankheitszustand war ebenfalls gehoben und schließlich verschwand der ganze vorherige Symptomenkomplex der Obstruktion mit einem Schlag. Die nächsten 10 Tage nach Entleerung der Abszefshöhle zeigte Pat. keine irgendwelche schlimme Erscheinungen. Es war spontane Öffnung vorhanden; Appetit und Kraft kehrten zurück. Immer zeigte sich etwas Eiter im Stuhlgang, zum Beweis, daß der Abszefs ins Rektum mündete. Nach diesem Zwischenraum jedoch stellten sich Symptome ein, welche eine akute Entzündung des Abszefssackes anzeigten und bald daß die Entzündung sich über die fascia pelvis ausgedehnt hatte. Hier war Hitze, Vollsein und Weichheit beim Druck sowohl über dem Poupart'schen Band als bei der Rektalexamination. Die Symptome von cellulitis pelvica waren von adynamischem Fieber mit rapidem Kräfteverlust begleitet und der Tod trat am 11. Tage nach dem Rückfall ein. Die Obstruktion kehrte nicht wieder.

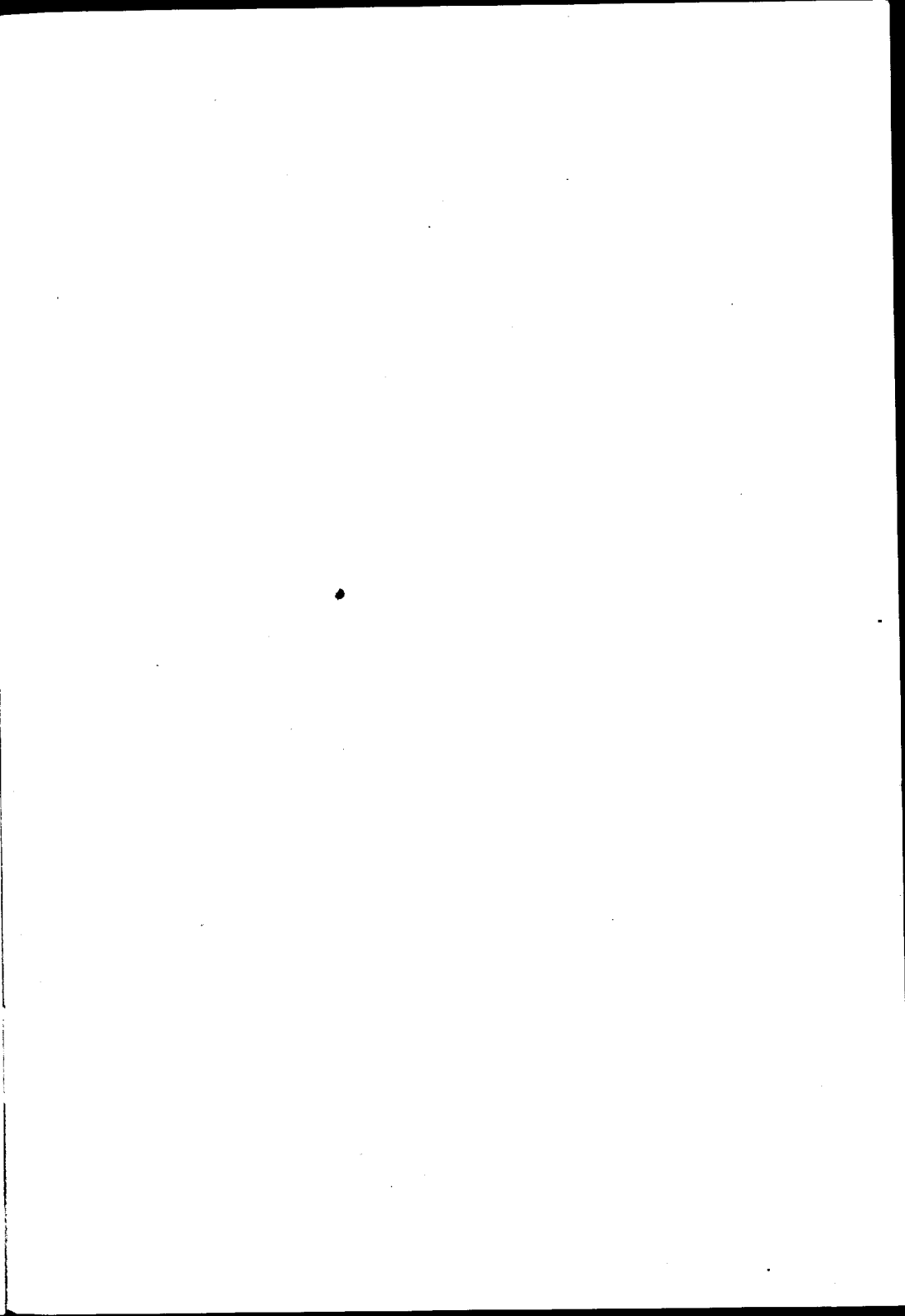
Bemerkungen von Walter Pye:



Das ärztliche Interesse bei diesem Fall wendet sich auf die Thatsache, daß Symptome von Intestinaler Obstruktion, so akut, wie sie einer eingeklemmten Hernie, einem Volvulus oder einer Intus susception zukommen, verursacht sein können, durch einen Druck eines „ultrapelvischen Abszesses“ auf das Rektum oder die Flexura sigmoidea. Ich habe mich, seit dieser Fall unter meine Behandlung kam, überzeugt, daß ähnliche Fälle vorgekommen sind, in welchem der Bauchschnitt für diesen speziellen Fall angewendet wurde, mit Resultaten, welche man sich denken kann. In diesem besonderen Fall, da eine Rektaluntersuchung einmal gemacht war, war die mechanische Ursache der Obstruktion, d. h. der Rückwärtsdruck der Geschwulst durchaus nicht zweifelhaft, aber sowohl das Anfühlen dieser Geschwulst, als die vorherige Erzählung von der progressiven Verkleinerung der scybala während einer Periode von mehreren Monaten, bei einer Frau zwischen 50 und 60 Jahren, liefs mich oder solchen, welche auch den Fall sahen, nichts anderes vermuten, als daß dieser Tumor irgend eine Art eines Neoplasma sei. Da die Geschwulst sich als Abszefs herausstellte und die Symptome nach dessen Entleerung plötzlich und ganz schwanden, so war das

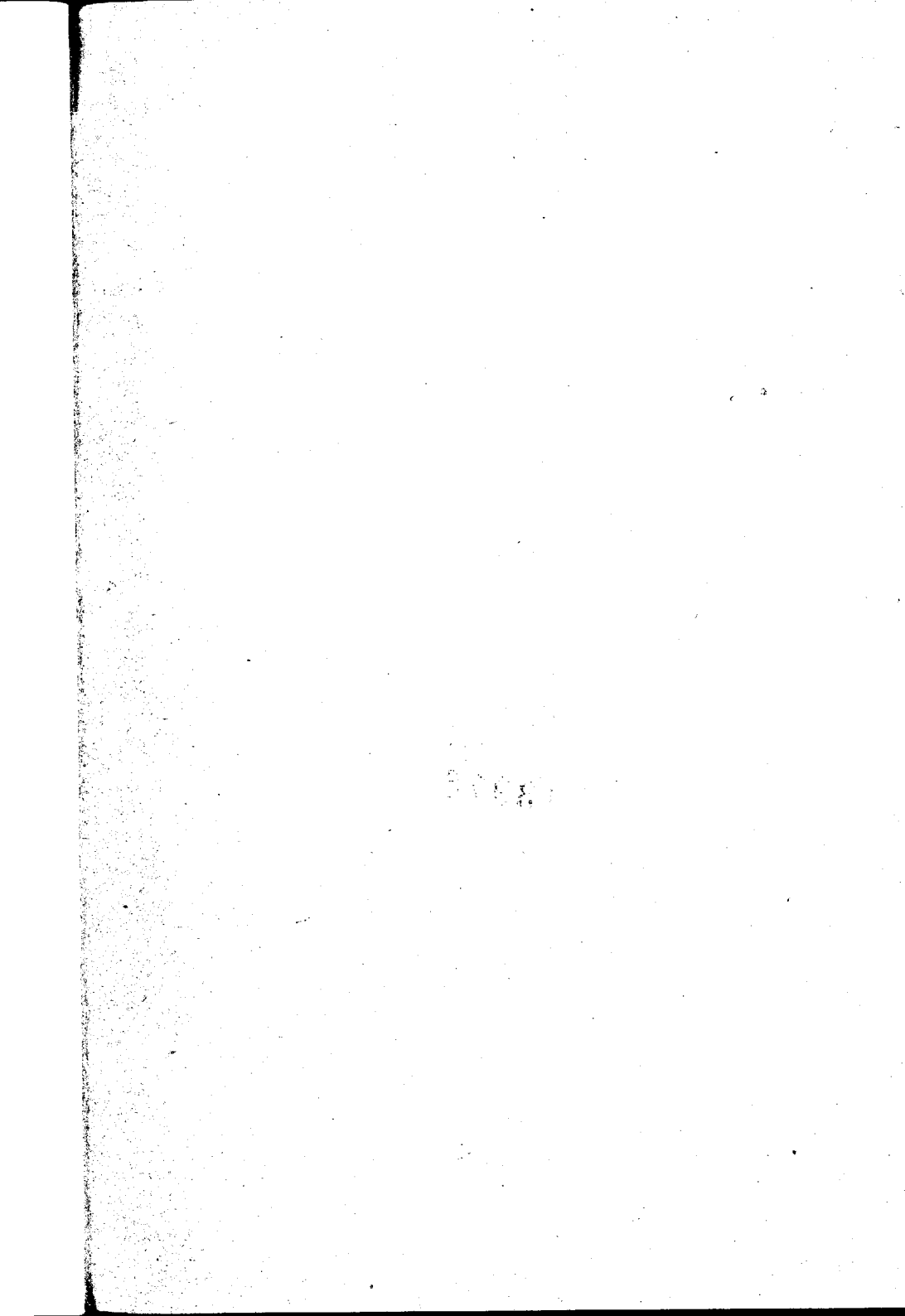
schliessliche fatale Resultat sehr überraschend. Mangelhafte Drainage der Höhle war ohne Zweifel die Ursache der Cellulitis, welche zum Tode führte. Aber ich weiss kaum, wenn man die Lage des Abszesses inbetracht zieht, hoch oben in der Douglaskapsel, wie es hätte möglich sein sollen, eine bessere Drainage oder weniger septische Bedingungen zu sichern.





13978

13978



HEUSER's BUCHDRUCKEREI (Louis Heuser) in NEUWI

