



ÜBER

DIE ERÖFFNUNG TIEFER PERIREKTALER ABSCESSSE

DURCH DEN

PERINEALSCHNITT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÆSIDIUM VON

Dr. PAUL BRUNS,

O. Ö. PROFESSOR DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURGISCHEN KLINIK

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

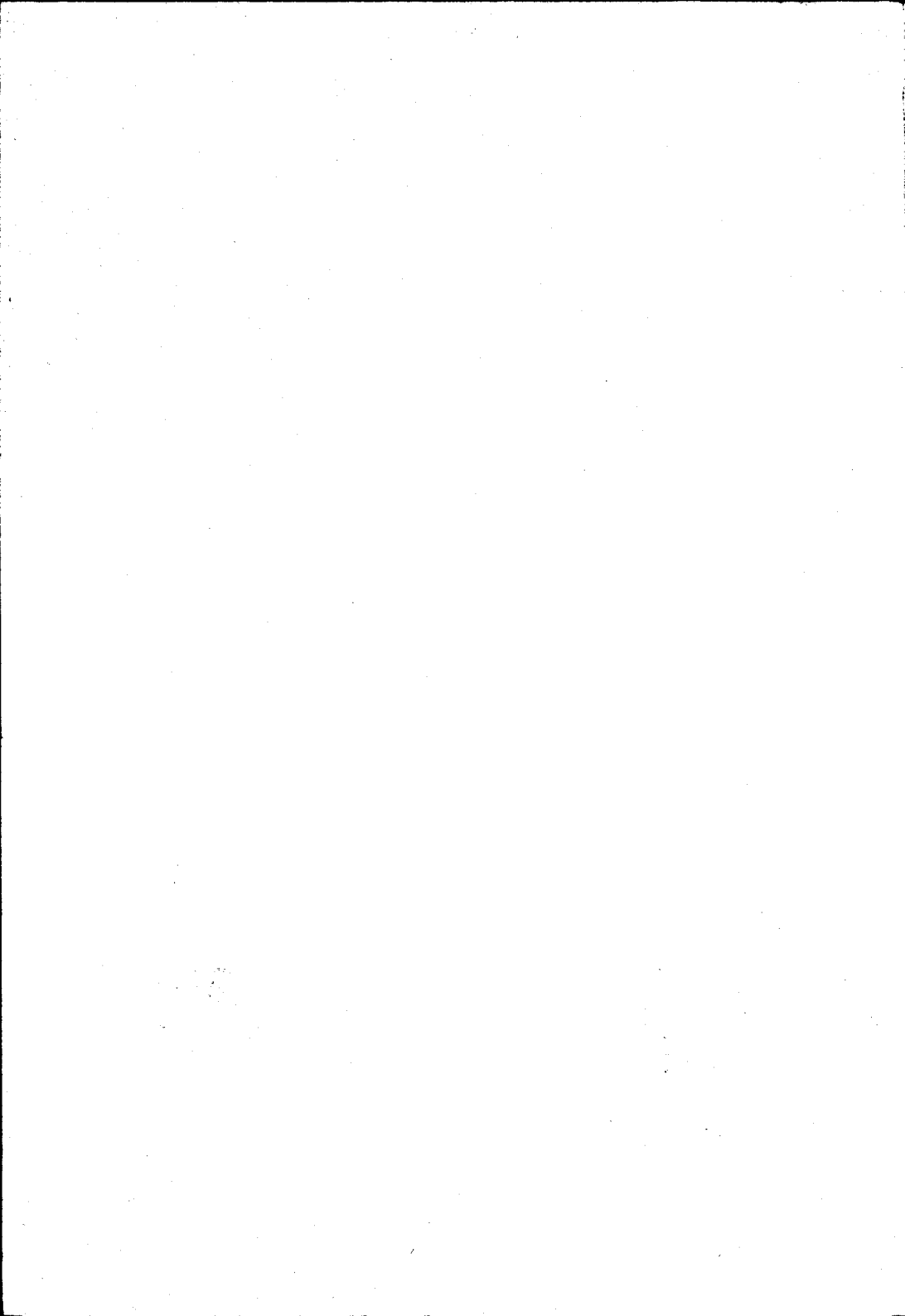
HEINRICH ZELLER,

APPROB. ARZT AUS MARKGRÖNINGEN



TÜBINGEN, 1887.

DRUCK VON H. LAUPP JR.



ÜBER
DIE ERÖFFNUNG TIEFER PERIREKTALER ABSCESSSE
DURCH DEN
PERINEALSCHNITT.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE
UNTER DEM PRÆSIDIUM VON

Dr. PAUL BRUNS,
O. Ö. PROFESSOR DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURGISCHEN KLINIK

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

HEINRICH ZELLER,
APPROB. ARZT AUS MARKGRÖNINGEN.



TÜBINGEN, 1887.
DRUCK VON H. LAUPE JR.

MEINEM VÄTERLICHEN FREUNDE

Herrn Dr. med. H. WERNER

IN MARKGRÖNINGEN

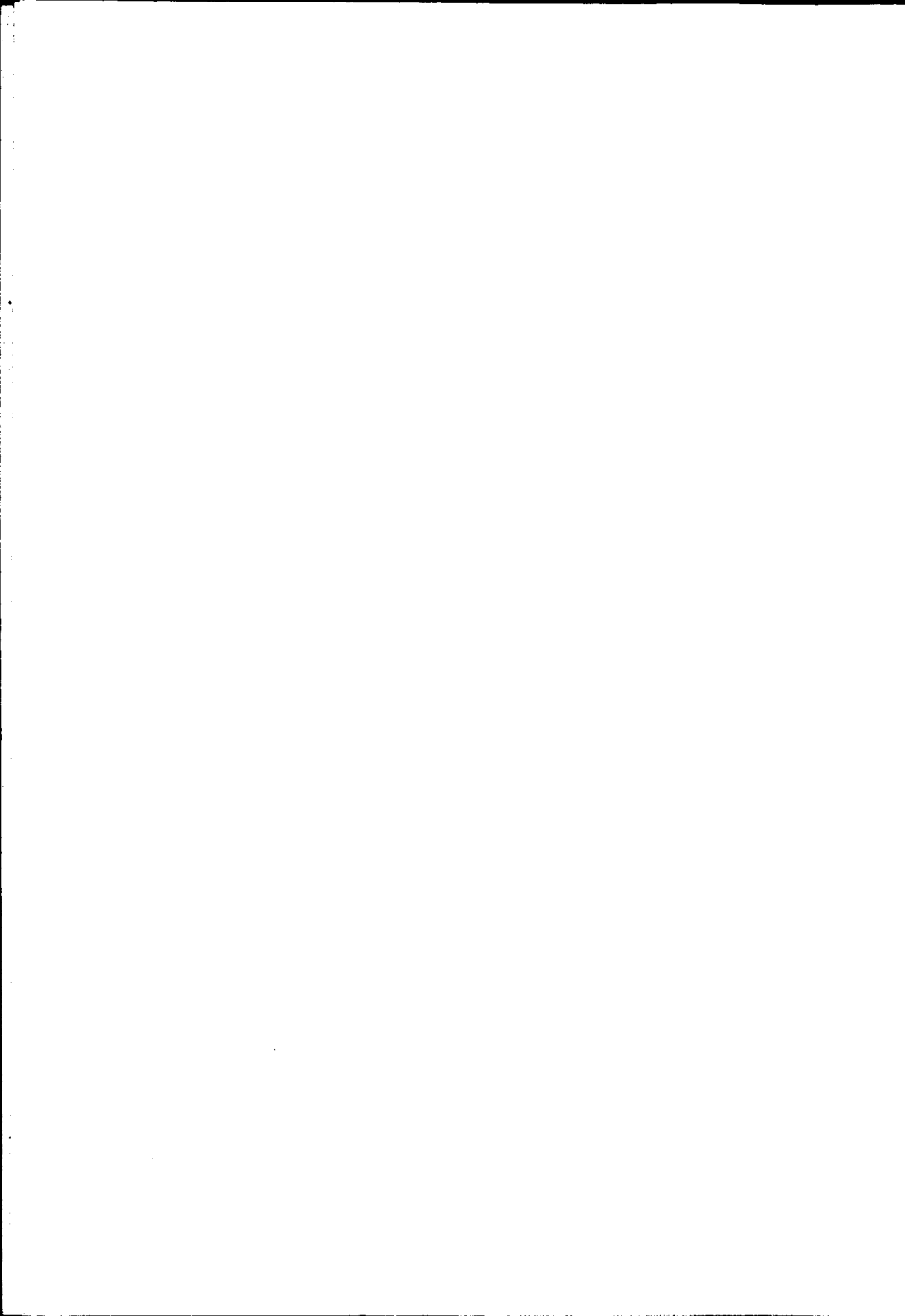
der mich für den ärztlichen Beruf begeisterte und in die Praxis
einführte

in treuer Anhänglichkeit

gewidmet

vom

VERFASSEN.



Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Bruns sage ich für die freundliche Ueberlassung des Materials zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank.

H. Zeller.

Die Veranlassung zu dieser Arbeit geben mir einige Fälle von grösseren Abscessen hoch oben in der Umgebung des Rektums gelegen, die in der Klinik des Herrn Prof. Bruns während der letzten zwei Jahre zur Beobachtung kamen. Es handelte sich dabei um Eiteransammlungen, die an der vorderen oder seitlichen Wand des Rektums von dem touchirenden Finger erkannt wurden, deutliche Fluktuation zeigten und grosse Neigung hatten, ins Lumen desselben durchzubrechen.

An Stelle derjenigen Operationsmethode, welche seither für solche Abscesse beinahe ausschliesslich gewählt und empfohlen wurde, nämlich der Eröffnung vom Rektum aus, wurde der Perinealschnitt gemacht. Derselbe hat sich in den vorliegenden 3 Beobachtungen so gut bewährt, dass das Verfahren wohl zur principiellen Anwendung in jenen Fällen empfohlen werden darf. —

In der Umgebung des Mastdarms begegnen wir einer grossen Anzahl von Abscessen, die ihrem Wesen und ihrer Bedeutung nach sehr verschieden sich verhalten. Am häufigsten zur Beobachtung kommen kleinere, unter der äussern Haut,

oder der Schleimhaut des Mastdarmes gelegene Eiteransammlungen, die allmählich die Haut oder Schleimhaut perforiren und zu Fistelbildung führen. Diese sind oft tuberkulösen Ursprungs und zeichnen sich meist durch chronischen Verlauf aus. Von diesen oberflächlichen, perianalen Abscessen sind die perirektalen abzuscheiden, die mehr in der Tiefe und zwar entweder unterhalb des Levator ani, in der Fossa ischio-rectalis, oder oberhalb desselben zur Entwicklung kommen.

Betrachten wir kurz die topographisch - anatomischen Verhältnisse des Beckenbodens, so finden wir, dass derselbe fest abgeschlossen ist durch das sogen. Diaphragma pelvis (gebildet vom M. levator ani und coccygeus) mit seinem oberen Ueberzug, der Beckenfascie; verstärkt ist dasselbe noch in seinen vorderen und unteren Partien durch das Diaphragma urogenitale (gebildet vom M. transversus perinei) und dessen unteren Ueberzug, die tiefe Dammfascie. Es lässt sich nun leicht begreifen, dass die Ausdehnung und Weiterverbreitung eines Abscesses wesentlich dadurch modificirt wird, ob ein solcher oberhalb oder unterhalb dieses Diaphragma pelvis sich bildet; denn eine so starke Schicht von Muskeln und Fascien wird dem Eiter, der die Tendenz hat, nach aussen durchzubrechen, einen bedeutenden Widerstand entgegensetzen können. Ausserdem haben die Fasern des Levator ani einen trichterförmigen Verlauf, indem sie sich von beiden Seiten gegen die Mittellinie und wieder von vorn und hinten gegen die Stelle senken, wo der Mastdarm dieselbe durchbohrt. Man kann also aus diesen anatomischen Verhältnissen mit grösster Wahrscheinlichkeit den Weg konstruiren, den die Abscesse, welche oberhalb des Diaphragma entstehen, nehmen werden.

Was nun das Vorkommen solcher Abscesse betrifft, so sind entschieden diejenigen die häufigeren, welche in dem reichlichen Fett- und Bindegewebe der Fossa ischio-rectalis zwischen tiefer und oberflächlicher Dammfascie sich bilden und ebenfalls oft gegen das Rectum vordringen, da sie an

dem oberflächlichen Blatt einen gewissen Widerstand finden, den sie aber in länger dauernden Fällen nicht so schwer überwinden und so zu subkutanen Abscessen werden können.

Hier in dieser Arbeit interessiren uns jedoch die selteneren Beobachtungen von jenen oberhalb des Diaphragma entstehenden Abscessen. Als Hauptsitz für solche muss vor allem die Prostata und das periprostatische Bindegewebe Erwähnung finden; denn die Abscesse derselben sind es, welche am häufigsten vorkommen und in ihrem klinischen Bilde am genauesten bekannt sind.

Bekanntlich entstehen diese Prostata-Abscesse gewöhnlich im Gefolge von Reizzuständen der Harnröhre (floride Gonorrhöen, Strikturen, roher Kathetrismus oder Injektionen), zuweilen durch Fortpflanzung der Entzündung vom Rektum aus, wie namentlich hie und da durch Venenentzündung im Gefolge von Hämorrhoiden. Für die letztere Entstehungsweise spricht mit Bestimmtheit eine unserer Beobachtungen (s. unten Fall 1), in welcher sich der Prostata-Abscess an die Ruptur und Vereiterung eines Hämorrhoidalknotens anschloss.

Die Abscesse der Prostata treten entweder auf als kleine, zahlreiche Eiterherde, die allmählich grösser werden und schliesslich konfluiren, oder von Anfang an als ein einzelner, mehr oder weniger rasch sich vergrößernder Abscess, so dass schliesslich die ganze Drüse in einen grossen, weiten Sack umgewandelt wird, der mit Eitermengen bis zu 160 und 180 gr (Thompson) angefüllt ist. Bemerkenswerth ist, dass diese Abscesse sich nicht selten über das Drüsengewebe und seine Kapsel hinaus in das periprostatische Bindegewebe verbreiten. Dieses lockere und weitmaschige Bindegewebe bildet einen sehr günstigen Boden für die Weiterverbreitung der eitrigen Infiltration, wodurch das rasche Wachsthum der Abscesse, aber auch der frühzeitige Durchbruch nach aussen befördert wird. Ausser diesen von der Drüse auf das periprostatische Gewebe übergreifenden Abscessen gibt es noch — wenn auch seltener — solche, bei denen primär die Entzündung in dem Bindegewebe sich

etablirt hat und erst sekundär die Prostata ergreift. Als Ursache für diese hat man wohl daran zu denken, dass durch das Venen- und Lymphgefässsystem, das in dieser Gegend überaus stark ausgebildet ist, Entzündungserreger aus den Nachbarorganen (etwa aus dem Darm) herbeigeführt worden sind, zur Ansiedlung günstige Bedingungen fanden und Eiterung bewirkten. Ganz entschieden ist eine Analogie zwischen diesen periprostatischen Infiltrationen und Abscessen mit den so häufigen parametritischen Exsudaten und Abscessbildungen nicht zu verkennen.

Von den oberhalb des Diaphragma pelvis entstehenden Abscessen kommen nun noch einige andere Formen vor, von denen zwei genauer differenzirt werden können, nemlich die Sterkoralen und die Kongestionsabscesse.

Die ersteren pflegen sich von höher gelegenen Geschwüren des Darms besonders nach syphilitischen Processen zu entwickeln, indem dieselben in das perirektale Gewebe durchbrechen und der Koth direkt mit diesem in Berührung kommt; es genügt jedoch schon die kleinste Verletzung der Darmwand, welche durch die Ingesta selbst bewirkt werden kann, um eine Invasionsstelle für die Masse der stets im Darm befindlichen Entzündungserreger abzugeben.

Ferner kommt es ausnahmsweise vor, dass sich Kongestionsabscesse, die von tuberkulöser Caries der Beckenknochen oder des unteren Theils der Wirbelsäule ihren Ausgangspunkt nehmen, in der Richtung gegen das Rektum und Perineum senken, während sie bekanntlich gewöhnlich dem Verlaufe des M. ileopsoas folgen.

Endlich finden sich gar nicht selten Beobachtungen, zu deren Erklärung die bisher bekannte Reihe ätiologischer Einwirkungen nicht ausreicht. Zu diesen müssen 2 unserer Fälle gerechnet werden, in denen die Entstehungsursache sich nicht sicher ermitteln liess. In dem einen Falle nämlich hatte der Kranke zwar 5 Monate vorher einen Sturz vom Pferde gethan und war dabei auf die Nates gefallen; allein da er hierauf 4 Monate lang gar keine Beschwerden ver-

spürte, bleibt es zweifelhaft, ob jenes Trauma als Ursache des Abscesses anzusehen ist. Der andere Patient litt zugleich an einem Blasenpapillom, das vermittelst der Sectio alta extirpirt wurde; 3 Wochen nach der Operation zeigte sich ein tiefgelegener Abscess an der linken Seitenwand des Mastdarmes, an welcher Stelle jedoch bei der Untersuchung schon vor der Operation Druckempfindlichkeit bestanden hatte. Es ist also an einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen dem chirurgischen Eingriff und dem Abscess nicht zu denken und wir können die Aetiologie des letzteren nicht feststellen.

Die Diagnose der in Rede stehenden Abscesse ist bei Berücksichtigung aller Merkmale wohl in der Regel zu stellen. Man hat besonders die Aufmerksamkeit zu richten auf ein Gefühl von Schwere, Druck im Unterleib, Störungen der Koth- und Harnentleerung (wie Tenesmen, heftige Schmerzen beim Stuhlgang oder Uriniren, öfters sogar plötzliche Urinverhaltung) und gewöhnlich eine erhebliche Störung des Allgemeinbefindens mit Steigerung der Temperatur. Gesichert wird die Diagnose durch die Digitaluntersuchung vom Rectum aus. Manchmal jedoch sind die Erscheinungen sehr wenig charakteristisch ausgeprägt, so dass der Arzt nur zu oft versäumt, vom Mastdarm aus zu untersuchen, bis der plötzliche Abgang einer reichlichen Eitermenge aus der Urethra oder dem Mastdarm die Anwesenheit eines Abscesses verräth. Gar nicht selten kommt es sogar vor, dass bei Autopsieen Abscesse gefunden werden, die während des Lebens nicht diagnosticirt worden waren. S e g o n d¹⁾ zählt in seiner Statistik über 115 Beobachtungen von Prostata-Abscess 13 solche Fälle auf, bei denen der Eiter nach aussen nicht durchgebrochen war und erst bei der Sektion Abscesse der Prostata aufgefunden wurden. Es sind also mehr als 10% der Abscesse nicht diagnosticirt worden, ein neuer Fin-

1) P. S e g o n d, Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique. Paris 1880.

gerzeitig für den Arzt, die Untersuchung per anum in zweifelhaften Fällen ja nicht zu unterlassen.

Bezüglich des Verlaufes der Abscesse interessirt uns vor allem die Richtung, in welcher sich dieselben vergrössern und zum Durchbruch kommen. Dieser erfolgt am häufigsten in die Harnröhre und wird meist bewirkt durch irgend eine körperliche Bewegung, sehr oft durch die Anwendung der Bauchpresse; nicht selten sind auch die Fälle, in denen der Abscess durch Einführen des Katheters unabsichtlich oder absichtlich eröffnet wird, worauf sofort sich eine mehr oder weniger beträchtliche Menge Eiter entleert. Das Ausfliessen desselben dauert noch einige Zeit fort und bietet mitunter die bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit, dass es nicht tropfenweise, sondern in grössern Quantitäten auf einmal erfolgt. Der Grund hiefür liegt darin, dass der Inhalt des Abscesses durch den Sphincter vesicae zurückgehalten wird, da dieser die Pars prostatica urethrae als Schliessmuskel umgibt und als glatte und als quergestreifte Portion in dem Gewebe der Prostata enthalten ist (Henle). Erst wenn nach verschiedenen langen Intervallen der Eiter sich wieder zu einer grösseren Menge angesammelt hat, wird derselbe gleichsam ejakulirt. Dieses intermittirende Ausfliessen war ganz charakteristisch in einem Fall von Segond (loc. cit. pag. 156), indem der Kranke alle viertel oder alle halbe Stunde einen halben Löffel voll Eiter entleerte; in der Zwischenzeit ging aber kein Eiter ab und beim Uriniren war der Strahl nur anfangs durch Eiter getrübt, gleich darauf aber ganz klar. Einen andern derartigen Fall erwähnt Lallemand¹⁾, bei dem der Ausfluss durch das Rectum mit Intervallen von mehreren Wochen erfolgte und jedes Mal 3—4 Tage andauerte.

Von den Wegen, die der Eiter benützt, um sich nach

1) Medicinisch-chirurgische Klinik des Prof. Lallemand, veröffentlicht von H. Kaula, übersetzt von Dr. Davis. Nürnberg 1846. p. 231.

aussen Bahn zu brechen, ist, wie erwähnt, am häufigsten der Durchbruch in die Urethra. *Second* fand ihn unter 102 Fällen 64 Mal und zwar hatte in 35 Fällen die Eröffnung nur in die Urethra stattgefunden (7 Mal beim Kathetrisiren, 28 Mal spontan). Dieses Ereigniss bietet aber nur dann günstige Chancen zur Heilung, wenn der Durchbruch frühzeitig erfolgt ist und darauf sofort die Vernarbung der Abscesshöhle beginnt. Auf diese Weise sind ohne Zweifel manche Abscesse in kurzer Zeit geheilt. Doch ist die Kommunikation einer Eiterhöhle mit den Harnwegen nicht ohne Gefahr; denn das Eindringen von Urin in die Höhle wird die Ausheilung derselben wenn nicht ganz unmöglich machen, so doch schwer behindern und kann schliesslich zu langdauernder Eiterung oder zu purulenter Infektion führen. Unter obigen 35 Fällen sind denn in der That 10 gestorben, bei welchen 3 Mal purulente Infektion, 2 Mal Pyelonephritis, 1 Mal Peritonitis und 4 Mal anderweitige Komplikationen als Todesursache angegeben sind.

Die ungünstigen Bedingungen für Abscesse, die nur in die Urethra durchgebrochen sind, liegen auch noch darin, dass meist die Oeffnung zu klein ist, um dem Eiter einen gehörigen Abfluss zu gestatten; ausserdem ist sie ungünstig gelegen, da sie sich nicht an der tiefsten Stelle des Eiter-sackes befindet. Daher kommt es, dass sich der Eiter so oft (unter 64 Fällen 22 Mal) noch einen andern Weg zu bahnen sucht und nach aussen gegen das Rektum oder Perinäum durchbricht. Hiedurch entstehen Fisteln, die sehr schwer oder auch gar nicht mehr zur Heilung gebracht werden können.

Zu den Ausnahmefällen ist es zu rechnen, dass ein Prostataabscess in die Blase hinein durchbricht. Gewöhnlich wird eine Beobachtung von J. L. Petit¹⁾ citirt, dem es möglich war, mit dem Ende einer Sonde einen in die

1) J. L. Petit, *oeuvres posthumes de chirurgie, mises au jour par M. Lesne. Paris 1774. t. III. p. 33.*



Blase hinein prominirenden Abscess der Prostata zu eröffnen.

Für die reinen Prostataabscesse, bei denen die Eiterung auf das Gewebe der Drüse beschränkt ist, gibt es nur den Durchbruchsweg in die Urethra oder in die Blase. Anders dagegen verhalten sich die Abscesse, welche nach Durchbruch der Kapsel auf das umgebende Gewebe übergegriffen haben oder von vornherein in dem periprostatiscen und perirektalen Gewebe entstanden sind. Wie häufig die Betheiligung des ersteren ist, geht am besten wieder aus der Zusammenstellung von *Segment* hervor, bei welcher unter 77 Beobachtungen (die 35 Fälle von reinem Prostataabscess mit alleiniger Urethralöffnung sind abgerechnet) die Häufigkeit der Eröffnung folgende war:

- 43 Mal ins Rektum,
- 29 » in die Urethra,
- 15 » in das Perinäum,
- 5 » gegen die Inguinalgegend,
- 3 » gegen die Fossa ischio-rectalis,
- 2 » gegen das Foramen obturatorium.

Die übrigen Fälle machten complicirtere Fistelgänge.

Die grosse Anzahl der Eröffnungen ins Rektum hat für uns nichts Auffallendes, da wir gesehen haben, dass der Eiter durch die topographisch-anatomischen Verhältnisse auf diesen Weg gewiesen ist. Unter den 43 Beobachtungen waren 18, bei denen der Durchbruch nur ins Rektum stattgefunden hatte und 21, in denen zugleich eine Oeffnung in die Urethra bestand. Diese letzteren Fälle können dadurch so unangenehm werden, dass die Urethro-Rektalfisteln oft sehr lange persistiren, ja manchmal selbst einer sehr energischen Behandlung trotzen.

Die Eröffnung des Abscesses ins Rektum geschah 30 Mal spontan, 13 Mal wurde sie chirurgisch eingeleitet. Dabei sind die Bedingungen für den Abfluss des Eiters im Allgemeinen besser, als bei einer Urethralöffnung; doch sind selbst die chirurgisch gemachten Eröffnungen, die freilich zum Theil nur mit dem Fingernagel ausgeführt wurden, oft zu klein

und ungenügend, so dass es in 2 Fällen von Guyon¹⁾ nach Incision des Rektums noch zu Perforation in die Urethra kommen konnte. Ueber den chirurgischen Eingriff vom Mastdarm aus soll weiter unten noch ausführlicher abgehandelt werden. Von den 30 spontan ins Rektum durchgebrochenen Fällen sind 20 vollständig geheilt im Durchschnitt nach einer Dauer von 2 Monaten; 5 sind gestorben und zwar 2 durch die profuse Eiterung, 1 an Pyelonephritis und die beiden übrigen an Komplikation mit Lungenleiden; 4 behielten Fisteln zurück und in 1 Fall ist der Ausgang unbekannt.

Eine weitere Eventualität ist der Durchbruch eines Abscesses am Perinäum; derselbe erfolgte unter den 102 Beobachtungen nur 5 Mal spontan und ist daher als ein seltenes Vorkommniss zu bezeichnen. Unter diesen Fällen ist aber kein einziger, in dem sich der Eiter nur durch das Perinäum Bahn gebrochen hätte; sondern sie kamen nur bei ausgedehnteren Eiteransammlungen neben anderweitigen Fistelbildungen vor, so z. B. in einem Falle zugleich Durchbruch des Eiters in die Urethra, durch das Skrotum, das Perinäum und das Rektum. Ob nun allerdings hiebei der Eiter seinen Weg durch das Diaphragma pelvis hindurch genommen hat oder vielleicht auch diesseits desselben entstanden ist, darüber wird man auch beim Sondiren solcher Fistelgänge nicht immer ins Klare kommen. Auch ist es nicht unmöglich, dass es sich das eine oder andere Mal um verschiedene, nicht direkt communicirende Eiteransammlungen oberhalb und unterhalb des Diaphragma gehandelt hat. Revillout²⁾ erzählt nemlich einen ähnlichen Fall, bei dem man eine Urethro-Rektalfistel vermuthete, aber 2 diskrete Abscesse gleichzeitig neben einander bestanden, von denen der eine nach der Urethra, der andere nach dem Rektum durchgebrochen war.

Für die durch die Fossa ischio-rektalis durchgebrochenen

1) vid. Segond, pag. 156 u. 159.

2) Gaz. des hôpitaux. 1867.

Abscesse mag dasselbe gelten; es existirt jedoch auch die Möglichkeit, dass diese sich von oben herab im perirektalen Gewebe, wo der Levator ani an seiner Ansatzstelle noch am leichtesten zu durchbohren ist, gesenkt und in der Fossa ischio-rektalis sich wieder weiter ausgebreitet haben und schliesslich perforirt sind. Solche Abscesse können dadurch zu höchst unangenehmen Folgen Veranlassung geben, dass sie zu beträchtlichen Zerstörungen der Gewebe und zu ausgedehnter Unterminirung der Haut und Schleimhaut führen und eine sehr lange dauernde Eiterung bewirken.

Endlich wurden auch Fälle beobachtet, in denen der Durchbruch in der Inguinalgegend und durch das Foramen obturatorium erfolgte, allein sie sind nur 5 resp. 2 Mal in der Statistik von Segond notirt; und als seltene Ausnahme mag noch Erwähnung finden, dass der Durchbruch je ein Mal am Nabel und in der Höhe der falschen Rippen stattfand.

Die Prognose aller dieser tiefliegenden Abscesse gestaltet sich immerhin recht ungünstig. Nach der Statistik von Segond wurden nemlich unter den 114 Fällen 70 geheilt, 10 behielten Fisteln zurück und 34 starben. Sind nun auch 11 von diesen Todesfällen Komplikationen mit andern Krankheiten zur Last zu legen, so beträgt die Mortalität immerhin noch 20 Procent. Die Lebensgefahr kann zunächst bedingt sein durch die ausgedehnten lokalen Zerstörungen und die sich daran anschliessenden, lange dauernden und profusen Eiterungen, die dann ganz gewöhnlich zu Stande kommen, wenn der Abscess mit der Urethra oder dem Rectum oder mit beiden communicirt. Ausserdem gesellt sich zu diesen ausgedehnten Eiterungen leicht septische Infektion, welche noch besonders durch das reiche Venen- und Lymphgefässsystem in dieser Gegend begünstigt wird. In der That ist unter den 23 Todesfällen 9 Mal septische Infektion als Todesursache angegeben. Dagegen ist bei Kommunikation des Abscesses mit der Urethra das Eintreten von Urininfiltration erfahrungsgemäss nicht so sehr zu befürchten, da der Urin durch die verdickte, entzündete Wand der Abscesse

sich nicht so leicht in das Gewebe der Umgebung ergiessen kann.

Angesichts solcher Gefahren, welche diese perirektalen Abscesse im Gefolge haben, ist es gewiss von grossem praktischem Interesse, genau das Verfahren zu bestimmen, welches für ihre Behandlung und Heilung die günstigsten Resultate liefert.

Bisher wurde von den meisten Chirurgen als Regel aufgestellt, dass man die Abscesse vom Mastdarm aus eröffnen soll, wenn sie gegen denselben prominiren und dort Fluktuation zeigen; und dass man am Damm nur dann einzuschneiden habe, wenn in dieser Gegend eine deutliche Hervorwölbung bestehe. Die Senkung der Abscesse findet bekanntlich aber meist gegen das Rektum statt, so dass bei weitem am häufigsten die Incision vom Rektum aus gemacht wurde und es den Anschein haben könnte, als würde dieses Verfahren auch principiell vor der Eröffnung vom Damm aus den Vorzug verdienen.

Wir wollen versuchen, die Vorzüge, bezw. Nachtheile der beiden Vorfahren gegen einander abzuwägen.

Die Incision vom Rektum aus wird gewöhnlich in der Art ausgeführt, dass der Abscess unter der Leitung des in das Rektum eingeführten linken Zeigefingers oder eines Speculum mit dem Messer eröffnet wird; hie und da hat man sich hiezu blos des Fingernagels bedient.

Diese Methode erzielt ohne Zweifel unter günstigen Umständen manchmal Heilung der Abscesse, und Guyon hat 11 Fälle auf diese Weise operirt. In vielen Fällen ist dagegen diese Eröffnung nicht ausreichend und bringt zudem noch mancherlei Gefahren mit sich. Namentlich sind folgende Einwendungen gegen die Rektalincision zu erheben.

1. Die Incision, welche in der Mastdarmwand angelegt werden kann, ist zu klein; sie genügt oft nicht, um dem Inhalt ganz freien Abfluss zu verschaffen. Dazu kommt, dass die Eröffnungsstelle nicht immer zugleich der tiefste Punkt des Abscesses ist und dass man keine ständige Drainage

durch den Anus und die Darmwunde in den Abscess einlegen kann. Der Eiter sammelt sich daher wieder an und sucht sich noch nach andern Richtungen hin einen Ausweg; so ist in 2 Fällen, in denen Guyon die Incision des Rektums machte, einige Tage nachher noch Durchbruch in die Urethra erfolgt, und in einem Fall von Reliquet¹⁾ verbreitete sich der Eiter noch hinauf bis in die Inguinalgegend und wurde dort entleert. Noch schlimmer war der Ausgang in den Beobachtungen von Dubreuil²⁾, der nach einer Incision des Rektums den Kranken an septischer Infektion verlor, und derjenigen von Dransart³⁾, dessen Kranker nach Eröffnung des Abscesses mit dem Fingernagel eine Perforation des Eiters ins Peritoneum bekam und in Folge der sich daran anschliessenden Peritonitis starb. Die Rektalincision ist also nicht im Stande, uns sicher gegen die Wiederansammlung und Retention des Eiters zu schützen. Zudem ist die Absorption eitriger Substanzen in dieser Gegend sehr zu befürchten, da sie so reich an venösen Gefässen ist.

2) Bei der Rektalincision ist die strenge Anwendung der Antisepsis während der Operation und der Nachbehandlung unmöglich. Denn der Mastdarm kann zwar, ehe man die Incision macht, durch desinficirende Ausspülungen gereinigt, aber nicht aseptisch gemacht werden. Ferner lässt eine Wunde im Rektum natürlich keinen sicheren antiseptischen Verband zu, während eine Incisionsöffnung am Damm durch einen sorgfältigen Verband ganz vor Verunreinigungen von Seiten der Urethra und des Mastdarms geschützt werden kann. Heutzutage müssen wir uns aber sehr davor hüten, ein Operationsverfahren zu wählen, bei dem die Antisepsis in ihrer ganzen peinlichen Strenge nicht durchgeführt werden kann.

3. Die Incision vom Rektum aus setzt die Abscess-

1) vid. Segond, pag. 225.

2) Bull. de la Société de chirurgie. 1872.

3) Progrès méd. 1873.

höhle in direkte Kommunikation mit dem Darminhalt, der stets eine Masse fauliger, entzündungserregender Stoffe mit sich führt. Es liegt auf der Hand, dass diess im schärfsten Widerspruch mit allen Regeln der antiseptischen Wundbehandlung steht, denn hiedurch wird gerade einer septischen Infektion der beste Vorschub geleistet.

4. Da die Incision vom Rektum aus nicht zugleich die Entstehung einer Perforation in die Urethra verhindert, so ist dadurch das Zustandekommen von Urethro-Rektalfisteln begünstigt, die der Therapie viel unzugänglicher sind, als eventuell entstehende Urethro-perinealfisteln.

5. Zu diesen schweren Bedenken ist noch hinzuzufügen, dass eine Incision des Rektums von ernsten Blutungen gefolgt sein kann. Guyon¹⁾, Le Dentu²⁾, Guiard³⁾ veröffentlichten solche Fälle, bei denen die Tamponade des Rektums wegen sehr beunruhigender Blutungen nöthig wurde, und in einem Fall, den Guyon operirte, war die Blutung so beträchtlich, dass sie das Leben des Kranken ernstlich gefährdete.

Für die Incision vom Damm aus galt bis in die letzten Jahre eine Hervorwölbung, wenn nicht gar der Nachweis von Fluktuation am Damm für unerlässlich, und nur wenige Autoren gab es, welche diese Art der Behandlung auch bei tiefer liegenden Abscessen wählten. Dieses Verfahren der Operateure hat darin seinen Grund, dass es natürlich viel schwieriger ist, mit dem Messer in dieser der Harnröhre und dem Mastdarm so nahe gelegenen Gegend vorzugehen. Es gehört dazu schon eine gewisse operative Fertigkeit und Sicherheit, um es sich zu getrauen, durch die tiefen, in ihrer Struktur so wenig von einander differenzirten und schwer zu erkennenden Gewebsschichten des Dam-

1) Vergl. Segond, pag. 177.

2) *Traité des maladies des voies urinaires* von Voillemier, II volum. von Le Dentu. Paris 1880.

3) Guiard, *Annales des maladies des org. genito-urinaires* t. I. p. 455. 1883.

mes einzuschneiden: zumal wenn man, wie in unserer 3. Beobachtung, erst in der beträchtlichen Tiefe von 10 cm auf den Abscess kommt.

Während nun bekannte Autoritäten am Anfange unseres Jahrhunderts, wie Home¹⁾ und Howship²⁾ bei Prostataabscessen nur innerliche Mittel (Narcotica) und etwa noch Blutegel anwandten, ist Guthrie³⁾ der erste, welcher wenigstens von der Perinealincision spricht. In seinem Werke berichtet er über einen von W. Blizard beobachteten Kranken, der an einem grossen, gegen den Mastdarm und die Blase erheblich prominirenden Abscess starb, und fügt hinzu: »ich glaube, dass der Mann gerettet worden wäre, wenn man durch eine Operation das durch die Anschwellung der Prostata entstandene Hinderniss entfernt hätte. Diese Idee ist nicht blosse Spekulation, ich habe in mehreren Fällen eine derartige Operation mit den glücklichsten Erfolgen verrichtet.«

Auch Velpeau⁴⁾ erkennt die Vortheile des Perinealschnittes vollständig an, indem er schreibt: »Le lieu le plus convenable pour l'ouverture des abcès de la prostate serait certainement le périnée, le plus près possible de l'anus. Ces abcès trouveraient là un point déclive qui les mettrait à l'abri de toute stagnation de liquide et en mesure de se déterger promptement.« Nebenbei gibt er aber doch den Rath, die Incision vom Damm aus nur dann zu machen, wenn der Eiterherd dort eine Hervorwölbung bilde.

1) E. Homes, praktische Beobachtungen über die Behandlung der Krankheiten der Vorsteherdrüse, übersetzt von Dr. Sprengel. Leipzig 1817.

2) J. Howship, praktische Bemerkungen über die Krankheiten der Harnwerkzeuge, übersetzt. Leipzig 1819.

3) J. J. Guthrie über Krankheiten der Harnröhre, der Prostata und des Blasenhalses. Deutsch bearbeitet von Dr. Behrend. Leipzig 1836.

4) Dictionnaire de médecine en 30 vol. Article Prostate, Paris 1842.

Es ist das entschiedene Verdienst von Lallemand¹⁾, zuerst die Perinealincision auch bei tief liegenden Abscessen, die sich nur gegen das Rektum vorwölben, empfohlen und ausgeführt zu haben. Es handelte sich um einen 25jährigen Kranken, der während der Sondenbehandlung einer gonorrhoeischen Striktur eine harte, phlegmonöse Anschwellung der Prostata bekam, die aber nur durch Digitaluntersuchung per anum gefühlt werden konnte. Lallemand schnitt nun sofort vom Damm aus mit dem Bistouri in der Richtung auf den Blasenhal ein. Es floss eine geringe Menge Eiter ab, und nach einigen Tagen war die Wunde vernarbt und Pat. geheilt.

Seine Vorschriften, die er für die Behandlung der Abscesse gibt, haben heute noch ihre Geltung und würden es sicherlich verdienen, eine allgemeinere Beachtung zu finden. Er sagt: »Wenn man in der ersten Zeit gerufen wird und Härte und einen Vorsprung in der Gegend der Prostata fühlt, so muss man sogleich, und wäre auch keine Spur von Fluktuation da, einen tiefen Einschnitt auf die Mittellinie des Damms machen und dabei die Spitze des Bistouri in der Richtung gegen den Blasenhal wirken lassen, bis sie in die Dicke der Geschwulst eingedrungen ist. Indem man so verfährt, sieht man zwar für den Augenblick nur Blut abfließen, das höchstens mit einigen Tropfen Eiter sich gemischt zeigt, weil dieser in den Maschen des fächerigen Gewebes noch zerstreut ist, aber sobald man ihm Bahn bricht, so wird der Ausfluss bald immer reichlicher, alle Symptome verlieren sich und die Heilung wird durch keine konsekutive Störung verzögert. Warten bis Fluktuation in der Geschwulst fühlbar wird, hiesse sich der Gefahr aussetzen, der Prostata die Zeit zu lassen, dass sie ob der Schwierigkeit, die der Eiter hat, sich durch eine so bedeutende Dicke von Theilen

1) Lallemand, Clinique médico-chirurgicale, publiée par H. Kaula, Paris 1845. Deutsche Ausgabe übersetzt von Dr. Davis, Nürnberg 1846.

hindurch einen Weg zu bahnen, desorganisirt wird. Denn während dieser Zeit könnte sich die Eiterung gegen den Mastdarm oder die Harnröhre hin richten, denen sie viel näher liegt als der Haut.«

Diese seine Ansicht belegt L a l l e m a n d mit verschiedenen Beobachtungen, von denen er in 2 Fällen, die frühzeitig schon zur Operation kamen, die Incision vom Damme aus machte, ohne dass hier der Abscess irgend eine Hervorwölbung zeigte. Das eine Mal führte er eine bilaterale Incision der Prostata aus, um eine recht weite Eröffnung zu bekommen. Sehr interessant ist der oben genannte Fall noch dadurch, dass derselbe Kranke, welcher von L a l l e m a n d durch eine frühzeitige Perinealincision in einigen Tagen geheilt wurde, nach 8 Jahren sich eine neue Gonorrhoe zuzog und abermals einen Prostataabscess bekam, der trotzdem es Pat. verlangte, von einem andern Arzt nicht incidirt wurde, desshalb in die Urethra und den Mastdarm durchbrach, eine Fistel bildete und nun 4 Monate lang bis zu völliger Genesung dauerte. Diesen Fall stellt L a l l e m a n d an die Spitze seiner Beobachtungen, und es gibt in der That wohl kaum einen bessern, der in so überzeugender Weise die Richtigkeit seiner Ansicht beweisen würde.

Dieselben Principien für die Operation tief liegender Abscesse wurden ferner von D e m a r q u a y ¹⁾ befolgt, der zuerst die Aufmerksamkeit auf die periprostatistische Phlegmone gerichtet und darüber mehrere Mittheilungen veröffentlicht hat. Er berichtet zunächst über 3 Fälle, in denen er durch Perinealincision, die er in der Mittellinie oder seitlich von ihr ausführte, rasche Heilung erzielte, jedoch in diesen Fällen hatte die Eitersenkung gegen den Damm stattgefunden. Aber bei einem vierten Kranken, der wegen einer Striktur mit Sonden behandelt wurde und einen Prostataabscess bekam, war dies nicht der Fall gewesen, D e m a r

1) Observations de phlegmon periprostatique recueillies par P a u p e r t. Gaz. des hôpitaux 1856, p. 154. — Clinique sur les abcès periprostatiques. Union médic. 1862, p. 593.

quay musste nemlich 4—5 cm tief einschneiden, bis er auf den Abscess kam. Nach 9 Tagen war dieser Kranke schon vollständig geheilt. Dass aber die von Lallemand und Demarquay aufgestellten Indikationen für die Perinealincision nicht allgemein anerkannt und befolgt wurden, beweist der Umstand, dass Nélaton 1859 in seinen *Éléments de pathologie chirurgicale* zwar sehr wohl die Vortheile, welche eine frühzeitige Incision des Perinäums bietet, schildert, sich aber nicht getraut diese Methode zu empfehlen, da er ihre Ausführung für zu gewagt hält.

Von den neueren Bearbeitungen des Gegenstandes ist zunächst die von O. Stoll¹⁾ zu erwähnen, welcher 17 Fälle von Prostataabscess aus der Dittel'schen Klinik in Wien veröffentlicht. Er will operative Eingriffe überhaupt auf solche Fälle beschränkt wissen, in denen sich der Eiter bereits gegen den Mastdarm oder den Damm gesenkt hat und deutliche Fluktuation zeigt. Hat der Abscess die Tendenz ins Rektum durchzubrechen, so soll die Eröffnung von diesem aus angezeigt sein, und zwar verdient die Incision jedenfalls den Vorzug vor der blossen Punktion. Dagegen soll man nur dann die Eröffnung vom Damm aus vornehmen, wenn der Abscess daselbst durchgeföhlt werden kann. Stoll schlägt hiebei vor, entweder in der Mittellinie zu incidiren oder die Ablösung der vorderen Mastdarmwand zu machen, ein Verfahren, das seither freilich nur zu andern Zwecken geübt worden sei. Bei reinen Prostataabscessen jedoch meint er, müsste man am Damm so tief einstechen, dass dies Verfahren hiefür wenig oder keine Vortheile zu bieten scheine.

Von den Urtheilen unserer Zeitgenossen interessirt uns namentlich das von Thompson und Guyon als der erfahrensten Vertreter auf diesem Gebiete. Thompson²⁾ hat

1) Stoll, Zur Pathologie und Therapie des akuten Prostata-Abscesses. Dissert. Zürich 1877.

2) H. Thompson, The diseases of the prostate. London 1861. Uebersetzt von Dr. Theile, Erlangen 1867.

im Laufe der Zeit seine Ansicht geändert. Denn in der ersten Auflage seines bekannten Werkes empfahl er, wenn Fluktuation im Rektum vorhanden sei, dort einzuschneiden, wobei man sich mit Vorthail einer gerinnten Sonde zur Fixirung der Harnröhre bedienen könne. Dagegen hebt Thompson in der neuesten Auflage¹⁾ ausdrücklich hervor, dass man die Perinealincision bei sicher konstatirter Eiteransammlung in der Tiefe ohne Verzug machen solle, da man jetzt durch die grosse Erfahrung über die so häufig zum Zweck der Untersuchung der Blase gemachte Boutonnière gesehen habe, wie werthvoll und zugleich wie unschädlich sie sei. Thompson jedoch scheut sich davor, dieselbe frühzeitig, wenn noch keine Fluktuation nachzuweisen ist, auszuführen.

In demselben Sinne scheint Guyon seine Ansicht geändert zu haben. Während er früher im ganzen 11mal die Incision der Abscesse vom Mastdarm aus gemacht hatte, entschloss er sich im Nov. 1884 zum erstenmal die Perinealincision bei einem Kranken auszuführen, bei welchem der Abscess deutliche Fluktuation im Rektum und keine Hervorwölbung am Damm zeigte. Wir ersen diese Aenderung der Ansichten Guyons wohl am besten aus der sehr ausführlichen, oft citirten These seines Schülers Segond, der im Jahre 1880 noch den Satz aufstellt, dass die Rektal- und Perinealincision gleichermassen sehr gute Resultate ergebe und es daher unmöglich sei, aus den klinischen Thatsachen eine absolute Regel für die Wahl der einen oder der andern Methode festzustellen. Segond sagt darin: »Si la collection pointe vers le rectum et n'offre aucune tendance à fuser vers le périnée, on lui donnera issue par l'intestin«. Ausserdem führt er noch weiter aus, dass man nicht das gesunde Perinäum einschneiden dürfe, wenn nicht ganz sicher eine Eiterung in der Tiefe diagnosticirt sei.

In einer neueren Arbeit²⁾ nun nennt Segond die Rek-

1) Thompson, The diseases etc. London 1886. VI edition.

2) P. Segond, Bulletin de la Société de chirurgie. 22. Juillet 85.

talincision eine ungenügende, septische und gefährliche Operation und empfiehlt mit aller Entschiedenheit den Perinealschnitt als die einzig richtige Operation bei Eiterungen der Prostata und ihrer Umgebung, welche die Neigung haben, sich wo andershin als in die Urethra zu eröffnen. Er fügt zugleich zwei persönliche Beobachtungen bei, in denen er, trotzdem die Abscesse die Mastdarmschleimhaut unterminirt und sehr verdünnt hatten, doch vom Damm aus incidirte und rasche Heilung erzielte.

Wir sehen also hieraus, dass mit Ausnahme von Lallemand die bekanntesten Autoritäten auf diesem Gebiet erst in der neuesten Zeit dem Perinealschnitt den Vorzug zu geben begonnen haben. Jedoch hat diese Ansicht noch keineswegs allgemeine Annahme gefunden, vielmehr finden wir in allen Hand- und Lehrbüchern über diesen Gegenstand, namentlich auch in der Bearbeitung desselben von Socin¹⁾, die Rektalincision als die gegebene Operation empfohlen.

Bei diesen noch so sehr getheilten Ansichten über die Indikationen für die Perinealincision dürfte es wohl von Interesse sein, in aller Kürze die bis jetzt in der Literatur bekannten Fälle zusammenzustellen, um die bisherigen Erfahrungen über diese Operation zu sammeln. Es sollen dabei aber nur die Beobachtungen berücksichtigt werden, in denen der Perinealschnitt ausgeführt wurde, trotzdem die Abscesse am Damm keine Prominenz zeigten, sondern sich gegen den Mastdarm vorwölbt und durchbrechen wollten. Es sind bis jetzt im ganzen nur 7 derartige Fälle veröffentlicht, die wir in aller Kürze hier anführen wollen:

1. Beobachtung von Lallemand²⁾.

Bei einem 25jährigen Offizier entstand während der Sondenbehandlung einer gonorrhoeischen Strikturen ein Abscess der Prostata, der durch einen frühzeitigen tiefen Einschnitt vom

1) A. Socin, die Krankheiten der Prostata. Pitha-Billroth, Handbuch der Chirurgie. Band III. 2. Abth. 1875.

2) Lallemand, Clinique médico-chirurgicale. Paris 1845.

Damm aus eröffnet wurde. Rasche, vollständige Heilung. Nach 8 Jahren neue Gonorrhoe und Abscessbildung. Dieses Mal wurde, trotzdem es Pat. verlangte, von einem andern Arzt nicht eingeschnitten. Daher spontaner Aufbruch in den Mastdarm und dann in die Urethra, Ruptur der Ductus ejaculatorii, Urethrorektalfistel mit Ausfluss von Urin und Sperma durch das Rektum. Verweilkatheter, Kauterisation der Fistel, Heilung nach 4 Monaten.

2. Beobachtung von Lallemand (l. c.).

Bei einem Soldaten trat während einer Gonorrhoe plötzliche Harnverhaltung auf. Eröffnung eines Prostataabscesses in die Urethra beim Kathetrisiren. — Peritonitis, reichlicher Eiterabfluss durch die Urethra, hektisches Fieber, sehr schlechtes Befinden. Bilaterale Incision der Prostata nach einem Einschnitt in der Mittellinie. Die Urethroperinealfistel geheilt nach 2 1/2 Monaten.

3. Beobachtung von Demarquay ¹⁾.

Bei einem Kranken mit Strikturen der Harnröhre stellt sich plötzlich Fieber, Spannung am Perinäum, Harnretention ein; nach 5 Tagen lässt sich Fluktuation eines Prostataabscesses beim Touchiren des Rektums erkennen. 4—5 cm tiefe Incision nach vorn vom Anus und Entleerung einer grossen Menge Eiters. Heilung nach 9 Tagen.

4. Beobachtung von Guyon ²⁾.

Bei einem 35jährigen Manne mit Strikturen der Harnröhre entwickelt sich während der Sondenerweiterung ein Prostataabscess. Eröffnung mittelst eines 4—5 cm langen Medianschnitts. Heilung nach 2 Monaten.

5. Beobachtung von Segond ³⁾.

Ein 27jähriger Mann, der wegen wiederholter Gonorrhoe mit starken Injektionen behandelt wurde, aquirirte einen akuten

1) Union médicale. 1862.

2) A. Guilaïn, Contribution à l'étude du traitement des abscesses prost. etc. Thèse. Paris 1885.

3) Bulletin de la Société de chirurgie. 22. Juillet 1885.

Prostataabscess mit periprostatischer Phlegmone. Spontaner Aufbruch in die Urethra. Rektalschleimbaut ausserordentlich dünn, dem Durchbruch nahe. Eröffnung vom Damme aus mittelst Bogenschnitt von einem Sitzbeinknorren zum andern. Heilung nach 39 Tagen.

6. Beobachtung von Segond (l. c.).

Abscess des rechten Prostatalappens mit periprostatischer Phlegmone bei einem 24jährigen Manne mit Gonorrhoe. Eröffnung des Abscesses vom Damm aus mittelst transversalen Schnitts von einem Sitzbeinknorren zum andern. Heilung nach 30 Tagen.

7. Beobachtung von Hartmann¹⁾.

Bei einem 22jährigen Kranken hatten sich ohne bekannte Ursache Schmerzen beim Wasserlassen und Stuhlgang, sowie plötzliche Harnverhaltung eingestellt. Nachdem ein Prostataabscess gefunden, wurde derselbe mittelst eines queren Prärektalschnittes eröffnet. Heilung nach 40 Tagen.

An diese 7 bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen sind wir in der Lage 3 weitere nach denselben Grundsätzen operirten Fälle aus der Bruns'schen Klinik anzuschliessen, die wir hier in kurzem Auszuge mittheilen:

Beobachtungen aus der Bruns'schen Klinik.

Erster Fall.

Dr. N. N., 40 J. alt, gibt an, dass er schon seit langer Zeit an Hämorrhoiden leide. Vor 12—14 Tagen nun sei bei sehr hartem Stuhlgange eine bedeutende Blutung aus einem gelapzten Varix eingetreten, was ziemlich heftig noch längere Zeit geschmerzt habe. Vor 7 Tagen habe er zum ersten Male bemerkt, dass die Urinentleerung viel langsamer und nur unter starkem Druck vor sich gehe, am Urin selbst konnte keinerlei pathologische Veränderung constatirt werden. Zuweilen traten lebhaftere Krämpfe auf, wobei nur wenige Tropfen Urin unter intensivem Brennen in der Harnblase entleert werden konnten. Seit 4 Tagen konnte Pat. spontan gar kein Wasser mehr lassen

1) Veröffentlicht in der These von Guilain.

und wurde daher täglich einmal kathetrisirt, wobei aber nur ein dünner Katheter (Nro. 8) unter grossen Schmerzen seitens des Pat. mit vieler Mühe vom Arzte eingeführt werden konnte. Temperaturerhöhung soll nicht vorhanden gewesen sein.

Stat. praes.: Sehr gut genährter, kräftig gebauter, gut aussehender Mann. Bauch überall weich, auf Druck in der Blasengegend aber etwas schmerzhaft. Bei Untersuchung per anum findet man an der vordern Mastdarmwand eine umschriebene ca. 5 cm im Längsdurchmesser haltende vermehrte Resistenz. Der Katheter von gewöhnlichem Kaliber kann unbehindert ca. $\frac{2}{3}$ des Weges, jedoch unter lebhaften Schmerzen eingeführt werden. stösst aber dann auf ein Hinderniss; bei leichtem Andrücken gleitet er ein Stückchen tiefer hinein und aus seinem Lumen ergiesst sich fötide stinkender, dicker, gelber Eiter in überaus reichlicher Menge (etwa 150 gr).

Es wird nun dem Pat. der Vorschlag gemacht, sogleich die Boutonniere vornehmen zu lassen, worauf Pat. sofort eingeht. In Chloroformnarkose wird ein Hautschnitt, vom Scrotum beginnend bis in die Nähe des Afters gemacht und nun theils mit scharfen Instrumenten, theils stumpf, ohne aber die Harnröhre zu verletzen, auf den in die Blase eingeführten Katheter vorgeedrungen, bis man in der Gegend der Prostata in eine grössten-theils leere, gut apfelfgrosse Höhle gelangt. Nach gründlicher Reinigung der Wunde durch Sublimatirrigation wird in dieselbe eine dicke Drainröhre eingeführt und mit Jodoformgaze tamponirt. In die Blase wird der Verweilkatheter eingelegt. Die entleerte Urinmenge betrug 1200 ccm, war etwas trübe und ein wenig eiweissaltig.

6. Juni. Das Allgemeinbefinden hat sich sehr gebessert, nur in der Harnröhre klagt Pat. zuweilen über sehr heftige stechende Schmerzen. Die Wunde am Damm secernirt ganz wenig.

9. Juni. Der Verweilkatheter hat sich Nachts herausgeschoben, kann aber leicht wieder eingeführt werden. Urin zeigt geringe Eiterbeimischung.

12. Juni. Verweilkatheter dauernd entfernt, da das Uriniren ohne denselben leicht von statten geht.

16. Juni. Urinentleerung nicht mehr behindert. Wunde granulirt in der Tiefe sehr schön. Auf Wunsch entlassen.

Zweiter Fall.

Anton Böhler, 33 Jahre alt, Dienstknecht, fiel im April 1886 von einem Pferde herunter und mit dem rechten Sitzknochen auf einen Stein, worauf er 2—3 Tage lang Schmerzen in dieser Gegend empfand. Nachdem er nun die folgenden 5 Monate keinerlei Beschwerden verspürt hatte, stellten sich Schmerzen beim Stuhlgang ein, die besonders in den letzten 3 Wochen heftig geworden seien und ihn seit 8 Tagen ans Bett fesselten.

Status praesens: Kräftiger, aber fieberhaft aussehender Mann, klagt über Schmerzen am Damm und häufigen Stuhldrang, ohne dass eine Defäkation erfolge. Die Urinentleerung sei behindert. Die Gegend des rechten Tuber ossis ischii ist bei Berührung sehr schmerzhaft, infiltriert. Per anum kommt man in der Höhe von 3—4 cm auf eine etwa 5 Markstück grosse, flache, gespannte Vorwölbung der rechten Rektalwand, die sich weich fluktuierend anfühlt und dem Durchbruch nahe erscheint. Temperatursteigerung abends 39,5 morgens 38,2° C.

11. Oktober. In der Steinschnittlage wird am Damm, etwa 2—3 cm nach rechts von der Analöffnung ein Einschnitt gemacht. Man kommt in der Tiefe von 4 cm auf einen Abscess, aus dem sich eine Quantität von beiläufig 200 cbcm Eiter entleerte. Ein Sequester kam dabei nicht zum Vorschein, das Tuber ossis ischii fühlte sich mit seinem Periostüberzug überall glatt an. Drain, feuchter Verband mit essigsaurer Thonerde; Opiumtinktur.

18. Oktober. Verkleinerung der Höhle, Drain entfernt; Klysma. Seit der Operation keine Beschwerden mehr und nur am Tage nach der Operation eine Temperatursteigerung noch bis 38,4.

24. Oktober. Die Wundhöhle hat sich sehr verkleinert und secernirt nur noch sehr wenig, so dass Pat. mit Jodoformverband heute entlassen werden kann, um zu Hause die vollständige Heilung abzuwarten.

Dritter Fall.

Fr. K., 21 Jahre alt, Student der Theologie, giebt an, bis zu seinem 17. Jahre vollständig gesund gewesen zu sein. Vor

3 Jahren bemerkte er zum ersten Mal dann und wann Störungen beim Wasserlassen, welche darin bestanden, dass er namentlich wenn er den Urin lange anhielt, heftigen Harndrang bekam; zuweilen wurde mit dem Harn Blut entleert. Dieser Zustand blieb so ziemlich derselbe bis Pfingsten 1885; um diese Zeit liess Pat. sich untersuchen, wobei er katheterisirt wurde. Pat. konnte von nun an mit ganz vereinzelt Ausnahmen nicht mehr spontan Wasser lassen; der durch den Katheter entleerte Urin war ganz dunkelgefärbt durch erhebliche Mengen von Blut. Bei tiefem Athmen bekam Pat. eine schmerzhaft empfindung in der R. Unterbauchgegend, während die Harnblasengegend nicht druckempfindlich war. Einige Mal wurden durch starke Anstrengung der Bauchpresse einige fleischähnliche Stückchen aus der Harnröhre herausgepresst, deren Untersuchung im pathol. Institut ein Blasenpapillom feststellte.

Status praesens: Sehr anämischer Mann von schwer krankem Aussehen. Unterbauchgegend über der Symphyse etwas druckempfindlich, auch Druck vom Bauch her gegen die rechte Niere ist schmerzhaft. Urin schmutzigroth mit reichlichen weissen und rothen Blutkörperchen und Blasenepithelien. Die Untersuchung per Rectum ergibt Druckempfindlichkeit auf der linken Seite 4 cm oberhalb des Sphincter vesicae. Anhaltend hochfebrile Temperatur.

Am 4. Juni wird die Sectio alta gemacht und ein fast mannsfaustgrosses, gestielt der hintern Blasenwand aufsitzendes Blasenpapillom entfernt. Die 4 cm lange Blasenwunde wird durch 4 Katgutnähte vereinigt, darüber Etagnenähte bis zum Verschluss der Hautwunde. Holzwoollwatteverband. Verweilkatheter.

Zwei Tage später Verbandwechsel wegen anhaltend hoher Temperatur (bis 39,9°). Dabei quillt Urin zwischen den Wundrändern heraus. Sämmtliche Fäden werden herausgenommen und ein Drainrohr in die Blase eingelegt.

Vom 15. Juni an fliesst der Urin theils durch die Harnröhre theils durch das Drain ab. Die Wunde granulirt schön. Die Temperatur bleibt immer hoch, abends stets über 39,0°, am 18. Juni erreicht sie sogar 40,4° C., ohne dass sich irgend eine Ursache für das Fieber ergibt. Am 20. Juni wird die Drainröhre aus der Blase weggenommen. Der Urin ist fast

ganz klar, Verweilkatheter eingelegt. Allgemeinbefinden nur wenig gebessert.

25. Juni. Patient klagt seit einiger Zeit über einen sehr lästigen Druck im After, der ihn zuweilen verlässt, oft aber lange anhält und vor dem Stuhlgang jedes Mal am schlimmsten ist. Die Untersuchung per Rectum lässt hoch oben an der linken Mastdarmwand eine diffuse, ziemlich harte Schwellung erkennen, welche undeutliche Fluktuation zeigt.

Am 27. Juni fühlt man deutliche Fluktuation. Um dem Durchbruch ins Rectum vorzubeugen, wird in Narkose an der linken Hinterbacke, einen Querfinger vom Anus entfernt, eine ca. 5 cm lange Incision gemacht. Nach Durchtrennung des Unterhautzellgewebes wird theils stumpf theils mit dem Messer tiefer vorgegangen, wobei jedes blutende Gefäss sofort unterbunden wird. In der Tiefe von ca. 10 cm quillt der Eiter endlich neben dem erweiternden Finger hervor und zwar in sehr reichlicher Menge. Die Abscesshöhle nimmt einen grossen Theil des linken Beckenraumes ein. Dicke Drainage, Jodoformgazeverband.

Am 29. Juni. Ziemlich reichliche Sekretion. Abscesshöhle wird mit essigsaurer Thonerde ausgespült. Prompter Abfall der Temperatur (gestern morgen 38,0°, heute zum ersten Mal 37,7°).

4. Juli. Allgemeinbefinden wesentlich besser. Temperatur immer normal. Kürzung der Drainröhre.

12. Juli. Rekonvalescenz schreitet gut weiter. Urin fliesst nun durch die Harnröhre ab.

20. Juni. Wunde bis auf einen schmalen Granulationsstreifen geschlossen. Drainröhre wird weggelassen, minimale Sekretion.

Am 31. Juli kann Pat. völlig geheilt entlassen werden und ist es seither geblieben.

Ueerblicken wir kurz diese 10 Beobachtungen, so ist darunter kein einziger Todesfall, keine zurückbleibende Fistel zu verzeichnen; die 4mal angegebene Urethro-Perinealfistel ist stets dadurch entstanden, dass der Durchbruch des Abscesses in die Urethra vor der Incision stattgefunden hatte. Dieselbe vermochte zwar die Heilungsdauer der Abscesse zu verzögern, doch konnte sie stets vollständig geheilt werden. Nie ist in diesen Fällen nach der Incision noch ein Durchbruch nach einer andern Stelle erfolgt.

Dagegen sind von 13 Kranken, bei denen der Abscess im Rektum eröffnet wurde, 2 gestorben (einer an purulenter Infektion, der andere an Perforationsperitonitis) und von 21 Fällen, in denen eine Urethro-Rektalfistel entstand, behielten 4 ihre Fisteln zurück.

Die Ausführung des Perinealschnittes geschah meist in der Mittellinie oder parallel mit ihr (Thompson, Guyon) oder auch in der Linie des seitlichen Steinschnittes. Segond dagegen empfiehlt mehr den praerektalen Querschnitt; im allgemeinen wird natürlich der Schnitt an der Stelle gemacht, wo in der Tiefe der Abscess liegt.

Nach dem Hautschnitt geht man meist stumpf, nur wenig sich des Messers bedienend gegen den Abscess vor, indem man jedes blutende Gefäss unterbindet. Die Tiefe, bis zu welcher man auf diese Weise vorgehen muss, ist sehr verschieden; sie betrug in unserem 3. Fall sogar 10 cm, in andern Fällen ist sie natürlich viel geringer, namentlich dann, wenn sich der Abscess schon etwas gesenkt hat; immerhin wird man 3—4 cm tief eindringen müssen, wenn das Diaphragma pelvis noch nicht durchbrochen ist. Bei grossen Abscessen ist die Eröffnung leicht, ist ein solcher aber im Entstehen begriffen, so erleichtert man sich die Operation dadurch, dass man den Zeigefinger der linken Hand ins Rektum einführt, um den Abscess etwas gegen das Perinäum herabzudrücken und zugleich ein zu nahes Vordringen des Schnittes gegen das Rektum zu verhüten, ausserdem kann ein Katheter in die Urethra eingeführt werden, um während der Operation über ihre Lage stets orientirt zu sein. Nach dem Abfluss des Eiters geht man mit dem Finger in die Abscesshöhle ein und untersucht die Wandung genau darauf, ob keine Nebenhöhlen und Ausbuchtungen vorhanden sind. Hierauf folgt die Ausspülung der Abscesshöhle mit antiseptischer Flüssigkeit, Drainage, Jodoformgazeverband. Dass die ganze Operation mit allen Kautelen der Antisepsis ausgeführt werden soll, ist selbstverständlich.

Zum Schlusse mag es gestattet sein, die Vorzüge des Perinealschnittes gegenüber dem Rektalschnitte nochmals in folgender Weise kurz zusammenzufassen.

Der Perinealschnitt gestattet die strenge Anwendung der Antisepsis, während bei der Eröffnung vom Rektum aus dieselbe nur in ganz ungenügender Weise durchgeführt werden kann. Dies allein dürfte wohl schon genügen, um den unbestreitbaren Vorzug derselben zu beweisen.

Ueberdies wirkt der Perinealschnitt dadurch sehr günstig, dass die Eiteransammlung an ihrem tiefsten Punkte eröffnet wird und daher für leichtes Ausfliessen des Eiters gesorgt ist.

Die Eröffnung vom Damme aus kann immer weit genug gemacht werden, während bei der Rektalincision der Einschnitt wegen der Gefahr der Blutung nur klein und ungenügend ausfallen kann.

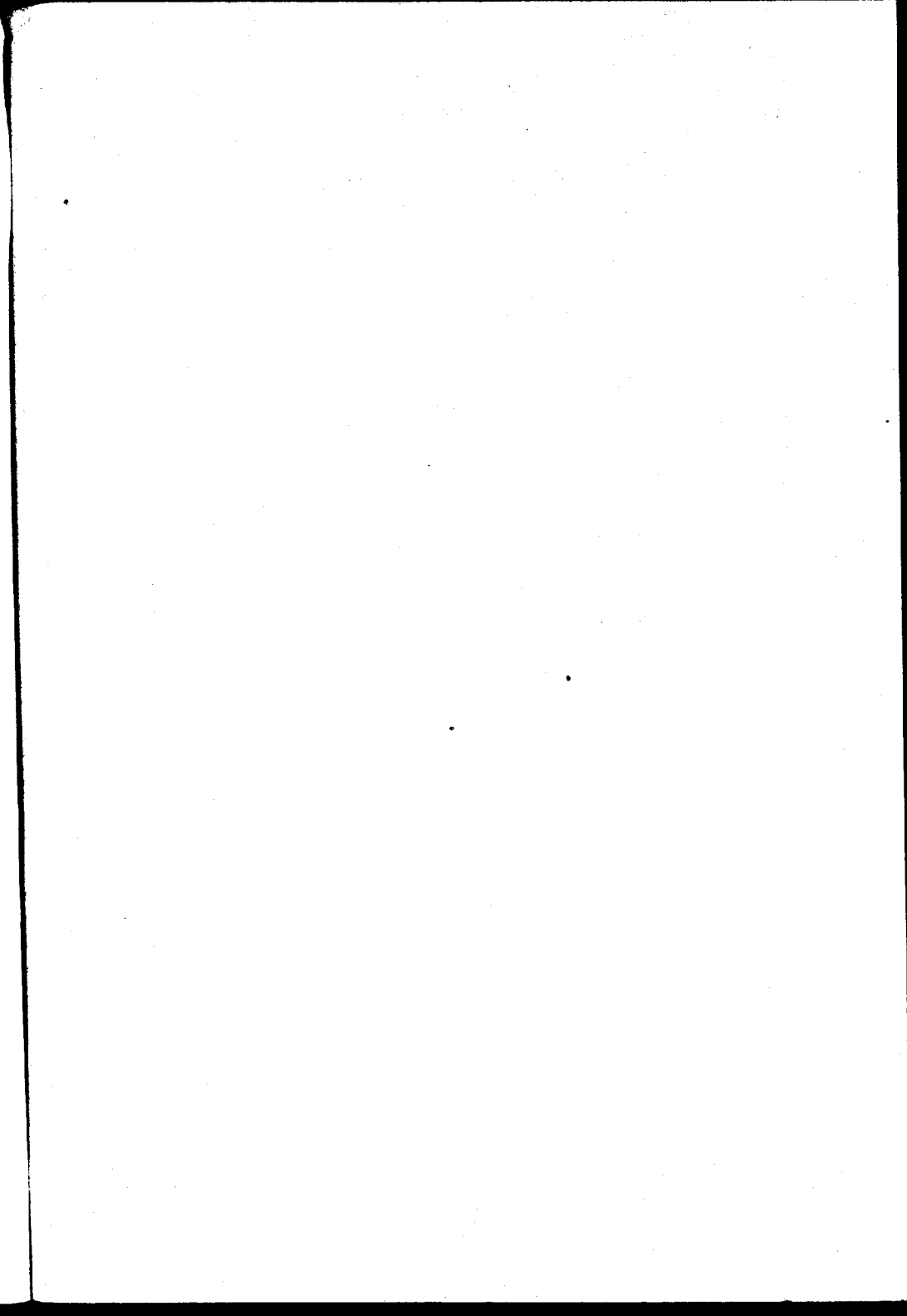
Ferner schützt die Perinealincision vor einem weiteren Durchbruch des Abscesses noch nach anderen Richtungen, und eventuell durch sie entstandene Urethro-Perinealfisteln können leichter geheilt werden, als die Urethro-Rektalfisteln.

Endlich ist noch der wesentliche Vortheil zu nennen, dass durch diese Operation die Kommunikation des Abscesses mit dem Darmlumen vermieden wird.

Wir halten uns daher zu dem Schlusse berechtigt, dass für die Eröffnung auch tiefer, oberhalb des Diaphragma pelvis liegender Abscesse, welche eine Prominenz und Fluktuation im Rektum zeigen, am Damme aber sich durch keine Hervorwölbung zu erkennen geben, der Perinealschnitt als das rationellste und somit als das Normalverfahren zu bezeichnen ist.

15874





1507