



EIN SELTENER FALL
VON
PARAMETRITIS.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG
DER
DOKTORWÜRDE
IN DER
MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE
UNTER DEM PRÄSIDIUM
VON

DR. JOHANN VON SÄXINGER

O. Ü. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

FERDINAND WENS

APPR. ARZT AUS BIELEFELD.



TÜBINGEN,
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER
1892.



Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr.
von S ä x i n g e r, spreche ich für die Anregung zu dieser
Arbeit, sowie für die gütige Überlassung des Materials
meinen herzlichen Dank aus.

Bei der grossen Mannigfaltigkeit der Unterleibstumoren kann es unter Umständen mit grossen Schwierigkeiten verbunden, ja geradezu fast unmöglich werden, trotz der Ausbildung der combinirten Untersuchung, mit absoluter Sicherheit eine Diagnose zu stellen. In neuerer Zeit, wo die Laparotomie unter dem Schutze der Antiseptik mit ausgezeichnetem Erfolge selbst als diagnostisches Hilfsmittel geübt wird, sind durch sie zahlreiche diagnostische Irrtümer nachgewiesen. Hieraus ergibt sich die Aufforderung, in jedem schwierigeren Falle alle Untersuchungsmethoden zu erschöpfen und, wenn dann hinsichtlich der Diagnose noch immer kein befriedigendes Resultat erzielt worden ist, selbst vor der Probeincision nicht zurückzuschrecken. Selbstverständlich hat man sich klar zu machen, dass dieser Eingriff immer den Vorsatz der Exstirpation involviert, dass man deshalb in jeder Beziehung zu letzterer vorbereitet sein muss, wenn der Fall sich dazu als passend erweisen sollte. Die Incision darf demnach nur da unternommen werden, wo die Kranke wie der Arzt zur Radikaloperation entschlossen sind.

Im Dezember vorigen Jahres kam in der Tübinger Frauenklinik ein Fall zur Beobachtung, dessen Diagnose sehr schwer, erst nach vielen Untersuchungen zu stellen war. Er bietet bezüglich des Verlaufes so viel interessantes, dass er wohl wert ist veröffentlicht zu werden.

Kunigunde Wild, 26 Jahre alt, war früher immer gesund. Im 17ten Jahre trat die Periode ein, die anfangs unregelmässig,

später jedoch regelmässig alle vier Wochen fünftägig eintrat. Der Blutverlust war stark, Schmerzen waren nicht vorhanden.

Patientin ist zwei Jahre verheiratet und hat am 16. März 1891 am Ende der Schwangerschaft ohne ärztliche Hilfe geboren. Sechs Tage nach der Geburt stand sie zum ersten Male auf, musste jedoch schon den nächsten Tag wieder das Bett aufsuchen, da Schüttelfrost mit nachfolgenden starken Schweissen eintrat. 14 Tage nach der Geburt spürte Patientin eine schmerzhafte Geschwulst im Bauche. Der Wochenfluss habe einen üblen Geruch gehabt. Nach weiteren vier Wochen, also Ende April, wurde zum ersten Mal ein Arzt gerufen. Derselbe traf die Patientin bei hohem Fieber an und konstatierte in der linken Unterbauchgegend einen zweifaustgrossen, weichen, wenig schmerzhaften, bis über die Höhe des Nabels reichenden, scharf abgegrenzten Tumor. Der Ausfluss war nicht mehr übelriechend.

Im Laufe des Mai verschwand das Fieber, der Tumor nahm an Grösse ab und die Patientin fühlte sich so wohl, dass sie das Bett verlassen konnte, ohne die geringsten Schmerzen zu spüren.

Bei einer anfangs Juni vorgenommenen Untersuchung stellte es sich heraus, dass die Geschwulst noch beträchtlich kleiner und härter geworden war. Schmerzen oder Fieber waren nicht vorhanden.

Ende Juni menstruierte Patientin zum letzten Mal, seitdem bemerkte sie ein zwar langsam aber doch beständig fortschreitendes Wachstum ihres Bauches, das ihr weder irgend welche Beschwerden, noch auch Schmerzen verursachte, so dass sie bequem ihren Geschäften nachgehen konnte. Erst im August stellten sich im Anschluss an eine herbe Arbeit Schmerzen im Unterleibe ein, die jedoch schon nach wenigen Tagen auf ein vom Arzte verordnetes Mittel hin wieder verschwanden. In der Folgezeit fühlte Patientin sich durchaus wohl, konnte ihre gewohnte Arbeit ohne die geringsten Schmerzen verrichten und hatte stets guten Appetit. Da aber die Geschwulst mehr und mehr wuchs, wurde

Patientin ängstlich und stellte sich am 28. Dezember zur Aufnahme in der Tübinger Frauenklinik vor.

Daselbst wurde an dem genannten Tage folgender Status aufgenommen:

Äussere Untersuchung. Patientin ist mittelgross und befindet sich in mässigem Ernährungszustande. Die Wangen sind etwas eingefallen, die Hautfarbe ist anaemisch.

Das Abdomen, speziell die Gegend zwischen Nabel und Symphyse, ist durch einen längsovoiden Tumor vorgewölbt. Derselbe hat ungefähr die Grösse, Form und Konsistenz eines im 7ten Monat schwangeren Uterus. Mit seinem oberen Rand überragt er den Nabel um Fingerbreite, jedoch ist er schmaler als ein gravider Uterus und behält seine pralle Konsistenz stets bei. Es sind weder Kindsteile zu fühlen noch Herztöne zu hören. Der Tumor ist schmerzlos, seine Oberfläche glatt, die Bauchdecken, welche keine Veränderung zeigen, lassen sich ohne Schmerzen über ihm hin und her schieben. Der Tumor ist nicht aus dem Becken heraus nach oben dislocierbar, auch lässt er sich nur wenig von rechts nach links bewegen. In den unteren Parteen vorn und auch seitlich fühlt man derbere und resistendere Stellen. Die aufgenommenen Maasse ergeben folgende Zahlen: die grösste Peripherie erreicht 80 cm; die Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel beträgt 18 cm, bis zum oberen Rand des Tumors 22 cm, bis zum Processus xiphoideus 35 cm. Fieber ist nicht vorhanden.

Innere Untersuchung. Der Vaginalteil steht median, nach hinten gegen die Kreuzbeinaushöhlung gedrängt. Er ist ringsum umgeben von einem derben, unbeweglichen und schmerzlosen parametritischen Exsudat. Der Uterus ist nicht herauszutasten. Ein Segment des Tumors lässt sich gegen den touchierenden Finger nicht herandrängen. Die Blase ist an die vordere Bauchwand angedrückt, nicht dislociert.

8. I. 92. Der Tumor wölbt sich nach links seitlich aus. Der Uterus ist nicht abzutasten, scheint aber ziemlich horizontal in der Kreuzbeinaushöhlung zu liegen, da eine in dieser einge-

führte Sonde 7 cm tief vordringt; er ist unbeweglich fixiert. Eine Probepunktion ergibt als Inhalt der Geschwulst zähen, colloiden Eiter, der massenhaft Streptococcen, keine dermoiden Elemente enthält. Fieber nicht vorhanden.

27. I. Der Tumor nimmt langsam an Grösse zu, besonders buchtet er sich links seitwärts mehr und mehr aus, auch nach oben geht er höher hinauf. Einzelne Stellen fühlen sich teigig weich an.

Die grösste Peripherie erreicht 83,0 cm; Entfernung von der Symphyse bis zum Nabel 20,5 cm, bis zum oberen Rand des Tumors 23,0 cm, bis zum Processus xiphoideus 39,0 cm. Keine Fieber. — Das Exsudat links und links hinten hat sich grossenteils resorbiert, nur vorne ist noch eine harte, derbe Infiltration wahrzunehmen. Links fühlt man jetzt hinter dem Exsudatüberrest deutlich Fluctuation. Ein Segment des Tumors lässt sich nicht hereindrücken.

28. I. Zum ersten Mal Fieber.

8. II. Das Fieber dauert an. Das Allgemeinbefinden ist befriedigend. Der obere Rand des Tumors steht jetzt ungefähr 3 Querfinger über dem Nabel.

15. II. Patientin hat wenig Appetit. Der Tumor wird breiter, steigt auch höher hinauf. Einzelne Stellen werden weich, deutlich fluctuierend.

25. II. Anhaltendes Fieber, das öfter Abends 39,0 übersteigt. Wenig subjective Beschwerden. Der Appetit wird immer schlechter, Patientin magert sichtlich ab. Der Tumor wächst beständig und dehnt sich hauptsächlich in die Breite aus, namentlich wird die Vorwölbung nach der linken Seite immer deutlicher. An den weichen Stellen ist zweifellos Fluctuation zu fühlen.

8. III. Da Patientin sehr stark abgemagert und herunter gekommen ist, der Tumor andererseits an Grösse nicht abgenommen hat, entschliesst man sich zur Operation.

Wir wollen zur Diagnose ausser den anamnestischen

Angaben der Patientin zunächst immer nur den Status, wie er bei der ersten genauen Untersuchung am 28. Dezember aufgenommen wurde, berücksichtigen, und erst, wenn wir damit nicht zum Ziel gelangen, die späteren Befunde verwerten.

In erster Linie fiel die Form und Grösse des Tumors auf. Derselbe hatte längsovoide Gestalt, erwies sich bei äusserer Palpation als parallelastische, gleichmässig conturierte, vom Becken aufsteigende Geschwulst und hatte die Grösse eines etwa im 7ten Monat schwangeren Uterus. Da weiterhin in Erfahrung gebracht wurde, dass die Periode seit Juni ausgesetzt hatte, dass die Patientin ferner stets fieberfrei und, abgesehen von einer vorübergehenden im Anschluss an herbe Arbeit aufgetretenen Schmerzhaftigkeit im Unterleibe im Übrigen stets von Schmerzen frei war und sich im Ganzen durchaus wohl fühlte, so lag es nahe an Schwangerschaft zu denken. Dagegen sprach, dass selbst bei der aufmerksamsten Beobachtung weder Herztöne noch Uterinalgeräusche zu hören waren, und dass weder durch die bimanuelle äussere noch durch die kombinierte Untersuchung ballotierende grosse oder bewegliche kleine Kindsteile nachgewiesen werden konnten. Nun hört man bei gesunden Schwangeren und lebendem Kinde in dem genannten Stadium die Herztöne fast immer; vernimmt man sie bei sorgfältiger Untersuchung nicht, so kann zu grosse Menge Fruchtwasser das Hindernis sein oder das Kind ist tod oder endlich es liegen Missbildungen vor. Von Hydramnion war nach dem Palpationsbefunde nicht die Rede; auch an den Tod der Frucht konnte nicht wohl gedacht werden, da in diesem Falle zweifellos bewegliche Kindsteile hätten gefühlt werden müssen. Wenn

es sich also überhaupt um Schwangerschaft handelte, so mussten wir einen der verhältnismässig seltenen Fälle vor uns haben, wo die Herztöne so schwach sind, dass sie vom auskultierenden Ohre nicht wahrgenommen werden können, oder aber, wo Missbildungen des Foetus irgend welcher Art der Auskultation der Herztöne hinderlich sind. Da aber ferner auch andere der Schwangerschaft eigentümliche Zeichen, wie Lockerung der inneren Genitalien, ihre charakteristische Färbung, die Pigmentierung der Linea alba und des Warzenhofes nicht oder kaum angedeutet vorhanden waren, und da auch in den nächsten 10 Tagen trotz der genauesten, täglich angestellten Untersuchungen Herztöne, Uterinalgeräusche oder Kindsbewegungen nicht wahrgenommen werden konnten, so war man berechtigt, Schwangerschaft ausser Acht zu lassen, zumal da der Tumor, indem er sich nach links ausbuchtete, seine längsovoide Form verlor.

In zweiter Linie kam differentialdiagnostisch Haematometra in Betracht, wofür vor allem das anämische Aussehen der Frau, das Ausbleiben der Periode und endlich der fieberlose Verlauf der Krankheit zu sprechen schienen. Die Atresie könnte entweder die Folge von Verletzungen im Anschluss an die im März vor sich gegangene Geburt gewesen, oder aber durch das derbe, unbewegliche parametritische Exsudat, welches den Vaginalteil allenthalben ummauerte, bedingt sein. Bei der Voraussetzung von Verletzungen jedoch würde der Eintritt des Verschlusses — im Juni blieb zuerst die Periode aus — weit eher zu erwarten gewesen sein, so dass die letztere Annahme die grössere Wahrscheinlichkeit für sich hat. Für den Fall einer Haematometra würde es sich wegen der vollständigen Amemnorrhoe um eine einfache gehandelt haben,

da bei einer einseitigen das nicht verschlossene Uterushorn normal menstruiert.

Gegenüber den obengenannten Symptomen liessen sich schon nach der ersten Untersuchung so schwerwiegende Einwände gegen die Diagnose Haematometra machen, dass man an ihr mindestens zweifelhaft werden musste. Denn in der Regel stellen sich, ohne dass Blut ausfliesst, die sogenannten Molimina menstrualia ein, die anfangs einige Tage anhalten und dann vollkommen wieder verschwinden. Allmählich werden der Grad und die Dauer der Molimina bedeutender, die freien Zwischenräume immer kürzer, bis schliesslich andauernde Schmerzen von wehenähnlichem, kolikartigem Charakter vorhanden sind, die während der Zeit der Menstruation gewaltig sich steigern. Dabei treten gewöhnlich Störungen der Harn- und Kotentleerung auf. Schliesslich wird der Zustand ungemein qualvoll. Die Tag und Nacht andauernden Schmerzen haben gänzlichen Appetitmangel und Schlaflosigkeit zur Folge, so dass die Kranken immer mehr herunterkommen, alles Erscheinungen, welche bei unsrer Patientin wenigstens bis zur ersten Untersuchung vermisst wurden.

Was ferner die Form und Consistenz des durch Blut ausgedehnten Uterus betrifft, so ist derselbe meistens rund und fühlt sich ausserordentlich derb und prall, fast wie ein aufgespritzter Kautschukballon an. In unserem Falle hatte der Uterus längsovoide Gestalt wie bei Schwangerschaft, vielleicht sogar eine noch etwas schwäclere als bei dieser; die Consistenz war zwar prall, jedoch nicht in dem bei Haematometra charakteristischen Grade.

Demnach konnte man schon aus diesen Gründen an der Diagnose Haematometra irre werden, nach dem am

8. Januar erhaltenen Sondierungsbefund musste sie vollständig fallen gelassen werden. Denn die horizontal in die Portio vaginalis bequem eingeführte Sonde dringt in dieser Richtung 7 cm tief ein, ein klarer Beweis dafür, dass der Cervicalkanal durchgängig und der nicht vergrösserte Uterus horizontal in der Kreuzbeinaushöhlung hinter und unter der Geschwulst gelegen war, also von Haematometra keine Rede sein konnte.

Weiterhin lag es bei der anerkannten Häufigkeit von Ovarialtumoren auch in unserem Falle nahe an solche zu denken, zumal da besonders in der Anamnese einige Punkte gefunden wurden, welche auf sie hinwiesen. Der Tumor war langsam und ohne Fieber gewachsen, verursachte keine Schmerzen oder Beschwerden und hatte längsovoide Gestalt, Eigenschaften also, welche eine Ovarialcyste von mittlerer Grösse besitzen kann. Bei der Untersuchung auf einen Ovarientumor würde es nun darauf angekommen sein, entweder das Vorhandensein beider Ovarien unabhängig von der Geschwulst oder den Übergang des einen Ligamentum ovarii oder auch beider auf die Geschwulst nachzuweisen. Hier stiess man nun sofort auf unüberwindliche, durch das feste, parametritische Exsudat gegebene Schwierigkeiten. Dasselbe umgab den Vaginalteil ringsum so, dass es unmöglich war, eine Palpation des Uterus und von ihm aus eine Verfolgung der Ligamenta ovarii bis zum Eierstock vorzunehmen. Da man ferner bei der ersten Untersuchung wegen des vorhandenen Verdachtes auf Schwangerschaft eine Sondierung des Uterus, um von seiner Lage eventuell einen gewissen Rückschluss auf den Ausgang der Geschwulst zu machen, sich nicht gestatten durfte, so war man zunächst allein auf die äussere Untersuchung angewiesen. Dabei zeigte

es sich, dass der Tumor eine äusserst geringe Beweglichkeit besass, und mit ziemlich breiter Basis aus dem Becken hervorkam. Ovarialcysten aber haben in der weitaus grössten Zahl der Fälle eine mehr oder weniger grosse Beweglichkeit und ragen nicht mit breiter Basis aus dem Becken hervor mit Ausnahme der verhältnismässig seltenen Fälle, wo sie wegen Kürze des Stiels oder in Folge von Adhaesionen verhindert waren, in die Höhe zu steigen. Als es später nach der teilweisen Resorption des parametritischen Exsudats nicht möglich war, ein Segment des Tumors gegen den touchierenden Finger herein zu drücken, und nachdem Ende Januar bis zum Tage der Operation andauerndes Fieber eintrat, sah man sich veranlasst, von der Diagnose Ovarialcyste abzusehen.

An ein Uterusfibroid, jene so häufig auftretende Geschwulst des Uterus, dass Bayle, wenn vielleicht auch etwas übertrieben, angiebt, man könne sie bei 20 % aller Frauen antreffen, die älter als 32 Jahre stürben, war in unserem Falle nicht zu denken, da keinerlei Symptome, vor Allem weder Blutung, noch Schmerzen, noch die charakteristische harte Consistenz zu konstatieren waren.

Ebenso war die Gegenwart maligner Neubildungen der Ovarien deshalb gänzlich ausgeschlossen, weil die Geschwulst langsam und ohne die traurigen Begleiterscheinungen der chronischen Peritonitis und des Abmagers bis zum vollständigen Marasmus gewachsen war.

Tumoren der Milz, der Niere, des Magens, der Leber etc. konnten differentialdiagnostisch nicht in Betracht kommen, da die vorliegende Geschwulst ein zu charakteristischer Beckentumor war, als dass sie zu einer Verwechslung mit obigen Formen Veranlassung hätte geben können.



Nach allen diesen derartig angestellten Erwähnungen blieb kaum etwas anderes übrig, als einen Abscess des Beckens und zwar mit grosser Wahrscheinlichkeit einen parametritischen zu diagnosticieren. Allerdings fehlte es nicht an mancherlei Punkten, die eine solche Diagnose fraglich erscheinen liessen. In erster Linie war es die bedeutende Grösse des Tumors, die bei dem häufigen Vorkommen von Parametritis nur in ganz seltenen Fällen beobachtet worden ist. Ferner sprach die Form der Geschwulst keineswegs für einen parametritischen Abscess. Unser Tumor hatte längsovoide Gestalt und liess sich sowohl nach oben als auch seitlich deutlich abgrenzen. Bei Parametritis hingegen findet man für gewöhnlich überall da, wo das Peritoneum ausgedehnt ist, scharfe Grenzen, während dort, wo der Übergang in das Bindegewebe statt hat, die Begrenzung ganz diffus ist, mit andern Worten man findet die obere Contur in der Regel scharf, die seitlichen und unteren Grenzen undeutlich. Drittens musste es bei der Grösse des Tumors und der Annahme eines Abscesses im höchsten Maasse auffallen, dass die Patientin seit der ersten Fieberperiode im Anfang der Erkrankung mehrere Monate hindurch vollkommen fieberfrei geblieben war. Im Allgemeinen pflegt doch bei Parametritis, wenn es zur Abscedierung kommt, dem ersten Fieber, nachdem es längere Zeit gedauert hat, ein 8—14tägiges fieberloses Stadium zu folgen, nach welchem dann das Eiterungsfieber auftritt. Dabei wird der Appetit schlechter, örtliche Beschwerden, vor allen Dingen Schmerzen stellen sich ein, worunter dann überhaupt das Allgemeinbefinden erheblich leidet. Auch davon war in unserem Falle nicht die Rede. Vielmehr war nach Ablauf des ersten Fiebers — die vorübergehende

im Anschluss an eine herbe Arbeit entstandene Schmerzhaftigkeit kommt wohl kaum in Betracht — unsre Patientin stets von Schmerzen verschont geblieben, auch im Übrigen fühlte sie sich so wohl, dass sie bequem ihren Geschäften nachgehen konnte, und sich nur deshalb zur Aufnahme in die Klinik vorstellte, weil ihr das stetige Wachstum der Geschwulst Sorge bereitete. — Trotz dieser gegen die Diagnose „Parametritis mit Abscessbildung“ sprechenden Erscheinungen war man andererseits durch eine grosse Reihe von Symptomen doch wieder zu ihr berechtigt. Zunächst waren es anamnestische Erhebungen, welche sich für eine Parametritis verwenden liessen. Die Krankheit entstand im Anschluss an die am 16. März stattgefundene Geburt, setzte mit Schüttelfrost ein und zeigte auch sonst die Symptome einer Parametritis, wie Frieren, Schwitzen, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Mattigkeit und Leibschmerzen.

Die erste am 22. Mai durch Dr. Eytel in Spai- chingen vorgenommene Untersuchung ergab eine stark anämische Frau mit hohem Fieber und erhöhter Pulsfrequenz, in der linken Seite des Beckens einen im Ganzen kugeligen, etwa zwei Faust grossen, die linke Scheidewand weit vorwölbenden weichen, nicht beweglichen, bei leichtem Druck wenig schmerzhaften, scharf abgegrenzten, ziemlich dicht am Uterus liegenden Tumor, welcher sich vorn über die Mittellinie hinüber nach rechts erstreckte. Dieser Tumor zeigte nach den Angaben desselben Arztes ein unregelmässiges Wachstum. Bis zum 29. Mai hatte er sich um mehrere Finger breit verkleinert, und bei einer späteren Untersuchung am 9. Juni erwies er sich noch mehr reduciert und wesentlich härter, Verkleinerungen, welche jedenfalls auf Resorption der Exsudat-

massen zurückzuführen sind. Seither nahm der Tumor bis zur Aufnahme der Patientin in die Klinik langsam, merkwürdiger Weise allerdings ohne Fieber an Wachstum zu, welches letzteres sich auch in der Klinik weiter beobachten liess. Am 28. Januar trat endlich zum ersten Mal das Fieber auf und dauerte ununterbrochen bis zum Tage der Operation an. Dabei hatte Patientin zwar wenig subjective Beschwerden, doch wurde der Appetit immer schlechter, so dass Patientin täglich mehr abmagerte. — Lokal fand die in die Portio vaginalis eingeführte Sonde den Uterus unvergrössert und unbeweglich fixiert, durch den Tumor horizontal in die Kreuzbeinaushöhlung hinabgedrückt. Hinter der harten Parametritis anterior fühlte man bei Druck von aussen deutliche Fluctuation, ein Zeichen dafür, dass man es mit einem Abscess zu thun hatte, und diese Annahme wurde durch die Punktion, welche als Inhalt des Tumors zähen, colloiden Eiter mit massenhaften Streptococcen ergab, vollkommen bestätigt. Bei der Frage, woher dieser Abscess seinen Ursprung genommen haben könnte, war das harte parametritische Exsudat, welches das Becken im Anfang wenigstens ganz ausmauerte entscheidend für die Diagnose „Parametritischer Abscess“. Sonst hätte man auch an Ovarialabscesse denken können, die auch in der Grösse, wie sie in unserem Falle vorlag, in seltenen Fällen beobachtet sind.

Nachdem so die Diagnose einer Parametritis mit Bildung eines ungewöhnlich grossen Abscesses gesichert war, kam es darauf an, den Eiter zu entfernen. Dies konnte entweder per vaginam oder durch Incision geschehen. Das erstere Verfahren würde wegen der noch harten Parametritis grosse Schwierigkeiten verursacht

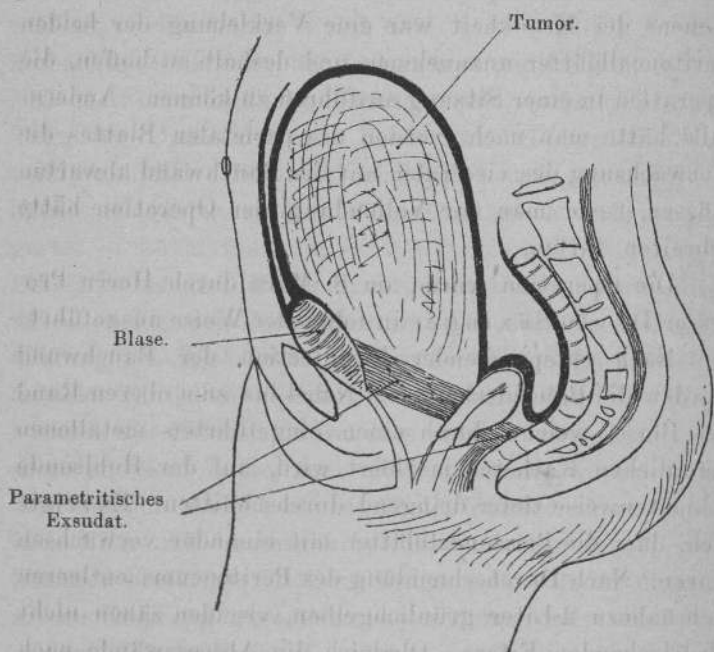
haben, und da ferner die Gefahr der Blasen- oder Uterusverletzung nicht zu unterschätzen war, entschloss man sich lieber zur Laparotomie. In Folge des langen Bestehens der Krankheit war eine Verklebung der beiden Peritonealblätter anzunehmen und deshalb zu hoffen, die Operation in einer Sitzung ausführen zu können. Andernfalls hätte man nach Incision des parietalen Blattes die Verwachsung des visceralen mit der Bauchwand abwarten müssen, bevor man zur Vollendung der Operation hätte schreiten dürfen.

Die Operation wurde am 8. März durch Herrn Professor Dr. von S ä x i n g e r in folgender Weise ausgeführt:

Nach entsprechender Desinfection der Bauchwand werden die Bauchdecken vom Nabel bis zum oberen Rand der Blase, welche durch einen eingeführten metallenen männlichen Katheter markiert wird, auf der Hohlsonde schichtenweise tiefer dringend durchschnitten. Es zeigte sich, dass die Peritonealblätter mit einander verwachsen waren. Nach Durchschneidung des Peritoneums entleeren sich nahezu 2 Liter grünlichgelben, viscidem zähen nicht übelriechenden Eiters. Obgleich die Abscesswände nach der Entleerung des Eiters collabieren, so bleibt doch noch eine gut kindskopfgrosse Höhle übrig. Dieselbe wird mit $\frac{1}{2}$ ‰ Thymollösung ausgespült, und der ganze Hohlraum mit Jodoformgaze austamponiert.

Die Diagnose einer Parametritis hat sich bestätigt. Führt man einen Finger in die Scheide, den andern durch die Incisionsöffnung in die Abscesshöhle, so fühlt man bimanuell den Uterus nach hinten horizontal liegen, die Blase bzw. den in sie eingeführten Katheter vorne an die Bauchwand angedrückt, nach abwärts, vor, hinter und neben dem Uterus das harte Exsudat. Der grosse Abscess

lag also zwischen Uterus und Blase und hatte das Peritoneum vor sich her nach oben ausgestülpt und stark ausgedehnt.



Am Abend der Operation ist die Temperatur auf 36,5 heruntergesunken.

9. III. Entfernung des Tampons. Es entleert sich immer noch viel Eiter. Thymolausspülung. Abendtemperatur 38,1.

12. III. Verbandwechsel. Thymolausspülung. Die Höhle wird kleiner. Weniger Eiter. Normale Temperatur.

15. III. Anhaltend normale Temperatur. Das alte Exsudat wird weicher, beginnt zu vereitern. Jodoformgazetamponade.

1. IV. Alle 3 Tage wurde der Verband gewechselt und die Abscesshöhle mit Thymol ausgespült. Die Temperatur steigt am Morgen auf 39,0. Patientin klagt über brennende Schmerzen beim Wasserlassen. Der Urin ist stark eiterhaltig. Abendtempe-

ratur 40,2. Die Parametritis ist in die Blase perforiert. Blasen-ausspülungen mit Thymol.

5. IV. Anhaltend hohes Fieber. Schmerzen beim Wasserlassen. Der Urin enthält noch viel Eiter. Das alte, harte Exsudat wird kleiner. Häufiger Drang zum Wasserlassen. Blasen-ausspülungen mit Thymol. Innerlich Oleum Terebinthinae.

6. IV. Abends plötzlicher Temperaturabfall auf 35,7 mit starker Schweissbildung und subjectiver Erleichterung.

8. IV. Der Urin ist klarer. Das Wasserlassen weniger schmerzhaft. Die Abscesshöhle wird immer kleiner, die Eiterabsonderung geringer.

12. IV. Wieder anhaltend normale Temperatur. Urin ist hell, keine Schmerzen beim Wasserlassen. Mit den Blasen-ausspülungen wird ausgesetzt.

5. V. Das Exsudat um den Uterus herum lässt sich mit dem Finger ausdrücken. Der Eiter fliesst zur Fistel heraus.

8. V. Auf Druck entleeren sich nur einige Esslöffel eitriger Flüssigkeit. Infiltrationen um den Uterus herum sind nicht mehr zu fühlen.

20. V. Patientin nimmt an Körpergewicht zu, sieht sehr gut aus. Alle 3 Tage wie bisher Verbandwechsel und Thymolausspülung.

30. V. Beim Verbandwechsel entleeren sich auf Druck nur noch ganz geringe Mengen eitriger Flüssigkeit. Die grosse Höhle ist auf einen 8 cm. langen und etwa 2fingerbreiten Fistelgang zusammengeschmolzen.

4. VI. Die Höhle ist nahezu vollständig geschlossen. Befinden andauernd vorzüglich.

Trotz der zahlreichen Litteratur über parametritische Abscesse habe ich keinen Fall finden können, welcher bei einer Localisation zwischen Blase und Uterus eine solche Grösse und Form erreicht hätte, dass er Schwangerschaft

in einem späteren Stadium hätte vortäuschen können. Überhaupt sind die Fälle von Parametritis anterior mit Abscessbildung vorne überaus selten. Ein von Leopold beschriebener Fall möge hier Erwähnung finden: Subperitonealer Abscess zwischen Blase und vorderer Bauchwand bei XVIIpara, entstanden im Anschluss an die Entbindung durch eine Parametritis dextra, welche zunächst mehrmals nach dem rechten Glutacus durchgebrochen war und sich zuletzt vorn localisiert hatte. Eröffnung des Abscesses in der Linea alba 4 cm unterhalb des Nabels. Entleerung von 1½ Liter Eiter. Drainage. Sofortiger Nachlass des Fiebers. Schnelle Heilung.

Lomer sah einen ähnlichen Fall im Anschluss an einen Abortus im 2. Monat mit Putrescenz des Eies. Der Praktikant hatte an der hinteren Cervixwand einen „falschen Weg“ gebohrt. Es entstand eine schwere Pelveo-Peritonitis mit bedeutendem Exsudat, welches sich nach mehreren Wochen zwischen Nabel und Symphyse in der Linea alba durchzubrechen anschickte. Incision, Entleerung von fast 1 Liter grünlichen, übelriechenden Eiters. Erste Ausspülung mit 5%iger Karbollösung, dann Einstreuen von Jodoform. Heilung in 6 Wochen.

Ein lehrreiches Beispiel dafür, wie gewaltige Ausdehnungen parametritische Abscesse bei chronischem Verlauf nehmen können, giebt der Fall, welcher von Klob obduciert wurde. Der von Klob diktierte Sektionsbefund lautet: Körper klein, hochgradig abgemagert, blass, Hals dünn, Brustkorb gewölbt. Die rechte Seite des Unterleibs hervorgedrängt durch einen rundlichen Tumor, der sich in der Bauchhöhle befindet. Die Lungen collabiert, blutarm; im Herzbeutel etwas Serum, Herz normal; Leber klein, nach auswärts gedrängt, in ihrer Blase

dünne Galle. Milz klein, rötlich braun, Magen zusammengezogen, der Dünndarm nach der linken Seite gedrängt. Das Peritoneum der rechten hinteren Bauchwand emporgehoben durch einen fluctuierenden, fixierten, etwa mannskopfgrossen, durchscheinenden Tumor, an dessen oberer Peripherie sich das von Gasen ausgedehnte Coecum befand, von welchem das unterste Ende des Ileum durch Eingeschobensein des Tumors in dessen Gekröse, an den Tumor angewachsen, schief nach unten und innen verlief. Nach links gedrängt und aus der Beckenhöhle herausgehoben, fand sich der Körper des vergrösserten Uterus, dessen rechte Adnexa zusammengeschoben und pseudomembranös fixiert zwischen Uterus und dem Tumor lag. Über die unterste in die Beckenhöhle hineinragende Partie des Tumors verlief im Bogen gespannt das rechte untere Mutterband. Nach Abpräparieren des untersten Dünndarmendes zeigte sich über dem Uterus, der Innenfläche des Tumors anliegend, die schief nach innen und unten hervorgetretene rechte Niere, deren äussere Peripherie zum Tumor concav gedrückt, demselben innig anlag, während das blasig ausgedehnte Becken nach vorn und rechts sah. Die Nierenvene, in einer Art Furche an der vorderen Seite des oberen Endes dieser Niere herabsteigend, kreuzte die Iliaca communis unmittelbar, etwa einen Centimeter nach ihrer Teilung genau an der Stelle, an welcher aus der Iliaca die Nierenarterie entsprang, welche letztere hinter der beschriebenen Nierenvene sich in die rechte Niere einsenkte. Der Ureter derselben weit ausgedehnt. Die linke Niere liegt an der normalen Stelle, ihr Becken und Ureter gleichfalls ausgedehnt.

Der Körper des Uterus vergrössert, seine Höhle et-

was erweitert, Cervix samt seiner Vaginalportion destruiert durch ein exulceriertes, bröcklig weiches Pseudoplasma.

Bei der Eröffnung des erwähnten Tumors entleerte sich zunächst gelbes, flockiges Serum, dann grünliche, blassgelbe, eitrige, endlich bräunliche Masse, reichlich mit kleinen Knochenpartikelchen vermengt. Nur über der vorderen Peripherie zeigte sich ein begrenzender membranöser Sack, dessen Innenfläche ziemlich glatt, hie und da mit blassgrauen durchscheinenden Wucherungen bedeckt war; der Tumor stellte sich als ein Hohlraum dar, welcher tief in die Beckenhöhle hineinreichende buchtige Fortsetzungen nach dem Beckenausgang sowohl als auch gegen den ischiadischen Raum zeigt. Das Kreuzbein blossgelegt, ebenso die ganze seitliche Peripherie des kleinen Beckeneinganges; der Boden der Gelenkpfanne durchbrochen, Gelenkkopf ragt vollständig in den Hohlraum hinein, die Umgebung desselben mit reichlichen käsig zerfallenen, blassbraunen leicht abstreifbaren Wucherungen bedeckt.



Litteraturverzeichnis.

Billroth und Lücke, Handbuch der Frauenkrankheiten.

Fritsch, Frauenkrankheiten.

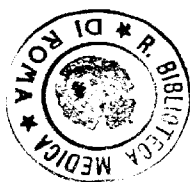
Schlesinger, Gynäkologische Studien.

Schröder, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Spiegelberg, Diagnose der Eierstockstumoren.

Veit, Gynäkologische Diagnostik.

Winckel, Frauenkrankheiten.



16714

30320.