



Casuistische Beiträge

zur

Parametritis purulenta.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

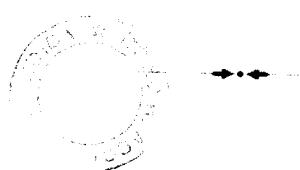
in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Adolphus Carolus Maria van Moorsel.

Militärarzt des 2. Niederländischen Husarenregimentes zu Venlo.



Jena

Verlag von Gustav Fischer.

1895.

Genehmigt von der medizinischen Fakultät der Universität Jena auf
Antrag des Herrn Geh. Hofrath Prof. Dr. Schultze.

Jena, den 29. Januar 1895.

Prof. Dr. **R. Stintzing**,
d. Z. Dekan der med. Fakultät.

SEINEN THEUREN ELTERN

UND

SEINER LIEBEN FRAU

GEWIDMET

vom VERFASSER.



Die phlegmonöse Entzündung im Bindegewebe des kleinen Beckens des Weibes wird noch immer relativ häufig beobachtet.

Trotz der Antiseptik sieht man, namentlich zur Zeit des Puerperiums, diese Krankheit oftmals zur allgemeinen Infection des Körpers mit meist letalem Ausgänge führen. Die unvermeidlichen Verletzungen der Weichtheile im Geburtsgang zur Zeit der Geburt einer normal entwickelten, reifen Frucht ermöglichen die Infection des Parametriums. Diese kann ausgehen von Wunden der Vulva, der Vagina, der Cervix und der Uterusinnenfläche. In erster Linie erwähne ich hier die Cervixrisse, weil von hier aus das infizirende Agens unmittelbaren Zutritt hat zu dem geöffneten parametranen Bindegewebe.

Während in der voraseptischen Periode nach Schroeder im Puerperium bei 85% der Puerperae Fieber auftrat, wurde diese Zahl, nachdem die antiseptische Behandlung des Wochenbettes eingeführt worden war, auf 20% reducirt (Chazan).

Wenn wir weiter wissen, dass diese beträchtliche Zahl der Temperaturerhöhungen im Wochenbett, welche trotz der Antisepsis noch auftritt, in der Regel auf Infection beruht, so ist es wohl nicht zu verwundern, dass die Parametritis, sowohl in Geburtsanstalten, als in der privaten Praxis, nicht zur Seltenheit gehört.

Nach einer Statistik von Bernutz entstehen von 20 Parametritiden 17 im Wochenbett.

Wenn auch ziemlich selten, so kann unter Umständen der Abortus ebenfalls zu dieser Krankheit Veranlassung geben. Verletzungen der weichen Geburtswege entstehen beim Abortus nicht so sehr durch den Durchtritt der Frucht, sondern durch die Hände und Instrumente des Obstetricus, welche nicht selten wiederholt in die Gebärmutter hineindringen muss zur Entfernung der Frucht und der Placenta.

Ungenügende Asepsis kann in solchen Fällen die schwersten Parametritiden hervorrufen. Ebenfalls sieht man durch die straf-

baren Abtreibungsversuche von Nicht-Medicinern diese Krankheit hin und wieder entstehen.

Schroeder sagt, dass die Parametritis ausserhalb des Puerperiums am häufigsten nach ärztlichen Eingriffen an Scheide und Cervix beobachtet wird.

Namentlich sind es die einfachen gynäcologischen Operationen, welche in der täglichen Praxis vielfach vorkommen, wie zum Beispiel das Curettage der Uterusmucosa, die Dilatatio Canalis cervicalis, Aetzungen und intrauterine Einspritzungen, welche infolge von Infection zu ernster suppurativer Parametritis Anlass geben können.

Es sind weiter Fälle von Parametritis erwähnt worden, entstanden in Anschliessung an eine höher liegende Entzündung im retro- oder präperitonealen Bindegewebe. Mehr speciell ist es die Paratyphlitis, welche sich auf diese Weise im Bindegewebe des kleinen Beckens fortpflanzen kann (Treub).

Eine grosse Rolle in der Erkrankung der Uterusadnexa spielt die gonorrhoeische Infection.

Während dieser Arbeit habe ich mir folgende Fragen gestellt:

- I. Kann das genannte Virus Parametritis zu stande bringen?
- II. Welchen Einfluss kann der Gonococcus auf den Verlauf der Parametritis ausüben?

Durch verschiedene Beobachtungen bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass der Gonococcus eben wohl Parametritis zu stande bringen kann.

Eine Bestätigung meiner Meinung fand ich zum Theile in einer Abhandlung von Dr. R. Asch.

„Auch bei den scheinbar puerperalen Adnexerkrankungen“, sagt Asch „handelt es sich ja nur zu oft um gonorrhoeische Infection, die, zu gleicher Zeit mit der Conception oder nach eingetretener Schwangerschaft acquirirt, im unterhalb der Frucht sitzenden Abschnitt der Gebärmutter, als sogenannte Endocervicitis vorhanden war. Nach erfolgter Ausstossung der Frucht am normalen oder vorzeitigen Ende der Schwangerschaft kommt es dann zu einer Infection der freigewordenen Uterushöhle, und in diesen Fällen gerade nicht selten zur Fortpflanzung der Schleimhautentzündung auf Tuben und Ovarien beziehungsweise auf's Peritoneum. Das sind die Fälle von Woehenbettfieber, die wohl zumeist zu der

Annahme einer Selbstinfection geführt haben. Hier bedarf es zur Infection weder eines Instrumentes noch des touchirenden Fingers. Häufig nimmt die Erkrankung gerade hier eine Gestalt an, die eine Verwechslung mit Parametritis gestattet oder die Diagnose einer Parametritis wirklich rechtfertigt. Es kommt zu ein- oder doppelseitigen fluctuirenden Abscesshöhlen, die entweder eine Pyosalpinx darstellen, die sich in das aufgelockerte Gewebe im Ligamentum latum entwickelt hat, oder als eine wirkliche Einschmelzung des parametranen Bindegewebes aufzufassen sind.“

Der Verlauf der Parametritis ist sehr schwankend. Am häufigsten geht die Infiltration bei geeigneter Behandlung in vollkommene Resorption über. Nur in der kleineren Hälfte der Fälle nimmt die Infiltration von Leucocyten in einem Masse zu, dass ein parametritischer Abscess zu stande kommt. Der Grund, weshalb der eine Fall resorbirt und der andere abscedirt, liegt theilweise gewiss in der Heftigkeit der Infection. Ferner halte ich es für sehr wahrscheinlich, dass, wenn eine Parametritis bei einer bereits bestehenden Gonorrhoe auftritt, bei welcher also wahrscheinlich eine Mischinfection zu stande gekommen ist, diese in Vereiterung übergeht.

Drei Fälle aus meiner Praxis berechtigen mich zur obigen Annahme. Auch konnte ich in einem Falle einer sehr schweren Phlegmone des Ligamentum latum, bei welcher jede gonorrhoeische Infection ausgeschlossen werden musste, vollständige Resorption constatiren.

In ätiologischer Beziehung interessant ist ein Fall, mitgetheilt von Dr. Cramer über Parametritis abseedens bei einem zwölfjährigen Mädchen.

Per exclusionem kommt Dr. Cramer zu folgendem Causalnexus: „Das Kind war ein starker Esser und dafür bekannt, dass es die unverdaulichen Nahrungsbestandtheile, besonders Steine und Kerne des Obstes, oft mit verschluckte. Dem entsprechend litt dasselbe vielfach an trägem Stuhlgang. 18 Tage vor der Erkrankung war das Kind heftig gefallen. Es ist nun denkbar, dass das heftige Herumrollen des schweren Körpers bei vielleicht stark oder mit harten Kothmassen gefülltem Darme eine, wenn auch nur unbedeutende Epithelsprengung im Mastdarm, vielleicht auch zugleich eine submucöse resp. subseröse Hämorrhagie veranlasste, so dass der septischen Infection des Beckenzellgewebes die Pforte geöffnet war.“

Schröder macht die Parametritis in allen Fällen abhängig von einer Resorption septischer Stoffe in das, unter der Serosa oder Mucosa gelegene Bindegewebe durch irgendwo entstandene Epithellücken.

Dass eine sehr kleine Verletzung genügt, um unter Umständen zur Phlegmone im Ligamentum latum Anlass zu geben, lehrt folgender Fall:

Ein zwanzigjähriges Mädchen wurde wegen Bauchbeschwerden und Fieber auf der inneren Station im Krankenhouse zu Amsterdam aufgenommen. Nachdem die Krankheit als ein gynäcologisches Leiden erkannt worden war, wurde Patientin nach der Abtheilung für Frauenkrankheiten transportirt.

Die Diagnose wurde auf Parametritis purulenta gestellt.

Die Actiologie war dunkel. Patientin, eine Virgo intacta, hatte keine Gonorrhoe. Der Darmkanal functionirte normal. Oberhalb und parallel dem Poupart'schen Bande wurde incidiert und Eiter herausbefördert. Jedoch das Fieber hielt an und die vorher schon sehr schwache Person erlag einige Tage später der chronischen Eiterung.

Bei der Obdunction wurde keine sichere Ursache für die Parametritis gefunden.

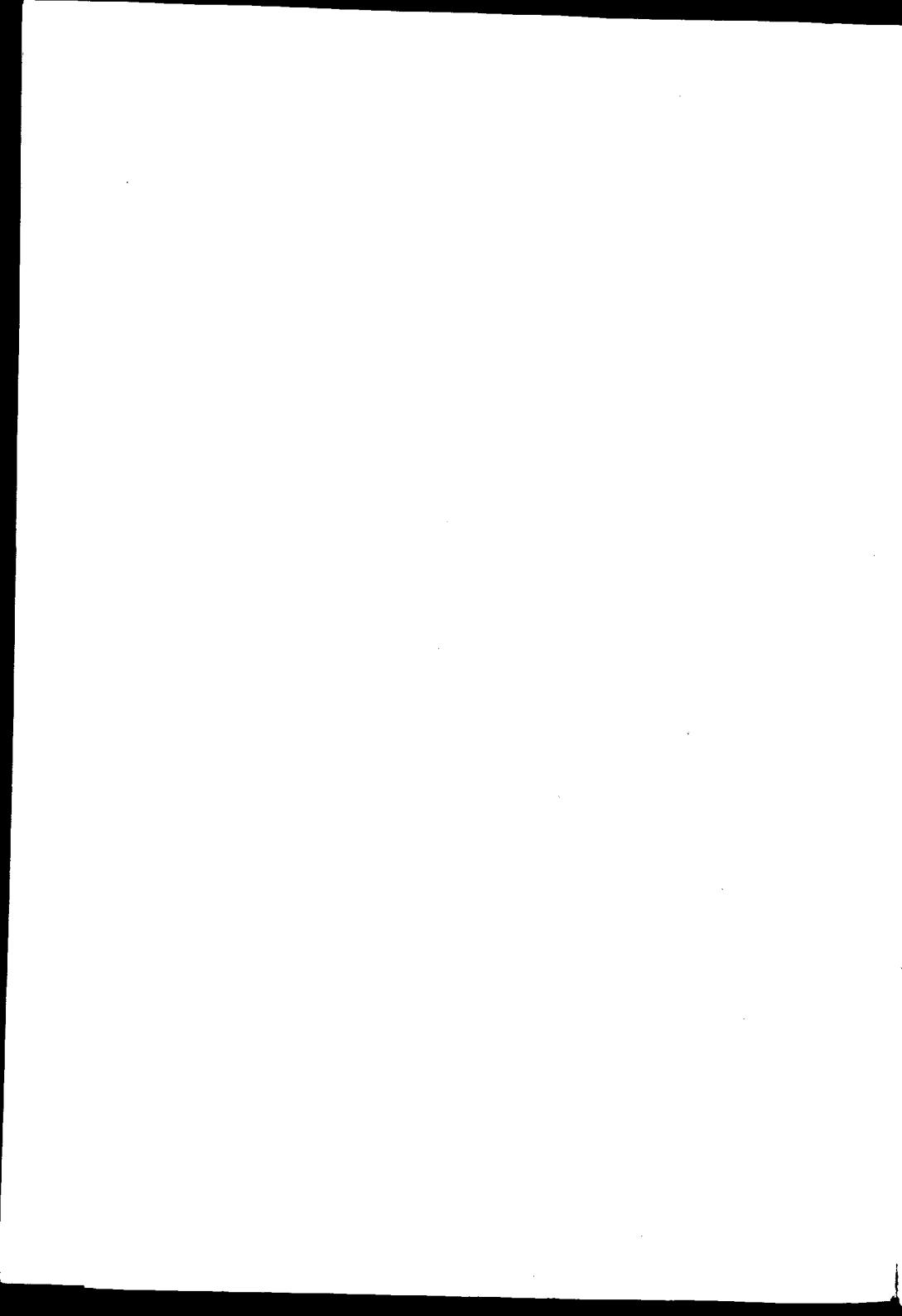
Eine kleine Narbe am Introitus Vaginae machte es sehr wahrscheinlich, dass hier eine Wunde gewesen war, welche inficiert wurde. Weiter lehrte die Obdunction, dass sich im Parametrium an beiden Seiten des geöffneten Abscesses noch weitere zwei Abscesse befanden. Wenn diese beiden Eiterhöhlen auch geöffnet worden wären, wäre der Exitus letalis vermutlich nicht eingetreten.

Von den französischen Gynäcologen Guéneau de Mussy, Martino und Anderen, und in Deutschland von A. Martin ist ein Krankheitsbild beschrieben worden, welches endlich bei der Actiologie der Parametritis noch Erwähnung verdient. Ich meine die Adenitis periuterina, bei welcher Krankheit rosenkranzähnlich angeordnete geschwollene Drüsengebäude in den Parametrien zu fühlen seien, welche sich vom Uterus bis in die Seiten des Beckens hinziehen. Durch eiterigen Zerfall des Drüsengebäudes, Durchbreechung der Tunica propria, kann es zur Entwickelung eines grösseren parametritischen Exsudates kommen. Die Entstehung der Adenitis periuterina ist meist auf gonorrhoeische Infection zurückzuführen.

In seinem „*Traité de Gynécologie*“ vertheidigt Pozzi eine andere Anschauung über diese Krankheit. Auch er nahm wahr, dass die circumscripten Tumoren ein Gefühl, als ob man mit Drüsensäcken zu thun hat, verursachen. Es befinden sich keine Drüsen auf dieser Stelle, also auch keine Adenitis. Die Entzündung entsteht nach Pozzi in der Umgebung der Lymphgefässe, ist also eine Perilymphangoitis. Und diese wird in dem Verlaufe der Lymphgefässe, vom Collum Uteri zu den Glandulae iliacae, wahrgenommen.

Durch die Mittheilung von einigen Krankheitsfällen will ich nun versuchen, einen Beitrag zur Casuistik der Parametritis purulenta zu liefern.

Sämmtliche Fälle, welche in mancher Beziehung Interessantes darbieten, waren in Abscedirung übergegangen und machten einen operativen Eingriff nothwendig.



Fall I.

Frau A. 28 Jahre alt, war früher immer gesund. Im Alter von 14 Jahren trat die Menstruation ein, welche immer regelmässig vierwöchentlich zurückkehrte, vier Tage dauerte und nie zu krankhaften Erscheinungen Anlass gab.

Nachdem sie im 22. Jahre verheirathet war, fand die erste Geburt ungefähr ein Jahr später statt. Dieselbe wurde foreipal beendet; das Wochenbett verlief nicht ohne Fieber und längere Zeit nachdem war Patientin noch sehr schwach.

Zwei Jahre später, also im Alter von 25 Jahren, fand die zweite Geburt statt. Patientin kam damals mit Gemelli nieder, welche beide in Steisslage geboren wurden. Das Wochenbett wurde gestört durch heftiges Fieber und bedeutende Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Es dauerte längere Zeit, ehe Patientin wieder arbeitsfähig war.

Das dritte Mal gebaer Patientin im 27. Jahre ohne ärztliche Hülfe. Die Entbindung war jedoch sehr schwierig, dauerte vier Tage und ging, gepaart mit den heftigsten Schmerzen, vor sich. Wiederum trat im Wochenbette hohes Fieber ein nach vorhergegangenen heftigen Schüttelfröstern. Es war, erzählte Patientin, als ob links unten im Bauche ein schwerer Gegenstand lag, welcher bei Berührung heftige, in das linke Bein ausstrahlende Schmerzen verursachte.

Dieser etwas bewegliche Tumor machte es der Patientin unmöglich auf der rechten Seite zu liegen.

Ende Juni 1890, sechs Wochen nach dieser Entbindung, wurde meine Hülfe bei der Patientin in Anspruch genommen, weil sie nach der Geburt „einen dicken Leib“ behalten hätte. Aus der Anamnese ging ferner hervor, dass Patientin an schlechtem



Appetit litt, anhaltende schmerzhafte Diarrhoea hatte, sich hin und wieder Erbrechen einstellte und der Urin spärlich war.

Der Status praesens war folgender:

Patientin, eine mittelgrosse Frau, stark abgemagert und blass, mit sehr anämischen Schleimhäuten, sieht schwer krank aus. Das Abdomen, welches reichliche Striae albicantes et lividae zeigt, ist gleichmässig und stark ausgedehnt; der Nabel ist verstrichen; Vorwölbung der einen oder andern Partie des Abdomens ist nicht wahrzunehmen. Die Palpation, welche sehr wenig Schmerzen verursacht, zeigt wohl deutliche Fluctuation, ein Tumor aber lässt sich nicht constatiren.

Aus der Percussion geht hervor, dass die Därme stark meteoristisch aufgetrieben sind, und dass in der Bauchhöhle die Flüssigkeit eine nach oben convexe Linie bildet, welche ziemlich constant ist, auch dann, wenn Patientin sich auf die Seite legt.

Der Percussionsschall oberhalb der Ligamenta Poupartii bleibt dabei links und rechts tympanitisch.

Aus der combinirten Untersuchung geht hervor, dass der Uterus noch etwas vergrössert und nicht abzutasten ist. Der Vaginaltheil ist sehr klein, steht median und nach hinten in der Kreuzbeinhöhle. Links, hoch im parametranen Bindegewebe, ist vermehrte Resistenz wahrzunehmen. Es zeigt sich, dass diese Resistenz rechts fehlt. Auch das Laquear posterius und anterius ist frei. Patientin ist afebril. Der Urin ist concentrirt, doch übrigens normal. Der schwache Puls hat eine Frequenz von 100 und ist regelmässig.

Die grosse Schwierigkeit einer sorgfältigen Untersuchung in der Wohnung der Armen, machte die doch schon schwierige Diagnose nicht leichter. Die Anamnese gab das Recht, eine Infection bei der Geburt anzunehmen. Die Krankheit hatte im Puerperium angefangen im Anschluss an einen schmerzhaften langwierigen Partus, welcher von einer nicht aseptischen Hebamme geleitet wurde.

Sie begann mit Schüttelfrost und Fieber, zeigte im weiteren Verlaufe Schmerzen im Unterbauche, Diarrhoea, Erbrechen etc. Es war also zweifelsohne, dass hier eine puerperale Erkrankung vorlag.

Das Vorhandensein einer so grossen Quantität abgekapselter Flüssigkeit in der Bauchhöhle, deren Natur noch unbekannt war, und der innere Befund, welcher ergab, dass das Cavum Douglasii frei war, und hoch am Uterusrand im linken Parametrium vermehrte

Resistenz bestand, führten mich zur vorläufigen Diagnose, entweder Pelvooperitonitis mit Verwachsung der Peritonealblätter im Douglas, oder Parametritis, oder beide zusammen.

Die Therapie war im Anfang symptomatisch. Es wurde viel Sorgfalt auf die Verbesserung des ungünstigen allgemeinen Gesundheitszustandes verwandt durch kräftige Ernährung und Alcoholica, letztere sowohl als Excitans, als zur Beschränkung des Eiweissverfalls.

Der Zustand verbesserte sich allmählich. Patientin fieberte nicht mehr, die Schmerzen wurden gelinder, der Appetit wurde vortrefflich, nur der Bauch blieb unverändert, und die Diarrhoea kehrte jedesmal zurück, wenn mit Opium cessirt wurde.

Nicht ohne Mühe gelang es mir, Patientin zu bewegen, sich im hiesigen Krankenhouse zur Aufnahme anzumelden, was am 20. August geschah.

Am 21. August 1890 wurde daselbst folgender Status aufgenommen:

Der allgemeine Gesundheitszustand ist ziemlich gut, bedeutend besser als vor zwei Monaten; die sichtbaren Schleimhäute sind leicht geröthet, die Brustorgane sind normal. Der Bauch ist stark ausgedehnt, bedeutend stärker als bei der ersten Untersuchung. Ektatische Hautvenen bilden ein ausgebreitetes Netz auf der Bauchwand. Das Diaphragma ist in die Höhe gedrängt, die Palpation lässt keinen Tumor auffinden. Fluctuation ist sehr deutlich vorhanden, Leber und Milz sind normal.

Aus der Percussion geht hervor, dass die Flüssigkeit ihren Platz nicht verlässt. Oberhalb der beiden Poupart'schen Bänder bleibt der Darmton bestehen.

Innere Untersuchung wie vor zwei Monaten.

Um Sicherheit über die Natur der Flüssigkeit zu bekommen, machte ich eine Probepunktion mit einem ziemlich feinen Trocart.

Dieser wurde in der Mitte zwischen Nabel und Spina iliaca anterior superior eingestochen. Aus der Canule floss ziemlich dicker, graugrün gefärbter, fäkal riechender Eiter. Da die Möglichkeit vorhanden war, das Peritoneum zu inficiren, entfernte ich nicht ohne Sorge die Canule. Am Abend war die Temperatur der Patientin 39°, sie hatte Schmerzen auf der Punctionsstelle, weshalb daselbst Umschläge mit Sublimatlösung gemacht wurden. Das Fieber wechselte während der vier folgenden Tage zwischen 39° und 40°, um dann wieder zu verschwinden.

Es hatte sich auf der Punktionsstelle eine circumscripte Peritonitis gebildet, welche Veranlassung zu einer Verwachsung der Peritonealblätter daselbst gab, heute noch als ein kleiner harter Tumor zu fühlen. Jetzt war die Frage, ob die Eiterhöhle intra- oder extraperitoneal lag. Am wahrscheinlichsten war die extra-peritoneale Lage. Für diese Annahme sprach erstens die grosse Wahrscheinlichkeit, dass wir mit Parametritis suppurativa zu thun hatten, da es nicht gut denkbar ist, dass eine intraperitoneale Eiterung mit so wenig heftigen Erscheinungen verlaufen könne.

Diese Frage mit Gewissheit zu beantworten, war aber unmöglich.

Im Consilium mit einem Collegen wurde nun überlegt, wie am besten die Aufgabe „ubi pus evacua“ gelöst werden könne. Den Eiter extraperitoneell aufzusuchen von der Leistenbeuge aus, wäre gewiss rationell. Jedoch, die Percussion war oberhalb des Poupart-schen Bandes so deutlich tympanitisch, dass wir uns entschlossen, eine Incision in der Linea alba zu machen.

Nach entsprechender Desinfection und Entleerung der Blase, machte ich in der Chloroformnarkose eine Incision von 8 cm Länge in der Mitte zwischen Nabel und Symphysis anfangend, nach unten.

Das Peritoneum lag bald frei in der Wunde und nun wurde es deutlich, dass die beiden Peritonealblätter nicht mit einander verwachsen waren. Das parietale Blatt war über die Abscesswand verschiebbar; das Peritoneum wurde nun in einer Ausdehnung von 4 cm geöffnet, die beiden Blätter mit Catgutfäden an der Haut festgenäht, die Wunde mit Jodoformgaze bedeckt und verbunden.

Patientin blieb fieberfrei.

Vier Tage später wurde der Verband abgenommen, und war die Verwachsung der Peritonealblätter zu stande gekommen.

Es wurde nun die Abscesswand incidiert, und es entleerten sich 15 Liter stark fäkal riechender Eiter.

Nach Ausspülung der enormen Höhle mit Borsäurelösung, wurden drei lange Drainröhren hineingebracht und mit Sublimatholz-wolle verbunden.

Der Verlauf war fieberfrei und ungestört.

Die Ausspülung des Hohlraumes mit Borsäurelösung wurde täglich wiederholt, die Drainröhren regelmässig verkürzt und nach vierzehn Tagen ganz herausgelassen.

Nach drei Wochen war die Wunde geschlossen, und konnte Patientin, mit einer gut schliessenden Flanell-Bauchbinde versehen, aus dem Krankenhause entlassen werden.

Ungefähr ein Jahr nachher fand Patientin sich in meiner Sprechstunde wieder ein. Ihre Gesundheit war vortrefflich. Drei Monate nach ihrer Rückkehr in die Haushaltung hatte sie abortirt; kurze Zeit nachher auf's neue schwanger geworden, war sie nun am Ende der Schwangerschaft. Sie consultirte mich, weil in der Narbe der Operationswunde ein Bauchbruch entstanden war. Die Geburt, welche à terme stattfand, verlief normal, ebenso das Wochenbett und war sie im Stande, ihr Kind selbst zu ernähren. Den Bauchbruch anbelangend, wurde für eine gut passende Bandage gesorgt, und war ich kürzlich in der Lage, bei Patientin eine neue Gravidität zu constatiren.

Ein Fall von Parametritis, welcher Anlass gab zu einer Eiteransammlung von 15 Liter mit einer so auffallenden Euphorie der betreffenden Patientin, wie der obige, ist gewiss eine Seltenheit.

Die Diagnose der extraperitonealen Lage des Exsudates konnte erst bei der Incision festgestellt werden.

Ein näheres Studium über Parametritis lehrte mich, dass die Percussion oberhalb des Poupart'schen Bandes bei dieser Krankheit nie ganz gedämpft ist. Es war also nicht nothwendig, auf Grund der Tympanie auf dieser Stelle, den Schnitt in der Linea alba zu machen. Die Eröffnung des Abscesses hätte also auch oberhalb des Schenkelbogens geschehen können, wodurch eine Verletzung des Peritoneums vermieden, und die Operation in einem Tempo abgelaufen wäre.

Die Probepunktion mit dem Trocart war weiter ein Fehler. Erlaubt wäre dieselbe gewesen, wenn gleich darauf die Incision gefolgt wäre.

Die Naht der beiden Peritonealblätter mit der Haut war überflüssig. Die gewünschte Verwachsung zur Abschliessung der Bauchhöhle würde doch schon durch den einfachen Reiz der La-

parotomie zu stande gekommen sein, ohne noch von der Besprühung mit Antiseptics und der Bedeckung mit Jodoformgaze zu sprechen.

Später wurde mir bekannt, dass die Patientin vor ihrer Heirath schwer gonorrhoeisch erkrankt gewesen war.

Meines Erachtens besteht die Möglichkeit, dass hier eine Mischinfection zu stande gekommen ist, wodurch die Eiterung befördert wurde.

Fall II.

Frau B., 24 Jahre alt, hat am 6. November 1893, am Ende der ersten Schwangerschaft, spontan geboren. Während der Geburt entstand eine ziemlich grosse Ruptura perinei incompleta, welche mit Seidennähten geschlossen wurde.

Aus der Anamnese geht hervor, dass Patientin früher immer gesund war, dass die Periode mit dem 17. Jahre beginnend, regelmässig, doch spärlich, alle vier Wochen eintrat.

Während der Schwangerschaft litt Patientin sehr stark an Hyperemesis gravidarum, und war infolge dessen sehr heruntergekommen. Auch ihre Stimmung war während dieser Zeit niedergeschlagen.

Post partum fühlte Patientin sich wohl. Die Temperatur war normal, der Puls aber schwach und frequent.

Es gelang der jungen Mutter nicht, ihr Kind selbst zu ernähren. Den vierten Tag nach der Geburt hatte die Patientin Abends Fieber, welches bis 39° stieg.

Dieses veranlasste den behandelnden Arzt die Fäden aus dem Perineum zu entfernen, und fand er, dass die Perinealwunde prima intentione geheilt war.

Nur an der Comissura posterior war eine kleine suppurirende Stelle. Dieses Geschwür wurde mit reiner Tinctura Jodii cauterisirt und die Vagina mit 2½ procentiger Carbollösung ausgespült. Infolge dessen verschwand das Fieber.

Am neunten Tage des Wochenbettes stand Patientin zum ersten Male auf, war aber sehr matt. Schon am nächsten Tage musste sie wieder das Bett hüten, weil heftiger Schüttelfrost und hohes Fieber eingetreten waren.

Die Lochien waren nicht übelriechend, sie zeigten eine normale Beschaffenheit.

Eine ausgiebige Ausspülung der Gebärmutter mit 3 prozentiger Phenollösung hatte keinen Erfolg. Das Fieber dauerte fort, und es entstanden in der rechten Unterbauchgegend ziemlich heftige Schmerzen.

Am 28. November wurde von mir folgender Status aufgenommen:

Die mehr als mittelgrosse Patientin sieht schwerkrank aus und ist ziemlich stark abgemagert.

Die Wangen sind eingefallen, die Farbe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute ist blass.

Die Lage im Bett ist passiv.

Lungen und Herz sind normal.

Der schwache, kleine Puls hat 120 Schläge. Die Temperatur ist $39,2^{\circ}$. Das Abdomen ist gespannt und aufgetrieben, speciell die rechte Inguinalgegend ist vorgewölbt.

Es ist hier deutlich eine bei Druck schmerzhafte, ungefähr zwei Faust grosse, feste Geschwulst wahrzunehmen. Der Tumor reicht ungefähr bis zur Höhe des Nabels, ist unbeweglich und erstreckt sich bis in das Becken; seine Oberfläche ist glatt; die Bauchdecken oberhalb desselben sind unverändert und lassen sich über ihn hin- und herschieben.

Die Schmerzen, welche hin und wieder auch spontan auftreten, strahlen nach dem rechten Beine aus. Die Percussion des Tumors ist gedämpft.

An den äusseren Genitalien sieht man, dass die Ruptura perinei prima intentione geheilt ist. Es besteht an der Commissura posterior noch eine kleine wunde Stelle, welche mit reinen Granulationen bedeckt ist.

Der mässig starke Wochenfluss ist schleimig-eitrig und geruchlos.

Die innere Untersuchung, welche wegen der Ruptura perinei sehr vorsichtig stattfand, zeigte eine sehr lange Vagina.

Der kurze Vaginaltheil steht etwas nach links; die Gebärmutter ist vergrössert, ihre Beweglichkeit ist gering, ohne jedoch total immobilisiert zu sein. Der Uterus ist nicht herauszutasten.

Im rechten Laquear fühlt man eine parametrale Infiltration, welche sehr hoch gelegen ist, sich bis zum Beckenrande erstreckt und wie aus der combinirten Untersuchung hervorgeht, zusammenhängend ist mit dem im rechten Unterbauche befindlichem Tumor. Fluctuation ist nicht zu fühlen.

Die Diagnose wurde gestellt auf eine Phlegmone des Ligamentum latum.

Therapeutisch wurde äusserlich eine grosse Eisblase angewendet, wodurch die Schmerzen sehr gelindert wurden. Weiter bekam Patientin zweimal täglich eine Vaginalirrigation mit 2 prozentiger Carbolsäurelösung.

Weil fortwährend Obstipatio alvi bestand, wurde durch Clysmata für regelmässige Stuhlentleerung gesorgt. Laxantia hatten einen schlechten Einfluss auf den Appetit und wurden deshalb fortgelassen.

Dem allgemeinen Gesundheitszustande wurde viel Sorge gewidmet, und nahm Patientin guten Wein, Champagner, sowie kräftige Nahrung zu sich.

Bis jetzt hatte das Fieber den Charakter einer Febris continua. Allmählich wurden die Remissionen grösser, und trat Morgens regelmässig Schwitzen ein. Auch Schüttelfrösste kehrten täglich zurück. Im übrigen blieb der Zustand fast unverändert.

Bei einer inneren Untersuchung am 15. December wurde gefunden, dass die Portio vaginalis sich noch mehr verkürzt, und die Immobilisirung der Gebärmutter zugenommen hatte, zu gleicher Zeit war die Infiltration derber und fester geworden. Fluctuation war noch immer nicht zu fühlen. Äusserlich war der Zustand unverändert. Der Tumor hatte nur sehr wenig an Grösse zugenommen, die Bauchdecken waren immer normal. Jedoch zeigte der Fieberverlauf deutlich, dass die Infiltration nach und nach in Vereiterung überging. Auch das Äussere der Kranken, welche den Appetit allmählich ganz verloren hatte, sehr abmagerte, und ein typisch pyämisches Aussehen zeigte, stellte dasselbe ausser Zweifel. Einige Tage später hatte ein Consilium mit Professor van der Mey aus Amsterdam statt, der die Diagnose „Parametritis purulenta“ bestätigte, bei der bimanuellen Untersuchung eine wellenförmige Bewegung im Tumor wahrnahm und sich zur sofortigen Operation entschloss.

Diese wurde in folgender Weise ausgeführt:

Nachdem die Bauchwand rasirt und desinficirt war, wurde in der Chloroformnarcose ungefähr zwei Finger breit oberhalb des rechten Ligamentum Poupartii eine circa 8 cm lange Incision gemacht. Es wurde vorsichtig in die Tiefe gearbeitet, Fascien und Muskeln durchschnitten, bis endlich der dicke, weisse, geruchlose Eiter reichlich über die Hände des Operateurs floss.

Der untersuchende Finger kam in eine Abscesshöhle, welche mit einem zweiten kleineren Hohlraum communicirte.

Beide Höhlen wurden mit einer 3 procentigen Borsäurelösung ausgespült und drainirt.

Die Bauchwunde wurde bis auf die Drainage-Öffnung genäht und endlich, wie üblich, der Verband angelegt. Sehon am selben Abend war das Fieber bis 37° heruntergegangen.

Die Convalescenz war ungestört; wohl stieg die Temperatur am folgenden Tage noch einmal auf 38°, doch blieb sie dann normal. Täglich wurde ein neuer Verband angelegt, wobei das Drainrohr jedesmal verkürzt und nach einer Woche ganz herausgelassen wurde. Die kleine granulirende Hautwunde, welche noch überblieb, war nach einer zweiten Woche gänzlich geheilt.

Patientin erfreut sich seitdem einer vorzüglichen Gesundheit.

Die Diagnose war in diesem Falle nicht zweifelhaft. Die Ätiologie im Verband mit der stark vermehrten Resistenz im rechten Scheidegewölbe, welche zusammenhang mit dem Tumor in der rechten Unterbauchgegend, das Fehlen von Krankheitsscheinungen von Seiten des Peritoneums, und schliesslich der typische Verlauf rechtfertigten die Aussprache „Parametritis purulenta“ gänzlich.

Vom ätiologischen Standpunkte ist noch eins zu bemerken, dass nämlich der Maritus dér Patientin nach der Heirath, ungefähr zu der Zeit, als die Conception eingetreten sein musste, von mir wegen einer Urethritis posterior, in dessen Secret sich Gonokokken befanden, behandelt wurde. Es ist somit wohl höchst wahrscheinlich, dass eine gonorrhoeische Infection des Weibes zu stande gekommen ist. Da nun die Ruptura perinei, oder ein Cervixriss die Eingangsöffnung zur puerperalen Infection war, ist es annehmbar, dass bei der grossen Tenacität des gonorrhoeischen Virus eine Mischinfection stattgefunden hat, welche veranlasste, dass die Infiltration, ungeachtet der sorgfältigsten Behandlung und der grössten Schonung, in Eiterung überging.

Temperatur-Tabelle.

Fall II.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
16. November 1893.		39,8
17. "	38,8	39,3
18. "	39,0	39,5
19. "	39,2	39,4
20. "	38,6	39,3
21. "	38,5	39,0
22. "	38,7	39,3
23. "	39,0	39,2
24. "	38,7	39,3
25. "	38,8	39,7
26. "	39,1	39,4
27. "	38,9	39,2
28. "	38,9	39,5
29. "	38,8	39,1
30. "	38,4	38,9
1. Dezember	38,3	38,8
2. "	38,5	39,1
3. "	38,7	39,0
4. "	38,6	38,8
5. "	38,4	39,0
6. "	38,2	39,2
7. "	38,4	39,4
8. "	38,4	39,4
9. "	38,6	39,0
10. "	38,2	38,6
11. "	37,8	38,8
12. "	37,2	39,2
13. "	37,8	39,0
14. "	38,0	39,2
15. "	38,2	39,6
16. "	38,0	39,0
17. "	37,4	39,4
18. "	38,2	39,4
19. "	37,6	39,0
20. "	37,8	39,2
21. "	37,8	38,8
22. "	38,1	39,0
23. "	37,0	38,6
24. "	37,2	38,4
25. "	37,5	38,5
26. "	38,0*	37,2

* Operation

Datum	Temperatur	
	M.	A.
27. Dezember 1893	37,0	38,2
28. "	37,2	38,5
29. "	37,0	38,0
30. "	36,8	38,2
31. "	36,6	37,6
1. Januar 1894	36,9	37,5
2. "	36,8	37,3
3. "	36,8	37,1
	weiter normal.	

Fall III.

Frau C., 38 Jahre alt, seit 15 Jahren verheiratet, war früher immer gesund.

Vom 16. Jahre an trat die Menstruation immer regelmässig ein, Schmerzen traten dabei nie auf. Der Blutverlust war stets gering. Patientin gebahr zwölf Kinder, von denen noch sieben am Leben sind. Wie bei den elf anderen, verlief auch die letzte Schwangerschaft ungestört. Die erste Geburt wurde forceps beendet, die weiteren Geburten verliefen spontan. Im Wochenbett trat bisher keine einzige Krankheit auf. Das jüngste Kind wurde am 26. Januar 1894 geboren.

Alles verlief ungestört. Die Hebamme, welche Patientin entband, wendete dabei keine aseptischen Cautelen an.

Vier Tage nach der Geburt wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Patientin klagte über Kopfschmerzen, Durst und Schmerzen in den Gliedern. Der Wochenfluss hatte keinen übeln Geruch und seine Farbe war normal. Der Bauch zeigte keine Abweichung, ebenso wenig die Genitalia externa. Auch bei der innern und bimanuellen Untersuchung wurde keine Ursache für das Fieber $38,5^{\circ}$ gefunden.

Der behandelnde Arzt verordnete eine Vaginalirrigation mit schwacher Phenollösung und innerlich Chinin, wonach der Zustand sich verbesserte.

Acht Tage später kehrten dieselben Symptome, aber in stärkerem Masse, wieder zurück. Auch waren zu gleicher Zeit geringe Schmerzen in der linken Unterbauchgegend vorhanden, welche bei Druck zunahmen. Die innere Untersuchung ergab, dass das

linke Laquear ebenfalls druckempfindlich war. Alle diese Symptome liessen auf eine puerperale Infection schliessen. Die therapeutischen Massnahmen bestanden in Eisumschlägen auf den Bauch und anti-septischen Vaginalausspülungen. Innerlich wurden Alcoholica in grossen Quantitäten angewendet.

Drei Wochen post partum war links oberhalb des Poupart-schen Bandes deutlich ein harter, schmerzhafter Tumor wahrzunehmen. Bei der bimanuellen Untersuchung konnten rechts beide Hände zusammengebracht werden, links war dasselbe unmöglich.

Es bestand hier im Parametrium eine derbe, entzündliche Infiltration, welche mit dem Tumor in der linken Unterbauchgegend zusammenhing. Patientin fieberte fortwährend. Das Fieber hatte den Charakter einer Febris continua. Die Diagnose wurde gestellt auf „Parametritis acuta sinistra.“

Da die Geschwulst mehr und mehr an Grösse zunahm und die Verpflegung der Kranken in ihrer Wohnung viel zu wünschen übrig liess, wurde sie am 27. Februar, also in der vierten Woche ihrer Krankheit, im Krankenhaus zu Eindhoven aufgenommen, wo die Behandlung in der Absicht, das Exsudat zur Resorption zu bringen, folgenderweise vorgenommen wurde:

Application von Priesnitz'schen Umschlägen auf den Bauch; zweimal täglich eine warme Vaginalirrigation mit stets steigender Temperatur. Ferner wurde nach jeder Auspülung ein in Glycerin getränkter Jodoformgazetampon in die Vagina eingeführt.

Mit der Darreichung von Alcoholica wurde fortgefahrene.

Indem diese Behandlung längere Zeit hindurch fortgesetzt worden war, nahm das Fieber einen ausgesprochenen intermittirenden Charakter an, und die langsam fortschreitende Entzündung im Bauche war auf die Bauchwand übergeschritten, welche sich auf einer kleinen Stelle geröthet hatte. Fluctuation war nicht mit Gewissheit wahrzunehmen. Zur Sicherstellung der Diagnose wurde nun eine Untersuchung in der Chloroformnarcose vorgenommen. Zu gleicher Zeit war alles fertiggestellt, um nöthigenfalls operativ eingreifen zu können.

Die Untersuchung ergab Folgendes:

Das Abdomen, namentlich die Gegend oberhalb des linken Poupart'schen Bandes, war von der Linea alba bis zur Spina anterior superior stark vorgewölbt durch einen Tumor in der Grösse eines kleinen Kinderkopfes, welcher ungefähr den Nabel erreichte und

nach oben scharf begrenzt war. Der Tumor war unbeweglich, bei Druck schmerhaft und mit den Bauchdecken verwachsen, welche infiltrirt und geröthet waren.

Bei der inneren Untersuchung wurde festgestellt, dass der Vaginaltheil nach hinten und nach rechts stand. Links und vorn war der unbewegliche Uterus umgeben von einem festen parametrischen Exsudate, welches sich bis zum Beckenrande erstreckte. Rechts und im Laquear posterior war nichts Abnormes wahrzunehmen. Die Reetaluntersuchung bestätigte den Befund per Vaginam. Eine Probepunction in der am meisten sich hervorwölbenden Stelle an der Bauchwand, ergab als Inhalt der Geschwulst dicken, zähen, gelben, nicht fäkalriechenden Eiter. Da die fortwährend fiebrige Patientin stark abgemagert und heruntergekommen war, wurde unmittelbar zur Incision übergegangen.

Ich führte dieselbe folgenderweise aus:

Nachdem die Bauchwand gehörig desinficirt war, machte ich 4 cm oberhalb des Poupart'schen Bandes mit diesem parallel einen 7 cm langen Schnitt, welcher über die Stelle der grössten Prominenz verlief. Schichtenweise tiefer dringend, erreichte ich bald die Abscesshöhle, aus welcher sich, nach Eröffnung derselben, der Eiter in grosser Quantität entleerte. Aus der Untersuchung der Abscesshöhle mit dem Finger ging hervor, dass sich dieselbe bis zum Beckenrande und bis in das parametrale Gewebe erstreckte. Durch die Untersuchung mit einem Finger in der Vagina, mit dem andern in der Abscesshöhle wurde die Diagnose Parametritis befestigt, denn das feste Exsudat war vor und links neben dem Uterus deutlich zu fühlen. Die Höhle wurde mit 2procentiger Phenollösung ausgespült und mit Jodoformgaze austamponirt.

Am Abend der Incision war die Temperatur 36,5°. Im weiteren Verlaufe der Krankheit verbesserte sich der allgemeine Zustand täglich. Eine Parese, verbunden mit heftigen Schmerzen in der linken unteren Extremität, einige Tage vor der Operation entstanden, war drei Tage nach der Entleerung des Eiters verschwunden.

Alle zwei bis drei Tage wurde der Verband gewechselt. Die Wunde eiterte wenig und zeigte bald gute Granulationen. Fieber trat nicht mehr ein.

Am 28. März wurde anstatt der Jodoformgaze ein kurzes Drainrohr in die Wunde hineingeführt; eine Woche später konnte auch dieses fortgelassen werden.

Am 16. April war die Höhle geschlossen und das Befinden der Kranken vorzüglich, so dass sie nach ihrer Wohnung zurückkehren konnte.

Der typische Anfang der Erkrankung im linken Ligamentum latum, am dritten Tage nach einer nicht aseptisch geleiteten Geburt, die Ausbreitung der Entzündung in der linken Unterbauchgegend gaben das Recht, die Diagnose auf Parametritis zu stellen. Dass dieselbe in Vereiterung übergegangen war, zeigte sich in dem Temperaturverlaufe und in der Hantveränderung.

Die Incision bestätigte die Diagnose.

Durch Ausbreitung der Entzündung nach vorne hatte sich eine Parametritis anterior gebildet; es hatte sich eine Exsudatmasse zwischen Blase und Uterus angehäuft. Bei der Incision wurde nur eine Abscesshöhle gefunden. Nicht ohne Sorge waren wir, dass sich daselbst noch eine zweite Höhle befinden würde, entweder tief im Ligamentum latum, oder vorne in dem Exsudate zwischen Blase und Uterus.

Wenn dieses der Fall gewesen wäre, würde das pyämische Fieber fortgedauert haben, wodurch die Kräfte der doch schon echectischen Patientin gänzlich unterminirt worden wären.

Ausserdem bestand bei einer Eiterung zwischen Blase und Uterus noch die Gefahr, dass der Abscess in die Blase durchbrechen konnte. Das Nachlassen des Fiebers und die so schnelle Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes nach Eröffnung der Abscesshöhle zeigte aber zur Genüge, dass nur eine Höhle vorhanden war.

Temperatur-Tabelle.

Fall III.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
1. März 1894	37,1	39,3
2. „	37,2	39,1
3. „	37,6	39,1
4. „	37,6	39,1
5. „	37,7	39,6
6. „	38,3	38,1
7. „	38,4	38,1
8. „	37,1	38,4
9. „	36,3	39,4
10. „	37,4	38,4
11. „	38,1	38,1
12. „	37,1	39,3
13. „	37,3	39,1
14. „	36,4	38,6
15. „	37,6	39,0
16. „	37,4	39,2
17. „	36,4*	36,5
18. „	36,4	36,4
19. „	37,4	37,0
20. „	36,5	37,1
21. „	36,6	36,1
22. „	36,4	36,4
23. „	36,1	36,4
24. „	37,1	36,4
25. „	35,6	37,2
26. „	36,4	35,6
27. „	36,5	36,4
28. „	36,0	

* Operation weiter normal.

Fall IV.

Frau D., 24 Jahre alt, seit 7 Jahren verheiratet, hat keine Kinder und abortirte nie. Vor ihrer Heirath war sie stets gesund. Im Alter von 14 Jahren trat die Periode ein, sie kehrte regelmässig vierwöchentlich zurück, war nie schmerhaft, doch stets stark und dauerte gewöhnlich eine ganze Woche.

Patientin klagt seit 7 Jahren über Schmerzen im Unterbauche, localisiert in der Mitte zwischen Nabel und Symphysis. Ob diese Schmerzen vor der Heirath schon bestanden haben, erinnert Patientin sich nicht. Eine Schwellung des Bauches hat sie niemals wahrgenommen. Der Stuhl ist immer angehalten, auch leidet Patientin öfter an Harndrang und muss gewöhnlich des Nachts zum Uriniren, wobei Schmerzen auftreten, aufstehen. Auch der Coitus ist sehr schmerhaft.

Mit diesen Klagen stellte Patientin sich im September 1893 unter Behandlung von Dr. Kaiser zu Hoorn.

Bei der Untersuchung wurde gefunden, dass die Gebärmutter in toto nach rechts und nach hinten verschoben, ihre Grösse und Lage aber normal war. Im rechten Parametrium waren Narbenstränge wahrzunehmen. In der Plica Douglassii dieser Seite befand sich ein haselnussgrosser Tumor, welcher etwas beweglich, fest, rund, und bei Druck schmerhaft war.

Oberhalb dieses Tumors wurde noch eine zweite Geschwulst angetroffen, welche aber nicht genau abgetastet werden konnte. Therapeutisch wurden Sitzbäder mit Kochsalz und Roborantia verschrieben, sowie Ruhe anbefohlen. Hierdurch trat Besserung ein. Als Patientin einen Monat später aufs neue untersucht wurde, klagte sie nur noch über Schmerzen beim Coitus. Der kleine Tumor in der Plica Douglassii war unverändert; die höher gelegene Geschwulst

aber verschwunden. In der Meinung, dass es sich um ein krankes Ovarium handele, applicirte der Arzt einen Mayer'schen Ring zu dem Zwecke, den Eierstock nach oben zu dislociren, um denselben so vor Insulten beim Coitus zu schützen.

Vier Tage nachher berichtete der Gatte der Patientin, dass die Schmerzen im Bauche mit grosser Heftigkeit zurückgekehrt seien. Da Patientin viele Stunden vom Arzte entfernt auf dem Lande wohnte, wurde dem Manne der Rath erteilt, den Ring vorsichtig wieder zu entfernen, welches auch geschah. Fünf Tage später, am 5. November 1893 fand eine ärztliche Untersuchung statt, wobei eine Parametritis acuta diffusa constatirt wurde. Das Beckenbindegewebe war ganz mit einem festen Exsudate ausgefüllt, und der Mastdarm war verengt.

Die Mittagstemperatur war 39,4°.

Äusserlich wurde Eis, innerlich Laxantia und Alcoholica angewendet.

Am 8. November 1893 war die Infiltration mehr in das linke Ligamentum latum localisirt. Die Morgentemperatur war normal; Abends stieg das Thermometer bis 39,6°. In dem harten Exsudate der linken Seite war eine weichere Stelle wahrzunehmen.

Zur Beschleunigung der Erweichung wurden Heisswasser-irrigationen angewendet.

Am 2. Januar 1894 wurde Patientin in der gynäecologischen Klinik von Professor van der Mey zu Amsterdam aufgenommen.

Die Untersuchung am Tage der Aufnahme ergab Folgendes:

Die abgemagerte, stark anämische Patientin fiebert und hat einen schwachen, kleinen Puls von 126 Schlägen. Ihre Lippen sind cyanotisch. Das Abdomen, speziell das Meso- und Hypogasterium ist aufgetrieben. Die Spina iliaea dextra ist unsichtbar. Der Percussionsschall ist überall tympanitisch. Ein Tumor ist bei der äusseren Untersuchung nicht wahrzunehmen.

Die innere Untersuchung ergiebt, dass die Portio vaginalis rechts von der Medianlinie steht, unbeweglich ist und nach vorne sieht. Das Ostium Uteri ist virginale. Im linken Parametrium fühlt man eine stark vermehrte Resistenz, welche auf den seitlichen Beckenrand übergeht. Diese Resistenz setzt sich nach vorne, nach hinten und in geringerem Masse auch nach rechts fort. Es ist also die Gebärmutter ringsum von einem parametritischen Exsudate umgeben.

Aus der Rectaluntersuchung geht hervor, dass der Mastdarm sehr weit ist und etwas rechts von der Medianlinie liegt, dass die rechte Plica Douglasii infiltrirt ist, die linke nicht, und dass die Exsudatmasse rechts und links breit auf den Beckenrand übergeht. Fluctuation wurde nicht wahrgenommen. Es war also noch keine Indication für einen operativen Eingriff vorhanden, weshalb Patientin roborigend behandelt wurde, und versuchte man durch Heisswasserausspritzungen der Vagina die Resorption des Exsudates anzustreben.

Der Bauch war inzwischen meteoristisch aufgetrieben, die Darmperistaltik war bedeutend verstärkt, so dass das Bestehen einer Verengung des Darmes durch die Exsudatmasse angenommen wurde.

Am 13. Februar 1894 wurde im linksseitigen Exsudate eine weiche, elastische Stelle wahrgenommen, welche im Verbande mit dem Temperaturverlaufe die Annahme rechtfertigte, dass auf dieser Stelle Eiterung eingetreten sei, und wurde der Entschluss gefasst, hier eine Incision zu machen.

Am 14. Februar 1894 wurde nach entsprechender Desinfektion Patientin chloroformirt und das linke Laquear im Simonischen Speculum freigelegt. Nachdem die Portio Vaginalis mit einer Kugelzange nach rechts gezogen war, wurde die Schleimhaut im linken Laquear durch eine Incision von 5 cm durchschnitten.

Um in die Tiefe dringen zu können wurden verschiedene Kornzangen probirt, was nach vieler Mühe endlich in bohrender Bewegung mit einer ziemlich spitzen Zange gelang. Das erweichte Centrum des Exsudates durchbohrend, drang die Zange nun plötzlich in eine mandaringrosse Höhle ein, aus welcher dicker, zäher, grüner, mit Blut vermischter Eiter floss. Die Abscesshöhle bestand aus zwei Abtheilungen, einer grösseren, dem Rectum entlang verlaufend, und einer kleineren, welche sich in der Richtung der Blase erstreckte. Die Entfernung von der Incision in der Vagina bis zur Abscesshöhle betrug $4\frac{1}{2}$ cm.

Mit einer Kornzange wurde die gemachte Öffnung stumpf dilatirt, so dass man mit einem Finger in die Höhle hineindringen konnte, welche nach sorgfältiger Reinigung mit Jodoformgaze ausgetamponiert wurde. Die Abendtemperatur am Tage der Operation war 36,9°.

Am 16. Februar 1894:

Entfernung des Tampons, Ausspülung der Höhle mit Borsäurelösung, Einspritzung mit Jodoformglycerin und Einführung eines T-förmigen Drainrohres.

Nachdem dieses geschehen, fühlte Patientin sich bedeutend wohler. Am 22. Februar wurde dieses T-förmige Drainrohr herausgenommen und dafür ein dickes Rohr mit Versicherungsneedle eingeführt, nachdem die Höhle wiederum ausgespült und in dieselbe Jodoformglycerin eingespritzt war.

Obgleich noch geringe Fiebererscheinungen anhielten, verbesserte sich der allgemeine Gesundheitszustand der Patientin täglich.

Auf ihr Verlangen wurde sie am 20. März 1894 mit dem Rathe, die Vagina fleissig mit Borsäurelösung auszuspülen, aus der Klinik entlassen.

Eine Nachricht über Patientin vom 8. Mai 1894 meldet, dass dieselbe keine ärztliche Hülfe mehr nöthig gehabt hat. Fieber ist wohl noch einige Male aufgetreten, doch hat dasselbe der Patientin nicht geschadet. Ihre Kräfte haben bedeutend zugenommen.

Wenn auch die Anamnese in diesem Falle keine deutliche Infectionsquelle angibt, so ist die Diagnose Parametritis doch keinem Zweifel unterworfen. Die Unbeweglichkeit, die unregelmässige Form, die Festigkeit, die Schmerhaftigkeit des Exsudates und namentlich seine Anschliessung an die Vaginal- und seitliche Beckenwand, ist im Verbande mit dem Krankheitsverlauf vollkommen charakteristisch. Dass auch das Beckenperitoneum mit ergriffen war, geht aus dem ziemlich starken Meteorismus und den Schmerzen im Bauche hervor, welche sowohl spontan, als in stärkerem Masse nach geringen Beleidigungen (Coitus) auftraten.

Es bleibt immer schwer, die Ursache der ursprünglichen Krankheit bei dieser Nullipara, welche nie abortirte, aufzufinden. Die Schmerzen haben vom Anfang der Verheirathung an bestanden, und wenn auch der Beweis nicht geführt werden kann, so ist doch gonorrhoeische Infection höchst wahrscheinlich.

Was nun das Zustandekommen der acuten Parametritis anbelangt, welche sich einige Tage, nachdem der Ring eingeführt

worden war, bemerklich machte, so ist es wohl anzunehmen, dass dieselbe durch Ruptur einer Pyosalpynx im parametranen Bindegewebe verursacht wurde. Diese Ruptur kann entweder durch das längere Reisen in einem unbequemen Wagen mit dem neu eingeführten Mayer'schen Ring, oder durch das Entfernen des Pessariums durch eine ungeübte Hand entstanden sein.

Der Temperaturverlauf nach der Operation leitet zu der Vermuthung, dass im parametranen Gewebe noch verschiedene kleine Abscesshöhlen fortbestanden, welche das Fieber unterhielten und dadurch, dass eine nach der andern zum Durchbruch gelangte, zum Abfall des Fiebers Veranlassung gab.

Eine radicale operative Behandlung dieses Leidens wäre durch die Péan'sche Operation möglich gewesen, bei welcher durch Entfernung der Gebärmutter per Vaginam eine geräumige Oeffnung entstanden wäre, wodurch aller, sich im Parametrium befindliche Eiter hätte abfließen können. Der allgemeine Zustand der Patientin verbesserte sich nach der Incision in der Vagina so auffallend, dass eine Operation, welche stets mit grossen Gefahren verbunden ist, nicht erlaubt erschien.

Temperatur-Tabelle.

Fall IV.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
3. Januar 1894		39,5
4. "	38,1	39,6
5. "	37,5	38,6
6. "	38,3	39,6
7. "	38,1	39,6
8. "	38,2	39,9
9. "	38,0	39,0
10. "	38,2	39,8
11. "	38,0	40,1
12. "	37,5	39,8
13. "	38,2	39,6
14. "	38,0	39,8
15. "	38,2	38,7
16. "	38,4	38,7

Datum	Temperatur	
	M.	A.
17. Januar	37,6	38,6
18. "	38,2	38,5
19. "	37,7	38,5
20. "	38,0	38,7
21. "	38,0	38,7
22. "	37,8	38,4
23. "	38,1	38,6
24. "	38,1	38,1
25. "	38,2	38,5
26. "	37,8	38,8
27. "	38,0	38,4
28. "	38,2	38,4
29. "	38,3	39,1
30. "	37,8	39,1
31. "	37,8	38,1
1. Februar	37,9	38,1
2. "	38,0	38,1
3. "	38,5	38,1
4. "	37,9	38,4
5. "	38,4	38,3
6. "	38,2	37,8
7. "	38,2	37,7
8. "	38,1	37,5
9. "	38,7	38,5
10. "	38,2	38,4
11. "	39,1	38,5
12. "	38,2	39,4
13. "	38,1	38,9
14. "	38,1*	36,9
15. "	38,1	37,0
16. "	37,3	39,3
17. "	37,2	38,0
18. "	37,3	37,7
19. "	37,2	38,1
20. "	37,4	38,2
21. "	37,9	38,0
22. "	37,5	38,1
23. "	37,7	38,4
24. "	38,4	37,7
25. "	38,3	39,3
26. "	38,3	37,5
27. "	38,3	38,9
28. "	38,1	37,8

* Incision in der Vagina.

1. März	37,8	37,6
2. "	38,3	38,2
3. "	38,0	38,8
4. "	37,9	38,8
5. "	37,8	38,3
6. "	37,5	39,7
7. "	37,7	39,0
8. "	37,6	38,8
9. "	37,9	39,0
10. "	37,9	38,9
11. "	37,6	38,9
12. "	38,3	38,6
13. "	38,2	39,0
14. "	37,7	38,7
15. "	38,1	38,6
16. "	37,4	

Fall V.

Frau E., 25 Jahre alt, wurde am 10. April 1893 in der inneren Abtheilung des Krankenhauses zu Amsterdam aufgenommen. Sie klagte über Schmerzen im Bauche, welche schon seit vier Monaten bestanden und allmählich schlimmer geworden waren.

Am 24. April 1893, vierzehn Tage später, wurde sie von der inneren Abtheilung in die gynäecologische Klinik überwiesen.

Patientin, welche seit zwei Jahren verheirathet ist, war vordem noch nie krank gewesen.

Im Alter von 16 Jahren traten die ersten Menses ein, und machten sich bis jetzt auch hierin keine Störungen bemerkbar; der Blutverlust war sehr gering und von 2—3 tägiger Dauer. Das letzte Mal hat die Periode im December des vorigen Jahres stattgefunden, ist also seit vier Monaten ausgeblieben.

Schon längere Zeit hatte Patientin starken Fluor albus. Sie hat noch nicht geboren. Es besteht auch kein Grund um anzunehmen zu können, dass sie einen Abortus gehabt hat.

Der Stuhlgang war in den letzten zwei Jahren immer angelhalten, deswegen wurden vielfach Abführmittel genommen. Die Urinentleerung ist seit einigen Wochen schmerhaft, Patientin urinirt öfter kleine Quantitäten und hat dabei starken Drang. Ob sie zu Anfang ihrer Heirath brennende Schmerzen beim Harnlassen gehabt hat, erinnert Patientin sich nicht.

Status praesens:

Patientin sieht schwerkrank aus, ist stark abgemagert und sehr anämisch. Das Abdomen ist durch meteoristische Darmischlingen aufgetrieben. Bei der Palpation fühlt man im Mesogastrium eine leicht vermehrte Resistenz, und ist die Percussion auf dieser Stelle etwas gedämpft.

Bei der inneren Untersuchung findet man eine enge Vagina; der Vaginaltheil ist virginal, steht median und ist unbeweglich. Er ist rings umgeben von einem derben, unbeweglichen und schmerzlosen Exsudate, welches sich beiderseits bis zum seitlichen Beckenrande erstreckt.

Die Rectaluntersuchung zeigt ebenfalls, dass eine feste Exsudatmasse links und rechts auf den Rand des kleinen Beckens übergeht und sich stark nach hinten vorwölbt. Ungefähr 8 cm oberhalb des Sphincter Ani fühlt man die obere Grenze des Exsudates. Oberhalb dieser Grenze kann der Finger sich wieder frei bewegen.

Die hervorgewölbte Stelle ist prall-elastisch und wird deutliche Fluctuation wahrgenommen.

Der Urin enthält keine abnormalen Bestandtheile. Lungen und Herz sind gesund.

Die Diagnose wurde auf Para- und Perimetritis gestellt. Es wurde wahrscheinlich geachtet, dass der Abscess ein perimetritischer war.

Weil eine Eröffnung der Abscesshöhle in der Vagina nicht wohl möglich war (es zeigte sich hier keine sich vorwölbende Stelle), und die Eröffnung per Rectum, wo sich der Abscess deutlich zeigte, keine Aussicht auf guten Erfolg darbot, entschloss Professor van der Mey sich zur Laparotomie.

Am 25. April 1893 wurde eine Incision gemacht in der Linea alba, vom Nabel beginnend bis 4 cm über der Symphyse. Beim Durchschneiden der Peritonealmembran zeigte sich, dass die Därme überall fest miteinander verwachsen waren. Eine Bauchhöhle ist nicht zu finden. Durch viele alte Adhäsionen, welche blass, fest und blutarm sind, findet man überall dicke und dünne Därme mit einander verwachsen. Je mehr der Operateur sich der Höhle des kleinen Beckens nähert, werden die Pseudo-Membranen fester. Hinter der Symphyse begegnet man einer festen Resistenz, welche bei Fingerdruck plötzlich nachgibt, worauf eine Quantität dicken, gelben, fäkalriechenden Eiters hervorquillt, welcher durch den Assistenten mit Schwämmen aufgefangen wird. Die Abscesshöhle, welche die Grösse eines mittelgrossen Apfels hat, wird hierauf gründlich mit Phenollösung ausgespült und mit Jodoformgaze austamponirt.

Die Bauchwunde wird bis auf eine kleine Öffnung in der unteren Ecke der Operationswunde geschlossen.

Die Temperatur, welche am Morgen vor der Operation bis $39,2^{\circ}$ stieg, war am Abend $36,1^{\circ}$.

Die langwierige Reconvalescenz, welche jetzt folgte, wurde im Anfang durch hartnäckige Schlaflosigkeit gestört, welche Abends eine Morphiuminjektion nothwendig machte; später wurde Abends ein Opiumpulver gegeben.

Am 30. April 1893 wurde die Jodoformgaze aus der Höhle entfernt und ein Drainrohr von 12 cm Länge eingeführt.

Am 5. Mai 1893:

Entfernung der Fäden aus der Bauchwunde, welche prima intentione geheilt war.

Das Drainrohr wurde langsam verkürzt und schliesslich am 3. Juni 1893 ganz fortgelassen. Die Höhle eiterte aber fort, so dass am 11. Juni 1893 wiedernm ein Drainrohr eingeführt werden musste und mit Jodoformglycerin eingespritzt wurde.

Allmählich verkleinerte sich jetzt die Abscesshöhle, und liessen schliesslich auch die leichten Temperatursteigungen nach, bis Patientin am 20. September 1893, also nach einer 5monatlichen Behandlung, die Klinik auf ihre Bitte, obwohl noch mit einem kleinen Fistel, im übrigen aber mit einer vorzüglichen Gesundheit, verlassen konnte.

Wenn man die ätiologischen Momente der Para- und Perimetritis ins Auge fasst, so muss man bei dieser verheiratheten Frau, welche nie schwanger war, per exclusionem annehmen, dass eine gonorrhoeische Infection die am meisten wahrscheinliche Ursache ihrer Krankheit war, obgleich der sichere Beweis für diese Behauptung nicht erbracht werden kann.

Die Diagnose stand nach der inneren Untersuchung fest, und wurde noch bestätigt durch die combinierte Untersuchung nach der Operation.

Mit einem Finger in der Scheide und mit dem andern in der Abscesshöhle fühlte man vor, hinter und neben dem Uterus das harte Exsudat. Dass das Exsudat theilweise in Vereiterung übergegangen war, ging aus der angeschwollenen, elastischen Stelle hervor, welche per Rectum deutlich fühlbar war.

Die Eröffnung des Abseesses konnte entweder per Vaginam oder per Laparotomiam geschehen. Das erstere Verfahren bot grosse Schwierigkeiten wegen der grossen Festigkeit des Exsudates; auch war die Gefahr einer Verletzung der Blase oder Gebärmutter nicht zu unterschätzen. Man entschloss sich daher zur Laparotomie. Wir hatten gemeint, bei der Operation bestimmen zu können, wo der Abseess seinen Ursprung genommen hatte, nämlich ob er intra- oder extraperitoneal lag. Es konnte dies aber nicht mit Gewissheit festgesetzt werden. Infolge des Übergreifens der Parametritis auf das Perimetrium, war eine chronische Pelvoperitonitis entstanden, welche Veranlassung gegeben hatte zu ausgedehnten Verwachsungen der Peritonealblätter und Därme und zum Entstehen von festen Neomembranen.

Infolge dessen war eine Bauchhöhle gar nicht wahrzunehmen. Wenn diese Verwachsungen nicht dagewesen wären, hätte die Vorsicht geboten, eine zweizeitige Eröffnung des Abseesses vorzunehmen, um den Eintritt von Eiter in die freie Bauchhöhle zu verhindern.

Temperatur-Tabelle.

Fall V.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
24. April 1894		37,7
25. "	39,2*	36,1
26. "	36,7	37,4
27. "	37,7	37,7
28. "	37,3	37,4
29. "	37,2	37,6
30. "	37,1	37,8
1. Mai	37,4	37,8
2. "	37,5	38,3
3. "	37,3	37,9
4. "	37,3	37,8
5. "	37,2	38,2
6. "	37,2	38,5
7. "	37,2	38,2
8. "	37,1	38,4
9. "	37,2	37,9

* Laparotomie

Datum	Temperatur	
	M.	A.
10. "	37,3	38,4
11. "	37,3	38,0
12. "	37,2	38,2
13. "	37,2	38,2
14. "	37,3	38,2
15. "	37,0	38,3
16. "	37,1	38,2
17. "	37,3	38,2
18. "	37,4	38,2
19. "	37,2	38,2
20. "	37,3	38,2
21. "	37,4	38,1
22. "	37,2	38,2
23. "	37,4	38,3
24. "	37,3	38,4
25. "	37,3	38,5
26. "	37,5	38,4
27. "	37,2	38,5
28. "	37,3	38,5
29. "	37,4	38,5
30. "	37,5	38,4
31. "	37,4	38,4
1. Juni	37,3	38,0
2. "	37,3	38,0
3. "	37,2	38,0
4. "	37,3	38,2
5. "	37,2	38,2
6. "	37,3	38,2
7. "	37,5	38,3
8. "	37,5	38,5
9. "	37,5	39,2
10. "	37,5	39,3
11. "	37,7	39,5
12. "	37,5	39,8
13. "	37,8	39,6
14. "	37,4	39,6
15. "	37,4	39,2
16. "	37,4	39,2
17. "	37,9	39,1
18. "	37,7	39,1
19. "	37,6	38,5
20. "	37,3	38,4
21. "	37,5	38,5
22. "	37,5	38,1
23. "	37,4	38,2

24. Juni	37,2	38,3
25. "	37,3	38,2
26. "	37,2	38,1
27. "	37,3	38,5
28. "	37,7	38,7
29. "	37,7	37,9
30. "	37,3	38,1
1. Juli	37,2	38,1
2. "	37,3	37,9
3. "	38,0	38,3
4. "	37,9	39,3
5. "	37,5	38,3
6. "	38,0	39,5
7. "	38,2	39,3
8. "	37,7	39,2
9. "	37,9	39,6
10. "	37,5	38,4
11. "	36,9	38,5
12. "	37,4	38,2
13. "	37,2	37,6
14. "	37,0	38,0
15. "	37,0	37,8
16. "	37,0	37,9

Fall VI.

Frau F., 27 Jahre alt, ist Mutter von fünf gesunden Kindern. Schon im zwölften Jahre trat die Periode ein, welche anfangs unregelmässig, später jedoch regelmässig vierwöchentlich zurückkehrte, ziemlich profus war, aber nie krankhafte Abweichungen zeigte.

Patientin hatte immer eine vorzügliche Gesundheit und heirathete im Alter von 17 Jahren einen viel älteren Mann. Während der sieben ersten Jahre dieser Heirath wurde jährlich ein Kind geboren. Die erste Geburt verlief normal, die zweite trat einen Monat zu früh ein, das Kind wurde spontan geboren, doch lebte nur einen halben Tag. Das dritte Kind wurde forcipal extrahirt. Post partum war Patientin sechs Wochen krank, hatte Fieber, Schmerzen im Unterleib und beim Uriniren. Das vierte und fünfte Mal verliefen Geburt und Wochenbett normal. Jedoch der sechste Partus war, nach Mittheilung der Patientin, eine schwierige Zangenextraction.

Diese Geburt, welche im September 1890 stattfand, schlepppte ein schweres Krankenlager nach sich, wodurch Patientin gezwungen war, während sechs Monate zu Bett zu bleiben. Sie hatte Fieber, heftige Schmerzen in und oberhalb der linken Regio inguinalis und brennende Schmerzen beim Uriniren. Diese Unterleibsentzündung kam in der Blase zum Durchbruch. Mit dem Urin wurde nämlich unter heftigen Schmerzen fäkalriechender Eiter entfernt.

Obgleich keine vollständige Heilung eintrat, wurde Patientin im December 1891 aufs neue schwanger.

Grosse Angst für eine neue Geburt war die Ursache, dass sie nach einem Mittel suchte diese Schwangerschaft zu unterbrechen.

Die Methode der aufsteigenden Uterusdouche nach Kiwisch wurde ihr von ärztlicher Seite empfohlen und hatte den gewünschten Erfolg.

Am 16. Februar 1892 wurde meine Hülfe bei Patientin in Anspruch genommen und constatirte ich einen angefangenen Abortus. Die dreimonatliche Frucht wurde spontan geboren, die Placenta aber war stark adhären. Die manuelle Lösung war schwierig; es wurde die Placenta in Stücken entfernt, worauf mit dem doppelläufigen Catheter von Doléris eine ausgiebige Uterusausspülung mit 3 procentiger Phenollösung vorgenommen wurde. Die Ausräumung mit der Curette geschah nicht, weil die Anamnese eine Erkrankung der Uterusadnexa vermuten liess. Der Verlauf des Abortus war weiter ungestört. Während einer Woche wurde der Uterus täglich ausgespült. Fieber oder Blutung trat nicht ein.

Zwei Monate lang fühlte Patientin sich leidlich gesund.

Im Mai, zurückgekehrt von einer Reise, während welcher sie mit einem Pessarium oclusivum ausgestattet war, wurde vielfacher Coitus ausgeübt, indem das Pessar einige Wochen liegen blieb. Der Erfolg war ein erneutes Auftreten der früheren „Unterleibsentzündung.“ Als meine Hülfe in Anspruch genommen wurde war der Status folgender:

Die kleine, magere Frau ist ziemlich blutarm und sieht leidend aus. Sie klagt über heftige Schmerzen im Unterleib, welche sich in und oberhalb der linken Regio inguinalis localisiren. Die Schmerzen nehmen beim Gehen, bei der Defäcation und beim Coitus stark zu und strahlen in das linke Bein aus.

Das eingezogene Abdomen zeigt nirgends eine Vorwölbung.

Das linke Bein ist im Hüftgelenke flectirt. Bei der Palpation des Bauches ist keine vermehrte Resistenz wahrzunehmen. Nur ist die Leistengegend bei Druck äusserst empfindlich.

Die innere Untersuchung, welche sehr schmerhaft ist, zeigt, dass starker, schleimig-eitriger Ausfluss aus dem Uterus besteht. Die Portio vaginalis, welche median und nach hinten steht, ist klein und zeigt tiefe Einrisse. An beiden Seiten des Uterus fühlt man starke Narbenstränge, welche zum Beckenrande verlaufen. Diese sind druckempfindlich. Ein Tumor wird bei der bimanuellen Untersuchung nicht gefunden.

Die Diagnose wird auf Endometritis und Parametritis chronica gestellt. Als sich im weiteren Verlaufe Fieber einstellte, die Menstruation zu stark und schmerhaft wurde und in Stücken abging, wurde zu dem Zwecke, sowohl die Erscheinungen der Endometritis zu bekämpfen, als auch resorbirend auf die chronische Parametritis einzuwirken, mit der Ichthyoltherapie der Anfang gemacht. Während zweier Monate wurde jeden fünften Tag ein Uterusantrophor von 50 procentiger Ichthyolgelatine in die Gebärmutter hineingeführt und eine viertel Stunde dort gelassen.

Außerlich, in der linken Leistengegend, wurde Ichthyol-lanoline angewandt, und wurden in den After Ichthyolsuppositoria eingeführt.

Auf kräftige Ernährung, nebst einer reichlichen Darreichung von Alcoholica, wurde sorgfältig acht gegeben. Der Erfolg der Ichthyoltherapie war, dass der muco-purulente Ausfluss sich bedeutend verminderte, und dass die Periode ungefähr normal und ohne Schmerzen auftrat.

Auf das kranke Endometrium war der Einfluss also ein günstiger, auf das kranke Parametrium dagegen war dieser Effect gar nicht wahrzunehmen. Das Fieber kehrte immer wieder zurück, die Schmerzen in der Regio inguinalis hielten an, und bildete sich im Hüftgelenke eine typische Contractur, ein Beweis, dass die Entzündung im Beckenbindegewebe in der Nähe des Musculus Psoas ihren Sitz hatte.

Am 28. December 1892 untersuchte Professor van der Mey die Patientin und bestätigte die Diagnose Parametritis chronica, in der Hauptsache im linken Ligamentum latum localisirt. Es wurde geurtheilt, dass in der Tiefe wahrscheinlich schon Vereiterung aufgetreten sei; wofür das Fieber und die Cachexie sprachen. Im parametranen Bindegewebe war bei der bimanuellen Untersuchung per Vaginam und per Rectum ein kleiner Tumor wahrzunehmen; doch war vorläufig keine Indication zu einem operativen Eingriff vorhanden. Die Fortsetzung der resorbirenden Behandlung war deshalb angezeigt und fand dieselbe folgenderweise statt:

Zweimal täglich bekam Patientin eine Heisswasser-Irrigation, deren Temperatur im Anfang 35° C. war und später bis 50° C. stieg. Es wurden diese Ausspülungen gut ertragen.

Weiter wurde jeden zweiten Tag ein in Ichthyolglyeerin getauchter und mit einem Faden versehener Wattetampon gegen die Portio applicirt. Anfänglich hatten wir Hoffnung auf Erfolg.

Patientin blieb einen Monat fieberfrei, wobei der allgemeine Gesundheitszustand sich verbesserte. Ihr Gewicht war jetzt 35 kg!

Als anfangs Februar die Menstruation wieder eintrat, zeigten sich gleichzeitig hohes Fieber und heftige Schmerzen.

Der Ichthyoltampon war ein willkommenes Mittel dagegen, weil die Schmerzen durch denselben sehr gelindert wurden.

Während der Zeit, welche jetzt folgte, trat das Fieber öfter und heftiger auf als vorher. Patientin wurde immer schwächer. Die linke untere Extremität, welche zuerst, infolge der Stauung etwas geschwollen war, wurde deutlich dünner; die Muskeln atrophirten wegen der Inaktivität, die Extremität war durch die Contractur im Hüftgelenke gänzlich immobilisirt. Patientin litt an hartnäckiger Schlaflosigkeit, gegen welche Abends abwechselnd Chloral und Sulfonal gegeben wurden. Ende März 1893 menstruierte Patientin zum letzten Male; nachher trat zu der Zeit, in welcher die Periode eintreten musste, regelmässig Verschlimmerung des Krankheitszustandes auf.

Einige Wochen später bekam Patientin heftige Diarrhoea, welche durch Opiaten nicht zum Stillstand zu bringen war. Es wurde mit dem Alvis eine grosse Menge Schleim und Eiter entfernt.

Die Körpertemperatur stieg bis unter die Norma hinab und die Kranke fühlte sich äusserst schwach, jedoch erleichtert.

Höchstwahrscheinlich ist damals ein parametraner Abscess im Mastdarm zum Durchbruch gekommen. Die Diarrhoea recidivirte nachher öfter, und nicht selten wurde eine beträchtliche Quantität Eiter beigemischt gefunden. Das wiederholte Zurückkehren des heftigen pyämischen Fiebers im Verbande mit dem Krankheitsverlaufe gab mir die Überzeugung, dass sich noch mehrere Eiterhöhlen im kleinen Becken befinden mussten, obgleich dieselben bei der Untersuchung sich nicht zeigten. Deshalb gab ich Patientin den Rath, zwecks Operation, sich in eine gynäecologische Klinik aufnehmen zu lassen. Angesichts der grossen Schwäche der Kranken wurde eine Operation abgelehnt. Inzwischen wurde die linke untere Extremität wiederum dicker und schmerzhafter. Diese schmerzhafte Schwellung zeigte sich sowohl vor wie unter dem Ligamentum Poupartii, als auch in der hinteren Hüftgelenk-Gegend unter den Musculi glutaci.

Am 19. November 1893 machte ich eine Probepunktion auf der bei Druck am meisten schmerhaften Stelle, in der vorderen

Fläche des Oberschenkels. Der Erfolg war negativ. Die tief hineingeführte Nadel bewegte sich auffallend leicht in der Tiefe, förderte aber nichts zu Tage als einige Tropfen Blut. Die Schwelling nahm langsam an Umfang zu, indessen blieb die Haut normal und war keine Fluctuation zu constatiren. Das fortwährende pyämische Fieber und die ausgesprochene Cachexie der Patientin, welche drohte, tödlich zu werden, röthigten mich in erster Linie darnach zu trachten, dem Eiter einen Abfluss zu verschaffen.

Unter Assistenz eines hiesigen Collegen wurde Patientin am 28. November 1893 in Narkose gebracht und auf der Stelle am Oberschenkel, wo die Schmerzen am heftigsten waren, ein Längsschnitt von sieben cm durch Haut und Fettgewebe gemacht. Die Fascia lata wurde gespalten, und soviel wie möglich stumpf in die Tiefe gearbeitet, bis eine ziemlich grosse Höhle erreicht wurde; es war eine Abscesshöhle, aber ohne Eiter. Es gelang nicht in die Beckenhöhle zu kommen, obgleich eine Communication doch sehr wahrscheinlich war.

Die Höhle wurde, soviel wie möglich, mit Jodoformgaze in der Richtung des Beckens ausgestopft. Dieser Eingriff war an einem Tage vorgenommen, an welchem Patientin fieberfrei war. Auch die nächstfolgenden Tage blieben fieberfrei. Der erste Verbandwechsel geschah am 2. December 1893, weil die Temperatur bis $38,4^{\circ}$ gestiegen war. Es zeigte sich eine reine Wunde. Nur am Ende des Jodoformgazestreifens, welcher in der Richtung der Beckenhöhle eingeführt worden war, befand sich fäcalriechender Eiter.

Am folgenden Tage war die Temperatur $39,4^{\circ}$. Die Eiterabsonderung hatte stark zugenommen. Auf Druck vom Tuber ischii nach unten floss viel Eiter aus der Wunde, deshalb wurde hier an der hinteren Hüftgelenk-Gegend eine Gegenöffnung gemacht. Beide Öffnungen wurden mit Drainröhren versehen. Unter täglicher Verbanderneuerung und ausgiebiger Ausspülung der Höhle mit Borsäurelösung, sahen wir die Temperatur wieder normal werden und die Kranke sich sichtbar erholen.

Das Gewicht war nun 27 kg. Patientin hatte also in einem Jahre acht kg verloren.

Mitte Januar bekam Patientin wieder einige Tage Fieber und litt gleichzeitig an eiterhaltiger Diarrhoea. Von jetzt an wechselten fortwährend fieberfreie Tage ab mit solchen, an welchen

die Temperatur bis $+39^{\circ}$ stieg und das Wohlbefinden stark gestört war.

20. Mai 1894:

Der Krankheitszustand ist unverändert, nur haben die Kräfte der Patientin noch mehr abgenommen. Sie ist jetzt fieberfrei und hat guten Appetit. Es bestehen zwei mit einander communicirende eiternde Fistelgänge; der eine vorne unter dem Poupart'schen Bande, der andere in der hinteren Hüftgelenk-Gegend, welche täglich mit Borsäurelösung ausgespült werden. Nach gewöhnlich 14 tägigem fieberfreien Intervalle tritt plötzlich wieder heftiger Schüttelfrost ein, und das Fieber steigt bis 40° . Patientin fühlt eine Veränderung in der linken Unterbauchgegend und unter mässigen Schmerzen entleert sich in der Regel ein grosses Quantum stinkender Eiter aus den beiden Fistelöffnungen. Das Fieber hält ein bis zwei Wochen an, und langsam erholt Patientin sich wieder, der Appetit kehrt zurück, sie verlässt das Bett und bekommt neue Hoffnung auf bleibende Besserung, bis nach einigen Wochen wieder Schüttelfrost auftritt, welcher Patientin abermals an das Krankenlager fesselt.

An dem Bestehen einer chronischen Parametritis purulenta ist wohl in diesem Falle nicht zu zweifeln. Während des Verlaufes begründete sich allmählich die Überzeugung, dass es sich hier um einen dieser traurigen Fälle handelt, wobei sich im Parametrium multiple Abscesse bilden, von welchen die Therapie so selten gute Resultate aufzuweisen hat.

Aus der Anamnese geht hervor, dass beim ersten Anfall der Krankheit ein Durchbruch in der Blase erfolgt war. Aus der häufigen Diarrhoea mit starkem Eitergehalt folgt, dass auch im Darmkanal ein Durchbruch zu stande gekommen war, obgleich eine Öffnung in der Reetalwand nicht constatirt wurde. Als später am Obersehenkel unter dem Ligamentum Poupartii und hinten unter den Musculi glutaei Incisionen gemacht waren, entleerte sich auch hier faecaler Eiter, dessen Herkunft aus dem Parametrium nicht zweifelhaft war. Auch der innere Befund, vom Anfang an, spricht für diese Meinung.

Fälle, wie dieser, sind von französischen Autoren sehr charakteristisch als „éponge purulente“ beschrieben worden.

Es war nämlich niemals ein typisch parametritischer Abscess bei der inneren oder bimanuellen Untersuchung wahrzunehmen. Was die Therapie anbelangt, so wurde erst mit Ausdauer darauf hingearbeitet, die Resorption zu erlangen. Als diese nicht zu stande kam, wurde der Patientin nachdrücklich gerathen, sich in eine gynäeologische Anstalt aufnehmen zu lassen. Mit Bestimmtheit wurde dieses abgelehnt, weshalb die symptomatische und palliative Behandlung, wie oben beschrieben, vorgenommen wurde. Wenn bei unserer Patientin im richtigen Augenblicke die Hysterection par morcellement nach Péan ausgeführt worden wäre, bei welcher ein grosser Canal gemacht wird, wodurch aller, sich im Parametrium befindliche Eiter abfliessen kann, wäre die Heilung der Kranken wahrscheinlich gewesen.

Fall VII.

G. H., 19 Jahre alt, wird am 14. August 1893 in der gynäcologischen Universitäts-Klinik zu Amsterdam aufgenommen. Sie klagt über Fieber und leichte Schmerzen im Unterbauche. Früher war sie immer gesund.

Im 16. Jahre trat die Periode ein; diese kehrte vom Anfang an regelmässig vierwöchentlich zurück, dauerte gewöhnlich zwei Tage und gab nie Anlass zu krankhaften Störungen. Patientin ist unverheirathet. Am 11. Juli 1893 hat sie in der Amsterdamer Geburtsanstalt am Ende der ersten Schwangerschaft ohne Kunsthülfe geboren. Am zweiten Tage nach der Geburt trat Fieber ein. Wegen dieses wurde Patientin während eines Monats in der Anstalt behandelt, worauf sie in die gynäcologische Klinik gebracht wurde. Bei der Geburt entstand eine kleine Ruptura perinei, welche genäht wurde. Als Ursache des im Wochenbette auftretenden Fiebers wurde Endometritis puerperalis angenommen, welche sich durch übelriechende Lochien äusserte. Zugleich bestand ein graugelblich belegtes Puerperalgeschwür an der Commissura posterior. Die Behandlung dieser Erkrankung bestand in Ausspülung der Uterushöhle mit einer 2 procentigen Phenollösung und darauf folgender Bepinselung der ganzen Uterusinnenfläche mit Tinetur Jodii.

Obgleich diese locale Behandlung sofort, nachdem das Fieber eingetreten war, angewendet wurde, breitete sich die Infection doch weiter aus, aus welchem Grunde die Aufnahme in die gynäcologische Klinik nothwendig wurde.

Der Status praesens war hier folgender:

Patientin ist gross und befindet sich in gutem Ernährungszustande. Die Hautfarbe ist durch das Fieber geröthet; der Panniculus adiposus ist gut entwickelt. Die Harnabsonderung war

nie schmerhaft; der Urin ist normal, der Stuhlgang, seitdem Patientin zu Bette liegt, träge. Das Abdomen ist in geringem Masse ausgedehnt und zeigt viele Striae albicantes. Bei der Palpation zeigt sich, dass der Bauch nicht schmerhaft ist; eine vermehrte Resistenz konnte in demselben nicht wahrgenommen werden.

An den äusseren Genitalien findet man die Commissura posterior zerrissen und erodirt. Aus der Vagina fliest viel Eiter, dieser ist dick, gelb und geruchlos.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Portio vaginalis kurz und stark nach hinten und nach rechts verschoben. Im rechten Laquear fühlt man ein festes, wenig schmerhaftes, parametranes Exsudat; an demselben zeigt sich eine in der Vagina hervorragende Stelle mit trichterförmiger Öffnung, aus welcher Eiter fliest. Auch im vorderen Laquear ist eine feste Resistenz zu fühlen: eine Ausbreitung nach vorne, vom rechtsseitigen parametranen Exsudate.

Die Rectaluntersuchung zeigt, dass die Plicae Donglasii normal sind; rechts begegnet man dem festen parametranen Exsudate, welches sich bis zum Beckenrande erstreckt.

Am 20. August 1893 wird die Öffnung im rechten Laquear mit dem geknopften Messer ein wenig vergrössert und ein Drainrohr hineingeschoben. Täglich wird die Abscesshöhle mit Borsäurelösung ausgespült und zweimal täglich eine 2 procentige Phenolirrigation gegeben, aber ohne Erfolg auf Besserung; die Exsudatmasse blieb unverändert, das echt pyämische Fieber erreichte eine beunruhigende Höhe, und die Kräfte der Patientin nahmen ab.

In der Meinung, dass im Exsudate noch eine zweite Abscesshöhle bestehen würde, wurde am 3. Oktober 1893 in der Chloroformnareose die Vagina dilatirt durch einen seitlichen Schnitt in der rechten Vaginalwand, worauf die Fistelöffnung mit dem Simon'schen Speculum gut frei gelegt werden konnte. Von dieser Öffnung ausgehend, wird die Schleimhaut jetzt in einer Länge von 6 em eingeschnitten in der Richtung von vorne oben nach hinten unten. Diese Richtung stimmt überein mit dem Verlaufe des Exsudates, welches im voraus durch die Rectaluntersuchung bestimmt worden war. Nachdem mit der Kornzange jetzt ein Weg in das Centrum des Exsudates geschaffen, wobei man plötzlich in eine walnussgrosse Höhle kam, quoll der Eiter hervor. Bei der Untersuchung dieser Höhle mit dem Finger constatirt der Operateur

drei ziemlich enge Verzweigungen. Die eine verläuft dem Uterus entlang nach oben, die zweite geht nach hinten und die dritte nach rechts in der Richtung des Sitzbeines. Die Abscesshöhle nebst ihren drei Verzweigungen wird mit Jodoformgaze austamponirt.

Ungeachtet dieser geräumigen Eröffnung, wodurch das Abfliessen des Eiters sehr erleichtert wurde, hielt das Fieber an. Noch drei Wochen lang stieg die Temperatur Abends bis 39° und selbst höher. Die Abscesshöhle wurde täglich ausgespült, vielfach Vaginalirrigationen gemacht, für regelmässige Stuhlentleerung, kräftige Ernährung und für reichliche Darreichung von starkem Wein gesorgt.

Erst in der vierten Woche nach der Operation erreichte die Temperatur wieder die Norma. Von jetzt an erholte sich die junge, früher kräftige Person ziemlich schnell. Wohl kehrten die abendlichen Temperaturerhöhungen noch ab und zu zurück, wohl bestand im rechten Laquear noch immer ein eiternder Fistel, doch der allgemeine Gesundheitszustand der Patientin war gut, sie fühlte sich so wohl, dass sie am 3. März 1894 aus dem Krankenhouse entlassen werden konnte, um in die poliklinische Behandlung überzugehen.

Aus der Ätiologie, den verschiedenen Symptomen und dem Krankheitsverlaufe geht deutlich hervor, dass wir in dem beschriebenen Falle mit einer Parametritis purulenta zu thun hatten, welche im rechten **Ligamentum latum** localisirt war und sich nach vorne ausgebreitet hatte.

Das in Vereiterung übergegangene Exsudat war spontan in der Vagina durchgebrochen. Aus dem Verlaufe des Fiebers konnte schon mit grosser Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden, dass sich im parametranen Exsudate mehr als eine Abscesshöhle gebildet hatte, wofür der Beweis bei der Operation geliefert wurde, da im Centrum des Exsudates sich eine Eiterhöhle mit verschiedenen Ausläufern befand. Jedoch auch hierdurch war die phlegmonöse Entzündung im Beckenbindegewebe noch nicht zum Stillstand gekommen. Das pyämische Fieber dauerte noch vier Wochen lang mit einer Heftigkeit fort, welche nur aus dem Fortbestehen der Eiterung erklärt werden konnte.

Spontan trat am 4. November ein Temperaturabfall ein, wahrscheinlich infolge Durchbruchs einer bisher nicht entdeckten Abscesshöhle.

Wenn kein Stillstand im Entzündungsprocess eingetreten wäre, wenn durch das anhaltende pyämische Fieber die Kräfte der Patientin immer mehr unterminirt worden wären, so hätte eine neue Operation gemacht werden müssen, um das Leben der Kranken zu retten. Die Erfahrung hat gelehrt, dass, wenn man sich in diesen Fällen damit zufrieden stellt Öffnungen zu machen, hier ein Drainrohr einzuführen und da eine Höhle auszutamponiren, es in der Regel nicht gelingt, der Eiterung Herr zu werden, oder die Abfuhr des Eiters genügend zu sichern, und ist es in solchen Fällen sehr wahrscheinlich, dass Patientin infolge der chronischen Eiterung erliegt (Treub).

Für diese Fälle ist die Péan'sche Operation wiederum die angewiesene, weil durch geräumige Kanalisation des Geburtskanals die Entzündung zum Stehen und dessen Produkte zum Abfluss gebracht werden können.

Diese 19jährige, ursprünglich kräftige und vollkommen gesunde Person zeigt ein frappantes Beispiel, wie das pyämische Fieber oft längere Zeit ertragen werden kann, ohne den Körper sehr stark zu schwächen.

Merkwürdig schnell erholte sich die Kranke, nachdem das Fieber verschwunden war.

Temperatur-Tabelle.

Fall VII.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
15. August 1893	38,7	39,9
16. „	38,0	39,7
17. „	37,6	39,6
18. „	38,1	39,2
19. „	37,8	39,4
20. „	38,2*	39,0
21. „	38,1	39,8

* Vergrösserung der Öffnung

Datum	Temperatur	
	M.	A.
22. August 1893	38,2	39,8
23. "	38,2	39,9
24. "	37,8	39,2
25. "	38,2	39,5
26. "	37,9	39,7
27. "	37,7	39,3
28. "	38,0	39,4
29. "	39,8	40,2
30. "	38,2	39,1
31. "	38,2	39,2
1. Septbr.	37,8	39,2
2. "	38,5	39,6
3. "	38,4	39,2
4. "	37,9	39,9
5. "	38,3	39,2
6. "	38,5	39,8
7. "	38,3	39,4
8. "	38,6	39,8
9. "	38,1	39,8
10. "	37,7	39,0
11. "	38,3	39,4
12. "	38,4	38,8
13. "	38,5	38,9
14. "	38,2	38,6
15. "	38,2	38,8
16. "	37,7	38,3
17. "	37,6	38,5
18. "	37,7	38,4
19. "	38,0	39,3
20. "	37,8	39,0
21. "	37,6	38,4
22. "	38,1	40,0
23. "	37,7	39,0
24. "	37,7	39,9
25. "	38,4	40,2
26. "	38,9	40,3
27. "	38,5	40,9
28. "	39,6	40,7
29. "	39,2	40,5
30. "	39,2	39,7
1. Oktober	38,8	40,7
2. "	30,3*	40,4
3. "	38,5	40,2
4. "	40,0	40,7

* Incision. Tamponade von 3 Gängen.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
5. Oktober 1893	38,5	40,1
6. "	38,4	39,6
7. "	38,5	39,6
8. "	37,6	39,4
9. "	37,3	38,0
10. "	37,2	37,9
11. "	38,4	40,0
12. "	38,7	40,1
13. "	38,1	39,7
14. "	38,9	39,6
15. "	38,1	39,8
16. "	38,1	39,3
17. "	38,5	40,0
18. "	38,0	40,0
19. "	38,5	39,9
29. "	37,9	38,9
21. "	37,9	39,5
22. "	37,8	39,9
23. "	38,9	39,4
24. "	39,0	39,8
25. "	38,4	39,5
26. "	38,2	39,8
27. "	37,6	38,9
28. "	37,6	38,8
29. "	37,5	38,9
30. "	37,5	38,4
31. "	37,5	38,7
1. November	38,0	39,1
2. "	38,0	38,6
3. "	37,7	38,0
4. "	37,6	37,2
5. "	37,0	37,4
6. "	36,9	37,5
weiter normal.		

Fall VIII.

Frau J., 28 Jahre alt, seit sieben Jahren verheirathet, wird am 21. Januar 1894 in der gynäcologischen Klinik zu Amsterdam aufgenommen.

Aus der Anamnese geht hervor, dass Patientin am 5. November 1893 im achten Monate der fünften Schwangerschaft ohne ärztliche Hülfe mit einem gesunden Kinde niedergekommen ist. Die Entfernung der Placenta machte keine Beschwerden; jedoch geht aus der Mittheilung der Patientin nicht deutlich hervor, auf welche Weise die Hebamme die Placenta entfernt hat.

Am siebenten Tage nach der Geburt fing Patientin plötzlich an zu fiebern und bekam Schmerzen im Unterbauche; zugleich stellte sich an genanntem Tage wiederholt Erbrechen ein. Früher war sie immer gesund.

Im zwölften Jahre trat die Periode ein, welche regelmässig vierwöchentlich zurückkehrte und während vier Tage mässig stark fortduerte. Vor dem Ausbruche traten aber stets Schmerzen im Unterleibe auf.

Im Alter von 22 Jahren wurde das erste Kind geboren, 14 Monate später das zweite, und so ging es regelmässig fort, so dass Patientin in sechs Jahren fünf gesunde Kinder zur Welt brachte, immer ohne ärztliche Hülfe. Auch das Wochenbett verlief bei den vier ersten Geburten normal.

Ein Abortus trat nie ein.

Bei ihrer Aufnahme in dem Krankenhouse klagt Patientin über heftige Schmerzen beim Uriniren, hat aber keine frequente Urinlösung. Der Stuhlgang ist träge.

Die äussere Untersuchung zeigt, dass der Bauch schlaff und reichlich mit Striae albicantes bedeckt ist. Oberhalb der linken

Spina ossis pubis befindet sich eine Hervorwölbung in der Grösse eines kleinen Apfels; sie erstreckt sich parallel mit dem Poupart'schen Bande. Bei der Palpation lässt sich hier ein Tumor constatiren, welcher feste, derbe Ränder und in der Mitte eine erweichte Stelle hat.

Die vaginale Untersuchung ergiebt, dass die Portio nach hinten und etwas nach links steht. Rechts kann man bei der bimanuellen Untersuchung die Finger der äussern und innern Hand leicht aneinanderbringen, links wird dasselbe durch ein festes parametrales Exsudat, welches mit dem Tumor im Bauche zusammenhängt, unmöglich gemacht. Der Cervix uteri ist im vorderen Laquear abzutasten, auch das hintere Laquear ist frei. Die rectale Untersuchung zeigt, dass die linke Plica Douglasii stark infiltrirt ist, und dass dieselbe ungefähr in einer geraden Linie nach hinten verläuft. Das Rectum ist etwas nach rechts gedrängt. Hier zeigt sich deutlich, dass das parametrale Exsudat breit auf den Beckenrand übergeht.

Die Diagnose wird auf Parametritis sinistra purulenta gestellt.

Das Vorhandensein von Eiter geht deutlich aus dem Fieberverlaufe, der grossen Schmerhaftigkeit der hervorgewölbten Stelle, der Röthung der Haut und der Fluctuation hervor.

Am 2. Februar 1894 wird infolge dessen in der Chloroformnarcose, 3 cm oberhalb des Poupart'schen Bandes und parallel mit demselben, eine 6 cm lange Incision gemacht.

Nach Durchtrennung der Haut und des Unterhautzellgewebes fliesst unmittelbar ungefähr 300 g dicker, gelber, stark fäcalriechender Eiter aus der Wunde. Der untersuchende Finger kommt jetzt in eine mandaringrosse Abscesshöhle, mit einer ungefähr 4 cm langen, in der Richtung des kleinen Beckens verlaufenden Verzweigung.

Die Höhle wird mit Jodoformgaze tamponirt und ein mit Salieylsäurelösung befeuchteter Verband angelegt. Der Verlauf war unter täglichen Verbandwechselungen sehr günstig. Die Höhle reinigte sich schnell und von allen Seiten zeigten sich gesunde Granulationen. Schon am 27. Februar war die Incisionsöffnung vollständig geschlossen. Die Untersuchung ergab, dass zwar noch eine geringe, schmerzlose Infiltration des linken Ligamentum latum bestand, der allgemeine Gesundheitszustand aber vortrefflich war und das Körpergewicht bedeutend zugenommen hatte, so dass Patientin geheilt entlassen wurde.

Die Diagnose Parametritis purulenta sinistra ist in diesem Falle keinem Zweifel unterworfen.

Patientin kam erst drei Monate nach der Geburt, bei welcher sie inficirt wurde, in Behandlung.

Dass die Entzündung keinen besonders heftigen Charakter hatte, geht daraus hervor, dass der Gesundheitszustand der Patientin bei ihrer Aufnahme, trotzdem die Krankheit schon drei Monate bestand, noch nicht viel gelitten hatte.

Bei ihrer Aufnahme war das Exsudat schon theilweise in Vereiterung übergegangen, so dass bald nachher zur Incision geschritten werden konnte.

Im übrigen zeigt dieser Fall keine Abweichungen von dem gewöhnlichen Verlaufe.

Temperatur-Tabelle.

Fall VIII.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
21. Januar 1894	38,6	38,3
22. "	38,1	38,2
23. "	38,5	39,0
24. "	38,3	38,4
25. "	37,6	38,8
26. "	38,2	38,5
27. "	38,0	38,6
28. "	38,2	38,4
29. "	38,0	38,1
30. "	37,7	38,7
31. "	37,7	38,4
1. Februar	37,8	39,1
2. "	38,2*	38,2
3. "	37,2	37,4
4. "	37,0	37,4
5. "	36,9	37,2
6. "	37,0	37,2
7. "	37,1	37,5
8. "	37,1	37,2
9. "	37,1	37,4

* Operation

Datum	Temperatur	
	M.	A.
10. Februar 1894	37,2	37,4
11. "	37,2	37,6
12. "	37,3	37,6
13. "	37,2	37,5
14. "	37,2	37,5
15. "	37,2	37,7
16. "	37,1	37,6
17. "	37,0	37,4
	weiter normal.	

Fall IX.

Frau K., 34 Jahre alt, Mutter von vier gesunden Kindern, ist seit zehn Jahren verheirathet und hat während dieser Zeit achtmal geboren. Vier Kinder starben im frühesten Alter. Um 16. Jahre trat die Periode ein, welche immer regelmässig vierwöchentlich zurückkehrte, ohne Beschwerden zu verursachen. Die erste Geburt wurde mit der Zange beendet; in den sechs folgenden kam Patientin ohne ärztliche Hülfe nieder. Das Puerperium wurde bei der ersten Geburt von heftigem Fieber begleitet. Auch bei den späteren Geburten muss Patientin im Wochenbette gefiebert haben.

Vor drei Jahren überstand sie eine schwere acute Nephritis, welche unabhängig vom Wochenbette eintrat und mit vollkommener Heilung endete.

Die letzte Geburt fand am 8. April 1894 statt. Die Hebamme nahm wegen Querlage der Frucht ärztliche Hülfe in Anspruch.

Der hinzugerufene Arzt fand eine ziemlich kräftige Frau am Ende der Schwangerschaft. Vor sechs Stunden hatten die Wehen angefangen, und bald nachher war der Blasensprung erfolgt. Das Befinden der Kreissenden war gut, der Puls kräftig und die Temperatur normal.

Bei der äusseren Untersuchung fühlte man links und rechts je einen grossen Theil; der Beckeneingang war leer, und die schwachen kindlichen Herztöne waren in der Nabelgegend hörbar. Bei der innern Untersuchung zeigte sich, dass der linke Arm vorgefallen war, und die Schulter mit der Achselhöhle, nach links geschlossen, vorlag.

Die Diagnose lautete: Querlage, Kopf links, Rücken nach hinten.

Nachdem entsprechend desinfiziert, die Blase entleert und der vorgefallene Arm in eine Schlinge gelegt war, wurde die Wendung mit auffolgender Extraction vorgenommen.

Das Kind kam tief asphyctisch zur Welt und starb bald nach der Geburt. Die Placenta war theilweise adharent und musste manuell entfernt werden. Nach der Entfernung wurde eine Uterusausspülung mit $2\frac{1}{2}$ prozentiger Phenollösung gemacht.

Am siebenten Tage nach der Geburt bekam Patientin heftigen Schüttelfrost und Abends constatirte der Arzt eine Temperatur von $39,2^{\circ}$ und einen reichlichen Abfluss von übelriechenden Lochien. Bei der Untersuchung der Genitalien wurde sonst nichts Krankhaftes gefunden.

Nachts traten heftige Schmerzen in der linken Unterbauchgegend ein, welche nach Applicirung einer Eisblase sich bald minderten. Obgleich ausgiebige Scheiden- und Uterusausspülungen vorgenommen wurden, blieb das Fieber fortbestehen.

Am 17. April hatten die Schmerzen nachgelassen und die Lochien wieder normale Farbe und Geruch angenommen; im linken Hypogastrium war jetzt aber ein Tumor wahrzunehmen, welcher sich im kleinen Becken fortsetzte.

Die Percussion oberhalb desselben war gedämpft.

Die innere Untersuchung ergab eine noch stark vergrösserte Gebärmutter, mit weit geöffnetem Muttermunde. Der Uterus war links, vorne und hinten umgeben von einem derben parametritischen Exsudate, welches unbeweglich und auffallend wenig schmerhaft war.

Es zeigte sich, dass der äusserlich fühlbare Tumor und das Exsudat mit einander zusammenhingen.

Am 22. April hatte der Tumor an Grösse zugenommen. Bei der Ausspülung der Gebärmutter mit Borsäurelösung floss eine grosse Quantität Eiter heraus.

Am 24. April zeigte sich eine sich hervorwölbende Stelle im hinteren Laquear.

Eine Probepunction auf diese Stelle ergab dünnen, gelben, geruehlosen Eiter. Obgleich die Krankheit erst zwei Wochen bestand, war dennoch die Incision indicirt.

Patientin wurde noch an denselben Tage in dem Krankenhaus zu Venlo aufgenommen, wo wir am Morgen des 25. die Operation folgenderweise ausführten.

Nachdem Blase und Rectum entleert, die äusseren Genitalien und die Vagina desinfiziert waren, wurde im hinteren Laquear, an der sich hervorwölbenden Stelle eine 5 cm lange, quere Incision gemacht.

Nach Eröffnung der Abscesshöhle entleerten sich ungefähr 2 l dünnen, graulich-gelben, nicht fäkalriechenden Eiters.

Der Hohlraum, welcher jetzt abzutasten war, erstreckte sich in der Richtung des Tumors im linken Hypochondrium. Nach gründlicher Ausspülung mit Borsäurelösung wurde die Höhle mit Jodoformgaze austamponirt.

Patientin fühlte sich wohl und sehr erleichtert, jedoch das Fieber blieb fortbestehen. Die Höhle, aus welcher sich immer noch viel Eiter entleerte, wurde täglich ausgiebig ausgespült und mit einem dicken Drainrohr verschen.

Am 9. Mai stieg die Temperatur Abends bis 40,4 %. Nachts trat plötzlich heftige Diarrhoea auf, wobei sich zeigte, dass der Stuhlgang stark eiterhaltig war.

Die Parametritis war im Darmkanal durchgebrochen.

Am folgenden Tage war die Temperatur normal, und blieb Patientin im weiteren Krankheitsverlaufe fieberfrei. Der Hohlraum wurde von jetzt an immer kleiner, die Eiterabsonderung immer geringer, und der Tumor im linken Hypochondrium war bald nicht mehr wahrzunehmen.

Am 25. Mai zeigte sich, dass die grosse Höhle bis auf einen kleinen Fistelgang, welcher nur noch eine sehr geringe Quantität eiteriger Flüssigkeit absonderte, geschlossen war.

Patientin hatte bedeutend an Gewicht zugenommen, und ihr Wohlbefinden war vortrefflich, weshalb sie aus dem Krankenhouse entlassen wurde.

Die Frage, ob es sich in diesem Falle um eine Parametritis purulenta handelte, oder ob wir mit einem abgekapselten perimetritischen Exsudate zu thun hatten, ist nicht mit vollkommener Sicherheit zu beantworten. Das hintere Laquear war hervorgewölbt; das Exsudat lag zum Theile zwischen Uterus und Rectum, also auf der Prädilectionsstelle des perimetritischen Exsudates.

Jedoch der ganze Krankheitsverlauf spricht stark für die Annahme, dass es sich um eine Entzündung im Parametrium handelte. Erscheinungen von Seiten des Peritoneums: Meteorismus, stärkere Schmerzen, Erbrechen fehlten ganz.

Selbst die sehr geringe Druckempfindlichkeit des Exsudates war eine auffallende Erscheinung im späteren Stadium der Krankheit. Auch der besonders milde Verlauf und die gänzliche Heilung innerhalb sechs Wochen sprachen zu gunsten der Diagnose Parametritis, und fand dieselbe schliesslich ihre Bestätigung bei der Incision.

Aus der inneren Abtastung der Abscesshöhle ging hervor, dass der Hohlraum eine eigene Wand hatte, und dass diese nicht gebildet wurde durch Darmschlingen, welche mit einander verwachsen waren.

Eine Erscheinung, welche noch aufgeklärt werden muss, ist der ausgiebige Abfluss von Eiter aus der Gebärmutter am 22. April bei Gelegenheit einer Uterusausspülung.

Nach unserer Meinung hatte sich die puerperale Endometritis auf die Tuben fortgepflanzt und zu eiteriger Salpingitis Veranlassung gegeben. Die Uterusausspülung war in easu die Anleitung zur Entleerung des Eiters aus der Tube.

Ungeachtet des Zweifels, welcher vor der Operation bezüglich der präzisen Diagnose bestand, war die therapeutische Aufgabe doch sehr einfach.

Es war Fluctuation vorhanden, die Probepunction ergab Eiter, und die Entleerung war angewiesen, weil Resorption eines so grossen Eiterquantums nicht wohl möglich erschien. Nach der Incision meinten wir aus der Abtastung des Hohlraumes schliessen zu können, dass aller Eiter entfernt war. Das Fieber blieb aber in wechselnder Höhe fortbestehen, bis sich vierzehn Tage später im Stuhlgang Eiter zeigte, worauf Patientin sofort fieberfrei wurde und die Heilung schnell erfolgte.

Mit diesem Vorgange, welcher wahrscheinlich dadurch erfolgte, dass eine Verzweigung der grossen Abscesshöhle, aus welcher der Eiter nur ungenügend abfloss, im Darme durchgebrochen war, war gleichzeitig die letzte Ursache des Fiebers verschwunden.

Temperatur-Tabelle.

Fall IX.

Datum	Temperatur	
	M.	A.
25. April 1894	—	39,6*
26. "	38,1	39,6
27. "	37,9	40,6
28. "	38,1	38,5
29. "	37,7	38,0
30. "	37,1	37,8
1. Mai	38,9	40,9
2. "	38,1	38,5
3. "	36,9	37,7
4. "	37,4	37,9
5. "	37,3	38,0
6. "	36,9	37,2
7. "	36,9	38,7
8. "	38,7	40,1
9. "	36,9	40,4**
10. "	37,1	37,9
11. "	37,3	37,9
12. "	37,2	37,6
13. "	36,9	37,2
14. "	36,8	37,3
15. "	37,2	38,0
16. "	37,3	37,6
17. "	37,8	38,4
18. "	36,8	37,0
19. "	37,0	37,2
20. "	36,9	37,4
21. "	37,2	37,5
23. "	36,8	
* Operation		weiter normal.
** Stuhlgang stark eiterhaltig.		

Bei der Besprechung der Therapie der Parametritis muss in erster Stelle die grosse Bedeutung der Prophylaxis hervorgehoben werden.

Obgleich das Vorkommen von Fieber im Wochenbett ohne vorausgegangene Untersuchung entstanden, nach Ahlfeld, feststeht, ist der Einfluss der subjectiven Antisepsis und der Desinfection der Gebährenden und Wöchnerin von so hervorragender Bedeutung, dass die Morbidität und Mortalität in wohlgeleiteten Geburtsanstalten eine Zahl erreicht hat, welche in der voraseptischen Periode gewiss für unglaublich gehalten worden wäre.

Der gynäcologische Congress zu Brüssel, September 1892, wurde mit einem Vortrage von Professor Kufferath über die segensreiche Folge der Antisepsis im Wochenbett, welcher allgemeinen Anklang fand, eröffnet.

Fünfzehn Jahre früher wurden in derselben Stadt die Entbindungsanstalten von Lefort die „antichambres de la mort“ genannt und die Aufhebung derselben nachdrücklich empfohlen.

Welch ein Unterschied mit heute, nun die Statistiken der Anstaltsbehandlung so weitaus günstiger sind, als die Resultate der Privat-Praxis!

Das beste Desinfectionsmittel bleibt immer das Sublimat. Hegar und Kaltenbach, Ahlfeld, Förster und viele andere Autoren haben dasselbe genügend betont.

Ist die puerperale Infection jedoch zu stande gekommen, und hat sich, wie gewöhnlich, eine septische oder putride Endometritis gebildet, so kann die locale Behandlung im Anfange des Krankheitsprocesses, noch sehr viel Nutzen bringen.

Die Methode, welche zu diesem Zwecke mit sehr gutem Erfolge in der Frauenklinik von Professor van der Mey zu Amsterdam angewendet wird, und welche ich schon wiederholt erfolgreich in der Praxis benutzt habe, ist folgende:

Wenn im Wochenbett Fieber auftritt, dessen Ursache auf Infection beruht, wird erst nach Ulcera puerperalia gesucht, diese eventuell mit Sublimatlösung gereinigt und mit reiner Tinctura Jodii cauterisirt. In vielen Fällen sieht man hierdurch schon die Temperatur zur Norma zurückkehren. Dauert das Fieber fort, dann muss die Uterusinnenfläche behandelt werden.

Nach Desinfection der äusseren und inneren Genitalien wird die Gebärmutter mit dem doppelläufigen Catheter von Doléris mit 2½ procentiger Phenollösung ausgespült. Mit einem gut desinficirten Pinsel wird die ganze Uterusmucosa mit Tinctura Jodii bestrichen. Wenn diese Behandlung kurz nach dem Beginne des Fiebers angewendet wird, ist die weitere Ausbreitung der Infection in den meisten Fällen zu verhüten.

Die in der necrotischen Decidua befindlichen Keime, sagt van der Mey, werden getötet, und dadurch wird der Ausbreitung des Krankheitsprozesses in die Tiefe vorgebeugt.

Auch in manchen Fällen sehr schwerer Infection hat er durch diese Behandlung überraschende Resultate erzielt, und glaubt er das Leben vieler schwer inficirten Puerperae dadurch erhalten zu haben.

Im „Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 5. Jaargang, Aflevering 2“ hat ten Bokkel Huinink 52 Fälle aus der Klinik von Professor van der Mey, welche nach dieser Methode behandelt wurden, veröffentlicht.

Der Erfolg war auffallend gut.

In 23 Fällen war eine einmalige Behandlung genügend, um bleibende Entfieberung zu erzielen. In 18 Fällen musste die Ätzung einmal wiederholt werden, in vier Fällen dreimal, in drei Fällen viermal, in einem Falle fünfmal und in einem Falle achtmal, stets mit dem erwünschten Resultate. Nur in einem Falle war der Erfolg schlecht. Es trat Parametritis auf, ungeachtet der viermal vorgenommenen Behandlung.

Sobald die Parametritis zu stande gekommen ist, ist die antiphlogistische Behandlung angezeigt. Zu diesem Zwecke wird eine Eisblase, welche ausserdem noch eine bedeutende schmerzstillende Wirkung besitzt, auf die kranke Stelle applicirt. Alcohol in jeder Form wird ferner als ein unschätzbares Mittel zur Erhaltung der Kräfte verordnet.

Schröder empfiehlt fortwährend eingeleitete Diarrhöen, welche unzweifelhaft eine bedeutende antiphlogistische Wirkung äussern.

Trotzdem muss diese Methode doch nur mit Vorsicht angewendet werden, denn Laxantia werden oftmals schlecht ertragen, und können die Diarrhöen durch die Schwächung mehr Schaden als Nutzen bringen.

Wenn die Exsudation zum Stehen gekommen und das Fieber verschwunden ist, muss die Resorption angestrebt werden.

Heisse Vaginaldouchen (45° C.) mit darauffolgender Anwendung eines Glycerintampons und Priesnitz'sche Einwickelung des Unterbauches bringen frische Exsudate gewöhnlich in kurzer Zeit zur Resorption.

Auf Grund vieler, von ihm selbst und von anderen Autoren gemachten Beobachtungen, giebt Freund mit vollem Rechte den Rath, man solle, ehe man sich bei entzündlichem Sexualleiden zu einem operativen Eingriff entschliesst, wenigstens einen Versuch mit der Ichthyoltherapie machen.

Auch in einem der beschriebenen Fälle (Fall VI) wurde mit vieler Geduld die Ichthyolbehandlung in Anwendung gebracht. Das Resultat dieser Therapie bei der Para- und Perimetritis war gering, die zu gleicher Zeit bestehende Endometritis wurde aber sehr günstig beeinflusst. Auch wurde von der Kranken die schmerzstillende Wirkung des Ichthyols sehr gelobt.

Die Untersuchungen in der Klinik von A. Martin haben diesen zu dem Resultate geführt, dass er Ichthyol nicht als ein Heilmittel in der Gynäcologie, sondern lediglich als ein schmerzlinderndes Mittel betrachtet.

Was nun die Behandlung der in Vereiterung übergegangenen Parametritis anbelangt, so gilt hier der in der Chirurgie bestehende Grundsatz, dass man den Eiter, wenn irgend möglich, entfernen soll.

Wenn sich eine Vorwölbung zeigt, entweder in der Vagina, oder an der Bauchwand, oder unter den Glutaei, so wird eine ausgiebige Eröffnung an dieser Stelle geschehen müssen.

Aber auch dann, wenn sich keine sich hervorwölbende Stelle zeigt, wenn die Fluctuation in der Tiefe des kleinen Beckens nicht mit Sicherheit zu constatiren ist, aus dem Temperaturverlauf aber deutlich hervorgeht, dass Eiterung eingetreten ist, darf man nicht versäumen den Abscess aufzusuchen.

Die Behauptung von Schröder, dass man die vordere Bauchwand nur incidiren darf, wenn entzündliche Erscheinungen die Verwachsung derselben mit dem Abscessen kennzeichnen, wird von vielen Chirurgen nicht getheilt.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gelehrt (L. Landau), dass selbst sehr schwer erreichbare solitäre Abscesse durch einfache Incision definitiv heilten. Der Weg, welchen man in solchen Fällen einschlägt, hängt von der Stelle ab, an welcher man den Eiter am deutlichsten zu fühlen meint.

Nach Eröffnung der Eiterhöhle lässt sich durch die Untersuchung mit dem Finger mit Sicherheit feststellen, ob es sich um eine solitäre Höhle handelt oder nicht. Ist ersteres der Fall, so wird die Heilung nach der Incision und Drainage in der Regel bald erfolgen.

Es besteht ferner noch eine Art para- und perimetritischer Abscesse, wobei im Beckenbindegewebe zahlreiche, kleinere und grössere Eiterhöhlen bestehen, complicirte Beckenabscesse genannt.

Französische Gynäcologen haben diesen Zustand sehr charakteristisch als „éponge purulente“ bezeichnet.

Es ist klar, dass die Therapie mit Incision und Drainage, welcher gewöhnlich gefolgt wird, in der Regel bei diesen Fällen keine guten Resultate erzielt, weil die Eiterung fortbesteht.

Wir müssen uns also nach einem anderen Verfahren umsehen, und, wie schon bei den betreffenden Fällen (VI und VII) erwähnt wurde, ist die Hystereetomie vaginale par moreellement, die Castration utérine von Péan für solche Fälle sehr zweckmässig.

Auf dem Berliner Congress im Jahre 1890 hat Péan diese von ihm zuerst ausgeübte Operation empfohlen mit dem Bemerkten, er habe dieselbe in 60 Fällen von „suppuration pelvienne“ angewendet, und alle auf diese Weise behandelten Patienten seien geholt.

Im „Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 4. Jaargang No. 2“ unterwirft Treub die von Péan gestellten Indicationen einer Critik und kommt zur folgenden Conclusion: Das Moreellement ist nur unter zwei Bedingungen eine gute Operation bei Pyosalpinx, und zwar bei den äusserst seltenen Fällen, bei welchen eine fistulöse Communication mit Blase oder Darm besteht; und bei den ebenso seltenen Fällen, welche bei der Laparotomie zeigen, dass die Entfernung der Tubae wegen Adhäsionen unmöglich ist. Nur in diesen Fällen ist die Operation von Péan eine Verbesserung unserer Therapie bei Pyosalpinx.

Ausserdem ist dieselbe ein vortreffliches Mittel bei einigen seltenen Fällen von Peri- und Parametritis, namentlich bei den schon genannten complicirten para- und perimetritischen Abscessen.

Treub bekräftigt seine Meinung mit der Mittheilung der Resultate einiger, von ihm auf diese Weise operirten Fälle.

Das Péan'sche Operationsverfahren, von welchem schon so oft die Rede war, sei hier kurz erwähnt:

Nach ausgiebiger Desinfection kommt Patientin in Steinschnittlage. Es wird die Portio mit zwei Doppelzangen gefasst und so weit wie möglich nach unten gezogen. Dann folgt der circuläre Schnitt rings um die Portio, worauf die Finger vorn und hinten zwischen Vaginalwand und Uterus hineindringen. Vorne wird also die Blase gelöst, hinten das Cavum Douglasii eröffnet. In beide Öffnungen wird ein grosser, rechtwinklig gebogener Ecarteur gebracht, und werden beide Instrumente erst nach links geführt und kräftig auseinander gezogen. Der untere Theil des linken Ligamentum latum kommt dadurch frei, wird mit einer Klemmzange ungefähr 3 cm lang gefasst, und neben dieser Zange mit der Schere abgeschnitten. Demnächst werden die Ecarteure nach der andern Seite geführt und das rechte Ligamentum latum ebenso behandelt, wodurch der untere Theil der Gebärmutter freigelegt wird. Die zwei Zangen, welche die Portio vorn und hinten gefasst hatten, werden jetzt auseinander gezogen, und wird die Portio mit der Schere in zwei Hälften, eine vordere und eine hintere, zertheilt.

Der Uterus wird, so weit er frei ist, abgeschnitten, und der Stumpf unmittelbar mit den Kugelzangen wieder gefasst.

Darauf wird die Gebärmutter wiederum vorn und hinten mit dem Finger losgelöst, ein höher gelegener Theil des breiten Bandes mit der Klemmzange gefasst, abgeschnitten und ein zweites Stück des Uterus „par morcellement“ entfernt.

Eine zweite Wiederholung ist in der Regel genügend, um die Gebärmutter ganz zu entfernen.

Die Höhle wird gereinigt, mit Jodoformgaze austamponirt, ein Nélaton-Catheter à demeure applicirt, womit die Operation beendet ist.

Die Klemmzangen bleiben 2 X 24 Stunden liegen und der Tampon wird nach fünf Tagen gewechselt.

In der Berliner Klinischen Wochenschrift 1894, No. 22, 23 und 24 veröffentlicht L. Landau 33 Fälle, welche von ihm nach dem Péan'schen Verfahren operirt sind, mit dem Unterschiede, dass Landau nicht zufrieden ist mit der Entfernung der Gebärmutter per Vaginam, sondern er will auch die eitrigen Appendices und die Eiterherde mitsammt ihren Wandungen entfernt wissen.

Weiter unterwarf er nur derartige Kranke dieser radicalen Operation, welche, an sonst unheilbaren complicirten Beckenabscessen litten.

Das Resultat der Operation war in allen Fällen vorzüglich. „Bei fast allen Kranken“, sagt Landau, „bestand das Leiden in schwerer Form schon mehrere Jahre, bei vielen waren schon vielfache von temporärem Erfolge begleitete Operationen ausgeführt worden.“

Sämmtliche Operirte haben den Eingriff nicht nur überstanden, sondern sind von ihrem auf andere Weise nur mit erheblichster Lebensgefahr oder überhaupt nicht zu beseitigenden Leiden, durch die Radicaloperation definitiv geheilt.“

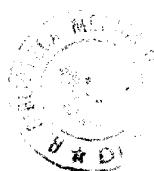
An Litteratur wurde benutzt:

- R. Asch, Über die operative Behandlung der Salpingo-Oophoritis.
Deutsche Med. Wochenschrift. Jahrg. 1893. No. 40 und 42.
- J. A. ten Bokkel Huinink, De locale behandeling van endometritis puerperalis.
Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 5^e
Jaargang, 2^e Aflevering.
- T. Cramer, Parametritis abscedens bei einem 12jährigen Mädchen.
Deutsche Med. Wochenschrift. Jahrg. 1892. No. 33.
- L. Landau, Über die Heilung der Beckenabscesse des Weibes mit besonderer
Berücksichtigung der vaginalen Radicaloperation.
Berliner Klin. Wochenschrift. Jahrg. 1894. No. 22, 23 u. 24.
- A. Martin, Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten.
- G. H. van der Mey, Openingsrede van de 45^e Algemeene Vergadering der Ned.
Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, gehouden te Amsterdam.
den 2. Juli 1894.
- A. Pée, Über Ichthyol und Lysol in der Gynäcologie und Geburtshilfe.
Deutsche Med. Wochenschrift. Jahrg. 1891. No. 44.
- S. Pozzi, Traité de Gynécologie.
- C. Schroeder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.
- H. Treub, Leerboek der Gynaecologie.
- H. Treub, Over de behandeling van bekkenabscessen.
Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 4^e
Jaargang. 2^e Aflevering.

Meinen hochverehrten Lehrern, den Herren Professoren und Docenten der medicinischen und philosophischen Facultät der Universität zu Amsterdam, spreche ich meinen herzlichsten Dank ans für die vorzügliche Anleitung, welche ich während meiner Studienzeit erhielt.

Speciell danke ich dem Herrn Professor Dr. G. H. van der Mey jr. für das grosse Wohlwollen, mit dem er das Material seiner gynäcologischen Klinik zu meiner Verfügung stellte.

Last not least sei es mir gestattet der medicinischen Facultät zu Jena meinen wärmsten Dank darzubringen für die herzliche Gastfreundschaft, welche ich daselbst genossen habe.



16956