

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

36. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIOUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 34.

Sonnabend, den 24. August

1912.

Inhalt.

Originalien: I. A. Sippel, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. — II. W. Stoeckel, Wie lassen sich die Dauerresultate bei der Operation des Vulvakarzinoms verbessern? — III. H. Thaler, Zur Bewertung der Ausfallserscheinungen nach Radikaloperation bei entzündlichen Adnexerkrankungen. — IV. G. Schubert, Vaginaldefekt und Scheidenbildung aus dem Mastdarm. Berichte: 1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Leipzig. Neueste Literatur: 2) Archiv für Gynäkologie Bd. XCVII. Hft. 1. Radiologie: 3) Rosenfeld, 4) Chéron, 5) Kelen, 6) und 7) Fränkel, 8) Rosenfeld, 9) Gauss, 10) Ritter, 11) Christen, Radiologisches. Desinfektion: 12) Sciplades, Vorbereitung der Bauchdecke. — 13) Kaufmann, 14) Baldwin, Jod. — 15) Hoffmann und Budde, Jod-Catgut. — 16) Lehmann, Tribrom-Naphthol. — 17) Hoffmann, Thymolspiritus. — 18) Lieini, Händedesinfektion. Lageveränderungen: 19) Tracy, 20) Demis, 21) Bauer, 22) Marcus, Prolapsbehandlung. — 23) Giebler, Prolaps und Gravidität. — 24) Mc Gillin, 25) Willis, Rückwärtslagerung der Gebärmutter. — 26) Hoensch, Alexander-Adams.

I.

Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate.

Zugleich ein kleiner Beitrag zu der Frage: Was verträgt das Bauchfell, was verträgt es nicht?

Von

Prof. Albert Sippel (Frankfurt a. M.).

v. Neugebauer (Zentralblatt 1912, Nr. 4) hat unlängst die Anregung dazu gegeben, Beobachtungsmaterial mitzuteilen über versuchte Fruchtabtreibung bei vermeintlicher Schwangerschaft. Den wenigen seither bekannt gegebenen Fällen (Klauber, Zentralblatt 1912, Nr. 1, Sigwart, Zentralblatt 1912, Nr. 16) möchte ich eine weitere Beobachtung anfügen, zumal dieselbe auch sonst Interesse zu erwecken vermag.

Eine 47jährige Frau, deren erste Ehe kinderlos war, verheiratete sich zum zweiten Male. Einige Monate danach setzte die Periode aus. Die Frau befürchtete, schwanger zu sein. Sie arbeitete mit einer Stricknadel in den Genitalien herum. Danach traten Schmerzen und etwas Blutabgang auf, aber nicht der erstrebte Abort. Deshalb führte sie sich einige Tage später das Ansatzrohr einer Ballonspritze in den Uterus ein und ließ ihren Mann mit Gewalt Essig einspritzen. Darauf erneut heftige Schmerzen, aber kein Abort. Nach 2 Tagen wird die Prozedur noch einmal wiederholt. Im Anschluß daran erkrankte die Frau schwer unter heftigen Schmerzen im Unterleibe, Brechreiz und Fieber. Der hinzugezogene Arzt stellt Peritonitis fest. Dieselbe ist progredient und nimmt bedrohlichen Charakter an. Nachdem abends zuvor ein heftiger Schüttelfrost aufgetreten war, sehe ich die Kranke am 5. XI. 1910, am 8. Tage nach Beginn der auf Abtreibung

gerichteten Manipulationen mit der Stricknadel, 3 Tage nach der letzten Essigsinspritzung in den Uterus. Es besteht diffuse Peritonitis mit Exsudatbildung im Douglas. Die Portio ist etwas geschwollen, der Muttermund virginal. Eine bimanuelle Abtastung ist selbstverständlich unmöglich. Die Frau wird sofort in meine Privatklinik gebracht und dort operiert. Temperatur vor der Operation 39,6, Puls 98. Leib aufgetrieben und schmerzhaft. Großer Medianschnitt vom Nabel bis dicht über die Symphyse. Diffuse Peritonitis bis hinauf zum Colon transversum. Bauchfell ohne Glanz, trüb verfärbt und injiziert. Zwischen den Darmschlingen und auf und unter dem Netz freie trübseröse, sanguinolente Flüssigkeit von fadem Geruch. Hier und da frische Verklebungen der Eingeweide, welche nach dem Becken zu etwas fester sind. Sie werden durch Eingehen mit der ganzen Hand nach allen Seiten hin gelöst, um auf den Ausgangspunkt der Infektion im Becken zu gelangen. Da entleert sich mit einem Mal ein größeres, ungefähr 300 bis 400 ccm haltendes Exsudat von gleicher Beschaffenheit, wie die Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle. Es saß im Douglas und ging nach rechts hin hinter Darmschlingen und Netz bis zum Ligamentum Poupartii in die Höhe. Der jetzt nach weiterer Lösung der Verklebungen sichtbar werdende Uterus liegt antevertiert, etwas eleviert, ist angeschwollen und intensiv gerötet. Die Tuben sind entzündlich verdickt, ebenfalls gerötet, am abdominalen Ende offen und eitrig belegt. Im Douglas eitrig membranöse Fetzen und intensive Rötung des seiner Glätte völlig beraubten Bauchfells. Bei der Lösung weiterer Verklebungen, welche die linke Beckenseite und Unterbauchgegend noch abschlossen, entleert sich ein zweites, nahezu ebenso großes Exsudat als das erste. Es ist aber von durchaus anderer Beschaffenheit als das erste; es besteht aus rahmigem Eiter von aashaftem Gestank ohne Gasentwicklung. Auch nach links hin werden sämtliche Verklebungen gelöst; es wird dadurch die Gewißheit erbracht, daß eine weitere Exsudatbildung nicht vorliegt. Alle Manipulationen geschehen bei leicht erhöhtem Oberkörper unter ständigem Überspülen und Ausspülen mit ausgiebigen Mengen physiologischer Kochsalzlösung. Es werden mehr als 30 Liter verbraucht. Auch der Boden der linkseitigen Exsudathöhle war mit eitrigen membranösen, fest anhaftenden Massen bedeckt. Es erfolgt ausgiebige Drainage der beiden Höhlen mit die ganze Wand deckender Jodoformgaze und je einem daumendicken, festen Gummidrain; ferner Drainage der beiden seitlichen Bauchgegenden mit breiten Jodoformgazestreifen. Sämtliche Drainagevorrichtungen werden nach oben herausgeleitet. Schluß der Bauchhöhle bis auf eine breite, die Gaze druckfreilassende Öffnung. Dicker Krüllgazeverband. Lagerung mit erhöhtem Oberkörper.

Die Operierte kommt etwas kollabiert vom Operationstisch, erholt sich aber bald. Noch im Laufe des Tages spontan reichlich Blähungen. Der Leib fällt zusammen. Kein Erbrechen. Der Puls hebt sich. Die Temperatur sinkt. Starke blutig-seröse Absonderung aus den Drains, die ein mehrmaliges Wechseln der dicken Krüllgazeschichten täglich nötig macht. Allmähliche Entfernung der Drains, zuerst der Gazestreifen, zuletzt der Gummirohre. Die freie Peritonitis heilt rasch aus. Es bilden sich, wie beabsichtigt war, Abkapselungen um die drainierten Räume gegen die freie Bauchhöhle hin. Die Absonderung wird eitrig, verliert den zunächst noch übelriechenden Charakter, ist aber noch reichlich. Ab und zu stoßen sich nekrotische Gewebsfetzen mit aus. Es bleiben noch längere Zeit abendliche Temperaturen bis 39,0 bestehen. Dabei hebt sich das Allgemeinbefinden stark. Am 18. XI. wird versuchsweise das letzte inzwischen verdünnte Drainrohr aus der linken Exsudathöhle entfernt. Das erweist sich als zu früh. Der Boden der Höhle hatte sich noch nicht völlig von seinen nekrotischen Partien

gereinigt. Es erfolgt Eiterverhaltung und erneuter Fieberanstieg: daher stumpfe Wegbahnung mit dem Finger nach der Tiefe des Abszesses und erneute Drainage (Gummi). Es stoßen sich noch immer Fetzen ab. Erst vom 6. XII. ab blieb die Temperatur normal. Die Sekretion versiegte und das Drainrohr wurde entfernt. Unter Zusammenziehen mit Leukoplast rasche Verheilung der granulierenden Bauchdeckenwunde. — Eine Schwangerschaft war nicht vorhanden!

Ich teile den Fall mit infolge der Aufforderung v. Neugebauer's. Ich habe ihm eine etwas ausführlichere Darstellung gegeben mit Rücksicht auf die gerade jetzt im Vordergrund des Interesses stehende Frage der peritonealen Wundbehandlung. Nach dem Befunde bei der Operation ist anzunehmen, daß die Frau sich bei ihren Manipulationen mit der Stricknadel eine Verletzung nach der linken Seite des Beckens hin gemacht hat, welche außer dem Peritoneum auch die Flexur durchdrang und zu einer Infektion dieser Gegend der Bauchhöhle mit Darmbakterien führte, wodurch dann das aashaft stinkende Exsudat entstand. Die Bildung der gangränösen Membranen in der Tiefe desselben, deren Abstoßung so lange Zeit in Anspruch nahm, läßt erkennen, daß die Verletzungen mit der Stricknadel nicht gerade sanft ausgeführt wurden. Da der erstrebte Abort nicht eintrat, erfolgte dann eine weitere ektogene Infektion vom Uterus und den Tuben aus durch die mit Gewalt eingespritzten Essigmassen. Diese zweite Infektion hatte einen völlig anderen Charakter, als die erste. Wenn sie auch zunächst sich auf den unteren Bauchraum beschränkte und eine lokale Exsudatbildung von serös-sanguinolenter Beschaffenheit bewirkte, so behielt sie doch ihren progredienten Charakter und führte zur Allgemeininfektion der Bauchhöhle, die am Operationstage bereits bis zum Colon transversum emporgestiegen war. Die gangränösen Fetzen, welche auch auf dem Boden dieses serösen Exsudats sich befanden, sprechen dafür, daß auch der Douglas Verletzungen durch die Stricknadel erlitten hatte, jedoch ohne gleichzeitige Darmverletzung. Es handelte sich also um das gleichzeitige Vorhandensein zweier verschiedener Infektionen in der Bauchhöhle. Die eine linksseitig entwickelte war verursacht durch Bakterien, welche, stark chemotaktisch, positive Wirkung auf die Leukocyten hatten und deshalb zur Bildung rahmigen Eiters führten. Zugleich veranlaßten sie intensive Eiweißfäulnis und dadurch den aashaften Gestank des Eiters. Dabei waren sie verhältnismäßig wenig virulent, insofern sie nicht eine diffuse Peritonitis bewirkten, wie die zweite Infektion, sondern ein abgekapseltes Exsudat, einen intraperitonealen Abszeß bildeten, der freilich, sich selbst überlassen, früher oder später wohl nach der freien Bauchhöhle durchgebrochen wäre und sekundär eine allgemeine Bauchfellentzündung hervorgerufen hätte. Die Infektionserreger stammten aus dem Darne.

Die zweite Infektion hatte progredienten Charakter und führte zur diffusen Peritonitis. Die ihr zugrunde liegenden Bakterien hatten nicht die chemotaktisch positive Wirkung auf die Leukocyten, wie die erste Infektion, denn sie bewirkten nur eine leichte getrübte Exsudatbildung. Auch führten sie nicht zur Eiweißfäulnis, wie der fade Geruch des Exsudats bewies. Dabei waren sie aber virulenter als die Bakterien der ersten Infektion, denn sie hatten, obwohl sie einige Tage später in die Bauchhöhle gekommen waren als jene, doch eine fortschreitende allgemeine Peritonitis bewirkt, die ganz den Charakter einer Streptokokkenperitonitis bot. Auf Grund des Befundes und Verlaufes ist anzunehmen, daß diese Infektion durch das Cavum uteri und die Tuben hindurch in die Bauchhöhle gelangt ist.

Entsprechend den von mir seit langem befolgten und wiederholt ausge-

sprochenen Grundsätzen (Zentralblatt für Gynäkologie 1896, Nr. 12, Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. X, p. 476, ebenda Bd. XVII, Hft. 2, Zentralblatt 1903, Hft. 6 und 1911, Hft. 7) wurde diese doppelte peritoneale Infektion mit breiter Inzision angegriffen; die Verklebungen der Eingeweide wurden durch Eingehen mit der ganzen Hand gelöst, sämtlichen Exsudatbildungen wurde freier Abfluß geschaffen, die vorhandenen Exsudatmassen wurden durch reiche Kochsalzspülungen tunlichst fortgespült. Alles dies geschah bei etwas erhöhtem Oberkörper, um ein Hinauffließen der Massen in den oberen Bauchraum zu verhüten. Durch dieses Vorgehen wurden die beiden Ausgangsstellen der Infektionen freigelegt. Zum Schluß erfolgte eine sehr ausgiebige und sachgemäße Rohr-Gazedrainage in der von mir empfohlenen und geübten Weise nach oben, deren Grundsätze und Technik wiederholt, zuletzt Zentralblatt für Gynäkologie 1910, Nr. 10 veröffentlicht wurden. Es erfolgte ein prompter Rückgang der diffusen Peritonitis, obwohl noch lange Zeit hindurch an den beiden schwer geschädigten Ausgangsstellen der Erkrankung im unteren Bauchabschnitte lokale infektiöse, hohe Fieberbewegungen verursachende, zur Abstoßung nekrotischer Gewebe führende Prozesse bestanden. Durch die ausgedehnte Gazedrainage war eine reaktive, die freie Bauchhöhle gegen diese fortbestehenden Infektionsherde abschließende Verklebung der Eingeweide rasch erfolgt. Nachdem ein fortgesetztes Eindringen neuer Keime und neuer Toxine von diesen Ausgangsstellen der Infektion nach der Bauchhöhle hin durch die Drainage ausgeschaltet war und nachdem die massigen toxin- und bakterienhaltigen Exsudatmassen durch die Inzision, die Lösung der Verklebungen und die Kochsalzspülung entfernt worden waren, wurde das erkrankte Bauchfell mit den bleibenden infektiösen Rückständen leicht fertig. Ich halte es für überflüssig, dieser Beobachtung, der ich noch eine Anzahl ähnlicher folgen lassen könnte, weiteres hinzuzufügen. Ich müßte dabei lediglich wiederholen, was ich in meinen früheren, den Gegenstand betreffenden Veröffentlichungen mitgeteilt habe.

Die zurzeit stattfindenden Erörterungen über die peritoneale Wundbehandlung bewegen sich äußerlich in zwei verschiedenen Richtungen. Die eine verfolgt die Frage: Wie ist das Entstehen einer Peritonitis trotz unvollkommener Asepsis zu verhüten? Die andere verfolgt die Frage: Wie ist eine vorhandene bakterielle Peritonitis zu heilen? Für die Beantwortung beider Fragen kommen im Grunde genommen die gleichen Faktoren in Betracht. Ob eine fortschreitende Peritonitis entsteht, oder ob eine vorhandene Peritonitis ausheilt, hängt zunächst von dem Virulenzgrade der eingebrachten oder eingedrungenen Keime ab. Wir sind bis jetzt nicht imstande, auf diesen Faktor einzuwirken. Die Serumtherapie hat versagt. Ob es möglich sein wird, auf dem Wege der Chemotherapie weiter zu kommen, muß die Zukunft lehren. Die letzthin erfolgte Veröffentlichung von E. Lampé und H. Klöse (Med. Klinik 1912, Nr. 20) über Molyform und die antibakterielle Wirkung der intravenösen Infusion dieser Molybdänverbindung ist geeignet, Hoffnungen nach dieser Richtung hin zu erwecken. Wenn wir nun vorläufig keine Mittel haben, den vorhandenen Virulenzgrad der in der freien Bauchhöhle befindlichen Keime herabzusetzen, so vermögen wir doch in gewisser Hinsicht aktiv dem vorzubeugen, daß die Virulenz sich steigert. Daß dies stattfinden kann, sobald die Bakterien in der Bauchhöhle geeignete Nährböden vorfinden, wie sie von Blutgerinnseln, Transsudat, Exsudat, abgeschnürten Gewebestücken usw. geliefert werden, unterliegt für mich keinem Zweifel. Demnach werden wir bei unseren Operationen die Technik, so weit dies möglich ist, so einrichten, daß solche Nährböden im Peritonealraum nicht entstehen können. Da,

wo dieses Ziel nicht zu erreichen ist, oder wo bei einer schon vorhandenen Peritonitis das Transsudat den Nährboden darstellt, muß die sachgemäße Drainage für Ableitung nach außen sorgen.

Der zweite, die Prognose einer peritonealen Infektion bestimmende Faktor wird dargestellt durch die Menge der in der Bauchhöhle befindlichen Bakterien und deren die Widerstandskraft des Bauchfells schädigenden Toxine, mögen dieselben nun durch Durchbruch größerer Massen infizierender Materials irgendwoher gekommen sein, oder mögen sie sich in der Bauchhöhle selbst auf geeigneten Nährböden entwickelt haben. Diesem Faktor gegenüber kommt die Kochsalzspülung und die sachgemäße Drainage besonders zur Geltung.

Den dritten Faktor stellt die normale Widerstandskraft des Peritoneums gegenüber den Infektionserregern dar. Dieselbe ist bekanntlich weit größer, als die aller anderen Körperorgane. Es gilt daher, dieselbe bei der Technik der Laparotomie zu erhalten, speziell durch Verhütung des Austrocknens durch Anwendung feuchter Kochsalzkompressen und durch Vermeidung grober mechanischer Schädigungen. Es gilt, auf sorgfältige Peritonealisierung etwaiger Wunden bedacht zu nehmen, da Bindegewebswunden eine wesentlich geringere Widerstandskraft gegen Bakterien besitzen. Auf ihnen können sich dieselben ansiedeln, entwickeln und von dort ausgehend durch ihre gesteigerte Menge den Peritonealraum infizieren, ganz abgesehen davon, daß von solchen Gewebswunden aus blutig-seröse Flüssigkeit abgeschieden wird, welche den vorhandenen Keimen als Nährboden dient. Wundflächen, die sich nicht peritonealisieren lassen, sind mit Gaze zu überdecken und nach außen zu drainieren. Den Bestrebungen, die Widerstandskraft des Bauchfells durch Kampferöl zu erhöhen, stehe ich äußerst skeptisch gegenüber. Die Münchener Frauenklinik lehnt sie ja ab. Auch Schepelmann (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CXIV, p. 467) lehnt sie auf Grund seiner Tierversuche ab. Keinenfalls darf man in einer gehinderten Resorption der Keime einen Heilfaktor sehen, sondern eher das Gegenteil. Die rasche Resorption der Bakterien stellt keinen aktiven Vorgang seitens der Bakterien dar; dieselben verhalten sich vielmehr dabei völlig passiv. Sie werden in den Kreislauf übergeführt und dort unschädlich gemacht. Hindert man die Resorption, so verbleiben die Infektionserreger in der Bauchhöhle und können dort zur Wirkung kommen. — Theoretisch könnte ich mir eine Wirkung des Kampferöls allenfalls in der Weise vorstellen, daß es die tieferen Abschnitte der Peritonealfläche mit einer deckenden Schicht überzieht und sie dadurch gegen den Kontakt mit den Bakterien schützt, vielleicht auch die Absonderung des den Keimen als Nährboden dienenden Serum verhindert.

Der vierte für den Verlauf einer peritonealen Infektion maßgebende Faktor ist schließlich die individuelle Widerstandskraft des kranken Organismus überhaupt. Die Maßnahmen, welche man empfohlen hat, um dieselbe zu erhalten oder zu heben, sind bekannt. Ich kann es mir versagen, hier darauf einzugehen. Nur eins möchte ich erwähnen: die seinerzeit mit großen Hoffnungen aufgenommenen Nukleininjektionen, welche eine prophylaktische Hyperleukocytose und durch diese eine gesteigerte Widerstandskraft des Organismus erstrebten; haben den gehegten Hoffnungen nicht entsprochen. Sie gingen wohl auch von nicht ganz richtigen Voraussetzungen aus, indem man den durch den chemotaktischen Einfluß der Nukleinsäure angelockten und beeinflussten Leukocyten die nämliche ungestörte chemotaktische Wirkung auf die Bakterien zuschreiben zu können glaubte, wie denjenigen, welche die chemotaktische Wirkung des Bakteriengiftes selbst herangelockt hatte. Diese Voraussetzung dürfte nicht richtig sein, da wir annehmen

müssen, daß durch die Nukleinsäure chemotaktische Affinitäten der Leukocyten bereits gesättigt sind und deshalb nach einer anderen Richtung hin nicht mehr wirken können.

II.

Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Wie lassen sich die Dauerresultate bei der Operation des Vulvakarzinoms verbessern?

Von

W. Stoeckel.

Die Operationserfolge beim Vulvakarzinom sind bezüglich der Dauerresultate schlecht. Diese Anschauung wird von fast allen Operateuren geteilt; trotzdem ist aber bisher wenig geschehen, um eine Besserung zu versuchen. Das ist um so auffälliger, als beim Uteruskarzinom die Ausbildung der richtigen Operationstechnik zu ganz erheblichen Fortschritten geführt hat. Es müssen also besondere Gründe vorliegen, welche diese Resignation dem Vulvakarzinom gegenüber rechtfertigen und alle Bestrebungen in der Richtung gesteigerter technischer Bemühungen wenig lohnend erscheinen lassen. In der Tat bieten sehr viele dieser Pat. von vornherein geringe Heilungsaussichten, denn oft handelt es sich um schon sehr alte Frauen mit abgebrauchten Organen und mit erheblich reduzierter Widerstandskraft. Sodann kommen die Fälle gewöhnlich in weit vorgeschrittenem Stadium in die Hände des Operateurs, und endlich sind die Vulvakarzinome dafür bekannt, daß sie besonders frühzeitig Metastasen in den regionären Drüsen setzen. Ist es deshalb erklärlich, daß man sich wenig davon versprochen hat, den Radikalismus hier auf die Spitze zu treiben, so darf doch auf der anderen Seite nicht unberücksichtigt bleiben, daß unsere modernen Methoden der Anästhesie, sowie der Vor- und Nachbehandlung Operierter manche Komplikationen, die wir früher gerade bei im Greisenalter stehenden Pat. fürchteten, auf ein geringeres Maß zurückgeführt haben. Der Ersatz der Inhalationsnarkose durch die Lumbalanästhesie, die Vorbehandlung der Operierten mit Herzmitteln, sowie das Frühaufstehen haben auch für Frauen mit krankem Herzen, schlecht arbeitenden Lungen und stark abgenutztem Gefäßsystem die Prognose selbst sehr großer Eingriffe erheblich verbessert. Und deshalb ist es, meine ich, an der Zeit, wenigstens den Versuch zu machen, ob sich nicht auch beim Vulvakarzinom die Technik so weiterentwickeln läßt, daß bessere Dauerresultate herauskommen.

Die schwachen Punkte unserer bisherigen Operationsweise werden gekennzeichnet durch die Lokalisation der Rezidive bzw. der Metastasen, die operativ noch gut erreichbar gewesen wären, aber nicht in Angriff genommen wurden. Nach meinen Beobachtungen entstehen die Rezidive entweder in der vulvovaginalen Narbe oder in der Leistengegend, oder es entwickeln sich bald nach der Operation Drüsenkarzinome in den iliakalen und hypogastrischen Drüsen. An diesen drei Stellen also: am Tumorsitz — in den Leistendrüsen — an den iliakalen und hypogastrischen Drüsen, — wird es an Radikalismus des Vorgehens bisher häufig gefehlt haben.

1) Die Rezidive an der Stelle des exstirpierten Karzinoms sind entweder auf zu sparsame Umschneidung zurückzuführen oder als Imprezidive aufzufassen. Ich halte letzteres für häufig und deshalb vor der Operation eine besonders energische Auslöfflung und Verschörfung des Tumors für notwendig. Die gute Zu-