

auffällig harte Konsistenz zum Ausdruck gelangte, gegen die Entwicklung dieses Tumors aus dieser letzten, akut-entzündlichen Erkrankung.

Die Diagnose wurde, wie bei den anderen aus der Literatur bekannten Fällen (s. 1924, Nr. 18 dieser Zeitschrift) von entzündlichen Netztumoren, auch von uns

Datum	Abendtemperatur in axilla	Senkungsgeschwin- digkeit der Blut- körperchen	Albumin/Glo- bullin	Leukocyten
		(Norm 1,2–1,5)	(Norm 75/25)	
31. I.	37,8° Puls 96	1,3	55/45	10,100
13. II.	37,1°	1,3	55/45	
Diathermie				2.V. 8,100
19. III.	37,1°	1,6	50/50	davon 85% Neutrophile
Diathermie				
26. IV.	37,2°	0,2	75/25	
12. V.	37,1°	0,8	65/35	9,5% Lymphocyten
Diathermie				
23. VI	36,9° Puls 80	0,7	70/30	5,5% { Eosinophile Basophile Mononukleäre

nicht gestellt. Daß der Tumor während unserer Beobachtung zu wachsen schien, ist nach seiner histologischen Struktur kaum denkbar. Sein Größerwerden ist vielmehr durch zufällige Überlagerung des Tumors durch Nachbarorgane oder benachbarte Teile des Omentum vorgetäuscht worden.

V.

Aus d. Barbarakrankenhaus z. Halle a.S. (Elisabethkrankenhaus II).

Leitender Arzt: Privatdozent Dr. Lindemann.

Zur Behandlung der frischen subperitonealen parametranen Abortverletzungen.

Von

Dr. med. Albert Streibel.

Es liegt mir hier nicht daran, Statistik und Kasuistik der Abortverletzungen zusammenzutragen; ich möchte nur an Hand zweier eigener Fälle, die einander ähnlich waren und eine verschiedene Behandlung erfahren haben, Gesichtspunkte für die Therapie dieser relativ seltenen Verletzungen zu gewinnen suchen.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 27jährige Frau. Sie wurde am 31. V. 1923 vom Arzt vaginal tamponiert dem Krankenhause zugewiesen. Spontan gab sie an, daß die Periode 3 Monate ausgeblieben sei und infolge »Verhebens« jetzt starke Blutungen eingetreten seien. Als ihr nach der Untersuchung der kriminelle Eingriff ins Gesicht zugesagt wurde, bequemte sie sich zu folgendem Geständnis: Sie sei am 28. V. zu einem ihr sonst fremden Manne gegangen, der sich zur Abtreibung bereit erklärt hatte. Dieser habe ihr im Stehen eine Spritze eingeführt und Seifenlösung eingespritzt. Dabei sei sie, ohne besonderen Schmerz empfunden

zu haben, ohnmächtig zusammengebrochen. Am gleichen Tage habe sie noch mehrmals erbrochen, tags darauf traten starke Blutungen ein, die bis jetzt bestanden. Seitdem auch Stuhl- und Windverhaltung.

Befund: Leicht fiebernde (38°), mittelkräftige Pat. mit gutem, etwas beschleunigtem Puls. Der Leib ist meteoristisch aufgetrieben, mäßig gespannt, nach dem Becken zu zunehmend druckempfindlich. Aus der Vagina geht stinkendes Blut ab, teils schmierig, teils klumpig. Der untersuchende Finger gelangt bequem durch den Cervicalkanal und fühlt im Uteruscavum den Föt von etwa 4 Monaten. Vom Cervicalkanal gelangt er ebenso leicht in das linke Parametrium und fühlt ganz unmittelbar die seitliche Beckenwand. Beim Einstellen und Vorziehen der Portio bemerkt man im hinteren Scheidengewölbe ein talergroßes Loch, aus dem die schmierige Placenta etwas heraushängt und mühelos mit der Kornzange vollends auf diesem Wege entfernt wird. Ihr folgt der tote Föt nach und wird auch durch das hintere Scheidengewölbe herausgezogen.

Wir formulierten unsere Diagnose also folgendermaßen: Abortus criminalis febrilis mensis IV., mit Perforation des hinteren Scheidengewölbes und der linken Cervixwand mit Aufblätterung des linken Parametriums und aufsteigender Peritonitis.

Wegen der letzteren laparotomierten wir mittels Medianschnitt oberhalb der Symphyse, in der Annahme einer Verletzung des Peritoneums. Wir fanden geblähte Därme und etwas trübes Exsudat im Douglas. Das Beckenperitoneum war stark injiziert, jedoch auffallenderweise nicht verletzt, weder in der Tiefe des Douglas noch am linken Lig. latum, wie wir sowohl mit dem Auge als auch durch bimanuelle Tastung während der Laparotomie feststellten. Wir führten also einen Rivanolstreifen in den Douglas und hinter die Parametrien ein und leiteten ihn zum unteren Wundwinkel heraus, während wir im übrigen die Bauchwunde schlossen. Ebenso wurde in den entleerten Uterus vorsichtig ein Rivanolstreifen von der Vagina aus eingeführt.

Die peritonitischen Symptome waren am nächsten Tage völlig verschwunden, der Darm war in Ordnung. Gleichzeitig setzte eine kolossale Eiterabsonderung aus dem Uterus und linken Parametrium ein, wohin am 10. Tage ein Drain von der Vagina aus eingeführt wurde. Am 3. Tage nach der Operation trat unter Temperaturanstieg auf 39,6° ein pustulöses Exanthem im Gesicht auf. Es wurde deshalb Rivanol (100ccm, 1‰) intravenös gegeben, worauf ein leichter Schüttelfrost eintrat. Am folgenden Tage war die Temperatur auf 36,8° abgefallen und bewegte sich in der Folgezeit ständig um 37°. Die Pat. erholte sich langsam. Die Bauchwunde heilte primär bis auf den unteren mäßig sezernierenden Wundwinkel, in den nach Entfernung des Streifens vorübergehend ein kleines Drain eingelegt wurde. Der Muttermund schloß sich nach wenigen Tagen. Der sich reichlich aus dem linken Parametrium ergießende Eiter nahm seinen Weg durch die Perforationsöffnung des hinteren Scheidengewölbes. 5 Wochen lang führte durch diese ein Drain in die parametranne Wundhöhle. Tagtäglich wurde gespült. 2½ Monat nach der Operation wurde mit Diathermiebehandlung begonnen. Bei der Entlassung, die Mitte September erfolgte, waren die Wunden durch Granulationen annähernd geschlossen, sezernierten aber noch erheblich. Links neben dem Uterus war ein starres, den Uterus fixierendes, großes Infiltrat zu fühlen.

Im zweiten Falle wird der kriminelle Eingriff nicht konzediert. Es handelte sich um eine 27jährige Bergmannsfrau, die schon zwei Kinder hatte und die am 22. VI. 1924 hier eingeliefert wurde. Die Periode war Mitte März das letzte Mal in gewöhnlicher Stärke beobachtet worden. 2 Tage vor der Einlieferung hatten

starke Kreuzschmerzen und Blutungen eingesetzt. Die hinzugerufene Hebamme hat sehr häufig innerlich untersucht und »energisch bei der Entfernung der Frucht geholfen«. Da ihr dies nicht gelang, rief sie tags darauf den Arzt, der sie uns zuwies. Sie hatte bereits mehrfach erbrochen.

Wir fanden eine Spannung und Druckempfindlichkeit im Unterbauch, die wir im Verein mit dem Erbrechen als peritonitische Reizung deuteten. Aus der Vulva hing der Körper eines 4monatigen Fötus heraus. Der Kopf war noch im Cervicalkanal zurückgehalten durch den den Hals umschnürenden Muttermund. Der Hals selbst war stark ausgezogen und ließ deshalb auf mehrfache erfolglose Extraktionsversuche schließen, was übrigens auch von der anwesenden Hebamme zugegeben wurde. Bei der Einlieferung gelang es, durch Zug und hebelnde Bewegungen mit dem Kindskörper den Kopf zu entwickeln. Danach wurde intrauterin ausgetastet. Man fühlte das annähernd leere Uteruscavum nach rechts geneigt. Die Wände desselben waren fest kontrahiert. Vom Cervicalkanal aus gelangte der Finger in eine weite Höhle, links vom Uterus, in die die Nabelschnur hineinführte und in der weiche, dem Finger ausweichende Massen zu tasten waren, die als Placenta und Koagula gedeutet wurden. Der Eingang in diesen Hohlraum war durch einen halbmondförmigen, scharf vorspringenden Kamm der Uterusmuskulatur markiert. Die Diagnose war damit gegeben: Abortus mensis IV. mit Verletzung des linken Parametriums und Austritt der Placenta in dasselbe oder den Bauchraum.

Da wir das letztere für wahrscheinlicher hielten, entschlossen wir uns zur Laparatomie. Wir gingen oberhalb der Symphyse median ein, fanden im Peritonealraum lediglich vermehrte seröse Flüssigkeit. Der faustgroße kontrahierte Uteruskörper lag nach rechts geneigt. Die Lage war bedingt durch eine ebenfalls faustgroße blauschwarze Schwellung des linken Parametriums, auf der die nicht veränderten linken Adnexe lagen. Der Serosaüberzug dieses parametranen Hämatoms war intakt. Es wurde also das Peritoneum wieder exakt geschlossen. Dann gingen wir extraperitoneal unter dem Rectus entlang, der linken Hälfte des Beckenringes zustrebend, stumpf auf die Schwellung ein, und so gelang es, die Placenta und einige Blutgerinnsel extraperitoneal zu entfernen. Auf diesem Wege konnte der gekrümmte Finger bequem durch die Perforation in das Uteruscavum gelangen. Auf demselben Wege gelang es auch, mit einer entsprechend abgelenkten Curette den Uterus von einigen noch haftenden Deciduaetzen zu säubern. Dann wurden Uterus und Wundgebiet mit Rivanollösung durchgespült, ein Rivanolstreifen in den Uterus eingeführt und aus dem unteren Wundwinkel der Laparatomiewunde herausgeleitet. Ein gebogenes Glasdrain begleitete diesen Streifen bis zur Perforationsstelle. Die Wunde wurde im übrigen schichtweise mit Knopfnähten geschlossen.

Tags darauf wurde die Uterustamponade aus dem unteren Wundwinkel herausgezogen und durch einen ins Parametrium eingelegten Jodoformstreifen ersetzt. Es setzte eine starke, aber rasch vorübergehende Sekretion ein, die zeitweise rein eitrig war und einen häufigen Verbandwechsel erforderte. Auch der genähte Teil der Laparatomiewunde mußte an einer Stelle zum Abfluß des Eiters in Zentimeterlänge geöffnet werden. Beim Verbandwechsel wurde jedesmal ein etwas kürzeres Drain gewählt. Am 10. Tage wurde Drain und Streifen völlig fortgelassen. Die Eiterung versiegte sehr rasch. Die noch offenen Partien der Laparatomiewunde granulierten üppig. 18 Tage nach der Operation stand die Pat. auf. Per vaginam fühlte man den Uterus zurückgebildet und beweglich, den Muttermund geschlossen. Das linke Parametrium ließ einen ganz schwachen

bandförmigen Narbenstreifen eben noch tasten. Eine nennenswerte Sekretion aus dem Uterus war nicht mehr festzustellen.

Das Gemeinsame der beiden Fälle ist eine linkseitige Cervixverletzung mit Eröffnung des entsprechenden Parametriums, das eine große, vermutlich bei der Perforation infizierte Wundhöhle darstellte. Im ersten Fall, der außerdem noch durch eine Verletzung des hinteren Scheidengewölbes kompliziert war, ereignete sich die Perforation beim kriminellen Eingriff; im zweiten ist es unklar, ob ein solcher vorliegt oder ob die Verletzung durch das brüste und unsachgemäße Verhalten der Hebamme gesetzt worden ist. In beiden Fällen bestand klinisch eine peritonitische Reizung — im ersten ausgeprägter als im zweiten — und bestimmte zur Laparatomie.

Über die Notwendigkeit der Laparatomie in diesen Fällen kann man verschiedener Ansicht sein. Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß sie vielleicht zur Therapie selbst unnötig war, denn wenn wir auch im ersten Falle den Bauchraum offen gelassen haben und einen Streifen eingeführt haben, so soll doch nicht bestritten werden, daß es vielleicht ebensowenig zur fortschreitenden Peritonitis gekommen wäre, wenn wir vollständig zugenäht hätten. Der Wert der Laparatomie hierbei ist also oft nur der einer Probelaparatomie. Für die Behandlung derartiger Fälle ist doch die Feststellung von ausschlaggebender Bedeutung, ob das Peritoneum verletzt ist oder nicht. Ist es verletzt, so droht die Gefahr der Peritonitis. Die sichere Entscheidung dieser folgenschweren Frage erscheint mir aber kaum je anders möglich zu sein, als durch die Laparatomie, wenn man nicht das Risiko auf sich nehmen will, den weiteren klinischen Verlauf abzuwarten. Eine Austastung der parametranen Höhle mit Sonde oder Finger ist unzuverlässig, eventuell sogar gefährlich, da sie eine subperitoneale Verletzung zur penetrierenden machen kann. Da nun, wie die beiden Fälle zeigen, auch bei rein extraperitonealer Verletzung eine peritonitische Reizung bestehen kann — im ersten Fall war sie außerordentlich deutlich —, so halte ich es in jedem derartigen Falle für richtig, in dubio so zu handeln, als ob das Peritoneum mitverletzt sei, d. h. zu laparatomieren. Erst der Befund bei Eröffnung der Bauchhöhle gibt die Indikation zum weiteren Vorgehen. Ist das Peritoneum des Verletzungsgebietes völlig intakt oder nur wenig verändert, wie in unserem zweiten Falle, so wird es eben sofort wieder geschlossen. Ob man dann gleich von der Laparatomiewunde aus extraperitoneal das Wundgebiet angreift, oder nach primärer Naht der Probelaparatomie lediglich vaginal vorgeht, darüber soll nachher kurz gesprochen werden. Findet man bei der Laparatomie das Peritoneum wohl primär unverletzt, aber breits stark entzündet, so daß man eine Nekrose desselben im abgehobenen Bezirk mit nachfolgender Perforation nicht ausschließen kann, so empfiehlt es sich, die Bauchhöhle offen zu lassen und das gefährdete Gebiet durch einen Jodoformstreifen gegen die freie Bauchhöhle abzudecken, wie wir es im ersten Falle getan haben. Die danach eintretende Adhäsionsbildung wird dann wohl am ehesten gegen eine durch Sekundärperforation bedingte Peritonitis schützen.

Betrachten wir nun den weiteren Heilungsverlauf der beiden verschieden behandelten Fälle, so fällt ohne weiteres der Unterschied in der Dauer und im Endresultat auf. Er mag zum guten Teil bedingt sein durch einen verschiedenen Grad der Infektion. Nicht weniger jedoch ist er meines Erachtens hervorgerufen durch die verschiedene Behandlungsweise. Diese hatte in den beiden Fällen ganz verschiedene Wundverhältnisse geschaffen. Im ersten hatte der Eiter Abfluß durch das seitliche Cervixloch in den Cervicalkanal selbst und von da aus durch den Muttermund und das Loch im hinteren Scheidengewölbe nach der Vagina zu nach

außen. Wenn diese Abflußmöglichkeit auch ausreichte, um bei fast täglicher Spülung die Temperatur niedrig zu halten, das Allgemeinbefinden nicht erheblich zu stören und eine Ausbreitung des Entzündungsgebietes nach oben hin zu verhindern, so war sie doch nicht genügend trotz des eingelegten Drains. Der Muttermund schloß sich entsprechend der puerperalen Involution ziemlich rasch, der Hauptstrom entleerte sich von jeher durch die Öffnung im hinteren Scheidengewölbe, durch die das Drain führte. Ebenso zeigte die Perforationsöffnung nach dem Parametrium zu eine rasche Verkleinerungstendenz, beschleunigt natürlich durch die Rückbildungsvorgänge der Uterusmuskulatur, und so konnten wir tagtäglich feststellen, daß sich noch ein erheblicher Rest des in der Wundhöhle zurückgehaltenen Eiters erst entleerte, wenn wir den Uterus mit der Faßzange anzogen. Wir haben uns trotzdem mit dieser Behandlung begnügt und von einer breiteren Eröffnung der Wundhöhle von der Vagina aus Abstand genommen, weil sie uns wegen der Gefahr der Nebenverletzung (Blase, Ureter, Uterina) zu gewagt erschien. Diese Wundverhältnisse mache ich für die lange Dauer und das nicht voll befriedigende Endresultat verantwortlich.

Ganz anders verlief die Infektion im zweiten Falle. Es ist merkwürdig, daß bei diesem die Eiterung nicht den vaginalen Weg wählte, wie man nach dem Prinzip der Schwere natürlicherweise hätte erwarten sollen, sondern suprasymphysär einen restlosen und rasch versiegenden Abfluß fand. Offenbar wohnt den Uterusperforationen eine lebhaftere Tendenz zur spontanen Schließung inne, und dieses zugleich für die spätere Funktion des Organs wichtige Bestreben unterstützen wir dadurch, daß wir die Perforationsstelle nicht zur Eiterableitung benutzen, sondern dafür einen eigenen Weg — in diesem Falle zweckmäßig nach oben — schaffen. Wenn wir dabei auch bewußt von unserem Grundsatz abweichen, den tiefsten Punkt einer Eiterhöhle zur Ableitung zu benutzen, so erscheint dies doch vorteilhafter, weil beim Parametrium der Innendruck der Bauchhöhle ein Auspressen des Eiters auch nach oben leicht bewerkstelligt. Dieser Faktor macht uns ja auch das häufige spontane Aufsteigen parametraner Entzündungen nach oben verständlich und rechtfertigt deren Eröffnung von der Leistengegend aus.

Noch eine Erwägung fällt in meinem zweiten Falle für das extraperitoneale Vorgehen gleich von der Laparatomiewunde aus ins Gewicht, und zwar ist das ein technischer Gesichtspunkt. Man kann nämlich auf diese Weise sicherer eine sekundäre Verletzung des Peritoneums vermeiden, als wenn man die in dem geschilderten Falle ins Parametrium geborene Placenta auf vaginalem Wege durch den Cervicalkanal entfernt hätte.

Zusammenfassend würden sich für das therapeutische Verhalten bei den frischen subperitonealen parametranen Abortverletzungen, die übrigens ziemlich selten zu sein scheinen, folgende Gesichtspunkte ergeben:

1) Grundsätzlich wird laparotomiert, wenn nicht ganz sicher festgestellt werden kann, daß das Peritoneum nicht verletzt ist.

2) Bei der Laparotomie entscheidet der Zustand des selbst nicht verletzten Peritoneums des Wundgebietes darüber, ob die Bauchhöhle restlos wieder geschlossen wird oder nicht.

3) Kann sie geschlossen werden, so ist eine anschließende extraperitoneale Freilegung des Wundgebietes (Hämatoms) von der Laparatomiewunde aus nebst Drainage dem rein vaginalen Vorgehen vorzuziehen.