

Ueber die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberkulose / von V. Czerny.

Contributors

Czerny, V. 1842-1916.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Tübingen] : [Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung], [1890]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/wdrxnykv>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

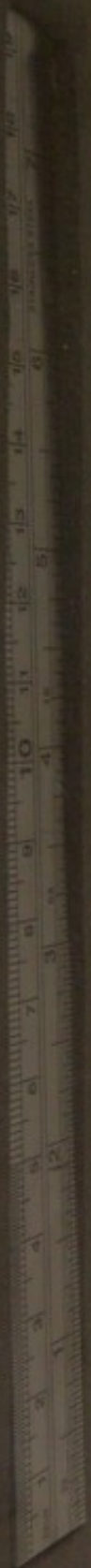
This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

... 61 ...
... 25 ...
... 1 ...
... D ...
... R ...
... I ...



B
KLINISCH

Mitteilungen an

TÜBINGEN HEIL

Be

Dr. P. Bruns Dr. V. Casp
Professor in Tübingen Professor in Halle

Be

SON

BEITRÄGE
ZUR
KLINISCHEN CHIRURGIE

Mitteilungen aus den chirurgischen Kliniken

zu

TÜBINGEN HEIDELBERG ZÜRICH BASEL

Herausgegeben von

Dr P. Bruns Dr V. Czerny Dr R. U. Kroenlein Dr A. Socin
Professor in Tübingen Professor in Heidelberg Professor in Zürich Professor in Basel

Redigiert von

Dr P. Bruns.

Band: ✓/ Heft:

Sonderabdruck.



1890

DEPARTMENT OF THE INTERIOR

MINERAL LANDS

UNITED STATES OF AMERICA

OFFICE OF THE ASSISTANT SECRETARY

1

WASHINGTON, D. C.

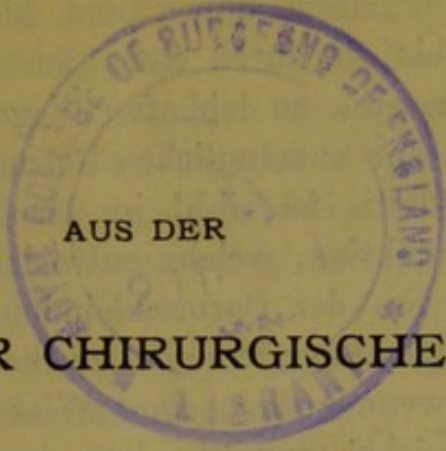
1900

THE ASSISTANT SECRETARY OF THE INTERIOR

1900

1900

1900



AUS DER

HEIDELBERGER CHIRURGISCHEN KLINIK

II.

Ueber die chirurgische Behandlung intraperitonealer
Tuberkulose.

Von

Prof. Dr. V. Czerny.

Wenn man die Zusammenstellungen über die operative Behandlung der tuberkulösen Peritonitis, wie sie namentlich K ü m m e l l ¹⁾ und T r z e b i c k y ²⁾ gegeben haben, als den richtigen Ausdruck der Enderfolge gelten lassen wollte, so könnte man zu dem Glauben verleitet werden, dass die tuberkulöse Peritonitis zu denjenigen Formen von Tuberkulose gehört, welche am leichtesten durch eine mechanische Therapie zur Heilung gebracht werden können. Dem Einsichtigen ist es aber wohl längst klar geworden, dass die tuberkulösen Entzündungen der serösen Häute in der Regel schon eine weitere Etappe auf dem Wege nach Golgatha bedeuten, welchen die Mehrzahl der von dem Bacillus inficierten Erwachsenen in mehr oder minder peinlicher Form zu wandeln genötigt sind. Mehrfach ist es festgestellt, dass nicht wenige der serösen Pleuritiden, welche einer spontanen Rückbildung fähig sind, dennoch auf der Invasion des Tuberkelbacillus beruhen. Ich denke mir,

1) Verhandlungen der deutschen Gesellsch. für Chirurgie. 1887.

2) Wiener med. Wochenschr. Nr. 6 u. 7. 1888.

dass die Mehrzahl dieser Pleuritiden von Inhalationsinfektionen abhängen, welche von der Trachealschleimhaut aus zunächst die Bronchialdrüsen ergriffen haben und hier so lange schlummernd liegen blieben, bis sie durch einen äusseren Anstoss: eine Erkältung, ein Trauma etc., zu lebhafter Vegetation angeregt, die benachbarte Pleura zur entzündlichen Reizung veranlassen. Auch die tuberkulöse Peritonitis ist wohl in der Mehrzahl der Fälle schon eine sekundäre Infektion, welche entweder durch Invasion von der Pleura her oder von der Darmschleimhaut, den Mesenterialdrüsen oder von dem Urogenitalsysteme her zu Stande kommt ¹⁾. Es ist sehr wahrscheinlich, wenn auch meines Wissens noch nicht genügend bakterioskopisch sicher gestellt, dass eine Reihe sogenannter idiopathischer Peritonitiden, welche spontan zur Resorption kommen, ebenfalls auf tuberkulöser Infektion beruhen. Kürzlich hatte ich ein 14jähriges Mädchen in der Klinik, welches vor einem Jahre eine exsudative Peritonitis mit scheinbar vollkommener Genesung durchmachte und einige Monate später an Lupus im Gesichte und tuberkulöser Arthritis eines Zehen- und eines Handgelenkes erkrankte. Dass einer tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankung eine spontan geheilte Pleuritis vorausgegangen ist, gehört zu den alltäglichen Erfahrungen, sobald man auf diesen Punkt bei Erhebung der Anamnese genauer achtet.

Wenn wir erst einmal so weit sein werden, dass das Reichsgesundheitsamt alle tuberkulösen Individuen bis an ihr seliges Ende in Evidenz hält, ähnlich wie der Militärfiskus alle wehrpflichtigen Männer auf ihren Lebenswegen verfolgt, so wird es sich zeigen, dass unsere mechanische Therapie wohl im Stande ist, die Ernäh-

1) Ein, ich möchte sagen experimentelles Beispiel der Infektion des Peritoneums von einem kalten iliacalen Senkungsabscesse ereignete sich in meiner Klinik folgendermassen: Ein Praktikant sollte den Abscess oberhalb des Leistenbandes mit Zurückschiebung des Peritoneum eröffnen. Unbekannt mit der Schärfe seines Messers schnitt er jedoch zu gleicher Zeit die Umschlagstelle des Bauchfelles und den Abscess an, so dass der Eiter die Därme besudelte. Sofortiger Abschluss der Peritonealwunde, gründliche Ausspülung des Abscesses, Reinigung der Därme, Vernähung der Peritonealwunde verhinderte zunächst weitere Folgen des Unglückes: der Abscess heilte aus. Etwa 8 Wochen nach dieser Operation entwickelte sich eine chronische Peritonitis, dann eine akute Meningitis, welche rasch den Tod herbeiführte. Bei der Sektion fand sich das Peritoneum viscerales besät mit miliaren Tuberkeln, welche in der Nähe der geheilten Incisionswunde am dichtesten gehäuft waren.

rungsverhältnisse der tuberkulösen Individuen zu bessern, ihre Fähigkeit, das Tuberkelvirus zu eliminieren, zu stärken, bei solitärer Lokalisation der Tuberkulose auch verhältnismässig häufig definitive Heilungen herbeizuführen, dass aber durch Multiplizierung der Infektionsherde der Kampf des Organismus im vorgerückteren Lebensalter gegen den Infektionsstoff ein äusserst schwieriger, ja in der Mehrzahl der Fälle ein hoffnungsloser wird. Diese Schwierigkeit wächst natürlich im geraden Verhältnisse zu der Dignität des befallenen Organes.

Trotzdem kann ich ein Beispiel für die Heilbarkeit selbst miliärer Tuberkulose des Bauchfelles aufführen:

1. Ovariectomie bei Miliartuberkulose des Bauchfells. Heilung.

Frau E. K., 39 Jahre alt, aus Worms, konsultierte mich im Frühjahr 1878 wegen eines kopfgrossen multilokulären Ovarialkystoms. Auf die vorgeschlagene Operation wollte die blühend aussehende Frau nicht eingehen, weil sie keine Beschwerden von der Geschwulst hatte. Im Herbst stellte sie sich wieder zur Operation, da sie durch eine Bauchfellentzündung ausserordentlich heruntergekommen und abgemagert war, auch abendlich etwas fieberte. Bei der Operation (am 28. September 1878) war der Inhalt mehrerer Cysten vereitert, Ascites und zahlreiche miliäre Tuberkel auf der Serosa des Darmes, Adhäsionen am Netz und der Bauchwand vorhanden. Der dünne Stiel wurde abgebunden und versenkt. Die Heilung erfolgte ohne Fieber, aber die Bauchnarbe zerfiel käsigt und heilte erst im Dezember nach wiederholten Auskratzen, Aetzungen und Salbenbehandlung definitiv zu, als sich das Allgemeinbefinden der Kranken langsam gebessert hatte. Die Frau ist jetzt noch (1889) ganz gesund und wird durch eine kleine Bauchhernie nicht weiter belästigt.

Vor einigen Monaten (14. XI. 88) operierte ich (2) einen zweif Faustgrossen Leistenbruch bei einem Manne von 38 Jahren, welcher in den letzten Wochen schmerzhaft geworden und das Tragen eines Bruchbandes unmöglich machte. Der vorliegende mit dem Bruchsack verwachsene handgrosse Netzzipfel musste abgetragen werden, weil er entzündlich verdickt und mit miliären Tuberkeln besät war. Die Heilung erfolgte ohne Störung. Die Anamnese ergab, dass die Eltern an Auszehrung gestorben waren, und dass der Mann als Kind skrophulöse Halsdrüsenentzündungen gehabt hat, während jetzt bloss Narben davon zurückge-

blieben waren. Die rechte Lungenspitze verdächtig. Am 12. März 1889 schreibt er mir, dass er sich ganz wohl fühle und mit dem Resultate der Operation sehr zufrieden sei.

Der erste Fall, dessen 10jährige Heilung als eine definitive anzusehen ist, endete wohl deshalb so glücklich, weil der Infektionsstoff wahrscheinlich aus dem eitrig zerfallenen Cystom in das Peritoneum gelangt war und weil durch die Ovariectomie die Quelle für weitere Infektionen versiegte, während der Organismus in der Widerstands- und Ausscheidungsfähigkeit gegenüber der schon eingetretenen Infektion gekräftigt wurde.

Weniger glücklich war ich (3) bei einem 32jährigen Mädchen aus Mannheim (B. K.), welches ich wegen eines gestielten Myoms am 6. XI. 82 operierte, das vom Fundus uteri mit einem zweidaumendicken Stiele entsprang. Der Stiel wurde in 2 Portionen unterbunden mit 6 Seidennähten übernäht und versenkt, dann die cystös degenerierten Ovarien entfernt. Das entfernte Myom wog 1550 Gramm und war auf dem Peritonealüberzug mit miliaren und submiliaren Knötchen besät, welche mikroskopisch allerdings als miliare Fibrome diagnostiziert wurden. Weder in der Anamnese noch im sonstigen Befunde war ein Verdacht auf Tuberkulose vorhanden. Die Heilung erfolgte ohne Störung, aber nach kurzer Rekonvaleszenz entwickelte sich eine äusserst schmerzhaft chronische Peritonitis, welche im Mai 1883 dem Leben ein Ende machte. Eine Sektion wurde leider nicht gemacht, allein ich zweifle nicht, dass es sich um eine tuberkulöse Peritonitis gehandelt hat, da auch die Knötchen auf dem exstirpierten Tumor durchaus das Aussehen miliarer Tuberkel hatten.

Wegen tuberkulöser Darmgeschwüre habe ich 5mal die Resektion des Darmes (2mal Dünndarm, 2mal Coecum, davon einer, welcher mit Exstirpation der Niere wegen Ureterverletzung kompliziert war, gestorben; ebenso starb eine Patientin, bei welcher ich 7 Löcher des Darmes zunähen musste) vorgenommen und 3mal Heilungen erzielt. Ich möchte die interessanten Fälle hier mitteilen.

4. Tuberkulöse Geschwüre im Coecum, anfangs für Wanderniere gehalten. Annäherung der rechten Niere mit scheinbarer Besserung. Dann Rückfall, welcher die Resektion des tuberkulösen

Darmstückes erforderte. Heilung noch nach 34 Monaten konstatiert.

Christine W., 34 J., Nähterin, aus Nekargemünd, soll ihre Eltern an Lungenleiden verloren haben und litt seit ihrer Jugend an Drüenschwellungen und bösen Augen. Seit 2 Jahren ist sie schwerhörig; 1871 wurde sie an Drüsen operiert und lag 1885 nach einer Entbindung $7\frac{1}{2}$ Monate mit starkem Fieber und Unterleibsentzündung im Mannheimer Spital. Seit 16 Wochen klagte sie öfter über Brechreiz, Leib- und Blasen-schmerzen, die kolikartig mit starker Atemnot und Kollapszuständen anfallsweise auftraten. Nachdem sie 7 Wochen ohne Erfolg auf der inneren Klinik behandelt wurde, wurde sie auf die chirurgische Klinik am 4. Januar 1886 transferiert. Bei den Anfällen war der Leib ausserordentlich aufgetrieben und namentlich rechts druckempfindlich, die Atmung oberflächlich und sehr frequent, zeitweise aussetzend, der Puls nicht zu zählen. Der Leib blieb nach dem Anfalle sehr empfindlich und Stuhlgang liess sich nur durch Klystier erzwingen. Der Urin enthielt einzelne rote Blutkörperchen und etwas Eiweiss, das aber nach 2 Tagen verschwand.

Status. Bei der etwas blassen und magern Person balloniert sich der Unterleib, sobald man die Bettdecke aufhebt. Rechts und unten vom Nabel fühlt man einen derben glatten Körper von Form und Grösse einer Niere mit nach innen oben gerichtetem Hilus, der sich leicht vom Eingang in's kleine Becken, wo sein unterer Rand von der Scheide aus fühlbar ist, bis in die rechte Lumbalgegend verschieben lässt. Das rechte Ovarium deutlich vergrössert zu fühlen, sonst die Genitalien ziemlich normal. In der rechten Achselhöhle ein hühnereigrosses bewegliches Drüsenpaket, Nacken- und Halsdrüsen bohnergross in grösserer Zahl zu fühlen. Da alle Erscheinungen auf eine rechtseitige Wanderniere hindeuteten, welche einklemmungsähnliche Anfälle hervorbringen, wurde am 9. I. 86 die Annäherung der rechten Niere vom Lumbalschnitte aus vorgenommen. Die vorgedrückte Niere wurde mit 3 Sublimatkatgutnähten, wovon 2 die Kapsel und eine die Nierensubstanz mitfasste, an die Fascie und den Musculus sacrolumbalis fixiert. Etageennaht der Muskeln und Haut, Drainage, Sublimatverband.

Nach der Operation hatte sie noch 2 leichte Anfälle, der Urin enthielt anfangs reichlich rote Blutkörperchen, im übrigen glatte Heilung. Da die Anfälle dann wegblieben, die Patientin sich wohl befand und auch der als bewegliche Niere aufgefasste Tumor fixiert zu sein schien, wurde die Kranke am 5. III. entlassen.

Am 21. V. kehrte sie wieder mit den alten Klagen, nur dass die Anfälle weggeblieben seien. Der Tumor war wieder so verschiebbar wie vor der 1. Operation. Der Urin eiweissfrei. Da die Pat. Abhilfe dringend verlangte, wurde eine Probeincision auf den Tumor beschlossen.

Operation am 12. VI. 13 cm langer Schnitt am Aussenrande des rechten Rektus, durch welchen sich sofort der Tumor präsentierte, welcher aus dem Uebergangsteil des Ileum in das Coecum und dem untersten Teil des Colon ascendens bestand. Es wurde deshalb sofort zu der Darmresektion übergegangen. Die rechte Niere war an normaler Stelle fixiert. Der Darmtumor liess sich vor die Bauchwunde ziehen, wurde mit Kompressen umgeben, dann der Darm oberhalb und unterhalb der Geschwulst und ebenso das Mesenterium mit elastischer Ligatur abgeschnürt. Dann wurde das erkrankte Darmstück und ebenso das zugehörige Mesenterium ziemlich dicht an seinem Ansatz am Darne reseziert. Nachdem die sichtbaren Mesenterialgefässe unterbunden waren, wurde die provisorische Ligatur des Mesenteriums entfernt und dann die beiden Oeffnungen des Darmrohrs mit der zweireihigen Naht (zuerst 6 hintere Serosanähte, dann eine kurze fortlaufende innere Schleimhautnaht, dann 12 vordere Schleimhaut- und 13 Serosanähte aus Seide) vereinigt. Nach gründlicher Desinfektion wurde noch das Loch in dem Mesenterium durch einige Knopfnähte vereinigt. Schluss der Bauchwunde mit der Doppelnäht. Dauer 2¼ Stunden.

Das resezierte Darmstück besteht aus 3 cm Ileum und 14 cm Coecum nebst Colon ascendens.

Die Bauhin'sche Klappe ist in Narbengewebe untergegangen und an ihrer Stelle besteht eine Stenose des Darmrohres. Die coecale Ausstülpung ist ebenfalls verschwunden, so dass der Dünndarm gegen den Dickdarm sich bloss durch eine quere Falte abgrenzt. Hier besteht die Schleimhaut aus glatter Narbe, aber weiter gegen das Colon schliesst daran ein circuläres serpiginöses, mit kleinen Inseln in's gesunde Gewebe übergreifendes Geschwür, mit weichem Grunde und gewulsteten Rändern. Ein ähnliches 4 cm breites Geschwür, das ebenfalls stellenweise benarbt erscheint, findet sich nahe dem distalen Ende des resezierten Darmstückes. Das Mesenterium ist an der Basis des Geschwüres gewulstet und narbig verdickt und enthält grössere und kleinere zum Teil käsig zerfallene Lymphdrüsen. Der Wurmfortsatz ist mit dem verdickten Mesenterium verwachsen, geschrumpft und die Schleimhaut ulcerös zerstört.

Der Verlauf gestaltete sich nach mässigem Fieber (höchste Temperatur 39°) von 6 Tagen sehr günstig. In den ersten Tagen mussten die Schmerzen durch Opiumtropfen und etwas Morphinum gestillt werden. Die Ernährung mit Flüssigkeiten wurde schon am 13. VI. auf natürlichem Wege begonnen und erst am 14. Tage feste Nahrung verabfolgt. Der Verbandwechsel am 8. und 14. Tage zeigte Heilung ohne Eiterung. Am 6. VII. konnte sie das Bett verlassen und am 9. VIII. wurde sie mit einer Gewichtszunahme von 8 \bar{n} und regelmässiger Verdauung, frei von Schmerzen entlassen. Am 19. IX. 86 wog sie 95 \bar{n} . Am 8. III. 87 nur 89 \bar{n} und klagt, dass sie manchmal, wohl zum Teil durch unzweckmässige Kost veranlasst, an Leibschmerzen und Diarrhöen leide.

Am 11. III. 89, also seit 3 Jahren nach der Operation, stellte sie sich bei gutem Aussehen vor. Die Bauchnarbe ist glatt, nur an einer nussgrossen Stelle etwas ektatisch. In der Tiefe keine vermehrte Resistenz fühlbar. Rechts vorne oben leichte Dämpfung und etwas Spitzenkatarrh. Die rechten Inguinaldrüsen deutlicher als links. Die Achsel- und Halsdrüsen haben gegen früher zugenommen, so dass die ersteren fast handtellergrosse Pakete bilden. Sie soll täglich 2-3 diarrhoeische Stuhlgänge haben, hat aber niemals mehr die alten Schmerzanfälle gehabt ¹⁾.

Der Fall bot grosse diagnostische Schwierigkeiten. Obgleich die Anamnese und die Gegenwart von Drüsengeschwülsten an ein tuberkulöses Leiden erinnern musste, war doch die Form und Lage der Geschwulst eine so frappant Nierenähnliche, dass man immer mehr an eine Wanderniere denken musste, da auch der Urin nach den Einklemmungsanfällen vorübergehend Blut und Eiweiss enthielt. Dazu kam, dass bei der stocktauben zu hysterischer Uebertreibung geneigten Person eine genaue Erhebung der Symptome sehr erschwert war. Wie leicht aber eine coecale Invagination oder Geschwulst durch ihre Form für eine Wanderniere imponieren kann, geht daraus hervor, dass mir schon früher zwei Mal derselbe Irrtum vorgekommen ist ²⁾. Die Annäherung der rechten Niere hat offenbar weder geschadet noch genützt und die scheinbare Besserung ist auf die längere Ruhelage und sorgfältige Diät zurückzuführen. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwüre ergab zweifellose Tuberkulose (Bacillen).

5. Tuberkulöser Darmtumor im Coecum, der anfangs für Carcinom gehalten die Resektion des Darmes veranlasste. Verletzung des Ureter, Nierenexstirpation. Tod durch Peritonitis.

Job. M., 54 J., Sattlermeister, soll seinen Vater an einem exulcerierten Tumor der Wadengegend und eine Schwester an Brustkrebs verloren haben. Seit 4 Jahren bemerkte er unbestimmte Schmerzen im Unterleibe und Diarrhöen; vor 4 Wochen entdeckte der Arzt einen hühner-eigrossen Tumor in der rechten Bauchseite.

Status am 16. VI. 86. Innere Organe nicht nachweisbar erkrankt, kein kachektisches Aussehen, aber starker Kräfteverfall. In der rechten Lumbalgegend vom Rande des Rektus bis über den rechten Darmbeinstachel reichend ein kleinf Faustgrosser knolliger Tumor von derber Kon-

1) Vorstellung des Kranken in der chirurgischen Sektion der 62. Versammlung deutscher Naturforscher.

2) Vgl. Fleiner. Zwei Fälle von Darmgeschwülsten. Virch. Arch. Bd. Cl. S. 399 und Heuck. Zur Statistik der Mastdarmkrebse v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXIX. Fall F. v. S.

sistenz, der bei Druck etwas empfindlich ist, sich seitlich ausgiebig, von oben nach unten weniger deutlich verschieben lässt, wobei ein lautes Gurren hörbar wird. Die Leberdämpfung normal und deutlich gegen den Tumor abgegrenzt, welcher gedämpfttympanitischen Schall ergibt. Vom Rektum aus ist der Tumor mit dem Finger nicht zu erreichen, die Prostata etwas vergrössert; keine Drüsenschwellung. Da das Allgemeinbefinden durch unstillbare Diarrhöen schlechter wurde und der Tumor wuchs, wurde am 30. VI. mit der klinischen Diagnose: wahrscheinlich Carcinom im Coecum zu der Darmresektion geschritten.

Durch einen 17 cm langen Bauchschnitt parallel und nach aussen vom Rektus wurde der mannsfaustgrosse Tumor, welcher dem Coecum und dem aufsteigenden Colon angehörte, blossgelegt. Derselbe liess sich erst nach zahlreichen Massenligaturen und Unterbindungen von der Fascie des Iliopsoas ablösen, wobei ein paratyphlitischer Abscess seinen jauchigen Inhalt teilweise in die Bauchhöhle entleerte. Auch mit der Nierenkapsel, Leber und Gallenblase war die Geschwulst sehr fest verwachsen. Erst nach blutiger Trennung derselben konnte sie aus der Bauchwunde hervorgehoben werden. Es wurden nun um den Darm ober- und unterhalb und um das zugehörige Mesenterium 3 elastische Ligaturen gelegt und die Geschwulstmasse in der Länge von 9 cm excidiert. Die Darmlumina wurden mit 13 inneren und 17 äusseren Seidennähten und das Mesenterialloch mit einigen tiefgreifenden Nähten vereinigt. Da es sich nun erst zeigte, dass der rechte Ureter mit der hinteren Fläche der Geschwulst untrennbar verwachsen und durchschnitten worden war, wurde noch die rechte Niere rasch enucleiert. Die Desinfektion und Jodoformierung der Bauchwunde wurde besonders sorgfältig vorgenommen und dann die Bauchwunde durch zweireihige Etagennähte geschlossen.

Das Präparat zeigte unregelmässig buchtige Geschwüre mit unterminierten Rändern im Coecum, das durch Narbenbildung und perityphlitische Schwielen geschrumpft erschien. Die mikroskopische Untersuchung ergab wohl charakterisierte Tuberkelknötchen.

Der Verlauf gestaltete sich in den ersten 2 Tagen über Erwarten gut. Die Diurese erschien genügend. Am 3. Tage jedoch stellte sich Meteorismus, Erbrechen, dann Singultus auf, die Temperatur stieg rapid in die Höhe und der Tod erfolgte im somnolenten Zustande am 6. VII. infolge eitriger Peritonitis und Kotaustritt, da die Darmnaht durch Nekrose der Nahränder etwas auseinander gewichen war. Uebrigens schien die Peritonitis wohl schon in den ersten Tagen nach der Operation durch die Infektion von dem paratyphlitischen Abscess begonnen zu haben.

Sektionsbefund: In beiden Lungen Hypostase, in der rechten Spitze und spärlicher auch in den übrigen Abschnitten einige grauschwarze peribronchitische Herde. Die Mitralklappe am Rande verdickt mit Fettflecken, das Endokard sehnig getrübt. Die Därme, namentlich das Colon transversum stark ausgedehnt; ihr seröser Ueberzug getrübt, serös durch-

tränkt, stellenweise eitrig belegt und nach aussen von der Nahtlinie welche stellenweise durch Randnekrose auseinander gewichen ist, etwas Kotaustritt. Die Oberfläche der linken Niere etwas granuliert mit einem weissen Knötchen (Fibrom?) besetzt. Ileum und Colon zeigen in der Nähe der Nahtlinie zahlreiche aber flache Substanzverluste auf der Schleimhaut.

6. Darmfisteln aus perityphlitischem Abscess entstanden. Verdacht auf Tuberkulose. Doppelte Darmresektion und direkte Naht; anfangs Heilung, später Wiederaufbruch der Fisteln.

Adam Sch., 25 J., lediger Schlosser, aus Oberursel, kam im Dezember 1886 mit einer Bauchfistel in der rechten Regio iliaca in die Klinik, welche aus einer derben Infiltration sich allmählich entwickelte und schon 2 Mal ohne Erfolg operiert worden war.

Am 17. XII. 86 wurde zunächst parallel dem Poupart'schen Rande 3 cm oberhalb desselben ein 10 cm langer Schnitt durch die Bauchdecken geführt, welcher die Fistel in die Mitte fasste und da ein zweiter Hohl- gang nach innen oben führte, ein zweiter Schnitt in dieser Richtung senkrecht auf den ersten gesetzt. Allmählich wurde das Netz und der mit der Bauchwand verwachsene Darm frei gelegt. Dabei stellte es sich heraus, dass eine Fistel in das Colon ascendens und eine zweite in eine Ileumschlinge führte. Vom Ersten wurde ein thalergrosses Stück rese- ciert und zweireihig genäht, während aus dem Ileum 1—2 cm aus der ganzen Circumferenz entfernt und ebenfalls zweireihig genäht wurden. Dann Excision der alten schwierigen Bauchnarben und Naht bis auf eine Drainage von Jodoformgaze.

Der Verlauf war zunächst reaktionslos; erst am 5. II. 87 bildete sich ein Bauchdeckenabscess, welcher durch Eröffnung geheilt wurde, so dass der Kranke am 18. II. mit geheilter Wunde und normaler Darm- funktion entlassen werden konnte. Dann völliges Wohlbefinden bis zum 8. IV. 87, wo sich an der Operationsstelle abermals eine Härte bildete, welche am 13. IV. abscedierte.

Am 9. VI. 87 trat er abermals in die Klinik ein, weil aus 2 Fisteln schleimiger Eiter und ab und zu dünner Kot entleert wurde. Verschie- dene Kauterisationen und Kompressionen blieben erfolglos, weshalb der Kranke am 22. VIII. ungeheilt entlassen wurde. Spätere Nachrichten fehlen.

Die Entstehung der Fisteln ist wohl auf einen paratyphlitischen Abscess zurückzuführen, dessen langsames Entstehen den Verdacht auf Tuberkulose richtete, ohne dass ein sicherer Nachweis geliefert werden konnte. Die Untersuchungen auf Aktinomykose ergaben stets ein nega- tives Resultat.

7. Tuberkulöse Geschwüre im Blinddarm durch Resektion des Darmes geheilt.

Eduard M., 40 J., Schreiner, litt öfter an Magenbeschwerden und Verstopfung. Vor 2 Jahren hatte er eine diffuse Schwellung in der Coecalgegend, welche durch Abführmittel und Stuhlgang verschwand. Vor einem Jahre bemerkte er zuerst eine umschriebene Geschwulst, die in der Grösse wechselte, manchmal schmerzte, aber im allgemeinen wenig störte. Bei vorsichtiger Diät befand er sich ziemlich wohl und hatte regelmässigen, wenn auch dünnen Stuhl, während z. B. Biergenuss einen Schmerzanfall hervorrief.

Status 7. II. 88. Der etwas magere, aber sonst gesunde Mann zeigt 3 Finger nach innen und oben vom rechten Darmbeinstachel dicht hinter den Bauchdecken des eingefallenen Leibes eine hühnereigrosse, glatte Geschwulst von prall elastischer Konsistenz, welche bei der Respiration deutlich auf- und absteigt und sich auch handbreit von rechts nach links verschieben lässt. Perkussion sehr schmerzhaft und wegen der Beweglichkeit schwer ausführbar, ergibt gedämpften Schall. Die klinische Diagnose lautete auf eine wahrscheinlich gutartige Darmgeschwulst.

Operation am 11. II. 88. Durch einen Bauchschnitt über die Geschwulst, wurde dieselbe, welche dem Coecum angehörte, vorgezogen und an der Hinterfläche zum Teil stumpf, zum Teil blutig mit Unterbindungen gelöst, dann der Tumor ober- und unterhalb ebenso wie das Mesenterium mit 3 elastischen Ligaturen abgeschnürt und reseziert. Da die Schnittlinie am Colon ascendens noch in ein Geschwür fiel, wurde noch 1 cm von diesem und ebenso vom Dünndarm in schiefer Richtung ein Stück reseziert, um die ungleich weiten Oeffnungen zu egalisieren. Doppelreihige Naht mit Seide, Desinfektion und Schluss der Bauchwunde.

Das resezierte Darmstück stellt einen knolligen weichelastischen Tumor dar, welcher an seiner Hinterfläche mit granulationsähnlichen warzigen Pseudomembranen bekleidet ist und an der convexen Seite ca. 8, an der concaven ca. 6 cm lang ist. Davon gehören etwa 2 cm auf das Ileum, der Rest auf den Dickdarm. Die Ileocoecalclappe ist für den kleinen Finger eben durchgängig, die Blindtasche des Coecum durch Vernarbung zum grössten Teil obliteriert, an der Innenfläche mit unregelmässigen etwas hämorrhagisch suffundierten, erbsen- bis bohnergrossen, teilweise confluierenden Geschwüren mit etwas unterminierten Schleimhauträndern besetzt. Der Wurmfortsatz ist verdickt, in seiner centralen Hälfte mehrfach strikturiert und mit ulcerierter Schleimhaut versehen.

Anatomische Diagnose: Tuberkulöse Geschwüre des Coecums und Wurmfortsatzes mit Stenosierung der Bauhin'schen Klappe. Das Mikroskop bestätigte die Diagnose.

Der Verlauf gestaltete sich sehr günstig. Nur am 3. Tage stieg die Temperatur auf 38,8, war aber sonst stets normal. Leichtes Er-

brechen dauerte 2 Tage. Auf Pfeffermünzthee gingen Blähungen mit Erleichterung ab. Die Diät war anfangs ganz flüssig, Mitte der 2. Woche feste Nahrung. Am 25. II. zum ersten Male von selbst gut geformte Stuhlentleerung. Die Wunde heilte per primam. Am 2. III. mit guter Pelotte ausser Bette. Die Kräfte nahmen rasch zu und am 17. III. wurde er mit einem Körpergewicht von $113\frac{1}{2}$ \bar{u} entlassen. Am 13. IV. schrieb er, dass sein Körpergewicht auf 126 \bar{u} gestiegen sei, und dass er sich nach einem leichten Unwohlsein im Magen ganz wohl fühle. Im April 1889 erhielt ich die Nachricht von der Verlobung des ehemaligen Patienten.

8. Peritonitis tuberculosa mit Kotfisteln, Amyloid-Degeneration der Unterleibsorgane. Versuch die Fisteln durch die Darmresektion zu heilen. Tod.

Elis. D., 49 J., ohne hereditäre Belastung, hat 5mal normal geboren und seit einem Jahre die Menses ohne Störung verloren. Vor 2 Jahren ohne bekannte Ursache Anschwellung und Leibschmerzen, die durch mehrwöchentliche Bettruhe verschwanden. Dieselbe Erscheinung wiederholte sich im folgenden Jahre und im letzten Sommer. Allmählich entwickelte sich unterhalb des Nabels ein „Geschwür“, das vom Hausarzt im September 1888 eröffnet wurde, wobei sich viel Eiter entleerte. Die Oeffnung schloss sich nicht mehr und seit II. 89 begann Ausfluss von grünlich-gelbem Kote, welcher die ganze Bauchhaut verätzte. Seit letztem Winter begann starke Abmagerung. Die Menge Kotes, welche durch die Fistel abfloss, erforderte mehrmals täglich Verbandwechsel. Trotzdem hatte sie noch täglich normalen Stuhlgang.

Status 10. V. 89. Grosse, stark abgemagerte Frau; Brustorgane scheinbar normal, nur über der rechten Lunge verschärftes Exspirium. Unterleib mässig gespannt. Bei tieferem Eindrücken, welches nicht schmerzhaft ist, fühlt man stellenweise derbe Stränge und härtere Partien. Keine abnorme Dämpfung. Drei Fingerbreit unterhalb des Nabels in der Mittellinie eine Fistelöffnung, welche für die kleine Fingerspitze durchgängig ist und beständig grünlich-gelb gefärbten Darminhalt mit unverdauten Speisen gemischt entleert. Bisweilen kommt Eiter. Der Darminhalt reagiert sauer. Freie Salzsäure ist nicht nachweisbar. Die Sonde dringt 6 cm tief nach links und unten vor. Die Umgebung der Fisteln bis zu den Oberschenkeln herab ist ekzematös. Der Urin, leicht getrübt von saurer Reaktion, enthält sedimentiert $\frac{1}{3}$ Volumen Eiweiss, hyaline Cylinder und verfettete Nierenepithelien. Die Milz ist etwas vergrössert, unter den Rippenbogen leicht zu fühlen. Die Leber ebenfalls etwas vergrössert. Gewicht der Patientin 70 \bar{u} 350 Gramm.

Der Uteruskörper etwas vergrössert, in anteflektierter Stellung fixiert. Die Portio gross, derb, mit seitlichen Einrissen. Die Palpation der Ova-

rien und Ligamente gelingt nicht ohne Narkose wegen zu starker Spannung und Empfindlichkeit des Unterleibes.

Da in dem Eiter keine Spur von Aktinomykose nachzuweisen war, ein Fremdkörper oder Einklemmung auszuschliessen war, wurde als Ursache der Fistelbildung Tuberkulose diagnostiziert und nachdem das Ekzem möglichst geheilt war, auf Wunsch der Patientin der Versuch der Heilung durch die Laparotomie und Darmnaht am 20. V. 89 gemacht, obgleich ja wegen der begleitenden Amyloiddegeneration die Prognose sehr zweifelhaft war. Ohne Operation war bei der hohen Lage der Dünndarmfistel das Ende durch Inanition sichtlich nahe bevorstehend. Die Fistel wurde provisorisch durch Jodoformgaze und 2 Nähte verschlossen, dann elliptisch in der Linea alba umschnitten. Dabei zeigte sich das Dünndarmconvolut unter sich und mit dem Colon transversum vielfach und fest verwachsen. Zwischen den verwachsenen Darmschlingen und zwischen den Mesenterialfalten sassen hanfkorn- bis bohngrosse im Centrum verkäste und stellenweise durch eine granulierende Membran abgekapselte Knötchen. Die käsige Erweichung dieser Knötchen war stellenweise bis an die Darmschleimhaut vorge drungen, so dass bei dem Versuche, die Darmschlingen zu entwirren, was zur gründlichen Orientierung über die Lage der kommunizierenden Fisteln nötig war, nicht weniger als 7 erbsen- bis mandelgrosse Oeffnungen im Darne entstanden. Fünf von diesen Oeffnungen wurden lineär durch die doppelreihige Knopfnahit geschlossen: 1 Quernaht (9 Nähte), 2 Schiefnähte (je 7 Knopfnähte), 1 Naht nahe dem Mesenterium (9 Nähte), 1 nahe der Konvexität (7 Nähte). Die 2 grössten Oeffnungen, welche die ursprüngliche Fistel bildeten, lagen nahe beisammen und wurden durch die Resektion einer 9 cm langen Darmpartie beseitigt (5 Mesenterialligaturen, 9 Mesenterialnähte, 15 Mucosa- und 16 Serosanähte, von denen 5 am Mesenterialansatze nach innen geknüpft wurden).

Das resezierte Darmstück zeigt 2 unregelmässig begrenzte für die Fingerspitze bequem durchgängige Oeffnungen, deren Schleimhautränder gewulstet und unregelmässig aufgeworfen sind. Zwischen diesen Löchern bleibt ein kammförmiger Schleimhautwulst stehen, welcher durch adhäsive Verwachsung des Bauchfellüberzuges und eines dazwischen liegenden Tuberkelknoten entstanden ist. Dieser Knoten hat an einer Stelle die Schleimhaut trichterförmig ausgezogen und ist der Perforation und dem Darmlumen nahe. In der Subserosa und zwischen den Pseudomembranen finden sich circa ein Dutzend hanfkorn- bis bohngrosser Knötchen. Die Entstehung dieser Darmfistel ist also zu erklären durch käsige Erweichung und sekundäre Perforation subseröser Tuberkelknötchen und hätte in der resezierten Darmschlinge zu einer neuen Kommunikation zwischen den 2 Dünndarmschlingen geführt. Die ursprüngliche Bauchdarmfistel ist zweifellos auch durch Erweichung eines parietalen

Tuberkels entstanden, welcher erst mehrere Monate nach dem Durchbruch nach aussen auch den Darm eröffnete. Dieser Vorgang der Entstehung der Darmfistel von aussen nach innen ist nicht so bekannt, wie die Perforation eines tuberkulösen Darmgeschwürs nach aussen und ist meines Wissens am besten von Franz Ziehl¹⁾ geschildert worden. Der Darm war unterhalb der Fisteln sehr dünn und atrophisch, oberhalb derselben weit und hypertrophisch.

Die Reinigung der Bauchhöhle mit 1:5000 Sublimat, Jodoformierung, Einlegung eines Jodoformdochtes zur Drainage und 11 Bauchdeckennähte beschlossen die Operation, welche 2 Stunden dauerte.

Nach der Operation erholte sich die Patientin nicht mehr vollständig. Sie wurde sehr unruhig, ängstlich, Puls 160, klein, kaum zählbar und starb trotz Champagner, Glühwein, Kampfer 10 Stunden später im Kollaps.

Sektionsbefund: Herz klein, Muskulatur schwach, braun, brüchig, Fettflecken auf den Klappen und Sehnenflecke am Epicard. Beide Lungen mit der Costalwand fest verwachsen. Die Pleura und Adhäsionen mit kleineren und grösseren zum Teil käsigen Knoten besetzt. In den Oberlappen ebenfalls grössere und kleinere stellenweise confluierende Knoten und dazwischen wieder lufthaltiges Gewebe. Die Därme und übrigen Baueingeweide so weit sie nicht bei der Operation gelöst sind, ausgehnt verwachsen und in den bindegewebigen Pseudomembranen zahlreiche käsige Knoten. Am Colon transversum links von der Mittellinie ein kleiner von nekrotischen Gewebsetzen umgebener Defekt, aus dem Darminhalt in die Bauchhöhle fliesst. Einige käsige Knötchen finden sich in der Darmwand selbst und zeigt einerseits die Serosa, andererseits die Schleimhaut hämorrhagische Infiltration, an einzelnen Stellen Nekrosen. Im Coecum, Colon transversum und descendens ist die Schleimhaut oberflächlich ulceriert, jedoch haben diese Ulcera weder buchtige Beschaffenheit, noch körnige Einlagerungen, während das Gewebe am Grunde der Geschwüre intensiv amyloid reagiert. Die Darmnähte liegen im Ileum und sind sufficient. Zwischen Mastdarm und hinterer Uteruswand sehr feste Verwachsung und Einlagerung von käsigen Massen. Die Tuben beiderseits stark gewunden, verdickt und mit käsigem Inhalt. Die Ovarien nicht nachweisbar erkrankt. In der Portio seichte unregelmässige Geschwüre, die Uterushöhle mit käsiger Masse erfüllt, die Schleimhaut käsig infiltriert. In der Gallenblase ein Stein. Amyloidreaktion in Leber, Milz und Niere.

Anatomische Diagnose: Tuberkulöse Endometritis, Sal-

1) Franz Ziehl. Ueber die Bildung von Darmfisteln infolge von Peritonitis tuberculosa. Heidelberger Dissertation 1881 bei C. Winter. S. 42.

pingitis, Peritonitis, Pleuritis und Bronchopneumonie. Amyloide Geschwüre im Darm, Perforation des Colon transversum, mehrere Nähte im Dünndarm. Amyloide Degeneration von Leber, Milz, Niere, Darm.

Von den 5 mitgeteilten Darmresektionen, welche wegen tuberkulösen Darmgeschwüren vorgenommen worden sind, betrafen 3 das Coecum. Da in diesen Fällen die tuberkulöse Natur des Leidens festgestellt werden konnte, dürfte der Schluss wohl erlaubt sein, dass manche Fälle von sog. idiopathischer Typhlitis auf Tuberkulose dieser so leicht afficierbaren Darmpartie zurückzuführen sein dürfte. Die klinische Diagnose lautete in einem Falle auf Wanderniere, in einem auf malignen und in dem dritten auf gutartigen Darmtumor. Im vierten und siebenten Falle handelte es sich um bewegliche scharf begrenzte Tumoren, welche durchaus nicht das Bild einer gewöhnlichen Typhlitis darboten. Auch in dem fünften Falle handelte es sich um einen circumscribten höckerigen Tumor und wenn derselbe durch perityphlitische Prozesse mehr fixiert erschien, so ist es doch eine bekannte Sache, dass auch bei Carcinomen des Coecum Entzündungen in den späteren Stadien der Krankheit eine wesentliche Rolle spielen. Vielleicht hätte die 4jährige Dauer des Leidens an der Diagnose irre machen sollen, allein es kommen doch auch im Darne manchmal papilläre und skirrhöse Formen des Krebses mit recht chronischem Verlaufe vor.

Die Operation war durch die Verletzung des Ureters und die dadurch nötige Nephrectomie zu sehr kompliziert, als dass der bejahrte und durch das Leiden geschwächte Patient dieselbe hätte überstehen können. Trotzdem war die Nekrose der Nahtränder und Kotaustritt die nächste Todesursache. Ob die Nähte zu dicht gelegt wurden, ob die elastische Abschnürung zu lange lag, ob die noch in der Nachbarschaft bestehende Erkrankung der Schleimhaut oder mangelhafte Ernährung der Darmwand daran Schuld war, lässt sich nicht mehr entscheiden.

Von den anderen 2 Fällen (4 und 7) bestand die Krankheit des einen $\frac{1}{2}$ Jahr, des anderen 2 Jahre vor der Operation. In beiden Fällen, wo perityphlitische Verwachsungen fehlten, gelang die Heilung durch die Resektion der erkrankten Darmpartie. Wenn ja auch bei der Natur des Leidens eine dauernde Heilung nur selten gelingen mag, so erscheint mir eine solche Lokalbehandlung der Darmtuberkulose doch angezeigt, weil es sich um ein Organ handelt,

welches für die Ernährung des Menschen absolut notwendig ist und weil ohne diese Behandlung sicher bald perityphlitische und peritonitische Abscesse, Fistelbildungen, Amyloiddegeneration das Leben untergraben würden. Jedoch darf man mit der Operation nicht warten, bis diese Erscheinungen eingetreten sind. Denn aus diesem Grunde war es bei den Fällen 5 und 8 zu spät mit der Operation. Freilich handelte es sich hier wie wohl auch in dem Falle 6¹⁾ um tuberkulöse Peritonitis mit Bauchdarmfistelbildung, eine Komplikation, welche von den meisten Autoren für ein Zeichen des heran nahenden Todes gehalten wird, wenn auch Ziehl (l. c. S. 52) unter 30 Fällen eine Heilung verzeichnet fand, welche Voigt durch horizontale Lage, Klystiere und passende Diät erzielt haben soll.

In dem Falle 6 gelang wenigstens für einige Monate die Heilung leider ohne bleibenden Erfolg.

Es dürfte wohl daraus hervorgehen, dass man bei diesen tuberkulösen Bauchdarmfisteln die Operation unterlassen soll, wenn schon unheilbare Erkrankungen anderer Organe bestehen und der Kräftezustand allzu sehr reduziert ist. Andererseits wird man die Operation möglichst auf Ablösung der Schleimhautränder, Lembert'sche Einstülpungsnaht und darüber Etagnennaht der Bauchdecken einschränken müssen.

Kurzum die operative Behandlung der Darmtuberkulose ist eine sehr schwierige Aufgabe, welche aber in einzelnen Fällen doch Aussicht auf Erfolg darbieten dürfte.

Tuberkulöse Lymphdrüsen geschwülste habe ich 2mal aus dem Mesenterium entfernt und dabei 1mal Heilung erzielt.

9. Vereiterte tuberkulöse Lymphome des Mesenteriums. Incision, teilweise Exstirpation, Drainage. Tod an septischer Peritonitis.

Frau M., 36 J. (Hausarzt Dr. Klingel, Wiesloch), seit 15 Jahren verheiratet, hat 6mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren. Vor 2 Jahren hatte sie Drüsenschwellungen am Halse. Januar 1887 Schmerzen und bald darauf bemerkte sie im Unterleib eine Geschwulst, die beweglich war und wuchs. Stuhlgang, Periode regelmässig, Urin oft trüb.

1) Leider ist mir der erste Teil der Krankengeschichte abhanden gekommen und der auf den zweiten Aufenthalt in der Klinik bezügliche Teil rekapituliert nur kurz den früheren Verlauf. Es ist deshalb die Anamnese mangelhaft. Indessen aus dem ganzen Verlauf kann die Diagnose wohl nicht zweifelhaft sein.

Status. Magere Frau mit Drüsennarben am Halse. Durch die schlaffen Bauchdecken fühlt man unter dem Nabel eine nierenförmige aus 3 Knoten bestehende Geschwulst von 11 cm queren und 6 cm vertikalem Durchmesser. Dieselbe ist von Därmen überlagert, ergibt tympanitischen Schall und ist von einer Mammillarlinie bis zur andern verschiebbar. Hinter der mehr oberflächlichen Geschwulst scheint eine grössere weniger bewegliche Anschwellung zu sitzen. Ein Zusammenhang der Geschwulst mit den Genitalien lässt sich ausschliessen. Urin normal. Klinische Diagnose: Retroperitonealer Lymphdrüsentumor, vielleicht tuberkulöser Natur.

Laparotomie am 11. VI. 87. Durch den 12 cm langen Medianschnitt tritt die etwas gerötete oberste Ileumschlinge hervor, in deren Mesenterium eine gelblich durchschimmernde, fluktuierende Geschwulst sitzt. Nachdem die Umgebung mit Jodoformgaze geschützt war, wurde durch Incision der Geschwulst eine grosse Menge grünlich-gelben tuberkulösen Eiters entleert. Der Abscess wurde ausgekratzt, desinficiert und mit Jodoformgazestreifen (nach Mikulicz) tamponiert, deren Ende durch die Bauchwunde herausgeleitet wurde. Unterhalb der Darmschlinge kam man auf einen zweiten vereiterten Drüsentumor, aus welchem bei der Entleerung zwei verkäste Lymphdrüsen ausgeschält wurden. Auch diese Abscesshöhle wurde mit Jodoformgaze tamponiert. Eine Vereinigung der beiden Höhlen schien unthunlich, da sie durch eine dicke gefässführende Scheidewand getrennt waren. Auch nach hinten schien eine Drainage wegen der medianen Lage der Abscesse nicht ratsam. Schluss der Bauchwunde bis auf die zwei capillaren Drains.

Im Anschlusse an die Operation entwickelte sich eine Peritonitis, welche auch durch Entfernung der Gazestreifen, Gummidrains und Ausspülungen nicht aufgehalten wurde. Am 19. II. trat der Tod ein.

Sektionsbefund: Unmittelbar unter dem Nabel beginnend eine 14 cm lange Wunde, oben und unten vereinigt, in der Mitte in der Ausdehnung von 4 cm die Nähte gelöst und drainiert. Nach Eröffnung der Bauchhöhle, der Wunde entsprechend, namentlich an der Stelle der gelösten Nähte, eine starke hämorrhagische Infiltration, insbesondere des Peritoneums. Da wo die Drainröhren lagen, ist das Peritoneum eigentümlich missfarben. Nach Lösung des aufgerollten und missfarbigen grossen Netzes findet sich an einer Adhäsionsstelle ein ziemlich grosser Defekt entsprechend dem peritonealen Ueberzug der hinteren Bauchwand, zum Teil noch in die mesenteriale Wurzel des Dünndarmes sich fortsetzend. Der Dünndarm füllt, stark gebläht, ziemlich $\frac{2}{3}$ der unteren Bauchräume. Sein Peritoneal-Ueberzug ist mit teils dünneren, teils dickeren Fibrinmassen belegt, die nach Lösung der Verklebungen eine trübe Masse zum Vorschein kommen lassen, zum Teil abgeschlossen durch die mesenteriale Platte. Serosa des Darmes sehr stark gerötet. Nach Auslösung des Dünndarmes findet sich im kleinen Becken eine ziemliche Menge

einer blutig gefärbten, trüben Flüssigkeit. Unterhalb des vorhin beschriebenen Defektes in der Mesenterialwurzel findet sich ein zweiter grösserer Substanzverlust. Er zerfällt in 2 durch ein derbes Septum getrennte wallnussgrosse Höhlen, deren Wandung aus dicken, infiltrierten Massen besteht. Auf dem Durchschnitte bestehen diese in der Mesenterialwurzel aus conglomerierten Lymphdrüsen, deren Zwischengewebe fibrös verdickt ist. Manche derselben zeigen eine homogene Schnittfläche, während in anderen kleine, weissliche, knötchenförmige Einlagerungen sich befinden. Grössere Käseherde nicht nachweisbar. Die grösste Masse des Tumors liegt in der mesenterialen Wurzel selbst und nur nach oben setzt sie sich in einen mässig dicken Zapfen hinter das Peritoneum fort.

Die rechte Lunge verwachsen mit der Costalwand. Bronchialdrüsen stark pigmentiert. Der Verwachsungsstelle des Oberlappens entsprechend eine grauschwarze, keilförmige, derbe Stelle, in deren Centrum grössere und kleinere, gelbweisse, hauptsächlich in Bronchiektasien gelegene Massen. Das übrige Lungengewebe beiderseits lufthaltig, etwas blutreicher und feuchter.

Gallenblase auffallend klein und mit kleinerer und grösserer Steinbildung vollständig erfüllt. Duct. choledochus und hepaticus erweitert. Leber von mittlerer Grösse. Kapsel an einzelnen Stellen mit fibrinösem Belag. Gewebe wenig blutreich, sonderbar fleckig gezeichnet, indem an einzelnen Acinis eine breite, gelbe Peripherie sich findet, während an anderen Acinis die gelbe Zone weniger breit ist.

Die oben erwähnte Lymphdrüse in der linken Supraclaviculargegend enthält in ihrem Inneren einen ziemlich grossen Käseherd.

Im Jejunum findet sich in einer Ausdehnung von ca. 90 cm der Darmlänge eine teils auf der Höhe der Falten beschränkte, teils mehr diffuse, diphtheritische Ulceration. Die ganze Darmwand daselbst stark infiltriert. Die übrige Schleimhaut der Dünndärme zeigt sehr lebhaftes Röte, stellenweise Verdickung und Infiltration der sämtlichen Darmhäute, aber sonst keine Veränderungen.

Anatomische Diagnose: Septische Peritonitis und Darmdiphtherie nach Exstirpation eines mesenterialen Lymphoms (tuberkulös), circumscribte Bronchopneumonie des rechten Oberlappens und Bronchiektasie. Käsiges Lymphdrüse in der linken Supraclaviculargegend (Arnold).

10. Cystisch erweichte (tuberkulöse?) Lymphdrüse des Mesenteriums. Exstirpation. Heilung.

Frau B., 46 J. (Arzt: Dr. Breidenbach in Odernheim), hatte als Kind Augenentzündungen und musste im 20. Jahre wegen chronischem Husten Leberthran nehmen. Seitdem war sie meist kränklich, litt an Leibschmerzen und Diarrhöen, die manchmal blutig waren. Vor 2 Jahren vereiterte Achseldrüsen. Seit Juli 1888 Erbrechen nach der Mahlzeit, Schmerzen im Epigastrium, häufige Stuhl- und Urinverhaltung. Körper-

gewicht 110 g, Hämoglobingehalt 59 %, rote Blutkörperchen 3,990,000, keine Leukocytose. Herz und Lungen normal, keine Drüsenschwellungen. Unterhalb des linken Rippenbogens eine apfelgrosse, derbe, leicht verschiebliche Geschwulst, welche bei Berührung sehr schmerzhaft ist. Deutliches Magenplätschern. Der Tumor zeigt durch die Aorta mitgeteilte Pulsation.

Bei der Füllung des Magens rückt der Tumor weiter nach links und wird durch eine künstliche Blähung des Magens eher deutlicher. Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes ergab keine freie Salzsäure, keine Buttersäure, eine Spur Milchsäure, reichlich Peptone. Verdauungsversuch ohne Zusatz von Salzsäure negativ, mit Salzsäurezusatz erst nach 12 Stunden Beginn der peptischen Wirkung (Dr. Herczel).

Klinische Diagnose: Wahrscheinlich ein Magentumor, der aber nicht dem Pylorus angehört.

Laparotomie am 11. II. 89. Die stark apfelgrosse Geschwulst schimmerte durch das Ligamentum gastrocolicum gelblichweiss durch und liess sich mit dem Magen und Colon vor die Bauchwunde ziehen. Das Lig. gastrocolicum wurde an einer gefässarmen Stelle durchtrennt, die Geschwulst vorgezogen und durch einen Einstich entleert, dann der Cystenbalg mit der Nélaton'schen Zange gefasst und allmählich enucleiert. Je näher der Basis, um so fester haftete der Balg und war hier mit lymphatischem Gewebe umgeben. Grössere Gefässe wurden dabei nicht verletzt, obgleich etwa ein Halbdutzend Ligaturen angelegt wurden. Die Arteria und Vena meseraica superior umgab die Geschwulst an ihrer Basis und es zeigte sich, dass dieselbe im Lig. duodenojejunale ihren Sitz hatte und da sie teilweise hinter dem Duodenum lag, dasselbe komprimierte.

Der Magen war etwas hyperämisch, der Pylorus stellte einen derben kontrahierten Ring vor, welcher sich durch Einstülpung der vorderen Magenwand für die Kleinfingerspitze durchgängig erwies. Die Oeffnung im Ligamentum gastrocolicum wurde durch einige Nähte geschlossen und dann die mediane Bauchwunde vernäht.

Der exstirpierte Sack besitzt eine ziemlich derbe Wand, welche nach vorne zu dünn, glatt und weisslich, nach hinten dicker, rauh, graurötlich, stellenweise ockergelb und gefässführend erscheint. Histologisch besteht er aus Bindegewebe ohne Epithelbekleidung, ist stellenweise mit Kalk imprägniert.

Die entleerte Flüssigkeit, von der ca. 60 ccm gesammelt wurden, während wohl halb so viel verloren gegangen sein mochte, ist dünnflüssig, wie Rahm mit Eigelb gemischt aussehend, und zeigt beim Stehen eine ölgelbe Fettschicht auf der Oberfläche. Auf dem Objekträger erstarrt sie rasch und zeigt feinkörnigen Detritus, Fetttröpfchen, Körnchenkugeln und Cholestearinkrystalle. Obgleich keine Tuberkelbacillen nachzuweisen

waren, dürfte es sich doch um eine Lymphdrüsencyste handeln, welche durch Verfettung einer tuberkulösen Lymphdrüse entstanden ist.

Der Heilungsverlauf gestaltete sich wohl fieberlos (nur am 3. und 4. Tage erreichte die Temperatur 38,4), war aber mit starken Schmerzen im Unterleibe, zeitweise Erbrechen und Uebelbefinden kompliziert. Ausserdem war der rechte Arm gleich nach der Operation motorisch gelähmt und wurde erst allmählich durch Massage besser, so dass sie am 10. III. mit ziemlicher Beweglichkeit der Finger und Gelenke und bei allgemeinem Wohlbefinden entlassen werden konnte. Im Oktober befand sie sich wohl.

In der Litteratur finde ich bei Senn¹⁾ einen Fall von Tillaux mitgeteilt, welcher hieher gehört:

31jähriger Mann, der nach 25tägiger hartnäckiger Verstopfung plötzlich heftige Schmerzen in den Leib bekam, die noch am folgenden Tage dauerten. Ein runder Tumor im Unterleib liess die Diagnose zwischen Wanderniere und chronischer Invagination schwanken. Am 38. Tage der Krankheit öffnete Tillaux den Unterleib und fand einen kindskopfgrossen cystischen Tumor des Mesenteriums, welcher den Darm an der Wirbelsäule fixierte. Nach der Entleerung des dicken rahmähnlichen Inhaltes wurde die Basis des Tumors mit Katgutligaturen abgebunden und der Sack excidiert.

Der Schmerz hörte auf und die Heilung war vollständig. Die Untersuchung der Geschwulst zeigte, dass sie aus einer Lymphdrüse durch käsige Erweichung hervorgegangen war.

Ich möchte nun die Mitteilung von 6 Fällen eigentlicher Peritonitis tuberculosa, welche zur operativen Behandlung kamen kurz anschliessen.

11. Käsig e Endometritis, Salpingitis, Peritonitis tuberculosa, Incision, Resektion der Tube. Tod an Miliartuberkulose.

Dieser Fall wurde schon am 7. Juni 1880 operiert und von meinem damaligen Assistenten Herrn Dr. H. Gehle²⁾ mitgeteilt.

Die 48jährige Frau (X. para) litt an einem abgesackten Exsudat, welches von einer Geschwulst im Douglas'schen Raume abhing, deren Natur vor der Operation nicht festgestellt wurde.

Am 7. Juni 1880 wurde der durch fibrinöse Schwarten gebildete Peritonealsack entleert (3100 ccm einer trüben rotbraunen Flüssigkeit), die käsig tuberkulös erkrankte rechte Tube reseziert, die linke weniger erkrankte Tube bloss von käsigen Auflagerungen befreit, dann die Höhle

1) Abdominal Surgery. Chicago 1888. S. 59.

2) Gehle. Ueber die primäre Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Heidelberger Dissertation 1881.

mit 5 % Chlorzinklösung desinfiziert und drainiert. Fünf Wochen nach der Operation (am 14. Juli) starb die Patientin an Miliartuberkulose des Peritoneums, der Leber und Lungen. Ausserdem fand sich chronische Pneumonie und Pleuritis, käsige Endometritis, Salpingitis.

12. Exsudative Peritonitis mit miliarer Tuberkulose; Incision. Tod 3 Monate später.

Luise R., 64 J., aus Kaiserslautern, bemerkte seit 2 Monaten die Zunahme des Bauchumfanges resp. Oedeme. Nach der Punktion am 5. VII. 82, welche Biliprasinhaltiges Serum ergab, wurde die Diagnose auf chronische Peritonitis gestellt. Am 2. VIII. Laparotomie und Entleerung von 6 Liter ascitischer Flüssigkeit. Das Peritoneum allenthalben mit miliaren Knötchen besetzt. Im Mesenterium und im Douglas'schen Raume sind mehrere nussgrosse Drüsentumoren fühlbar. Schluss der Bauchwunde. Am 26. VIII. wurde sie in gutem Zustande entlassen, starb aber am 8. XI., ohne dass eine Sektion gemacht wurde.

13. Exsudative Peritonitis mit miliarer Tuberkulose. Incision. Tod 2 Monate später.

Elisabeth B., 33 J., aus Schwanden. Keine Heredität. Vor 3 Jahren eine Vereiterung der Unterkieferdrüse. Seit dem letzten (8.) Wochenbett im Mai 1882 heftige Schmerzen und Schwellung des Unterleibes, so dass sie seit September das Bett hüten musste. Punktion am 9. X. Schwartige Anschwellungen im Douglas, etwas Spitzendämpfung (keine Tuberkelbacillen im Auswurf) liessen die Diagnose auf käsige Salpingitis, Oophoritis und Ascites stellen. Bei der Laparotomie am 26. II. 83 wurde bloss der Ascites entleert und die Bauchwunde geschlossen, da allenthalben das Peritoneum mit zahlreichen miliaren Tuberkeln besät war. Der Verlauf war anfangs fieberlos und am 14. III. konnte sie aufstehen. Allein die Narbe brach wieder auf. Bald stellte sich Fieber und Husten ein und am 16. IV. wurde sie auf ihren dringenden Wunsch in herabgekommenem Zustande nach Hause entlassen, wo sie am 22. IV. starb.

14. Adhäsive tuberkulöse Peritonitis, teilweise Exstirpation der Tuberkelknoten, sekundäre Kotfistelbildung. Tod.

Wilhelmine W., 18 J., aus Edesheim, hatte 1882 Drüsenvereiterungen am Halse, Februar 1883 eine Pleuritis rechts, dann Stechen im Bauche und Brust links. Die Periode blieb aus. Dann kam wieder etwas Besserung. In der unteren Bauchgegend befand sich eine umschriebene Dämpfung und im hinteren Scheidengewölbe eine derbe faustgrosse, unebene, höckerige, mit dem Uterus fest verwachsene Geschwulst, welche wegen des jugendlichen Alters für ein entzündetes Dermoid gehalten wurde. Eine genaue Berücksichtigung der Anamnese hätte auf die richtige Diagnose führen müssen.

Bei der Operation am 2. VII. 83 waren die Därme mit erbsengrossen Tuberkelknötchen besetzt, käsige Schwarten wurden mit grosser Mühe von den Därmen und der Bauchwand abgelöst und aus dem Douglas'schen Raume mit dem Finger und scharfen Löffel entfernt, endlich Jodoform eingestreut und die Wunde geschlossen. Ein sehr starker Kollaps dauerte 2 Tage, dann trat Besserung ein, bis am 11. VII. Kot aus der geplatzten Bauchnaht sich entleerte. Tod am 23. VII. durch Erschöpfung.

Sektion: Tuberkulöse Peritonitis, beiderseits auf die Pleura übergreifend. Rechts alte adhäsive Pleuritis. Die Genitalien normal. Zahlreiche Perforationen des Dickdarmes in die nach hinten abgeschlossene Wundhöhle. Die Darmschleimhaut ohne Geschwüre. (Die Perforationen also wohl ähnlich wie in dem oben bei den Darmresektionen (Nr. 8) mitgeteilten Falle durch Erweichung der peritonealen Tuberkel entstanden.) Thrombose der Vena cava, iliaca; in den Unterlappen der Lungen kleine Infarkte.

15. Adhäsive tuberkulöse Peritonitis. Mühsame Exstirpation der tuberkulösen Schwarten und Tuben. Sekundäre Kotfistelbildung. Tod 4 Monate später.

Frau B., 47 J., aus Schifferstadt, (Hausarzt Dr. Zoeller). Der Vater an Lungenleiden gestorben. Drei Kinder leben. Vor 3 Jahren leichte Bauchfellentzündung. Oft Husten ohne Auswurf. Die Lungen frei.

Unter häufigen Metrorrhagien, ziehenden Schmerzen, Stuhlverstopfung entwickelte sich seit 1 $\frac{1}{4}$ Jahren eine Geschwulst im Unterleib. Bei der Untersuchung fanden sich beiderseits im Douglas kindskopfgrosse, derb elastische, mit dem Uterus verwachsene Geschwülste, welche maligne Ovarialtumoren vermuten liessen. Etwas freier Ascites. Bei der Laparotomie am 17. VI. 88 fanden sich zahlreiche bis erbsengrosse Knötchen am Peritoneum und im Netze, welches mit der Bauchwand und den Beckenorganen verwachsen war. Die Tuben und Ovarien waren käsig degeneriert und in faustgrosse Schwarten eingebacken, welche ebenso wie käsige Lymphstränge, die sich zwischen die Därme erstreckten, entfernt wurden. Jodoform. Erst am 5. Tage stieg die anfangs normale Temperatur auf 38,6 und blieb subfebril in den folgenden 2 Wochen. Schon am 22. VI. brach die Bauchwunde wieder auf und es entleerte sich von da ab mehr oder weniger Kot. Jodoformdelirien und Halucinationen dauerten wochenlang und erschwerten ungemein die Behandlung. Am 3. VIII. war sie ausser Bett und wurde am 9. VIII. mit wenig secernierender Kotfistel entlassen. Am 19. X. trat der Tod an Marasmus ein und bei der Sektion (Dr. Demuth) fand sich keine ausgeprägte Lungentuberkulose, keine Darmgeschwüre, aber zahlreiche tuberkulöse Knoten auf dem Peritoneum und Uterus.

16. Adhäsive tuberkulöse Peritonitis. Mühsame

Exstirpation der tuberkulösen Massen und Tuben. Tod an Phthise 3 Monate später.

Frau L., 25 J., aus dem Birkenfeld'schen. Sie war hereditär nicht belastet und in erster Ehe mit einem Manne kinderlos verheiratet, welcher schon nach einem Jahre an Lungenphthise starb. Seit dem 22. Jahre zum 2. Male mit einem Achatschleifer verheiratet, hatte sie im 24. Jahre ein Kind, welches nach $\frac{3}{4}$ Jahren an Lungenentzündung starb. Seit dem Herbst 1887 fing der Unterleib an dicker zu werden. Seit März 1888 blieb die Periode weg und um dieselbe Zeit wurde der lästige Ascites durch die Punktion von Herrn Dr. Heddäus in Idar entleert (8 Liter). Gleichzeitig wurde ein tuberkulöser periostaler Abscess an der linken Ulna eröffnet. Die Flüssigkeit sammelte sich in 3 Wochen wieder an und verlor sich dann wieder von selbst mit Hinterlassung einer kleinen Geschwulst, welche den Eindruck einer Ovarialcyste machte. Am 19. X. wurde in der Klinik das untere Ende der tuberkulös erkrankten Ulna reseziert, eine leichte Spitzendämpfung, abgesacktes Exsudat und Schwarten im kleinen Becken festgestellt. Die klinische Diagnose lautete auf tuberkulöse Peritonitis.

Da die Lungenaffektion stille zu stehen schien, kein Auswurf vorhanden war und auch die Resektionswunde heilte, wurde am 5. XI. 88 die Laparotomie ausgeführt. Dabei fand sich kein flüssiger Erguss mehr, sondern käsige Schwarten, welche, von den Tuben und Ovarien ausgehend, in fingerdicken Platten und Strängen das Netz durchsetzten und zwischen den verklebten Darmschlingen und Gekrösefalten bis an die Wirbelsäule, die Leberpforte und die Milz heranreichten. Eine ganze Schüssel voll von diesen Schwarten, nebst den Tuben und Ovarien wurde exstirpiert, dann Toilette und Schluss der Bauchwunde. Der anfängliche Kollaps wurde mit Strophanthus wirksam bekämpft; während eines 12tägigen Fiebers stellte sich Husten und Bacillenauswurf ein, dann trat Entfieberung und Rekonvalescenz ein. Entlassung Ende November in erträglichem Zustande. Nach Bericht des Herrn Dr. Heddäus jun. blieb der Unterleib stets weich und nachgiebig, die Palpation schmerzlos, die Bauchnarbe fest und reaktionslos. Die Parametrien waren frei und schmerzlos, der Uteruskörper nach vorne geneigt, verschieblich. Dagegen machte das Lungenleiden rasche Fortschritte. Dazu kam Rötung und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, eine Perforation des rechten Trommelfells. Hektisches Fieber, Nachtschweisse verzehrten die Kräfte, so dass sie am 18. II. 89 starb. Sektion verweigert. In den exstirpierten Schwarten waren Granulationszellen mit Riesenzellen und auch vereinzelt. Tuberkelbacillen nachweisbar (Dr. Martin B. Schmidt).

Wie aus dem Mitgeteilten hervorgeht, wurde von den 6 Fällen bloss 2mal die Diagnose tuberkulöser Peritonitis vor der Ope-

ration richtig gestellt, während in den anderen Fällen chronische Peritonitis, Papillom oder Cystom des Ovariums mit entzündlichen Verwachsungen vermutet worden ist.

Dem entspricht wohl auch die Erfahrung, dass die bisher publizierten Operationen fast ausschliesslich Frauen betreffen, während z. B. Oswald Vierordt¹⁾ fast 4mal so viel Männer (19) als Frauen (5) an Peritonitis tuberculosa erkrankt fand. Es ist also die Operation vorwiegend unternommen worden, weil man Erkrankungen der Ovarien vermutete, wie das schon König²⁾ hervorgehoben hat oder doch, weil die weiblichen Kranken den unternehmungslustigen Gynäkologen und Chirurgen zugehen, während die männlichen Kranken auf den innern Kliniken verbleiben. O. Vierordt hat sehr eindringlich empfohlen, entsprechende Fälle, bei denen eine Tuberkulose des Peritoneums angenommen werden muss, chirurgischen Händen zu übergeben. Es ist sehr wünschenswert, genauer festzustellen, bei welchen Fällen ein operativer Eingriff Aussicht auf Erfolg bietet.

Wir müssen meines Erachtens die durch flüssiges Exsudat und durch miliare Knötchen charakterisierte Form von der mehr trockenen adhäsiven Peritonitis, welche durch derbe geschwulstähnliche Knoten, Platten und Stränge ausgezeichnet ist, für operative Eingriffe auseinander halten. Die meisten Operationen sind bei grossen Mengen flüssigen Exsudates vorgenommen worden und haben nach der Entleerung des Exsudates auch den meisten Nutzen gebracht. Weniger häufig scheint bisher die 2. Form Gegenstand operativer Eingriffe gewesen zu sein. Wenn diese dem Operateur begegnete, so begnügte er sich meistens mit der Probeincision. Auch meine 3 oben mitgeteilten Fälle (Nr. 14, 15 und 16), bei welchen ich die Exstirpation der käsigen Schwarten versucht habe, ermutigen nicht sehr zu kühnerem Vorgehen bei dieser Form.

Der 6. Fall scheint darauf hinzudeuten, dass die trockene tuberkulöse Peritonitis aus der exsudativen hervorgehen kann durch Resorption der Flüssigkeit, Eindickung und Verkäsung der festen Bestandteile. Da in dem Falle von Hirschberg³⁾ festgestellt

1) Ueber die Tuberkulose der serösen Häute. Zeitschr. für klin. Medizin. Bd. XI: I H. 2.

2) Ueber diffuse Tuberkulose. Centr. für Chir. 1884. Nr. 6.

3) K ü m m e l. Ueber Laparatomie bei Bauchfelltuberkulose. 16. Kongress der deutschen Ges. für Chirurgie. S. 327.

wurde, dass 8 Monate nach der Entleerung des Exsudates keine Spur von den früher konstatierten Tuberkeln des Peritoneums zu sehen war, so ist die Incision und Entleerung des Exsudates dieser sehr mangelhaften Naturheilung vorzuziehen.

Wenn Tuberkulose der Genitalien, des Darmes oder der mesenterialen Lymphdrüsen besteht, wird es unsere Aufgabe sein, diese Lokalerkrankungen operativ zu beseitigen, bevor sie zu diffuser Peritonitis geführt haben.

Für die Genitaltuberkulose des Weibes hat Hegar¹⁾ die klinische Diagnose, die Indikationen und die operative Behandlung festgestellt.

Für die Therapie der Darm- und Lymphdrüsentuberkulose existieren erst dürftige Anfänge und die Aussichten auf operative Erfolge auf diesem Gebiete sind wohl nicht glänzend, da verhältnismässig selten eine umschriebene primäre Lokaltuberkulose hier diagnostiziert werden kann. Immerhin dürften die oben gemachten Mitteilungen zu weiteren Versuchen auffordern.

Für die Diagnose der tuberkulösen Peritonitis dürfte neben der Vorgeschichte des Kranken und seiner erblichen Belastung das etappenweise Vorschreiten des Prozesses, welcher nicht selten auch wieder Besserungen zeigt, zu den charakteristischen Erscheinungen gehören. Wir sehen dabei ab von den akuten Fällen, welche von typhösen Symptomen oder hektischem Fieber begleitet sind. Bei den subakuten und chronischen Formen kann die Temperaturerhöhung ganz fehlen. Eine alte Knochen- oder Drüsennarbe, Trübungen der Hornhaut, eine vorausgegangene Pleuritis, leichte Spitzendämpfung etc. können wichtige Fingerzeige abgeben, wenn auch Anamnese und Heredität im Stiche lassen.

Was den lokalen Befund betrifft, so finden sich bei genauer Palpation neben dem freien oder abgesackten Exsudat in der Regel unregelmässige derbere Knollen und Stränge, schwartige Exsudatmassen in der Nähe des Uterus. Die Untersuchung des Exsudates auf Tuberkelbacillen hat leider selten positive Resultate ergeben²⁾.

Was die Resultate der operativen Behandlung betrifft, so berichtet Trzebitzky, dass von 54 Fällen 40 mal die Heilung

1) Hegar. Genitaltuberkulose des Weibes. Stuttgart 1886.

2) Näheres über die Diagnose bei O. Vierordt l. c.

eingetreten sei, während bloss 4 Patienten an den unmittelbaren Folgen der Operation gestorben sind.

Leider waren meine oben mitgetheilten Erfolge nicht sehr ermutigend. Wenn auch der operative Eingriff nicht direkt als Todesursache anzusehen war, so wurde doch bei keinem Operierten die tuberkulöse Erkrankung aufgehoben, ja man konnte sich des Eindruckes nicht erwehren, dass die durch die Operation herbeigeführte Schwächung mit ihren Komplikationen (Darmfistelbildungen im Falle 14 und 15) das weitere Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses verschuldet hat. Wenn auch meine ungünstigen Resultate wesentlich durch die Schwierigkeit der Fälle bedingt sein mögen, so glaube ich doch, dass die litterarischen Angaben zu günstig lauten und veranlasst sind durch das leicht verzeihliche Bestreben, günstige Fälle möglichst bald unter das Publikum zu bringen. Wenn nicht nur alle operierten Fälle mitgeteilt, sondern auch die Schicksale der operierten Kranken nach ihrer Entlassung bekannt gemacht würden, so würden die Resultate der operativen Behandlung weniger günstig erscheinen. Aber nur so können wir hoffen, präzisere Indikationen zu stellen und vorher zu sagen, in welchen Fällen wir wirklich durch die Operation nützen und in welchen das nicht der Fall sein kann. Uebrigens hat auch Späth, wie früher schon Schede¹⁾ in einer kürzlich erschienenen Arbeit²⁾ vor allzu sanguinischen Hoffnungen bei der chirurgischen Behandlung der Bauchfelltuberkulose mit Recht gewarnt.

1) Schede. Centralbl. für Gynäkologie. 1887, pag. 764.

2) Späth. Ueber Bauchfelltuberkulose. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 20. 1889.

...

...



