DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Zwanzigster Jahrgang.

Redaction: Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. Jul. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

Lichtensteinallee 3.

Potsdamerstr. 116.

Postadresse: Leipzig, Seeburgstr. 31.

I. Aus der Universitäts-Frauenklinik in Giessen. Die operative Behandlung des tuberkulösen Ascites.¹⁾

Von Dr. G. Frees, Assistenzarzt der Klinik.

Wie so viele Errungenschaften auf naturwissenschaftlichem und speciell auf medicinischem Gebiete verdankt auch die Anwendung der Laparotomie bei Ascites tuberculosus bekanntlich einem Zufall, einem diagnostischen Irrthum ihre erste Empfehlung. Spencer Wells wollte einen Ovarialtumor operiren und fand nach Eröffnung der Bauchdecken das charakteristische Bild des abgesackten tuberkulösen Ascites; er liess den Ascites ab, schloss die Bauchwunde und — die Kranke genas. In der Folge wurde dann der Bauchschnitt planmässig bei den verschiedensten Formen der Peritonitis tuberculosa in Anwendung gezogen, und während die einen — und wohl die Mehrzahl — günstige Erfolge sahen, verhielten sich wieder andere diesen Erfolgen gegenüber sehr skeptisch. Viele glauben, dass bei der wirklich bacillären Form der Bauchfelltuberkulose die Incision niemals oder doch nur äusserst selten zur Heilung führe. Diese Ansicht wird allerdings dadurch unterstützt, dass in einer Reihe von Ascitesfällen mit Knötchen-eruption auf dem Bauchfell bei der histologischen Untersuchung der „Tubercula“ der typische Bau und der Nachweis von Tuberkelbacillen vermisst wurde. Gusserow¹⁾, der im übrigen die Laparotomie bei freiem Ascites warm befürwortet, schlägt deshalb für dieses ganze Krankheitsbild den Namen Peritonitis nodosa vor. Es erscheint aber meines Erachtens doch wichtig, vor allem für die Prognose etwaiger operativer Eingriffe, wenn möglich hier zu unterscheiden: der klinische Verlauf, der Nachweis tuberkulöser Erkrankungen in anderen Organen, die hereditäre Belastung sichern die Diagnose doch meist schon bis zu einem gewissen Grade, und wenn man die Laparotomie macht, so hat man ja an excidirten Stücken die beste Gelegenheit, sein Urtheil eventuell zu verifeiren. Findet man den typischen Bau des Tuberkels, auch ohne Bacillen, die ja in diesen Knötchen oft sehr spärlich vorkommen, so hat man, glaube ich, auch das Recht und die Pflicht, die Erkrankung als Peritonitis tuberculosa im engeren Sinne zu bezeichnen. Solange man indess den histologischen Befund nicht hat oder wenn man überhaupt nur auf den makroskopischen Befund am Peritoneum angewiesen ist, wird man allerdings gut daran thun, die rein descriptive Bezeichnung Peritonitis nodosa zu wählen, obwohl hier gewiss in vielen Fällen von einer eigentlichen Entzündung nicht die Rede sein kann. So fanden wir vor einem halben Jahr gelegentlich der Exstirpation einer Hydrosalpinx auf dem Tumor selbst und überall auf der Beckenserosa eine Eruption von kleinen, weisslichen Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um kleinste Bindegewebsgeschwülste, um Fibrome handelte, ähnlich wie in einem Falle von Gusserow (l. c. S. 473). Ein anderer Fall, der im November v. J. zur Operation kam, mag hier auch kurz Erwähnung finden: Bei einer 55jährigen Frau war die Diagnose auf Ascites tuberculosus gestellt, und bei der Operation fanden wir auch das charakteristische Bild: freier Ascites, das Peritoneum, besonders die Parietalserosa allenthalben mit hirsegrossen grauen Knötchen besetzt, nirgends eine Organerkrankung. Die mikroskopische Untersuchung der ex-

cidirten Knötchen ergab zu unserer grossen Ueberraschung das Bild eines Carcinoms. Man könnte dies für einen der seltenen Fälle von primärer Carcinose des Bauchfells halten, da wie gesagt nirgends eine primäre Organerkrankung gefunden wurde und da auch jetzt noch — ich habe brieflich und mündlich Nachricht von der Patientin — nur der nach den Punctionen sich in immer kürzeren Intervallen wieder ansammelnde Ascites das Krankheitsbild beherrscht, doch soll das nicht mit Bestimmtheit behauptet werden. Ich wollte diese Fälle hier nur kurz zur Illustration anführen, dass man, auch wenn man die Laparotomie ausgeführt hat, oft erst nach der histologischen Untersuchung excidirter Stücke in der Lage ist, die Diagnose mit Sicherheit zu stellen.

Merkwürdig erscheint in vielen Operationsstatistiken das starke Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts, und ganz im Widerspruch stehen damit gewisse Sectionsstatistiken, aus denen ein überwiegendes Befallensein der Männer hervorzugehen scheint. So findet König²⁾ unter 131 operativ behandelten Fällen 120 Frauen und nur 11 Männer, während sich bei einer Zusammenstellung von 107 Sectionen 89 Männer und nur 18 Frauen fanden. Man hat natürlich nach Erklärungen für diese auffallende Thatsache gesucht und zum Theil darin zu finden geglaubt, dass der tuberkulöse Erkrankung des Peritoneums sehr häufig eine primäre Genitaltuberkulose speciell Tubentuberkulose zugrunde liege. Indessen kann dies doch nur bis zu einem gewissen Grade zugegeben werden, da nach einer grossen Zusammenstellung von Sick³⁾ aus den Hamburger Krankenanstalten über 2500 Sectionen nur in 26% die Bauchfelltuberkulose mit Tuberkulose der inneren Genitalien complicirt war, dagegen in 65% mit Darmtuberkulose. In der That neigen auch viele Autoren der Ansicht zu, dass der Darm die häufigste Eingangspforte für das tuberkulöse Virus darstellt. Andererseits erhellt auch aus einer Statistik von Heiberg,⁴⁾ dass die Urogenitaltuberkulose beim Mann noch etwas häufiger vorkommt als bei der Frau (unter 29 Fällen 16:13). Wir müssen also nach anderen Gründen suchen, und wenn ich auch nicht annehme, dass die Häufigkeit dieser Operationen bei Frauen der Häufigkeit diagnostischer Irrthümer der operirenden Gynäkologen entspricht, so glaube ich auf der anderen Seite doch, dass die Frauen mehr auf Veränderungen im Leibesumfang zu achten gewöhnt sind und entschieden deshalb oft früher, viel öfter in einem günstigen Zeitpunkt der Erkrankung zum Arzt kommen und dass sie sich ausserdem leichter zu einem operativen Eingriff entschliessen. Wenn Conitzer⁵⁾ auch bei Kindern unter 7 Fällen 5 bei Mädchen beobachtet hat, so sind diese Zahlen zu klein, um irgendwelche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen.

Nach König können alle Formen der Bauchfelltuberkulose durch die blosse Incision zur Heilung gebracht werden, sowohl die mit Ascites einhergehenden, wie die sogenannte „trockene“ oder adhäsive Form, als auch endlich die eiterige Form; er hat (und mit ihm auch andere) wenigstens bei allen Formen Heilungen beobachtet. Für die Prognose erscheint es aber doch wichtig, die einzelnen Arten, besonders gerade die ascitische und die trockene auseinanderzuhalten. Die Angaben der Autoren weisen in dieser Beziehung auch bemerkenswerthe Verschiedenheiten auf: Aldibert⁶⁾ berechnet so für die ascitische Form 35,4% Heilungen, für die trockene, adhäsive 80%, davon 50% definitiv, und auch Rörseh⁷⁾ kommt zu fast den gleichen Resultaten. In Deutschland dagegen wird entschieden mehr die mit Transsudat einhergehende Form, der eigentliche Ascites tuberculosus, als geeigneter und prognostisch

¹⁾ Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen gehaltenen Vortrage.

günstiger für die operative Behandlung angesehen (vergl. Helmrich⁸), wiewohl auch bei uns in einer Reihe von Veröffentlichungen Heilungen der trockenen Form constatirt wurden.

Da die Thatsache nun einmal feststand, dass der einfache Bauchschnitt in einer Reihe von Fällen genügte, die tuberkulöse Peritonitis zur definitiven Heilung zu bringen, ergab sich nun als weitere Aufgabe, die Ursachen dieser räthselhaften Heilwirkung zu erforschen. Da lag es zunächst nahe, an äussere Einflüsse zu denken; alles mögliche wurde auch in dieser Richtung herangezogen: der Einfluss antibacteriell wirksamer Substanzen, des Jodoforms, der Borsäure etc., der Luftcontact, der Einfluss des Sonnenlichts u. s. w. Ich will hier nicht näher darauf eingehen, nur soviel möchte ich erwähnen, dass, wie überall, auch hier diese verschiedenen Theorien verschiedene Modificationen in der Behandlung, ja ganz andere Behandlungsmethoden im Gefolge hatten. Ich erinnere vor allem an die bemerkenswerthen Versuche von v. Mosetig-Moorhof⁹, nach der Punction des Ascites durch das Einblasen von keimfreier Luft die Laparotomie zu ersetzen und die Erkrankung zur Heilung zu bringen, was ihm in zwei Fällen anscheinend gelungen ist. In gleicher Richtung bewegen sich die Versuche von W. Nolé¹⁰, der unter drei Fällen zwei genesen sah. Riva¹¹ empfiehlt nach der Punction apneumatische Auswaschungen der Bauchhöhle mit 8—10 l sterilen Wassers und will dabei elf Heilungen beobachtet haben. Ueberhaupt wird bei Franzosen und Italienern auch bei der Laparotomie nach dem Ablassen des Ascites auf eine ergiebige Ausspülung mit sterilem Wasser oder 3% Borsäurelösung anscheinend grosser Werth gelegt [vergl. Hartmann und Aldibert¹², Pinard und Kirmisson¹³, Raymond¹⁴, Nannotti und Baciocchi¹⁵]. Andere suchten die Ursache der Heilung mehr in Veränderungen, die durch den Eingriff am Peritoneum und im ganzen Organismus hervorgerufen werden. Ich werde auf diese Fragen noch kurz am Schlusse zurückkommen.

Natürlich war auch die Art und Weise, wie bei dem tuberkelbesäten Bauchfell die Restitutio ad integrum zustande kommt — denn eine solche ist durch Autopsie und bei Gelegenheit späterer Laparotomie zur Genüge nachgewiesen — der Gegenstand zahlreicher histologischer Untersuchungen. Bumm¹⁶ konnte bei einer zweiten Laparotomie nachweisen, dass die Umgebung der Tuberkelknötchen mit Rundzellen infiltrirt war und dass der Tuberkel selbst durch narbige Umwandlung des Gewebes zugrunde ging. Andere — Nannotti und Baciocchi (l. c), Kischewski¹⁷, Gatti¹⁸ — suchten auf dem Wege experimenteller Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und auch Hunden dieser Frage näherzutreten, doch sind diese meines Erachtens nicht ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen, da z. B. bei Meerschweinchen meines Wissens wenigstens gerade die ascitische Form der Peritonitis tuberculosa nicht vorkommt.

Nach alledem erschien es nicht ohne Interesse, wenn einmal das ziemlich reichhaltige Material, welches unserer Klinik in den letzten Jahren zu Gebote stand, mit zur Beantwortung der einen oder der anderen dieser Fragen herangezogen würde. Vier Fälle sind bereits von meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Löhlein — dem ich für die gütige Ueberlassung des Materials meinen besten Dank ausspreche — in einem Vortrag „Erfahrungen über den Bauchschnitt bei tuberkulöser Peritonitis“¹⁹, der im Jahre 1889 in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen gehalten wurde, angeführt worden; drei weitere wurden von Schreiber in seiner Dissertation „Ueber die Tuberkulose des Bauchfelles“²⁰ mitgetheilt, es sind inzwischen noch 11 Fälle hinzugekommen, so dass wir also im ganzen über 18 operativ behandelte Fälle verfügen. Es muss noch vorausgeschickt werden, dass in allen diesen Fällen die Incision erst dann gemacht wurde, nachdem entweder in der Klinik oder ausserhalb die übliche interne Therapie — Seifenumschläge, Diuretica etc. — vergeblich in Anwendung gekommen war. Mehrere Fälle — erst vor einigen Wochen wurde ein solcher entlassen —, bei denen auf die genannten Mittel ein deutlicher Rückgang des Ascites zu beobachten war, wurden selbstverständlich dem Bauchschnitt nicht unterworfen. Ich lasse die einzelnen Fälle kurz folgen:

Fall 1. Frau Sophie M., 43 Jahre, 1888 J.-No. 65.

Neun Geburten; seit einigen Monaten Empfindlichkeit und Anschwellung des Leibes.

9. Mai 1888 Incision. Klarer, freier Ascites (einige Liter); Knötchen-eruption auf dem Bauchfell, besonders nach dem Douglas. Nach glattem Verlauf 1. Juni 1888 entlassen. Nachweis von Tuberkelbacillen im Schnitt und durch Impfung.

Weiterer Verlauf: Nach zwei Monaten alte Ausdehnung des Leibes; soll bald darauf gestorben sein.

Fall 2. Frau Henriette K., 24 Jahre, 1888 J.-No. 134, 1889 J.-No. 75.

Zwei Geburten; seit 1/2 Jahr unbeholfen, Anschwellung des Leibes.

27. Juli 1888 erste Incision. Reichlicher, gelblicher Ascites, die ganze Serosa dicht mit Tuberkeln besetzt. — Glatter Verlauf.

9. December 1888 wieder vorgestellt. Wohlfinden; kein Ascites. Seit Januar 1889 sammelt sich wieder Ascites an, deshalb 22. März 1889 zweite Incision. Klarer Ascites, Befund wie bei der ersten Incision, besonders üppige Entwicklung der Knötchen an Tuben und Ovarien. Entlassen 10. April 1889. Kein Ascites nachweisbar. Nachweis von Tuberkelbacillen gelang nicht, dagegen typischer Bau des Tuberkels, Riesenzellen.

Weiterer Verlauf: Laut Nachricht vom 7. Juni 1894 von ihrem eigentlichen Leiden völlig befreit, bei stärkerer Anstrengung Schmerzen in der rechten Seite.

Fall 3. Marie F., 15 Jahre, 1889 J.-No. 26.

Seit kurzer Zeit Anschwellung des Abdomens bemerkt; wahrscheinlich linksseitige Ovarialcyste.

30. Januar 1889 Incision. Ascites saccatus, 2 l heller, seröser Flüssigkeit, Peritoneum dicht mit hirsekorngrossen, grauen Knötchen besetzt. Mikr.: typischer Bau.

Weiterer Verlauf: Es entwickelt sich im Verlauf der nächsten Monate eine abgesackte, eitrige Peritonitis, Lungenerscheinungen. Tod sechs Monate post operationem.

Fall 4. Karoline H., 17 Jahre, 1889 J.-No. 94.

Menses vom 13. bis 14. Jahr, von da ab ausgeblieben. Seit drei Monaten Zunahme des Leibes.

10. April 1889 Incision. Einige Liter grünlichklarer Flüssigkeit; Serosa überall besät mit hirsekorn- bis erbsengrossen Knötchen; Netz knollig verdickt. Nach reactionslosem Verlauf 27. April 1889 entlassen. Leibesumfang bereits wieder so gross wie vor der Operation. Weitere Nachrichten fehlen.

Fall 5. Frau Margarethe R., 28 Jahre, 1890 J.-No. 138.

Ein Partus vor sechs Jahren; seit einigen Wochen Dickerwerden des Leibes; vor acht Tagen draussen Punction.

10. Mai 1890 Incision. 5—6 l gelblicher Ascites; typisches Bild, Parietal- und Visceralserosa mit Knötchen besät, besonders nach dem Becken dicht entwickelt. Abtragung der rechten Anhänge, die vor allem ergriffen sind. Fieberhafter Verlauf. 17. Juni entlassen. In den Riesenzellen Tuberkelbacillen nachgewiesen. Tod sechs Wochen nach der Entlassung.

Fall 6. Katharine B., 60 Jahre, 1890 J.-No. 173.

Vier Partus, zwei Aborte; seit 2 1/2 Monaten Anschwellung des Leibes.

13. Juni 1890 Incision. Reichliche Menge von klarem Ascites entleert. Peritoneum parietale, Darm und Uterusadnexe mit Tuberkeln dicht besetzt; dicke Knollen im Mesenterium. Reactionslose Heilung, typischer Befund an den excidirten Knötchen. 2. Juli entlassen.

Weiterer Verlauf: Briefliche Mittheilung vom 8. Juni 1894: „Als ich von Giessen kam und war ein paar Tage hier, ging der Schnitt wieder auf, und ich musste zum Arzt gehen. Es dauerte zwei Monate, dann war ich vollends hergestellt, und seitdem ist von meinen früheren Beschwerden nichts mehr vorhanden. Ich zähle jetzt 64 Jahre und kann noch alle Hausarbeit verrichten.“

Fall 7. Christine H., 15 Jahre, 1890 J.-No. 190.

Seit Mitte April Anschwellung des Leibes, die mit Schmerzen einherging und rasch zunahm.

19. Juni 1890 Incision. Grosse Mengen klarer Flüssigkeit entleert; typische Veränderungen am Bauchfell. 6. Juli entlassen.

Weiterer Verlauf: Ein Jahr völlig gesund, Tod im November 1891 an Darmtuberkulose.

Fall 8. Frau Margarethe Sch., 42 Jahre, 1891 J.-No. 92.

Mutter an Phthise gestorben, zwei Geschwister an Bauchwassersucht. Seit einem Jahr Anschwellung des Leibes.

15. Juli 1890 ausserhalb Incision. Darnach Ascites rasch wieder-gekehrt.

18. März 1891 Incision. 10—12 l Ascites entleert; typisches Bild. Tuberkulininjectionen.

13. April entlassen. Ascites bis zum Nabel reichend. Bald darauf gestorben.

Fall 9. Marie M., 25 Jahre, 1891 J.-No. 109.

Menses in letzter Zeit etwas schwächer; seit acht Wochen Abmagerung bei gleichzeitiger Anschwellung des Leibes. Während der letzten Menses angeblich Zunahme des Leibesumfangs von 90 auf 100 cm, Leibesumfang 107 cm.

4. April 1891 Incision. 14 l grünlich-gelber Ascitesflüssigkeit, spec. Gewicht 1020. Serosa überall, besonders nach dem Becken zu mit grauweissen Knötchen besetzt. 19. April 1891 entlassen. Tod fünf Monate post operationem.

Fall 10. Anna S., 27 Jahre, 1891 J.-No. 176.

Vor vier Jahren Partus; vor einem Jahr Pleuritis. 22. Juni 1891 Leibesumfang 89. Ascites. Linke Tube geschwollen, rechte stärker verändert, knotig verdickt, rechtes Ovarium angelöthet im Douglas; Douglas'sche Falten mit Knötchenreihen besetzt. Salpingitis et Perisalpingitis tuberculosa.

1. Juli 1891 Laparotomie. Netz der Bauchwand adhären, in eine fingerdicke, knollige Masse verwandelt; Entleerung von 1 l grünlicher Ascitesflüssigkeit. Hochgradige Verwachsung der Beckenorgane, Serosa besonders um die Tuben überall mit Knoten und Knötchen besetzt; Exstirpation beider Tuben. Drainage im unteren Wundwinkel. Am ersten, zweiten und siebenten Abend 38,0°, sonst reactionsloser Verlauf.

28. Juli entlassen. Mikr.: Tuberkulose; Bacillen nicht nachgewiesen. Weiterer Verlauf (Polikl. J. 1894 203): Inzwischen verheirathet; vollkommenes Wohlbefinden, kein Ascites, rechts neben dem Uterus zwei kleine, wallnussgrosse Tumoren.

Fall 11. Frau Elisabeth H., 33 Jahre, 1891 J.-No. 274.

Vier Entbindungen, Menses in letzter Zeit schwächer, unregelmässig. Seit drei Monaten Stärkerwerden des Leibes. Mutter und Schwester an Phthise gestorben, ein Bruder lungenkrank. Leibesumfang 97. Knoten im Douglas, Schwellung beider Tuben. Ueber beiden Lungenspitzen Bronchialathmen und Knisterrasseln.

18. Juli Incision. Charakteristischer Befund, Drainage.

12. August entlassen. Leibesumfang 92 cm. Ascites wieder angesammelt.

Weiterer Verlauf: Am 8. Februar 1892 infolge ihres inneren Leidens gestorben.

Fall 12. Frau Katharine B., 44 Jahre, 1891 J.-No. 390.

Vier normale Partus; Menses früher regelmässig, in letzter Zeit schwächer. Diarrhöen, Vorfalbeschwerden. Ascites; linke Lungenspitze suspect. Prolapsus utriusque vaginae, Cysto- und Rectocele; Retroflexio uteri.

22. October 1891 Incision. Typischer Befund.

15. November entlassen. Unterer Wundwinkel nässt noch etwas.

Weiterer Verlauf: Vollständiges Wohlbefinden zwei Jahre lang, auch jetzt nur geringe Beschwerden, welche auf die zweimal überstandene Influenza zurückgeführt werden. (Briefliche Nachricht vom 10. Juni 1894.)

Fall 13. Frau Wilhelmine St., 56 Jahre, 1892 J.-No. 171.

Elf Partus; Cessatio mensium seit sechs Jahren. Seit December 1891 Dickerwerden des Leibes, Appetitlosigkeit, Diarrhöen. Ascites, leicht blutende Erosion der Portio.

11. April 1892 Incision. Eine Menge seröser Flüssigkeit wird entleert; Serosa besonders nach dem Becken mit hellgrauen bis linsengrossen Knötchen besetzt. Zwei Tage Drainage mit Jodoformgaze im unteren Wundwinkel.

Mikroskopische Untersuchung: 1) des Peritoneums: typischer Bau der Tuberkeln, Riesenzellen, Bacillen nicht gefunden; 2) eines aus der Portio excidirten Stückchens: Carcinoma incipiens.

1. Mai 1892 entlassen auf Wunsch. Ascites wieder angesammelt. Zur Totalexstirpation wiederbestellt, kommt aber erst am 18. Februar 1893 wieder zur Aufnahme. Mässiger Ascites, cancroide Papillengeschwulst. Da die Patientin die Totalexstirpation verweigert (die hier besonderes Interesse geboten hätte, vor allem für die Frage, ob auch eventuell durch eine Entleerung von der Scheide aus der tuberkulöse Ascites zur Ausheilung gebracht werden könnte), wird sie nach Hause entlassen, wo sie im Juli 1893 gestorben ist.

Fall 14. Frau Wilhelmine W., 24 Jahre, 1892 J.-No. 525.

Ein Partus; seit Juli Anschwellung des Leibes (angeblich inter menses entstanden). Leibesumfang 97 cm. Ascites, körnige Resistenzen im Douglas.

13. October 1892 Incision. Klarer Ascites, mehrere Liter, spec. Gewicht 1019. Peritoneum überall dicht mit grauweissen Knötchen besetzt.

Mikroskopische Untersuchung: typischer Bau, Riesenzellen, Bacillen nicht gefunden.

Entlassen 6. November. Kein Ascites.

Weiterer Verlauf: Im Januar 1894 stellt sich Patientin in blühender Gesundheit wieder vor; kein Ascites, völliges Wohlbefinden seit der Operation. Im Juni erhielt ich nochmals Nachricht, dass es ihr fortwährend ausgezeichnet gut geht.

Fall 15. Frau Katharine H., 48 Jahre, 1893 J.-No. 194.

Neun Partus. Seit November 1892 Zunahme des Leibes, Schmerzen, Appetitlosigkeit, Durchfälle, Husten. Aufnahme 21. April 1893. Lupus der linken Wange, linke Lungenspitze suspect. Leibesumfang 104 cm. Ascites, körnige Resistenzen an den Douglas'schen Falten. Rasche Zunahme des Ascites; 25. April Leibesumfang 107.

29. April 1893 Incision. 10 l hellgelbe, klare Ascitesflüssigkeit. Serosa überall mit grauen Knötchen besetzt. Excision des Lupus.

Nach glattem Verlauf 19. Mai entlassen. Dämpfung in den abhängigen Partien des Abdomens.

Weiterer Verlauf: Nach mündlicher Nachricht (Juni 1894) ist die Patientin zwar noch am Leben, aber in äusserst elendem Zustande.

Fall 16. Katharine H., 13 Jahre, 1893 J.-No. 249.

Vater an Lungenleiden gestorben, seit sieben Wochen Stärkerwerden des Leibes, in letzter Zeit rasche Zunahme. Keine Beschwerden. Schlecht genährt. Leibesumfang 70 cm. Ascites.

28. Mai 1893 Incision. Klarer Ascites. Peritoneum parietale, Darm, Uterus und Adnexe mit massenhaften hirsekorn- bis erbsengrossen Knötchen besetzt. Bei der Entlassung, 17. Juni, hatte sich bereits wieder etwas Ascites angesammelt.

Weiterer Verlauf: Tod 30. October 1893 „nach siebenmonatlichem Siechthum“.

Fall 17. Lina L., 20 Jahre, 1893 J.-No. 287.

Seit Ende April Anschwellung des Leibes. Abdomen = Grav. VII. mense, Ascites und Tumor ovarii (?) dextri.

10. Juni 1893 Laparotomie. Geringe Menge klarer Ascitesflüssigkeit; Peritoneum überall mit grauweisslichen Knötchen dicht besetzt. Ziemlich schwierige Exstirpation einer rechtsseitigen Ovarialcyste und einer Pyosalpinx dextra mit käsigem Inhalt. Die Reconvalescenz wird durch eine Pneumonie des linken Oberlappens und eine rechtsseitige Beckenzellgewebsentzündung gestört.

12. Juli entlassen. Guter Kräftezustand. Kein Ascites.

Mikroskopische Untersuchung (pathologisches Institut): Tubertuberkulose.

Weiterer Verlauf: Die Patientin hat sich ausgezeichnet erholt, stellt sich im Juni in der Poliklinik vor (P. J. 94/608): Blühendes Aussehen, kein Ascites, kleine Fadeneiterung im untersten Theil der Narbe; Residuen einer rechtsseitigen Parametritis.

Fall 18. Katharine W., 21 Jahre, 1894 J.-No. 261.

Seit einigen Wochen starke Anschwellung des Leibes ohne besondere Beschwerden. Sehr schlechter Ernährungszustand; Zeichen überstandener Scrophulose. Infiltration der rechten Lungenspitze. Ascites. Uterus tief gedrängt, körnige Resistenzen im Douglas.

2. Juni 1894 Incision. 6 l klarer, grünlicher Flüssigkeit, spec. Gewicht 1015. Ziemlich grosse, mehr solitäre Tuberkel auf der Darmserosa und Leberoberfläche; die Parietalserosa zeigt nur ganz vereinzelt kleine Knötchen. Im Douglas bis bohngrossen Excrescenzen. Rasche Wiederansammlung des Ascites.

18. Juni auf Wunsch entlassen. Kurz darauf zu Hause gestorben.

Endlich soll noch ein letzter Fall erwähnt werden, der allerdings erst vor einigen Wochen operirt wurde und deshalb für die Statistik nicht verwertbar ist, obwohl sich bis jetzt der Ascites nicht wieder angesammelt hat.

Frau Christine Sch., 44 Jahre. 1894 Journ.-No. 421. 9 Partus; seit einigen Monaten Anschwellung des Leibes, Rücken- und Leibscherzen.

22. August. Incision. Entleerung von 3 l klarer Ascitesflüssigkeit, Bauch- und Beckenserosa überall mit den charakteristischen Knötchen besetzt. Excision eines Stückchens.

Wunde per primam intentionem geheilt, marantische Thrombose der rechten Schenkelvene.

28. September. Entlassung. Kein Ascites nachweisbar, Leib flach, eingesunken. In Schnitten des Peritoneums gelang es, vereinzelte Tuberkelbacillen in den Riesenzellen nachzuweisen, dagegen blieb die Untersuchung des Ascites, den wir sedimentiren liessen, in dieser Beziehung erfolglos.

Wie aus der Beschreibung der Fälle ersichtlich, kamen nur ascitische Formen der Peritonitis tuberculosa zur Operation, und zwarschwankte die Menge der Flüssigkeit von 1—14 l, durchschnittlich wurden 5—6 l entleert. Es mag hier gleich hervorgehoben werden, dass der Ascites in 16 Fällen klar war, mitunter etwas grünlich gefärbt; in drei Fällen (8, 11 und 12) ist die Beschaffenheit nicht näher angegeben, doch kann man schon hieraus ersehen, dass die Angaben mehrerer Lehrbücher, wonach das Transsudat bei Peritonitis tuberculosa und, worauf ich noch später kommen werde, bei Carcinose des Peritoneums sehr häufig hämorrhagisch sein soll, wenigstens nicht in diesem Umfange zutrifft, also auch bei Probenpunctionen nicht besonders verwertbar sein dürfte. Bei Ovarialtumoren, besonders nach Stieldrehungen, findet man dagegen häufiger etwas blutig gefärbte Flüssigkeit.¹⁾ (Schluss folgt.)