II. Zur Laparotomie bei allgemeiner eiteriger Peritonitis.

Von Dr. R. Poelchen, Danzig.

Assistenzarzt der städtischen Krankenstation.

Das für den diesjährigen Chirurgen-Congress zur Discussion gestellte Thema über Laparotomie bei Bauchfellentzündungen u. s. w. veranlasst mich, vier Fälle von operativer Behandlung der diffusen eitrigen Bauchfellentzündung zu veröffentlichen. Von diesen sah ich 2 nur auf dem Sectionstisch, die beiden anderen hatte ich mit operirt resp. behandelt, von diesen starb einer 101 Tag nach der Operation, der andere wurde völlig geheilt.

Zuerst wenige Worte über die beiden Fälle, die ich zu seciren hatte, und zwar den ersten im April 1884; es handelte sich um eine Frau, bei der wegen unpassirbaren Geburtshindernisses — Geschwulst des rechten breiten Mutterbandes — die Embryotomie gemacht worden war. Bald nach der Entbindung stellte sich allgemeine Bauchfellentzündung ein, Patientin wurde laparotomirt, starb aber wenige Stunden nach der Operation.

Aus dem Sectionsbefunde theile ich Folgendes mit:

Unterhalb des Nabels eine 10 cm lange vernähte Hautwunde, seitlich von derselben ragt jederseits ein fingerdickes Drain aus den Bauchwandungen hervor. In der Scheide schmutziggraue Jauche. Das Netz, die Därme und das parietale Blatt des Bauchfells zeigen gelbe Faserstoffauflagerungen, im Netz und der Serosa einige Darmschlingen, entsprechend dem intraabdominellen Ende obengenannter Drains, Blutergüsse von geringer Dicke und

Ausdehnung. Zwischen den Darmschlingen und im kleinen Becken dicker, geruchloser Eiter. An Stelle des rechten Eierstockes eine geplatzte Cyste von Kindskopfgrosse, deren Inhalt aus Haaren und wenig weisslicher Schmiere besteht, am linken Eierstock eine gleiche, aber nur Hühnereigrosse, unverletzte Neubildung. Gebärmutter noch stark vergrössert, im status puerperalis, ihre Innenfläche zeigt einen fetzigen, jauchigen Belag. Die rechte Scheidenwand in grosser Ausdehnung brandig, mit Jauche durchtränkt. Die Gangrän reicht bis an den Bauchfellüberzug des Scheidengewölbes, und ist dort das Bauchfell graugrün verfärbt, leicht zerreisslich.

Es handelte sich hier also um eine wahrscheinlich durch die Geburt gesprengte Dermoidcyste, die ihren Inhalt theilweise in die Bauchhöhle ergossen, während durch die sehr protrahirte Entbindung (wahrscheinlich Druck des Schädels) die rechte Scheidenwand, die zwischen Cyste und Kopf zu liegen kam, nekrotisch resp. gangränös wurde und dadurch die schon mit dem Cysteninhalte überschwemmte Bauchhöhle inficirt wurde.

In dem zweiten Fall, ebenfalls eine Frau, fand sich die ganze Bauchhöhle ausgekleidet von einer krümligen, schmierigen Haut. Das rechte Ovarium ebenso wie im vorigen Fall fast ganz aufgegangen in eine Dermoidcyste, von der sich nur noch die eingerissene Wandung vorfand. Zwischen den Därmen hinter Leber und Milz in beiden Darmbeinschaufelgruben und im kleinen Becken sich fettig anführender Eiter. In beiden Hypochondrien und Fossae iliacae münden fingerdicke Drains, dieselben waren durch die Eingeweide völlig verlegt, so dass Eiter durch sie nicht abfliessen konnte.

Der dritte Fall kam im hiesigen Garnisonlazareth zur Beobachtung. Herr Stabsarzt Pieper schreibt darüber in seinem Stationsbericht über das Jahr 1883/84:

„Der Füsiliere Grenda war vom 17. Mai bis 16. August 1883 an allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung auf der inneren Station behandelt und einmal punctirt worden. Behufs Ausführung des Bauchschnittes wurde er am 16. August zur äusseren Station verlegt. Am Tage darauf, dem der Operation, zeigte sich die Gegend unterhalb des Nabels hervorgewölbt, mit gedämpftem Schall, undeutlich fluctuirend. Druck daselbst schmerzhaft. Eine Probepunction ergab Eiter. Rechts von der Linea alba, dicht unterhalb der Nabelhöhle beginnend, wurden die Bauchdecken durch einen 8 cm langen Schnitt durchtrennt. Es entleerte sich eine relativ geringe Menge geruchlosen Eiters. Durch den bis zur Wirbelsäule eingeführten Finger liessen sich nach beiden Seiten und unten hin vielfache Höhlungen zwischen den untereinander und mit der Bauchwand verwachsenen Därmen constatiren. Die Höhle wurde mit Sublimat ausgespült, drainirt, die Wunde theilweise vernäht, Jodoformgazeverband. Nach der Operation wurde Patient fieberfrei, war bei gutem Appetit und erholte sich sichtlich. Die Defäcation ging leicht von Statten. Am 6. Tage nach der Operation geringes Fieber, die Wundhöhle wird nochmals mit $\frac{1}{2}\%$ Sublimatlösung ausgespült. Die Untersuchung per anum ergiebt eine bedeutende Verengung des Mastdarmes wenige cm über dem After beginnend.

Einige Stunden nach dem Verbandwechsel heftige Kolikschmerzen und Durchfälle, wahrscheinlich in Folge von Sublimatvergiftung. Beides ist nach 24 Stunden verschwunden. Pat. fühlt sich wohl. Bei späterem Verbandwechsel wurde mit Thymol ausgespült. Allmählich traten Stuhlverstopfungen ein, die mit Eingiessungen erfolgreich bekämpft wurden. Am 30. October von Neuem Fieber mit Erbrechen. Pat. wird appetitlos. Die Wunde dauernd von gutem Aussehen, secernirt sehr wenig und hat sich bedeutend verkleinert. Das Erbrechen hält an. Am 16. November heftige Schmerzen im Verlauf des rechten Nervus ischiadicus. Am 17. November ödematöse Anschwellung an der innern Seite des rechten Oberschenkels, das rechte Bein wird im Knie gebeugt gehalten. Es stellt sich unter starkem Erbrechen und heftigem Singultus bald vorübergehender Collaps ein. Am nächsten Tage Oedem beider Beine und des Scrotums. Die Bauchdecken stark aufgetrieben und gespannt mit deutlich erweitertem Venennetz. Die Urinsecretion sehr vermindert. Pat. geniesst nur flüssige Nahrung, den Dickdarm passiren noch immer dünne Kothmassen in geringer Menge. Von Anfang Januar 1884 an lässt Pat. unter sich, liegt sich durch, kommt auf die Hängematte in's permanente Bad. Am 19. Januar plötzlicher Tod.“ — Bei der Section der Bauchhöhle — nur diese wurde gestattet — fand ich die Bauchwandungen überall mit den Eingeweiden verwachsen, zum Theil unlöslich. Zwischen dem Gekröse des Dünndarms und den Dünndarmschlingen selbst, die sich auf weite Strecken aus ihrem leicht zerreisslichen Peritonealüberzuge herausziehen liessen, zahlreiche Herde eingedickten Eiters. Die oben besprochene Operation hatte nur einen solchen Eiterherd zwischen den Darmschlingen eröffnet. In beiden Fossae iliacae faustgrosse Abscesse. Der Wurmfortsatz, als solcher kaum zu erkennen, und der Blinddarm sind von Eiter umspült. Beide Nieren stark hydronephrotisch. Beide Harnleiter durch Narbenstränge mehrfach eingeschnürt. Eine Perforationsöffnung liess sich im Darm bei seiner totalen Verwachsung und Zerbrechlichkeit trotz aller angewandten Mühe nicht sicher auffinden, doch sprach Manches für eine solche im Wurmfortsatz, wenigstens fanden sich hier die ältesten Veränderungen. Nach Ablösung der Bauchfellschwarte von der hinteren Bauchwand fanden sich beide Darmbeine, die untersten Lendenwirbel und ein grosser Theil der Innenfläche der Knochen des kleinen Beckens cariös, mit schmutzigrünem Eiter bedeckt. Die Arteria und Vena iliaca beiderseits, rechts mehr wie links, durch Narbenstränge des retroperitonealen Gewebes constringirt.

Den vierten Fall, der ausserordentlich glücklich verlief, will ich genauer beschreiben, zumal mir die Krankengeschichte zu Gebote steht:

Der Grenadier Johann Borcan, im Civilberuf Knecht, angeblich gesunder Eltern Kind, wird am 3. Februar 1885 in das hiesige Garnisonlazareth

aufgenommen. Seit 24 Stunden fühlt er sich krank, hatte Schmerzen an Brust und Bauch.

Stat. praes. Kleiner, kräftig gebauter, muskulöser Mann, nimmt fortwährend die linke Seitenlage ein, Zunge belegt, feucht, kein Appetit. Seit gestern einmal Stuhlgang. Brustkorb gut gebaut, Athmung gleichmässig, aber fast rein costal, Brustorgane anscheinend gesund. Bauchdecken wenig gewölbt, stark gespannt, bei Berührung schmerzhaft, besonders in der Ileocöcalgegend, dort die Bauchdecken auch anscheinend resistenter und gedämpften Schall gebend. Es wird die Diagnose auf „Blinddarmenzündung“ gestellt (Temperatur 39°, Puls 100, Resp. 44). In den nächsten beiden Tagen Durchfall; Abendtemperatur meist 40°, Klagen über Leibschmerzen. Am 6. Februar Harnblasengegend sehr druckempfindlich, Patient muss katheterisirt werden. Am 7. Februar Abfall der Morgentemperatur auf 37,8, starke Auftreibung des Leibes, an Stelle der Leberdämpfung Tympanie. In der Blinddarmgegend handgrosse Dämpfung; starke Athemnoth. 48, Resp., Puls klein, dicrot. Patient macht einen collabirten Eindruck, erholt sich aber nach einigen Stunden. Am Abend 30 Tropfen Tinct. opii. simpl., an den Tagen vorher 1 bis 2 cgr. Morph. innerlich. Eisblase auf den Leib. Am 8. Februar Morgens Tympanie geschwunden. Leib stärker aufgetrieben, aber wenig druckempfindlich. Stuhl dünn, ohne Blut und Eiter, Dämpfung in der Blinddarmgegend vergrössert. Temperatur Abends 38,9. Das Befinden des Patienten bleibt von jetzt ab ziemlich gleichmässig, es stellen sich Nachtschweisse ein. Die Nächte verbringt Patient meistens nach starken Dosen Opium schlafend. Am 25. Februar wird eine bis zur Nabelhöhe gehende Dämpfung mit horizontaler Begrenzungslinie constatirt. Der Kräftezustand nimmt allmählich ab. Eine Punction im Bereich der Dämpfung ergiebt geruchlosen Eiter.

1. März. M.-Temp. 37,4, Puls 116, Resp. 32, rein costal. Die Percussion des Bauches ergiebt bis zum Rippenbogen überall gleichmässige Dämpfung. Nach antiseptischer Reinigung der Bauchdecken wird von Herrn Oberstabsarzt Dr. Schneider, dem ordinirenden Arzte der Station, zwischen Nabel und Symphyse ein 7 cm langer Schnitt durch die Bauchdecken bis auf das Peritoneum gemacht. Bei Eröffnung des letzteren stürzt ein ca. 4 cm dicker Eiterstrahl, ca. 40 cm hoch aus der Bauchhöhle hervor. Der Eiter wird nur zum Theil aufgefangen, und beträgt seine Menge nach völliger Entleerung gegen 4 l. Es finden sich in ihm mehrere schwarze Blutgerinnsel. Während der Entleerung des Eiters lässt sich irgend eine Veränderung an Puls und Resp. des Chloroformirten nicht constatiren. Nachdem Pat. aus der Chloroformnarcose erwacht ist, begiebt er sich in Knieellenbogenlage, um den Eiter möglichst vollständig ausfliessen zu lassen. Vorher hatte ich nach Einführung der Hand in die Bauchhöhle Folgendes feststellen können:

Hinten auf der Wirbelsäule, bis zum Promontorium abwärts, finden sich die Därme, anscheinend völlig verklebt, vom Netz bedeckt. Beim Eingehen zwischen die Därme findet sich an der betreffenden Stelle kein Eiter. Im kleinen Becken ausser Blase und Mastdarm nur Eiter, kein Dünndarm. Zwischen Leber und Bauchwand ist deutlich ein luftgefüllter Darmstrang zu fühlen. Netz und Bauchfell überall mit leicht abkratzbaren Fibringerinnseln bedeckt.

Die Bauchhöhle wird nicht ausgespült, nicht drainirt. Ohne jede Naht liegen die Wundränder fest und dicht aneinander. Antiseptischer Verband mit Jodoformgaze und Carboljutekissen. Subjectives Befinden des Patienten nach dem Erwachen aus der Narcose ausgezeichnet.

Als ich denselben etwa 20 Minuten nach Anlegung des Verbandes wiedersah, fand ich ihn mit lautem Tracheal-Rasseln mühsam athmend im Bett. Sofort legte ich um den Verband eine fest zusammenschürrende Gummibinde. Bis gegen 6 Uhr Abends, fast 6 Stunden dauerten die Erscheinungen des Lungenödems, ohne dass irgend welche bedrohlichen Symptome von Herzschwäche zu constatiren gewesen wären. Abendtemperatur am Operationstage 37,7, Puls 80, Resp. zwischen 40 und 50.

2. März. M.-T. 38°, P. 96, R. 24. Patient fühlt sich wohl, in vergangener Nacht nach 0,02 Morph. ruhiger Schlaf. Gegen Morgen Schweiß. 2 breiige Stühle. Auswurf in den letzten 24 Stunden ca. 20 ccm, rein schleimig, kein Lungen-Oedem, Sputum. A.-T. 37,2°, P. 96, R. 24.

3. März. M.-T. 39,6°, P. 80, R. 24. In letzter Nacht anfangs Klagen über Leibschmerzen, darauf nach Morph. guter Schlaf. Seit gestern Morgen 2 dicke Stühle. Wenig Appetit. A.-T. 36,5°, P. 72, R. 20.

4. März. Patient ist fieberfrei. In den letzten 24 Stunden 3 dünne Stühle von brauner Farbe. Schlaf die ganze Nacht hindurch ungestört. Patient verlangt mehr zu essen. Verbandwechsel. Die Schnittwunde ist verklebt. Bauch nirgend druckempfindlich, stark eingezogen. Derselbe Verband. Patient bleibt 4 Stunden ausser Bett im Sessel. Bis zum 9. März geht Alles gut, Patient isst tüchtig und entleert täglich mehrere dünne Stühle. Am 10. März, Abends, plötzliche Temperatursteigerung auf 39°, am nächsten Morgen 37°. Verbandwechsel. Es findet sich nichts Besorgniserregendes. Bis zum 19. März fiebert Patient regelmässig, doch bleibt die Temperatur stets unter 39°. Vom 20. März ab höhere Abendtemperatur, zuweilen mit Frost und starkem Nachtschweiß. Vormittags fühlt sich Patient stets durchaus wohl.

Am 28. März entleert sich aus der Wunde auf Druck eine geringe Menge geruchlosen Eiters. Diese Eiterung dauert fort bis zum 1. April. Darauf schliesst sich die Fistel, um am 7. April, nachdem Patient über Schmerzen in der Unterbauchgegend geklagt, wieder reichlich Eiter zu entleeren.

Am 2. Mai entleert sich, nachdem Patient bis dahin fieberfrei gewesen, von Neuem eine besonders grosse Menge Eiters, den der Mann, der bei Tage stets ausser Bett ist und herumgeht, zugleich mit dem Urin in dünnem kräftigem Strahl hervorpressen kann. Darauf schliesst sich die Fistel dauernd.

Am 13. Juni wird Patient geheilt aus dem Garnisonlazareth entlassen.

Bei einer am 20. August desselben Jahres vorgenommenen Untersuchung konnte ich Folgendes constatiren:

Patient sieht wohl aus, ist gut genährt, will bei gutem Appetit nur immer wenig Nahrung zu sich nehmen können. Der Bauch ist etwas flach, dehnt sich bei der Einathmung wenig aus. Unterhalb des Nabels eine 5 cm lange, 1 cm breite Narbe, in der Umgebung derselben gedämpfter Schall. Bei der Palpation zeigen sich die Bauchdecken anscheinend abnorm resistent, Druck wird nirgend schmerzhaft empfunden. Borcan ist nicht ohne Sorge über seine Ernährung. Er wird Ende August als dienstuntauglich entlassen.

Klinisch interessant ist in diesem Falle noch das kurz nach der Operation sich einstellende Lungenödem, wofür ich folgende Erklärung richtig halte: Durch die mehrere Wochen lang bestehende intraabdominale Spannung war das Zwerchfell, stark nach oben gedrängt, stark gedehnt. Bei der plötzlichen Entleerung des Eiters aus der Bauchhöhle sank es herab, dadurch wurde die Brusthöhle vergrößert, die Lungen mussten sich ausdehnen. Da nun aber durch die lang bestehende Compression ihrer unteren Partien die Alveolen und feinsten Bronchialverzweigungen so fest verklebt waren, dass keine Luft in diese unteren Lungenstücke eindringen konnte, wurde Blut angesaugt, es transfundirte in die Luftwege und veranlasste die Erscheinungen des Lungenödems.

In jedem der 4 beschriebenen Fälle wurde die Laparotomie ausgeführt an einem Bauchfelle, welches in seinem anatomischen und physiologischen Verhalten so verändert war, dass es im Augenblick der Operation kaum noch als seröse, stark secernirende und resorbirende Haut aufgefasst werden konnte. In den 3 ersten Fällen handelte es sich um eine diffuse eitrige Peritonitis im weitesten Sinne des Wortes, d. h. das Peritoneum war in eine eiternde Fläche umgewandelt, von nahezu demselben Umfang wie die menschliche Oberhaut. Alle drei endeten tödlich; die beiden ersten trotz angewendeter aber mindestens wirkungsloser Drainage. Der dritte Fall lässt sich eigentlich kaum als Laparotomie auffassen; es handelte sich hier nur um die Entleerung eines intraabdominalen Abscesses, der durchzubrechen drohte, während soviel andere gleiche Eiterherde fortbestanden und durch allgemeine Hektik den letalen Ausgang herbeiführten. Der vierte, so glücklich verlaufene Fall steht dem dritten in ätiologischer Hinsicht wahrscheinlich sehr nahe; bei beiden handelt es sich wohl um primäre Typhlitis mit nachfolgender Perforation des Wurmfortsatzes. Bei dem Falle Borcan war von vorneherein das ganze therapeutische Bemühen darauf gerichtet, eine etwa durch Perforation entstehende Bauchfellentzündung möglichst zu localisiren. Vollständig gelang das leider nicht. Die Peritonitis wurde eine diffuse, ohne dass aber, wie ich wenigstens glaubte, sich zwischen den einzelnen Dünndarmschlingen, resp. dem Gekröse Eiter ansammelte, was meiner Ansicht nach eine Folge der Ruhigstellung des Darms durch Opiate und Eisblase war.

Der Eiter, der sich nach der Operation noch entleerte, stammte wohl aus dem kleinen Becken.

In den vier beschriebenen Fällen handelt es sich um eine wirkliche diffuse eiterige Bauchfellentzündung, und zwar fand sich I. in dem vierten Falle der Eiter nur in einer Höhle, die gebildet wurde von den Bauchdecken einerseits, den Baueingeweiden andererseits; hier war eine völlige Entleerung des Eiters durchaus möglich, und kann man von einer diffusen abgekapselten Peritonitis sprechen. Die Prognose dieser Laparotomie ist als eine bona zu bezeichnen. II. In den drei anderen Fällen fand sich Eiter auch zwischen den einzelnen Darmschlingen, die eiterige Peritonitis war also im weitesten Sinne des Wortes diffus. Eine völlige Entleerung des Eiters schien bei den zahlreichen, ziemlich festen Verwachsungen zwischen den Därmen kaum ausführbar. Die Prognose wird in allen solchen Fällen durchaus eine dubia sein.¹⁾ Wie sollen wir nun Fälle, die den unter I. genannten entsprechen, operiren und behandeln, vor Allem sollen wir ausspülen und drainiren oder nicht? Auf Grund des bisher vorliegenden Materials lässt sich hier eine entscheidende Antwort kaum geben. Von Ausspülen (bei grosser Bauchwunde) verspreche ich mir nur den Vortheil, dass dadurch der Eiter mit seinen Gerinnseln mechanisch leichter aus der Bauchhöhle entfernt werden kann. An eine wesentlich antiseptische oder gar desinficirende Wirkung der Spülflüssigkeit, welcher Art diese auch sei, kann ich nicht glauben. Man denke nur an die unzähligen Entzündung und Eiterung erregenden Mikroorganismen, die in den Abscessmembranen vegetiren. Die Ausspülungen sind aber auch gewiss nicht gefahrlos, sie verlängern die Operationsdauer, was auf jede Weise zu vermeiden ist. Darum würde ich mich auf Grund der fremden und eigenen Beobachtung wohl zu Austupfungen aber nie zu Ausspülungen in diesen Fällen entschliessen.

Anders steht es mit der Drainage. Ich hatte sie in unserm vierten Falle für völlig indicirt gehalten und habe meine dahin gehende Anschauung auch bei der Operation zur Geltung zu bringen

gesucht. Dass ich Recht hatte, beweist wohl der weitere Verlauf des Falles, wäre drainirt worden, so wären die wiederholten Eiteransammlungen wohl nicht vorgekommen. Ich würde hier eine dreifache Drainage des kleinen Beckens in diesem und gleichen Fällen für ausreichend erachten. Ein Rohr würde ich durch die Laparotomiewunde, die beiden andern jederseits durch die Regio inguinalis nach aussen führen, den Operirten möglichst aufrecht sitzen, ihn vom zweiten oder dritten Tage nach der Operation öfter in die Bauchlage bringen lassen.

Ganz anders steht es mit der Frage der Laparotomie in Fällen, wo erst vor ganz kurzer Zeit eine schädigende Wirkung auf das Bauchfell, sagen wir durch Perforation eines Eingeweidestückes stattgefunden hat, so dass eine wesentliche Alteration seines anatomischen und physiologischen Verhaltens noch nicht vorhanden. Da haben wir wiederum zu unterscheiden, ob

1. das schädigende Moment einen grossen Theil des Bauchfelles auf einmal trifft, oder

2. nur ein kleiner Theil desselben angegriffen ist.

Alle Perforationen des Magens, des Dünndarms, werden bei der lebhaften Peristaltik dieser Organe an ihrem langen Mesenterium leicht zu einem Verschmieren der *materia peccans* über grosse Flächen des Bauchfelles führen. Da erleben wir denn oft nach 1 bis 2 Stunden tödtlichen Ausgang, als dessen Grund Wegner und Grawitz eine „acute Septicämie“ annehmen, und die Koenig als „acute Form der peritonealen Septicämie“ bezeichnet. Haben wir einen solchen Fall vor uns und diagnosticirt, was leider oft genug seine grossen Schwierigkeiten hat, dann heisst es schnell die Bauchhöhle eröffnen und unter möglichster Desinfection des Peritoneums das Loch im Magen oder Darm schliessen. Wie aber in solchen Fällen wirksam Desinfection treiben? Das dürfte erst durch weitere Erfahrungen und Experimente entschieden werden.

Von einer Drainage bei diesen Fällen kann ich mir nichts versprechen. Die Drains würden, wie ich das am Leichentisch nach Operationen am weiblichen Genitalapparat stets gesehen habe, durch die beweglichen, zu Verklebung so sehr neigenden Därme sehr bald verschlossen werden. Wohl aber mag es sich empfehlen, von der Perforationsstelle ein Drain nach aussen zu führen, um bei nicht haltender Naht von Neuem austretende Ingesta nach aussen zu leiten, wie es Mikulicz vorschlägt.

Anders, sehr viel günstiger, liegt die Sache im II. Falle, wie sie sich z. B. nach Perforation des Wurmfortsatzes, der bei seinem kleinen Mesenterium eine geringe Peristaltik besitzt, öfter findet. Hier können wir die Hoffnung haben, dass bei geeigneter Behandlung die Entzündung resp. Eiterung eine umschriebene bleibt. Hier können wir oft warten, die Sache uns überlegen.

Es ist mehrfach die Frage der operativen Behandlung der Peritonitis so gestellt worden, ob man im sogenannten entzündlichen Stadium operiren soll oder erst später? Diese Fragestellung ist wohl im Allgemeinen nicht ganz richtig.

Nach den Untersuchungen von Wegner und Grawitz und vielen Befunden auf dem Sectionstisch kommt es in sehr vielen Fällen, in denen das Leben auf's Höchste gefährdet ist, garnicht zu einem entzündlichen Stadium. Ich erinnere da nur an das Platzen eines Geschwürs an der vorderen Magenwand bei stark gefülltem Magen.

Hier wirkt der ergossene Mageninhalt bei völlig erhaltener Resorptionsfähigkeit des Bauchfelles wie ein schnell tödtendes Gift; bei der Section findet man nichts von Peritonitis.

Darum meine ich, müssen wir in jedem betreffenden Falle fragen: wo ist die Quelle des Leben und Bauchfell gefährdenden Momentes zu suchen, was haben wir von dieser Intoxication unter Berücksichtigung der localen anatomischen und physiologischen Verhältnisse zu fürchten?

¹⁾ Krönlein hat in einem derartigen Falle die einzelnen Dünndarmschlingen trennen und den zwischen den Gekrösfalten angesammelten Eiter entleeren können. Der Fall verlief sehr günstig.