II. Ueber die Erfolge der chirurgischen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis und der peritonealen Sepsis.¹⁾

Von Dr. O. Witzel, Privatdocent für Chirurgie in Bonn.

Die chirurgische Behandlung der Gruppe von Krankheitszuständen, die wir unter dem Namen der diffusen Peritonitis zusammenzufassen pflegen, nimmt in den letzten Jahren in hervorragender Weise das Interesse der Aerzte in Anspruch. — Bei uns wurde zuerst durch Mikulicz auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg der Frage näher getreten in einem Vortrage, den wir Alle mit Freude und Gewinn gelesen und wiedergelesen haben. Bald darauf erschienen andere Publicationen; besonders betonte Krönlein in klarer Darstellung, dass es eine Forderung der Zeit sei, die jetzt herrschenden chirurgischen Principien auf die Erkrankungen der grössten Höhle des menschlichen Körpers zu übertragen. Eingehende Erörterungen, welche in den grossen Gesellschaften Englands und Frankreichs gepflogen wurden, zeugen von der Wichtigkeit, welche dem Gegenstande allseitig beigemessen wird. — Immerhin ist die Einzelerfahrung eine beschränkte; oft erst nach langem Zaudern, nach Erschöpfung des Kranken unter Anwendung anderer Methoden wird hier, wie beim Ileus, auf die chirurgische Hülfe recurriert, so dass bisher fast regelmässig unter sehr schlechten Aussichten operiert worden ist. Eine richtige Werthschätzung der mechanischen Therapie wird aber erst dann möglich, wenn es dem Chirurgen, wie bei der Diphtheritis, anheim gegeben sein wird, den richtigen Zeitpunkt zu wählen. Dann werden wir auch bald in der Lage sein, den zwingenden Zahlenbeweis für die Berechtigung unserer Bestrebungen zu erbringen. Vorläufig wäre es verfrüht, sogar ungerecht, aus der kleinen Zahl, zumal so ungleichartiger Erfahrungen, eine Statistik aufzustellen. Dieselbe würde nicht allzuglänzend ausfallen. — Zwar sind im Einzelnen schlagende Erfolge gemeldet worden; im Ganzen haben wir aber wohl Ursache, auf Mittel und Wege zum Besseren zu sinnen. Dies geschieht in erster Linie durch gewissenhaftes Studium der bisherigen Erfahrungen; zugleich ergibt es sich aber von selbst, den Thierversuch soweit als möglich zur Lösung schwebender Fragen heranzuziehen. — Bahnbrechend lagen vor die Untersuchungen von Wegner, durch welche wir in klarster Weise über die Transsudations- und Resorptionsverhältnisse des Bauchraumes belehrt wurden. Vom bacteriologischen Standpunkte weiter arbeitend, stellte vor einigen Jahren Grawitz Dinge fest, die besonders auf den Chirurgen geradezu verblüffend wirken mussten. Die gegen Grawitz neuerdings von Pawlowsky in einer vorläufigen Mittheilung erhobenen Bedenken scheinen mir einigermaassen zweifelhaft nach meinen eigenen zahlreichen Versuchen, bei denen ich allerdings besonders die Zwecke der Therapie im Auge hielt. — Aufgabe dieses Vortrages soll nun sein, mit Berücksichtigung des bisher Geleisteten die Erfolge zu beleuchten, welche durch die mechanisch-chirurgische Therapie der diffusen eitrigen Peritonitis und der intraperitonealen Jauchung erreicht worden sind.

Wenn wir an die Behandlung einer über das ganze Bauchfell verbreiteten Jauchung und Eiterung herangehen, dann ersteht vor Allem die Frage: bis zu welchem Grade ist es nöthig, bis zu welchem Grade möglich, den differenten Inhalt aus dem Bauchraume fort zu schaffen, wie geschieht das auf die schonendste Weise? — In dieser Hinsicht würde unser Mühen von vornherein aussichtslos sein, wenn der Erfolg davon abhinge, die eitrigen und jauchigen Producte bis auf die letzten Spuren zu tilgen. Das ist zum Glück nicht erforderlich. Schon lange sind die Fälle bekannt, in denen sich das Bauchfell selbst gegen höchst differente Substanzen auffallend tolerant erwiesen hat. Denken wir daran, wie oft der verletzte, mit Koth besudelte Darm dürrig genäht, kaum mit Wasser abgespült, reponiert wurde, ohne dass die Spur einer peritonealen Reaction erfolgte. Bekannt ist der glatte Verlauf von Ovariectomien, bei denen man nur nebenbei den Segen der Antisepsie einem Jauchungs- und Eiterungsprocess angeeignet liess. Auch bei den direkt zur Bekämpfung diffuser Peritonitis vorgenommenen Eingriffen, die von Erfolg gekrönt waren, lesen wir, dass die Säuberung gewöhnlich auf die Fortschaffung der Hauptmasse des Exsudates beschränkt blieb. — Trotzdem können wir zweifelsohne nicht genug thun behufs gründlicher Desinfection des Bauchraumes. Verschiedentlich ist eine breite Eröffnung und Auspackung der Intestina empfohlen worden, um mit einiger Sicherheit die im kleinen Becken, beiderseits neben der Wirbelsäule und zwischen den Eingeweiden angesammelten Secrete mit Schwämmen und Servietten aufnehmen zu können: Wir werden das Verfahren als zu gefährlich aufgeben müssen. Schon bei Laparotomien, die am kräftigen, sonst gesunden Individuum vorgenommen

werden, hat eine derartige Säuberung des Bauchraumes seine schweren Bedenken. Bei unseren stets geschwächten Kranken muss ein solcher Eingriff fast nothwendiger Weise zu einem jähen Collaps führen, selbst eine Mors in tabula in Folge Herzstillstandes durch reflectorische Vagusreizung ist zu befürchten, zumal Parchanoff gezeigt hat, dass dieser Reflex namentlich leicht vom entzündlich veränderten Darne ausgelöst wird. Ich selbst habe keines der Thiere, bei denen so vorgegangen wurde, erhalten können; sie verfielen sichtlich unter den Händen, während an den Eingeweiden gewischt wurde, und erholten sich nicht; oben drein musste ich mich bei der Section davon überzeugen, dass es doch nicht gelungen war, die eingespritzten Farbstofflösungen vollständig zu entfernen.

Aus gleichen Gründen ist zu verwerfen eine der Roser'schen Pleuraauswaschung ähnliche Methode, für welche obendrein die Abwesenheit von Verklebungen Vorbedingung ist. Nussbaum und Tait empfahlen, von einer medianen Oeffnung aus das Abdomen mit Flüssigkeit zu füllen und dann durch Umdrehen auszuschwenken. Macht man nun einen kleinen Schnitt, so läuft besonders bei geblähtem Darne nur wenig wieder heraus. Oeffnet man in grösserer Ausdehnung, dann fallen bei jeder Umwälzung die Intestina vor, und das Verfahren des Oeffnens wiederholt werden muss, so resultirt durch die Einpackungsmanipulationen ein Shok, welcher dem bei breiter Eröffnung und Eventration zu Stande kommenden mindestens gleich zu setzen ist.

Die Möglichkeit einer Durchspülung des ganzen Bauchraumes scheint bisher nur vereinzelt in Betracht gezogen worden zu sein. Auch meine diesbezüglichen Versuche fielen anfänglich sehr schlecht aus; der Leib der Thiere wurde trommelartig aufgetrieben, es floss wenig oder gar nichts aus dem Rohr ab, welches durch dieselbe Oeffnung eingebracht war. So schien mir denn doch eine rapide Auspackung mit nachfolgender Säuberung durch Abwischen und Bepulsen noch das Beste zu sein, bis ich in der Anlegung von mehreren kleinen Oeffnungen und in der Einführung langer Drainröhren nach verschiedenen Richtungen hin die Methode fand, den Bauchraum mit erwärmter physiologischer Kochsalzlösung, augenscheinlich ohne wesentliches Unbehagen der Thiere, selbst lange Zeit hindurch bis zu gründlicher Reinigung zu durchspülen, ohne einen schweren Collaps hervorzurufen. So hat denn Nussbaum doch vielleicht nicht so Unrecht, wenn er glaubt, dass wir bald soweit sein werden, bei schweren septischen Processen einen continuirlichen Wasserstrahl durch die Bauchhöhle gehen zu lassen, um von Minute zu Minute Alles zu entfernen, was durch Resorption vergiftend und schädlich wirken könnte.

Die Empfehlung einer bestimmten, bisher kaum geübten Art der Säuberung des Bauchraumes schliesst eine schwere Verantwortung in sich; ich habe gezögert, damit hervorzutreten. Nur schwer lässt sich experimentell eine eitrig-adhäsive Peritonitis erzeugen; es fehlte mir die eingehende Vorprüfung der Methode für die mit der Eiterung verbundenen schwierigen Verhältnisse. Um so angenehmer war es mir, die Leistungsfähigkeit derselben erprobt zu finden bei drei Fällen von eitrig-jauchiger Peritonitis, welche ich in diesen Ferien zur Operation bekam.

Zwei meiner Fälle waren complicirt. Ich habe bei bestehender diffuser Eiterung und intraperitonealer Gasaansammlung einem 9jährigen Kinde den an seiner Spitze perforirten Processus vermiformis theilweise abgetragen und vernäht. Die nachfolgende Säuberung der Bauchhöhle durch Auspülen gelang nach multipler Drainage von einer medianen und zwei seitlichen Incisionen sehr schnell und sicher. Das vorher gänzlich apathische, mit 40 kaum wahrnehmbaren Pulsen übernommene Kind schien sich zu erholen; es starb ganz unerwartet schnell in plötzlichem Collapse 15 Stunden nach der Operation. — Ein subacuter Ileus nach Massenreduction eines Schenkelbruches complicirte den einen anderen Fall. Der 61jährige Mann wurde erst am dritten Tage, augenscheinlich schon septisch, mit über 130 Pulsen zur Klinik gebracht. Nach Einnähung der theilweise stark veränderten Dünndarmschlinge habe ich in der gleich zu beschreibenden Weise das Abdomen drainirt und ausgespült, ohne jedoch den Tod länger als 24 Stunden hinausschieben zu können. — In dem dritten Falle kam es bloss auf die mechanische Säuberung des Bauchraumes an, er war also nicht complicirt; daher möchte ich an ihm das Verfahren kurz erläutern.

Es handelte sich um ein schwächliches Mädchen von 11 Jahren, welches ein Jahr zuvor eine Blinddarmentzündung überstanden hatte. Dasselbe erkrankte 4 Tage vor der Aufnahme, mit lebhaftem Schmerz im Unterleib rechts; hier wurde eine resistente Schwellung gefunden.

Ganz unvermittelt verbreitete sich am dritten Krankheitstage der Schmerz über den ganzen Leib; derselbe schwoll schnell an; der Puls stieg auf 140 und war anhaltend eben fühlbar; unter schnellem Kräfteverfall stellte sich solche Athemnoth ein, dass 24 Stunden nach der Katastrophe kaum eine Antwort von dem sonst so lebhaften Kinde zu erlangen war. — Wir stellten die Diagnose auf Perforation eines recidivirten paratyphlitisches Abscesses ohne Communication zwischen Dartractus und Bauchraum.

¹⁾ Vortrag, gehalten in der Section für Chirurgie der 61. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Das therapeutische Bestreben brauchte also bloss auf Entleerung des differenten Inhaltes zu gehen. Die Ausschaltung einer abnormen Communication nach dem Darne hin würde ich unter den schon ziemlich desolaten Verhältnissen nicht unternommen haben an dem zweifellos schon stark an Resorptionsvergiftung leidenden Kinde.

Eine schräg über die Coecalgegend geführte Incision entleerte nahezu $\frac{1}{2}$ l stinkenden, dicken Eiters aus einem intraperitonealen Abscesse, der besonders nach dem kleinen Becken hin sich erstreckte. Der Wurmfortsatz war durch Auseinanderziehen der Wundränder nicht sichtbar zu machen; dagegen drang jetzt von der Nabelgegend her eine stark injicirte, frisch mit Eiter beschlagene Darmschlinge vor, und ein leichter Druck liess vom Mesogastrium und vom rechten Hypochondrium her reichlich Eiter nachquellen. Die breite Communication nach dem freien Bauchraume hin war also unzweifelhaft. Ich legte nun einen kurzen Schnitt unter dem Nabel, einen weiteren in der linken Flanke an und drängte mit dem eingeführten Finger schonend die leicht verklebten Intestina allseitig auseinander; dabei quoll immer von Neuem übelriechender Eiter nach. Von jeder Oeffnung aus wurde ein langes fingerdickes Drainrohr bis auf den Grund des kleinen Beckens eingelegt, rechts und links wurde nach oben hin der Raum neben der Wirbelsäule drainirt und median ein Rohr unter die Leber gebracht, ferner wurde eine direkte Verbindung zwischen den 3 Oeffnungen quer durch den Bauchraum hergestellt.

20 Minuten nach Beginn der Narkose, welche nur in dieser Zeit eben bis zur Toleranz geführt wurde, waren die 8 Drainrohre fixirt; es konnte mit der Durchspülung begonnen werden, bei welcher die Irrigatorspitze abwechselnd in die verschiedenen Röhren eingebracht wurde.

5 Liter der auf Blutwärme gebrachten 0,6% Kochsalzlösung flossen noch schmutzig ab, die 3 folgenden förderten nur noch gelbe Flocken heraus, aus allen Röhren ergoss sich der Strom selbst bei geringer Druckhöhe so gleichmässig, dass wir es wohl wagen durften, 2 Liter einer ganz schwachen Salicyllösung durchzulassen, um schliesslich mit der gleichen Menge Kochsalzlösung nachzuspülen.

Die sorgliche Beobachtung zeigte hier, wie in den anderen Fällen, dass die Irrigation durchaus keine Aenderung des Allgemeinbefindens veranlasse. Mit einem einfachen Verbands wurde das Kind in das stark erwärmte Bett gebracht. Durch die leichte Narkose, den unvermeidlichen geringen Blutverlust und durch die übrigen Manipulationen war allerdings die Welle des Pulses so schwach, dass einige Aetherinjectionen zur Hebung der Herzaction indicirt erschienen. Bedeutend freier war entschieden die Respiration. 3 Stunden nach der Operation begrüsst mich das Kind ziemlich laut und sagte, es ginge ihm gut; die Wärterin klagte sogar über Unarten, welche die Kleine versuche. Der Zustand blieb auch weitere 10 Stunden noch ganz leidlich; dann verfiel aber das Kind ziemlich schnell und starb 18 Stunden nach der Operation unter den gewöhnlichen Erscheinungen der Sepsis.

Die mechanische Therapie war zur Verhütung der letzteren zu spät gekommen. Immerhin hatten wir bei der Section die Genugthuung, zu sehen, wie die Säuberung des Abdomens von flüssigem Exsudat und die Sauberhaltung vollkommen gelungen war, zwischen den Falten des Netzes und des Gekröses fanden sich noch einige gelbe Fibrinflocken; an der Unterfläche der Leber sass ein gelber Belag in mässiger Ausdehnung fest auf; — es ist das nebenbei die Partie des Bauchraumes, die bei allen Methoden am schwersten zu säubern ist. Im Bereiche des primären Abscesses war der Processus vermiformis der Beckenwandung adhären; in mittlerer Höhe desselben lag ein Kothstein über Kirschkerngrosse; aus der Spitze des in seiner unteren Hälfte erweiterten Fortsatzes quoll erst beim Anziehen die kleine Menge flüssigen Eiters, die überhaupt im Abdomen war. Eine grössere Oeffnung scheint zwischen dem Abscess und dem Darmanhange nicht bestanden zu haben.

Soviel von der Geschichte unserer jüngst beobachteten Fälle. — Die multiple Incision und Drainage mit nachfolgender Ausspülung des Bauchraumes scheint mir demnach Empfehlung zu verdienen da, wo eine möglichst exacte Säuberung des Bauchraumes von abnormem, flüssigem Inhalte erzielt werden soll. Bei genügender Sicherheit hat sie den grossen Vorzug einer Schonung, wie sie bei keiner anderen Methode besteht.

Bei den nicht zu Adhäsionen führenden Jauchungen legen wir zweckmässig Incisionen in der Mittellinie und besonders in den Flanken an, gerade gross genug, um die Application der Drains zu ermöglichen. Bei den diffusen Eiterungen ist eine vorsichtige digitale Lösung vorhandener Adhäsionen behufs Einlegung der langen Röhren erforderlich, die weitere Auseinanderdrängung können wir dem Flüssigkeitsstrom überlassen. Mit der Fortschaffung der Hauptmasse des differenten Inhaltes durch mehrfache Incision und Drainage können wir unter Umständen es zunächst bewenden lassen. Dieselbe führte sogar allein zum Ziele in einem von Trendelenburg operirten Falle, in dem es sich um die Entleerung des in den Bauchraum geflossenen Inhaltes eines pyonephritischen Sackes handelte. Wir sind ja in der Lage, die Ausspülung erst einige Stunden nach der Drainirung vorzunehmen, dieselbe zu wiederholen, wo es nöthig erscheint, um die Stagnation von Flüssigkeiten zu verhüten, deren Aufnahme über kurz oder lang durch Sepsis tödten würde.

Von besonderer Wichtigkeit scheint es mir, dass hier zunächst die Frage der mechanischen Säuberung des Bauchraumes besprochen wird; es ist das ein Angelpunkt für die künftigen Erfolge dieses

Theiles der chirurgischen Therapie. — Werfen wir nun einen kurzen Blick auf das bisher Erreichte!

Wie zu Anfang bemerkt wurde, sind die Resultate vorläufig nicht allzu glänzend, nicht 20%, vielleicht kaum 15% der Fälle sind glücklich verlaufen. Wenn wir nun gar hören, dass Schroeder, Czerny nur über Misserfolge berichten konnten, dann kommen die günstigen Ausgänge fast in die Beleuchtung des Zufalls. — Gehen wir nun den Gründen nach, welche so oft den berechtigten Eingriff scheitern liessen, so ergibt sich Folgendes.

Bis zu dem Zeitpunkte, in dem es auf die eine oder andere Weise gelingt, den Bauchraum zu reinigen, ist stets schon eine beträchtliche Menge toxischer Substanzen in die allgemeine Säftemasse übergegangen. Die Blutdissolution ist in einzelnen Fällen schon in tödtlichem Grade erfolgt und lässt an sich eine Erholung, selbst nach schonendem Eingriffe, nicht mehr zu. In anderen Fällen würde der Organismus mit der Bewältigung der Noxen noch recht gut fertig, wenn wir es bei der einfachen Säuberung des Abdomens bewenden lassen könnten, wenn wir nicht behufs Auffindung und Verstopfung der Infectionsquellen langdauernde Manipulationen mit den Eingeweiden vornehmen müssen. Hier führt eine Cumulation der vorhandenen Vergiftung und des operativen Shoks das letale Ende herbei. Derartige, besonders durch Perforation der Hohlorgane, zumal des Magens und Darms, complicirte Fälle bieten mithin selbst bei noch leidlichem Allgemeinbefinden schlechtere Aussichten als die in diesem Sinne nicht complicirten. — Eine künftige Statistik wird dem angedeuteten Unterschiede durchaus Rechnung zu tragen haben.

Weiterhin ist es eine dringende Forderung der klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen, der Ergebnisse experimenteller Untersuchungen, dass eine Unterscheidung festgehalten werde zwischen der Jauchung im Bauchraume, der peritonealen Sepsis — und der diffusen Gewebserkrankung des Bauchfells, der eigentlichen Peritonitis.

Für den Behandlungserfolg ist es eine ganz andere Sache, ob wir es zu thun haben mit der Massenentwicklung von eiweisspaltenden Pilzen in einem Bauchraume, dessen Transsudations- und Resorptionsverhältnisse im Uebrigen wenig oder gar nicht alterirt sind — oder mit dem Effect der weitverbreiteten Ansiedelung von Eiterung anregenden Coccen im Gewebe der Serosa. — Halten wir daran fest, dass im ersteren Falle — gleichwie bei der Jauchung grosser Gelenke — die Verderbniss der Säftemasse des Körpers viel rascher und stärker erfolgt als bei der diffusen Eiterung. — Bei der peritonealen Sepsis geht der physiologische Flüssigkeitsstrom weiter durch den grössten Lymphspalt des Körpers, anhaltend faulige Substanzen aus dem Bauchraume mitschwemmend. — Bei der eitrigen Peritonitis führt sicher schon frühzeitig die entzündliche Reaction im Gewebe des Bauchfells einen Verschluss der Lymphbahnen und somit einen Abschluss des Bauchraumes in sich herbei; die Resorption erfolgt dann, wie bei einem grossen Abscess, wesentlich durch die Blutgefässe auf dem viel langsameren Wege der Osmose. Bei der diffusen Peritonitis dürfen wir daher auch mit Vorsicht Antiseptica einbringen; bei der Jauchung führt ihr Gebrauch ausserordentlich leicht zur Intoxication.

In hohem Masse verderbliche Umstände treten somit zusammen, um von vornherein den Ausgang unserer Bestrebungen höchst zweifelhaft erscheinen zu lassen bei der peritonealen Sepsis. — Es sind das die Fälle, die in 24—48 Stunden tödtlich enden. Bei der Section findet man ausser einer starken Injection der oft enorm geblähten Darmschlingen nur eine geringe Menge stinkender, blutiger Flüssigkeit im Abdomen; oder es zischt bei der Oeffnung übelriechendes Gas aus, die Intestina sind bedeckt mit dem zersetzten Inhalte eröffneter Hohlorgane. — Die Fälle sind gegen früher selten geworden durch die primäre Antisepsis bei den Bauchoperationen; ein frühzeitiges energisches Vorgehen bei zufälligen Verletzungen wird eine weitere Besserung bringen. — Das ist auch dringend nöthig, denn die secundäre Antisepsis bietet nur wenig Hoffnung. — Einen Erfolg nach Laparotomien konnten Schroeder, Hegar und Kaltenbach, Olshausen nicht berichten. Martin spricht von einer nicht völligen Heilung einer Patientin aus der Praxis seines Vaters. Durch das Studium der Krankengeschichten habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass in dem oft citirten Falle von Köberlé, in den von Peaslee mitgetheilten eine diffuse Peritonealjauchung nicht vorlag. — Schlimmer steht es noch mit der secundären Antisepsis bei Jauchung im Anschluss an penetrirende Bauchwunden. Nach Laparotomien kann der Entschluss schon eher reifen, einen Theil der Incisionswunde behufs Drainage und Irrigation auseinander zu drängen. Voraussichtlich meist zu spät kommt unsere Hilfe, wenn nach zufälliger Verletzung der — selbst septischen Flüssigkeiten gegenüber — so prompt wirkende Aufsaugungsmechanismus erst soweit gestört ist, dass ein Erguss nachweisbar wird, und wenn der Bauch sich aufbläht durch die Paralyse der von faulender

Flüssigkeit umspülten Därme. Unter solchen Umständen einem Schussverletzten den Bauch breit aufzuschneiden, um ein verletztes Hohlorgan zu schliessen oder einzunähen, halte ich für unnütze Quälerei. Dagegen haben wir wohl stets die Verpflichtung, auf schonende Weise die Jauche zu entfernen; wir gewähren so dem Kranken noch Chancen, mögen sie auch ebenso minimal sein, wie die des Patienten mit brandigem Bruche, welcher operirt wird, während er schon an Allgemeinvergiftung leidet. Hier an der Grenze des chirurgischen Könnens stehend, würden wir dem Pharmakologen ausserordentlichen Dank wissen, der uns das Mittel gäbe, die resorbirten Ptomaine unschädlich zu machen. — Sie erkennen, dass unser Kampf gegen die peritoneale Sepsis vorläufig ein nahezu verzweifelter ist.

In besserer Lage sind wir gegenüber der Peritonitis. — Eine mehr oder weniger starke Allgemeinvergiftung kommt leider auch hier in Betracht. Der für unsere mechanische Therapie unerreichbare Factor bleibt von unheimlicher Bedeutung bei der combinirten Jauchung und Eiterung; er tritt noch wesentlich in Rechnung zu Beginn der rein eitrigen Bauchfellentzündung. Unberechenbar ist aber auf der anderen Seite die Widerstandsfähigkeit der verschiedenen Individuen, und es hat der Erfolg dahin entschieden, dass wir solche Kranke operiren müssen, selbst wenn sie 120 und mehr Pulse haben. Denn die Ausübung der localen Therapie kann zum guten Ende führen in den Fällen jauchig-eitriger Perforationsperitonitis, wo ausser der Säuberung des Bauchraumes die Ausschaltung einer Infectionsquelle erforderlich ist; mit relativ guten Aussichten dürfen wir sogar an die chirurgische Behandlung nicht complicirter diffuser Eiterungen herantreten, indem wir mit Vorsicht die sonst übliche Abscessbehandlung in's Werk setzen.

Die schönen Erfolge, welche bei eitrig-jauchiger Peritonitis besonders nach Magen- und Darmperforation durch Mikulicz, Krönlein, Lücke u. A. erzielt wurden, sind Ihnen bekannt; sonst kann ich auf die Mittheilung verweisen, welche Steintal auf dem letzten Chirurgen-Congress gab im Anschluss an die von Czerny operirten Fälle. Von Letzterem hörten wir auf der vorjährigen Versammlung beachtenswerthe Rathschläge, welche uns bei der Aufsuchung der abnormen Oeffnung leiten können. — Nach meinem Erachten wird man am Besten für die Säuberung des Bauchraumes zunächst nichts Besonderes thun, vielmehr vorab so schnell als möglich die Ausschaltung der Communication bewirken. Dann erst wird (event. unter digitaler Lösung der Verklebung) von verschiedenen Schnitten her drainirt; hierbei fliesst schon die Hauptmasse des Exsudates ab. Bei gutem Kräftezustande kann sofort irrigirt werden, sonst spülen wir erst später aus ohne Narkose, nach Hebung des Allgemeinbefindens. — Da wo der Zustand des Kranken die Aufsuchung der Perforationsöffnung überhaupt verbietet, geben wir wenigstens einige Chancen durch Incision und Drainage des Abdomens. Lücke hat gezeigt, dass auch allein hierdurch Heilung erzielt werden kann.

Bei der rein-eitrigen, nicht perforativen Peritonitis erfolgt meist schnell nach dem ersten, durch die intensive Reizung des Darmplexus bedingten Sturme ein Abschluss des Bauchraumes durch Verlegung der abführenden Lymphwege; wir haben es dann nur mit einem einfachen oder mit einem multiloculären Abscesse zu thun, dessen Abtheilungen jedoch nach Baur meist längere Zeit untereinander in Verbindung stehen. In früheren Zeiten griff man nur bei grossen Ansammlungen in relativ späten Stadien ein; man beschränkte sich darauf, den natürlichen Gang der Heilung zu beschleunigen; es wurde punctirt und wohl auch drainirt — und dennoch sind schon längst durch diese unvollkommene Methode Erfolge gewonnen worden. Heute ist es, wie Lawson Tait mit Recht betonte, Pflicht des Arztes, derartige Fälle nicht zum Aeussersten kommen zu lassen, ohne den Bauchraum zu öffnen und auszuwaschen. — Von guter Prognose erscheinen die Fälle sog. idiopathischer Peritonitis, in denen die Infection von einem alten Eiterherde während der Menstruation von den Tuben her erfolgte; auch die reine puerperale Peritonitis ist des Oefftern, jedenfalls viel häufiger als man glaubt, durch combinirte Behandlung des uterinen und des peritonealen Processes zur Heilung gebracht worden; bei der metastatischen puerperalen Pyämie gewährt die Entleerung eines massenhaften Exsudates wenigstens vorübergehende Erleichterung.

Ich bin am Schlusse meiner Uebersicht der Verhältnisse, welche bei diffusen Peritonealerkrankungen den Erfolg bald wahrscheinlich lassen, bald erschweren oder gänzlich ausschliessen. Dass hier ein dankbares Feld zu bearbeiten steht, erkennt ein Jeder, welcher sich mit dem Gegenstande befasst. Sonder Zweifel ist es von Bedeutung, dass die besten Vertreter der chirurgischen Wissenschaft mit ganz ungewöhnlicher Wärme für die Berechtigung und Nothwendigkeit der mechanischen Therapie eintraten, auch wenn sie nur Misserfolge zu verzeichnen hatten. Dieses Interesse für einen scheinbar verlorenen Posten findet seine Erklärung in dem tief-

empfundenen Wunsche, bei verzweifelter Krankheit unseren Mitmenschen Hülfe zu bringen. Möge dieser Wunsch durch unser gemeinsames Vorgehen bald der Erfüllung näher kommen.