II. Aus der medizinischen Klinik A. des Reichshospitals in Christiania.

Fall von anatomisch nachgewiesener Spontanheilung der tuberkulösen Peritonitis.

Von Dr. O. Borchgrevink.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Ansichten bezüglich der Prognose der tuberkulösen Peritonitis insofern in Umschwung begriffen sind, als man viel mehr als früher die Möglichkeit einer spontanen Heilbarkeit dieser bis vor anderthalb Jahrzehnt immer für tödlich gehaltenen Krankheit einräumt. Seitdem die Laparotomie ihre Heilungsmöglichkeit festgestellt hat, liegt nämlich kein Grund länger vor, die Diagnose tuberkulöser Peritonitis in den nur klinisch beobachteten Fällen aufzugeben, in welchen die krankhaften Erscheinungen verschwinden und eine vollständige Heilung eintritt. Ueber solche Fälle von spontan oder nach Punktion geheilter tuberkulöser Peritonitis kommen in der Litteratur der späteren Jahre mehrere Berichte vor.

Aber nicht allein auf diese Weise können wir uns von dem verhältnissmässig häufigen Vorkommen der heilenden Fälle von Bauchfelltuberkulose überzeugen. Untersuchen wir nämlich alle serösen Peritonitiden genau auf Tuberkulose, z. B. auch durch Impfung des Exsudates auf Meerschweinchen — meiner Erfahrung nach das zuverlässigste Mittel, welches wir heutzutage zur Feststellung des tuberkulösen Charakters der Krankheit besitzen — so werden wir einerseits finden, dass ganz gutartig erscheinende Fälle thatsächlich tuberkulös sein können, andererseits, dass nicht allein leichte, sondern manchmal auch schwerere Fälle von tuberkulöser Peritonitis schliesslich in Heilung übergehen. Im ganzen springt es nach experimenteller Feststellung der Diagnose in die Augen, dass die Prognose der tuberkulösen Bauchfellentzündung in Bezug auf Spontanheilung sich in der That günstiger gestaltet, als selbst die veränderten, etwas mehr optimistischen Anschauungen des heutigen Tages zugeben. Persönlich bin ich durch meine Untersuchungen über diesen Gegenstand¹⁾ davon überzeugt worden, dass eine spärliche Tuberkelaussaat auf das Bauchfell bei relativ kräftigen Personen eine leichte und rasch heilende Erkrankung hervorruft, während sie bei Tuberkulösen kein entscheidendes Plus der Krankheit zuzuführen braucht, ferner, dass die tuberkulöse Peritonitis bloss bei einer quantitativ (vielleicht auch qualitativ) heftigen Infektion des Bauchfells oder bei geringer Widerstandsfähigkeit des Kranken oder aber bei Zusammenwirken dieser beiden Momente zum Tode führt.

Bei günstigen Verhältnissen vollzieht sich dagegen die Heilung der Bauchfelltuberkel in kürzerer oder längerer Zeit, auch in Fällen, wo die Tuberkulose eine Lebercirrhose mit Fortdauer des

peritonealen Exsudates hervorgerufen hat. Tritt dann der Tod an irgend einer interkurrenten Ursache ein, so findet man in den Entzündungsprodukten in und auf dem Bauchfelle keine Spuren mehr davon, dass diese ihre Entstehung der Tuberkulose verdanken. Höchstens gelingt es noch, je nach den Umständen und dem nach der Heilung verlaufenen Zeitraum, die Reste der Tuberkulose in dem ursprünglichen Infektionsheerde oder in den weniger regenerationsfähigen Nachbarorganen des Bauchfells zu entdecken. Als solche sekundären Ablagerungsstellen der Tuberkulose kommen zunächst die Schleimhäute des Darmtractus oder der weiblichen Geschlechtsorgane in Betracht. Zu den retroperitonealen Lymphdrüsen findet dagegen der Tuberkelbacillus von dem Bauchfell her lange nicht so leicht den Weg, als man denken sollte.

Dass die tuberkulöse Peritonitis mitunter von selbst heilen kann, wird wohl jetzt im allgemeinen angenommen; die Litteratur besitzt bisher aber kein Beispiel von dem anatomischen Nachweise dieser Spontanheilung, und die Veröffentlichung nachstehenden Falles erscheint somit gerechtfertigt. Für die Gelegenheit zur Untersuchung desselben spreche ich Herrn Professor Laache meinen verbindlichsten Dank aus.

Constance P.,¹⁾ 16 Jahre alt, Arbeiterstochter aus Langesund, wurde am 20. September 1897 unter der Diagnose Ascites in die medizinische Klinik A. des Reichshospitals zu Christiania aufgenommen, am 9. November ungeheilt entlassen.

Die Anamnese ergibt, dass die Eltern und sieben Geschwister leben und gesund sind. In der Familie ist nichts von Tuberkulose bekannt.

Patientin soll, abgesehen von Masern im zweiten Lebensjahre, nie krank gewesen sein, als sie Juni 1896 wahrscheinlich an Erythema nodosum erkrankte; sie erholte sich aber bald, bemerkte besonders nach wie vor keinen Gelenkrheumatismus, war überhaupt bis September desselben Jahres ganz gesund. Nach der Aussage des Arztes stellte sich zu dieser Zeit eine mit reichlicher Exsudation und geringem, bald nachlassendem Fieber einhergehende Herzbeutelentzündung ein. Patientin lag drei Wochen lang zu Bett und war lange nachher matt und appetitlos, fühlte sich aber später während zweier Monate ganz wohl. Dezember 1896 fingen die Füße Abends zu schwellen an. Im Februar 1897 stieg die Anschwellung allmählich höher, und im Monat März wies der Arzt eine Flüssigkeitsansammlung im Unterleibe nach. Dabei waren indessen das Allgemeinbefinden und der Appetit ungestört, nur wurden körperliche Bewegungen anstrengender, aber Patientin ging dennoch immer ihrer Arbeit nach. Juni 1897 wurden durch eine Punctio abdominis 11 Liter gelbgrünlicher Flüssigkeit entleert. Der Unterleib begann indessen bald darauf wieder anzuschwellen, und der Unterleibsumfang hat später allmählich zugenommen. Patientin war nie katarrhalisch disponirt und war auch bei Erkältungen wenig zum Husten geneigt, hat speziell während der Krankheit nicht gehustet. Das in den letzten Monaten ab und zu etwas spärliche Harnlassen war nie schmerzhaft, der Stuhlgang meistens regelmässig, mitunter häufig, drei- bis viermal täglich. Menses sind noch nicht eingetreten.

Status präsens: Etwas blasses, aber gesund aussehendes und gut genährtes Mädchen. Ziemlich starkes Oedem der unteren Extremitäten. Der Unterleib ist durch einen leicht beweglichen Erguss stark und gleichmässig ausgedehnt; Umfang in Nabelhöhe 107 cm. Von 4 cm oberhalb des Nabels bis zum Schwertfortsatz zwischen den Mammillarlinien tympanitischer, sonst überall gedämpfter Schall. Deutliche Fluktuation. Der Unterleib ist nirgends auf Druck empfindlich. Herzdämpfung und Spitzenstoss sind kaum wahrnehmbar; die Töne rein. Lungen-Lebergrenze auf der sechsten Rippe. Die Leberdämpfung reicht in der Mammillarlinie bis zum Rippenbogenrand. Die Lungenverhältnisse bis auf Abschwächung des Athmens und Reibegeräusche rechts an der Lungenbasis normal. Der Harn eiweissfrei.

18. Oktober. Schmerzlos, Appetit gut. Der Unterleibsumfang hat während der Bettlägrigkeit im Krankenhaus etwas abgenommen, misst heute 95 cm. Bei der heute gemachten Punktion entleerten sich 5800 ccm grüngelber, etwas getrüübter Flüssigkeit, worauf der Unterleibsumfang auf 77 cm abnahm.

26. Oktober. Der Umfang des Unterleibes hat wieder zugenommen, beträgt jetzt 84 cm. Bei horizontaler Rückenlage reicht in der mittleren Partie der tympanitische Perkussionsschall bis ausserhalb der Mammillarlinien und 6 cm abwärts vom Nabel.

9. November. Patientin ist während des Spitalaufenthalts immer fieberlos gewesen. Aussehen, Allgemeinbefinden und Appetit unverändert gut. Die Oedeme verschwunden. Unterleibsumfang 95,5 cm. Auf Wunsch entlassen.

Untersuchungsergebnisse: Spezifisches Gewicht des Exsudates bei 18° C 1021, Eiweissgehalt (durch Feststellung der absoluten Menge nach Kjeldahl bestimmt) 4,8%. Zehn mit dem Exsudate ge-

¹⁾ Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Bauchfelltuberkulose, Fall 27.

¹⁾ Vergl.: Zur Kritik der Laparotomie bei der serösen Bauchfellentzündung. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. VI, Heft 3, 1900, und: Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Bauchfelltuberkulose. Bibliotheca Medica E, Heft 4, Stuttgart 1901.

impfte Agar- und Bouillonröhrchen blieben nach achttägigem Stehen im Brutofen steril.

Von zwei Meerschweinchen, die mit gleichen Theilen des halbflüssigen Bodensatzes von 75 ccm zentrifugirten Exsudates am 18. November 1897 intraperitoneal geimpft wurden, starb das eine 109 Tage nach der Impfung; die Sektion ergab eine gewöhnliche Impftuberkulose. Das andere Meerschweinchen starb am 28. Februar 1898, nach 132 Tagen, mit Tuberkulose aller Organe. Am rechten Rande des Processus xiphoideus ein erbsengrosser, central verkäster Heerd, in dessen Inhalt Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden. In Schnittpräparaten der stark vergrößerten Milz zahlreiche, zum Theil Bazillen enthaltende Riesenzelltuberkel.

Zum Theil von der Patientin selbst, zum Theil von dem Arzt Dr. Bentzen, dessen collegiale Dienstfertigkeit mich zum besonderen Dank verpflichtet, wurde ich später von ihrem Befinden regelmässig unterrichtet.

März 1898 theilte der Arzt mit, der Unterleib habe sich allmählich vergrößert, Umfang 106 cm. Kein Fieber, der Appetit gut. Aussehen und Befinden leidlich gut.

Juni 1898: Im April und Mai ist eine „erstaunliche“ Besserung eingetreten. Der Bauchumfang ist rasch von 106 bis 84 cm abgeschwollen; jetzt keine nachweisbare Flüssigkeit im Abdomen. Allgemeinbefinden und Appetit sehr gut; Patientin macht jetzt ganz weite Spaziergänge.

1. Oktober 1898: Vollständiges Wohlbefinden. Körpergewicht am 24. Juli 55 kg, am 25. September 60,4 kg.

25. Dezember schreibt Patientin: Ich bin in jeder Beziehung wohl, esse und schlafe besser als je, meine Kräfte sind gut. Körpergewicht jetzt 64 kg.

25. April 1900 berichtet ihr Arzt: Patientin machte während der grossen Epidemie im vergangenen Winter eine schwere Influenza durch, während welcher mehrmals drohende Erscheinungen von Herzschwäche auftraten, sie erholte sich aber rasch. Es fehlte ihr immer noch an Kräften, sie kann wegen Kurzatmigkeit nur leichtere Arbeiten ausführen.

Nach dem Bericht des Arztes vom August 1900 ist Patientin immer kräftiger geworden und ist jetzt stets arbeitsfähig. Seitens des Unterleibes hatte sie in den letzten zwei Jahren keine Beschwerden.

April 1901 bekam ich die Nachricht, dass Patientin nach kurzer Krankheit gestorben war. Von den Erscheinungen sei nach der Mittheilung des Arztes folgendes erwähnt:

Am 20. März 1901 erkrankte Patientin plötzlich mit Erbrechen und bedeutender Kurzatmigkeit; Fieber war nach Angabe des Arztes nicht vorhanden. Bald traten Cyanose und beiderseits reichliche feuchte Rasselgeräusche, besonders über den oberen Lungenabschnitten, auf, mit schleimig-schaumigem Auswurf. Der Puls war schon von Anfang an sehr klein, frequent und unregelmässig und wurde allmählich immer kleiner. Nach raschem Verfall der Kräfte und allmählich sich entwickelnden Oedemen der unteren Extremitäten trat Exitus am 2. April ein.

Am 5. April machte ich, assistirt von dem behandelnden Arzte Dr. Bentzen, die Sektion.

Leiche ziemlich abgemagert, untere Extremitäten mässig angeschwollen.

Brusthöhle: Reichliches fibröses Gewebe erfüllt das ganze Mediastinum anticum und vereinigt die beiden Lungen mit einander und mit dem Herzbeutel.

Die linke Lunge lässt sich jedoch ziemlich leicht herauslösen. In dem linken Pleurasack etwa zwei Liter fast klarer Flüssigkeit. Im Bereich des emphysematösen und mit schaumiger Flüssigkeit erfüllten Oberlappens sind die nicht verdickten Brustfellblätter verlöthet, der Unterlappen ist grösstentheils comprimirt und luftleer.

Der rechte Pleurasack enthält ca. 500 ccm einer mit weisslich gelben, gallertartigen Massen vermischten Flüssigkeit. Die Lunge ist mit dem Herzbeutel und Zwerchfell und dieses mit der Leber so fest verwachsen, dass diese Organe zusammen herausgelöst werden müssen. Erst nach mühsamer Dissektion gelingt es, die Organe von einander zu trennen.

Die rechte Lunge ist von einer 0,5–1 cm dicken, derben bindegewebigen Schwarte umgeben und durch diese stark comprimirt. An der Basis findet sich etwas lufthaltiges und blutreiches Lungengewebe; die mittlere Partie der Lunge bildet dagegen einen luftleeren, schwierigen Strang von etwa 4 cm Querschnitt; der ödematöse Apex theil des Oberlappens ist, wenn auch stark verkleinert, die am wenigsten veränderte Partie der Lunge.

In keiner der Lungenspitzen narbige Schwielen oder Kalkconkremente; überhaupt bieten weder das Lungengewebe und die Bronchien noch das Brustfell etwas Tuberkulöses oder auf Tuberkulose Verdächtiges dar.

Die bei der Herausnahme der beiden Lungen zugänglich gewordenen Hilus- und Bronchialdrüsen sind nicht angeschwollen und anscheinend normal; nur fand sich im Centrum zweier bohnengrossen Drüsen ein kleines Kalkconcrement. Bei dem Herauspräpariren des Herzbeutels stösst man indessen über der linken Auricula cordis auf

eine in dem hier stark verdickten Pericardium gelagerte nussgrosse Bronchialdrüse, welche eine in einer ganz dünnen Schale von Drüsengewebe eingeschlossene, zum Theil verkalkte, käsige Masse enthält.

Herz bedeutend dilatirt und bis zu etwa dem zweifachen Umfange der geballten Faust der Leiche vergrößert. Die Dicke der muskulösen Wand des linken Ventrikels 10–12 mm, die des rechten 4–5 mm. Die Muskulatur des Herzens, sowohl des linken wie auch des rechten Ventrikels ist derb, von graubrauner Farbe. Die Klappen und Ostien bieten keine Abnormität dar.

Die Herzbeutelblätter sind in toto verwachsen und bilden zusammen eine sehnige, narbige Schicht, deren Dicke von 3–12 mm variirt. An der Herzbasis, namentlich in der Umgebung der hier eingelagerten Bronchialdrüse, erreicht sie ihre grösste Stärke. 1–2 cm von der Bronchialdrüse entfernt, in der Richtung gegen die Herzspitze befindet sich zwischen der wenig verdickten viszeralen und der schwierigen Schicht des parietalen Herzbeutelblattes eine Reihe von zum Theil verkalkten, zum Theil käsigen Heerden.

Mikroskopische Untersuchung ergibt, dass ein mit schwarzen Pigmentstreifen stark durchsetztes Granulationsgewebe sich von der degenerirten Bronchialdrüse gegen die erwähnten Kalkheerde im Pericardium erstreckt. Rings um letztere herum finden sich einige im Centrum verkäste Riesenzelltuberkel; anderswo lassen sich aber Tuberkel weder in dem schwierigen und zellenarmen Bindegewebe des Herzbeutels noch in der von demselben umgebenen Bronchialdrüse nachweisen.

Das sehnig verdickte Brustfell der rechten Lunge zeigt sich mikroskopisch ebenso als eine Bindegewebsschwarte ohne Tuberkel.

Die Eröffnung der Bauchhöhle enthüllt das typische Bild einer chronischen Peritonitis:

Das sehr ungleichmässig verdickte Omentum majus bildet ein aus schwierigen Balken bestehendes Netz, das sich von dem Quercolon etwa 7 cm abwärts erstreckt; es ist zum Theil mit der Bauchwand, zum Theil mit den Därmen hie und da verwachsen.

Von dem ca. 3 mm dicken, weisslichen, sehnig aussehenden parietalen Bauchfell laufen zahlreiche strang- und bandartige Adhäsionen auf die Därme hinüber; ähnliche Verwachsungen finden sich in grosser Anzahl auch zwischen den Darmschlingen; letztere lassen sich indessen überall ohne besondere Mühe und ohne Zerreiassung der Darmwand von einander lösen; am festesten sind Därme und Ventrikel mit der Leber vereinigt. Ausserhalb der Verwachsungen sind sowohl die freien Oberflächen des parietalen Bauchfells wie auch der Peritonealüberzug der Därme glatt und spiegelnd. Das stark verdickte und strahlige Gekröse ist durch narbige Stränge stellenweise etwas verkürzt.

Die Leberkapsel ist besonders auf der Zwerchfellfläche der Leber bedeutend verdickt und sehnig weiss; sie bildet mit dem Zwerchfell und der entsprechenden Pleura eine derbe, schwierige Masse. Die Leber, eine atrophische Muskatnussleber, ist, wie die mikroskopische Untersuchung ergibt, besonders in ihren oberflächlichen Schichten unregelmässig durch Bindegewebszüge durchsetzt; diese strahlen von der Kapsel aus und verlieren sich im allgemeinen bald in dem Lebergewebe.

Die mit der Leber sonst so fest verwachsenen Därme lassen sich von der Gallenblase leicht lösen; diese enthält wenig flüssige Galle, aber keine Gallensteine und zeigt keine Spuren einer Erkrankung; Ductus cysticus und choledochus wegsam.

Die Milz weich, von Chokoladenfarbe, etwas vergrößert; ihre etwa 0,5 cm dicke Kapsel derb, knorpelig.

Die Nieren sind zum Theil mit dem verdickten Bauchfell verwachsen; die Kapsel leicht löslich. Das Gewebe anämisch, normal gezeichnet. Die Nebennieren sind nicht krankhaft entartet; die Harnleiter und die Harnblase normal.

Die Schleimhaut des Magendarmkanals zeigt keine Geschwüre oder Narben und keine Schwellung der Follikel. Der Processus vermiformis normal.

Die Mesenterialdrüsen sind nicht angeschwollen und nicht nachweisbar krankhaft entartet.

Tuberkel, käsige oder verkalkte Ablagerungen kommen weder auf dem Bauchfell noch in dem Netz vor, ebenso wenig wie in den verdickten Kapseln der Leber und Milz. Die einzigen Zeichen der früher vorhandenen Tuberkulose der Bauchhöhle sind die bindegewebigen Verwachsungen und die Verdickung des Bauchfells.

Auch liessen sich nicht Tuberkel nachweisen in den zahlreichen angefertigten mikroskopischen Präparaten von dem Netz, dem parietalen und viszeralen Bauchfell und der Leberkapsel; überall dasselbe Bild eines zellenarmen fibrösen Bindegewebes. Die mikroskopisch untersuchten Mesenterialdrüsen zeigen auch bis auf partielle hyaline Degeneration einiger Follikel nur normales Drüsengewebe.

Eine Pseudomembran bedeckt die Ovarien und Tuben, und, indem sie die Fimbrien einhüllt, verschliesst sie beiderseits das abdominale Tubenostium ganz und gar. Die Tuben sind von normaler Dicke und Gestalt; ihr Lumen ist stellenweise obliterirt, an anderen Stellen offen und enthält hier wenig Schleim, aber keinen käsigen Detritus;

die blasse Schleimhaut erscheint sulzig angeschwollen, aber nicht geschwürrig. Das uterine Ostium ist beiderseits für die feinste Sonde undurchgängig. Die Gebärmutter klein, die Schleimhaut zeigt die gewöhnlichen Erscheinungen eines chronischen Katarrhs.

In mikroskopischen Schnitten von beiden Tuben findet man in der zum Theil entzündlich verdickten Schleimhaut hie und da einige Riesenzellentuberkel mit käsigem Centrum und breiter fibröser Randzone. Die muskulöse Wand ist durchweg normal und die peritoneale Bekleidung der Eileiter wie das Bauchfell sind im allgemeinen verdickt, aber tuberkelfrei. In der Schleimhaut der Gebärmutter nimmt man in Schnitten von ihrer Funduspartie spärliche fibröse Tuberkel wahr. Die kleinen Eierstöcke zeigen eine normale Schnittfläche.

Wegen der vorausgegangenen Pericarditis und der bei der Aufnahme vorhandenen Oedeme konnte man am Anfang der Spitalbehandlung in Zweifel stehen, ob die ganze Krankheit der Patientin nicht einer Affektion des Cirkulationsapparates zuzuschreiben wäre. Das hohe spezifische Gewicht und der grosse Eiweissgehalt der bei der Punktion entleerten Flüssigkeit zeigten indessen zur Genüge, dass es sich in der That nicht um ein Stauungstranssudat, sondern um ein entzündliches Exsudat handelte. Dass die Entzündung, welche den Erguss erzeugte, eine tuberkulöse war, davon erbrachte ferner das Ergebniss der Thierversuche den Beweis.

Die hartnäckige Fortdauer des flüssigen Exsudates legte die Annahme von dem Vorhandensein einer Lebercirrhose nahe, welche eine unheilbare Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle aufrechterhalten möchte. Die schnell verlaufende Resorption des schon 15 Monate alten Ergusses wies indessen darauf hin, dass eine vielleicht vorhandene Leberschrumpfung wenigstens keinen hohen Grad erreicht hätte. Ebenso deutete die Fieberlosigkeit der Patientin während und nach der Krankheit, wie auch ihr ungestörtes Allgemeinbefinden auf einen tuberkulösen Prozess von mässiger Heftigkeit hin; und trotz der anhaltenden Beschwerden bei Anstrengungen und der dann und wann zurückkehrenden Herzsymptome, gab der ganze Zustand der Kranken in den Jahren nach dem Verschwinden des Exsudates zu der Annahme Anlass, dass die Krankheit überstanden und die künftigen Aussichten der Patientin recht gut seien. Es zeigte sich indessen, dass die Herzaaffektion so ernster Natur war, dass sie schliesslich fatal wurde. Sowohl die Erscheinungen der letzten Krankheit, wie auch der Sektionsbefund machen es nämlich wahrscheinlich, dass Herzschwäche mit dem daraus folgenden Lungenödem und Hydrothorax als die Todesursache anzusehen ist.

Wie die Sektion ergab, steht man einem typischen Beispiel der tuberkulösen Peritonitiden gegenüber, die von einer Infektion des Herzbeutels ihren Ursprung nehmen.

Eine erweichte Bronchialdrüse bildet, wie gewöhnlich, die Quelle der Infektion, worauf diese sich zunächst über das Pericardium, Mediastinum anterior und das rechte Brustfell breitet, dann die Leberkapsel und das oberflächliche Leberstroma in Mitleidenenschaft nimmt, um im weiteren Verlauf auch das Bauchfell zu erreichen. Wahrscheinlich von der Bauchhöhle aus sind in diesem Falle die Geschlechtsorgane als das letzte Glied in der Reihe infiziert worden. Für eine sekundäre Infektion spricht nämlich die geringe Intensität der tuberkulösen Erkrankung der Tuben, die sich bedeutend von den stark destruktiven, mehr oder weniger primär auftretenden tuberkulösen Tubenleiden unterscheidet, die so häufig den Ausgangspunkt der tuberkulösen Bauchfellentzündung beim Weibe bilden. Dass die retroperitonealen Lymphdrüsen nicht tuberkulös erkrankt sind, kann nicht auffallen, denn auch bei schwerer tuberkulöser Infektion des Bauchfells zeigen diese sich oft gar nicht oder nur wenig betheiligt.

Der Herzbeutel und die Geschlechtsorgane sind die einzigen Stellen, wo die Tuberkulose als solche sich bei der Sektion immer noch nachweisen lässt; sonst sind fibröse Verdickungen, Adhäsionen und Pseudomembranen die Reste des entzündlichen Prozesses, dessen tuberkulöse Natur, was die Bauchhöhle betrifft, durch die Infektiosität des serösen Exsudates dargelegt wurde.

Bedeutendes Interesse gewinnt der Fall dadurch, dass der Sektionsbefund mehr oder weniger genau mit den Beobachtungen zusammenfällt, die als Beweis für die Existenz einer chronisch idiopathischen Peritonitis referiert worden sind [Henoch¹⁾, Stitzer und Rochs²⁾, Vierordt³⁾, Molinari⁴⁾, Riedel⁵⁾], Beobachtungen,

bei denen die Untersuchung auf Tuberkulose zum Theil fehlt, zum Theil als mangelhaft bezeichnet werden muss. Es geht aus dem vorliegenden Befunde hervor, dass der Umstand, dass die Adhäsionen und das schwielig verdickte Gewebe bei der Sektion eines Falles von chronischer Peritonitis tuberkelfrei sind, als Beweis der idiopathischen Natur der Peritonitis durchaus nicht angeführt werden darf. Unser Fall lehrt vielmehr, dass die Tuberkel, welche die Pseudomembranen und Adhäsionen einst erzeugten, auf den serösen Häuten ganz und gar verschwinden können, während die Reste der Tuberkulose sich noch im ursprünglichen Infektionsherde oder, wie in unserem Falle, auch in den weniger regenerationsfähigen Genitalschleimhäuten vorfinden lassen.

Das grösste Interesse unseres Falles liegt jedoch in der anatomisch nachgewiesenen Spontanheilung der tuberkulösen Peritonitis und in dem Beweise, welchen er nochmals dafür erbringt, dass die Heilung dieser Krankheit sich recht wohl vollziehen kann ohne Laparotomie und andere operative Eingriffe, denn den zwei auf einer frühen Krankheitsstufe stattgefundenen resultatlosen Punktionen kann wahrscheinlich jeder heilende Einfluss abgesprochen werden.

¹⁾ Henoch, Ueber Peritonitis chronica. Berliner klinische Wochenschrift 1874, S. 109.

²⁾ Stitzer und Rochs, Ein seltener Fall von allgemeiner chronischer Peritonitis mit Prolapsus des Nabels. Berliner klinische Wochenschrift 1876, S. 295 und 310.