I. Erfahrungen über den Bauchschnitt bei tuberculöser Peritonitis.¹⁾

Von Prof. Dr. H. Löhlein in Giessen.

Das vorliegende Thema ist ein in den letzten Jahren in der Tageslitteratur viel besprochenes; der Frommel'sche Jahresbericht zählt allein aus dem Jahre 1887 16 einschlägige Publicationen auf, zumeist von gynäkologischer Seite.

Dies bringt uns auf die Frage, ob das weibliche Geschlecht in der That so bevorzugt ist, oder ob das Leiden — wie in der Discussion über einen von Fehling gehaltenen Vortrag ausgesprochen wurde — nur deswegen öfter bei weiblichen Individuen beobachtet wurde, weil diese öfter und eher „an's Messer kommen“. Man mag das letztere zugeben und selbst zugeben, dass in reichlich der Hälfte der Fälle die Diagnose des Leidens durch die Laparotomie lediglich dem Umstand zu verdanken gewesen ist, dass man

¹⁾ Nach einem in der Giessener medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

eine cystische Bauchgeschwulst vermuthete, und man wird trotzdem das bedeutend häufigere Vorkommen beim weiblichen Geschlecht nicht wohl in Abrede stellen können.

Einen bestimmteren, ziffermässigen Anhalt für die Beurtheilung dieser Frage wird man freilich erst dann gewinnen, wenn auch von Seiten der inneren Klinik grössere Beobachtungsreihen vorliegen. Das bis jetzt zu Gebote stehende Material leidet an einer gewissen Einseitigkeit; es fehlt für die Fälle mit auffallend günstigem Verlauf nach der Incision der Vergleich mit völlig analogen, aber expectativ behandelten. Es ist ausserdem seitens der Chirurgen und Gynäkologen meines Erachtens zu sehr die Besserung betont, die sich unmittelbar — in den ersten Monaten — an den Eingriff anschloss, während das spätere Befinden oft nicht abgewartet wurde. Auch der Mangel der bacteriologischen Untersuchung legt uns einer Anzahl von Beobachtungen gegenüber Reserve auf.

Auch die sehr wichtige Frage, wie oft diese Bauchfelltuberculose beim weiblichen Geschlecht als eine primäre, wie oft sie als eine aus Genital-, speciell Tubertuberculose hervorgegangene zu bezeichnen ist, lässt sich an der Hand des bis jetzt vorliegenden Materials nicht bestimmt entscheiden. Unter den 6 Fällen, über die ich selbst verfüge, konnten nur 2 mal die Uterusanhänge als erster Sitz und Ausgangspunkt der tuberculösen Erkrankung angesprochen werden.

Zwei meiner Beobachtungen fallen in die antibacteriologische Zeit. No. 1, eine 28jährige Frau mit abgesacktem Hydrops und reicher Tuberkeleruption, sah ich als Assistent E. Martin's 1874. Die Incision wurde damals gemacht — ebenso wie in Fall 2 — wegen Annahme von Ovarialcyste.

In jenem ersten Fall erholte sich die Patientin ausgezeichnet nach dem Eingriff und blieb jedenfalls eine Reihe von Jahren gesund. Im zweiten Fall, der aus dem Jahre 1880 stammt und eine 48jährige Frau betraf, ging der Process offenbar von den Uterusanhängen aus. Hier erfolgte nach mehrmonatlichem Wohlbefinden Wiederausbildung des Ascites und nach $\frac{5}{4}$ Jahren der Exitus unter den Erscheinungen der Darmtuberculose. (Beide Fälle in der Discussion erwähnt: Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkol. Bd. IX, p. 210.)

Die Fälle 3—6 sind in den beiden letzten Jahren in der Giessener Frauenklinik beobachtet. In Fall No. 3 machte Hofmeier (Mai 1888) bei einer 43jährigen Frau, die 9 mal geboren hatte, die Probeincision, nachdem er Ascites und unregelmässig höckerige Resistenzen im Douglas festgestellt und die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf „maligne Affection des Peritoneums“ gestellt hatte. Er fand hirsekorngroße bis haselnussgrosse Knötchen über das ganze Peritoneum ausgestreut, beide Ovarien in derartige Knötchenhaufen völlig eingehüllt. In Schnitten eines excidirten Stückchens Peritoneum wurden Bacillen nachgewiesen. Hier war bereits in der 4. Woche post operat. neuer Ascites nachweisbar; nach 2 Monaten war die Leibesaushöhlung wieder so gross wie vor der Operation.

In Fall No. 4, 23jährige Frau, die zweimal geboren hat, zuletzt vor einem Jahr, und seit einem halben Jahr Gefühl von Völle im Leib und leichte Ermüdung bemerkt, fand sich wieder ein gut abgesackter Hydrops, der den Eindruck einer schlaffwandigen Cyste machte. Incision 27. Juli 1888. Auch hier sehr reichliche Knötcheneruption, besonders stark im Douglas. Mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergiebt Tuberculos. — Heilung glatt. Als Pat. am 9. December 1888 sich wieder vorstellte, war ihr Aussehen und Kräftezustand sehr gut, Ascites noch nicht wieder nachweisbar, doch erfolgt aus zwei Stichcanälen mässige Absonderung.

Im März 1889 stellte sich Pat. wieder vor, da das Abdomen wieder stärker ausgedehnt und die Athmung zeitweise erschwert war: neuer Ascites, Brustorgane frei. Neue Incision 4 cm lang, zur Hälfte in die alte Narbe fallend. Excision eines Stückes des verdickten Peritoneums; die Knoten erweisen sich histologisch als Tuberkel; Bacillen werden nicht gefunden. Auch hier besonders starke Anhäufung von Knoten um die Tuben und Ovarien.

Verlauf gut, nur in den ersten acht Tagen geringes Abendfieber infolge von Eiterung um zwei Stichcanäle. Am 14. April gesund entlassen. (Ende Mai Befinden noch gut, beginnende Wiederansammlung jedoch bereits zu erkennen, trotzdem aus den zwei Stichcanälen noch jetzt täglich ziemlich reichliche Mengen seröser Flüssigkeit aussickern.)

Fall 5 und 6 betreffen junge Mädchen, von 15 und 17 Jahren, beide von zartem Bau, hereditär nicht belastet, beide bis dahin gesund und bei der Aufnahme normalen Lungenbefund darbietend, die 15jährige (No. 5) überhaupt noch nicht, die 17jährige nur im 13. Lebensjahre einige Male menstruiert gewesen. Beide wurden durch die rasch zunehmende Ausdehnung des Abdomens veranlasst die Klinik aufzusuchen.

Im Fall 5 war durch die Verlöthung der Därme unter einander und ihre Retraction gegen die Wirbelsäule hin, sowie durch die ziemlich scharfe Abgrenzung des Hydrops saccatus die Annahme eines cystischen Tumors für die Percussion wie für die Palpation fast unabweisbar, zumal bei der combinirten Untersuchung die cystische Resistenz sich links in den Beckeneingang fortsetzte, und der Uterus nach rechts gedrängt erschien.

Dieser fünfte Fall ist ausgezeichnet durch die heftige Fieberbewegung, die sich anschloss, obgleich mit den peinlichsten Vorsichtsmaassregeln, die sich uns bei den complicirtesten Laparotomien bewährt hatten, bei dieser einfachen Incision vorgegangen und auch eine völlig indifferente ascitische Flüssigkeit vorgefunden und entleert war. Unter hohem Fieber traten in den ersten Tagen die Erscheinungen eitriger Peritonitis auf, zu denen sich später pleuritische hinzugesellten. Wiederholt ist in diesem Fall die Wunde von neuem erweitert, drainirt, ausgespült worden, und auch jetzt noch besteht eine zwar mässige, aber doch mit geringem remittirendem Fieber einhergehende Eiterabsonderung aus dem unteren Winkel der Bauchwunde.

Auch hier konnten wir in dem excidirten Stück Peritoneum Bacillen nicht nachweisen, ebensowenig gelang dies im hiesigen pathologischen Institut; histologisch erschienen die Knötchen als wahre Tuberkel.

Ueber den sechsten Fall (1889. No. 94) ist zu bemerken, dass wiederum Parietal- wie Visceralserosa allenthalben dicht mit Knötchen übersät waren, und dass namentlich im Netz zusammenhängende, harte, knollige Tumoren zur Entwicklung gelangt waren, welche, von der Mitte des Leibes gegen das rechte Hypochondrium ziehend, die Därme überdeckten. Die Anwesenheit dieser Knollen bewirkt, dass trotz des Ablassens von $2\frac{1}{2}$ l grünlicher ascitischer Flüssigkeit der Leibesumfang bei der Entlassung kaum geringer war als bei der Aufnahme. Wundverlauf völlig ungestört.

Ist auch von den vier innerhalb des letzten Jahres operirten Kranken bis jetzt noch keine dem Leiden erlegen, so stellt sich die Prognose doch erheblich weniger günstig heraus, als sie nach der Mehrzahl der Einzelbeobachtungen und der Zusammenstellung solcher gewöhnlich angenommen wird. Gegenüber den 70% Heilungen, die auf den Eingriff gefolgt sein sollen, haben wir hier nur eine Patientin von sechs als geheilt zu verzeichnen, bei den übrigen — abgesehen von No. 5 — nur Besserungen, zum Theil von sehr kurzer Dauer.

Worauf in einzelnen Fällen die Heilung oder die lange andauernde Besserung zurückgeführt werden muss, ist zur Zeit nicht befriedigend erklärt; die einschlägigen Fälle müssen hierzu vor allem längere Zeit verfolgt werden, als es seitens der meisten Beobachter geschah. Sicher sind die Fälle unter einander von sehr verschiedener pathologischer Dignität. Dass es sich häufig um bacillenarme Tuberkeleruptionen handelt, scheint mir unzweifelhaft, nachdem wir uns mehrmals vergeblich bemüht haben, Bacillen in den excidirten Stücken nachzuweisen. In dieser Beziehung würden künftig vor allem auch Impfversuche zu machen sein.

Trotzdem die therapeutischen Dauererfolge in unseren Fällen nicht eben günstige waren, würde ich unter Berücksichtigung der anderweitig berichteten befriedigenderen Ergebnisse und der Hebung des Kräftezustandes, die sich im unmittelbaren Anschluss an die Operation fast ausnahmslos einstellt, an der Incision auch ferner festhalten. Wenn sie gewiss bei vielen Kranken nicht mehr leistet, als eine mit vollem Erfolg ausgeführte Punction, so hat sie dieser gegenüber den Vortheil, dass wir den meist nicht ganz leicht diagnosticirbaren Krankheitszustand völlig klar übersehen, und dass wir der Gefahr der inneren Blutung aus dem verdickten, gefässreichen Peritoneum oder der Verletzung der durch Verlöthungen und Verziehungen dislocirten Därme, wie auch der ungenügenden Entleerung der Flüssigkeit nicht ausgesetzt sind.

Durch die Incision werden wir auch über den Ausgangspunkt der Erkrankung in einer Reihe von Fällen belehrt und in vereinzelt gleichzeitig in die Lage versetzt werden, den primären Herd der Erkrankung operativ zu entfernen. Unter unseren Fällen fand sich keiner, der hierzu aufgefordert hätte, wenn auch mehrmals (No. 2 und No. 3) die Verdickung der Uterusanhänge, welche schon bei der combinirten Untersuchung festgestellt wurde, und die besonders reichliche Tuberkeleruption um die vielfach verlötheten und schwartig verdickten Beckenorgane die Tuben als den primären Herd ansprechen liessen. Hier war eben überall der tuberculöse Process zu weit fortgeschritten, als dass die Beseitigung der primär erkrankten Theile die Verbreitung im Gesamtorganismus oder auch nur die Wiederansammlung des Ascites wesentlich beeinflussen zu können schien.

Wir können uns aber sehr wohl Fälle denken, in denen die Tuberkeleruption auf dem Peritoneum und der hydropische Erguss zurücktreten gegenüber der oft sehr charakteristischen Erkrankung der Tuben und ihrer nächsten Umgebung. Hier ist ohne Zweifel der Entleerung des Ascites die Entfernung der erkrankten Uterusanhänge anzuschliessen.