allen Richtungen hin zu gestatten. Nach stattgehabter Eröffnung der Bauchhöhle werden die vorliegenden Verhältnisse darüber zu entscheiden haben, welchen Weg der Operateur einzuschlagen hat. Ob er sich bei Cystenbildung des Pankreas mit einer Incision und Drainage begnügen muss oder an das Werk der radicalen Entfernung des Krankhaften gehen darf.

Am Schluss vorliegender Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Doc. Dr. W. Zöge von Manteuffel für die Ueberlassung vorstehenden Krankenmaterials meinen Dank auszusprechen.

Dorpat im April 1898.

2.

Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald (Prof. Helferich).

Zur Kenntniss der nach Perforation eines Magengeschwürs auftretenden abgekapselten Intraperitonealabscesse.

Von

Dr. M. Gerulanos,

Privatdocenten und Assistenten der Klinik.

(Mit einer Curve.)

Während noch bis vor wenigen Jahren die Prognose der operativen Behandlung des perforirten Magengeschwürs eine trostlose war, — denn nach der von Miculicz zusammengestellten Statistik war von den bis zum Jahre 1893 operirten 35 Fällen nur ein einziger (Heusner 1892) zur Ausheilung gekommen, — hat sich dieselbe in den letzten Jahren bei der besseren Erkenntniss der Indicationsstellung und vor allem bei der schnelleren Entschliessung zum operativen Eingriff ganz gewaltig gebessert. Von den bis jetzt in der Litteratur bekannt gegebenen, operativ behandelten ca. 100 Fällen von perforirtem Magengeschwür ist nahezu die Hälfte zur Ausheilung gekommen, und wenn man trotzdem die Heilungen nicht zu 50 Proc. rechnen darf, da die Veröffentlichung der nicht geheilten Fälle naturgemäss weniger prompt geschieht, so ist es immerhin recht erfreulich zu sehen, dass die operative Behandlung der Perforationsperitonitis nach Magengeschwür, welche erst in den letzten Jahren allgemeine Anerkennung gefunden hat, Unerwartetes zu leisten vermag. Diesem erfreulichen Resultate entsprechend, hat sich bisher die allgemeine Aufmerksamkeit zumeist denjenigen Fällen von perforirten Magengeschwüren zugewendet, bei denen bald die allgemeine Peritonitis Gegenstand einer operativen Behandlung wurde. Es giebt jedoch auch eine weitere Anzahl nicht letal verlaufender Fälle, welche nach Ueberwindung des ersten Collapses zur Spontanheilung kommen. Pariser hat in seiner im Jahre 1895 erschienenen Arbeit fünfzehn solche Fälle zusammengestellt und die dazu nöthigen Bedingungen kurz besprochen. In einer weiteren Anzahl von Fällen kommt es nach Ueberwindung der allgemeinen Peritonitis zur Bildung

von circumscripten, intraperitonealen Abscessen, die nicht minder ein chirurgisches Eingreifen nothwendig machen. — Die Beurtheilung dieser Fälle und die Indicationsstellung zur Operation kann eine recht schwierige sein.

Ich erlaube mir, einen zu letzterer Kategorie gehörenden Fall hier anzuführen und zu besprechen, umsomehr als es nicht nur bei diesem, sondern auch bei den sehr bald nach der Perforation laparotomirten Fällen zur Bildung von Peritonealabscessen kommen kann, von deren richtiger Beurtheilung und zeitiger Eröffnung die Erhaltung des durch die Laparotomie dem Tode entrissenen Patienten wiederum abhängig ist.

An dieser Stelle gestatte ich mir, meinen hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Helferich, für die freundliche Ueberlassung des Falles und die Anregung zu dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Krankengeschichte.

Christiane P., Dienstmädchen, 21 Jahre alt, aus G.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung nachweisbar. Im Alter von 11 Jahren soll sie magenkrank gewesen sein. Das jetzige Leiden begann im December 1887 mit Magenschmerzen, weshalb sie in der Behandlung der hiesigen medicinischen Poliklinik gewesen. Die Beschwerden waren niemals so gross, dass sie deshalb ihre Arbeit hätte aufgeben müssen. Am Abend des 9. Februar 1898 traten plötzlich sehr heftige Magenschmerzen mit Schwindelgefühl und Erbrechen auf, weshalb Patientin in sehr elendem Zustande heute in die Klinik gebracht wird. — Aufnahme in der medicinischen Klinik am 11. Februar 1898 abends.

Status: Patientin liegt in schwer collabirtem, soporösem Zustande. Beim Anfragen klagt sie über äusserst heftige Schmerzen im Leibe, speciell im Epigastrium. Das Gesicht ist verfallen. Augen tiefliegend, Schleimhäute livid. Zunge und Lippen trocken. Athmung sehr beschleunigt, oberflächlich, Puls ca. 160, kaum fühlbar, Extremitäten kühl. Kalter Schweiss am Gesicht. — Erbrechen galliger Massen vorhanden. Am Herzen und den Lungen ausser Verstärkung des 2. Pulmonaltones und Hochstand der unteren Lungengrenzen ist nichts Abnormes festzustellen. — Der Leib ist hochgradig aufgetrieben, tympanitisch. Die Palpation überall, besonders im Epigastrium, schmerzhaft. Leberdämpfung verschwunden. — Urin wird spontan entleert. Es bestehen Menses.

Diagnose: Allgemeine Peritonitis nach Perforation eines Magengeschwürs. — Bei der Schwere des vorhandenen Collapses, Kälte der Extremitäten, fast unfühlbarem Puls u. s. w. wurde beschlossen, von einer Operation Abstand zu nehmen.

Innerhalb der ersten 2—3 Tage war kaum eine Aenderung in dem Zustande der Patientin eingetreten. Erbrechen — Puls 150—160 — Temperatur um 38°. Vom 4. Tage ab geringe Besserung des Allgemeinbefindens mit Temperaturzunahme (39,0°).

17. Februar. Entschiedene Besserung. Patientin ist bei vollem Bewusstsein. Leib weniger stark aufgetrieben, nur noch in der Magen-

gegend bei Druck schmerzhaft. Unterhalb des Nabels und in den Inguinalgelegenden schmerzlos.

26. Februar. Die Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes ist vollkommen zurückgegangen, Epigastrium noch schmerzhaft, in der rechten Inguinalgegend eine handbreite Resistenz und Druckempfindlichkeit. In der Nähe des Hypogastriums, vom kleinen Becken gegen die linke Inguinalseite aufsteigend eine leichte Resistenz, welche fast bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reicht. Durch die Vagina fühlt man eine weiche Exsudatmasse, welche den Douglas ausfüllt und

den Uterus nach vorn und rechts verdrängt hat. Zwischen Exsudat und rechter Beckenwand kann man mit den palpierenden Fingern leicht eindringen. Dagegen sitzt das hier hart anzufühlende Exsudat fest an der linken Beckenwand. Der Allgemeinzustand der Patientin ist immer noch ein recht elender. Gesicht verfallen, abgemagert. Puls 130 in der Minute, klein und schwach. Temperatur seit dem 9. Tage der Erkrankung deutlich remittirend vorm. 38,0°, abends 39,0° in den letzten 3 Tagen abends bis 39,8°.

Am 1. März wird die Patientin zur Operation auf die chirurgische Klinik verlegt.

Am 2. März Operation in leichter Chloroformnarkose. Incision in Längsrichtung an der vorderen Axillarlinie dicht oberhalb der Spina ca. 8 cm lang. Eröffnung des Lumbalabscesses. Entleerung von $\frac{1}{4}$ l dicken, graugelben Eiters. Der tastende Finger findet eine allseitig abgeschlossene Eiterhöhle, welche weder gegen das kleine Becken, noch nach aufwärts unterhalb der Leber sich verfolgen lässt. — Kein nachweisbarer Zusammenhang mit dem Processus vermiformis.

Da im kleinen Becken bis zur linken Inguinalgegend eine grosse Resistenz zurückblieb, Desinfection der Vagina, Punktion, Feststellung einer Eiteransammlung und Eröffnung derselben durch einen ca. 3 cm langen Querschnitt am hinteren Vaginalgewölbe. Entleerung von $\frac{1}{2}$ Liter dicklichen, stinkenden Eiters. Drainage. — In beiden Eiteransammlungen befanden sich kurze Streptokokkenketten. Wachsthum auf Agar.

Nach der Operation Abfall des Fiebers. Besserung des Allgemeinbefindens. Zunahme der Kräfte. In der folgenden Zeit blieb die Temp. schwankend, öfters 39° in den Abendstunden übersteigend, weshalb, obwohl Patientin nirgends Schmerzen oder sonstige subjective Beschwerden empfand, wiederholt und eingehend eine Untersuchung der Brustorgane und der Leibeshöhle vorgenommen wurde, um die etwaige Ursache des Fiebers festzustellen. Am 4. und 10. Tage nach der Operation hat sogar eine mehrfache Probepunktion des rechten subphrenischen Raumes stattgefunden, da leichte exsudative Pleuritis rechts und ausgedehnte bronchitische Erscheinungen beiderseits vorhanden waren und den Verdacht eines subphrenischen Abscesses rechtfertigten, jedoch immer mit negativem Erfolg.

Ende März war die Vaginalwunde vollkommen ausgeheilt, und konnten wieder annähernd normale Verhältnisse im kleinen Becken festgestellt werden. Auch die Lumbalwunde war fast geheilt. Die Temperaturen wurden normal, weshalb Pat. den Versuch machen durfte, das Bett zu verlassen. Sie hatte sich inzwischen ausgezeichnet erholt, sah wohl aus und hatte guten Appetit. Innerhalb weniger Tage kamen jedoch wieder Abendtemperaturen bis über 38,0°, und nun konnte man bei einer erneuten Untersuchung das Vorhandensein eines linksseitigen subphrenischen Abscesses feststellen. Eine grosse Dämpfung bestand in der linken Lumbalgegend. Die unteren Lungengrenzen waren bis zum Angulus scapulae herauf verschoben. Athem bronchial. Keine Rasselgeräusche. — Die Punktion ergab Eiter. Der subphrenische Abscess wurde am 4. April mittels Resection der 9. Rippe in der Scapularlinie

eröffnet. Pleura parietalis und Diaphragmatica waren miteinander verwachsen. Die Wundränder derselben wurden vor der Durchtrennung des Zwerchfelles miteinander mittels Catgutnaht umsäumt. Entleerung von ca. 1 Liter dicken, stinkenden Eiters, welcher Streptokokken in kurzen Ketten enthielt, Drainage. Die grosse Eiterhöhle, welche anfangs sehr stark secernirte, verkleinerte sich rasch, schon nach 3 Wochen war sie kaum grösser als das eingeführte Drainrohr, und nach weiteren 4 Wochen war alles vollkommen geheilt.

Am 28. Mai wurde die Patientin geheilt entlassen. Weder im Abdomen, noch am Rücken war etwas Abnormes mehr, ausser die Residuen der Operationen festzustellen. L. H. U. waren die Lungengrenzen beiderseits gleich hoch und normal beweglich; nur da, wo die Narbe vorhanden war, reichte der Lungenschall nur bis zur letzteren, und während der ganzen Behandlung und auch bei der Reconvalescenz wurde eine der ursprünglichen Erkrankung entsprechende Diät eingehalten, Magenbeschwerden sind während dieser Zeit nur im geringen Grade aufgetreten.

Patientin wurde also ca. 48 Stunden nach Eintritt der Perforation in so schwer collabirtem Zustande in die Klinik aufgenommen, dass von einem sofortigen operativen Eingriff Abstand genommen werden musste. Dieselbe blieb ca. 3 Tage in diesem schweren Zustande und zeigte erst am 4. oder 5. Tage nach der Perforation eine geringe Besserung. Die Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes ging allmählich zurück, so dass ca. 2 Wochen nach Beginn der Erkrankung eine an der rechten Seite des Leibes vorhandene circumscripte, schmerzhaftige Resistenz fühlbar wurde. Die Fiebercurve, welche schon vom 9. Tage an einen deutlichen remittirenden Charakter angenommen hatte, deutete schon vor der Feststellung durch die Palpation auf das Vorhandensein einer Eiteransammlung im Leibe hin. Wenige Tage später war auch der Beckenabscess in der linken Inguinalgegend nachweisbar. Nach Eröffnung dieser Abscesse besserte sich der Zustand ganz bedeutend, das Fieber zeigte keine starke Remissionen mehr, stieg jedoch öfters bis über 39,0° und nahm einen unregelmässigen Verlauf an. Erst in der 6. Nacht bewegte sich die Temp. innerhalb normaler Grenzen, um vom 43. Tage der Erkrankung an wiederum deutlich remittirend zu werden. Jetzt erst konnte ein linksseitiger subphrenischer Abscess, welcher bis dahin trotz wiederholter genauer Untersuchung und Probepunktion der subphrenischen Räume nicht nachweisbar war, festgestellt werden. Es ist daher anzunehmen, dass erst von dieser Zeit, also ungefähr vom 40. Tage der Erkrankung an, der subphrenische Abscess, welcher genau dieselben Mikroorganismen wie die zuerst eröffneten enthielt, dessen erster Keim wohl gleich bei der Perforation angelegt wurde, einen progredienten Charakter angenommen hatte. Nach Eröffnung letzteren Abscesses blieb die Temperatur andauernd normal. Nach weiteren 50 Tagen konnte vollkommene Heilung festgestellt werden.

Nach Eintritt einer Magenperforation ist die Schwere der Erkrankung und der Erfolg einer event. Operation vom Füllungsgrade des Magens zur Zeit der Perforation und von der Infectiosität des Mageninhaltes abhängig. Leube erwähnt 2 Fälle, bei denen Spontanheilung eingetreten ist, da die Perforation bei leerem Magen stattgefunden hatte,

was auch Pariser bei fast allen den von ihm zusammengestellten Fällen von Spontanheilung feststellen konnte. Jedoch die Magenperforation findet im leeren Zustande desselben seltener statt. Es fehlt ja gerade in diesem Zustande das mechanische Moment, welches die Perforation begünstigt, resp. den letzten Anstoss zur Perforation giebt. Dagegen reichliche Nahrungsaufnahme und unvorsichtiges Herunterschlucken von grossen, ungekauften Nahrungsstücken sind Momente, welche die Perforation begünstigen. Ich kann hier einen tödtlich abgelaufenen Fall von Perforationsperitonitis, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, nicht unerwähnt lassen, bei welchem die Perforation offenbar durch ein Stück ungekauter Essiggurke, welches bei der Section zur Hälfte aus der Perforationsöffnung herausragte, verursacht wurde. Ein gewisser Füllungsgrad des Magens ist also fast in allen Fällen, wenn es zur Perforation kommt, vorhanden. Aber nicht allein dieser, sondern auch die Infectiosität des ausgetretenen Mageninhalts ist für die Schwere des Verlaufs verantwortlich zu machen. Die Menge des ausgetretenen Mageninhalts ist viel mehr für die Schwere des ersten Shoks bestimmend. Je grösser der der mechanischen und chemischen Reizung seitens des Mageninhalts anheimfallende Theil des Peritoneums ist, umso grösser ist der sofort nach jeder Perforation eintretende Shok. Diese Reizung kann allein für sich eine ziemlich schwere toxische Peritonitis verursachen, die jedoch, da sie nicht infectiös ist, keinen progredienten Charakter annimmt und jedenfalls leichter als die infectiöse überwunden werden kann. Ist aber der in grösseren oder in kleineren Mengen ausgetretene Mageninhalt recht infectiös, so kann auch bei anfänglichem geringen Collaps rasch tödtlich verlaufende, septische Peritonitis eintreten. — Nur durch eine gewisse Massenhaftigkeit und geringere Infectiosität können Fälle wie der vorliegende erklärt werden, bei denen es, trotz der ausserordentlichen Schwere der anfänglichen Erscheinungen, doch zu einer Spontanheilung der allgemeinen Peritonitis kommen kann. Der bei der Perforation aus der Magenöffnung, — welche in ca 83% der Fälle an der vorderen Magenwand oder der kleinen Curvatur ihren Sitz hat (Weir u. Foote), — ausgetretene Inhalt tritt in die freie, nicht durch Verwachsungen abgeschlossene Bauchhöhle und ergiesst sich über die Darmschlingen, um dem Gesetze der Schwere entsprechend die tiefsten Punkte innerhalb derselben zu erreichen. Bei der horizontalen Rückenlage, die der Patient alsbald nach eingetretener Perforation einnimmt, sind diese Punkte einerseits die subphrenischen Räume, besonders der linke, andererseits beide Lumbalgebenden und das kleine Becken. — Hier an diesen Stellen sammelt sich in grösseren oder kleineren Mengen der Mageninhalt, während das übrige Peritoneum durch die peristaltische Bewegung der Därme sich rasch zu reinigen und event. die erlittene Reizung und Infection zu überwinden vermag. — Nur ganz kleine Mengen des Mageninhaltes können ausserdem in manchen Stellen zwischen den Därmen, zwischen Colon und Leber, Colon ascendens und Wirbelsäule, zwischen Uterus und Blase erhalten bleiben. Also ganz analog den Eiteransammlungen bei Perforationsperitonitis nach Perityphlitis (Rotter). Ueberall da, wo Ansammlungen stattgefunden haben, bleibt aber ein Reiz bestehen, welcher

zur productiven Entzündung und Abkapselung der ersteren führt. Ist der Inhalt dieser abgekapselten Ansammlungen steril, so können dieselben allmählich resorbirt werden. Da dies jedoch selten der Fall ist, so kommt es zum Wachsthum der darin enthaltenen Bakterien, zur entzündlichen Reizung der Umgebung und zur Bildung von abgeschlossenen intraperitonealen Abscessen, welche einen progredienten Charakter annehmen und sich in die Umgebung weiter ausbreiten, resp. neuerdings in die freie Bauchhöhle durchbrechen können. Wie rasch diese Umwandlung stattfindet, resp. wie bald diese Abscesse einen progredienten Charakter annehmen und schwere Erscheinungen, remittirendes Fieber u. s. w. verursachen können, hängt von der Infectiosität des Inhaltes ab. Dieselbe kann jedenfalls in sehr verschiedenen Zeiten eintreten. Wir sahen in unserem Falle, dass die zwei in der Lumbalgegend und im kleinen Becken entstandenen Abscesse ca 2 Wochen nach der Perforation, dagegen der subphrenische erst in der 7. Woche angefangen hat, Erscheinungen zu machen.

Das Vorkommen abgekapselter Peritonealabscesse in Fällen von Magenperforation ist kein seltenes. Freilich solche, dem unserigen ähnlich verlaufende Fälle, sind in der Litteratur nicht viel bekannt. Dass sie verhältnissmässig häufig vorkommen, möchte ich annehmen; sie werden jedoch in ihrem Verlaufe nicht immer richtig erkannt, und der infolgedessen schliesslich eintretende, letale Ausgang wird der ursprünglichen Peritonitis zur Last gelegt. Der Uebergang von der allgemeinen Peritonitis zu dem von den peritonealen Abscessen bedingten Krankheitsbilde wird in diesen Fällen nicht genügend beachtet. Die Störungen des Allgemeinbefindens, die objectiven Erscheinungen im Abdomen ändern sich in der That im Verlaufe der ganzen Erkrankung nur wenig. Der Nachweis besonders schmerzhafter Stellen im Abdomen oder Dämpfungsbezirke gelingt nicht immer, so dass nur geringe Anhaltspunkte für eine richtige Beurtheilung übrig bleiben. Wenn aber bei einem Falle von allgemeiner Peritonitis der Exitus innerhalb der ersten 4—5 Tage nicht eintritt, wenn die Erkrankung einen subacuten Verlauf annimmt, und bald sich ein remittirendes Fieber bemerkbar macht, dann glaube ich, dass man berechtigt ist, an das Vorhandensein eines oder mehrerer abgekapselter Abscesse zu denken, die man dann durch genauere Untersuchung oder Probepunktion festzustellen versuchen muss.

Abgekapselte Peritonealabscesse können auch in solchen Fällen von Magenperforation vorkommen, bei denen eine allgemeine Peritonitis wegen vorhandener Verwachsungen in der Umgebung des Magens nicht eintritt. Der ausgetretene Mageninhalt wird durch die Verwachsungen aufgehalten und führt infolgedessen zur Bildung nur eines abgekapselten Abscesses zumeist in einem der subphrenischen Räume. Hierher gehören alle die von Maydl als stomachale Abscesse bezeichneten subphrenischen Abscesse.

Aber nicht allein bei den nicht operirten Fällen von Magenperforation können abgekapselte Peritonealabscesse auftreten, sondern auch — was ich hier besonders betonen möchte —, bei solchen Fällen, welche recht bald nach der Perforation zur Laparotomie und sorgfältigen Reinigung des ganzen Peritonealraumes kommen. Auch in diesen Fällen

können nach der Laparotomie und Versorgung der Magenöffnung die Erscheinungen der allgemeinen Peritonitis allmählich verschwinden, die Patienten befinden sich schon auf dem Wege der Genesung, bis plötzlich etwa in der 2. oder 3. Woche nach der Operation Verschlimmerung, allmählich zunehmendes, remittirendes Fieber, örtl. wieder peritonische Erscheinungen, Verfall der Kräfte und Exitus letalis eintritt. Bei der Section findet man dann einen Peritonealabscess, meistens einen subphrenischen, als Ursache des Todes.

Zur Illustration möge hier ein vor einiger Zeit in der hiesigen chirurgischen Klinik operativ behandelter Fall von Perforationsperitonitis nach *Ulcus ventriculi* angeführt werden, bei dem die allgemeine Peritonitis wohl durch die Laparotomie beseitigt wurde; jedoch Patientin am 13. Tag nach der Perforation einem linksseitigen subphrenischen Abscesses erlag.

Krankengeschichte.

Martha B., 17 Jahre alt, Dienstmädchen. Seit 1½ Jahr Erscheinungen von Magengeschwür. In der Nacht vom 13. zum 14. December 1897 Eintritt der Perforation und ziemlich schweren Shok. Das Mädchen, welches noch in einem schwer collabirten Zustande war, wurde am 16. December früh 10 Uhr in die Klinik eingeliefert und nach Feststellung einer allgemeinen Peritonitis sofort operirt. Eine Incision wurde in der Mittellinie vom *Processus xiphoideus* bis zur Symphyse geführt. Darmschlingen stark gebläht, dunkelblauroth injicirt, mit einander verklebt, ziemliche Mengen von seröseiteriger Flüssigkeit werden entleert, zwischen den Därmen ziemliche Mengen von eitrig-fibrinösen Auflagerungen. Die Vorderfläche des Magens und der linke subphrenische Raum mit dicken Fibrinbelägen bedeckt. In der Mitte der Vorderfläche des Magens ein pfenniggrosses, rundes Loch, welches umschnitten und mittels umgreifender Seidennähte zugenäht wurde. Nun wird der Magen und besonders der subphrenische Raum von den Fibrinniederschlägen gereinigt, ebenso die Därme, dann der ganze Peritonealraum mit Strömen lauwarmer Kochsalzlösung ausgewaschen, schliesslich trocken abgetupft; ein Jodoformgazestreifen bis zur Magennaht geführt, sonst alles zugenäht. Patientin wird per Anum ernährt. Patientin erholt sich rasch nach 2 Tagen. Puls 120, kräftig. Temperatur normal. Stuhlgang, Windeabgang, Urinentleerung spontan. Die Besserung des Allgemeinbefindens schreitet vorwärts, als vom 6. Tage ab stärkere Abendtemperaturen eintreten. Die an der linken Thoraxseite vorhandenen Erscheinungen wurden als pneumonischer Natur angesehen. Am 9. Tag nach der Operation erfolgte Durchbruch eines bis dahin nicht nachweisbaren subphrenischen Abscesses in die Lunge und am 11. erfolgte der Tod. Die Section ergab einen zwei faustgrossen subphrenischen Abscess zwischen Magen, Milz und Zwerchfell, welcher durch die Pleura in die Lunge perforirt war, während der Peritonealraum frei war und vollkommen normale Verhältnisse zeigte. Nirgends Fibrinauflagerungen oder Exsudatmassen nachzuweisen.

Auch in der Litteratur begegnet man öfters ähnlich verlaufenden Fällen. Ich möchte hier nur zwei von den von Backer operirten Fällen (Fall 3 und 4) erwähnen. In beiden wurde die Laparotomie und Reinigung

des Peritoneums bald, $7\frac{1}{2}$, resp. 32 Stunden nach der Perforation vorgenommen, das ganze Peritoneum, wie in unserem Fall mit besonderer Berücksichtigung der subphrenischen Räume, wurde gereinigt und trocken abgetupft, das Ulcus vernäht. Der subphrenische Abscess ist, nachdem innerhalb der ersten 8 Tage alle peritonitischen Erscheinungen zurückgegangen waren, und Patient der Heilung entgegenging, erst allmählich innerhalb der 2. Woche entstanden und führte in dem einen Falle (Nr. 4) 15 Tage nach der ersten Operation zum Tode; im anderen Falle (Nr. 3) dagegen wurde, auf die bei dem ersteren gemachten Erfahrungen hin, am 17. Tage eine Punktion mit positivem Erfolg vorgenommen, am nächsten Tage blieben mehrfache Punktionen negativ, weshalb man von einer Eröffnung des subphrenischen Raumes absehen musste. Es trat nunmehr ein Nachlassen der Erscheinungen ein, jedoch am 22. Tage musste doch die Eröffnung des nunmehr grossen subphrenischen Abscesses vorgenommen werden, worauf Heilung eintrat.

Wie eingangs erwähnt wurde, treten die in Rede stehenden Abscesse für gewöhnlich nicht bald nach der Perforation mit ihren Erscheinungen auf. Sie fangen vielmehr zumeist in einer späteren Zeit, jedenfalls nach Ablauf der 1., oft in der 2. oder 3. Woche, ja in manchen Fällen sogar viel später, an, objective Symptome zu machen: in einer so späten Zeit also, in der man die Complication eines noch auf Grund der Perforation und der schon längst überstandenen Peritonitis auftretenden Abscesses nicht mehr erwartet. In den weiter oben angeführten einschlägigen Fällen traten die ersten Erscheinungen eines intraperitonealen Abscesses immer nach Ablauf der ersten und meistens innerhalb der 2. Woche auf, in dem ersten der hier beschriebenen Fällen sogar nach Ablauf von 6 Wochen, und nachdem Patientin inzwischen von der allgemeinen Peritonitis und den später aufgetretenen anderweitigen intraperitonealen Abscessen geheilt war.

Diese Eiteransammlungen können um so gefährlicher werden, als sie nicht immer subjective Erscheinungen machen, und die dabei vorhandenen objectiven Symptome mehr allgemeiner Natur sind: Appetit- und Schlaflosigkeit, Verfall der Kräfte, remittirendes Fieber u. s. w. Durch subjective Klagen des Patienten wird man nur in seltenen Fällen auf den Sitz der Ursache dieser Erscheinungen aufmerksam gemacht, und deswegen ist es wichtig, an das Vorkommen der hier in Rede stehenden Abscesse zu denken und ihre Prädispositionsstellen zu kennen. Weder in einem von Trautmann beschriebenen, noch in beiden unseren Fällen deuteten die Beschwerden auf die Localisation des Abscesses, und selbst die Untersuchung und Druck auf die betreffenden Stellen wurde nicht als schmerzhaft empfunden.

Es sei mir gestattet, nochmals kurz zusammenzufassen: Nach Eintritt einer Peritonitis durch Perforation eines Magengeschwürs können sowohl bei spontan zur Ausheilung kommenden Fällen, sowie bei solchen, welche bald nach der Perforation laparotomirt wurden und der Heilung entgegengehen, abgekapselte, intraperitoneale Abscesse auftreten. Dieselben haben ihren Sitz an denjenigen tiefsten Punkten innerhalb der Bauchhöhle, welche die Sammelstellen des ausgetretenen Mageninhaltes bedeuten. Diese sind vor allem die subphrenischen Räume, beide Lumbal-

gegenden zwischen Colon und Bauchwand und das kleine Becken. Besonders gefährlich sind dieselben, wenn sie bald nach der Perforation und vor dem vollständigen Nachlassen der peritonitischen Symptome auftreten, so dass die durch sie zu Tage tretenden Erscheinungen mit ersteren verwechselt und dadurch nicht erkannt werden. In den meisten Fällen treten sie jedoch erst in der zweiten Woche nach der Perforation oder in einer noch späteren Zeit (6 Wochen) auf, wenn die Patienten schon in der Reconvalescenz sich befinden, und eine solche Complication nicht mehr erwartet wird.

Litteratur.

- 1) Mikulicz, Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs. Verhandl. d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1897.
- 2) Leube, Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. Verhandl. d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1897.
- 3) Mikulicz, Ueber Laparotomie bei Magen- und Darmperforation. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. S. 262. (Chirurgie, Lief. 83.)
- 4) Pariser, Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventriculi. Deutsche med. Wochenschr. 1895. Nr. 28 u. 29.
- 5) Boas, Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig 1896.
- 6) Riegel, Die Erkrankungen des Magens. Aus Nothnagel's Pathologie und Therapie. Wien 1897.
- 7) v. Heineke, Chirurgisch-operative Behandlung der Magenkrankheiten aus Penzoldt-Stinzing's specieller Therapie. Jena 1896.
- 8) Weir u. Foote, Med. news. 1896. April, Mai. Hildebrandt's Jahresber. 1896.
- 9) Rotter, Ueber Perityphlitis. } Festschr. zum goldenen Jubiläum des
- 10) Trautmann, Subphrenische Abscesse. } St. Hedwig-Krankenh. Berlin 1896.
- 11) Maydl, Subphrenische Abscesse. Wien 1894.
- 12) Barker, The Lancet. 1896. December 5. Hildebrandt's Jahresber. 1896.
- 13) Hofmeister, Zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie. XV. Bd. Heft 2.

3.

Ueber den jetzigen Stand der Lungenchirurgie.

Von

Dr. M. Gerulanos,

Privatdocenten und Assistenten.

In verschiedenen Zeiten und zumeist aus Veranlassung äusserer Einflüsse, wie z. B. der Einführung der Antisepsis, der Anwendung des Koch'schen Mittels u. s. w., wurden wiederholt operative Eingriffe an den Lungen mit einem gewissen Enthusiasmus aufgenommen. Es ist begreiflich, dass man vielfach in solchen unter den Zeichen des Fortschrittes stehenden und das medicinische Bewusstsein erhebenden Zeiten mit übertriebenen Erwartungen an dieses schwierige Gebiet herangegangen ist. Man erhoffte ähnliche Erfolge wie im benachbarten Peritonealgebiet und hatte dabei die natürlichen Schwierigkeiten, welche vor allem auf mechanischen Momenten beruhen, unterschätzt. Beschränkte Erfolge wurden