Die Einwände, die Förster erhebt, sind wert, diskutiert zu werden. Er spricht von einer „Appendiphobie“ der Aerzte, die dem Chirurgen öfter als unbedingt nötig das Messer in die Hand drückt. Ich bin der entgegengesetzten Ansicht. Ich habe jetzt wieder eine ganze Anzahl Fälle in Behandlung, teils schon operiert, teils vor der Operation, bei denen entweder anerkannte Chirurgen vor kürzerer oder längerer Zeit die Appendix entfernt haben und welche jetzt Adnextumoren bis zu Zystomen aufweisen, oder umgekehrt, bei denen Gynäkologen die Adnexe operiert haben und bei denen die Beschwerden jetzt als reine Appendizitis oder mit erneuter Erkrankung der Ovarialreste fortbestehen.

Diese Frauen müssen alle zweimal operiert werden, sind in der Zwischenzeit schwer krank, verlieren, wenn Kassenmitglieder, möglicherweise ihre Mitgliedschaftsberechtigung und brauchen hinterher um so viel länger, bis sie ganz gesund werden.

Denn je länger ein entzündlicher, meist in die Umgebung ausstrahlender Prozeß bestanden hat, desto langsamer heilt er und seine Folgen aus.

Wenn nun wirklich einmal ein „unschuldiger“ Blinddarm entfernt wird, ist das Unglück dann so groß?

Der Fall, der mich als einen der ersten Gynäkologen dazu führte, selbst den Blinddarm in den Bereich meiner Tätigkeit zu ziehen, war ein solcher, bei welchem die Tragende 10 Jahre lang unter den für damalige Anschauungen — man kannte den chronischen Blinddarm überhaupt noch nicht — unklaren Beschwerden gelitten hatte. Der erfahrene Operateur erklärte den Befund am Vermis für „so unbedeutend, daß die Operation eigentlich nicht nötig gewesen wäre“, wie dies in solchen Fällen auch Förster noch jetzt tut.

Der Erfolg der Operation war in vieler Beziehung glänzend. Die chronischen Unterleibsentzündungen aber waren nicht mehr völlig zu beseitigen und führten noch nach vielen Jahren zu einem größeren Eingriffe; — eben weil 10 Jahre gewartet worden war. Jetzt kenne ich viele derartige Fälle aus meiner Anfangspraxis und der Praxis anderer.

Das ist eben ein Trugschluß Försters, daß er daraus, daß nicht sofort völlige Heilung eintritt, schließen will, daß der Vermis nicht die wesentliche Ursache der Beschwerden gewesen sei.

Als ich zuerst klinisch die chronische Appendizitis als wichtige Erkrankung aufstellte, hatte gerade Prof. Oberndorfer (München) in seiner Habilitationsschrift die Appendicitis chronica pathologisch-anatomisch bewiesen. Jetzt zweifelt niemand mehr an dem chronischen Charakter der meisten Appendizitiden, und so wird man auch bald ihren weitreichenden Einfluß speziell auch auf die Adnexe anerkennen müssen. Wer sich von dem einseitig gonorrhöischen Gesichtspunkt freigemacht hat und sieht, wieviel Gesundheit und damit Lebensglück durch jahrelang nicht erkannte chronische Appendizitis bei ungezählten Mädchen und Frauen zerstört wird, der wird die Möglichkeit, daß einmal ein unschuldiger Blinddarm mit leiden muß, gerne mit in Kauf nehmen. Daß gerade im Momente der Operation ein Vermis gesund aussieht, beweist nicht, daß er innerlich doch krank ist und einzelne kranke Stellen hat, noch weniger, daß er einige Zeit vorher krank gewesen ist, während die Erkrankung der Adnexe noch besteht. Letztere, besonders Zysten, bilden sich erst im Verlaufe mehrerer Jahre nach der Entzündung, wie ich häufig beobachten konnte.

Die quer verlaufenden Gefäße des Typhlons und die Pseudomembranen auf ihm und in der Umgebung sind ja doch nur ein Beweis, daß das Typhlon selbst in seiner ganzen Wand krank ist, — auch in der von Peritoneum nicht bedeckten. Für mich ist die „Typhlitis“, als Teil einer „Kolitis“, meist die Grundkrankheit. Sobald die Kolitis in den Vermis hineinkriecht, ist sie ohne Entfernung desselben unheilbar und braucht nach der Operation um so länger zur Heilung, je länger sie vorher bestanden hat. Aber nicht nur die Dickdarmwandung, sondern auch das retroperitoneale Bindegewebe in weitem Umkreise, die Lymphgefäße werden durch chronische Appendizitis entzündlich und daher später narbig. Dies ist langsam, schwer oder gar nicht zu beheben und macht die dauernden Beschwerden.

Das „Exsudat“ ist allerdings ein Zeichen frischer Reizung und daher um so reichlicher, je stärker und je kürzer vorher die Entzündung war. Dann wird es aufgesaugt und fließt — bisweilen — zum Teil durch die Tuben ab. Nun besteht aber bei solchen chronischen Prozessen eine akutere Reizung, bei vielen Patientinnen fast bei jeder Periode, wobei sich jedesmal ein Exsudat bildet und werden die Schmerzen hierbei auf die Unterleibsorgane, nicht auf den Vermis bezogen. Wenn nun jahrelang häufig — nicht ununterbrochen — die Adnexe in dem Exsudat schwimmen, so ist doch sehr wahrscheinlich, daß sie dadurch verändert werden.

Die Ansicht, daß man das Exsudat teleologisch auffassen müsse, ist wie alle Teleologie nicht wissenschaftlich, vorausset-

Appendizitis und Gonorrhoe, die beiden häufigsten Ursachen der chronischen Entzündung der Tuben und Ovarien.

Von Dr. Arthur Mueller, Frauenarzt in München.

Die Entgegnung von W. Förster auf meinen gleichnamigen Aufsatz sowie private Zuschriften beweisen mir das Interesse, welches jetzt doch in weiteren Aerztekreisen für diese wichtige Frage erwacht ist.

zungslos. Selbst wenn das Exsudat ein Heilungsvorgang sein sollte, ist damit nicht gesagt, daß es ausschließlich günstig wirken müsse.

Ich vergleiche es mit dem Bruchwasser, das doch auch keinen Heilwert hat, als Stauungs- oder Reizungsprodukt.

Aber selbst wenn man das fibröse und eitrige Exsudat, welches Verklebungen hervorrufen und den Krankheitsherd abkapseln kann, als „teleologischen Heilungsvorgang“ auffaßt, so haben doch gerade diese Vorgänge sehr viele Schäden im Gefolge. Die Verwachsungen der Organe des kleinen Beckens, lokale kleine Netzverwachsungen sind doch keine Heilungsvorgänge und zum mindesten nicht nützlich. Die Pleuraschwarten, die Narben nach Verbrennungen mit ihren Kontrakturen sind auch Heilungsvorgänge, und die harten bis kirschgroßen Narben, welche — wenn auch ohne Beschwerden — nach Furunkeln bleiben, sind doch auch keine „Heilung“ und machen an sich oft wieder neue Beschwerden.

Ich habe nicht gesagt, das man jeder Patientin, die zum ersten Male über Schmerzen in der rechten Bauchseite klagt oder an akuter Eierstocksentzündung usw. leidet, operieren soll. Wohl aber soll man bei allen Frauen — und Männern — welche mit solchen oder mit unklaren Schmerzen im Bauche kommen, genau nachfragen, ob sie schon öfter und vor längerer Zeit Schmerzen verdächtiger Art gehabt haben. Man darf sich nicht damit begnügen, zu fragen: „Haben Sie einmal Blinddarm-entzündung gehabt?“ — Hierauf erfolgt die prompte Antwort: „Nein.“ Forscht man wiederholt und genauer nach, so erfährt man meist, daß — oft vergessen — sogar schwere Bauchfell-entzündungen Jahre zurück vorkamen und vorher und nachher wechselnd Beschwerden bestanden, die immer wieder anders geartet, schließlich als neurasthenisch und hysterisch bezeichnet wurden.

Wenn man fast täglich solche Fälle in der Sprechstunde sieht, die schon durch viele Hände gewandert sind, ohne Heilung oder auch nur Besserung zu finden, wenn man immer wieder hört, wieviel Schmerzen und Elend durch die nicht gestellte oder zu spät gestellte Diagnose Appendizitis — wie viele sterben noch jetzt daran — angerichtet wird, wenn man hört, wieviel Familienunglück, wie dies Neißer mit Recht so eindringlich hervorhebt, durch die einseitige Gonorrhoe-diagnose heraufbeschworen wird, dann muß man immer wieder zur Vorsicht bei dieser schwerwiegenden Diagnose warnen und an die Möglichkeit einer vielleicht auch neben Gonorrhoe vorhandenen Appendizitis zu denken mahnen.

Wer nicht schon lange krank ist, der entschließt sich nicht sofort zur Operation. Der Kranke „muß erst reif“ werden, d. h. selbst die Ueberzeugung haben, daß, nachdem andere Behandlungsmethoden erfolglos waren, der Blinddarm die Hauptursache seiner Leiden ist.

Da ich die Entfernung des Vermis nicht als das Ende der Behandlung ansehe, sondern nur als Beseitigung des wesentlichsten Hindernisses zur Heilung, also als Anfang der Behandlung, sehe ich meine Patientinnen noch längere Zeit nach der Operation. Ich habe noch nie gehört, daß eine bereut hätte, sich operieren gelassen zu haben, um so öfter aber, daß sie bedauern, daß es nicht viel früher geschehen sei.

Wer einen Ueberblick über die Entwicklung der Medizin in den letzten Jahrzehnten zu gewinnen sucht, wird erkennen, daß wir am Ende einer erfolgreichen, aber einseitigen Periode der Medizin stehen. Von Zellulärpathologie und Organpathologie streben wir wieder danach, die viel zu vielen jetzt aufgestellten Einzelerkrankungen zu größeren Krankheitsbegriffen zusammenzufassen, welche die Grenzen der jetzigen Spezialfächer weit überschreiten. Zu diesen großen Krankheitsbegriffen wird die Kolitis mit Appendizitis und ihren Folgeerscheinungen, wie Kummell und ich sie auffassen, gehören.