

VI. Aus dem Odessaer Stadthospital. Ueber die Peritonitis chronica fibrosa.

Von Dr. B. Goldenberg, Ordinator.

Die chronische Bauchfellentzündung schliesst sich sehr oft als chronisches Stadium der acuten Peritonitis an, zuweilen bildet sie sich auf Grund eines lang dauernden Ascites aus, zuweilen verläuft sie von Beginn an sehr latent, und dann hat man Durchnässung und Erkältung als ihre Entstehungsursache beschuldigt. In vielen Fällen bleibt die Aetiologie der chronischen Peritonitis vollständig unaufgeklärt. Es giebt eine besondere Form der chronischen Peritonitis, die sich durch massenhafte Neubildung von Bindegewebe und consecutive Schrumpfung des ganzen Bauchfells kennzeichnet und die einzelne Autoren nicht ganz unpassend als Peritonitis chronica difformans schildern.

Man läuft zuweilen Gefahr, die letztere am Lebenden mit Abdominaltumoren zu verwechseln. Dies giebt mit anderen auch Eichhorst zu, indem er sich in dem Artikel über chronische Peritonitis in der Eulenburg'schen Realencyclopädie folgendermassen äussert: „Sind die Stränge sehr verdickt, sehr ausgedehnt und mit Retraction von Netz und Mesenterium verbunden, so können sie bei der Palpation, namentlich wenn die Bauchdecken sehr schlaff sind, für Tumoren imponiren. Durch schwierige Verdickung und narbenartige Retraction des Netzes und Mesenteriums entstehen mitunter so erhebliche Missbildungen, dass man von einer Peritonitis difformans gesprochen hat.“

Ich möchte in dieser kurzen Abhandlung die Unterscheidungsmerkmale der Peritonitis chronica fibrosa beleuchten und hervorheben. Im Verlauf des vorigen Jahres konnte ich in meiner inneren Abtheilung des Odessaer Stadthospitals zwei Fälle der chronischen Bauchfellentzündung beobachten, die für maligne Darmneubildung mit Metastasenbildung des Bauchfells imponirten und die sich bei der Section als Peritonitis chronica fibrosa erwiesen. Ich gehe zur Beschreibung der Fälle über.

Fall 1. Uljana Czernaja, Wäscherin, 35 Jahre alt, erfreute sich stets guter Gesundheit, fühlt sich sechs Wochen lang krank, klagt über starke Schmerzen und zunehmenden Umfang des Abdomens.

Status praesens am 7. April 1891. Patientin von hoher Statur, starkem Knochenbau, reducirtem Fettgewebe und welker Muskulatur. Anämie stark ausgesprochen, Temp. normal, Puls etwas beschleunigt, von geringer Fülle. Ueber den Lungen überall verschärftes Athmen und stellenweise Rhonchi sonori et sibilantes. Herzgrenzen normal, Töne rein. Stark ausgesprochener Ascites, unbedeutendes Knöchelödem. Die Bauchwandungen stark gespannt. Stuhl- und Urinentleerung unbehindert. Im Harn Spuren von Eiweiss, tägliches Urinquantum 350 ccm. Ordination: Calomel 0,06 dreimal täglich.

11. April. Patientin hat etliche flüssige Stühle.

12. April. Durchfall stärker.

13. April. Klagt über Schmerzen im Abdomen und Durchfall.

19. April. Es wird durch Punction des Abdomens 12250 ccm klarer, seröser Flüssigkeit entleert. Es stellt sich jetzt heraus, dass die Lebergrenzen normal sind; in der Gegend der Flexura coli hepatica und in der Mitte des Bauches, unterhalb des Nabels, lassen sich harte Tumoren durchfühlen. Ordination: Coffeinum natrobenzoicum 0,2, viermal täglich, und Opii puri 0,015, dreimal täglich. Die entleerte Flüssigkeit, mikroskopisch untersucht, erwies sich stark albumenhaltig, man fand ausserdem rothe Blutkörperchen, Leukocyten und grosse fetthaltige Zellen (Epithel des Bauchfells?).

20. April. Durchfall wie früher.

25. April. Bauchumfang wieder zugenommen.

28. April. Durchfall und Ascites in Zunahme.

7. Mai. Heute trat wieder starker Durchfall auf, allgemeine Entkräftung, Puls schnell und schwach, Extremitäten kühl. Ordination: Inf. Valerian. — Camphora c. Flor. Benzoës.

9. Mai. Exitus letalis. Klinische Diagnose: Cancer intestinorum et peritonei.

Section wurde am nächsten Tage von Prosector Dr. Stroganoff ausgeführt. Protokollauszug: Die Bauchhöhle stark durch Exsudat ausgedehnt. Das Exsudat enthält viele eitrige Gerinnsel. Peritoneum viscerale und parietale von einer Eiterschicht bedeckt. Entfernt man dieselbe, so stellt sich das Peritoneum als gelockert und mit Blutextravasaten be-

deckt heraus. Die Darmschlingen sind miteinander in ein Packet verwachsen, zur Wirbelsäule herangezogen und in der Mitte der stark ausgedehnten Bauchhöhle gelagert. Omentum majus geschrumpft. Das Colon ascendens ist nach unten gezogen und der untere Theil desselben mit dem oberen verwachsen. Magen contrahirt, die Schleimhaut desselben faltig, grauschieferfarben, von vermehrter Consistenz. Die Muskelschicht des Magens ebenfalls stark verdickt, besonders an der hinteren Wand. Serosa des Magens besonders an der Curvatura major stark verdickt und von vermehrter Consistenz. An der vorderen Fläche sind diese Verdickungen ungleichmässig, so dass die Serosa des Magens wie marmorirt erscheint. Der Knickungsstelle des Colon ascendens und dem Mesenterium des Coecum entsprechend finden sich Verdickungen fibröser Natur, bis 1 cm dick. Die Serosa wie auch die Muskelschicht des Dünn- und Dickdarms sind beträchtlich verdickt, so dass man bei Eröffnung desselben mit dem Messer deutliches Knirschen hört. Die Verdickung des Darms ist nicht gleichmässig, so dass einzelne Abschnitte, besonders des Dickdarms, stark erweitert in Form von faustgrossen Luftsäcken sich präsentiren. Die Wand dieses Darmabschnittes ist bedeutend dünner als die Wand der verdickten Abschnitte. Die Schleimhaut des Dünn- und Dickdarms vollständig unverändert, blutarm. Processus vermicularis lässt frei einen Kleinfinger durch, dessen Wandung stark verdickt ist. Sein Mesenterium ist an der Wurzel fast $\frac{1}{2}$ cm dick. Uterus und Ovarien beträchtlich vergrössert, Uteruswand verdickt, der Peritonealüberzug ebenfalls verdickt und von Blutextravasaten bedeckt. Ovarialgewebe von vermehrter Consistenz. Alle übrigen Organe normal. Anatomische Diagnose: Peritonitis et Mesenteritis chronica fibrosa.

Fall 2. Alexandra Lang, 53 Jahre alt, verheirathet, überstand eine normale Geburt und hatte eine Fehlgeburt, nach welcher sie stets an einem Gebärmutterleiden kränkelte. Menstruation sistirte vor zwei Jahren. Ernstlich krank sei sie nur zwei Wochen lang. Sie erkältete sich während eines Sturmregens, wobei sie bis zur Brust im Wasser circa $\frac{1}{2}$ Stunde verblieb. Am nächsten Tage schon bemerkte sie eine sichtbare Schwellung des Leibes, aber schon vor diesem Unfall war ihr Leib stets gross, und hier und da verspürte sie dumpfe Schmerzen im Leibe.

Status praesens am 21. August 1891. Die Kranke ist mittelgross, im höchsten Grade abgemagert und anämisch. Gesichtsfarbe erdfahl. Pupillen erweitert, Zunge belegt, Herz und Lungen normal. In der Bauchhöhle ascitische Flüssigkeit, untere Extremitäten ödematös. Genitalorgane normal. Im Harn weder Albumen noch Zucker. Ordination: Sir. Ferri-jodati.

24. August. Es werden aus der Bauchhöhle 6000 ccm einer trüben, grünlich-serösen Flüssigkeit entleert. Leber und Milz nicht vergrössert. Musculi recti befinden sich in diastasi, und man kann zwischen ihnen, mit den Fingern in die Tiefe dringend, ein paar harte Tumoren von verschiedener Grösse und Form abtasten. Ordination: Inf. Condurango c. Extr. Belladonnae.

30. August. Allgemeiner Kräfteverfall und Durchfall.

31. August. Durst, trockene Zunge, kühle Extremitäten und schwacher Puls. Tinct. Arnicae c. Tinct. Valerian.

4. September. Exitus letalis. Klinische Diagnose: Tumor malignus cavi abdominis (Cancer intestinorum?).

Die Section wurde am nächsten Tage vom Prosectorgehilfen Dr. Chenzinski ausgeführt und ergab: Peritonitis chronica et Mesenteritis fibrosa chronica, Ulcera cicatricosa coeci et S. romani.

Sectionsprotokollauszug: Eine stark abgemagerte Leiche; in der Bauchhöhle viel seröser Flüssigkeit. Peritoneum parietale et viscerales verdickt. Die Darmschlinge, besonders der untere Abschnitt derselben sind miteinander fest verbacken, so dass man sie schwer voneinander trennen kann. Mesenterium stark verdickt. Das Peritoneum des Dickdarms ebenfalls verdickt, Omentum verdickt und geschrumpft, Magenschleimhaut schiefergrau, verdickt und blutarm, ebenso die Schleimhaut des Dünn-darms. Im Coecum findet sich ein Geschwür von der Grösse einer halben Handbreite. Der Grund desselben ist rein, von der Muskulatur gebildet und von kleinen Granulationen mit Blutextravasaten bedeckt. Im Colon ascendens eine Narbe, die fast die ganze Circumferenz des Darmes einnimmt. Im S. romanum finden sich auch ein paar kleine pigmentirte Narben. Um den Uterus herum viele fibröse Verwachsungen. Die Uterus-substanz verdickt und blutarm. Ovarien und Tuben sind umgeben von Pseudomembranen. Die rechte Tube erweitert und klare Flüssigkeit enthaltend. Leber verkleinert, von graubrauner Farbe, blutarm, von vermehrter Consistenz. Milz, Nieren und Pankreas atrophisch.

In beiden Fällen gingen die Kranken an einer Peritonitis chronica fibrosa zugrunde. Die chronische Peritonitis konnte sich in beiden Fällen aus einer Perimetritis chronica allmählich entwickelt haben. Im Fall 2 erklärte die Patientin, lange an einem Gebärmutterleiden nach einer Fehlgeburt laborirt zu haben. Im ersten Falle fehlten dergleichen Angaben, aber bei der Autopsie fanden wir Verdickungen und Pseudomembranen um den ganzen Genitalapparat. Es kommen im zweiten Falle noch die wahrscheinlich durchgemachte Dysenterie, die Ulcera und Narben im Dickdarm hinterliess, und das Erkältungsmoment während des Sturmregens zur Klärung der Aetiologie der Erkrankung in Betracht.

Beide Fälle verliefen während des Lebens scheinbar als maligne Neubildungen des Abdomens und boten höchst täuschend dasselbe Krankheitsbild. Wir hatten in beiden Fällen eine höchst ausgesprochene Kachexie, Ascites, unstillbaren Durchfall und konnten in der Tiefe scheinbar Tumoren durchfühlen. Das Hauptunterscheidungsmerkmal der Verdickung des Peritoneums von Abdominaltumoren ist 1) die weniger scharfe Umgrenzung gegen die Umgebung, 2) die geringere Resistenz, 3) die weniger höckerige

Beschaffenheit, 4) die Ascitesflüssigkeit ist nie blutig — sie ist entweder serös oder serös-purulent.

Die Prognose ist bei der Peritonitis chronica fibrosa, wie auch bei den malignen Abdominaltumoren sehr ernst. Die Kranken gehen schliesslich an Kachexie zugrunde.

Die Therapie ist in beiden Fällen fast gleichwerthig — sie bleibt meistens rein symptomatisch.