

IV. Ueber einige interessantere Laparotomien.

Nach einem am 10. Juli 1883 im ärztlichen Verein zu Hamburg gehaltenen Vortrage.

Von

L. Prochownick.

(Schluss aus No. 36.)

An diese beiden Operationen reihen sich vier weitere Laparotomien, welche subjectiv zusammengefasst, der Classe der diagnostischen Irrthümer am besten eingereiht werden, während objectiv jeder einzelne Fall einer besonderen und jedesmal auch interessanten Erkrankungskategorie angehört.

I. Frau F., 34 Jahr alt, Hamburg, Arbeiterfrau, wurde seit 1877 von mir behandelt. 1877 und 1878 langdauernde beiderseitige Parametritis; nach vielen Bemühungen schliesslich 1879 durch combinirte Schmier- und Schwitzkur, hergestellt. Wohlbefinden bis Frühjahr 1881, nur in der Zwischenzeit mässige dysmenorhoische Beschwerden, zurückgeführt auf eine alte durch Narbenstränge fest fixirte Retroversion und einen gut wallnussgrossen zurückgebliebenen rechtsseitigen festen Exsudatrest. Im Frühjahr 1881 wieder plötzliche, mit geringem Fieber aber sehr heftigen peritonealen Reizerscheinungen verbundene Anschwellung und Vergrösserung des rechtsseitigen Exsudates. Fieber und Peritonealreiz verschwanden bei entsprechender Behandlung bald, jedoch blieb ein fortwährender Schmerz und ausgeprägtes Schweregefühl in der rechten Seite, sowie Flatulenz, verbunden mit einer höchst hartnäckigen Verstopfung zurück. Da der Inhalt des vermeintlichen Exsudates sich immer gleich zu bleiben schien, eine elastische Consistenz bot, wurde eine Punction mit event. nachfolgender Drainage beschlossen. Dieselbe ergab eine völlig klare, hellgelbe, schwach eiweisshaltige, neutrale Flüssigkeit von 1008 spec. Gew., war frei von Blut und Eiter und bot auch mikroskopisch keinerlei charakteristischen Anhalt für ihre Genese dar. Es wurde von einer Drainage abgesehen. Die Frau befand sich wiederum ein Jahr ganz wohl. Bei der Untersuchung fand man wieder wie früher ausser der Retroversion den jetzt etwa hühnereigrossen ziemlich festen, wenig empfindlichen, so gut wie gar nicht verschieblichen rechtsseitigen Tumor.

Gegen Ende des Sommers 1882 wiederholte sich abermals plötzlich und ohne nachweisbare Veranlassung das alte Krankheitsbild:

Einige Tage leichtes Fieber, heftige sich nach einigen Tagen rechtsseitig localisirende peritonitische Schmerzen, Erbrechen etc. Nach Verschwinden der acuten Symptome wieder dasselbe sich hinschleppende

Krankheitsbild von Schmerz, Schwere, Vollsein, Verstopfung und Exsudatbefund in der rechten Seite. Es wurde nun, um endlich einmal Klarheit in diesen sich so oft wiederholenden Process zu bringen und in der Idee, doch vielleicht als Endursache eine Geschwulst am rechten Eierstock mit etwaigen Achsendrehungen oder dergleichen zu finden, im September 1882 die Laparotomie gemacht.

Da erwies sich denn, dass der Tumor aus einem kinderfaustgrossen, im Becken und in sich durch zahlreiche Adhäsionen fest verbundenen Convolut von Dünndarmschlingen bestand. Bei dem Versuche allmählich manuell die tieferen Beckenverwachsungen zu lösen, ergoss sich plötzlich, als wie wenn man eine kleine Cyste eröffnete, eine mässige Menge von Flüssigkeit, genau den Charakter der vorjährigen Punctionsflüssigkeit darbietend. Schritt für Schritt wurde nun das Darmconvolut zunächst aus seinen Beckenadhäsionen gelöst und alles was blutete durch Unterbindung versorgt. Hierauf wurden an dem nunmehr in die Bauchwunde hineingezogenen Darmpaquete die grosse Menge der glücklicherweise meist lockeren Verwachsungen getrennt, und gelang es die zahlreichen mässig blutenden Flächen durch vielfaches Betupfen mit reinem Chlorwasser oberflächlich zu verschorfen und die Blutung völlig zu stillen. Der rechte Eierstock hatte, im übrigen ganz normal beschaffen, hinter der Geschwulst am Psoasraude gelegen.

Auch der linke Eierstock war ganz normal und Beide wurden daher in der Bauchhöhle gelassen. Nach ausgiebiger Toilette, namentlich in der Tiefe des kleinen Beckens, Bauchnaht. Völlig regelmässiger Heilungsverlauf.

Dysmenorrhoe, Schweregefühl, Uterinschmerzen sind geschwunden, eine Exudatbildung ist nicht wieder eingetreten, im Gegentheil ist es durch fortgesetzte Massage und Heisswasserirrigation gelungen, die tieferen Beckennarben zu erweichen und die Retroversion allmählich schon in eine Horizontalstellung umzuwandeln. Dagegen hat die Frau noch immer mit Flatulenz und Verstopfung und einer Reihe von wechselnden localen Schmerzerscheinungen im Leibe zu kämpfen, welche darauf hindeuten, dass doch wohl einzelne von den Darmschlingen wieder mit einander verklebt sind und mechanische Störungen in den Darmbewegungen noch vorliegen. Es ist schwierig diesen Fall zu rubriciren; in das Gebiet der eigentlichen diagnostischen Irrthümer ist er kaum zu rechnen, da eine Ovarial- oder Ligamententumor zu finden von vornherein als die geringste Wahrscheinlichkeit angenommen wurde. Die Laparotomie wurde in erster Linie deshalb gemacht, um ein etwa entartetes (chronisch entzündetes) Ovarium zu entfernen, ferner aber, um eventuell durch Beseitigung von Pseudoligamenten oder abgekapseltem Hydrops die fortwährende Neigung zu Entzündungen zu heben. Dass in den früheren perimetritischen und pelvipéritonitischen Entzündungen auch die Ursache der gefundenen Darmverklebungen zu suchen war, liegt auf der Hand; die ganze Krankengeschichte und auch der Erfolg rechtfertigen jedenfalls den Eingriff nach einer so langdauernden Beobachtung und mehr weniger vergeblichen Behandlung zur Genüge.

II. Frau L., Schneider's Ehefrau, 29 Jahr, aus Hamburg, verheirathet seit fünf Jahren, steril. Erkrankte im September 1881, zwei Tage vor der erwarteten (übrigens bis dahin stets regelmässigen, schmerzlosen) Menstruation mit ganz plötzlich eintretenden, kolikartigen, sich im Laufe von 1 bis 1½ Stunden zur höchsten Potenz steigenden Schmerzen in der linken unteren Seite des Leibes. Auf der Höhe hielt die Kolik circa eine Stunde an, liess dann allmählich nach und verschwand in 8 bis 10 Stunden, die Frau in einem äusserst erschöpften Zustand hinterlassend. Der Anfall wiederholte sich im Laufe der nächsten 7 Tage (d. h. bis zum Ende der Menses) noch 3 Mal, alsdann sistirte er bis 14 Tage nach der Regel, trat dann einmal ein. Zwei Tage vor der nächsten Menstruation Wiederholung desselben Bildes und Wiederkehr der Anfälle inter menses 4 Mal. Um diese Zeit sah ich die Frau zuerst, zu einer genaueren Beobachtung kam ich jedoch erst bei dem nächsten wieder genau in der Mitte zwischen beide Menses fallenden Paroxysmus. Das Bild war kurz folgendes: Grosse schlanke, kräftige, wenn auch magere Frau; Herz und Lungen gesund. Temperatur 37°, Puls 108, klein, Resp. 18. Die Frau lag zusammengekrümmt, heftig stöhnend im Bett, die geringste Berührung des Abdomens, insbesondere aber der linken unteren Seite enorm schmerzhaft; verfallenes Gesicht mit tief liegenden Augen; häufiger Urindrang mit jedesmal reichlicher und leichter Entleerung spastischen Harns. Am ehesten glich das ganze Bild einem typischen Anfalle von Nierensteinkolik, nur fehlte Schmerzhaftigkeit im Rücken und in der eigentlichen Nierengegend.

0,02 Morphinum waren zwar von Wirkung, aber nur für ausserordentlich kurze Zeit; bei einem erneuten Besuch nach 3 Stunden war bereits eine zweite Morphinumapplication nothwendig. Eine sorgfältige quantitative und qualitative Untersuchung des Urines in den nächsten 8 Tagen, (welche auch später noch mehrfach wiederholt wurde), führte zu einem, Nieren, Harnleiter und Blase betreffend, völlig negativen Resultate. Die Genitaluntersuchung ergab ausser einer mässigen, wahr-

scheinlich angeborenen oder wenigstens sehr früh erworbenen Retroversion gar nichts Wesentliches; auch gelang es in der schmerzfreien Zeit durch Druck weder von innen (vagina: Finger, Blase: Catheter) noch von aussen den während der Anfälle gefühlten Schmerz hervorzurufen. Um auch über die Möglichkeit einer beweglichen oder wandernden Niere zu entscheiden, wurde in der Chloroformnarcose untersucht. Befund im Betreff der Nieren negativ.

Rechtes Ovarium (beide Eierstöcke waren vorher nicht erreichbar) normal, in der linken Seite fanden sich zwei deutlich von einander getrennte, gut wallnussgrosse, sehr wenig bewegliche, mässig feste, platte Geschwülste. Welche von beiden als Eierstock und welche als Fremdbildung aufzufassen war, konnte nicht entschieden werden. Später, nachdem man einmal über das Vorhandensein der beiden Tumoren unterrichtet war, gelang es nachzuweisen, dass der obere, höher im Abdomen gelegene, von beiden der Sitz der Schmerzanfälle war. Die im Laufe des Winters 81—82 immer häufiger und heftiger eintretenden Anfälle, welche jeder Behandlung, schliesslich selbst starken Narcoticis, spotteten, führten am 7. März 1882 zur Laparotomie. Vor derselben wurde die Diagnose zwischen einer chronischen Oophoritis, einem von der Tube ausgehenden Tumor und (am wenigsten wahrscheinlich) einer circumscribten Neubildung im linken breiten Mutterhunde schwankend gelassen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle ergab sich, dass eine kleinapfelgrosse cystische Anschwellung des linken Eileiters vorlag. Bei dem Versuche den Uterus mit seinen Anhängen ein wenig mehr nach der Bauchwunde zu ziehen, platzte die sehr zartwandige Geschwulst und entleerte eine dünne farblose Flüssigkeit. Da hierauf die Tube völlig zusammen fiel, so gut wie gar keine Blutung eintrat, der ganze übrige Befund bis auf eine mässige Vergrösserung des linken Ovarium ein normaler war, und endlich das weite Auseinanderweichen der dünnen Cystenwand eine Wiederauffüllung ausschloss, so glaubte ich am richtigsten von jedem weiteren Eingriffe absehen zu sollen. Nur eine langgestreckte, aber flache und lockere Adhäsion gegen das Beckenzellgewebe und Beckenperitoneum wurde noch gelöst und mit unverdünntem Chlorwasser oberflächlich verschorft. Es wurde noch die normale Lage und Grösse der Nieren festgestellt, die Becken und Bauchhöhle sorgfältig ausgetupft und genäht. Reactionsloser Verlauf, vollständige Genesung. Diese Krankengeschichte wiederlegt zunächst die häufig ausgesprochene Annahme, dass Hydrops tubae und Haematosalpinx keine Beschwerden machen (cf. Olshausen, Krankheiten der Ovarien pag. 138, Bandl, Krankheiten der Tuben etc. pag. 16). In unserem Falle hat ein kleiner Tumor die unerträglichsten kolikartigen Schmerzen gemacht und wenn man die entzündlichen flachen Adhäsionen der Umgebung hierfür mit in Anspruch nehmen will, so sind doch auch diese nur als Folgezustände der Tubenerkrankung und nicht als das Primäre anzufassen. Fragen könnte man weiter, ob nicht der kleine Tumor von der Scheide her punktirbar gewesen wäre, wie Simpson und Andere gethan haben, es muss dies jedoch, weil die Gestalt und Consistenz der Geschwulst doch manche Zweifel darboten, verneint werden. Dass ich nach dem Platzen des Sackes nichts weiter unternahm, weder die weit auseinandergewichene äusserst zarte und dünne Wandung vernähte, noch die Tube extirpirte, noch Sondirungsversuche machte, ist eine Art Gefühlssache; ich hielt, so wie das Bild sich darbot, diesen spontan entstandenen Ausweg für den natürlichsten und meinte, dass sich jedenfalls der Heilungsverlauf am einfachsten gestalten würde, wenn kein weiterer Eingriff geschähe. Der Erfolg hat dies bestätigt. Klinisch möchte ich noch auf die Eigenartigkeit der Anfälle aufmerksam machen, welche die Frau heimsuchten. Ich verfüge noch über einige weitere Krankengeschichten (3) bei denen durch Narcosenuntersuchung mit einiger Sicherheit Tubenerkrankungen hatten festgestellt werden können; in 2 von diesen Fällen, also im Ganzen 3 Mal unter 4 Beobachtungen war ein heftiger krampfartiger etwa ½ Tag anhaltender Schmerzparoxysmus ganz genau mitten zwischen zwei Menstruationen geradezu typisch. Bei den immerhin seltenen uncomplicirten chronischen Eierstocksentzündungen ist diese Erscheinung bekannt, für tubare Erkrankungen scheint sie weniger beobachtet worden zu sein.

III. Frau S. Hamburg, 35 Jahre, seit 10 Jahren verheirathet, steril, erkrankte im Herbst 1881 ohne nachweisbare Ursache mit Leib- und Rückenschmerzen und einem ununterbrochenen Wechsel von Durchfall (begleitet von heftigem Tenesmus) mit hartnäckiger Obstipation. Gewöhnlich hatte sie 4 bis 5 Tage Diarrhoeen, mitunter nur minimale dünnbreiige oder wässrige Stühle¹⁾ bei dauerndem Tenesmus, dann trat scheinbar plötzlich unter Verschwinden des Tenesmus heftiger Leibschermer ein (bei den Durchfällen wesentlich weniger vorhanden) im Verein mit einer, selbst ziemlich drastischen Mitteln trotzenden Verstopfung. Dann wiederum plötzlich, auch ohne jede Medication, Eintritt der Durchfallstage. Hierzu gesellte sich ein fortwährender (von Durchfall und Verstopfung unabhängiger) heftiger, ziehender, beiderseits nach Weichen

¹⁾ Blut, Eiter oder grössere Schleimmassen wurden niemals entleert.

und Hüften ausstrahlender, von der Gegend des zweiten und dritten Lendenwirbels ausgehender Krenschmerz. Derselbe hatte die früher sich gerade haltende Frau nach und nach gezwungen eine leicht vornübergebeugte Rumpfhaltung anzunehmen. Die regelmässige, vierwöchentliche geringe, fünftägige Menstruation war jedesmal mit einer Steigerung der Rückenschmerzen verbunden, auf den Wechsel von Durchfall und Verstopfung war kein Einfluss vorhanden. Als die Frau im December 1882 (durch Herrn Dr. A. d. Meyer) in meine Behandlung kam, hatte sie eine Reihe von Mitteln und Kuren ohne Erfolg durchgemacht, sah schlaff und herabgekommen aus. Lungen, Herz, Leber normal. Abdomen flach, etwas eingezogen, schlaff, dabei jedoch der tympanitische Percussionston ziemlich hoch hinauf sich erstreckend; überall mässige Druckempfindlichkeit, nirgends eine besondere Auftreibung oder Härte, kein Anzeichen einer Hernie. Rücken im Bereiche der Lendenwirbel sehr schmerzhaft, Nieren und Blinddarmregion hingegen wenig empfindlich. Urin normal. Rectum gesund, keine Fissur, kein Katarrh, die Fingeruntersuchung und Speculirung erzeugt keinen Tenesmus. Genitalien normal.

Bei deren Untersuchung scheint es, als wenn der Finger eine kleine Geschwulst aus dem Becken herausdrängt. Nach der Genitaluntersuchung, welche in eine Verstopfungsperiode fiel (ohne dass übrigens Kothmassen im Mastdarm gewesen wären), trat sofort, und zwar diesmal ganz auffällig nach nur dreitägiger Verstopfung, der Durchfall ein. Da es bei einer nächsten Untersuchung nicht gelingen wollte irgend etwas Geschwulstartiges zu fühlen, so wurde die Narcose zu Hilfe genommen. Auch diese schien kein Resultat zu geben; plötzlich jedoch drückte die das Abdomen abtastende Hand von der rechten Seite her eine apfelgrosse, aber mehr längliche, wurstartige, sehr bewegliche Geschwulst in das kleine Becken hinein, dem in der Vagina befindlichen Finger entgegen. Ein kleinfingerdicker Stiel von ziemlicher Länge schien seinen Ursprung von der Gegend des rechten Eierstocks her zu nehmen. Dieser selbst war an normaler Stelle zu fühlen. Der Tumor wurde möglichst ins kleine Becken hinein gedrückt und die Patientin in's Bett gebracht. Es trat wieder Verstopfung ein; nach 48 Stunden erneute Untersuchung ohne Narcose; die Geschwulst liegt noch im kleinen Becken, wird mit geringem Schmerz in die Höhe gebracht, erweist sich nach mehreren Seiten hin verschieblich, entschlüpft leicht und ist dann nur schwierig wieder aufzufinden. Ganz auffälligerweise klagt die Kranke mit dem Verschwinden der Geschwulst aus dem Becken sofort über Tenesmus und derselbe verschwindet, wenn man dieselbe ins Becken wieder hineindrückt. Durch eine fortgesetzte Beobachtung wird festgestellt, dass mit dem Verweilen des Tumors im Becken Verstopfung und Leibschmerz, mit dem Entweichen aus der Beckenhöhle Tenesmus und Durchfall eintreten. Somit war die Berechtigung gegeben, die Fremdbildung zu entfernen. Ueber den Charakter derselben vermochte ich mir vor der Operation ein bestimmtes Bild nicht zu machen, und wurde die Diagnose zwischen einer von der Gegend des rechten Ovarium oder Parovarium ausgehenden oder einer mesenterialen cystischen Neubildung in suspensio gelassen.

Operation Ende Januar 1883. Nach Eröffnung des Leibes zeigt sich, dass die Neubildung vom Wurmfortsatze ausgeht. Dieselbe hat eine exquisit birnförmige Gestalt mit einem ziemlich langen, kleinfingerdicken Stiele. Vom Coecum zieht sich das Mesenterium etwa 5 cm weit am Stiele entlang, von da an schwebt dieselbe völlig frei in der Bauchhöhle. An der höchsten Stelle der oberen breiten Fläche zeigt sich eine blanroth verfärbte äusserst dünne Stelle. Der Stiel wird $2\frac{1}{2}$ cm oberhalb der Einmündung in den Blinddarm abgebunden, der Mesenterialansatz stumpf gelöst, dann der Stiel etwas höher nochmals eingeschnitten und zwischen beiden Ligaturen durchgeschnitten. Nachdem noch beide Ovarien inspicirt und gesund befunden waren, Toilette und Banlnaht. Glatte, völlig reactionsloser Verlauf. Verschwinden sämtlicher Beschwerden bis auf eine Neigung zur Verstopfung und Erscheinungen von Magenkatarrh. Diese weichen einer Carlsbader Kur im Frühjahr; am langsamsten verschwinden nach und nach die Krenschmerzen.

Die grösseren Cystenbildungen am Processus vermiformis ohne perityphlitische Prozesse gehören schon pathologisch-anatomisch zu den seltenen Vorkommnissen. Virchow, welcher sie als Muster der Entwicklung von Retentionscysten benutzte (krankhafte Geschwülste, Bd. I. p. 250) scheint die Erkrankung noch wesentlich häufiger gesehen zu haben als Rokitsansky (Lehrbuch der patholog. Anatomie 1861. III. 184 pp.) und Klebs (Handbuch der patholog. Anatomie 1868. Erste Lieferung, pag. 279). Halten wir uns an die vorzügliche Beschreibung Virchow's, so befand sich die von uns entfernte Geschwulst in demjenigen schon den längeren Bestand beweisenden Zustand, in dem aus der ursprünglichen Schleimcyste eine ziemlich grosse, partiell sehr dünnwandige seröse Cyste geworden war, denn der Inhalt bestand aus einer dünnen, leicht gelblich trüben, schwach alkalischen, gering erweiss- und stark kochsalzhaltigen Flüssigkeit, von minimal faäulentem Geruche. Dass derartige

Cystenbildungen klinisch festgestellt oder aus einem bestimmten Symptomencomplex diagnosticirt worden sind, habe ich nicht finden können, auch eine chirurgische Entfernung einer derartigen Cyste habe ich in der mir zugänglichen Literatur nicht nachzuweisen vermocht; auch unter den so zahlreichen Irrthümern in der Diagnose abdominaler Geschwülste, welche erst durch die Operation erhellten, befindet sich eine freie Cystenbildung des Wurmfortsatzes nicht. Es muss daher die vorliegende Krankengeschichte als Prototyp einer solchen gelten und verdient deshalb eine besondere Beachtung. Sie bietet auch, wenn nicht viele, doch einige recht charakteristische Momente. Das Eigenthümlichste bleibt der Wechsel zwischen Verstopfung und Durchfall je nach der Lage der Geschwulst und der gerade dann nicht sich einstellende Tenesmus, wenn man ihn am ehesten hätte erwarten sollen, nämlich bei Eintritt des Tumors in's kleine Becken und Druck auf's Rectum. Ob beide Symptome auf wirklich mechanische Ursachen oder nur auf peritonealnervösen Einfluss zurückzuführen sind, muss vorerst dahin gestellt bleiben. Der auffällige lange Stiel, die ausgiebige Beweglichkeit, die eigenthümliche wurstartige Form sind fernere, wenn auch nicht ganz typische, so doch bemerkenswerthe diagnostische Momente.

IV. Frau W., 24 Jahre, Altona, war als Mädchen immer gesund, regelmässig menstruirte, nicht chlorotisch, aus gesunder Familie. Nach ihrer Verheirathung im Frühjahr 1882 begannen bei sonst noch völlig gutem Befinden die Menses mit heftigem Leibschmerz verbunden aufzutreten. In der Zwischenzeit war Patientin schmerzfrei; kein Fluor, keinerlei Beschwerden bei den (angeblich mässig häufigen) Cohabitationen, nur magerte sie etwas ab¹⁾. Von Menstruation zu Menstruation wurden die Schmerzen heftiger und langdauernder; zuerst auf die Unterbauchgegend beschränkt erstreckten sie sich allmählich über den ganzen Leib, am intensivsten allerdings immer in der Gegend der Eierstöcke auftretend. Allmählich im Spätherbst traten die Schmerzanfälle auch zwischen den Menstrationen ein, die Kranke, früher voll und blühend, magerte immer mehr ab und verlor 25 Pfund an Gewicht. Ende December wurden die Schmerzen noch heftiger und continuirlicher, abendliche Temperatursteigerungen traten hinzu, das Aussehen wurde ein verfallenes. Dabei war die Verdauung in Ordnung, wenigstens keine Durchfälle vorhanden, Appetit und Durst mässig. Anfang Januar 1883 sah ich die Kranke zuerst. Das bisher geschilderte von dem bis dahin behandelnden Collegen (Dr. A. Tempel) stammende Krankheitsbild wurde in mehrtägiger Beobachtung bestätigt. An Lunge und Herz war nichts nachzuweisen, auch für Nierenerkrankung bot sich kein Anhalt. Der Leib fühlte sich etwas hart an, war aber weder geschwollen noch tympanitisch. Nirgends war eine dentliche Dämpfung nachweisbar, auch nicht über den gleich zu schildernden Geschwülsten. Bei der Genitaluntersuchung zeigte sich die Gebärmutter in Normalstellung, nicht verdickt, leicht geschwellt, unempfindlich. Von derselben nach rechts und links waren zwei anscheinend faustgrosse, prallelastische aber so ausserordentlich schmerzhaft Tumoren zu palpieren, dass zu einer genaueren Orientirung die Chloroformnarcose angewandt werden musste. In derselben ergab sich für die linke Seite eine faustgrosse, für die rechte eine gut hühnereigrosse elastische mir und den übrigen mituntersuchenden Collegen dentlich verschieblich vorkommende, mit wahrscheinlich dünnen Wandungen versehene Intumescenz. Vom Abdomen her glaubte man die gewölbten Conturen der beiden Geschwülste sicher zu fühlen, und links hatte auch Jeder den Eindruck einer kurzen, dicken Stielbildung; rechts fehlte eine solche. Die scheinbare Beweglichkeit beider Tumoren in der Narcose war so auffällig, dass nur wegen dieser jeder der Untersuchenden (ausser mir noch 4 Collegen), sich gegen eine vaginale Punction und, wenn überhaupt etwas geschehen solle, für die sofortige Laparotomie aussprach. Ein gewöhnlicher parametritischer Entzündungsprocess erschien uns auf Grund von Verlauf und Befund höchst unwahrscheinlich und eine abdominale Punction bei der eigenthümlichen Configuration sogar nicht ungefährlich. Laparotomie 23. Januar 1883. Nach relativ schneller Eröffnung des Leibes, bei dünnen aber sehr blutreichen Bauchdecken, erweist sich das starkverdickte, sehr gefässreiche und besonders von zahllosen dicken prallgefüllten Venen durchzogene grosse Netz um den ganzen Beckeneingang herum mit dem Zellgewebe, dem Becken-Peritoneum und einigen Darm-schlingen fest verwachsen. Eine versuchte langsame Lostrennung scheitert an starker Blutung, es wird daher die ganze Verwachsung forcirt losgerissen, das stark blutende Netz emporgehoben und in mehreren Parthien provisorisch unterbunden. Entleerung von blutigem Ascites aus der Tiefe. Nach Beseitigung einiger weiterer Pseudomembranen liegt der linke Tumor frei vor, erweist sich jedoch durchaus unbeweglich und reisst beim Versuche einer Locomotion sofort ein. Es ergiesst sich

¹⁾ Anamnestisch sei auch bei diesem Falle von schleichend sich entwickelnden perioophorischen Processen erwähnt, dass ein ausserordentliches Missverhältniss zwischen dem sehr grossen und starken Manne und der schmalen, gracilen Frau bestand.

eine beträchtliche Menge blutig-seröser Flüssigkeit, und auf dem Grunde des Tumor liegt in Mitten, wie das Pistill in einer Blüthe, das ganz normal aussehende Ovarium. Die eingerissene sehr dünne, entschieden auch nur pseudomembranöse Wandung blutet nicht und zieht sich stark zurück. Auf der rechten Seite wiederholt sich genau derselbe Vorgang. Beide Eierstöcke sitzen an kurzen Stielen normal an den breiten Mutterbändern. Uterus ganz normal, ebenso die Tuben, welche nur an ein paar Stellen ganz oberflächlich mit den Geschwulstwänden verklebt sind. Es werden diese letzteren nach allen Seiten stumpffrei gemacht und ohne Anwendung von Instrumenten herauspräparirt. Hierauf wird zunächst die ganze Beckenhöhle mit 20 Proc. Chlorwasser (Schwämme) gereinigt. Auf sämtlichen Darmschlingen und zwischen denselben zeigen sich graue, flockige, schmierige Auflagerungen, welche ebenfalls unter Herausheben der Därme überall mit Chlorwasserschwämmen sorgfältig entfernt werden. Die Darmserosa selbst zeigt ausgebreitete, grauröthliche Verfärbung und viele kleine Hämorrhagien. Schliesslich wird das grosse Netz, welches während dieser ganzen Zeit ausserhalb des Leibes in feuchte Carbolgaze gehüllt gelegen hat, zu gut $\frac{2}{3}$ seines ganzen Umfanges Schritt für Schritt doppelt unterbunden und zwischen den Unterbindungen abgetragen. Hierauf Bauchnaht. Operationsdauer gut $1\frac{1}{2}$ Stunden.

In den ersten Tagen liegt die Kranke fast ununterbrochen im Collaps ohne wesentliche Temperatursteigerung (nicht über $38\frac{1}{4}$), bei einem Pulse von 132—150. Unter dauernden Applicationen verschiedener Analeptica erholt sie sich vom 3. Tage an und macht hierauf so schnelle Fortschritte, dass sie schon in der 3. Woche zeitweise aufstehen kann. Von der Zeit an bis jetzt hat die Patientin ihre ganze frühere Gesundheit wieder erlangt. Sie hat 18 Pfund zugenommen, sieht frisch und blühend aus, menstruiert regelmässig und schmerzlos, geht und fährt stundenlang und leitet ihren bedeutenden Hausstand (der Mann hat ein grosses Fuhrwesen), allein. Die ehelichen Functionen unterliegen weder einer Störung, noch veranlassen sie zu irgend welchen Klagen.

Dieser Fall bietet also ein Beispiel einer auf Grund irrthümlicher Diagnose operativ behandelten, schon recht fortgeschrittenen chronischen Peritonitis dar. Kann derselbe deshalb auch nicht zu den mit Absicht gegen Peritonitis chronica unternommenen Operationen (zu deren Berechtigung ich mich rückhaltlos bekenne), rechnen, so kann er doch wiederum zum Beweise dafür dienen, wie grosse Erfolge gerade auf diesem Gebiete noch dem chirurgischen Eingreifen in Aussicht stehen.

Der diagnostische Irrthum lässt sich nur aus der eigenartigen, geschwulstförmigen Absackung der Exsudate erklären, die vermeintlich gefühlte Beweglichkeit nur damit entschuldigen, dass nicht nur die mit mir untersuchenden Collegen, sondern auch andere höchst erfahrene Operateure in einzelnen Fällen ähnlichen Täuschungen unterlegen sind. Der Erfolg beruht meines Erachtens im Wesentlichen auf der Trennung der entzündlichen Adhäsionen, auf der Losschälung des adhärenz Netzes, der Entfernung der pathologischen Transsudate, und der durch diese Maassnahmen wiederhergestellten regelmässigen Circulationsverhältnisse.

Nicht unerwähnt sei schliesslich, dass eine Untersuchung der entfernten Netzmassen auf Tuberculose (Dr. E. Fraenkel) negatives Resultat ergab. Diese Netzentfernung selbst könnte bei dem Verfahren am fragwürdigsten erscheinen; ich hielt es für opportun, dieses stark verdickte, entzündete, gefässreiche, zu Adhäsionen geneigte Omentum, nachdem es obendrein in grossen Parthien längere Zeit unterbunden gewesen war und lange ausserhalb der Bauchhöhle gelegen hatte, lieber zu entfernen, als es wieder in's Abdomen hineinzubringen. Am dunkelsten bleibt bei dem Falle die Aetiologie, denn es ist weder aus der Anamnese noch aus dem Befunde mit Sicherheit ein ursächliches Entzündungsmoment zu entnehmen. Auch konnte alte Gonorrhoe des Mannes oder dergl. nicht dafür in Anspruch genommen werden.

An die bisher geschilderten 10 interessanteren Laparotomien schliessen sich 11 gewöhnliche Ovariectomien an 10 Kranken. Von denselben waren 5¹⁾ Geschwülste unter bis Mannskopfgrösse und 6 grössere Cysten. In 2 Fällen hatte Complication mit Schwangerschaft bestanden. Das eine Mal bildete der mannskopfgrosse Tumor ein Geburtshinderniss bei einer 25jährigen Primipara und wurde als solches, nachdem mich die behandelnde Hebamme citirt hatte, erkannt. In tiefer Narcose gelang es, den Tumor aus dem Becken emporzuheben und erfolgte eine Stunde später die spontane Geburt eines reifen Knaben. Nach dem Wochenbett wuchs die Cyste schnell und machte viele peritoneale Reizerscheinungen. Acht Wochen post partum Ovariectomie; leichte Operation, normaler Verlauf. Im anderen Falle war die Cyste schon in der Schwangerschaft diagnostiziert (Dr. Steinmeier), die Beschwerden hatten jedoch ein Zuwarten bis nach der Entbindung gestattet. Die Geschwulst nahm post

partum so rapide zu, dass einige Zweifel entstanden, ob es sich nicht vielleicht um eine parovariale oder interligamentäre Cyste handele. Eine Punction mit dem Ergebniss einer chocoladenfarbigen, colloiden Flüssigkeit beseitigte jeden Zweifel. Schnelle Wiederauffüllung und 3 Wochen später (9 Wochen post partum) Operation. Viele, aber grösstentheils flache und lockere Verwachsungen, dicker, breiter, gefässreicher Stiel. Glatter Verlauf. An einer Patientin wurde die Ovariectomie zwei Mal vollzogen, zum ersten Male im Mai 1881, kleine kaum kindskopfgrosse Cyste des rechten Eierstocks, linker gesund befunden. Schon nach 11 Monaten beginnende Entwicklung einer Neubildung vom linken Ovarium aus. Bis Ende 1882 hat deren Wachsthum bereits den Nabel überschritten. Zweite Operation im Januar 1883. Bauchschnitt absichtlich wegen scheinbar sehr günstiger Verhältnisse in der alten Narbe. Von allen Laparotomien, welche ich vollzogen habe, war diese die einfachste, schnellste und leichteste. Durch einen kaum 10 cm langen Hautschnitt und eine vielleicht 6 cm lange Bauchfellwunde gelang es die einmal punctirte Cyste schnell und leicht zu entwickeln, sowie den Stiel, ohne mit der Hand in die Tiefe gehen zu müssen, abzubinden und nach Durchschneidung zu versenken. Alle Cautelen waren die gewöhnlichen und doch erlag gerade diese Kranke einer zweifellos septischen Peritonitis am 5. Tage, deren Ursache (auch durch die Section) leider nicht aufgeklärt wurde.

Ausser diesen 21 Operationen, welche zum Zwecke der Castration, Ovariectomie oder Entfernung diagnostisch fraglicher Neubildungen unternommen wurden und bis auf den zuletzt geschilderten Fall sämtlich günstig verliefen, wurde die Laparotomie noch 5 Mal mit 4 Mal tödtlichem Ausgange vollzogen. Eine dieser Operationen, Kaiserschnitt nach Porro'scher Methode, ist bereits früher an dieser Stelle publizirt worden, (diese Zeitschrift 1882, No. 40), über die anderen, 2 Myotomien mit einem Todesfall, eine Extranterinschwangerschaft und eine supravaginale Abtragung eines colossalen, innerlich erweichten und verjauchten Enchondroms der Gebärmutter, beide gleichfalls tödtlich endend, soll an anderem Orte ausführlich berichtet werden.

Wenn ich schliesslich, in. H., an diesen im wesentlichen casuistischen und auch nicht anders beabsichtigten Bericht in aller Kürze ein paar technische Bemerkungen knüpfe, so geschieht es lediglich, um dem allgemeinen Gebrauche der Autoren in dieser Beziehung nachzukommen und um der vergleichenden Statistik gerecht zu werden.

Sämtliche Operationen wurden in meiner Privatklinik ausgeführt. Das hohe, luftige, geräumige Operationszimmer derselben wurde jedesmal Tags zuvor desinficirt (Salicyl- oder Schwefeldämpfe) und gründlich gereinigt. Vor den meist zwischen 10—11 Uhr Vormittags beginnenden Operationen wurde mehrere Stunden ein Carböldampfspray in Thätigkeit gesetzt und die Zimmertemperatur auf 17° bis 18° R. gebracht. Die Zubereitung der Schwämme, Instrumente etc. war die übliche. Während der Operation kein Spray, derselbe kam meistens mit Beginn der Bauchnaht nach vorheriger Bedeckung der Bauchhöhle mit einem grösseren Schwamm wieder zur Verwendung. Innerhalb der Bauchhöhle und zur Toilette wurden stets Schwämme, welche in 20 procentigem Chlorwasser lagen, benutzt. Zur intraabdominalen Ligatur und Abbindung wurde stets englische geflochtene Seide, bei Beginn der Operation mit kochendem 5 procentigem Carbolwasser übergossen, verwandt. Zur Bauchnaht diente deutsche, nach Czerny's Vorschrift präparirte Seide; Catgut kam nur für die Unterbindungen in der Bauchwunde zum Gebrauch.

Sehr gute Dienste leistete auch jodoformirte Seide.¹⁾ Nach Schluss der Bauchwunde typischer, fast immer 8 Tage hegender Listerverband; von einer anfänglichen Bestreuung mit Salicylsäure, Jodoform und Mischung beider wurde später wegen entschieden ungünstigen Einflusses auf die Stichkanäle wieder abgesehen. Sämtliche Stiele der Tumoren wurden nach einfacher oder doppelter Unterbindung versenkt. Glühinstrumente kamen (ausgenommen bei den extraperitonealen Myomen) nicht zur Verwendung und wurde überhaupt jeder Zeit das Augenmerk darauf gerichtet, nach möglichst einfachen chirurgischen Grundsätzen zu verfahren.

Die Nachbehandlung wich höchstens insofern von der jetzt allgemein üblichen ab, dass ich nie ein Gewicht darauf gelegt habe, wie bald die Patientinnen wieder zum Aufstehen kamen, sondern immer lieber ein paar Tage Ruhe zu viel, als zu wenig dictirte, eine für die Bildung von Folgeerscheinungen, namentlich Bauchhernien, mir wichtig und nöthig erscheinende Verordnung.

¹⁾ Die Seide wird in Jodoformäther (1:5) gelegt und der Aether (nicht zu schnell) verdunstet. Die Seide imprägnirt sich völlig; die lose anhaftenden Jodoformkrystalle werden abgestreift und wieder gelöst. Die ersten Tage ist die Seide etwas brüchig, nach 10—12 Tagen hat sie ihre Festigkeit wieder und hält sich Jahre lang. Vorzüglich auch zu Colporrhaphien und cervicalen Wundnaht ist diese Präparation zu empfehlen.

¹⁾ Eine unter diesen befindliche Dermoidcyste mit Stieldrehung hat Dr. E. Fraenkel in seiner Arbeit: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der weiblichen Beckenorgane, Virchow's Archiv für path. Anatomie etc. Bd. 91, Heft 3, pag. 512, veröffentlicht.

Ich darf, Meine Herren nicht schliessen, ohne an dieser Stelle denjenigen Herren Collegen, welche mir unter Aufopferung von Mühe und Zeit fast ständig assistirt haben, insbesondere den Herren DDr. Piza, Vietor, Westphalen, E. Levy und M. Schmidt auf's herzlichste für diese Mühewaltung zu danken.
