



us der medizinischen Poliklinik zu Bonn.

Über Peritonitische Tumoren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

hohen medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht und nebst den beigelegten Thesen verteidigt

am 8. März 1890

von

Karl Lehmann

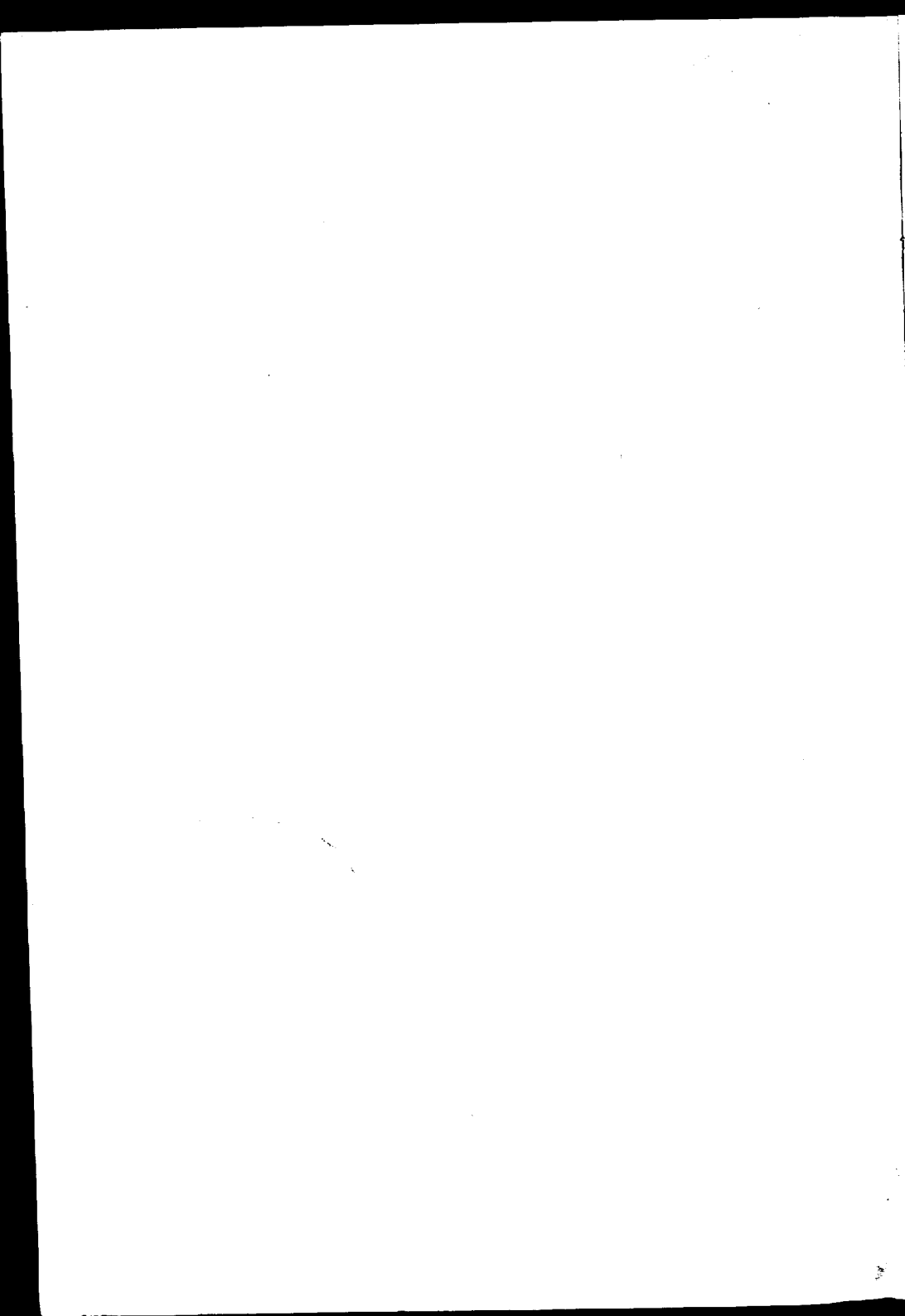
aus Köln.



Bonn 1890.

Buch- und Steindruckerei Joseph Bach Wwe.

085



Meinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit.



Trotz der grossartigen Fortschritte, welche die Diagnostik der Veränderungen des menschlichen Organismus in den letzten Jahrzehnten gemacht, ist die Erkenntnis der Unterleibsgeschwülste noch nicht zu jenem Grad von Vollkommenheit gelangt, welcher sie den Schwesterdoctrinen ebenbürtig machen könnte. Einesteils liegt dieses an der relativ grossen Zahl von Organen in der Bauchhöhle, anderenteils an der grossen Mannigfaltigkeit der in diesen Organen vorkommenden Tumoren. Wenn wir aber dennoch heute eine bestimmtere Diagnose auf irgend eine Unterleibsgeschwulst stellen können, als unsere Vorfahren in der medizinischen Wissenschaft, so verdanken wir dies in erster Linie unstreitig der pathologischen Anatomie. Sie ist es, die der Lehre von den Geschwülsten, soll diese den Stempel der Wahrheit an sich tragen und nicht auf die wankende Basis praesumptiver Doctrinen gebaut werden, als Grundlage dienen muss. Vor allem war es notwendig, durch die Leichenuntersuchung richtige Begriffe von den greif- und sichtbaren Veränderungen zu erlangen, die sich bei den verschiedenartigen Unterleibs-Tumoren ergaben. Durch unermüdliches Forschen gelang man allmählich zur genauen Kenntnis der Krankheitsprodukte, und nur durch das Zusammenstellen einer Reihe von Leichenbefunden mit genauen Beobachtungen am Lebenden ist es uns möglich geworden, ein Bild des Krankheitsverlaufes

selbst zu entwerfen. Hand in Hand jedoch mit der pathologischen Anatomie musste die klinische Erfahrung gehen, um die Krankheitserscheinungen, wie sie dem Leichenbefunde entsprechen, genau zu sichten. „Der Anatom hat die materielle Veränderung, das Substrat der Krankheit, vor Augen; die Krankheitssymptome während des Lebens zu erforschen, die entsprechenden Funktionsstörungen klar aufzufassen und aus der Kombination dieser Faktoren ein entsprechendes Krankheitsbild zu schaffen, ist Sache des Klinikers.“ War man so bis vor zwei Jahrzehnten fast nur auf den Sektionsbefund und die klinische Erfahrung angewiesen, so machte sich mit dem Aufblühen der Abdominal-Chirurgie ein neuer Gesichtspunkt geltend, der uns die Schwierigkeiten der Diagnose noch wesentlich erleichtern sollte. Denn durch die glänzenden Erfolge, welche dieser Zweig der Chirurgie in der neuesten Zeit zu verzeichnen hat, sind wir, wenn wir auf keinem Wege zu einer bestimmten Diagnose gelangen können, instand gesetzt, durch Eröffnung der Bauchhöhle sowohl in den meisten Fällen die Diagnose zu stellen, als auch in manchen Fällen mit der so gesicherten Diagnose gleich die Exstirpation des betreffenden Tumors zu verbinden.

Auf Vorschlag des Herrn Professor Finkler möchte ich nun durch diese Abhandlung die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Gruppe von Unterleibs-Tumoren richten, nämlich auf peritonitische, weil diese in der Litteratur der letzten Jahre verhältnismässig wenig Berücksichtigung gefunden haben. Und zwar möchte ich dies so anstellen, dass ich mich im Anschluss an die Beschreibung einiger interessanten Fälle, die mir Herr Prof. Finkler zur Veröffentlichung gütig überlassen hat, und ähnlicher Fälle, die sich mir in der Litteratur dar

boten, kurz, soweit es sich in den engen Rahmen dieser Abhandlung bringen lässt, verbreite über Diagnose und Differentialdiagnose peritonischer Tumoren.

Bevor wir aber hiermit beginnen, möchte ich noch darauf hinweisen, dass wir unter der Rubrik „peritonitische Tumoren“ sowohl alle Neoplasmen, die zur Tumorbildung führen, einbegreifen, als auch alle solche Tumoren, die sich durch auf das Peritoneum fortgeleitete Entzündungen der parenchymatösen Organe der Bauchhöhle und im Anschluss an Perforationen des Intestinaltractus bilden. Bei der letzteren Art von Tumoren haben wir ausser abgekapselten peritonitischen Exsudaten besonders die durch peritonitische Verwachsungen und Verklebungen zustande gekommenen Darmconglomerate im Sinne, die in manchen Fällen die exquisitesten Symptome eines Tumors darbieten.

1. Fall.

Fräulein M., 26 Jahre alt, klagt über heftige Magenschmerzen, sowohl bei vollem als bei leerem Magen. Von der Wahl der Speisen hängt die Schmerzhaftigkeit nicht ab; die Schmerzen sind in der Magengrube am stärksten und strahlen von dort über die Magengegend bis zum Rücken hin aus; nach rechts erstrecken sie sich bis zum rechten Leberlappen. Die Stuhlentleerung ist sehr unregelmässig, der Appetit liegt sehr danieder; bei Abnahme des Körpergewichts und Verfall der Kräfte zeigt Patientin hochgradige Anaemie.

Die Untersuchung der Magengegend ergibt folgendes Resultat:

Vom Proc. ensiformis erstreckt sich nach unten in der Ausdehnung einer Hand eine harte Resistenz, die nirgendwo deutlich abzugrenzen ist. Auf der Mitte derselben befindet sich, und zwar genau in der L. alba,

ein Punkt, der wie eine Bohne über die Resistenz hervorragt, und dessen Berührung so schmerzhaft ist, dass bei der Untersuchung der kleineren Geschwulst zu verschiedenen Zeiten jedesmal Ohnmacht eintritt. Die Leber ist gegenüber der Resistenz nicht abgrenzbar, der Perkussionsschall über der Geschwulst nicht vollständig gedämpft. Dieser Befund liess sich, während in der Zwischenzeit eine schonende Diät durchgeführt und mit Narcoticis die Schmerzhaftigkeit etwas gemildert wurde, nach zwei Monaten und wieder nach 6 Wochen in derselben Weise feststellen. Zuweilen gelang es unter der aufgelegten Hand gurrende Bewegungen zu fühlen. Obgleich aus der Anamnese kein Anhaltspunkt für die Diagnose eines Ulcus ventriculi vorhanden, z. B. niemals eklatante Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, kein Bluterbrechen, keine blutigen Stühle etc., so wurde die Diagnose auf eine: „peritonitische Entzündung mit abgekapseltem Exsudat zwischen Pylorus und Leber“ gestellt.

Dementsprechend wurde Patientin zu Bette gelegt und während zweier Monate mit warmen Kataplasmen behandelt. Zugleicher Zeit wurden Einreibungen mit Ung. Kali jodati gemacht und Narcotica verabreicht. Die Nahrung war eine flüssige. Die Stuhlentleerungen wurden mit Ol. Ricini geregelt. Die Schmerzhaftigkeit, die anfangs gewaltig zugenommen hatte, verminderte sich nach 14 Tagen. Die diffuse Härte wurde von allen Seiten enger umgrenzt, nur die in der Mitte bestehende kleine Anschwellung mit der bedeutenden Schmerzhaftigkeit blieb bestehen, sodass die Frage eines chirurgischen Eingriffes an dieser Stelle ventiliert wurde. Während dieser Zeit hatte sich bei der Regelung des Stuhles und bei der vorsichtigen Diät der Kräfte-

zustand so gehoben, dass Patientin das Bett verlassen und sich frei bewegen konnte.

Nun wurden neben der flüssigen Nahrung allmählich gehacktes Fleisch und ähnliche Speisen verabreicht, nachts feuchte Compressen aufgelegt. Gegen die Schmerzen wurde Bism. subnitr. mit Morphinum gegeben, zur Abwechslung auch Codein und so stellte sich unter dieser Behandlung ein erträglicher Zustand her, während Ol. Ricini regelmässig weiter gegeben wurde.

Nach Verlauf von 2 Monaten wurde innerhalb zweier Tage eine Masse von Blut und Eiter entleert und drei Wochen nachher war die Schmerzhaftigkeit an erwähnter Stelle vollständig verschwunden, die ganze Resistenz bis auf Wallnussgrösse zurückgegangen. Das Körpergewicht nahm konstant zu, der Appetit besserte sich, Kräftezustand und Aussehen hoben sich in auffallender Weise.

II. Fall:

Frau G., 45 Jahre alt, hat vor 15 Jahren nach einem Wochenbett eine Parametritis durchgemacht, wobei sich ein grosses Exsudat in der Umgebung des Uterus bildete. Dieses erweichte nach einem Bestand von 2 Jahren, worauf sich eine eitrige Masse per vaginam entleerte.

Schon zu dieser Zeit und jahrelang nachher machten sich Erscheinungen von Darmverengerung geltend. Mit öfteren Unterbrechungen traten peritonitische Reizungen auf, über die sich nichts genaueres eruieren liess.

13 Jahre später bildete sich unter Erscheinungen einer Darmocclusion und unter hochgradiger Schmerzhaftigkeit ein faustgrosser Tumor am unteren Leberrand aus mit Compression der Gallenblase und Icterus.

Hierauf rapide Abmagerung und dementsprechend rascher Verfall der Kräfte.

Bei schonender Ernährung und Regelung der Darmentleerung durch Ol. Ricini, bei konstanter Vermeidung grösserer peristaltischer Bewegungen durch Opium, hat sich das Allgemeinbefinden ganz erstaunlich gehoben. Der Tumor ist kleiner geworden, die Gallenwege sind wieder frei, die Schmerzhaftigkeit am Tumor selbst vermindert, während noch neuralgische Schmerzen in der rechten Seite und links in mehreren Intercostalräumen zeitweise auftreten. Jeder Diätfehler und jede Unregelmässigkeit der Darmentleerung bedingen zeitweise sehr grosse Störungen, wie Meteorismus und heftige Schmerzhaftigkeit. Die nervösen Erregungszustände, die sich in der Zwischenzeit auf reflectorischem Wege ausgebildet haben, bilden fortgesetzt den Gegenstand vorsichtiger Behandlung.

Diagnose: „peritonitisches Exsudat zwischen Leber, Kolon und Dünndarm infolge einer vor vielen Jahren vom Uterus ausgehenden Sepsis.“

Fall III.

Frau K., 58 Jahre alt, klagt seit 5 Wochen über Schmerzen in der linken Seite; der Stuhl, in dem sich damals Blut zeigte, war unregelmässig und erfolgte oft erst nach 8 Tagen, derselbe war von harter Consistenz. Seit 3—4 Wochen besteht Retentio urinae. Schon vor 4 Jahren floss der Urin von selbst ab; 1886 war Patientin 30 Tage krank; Symptome der damaligen Krankheit: Stuhlbeschwerden, Ohnmachten.

Die Frau gibt 13 Geburten an, von denen die letzte ein Abortus war. Die heutige Palpation ergibt folgendes Resultat:

Bauchdecken sehr fettreich, rechte Seite sehr weich, links in der Regio iliaca starke Schmerzen auf Druck, die in das Gebiet des Ischiadicus ausstrahlen. Man fühlt mehrere resistente Stellen, mit knotenförmigen Verdickungen, die sich unter den Fingern rollen lassen und deren Oberfläche glatt erscheint. Man fühlt drei solcher Tumoren, deren oberster bis zur Milz hinaufreicht. Der mittlere ist circa kindskopfgross, prall-elastisch, die beiden anderen sind härter und erheblich kleiner. Wir nahmen hier eine abgelaufene Periproctitis an, die zur Zeit in den Darm perforierte, und so die Blutung veranlasste. Die Erscheinungen von Seiten der Blase lassen schliessen, dass sich der Prozess auf dieselbe fortsetzte.

Diagnose: Abdominaltumoren, wahrscheinlich abgesackte peritonitische Exsudate, vielleicht linksseitiger Ovarialtumor.

Therapie: Ricinus mit Opium mehrere Abende hintereinander, Clystiere mit warmem Kamillenthee, warme Umschläge.

Patientin stellt sich nach 3 Wochen wieder vor. Die Tumoren waren fast verschwunden und nur mit Mühe in der Gegend des linken Ovariums noch ein kleiner harter Strang zu fühlen. Patientin fühlt sich bedeutend erleichtert und klagt nur noch über Retentio urinae. Um die Resorption der Tumoren noch zu fördern, verordnen wir innerlich Jod.

Ähnliche Fälle wie diese von Prof. Finkler beobachteten berichten Henoeh und Andral. Henoeh schreibt:

IV. Fall.

Frau Thiele, 52 Jahre alt, wurde in den ersten Tagen des November von allen Symptomen einer acuten Peritonitis befallen; heftiger Schmerz, der sich besonders

auf die rechte Seite des Unterleibs beschränkte und beim äusseren Druck bedeutend zunahm, Erbrechen, Stuhlverstopfung, mässiges Fieber. Nach einer antiphlogistischen Behandlung und dem Gebrauch des Ol. Ricini war nach wenigen Tagen ein Nachlass der Symptome zu verzeichnen, aber am neunten Tage entdeckte ich eine feste, glatte, wenig harte, mässig empfindliche und unbewegliche Geschwulst mit abgerundeten Rändern, die etwa die Grösse einer Orange hatte, ihrer Lage nach der Mitte des Colon ascendens entsprach und bei der Percussion ganz matt tönte, während dicht an ihren Grenzen der helle Darmton hörbar war.

„Ich gestehe“, sagt Henoch, „dass im ersten Augenblick Form und Lage der Geschwulst mich an die rechte Niere denken liessen, welche durch ihr Hervortreten den Darm nach links dislociert haben konnte. Allein die schnelle Entwicklung derselben und das Fehlen aller Symptome von Seiten des Harnapparats machten eine solche Annahme sehr unwahrscheinlich. An eine Kotansammlung konnte bei der reichlichen Entleerung nicht gedacht werden, es blieb somit nur die Annahme eines durch Pseudomembranen abgesperrten peritonitischen Exsudates, welches den Darm bedeckte, übrig, wofür auch die Entstehungsweise anzuführen war. Obwohl diese Kranke dem Sektionstische entging, kann die Richtigkeit der Diagnose kaum bezweifelt werden, da die Geschwulst beim Gebrauch von Merkur- und Jod-Einreibungen sich allmählich verkleinerte und schon nach 4 Wochen verschwunden war.“

Andral berichtet über eine Kranke, welche 3 Jahre zuvor an lebhaften Schmerzen im linken Hypochondrium gelitten hatte und mehrere Tage das Bett bei antiphlogistischer Behandlung hüten musste. Seitdem



war nun ein lästiges Gefühl an der afficierten Stelle zurückgeblieben und bei der Untersuchung fand Andral die Bauchdecken unter dem Rande der linken falschen Rippen durch eine länglich runde Geschwulst in die Höhe gehoben, welche sich unter den Rippenrand fortzusetzen schien, und etwa in der Ausdehnung von 4 Querfingern unterhalb desselben fühlbar war. In querrer Richtung endete die Geschwulst hinten im Niveau des Abdominalendes der 11. Rippe, vorn etwas nach links von der L. alba, die Percussion gab einen gedämpften Ton.

Die Sektion ergab einen von dichten Pseudomembranen umschlossenen Peritonealabscess zwischen der Bauchwand und der normalen Milz, ohne Zweifel die Folge jener vor 3 Jahren überstandenen partiellen Peritonitis.“

Ausser diesen durch peritonitische Verwachsungen gebildeten Tumoren führen auch wirkliche Neubildungen sowohl gut- als bösartige, im Peritoneum zu Tumorbildung. Ihren Sitz haben diese Neoplasmen, unter denen die verschiedenen Arten von Krebs praevalieren, meistens im grossen und kleinen Netz und im Mesenterium. So berichtet Oppolzer folgenden Fall von Scirrhus im kleinen Netze:

V. Fall.

Am 16. Februar wurde eine 68jährige Frau auf die Klinik aufgenommen. Sie hatte drei normale Geburten überstanden und die Menses cessierten mit dem 58. Jahre. Vor acht Wochen bekam Patientin einen heftigen Durchfall, welcher anfangs mit Fieberbewegung, starken Schmerzen im Unterleibe und quälendem Stuhlgang einherging, auch wurde eine ziemliche Menge Blut entleert.

Zu Beginn dieser Erkrankung bemerkte Pat. eine Geschwulst im linken Hypochondrium, die später wieder an Umfang abgenommen haben soll.

Wir fanden daselbst bei der kleinen mageren, mit blassgelber Hautfarbe versehenen Kranken eine über wallnussgrosse Geschwulst von höckriger Oberfläche und derber Consistenz, sie liess sich nach allen Seiten hin verschieben, weniger jedoch nach abwärts und änderte ihre Lage mit der des Körpers, so dass sie bei der rechten Seitenlage bis zum Nabel herüberfiel und dann am deutlichsten gefühlt werden konnte. Die Geschwulst war gegen Druck unempfindlich, auch liessen sich keine Erscheinungen eruieren, die mit dem Vorhandensein der Geschwulst in Zusammenhang hätten gebracht werden können. Die Diagnose schwankte zwischen Scirrhus im Magen oder im kleinen Netz. Wenn auch der Magen etwas ectatisch war — 4 Finger unter dem Nabel war Gurren zu hören, wenn die Kranke Flüssigkeit zu sich genommen hatte — so fehlten doch für Magenkrebs die subjektiven Erscheinungen, und wir konnten mit grosser Wahrscheinlichkeit als den Sitz der Geschwulst das Omentum minus annehmen, zumal auch keine Erscheinungen von Pylorusstenose etc. vorhanden waren.

Aehnlich berichtet Andral (l. c. p. 734) von einer scirrösen Degeneration des kleinen Netzes, welche, sich aus der Tiefe hervordrängend, eine fünf Querfinger breite, kuglige, unbewegliche und sehr empfindliche Geschwulst auf der rechten Seite des Epigastriums bildete, und um so leichter für eine krebshafte Entartung der Leber gehalten werden konnte, als der Kranke, ein 71jähriger Mann, an starker Gelbsucht gelitten hatte, die indess weniger einem Druck der Geschwulst auf die Gallengänge, als einer begleitenden entzündlichen Schwel-

lung der Duodenalschleimhaut in der Umgebung der Gallengangsmündung zugeschrieben werden musste.

Beiläufig bemerkt Henoch, „dass die Krebse, welche das Netz befallen, fast immer in den hier gelegenen Lymphdrüsen (den sog. epigastrischen) ihren Sitz haben, die dann durch Druck auf den Duct. choledochus leicht Icterus herbeiführen können.“

Nur selten wird das grosse Netz von acuter Entzündung befallen, wovon wir bei Andral (l. c. p. 696) zwei Beispiele haben. In dem einen derselben bildete sich binnen vierundzwanzig Stunden eine beträchtliche Geschwulst in der Umgebung des Nabels, in welcher man bei der Sektion das angeschwollene Netz erkannte. Dasselbe war sehr weich, zerreisslich und liess dabei eine blutige Flüssigkeit aussickern.

Derselbe Schriftsteller teilt (p. 702) einen Fall mit, wo die Netzgeschwulst für einen Tumor des Uterus gehalten worden war, indem die Untersuchung eine abgerundete Geschwulst ergab, die sich vom Schambein, hinter welchem sie sich zu verlängern schien, bis etwa 2 Finger breit unterhalb des Nabels erstreckte.

Was den Krebs des grossen Netzes angeht, so beobachtete Pinnel einen Kranken, welcher an mannigfachen dyspeptischen Beschwerden und an einer Geschwulst in der reg. epigastrica litt, und bei dessen Section ausser einigen Ulcerationen der Magenschleimhaut das Netz hart, rot und fleischartig, und unter der grossen Curvatur des Magens in eine solide Masse zusammengeballt gefunden wurde.

In ähnlicher Weise fand Dittrich (Prag. Vierteljahr-Schrift 1848, S. 105) bei einer an allgemeinem medullaren Bauchfellkrebs leidenden 55jährigen Frau das grosse Netz zu einem derben grossen Krebsklumpen

zusammengeschrumpft, sodass es während des Lebens zur Annahme eines Magenkrebses Anlass gegeben hatte.

Die Schwierigkeiten der Diagnose unter solchen Umständen wird durch den folgenden von Hensch beobachteten Fall veranschaulicht:

Fall VI.

Dorethea P., 56 Jahre alt, unverheiratet, will nur an den gewöhnlichen Kinderkrankheiten und vor zwölf Jahren an einer Febris nervosa gelitten haben. Die im allgemeinen immer regelmässig eintretenden und verlaufenden Katamenien cessierten vor acht Jahren, seit welcher Zeit Pat. häufig von plötzlichem Hitzegefühl, Palpitationen und heftigen Kreuzschmerzen befallen wurde. Nachdem diese Zufälle zwei Jahre bestanden, schwanden sie allmählich und machten einem in längeren Zwischenräumen eintretenden Erbrechen Platz. Letzteres hatte in den letzten drei Jahren an Häufigkeit beträchtlich zugenommen und zugleich eine grössere Bedeutung erhalten, indem sich stechende, rasch vorübergehende Schmerzen in der reg. epigastrica und hypochondriaca dextra herzugesellten. In den letzten vier Wochen stellte sich nach jedem Genuss fester wie flüssiger Speisen Erbrechen ein. Die Schmerzen in der oberen Partie des Bauches, welche nächst dem Erbrechen das Hauptleiden der Patientin bildeten, traten anhaltsweise auf, steigerten sich bei äusserem Druck und waren von einem ohnmachtähnlichen Gefühl, Beklemmung und Zusammenschnürung des unteren Theils der Brusthöhle begleitet. Bei der Untersuchung des Abdomens fühlte man im Epigastrium eine harte, nicht verschiebbare, knollige Geschwulst, welche sich unter den Rand der rechten falschen Rippen verfolgen liess. Eine zweite, steinharte, rundliche, knollige und beim Druck sehr

empfindliche Geschwulst liess sich im rechten Hypochondrium deutlich wahrnehmen. Der Stuhlgang war in der Regel verstopft und, wenn er erfolgte, von Tenesmus begleitet. Pat. war sehr heruntergekommen.

Das die Geschwülste maligner Natur waren, lag auf der Hand, schwieriger war die Bestimmung des Sitzes.

Die Idee eines Leberkrebses war auszuschliessen, da Pat. niemals an Ikterus gelitten hatte und auch sonst keine Symptome für einen solchen bot. Das häufige, besonders nach dem Essen eintretende Erbrechen, liess den Sitz des Leidens im Magen selbst sehr annehmbar erscheinen, ebenso die Beschaffenheit des Erbrochenen. Wollte man die im rechten Hypochondrium fühlbare Geschwulst auf die Leber beziehen, so konnte die im Epigastrium befindliche recht gut von Pyloruskrebs herrühren, der den Gesetzen der Schwere folgend, etwas herabgesunken sein konnte. Konnte nicht ferner die im Hypochondrium fühlbare Geschwulst im Colon transversum ihren Sitz haben? Zu Gunsten dieser Ansicht liess sich ein Symptom, nämlich der Tenesmus, der so häufig Krankheiten des Kolons zu begleiten pflegt, auführen.

„Bei der Sektion lag das grosse Netz in Form eines dicken mit Krebswucherungen besonders an seinem rechten Ende dicht besetzten Querstranges unter der grossen Curvatur des Magens und dem Colon transversum. Da das grosse Netz mit der ebenfalls krebsig entarteten Pars pylorica des Magens fest verwachsen und unter den kleinen Leberlappen herabgesunken war, so bildete es auf diese Weise den zweiten im Epigastrium fühlbaren Tumor.“

Aus diesem Falle ersieht man, wie die Zusammen-

schrumpfung und Entartung des grossen Netzes leicht zur Quelle diagnostischer Irrtümer werden kann.

Zuweilen ist die infolge einer chronischen Entzündung und Tuberculose des Peritoneums ergossene Flüssigkeit anstatt frei in der Bauchhöhle zu liegen, in Taschen, die durch Adhäsionen der Därme, Pseudomembranen oder durch Anheftung des Netzes oder des Mesenteriums erzeugt werden, derartig eingeschlossen, dass sie zu Verwechslungen namentlich mit Ovarialkystomen nicht selten Anlass gegeben hat.

So berichtet West in seiner klassischen Arbeit; „On diseases of Women“:

VII. Fall.

Ein Beispiel dieser Erscheinung ist mir zur Beobachtung gekommen, wo 4—5 Quart einer dunkelgefärbten Flüssigkeit innerhalb der Falten des Netzes angesammelt waren und während des Lebens der Kranken häufige Entleerungen einer ähnlichen Flüssigkeit durch den Nabel stattgefunden haben. Man hatte intra vitam eine Eierstockswassersucht angenommen. Ich kenne kein Mittel, sagt West, durch welches ich derartige Fälle von Ovarial-Hydrops zu unterscheiden vermöchte. Die-Fluctuation ist in solchen Fällen, selbst wenn sie eine deutliche ist, in ihrer Ausdehnung immer auf bestimmte Stellen beschränkt, die Därme liegen hinter oder zu beiden Seiten der Geschwulst und steigen nicht, wie bei Ascites, gegen die Bauchwand an, und wechseln mit der Lage der Patientin ihre Stelle nicht. Der Bauch sieht mehr abgeflacht aus als bei Ovarialcysten; die Atmung ist weniger behindert und Oedeme sind an den Extremitäten seltener vorhanden. In einem Falle von Spencer Wells waren Netz und Dünndarm miteinander verklebt; er schreibt:

VIII. Fall.

Februar 1870. Es handelt sich um eine 44jährige seit 14 Jahren verheiratete Dame; blass, abgemagert, von cachektischem Aussehen, mit deutlichen Fluctuationen des Unterleibs nach allen Richtungen; Muttermund offen, Cervix weit. Per vaginam fühlte man hinten und oben vom Uterus etwas, was für eine Cyste gehalten werden konnte. Innerhalb der letzten zwei Jahre wurde eine Volumszunahme beobachtet, welche bis vor neun Monaten durchaus nicht rapid entstanden ist.

Diagnose: Ovarialeyste, hauptsächlich eine grosse Cyste.

Nachdem 17 Pint Flüssigkeit durch Punktion entleert waren, füllte sich die Cyste am 17. März wieder und Flüssigkeit war in der Peritonealhöhle nachweisbar. Der Uterus war frei, aber die Cyste hinter diesem nicht zu finden. Die Entfernung des Tumors wurde am 31. März ausgeführt; die ganze Menge der Flüssigkeit fand man im Abdomen, oben links war eine Masse fühlbar, die einer multiloculären Cyste gleich, welche augenscheinlich gebildet war durch adhaerierende Schlingen der Därme, verdicktes Netz und Peritoneum. Die Masse des Netzes und der Därme fühlte sich wie eine Eierstockscyste an.

Zwei ähnliche Fälle sind in der amerikanischen medizinischen Zeitung angeführt. In einem derselben fand Mac Dowell, nachdem er seine Diagnose für richtig hielt und die Laparotomie gemacht hatte, nichts anders als eine Masse durch Adhaesionen zusammengebackener Därme.

Im anderen Falle bestand die Schwellung aus verdicktem, induriertem Netze.

Am Peritoneum kommen, teils in Verbindung mit

Retroperitoneal-, Magen-, Eierstock-Sarkomen, theils ganz unabhängig und primär, Sarkome von höchst eigenthümlichen Eigenschaften vor. Sie zeigen eine besondere Vorliebe, die fettreichen Theile, das Netz, die Appendices epiploicae und das Mesenterium, zu befallen, und es mag davon herrühren, dass sie so oft vielkernige und riesige Zellen enthalten. Eine andere Eigenthümlichkeit ist ihre grosse Disposition zur Vascularisation und Haemorrhagie. Anfangs füllen sie sich selbst mit parenchymatösem Extravasat, das in ihnen gerinnt und allerlei Farben- und Consistenz-Veränderungen erfährt. Später bluten sie aber in die Bauchhöhle und das ganze erscheint wie ein primär haemorrhagischer Prozess. (Kussmaul. Zeitschr. für rationelle Medizin. 1847. Bd. VI.) Dieser wahre Fungus haematodes hat stellenweise, was Scarpa (Mannoir. Mém. sur le fungus méd. et hématode. pag. 133.) für andere Formen hervorgehoben hat, ein ganz placentaartiges Aussehen.“ Virchow.

Das Carcinom des Peritoneums kann zu Abdominalgeschwülsten verschiedener Grösse und Consistenz führen und ist in der Regel von mehr oder weniger Flüssigkeit in der Bauchhöhle begleitet. So berichtet Spencer Wells folgenden Fall, bei dem die Diagnose fälschlich auf eine Ovarialcyste gestellt worden war.

IX. Fall.

Eine 51jährige Wittwe hatte, als sie im Juli zur Untersuchung kam, einen harten beweglichen Knoten unter der rechten falschen Rippe und einen im Unterleib sichtbar beweglichen Tumor, ohne irgend ein Anzeichen von Adhaesion. Bauchdecken dünn, markirt durch zahlreiche l. albicautes, keine erweiterten Venen. Fluctuationswellen waren an der ganzen Oberfläche der Geschwulst fühlbar und die Percussion ergab hellen

Schall 2 Zoll oberhalb des Nabels, dumpfen in der Lumbalgegend. Die Geschwulst konnte per rectum vor dem Uterus gefühlt werden; ihre Entstehung datierte seit 12 Jahren, verursachte aber erst seit 6 Jahren Unbequemlichkeiten. Zu jener Zeit nahm sie rapid zu und erfüllte ohne Schmerz den ganzen Unterleib. Am 3. Aug. wurde versuchsweise incidiert und ein weissglänzender Tumor nach Trennung des Peritoneums zu Tage gefördert; einige Pint einer klaren Flüssigkeit entleerten sich worauf ich den beweglichen Knoten mit den falschen Rippen rechts als einen Klumpen anscheinend krebsiger Masse durch die Bauchwand hindurch fühlte. Uterus und Ovarien schienen verwachsen und hinter diesen die Därme adhaerent zu sein.

Pat. starb 10 Tage nach der Operation. In der Bauchhöhle fanden sich 3—4 Pint seröser Flüssigkeit vor und Anheftungen des Netzes an das Kolon transversum. Am oberen Teil der Geschwulst, in der Bauchwand unterhalb der rechten falschen Rippen, sass ein harter weisser Knoten von Wallnussgrösse, beide Ovarien waren zu einem Tumor verschmolzen.

Solche Fälle sind verdächtig, sagt Spencer Wells, wenn die Bauchwand dünn, gespannt und oedematös ist, wenn allgemeine Abmagerung und cachektisches Aussehen vorhanden sind, ferner wenn freie Flüssigkeit die Bauchhöhle erfüllt und besonders aber, wenn die Schmerzen rascher und heftiger auftreten, als dies bei ovarialen und anderen nicht bösartigen Geschwülsten der Fall zu sein pflegt.

Manche Erscheinungen, die durch das Wachstum grösserer oder kleinerer fettiger und fibroplastischer Geschwülste in verschiedenen Teilen des Pe-

ritoneums und des Mesenteriums bedingt werden, sind verschiedenen Abdominaltumoren anderer Organe so ähnlich, dass über ihre Natur in manchen Fällen nur Probepunktion oder Explorativincision Aufschluss geben können. (Terrillon.) So beschreibt Virchow in seinem „Archiv der pathologischen Anatomie“ Bd. 63, No. 4, einen retroperitonealen Tumor, welcher bei einer Frau entfernt wurde und welcher sich als „Fibroma molluscum cysticum abdominale“ erwies.

X. Fall.

Patientin, eine 44 Jahre alte Witwe, wurde punktiert und eine grosse Menge geruchlosen Eiters entleert. Darauf fand sich ein Tumor vor, bloss central fluktuierend, welcher das Perineum und die Hinterwand der Scheide zwischen den Schenkeln so herabdrückte, dass man sich über die Lage des Uterus keine Rechenschaft geben konnte. Bei der Explorativincision zeigte sich nach der Durchtrennung der Bauchwand in einer Länge von 5 Zoll zwischen dem Nabel und den Pühes lockeres Fett mit sehr grossen Venen. Nach Erweiterung des Einschnittes kam man in die Substanz einer soliden Geschwulst von fibroplastischer Beschaffenheit, aus der sich, nachdem man mit dem Finger eingedrungen war, 15—20 Pint einer eitrigen, käsigen Masse entleerte. Bei Heranziehen der Hinterwand dieser Höhle und näherer Betrachtung des invertierten Theiles zog sich eine grosse solide Masse zurück. Diese lag zur rechten Seite und hinter dem Uterus in dem losen Zellgewebe des Beckens. Ihr Zusammenhang mit der linken Seite des Uterus wurde zuerst unterbunden und dann ohne Mitleidenschaft des linken Ovariums durchtrennt. Die Gesamtmenge der entleerten Flüssigkeit be-

trug 7 Liter, das Gewicht des soliden Körpers $10\frac{1}{2}$ Pfund, also zusammen etwa 25 Pfund.

Cooper-Forster berichtet in den „Pathological transactions“ über einen Fall von fibröser Fettgeschwulst des Abdomens, welche angeblich 55 Pfund wog. —

Zu bemerken ist noch, dass die Lipome im allgemeinen selten im subserösen Zellgewebe des Peritoneums und dann meist als kleine gelappte, in die Cavität der serösen Haut hereinragende Fettmassen vorkommen. (Rokitansky.)

„Auf serösen Häuten sind Cysten im allgemeinen selten. Jedoch bilden einzelne seröse Häute, ja an diesen selbst einzelne Abschnitte, einzelne ihrer Verlängerungen und Duplikaturen hiervon eine Ausnahme. Das gilt vor allem vom Bauchfelle, von seinem die inneren Sexualorgane des Weibes überkleidenden Abschnitte und namentlich den Lig. latiss, dem Peritoneum der Ovarien und der Tuben, von dem grossen Netze. Ebenso erscheinen Cysten vorzugsweise auf jenen Abschnitten seröser Häute, die mit Organen in naher Beziehung stehen, in denen Krebs häufig vorkommt. Einmal entwickelt sich die Cyste auf der inneren freien Fläche der serösen Haut meist als ein zarthäutiger Balg, diese Cysten sind bisweilen in sehr grosser Anzahl vorhanden, erreichen gewöhnlich eine nur unbedeutende Grösse und sitzen meist breit, selten gestielt, auf. Das andere Mal entwickelt sich die Cyste im tieferen Parenchym der serösen Haut selbst oder im subserösen Zellgewebe — in der Wandung des serösen Sackes, — lagert oft, wie z. B. an den Lig. latiss, zwischen zwei serösen Platten, drängt die seröse Haut vor sich her, fällt endlich in deren Höhle und sitzt oder hängt an einem zuweilen mehrere Zoll langen serösen Strange oder Stiele. Diese Cysten

sind oft beträchtlich dickhäutig und erreichen nicht selten eine beträchtliche Grösse. Sie sind ihrem Inhalte nach vor allen am häufigsten seröse, bisweilen enthalten sie farbige oder farblose, gallertartige, gummi- oder leimähnliche fettige Substanzen. Cysten mit letzterem Inhalte kommen öfters am Netze vor, und enthalten bisweilen neben dem Fette auch Haare, Knochen- und Zahn-Bildungen (Rokitansky).

Folgender Fall von Dr. Millard möge hier erwähnt werden.

XI. Fall.

„Ein 31jähriger, bis dahin völlig gesunder Mann wurde am 25. Mai plötzlich auf der Strasse von heftigen Leibschmerzen ergriffen, die auch in den nächsten Tagen, trotz aller angewandten Mittel, anhielten. Gleichzeitig bestand hartnäckige Verstopfung. Am 27. Mai wurde in der rechten Seite des Bauches ein Tumor constatiert, von dessen Existenz Patient keine Ahnung hat. Der Tumor wurde als Wanderniere gedeutet.

Nach einer Woche traten die Schmerzen, die bis dahin permanent waren, anfallsweise auf. Als Patient am 21. Juni in Behandlung des Dr. Millard trat, fühlte man rechts vom Nabel einen rundlich glatten, sehr beweglichen Tumor, nicht schmerzhaft.

Bei der Incision zeigte sich ein kindskopfgrosser Tumor, der dem Mesenterium angehörte und mit den Därmen nicht verwachsen war. Bei der Punktion entleerte sich Flüssigkeit und rahmartiger Eiter.“

Ähnlich berichtet Bramann von einer kindskopfgrossen im Mesenterium des Dünndarmes gelegenen Cyste, die mit reiner Chylusflüssigkeit gefüllt war. Die Diagnose war gestellt auf Echinococcus, Dermoid im

Peritoneum resp. Mesenterium und auf cystisch entartete Wanderniere.

Echinococcussäcke des Bauchfells sind grosse Seltenheiten. Virchow sah einmal einen solchen von Mannskopfgrösse, der von dem Peritoneum der vordern Bauchwand ausging. „Die Erscheinungen im Leben waren dunkel.“

Nachdem wir so fast alle Arten von peritonitischen Tumoren durch Beispiele, wie sie sich gelegentlich dem Practiker darbieten, illustriert hätten, kämen wir zum zweiten Teile unserer Abhandlung, nämlich zur Diagnose resp. Differentialdiagnose der peritonitischen Tumoren.

Bei dieser Gelegenheit möchten wir uns vorab einige im allgemeinen für die Diagnose in Betracht kommende Bemerkungen gestatten:

In vielen Fällen können wir auf Grundlage positiver Zeichen mit Sicherheit über Natur und Sitz der Geschwulst in's Reine kommen. In anderen Fällen wird uns aber durch rein äussere Umstände, wie die Verschiedenheit der Dicke und Spannung der Bauchdecken, die grosse Anzahl der Organe, die relative Unbeständigkeit der Lageverhältnisse derselben, die wechselnde Menge an festem, flüssigem und gasförmigem Darminhalt, die genaue Untersuchung erschwert, ja mitunter rein unmöglich gemacht. In einer dritten Reihe von Fällen, in denen es uns, trotzdem die äusseren Umstände der Untersuchung keine Schwierigkeiten in den Weg stellen, nicht möglich ist, auf positivem Wege zur richtigen Diagnose zu gelangen, können wir sie durch Ausschliessung mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit stellen. Obwohl wir nun gerne zugeben, dass dieser Weg immer ein mangelhafter ist und nur in

Ausnahmefällen betreten werden sollte, müssen wir doch darauf aufmerksam machen, dass es gerade bei peritonitischen Tumoren häufig unbedingt notwendig ist, *per viam exclusionis* zur richtigen resp. Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu gelangen. Hierbei wird dann meistens, wenn wir nicht eine Eröffnung der Bauchhöhle vornehmen wollen, die Beobachtung des weiteren Verlaufs resp. eine Therapie *ex iuvantibus et nocentibus* entscheiden.

Schliesslich wird die Diagnose der peritonitischen Tumoren wesentlich dadurch erschwert, dass das Peritoneum eine so grosse Ausdehnung hat und mit seinen Adnexen, dem Omentum und Mesenterium, mehr weniger an allen Stellen der Bauchhöhle vorkommt. Dass hierdurch der Differentialdiagnose ein weiter Spielraum gegeben ist, liegt auf der Hand, und so können denn gelegentlich peritonitische Tumoren in lokaler Beziehung mit Tumoren fast aller Organe des Abdomens concurriren.

Was nun die specielle Diagnose peritonitischer Tumoren angeht, so möchten wir uns kurz so fassen: Glaubt man in einem bestimmten Falle nach eingehender Untersuchung die Möglichkeit eines perit. Tumors annehmen zu können so hat man sich zwei Fragen zu beantworten, 1) ist der Tumor ein gut- oder bösartiges Neoplasma oder 2) hat man es mit peritonitischen Strängen und Verwachsungen resp. mit abgekapselten Exsudaten zu thun?

Bei einer malignen Neubildung wird unter Umständen schon der erste Anblick des Kranken entscheiden: Die Kachexie mit ihren ausgesprochenen Folgezuständen ist meist nur zu deutlich, um nicht sofort die richtige Diagnose zu stellen. Dabei muss freilich zugegeben werden, dass auch relativ gutartige Geschwülste in der

Bauchhöhle durch ihre Folgezustände, wie Darmobstruction Erbrechen, Schmerzen, Appetitlosigkeit etc. nicht selten die Individuen so herunterbringen, dass sie das Aussehen eines mit einer malignen Neubildung Behafteten gewähren, wie dies aus unseren mitgetheilten Fällen zur Genüge hervorgeht.

Ihren Sitz haben die Neoplasmen, bei denen es sich, um es nochmals zu betonen, in der überwiegend grossen Mehrzahl um Krebs handelt, meist im Omentum oder Mesenterium. Gewöhnlich wird das Netz von zahlreichen kleinen Knötchen durchsetzt, welche im weiteren Verlaufe ein Zusammenschrumpfen des Netzes bedingen. Nach Oppolzer fühlt man dann im Lebenden durch die Bauchdecken einen mehr weniger unebenen dicken Strang, welcher quer unter der grossen Curvatur des Magens in schräger Richtung nach rechts gegen die Inguinalgegend hinzieht. In anderen Fällen wird das Netz in seiner ganzen Ausdehnung von einer ausgedehnten Krebswucherung infiltriert, sodass das beträchtlich verdickte Netz in Form einer breiten Geschwulst auf den Därmen liegt, manchmal auch mit der Bauchwand verwächst. Die ausgedehntesten Infiltrationen kommen durch den Gallertkrebs zustande. Die Krebse im Netz sind meist secundär. Die Diagnose des Omentalkrebses ist manchmal ziemlich schwierig, in jenen Fällen nämlich, wo das infiltrierte Netz in einer grossen Strecke mit der Leber und zugleich mit der Bauchwand verwachsen ist. Die Diagnose des nicht adhaerenten Omentalkrebses ist jedoch leicht, weil die Geschwulst unmittelbar unter der Bauchwand liegt, und der Palpation leicht zugänglich ist. Kleinere Geschwülste im Netze machen die Respirationsbewegungen nicht mit, sind sie jedoch grösser und mit der Leber verwachsen,

oder, wenn auch letzteres nicht der Fall ist, so gross, dass sie mit Verdrängung des Magens in die Zwerchfellexcavation hinaufragen, dann verschieben sie sich mit jeder Inspiration unter der Bauchdecke nach abwärts.

Bei sehr tiefer Inspiration entfernt sich die Bauchwand von einer grösseren Geschwulst nicht, wie bei Geschwülsten, welche vom Mesenterium oder der Wirbelsäule ausgehen, nur kann auch hier gegen die Ränder der Geschwulst hin der Percussionsschall voller werden, indem während der tiefen Inspiration Dünndarmschlingen zwischen die Bauchwand und die Ränder der Geschwulst sich hineinschieben. Mit der grössten Wahrscheinlichkeit lässt sich die Diagnose jener Form des Omentalkrebses stellen, welcher, wie wir vorhin erwähnten, als geschrumpfter Strang quer unter dem Magen verläuft, jedoch nur dann, wenn wir auch in anderen Organen Krebs nachweisen können, da eine ähnliche Schrumpfung des Netzes auch durch chronische Peritonitis und durch tuberkulöse Infiltration des Netzes entstanden sein kann.

Auch im Mesenterium sind Krebsgeschwülste, welche von den Mesenterialdrüsen ausgehen und eine enorme Grösse erreichen können, am häufigsten. Sie können lange als bewegliche Geschwülste bestehen, ohne an die Umgebung sich zu fixieren. Sie sind glatt, oft jedoch auch höckerig und kommen ebensowohl einzeln als auch in grösserer Anzahl vor. Sie sind gewöhnlich durch rasches Wachstum und dem raschen Verfall des Individuums ausgezeichnet. Geschwülste durch tuberkulöse Infiltration wie sie häufig bei scrophulösen Kindern vorkommen, erreichen nie eine bedeutende Grösse, sind aber immer in grosser Anzahl vorhanden und bilden rundliche, harte und Rosenkranzförmig vereinigte Geschwülste.

Von besonderem Interesse sagt Oppolzer, sind jene Formen des Mesenterialcarcinoms, die als ausgebreitete scirröse Infiltration zwischen beiden Mesenterialblättern auftritt, und durch Schrumpfung die dünnen Gedärme in Form einer Rose an die Wirbelsäule eng anzieht. Solche Fälle sind immer von Ascites begleitet und die lufthaltigen Gedärme können nicht wie gewöhnlich die höchste Stelle in der angesammelten Flüssigkeit einnehmen, sondern der Percussionsschall ist im ganzen Abdomen leer und man fühlt bei nicht stark gespannten Bauchdecken das Convolut der dünnen Därme in Form der oben erwähnten Rose an der Wirbelsäule durch.

Nachträglich möchte ich noch bemerken, dass Tumoren des grossen Netzes bei Magenaufblähung sowohl wie bei der Darmeingiessung nach abwärts geschoben werden, bei letzterer ausserdem stärker gegen die vordere Bauchwand angedrängt werden. In einzelnen Fällen, in denen Verwachsungen mit den Bauchdecken bestanden, markierten sich die betreffenden Stellen nach der Anfüllung des Darmes sehr deutlich durch circumscripte Einziehungen der Bauchwand. (Minkowski.)

Bei der Diagnose der durch Verwachsungen etc. gebildeten peritonitischen Tumoren möge man folgende Punkte berücksichtigen:

1) Da in den verwachsenen Partien regelmässig Darmschlingen enthalten sind, so ergiebt die Perkussion über solchen Tumoren keine vollständige Dämpfung, sondern eine Dämpfung mit mehr oder weniger tympanitischem Beiklang, dessen Höhe und Tiefe durch die Grösse und Menge der in dem Tumor befindlichen Darmschlingen bedingt ist.

2) Vielfach sind über derartigen Tumoren gurrende

Geräusche zu hören oder beim Auflegen der Hand und leichtem Druck zu fühlen.

3) Die Grenzen des Tumors sind nie scharf abgesetzt, sondern verlieren sich allmählich in die Umgebung.

4) Die Diagnose stützt sich in vielen Fällen nur auf die Anamnese, namentlich wenn Entzündungen der parenchymatösen Organe des Abdomens, oder Erkrankungen der Geschlechtsorgane stattgefunden haben, oder wenn auf Grund von früheren Magen- und Darmbeschwerden die Möglichkeit eines Ulcus Ventriculi oder Duodeni angenommen werden kann, welches seinerseits vielleicht zu Perforationen, Verklebungen etc. etc. geführt hat.

5) Man hat die Untersuchung häufiger vorzunehmen, da das Bild, welches diese Art von peritonitischen Tumoren bietet, je nach dem Füllungsgrad der Därme mit Faeces oder Gasen, ein sehr mannigfaltiges und wechselndes ist.

6) Hat man trotz wiederholter Untersuchungen keine bestimmte Diagnose stellen können, so ergibt nicht selten die Beobachtung des ferneren Verlaufs, ob der Tumor ein neoplastatisches Gebilde ist oder nicht. Zumal, wenn mit der Beobachtung eine richtige Behandlung verbunden wird, sieht man oft, bei allmählichem Verschwinden und Kleinerwerden des Tumors, in kürzerer oder längerer Zeit enorme Besserung resp. völlige Wiederherstellung eintreten. (Siehe unsere zuerst angeführten Fälle.)

Wenn wir die vorhin angeführten Momente im Auge behalten, so wird es uns meist nicht schwer fallen, die Diagnose auf einen peritonitischen Tumor zu stellen. In trotzdem noch zweifelhaften Fällen wird es zur Sicherstellung der Diagnose von einigem Werte sein

sich derjenigen Symptome bewusst zu sein, die durch Tumoren anderer Unterleibsorgane bedingt sind. Deshalb wollen wir in folgendem die Hauptsymptome der eventuell in Differentialdiagnose kommenden Tumoren in aller Kürze beschreiben.

Hierhin gehören, wenn auch relativ selten vorkommend, die Pancreastumoren. Diese sind meist krebssiger Natur, weil die Vergrößerungen bei chronischer Entzündung des Pancreas, nicht leicht einen beträchtlicheren Umfang erreichen. Die Diagnose eines Pancreastumors, die im allgemeinen eine der schwierigsten ist, würde gerechtfertigt sein, wenn bei einem in vorgerücktem Alter stehenden Patienten, bei auffallendem kachektischem Habitus und praevalierenden Schmerzen im Epigastrium, ein seiner Lage nach auf das Pancreas zu beziehender Tumor constatierbar wäre, und wenn zugleich hinreichend Gründe beständen, die Existenz eines primären Leidens der anderen in Betracht kommenden Organe auszuschliessen. Das Auftreten von Fettstühlen oder Melliturie würde die Diagnose wohl zu stützen, aber immerhin keine vollkommene Sicherheit zu gewähren vermögen. Die Grösse des Tumors dürfte für die differentielle Diagnose von der chronischen Pancreatitis, die Consistenz und höckerige Beschaffenheit desselben für die Unterscheidung von Cystenbildung im Pancreas verwertbar sein.

Ein charakteristisches Zeichen für Lebertumoren ist es, dass dieselben eine sehr deutliche respiratorische Verschiebung zeigen, indem sie bei jeder inspiratorischen Herabsteigung des Zwerchfelles mit der ganzen Leber nach abwärts geschoben werden. Die Percussion über einem Lebertumor ist fast stets vollständig gedämpft, im Gegensatz zu vielen vom Magen ausgehenden Ge-

schwülsten. Wenn aber Carcinome an der Pars pylorica des Magens, was häufig vorkommt, mit der Leber fest verwachsen sind, so bieten diese oft genau dasselbe Bild dar, wie Tumoren der Leber.

Carcinome des Colons machen ebenso wie Carcinome des Netzes zuweilen Schwierigkeiten in der Differential-Diagnose, doch zeigen sie selten eine so deutliche respiratorische Verschiebbarkeit wie die Lebertumoren.

In einigen Fällen beobachtet man, dass ein Magentumor, je nach dem Füllungsgrade des Magens seinen Ort etwas ändert.

Zur Beantwortung der Frage, ob eine Geschwulst in den Bauchdecken sitzt, führt uns der Tastsinn, und man kann von jeder Geschwulst annehmen, dass sie in den Bauchdecken sitzt, wenn sie mit denselben in ihrer Totalität verschiebbar ist, alle durch Fingerdruck, Zerrung oder durch Respiration verursachten Bewegungen derselben mitmacht, wenn sie umgreifbar ist und man die Dicke derselben durch Unterschieben des Fingers bemessen kann. Umgekehrt sind alle jene Geschwülste als von den Bauchdecken unabhängig zu betrachten, über welche sich die Bauchwand frei verschieben lässt, wo ihre Decken keine Veränderung erlitten, und sie in Falten aufzuheben ist und die Geschwulst bei tiefer Inspiration undeutlich wird. Manchmal ergeben sich zwar Komplikationen, welche die Untersuchung sehr erschweren, dahin gehören solche Unterleibsgeschwülste, welche von einem Organe des Abdomens ausgehend mit der Bauchwand verwachsen sind und umgekehrt. In manchen Fällen gibt dann die Verschiedenheit der Percussion bei der In- und Expiration einen Anhaltspunkt, indem bei Adhäsionen von geringem Um-

fang während der Inspiration die Bauchwand sich von dem nicht angehefteten Teil der Geschwulst entfernt und Darmpartien dazwischen treten, welche die Ausdehnung des gedämpften Schalles verringern.

Die Diagnose der Retroperitonealgeschwülste ist in manchen Fällen mit gar keinen Schwierigkeiten verbunden, in anderen Fällen jedoch durch die bereits in den allgemeinen Bemerkungen über die Diagnose der Unterleibstumoren angedeuteten Hindernisse der Untersuchung und Komplikationen mit Erkrankungen der Unterleibsorgane unmöglich. Im allgemeinen charakterisieren sich dieselben durch ihr festes Aufsitzen auf der Basis, auf der sie entstanden, also durch ihre Unbeweglichkeit. Eine Ausnahme davon machen die in einer beweglichen Niere sich entwickelnde Geschwülste, doch können auch solche durch angeregte Entzündung in der Umgebung wieder fixiert werden. Die Palpation einer Retroperitonealgeschwulst während einer tiefen Inspiration ergibt eine Entfernung der Bauchdecke von der Geschwulst in der Richtung von hinten nach vorn. Hierdurch unterscheiden sich die Retroperitoneal-Geschwülste in der vorderen Bauchwand und in jenen Organen, welche die Zwerchfellsbewegungen mitmachen.

Darmgeschwülste, bei denen es sich meist um Krebs handelt, sind hart, etwas uneben, gedämpft tympanitisch schallend, bei der Auflagerung auf die grossen Gefässe pulsierend. Da der Kot über der Geschwulst sich massenhaft ansammelt, so erscheint die Geschwulst während des Lebens viel grösser, als dem Umfang des Carcinoms entspricht und es kann nur durch methodisch angewandte Laxantien und Irrigationen Klarheit über das Vorhandensein und die Grösse der Geschwulst gewonnen werden. Besonders wichtig ist für die Diagnose

die Bestimmung der Lage der Geschwulst. Sie liegt zuweilen an der normalen Stelle des carcinomatös entarteten Darmteils. Dies ist der Fall bei Carcinomen im Coecum, Colon ascendens etc., kurz in den Darmpartieen, die wegen ihrer straffen Verwachsung mit der Nachbarschaft einer grösseren Excursion nicht fähig sind. Anders bei Carcinomen des Dünndarms und des Colon transversum, bei denen, wenn nicht Verwachsungen mit anderen Organen eingetreten sind, die Beweglichkeit eine fast unbeschränkte ist. Solche bewegliche Tumoren sinken der Schwere nach in die unteren Bauchregionen, lassen sich verschieben und wechseln ihre Lage durch die peristaltischen Bewegungen des Darms. Dieser Wechsel der Lage ist geradezu charakteristisch für die Diagnose eines Darmkrebses.

Auch die Wandermilz, die im allgemeinen sehr selten vorkommt, kann zu Verwechselung Anlass geben. Ihre Diagnose stützt sich auf die charakteristische Milzform und den Mangel der Milzdämpfung an normaler Stelle.

Die Diagnose der Perityphlitis, die sich vor allem auf die schmerzhafteste Geschwulst in der Ileocöcalgegend und auf die vorausgegangenen Erscheinungen stützt, unterliegt in den meisten Fällen keinen Schwierigkeiten. Verwechslungen können vorkommen mit Abscessen in den Bauchdecken; der Mangel der Verschiebbarkeit der Bedeckung über der Geschwulst und der Mangel aller Darmerscheinungen sichern die richtige Deutung. Geschwülste in den Nieren unterscheiden sich durch ihre Lage, durch die Veränderungen im Harn und durch den Mangel charakteristischer Darmercheinungen; sie liegen bei der Untersuchung viel mehr

in der Tiefe. Geschwülste bei Coecal Krebs sind höckerig, wie wir vorhin bereits bemerkten.

Kotanhäufungen machen zwar eine Geschwulst, alle anderen Erscheinungen aber, namentlich Schmerzen, fehlen. Solche Tumoren erscheinen hart und resistent, wenn man aber einen Finger eine Zeitlang in dieselben hineindrückt, werden sie gleich einem Schneeball (Spencer Wells) nachgeben und nicht die geringste Elasticität erkennen lassen, indem die Eindrücke bestehen bleiben. Kotmassen, welche in einem mit längerem Mesocolon versehenen Dickdarmschenkel stagnieren, können leicht eine bewegliche Niere vortäuschen, da eine Prædilectionsstelle für die Kotstauung die Gegend der rechten Flexura coli ist. Eine langdauernde Obstipation erinnert sofort an diese Erkrankung, die gleich sicher erkannt wird, wenn es gelingt, die vermeintliche Geschwulst in einen tieferen Darmabschnitt zu bringen. Dies ist jedoch nur selten möglich; auch kann neben einer in einem Divertikel stagnierenden Kotgeschwulst die Defaecation annähernd normal vor sich gehen, so dass man sich leicht bewogen fühlt, eine derartige Geschwulst auszuschliessen.

Die Erkenntnis der Wanderniere stützt sich auf die physikalischen, besonders palpatorischen Erscheinungen derselben. Der Umstand, sagt Landau, dass sie so überaus häufig übersehen wird, hat nicht nur in der Unbekanntschaft mit ihren subjectiven und objectiven Symptomen und in der gewöhnlichen Annahme, man habe es mit hysterischen und hypochondrischen Individuen zu thun, ihren Grund, sondern auch in wirklichen sich der Erkenntnis entgegenstellenden Schwierigkeiten. Wenn es freilich gelingt, einen soliden in der Bauchhöhle befindlichen Körper so zu fassen, dass man ihn

von der Lenden- nach der Nabelgegend und umgekehrt bewegen, die Pulsation der Arteria renalis und den Iliis fühlen kann, unterliegt die Diagnose keinen Schwierigkeiten. Findet sich jedoch eine Niere mit nur mässiger Beweglichkeit oder bei einem Individuum mit gespannten und fetten Bauchdecken, oder fühlt man einen Tumor ohne die Nierenform deutlich zu erkennen, so giebt es eine grosse Reihe anderer pathologischer Zustände, welche wegen der Aehnlichkeit ihrer subjectiven und objectiven Erscheinungen leicht mit jener verwechselt werden können. Besonders schwierig kann die Entscheidung darüber werden, ob ein Lebertumor, Schnürlieber, Hypertrophie, Zipfelbildung derselben oder eine uncomplizierte oder an dem unteren Leberrande adhaerente bewegliche Niere vorliegt, da man bei beiden dieselben percutorischen und palpatorischen Befunde erhalten und die Symptome bei beiden in gastrischen Störungen, Ikterusu. vagen Schmerzen im Unterleib bestehen können. Ferner kann die Wanderniere mit Tumoren der Gallenblase, mit Carcinom des Magens, des Pancreas oder des Kolons, Wandermilz und selbst Eierstocksgeschwülsten verwechselt werden. Landau empfiehlt schliesslich bei der Diagnose so vorzugehen, dass man die zweifelhafte Geschwulst selbst zunächst ganz ausser Acht lässt und nachsieht, ob die sonst in Betracht kommenden Organe in normaler Gestalt vorhanden sind. Hierzu bedient man sich der bimanuellen Palpation oder noch besser der Sinou'schen Rectaluntersuchung mit der ganzen Hand. (Landau: Archiv für Gynaek., Bd. VII, 1875.)

Da Nierentumoren am häufigsten mit Ovarial-Tumoren in Differentialdiagnose kommen, so dürfte es praktisch sein, die Diagnosen beider Tumoren gemeinsam zu beschreiben, wobei wir den Ausführungen

Spencer Well's folgen, der auf dem Gebiete der Unterleibstumoren wohl die grösste Erfahrung aufzuweisen hat. Dieser schreibt etwa folgendes:

I) Die Ovarialgeschwülste sind immer vor, die Nierengeschwülste hinter den Därmen. Ausnahmen hiervon sind sehr selten.

II) Grosse Tumoren der rechten Niere haben gewöhnlich das Colon ascendens an ihrem inneren Rande, Geschwülste der linken Niere kreuzen regelmässig von oben nach unten das Colon descendens.

III) Die Gegenwart von Därmen vor einer Unterleibsgeschwulst soll an eine sorgfältige Untersuchung des Harns mahnen. Es ist zwar möglich, dass eine Niere erkrankt und der Harn dabei ganz normal ist, weil derselbe von der gesunden Niere abgesondert wird. Aber die Regel ist, dass entweder Blut, Eiter und charakteristische Epithelien vorhanden sind oder vorhanden waren.

IV) Wenn Zweifel besteht, ob ein zwischen der Geschwulst und der Bauchdecke gefühlter Körper Darm ist oder nicht, so vermag unter Umständen die Perkussion darüber keinen Aufschluss zu geben, da der Darm leer oder komprimiert sein kann. Dagegen merke man sich folgendes:

- a) Wenn man eine Darmschlinge unter dem Finger rollen lässt, so kontrahiert sie sich zu einem festen, strangähnlichen Gebilde, oder
- b) der Patient hat vielleicht gurrende Geräusche darin bemerkt oder sie wurden bei der Auskultation gehört, oder
- c) es kann der Darm aufgeblasen oder mit Wasser aufgetrieben werden.

V) Sowohl die ovarialen als die Nierencysten kön-

nen ihren Umfang verändern. Bei der Niere fließt der Inhalt gewöhnlich durch den Ureter in die Blase; eine Eierstockcyste kann sich nur nach vorheriger Verwachsung und Fistelbildung in die Blase, Gedärme oder in die Scheide, oder auch durch die Fallopische Röhre in den Uterus entleeren. In beiden Fällen werden die physikalischen und chemischen Eigenschaften der entleerten Flüssigkeit die Diagnose bestimmen.

VI) Wenn eine genaue Krankengeschichte vorhanden ist, lässt sich annehmen, dass eine Nierengeschwulst zuerst zwischen den falschen Rippen und dem Ileum nachweisbar war und sich dann zuerst nach dem Nabel hin, später nach dem Hypochondrium und schliesslich nach der Inguinalgegend hin, erstreckte, während ein Ovarialtumor sich meist zuerst in der Inguinal- und Ileocöcal-Gegend zeigt und von da nach oben und unten sich ausdehnt.

VII) Kleine, an langem Stiele sitzende Ovarialtumoren können für bewegliche Nieren gehalten werden. Die letzteren sind an ihrer charakteristischen Gestalt erkennbar, obschon sie öfter so verlagert sind, dass der Hilus nach oben gerichtet ist. Die Nieren sind in der Regel zwischen dem Nabel und den falschen Rippen fühlbar und lassen sich nach oben und unten, desgleichen seitlich oder nach ihrer normalen Lumbargegend hin verschieben. Wird die Niere aus dieser Stellung verschoben, so wird dort der Percussionsschall tympanitisch.

Es erübrigt uns nur noch, einige Worte über die sogenannten Phantomtumoren hinzuzufügen, um das Kapitel der Differentialdiagnose zu beschliessen. Unter Phantomtumor versteht man eine auf hysterischer Basis beruhende Ausdehnung resp. Geschwulstbildung des Abdomens, die in verschiedenen Formen in die Erscheinung

treten. Zuweilen ist nämlich der Bauch bis zur Grösse einer vorgeschrittenen Schwangerschaft ausgedehnt, abgerundet, hart und resistent, die Hand vermag keinen Eindruck hervorzubringen, Lagewechsel verursacht keine Aenderung seiner Form, Fluctuation ist nicht vorhanden. In der Regel bestehen Symptome der Hysterie. In anderen Fällen ist die Ausdehnung eine locale und kommt häufiger rechterseits vor. Teile der Bauchwand ballen sich zu harten Knoten zusammen, welche solange unverändert bleiben, dass sie eine interne Geschwulst vortäuschen, zumal sie sich oft über angesammelten harten Kotmassen befinden und bei Betastung empfindlich sind. Sorgfältige und beharrliche Palpation, Abführmittel und Chloroform führen gewöhnlich zur Lösung des Rätsels, namentlich verschwinden nicht selten unter dem Einfluss des letzteren die Erscheinungen ganz und gar, der Unterleib wird flach und gestattet bei entsprechendem Druck die Lendenwirbel zu betasten. Ausserdem ist die tympanitische Resonanz bei der Percussion das führende Symptom der Diagnose.

Litteratur.

- 1) H en o c h: Klinik der Unterleibskrankheiten.
- 2) S p e n c e r W e l l s: Die Diagnose und chirurg. Behandl.
der Unterl.-Geschwülste.
- 3) L a n d a u: Die Wanderniere der Frauen.
- 4) Z i e m s s e n s Handbuch: Bde. VII, VIII, IX.
- 5) V i r c h o w s Archiv für pathol. Anatom.
- 6) O p p o l z e r: Die Diagnose der Unterl.-Geschwülste (Wien,
mediz. Wochenschr. XII. 1862).
- 7) M i n k o w s k i: Zur Diagnostik der Abdominaltumoren.
(Berl. klin. Wochenschr. 1887, S. 255).
- 8) A n d r a l: Clin. méd. II. p. 714.
- 9) W e s t: On diseases of Women.
- 10) R o k i t a n s k y: Specielle Pathologie. Bd. I.
- 11) V i r c h o w: „Die krankhaften Geschwülste“. Bd. I. u. II.

V I T A.

Geboren wurde ich, Karl Lehmann, katholischer Konfession, zu Köln a/Rh. am 4. Mai 1865 als Sohn des Kaufmannes C. F. Lehmann und der Anna Maria Lehmann, geb. van Bürk.

Ich besuchte die Elementarschule meiner Vaterstadt bis zum zehnten Lebensjahre und darauf das Gymnasium, welches ich Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Im Mai desselben Jahres wurde ich in Bonn bei der medizinischen Facultät immatriculiert, im 2. Semester bezog ich die Universität München; im 3. kehrte ich nach Bonn zurück, woselbst ich im 4. die ärztliche Vorprüfung bestand. Nachdem ich das 5. Semester wiederum in München verbracht, kam ich im 6. zum drittenmale nach Bonn und bestand daselbst am 8. Februar 1890 das Examen rigorosum.

Meine Lehrer während der academischen Studienzeit waren:

in Bonn: Barfurth, Binz, Bohland, Clausius (†), Doutrelepont, Finkler, A. Kekule, Kochs, Koester, Ludwig, Müller, Pflüger, Ribbert, Saemisch, Schaaffhausen, Schulze, Strasburger, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George, Veit, Witzel.

in München: Bauer, Bollinger, Rüdinger, Kupfer,

von Nussbaum, Stintzing, Winkel, Wolfsteiner, von Ziemssen.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen wärmsten Dank!

Besonders ist es mir eine angenehme Pflicht, dem Herrn Prof. Dr. Finkler für die freundliche Unterstützung beim Anfertigen der Arbeit und für das mir gütigst zur Verfügung gestellte Material meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

THESEN.

I. Die Statistik der operierten Mamma-Carcinome betreffs deren Recidive ist bisher nur deshalb so ungünstig, weil die Patientinnen namentlich in Kliniken und Hospitälern im allgemeinen zu spät zur Operation kommen.

II. Soweit bis heute die Frage, ob die Influenza miasmatischer oder contagiöser Natur sei, sich beantworten lässt, neigen die meisten Autoren der letzten Anschauung zu.

III. Bezüglich Differentialdiagnose zwischen Leberaffektion und Wanderniere möchten wir die Behauptung le Ray's, dass sich zwischen dieser und der Leber bei der Palpation eine Furche finden müsse, nicht als absolutes Criterium gelten lassen, da sich eine solche auch bei Leberzipfeln und Schnürleber finden kann.

Opponenten:

- 1) Herr cand. med. Theodor Schenk.
- 2) Herr Dr. med. Paul Kraemer.
- 3) Herr Dr. med. Werner Alsdorff.

10531

1947