



Aus der gynäkologischen Klinik zu Kiel.

# Ein Beitrag zur Laparotomie bei Bauchfelltuberculose.

## Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde  
der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

**Otto Wiese,**  
approb. Arzt aus Trütau.

Opponenten:

Herr Dr. Th. Peters.  
Herr Th. Keck, cand. med.



Kiel 1890.

Druck von H. Fiencke.

Rektoratsjahr 1890/91.

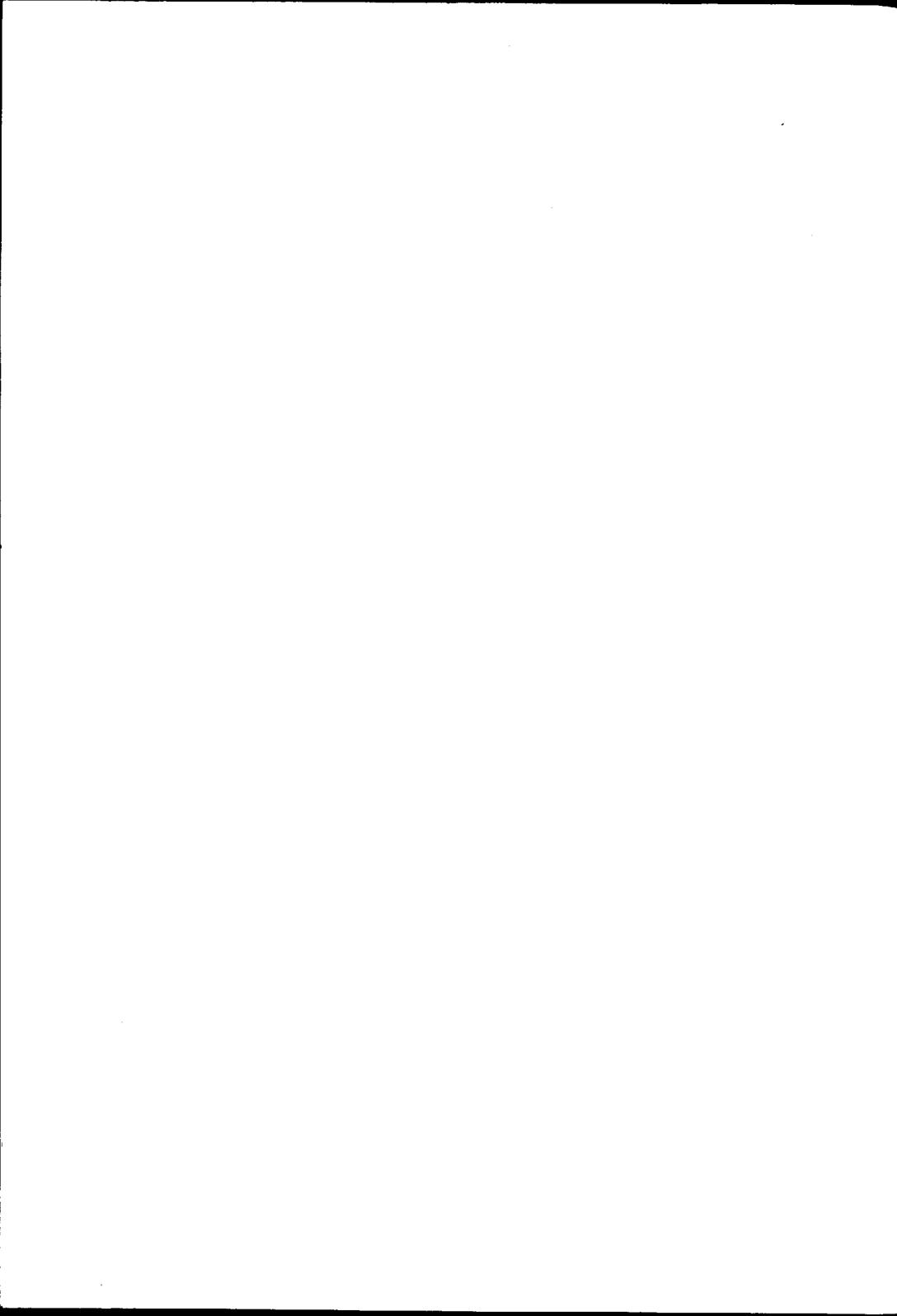
No. 35.

Referent: Dr. **Werth**.

Zum Druck genehmigt: Dr. **Werth**,  
z. Z. Prodekan.

# Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.



Die Tuberkulose des Bauchfells erregt in neuerer Zeit hauptsächlich dadurch ein besonderes Interesse, dass ihre Therapie eine andere geworden ist. Während dieselbe in früherer Zeit nur eine expectative und deshalb meist aussichtslose war, haben in neuerer Zeit, seitdem die Antiseptic eine solche Vervollkommnung erfahren hat, die Chirurgen sich derselben bemächtigt, und es werden immer mehr Fälle von Bauchfelltuberkulose bekannt gegeben, in denen durch eine blosse Incision eine Besserung und selbst auf Jahre sich erstreckende Heilung eingetreten ist.

Zu diesem günstigen Resultate kam man zunächst auf empirischem Wege, denn anfangs wurde die Laparotomie gemacht wegen einer Fehldiagnose oder zur Sicherung einer gestellten Diagnose. Aus diesem Umstande mag es sich auch mit erklären, dass von den bisher veröffentlichten Fällen von Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose, die weitaus meisten bei Frauen gemacht sind. Die günstigen Resultate, die man bei zufällig vorhandener Tuberculosis peritonei auf diese Weise erzielte, haben dann Veranlassung gegeben, die Laparotomie mit Absicht zu machen, bei sichergestellter oder auch nur wahrscheinlicher Diagnose auf Bauchfelltuberkulose.

Das vorhandene casuistische Material genügt, die Thatsache zu erhärten, dass die blosse Incision bei Bauchfelltuberkulose fast durchgehends gute Resultate, längere Zeit anhaltende Besserung, ja sogar anscheinend Heilung herbeizuführen im Stande ist.

Es fehlen aber noch grössere Reihen länger beobachteter Fälle und Nachrichten über die Dauer des Erfolges; während es doch wünschenswerth wäre, dass gerade durch eine grössere Reihe länger fortgesetzter Beobachtungen festgestellt würde, wie oft und unter welchen Umständen man durch die Incision bei Bauchfelltuberkulose dauernd Heilung herbeiführen kann.

Der Güte des Herrn Prof. Dr. Werth nun verdanke ich die Erlaubniss zur Veröffentlichung von 9 Fällen von Bauchfelltuberkulose, die auf der hiesigen gynäkologischen Klinik

in den Jahren 1886—89 operirt sind; von diesen Fällen sind es vier, bei denen Obiges zutrifft, die verhältnissmässig alt sind und welche die Möglichkeit einer späteren genaueren Beobachtung gegeben haben. Diese vier Fälle, die auch nach verschiedenen anderen Richtungen hin interessante Gesichtspunkte darbieten, will ich ausführlich mittheilen und über die anderen eine kurze Uebersicht geben und zum Schluss einige epikritische Mittheilungen über die Gesamtheit der Fälle machen. Ein solcher Gesichtspunkt ist besonders der, dass der Verlauf und Ausgang dieser Fälle nicht übereinstimmt mit einer Ansicht, die gerade in ganz neuer Zeit ihre Vertreter gefunden hat, mit der Ansicht nämlich, dass die Laparotomie bei jeder schweren Erkrankung an Bauchfelltuberkulose überhaupt keinen günstigen Einfluss hat, sondern sich nur in weniger ernstern Erkrankungsfällen bewährt. Dieser Punkt soll in Folgendem besondere Berücksichtigung finden.

Fall I.

Journal-No. 11530.

Aufgenommen 3. XII. 86, entlassen 30. XII. 86.

Anamnese: Frau K. aus Bordesholm, 34 Jahre alt, seit 8 Jahren verheirathet, O. para. Sie ist stets schwächlich, aber niemals ernstlich krank gewesen. Die Menses waren früher stets regelmässig, stark, mit Schmerzen im Epigastrium verbunden, die nach dem Rücken und nach den Schenkeln ausstrahlten. Seit Herbst 1885, angeblich nach Erkältung, allgemeines Unwohlsein und Schmerzen in der Gegend der Symphyse und des Kreuzes. Im Winter 85/86 zuweilen Dysurie, besonders Morgens bei sonst klarem Urin. Wegen dieser Beschwerden zuerst im Juli 86 in der hiesigen gynäkol. Klinik ambulant behandelt. Es wird links neben dem Uterus eine wenig umfangreiche, aber empfindliche Schwellung, die bis an die Beckenwand hinanreicht, konstatiert. Ord.: Soolbäder. Nach Gebrauch von 15 Soolbädern waren die Schmerzen im Leibe verschwunden. Aber schon damals fühlte sie sich häufig matt und nahm an Gewicht ab; auch bestanden nach den Bädern 14 Tage lang Schmerzen in beiden Ohren mit erheblicher Herabsetzung des Gehörvermögens; denselben gingen drei Tage heftige Kopfschmerzen voraus. Seit Oktober 86 bemerkte Pat. eine Anschwellung des Leibes, die in kurzer Zeit

erheblich zunahm; Schmerzen zugleich im Bereich des ganzen Leibes, vorwiegend aber links, ferner Schmerzen in den Waden. In derselben Zeit ist auch ein geringer, trockner Husten aufgetreten, bei dem kein Auswurf geliefert werden soll. Die Menses sind das letzte Mal von schmutziger Farbe gewesen, mit heftigen Schmerzen im ganzen Leibe verbunden. Während des Gebrauchs der Soolbäder bestand Diarrhoe, sonst normaler Stuhl.

Der Vater ist an Wassersucht, die Mutter an Krebs im Schlunde gestorben, Tuberkulose ist in der Familie nicht nachweisbar.

Status praesens: Patientin ist eine ziemlich stark kachektisch und anämisch aussehende Frau, die Zunge belegt und etwas geschwollen. Muskulatur und Unterhautzellengewebe sehr geschwunden. Ueber der rechten Lungenspitze hinten etwas hauchendes Expirium, vorne abgeschwächtes Athmen; sonst Lungen normal. Herzdämpfung nach rechts und oben etwas verbreitert. Herztöne rein.

Das Abdomen namentlich in seinem untern Theil stark ausgedehnt durch einen frei beweglichen ascitischen Erguss, nur um den Nabel herum tympanitischer Schall. Grösster Bauchumfang 88 cm. Das Abdomen fühlt sich überall prall elastisch an; ein tumor ist nirgends zu fühlen. Leber und Milz nicht vergrössert. Urin spärlich, eiweissfrei. Die Portio vaginalis weit nach hinten stehend; neben dem Uterus nirgends eine Anschwellung zu fühlen, ebenso vort der vagina aus nirgends ein tumor nachweisbar. Starkes rahmartiges Secret der Scheide.

Probeincision 9. XII. 86. Entleerung einer grünlichlichen, ziemlich klebrigen Flüssigkeit in grosser Menge, die Reste mit Schwämmen möglichst aufgenommen. Peritoneum überall mit Tuberkelknötchen besetzt. Die Beckenhöhle durch flächenhafte Verwachsung ihrer Organe nach oben hin völlig abgeschlossen. Ovarien, Tuben und Uterus nicht isolirt zu fühlen. Netz nicht gesehen, schien geschrumpft. Bauchhöhle wieder geschlossen. Befinden nach der Operation gut. 19. XII. Verband abgenommen, Wunde ohne Reaktion vollkommen linear geheilt. 30. XII. 86. Pat. ohne jede Beschwerde entlassen. 8. III. 87. Pat. stellt sich wieder vor, sie hat 4 Pfd. zugenommen und fühlt sich völlig wohl und kräftig. Appetit und Aussehen gut. Menses sind

rechtzeitig gewesen, immer stark, mit etwas Rückenschmerzen verbunden. Abdomen giebt tympanitischen Schall. Uterus der linken Beckenwand angenähert, in rechtwinkliger Anteflexion, normal gross. In der rechten Seite eine strangförmige, wenig empfindliche Verdickung zu fühlen. Nabelumfang 68, 5 cm. Zeitweilig geringes Brennen in der vulva.

14. VI. 90. Pat. stellt sich wieder vor. Menses weniger reichlich, nicht so schmerzhaft wie früher; zuweilen geringer fluor und Schmerzen beim Uriniren, der Urin ist dann trüb und schleimig, und es besteht dann häufiger Hamdrang. Appetit gut, Stuhl zuweilen etwas träge, meist regelmässig. Das Allgemeinbefinden leidlich gut, im Ganzen ist Pat. leicht nervös abgespannt. Gewicht hat stets zugenommen, jetzt 118 Pfd. Nach Anstrengung zuweilen Schmerz im Abdomen, oberhalb des Nabels. Kein Husten. Aussehen etwas anämisch, im übrigen gesund, sehr guter Ernährungszustand. Auf der linken Lungenspitze etwas verschärftes Inspirium, sonst Lungen normal. Abdomen hat ziemlich starken panniulus, nirgends abnorme Härten, überall tympanitischen Schall. Uterus in rechtwinkliger Anteflexion, im Ganzen etwas nach hinten verrückt. Im hintern Scheidengewölbe ein fingerdicker, wurstförmiger, wenig empfindlicher Körper zu fühlen. In der Höhe des Beckeneingangs flächenhafte Resistenz; im linken Beckenraum, entsprechend dem lig. lat. etwas derbe Gewebszüge.

#### Fall II.

Journal-No. 12128.

Aufgenommen 1. V. 88, entlassen 24. VI. 88.

Anamnese; Catharina Sch. aus Stolpe, 18 Jahre alt. Mutter gesund. Vater leidet an Husten, ist aber schon 64 Jahre alt, die Geschwister leben und sind gesund. Pat. ist stets schwächlich gewesen, hat seit ihrer Kindheit an Husten gelitten und hauptsächlich Morgens ziemlich reichliches, gelbliches Sputum entleert. Vor 1 Jahr hat sie längere Zeit an Gelenkrheumatismus gelitten, ist überhaupt schon lange blass und leidend. Menses im 14. Jahr eingetreten; erst regelmässig und schmerzlos, seit Winter 88 postponirend und vor 11 Wochen zuletzt aufgetreten. Seit 12 Wochen hütet Pat. wegen einer Entzündung im Leibe das Bett, sie hat während dieser Zeit Schmerzen im Abdomen gehabt, besonders

im rechten Hypogastr. und fühlt sich febril. In dieser Zeit ist eine Verhärtung im Leibe entstanden, die allmählich zugenommen hat. In der letzten Zeit war Pat., die von Anfang an Nachtschweisse gehabt, nicht mehr im Stande, umherzugehen. Uriniren hat niemals Beschwerden gemacht. Der Stuhl ist bis in die letzte Zeit regelmässig gewesen. Status praesens: Pat. ist sehr anämisch und abgemagert. Lungen im Uebrigen normal, nur auf der rechten Lungenspitze auf der Höhe des Inspiriums knarrende, trockne Geräusche. Abdomen nur wenig in der Gegend des Nabels aufgetrieben. Unterhalb des Nabels fühlt man einen harten, derben, ca. handtellergrossen, bei Druck schmerzhaften tumor, Portio vaginalis klein und zart. Uteruskörper ist klein, liegt nach vorne und rechts. Rechts ist das Ovarium vergrössert und derb anzufühlen, daran schliesst sich ein strangförmiger, harter Körper, wohl die verdickte Tube. Links vom Uterus liegt ein fast hühnerci-grosser, flacher, harter tumor, unbeweglich; ausserdem ist das Ovarium und die Tube nicht zu fühlen. Hymen nicht virginell.

Laparotomie 10. V. 88. Der aussen fühlbare tumor ist das kolossal tuberkulös infiltrierte und beinahe zwei fingerdicke Netz. Dasselbe wird nahe der grossen Curvatur des Magens abgebunden mit Seidenfäden. Dünndärme unter einander verwachsen. Beckeneingeweide nicht verwachsen. Beide Tuben bis zu Fingerdicke aufgetrieben, stark gewunden. Links entsprechend dem Infundibulum käsige Auflagerungen. Trübe, hellbraune, ascitische Flüssigkeit in reichlicher Menge entleert. Verschluss der Bauchwunde in doppelter Etage. Nach der Operation Fieber bis  $40^{\circ}$  C., welches erst allmählich nachlässt. Grosse Schwäche, collabirtes Aussehen. Schmerzen im Leibe. Es entwickelt sich ein handtellergrosses Decubitusgeschwür, das bei der Entlassung noch nicht ganz ausgeheilt war.

25. V. Verbandwechsel. Wunde primär geheilt. Nur an einigen Stichkanälen geringe Eiterung. Bei der Entlassung: Cervix und Uterus in normaler Lage nicht fixirt, nicht schmerzhaft. Das rechte Parametrium frei und schmerzlos. Links in Höhe des Beckeneingangs ein unbeweglicher tumor, der auch von aussen durchzufühlen ist, sich bis in den Douglas'schen Raum erstreckt und nirgends druckempfindlich ist.

Abdomen flach, kein Ascites nachweisbar. In der Ober-

bauchgehend, quer verlaufend ein schmaler Strang zu fühlen, sonst nirgends Verdichtungen fühlbar. In noch sehr elender Verfassung wurde Patientin entlassen.

14. VI. 90. Pat. stellt sich wieder vor. Nach der Entlassung sind zunächst einige Seidenfäden aus der Wunde herausgeeytert. Das Befinden der Pat. war wenig gut; die Bauchwunde hat noch bis zum Winter 89/90 geeitert. Allmählich jedoch hat sie ihre Kräfte vollständig wiedergewonnen, so dass sie im Nov. 89 wieder eine Stelle als Magd annehmen konnte. Die Menses treten zuweilen zu früh, zuweilen zu spät auf, dauern 8 Tage lang, sind stark und beginnen mit Schmerzen im rechten Hypogastrium. Stuhlgang regelmässig. Husten noch vorhanden, hauptsächlich Morgens. Das Befinden ist gut; Pat. kann gut arbeiten.

Abdomen flach gewölbt, giebt überall tympanitischen Schall. Bauchnarbe stark verbreitert, pigmentirt, nur oberhalb des Nabels linear und fest. Weiter unten besteht ein mindestens drei fingerbreiter Spalt der recti, der auf Contraction derselben sich auch nur auf zwei Fingerbreite verengt. Der Spalt endet 2 fingerbreit oberhalb der Symphyse mit quer verlaufendem scharfen Rande. In der Herzgrube ganz geringe flache Resistenz, sonst keine abnormen Härten im Abdomen zu fühlen.

Uterus in rechtwinkliger Anteflexion, nicht vergrössert. Rechtes Ovarium nahe dem Uterus von normaler Grösse; einwärts von seinem innern Pol ein ziemlich derber, nur wenige Millimeter dicker, in kurzen Windungen verlaufender Strang; derselbe geht vom innern Pol des rechten Ovariums im Bogen zur rechten Uterusecke. [Tube]. Im linken hintern Beckenraum ein ca. halbwallnussgrosses Convolut, bestehend aus einer etwas weniger festen Masse, an welcher ebenfalls ein geschlängeltes dünner, harter Strang fühlbar ist. Derselbe lässt sich nicht bis an den Uterus heran verfolgen. Die Exploration ist durch die breite Diastase der recti hindurch ausserordentlich leicht auszuführen. Nach Einführung des speculums sieht man die Portio vaginalis etwas bläulich, die nächste Umgebung des leicht zackigen Muttermundes hellrot, an demselben wenig grauweisslichen Schlim. Ernährungs-zustand ist sehr gut.

Beim Stehen wölbt sich die gedehnte linea alba als breiter Wulst vor, Darm enthaltend. Nach Angabe der Mutter soll der

Husten und Auswurf nicht erheblich sein. Ueber den Lungen ist nichts Abnormes nachzuweisen. Der Husten erklärt sich aus einem starken Nasen-Rachenkatarrh. Im Rachen starke Rötung, Ektasie der Gefässe und Hypertrofie der Tonsillen. [Befund der medizinischen Klinik]. Das Gewicht beträgt 121 Pfd.

Fall III.

Journal-No. 12362.

Aufgenommen 10. XI. 88, entlassen 21. XII. 88.

Anamnese: Frau Grethchen H. aus Stakendorf, V para, alle Kinder leben. Vor 5 Monaten bemerkte Pat. eine ohne Schmerzen auftretende Zunahme des Leibesumfanges; erst vor 8 Wochen traten starke Schmerzen im Unterleib auf, die sich im Laufe der Zeit, namentlich aber in den letzten 8 Tagen so steigerten, dass Pat. die hiesige gynäkol. Klinik aufsuchte. Sie hat seit ihrer Verheirathung stets an starker Verstopfung gelitten, ebenso klagt sie seit 5 Monaten über Schmerzen beim Uriniren und es besteht häufig Harndrang. Die gelassene Harmenge ist gering, eiweissfrei. Die Menstruation ist stets regelmässig gewesen, von 4—5tägiger Dauer, mit viel Blutabgang verbunden. Pat. will im Frühjahr d. J. an Typhus gelitten und seit dieser Zeit stark an Gewicht verloren haben.

Status praesens. Pat. ist eine ziemlich mager und anämisch aussehende Frau, Lungen und Herz normal. Abdomen aufgetrieben, nicht gespannt. Bei Rückenlage besteht bis auf einen tellerbodengrossen, um den Nabel gelegenen Bezirk überall Dämpfung, die bei Lageveränderung wechselt. Milz normal. Leberdämpfung um einen Interkostalraum höher als normal. Uterus ist retroflektirt, nach links in einen fingerdicken Strang übergehend. Ovarien nicht zu fühlen. Urin ist eiweissfrei.

Laparotomie 12. XI. 88. 12 cm. lange Incision. Peritoneum parietale stark verdickt, mit Tuberkelknötchen übersät; ebenso die Darmserosa, im oberen Bauchraum in geringerem Grade als in den unteren Partien. Därme nicht verwachsen. Reichliche Entleerung von Ascites. Die rechte Tube ist fingerdick, gelbröthlich, mit mehreren flachen Windungen, in dem grössten Theile ihres Verlaufs mit dem Peritoneum der vorderen Beckenwand durch brüchige, mit Tuberkeln durch setzte, peritonitische Schwarten

verbunden. Das Abdominale frei, verbreitert, intensiv bläulich. Bei Druck entleert sich aus dem ostium abdominale etwas weisslich dicke Masse. Nach Umstechung des lig. infundibul.—pelvicum lässt sich die Tube vom lig. lat. mit Zurücklassung des normalen Ovariums stumpf durch Zug ablösen, bis nahe an den Uterus hinan, ohne dass es nennenswerth blutet. Die Blutung steht bald spontan. Der Isthmus dicht an dem retrovertirten, nach hinten adhären, etwas vergrösserten Uterus abgebunden. Die linke Tube ist ganz mit einer dicken tuberkulösen, peritonitischen Schwarte überdeckt, die sich aber leicht abschälen lässt. Beim Versuch die Tube herauszuholen, reisst dieselbe ein, wobei ein weisslicher dickbreiiger Inhalt sich entleert. Auch diese Tube wird von der Rissstelle an bis an den Uterus heran abgelöst und entfernt; auch hier nur minimale Blutung. Ausspülung der Abdominalhöhle mit reichlichen Mengen gekochten Wassers und möglichst ausgiebige Entfernung desselben mit Schwämmen. Verschluss der Bauchwunde. Zuerst Naht des Peritoneums, dann einige Seidennähte, die nur Muskulatur u. Haut umfassen; darauf isolirte Naht der recti, die Haut durch forlaufende Naht vereinigt.

Die rechte Tube, fingerdick, gelbröthlich mit einzelnen injicirten Gefässnetzen in den äusseren Wandschichten, wird eröffnet in Kali bichrom. Lösung gebracht. Die linke Tube der Länge nach aufgeschnitten; die Wand ist stark verdickt, fast weiss, stark durchfeuchtet. Die Schleimhaut grauweiss, stark verdickt, zu plumpen Längsfalten erhoben, sehr weich. Der Tubenkanal in der Längsrichtung etwas nach dem Isthmus hin stärker gewunden, mit halbmondförmiger, stark hervortretender Faltenbildung.

24. XI. Verbandwechsel, Wunde per primam geheilt.

21. XII. Bei Wohlbefinden wird Pat. entlassen, die strangartigen Verdickungen, in der linken Bauchseite sind noch vorhanden. Ascites nicht mehr nachzuweisen.

26. I. 89. Umfang des Abdomens 97,5 cm. Periodische Schmerzen in der Nabelgegend, sonst Befinden gut. Grössere Tumoren sind in der Bauchhöhle nicht nachzuweisen, überall tympanitischer Schall. 11. V. 89. Noch Schmerzen besonders in der rechten Seite vorhanden. Nächtliche Schwiisse und Frösteln. Seit 14 Tagen Diarrhoe. Lungen normal. Ascites nicht wieder

aufgetreten. Die Verdickungen des Peritoneums, die durch die Bauchdecken durchzufühlen waren, sind geringer, in der linken Seite noch etwas zu fühlen. Uterus retroflectirt.

14. VI. 90. Pat. stellt sich wieder vor. Sie hat sich sehr erholt und fühlt sich wohl wie in gesunden Tagen. Sie ist seit Sommer 89 wieder arbeitsfähig und hat keine Schmerzen mehr. Die Menses sind vierwöchentlich, von 8tägiger Dauer, stark und ohne Schmerzen. Fluor albus nicht vorhanden. Abdomen flach gewölbt, Umfang 78 cm. Narbe fest, nicht verbreitert, ziemlich breite, alte diastase der recti. An der Bauchwandfläche Darmconturen sichtbar. Links wurstförmiger Strang fühlbar, der von der Gegend der letzten Rippe bis zur linea alba verläuft und hier 3 fingerbreit unter dem Nabel endet. Weiter unten im linken Hypogastrium mehr diffuse, geringe Resistenz. Ueberall tympanitischer Schall. Uterus nach rechts retrovertat, nicht erheblich vergrößert. Die vordere Muttermundlippe etwas ektopionirt. Rechts hinter dem Uterus flache, nicht scharf begrenzte 1—1½ cm. dicke Schwellung, cervix stark nach links hinten verzogen. Zwischen ihm und der hintern Beckenwand flache, schwielige Verdichtung. Sonst keine weitere Schwellung zu fühlen. Ueberall normales Athmungsgeräusch. Patientin ist mässig gut genährt. Appetit in den letzten 14 Tagen schlecht. Seit 7 Wochen hat sich in der rechten Glutaealgegend eine kindskopfgrosse fluctuirende mit normaler Haut bedeckte Geschwulst entwickelt, die am 24. II. 90 in der hiesigen chirurgischen Klinik incidirt wird. Es entleerte sich eine Menge auffallend serösen Eiters, der aber viele käsige Massen enthielt. Der Abscess liegt zwischen Muskeln und Fascie und reicht nach oben bis in die Gegend der symphysis sacroiliaca, doch ist ein Ausgangspunkt nirgends zu finden. Er hat eine auffallend dicke Abscessmembran, die mit spongiösen Granulationen ausgekleidet ist. Schabung der Granulationen und Abreiben der Wundfläche mit trockner Jodoformgaze. Ausfüllung der Höhle mit Jodoformglycerin [200 g. einer 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Emulsion] darüber die Fascie genau, die Haut locker genäht. Jodoformgaze. Moospolster-Verband.

5. VII. Erster Verbandwechsel. Die crsten 4 Tage Fieber bis 39<sup>0</sup> C. dann normale Temp. Wunde per primam geheilt, bis auf eine kleine Fistel, aus der eine Spur Jodoformglycerin herausfließt. Am 16. VII. entlassen.



Fall IV.

Journal-No. 12038.

Aufgenommen 2. II. 88. entlassen 10. III. 88.

Anamnese: Marie L. aus Augustenburg, 18 Jahre alt. Die Mutter lebt. Vater an Nierenkrankheit und Wassersucht gestorben. Tuberkulose in der Familie nicht nachzuweisen.

Als Kind hat Patientin die Masern gehabt, und in ihrem 12. Jahre 3 Monate lang an Unterleibsentzündung gelitten. Sie war bettlägrig, hatte Fieber und bemerkte eine Zunahme des Leibesumfangs. Nach Anwendung indifferenten Mittel, schwand der Ascites, und vollkommene Genesung trat ein. Im vorigen Jahre hatte sie 7 Wochen hindurch Schmerzen in der linken Seite des Bauches, ohne nachweisbare Ursache und ohne Fieber. Nach einem Sprung vom Reck, trat Hinken mit dem linken Bein ein. Wahrscheinlich leichte Hüftgelenkentzündung. Sie lag sieben Wochen im Streckverband, ohne das wesentliche Besserung eingetreten wäre; erst ganz allmählich verlor sich das Hinken. Seit Neujahr, soll in Folge einer Erkältung, wieder eine »Entzündung im Leibe,« ohne Fieber aufgetreten sein, bei der sich eine allmähliche Zunahme des Leibesumfangs einstellte. Menses seit ihrem 14. Jahre stets regelmässig, ohne Schmerzen, mit mässig starkem Blutabgang. Die letzte Periode war am 18. Jan. d. J.

Status praesens. Gesund aussehendes Mädchen mit lebhaften Farben. Lungen und Herz normal. Abdomen durch eine frei bewegliche Flüssigkeitsansammlung ausgedehnt. Grösster Leibesumfang 94 cm. Mit Ausnahme einer kleinen kreisrunden Stelle, überall Dämpfung im Abdomen. Bei Seitenlage deutlicher Schallwechsel. Hymen perforirt. Vagina mit ziemlich reichlichem, weisslich schleimigen Secret angefüllt, das vorwiegend aus dem Muttermund zu kommen scheint. Hintere Mnlippe etwas excoriirt. Vaginalschleimhaut normal. Uterus lässt sich nicht bimanuell fassen, des Ascites wegen. Vom rectum her kann man die hintere Fläche des Uterus abtasten, aber auch so nicht den fundus isoliren. Hinter und neben dem Uterus fühlt man eine anscheinend fingerdicke, resistente Platte von mässiger Ausdehnung, die nach dem rectum hin eine wenig höckrige, körnige Oberfläche zeigt. Im linken Parametrium sind die Verhältnisse normal. Urin eiweisfrei.

Laparotomie 7. II. 88. Peritoneum und Darmserosa ver-

dickt, letztere grau getrübt. Reichliche Entleerung einer leicht trüben Flüssigkeit. Därme zu einer kuchenartigen, in toto verschiebbaren Masse verklebt. Die serosa visceralis u. parietalis mit grossen grauen und gelblichen Tuberkelknötchen bedeckt. Beckenorgane dicht verwachsen, das Becken ist wie durch ein breites, flaches septum nach oben abgeschlossen. Ascites mit Schwämmen vollständig aufgenommen. Bauchhöhle mit Catgut in doppelter Etage geschlossen. Wunde per primam geheilt. Pat. wird am 10. III. 88. bei gutem Befinden entlassen.

1. VI. 88. Gesundes Aussehen. Abdomen nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Ascites nicht vorhanden. Menses regelmässig, schwach. Allgemeinbefinden gut. Zuweilen stichartige Schmerzen, links unterhalb der letzten Rippen. Gewicht von 113 auf 125 Pfd. gestiegen.

16. VI. 90. Befinden anhaltend gut, nur im Winter einige Male, u. A. beim Tanzen stichartige Schmerzen, links vom Nabel gehabt. Stuhl träge. Menses regelmässig, schwach, ohne Beschwerden. Bisweilen etwas fluor. Auf der linken Lungenspitze etwas rauhes Inspirium, sonst Lungen normal. Im Abdomen nichts Abnormes zu palpieren. Uterus leicht nach rechts recliniert. fundus druckempfindlich. Hinter dem Uterus links eine breite, mehrere cm. dicke Schwellung zu fühlen, die bis an die seitliche Beckenwand sich erstreckt, bei Betastung schmerzhaft. Rechts mehr diffuse, flächenhafte Resistenz.

#### Fall V.

Journal-No. 12543.

Aufgenommen 13. III. 89. entlassen 6. IV. 89.

Anamnese: Catharina J. aus Gross-Kollmar, 25 Jahre alt, Dienstmädchen. II. para Geburten normal, letzte vor 1 $\frac{1}{4}$  Jahr. Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Menses stets regelmässig, alle 4 Wochen, ohne Schmerzen, von 3tägiger Dauer. In den letzten 14 Tagen wöchentlich etwas Blutabgang, ohne Beschwerden. Seit Neujahr bemerkt Pat. ein Stärkerwerden des Leibes, ohne dass Beschwerden auftraten, nur Abends zuweilen Brennen in der Nabelgegend.

Status praesens. Pat. sieht anämisch und kachektisch aus. Herz und Lungen gesund. Abdomen leicht aufgetrieben, leicht

fluktuierend; grösster Umfang 1 m. Nirgends besondere Resistenz. Vorne und links am Abdomen Dämpfung, rechts tympanitischer Schall. Bei Lagewechsel keine Aenderung des Schalles. Portio steht etwas nach vorn. Uterus anteflectirt, nach links gelegen. Eine im hintern Scheidengewölbe zu fühlende, pralle Resistenz drängt ihn nach vorn; rechts reicht dieselbe weiter ins Becken hinab. Spärlicher, glasiger Schleim am normalen Muttermund.

Pobeincision 16. III. 89. Peritoneum verdickt, grauröthlich mit zartem Fibrinbelag versehen, mit nicht deutlichen Tuberkeln besetzt. Ebenso die Darmserosa mit bis hirsekorngrossen, grauen, nicht prominirenden Punktchen besetzt. Darm und Netz überall durch zarte Adhaesionen verwachsen. Uterus etwas vergrössert. Der serose Ueberzug verdickt und rau anzufühlen. Die rechte Tube ist geschlängelt, dunkelroth und verdickt, brüchig, nicht verwachsen. Linke Tube mit der Nachbarschaft verwachsen, ebenfalls verdickt. Der Ascites, eine reichliche, bräunliche Flüssigkeit, möglichst entleert. Wunde p. primam geheilt. Pat. wird gebessert entlassen. Abdomen nirgends druckempfindlich. Nach der Entlassung bildete sich zunächst eine kleine Fistel, aus der etwas Eiter fliesst. Dieselbe schliesst sich im Sommer. Während des ganzen Sommers bestand ziemlich starker Eiterverlust, durch die Scheide. Im October 89 bildete sich ein Abscess, in der Narbe unterhalb des Nabels, aus dem viel Eiter entleert ist, eine Fistel ist zurückgeblieben. Die Menses sind erst im October 89 wiedergekehrt und regelmässig geblieben. Der Gesundheitszustand ist ein guter, die Kräfte haben sich gehoben, aber noch nicht die alte Höhe erreicht. Irgend welche Erscheinungen von Tuberkulose in andern Organen haben sich nicht gezeigt. Ascites nicht wieder aufgetreten.

#### Fall VI.

Journal-No. 12109.

Aufgenommen 13. IV. 88. entlassen 13. V. 88.

Anamnese: Luise M. aus Brockdorf. 15 Jahre alt. Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Tuberkulose in der Familie nicht nachzuweisen. Früher stets gesund, hat sie vor 1 Jahr häufig Erbrechen gehabt, das allmählich verschwand. Seit 1 Jahr Schmerzen in der Magengegend. Seit  $\frac{3}{4}$  Jahr Zunahme des Leibesumfangs. Weihnachten 88 wurde durch Punction 2 l.

Flüssigkeit entleert, danach hat das Abdomen nie seinen früheren Umfang wieder erreicht, mit Diagnose Ovarialeyste auf die hiesige Klinik geschickt.

Status praesens: Anaemisches, kachektisches Asehen. Gleichmässige, starke Ausdehnung des Leibes, bis 74 cm. Umfang, durch freie Flüssigkeit. Zu beiden Seiten des Nabels fühlt man strangförmige, knollige tumoren, bis kindsfaustgrösse. Lungen und Herz normal. Kein Husten.

Incision 15. IV. 88. Parietal und Darmserosa mit bis bohnergrossen, graugelblichen Knoten besetzt. Darm zu einer Masse verklebt. Beckeneingeweide total verwachsen. Ascites möglichst entleert.

Nach der Operation Fieber bis 39° C. IV. Verbandwechsel. Naht an 2 Stellen geplatzt.

15. V. Bei gutem Befinden entlassen. Abdomen nicht druckempfindlich.

23. VI. 90. Im Juli 88 brach die Narbe auf. Es bildete sich eine Fistel, aus der anfangs viel Eiter entleert wurde, jetzt nur wenig. Menses nicht wieder eingetreten. Kein Ascites, sonst keine Anzeichen von Tuberculose. Gewicht von 70 auf 85 gestiegen, seit April 5 Pfd. abgenommen. Der Appetit und das Allgemeinbefinden nicht so gut wie früher.

#### F a l l VII.

Journal-No. 12642.

Aufgenommen 12. V. 89, entlassen 9. VI. 89.

Anamnese: Anna P. aus Ackenböhl, 17 Jahre alt. Die Grosseltern sind an Schwindsucht gestorben. Eltern und Geschwister gesund. Pat. selbst ist früher stets gesund gewesen. Menses im 15. Jahr aufgetreten, anfangs regelmässig, später unregelmässig; nach einer  $\frac{3}{4}$ jährigen Pause wieder regelmässig und schmerzlos. Letzte Menses vor 3 Monat. Seit 14 Tagen bemerkt Pat. ein Stärkerwerden des Leibes ohne Schmerzen. Im 2. rechten Intercostalraum hört man mittelblasiges Rasseln und abgeschwächtes Athmen, sonst sind die Lungen normal.

Abdomen stark aufgetrieben, fluctuirend, überall Dämpfung mit Ausnahme eines handtellergrossen Raumes oberhalb des Na-

bels, wo tympanitischer Schall sich befindet. Im kleinen Becken per rectum nichts Abnormes nachzuweisen.

14. V. 89. Incision. Schnitt 12 cm. lang, starkes Fettpolster. Serosa verdickt, 1—2 mm., stark injicirt, mit Tuberkelknötchen besät, ebenso die Darmserosa. Tuben beiderseits verdickt und geschlängelt. Uterus nicht vergrössert. Keine Verwachsungen im Abdomen. Reichliche Mengen einer gelbbräunlichen Flüssigkeit entleert; Rest mit Schwämmen ausgetupft. Wunde geschlossen; am 25. V. per primam geheilt.

9. VI. Bei Wohlbefinden entlassen. Ueberall im Abdomen tympanitischer Schall. Per vaginam sind die verdickten, dem Uterus anliegenden Tuben zu fühlen, sie bilden mit dem Uterus einen faustgrossen tumor.

23. VI. 90. Die Menses im Winter 88/89 wieder aufgetreten, regelmässig. Allgemeinbefinden sehr gut. Keine Anzeichen von Tuberkulose. Keine Ascites. Gewicht 130 Pfd. Keine Mattigkeit. Pat. arbeitet als Dienstmädchen bei einem Landmann.

#### Fall VIII.

Journal-No. 12382.

Aufgenommen 23. XI. 88, entlassen 23. XII. 88.

Anamnese: Marie H. aus Rumfleth, 22 Jahre alt, hereditär nicht tuberkulös belastet, sie ist als Kind stets kränklich gewesen und hat im 12. Jahre eine Pneumonie durchgemacht. O. para. Menses seit dem 14. Jahre regelmässig, schwach. Letzte Menses October 87. Seit der Zeit bemerkte sie eine Zunahme des Leibesumfangs. Durch Punction wurden 3 Liter einer grünlichen Flüssigkeit entleert; nach 8 Tagen war der Ascites wieder vorhanden, und Pat. suchte deshalb die hiesige gynäk. Klinik auf.

Status praesens. Pat. sieht leidend aus, hat einen mittleren Ernährungszustand. Lungen und Herz normal. Abdomen stark gespannt, hart, nicht druckempfindlich, in den regiones lumbales Dämpfung, die bei Lagewechsel verschwindet, sonst tympanitischer Schall. Hymen intact. Vom rectum aus fühlt man bei Druck nach oben überall pralle Resistenz.

1. XII. 88. Incision. Peritoneum parietale verdickt mit miliaren Tuberkeln besetzt. Die Serosa des Dünndarms überall

mit mässig dicht stehenden miliaren Tuberkeln übersät. Tuben und Uterus dem Gefühl nach normal. Eierstöcke etwas vergrössert. Mesenterialdrüsen stellenweise etwas vergrössert. Der Ascites, eine ziemlich klare Flüssigkeit, mit Schwämmen möglichst entfernt. Wunde geschlossen, am 14. XII primär verheilt. 23. XII Pat. bei Wohlbefinden entlassen. Uterus etwas retrovertirt. Parametrien frei. Abdomen nirgends druckempfindlich, überall tympanitischer Schall.

23. VI. 90. 8 Wochen nach der Entlassung sind die Menses wieder aufgetreten, zuerst regelmässig, in den letzten 3 Malen mit 6wöchentlichen Intervallen. Etwas fluor albus. Kein Ascites, Lungen gesund, keine Anzeichen von Tuberculose Gewicht 134 Pfd.

#### Fall IX.

Journal-No. 12701.

Aufgenommen 3. VII. 89, entlassen 10. VIII. 89.

Anamnese: Helene G. aus Glindesmoor, 22 Jahre altes, nicht tuberkulös belastetes Mädchen, früher stets gesund. Menses mit 12 Jahren aufgetreten, zuerst regelmässig. Vor 2 Jahren sind krampfartige Schmerzen bei Beginn der Menses eingetreten. Seit Mai d. J. wieder normal. Seit Januar bestehen Schmerzen im Abdomen, hauptsächlich in der Lebergegend. Vier Wochen später treten dieselben in der Magengegend auf, zugleich besteht Druckempfindlichkeit des l. Hypogastriums. Diese Beschwerden dauern bis heute fort. Seit Anfang Mai bemerkt Pat. ein Stärkerwerden des Abdomen.

Status praesens. Abgemagerte, anämische Patientin. Lungen und Herz normal. Abdomen stark aufgetrieben, 100 cm. Umfang. Bauchwand prall, wenig eindrückbar, Nabel verstrichen. Ueber dem Abdomen, mit Ausnahme einer 2 handtellergrossen Stelle oberhalb des Nabels, überall gedämpfter Schall. Bei Lageveränderung tritt Schallwechsel ein. Hymen intact. Per rectum fühlt man den Uterus nicht vergrössert, über dem Douglas'schen Raum diffuse Resistenz.

6. VII. Probeincision: Reichliche Menge gelbgrünlicher Flüssigkeit wird entleert. Peritoneum parietale stark verdickt und brüchig, mit bis taubeneigrossen Knoten besetzt. Darmserosa

gerötet, mit erbsengrossen, grauroten, mässig dicht stehenden Knötchen übersät. Uterus, Ovarien und Tuben mit feinen Knötchen bedeckt, sonst nicht verändert. Das Exsudat möglichst vollständig entleert. Schluss der Wunde. Dieselbe ist am 16. VII primär geheilt.

10. VIII. 89. Patientin gebessert entlassen. Abdomen weich. Befinden gut. Bei leiser Perkussion in den seitlichen Partien Dämpfung, die bei starker Perkussion in tympanitischen Schall übergeht.

14. V. 90. Patientin befindet sich vollständig wohl, nur bei starker Arbeit Schmerzen in der rechten Seite, Eine ärztliche Nachbehandlung hat nicht stattgefunden.

Alter der Patientinnen:		Die nach der Operation verflossene Zeit:			
Fall	I, 35 Jahre.	3 Jahre 6 Monate.			
»	II, 18 »	2	»	1	»
»	III, 36 »	1	»	7	»
»	IV, 18 »	2	»	4	»
»	V, 25 »	1	»	3	»
»	VI, 15 »	2	»	2	»
»	VII, 17 »	1	»	1	»
»	VIII, 22 »	1	»	6	»
»	IX, 22 »	1	»	0	»

In Fall I, II, III, IV, haben die Patientinnen sich vor kurzer Zeit in der hiesigen gynäkol. Klinik wieder vorgestellt.

Ueber Fall V, VI, VII, VIII, liegen Berichte der behandelnden Ärzte vor.

In Fall IX hat eine ärztliche Nachbehandlung nicht stattgefunden, die Kranke hat selbst briefliche Mittheilung über ihren Gesundheitszustand gemacht.

Das Befinden der Kranken, die sich persönlich vorgestellt haben, ist in allen 4 Fällen ein gutes. Die Schmerzen im Abdomen haben nachgelassen. Ascites nicht wieder aufgetreten, der Ernährungszustand ist ein guter, in allen vier Fällen hat das Körpergewicht stetig zugenommen.

Ebenso lauten die über die Fälle V, VI, VII, VIII vorliegenden ärztlichen Berichte und die Mittheilungen von Fall IX

im Allgemeinen günstig, absolut günstig insofern, als eine Reproduction des Ascites in keinem Fall stattgefunden hat. Das Körpergewicht hat ebenfalls bei allen zugenommen, in einigen Fällen sogar ganz erheblich. Die Schmerzen sind geschwunden.

Besonders bemerkenswerth sind die Ergebnisse in den vier Fällen, in denen vor kurzer Zeit eine Nachuntersuchung stattgefunden hat, unter diesen ist wiederum Fall II in hohem Maasse interessant. Die Patientin befand sich vor der Operation in dem elendesten Zustand, sie war im höchsten Grade abgefallen und entkräftet, es bestand eine enorme Tuberkulose des Bauchfells und Netzes, ebenso wurde durch die Laparotomie eine ausgebreitete Tubertuberkulose nachgewiesen. Nach einem langsamen Verlauf der Rekonvalescenz hat sich ein wenigstens dem Anschein nach vollständiger, ja blühender Gesundheitszustand entwickelt. Der zurückgeclassene Theil des enorm tuberkulos infiltrirten und zwei Finger dicken Netzes ist so sehr geschrumpft, dass es durch die Bauchdecken kaum noch zu fühlen ist. Die nach der Operation zurückgebliebene Bauchhernie erlaubt den Befund der Genitalien in ganz besonderer Deutlichkeit aufzunehmen. Die beiden Tuben, die vor der Operation als fingerdick aufgetriebene, gewundene tumoren imponirten, haben sich zu ganz dünnen Strängen von wenigen Millimetern Dicke, als welche sie den nicht vergrößerten Ovarien anliegen, zurückgebildet. Aus diesem Befund darf man den berechtigten Schluss ziehen, dass der tuberkulöse Process nicht allein im Bauchfell, sondern auch in den Tuben, von denen er wahrscheinlich ausgegangen ist, durch die Incision zur Ausheilung gebracht ist. Dieser Fall zeigt also eine sehr weitgehende Fähigkeit des Organismus, nach Entfernung eines Theils des tuberkulösen Materials sich des Restes aus eigener Kraft zu entledigen. Dieser Fall zeigt neben der Mehrzahl der andern ferner, dass man sich die Indication zur Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose nicht durch theoretische Bedenken beschränken lassen soll, denn auch in ganz schweren Fällen kann die einfache Incision Heilung, wenigstens im klinischen Sinn, bringen. Die Patientin war in diesem Fall schon so entkräftet und schwach, dass sie nach der Operation ohne Bauchbinde entlassen wurde, weil gar keine Hoffnung vorhanden schien, dass sie noch lange leben werde; und dennoch war der Erfolg ein so überraschend

günstiger. Patientin ist jetzt vollständig bei Kräften und arbeitsfähig.

Im Anschluss hieran möchte ich einen andern Fall anführen, der schon beschrieben ist.<sup>1)</sup>

Bei der 23jährigen Anna H. aus Kiel hatte sich an eine Tubentuberkulose eine sekundäre Tuberkulose des an die Tube angewachsenen Netzes angeschlossen. Beide Tuben wurden mit- samt den Ovarien abgesetzt. Von dem tuberkulösen Netz aber konnte nur ein geringer Theil entfernt werden, der grössere blieb zurück. Eine kürzlich, drei Jahre nach der Operation, vorgenommene Untersuchung ergab keine Spur von Tuberkulose im Abdomen mehr, sondern so durchaus normale Verhältnisse, dass man daraus den Schluss ziehen darf, dass die tuberkulöse Erkrankung sich vollständig zurückgebildet hat.

Dem Fall II können wir den Fall VI anschliessen. Auch hier handelt es sich um ein sehr kachektisches körperlich heruntergekommenes Individuum. Es bestand eine ausgebreitete Tuberkulose des Peritoneums, die Därme waren vollständig zu einer kuchenartigen Masse verklebt. Nach der Laparotomie hat die Patientin sich sehr erholt. Ascites und Schmerzen sind nicht wieder aufgetreten. Sie hatte 15 Pfd. an Gewicht zugenommen und befand sich nach der Operation längere Zeit wohl, während das Allgemeinbefinden allerdings in letzter Zeit nicht mehr so gut ist. Unsere neun Fälle sind auch insofern interessant, als bei ihnen allen die Diagnose der tuberkulösen Veränderungen völlig sicher war. Einerseits ist eine chronische Peritonitis mit knötchenförmigen Herden überhaupt sehr selten, andererseits zeigte hier die Incision ganz charakteristische, grobe tuberkulöse Veränderungen, z. Th. nicht bloss am Bauchfell, sondern in einigen Fällen sicher auch Tuberkulose der Tuben. Wollte man in solchen Fällen die Diagnose der Tuberkulose erst von dem Nachweise von Tuberkelbacillen abhängig

<sup>1)</sup> Werth, Separatabdruck a. d. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gynäkologie 1889.

b. Steemann, Inaug.-Diss. Kiel 1888. Beitrag zur Kenntnis der Salpingitis tuberculosa et gonorrhoeica.

machen, so müsste man auch von dem Pathologen verlangen, dass er seine Leichendiagnose jedes Mal erst durch den mikroskopischen Nachweis von Tuberkelbacillen als richtig beweise. Der sonst so oft geäußerte Zweifel, ob in den durch Laparotomie operirten Fällen auch wirklich Tuberkulose vorgelegen hat, kann hier gewiss nicht zutreffen. Wenn es auch im Allgemeinen wünschenswerth ist, den exacten Nachweis der specifisch tuberkulösen Natur der Erkrankung durch den mikroskopischen Nachweis der Tuberkelbacillen zu führen, so ist es doch in unseren Fällen, in denen dieser Nachweis nicht geführt, weniger bedauerlich, da sie aus obigen Gründen zweifellos tuberkulöser Natur waren.

Es sind längst nicht alle Fälle, welche durch die Incision günstig beeinflusst werden, solche von primärer Peritonealtuberkulose, sondern in der grossen Mehrzahl sind sicherlich auch andere Organe mit ergriffen; in diesen kann man weniger von einer Heilung als von einem Latentwerden der Tuberkulose sprechen, wenn erstere auch nicht absolut zu verneinen ist. Jedemfalls zeigt sich durchgehends eine günstige Wirkung der Incision auf den auf dem Peritoneum sich abspielenden Krankheitsprocess, während wie auch aus dem Fall III folgt, die fortbestehende Tuberkulose anderweitige Manifestationen machen kann.

Die Prognose für den späteren Gesundheitszustand bleibt also insofern zweifelhaft, als immer noch eine neue lokale tuberkulöse Erkrankung an einer andern Stelle entstehen und diese oder eine acute allgemeine Invasion von Seiten der zurückgebliebenen Herde den Tod herbeiführen kann. Es ist ferner hervorgehoben und mag auch richtig sein, dass die Prognose der späteren Wirkung auch davon abhängig ist, welchen Ausgangspunkt die Peritonealtuberkulose genommen hat; in dieser Hinsicht giebt die primäre Genitaltuberkulose als Ausgangspunkt für die Ausheilung sekundärer Bauchfelltuberkulose die günstigste Prognose.

Was diesen Ausgangspunkt in unseren neun Fällen angeht, so waren in Fall VIII und IX die Tuben vollständig gesund, sie sind also als Ausgangspunkt auszuschliessen. Es ist ferner bemerkenswert, dass in diesen beiden Fällen bis jetzt, 1 resp. 1½ Jahr nach der Operation, gutes Befinden herrscht. Vielleicht liegt hier der seltenere Fall einer primären Bauchfelltuberkulose

vor, weil wir in keinem Fall einen bestimmten Anhaltspunkt hatten für die Annahme einer primären Darmtuberkulose oder sonstiger an die Bauchhöhle angrenzender Krankheitsherde, von denen aus die Tuberkulose des Bauchfells hätte entstehen können.

Von den übrigen Fällen war 4 Mal, nämlich in Fall II, III, V, VII, die Tubentuberkulose sicher der Ausgangspunkt der Bauchfelltuberkulose, die Tuben waren fingerdick aufgetrieben und stark geschlängelt.

In Fall I, IV, VI waren die Tuben wahrscheinlich erkrankt, mit Sicherheit liess die Tubentuberkulose sich nicht nachweisen, weil wegen der dichten Verklebung der Beckeingeweide die Tuben nicht isolirt zu sehen waren.

Zu erwähnen haben wir noch, dass in keinem der neun Fälle eine hereditäre tuberkulöse Belastung vorlag. Zwar hat in Fall II der Vater der Patientin schon lange Zeit an Husten gelitten. Er ist jedoch schon 64 Jahre alt, so dass man eine tuberkulöse Affektion der Lungen wohl ausschliessen darf. In Fall VII sind zwar die Grosseltern an Phthise gestorben, die Eltern der Kranken aber sind gesund, so dass auch hier keine direkte Belastung vorliegt.

Hinsichtlich der Art des Operationsverfahrens ist zu erwähnen, dass man sich in allen Fällen darauf beschränkt hat, die Flüssigkeit aus dem Abdomen zu entfernen, ohne irgend welche Antiseptica anzuwenden. Ganz besonderer Werth aber ist stets darauf gelegt, die Peritonealränder isolirt zu vereinen und zu vermeiden, dass die Haut und Muskulatur fassenden Suturen durch das tuberkulös erkrankte Bauchfell gingen und so eine Tuberkulose der ganzen Bauchwunde und Zerfall der jungen Narbe entstände.

In Fall III sind die Tuben fortgenommen, weil sie sicher den primären Herd der Peritonealtuberkulose bildeten und mit ihrer Beseitigung ein grosser Theil des giftigen Materials in Fortfall kam, und so die Heilung erleichtert schien. Dass dies aber vielleicht ein überflüssiges Verfahren ist, ergibt sich daraus, dass in allen andern Fällen, in denen notorisch tuberkulöse Tuben zurückgelassen wurden, die einfache Incision ein ebenso günstiges Resultat ergeben hat. Ganz bedeutungslos aber ist vielleicht auch

nicht das Bedenken, dass durch Setzung von Wunden in dem tuberkulösen Gewebe eben giftiges Material in die Blutbahn gebracht werden und so unter Umständen eine Allgemeintuberkulose entstehen kann.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Werth für die freundliche, mir bei Abfassung dieser Arbeit geleistete Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

## Vita.

Ich, Otto Heinrich Ludwig Wiese, evangel. Religion, wurde am 16. September 1863 zu Trittau, Kreis Stormarn, geboren, als Sohn des Amtsgerichtssekretärs Hans Wiese. Meinen ersten Schulunterricht erhielt ich in meinem Geburtsort. Von Ostern 1876 an besuchte ich die Kieler Realschule und von Ostern 1879 die Kieler Gelehrtenschule, die ich Michaelis 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Ich studirte in Kiel, München und wieder in Kiel. Michaelis 1886 bestand ich die ärztliche Vorprüfung in Kiel, ebendasselbst genügte ich meiner Militärpflicht mit der Waffe vom 1. October 1887 bis 1. April 1888 beim Holsteinischen Infanterie-Regiment No. 85. Mein medizinisches Staatsexamen beendete ich am 12. Mai 1890 in Kiel und bestand am 30. Juli d. J. das examen rigorosum.

# Thesen.

---

## I.

Eine Hauptursache der hohen Säuglingssterblichkeit ist die syphilis congenita.

## II.

Bei frischer tabes dorsalis ist stets eine energische Inunctionscur zu versuchen.

## III.

Ulcus ventriculi giebt eine Disposition zu Carcinom.

---



11363

~~1911~~