Zur Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis.

Von A. Albu in Berlin.

(Schluß aus No. 25.)

Die Perityphlitisliteratur der letzten Jahre läßt es außer Zweifel erscheinen, daß, wie bei akuter, so auch bei chronischer Blinddarmentzündung der chirurgische Eingriff zuweilen nur mangels einer exakten Diagnose oder gerade wegen der Unsicherheit der Deutung der vorliegenden Krankheitsverhältnisse oder gleichsam prophylaktisch vorgenommen worden ist. Das ist ein Standpunkt, der sich zwar, bei den chronischen Blinddarmerkrankungen wenigstens, wegen der nahezu vollkommenen Gefährlosigkeit der Operation entschuldigen läßt, aber wohl nicht mehr streng wissenschaftlich ist. Man kann von der Perityphlitis so wenig wie von der Cholelithiasis generell sagen, daß sie eine chirurgische Erkrankung sei, d. h. nur durch operative Behandlung geheilt werden könne. Nicht die Krankheit gibt die Indikation zur Operation ab, sondern der Kranke, bzw. sein individueller Krankheitszustand. Dieser ist in vielen Fällen chronischer wie akuter Blinddarmentzündung ein derartiger, daß der Patient ohne Operation eben dieselben Aussichten, gesund zu werden, hat wie durch eine solche. Die sichere und rechtzeitige Erkennung dieser Fälle wird freilich immer nur einer reichen klinischen Erfahrung möglich sein!

Unter einer größeren Zahl ähnlicher Beobachtungen greife ich nur einige besonders typische Beispiele als Beweise dafür heraus, daß eine chronische Perityphlitis durch die oben besprochenen Krankheitsbilder vorgetäuscht werden kann und man deshalb mit der Diagnose einer solchen immer sehr vorsichtig und zurückhaltend sein muß, wenn in der Anamnese nicht rezidivierende Anfälle sicherer, akuter Appendicitis nachweisbar sind.

Fall 1. Herr X. Y. aus Z., 33 Jahre alt, Kaufmann, leidet schon seit einer Reihe von Jahren an tragem Stuhlgang, sodaß er oft Abführmittel, in letzter Zeit stets Klistiere nehmen mußte. In den Stuhlentleerungen fand sich nicht selten Schleim in größeren Fetzen, der auch zuweilen allein abging. Sonstige Beschwerden waren häufig Herzklopfen, Pochen über dem Nabel und Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibs, die zeitweise bis unter den Rippenbogen hinaufzogen. Zuweilen ist Patient ein oder selbst mehrere Tage ohne wesentliche Beschwerden, namentlich nach erfolgreichem Stuhlgang. Die rechtsseitigen Bauchschmerzen treten seit zwei Jahren scheinbar anfallsweise auf, bald mehr, bald weniger stark, sehr häufig, aber ganz unregelmäßig und nie unerträglich. Nie Erbrechen. Niemals eine akute Blinddarmentzündung. Januar 1905 wurde von einem Chirurgen nach eintägiger (!) Beobachtung in seiner Klinik die Diagnose auf chronische Perityphlitis gestellt und der Wurmfortsatz entfernt. Wundheilung tadellos. Nach acht Wochen treten die alten Beschwerden wieder auf. Patient hat stets das Gefühl, daß der Kot rechts unten festsitze.

Status praesens am 17. März 1905: Graziler Körperbau, mangelhafter Ernährungszustand, leichte Anämie. Cor und Pulmones intakt. Harn ohne Eiweiß und Zucker. Patellarreflexe gesteigert, Tremor palpebrarum, linguae, manuum.

Abdomen: Unterhalb einer etwa 10 cm langen, glatten Narbe in der Ileocöcalgegend fühlt man, damit fast parallel verlaufend, beinahe ebenso lang, einen fingerdicken Strang von rundlicher Form und prall elastischer, fast harter Konsistenz, sehr druckempfindlich, unter den Fingern um die Längsachse rollbar und etwas verschieblich. Sonst nichts Abnormes im Abdomen nachzuweisen.

Zwei Tage später ist genau derselbe Befund zu erheben. Patient gibt an, der palpierende Strang sei immer die schmerzhafteste Stelle gewesen und im Widerspruch zu seinem Hausarzt von dem Chirurgen für den verdickten Wurmfortsatz gehalten worden, der sich aber nach der Herausnahme als völlig normal erwiesen habe.

Diagnose: Obstipatio chronica spastica auf der Basis allgemeiner Neurasthenie mit Unterernährung.

Therapie: Heiße Kompressen auf den Unterleib, täglich zweimal je zwei bis drei Stunden, abends ein heißes Sitzbad von 30° R. 15–20 Minuten, warme Oelklistiere, lacto-vegetabile Diät mit Ausschaltung aller rohen, zellulosehaltigen Nahrungsmittel, Belladonnasuppositorien.

Ende April berichtet der Kranke schriftlich, daß er jetzt fast täglich spontan einen mehr oder minder reichlichen, allerdings oft noch harten Stuhlgang habe. Die Schmerzen treten weit seltener auf und sind nur noch leise ziehend. Er fühle sich viel ruhiger und habe vier Pfund an Körpergewicht zugenommen. Mitte Mai bestätigt Patient die fortschreitende Besserung.

Fall 2. Herr A. B. aus C., 28 Jahre, Privatier, ist mir seit mehreren Jahren als hochgradiger Neurastheniker bekannt. Seine Beschwerden sind außerordentlich schwankend und haben nach einander die verschiedensten Organe betroffen. Er konsultiert sehr viel Aerzte, weil er sehr ängstlich ist, und war wiederholt schon in Sanatorien und Wasserheilanstalten. 1903 konsultierte mich Patient wegen heftiger, linksseitiger Schmerzen, die vom Rücken nach vorn in die Blasengegend ausstrahlten. Als mehrfache, genaueste Untersuchung des Harns nicht den geringsten Anhaltspunkt für eine Nephrolithiasis gab, sprach ich die Schmerzen für eine Nephralgie an, eine Diagnose, die der Verlauf bestätigte. Die Beschwerden sind plötzlich geschwunden und nie wiedergekehrt. Im Februar 1904 stellten sich anfallsweise, aber in durchaus unregelmäßiger Art des Auftretens, häufig Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend ein, die nach dem Nabel zu ausstrahlten. Stuhlgang neigte andauernd sehr zur Verstopfung. Der Leib kam dem Kranken aufgetrieben vor, so daß er die Hose oft nicht schließen konnte; namentlich glaubte er, daß versetzte Blähungen es waren, die ihn quälten und ihm sogar die Nachtruhe störten. Nachdem Patient schon mehrere Aerzte ohne Erfolg befragt hatte, suchte er einen Chirurgen auf, der die Diagnose auf chronische Perityphlitis stellte und dringend zur Operation riet. Patient befragte auch mich deshalb vorher um meine Meinung (9. Mai 1904).

Der Status ist derselbe wie seit Jahren. Alle Stigmata Neurastheniae in exquisitester Weise ausgeprägt. An inneren Organen der Brust- und Bauchhöhle nichts Pathologisches nachweisbar. Druck auf den McBurneyschen Punkt sehr schmerzhaft. Von dort strahlen die Schmerzen auch bei Berührung nach oben aus. Aber auch an anderen Stellen des Unterleibes ist die Palpation in geringerem Maße schmerzhaft. Kontrahierte Darmschlingen sind nicht fühlbar, auch keine Resistenz in der Gegend der Appendix.

Diagnose: Visceralneuralgie.

Patient wurde von neuem in ein Sanatorium geschickt und ist nach sechswöchigem Aufenthalt von dort sehr gekräftigt zurückgekehrt. Die Darmschmerzen sind gänzlich geschwunden unter der regelmäßigen Anwendung feucht-warmer Einpackungen des Leibes und hygienisch-diätetischer Behandlung im übrigen.

Fall 3. 39-jähriger Arzt aus Süddeutschland hat sich im Dezember 1902 den Wurmfortsatz exstirpieren lassen, weil er eine chronische Perityphlitis zu haben glaubte. Er hatte in seiner Praxis kurz nacheinander mehrere, zum Teil tödlich verlaufene Fälle von Perityphlitis gesehen und seitdem seine angeblich seit geraumer Zeit bestehenden Leibscherzen auf dieselbe Ursache zurückgeführt. Bei der Operation fand sich eine anscheinend ganz normale Appendix. Dennoch hielt der Kollege an seiner Meinung unerschütterlich fest, eine chronische Appendicitis gehabt zu haben. Einige Monate nach der Operation traten aber die alten Beschwerden in der rechten Unterbauchgegend, beständiges Druck- und Fremdkörpergefühl, wieder auf, das ihn namentlich beim Gehen sehr störte. Es ließ sich deshalb im Mai 1903 von demselben Chirurgen noch einmal laparotomieren: es fanden sich nur sehr geringfügige Verwachsungen. Wundheilung wiederum reaktionslos. Im Oktober 1903 konsultierte mich der Kollege, sehr unglücklich darüber, seit Wochen in zunehmender Stärke die alten Schmerzen in der Blinddarmgegend wiederkehren zu sehen, sodaß er sogar öfters tagelang das Bett hüten müsse. Er fragte, ob er sich noch einmal operieren lassen solle, da doch an dieser Stelle ein versteckter Absceß oder irgend etwas anderes Krankhaftes sitzen müsse. Die Schmerzen seien zeitweise unerträglich, krampfartig, $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ Stunde anhaltend, sodaß er danach sehr erschöpft sei. Es träten Tage völligen oder leidlichen Wohlbefindens dazwischen auf, zuweilen selbst achttägige Pausen und noch länger. Heiße Breiumschläge täten ihm gut. Stuhlgang seit Jahren andauernd sehr verzögert, spärlich, hart, unter großen Beschwerden. Nach dem Stuhlgang

und auch nach reichlichen Blähungen träte schnelles, zuweilen sogar vollkommenes Wohlbefinden ein. Aber die ewige Wiederkehr der Beschwerden und ihr zeitweises Andauern hätte ihn ganz müde gemacht, sodaß er zu einer dritten Operation bereit wäre.

Die Untersuchung ergab, daß es sich um eine Form schwerer Hypochondrie handelte, die ihren Ursprung wahrscheinlich in einer Colica flatulenta hatte. Typische Facies neurasthenica. Organe sämtlich intakt. Ernährungszustand dürrig. Reflexe sehr gesteigert. Bei Palpation des Abdomens fiel als das einzig Abnorme die starke Druckempfindlichkeit der deutlich fühlbaren, fingerdicken Dickdarmschlingen auf, besonders des Coecum, dessen Berührung und Bewegung sehr schmerzhaft war. In die Linie desselben fiel auch der McBurneysche Punkt, über welchen sich eine breite Narbe hinzog, die Neigung zur Diastase hatte. Bei später mehrfach wiederholten Untersuchungen war zuweilen ein zirkumskripter Meteorismus des Colon ascendens durch Inspektion und Perkussion nachweisbar.

Es wird wohl nicht bezweifelt werden können, daß es sich hier um eine sogenannte „Pseudoappendicitis“, und zwar eine solche rein psychogenen Ursprungs handelt. Die sogenannte „Pseudoappendicitis“ ist aber in Wirklichkeit eine hysterische Colica flatulenta gewesen. Sie besteht noch heute. Der Kollege ist etwas ruhiger geworden; er schwört zwar noch immer darauf, daß er in der Gegend des Typhlon etwas Krankhaftes haben müsse, aber er hält es nicht mehr für lebensgefährlich, sondern hat sich damit als etwas Unabänderlichem abgefunden und geht seiner Praxis nach.

Als Beispiele der Wirksamkeit der oben erwähnten therapeutischen Grundsätze mögen dienen:

Fall 4. Frau R., 35 Jahre alt, hat im Jahre 1894 eine akute Blinddarmentzündung durchgemacht, welche unter hohem Fieber, heftigen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend und Erbrechen einsetzte, aber (unter meiner Beobachtung) am dritten Krankheits-tage unter schneller Entfieberung und Besserung des Allgemeinbefindens in Rekonvaleszenz überging. Sie blieb danach dauernd gesund bis zum Jahre 1899. Da fing sie zuweilen an, über Schmerzen in der Blinddarmgegend zu klagen, die sich öfters so verstärkten, daß sie nicht ordentlich gehen konnte. Sie waren bald ziehend, bald stechend und strahlten regelmäßig nach dem kleinen Becken aus. Es vergingen Wochen, zeitweise sogar Monate, ehe sie sich wieder bemerkbar machten. 1903 traten sie häufiger vor, zuweilen täglich und hielten stundenlang an, um nur bei ruhiger Lage nachzulassen. Eine gynäkologische Untersuchung ergab absolut negativen Befund. Solbadekur in Kissingen hatte vorübergehende Besserung zur Folge; im Winter 1903/04 und im darauffolgenden Frühling traten die alten Beschwerden aber immer wieder in verschiedener Stärke auf, namentlich wenn Patientin viel gegangen und der Stuhlgang angehalten war. Oktober 1904 wurden die Beschwerden zum ersten Male dauernd, ließen auch bei vorübergehender Bettruhe nicht völlig nach, strahlten häufig ins Kreuz und in die Hüften aus, hauptsächlich aber nach der Blase zu. Eine sichere Resistenz in abdomine war nicht nachweisbar. Gynäkologischer Befund wiederum negativ. Am Mc Burneyschen Punkte und von dort herunter bis fort zur Symphyse bestanden starke Druckempfindlichkeit, erheblich mehr als je zuvor, aber an keiner anderen Stelle des Abdomens. Nirgends kontrahierte Darmschlingen fühlbar. Stigmata Neurastheniae nicht vorhanden. Patientin hat auch in den zehn Jahren meiner Beobachtung nie einen hysterischen Eindruck gemacht.

Diagnose: Appendicitis chron. adhaesiva. Die der Patientin wiederholt vorgeschlagene Operation wird von ihr abgelehnt, weil sie ja zeitweise nur geringe oder gar keine Beschwerden habe. Ich selbst habe auf Operation nicht gedrungen, weil niemals mehr seit dem Jahre 1894 ein ausgesprochener Anfall von Appendicitis aufgetreten ist und die Beschwerden mir nicht sehr schwer schienen. Ich hielt deshalb einen letzten Versuch, diese auf dem Wege interner Behandlung zum Verschwinden zu bringen, nicht nur für ungefährlich, sondern auch für gerechtfertigt. Der Patientin wird deshalb im November 1904 vierwöchige strenge Bettruhe angeordnet, die sie auch innehält. Während dieser Zeit permanente feucht-warme Einpackungen des Unterleibes, bei stärkeren Beschwerden zeitweise heiße Umschläge. Dreimal wöchentlich ein prolongiertes, warmes Sitzbad, Seifwasserklister, später Soolbäder.

Allmählich verlieren sich die subjektiven Beschwerden, treten seltener und leichter auf, die objektive Druckempfindlichkeit wird immer geringfügiger, ist zeitweise garnicht mehr vorhanden. Auch als Patientin wieder anfängt herumzugehen, hat sie keine Klagen mehr, und seit nunmehr sechs Monaten kommt sie ohne alle Beschwerden ihrer hauswirtschaftlichen Tätigkeit und ihren gesellschaftlichen Verpflichtungen in vollem Umfange nach.

Fall 5. Dr. med. T. hat vor $3\frac{1}{2}$ Jahren (Januar 1902) eine leichte Appendicitis gehabt, die, nach einem Diätfehler eintretend,

ohne Fieber in fünf Tagen glatt verlief. Es bestand damals, der Stelle der spontanen Schmerzhaftigkeit entsprechend, eine zirkumskripte Druckempfindlichkeit in der Fossa iliaca, im Umfang eines Zweimarkstückes, die mit Stuhlverstopfung einherging, während Patient sonst eine sehr regelmäßige Defäkation hatte. Die Diagnose war von drei Kollegen bestätigt. Einige Monate später stellten sich nach anstrengenden Körperbewegungen (Reiten) wieder öfters leichte Beschwerden in der rechten Unterbauchgegend ein, in der sich abermals eine leichte Druckempfindlichkeit ohne Resistenz fand, wo im allgemeinen die Lage des Proc. vermiformis angenommen wird. Palpabel war dieser nicht mit Sicherheit. Ein mehrwöchiger, ruhiger Aufenthalt an der See im Herbst 1902 brachte die Schmerzen wieder ganz zum Verschwinden. In größeren Pausen von Wochen oder einigen Monaten trat das Druckgefühl oder ein bald ziehender, bald bohrender Schmerz in jener Gegend immer wieder auf, zuweilen mehrere Stunden anhaltend, öfters auch mehrere Tage nacheinander sich wiederholend. Aber die Beschwerden waren nie so erheblich, daß der Kollege seine Tätigkeit unterbrechen mußte. Im Herbst 1903 machte er noch einmal eine vierwöchige Ruhekur in einem Sanatorium durch. Es besteht keine Druckempfindlichkeit mehr. Subjektives Befinden seitdem andauernd das beste.

Wie im vorigen Fall, hat es sich auch in diesem zweifellos um eine chronische Appendicitis gehandelt. Hier läßt sich ebensowenig wie dort mit Sicherheit behaupten, daß sie definitiv geheilt sei. Aber latent ist sie jedenfalls geworden, so latent, daß von einem Krankheitszustand nicht mehr die Rede sein kann.