eine sich vorher publicirt findet, so dass doch der Schluss nicht ungerechtfertigt erscheint, dass alle diese Fälle, wenn auch nicht alle direkt dem Jahre der Publication, so doch einer in der That erst recht kurzen Vergangenheit angehören. Wenn dies nun auch nicht ein so blendendes, hübsch aussehendes Zahlenergebniss aufzustellen gestattet, wie es anfangs wohl schien, so geht aber doch aus der Chronologie der Statistik erfreulicherweise folgendes sicher hervor: Es ist nicht zu verkennen, dass in den letzten zwei Jahren der Gedanke von der Nothwendigkeit operativen Vorgehens bei Ulcus perforatum bei den Praktikern — wie hervorgehoben werden muss, ganz vornehmlich in England — an Raum gewonnen hat und dass zugleich auch die Erfolge der letzten zwei Jahre sich bedeutend gehoben haben. Das letztere ist kein Zufall, sondern eine naturgemässe Folge des ersteren. Der Erkenntniss von der Nothwendigkeit der Operation überhaupt gesellte sich alsbald unabweislich diejenige von der Nothwendigkeit der möglichst frühen Operation, und die möglichst frühe Vornahme der Operation ist eine *conditio sine qua non* für den Erfolg.

Auch in dieser Beziehung spricht die Tabelle eine beredte Sprache.

Ueber die Operationszeit liegen von den 11 genesenen Fällen (den Haward'schen also hier mitgerechnet) in 8 Fällen exacte Data vor, und zwar wurde operirt in dem Falle von

Nicholson . . .	3 Stunden post perforationem
Morris . . .	4½ " " "
Morse . . .	5 " " "
Gilford . . .	8½ " " "
Bennet . . .	8½ " " "
Maclaren . . .	9 " " "
Haward . . .	12 " " "
Kriege . . .	16 " " "

Von diesen Fällen gehört der Kriege'sche eigentlich hauptsächlich einer früheren Stunde an, wie später noch besprochen werden wird, und nimmt der ganze Fall überhaupt eine exceptionelle, nicht uninteressante Stellung ein. Aus diesen Zahlen bisheriger Erfahrung ergiebt sich für den praktischen Arzt die mahnende Lehre, der kürzlich auch Pearce Gould in Bristol in den prägnanten Worten Ausdruck gab: „Operate early and operate well!“ Was in dieser Situation nicht in circa den ersten zehn Stunden post perforationem zur Operation gebracht wird, hat wenig Chance durchzukommen. Doch darf natürlich nicht noch während des Shocks operirt werden.

Der so frühe Termin erscheint, wie gesagt, als die *conditio sine qua non* des Erfolges, aber auch er verbürgt allein den letzteren noch lange nicht. Denn trotz früher Operation z. B. gingen zugrunde die Patienten von

Morison . . .	operirt 2 Stunden post perforationem
Maclaren . . .	4 " " "
Maclaren . . .	9 " " "
Haslam . . .	wenige " " "
Gilford (1893) . . .	10—11 " " "

Als von ausschlaggebendem Einfluss auf den Erfolg der Operation sind neben dem frühen Zeitpunkt noch folgende Momente aufzuführen:

1. Die schnelle und gute Erreichbarkeit des perforirten Geschwürs, also der Sitz desselben und die Kenntniss des Sitzes, die eine kürzere Operationszeit, geringeres Manipuliren in der Bauchhöhle, Fortfall von Verschmieren ergossenen Mageninhalts durch die Peritonealhöhle vorthellhaft involvirt.

2. Während die Grösse der Perforationsöffnung, wie es scheint, von mehr untergeordneter Bedeutung ist, ist von sehr hoher der Füllungszustand des Magens und das Verhalten seines Inhaltes in Bezug auf Zersetzungen.

Im Interesse der Kürze muss ich es mir bei diesen rein praktischen Interessen dienenden Ausführungen versagen, die moderne durch Wegner und Grawitz begründete und durch Silberschmidt zu einem gewissen Abschluss gebrachte Lehre von der Aetiologie der Perforationsperitonitis zu berühren, so sehr dies auch am Platze wäre. Es sei diesbezüglich die Lectüre der Arbeit von Silberschmidt¹⁾ empfohlen.

3. Man sei ferner stets eingedenk, dass in einer relativ grossen Anzahl von Ulcusfällen es sich um doppelte Geschwüre handelt. Es können beide zugleich perforirt sein, und eine Perforation wird dann leicht übersehen, wie dies z. B. der Fall von Stelzner (1889) illustriert, oder es wird das Resultat einer Operation, bei der sich sonst alles für einen guten Erfolg zu vereinigen schien, durch nachträgliche Perforation des zweiten Geschwürs zunichte gemacht. Ein Blick auf die Tabelle zeigt mehrere Beispiele, und

¹⁾ Experimentelle Untersuchungen über die bei der Entstehung der Perforationsperitonitis wirksamen Factoren des Darminhalts. Basel und Leipzig, Carl Sallmann, 1894.

VII. Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventriculi.

Von Dr. Curt Pariser.

(Schluss aus No. 28.)

Bei der rein chronologischen Betrachtung fällt zunächst und stark auf, dass einerseits von den 43 Fällen über 18 allein im Jahre 1894 berichtet wird und dass ferner in diesen 18 Fällen auch 8 von den 10—11 Heilungen enthalten sind. Also von 18 Fällen des Jahres 1894 8 geheilt! Fast 50%! Dieses Facit scheint so naheliegend und wird trotz aller Warnung vor Procentkrämerei um so leichter gezogen werden, je verlockender es ist. Es muss deshalb gesagt werden, dass es falsch sein würde. Es wäre unrichtig, diese Fälle alle als in diesem Jahre beobachtet und operirt anzusehen. Eine ganze Anzahl wurde bei Gelegenheit der Discussion über das hier interessirende Thema referirt, das die 62. Jahresversammlung der British medical Association zu Bristol im Juli auf die Tagesordnung gesetzt hatte, und es ist ganz selbstverständlich, dass es ganz besonders und wohl fast ausschliesslich die Erfahrungen der Vorjahre waren, die das Material zu dieser Discussion lieferten. Der Vorjahre oder richtiger vielleicht des Vorjahres! Denn bei der noch verhältnissmässigen Seltenheit der Fälle und bei der in der englischen Litteratur sichtlich hervortretenden grossen Bewerthung und sorgfältigen Registrirung derselben muss es auffallen, dass von jenen Beobachtungen kaum

auch die zweite Tabelle (S. 467) liefert in den ersten drei Fällen markante Paradigmata in ähnlichem Sinne dazu. Schuchardt hat erst kürzlich auf dem letzten Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie einen derartigen Fall zum Ausgangspunkt der gleichen Erinnerung gemacht. Das Vorkommen eines zweiten Geschwürs, sei es im Magen, sei es im Duodenum wird in seiner Häufigkeit gemeinhin unterschätzt. Brinton, dessen Statistik immer noch die maassgebendste ist, berechnet das Vorkommen von doppelten Geschwüren auf 20%, d. h. auf jeden fünften Fall von Ulcus ventriculi einen mit doppelter Geschwürsbildung. In den 43 Fällen von Perforation fand ich 9 mal die Anwesenheit eines zweiten Geschwürs verzeichnet, also im kleinen Rahmen dasselbe Bild, zu-fällig sogar mit derselben Verhältnisszahl.

Bezüglich der ersten Doppelforderung, der schnellen und guten Erreichbarkeit des perforirten Geschwürs, ist zu bemerken, dass die Erfüllbarkeit derselben in der bei weitem grossen Mehrzahl der Fälle erfahrungsgemäss gewährleistet ist, denn erstens wissen wir, welches in dieser Uebersicht der typische Prädispositionsort der Perforation ist und zweitens ist dieser Prädispositionsort in der That verhältnissmässig leicht zugänglich.

Ueber den Sitz der Perforation finden sich in den 43 Fällen 30 mal genauere Angaben. Danach war derselbe

an der kleinen Curvatur	2 mal
an der hinteren Wand	6 mal
an der vorderen Wand	22 mal.

Soweit genauere Angaben vorhanden sind, bezüglich der Lage der Perforation zu den Magenostien, findet sich dieselbe bezeichnet als:

in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus	3 mal (3 mal vordere Wand),
am Pylorus oder in der Nähe desselben	4 mal (3 mal vordere Wand, 1 mal hintere Wand),
an der Cardia oder in der Nähe desselben	16 mal (14 mal vordere Wand, 2 mal hintere Wand).

Fügen wir diesem Datum bezüglich der Lage nach das fernere bezüglich des Geschlechtes der Patienten hinzu, dass in der Tabelle von 29 Notizen darüber sich 25 auf weibliche und nur 4 auf männliche beziehen und dass in der nachfolgenden Tabelle die acht mir eruirbaren Angaben über das Geschlecht alle 8 mal weibliche Patienten betreffen, so geht aus unserer Statistik trotz ihrer Kleinheit in überzeugendster Weise folgendes hervor.

1. Die Perforation eines Ulcus ventriculi droht bei weiblichen Kranken von vornherein in einem viel grösseren Procentsatz der Fälle, als bei männlichen.

Es scheint, als ob die Schätzung Brinton's, dass von 100 Fällen von Ulcusperforation sich circa 66 auf Frauen, circa 33 auf Männer beziehen, noch zu geringe Werthe für die überwiegende Betheiligung des weiblichen Geschlechts angiebt. Es findet diese Meinung eine Stütze in der Statistik von Berthold,¹⁾ der das Material der Charité (1868—1882 incl.) benutzte und der ein Verhältniss von 9,7 (Weiber) zu 3,1 (Männer) fand, so dass demzufolge von 100 Fällen von Perforation circa 77 auf Weiber und nur 23 auf Männer fallen würden. Die letzteren Zahlen entsprechen auch mehr den Ergebnissen der Tabelle, die, wenn wir einmal procentisch rechnen wollten, eine noch grössere Präponderanz des weiblichen Geschlechts ergeben würde, auf 100 Fälle berechnet nämlich circa 86 Weiber zu 14 Männern.

Die Häufigkeit der Perforation überhaupt berechnet Pearce Gould auf 6,5 %, Berthold auf 8,5 %, Brinton auf circa 13 % aller Fälle von Ulcus.

2. Der Prädispositionssitz der Perforation ist die vordere Wand, in specie der Cardiatheil derselben. Der Chirurg wird also dort in allererster Reihe zu suchen haben und auch meist und leicht finden. Die aus den vorstehenden Zahlen hervorgehende eminente Neigung von Geschwüren der vorderen Wand zur Perforation ist auch durch die Beobachtung Anderer erhärtet und durch die anatomischen Verhältnisse leicht erklärlich. Es kommt nur selten zu schützenden Verwachsungen. Pearce Gould sagt: In 85 % ist der Sitz aller Perforationen die vordere Magenwand, und Brinton kommt zu einem womöglich noch grösseren Procentsatz: „Wenn wir uns auf die analysirten Fälle verlassen können, so würde das Verhältniss der Perforationen zu den Geschwüren sich so zeigen, dass von je 100 Geschwüren in jeder der folgenden Lagen die Anzahl der Perforationen folgende wäre: — an der hinteren Fläche ungefähr 2, und an der vorderen Fläche 85. — Um diese Verhältnisse ganz klar zu stellen, muss hinzugefügt werden, dass der Sitz von Geschwüren an der vorderen Fläche überhaupt ein verhältnissmässig seltener ist; sie werden dort nur in 5 % der Gesamtzahl der Ulcusfälle gefunden. Auf 200 Fälle von Magengeschwür kommen also 190 der hinteren und nur 10 der vorderen

Wand, und von jenen 190 perforirten nur circa 4, von diesen 10 bis 8,5.

Alle diese Erfahrungen und Erörterungen wenden sich meiner Ansicht nach vielmehr als an die Chirurgen an die Adresse des praktischen Arztes. Sie lehren, dass im Hinblick auf die so viel grössere Neigung zur Perforation beim weiblichen Geschlecht ein Fall von Ulcus bei einer Frau als ein schwererer aufzufassen ist als beim Manne und demgemäss dort noch sorgsamer zu behandeln ist, gleichgiltig, ob die Beschwerden selbst verhältnissmässig gering sind, und dass ein Fall, wo die topische Diagnose eines Geschwürs der vorderen Wand sicher oder auch nur wahrscheinlich zu sein scheint, als ein Casus gravissimus gelten muss. Sie lehren ferner, dass, wenn das Unglück einer Perforation eingetreten ist, schnellste Operation das allererste und nothwendigste ist, um überhaupt günstige Chancen für Erhaltung des gefährdeten Lebens zu gewinnen, und dass der innere Mediciner um so hoffnungsvoller und überzeugter auf die Operation drängen kann, als er und der Chirurg wissen, dass in der grössten Zahl der Fälle der Ort des Durchbruchs schnell zu erreichen und leicht zugänglich ist.

Und diese Erfahrungen, zusammengehalten mit der unlängbaren Schwere des Eingriffes, legen schliesslich zwei Fragen nahe, deren Beantwortung einzig für den Internisten Interesse hat, weil sie seine Maassnahmen bei der Therapie des Ulcus überhaupt und insbesondere bei derjenigen von gewissen Perforationen, die unter bestimmten Verhältnissen eintreten, auf's wichtigste beeinflussen.

Die erste Frage lautet: „Giebt es bei frei in die Bauchhöhle erfolgter Perforation eines Ulcus ventriculi ohne chirurgische Intervention denn niemals einen anderen Ausgang als einen tödtlichen?“

Es ist Eingangs dieser Erörterungen gesagt, der Ausgang sei generell der Tod, aber es giebt doch eine Reihe von glatten Heilungen, Ausnahmen, die, soweit genaue Krankengeschichten vorliegen und mir erreichbar waren, alle einen ganz bestimmten Umstand gemeinsam haben, der für den glücklichen Ausgang ausschlaggebend war. Und es scheint mir nicht fehlgegangen, diesen rettenden Umstand auch für diejenigen Fälle als vorhanden und wirksam anzunehmen, in denen zwar eine Perforation mit Ausgang in Genesung sichergestellt erscheint, aber jenes Factors nicht Erwähnung geschieht, entweder weil man nichts von seinem Vorhandensein anamnestisch erfahren, oder weil man den ihm gebührenden Werth übersah.

Ich fand in der Litteratur 14 hierhergehörige Fälle, theils erwähnt, theils ausführlicher geschildert; einen fünfzehnten konnte ich selbst im Frühjahr 1894 in der Praxis des Herrn Collegen Dr. Munter beobachten.

Der rettende Umstand ist die völlige Leere des Magens zur Zeit der Perforation. Dann kommt es zu keiner allgemeinen deletären, sondern zu einer nur ganz umschriebenen heilsamen Peritonitis, die Verklebungen der Perforation, Verwachsungen und Anheftungen zur Folge hat. Ueberdies ist der leere Magen contrahirt und verschliesst schon rein mechanisch die Perforationsöffnung. Winslow Hall (1892) hat in letzter Zeit zuerst wieder mit aller Schärfe diesen Umstand urgirt.

Tabelle II.

Autor	Zahl der Fälle	Quelle	Geschlecht der Patienten	Alter	Besondere Bemerkungen
Hughes 1846	1	Citirt bei Winslow Hall 1892, Brit. med. Journ. 9. Jan. 1892	—	—	Die Richtigkeit der Diagnose in diesen drei Fällen ward nachträglich durch die Section erhärtet. Alle drei Fälle gingen an einer Perforation aus einem zweiten Geschwür zugrunde. In allen drei Fällen war der Magen zur Zeit der Perforation leer gewesen.
Fraser 1861	2	ibidem	—	—	
Miquel 1864	1	Schmidt's Jahrb. Bd. 125, S. 64 ff.	w.	—	„Die einzige Ausnahme (von tödtlichem Ausgang der Peritonitis) beobachtete Verfasser bei einem Dienstmädchen, die sich wiederholte, trotzdem zweifellos eine Communication zwischen Magen und Peritonealhöhle bestand.“

¹⁾ Statistischer Beitrag zur Kenntniss der chronischen Magengeschwüre. Dissertation. Berlin 1883.

Autor	Zahl der Fälle	Quelle	Geschlecht der Patienten	Alter	Besondere Bemerkungen
Reedwood 1870	1	Lancet 1870, Tome I, S. 647.	w.	25 Jahr	Drei Stunden vor der Perforation Erbrechen sämtlichen Mageninhalts. Magen leer.
Ross 1871	1	Ibidem 1871, Tome I, S. 81.	w.	19 Jahr	13 Stunden vorher letzte Mahlzeit.
Tinley 1871	1	Ibidem 1871, Tome I, S. 503.	w.	—	Circa 5 Stunden vorher letzte kleine Mahlzeit.
Schliep 1874	1	Arch. f. klin. Med. Bd. VIII.	—	—	Fall 45: Späterer Tod an Miliartuberkulose. Perforation an der hinteren Wand des Magens; Verwachsung mit dem Pankreas. — Ueber Füllungszustand des Magens zur Zeit der Perforation ist nichts gesagt.
Mancini 1876	1	Virch.-Hirsch 1876, II, S. 216.	—	—	—
Winsl. Hall 1892	1	Brit. med. Journ. 1892, Tome I, 9. Jan. 1892.	w.	junges Mädchen	Mehrere Stunden vorher letzte Mahlzeit.
Cohn (Hamburg) 1894	1	Therap. Monatshefte 1894, Mai.	w.	—	—
Pariser 1894	1	(s. nachstehend)	w.	31 Jahr	Drei Tage vorher letzte Mahlzeit!
Bouveret 1893	2	Traité des malad. de l'estomac 1893.	—	—	—
Maclaren 1894	1	Brit. med. Journ., Tome II, S. 864.	w.	—	Die Ruptur ereignete sich Morgens, bevor etwas gegessen war.

Was meine eigene Beobachtung anbetrifft, so ist sie wie eine Probe auf den vorstehenden Satz. Der Fall ist der classischste von allen, die ich kenne, in Bezug auf die Gewähr völliger Magenleere, und er ist der erste, in dem im Hinblick auf diese Magenleere trotz zeitlicher Möglichkeit frühesten operativen Eingreifens die Operation aus individuellen Rücksichten des Falles bewusst abgewiesen wurde und eine Heilung auf nicht operativem Wege als die eher zu erwartende bezeichnet wurde.

Frau P., Kaufmannsgattin, 31 Jahre, hatte schon Jahre lang Ulcus-symptome, zuletzt Blutbrechen gezeigt. Alle möglichen Ulcuscuren waren ohne nennenswerthen Effect gewesen. Auch die zuletzt von uns eingeleitete Behandlung mit grossen Wismuthdosen nach Fleiner, die mir in einer grossen Anzahl von Fällen ausgezeichnete Dienste geleistet hatte, versagte, und nun wurde die völlige Abstinenz mit ausschliesslicher Rectalernährung instituiert. Am dritten Tage der völligen Abstinenz waren alle Schmerzen verschwunden. Wir fanden am Nachmittag dieses Tages um 5 Uhr die Patientin zwar geschwächt, aber in relativ gutem Zustande. Um 6 Uhr wurden wir telephonisch wieder gerufen. Die lebhaft Patientin hatte in der Freude über ihr Besserbefinden, die angemahnte Vorsicht vergessend, sich brüsk im Bett umgedreht oder aufgesetzt und hatte sofort darauf einen heftigen stechenden Schmerz in der Gegend der Pars cardiaca des Magens verspürt, der sich rapid zu rasender Intensität erhob, und lag, als wir um 6½ Uhr eintrafen, in schwerem Collaps, scheinbar fast stehend da. Augen eingesunken, Puls unfühlbar, Collapstemperatur, Extremitäten kalt, Bauch bereits etwas aufgetrieben, Leberdämpfung undeutlich, kurz das sichere Bild einer Perforation mit beginnenden peritonitischen Erscheinungen, eine Auffassung, der bei deutlicher gewordenem Krankheitsbild am anderen Tage auch Herr Prof. Fürbringer sich nur anschliessen konnte.

Vor die Erwägung einer Operation gestellt, lehnte ich, wie erwähnt, die Citation eines Chirurgen ab. Die Prognose einer Operation, die ja sehr bald und in der Wohnung der Patientin hätte vorgenommen werden müssen, erschien mir bei der verfallenen, durch lange Krankheit und die neuerliche Abstinenz doch bedeutend geschwächten Patientin als absolut ungünstig, während eine nicht operative Therapie zwar von zweifelhafter, aber im Hinblick auf die sichere Magenleere immerhin viel besserer Voraussage erschien.

Die Therapie bestand in absoluter Abstinenz per os für acht Tage, unveränderlicher Rückenlage, Opium per rectum, leichter Eisblase, täglich vier Nährklystieren, einverleibt durch eine geschulte Pflegerin. Vom fünften Tage ab wurde nach dem Vorschlage von Schlesinger (Wien) 0,005 Cocainum muriaticum 2—3 mal täglich in Tropfen per os gegeben, um das Hungergefühl zu benehmen, und zwar mit ausgezeichnetem symptomatischen Erfolge.

Nach einigen schweren Tagen, in denen das Bild einer circumscripiten Peritonitis ein immer ausgeprägteres wurde, war die Patientin auf dem sicheren Wege der Besserung und befindet sich heute völlig gesund. Ab und zu stellen sich Beschwerden ein, die ich indess als sicher auf peri-

staltische Zerrungen an gebildeten perigastrischen Verwachsungen beziehen möchte.

Bei Gelegenheit dieses Falles möchte ich den viel citirten Kriege-Heusner'schen zum Gegenstande einiger Erörterungen machen. Dieser Fall ist der einzige deutsche, mit Erfolg operirte und zugleich derjenige unter den erfolgreichen, wo die Operation relativ sehr spät gemacht wurde, nämlich 16 Stunden post perforationem.

Aber ich meine nach der Krankengeschichte und im Hinblick auf die Ergebnisse der Tabelle II, dass dieser Fall ebenso wie der meine auch ohne Operation geheilt wäre, wenn nicht die ursprünglich günstige Situation später complicirt worden wäre.

Ein Herr erleidet nämlich in der Nacht um 2 Uhr bei leerem Magen eine Perforation. Die ersten Symptome sind alarmirend; der Arzt hat Verdacht auf eine innere Perforation und ordnet absolute Abstinenz per os etc. an. Am anderen Morgen ist der Zustand des Patienten so ausgezeichnet, dass Kriege nicht ohne Grund an der Diagnose eines perforativen Ulcus irre wurde und die Aufnahme von etwas Milch gestattete. Drei Stunden später war die Peritonitis da, und es wurde operirt.

Dieser Fall scheint mir ungemein lehrreich zu sein und wie ein Experimentum crucis zu beweisen, dass bei leerem Magen eine nichtoperative Behandlung nicht schlechte Chancen giebt. Ferner muss man, was die Operationszeit anbetrifft, dieselbe hier nicht berechnen nach dem Zeitpunkt der eigentlichen Perforation, sondern von dem Moment ab, wo sich nach der Nahrungsaufnahme per os Mageninhalt in die Bauchhöhle ergoss. Dann ergibt sich, dass die Operation wie in den anderen geretteten Fällen auch in diesem innerhalb der ersten zehn Stunden vorgenommen wurde.

Muss also die oben gestellte Frage, ob es nicht ohne Operation unter gewissen Bedingungen Genesungen gebe nach freier Perforation eines Ulcus ventriculi, bejaht werden, so erhebt sich im Anschluss daran eine zweite: nämlich, ob es für eine Reihe von Fällen Maassnahmen giebt, die entweder die Perforation überhaupt verhindern oder die letztere, wenn sie dennoch eingetreten, chancenreich machen sowohl für eine nicht operative als erst recht auch für eine operative Therapie. Auch dieser Punkt muss in Consequenz des Vorstehenden bejaht werden.

Es muss einschränkend von einer Reihe von Fällen gesprochen werden, denn in einer Anzahl von Fällen ist die Perforation das erste Signum von der Anwesenheit eines Ulcus, andere Fälle — und das ist keine ganz kleine Anzahl — haben trotz ihrer Beschwerden vor der Perforation nie einen Arzt consultirt oder sich in regelrechte Behandlung gegeben. Für diejenigen Fälle aber, die als Ulcus erkannt und behandelt werden, ergeben sich nach dem Gesichtspunkt der Perforation hin aus dem Vorstehenden wie aus sonst Bekanntem folgende therapeutische Leitsätze.

1. Geschwüre der vorderen Wand, besonders bei Frauen — und so lange wir noch keine sichere topische Diagnose des Ulcus ventriculi kennen, alle Magengeschwüre — müssen vor allem mit absoluter Bettruhe behandelt werden unter möglichster Ausschaltung activer Bewegungen. Bei zweifelhafter Diagnose stecke man lieber einen Fall zu viel ins Bett als einen zu wenig.

Diese Forderung wird im Princip zwar bekanntlich in allen Lehrbüchern vertreten, aber in der Praxis auch nicht annähernd genügend erfüllt. Erfahrungsgemäss wird eine grosse Anzahl von Geschwürsfällen ambulant behandelt, oft genug sogar ohne wesentliche Einschränkung der körperlichen Arbeit. Und ganz abgesehen von allen anderen therapeutischen Reflexionen, die die Bettruhe mehr als räthlich erscheinen lassen, wird sie gefordert von der Prophylaxe der Perforation. Wir wissen, dass sich Perforationen, ausser besonders gern nach Mahlzeiten, fast immer nach Erschütterungen und Bewegungen des Körpers ereignen, z. B. wie die Casuistik lehrt, Stolpern, Reiten, Fahren in schlecht fahrendem Wagen, Anlegen gegen eine Tischkante, gegen ein Fensterbrett, ja beim einfachen Treppensteigen, beim Heben, Bücken, Umwenden, Brechen, Husten, Niesen, ja beim Pressen beim Stuhlgang, beim Aufrichten im Bett. Wenn auch nicht alle diese Möglichkeiten ausmerzend, so doch sicher ganz eminent einschränkend wirkt die Bettruhe.

2. Mehr wie bisher sollte mit der absoluten Bettruhe, namentlich bei Fällen mit langer Ulcusanamnese und ganz besonders nach Versagen der Fleiner'schen Wismuthcur, die Cur absoluter Abstinenz per os nach Donkin, Mc Anderson etc. für mindestens 6—8, besser 8—12 Tage verbunden werden. An Stelle der Ernährung per os muss natürlich unter geschulter Wartung die rectale Ernährung treten. Man macht sich, auch in ärztlichen Kreisen, ganz falsche übertriebene Vorstellungen von der Inanspruchnahme der Körperkräfte, die diese Heilmethode mit sich bringt. Mit anderen Autoren kann ich nur versichern, dass diese Cur durchgängig zum mindesten 6—8 Tage gut vertragen wird. Stärkere Inanitionsercheinungen zwingen natürlich zum Abbruch. Etwa auftretender quälender Hunger wird durch kleine Dosen Cocaïn ausgezeichnet beeinflusst. Gegen Durst können mehrmals am Tage kleine Schlucke, circa ein Esslöffel abgekochten, gut gekühlten Wassers unbedenklich gegeben werden.

Es ist diese Ruhigstellung des Organs zunächst die beste Schutzmaassregel gegen eine Perforation. Besonders häufig erfolgt die letztere erfahrungsmässig im Anschluss an eine Mahlzeit durch die durch die Peristaltik ausgeübte Drucksteigerung. Mit Fortschaffung dieses Momentes ist auch die vornehmste Gelegenheitsursache der Perforation beseitigt, ganz zu schweigen von dem Factor, den dieses Vorgehen für die Heilung des Geschwürs darstellt. Und erfolgt dennoch bei völliger Magenleere eine Perforation, so sind die Gefahren ganz ausnehmend geringer.

3. Findet bei sicher leerem Magen trotzdem eine Perforation statt, so entscheiden die individuellen Verhältnisse des Falles, ob operirt werden soll oder nicht. Bei schlechtem Kräftezustand scheint eine nicht operative Therapie von vornherein bessere Chancen zu geben, unter der Voraussetzung einer sorgfältigen geschulten Pflege.

4. Ist es bei sicher leerem Magen zu einer Perforation gekommen, so besteht die nicht operative Behandlung vor allem in unveränderlicher Rückenlage und völliger Abstinenz per os. Auch nicht einen Tropfen Wasser gestatte man. Dagegen können Lippen, Mund und Zunge stündlich mit einem nassen Leinentuch befeuchtet werden. Opium per rectum in ziemlich grossen Dosen (Extractum Opii 0,05, 2—3 stündlich). Ganz leichte Eisblase auf das Abdomen; dieselbe darf nur kühlen, nicht drücken, und muss daher in einer Reifenbahre oder irgend einer anderen Schwebvorrichtung hängen. Der Harn darf nicht durch Selbstpressen, sondern muss mit einem weichen Katheter entleert werden. Am dritten Tage kann gegen den Hunger etwas Cocaïn per os gegeben werden. Am fünften bis sechsten Tage kann mit schluckweiser schwachlauer, flüssiger Ernährung per os begonnen werden. Täglich sind vier Nährklystiere zu appliciren und dieselben auch die erste Zeit nach Wiederaufnahme der Ernährung per os fortzugeben, resp. dann allmählich einzuschränken, aber keinesfalls mit einem Male fortzulassen.

5. Wenn irgend ein Zweifel darüber herrscht, ob der Magen zur Zeit der Perforation leer war, lasse man unbedingt operiren. Ohne Operation ist bei nicht leerem Magen der Patient sicher verloren. Die Operation muss, wenn sie Chancen haben soll, binnen höchstens der ersten zehn Stunden vorgenommen werden.