V. Bemerkungen über Perityphlitis.²⁾

Von Dr. G. Cohen in Hamburg.

M. H.! Die Perityphlitis gehört zu den Krankheiten, deren Prognose sich in der privaten Praxis wesentlich von derjenigen im Hospital unterscheidet. Es ist das leicht erklärlich, wenn wir bedenken, dass man in der Privatpraxis diese Kranken meist in den ersten vier bis sechs Stunden zu Gesicht bekommt, während ins Hospital die Patienten häufig erst später eintreten, nachdem sie, sei es auf eigene Hand, sei es nach einer oft mangelhaften Untersuchung durch den Arzt, mit Abführmitteln maltrairt sind, namentlich aber, nachdem sie eine Wagenfahrt hinter sich haben, welche für alle entzündlichen Affectionen der Bauchhöhle als ein durchaus gefährlicher Eingriff bezeichnet werden muss. Wird so schon die Prognose in den Augen des inneren Klinikers getrübt erscheinen, so ist das noch viel mehr der Fall für den Chirurgen, der — wenigstens bis vor kurzem — die Kranken erst zu Gesicht bekam, wenn entweder lebensgefährliche Complicationen eingetreten waren, oder wenn der Verlauf von Anfang an ein derartig funester war, dass an dem Aufkommen des Patienten gezweifelt wurde. — Die amüsanteste Illustration hat diese letztere Thatsache erhalten durch den famosen Vorschlag des Herrn Sonnenburg, der vor einigen Jahren alles Ernstes verlangte, dass jede Perityphlitis im Anfang bis auf das Peritoneum incidirt werden sollte, um dem sich bildenden Abscess (?) näher zu sein! Herr Sonnenburg hat mit anerkennenswerthem Freimuth auf dem medicinischen Congress in München bekannt, dass seine Anschauungen sich wesentlich modificirt haben, nachdem er — etwas spät freilich — auf der inneren Abtheilung des Herrn Renvers den Verlauf der leichteren Fälle beobachtete. Im

¹⁾ Steelland Williamson, A case of myelitis simulating haematomyelia etc., Lancet 1893.

²⁾ Vortrag im ärztlichen Verein zu Hamburg am 3. December 1895.

allgemeinen dürfte sich die Methode nicht empfehlen, zuerst die Behandlung zu erfinden und dann die Krankheit kennen zu lernen.

Die Zeiten des wenig erquicklichen Rufes: „die Perityphlitis gehört den Chirurgen“, sind vermutlich vorüber. Man wird dabei erinnert an den Herrn v. Zöge-Manteuffel, der vor einigen Jahren in Wiesbaden mit Emphase erklärte, dass die Chirurgie bankrott sei, wenn irgend jemand sich unterstellen sollte, einen Ileus, das Geschwister der Perityphlitis, ohne chirurgische Intervention zu behandeln oder gar zu heilen. Mir sind diese Streitigkeiten um Mein und Dein immer wenig verständlich gewesen zwischen zwei Leuten, die eigentlich durch die Natur der Dinge darauf hingewiesen scheinen, als Associés derselben Firma thätig zu sein. Mein Standpunkt ist kurz der, dass ich für die häufig recidivierenden Perityphliden die Operation in der anfallsfreien Zeit für eine durchaus berechtigte und segensreiche halte, namentlich in der arbeitenden Classe, dass aber die Indication für ein chirurgisches Eingreifen im Verlauf einer acuten Perityphlitis zu den allerfeinsten Aufgaben ärztlicher Ueberlegung gehört, die sich bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse in keiner Weise schablonisiren oder in bestimmte Gesetze einzwängen lässt.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass für diese Fragen die Statistik herangezogen werden muss; Sie mögen mir daher gestatten, Ihnen einige Zahlen zu bringen:

Sahli hat eine Sammelforschung unter 466 schweizer Aerzten angestellt und Notizen über 7213 Fälle von Perityphlitis erhalten mit einer Gesamtmortalität von 9,6 %; von den Nichtoperirten starben 8,8 %. Curschmann hatte in einem rein klinischen Material von 453 Fällen, nach Abzug der auf die chirurgische Abtheilung verlegten Kranken 4,5 % Tode. Aufrecht berechnet an einem vielleicht aus Hospital- und Privatpatienten gemischten Material von 281 Fällen, nach Ausschluss einiger nicht streng hierher gehöriger, seine Mortalität auf 5 %. Der letztere Redner stellte diesen Zahlen eine Statistik des amerikanischen Chirurgen Murphy gegenüber, der grundsätzlich jede Perityphlitis operirt und unter 194 Fällen eine Mortalität von 9,6 % zu verzeichnen hat. Angaben aus der rein privaten Thätigkeit eines Einzelnen, denen in der Regel auch eine im grossen und ganzen einheitliche Behandlung zu Grunde liegen würde, sind in München nicht gemacht worden. — Ich möchte nun meine eigenen Zahlen anführen, wobei ich natürlich jedem von Ihnen es überlassen muss, ob Ihnen dieselben genügend gross erscheinen, um zu Schlüssen zu berechtigen. Ich habe in den 15 Jahren meiner privaten ärztlichen Thätigkeit in mein Journal 63 eigene Patienten mit 108 Anfällen eingetragen, zu denen zwei kommen, an denen ich als Consulente theilnehmen durfte; von diesen 65 Kranken mit 110 Anfällen ist einer gestorben, was einer Mortalität von 0,9 %, resp. 1,7, entspricht. Operirt ist ein einziger wegen recidivirender Perityphlitis in der anfallsfreien Zeit, er kommt also für die Hauptfrage hier nicht in Betracht.

Ich nehme den einzigen Todesfall voran: er scheint ein Analogon jener seltenen Fälle darzustellen, auf die Ewald auf dem letzten medicinischen Congress hingewiesen hat, und ist vielleicht als Sepsis aufzufassen:

Ein 27jähriger Kaufmann, der zwei Anfälle von Perityphlitis gehabt hatte, klagte Abends um 10 Uhr über Schmerzen im Oberbauch. Die Cöcalgegend war absolut frei, das Colon transversum aber schien gefüllt und liess Gurren erzeugen; er erhielt einen Esslöffel Ricinus. Nachts um 3 Uhr wachte er mit Schmerzen unter dem linken Rippenbogen auf und erbrach einmal. Ich fand ihn um 4 Uhr Morgens blass, mit kühler Nase und 56 Pulsen. Am nächsten Tage liess sich eine geringe Resistenz in der Ileocöcalgegend nachweisen bei sehr elendem Befinden; es bestand bisher kein Fieber, aber Nachmittags trat ein Schüttelfrost ein mit 39° und 100 Pulsen, der sich gegen den Morgen des zweiten Tages wiederholte: dieses Mal erreichte die Temperatur 40,5, um am Nachmittag auf 37 zu fallen; Abends 38 bei 84 Pulsen. Dabei zeigte sich ein vorübergehender Icterus der Conjunctiva. Der Leib trieb nun erst stärker auf, Fröste traten nicht mehr ein, vielmehr blieb am vierten und fünften Tage die Temperatur normal, während die Pulsfrequenz stieg; es kam noch ein paar Mal zum Erbrechen, schliesslich von fäulentem Geruch, und unter steigender Angst und Jactation starb der Kranke am Abend des fünften Tages. — Die Section, welche erst nach 30 Stunden bei vorgeschrittener Fäulniss gemacht wurde, ergab keinen flüssigen Erguss ins Peritoneum. Die Dünndarmschlingen waren ausgedehnt, frisch verklebt mit injicirter Serosa und nur in der rechten Seite mitsamt dem Cöcum von dickem, eitrigem Exsudat bedeckt. Der Wurmfortsatz lag quer hinter dem Cöcum, zu Kleinhüdnereigrösse erweitert, mit Eiter gefüllt; seine Schleimhaut war an mehreren Stellen von Geschwüren durchbrochen, ohne dass wir aber eine eigentliche Perforation zu Gesicht bekommen hätten; das umgebende Zellgewebe war frei. Leber und Milz faul und anscheinend ohne Veränderungen.

Um dem Einwand zu begognen, dass der Zufall mir nur leichte oder mittelschwere Fälle zugeführt, gestatte ich mir, mit Uebergehung einzelner recht schwerer, nur die complicirten Fälle hier ganz kurz zu erwähnen:

1. Habe ich eine Perityphlitis während eines Typhusrecidivs in den allerärmlichsten Verhältnissen behandelt, ferner zwei Anfälle bei einer hochgradig Schwindsüchtigen.

2. Habe ich Kothbrechen dreimal beobachtet, in einem Falle von zweitägiger Dauer; in dem dritten Falle war ich von Herrn Dehn zur Behandlung zugezogen, der eine Magenausspülung machte, worauf das Miserere aufhörte; als ich nicht mehr an der Behandlung theilnahm, bekam der Patient noch eine rechtsseitige Pleuritis und genas.

3. Abscesse sah ich fünfmal: a) Bei einem fünfjährigen Mädchen mit Durchbruch in die Vagina; kein Recidiv in dreizehn Jahren. b) Bei einem zwölfjährigen Knaben mit Durchbruch in den Darm; in den nächsten fünf Jahren zwei sehr leichte Recidive, seit neun Jahren gesund.

c) Bei einem neunjährigen Mädchen, bei dem ein erneutes Ansteigen des schon geschwundenen Fiebers mit remittirendem Typus und einer circumscribte, gänseegrosse Geschwulst über dem linken Ligamentum Pouparti einen Zweifel an der Diagnose kaum aufkommen liessen. Hier habe ich den Eiter nicht zu Gesicht bekommen, es ist aber durch Sahli, Nothnagel u. a. sichergestellt, dass Eiter schon in 24 Stunden im Darm so verändert wird, dass selbst der mikroskopische Nachweis nicht mehr gelingt. Ueber Recidive ist nichts zu sagen, da der Fall erst in diesem Sommer beobachtet wurde.

d) In dem vierten Fall handelt es sich um Eiteransammlungen zwischen den Darmschlingen, wie sie namentlich von Herrn Schede in unserem Verein eingehend besprochen worden sind. Dieser Fall stellt wohl die schwerste Erkrankung dar, die ich beobachtet habe, und ich habe für meine Person die Ueberzeugung, dass er eine Operation nicht überstanden haben würde; der 52jährige, etwas fette Mann war am zweiten Tage der Krankheit noch ins Geschäft gegangen und sass am Abend mit einer Achseltemperatur von 39,3° lesend auf dem Sopha; am dritten Tage hatte er 132 Pulse bei einer Temperatur von 36,7, am vierten Tage erschien er moribund mit sehr kleinem Puls von 140 Schlägen, kalten, blauen Händen, mächtiger Auftreibung des Leibes, Singultus. Das Allgemeinbefinden besserte sich, und es kam zur Entwicklung einer mannskopfgrossen Geschwulst, die bis an den Nabel hinaufreichte und die Mittellinie nach links und rechts in gleicher Weise überschritt. Am 14. Tage stieg das bereits abgefallene Fieber wieder an, bei einer Probenpunction des weiter gewachsenen Tumors entleerte sich nur Darmgas. In der enormen Geschwulst finden sich einige druckempfindliche Stellen, und dieselbe scheint links mit der Bauchwand zu verwachsen. Später trat mitten in der anscheinenden Reconvalescenz ein Schüttelfrost auf, es zeigten sich an mehreren Stellen der Bauchhaut circumscribte Röthungen und teigige Infiltrate, ferner Blasenbeschwerden mit Eiter im Urin. In 2½ Monaten war der Kranke genesen und hat meines Wissens in den verflorenen vier Jahren kein Recidiv gehabt.

Ueberhaupt finde ich, dass nach sehr schweren Erkrankungen Recidive viel seltener sind, als nach leichten, vorausgesetzt, dass die Kranken wirklich bis zum Ablauf aller Erscheinungen behandelt werden.

e) Den fünften Fall von Abscess habe ich zeitweilig mit Herrn Otto Meyer behandelt: es fand sich bei einem 17jährigen Mädchen am elften Tage der Krankheit ein strausseneigrosser Abscess über dem linken Ligamentum Pouparti, der das Rectum vorwölbte und zwei Tage später in dasselbe perforirte. Die Kranke fühlte sich von da ab ganz wohl, stand 14 Tage später auf, erkrankte dann an Ileus, wurde operirt und starb nach 12 Stunden.

Ueber diese Fälle von Abscess hat Helferich in München ein schweres Verdict gesprochen, indem er den paradoxen Satz aufstellte, dass auch ein spontan in den Darm durchgebrochener Abscess als ein Kunstfehler zu bezeichnen ist; es wurde von keiner Seite Widerspruch erhoben. Ich mache Sie, m. H., auf die enorme Wichtigkeit solcher mit der Sicherheit des Papa infallibilis ausgesprochener Thesen aufmerksam, wenn Sie z. B. den Fall setzen mögen, dass über einen solchen Kunstfehler einmal eine Jury gerichtlich zu entscheiden hätte. — Meine Patienten haben mir den Kunstfehler sämmtlich verziehen.

4. Möchte ich ein 32jähriges Fräulein erwähnen, das 14 Jahre früher einmal eine Blinddarmenzündung gehabt hatte und nun von neuem erkrankte: es entwickelte sich in 24 Stunden unter ganz geringem Fieber ein enormer Tumor, der von der rechten bis an die linke Spina ilei reichte und nach acht Tagen unter höheren Temperaturen zu einer totalen Thrombose der linken Vena femoralis und heftiger linksseitiger Ischias führte. Kein Recidiv in fünf Jahren.

5. Citire ich den Fall einer 53jährigen Dame, die in ihrem zweiten, ziemlich schweren Anfall nach drei Tagen stark icterisch wurde und am zwölften Tage trotz der Opiumbehandlung an ganz profusen Diarrhöen erkrankte, 16 mal am ersten Tage, später fast continuirlich mit fast choleraähnlichen Entleerungen; die recidivfreie Zeit beträgt vier Jahre.

Nun, m. H., alle diese Kranken sind ohne irgend welchen chirurgischen Eingriff geheilt, sie tragen nicht einmal sichtbare Narben auf dem Bauch und sind daher auch für die Demonstration im Verein gänzlich ungeeignet. Wenn Sie mit mir den einen Todesfall als durch Sepsis veranlasst, also als von vornherein verloren, auffassen, so würden alle diejenigen Kranken ohne Operation geheilt sein, bei denen eine Heilung überhaupt möglich gewesen. — Wenn man freilich im Beginn einer auch nur auf Blinddarmenzündung verdächtigen Erkrankung Abführmittel giebt, oder sich gar bei declarirter Perityphlitis aus diagnostischem Ehrgeiz zu der Ungeheuerlichkeit einer Gasaufblähung des Dickdarms verleiten lässt, wird die Statistik voraussichtlich anders lauten.

Ich will aus diesen Mittheilungen keine Schlussfolgerungen ziehen, es war nur mein Bestreben, einmal zu zeigen, dass diese Fragen sich auch wesentlich anders darstellen lassen, als es jetzt gemeinhin geschieht.

Ich möchte nun noch auf zwei Punkte eingehen, und zwar zunächst auf den vielbesprochenen perityphlitischen Tumor: Derselbe besteht meiner Ueberzeugung nach in seiner Hauptmasse aus paretischen, wahrscheinlich meist mit einander verklebten Darmschlingen. Es sprechen dafür einige klinische Erscheinungen, die Ihnen vielleicht allen bekannt sind, die ich aber nirgend in diesem Zusammenhang erwähnt gefunden habe. Wenn in einer gewöhnlichen Perityphlitis nach etwa fünf Tagen Schmerz und Fieber geschwunden sind, das Erbrechen aufgehört hat, so ist zunächst der Tumor meist noch unverändert; in dieser Periode aber tritt sehr oft in der Geschwulst (davon kann man sich ganz bestimmt überzeugen) bei der Palpation ein Gurren auf, ähnlich dem bekannten Frühsymptom beim Typhus. Dieses Gurren ist auch therapeutisch für mich immer wichtig gewesen, weil es meiner Ansicht nach einen Nachlass in der Parese der Darmschlingen bedeutet und den

Moment anzeigt, in dem ich kleine Dosen Bitterwasser zu geben pflege. Auf diese Parese möchte ich auch in den von mir beobachteten Fällen das Miserere zurückführen, welches die freilich schon vorher recht ernste Prognose nicht wesentlich zu verschlechtern schien.

Ein zweites klinisches Moment sei hier erwähnt, weil es wahrscheinlich ebenfalls hierher gehört: wenn Sie Reconvalescenten von Perityphlitis untersuchen, so erleben Sie oft, dass bei allmählichem, aber tiefem Eingehen in die Fossa iliaca selbst ein starker Druck ohne Schmerzen ertragen wird, während bei schnellem Loslassen der untersuchenden Hand sofort ein Schmerz auftritt. Es spricht das dafür, dass irgend etwas durch den allmählich gesteigerten Druck allmählich schmerzlos aus seiner Lage gebracht wird, was beim plötzlichen Nachlass unter schmerzhafter Zerrung in diese Lage zurückschnellt.

Drittens möchte ich darauf hinweisen, dass der Patient, über dessen Section ich oben berichtete, in seinen beiden früheren, glücklich abgelaufenen Anfällen den ganz typischen perityphlitischen Tumor an der gewöhnlichen Stelle darbot, obgleich der Wurmfortsatz ganz anderswo, nämlich hinter dem Colon ascendens in die Höhe geschlagen lag. Es scheint durch eine Art reflectorischer Reizung stets dieselbe Gruppe von Darmschlingen betheiligt und wahrscheinlich gelähmt zu werden. — Ein weiteres Moment werden wir gleich kennen lernen.

Es ist in München auch von der Massagebehandlung die Rede gewesen. Ich habe seit einigen Jahren nach monatelanger Ueberlegung dieselbe in ganz bestimmten Fällen vereinzelt angewandt, ohne damals zu wissen, dass ähnliches auch von anderer Seite unternommen ist. Ich habe solche Fälle massirt, von denen ich damals meinte, dass sie in den ersten Tagen nur eine Stase in verwachsenen und dadurch in ihrer Bewegung gehemmten Darmschlingen darstellen. Diese Fälle von Sonnenburg's Appendicitis simplex machen kein Fieber, oft aber sehr heftige Schmerzen und Erbrechen; sie unterscheiden sich des weiteren von den eigentlich entzündlichen Formen dadurch, dass hier sofort beim Einsetzen der Schmerzen der Tumor perfect ist, während bei den schwereren entzündlichen Fällen in den ersten zwölf Stunden oft nichts als eine Druckempfindlichkeit am McBurney'schen Punkt objectiv zu constatiren ist. Wenn Sie nun einen solchen, ganz frischen, fieberlosen Tumor mit kreisförmigen, sanften Reibungen behandeln, so lässt nach etwa fünf Minuten die Empfindlichkeit nach, dann fängt der Tumor an, Ihnen unten den Händen zu verschwinden, und nach 15 Minuten ist überhaupt nichts mehr nachzuweisen. Am nächsten Tage ist der Tumor wieder da, aber kleiner, und in vier bis fünf Tagen ist überhaupt alles fort, was mit der Opiumbehandlung wesentlich länger gedauert haben würde. Ich habe Gelegenheit gehabt, vereinzelt solche Anfälle in der Sprechstunde zu behandeln: der Kranke, der gebückt kommt, weil ihm jeder Schritt Schmerzen macht, geht zunächst vollkommen frei wieder nach Hause. Nachtheile habe ich nie erlebt.

Der erste so behandelte Patient war ein persönlicher Freund von mir, ein 42jähriger Rechtsanwalt, der auf dem Gymnasium eine Blinddarmentzündung gehabt, dann sehr lange frei gewesen war und als Cavallerist gedient hatte; in der Mitte der achtziger Jahre traten wieder häufiger Anfälle auf, die 1890 und 1891 an Zahl zunahmen und endlich sich fünf- bis sechsmal im Jahre einstellten. Es wurden etwa drei Anfälle so von mir behandelt, in der Zwischenzeit massirte er sich selbst. Er ist jetzt seit 3½ Jahr ganz frei geblieben.

Ein anderer, öfter so behandelter Kranker wurde kurze Zeit darauf mit Rücksicht auf seine Erwerbsfähigkeit in der anfallfreien Zeit von Herrn Schede operirt. Es fand sich nichts von den von mir supponirten Verwachsungen, der Wurmfortsatz lag spiegelblank in der Wunde, nur das Cöcum war von einer kaum sichtbaren, schleierartigen Membran überspannt. Der Processus vermiformis zeigte eine leichte, kolbige Auftreibung an der Spitze und im Innern Ulcerationen. Es ist also sicher, dass ich in diesem Falle (vielleicht auch in dem andern) direkt das hinter einer engen Stelle incarcerirte, katarrhalische Secret ausgestrichen habe; das Secret allein aber kann die grosse, diffuse Geschwulst nicht gemacht haben, und ich möchte zunächst doch glauben, dass, wenn die Darmschlingen auch nicht gleich verkleben, sie doch durch eine Art reflectorischen Reizes in einen paretischen Zustand versetzt werden.