Aus der ärztlichen Praxis.

Ein Fall von spontan geheilter Perforationsperitonitis bei Ulcus ventriculi.

Von Hugo Spicker, praktischem Arzt in Züllichau.

Die schlimmste Komplikation bei Ulcus ventriculi ist ohne Zweifel die Perforation des Geschwürs in die Bauchhöhle, die fast ausnahmslos zu einer tödlichen Peritonitis führt, wenn nicht wenige Stunden darauf zur Operation geschritten wird. Da in der allgemeinen Praxis ein derartiger Eingriff nicht immer gleich vorgenommen werden kann, erscheint es angebracht, einen Fall kurz mitzuteilen, der lediglich durch innere Behandlung zur Heilung gelangt ist.

Anna L., 17½ Jahre alt, kräftig entwickelt, erkrankte Anfang Februar dieses Jahres mit Magenschmerzen und Blutbrechen. Bis Ende März wurde sie von einem auswärtigen Kollegen, in dessen Dienst sie war, behandelt und zur Erholung nach Hause entlassen. Unterwegs nach einer holprigen Wagentour stellte sich während der Eisenbahnfahrt von neuem Bluterbrechen ein, worauf die Patientin in meine Behandlung trat.

Nach dreiwöchentlicher Bettruhe und strenger Milchdiät vermochte ich die Kranke nicht länger ans Bett zu fesseln. Sie fühlte sich beschwerdefrei, und ich gab ihrem lebhaften Wunsche, aufzustehen, nach. Wie ich später erfuhr, hat sie sich während ihres Aufseins nicht vorschriftsmässig verhalten und mir ihre wiederkehrenden Schmerzen aus Furcht vor dem Bett obendrein verschwiegen.

Nach einem schnellen Gange und heftigen Niesen erfolgte Ende April abermals Blutbrechen. Trotz meiner nachdrücklichen Vermahnung, sofort zu Bett zu gehen, blieb die Kranke auf. Nach drei Stunden wiederholte sich das Blutbrechen in stärkerem Masse. Im Anschluss daran stellten sich äusserst heftige Leibscherzen ein, weiterhin Aufstossen, Würgen, Beklemmung und Angstgefühl.

Ich fand den Leib stark meteoristisch aufgetrieben, überall sehr druckempfindlich, besonders im Epigastrium. Die Leberdämpfung war verkleinert, die Athmung oberflächlich und beschleunigt, Flatus fehlten, die Temperatur betrug 36,6°, der Puls hatte 80 Schläge und war von mittlerer Füllung.

Trotz der normalen Temperatur und des relativ guten Pulses war das gesammte Krankheitsbild ein bedrohliches und die Vermuthung einer Perforationsperitonitis lag nahe. An den nächstfolgenden Tagen verschlimmerten sich die verdächtigen Symptome. Die Kranke biss vor furchtbaren Schmerzen die Zähne zusammen, der Meteorismus nahm bedeutend zu, sodass fast Erstickung drohte; Blähungen und Stuhlgang sistirten vollkommen. Das Aufstossen und Würgen war sehr quälend, das Erbrechen steigerte sich und war am dritten Tage galliggrün. Trotz alledem hielt die Temperatur sich dauernd zwischen 36,6—37,0°, die Pulsfrequenz stieg auf 100, die Pulsspannung blieb eine leidlich gute.

An der Diagnose Peritonitis war hiermit wohl kein Zweifel mehr. Meine ganze Hoffnung ruhte auf dem relativ guten Pulse und der kräftigen Constitution der Patientin.

Um den Magen ruhigzustellen, geschah die Ernährung für die nächsten drei Wochen ausschliesslich vom Mastdarm aus. Die Nähr-

klystire, die aus Milch, Eiern, Weizenmehl, Zucker, Kochsalz und Rothwein bestanden, wurden auf drei Portionen vertheilt. Die Kranke erhielt stündlich, später zweistündlich zehn Tropfen Opiumtinktur, gegen den quälenden Durst und das Erbrechen liess ich anfangs Eispillen, später kleine Mengen abgebrauten Selterwassers reichen, ausserdem Eucain-Belladonnatropfen. Auf den Leib wurden Alkoholumschläge gemacht. Da das Argentum colloidal auch bei Peritonitis sehr warm empfohlen war, glaubte ich nichts unversucht lassen zu müssen und wandte dasselbe in Form der Credé'schen Salbe an. Ob dem Argentum irgend ein Einfluss auf den Verlauf der Krankheit zuzuschreiben ist, vermag ich nicht mit positiver Sicherheit zu entscheiden, so ganz möchte ich es jedenfalls nicht von der Hand weisen und würde zu weiteren Versuchen rathen. Die Alkoholumschläge schienen mir von auffallend guter Wirkung zu sein.

Die Bemühungen waren von Erfolg gekrönt. Die bedrohlichen Erscheinungen gingen langsam und allmählich zurück. Noch lange schwankte das Zünglein der Lebenswage hin und her, und meine Hoffnung sank oftmals auf ein Minimum. Die Temperatur stieg nicht über 37,2°, der Puls erreichte einige Male eine Frequenz von 120 und war von geringer Spannung. Die Druckempfindlichkeit des Leibes hielt sehr lange an und war einmal in der Ileocoecalgegend von besonderer Heftigkeit, sodass ich fast eine Perityphlitis als Extrazugabe anzunehmen geneigt war.

Um die Atemnoth zu lindern, liess ich nach acht Tagen vorsichtig ein Seifenwasserklystier geben, das reichliche Blähungen und etwas Stuhlgang bewirkte und in der Folgezeit häufig wiederholt werden musste, da spontan kein Stuhlgang erfolgte. Die Nährklystiere wurden gut vertragen und der Nahrungsbedarf einigermaßen gedeckt. Nach drei Wochen versuchte ich Milch per os, die mit Mondamin versetzt war. Der Magen blieb noch Monate lang äusserst empfindlich und reagierte oftmals wieder mit Erbrechen, das auch einige Male blutig gefärbt war. Zu anderer Nahrung als Milch konnte ich mich bei dem wechselnden Zustande für die nächsten drei Monate nicht entschliessen. Um den Eiweissbedarf zu decken, wurde der Milch Roborat zugesetzt. Dasselbe wurde gern genommen, trotz der ausserordentlichen Empfindlichkeit des Magens vorzüglich vertragen und augenscheinlich sehr gut ausgenutzt. Die in ihrer Ernährung heruntergekommene Patientin hat unter der Roboratdarreichung sichtbar zugenommen, sodass ich das Roborat als leicht verdauliches Nährmittel warm empfehlen kann. Allmählich ging ich dann zu leichter anderer Kost über. Nachdem sämtliche Beschwerden, auch die Druckempfindlichkeit des Leibes, völlig geschwunden waren, liess ich die Patientin nach vier Monate langem Krankenlager Anfang September aufstehen. Die Verdauung ist ungestört, die Patientin völlig beschwerdefrei und als geheilt zu betrachten.

So traurig im allgemeinen die Prognose der Perforationsperitonitis ist, so kann doch ausnahmsweise, wenn glückliche Umstände, wie hier, zusammentreffen, auch ohne Operation der Ausgang ein günstiger sein. Wahrscheinlich ist die Perforationsöffnung eine minimale gewesen, die bald durch Verwachsungen mit der Nachbarschaft verklebt worden ist. Möglich, dass der Mageninhalt zur Zeit arm an keimfähigem Material war und die Entzündung mehr eine „aseptische“, chemische gewesen ist. Immerhin dürfte der Ausgang in völlige Heilung zu den Seltenheiten gehören und eine Veröffentlichung rechtfertigen.