Aus dem Garnisonlazarett in Leipzig.

Ueber die Wirksamkeit von Kollargolkismen bei septischen Prozessen.

Von Stabsarzt Dr. Wilhelm Wolf.

Während bis vor kurzem, für den Chirurgen wenigstens, die Akten über das Kollargol als Heilmittel bei septischen Erkrankungen geschlossen zu sein schienen, weil es nach fast allgemeiner Ansicht, der auf den Chirurgen-Kongressen, wenn die Rede auf das Mittel kam, stets unverhohlen Ausdruck gegeben wurde, keinen Einfluß auf den Krankheitsverlauf auszuüben vermochte, tauchen in neuerer Zeit sporadisch in der Literatur immer wieder Berichte namhafter Autoren auf, die uns zeigen, daß der Wert des Mittels, wie er früher überschätzt wurde, jetzt offenbar Gefahr läuft, unterschätzt zu werden.

So hat jüngst Kausch¹⁾ wieder empfehlend auf das Mittel hingewiesen. Er rät dringend, das Kollargol in 2 % iger Lösung intravenös, und zwar prinzipiell nach Freilegung der Vene, zu injizieren, nicht perkutan, weil sonst zu leicht etwas von der Substanz in das Gewebe neben der Vene gelangen könnte, was bekanntlich zu außerordentlich schmerzhaften Infiltraten führt.

Sicherlich ist dieser Rat beherzigenswert, und es wird kaum einen Chirurgen geben, der die Berechtigung der Bedenken gegen die perkutane intravenöse Kollargolinjektion nicht voll anerkennen würde, nur muß man in Betracht ziehen, daß für den Arzt in der Praxis die Freilegung der Vene, es handelt sich wohl meist um die Mediana cubiti, immerhin einen größeren Eingriff bedeutet, den er, wenn irgendmöglich, gern umgehen wird.

Er wird es deshalb mit Freuden begrüßen, wenn sich ihm

die Gewähr bietet, daß er die segensreiche Wirkung des Kollargols auch auf dem technisch einfacheren Weg des Klismas mit Aussicht auf vollen Erfolg seinen Patienten zuteil werden lassen kann.

Aus diesen Erwägungen halte ich es für meine Pflicht, über einen Fall kurz zu berichten, der die außerordentliche Wirkung des Kollargolkismas¹⁾ bei septischen Prozessen zu erweisen imstande ist.

Es handelte sich um einen Fall von Sepsis bei einem Kanonier des 77. Feldartillerieregiments, vielleicht ausgehend von zwei Eiterblasen an der rechten Hand, denen vom Patienten keine Beachtung geschenkt worden war. Der Mann wurde am 26. Oktober 1912 abends mit 40,1 Temperatur ins Lazarett eingeliefert.

Zunächst wurden durch große Kochsalzeinläufe (bis 4 l täglich) in Verbindung mit Antipyrindarreichung (dreimal täglich 1 g) kleinere oder größere fieberfreie Intervalle erzielt, während zweimalige subkutane Jodipininjektionen (erst 10 ccm, tags darauf 5 ccm 25 % ige Lösung), wie solche in neuerer Zeit von Sick²⁾ bei septischen Prozessen warm empfohlen worden sind, ganz erfolglos blieben, vom 28. November 1912 ab versagten aber auch Antipyrin und Kochsalzeinläufe völlig, die Temperatur stieg von neuem an, erreichte am 29. November abends 40,6 und blieb von da an dauernd abends etwa 40 bei morgendlichen Remissionen unter 38,0.

Da inzwischen die Leberdämpfung sich vergrößert hatte, wurden in Anbetracht der ganz bedrohlichen Abmagerung des Patienten am 5. Dezember 1912 wegen Verdachts auf Leberabszeß nach vorheriger Eröffnung der Bauchhöhle im Bereich des Rectus mehrfache Punktionen der Leber vorgenommen, jedoch erfolglos. Um auch die Tonsillen als etwaiges Eiterdepot auszuschalten, wurden diese in derselben Sitzung enukleiert.

Das Resultat der Operation war ein geringer Temperaturabfall am Abend auf 39,8 gegen 41,0 am Abend vor der Operation, jedoch bereits am 6. Dezember betrug die Abendtemperatur wieder 40,4.

Nunmehr wurden am 7. Dezember vormittags in die freigelegte linke V. mediana cubiti 25 ccm 2 % iger Kollargollösung injiziert mit dem Erfolg, daß die Temperatur abends 41,2 betrug. Da außerdem im Anschluß an die Injektion sich eine Thrombose der linken V. basilica entwickelt hatte, wurde von fernerer intravenösen Kollargolinjektionen abgesehen und am 11. Dezember nachmittags ein Kollargolklima (50 ccm einer 6 % igen Lösung) gegeben. Der Erfolg war überraschend gut. Am 12. Dezember betrug die Abendtemperatur nur 37,8, am 13. Dezember 37,2. Als am 16. Dezember ohne besondere Ursache die Temperatur plötzlich wieder anstieg, wurde gleich nach dem Messen wieder ein Kollargolklima verabreicht. Die Abendtemperatur betrug tags darauf 37,8 und überstieg auch während der nächsten Tage 37 nur um wenige Zehntelgrade. Um die Körpertemperatur völlig zur Norm herabzudrücken, ließ ich am 21. Dezember mittags noch ein Kollargolklima geben. Bereits am selben Abend betrug die Temperatur nur 37,0 und blieb es die drei folgenden Tage, dann begann wieder ein allmählicher Anstieg bis auf 38,8 (26. Dezember). Ein abermaliges Kollargolklima am Abend drückte die Temperatur wieder auf die Norm (unter 37,0) für die folgenden Tage herunter, bis am 30. Dezember die Abendtemperatur plötzlich wieder 40,4 betrug, trotzdem am Morgen desselben Tages ein über Nacht aufgetretener metastatischer Abszeß in der linken Nierengegend inzidiert worden war. Auch am folgenden Tage betrug die Temperatur noch 40,1; auf ein jetzt gegebenes Kollargolklima zeigte das Thermometer am nächsten Abend prompt 37,2. Nunmehr ließ ich in regelmäßigen Abständen jeden fünften Tag ein Klima geben, im ganzen noch drei, und hatte die Freude, daß die Temperatur dauernd normal blieb und daß Patient sich nunmehr rasch erholte, sodaß er in der nächsten Zeit durchschnittlich wöchentlich zehn Pfund zunahm.

Ich glaube, daß der Fall mit der Deutlichkeit eines Experimentes die Wirkung des Kollargolkismas demonstriert. Zunächst habe ich absichtlich immer mit dem Klima warten lassen, bis der neue Temperaturanstieg erfolgt war, um die Wirkung des Mittels deutlicher zu zeigen. Erst später, nachdem kein Zweifel an der Wirksamkeit mehr bestand, wurden die Klismen unabhängig von der Temperaturmessung jeden fünften Tag gegeben.

Daß die intravenöse Injektion des Kollargols in unserem Fall erfolglos blieb, lag wohl daran, daß sich im Anschluß an sie sogleich eine Thrombose der V. basilica entwickelte, wodurch ein großer Teil der injizierten Flüssigkeit überhaupt nicht in die Zirkulation gelangt sein wird. Ich bin jedenfalls dem Zufall sehr dankbar, daß er mich durch dieses Mißgeschick, dem ich mich nicht noch am anderen Arm aussetzen wollte, auf den rektalen Weg verwies.

¹⁾ Benutzt wurde Kollargol-Heyden.

²⁾ Zentralblatt für Chirurgie 1908, Nr. 31.

¹⁾ Diese Wochenschrift 1912, Nr. 35.

In Zukunft werde ich in analogen Fällen stets erst die denkbar bequemste Applikationsweise des Kollargols per clisma, die ja jeder Schwester überlassen werden kann, versuchen, ehe ich zu der für den Patienten immerhin unangenehmeren intravenösen Injektion übergehe. Ich bin überzeugt, daß dann in vielen Fällen überhaupt eine solche nicht nötig sein wird.

Betonen möchte ich noch, daß die wiederholten Kollargolklismen — unser Patient erhielt im ganzen acht Klismen — nicht die geringste Reizerscheinung der Rektalschleimhaut hervorzurufen scheinen. Sie wurden in unserem Fall nicht einmal als unangenehm empfunden, und es kostete einige Mühe, den Patienten schließlich davon zu überzeugen, daß keine mehr nötig seien.