

Aus der II. Medizinischen Universitätsklinik der Charité in Berlin.

Ueber ruhrähnliche Darmerkrankungen.

Von Erich Leschke.

Auch in diesem Kriege gehört die Ruhr zu den häufigsten Erkrankungen, namentlich bei den im Osten kämpfenden Truppen. Ueber das klinische Bild, die Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung hat unlängst Grober auf Grund eigener Beobachtungen in Nr. 40 dieser Wochenschrift wertvolle Angaben gemacht.

Es ist verständlich, daß der im Felde stehende Arzt bei allen Darmerkrankungen mit blutigen, schleimigen Durchfällen sofort die Diagnose der Bazillenruhr stellt. In der Mehrzahl der Fälle wird diese Diagnose gewiß auch durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt werden. Grober geht in seiner genannten Arbeit sogar soweit, zu sagen:

„Wir haben uns daher, namentlich in Ansehung der Todesfälle und der anatomischen Veränderungen, für berechtigt gehalten, auch in allen bakteriologisch nicht geklärten Fällen Ruhr anzunehmen, wenn blutige Beimengungen bei den Durchfällen vorhanden waren.“

Dieser diagnostische Standpunkt läßt sich gewiß als rein praktisches Prinzip rechtfertigen, denn praktisch ist es von größter Wichtigkeit, alle ruhrverdächtigen Fälle möglichst schnell zu isolieren, auch wenn sich ein Teil davon bei genauerer Untersuchung als nicht durch Dysenteriebazillen hervorgerufen herausstellt.

Für die Semiologie und Diagnostik der Darmerkrankungen jedoch ist es wichtig, zu wissen, daß es Fälle von Darmerkrankungen mit blutigen und schleimigen Durchfällen gibt, die sich zwar klinisch von der echten Bazillenruhr nicht unterscheiden, bakteriologisch aber auf völlig anderer Ursache beruhen.

Als Beleg hierfür möchte ich zunächst einige Krankengeschichten solcher nicht auf Ruhr beruhenden Darmerkrankungen mit blutigen und schleimigen Durchfällen bei Soldaten mitteilen, die ich auf der Infektionsabteilung der Kgl. Charité beobachtet und behandelt habe.

Fall 1. Ma., Infanterist, 22 Jahre alt. In Gumbinnen erkrankt mit blutig-schleimigem Durchfall. Aufgenommen als Dysenterie.

Befund: Kräftiger Mann in mäßigem Ernährungszustand. Status lymphaticus. Zunge belegt. Leib weich, etwas empfindlich, Darmgurren. Stuhl dünn, in den letzten Tagen infolge Verabfolgung von Opium für die Reise nur ein- bis zweimal täglich, vorher etwa 10–15 mal. Bei der Aufnahme noch Schleimbeimengung, kein Blut mehr im Stuhl. Sonstiger Organbefund normal.

Bakteriologische Untersuchung: Im Stuhl keine pathogenen Keime. Blut steril, agglutiniert weder Typhus- noch Ruhrbazillen.

Behandlung und Verlauf: Zweistündlich zwei Oblaten mit fein pulverisierter Pflanzenkohle gefüllt innerlich. Magnesiumperhydrol. Thermophor. Flüssige Kost. Nach zwei Tagen Stuhl normal, Uebergang zur gewöhnlichen Kost. Nach zehn Tagen geheilt entlassen.

Fall 2. Schl., Landwehrmann, 30 Jahre alt. In Thorn erkrankt mit Durchfall. Täglich 10–20 blutig-schleimige Stühle. Der Unterarzt verordnete Choleratropfen. Am 15. August bemerkte Patient kleine Würmer im Stuhl (Oxyuren). Bis zum 25. August lag er als ruhrerkrankt im Festungslazarett und wurde dann in die Kgl. Charité eingeliefert. In den letzten beiden Tagen bestand Verstopfung infolge Einnahme von Opium.

Befund: Status lymphaticus. Zunge belegt. Stuhl weich, enthält etwas Schleim, kein Blut mehr. Keine Würmer oder Wurmeier. Bakteriologischer Befund im Blut und Stuhl negativ. Agglutination negativ.

Behandlung: Kohle in Oblaten innerlich, in den ersten Tagen flüssige Kost, dann Uebergang zur gewöhnlichen Kost. Am 10. September Schluckbeschwerden und Schmerzen in den Gelenken. Mandeln geschwollen und leicht gerötet. Am 14. September geheilt entlassen.

Fall 3. Ost., Füsilier, 22 Jahre alt. In Königsberg an blutigem Durchfall erkrankt, lag dort 14 Tage im Lazarett. Es wurde dort die Diagnose „Ruhr“ gestellt. Von dort geheilt entlassen und zur Behandlung seiner Zähne nach Berlin geschickt.

Befund: Kräftiger Mann in mäßigem Ernährungszustand. Status lymphaticus. Innere Organe ohne Befund. Sehr schlechte Zähne. Foetor ex ore. Stuhl weich, enthält kein Blut, keinen Schleim, keine pathogenen Keime. Agglutination negativ. Patient erhält volle Kost. Der Stuhl bleibt dauernd frei, Patient klagt nur zuweilen über Erkältungsbeschwerden. Nach Behandlung der Zähne geheilt entlassen.

Fall 4. Bu., Reservist der Infanterie, 29 Jahre alt. Am 28. August in Rußland verwundet, Streifschuß der linken Hinterbacke durch Granat-

splitter. Am 16. September Aufnahme in das Augustahospital. Am 26. September erkrankte er mit Fieber und schleimigem Durchfall, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Wegen Verdacht auf Typhus oder Ruhr in die Kgl. Charité verlegt.

Befund: Großer, fettleibiger, etwas pastöser Mann. Lymphatiker. Starke Akne am Rumpf. Zunge belegt. Stuhl sehr weich, enthält etwas Blut und Schleim, keine Ruhr- oder Typhusbazillen. Herz nicht vergrößert, erster Ton unrein. Neurasthenie: starker Dermographismus, sehr gesteigerte Reflexe, Patellartremor, Händezittern, Schlaflosigkeit, Blutuntersuchung negativ.

Behandlung und Verlauf: Drei Tage flüssig-breiige Kost, dann Uebergang zur vollen Kost. Schlafmittel. Behandlung der Wunde. Nach einem Tage fieberfrei. Nach Schließung der Wunde geheilt entlassen.

Fall 5. Ch., Infanterist, 23 Jahre alt. Patient erhielt vor Reims einen Schuß ins linke Knie, das vollständig vereiterte. Zu beiden Seiten des Kniegelenkes wurden breite Inzisionen gemacht und Drains eingelegt. Patient wurde auf der Chirurgischen Klinik behandelt. In den letzten Tagen stieg die Temperatur über 40° und es trat ein fast rein eitrig-schleimiger Durchfall auf. Wegen Verdachtes auf Typhus oder Ruhr auf meine Abteilung verlegt.

Befund: Großer Mann in sehr schlechtem Ernährungszustand. Zunge belegt. Leib empfindlich. Stuhl fast rein eitrig-schleimig. Bakteriologischer Befund in Stuhl und Blut negativ. Andere Organe ohne Befund. Tägliche Spülung der Eiterhöhle mit Wasserstoffsuperoxyd. Sorge für ständigen freien Eiterabfluß. Mit Besserung des lokalen Befundes Aufhören des schleimig-eitrigen Durchfalls. Auf die Chirurgische Klinik zurück verlegt.

Fall 6. Ul., Infanterist, 21 Jahre alt. Erkrankte vor einigen Tagen mit blutig-schleimigem Durchfall.

Befund: Großer, kräftiger Mann. Innere Organe ohne Befund. Zunge belegt. Stuhl dünn, frei von pathologischen Bestandteilen. Bakteriologischer Befund negativ. Zwei Tage flüssig-breiige, dann gewöhnliche Kost. Geheilt entlassen.

Fall 7. Zö., Grenadier, 18 Jahre alt. Vor Reims am 26. September durch einen Streifschuß am Kopf und an der Brust verletzt. Am 2. Oktober wegen Fiebers und schleimigen Durchfalls aufgenommen.

Befund: Mittelgroßer Mann in gutem Ernährungszustand, Habitus asthenicus. Auf der Haut roseolaartige Fleckchen. Milz perkutorisch etwas vergrößert. Herztöne dumpf. Stuhl breiig und schleimhaltig. Zunge belegt. Hals- und Leistenrücken geschwollen. Bakteriologische Untersuchung des Stuhls und Blutes negativ.

Behandlung und Verlauf: Kohle innerlich in Oblaten. Flüssig-breiige Kost. 6. Oktober. Stuhl beginnt wieder geformt zu werden. Uebergang zur gewöhnlichen Kost. Behandlung der Wunden. Am 17. Oktober nach Verschluß der Kopf- und Brustwunde geheilt entlassen.

Fall 8. Me., Jäger, 24 Jahre alt. Patient erkrankte in Ostpreußen vor acht Tagen an blutig-schleimigem Durchfall, wurde von Gumbinnen aus hierher geschickt mit der Diagnose Ruhrverdacht. Infolge Einnahme von Opium hat er seit zwei Tagen keinen Stuhl.

Befund: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. 24. August. Stuhl erfolgt auf Eingabe von Senna reichlich, enthält keine Ruhr- oder andere pathogenen Bazillen. Organ- und Blutbefund negativ. In den folgenden Tagen Stuhl geformt und regelmäßig. Vom 26. August an darf Patient aufstehen und erhält volle Kost (bis dahin flüssig-breiige Kost). 13. September geheilt entlassen.

Die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, daß bei den im Felde stehenden Soldaten häufig Darmerkrankungen mit blutigen und schleimigen Durchfällen vorkommen, die klinisch zunächst durchaus als Bazillenruhr erscheinen, sich aber durch die bakteriologische Untersuchung des Stuhls und Blutes sowie durch den gesamten Verlauf von der echten Dysenterie unterscheiden. Von größter praktischer Bedeutung ist die Harmlosigkeit und dementsprechend gute Prognose dieser Erkrankung.

Für ihre Entstehung kommen mehrere Möglichkeiten in Betracht: 1. eine enterogene Infektion durch irgendwelche Darmbakterien oder Darmparasiten (Fall 2), 2. eine gleichfalls enterogene Intoxikation mit unzuträglichen oder verdorbenen Speisen und ähnlichem, 3. eine mechanische Schädigung der Darmwand bei besonders disponierten Individuen durch allzu grobe, schwer verdauliche und darmreizende Kost, 4. eine parenterale Infektion (z. B. nach Erkältungen von den Mandeln oder den oberen Luftwegen ausgehend).

Die drei erstgenannten Möglichkeiten sind ohne weiteres einleuchtend, wenn es auch im einzelnen Falle schwierig,

wenn nicht unmöglich sein wird, den Entstehungsmodus anamnestisch eindeutig festzustellen. Für den vierten Entstehungsmodus bildet der fünfte mitgeteilte Fall einen Beleg. Daß durch irgendwelche Infektionsherde im Körper der Darm erheblich in Mitleidenschaft gezogen werden kann, ist verständlich. Wissen wir doch seit den Untersuchungen von Schittenhelm und Weichardt über die Enteritis anaphylactica, die ich in eigenen Untersuchungen im vollsten Umfange bestätigen konnte, daß die giftigen Spaltprodukte des Bakterieneiweißes eine außerordentlich starke Schädigung des Darms hervorrufen, die sich bei geeigneten Versuchstieren (namentlich bei Hunden) in blutigem und schleimigem Durchfall äußert. Wissen wir doch weiterhin, daß Bakterien, die in den Kreislauf gelangt sind, durch die Darmwand ausgeschieden werden, wie Beitzke erst unlängst festgestellt hat, und hierbei zu mannigfachen Schädigungen des Darmes Anlaß geben können.

Auffallend ist, daß alle an der beschriebenen ruhrähnlichen Erkrankung leidenden Patienten mehr oder weniger ausgesprochen Lymphatiker waren. Ohne hieraus bindende Schlüsse ziehen zu wollen, möchte ich doch auf diesen Umstand besonders hinweisen. Es ist sehr wohl möglich, daß die bei solchen Leuten bestehende größere Empfindlichkeit des Darms und der Gefäße das Auftreten blutiger Durchfälle bei ihnen begünstigt. Auch bei lymphatischen Kindern treten, wie mir Herr Geheimrat Czerny mitteilte, im Anschluß an irgendwelche Infektionen auch leichter Art zuweilen blutig-schleimige Durchfälle auf, die zwar sehr alarmierend wirken, in der Art ihres Verlaufs aber ebenso harmlos sind wie die oben beschriebenen Darmerkrankungen bei Erwachsenen.

Wenn ich es demnach in Uebereinstimmung mit Grober auch für notwendig halte, alle Fälle von blutigem Durchfall sofort zu isolieren, um im Falle einer echten Dysenterieinfektion eine Weiterverbreitung zu verhindern, so müssen doch nach Stellung der bakteriologischen Diagnose die oben beschriebenen Fälle, die nicht auf Ruhrinfektion beruhen, von den Fällen echter Dysenterie scharf unterschieden und auch praktisch abgesondert werden, um so mehr, als sie nach meinen Beobachtungen und den mir von anderen Kollegen zugegangenen Mitteilungen keine einzelnen Seltenheiten darstellen, sondern im Gegenteil einen nicht unbeträchtlichen Prozentsatz der unter der Diagnose Ruhr oder Ruhrverdacht eingelieferten Fälle ausmachen.

Die Behandlung dieser Fälle besteht in Bettruhe, flüssigbreiiger Kost, warmen Umschlägen auf den Leib und, bei enterogener Infektion, Verabreichung von Magnesiumperhydrol. Als das souveräne Mittel zur Adsorption darmreizender Stoffe (Toxine, Fäulnisprodukte u. a.) hat sich mir die feinverteilte Kohle (Blut-, Tier- oder Holzkohle) erwiesen, die ich gewöhnlich in Oblaten in großen Mengen (15–25 g täglich, eventuell noch mehr, in stündlichen Pausen) nehmen lasse. Die adsorbierende Fähigkeit der feinpulverisierten Kohle, namentlich der Blutkohle, übertrifft sogar die der zuerst zu diesem Zweck eingeführten Bolus alba. Nach dem Aufhören der Durchfälle, also schon nach wenigen Tagen, kann man sehr schnell zur gewöhnlichen Kost übergehen.

Daß diese ruhrähnliche Erkrankung gerade jetzt bei unseren im Felde stehenden Soldaten besonders häufig auftritt, ist in Anbetracht der mannigfachen Schädigungen, denen sie dort in bezug auf die Kost sowie auf Erkältungen und andere Infektionen ausgesetzt sind, nicht verwunderlich. Gerade vom militärischen Standpunkte aus aber ist es wichtig zu wissen, daß diese Erkrankung harmlos ist und meist in wenigen Tagen ausheilt, sodaß die Soldaten wenige Tage nach ihrer Genesung wieder dienstfähig sind.