

## XII.

### Ein Fall von perforirendem Duodenalgeschwür, beobachtet und beschrieben von Prof. Bärdeleben.

---

Unter allen Theilen des Darmkanales zeigt der Zwölffingerdarm am seltensten Geschwüre, wie dies besonders Andral in seiner pathologischen Anatomie hervorgehoben hat. Jedoch scheint das sogenannte perforirende Magengeschwür, wie Rokitansky bereits genau angegeben hat, auch im oberen Theile des Duodenum nicht ganz selten vorzukommen. Dieser Theil des Darmkanales hat bekanntlich fast genau dieselbe Structur, als der gewöhnliche Fundort des perforirenden Geschwüres, der Pylorus-Theil des Magens. Insbesondere stimmen die Brunner'schen Drüsen in ihrem Baue mit demjenigen der traubenzapfenförmigen Drüsen der *Portio pylorica* des Magens vollkommen überein \*), während weiter abwärts in der Darmschleimhaut ähnliche Drüsen nicht angetroffen werden. Vielleicht dass gerade diese traubenzapfenförmigen Drüsen als der Ausgangspunkt der Verschwärung zu betrachten sind.

\*) In der *Portio pylorica*, nicht blos des Hundes, sondern auch des Menschen, habe ich bei wiederholten Untersuchungen traubige Drüsen gefunden und glaube nicht, dass ich die Windungen der Schläuche für Verästelungen gehalten habe, wie dies nach den Angaben von Kölliker (mikroskopische Anatomie, Bd. II. 2te Hälfte, pag. 139.) der Fall gewesen sein müfste. Jedoch will ich darüber nicht absprechen, da mir zur Zeit die Gelegenheit fehlt, einen frischen Magen zu untersuchen.

Zur Veröffentlichung nachstehenden Falles veranlaßt mich eine Mittheilung von Gibert (*Bulletin de l'Académie nat. de Méd. Tom. XVII.*, im Auszuge mitgetheilt in Günsburg's Zeitschrift für innere Medizin, Bd. III. S. 407.), welcher gleichfalls eine Perforation des Duodenum in der Nähe des Pylorus beobachtete, dieselbe aber für einen unerhört seltenen Fall hält. Seiner Beschreibung nach, handelte es sich auch um ein gewöhnliches *Ulcus perforans*, der Kranke war 17 Jahr alt und hatte bereits seit 6 Wochen an Kolik gelitten. Bei der Section fand man alle Merkmale einer Bauchfellentzündung, welche in meinem Falle gänzlich fehlten. Ich gebe meine Beobachtung genau so, wie ich sie am Krankenbette selbst niedergeschrieben habe.

Am 25. October 1848, Morgens 9 Uhr wurde ich zu Herrn R. A. K... gerufen; „er habe plötzlich furchtbare Krämpfe bekommen.“ Ich fand denselben (einen mir wohlbekannten, sehr rüstigen Mann von 56 Jahren) zusammengekauert auf einem Stuhle sitzend und über furchtbare Schmerzen in der Oberbauchgegend laut schreiend. Der Mann war sonst in keiner Weise weichlich, durch fortwährende Bewegung und Beschäftigung im Freien, viele Jagden und sonstige Strapazen im Gegentheil abgehärtet; gegen körperliche Schmerzen insbesondere hatte er sich bei Gelegenheit einer Kopfverletzung, die er vor langen Jahren erlitten und welche wiederholte Operationen nach sich gezogen hatte, sehr wenig empfindlich gezeigt. So ließ sein auffallendes Benehmen wohl auf ganz ungewöhnliche Veränderungen im Unterleibe schließen, und ich glaubte, da Patient noch bis zum vorhergehenden Abend auf der Jagd gewesen, an diesem Tage noch normalen Stuhlgang gehabt, da ferner die sofort vorgenommene Untersuchung die Abwesenheit eines Bruches ergab, eine Perforation, oder eine Darmverschlingung annehmen zu müssen. Nach dem Berichte des bald darauf erscheinenden Hausarztes hatte Patient schon seit längerer Zeit, besonders aber in den letzten Tagen, obwohl er auch diese zum großen Theil noch auf der Jagd zugebracht hatte, über ein unangenehmes Gefühl in der Oberbauchgegend, sowie über

Mangel an Appetit, und übelen Geschmack geklagt. Diese Anamnese, zusammengestellt mit den Umständen, dass weder Erbrechen, noch Neigung dazu vorhanden war, machten es mir wahrscheinlich, dass es sich um ein perforirendes Magengeschwür handele. Der Puls war sehr klein, aber von normaler Frequenz. Das Aussehen des Kranken verrieth grosse Angst und Schmerzen. Der Leib war, auch bei stärkerem Drucke, nirgend empfindlich. Warme Umschläge und als Hausmittel verabreichter Kümmelthee nutzten nichts. Der Kranke verlangte laut schreiend nach Abführmitteln. — So wenig bestimmt die Diagnose auch sein möchte, so glaubte doch der Hausarzt nicht darüber zweifeln zu dürfen, dass die Behandlung gegen eine Peritonitis zu richten sei, wogegen meinerseits, da ich, in der Idee ein perforirendes Magengeschwür vor mir zu haben, von der Therapie (auch vom Opium) nichts erwartete, zwar Bedenken geäußert, aber nicht weiter opponirt wurde. Demnach erhielt Patient innerlich *Ol. Ricini* in grossen Dosen, Calomel zu 3 gr. stündlich; es wurde sofort ein Aderlass von 3 xij gemacht und mehrere Klystiere in kurzen Zwischenräumen gegeben. Durch letztere wurde die Entleerung von sehr geringen Kothmassen bewirkt. Die Klagen des Kranken steigerten sich von Minute zu Minute. Nur sitzend vermochte er im Bette auszuhalten, das Athmen war bedeutend erschwert, die Athembewegungen folgten schnell auf einander und waren wenig tief; nicht selten wurde ihr Rythmus durch heftiges Aufstoßen und Schluchzen unterbrochen. Der Puls blieb klein, wurde aber frequent, 90—100. Als Sitz der Schmerzen wurde fort und fort die Oberbauchgegend bezeichnet. Man ließ deshalb gegen Mittag 16 blutige Schröpfköpfe in diese Gegend setzen, durch welche abermals 3 xij Blut entzogen wurden. Gleich darauf wurde mit der Einreibung grosser Dosen *Ung. ein.* begonnen. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends. Schon am Nachmittag um 2 Uhr hatte Patient eine entschiedene *facies hippocratica*. Eine Wiederholung des Aderlasses am Abend, die auf den Wunsch des Hausarztes vorgenommene Hinzufügung von *Nitrum* zu den Calomelpulvern, und die Fortsetzung der Einrei-

bung und Umschläge, Alles fruchtete nichts. Patient erklärte auf's Bestimmteste, dass er das Gefühl habe, sterben zu müssen; es sei denn, dass man Stuhlgang herbeiführe. In dem Gedanken an die Möglichkeit einer Darmverschlingung entschloss man sich **Drastica** zu geben. Auch diese nutzten nichts. Ich führte, auf den Wunsch des in der Thierheilkunde bewanderten Patienten, ein Talglicht in seiner ganzen Länge durch den Aster ein, dann sogar einen Wachsstock von 3 Fuß Länge — Alles umsonst. Es erfolgte keine Darmentleerung. Quälender Durst gesellte sich zu den früheren Leiden. Von 1 Uhr Nachts an versagte Patient irgend welche Arznei zu nehmen. Um 5 Uhr Morgens, den 26sten, also 20 Stunden nach dem Anfange der Schmerzen, erfolgte der Tod, nachdem etwa 5 Minuten vorher erst das Bewusstsein geschwunden war.

Die Section wurde den 27. October, Nachmittags 2 Uhr, von Herrn Professor Th. Bischoff, in des Hausarztes und meiner Gegenwart, vorgenommen. Nur die Bauchhöhle wurde geöffnet. An der vorderen Wand der *Pars Duodeni transversa superior*, in der Mitte zwischen Pylorus und der Einmündungsstelle des Gallenganges fand sich ein rundliches Loch von  $\frac{1}{2}$  Zoll Durchmesser, aus welchem eine braune Brühe hervorquoll, mit der die Bauchhöhle reichlich angefüllt war. Dies perforirende Duodenalgeschwür verhielt sich durchaus wie ein Magengeschwür. Es stellte einen Trichter dar, dessen Eingang von einem wallförmigen Schleimhaut-Rande umgeben und dessen Ausgangsöffnung in der Serosa ganz scharf umgrenzt, wie mit einem Locheisen ausgeschlagen war. Die Umgebungen des Geschwürs waren ganz normal, der Magen, besonders der Fundus aber ganz schwarz oder schwarzbraun gefleckt (Calomelwirkung), mit schwarzgrauem Inhalte (Mandelmilch und Calomel). Im Peritonealsack natürlich aller mögliche Mageninhalt, auch *Ol. Ricini*, aber nirgend Röthung. Alles übrige normal bis auf ein Paar alte Netzadhäsionen.

Ob in dem vorstehenden Falle von der Anwendung des Opiums Hülfe zu erwarten gewesen wäre? Es könnte auf den ersten Blick scheinen, als wäre die Aussicht auf Erfolg, gerade

weil das Geschwür jenseits des Pylorus seinen Sitz hatte, gröfser gewesen; andererseits ist aber nicht zu übersehen, daß, wenn man auch jedes Getränk verweigert, und die Bewegungen des *Tractus intestinalis* durch Opium wirklich aufgehoben hätte, doch Galle in den Zwölffingerdarm eingeströmt und durch die bestehende Oeffnung auch in die Bauchhöhle gelangt sein würde. Gegen die Ansicht von Stokes, welche zahlreiche Anhänger zählt, daß man Opium in grofsen Dosen bei Perforationen des *Tractus cibarius* administriren solle, muß überdies von theoretischer Seite geltend gemacht werden, daß die peristaltischen Bewegungen des Darms auch bei vollständiger Narkose durch Opium noch fortduern, wie durch Versuche an Thieren leicht erwiesen werden kann.

---