

Bericht über die Krankheit Ernst v. Bergmanns.¹⁾

Von Prof. H. Schlange in Hannover.

Die weit verbreiteten irrthümlichen Vorstellungen über die Krankheit v. Bergmanns lassen den vielfach in ärztlichen Kreisen ausgesprochenen Wunsch berechtigt erscheinen, daß über das Ende des allverehrten Mannes etwas Authentisches veröffentlicht werde. Diesem Verlangen soll der folgende Bericht entsprechen.

Schon seit Jahren hatte v. Bergmann über gelegentliche Darmstörungen zu klagen, bei deren Erklärung er stets an eine schwere Dysenterie erinnerte, die er im russisch-türkischen Feldzuge durchzumachen hatte. Einige Male steigerten sich die Störungen zu ileusartigen Erscheinungen, ließen sich aber durch hohe Einläufe immer wieder beseitigen. Ein sehr bedrohlicher Anfall der Art trat bereits im November 1905 auf, sodaß ich schon damals an sein Krankenbett nach Berlin gerufen wurde, um mit den behandelnden Aerzten zu beratschlagen, ob eine Operation auszuführen sei. Auch diesmal ging der Anfall unter zuwartender Behandlung glücklich vorüber, aber ein störendes Druckgefühl in der hypochondrischen Gegend erinnerte noch längere Zeit hinterher an die schwere Erkrankung. Doch erholte sich v. Bergmann wieder vollkommen, sodaß er im Dezember 1906 seinen siebzigsten Geburtstag in voller Rüstigkeit feiern konnte. Im Februar 1907 stellte sich größere Mattigkeit und Appetitlosigkeit ein, zugleich aber auch heftige Schmerzen im linken N. ischiadicus. Deshalb ging v. Bergmann anfangs März nach Wiesbaden. Unter dem Gebrauch der dortigen Bäder verschwanden die ischiadischen Schmerzen sehr bald, aber die Appetitlosigkeit blieb; er genoß fast garnichts mehr; die Mattigkeit nahm zu. Mitte März traten deutliche Erscheinungen von ungenügender Durchgängigkeit des Darms auf. Sofort wurden, wie bei den früheren ähnlichen Anfällen, hohe Einläufe angewandt, doch blieb ein rechter Erfolg dieses Mal aus. Auf Zeichen scheinbarer Besserung folgte ziemlich plötzlich eine erhebliche Verschlechterung. Es traten heftige Schmerzen im Leibe auf, die Kräfte verfielen schnell, Flatus gingen nicht mehr ab, das Gefühl der Uebelkeit wurde immer stärker.

In diesem Stadium wurde ich am Abend des 22. März zur Operation nach Wiesbaden gerufen und erschien dort mit meinem Assistenten am Morgen des 23. Ich fand v. Bergmann sehr verfallen aussehend, zwar ohne Fieber, aber mit recht mäßigem Puls und kühlen Extremitäten. Leib stark aufgetrieben, im ganzen faßförmig, doch ließ sich feststellen, daß eine stark geblähte Schlinge dicht unterhalb des Nabels von links nach der Cöcalgegend hinzog. Darmbewegungen habe ich nicht gefunden; nähere Palpation war nicht möglich, da namentlich links starke Schmerzhaftigkeit bestand. Aus der Entwicklung des Leidens glaubte ich schließen zu dürfen, daß zunächst ein unvollkommener mechanischer Darmverschluß vorgelegen hatte, daß aber dieser durch Hinzutreten von Peritonitis zu einem vollkommenen geworden sei. Obwohl mir Bergmann mit aller Ruhe und Klarheit volle Freiheit in der Wahl der Operationsmethode zugestanden hatte, war ich mir doch sofort darüber einig, daß bei dem hochgradigen Schwächezustand nur die Anlegung einer Darmfistel in Frage kommen könne. Da aber der Sitz des Hindernisses und dessen Art nicht mit annähernder Sicherheit bestimmt werden konnte, beabsichtigte ich die Fistel wie stets in solchen Fällen, wenn tunlich im Coecum anzulegen. Operationszimmer und Operationstisch fand ich im Hotel bereits vorbereitet. Unter Lokalanästhesie eröffnete ich schnell in der Cöcalgegend die Bauchhöhle, fand gleich das geblähte Coecum, nähte es ein und eröffnete es sofort. Die ganze Operation verlief sehr glatt ohne den geringsten Schmerz für den Patienten und war in wenigen Minuten beendet. Sogleich nach Eröffnung des Darms entleerten sich sehr reichliche Gasmengen und eine kleinere Eiterschale voll dünnflüssigen Kots. Die gespannte Darmschlinge war sofort verschwunden; der Kranke fühlte sich sehr erleichtert und wiederholte im Laufe des Tages seinen Dank für die wirksame Hilfe. Flatus gingen auch in der Folgezeit noch ab, aber nur wenig Faeces, ein Beweis, daß die Peristaltik durch Peritonitis lahmgelegt war.

Am Nachmittag war die Schwäche groß, der Puls klein, reichlicher kalter Schweiß bedeckte Stirn und Hände, sodaß ich schon für den nächsten Morgen das Ende befürchtete. Aber wider Erwarten erholte sich Patient — offenbar unter der Wirkung von

Kampfer und häufig wiederholten Einläufen von Kochsalzlösungen in den Mastdarm — nach einer leidlich guten Nacht bis zum nächsten Morgen so gut, daß wieder ein geringer Hoffnungsschimmer aufdämmerte. Die Schweiß waren beseitigt, der Puls wesentlich besser, kein Fieber; auch wurde mit einigem Appetit ein wenig Milch genommen. So verlief der Vormittag des 24. März leidlich. Dann aber stellte sich wieder größere Unruhe ein, Puls und Aussehen verschlechterten sich aufs neue. Die Schmerzen in der linken Seite erhoben sich abermals und erreichten gegen 2 Uhr nachmittags einen Grad, daß Bergmann den Zustand für unerträglich erklärte und mich dringend bat, ihm auch noch links eine Darmfistel anzulegen. Obgleich ich den Zustand für hoffnungslos ansah, hielt ich mich für verpflichtet, diesen Wunsch zu erfüllen, zumal ich in der linken Seite eine sehr schmerzhaft Resistenz fühlte.

Diese zweite Operation wurde gegen 3 Uhr nachmittags im Bett und wieder unter Lokalanästhesie vorgenommen. Mein Assistent, Dr. Försterling, war bereits nach Hannover zurückgereist; mir assistierte nun dabei der derzeitige Assistent der Bergmannschen Klinik, Dr. Gulecke, der inzwischen zur Pflege seines Chefs nach Wiesbaden gekommen war. Auch Dr. Stein in Wiesbaden, ein früherer Bergmannscher Assistent, war wie bei der ersten Operation so auch jetzt hilfreich zur Hand. Dagegen waren weder Prof. Borchardt noch Prof. v. Bramann zur Zeit der beiden Operationen in Wiesbaden anwesend, sodaß alle Kombinationen, welche die politischen Blätter an diese falsche Meldung geknüpft haben, völlig erfinden sind.

Bei der Operation zeigte sich eine größere Flüssigkeitsmenge in der Umgebung des Colon descendens, die von auffallend stark icterischer Färbung nun in reichlicher Menge herausströmte. Die zunächst erreichbare, offenbar peritonitisch veränderte Darmschlinge, nähte ich schnell in den Wundwinkel ein, verschloß die übrige Wunde und eröffnete zur Beruhigung des Kranken den fixierten Darm durch eine kleine Inzision. Es entleerten sich viele Flatus unter hörbarem Geräusch, was den Kranken sehr erfreute.

Auch dieser zweite Eingriff trug durch die Entlastung des Exsudates sehr zur Erleichterung des Patienten bei, denn er versicherte wiederholentlich, nun ganz schmerzfrei zu sein.

Objektiv trat aber keine Besserung ein. Unter schwankendem Puls verfielen die Kräfte immer mehr. Dabei war der Kranke ruhig und bis zum späten Abend bei klarem Bewußtsein. Erst gegen 6 Uhr früh am Montag, den 25. März trat zunehmende Somnolenz ein, aus der er nicht mehr erwachte. Der Tod erfolgte um 11½ Uhr vormittags.

Die Bauchsektion wurde nach meiner Abreise von Dr. Gulecke ausgeführt, und zwar sechs Stunden nach dem Tode. v. Bergmann selbst hatte eine Sektion gewünscht. Dr. Gulecke hat folgenden Obduktionsbefund niedergeschrieben:

Mäßiger Icterus. Abdomen sehr fettreich, stark aufgetrieben. In demselben reichliches, freies, eitriges, stark icterisch gefärbtes Exsudat. Darmschlingen zum großen Teil mit fibrinösen und eitrigem Belägen bedeckt, Serosa trübe. In der rechten Operationswunde ist das Typhlon fest eingenaht, in der linken das Colon descendens in seiner Mitte. Während der ganze Dünndarm nur ganz leicht gebläht ist, ist das Colon ascendens, ganz besonders aber das Colon transversum bis zur Flexura lienalis so hochgradig gebläht, daß stellenweise eine Perforation nahe bevorzustehen scheint. Eine solche ist indessen nirgends vorhanden. An der Flexura lienalis ist das Colon spitzwinklig geknickt und hoch an das Zwerchfell heraufgezogen und hier durch derbe, feste, ausgedehnte Verwachsungen so stark fixiert, daß seine Loslösung nur mit der größten Schwierigkeit gelingt. Nach ihrer Ablösung sieht man noch zwischen den beiden spitzwinklig gegeneinander geknickten Schlingen frische, leicht zerreißbare Verwachsungen. Hinter der Knickung ist das Colon völlig kollabiert. In der Umgebung dieser Partie ausgedehnte eitrig Beläge im Fettgewebe, überall beginnende Absceßbildung. Außerdem aber sowohl hier, als auch besonders zahlreich und ausgedehnt in der Umgebung des Pancreas und in den oberen Partien des Netzes typische Fettgewebnekrosen von opakem, weißem Aussehen. Das Pancreas selbst ist stark verdickt, etwa um ein Drittel seines normalen Volumens vergrößert, sehr hart, enthält reichlich Fettgewebe, sowie Parenchymnekrosen. In der Vaterschen Papille, die beträchtlich verdickt ist und erigiert in das Lumen des Duodenums vorspringt, liegt ein mit Galle leicht imbibierte, grauweiße, bröcklige, erbsengroße Pancreasstein. Er ist nicht fest eingeklemmt, sondern leicht in der Papille verschieblich. Choledochus erweitert. Keine Gallensteine. Leber, Nieren, Milz normal. Im Darm weder an der Stelle der Stenose, noch sonstwo Narben oder Ulcerationen nachweisbar. Wurmfortsatz 10 cm lang, enthält am blinden Ende zwei Kotsteine. Keinerlei entzündliche Erscheinungen.

¹⁾ Der Bericht ist uns kurz vor Schluß dieser Nummer zugegangen: im Interesse der Sache erfüllen wir gern die Bitte um sofortige Veröffentlichung. D. Red.

Diagnose: Stenosis flexurae lienalis coli adhaesiva. Necrosis pancreatis. Peritonitis diffusa purulenta.

Aus dem Obduktionsbefund geht hervor:

1. daß bei der Kompliziertheit der Erkrankung auch eine früher ausgeführte Operation schwerlich lebensrettend hätte werden können,

2. daß die vielfach verbreitete, von mir übrigens nie anerkannte Meinung, v. Bergmann habe an Carcinom gelitten, falsch war.