



Ein Fall

von

Dickdarmsyphilis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät in Kiel,

vorgelegt von

Julius Brandis.

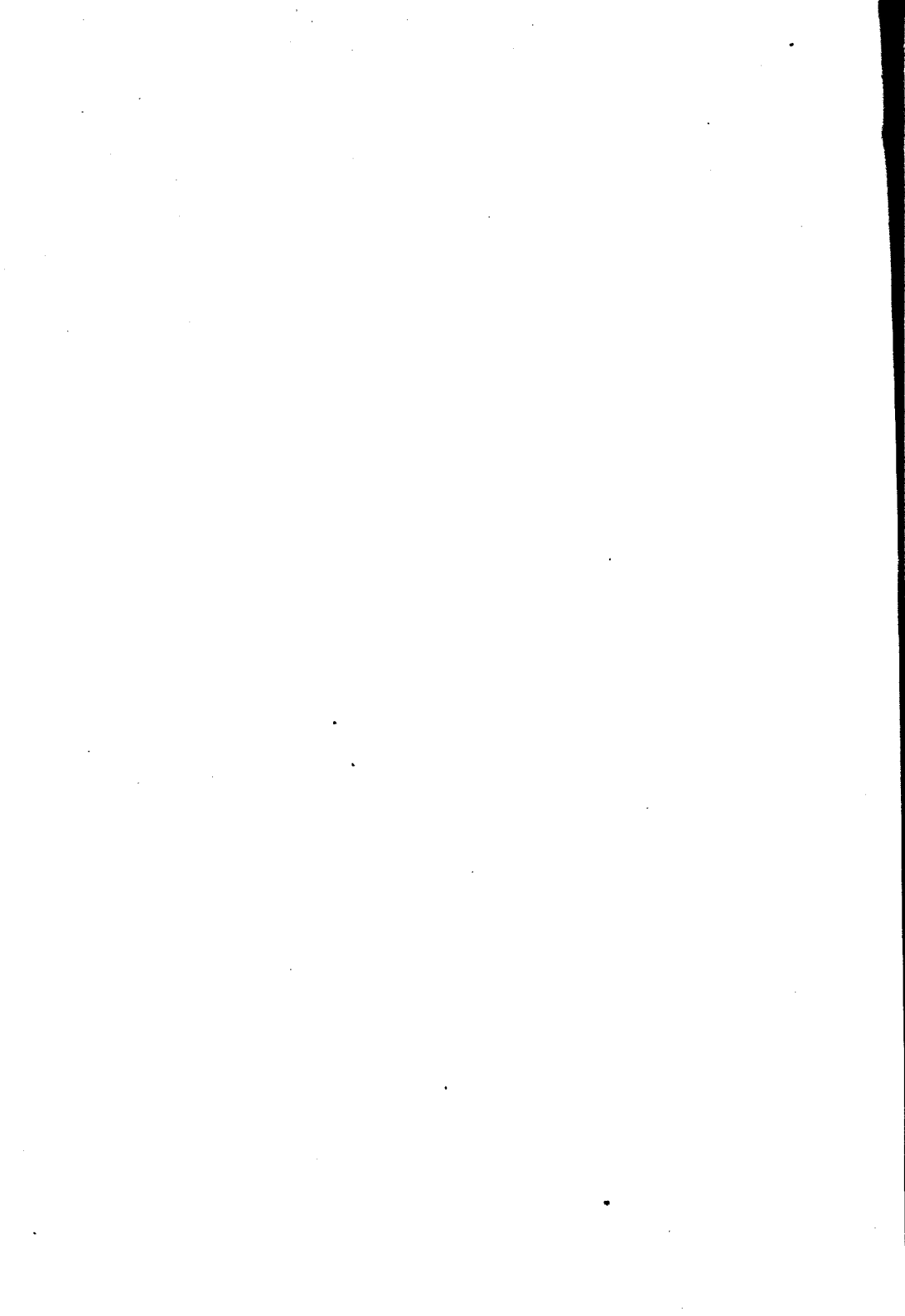
approb. Arzt aus Hamburg.



Kiel.

Druck von Schmidt und Klaunig.

1884.



Unter allen Organerkrankungen, welche mehr oder minder sicher auf syphilitische Infection zurückgeführt werden, sind es die mit Ulceration einhergehenden Affectionen der Darmschleimhaut, deren Charakter, als Product regressiver Metamorphose syphilitischer Neubildungen, noch am wenigstens sicher gestellt erscheint.

In nicht gar zu seltenen Fällen stösst man bei Sectionen auf mehr oder minder zahlreiche Ulcerationen, von verschiedener Ausbreitung und Begrenzung, deren Natur Rokitansky als „rätselhaft“ bezeichnet, was auch noch heute als zutreffend zu erachten ist.

Eine befriedigende Erklärung solcher rätselhafter Affectionen, als Producte syphilitischer Infection, wird aber so lange wol ein *pium desiderium* des Anatomen bleiben, als es nicht gelingt, auch für diesen Proteus unter den Krankheiten einen specifischen Keim zu entdecken, wie die Tuberkelbacillen Koch's für die ächte Tuberkulose.

Dieser Keim müsste, durch sein Vorhandensein in allen, und andrerseits nur in den Producten der Syphilis, jede Verwechslung mit anderen oft unter ähnlichen Secundärererscheinungen einhergehenden Allgemeinerkrankungen mit absoluter Sicherheit ausschliessen lassen. Sein Nachweis würde alsdann zum Erweis des syphilitischen Charakters irgend welcher Organerkrankung, ins besondere der noch so dunklen, wahrscheinlich syphilitischen Darmaffectionen ein unbedingtes Erfordernis sein.

Denn gerade das Fehlen eines absolut prägnanten, genau charakterisirenden, anatomischen Substrats bei den als Darmsyphilis in der Literatur geschilderten Fälle lässt nur einen Wahrscheinlichkeitschluss, aus der Combination mit gleichzeitigen Erkrankungen in andern Organen, deren syphilitische Natur über allen Zweifel erhaben ist, zu. Die Berechtigung des Einwurfes, dass die Gleichzeitigkeit der Erkrankung immerhin ätiologisch durchaus unabhängig sein könne, bleibt dabei im vollen Maasse bestehen.

Trotz der sorgfältigsten und unausgesetzten Forschungen auf diesem Gebiete, ist ein befriedigendes Resultat noch nicht erzielt worden.

Aus diesem Grunde sind wir für die Erkrankungen des Darms, deren ich oben gedachte, vorläufig noch auf eine indirecte Beweisführung angewiesen.

Nur für die Mastdarmgeschwüre liegen in grösserer Zahl sorgfältige Beobachtungen vor, aus denen mit Sicherheit hervorgeht, dass ein Teil derselben durch Schankerinfection entsteht, während ein anderer Teil der Syphilis zuzurechnen und deren Entstehung wol meist auf directe Infection zurückzuführen ist.

Bei diesem Stande der Frage, glaube ich, dass es nicht ganz ohne Nutzen für die Pathologie der Syphilis sein dürfte, einen derartigen, und zwar genau untersuchten Fall der durchaus nicht sehr zahlreichen Casuistik anzureihen; wenn derselbe auch nicht den Anspruch erheben kann, eine definitive Lösung dieses Problems zu bringen, scheint er mir doch ganz besonders geeignet, die Wahrscheinlichkeit der syphilitischen Abkunft beregter Schleimhautulcerationen des Dickdarms zu erhöhen.

Für das mir zu dieser Arbeit überlassene Material, sowie für den mir dabei in liebenswürdigster Weise zu Theil gewordenen Rath, an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Heller meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen, erachte ich für eine angenehme Pflicht, sowie ich auch meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrath Professor Dr. Esmarch für die Ueberlassung der den vorliegenden Fall betreffenden Krankengeschichte grossen Dank schulde.

Es finden sich in der Literatur eine Anzahl von „syphilitischen“ Darmgeschwüren beschrieben, die wol meist in einem solchen Zustand zur Section gelangt sind, in dem eine sorgfältige histologische Untersuchung wenig verspricht. Anfangsstadien dagegen, deren Beschreibung zur Aufhellung dieser Frage am meisten geeignet ist, sind wol noch nicht zur Untersuchung gekommen.

Virchow¹⁾ getraut sich darnach nicht, eine gesicherte Darstellung zu geben, da weder durch klinische Beobachtung, noch durch anatomischen Befund ihr Wesen genügend klar dargelegt werde.

Von der einschlägigen Literatur theile ich das Wesentliche in kurzen Auszügen im Nachfolgenden mit:

Virchow, Geschwülste, vol. II., pag. 416.

Förster¹⁾ sah eigentümliche Ulcerationen der Peyer'schen Haufen im Darnkanal eines mit hereditärer Syphilis behafteten Kindes.

Klebs²⁾ referirt darüber:

Förster fand bei einem Neugeborenen gürtelförmige Geschwüre mit fibrösem Grunde, daneben fibröse Entartung der plaques mit oberflächlicher Ulceration, im Dickdarm nur geschwellte und pigmentirte Follikel.

Klebs³⁾ selbst fand bei einem Manne mit zahlreichen Hautnarben und Ulcerationen, frischen speckigen Rachengeschwüren und einem solchen der Epiglottis, deren Spitze dadurch zerstört war, nebst Lungen- und Lebersyphilom, noch Magen- und Darmgeschwüre. An der Ilmoröckklappe und etwa 1' höher grössere Ulcerationen, die mit ihrer Längsachse quer gestellt, fast ringförmig waren.

Weiterhin im Dünn- und Dickdarm vereinzelte rundliche Geschwüre von 1—2 cm. Durchmesser, das unterste 2 cm. über der Afteröffnung. An einzelnen Stellen fanden sie sich an correspondirenden, bei collabirtem Darne sich berührenden Stellen der Vorder- und Hinterfläche, so dass direkte Uebertragung von einer auf die andere wahrscheinlich war. Die Geschwürsränder waren wulstig, stark gerötet, z. T. mit groben Zotten besetzt und nach Innen überhängend. Hie und da, auf den mit Schleimhaut überzogenen Rändern, fanden sich seichte scharf ausgeschnittene Defecte, welche durch Weiterschreiten des Processes bedingt erschienen. Der Grund war etwas höckrig, dunkelrot, nur mit spärlicher Eiterbildung. An den entsprechenden Serosastellen der grösseren Geschwüre bestanden strahlige, schnige Narben, in denen anscheinend fibröse, derbe weissliche Knoten von 1—3 mm. Durchmesser lagen; sie bildeten z. T. ausserhalb der narbigen Grenzen, Reihen von Körnern, welche Lymphgefässen entsprachen, ähnlich wie bei der Tuberkulose.

Knötchen und Narben bestanden aus derb-fibrösem Gewebe, mit eingelagerten kleinzelligen Elementen. Dann fanden sich einzelne submuköse Knoten, teils rund, bis erbsengross, teils platt, längsrund von fibrösem Habitus.

Meschede⁴⁾ fand bei einem 36-jährigen an Lues erkrankten Manne im Dünndarm 54, 2'''—2'' lange Geschwüre, einzelne ringförmig,

¹⁾ Förster, Handbuch der path. Anatomie II, pag. 148.

²⁾ Klebs, path. Anatomie I, pag. 260.

³⁾ Klebs path. Anatomie I. c.

⁴⁾ Virchow's Archiv XXXVII, pag. 565.

Grund pigmentirt, mit strahligen fibrösen Narbenbildungen; auf den Geschwüren entsprechenden Serosastellen, kleine, derbe, fibröse Knötchen.

Eberth¹⁾ fand bei einer 30—32 Wochen alten Frucht, bei der allerdings die Anamnese für congenitale Syphilis keinerlei Anhaltspunkte bot, neben pemfygusartigen, eiterhaltigen, hirsekorngrossen bis erbsenkorngrossen Blasen der Haut, Abscessen und gummösen Knoten der Thymus und der Lunge, in der Darmwand $\frac{3}{4}$ cm. breite, ringförmige, käsige Einlagerungen von gummöser Beschaffenheit, durch welche Wucherungen die selbst nicht afficirte Mucosa stellenweise zum Schwund und zur Ulceration gebracht war.

Eberth²⁾ glaubt diese mit Wahrscheinlichkeit auf congenitale Lues beziehen zu können und bemerkt dazu: „Ueber die Entwicklung, die ersten Stadien der Syphilis des Digestionstractus sind unsere Kenntnisse jedenfalls noch sehr lückenhaft. Geschwüre und Stricturen sind, besonders bei Erwachsenen, keine gerade seltenen Erscheinungen.“

Aber bis jetzt scheint es nur in einem Falle Virchow gelungen zu sein, neben dem sich retrahirenden Geschwür, die in fettiger Metamorphose begriffenen Gummistellen zu sehen, aus denen die Ulceration hervorging.“

Wagner³⁾ führt neben sonstiger Syphilis an:

„Am Ende des Ileum ist die Schleimhaut bis 1“ dick, bleich, einzelne solitäre Follikel schwach tuberkulös (käsig?) infiltrirt. Mesenterialdrüsen schwach vergrössert, graurot. Die Schleimhaut des Coecum und Colon ascendens fehlt grösstenteils, statt ihrer findet sich eine graurötliche, glatte, narbige Fläche, kleine bis erbsengrosse, käsige Herde, und an zahlreichen Stellen noch Reste der stark infiltrirten Schleimhaut. Die Schleimhaut in der Umgebung dieser Narbenfläche ist stellenweise noch 2“ davon entfernt, graurötlich bis 1“ dick, völlig homogen. Ebenso verhalten sich die beschriebenen Schleimhautinseln.“

Die Muscularis ist überall um das Doppelte dicker, scheinbar rein hypertrophisch, die Serosa und Subserosa normal.

Alsdann fand Wagner⁴⁾ neben sonstiger Syphilis im unteren Ileum eine circuläre $1\frac{1}{2}$ hohe Stelle, an welcher periferisch die

1) Virchow's Archiv XI, pag. 326 und flgd.

2) l. c. pag. 328.

3) Archiv f. Heilkunde IV pag. 368.

4) l. c. pag. 370.

Schleimhaut in scharfer Begrenzung gegen die Umgebung verdickt ist, während der mittlere Teil zahlreiche spaltförmige bis halblinsen-grosse Lücken zeigt.

Auf dem Durchschnitt zeigen sich Mucosa und Submucosa $\frac{3}{4}$ — $\frac{5}{4}$ “ dick, eine graugelbliche homogene Masse bildend, welche zahlreiche feine Aeste in die Muscularis schickt.

Letztere ist gegen 1“ dick, einfach hypertrophisch, Serosa ungleichmässig getrübt, wenig verdickt. An einzelnen Stellen finden sich zweihirsekorngrosse, gelbliche, weickäsige Erhöhungen.

Mikroskopisch ergab sich ganz deutlich syfilitomatische Infiltration der Mucosa, Submucosa und zahlreiche intramuskuläre Bindegewebsstreifen. Die Käseknötchen bestehen aus spärlichem Bindegewebe mit zahlreichen Fett- und Eiweissmolekülen, und einzelnen einfach- und fettig-atrophischen Zellen und Kernen.

Warfvinge¹⁾ fand bei der Section eines 37 Jahr alten, vor vielen Jahren an Syphilis behandelten Mannes 35 Geschwüre im Dickdarm vom Jejunum bis zur Ileocoecalclappe, meist ringförmig, Ränder leicht geschwollen, theils eben und linear, theils von fimoöser Beschaffenheit; grauweisse feste Geschwürsbasis.

Darmwand stark verdichtet, mit peritonealen Bindegewebsneubildungen; Verengerung mehr oder weniger bedeutend.

In mehreren Geschwüren waren käsige Herde eingeschlossen.

Das Geschwür bestand in zell- und kernreichem Gewebe, das in mächtigen Lagen die ganze Darmwand durchsetzte²⁾.

Unter den neusten über diesen Gegenstand veröffentlichten Mittheilungen führe ich ein Referat der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung³⁾ über eine Arbeit Mrazecks³⁾ an:

„Verf. berichtet über die anatomischen Veränderungen des Darms, welche bei 6 hereditärsyfilitischen Neugeborenen beobachtet wurden. Hiernach sind zwei Arten von Veränderungen zu unterscheiden:

1. Die Diffusen, über den ganzen Darm, oder grosse Darmstrecken verbreiteten, entzündlicher Processe, und
2. die mehr circumscripten, typisch syfilitischen.

Die letzteren finden sich vorzugsweise im oberen Teile des Jejunum. Es lassen sich dabei wider zwei Formen differenziren,

¹⁾ Hygiea 1877. (Jahrbuch 1878 II. pag. 544).

²⁾ Centralblatt No. 50. 1883. Vierteljahrsschrift f. Dermatologie u. Syphilis, 1883.

³⁾ Fr. Mrazcek: Ueber Enteritis bei Laes hereditaria, aus dem path.-anat. Institut des Prof. Kundrat. Referat aus der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung, Jahrg. I. III. 2. Januar 1884.

von denen die eine sich durch Localisation um die plaques, und ihre Form, die der Infiltration, von der anderen, in regellos zerstreuten Knötchen und Knoten auftretenden unterscheidet.

Die Schleimhaut hat über den Infiltrationen eine glatte, oder eine reticulirte Beschaffenheit. Die Knötchen sitzen vorzüglich in der Submucosa und variiren von Hirsekorn- bis Linsenkorngrösse.

Infiltrate und Knoten können ulceriren, die Substanzverluste unterscheiden sich dann durch den speckigen Grund und die starren steil abfallenden Ränder von anderen Darmulcerationen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt bei diesen Prozessen, als Ausgangspunkt der Erkrankung, eine Zellinfiltration in die Wandung der feineren arteriellen Gefässe. — Nimmt die Infiltration mit Rundzellen zu, so kann schliesslich das lumen der Gefässe verlegt werden, woraus anämische Nekrose entsteht.

Was sodann die diffusen, entzündlichen Veränderungen anlangt, so sitzen sie hauptsächlich in der Schleimhaut und führen zur Verfettung und Desquamation des Epithels. Diese Affection erklärt auch, warum die Kinder syphilitischer Mütter so häufig an schweren, durch Nichts zu beherrschenden Darmkatarrhen erkranken“.

Einen ganz ähnlichen Befund hatte Herr Professor Heller kürzlich an einem 12 Tage alten an Syphilis congenita zu Grunde gegangenen Kinde zu konstatiren.

Der dieser Arbeit zu Grunde liegende Fall wurde auf der chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrath Esmarch beobachtet und gelangte am 8. Januar 1881 auf dem pathologisch-anatomischen Institut zu Kiel zur Section.

Der Fall betrifft eine 26 Jahr alte Frau D., von gesunden noch lebenden Eltern. Der Ehemann derselben lebt und ist angeblich gesund.

Im Jahre 1876 wurde Pat. im 7. Schwangerschaftsmonat entbunden, das Kind starb im Alter von $\frac{5}{4}$ Jahren an „Zahnkrämpfen“.

Pat. stand am 3. Tage des Wochenbetts auf, wurde jedoch bald wider bettlägerig, und litt ein volles Jahr an „Gebärmutter-Entzündung“, wobei sie eitrigen Ausfluss aus der Scheide hatte. Im Jahre 1877 litt Pat. 9 Wochen lang an Gelenkrheumatismus, hatte während desselben 13 Tage lang Stuhlverstopfung, dann sehr schmerzhaften Stuhlgang mit Blut, und später mit Eiterbeimischung.

Gegen diese Haemorrhoiden wurden auf ärztliche Anordnung vergeblich Carbol- und Alauneinspritzungen gemacht.

Während des Gelenkrheumatismus hatte Pat. ein Zehnpfennigstückgrosses Geschwür an der Innenfläche eines Oberschenkels, welches ohne Therapie heilte.

Im Jahre 1878 begab sich Pat. in ein Krankenhaus, woselbst ausgedehnte Schleimhautulcerationen des Mastdarms und incomplete Mastdarmlisteln beobachtet, und mit Ausschabungen und Ausspülungen behandelt wurden. Erst Einspritzungen von 5 % Salicylsäurelösung verminderten den profusen Ausfluss.

Im Krankenhause hat Pat. einen Ausschlag in der Umgebung des Afters, an der Innenfläche der Oberschenkel, und im Gesichte gehabt.

Nach 23 Wochen kehrt Pat. gebessert nach Hause zurück, macht Einspritzungen von Eisenlohe- und Alaunlösung. Trotz dieser Medication dauert indess die Eit rung fort. Zwei Monate später traten Schwellung der Kniegelenke ein, welche bald auf Application hydro pathischer Umschläge wichen.

Bei der Aufnahme in die chir. Klinik zu Kiel, Ende October 1880 klagt die sehr heruntergekommene Pat. über heftige Schmerzen in den Seiten und im Leibe vor dem Stuhlgang, welche beim Stuhlgang sich noch steigern. Stuhlausleerungen waren täglich vorhanden.

Am anus finden sich Hämorrhoidalknoten, deren manuelle Untersuchung sehr schmerzhaft ist.

Ungefähr 4 cm. oberhalb der Analöffnung befindet sich eine Stricture das Speculum zeigt ausgedehnte Geschwüre mit gelblichem Grunde.

Am 4. November wird eine antiluctische Kur, sowie Bougie-Behandlung der Stricture eingeleitet.

Am 17. Dezember treten sehr heftige Leibscherzen mit Erbrechen aller genossenen Speisen ein; Pat. wird auf Milchdiät gesetzt. Am 20. Dezember haben die Schmerzen fast nachgelassen, es besteht aber vollständige Appetitlosigkeit.

Vom 30. Dezember an stellen sich wider periodisch eintretende, sehr heftige Magen- und Leibscherzen ein, von da an zunehmender Kräfteverfall. Der Tod ex inanitione tritt am 7. Januar 1881 ein.

Die 24^h post mortem von Herrn Prof. Heller vorgenommene Section ergab als wesentlichen Befund:

Ausgebreitete, verkäsende Pneumonie m. Cavernen. — Residuen v. Peri- und Myokarditis — Residuen ausgedehnter Peritonitis. — Ausgedehntes stricturirendes Mastdarmgeschwür. — Zahlreiche syphilitische Geschwüre und rostfarbene Pigmentirung des Dickdarms — Narben der Nieren. — Hydrops beider Tuben mit Obliteration der Ostien. — Krupöser Belag der Luftwege. — Allgemeine Anaemie.

Das Sectionsprotokoll über den Befund am Intestinaltractus lautet:

Magen eng, wenig gelbliche Massen enthaltend, Schleimhaut sehr blass.

Dünndarm eng, wenig gelblichen Chymus enthaltend, Schleimhaut durchaus bleich, sonst anscheinend normal.

Dickdarm mässig ausgedehnt, wenig Gase und dünnbreiig-bräunliche Massen enthaltend, Schleimhaut mit dünner Lage zähen Schleimes belegt, vom Coecum bis zum Rectum durchaus intensiv rostfarben; an der Ileocöcalklappe beginnend, durch den ganzen Dickdarm zerstreut, findet sich eine Anzahl blass-weisslich-gelber, theils unregelmässig, theils scharf rundlich begrenzter, kaum unter die Ebene der umgebenden Schleimhaut eingesunkener Geschwüre.

Die umgebende rostfarbene Schleimhaut setzt sich mit einzelnen breiteren und schmäleren Streifen auf die blasse Geschwürsfläche fort. Diese Streifen sind vielfach brückenförmig unterminirt. Die Geschwürsbasis ist eben, nur ganz wenig körnig, die Umgebung der Geschwüre nicht narbig herangezogen.

Die solitären Follikel sind, als etwas blässere Flecken, überall deutlich hervorgehoben.

Die Lymphdrüsen am Colon sind klein, derb, grösstenteils dunkelbraun gefärbt, ebenso die Retroperitonealdrüsen.

Das Rectum ist in einer Längenausdehnung von 19 cm, in eine einzige grosse, theils glatte, theils unebene, wulstige Geschwürsfläche von blassgrauröthlicher Farbe umgewandelt; die wulstigen Particen sind von ganz leicht sammetartigem Aussehen; die glatten meist weisslichem Narbengewebe gleichend. Im unteren Drittel finden sich einzelne in die Wand tief eindringende, zum Teil in das stark verdickte Beckenzellgewebe führende, fistulöse Gänge. Unmittelbar über der Aftermündung ist das Rectum sehr eng, die unebene Geschwürsfläche von kirschroten Wülsten überragt. — Die Muscularis ist sehr stark, doch ungleichmässig verdickt. — —

Sämmtliche dieser Section entstammenden Präparate wurden sofort in 96 % Alkohol zur Conservirung gebracht.

Die bei dem Lungenbefund durchaus naheliegende Diagnose der Tuberkulose liess sich durch das makroskopische wie mikroskopische Fehlen von Miliartuberkeln in allen Organen, zumal in Lunge und Leber, mit grosser Wahrscheinlichkeit schon damals ausschliessen.

Dennoch erachtete ich bei dem heutigen Stande dieser Frage zur Sicherstellung dieses Ergebnisses die zur Zeit der Section noch nicht bekannte Prüfung sämmtlicher Organe auf Tuberkelbacillen für unerlässlich. Dieselbe wurde nach der Ehrlich'schen Methode vorgenommen und ergab ein negatives Resultat. Der beweisende Wert dürfte, trotz des grossen Zwischenraumes zwischen der Section und der vorgenommenen Prüfung, bei der trefflichen Conservation der Präparate und bei der bekannten grossen Resistenzfähigkeit der betreffenden Keime, wol nicht in Frage gestellt werden.

Die der mikroskopischen Beschreibung zu Grunde liegenden Schnitte sind theils mit dem Gefrier-Mikrotom angefertigt, theils in Celloidin eingebettet und mit Pikrokarmin gefärbt.

Mikroskopischer Befund.

Auf dem Durchschnitt der Geschwürsflächen bemerken wir ein völliges Fehlen der mucosa.

Im Niveau der muscularis mucosae erscheint hier ein granulationsartiges Gewebe aus dicht gedrängten Rundzellen und freien Zellkernen bestehend, mit sehr spärlicher Gefässentwicklung. Die Kernwucherung dringt hier tief in die submucosa ein und verdrängt stellenweise ihr Gewebe vollständig. An vielen Stellen sieht man über solchen Geschwürsflächen, durch Celloidin fixirt, ohne jeden Connex mit der Geschwürsbasis, mehr oder weniger zusammenhängende atrofische Reste von Lieberkühn'schen Drüenschläuchen die auf dem Schnitt getroffenen Schleimhautbrücken.

Die muscularis mucosae ist, wie die mucosa selbst, auf den Geschwürsflächen völlig zu Grunde gegangen. Nur hie und da, auf besonders ausgedehnten Geschwüren, stösst man auf kleine mucosa-Inseln mit allen ihren Bestandteilen, nur dass auch hier die spärlichen Drüenschläuche in Form und Grösse beträchtlich von der Norm abweichen. An den Geschwürsrändern ist die mucosa durch die hier besonders mächtige Zellwucherung über das Niveau der nächsten Umgebung etwas emporgehoben, doch ist dies durchaus nicht so bedeutend, wie man es bei den tuberkulösen Geschwüren mit wallartigen Rändern anzutreffen pflegt.

Die hier besonders starke Zellproliferation spricht sich nicht allein durch das Emporheben der Randpartieen der noch erhaltenen

mucosa und durch ein besonders tiefes Eindringen der Wucherung in die submucosa (stellenweise selbst in die Gewebsspalten der muscularis) aus, sondern wird auch durch den Umstand charakterisirt, dass wir gerade an solchen Stellen, als Ausdruck gegenseitiger Ernährungsstörung der gewucherten Elemente, vielfach circumscripste Parteen finden, die ein eigentümlich trübes Aussehen zeigen, wodurch ein deutliches Erkennen der Contouren der einzelnen Zellen verwehrt wird. An andern Stellen, mitten in den Wucherungen, finden wir Abschnitte, wo die mangelhafte Kernfärbung uns den Beginn der Verkäsung erkennen lässt, und im Centrum solcher Stellen deutlich ausgesprochene Verkäsung.

Aber gerade die Massenhaftigkeit der Proliferation in diesen hochgradig alterirten Gewebsparteen verhüllt so sehr alle Details, wie sie der werdende Process in seinen mehr oder weniger vorgrückten Entwicklungsstadien zu bieten im Stande ist, dass aus dem anatomischen Verhalten der Geschwüre allein die Begründung des syphilitischen Charakters der Erkrankung, trotz mancher Besonderheiten, sich nicht wol herleiten lässt.

Gerade hier ist die relativ intacte Umgebung der Geschwüre, mit ihrer nicht so vorgeschrittenen Gewebsalteration von ungleich grösserem Interesse.

Die mucosa ist, wie bemerkt, am Rande der Geschwüre durch die noch weit, bis in's relativ Gesunde, unter sie sich erstreckende Zellwucherung etwas, wenn auch nicht erheblich, emporgehoben.

Am Rande selbst ist das Verhalten ihrer Drüsenschläuche so abweichend von der Norm, dass man dieselben auf den ersten Blick kaum als solche anzusprechen wagt. Die einzelnen Schläuche sind nur noch als Rudimente zu erkennen, und ihre Lage zu einander so verschoben, dass uns im optischen Bilde, in einem und demselben Gesichtsfelde, Längs-, Quer- und Schrägschnitte oft bunt durch einander erscheinen. Weiterhin, wo dieselben wider einen zueinander parallelen und gestreckten Verlauf annehmen, ist das Gewebe zwischen den einzelnen Drüsenschläuchen mehr oder weniger über die Norm verbreitert, sodass ihr Abstand von einander stellenweise fast den Querschnitt eines einzelnen Drüsenschlauches betragen mag.

Der Grund dieser abnorm grossen Drüseninterstitien ist durchweg an allen Schnitten von stark lichtbrechenden, glänzenden, rostfarbenen Pigmentkörnchen durchsetzt, gegen die Oberfläche werden dieselben

spärlicher. Diese Pigmentinfiltration fehlt auch da nicht, wo das anatomische Verhalten der mucosa sonst nichts von der Norm Abweichendes darbietet.

Hie und da, wo die muscularis mucosae von der Wucherung in der submucosa durchbrochen ist, dringen die Rundzellen bald säulenförmig, bald unregelmässig in diese Zwischenräume ein und bedingen besonders starke Verbreitung der Interstitien.

Die überall sich findende Pigmentbildung deckt sich vollkommen mit der makroskopisch so charakteristischen Färbung der erkrankten Darmpartien.

Ausser diesen Veränderungen treffen wir an den geschwürsfreien Abschnitten an zahlreichen Stellen schon in der mucosa selbst schon auf ganz circumscripote ovale oder rundliche gummiartige Knötchen, deren Elemente den Zellen der übrigen Wucherungen vollkommen analog sind, die sich aber scharf gegen ihre Umgebung absetzen.

Die Epithelien der einzelnen Drüsenschläuche zeigen in den hochgradig afficirten Partien, wiederum besonders an den Geschwürsrändern, fettige Degeneration, öfter aber nur körnige Trübung, so dass der Kern nicht überall deutlich erkennbar ist.

Die Längsmuskelschicht der mucosa ist, wo sie nicht durch die Zellwucherungen in der submucosa durchbrochen wird, deutlich kenntlich und wol erhalten, über den offenen Geschwüren natürlich mit der mucosa selbst vollständig zu Grunde gegangen.

Als Ausgangspunkt der Erkrankung, als deren Endprodukt die vollständige Zerstörung der Schleimhaut soeben in ihren Einzelheiten beschrieben ist, haben wir die submucosa zu betrachten. Hier haben wir diejenigen Initialveränderungen zu suchen, die am schönsten das Werden des Krankheitsprozesses zu illustriren vermögen.

Auf den offenen Geschwürflächen finden wir die reticulirte Grundsubstanz der submucosa so vollständig durch die Granulationswucherung ersetzt und verdrängt, dass nur noch die untersten Faserschichten derselben in ihren welligen Contouren deutlich zu erkennen sind. Diese Infiltration ist so dicht und gleichmässig, dass sie in Nichts von anderen chronisch-entzündlichem Granulationsgewebe zu unterscheiden wäre, wenn nicht durch die auffallend spärliche Gefässneubildung.

Je weiter wir uns von diesen Endproducten der Erkrankung in der submucosa entfernen, um so spärlicher erscheint die Zellproduction, aber um so charakteristischer deren Form und Configuration.

In den Gewebslücken der submucosa reihen sich Rundzellen und Kerne in Form von Strängen und Zügen aneinander; vielleicht entspricht dieser Verlauf in seiner oft gefässartigen Anordnung, dem der primären Lymphspalten. Diese mehr diffuse Infiltration pflegt durchweg unmittelbar unter der mucosa am dichtesten zu sein, deren Längsmuskelschicht hie und da von ihr durchbrochen wird.

Aber ausser dieser Form der Infiltration begegnen wir ausserordentlich häufig circumscribten, fast immer rundlichen, oder ovalen Anhäufungen von Zellen. Wir gedachten schon ähnlicher Gebilde in der mucosa, nur dass sie seltener sich vorfinden. Um so häufiger treffen wir auf diese Zellconfigurationen in der submucosa, wo ihr Sitz am häufigsten dicht unter der muscularis mucosae ist, die nicht selten durch deren Wachstumsdruck der Druckatrophie erliegt.

Die inmitten der Granulationswucherung meist am Rande der Geschwüre gelegenen, oben erwähnten Käseherde scheinen an Form, Grösse und Anordnung nichts weiter als solche verkästen Gummaknoten zu sein, welche der den syphilitischen Neubildungen eigenen, durch die Ernährungsbeeinträchtigung von Seiten der in ihrer unmittelbaren Umgebung wuchernden, reactiv-entzündlichen Granulationsbildung noch begünstigten Nekrobiose anheimgefallen sind.

Die Gefässe der submucosa zeigen dem Krankheitsprocesse gegenüber ein Verhalten, das, wenn es uns auch nicht zu der Annahme berechtigt, sie als dessen eigentlichen Ausgangspunkt zu betrachten, gleichwol für das Zustandekommen ihres Endproductes, des Geschwürs, nicht ganz ohne Bedeutung sein dürfte.

Während wir einerseits selbst in unmittelbarer Nähe der Geschwüre oft vollkommen entartete Gefässe antreffen, finden wir daneben solche, deren Adventitia von spärlichen Rundzellen und freien Kernen wie garnirt erscheint. Hier handelt es sich scheinbar nur um einfache entzündliche Emigration. Nicht gar selten treffen wir aber besonders in den tieferen submucosa-Schichten, auf feinste Arterien und Venen, deren Gefässscheide von ganz circumscribten, gummaartigen, den vorhin erwähnten Gebilden gleichenden, verhältnismässig mächtigen Wucherungen derart infiltrirt ist, dass ihr lumen mehr oder weniger beeinträchtigt wird. An mehreren Stellen fanden

sich solche Zellhaufen, keilförmig zwischen zwei benachbarte Gefässe eindringend, deren lumina durch die sie umwuchernden Elemente der Neubildung bald zur vollständigen Obliteration gebracht, bald nur mehr oder weniger stenosirt werden.

Nicht immer lässt sich ein directer Zusammenhang dieser perivasculären Gummabildung mit den Geschwüren demonstrieren.

Konnte ich sonach nicht die Ueberzeugung gewinnen, dass der geschwürige Zerfall, wie Mrazek will (conf. oben) vorwiegend das Resultat einer anämischen Nekrose, bedingt durch das Zugrundegehen normal vorhandener Gefässe, so stelle ich andererseits nicht in Abrede, dass auch hier die Beteiligung des Gefässsystems an der Erkrankung, als ein wichtiges Moment für das Zustandekommen des definitiven Geschwürs hinzukommt.

Als dessen Hauptursache möchte ich indessen die Tendenz aller syphilitischen Neubildungen zum schnellen Zerfall, wegen der für die Massenhaftigkeit der Zellwucherung geringfügigen und mangelhaften Neubildung von Gefässen ansprechen, und hypothetisch dürften wol die noch aufzufindenden niederen Organismen der Syphilis hierfür verantwortlich zu machen sein.

Wie die Gefässe der submucosa, so ist auch der submuköse Meissner'sche Nervenplexus in Mitleidenschaft gezogen. Die Ganglienzellen des stratum nervosum der submucosa sind inmitten der Zellwucherung als gruppenweise zusammenliegende, dunkel-protoplastische, birnen- und spindelförmige Gebilde zu erkennen. Von ihren Ausläufern ist wenig zu sehen, zuweilen erkennt man dieselben als stumpfe abgeknickte Stiele. Diese Gebilde, die durch die Zellwucherung überall in ihrer Umgebung, die sich teilweise auch zwischen sie hineindrängt, abgeplattet und difform erscheinen, sind an vielen Stellen im Beginn der fettigen Degeneration, während die mangelhafte Kernfärbung überall den Beginn der Atrophie kennzeichnet.

Die muscularis ist überall stark und ungleichmässig hypertrophisch. Nur an besonders tiefgreifenden Geschwüren setzt sich die Zellwucherung selbst in die Bindegewebsfascikel zwischen Muskelbündeln fort.

Die serosa zeigt durchweg keinerlei Abweichungen von der Norm.

Die hochgradigsten Veränderungen aller Bestandteile der Darmwand zeigt das Rectum. Die obersten Schichten desselben bestehen ausschliesslich aus festem, narbigen Bindegewebe, das ganz enorm

dicht mit Granulationszellen durchsetzt ist. Alle Elemente der Darmwand sind durch diese Wucherung ersetzt; nur die stark und ungleichmässig hypertrofische muscularis ist erhalten, jedoch ebenfalls von der Zellwucherung durchsetzt.

Aus dem vorliegenden Befunde, glaube ich, mit einiger Sicherheit den Schluss auf Enteritis syphilitica des Dickdarms begründen zu können.

Für Tuberkulose, die differential diagnostisch wol allein hier in Betracht kommen kann, bieten in der Krankengeschichte sich weder durch Anamnese, noch Verlauf irgend welche Anhaltspunkte.

Anamnestisch spricht gegen Tuberkulose die Abstammung aus durchaus gesunder Familie, das Fehlen irgendwelcher Drüsenerkrankungen und anderer scrofulöser Affectionen in der Jugend der Patienten, sowie die Unwahrscheinlichkeit einer irgendwie acquirirten tuberkulösen Infection im vorgeschrittenen Lebensalter. Dass auch eine syphilitische Infection in Abrede gestellt wird, (der Ehegatte ist nicht zur Untersuchung gekommen) darf wegen des dieser Krankheit anhaftenden opprobrium ja durchaus nicht Wunder nehmen und kommt daher anamnestisch durchaus nicht in Betracht.

Positiv für Syphilis sind aber aus der Anamnese verschiedene höchst verdächtige Affectionen geltend zu machen, die in den Augen des Klinikers eine ungleich höhere Beweiskraft haben müssen, als das nach dem alten Spruch: „omnis syphiliticus mendax“ so wertlose Leugnen einer syphilitischen Infection.

Hierher gehören das im Jahre 1877 während eines Gelenkrheumatismus ohne Veranlassung entstandene und ohne Therapie geheilte Geschwür an der Innenfläche eines Oberschenkels, hierher gehört aber noch wahrscheinlicher der während des Krankenhausaufenthalts im Jahre 1878 beobachtete Ausschlag in der Aftergegend an der Innenfläche beider Oberschenkel und im Gesicht.

Auch die, als Hämorrhoidalerkrankung angesprochene Affection des Mastdarms ist unzweifelhaft syphilitischer Natur, vielleicht ist hier der locus invasionis zu suchen. Für diese Annahme ist die ausserordentliche Hartnäckigkeit des Leidens, gegenüber allen therapeutischen Encheiresen anzuführen, sowie der gute, wenn auch nur vorübergehende Erfolg einer eingeleiteten antiluetischen Behandlung.

Klinisch lässt der ausserordentlich protrahirte Krankheitsverlauf eine zur tuberkulösen Allgemeininfection hinzugetretene, tuberkulöse Enteritis im höchsten Grade unwahrscheinlich erscheinen. Eine

primäre Dickdarmtuberkulose gehört aber, zumal bei Erwachsenen, zu den allerseltensten Erscheinungen. Die andauernden und ausserordentlich heftigen Schmerzen im vorliegenden Falle sprechen ebenfalls gegen die Darmtuberkulose, in deren Verlauf die Schmerzen geringfügig zu sein, oder, wenn heftiger, in vorübergehenden Koliken zu bestehen pflegen, die ihre Erklärung in circumscripten adhaesiven Peritonitiden finden.

Das grob-anatomische Verhalten der Lungen scheint, bei oberflächlicher Betrachtung, gerade für Tuberkulose Anhaltspunkte zu bieten.

Nicht zweifelhaft erscheint es mir, dass in einer vergangenen Periode der Sectionsbefund einer verkäsenden Pneumonie mit Cavernenbildung allein schon genügt haben würde, den tuberkulösen Charakter der Krankheit als erwiesen zu erachten und die gleichzeitige Darmaffection damit in Beziehung zu setzen. Heute kennen und unterscheiden wir jedoch verschiedene Prozesse, deren Resultat der käsige Zerfall des Lungenparenchyms ist, und zu diesen gehören auch die interstitiellen, der Lues zuzurechnenden, pneumonischen Infiltrationen.

Besonders möchte ich noch das Fehlen der Miliartuberkel in der Leber hervorheben, deren stetes Mitbetroffensein bei allgemeiner Miliartuberkulose, nach dem Ergebnis zahlreicher auf dem hiesigen pathologischen Institute vorgenommener Untersuchungen, vor dem Auffinden der Bacillen fast als Reagens der Tuberkulose sich betrachten liess.

Selbst diese Beweisgründe jedoch erscheinen heutzutage fast überflüssig, wo wir in dem Koch'schen Tuberkel-Bacillus ein unfehlbares Kriterium und unerlässliches Postulat für die ächte Tuberkulose besitzen.

Die sorgfältige und genaue Untersuchung der in Betracht kommenden Organe ergab auch in dieser Richtung, wie eingangs bemerkt, ein negatives Resultat. Ich bemerke hiezu, dass zugleich bacillenhaltige Schnitte anderer Provenienz zur Sicherstellung mitgefärbt wurden.

Aber auch der anatomische Charakter selbst der erkrankten Darmpartien lässt sich weit eher für Syphilis als für Tuberkulose verwerthen.

Während zunächst der primäre Sitz der Darmtuberkulose fast constant im Ileum und Cöcum sich findet und von da aus erst der Prozess über die unteren Darmpartien sich auszudehnen pflegt, ist

in dem vorliegenden Fall der ganze Dünndarmtractus an der Erkrankung durchaus unbeteiligt. Während ferner das tuberkulöse Geschwür sich durch stark wallartig-erhabene, oft indurirte Ränder auszeichnet und meistens in Ringform auftritt, zeigen die Geschwüre in unserem Falle in Form und Gruppierung ein durchaus abweichendes Verhalten, haben aber alle den Umstand gemeinsam, dass der Geschwürsgrund nur ganz wenig unter das Schleimhautniveau eingesunken ist, und der Rand derselben nur bei mikroskopischer Betrachtung sich als leicht erhaben nachweisen lässt.

Haben wir bei tuberkulöser Darmverschwärung die Infiltration des Follikelapparats als Ausgangspunkt der Geschwürsbildung zu betrachten, so ist in dem vorliegenden Falle das submucosa-Gewebe selbst vorwiegend Sitz der Erkrankung und die ganz geringfügige vielleicht vorhandene Schwellung der Darmfollikel als secundärer und nebensächlicher Befund zu betrachten; es sind die Follikel als blaue Flecke deutlich erhalten. Die bei Darmtuberkulose wol nie fehlende, hochgradige Schwellung und teilweise Verkäsung der Mesenterialdrüsen vermissen wir hier ganz, und finden statt ihrer die charakteristische derbe Beschaffenheit und Pigmentirung der Lymphdrüsen der Colon- und der Retroperitonealdrüsen.

Führen uns so per exclusionem die fehlenden, für Darmtuberkulose charakteristischen, anatomischen Merkmale fast mit Notwendigkeit zur Diagnose der Syphilis, so kommen als positive Beweisgründe noch folgende Punkte hinzu:

Die charakteristische Pigmentirung der befallenen Darmpartien, die durchaus der Syphilis eigen, und ein Analogon jener bekannten kupfrigen Färbung alter syphilitischer Narben zu sein scheint.

Der durchaus gummöse Charakter der Zellinfiltration in der submucosa.

Von besonderem Interesse dürfte hier noch die passive Beteiligung des nervösen Apparats der submucosa an der Erkrankung sein. In ihr mögen die hochgradigen nervösen Symptome der vorliegenden Krankengeschichte, in ihr auch die, selbst bei dem vorgeschrittenen Stadium der Darmerkrankung, unverhältnismässig hohe Funktionsstörung des Digestionstractus eine naheliegende Erklärung finden.

Was das Alter der Darmgeschwüre betrifft, so sind sie als sehr frische secundäre aufzufassen, denen deshalb der Character alter

syphilitischer Geschwüre — die starke Narbenkontraktion — noch abgeht.

Fassen wir uns kurz die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammen, so haben wir:

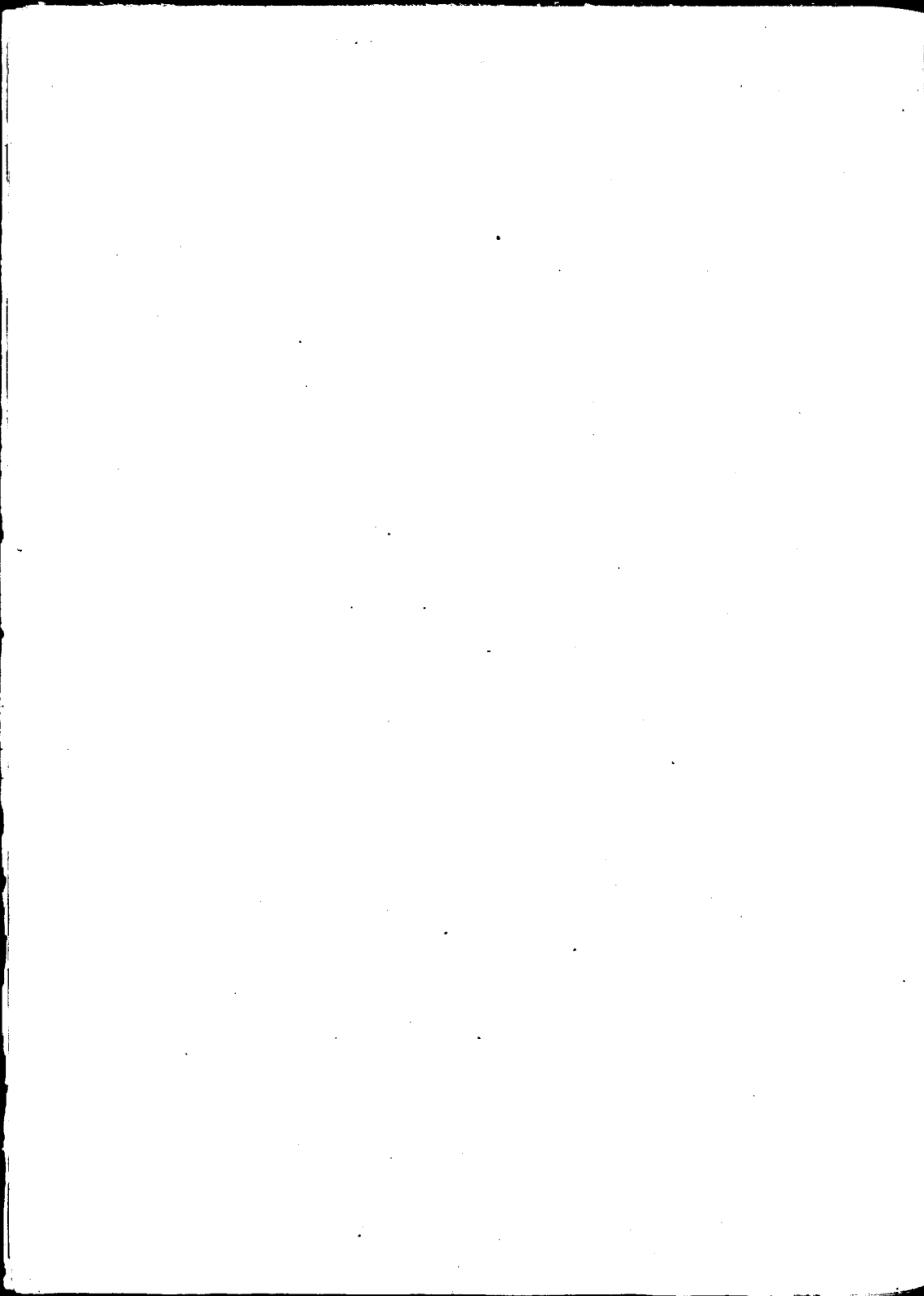
1. Primäres syphilitisches Mastdarm-Geschwür,
2. Frische syphilitische Geschwüre des übrigen Dickdarms aus zahlreichen kleinen Gummata der mucosa und submucosa entstanden.

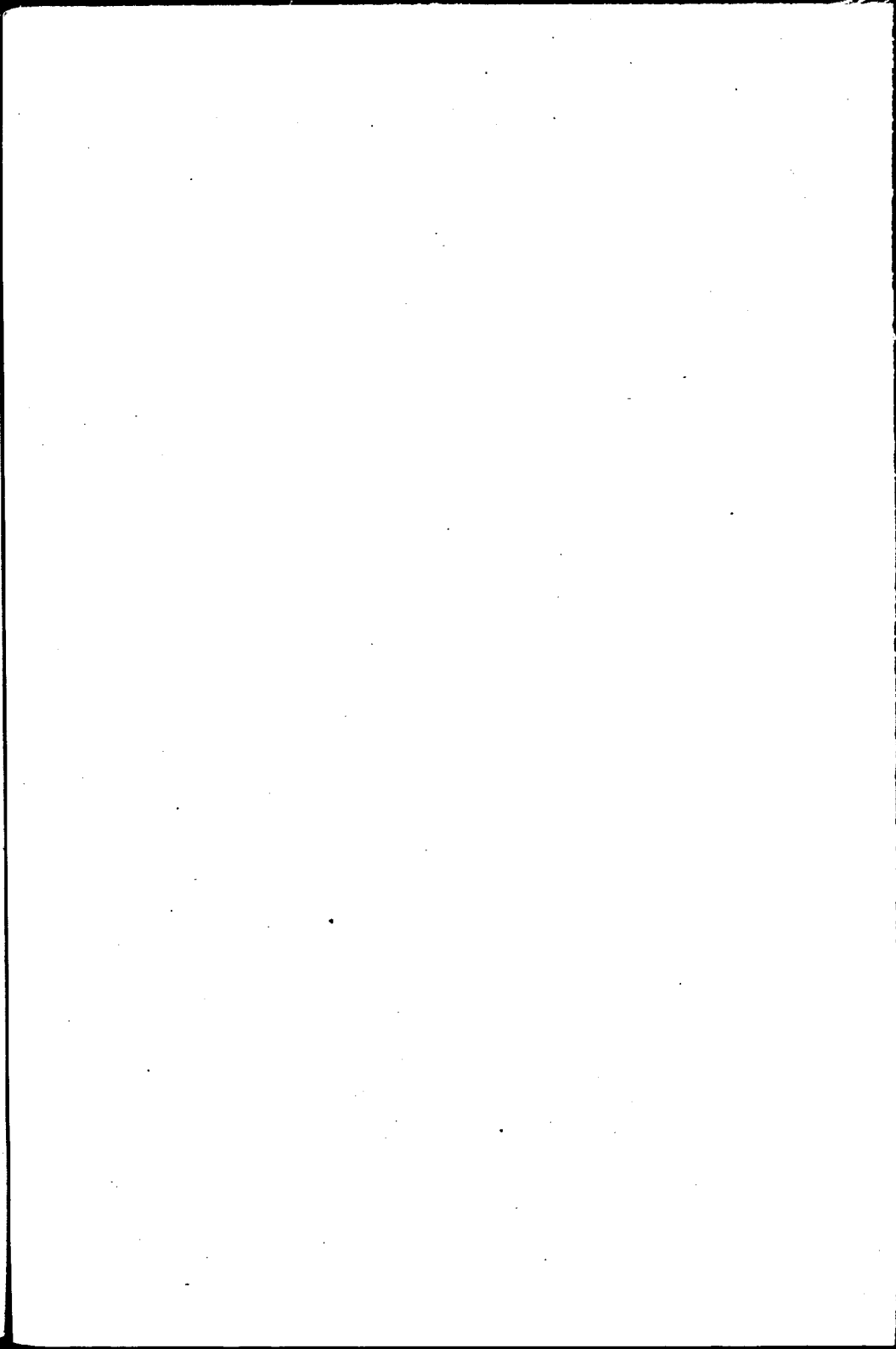
Vita.

Ich, Julius Wilhelm August Brandis, bin am 27. Jan. 1855 zu Hamburg geboren. Meine humanistische Ausbildung erhielt ich auf den Gymnasien zu Hamburg und Altona. Auf dem Gymnasium-Christianeum zu Altona erlangte ich Michaelis 1876 das Zeugniß der Reife. Ich studirte Medicin 3 Semester in Göttingen, darauf in Kiel. In Kiel bestand ich am 13. Nov. 1879 das tentamen physicum und absolvirte daselbst am 2. Juli 1883 das medicinische Staatsexamen. Das Examen rigorosum bestand ich im August 1883. Im W.-S. 1878/79 diente ich mit der Waffe bei der XII. Compagnie Holst. Inf.-Reg. No. 85 in Kiel. Bei demselben Truppenteile trat ich als einjährig-freiwilliger Arzt am 1. Aug. 1883 ein. Im unmittelbaren Anschluss an diese Dienstleistung machte ich am 1. Febr. 1884 in Altona beim 1. Thür. Inf.-Reg. No. 31 eine 6 wöchentliche freiwillige Uebung als Unterarzt der Reserve zum Zwecke des Avancements zum Assistenz-Arzt, II. Classe.

Thesen.

1. Bei Abdominaltyfus ist die Kaltwasser- und Bäder-Therapie nicht allein durch die Höhe des Fiebers indicirt.
 2. Als Desinficiens ist eine schwache Sublimatlösung allen anderen Antiseptics vorzuziehen.
-





1884

