

M



# ÜBER CHRONISCHE PROCTITIS.

INAUGURAL-DISSERTATION  
ZUR ERLANGUNG DER  
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE  
VORGELEGT DER  
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT  
DER  
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT  
ZU  
FREIBURG IM BREISGAU  
VON  
**AGNES MINSKI**  
AUS  
IRKUTSK (SIBIRIEN).



Druck- und Verlags-Gesellschaft vorm. Dölter, Emmendingen.  
1908.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät  
der Universität Freiburg i. Br.

Dekan:

**Professor Dr. Aschoff**

Referent:

**Professor Dr. Kraske.**

Geh. Hofrat.

Zwei Fälle von Verengerung des Mastdarms, welche in der chirurgischen Klinik durch mehrere Jahre hindurch beobachtet wurden, und bei denen man, durch die lange Beobachtungsdauer und durch das Fehlen einer bestimmten Krankheitsursache zur Diagnose einer einfachen, chronischen entzündlichen Proctitis mit sekundärer Schrumpfung kommen musste, veranlassen mich, der Frage über die Entstehung dieser Prozesse in Folgendem näher zu treten:

Bei dem zweiten Fall konnte die Richtigkeit der vorhergestellten Diagnose auch durch die mikroskopische Untersuchung des extirpierten Mastdarms sichergestellt werden.

#### Krankheitsgeschichten.

##### Nr. 1. Frau K. Rektumstenose.

Anamnese: Patientin hat ihre Eltern verloren in der Kindheit; die Mutter litt an Gallensteinen, der Vater starb an Pneumonie. Patientin selbst gibt keine Kinderkrankheiten an. Als Kind war sie immer schwächlich, mager und litt an mehreren Obstipationen; Klystiere und Pulver leisteten Abhilfe.

Im 13. Lebensjahre hat sie die Perioden bekommen, die sehr spärlich waren, ohne Schmerzen verliefen und 2—3 Tage dauerten. Seit dem 29. Lebensjahre ist die Kranke steril verheiratet.

Hat keine Aborte gehabt.

Der Mann, ein Pfarrer, ganz gesund. Die Patientin leidet seit etwa 7 Jahren an häufigen Tenesmus, Abgang von dünnflüssigem Stuhl und hier und da von Schleim.

Angeblich wurde Opiate gegeben, bis von einem Arzt in Strassburg konstatiert wurde, dass dieser Durchfall nur scheinbar sei, in Wirklichkeit eine hochgradige Verstopfung bestand. Auf die nun eingenommenen pflanzlichen Abführmittel trat eine erhebliche Besserung ein, so dass die Patientin wiederum ihre häuslichen Arbeiten über ein Jahr lang ausführen konnte. Immerhin waren von Zeit zu Zeit wieder Koliken und Stuhlgang vorhanden. Als Ursache desselben bezeichnete die Kranke die genossenen Speisen und entschloss sich nun zu vollständig vegetarischer Lebensweise. Statt der erhofften Besserung steigerten sich die Beschwerden immer mehr und mehr und sie suchte deshalb verschiedene Kliniken Süddeutschlands auf, wo sie mit Jodkali und Ausspülungen behandelt wurde. Vor 4 Jahren kam Patientin zum ersten mal in die Klinik in Freiburg i. Br. und wurde hier, nachdem eine zylindrische Verengung des ganzen Mastdarms bis zur Gegend des Sphinkter tertius festgestellt wurde, mit weichen Gummibougie behandelt die mit  $\frac{1}{2}$  % Arg. Nitricum Salbe bestrichen war.

Diese Bougie blieb anfangs nur wenige Minuten, später bis zu  $\frac{1}{4}$  Stunde liegen und man konnte die Patientin mit einem Bougie, das kleinfingerdick war, nach dreiwöchentlicher Behandlung entlassen. Diese Ulcerationen des Rektums und harte körnige Wulstungen der Schleimhaut waren unter der Behandlung erheblich gebessert worden und der schleimig-blutig-eitrig-e Ausfluss war sehr gering.

Gleichzeitig wurde für regelmässige Erweichung des Stuhles durch Curela'sches Pulver und Hochein-

läufe, die zum Teil in der Knieellenbogenlage gemacht wurden, gesorgt.

Patientin setzte diese Kur zu Hause jahrelang fort; kam dann wieder und wurde jetzt, da inzwischen die Darmwand etwas weicher geworden war, mit allmählich zunehmendem Bougie behandelt, so dass sie in einigen Wochen mit einem Bougie von 18 cm entlassen wurde.

Vor 2 Jahren kam die Patientin wieder, da es zu einer Anschwellung der Lymphdrüsen der Leisten-  
gegend gekommen war und zu einer Fistelbildung auf einer Seite. Durch Spaltung der Fistel und der noch nicht aufgebrochenen rechtsseitigen Lymphdrüsenabszesse und Entfernung der entzündeten Lymphdrüsenreste wurde in einigen Wochen eine Heilung der Erkrankung herbeigeführt. Gleichzeitig wurde die Affektion des Mastdarms wieder mit etwas stärkerer Höllensteinsalbe behandelt; durch die langdauernde Ruhe, die gute Ernährung und sorgfältige Pflege nahm das Körpergewicht zu, und die Kranke ging gekräftigt und hoffnungsvoll nach Hause.

Im April 1907 stellte sich die Kranke wieder ein. Der Katarrh des Mastdarms hatte sich von neuem gesteigert, die Stenose hatte auch die höhergelegenen Teile des Rektums ergriffen, so dass jetzt die Zeigefingerkuppe mit Anstrengung die Stenose passieren konnte, während der untere Abschnitt des Darms zwar noch unregelmässige Narben aufwies, aber von glatter Schleimhaut überzogen war, und ein Lumen von etwa 18—20 mm Weite hatte; im übrigen war die Kranke in ihrem Ernährungszustand erheblich heruntergekommen. Sie war in den letzten Monaten vollständig appetitlos gewesen, litt häufig an heftigen Schmerzen in der Ileocökalgegend und an Darmkoliken, klagte

über Kurzatmigkeit. Ersteres war auf eine erhebliche Verstopfung zurückzuführen, letzteres auf erhebliche Anämie (40 % Hämoglobin) und auf eine zweifellos bestehende Stoffwechselerkrankung. Die Milz war um das doppelte vergrössert und fühlte sich hart an. In dem strohgelben Urin war regelmässig reichliche Menge Eiweiss und hyaline Zylinder vorhanden. Es handelte sich zweifellos um eine Amyloiderkrankung der Milz und wahrscheinlich auch der Nieren. Lungen und Herz zeigten keine Veränderung. Es gelang auch jetzt die Stuhlverstopfung zu heben und die Absonderung des Darms zu vermindern; eine Zunahme des Körpergewichts trat jedoch nicht ein. Unter diesen Verhältnissen wurde ein operativer Eingriff zur Beseitigung der Stenose gemacht und die Kranke mit ähnlicher Weisung wie früher nach Hause entlassen.

Die Prognose musste quod sanifatem et ad vitam als durchaus ungünstig gestellt werden.

Nr. 2. Auguste H., 48 J. Kindermädchen.

Anamnese: Vater in höherem Alter an Hirnerweichung, Mutter an Lungenentzündung gestorben, eine Schwester an einer Gehirnaffektion. Bruder gesund. Patientin will mit 4 Jahren eine Gehirnentzündung gehabt haben und bis zum Eintritt ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr krank gewesen sein.

Ein extramatrimonium geborener Sohn litt an Bluthusten und wurde deswegen nach Davos geschickt.

1897 wurde Patientin in der Frauenklinik wegen starker menstrueller Blutung 6 Wochen lang behandelt. Sie litt damals schon an unregelmässigem Stuhl. Diese Beschwerden steigerten sich so, dass Patientin im Winter 1898—99 6 Monate in der Frauenklinik behandelt wurde, und zwar auf starke menstruelle Blutungen. Es ging jedoch auch damals schon mit dem

Stuhl Schleim, Blut und Eiter ab. Ausserdem ständige, hochgradige Verstopfung. Patientin wurde gebessert entlassen. Die Besserung hielt etwa 1 Jahr an, dann ging der Stuhl nur unter starkem Pressen in dünnen Bändern ab.

Im Juni 1900 konnte die Patientin den Stuhl nicht mehr zurückhalten und suchte deswegen das klinische Spital auf, wo sie wegen Durchfalls mit Pulver behandelt wurde. Seit September 1900 ist am After eine Fistel aufgebrochen, welche beständig Eiter sezerniert. Am 20. I. 1901 wird die Kranke in die chirurgische Klinik aufgenommen und folgender Befund erhoben.

Stark abgemagerte anämische Frau. An den Lungen und Herz nichts besonderes. Links neben dem Anus befindet sich eine bläulich gefärbte markstückgrosse Anschwellung und in deren Mitte eine kleine Oeffnung, in welche die Sonde etwa 10 cm weit nach oben drang ohne in den Mastdarm zu gelangen. Der ganze Mastdarm bis zum Sphinkter tertius ist stark verengt durch feste Narben und knollige Verdickungen. Aus dem Mastdarm entleert sich ein dünnes, wässriges Sekret mit Blut, Schleim und Eiter vermischt. Im Colon descendes und Querkolon fühlt man harte Scypala. Am 23. I. 1901 Spaltung der Analfistel und Auskratzung der hochroten nicht verkästen Granulationen. Das Ende der Fistel kann nicht freigelegt werden.

20. II. 1901. Die Fistel secerniert noch ständig, aber geringer wie früher; die Striktur des Mastdarms etwas zurückgegangen. Die Schleimhaut des Mastdarms im unteren Teil ist weicher geworden. Im Bereich des Sphinkter tertius hat sich die Verengerung nicht verändert. Patientin erhält Jodkali, Ausspülungen

des Darms und Curelasches Pulver. Im weiteren Verlauf wird subfebrille Temperatur beobachtet bis 38 °.

Der Zustand im ganzen bessert sich nicht. Patientin leidet abwechselnd unter heftigem Stuhldrang, unter unwillkürlichem Abgang des Stuhls und Eiters aus dem Mastdarm und unter der Verhaltung des Stuhls. In diesem Zustand ändert sich auch unter der Behandlung mit Jodkali in den nächsten Monaten nicht. Patientin leidet so stark unter dem geschilderten Zustand, dass sie bittet, durch eine Operation, wenn diese auch lebensgefährlich sei, sie daraus zu befreien. Es wird deshalb am 10. April in Chloroformnarkose ein parasakraler Schnitt ausgeführt und das Rektum freigelegt. Unten sind starke Verwachsungen, aber der Sphinkter selbst ist weich und kann erhalten werden. Durchtrennung des Dickdarms dicht oberhalb des Sphinkters. Loslösung von der Scheide sehr schwierig. Oberhalb des Sphinkter tertius wird das Gewebe etwas weicher und nach der Eröffnung der Bauchhöhle gelingt es überraschend leicht, den Darm aus der Kreuzbeinaushöhlung herauszunehmen und herunterzuziehen. Es wird der zwar noch verdickte, aber sonst gesund aussehende Darmabschnitt oberhalb des Sphinkter tertius abgedrängt und durch einige Nähte an den Sphinkter herangezogen. Die Bauchhöhle und die Wunde wird tamponiert. Patientin wird von der Operation sehr geschwächt, es tritt jedoch kein Fieber ein, Winde gehen gut ab und die Bauchhöhle ist, als 18. IV. Stuhl durch die Wunde abgeht, schon geschlossen. In diesen Tagen Temperatur bis 38,3. Von da ab normale Temperatur. Die Wunde granuliert gut. Patientin ist frei von stärkeren Schmerzen und glücklich den lästigen Stuhlgang verloren zu haben. Hoff natürlich ein Kontinenz wieder zu erhalten. Die Herz-tätigkeit der Kranken nimmt jedoch immer mehr ab.

Sie bekommt Geräusche an der Mitralis; es stellen sich Oedeme ein und Flüssigkeitsansammlung im Thorax, dabei Appetitlosigkeit und Abmagerung. An diesen Zuständen, die als Myocarditis mit Kompensationsstörung bezeichnet werden, geht die Patientin zu grunde. Exitus 23. Juli 1901.

Sektion wurde verweigert.

Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Rektums ergab zahlreiche Defekte und Narben der Mucosa. Innerhalb der Musculatur dichte Infiltrate. Die Musculatur war zum Teil verloren gegangen und durch Bindegewebe ersetzt.

#### Epikrise:

Die Auskratzen waren wegen Endometritis und zwar wahrscheinlich gonorrhöischen Ursprungs vorgenommen worden. Aber der weitere Verlauf wurde durch entzündliche Vorgänge in der Wandung entschieden, die sich nicht mehr als gonorrhöischen Ursprung erkennen liessen, sondern ebenso gut durch Mischinfektion oder durch die gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufen sein konnten.

Auch in diesem Falle ist infolge der lang dauernden Eiterung in Verbindung mit der schweren Ernährungsstörung die Kranke so schwer geschädigt worden, dass durch die Operation das Leben nicht erhalten werden konnte, obwohl diese noch günstiger verlief, als man erwartet hatte.

Wir finden also in beiden Fällen eine für dieses Leiden für typisch gehaltene ziemlich lange, allseitige, ringförmige Verengerung des Mastdarms, welche fast völlig zylindrisch ist. Da man früher glaubte, diese Erkrankung stets auf Syphilis zurückführen zu müssen, findet man diese Form auch häufig bezeichnet als sogenannte syphilitische Verengerung des Rektums.

(Quénu, Traitement des rétrécissements dits syphilitiques du rectum).

Auch in der Abhandlung über die Krankheit des Mastdarms und des Afters von Rotter im Handbuch der praktischen Chirurgie wird darauf hingewiesen (S. 633) und ausgeführt, dass „die Actiologie der Stricture recti nach dem heutigen Stand der Forschung keine einheitliche und für manche Fälle noch nicht aufgeklärt sei.“ Jedenfalls muss man es für durchaus möglich halten, dass eine solche Stricture „im Verlauf des einfachen, chronischen Mastdarmkatarrhs sich dann bilden kann, wenn zur chronischen Entzündung der Schleimhaut eine übergreifende Entzündung auf tiefere Wandschichten stattfindet.“ Immerhin ist zu berücksichtigen, dass bei allen spezifischen Erkrankungen der Mastdarmschleimhaut wie bei Gonorrhoe, bei Syphilis und bei Tuberkulose wohl stets eine Mischinfektion der gewöhnlichen Eitererreger in Betracht kommt, genau wie wir es auch sonst in dem ganzen Darmkanal finden. Am klarsten tritt uns diese Erscheinung bei der chronischen, tuberkulösen Entzündung des Coecums entgegen, wo wir ja auch in den Fällen, wo der tuberkulose Prozess in die Muskulatur des Darmes eingebrochen ist, häufig nicht mehr die spezifischen für Tuberkulose charakteristischen Elemente der Entzündung finden, sondern einfach chronisch zur Schrumpfung führenden Entzündungsprozess, so dass dann eine Stenose des Coecums und Colon ascendens zustande kommt, eine Erkrankung, die uns klinisch als Ileocoecaltumor imponiert.

Es muss uns sogar nach den Untersuchungen von Bör auffallen, wenn unter 700 gonorrhöischen Erkrankungen des Mastdarms nur eine Stricture gefunden wurde. Schon daraus scheint die Tatsache hervorzugehen, dass der Neisser'sche Diplococcus auch an

dieser Stelle selten tiefere Abschnitte der Darmwand ergreift. Betrachten wir zunächst die gonorrhöische Affektion des Mastdarms.

Die Kenntnis der Rectalgonorrhoe ist nicht neu. Fritsch führt in seiner Abhandlung über dieses Thema an, dass schon im Jahre 1789 Hecker in seinen *Maladies vénér.* Ausfluss aus dem After erwähnt, gegen den die Therapie nichts ausrichtete. 80 Jahre später führt Rollet Selbstinfektion von der Uretra aus an. Bonnière erzeugte sie künstlich durch Uebertragung von Eiter einer *Conjunctivitis gonorrhöica*. Auf das Vorkommen von Rectalgonorrhoe, sei es durch Coitus analis, oder durch Ueberfließen und Ueberwischen von gonorrhöischem Sekret aus der Scheide, wird in der Literatur wiederholt hingewiesen.

Im Jahre 1884 publizierte Bumm einen Fall von blennorrhischer Entzündung des unteren Teils der Mastdarmschleimhaut. Es handelte sich um eine syphilitische Frau, die an einem blutigeitrigen Ausfluss des Rectums litt. Die Schleimhaut des Mastdarms zeigte starke Rötung und Neigung zu Blutungen. Die schmerzende Analöffnung, aus der die geschwellte Mucosa hervorsah, war von exsematöser Haut umgeben. Uretraltripper war nicht zu konstatieren. Bumm untersuchte das Analsekret auf Gonokokken und wies dieselben massenhaft nach. In den nächsten Jahren (1888 und 1889) betonten auch Neumann und Neisser Fälle der Rectalgonorrhoe.

Als spezifische Erreger der Gonorrhoe rectalis ist der semmel- oder kaffeebohnenförmige Diplo- oder Tetracoccus. Er ist teils in den Eiterzellen gelegen und hat nach Neisser 0,4—0,6, nach Bumm 1,25, nach Ecklund 0,1—0,5 Grösse. „Der Gonokoccus lässt sich auf erstarrtem Blutserum von Menschen, auf

Gelatine, auf Menschenblutserumagar, auf Harnogar züchten und bildet auf der Oberfläche des Nährbodens einen dünnen, graugelblichen Belag mit glatter Oberfläche, geht aber leicht zu grunde und wächst nur bei höheren Temperaturen. In den Bakterienleibern befindet sich ein Gift, dass in ein Gewebe eingespritzt, entzündungserregend wirkt.“

Jetzt interessiert uns die Frage, auf welchem Wege gelangt der Gonococcus ins Rectum? Rötter schreibt (Handbuch f. prakt. Chirurgie) dass „die Proctitis gonorrhoeica meistens dadurch entsteht, dass von der Vulva Trippersekret nach dem Anus fliesst, ferner bei Ausübung der passiven Päderastien, bei Durchbruch einer gonorrhoeischen Bartholinitis in das Rectum. Der Aetiologie entsprechend ist der Mastdarmtripper beim Weibe viel häufiger als beim Manne.“

Neuere bakteriologische Untersuchungen (Jullien, Bör) haben sichergestellt, dass der Mastdarmtripper beim Weibe häufig vorkommt, nämlich bei etwa einem Drittel aller gonorrhoeisch Infizierten. Nach Lewin findet sich diese Affektion ausschliesslich bei weiblichen Individuen und zwar hauptsächlich Prostituierten, bei welchen gonorrhoeische Infektion vorausgegangen ist. Huber sagt,  $\frac{1}{4}$  aller gonorrhoeisch infizierten Prostituierten leiden auch an Rectalgonorrhoe. Die Ursache, warum die Affektion häufiger bei weiblichen Individuen vorkommt, erklärt man durch die bereits erwähnte Nachbarschaft der weiblichen Genitalien und des Afters. Bei Männern, die Päderastie ausüben, hat Jullien beobachtet, dass die Rectalgonorrhoe auch relativ häufig vorkommt.

#### Pathologische Anatomie.

Diese chronische Entzündung macht folgende Veränderungen im pathologisch-anatomischen Sinne:

An der entzündeten Schleimhaut findet man oberflächliche Erosionen und geschwollene Follikel, die vereitern, perforieren und zu den „lentikulären“ Geschwüren führen können. Der chronische Katarrh ist charakterisiert durch eine Proliferation des interglandulären Bindegewebes, bei schweren Fällen unter Beteiligung des submuzösen Bindegewebes (Proctitis productiva). Dadurch kommt es im späteren Verlauf zur Verdickung und Wulstung der Schleimhaut, zu warzigen, gestielten polypenartigen Excrescenzen (Proctitis proliferans polyposa).

Auf der Höhe der entzündlichen Polypen kann das Zylinderepithel mit den Drüsenschläuchen verloren gehen und zum Teil durch Pflasterepithel ersetzt werden. Gleichzeitig können durch den entzündlichen Reiz die Drüsenschläuche der Lieberkühn'schen Krypten sich erweitern und vergrössern, auch cystisch degenerieren und zur Bildung von Schleimpolypen führen, besonders in der Umgebung von Geschwüren.

Aus den Erosionen und lentikulären Geschwürcchen können sich durch Zusammenfliessen mehrerer und unter dem schädlichen Einfluss des Darminhalts grössere Geschwüre bilden. Bei längerem Bestand des Katarrhs tritt eine entzündliche Infiltration der tieferen Schichten der Darmwand, der Muscularis und Subserose hinzu. Das neugebildete Gewebe kann später schrumpfen und zu Strikturen führen.

Kaufmann sah bei einer 36jährigen Frau sogar den ganzen Dickdarm, der fast auf 1 cm verkürzt war, von einem Uterus eingenommen. Der Uleus wird von der gesunden Schleimhaut durch eine gezackte Linie scharf abgegrenzt. Im Bereich der Ulecration ist der Mastdarm stark stenosiert, indem benachbartes Gewebe und Muscularis auch in Mitleidenschaft gezogen sind.

Die Striktur findet sich meistens tief unten im



Rektum dicht oder wenig über der Portio analis. In 4 Fällen, die Perret beschrieben hat, sass die Striktur dicht am Anus, in 32 Fällen bis 6 cm, in 18—19 Fällen 6—9 cm über dem Anus. Die Länge der Striktur ist gewöhnlich 1—4 cm. Manchmal erstreckt sie sich auf grössere Strecken und kann das ganze Rektum bis in das l. Romanum, ja bis zum Colonwinkel hinauf einnehmen. Sie verengt sich mit der Zeit und kann schliesslich so eng werden, dass eine Sonde kaum durchgeht. ,

#### Symptomatologie und Verlauf.

Der chronische Katarrh bleibt lange Zeit latent, oder beginnt mit geringeren Beschwerden, einem Gefühl von Druck und Fülle im Becken und häufigem Abgang von glasigem oder später eitrigem Schleim. Mit der Zeit, wenn eine Proctitis proliferans und Geschwüre hinzutreten, werden die Beschwerden stärker. Die Kranken leiden bald an Verstopfung, bald an häufigem Stuhl drang, diarrhoischen Entleerungen, Abgang von Schleim und Eiter. Der häufige Abgang von Schleim reizt die Anahaut und kann zu Fissuren, Erschlaffen des Sphinkter, Prolaps der Schleimhaut etc. führen. Die Stuhlentleerungen erfolgen unter Schmerzen, besonders wo Verengerung schon vorhanden ist, in kreuz- und kolikartigen Schmerzen infolge der gesteigerten Peristaltik des Dickdarms, welche eine grosse Menge des Kotes durch die Striktur durchzupressen hat. Das Allgemeinbefinden wird durch die Resorption vom angestauten Kot gestört. Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Fieber sind die Begleiterscheinungen dieser Störung. Die Kranken magern stark ab, sehen anämisch aus, können aber lange Jahre, ja Jahrzehnte leben, wenn nicht Komplikationen (Ileus, Lungentuberkulose) den Exitus letalis herbeiführen.

### Diagnose.

Untersuchungen des Rectum digital oder durch Spiegel zeigen hinter dem äusseren Analring Geschwüre, die 2—3 cm von einander entfernt sind. Sie sind entweder oberflächlich, scharf umschrieben, leicht blutend, eitrig belegt, der Belag ist leicht entfernbar, oder tiefgreifend und durch unterminierte Schleimhautbrücken verbunden. Daneben findet man braunrot gefärbte Schleimhautfalten und schmerzhafte Rhagaden. Die Geschwüre führen stellenweise zu weitgehenden Zerstörungen der Schleimhaut und hypertrophischen Wucherungen des submucösen Bindegewebes (Neuberger, Péan, Smith) später zu Narbenbildung und Strikturen des Darmrohrs (Sournier, Gosselin). Die Frage der Entstehung der Rektalgeschwüre auf gonorrhöischer Basis ist zur Zeit noch eine vielumstrittene, indem die grosse Mehrzahl (Virchow, Kopp u. andere) daran festhalten, dass Lues in den meisten Fällen die Ursache sei. Andere betrachten die Traumen als Ursache (Clystieren, Obstipation (Nickel). Differentialdiagnostisch kämen ausser den luetischen Geschwüren noch diphterische, dysenterische, tuberkulöse, carcinomatöse, follikuläre etc. in Betracht.

Sorgfältige mikroskopische Untersuchungen des Sekretes entscheiden die Frage über das Vorhandensein von Gonokokken (Bumm, Neisser Jos., Frisch etc.).

### Prognose und Therapie.

Diese sind für frische Affektion ganz günstig; die ulcerösen und chronischen Formen sind, als Vorstadien der Mastdarmverengerungen, als ernste Leiden zu betrachten. Diese chronisch gewordenen Formen kommen seltener zur Beobachtung, da bei akuten Fällen die Patientin durch heftige Schmerzen während der Defäkation schon ziemlich früh veranlasst wird, den Arzt

aufzusuchen. Wenn schon Geschwürbildung in ausgedehnterem Masse, Narben und Verengerungen aufgetreten sind, dann ist die Therapie eine äusserst langwierige, die ganze Aufmerksamkeit des Arztes erfordernde, sich Monate und Jahre lang hinziehende. Tritt noch Fistelbildung und Perforation hinzu, dann ist allerdings kein Ende abzusehen. Therapeutisch scheinen möglichst heisse Sitzbäder sich gut zu bewähren; (Lesser) ausserdem fleissige Reinigung und Ausspülungen mit warmen, desinfizierenden Lösungen (Sublimat 1 : 2000 oder bor 3 %) und Einlagen von trockenen Wattebäuschen, die in Streupulver gewälzt und möglichst oft gewechselt werden müssen. Auch Alaun (1—2 %) Kali hypermang. (1,0 : 4000) und Tannin (Acid. tannic 1,0 Aqua dest. 200,0) werden empfohlen (Zeissl). Sehr gut sollen auch Tampons mit Argentum-Perusalbe (Argent. nitric. 0,3, Balsam. perudrian. 3,0, Vaseline. bor. 30,0) wirken.

Bei hartnäckigen Fällen schreitet man zu Aetzungen mit dem Höllensteinstift oder Galvanokauter oder Paquelin. Zu therapeutischen Zwecken werden auch Einspritzungen von antigonorrhöischen Mitteln benutzt. Protorgol 0,5—1,0 %, Argonin 2—5 Prozent, davon jedesmal 50 ccm; ferner sind Spülungen mit dem Irrigator zu empfehlen. Zu widerraten ist häufiges Spiegeln, weil Erosionen und Ulcera dadurch stark gereizt und zum Zerfall gebracht werden können. Heilen letztere nicht unter der besprochenen Behandlung, dann muss die Excision derselben in Narkose vorgenommen werden. Bei der Behandlung der Striktur und ihrer Folgezustände kommen, abgesehen von Fistelbildung und Abscessen komplizierter Fälle, zwei pathologische Veränderungen in Frage, die in engster Wechselwirkung zu einander stehen: die Verengung und der eitrige Katarrh. Die nächstliegende und von jeher

geübte Behandlungsmethode, die auch jetzt für leichte Fälle oder wegen Widerstandes der Patienten gegen chirurgische Eingriffe noch keineswegs entbehren können, ist die methodische Dehnung der Strikturen mit Bougies.

In den operativen Fällen wurde die Péan'sche Operation, die bei Stenosen in der Gegend des Anus durch Spaltung der hinteren Mastdarmwand- und Haut in der Längsrichtung, und quere Vereinigung eine Erweiterung bezweckt nicht angewandt, auch die Sonnenburg'sche Rectotomia externa nicht, die bei Erhaltung des Sphinkters mit Wegmeislung des Steiss- und Kreuzbeins, soweit es nötig ist, die ganzen Strikturen der Länge nach spaltet und unter Tamponade langsam heilen lässt.

Die Frage, ob die Gonorrhoe nun wirklich, wie König annimmt, die erste Ursache für die Strikturen ist, wäre vielleicht so zu entscheiden, dass man prüfte, ob die katarrhalisch verlaufende Gonorrhoe des Rectums wirklich heilbar ist oder ob dieselbe häufig chronisch wird, dann zu Sekretbildung etc. führt und vielleicht gar unheilbar ist. Gerade darüber aber scheinen genauere Untersuchungen noch zu fehlen. Wunderbar ist es ebenfalls, dass unter der Zahl der Rektumstrikturen, welche im Hamburger Krankenhaus beobachtet und von Schede mitgeteilt wurden, keine einzige Puella publica vertreten ist, obwohl doch feststeht, dass  $\frac{1}{4}$  aller gonorrhöisch infizierten Puellae auch Rektalgonorrhoe haben. Vielleicht führen die nicht in Behandlung kommenden Fälle von gonorrhöischer Proctitis zu tiefer greifender Veränderung. In solchen Fällen hat man aber keine sichere anamnestiche Angabe. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Mastdarmstrikturen findet Wegner nur bei Schede in seinem Vortrag auf dem Chirurgischen Kongress

1895 verwertbare Angaben. Unter 52,000 chirurgischen Kranken, die in 13 Jahren im Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus behandelt wurden, waren unter 35,000 38 der venerischen Abteilung, davon 16 mit Rektumstrikturen. Das ist unter 87,000, die für die Erkrankung in Betracht kommen können, 54 = 0,6 pro Mille. Auf der chirurgischen Universitätsklinik der königlichen Charité betrug die Zahl der Rektumstrikturen seit der Uebernahme derselben durch Geh. Rat König in etwa 6 Jahren 32 unter 17,000 Kranken = 1,9 p. M. Was den Unterschied der Geschlechter betrifft, so findet sich die Erkrankung fast ausschlich bei Frauen. Unter den angeführten 54 Fällen des Hamburger Krankenhauses fand sich kein Mann.

Pölichen fand unter 219 Fällen 190 Frauen, 25 Männer, 2 Kinder. Bei Carré stellt sich das Verhältnis vom weiblichen zum männlichen Geschlecht auf 210 : 56, bei Juliusburger auf 103 : 15, bei Quenu und Hartmann auf 14 : 7, bei Berndt auf 14 : 4, bei Fällen in dem Hamburger Krankenhaus 30 : 2. Im ganzen kommen also auf 615 Frauen 1 Mann. Wesentlich wird das Ergebnis durch die Angaben aus der französischen Literatur beeinflusst. Bei den dort verzeichneten Fällen allein stellt sich das Verhältnis auf 3,5 : 1, bei denen aus der deutschen Literatur und in der Literatur der Charité 8,5 : 1.

Früher wurden für die Entstehung der Mastdarmstrukturen einfach mechanische Insulte stark herangezogen: Koprostase, Verletzungen durch Klysmata, Geburten bei denen der Kopf lange im kleinen Becken stand. Weiter sollen ganz allgemein folgende Ursachen in Betracht kommen: Gewöhnung an starke Drastica und reizende Injektionen.

Später wurde wiederum der syphilitische Ursprung besonders betont.

Syphilis des Mastdarms entsteht entweder durch direkte Infektion (bei Coitus per anum) oder durch in den Mastdarm herabsickerndes Scheidensekret. Die Ursache, warum die Frauen mehr unterworfen sind, habe ich oben auseinandergesetzt. Die Geschwüre sitzen nur unterhalb der Stenose und zwar in reichlicher Menge, teils einzeln, teils in Gruppen angeordnet und meist quergestellt, graurötlich gefärbt mit speckigem Grunde und scharfen Rändern, die oft sogar derb ja bisweilen kallusartig sind. Bei den syphilitischen Affektionen wechselt die Grösse der Geschwüre von den kleinsten Substanzverlusten bis zu grösseren, flächenhaften Ulcerationen. Sie entstehen auf verschiedene Art: entweder sind sie das Produkt zerfallener Gummata oder sie entstehen dadurch, dass infolge einer Arteriitis oder Phlebitis syphilitica die ernährenden Gefässe der Darmwand obliterieren. Die Ernährung ist herabgesetzt; das Gewebe nekrotisiert und zerfällt geschwürig. Durch die bei der Regeneration entstehende Narbe kommt es zu Stenosen, die also meist multipel sind.

### Dysenterie.

Kümmel macht gegenüber venerischen Erkrankungen die Dysenterie verantwortlich für hochgelegene Strikturen. Er betont das häufige Vorkommen bei Leuten, die in den Tropen waren und führt aus der Literatur eine Doppelstriktur der Flexura sygmoidea nach Dysenterie von König an, die mit Fistel nahe der Analöffnung endigte. Rosé heilte einen Fall von Striktur nach tropischer Dysenterie durch Bougieren so vollkommen, dass bei dem 10 Jahre später an Pneumonie erfolgten Tode keine Andeutung einer solchen vorhanden war. Gegen die Annahme einer

häufigen Entstehung durch Dysenterie wenden sich Quenu und Hartmann mit dem Hinweis darauf, dass denselben eine zu grosse Bedeutung beigemessen werde, weil so oft von blutigen Stühlen die Rede sei.

Da im allgemeinen Narbenstenose bei Dysenterie selten vorkommen, betrachten wir als interessant folgenden Fall:

Doktor V. aus Konstantinopel wurde im September 1903 aufgenommen wegen Abgang blutigen Schleims und Schmerzen im Leib, welche als Kolikschmerzen infolge von Stuhlverhaltung bezeichnet wurden. Vor 15 Jahren hat Patient Dysenterie durchgemacht. Man fühlte im Rektum 7 cm oberhalb des Anus eine ringförmige von glatter Schleimhaut überzogene Narbe, die für den Zeigefinger eben durchgängig war. Nach längerdauernder Vorbereitung von etwa 1 Monat wurde der Beschluss gefasst, durch eine Art Boutonnière die Verengung des Darms zu beseitigen. Es wird durch ein parasakraler Schnitt die Stelle freigelegt und der verengende Ring gespaltet. Der Darm ist an der Stelle einfach narbig verändert, zeigt keine Ulcerationen und die Zeichen eines Scirrhus, wie der Patient gefürchtet hatte. Der Verlauf wurde, nach anfänglichem fieberlosen Zustand, durch eine eigentümliche nekrotisierende Entzündung der Wunde, die bereits die erste Granulationsbildung zeigte, kompliziert. Die Wunde zeigte ferner graue Beläge, färbte sich an anderen Stellen schwarz. Die letzteren vertieften sich mehr und mehr und es konnte zu einer Abstossung des kranken Gewebes kommen. Es trat hohes Fieber ein, beständige Uebelkeit und Erbrechen. Die Wunde sonderte eine trübe, wässrige Flüssigkeit ab. Aus dem Darm entleerte sich Blut und Schleim. Acht Tage nach Beginn der accidentellen Wunderkrankung kam

Patient, nach Eintritt völliger Bewusstlosigkeit und von hohem Fieber ad Exitum. Die Sektion ergab eine gangränöse Entzündung in der Wunde, die an Hospitalbrand erinnerte, im Colon fand sich bis zum Cöcum herauf das typische Bild einer chronischen, schweren Dysenterie. Mikroskopisch fanden sich in der entzündlichen Partie der Wunde gangränescierende Pröpfe, ausgedehnte Trombosen der Venen und überall im Gewebe lange Stäbchen. Ein Abstrich von einem frischen Schnitt ergab in der Kultur Bakterien, die dem *Bacterium Coli* ähnlich waren.

#### Epikrise.

Dieser Fall ist ein Beispiel für eine umschriebene narbige Striktur im Rektum nach Dysenterie und gleichzeitig eine Beobachtung für die von Herrn Prof. Kraske schon früher hervorgehobene charakteristische Wundkomplikation, die bei ungenügend vorbereiteten Kranken mit Darmstenose zuweilen eintritt. Hier muss wohl die Dysenterie des Darmes als Ursache für ihre Entstehung angeschuldigt werden und es fragt sich, ob der im Gewebe gefundene Bazillus wirklich der Infektionserreger war. Für unsere Behauptung ist wichtig die Narbe im Gegensatz zu der flächenhaften Erkrankung bei der gonorrhöischen und syphilitischen Affektion.

Zum Schlusse sei es mir gestattet,

Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Kraske

für die gütige Uebernahme des Referates, sowie  
Herrn Privatdozent Dr. P. Meisel für seine liebens-  
würdige Unterstützung meinen aufrichtigen Dank  
auszusprechen.

## Literatur.

- Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.  
Ziegler: Lehrbuch der path. Anatomie 1890.  
Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.  
Leipzig 1890 und 1895.  
Kaufmann: Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.  
Hecker: Ueber Gonorrhoea rectalis. Verhandlungen der Würzburger phisik.-med. Gesellschaft Nr. 5, Bd. XXV.  
Gosselin: Beiträge zu den Geschwüren und Strikturen des Mastdarms.  
Ambroise Tardieu. Etude medico-légale sur les attentats aux moeurs. 1858.  
Huët: Behrend's Archiv Bd. II, 1858.  
Förster: Ueber Analgonorrhoe. Archiv f. Derm. u. Lyph., Bd. 29, 1894.  
Rollet: Dictionaire des sciences med. art. Anus, A. Paris 1866 und 1868.  
Tarnowsky cf. Hofmann: Art. Paederastie. Realencyclopädie, Bd. XV, 1888.  
Ronnière: Précis histol. de la blennorrhagie virul. Paris 1883.  
Neisser: 1. Ueber die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhoe. Vierteljahrschrift für Derm und Syph. XI, 3. u. 4, 1885.

Neisser: 2. Ueber eine der Gonorrhoe eigene Mikrokokkenform. Zentralblatt für med. Wissenschaft 1879, Nr. 28.

Leistikon: Ueber Bakterien bei den venerischen Krankheiten. Charitéannalen VII. Jahrgang 1882.

Bumm: Archiv für Gynäkologie, Bd. XXIII, 1887.

Bär: Analgonorrhoe. Deutsche Med. Woch. 1896, Nr. 8, 1897 S. 811.

König: Ueber Mastdarmgonorrhoe. Berliner Med. Woch. 1902.



15754