



Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zwei Fälle

von

Darmtuberculose mit Stenosebildung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

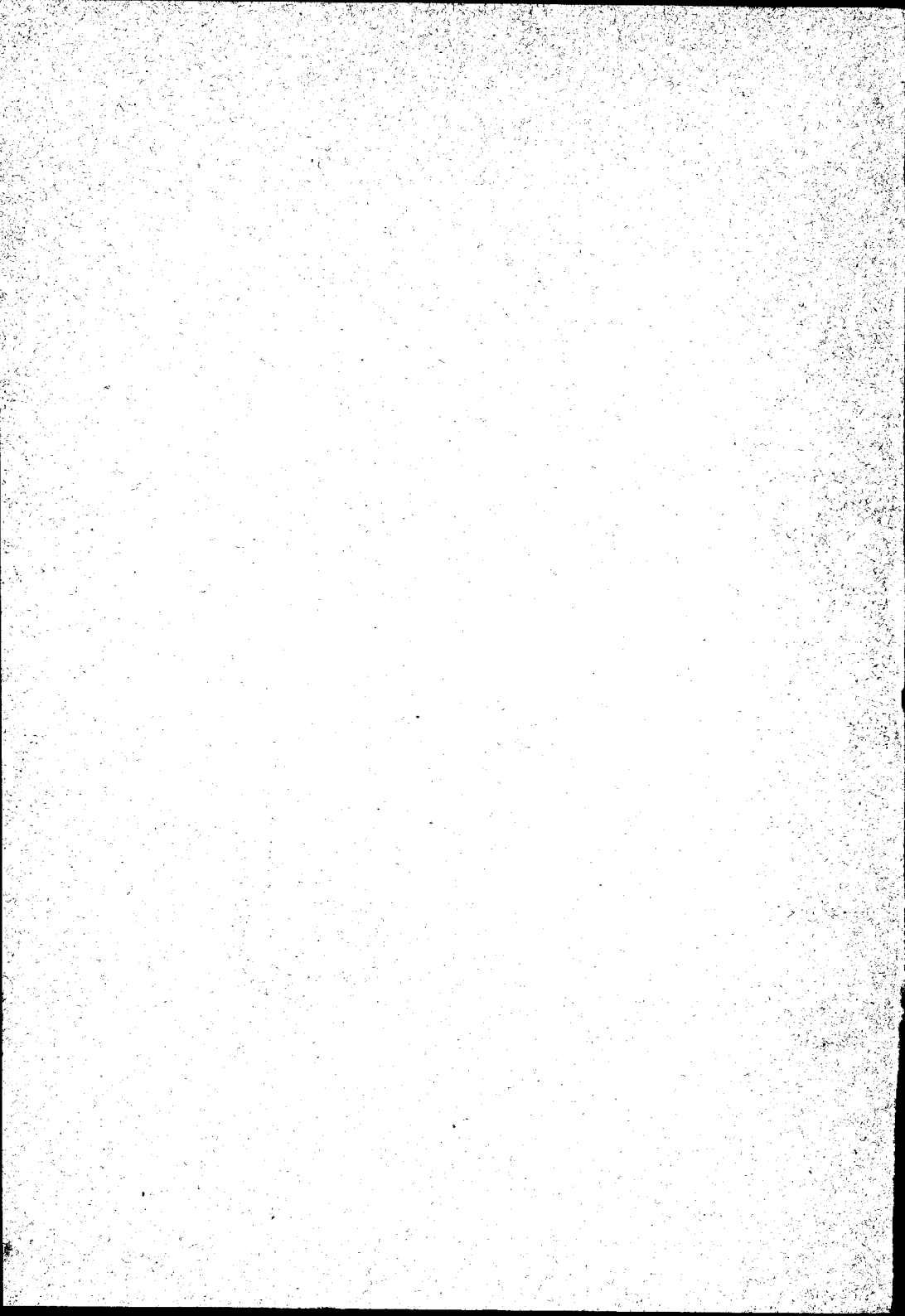
Joseph Mockenhaupt,

approbiertem Arzt aus Elkenroth im Rheinland.



Kiel, 1894.

Druck der »Nord-Ostsee-Zeitung«.



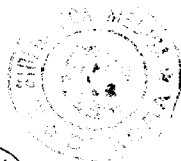
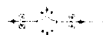
Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zwei Fälle
von
Darmtuberculose mit Stenosebildung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Joseph Mockenhaupt,
approbiertem Arzt aus Elkenroth im Rheinland.



Kiel, 1894.

Druck der (Nord-Ostsee-Zeitung).

Nr. 58.
Rektoratsjahr 1894/95.

Referent: Dr. v. **Esmarch.**

Zum Druck genehmigt:

Quincke.

Meiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.



Die Tuberculose der Verdauungsorgane gehörte bis zu den letzten Jahren ausschliesslich dem Gebiete der inneren Medizin an. Erst die neueren grossen Fortschritte der Chirurgie und besonders der Darmchirurgie haben die Aufmerksamkeit der Chirurgen in der letzten Zeit auch auf dieses Gebiet gelenkt und damit ihrer Thätigkeit ein neues, fruchtbares Feld erschlossen.

An der Hand zweier Fälle, welche in der v. Esmarch'schen Klinik beobachtet und durch Operation geheilt wurden, und der einschlägigen Literatur, will ich versuchen, das Bild der chronischen localen Darmtuberculose zu skizzieren und die guten Erfolge der chirurgischen Behandlung mit Zuhülfenahme von anderweit veröffentlichten Fällen zu beweisen.

Um mit der historischen Entwickelung der Kenntniss der localen Darmtuberculose zu beginnen, so wurde im Jahre 1843 von Valy und 1844 von Bodard die tuberculöse Typhlitis beschrieben. In den folgenden Jahren wurde dieselbe so oft beobachtet, dass Laudet 1859 den Einfluss der Fremdkörper und Kotsteine als Ursachen der Typhlitis zu leugnen wagte, weil er so oft der Tuberculose begegnete. In dieser Zeit behauptete auch schon ein Kliniker: »Jedes Typhlitis-Recidiv muss den Verdacht auf Tuberculose lenken.«

Jedoch die Abhandlungen aus dieser und der folgenden Zeit über diesen Gegenstand thun dar, dass man diejenigen Fälle von localer chronischer Darmtuberculose noch nicht als solche erkannte, welche zu Strikturen und tumorartigen Verdickungen der Darmwände führen, sondern dieselben als Carcinome oder Lymphosarcome beschrieb, während als Tuberculose nur diejenigen Fälle angesehen wurden, welche die Zeichen der allgemeinen Darmtuberculose trugen.

Die Veranlassung zur Erkennung dieser Fälle haben besonders die vielfachen chirurgischen Eingriffe gegeben, die

in den letzten Jahren durch die Fortschritte auf diesem Gebiete aus klinischen Gründen gemacht wurden, nachdem durch Rokitansky, Virchow, v. Buhl, Niemeyer, Cohnheim und besonders Koch die Wege zur pathologisch-anatomischen Diagnose geebnet waren.

Die Amerikaner und Engländer haben wohl die ersten derartigen Fälle operiert, wiewohl auch sie die wahre Natur der Erkrankung nicht erkannten; denn Trèves, Norman, Bridge u. a. haben Typhliten und Perityphliten schon lange Zeit hindurch systematisch operativ behandelt, sie sprechen aber nie von Tuberculose. Hierher gehören auch wohl viele Fälle, welche in Abhandlungen über Darmaht, Darmresectionen, Anus praeternaturalis etc. vielfach ohne Angabe der Diagnose beschrieben sind.

Die ersten wichtigen Arbeiten über unsern Gegenstand sind in den letzten vier Jahren erschienen. Suchier ist wohl derjenige, welcher als der Erste einen Fall von operierter Coecumtuberculose veröffentlicht hat. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1889. S. 617.) Es betraf einen Kranken, bei dem die Stenoseerscheinungen des Darms den operativen Eingriff dringend indiciert erscheinen liessen; die Diagnose konnte jedoch erst am Praeparat gestellt werden.

Der zweite Fall ist wohl der von Kocher, welchen Sachs in der »Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie 1891, Bd. 32«, mit den übrigen Darmresectionen der Berner Klinik veröffentlicht hat. Es handelt sich hier um eine Frau von 25 Jahren, welche seit 7 Jahren an intermittierendem Ileus litt; die Geschwulstnatur des Leidens war vor der Operation schwer zu bestimmen, doch stellte man die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Carcinom; erst die mikroskopische Untersuchung stellte die Diagnose: Tuberculose fest.

Es folgt dann Czerny, welcher schon 1890 in: »Beitr. z. klin. Chir. Bd. VI« drei Fälle mit zwei Heilungen veröffentlichte: die beiden anderen Fälle sind jedoch früher operiert.

In demselben Jahre berichtet auch Fink (Prag. med. Wochenschr. S. 101) über je einen von ihm und Gussenbauer operierten Fall.

Es kommen dann in rascher Folge: Billroth mit 6 Fällen, Hochenegg, König, Durant, Hofmokl, Richelot, Terrier u. a.

Nachstehend gebe ich eine Zusammenstellung der Fälle, die ich in der Literatur gefunden habe.

Autor	Zahl der Fälle	Ort der Publication	Sitz des Tumors	Operation	Ausgang
Suchier	1	Berl. Klin. Wochenschrift 1889	Coecum	Resection	Heilung
Kocher	1	Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1891	Dünndarm	"	"
Czerny	3	Beitr. z. klin. Chir. Bd. VI. 1890	Ileocoecalgegend	"	2 Heilungen 1 Todesfall
Gussenbauer	1	Prag. med. Wochenschr. 1890	Ileocoecalgegend	"	Heilung
Fink	1		Colon. ast.	"	"
Durante	2	Riforma Iorma med. 1890	Colon. ast.	"	"
Hofmohl	1	Sitzung der K. K. Gesellsch. Wiener Aerzte 30. Okt. 1890	Ileocoecalgegend	"	"
Socin	1	Bericht des Baseler Bürgerhospitals 1888	Dickdarm	"	"
Billroth	6	Salzer. Archiv f. kl. Chir. 1892	Coecum	"	4 Heilungen 2 Todesfälle
König	1	Chir. Congress 1890	Dünndarm	"	Heilung
Sachs	1	Archiv f. klin. Chir. 1892	Ileocoecalgegend	"	"
Péan	1	Benoit: Thèse de Paris 1893	Coecum	Partielle Resection	"
Bonilly	2	Congres français de Chir. 1889	Ileocoecalgegend	Resection	2 Todesfälle
Roux	1	Revue med. de la Luisse	Ileocoecalgegend	Resection des Ileum u. Coecum	Heilung
Richelot	2	Bull. Soc. de Chir. Paris 1892	Coecum		Resection
Hochenegg	1	Med. Ges. zu Wien 9. Sept. 1891	Coecum	"	Heilung
Reynier	1	Bull. Soc. de Chir. Paris 1892	Ileocoecalgegend	"	Tod
Marchand	1	Bull. Soc. de Chir. Paris 1892	Ileocoecalgegend	Incision	"
Broca et Hartmann	1	Soc. anat. Paris 4. Mai 1892	Ileum u. Coecum u. Colon	Resection	"
Terrier	1	Hartmann et Pilliet: Soc. anatom. 31 juill. 1891		Ileocoecalgegend	"

Die beiden Fälle, welche mir durch die Güte des Herrn Geheimrath v. Esmarch zur Veröffentlichung übergeben wurden, sind folgende:

I. Fall.

Schmiedsfrau O. aus B., 23 J. alt.

Aufgenommen in die chirurgische Klinik: 16. VI. 1893.

Auf Wunsch entlassen: 30. VI. 1893.

Wieder aufgenommen: 18. IX. 1893.

Geheilt entlassen: 21. X. 1893.

Anamnese: Seit 2 Jahren leidet Patientin an sehr heftigen Schmerzen, die von der Nabelgegend ausgehen und nach der Brust zu ausstrahlen; dieselben steigen allmählig an, erreichen einen Höhepunkt und fallen dann schnell ab. Ein solcher Anfall dauert ungefähr 5 Minuten und trat anfangs nur auf, wenn Pat. schwere Arbeit verrichtete, später aber auch während der Ruhe, bisweilen alle Viertelstunde, auch nachts; am häufigsten und stärksten waren die Anfälle nachmittags gegen 5 Uhr; die Mahlzeiten sollen keinen wesentlichen Einfluss darauf ausüben. Während des Anfalles tritt Schüttelfrost und nach demselben häufiges Aufstossen ein. Ausserdem hat Pat. viel durch Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung zu leiden.

Status praesens: Frau von mittlerer Statur und mässigem Ernährungszustand; kein Icterus. Ungefähr 2 Finger breit rechts vom Nabel in der Höhe desselben fühlt man einen ca. gänseeigrossen, leicht verschieblichen Tumor, der dem palpierenden Finger leicht entgleitet, aber deutlich crepitiert. Mit der Atmung verschiebt sich der Tumor nicht; die Palpation verursacht keine Schmerzen, nach derselben bekommt aber Pat. Aufstossen.

Der Tumor, die Crepitation, die kolikartigen Schmerzen liessen den Verdacht auf Cholelithiasis aussprechen.

In den ersten Tagen nach der Aufnahme wurde Ol. Ricini gegeben; Pat. klagt immer über Schmerzen.

21. VI. 93. Die Schmerzen sollen geringer sein; der Tumor ist nicht mehr zu fühlen. Pat. erhält 180 gr. Ol. Olivar und 1 Clystier.

22. VI. 93. Reichlich Stühle; Schmerzen sind verschwunden, Tumor nicht mehr zu fühlen.

25. VI. 93. Schmerzen noch immer verschwunden, dagegen fühlt man wieder deutlich den Tumor und Crepitieren.

30. VI. Pat. auf Wunsch entlassen. Die Schmerzen sind völlig verschwunden; der Tumor und das Crepitieren werden auffällig tief nach unten gefühlt.

Der Patientin wird geraten, beim Wiederauftreten der Schmerzen 180 gr. Ol. Olivarum und Ricinus-Öl zu nehmen und für den Fall, dass die Beschwerden zunehmen, sich behufs Operation wieder einzustellen.

Am 18. Sept. 1893 kehrt auch Pat. wieder zurück und macht folgende Angaben:

Einige Tage nach Verlassen der Klinik stellten sich die Kolikschmerzen wieder ein, bis zu 20 Anfällen täglich; dabei bekam Pat. Schüttelfrost und stechende Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens, so dass sie sich krümmte. Der Appetit fehlte vollständig, der Stuhlgang war unregelmässig, und Pat. ist seit der Zeit stark abgemagert.

Stat. praesens: Rechts vom Nabel ein faustgrosser, beweglicher Tumor, welcher deutlich crepitirt; Leber nicht vergrössert.

18. Sept. 93. Operation in Narkose; es fällt die grosse Beweglichkeit des Tumors in Narkose auf; ein Zusammenhang desselben mit der Leber ist nicht nachzuweisen.

Schnitt auf der rechten Seite parallel dem Rippenbogen etwa 12 cm nach der Mitte hinziehend. Leber und Gallenblase normal. Im colon transversum aber, jenseits der Flexura hepatica fühlt man eine Menge harter Körper, welche deutlich crepitieren; sie sind mit Kot vermischt zu einem fast faustgrossen Tumor geballt, jenseits desselben ist das Colon stark eingeschnürt; man fühlt an dieser Stelle eine sehr harte, derbe Stricture. Oberhalb dieser ist das Colon sehr stark ausgedehnt, die Wand desselben starr und infiltrirt; das Mesocolon ist ebenfalls stark verdickt. Jenseits der Stricture ist das Colon ziemlich eng, weist aber das Gefühl normaler Verhältnisse auf.

Nachdem der Darm mit Seidenfäden abgeschnürt ist, wird die Stricture und das zunächst höher liegende Stück Colon, das sehr verdickte und starre Wände zeigt, reseziert. — Der Inhalt des Darmstückes oberhalb der Stricture besteht aus einer Menge mit Kot untermischter Zwetschensteine.

Das Mesocolon wird hart am Darm abgetrennt, nachdem es etwas oberhalb umstochen ist. Die beiden Darmenden haben sehr ungleiche Lumina: die Peripherie des oberen erweiterten Stückes hat etwa die doppelte Länge, wie die des unteren. Sie werden durch einfache Lembert'sche Nähte miteinander vereinigt, so dass immer entsprechende Stellen der beiden Stümpfe miteinander in Berührung kommen. Eine Verkleinerung des breiten Lumens wird nicht vorgenommen. Die sehr starre und verdickte Wand des oberen Stückes lässt sich nur schwer einstülpen. Zum Schutze der Nahtlinie wird noch eine appendix epiploica und in der Nähe befindliches Netz über dieselbe gelegt, die appendix durch eine Naht befestigt.

Nach der Operation werden 4mal täglich 10 Tropfen Tinctur-Opium verordnet.

19. IX. 93. Pat. hat nach der Narkose etwas gebrochen und zahlreiche Flatus gelassen; sie klagt noch über Leibschmerzen, doch sind die schweren Anfälle verschwunden.

21. IX. 93. Opium wird abgesetzt, weil Pat. über Blähungen klagt.

23. IX. 93. Seit gestern Übelbefinden und Erbrechen. Oberhalb der Naht fühlt man kolossale Kottumoren. Eine Ausspülung fördert unglaubliche Mengen Kot mit zahlreichen Zwetschensteinen zutage. — Auf Befragen gibt Pat. an, dass sie seit 2 Jahren keine Zwetschen mehr gegessen habe, früher aber die Steine zu verschlucken pflegte. — Übelkeit und Erbrechen hören nun sofort auf.

24. IX. 93. Nach einer Ausspülung wieder kolossale Kotentleerung.

26. IX. 93. In den letzten Tagen normaler Stuhlgang. Verbandwechsel; Heilung per primam.

21. X. Entlassung; normale Darmfunctionen; Darmnahtstelle durch die schlaffen Bauchdecken als Tumor zu fühlen; Bauchwunde sehr gut verheilt.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung des resezierten 14 cm. langen Darmstückes, ergab schon makroskopisch das Bild der tuberkulösen Erkrankung: Degeneration der Darmschleimhaut in grosser Ausdehnung, bindegewebige Infiltration der Darmwand, Miliartuberkel in der Muscularis und Riesenzellentuberkel im angrenzenden Gewebe.

II. Fall.

Dienstmädchen J. aus K. 28 J. alt.

Aufgenommen in die chirurgische Klinik: 13. VIII. 94.

Geheilt entlassen: 20. IX. 94.

Anamnese: Pat., früher angeblich immer gesund, erkrankte vor 15 Monaten mit heftigen Schmerzen im Unterleib, die anfallsweise auftraten und sie häufig das Bett zu hüten zwangen. Die Menses sind seitdem ausgeblieben. Nachdem sie eine Zeitlang zu Hause innerlich behandelt worden, kam sie auf 14 Tage in ein Krankenhaus, wo auch die elektrische Behandlung ohne wesentlichen Erfolg blieb. Vor fünf Wochen trat nun wieder eine anhaltende Verschlimmerung ein, und vor einigen Tagen liess sich Pat. in die hiesige gynaekologische Klinik aufnehmen. Dort constatirte man ausser atrophischen Genitalien einen Tumor im rechten Hypogastrium und Pat. wurde mit der Diagnose: »Wanderniere« in die chirurgische Klinik verlegt. Stuhlbeschwerden will sie nicht gehabt haben. Eltern und Geschwistern angeblich gesund, eine Schwester soll an Herzschlag, eine andere an »Drüsen im Leib« gestorben sein.

Status praesens: In der Ileocoecalgegend fühlt man bei tiefer Inspiration einen glatten, leicht verschieblichen Körper von der Grösse und Form einer Niere. Die Untersuchung des Harns blieb ergebnisslos. Die Localisation des Körpers in der Ileocoecalgegend liess auch an Tuberculose des Coecum denken; dagegen schien jedoch der Mangel an Stuhlbeschwerden, die grosse Glätte und Beweglichkeit zu sprechen. Auch die spätere Untersuchung in Narkose ergab keine weiteren Momente zu Gunsten dieser Annahme, so dass die Diagnose: »Wanderniere« noch die wahrscheinlichere schien.

20. VIII. 94. Operation in Narkose.

Die rechte Niere wird durch den Braun'schen, queren Seitenschnitt freigelegt, liegt aber an normaler Stelle, ist nicht abnorm beweglich, klein und schlaff. Der Schnitt wird wieder sorgfältig vereinigt und die Laparotomie vom Rande des rechten Musc. rectus ausgeführt. Vorlagerung der leichtbeweglichen Geschwulst, die hauptsächlich die Ileocoecalclappe ergriffen, sich von da aber auch auf Coecum, Colon ascendens und Dünndarm ausgebreitet hat. Nach Abtrennung des Mesenterium

wird der Darm im Gesunden reseziert und der Stumpf des Colon ascendens mit dem des Dünndarms durch Lembert'sche Nähte vereinigt. Am Dünndarm, ca. 35 cm. oberhalb der Resectionsstelle findet sich eine zweite Geschwulst, die ebenfalls reseziert wird; die Dünndarmenden werden durch Lembert'sche Naht vereinigt. Nahtlinie und Umgebung werden mit warmer Sublimatlösung abgetupft und der Darm versenkt. Bauchnaht, Jodoformgaze-Verband.

In den ersten Tagen nach der Operation befindet sich Pat. wohl und fieberlos.

27. VIII. 94. Wunden per primam geheilt.

20. IX. Pat. geheilt entlassen. Der Stuhlgang ist in den 14 Tagen spontan aufgetreten und von normaler Beschaffenheit.

Pathologisch-anatomisch betrachtet besteht das zuerst resezierte Darmstück aus dem ganzen Coecum, fast dem ganzen Colon ascendens und einem 6 cm. langen Stück des Heum. Von aussen gesehen erscheint das Coecum als eine auf der Oberfläche glatte Geschwulst ohne jede Verwachsungen. Aufgeschnitten zeigt es sich so geschrumpft, dass sein Lumen ganz verschwunden ist. Die Schleimhaut ist mit grossen Geschwüren besetzt, welche auch ringförmig die Ileocoecalklappe ergriffen haben. Der geschwürige Zerfall und die Schrumpfung reichen noch $3\frac{1}{2}$ cm. in das Colon ascendens hinauf. - Das Dünndarmstück ist $5\frac{1}{2}$ cm. lang. An seiner convexen Aussenseite zeigt es eine markstückgrosse, flache Geschwulst und an der mesenterialen zwei ebensolche von Erbsengrösse. Der Darm ist sanduhrförmig eingeschnürt, sein Lumen noch für einen starken Bleistift durchgängig. Die Schleimhaut ist an der verengten Stelle geschwürig zerfallen. Das Mesenterium ist stark verdickt.

Makroskopisch wurde die Diagnose auf Darmtuberculose gestellt, was die mikroskopische Untersuchung bestätigte.

Wir sind gewohnt, die Tuberculose des Darms als eine in verschiedenen Abschnitten des Organs ausgebreitete Erkrankung zu finden, die meist bei phthisischen oder sonst tuberculösen Individuen vorkommt und in Form von verschiedenartig gestalteten Geschwüren auftritt, die aus der Verkäsung und Nekrobiose der folliculären Lymphgebilde der Darmschleimhaut entstehen, zu Tuberkeleruptionen führen und entweder durch

allgemeine tuberculöse Peritonitis oder seltener durch Perforation zum Tode führen oder auch spontan heilen. Es ist etwas Seltenes und Ungewöhnliches, wenn uns die Darmtuberculose, wie in unsern beiden Fällen in Form von Tumoren entgegentritt. Jedoch ist der Begriff Tumor hier ein rein klinischer; pathologisch-anatomisch betrachtet ist der betreffende Darmteil gegenüber einem normalen verkleinert und verschrumpft, die »Geschwulst« verhält sich wie ein Scirrhus.

Localisiert ist die chronische Darmtuberculose meist auf die Ileocoecalgegend. Diese Gegend ist ja überhaupt, weil sie den Übergang vom Dünndarm in den Dickdarm darstellt, wie auch die andern Übergänge von einem Darmabschnitt in den andern (Pharynx, Cardia, Pylorus) ein Lieblingssitz von Erkrankungen. Von den 32 zusammengestellten Fällen hatten 26 (81,3 %) hier ihren Sitz (wovon auf das Coecum allein 11 Fälle = 34,22 % entfallen). Der Dünndarm war nur dreimal befallen, ebenfalls dreimal das Colon und einmal ist Dickdarm angegehen.

In der Ileocoecalgegend beginnt die Erkrankung meist mit Ulcerationen an der Bauhinschen Klappe, die sich auch auf die Muscularis fortsetzen und oft die ganze Klappe zerstören. Nun tritt infolge der Schleimhautulceration Narbenbildung und zugleich Bindegewebsneubildung im umliegenden Gewebe ein, wodurch das Darmlumen oft bis auf eine minimale Öffnung stenosiert wird. Die Weiterverbreitung geschieht auf dem Wege der Lymphbahnen und erstreckt sich von der Schleimhaut der Bauhinschen Klappe aus oft auf Ileum, Coecum und Colon.

In manchen Fällen ist auch die Geschwulst umgeben von einer grossen Zahl käsiger Herde von Nuss- bis Linsengrösse, welche sich auf das Mesenterium und neben der Wirbelsäule hinauf manchmal bis zur Höhe des Pankreas ausbreiten.

Nicht selten hängt der Tumor mit angrenzenden Organen — auch sogar Darmschlingen — zusammen, was die Radicaloperation natürlich sehr erschwert. Seltener beobachtet man Verwachsungen mit der vorderen Abdominalwand, welche sonst auf einem Ileocoecaltumor gewöhnlich hin- und hergleitet. In einem Falle von Billroth befand sich in der hinteren Darmwand eine divertikelartige Ausbuchtung, die mit tuberculösen



Massen angefüllt war und die Stelle des processus vermiformis einnahm.

Die Darmwand kann aber auch vollständig durch Ulcerationen zerstört werden und an den verschiedensten Stellen perforieren, was dann die kotig-eitrigen Phlegmonen im Gefolge hat. Meist erfolgt der Durchbruch am processus vermiformis und am Coecum.

Die chronische localisierte Darmtuberculose ist eine seltene Erkrankung. Jedoch nimmt sie nächst der Tuberculose der Respirationsorgane unter den Eingeweidetuberculosen an Häufigkeit die erste Stelle ein. Carcinom kommt am Coecum viel seltener vor wie Tuberculose. Männer scheinen Frauen gegenüber häufiger befallen zu werden; so waren unter den oben angeführten 32 Fällen nur 10 Frauen.

Das mittlere Lebensalter liefert die grösste Zahl; aber auch im jugendlichen Alter kommt die Erkrankung vor; über 40 Jahren wird sie selten. -- Gewisse Handwerke scheinen disponierende Momente dafür abzugeben; besonders häufig werden nämlich Schuhmacher befallen; fortwährender Druck auf die Bauchgegend bei der dem Handwerk eigenen gebückten Haltung mag wohl hier einen locus minoris resis tentiae herbeiführen. Auch Traumen werden als Gelegenheitsursache angeführt, z. B. in einem Falle von Salzer.

Aetiologisch interessant ist auch unser erster Fall durch das Auffinden der Zwetschensteine, welche die Patientin mindestens zwei Jahre — ihre Erkrankung begann ebenfalls vor zwei Jahren — im Darm beherbergt hat. Ob man daraus nun ein aetiologisches Moment herleiten soll, oder ob das Hängenbleiben der Steine ein secundäres Ereignis war, lässt sich wohl schwer entscheiden; das Zusammenfallen des Beginns der Erkrankung mit der Zeit, wo sie noch Zwetschensteine zu verschlucken pflegte, und das Fehlen sonstiger Tuberculose und tuberkulöser Belastung lässt sich für das Ersterer ins Feld führen.

Gewisse Krankheiten scheinen als praedisponierend eine Rolle zu spielen, besonders Typhus und Ruhr.

Als Vehikel für die Bacilleninvasion sind wohl in den meisten Fällen die Nahrungsmittel anzusprechen, besonders Milch, Brot und Fleisch; auch der Speichel kommt actiologisch wohl zuweilen in Betracht.

Klinisch ist die Erkrankung gekennzeichnet durch einen sehr langsamen Verlauf; lange Zeit hindurch — in einem Falle werden 7 Jahre angegeben — bestehen Leibscherzen von meist kolikartigem Character, welche oft aber nicht auf eine bestimmte Stelle localisiert werden, neben Appetitlosigkeit, Verstopfung, die mit Diarrhoe abwechselt, Meteorismus und Erbrechen. Neben diesen Erscheinungen der Darmstenose hat sich aber die Diagnose hauptsächlich mit dem Vorhandensein eines Tumors resp. der Darmwandinduration und ihrer Localisation zu beschäftigen, einer Aufgabe, die in vielen Fällen erst durch den operativen Eingriff gelöst werden kann.

Derselben stellen sich nämlich meistens grosse differentialdiagnostische Schwierigkeiten entgegen. Es kommen hier besonders Carcinom und Wanderniere in Betracht.

Für Carcinom spricht ein nichtbeweglicher Tumor, für Tuberculose ein leicht beweglicher. Ausserdem wird die Dauer des Krankheitsverlaufs, die Schmerzhaftigkeit, Alter und event. Erblichkeit für das Eine oder das Andere diagnostisch zu verwerthen sein. Sachs will auch gefunden haben, dass in Carcinomfällen dieser Gegend Meteorismus und Kolikanfälle im Verlaufe der Krankheit fehlen, auch Appetit und Stuhlgang besser ist, während in den Tuberculosefällen Koliken und die Zeichen der Darmstenose regelmässig angetroffen werden.

Gegenüber der Wanderniere sind die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten womöglich noch grössere, wie unser erster Fall zeigt. Hier war ein glatter, leicht beweglicher nierenförmiger Körper in der Ileocoecalgegend vorhanden, die linke Niere konnte an ihrem unteren Pol palpiert werden, nicht aber die rechte, über Stenoseerscheinungen wurde nicht geklagt; die Schmerzen konnten ebensogut durch Wanderniere hervorgerufen werden. Ähnlich erging es Czerny, welcher bei seinem ersten derartigen Fall die kolikartigen Leibscherzen, den Meteorismus etc. auch mit einer rechtsseitigen Wanderniere in Zusammenhang brachte und die Nephrochaphie vornahm, wonach die Beschwerden auch wirklich geringer wurden; erst als sie wieder auftraten, wurde eine Probeincision auf den wieder sehr verschieblichen Tumor gemacht, dessen Natur erkannt und zur Darmresection geschritten, welche auch in einigen Wochen zur Heilung führte.

Auch unser erster Fall bot grosse diagnostische Schwierigkeiten, weil der hoch hinaufreichende Tumor im Zusammenhang mit der Leber zu stehen schien, und auch die Kolikanfälle und das Crepitieren auf Gallensteine hinwiesen; die Stenoseerscheinungen konnte man auf Druck der anscheinend sehr ausgedehnten Gallenblase auf einen benachbarten Darmteil zurückführen.

Die medizinische Behandlung der Erkrankung wird in den Fällen, wo die Stenoseerscheinungen sehr ausgesprochen sind, wenig fruchten; Regelung der Diät, vorsichtiges Abführen mit Ol. Olivarum und Ol. Ricini, und Clystiere, haben auch in unserm ersten Falle nur die schwersten Symptome, und nur auf kurze Zeit, mildern können. Die zunehmende Verschlechterung des Ernährungszustandes forderte, wie auch im zweiten Fall, neben den grossen Schmerzen, den chirurgischen Eingriff.

Contraindicirt ist die Operation, wenn zugleich schwere Lungenphthise besteht oder der Patient sehr geschwächt ist.

Die chirurgische Behandlung hat zur Aufgabe, die radicale Entfernung aller erkrankten Teile. Dieselbe stösst freilich bei der Ausdehnung des Processes über grosse Darmgebiete auf die allergrössten Schwierigkeiten, muss jedoch zur Vermeidung der Recidive versucht werden. Und dass man den Darm in grosser Ausdehnung ungestraft resecieren darf, lehrt auch wieder unser zweiter Fall. Ist die Radicaloperation nicht zugänglich, so ist doch selbstverständlich die Resection des stenosierten Darmstückes bei drohender Lebensgefahr auszuführen. Jedoch macht auch gerade bei unvollständiger Resection die Naht der starren, verdickten Darmwände sehr grosse Schwierigkeiten.

Es kann nicht meine Aufgabe sein, die Operationstechnik und die Operationsmethoden, die hier in Betracht kommen, zu beschreiben und kritisch zu würdigen. Ich will nur noch über die Erfolge berichten, welche die chirurgische Behandlung der tuberculösen Darmstenosen bisher aufzuweisen hat. Von den 32 oben angeführten Fällen starben 7 (21,88 %), während 25 (78,12 %) geheilt wurden. Wenn auch einige unglücklich verlaufene Fälle nicht zur Veröffentlichung gelangt sind, so kann man doch mit Fug und Recht annehmen, dass der grössere Teil der Patienten durch die Operation geheilt wird;

Billroth z. B. hat unter 6 Fällen 4 glücklich verlaufene zu verzeichnen, Czerny unter 3 Fällen 2 Heilungen, von den Fällen Richelot's, Durante's und unsern beiden ganz zu schweigen, — in der That ein schönes Resultat, wenn man bedenkt, dass die Fälle von fortschreitenden Darmstenosen ohne Operation absolut tödlich enden!

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat v. Esmarch, meinem hochverehrten Lehrer, für die gütige Überweisung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Suchier: Beitrag zur operativ. Behandlung etc. Berlin klin. Wochenschr. 1889 pag. 617.

Czerny: Centralblatt für Chirurgie. Leipzig 1889 pag. 927.

Billroth: Wiener klin. Wochenschr. 1891 Nr. 34.

Salzer: Archiv für klin. Chirurgie. Berlin 1892 pag. 101.

Sachs: Archiv für klin. Chirurgie. Berlin 1892 pag. 235.

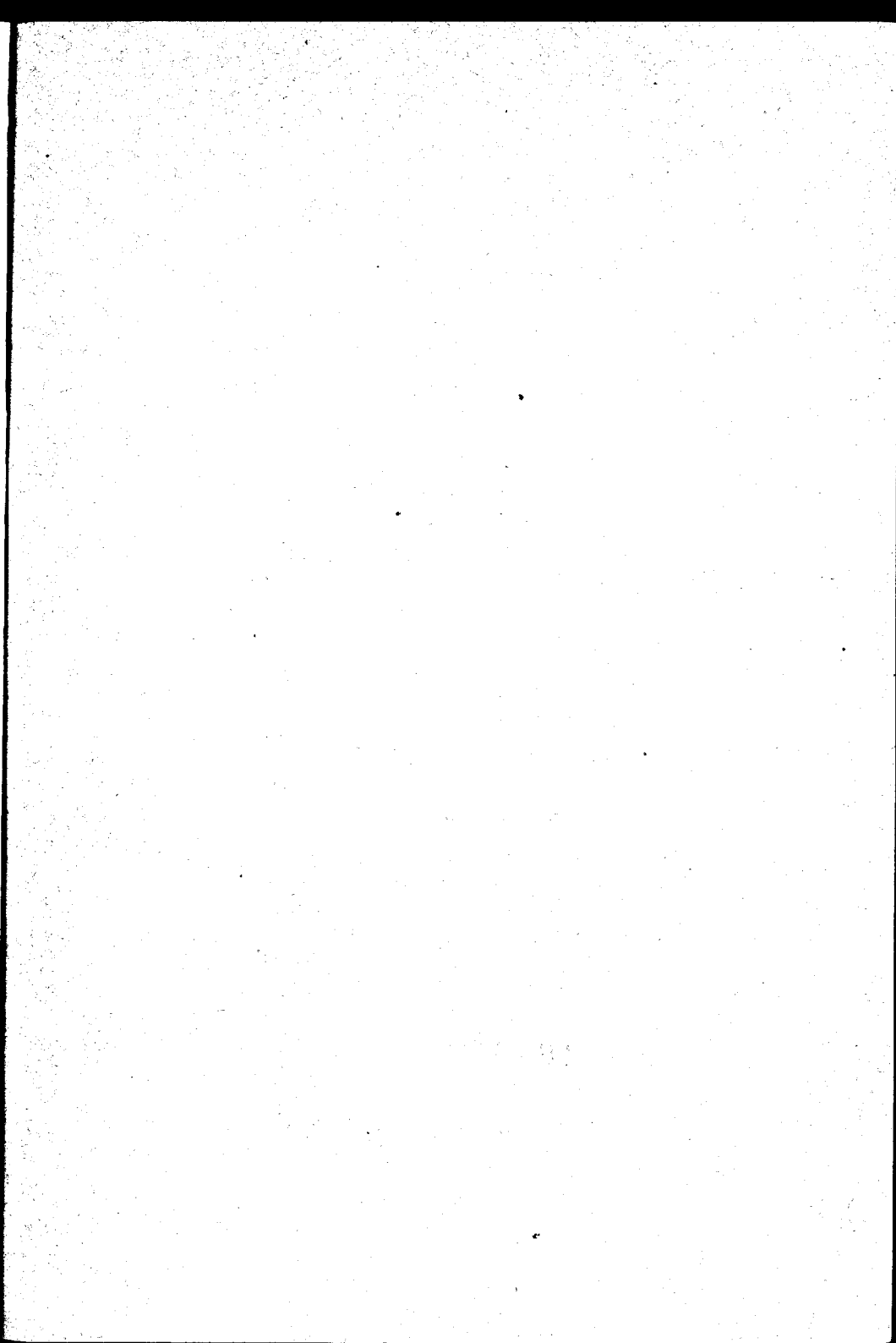
A. Benoit: Tuberculose locale chronique etc. Thèse de Paris 1893.

Ziegler: Patholog. Anatomie II. Jena 1892.

V i t a.

Geboren bin ich, Joseph Mockenhaupt, katholischer Confession, am 3. Januar 1866 zu Elkenroth in der Rheinprovinz als der Sohn des verstorbenen Landmanns Johann Heinrich Mockenhaupt, besuchte die Elementarschule meines Heimatsortes vom 6. bis 14. Lebensjahre und nach mehrjährigem Privatunterrichte von Herbst 1884 ab das Kaiser-Wilhelm-Gymnasium zu Montabaur in Hessen-Nassau, welches ich Ostern 1889 mit dem Reifezeugnis verliess. Darauf studierte ich Medizin, das erste Semester in München, die 4 folgenden in Greifswald, woselbst ich im Sommer 1891 das Tentamen physicum bestand. Nachdem ich in Kiel noch 4 weitere Semester studiert, bestand ich dort anfangs April 1894 das Staatsexamen und anfangs Juli desselben Jahres das Examen rigorosum.

16797



28152