Ueber Spontanamputationen und sonstige seltene Abnormitäten des Wurmfortsatzes.¹⁾

Von Dr. **Johannes Richter** in Annen.

Die Operation eines Rezidivfalles von Appendizitis²⁾, bei dem ich wegen schwerer schwartiger Verlötung des Wurmfortsatzes mit dem Dünndarm eine bisher nicht beschriebene partielle Ausschaltung (durch

¹⁾ Nach einem am 28. V. 1921 in der Medizinischen Gesellschaft in Bochum gehaltenen Vortrage. — ²⁾ Wird an anderer Stelle ausführlicher veröffentlicht.

Versenkung des distalen Wurmendes hinter eine Darmwandduplikatur) nach Ektomie des proximalen Stückes mit über 3jährigem Erfolge ausgeführt habe, regte mich zu einem nachträglichen Studium der einschlägigen Literatur an.

Sonnenburg (4) bespricht in seiner Abhandlung „Ueber die Ausschaltung des Wurmfortsatzes“ die Frage der künstlichen wie die der spontanen Ausschaltung, der sogenannten Spontanamputation der Appendix und hat in seiner Monographie „Pathologie und Therapie der Perityphlitis“ (1913) (6) zwei besonders prägnante Fälle abgebildet, bei denen der völlig vom Zökum abgetrennte Wurmfortsatz mit seinem Mesenteriolum neben dem Zökum in der Bauchhöhle lag und als isoliertes Darmstück weiter lebte. Der Stumpf der Appendix war völlig vernarbt. Rauchenbichler (4) fand 6 Monate nach dem ersten Anfall bei einer Appendizitisoperation den völlig abgetrennten, in feste Adhäsionen eingebetteten Wurmfortsatz neben dem Zökum; an letzterem war ein nur wenige Millimeter langer Stumpf sichtbar, der frei von jeder Entzündung erschien. Neugebauer (4) operierte einen appendizitischen Abszeß, bei dem der Wurmfortsatz durch Gangrän in zwei Teile geteilt war; der zentrale Teil ragte aus dem Zökum hervor und wurde abgetragen, der periphere erst 6 Monate später als Ursache eines neuen Anfalles gefunden und entfernt; wie denn alle Autoren sich in der Empfehlung dieses radikalen Eingriffs einig sind.

Die vorher erwähnten Befunde anderer riefen mir nun zwei eigene Operationsfälle in die Erinnerung zurück, die mir in diesem Zusammenhang erwähnenswert erscheinen:

Bei einem ca. 23jährigen Manne fand ich bei der Rezidivoperation etwa 1 Jahr nach dem ersten Anfall die Appendix in einen kaum 2 cm langen, größtenteils glatt vernarbten Stumpf umgewandelt, mit einer kleinen nekrotischen Stelle — beginnender Perforation — auf seiner Kuppe. Von der übrigen Appendix war nichts sichtbar. Nach Ektomie und typischer Stumpfversorgung günstiger Verlauf.

In dem zweiten Falle wurde bei einem 17jährigen jungen Manne mehrere Jahre nach angeblich überstandener schwerer Appendizitis anfälle wegen der Erscheinungen eines heftigen Rezidives zur Operation geschritten. Dabei ließ sich die Appendix weder am Treffpunkte der 3 Tünnen, noch zwischen den 2 Blättern des Mesozökums auffinden, sie war auch nicht ins Zökum (wie sonst schon beobachtet wurde) invaginiert, ebensowenig in den starken Verwachsungen der Umgebung nachweisbar. Frische entzündliche Erscheinungen in der Bauchhöhle fehlten.

Es handelte sich hier um eine irreführende akute Enterotyphlokolitis, wobei das Fehlen der Appendix möglicherweise auf eine frühere Spontanamputation zurückzuführen ist. Nach Frommes (7) Beobachtungen kommt die Auflösung der Appendix im Abszeßleiter, so selten es sein mag, vor. Andere — wie Schnitzler (Wien) (8) — bestreiten diesen Vorgang.

Zu warnen ist vor einer zu bereitwilligen Annahme eines angeborenen Defektes, der in einigen analogen Fällen seitens der Amerikaner Dailey (2) und Shiels (3) sowie der französischen Autoren Berard und Buche (5) diagnostiziert worden ist, obgleich in der Mehrzahl dieser Fälle appendizitische Attacken in der Vorgeschichte und stärkere Verwachsungen bei der Operation vorhanden waren, sodaß, um das Fehlen der Appendix zu erklären, wie auch in meinem letzten Falle weit eher an eine frühere hohe Perforation (an der Appendixbasis) zu denken sein dürfte. Nur im Falle Daileys, der den zufälligen Obduktionsbefund bei einem verunglückten Neger darstellt, dürfte man bei der Kritik über ein „non liquet“ nicht hinauskommen.

Nur ein einwandfreier Fall von angeborenem Mangel des Processus vermiformis ist mir aus der Literatur bekannt geworden, d. i. derjenige Schriddes (1) (1904), mit mikroskopischem Befunde von dem bei der Obduktion eines 1½jährigen Mädchens gewonnenen Präparate; er soll nach Schridde „seine Erklärung dadurch finden, daß bei diesem Blinddarm nicht die beim Menschen gewöhnlich beschränkte, sondern die bei den Karnivoren und einigen Affenarten vorkommende allgemeine Rückbildung eingetreten und es nicht zur Bildung eines wurmförmigen Fortsatzes gekommen ist“.

Als Gegenstück hierzu sei noch des gewissermaßen eine Kuriosität darstellenden Vorkommens von zwei Appendizes an einer Person gedacht, von der ich zwei Fälle in der Literatur gefunden habe:

Der Amerikaner Young (2) beschreibt den Operationsbefund bei einer 21jährigen Frau, mit eitriger Entzündung zweier Appendizes, deren eine perforiert war, sie waren 9 bzw. 11 cm lang, 1 cm dick, hatten beide ein eigenes Mesenteriolum; ihre Ansatzstellen an den Blinddarm waren 4 cm voneinander entfernt. Heilung.

Als Seitenstück dazu machte ich in der sonstigen Literatur nur einen Fall (Obduktionsbefund), betreffend ein 20tägiges Mädchen, ausfindig (Läwen) (5), das an Entkräftung zugrundegegangen war und eine Verdoppelung (des Zökums und) des Wurmfortsatzes zeigte (bei kongenitaler Wirbel-, Bauch-, Blasen-, Genital- und Darmspalte).

1. Hildebrand, Jber. Chir. 1905. — 2. Zbl. f. Chir. 1911 Nr. 7 u. 20. — 3. Zbl. f. Chir. 1912 Nr. 14. — 4. Zbl. f. Chir. 1913 Nr. 3, 27 u. 35. — 5. Zbl. f. d. ges. Chir. 1 u. 2 1913. — 6. Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis 1913. — 7. D. Zschr. f. Chir. 108. — 8. D. m. W. 1909 Nr. 51.