Zur Kenntnis der infiltrierenden Colitis und Sigmoiditis.

Von Prof. Dr. Th. Rosenheim.

Daß am Colon ganz umschriebene, sich nur auf diesen oder jenen Abschnitt des Organs beschränkende entzündliche Prozesse, akute wie chronische, vorkommen, darf als sichere Tatsache angesprochen werden. Daß bei einem erheblichen Teil dieser Fälle die Affektion mit leicht erweislicher, manchmal beträchtlicher Tumorbildung einhergeht, ist durch eine Reihe zuverlässiger Beobachtungen festgestellt; Lieblingssitz dieser zirkumskripten, mit Wandverdickung verlaufenden Dickdarmerkrankung ist die Flexura sigmoidea. Leube und ich haben hierauf zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt; von mir und andern Autoren sind einwandfreie Fälle bereits in erheblicher Zahl mitgeteilt worden, sodaß die Pathologie dieser „infiltrierenden“ (Leube) oder „hyperplasierenden“ (Schütz) Colitis bezüglich Sigmoiditis, von der im folgenden die Rede sein soll, einigermaßen klargestellt ist.

Was die anatomischen Veränderungen betrifft, die hier in Frage kommen, so sind sie verschiedener Art: bald handelt es sich um phlegmonöse Infiltrationen der Wand mit Geschwürbildungen der Mucosa und Pericolitis (Fälle von Graser, Rotter, Fleiner¹⁾, Strauss²⁾ und anderen illustrieren das), bald bestehen einfache, derbe Infiltrationen mit Muskelhypertrophie und mäßiger Stenosierung des Lumens [hierher gehört vor allem die wichtige Beobachtung von Simons³⁾], bald sind nur leichtere entzündliche Veränderungen vorhanden, und die Tumorbildung ist mehr oder weniger durch begleitende spastische Zustände mitbedingt. Die Fälle sind also anatomisch nicht gleichwertig, und dementsprechend sind auch Symptome, Verlauf und Prognose verschieden: die schweren, mit Eiterung einhergehenden Prozesse, die zu Ileus, Perforationsperitonitis, Absceß- und Fistelbildung führen können, sind weitaus die seltensten, die leichten kommen am häufigsten vor. Aber auch bei letzteren handelt es sich um echte entzündliche Vorgänge, was ich schon mit Rücksicht auf das

klinische Bild Simons gegenüber besonders betonen möchte; restitutio ad integrum kann hier im Laufe von Monaten oder Jahren in bezug auf die Beschwerden, wie auf den anatomischen Befund eintreten. Bei den in der Mitte stehenden Fällen mit derber Infiltration und leichter Stenosierung (hierher wäre z. B. mein Fall No. 10 in der ersten Publikation und Fall 2 in der zweiten¹⁾ zu rechnen) ist eine völlige anatomische Rückbildung nicht zu erwarten, die funktionellen Störungen an der erkrankten Stelle sind dagegen in hohem Maße eines Ausgleichs mit Hilfe interner Therapie fähig.

Daß wir nun diesen am Colon, speziell im Gebiete der Flexura sigm. sich abspielenden Prozessen entzündlichen Ursprungs eine Sonderstellung einräumen, wird man wohl als berechtigt anerkennen. Denn ob des öfteren bei diesen in Rede stehenden Affektionen der Sigmaschlinge oder anderer Abschnitte der übrige Dickdarm ganz oder teilweise, mehr oder weniger intensiv miterkrankt ist, das ändert an unserer Beurteilung der Bedeutung der lokalisierten Störungen nicht viel; wo subjektive und objektive Symptome sich schärfer an einem umschriebenen Organteil geltend machen, ja, das Krankheitsbild beherrschen, muß man dieser Erscheinung durch besondere klinische Berücksichtigung des betreffenden Abschnitts Rechnung tragen, auch wenn es sich nur um ein stärkeres Hervortreten des umschriebenen Prozesses aus dem Rahmen eines im übrigen vorhandenen, zweifellos diffusen handelt. Es gibt aber auch, nach meinem Dafürhalten, ganz für sich allein auftretende, lokalisierte akute und chronische Entzündungen, vornehmlich an der Sigmaschlinge; sie sind allerdings seltener im Verhältnis zu denjenigen, die stark hervortretende Teilerscheinungen einer diffusen Colitis oder eines vom Rectum ascendierenden Prozesses sind.

Die klinische Beobachtung lehrt, daß der Verlauf der Sigmoiditis, die ich als Paradigma für alle die gleichwertigen Vorgänge an anderen Dickdarmabschnitten in den Vordergrund stelle, ein sehr wechselnder ist. Ausnahmsweise kann, ohne daß die Aufmerksamkeit des Patienten wesentlich vorher auf den Sitz der Affektion gerichtet war, unvermittelt eine Katastrophe in Form einer schweren Obstruktionsattacke, einer Perforationsperitonitis, eintreten. Gemeinhin aber verlaufen die akuten Prozesse, die durchaus nicht selten sind, verhältnismäßig leicht. In der Mehrzahl der Fälle stellt sich das Leiden als ein exquisit chronisches dar. Nicht selten treten akute Exazerbationen auf oder es entwickelt sich die Affektion chronisch nach akutem Beginn oder eine akute schwere Attacke beschließt den seit langem bestehenden chronischen Prozeß.

Schmerzen und Störung des Kotlaufes sind die gewöhnlichen Symptome, Obstipation ist eine häufige Begleiterscheinung; doch werden auch gelegentlich diarrhoische Zustände, besonders im Stadium der akuten Exazerbationen beobachtet. Mehr oder weniger kompletter Darmverschluß gehört zu den Ausnahmeerscheinungen. Druckempfindlichkeit der erkrankten Darmpartie und vor allem Verdickung der Colonwand bis zu beträchtlicher Tumorbildung sind die entscheidenden, objektiven Kriterien. Schon im Hinblick auf die Abgrenzung von Carcinom ist die genaue Kenntnis dieser entzündlichen Prozesse von unbestreitbarer praktischer Bedeutung, und gerade mit Rücksicht auf die, wie auch meine unten mitgeteilten Beobachtungen lehren, gemeinhin recht schwierige Differentialdiagnose scheint es mir von Wert, auf diese wenig bekannten Affektionen hier näher einzugehen.

Im folgenden soll vorzugsweise von Sigmoiditisfällen, und zwar leichteren und mittelschweren, ohne bedrohliche Komplikationen verlaufenden, die ja auch die unverhältnismäßig häufigsten und praktisch wichtigsten sind, die Rede sein; ich teile aus dem Material, das mir die letzten zwei Jahre geboten haben, nur einige einwandfreie, charakteristische Beobachtungen als Paradigmata mit.

Herr O. aus B., 63 Jahre alt, konsultierte mich am 5. Juni 1905. Eine mäßige Stuhlträgheit hatte sich bei dem immer etwas nervösen Herrn, der auch öfter von Bronchialkatarrhen heimgesucht

¹⁾ Ausführliche Literatur siehe in meiner Arbeit: Ueber Sigmoiditis. Zeitschrift für klinische Medizin 1904, Bd. 54. — ²⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 36 — ³⁾ Zeitschrift für klinische Medizin Bd. 59.

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 44a.

wurde, im Laufe der letzten Jahre entwickelt. Im Winter 1904/5 Verschlimmerung; bei hartem Stuhlgang zeigte sich hin und wieder geringe Blutbeimischung. Im März 1905 wurde wegen Hämorrhoids in den Schläfen und einer rechtseitigen Glaskörpertrübung eine 14tägige Kur mit Bitterwasser verordnet; später Karlsbader Mühlbrunnen mit Zusatz von Karlsbader Salz. Am 19. April trat ziemlich unvermittelt ein äußerst heftiger Bauchschmerz auf, der in den Unterleib nach links verlegt wurde; dabei Drängen zum Stuhlgang, Abgang von Blut und Schleim mit kothaltiger, übelriechender Flüssigkeit; kein Fieber. Nun wiederholen sich fast täglich die Leibschmerzen bei Wechsel von Verstopfung und Diarrhoe. Blut- und Schleimbeimengungen werden dauernd beobachtet. Trotz leichtester Diät, Applikation von warmen Umschlägen, vorsichtigem Gebrauch von Rhabarber, besserte sich der Zustand nicht. Erhebliche Abmagerung, schlechter Schlaf, Verminderung des Appetites. Am 28. Mai trat eine starke Darmblutung auf. Dieses Ereignis war die endgültige Veranlassung, weshalb Patient mich zu konsultieren wünschte.

Status praesens vom 7. Juni bei der Aufnahme in die Klinik: Kleiner, mäßig gut genährter Mann mit leidendem Gesichtsausdruck. Zunge wenig belegt. Starke Sklerose der Arteria radialis nachweisbar. Der zweite Aortenton verstärkt. In den Lungen bronchitische Geräusche. Leberdämpfung beginnt in der Mammillarlinie am unteren Rand der sechsten Rippe, überragt den Thoraxrand etwas, das Organ ist auf Druck ein wenig empfindlich, desgleichen das ganze Epigastrium. Milz normal. Das Abdomen schlaff, leicht eindrückbar, ist in der linken unteren seitlichen Partie besonders empfindlich. Bei tieferem Eingehen fühlt man hier einen reichlich daumendicken, kaum verschieblichen, etwa 12 cm langen, neben der Wirbelsäule von links und außen nach rechts medianwärts verlaufenden Tumor. Dieser ist äußerst schmerzhaft auf Druck, aber auch die benachbarten, besonders nach der Mittellinie zu gelegenen Partien der linken Darmbeinschaufel erweisen sich als sehr empfindlich. Im Gegensatz zur rechten Seite ist die Haut links hyperästhetisch; Kniephänomene beträchtlich gesteigert.

Am folgenden Tage wird nach gründlicher Evakuierung (Abführmittel und Einlauf) die Palpation wiederholt; das Resultat ist in bezug auf die Tumescenz im Gebiete der Flex. sigm. dasselbe. Bei der bimanuellen Untersuchung vom Mastdarm aus in Rücken- und Seitenlage wird festgestellt, daß etwa in der Höhe des dritten Sacralwirbels ein Polyp von gut Kirschengröße, von der Hinterwand ausgehend, gestielt aufsitzt; derselbe kann durch Invagination bis 5 cm vom After entfernt heruntergedrängt werden. Im übrigen läßt sich im kleinen Becken eine Anomalie für den tastenden Finger nicht nachweisen.

Bei der endoskopischen Untersuchung ergibt sich, daß der Polyp oberflächlich erodiert ist und leicht blutet. An demselben vorbei dringt der Tubus ohne Schwierigkeiten in die Flex. sigm. hinein, deren Schleimhaut intensiv dunkel gerötet ist, im Gegensatz zu der des Rectum, welches annähernd normale Verhältnisse zeigt. Der Tubus läßt sich 30 cm weit hinaufschieben, dann wird sein Druck als unerträglich bezeichnet. Auch die Aufblähung des Darms verbessert das Untersuchungsergebnis nicht.

Patient wird auf eine milde, gemischte, vorwiegend vegetarische, schlackenfreie Diät (zweimal täglich Gemüse, einmal Kompot in Pureeform, viel Fettstoffe, wenig Fleisch) gesetzt. Er bleibt im Bette liegen und macht heiße Breiumschläge auf die linke Seite. Dabei stellt sich Stuhlgang von selbst ein, aber spärlich, kleinkalibrig, jedesmal mit Schleim- und Blutbeimengungen. Die spontanen Schmerzen lassen nach; da in den nächsten Tagen der Tumor der linken Seite umfangreicher wird, so vermutete ich Kotretention, und es wurden deshalb regelmäßig abends etwa 100 g warmes Öl in den Mastdarm eingespritzt; danach reichlichere Entleerung fast täglich. Appetit bessert sich. Körpergewichtszunahme in 14 Tagen 5 Pfund.

In der dritten Woche des Aufenthaltes in der Klinik bekommt Patient warme Bäder und darf mehrere Stunden außerhalb des Bettes bleiben. Jetzt tritt nun, vielleicht infolge eines Diätfehlers, aber ohne vorausgegangene Verstopfung, am 20. Juni nachmittags ein heftiger Anfall, ähnlich dem vom 19. April, aber angeblich viel schlimmer, auf. Patient klagt über vehemente Leibschmerzen, die von der linken Seite ausgehen; es quält ununterbrochener Stuhldrang; dabei wird zunächst nur etwas Blut und Schleim herausgepreßt; später folgen aashaft riechende Kotmassen in einer schmutzig-graugelblichen, flüssigen Masse, die unzweifelhaft Eiterflocken enthält; kleinere Ausleerungen dieser Art erfolgen im Laufe der nächsten 24 Stunden vier. Bei der Untersuchung des Leibes zeigt sich, daß derselbe links straff gespannt und in allen Teilen auf Druck empfindlich ist; extrem schmerzhaft ist die linke, untere, seitliche Partie, und in dieser fühlt man deutlich einen reichlich drei Fingerdicken, rundlichen,

glatten, unverschieblichen, 15–16 cm langen Tumor, der zweifellos der Flexur entspricht. Fieber war nur am Tage der Erkrankung in geringem Maße (unter 38°, Puls 100) aufgetreten. Unter heißen Umschlägen und Morphinumgebrauch läßt in den nächsten 48 Stunden die lokale Schmerzhaftigkeit nach. Der Appetit findet sich wieder und das Allgemeinbefinden bessert sich. Sowohl der üble Geruch, wie die Eiterbeimengung verlieren sich aus den Stühlen in dieser Zeit vollständig; sie bekommen wieder den früheren Charakter, d. h. sie sind kleinkalibrig, äußerlich mit etwas Schleim und Blut bedeckt und werden häufiger in geringen Portionen abgesetzt. Patient bleibt noch etwa acht Tage in der Klinik; in dieser letzten Woche tritt eine gute Erholung ein, und auch der weitere Verlauf ist ein günstiger. Während des Monats August hält sich Patient in Salzbrunn auf, wo sein Körpergewicht weiter zunimmt und die Darmtätigkeit sich auch ohne Oeleinspritzung befriedigend unter Gebrauch von etwas Pfefferkuchen mit Milch regelte. Blut- und Schleimspuren sind noch immer auf den Kotmassen, die sich allmählich kräftiger formieren zeigen, erkennbar. Patient stellt sich mir im Herbst und dann noch einmal Anfang 1906 wieder vor. Bei strenger Einhaltung der verordneten Diät bleibt die Stuhl-tätigkeit reguliert. Nur selten war es nötig, daß Patient zur Oelspritze griff. Von einer Tumescenz in der Gegend der Fl. sigmoidea ist nichts mehr zu finden. Das Organ fühlt sich nach der Stuhlentleerung so an, wie jedes andere normale, es ist nur etwas druckempfindlicher. Der Polyp ist wie früher nachweisbar. Die letzte briefliche Mitteilung (Neujahr 1907) meldet gutes Befinden.

Resümieren wir noch einmal: Ein 63jähriger, etwas nervöser Herr mit Arteriosklerose beobachtete ohne nachweisbare Veranlassung auftretende Neigung zu Stuhlverstopfung, die sich im Laufe von Monaten verschärft; Blut- und Schleimbeimengungen zum Stuhlgang fallen auf. Patient gebraucht Abführmittel, kommt aber zu keiner regulären Darmtätigkeit, wird dyspeptisch und magert ab. Es treten allmählich immer stärker werdende Schmerzen im Leibe hinzu; ziemlich unvermittelt kommt es zu einer vehementen, kolikartigen Attacke, die sich dann drei Monate später unter unseren Augen erneut. Nachdem schon vorher von uns das Vorhandensein einer Tumescenz der Flexura sigmoidea festgestellt worden war, beobachteten wir in diesem Anfall ein akutes starkes Anschwellen dieses Organs mit peritonealen Reizerscheinungen unter leichtem, rasch vorübergehendem Fieber. Ziemlich rasches Abklingen der akuten, heftigen Symptome und im Laufe von Monaten allmähliche Zurückbildung des ganzen Prozesses in der Flexura sigmoidea unter gleichzeitiger Rückkehr der Darmfunktion zur Norm.

Daß es sich hier um eine, mit akuten Exazerbationen verlaufende Sigmoiditis gehandelt hat, kann keinem Zweifel unterliegen, und der Fall verdient wohl mit Rücksicht auf seine Besonderheiten eine etwas genauere Analyse. Aetiologisch bleibt er dunkel. Die zwei akuten Verschlimmerungen des chronischen Prozesses sind genetisch auch nicht ganz klar. Bedrohliche Obstruktionerscheinungen traten während des Verlaufes niemals auf. Sehr bemerkenswert sind die Symptome, die während der zweiten Exazerbation in der Klinik zur Beobachtung kamen: Das starke Anschwellen des Tumors, die Beteiligung des Bauchfells und die *défense musculaire* auf der linken Seite, der Abgang von aashaft stinkenden Massen¹⁾, von Blut und speziell von Eiter, das Fieber, die vehementen Schmerzen und die starke Angegriffenheit. Ich gestehe, daß ich bei der Beobachtung dieser Erscheinungen, insbesondere mit Rücksicht auf das Vorhandensein von Eiter in dem stark jauchig riechenden Kot, einen Moment zweifelte, ob nicht doch ein ulcerierender Tumor im Gebiete der Sigmaschlinge Grundlage und Ausgangspunkt des ganzen Prozesses wäre, eine Auffassung, die von berufener chirurgischer Seite mit aller Entschiedenheit mir gegenüber vertreten wurde, nachdem bereits in Br. von verschiedenen Kollegen die Diagnose auf Carcinom gestellt worden war. Allein das rasche Verschwinden gerade dieser, den Verdacht auf tiefer greifende Ulcerationen stützenden Symptome ließ mich sehr bald wieder zu meiner früheren günstigen Auffassung der Sachlage zurückkehren.

1) Auch in Bittorfs drittem Fall von akuter Sigmoiditis sind solche Abgänge beobachtet. (Münchener medizinische Wochenschrift 1904, No. 4)

Bei meiner Beurteilung war für mich von vornherein vor allem ein gewisses Mißverhältnis zwischen Tumor und sonstigen Krankheitserscheinungen maßgebend.

Carcinome an der Flexura sigmoidea können auch glatt, zylindrisch wie unser Tumor gestaltet sein. Wo man aber bei malignen Neubildungen oder ausnahmsweise auch auf der Basis anderer, stenosierender Prozesse eine sich über 12 und mehr Zentimeter erstreckende Resistenz nachweisen kann, da beruht dieselbe zum großen Teil, wenn sie glatt ist, auf sekundärer Muskelhypertrophie, und bei diesen Fällen — sie stellen meist schon vorgeschrittene Stadien der Affektion dar — stehen Kotlaufhemmungen und Obstruktionserscheinungen im Vordergrund des Krankheitsbildes. Nun war aber die Stuhl-tätigkeit hier leicht zu regulieren, und was wir beobachteten, waren nicht Obstruktionsattacken, sondern heftige lokale entzündliche Irritationen, die einer Perityphlitis außerordentlich ähnlich waren. Wo anderseits Carcinome größere Tumoren für sich allein ohne erhebliche Lumenverengung und ohne sekundäre Muskelhypertrophie bilden, da fehlt ihnen gewöhnlich die gleichmäßige Glätte, die in unserem Falle, wie in sonstigen früher von mir und von anderen, z. B. Schütz,¹⁾ beschriebenen besonders hervortrat.

Damit ist nicht gesagt, daß nicht auch einmal Sigmoiditis unebene Tumoren bilden kann, wie ich es z. B. in einem meiner Fälle (No. 11 meiner ersten Publikation) beobachtete und erst jüngst wieder sah; das dürfte dort möglich sein, wo ein schwererer infektiöser Prozeß, vielleicht von einem Divertikel ausgehend, eitrige Infiltration oder stärkere Beteiligung des Peritoneums bedingt. Schütz legt für die Differentialdiagnose auch großen Wert auf die geringe Verschieblichkeit, resp. Unbeweglichkeit des Tumors; es ist wohl richtig, daß ein kleiner Tumor an der Flexura, der sehr beweglich ist, wahrscheinlich ein Carcinom ist, aber bei größeren Neoplasmen geht die Fähigkeit der Lageveränderung nach meinen Erfahrungen gewöhnlich auch rasch verloren.

Schließlich fällt bei den Neubildungen ihre harte Konsistenz im Verhältnis zu der weichen der entzündlichen Schwellungen wesentlich mit ins Gewicht. Das hartnäckige Auftreten von Blut im Stuhlgang konnte vielleicht mehr für Carcinom als für Sigmoiditis sprechen, denn im allgemeinen sind die Blutabgänge bei Sigmoiditis, wenn auch oft vorhanden, doch weniger konstant und im ganzen spärlich; in unserem Falle war es einmal zu einer starken Blutung gekommen, doch glaubte ich für diese die polypöse Wucherung wesentlich mehr verantwortlich machen zu dürfen. Daß übrigens beträchtliche Hämorrhagien auch bei chronischer Entzündung in der Sigmaschlinge vorkommen, lehrt z. B. mein früher mitgeteilter Fall 5 (Herr St. aus Holland) und der Fall Helbers.²⁾

Daß es sich in meinem Falle um einen echten infiltrierenden oder hyperplasierenden entzündlichen Prozeß, der sich im Gebiete der Flexura sigmoidea und zwar ausschließlich abgespielt hat, handelt, wird man bei Prüfung des objektiven Befundes und des Verlaufes nicht bezweifeln. Im klinischen Bilde spricht alles dafür, daß keine diffuse Colitis vorliegt, sondern daß nur die Sigmaschlinge ganz selbständig ohne sicher festzustellende Ursache erkrankt ist.

Eine ausgedehntere infiltrierende Entzündung des Colon konnten wir in dem folgenden Falle konstatieren:

2) Herr N. aus P., 44 Jahre alt, leidet seit sechs bis sieben Jahren an Stuhl-trägheit, seit vier bis fünf Jahren an Schmerzen links neben und unter dem Nabel, die anfangs als dumpfer Druck, später als Koliken auftraten, nach dem Kreuz und dem linken Rippenbogen ausstrahlten und nicht selten die Nachtruhe störten. Gründliche Stuhlentleerung verminderte die Beschwerden, auch heiße Umschläge beeinflussten sie günstig. Saures Aufstoßen und Sodbrennen belästigen seit langem. Starke nervöse Reizbarkeit; Appetit ist gut. Seit einem Jahre haben sich die Darmstörungen vermehrt. Schmerzen links vom Nabel sind jetzt fast konstant vorhanden. Der durch Abführmittel erzielte Stuhlgang scheint häufig unzureichend zu sein, da nachträgliches Drängen viele Stunden anhält. Blut und Schleim sind dem Stuhl fast immer beigemengt. Schlaflosigkeit, Zittern der Hände, Kopfschmerz werden hartnäckig geklagt. Körpergewichtsverlust 14 Pfund. Kuren in Wiesbaden, Baden-Baden, Kissingen ohne rechten Erfolg.

1) Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie Bd. 37.

2) Münchener medizinische Wochenschrift 1905, No. 11.

Status praesens am 6. März 1906. Mittelgroßer, sehr kräftig gebauter, gut genährter Mann von blasser Gesichtsfarbe. An Herz, Lunge, Leber keine Anomalie nachweisbar. Magensaft mäßig superazide. Steigerung der Reflexerregbarkeit. Linke vordere Bauchhautfläche stark hyperästhetisch. Druck in die Tiefe wird sehr schmerzhaft empfunden im Gegensatz zur rechten Seite. Bei tieferem Eingehen fühlt man einen langen, wurstförmigen Tumor neben der Wirbelsäule verlaufend, annähernd doppeltdaumendick, glatt, im oberen Teil gar nicht, im unteren wenig verschieblich. Die Länge der ganzen Tumescenz, welche auf der Darmbeinschaukel halbmondförmig, oberhalb derselben gradlinig bis über die zwölfte Rippe hinauf nach oben verläuft, beträgt etwa 25 cm. Dann wird die Abgrenzung undeutlich. Nach unten zu verliert sich der Tumor ins kleine Becken. Auch nach gründlicher Evakuierung des Darms ist der Befund annähernd derselbe, nur erscheint die Konsistenz des Tumors dann weicher, das Gewebe nachgiebiger und elastischer. Im Endoskop vom Mastdarm aus kann man bequem 32 cm weit die Schleimhaut inspizieren; sie ist tief dunkel gerötet im Gebiete des Colon pelvicum, dagegen im Rectum annähernd normal.

Patient bleibt etwa fünf Wochen in der Klinik. Hier ergibt die Beobachtung folgendes: Bei Bettruhe, heißen Umschlägen, milder, vorzugsweise vegetabilischer Kost (s. oben u. No. 1), Gebrauch von Vichywasser und Bismut und Magnesia verschwanden die Magenstörungen und regelte sich die Stuhl-tätigkeit; Herabsetzung der nervösen Erregbarkeit und Verbesserung des Schlafes wurden durch protahierte warme Fichtennadelbäder erzielt. Der Kot, der anfangs noch viel Blut- und Schleimbeimengungen erkennen ließ, wurde später spontan, bald wurstförmig, bald dickbreiig ohne anormale Bestandteile und ohne besondere Beschwerden abgesetzt.

Die zweifellos der Flex. sigmoidea und dem Colon descendens angehörige Infiltration der Wand bleibt in bezug auf Umfang und Ausdehnung im wesentlichen bestehen, nur hat man zuletzt das Gefühl, daß der Tumor im ganzen weicher geworden ist. Bei der Entlassung betrug die Körpergewichtszunahme zehn Pfund. Leider ist Patient kurze Zeit nachdem er in seine Heimat zurückgekehrt war, an einer Kohlenoxydgasvergiftung gestorben, sodaß über den weiteren Verlauf nichts berichtet werden kann.

Fassen wir die wichtigsten Einzelheiten zusammen, so ergibt sich kurz folgendes: Bei einem kräftigen, sonst gesunden Mann entwickeln sich im Laufe einer Reihe von Jahren immer hartnäckiger werdende Verstopfung und anhaltend sich steigernde Schmerzhaftigkeit der linken Bauchseite. Es bildet sich mehr und mehr eine starke allgemeine Nervosität aus und Patient magert beträchtlich ab. Im Stuhlgang findet sich Blut und Schleim, und neben den objektiven Zeichen einer Neurasthenie konstatieren wir eine ausgedehnte infiltrierende Entzündung des Colon descendens und der Flexura sigmoidea, soweit dieselben der Palpation zugänglich sind. Das Rectum ist sicher, die höheren Colonabschnitte sind wahrscheinlich normal. Durch eine den lokalen Reizzustand und die allgemeine Uebererregbarkeit mildernde Behandlung gelingt es, ein befriedigendes, funktionelles Resultat zu erzielen, dagegen wird eine Rückbildung der entzündlichen Schwellung nicht erreicht. Linkseitige Schmerzen, Obstipation, Blut- und Schleimabgänge sind die hervorsteckendsten Erscheinungen im Krankheitsbild; allgemeine Nervosität verstärkt das lokale Leiden und beeinflusst in gewissen Grenzen seinen Charakter — aber im übrigen ist die Darmaffektion eine selbständige Erkrankung entzündlichen Ursprungs, und Besserung der Neurasthenie und der intestinalen Funktion ändert nichts Wesentliches an dem bei der Palpation erkennbaren pathologisch-anatomischen Befund einer Verdickung der Darmwand in weiter Ausdehnung. Daß diese Infiltration sich über einen so großen Abschnitt des Darms erstreckt, ist bemerkenswert und spricht, worauf schon Leube hinwies, bei der klinischen Bewertung für die Benignität des Prozesses und gegen Carcinom.

Der folgende Fall ist dem erstbeschriebenen in vieler Beziehung ähnlich, hat aber doch seine Besonderheiten, die ihn einer speziellen Berücksichtigung wert erscheinen lassen.

3. Herr R., 47 Jahre alt, erkrankt in den ersten Tagen des August 1905 in der Sommerfrische ganz plötzlich mit heftigen, kolikartigen Schmerzen, die hauptsächlich in der linken Bauchseite empfunden werden. Stuhlgang war vor der Erkrankung regelmäßig gewesen; daß Erkältung oder Diätfehler einen Einfluß aus-

geübt haben, ist nicht festgestellt. Die Schmerzen hielten mehrere Tage an, es bestand Obstipation — doch gingen Flatus ab — Fieber bis 39°, allgemeine Angegriffenheit und Appetitlosigkeit. Allmählich schwand das Fieber, auf Rizinusöl erfolgte Stuhl, aber nicht sehr reichlich, mit Blut und Schleim vermengt. Die Intensität der Schmerzen ließ nach, doch blieb ein belästigendes Wehegefühl trotz Umschläge und Narcotica bestehen. Nach 14 Tagen konnte Patient das Bett verlassen, er kehrte dann bald nach Berlin zurück und wurde von seinem Hausarzt weiter behandelt, mit dem ich ihn am 27. September 1905 sah. Herr R. war seit Beginn der Erkrankung erheblich abgemagert, er hatte immer noch Schmerzen in der linken Seite; der Stuhlgang war unregelmäßig, schwer und enthielt dauernd Blut- und Schleimbeimengungen. Der Verdacht, daß ein Neoplasma malign. vorliege, war deshalb wohl gerechtfertigt und wurde durch das Vorhandensein einer Resistenz in der linken Seite wesentlich verstärkt. Dieselbe war von dem zuerst behandelnden Arzte, wie auch hier konstatiert worden.

Status praesens: 27. September. Großer, kräftig gebauter Mann, dessen Organe bis auf den Darm gesund befunden werden. Druck auf der linken Bauchseite ist empfindlich. In der Tiefe fühlt man auf der linken Darmschleife eine etwa 8 cm lange, schmerzhafte Resistenz von Daumendicke, wenig verschieblich, an die Linea innominata des kleinen Beckens heranreichend und in dieses sich deutlich verfolgen lassend. Nach gründlicher Evakuierung des Darms findet in den folgenden Tagen eine wiederholte Aufnahme des Befundes statt. Derselbe wird auch unter den veränderten Versuchsbedingungen bestätigt. Bei der kombinierten Untersuchung in Steinschnittlage ist die Partie des Douglasschen Raumes sehr empfindlich, aber nirgends ist eine Resistenz feststellbar, die als Carcinom mit Sicherheit anzusprechen wäre, sondern man fühlt nur das Colon pelv. als derben, fest kontrahierten, glattwandigen Strang durch. Die Untersuchung mit dem Endoskop stößt auf Schwierigkeit, indem es nur wenige Zentimeter weit in der Sigmaschlinge vorzudringen gelingt. Deren Schleimhaut ist dunkel gerötet, im Gegensatz zu der des Rectums. Der Stuhlgang zeigte äußerlich anhaftende Schleim- und Blutpartikel — er war hart, kleinkalibrig. Eine Kontrolluntersuchung am 17. Oktober ergab das gleiche Resultat.

Ich konnte mich von dem Vorhandensein eines Carcinoms nicht überzeugen und riet zu einer Behandlung mit milder, vegetarischer Kost, Umschlägen und Bädern. Das Befinden besserte sich, die Beschwerden ließen nach, der Stuhlgang regulierte sich ziemlich gut, die Resistenz verschwand im Laufe des Winters; doch blieb die Flexur dauernd druckempfindlich. Mitte Februar zeigte sich von neuem hartnäckige Verstopfung; auch waren wieder Blutspuren im Kote. Im Anschlusse an sehr stark wirkende Abführpillen trat dann am 9. März 1906 ein vehementer Anfall, ähnlich demjenigen im vorigen Sommer ein. In Verbindung mit Durchfällen setzten heftige Koliken ein, die einige Tage anhielten. Ich sah den Patienten mehrere Tage später, als in der Bettruhe bereits Besserung erzielt war, es war jetzt wieder eine deutliche, daumendicke Resistenz tastbar. Fieber war bei diesem Anfall nicht vorhanden gewesen. Allmählich ließen die Beschwerden nach, die Darmtätigkeit regulierte sich und die Tumescenz wie die Blutungen verschwanden im Laufe von etwa sechs Wochen. Doch blieb immer noch eine gewisse unangenehme Empfindung im Leibe bestehen; die Flexur war auch druckempfindlich; Stuhlstockungen belästigten hin und wieder. Im Sommer 1906 ging dann Patient auf meine Veranlassung nach Kissingen, das Resultat daselbst war ein bis jetzt andauerndes, ausgezeichnetes.

Es handelt sich also hier zweifellos um eine gutartige, mit Infiltration der Wand einhergehende Sigmoiditis, die akut ohne sicher feststellbare Veranlassung einsetzt und mit Fieber und unter großen Beschwerden verläuft. Es bleibt ein chronischer Reizzustand zurück, der sich durch Kotlaufhemmung, Blut- und Schleimabgänge und eine Tumescenz klinisch bemerkbar macht. In der Rekonvaleszenz bewirkt ein drastisch wirkendes Abführmittel eine Exazerbation, die unter der Einwirkung einer schonenden, mildberuhigenden Therapie abklingt, schließlich kommt es zu einer anscheinend vollständigen Resitutio ad integrum.

Daß der zuerst geäußerte Verdacht, es möge wohl ein Carcinom vorliegen, nicht unbegründet war, erhellt aus der Krankengeschichte. Ich war im Anfang absolut nicht in der Lage, eine Neubildung mit Sicherheit auszuschließen — das wird man in solchen Situationen am Krankenbett auch nur höchst selten können. Erst eine längere, am besten klinische Beobachtung pflegt zuverlässige Kriterien für die Differentialdiagnose an die Hand zu geben: Schmerz, Kotlaufstörung,

Tumor, Blut- und Schleimabgänge, endoskopisch erkennbare Anomalien, alle diese Symptome eignen beiden Affektionen, der gutartigen wie der bösartigen, sie sind jede für sich allein, und auch wenn sie zusammen vorhanden sind, ohne entscheidende pathognostische Bedeutung. Unter Umständen kann es monatelang unmöglich sein, eine exakte Diagnose zu stellen. In unserem Falle beseitigten der objektive Befund (das Verschwinden des Tumors) und der Verlauf (Herstellung einer befriedigenden Funktion) schon nach einiger Zeit jeden Zweifel. Die Unmöglichkeit, das Endoskop in der Flexura sigmoidea vorzuschieben, war bedingt durch die außerordentlich starke Reizbarkeit des Organs, das gegen jeden mechanischen Insult mit Schmerz und Spasmus reagierte. Soweit man die Schleimhaut der Flexur übersehen konnte, war sie außerordentlich kongestioniert, im Gegensatz zu der des Mastdarms, sodaß über die Herkunft des Blutes im Stuhlgang gar kein Zweifel sein konnte.

Man braucht aber nicht etwa aus der eben mitgeteilten Beobachtung den Schluß zu ziehen, daß die entzündliche Reizung der Sigmaschlinge nun gemeinhin die endoskopische Untersuchung unmöglich mache; im Gegenteil, in meinen Fällen gelang es meist, mit dem Tubus über 30 cm weit hinauf vorzudringen, d. h. so ziemlich das ganze Colon pelv. einer genauen Inspektion zu unterwerfen. Starke Kongestionierung der Mucosa der Sigmaschlinge im Gegensatz zu der des Rectum ist ein typischer Befund bei Sigmoiditis; aber er schließt ein höher sitzendes Carcinom nicht unbedingt aus, und ebensowenig tun dies Schwellung und erhöhte Vulnerabilität der Schleimhaut, Erosionen und Granulationsbildung (Colitis granulosa), vermehrte Schleimproduktion, spastischer Reizzustand, der die Einführung des Tubus in höhere Partien hemmt. Selbst der Nachweis knolliger, infiltrierender, leicht blutender Tumescenzen ist nicht absolut pathognostisch für Carcinom, da ausnahmsweise auch chronisch schleichend verlaufende dysenterische Prozesse nach Simons das gleiche Bild geben können. Nur blumenkohlartig prominierende, graugelbliche, von Hämorrhagien durchsetzte Granulationsmassen auf der Schleimhaut sind nicht anders, denn als maligne deutbar. Gegen Carcinom spricht leichte Endoskopierbarkeit in weiter Ausdehnung (30—40 cm hinauf), wenn man sicher ist, infiltrierte Partien mit dem Tubus passiert zu haben, denn die krebssige Infiltration ist starr, unnachgiebig und gestattet nicht, mit dem harten Instrument einzudringen. Im akuten Anfall wird man eine endoskopische Untersuchung wohl überhaupt nicht vornehmen, und wie weit sie im chronischen Reizzustand durchführbar ist, hängt ganz von individuellen Verhältnissen ab, vom Grade der Spannung des Mesenteriums, von der Erregbarkeit des Nervemuskelapparates. Auch die Aufblähung des Darmes verbessert, nach meinen Erfahrungen, die Resultate nicht.

Ich schließe hier zur Illustration dieser Verhältnisse noch die Mitteilung eines leichteren Falles von Sigmoiditis an, den ich lange Zeit in der Klinik beobachtete.

Fall 4. Herr B. aus W., 59 Jahre alt, war bis September 1905 immer ganz gesund gewesen, wenn auch gelegentlich einmal Blut- und Schleimbeimengung bei normalem Stuhlabgang beobachtet worden war, was auf Hämorrhoiden bezogen wurde. Im September 1905 trat ohne nachweisbare Veranlassung eine stärkere Mastdarmlutung beim Stuhlgang ein und diese wiederholte sich nun fast täglich. Das Allgemeinbefinden blieb gut, nur fiel dem Patienten auf, daß ein Blasenschmerz, der früher auch mal andeutungsweise bei Erkältungen sich eingestellt hatte, jetzt dauernd bestand und an Intensität noch zunahm. Seit drei bis vier Jahren leidet Patient an kalten Füßen, auch dessen wird er sich in letzter Zeit mehr bewußt. Eine Behandlung mit Kamillenausspülungen und Bismutum salicylicum innerlich brachte keine wesentliche Besserung, doch war der Zustand im Laufe des Winters bei ruhiger, vorsichtiger Lebensweise unter Körpergewichtszunahme erträglich. Stuhlgang erfolgte von selbst, wenn auch schwer, die Blutbeimengungen waren spärlich. Da traten im Februar 1906, wie Patient glaubt, im Anschluß an eine Erkältung wieder stärkere Blutungen ein, gleichzeitig unangenehme Empfindungen in der Bauchgegend links und Blasenreiz.

Status praesens am 28. Februar 1906: Großer, kräftig gebauter, etwas blasser Mann. Alle lebenswichtigen Organe normal, Urin frei; Druck in der Gegend der Flexura sigmoidea auf der

linken Darmbeinschaufel schmerzhaft. Die Schlinge, obwohl leer, fühlt sich gespannt und derb an und erscheint dicker, als der Norm entspricht. Ein Tumor ist im kleinen Becken nirgends zu fühlen; Prostata und Blase normal. Die Besichtigung des Rectum ergibt, daß Hämorrhoidalknoten nicht vorhanden sind; die Schleimhaut ist blaß. Ueber die Plica recto-romana gleitet der Tubus mühelos nur etwa 6 cm in das Colon pelv. hinein, wobei der Patient über starke Schmerzen klagt; hier ist die Schleimhaut hyperämisch, beim Pressen kommt von oben her Blut und Schleim. Auch bei Zuhilfenahme der Aufblähung gelingt es nicht, den Tubus weiter in die Höhe zu schieben.

Patient ist im Laufe des Jahres 1906 zweimal etwa sechs Wochen, Mai-Juni und Oktober-November, zur Behandlung in meiner Klinik gewesen. Das Resultat der ersten Kur war insofern ein günstiges, als sich die Darmtätigkeit erleichtern ließ, der Leibschmerz wie der Blasenschmerz sich vollständig verloren. Auch nahm Patient an Körpergewicht zu; Druckempfindlichkeit, wie Verdickung des Organs verschwanden; dagegen blieben die Blutungen, wenn auch in mäßigem Grade, bestehen. Schließlich verloren sie sich spontan für sechs Wochen im Hochsommer, um im September wiederzukehren. Bei erneutem Aufenthalt des Patienten in der Klinik wurde nun von jeder Lokalbehandlung Abstand genommen, weder Wismuteinläufe, noch Tannin- oder Argentumausspülung hatten bisher ein günstiges Resultat ergeben; dagegen brachte eine eingreifendere Hydrotherapie einen befriedigenden Erfolg: dieselbe bestand in kurzen (drei Minuten), kalten Sitzbädern mit nachfolgender kalter Waschung und energischer Frottierung des ganzen Körpers bis zu starker Hautrötung und Erwärmung, auch der Extremitäten. Die Kost war eine milde gemischte, aber vorzugsweise vegetarische, bei Vermeidung aller Reizstoffe und aller harten Stücke. Dabei regulierte sich die Darmtätigkeit so, daß Patient zwei- bis dreimal täglich einen geformten, weichen Stuhlgang hatte; wenn er sich mal etwas verhärtete, so genügte eine abendliche Einspritzung von zwei bis drei Eßlöffeln erwärmten Oels, um die gewünschte Verbesserung der Konsistenz herbeizuführen. Jedenfalls sind irgendwie erhebliche Blutungen nicht wieder aufgetreten; die Sigmaschlinge fühlt sich wie eine ganz normale an und ist auf Druck unempfindlich, sodaß man wohl annehmen darf, daß der Prozeß in einen befriedigenden Ruhezustand übergegangen ist.

Hier handelt es sich um einen verhältnismäßig leichten Fall von infiltrierender Sigmoiditis, und auch dieser zeigt schon, wie hartnäckig trotz zweckmäßiger Behandlung und trotz vorsichtigen Verhaltens des Patienten die Krankheit und manche belästigenden Symptome bestehen bleiben können. Ein großer Teil der Fälle, mag er akut oder chronisch verlaufen, heilt offenbar überhaupt nicht; unter günstigen Bedingungen erzielen wir wie bei diffusen Darmkatarrhen, Cholelithiasis und andern Affektionen einen befriedigenden Ruhezustand. Aber Rezidive kommen leicht aus verschiedenen Ursachen: Diätfehler, Erkältungen, nervöse Erregungen, alles was auch sonst auf den Darm schädlichen Einfluß ausüben kann, unterbricht störend die Latenz. Schwere Schädigung des Allgemeinbefindens, starke Alteration des Nervensystems, sind natürliche Folgen, wenn das Leiden inveteriert, resp. häufiger exacerbiert. Einer der hartnäckigsten und ernstesten Fälle, die ich in der letzten Zeit gesehen habe, ist der folgende.

Fall 5. Herr E., 45 Jahre alt, aus N. in Amerika, leidet seit 15 Jahren an periodisch auftretenden Durchfällen, die mit Schmerzen, die meist rechts empfunden wurden, einhergingen. Die Attacken wurden anfangs auf Nervosität infolge Ueberarbeitung zurückgeführt, und besserten sich bei Schonung und Aufenthalt an der See. Seit vier Jahren Verschlimmerung: Die Durchfälle kommen häufiger, halten länger an (Wochen bis Monate), die Schmerzen sind heftiger, bestehen im ganzen Unterleib, namentlich auch links. Der Stuhl enthält dann stets erhebliche Mengen Schleim und Blut. In den Intervallen ist der Kot von normaler Beschaffenheit, doch bleibt jetzt auch in diesen ein chronischer Schmerz in den unteren Bauchpartien bestehen. Patient ist beträchtlich abgemagert, hochgradig nervös und seit Monaten unfähig, seinem Geschäft vorzustehen; er stellt sich mir nach Absolvierung einer vierwöchigen Ruheskur im anfallsfreien Stadium vor: Er hat nur zwei Pfund zugenommen; spontane Schmerzen sind immer noch vorhanden. Appetit ziemlich gut. Stuhl regelmäßig, geformt, manchmal abgeplattet und kleinkalibrig.

Status praesens am 2. März 1906. Kleiner, blasser, magerer Mann. Hyperästhesie der Bauchhaut links. Druck in die Tiefe zu beiden Seiten der Lumbalwirbelsäule sehr empfindlich. Sehnenreflexe gesteigert. In der Gegend des Coecum keine Anomalie feststellbar. Auf der linken Darmbeinschaufel fühlt man die

Sigmaschlinge als reichlich daumendicken, 12 cm langen, kaum verschieblichen, sehr schmerzhaften Tumor; nach Aussage des behandelnden Arztes ist derselbe Befund seit Jahren auch bereits in Amerika erhoben und hier während der Kur täglich bestätigt worden; der Tumor bleibt auch nach gründlicher Entleerung, wie sie z. B. auch heute stattgefunden hatte, tastbar. Bei der Mastdarpalpation zeigt sich das obere Rectumdrütel fest kontrahiert. Das Endoskop dringt 32 cm weit ohne besondere Schwierigkeiten vor, die Schleimhaut der Flexur ist intensiv dunkel gerötet im Gegensatz zu der des Mastdarms.

Anscheinend hat sich hier auf der Grundlage einer einfacheren, viele Jahre anhaltenden, entzündlichen Dickdarmreizung, vielleicht mit Beteiligung des Appendix, ein schwerer infiltrierender Prozeß in der Flexura sigmoidea entwickelt, bei dem höchstwahrscheinlich eine Rückbildung nicht mehr möglich ist und der den von vornherein sehr nervösen Patienten aufs äußerste heruntergebracht hat. Die in einer hiesigen Anstalt einen Monat lang konsequent durchgeführte Ruhe- und Mastkur hatte nur einen spärlichen Erfolg. Freilich ist die Behandlung dieser Fälle nicht leicht, sie erheischt in besonders hohem Maße Beherrschung der Diätetik. Ich möchte namentlich auch in betreff der hier maßgebenden Gesichtspunkte auf meine Arbeit in dieser Wochenschrift 1906, No. 25 verweisen, wo ich auf die Behandlung der torpiden, wie irritativen Formen der Colitis näher eingegangen bin. Man berücksichtige wohl: Alle Arten von Kotlaufstörung können bei akuten, wie chronischen Formen der infiltrierenden Colitis und Sigmoiditis vorkommen. Ich habe akute Fälle mit hochgradiger Verstopfung, wie mit heftiger Diarrhoe verlaufen sehen, und das gleiche gilt für die chronischen Zustände, ja bei demselben Fall sehen wir nicht selten zu verschiedenen Zeiten verschiedene Arten von Störungen, und demgemäß wechseln in verschiedenen Stadien die therapeutischen Indikationen. Die Dinge liegen bei der chronischen Sigmoiditis speziell ganz ähnlich wie beim Carcinom der Flexur und des oberen Mastdarmdrittels: bald beherrscht Obstipation das Krankheitsbild, sich gelegentlich bis zu schwer überwindbarer Obstruktion steigend, bald steht das Symptom der Diarrhoe im Vordergrund, mit quälenden Tenesmen und Darmunruhe kompliziert. Auch das funktionelle Verhalten des Colon gibt uns also keine brauchbaren Anhaltspunkte für die Unterscheidung von Carcinom und Sigmoiditis. Nur wenn ein Tumor des untersten Colonabschnittes mit gleichmäßiger Entleerung gutgeformter Massen besteht, so spricht dies im allgemeinen mehr für einen nur wenig oder garnicht stenosierenden entzündlichen Prozeß. Man sieht schon — und das geht auch aus meinen obigen Auseinandersetzungen hervor, daß selbst bei Inanspruchnahme aller diagnostischen Hilfsmittel (auch des Endoskops) die exakte Beurteilung eines mit Tumorbildung einhergehenden Darmwandprozesses meist sehr schwierig und mit genügender Sicherheit nur bei längerer Beobachtung möglich ist. Wie wichtig die Kenntnis der infiltrierenden Colitis und Sigmoiditis ist, ergibt sich hieraus ohne weiteres.