Abnorme Selbstbeschädigungen.

Von Dr. **Hagedorn**, Oberarzt am Stadtkrankenhaus Görlitz.

(Mit 2 Abbildungen.)

Über die so mannigfaltigen Befunde von Fremdkörpern im Magen-Darmkanal haben Wölfler und Lieblein bis zum Jahre 1909 ein ausführliches Sammelwerk bearbeitet, in welchem sie die Arten der Fremdkörper selbst und ihre Eingangspforten, ihr klinisches Bild bzw. Verhalten nebst deren Ausgängen sowie die angewandten und geeigneten Operationsmaßnahmen und ihre Technik besprechen. Diese Sammlung von Fremdkörpern soll hier in gedrängter Übersicht ihre Fortsetzung finden, jedoch nur soweit diese Fremdkörper dem vorsätzlichen Willen bzw. einem krankhaften Drange und Zwange ihr Verweilen im Magen-Darmkanal verdanken, also in den meisten Fällen bei Sträflingen bzw. bei Psychopathen. Die Eingangspforte ist fast immer die natürliche durch Verschlucken der Gegenstände, ganz selten ist es die direkte Wunde durch Durchspießung der Bauchwand. Dieser Krankheitsbefund der Fremdkörper im Magen-Darmkanal hat in den letzten Jahren sicherlich nicht abgenommen, sind doch auch die auslösenden Momente nicht seltener, sondern eher häufiger geworden. Soweit mir die entsprechende Literatur zugänglich war, halten sich dabei in der Anzahl der Einzelfälle beide Kategorien, die der Psychopathen und die der Sträflinge, ungefähr die Wage, doch überwiegen die männlichen Individuen über die weiblichen; auffälligerweise ist eine Steigerung der Einzelfälle während der letzten zwei Jahre vorhanden. Die Art der verschluckten Fremdkörper ist im ganzen und großen annähernd gleich; auf die einzelnen publizierten Fälle braucht dabei nicht näher eingegangen zu werden, das würde zu weit führen; es sind immer wieder Metallteile, wie Nägel, Nadeln, Münzen und auch Holzstücke genommen worden; seltener sind schon Kleiderhaken, Stahlfedern, Löffelstiele, noch seltener sogar Messerklingen verwandt, ja sogar eine

ganz erhaltene Uhr hat sich gefunden. Die Größe der einzelnen Gegenstände ist natürlich ebenfalls sehr unterschiedlich geblieben; von dem vorwiegenden Befund kleinerer Nägel und Nagelstücke geht es bis zu Nägeln der respektablen Länge von 13 cm; die Menge dieser einverleibten unverdaulichen Gegenstände zeigt große Schwankungen, von zaghaften Versuchen und Vorversuchen mit einzelnen kleinen Nägeln und Münzen bis zu der Höchstzahl von 100 Nägeln im Einzelfalle, bis zu der Menge von über 200 kleinen Holzstücken und Stahlfedern, noch weiter bis zu der Gewichtsmenge von 310 g Messerklingen bei einem psychisch kranken Menschen. Die klinische Feststellung dieser Erkrankungsform ist meist keine eindeutig klare gewesen. Der Grund der geklagten Beschwerden wurde einmal erst im Röntgenbilde erkannt, oft genug aber auch erst während der Operation; anamnestisch ist auch nicht viel bei diesen Kranken zu erfahren, denn gesagt wird von ihnen dem Arzt meist nichts vom wahren Grunde. Die zweckmäßige Frühoperation scheidet ja bei selbstmörderischer Absicht wohl fast stets aus. Operative Indikation liegt wohl immer vor; es ist selbstverständlich, daß kleinere kompakte, vor allem abgerundete stumpfe und kürzere Gegenstände, die sich leicht zur Längsachse der peristaltischen Welle stellen, ohne sonderliche Beschwerden auch wieder auf natürlichem Wege abgeschieden werden; ich erinnere nur an die zahlreichen Gebisse, die mühelos per rectum abgehen. Aber im allgemeinen machen diese Gegenstände derartige schwerkranke Zustände, seien es nun Pylorusstenose, Magen-Darmperforation, Ileus durch Adhäsionen, interintestinale Abszesse oder Peritonitis, daß nur eine Laparotomie helfen kann. Die Befunde auf dem Operationstisch sind sehr verschieden, sind abhängig von dem Fremdkörper und der Zeit, die seit dem Verschlucken verstrichen ist; je früher der Eingriff, desto mehr finden sich die erwähnten Gegenstände noch im Magen. Hier rufen sie, je nach ihrem Verhalten, eine schwere katarrhalische Veränderung der Magenschleimhaut bzw. der ganzen Wandung hervor, sofern sie sie nicht durchbohren. Die Wandung wird schwielig dick, narbig, derb. Die Schleimhaut wird grob gewulstet, sulzig geschwollen, durchblutet und granulierend durch die Stichverletzungen der spitzen Gegenstände, die manchmal wie eine Pfahlreihe in der Magenwand eingespießt

stehen inmitten der hier warzenförmig vorspringenden Granulationsmassen. Oft findet sich das klinische Bild einer Pylorusstenose, die vorwiegend ulcerös narbiger Natur ist, die aber auch lediglich mechanischer Natur sein kann durch die Pförtnerverlegung infolge der Fremdkörper, besonders wenn der Krankheitsfall verhältnismäßig frisch ist. Betrachtet man die chronisch entzündliche Schwellung und Entzündung der Magenwandung bzw. der granulierten verwundeten Schleimhaut schon als einen Selbstheilungsvorgang und einen Abwehrmodus dieser Wandung selbst, denn die Schleimhaut hat stets das Bestreben, den Fremdkörper durch ihre Maßnahmen wieder abzustößen, so kann man einen anderen Befund am Magen ebenfalls als eine Art Ausgleichsbestrebung auffassen, nämlich die Bildung des Magenblindsackes. Der Befund, auf den ich nachher noch näher eingehen werde, zeigt einen solchen Magenblindsack, wie ihn auch Klose gefunden hat. Vorerst ist er natürlich hervorgerufen durch die Schwere der Fremdkörper an sich; diese muß gewichtig sein, denn sonst überwindet die überaus kraftvolle Peristaltikwelle des Magens vereinzelte harte Gegenstände und befördert sie mühelos weiter, vorausgesetzt, daß diese sich in ihrer Ausdehnung in die Längsachse dieser peristaltischen Welle eingestellt haben. Überwindet aber die Muskulararbeit des Magens den dauernden Druck des Fremdkörpergewichtes nicht mehr, so bleibt dies Konglomerat im Magen liegen, und zwar am tiefsten Punkt, in seiner großen Kurvatur, im Fundus; es runden sich die einzelnen Metallstücke in ihrer Menge trotz einzelner Spitzen und Schärfen als kompakte Masse ab, ihre Oberfläche verschmiert und glättet sich allmählich durch abgelagerten Speisebrei, jede frische Speisemenge kann über ihn hinweg in den Darm gleiten. Die Masse ruht und drückt beharrlich auf den so belasteten Magenwandteil und buchtet ihn aus; seine Muskulararbeit ist vollkommen erlahmt durch Überdehnung der Muskelfasern; und so entsteht im Bereich der unteren hinteren Rundung des Fundus bzw. der großen Kurvatur der schlaffe Magenblindsack. Kommt ein verschluckter Fremdkörper vermöge seiner langen spitzen Form aus der Laufbahn der Verdauungsmasse, so durchbohrt er im günstigsten Falle nur die Schleimhaut des Magen-Darmtraktes, bleibt hier als Pfahl stecken und ruft die schon erwähnten Veränderungen der Wan-

dung hervor; perforiert er aber die Wandung selbst, so bleibt nur der Unterschied des klinischen Bildes zwischen zirkumskripter adhäsiver und allgemeiner Peritonitis. So sind bei Operationen feste Verwachsungen zwischen Magenwand und Leberhilus gefunden, in denen spitze Fremdkörper eingebettet lagen; das sind prognostisch günstigere Befunde. Doch wenn der spitze Fremdkörper brüsk die Magen-Darmwand durchbohrt, wenn er ihr keine Zeit läßt die peritonitische Verklebung zu bilden, die vor einer diffusen Infektion schützt, dann zeigt sich das oft genug hoffnungslose Bild der allgemeinen Peritonitis; die kleine Durchspießungsstelle kann dabei so winzig sein, kann so wenig ulceriert sein, daß selbst der Pathologe sie unter Umständen überhaupt nicht mehr nachweisen kann. Hat der Fremdkörper den ganzen Darm ungestört durchlaufen, so ist noch das Rectum ein Gebiet, in dem sich hin und wieder Perforationen ausbilden. Hier werden diese kompliziert durch häßliche perirektale Abszesse und Fistelbildungen mit dem Urogenitaltraktus, rufen oft genug Coliinfektionen, die sogar zu Colimetastasen im ganzen Körper führen können, hervor. Kleine gebundene, harte Fremdkörper, die in einer allmählich resorbierbaren Hülle liegen, wie z. B. ein Brief Nähnadeln, haben sich noch nach mehreren Jahren im Duodenum gefunden; Melchior hat diesen Befund in der Literatur weiter verfolgt und ist zu der Überzeugung gekommen, daß, wenn die Fremdkörper nicht den Darm durchpassieren, sondern unterwegs hängen bleiben, sie am ehesten im Duodenum abgelagert werden, daß man dieses also als eine Prädilektionsstelle für altverweilte Fremdkörper ansehen muß.

Im allgemeinen zeigen aber diese Befunde von unresorbierbaren verschluckten Gegenständen, die neben Holz und Metall Glas und Porzellan zu sein pflegen, eine günstige Heilungstendenz, sobald sie operativ angegriffen werden müssen. Die weitaus größte Anzahl der Fälle kann geheilt entlassen werden; aber eine weitere Folge ist oft genug die, daß diese Menschen dem so mißlungenen Versuche neue folgen lassen, so daß mancher noch am „Recidive“ doch zugrunde geht.

In die große Gruppe dieser Selbstbeschädigungen des Magen-Darmkanals kann ich nun zwei weitere Fälle einreihen, die hier auf der Abteilung operativ geheilt sind. Der ältere Fall (vor 4 Jahren)

ist eine Seltenheit dadurch, daß der Fremdkörper, eine $12\frac{1}{2}$ cm lange Packnadel, 14 Tage vorher nicht den herkömmlichen schmerzloseren Weg des Verschluckens gegangen war, sondern von ihrem Inhaber, einem Sträfling, kurz entschlossen durch die Bauchwand hindurchgebohrt wurde; angeblich waren es sogar zwei gleich große Nadeln, doch wurde die eine, die noch nicht ganz hinter den Bauchdecken verschwunden war und von der peristaltischen Welle noch nicht abgeleitet war, noch schnell wieder hervorgezogen. Die andere aber machte ihren beabsichtigten Weg unter schweren peritonitischen Erscheinungen; durch Laparotomie wurde die Packnadel aus einer mittleren Dünndarmschlinge, die sie durchspießt hatte, herausgezogen. Ausreichende Verklebungen hatten den peritonitischen Prozeß abgekapselt, so daß der Mann durchkam. Dieser Kranke ist daneben noch ein Beweis für das vorher erwähnte „Rezidiv“, denn einige Zeit darauf wurde er mit Brandwunden am Knie wieder eingeliefert, die er sich selbst zugefügt hatte.

Der jüngste Fall stellt nun ein Kuriosum im wahren Sinne des Wortes dar. Aber nicht bloß das scheint er mir zu sein, sondern er ist auch wissenschaftlich ernst zu nehmen durch den Beweis der Abwehr- und Heilungsbestrebungen der Magenwandung, ist daneben auch ein Beweis für die zähe Energie seines Besitzers. Der 27 Jahre alte Mann hat ein halbes Jahr lang ohne wesentliche Schmerzen, ohne einen Schein von peritonitischer Reizung oder Verschlusssymptomen immer wieder neue Gegenstände verschluckt, hat dabei tagtäglich sein Essen gut vertragen und stets geregelte Verdauung gehabt. Nur zuletzt ist er abgemagert und hat beim Stehen ziehende Schmerzen im Leibe gehabt, weil in der Haltung das Gewicht natürlich am meisten wirkte und zog. Man fühlte bei den verschiedenen Untersuchungen einen faustgroßen, leichtbeweglichen, anscheinend sogar pendelnden Tumor oberhalb des linken Schambeinbogens dicht hinter der Bauchwand, der bei Durchtastung leicht knisterte. Da vom uropoetischen Apparate nichts Krankhaftes vorlag, da vom Magen-Darmkanal keine Störungen vorhanden, in den Fäzes keine blutigen Beimischungen waren, so standen differentialdiagnostisch weite Möglichkeiten offen; nach starkem Abführen bestand der Tumor mit seinem Knistern weiter; ich vermutete in erster Linie einen verkalkten

solitären Mesenterialdrüsentumor wahrscheinlich tuberkulöser Art; leider habe ich aus diesen klinischen Untersuchungsergebnissen heraus keine Magenkontrastaufnahme gemacht; so ergab

Fig. 1.

das auf den Tumor eingestellte Röntgenbild keinen sicheren diagnostischen Anhaltspunkt, es fand sich, wie aus dem beigefügten Bilde zu ersehen ist, die über faustgroße längsovale Geschwulst

in Ruhelage im linken Hypochondrium; sie zeigte gleichmäßigen Schatten, der nur an den Rändern ringsum eigentümlich streifig aufgefasert war. Die Laparotomie ergab nun den unerwarteten Be-

Fig. 2.

fund, der so vorher nicht gestellt war, sintemal der Patient sich gehütet hatte den wahren Sachverhalt anzugeben. Der Magen war tief ins linke Hypochondrium hineingezerzt; vor die Operations-

wunde herausgezogen, führten seine abnorme Schwere und das nun leicht durchfühlbare Knirschen in seinem Inneren auf den richtigen Weg. Am Magen fand sich der auch schon von anderer Seite beschriebene Magenblindsack, der über faustgroß dem Umfange der Fremdkörpermasse entsprach, an der hinteren Fläche der großen Krümmung bzw. dem Fundus. Diese Sackform hatte dem Speisebrei, wie schon erwähnt, ermöglicht, ungehindert seinen Weg zu ziehen, der durch Verschmierung der Fremdkörpermassenoberfläche mit fettigen Speiseresten geglättet war. Durch Längsschnitt über die Sackbuchtung hinweg wurden die Fremdkörper entfernt. Magenschleimhaut und die ganze Magenwandung waren enorm verdickt, hochrot gewulstet, vielfach waren kleine flach gebettete Nägel, Stifte und Ringe von der Schleimhaut umwuchert. Die feine streifige Auffaserung des Tumorrandes im Röntgenbilde findet demnach seine Erklärung durch die Schatten der Fremdkörperspitzen. Nach sorgfältiger Ausräumung schloß ich die Magenwunde durch doppelte, den Blindsack weit einstülpende Naht; exakter Verschluß der Bauchwand. Der Patient ist geheilt entlassen, die Narbe ist fest.

Der zusammengeschichtete Fremdkörperhaufen hat eine Größe von 17 : 12 : 4 cm. Er setzt sich zusammen aus reichlich 1½ Pfund (790 g!!) kleinen ganzen Messingringen (700 Stück), meist 1-pfenniggroßen, scharfen, vielzackigen Messingplättchen, Nähnadeln, Eisenknöpfen, Drahtstücken, zerbrochenen Ringen, Stiftnägeln, größeren kantigen Nagelstücken, 2 Messerklingenstücken, Sand, Glas- und Porzellanbruchstücken.