Ueber Coecum mobile und Wanderblinddarm.

Nebst Bemerkungen zur differenziellen Tastung der Appendix.

Von Dr. Th. Hausmann in Tula (ehem. Orel).

Nachdem ich nach Obrastzows Vorgang mich der methodischen Palpation des Dickdarms gewidmet hatte, die es erlaubte, in der Mehrzahl der untersuchten Fälle das Coecum zu palpieren, schenkte ich auch seinen Verschieblichkeitsverhältnissen meine Aufmerksamkeit. Dabei stieß ich auf Fälle, wo der Blinddarm sich leicht aus seiner Nische heraus bis auf Nabelhöhe oder noch höher, bis zum Rippenbogen verschieben ließ. Die mit einem solchen Coecum mobile behafteten Kranken litten meist an Verstopfung, zum Teil auch an anderen, mehr oder weniger stark ausgesprochenen Krankheitssymptomen, unter denen Schmerzen im Leibe, meist in der rechten Bauchhälfte, das hervorstechendste Symptom waren. In der Berliner klinischen Wochenschrift 1904, No. 44 publizierte ich dann einen Aufsatz unter dem Titel „Das Coecum mobile“, in welchem ich meines Wissens als erster die palpatorische Diagnose desselben behandle und auf einige mit ihm verknüpfte chronische Krankheitssymptome aufmerksam mache. Ich brachte natürlich das palpatorisch feststellbare Coecum mobile mit dem den Chirurgen und Anatomen bekannten Mesenterium commune in Zusammenhang und betonte die Wichtigkeit einer frühzeitigen Feststellung dieses Zustandes für den Patienten, sofern in einem zukünftigen Ileusfalle durch die vorhergegangene Untersuchung die ätiologische Diagnose desselben in einen Volvulus coeci auslaufen müsse. Ich berichtete in dieser Arbeit über einen Fall von spontan zurückgegangenem Ileus, in welchem ich nachträglich ein Coecum mobile palpatorisch habe feststellen können. Des näheren gehe ich in dieser Arbeit auch auf die Methodik der Blinddarmtastung ein.

Der Blinddarm wurde von Obrastzow in etwa 50% der Fälle getastet (1) und wird von mir jetzt nach weiterer Vervollkommnung der Technik in über 70% gefunden, wie in meinem kürzlich erschienenen Buch „Die methodische Intestinalpalpation“ (1909) ausgeführt. In diesem Buch wird die Technik der von mir so genannten „topographischen Gleit- und Tiefenpalpation“ dargestellt, welche es in der Mehrzahl der Fälle ermöglicht, die einzelnen Teile des Darmtrakts, angefangen von der Pars coecalis ilei bis zur Flexura sigmoidea sicher palpatorisch zu bestimmen, in vielen Fällen auch große Kurvatur, Pylorus und Appendix der Tastung zugänglich macht. Sie ist für die Tumordiagnose von eminenter Bedeutung, ebenso auch für die Diagnose der sog. chronisch schleichenden Appendicitis, mit ihrer Hilfe kann auch ein Coecum mobile mit Sicherheit diagnostiziert werden.

Ich teile jetzt das Coecum mobile in zwei Formen ein: erstens die Form, wo der Blinddarm zwar an normalen Orte gelegen ist, sich aber passiv stark verschieben läßt, ohne spontane Verschieblichkeit zu zeigen, und zweitens die Form, wo das Coecum spontan seinen Ort wechselt und bei der Untersuchung oft außerhalb der Fossa iliaca gefunden wird, in Nabelhöhe oder unter dem Rippenbogen; diese letztere Form nenne ich Wanderblinddarm. Der Wanderblinddarm hat mit dem sonst bekannten ektopischen Blinddarm (d. h. der fixen Lageanomalie infolge angeborener Verkürzung oder Fehlens des Colon ascendens) das Gemeinsame, daß die Fossa iliaca bei der Gleit- und Tiefenpalpation leer gefunden wird, und unterscheidet sich von letzterem dadurch, daß er sich in die Fossa iliaca zurückschieben läßt, während das echte ektopische fixe Coecum einem solchen Verschieblichkeitsversuche nicht folgt. Ich habe oft konstatieren müssen, daß der Wanderblinddarm selbst von erfahrenen Aerzten für eine Wanderniere gehalten wird und daß nicht selten eine Bandage oder gar Pelotte für die Niere verordnet wird, wie eine Zeichnung in meinem Aufsatz „das Coecum mobile“ zeigt. Es schützt das Konstatieren von Gurrgeräuschen im fraglichen Tumor, die meist übersehen werden, vor einer Verwechslung. Freilich sind oft auch in dem Wanderblinddarm keinerlei akustische Phänomene zu erzeugen. Plätschern ist im Wanderblinddarm nie vor-

handen und ist auch sonst im Coecum mobile nur selten zu konstatieren. Der Wanderblinddarm ist meist von praller Konstanz infolge Gasdehnung, Verdichtung seines Inhaltes und Verdickung seiner Wänden. Letztere entstehen dadurch, daß an der Flexura dextra resp. an dem Haftpunkte, wo das freie Mesenterium in das fixierte übergeht, rein mechanisch oder infolge narbiger Schrumpfung eine Verengung sich etabliert.

Zur Differenzierung von Wanderblinddarm und Wanderniere sind noch folgende Momente von Wichtigkeit: Bei sorgfältiger, methodischer Palpation gelingt es uns meist, oberhalb des Gebildes einen queren, bogenförmig über das Abdomen verlaufenden Darmzylinder zu tasten, nämlich das Colon transversum, wodurch es ausgeschlossen ist, daß das Gebilde mit dem Colon transversum etwas zu tun hat, auch wird es dadurch klar, daß es nicht die Niere vorstellen kann. Nicht selten wird außerdem die rechte Niere unter dem rechten Rippenbogen getastet werden können oder wenigstens ihr unterer Pol bei tiefer Respiration, wodurch es vollends ausgeschlossen wird, daß das zu Anfang getastete, die Niere vortäuschende Gebilde die Niere vorstellt.

Außer den genannten Momenten ist für die richtige Diagnose der Umstand von Wichtigkeit, daß sich die Pars coecalis ilei (Ileum ascendens) — ein Darmteil, der sich in etwa 80% der Fälle tasten läßt — bis an den fraglichen Tumor heran verfolgen läßt und den diesem mitgeteilten Bewegungen folgt. Wir suchen die Pars coecalis ilei auf dem Psoasbauch, der durch Heben des gestreckten Beines sich anspannt, und verfolgen sie dann nach rechts oben von dem auf dem Psoas gefundenen Teilstück aus.

Das systematische Tasten der Pars coecalis ilei ist auch von großer Bedeutung für die Feststellung, ob ein in der Wurmfortsatzgegend gelegenes wurmförmiges Gebilde tatsächlich den Wurmfortsatz vorstellt oder nicht. Denn die Pars coecalis ilei wird bei starker Kontraktion der Appendix täuschend ähnlich, wie ich in früheren Arbeiten (2) und ausführlich in meinem oben erwähnten Buche (3) ausführe: Die regelmäßige palpatorische Bestimmung der Pars coecalis ilei ist der springende Punkt bei der Appendixpalpation und bei der Diagnose einer chronischen Appendicitis. Die Pars coecalis ilei ist der einzige der Tastung zugängliche Dünndarmteil. Untersucher, die alles dieses nicht berücksichtigen, verzichten entweder resigniert auf die Deutung des Tastbefundes, oder sie halten die kontrahierte oder gar unkontrahierte Pars coecalis ilei für die Appendix, wie es schon Edebohl getan hat, und neuerdings wieder Jaworsky und Lapinski und Orłowski tun. Hat nun der Untersucher eine solche vermeintliche Appendix getastet, so wird wegen der klinischen, einer chronischen Appendicitis entsprechenden Erscheinungen zur Operation geschritten. In solchen Fällen wird dann in den meisten Fällen eine erkrankte Appendix gefunden, worin eine Bestätigung des Tastbefundes erblickt wird, während tatsächlich, wie ich mich häufig überzeugen muß, die kontrahierte und druckschmerzhaftige Pars coecalis ilei für die Appendix gehalten worden ist: die klinische Diagnose war richtig trotz der palpatorischen Fehldiagnose. In manchen Fällen aber werden, wie bekannt, sog. Pseudoappendicitiden operiert, und zwar einesteiils infolge Ueberschätzung des diagnostischen Wertes des Mac Burney-Punktes, andernteils aber infolge einer fehlerhaften Deutung des Tastbefundes: die Druckschmerzhaftigkeit am Mac Burney, eine Pseudoappendix in Gestalt der Pars coecalis ilei und das ein Wurmfortsatzleiden vortäuschende klinische Bild sind die Ursache des Irrtums. Da aber in den meisten Fällen das klinische Bild nicht trügt und der Mac Burney sehr oft, wenn auch nicht immer, das hält, was er verspricht, so kommt häufig der fehlerhafte Tastbefund nicht an das Tageslicht, und so fährt die Pars coecalis ilei nach wie vor fort unter der Flagge der Appendix zu segeln; die Fälle, wo von einem die Pars coecalis ilei nicht berücksichtigenden Untersucher der wahre Wurmfortsatz getastet wird, sind recht selten. Um nicht ein Opfer dieser Verwechslung zu werden, habe ich mir zur Regel gemacht, immer erst die Lage und die Eigenschaften der Pars coecalis ilei festzustellen und dann erst die Appendix zu suchen, die dann nicht selten neben der Pars coecalis ilei auch wirklich zu tasten ist. Dies gelingt in etwa 15% der untersuchten Fälle, und zwar nicht nur in krankem Zustande, sondern auch in gesundem Zustande der Appendix. Von anderen Untersuchern wird aber der wahre Wurmfortsatz meist garnicht gesucht, weil sie sich von der Wurmfortsatzgestalt der Pars coecalis ilei haben bestricken lassen. Die Pars coecalis ist viel häufiger der Tastung zugänglich als die Appendix (70 : 15). Sie ist bald schlaff, schlauchförmig, bald wurmartig kontrahiert, läßt nicht selten Gurrgeräusche in erschlafftem Zustande fühlen und hören und wechselt häufig Volumen und Konsistenz bei längerer Untersuchung. Oft ist sie durch längere Zeit hindurch kontrahiert, ohne während der Bestastung Gurrgeräusche von sich zu geben und ohne Volumen und Konsistenz zu wechseln, und gleicht dann vollkommen der Appendix. Findet man in letzterem Fall daneben keinen zweiten Wurm, so muß man zuwarten oder an einem anderen Tage untersuchen; dann findet man oft, daß der vermeintliche Wurmfortsatz sich in einen schlaffen, gurrenden Schlauch verwandelt hat.

Untersucher, die dieses nicht berücksichtigen und die außerdem noch auf den MacBurney schwören, stellen oft die Diagnose Appendicitis, wo keine vorhanden ist. Das Coecum mobile und der Wanderblinddarm gibt nun zu verschiedenen fehlerhaften Diagnosen Anlaß, unter anderem nicht selten auch zu der Diagnose Appendicitis. Ich berühre diesen Gegenstand näher, weil Wilms in einer Arbeit (4) auch darauf aufmerksam macht, daß das Coecum mobile eine chronische Appendicitis vortäuschen kann. Doch bei kunstgerechter methodischer Palpation läßt sich auch hier eine Fehldiagnose vermeiden. Ist für die richtige Auffassung des Falles das palpatorische Konstatieren eines Coecum mobile von Wichtigkeit, so ist doch nicht selten neben diesem eine chronische Appendicitis vorhanden, was uns nicht wundernehmen kann, nachdem uns zahlreiche Autoren (Lauenstein, Hochenegg, Holländer) das mechanische Moment bei der Entstehung von Appendix-erkrankungen und Appendixbeschwerden vor Augen geführt haben.

Da meine Arbeit vom Jahre 1904 nur von therapeutischer Seite Berücksichtigung gefunden hat (Socconaghi, Stiller, Boas), von chirurgischen Autoren [Klose (5), Wilms] trotz des Referates in Hildebrands Jahresbericht (Bd. 10, p. 573) aber übersehen wird, so ist es ein Verdienst von Wilms, das klinische Bild des Coecum mobile in chirurgischen Kreisen bekannt gemacht zu haben, obwohl auch er meine Arbeit nicht zu kennen scheint. Es war die Behandlung des Coecum mobile von seiten einer Autorität wie Wilms jedenfalls sehr am Platze. Bisher habe ich bei Patienten und Aerzten fast stets Unglauben gefunden, wenn ich diese Diagnose stellte. Daher ist es mir bisher nicht gelungen, die Patienten zur Operation zu bringen. Ein Patient, den ich bereits überredet hatte, einer Typhloplexie sich zu unterziehen, wurde von mir zu diesem Zwecke im März 1906 Prof. Diakonow in Moskau vorgestellt. Die Operation wurde beschlossen, doch streikte der Kranke in elfter Stunde und bat mich, die bisherige Behandlung fortzusetzen. Er hat das Streiken insofern nicht zu bedauern gehabt, als er durch den durch 1½ Jahre fortgesetzten Gebrauch von Oelklistieren beschwerdefrei wurde und es drei Jahre lang blieb, bis die Beschwerden sich in diesem Jahre in leichter Form wieder einstellten, jedoch nach kurzem Gebrauch von Oelklismen wieder schwanden. Auch andere Patienten, die trotz der ablehnenden Kritik meiner Diagnose von seiten anderer Aerzte mir treu geblieben sind, haben ihre Beschwerden verloren unter dem Gebrauch von Oelklismen, während die überwiegende Mehrzahl der Fälle aus meinem Gesichtskreis entschwunden ist. Ein Patient hat sich nach Hörensagen einer Appendektomie unterzogen, natürlich ohne jede Heilwirkung. Leider aber ist keiner meiner Patienten auf die von mir vorgeschlagene fixierende Operation eingegangen. Ich habe eine solche nicht selten meinen Patienten vorgeschlagen, weniger aus therapeutischen Gründen, als vielmehr im Hinblick auf eine Vorbeugung eines Volvulus coeci oder einer Invaginatio ileocoecalis. Doch ein Fall, der von anderer Seite als Wanderniere angesprochen worden war und bei dem ich die Diagnose einer Tumorbildung am Wanderblinddarm gestellt hatte, ist vom Privatdozenten Dsirne operiert worden. Die Operation ergab einen tuberkulösen Tumor der dem Coecum aufliegenden Appendix, weshalb von Priv.-Doz. Dsirne die Blinddarmresektion ausgeführt wurde.

Daß eine durch viele Monate hindurch entsprechend den für habituelle Obstipation geltenden Lehren Ebsteins (6) durchgeführte Oelbehandlung günstig auf die Beschwerden auch bei Coecum mobile und Wanderblinddarm wirken muß, ist verständlich im Hinblick auf die von Rosenheim (7) und von mir in meinem Buch über methodische Intestinalpalpation hervorgehobene Bedeutung lokaler Kotstauungen. Die Kot- und Gasstauung im Coecum ist ebenso eine Ursache der Beschwerden bei beweglichem Coecum wie die mechanische Zerrung des Mesenterium, wie wir schon aus dem wohlthuenden Einfluß der Oelbehandlung schließen können. Eine Reihe therapeutischer und diätetischer Maßnahmen können die Oelbehandlung begleiten, im Sinne der von Albau (8) für die chronisch schleichende Appendicitis vorgeschlagenen Prinzipien. Während der Oelbehandlung sehen wir, daß die herausbeförderten Schleimmassen, ganz wie bei Enteritis membranacea, immer geringer werden und schließlich ganz schwinden, ohne daß aber Schleimabgänge eine regelmäßige Begleiterscheinung des beweglichen Blinddarms wären. Schließlich ist auch die Massage des Coecum unter Anwendung der von mir in meinem Buche beschriebenen palpatorischen Methode von Nutzen.

Kann man therapeutisch bei diesem Leiden so manchen Nutzen bringen, so ist es doch nicht von der Hand zu weisen, daß die Idealbehandlung in einer Typhloplexie besteht, schon aus rein prophylaktischen Gründen. Es ist daher mit Freuden zu begrüßen, daß Wilms den Vorschlag gemacht hat, bei jeder Operation in der Ileozökalgegend nach einer Beweglichkeit des Coecum zu fahnden, und falls eine solche gefunden ist, eine Typhloplexie auszuführen.

Literatur: 1. Archiv für Verdauungskrankheiten 1894. — 2. Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 7. — 3. Wiener klinische Wochenschrift 1908, No. 22. — 4. Deutsche medizinische Wochenschrift 1909, No. 41. — 5. Münchener medizinische Wochenschrift 1910, No. 7. — 6. Die chronische Stuhlverstopfung, 1901. — 7. Deutsche medizinische Wochenschrift 1909, No. 17. — 8. Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1907, Bd. 17.