

II. Fall von Carcinom des Colon. Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Darmverschlüssen.

Von

Dr. H. Hensgen,

pract. Arzt in Neustadt (Cl. - Berg).

Es giebt kaum irgend eine Krankheitsgruppe, welche im Laufe der Zeit so verschiedene Auffassungen und Beurtheilungen erlebt, und welche in dem Rahmen eben dieser jeweiligen Auffassung so präzise den dominirenden Zeitgeist und die Richtung der Wissenschaft charakterisirt, wie die als Ileus beschriebene und unter diesem symptomatischen Begriffe zusammengefassten Krankheitsformen. Ursprünglich (so bei Hippocrates) allgemein eine krankhafte Affection des Darmes bezeichnend — mochte diese nun als Colik, Peritonitis, Typhilitis etc. auftreten — welche bald ätiologisch¹⁾ durch Versetzung von Humores acres, mordentes, pituitosi, biliosi, oder einer Materia febrilis, oder der Gase als Ileus tympanicus, flatulosus, physodes zu Stande kommend gedacht wurde, konnte der „Ileus“ selbst nicht in der späteren Zeit durch die im 16. und 17. Jahrhundert bei den Sectionen vielfach schon gemachten Erfahrungen über die Veränderungen, welche der Darm den Anatomen darbot, eine rationellere Auffassung erlangen. „Nicht Wenige“ sagt Leichtenstern in seiner Geschichte des Ileus²⁾ „gab es, welche die pathologisch-anatomischen Prozesse für die gleichgültigen Folgen des Ileus, für die Producte des Molus antiperistalticus³⁾ hielten, und selbst diejenigen, welchen die Bedeutung des mechanischen Verschlusses des Darmkanales in der Symptomatologie des Ileus einleuchtete, sahen doch in den anatomischen Befunden mehr etwas Nebensächliches und suchten die Ursache derselben je nach den herrschenden Ansichten in einer primären Entzündung oder der Umkehr der Peristaltik, oder in der Versetzung der Säfte oder in einer abnormen Gaserzeugung. So wurde Ursache und Wirkung, Primäres und Secundäres häufig misserkannt und verwechselt“. Nachdem dann zu den verschiedenen Formen des Ileus Seitens der Neuropathologen ein Ileus nervosus noch hinzugekommen, verdrängte endlich die nüchterne pathologisch-anatomische Beobachtungsweise unseres Jahrhunderts jene unklaren verschwommenen Begriffe, und so sehen wir bei den Klinikern der neueren Zeit Ileus nur noch einfach entweder als Bezeichnung für Kothbrechen oder für einen Darmverschluss, bei welchem aber Eintreten von Kothbrechen als selbstverständlich mit einbegriffen wird. Warum man dem geschichtlichen Ileus so wenig Rechnung getragen, dass man diesen Namen bloß zur Bezeichnung eines Symptomes herabgewürdigt, warum man ihn nicht einfach in seiner rein historischen Bedeutung und Bezeichnung gelassen, ohne ihn in anderem Sinne in die neuere Nomenclatur mit über zu nehmen, ist füglich nicht einzusehen. Ebenso wenig correct aber ist auch die Auffassung und Annahme, dass bei einem Darmverschluss in jedem Falle Kothbrechen eintrete. So ist Letzteres z. B. bei Occlusion im oberen Dünndarme nicht möglich, und auch bei Verschlüssen des Dickdarmes hat man nicht in allen Fällen dieses Symptom constatirt. — Wenn ich mir nun nachstehend einen Fall letzterer Art — bei dem es sich um ein occludirendes Carcinom des Colon handelt — zu publiciren erlaube, so geschieht dies, weil derselbe einzelne so seltene und interessante Erscheinungen darbot, dass es mir lohnend schien, denselben ausführlicher zu beschreiben, und in der Voraussetzung, dadurch einen, wenn auch geringen Beitrag zur Lehre der Darmverschlüssen zu liefern. —

Die 56jährige Frau H. W. litt seit langer Zeit an Unterleibsbeschwerden, die sich wesentlich als periodisch auftretende, schneidende Schmerzen in der Tiefe der Bauchhöhle, Schmerzhaftigkeit und Drang bei der Defäcation und häufigem Abgang von Schleim, der mit Blut zuweilen vermischt war, charakterisirten. Während in früherer Zeit neben Obstipation noch häufig abwechselnd mit gelblich eiterähnlichen Massen vermischte Durchfälle, die oft sagokornartige Klümpchen enthielten, vorgekommen waren, machte in den letzten Jahren eine häufig länger

dauernde Stuhlverstopfung, zu der sich leicht Uebelsein und Brechneigung gesellten, die stetige Anwendung des Clyso pomper nöthig, und gelang es bis vor Kurzem noch, die in der letzten Zeit meist schwärzlich gefärbten, harten, dem Schafkoth ähnlichen, runden Massen zu entleeren. Die Kranke, äusserst vorsichtig in der Diät, pflegte nur leicht verdauliche, mehr flüssige Nahrung zu nehmen, vermied sorgfältig alle blähenden und feste Kothmassen bildenden Speisen und erfreute sich bei dieser Lebensweise zeitweise wenigstens eines relativen Wohlbefindens. Die öfters vorgenommene Untersuchung des Unterleibes der ein blasses, hageres Aussehen darbietenden Kranken ergab eine mässige Gasaufreibung der Intestina, namentlich in der unteren Bauchgegend; ein ausgeübter Druck durch die laxen Bauchdecken traf nirgends eine besonders schmerzhaft Stelle und liess sich auch bei dieser Untersuchung ausser zeitweise durchfühlbaren kleinen runden Kothkugeln kein anderer Tumor nachweisen. — Nachdem diese Erscheinungen, wie bereits bemerkt, seit Jahren bestanden, und bei der Kranken die Diagnose auf eine Darmverengung in Folge von Narbenbildung gestellt worden, welche letztere als durch Folliculargeschwüre entstanden angenommen wurde, trat am 24. December vorigen Jahres, nachdem am 21. zuletzt noch einige wenige der oben vermerkten Kothkugeln abgegangen waren, eine grössere Schmerzhaftigkeit im Unterleibe auf. Gleichzeitig trieb derselbe durch Gasentwicklung mehr und mehr empor, und liessen sich schon bald durch die gespannten Bauchdecken die Contouren der unter starkem Getöse emportreibenden Darmschlingen erkennen. Diese Anfälle der Darmaufreibungen, Anfangs noch nach längeren Pausen auftretend, innerhalb deren sich in der ersten Zeit die Kranke noch ziemlich wohl und fast ohne Schmerzen fühlte, wiederholten sich bald immer rascher; die Spannung der glänzend gewordenen Bauchdecken nahm furchtbar zu, und stiegen die Qualen der Kranken von Tag zu Tag zu einem unerträglichen Grade. In der ersten Zeit des bald zur Gewissheit gewordenen absoluten Darmverschlusses gesellte sich heftiges, besonders nach dem Genuße von Flüssigkeiten auftretendes Erbrechen schleimig-galliger Massen hinzu, welches indess schon bald nach Verschlucken von Eispillen schwand. Nachdem in den ersten Tagen noch Fleischsuppen als Nahrung genossen wurden, verweigerte bald die sich auf das Aufmerksamste beobachtende Kranke den Genuss derselben, angebend, dass durch sie die Gasansammlung und Auftreibung vermehrt und gesteigert werde, und nahm während der folgenden Wochen nur einige Mal täglich etwas mit Wasser verdünnte Milch. Obschon Patientin über unerträglichen Durst klagte und sehnüchtig stets nach dem Wasserglase griff, nahm sie doch aus Furcht vor den durch die Flüssigkeitsaufnahme vermehrten Schmerzen nur ganz geringe Quantitäten Wasser zu sich. Der Puls war klein, die Extremitäten fühlten sich kühl an, der Kopf nicht eingenommen, Fieber fehlte, peritonitische Erscheinungen waren nicht zu constatiren. Bei den periodisch erfolgenden, oft 5 Minuten und länger andauernden Aufreibungen des Darmes liess sich äusserlich im Laufe des volle 6 Wochen dauernden qualvollen Zustandes die gesteigerte Expansion der gegen die Bauchdecken emporgetriebenen und durch die zunehmende Gasentwicklung mehr und mehr erweiterten Darmstücke erkennen; es liess sich ferner aus der Configuration der Darmschlingen an den einzelnen Abschnitten in Form partieller Abschnürungen auf mehr sackartige, ungleichmässige Erweiterungen schliessen. Durch letztere musste man sich auch den oft in der entferntesten Ecke des Krankenzimmers sehr deutlich zu hörenden Knall entstehen denken, der meist im Beginn der Auftreibung neben dem gewöhnlichen Getöse und Gekoller im Unterleib auffallend laut zu vernehmen war. Die durch die Contractionen eines solchen sackartig erweiterten Darmstückes comprimierten Gase mussten dann nämlich an der Einschnürungsstelle einen bedeutenden Widerstand für ihre Fortbewegung finden und entleerten sich endlich nach zugenommenem Drucke und erhöhter Spannung unter einem knallartigen Getöse in den oberen Theil des Darmes, worauf dann ein weniger lautes Kollern und Flüssigkeitsgeräusch zu vernehmen war. Auscultirte man mittelst des Hörrohres den Unterleib, so liess sich ein metallisch klingendes Flüssigkeitsgeräusch vernehmen, so ähnlich, wie wenn man Wasser in eine Flasche oder in einen Krug giesst, oder auch Flüssigkeit in einem solchen umschüttelt. Die Kranke, welche dieses metallisch-amphorische Geräusch selbst auch deutlich mit vernahm, gab häufiger an, „es wäre gerade, wie wenn ihr Wasser im Leibe aus einer Flasche in die andere umgegossen würde.“ — Bei der so starken Contraction des Darmes, bei der vorhandenen bedeutenden Flüssigkeits- und Gasansammlung und dem absoluten Verschlusse im unteren Theile des Darmkanales musste es nun auffallen, dass während der sechswöchentlichen Dauer dieses Zustandes keine Entleerung des Darminhaltes nach Oben, weder in Form von Kothbrechen noch in Form von Aufstossen fäcal riechender Darmgase stattfand. Das in den ersten Tagen des eingetretenen Darmverschlusses öfter Erbrochene hatte ebenso wenig einen Kothgeruch, als die durch das Aufstossen entleerten Gase, und später, also während etwa 5 1/4 Wochen bis zum Eintreten des Todes ist kein Erbrechen, am wenigsten Kothbrechen erfolgt, trotzdem, dass während der ganzen Zeit nicht die geringste Spur constatarter Koth per anum abgegangen. Die Patientin bot gegen Ende

¹⁾ Leichtenstern: Verengerungen, Verschlüssen und Lageveränderungen des Darmes. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Band VII, 2. Hälfte.

²⁾ l. c.

³⁾ Die Lehre vom Molus antiperistalticus (daher auch der Ileus antiperistalticus) fand ihre Begründung in der vermeintlichen, vielfach citirten Beobachtung, dass per anum gesetzte Klystiere und Stuhlzapfen mit dem Kothbrechen sich wieder nach oben entleert haben sollten.

der Krankheit ein trauriges Bild dar: psychisch noch völlig klar, den sicheren Tod vor Augen, von qualvollem Durstgefühl gepeinigt, zeigte sie das Gesicht eingefallen mit spitzen, scharfen Zügen und von Schmerz verzogen, der Puls klein, die Extremitäten kühl, Zunge und äussere Haut trocken. —

Endlich am 4. Februar dieses Jahres wegen ganz plötzlich eingetretener heftiger Schmerzen Nachts zu der Kranken gerufen, fand ich dieselbe mit völlig entstellten Zügen, laut winselnd und jammernd, mit klangloser Stimme über plötzlich durch den ganzen Unterleib verbreitete Schmerzen klagend, die Haut mit kaltem Scheweisse bedeckt, den Puls ganz klein und äusserst frequent, das Athmen beschwert, die Athemzüge rasch und oberflächlich mit Schleimrasseln, den Leib äusserst empfindlich, noch mehr als Abends vorher und ganz gleichmässig ohne abscheidbare Contouren der Därme aufgetrieben; dazu zeigten sich auch die bis dahin nicht emporgetriebenen Regionen hypochondriacae verstrichen und die Leber emporgedrängt. Auf die somit unzweifelhaft erfolgte Darmparforation trat nach wenigen Stunden der Exitus letalis ein. —

Die Tags nach erfolgtem Tode gemachte Obduction ergab folgenden Befund: Beim Einstich in die gleichmässig über die ganze Unterleibshöhle aufgetriebenen und stark gespannten Bauchdecken entleerten sich unter pfeifendem Geräusche sehr übelriechende Gase. Die eröffnete Bauchhöhle zeigte sich stark angefüllt mit flüssigen schwärzlichen Kothmassen, welche in grosser Menge vorhanden sämtliche Unterleibsorgane überdeckten und ihre Excavationen ausfüllten. In dem unteren Theile der Bauchhöhle fallen sofort stark bis zu Mannesarmdicke und darüber erweiterte Dickdarmschlingen auf, während der Dünndarm nicht erweitert, sogar eher verengert erscheint. Unterhalb des am meisten erweiterten, dem Colon descendens angehörenden Darmstückes findet sich in der Beckenhöhle liegend, und nur leicht an seine Umgebung adhären, ein sich hart anführender Darmtheil, welcher aus seiner Verbindung gelöst die Occlusionsstelle zeigt. Oberflächlich von höckeriger, unregelmässiger Gestalt mit narbigen Einschnürungsfurchen durchzogen und von dunkelblau-röthlicher Farbe, bot die das betreffende Darmstück in einer ungefähren Länge von 10 Centimeter vollständig durchsetzende Neubildung — welche sich als eine carcinomatöse erwies, und als solche von Herrn Prof. Köster in Bonn constatirt wurde — auf ihrer Innenfläche einige in Ulceration befindliche Stellen dar; der ulceröse Zerfall der Geschwulst war indess nicht soweit vorangeschritten, dass dadurch die Durchgängigkeit des Darmes wieder hergestellt worden wäre. Oberhalb der Occlusionsstelle markirten sich einige sackartig erweiterte Darmpartien, von denen eine annähernd die Gestalt eines ausgedehnten Magens darbot, weiter oberhalb erschien der Darm mehr gleichmässig, aber immerhin noch stark ausgedehnt. Die Darmwandungen waren namentlich im unteren Theile nach der Neubildung zu stark hypertrophirt. Die beschriebene Erweiterung setzte sich über das ganze Colon fort, an der Uebergangsstelle des Dünndarmes in den Dickdarm war dieselbe nicht mehr zu constatiren, die Ileocoecalclappe zeigte keine Veränderung, der Dünndarm erschien, wie oben angegeben, eher enger als weiter. Die Perforationsstelle wurde nicht aufgesucht. Die Mesenterialdrüsen waren bedeutend geschwellt und ebenfalls carcinomatös degenerirt, die äusseren Leistendrüsen indess ohne Vergrösserung. —

Die Section bestätigte somit nicht die intra vitam gestellte Diagnose. —

Wenn ich zur vollständigen Illustration des Falles noch Einiges über die angewandte Therapie hier folgen lasse, so will ich zunächst bemerken, dass ich in der ersten Zeit bei dem Gedanken an eine narbige Verengung und mögliche völlige Obturation durch harte Kothmassen, wie solche kurz vorher noch abgegangen, erst einfache Klystiere und später grössere Wasserquantitäten in Form der Hegar'schen Einspritzungen zu injiciren versuchte; indess gelang es nicht, ein erheblicheres Quantum Flüssigkeit trotz aller Versuche in den Darm einzuspritzen, da es dann sofort, oft unter starkem Gegendrucke sich wieder entleerte. Wenn sich auch aus dem Umstande, dass es nicht gelang, eine bedeutendere Wassermenge in den Darm zu injiciren (auch nicht bei künstlich geschlossener, resp. zugehaltener Afteröffnung), wohl schliessen lassen durfte, dass die Occlusion im unteren Theile des Darmes, resp. Dickdarms, ihren Sitz hatte, so glaube ich doch nicht, dass sich, wie es Brinton¹⁾ versuchte, Regeln aufstellen lassen, nach welchen bei Injectionen von so und so viel Flüssigkeit die Occlusionsstelle an einem, darnach genauer zu bestimmenden, höheren oder tieferen, Orte sich befinden müsse. Auch war es mir öfters leicht zu constatiren, dass die Aufnahmefähigkeit desselben Darmes zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene war, so dass sich oft ein grösseres Quantum einspritzen liess, als vorher. Nach mehrfachen Untersuchungen mit einer Sonde (Schlundsonde), die sich ohne auf ein erheblicheres Hinderniss zu stossen, allmählig hoch hinauf und in ihrer ganzen Länge einführen liess, wurden häufig Einspritzungen in obigem Falle durch dieselbe gemacht, um mit Sicherheit die injicirte Flüssigkeit möglichst hoch in den Darm hinauf bringen zu können. Ich habe es

¹⁾ On intestinal obstruction. London 1867 by Thom. Buzzard.

bei dem Einführen der Darmsonde nöthig gefunden, das Hinaufschieben derselben stets nur unter gleichzeitigem Einfließenlassen von Wasser in den Darm vorzunehmen, wie dies auch von Leichtenstern²⁾ empfohlen wird. Ohne diese Cautelen zuerst anzuwenden, stiess ich oft auf Schwierigkeiten, wo also der Olivenknopf der Sonde sich in einer Schleimhautfalte verfangen haben musste, und dieselbe sich nicht mehr höher hinaufschieben liess. Mehrmals ist mir in Fällen, wo neben der Sondirung ich eine kräftige Einspritzung in höheren Darmpartien bezweckte, folgende Vorrichtung von Vortheil gewesen: Die Darmsonde wurde durch einen kleinen Gummischlauch in Verbindung gesetzt mit dem Ansatzrohr einer gewöhnlichen Klystierspritze, diese dann mit Wasser gefüllt, von einem Gehülfen hoch gehalten und die Sonde von mir darauf eingeführt. Durch den Druck der Atmosphäre floss das Wasser durch die Oeffnungen der Olive ab (auch ohne eine andere Druckenwendung), und lässt sich dann, wenn das Rohr genügend hinaufgeschoben, und die Spritze neu gefüllt, durch Ersteres eine kräftige Einspritzung machen. Die Einführung der Sonde muss ich neben ihrem diagnostischen Werthe eine hohe therapeutische Bedeutung vindiciren und namentlich bei Coprostase im Colon descendens und im Rectum die vorhin geschilderte Gebrauchsweise mit folgenden Injectionen empfehlen. Vor einigen Jahren gelang es mir auf diese Weise bei einer der Symptome einer Darmverschluss darbietenden Näherin die im unteren Dickdarme angesammelten und obturirenden sehr harten Kothmassen zu lösen und die Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Auch gaben in dem oben genauer geschilderten Falle die auf diese Weise gemachten Einspritzungen, trotzdem sie keine Spur von Koth und nur Schleimgerinnsel aus dem unteren Darne zur Entleerung brachten, der Kranken jedesmal etwas Erleichterung ihrer Beschwerden, so dass sie die Einführung des Rohres mit folgender Injection trotz des dabei verursachten momentanen Schmerzes, der hauptsächlich durch die stark erweiterten Mastdarmvenen verursacht wurde, stets lieber angewandt sah, als die einfachen Klystiere. —

Den grössten therapeutischen Nutzen schaffte das Morphinum, welches ich subcutan in steigender Dosis anwandte; die dadurch erzielte Verminderung der peristaltischen Bewegungen erzeugte ein Nachlassen der heftigen Schmerzen für die Dauer der Morphiemeinwirkung und erklärte es, warum die Kranke so oft sehnüchlich nach den Einspritzungen verlangte. —

Nach der gegebenen Schilderung des obigen interessanten Falles mag es noch gestattet sein, einige daran anschliessende symptomatologische und diagnostische Bemerkungen folgen zu lassen.

Als das auffallendste und hervorragendste Symptom des obigen Krankheitsverlaufes ist die lange Zeitdauer der Krankheit zu nennen. Wenn Leichtenstern in seiner mehrmals citirten vorzüglichen Abhandlung die mittlere Dauer der Darmverschlussung zu 6 Tagen berechnet und die längste als 13 Tage dauernd angiebt, so müssen wir uns mit Recht über die auffallend lange Dauer von 44 Tagen in dem obigen Falle wundern. Ein Irrthum, dass etwa in dieser Zeit abgegangene Kothmassen nicht beobachtet worden seien, ist absolut auszuschliessen, da die abgegangenen Klystiere stets auf das Sorgfältigste auf Beimischung von Koth untersucht wurden. Vielleicht steht der mehr chronische Verlauf in unserem Falle mit dem Fehlen des meist auftretenden stürmischen Erbrechens und besonders des Kothbrechens in causaler Verbindung. Und wie sollen wir uns das Nichtauftreten des letzteren erklären? Die Erklärung des Zustandekommens des Kothbrechens fällt zusammen mit der Frage nach der Wirkung der Ileocoecalclappe. Ueber letztere sind indess bis jetzt die Ansichten noch ebenso differirend, wie über die physiologisch noch nicht deutlich constatirten antiperistaltischen Darmbewegungen³⁾. Niemeyer⁴⁾ hält es „für unwahrscheinlich, dass die Contents des Dickdarmes über die Valvula Bauhini hinaus in den Dünndarm und Magen gelangen können“ und spricht dem Darminhalt des Ileum schon einen Kothgeruch zu. Leichtenstern⁵⁾ erklärt das Kothbrechen aus einem Insufficienzwerden der Ileocoecalclappe. Die neueren Untersuchungen über das Verhalten der letzteren bei Injectionen vom After aus — so übereinstimmend ihre Resultate bei den an Leichen angestellten Versuchen sind⁶⁾ — erscheinen ebenso widersprechend nach den an Lebenden gemachten Experimenten. Während Cruveilhier und Donders die Möglichkeit des Rückpassirens des Coecalinhalt in das Ileum negirten, glauben Simon⁷⁾, Mosler⁸⁾ und Leichtenstern⁹⁾ an das Gelingen der Einspritzungen in den Dünndarm vom Anus aus. —

¹⁾ l. c.

²⁾ Wie die Versuche von Betz (Württemberg. Corresp.-Blatt 1850) und von Schwarzenberg (Zeitschrift f. ration. Med. VII 3) ergaben.

³⁾ Lehrbuch d. spec. Pathologie u. Therapie. VII. Aufl. pag. 648.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ Sie liefern nur eine Bestätigung für die schon von Fabric. ab Aquapendente, Kerkringius, Haller und Morgagni constatirte Thatsache, dass die Klappe an Leichen passirbar bei Einspritzungen von Luft und Flüssigkeit per anum.

⁶⁾ Archiv f. klin. Chirurgie von B. v. Langenbeck XV. Heft 1.

⁷⁾ Berl. klin. Wochenschrift 1873, No. 45.

⁸⁾ l. c.

Gehört nun unser obiger Fall durchaus nicht zu den „peracuten“, bei denen Leichtenstern¹⁾ ein Sufficienbleiben der Klappe nur für möglich hält, so sind wir sowohl nach den während des Lebens aufgetretenen Erscheinungen (Fehlen des Kothbrechens, fehlende Auftreibung des Dünndarmes) als auch besonders durch den Obductionsbefund genöthigt, die gebliebene Suffizienz der Ileocoecalclappe in unserem Falle anzunehmen und daraus das Nichtauftreten des Kothbrechens uns zu erklären. Nur auf diese Weise lassen sich die eigenthümlichen Symptome deuten, die wir in obigem Falle zu verzeichnen hatten.

Von dem Leichenexperimente, welches die Durchgängigkeit der Klappe bei starken Injectionen beweist, deducirend, empfiehlt Leichtenstern bei Verschlüssungen im unteren Ileum die Anwendung der Narkose, und hält dadurch eine Erschlaffung des Ileocoecalsphincters für möglich, so dass man also mit den Injectionen über den letzteren hinaus gelangen könne. Dass aber diese Wirkung der Narkose wohl keine so sichere ist, dürfte wohl daraus zu ersehen sein, dass ich, wie oben angeführt, in dem betreffenden Falle öfters starke Dosen von Morphinum der heftigen Schmerzen wegen angewandt habe, und trotzdem keine Erschlaffung der Valvula Bauhini erfolgt sein kann. —

Was die Diagnose der Darmverschlüssungen anbetrifft, so gehört dieselbe oft zu den schwierigsten Aufgaben der inneren Medicin und ist zuweilen intra vitam absolut unmöglich. Bezüglich derselben lässt sich vom practischen Standpunkte aus betrachtet, erstens die allgemeine Diagnose (Differentialdiagnose zwischen Darmverschlüssung und eine letztere nicht bedingende Unterleibsaffection) und zweitens die specielle Diagnose (Art und Sitz des Verschlusses) unterscheiden. — Bezüglich der Allgemeindiagnose ist zu bemerken, dass es gewisse Formen von Abdominalerkrankungen giebt, welche symptomatisch das Bild eines Darmverschlusses darbieten können, ohne dass letzterer vorhanden.

So verlaufen oft Koliken (besonders solche, die durch Nierensteine veranlasst) unter ähnlichen Erscheinungen, wie eine Darmverschlüssung, ebenso können heftige Peritonitiden oder eine acute Typhlitis eine solche vortäuschen. Giebt auch oft die Anamnese wichtige Anhaltspunkte — so die Gestalt der Kothmassen bei vorausgegangenen Verengerungen des Darmkanales nach dysenterischen und follikulären Processen, früher überstandene Peritonitis mit etwaiger Bildung von Pseudoligamenten etc. — so ist doch, wenn überhaupt, eine allseitige genaue physikalische Untersuchung meist erst im Stande, die Diagnose sicher zu stellen.

Zunächst sind die Gegenden des Unterleibes, wo Hernien vortreten und sich einklemmen können, dann (beim Weibe) der Uterus, und der Mastdarm zu untersuchen. Giebt die Digitaluntersuchung der letzteren keinen Aufschluss, so ist die Sondenexploration vorzunehmen²⁾. Giebt auch diese kein Resultat, liegt also die Verschlussstelle höher hinauf, so können die äusserlich sichtbaren Darmcontouren einige Anhaltspunkte für Bestimmung des Sitzes geben. So findet man z. B. bei Occlusion im Colon descendens hauptsächlich das Colon transversum sich stark meist in querer Richtung und nach links unten auftreibend, bei sich in unregelmässiger Richtung emporwälzenden Darmschlingen hat man an einen Verschluss im unteren Ileum oder Coecum zu denken. — Ist es gelungen, den Sitz der Occlusionsstelle zu finden, so ergiebt sich sehr oft auch daraus die Art der Verschlüssung. Wichtig ferner für die Diagnose ist auch das Alter des Kranken, während z. B. Intussusceptionen im kindlichen Alter relativ häufig, sind sie im späteren Alter selten, während dann Carcinome eine Darmstrictur abgeben können. Die Diagnose eines Darmcarcinomes kann aber erst bestimmt gestellt werden, wenn man einen Tumor in abdomine nachzuweisen im Stande ist. Ist derselbe nicht durch die Bauchdecken durchföhlbar, und auch nicht per anum zu erreichen, wie in unserem Falle, so bleibt die Sache unklar, oder es bleibt bei einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose, welche letztere sich auf die vorausgegangenen Erscheinungen zu stützen pflegt. So begründete in unserem obigen Falle die früher gestellte Diagnose auf Follikulärgeschwüre des Dickdarmes die später sich als irrig erweisende Annahme eines Verschlusses durch Narbenbildung.