

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Sechster Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus der medicinischen Abtheilung des Cölner Bürgerhospitals.

I. Intussusceptio ilei in der 4. Typhus-Woche.

Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der inneren Incarcerationen.

Von

Dr. H. Scheele, Assistenzarzt.

(Schluss aus No. 14.)

Section: Wir heben aus dem Sectionsberichte nur das für unsern Zweck Wichtigste hervor:

Mittelgrosse männliche Leiche von dürftigem Ernährungszustande, schmutzig bräunlicher Hautfarbe. Augen tiefliegend, Musculatur auffallend trocken. Panniculus fettarm. Knochenbau kräftig.

In der Linea alba einen Zoll über dem Nabel befindet sich an der Peritonealfäche der vorderen Bauchwand eine ringförmige, von Peritoneum ausgekleidete Oeffnung von der Grösse eines 20 Pfennigstückes, durch welche ein zusammengefalteter Theil des Netzes zieht, der ausserhalb der Bruchpforte, im subcutanen Zellgewebe, zu einem mit der Haut locker verwachsenen, etwa bohnergrossen, von derben Bindegewebe durchsetzten Fettklumpen anschwillt. Neben dem durch die Bruchpforte ziehenden Netzstrang kann die Kuppe des kleinen Fingers durch die ringförmige Oeffnung in der Linea alba oben noch hindurchgeschoben werden. (Hernia omentalis lineae albae.)

In den abhängigen Partien der Bauchhöhle, besonders in dem kleinen Becken eine spärliche Menge (circa 200 Cc.) blutig-seröser Flüssigkeit. Die

Dünndärme meteoristisch aufgetrieben, sämtliche Colon-Partien dagegen contrahirt. Letztere von normalem Aussehen; erstere bieten zum Theil das normale Ansehn dar, einige Schlingen sind schmutzig graugrün, andere, besonders die zum kleinen Becken ziehenden, gleichmässig blauröth gefärbt; die Gefässe der Serosa stellenweise stark injicirt. Die Mesenterialgefässe, besonders die Venen strotzend gefüllt. Keine Zeichen von Peritonitis. Das unterste Ileum ist auf eine Strecke von 40 Ctm. leer und collabirt. Die oberste Partie dieser 40 Ctm. langen Strecke schwillt plötzlich in einer Länge von ca. 8 Ctm. stärker an und lässt beim Anfühlen sofort erkennen, dass sie eine längliche wurstförmige Geschwulst im Innern birgt. Am oberen Ende dieser 8 Ctm. langen Darmstrecke schlägt sich das Ileum in seiner ganzen Circumferenz nach unten um und bildet die äussere Umschlagstelle oder den Hals einer Invagination. Die Fixirung des Intussusceptums ist eine solche, dass selbst starker Zug am oberen und unteren Darmende eher zu Ruptur des Darmes als zur Lösung der Invagination führen würde. Nach Eröffnung der Scheide derselben erblickt man die stark geschwollene, dunkelblau-rothe, vielfach quergefaltete Schleimhaut des Intussusceptums. Dieses ist stark, beinahe halbkreisförmig gekrümmt (Folge des Zuges des Mesenteriums), seine untere Oeffnung spaltartig in der Richtung nach dem Mesenterialansatz des Dünndarms verzogen. Das Intussusceptum ist 12 Ctm. lang. Am Halse der Invagination ist das Intussusceptum ringförmig eingeschnürt. Das dem intussuscipirten Darmtheil angehörige Mesenterium ist zusammengefaltet und sehr verdickt, geschwollen, stark injicirt resp. sugillirt. Das eintretende Rohr oder der innere Cylinder, der seine Peritonealfäche der Peritonealfäche des mittleren oder umgeschlagenen Cylinders zuwendet, ist durch den stark geschwollenen und gefalteten mittleren Cylinder und das nicht minder geschwollene und verdickte Mesenterium hochgradig comprimirt; sein Canal

eben für eine Bleistift-dicke Sonde durchgängig. Zwischen den Peritonealfächern der intussuscipten Darmtheile besteht am vordersten Drittheil des Intussusceptums eine ziemlich feste, peritonitische Verwachsung, die jedoch immerhin durch Präparation noch gelöst werden kann.

Die Fixirung des innersten Cylinders in der Scheide des mittlern ist, abgesehen von der Verklebung der Peritonealfächern heider an der Spitze des Intussusceptums, hauptsächlich durch die erwähnte starke Verquellung und Faltung des mittlern Cylinders, sowie durch die ringförmige Einschnürung am Halse der Invagination herbeigeführt.

Ein weiterer wichtiger Befund im untern Ileum und Cöcum betrifft die Gegenwart zahlreicher, echt typhöser, in Vernarbung begriffener oder bereits vernarbter, ziemlich tiefgehender oblonger Geschwüre der Peyer'schen Plaques. Die Cöcalklappe und der zunächst anstossende Theil der Ileumschleimhaut ist in eine grosse confluierende, schwärzlich pigmentirte Geschwürsnarbenfläche verwandelt, auf welcher sich zwischen den unter das Schleimhautniveau zurücktretenden flachen Narben, die noch erhaltenen Schleimhautreste als Linien von landkartenartiger Anordnung erheben. In dem 40 Ctm. langen Ileumendstück zwischen Cöcum und Invagination finden sich mehrere tief unter das Schleimhautniveau zurückgezogene, in Vernarbung begriffene Geschwüre der Peyer'schen Plaques und einzelne kleine, runde, kraterförmig vertiefte Narben, aus der Verschwärung der Solitärfollikel hervorgegangen. Auch die nach Aussen umgestülpte Schleimhaut des Intussusceptums zeigt noch zwei ohlunge, in Heilung begriffene Typhus-Geschwüre. Dagegen hört der typhöse Schleimhaut-Process, soweit es sich um Geschwüre und Narben handelt, wie abgeschnitten am oheren Ende der Invagination auf. Die Schleimhaut des Ileums oberhalb der Invagination (inclusive des intussuscipten inneren Cylinders) ist frei von Geschwüren oder Geschwürsnarben. Auch zeigen die Peyer'schen Plaques dieses Darmtheiles ausser geringfügiger Schwellung (die besonders bei Betrachtung im durchfallenden Lichte deutlich wird) keine Veränderung. Zahlreiche der Mesenterialdrüsen sind beträchtlich geschwellt, succulent, auf dem Durchschnitte markig weiss oder grauröthlich. Verschorfung ist in ihnen nirgends nachzuweisen.

Die Milz vergrössert, 16 Mal 8 Ctm, Kapsel fein gerunzelt. Gewebe sehr weich, fast breiig.

Die rechte Niere 11 Ctm. lang, am Hilus 6 Ctm. breit. Kapsel leicht und glatt abziehbar. Corticalis etwas verbreitert, lässt beim Darüberstreifen graurothen Saft austreten. Ebenso die Papillen der Niere. Linke Niere von gleichem Verhalten.

Leher 25 Ctm. breit, 21 Ctm. lang, 7 Ctm. tief. Schnittfläche glatt blassbraunroth, Läppchenzeichnung undeutlich, Gewebe brüchig.

Die übrigen Organe der Bauchhöhle, die Organe der Brusthöhle, und das Gehirn zeigen keine besonders bemerkenswerthen Anomalien.

Epikrise. Wir knüpfen an die oben mitgetheilte und begründete Diagnose an. Sie lautete auf „acute incomplete Verschlussung im unteren Theile des Ileums“ und wurde in dieser Hinsicht auch vollständig durch die Section bestätigt. Die anatomische Ursache des Darmverschlusses anlangend, stellten wir zwei Möglichkeiten auf, in erster Linie die Invagination, welche durch die Section bestätigt wurde. Es waren hauptsächlich zwei Momente, die uns auf diese Diagnose führten, einmal der Umstand, dass wir eine acut, aber incomplet verschliessende Ursache der inneren Einklemmung annehmen mussten, aus Gründen, die wir oben beleuchtet haben. Das zweite und wichtigste Symptom war die blutige Tinction der nach den Monstreclystieren wieder ausfliessenden Flüssigkeit. Es lehrt unser Fall, dass solche Wassereingüsse nicht allein für die Bestimmung des Sitzes, sondern unter Umständen auch für die Diagnose der Natur der Verschlussung von Bedeutung werden können. Dennoch war der Symptomen-Complex der Invagination kein vollständiger. Es fehlten zur sicheren Diagnose mehrere wichtige Symptome. So die blutig-schleimigen, sogenannten dysenterischen Durchfälle. Sie fehlen häufiger bei Ileum- als bei Ileocöcal-Invaginationen, aus Gründen, die nahe liegen¹⁾. Es fehlte ferner der für die Diagnose so wichtige Tumor mit seinen, man möchte sagen charakteristischen Eigenthümlichkeiten²⁾. Dass der Tumor bei Ileum-Invaginationen viel häufiger vermisst wird, als bei Ileocöcal-Invaginationen, hat Leichtenstern³⁾ auf Grund einer Statistik von 377 Fällen gezeigt und begründet. Es fand sich der Tumor bei Ileocöcal-Invaginationen in 61 Proc. der Fälle, bei Ileum-Invaginationen nur in 24 Proc.

Trotz zweimaliger hoher Rectal-Untersuchung konnte der unmittelbar am Beckeneingang gelegene Invaginationstumor durch die Rectalwand hindurch nicht gefühlt werden; ein Verhalten, das leicht erklärlich ist, wenn wir bedenken, dass

¹⁾ Vergl. Leichtenstern in Ziemssens Handb. Bd. VII. 2. 2. Auflage S. 529.

²⁾ Vergl. Leichtenstern l. c. S. 528,

³⁾ Prag. Viertelj. Bd. 120. S. 99 ff.

Invaginationstumoren häufig weich sind und nur zeitweise durch Contraction der Scheide und der Cylinder erhärten¹⁾).

Die begeisterten Lobredner der vorzüglichen, in mancher Hinsicht unersetzlichen, von Simon methodisch ausgebildeten Manualexploration des Rectums haben die Schwierigkeiten, welche der palpatorischen Exploration des Bauches durch die Rectum- resp. Sromanum-Wandungen hindurch entgegenstehen, häufig unterschätzt, wie am besten der Umstand zeigt, dass Manche mit dieser neuen Methode eine neue Aera der „intra-abdominellen Reduction“ innerer Hernien, der Invaginationen und Einklemmungen angebrochen glaubten. Nirgends bleiben voreilige theoretische Constructionen weiter hinter den That-sachen der praktischen Erfahrung zurück, als gerade auf diesem Gebiete. Auch die enorme Schwierigkeit der Diagnose der innern Einklemmungen immer wieder zu betonen, scheint mir nicht überflüssig zu sein, da Viele, der ausserordentlichen Mannigfaltigkeit der Verschliessungs-Ursachen uneingedenk, mit einigen wenigen Einklemmungsursachen, die sie gerade im Gedächtniss haben, feine Differentialdiagnosen stellen zu können glauben.

Zur Aufstellung der zweiten diagnostischen Möglichkeit, nämlich des Vorhandenseins tuberculöser Ileumgeschwüre und einer davon ausgehenden (vielleicht constringirenden) umschriebenen Adhäsiv-Peritonitis hat uns (abgesehen von den blutigen Entleerungen und der Incompletheit des Darmverschlusses) hauptsächlich das vorhandene continuirliche Fieber veranlasst. Mit keiner andern Ursache des Darmverschlusses schien uns dieses besser zu congruiren. Aber die Genese des Fiebers wurde in einer uns freilich ganz unerwarteten Weise erklärt. Der Kranke befand sich, als er mit den Erscheinungen des Darmverschlusses in's Hospital eintrat, in der vierten Woche eines Abdominaltyphus. Dass wir nicht an Typhus dachten, wird uns wohl kaum Jemand verübeln. Zudem war die Vergrösserung der Milz wegen des Meteorismus nicht nachweisbar. Und auch für den Fall, dass dieser Nachweis möglich gewesen

¹⁾ Vergl. über dieses wechselnde Verhalten die Darstellung Leichtenstern's l. c. S. 100.

wäre, hätte er uns wohl kaum auf die richtige Spur geleitet, möglicherweise sogar von der richtigen Diagnose abgeleitet und in der Annahme der zweiten Möglichkeit, der tuberculösen Peritonitis, bestärkt. Lag es nicht nahe, in letzterem Falle die Milzvergrösserung, die vorhandene Albuminurie mit der Annahme der tuberculösen Peritonitis zu vereinigen und an amyloide Degeneration der Milz und Nieren zu denken?

Unser Fall ist ein neuer Beitrag zu der längst bekannten Thatsache des Typhus ambulatorius. Der Kranke ging bis zum Eintritt der Invagination umher und verrichtete sogar, wenn auch mit vieler Beschwerde, seine Arbeit.

Fragen wir zum Schluss: In welchem Zusammenhang steht der Typhus mit der Invagination? so ist selbstverständlich nur an einen Causal-Zusammenhang der pathologisch-anatomischen Vorgänge zu denken. Es entging unserer Aufmerksamkeit nicht, dass die Darminvagination gerade da beginnt, wo der typhöse Geschwürs- und Narben-Process im untern Ileum sein Ende erreicht. Bereits im 17. Jahrhundert wurde von Peyer¹⁾ die Pathogenese der Darminvagination dahin erklärt, dass in ein aus irgend welcher Ursache paralytisches Darmstück das mit normaler Bewegungsfähigkeit begabte, oberhalb gelegene Darmstück invaginirt werde. Leichtenstern hat in einer ausführlichen Darlegung die Pathogenese der Invaginationen behandelt und auf Grund von Experimenten gezeigt, dass auf diese Weise wohl Invaginationen entstehen können, dass aber zur Fixirung einer einmal entstandenen Invagination eine active und zwar sehr erhebliche Thätigkeit der Scheide der Invagination unentbehrlich ist. „Die Scheide der Invagination muss den intus-suscepirten Darmtheil, wie jeden andern Darminhalt erfassen, fixiren, die Widerstände des Mesenteriums überwinden.“ Und die Activität der Scheide drückt sich aus sowohl in der Einschnürung der Invagination am Invaginationshalse, als auch in der zu ödematöser Quellung und zu Blutungen der Schleimhaut des Insussusceptum führenden Compression des invaginirten Mesenteriums und seiner Gefässe. Leichtenstern²⁾ ist

¹⁾ cit. nach Leichtenstern l. c.

²⁾ Ziemssen's Handb. VII. 2. 2. Aufl. S. 523 ff.

es auf Grund dieser von ihm gegebenen Erklärung wahrscheinlich, dass die zu Invagination führende Paralyse des Darmes meist nur auf eine kleine Darmstrecke beschränkt ist und dass eben diese Strecke den mittlern umgestülpten Cylinder bildet, während innerster Cylinder und Scheide activ bleiben, ja hyperactiv sind. Die Annahme nun einer durch die typhösen Darmgeschwüre und Narben herbeigeführten Paralyse jener Darmstrecke, welche späterhin den mittleren Cylinder der Invagination bildete, scheint mir zusammengehalten mit dem eben Auseinandergesetzten den Schlüssel zur Erklärung des Causalzusammenhanges zwischen Typhus und Invagination in unserm Falle zu liefern. Von dem gleichen Gesichtspunkte aus sind manche der Invaginationen nach Dysenterie, Cholera, bei tuberculösen Darmgeschwüren, im Verlauf chronischer Diarrhöen, nach Trauma u. s. w. zu beurtheilen¹⁾.

Herrn Professor Dr. Leichtenstern, Oberarzt der medicinischen Abtheilung des Bürgerhospitales, meinen verbindlichsten Dank für das Interesse, mit welchem er dieser Arbeit folgte und mich in derselben unterstützte.
