

Aus der III. Chirurgischen Abteilung des St. Stefansspitals
in Budapest. (Primararzt: Prof. Dr. Julius v. Janny.)

Ileus als Komplikation einer Epididymitis gonorrhoeica.

Von Dr. Desiderius Balás, Operateur, Sekundararzt.

J. B., 28 Jahre alt, Kesselschmiedsgehilfe, wurde am 29. Oktober 1906 von der internen Abteilung des Prof. Hochhalt auf die chirurgische Abteilung des Prof. Janny überführt, damit an ihm ein operativer Eingriff geschehe. Der Kranke litt an gonorrhöischem, urethralem Flusse, zu welchem sich vier Wochen vor seiner Aufnahme ins Spital eine rechtseitige Epididymitis gesellte. Vier Tage bevor er sich im Spital meldete, wurde er plötzlich von Unwohlsein befallen, unerträgliche Bauchkrämpfe quälten ihn so, daß er gezwungen war, das Bett aufzusuchen; es stellten sich hierauf abwechselnd Obstipation, Erbrechen, Schluchzen und Verhalten von Flatus ein.

Schon bei der Untersuchung des gut entwickelten und genährten, jedoch sehr geschwächten Mannes waren Kollapserscheinungen, wie Verfall der Gesichtszüge, frequenter (120), kleiner, weicher Puls, kaum merkliches Kühlerwerden der Extremitäten wahrnehmbar, nebenbei eine Temperatur von 38,8° C und Kotgeruch aus dem Munde.

Die Organe der Brusthöhle waren normal. Das Abdomen erschien gleichmäßig aufgetrieben, und nur von Zeit zu Zeit konnte

1) La Semaine médicale 1907, No. 31, S. 370.

man unterhalb des Nabels etwas träge Peristaltik bemerken. Perkutorisch war über dem ganzen Abdomen gleichmäßig gedämpfter tympanitischer Schall zu erlangen, welcher teilweise die Leberdämpfung verdeckte. Der Bauch war nicht druckempfindlich. Eine Dämpfung oder Resistenz war nicht auffindbar. Hierbei litt der Kranke fast ununterbrochen an Schluchzen und Kotbrechen. Die rechte Epididymis erschien aufgedunsen, das Vas deferens verdickt, und beide waren druckempfindlich; die Bauchkrämpfe strahlten dem Verlaufe des Funiculus entsprechend in den rechten Testis aus.

Auf Grund obiger Symptome stellten wir die Diagnose auf Darmverschuß, und ich operierte — im Auftrage des Prof. v. Janny — den Kranken sofort in Aethernarkose, jedoch nicht, ohne vorher eine Infusion gemacht zu haben.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle unterhalb des Nabels in der Linea alba entleerte sich sofort Eiter, und das Bauchinnere zeigte das Bild einer diffusen Peritonitis. Unterhalb des Nabels fand ich ein kindskopfgroßes Konglomerat von Gedärmen, welches $1\frac{1}{2}$ mal um seine Längsachse gedreht war. Da jedoch dieses Darmkonglomerat nicht zusammengefallen aussah, ferner weder an den Gedärmen noch am Mesenterium selbst eine Strangulationsfurche zu entdecken war, mußte ich die Ursache der Peritonitis andern Ortes vermuten. Ich untersuchte also den Blinddarm und fand diesen sowie den Processus vermiformis wohl in normalem Zustande, jedoch erregte der Umstand, daß die in den Blinddarm mündende Ileumschlinge zusammengefallen war, sofort meine Aufmerksamkeit. Ich verfolgte daher die Richtung der zusammengefallenen Darmschlinge und fand in der Gegend der rechtseitigen Linea innominata, dem Verlauf des Vas deferens entsprechend, eine mit dem Peritoneum parietale des Beckens fest verwachsene und eingeknickte Darmschlinge, und als ich dieselbe von jenem Punkte, an dem sie angewachsen war, stumpf abtrennte, quoll aus jener Stelle etwa ein Kinderlöffel voll grünlichen, dickflüssigen Eiters. Nach vollführter Abtrennung blähte sich die distale Darmschlinge sofort auf, und somit war denn die Passage wieder hergestellt.

Schon während der Operation sprach ich die Vermutung aus, daß in Anbetracht der im Verlauf des Vas deferens vorhandenen Verwachsung und Knickung des Darmes und der auf der gleichen Seite bereits abgelaufenen Epididymitis es allem Anschein nach eine zur gonorrhoeischen Deferentitis sich gesellende zirkumskripte Peritonitis gewesen sein mag, welche die Verwachsung des Darmes zur Folge hatte, und daß die Darmknickung ihrerseits wieder die diffuse Peritonitis hervorgerufen habe; die vorgefundene Darmverschlingung hingegen sei sekundär, durch die erhöhte Peristaltik entstanden.

Mit Rücksicht auf den Zustand des Kranken, dessen Pulsschläge kaum mehr fühlbar waren, konnte ich die eigentliche Veranlassung der Verwachsung und Knickung nicht länger suchen und mußte mich daher damit begnügen, jene Stelle, an der die nun losgetrennte Verwachsung bestanden hatte, mit Peritoneum zu bedecken, und nachdem ich zum Zwecke der Drainage ein Mikulicz-Tampon eingesetzt hatte, schloß ich die Bauchhöhle.

Mit Hilfe von Infusionen, Kampher und intensivem Wärmen des Körpers gelang es, den Zustand des Kranken wenigstens einigermaßen zu bessern, doch war dies günstige Resultat nur ein vorübergehendes, denn nach 22 Stunden starb der Patient an der schon vor der Operation aufgetretenen diffusen Peritonitis.

Die durch den em. Assistenten Dr. Feldmann vorgenommene Obduktion ergab folgenden Befund: Die Bauchhöhle enthält keine freie Flüssigkeit, das Peritoneum ist hyperämisch und glanzlos; die aufgeblasenen Gedärme sind durch Fibrin aneinander geheftet. Am stärksten und innigsten haftet die fibrinöse Membran in etwa handgroßer Ausdehnung am Ileum, etwa 60 cm von der Mündung des Coecum entfernt. An dieser Stelle beträgt der Darmumfang 6 cm, unterhalb derselben 7,8 cm, oberhalb derselben hingegen zeigt der Darm eine Erweiterung von 11–12 cm Umfang. Den derberen Fibrinauflagerungen entsprechend ist die Darmwand konsistenter und zeigt blässere Stellen, welche jedoch durch keine scharf hervortretende Linie von der Umgebung abgegrenzt sind. Am Peritoneum parietale, unmittelbar unterhalb der Linea innominata, dem Verlaufe des Vas deferens entsprechend, befindet sich eine linsengroße, weiche, mattgelbe Anschwellung, resp. ein subperitonealer Abszeß, welcher durch eine nadelstichgroße Öffnung mit dem Ductus deferens kommuniziert. Der rechtseitige Ductus deferens ist in seinem ganzen Verlaufe verdickt und konsistent; sein erweitertes Lumen erfüllt gelblich-grüner Eiter, seine Schleimhaut ist aufgedunsen, schiefergrau. 4 cm unterhalb der Linea innominata befindet sich noch ein zweiter, erbsengroßer, den Ductus deferens umschließender Abszeß. Ebenso ist noch ein kirschkerndgroßer Abszeß im Caput der Epididymis und ein bohnengroßer, von einer fetzigen Wand gebildeter Abszeß im rechten Prostatalappen vorhanden. Ueberdies ist auch noch eine Cystitis und eine eitrige Entzündung der rechten Vesicula seminalis zu konstatieren.

Im Eiter ließ sich das Vorhandensein von Gonococcus und das eines anderen Gram-positiven Bacillus, welcher letzterer höchstwahrscheinlich aus dem Darme hierher gewandert war, nachweisen.

Es ergibt sich demnach aus dem Sektionsbefunde und den bakteriologischen Untersuchungen, daß sich in diesem Falle zur gonorrhoeischen Epididymitis, resp. Deferentitis infolge einer Perforation des Vas deferens ein subperitonealer Abszeß gesellte, welcher letzterer eine zirkumskripte Peritonitis hervorrief, die ihrerseits wieder vorerst zur Anheftung, im weiteren sodann zum Verschlusse des Darmes führte. Die akute diffuse Peritonitis hingegen ist schon als Folgeerscheinung des Ileus aufzufassen.

Eine die gonorrhoeische Epididymitis begleitende peritoneale Irritation oder eine durch dieselbe hervorgerufene effektive Peritonitis sind wohl die gefährlichsten Komplikationen dieser Krankheit. Als leichter Grad der Komplikation kann jener Zustand gelten, in welchem bloße Druckempfindlichkeit der Bauchwand besteht oder spontan kolikartige Bauchkrämpfe auftreten. Bei höherem Grade der Krankheit sind die Krämpfe von Schüttelfrost begleitet, und es stellt sich sodann nebst vollständiger Obstipation und Verhalten von Flatus Erbrechen, Schluchzen, Fieber und Meteorismus, eventuell Kollaps ein.

In früheren Zeiten glaubte man, daß die peritonealen Symptome durch die seröse Hülle des Testis — welche entwicklungsgeschichtlich ja doch dem Peritoneum entspricht — reflektorisch hervorgerufen würden. Die neuesten Versuche jedoch beweisen zweifelsohne, daß diese Symptome durch nichts anderes als durch das Weiterschreiten der Infektion, resp. durch eine infolge des direkten Uebergreifens der Entzündung entstandene diffuse oder zirkumskripte gonorrhoeische Peritonitis bedingt sind. (W. Curching.)

Zu den gonorrhoeischen Erkrankungen der Adnexe der männlichen Genitalien kann sich ebenso Peritonitis gesellen wie zu denen der weiblichen Adnexe, nur ist ersteres viel seltener der Fall, was aber seine Erklärung in den verschiedenen anatomischen Verhältnissen findet, in denen jene zum Peritoneum stehen. Während die Tube eine vollständige peritoneale Hülle besitzt und so eine, die ganze Wand der Tube sozusagen imprägnierende (Werther, Winkel) Gonococcinvasion einerseits durch die Wand der Tube selbst, andererseits aber durch das Ostium derselben, also durch eine freie Öffnung direkt zum Peritoneum gelangen kann (E. Wertheim), ist eine Infektion des Peritoneums in diesem Sinne beim Manne nur infolge der gonorrhoeischen Erkrankung der Vesiculae seminales, resp. der Ampulle des Vas deferens denkbar.

Nach Horowitz kann akute gonorrhoeische Peritonitis beim Manne auf drei Arten entstehen:

1. Bei gonorrhoeischer Epididymitis kann sich die Infektion, dem Laufe der Blutgefäße des Plexus spermaticus folgend, verbreiten. Dies geschieht in den seltensten Fällen.
2. Die gonorrhoeische, eitrige Entzündung der Vesiculae seminales oder der Ampulle des Vas deferens kann direkt auf das Peritoneum übergehen.
3. Die Infektion kann bei Vorhandensein von Epididymitis oder Deferentitis auf dem Wege der Lymphbahnen zum Peritoneum gelangen.

Horowitz ist der weiteren der Ansicht, daß zu diesen Lymphgefäßen auch die an der hintern Wand des kleinen Beckens befindliche Lymphdrüse gehöre, welche im Falle von gonorrhoeischer Infektion aufgedunsen erscheine, eventuell auch in Eiterung übergehen könne, um sodann, das sie umgebende, lockere Bindegewebe in Mitleidenschaft ziehend, oberhalb des Poupartschen Bandes als Resistenz, resp. Geschwulst hervorzutreten; diese nun ist sehr geeignet, die bei der Defäkation und jene im Verlaufe des Nervus ischiadicus auftretenden und in die Schenkel ausstrahlenden, heftigen Schmerzen zu verursachen, und kann deshalb füglich als Veranlassung derselben gelten.

In der medizinischen Literatur fand ich im ganzen zehn Fälle von ausgesprochener akuter, gonorrhoeischer Peritonitis als Folgeerscheinung von Gonorrhoe der männlichen Adnexe:

Peter erwähnt deren 3, Werther 1, Zeissl 3 und Horowitz ebenfalls 3.

In den Fällen von Peter und Zeissl war stets bedeutender blutiger Spermafluß vorhanden, weshalb die Autoren eine schwere Spermacystitis vermuteten, und ihrer Ansicht nach wäre diese aufs Peritoneum übergegangen.

Von den oben erwähnten zehn Fällen wurden neun geheilt. In einem Falle von Werther blieb nach Ablauf der Peritonitis eine einseitige gonorrhoeische Coxitis zurück, und in einem Falle von Horowitz, in welchem die Infektion von der Ampulle des Vas deferens ausging, starb der Kranke an einer Sepsis, welche die Folge einer die Kommunikation zwischen Blase und Rectum herstellenden Perforation war.

In meinem Falle trat die zirkumskripte Peritonitis infolge der Perforation des Vas deferens auf, und diese führte durch Anwachsen des Darmes und Knickung desselben zur sekundären diffusen Peritonitis und diese wieder zum Exitus.

Zusammenfassung. Zu einem bereits bestehenden, gonorrhoeischen urethralen Flusse gesellte sich bei dem erwähnten Kranken vor vier Wochen eine rechtseitige Epididymitis, nach deren Verlauf plötzlich eine Incarceratio interna samt diffuser Peritonitis auftrat. Trotz des bereits am vierten Tage der Inkarceration vorgenommenen chirurgischen Eingriffes verschied der Kranke 22 Stunden nach der Operation infolge von Stercorämie. Aus dem Sektionsbefunde wurde ersichtlich, daß die zirkumskripte Peritonitis im Anschlusse an die Perforation des entzündeten Vas deferens entstand und daß diese es war, welche das Anhaften des Darmes an die Beckenwand und seine Knickung verursachte und in dieser Weise zur sekundären diffusen Peritonitis und schließlich zum Exitus führte.

Literatur. Werther, Die Pathologie der Gonorrhoe (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 16. Dezember 1893) — Winckel, Ueber die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Bauchfellentzündung. (v. Vokmanns Sammlung klinischer Vorträge 1897. A. F. No. 20, 1897.) — Horowitz, Ueber gonorrhoeische Peritonitis beim Manne. Wiener medizinische Wochenschrift 1892, No. 42. — Peter, La péritonite blennorrhagique chez l'homme. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie 1893, Bd. 40 — W. Curching, Akute diffuse Gonococcusperitonitis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. 1899, Bd. 10, H. 98, S. 75. — E. Wertheim, Die ascendierende Gonorrhoe beim Weibe. Bakteriologische und klinische Studien zur Biologie des Gonococcus Neisser. (Archiv für Gynäkologie 1892, Bd. 40, H. 2, K.)