

XXXII.

Ueber Proctitis haemorrhagica.

Von

Dr. R. Stierlin,

dirig. Arzt des Kantonsspitals Winterthur.

Die Erkrankungen des Mastdarms erfreuen sich seit etwa zwei Decennien ganz besonderer Aufmerksamkeit seitens der Chirurgen. In allererster Linie ist es der verderblichste Repräsentant derselben, das Carcinom, dessen man auf jede Weise Herr zu werden suchte, zu dessen operativer Bekämpfung allerorten die grössten Anstrengungen gemacht wurden. So wurde im Laufe der Zeit die Technik der rectalen Operationen überraschend gefördert und erweitert. Was dieselben an Dauerheilungen des Mastdarmkrebses um die Wende des Jahrhunderts zu leisten vermögen, wurde von Krönlein am 29. Congress deutscher Chirurgen in eben so gründlicher als vorurtheilsfreier Weise dargethan.

Neben der operativen Technik soll aber überall auch die Kunst der Diagnostik stetig fortschreiten: wo Beides Hand in Hand geht, muss der Nutzen für die armen Kranken doppelt gross sein. Man wird dann die therapeutischen Indicationen immer mehr zu präcisiren in der Lage sein.

Nach der Seite der Diagnose hin möchte ich durch die folgende Mittheilung die Aufmerksamkeit der Fachgenossen lenken. Im Allgemeinen ist ja die Erkennung der Affectionen des Rectums und speciell der malignen Tumoren nicht besonders schwierig. Aber doch giebt es Fälle, die Kopfzerbrechen machen, Fälle, wo auch bei nicht unbedeutender Erfahrung nur sorgfältiges Abwägen und Anwendung der verschiedensten diagnostischen Hilfsmittel auf die richtige Fährte leiten. Hier der Beleg dafür!

Weiler G., 40 Jahre alt, Landwirth von Hegi bei Winterthur, aufgenommen den 8. August 1900 in den Kantonsspital Winterthur.

Anamnese: Pat. stammt aus gesunder Familie und war früher nie krank. Den Beginn des jetzigen Leidens datirt er etwa 4 Jahre zurück. Er habe damals hie und da Blut beim Stuhl verloren. War der Stuhl fest, so kam etwas Blut nach der Entleerung. Oft aber hätten sich Durchfälle eingestellt, und dann sei das Blut gussweise gekommen. Der damals

zugezogene Arzt hielt die Krankheit für Hämorrhoiden und verordnete gegen die Diarrhöen Stopfmittel, worauf der Zustand sich erheblich besserte, die Durchfälle ausblieben, und die Blutverluste ganz geringfügig wurden. Aber die Heilung hielt nicht vor. Im Winter 1899/1900 trat das Leiden wieder in der früheren Weise auf. Wieder brachten Stopfmittel vorübergehende Besserung.

Seit 3 Wochen aber hat die Krankheit einen Höhegrad erreicht wie niemals vorher: ohne schmerzhaften StuhlDrang kommt es zu 3—7 Entleerungen per Tag, welche nach Angabe des Pat. bis zu $\frac{1}{2}$ Liter Blut enthalten. Innere Mittel halfen gar nichts mehr. Ein rascher Kräfteverfall machte sich geltend. Ab und zu sollte beim Stuhl der Darm austreten. Der behandelnde Arzt sah in der Sache nicht klar, jedenfalls schöpfte er Verdacht auf Carcinom. Daher rieth er zu baldiger Ueberführung in das Kantonsspital Winterthur. An venerische Erkrankung irgend welcher Art ist nicht zu denken.

Status praesens: Pat. von hohem Wuchs, kräftigem Knochenbau und seinem Alter entsprechendem Aussehen, aber sehr abgemagert. Gesichtsausdruck der eines schwer Leidenden. Die Augen liegen tief, Gesichtsfarbe blass, Stimme leise, verschleiert, Zunge fast auffallend roth, dabei aber sehr trocken. Puls weich, von mittlerer Füllung, regelmässig, 92. Temperatur normal, Abends subfebril bis 38,1°.

An Herz und Lungen nichts Auffallendes. Keine Varicen.

Abdomen flach, weich, nirgends druckempfindlich, weder Leber-, noch Milztumor. Urinmenge normal, Urin ohne Sediment, klar, nicht besonders hochgestellt, weder Zucker noch Eiweiss enthaltend.

Pat. hat 5—7 Stuhlentleerungen per Tag. Dieselben künden sich weder durch Bauchschmerzen an, noch empfindet der Pat. während des Actes der Defécation schmerzhaftes Tenesmen — die Entleerungen erfolgen vielmehr leicht; verhalten kann der Kranke den Stuhl nicht. Die Stühle sind coplös, vollkommen flüssig, gleichmässig mit ganz frisch aussehendem Blut gemischt, riechen nicht sehr fétid. Auffallend viel Schleim enthalten sie nicht. Pat. klagt über kaum zu stillenden Durst und bis zur Ohnmacht gesteigertes Schwächegefühl.

Am Anus nichts Besonderes zu sehen. Bei der Digitaluntersuchung des Rectums gewinnt man den Eindruck, dass zwar ein Tumor nirgends vorhanden, die Schleimhaut aber überall gleichmässig aufgelockert und weniger glatt als gewöhnlich, dagegen sehr weich ist und an vielen Stellen, vor Allem aber dicht oberhalb des Afters, in dicken Falten oder Wülsten vorspringt. Prostata nicht vergrössert, der zurückgezogene Finger stark blutig. Die Untersuchung mittelst Speculum brachte keine weiteren Aufschlüsse wegen der grossen Vulnerabilität der Schleimhaut, aus welcher es durch den Druck der Klappen heftig blutete. Angesichts dieses Befundes, auf den ich mir keinen rechten Vers machen konnte, erklärte ich dem Pat., dass eine Narkosenuntersuchung absolut nöthig sei. Sollten dabei Hämorrhoidalknoten zum Vorschein kommen, so würde man die Entfernung derselben natürlich sofort anschliessen. Als Vorbereitung zu diesem etwaigen Eingriff wurden 2 Tage lang Abführmittel gereicht und Mastdarmspülungen mit $\frac{1}{80}$ Lysollösung vorgenommen.

Am 11. August Aethernarkose. Stumpfe Dilatation des Sphincter ani

mit den Fingern. Die jetzt übersehbare Partie des Rectums bietet ein höchst sonderbares Bild: die Schleimhaut ist tiefroth, ausserordentlich weich und zerreisslich, mit dem Fingernagel abstreifbar, stark aufgelockert, nicht sammtartig, sondern von etwas gröberem Korn, eher einem feinen Schwamm oder ganz feinem Granulationsgewebe vergleichbar. Wie dieses, blutet sie beim leichtesten mechanischen Insult. Sie drängt sich überall in Wülsten vor, zwischen welchen sich schmale Thäler mit blasserem Grunde, oft mit Schleimfäden bedeckt, liegen. Diese Falten und Wülste haben aber mit Hämorrhoidalknoten nicht die mindeste Aehnlichkeit, sie verdanken ihre Entstehung augenscheinlich nur dem Umstande, dass die aufgelockerte, hypertrophische Schleimhaut zur glatten Auskleidung des Mastdarmrohres zu weit geworden ist.

Diese veränderte Beschaffenheit der Schleimhaut behält das Rectum bei, soweit es am narkotisirten Patienten der Inspection zugänglich ist, und soweit der Finger hinaufreicht. Quelle der Blutung ist die Mucosa des Rectums in toto; es findet sich nirgends eine stärker blutende Stelle.

Zum Zwecke histologischer Untersuchung wird ein kleines Schleimhautläppchen abgetragen, an einer anderen Stelle mit dem Fingernagel etwas Gewebe abgekratzt; im Uebrigen wird nach ausgiebiger Irrigation das Rectum mit schwacher Jodoformgaze ziemlich prall austamponirt.

Am Tage der Untersuchung floss neben dem Tampon ziemlich viel Blut, mit Stuhlbröckeln gemischt, aus dem Anus; Tags darauf liess die Blutung etwas nach, doch sah Pat. sehr elend aus. Puls klein, aber unter 100.

Es fragte sich nun, was mit dem Kranken weiter geschehen sollte. Ueber die Idee einer Exstirpation des kranken Rectums half mir der Bericht aus dem pathologischen Institut Zürich weg (s. u.), wonach die excidirten Stücke nicht Sitz eines Neoplasma waren — ich hätte mich mit dem Gedanken einer solchen Operation nur schwer befreunden können bei dem schlechten Allgemeinzustand des Pat. und bei der Ungewissheit, in welcher Höhe ich gesunde Schleimhaut antreffen würde.

Eine Colostomie dagegen kam stark in Frage. Bei dem gewaltigen Reizzustand der Mastdarmschleimhaut hätte eine Ableitung der Fäcalsmassen nur günstig wirken können. Ich behielt diesen Eingriff als äussersten Nothbehelf im Auge, versuchte aber zunächst noch ohne denselben auszukommen mittelst localer Behandlung des Rectums in Form von adstringirenden Irrigationen und Clystiren. Verwendet wurde:

Rp. Acid. tannic. 2,5
Decoct. tub. Salep 10,0/500,0
2 mal täglich.

Ausserdem verordnete ich innerlich:

Rp. Decoct. Colombo 15,0/200,0
Bismuth. salicylic. 4,0

später:

Rp. Decoct. rad. Ratanhiae 15,0/180,0
Tinct. opii simpl. 2,0
Cognac 20,0
M. D. S. 2stündlich 15 cbcm.

Hierzu flüssige, stark schleimige Nahrung: Schleimsuppen, Eier, Veltliner.

Und siehe da, der Versuch gelang! Zunächst liess zwar die Besserung auf sich warten. Es erfolgten in den ersten 2 $\frac{1}{2}$ Wochen nach der Narkosenuntersuchung täglich 7—11 dünne, blutige Stühle, oft unwillkürlich, verbunden mit häufigen abendlichen Temperatursteigerungen, grosser Prostration und mässiger Abnahme des Körpergewichtes. Der Puls aber hielt sich und ging nur vorübergehend über 100: eine wesentliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes war also nicht zu beobachten. Diese Wahrnehmung hielt mich Tag für Tag von einem chirurgischen Eingriff zurück. Gegen Ende der 3. Woche griff nun aber eine deutliche Besserung Platz. Die Anzahl der Stühle ging auf 4, am 4. September schon auf 3 herunter, und gleichzeitig nahmen die Beimengungen von Blut ab. Schon in der ersten Hälfte September kam es ab und zu nur zu einer täglichen Entleerung ohne Blut, in der zweiten Hälfte dieses Monats machte, von einem kleinen Rückfall abgesehen, die Heilung rapide Fortschritte. Vom 4.—18. September Gewichtszunahme von 2 Kilo. Am 2. October wird Pat. vollkommen geheilt entlassen, nachdem er schon eine Reihe von Tagen gewöhnliche Krankenhauskost ohne jegliches Medicament anstandslos vertragen hatte.

5. November Nachuntersuchung. Der Pat. ist auf dem Felde mit Einheimsen von Rüben beschäftigt, sieht blühend aus, nimmt fortwährend an Körperfülle zu und hat ganz normalen Stuhl ohne die geringste Beimengung von Blut.

Am 22. December 1900 theilt mir Pat. auf eine Anfrage mit: „Ich kann mich wieder der besten Gesundheit erfreuen und fühle mich so gekräftigt, wie vor dem Eintreten des Uebels. Essen und trinken kann ich wieder Alles“ etc.

Wie ist nun dies Krankheitsbild zu deuten? Ein sonst kerngesunder Mann, der nach seiner Aussage früher niemals ärztlichen Beistandes bedurft und seine militärische Dienstpflicht als Kanonier vollkommen erfüllt hatte (bis zum 32. Jahre), bekommt in der 2. Hälfte seines 3. Lebensdecenniums bald leichte, bald intensivere Mastdarmblutungen; schliesslich nehmen dieselben einen in hohem Grade bedrohlichen Charakter an.

Die Inspection zeigt, dass die Schleimhaut des ganzen Mastdarmrohres ziemlich gleichmässig in eine weiche, schwammige Masse verwandelt ist. Geschwüre, Hämorrhoiden fehlen, Neubildungen schliesst die histologische Untersuchung des Gewebes aus.

Offenbar liegt der Krankheit ein entzündlicher Process zu Grunde, diffus über die Schleimhaut des ganzen Rectums verbreitet. Unter Remissionen und Exacerbationen hat sich das Leiden über mehrere Jahre ausgedehnt, bis schliesslich eine besonders heftige Exacerbation den Patienten in Spitalbehandlung lieferte.

Die Annahme einer Entzündung wird auch durch die histologische Untersuchung der excidirten Stückchen bestätigt. Ich schalte

hier den Bericht ein, welchen ich Herrn Dr. E. Meyer, Assistenten am pathologischen Institut Zürich, verdanke:

„Die zugeschickten Partikelchen zeigen in Mikrotomschnitten folgende Structur: An der Oberfläche finden sich mit einschichtigem Cylinderepithel ausgekleidete Krypten, zwischen welchen das Bindegewebe ziemlich bedeutende, kleinzellige Infiltration zeigt. Stellenweise sieht man viele Gefässe und Blutextravasate. In der Tiefe finden sich quergetroffene Drüsen, welche alle einschichtiges Cylinderepithel tragen, und deren Lumina erhalten sind. Die Drüsen liegen in der Submucosa, Muscularis ist an den zugeschickten Stückchen nicht vorhanden. Demnach ist nach den vorliegenden Gewebspartikelchen ein Verdacht auf Carcinom nicht zu entnehmen. Eine Metaplasie des Epithels zu Plattenepithelien ist nirgends vorhanden, vielmehr ist der Cylinderzellentypus überall sehr deutlich erhalten.“

Aber wenn wir auch den vorliegenden Fall unter die Allgemein-diagnose Proctitis subsumiren müssen, so ist doch leicht ersichtlich, dass das klinische Bild desselben erheblich von demjenigen differirt, welches uns gewöhnlich bei entzündlichen Erkrankungen der Mastdarmschleimhaut entgegentritt. Von akuter (und gonorrhöischer) Proctitis sehen wir ab und wählen als Vergleichsobject den chronischen Stauungskatarrh des Rectums, wie wir ihm ziemlich häufig bei Hämorrhoidariern, namentlich in vorgerückterem Alter, begegnen — er hat entschieden unter allen Formen die meiste Aehnlichkeit mit unserem Fall.

Bei allgemeinem Unbehagen und Schwächegefühl im Leib entleert der Patient einen bald breiigen, bald bröckligen, mit blutig tingirtem Schleim überzogenen Stuhl; ihm folgen im Laufe des Tages mehrere andere Stühle; diese fördern aber unter lästigen, oft sogar schmerzhaften Tenesmen nur etwas Schleim mit Blutspuren oder auch gar nichts zu Tage. Gefühl von Völle nach jeder Mahlzeit, Neigung zu Meteorismus und — da der Katarrh an der Grenze des Rectums meist nicht stehen bleibt — mehr weniger ausgesprochene Druckempfindlichkeit längs des Colon descendens und in der Gegend der Flexur pflegen das Bild zu vervollständigen.

Bei unserem Patienten aber beherrschen die Blutverluste die Situation. Ueber schmerzhaften Stuhldrang und Rückwirkung des Leidens auf das Allgemeinbefinden hatte er niemals zu klagen; erst als durch die gehäuften Blutungen sich schwere Anämie einstellte, fühlte er sich eigentlich krank. Die Entleerungen geschahen leicht und folgten nur rasch aufeinander zu Zeiten stärkerer Exacerbationen, wenn sich die Ampulla recti in kurzen Intervallen immer wieder mit Blut füllte. Zurückzuhalten vermochte der Patient dann allerdings den Stuhl nicht.

Bei der Inspection des Mastdarms war gegenüber sonstiger chronischer Proctitis auffallend die Abwesenheit jedes Hämorrhoidal-knotens, jedes Ausdrucks von Stauung im rectalen Gefässnetze, jeder palpablen Infiltration der Mastdarmwand, jeder Bildung von derbern Knoten. In weichen Falten kleidete der tiefrothe Schleimhautteppich das Mastdarmrohr aus, bei jeder stärkern Berührung aus zahllosen Poren blutend. Von einer chronischen Proctitis mit gesteigerter Intensität der Symptome, also einer acuten Exacerbation, lässt sich in unserem Falle auch nicht sprechen; die Steigerung wäre zum Mindesten sehr einseitig, da sie sich nur auf die Grösse der Blutverluste bezöge.

Steht nun unsere Beobachtung ganz vereinzelt da? Nein. Bei eingehendem Studium der Litteratur sind mir zwei zweifellos analoge Fälle in die Hände gefallen. Der eine derselben ist in allen wesentlichen Punkten dem unsrigen so lächerlich ähnlich, dass ich die Notizen über denselben fast wörtlich wiedergeben will.

Im Jahre 1863 referirte Henoch ¹⁾ in der Berliner med. Gesellschaft über eine Beobachtung von „blutigem Katarrh des Rectums.“

Dieselbe betraf eine junge, verheirathete Dame, welche seit 3 Jahren an Blutabgang durch den Mastdarm laborirte, gewöhnlich bei hartem, aber auch bei weichem Stuhl. Das Blut entleerte sich bald mit den Fäces, bald nach der Defäcation. Keine Hämorrhoidalknoten, Blutmassen in den Fäces. Bei Exploration in Narkose zusammen mit Dr. Wilms zeigte die Schleimhaut des Rectums das Aussehen eines blutenden Schwammes mit bei jeder mechanischen Reizung gesteigerter Blutung. Verdickung oder Infiltration der Schleimhaut lag nicht vor. Die Kranke leitete den Ursprung des Leidens von einer schweren Entbindung her, da wenige Wochen nachher sich die ersten Spuren gezeigt hatten. Innerliche Adstringentien hatten nichts geleistet. Daher wurden Clystire mit Alaun verordnet, täglich 2 Drachmen auf 6 Unzen (Anm. des Verf.: etwa 4⁰/₁₀ige Lösung), deren erstes schon die Blutung sistirte. Nach 14 Tagen verliess die Pat. Berlin völlig geheilt und scheint nicht rückfällig geworden zu sein.

Den 2. Fall beschreibt Quénu.¹⁾

X., 60 Jahre alt, consultirte früher in Wien verschiedene Ophthalmologen wegen eines Augenleidens. Zur Ableitung wurden ihm verschiedene Drastica (Aloë, Infus. Sennae comp. u. s. w.) verordnet, welche er während 2 Jahren brauchte. Allmählig stellten sich Schmerz in der Analgegend ein und bei jedem Stuhl Blutabgang „comme avec une pompe“. Seit 2 Jahren Verschlechterung des Zustandes: Blutungen, Tenesmen. Nach einem normalen Stuhl erfolgten mehrere schmerzhaft mit etwas

1) Deutsche Klinik. 1863. Verhandl. der Berliner med. Gesellschaft.

2) Quénu et Hartmann, Chirurgie du rectum. Paris 1895. Tome I. p. 62.

Schleim und Blut. Abmagerung, Appetitlosigkeit. Syphilis wird in Abrede gestellt.

Man glaubte an ein diffuses Neoplasma, schliesslich stellten Guyon, Panas und Quénu die Diagnose auf Proctitis chron. infolge des Abusus von Abführmitteln. Man legte einen Anus präternatur. inguinalis an und machte von der Fistel aus Spülungen. Erhebliche Besserung. Ein excidirtes Stückchen Schleimhaut des Rectums zeigte die Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel. In der Submucosa sah man stark entwickeltes embryonales Bindegewebe.

Was diesen Fall von Quénu betrifft, so ist er dem unsrigen nicht ganz analog, sondern bildet nach Symptomen und Verlauf mehr den Uebergang zu allbekannten Formen der Proctitis chronica. Die Proctorrhagie tritt vor andern Phänomenen: Kachexie, Tenesmen zurück.

Um so interessanter erscheint die Thatsache, dass auch der histologische Befund sich mit dem unsrigen nicht deckt. Im Quénu'schen Falle Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel, Annäherung der Schleimhaut an den Bau der äussern Haut, bei unserm Kranken strenge Wahrung der normalen Structur der Rectalschleimhaut — abgesehen von den entzündlichen Veränderungen — mit überall gut erhaltenem Cylinderepithel.

Die Henoch'sche Beobachtung aus dem Jahre 1863 gleicht dagegen der unsrigen wie ein Ei dem andern. Dieselbe Therapie hat hier wie dort in verhältnissmässig kurzer Frist Heilung gebracht. Ich leite mir aus dieser exacten Uebereinstimmung zweier gut beobachteter Fälle die Berechtigung her, diese Form von Proctitis als ein typisches, wenn auch recht seltenes Vorkommniss zu bezeichnen, mit welchem bei der Diagnostik der Mastdarmkrankheiten jedenfalls gerechnet werden muss. Und ferner möchte ich vorschlagen, die Henoch'sche Bezeichnung „blutiger Katarrh des Rectums“ zu ersetzen durch den Ausdruck *Proctitis chronica haemorrhagica*, wodurch das Hauptsymptom, die Mastdarmblutung, gebührend betont wird, gerade wie wir bei den verschiedenen Formen von chronischer Entzündung des Endometriums diejenige als *Endometritis haemorrhagica* bezeichnen, bei welcher die Metrorrhagie im Vordergrund des Krankheitsbildes steht.

Es liegt nahe, zur Vergleichung mit unserm Falle die Beobachtungen von Magen- und Duodenalblutungen ohne sichtbare Ursache, ohne palpablen Befund heranzuziehen. Berichte über solche Vorkommnisse mehren sich in jüngster Zeit. Reichard¹⁾ beschreibt ihrer drei, alle tödtlich verlaufend. Wenn wir auch den ersten der-

1) Deutsche med. Wochenschr. 1900. Nr. 20.

selben, eine postoperative Magendarmsblutung (nach Gallensteinoperation) als nicht ganz „rein“ bei Seite lassen, so geben doch die andern beiden ein vollkommen klares Bild dieser höchst eigenthümlichen, unseres ganzen chirurgischen Könnens spottenden Affectionen. Ich will die beiden Krankengeschichten in kurzen Referaten hiehersetzen. Es lässt sich daraus leicht ersehen, dass bei näherer Betrachtung eine wirkliche Analogie mit Proctitis haemorrhagica kaum vorhanden ist.

1. Frau von 34 Jahren, wiederholt von Hämatemesis befallen. Besonders starke und rasch aufeinander folgende Blutungen geben die Indication zur Operation ab. Nach breiter Eröffnung des Magens kein Ulcus. Exitus. Section: An Oesophagus, Magen, Duodenum nichts Pathologisches ausser einer kleinen alten Ulcusnarbe.

2. Frl. von 26 Jahren, durch wiederholte Magenblutungen anämisch geworden. Bei der Operation ebenso negatives Ergebniss wie in Fall 1. Im Magen etwas Blut, aber nirgends eine blutende Stelle. Exitus nach der Operation.

Section: An Oesophagus, Magen, Duodenum nicht die geringste Veränderung, überall die Schleimhaut glatt und gesund. Die mikroskopische Untersuchung der Magenwand gab auch keine Erklärung.

Der durchgreifende Unterschied zwischen diesen Beobachtungen und unsern Fällen liegt eben darin, dass, wie beide Male ausdrücklich hervorgehoben wird, die Schleimhaut des Verdauungstractus bis zum Jejunum hinunter gesund befunden, die Quelle der heftigen Blutungen also nicht aufgedeckt wurde, während bei den Fällen von Proctorrhagie die ganze entzündlich afficirte Schleimhaut des Mastdarms, durch das Auge controllirbar, blutete. Dort die Therapie machtlos gegen einen unbekannten, unsichtbaren Feind, hier erfolgreiches Vorgehen gegen einen deutlich übersehbaren Krankheitszustand.

Etwas mehr Aehnlichkeit mit den Verhältnissen bei Proctitis haemorrhagica scheinen 5 von Lambotte¹⁾ wegen Magenblutung operirte Fälle gehabt zu haben. Wenigstens entnehme ich dem Referat, welches mir zur Verfügung steht, dass L. stets Magenerweiterung und Hypertrophie des Pylorus nebst minimalen Erosionen gefunden hat. Ob diese hypertrophische Schleimhaut auf mechanische Insulte mit Blutung reagierte, müsste aus dem Original ersehen werden.

Anatomie und Symptomatologie der Proctitis haemorrhagica sind im Vorstehenden ausführlich zur Sprache gekommen. Dagegen haben wir der Aetiologie, Diagnose, Prognose und Therapie noch einige

1) Lambotte, Contribution à l'étude des grandes hémorragies stomacales dans la gastrite chronique. Ref. Centralbl. f. Chir. 1900. Nr. 36.

Worte zu widmen, soweit dies eben an Hand des bescheidenen Beobachtungsmateriales möglich ist.

Als ätiologische Momente für chronischen Mastdarmkatarrh gelten Erkältungen, reizende Klystiere, Stagnation von Fäces, Fremdkörper, Stauungen, übermässig gewürzte Nahrung, Missbrauch starker Abführmittel. Das letztere Moment wird, zweifellos mit Recht, im Quénu'schen Falle als *causa morbi* angesprochen. Für die beiden andern Fälle von Proctitis haemorrhagica aber ist es auffällig, dass von diesen landläufigen Ursachen keine recht stimmen will. Dieser Umstand tritt so stark hervor, dass man fast unwillkürlich zu dem Gedanken einer specifischen Ursache gedrängt würde, wenn nicht histologischer Befund und Verlauf diesen Verdacht völlig entkräfteten. In Henoch's Beobachtung hielt die Pat. selber eine kurz vor dem Beginn des Leidens erfolgte, schwere Niederkunft für die Ursache ihrer Krankheit, und es ist ja auch möglich, dass mit dem Geburtsact verbundene Quetschungen und Zerrungen des Mastdarmes, starke Hyperämien der Beckenorgane etc. den Anstoss zu der Affection gegeben haben, aber ganz befriedigend ist die Annahme dieser ursächlichen Momente gewiss nicht.

Ganz in Dunkel gehüllt ist vollends die Aetiologie in unserm Falle. Ich habe den Pat. kreuz und quer examinirt nach allen erdenklichen Möglichkeiten — das Einzige, was ich von ihm erfuhr, war — vorübergehende Constipation in früheren Jahren, welche vielleicht bei der harten, vorwiegend vegetabilischen Kost des Landwirthes zu Reizungszuständen der Mastdarmschleimhaut führen konnte. Vielleicht sind spätere Beobachter glücklicher im Aufdecken von Ursachen.

Die Diagnose kann sich nur auf locale Inspection gründen. Diese ist stets in Narkose nach stumpfer Dilatation des Sphincter, eventuell unter Gebrauch des Speculum, vorzunehmen; nur dann hat man den unbedingt nöthigen freien Ueberblick. Wer nur die Anamnese hört, wird die Sache für Hämorrhoiden halten, wie auch der Hausarzt unseres Kranken that. Auch bei der Indagatio recti lassen sich innere Hämorrhoiden, die man bekanntlich nur selten fühlt, nicht ganz ausschliessen. Hat man aber am narkotisirten Pat. den unteren Theil des Rectums vor sich, so überzeugt man sich auf den ersten Blick von der Abwesenheit der blaurothen Knoten. Auch Geschwüre und Fisteln kann man sofort ausschliessen, weniger leicht ein Neoplasma mit diffuser Verbreitung, sei es ein Adenom oder ein Adenocarcinom. Bei der Wichtigkeit einer exacten Diagnose thut man auf alle Fälle gut, die endgiltige Entscheidung in die Hände

eines erfahrenen pathologischen Anatomen zu legen, indem man ihm ein Stückchen excidirter Schleimhaut zur Untersuchung übergiebt.

Beide Fälle von Proctitis haemorrhagica sind in Heilung ausgegangen. Doch möchte ich nicht rathen die Prognose bei heftigen Fällen unbedingt günstig zu stellen; ich habe bei unserm Kranken in der ersten Zeit starke Befürchtungen gehegt.

Die Therapie muss jedenfalls eine vorwiegend locale sein, unterstützt durch zweckmässige Diät und stopfende Mittel von oben. Berieselungen des Mastdarmes und Clystire mit adstringirenden Lösungen haben in allen Fällen ausgezeichnete Dienste geleistet. Wenn schon stopfende Mittel allein bei unserm Pat. nichts mehr helfen wollten, so waren solche doch zur Unterstützung der Cur geradezu nothwendig — jedes Aussetzen des Decoct. Ratanhiae wurde in der ersten Zeit durch vermehrte Zahl von Stühlen beantwortet. Das ist offenbar so zu erklären, dass eben durch den Eintritt von Fäces in's Rectum jeweils stärkere Hämorrhagie ausgelöst wurde. Es musste also sehr nützlich sein, den Darm ruhig zu stellen.

In ganz renitenten Fällen würde ich aus diesem Grunde unbedingt, wie Quénu that, zur temporären Colostomie meine Zuflucht nehmen. Ob man dann ungestraft, d. h. ohne lebensgefährliche Blutung oder später Stricturen zu riskiren, so weit gehen könnte, die Mastdarmschleimhaut mit dem scharfen Löffel zu bearbeiten, möchte ich nicht entscheiden.