

Über ein solitäres, einfaches Darmgeschwür¹.

Von

M. Sakorraphos und B. Photakis.

Mit 2 Textabbildungen.

Ein 64jähriger Mann verstarb wenige Stunden nach seiner Aufnahme in die Stadtklinik an einer Peritonitis. Die Ursache der Peritonitis war ein an dem Übergang des Pylorus in das Duodenum gelegenes Geschwür, das perforiert war. Die Autopsie (*Photakis*) ergab außerdem ein solitäres, einfaches Geschwür, ähnlich den Magen-Duodenalgeschwüren, das im Colon ascendens, und zwar in Handbreite vom Coecum entfernt, lag.

Da solche einfachen solitären Geschwüre, die vorwiegend beim männlichen Geschlecht zwischen dem 40. bis 60. Lebensjahre angetroffen werden, äußerst selten sind, und andererseits, weil sie keine klinischen Erscheinungen darbieten und nur bei der Autopsie gefunden werden, falls sie nicht durch Entzündung oder Perforation kompliziert sind, erachten wir die Publikation des vorliegenden Falles für geboten.

M. Sakorraphos.

Ich werde mich auf den klinischen Gesichtspunkt des einfachen Darmgeschwüres beschränken und Herrn *Photakis* den Bericht über den pathogenetischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt überlassen.

Die Geschwüre des Dün- und Dickdarmes verlaufen, im Gegensatz zu denjenigen des Magens und Duodenums gewöhnlich symptomlos und manifestieren sich erst bei plötzlich eintretender Hämorrhagie oder Perforation; im übrigen werden sie, wie auch in unserem Falle, erst bei der Autopsie aufgedeckt. Dies gilt nicht nur für die einfachen nichtphlegmonösen Geschwüre, sondern auch für diejenigen entzündlicher Natur, wie z. B. die tuberkulösen Geschwüre, die Typhus- und Dysenteriegeschwüre. Es ist ferner bekannt, daß nicht selten selbst akute oder chronische Appendicitiden symptomlos verlaufen können.

Während nun das Hauptsymptom des Geschwüres des Magen-Darmtraktes der periodische Schmerz ist, der dem praktischen Arzt als diagnostische Basis dient, fehlt dieser in der Regel bei dem einfachen Geschwür. Dieser Schmerz sowie sein periodischer Charakter führten in jüngster Zeit zur Annahme, daß der Schmerz nicht durch

¹ Mitteilung in der Medizinischen Gesellschaft von Athen. 13. IV. 1929.

Zerstörung und Substanzverlust der Wand des Magendarmkanals an sich hervorgerufen werde — in diesem Falle müßte er doch beständig sein —, sondern nervöser Natur sei und durch die Erregung des Vagus, sei es durch körperliche oder geistige Überanstrengung, sei es durch Diätfehler, zustande komme (*Kaufmann*). Diese Annahme wird auch durch die bekannte Tatsache gestützt, daß man auch bei bereits vernarbten Geschwüren oft solche periodische Schmerzen antrifft.

Was nun unseren Fall anbelangt, so bot das Krankheitsbild des Patienten die Merkmale eines chronisch-dyspeptischen Zustandes dar, der durch Schmerzen nach dem Essen gekennzeichnet war; daneben bestanden Erbrechen und saures Aufstoßen, während der Appetit lebhaft und der Ernährungszustand günstig waren.

Gestützt auf dieses klinische Bild und unter besonderer Berücksichtigung der beiden letztgenannten Umstände habe ich unter Ausschluß von Carcinom ein chronisches Magengeschwür diagnostiziert, obwohl der Patient nie an Hämatemesis gelitten hatte.

B. Photakis.

Das Geschwür saß im unteren Drittel des aufsteigenden Kolons des Dickdarmes, und zwar ungefähr handbreit vom Blinddarm entfernt, in der Schleimhautoberfläche; es war von runder Form und hatte den Durchmesser einer Nickelmünze von 20 Lepta; die Umrandung war glatt, die Schleimhaut der Umgebung ging unregelmäßig auf seine Ränder über, sein Grund war leicht granuliert.

Die histologische Untersuchung ergab die ulceröse Zerstörung von etwa $\frac{2}{3}$ der Schleimhaut, während ihr übriges Drittel einschließlich der Drüsen unversehrt war.

Die Lamina propr. muc. war in reparativer (vernarbender) Tätigkeit, da sich Fibroblasten fanden. Die unterhalb des Geschwürs liegenden lymphatischen Follikel zeigten keine Hyperplasie. Entzündliche Zellelemente waren nicht vorhanden. Die Gefäße der untersuchten Geschwürswand zeigten eine deutliche Verdickung ihrer Intima (Atherosklerose).

Auf Grund des geschilderten pathologisch-anatomischen Befundes stellten wir die Diagnose auf ein einfaches solitäres Geschwür des Colon ascendens. Es handelte sich in diesem Falle also im allgemeinen um ein chronisches Pyloro-Duodenalgeschwür im Zustande der Perforation, daneben bestand ein einfaches solitäres Geschwür des Colon ascendens. Der Sitz des sehr seltenen einfachen solitären Geschwürs des Dünn- und Dickdarmes ist nach *Robert*, wenn es am Dickdarm angetroffen wird, in der Mehrzahl der Fälle am Colon ascendens, sonst auch am Blinddarm und an der Flexura sigmoidea; an anderen Partien des Dickdarmes ist es nur äußerst selten zu finden. Das Geschwür kann

mit einem gastrischen, peptischen Ulcus vergesellschaftet sein. Nach den Beobachtungen von *Widal*, *Roger* und *Teissier* (1924) ist das einfache Geschwür des Dünn- und Dickdarmes, falls es durch sekundäre Infektionen nicht kompliziert wird, dem chronischen, peptischen, gastrischen Ulcus ähnlich, ist daher rund, mitunter oval und ist in den meisten Fällen — wie auch in unserem vorliegenden — durch die Neigung zu tiefgreifender Zerstörung, die bis zur Perforation führen

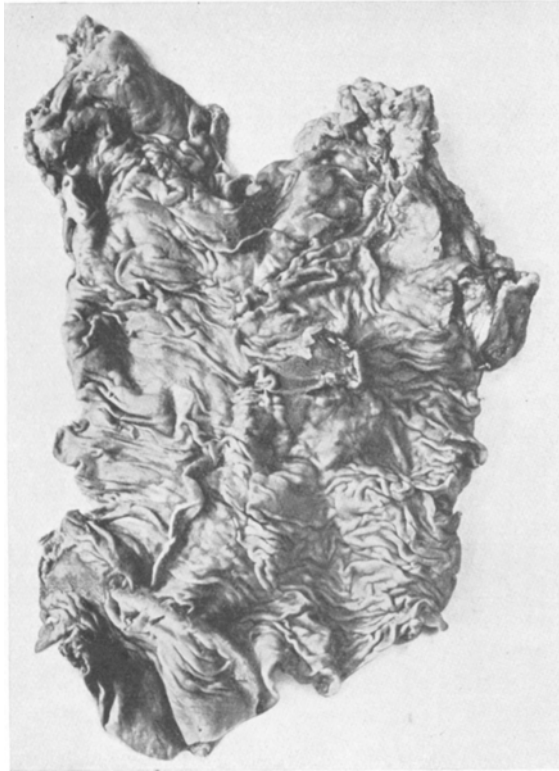


Abb. 1. *Fall 1.* Geschwür im aufsteigenden Colon.

kann, charakterisiert. Die Größe des Geschwürs schwankt zwischen einem Durchmesser von einigen Millimetern bis zu einigen Zentimetern. Oft wird es durch eine Entzündung kompliziert, die sich nicht auf die oberflächlichen Schichten und Ränder beschränkt, sondern sich in die Tiefe bis zum Geschwürsgrund fortsetzt und selbst das perisplanchnische Blatt des Peritoneums ergreifen kann.

Kommt es zu einer Perforation, so kann die Perforationsöffnung stecknadelkopfgroß, aber auch viel größer sein. Die histologischen Veränderungen ähneln jenen des chronischen, peptischen, gastrischen

und Duodenalgeschwürs. Oft beobachtet man eine obliterierende Endarteriitis eines benachbarten Gefäßes.

Was die Ätiologie anbelangt, so wird das einfache solitäre Geschwür des Dünn- und Dickdarmes auf verschiedene Faktoren zurückgeführt, wie Verletzungen, Hautverbrennungen, Fremdkörper, Alkoholismus, Autointoxikationen, Harnstoffausscheidung durch den Darm, Koprostase, Atherosklerose, verschiedene toxische Infektionen des Organismus, sowie auf nervösen Angiospasmus. Unserer Ansicht nach muß auch hier, wie bei den Magen- und Duodenalgeschwüren, die Koinzidenz zweier Hauptfaktoren vorhanden sein: a) ein geeigneter Boden und b) ein auf denselben einwirkender Reiz. Der geeignete Boden wird durch eine Zirkulationsstörung, und zwar eine anämische oder hämorrhagische Infarktbildung, einen Angiospasmus, eine Atherosklerose u. dgl. vorbereitet. Die auf ihn einwirkenden Reize können verschiedenartiger Natur sein; es können mechanische Reize, wie Zusammensetzung der Nahrung, Fremdkörper, Koprostase usw., aber auch chemische, toxische, bakterielle und parasitäre Reize auf den prädisponierten, mangelhaft durchbluteten oder gar aus der Zirkulation ausgeschalteten Boden einwirken, eine Nekrose hervorrufen oder nach Abfall des Schorfes zur Bildung eines oberflächlichen Ulcus Veranlassung geben. Der Unterschied zwischen dem peptischen Magen- und Duodenalgeschwür, sowie dem peptischen Jejunalgeschwür nach einer Enteroanastomose und dem einfachen Geschwür des Dünn- und Dickdarmes liegt darin, daß bei den erstgenannten Geschwüren in erster Linie die peptische Einwirkung des Magensaftes in Betracht kommt, während diese bei den letzteren fehlt.

Die Frage nach der Ähnlichkeit des einfachen solitären Geschwürs des Dünn- und Dickdarmes mit den peptischen Geschwüren scheint, wie aus der zugänglichen Literatur hervorgeht, noch nicht schlüssig beantwortet zu sein. Unseres Erachtens kann bei jeder in einer Körperhöhle entstandenen Infarktnekrose, wenn die nektrotisch gewordene Stelle sich aus irgendeinem Grunde von ihrer Unterlage abgelöst hat, eine ulceröse Oberfläche zurückbleiben, die keine entzündlichen Veränderungen zeigt, wie dies auch beim einfachen Darmgeschwür der Fall ist. Daß aber zwischen dem peptischen und dem einfachen Geschwür des Dick- und Dünndarmes ein Unterschied besteht, ist unserer Meinung nach unzweifelhaft. Wir wollen auf diese Frage im weiteren Verlauf unserer Arbeit noch zurückkehren, möchten aber vorher über einen zweiten einschlägigen Fall berichten.

Es handelt sich um einen 58jährigen Mann, der in bewußtlosem Zustande in die Ambulanz des Flüchtlingsospitals zu Athen eingebracht wurde. Wie erhoben, war der Mann, als er als hausierender Obstverkäufer neue Ware anpries, plötzlich zusammengestürzt und bewußtlos

geworden; es bestand unstillbares Erbrechen grünlicher Massen; kaum in der Ambulanz angekommen, trat, bevor noch eine Untersuchung vorgenommen werden konnte, der Tod ein. Die am selben Tage (28. II. 1929) durchgeführte Autopsie ergab folgendes:

Gute Konstitution, doch schlechter Ernährungszustand. Abdomen meteoristisch aufgetrieben. Bei Eröffnung der Abdominalhöhle Ausströmen übelriechender Gase, in der Abdominalhöhle schmutzig aussehende Flüssigkeit, mit Speiseresten vermengt. Die Dünndarschlingen waren leicht miteinander verwachsen. Keine Schwellung der Mesenterialdrüsen. Herz infolge einer mäßigen Hypertrophie der Wand des linken Ventrikels etwas vergrößert. Dichte ätheromatöse Herde an der inneren Aortenwand. Lungen im Zustande einer venösen Hyperämie und etwas ödematös. Milz verkleinert, die Kapsel gefaltet, von harter Konsistenz, Schnittfläche rot, Balken verdickt. Leber mäßig geschwollen, von muskatnußartigem Aussehen. Nieren von normaler Größe, Kapsel leicht ablösbar, im Zustande venöser Hyperämie. Magen-Darmkanal: Die Eröffnung des Magens zeigte in der Gegend des Fundus punktförmige hämorrhagische Erosionen. Bei der Öffnung des Jejunums fand man im unteren Teile des Dünndarmes, und zwar an seinem freien Rand, ein Geschwür, das zur Perforation geführt hatte. Das Geschwür hatte die Größe einer Nickelmünze, war rund, die Ränder nicht unter-

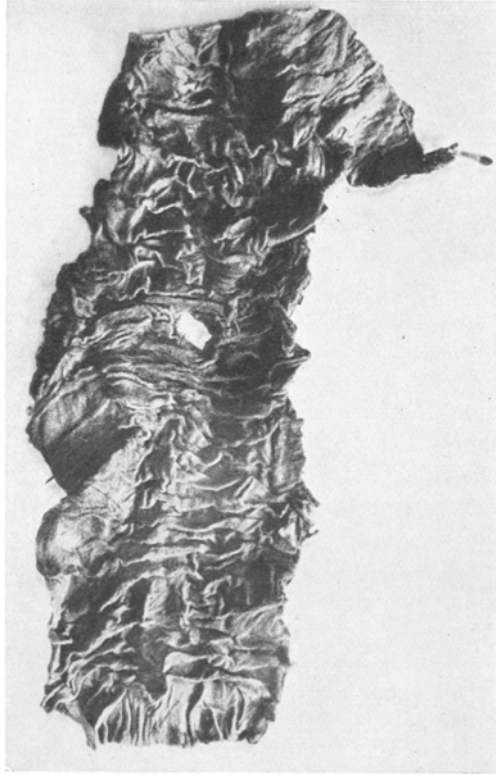


Abb. 2. Fall 2. Geschwür mit Perforation des Dünndarmes.

minierte, ohne Schwellung, aber nicht rein und glatt. Dasselbe Aussehen boten auch die tiefergelegenen Schichten der die Perforationsöffnung umgebenden Wände. An der Außenfläche des Darmes fanden sich in der Umgebung der Perforationsstelle auf der Serosa sehr feine Verwachsungen. Die histologische Untersuchung eines Stückes, das aus dem Rande des perforierten Geschwüres genommen wurde, zeigte keine entzündliche Veränderung, auch keine Schwellung der lymphatischen Follikel der Wand, hingegen wurden Fibroblasten in der Lamina propria muc. sowie eine Atherosklerose der Darmwandgefäße gefunden.

Auf Grund des pathologisch-anatomischen Befundes stellten wir die Diagnose auf ein einfaches solitäres Geschwür des Jejunums im

Zustande der Perforation bzw. auf eine durch letztere bedingte Peritonitis.

Hier will ich nunmehr auf die weiter oben gestellte Frage: Gibt es einen Unterschied zwischen den peptischen Geschwüren und jenen, die von den Franzosen als „einfache Geschwüre des Dünn- und Dickdarmes“ bezeichnet wurden, zurückkehren.

Die genaue Untersuchung der beiden beschriebenen Fälle zeigt, daß Ränder, Wände und Grund dieser Geschwüre weder eben noch rein sind; sie haben also nicht den Charakter eines etwa durch ein glattes Schneideinstrument getrennten Gewebes, wie man ihn in der Regel bei den echten, nichtkomplizierten peptischen Geschwüren findet; sie zeigen vielmehr unebene, fetzige Wände und Ränder und granulierten Grund. Man sieht solche Bilder dort, wo es sich um nekrotische Infarktherde handelt und wo es zur ganzen oder teilweisen Abstoßung der nekrotisch gewordenen Stelle kommt. Tatsächlich werden auch im deutschen Schrifttum bei der Besprechung von Darmveränderungen Geschwüre bei nekrotischen Darminfarkten erwähnt, sie werden aber keineswegs als selbständiges Leiden bezeichnet und auch nicht „einfache Darmgeschwüre“ genannt. Wir glauben aber, daß diese Geschwüre, da sie gewöhnlich solitär auftreten, ein eigenartiges klinisches Bild darbieten, zumal wenn sie durch Perforation kompliziert sind. Weder dieses Bild noch die klinische Untersuchung sind aber imstande, die richtige ätiologische Diagnose für einen hierbei manchmal tödlichen Ausgang sicherzustellen. Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, diese Erkrankung in ein eigenes klinisches Kapitel, und zwar unter dem Namen „solitäres, einfaches Darmgeschwür“, einzureichen.

Literaturverzeichnis.

- ¹ Roger, Vidal, Teissier, Nouv. traité de méd. 1924. — ² Chabrut, M., Paris méd. 11. VIII. 1923. — ³ Ecot et Richar, Soc. anat. 19. III. 1923. — ⁴ Renaudet et d'Allecine, Soc. anat. 3. II. 1923. — ⁵ Roux et Berger, Paris méd. 2. VII. 1921. — ⁶ Taylor, J., Three cases of acute perforating ulcer of the small intestine. Edinburgh, M. L. 32, 255 (1925). (Surg. etc.). — ⁷ Balliat, L'ulcère simple du grêle (duodenum excepté). Presse méd. 6. X. 1926.