

V. Ueber einen Fall von operativ geheilter Colitis ulcerosa.¹⁾

Von Dr. I. Boas in Berlin.

Gestatten Sie mir, Ihnen eine Patientin vorzustellen, deren Krankheit eines der jüngsten und am wenigsten angebauten Grenzgebiete zwischen innerer Medizin und Chirurgie darstellt. Es handelt sich nämlich um einen Fall von chronischer Dysenterie, oder, wie ich es aus Gründen, die ich sogleich ausführen werde, zu nennen vorziehe, ulzeröser Colitis.

Die 28jährige Patientin war, als sie meine Poliklinik vor drei Jahren aufsuchte, bereits seit fünf Jahren darmleidend. Der Beginn des Leidens war schleichend, es wechselten zuerst Diarrhöen mit Verstopfung ab, allmählich wurden die ersteren überwiegend. Die Zahl der Stühle betrug pro Tag etwa vier bis fünf. Den Stuhlgängen waren schon makroskopisch sichtbar regelmässig Blut und Eiter beigemischt.

Der objektive Befund war, soweit die Brustorgane in Betracht kommen, negativ. Aber auch die Untersuchung des Abdomens ergab nur geringe Abweichungen: eine leichte Druckempfindlichkeit des Colon, besonders der Cökalgegend, hin und wieder ein geringer Meteorismus, das war alles. Auch das Rektum erwies sich als völlig frei.

Die Untersuchung des Urins zeigte diesen als gleichfalls normal. Ich erwähne besonders das Fehlen von alimentärer Albumosurie, auf die vor einigen Jahren von Chvostek und Stromayr bei geschwürigen Prozessen im Darne die Aufmerksamkeit gelenkt wurde.

Was den Stuhlbefund betrifft, so bestanden die Fäces theils aus dünnflüssigen, theils aus geformten Massen, doch überwogen die ersteren. Wie erwähnt, waren bereits makroskopisch Blut und Eiter in hervorstechendem Maasse zu beobachten. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte diesen Befund, ergab aber ausserdem noch fast regelmässig Anwesenheit von Charcot-Leyden'schen Krystallen. Dagegen vermissten wir trotz wiederholter Untersuchungen Amöben und desgleichen Tuberkelbazillen.

Die Krankheitsentwicklung erfolgte, wie in ähnlichen Fällen, die ich im Laufe der letzten Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, ganz allmählich, jedenfalls ohne vorhergehende akute Dysenterie. Es liegt daher kein Grund vor, diese Fälle als chronische Dysenterien zu bezeichnen, die Bezeichnung Colitis ulcerosa dürfte deshalb als nicht präjudizierend vor der Hand vorzuziehen sein.

Die Therapie bestand ausser in einer sorgfältig geregelten Diät in Darmspülungen, und zwar mit fast allen den zahlreichen zu diesem Zwecke empfohlenen Mitteln, die ich hier bei der Kürze der Zeit nicht einzeln aufzählen möchte. Ich kann versichern, dass keines darunter mehr als einen vorübergehenden Effekt auf den krankhaften Prozess ausgeübt hat, eine Erfahrung, die ich auch sonst bei Dickdarmgeschwüren — und ich habe eine grosse Reihe solcher Fälle längere oder kürzere Zeit zu beobachten Gelegenheit gehabt — immer wieder gemacht habe.

Unter diesen Umständen wurde ich mit Rücksicht auf einige, allerdings spärliche, aber auffallend günstige Resultate vor die Frage gestellt, ob nicht auf operativem Wege eine Heilung des qualvollen und die Patientin in ihrer Erwerbsfähigkeit hemmenden Leidens herbeigeführt werden könne. Es kam hier in erster Linie die absolute Ruhigstellung des Colon durch eine temporäre Coekostomie in Betracht. Eine tiefer gelegene Fistel erschien mir deswegen ungeeignet, weil wir den Umfang des geschwürigen Prozesses nicht mit Sicherheit feststellen konnten. Nur soviel ergab der gesammte klinische Verlauf, besonders der Stuhlbefund, dass wir die Ausbreitung der Ulzerationen lediglich im Colon anzunehmen hatten.

Auf Grund dieser Erwägungen wurde am 20. März 1901 von Herrn Dr. Steiner eine Cökalfistel angelegt, und zwar zweizeitig. Bei der Laparotomie wurde der Dünndarm ganz intakt gefunden. Besonders fehlten miliare Knötchen. Dagegen zeigte die Serosa des Colon, soweit dasselbe sich zugänglich machen liess, an verschiedenen Stellen deutlich wahrnehmbare Verdickungen.

Die Heilung verlief völlig reaktionslos. Der Stuhlgang erfolgte zunächst noch ausser durch die Fistel auch rektal. Aber schon nach vier Wochen hörten die rektalen Entleerungen ganz auf. Vom Beginn der Operation ab wurden nun täglich, später alle paar Tage, Spülungen mit Argentumlösungen, dann auch mit Jodlösungen vorgenommen, und zwar centrifugal und centripetal. Besonders schienen die Jodspülungen einen günstigen Einfluss auf den Heilungsprozess auszuüben.

Die Schwierigkeit liegt nun aber besonders darin, den Zeitpunkt festzustellen, wann der Ulzerationsprozess als vollkommen abgelaufen zu betrachten ist. Denn es liegt auf der Hand, dass die Schliessung der Cökalfistel nur in diesem Falle mit Aussicht auf völlige Heilung unternommen werden kann.

Wir haben aus diesem Grunde in kleinen Intervallen regelmässig Darmspülungen des Colon vorgenommen und das Spülwasser theils direkt, theils nach Centrifugiren des Sedimentes auf Blut, Eiter und Charcot-Leyden'sche Krystalle untersucht. Wie hartnäckig sich der ulzerative Prozess erwies, illustriert die Thatsache, dass wir noch sieben Monate nach der Coekostomie mittels der Guajakprobe ausgesprochene Reaktion auf Blut sowie Charcot-Leyden'sche Krystalle, dagegen keinen Eiter fanden.

Erst als immer wiederholte Untersuchungen dauernde Abwesenheit der genannten Bestandtheile ergaben, entschlossen wir uns zur zweiten Operation, der Schliessung der Cökalfistel. Dieselbe wurde von Herrn Kollegen Steiner am 17. März 1902, also fast genau ein Jahr nach Anlegung der Cökalfistel, in der üblichen Weise ausgeführt. Es blieb zunächst eine Kothfistel zurück, die aber nach einigen Monaten gleichfalls zur Heilung kam.

Seit dieser Zeit lässt das Befinden der Patientin nichts zu wünschen übrig. Sie ist bis auf leichte Obstipation, die wohl auf die lange Inaktivität des Dickdarms zurückzuführen ist, vollkommen gesund, hat an Gewicht langsam gewonnen und beginnt sich an den häuslichen Arbeiten zu betheiligen. Die seit der Schliessung der Cökalfistel wiederholt vorgenommene Stuhluntersuchung ergab weder Blut noch Eiter. Man kann also annehmen, dass der ulzerative Prozess im Dickdarm völlig zur Heilung gekommen ist.

¹⁾ Demonstration in der Sitzung des Vereins für innere Medizin in Berlin am 12. Januar 1903.