

XVIII.

Zur Kenntnis des enterogenen Diabetes.

Von

Privatdozent Dr. Anton Brosch,

k. u. k. Stabsarzt und Prosektor am Militär-Leichenhof in Wien.

(Hierzu 1 Textfig.)

Im 207. Bande dieses Archivs hatten wir unter verschiedenen Typhlatonieformen einen Fall beschrieben (Fall 2), wo wir den Druck der geblähten und mit alten harten Kotballen erfüllten Leberflexur auf das Duodenum und die Einmündungsstelle des Ductus pancreaticus für die Entstehung des schweren Diabetes verantwortlich machten ¹⁾).

Wir verfügen jetzt über einen zweiten Fall dieser Art, in welchem die Anatomie dieser Störung noch um vieles deutlicher ausgeprägt ist.

Es handelte sich um einen 60 jährigen, an Diabetes und Albuminurie leidenden, unter komaösen und urämischen Erscheinungen verstorbenen Sicherheitswachmann mit leicht ikterischer Hautfarbe.

Sektionsbefund: Nach Eröffnung der Bauchdecken fallen zwei Dinge auf: eine große, beinahe auch das ganze linke Hypochondrium ausfüllende Leber und unter derselben, gerade vor dem absteigenden Duodenumteil, eine ganz eigentümliche Lagerung des Dickdarmes. Der Dickdarm liegt hier gewissermaßen in drei Etagen parallel zur Längsachse der Leber. Die der Leber anliegende oberste Etage bildet ein 16 cm langes, dilatiertes Stück, welches teils dem Colon ascendens, teils dem Transversum angehört. Die zweite Etage bildet ein 14 cm langes, sehr stark dilatiertes Stück des Transversum. Die dritte und unterste Etage bildet ein kaum fingerdicker, strangartig kontrahierter, 18 cm langer Teil des Transversum. Zwischen der zweiten und dritten Etage befindet sich eine durch Gasdruck nur sehr schwer zu überwindende Knickung bzw. Klappenbildung. (In der Abbildung sind diese Darmteile etwas herabgesunken, weil der besseren Übersichtlichkeit wegen das große Netz entfernt und das Dünndarmkonvolut nach links herausgewälzt wurde.) In der oberen und mittleren Etage dieser drei parallelen Dickdarmteile finden sich reichliche alte harte Kotballen. Der ganze oralwärts gelegene Dickdarmteil ist dilatiert und enthält sehr reichliche Kotmassen. Die Biegung zwischen Zökum und Ascendens ist spitzwinklig geknickt. Die Schleimhaut des Zökums ist auf der Höhe der Falten stark gerötet.

Das unterste Ileum enthält auf eine Strecke von 1½ m nach aufwärts von der Bauhinischen Klappe anstatt Chymus reichlichen, ziemlich trockenen, lichtbraunen konsistenten Kot. Die Schleimhaut ist blaßgrau und mit reichlichem zähen Schleim bedeckt.

Die Leber ist sehr groß, schwer und stumpfrandig. An der Oberfläche sieht man multiple, landkartenartig begrenzte gelbe Herde, welche 2 bis 3 cm tief in das Parenchym hineinreichen. Das Parenchym selbst ist von rotbrauner Farbe mit leichter Muskatnußzeichnung und etwas härterer Konsistenz.

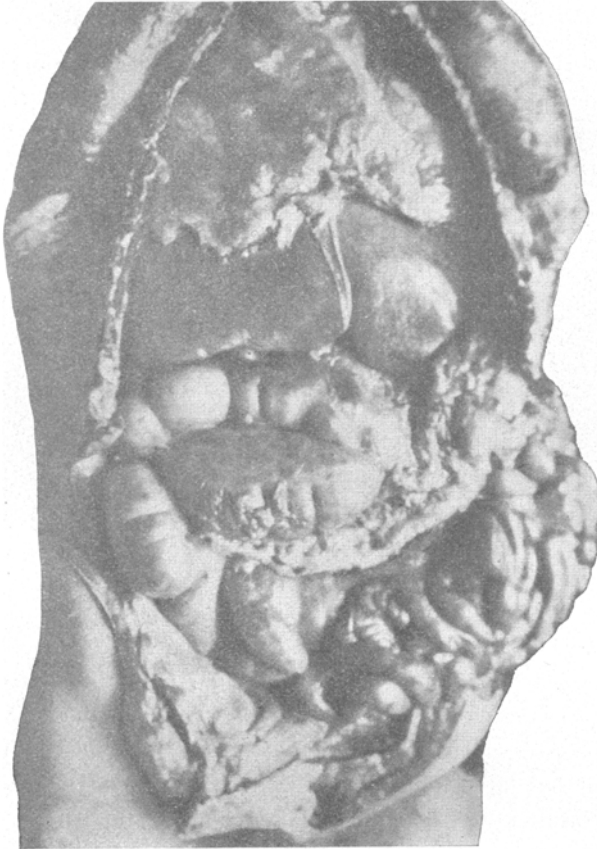
Die Gallenblase ist schlaff und enthält wenig teerartig dickflüssige dunkle Galle. Auf der Serosafäche der Gallenblase zwei bleistiftdicke Fettwülste. Der Ductus cysticus an der Einmündung in den Ductus hepaticus auf eine Strecke von 1 cm in Form eines derben, narbigen Stranges obliteriert.

¹⁾ Brosch, A., Zur Kenntnis der anatomischen Formen der Typhlatonie. Virch. Arch. Bd. 207.

Das Pankreas ist etwas kleiner, schlaff, mit zahlreichen subkapsulären und interstitiellen Hämorrhagien.

Die Nieren sind in dicke Fettschichten eingehüllt, etwas größer. Die Kapseln haften stellenweise etwas fester. Das Gewebe ist graugelb. Die Rinde sehr breit. Die Konsistenz fester und zäher.

Von den übrigen Befunden sind nur noch erwähnenswert: kleine dünne atrophische Nebennieren, eine rotbraune schlaffe pulpaarme Milz, ein mäßig großes, fettig degeneriertes Herz, eine entsprechend weite, verhältnismäßig zartwandige Brustaorta, wogegen die untere Hälfte der Bauch-



$\frac{1}{4}$ der natürlichen Größe.

aorta und die beiden Iliacae communes hochgradig verkalkt sind, und endlich eine mäßig große zirrhotische, dunkelfettgelbe Schilddrüse.

Es ist selbstverständlich, daß derjenige, welcher einen Zusammenhang zwischen Darmveränderung und Diabetes behauptet, den Nachweis dafür erbringen muß, daß

1. diese Darmveränderung tatsächlich eine hinreichend lange Zeit bestehende Kanalisationsstörung verursachte,

2. der dilatierte Darmteil einen Druck auf den absteigenden Teil des Duodenums ausübte und

3. am Pankreas selbst oder an andern Organen von einer Pankreasaffektion abhängige Veränderungen vorhanden sind.

Ad 1. Daß diese Darmverlagerung eine hinreichend lange bestehende Kanalisationsstörung verursachte, geht hervor

a) aus der isolierten Dilatation des oralwärts gelegenen Dickdarmabschnittes,
b) aus dem Befunde von reichlichen alten harten Kotballen in dem dilatierten Dickdarmteil und

c) aus dem Befunde des letzten etwa $1\frac{1}{2}$ m langen Ileumstückes, welches bei suffizienter Dickdarmklappe anstatt Chymus ziemlich konsistenten trockenen graubraunen Kot enthielt.

Ad 2. Ein Druck auf die Gegend des absteigenden Duodenumteiles kann erschlossen werden

a) aus der mächtigen Leberschwellung,
b) aus dem Befunde der Gallenblase. Dieselbe war schlaff. In der Abbildung sieht man zwischen Leberrand und Dickdarm die Kuppe der Gallenblase deutlich hervorragend. An dem unter der Gallenblase liegenden Dickdarm sehen wir im Bilde zwei tiefe haustrale Einkerbungen. Diesen entsprechend zeigte die untere Fläche der Gallenblase zwei bleistiftdicke subseröse Fettwülste (Vakatwucherung als Beweis eines längeren Bestandes dieser Verhältnisse). Die vordere (obere) Fläche der Leber zeigt entsprechend der unterhalb liegenden Gallenblase die Spuren einer zirkumskripten (Riedel'schen) Prähepatitis. Der Ductus cysticus war obliteriert. In der spärlichen, teerartig dicken, schwarzen Galle fanden sich keine Konkreme.

Ad 3.

a) Das Pankreas selbst ist nur wenig verkleinert und zeigt multiple subkapsuläre und interstitielle Hämorrhagien,

b) die Leber zeigt die bereits erwähnten multiplen landkartenartigen Verfettungsherde, welche sich aber von der mehr oberflächlich situierten „septischen“ Leberfleckung einmal dadurch unterscheiden, daß sie bis 3 cm weit in die Tiefe reichen und zweitens dadurch, daß in Anbetracht der schlaffen, pulpaarmen, mit gerunzelter Kapsel versehenen Milz ein Anhaltspunkt für eine Sepsis fehlt. Diese multiplen, tief in das Parenchym greifenden Leberveränderungen sind anscheinend von der Pankreasaffektion abhängig, ähnlich wie die multiplen Lebernekrosen nach Pankreasverletzungen.

Wir haben also wiederum einen sehr überzeugenden Fall eines von einer schweren chronischen Dickdarmstörung abhängigen sekundären Diabetes.

Wenn man derartigen Fällen wiederholt begegnet und dieselben genauer studiert, so begreift man es, warum bei denselben eine rein diätetische Therapie nicht zum Ziele führen kann. Genügen doch nach den klassischen Arbeiten von Guleke¹⁾, Doberauer²⁾ und v. Bergmann³⁾ schon vorübergehende

¹⁾ Guleke, N., Über die experimentelle Pankreasnekrose und die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 78.

²⁾ Doberauer, Über die Todesursache bei akuter Pankreatitis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 79.

³⁾ v. Bergmann, G., Die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen. Ztschr. f. experim. Path. u. Therap. Bd. 3, S. 401.

Stauungen im Ductus Wirsungianus, um Pankreasnekrosen, akute Pankreatitis mit Pankreasapoplexie oder eine chronische Pankreatitis herbeizuführen.

In jenen Fällen, wo abnorme Dickdarmlagerungen im Verein mit Dilatationen der verlagerten Teile einen dauernden Druck auf das Duodenum (die Mündungsstelle des Ductus Wirsungianus) ausüben, wird man in erster Linie durch ausgiebige Darmspülungen depletorisch auf den Unterleib und damit auch auf die Gallenwege und das Duodenum einzuwirken versuchen.

Wo diese Maßnahmen versagen, tritt die chirurgische Behandlung des Dickdarmes in ihre Rechte, und zwar je nach dem betreffenden Fall entweder in Form der de Quervainschen Aszendensresektion oder in Form der Payrschen Ileotransversostomie oder eventuell auch in Form der Laneschen Radikaloperation (Exstirpation des Zökum, Aszendens und der rechten Transversumhälfte). Zweck der darmchirurgischen Hilfe beim Diabetes ist die Herbeiführung einer leichten und schnellen Dickdarmpassage zur Bewirkung einer andauernden abdominalen Depletion. Daß die Darmbehandlung nicht nur dem Pankreas, sondern nebenbei auch den Nieren zugute kommt, ist ja allgemein bekannt. Hat doch Verneuil¹⁾ schon vor 20 Jahren auf die geradezu tödliche Wirkung der Darmstase bei chronischen Nierenerkrankungen auf das nachdrücklichste hingewiesen.

Man wird sich damit befreunden müssen, in Fällen, welche der diätetischen Behandlung hartnäckig trotzen, der darmchirurgischen Behandlung des Diabetes ein größeres Feld einzuräumen.

XIX.

Beiträge zur Kenntnis der Lungensyphilis beim Erwachsenen, zugleich über sogenannte muskuläre Lungenzirrhose.

(Aus dem Pathologischen Institute der Universität Berlin.)

Von

Dr. Takehiko Tanaka
aus Japan.

Die früheren Arbeiten über Lungensyphilis beim Erwachsenen, die vor der Entdeckung des Tuberkelbazillus reichlich erschienen, sowie diejenigen, welche sich vorwiegend auf klinische Gründe stützten, hält man mit Recht für zweifelhaft. Histologisch bietet auch die Lues der Lunge, wie alle Autoren glauben, wenig spezifische Unterscheidungsmerkmale, so daß ihre Differenzierung von der Tuberkulose ungemein schwierig ist, was früher häufig zu Irrtümern in der Diagnose geführt hat.

¹⁾ Verneuil, Note pour servir à l'histoire des associations morbides. Coexistence de la rétention stercorale avec les maladies générales et les lésions des grands viscères, les reins, en particulier. Gaz. des hôp. 1892, no. 36.