

Aus der Deutschen Universitäts-Frauenklinik Prag  
Vorstand: Prof. Dr. H. Knaus

## Eine seltene Komplikation (Ileitis terminalis tuberculosa) im Wochenbett und deren Heilung

Von Hermann Knaus

Mit 4 Abbildungen

Am 31. III. 1936 suchte mich zum ersten Male das 22jährige Mädchen R. S. (geb. 3. II. 1914) auf und klagte über zu rasch aufeinanderfolgende Menstruationen und starke dysmenorrhöische Beschwerden. Außer einer Retroflexio-retroversio uteri konnte ich einen normalen gynäkologischen Befund erheben.

Genauere anamnestische Erhebungen lieferten folgende Einzelheiten. In der Ascendens mehrmals Tuberkulose; so soll die Pat. als 3jähriges Kind von ihrer an einem Spitzenaffekt erkrankten Mutter vorübergehend isoliert worden sein, ohne jedoch selbst irgendwelche spezifische Krankheitserscheinungen aufgewiesen zu haben. Mit 6 Jahren mußte die Pat. wegen einer akuten Appendicitis perforata von Prof. Schloffer operiert werden; die Heilung verlief glatt. Außerdem verkehrte zu jener Zeit in der Familie ständig und für viele Stunden während des Tages eine Tante, die später an Lungentuberkulose gestorben ist, als das Mädchen 8 Jahre alt war. Während der folgenden Kindheit und Mädchenzeit soll die Pat. blühend ausgesehen und sich vortrefflich entwickelt haben.

1934 hielt sich die Pat. 3 Monate in England auf; Körpergewicht 66 kg, Körpermaß 165 cm. Im Jahre 1935 abermals 6 Monate in England, wo die Pat. mangelhaft gepflegt (viel Konserven und schlechtes Fett) gewesen und die Mahlzeiten sehr unregelmäßig eingenommen haben soll. Als anscheinende Folge dieser unvorteilhaften Ernährung traten schon in England öfters (alle 1—2 Monate) Magendrücken und Durchfälle auf. Nach ihrer Rückkehr im Herbst 1935 nach Prag verschlimmerte sich dieser Zustand; die Pat. hatte fast ständig schmerzlose Durchfälle, obwohl sie eine sehr leichte Diät einhielt, Tierkohle einnahm und sich manchmal 1—2 Tage hindurch nur mit geschabten Äpfeln ernährte.

Wegen dieser Verschlechterung ihres Befindens suchte Pat. im Oktober 1935 Prof. Nonnenbruch auf, der folgende Beobachtungen festhielt: Allgemeinzustand sehr gut, Körpergewicht 58,5 kg, Temperatur normal, guter Appetit, keine Schmerzen, Kollern im Leib mit vermehrten Blähungen. Bei der fraktionierten Magensaftuntersuchung nach Koffein-Probetrunk fand sich nur in einer Portion eine Spur freier Säure. Die Lebergalle war klar. Der Blasenreflex fehlte. Kulturell ließen sich aus dem Duodenalsaft Enterokokken züchten. Röntgen: Kleine Kaskadenbildung der Pars cardiaca. Anatomische Veränderungen am Magen, Duodenum und den proximalen Teilen des Kolons sind nicht nachweisbar. Der Stuhl war breiig, keine unverdauten Nahrungsreste, keine entzündlichen Beimengungen. Eine Cholecystographie am 5. XII. 1935 ergab keinen Anhaltspunkt für eine Erkrankung der Gallenblase.

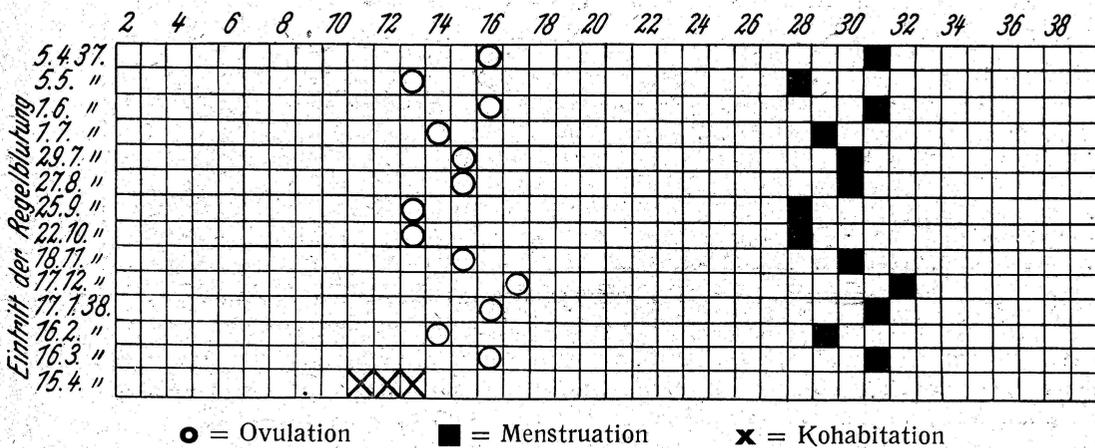
Weiterhin ständig Durchfälle. Im Februar bis März 1936 nahm Pat. einen sechswöchigen Aufenthalt im Kurhaus Semmering, wo ihr von dem leitenden Arzt, einem namhaften Wiener Magen- und Darmspezialisten, auch Acidol-Pepsin, Bolus alba, Encipan, Darmbad u. a. verschrieben wurde. Aber alle diese Maßnahmen konnten die Durchfälle nicht zum Stillstand bringen. Daher ließ sich Pat. Ende März 1936 in ein Prager Sanatorium aufnehmen, wo eine zweite Röntgenunter-

Knaus, Eine seltene Komplikation (Ileitis terminalis tuberculosa) im Wochenbett

suchung durch Prof. Herrnheiser wieder einen normalen Magen- und Darmbefund ergab. Eine daraufhin von Prof. Nonnenbruch geleitete, 10 Tage dauernde Rohkostbehandlung hatte zum erstenmal einen durchschlagenden Erfolg: Stuhl völlig normal. Nach 1 Monat fast ausschließlicher Rohkostbehandlung langsame Verschlechterung der Verdauung, bis im Juni wieder Durchfälle auftraten. Während einer Autoreise im Juli 1936 in Schweden bedeutende Besserung, starke Gewichtszunahme bei vorzüglicher Kost und viel Alkohol. Im Herbst und Winter 1936/37 neuerliche Verschlechterung des Zustandes: nach Zeiten vorübergehender Besserung traten alle 3—4 Monate Darmverstimnungen mit Durchfällen und Temperaturen bis 38° C auf.

Am 3. X. 1937 heiratet Pat.; im Januar 1938 Masern mit Temperaturen bis 39° C, ganz normaler Verlauf, guter Allgemeinzustand und keine wesentlichen Darmbeschwerden, Körpergewicht 58 kg.

Tabelle I



Im April 1938 tritt nach bewußter Ausnutzung des von mir errechneten Ovulationstermins durch Kohabitationen am 25., 26. und 27. IV. die erste Konzeption und Schwangerschaft ein; am 21. V. ist die Aschheim-Zondek'sche Reaktion positiv, der Uterus aufgelockert, vergrößert und in Retroflexio-versio. Am 8. VII. findet sich der Uterus nach spontaner Aufrichtung bereits in Anteflexio-versio, die Pat. fühlt sich wohl und blüht unter dem Einfluß der Schwangerschaft sichtlich auf, bis etwa Mitte November wieder eine Verschlechterung ihres Allgemeinbefindens und Verdauungsstörungen auftreten und im Dezember Gesichtsausdruck und -farbe krankhaften Charakter annehmen; das Körpergewicht beträgt 63,5 kg.

Am 1. I. 1939 kommt es überraschend nach kurzer, intensiver Wehentätigkeit zu der erst für Ende Januar erwarteten Geburt eines 2900 g schweren, 49 cm langen, mager aussehenden Knaben. Wie wir aus Tabelle I entnehmen können, kann diese Schwangerschaft unter Berücksichtigung der Kohabitationstermine nur in der Zeit vom 27.—29. IV. ihren Anfang genommen und damit eine Tragdauer von nur 247—249 Tagen erreicht haben.

Während in der Geburt und an den ersten beiden Wochenbettstagen die Temperaturen normal sind, steigen dieselben bei plötzlich auftretenden, krampfartigen Schmerzen im rechten Unterbauch bis auf 37,7° C, um an den folgenden Tagen wieder zur Norm abzufallen. Gleichzeitig mit diesem ersten Schmerzfall, der sich am 12. Wochenbettstage mit einem Temperaturanstieg bis auf 38,6° C wiederholt, wird rechts seitlich vom Uterus, etwa in der Appendixgegend, ein walzenförmiger, daumenballenstarker Tumor tastbar, dessen Herkunft

zunächst nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann. Doch sprechen der relativ ruhige Puls, die ganz normal aussehenden und nicht übelriechenden Lochien, wie ein vollkommen reizfreies Peritoneum gegen einen puerperalen Adnextumor. Der Tumor, der nach den Schmerzanfällen besonders deutlich tastbar war, wird allmählich kleiner, die Temperaturen sind jeden zweiten Abend subfebril, die Pat. stillt ihr gut gedeihendes Kind regelmäßig weiter und verläßt am 19. Wochenbettstage mit einem noch mangelhaft involvierten Uterus die Entbindungsanstalt, um sich in häusliche Pflege zu begeben.

Im späteren Wochenbett, in dem der Uterus durch Sekarkornrin zur normalen Involution gebracht werden kann, treten immer wieder Beschwerden rechts im Unterbauch und Temperaturen bis über 38° C auf; hinzu kommen Durchfälle und Magenbeschwerden, das Gewicht fällt auf 52 kg herab, so daß Mitte Februar im Interesse der Mutter das Kind abgestillt werden muß.

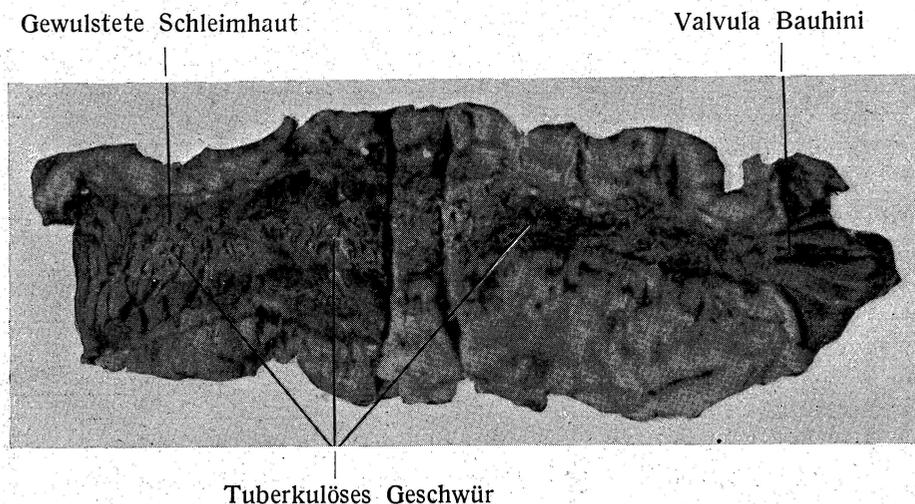


Abb. 1. 30 cm langes Stück Ileum mit Übergang in das Colon

Da in der letzten Zeit alle Symptome immer mehr für eine intestinale Erkrankung gesprochen haben, empfehle ich der Pat. dringend, sich nochmals röntgenisieren zu lassen, um damit differentialdiagnostisch die endgültige Entscheidung zu treffen und eine erfolgversprechende Therapie in Anwendung bringen zu können. Die Röntgenuntersuchung des Intestinaltraktes durch Prof. Herrnheiser ergibt nun am 4. III. 1939 folgenden auszugsweise wiedergegebenen Befund. Dünndarm: 5 Stunden p. c. Füllung der letzten Ileumschlingen. Das Coecum ist zeitweise normal gefüllt und zeigt dabei vollkommen normale Kontur- und Strukturverhältnisse. Zeitweise ist es kontrahiert und zeigt schmale, glatte Schleimhautfalten. Es ist gut verschieblich und nicht druckschmerzhaft. Das Ascendens ist schmal und zeigt ebenfalls Kontraktionsneigung. Das Transversum ist stark haustriert und zeigt ein Reizrelief. Im Sigma sind dem Kontraststuhl ziemlich viele Aufhellungen (Gasblasen) beigemischt. Zusammenfassung: Reizzustand im Coecum, Ascendens und im Transversum. Anatomische Veränderungen sind am Magen, Duodenum und den proximalen Kolonabschnitten nicht nachweisbar.

Nach diesem negativen Ergebnis der zweiten Röntgenuntersuchung erkläre ich der Pat., daß sie sich demnächst zu einer Operation wird entschließen müssen, denn der seinerzeit getastete Tumor ließe eine organische Veränderung annehmen, die, wenn sie auch nicht dem Intestinaltrakt angehöre, doch von den inneren Genitalorganen ausgehen dürfte. Auf diese Vorstellungen hin ersucht die Pat.

noch um eine Bedenkzeit, in der sie es nochmals mit der Behandlung durch einen anderen Internisten versuchen will. Trotz dieser neuerlichen Versuche, den Darm mit Calomel und besonderen Diätverschreibungen zu normaler Funktion zu bringen, werden die Schmerzen im Darm immer stärker, der Stuhl bleibt dünnflüssig, schaumig und übelriechend, es treten fast bei jedem Essen Magenkrämpfe und Erbrechen auf, der Allgemeinzustand wird mit jedem Tage elender, und das Gewicht sinkt auf 50,6 kg ab. In diesem Zustande kommt Pat. am 18. IV. 1939 zu mir; bei der an diesem Tage vorgenommenen, kombinierten gynäkologischen Untersuchung gerät der seinerzeit getastete walzenförmige Tumor rechts vom Uterus wieder zwischen meine Hände und wird wegen seiner Beweglichkeit und festen Konsistenz als Tubo- oder Tuboovarialtumor angesprochen. Nach dieser Feststellung mache ich die Pat. auf die ernsthafte Bedrohung ihrer Gesundheit aufmerksam und rate ihr zur Operation in den nächsten Tagen.

22. IV. 1939. In Evipan-Äthernarkose mediane Laparatomie. Nach Eröffnung des Unterbauches zeigen sich ganz normale innere Genitalorgane und zur größten Überraschung ein sehr beträchtlicher Darmbefund: etwa 25 cm des untersten Ileum bilden ein starres, dickwandiges Rohr, das sich nach unten wie oben scharf gegen den gesunden Darm absetzt. Bis auf einige kleinere Drüsen im zugehörigen Mesenterium und etwas vermehrte Peritonealflüssigkeit findet sich sonst nirgends in der Bauchhöhle eine pathologische Veränderung. Daraufhin wird dieses krankhaft veränderte Ileum reseziert und, da die starre Infiltration bis an die Valvula Bauhini heranreicht, das Coecum mitgenommen und das Colon ascendens mit dem gesunden Ileum End-zu-Seit vereinigt.

Der postoperative Verlauf ist ein höchst befriedigender: die Temperatur hebt sich nur einmal am 2. Tage bis auf 37,2° C, dagegen der Puls am 3. Tage als Ausdruck der Erschöpfung und Inanition bis auf 124 Schläge in der Minute; diese Tachykardie verschwindet auf intravenöse Glukoseinjektionen und einem Tröpfcheneinlauf mit »Vitalserum« bereits am 5. Tage, so daß von da ab Temperatur und Puls völlig normal verlaufen. Am 6. Tage wird auf Klysma der erste Stuhl erzielt, womit die Pat. außer Gefahr gebracht zu sein scheint. Am 7. Tag werden die Nähte entfernt, die Bauchwunde ist reaktionslos verheilt. Am 13. Tage post operationem wird die Pat. mit einem Gewicht von nur 49 kg aus der Heilanstalt entlassen.

Während die ersten Stühle noch dünnflüssig sind, werden sie nach wenigen Tagen breiig und nach 1 Woche bereits schön geformt. Desgleichen sind alle Magen- und Darmbeschwerden vollkommen behoben.

Pathologisch-anatomischer Befund des resezierten Darmstückes: 30 cm langes, durchschnittlich 1—1½ cm dickes Stück des untersten Ileum mit Coecum. Die Lichtung dieses starren Darmrohres ist höchstens bleistiftweit. Die Schleimhaut ist stark gewulstet und in großer Ausdehnung anulär geschwürig zerfallen. Die Geschwüre haben eine Länge bis zu 1,25 cm und sind von schmutzibraunroter Farbe.

Histologisch findet sich in den Querschnitten auf zwei Stellen des Präparates eine schwere geschwürige Entzündung der ganzen Darmwand. Die Schleimhaut ist nur stellenweise erhalten, meistens aber durch den Entzündungsprozeß zerstört. Die Entzündungsherde zeigen den typischen Aufbau von Epitheloidzelltuberkeln mit reichlich Langhans'schen Riesenzellen, die auch die Muscularis bis in ihre äußersten Schichten durchsetzen. In einer mitentfernten, bohnen großen Lymphdrüse aus dem zugehörigen Mesenterium finden sich nur chronisch-entzündliche Veränderungen von unspezifischem Charakter. Diagnose: Isolierte Dünndarm-tuberkulose (Ileitis hyperplastica ulcerosa tuberculosa).

Nach dieser Diagnose und den seit Jahren bestandenen Leiden empfehle ich der Pat. zu ihrer gänzlichen Ausheilung und raschesten Wiedergewinnung ihres

normalen Körpergewichtes eine Mast- und Liegekur in der Steiermärkischen Landes-Sonnenheilanstalt auf der Stolzalpe, wohin sich die Pat. am 18. V. 1939 begibt. Dort erholt sich die Pat. in einem erstaunlich-raschen Tempo und hat am 1. VI. bereits 3 kg zugenommen und am 24. VI. ihr normales Körpergewicht von 60 kg wieder erreicht. Dabei fühlt sich Pat. vollkommen beschwerdefrei und schon so kräftig, daß sie außer langen Spaziergängen auch wieder Tennis spielen und reiten möchte. Nur die Darmtätigkeit läßt wieder zu wünschen übrig; während die geformten Stühle 1—2 Wochen nach der Operation anhielten, wurden dieselben in



Abb. 2. Tuberkel in der Submucosa. Mittlere Vergrößerung

den darauffolgenden Wochen wieder breiig, manchmal sogar flüssig, so daß die Pat. darüber sehr beunruhigt ist und befürchtet, von ihrem Leiden doch nicht ganz befreit worden zu sein. Über mein Anraten bleibt die Pat. bis Anfang August auf der Stolzalpe (1305 m) und kehrt nach einem Aufenthalt in Mähren im September blühend aussehend nach Prag zurück.

In den folgenden Wintermonaten treten immer wieder Diarrhoen auf, die durch geeignete Diät und Verabreichung von Tannalbin zeitweise behoben werden können. Aber bei wahlloser Nahrungsaufnahme kommt es sofort wieder zu Durchfällen, welche die Pat. schließlich veranlassen, im August 1940 Prof. Dr. W. Graf und D. R. Apelt in Dresden aufzusuchen, um sich die Lunge und den Darm nochmals genauestens untersuchen zu lassen. Die Untersuchung der Lunge gibt keinerlei Anzeichen für das Vorhandensein einer aktiven Lungentuberkulose. Der Bericht über den Befund des Darmes lautet: »Es handelt sich um ein Zustandsbild nach operierter Ileo-Coecal-Tuberkulose. Der Operationseffekt hat als günstig zu gelten, da es gelungen ist, die tuberkulösen Schäden vollkommen zu beseitigen. Die jetzt

Knaus, Eine seltene Komplikation (Ileitis terminalis tuberculosa) im Wochenbett

bestehenden Störungen sind als Ausdruck einer Störung innersekretorischer Drüsen aufzufassen. Es besteht eine ausgesprochene Achylia gastrica. Die Salzsäurewerte betragen: Freie HCl negativ, Defizit 8. Milchsäure negativ. Auf dem Boden des gestörten Magenchemismus haben sich Zeichen von dyspeptischen Erscheinungen eingestellt, und zwar im Sinne einer Fäulnisdyspepsie. Therapie: Torantil-Dragees (3mal täglich vor der Mahlzeit 1 Dragée), Acidol-Pepsin (2mal täglich 1 Pastille in Wasser während oder nach der Mahlzeit zu nehmen). Anweisung für die erforderliche Diätkost.« Seit Anwendung dieser Therapie und Einhaltung der vorgeschriebenen Diät hat sich der Darm beruhigt und das Befinden der Pat. subjektiv und

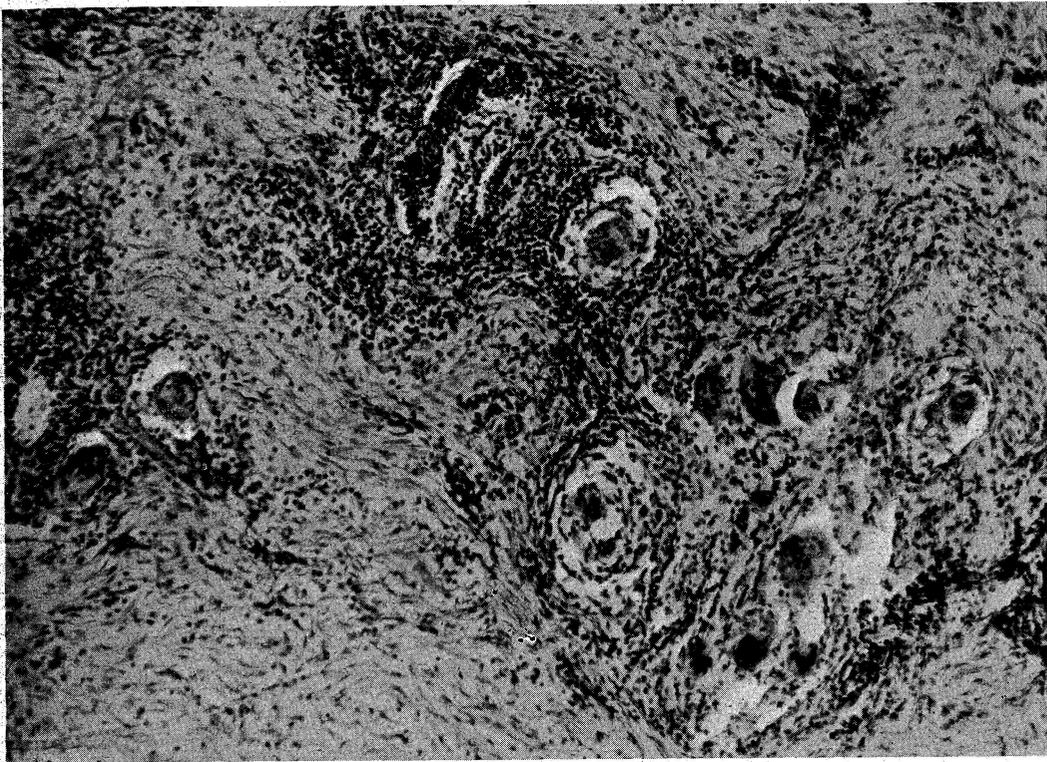


Abb. 3. Tuberkel mit Langhans-Zellen  
Starke Vergrößerung (=  der mittleren Vergrößerung)

objektiv so gefestigt, daß nunmehr nach 2½jähriger, postoperativer Beobachtung die endgültige Heilung der jetzt blühend aussehenden Pat. von diesem heimtückischen Leiden angenommen werden kann.

Dieser viele Jahre hindurch sorgfältig beobachtete Fall von Ileitis tuberculosa terminalis zeigt, daß es neben der von Crohn, Ginzburg und Oppenheimer im Jahre 1932 zuerst beschriebenen, unspezifischen Ileitis terminalis auch eine isolierte, hyperplastische Tuberkulose des Endstückes des Ileum gibt, die allerdings viel seltener als die unspezifische Form dieser Erkrankung zu sein scheint. Wenn Knapper behauptet, daß die Ileitis terminalis nicht spezifisch, die Tuberkulose immer auszuschließen sei, so stehen dieser Meinung doch Beobachtungen gegenüber, die eine Ileitis terminalis tuberculosa einwandfrei bejahen. So schreibt Huebschmann, daß wohl bei allen Erkrankungsformen der Tuberkulose des Dünndarms am häufigsten das untere Ileum betroffen zu sein scheint. Cornils berichtet über einen Fall von isolierter Tuberkulose des untersten Ileum bei einem 18jährigen

Mann, der unter den Erscheinungen einer akuten Appendicitis zur Operation gelangt war. Endlich liegt eine ausführliche Arbeit über die isolierte, hyperplastische, ulzeröse Tuberkulose des Dünndarms von S. E. Wolpaw vor, in der die Symptomatologie und die großen Schwierigkeiten in der Diagnostik der Ileitis terminalis tuberculosa genau so beschrieben werden, wie sie im eigenen Fall erlebt wurden. Nach Durchsicht des bereits umfangreich gewordenen Schrifttums über die Ileitis terminalis erscheint es mir nun doch ratsam, zwischen einer spezifischen und unspezifischen Form dieser Erkrankung zu unterscheiden. Daß beide Formen vorkommen, davon die spezifische viel seltener, daran kann heute nach den bereits vorliegenden pathologisch-anatomischen Befunden nicht mehr gezweifelt werden. Daß es eine unspezifische Ileitis terminalis gibt, dafür sprechen vor allem die Beobachtungen von Kapel und Gisbertz, die an 4 Fällen von Ileitis terminalis nach der Entfernung des Wurmfortsatzes haben Heilung eintreten sehen. Dagegen kann es bei der stenosierenden Ileitis terminalis tuberculosa nur nach Resektion des befallenen Dünndarmendes zur Genesung nach dieser vorwiegend chronisch verlaufenden Erkrankung kommen (Wolpaw).

Soweit ich das einschlägige Schrifttum überblicke, liegt bei der unspezifischen Ileitis terminalis häufig ein unbewegliches Infiltrat im rechten Unterbauch vor, das den untersuchenden Arzt in erster Linie an eine Appendicitis und dann auch bei bestimmten Allgemeinerscheinungen an eine Tuberkulose oder ein Karzinom des Coecum denken läßt. Bei der isolierten Tuberkulose des Dünndarmendes hingegen scheint, wie im eigenen Fall, vorwiegend ein walzenförmiger beweglicher Tumor den örtlichen Befund darzustellen. Diese Beweglichkeit des Tumors, der sich bei der abdominalen Palpation sehr leicht der Untersuchung entzieht, ist meiner Ansicht nach die Ursache der ungewöhnlichen Schwierigkeiten in der rechtzeitigen Erkennung dieses Leidens. So erklärt es sich auch, daß es im eigenen Falle nach mehrjähriger Behandlung der Kranken durch verschiedene Spezialärzte schließlich dem Gynäkologen vorbehalten blieb, den beweglichen Tumor durch die kombinierte gynäkologische Untersuchung nachzuweisen und die Indikation zur dringlichen Operation zu stellen.

Diese in der Frauenheilkunde vereinzelt dastehende Beobachtung einer Ileitis terminalis tuberculosa als Wochenbettkomplikation gewinnt um so größere Bedeutung, als mit der gerade noch rechtzeitig vorgenommenen Resektion des erkrankten Dünndarmstückes der sehr seltene Erfolg einer Heilung von diesem gewöhnlich zum Tode führenden Leiden erzielt werden konnte.

#### Schrifttum

- Cornils, Dtsch. Z. Chir. **187**, 422/32 (1924). — Gisbertz, Bruns' Beitr. **164**, 155/59 (1936). — Huebschmann, Pathologische Anatomie der Tuberkulose, **5**. Berlin, Jul. Springer, 1928. — Kapel, Dtsche. Z. Chir. **243**, 676/86 (1934). — Knapper, Arch. klin. Chir. **188** 152/66 (1937). — Wolpaw, Amer. Rev. Tbc. **38**, 32/49 (1938).