KNY-20-01423

Auszug aus der Inaugural-Dissertation:

Ueber angeborene Duodenalstenose

des Medizinalpraktikanten ERICH MARCUSE

Halle 1922.

In der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle a. S. (Prof. Voelcker) kam folgender Fall von angeborener Duodenalstenose zur Operation:

FALL:

Säugling H. bricht seit dem 2. Lebenstage nach jeder Nahrungsaufnahme. Erbrechen gallig. Mit arzneilicher Behandlung keine Besserung. Operation: Bei derselben zeigt sich in Gegend der Plica duodenojejunalis eine Stenose, hervorgerufen durch einen im Mesenterium des Dünndarms verlaufenden Strang. Coecum hochliegend, trichterförmig ausgezogen, kein Wurmfortsatz vorhanden. Gastroenterostomia posterior. Bei Sondenfütterung nach der Operation zunächst Besserung, dann Dehiscenz der Bauchwunde, Peritonitis, Exitus letalis.

Sektion ergibt ebenfalls eine Stenose. Die angelegte Anastomose ist dicht.

An Hand dieses Falles habe ich in meiner Arbeit den heutigen Stand der angeborenen Duodenalstenose eingehend behandelt. Ausgehend von den angeborenen Duodenalerkrankungen überhaupt, besprach ich zunächst unter Angabe einiger statistischen Veröffentlichungen die Frequenz der Stenose im besonderen. Es handelt sich um eine seltene Erkrankung, während Atresien häufiger sind. Die nun folgende Abhandlung der Pathogenese erwähnt die jetzt aufgegebene Billard'sche (Segment)-Theorie, die Theorien, die als aetiologisches Moment foetale Peritonitis, foetale Enteritis, Achsendrehung, Entwicklungshemmungen ansehen, ferner die Tandler'sche Theorie (Epithelneubildung), die Beneke'sche Theorie (Veränderung durch Bildung der Leberanlage), Compression von außen, das Pancreas annulare und den situs inversus partialis. Ich vertrat in meiner Arbeit den Standpunkt, daß jede der erwähnten Theorien — außer der ersten — im einzelnen Falle zu Recht besteht. Im vorliegenden Falle scheint „foetale Peritonitis" vorgelegen zu haben. Bei der Frage der Lokalisation wird an Hand der Literatur die Bevorzugung des Duodenums bei angeborenen Darmaffektionen, und anschließend die wechselnde Lokalisation der Stenose im Duodenum selbst besprochen. Sodann folgt die Beschreibung der pathologischen Anatomie; nach

25/4/23

Melchior werden zwei Formen unterschieden, Stenosen durch Membranbildung und gleichmäßige Verengerungen des ganzen Duodenums. Im Anschluss hieran mache ich auf die Tatsache aufmerksam, daß relativ häufig mit angeborener Duodenalstenose Entwicklungsstörungen auftreten. Bei der Schilderung des klinischen Verlaufes stellte ich den vorliegenden Fall, der die pathognomonischen Symptome für die congenitale Duodenalstenose aufwies, in den Vordergrund, beschrieb die je nach dem Sitz der Stenose vorkommenden Abweichungen und Differentialdiagnosen. Neben den üblichen Untersuchungsmethoden wies ich besonders nochmals auf die Röntgenuntersuchung und die Meconiumuntersuchung nach Walz hin. Im Kapitel „Prognose" führte ich aus, daß weitgehend der Grad der Stenose für dieselbe maßgebend ist. Hochgradige, sofort nach der Geburt in Erscheinung tretende Verengerungen geben eine absolut infauste Prognose, auch nach operativem Eingriff, Stenosen geringeren Grades und besonders solche, die erst später Erscheinungen machen, sind aussichtsreicher. Es wird an dieser Stelle auf Fälle in der Literatur hingewiesen, bei denen angeborene Duodenalstenose auf dem Sektionstisch als Nebenbefund erhoben wurden. Die die Arbeit beschließenden Ausführungen über die Therapie gehen dahin, daß nach bisher gemachten Erfahrungen bei hochgradigen Stenosen die interne Behandlung in jedem Falle, die chirurgische dann als aussichtslos bezeichnet werden muß, wenn es sich um Fälle bei Säuglingen handelt.

KNY-20-01423

BIBL. UNIVERSITATIS BUDAPEST EGYETEMI KÖNYVTÁR