

Ein Fall von perforierendem Darmgeschwür mit eigenartiger Komplikation bei einem Pferd

Autor(en): **Schneider, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Archiv für Tierheilkunde SAT : die Fachzeitschrift für Tierärztinnen und Tierärzte = Archives Suisses de Médecine Vétérinaire ASMV : la revue professionnelle des vétérinaires**

Band (Jahr): **59 (1917)**

Heft 6

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-589192>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

9. Waldmann, Untersuchungen über die Brauchbarkeit der Konglutinationsmethode für die Serodiagnose der Rotzkrankheit der Pferde. Arch. f. wiss. Tierheilk. 1914; 40, 4/5, S. 382.
10. Andersen, C. W., Über die Verwertung der Konglutinationsreaktion als diagnostische Probe beim Rotz. Zentralbl. f. Bakt. Abt. I. Orig.-Bd. 72, 1913, S. 394.
11. Miessner, H., Versuche über den Einfluss des Malleins auf den Agglutinationswert des Blutes gesunder und rotzkranker Pferde. Arch. f. wiss. u. prakt. Tierheilk., 34, 1908, S. 539.
12. Valenti, E., Beiträge zur Diagnose des Rotzes durch die Komplementbindung. Ztschr. f. Immun.-Forsch., Orig., 5, 1909, S. 68.
13. Miessner und Trapp, Komplementbindung beim Rotz und ihre Beziehung zur Syphilisreaktion. Zentralbl. f. Bakt. usw., Orig., 52, 1909, S. 115.
14. Zurkan, J., Zur Frage der Bildung von spezifischen Antikörpern im Blute von Pferden unter der Einwirkung von Rotzantigenen. Ztschr. f. Inf.-Krankh. d. Haust., 10, 1911, S. 473.
15. Stranigg, H., Zur Diagnose des Rotzes durch die Konglutination. Ztschr. f. Inf.-Krankh. d. Haust., 14. Bd., 2./5. H., 1913, S. 166 bis 185 und 297.
16. Michin, N., Über die Serodiagnose der Rotzkrankheit mittelst der Konglutininreaktion. Zentralbl. f. Bakt., Bd. 73, 1914, S. 223.
17. Graeub, E., Alte und neue Methoden zur Diagnose des Rotzes. Schweizer Arch. f. Tierheilk., Bd. 58, II. H., S. 579. 1916.
18. Derselbe, Über die Verwertbarkeit der Ophthalmoreaktion und der Konglutination zur Rotzdiagnose bei Pferden usw. Schweizer Arch. f. Tierheilk., 1917, Bd. 59, Heft 3.
19. Schreiber und Stichdorn, Prüfung und Auswertung des Malleins. B. T. W. 1915, S. 553.

Ein Fall von perforierendem Darmgeschwür mit eigenartiger Komplikation bei einem Pferd.

Von Dr. R. Schneider in Thun.

Bei unseren Haustieren sind Darmgeschwüre im allgemeinen eher seltene Vorkommnisse. Sie bilden meist Teilerscheinungen bei Allgemeinerkrankungen, wie z. B. bei der Schweinepest oder bei der Tuberkulose des Rindes und Schweines.

Beim Pferd speziell können Magengeschwüre eine gewisse, jedoch untergeordnete Rolle erlangen durch die *Gastrophilus*-Larven.

Darmgeschwüre sind weit seltener, wenigstens bietet die Sektion nur ausnahmsweise Gelegenheit, solche zu

konstatieren. Selbst in grossen pathologischen Lehrbüchern finden sie oft nicht einmal Erwähnung.

Die Stellung der Diagnose über Darmgeschwüre ist äusserst schwer oder gar nicht möglich, es sei denn, dass bereits Perforationen stattgefunden haben und infolge konsekutiver Peritonitis etwas deutlichere Symptome hervortreten.

Ein interessanter Fall sei in Folgendem geschildert:

Das Regiepferd R 988 „Chimère“, eine 11jährige Irländer Stute, stand seit 9. Juli 1916, an welchem Tage es sich anlässlich des Concours hippique eine Ballenwunde zuzog, in der Kuranstalt in Behandlung wegen dieses genannten äusserlichen Leidens. Am 22. Juli morgens früh lag das Pferd plötzlich tot in der Boxe. Das Abendfutter des vorigen Tages wurde noch normal aufgenommen, überhaupt konnten an dem Pferde während des ganzen Aufenthaltes nie Symptome einer innerlichen Erkrankung beobachtet werden. Auch war das Pferd laut Krankenkontrolle nicht der Kolik oder andern Verdauungskrankheiten unterworfen. Über die Beobachtungen ausserhalb der Anstalt fehlen allerdings sichere Anhaltspunkte.

Aus den Aussagen des Nachtwächters geht hervor, dass er bei einem Rundgang das Pferd habe flach und ruhig am Boden liegen sehen bei vollständiger Ordnung der Streue. Es habe Anstrengungen gemacht, sich zu erheben, sei aber sofort wieder in die alte Stellung übergegangen. Die Sache schien ihm normal zu sein. Bei der nächsten Runde habe er das Pferd in gleicher Stellung, aber tot, vorgefunden, bei normaler Streue und ohne dass ein Schweissausbruch eingetreten sei.

Diese Anamnese ist vielleicht nicht ganz so wörtlich aufzunehmen, immerhin weiss man, dass chronisch verlaufende Peritoniten oft ruhig und ohne drastische Schmerzen zu verlaufen pflegen.

Die Sektion bot folgendes Bild:

Aus der Bauchhöhle fliesst eine Menge von einigen Litern hellen, leicht getrübbten Exsudates von schwach gelbgrüner Farbe, vermengt mit spärlichen Fibrinflocken.

Das Bauchfell ist rauh, glanzlos und etwas stärker injiziert. Bei der Untersuchung der sehr anämisch aussehenden Bauchorgane, speziell der Gedärme, ist auffällig eine unregelmässig geformte Geschwulst (d) im Dünndarmgekröse, anliegend an den Hüft darm, ca. 4 Meter vor dem Übergang in den Dickdarm.

Dieser scheinbare Tumor, in Form einer etwas abgeflachten Kugel von 20–25 cm Durchmesser, hat als Hülle einerseits den Darm und andererseits das Gekröse, welches, blindsackartig ausgebuchtet, in zwei Blätter getrennt ist, die sich weiter oben wieder vereinigen.

Die das Gerippe bildenden Bindegewebszüge mit den zu- und wegfliessenden Blutgefässen weisen ein enormes Dickenverhältnis auf (in Figur 1 deutlich zu sehen). Die zwischen den „Rippen“ liegenden dünnen Blätter sind derart ausgespannt, dass sie als glänzende, fast durchscheinende Membranen von Seidenpapierdicke erscheinen. Bei Palpation fühlt man deutlich, dass es sich, infolge Fehlen von Fluktuation, nicht um einen abgesackten Eiterabszess handelt, sondern dass der Inhalt nur aus zusammengesobenen und zusammengespresstem halbfesten Futterbrei bestehen muss. Die Oberfläche ist denn auch nicht überall gleich glatt, sondern ziemlich reliefartig.

Nirgends besteht eine Verwachsung von Gedärmen, keine Verschlingung oder Lageveränderung, ebenso von aussen zu sehen keine Darmruptur oder Perforation eines Geschwüres nach aussen, daher auch keine Futterbestandteile in der Bauchhöhle.

Schneidet man den von aussen etwas geröteten und stark verdickten Hüft darm (a) in der Region der Gekrösgeschwulst auf, so zeigt sich die Mukosa (Fig. 2, b) stark gequollen und in grosse wulstartige Falten gelegt, an ein-

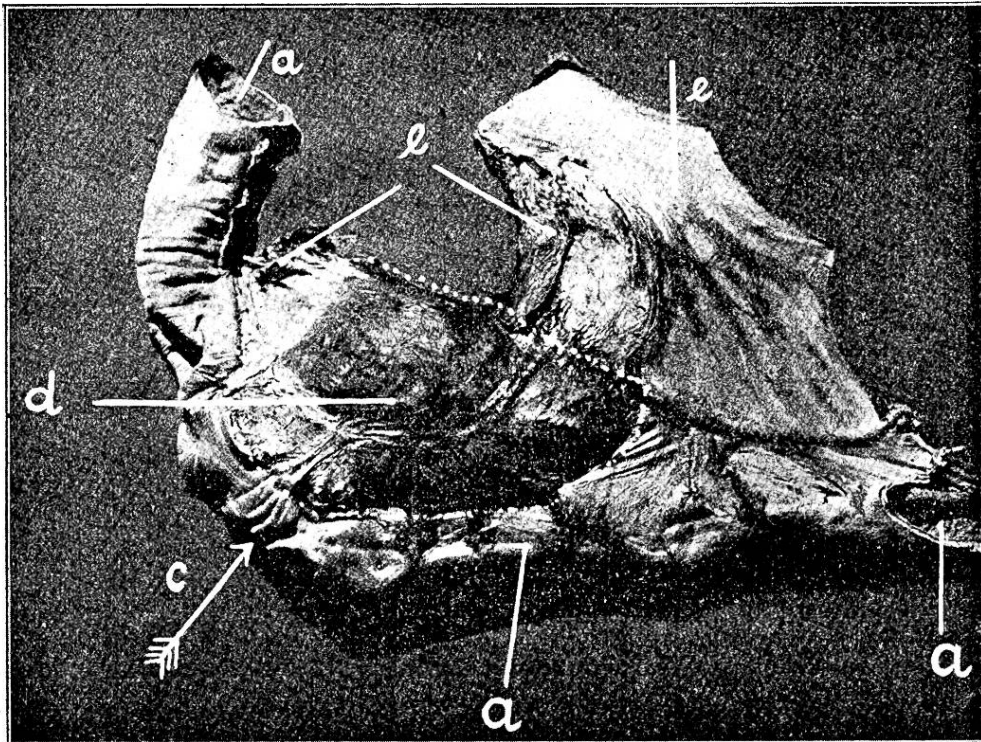


Fig. 1.

a = Hüftdarm. c = Richtung des perforierenden Geschwüres.
 d = mit Futterbrei angefüllter Blindsack des Gekröses (mit punktierten Linien abgegrenzt).
 e = weitere Partien des Gekröses.

zelen Stellen mit kleinen Petechien besetzt. Der Darminhalt ist keineswegs blutig oder sonst verändert. Dass auch die Serosa, besonders an den Ansatzstellen des Gekröses stark verdickt ist, geht schon aus den anatomischen Verhältnissen und der Veränderung des Gekröses hervor.

An der Stelle c (in Fig. 1 ist die Richtung mit Pfeil angegeben) findet man nun an der dem Gekrösblatt zu gelegenen Darmwandung ein ca. 5 Cts.-Stück grosses, unregelmässig zerrissenes Geschwürsloch (c) mit nur leicht aufgeworfenen Rändern, aber scharfer Demarkationsentzündung. Die Mukosa ist um das Loch herum in geringer Ausdehnung von der Muscularis abgehoben, unterminiert und mit Futtermassen belegt. Nach Perforation der Muscularis hat dieses Geschwürsloch direkt in den geschilderten Blindsack geführt. Es besteht eine Kommunikation zwi-

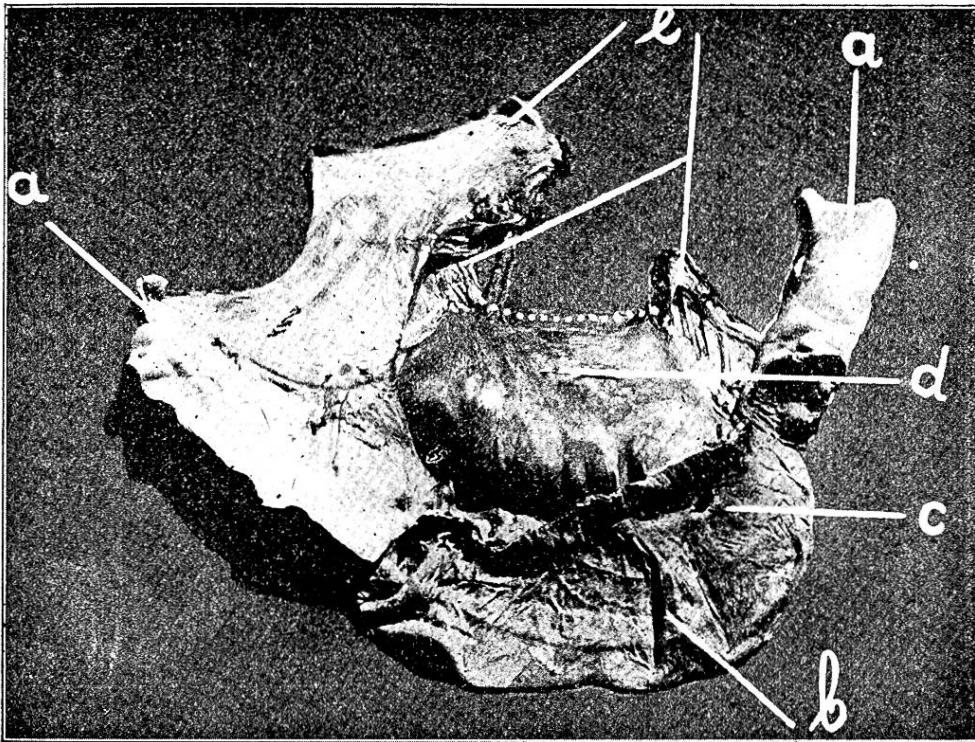


Fig. 2.

Das gleiche Präparat von der andern Seite.

a = Hüftdarm. b = Mucosa des aufgeschnittenen Hüftdarmes. c = perforierendes Geschwür, einmündend in den Blindsack d. e = übrige Gekröspartien.

schen letzterem und dem Darmlumen. Also ein perforierendes Darmgeschwür und doch kein direkter Ausgang in die Bauchhöhle.

Wie ist nun dieser mit Futterbrei angefüllte Blindsack zustande gekommen? Darüber gibt uns die Anatomie etwas näheren Aufschluss. Nach der Annahme, dass das Gekröse direkt auf die äussere Schicht des Darmrohres übergeht, sollte man im ersten Augenblick auch in diesem Falle annehmen müssen, dass der Durchbruch des Geschwüres entweder links oder rechts von der Anheftungsstelle des Gekrösblattes hätte erfolgen sollen. Die anatomischen Verhältnisse beim Leer- und Hüftdarm machen aber eine kleine Abweichung. Sowohl das Mesojejunum wie das Mesoileum bestehen aus zwei Bauchfellblättern, zwischen denen sich eine Fettgewebe enthaltende, bindegewebige Eigenschicht

befindet, in welcher Nerven, Blut- und Chylusgefäße, sowie Lymphdrüsen liegen. Unmittelbar bevor das Gekröse an den Darm tritt, entfernen sich die beiden Blätter voneinander, um dann getrennt an die Darmwand zu treten und deren äussere Schicht zu bilden.

Auf diese Weise bleibt ein Streifen der Darmmuskulatur frei von einem serösen Überzug und die Möglichkeit ist gegeben, dass an dieser Stelle perforierende Darmgeschwüre nicht direkt in die Bauchhöhle führen. Durch langsames, sukzessives Austreten und Vorschieben von Futterbrei wurden die beiden Gekrösblätter immer mehr und mehr auseinandergedehnt, bis schliesslich ein solcher Blindsack im Gekröse entstanden war. Die Anfüllung desselben wird nur langsam vor sich gegangen sein infolge der kleinen Eingangspforte. Durch Transsudation von Darmflüssigkeit bei starker Anspannung oder durch Bersten der Blindsackwandungen wird langsamer oder schneller die daraus resultierende Peritonitis den Exitus letalis herbeiführen.

In unserem beschriebenen Falle ist infolge des Nichtberstens des Blindsackes die chronische Peritonitis mit dem ruhigen „geräuschlosen“ Ausgang leicht verständlich. Über die Ursachen der Geschwürsbildung liegen absolut keine Andeutungen vor; ebenso kann auch die Frage der Dauer des Zustandes, die Chronizität, kaum richtig beantwortet werden.

Erwiderung auf die amtlichen Berichte über die Resultate der Behandlung der Maul- und Klauenseuche nach Prof. Hoffmann, in Mühlen und Zuoz.

(Schweizer Archiv für Tierheilkunde 1914, H. 8./9.)

Vorbemerkung. Zur Zeit der Veröffentlichung war der Krieg kurz ausgebrochen gewesen und auch ich hatte militärveterinäre Tätigkeit. Als letztere aufhörte, wollte ich das Kriegsende abwarten, bevor ich eine Entgegnung schreibe. Es