

XIX.

Aus der königl. chirurg. Klinik zu Kiel. (Professor Helferich.)

Ein grosser tuberculöser Mesenterialtumor;
Operation, Heilung.

Von

Dr. E. Wilh. Baum,
Assistenzarzt der Klinik.

So häufig im Allgemeinen tuberculöse Geschwülste des Darmes selbst und andererseits Tumoren im Mesenterium unter das Messer des Chirurgen kommen, so selten sind bisher mesenteriale Geschwulstbildungen tuberculöser Natur auf operativem Wege radical behandelt worden.

Bei Durchsicht der Literatur habe ich nur zwei derartige Fälle beschrieben gefunden, die in der Art des operativen Eingriffes auch noch von einander abweichen. Beatson (British Medical Journal 1898) berichtet über einen 4jährigen Knaben, bei dem sich ein kokussgrösser Tumor in abdomine fand; die Laparotomie ergab einen von mesenterialen Lymphdrüsen ausgehenden Abscess, der bei der Laparotomie einriss; Abscesswand und Drüsen wurden mit vieler Mühe exstirpirt. Der Erfolg war ein guter. Der andere Fall stammt aus der Maydl'schen Klinik und ist von Kukula veröffentlicht (Archiv f. klin. Chirurgie 1900 Bd. 60 S. 905). Hier handelte es sich um eine 38jährige Patientin, bei der die klinische Diagnose auf einen soliden Tumor des Mesenteriums gestellt wurde. Die Operation zeigte in der Radix mesenterii sitzend einen scharf umgrenzten Tumor von derber Consistenz, der nur an der Hinterseite eine erweichte Stelle aufwies. Das Peritoneum verhielt sich normal. Da sich nennenswerthe Drüsenschwellungen nicht fanden, wurde zur Exstirpation des Tumors geschritten, gleichzeitig dann das zugehörige Mesenterium nebst Darm resecirt. Die Länge des exstirpirten Dünndarms betrug 177 cm; in Folge noch während der Operation auftretender Circulationsstörungen am distalen und proximalen Darmende mussten weitere 50 resp. 10 cm Darm resecirt werden, so dass neben der Geschwulst im Ganzen 237 cm Ileum entfernt wurden. Die Kranke überstand den Eingriff gut, verbrachte die nächste Zeit bei völligem Wohlbefinden, starb aber dann 3 Jahre später an einem Recidiv. Es handelte sich also in beiden Fällen um ein grosses tuberculöses Lymphom mit ungewöhnlichem Sitz im Mesenterium. Es dürfte daher wohl von Interesse sein, eine ähnliche Krankengeschichte anzureihen.

Am 17. December v. J. wurde der 24jährige Bahnarbeiter Joh. F. in die hiesige Klinik aufgenommen. Anamnestisch ist zu bemerken, dass Patient früher stets gesund und voll arbeitsfähig gewesen. Erbliche Belastung ist nicht vorhanden. Seit etwa sieben Wochen leidet er an Leibes- schmerzen, die allmählich an Intensität zugenommen; in letzter Zeit gesellte sich Kopfweh dazu. Der Stuhlgang war nie gestört, Erbrechen hat nicht bestanden. Die Untersuchung ergibt Folgendes: F. ist ein mittelgrosser junger Mann von blasser Gesichtsfarbe, in etwas reducirtem

Ernährungszustande. Leichte Schwellung der Inguinal- und Bicipitaldrüsen. Von Seiten des Nervensystems keinerlei Störungen. Haut trocken, fieberhaft temperirt (39°). Herz von normaler Grösse, I Herzton unrein, über der Pulmonalis systolisches Geräusch. Puls 102, regelmässig, kräftig. Die Untersuchung der Lungen zeigt völlig normale Verhältnisse. Milz nicht vergrössert. Leberdämpfung klein, zwischen V bis VII Rippe. Das Abdomen ist leicht aufgetrieben. Rechts neben dem Nabel, ganz dicht an diesen anschliessend, fühlt man eine etwa handtellergrösse derbe Resistenz, die stark druckempfindlich ist und nicht fluctuirt. Der Percussionsschall ist hier nicht gedämpft, aber etwas abweichend von dem des übrigen Bauches. Mit der Athmung bewegt sich der Tumor nicht, dagegen ist er nach beiden Seiten hin in geringem Maasse verschieblich. Durch Contractur der Bauchmuskulatur wird er nicht beeinflusst. Bei Aufblähung des Magens steht die grosse Curvatur auf der Mitte zwischen Processus ensiformis und Nabel, ein Zusammenhang mit der Geschwulst ist auszuschliessen. Der durch Luft aufgeblasene Darm lässt den Tumor undeutlicher werden. Urin ist frei von Eiweiss und Zucker. Die Magenuntersuchung ergiebt starke Hyperacidität (3,8 % Salzsäure) und normale motorische Function.

Die in den ersten 48 Stunden erhöhte Temperatur kehrt während der nächsten Tage zur Norm zurück.

Nach dem ganzen Befunde kam differentialdiagnostisch zweierlei in Betracht, entweder tuberculöse Peritonitis mit Tumorbildung und zufällig gleichzeitig bestehender Hyperacidität, oder aber bei ätiologischer Verwerthung dieses Symptoms ein abgekapselter Abscess im Anschluss an ein Ulcus pepticum duodeni.

Da wieder abendliche Temperatursteigerungen eintraten und die Leibschmerzen zeitweise sehr heftig wurden, schritt man am 30. December 1901 zur Operation. In Narkose wird ein ca. 20 cm langer Schnitt links neben dem Nabel angelegt. Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man das parietale und viscerales Blatt mit zahlreichen hirsekorngrossen und zum Theil grösseren durchscheinenden Knötchen besät. Das Colon transversum ist weit nach oben verschoben, das nur wenig verdickte Netz nach oben umgeschlagen. Mit einer Dünndarmschlinge fest verwachsen zeigt sich ein etwa faustgrosser im Mesenterium nahe der Radix mesenterii gelegener knolliger Tumor, der sich bei näherer Betrachtung als ein verwachsenes Drüsenpacket herausstellt. Beim Freipräpariren der Geschwulst entleert sich aus verschiedenen Oeffnungen dicker rahmiger Eiter. Die mit einem Gazetupfer von dem Tumor losgelöste Darmschlinge reisst an der Verwachsungsstelle ein. Es wird daher zur Resection dieser wie auch des ganzen dem erkrankten Mesenterium angehörenden Dünndarmstückes (Jejunum) geschritten. Das Mesenterium wird unterhalb des Drüsenabscesses mit verschiedenen Catgutligaturen abgebunden und dann mit dem Darm extirpirt. Die Darmenden werden end to end mit Murphyknopf vereinigt, der Mesenterialstumpf jodoformirt. Die Bauchwunde wird darauf in Etagennähten geschlossen.

In den beiden ersten Tagen nach der Operation traten heftige kolikartige Schmerzen und Erbrechen galliger Massen auf. Die Temperatur war fieberhaft, der Puls sehr frequent. Daher mehrmalige Kochsalz-

infusion und Ernährung per Klyisma. In der Folgezeit völlig normaler Verlauf, Heilung der Bauchwunde per primam bis auf eine markstück-grosse granulirende Fläche, die auch sehr schnell vernarbte.

Am 11. Februar 1902 konnte F. geheilt entlassen werden, er hatte 14 Pfund zugenommen.

Die makroskopische Untersuchung des anatomischen Präparates ergibt Folgendes:

Nahe der Radix mesenterii sitzt ein etwa faustgrosser Tumor, der an einigen prominenten Stellen deutlich fluctuirt, im Allgemeinen aber mehr festerer Consistenz ist. Beim Einschneiden in die erweichten Partien entleert sich dicker rahmiger Eiter. Das mit der Geschwulst an seiner Basis fest verwachsene Mesenterium ist stark verdickt und mit zahlreichen miliaren Knötchen bedeckt. Nach oben hin steht der Tumor in engem Zusammenhange mit dem etwas verdickten Netz. Ebenso wie das Mesenterium zeigt der hufeisenförmig um das Drüsenpacket gelagerte Darm eine Aussaat von miliaren Tuberkeln. Im Jejunum ist an der bisherigen Verwachungsstelle mit der Geschwulst eine kleine oberflächliche Oeffnung sichtbar. Etwa in der Mitte des Hufeisens an der Unterfläche des Darms ist die Serosa stark verdickt und hyperämisch; auf dem Durchschnitt sieht man hier eine etwa kirschgrosse keilförmige Vorwölbung in das Lumen hineinragen. Die makroskopisch normal aussehende Schleimhaut und Muscularis bilden die innere Bedeckung dieser Neubildung. Nirgends finden sich im Darm ulceröse Processe. Die Länge des resecirten Jejunumstückes beträgt 50 cm.

Mikroskopisch erweisen sich die Peritonealtuberkel bereits älteren Datums; sie sind reichlich vascularisirt und theilweise schon bindegewebig umgewandelt. Die mesenteriale Geschwulst besteht lediglich aus tuberculösem Gewebe in den verschiedensten Stadien; aussen wird sie von einer gefässreichen bindegewebigen Kapsel umgeben, nach innen folgen Tuberkel mit Riesenzellen, dann mit centraler Verkäsung und schliesslich wird das ganze Innere und zwar die Hauptmasse des Tumors von käsig zerfallenen Massen eingenommen. Die keilförmig in das Darmlumen vorspringende Bildung ist, wie schon makroskopisch leicht erkennbar, von nur wenig veränderter Schleimhaut und Musculatur innen bekleidet; ausser einigen Zottennekrosen und geringer kleinzelliger Infiltration der Muscularis verhalten sich beide Darmschichten normal. Dagegen sind Serosa und Subserosa enorm verdickt, sie nehmen zusammen $\frac{3}{4}$ der ganzen Wanddicke ein. Die Serosa ist stark hyperämisch und von zahlreichen Blutungen durchsetzt, das subseröse Gewebe bildet einen einzigen Tuberkelhaufen.

Am 15. April d. J., also $3\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation, stellt sich Patient wieder in der Klinik vor. Er erfreut sich besten Wohlbefindens, sieht blühend aus und ist völlig beschwerdefrei. Der Leib ist weich, nirgends druckempfindlich und lässt nur dicht neben dem Nabel, dem Sitz der früheren Geschwulst entsprechend, eine geringe Resistenz durchfühlen. Der Stuhlgang ist während der ganzen Zeit normal gewesen. Seit seiner Entlassung hat F. 24, im Ganzen also seit der Operation 38 Pfund zugenommen.

Fassen wir das eben Ausgeführte kurz zusammen, so haben wir es

mit einem jungen Manne zu thun, der seit sieben Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik an Leibschmerzen litt, sonst aber keinerlei Störungen von Seiten des Verdauungsapparates aufwies. Die Laparotomie ergab ein grosses tuberculöses Lymphom im Mesenterium und allgemeine miliare tuberculöse Peritonitis; daneben fand sich ein das Lumen bereits etwas verengernder tuberculöser Tumor im Jejunum. Dem mikroskopischen Befunde nach ist die miliare Aussaat nicht frisch, sondern vielmehr älteren Datums. Primär erkrankt sind mit hoher Wahrscheinlichkeit die Mesenterialdrüsen; der Darm, wenigstens das einen halben Meter lange Jejunumstück zeigt völlig normale Schleimhaut ohne jede Zeichen eines Katarrhs oder geschwürriger Processe. Der kleine Darmtumor verdankt seine Entstehung erst der Peritonealtuberculose, da er lediglich durch tuberculöse Infiltration von Serosa und Subserosa bedingt ist.

Die tuberculöse Mesenterialgeschwulst entspricht den von Beaton und Kukula beschriebenen, die Allgemeinerkrankung des Bauchfells fehlte jedoch in diesen beiden Fällen. Unsere Behandlung gleicht der von Kukula; eine isolirte Exstirpation war nicht möglich, es musste gleichzeitig der zugehörige Darm reseziert werden. Bei der Operation wurde mit der einfachen Incision die Entfernung des primären Herdes verbunden. Wenn auch bisweilen ein beträchtlicher Rückgang tuberculöser Geschwülste nach Laparotomie klinisch beobachtet worden ist, so ist doch fraglos der sicherere Weg die Exstirpation, da somit die ständige Gefahr einer Neuinfection von dem am Ende doch nicht völlig resorbirten tuberculösen Herd beseitigt wird. Die gleichzeitige Darmresection machte einer weiter stenosirenden Wirkung der kleinen Darmgeschwulst ein Ende. Die Länge des entfernten Dünndarms beträgt etwa nur $\frac{1}{5}$ des von Kukula resezirten; Circulationsstörungen in den Darmstümpfen stellten sich bei der Operation nicht ein.

Der Patient überstand den Eingriff gut, sein bis dahin recht mässiger Ernährungszustand hob sich sichtlich. Nach $3\frac{1}{2}$ Monaten unterscheidet er sich in seinem Aeusseren nicht mehr von einem gesunden und kräftigen Manne. Zwar ist nach Ansicht vieler Autoren diese Zeit zu kurz, um von Heilung zu sprechen, doch möchte ich glauben, dass eine so rapide Kräftezunahme und ein so guter objectiver Befund uns zu einer günstigen Prognose berechtigt.
