Aus der Privatklinik von Prof. James Israel in Berlin.

Pseudomyxomzyste des Wurmfortsatzes.¹⁾

Von Dr. C. Hammesfahr.

M. H.! Frau L., 38 Jahre alt, wurde am 29. April in die Privatklinik von Prof. Israel aufgenommen. Patientin stammt aus gesunder Familie und war angeblich früher immer gesund gewesen. Seit acht Jahren litt Patientin immer an tragem Stuhlgang. Irgendwelcher stärkere Schmerz im Leib und besonders in der rechten Seite soll nicht verspürt worden sein. Im Januar 1913, nach einem Spaziergang, verspürte Patientin plötzlich Schmerzen in der rechten Seite. Der zugezogene Arzt konstatierte eine Blinddarmaffektion und befahl Bettruhe. Zwei Tage später war ein Tumor in der rechten Seite zu fühlen. Es blieben dann mehr oder weniger starke Schmerzen in der rechten Seite bestehen, auch gab Patientin an, beim Stuhlgang Blut zu verlieren. (Es bestanden früher schon Hämorrhoiden.) Patientin kam dann nach Berlin, wo sie eine ganze Reihe von Autoritäten zu Rate zog.

Endlich kam die äußerst wankelmütige und hochgradig nervöse Patientin zu uns, wo sie folgenden Befund darbot:

In der Ileozökalgegend ist ein nierenförmiger, rundlicher Tumor von glatter Oberfläche tastbar. Der Tumor ist leicht verschieblich, besonders leicht in transversaler Richtung. Eine Verschieblichkeit während der Respiration besteht nicht. Eine im Israelitischen Krankenhaus gemachte Röntgenaufnahme mit Wismutfüllung zeigt eine Aussparung, dem untersten Teile des Coecums entsprechend. Wegen des reichlichen Blutabganges mit dem Stuhl, der Aussparung im Röntgenbilde und auf Grund des gesamten Befundes wurde ein Darmtumor angenommen und am 2. Mai die Operation vorgenommen. In guter Äthernarkose ausgedehnter Pararektalschnitt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich am unteren Ende des Coecums, das übrigens keinerlei Verwachsungen mit der Umgebung aufweist, ein wurstförmiger, etwa 12 cm langer, an seiner dicksten Stelle etwa 5 cm breiter, prallelastischer, glatter Tumor. Die Tänie des Kolons setzt sich auf dem sonst nicht gut vom Coecum abgegrenzten Tumor fort. Die Farbe und Blutfüllung ist ungefähr dieselbe wie die des anliegenden Coecums. Das Ileum wird etwa 5 cm vor seiner Einmündung ins Coecum durchtrennt, der Tumor abgetragen, die Darmenden durch Einstülpung verschlossen und eine Seit zu Seit-Anastomose zwischen Dünndarm und Dickdarm hergestellt. Der Leib wird durch

Fig. 1.

¹⁾ Demonstration in der Berliner Gesellschaft für Chirurgie am 26. Mai 1913.

Etagennähte geschlossen. Die Heilung erfolgt, außer einem am zweiten Tage auftretenden vorübergehenden paralytischen Ileus, ohne Besonderheiten per primam.

Der Tumor zeigt das aus dem Aquarell ersichtliche Bild. Die Konsistenz ist prallelastisch, die Länge 13 cm, die größte Breite 5½ cm. Im aufgeschnittenen Zustande zeigt der Wurmfortsatz sich in ein großes Hohlorgan verwandelt, das ein blindes Grübchen zeigt an der Stelle, wo die Einmündung in den Dickdarm hätte erfolgen sollen. Das Organ ist erfüllt von einer gelatinösen Masse, welche teils durchsichtig wie Gelee ist, teils die Beschaffenheit von Mondamincreme hat. Die Schleimhaut des Wurmfortsatzes ist blaß, sieht kutisartig aus, ähnlich wie eine leukoplakische Blase, die Wand selbst ist sehr dünn. Die Tünie des Dickdarms setzt sich erkennbar etwa 3½ cm auf die Geschwulst fort. In gefülltem Zustand bildet der obere Pol der Geschwulst eine flache Kuppe, die in das Lumen des Dickdarms hineinragt.

Von einem zweiten, ähnlichen Fall, den ich 1910 zu operieren Gelegenheit hatte, erlaube ich mir die Krankengeschichte mitzuteilen:

Fall 2. Herr N., kräftig gebauter, sonst gesunder junger Mann aus unbelasteter Familie, litt seit sieben Jahren an unbestimmten Schmerzen und Beschwerden in der rechten Bauchseite. Die Schmerzen waren besonders heftig nach körperlichen Anstrengungen; ein ausgesprochener Anfall von Blinddarmentzündung, sodaß Arbeitsunfähigkeit entstanden wäre, ist jedoch nicht vorgekommen. Patient wurde am 8. August 1910 wegen chronischer Appendicitis im Städtischen Krankenhaus Harburg-Elbe aufgenommen und wurde mir am gleichen Tage zur Operation überwiesen.

Befund: Organe der Brusthöhle ohne Besonderheiten.

Abdomen: Straffe, gut muskulierte, nicht fettreiche Bauchdecken. Bei mittelstarkem Eindrücken etwas oberhalb des Mc Burneyschen Punktes geringe, scharf umschriebene Druckempfindlichkeit; beim tiefen Eindrücken der linken Bauchseite, sowie bei plötzlichem Loslassen der eingedrückten rechten Bauchseite werden keinerlei Schmerzen an der besagten druckempfindlichen Stelle verspürt. Die Palpation ist gänzlich negativ, Spannungsunterschiede in der Muskulatur bestehen nicht. Der Urin war frei von Eiweiß und Zucker.

Operation: (Dr. Hammesfahr). In guter Chloroformäthernarkose Pararektalschnitt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle läßt sich das Coecum wegen ausgedehnter Verwachsung nicht vorziehen. Erweiterung des Schnittes nach oben und unten. Das Coecum ist allenthalben durch Stränge mit den umliegenden Darmschlingen verwachsen. Lateral zwischen Coecum und Bauchwand liegt, in Verwachsungen eingebettet,

Fig. 2.

ein über daumendicker, blaßweißlicher, prallelastischer, dem Wurmfortsatz entsprechender Körper. Nach Durchtrennung der Verwachsungen, was hauptsächlich scharf geschieht, ist es

nicht möglich, den Wurmfortsatz in typischer Weise vom Coecum zu trennen. Die unterste Kuppe wird mit abgetragen, sodaß ein etwa markstückgroßer Defekt entsteht, der durch Einstülpung und Naht geschlossen wird, Schluß der Bauchwunde durch Etagennähte. Die Heilung erfolgte ohne Besonderheiten.

Der Wurmfortsatz hatte eine Länge von ungefähr 12 cm und eine Breite von ungefähr 3 cm an den unteren beiden Dritteln, während das obere Drittel eine taubeneigroße, kugelige Vorwölbung zeigte. An dieser Stelle war die größte Breite etwa 4 cm.

Aufgeschnitten, ist der Wurmfortsatz angefüllt mit galleartigen, blaßgelblichen, durchsichtigen Massen, die Wand ist grauweiß perlmutterglänzend. Der oben erwähnten kugeligen Ausbuchtung entsprechend, zeigt sich eine Vorwölbung, deren Wand nur durch Serosa gebildet wird, sogenanntes Rokitanskisches Divertikel.

Derartige Fälle sind schon mehrfach in der Literatur beschrieben worden; alle hatten das Gemeinsame, daß der Inhalt des Wurmfortsatzes aus mehr oder weniger durchsichtigen, schleimigen Massen bestand, niemals war Kot oder Eiter neben diesen Massen vorhanden. Bei einigen hatten die Schleimmassen die Muscularis durchbrochen und die Schleimhaut vorgewölbt als sogenannte Rokitanskische Schleimhauthernien.

Der im Jahre 1910 von mir operierte Fall aus Harburg zeigte diesen Befund. Im weiteren Verlauf dieses Zustandes wird die Wand des Wurmfortsatzes durchbrochen und die Schleimmassen treten in die Bauchhöhle aus; es kommt dann zur Ansammlung von oft ganz erheblichen Schleim-

massen in der freien Bauchhöhle, Pseudomyxoma peritonei e processu vermiformi.

In verschiedenen Fällen sind in diesen Schleimmassen abgestoßene Zellen aus der Wand der Appendixschleimhaut gefunden worden. Diese Zellen sollen sich in den Schleimmassen wenig vermehren können, und das Wachstum soll mit der Zeit atypisch werden, indem Kernteilung noch stattfindet, aber keine Zellteilung, sodaß es also zur Bildung von kleinen Synzytien kommt (Cagnetto).

In dem Falle der Frau L. war die Schleimhaut der Wand stellenweise verloren gegangen, die Muscularis durchweg mittelstark infiltriert. In den homogenen Schleimmassen fanden sich Cholestearintafeln und spärliche Leukozyten. Epithelien oder Synzytien waren nicht nachweisbar.

Literatur: 1. Cagnetto, Virchows Archiv 1909, Bd. 198. — 2. Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie 1909, Bd. 64. — 3. Fraenkel, Münchener medizinische Wochenschrift 1912. — 4. Neugebauer, Bruns Beiträge 1910, Bd. 67. — 5. Neumann, Berliner klinische Wochenschrift 1909. — 6. Oberndorffer, Pathologische Anatomie der Appendicitis, Lubarsch-Ostertags Ergebnisse 1909, Bd. 1. — 7. Poindecker, Wiener klinische Wochenschrift 1912, Nr. 30. — 8. Sissojeff, Virchows Archiv 1911, Bd. 205. — 9. Tarozi, Ref. Archiv für Verdauungskrankheiten 1910, Bd. 16. — 10. Hueter, Zieglers Beiträge 1907, Bd. 41. — 12. Bérard, Prov. méd. 1913, Jahrg. 26, Nr. 15. — 13. Rathe, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1913, Bd. 37, H. 3.