Über entzündliche Geschwülste am Darm.

Von Prof. Dr. **Heinrich Braun** in Göttingen.

(Hierzu Taf. I. II.)

Vor acht Jahren hatte ich auf dem 29. Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eine Mitteilung gemacht über entzündliche Geschwülste des Netzes, diesmal möchte ich die allgemeine Aufmerksamkeit lenken auf ähnliche Geschwülste am Darm, deren Kenntnis ebenfalls von Wichtigkeit ist, wegen ihres Verlaufes, wegen ihrer Prognose, hauptsächlich aber wegen ihrer großen Ähnlichkeit mit malignen Neubildungen. In unseren Lehr- und Handbüchern der speziellen Chirurgie finden sich über derartige Geschwülste keine Angaben; auch sind mir in der deutschen Literatur keine hierhergehörigen Einzelbeobachtungen bekannt, während sich solche, wenn auch in spärlicher Anzahl, in der englischen und französischen Literatur der letzten Jahre finden. Sicherlich haben manche der Anwesenden diese Tumoren auch gesehen, aber ihre Beobachtung nicht mitgeteilt, und gewiß ist manchmal auch ein derartiger entzündlicher Tumor als Karzinom exstirpiert und vielleicht auch bei unterlassener mikroskopischer Untersuchung als solches in der Statistik verwertet worden.

Absehen möchte ich bei dieser Mitteilung von den mehr diffusen entzündlichen Anschwellungen, die in der Umgebung des Mastdarms und der Flexura sigmoidea, hier häufig in Verbindung mit Divertikeln, vorkommen, da diese Affektionen in den letzten Jahren gründlich studiert wurden und daher allgemein bekannt sind. Absehen möchte ich auch hier von den entzündlichen Pseudotumoren des Netzes, die auf das Kolon transversum übergehen und dieses stenosieren können. Eingehen möchte ich allein auf die

1) Abgekürzt vorgetragen am 3. Sitzungstage des 37. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin am 23. April 1908.

ganz zirkumskripten entzündlichen Tumoren, die der Darmwand unverschieblich anliegen, nichts mit Lues, Tuberkulose und Aktinomykose zu tun haben und wegen ihren Eigentümlichkeiten zur Verwechslung mit Karzinomen Anlaß geben.

Vorausschicken möchte ich nur noch, daß bekanntlich entzündliche Geschwülste überall am Körper vorkommen können, hier aber leicht als solche erkannt werden. Nur in der Bauchhöhle, wo sie sich am Magen bei Magengeschwüren, an der Gallenblase, besonders um den Ductus cysticus und choledochus bei Gallensteinen und im kleinen Becken bei manchen Erkrankungen der weiblichen Genitalien entwickeln, ist ebenfalls die Verwechselung mit Karzinomen naheliegend und manchmal die Diagnose erst bei der Probeparatomie sicher zu stellen.

Zunächst möchte ich über die Beobachtung, welche mich zu einer Umschau in der Literatur und zu dieser Mitteilung überhaupt veranlaßte, berichten.

Am 16. II. 1907 wurde die 43 Jahre alte Frau C. K. aus Bils-
hausen wegen einer Geschwulst in der linken Bauchseite in die
chirurgische Klinik aufgenommen. Der Tumor war zuerst an Weih-
nachten 1906 gefunden worden, und seit dieser Zeit sollen die Stuhl-
entleerungen unregelmäßig, öfters mit Blut vermischt, gewesen sein,
auch soll der Kräftezustand der Kranken rasch abgenommen haben.

Die Untersuchung zeigte jetzt bei der elend und kachektisch aus-
sehenden Frau in der linken Bauchseite nach innen von der Darmbein-
schaufel einen wenig verschieblichen, apfelgroßen Tumor, der derb,
höckerig und druckempfindlich war. Im übrigen fanden sich bei
Frau K. keine krankhaften Veränderungen.

In den nächsten Tagen nach der Aufnahme wurden durch Ab-
führmittel und Ölklystiere die gefüllten Darmschlingen mit deutlich
sichtbaren, schmerzhaften peristaltischen Bewegungen entleert.

In der Annahme, daß ein Karzinom der Flexura sigmoidea
vorläge, machte ich am 1. März die Laparotomie mit einem senk-
rechten, vom Lig. Pouparti nach oben über die Höhe der Geschwulst
geführten Schnitt. Nach Durchtrennung von Verwachsungen des
Netzes mit der Bauchwand und der Geschwulst zeigte sich, daß
letzttere hauptsächlich die gegen das Mesocolon zu gelegene Wand
des Darmes einnahm, aber auch weiter auf die angrenzenden
Flächen der Darmwand überging. Die Geschwulst wurde mit dem
benachbarten Darm nach außen gelagert, so daß etwa 6—8 cm
desselben auf jeder Seite von der Geschwulst vorlagen, dann mit
dem Peritoneum der Bauchwand vernäht, nachdem die beiden Darm-
schenkel durch 13 Seidenknopfnähte miteinander vereinigt waren,

um späterhin die Anlegung einer Anastomose zwischen ihnen zu erleichtern.

Da der Wundverlauf ein guter war, wurde am 4. III. der Tumor und ein Stück Kolon mit dem Paquelin derart reseziert, daß die dem Tumor gegenüberliegende Wand des Kolon erhalten blieb und die Darmstümpfe wenig über das Niveau der Haut vorragten. Die Heilung der Wunde ging reaktionslos von statten, der Stuhlgang entleerte sich leicht durch den künstlichen After. Nachdem sich die Darmstümpfe fast ganz zurückgezogen hatten und die Stuhlentleerungen regelmäßig erfolgten, wurde die Frau am 30. März entlassen, um sich zu Hause zu erholen.

Über den exstirpierten Tumor ist zunächst zu sagen, daß derselbe makroskopisch betrachtet auf der einen Seite deutlich wohl erhaltene Schleimhaut erkennen läßt. Auf einem frischen senkrecht zur Schleimhaut geführten Schnitt zeigt sich die Geschwulst zusammengesetzt aus mit dicken Bindegewebsschwielen durchsetzten festen Fettmassen, die bis an die deutlich erhaltene Muskulatur des Darmes herangehen. Die ziemlich hohe Darmschleimhaut, die etwas ödematöse Submukosa und die nur gering ausgebildete Muskularis sind überall scharf voneinander abgegrenzt. Nur an einer Stelle durchsetzt ein gelber streifenförmiger Herd, von der Mukosa beginnend, sämtliche Schichten der Darmwand, um sich nach Verlauf von einem Zentimeter in den Fettmassen zu verlieren. Die mikroskopische Untersuchung, welche Herr Dr. Schultze in dem pathologischen Institut vorzunehmen die Güte hatte, wofür ich ihm auch hier bestens danke, zeigte (Tafel 1 Fig. 1), daß der größte Teil der Geschwulst aus einem von kernarmem Bindegewebe durchsetzten Fettgewebe und wenigen perivaskulären, kleinzelligen Infiltrationen besteht. Die Muskulatur des Darmes ist überall gut erhalten, die Lieberkühnschen Krypten hören scharf an der Muskularis mukosae auf. Die Submukosa ist ödematös; die Muskularis nur wenig mächtig, besonders die äußere Längsschicht durch das Fettgewebe auseinandergedrängt. Der erwähnte gelbe Herd besteht aus zahlreichen Lymphocyten, roten Blutkörperchen, blutkörperhaltigen Zellen und nur sehr vereinzelt großkernigen Elementen. Muskularis mukosae, Submukosa und Muskularis sind an dieser Stelle unterbrochen (Tafel 1 Fig. 2). Zeichen einer bösartigen Neubildung sind nirgends zu erkennen. Herde stärkerer Entzündung, Eiterung, Bakterienanhäufungen und Nekrosen fehlen. Die anatomische Diagnose lautete demnach: Chronische Entzündung des geschwulstartig gewucherten, submukösen Fettgewebes des Kolon, kein maligner Tumor, keine spezifische Entzündung (Tuberkulose, Lues, Aktinomykose).

Am 13. IV. 1907 kam Frau K. in die Klinik zurück, sie hatte sich zu Hause gut erholt, nur fand sich an dem oberen Winkel des

künstlichen Afters ein haselnußgroßer, verschieblicher, submukös gelegener Tumor. Am 4. V. wurde diese allmählich immer größer gewordene Geschwulst mit Eröffnung des Bauchfells exstirpiert.

Die von Herrn K. Schultze vorgenommene mikroskopische Untersuchung dieser zweiten Geschwulst ergab genau dieselben entzündlichen Veränderungen, wie sie bei der Untersuchung der ersten Geschwulst gefunden worden waren. Nach glatter Heilung dieser Wunde wurde am 1. VI. zur Beseitigung des künstlichen Afters eine weite Anastomose zwischen den beiden zum künstlichen After hinführenden Darmschlingen angelegt, zugleich die noch etwas vorstehenden Darmstümpfe mit dem Thermokauter verschorft. Der Wundverlauf war auch diesmal ein guter, bereits am 4. Tage nach der Operation erfolgte Stuhlgang per rektum, ebenso in der folgenden Zeit. Da trotz einer am 22. VI. nochmals vorgenommenen Kauterisation die kaum für die Spitze des kleinen Fingers durchgängige und nach Anlegung des künstlichen Afters hinterbliebene Fistel sich nicht schloß, wurde dieselbe von mir umschnitten und mit Silberdraht genäht. Am folgenden Tage fühlte sich die Kranke ganz wohl, aber am zweiten Tage kollabierte dieselbe ganz plötzlich und starb.

Die Autopsie ergab eine kotig eitrige Bauchfellentzündung, die sich von einer kleinen Perforationsstelle des Darmes aus entwickelt hatte. Die Entero-Anastomose war weit und fest geheilt. Außerdem fand sich bei der Sektion Fettherz, ein geringer Grad von brauner Atrophie des Herzmuskels, Altersveränderungen an den Klappen, Arteriosklerose der Aorta und alte pleuritische Verwachsungen an der Lungenspitze.

Entweder war die Bauchhöhle bei der Umschneidung der Fistel, ohne daß es bemerkt wurde, eröffnet worden, oder es hatte sich eine kleine Stelle des Darmes von der Bauchwand, mit der er überhaupt nur in geringer Ausdehnung verwachsen war, losgelöst, so daß der Kot in die offene Bauchhöhle kommen und die schnell zum Tode führende Peritonitis veranlassen konnte.

Im Anschlusse an meine eigene Beobachtung möchte ich gleich noch einige von mir in der ausländischen Literatur gefundene analoge Beobachtungen im Auszug mitteilen. In allen diesen Fällen waren die Tumoren zirkumskript und fast ausnahmslos vor der Operation für ein Karzinom des Darms gehalten worden.

Moynihan¹⁾ behandelte einen 62 Jahre alten Mann, der seit 7 Monaten an Darmleiden, Flatulenz, Stuhlverstopfung und Ge-

1) B. G. A. Moynihan, The mimicry of malignant disease in the large intestine. The Edinburgh medical Journal 1907. March New Series Vol. XXI. Old Series Vol. LXIII, p. 228.

wichtsverlust litt. In den letzten 3 Monaten mußte er zweimal wegen heftiger, durch einen subakuten Darmverschluß bedingter Anfälle für 3 bis 4 Tage zu Bett bleiben. Bei dem letzten Anfall, den Moynihan selbst sah, befand sich der Kranke in gutem Allgemeinzustand, der Leib war ausgedehnt, die Dünndarmschlingen waren sichtbar zusammengezogen, das Cökum, das Kolon ascendens und transversum ausgedehnt und hart; daneben war lautes Kollern im Leibe hörbar. 24 Stunden, bevor Moynihan zu dem Kranken gekommen war, hatte derselbe Übelkeit und zweimal Erbrechen. Moynihan hielt den Tumor, den man bei dem Kranken vor der linken Niere fand, für ein Karzinom und empfahl die Operation. Bei derselben am 14. XII. 1903 wurde die Eröffnung des Bauches mit einem in der linken Linea semicircularis gelegenen Schnitt vorgenommen. Die kokosnußgroße Geschwulst, die mit der Bauchwand, dem Magen, dem Zwerchfell und einigen Dünndarmschlingen verwachsen war, nahm das linke Ende des Kolon transversum ein. Dieses selbst war rot und verdickt, das Kolon descendens und die Flexura sigmoidea blaß und leer. Da die Exstirpation der Geschwulst ganz unmöglich war, wurde eine Anastomose zwischen dem untersten Ende des Ileum und der Flexura sigmoidea gemacht und das distale Ende des Ileum verengt.

Die Heilung der Wunde erfolgte ohne Zwischenfall. Der Kranke fühlte sich nach der Operation viel besser wie vorher, nahm an Gewicht zu und hatte regelmäßigen Stuhlgang. Der Tumor verschwand vollständig.

Moynihan hatte noch bei der Operation nicht gezweifelt, daß es sich um ein inoperables Karzinom handelte.

Proust¹⁾ Fall betrifft eine 32 Jahre alte Frau, die seit Juli 1905 über Schmerzen im Leibe klagte und bei der im folgenden September eine doppelseitige Ovariectomie gemacht worden war. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im Oktober war die Wunde noch nicht völlig vernarbt und ging im Dezember beim Erbrechen auseinander, so daß ein Netzstück vorfiel. Mit beginnender Peritonitis wurde die Frau wieder aufgenommen und nochmals operiert, aber nach 3 Wochen geheilt entlassen. Seitdem bestanden bei der Kranken lanzinierende Schmerzen in der linken Seite, in der man auch einen nußgroßen Tumor nachweisen konnte, der stetig an Größe zunahm. Dabei bestand Fieber bis zu 40° C.

Nach einem Stadium der Ruhe kamen im Mai 1906 die Schmerzen im Leib wieder so heftig zum Ausbruch, daß die Kranke in das Hospital Broca aufgenommen werden mußte. Damals wurde eine Geschwulst in der linken Bauchseite festgestellt, die man

1) Robert Proust, Tumeur para. intestinale. Rapport par M. Lejars. Bullet. et Mémoires de la société de chirurgie de Paris 1907. T. XXXIII, p. 1158.

zwischen die beiden Hände nehmen konnte. Bei der von Pozzi am 2. Juni 1906 vorgenommenen Laparotomie fand man, daß der Tumor durch adhärentes Netz gebildet wurde, das nach seiner Lösung abgebunden und reseziert wurde. Am 7. VII. ging die Kranke wieder nach Hause, kam aber am 17. bereits wieder, da sie noch Schmerzen in der linken Seite des Bauches und Fieber hatte. Bei der Palpation fand man daselbst einen sehr harten, oberflächlichen, im unteren Abschnitt höckerigen, kuchenförmigen Tumor, der rechts über den Nabel hinaus und unten bis zu einer in der Höhe der Spina ilei ant. sup. gezogenen Linie reichte. Am 3. VIII. machte Proust bei der Kranken die Laparotomie mit einem am Außenrande des linken M. rectus gelegenen Schnitt. In dem linken Winkel des Kolon transversum fand sich eine harte, nußgroße Masse, die in Verbindung mit der Darmwand stand und von der man sie abzulösen versuchte. Außerdem bestanden vielfach Adhäsionen mit den Därmen, die getrennt wurden. Nachdem dies geschehen war, zeigte sich noch ein Tumor im Mesokolon transversum, der an dem Kolon fest adhärent war und dessen Lumen verengte. Mikroskopisch war schwer zu entscheiden, ob eine tuberkulöse Infiltration oder ein Neoplasma vorlag. Das Kolon wurde in einer Ausdehnung von 10 cm reseziert, seine Lumina vernäht und die beiden Darmstümpfe lateral miteinander vereinigt. Die Heilung ging glatt von statten und die Frau verließ am 1. IX. 1906 das Krankenhaus. 13 Monate später (Oktober 1907) stellte sie sich gesund wieder vor, klagte aber nun über einen medianen Bauchbruch.

Bei der Untersuchung der exstirpierten Geschwulst erschien das Lumen des Kolon normal, nur an einer Stelle wurde es um $\frac{2}{3}$ durch einen dort vorspringenden Sporn verengt. Der letztere entsprach einem nußgroßen Tumor, der sich da, wo das Netz an das Mesokolon stößt, entwickelt hatte. Der Tumor sah auf der Schnittfläche graurot aus, war genau begrenzt, ging unmittelbar bis an die Darmwand hin, die verdickt erschien, ohne aber mit ihr verschmolzen zu sein. Der Sporn bestand aus entzündlich verdicktem, sklerosiertem Gewebe ohne Zeichen einer Neubildung. Proust erwähnt noch, daß der Tumor, obgleich er einem tuberkulösen oder karcinomatösen geglichen hätte, wegen der Anamnese leicht zu deuten gewesen sei.

Robson¹⁾ sah im August 1906 einen älteren, schwerkranken Mann mit Erscheinungen von chronischem Darmverschluß. Letzterer schien veranlaßt zu sein durch einen höckerigen, harten, in der Nabelgegend gelegenen Tumor, der wegen seines progressiven

1) A. W. Mayo Robson, On adress on some abdominal Tumours simulating malignant disease and their treatment, delivered before the Torquay medical society. The British medical Journal 1908. Vol. I Febr. 22, Nr 2460, p. 425.

Charakters und wegen der Allgemeinerscheinungen (Gewichtsverlust usw.) für einen malignen gehalten wurde. Bei der Operation fand sich in der Bauchhöhle etwas Flüssigkeit; der Tumor dehnte sich über das Kolon transversum, das Netz, und einige Dünndarmschlingen aus. Da die Exstirpation dieser Geschwulst unmöglich war, wurde die Entero-Anastomose gemacht. Nach der Operation erholte sich der Kranke rapid, während der Tumor allmählich verschwand. Ein Jahr später befand sich der Mann in vorzüglichem Gesundheitszustand.

Robson hatte vor etwa 12 Jahren einen mehr als 70 Jahre alten Mann operiert, der an einem akuten Darmverschluß infolge eines Tumors des Kolon ascendens litt. Anlegung einer Anastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea. 3 Jahre später ging es dem Kranken ganz gut.

Robson operierte vor 2 Jahren eine Dame in mittlerem Alter wegen eines chronischen Darmverschlusses mit deutlich sichtbarer Peristaltik, die sich im Anschluß an eine Krankheit, welche mehrere Wochen angedauert hatte, entwickelt hatte. Bei der Laparotomie wurde ein großer Tumor in der Gegend der Flexura splenica coli gefunden, der eine Dünndarmschlinge umfaßte und beide Darmteile verengte. Der Tumor war so fest und höckerig, daß an der Diagnose Karzinom nicht gezweifelt wurde. Aus diesem Grunde wurde nur eine Anastomose zwischen Dünndarm und Dünndarm und eine zweite zwischen den beiden Kolonschenkeln angelegt. Angenommen wurde, daß die Patientin nur noch höchstens 3 Monate zu leben hätte. Dagegen erholte sie sich sehr gut und war nach 1 Jahre völlig gesund.

Lejars¹⁾ teilte in der Sitzung der Société de chirurgie de Paris vom 8. I. 1908 eine Beobachtung von Delvoie mit. Am 23. VII. 1907 wurde eine 26 Jahre alte Lehrerin wegen eines bis zu den Rippen hinauf reichenden Uterusfibroms operiert. Als von einem Bauchschnitt aus der Uterus entfernt war, wurde eine zweifaustgroße, subperitoneal im kleinen Becken gelegene fibröse Masse gefunden, die nach Spaltung des Bauchfells ausgeschält wurde. Die hierdurch entstandene Wundhöhle wurde tamponiert. Verlauf günstig bis zum 6. Tag, an dem Fieber auftrat, das aber nach Entfernung der Gaze in einigen Tagen verschwand. Drei Wochen später bekam die Kranke plötzlich heftige Leibschmerzen, wie bei Leberkoliken, am nächsten Tage waren die Schmerzen vorbei, kamen aber nach 3 Wochen wieder mit demselben Charakter und dauerten 2 Tage. Während dieser Zeit verschlechterte sich das Allgemeinbefinden der Kranken in beunruhigender Weise, sie ernährte sich schlecht, magerte

1) Lejars, Des Tumeurs inflammatoires para. intestinale. Bullet. et Mémoires de la société de chirurgie de Paris 1908. T. XXXIV, Nr. 1, p. 9. séance du 8. Janvier 1908.

ab und wurde gelb; der untere Teil der Bauchwunde vernarbte nicht, der Urin enthielt Eiter. Die Schmerzen lokalisierten sich immer mehr in der Gallenblasengegend, gleichzeitig war die Temperatur etwas erhöht. Anfangs September wurde ein mandarinengroßer Tumor der Gallenblasengegend bemerkt, der gegen den 25. IX. hin orangegroß und sehr hart war. Wegen der Verschlechterung des Allgemeinzustandes wurde eine Incision an der Außenseite des M. rectus der rechten Seite gemacht, bei derselben fand sich ein subhepatischer Tumor, der dem Kolon transversum in seinem rechten Winkel dicht anlag und mit dem Netz verwachsen war; die Gallenblase war gesund. Ein anwesender Kollege schlug eine Resektion des Kolon vor. Es wurde aber doch die Geschwulst vorsichtig von dem Kolon, dessen Wandung sehr verdünnt war, abgelöst. Wenn auch makroskopisch der Tumor wie ein Karzinom aussah und mikroskopisch zufälligerweise nicht untersucht wurde, mußte man doch aus der ganzen Entwicklung des Tumors auf eine entzündliche Natur desselben schließen. Die Heilung der Wunde wurde nur durch die Bildung einer Kotfistel gestört, die sich aber nach 3 Wochen spontan schloß. Nach der Heilung besserte sich der Zustand, und nun erfreut sich die Kranke einer vorzüglichen Gesundheit.

Nach diesen bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen scheinen diese zirkumskripten entzündlichen Tumoren, die besonders leicht mit Karzinom verwechselt werden, verhältnismäßig selten, dagegen die diffusen entzündlichen Anschwellungen häufiger vorzukommen, wie auch aus den Veröffentlichungen von Lejars, Potherat, Routier u. a. hervorgeht. Moynihan gibt allerdings an, in den letzten 3 Jahren 6mal und Robson in 12 Jahren 5mal derartige Pseudotumoren am Darm beobachtet zu haben. Diese umschriebenen entzündlichen Tumoren scheinen nach den bis jetzt bekannten Beobachtungen nicht am Dünndarm, sondern nur an den verschiedenen Abschnitten des Dickdarms vorzukommen, wahrscheinlich, weil nur hier eine genügende Menge von Binde- und Fettgewebe vorhanden ist, aus deren Entzündung sich diese Pseudotumoren entwickeln.

Die Ätiologie dieser zirkumskripten Pseudotumoren am Darm ist meiner Ansicht nach noch nicht in allen Fällen festgestellt. Meist handelt es sich wahrscheinlich um entzündliche Prozesse, die von der Darmschleimhaut aus, auf das anliegende Binde- und Fettgewebe des Mesokolon direkt fortgeleitet sind. Bei der Untersuchung des von mir resezierten Tumors waren ma-

kroskopisch keine Schleimhautveränderungen zu finden, wohl aber mikroskopisch solche nachweisbar. Manchmal scheinen allerdings auch diese Pseudotumoren durch Fortleitung der Entzündung von entfernter gelegenen Gegenden aus zu entstehen.

Häufig machen diese geringfügigen Veränderungen der Darmschleimhaut keine krankhaften Erscheinungen, so daß die Tumoren dann scheinbar ohne jede nachweisbare Ursache entstanden sind. Hierin liegt auch die hauptsächliche Ursache, daß diese Pseudotumoren so häufig mit Karzinomen verwechselt werden. Diese Verwechslung ist um so mehr zu entschuldigen, und um so leichter zu verstehen, besonders so lange man nicht diese Pseudotumoren kannte, weil die Symptome der beiden Erkrankungen, die meist bei älteren Leuten vorkommen, sich häufig vollkommen gleichen. Übereinstimmend wird von diesen Kranken mit Pseudotumoren über Unregelmäßigkeit des Stuhlgangs, dem häufig auch etwas Blut beigemischt ist, über eine derbe, höckerige, allmählich wachsende Geschwulst, über kolikartige Schmerzen im Unterleib, einige Zeit nach dem Essen, häufig über sichtbare Peristaltik, mit Anfällen von schnell vorübergehendem oder länger dauerndem Darmverschluß geklagt. Noch größer wird die Ähnlichkeit zwischen einem entzündlichen Tumor und einem Karzinom, wenn bei ersterem, wie öfteres beobachtet, sich bei dem Kranken eine Kachexie entwickelt, oder wenn, wie bei meiner Kranken nach Entfernung des Pseudotumors ein Rezidiv der entzündlichen Geschwulst auftritt, das wegen seines fortdauernden Wachstums exstirpiert werden mußte. Ohne eine mikroskopische Untersuchung des primären Tumors und des Rezidivs wäre wohl von niemandem an der Diagnose Karzinom gezweifelt worden.

Der Verlauf dieser entzündlichen Darmtumoren ist ein verschiedener. Häufig wachsen dieselben bis zu Faustgröße weiter und machen dann derartige heftige Erscheinungen von Darmstenose, daß ein operativer Eingriff notwendig wird. Andererseits kann aber auch ein Kleinerwerden schon vorhandener Geschwülste und selbst ein vollkommenes Verschwinden derselben beobachtet werden. Die Krankengeschichten zweier von mir beobachteter Personen, bei denen solche Pseudotumoren einen derartigen Verlauf zeigten, möchte ich hier einschalten.

Frau Sanitätsrat Th., 54 Jahre alt, wurde von ihrem Manne

am 19. VI. 1895 an einen Gynäkologen in Königsberg i/Pr. geschickt, da bei ihr ein Ovarialtumor sich entwickelt haben sollte. Hier wurde ein maligner Darmtumor angenommen und die Kranke an mich gewiesen. Die Anamnese ergab, daß die Dame im Frühjahr 1894 an einer rechtsseitigen Bauchfellentzündung behandelt worden war und daß sich damals eine Anschwellung in der Gegend des rechten Ovariums gebildet haben sollte, die für eine Geschwulst desselben gehalten wurde. Die Schmerzen im Leib ließen allmählich nach und die Kranke, deren Leber auch nicht in Ordnung zu sein schien, machte im Sommer 1894 eine Kur in Karlsbad durch. Dabei verloren sich die Störungen der Verdauung und die Anschoppung der Leber, dagegen blieb die Geschwulst unverändert. Als ich die Kranke sah, ergab die Untersuchung keinen Zusammenhang des Tumors mit einem Ovarium; er war von der Vagina aus nicht zu erreichen. In der rechten Fossa iliaca fand sich ein apfelgroßer, höckeriger, derber, wenig verschieblicher Tumor. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf ein vom Cöcum ausgehendes Karzinom gestellt. Die vorgeschlagene Probelaparotomie kam nicht zur Ausführung. Was aus diesem Tumor geworden ist, kann ich nicht mit Sicherheit sagen; jedenfalls handelte es sich aber um kein Karzinom, denn wie mir auf meine Erkundigungen mitgeteilt wurde, hat die Kranke im Jahre 1897 eine Gallensteinoperation gut durchgemacht, und trotz eines durch einen Beinbruch im Jahre 1898 bedingten langen Krankenlagers sich bis zu ihrem im Jahre 1906 an Influenzapneumonie erfolgten Tode wohl befunden. Wahrscheinlich hat es sich bei dieser Kranken um eine Appendicitis und eine infolge davon entstandene entzündliche, dem Cöcum innig anliegende, Geschwulstbildung gehandelt.

Die zweite Beobachtung machte ich im Juli 1898 an einem 60 Jahre alten Kapitän a. D., der mir von einem Kollegen wegen eines Tumors im Bauche, wahrscheinlich eines Karzinoms, zugeschickt worden war. Der betreffende, früher immer ganz gesunde Herr hatte seit längerer Zeit Schmerzen in der linken Leistengegend, zu denen sich in den letzten Wochen auch solche im rechten Hypochondrium hinzugesellten. Die Untersuchung des im ganzen gut aussehenden Mannes ergab einen kleinapfelgroßen, höckerigen, sehr harten Tumor, der sich scharf umgrenzen ließ, wenig verschieblich war und dicht oberhalb des Cöcum lag. Da ich den Tumor ebenfalls für ein Karzinom hielt, schlug ich dem Kranken die Probelaparotomie vor, auf die derselbe aber nicht einging. In der folgenden Zeit sah ich den Kranken nicht wieder, hörte nur, daß es ihm gut ginge. Als ich ihn aber im Jahre 1907 wegen Verdauungsbeschwerden wieder zu untersuchen Gelegenheit hatte, war der Leib überall vollständig weich und von einem Tumor keine Spur mehr zu entdecken. Der Kranke hatte sich seit 1898 aus Angst vor einer

Operation und weil die Beschwerden im Leib besser geworden waren, niemals wieder von einem Arzt untersuchen lassen und sich auch selbst nicht so genau beobachtet, um etwa angeben zu können, wann der Tumor verschwunden war.

Dieses spontane Verschwinden von Tumoren des Unterleibs, die für Karzinom gehalten wurden, erklären zum Teil die Fälle, bei denen nach Anlegung einer Kotfistel wegen Darmstenose ein spontaner Verschluss derselben zustande kommen kann, weil die Kotmassen ungehindert auf dem natürlichen Wege wieder abgehen konnten. Verständlich wird auch durch die Kenntnis dieser Pseudotumoren, wie es möglich ist, daß von Ärzten für inoperabel erklärte Karzinome, die bald zum Tode führen würden, durch Anwendung von Medikamenten oder Geheimmitteln oder durch Kurpfuscher und Naturheilkundige geheilt werden können, wodurch selbstverständlich der Ruf dieser Leute noch erhöht wird.

Die Diagnose auf einen entzündlichen Tumor wird man mit großer Wahrscheinlichkeit stellen können, wenn eine Laparotomie oder eine Darmentzündung der Entwicklung derselben vorhergegangen ist. Auch dann, wenn Fieber eintritt, das zwar bei malignen Geschwülsten auch eintreten kann, aber bei diesen doch zu den Ausnahmen gehört. Bei der Laparotomie wird man besonders dann an einen Pseudotumor denken müssen, wenn er sich vorwiegend in das Mesokolon hinein entwickelt hat und die Darmwand nicht zirkulär einnimmt. Bei Zweifel an der Natur des Tumors wird ein in denselben gemachter Einschnitt und das Aussehen der Schnittflächen Aufklärung geben können.

Über die zweckmäßigste Behandlung dieser dem Darm innig anliegenden Pseudotumoren ist, bei der kleinen Zahl von bekannten Beobachtungen, noch kein definitives Urteil zu fällen. Wenn die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann, so wird ein Zuwarten gestattet sein, da, wie oben angegeben wurde, und wie auch die Beobachtungen bei analogen Tumoren des Netzes zeigen, eine Resorption der neugebildeten Gewebsmassen möglich ist. Durch Bettruhe, Prießnitzsche Umschläge und leicht verdauliche Kost wird man die Heilung unterstützen können. Mit dieser Empfehlung möchte ich aber nicht Veranlassung geben, bei zweifelhaften Fällen die Probepaparotomie zu verzögern, da sonst durch Zuwarten ein beweglicher und leicht zu entfernender maligner Tumor in

einen schwer zu operierenden oder selbst inoperablen übergehen könnte, besonders, wenn die Kranken nicht unter dauernder ärztlicher Kontrolle stehen. Ist ein Zweifel an der Natur des Tumors vorhanden, so muß unbedingt die Probeparotomie gemacht werden. Findet sich dann bei dem Kranken, der keine Erscheinungen von Darmstenose hatte, ein entzündlicher Tumor, so wird vielleicht die Abtragung der Geschwulstmassen bis auf die Darmwandung zur Herbeiführung der Heilung genügen. Allerdings scheint es bei einem solchen Vorgehen möglich, daß von den zurückgelassenen entzündlichen Gewebsmassen aus ein Rezidiv oder, wenn bei der Exstirpation zu nahe an oder bis in die Darmwand vorgegangen wurde, eine Kotfistel entstehen kann. Sind bei dem Kranken Zeichen eines unvollständigen oder vollständigen Darmverschlusses oder nur die Erscheinungen vermehrter mit Schmerzen verbundener Peristaltik vorhanden gewesen, so wird die Enteroanastomose oder auch die unilaterale Darmausschaltung zur Ausführung kommen müssen, wie dies von Moynihan, Robson u. a. in den oben angeführten Beobachtungen geschehen ist. Bei allen zweifelhaften Tumoren wird, wenn die Verhältnisse dies gestatten, die Resektion des Darmes angezeigt sein.

Fig. 1.

Fig. 2.