XXIII.

Kleinere Mittheilung.

Ein Fall von multiplen stenosirenden Darmtumoren
tuberculöser Natur; dreifache Darmresection mit glück-
lichem Ausgang.

Von

Dr. Ali Krogius,

Docent der Chirurgie an der Universität Helsingfors.

(Mit 3 Abbildungen.)

Die localisirte tumorbildende Darmtuberculose ist erst seit Anfang dieses Jahrzehntes beachtet und genauer studirt worden. Sie tritt bekanntlich vorzugsweise im Coecum auf, und es ist auch der tuberculöse Coecaltumor, welchem sich das Interesse der Chirurgen zuerst zugewendet hat.

Durante dürfte der erste gewesen sein, der auf gewisse Coecaltumoren hinwies, welche makroskopisch grosse Aehnlichkeit mit einem Carcinom darboten, sich aber bei genauerer Untersuchung als Affectionen tuberculöser Natur herausstellten. Die Mittheilung Durante's erfolgte im April 1890 zu Florenz, auf der 7. Versammlung der italienischen chirurgischen Gesellschaft. Kurz darauf berichteten Hofmokl, Billroth, H. Hartmann und Pilliet u. a. in gelehrten Gesellschaften über denselben Gegenstand, und in Publicationen von Czerny¹⁾, Sachs²⁾, Salzer³⁾, König⁴⁾, Körte⁵⁾ u. a. wurden während der nächstfolgenden Jahre die tuberculösen Coecaltumoren und ihre chirurgische Behandlung eingehend erörtert. In jüngster Zeit endlich hat Conrath⁶⁾ in einer höchst verdienstvollen Arbeit die bisher bekannten Fälle von localer chronischer Coecumtuberculose zusammengestellt und dieser Frage ein gründliches Studium gewidmet.

1) Czerny, Beiträge zur klin. Chirurgie. VI. Bd. 1890. Czerny und Rindfleisch, Ebend. IX. Bd. 1892.

2) Sachs, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXII. Bd. 1891. Archiv f. klin. Chirurgie. XLIII. Bd. 1892.

3) Salzer, Archiv f. klin. Chirurgie. XLIII. Bd. 1892.

4) König, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXIV. Bd. 1892.

5) Körte, Ebend. XL. Bd. 1895.

6) Conrath, Ueber die locale chronische Coecumtuberculose und ihre chirurgische Behandlung. Beiträge zur klin. Chirurgie. XXI. Bd. 1898.

Im nachstehenden werde ich zunächst das klinische Bild und die pathologische Anatomie dieser Affection nach Conrath kurz auseinandersetzen.

Die locale chronische Coecumtuberculose greift etwa ebenso oft Männer wie Weiber an und tritt — im Gegensatz zum Coecumcarcinom — in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei jüngeren Personen, zwischen 20 und 40 Jahren, auf. Diese Patienten bieten in der Regel die Anzeichen einer gelinden, wenig progredienten Lungentuberculose dar.

In anatomischer Hinsicht ist der tuberculöse Coecaltumor, im Gegensatz zur gewöhnlichen ulcerösen Darmtuberculose, durch eine oft enorme Verdickung der zugleich schwierigen und starren Darmwand charakterisirt. Hierdurch wird das Darmlumen mehr oder weniger, oft in äusserst hohem Grade verengt. Die Mucosa selbst ist in vielen Fällen recht wenig alterirt; in der Regel jedoch lassen sich an derselben grössere oder kleinere tuberculöse Geschwüre, nebst villösen oder papillären Excrescenzen, erkennen.

Die histologische Untersuchung ergibt folgendes: Zahlreiche, meistens recht grosse Tuberkelknötchen finden sich, vorzugsweise in der Submucosa und in der Subserosa, vor. Eine dichte kleinzellige Infiltration ist hauptsächlich durch die Mucosa, die Submucosa und die Serosa hindurch verbreitet, wird aber auch in der Muscularis angetroffen, wo sie die einzelnen Muskelbündel auseinanderdrängt. Die Muskelschicht ist hypertrophisch, das Bindegewebe ausserordentlich entwickelt. In der Mucosa sind die Drüsen oft cystisch erweitert.

Der tuberculöse Coecaltumor ist demnach eine in die Darmwand eingebettete tuberculöse Neubildung, welche keine besondere Tendenz zum Zerfall zeigt und infolgedessen eine mächtige Verdickung und Starrheit der Darmwand mit consecutiver Verengung des Lumens hervorruft. Die locale Coecumtuberculose ist als ein chronisch verlaufender, abgeschwächter, tuberculöser Entzündungsprocess aufzufassen, welcher durch eine geringe Menge inficirenden Materials und eine verhältnissmässig grosse Widerstandsfähigkeit des Organismus bedingt ist.

Was die Symptome anbelangt, treten in diesen Fällen die bei der gewöhnlichen ulcerösen Darmtuberculose der Phthisiker vorherrschenden unstillbaren Durchfälle in den Hintergrund. Gewöhnlich wechselt Verstopfung mit Durchfall ab, und in weiter vorgeschrittenen Fällen pflegen die Stenosenerscheinungen sich immer mehr geltend zu machen. Die Kranken werden dann von Kolikanfällen gequält, wobei der Bauch aufgetrieben ist und sichtbare Peristaltik, sowie starkes Gurren in den Gedärmen wahrnehmen lässt. Nicht selten sind die Anfälle von Erbrechen begleitet. Beim Betasten der Coecalgegend lässt sich ein derber und höckeriger etwas beweglicher Tumor durchfühlen. Der Verlauf ist ein äusserst chronischer. In den nicht operirten Fällen gehen die Patienten früher oder später zu Grunde infolge einer Generalisirung der Tuberculose oder durch vom Coecum ausgehende locale Complicationen.

Die oben beschriebene eigenthümliche Form der Darmtuberculose wird, wie bereits bemerkt wurde, vorzugsweise im Ileocoecaltheil des Darnes angetroffen. Doch ist in seltenen Fällen die gleiche Form auch in verschiedenen Theilen des Colon, sowie im Dünndarm beobachtet worden.

Was speciell den letzteren betrifft, habe ich in der Litteratur etwa ein halbes Dutzend Fälle von tuberculösen Dünndarmtumoren verzeichnet gefunden. Diese sind von Frank¹⁾, Sachs²⁾, Vohtz³⁾, Mockenhaupt⁴⁾, Vinci (Salomoni)⁵⁾ und Pantaloni⁶⁾ veröffentlicht worden.

Eine besondere Aufmerksamkeit hat man in letzterer Zeit den multiplen tuberculösen Darmstenosen gewidmet, sei es, dass diese aus tuberculösen Geschwüren durch Narbenschrumpfung entstanden, sei es, dass sie durch die hypertrophische Darmtuberculose hervorgerufen sind. Diese Fälle bieten auch mit Rücksicht auf die operative Behandlung ein ganz besonderes Interesse. In einer Zusammenstellung, welche Hofmeister⁷⁾ im Jahre 1896 von den bisher bekannten Fällen dieser Art machte, konnte er dreizehn operativ behandelte, sowie acht bei der Section angetroffene Fälle zusammenbringen. In den letzten Jahren wurden dann noch einige Fälle von multiplen tuberculösen Darmstenosen von Lennander⁸⁾, Troje⁹⁾, Strehl¹⁰⁾ u. a. veröffentlicht.

Derjenige Fall von Darmtuberculose, welchen ich jetzt aus meiner eigenen Erfahrung mittheilen will, ist in mancher Hinsicht von seltener und interessanter Art. In diesem Falle waren nämlich, ausser dem tuberculösen Coecaltumor, zwei recht grosse, durch die Bauchdecken hindurch fühlbare Dünndarmtumoren vorhanden, welche alle von mächtigen tuberculösen Infiltraten in der Darmwand gebildet waren. Alle diese Tumoren wurden durch drei besondere, in einer Sitzung ausgeführten Darmresectionen entfernt. Einige Zeit später musste sich die Patientin wiederum einer schweren Operation unterziehen wegen eines von Gallensteinen verursachten Gallenblasenempyems.

M. B., 33jährige Landwirthsfrau aus Akkas, wurde am 27. Juli 1898 in's chirurgische Krankenhaus aufgenommen.

Anamnese: Patientin, in deren Familie Disposition für Tuberculose vorhanden ist, war stets zart und schwächlich und hat u. a. zweimal Brustfellentzündung durchgemacht. Sie ist verheirathet und hat 4 Kinder gehabt, von welchen drei am Leben sind.

Seit Weihnachten 1897 wird sie von einem hartnäckigen Husten belästigt und hat ein paar Mal im Auswurf Blut bemerkt.

Seit 3 Monaten leidet sie an Darmbeschwerden, welche sich durch häufig wiederkehrende Anfälle von Kolikschmerzen bei Auftreibung des Bauches und starkem Gurren in den Gedärmen kundgeben. Bei schwereren Anfällen trat bisweilen Erbrechen ein. Der Leib war in letzterer Zeit

1) Frank, Edvard, Prager medicin. Wochenschr. 1890.

2) Sachs, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXII. Bd. 1891.

3) Vohtz, Hospitalstidende. 1892.

4) Mockenhaupt, Zwei Fälle von Darmtuberculose mit Stenosenbildung. Inaug.-Diss. Kiel 1894. (Citirt nach Conrath.)

5) Vinci, Riforma medica. 1896. (Citirt nach Pantaloni.)

6) Pantaloni, Archives provinciales de chirurgie. 1898.

7) Hofmeister, Beiträge zur klin. Chirurgie. XVII. Bd. 1896.

8) Lennander, Upsala läkareförenings förhandlingar. N. F. II. Bd. 1897.

9) Troje, Münchener medicin. Wochenschr. 1897. S. 1119.

10) Strehl, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. L. Bd. 1897.

offen und hat in der Regel täglich funktioniert; zuweilen jedoch hat Pat. ein paar Tage lang keinen Stuhlgang gehabt. Sie ist während dieser Zeit erheblich abgemagert und heruntergekommen.

Status praesens: Patientin ist zart gebaut, blass und mager, die Kräfte mitgenommen. Der Percussionston über den Lungen sonor. Ueber beiden Lungenspitzen hörbare Expiration, aber keine Rasselgeräusche. Die Untersuchung des Auswurfes auf Tuberkelbacillen ergab negatives Resultat. Vom Circulationsapparat nichts Bemerkenswerthes. Der Harn von normaler Beschaffenheit.

Locale Symptome: Der Bauch etwas aufgetrieben. Bei der Palpation kann man in demselben zwei etwa taubeneigrosse, derbe, höckerige Tumoren entdecken, deren Lage sehr wechselnd ist, und welche sich mit Leichtigkeit in der Bauchhöhle hin und her verschieben lassen. Zuweilen scheinen sie verschwunden zu sein, können aber dann beim Touchiren per vaginam im kleinen Becken wiedergefunden werden. Mit den Genitalien scheinen sie keinen Zusammenhang zu haben. Nebst diesen beiden frei beweglichen Tumoren kann man in der rechten Fossa iliaca noch einen dritten, weniger deutlich hervortretenden, fixen Tumor erkennen.

Mit grosser Wahrscheinlichkeit musste man hier Darmtumoren vermuthen, und viele Umstände sprachen für die tuberculöse Natur des Leidens. Ich stellte in der That die Diagnose auf multiple tuberculöse Darmstenosen, wobei ich annahm, dass die recht grossen, durch die Bauchdecken hindurch palpablen Tumoren weniger auf eine Verdickung der Darmwand als auf vergrösserte, tuberculös entartete mesenteriale Lymphdrüsen zurückzuführen seien.

Da es selbstverständlich erscheinen musste, dass die Patientin, wenn nichts zur Beseitigung der Darmverengerung geschah, binnen kurzem unterliegen müsste, habe ich mich, trotz ihres schlechten Zustandes, zu dem Versuch entschlossen, die Darmpassage durch Operation wieder herzustellen.

Die Operation wird am 30. Juli, nach einer einige Tage hindurch fortgesetzten vorbereitenden Behandlung mit Abführmitteln und Klystiren, ausgeführt. Der Bauchschnitt wird in der Linea alba, unterhalb des Nabels, geführt. Mit der Hand wird die Bauchhöhle durchsucht und eine Dünndarmschlinge, an welcher ein kleinerer Tumor zu finden ist, hervorgeholt. Dieser Tumor wird von weissen, festen, höckerigen Infiltraten in der Darmwand gebildet; zunächst um diese herum finden sich in der Darmwand noch einige zerstreute tuberkelähnliche Knötchen (s. weiter unten die Beschreibung der Präparate). Die Mesenterialdrüsen scheinen nicht vergrössert zu sein. Mit dem Tumor ist eine Netzpartie verwachsen. Diese wird abgebunden, und das infiltrierte Darmstück wird, nach Umbindung des Mesenteriums, resecirt, worauf die Darmenden mittels drei Reihen von Suturen vereinigt werden. Hierauf wird die Bauchhöhle von neuem durchsucht und der zweite bewegliche Tumor herausbefördert. Dieser ist etwas grösser als der vorhergehende und wird wie dieser von knotigen Infiltraten gebildet, welche die beiden Schenkel einer zweiten Dünndarmschlinge umfassen und mit einander verlöthen. Das Netz adhärirt am Tumor. Diese ganze Darmpartie, an welcher gleichfalls einige kleine zerstreute Knötchen bemerkt werden, wird im gesunden Gewebe resecirt,

wonach die Enden vernäht werden. Uebrige Theile des Dünndarmes erscheinen gesund. Zuletzt wird der in der rechten Fossa iliaca palpirt Tumor aufgesucht. Auch dieser wird von einer ansehnlichen Verdickung der Wandung des unteren Ileums, des Coecums und des Anfangstheiles des Colon ascendens gebildet. Das Darmlumen scheint in der Gegend der Valvula Bauhini ausserordentlich verengt zu sein, weshalb auch diese Partie, nach Umbindung des Mesenteriums in mehreren Abschnitten, reseziert werden muss. Um die Operation nicht zu sehr zu verlängern, und da die Nahtvereinigung des unteren Ileumendes mit dem Colon ascendens mit gewissen Schwierigkeiten verknüpft sein würde, entschloss ich mich, die beiden Darmenden mittels des Murphy'schen Knopfes zu vereinigen, was sich schnell und ohne Schwierigkeit ausführen liess. Endlich wurde die Bauchwunde vernäht. Die Operation hatte ca. 1½ Stunden gedauert.

Verlauf: Nach der Operation wurde die Patientin von Erbrechen und Hustenreiz belästigt, im übrigen aber war der Zustand befriedigend. Klystire von Kochsalzlösung und ernährende Klystire während der nächsten 3 Tage, vom 3. Tage an Wein und Wasser, sowie kleine Dosen Milch per os. Kein Fieber. Der Bauch eingesunken. Flatus geht ab.

Am 7. August Abführung durch Klystire; Zustand gut.

Den 9. August. Spontane Abführung, mit welcher der Murphy'sche Knopf abgeht. Die Bauchwunde per primam geheilt. In der Ileocoecalgegend, an der Stelle, wo der Knopf gelegen hatte, ist ein ziemlich derber, etwas schmerzhafter Knoten (das abgebundene Mesenterium?) zu fühlen.

Während der folgenden Zeit war der Zustand vollkommen befriedigend und die Patientin nahm nach der Operation um etwa 5 kg an Gewicht zu. Aber vom 6. September beginnt Patientin über Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen zu klagen. Die Schmerzen, welche gegen den Rücken hinausstrahlen, nehmen an Intensität zu und die Patientin fängt an zu fiebern. Die schwereren Schmerzanfälle sind zuweilen von Erbrechen begleitet. (Patientin giebt jetzt auf Befragen an, schon ein paar Jahre lang an derartigen Schmerzen unter der Brust gelitten zu haben.) Die Leber erstreckt sich ein paar Querfinger breit unterhalb des Brustkorbes. Unter dem Leberrand wird am 15. September ein pflaumengrosser, schmerzhafter Tumor palpirt, welcher während der nächsten Tage merkbar an Grösse zunimmt. Die Stühle gallig gefärbt. Das Fieber steigt.

Da mit Rücksicht auf die zuletzt beschriebenen Symptome das Vorhandensein von Gallensteinen vermuthet wird (auch die Möglichkeit einer bei der Operation übersehenen tuberculösen Affection wird in Erwägung gezogen) und da unterdessen der Zustand der Patientin sichtlich heruntergeht, wird wiederum eine Operation vorgeschlagen, wozu Patientin nach einigem Zögern ihre Einwilligung giebt.

Am 20. September wird daher von neuem die Laparotomie gemacht. Schnitt über dem Tumor, parallel dem Rand des M. rectus. Das Colon transversum ist an der unteren Leberfläche adhärent. Nach Lösung der Adhärenz findet man die Gallenblase stark ausgespannt, von graulicher Färbung. Die Bauchhöhle wird mittels Tampons abgesperrt, und von der Gallenblase circa ¼ Liter dünnen Eiters aspirirt. Daraufhin wird sie incidirt, und etwa 40 kleinere Gallensteine werden herausgeholt.

Die Schleimhaut ist gelblichgrau, mit diphtherischen Membranen belegt. Die Ränder der Gallenblasenwunde werden in die Bauchwunde eingenäht und ein langer Gummischlauch in die Fistel eingeführt. Das andere Ende des Gummischlauches wird in ein Gefäss (zum Aufsammeln der herausfliessenden Galle) geleitet.

Verlauf. Nach der Operation einige Male Erbrechen; Schmerzen verschwunden, Temperatur normal. Während der folgenden Tage gehen durch den Schlauch reichliche Mengen Galle ab. Vom 27. hört der Gallenfluss durch die Fistel fast vollständig auf. Patientin befindet sich vortrefflich und hat guten Appetit; keine Schmerzen oder Fieber. Als Patientin am 21. October das Krankenhaus verliess, war noch eine Fistel vorhanden, welche geringe Mengen einer schleimigen Flüssigkeit absonderte. Patientin hatte nach der Operation um 8 Kilo zugenommen.

Ich habe die Patientin zuletzt anfangs November gesehen. Sie hatte noch mehr an Gewicht zugenommen und sah recht gesund aus. Die Gallenfistel war noch offen und sonderte eine recht spärliche, grösstentheils schleimige Flüssigkeit ab.

Fig. 1.

Beschreibung der Präparate: Das eine von den resecirten Dünndarmstücken (Fig. 1) ist circa 8 cm lang. An der Darmwand sieht man neben der Anheftungsstelle des Mesenteriums eine 6 cm lange und 3 cm breite weisse, geschwulstähnliche Masse, welche über die Oberfläche der Darmwand stark emporragt und aus mehreren kleineren Knoten zusammengesetzt ist, von denen der grösste etwa Nussgrösse besitzt. Die Oberfläche der Knoten ist ihrerseits kleinhöckrig, und zerstreute miliare Knötchen sind auch an benachbarten Theilen des im übrigen gesunden Darmes sichtbar, desgleichen an der Anheftungsstelle des Mesenteriums, welche durch Fetteinlagerung erheblich verdickt ist. Neben der Anheftungsstelle des Mesenteriums, auf der anderen Seite derselben, ferner am convexen Rande des Darmes finden sich noch drei etwas über erbsengrosse Knoten. Alle diese geschwulstähnlichen Massen erstrecken sich durch die ganze Darmwandung, welche hier an einzelnen Stellen eine Dicke von 1,5 cm erreicht, hindurch. Hierdurch wird das Darmlumen derart verengt, dass es kaum für den kleinen Finger passirbar ist. Au

Durchschnitten zeigt die verdickte Darmwand eine weisse fibröse Beschaffenheit, und man erkennt, dass der grösste Theil der Verdickung auf die subseröse Schicht kommt. An der Schleimhaut der verengten Stelle des Darmes sind keine eigentlichen Ulcerationen sichtbar, die Schleimhaut ist aber an der Unterlage fixirt und bietet zahlreiche villöse Exerescenzen dar. Das zuführende Ende des Darmstückes ist von normaler Weite, das abführende bedeutend enger.

Fig. 2.

Das zweite resecirte Dünndarmstück (Fig. 2) ist 16 cm lang und wird von einer U-förmig gebogenen Darmschlinge gebildet, deren beide Schenkel von einem circa 3 cm breiten Gürtel umfasst werden. Dieser wird aus ebensolchen weissen, knolligen, geschwulstähnlichen Massen, wie die vorhin beschriebenen, gebildet. Die Darmwand ist an diesen Stellen bis 1,5 cm dick, und das Lumen ist an den beiden vom Infiltrat befallenen Stellen kaum für einen Bleistift durchgängig, während es an der Spitze der Schlinge von gewöhnlicher Weite ist. Dieser Theil des Darmes zeigt auch im übrigen normale Beschaffenheit, abgesehen von einzelnen subserösen miliaren Knötchen. Zahlreiche derartige Knötchen finden sich auch an den dem Infiltrate zunächst liegenden Partien des zu- und des abführenden Schenkels, sowie in dem mit starken Fetteinlagerungen versehenen Mesenterium. Die Darmschleimhaut ist an den beiden verengten Stellen fixirt, nur schwach gefaltet; Ulcerationen sind keine vorhanden, dagegen zahlreiche kleine villöse und papilläre Exerescenzen. Zwischen beiden Stenosen finden sich Obstkerne und -schalen angehäuft. Der zuführende Schenkel der Schlinge ist von normaler Weite, der abführende enger.

Das 3. Darmstück (Fig. 3) umfasst etwa 6 cm des untersten Ileums und 5 cm des Dickdarmes. Durch ein mächtiges Infiltrat, dessen Dicke

bis 3 cm erreicht, ist die Gegend um die Valvula Bauhini herum hochgradig verengt, so dass das Lumen kaum für den kleinen Finger durchgängig ist. Auch die angrenzenden Theile des Coecums sind verdickt. Die Schleimhaut der etwa 5 cm langen verengten Stelle bietet die gleiche Beschaffenheit dar, wie sie bereits bei den Dünndarmstricturen beschrieben wurde. Der Processus vermiformis ist kreisförmig gebogen, die Spitze am Dünndarm festgewachsen; im übrigen zeigt er nichts Abnormes. Am Mesenterium, welches hochgradig mit Fett infiltrirt ist, sowie hier und dort an der Darms Oberfläche sind zerstreute miliare Knötchen sichtbar.

Fig. 3.

Mikroskopische Untersuchung: Bei der Untersuchung verschiedener Abschnitte der alterirten Darmpartien wurde folgendes festgestellt:

Die Drüschenschicht ist überall stark kleinzellige infiltrirt. Die Drüsen selbst sind meistens gut erhalten, an einzelnen Stellen jedoch durch kleine, anscheinend von den Follikeln ausgehende Ulcerationen zerstört. Ueber diesen Ulcerationen ist auch die Muscularis mucosae zerstört. Die Submucosa ist verdickt durch kleinzellige Infiltration, Bindegewebsneubildung, sowie Einlagerung grösserer und kleinerer Tuberkelknötchen. In die Muscularis dringen hier und dort Bindegewebsbalken hinein; auch sieht man Tuberkelknoten, sowohl von der Submucosa wie von der Subserosa aus, die Muskelbündel auseinanderdrängend, sich tief in die Muscularis

hinein erstrecken. Die Subserosa ist durch kleinzellige Infiltration, durch mächtige Bindegewebsneubildung, sowie besonders durch Einlagerung theils kleinerer Tuberkelknötchen, theils grosser Tuberkelconglomerate ungeheuer verdickt. Diese Tuberkeln bieten keine Zeichen des Zerfalles dar, sondern zeigen vielmehr eine deutliche Neigung zur Organisation. In mehreren derselben sind typische Riesenzellen zu sehen.

In Schnitten, welche in Ziehl's Lösung gefärbt, mit Salzsäure entfärbt und in Methylenblau nachgefärbt waren, liessen sich spärliche aber unzweideutige Tuberkelbacillen erkennen.

Dieser Fall bietet ein typisches Beispiel derjenigen Form der Darmtuberculose dar, welche oben beschrieben wurde: der hypertrophischen, tumorbildenden, stenosirenden Darmtuberculose (*Tuberculose chronique à type tumeur*).

Die Stenosen wurden hier nicht etwa durch Narbenschumpfung in Heilung begriffener Darmgeschwüre bedingt, sondern durch tuberculöse Neubildungen der Darmwand, welche als wirkliche Tumoren imponirten und an den angegriffenen Stellen den Darm in ein enges, dickwandiges unnachgiebiges Rohr verwandelten.

Die anatomische Untersuchung meines Falles zeigte, dass in erster Linie die subseröse Schicht afficirt war. Diese war durch kleinzellige Infiltration, durch Bindegewebsneubildung, sowie durch Einlagerung grosser Tuberkelknoten sehr hochgradig verdickt und stellte dadurch die Hauptmasse der „Geschwulst“ dar. In geringerem Grade war die Schleimhaut in Mitleidenschaft gezogen; jedoch konnten mikroskopisch in derselben kleinere Geschwürsbildungen, sowie kleinzellige Infiltration und einige wohl entwickelte Tuberkelknötchen constatirt werden.

Diese vorzugsweise subseröse Form ist bei der Coecumtuberculose nicht selten beobachtet worden und wird von Conrath folgendermassen erklärt. Die Infection der Subserosa sei, nach seiner Annahme, in diesen Fällen nicht durch directes Fortschreiten des Processes von der Schleimhaut aus zustande gekommen, sondern durch Vermittelung der tuberculösen entarteten mesenterialen Lymphdrüsen. Von diesen letzteren aus habe sich zunächst eine umschriebene tuberculöse Peritonitis entwickelt, und vom Bauchfell aus habe der Process die subseröse Schicht ergriffen. Die mesenterialen Lymphdrüsen wiederum seien ursprünglich entweder durch directes Durchwandern von Tuberkelbacillen durch das unversehrte Darmepithel hindurch, oder durch Aufnahme des Infectionstoffes von kleinen tuberculösen Schleimhautgeschwüren aus inficirt worden. In dieser Frage kann ich keine eigene Ansicht aussprechen. Ich möchte nur hervorheben, dass ich in meinem Falle keine vergrösserten Lymphdrüsen im Mesenterium beobachtet habe; ich gebe aber die Möglichkeit zu, dass infolge der mächtigen Fetteinlagerung im Mesenterium kleinere derartige Drüsen sich meiner Aufmerksamkeit entziehen konnten.

Die Symptome waren in meinem Falle die bei hochgradiger Darmstenose gewöhnlichen und für eine solche charakteristischen. Da ausserdem die Tumoren durch die dünnen Bauchdecken hindurch gut palpirbar waren, konnte die Diagnose: Darmtumoren ohne Schwierigkeit gestellt werden. Aber auch die tuberculöse Natur dieser Tumoren musste, mit Rücksicht auf die tuberculöse Belastung, die Lungensymptome sowie den

ganzen Habitus der Patientin schon vor der Operation, in hohem Grade wahrscheinlich erscheinen. Das Vorhandensein multipler Darmtumoren schien mir ebenfalls für die Annahme einer tuberculösen Affection und gegen das Bestehen maligner Neubildungen zu sprechen.

Was die Behandlung dieser Fälle betrifft, so ist es selbstverständlich nur durch einen operativen Eingriff möglich, diesen Patienten eine wirkliche Hülfe zu bringen, während der nicht operirte bald den immer mehr überhandnehmenden Darmstenosenbeschwerden unterliegen muss. In der That hat die operative Behandlung der chronischen localisirten Darmtuberculose zahlreiche glänzende Erfolge aufzuweisen, und zwar bei einfachen Stenosen nicht weniger als bei multiplen. Während aber im ersteren Falle die Sache verhältnissmässig einfach ist, kann bei multiplen Stenosen — besonders wenn diese, wie in meinem Falle, weit auseinander in verschiedenen Darmschlingen gelegen sind, die Operation recht schwierig und eingreifend werden. Man muss sich dann fragen, wie weit man in seinen operativen Bestrebungen gehen darf, ohne den Patienten einer zu grossen Gefahr auszusetzen. „*Aller à trois résections serait peut-être dangereux; il vaut mieux s'abstenir que tenter des interventions aussi longues, à moins de circonstances spéciales*“, sagt Pantaloni. Indessen zeigt mein Fall, dass selbst ein recht schwacher und abgemagerter Patient ohne Nachtheil eine dreifache Darmresection überstehen kann. Es ist natürlich wichtig, die Dauer der Operation nicht gar zu sehr auszudehnen, aber bei Anwendung der fortlaufenden Naht ist es ja möglich, eine einfache Dünndarmresection in einer Viertelstunde auszuführen, und was die etwas mühsamere Coecumresection anbelangt, so kann man durch die Anwendung des Murphy'schen Knopfes diesen Theil der Operation bedeutend abkürzen. In der That scheint mir die Uebergangsstelle zwischen Dünn- und Dickdarm für die Application des „Knopfes“ besonders geeignet zu sein, weil an dieser Stelle die günstigsten Bedingungen für den normalen Abgang desselben vorliegen. — Ich glaube, infolge des Obengesagten, dass drei oder selbst noch mehr Stenosen, welche ebenso viele Resectionen erheischen, keine bestimmte Contraindication gegen die Operation abgeben. — Bedeutend einfacher liegen natürlich die Verhältnisse, wenn die Stenosen nahe bei einander, an einer und derselben Darmschlinge gelegen sind. Man kann dann durch eine einzige Resection die ganze verengte Darmpartie entfernen.

Mit der Operation ist aber noch nicht alles geschehen, was gethan werden kann und muss. Diese Patienten leiden ja in der Regel an einer wenn auch gelinden Lungentuberculose. Nach der Operation hat man sich daher zunächst die Aufgabe zu stellen, durch hohe Diät und sonst durch günstige hygienische Verhältnisse den Allgemeinzustand des Patienten zu heben, und ihm dadurch die Ueberwindung seiner tuberculösen Anlagen zu ermöglichen. In meinem hier oben mitgetheilten Falle hat sich Patientin während des Aufenthaltes im Krankenhause in augenfälliger Weise erholt, obwohl sie sich während dieser Zeit, wegen einer schweren Affection der Gallenwege, noch einer Laparotomie unterziehen musste, und sie hat in kurzer Zeit um mehrere Kilo an Gewicht zugenommen. Ich hätte aber gewünscht, sie noch mehrere Wochen oder Monate im Krankenhause behalten zu dürfen, um an ihr eine förmliche Mastkur

durchzuführen. Patientin liess sich jedoch nicht dazu bewegen, länger zu bleiben, sondern begab sich gegen meinen Rath nach Hause, um die Besorgung ihres Haushaltes zu übernehmen.

Nachtrag: Als dieser Artikel bereits geschrieben war, erfuhr ich, dass die Patientin später in ihrer Heimath auf dem Lande leider gestorben ist. Nach der gefälligen Mittheilung des behandelnden Arztes sei sie am 10. November unter Schüttelfrost, Erbrechen und Schmerzhaftigkeit des Bauches erkrankt, welche letztere sich allmählich von der Gegend der Gallenblase aus über den ganzen Bauch verbreitet habe. Die Gallenfistel, welche bisher offen gewesen, habe sich kurz vor der Erkrankung geschlossen. Der Exitus sei nach etwa 14 Tagen unter dem Bilde einer allgemeinen Peritonitis erfolgt.

Mit grösster Wahrscheinlichkeit darf wohl angenommen werden, dass die Peritonitis von den Gallenwegen ausgegangen sei (Perforation?). Ich muss unter solchen Umständen doppelt bedauern, dass die Patientin sich nicht hatte bewegen lassen, länger im Krankenhause zu bleiben, da vielleicht durch genaue Ueberwachung der Gallenfistel der jetzt zugestossenen Complication hätte vorgebeugt werden können oder wenigstens, durch einen bei Zeiten vorgenommenen operativen Eingriff der fatale Ausgang sich hätte vermeiden lassen.