Zur Diagnose der hochsitzenden Mastdarm- und Flexurakarzinome mittelst Palpation und Endoskopie.

Von Prof. Dr. Th. Rosenheim in Berlin.

(Schluß aus No. 11.)

Auf Grund meiner Erfahrungen möchte ich folgendes Vorgehen empfehlen: ich habe es am allerzweckmäßigsten gefunden, die Untersuchung immer kombiniert so vorzunehmen, daß ich die Patienten auf die rechte Seite lagere, das Becken wesentlich erhöht, die Beine etwas an den Leib gezogen, der Oberkörper horizontal ausgestreckt. Es ist also eine etwas modifizierte Lagerung nach Sims: ich erziele sie auf einem glatten Untersuchungstisch, dessen Endstück an einer Seite schräg aufstellbar ist. Ich trete dann hinter den Patienten auf einen Tritt, sodaß ich mich weit über ihn hinwegbeugen kann und in der Lage bin, von obenher mit der rechten Hand die bei der Hochlagerung aus dem kleinen ins große Becken vorfallende Flexur in weiter Ausdehnung zu betasten und andererseits, wenn nötig, einen sehr kräftigen Druck auf die linke untere Bauchpartie in der Richtung nach dem Promontorium auszuüben. Mit dem Zeigefinger der linken Hand gehe ich in den Mastdarm ein, dränge kräftig gegen das Steißbein an und bemühe mich, innerhalb des Rektums, ebenfalls die Richtung zum Promontorium einzuhalten oder doch in der Nähe desselben auf die von oben entgegendrängende Hand zu treffen. Atmet der Patient ruhig bei der Untersuchung, vermeidet er jede Spannung, sind die Bauchdecken nicht zu fett und straff, so gelingt es oft ohne Beschwerde für den Kranken, die in Frage kommenden hochgelegenen Partien des Darmes abzutasten, ich verfüge allerdings auch über einen ziemlich langen Zeigefinger. Daß Blase und Darm entleert sein müssen, bedarf keiner besonderen Hervorhebung.

Der Vorteil, den diese Lagerung, wie ich sie eben beschrieben habe, bietet, liegt einmal darin, daß man einen außerordentlich starken Druck von der Bauchdecke ausüben kann und daß andererseits das Vordringen im Mastdarm erleichtert ist, weil derselbe meist infolge des durch die Hochlagerung hervorgerufenen negativen Druckes durch eindringende Luft mehr oder weniger zum Klaffen gebracht wird.

Wie hoch man nun gegebenen Falles im Mastdarm hinaufkommt, das hängt dann, abgesehen von der Länge des Zeigefingers von der Nachgiebigkeit der Sphinkteren, der Eindringbarkeit des Dammes, der Beweglichkeit des Os coccygis, der Empfindlichkeit des Rektums und dem Verhalten der benachbarten Organe ab, ceteris paribus kann man sagen, daß man bei mageren Frauen, die geboren haben, die günstigsten, bei fetten Männern mit straffer Muskulatur die ungünstigsten Vorbedingungen zu erwarten hat.

Die eben beschriebene Untersuchung ergänze ich gemeinhin durch eine solche in Rückenlage auf demselben Stuhl, indem ich Beinstützen zu Hilfe nehme, das Becken nach Bedürfnis höher lege, als den Oberleib: also erhöhte Steinschnittlage. Auch hier gehe ich mit dem Zeigefinger der linken Hand ein und dränge mir mit der rechten die Organe vom oberen Beckeneingang zu. Dieses Verfahren, mit Ruhe und Geduld ausgeübt, bietet große Vorteile, wo es sich um eine genauere Aufnahme des Situs im kleinen Becken handelt, zum Beispiel um die Feststellung, ob und in welchem Maße ein Tumor noch beweglich ist. Liegt mir aber daran, mit dem Finger im Mastdarm selbst möglichst hoch hinaufzutasten, so ziehe ich die Untersuchung in Seitenlage vor.

Ein solches kombiniertes Vorgehen halte ich für geboten, ja für das allein berechnete, wo die Diagnose der uns hier interessierenden hochsitzenden Neubildungen in Frage kommt. So nur erreichen wir mit unserem Finger noch eine erhebliche Zahl uns sonst entgehender Tumoren, nur auf diesem Wege gelingt uns die Abgrenzung derselben nach oben, die exakte Feststellung ihrer Beziehungen zu den Nachbarorganen. Untersuchung des

Mastdarms in irgend einer Position ohne gleichzeitige Unterstützung unserer Bemühung von der Bauchdecke ist minderwertig, und niemals kann unser kombiniertes Verfahren durch das Aushilfsmittel, daß wir den Patienten pressen lassen, ersetzt werden; gewiß können wir dadurch auch einmal einen Tumor, der höher sitzt, tiefer treten lassen und tastbar werden sehen. Aber dieser Effekt der Anspannung des Prelum abdominale ist ein ganz unsicherer, von Zufälligkeiten, zum Beispiel der Möglichkeit der Invagination der erkrankten Partie abhängiger. Im übrigen hindert uns ja nichts, in den von mir empfohlenen Körperlagen das Pressen als Unterstützungsmittel für die Diagnose zu verwerten: es gelingt hier schließlich ebenso gut, wie im Stehen, im Hocken, in der Knieellenbogenlage, die hierfür besonders gern empfohlen werden. Aber diese Positionen schließen eine kombinierte Untersuchung aus, die ich zur Erkennung der hochsitzenden Tumoren gemeinhin für notwendig erachte, die allerdings für die im mittleren und unteren Mastdarmabschnitt gelegenen entbehrlich ist. Die Diagnose der Tumoren vom dritten Sakralwirbel aufwärts erheischt eben eine besondere Palpationstechnik, die ich für sehr schwierig halte und die viel Uebung erfordert: das ist bisher auch von chirurgischer Seite nicht scharf genug betont worden. Ich vermisste derartige Hinweise auch in der neuesten Literatur, soweit sie die Diagnose des Mastdarmkrebses betrifft, zum Beispiel bei Kraske,¹⁾ Hochenegg,²⁾ Jaffé.³⁾ Dagegen glaubt Hochenegg, bei einem bestimmten palpatorischen Befund in der Ampulle auf höher gelegene Prozesse einen zwingenden Rückschluß ziehen zu können. Er hat als erster auf das bemerkenswerte Klaffen des mittleren Mastdarmabschnittes die Aufmerksamkeit gelenkt, der oft ad maximum dilatiert erscheint, ein Befund, den wir auch ohne Beckenhochlagerung zu erheben Gelegenheit haben und der dann seiner Meinung nach pathognostisch für das Vorhandensein hoher Rektum-, respektive tiefer Flexurakarzinome sein soll. Das Symptom ist wertvoll und findet sich unter diesen Umständen oft, aber die von Hochenegg vindizierte Bedeutung kommt ihm nicht zu: ich habe es zum Beispiel bei Perityphlitis, bei chronischen Obstipationen aus verschiedensten Ursachen gelegentlich beobachtet.

Ich glaube also, daß selbst gleiche Uebung und Erfahrung vorausgesetzt, die Art der Palpation die Ursache differentier Ergebnisse bei verschiedenen Aerzten sein kann, und ich habe Grund, anzunehmen, daß das von mir empfohlene Vorgehen sich in manchen Fällen überlegen zeigen dürfte. Aber das scheint doch noch nicht genügend, um zu erklären, wie es in dem vorher beschriebenen Falle bei einer zweimaligen Untersuchung in Chloroformnarkose geschehen konnte, daß ein Tumor, der zweifellos vorhanden und, wenn auch nur andeutungsweise von mir gefühlt war, sich völlig dem Nachweis entzog, zumal die Untersuchung von berufenster Seite ausgeführt wurde. Die Sache verdient wohl, etwas genauer geprüft zu werden. Der Glaube an die fast absolute Zuverlässigkeit der Resultate, die die Untersuchung in der Narkose ergibt, ist allgemein verbreitet, er ist aber doch nur in gewissen Grenzen berechtigt. Ich verfüge, abgesehen von dem oben zitierten Falle, noch über drei sichere Beobachtungen, Dickdarmkarzinome betreffend, die an zugänglicher Stelle saßen, und bei denen die Untersuchung in der Narkose völlig versagte, zum Teil sogar, wo die Palpation bei freiem Sensorium vorher ein positives Resultat ergeben hatte.⁴⁾

2. Pastor C. aus Z., 58 Jahre alt, konsultierte mich am 5. Juli 1900. Er gab an, er bemerkte seit Anfang des Jahres, daß er etwas schwereren Stuhlgang habe, als sonst und daß hier und da blutiger Schleim an den meist kugelig geformten Massen hafte. Auf Veranlassung seines Arztes konsultierte er einen erfahrenen Chirurgen in der Provinzialhauptstadt, der ihn im Krankenhause auf's Genaueste in Chloroformnarkose untersuchte. Da das Resultat ein absolut negatives war, so kamen die Aerzte überein, daß er im Mai eine Kur in Karlsbad gebrauchen sollte. Der Zustand verschlechterte sich aber insofern, als nun die Blutabgänge stärker wurden. In jüngster Zeit wurde Patient durch Blähungen stark belästigt, die meist beim Abgehen blutigen Schleim heraus beförderten.

Da bei der Untersuchung in der Sprechstunde das palpatorische Resultat nicht einwandfrei war, wurde Patient in die Klinik aufgenommen, wo ich mich dann mit Sicherheit von dem Vorhandensein

1) Erfahrungen über den Mastdarmkrebs. Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. S. 183/4. — 2) Wiener klinische Wochenschrift 1897, No. 32. — 3) Archiv für klinische Chirurgie Bd. 67. — 4) Auch Kraske (l. c. p. 18) erwähnt einen Fall, wo ein hervorragender Fachgenosse den Patienten in Narkose untersuchte, ohne das Mastdarmkarzinom festzustellen.

einer Neubildung im obersten Mastdarmteil überzeugen konnte. Von chirurgischer Seite (Prof. Körte) wurde eine Kontrolluntersuchung in Narkose vorgenommen, um die Operationschancen festzustellen. Da dieselben bei dem erheblichen Umfang des Tumors (Kastaniengröße) und dem Vorhandensein von Verwachsungen keine sehr glänzenden waren, verzichtete Patient auf die Operation und ging nach etwa $\frac{3}{4}$ Jahren zu Grunde.

Daß zur Zeit, wo die erste Untersuchung in Chloroformnarkose gemacht wurde, ein Tumor vorhanden war, ist wohl sicher. Ueber die damalige Größe läßt sich retrospektiv natürlich nicht urteilen, aber ganz geringfügig kann er nicht gewesen sein, da er mehrere Monate später bereits beträchtlich war und der Kranke geraume Zeit vorher schon auf sein Vorhandensein hinweisende Störungen beobachtete. Worauf das Versagen der Narkosenuntersuchung in unserem Falle zurückzuführen ist, wage ich nicht zu entscheiden. Der untersuchende Arzt ist ein mit Recht allgemein anerkannter Kollege.

Noch bemerkenswerter ist der folgende Fall.

3. Herr M., Ziegeleibesitzer, 37 Jahre alt, konsultierte mich am 26. Mai 1897. November 1896 erkrankte der bis dahin ganz gesunde Herr angeblich an Darmkatarrh, wobei viel Blut im Stuhl auftrat. Langsame Erholung, doch bleibt Neigung zu Durchfall bestehen. Starke Blutungen zeigen sich plötzlich wieder im Februar 1897. Konsultation bei Geheimrat X., der Tannalbin und Ruhekur verordnete. Anscheinende Heilung; aber im Mai neue Blutung.

Meine Untersuchung des kleinen, blassen, mäßig gut genährten Herrn stellte zunächst die Ursache der Blutungen nicht klar; auch die genaueste Prüfung des Stuhlgangs förderte nicht die Diagnose: hin und wieder enthielt dieser etwas Blut und geringe Mengen Schleim. Die Kotmassen waren teils breiig, teils geformt, wasserreich, glänzend. Ich regulierte die Diät, verordnete Einläufe mit einer Tanninlösung, bat aber den Patienten, sich nach etwa vier Wochen wieder vorzustellen. Das tat er. Ende Juni ergibt die Untersuchung das Vorhandensein eines verschieblichen, glattwandigen Tumors, dem Darm, und zwar der Flexura sigmoidea angehörig (zirka 5 cm lang), nahe dem Uebergang zum Colon descendens gelegen. Ich riet dem Patienten dringend zu einer Operation. Anfang Juli Untersuchung in Chloroformnarkose durch einen unserer hervorragendsten Chirurgen, der den Tumor absolut nicht finden konnte und infolgedessen die Operation ablehnte. Patient reist nach Hause und bleibt tatsächlich bis Ende November ziemlich beschwerdefrei. Von da ab beginnen sich ziehende Schmerzen einzustellen, im Februar 1898 werde ich zu ihm gerufen. Er ist stark abgemagert, der Tumor ist faustgroß in der linken Seite zu fühlen, hartnäckige Diarrhöen, im Stuhl Blut und Eiter. Zwei Monate später Exitus.

Wie soll man sich hier das Ergebnis der Narkosenuntersuchung erklären? Ich bemerke, daß es ausgeschlossen ist, daß der Tumor etwa in die Thoraxapertur, in die Milzgegend, hinter den Magen ent schlüpfen konnte: dazu war seine Exkursionsfähigkeit in der Bauchhöhle, wie ich sie feststellte, viel zu gering. Das, was ich gefühlt hatte, war ja keine große Geschwulst, es war eine gelinde, mäßig ausgedehnte Resistenz, einer Veränderung der Darmwand im ersten Stadium der flachen Infiltration entsprechend. Am allerbemerkenstesten aber scheint mir die folgende Beobachtung:

4. Herr L. aus B., 57 Jahre, wird mir am 22. Februar 1902 von Herrn Dr. Lipowski zur genaueren Feststellung des Charakters einer seit etwa einem Jahre bestehenden Darmerkrankung überwiesen. Patient gibt an, daß er schon seit vielen Jahren an Blasenkrampf leide, der beim Urinlassen antritt. Der Stuhl ist immer mehr breiig, als geformt gewesen. Seit etwa einem Jahre zeigten sich stärkere Blutbeimengungen. Früher nur gelegentlich Spuren. Vor zwei Jahren Karlsbad besucht ohne nennenswerten Einfluß auf die vorhandenen Beschwerden. In letzter Zeit klagt Patient über einen Schmerz links unten im Bauch beim Stuhlgang und über häufigeren Urindrang. Abmagerung, schlechte Stimmung, hochgradige Reizbarkeit, Appetit gut. Es besteht nach der Feststellung des Herrn Kollegen B. eine leichte chronische Zystitis und mäßige Prostatahypertrophie, beide Anomalien älteren Datums. Der Stuhlgang zeigt die Charaktere eines vulgären Katarrhs; er ist breiig, enthält Schleim, hier und da Blutspuren. Der Mastdarm ist äußerst empfindlich, namentlich die Vorderwand in der Gegend der Prostata. Ebenso gibt Patient an, daß Druck auf die Bauchdecke links in der Gegend des Promontoriums schmerzhaft ist. Ich hatte auch hier das Gefühl einer gewissen Resistenz, doch war ich meiner Sache nicht sicher, da Patient wegen seiner großen Empfindlichkeit äußerst schwer zu palpieren ist. Auch die rektoskopische Untersuchung ist nicht leicht ausführbar. Das Resultat derselben war jedenfalls nicht ganz einwandfrei. Die Mastdarmschleimhaut sezernierte ziemlich viel Schleim, war aber im ganzen nicht sehr stark gerötet. Ich gelangte auch mit dem Tubus in den Anfangsteil der Flexur trotz Pressens des sehr ungeberdigen Patienten, aber ein wei-

teres Vordringen über 14 cm hinaus war mir nicht möglich. Es konnte dies ebensowohl in dem störenden Verhalten des Kranken, wie auch in einer realen Lumenverengung durch Wandinfiltration seinen Grund haben: jedenfalls war mir aus den vorhandenen Indizien der Fall auf das Vorhandensein eines Karzinoms in der Flexur verdächtig genug, um eine Kontrolluntersuchung in Chloroformnarkose dringend zu befürworten. Und bei dieser am 26. Februar von berufenster chirurgischer Seite ausgeführten Narkoseuntersuchung (Rückenlage auf Frauenuntersuchungsstuhl) konnte auch bei tiefstem Vordringen mit zwei Fingern in das Rektum, ein Tumor oder eine enge Stelle im Darne nicht gefunden werden. Patient reiste nun wohlgenut nach Hause. Der behandelnde Arzt war so freundlich, mir über den weiteren Verlauf des Falles mitzuteilen, daß das Befinden sich im Laufe des Jahres allmählich verschlechterte, Blutungen stärker, Diarrhöen angreifender wurden, während die Blasenstörungen nicht weiter zunahmen. Januar 1903 war ein Tumor, zweifellos dem S romanum angehörig, deutlich zu fühlen, der allmählich wuchs und immer bedrohlichere Stenosenerscheinungen machte. Patient starb an Ileus, der sich plötzlich entwickelte, am 1. April 1903.

Eine völlig befriedigende Erklärung für die Ergebnislosigkeit der Untersuchung in der Narkose bin ich nicht in der Lage zu geben. Man mag aber Folgendes berücksichtigen: in dem Frühstadium der karzinomatösen Erkrankung des Darmes hat man es wohl nur mit einer flachen Infiltration zu tun, die nicht einmal sehr charakteristisch hart zu sein braucht, die kaum zur Bildung erheblicher Prominenz ins Lumen führt und sicher noch nichts erkennen läßt von jenem überstehenden, scharfen Rande des bereits aus dem Niveau der Schleimhaut kräftig herausgewucherten Neoplasma. Die zu dieser Zeit belästigenden Störungen, wenn solche überhaupt vorhanden sind, sind gar nicht abhängig von einer mechanischen Stenose des Darmes, sondern Hemmung des Kotlaufs und Veränderung der Form der Fäzes sind vielmehr bedingt durch die, die lokale Erkrankung im ersten Stadium begleitende funktionelle Störung, insbesondere durch von der lokalen Irritation abhängige Neigung zu Spasmen, ähnlich wie wir dies auch bei den Oesophaguskarzinomen sehen. Untersucht man in diesem Stadium einen Kranken, und findet man wirklich eine, dem Darm angehörige, geschwulstartige Verdickung, so setzt sich dieser Tumor meist zusammen aus der gelinden Infiltration der Wand, aus der aufs äußerste zusammengezogenen Muskelschicht und den in dieser, respektive oberhalb dieser Partie zurückgehaltenen Kotresten. Letztere fehlen natürlich, wo wir, wie dies ja gewöhnlich geschieht, vor der Untersuchung den Darm reinigen. Die Kontraktur, die das Gefühl des Widerstandes an der erkrankten Stelle beträchtlich vermehrt, löst sich in der Narkose, bleibt aber, wenn wir an der Reizstelle ohne Unterstützung der Narkose palpieren, bestehen, ja wird durch die Manipulationen wohl noch schärfer in die Erscheinung treten und stellt so ein wichtiges Unterstützungsmittel für die Erkennung des lokalen Prozesses dar. Fällt dieses aber, wie in der Narkose gemeinhin, fort, so kann uns bei der Beurteilung nur die Infiltration leiten. Diese für sich allein ist aber im Beginn der Erkrankung keine so prägnante Erscheinung, daß sie dem tastenden Finger nicht auch unendlich werden oder sich für ihn ganz auflösen könnte. Wir müssen uns auch völlig klar machen, unter wie ungünstigen Bedingungen wir unsere Fingerspitzen in der Mastdarmhöhle zur Anwendung bringen. Kaum gelingt es, in dem engen Raume, in welchen wir mühsam hineinpasseieren, zwei Finger ein wenig zu spreizen und verdächtige Gewebsteile so zwischen sie zu bekommen, daß wir das Resultat des Tastens zuverlässig verwerten können, und selbst beim Eingehen mit der ganzen Hand sind die Resultate nicht besser, ein Vorgehen, das wegen seiner ungünstigen Nachwirkungen auf die Sphinkterenfunktion und im Hinblick auf die Gefahr von erheblichen Verletzungen mit Recht tunlichst vermieden wird! Zudem gelangt man über das obere Mastdarmdrittel wenig hinaus, kann in das Colon pelvicum nur mit der Spitze eines Fingers hinein; was also in der Flexur liegt, ertastet man gar nicht mehr direkt, sondern durch Darmwandschichten hindurch; und selbst wenn nun von oben her die gegendrückende andere Hand unsere Wahrnehmungen kontrolliert und ergänzt, so bleibt es doch verständlich, daß die Resultate nicht selten unsicher und unvollkommen sind — gar nicht zu vergleichen mit denen, die die kombinierte Untersuchung von der Scheide aus, in der die Exkursionsfähigkeit der Finger eine sehr viel größere ist, liefert. Aus den von mir mitgeteilten, praktischen Erfahrungen und den theoretischen Erwägungen geht also doch wohl soviel mit Sicherheit hervor, daß man sich hüten muß, den Wert der Palpation in Narkose für die Diagnose des

Dickdarmkarzinoms zu überschätzen. Umso wichtiger erscheint es, über eine Untersuchungsmethode außerdem zu verfügen, die die Palpation nicht bloß glücklich zu ergänzen vermag, sondern unter Umständen da etwas leistet, wo jene versagt. Daß die Endoskopie die Diagnose: Krebs im Darm, positiv sichert, wo alle anderen Hilfsmittel für die Erkennung des Uebels im Stich lassen oder doch wenigstens unklare Resultate geben, das beweist wohl eindeutig unser oben ausführlich mitgeteilter Fall, wenn ich auch gern zugebe, daß der glückliche Zufall mich sehr unterstützte. Ich verfüge aber noch über eine zweite Beobachtung, die die Leistungsfähigkeit der Endoskopie illustriert und die ich hier gleich anschließen möchte.

5. J. R., 59 Jahre alt. aus Wilna, wird mir von Herrn Dr. Schabad daselbst überwiesen. Patient gibt an, schon seit vielen Jahren an hartnäckiger Verstopfung zu leiden, seit etwa einem Jahre treten hin und wieder ziehende Schmerzen im Leibe auf, die sich manchmal zu Krämpfen steigern. Seit etwa zwei Monaten Verschlimmerung. Patient fühlt sich elend und matt, Abführmittel steigern die Beschwerden; die Darmregulation erfolgt durch Klystiere. Blut ist bisher im Stuhlgang ebensowenig als Eiter beobachtet worden.

22. Oktober 1903. Patient ist ein schwächlicher, leidend aussehender Mann mit ausgesprochener Arteriosklerose. Urin frei. Starke Abmagerung. Zunge etwas granweiß belegt, Mageninhalt zeigt schwache Reaktion auf freie Salzsäure. Abdomen leicht eindrückbar, nirgends auffallend empfindlich; nur wenn man neben dem Promontorium in die Tiefe drückt, wird das unangenehm empfunden. Kombinierte Untersuchung vom Mastdarm aus, der auffallend klafft, sowohl in Seiten- als in Rückenlage ergibt kein positives Resultat. Trotz des Fehlens pathologischer Beimengungen zum Stuhlgang, trotzdem an der Flexura sigmoidea, soweit sie im großen Becken tastbar war, keine verdächtigen Veränderungen nachweisbar waren, — sie fühlte sich kontrahiert, aber nicht durch Muskelhypertrophie oder Hyperplasie verdickt an, — trotz der Tatsache, daß die Regulation des Stuhlganges durch Klystiere noch gelang, rechnete ich doch mit der Möglichkeit des Vorhandenseins eines Karzinoms im Anfangsteil der Flexur und endoskopierte den Patienten. 14 cm vom Sphinkter entfernt, also beim Uebergang des Mastdarms in die Flexur verengte sich das Lumen und erschwerte das Vordringen des Tubus, der schließlich nicht weiter vorwärts geschoben werden kann, trotzdem das Lumen deutlich klafft, und zwar als ein quer verlaufender Spalt, der unten von normal aussehender Schleimhaut halbmondförmig umsäumt ist; von oben her prominieren in dasselbe graurötliche, von gut erhaltener Schleimhaut bedeckte, aber bei Druck mit dem Tubusrand leicht blutende papilläre Exkreszenzen von der Größe eines Hanfkornes und etwas darüber. Man hat den Eindruck, daß das Organ an der Hinterwand unverschieblich fixiert ist. Zwischen den kleinen Wucherungen sind bräunlich tingierte, zähe Schleimmassen erkennbar, die mit einem Tupfer herausbefördert werden: sie geben deutliche Blutfarbstoffreaktion.

Trotzdem das Aussehen der papillären Exkreszenzen nicht derartig war, daß man sie ohne weiteres als karzinomatös ansprechen durfte, zweifelte ich doch nicht, daß ein maligner Prozeß hier vorlag, im Hinblick auf die sonstigen klinischen Erscheinungen, insbesondere die schwere Angegriffenheit, die Kachexie des Patienten. Fünf Wochen später wurde Patient in Chloroformnarkose von Herrn Prof. Israel untersucht, der die Karzinomdiagnose bestätigte. Vom Rektum aus fühlte er durch die vordere Rektalwand hindurch eine Reihe von Drüsen von Kaffeebohnengröße; außerdem von der Bauchdecke her einen Tumor von Pflaumengröße, der nur minimal verschieblich war und dessen unteren Rand man vom Mastdarm aus an der hinteren Wand, unbedeckt von Schleimhaut, gerade noch erreichen konnte. Von einer Radikaloperation konnte schon mit Rücksicht auf den schlechten Allgemeinzustand keine Rede sein, und so reiste Patient nach Hause, wo er vor kurzem an karzinomatöser Peritonitis zu Grunde gegangen ist.

Auch dieser Fall beweist einwandsfrei die Möglichkeit einer Diagnose, wo die Palpation im Stiche gelassen hatte, und er ist dadurch bemerkenswert, daß markante Symptome hier gerade auf das S romanum als Sitz der Erkrankung durchaus nicht hinwiesen. In der Literatur finden sich nur spärliche Angaben über die erfolgreiche, entscheidende Verwertung des Endoskops für die Karzinomdiagnose. Tuttle¹⁾ erwähnt in seinem Buche, daß er fünfmal in der Lage gewesen sei, Sigmakarzinome mit dem Endoskop zu diagnostizieren, wo die Palpation im Stiche ließ. Leider fehlen genauere Angaben über den Befund in seinen Fällen. Gerade das scheint mir aber von entscheidender Wichtigkeit, daß ein brauchbares Material zusammengetragen werde, damit auf Grund der

klinischen Beobachtung die Bilder, die das Neoplasma im Endoskop zu zeigen vermag, festgestellt werden. Wir dürfen uns nicht darauf verlassen, daß wir allemal, trotzdem zweifellos Karzinom vorliegt, Anomalien zu sehen bekommen, die wir als pathognostisch von vornherein ansprechen müssen, wie sie zum Beispiel Ewald¹⁾ zu sehen in der glücklichen Lage war, der in seiner jüngst erschienenen Arbeit „Ueber Darmtumoren in der Gegend der Regio il. sin.“ zwei Fälle von Sigmakarzinom erwähnt, bei denen die Palpation versagt hatte, wo aber die im Endoskop nachweisbaren pathologischen Prozesse als maligne Neubildungen nicht zu verkennen waren, da sie sich als dunkelrote, knollige, leichtblutende Geschwulstmassen dem Auge darboten. Ob sonstige, die Diagnose von vornherein in die rechte Bahn lenkende Symptome bei diesen Kranken vorhanden waren, ist nicht angegeben. In meinen Fällen war die Sache zweifellos schwierig, und gerade darin sehe ich die Bedeutung meiner Befunde, daß sie uns zeigen, wie schwer die endoskopische Diagnose sein kann, und wie weit wir bei der Verwertung auch solcher Befunde, die an sich noch nicht pathognostisch sind, mit Berücksichtigung der Anamnese und des gesamten Krankheitsbildes im Interesse unserer Patienten gehen müssen. Die Dinge liegen hier ähnlich wie beim Oesophagus, wo wir auch Krebs oft genug endoskopisch diagnostizieren, obwohl wir keine typischen Wucherungen und Ulzerationen erkennen, sondern nur Wandverdickungen durch Infiltration entstanden, Lumenverengungen durch Wülste hervorgerufen, die mit noch gut erhaltener, aber stark kongestionierter Schleimhaut überzogen sind. Ist man zweifelhaft, wie man solche Befunde zu deuten hat, so kann man hier wie da ein Stück exstirpieren, aber man darf namentlich beim Rektum den Wert der histologischen Prüfung nicht überschätzen: zeigt uns, wie so oft, die Geschwulst nur den Bau eines Adenom oder Papillom, so beweist das garnichts für die Benignität des ganzen Prozesses, da gerade im Darm der Uebergang in Krebs so häufig ist und sich mit Vorliebe in der Tiefe, an der Basis der Geschwulst im submukösen Gewebe vollzieht.

Daß die Zahl meiner Fälle, die den Wert und unter Umständen die Ueberlegenheit der Endoskopie deutlich zeigen, nicht größer ist, liegt daran, daß man Dickdarmkarzinome überhaupt gewöhnlich erst in einem vorgeschrittenen Stadium zu sehen bekommt, wo die Palpation für sich allein schon die Diagnose sichert; werden doch bei den meist wenig charakteristischen Störungen und Beschwerden dieser Kranken alle möglichen anderen Leiden eher als ein Karzinom diagnostiziert und behandelt. Es besteht leider immer noch ein unverzeihlicher Horror vor der Mastdarmuntersuchung bei den Aerzten, oder sie wird, was fast ebenso schlimm ist, nicht genügend gründlich ausgeführt. Nun ist ohne weiteres zuzugeben, daß sie namentlich bei sehr hochsitzenden Mastdarm- und bei Flexurakarzinomen öfter, speziell im Frühstadium, versagen wird. Umso größere Chancen für die Aufhellung einer unklaren Situation bietet aber hier die bislang viel zu wenig gekannte und geübte Endoskopie. Welchen großen Wert hat nicht schon ein negatives Resultat: die Endoskopie ist es allein, die es uns oft ermöglicht, in zweifelhaften Fällen mit Sicherheit ein Karzinom auszuschließen. Man erinnere sich jener in der Praxis so häufig vorkommenden Fälle, wo beispielsweise jemand mit der Angabe zu uns kommt, daß er seit einiger Zeit Blutbeimengungen im Stuhl beobachte, daß die Stuhl-tätigkeit ungleichmäßiger geworden sei, daß nicht selten Reiz-erscheinungen im Mastdarm, im Kreuz oder Unterleib auftreten. Das kann ein Karzinom bedeuten, auch wenn der Patient noch so blühend aussieht. Die Untersuchung der Stühle ergibt keinen Anhaltspunkt zur Annahme eines Krebses, das Palpationsresultat ist negativ. Monatelang bleiben wir in Ungewißheit, es ist eine höchst unbehagliche Situation, die aber mit einem Schlage erhellt ist, wenn die Endoskopie gelingt und uns über die Gesundheit der schwer zugänglichen Darmteile, des obersten Mastdarmabschnittes und des untersten Flexurschenkels aufklärt. Können wir ein Rohr 35 cm weit in den Darm hinaufführen und finden wir bis zu dieser Höhe die Schleimhaut überall frei von suspekten Anomalien, so brauchen wir unsere Aufmerksamkeit nur noch auf den Teil der Flexur zu konzentrieren, der im großen Becken liegt und der allemal der Palpation vom Abdomen aus unschwer zugänglich ist; hier kann uns eine Neubildung bei gewissenhafter Kontrolle nicht gut entgehen, zumal wenn wir bei hochge-

1) l. c.

1) Berliner klinische Wochenschrift 1903, No. 48, 49.

lagertem Becken, sodaß die Flexurschlinge aus dem kleinen
ins große Becken vorfällt, den unteren Bauchraum abtasten.