Aus dem Herzogl. Landkrankenhause Coburg (Direktor: Prof. Dr. Colmers).

Primäres Lymphosarkom des Dünndarms.

Von Dr. Gärtner, Medizinalpraktikant.

Im Zentralblatt für Gynäkologie 1912, Nr. 40 teilt Björkenheim einen Fall von primärem Sarkom des Dünndarms mit. Er erwähnt die zuständige Literatur und hebt die Seltenheit dieser Tumoren hervor, von denen er bis jetzt nur 46 beschrieben fand. Ich bin in der Lage, die Kasuistik der primären Dünndarmsarkome um einen weiteren Fall zu bereichern, der im hiesigen Landkrankenhause beobachtet wurde.

Es handelte sich um einen 49jährigen Mann, der vor Jahresfrist an Verdauungsstörungen und Schmerzen im Unterleibe erkrankt war; es soll damals Abgang von Schleim und Blut im Stuhlgang stattgefunden haben. Jetzt bestanden seit drei Wochen Darmkrämpfe, auch soll zuweilen Blut im Stuhlgang gewesen sein. Appetit gut, kein Erbrechen.

Der mittelgroße Mann hatte schlaffe Muskulatur und geringes Fettpolster. Über beiden Spitzen war der Schall verkürzt, rechts das Ausatmen verlängert. Der Puls war stark beschleunigt. Der Leib war bei starker Wölbung weich und leicht eindrückbar, die Leberdämpfung verkleinert. In der rechten Bauchseite fand sich eine Dämpfung, die sich nach hinten bis zur Wirbelsäule erstreckte. Beim Stehen nahm dieselbe die unteren Bauchpartien ein. In der Ileocöcalgegend fühlte man einen faustgroßen, harten Tumor. Nach der Betastung des Bauches stellten sich deutlich peristaltische Wellen mit Darmsteifung und gurrenden Geräuschen ein. Auch waren Plätschergeräusche auslösbar. Die Diagnose wurde auf tuberkulösen Ileocöcaltumor mit Darmstenose und Ascites gestellt. Die vorgeschlagene Probelaparotomie wurde zunächst abgewiesen. Nach vier Tagen stellte sich Patient zur Operation entschlossen wieder ein und ging am Nachmittage des Aufnahmetages plötzlich zugrunde, ohne daß irgendwelche bedrohliche Erscheinungen vorhergegangen wären.

Bei der Sektion zeigte sich nach Eröffnung der Bauchhöhle eine stark geblähte, in S-Form verlaufende Dünndarmschlinge, die sich als das untere Ileum erwies. Ungefähr 10 cm von der Ileocöcalklappe aufwärts fand man eine höckerige, blaurot gefärbte, mit Fibringerinnseln belegte, faustgroße Geschwulst, die in das Mesenterium überging. Nach Ablösung des adhärennten Netzes zeigte sich eine pfennigstückgroße Perforation im Darm. Die Mesenterialdrüsen waren bis hoch hinauf an der Aorta derb infiltriert. In der Bauch-

höhle fand sich über 1 Liter trüb seröser Flüssigkeit mit zahlreichen Fibringerinnsehn. Das stark hypertrophische Ileum oberhalb der Geschwulst enthielt massenhaft alte Speisenreste. Es zeigte sich, daß die Geschwulst im Darmlumen stark zerklüftet war und dieses selbst hochgradig verengte, so daß eingegossenes Wasser nur langsam durchfloß. Dicht vor der Ileocöcalklappe lag ein von außen nicht fühlbares, handtellergroßes, zerklüftetes, bläulich gefärbtes Geschwür mit wallartigen Rändern. Die histologische Untersuchung (Patholog. Institut Jena, Prof. Rößle) ergab, daß es sich um ein primär von den lymphoiden Organen der Darmschleimhaut oder von den mesenterialen Lymphknoten ausgehendes Lymphosarkom von typischer Struktur handelte, welches, wie das gelegentlich sowohl bei primären als metastatischen Geschwülsten des Darmes angetroffen wurde, teilweise ulceriert war. Die Geschwürsbildung beruhte auf der auch mikroskopisch in großer Ausdehnung zu sehenden Nekrose des Tumors.

Aus der chirurgischen Klinik zu Basel (Direktor: Prof. Dr. F. de Quervain).

Nachtrag zu meiner Arbeit „Über die Frakturen des Zahnfortsatzes des Epistropheus.

Von Dr. E. Fritzsche.

(Mit 1 Abbildung.)

Schon war meine Arbeit abgeschlossen, als der chirurgischen Klinik in Basel ein neuer Fall von Abbruch des Zahnes des Epistropheus zuging.

Da derselbe als frischer Fall die früher gegebenen diagnostischen Erwägungen ergänzt, so sei er hier noch kurz mitgeteilt.

Die 57jährige, beleibte Frau, die in einer ihr selbst nicht völlig klar gewordenen Weise, jedenfalls aber mit dem Kinn aufschlagend, die Treppe hinunter fiel, wurde bei vollem Bewußtsein, aber mit heftigen Schmerzen im Halse aufgehoben. Sie konnte sich, wenn sie den Kopf mit den Händen hielt, aufrichten und konnte selbst noch herumgehen. Bei ihrer Aufnahme finden sich keinerlei Störungen von seiten des Nervensystems vor. Dagegen sind die freien Bewegungen des Kopfes unmöglich. Jede passive Bewegung ruft starken Schmerz hervor. Wenn sich die Patientin im Bett aufrichten will, hält sie den Kopf mit beiden Händen. Auf diese Weise gelingen ihr auch kleine Drehbewegungen. Die Stellung des Kopfes ist eine genau symmetrische, und eine Verschiebung desselben dem Rumpf gegenüber nach vorn oder hinten ist nicht auffallend.

Von außen her ist am Halse nichts Besonderes zu sehen. Dagegen findet sich Druckempfindlichkeit im Nacken, besonders in der Höhe des Dornes