

Aus der Chirurgischen Abteilung der Städtischen
Krankenanstalt in Königsberg i. Pr.
Ein Fall von Myoma pylori.¹⁾

Von Prof. Dr. O. Samter.

M. H.! Die beiden heute vorzustellenden Fälle von Resectio pylori haben das gemeinsam, daß sie nach Eröffnung der Bauchhöhle der Beurteilung erhebliche Schwierigkeiten boten. Während der eine — ein Fall von Ulcus pylori — nicht zu den Seltenheiten gehört, zeigt der andere eine Affektion — Myoma pylori —, welche Steiner²⁾ in seiner ausführlichen Arbeit über „Myome des Magendarmkanals“ nur zweimal aufführte.

Diese letztere Patientin, ein 49jähriges, lediges Dienstmädchen, wurde am 22. September 1902 der äußeren Abteilung seitens der inneren Abteilung (Geh. Rat Prof. Dr. Meschede) zur Operation überwiesen und gab folgende Anamnese an: vor Jahren wurde ihr wegen Gebärmutterblutungen eine Operation an den Genitalien gemacht. Seit einem Jahre leidet sie an dauerndem Druckgefühl in der Magengegend und häufigen Uebelkeiten, ohne daß es zu Erbrechen kam. Gleichzeitig magerte sie ab.

An der mäßig genährten, blassen Patientin ließ sich in der Magengegend keine Geschwulst nachweisen, auch bei der Aufblähung — bei weichen, nachgiebigen Bauchdecken. Die Pylorusgegend war druckempfindlich. Eine Stunde nach dem Probefrühstück erwies sich der Magen wiederholt leer. Im Magensaft war wiederholt weder freie Salzsäure, noch Milchsäure nachweisbar, wohl aber lange Bazillen. Es bestand der Verdacht auf ein beginnendes Karzinom, welcher auch die Veranlassung gewesen war, die Kranke nach der äußeren Abteilung zu verlegen.

Am 29. September 1902 wurde in Narkose mittelst Billrothscher Mischung die Laparotomie gemacht; zunächst präsentierten sich eine Anzahl strangförmiger, fadendünner Adhäsionen, welche von der vorderen Bauchwand zur vorderen Magenwand gingen. Nach Lösung derselben ließ sich der Magen bequem vorziehen, ohne daß sich am Fundus desselben etwas Abnormes durchtasten ließ. Im Pylorus dagegen fühlte man einen bohnen großen Tumor, der sich innerhalb der Pylorussubstanz ein wenig verschieben ließ. Derselbe schien dem unteren hinteren Umfang des Pylorus anzugehören.

Die Deutung dieses Tumors machte erhebliche Schwierigkeiten. Die Möglichkeit eines beginnenden kleinen Schleimhautkarzinoms konnte ebensowenig ausgeschlossen werden, wie diejenige einer histoiden Geschwulst, deren Gutartigkeit zweifelhaft erschien. Die einfache probatorische Inzision erschien nicht gut ausführbar, da der Tumor sich nicht bequem genug nach vorn drücken ließ und man damit zu rechnen hatte, eine erhebliche Läsion im Bereich des Magenschließmuskels zu machen, vorher aber das Ligamentum gastrocolicum durchtrennen zu müssen. Unter solchen Umständen wurde die Resectio pylori ausgeführt und die Hackersche Gastroenterostomie angeschlossen (Methode Billroth II).

Am 3. November 1902 wurde die Kranke, nachdem sie einen vollständig glatten Heilungsverlauf durchgemacht hatte, entlassen. Im

1) Nach einem am 14. Dezember 1903 im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. gehaltenen Vortrage mit Demonstration der Patientin und der Präparate.

2) Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 22, 1898.

3) In der Diskussion gab Herr Prof. Unterberger an, daß es sich um ein Zervixkarzinom gehandelt habe, welches radikal entfernt wurde, ohne daß sich drei Jahre später ein Rezidiv nachweisen ließ. Auch jetzt ist ein solches nicht nachweisbar.

Laufe des vergangenen Jahres erfolgten mehrfache Nachuntersuchungen, die eine tadellose motorische Funktion des Magens ergeben. In der letzten Zeit sollen wieder Magenbeschwerden aufgetreten sein; doch ist es schwer gewesen, sich über deren Erheblichkeit ein sicheres Urteil zu bilden, da die Kranke sich im Besitze einer Invalidenrente befindet. An Körpergewicht hat sie seit ihrer Entlassung nicht zugenommen.

Das bei der Operation gewonnene Präparat zeigt makroskopisch einen umschriebenen, beinahe bohnen großen Tumor, der der Muskelschicht des Pylorus angehört, und über dessen Natur erst die mikroskopische Untersuchung Aufschluß gab, welche nach stattgehabter Zelloidineinbettung erfolgte. Es handelt sich, wie Sie unter dem Mikroskop sehen, um ein Leiomyom, das in der inneren (zirkulären) Muskelschicht zur Entwicklung gelangt ist. Bemerkenswert dabei ist jedoch, wie Sie bei der Lupenvergrößerung, jedoch auch mit bloßem Auge in dem gefärbten Präparat sehen, daß die Nachbarpartie derselben Muskelschicht gleichfalls beträchtlich hypertrophisch ist, ohne daß sich jedoch die reguläre Anordnung der Muskelsubstanz bereits verloren hat, während sich in dem eigentlichen Knoten eine vollständig regellose Anordnung der glatten Muskelfasern zeigt. Es ist dies Verhalten von wesentlicher Bedeutung für die Beantwortung der Frage, ob sich in unserm Falle der Tumor mit Aussicht auf Dauerheilung hätte enukleieren lassen — unter Schonung des übrigen Teiles des Pylorus. Der übrige Teil der inneren Muskelschicht, respektive der Pylorusmuskulatur ist frei von jeder Hypertrophie. Die Schleimhaut zeigt kleinzellige Infiltration.

Ich nehme Abstand, ausführlich auf die Myome des Magendarmkanals einzugehen, wie sie besonders von Steiner¹⁾ (l. c.) auch nach der klinischen Seite hin geschildert sind, unter Zusammenstellung von 57 Fällen. Kein Teil des Magendarmtraktes bleibt von dieser Geschwulst verschont, selbst nicht das Rectum und der Processus vermiformis.

Die Aetiologie derselben ist zur Zeit noch strittig, doch will ich für unsern Fall nicht den Hinweis auf die Zeichen chronischer Entzündung (strangförmige Adhäsionen, kleinzellige Infiltrationen der Schleimhaut) unterlassen, welche eine Illustration zu dem von Virchow festgehaltenen Zusammenhang zwischen chronischer Entzündung und Myomentwicklung abzugeben vermögen.

„Der erbsen- bis bohnen große Tumor kann stationär bleiben, was ziemlich selten ist und nur dann zu erwarten ist, wenn infolge des losen Zusammenhanges mit dem Nachbargewebe die Ernährung der Muskelgeschwulst eine ungenügende ist“ — schreibt Steiner (l. c.); und dieser Satz ist am besten im stande, die klinische Bedeutung der Myome des Magendarmtraktes in das rechte Licht zu setzen. Das anatomische Verhalten ist ein verschiedenes, je nachdem die Geschwulst als inneres oder äußeres Myom im Sinne Virchows sich entwickelt — eine Bezeichnung, die sich zum größten Teil, wenn auch nicht vollständig mit der Einteilung je nach dem Ausgange von der äußeren oder inneren Muskelschicht deckt. Bemerkenswert ist auch der kontinuierliche Uebergang der normalen Muskelschicht zu der eigentlichen Geschwulst, wie Sie dies ebenso in Figur 2 der Steinerschen Arbeit sehen (S. 9). Daß die inneren (bisweilen polypösen) Myome ihre klinische Bedeutung durch Stenosierung, Obturation, Invagination geltend machen können, während die äußeren große, bisweilen die Bauchhöhle ausfüllende Geschwulstmassen zu entwickeln im stande sind, die u. a. den Pankreasgang und den Choledochus umgreifen, respektive verlegen können, erscheint nicht wunderbar. Hierzu kommen weitere Komplikationen, wie Hämorrhagien, Oedem, bisweilen Verkalkung, übermäßige Gefäßentwicklung (telangiektatische Myome) und Kombinationen mit Myxom-, respektive Sarkomentwicklung.

Was die Myome des Magens anbetrifft, so haben die inneren durch geschwürigen Zerfall mit Perforation und Blutung einerseits, durch Stenosierung mit Dilatation und einem gewissen Grade von Kachexie andererseits ihre Charaktere erhalten, während die äußeren Myome durch ausgedehnte Geschwulstentwicklung sich bemerkbar machten.²⁾

Von Myomen des Pylorus hat Steiner (l. c.) nur zwei Fälle aufgeführt: Pernices Fall³⁾ betraf einen 75jährigen Mann, bei dem der eigroße Tumor zum Verschuß des Magens geführt hatte, bei gleichzeitiger Dilatation mit chronischem Katarrh und Geschwürsbildung.

Herhold¹⁾ berichtete von seiner 37jährigen Patientin, daß sie drei Jahre lang vor der Operation unmittelbar nach dem Essen die Speisen erbrochen habe — mit zeitweiligen Intermissionen. Es bestand mäßige Dilatation des Magens bei freier Salzsäure.

Zu diesen von Steiner bereits aufgeführten Fällen kommen noch zwei weitere: 1. Der Fall Capellos,²⁾ der mir nicht zugänglich war, und 2. ein Fall von Poirier:³⁾ hier bestanden seit einem Jahre Verdauungsbeschwerden unter Abmagerung, welche wiederholt den Verdacht auf Karzinom erweckt hatten. Die kirschkerne große Geschwulst, in unmittelbarer Nähe des Pylorus, wurde entfernt, worauf die Beschwerden verschwanden, das Körpergewicht zunahm.

Das klinische Bild der beginnenden Myome des Pylorus wird, das läßt sich wohl auch nach den wenigen Fällen, die bisher vorliegen, aussprechen, kaum je eine sichere Diagnose erlauben, umsomehr, als chronische Katarrhe mit und ohne Ulzeration daneben vorkommen. Für unsern Fall ist diese Komplikation durch den Befund von Adhäsionen zwischen vorderer Bauchwand und vorderer Magenwand, sowie durch den mikroskopischen Befund kleinzelliger Infiltrationen der Schleimhaut des exzidierten Pylorus dargetan; auch das neuerliche Auftreten von geringeren Beschwerden bei unserer Patientin spricht dafür. Immerhin wird, wie auch Herhold annimmt, das Myom im stande sein, die Beschwerden zu steigern, insbesondere die Brechneigung zu steigern. Hierfür spricht ferner der Erfolg, den Poirier mit der einfachen „Ablation“ hatte. Wächst die Geschwulst, so treten nunmehr die Erscheinungen der Pylorusverengung, respektive des Verschlusses hinzu. Unter solchen Umständen ist es nicht wunderbar, daß, wie in unserm Fall und dem Fall Poiriers, der Verdacht sich auf beginnendes Karzinom lenkt, besonders wenn es dabei zu einem leichten Grade von Kachexie kommt und die chemische Untersuchung des Mageninhalts nicht dagegen spricht. Ist doch auch sonst bei chronischer Gastritis ein solcher Verdacht bisweilen nicht auszuschließen.

Was die operative Behandlung anbetrifft, so hat Poirier anscheinend leicht die Geschwulst exstirpiert; es dürfte sich hier — wie vermutungsweise angenommen werden kann — um ein „äußeres“ Myom in dem Sinne gehandelt haben, daß die äußere Muskelschicht den Ausgang abgegeben hat. Herhold tat das gleiche, doch konnte er die Eröffnung der Schleimhaut nicht verhindern, auch ließ sich der Tumor aus der Muscularis nur mit einiger Mühe entfernen; um einer Verengung vorzubeugen, mußte die Pyloroplastik nach v. Mikulicz-Heinecke angeschlossen werden. In unserm Falle wurde ein größerer Eingriff, die Resectio pylori mit nachfolgender Gastroenterostomie notwendig, da der Tumor nicht an der Vorderwand des Pylorus lag, somit eine Loslösung des Pylorus vom Ligamentum gastrocolicum erforderlich gewesen und auch dann noch die gewiß nicht zu umgehende Pyloroplastik unter solchen Umständen technischen Schwierigkeiten begegnet wäre. Die mikroskopische Untersuchung hat nachträglich gezeigt, daß — im Einklang mit sonstigen Erfahrungen über die Entwicklung des Myoms am Magendarmkanal — die Nachbarpartien der den Ausgangspunkt bildenden inneren Muskelschicht bereits im Zustand der Hyperplasie waren; somit erscheint im Interesse einer möglichst radikalen Entfernung des Tumors die Resektion des Pylorus für unsern Fall gerechtfertigt. Die radikale Entfernung wird aber bei einer Geschwulst, welche — an sich gutartig — in der Regel wächst und zu den oben geschilderten Gefahren führt — besonders, wenn es sich um „innere“ Myome handelt, — stets im Auge behalten werden müssen.

1) Cernuzzi, Sul leiomiomi dello stomaco. Il Morgagni 1902, No. 3 (zitiert nach Hildebrandts Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie für 1902 Wiesbaden, Bergmann, 1903), führt bereits 75 Fälle auf.

2) S. u. A. v. Eiselsberg, Zur Kasuistik der Resektionen und Enteroanastomosen am Magendarmkanal. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 55, H. 3, S. 599, der ein mannskopfgroßes, 5½ kg schweres Myom der vorderen Magenwand erfolgreich entfernte.

3) Sicilia Medica. Palermo 1890, Bd. 2, Fasc. 7, S. 455, nach Steiner.