

Zur Casuistik und Symptomatologie der Dünndarmcarcinome / von Franz Riegel.

Contributors

Riegel, Fritz, 1843-

Publication/Creation

Leipzig : George Thieme, 1890.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/j7r78yv5>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

12
Zur Casuistik und Symptomatologie

der

Dünndarmcarcinome.

Von

Franz Riegel.

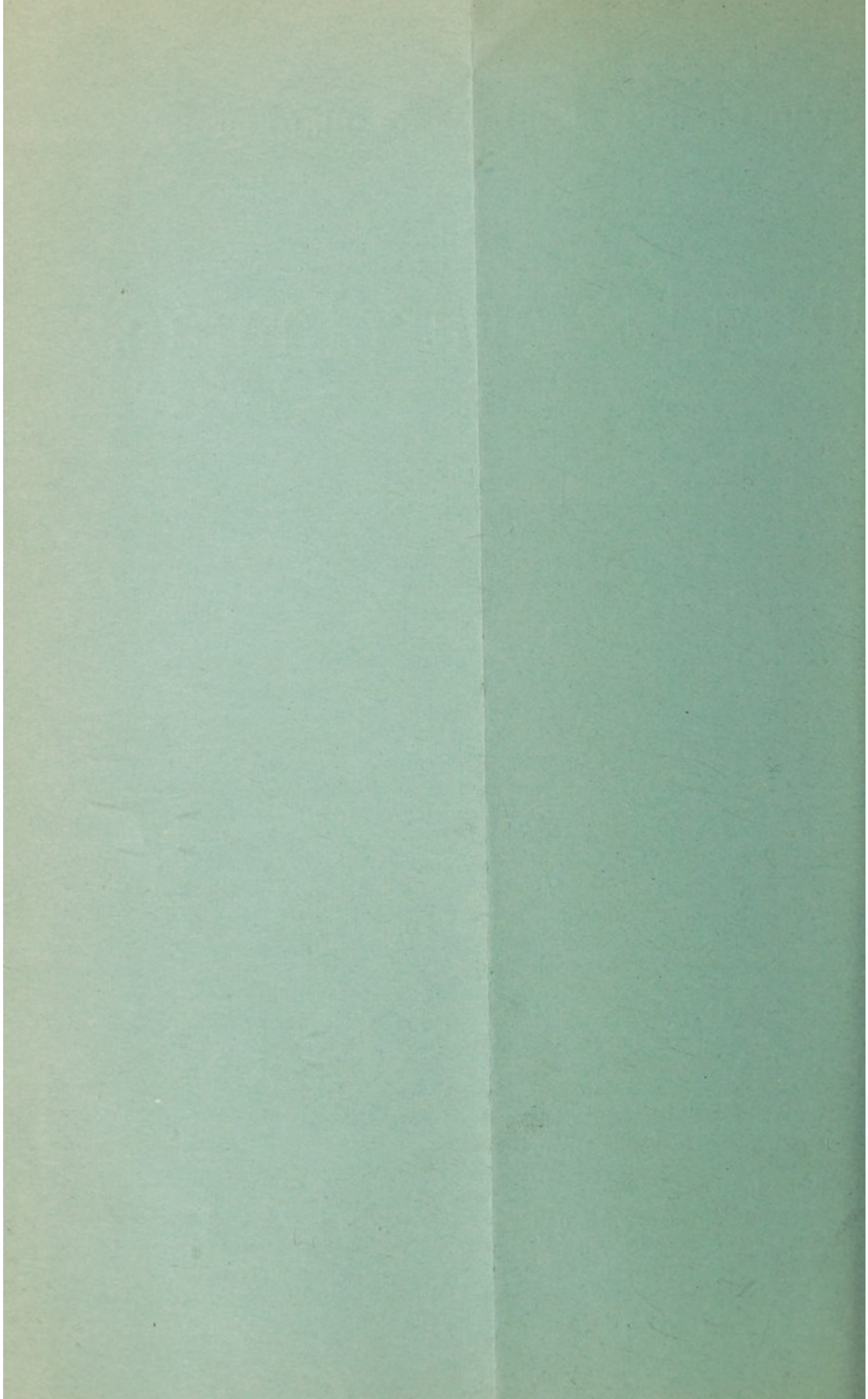
Sonderabdruck aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift“ 1890, No. 39.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. S. Guttmann.

Leipzig.

Verlag von Georg Thieme.

1890.



Der in Nachstehendem beschriebene Fall von Dünndarmcarcinom dürfte nach mehrfacher Seite hin von Interesse sein, weniger um der Seltenheit der Affection willen — bekanntlich localisiren sich die Darmkrebse weitaus am seltensten im Dünndarm —, als vielmehr um des eigenthümlichen und variablen Symptomencomplexes willen, dessen Deutung intra vitam grosse Schwierigkeiten bot. Auch in Bezug auf die vielumstrittene Frage nach der Bedeutung und den Ursachen des Fehlens der Salzsäurereactionen im Magensaft dürfte dieser Fall nicht ohne Belang sein. Wenn auch am häufigsten beim Carcinom vorkommend, so wird doch das Fehlen der HCl-Reactionen im Magensaft keineswegs allein bei dieser Erkrankungsform beobachtet. Ich selbst habe bereits vor einer Reihe von Jahren, soviel ich weiss, zuerst auf eine Reihe weiterer Erkrankungsformen, die gleichfalls Fehlen der HCl-Reactionen im Gefolge haben, aufmerksam gemacht. Ich erinnere an die von meinem früheren Assistenten Dr. Edinger mitgetheilten Fälle von hochgradigem Amyloid der Magenschleimhaut, an den von mir mitgetheilten Fall von Schleimhautatrophie infolge toxischer Gastritis, an die von mir veröffentlichten Fälle von Gallenrückfluss, an gewisse fieberhafte Zustände und weitere Affectionen mehr. Von einem für das Carcinom pathognomonischen Symptom, in welchem Sinne man wiederholt irrthümlich meine Auffassung über dieses Fehlen der HCl-Reactionen bei Carcinom citirte, kann darum nicht die Rede sein. Immerhin aber wird man das Fehlen der HCl-Reactionen im gegebenen Falle, vorausgesetzt, dass andere Ursachen auszuschliessen sind, als ein sehr werthvolles, die Diagnose unterstützendes Moment betrachten müssen, während umgekehrt deutliche HCl-Reactionen, woran ich nach wie vor festhalten muss, nicht zu Gunsten eines ausgesprochenen Carcinoms sprechen. Allerdings giebt es ausnahmsweise Fälle, in denen trotz Carcinom HCl-Reactionen nachweisbar sind; aber es sind das immerhin seltene Ausnahmen. Es kann solches Verhalten beispielsweise beobachtet werden in früheren Stadien des Carcinoms, besonders da, wo ein solches sich auf dem Boden eines Ulcus ent-

wickelt, wie solche Fälle mehrfach veröffentlicht und auch von mir wiederholt beobachtet worden sind. Letztere Fälle stellen aber nicht reine Carcinome, sondern gewissermaßen eine Combination von Carcinom und Ulcus dar und können darum nicht als Repräsentanten des Verhaltens des Magensaftes bei ausgesprochenem und reinem Carcinom gelten.

In dem nachstehend mitgetheilten Falle fehlten gleichfalls fast während der ganzen Dauer der Beobachtung die HCl-Reactionen und die peptische Kraft des Magensaftes; nur wenige Male fanden wir unzweifelhafte HCl-Reactionen und gute peptische Kraft. Ein derartiger Wechsel im Verhalten des Magensaftes bei einem und demselben Falle und unter sonst gleichen Versuchsbedingungen stellt immerhin eine beachtenswerthe Ausnahme dar. Zwar findet man zumal in der jüngsten Litteratur zahlreiche Beobachtungen mitgetheilt, wo bei denselben Kranken die Reactionen häufig wechselnde waren, bald deutliche HCl-Reactionen, bald keine, bald wieder Hyperacidität sich fand. Die Antwort auf die Frage, wie dieser Wechsel zu erklären, vermisst man in diesen Mittheilungen fast durchweg. Jeder, der viele Magenkranke untersucht hat, ist solchem Wechsel sicher wiederholt begegnet. In der Regel ist der Grund dessen aber nicht darin zu suchen, dass derselbe Magen an dem einen Tage gut, an dem andern Tage schlecht oder gar nicht verdaut, sondern der Grund liegt häufig genug in wenn auch unbeabsichtigten und unbeachteten Aenderungen der Versuchsbedingungen. Das eine Mal wird früher, das andere Mal später ausgehebert, bald hat der Kranke kurz vor der Ausspülung noch etwas zu sich genommen und dergleichen mehr. In kurzer Frist wechselnde Resultate bei einem und demselben Falle und bei sonst gleichen Versuchsbedingungen sind, die Magenstörungen abgerechnet, mindestens verdächtig, dass ein Versuchsfehler vorliegt, resp. dass wechselnde Versuchsbedingungen gegeben waren. Zumal in der Privatpraxis in der eine exacte Controlle meistens unmöglich ist, begegnet man solchen differenten Resultaten nicht selten. Ich kann darum solche der Privatpraxis entstammenden Beobachtungen keine besondere Beweiskraft zumessen, zumal wenn sie, wie dies in einer Reihe neuerer Mittheilungen der Fall ist, mit sorgfältig controllirten klinischen Beobachtungen in direktem Widerspruch stehen.

Um nun auf unseren Fall zu kommen, so hatten wir leider wie ich gleich hier einschalten will, *intra vitam* auf manche Eigenthümlichkeiten nicht genügend geachtet, die, wie sich *post mortem* herausstellte, uns vielleicht diagnostische Anhaltspunkte hätten bieten können. Gleichwohl theile ich denselben hier mit, weil ich glaube, dass er, wie er für uns lehrreich war, auch trotz dieser Lücken den Lehrreichen manches Andere bietet.

Frau E. R., 68 Jahre alt, liess sich am 23. October 1889 in meine Klinik aufnehmen. Sie gab an, früher im wesentlichen gesund gewesen sein. Ihr jetziges Leiden begann ca. 2 Monate vor der Aufnahme mit Magenschmerzen, die sehr häufig wiederkehrten, mit öfterem aber in unreg-

mässigen Intervallen erfolgendem Erbrechen. Bluterbrechen wurde nie beobachtet. Der Appetit verlor sich; öfter traten Kopfschmerzen auf. Der Stuhl war dabei anfangs regelmässig, später etwas retardirt. Mit diesen Beschwerden ging eine rasche beträchtliche Kräfteabnahme einher.

Die genannten Symptome, insbesondere das Erbrechen und der Kräfteverfall, steigerten sich in letzter Zeit sehr, so dass die Kranke sich veranlasst sah, die Klinik aufzusuchen. Die Kranke giebt ferner an, dass sie bereits seit mehreren Jahren an leichter Kurzathmigkeit und Schlaflosigkeit leide.

Status bei der Aufnahme (23. October 1889):

Sehr abgemagerte Kranke mit sehr dünner schlaffer Muskulatur, welcher Haut. Wangen stark eingefallen, Gesichtshaut stark gerunzelt, Gesichtsfarbe blass. Die Zähne fehlen vollkommen. Die Zunge belegt. Suprascapulardrüsen etwas geschwollen. Thorax symmetrisch, die Intercostalräume tief, die Athmung oberflächlich, leicht beschleunigt, costodiaphragmal. Lungenschall vorne beiderseits voll und laut, rechts bis zur 7., links bis zur 5. Rippe. Athmungsgeräusche leicht verschärft vesiculär, nach unten zu etwas schwächer. Hinten beiderseits voller, lauter Lungenschall bis zum Rippenbogen. Athmungsgeräusche besonders nach unten zu schwach vesiculär, Expirium etwas verlängert. Herzspitzenstoss nicht sicht- und fühlbar. Herzdämpfung nur relativ zwischen der 5. und 6. Rippe, vom linken Sternalrand bis etwa einwärts der linken Papillarlinie, Herzaction etwas beschleunigt, Töne rein, schwach. Puls klein, leicht unterdrückbar. Temperatur nicht erhöht. In der rechten Schenkelbeuge eine über faustgrosse Inguinalhernie, an welcher man durch die dünnen Hautdecken hindurch deutliche peristaltische Bewegungen sieht. Das Abdomen erscheint ungleichmässig gewölbt. Links beginnt etwas oberhalb des Nabels eine vorwiegend die linke Seite einnehmende Vorwölbung, die, nach abwärts stärker werdend, sich bis etwa 2 Querfinger oberhalb des Poupert'schen Bandes erstreckt und sich nach rechts hin allmählich verliert. Diese Vorwölbung zeigt nach oben eine concave, nach unten eine convexe Begrenzung; innerhalb derselben sieht man häufige peristaltische Bewegungen; auch hat man innerhalb dieser Begrenzungslinien beim Palpiren das Gefühl eines gleichmässigen elastischen Körpers; desgleichen lässt sich innerhalb derselben beim An schlagen sehr leicht ein lautes Succussionsgeräusch erzeugen. Auch palparisch lässt sich die untere convexe Begrenzungslinie leicht scharf bestimmen. Der Percussionsschall ist in diesem Bereiche gleichmässig dumpf, schwach tympanitisch, während er in den übrigen Abschnitten des Abdomens sehr wechselnde Qualitäten zeigt. Ein Tumor ist in diesem Bereiche nicht zu fühlen.

Die Leber überragt in der Papillarlinie nur wenig den Rippenbogen, reicht in der Mittellinie bis zur Mitte zwischen Nabel und Proc. ensiformis. Milzdämpfung nicht vergrössert. Ferner fühlt man in der linken Seite des Abdomens in Nabelhöhe bei tiefem Eindrücken eine etwas verschiebbliche Resistenz, die im allgemeinen eine nierenförmige Gestalt zeigt, auf Druck etwas schmerzhaft ist, sich indess nicht genauer abtasten lässt.

Inguinaldrüsen leicht vergrössert. Harn an Menge vermindert, spec. Gewicht erhöht 500/1025, frei von Albumen und Zucker.

Die Auslieferung des Magens 6 Stunden nach einer Probemahlzeit, er giebt reichliche Mengen schwach gallig gefärbter grober Speisereste. Das Filtrat giebt keine HCl-Reactionen, verdaut eine Eiweisscheibe auch in 24 Stunden nicht.

Bezüglich des weiteren Verlaufs sei folgendes bemerkt:

Trotz anfänglich täglicher abendlicher Ausspülungen, die stets reichliche

Mengen von Flüssigkeit, mit groben Speiseresten untermischt, zu Tage förderten, und die stets Fehlen der HCl-Reactionen und der peptischen Kraft zeigten, erfolgte in den ersten Tagen regelmässig in der Nacht oder gegen Morgen reichliches Erbrechen. Es wurde darum zunächst 2mal täglich, Morgens und Abends, der Magen ausgehebert und hierbei jedes Mal reichliche Mengen gallig gefärbten Inhaltes zu Tage gefördert. Allmählich aber verlor sich das Erbrechen, auch die Ausheberung ergab bald nur noch geringe Mengen Mageninhaltes, und es wurde darum nach einiger Zeit die Ausheberung wieder nur 1 mal pro Tag, und zwar des Abends vorgenommen.

Der Magen, der bei der Aufnahme und auch noch in der nächstfolgenden Zeit schon für das Auge als ein grosser weiter, tief nach unten reichender Sack erkennbar war, verkleinerte sich bald sichtlich, so dass die untere Grenze jetzt kaum noch die Nabellinie überschritt. Auch der Appetit hob sich allmählich etwas. Indess fehlten nach wie vor in dem Ausgeheberten alle HCl-Reactionen, und eine Eiweissprobe wurde von dem Filtrat nicht verdaut. Nachdem dann, da sich bei den letzten Ausheberungen nur noch geringe Mengen Mageninhaltes ergeben hatten, die Ausspülung mehrere Tage lang gänzlich unterlassen worden war, trat wieder Erbrechen auf. Es wurde darum wieder einige Tage lang täglich ausgehebert, und als dann wieder nur noch wenig Inhalt sich fand, abermals die Ausheberung unterlassen. Indess stellte sich nach wenigen Tagen abermals Erbrechen ein.

In gleicher Weise schwankte auch die Ausdehnung des Magens, der zu mancher Zeit als ein sehr grosser, leicht abzutastender elastischer Sack erschien, bald wieder fast normale Ausdehnung zeigte. Dabei war der Appetit im ganzen schlecht, die Nahrungszufuhr eine geringe; der Stuhl träge, der Kräftezustand schlecht. Besondere subjective Beschwerden bestanden indess nicht.

Bis zum 31. December war der Mageninhalt 31mal einer genauen Untersuchung und auch jedesmaligen quantitativen Säurebestimmung unterzogen worden. Niemals fand sich bis dahin eine Spur von HCl-Reactionen; nur am 12. November fanden sich schwache HCl-Reactionen; der Säurewerth betrug an diesem Tage 0,12 $\%$. Leider reichte die Menge des Ausgeheberten an diesem Tage nicht, um auch einen künstlichen Verdauungsversuch anzustellen. Auffällig war indess bei allen bis dahin angestellten Untersuchungen der relativ geringe Säurewerth, der stets in den Werthen von 0,3 bis höchstens 0,12 $\%$ schwankte. Meistens bewegten sich die Werthe zwischen 0,3 bis 0,8.

Anders war das Resultat bei einer am 6. Januar Abends vorgenommenen Ausheberung, wobei ziemlich viel schwach gallig gefärbter Inhalt entleert worden war. Während bis dahin, abgesehen von der schwachen Reaction am 12. November, bei keiner Ausheberung eine Spur von HCl-Reaction und peptischer Kraft gefunden worden war, ergab an diesem Tage die Untersuchung des Filtrates ganz deutliche unzweifelhafte HCl-Reactionen, und eine Eiweissprobe wurde in 30 Minuten völlig verdaut. Der Säuregehalt betrug an diesem Tage 0,13 $\%$. Bei einer 2 Tage später vorgenommenen Ausheberung und Untersuchung des Filtrates ergaben sich nur schwache HCl-Reactionen; indess konnte, da die Menge des Ausgeheberten sehr gering war eine quantitative Säurebestimmung nicht gemacht werden.

Es sei gleich hier bemerkt, dass bei den folgenden Ausheberungen deren indess nur noch wenige (4) waren, niemals mehr HCl-Reactionen gefunden wurden. Dagegen zeigte der ausgeheberte Inhalt wie auch frühere gallige Färbung.

Mit Beginn des Januar trat ein stärkerer Kräfteverfall ein, der schon ohnehin schlechte Appetit machte völliger Appetitlosigkeit Platz, bald trat

Oedeme auf, die sich allmählich auch auf die Bauchdecken erstreckten. Am 30. Januar erfolgte der Exitus letalis.

Bevor ich das Obductionsresultat mittheile, sei es mir gestattet, mit wenigen Worten die Diagnose zu besprechen. Dieselbe schien anfänglich keine besonderen Schwierigkeiten zu bieten. Der ganze Symptomencomplex wie die Anamnese deuteten auf den Magen als den Sitz der Erkrankung hin. Objectiv liess sich zunächst nur eine hochgradige Ectasie des Magens nachweisen. Wohl fühlte man anfänglich links vom Nabel in der Tiefe bei starkem Eindrücken eine nierenförmige Resistenz; indess liess sich einestheils ein Zusammenhang dieser mit dem Magen ausschliessen, da es ja mit Sicherheit gelang, die Contouren des Magens als damit ausser Zusammenhang stehend zu bestimmen; anderntheils gelang es auch bei sorgfältiger Untersuchung späterhin nicht mehr oder doch nur ganz undeutlich, diese Resistenz zu fühlen. Ein sicheres Urtheil, welche Bedeutung dieser Resistenz zukomme, liess sich darum nicht gewinnen.

Die Untersuchung des Mageninhalts ergab weitere Anhaltspunkte; in der ersten Zeit wurden in allen untersuchten Proben die HCl-Reactionen und die peptische Kraft vermisst. Zog man fernerhin das Alter der Patientin, die hochgradige und in so kurzer Zeit erfolgte Abmagerung derselben, ferner die kurze Dauer des Leidens in Betracht, so musste man in erster Reihe an ein Carcinom denken. Zwar fehlte ein dem Magen angehöriger Tumor; desgleichen war Bluterbrechen nie beobachtet worden; indess konnten diese beiden Momente, so sehr ihr Vorhandensein die Diagnose gestützt hätte, die Annahme eines Carcinoms nicht widerlegen. An einen chronischen Katarrh, an eine Atrophie der Magenschleimhaut hätte man auch mit Rücksicht auf dieses Verhalten der Magensaftsecretion denken können; indess war die Dauer der Affection doch eine viel zu kurze, als dass sich schon eine bis zum Versiegen der HCl-Secretion gehende Atrophie hätte entwickeln können; anderntheils waren die Rückwirkungen auf den Gesamtorganismus viel zu bedeutend, als dass sie bei der Annahme eines chronischen Magenkatarrhs eine befriedigende Erklärung hätten finden können. Für irgend eine andere Ursache des Fehlens der HCl-Reactionen und der peptischen Kraft fehlte aber jeder positive Anhaltspunkt. So musste anfänglich wenigstens trotz Fehlens eines palpablen Tumors die Annahme eines Carcinoms als die am meisten berechnete erscheinen. Indess erhoben sich doch bei weiterer Beobachtung bald Bedenken gegen diese Annahme. Als, wenn auch weniger schwerwiegend, möchte ich vorerst die so sehr wechselnde Ausdehnung des Magens, sowie den Wechsel des Erbrechens, das trotz abendlicher Ausspülung und sehr geringer abendlicher Nahrungszufuhr nachts wiederholt noch in reichlichem Maasse eintrat, anführen. Eine gewisse Bedeutung war ferner dem auffallend niedrigen Säuregehalt beizulegen. Die Gesamttacidität des Magensaftes bei Carcinomen ist in der Regel eine beträchtliche; sie ist vor allem bedingt durch reichliche organische Säuren. Gerade nach dieser

Richtung hin hat ja die Anwendung der HCl bei Carcinomen eine gewisse Bedeutung, indem sie die abnorme Gährung hemmt, eine Abnahme der organischen Säuren bewirkt. In unserem Falle war die Gesamttacidität im Gegentheil eine auffallend geringe, wie man sie bei Carcinomen des Magens in der Regel nicht trifft.

Ein ferneres auffälliges Moment war in der galligen Beschaffenheit des ausgeheberten Mageninhalts gegeben. Geringe Beimengungen von Galle findet man bekanntlich bei Auswaschungen des Magens, zumal gegen Ende derselben, nicht selten. Dagegen gehören Beimengungen grösserer Mengen von Galle, zumal innigere Vermischungen derselben mit dem Mageninhalt, zu den selteneren Vorkommnissen. Einen solchen, und zwar den ersten Fall¹⁾ eines permanenten Rückflusses der Galle in den Magen infolge abnormer Adhäsionen und dadurch bedingter Zerrung des Magens habe ich früher mitgeteilt. In jenem Falle war infolge dessen eine sehr hochgradige peptische Störung eingetreten. Weitere hierhergehörige, wenn auch in mancher Beziehung von meinem ersten Falle abweichende Beobachtungen wurden sodann von Cahn²⁾ aus der Kussmaul'schen Klinik, ein weiterer Fall von Honigmann³⁾ aus meiner Klinik mitgeteilt. Ich darf wohl gleich hier anfügen, dass auch in dem Falle von geheilter Darmverengerung, den Honigmann aus meiner Klinik veröffentlichte, das Filtrat des Magensaftes stets nur ganz schwach sauer, oft genug neutral reagirte. Indess hatten wir in unserem Falle anfänglich diesem Befunde, der uns vielleicht einen diagnostischen Anhaltspunkt hätte bieten können, keine besondere Bedeutung beigelegt.

In hohem Grade war es dagegen auffällig, dass nach einiger Zeit zuerst schwache und später sogar ganz deutliche HCl-Reactionen nachgewiesen werden konnten, und dass der Magensaft jetzt plötzlich gute peptische Kraft zeigte. Ein derartiges Verhalten entsprach nicht dem gewöhnlichen Befunde bei Carcinom. Wohl sind Fälle mitgeteilt — und auch wir haben solche beobachtet —, wo im Beginn eines Carcinoms noch deutliche HCl-Reaction, ja selbst Hyperacidität sich fand, die im weiteren Verlaufe immer mehr schwand und schliesslich einem Fehlen dieser Reactionen Platz machte. Dies beobachtet man besonders bei Carcinomen im Beginne, zumal wenn sich dieselben auf der Basis eines Ulcus entwickeln. Von einem solchen Verhalten konnte hier keine Rede sein; ebensowenig konnten ungleiche Versuchsbedingungen beschuldigt werden. In unserem Falle war stets unter gleichen Bedingungen und nach einheitlicher Methode untersucht worden. Bei 32 vorhergegangenen Analysen war nie freie Salzsäure gefunden worden, hatte der Magensaft nie peptische Kraft gezeigt, als er nun plötzlich sich ganz normal verhielt, um später wieder einem Fehlen

¹⁾ Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 11.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1886, No. 22.

³⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1887, No. 18.

der HCl-Reactionen Platz zu machen. Eine Verwechslung, ein Versuchsfehler war mit Sicherheit auszuschliessen. Mit der von uns bis dahin gehegten Annahme liess sich dieser Befund, dieses plötzliche Auftreten guter peptischer Kraft kaum vereinigen; aber er passte ebensowenig in eine andere der gewöhnlichen Krankheitsformen. Jedenfalls liess sich für dieses auffällige Verhalten zunächst keine genügende Erklärung finden. Auch der weitere nur noch kurze Verlauf bot keine Anhaltspunkte. Nur anführen will ich noch, dass die anfänglich links vom Nabel gefühlte Resistenz im weiteren Verlauf kaum noch deutlich wahrgenommen werden konnte, so dass die Frage, ob und welche Beziehungen sie zu dem Symptomencomplex habe, eine offene bleiben musste.

Die Section ergab einen den Symptomencomplex, wie mir scheint, in vollkommen befriedigender Weise erklärenden Befund. Ich theile aus dem Sectionsprotokoll, das ich in gleicher Weise wie die histologischen Details Herrn Collegen Bostroem verdanke, nur die wichtigeren Details, insbesondere den uns vor allem interessirenden Befund der Bauchhöhle ausführlicher mit.

Weibliche Leiche, klein, stark abgemagert, Haut bleich, trocken, mit geringen blassen Todtenflecken. Untere Extremitäten und Vorderarme stark ödematös. In der rechten Inguinalgegend ein kindskopfgrosser, weicher Tumor, über dem die Haut leicht verschieblich ist. Bauch leicht eingesenken, Bauchdecken schlaff. Unterhautzellgewebe fettarm, Muskulatur hochgradig atrophisch, blassbräunlich, sehr schlaff.

Netz heraufgeschlagen, aber fettarm. Leber nach unten gesunken, atrophisch. Colon transversum rechts schlingenförmig nach unten, links normal. Durch die Atrophie der Leber und das herabgedrängte Colon transversum liegt der Magen in grösserer Ausdehnung frei, Pars pylorica circa 10 cm oberhalb der Symphyse, Fundus circa 20 cm. Magen daher schräg gestellt, von links oben nach rechts unten. In der kleinen Curvatur das Pankreas sichtbar. Magen 18 cm lang, von der Cardia bis zur grossen Curvatur 8 cm breit. In der Mitte ist der Magen 4 cm breit, in der Regio pylorica 6 cm breit.

Im kleinen Becken und den Hypochondrien circa 1 l klare Flüssigkeit.

Zwerchfellstand rechts am oberen Rand der 5., links am untern der 6. Rippe.

Inguinalcanal rechts für 3 Querfinger durchgängig; in demselben die drei untersten Dünndarmschlingen, die Serosa derselben und das betreffende Mesenterium sehnig getrübt. Die Schlingen leicht herausziehbar. Nach Herausnahme des Colon unterhalb desselben, nach oben vom Magen begrenzt, eine ziemlich bewegliche, etwa nierenförmige Geschwulst 6:5 von knotiger und feinhöckeriger Oberfläche. Die Geschwulst sitzt am Anfangstheile des Jejunum, am unteren horizontalen Ast des Duodenum beginnend. Jejunum ungleichmässig contrahirt, mässig weit. Duodenum auffallend weit, schwappend. Pylorus eng, derb. Im Magen reichliche Speisereste. Cardia weit, Magenwand im Fundus dünn, durchscheinend, Schleimhaut nur an der Cardia stärker injicirt. Am Fundus beginnend Verdickung der Muscularis. Pylorus für einen Finger durchgängig. Magenschleimhaut wenig injicirt, glatt.

Am Pylorus ebenfalls deutliche Muskelhypertrophie, Pylorus 4 cm weit.

Im Duodenum sehr reichlicher Inhalt, wie im Magen. Duodenalschleimhaut glatt, stellenweise stärker injicirt. Bei Druck auf die Gallenblase ent-

leert sich aus dem ziemlich stark geschwellten Diverticulum Vateri reichliche dicke Galle. Gallenwege stark gefüllt, dilatirt. Ductus choledochus circa 13 mm im Durchmesser, Ductus hepaticus 15 mm. Ductus cysticus deutlich aufgetrieben, leicht geschlängelt. Unmittelbar am Anfange des Jejunum gelangt man auf die erwähnte Geschwulst. Von oben her gelangt man nur eine kleine Strecke weit in den Darm; von unten her gelangt man nur mit stärkerer Gewalt mit der Kuppe des Zeigefingers hinein. Beim Aufschneiden dieser Stelle findet sich, ca. 6 m lang, eine circuläre Geschwulst, unregelmässig ulcerirt, grauröthlich polypös, feinzottig nach unten in's Jejunum hineinragend. Die Wucherung geht von der Schleimhaut aus, durchbricht die Muscularis.

In der Submucosa der oberen Partie ein kleiner Abscess. — Dünndarm mässig weit; im unteren Theil graugrüne, ziemlich dicke Chymusmassen, in den oberen Partien dünnflüssige Massen. Schleimhaut in den oberen Partien rauchgrau mit reichlichem Zottenpigment; untere Partie blass. Mesenterium fettarm. Mesenterialdrüsen klein; Colon stark von Gasen aufgetrieben.

Im Coecum graue breiige Fäcalmassen, Schleimhaut im Dickdarm blass.

Leichendiagnose: Krebs des obersten Theiles des Jejunum, Dilatation des Duodenums. Muscularhypertrophie des Magens. Dilatation der grossen Gallenwege. Hochgradiges Lungenemphysem. Bronchitis. Altersatrophie von Herz, Milz, Leber, Uterus und Ovarien. Ascites. Doppelseitiger Hydrothorax mit partieller Compression beider Unterlappen. Alte Bronchectasieen im linken Oberlappen. Anasarca. Rechtsseitige Inguinalhernie.

Zur mikroskopischen Untersuchung des in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol gehärteten Präparates wurden Theile der Schleimhaut aus der Gegend der kleinen und der grossen Curvatur, der Pylorusregion und dem Duodenum benutzt. In allen Gegenden fand sich die Muscularis mucosae mehr oder weniger verdickt, und an einzelnen Stellen daselbst eine ausgesprochene kleinzellige Infiltration. Die Schleimhaut selbst anlangend, so muss sie in der Gegend der kleinen und grossen Curvatur als der Norm entsprechend bezeichnet werden, jedenfalls war eine Atrophie derselben nicht vorhanden zwischen den Drüsen nur eine reichlichere Ansammlung von Leukocyten. Die Anhäufung der letzteren war dagegen in Schnitten aus der Pylorusgegend reichlicher und erstreckte sich manchenmal durch die ganze Schleimhaut. Dagegen ist nur an der Schleimhaut des Duodenums eine ausgesprochene Atrophie mit stellenweise vollkommenem Schwund der Drüsen zu constatiren, die offenbar durch die starke Dehnung veranlasst worden ist.

Der Krebs des Jejunum erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Cylinderepithelkrebs.

Die Section hat demnach, wenn wir von dem Lungenemphysem und den Altersveränderungen des Herzens und anderer Organe absehen, als wesentlichsten Befund ein stenosirendes Carcinom in Anfangstheile des Jejunum mit secundärer Dilatation des Duodenum ergeben. Der Magen selbst war, abgesehen von einer

Muscularhypertrophie, im wesentlichen intact. Dieses Jejunalcarcinom entsprach der intra vitam anfangs linksseitig gefühlten nierenförmigen Geschwulst.

Mit dem erwähnten anatomischen Befunde lässt sich, wie mir scheint, der klinische Symptomencomplex gut in Einklang bringen. Die Primäraffection stellt das Carcinom des Jejunum dar. Dieses selbst hatte an der Stelle seines Sitzes eine hochgradige Stenosirung des Darmlumens bewirkt. Secundär kam es infolge dessen zu einer Ueberfüllung und Ausdehnung des Duodenums und zeitweise selbst des Magens. Eine eigentliche Magenerkrankung lag überhaupt nicht vor. Indem der Dünndarminhalt die verengte Stelle des Jejunum nur schwer passiren konnte, musste es oberhalb derselben zu einer Stauung des Darminhaltes und des Mageninhaltes kommen; ja selbst eine Regurgitation in den Magen musste erfolgen, wie die gallige Beschaffenheit des Mageninhaltes zeigte. Infolge dieser Stauung aber erweiterte sich das Duodenum allmählich, und secundär wurde auch der Magen zeitweise überfüllt und ausgedehnt. Der intra vitam beobachtete, so sehr wechselnde Grössenbefund des Magens, sowie das trotz täglicher Ausspülung wiederholt erfolgte Erbrechen reichlicher Massen lässt sich nach diesem Befunde leicht erklären. Auch die Hypertrophie der Magenmuscularis lässt sich darnach leicht verstehen; infolge des so sehr erschwerten Abflusses des Mageninhaltes nach dem Dünndarm musste der Magen zur Ueberwindung dieses Hindernisses vermehrte peristaltische Anstrengungen machen.

Auch das chemische Verhalten des Magensaftes findet in dem erwähnten Befunde eine befriedigende Erklärung. Der Magensaft an sich musste normal sein, da ja der Magen selbst, wie die genauere makroskopische und mikroskopische Untersuchung zeigte, eine wesentliche Veränderung darbot. Der Umstand, dass wir trotzdem nur einige Male deutliche HCl-Reactionen und gute peptische Kraft desselben fanden, erklärt sich daraus, dass wir in der Regel nicht reinen Mageninhalt, sondern Mageninhalt und Dünndarminhalt zur Untersuchung erhielten. Nur einige Male gelang es zufällig, ziemlich reinen Mageninhalt zu gewinnen. Es ist wahrscheinlich, dass es bei entsprechender Versuchsanordnung möglich gewesen wäre, noch öfter reinen Mageninhalt zu gewinnen. Dass die peptische Kraft fast durchweg fehlte, erklärt sich aus der erwähnten Beimischung von Dünndarminhalt und Galle. Leider hatte ich in der ersten Zeit der Beobachtung bis zu dem Zeitpunkte, da deutliche HCl-Reactionen auftraten, der galligen Beimischung des ausgeheberten Inhaltes keine besondere Beachtung geschenkt, resp. diese übersehen, da ich meistens erst das Filtrat, nicht den ausgeheberten Inhalt als solchen, zur Untersuchung erhielt. Nach Aufhören der HCl-Reactionen aber konnten wir, da die Kranke bereits hochgradig collabirt war, nur noch wenige Male aushebern.

Dieses Fehlen der peptischen Kraft lässt sich in befriedigender Weise aus der Beimischung von Dünndarminhalt, resp. Galle zum

Mageninhalt erklären, wie ja auch als Folge dieses gehemmten Abflusses eine noch an der Leiche nachweisbare Erweiterung der grossen Gallenwege sich zeigte. Dieses reichliche Vorhandensein von Galle im Magen hat natürlich nichts gemein mit den geringen Mengen von Galle, denen man am Schlusse einer Auswaschung des Magens nicht selten begegnet. Das spontane Vorhandensein reichlicher Gallenbestandtheile im Magen spricht, worauf Jaworski und Gluzinski¹⁾ zuerst aufmerksam gemacht haben, gegen das Vorhandensein einer Pylorusstenose höheren Grades.

Dass reichlichere Beimengungen von Galle zum Magensaft die Wirkung des letzteren mehr oder minder aufheben, ist durch klinische Beobachtungen sichergestellt, wenn auch die Art und Weise des gestörten Chemismus noch nicht völlig aufgeklärt ist. Gegenüber diesen klinischen Resultaten können die experimentellen Versuche Wolff's²⁾ mit Darreichung geringer Mengen von Ochsgalle, wobei sich nur eine Herabsetzung der Gesamttacidität, indess keine beträchtliche Einschränkung auf die Peptonisirung des Eiweisses ergab, nicht als beweiskräftig gelten. Nicht allein die Menge der Galle, sondern auch das Zeitmoment, in dem dieselbe mit den Magencontentis in Berührung kommt, ist von Bedeutung.

So ergab sich in den jüngst mitgetheilten interessanten Versuchen von Boas³⁾ über Dünndarmverdauung, dass, wenn mit schwach alkalischem Darmsaft schwach saurer, salzsäurefreier Mageninhalt wie er in der ersten viertel bis halben Stunde nach Einführung von Ingesta durch die Sonde gewonnen wird, in Berührung kommt, der erstere keine bemerkenswerthe Aenderung erleidet, dass dieses Gemisch die Fähigkeit besitzt, Albumin allmählich unter Bildung von Peptonen zu lösen und Amylum kräftig zu convertiren. Anders wenn zu einem etwas stärker alkalisirten Darmsaft schwach säurehaltiger Magensaft kommt. Ein solches Gemisch vermag Eiweisskörper nicht zu lösen, Stärke nur in beschränktem Maasse zu convertiren; ein Eiweissplättchen schrumpft in diesem Gemische.

Wie in meinen früheren Fällen, so hat sich auch in dieser Falle wieder gezeigt, dass durch diese Beimischung von Galle der Magensaft seine peptische Kraft verlor, dass die Pepsinverdauung unwirksam wurde. Wenn trotzdem einige Male der Magensaft sich als wirksam erwies, so ist dies nur daraus zu erklären, dass bei diesen wenigen Ausheberungen ein fast reiner, von Dünndarminhalt ziemlich freier Mageninhalt gewonnen wurde.

Darnach scheint mir das klinische Symptomenbild unseres Falles durch den Obductionsbefund in ausreichender Weise erklärbar. Fragen wir uns aber zum Schluss, ob es nicht vielleicht doch möglich gewesen wäre, intra vitam der Diagnose etwas näher zu kommen, so dünkt mir, dass man diese Frage nicht unbedingt ver-

¹⁾ Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 11.

²⁾ Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 16.

³⁾ Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 17.

neinen muss. Hätten wir den erwähnten Tumor constant deutlich fühlen können, so hätte man, zumal dann, wenn dessen nahe Beziehung zum Duodenum hätte festgestellt werden können, mit Rücksicht auf die fast constante Beimischung von Galle zum Mageninhalt schliessen können, dass ein den Dünndarm verengender Tumor vorläge.

Leider hat, wie erwähnt, die Palpation des Tumors uns weiterhin fast stets unzureichende Resultate ergeben. Für fernere Fälle dürfte der häufigen Beimischung von Galle resp. Dünndarminhalt, dem zeitweisen Auftreten guter peptischer Kraft, besonders nach vorheriger gründlicher Auswaschung, sowie der wechselnden Ausdehnung des Magens eine gewisse diagnostische Bedeutung beizulegen sein.

Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin: Verbreitete Sarcomatose der inneren Organe bei einem 14¹/₂jährigen Mädchen, von Dr. P. Guttmann.

Aus dem Augustahospital in Berlin: Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen, von Prof. Dr. E. Küster.

Aus dem Diaconissenhaus Bethanien in Berlin: Die Heilbarkeit der Pyämie, von Prof. Dr. Rose.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Bonn: Spastische Starre der Unterextremitäten bei drei Geschwistern, von Prof. Dr. Fr. Schultze.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Giessen: Beitrag zur Kenntniss der Strychninvergiftung, von Dr. Honigmann.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Giessen: Ein Fall von Exarticulation im Hüftgelenk mit vorheriger Unterbindung der Iliaca communis, von Dr. Poppert.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Göttingen: Ueber Nachkrankheiten der Kohlenoxydgasvergiftung, von Dr. E. Becker.

Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Universität Göttingen: Ueber Behandlung der puerperalen Sepsis, von Prof. Dr. M. Runge.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Greifswald: Ueber ansteckende Formen von Lungenentzündung, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fr. Mosler.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Greifswald: Die Entwicklung der Eiterungslehre und ihr Verhältniss zur Cellularpathologie, von Prof. Dr. P. Grawitz.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Halle: Ueber die Operation und Prognose der Zungenkrebse, von Priv.-Doc. Dr. F. Krause.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Jena: Die Ursache der anämischen Herzgeräusche, von Priv.-Doc. Dr. E. Sehrwald.

Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Universität Jena: Der Probetampon und sein Werth für Erkennung der chronischen Endometritis, von Geh. Hofrath Prof. Dr. B. S. Schultze.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Königsberg: Zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstenose, von Dr. P. Ortmann.

Aus dem Bürgerhospital in Köln: Die Behandlung der typischen Radiusfractur mittels Federextension, von Prof. Dr. Bardenheuer.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Krakau: Ein Fall von Gastroenterostomie nebst Untersuchungen über das Verhalten der Magendarmfunction nach erfolgter Heilung, von Prof. Dr. Rydygier und Prof. Dr. N. Jaworski.

Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Universität Dorpat: Zur Frage der Behandlung bedeutender interabdominaler Blutungen, von Prof. Dr. O. Küstner.

Aus der I. medicinischen Klinik der Universität Neapel: Ueber Diabetes mellitus, von Prof. Dr. A. Cantani.

Aus dem Institut für normale und pathologische Anatomie der Universität Turin: Weitere Untersuchungen über die Aetiologie der Pneumonie, von Prof. Dr. Pio Foà.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Helsingfors: Quecksilberintoxication mit tödtlichem Ausgang nach subcutanen Calomel-injectionen, von Prof. Dr. J. W. Runeberg.

Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Die Deutsche medicinische Wochenschrift

mit Berücksichtigung

des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes

begründet von Dr. Paul Boerner,

redigirt von Sanitätsrath Dr. S. Guttman in Berlin,

hat mit dem 1. Januar 1889 ihren **XV. Jahrgang** begonnen und erscheint jeden Donnerstag 2—2¹/₂ Bogen stark in gr. 4⁰.

Die Wochenschrift enthält: **Originalartikel** aus deutschen Kliniken, Krankenhäusern und von practischen Aerzten. — **Zusammenfassende Referate** über neuere Erscheinungen auf einzelnen Gebieten der medicinischen Wissenschaft. — **Eingehende Referate** über das Gesamtgebiet der medicinischen Literatur. — **Journal-Revue** (Bewährte und kritische Berichtersteller halten, gegenüber der heute herrschenden Publicationssucht, aus diesem Theile der Zeitung Alles fern, was nicht thatsächlich als ein Fortschritt der wissenschaftlichen und practischen Medicin anzusehen ist). — **Officielle Berichte** über den Verein für innere Medicin in Berlin, über die ärztlichen Vereine zu Hamburg, Köln, Greifswald und über die medicinische Section des medicinisch-naturwissenschaftlichen Vereins in Strassburg i. E. — **Original-Berichte** über medicinische Gesellschaften in Berlin, Wien, und zahlreiche andere Vereine und Congresse. — **Amtliches.** — **Oeffentliches Sanitätswesen incl. Epidemiologie.** — **Feuilleton** etc. — **Therapeutische Mittheilungen** (Letzterer Rubrik wird neuestens namentlich auch durch zusammenfassende Uebersichten über bestimmte Gruppen von Arzneimitteln eine besondere Sorgfalt gewidmet und, den Bedürfnissen des Praktikers entsprechend, ein breiterer Raum in der Zeitung als früher zugewiesen).

Bestellungen auf die „Deutsche medicinische Wochenschrift“ zum Preise von 6 Mark pro Quartal werden von allen Buchhandlungen und Postämtern entgegengenommen. Probenummern sind gratis zu beziehen durch jede Buchhandlung wie durch die Verlagsbuchhandlung Georg Thieme in Leipzig, Rossstrasse 20.

Der Jahrgang 1889 enthält u. a. folgende Originalarbeiten:

Aus der I. medicinischen Klinik der Universität Berlin: Beitrag zur Lehre der Fremdkörper in den Luftwegen, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. Leyden. — Ueber die Prognose der Herzkrankheiten, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. Leyden.

Aus der III. medicinischen Klinik und Poliklinik der Universität Berlin: Ueber eine Quellsonde zur Behandlung von Verengungen der Speiseröhre, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Senator.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Berlin: Ueber gutartige Geschwülste der Zunge, von Dr. E. Kirchhoff.

Aus dem städtischen allgemeinen Krankenhause Friedrichshain in Berlin: Ein Fall von besonderen Bewegungsstörungen nach acuter cerebraler Kinderlähmung, von Prof. Dr. P. Fürbringer.

(Fortsetzung auf der vorhergehenden Seite.)