



Aufnahme fiel ihr eigentümliches Benehmen auf. Sie war fortwährend unruhig und reizbar. Fragen ließ sie oft ohne Antwort, war auch sonst negativistisch; verkroch sich meist in einen entlegenen Winkel.

Befund der Nervenklinik (Prof. *Benedek*): Das Gesicht der hochwüchsigen, mittelmäßig entwickelten, mageren Kranken ist blaß, eingefallen. Die sichtbaren Schleimhäute sind etwas blutarm, mesocephaler Schädel mit eckig hervorstehenden frontalen und parietalen Höckern. Gesichts- und Hirnschädel sind asymmetrisch. Flacher, langer Brustkorb, eingefallene supra- und infraclaviculäre Gruben. Lungen ohne Befund; Puls 92. Bauchdecken eingefallen; Bauchorgane, Genitalien weisen keine merklichen Abweichungen auf; die Schilddrüse kann nicht getastet werden. Nervensystem: Die Gefühlssphäre kann genauer nicht untersucht werden; auf stärkeres Zwicken manche Reaktion. Bewegungssphäre ohne Befund. Die Bauchreflexe, Sehnen und periostealen Reflexe der oberen und unteren Extremitäten sind beiderseits gleich, von normaler Lebhaftigkeit. Pupillen sind gleich, mittelweit.

Psychisch: Die Kranke ist autistisch verschlossen. Sie speit zeitweise. Die aufgehobenen Extremitäten fallen herunter, bei wiederholter Untersuchung bleiben sie aber katatonisch in beliebiger Lage 5—10 Min. lang unbeweglich; statuenartige Stellungen. Gegen Aufforderungen ist sie meistens negativistisch oder ganz reaktionslos. Auropalpebraler Reflex nicht auslösbar. Gegen die Umgebung völlig interesselos. Die Nahrungsaufnahme verschmährt sie auch auf Zureden.

Auszug aus der Krankengeschichte der Psychiatrischen Klinik: 3.—15. VIII. 1924. Autistische Verschlossenheit, abwechselnd Negativismus und geringes Interesse. 15. VIII. Schizophasie. 4. IX. Zeitweise Halluzination. 24. IX. Größenwahnideen. 27.—28. X. Unruhe; sie erhält prolongierte Bäder und Wasserpackungen. 29. X. Mit den Händen betastet sie stereotyp ihre Genitalien. Trotzdem die Untersuchung nichts Krankhaftes entdecken kann, bittet, ja fordert sie, daß der behandelnde Arzt sie operieren lasse, weil sie das benötige; sie bat den Arzt um Hilfe, und daß er sie heiraten solle. Abends reißt sie eine elektrische Lampe am Kopfende des Bettes herab, mittags sticht sie sich mit einem zerbrochenen Löffel eine Wunde in den Arm. Zur Nacht bekommt sie Scopolamin. 30. X. Ist den ganzen Tag unruhig, auch die prolongierten Bäder am Vormittag bringen ihr keine Beruhigung. Die Unruhe steigert sich des Nachmittags, sie erhält Wasserpackung und öfters Morphin-Scopolamininjektionen; die letzte um 9 Uhr abends. Sie bittet neuerlich um eine genitale Operation, da sie eine Geschwulst hätte, die herausoperiert werden müsse. Am Morgen findet sie die Pflegerin zwischen 6 und  $\frac{1}{2}$ 7 Uhr ruhig im Bett liegen, die Hände und das Bettzeug aber voll Blut. Die Blutung stammt aus einer Verletzung im unteren Teil der Schamspalte, woraus ein ca. 1 m langes, an Dünndarm erinnerndes Gebilde hervorsticht. Die Kranke wird sofort der Chirurgischen Klinik übermittlelt<sup>1)</sup>.

Die Haut, die sichtbaren Schleimhäute der stark ausgebluteten Patientin sind blaß, Puls kleinwellig, leicht unterdrückbar. Sämtliche Finger wie auch die Beine sind von eingetrocknetem Blute bedeckt. Der Damm ist vollkommen durchgerissen. Aus der Dammwunde hängt eine ca. 1 m lange, an Dünndarm erinnernde, blaßlivid gefärbte, ihres Bauchfellüberzuges beraubte Darmpartie heraus.

Nach 1 l Kochsalzinfusion wird die Kranke in Äthernarkose operiert. Die Bauchhöhle eröffneten wir mittels unterer medianer Laparotomie. Nach Eröffnung des Peritoneums quellen stark aufgetriebene, injizierte Dünndarmschlingen hervor, nach deren Herausheben sofort ein röhrenförmiges, von der Flexura hepatica des Dickdarmes in das Becken ziehendes, straff angespanntes, an die

<sup>1)</sup> Psychiatrisch wurde der Fall von Herrn Prof. *Benedek* gewürdigt. Gyógysz. 1925 und Arch. f. Kriminol. 1925.

aus der Dammwunde heraushängende Darmpartie erinnerndes Gebilde auffiel, welches sich bei der näheren Untersuchung als die ihres Bauchfellüberzuges beraubte Dickdarmschleimhaut erwies. Statt des queren und absteigenden Dickdarmes läßt sich nur deren zerfetzte Muskelwand auffinden von der Flexura hepatica bis zum Sigmoidaeum. In den oberen Teilen des unversehrt erscheinenden aufsteigenden Dickdarmes unter der Serosa und im Mesocolon der beiden früher genannten, verstümmelten Dickdarmpartien sind starke Blutungen vorhanden. Nach Entfernung dieser zerstörten Dickdarmteile wird der noch als gesund imponierende obere Teil des Colon ascendens vor die Bauchwand gelagert. Die Dickdarmschleimhaut wurde darauf bei der Flexura hepatica abgebunden und abgeschnitten und in einer Länge von 1,2 m durch die Wunde der Vulva bzw. des Dammes mit sanftem Zug entfernt. Die noch zurückgebliebene Muskelschicht und Serosa des Sigmadarmes wurden vernäht, auf den Stumpf kam ein Gazestreifen, nachher wurde die Bauchwand schichtweise zugenäht.

Die Kranke lebte nach der Operation noch 6 Stunden; der Tod stellte sich mit Symptomen einer Herzschwäche ein.

Bei der *Sektion* dringen nach Entfernung der chirurgischen Knopfnähte die aufgetriebenen Darmschlingen hervor. In der Bauchhöhle ist ein der vor 6 Stunden erfolgten Dickdarmresektion entsprechender Status zu finden. Sowohl das viscerale wie auch parietale Peritoneum sind matt, glanzlos, stellenweise von feinen Fibrinauflagerungen bedeckt. Die Darmschlingen sind fibrinös verklebt. Das zerstörte, hier und da mit Nähten versehene Mesokolon ist von der Flexura hepatica angefangen, fetzig, blutig infiltriert, auf ihm können die Reste der Serosa und mit dieser in Zusammenhang gebliebenen Muskelschicht des queren und absteigenden Dickdarmes wahrgenommen werden. An der Gegend der Flexura hepatica ist die blutige Infiltration unter der Serosa und im oberen Teile des Mesokolons des aufsteigenden Dickdarmes eine hochgradigere. In dem Becken befindet sich ein 200 g betragendes, mit Blut und Fibrin vermischtes Exsudat. Der Sigmoidstumpf ist nach innen gedreht, verschlossen. Nach dem Aufschneiden wird ersichtlich, daß die Schleimhaut sowohl im Colon sigmoideum wie auch im Rectum bis auf einen zweifingerbreiten Ring oberhalb der Analöffnung vollkommen fehlt. Die obere Begrenzung dieses zurückgebliebenen Schleimhautringes verläuft als eine quere, sanft gewellte Linie, stellenweise hört sie in der Ampulle — wo sie schon ganz fehlt — stufenweise auf. Infolgedessen ist in den unteren Teilen des Rectums die zirkuläre, in den oberen aber auch schon die längsverlaufende Muskelschicht freigelegt. Im Colon sigmoideum fehlt fleckweise auch die Längsmuskulatur, und an diesen Stellen wird die Wand nur von der Serosa gebildet. An der vorderen Rectumwand, in den unteren von dem Schleimhautrest bedeckten Teilen ist ein 8 cm langer, an der Analöffnung beginnender, senkrechter Riß sichtbar. Dieser Riß betrifft die ganze Dicke der Rectumwand, der hinteren Scheidenwand, durchdringt vollkommen die Gewebe des Dammes, so, daß das Bild eines die Scheide mit dem Rectum verbindenden, vollkommenen Dammrisses entsteht. Die Ränder des Risses sind fetzig, blutig infiltriert, im oberen, etwas abgerundeten Winkel werden die Wundränder durch zarte Gewebsbrücken verbunden. Am Damm werden die Wundränder von nekrotisiertem Fettgewebe gebildet. Der intakt gebliebene Scheidenteil ist weit. Der Riß endet 1 Querfinger unter der Portio. Die vordere Scheidenwand ist unversehrt, blaß. Die Portio ist mittelgroß, konsistent; der Muttermund ist rund, die Gebärmutter mittelgroß, ihre Schleimhaut blaß. Die Eileiter und Eierstöcke sind frei, intakt.

Die herausgezerrte und bei der Operation entfernte Darmpartie ist ein 1,2 m langes, einheitliches, zusammenhängendes Schleimhautrohr ohne Unterbrechungen und Einrisse, das Lumen wird von wenigem, breiigem, bräunlichem Kot ausgefüllt,

die Wandung besteht makroskopisch nur aus Mucosa und Submucosa. An der Außenfläche sind versprengt einige Muskelbündel sichtbar.

Im proximalen Ende des herausgezerrten Schleimhautrohres konnte eine Muskelschicht auch mikroskopisch nicht nachgewiesen werden. Das Rohr wird außen von Resten der Submucosa bekleidet, Kernfärbung ist nur unmittelbar unter der Mucosa vorhanden, weiter nach außen ist das Bindegewebe bereits verstorben. Die Mucosa selbst ist von mittlerer Dicke, die Innenfläche ist von mit Blut und Bakterien vermengtem Schleim bedeckt. Die Drüsenkanälchen zeigen keine besonderen Veränderungen, das dazwischenliegende retikuläre Grundgewebe weist aber zellige Infiltration auf. Die Schnitte aus dem distalen Ende des Schleimhautrohres zeigen gleichfalls nur Mucosa und Submucosa. Die Mucosa ist hier aber schon schwer verändert, die oberflächliche Epithelschicht fehlt ganz, ihre Stelle wird von einer durch wenig Fibrin und geronnenes Eiweiß zusammengehaltenen Bakterienschicht eingenommen. Die Krypten sind nur in ihren unteren Teilen erhalten, aber auch hier sind mangelhafte Färbung und Zerfall sichtbar. Die fixen Elemente des Schleimhautstromas blieben ungefärbt, das Stroma selbst ist von in Auflösung begriffenen roten Blutkörperchen durchdrungen. Hier und da sind Plasma- und andere Wanderzellen zu sehen. In der dünnen Submucosaschicht sind nur spärliche pyknotische Kerne erkennbar, die Gefäße sind teils mit gut gefärbtem Blut, teils mit Kongelationsthromben ausgefüllt. Die herausgezerrte Darmpartie entspricht somit der Dickdarmschleimhaut.

Nun ergibt sich die Frage, wie dieses schier unglaubliche Herausschälen der Schleimhaut zustande gebracht werden konnte? Die Art, mit welcher die Kranke das ausführte, ist mit Sicherheit nicht festzustellen.

Zweifellos gehört ein solches Herausschälen der Dickdarmschleimhaut nicht zu den leichten Aufgaben. Das Herablösen der Rectumschleimhaut auf einer Strecke von 3—4 cm, z. B. bei der Withhaedschen Operation, ist recht schwer, und das Schleimhautrohr reißt dabei sehr häufig ein.

Wir haben das Herausschälen der Schleimhaut an Leichen versucht. Zuerst versuchten wir die Schleimhaut des in situ querdurchschnittenen Dickdarmes abzulösen und herauszuziehen. Das ist am gesunden Dickdarm nur auf 2—3 cm langen Strecken gelungen. An entzündlichen Objekten ist es schon leichter auf 5—7 cm langen Strecken gelungen. In den Fällen von Peritonitis war die Schleimhaut des ödematösen Dickdarmes mit nötiger Vorsicht, stufenweise auf größeren Strecken, bis 15 cm Länge abzulösen. Die angehäuften serösen Flüssigkeiten lockert die Darmwandung auf und schiebt die einzelnen Schichten auseinander. An der Länge nach aufgeschnittenen Gedärmen ergaben die Versuche ganz gleiche Resultate. Diese Versuche lassen darauf schließen, daß in unserem Falle irgendeine Erkrankung des Dickdarmes die Möglichkeit schuf zu diesem Herausschälen der Dickdarmschleimhaut auf einer solch überraschend langen Strecke.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine chronische Entzündung des Dickdarmes. In Verbindung mit diesem Prozeß wurde die Schleimhaut auch atrophisch und schwielig. Die Peristaltik, die mechanische Wirkung des Kotes hat die erkrankte Schleimhaut an der aufgelockerten

Submucosa verschoben. Die Verbindung zwischen Mucosa und Muskelschicht wurde streckweise gelockert, somit hat sich das Mucosarohr gradweise herabgesenkt. Die Verschiebung bzw. das Herabsinken der Schleimhaut war mit Passagestörungen verbunden und dadurch waren die völlige Appetitlosigkeit und das Gefühl eines Genitaltumors hervorgerufen. Die Kranke hat wahrscheinlich in der Scopolamin-Morphin-Dämmerung die hintere Scheidewand durchgerissen, mit den Nägeln das Gewebe zwischen Scheide und Rectum, die vordere Wand des Rectums zerrissen, danach hat sie schon die herabgesunkene Dickdarmschleimhaut vorgefunden. Diese umklammerte sie mit den Fingern und fing sie an zu zerren. Dann mußte sie die rectale Schleimhaut in der angeführten Höhe abgerissen haben, das nunmehr frei heraushängende Schleimhautrohr hat sie dann weiter herausgezogen. Während dieser Manipulation ist zweifellos eine stärkere Blutung in der Submucosa entstanden, wodurch die Schichten des queren und absteigenden Dickdarmes noch mehr gelockert wurden. Beim weiteren Zerren sind dann die Muskelschicht und Serosa eingerissen. Schließlich wurden dann die an das Mesocolon fixierten Muskel- und Serosaschichten von der immer straffer angespannten Schleimhaut zerrissen, weil sie den kürzesten, den geraden Weg zwischen Flexura hepatica und Sigmoideum hat einnehmen müssen.

Auf Grund unserer Versuche an gesunden und kranken Dickdärmen, erscheint uns das in einem Stück erfolgte Herausschälen eines 1 m Länge übersteigenden Schleimhautrohres nur infolge chronischer Dickdarmveränderungen und auf die geschilderte Art und Weise möglich gewesen zu sein.

---