

XI.

Pathologische Mittheilungen.

Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.

Von Dr. med. Eugen Fraenkel,
pract. Arzt und Prosector.

I. Ueber Cysten im Darmkanal.

Unter denjenigen Geschwülsten des Darmkanals, welche nicht sowohl wegen etwaiger Eigenthümlichkeiten ihres histologischen Baues oder irgend welcher Besonderheiten des durch sie hervorgerufenen Symptomencomplexes, als vielmehr wegen der Seltenheit ihres Auftretens überhaupt in den Vordergrund des Interesses gestellt zu werden verdienen, muss den Cysten der Darmwand eine um so grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden, als wegen der schon betonten Seltenheit des Vorkommens der in Rede stehenden Geschwulstform sich in der Literatur nur wenige den Gegenstand betreffende Mittheilungen vorfinden. Am ausführlichsten über Aetiologie, Entwicklung und Vorkommen dieser Geschwulstspecies handelt Virchow im 1. Band seiner klassischen Lehre von den Geschwülsten, während ich in der mir zugängigen Literatur der letzten 1½ Decennien sowohl casuistische Mittheilungen hierüber, als auch Beschreibungen in Handbüchern der pathologischen Anatomie so gut wie vollständig vermisste. Selbst ein Anatom wie Rokitansky, dem das kolossale Sectionsmaterial des Wiener allgemeinen Krankenhauses zur Verfügung stand, rechnet „Cysten in der Darmwand zu den allerseltensten Erscheinungen“ (Lehrbuch der pathologischen Anatomie 1861. Bd. III. S. 231) und deutet die von ihm gesehenen Fälle „von mehrkammerigen, zum Theil in der Darmwand, zum Theil im Gekröse eingebetteten Cysten mit serösem Inhalt als auf einer cystoiden Degeneration von Chylusdrüsen beruhend“ (l. c. S. 232). Nach dieser Beschreibung hat es sich in den von Rokitansky erwähnten Beobachtungen um Neubildungen anderer Art gehandelt, als die hier zu erörternden sind, die ihm unbekannt geblieben zu sein scheinen, dagegen erwähnt Luschka, in einem in diesem Arch. (Bd. XX) veröffentlichten Aufsatz „über polypöse Vegetationen der gesamten Dickdarmschleimhaut“ das Vorkommen

„wahrer, mit selbständigen Wandungen versehener, hanfkorn- bis erbsengrosser, durchscheinender und prominirender Cysten“, welche in grösserer Anzahl durch das Rectum und die Flexur eines 5 Jahre nach überstandener Ruhr gestorbenen Mädchens zerstreut gefunden wurden: „Sie lagen im submucösen Gewebe, und liessen sich bei der Präparation von aussen her leicht isoliren. Manche besaßen in ihre Höhle hereintretende, übrigens ganz regellos angebrachte und ungleich grosse Scheidewände. Die innere Oberfläche war im Uebrigen glatt und zeigte stellenweise Spuren eines jedoch im Zerfall begriffenen Cylinderepithels. Der Inhalt der Cysten stellte sich im Wesentlichen als durchscheinende, schleimartige Masse dar, in welcher sehr viele, zum Theil ausgezeichnet grosse, rundliche, kernhaltige Zellen suspendirt waren. Es lässt sich wohl mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass diese Cysten nicht etwa aus der Metamorphose von Solitär-Follikeln, sondern aus Degenerationen Lieberkühn'scher Drüsen hervorgingen, deren Ausführungsgänge verstopft oder in irgend einer Weise verlegt worden sind. — Eine solche Cystenbildung ist meines Wissens in dem durch den Ruhrprozess alterirten Dickdarm noch nicht beobachtet worden.“ Unter den Autoren der neuesten Zeit, von denen den in Rede stehenden Tumoren Berücksichtigung zu Theil wurde, nenne ich Cornil, der bei der Untersuchung zweier von Dysenteriekranken stammender Geschwüre (Arch. de Physiol. 1873. Bd. III. p. 311) in der Dickdarmschleimhaut zahlreiche, unterhalb der Muscularis mucosae gelegene, rundliche oder längliche, eine nicht überall vollständige Auskleidung von Cylinderepithel besitzende, mit froschlauchähnlichem Inhalt gefüllte und oft nur durch einen schmalen Gang mit der Darmschleimhaut in Verbindung stehende, nach seiner Ansicht aus einer Erweichung der Darmfollikel hervorgegangene Hohlräume fand, ferner Kelsch¹⁾, der analoge in's Darmlumen einmündende Neubildungen, ebenfalls bei an Ruhr Verstorbenen gesehen und eine sehr gezwungene Erklärung²⁾ für deren Entstehung gegeben hat, sowie endlich Orth,

¹⁾ Contribut. à l'anatom. patholog. de la dysenterie chron. et aiguë. Arch. de phys. III. 406—424, 573—591, 687—708.

²⁾ Nach seiner Ansicht sollten die Lieberkühn'schen Drüsen in die erweichten Follikel hineinwachsen, deren Substanz allmählich verdrängen und sich so in jene grossen schleimhaltigen Höhlen umwandeln.

welcher sich in seinem „Compendium der pathologisch-anatomischen Diagnostik 1878 S. 366“ in folgender Weise über die Erkrankung auslässt. „Eine ebenfalls seltene, chronische Entzündung der Darm-schleimhaut, welche wie die proliferirende ihren gewöhnlichen Sitz im Dickdarm hat und hier vorzugsweise bei der chronischen Ruhr gefunden wird, ist diejenige, welche mit einer beträchtlichen Verdickung derselben einhergeht und die Bildung kleiner Schleimeysten oft in grosser Menge dadurch bewirkt, dass durch die Anschwellung des intertubulösen Gewebes, besonders nahe der Oberfläche die Mündung der Drüsentubuli verengt oder gar ganz geschlossen wird, was dann wiederum eine Retention des Secrets und endlich eine blasenartige Ausbuchtung der Drüsensundi zur Folge hat.“ Wenn ich schliesslich noch einer älteren Mittheilung Virchow's über diesen Gegenstand in den Verhandlungen der Berliner geburtshülflichen Gesellschaft vom Jahre 1848 (Bd. III. S. 204, also bereits vor der Luschka'schen Veröffentlichung) Erwähnung thue, so glaube ich damit die hierauf bezügliche Literatur erschöpft zu haben und schliesse, ehe ich auf eine Besprechung der Pathologie und klinischen Bedeutung der fraglichen Geschwülste eingehe, zunächst den einen der beiden aus meiner eigenen Beobachtung stammenden Fälle von Cysten in der Darmwand hier an.

Derselbe betrifft einen, bei seiner am 31. Januar 1880 in's allgemeine Krankenhaus erfolgten Aufnahme 4jährigen Knaben, der an einer käsigen, später zum Durchbruch in's Hüftgelenk führenden Ostitis des rechten Schenkelkopfes leidend, am 11. Mai 1880 mit hinterem Schnitt in typischer Weise reseziert wurde, wonach sich der, durch das vorangegangene, Abends exacerbirende Fieber heruntergekommene, übrigens eine Organerkrankung nicht darbietende kleine Patient gut erholte. Eine am 10. Juni auftretende und bis 28. Juni anhaltende, sehr intensive Attaque von Dysenterie veranlasste eine äusserst rapide Abmagerung des Knaben, wobei gleichzeitig die an der Resektionswunde befindlichen Granulationen ein schlaffes Aussehen annahmen. Mit dem 3. Juli ist die Dysenterie abgelaufen, es bestehen keine Durchfälle mehr, der Knabe isst auch gut, aber es tritt trotzdem keine Besserung in der Ernährung auf, die Abmagerung hält vielmehr an, in der Wunde zeigt sich keine rechte Reaction, die Granulationen werden fungös und zerfallen zum Theil käsig. Das eine Zeit lang nach der Heilung der Dysenterie gesunkene Fieber steigt wieder an und Patient geht, durch den starken Eiterverlust und das abendliche Fieber bis auf's Aeusserste heruntergekommen, am 1. December zu Grunde.

Aus dem Protocoll der an demselben Datum von mir ausgeführten Autopsie führe ich nur den auf den Darmkanal bezüglichen Passus ausführlicher an; derselbe lautet: „Magen und Dünndarm nicht verändert; die Schleimhaut des gesammten Dickdarms geröthet, geschwollen, und im Bereich des grössten Theils des Colon

descend. und transversum, sowie der Flexur und des Rectum mit inselförmigen, theils losen und dann unter dem Wasserstrahl flottirenden, theils festsitzenden, gelblichweissen, pseudomembranösen Auflagerungen eingenommen. Ausserdem finden sich zerstreut über die in der eben beschriebenen Weise erkrankten Schleimhautregionen eine Reihe vom blossen Auge kenntlicher, bis kirschkerngrosser, die Schleimhaut kugelig hervorwölbender Tumoren, welche sich prall anfühlen und eingeschnitten eine zusammenhängende, glasig durchscheinende, vielfach streifige weisse Beimengungen enthaltende Masse von Gallertconsistenz austreten lassen; nach dem Entfernen derselben bleiben glattwandige, einkammerige Hohlräume zurück, welche unterhalb der Mucosa gelegen, zum Theil bis zur Muscularis, resp. nahe an dieselbe herabreichen. An den unaufgeschnittenen Tumoren ist an der über sie hinwegziehenden Schleimhaut nichts von einem Ostium zu erkennen, von dem aus es etwa gelänge mittelst feiner Sonden in das Geschwulstinnere einzudringen; in gleicher Weise ist es unmöglich, durch Druck auf die Geschwulst oder deren Umgebung eine Entleerung des Inhalts zu bewerkstelligen. Die beschriebenen Geschwülstchen stehen theils isolirt, theils in Gruppen zu 2 und 3 und mehr zusammen.“

Die mikroskopische Untersuchung des den Geschwülsten frisch entnommenen Inhalts lässt in demselben inmitten einer structurlosen, durchsichtigen Grundsubstanz zahlreiche, vielfach in Gruppen zusammenliegende Fettkörnchenkugeln erkennen, welche den Hauptbestandtheil jener makroskopisch sich als weissliche Streifen präsentirenden Beimengungen bilden; daneben erkennt man runde und spindlige Kerne und Zellen, sowie endlich gruppenweise angeordnete, ausgesprochen plattenepithelartige Zellen mit blassem Kern und schwach lichtbrechendem, feinkörnigem Protoplasmahofe; hie und da vereinzelte Cylinderepithelien. Mikrochemisch erweist sich die Grundsubstanz als Mucin.

Behufs weiterer mikroskopischer Untersuchung wurden einzelne unversehrte Geschwülstchen in Müller'scher Lösung und später in absolutem Alkohol gehärtet, mit Eosin und Anilinviolett gefärbt und in Glycerin aufgehellt. An den auf diese Weise gewonnenen Präparaten erkennt man, was bei der makroskopischen Besichtigung des Darms schon klar war, dass die Cysten insgesamt unterhalb der Mucosa liegen und sich nach unten bis zur Muscularis der Darmwand heraberstrecken, während sie nach oben durch die Muscularis mucosae, resp. durch eine sie von dieser trennende, $\frac{1}{2}$ Mm. breite Schicht submucösen Gewebes begrenzt werden. Das Oberflächenepithel fehlt sowohl an den über die Cysten hinwegziehenden Schleimhautpartien als auch in der Nachbarschaft, das Gefässnetz der Mucosa, wie des submucösen Gewebes bis in die feinsten Verzweigungen prall gefüllt, das intertubulöse Gewebe stark kleinzellig infiltrirt, das Epithel der Lieberkühn'schen Drüsen theils intact, wandständig, theils von der Wand abgelöst, die einzelnen Epithelzellen vielfach in einem etwas gequollenen, glasigen Zustande, das Lumen nicht überall frei, an vielen Stellen von einem aus Kernen und körnigem Detritus gebildeten Inhalt erfüllt. Die meisten Lieberkühn'schen Drüsen zeigen gleiche Länge und variiren auch in Bezug auf die Weite ihres Lumens nur unwesentlich, dagegen sind einzelne dieser Drüsen auffallend weit und bieten eine mehr sackige, oder bauchig flaschenförmige Gestalt dar, welche dadurch veranlasst ist, dass in Folge von Compression

des der Schleimhantoberfläche näher gelegenen Theils der resp. Drüsen durch eine an diesen Stellen besonders dichte kleinzellige Infiltration der mehr rückwärts gelegene Drüsenabschnitt an der Entleerung des in ihm aufgehäuften Secrets verhindert und auf diese Weise mechanisch dilatirt wird. Es zeigt also die Mucosa das exquisite Bild eines mit Verlust der obersten Epitheldecke einhergehenden, sich auf die Drüsen und das intertubulöse Gewebe erstreckenden, entzündlichen Processes, der, wie die weitere mikroskopische Untersuchung ergibt, auch auf die Submucosa übergreift und in dessen Gefolge es zu den ersten Anfängen der in der Darmwand gefundenen cystischen Geschwülste gekommen ist. Auch die Submucosa ist diffus, in verschieden intensivem Grade, kleinzellig infiltrirt und lässt, wie erwähnt, gleichfalls erweiterte und strotzend gefüllte Gefässästchen erkennen, welche, namentlich auch in dem unmittelbar an die Cysteninnenwand grenzenden Stratum der Submucosa, mehrfach geschichtet über einander liegen. Der Cysteninnenwand selbst sitzt im Bereich ihres von der Submucosa gebildeten Theils eine verschieden breite Lage von kernigen, resp. kleinen rundzelligen Elementen auf, welche gegen die Darmmuscularis hin entweder ganz verschwinden, oder nur sporadisch sichtbar sind; ausserdem erkennt man aber an einzelnen Schnitten, der Innenwand (der Cysten) direct anliegend, durch pfeilerartig in's Cystenlumen vorspringende, senkrecht zur Cystenwand verlaufende Scheidewände unvollständig von einander getrennte, theils geschlossene, theils mit dem Hauptlumen der Cysten communicirende Hohlräume, welche mit einem der epithelialen Auskleidung der Lieberkühn'schen Drüsen auffallend ähnlichen Belag versehen sind. An diesen Partien erscheint der sonst ein-kammerige Hohlraum mehrfächerig; der Inhalt der Cysten zeigt auch an den gefärbten Präparaten die gleiche Zusammensetzung, wie der frisch untersuchte.

Es erübrigt, auf einen letzten, für die Deutung der Genese der uns beschäftigenden Geschwulstform wichtigen Befund aufmerksam zu machen, der jeden Zweifel an der Entwicklung dieser Cysten aus Lieberkühn'schen Drüsen auf's Bestimmteste zurückweisen lässt. Man sieht nemlich, während an der ganzen übrigen Schleimhaut die Drüsenschläuche mit ihren blinden Enden in einer annähernd geraden Linie aufhören, an einer und der anderen Stelle eine Gruppe beträchtlich verlängerter Lieberkühn'scher Drüsen die Muscularis muscosae gegen das submucöse Gewebe hin stark vordrängen; die Scheidewände zwischen den einzelnen Schläuchen, meist nur im Bereich der Drüsenfundi erhalten, höher oben durchbrochen, so dass durch Confluenz benachbarter Schläuche eine mehr oder weniger vollständige Communication zwischen denselben vermittelt wird. Dabei ist das Drüsenepithel auch an sehr vielen Stellen in der schon erwähnten Weise degenerativ zu Grunde gegangen und man sieht ein wirres Durcheinander von noch intacten Epithelzellen, freien oder Spuren von Protoplasma zeigenden Kernen und glasiger

Grundsubstanz, kurz, es handelt sich um eine sich der makroskopischen Wahrnehmung entziehende, miliare und weil noch in früheren Stadien befindliche multiloculäre Schleimhautcyste. Mit dem längeren Bestehen des Processes, mit der vollständigeren, durch das in der Umgebung der gewucherten Drüsenschläuche vorhandene, dichte, kleinzellige Infiltrat bewirkten Abschnürung der oberen Abschnitte der Tubuli wird die Abfuhr des von den Drüsen gelieferten Secrets immer mehr erschwert, der stagnirende Inhalt bewirkt, wie das namentlich Virchow hervorgehoben hat, einen allmählich zunehmenden Schwund der Tubularsepta und wir sehen auf diese Weise sich aus der multiloculären, ursprünglichen Geschwulst schliesslich einen geräumigen, einkammerigen Hohlraum mit dem beschriebenen Inhalt entwickeln. Dieser Entstehungsmodus erklärt uns aber auch die schon bei der Schilderung des makroskopischen Befundes am Darm hervorgehobene Unmöglichkeit einer Entleerung des Inhalts der Geschwülste durch Druck auf dieselben; denn durch das Herabreichen der Drüsenfundi bis in das submucöse Gewebe und durch die Verlegung der im eigentlichen Schleimhautstratum befindlichen oberen Partien der Tubuli wird eben jede Communication der Hauptmasse der Cysten mit dem Darmlumen aufgehoben und ein Entweichen des Inhalts der Cysten konnte nur durch eine Continuitätstrennung ihrer Wandungen herbeigeführt werden. Es bestätigen diese Befunde auf's Unzweideutigste die zuerst von Virchow ausgesprochene, von Luschka in der erwähnten Arbeit unterstützte Ansicht, dass man es in den beschriebenen Tumoren mit ächten Retentionscysten zu thun hat, welche sich im Anschluss an einen chronisch entzündlichen Prozess der Mucosa des Dickdarmes entwickelt haben und machen es mehr als unwahrscheinlich, dass dieselben mit Erweichungsprozessen an den Lymphfollikeln, weder in dem Cornil'schen, noch Kelsch'schen Sinne in irgend einem Zusammenhang stehen.

Die Erkrankung des Darmes hat sich auch in unserem Falle als eine chronisch-dysenterische charakterisirt und es besteht somit auch bezüglich der Aetiologie für das Zustandekommen der in Rede stehenden Geschwulstform eine auffallende Uebereinstimmung unserer Beobachtung mit den von Virchow und Luschka beschriebenen Fällen, die ebenfalls Individuen betrafen, welche entweder direct

vor dem Tode an Ruhr gelitten oder in früheren Jahren die gleiche Erkrankung durchgemacht hatten.

Klinisch dürften derartige Geschwülste kaum jemals und wohl höchstens dann in die Erscheinung treten, wenn dieselben über einen sehr beträchtlichen Abschnitt des Dickdarms zerstreut zur Ausserthätigkeitssetzung des grössten Theils des Drüsenapparates Veranlassung gegeben hätten; jedenfalls wird man sich denken können, dass ein in dieser Weise erkrankter Darm als *Punctum minoris resistentiae* eine gewisse Disposition zu immer wiederkehrenden katarrhalischen Prozessen abgeben wird. Indess es liegen bei der Seltenheit der Affection überhaupt hierauf bezügliche klinische Mittheilungen nicht vor und es bleibt weiteren Beobachtungen vorbehalten, festzustellen, ob nach länger bestehenden, chronisch-katarrhalischen oder dysenterischen Entzündungen der Dickdarmschleimhaut Symptome auftreten, welche zur Annahme einer cystösen Degeneration dieser Membran (wie in einem der von Virchow anatomisch beobachteten Fälle) berechtigen. Für die Therapie wird freilich auch damit nur wenig gewonnen sein, da eine spontane Rückbildung der einmal vorhandenen Cysten, selbst nach Beseitigung des Grundeidens, kaum möglich erscheint. —

Das zweite zu beschreibende Präparat befindet sich in der pathologisch-anatomischen Sammlung des hiesigen ärztlichen Vereins und wurde derselben im Jahre 1851 durch Herrn Dr. Gaedecheus überwiesen. Es stammt von einem bei der Geburt gesunden Kinde weiblichen Geschlechts, das in den ersten beiden Tagen post partum regelmässig Nahrung zu sich nahm und normalen Stuhlgang hatte; vom dritten Tage ab trat Stuhlverstopfung ein, die sehr bald zu den Erscheinungen des Ileus, bestehend in dem Erbrechen von anfangs galligen, später ausgesprochen fäculenten Massen führte. Der Darreichung energischer Abführmittel gelang es indess, am 5. Tage die Passage im Darm wieder herzustellen, derart, dass sich schliesslich sogar Durchfälle einstellten, welche die Anwendung stopfender Medicamente erforderlich machten. Zwei Tage später wiederholte sich die gleiche Scene, ohne dass diesmal die eingeschlagene Therapie von Erfolg gewesen wäre; der Darm blieb unwegsam und das Kind erlag am 11. Tage nach der Geburt; eine bestimmte Diagnose wurde nicht gestellt.

Die Section zeigte den Mastdarm, wie den ganzen übrigen Dickdarm völlig leer, dagegen die Dünndärme, von der Bauhin'schen Klappe an, durch Gas stark aufgetrieben, Zeichen einer Peritonitis fehlten; als Ursache für die Auftreibung der Dünndärme ergab sich eine am untersten Ende des Ileum befindliche Geschwulst, welche, von annähernd kugelförmiger Gestalt, über $2\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser hält und zwischen den Wandungen des erwähnten Darmstücks gelegen ist. Gegen die Serosa hin prominirt der Tumor nicht; an dem aufgeschnittenen Darm ragt die Geschwulst

sehr stark gegen das Lumen des Ileum sowohl, als auch gegen das Coecum hin vor, wodurch die convex gegen das letztere gewölbte Bauhin'sche Klappe straff gespannt erscheint. Die Lichtung des Ileum ist in dieser ganzen Ausdehnung erheblich verengert und gestattet zur Noth die Einführung der Spitze des kleinen Fingers, welche nur schwer, am freien Rand der gespannten Klappe vorbei, in den Dickdarm vorgeschoben werden kann. An ihrer dem Darmlumen zugekehrten Seite ist die Geschwulst von Mucosa überzogen, welche am Uebergang des inneren Umfangs des Tumors in die normale Darmwand einen bohnergrossen, oberflächlichen, von unebenen Rändern begrenzten Substanzverlust zeigt, die übrige Schleimhaut, sowohl über dem Tumor als in dessen Umgebung, erscheint (noch am Spirituspräparat auffallend deutlich) dunkelgrau und sticht dadurch in der Farbe ausserordentlich von der fast weisslichen Färbung der Mucosa des Dickdarms ab; am intensivsten ist diese dunklere Färbung über den leicht prominirenden Peyer'schen Plaques. Die Geschwulst selbst, im Bereich des Mesenterialansatzes des erwähnten Ileumstückes befindlich, ist prall anzufühlen und entleert eingeschnitten einen wasserhellen, schleimigen Inhalt, nach dessen Entfernung eine entsprechend grosse, einfächerige, glattwandige Höhle zurückbleibt, welche, wie schon vom blossen Auge kenntlich, in ihrer ganzen Ausdehnung zwischen den Schichten der Muscularis gelegen ist. — Ueber die Section der übrigen Unterleibs-, sowie der Brustorgane fehlen bestimmte Angaben; desgleichen mangelt es in den vorhandenen Aufzeichnungen an Notizen über die chemische und mikroskopische Zusammensetzung des der Geschwulst frisch entnommenen Inhalts, eine Thatsache, die um so mehr zu bedauern ist, als der Versuch aus der jetzt angestellten, mikroskopischen Untersuchung eines Stücks der Cystenwand Anhaltspunkte für eine bestimmte Anschauung über die Genese der fraglichen Geschwulst zu gewinnen, gescheitert ist. Es wurde dadurch nemlich lediglich nur bestätigt, was schon die makroskopische Besichtigung gelehrt hatte, dass die innere Wand der Cyste ausschliesslich von der Muscularis gebildet wird, welcher, namentlich gegen das Darmlumen hin, eine ziemlich ununterbrochene Schicht kleiner, sich in Hämatoxylin stark blau färbender Körner aufsitzt, während Zellen epithelialer Natur, speciell solche von cylindrischer Gestalt, durchgehends vermisst werden.

Es scheint mir nach alledem unmöglich, mit Sicherheit Angaben über den pathologischen Prozess zu machen, unter dessen Einfluss es zur Bildung des beschriebenen Tumors gekommen ist und dazu trägt nicht am wenigsten der Umstand bei, dass wir es hier mit einem bereits fertigen Gebilde zu thun haben, an dem irgend welche Vorstadien der Entwicklung, welche Rückschlüsse auf den Modus dieser letzteren gestatten, fehlen, ein Vorzug dessen wir uns bei den oben beschriebenen multiplen Tumoren in so hervorragender Weise zu erfreuen hatten, dass jegliche Zweifel über die Art und Weise ihrer Entstehung aus Lieberkühn'schen Drüsen beseitigt werden konnten. Ich beschränke mich daher, indem ich

von einem bestimmten Erklärungsversuch bezüglich der Genese der jetzt in Rede stehenden Geschwulst Abstand nehmen und hierfür von der Untersuchung ähnlicher, in Zukunft zur Beobachtung gelangender Fälle positive Anhaltspunkte erwarten, darauf, diejenigen Momente hervorzuheben, welche in diesem Falle einer besonderen Beachtung werth erscheinen.

Dass es sich um eine Cyste in der Darmwand handelt, kann auf Grund der vorausgeschickten anatomischen Beschreibung keinem Zweifel unterliegen, ja wir können wohl noch einen Schritt weitergehen und die Extravasations-Cysten mit Rücksicht auf die über die Beschaffenheit des Cysteninhalts vorliegenden kurzen Notizen mit Sicherheit ausschliessen, während es in suspenso bleiben muss, ob die beschriebene Geschwulst den Exsudations- oder Retentions-Cysten zu subsummiren ist. Aber selbst diese höchst bedauernswerthe Lücke zugestanden, so verdient zunächst der Sitz der Cyste als ein bemerkenswerthes Factum hervorgehoben zu werden; die bisher bei den erwähnten deutschen wie französischen Autoren beschriebenen cystischen Geschwülste befanden sich durchgehends — bei den von Rokitansky fehlen die Angaben über die Localität — im Dickdarm und es würde demnach dieser Fall der erste sein, in welchem das Vorkommen einer Cyste auch im Dünndarm beobachtet worden ist. Freilich handelte es sich in den bisher bekannten Fällen stets um Cystchen im Dickdarm, welche sich meist im Anschluss an eine vorangegangene dysenterische Erkrankung entwickelt hatten, also an eine den Dünndarm an und für sich schon selten und sicher nie in den ersten Tagen des Lebens befallende Affection.

Dieser Umstand führt mich direct zur Besprechung der Aetiology unseres Tumors; während man sowohl in den von den oben genannten Autoren bekannt gemachten Fällen, als auch in meiner erstbeschriebenen Beobachtung mit Bestimmtheit die Entstehung der gefundenen cystischen Geschwülstchen auf die vorangegangene Entzündung der Dickdarmmucosa zurückführen konnte, dieselben also als acquirirte bezeichnen musste, handelt es sich hier offenbar um eine congenitale Neubildung und ein derartiges Vorkommniss scheint, wenn das Fehlen diesbezüglicher Angaben in der Literatur einen Schluss gestattet, bisher nicht bekannt gewesen zu sein; ob aber entzündlichen Prozessen, die sich bereits während des intra-

uterinen Lebens des Kindes abgespielt haben, oder Entwicklungsanomalien irgend welcher Art ein Einfluss auf das Zustandekommen dieser solitären Geschwulst zuzuschreiben ist, darauf wage ich eine entscheidende Antwort nicht zu geben. Dass eine auf den Dünndarm beschränkt gebliebene Entzündung wirklich etablirt gewesen ist, kann füglich nicht bezweifelt werden und die im Sectionsbefund erwähnte, mit dem Aussehen der Dickdarmschleimhaut contrastirende, besonders an den Peyer'schen Plaques scharf markirte, schmutzig graue Färbung des Dünndarms legt hierfür sicheres Zeugniss ab; den am inneren Umfang der Cystenoberfläche constatirten Substanzverlust halte ich für eine durch den innigen Contact der hier dicht an einander liegenden Schleimhautpartien von Tumor und Nachbarschaft bedingte Druckwirkung und als ausserhalb jedes ursächlichen Zusammenhanges mit den sonstigen Veränderungen der Ileum-Schleimhaut stehend. — Es erübrigt auf zwei weitere, diesen Fall besonders auszeichnende Momente hinzuweisen, ich meine, auf die Grösse der Geschwulst und auf das Beschränktbleiben in Bezug auf die Zahl. Bei den bisher am Dickdarm zur Beobachtung gelangten Cysten handelte es sich stets um multiple Geschwülste, ein Umstand, der sich unter Berücksichtigung des für die Entstehung derselben verantwortlich gemachten, die Schleimhaut des ganzen Dickdarms betreffenden Entzündungsprozesses unschwer erklären lässt; in unserem Falle finden wir im Gegensatz hierzu einen einzigen, durch seine Grösse imponirenden Tumor und gerade diese Thatsache möchte ich dafür verwerthen, dass, wenn überhaupt den an unserem Präparat nachgewiesenen entzündlichen Veränderungen des Dünndarms eine Rolle an der Genese dieses Tumors zufällt, ausser denselben höchst wahrscheinlich noch andere, uns leider unbekannt gebliebene Factoren hierbei ihre Hand mit im Spiele haben. Und was schliesslich die Grösse der Cyste betrifft, so muss sie ja gerade als die Ursache für den letalen Ausgang bezeichnet werden, wozu freilich neben dem Umfang der Geschwulst der ungünstige Sitz an der Bauhin'schen Klappe wesentlich beigetragen hat; denn an jeder anderen Stelle wäre, glaube ich, eine Raumbegrenzung besser vertragen und von den den Darminhalt bildenden Massen leichter passirt worden, als gerade im Bereich der Klappe die durch die hinter der Geschwulst angestaute Kothsäule immer stärker gegen den Blinddarm vorgebaucht wurde und auf diese

Weise dem Zustandekommen eines stetig zunehmenden Passagehindernisses Vorschub leistete.

Aus der Betrachtung dieser rein mechanischen Verhältnisse erhellt auch der eigenthümliche, durch das anatomische Substrat ein erhöhtes Interesse darbietende, klinische Verlauf des Falles. In den beiden ersten Lebenstagen des Kindes bestand, wie die Krankengeschichte besagt, normaler Stuhlgang, während mit dem Beginn des dritten Tages plötzlich Ileuserscheinungen einsetzten; dieser Umstand gestattet wohl die Annahme, dass es sich um eine durch das allmähliche und nach der Geburt vielleicht raschere Wachsthum des bereits bei der Geburt des Kindes vorhandenen cystischen Tumors bedingte, schnell complet gewordene Verlegung des unmittelbar post partum noch bequem durchgängigen Darmrohres an jener der Passage des Darminhalts ohnehin einen gewissen Widerstand entgegensetzenden Stelle gehandelt hat. Durch die Darreichung von Abführmitteln gelang es noch einmal, den entstandenen Verschluss vorübergehend wieder aufzuheben, was vielleicht auf eine partielle Entleerung des Cysteninhalts nach dem Darm bezogen werden kann. Ueber die Art und Weise des Zustandekommens dieses Austretens von Cysteninhalt bleibt bei dem Fehlen eines natürlichen Zusammenhanges zwischen Cysten- und Darmlumen nur die eine Annahme, dass unter dem Einfluss der eingeleiteten Therapie eine energischere Darmperistaltik zum Bersten der Cystenwand in umschriebener Ausdehnung und damit zum Aussickern eines Theils der Cystenflüssigkeit Veranlassung gegeben hat; und dieses letzte Ereigniss hat möglicher Weise im Bereich der im Sectionsprotocoll erwähnten geschwürigen Stelle der Cystenoberfläche stattgehabt. Mit der Verlöthung des Risses und der bald wieder zunehmenden Ansammlung des Cysteninhalts konnten auch die früheren mechanischen Verhältnisse abermals Platz greifen, welche, da ihre dauernde Beseitigung durch erneute therapeutische Maassnahmen nicht gelang, sehr bald den Tod des Kindes unter den ausgesprochenen Zeichen des Ileus zur Folge hatten.

II. Beiträge zur Rhinopathologie.

In die Kategorie derjenigen Nasenerkrankungen, die, seit lange bekannt, trotzdem erst in den letzten 3 Jahren seitens der patho-