

XXVII.

Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Syphilis.

(Aus der anatomischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses Friedrichshain in Berlin; Prosector Dr. Hansemann.)

Von Dr. Koloman Buday aus Budapest.

Der längere Zeit bestandene Zweifel, ob im Magen und Dünndarm syphilitische Veränderungen überhaupt vorkommen, ist zwar in den letzten Decennien durch mehrere verlässliche Beobachtungen entkräftet worden, dennoch müssen wir annehmen, dass sich die Syphilis in diesen Organen ziemlich selten localisirt. Durch Versehen oder Missdeutung könnte immerhin hier und da ein Fall verkannt werden, dass aber selbst bei sorgfältigst ausgeführten Sectionen nur in einer kleinen Procentzahl der syphilitischen Individuen im Magen und Darm syphilitische Veränderungen sich vorfinden, das wird durch die Ergebnisse Chiari's festgestellt, da derselbe bei 243 syphilitischen Leichen trotz der speciell darauf gerichteten Untersuchungen nur 8 mal syphilitische Magen- und Darmkrankungen nachweisen konnte¹⁾.

Bei der Seltenheit dieser Erkrankungen darf es nicht Wunder nehmen, wenn auch unsere, auf den klinischen Verlauf bezügliche Kenntnisse zur Zeit noch sehr mangelhaft sind; nur in einigen veröffentlichten Fällen finden wir Diarröen und Obstipationen angegeben, die auf die syphilitischen Darmgeschwüre, bezw. Stricturen zurückzuführen waren.

Der Fall, den wir beschreiben wollen, ist in erster Reihe durch seinen klinischen Verlauf merkwürdig, indem neben den syphilitischen Geschwüren des Magens und des Dünndarms auch die mesenterialen Lymphdrüsen eine gummöse Erkrankung erlitten, welche durch ihre Massenhaftigkeit eine maligne Geschwulst vortäuschte und einen operativen Eingriff herbeiführte.

¹⁾ Chiari, Ueber Magensyphilis. Internationale Beiträge zur wissenschaftl. Medicin. Festschrift, Rudolf Virchow gewidmet. Bd. II.

Der Patient entstammt der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses Friedrichshain in Berlin; aus der von Herrn Geh.-Rath Hahn mir gütigst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte geht Folgendes hervor:

W. N., 47 Jahre, Arbeiter.

Anamnese. Pat. sonst gesund, leidet seit 2 Jahren an einem Ausschlag im Gesicht. Seit 3 Wochen grosse Mattigkeit und Leibscherzen, besonders in der Magengegend. Vor etwa 14 Tagen bemerkte er Blut im Stuhl. Appetit stets gut, kein Aufstossen, kein Erbrechen.

Status praesens den 13. April 1895. — Mittelgrosser, kräftig gebauter, leidlich genährter Patient mit mittlerem Panniculus adiposus. Auf Stirn und Wangen zahlreiche, bis über stecknadelkopfgrosse rothe Knötchen, zum Theil mit kleinen Eiterbläschen an der Spitze. Hier und da kleine weisse Epidermisschuppen. Temperatur 38,2, Puls 72.

Schmerzen im Leibe, bei Palpation namentlich in der Nabelgegend. Daselbst ein etwa hühnereigrosser, harter, nicht deutlich abgrenzbarer Tumor; die Hautdecken darüber verschieblich, unverändert. Der Tumor ist weder manuell, noch mit der Respiration deutlich verschiebbar.

Die Zunge grauweiss, belegt. Tonsillen und weicher Gaumen geröthet, etwas geschwollen.

Operation 29. Juni. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle findet sich ein etwa doppelt faustgrosser Tumor, der eine knollige Struktur hat und bis an die Wirbelsäule reicht. Rechts von der Mittellinie mehrfache Verwachsungen von Darmschlingen; in der rechten Hälfte der Bauchhöhle finden sich verdickte, höckrige, verklebte Darmstellen, ein etwa 10 cm langes Stück derselben wird resecirt.

Den folgenden Tag ist der Puls sehr klein, Patient sehr schwach. Unter allmählich zunehmender Herzschwäche tritt der Exitus lethalis ein.

Die Section, welche Herr Prosector Dr. Hansemann vornahm, ergab Folgendes:

Mässig abgemagerte männliche Leiche ohne Oedeme. Am Bauche findet sich in der Mittellinie ein etwa 8 cm langer Laparotomieschnitt und auf diesem senkrecht bis zur rechten Crista ossis ilei ein ebensolcher.

Im Gesicht und am Abdomen finden sich zahlreiche hämorrhagische Flecken und Knötchen.

Das Herz ist ziemlich schlaff und etwas braun gefärbt, das epicardiale Fett im Verhältniss zum übrigen Ernährungszustand ziemlich kräftig. Klappen sind intact.

An den Pleurablättern finden sich ältere Verwachsungen. Lungen sind hyperämisch und etwas ödematos, im Uebrigen aber ohne Besonderes.

Am Grunde der Zunge, rechts vom Frenulum epiglottidis befindet sich ein etwa 5 Pfennigstück-grosses Geschwür mit leicht aufgeworfenen Rändern, die Rachenkuppel ist von einer stinkenden nekrotischen Masse ausgefüllt,

die Schleimhaut hier ziemlich ausgedehnt geschwürig zerfallen. Im übrigen Larynx an Epiglottis und Trachea nichts Besonderes.

Das Schädeldach, sowie die Kopfknochen zeigen keine Veränderungen, das Gehirn ist etwas hyperämisch, sonst aber ebenso, wie seine Hämpe, ohne wesentliche Veränderung.

Bei der Eröffnung des Abdomens findet man etwa $1\frac{1}{2}$ m über dem Coecum eine Darmresection, die durch seitliche Eröffnung des unteren Endes, Einstülpung des oberen Endes und durch Vereinigung mit dem Murphyknopf ausgeführt ist. In der Gegend des Coecums befindet sich eine Peritonäalnaht.

Im Mesenterium finden sich fast faustgroße Geschwülste, die auf dem Durchschnitt eine derbe Rindenschicht und eine centrale kuglige, nekrotische, etwas weichere Partie erkennen lassen. Auch in den epigastrischen Lymphdrüsen finden sich ähnliche Geschwulstbildungen. Mikroskopisch stellen sich diese Geschwülste dar als ziemlich derbes Granulationsgewebe mit sehr reichlicher Fettmetamorphose, die centralen Partien erweisen sich als vollkommen nekrotisch.

Im Magen befinden sich, nahe der grossen Curvatur zwei fast kreisrunde Geschwüre, von der Grösse eines 10 Pfennigstückes, von denen das eine fast die ganze Magenwand durchsetzt, das andere bis in die Muscularis geht. Nahe dem Pylorus liegt ein ebenfalls rundes, etwa bohnengrosses Geschwür, dessen Grund jedoch über die Magenfläche erhaben ist, und durch eine kleine Geschwulst an der Magenwand vorgedrängt wird, von gleicher Beschaffenheit, wie die Geschwülste im Mesenterium.

Im ganzen Dünndarm finden sich zahlreiche Geschwüre von unregelmässiger Gestalt, mit gewulsteten Rändern, die sich dermaassen in verschiedenen Stadien der Entwicklung befinden, dass man ihre Entstehung genau verfolgen kann. Einzelne derselben zeigen einen nur ganz oberflächlichen Schleimhautdefect und man sieht darunter eine röthlich-weiße, fast markige Geschwulstmasse von sehr weicher Consistenz. An anderen Stellen ist diese Masse nekrotisch geworden, wieder an anderen sind die Geschwüre gereinigt, endlich sieht man noch einige, wo bereits eine Narbenbildung beginnt. Dadurch haben die Geschwüre eine gewisse Äehnlichkeit mit typhösen, unterscheiden sich aber von diesen dadurch, dass ihr Sitz in keinem Falle mit den Peyer'schen Haufen zusammenfiel. Diese sind vielmehr ohne jede Schwelling und schiefrig gefärbt, etwas mehr als die ganze übrige Darmschleinhaut.

Im unteren Dünndarm ist ein solches Geschwür vollkommen ringförmig und die Bauhin'sche Klappe selbst in dieser Weise zerfallen. Auch das durch Operation entfernte Darmstück zeigte ähnlich Verhältnisse in verstärktem Maasse. Vom Peritoneum ausgehend war der Darm circulär von einer fingerdicken Geschwulstmasse umgeben, die in die Darmwand hineingewachsen war und an der Schleimhaut eine Geschwürsbildung hervorrief. Durch narbige Zusammenziehung war eine leichte Strictrur entstanden, die das Bild eines ringförmigen Carcinoms vervollständigte.

Die Milz ist vergrossert und ziemlich weich, die Kapsel fleckig verdickt.

Die Nieren sind im Ganzen nur wenig verändert, in der einen befinden sich einige kleine oberflächliche Narben, in beiden sind einige hanfkorn-grosse, geschwulstartige Neubildungen zu sehen von ähnlicher Beschaffenheit, wie die mesenterialen Tumoren.

Die Leber ist stark mit Fett infiltrirt, etwas icterisch und durchsetzt von erbsen- bis haselnussgrossen Knoten verschiedener Art. Die erste Art lässt eine grauröthliche Wucherung mit hämorrhagischer Zone erkennen, bei der zweiten Art ist die hämorrhagische Randzone deutlicher, die gewucherte Masse aber vollständig in fettige Nekrose übergegangen, bei der dritten Art sieht man nur noch die hämorrhagische Partie mit einer centralen narbigen Masse und diese ist, wo sie an der Oberfläche liegt, dellenförmig eingezogen.

Blase, Mastdarm, Hoden sind ohne besondere Veränderungen.

Diagnose: Syphilis constitutionalis. Lymphadenitis gummosa mesenterii. Ulcera gummosa intestini tenuis et ventriculi. Ulcus syphiliticum fundus linguae. Atrophia fusca myocardii. Oedema et hyperaemia pulmonum. Pharyngitis gangraenosa. Perisplenitis fibrosa. Gummata hepatis et renum.

Die mikroskopische Untersuchung der gummösen Heerde der Leber, Niere, des Mesenteriums, sowie der Geschwüre des Magens und des Darmes gestattete uns, von den histologischen Veränderungen ein ziemlich klares Bild zu gewinnen.

Der kleine, kaum hanfkorn grosse Heerd der Niere, der zur Untersuchung kam, liegt vollständig im Gebiet der Rindensubstanz, ohne die Oberfläche ganz zu erreichen. In den peripherischen Theilen desselben erscheinen die Harnkanälchen durch das verbreiterte, zellreiche interstitielle Gewebe auseinander gedrängt und so stark comprimirt, dass sie kein Lumen mehr erkennen lassen und den Eindruck solider Zellstränge hervorrufen. In den centralen Theilen des Heerdes bemerken wir noch einige leidlich erhaltene Glomeruli, während die Harnkanälchen nicht mehr nachweisbar sind, und die Nierensubstanz durch ein Granulationsgewebe substituirt wird, welches, ausser den nicht allzu reich eingestreuten Lymphocytent, zumeist dicht neben einander stehende ovale und sternförmige Bindegewebzellen enthält.

Die interstitielle Substanz ist spärlich, einige grössere Zellen sind mehrkernig, andere haben einen grossen, gelappten Kern. In der Mitte des Heerdes findet sich eine thrombosirte, viele Leukocyten enthaltende Interlobularvene, deren Wand von den erwähnten grosskernigen Zellen dicht besetzt ist.

Von der Leber untersuchten wir zwei erbsengrosse gummöse Knoten, die schon bei der makroskopischen Betrachtung ein verschiedenes Entwicklungsstadium vermuten liessen, indem der eine derselben mehr homogen, der andere aber aus kleineren miliaren Heerden zusammengesetzt erschien. — Dem entsprechend zeigte der mikroskopische Schnitt des letzteren Knotens

nicht das gewöhnliche Bild einer ziemlich gleichmässig gebauten Gummienschwulst, sondern es fanden sich mehrere kleine inselförmige Granulationsheerde, die von einander durch schmale Züge der atrophischen, pigmentirten Lebersubstanz getrennt waren. Einige Heerde sitzen in dem portalen Bindegewebe, während die meisten in die Leberläppchen hineindrängend sich auf Kosten der Leberzellenbalken vergrössern. Sie sind überall reich an ovalen, spindelförmigen und epitheloiden Zellen; die schon erwähnten grossen, mehrkernigen Zellen kommen auch vor. Die kleinen Rundzellen finden sich in wechselnder Menge; in den kleinsten Heerden sind sie recht zahlreich, während sie an anderen Stellen ganz in den Hintergrund treten. Einige Blutgefässe sind thrombirt, zum Theil schon in Organisation begriffen.

Der andere, makroskopisch mehr homogen aussehende Knoten der Leber besteht beinahe nur aus Granulationsgewebe, blos an der Peripherie bemerkt man noch einige abgesprengte atrophische Leberzellenbalken. Die Wucherung ist sehr zellreich; von einer fibrösen, narbigen Umwandlung sieht man nur ausnahmsweise eine Andeutung. Dagegen finden sich in den Granulationen mehrere kleine nekrotische Stellen, die hauptsächlich durch die mangelnde Kernfärbung erkennbar sind, während die Zellcontouren zumeist noch erhalten bleiben und ein detritusartiger Zerfall nur selten vor kommt. Diese verkästen, nekrotischen Stellen sind nicht scharf begrenzt; sie und da sind die normal gefärbten und die nekrotischen Zellen so diffus vermischt, dass von einem eigentlichen nekrotischen Heerd gar nicht die Rede sein kann. An der Peripherie des Knotens bemerkt man viele Gallengänge mit gewucherten Epithelien und eingewanderten Leukocyten.

Von den geschwulstartigen Massen des Mesenterium wurden zwei verschiedene Stellen untersucht, die unter dem Mikroskop ziemlich gleiche Veränderungen zeigten. In den central liegenden Theilen findet sich — wie es nach dem makroskopischen Bild zu erwarten war — eine ziemlich ausgedehnte Nekrose. Die Zellcontouren sind zum grössten Theile noch erhalten, stellenweise aber schon verschwommen und in eine körnige, strukturlose Masse umgewandelt, in welcher nur spärliche geschrumpfte Kernreste eingebettet liegen. Zwischen den völlig verkästen Partien finden sich noch relativ gut erhaltene Theile mit leidlicher Kernfärbung, welche durch ihre kleinen runden Zellen den Eindruck einer hyperplastischen Lymphdrüse hervorrufen. In der abgestorbenen Masse sind außerdem noch kleine Granulationsheerde eingeschlossen, die ihre enge Beziehung zu den Blutgefässen auf den ersten Blick verrathen.

Diese runden oder ovalen, ziemlich scharf begrenzten Haufen bestehen nehmlich aus concentrisch gelagerten, grossen, spindelförmigen und epitheloiden Zellen und lassen in ihrer Mitte einen mit Blutkörperchen gefüllten, je nach der Schnittrichtung runden oder länglich ovalen Raum erkennen; bei genauer Untersuchung lassen sich neben der zelligen Infiltration auch die einzelnen Gewebeelemente der arteriellen oder venösen Gefässwand noch nachweisen, die Kernfärbung ist noch ganz gut erhalten. Diese Zell-

haufen erinnern einigermaassen an die submiliaren Tuberkel, von welchen sie sich freilich durch ihre Gefäße wesentlich unterscheiden.

Von den centralen, nekrotischen Theilen sind die peripherischen Partien der Mesenterialgeschwulst völlig verschieden, indem hier eine grosszellige, gefässreiche Granulation auftritt, welche in das mesenteriale Fettgewebe hineinwuchert und dasselbe verdrängt. Auch dieses Granulationsgewebe zeigt die schon öfter erwähnte Struktur und setzt sich fort von den centralen verkästen Massen nach der Peripherie in breiten, zum Theil radial verlaufenden Zügen. Da das infiltrirte Fettgewebe von dem käsigen Centrum durch eine Schicht derber Bindegewebsfasern getrennt wird, welche der Kapsel der Lymphdrüsen entspricht, so sind diese Fettgewebsinfiltrationen als perilymphadenitische Veränderungen anzusehen. Die Blutgefäße sind besonders in den äussersten Schichten erweitert, einige mit Leukocyten prall gefüllt.

Von dem Dünndarm wurde das resecirte Stück und ein anscheinend frischer Infiltrationsheerd mit oberflächlichem Schleimhautdefect untersucht.

Dieser letztgenannte Heerd zeigt in verticalen Schnitten eine bedeutende Verdickung der Submucosa, welche hauptsächlich in ihren oberen, der Mucosa zugewendeten Theilen in einem areolären Grundgewebe zahlreiche grosse Zellen aufweist. Diese Granulation wird gegen die Muscularis von einer Gruppe kleiner Rundzellen begrenzt, während die Muscularis ziemlich unverändert ist.

Anders verhält sich die Infiltration gegen die Mucosa; hier wird durch die mächtige Verbreiterung der zellreichen Submucosa die Muscularis mucosae in die Höhe gehoben, in der Mitte des Heerdes sogar ganz durchgebrochen, so dass die Wucherung in die Mucosa selbst übergreift. Trotzdem ist die Mucosa nicht breiter, sondern schmäler, als normal, weil die oberflächliche Schicht der Schleimhaut fehlt und an der Mitte der infiltrirten Stelle weder die Zotten, noch die Lieberkühn'schen Krypten nachzuweisen sind; es kostet ziemliche Mühe, hie und da noch einige gut erhaltene Drüsenvilli zu finden. Eine Nekrose ist nicht nachweisbar, die Kernfärbung ist überall erhalten.

Das histologische Bild des operirten Darmstückes weicht von dem eben Genannten wesentlich ab. Die Verschiedenheit besteht einmal darin, dass wir in der Submucosa das früher erwähnte zellreiche Granulationsgewebe vermissen, dieselbe ist nehmlich in eine sklerotische, zellarme Narbe umgewandelt, während die Schleimhaut dem im Sectionsprotocoll beschriebenen Geschwür entsprechend sich langsam verschmäler und endlich ganz aufhört.

Noch eigenartiger gestalten sich die Veränderungen in der Muskelschicht. Zur richtigen Darstellung dieser Verhältnisse sei es erwähnt, dass an dieser Stelle die mesenterialen Geschwulstmassen mit der Darmwand der Art verwachsen sind, dass die wuchernden Granulationen des Mesenterium die Muskelschicht des Darms in die Höhe schieben und sie gegen das Darmlumen hin hervorwölben. Es wird sogar die Muscularis durch die von aussen, vom Mesenterialansatz her eingedrungenen, zellreichen Granu-

lationszüge in mehrere kleine Bündel zertheilt und so überwuchert, dass die atrophischen Muskelbündel kaum zu erkennen sind. Dieses Granulationsgewebe enthält zahlreiche Kerntheilungsfiguren, welche ihrem Typus nach von endothelialen Zellen¹⁾ herstammen dürften. Die grossen, 4—5kernigen Zellen der Granulationen zeigen hier eben so wenig, wie an anderen Stellen die Configuration der sogenannten Langhans'schen Zellen, indem die Kerne zumeist in der Mitte liegen und zum Theil durch Fortsätze mit einander zusammenhängen.

Es erübrigt uns noch, die histologischen Eigenschaften des Magengeschwürs zu schildern; dieselben sind dadurch bemerkenswerth, dass sie das typische Bild eines zerfallenden gummösen Heerdes darbieten. Die Geschwürsränder zeigen eine sehr erhebliche Infiltration der Submucosa, welche ungefähr dreifach so dick ist, als normal. Diese zellreiche Wucherung setzt sich von der unmittelbaren Grenze des Geschwürs noch eine Strecke in die Umgebung hinein fort, um dann ziemlich plötzlich in die normale Submucosa überzugehen. Die Schleimhaut selbst ist an den Geschwürsrändern eingekerbt, eine Hineinwucherung der submucösen Granulationen in die Mucosa ist nur in geringem Grade vorhanden.

Das Geschwür selbst ist von einer ungefähr $\frac{1}{2}$ —1 mm breiten nekrotischen Schicht ausgekleidet. Unter diesem nekrotischen Belag finden wir die stark veränderte innere (circuläre) Schicht der Muscularis. Die einzelnen Bündel derselben sind nehmlich durch die von der Submucosa eindringenden Granulationen auseinander gezerrt und so weit zerstört, dass an vielen Stellen die innere Muskelschicht ganz verschwindet und nur bei ganz aufmerksamer Beobachtung gelingt es, in dem infiltrirten Gebiet noch einige atrophische Muskelzellen nachzuweisen. Die Zellen sind in den peripherischen Theilen des gummösen Heerdes meist klein und rundlich, in den centralen Theilen kommen die schon oft erwähnten ovalen und spindligen Formen vor. Die äussere Muskelschicht weist von den klaffenden Blutgefässen abgesehen nichts Abnormes auf.

In diesen Ergebnissen der histologischen Untersuchung findet die schon auf Grund des Obduktionsbefundes erfolgte Annahme, dass die Magen- und Darmveränderungen als gummöse Heerde zu betrachten sind, ihre volle Bestätigung. In der That können ähnliche Veränderungen nur durch die constitutionelle Syphilis verursacht werden. Wir brauchen nicht länger nachzuweisen, dass von den einigermaassen ähnlichen Erkrankungen weder das maligne Lymphom, noch der Typhus, die Leukämie, Tuberculose oder irgend eine andere infectiöse Granulationsgeschwulst mit einem solchen Gesammtbilde aufzutreten pflegen.

¹⁾ Vergl. Hansemann, Zellstudien, Berlin 1893.

Aber nicht nur das Ausschliessen anderer Erkrankungen, sondern auch eine Reihe positiver Zeichen sprechen für die constitutionelle Syphilis. So z. B. vom Sectionsbefunde die charakteristische Schrumpfung der Leberheerde, das Geschwür des Zungengrundes. Von den histologischen Veränderungen das beständige Vorkommen eines wuchernden Granulationsgewebes, welches ausser seinen Beziehungen zu den Blutgefässen sich noch durch seine grosse Neigung zur fettigen Metamorphose auszeichnet.

Baumgarten hat im 97. Bande dieses Archivs¹⁾ zur histologischen Differencirung der syphilitischen von den tuberculösen Käsemassen hervorgehoben, dass die Strukturcontouren in den syphilitischen Käsemassen viel langsamer schwinden und innerhalb des käsigen Heerdes mit Blutkörperchen erfüllte Gefässer eine Zeit lang erhalten bleiben. Diese Merkmale der syphilitischen Verkäsung waren auch in unserem Falle deutlich vorhanden.

Die gummösen Heerde zeigen, wie dies gewöhnlich der Fall ist, sehr verschiedene Entwickelungsstadien, einige, z. B. der Heerd der Niere und je ein Heerd der Leber und des Dünndarms weisen noch keine regressive Metamorphosen auf und lassen die früheren Perioden der syphilitischen Granulationsgeschwülste ziemlich gut verfolgen.

In dieser Hinsicht interessirt uns am meisten der gummöse Heerd des Dünndarms mit dem oberflächlichen Schleimhautdefect. Nach dem histologischen Befund müssen wir annehmen, dass in diesem Falle die gummöse Wucherung aus den oberflächlichen, der Schleimhaut näher stehenden Theilen der Submucosa entstanden ist und erst secundär auf die Schleimhaut übergriff. An der letzteren ist schon eine oberflächliche Ulceration aufgetreten, während die Muscularis noch ganz intact ist.

Aus den bisher publicirten Fällen geht hervor, dass diese Entstehungsweise die gewöhnliche ist, indem die gummösen Heerde die einzelnen Schichten der Darmwand meistens in der

¹⁾ Miliare Gummigeschwülste der Milz nebst Bemerkungen über die anatomisch-histologische Differentialdiagnose zwischen Gummata und Tuberkel.

angegebenen Reihenfolge afficiren: zuerst erkrankt die Submucosa, dann die Mucosa und zuletzt die Muscularis; die letztere ist in vielen Fällen ganz normal geblieben, während die Mucosa beinahe immer mit erkrankt.

Von den späteren Stadien der gummösen Heerde giebt uns das Magengeschwür ein lehrreiches Bild. Wir bemerken einerseits eine käsite nekrotische Umwandlung des Granulationsgewebes, welche die Bildung tiefgreifender Geschwüre herbeiführt, andererseits ein Weiterschreiten des Prozesses in die Muskelschicht. Zwar ist in diesem Falle die äussere Schicht der Muscularis noch intact geblieben, doch ist die innere Schicht so hochgradig zerstört, dass es nicht Wunder nehmen kann, wenn solche Geschwüre gelegentlich zur Perforation führen, wie es schon mehrfach beobachteten wurde (Fälle von Chiari und Björnström).

Wollte man wegen der kreisrunden Beschaffenheit der Magengeschwüre etwa den Zweifel erheben, ob hier nicht einfache runde Geschwüre vorliegen, so ist dieser Zweifel durch den mikroskopischen Befund entkräftet. Die sich weit fortsetzende Wucherung der Submucosa, die zellige Infiltration der Muscularis zeigen zur Genüge, dass hier die Geschwürbildung nur einen Folgezustand der vorangegangenen entzündlichen Infiltration bildet.

Von dem resezierten Darmstück konnten wir feststellen, dass hier die geschwulstartigen Granulationen des Mesenteriums die Darmwand mit vorgedrängt und durchbrochen haben. Ein solches Uebergreifen der syphilitischen Gewebswucherung auf die Darmwand ist, soweit wir es wissen, noch nicht beschrieben worden. Viel häufiger geschieht es, dass ächte Neubildungen des Mesenterium in ähnlicher Weise auf die Darmwand übergreifen und das Lumen des Darms verengern; ähnliches sahen wir z. B. bei malignen Lymphomen des Mesenterium.

Das Ungewöhnliche des Falles liegt also in der Massenhaftheit der geschwulstartig auftretenden mesenterialen Wucherungen. Nach der mikroskopischen Untersuchung halte ich es für wahrscheinlich, dass diese gummöse Gewebsneubildung von den mesenterialen Lymphdrüsen ausging und erst nachträglich die perilymphadenitischen Veränderungen, d. i. die Granulations-

massen des mesenterialen Fettgewebes dazu gekommen sind. Dafür spricht die ausgedehnte käsige Nekrose der Lymphdrüsen, während in den perilymphadenitischen Wucherungen noch keine regressiven Metamorphosen bemerkbar sind. Dass die Mesenterialgeschwulst in der letzten Zeit ziemlich schnell gewachsen ist, das wird einerseits durch die klinischen Symptome, andererseits durch die zahlreichen Kerntheilungsfiguren erwiesen.

An anderen Stellen des Körpers wurde eine excessive geschwulstartige Grösse der syphilitischen Gewebswucherungen öfter beobachtet; wir erinnern nur an die sog. syphilitischen Sarcome, welche gelegentlich zur Exstirpation kommen.

Die Ursache dieser vergrösserten Wachstumsenergie entzieht sich unserer Beurtheilung; in unserem Falle sind die mesenterialen Wucherungen ganz ähnlich gebaut, wie die gummosen Heerde der übrigen Organe, sogar die exquisitesten Formen der bei Lues so oft beschriebenen Gefässerkrankungen finden sich gerade in den Mesenterialdrüsen.

Es scheint übrigens, dass die meisten gummosen Heerde der Magen- und Darmwand, sowie der Leber, jünger sind, als die mesenterialen Lymphdrüsenveränderungen. Dafür spricht die relative Kleinheit und markige Beschaffenheit dieser Heerde, sowie die Beschränktheit der regressiven oder narbigen Umwandlungen. Dadurch erklärt sich, dass diese Darmgeschwüre von den für die Darmsyphilis charakteristisch gehaltenen Eigenschaften die Ringform und den speckigen Grund so wenig erkennen lassen, dass sie bei der Section einigermaassen an typhöse Geschwüre erinnerten.

Gerade dieses verhältnissmässig junge Stadium der Magen- und Darmveränderungen erlaubte uns über die Entstehungsweise der Geschwüre eine ziemlich bestimmte Vorstellung zu gewinnen, indem wir dieselben auf circumsripte gummöse Wucherung der Submucosa zurückführen konnten.

Aus den bisher veröffentlichten Fällen geht hervor, dass die Magen- und Darmsyphilis einmal durch diffuse (zumeist kleinzellige) Infiltration, ein anderes Mal durch umschriebene gummöse Wucherung entsteht. Im Allgemeinen gilt die diffuse Infiltration als die häufigere; Johnson und Wallis behaupten sogar, dass

die syphilitischen Darmerkrankungen in der Regel diffus und nur ausnahmsweise aus Gummiknoten entstehen und begründen diese Behauptung mit der Häufigkeit ringförmiger Infiltrate und ebensolcher Geschwüre¹⁾.

Wir halten dafür, dass die Frage, ob die diffuse Infiltration oder der gummöse Heerd häufiger ist, sich recht schwer beantworten lässt, weil in etwas vorgeschritteneren Stadien eine sichere Entscheidung nicht mehr möglich ist. Wie wenig die diffusen Infiltrate sich manchmal von den gummösen Heerden histologisch unterscheiden, das wird durch einen Fall Birch-Hirschfeld's illustriert, mit einem beinahe handtellergrossen Infiltrat der Magenwand, welches ausser epitheloiden Zellen und Gefässwandverdickungen auch sonst alle Eigenschaften des syphilitischen Granulationsgewebes zeigte.

Durch die mikroskopische Untersuchung können wir also nicht immer entscheiden, ob ein grösseres Infiltrat oder Geschwür durch diffuse Infiltration (durch gleichzeitige Erkrankung eines grösseren Gebietes) oder durch gummöse Wucherung (durch successives, peripherisches Wachsthum eines umschriebenen Heerdes) entstanden ist.

Nun könnte man glauben, dass wenigstens die makroskopische Erscheinung ausschlaggebend sei, insofern als in dem ersten Falle mehr die diffuse Verbreitung, in dem letzteren der geschwulstartige Charakter in den Vordergrund tritt. Auch diese Kennzeichen sind nach unserer Meinung nicht immer verlässlich. Im Allgemeinen kann man zwar zugeben, dass die ausgedehnten, grossen Infiltrate, die keine Neigung zur Geschwürbildung zeigen, durch einfache diffuse Infiltration herbeigeführt sind, weil in den ächten gummösen Neubildungen bald eine regressive Metamorphose auftreten würde. Diese regressive Metamorphose tritt aber nicht regelmässig bei einer bestimmten Grösse des gummösen Heerdes ein, wir wissen vielmehr, dass die käsige Umwandlung desselben manchmal früher, manchmal später auftritt. Eine nicht sehr grosse flächenhafte Ausbreitung der Infiltration, z. B. ein ringförmiges Infiltrat der Darmwand kann unseres Er-

¹⁾ C. G. Johnson und Curt Wallis, Beiträge zur Kenntniss der syphilitischen Veränderungen im Digestionskanale. *Hygiea*. LV, 1893.

achtens durch fortgesetzte gummöse Wucherung eines im Anfang noch umschriebenen Heerdes entstehen und zwar um so mehr, als bei der relativen Resistenz der Muskelschicht und der lockeren Beschaffenheit der Submucosa, die Bedingungen der flächenhaften Ausbreitung der Granulation sehr günstig ist.

In unserem Falle findet sich neben den kleinen runden Substanzverlusten auch ein ringförmiges Geschwür; in anderen veröffentlichten Fällen wird erwähnt, dass von den ganz kleinen bis zu den ringförmigen Geschwüren alle Uebergänge vorhanden sind, wir glauben also, dass die ächt gummösen Gewebswucherungen in der Entstehung der syphilitischen Magen- und Darmgeschwüre nicht die ihnen von Johnson und Wallis zugesuchte inferiore Rolle spielen.

Zum Schlusse fühle ich mich verpflichtet, dem Herrn Prosector und Privatdocenten Dr. Hansemann für seine freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.
