

(Aus dem Pathologischen Institut der Universität Athen
[Direktor: Prof. Dr. J. Catsaras].)

Beitrag zur primären Lymphogranulomatose des Magens.

Von

Prof. Dr. J. Catsaras und Dr. Eugenia Patsouri.

Mit 2 Abbildungen im Text.

(Eingegangen am 19. Juli 1940.)

Die Zahl der einwandfrei auf Grund von genauen Obduktionen, beschriebenen Fälle von primärer isolierter Lymphogranulomatose des Magens ist sehr gering. *Sussig* (1930) beschrieb einen Fall von ulceröser Lymphogranulomatose des Magens mit Beteiligung der perigastrischen Lymphknoten. *Mittelbach* (1932) berichtet über einen Fall von Lymphogranulomatose des Magens, der unter dem Verdacht eines Magencarcinoms zu chirurgischer Behandlung kam. Im resezierten Magenteil fand sich ein flach höckeriges zum Teil ulceriertes Infiltrat, das ohne scharfe Grenze in die Umgebung überging und auf der Schnittfläche in der Schleimhaut, besonders aber in der Submucosa verschieden große, ziemlich gut begrenzte weißliche Herde zeigte. Histologisch war im Bereiche des Geschwürs, das ein typisches *Ulcus pepticum* war, die Magenwand durch lymphogranulomatöse Herde vollkommen durchsetzt. In einem perigastrischen Lymphknoten fand sich eine Metastase. 3 Wochen nach der Operation starb der Patient an einer Pneumonie. Bei der Obduktion keine andere Lokalisation der Lymphogranulomatose im übrigen Körper. *Baumgartner* (1933) beschrieb einen Fall von streng lokalisierter Lymphogranulomatose des Magens, mit einer xanthomatösen Umwandlung der Gekrösewurzel. Die Innenfläche des Magens war fast in ihrer ganzen Ausdehnung in ein umfängliches Geschwür umgewandelt. Die im allgemein stark verdünnte Magenwand war von der Kardia an, durch Einlagerung eines weichen, gelblichen Gewebes verdickt. *Dudits* (1934) beschrieb zwei Fälle von isolierter Lymphogranulomatose des Magens. Bei dem ersten Falle handelt es sich um eine Frau die wegen Magencarcinom operiert wurde. Die Untersuchung des resezierten Magenteiles ergab typische Lymphogranulomatose. Einige Monate später Exitus. Bei der Obduktion wurden im Magen dieselben Veränderungen wie im Resektionspräparat gefunden, sonst keine Lymphogranulomatose. Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen Mann der auch wegen Magencarcinom zur Operation kam. Die histologische Untersuchung des Magentumors ergab, daß es sich um Lymphogranulomatose handelte. Wenige Tage nach der Operation Exitus. Obduktion: Im übrigen Körper keine

Lymphogranulomatose. *Ciechanowski* (1938) beschrieb ebenfalls einen ähnlichen Fall.

Zu den bis jetzt bekannten Fällen von primärer Lymphogranulomatose des Magens möchten wir noch einen Fall mit genauem Sektionsbefund hinzufügen, der in vielen Punkten von den beschriebenen abweicht.

Aus der Krankengeschichte: 46jähriger Mann. Als 8jähriger Bronchopneumonie, als 18jähriger Malaria. Als Soldat Cholera. Der Patient ist seit 20 Monaten krank. Die Krankheit hat (Oktober 1928) mit sofort nach der Nahrungsaufnahme auftretenden Magenschmerzen und Brandgefühl begonnen. Kein Erbrechen, andauernde Verstopfung. Die Schmerzen dauerten bis Dezember 1929 und wurden durch Darreichung von Narkotica gemildert. Im Mai 1930 erkrankte der Patient an Ruhr, die mit Emetin behandelt wurde. Später kamen die Magenstörungen wieder, aber in unregelmäßigen Abständen und unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Die letzten drei Tagen trat galliges Erbrechen auf. Körpergewichtsabnahme etwa 10 kg. Bei der Aufnahme im Krankenhaus sah der Patient blaß und abgemagert aus, aber ohne Fieber. Zunge weiß belegt. Durch Betasten füllt man im Epigastrium besonders an der rechten Seite, eine unregelmäßige Härte, die bei den Atmungsbewegungen verschieblich ist. Beim Betasten ist die Magengegend schmerzhaft. Dämpfung am Epigastrium. Im übrigen Bauch tympanischer Schall. Die peripherischen Lymphdrüsen nicht vergrößert. Von den Laboratoriumsuntersuchungen nichts Wesentliches. Im Röntgenbild schien der Magen sehr verengert. Der Kranke wurde unter dem Verdacht eines Magencarcinoms an die chirurgische Klinik übergeführt, wo aber statt einer Operation Strahlentherapie vorgezogen wurde. Durch die Strahlenbehandlung milderten sich die Schmerzen und der allgemeine Zustand wurde etwas gebessert. Der Kranke verließ die Klinik, aber 3 Monate später kam er wieder, da die Magenschmerzen jetzt ununterbrochen, und zwar verstärkt nach der Nahrungsaufnahme auftraten. Alle Laboratoriumsuntersuchungen fielen wieder negativ aus. Blutuntersuchung R. 3 520 000, Häm. 70, L. 7000, Stäb. 4%, Polym. 88%, Lymph. 6%, Gr. M. 2%. Appetitlosigkeit. Abwechslung von Verstopfung und Diarrhöe. Es wurde Strahlentherapie angewandt, aber nur auf kurze Zeit, da die Schmerzen stärker und der allgemeine Zustand schlechter wurden. Nach einem $2\frac{1}{2}$ Monate langen Aufenthalt im Krankenhaus starb der Patient unter den Symptomen einer Peritonitis.

Sektionsbefund. Männliche stark abgemagerte Leiche. Atmungsorgane und Herz: o. B. Bauch: aufgetrieben. Die Darmschlingen durch fibrinös-eitrige Exsudate miteinander verklebt. Der Magen ist sehr verengt und bildet ein schmales Rohr von ungefähr derselben Weite wie das angrenzende Duodenum. Auf der äußeren Fläche des Magens und gegen die Mitte des Fundus sieht man eine etwa linsengroße Perforationsöffnung. Die Magenwand ist an dieser Stelle sehr verdünnt und mit fibrinös-eitrigen Belägen bedeckt. Nach Eröffnung des Magens (Abb. 1) sieht man, daß die Magenwand besonders im Pylorusteil sehr verdickt ist (etwa 15 mm). Im Durchschnitt unterscheidet man deutlich die Muskelschichten, die durch grauweiße Bündel voneinander getrennt sind. Der Pylorus ist sehr eng, kaum für eine mittelgroße Sonde durchgängig. Die innere Fläche des Pylorus und des angrenzenden Antrums ist glatt und schwielig. Im Fundus dagegen findet sich eine fünfmarkstückgroße Geschwürsfläche, die von schmutzig graugrünen weichen Massen bedeckt ist. Außerdem sieht man an der Innenfläche des Fundus zerstreute divertikelartige Ausbuchtungen. Die an der äußeren Fläche des Fundus beschriebene Perforationsöffnung entspricht ungefähr der Mitte der geschwürigen Fläche, wo die Magenwand fast nur aus der Serosa gebildet ist. Die perigastrischen, peripankreatischen, mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen sind nicht geschwollen.

Im Darmtractus leichte katarrhalische Enterokolitis. Milz und Leber: o. V. Herz und Atmungsorgane ohne besonderem Befund.

Die histologische Untersuchung der Magenwand zeigte folgendes: Am Pylorus, wo die Magenwand am stärksten verdickt ist, merkt man besonders an der Submucosa, starke zellig infiltrierte Bindegewebsentwicklung. Die Muskelschichten sind ebenfalls durch zellige Infiltrate auseinander gedrängt. Die zelligen Infiltrate der Mucosa und Submucosa zeigen keineswegs spezifischen Charakter: sie sind aus jungen Bindegewebszellen und Lymphocyten gebildet. An manchen Stellen sieht

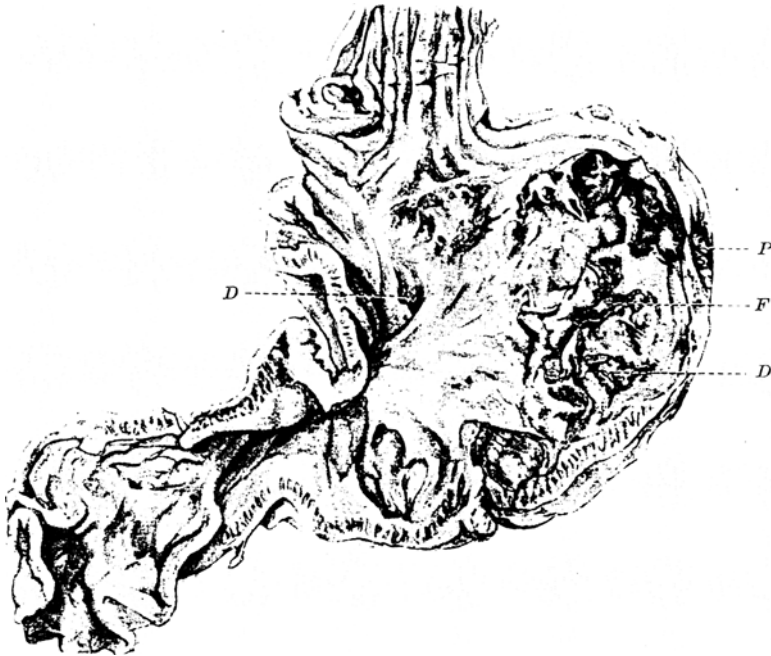


Abb. 1. Lymphogranulomatöser Magen. *F* Fundusteil mit ausgedehnter Geschwürsfläche. *D* Divertikelartige Ausbuchtungen. *P* Perforationsöffnung.

man ziemlich dichte von polymorphkernigen Leukoeyten gebildete Infiltrate. Dagegen die in den Muskelschichten gelegenen Infiltrate zeigen das typische Bild des lymphogranulomatösen Gewebes mit deutlicher Neigung zur narbigen Umwandlung (Abb. 2). Die histologische Untersuchung aus dem Fundusteil nahe der großen geschwürigen Fläche zeigt ausgedehnte Nekrose der Mucosa, während die Submucosa narbig verdickt und zellig infiltriert ist. Die darunterliegende Muskelschicht ist ziemlich gut erhalten. Auch hier zeigen die zelligen Infiltrate das typische Bild der Lymphogranulomatose, ebenfalls mit deutlicher Neigung zur narbigen Umwandlung. Die histologische Untersuchung der Ränder der Perforationsöffnung hat völlige Nekrose ergeben und darunter dichtes eitrig infiltriertes Bindegewebe. Muskulatur ist an dieser Stelle nicht mehr vorhanden.

Wie aus der obigen Beschreibung hervorgeht, handelt es sich bei diesem Falle um eine primäre isolierte Magenlymphogranulomatose mit ausgesprochener Neigung zur narbigen Umwandlung. Zu diesen zwei

charakteristischen Merkmalen des Falles, nämlich der ausschließlichen Lokalisation des Prozesses im Magen und der ausgesprochenen Neigung des lymphogranulomatösen Gewebes zur narbigen Umwandlung hat wahrscheinlich die angewandte Röntgentherapie wesentlich beigetragen. Auf diese Behandlung ist wahrscheinlich auch der langsame, fast 3 Jahre dauernde Verlauf der Krankheit, zurückzuführen. Jedenfalls die narbige Umwandlung der Magenwand und besonders des Pylorus und des Antrums hat die rohrartige Verengerung des Lumens dieser Magenteile

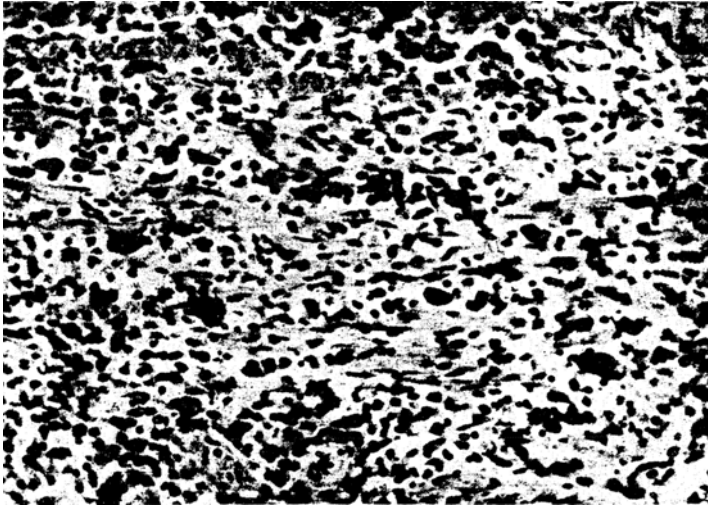


Abb. 2. Lymphogranulomatöses Infiltrat der Magenwand (Leitz, oc. 12 \times , obj. 3).

herbeigeführt und demzufolge ein schweres Hindernis für den Durchgang geschaffen. Dagegen wurde der Magenfundus erweitert und seine nachgiebigen Stellen durch den Druck des stagnierenden Mageninhaltes zu divertikelartigen Ausbuchtungen ausgeweitet. Im Innern dieser Ausbuchtungen ist wegen der Stagnation der Speisereste und der erfolgenden Fäulnisvorgänge eine Nekrose der Wand entstanden, die schließlich zur Perforation und zur allgemeinen Peritonitis führte.

Schrifttum.

Baumgartner: Virchows Arch. **290**, 97 (1933). — *Ciechanowski*: Virchows Arch. **303**, 203 (1939). — *Dudils*: Beitr. path. Anat. **92**, 59 (1934). — *Mittelbach*: Zbl. Path. **55**, 49 (1932). — *Sternberg*: Erg. Path. **30**, 1 (1936). — *Sussig*: Dtsch. Z. Chir. **226**, 344 (1930).