

A - 117254

Eraldine äratõmme ajakirjast „Eesti Arst“, XIX aastakäik, 1940, nr. 11.

Отдельный оттиск из журнала „Ээсти Арст“, том XIX, 1940, № 11.

Sonderabdruck aus d. Zeitschrift „Eesti Arst“, XIX. Jahrg., 1940, Nr. 11.

Lisatis pärasoole juveniilsete pahaloomuste kasvajate kasuistikale.

Herbert Normann.

Juveniilsed pärasoole pahaloomused kasvajad esinevad võrdlemisi harva, mistõttu ka neid käsitlev kirjandus pole eriti suur.

Kõigist vähi juhtudest langeb pärasoolele 4—6,3% (Borchard¹), Redlich tsit. Reichle-Tietze²) järele), kuna sarkoomid moodustavad pärasoole pahaloomuseist kasvajaist kõige enam 1—2% (Knüpper³). Juveniilseid pärasoole vähi juhte esineb Borchard'i⁴) andmeil 20—30 eluaasta vahel 100 pärasoole vähi kohta umbes 2—3. Veel noorema ea ja sarkoomide kohta ei õnnestunud vastavaid arve leida.

Viimase 15 aasta kättesaadavas meditsiinilises kirjanduses peatub GrUCA⁵) 1924 Lvovi kirurgia-kliinikus viimase 2½ aasta jooksul pärasoole vähi pärast opereeritud 22 haigel, mainides, et kõige noorem neist oli 19 a. vana.

1926. a. refereerib Sauerbruch⁶) Müncheni Kirurgide Ühingu ühest tema poolt opereeritud 25-aastasest meeshaigest pärasoole vähiga. Teisest 20-aastasest meeshaigest pärasoole eesmise seina suure vähiga, mis haaranud ka prostata ja kusepõie, räägib Sauerbruch⁷) 1928 Berliini Kirurgide Seltsis.

Samal 1928. a. käsitleb pärasoole vähi juhtu 18-a. noormehel Loewenberg⁸). Haige olnud valudevaba ja kaevanud vaid vähese vere eritamise üle roojamisel.

Fainstein'i⁹) 30 pärasoole vähi juhust (1928) oli kõige noorem 22 a. vana.

201565006

Vähi juhu 23-a. meeshaigel kirjeldab 1928 ka Magniel¹⁰⁾. Haigel olnud vaid 2 nädalat kõht lahti, millele hiljem lisandunud oksendamine. Sedastatud pärasoolt stenoseeriv kasvaja osutus atüüpiliseks epitelioomiks areneva limaväärastusega.

Pärasoole vähi juhu 16-a. tütarlapsel mainib 1930. a. de Vecchi¹¹⁾.

1931. a. näitab B y c h o w s k i¹²⁾, et tema täheldatud 123 pärasoole kasvaja juhust (sarkoome esines üldse vaid 4 juhul), olid 17 alla 30 a. vanad.

Pärasoole vähi juhu 29-a. mehel kirjeldab 1932. a. veel Schönfeld¹³⁾.

1934 avaldab We i s s e n s e e¹⁴⁾ ülevaate Würzburgi kirurgia-kliiniku vähi juhtudest aastaist 1919—1929. Sel ajavahemikul on kliinikus ravitud 1561 vähi juhtu, kelle hulgas oli nooremaid kui 30 aastat 34 haiget. Viimaseist kannatas pärasoole vähi all 2,2%.

1935. a. toob R o s s¹⁵⁾ 3 pärasoole vähi juhtu, kes olid 21 aastat ja alla seda vanad. Kõigil esines vahelduv kõhukinnisus ja lahtisus. Ühel neist juhtudest oletati alul tuberkulooset, teisel ultseratiivset koliiti.

Juveniilsete pärasoole sarkoomide kohta läks korda leida mainitud viimase ajavahemiku kirjanduses vaid üks juht, mille sedastas 17-a. naisteenijal 1938 K n ü p p e r.¹⁶⁾

Tähtsamad nähud, mis peaksid alati äratama pärasoole pahaloomuse kasvaja kahtluse, on Steindl'i¹⁷⁾ järgi: ebaselged korrapäratused roojamises, tavaliselt vahelduva kõhukinnisuse ja -lahtisuse kujul, vere ja lima eritamine roojaga, tenesmid, võõrkehatusne pärasooles ja valud ristluus.

Neile nähtudele võivad veel lisanduda tsüstiidikujuulised põievaevused, valude irradieerumine reitesse ja suguelundesse ning kõhnumine.

Eriti rõhutab Steindl digitaalse vaatluse tähtsust *per rectum*, tsiteerides Jones'i, kelle 185 pärasoole vähiga haigeist oli ravivate arstide poolt rektaalselt vaatamata jäetud 35,7%, mis põhjustas 70 inoperaabelset juhtu.

Põhjaliku rektaalse vaatluse vajadust kõikide päraku haigustuste ja roojamise häirete puhul rõhutab samuti Bychowski¹⁸⁾, tähendades, et hemorroidide ja anaalfissuuridega koos võib esineda või nende taga end varjata pärasoole vähk, mis digitaalsel uurimisel *per rectum*, kõrgemal asuvate kartsinoomide puhul eriti haige seistes, peaks enamikul juhtudest olema sedastatav.

Kahjuks jäetakse rektaalne vaatlus sageli teostamata, mille tulemuseks on hilinenud inoperaabelsed juhud. Teatavasti aga pole pärasoole vähi varase operatsiooni tulemused mitte täiesti ebasoodsad.

Lisatisena toodud kirjanduslikele andmeile olgu esitatud 3 Tartu Ülikooli I Sisehaiguste-kliinikus (juhataja: prof. F. Grant) 1931—1940 täheldatud pärasoole juveniilse kasvaja juhtu, neist kaks kartsinoomi ja üks sarkoom.

Juht 1. Auriku ahjukütja E. A., 20. a. vana. Viibis kliinikus ravimisel 13. XI 1931 — 5. I 1932 diagnoosiga: *Tumor malignus recti*.

Haigustus juunikuus 1931, mis ajast hakkas kannatama aeg-ajalise kõhulahtisuse all 3—4 vedela istmega päeva kohta, millele järgnes jälle normaalne sooltetegevus. Valusid kõhu piirkonnas kunagi ei ilmestunud. Augustikuus lisandusid kõhulahtisusele ka valud, roojamistung muutus sagedamaks, ja haige pidi üle 10 korra ööpäeva kohta soolt tühjendama. Iste olnud täiesti vedel ja sisaldanud rohkesti värsket verd. Ühtlasi ilmestusid roojamisel tenesmid. Oma arsti korraldusel oli haige seejärel 23. VIII — 12. X 1931 ravimisel haiglas, kus diagnoositi verine kõhutõbi. T⁰ oli subfebriilne, sagedad vedelad istmed sisaldasid endiselt värsket verd, aga ka lima.

Aegamööda haige seisund haiglas paranes, nii et ta kirjutati välja tervistununa. Ta tundis end aga väga nõrgana ja nädalat kaks hiljem tekkisid jälle vedelad limased istmed. Raviti siis kellegi arsti poolt kodus eriliste tulemusita.

Viimasel ajal hakkas tekkima ka sagedane kusetung, kusjuures aga eritus üsna vähe uriini.

Nädal aega enne kliiniku astumist puhkesid kõhus tugevad valud, alakõht muutus kõvaks ja puhituks. Seisund järjest halvenes, mille tõttu haige otsustas astuda kliiniku.

Omaste ütluse järgi olnud haigel kõhulahtisus verrega roojas juba maikuust peale. Põlvneb tervest perekonnast ja varemalt olnud alati terve.

Digitaaalselt pole haiget *per rectum* kunagi vaadatud.

Leid. Gratsiilse kehaehituse ja redutseeritud toitumusega haige. Mahlasõlmed mitte oluliselt suurenenud. Kopsud, süda ja teised siseelundid erilise leiuata.

Kõhuseinad üla- ja keskkõhus pehmed, alakõht mõõdukalt pingul. Alakõhus tunda resistentsus, mis asetseb 3-sõrmelaiuselt üle häbemeliiduse, ulatudes vasemale poole kaugemale kui paremale. Resistentsus on valutundlik, teda jälgida sügavusse pole pingul olevate kõhuseinte tõttu võimalik.

Rektaalselt tunneb soolde viidud sõrm kohe ülalpool pärakurõngast soolevalendikku ulatuvaid kõvu mügarasi vohanguid, mis kergesti jooksevad verd. Umbes sõrmepikkuses sügavuses näib pärasool tugevasti kitsenenud ja sõrmele vaevalt läbistav olevat. Rektaalne uurimine on haigele äärmiselt valuline.

Roe on vedel, leelise, limane ja vinav. Guajakk- ja fenoolftaleiinkatsud tugevasti positiivsed, mikroskoopiliselt esineb rohkesti leukotsüüte ja erütrotsüüte.

Konsulteritud kirurg operatsiooniga lokaalse peritoniidi tõttu ei nõustunud.

Haige seisund ühes toodud rooja leiuaga püsis muutumata umbes 2 nädalat, mille järel hakkas valutama ja tursuma parem reis, hiljem kogu jalg. Rõhumisel ilmestusid jalal lohud.

Tursele reies lisandus mõni nädal hiljem kaelal tuvimunasuurune kõva, mitte eriti valutundlik liikuv sõlm ja selle kõrval teine vähem, umbes oasuurune. Ka hakkas tursuma teine jalg.

Sõlmed kaelal aegamööda suurenesid, arenedes väikeõuna suuruseni. Sõlmed ei olnud eriti valutundlikud.

Haige järjest nõrgenes (tursed jalgadel vahepeal mõõdukalt alanesisid), urineerides sageli voodi ja eritades peaaegu püsivalt pärasoollest vähestes hulkades vedelat rooja.

Järjest suurenevale nõrkusele järgnes 5. I 1932 surm.

Lahangul (H. Madison) sedastati *neoplasma recti* ja *metastases intestini, lymphoglandularum retroperitonealium et colli*.

Mikroskoopiliselt osutus kasvaja koosnevaks väikesist ümmargusist rakkudest. Nende tuumade ümber leidis vähe protoplasmata või seda polnud võimalik teul tajuda. Laialdased alad koosnesid vaid neist rakkudest, kuid samuti leidis suurteil aladel nende rakkude vahel vähem või rohkem kollageenseid sidekoe kiude (A. Valdes). Seega oli mikroskoopiline diagnoos: *Sarcoma parviglobocellulare*.

Juht 2. Naiskaubandusteadlane R. H., 26. a. vana. Viibis kliinikus ravimisel 30. XI — 3. XII 1933 diagnoosiga: *Carcinoma recti*.

1928. a. leiti haigel kliinikus *ulcus duodeni*, mida raviti pikemat aega konservatiivselt.

1931. a. hakkasid haigel ilmestuma pärasooles valud, mille puhul tarvitas heade tulemusiga supositooriume. Valudele lisandus sageli kõhukinnisus, kusjuures roojamisel tuli pärakust vahel ka verd. Keegi naisarst oletanud haigel päraku ragaade. Digitaalselt *per rectum* haiget pole vaadatud.

2 kuud enne tulekut kliiniku jäänud haigel kõht jälle kinni, millele kaasunud ägedad valud pärasooles ja jalgades.

Astunud sel puhul Vilnos, kus parajasti viibis, kliiniku, leiti teisel pärasoole polüübid ning soovitati neid operatiivselt kõrvaldada. Haige otsustas siiski enne sõita Tartu ja lasta end Sisehaigustekliinikus veel kord läbi uurida. Viimasel ajal kaotanud kehakaalust 6 kg.

Leid. Gratsiilne, vähe puuduliku toitumusega haige. Mahlanäärmed pole oluliselt suurenenud. Kopsud, süda ja teised siseelundid leiuta. T⁰ subfebrilne.

Rektaalselt umbes 5 cm ülalpool pärakusulgurit tunneb soolde viidud sõrm kirsist vähe suuremat, mõõdukalt kõva sõlme, mis lähtudes pärasoole paremast eesmisest seinast ulatub soole valendikku ja on mõõdukalt liikuv. Sõlme taga muutub soole valendik kitsaks, umbes sõrmpaksuseks toruks konarliku pinnaga, millest aga sõrm läbi tungib ja ülemise konarliku ääreni ulatub. Toru pikkus sõlmest kuni ülemise ääreni on maksimaalselt 6—7 cm pikk.

Rektoskoopiliselt sõlme pinnal näha punased kerajad mügarad. Sügavamale *speculum*'iga soolde tungides ilmestuvad edasised kergesti verd jooksvad mügarased mõikad. Neist võetakse patoloogilise histoloogiliseks uuringuks mõned koetükid.

Mikroskoopiline leid (A. Valdes): *Carcinoma cylindrocellulare*.

Röntgenoskoopiliselt pärasoole täitmisel baariumiga näha mitte kaugel ülalpool *anus*'t 4-sõrmekõrgune lünk ja sõrmpaksune toru kanuse moodustumisega mõlemal pool. S-käärsool leiuta.

Osalt vormitud, osalt vedelas roojas esineb rohkesti leukotsüüte ja lima. Erütrotsüüte leidub vähe. Guajak- ja fenoolftaleiinkatsud positiivsed.

Haigel sagedad valud pärasooles.

7. XII 1933 tehti haigele eeternarkoosi all I Haavakliinikus (U. Karell) *anus praeternaturalis*. Tumor esines vaid rektumis, S-käärsool oli vaba, metastaase ei leitud. Rektumi amputeerimise järel 25. I 1934 *exitus letalis*. Soolesein oli kasvajast tugevasti paksenenud ja uudismoodustis ise seest laostunud ning mädase massiga täidetud.

Juht 3. Põllutöeline O. I., 23 a. vana. Viibis kliinikus 1. IX — 6. IX 1940 diagnoosiga: *Carcinoma recti*.

Haigustus aprillikuu lõpul 1940 vahelduva kõhukinnisuse ja -lahetisusega, kusjuures roojas leidis alul rohkesti lima, hiljem ka vähesel määral verd. Kuu aega hiljem hakkasid aeg-ajalt tekkima kõhus

valud, mis end ka jalgades andsid tunda. Viimasel ajal olnud roojamine üsna sagedane, nii et mõnel ööl tulnud soolt kuni 20 korda tühjendada. Peale roojamist tundis vahel kõhus „tuikamist“. Roojas leidunud lima ja vahel verd. Pärasooles ilmestus sageli „pakitsus“. Kehakaal vähenes oluliselt.

Juuli- ja augustikuus pöördunud arsti poole, kes sedastanud soolekatarri ja määranud vastava ravi. Kuna seisund ei paranenud, pöördus haige veel teise arsti poole, kes leidis „soolepõletiku“. Hiljem vaadatud haiget ühes haiglas ka röntgenoskoopiliselt, kusjuures diagnoositud ussjätkepõletik ning soovitatud operatsiooni.

Digitaaalselt *per rectum* pole haiget ühegi arsti poolt vaadatud.

Kuna seisund ei paranenud, otsustas haige tulla kliiniku uurimisele. Haige isa surnud 45-aastaselt maovähisse.

Leid. Köhn, haiglase näoilmega haige. T⁰ subfebriilne. Kopsud, süda ja teised siseelundid leiuta.

Kõht valutundlik, lihaste pingutuse tõttu raskesti palpeeritav. Närmed vasemas kubemes oasuurused, mõõdukalt valutundlikud.

Rektaalselt leiab soolde viidud sõrm mõni sentimeeter ülalpool päraekspulsi konarliku lillkapsataolise pinnaga tuumori, mis röntgenkujuliselt on haaranud sooleseina. Soolevalendik pole eriti kitsenenud.

Rektoskoopiliselt algavad pärasooles 9—10 cm sügavuses kaunis kõva konsistentsi valkjad, kohati verdunud kasvajasõlmed, mis röntgenkujuliselt on haaranud peaaegu koge pärasoole limaskestast, eriti parempoolses tagaseinas. Allapoole kasvajasõlmed kohati hästi nähtavad, kohati kaetud osalt hüübinud verega. Sõlmed ulatuvad peaaegu päraekuni.

Patoloogilis-histoloogiliseks uuringuks võetud koetükkides leidis rohkete atüüpiliste ja ka mitootiliste rakkudega korrapäraselt kudede sisse tungivaid silinderrakuse vähi koldeid (A. V a l d e s). Seega mikrooskoopiline diagnoos: *Carcinoma cylindrocellulare*.

Röntgenoskoopiliselt näha pärasooles umbes 2 cm ülalpool *anus*'t röntgenkujuliselt valendikku stenoseeriv tuumor. Stenootiline soole osa täitub baariumiga vaid aeglaselt; sein rigiidne, peaaegu sile, ilma sügavamate eksulteratsiooneta. Tuumori ülemine äär astmeline, ülalpool asuv sigma osa sisaldab rohkesti roojamasse, palpeerimisel väga valus. Tuumorist haaratud osa on umbes 7 cm pikk.

Roe vedel, verine, leelise reaktsiooniga. Guajak- ja fenoolftaleiinkatsud tugevasti positiivsed. Mikroskoopiliselt leida vaid üksikud leukotsüüdid ja erütrotsüüdid. T⁰ subfebriilne. Istmekohal haigel spontaansed valud. 6. IX 1940 viidi haige üle I Haavakliiniku, kus tehti (A. L i n k b e r g) *anus praeternaturalis*.

Haige seisund oli käesoleva töö lõpetamisel rahuldav.

Kõigil toodud juhtudel esines korrapäratu sooltetegevus, kas korduva kõhulahtisuse või kõhukinnisuse kujul, või kõhukinnisuse ja -lahtisuse vaheldumise näol, samuti eritus kõigil juhtudel roojamisel verd ja lima. Kui veel lisandada ühel juhul tenesmid, teistel valud ja „pakitsus“ pärasooles ja valud jalgades (ühel juhul esines sagedane kusetung), samuti kahel juhul kehakaalu vähenemine, siis on loetletud tähtsamad nähud, mis oleksid võinud põhjustada pärasoole pahaloomuse kasvaja kahtluse, vaatamata haigete nooruslikule eale. Ometi on toodud juhtudel oletatud mitmesuguseid teisi haigusi ja neid ka vastavalt ravitud. Mitte ühelgi juhul pole enne astumist kliiniku tuldud mõttele vaadata haigeid digitaalselt *per rectum*.

Esitatud haigusjuhtudest ja kirjanduslikest andmeist peaks järelduma, et kõikide püsivalt korduvate kõhukinnisuste ja ebaselgete kõhulahtisuste puhul, eriti vere ja lima eritamisega roojaga ja valudega ristluudes ja pärasooles, samuti hemorroidide korral, mis saatuslikult võivad kasvajakaid varjata, tuleks ilmtingimata ka nooruslikel haigeil mõelda pärasoole pahaloomuste kasvaja võimalusele ja neid eranditult digitaalselt *per rectum* vaadata. Ainult säärasel viisil läheks korda enamikul juhtudest vältida ebaõigeid diagnoose ja aegsasti sedastada pärasoole kasvajakaid, millede varane avastamine on haigele määrava tähtsusega.

Lõpuks olgu öeldud veel sügavaim tänu Tartu Riikliku Ülikooli I Sisehaigustekliiniku juhatajale prof. F. Grant'ile lahkesti kasutada antud haiguslugude eest.

Kirjandus.

1. C. Garré ja A. Borchard: Lehrbuch der Chirurgie. Leipzig 1921, lk. 344. — 2. R. Reichle ja A. Tietze: Die Chirurgie des Mastdarmes und des Afters. M. Kirschner'i ja O. Nordmann'i teoses: Die Chirurgie, Bd. V, lk. 812. Berlin ja Viin 1927. — 3. H. Knüpper: Zbl. Chir. 65, 867, (1938). — 4. A. Borchard:

Chirurgie des Mastdarms und des Afters. C. Garré, H. Küttner'i ja E. Lexer'i teoses: Handbuch der praktischen Chirurgie, Bd. III, lk. 996. Stuttgart 1923. — 5. A. Gruca: Polska gazeta lekarska 3, 162, (1924), ref. Zbl. Chir. 52, 2919, (1925). — 6. F. Sauerbruch: Zbl. Chir. 53, 1453, (1926). — 7. F. Sauerbruch: Zbl. Chir. 55, 3166, (1928). — 8. J. Loewenberg: N. Y. med. J. a. Rec. 1928, ref. Zbl. Chir. 55, 2653, (1928). — 9. Z. W. Fainstein: Nov. chir. Arch. 1928, 587, ref. Zbl. Chir. 56, 190, (1929). — 10. Magniel: Ann. Anat. path. méd.-chir. 5, 703, (1928), ref. Zbl. Chir. 56, 121, (1929). — 11. B. de Vecchi: Scritti in onore di E. Burci. Firenze 1930, 241, ref. Zbl. Path. 53, 13, (1931/32). — 12. G. B. Bychowski: Vestn. chir. 58/59/60, 9, (1930), ref. Zbl. Chir. 58, 1868, (1931). — 13. J. A. Schönfeld: Nederl. Tijdschr. Geneesk. 76, 980, (1932), ref. Zbl. Path. 59, 257, (1933/34). — 14. L. Weissensee: Z. Krebsforsch. 41, 1, (1934), ref. Zbl. Path. 61, 391, (1934/35). — 15. L. I. Ross: Amer. J. Cancer 21, 322, (1934), ref. Zbl. Chir. 62, 1368, (1935). — 16. H. Knüpper: Zbl. Chir. 65, 867, (1938). — 17. Steindl: Wien med. Wschr. 1935, 21. — 18. G. B. Bychowski: Vestn. chir. 11, 11, ref. Zbl. Chir. 55, 2648, (1928).

Русский реферат.

Г. НОРМАНН: К казуистике злокачественных опухолей прямой кишки в молодом возрасте.

В I Терапевтической Клинике Тартуского Государственного Университета в ЭССР (заведующий: проф. Ф. Грант) наблюдали в течении 1931—1940 г. три случая злокачественных опухолей прямой кишки в молодом возрасте.

В первом случае имелось дело с 20-летним мужчиной, страдавшим долгое время поносами и тенезмами при опорожнении кишечника. В стуле была кровь и слизь. При исследовании через задний проход, непосредственно над сфинктером были обнаружены умеренно плотные, шишкообразные разрастания, которые выпячивались в просвет кишки и слегка кровоточили. Выше просвет кишки был сильно сужен. При увеличивающейся слабости пациент умер. Микроскопическое исследование материала, взятого при вскрытии, обнаружило мелкокруглоклеточную саркому. Нашлись метастазы в других местах кишечника и в ретроперитонеальных лимфатических узлах. Также и в шейных лимфатических узлах были обнаружены метастазы опухоли.

Второй случай касается 26-летней молодой женщины, страдавшей сильным запором и выделением крови и слизи при опорожнении кишечника. При ректальном исследовании несколько см выше сфинктера был найден узел, величиного с вишню, умеренно плотной консистенции, и который выпячивался с правой передней стенки в просвет прямой

кишки и отчасти закупоривал его. Выше узла просвет кишки переходит в суженную трубку толщиной с палец и с довольно твердой бугристой стенкой. Новообразование было довольно подвижное. Микроскопическим исследованием при биопсии взятого кусочка опухоли выяснилось, что тут имеется дело с цилиндроклеточным раком. Больной был сделан *anus praeternaturalis*. Позже она умерла от ампутации прямой кишки.

В третьем случае 23-летний мужчина страдал то поносом, то запором. В испражнениях примесь крови и слизи. Ректальным исследованием обнаружили над сфинктером шишкообразную опухоль, кольцеобразно обхватывающую стенку прямой кишки. Микроскопически опухоль оказалась цилиндроклеточным раком. Больному был сделан *anus praeternaturalis*.

До поступления в клинику всех трех больных лечили как страдающих различными болезнями кишечника. Вследствии их молодого возраста не возникло подозрения на злокачественные опухоли и не было произведено ректальных исследований.

Очень важно при всех случаях упорного запора и поноса неясного происхождения, особенно при выделении крови и слизи, думать о злокачественной опухоли прямой кишки также и у больных молодого возраста, и производить у них дигитальное исследование прямой кишки.

Deutsches Referat.

HERBERT NORMANN: Beitrag zur Kasuistik der juvenilen bösartigen Mastdarntumoren.

In der I Medizinischen Klinik der Staatl. Universität Tartu in ESSR (Direktor: Prof. F. Grant) wurden 1931—1940 3 Fälle von juvenilen bösartigen Mastdarntumoren beobachtet.

Beim ersten Fall handelte es sich um einen 20-jährigen jungen Mann, der längere Zeit an Durchfällen mit Blut und Schleim im Stuhl und Tenesmen bei der Darmentleerung litt. Per rectum fanden sich gleich über dem Antring in das Lumen des Mastdarms hineinragende mässig harte knollige Wucherungen, welche leicht bluteten. In der Tiefe des Darmes war das Rektumlumen stark verengt. Unter zunehmender Schwäche erfolgte der Tod. Bei der Sektion erwies sich der Tumor mikroskopisch als ein parviglobozelluläres Sarkom. Es fanden sich Metastasen im Darm und in den retroperitonealen Lymphdrüsen. Auch in den Halslymphdrüsen konnten Metastasen festgestellt werden.

Der zweite Fall betraf eine 26-jährige Jungfrau, die an starker Verstopfung mit Blut- und Schleimabgang bei der Darmentleerung litt. Die rektale Untersuchung ergab wenige Zentimeter über dem Sphinkter einen kirschgrossen Knoten von mässig derber Kon-

sistenz, der von der rechten vorderen Wand des Rektums ins Lumen hineinragte und dieses zum Teil verlegte. Hinter dem Knoten ging das Lumen des Darmes in ein enges fingerdickes Rohr mit ziemlich starren höckerigen Wänden über. Die Neubildung war ziemlich frei beweglich. Die mikroskopische Untersuchung von aus der Neubildung entnommenen Gewebstückchen ergab ein zylindrozelluläres Karzinom. Es wurde der Kranken ein Anus praeternaturalis angelegt, doch erlag sie später der Amputation des Rektums.

Beim dritten Fall handelte es sich um einen 23-jährigen Mann, der an wechselnden Durchfällen und Verstopfungen mit Abgang von Blut und Schleim im Stuhl zu leiden hatte. Die Rektaluntersuchung ergab gleich oberhalb des Sphincters einen knolligen Tumor, welcher die Darmwand ringförmig erfasste. Entnommene Gewebstückchen zeigten mikroskopisch ein zylindrozelluläres Karzinom. Dem Patienten wurde ein Anus praeternaturalis angelegt.

Alle 3 Fälle waren vor Eintritt in die Klinik auf verschiedene Darmkrankheiten behandelt worden, wobei die rektale Untersuchung des jugendlichen Alters wegen der Patienten unterlassen worden war.

Es ist unbedingt notwendig in allen Fällen von hartnäckiger Verstopfung und unklarem Durchfall, besonders mit Abgang von Blut und Schleim auch bei jugendlichen Kranken an die Möglichkeit eines bösartigen Mastdarmtumors zu denken und die digitale Rektaluntersuchung nie zu unterlassen.