Aus der Chirurgischen Abteilung des St. Josefs-Krankenhauses in Potsdam. (Oberarzt: Dr. Wermuth.)

Ein Fall von Appendicitis bei Situs inversus totalis.

Ein Beitrag zur Diagnose der Eingeweideverlagerungen.

Von Fritz Hollenbach, Medizinalpraktikanten.

Vollständige Verlagerungen der Eingeweide sind intra vitam und bei der Autopsie öfter beobachtet worden. Marcellus Leccius hat im Jahre 1643 den ersten Fall beschrieben. Sorge konnte 1906 über 194 Fälle von Situs inversus totalis berichten. Seitdem sind von Marchand, Wittauer, Schmiedeke, Oeri, Smirnoff und anderen Eingeweideverlagerungen beobachtet, L. Löwenthal sah zwei Brüder mit dieser außergewöhnlichen Naturerscheinung behaftet. Während aber mit den gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmethoden der Perkussion, Auskultation und Palpation nur die Verlagerung der Brustorgane und die der Leber einwandfrei nachgewiesen werden konnte, ermöglicht uns die moderne Röntgenologie auch die exakte Diagnose der verlagerten Bauchorgane am Lebenden. Der Situs inversus an sich hat durchaus keine nachteiligen Folgen für das betreffende Individuum. Von wie großer Bedeutung aber eine genaue Feststellung des Situs inversus bei pathologischen Veränderungen ist, zeigt folgender Fall.

H. M., 28 Jahre alt, aufgenommen am 21. September 1911.

Anamnese: Mutter gestorben an Tuberkulose. Geschwister sind gesund. Als Kind Masern, Diphtherie, Scharlach und Nierenentzündung. Mit 15½ Jahren erste Menses, die alle drei bis vier Wochen auftraten. Im 20. Jahre Lungenspitzenkatarrh. Mit 22 Jahren wegen Magengeschwür in Krankenhausbehandlung. Patientin war stets schwächlich, litt viel

verlassen. Wegen Eierstockentzündung mit Tamponade behandelt. Sie sucht wegen dieser Beschwerden das Krankenhaus auf.

Status: Mittelgroße, schlanke Patientin in mäßigem Ernährungszustande. Fettpolster wenig entwickelt, Muskulatur schlaff. Schleimhäute blaß. Augen ohne Befund. Zähne fehlen bis auf vier; Zunge etwas belegt. Rachen ohne Befund.

Thorax ziemlich flach, schlank, rechte Seite bleibt bei der Atmung wenig zurück. Die linke Manilla steht etwas höher als die rechte. Der linke Rippenbogen ist 4 cm höher gelegen als der rechte. Bei der Perkussion des Thorax findet man vorn auf der linken Seite überall gleichmäßigen, vollen Lungenschall, der am oberen Rande der siebenten Rippe in eine massive Dämpfung übergeht. Dagegen besteht auf der rechten Seite eine Dämpfung, die, am oberen Rande der vierten Rippe beginnend, schräg nach außen unten bis fast zur Manilla verläuft. Nach links reicht die Dämpfung bis zum linken Sternalrande. Unterhalb des oberen Randes der siebenten Rippe besteht lauter, tympanitischer Perkussionsschall. Der Spitzenstoß liegt auf der rechten Seite im fünften Interkostalraum, einen Querfinger innerhalb der Mamillarlinie. Die Herztöne sind leise, aber rein.

Lungen: Perkussionsschall überall voll, keine Differenz zwischen beiden Seiten. Inspirium rechts vorn oben sakkadiert, über beiden Spitzen ist das Atemgeräusch leise, unbestimmt.

Abdomen ist flach, weich. Die linke Regio inguinalis ist auf Druck empfindlich. In der Linea alba befindet sich unterhalb des Nabels eine 11 cm lange, direkt über der Symphyse beginnende, glatte Narbe. Von dem unteren Ende der Narbe geht schräg nach links oben eine 8 cm lange Narbe von derselben Beschaffenheit. In der linken Regio lumbalis befindet sich eine in der hinteren Axillarlinie beginnende, 13 cm lange Narbe, die nach vorn und dem Darmbeinkamm parallel verläuft, Stichkanäle deutlich sichtbar. Leber ist links am oberen Rande der siebenten Rippe zu perkutieren, sie überragt den Rippenbogen entsprechend seiner Verkürzung in der Manillarlinie um 4 cm. Milz ist links nicht perkutierbar, dagegen besteht rechts zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie eine Dämpfung, die von der neunten bis zur elften Rippe reicht.

Gynäkologischer Befund: Uterus ist klein, liegt in normaler Ante-flexio, rechte Adnexe nicht zu fühlen, linke Adnexe sind zart, das Ovarium ist kaum walnußgroß, wenig druckempfindlich.

Wirbelsäule zeigt im mittleren und unteren Brustteil eine leichte linksseitige Skoliose. Urin: Albumen —, Saccharum —, Nieren nicht palpabel. Die Röntgenuntersuchung des Thorax bestätigt die klinisch gestellte Diagnose des Situs inversus. In Fig. 1 sieht man das rechts gelagerte Herz in normaler Größe und den Hochstand der linken Zwerchfellkuppel entsprechend dem links gelegenen großen Leberlappen.

Um den Situs des Magendarmkanals sicher feststellen zu können, wurde eine röntgenologische Untersuchung nach Riederscher Mahlzeit vorgenommen.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

an Magenbeschwerden, Aufstoßen, Brechreiz, mangelhaftem Appetit, Gefühl von Fülle im Magen, Kreuzschmerzen. Im Jahre 1907 wegen linksseitiger Wanderniere operiert, danach kurze Zeit Besserung der Beschwerden. Im Dezember 1907 Operation: Befestigung der Gebärmutter. Im Jahre 1908 rechtseitige Eierstockexstirpation. Bis März 1911 fühlte sich Patientin verhältnismäßig wohl. Anlässlich des Todes der Mutter nervöses Herzleiden. Dieses und hochgradige Blutarmut zwangen die Patientin, Mitte Juni ein Sanatorium in B. aufzusuchen. Das Leiden verschlimmerte sich jedoch, indem plötzlich Schmerzen in der linken Unterleibsgegend mit Fieber und Erbrechen auftraten. Seitdem beständig Schmerzen im Unterleib, sie hat seit drei Monaten das Bett nicht

Fig. 2 zeigt den rechtsseitig gelegenen Magen, der Übergang ins Duodenum ist links sichtbar, dabei steht der Magen abnorm tief, die kleine Krümmung in Höhe des Nabels. Der große Leberlappen ist als dichter Schatten links sichtbar.

In Fig. 3 ist das Colon und S romanum dargestellt. Das Cecum und Colon ascendens ist links, das Colon descendens mit dem Sigmoideum rechts gelagert, das Querkolon hängt tief nach unten.

Eine außerdem noch vorgenommene Durchleuchtung nach Wismuteinlauf ließ den Übergang des Rectum in das rechts gelagerte Sigmoideum klar erkennen.

Mehrmalige Untersuchungen ergeben stets tiefe Druckempfindlich-

keit in der linken Inguinalgegend, am intensivsten an einer Stelle, die 3 cm unterhalb des auf die linke Seite projizierten Mac Burneyschen Punktes liegt. Auf diesen Befund und die Anamnese hin wird die Appendektomie vorgeschlagen und am 16. Oktober ausgeführt.

Operation in Aethernarkose. Linkseitiger, 7 cm langer Pararektalschnitt. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle liegt das geblähte Coecum vor, die 9 cm lange Appendix ist nach hinten und oben geschlagen und in ihrem unteren Drittel durch entzündliche Adhäsionen mit dem Coecum verwachsen. Typische Appendektomie. Bauchdeckennaht. Schluß der Hautwunde durch Klammiern. Der Wurmfortsatz enthält in seinem peripherischen Teil einen erbsengroßen Kotstein und zeigt die Veränderungen der chronischen Entzündung.

Normaler Wundverlauf. Die Schmerzen in der linken Seite sind geschwunden, das Allgemeinbefinden ist gebessert. Patientin ist seit 28. Oktober außer Bett. Sie klagt noch über Aufstoßen und Rückenschmerzen. Durch Verordnung einer Bauchbinde werden auch diese Beschwerden gebessert. Am 11. November geheilt entlassen.

Es handelt sich also um einen Fall von Situs inversus totalis, bei dem die exakte Diagnose von einschneidender Bedeutung für die Behandlung wurde. Die Schmerzen in der linken Inguinalgegend und das wenig druckempfindliche, aber kaum vergrößerte Ovarium ließen bei normalem Situs den Gedanken an eine Oophoritis gerechtfertigt erscheinen. Das Krankheitsbild der Appendicitis wurde aber mit dem Nachweis des nach links verlagerten Coecum sofort klar. Die Autopsie in vivo bestätigte den an sich schon beweisenden Röntgenbefund. Außer den gewöhnlichen klinischen Symptomen des Situs inversus, zu denen auch die linkseitige Skoliose statt der normalen rechtseitigen gehört, bietet der Fall noch andere interessante Merkwürdigkeiten. Die Verkürzung der linken Thoraxhälfte ist wohl als eine nicht leicht zu erklärende Entwicklungshemmung aufzufassen. Eine weitere Abnormität ist die Erschlaffung des abdominalen Bandapparates, eine Erscheinung, die, soweit ich die Literatur übersehe, im Verein mit Situs inversus noch nicht beobachtet ist. Der röntgenologisch nachgewiesene Tiefstand des Magens — die kleine Kurvatur in Höhe des Nabels — und die Senkung des Querkolons zusammen mit den schon seit Jahren bestehenden Symptomen (Uebelkeit, Aufstoßen, Gefühl des Vollseins, Kreuzschmerzen und Nervosität) geben das typische Bild einer Enteroptose. Die operative Befestigung des Uterus und der linken Wanderniere war schon früher ausgeführt. Linkseitige Wandernieren sind verhältnismäßig selten. auf 15 rechtseitige kommt erst eine linkseitige (nach Mehring). Die Linkseitigkeit in unserem Falle dürfte als ein weiterer Ausdruck der Eingeweideverlagerung angesehen werden und bildet ein Analogon zu dem Tiefstand des rechten Testikels beim Situs inversus des Mannes.

Bemerkenswert dürfte noch die Tatsache sein, daß der Situs inversus nicht erkannt wurde, obwohl von drei verschiedenen Operateuren Eingriffe vorgenommen wurden und zahlreiche Aerzte die Patientin wegen der verschiedensten Beschwerden behandelten. Es wird dadurch die Ansicht Henochs bestätigt, der glaubt, daß die Mutatio viscerum häufiger vorkommt, als man gewöhnlich annimmt, daß sie nur intra vitam oft nicht erkannt wird.