XII.

Der Magen als Inhalt einer rechtsseitigen Zwerchfellhernie mit sekundärer Ausstülpung nach der Bauchhöhle zu, eine rechtsseitige Pyonephrose vortäuschend.

Von

Dr. med. Hamdi,

Prosektor am Kaiserlich-Ottomanischen Lehrkrankenbause Gülhane in Constantinopel

Der 50 Jahre alte Türke M. K. klagt über Schmerzen beim Urinieren und über Druck und häufig wechselnde Schmerzen in der rechten oberen Bauchseite. Er will seit Jahren ohne bekannte Veranlassung Druck und Schmerzen in der Nabelgegend haben, die oft ausstrahlten nach der rechten Schulter hin. Erbrechen und Fieber bestand und besteht nicht. Der Stuhlgang ist leicht angehalten.

Bei dem ziemlich stark ausgetrockneten, hinfälligen Manne läßt sich in ruhiger Rückenlage eine leichte Hervorwölbung der rechten Unterbauchgegend zwischen Splina ant. sup. und Rippenbogen mit blossen Auge wahrnehmen. Bei der Palpation ist in der rechten Prälumbalgegend ein Tumor nachzuweisen, der etwa die Grösse eines Neugeborenenkopfes hat, eine glatte Oberfläche besitzt und das Gefühl von Fluktuation gibt. Der Tumor ist von der tiefstehenden Leber, unterhalb der er sitzt, deutlich abgrenzbar, und verliert sich gegen die rechte Nierengegend. Druckschmerzen mit Ausstrahlen nach der rechten Schulter hin sind mäßig. Der Tumor ist so gut wie unbeweglich, auch bei der Atmung. — Der Urin ist trübe und enthält reichlich Eiterkörperchen ohne Blut. Es bestehen die Erscheinungen einer Cystitis: Blasenreiz, Polakiurie, — Schmerzen, ausstrahlend in den Penis. Während der Beobachtung läßt sich feststellen, daß der Tumor bisweilen fast ganz verschwindet und dann wiederkehrt, ohne daß sich dabei der Urinbefund änderte.

Die Cystoskopie ergibt eine Cystitis und einen mäßig großen Stein in der Blase. Die Urterenmündungen sind, da der Stein sie verdeckt, nicht leicht aufzufinden; es wird indessen auch nicht lange gesucht, da der Weg der Behandlung klar scheint. Die Kryoskopie stand uns damals noch nicht zu Gebote. Mit der Röntgenaufnahme kann ein Nierenstein nicht gefunden werden.

Die Diagnose lautete auf Calculus vesicae urinariae, Pyonephrosis dext. (e nephrolithiase).

Operation (Prof. Dr. Wieting). Durch Sectio alta Öffnung der Blase und Entfernung eines fingergliedgroßen unregelmäßig geformten Steines, der seiner Form nach offenbar nicht in der Blase entstanden ist, sondern einer Niere entstammen muß. An der Hinterwand der Blase, dort wo wohl der Stein gelegen haben mag, findet sich ein rundliches, pfennigstückgroßes Geschwür, das bis in die Muscularis reicht. Trotz eifrigen Suchens ist in der Blasenwand die rechte Ureterenmündung nicht zu finden, es sind dort einige Querfalten und Taschen, aber nirgendwo

dringt der Ureterenkatheter ein. Auch der linke Ureter ist nicht zu sondieren, wenngleich seine Mündung als ganz enger Spalt in dem Blasen Grunde, der offenbar narbig verändert ist, sichtbar ist. Es wird nun die Blase geschlossen, doch bis auf die Naht ein Gazestreifen gelegt. Da der Patient augenblicklich zu schwach ist, soll erst nach einigen Tagen die Nierenfreilegung angeschlossen werden. Indessen erholt sich der Patient nicht wieder; ohne daß Erbrechen eintritt, ohne Fieber verfällt er langsam und verweigert jede Nahrungsaufnahme. Er sagt selber, es wäre noch etwas da in seiner rechten Seite, das man doch beseitigen möge; der Tumor daselbst nimmt auch objektiv wieder zu. Infolge des Verfalles heilt natürlich auch die Blasenwunde nicht; es bildet sich eine Fistel. Am 12. Tage nach der Epiphysiometomie stirbt der Mann, ohne daß er spontan irgend welche Nahrung zu sich genommen hätte.

Die Sektion ergibt nun einen ganz überraschenden Befund; die klinische Diagnose auf Blasenstein und rechtsseitige Nierenaffektion stimmt, doch es besteht keine hochgradige Hydronephrose, wie vermutet wurde. Die rechte Niere ist sehr stark atrophisch, kaum hühnereigroß, das Nierenbecken ist dilatiert und ebenso der Ureter; an seinem Orificium oberhalb der Mündung in die Blase findet sich eine hochgradige Striktur. Offenbar entstammte der in der Blase gefundene Stein der rechten Niere, diese ist dann hydronephrotisch zugrunde gerichtet; der Stein hatte wohl im Ureterausgang eine Zeit lang eingeklemmt gesessen und dort die Striktur ex ulceratione geschaffen. Die linke Niere ist vikariierend stark hypertrophisch geworden. Das Geschwür in der Blase ist wahrscheinlich durch den Stein sekundär verursacht worden. — Jener Tumor nun, der für eine Pyo- resp. Hydronephrose gehalten wurde, ist ganz eigenartiger Herkunft. Es ist ein geblähter Teil des Magens, der durch eine Zwerchfellhernie in die rechte Brusthöhle getreten ist und dann sekundär wiederum hinter der Leber durch eine bruchsackartige Ausstülpung und Verdünnung der rechten Zwerchfellseite von der rechten Niere her in die Bauchhöhle hinabgedrängt wird. Die beigegebene Skizze wird den Situs genügend veranschaulichen; die Leber ist darin fortgelassen, da sie, vor dem Magen liegend, die Übersicht erschweren würde.

Im einzelnen gebe ich Folgendes mit dem Sektionsprotokoll wieder: Zwerchfell stand links 5. Rippe; rechts bestehen Verwachsungen, welche eine genaue Bestimmung erschweren, jedenfalls ist er mit der Leber herabgerückt. Die linke Lunge ist frei, die rechte Lunge ist stark geschrumpft und nach hinten oben zu comprimiert durch eine Hervorwölbung, anscheinend des Zwerchfells (s. u.), mit der sie an der Basis fest verwachsen ist. Bei dem Versuch, die Verwachsungen zu lösen, wird ein Hohlorgan geöffnet, aus dem Mageninhalt fließt. Das Herzfleisch ist fettig, gelblich gefleckt und mäßig braun atrophisch; in der Aorta finden sich arteriosklerotische Herde. Der Ösophagus ist nach rechts verzogen und kreuzt oben den rechten Hauptbronchus und tritt im For. oesophag. durch das Zwerchfell, doch so, daß dieses Foramen weiter nach rechts und weiter nach vorn verzerrt ist; dann besteht nur eine etwa 3 cm breite Brücke des Zwerchfelles und es tritt sofort der subcordiale Teil des Magens wieder durch das Zwerchfell in die rechte Pleurahöhle. Dort liegt nun der weitaus größte Teil des

Magens, der kleinere ist, in Form einer Zwertsackverengung kommunizierend, wieder in der Bauchhöhle gelegen und erweitert sich in der Pars pylorica noch mäßig zu einem deutlichen Magenabschnitt. Beide Passagen in dem Zwerchfeldefekt sind gut für den Zeigefinger passierbar. Die Leber ist herabgedrängt, ihre Oberfläche ist mit dem Zwerchfell locker, aber diffus verwachsen. Das Zwerchfell, welches links normal ist, zeigt sich rechts stark verdünnt und in den hinteren Partien beutelartig nach unten ausgebuchtet, d. h. es ist dort ein Beutel vorhanden, dessen Wandung aus Zwerchfell und Magenwandung gebildet ist. Denn der Magen ist in dem intrathoracalen Teil rings diffus und fest mit seiner Umgebung ver-

Fig. 1.

wachsen; doch finden sich auch Stellen, wo zwischen der Magenwand und dem Zwerchfell resp. der Lungenpleura schmale feine Spalten geblieben sind; an einzelnen Stellen sind deutlich Netzreste nachweisbar. An den freien Stellen nun läßt sich feststellen, daß die eine Seite von der Pleura pulmonalis gebildet wird, die andere aber nicht direkt durch die Serosa des Magens, sondern durch dickere bindegewebige Schichten, die offenbar stark verdünnte Reste des Zwerchfells sind, mit seinen Serosaflächen. Das ist also der Bruchsack der Zwerchfellohernie. An mikroskopischen Schnitten sind zwar Muskelreste nicht erkennbar, aber deutliche Schichtungen fibrösen Gewebes mit Zonen gewucherter endothelialen Zellen in langer Reihe, wie wir sie bei Verwachsungen seröser Häute finden (Peri-

tonitis, Meningitis chronica). Die Ausstülpung des Magens geht meist an der Hinterseite an der Nierengegend herunter, und man kann sich wohl vorstellen, daß, wenn der Magen sich blähte, im Bauch ein Tumor gefühlt werden mußte. In dem Magen finden sich sieben pfennig- bis zweimarkstückgroße Ulcera an der Hinterwand; von diesen ist offenbar eine Perigastritis erzeugt, die zum Teil die Verwachsungen mit geschaffen hat. Un erklärlich ist zunächst ein im Magen liegender fast hühnereigroßer Stein mit krystallinischer Oberfläche von weißlicher Farbe; die chemische Untersuchung (Auflösung in Alkohol, Ausfällung in Wasser, Verbrennung, Geruch) erweist denselben dann als eine Zusammenballung von Salol, welches dem Kranken vor und nach der Operation zum Zweck der Urindesinfektion verabreicht war; dasselbe ist also offenbar ganz im herniösen Magenteil zurückgehalten. Der abdominale Teil des Magens mit dem Pylorus zeigt keine Veränderungen, das Pankreas liegt an normaler Stelle.

Es handelt sich hier also um eine echte Zwerchfellhernie mit der stark verdünnten Ausstülpung als Bruchsack. Ein Trauma ist anamnestic nicht vorausgegangen; wir müssen darum also auf eine angeborene oder langsam erworbene Resistenzverminderung im hinteren Teil des Centrum tendineum zurückgreifen. Die Bruchpforte liegt vor der Vena cava. Die sekundäre Ausstülpung nach der Bauchhöhle ist wohl so zustande gekommen, daß die Gegend der Bruchpforte bald durch stärkere Adhäsionen, vielleicht durch die Ulcera verursacht, stärker fixiert und festgehalten wurde; die Atmung und vor allem die Blähung des Magens trieb dann den rechten Zwerchfellabschnitt, der vielleicht ebenfalls congenital schwächer war als normal, nach unten hinten der Leber herunter. Daß diese Ausstülpung so bei den gleichzeitigen Blasen- und Nierensymptomen eine Pyo- resp. Hydronephrose vortäuschen konnte, ist wohl einzig in seiner Art dastehend, die Zu- und Abnahme des Tumors, sein zeitweiliges Verschwinden, das durch Zu- und Abnehmen der Füllung und Blähung des Magens zustande kam, stimmte wohl zu einer intermittierenden Hydronephrose; freilich wurden gleichzeitige quantitative Urinveränderungen nicht nachgewiesen. Ich glaube nicht, daß jemand klinisch die richtige Diagnose gestellt hätte; freilich, wenn man den Sektionsbefund vorher gekannt hätte, wäre es wohl möglich gewesen (durch Aufblähung des Magens, eventuelle Punktion, Anfüllung mit Wismutlösung und nachherige Röntgenaufnahme u. s. w.), den Magen als für die Bildung des Tumors schuldig zu erkennen. So hinkt häufig die richtige Diagnose der Bauchorganerkrankungen dem Sektionsbefunde nach; dieser erklärt dann vorzüglich alle Symptome, die sich mit der klinischen Diagnose nicht recht decken wollten. Darum aber ist gerade die Casuistik so seltener Beobachtungen nicht ganz wertlos, sie soll den Kreis derjenigen Organveränderungen, an die man bei der Diagnosenstellung „denken“ muß, erweitern.