Aus dem Jüdischen Spital in Baja (Ungarn).
Ein Fall von Echinococcus retroperitonealis.

Von Dr. Desider Róna, Leiter des Spitals.

Die Verbreitung der Echinococcuskrankheit ist keine gleichmäßige. In manchen Ländern kommt sie seltener, in anderen wieder häufiger vor. Oefters findet man sie unter den sich mit Tierzucht befassenden Völkern. In Europa pflegt man Mecklenburg, Dalmatien, Island als Brutstätte dieser Krankheit zu bezeichnen, obzwar sie auch in Ungarn und Rußland keine seltene Erscheinung bildet.

In Budapest kam sie unter 8511 Kranken der I. und II. Chirurgischen Klinik 31mal vor, also durchschnittlich unter 280 Kranken

ein Fall, wogegen dort, wo sie häufiger vorkommt, auf 180 bis 200 Kranke ein Fall zu rechnen ist. Aus dem sich auf Dalmatien beziehenden Ausweise von Perić (siehe Wiener Klinik 1905) ist zu erlesen, daß er unter 5000 Kranken 209 verschiedentlich lokalisierte Fälle beobachtet hatte, und ebenfalls erwähnt er, daß in Graz in 10 Jahren ein Fall, in Zürich unter 4000 Kranken ein Fall, in Wien unter 3000 Kranken ebensoviel vorkamen. Die Krankheit ist sehr verbreitet in Südamerika und Australien. Wie aus der Meldung Olivers (Riviste med. del Uruguay 1902) ersichtlich, fand man in Montevideo unter 20 000 Kranken 105 Fälle vor.

Wie allgemein bekannt, ist die Leber die häufigste Lokalisation der Krankheit, als die nächste Etappe der in den Portalkreislauf gelangten Embryonen, aber Niere, Milz, Knochen und Muskelsystem, Herz, Lunge etc. bieten auch keinen seltenen Fundort derselben.

Eine der seltensten Lokalisationen ist das retroperitoneale Bindegewebe. Ich rechne nicht hierher diejenigen Fälle, welche aus der Niere, aus dem Bindegewebe des Beckens, oder aus dem Mesenterium hervorgehen. Den ersteren begegnen wir sehr oft in den Mitteilungen von Fachblättern; der Beckenechinococcus ist auch keine sehr seltene Erscheinung und wird am häufigsten von gynäkologischer Seite operiert, verwechselt mit einem vereiterten parametranen Exsudat oder mit einem eitrigen Adnextumor. In sieben Jahren beobachtete neun solche Fälle Alex. Doctor an der I. Gynäkologischen Klinik in Budapest (Orvosi hetilap 1901). Mitteilungen von wahrem Echinococcus retroperitonealis habe ich in der Literatur nur in sehr beschränkter Anzahl vorgefunden. Karewski stellte einen Fall in der Chirurgischen Gesellschaft in Berlin im Jahre 1900 vor. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1900.) Den Fall habe ich aber nur erwähnt und nicht näher beschrieben gefunden. Perić meldet in seiner oben zitierten Arbeit, daß er gelegentlich einer Leberechinococcusoperation auch einen retroperitoneal gelegenen Herd fand. Ueber je einen Fall referierte Spiegelberg (Archiv für Gynäkologie 1872) und Schmidt (British medical Journal 1868). Der Echinococcus retroperitonealis sitzt mit seiner größten Ausdehnung im Mesogastrium, wogegen der vom Beckenbindegewebe ausgehende mit dem Becken und der aus der Niere mit dem Rippenbogen in mehr oder minder näherem Kontakte steht.

Im nachfolgenden sei es mir gestattet, die Krankengeschichte eines rein aus dem retroperitonealen Bindegewebe ausgehenden Falles von Echinococcus wiederzugeben.

K. E., 23jährige Bäuerin, wurde am 15. Juni 1904 aufgenommen. Sie klagte, daß sie seit einem Jahre die Entwicklung einer Geschwulst in der linken Bauchhälfte wahrnimmt und daß sie seit jener Zeit immer magerer und schwächer wurde. Die Brustorgane der grazil gebauten Frau sind gesund, der Umfang der linken Bauchhälfte ist größer, das Mesogastrium wird durch einen kindskopfgroßen, elastischen, von der Milzdämpfung abgrenzbaren, gegen die Wirbelsäule fixierten, unbeweglichen Tumor emporgehoben, über welchen der Perkussionsschall auf der medialen Seite etwas gedämpft tympanitisch, auf der lateralen ein absolut gedämpfter ist. Uterus und Adnexe normal, Vaginalwölbung leer. Urin etwas trübe, enthält wenig Eiter. Eine Punktion auf dem gedämpften Gebiete ergibt dicken Eiter.

Diagnose: Abscessus retroperitonealis (Paranephritis?). Am 17. Juni wurde durch einen 15 cm langen Schnitt zwischen Spina ant. sup. und Rippenbogen die Bauchwand bis zum Peritoneum getrennt. Durch Medianwärtsschieben des Bauchfells kam ich auf einen retroperitoneal gelegenen cystischen, dünnwandigen Tumor. Nach Eröffnung desselben schoß in großer Menge (etwa drei Liter) stinkender Eiter aus der Tiefe empor, gemengt mit teils normal aussehenden, teils vereiterten Echinococcenblasen und Chitin-Fetzen. Die Höhle reichte median bis zur Wirbelsäule, nach oben zum Zwerchfell, abwärts in das obere Drittel der Beckenschaufel. Ein Zusammenhang war weder mit der Niere noch mit der Milz oder einem anderen Organe nachweisbar. Die ganze Höhle wurde mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült, mit steriler Gaze tamponiert und die Wunde teilweise geschlossen. Zweit täglich Verbandswechsel, bei welcher Gelegenheit immer neue Blasen zutage befördert wurden.

25. Juni hektisches Fieber; in die noch immer große Höhle werden Drainröhren eingelegt.

Von nun an fieberloser Verlauf. 10. Juli entleert sich die Mutterblase, 25. Juli ist nunmehr die Höhle faustgroß, wird von Tag zu Tag kleiner. 6. August Entlassung mit einer kleinen granulierenden Wunde. Ich sah die Kranke nach einem halben Jahre wieder in blühender Gesundheit, mit einer starken fibrösen Narbe.