Kleinere Mittheilungen.

Echinococcus der rechten Niere; Verwechslung mit Ovarialkystom; Exstirpation. Tod.

Von

Otto Spiegelberg.

Dieser Fall ist schon in der Dissertation von Gustav Bufe, „Diagnostische Irrthümer, welche bei Ovariectomien vorgekommen sind“. Breslau 1867 — beschrieben. Da die Dissertationen aber nur in kleinen Kreisen bekannt werden, und ich auf den Fall an verschiedenen Stellen¹⁾ Bezug genommen habe, so will ich ihn als einen Beitrag zur Geschichte ähnlicher Irrthümer²⁾ hier der Oeffentlichkeit übergeben.

Frau K. aus Trachenberg — Nr. 31. 1866/67. — Fleischersfrau, 42 Jahre alt, hat sechs Kinder geboren, das letzte vor 3½ J. in Steisslage. Vor circa 5/4 Jahren bemerkte sie eine Geschwulst im rechten Hypogastrium, welche stetig zunahm, so dass sie schon seit sechs Monaten die bei der Aufnahme in die Klinik gefundene Grösse hatte. Menses sind postponirend; Klage über fortschreitende Abmagerung, sonst keine Beschwerden.

1) Monatsschrift für Geburtskunde XXX. S. 449, u. XXXIV. S. 385.

2) s. Spencer Wells im „Dublin Quart. Journ.“ Febr. 1867. Auch Med. Times. Mai 1867. S. 537. u. Mai 1868. S. 591. — H. Cooper Rose in „Medic. Times“. Mai 1868. S. 591. — Fall von Dumreicher im „Wochenblatt der Zeitschrift der Ges. d. Aerzte zu Wien“. 12. 1864. — Krause Fall von Baum im „Archiv f. klinische Chirurgie“. VII. S. 219. — Heller in „Deutsches Archiv f. klin. Medicin. V. 2. Heft. S. 270.

Befund. Magere mittelgrosse Frau, von sonst gesundem Aussehen. Im Leibe ein nach den Seiten hin beweglicher circa mannskopfgrosser Tumor von unregelmässigem Contur, elastisch prall, in seinem oberen Theile deutlich fluctuirend. Umfang des Bauches 84 Cm., Erhebung der Geschwulst 33 Cm., rechts bis fast an den Rippenbogen; Breite in fortlaufender Quere in unterer Hälfte 33, im oberen Theile 25 Cm.; Entfernung vom Nabel zur Spin. a. s. beiderseits 18 Cm. Percussionsergebnisse wie bei Ovariengeschwülsten, der Darm hinter und seitlich der Cyste; diese liegt der vorderen Bauchwand an in der rechten Seite und über die Mittellinie etwas nach links hinüber; nur über der vorderen Beckenwand befindet sich eine schmale Zone gedämpft tympanitischen Schalles, wie es auch bei Ovarialkystomen häufig vorkommt. Die Geschwulst reicht mit einem flachen Segmente in den vorderen Abschnitt des Beckeneinganges herab und ist hier von der Scheide aus deutlich zu fühlen und zu bewegen. Beide Scheidenwände vollständig prolabirt, Uterus descendirt und wenn reponirt nach links geschoben, seine Höhle 10 Cm. lang; auf und vor dem Uterusgrunde lagert sich der Tumor, beider Bewegungen sind unabhängig von einander. — Uebrige Organe gesund, Urin ohne auffällige Veränderungen.

Operation am 26. Juni 1867 unter Assistenz meiner Collegen Prof. Lebert und Middeldorpf: 8 Cm. langer, bis auf 4 Cm. Entfernung von der Schamfuge nach abwärts geführter Schnitt; Decken dünn. Die Cyste präsentirte sich frei hinter der Wunde, ein wenig Peritonealwasser floss aus. Die Punction entleerte in kräftigem Strahle helle, klare, ganz ungetrübte Flüssigkeit, was sofort den Gedanken an einen diagnostischen Irrthum bei uns hervorrief. Die Cyste vorzuziehen erschien wegen der in allen Richtungen vorhandenen Verwachsungen derselben mit dem Darne, nicht möglich; vor den oberen Darmschlingen lag das Netz. — Der Darm wurde allmählig von der Geschwulst gelöst, wobei zahlreiche Gefässe central wie peripherisch unterbunden werden mussten. Um über die Basis und die sonstige Verbindung der Cyste ein definitives Urtheil zu gewinnen — denn von der Operation abzustehen, schien uns jetzt, nachdem Darmschlingen eine gewisse Strecke abpräparirt waren, eben so gefährlich als sie zu vollenden — schnitten wir den Sack in Fingerlänge auf, wobei zwei evidente sich einrollende Echinococcusmembranen hervordrangen; es zeigte sich, dass die Cyste rings vom Mesenterium, rechts des Dick- und Blinddarmes, links des Dünndarmes becherförmig umspinnen war; aus dieser Umhüllung ragte nur das eröffnete Segment des Sackes frei vor. Dass derselbe retroperitonealen Ursprung hatte, war jetzt klar; ebenso dass er jetzt entfernt werden musste. Zahlreiche, zum Theil enorm grosse, meist venöse Gefässe mussten bei Trennung des Mesenterium durchschnitten werden; die Unterbindung beider Gefässenden wurde überall nöthig, auch nicht der kleinste Schnitt, nicht die geringste Trennung konnte ohne die umsichtigste Prüfung geschehen, und dankbar erinnere ich mich noch der dabei zu Tage tretenden Ruhe, Kaltblütigkeit und Sicherheit meines leider so früh verstorbenen Freundes

Middeldorpf. Die Lösung des Sackes aus seinen Verbindungen gelang endlich bis auf eine kleine rechts nach oben gelegene Stelle, wo sich in der Cystenwand eine dicke parenchymatöse Masse mit einer Unzahl grosser Gefässe fand. Die ins Becken eingeführte Hand fühlte beide Eierstöcke mit ihren Anhängen und dem Uterus in normalem Zustande; wir erkannten nun, dass jene erwähnte Masse der rechten Niere angehören müsse. Um die Operation zum Abschlusse zu bringen, wurde die Cyste weiter der Länge nach halbiert und ihre Basis nahe dem Niveau der Bauchwunde gebracht. Die linke Hälfte konnte excidirt werden, nachdem die Schnittfläche umstochen und unterbunden war. Beim Anziehen der rechten Hälfte konnten wir den Hilus der Niere erreichen; seine Unterbindung und Abtrennung erschien uns unmöglich, da an dem Reste des Parenchyms der Darm fest und mit einer ausserordentlich reichlichen und starken Gefässverzweigung anhing. Das mit dem Sacke verbundene Parenchymstück wurde deshalb in drei Portionen unterbunden und mit ihm die Cyste so gänzlich entfernt; der zurückgebliebene Theil der Niere wurde auf die hohe Kante nach der Schnittfläche zu gestellt. Nachdem alle Gefässligaturen — 22 an der Zahl! — kurz abgeschnitten, die Bauchhöhle von Coagulis gereinigt, der Darm mit warmem Wasser abgespült und reponirt, das Netz vor ihn gelagert war, wurde die Bauchwunde durch vier tiefe Metall- und fünf oberflächliche Knopfnähte geschlossen; die Ligaturen der Niere wurden im oberen Wundwinkel nach aussen geführt. — Verband wie nach der Ovariectomie. Dauer der Operation $1\frac{1}{2}$ Stunden, die Narkose gleichmässig während derselben.

Erholung aus der Narkose rasch; Puls 100, klein; Temperatur 36,2. Verfall der Gesichtszüge, aber Euphorie; grosser Durst. In der folgenden Nacht stärkerer Collaps, am Morgen Temp. 37,1, Puls 160, Sensorium frei. 26 Stunden nach der Operation trat bei vollkommen klarem Sensorium vollständiger Collaps und bald der Tod ein.

Die von Hrn. Prof. Waldeyer untersuchte Flüssigkeit des Sackes enthielt zahlreiche Echinococcencolices, welche zum Theil mit dünnen Stielen noch an ihren Brutkapseln haften; sie waren sämmtlich in eingestülpter Haltung und bewegten sich am zweiten Tage der Untersuchung sehr lebhaft. Ausserdem fanden sich freiliegende Echinococcenhaken. — Die glatten sich einrollenden Membranen erwiesen sich als Theile einer grossen Echinococcusblase; sie zeigten das gewöhnliche Verhalten dieser, liessen sich leicht in mehrere Lamellen zerlegen, Wucherungen waren an der Innenfläche nicht zu bemerken. — Der ausgeschnittene Sack, eine derbe bindegewebige Membran, hatte die Aussencyste des Echinococcus gebildet; das entfernte Stück Nierensubstanz, 4 Cm. lang, 3 Cm. breit und 1 Cm. dick, stellte den oberen Theil der rechten Niere dar; von ihm ging der dünnste, circa 1 Mm. dicke Theil des Sackes aus; in die äussere Lage desselben ging die verdickte Nierenkapsel über. Die Nierensubstanz war ziemlich derb, von fast lederartiger Consistenz; das Zwischenbindegewebe erschien vermehrt, die Harnkanälchen indess gut erhalten.

Die 20 Stunden p. m. ausgeführte Section zeigte in der rechten Bauchseite die Eingeweide fast durchgängig blutig suffundirt; das Colon ascendens aus seiner mesenterialen Umhüllung vollständig auspräparirt, so dass die Querstreifen der Ringmuskellage frei lagen; seine frisch blutig suffundirte Oberfläche trug mehrere Gefässligaturen. Um das Coecum fand sich ca. 1 $\frac{1}{2}$ Liter sanguinolenter dünner Flüssigkeit. Die Basis der entfernten Cyste, wo die Hauptligaturen lagen, war der untere Abschnitt der rechten Niere. Der Ureter in einer Ausdehnung von 8 Cm. aus dem retroperitonealen Zellgewebe auspräparirt, die Stämme der Nierengefässe unverletzt, die Vena spermat. dextra unterbunden, die Cava vom Zellgewebe noch vollständig bedeckt. Die Schnittflächen der Nierensubstanz missfarbig und erweicht, unter dem Ueberzuge zahlreiche kleine Ekchymosen. Auch das Duodenum erschien von seiner peritonealen Unterlage frei präparirt, wie das Colon asc. von Ekchymosen bedeckt. Die Schleimhaut des in den Bereich der Operation fallenden Theils des Dickdarms schwarzbraun verfärbt, hier und da Ekchymosen; weiter abwärts, wie im unteren Theile des Dünndarmes die lymphatischen Follikel mässig geschwellt. — Uterus retroflectirt nach links gewendet, an seiner rechten Seite wurzelte breit ein haselnussgrosser flacher Polyp; das rechte Lig. lat. länger als das linke; beide Eierstöcke atrophisch. — Die Untersuchung der übrigen Organe ergab nichts besonders Bemerkenswerthes.

Der Irrthum war in dem vorliegenden Falle um so bedauerlicher, als die Kranke ohne Operation gewiss noch einige Zeit dem Leben, und zwar in einem erträglichen Zustande erhalten geblieben wäre. Zu vermeiden war er aber nur durch die Probepunction, und ich bereue es tief, sie nicht gemacht zu haben; sie hätte uns absolute Gewissheit über das Vorhandensein des Echinococcus gegeben, damit auch die ovarielle Natur der Cyste ausgeschlossen, da jene Parasiten im Eierstocke, wenn überhaupt, so doch gewiss höchst selten beobachtet sind. — Die Bedenken, welche man gegen die diagnostische Punction bei cystösen Geschwülsten vorbringen mag, halten nicht Stich gegenüber der grossen Sicherheit, welche sie giebt; auch negative Ergebnisse desselben sind ja von hohem Werthe. Dass ohne sie die Diagnose im erzählten Falle nicht gestellt werden konnte, davon bin ich auch heute noch fest überzeugt. Alle die zur Unterscheidung der Ovariencysten von denen der Niere vorgebrachten Merkmale¹⁾ haben nur Werth, wenn sie exquisit, gemeinsam und in grösserer Zahl im speciellen Falle vorhanden sind; weder die Lagerung des Darmes zur Geschwulst (der auch vor Ovariencysten sich drängen kann, s. die oben mitgetheilten Ovariectomien u. Sp. Wells in Med. Times, Mai 1868, S. 591), noch die Untersuchung des

1) Spencer Wells: „On the diagnosis of renal from ovarian cysts and tumors“. Dublin Quart. Journ. Febr. 1867.

Urins, noch der allgemeine Zustand sind maassgebend; dass von den Nieren ausgehende Tumoren nie eine Beweglichkeit, wie sie Hydrovarien eigen zu sein pflegt, zeigen¹⁾ — widerlegt der hier erzählte Fall, gang abgesehen, dass die Beweglichkeit der Eierstocksgeschwülste auch nicht immer deutlich ist. Der Sitz der Entwicklung der Geschwulst freilich würde entscheidend sein; aber wer kennt ihn zu der Zeit, zu der gewöhnlich die Kranken zur Consultation kommen? Deren eigene Angaben sind doch wenig verlässlich.

Mittheilungen aus der Leipziger geburtshülflichen Klinik und Poliklinik.

Von

Dr. F. Schatz.

(Vorgetragen in der Sitzung der geburtshülflichen Gesellschaft zu Leipzig vom 16. August 1869.)

(Mit Abbildungen. Tafel I. Fig. 17 u. 1—4.)

I.

Ein durch Hüftgelenkentzündung querverengtes Becken. Uterusruptur geheilt.

Vorberger, 25 Jahre alt, bis zum 14. Jahre völlig gesund, bekam, ohne dass sie eine Ursache angeben kann, damals plötzlich im rechten Hüftgelenke bedeutende Schmerzen, die sie acht Tage ans Bett fesselten. Nach diesen acht Tagen wurden mit Abgang einer bedeutenden Masse von Eiter aus einem Abscess aussen und hinten vom Trochanter major dextr. die Schmerzen geringer. V. stand wieder auf. Zwei Wochen später trat eitrige Periostitis am linken Vorderarme ein, die erst nach einem Jahre heilte. Sechs Monate später öffnete sich, nachdem die Abscessöffnung am Trochanter geschlossen war, ein neuer Senkungsabscess in der Mitte des rechten Oberschenkels und eiterte $\frac{1}{2}$ Jahr lang. Nach einem Kranklager von einem Jahre lernte V. nur mühsam wieder gehen. Dabei luxirte die linke Kniescheibe aus ihrer Grube auf die äussere Seite des

1) Heller in „Deutsches Archiv f. klin. Medic.“ V. 2. Heft, S. 270.