Kurze Mitteilungen.

Aus der chirurgischen Abteilung des Deutschen Krankenhauses zu
Konstantinopel (Oberarzt: Prof. Orhan Bey).

Ein Fall von Stieldrehung der Wandermilz mit parasplenischem Hämatom.

Von Dr. Arthur Müller, Assistenten.

Die Stieltorsion der Milz ist in malariefreien Ländern ein sehr seltenes Ereignis, während sie überall da, wo infolge Malaria hyperplastische Milzen und infolge von Ernährungseigentümlichkeiten enteroptotischer Habitus an der Tagesordnung sind, verhältnismäßig häufiger zur Beobachtung kommt. Die relative Seltenheit derartiger Beobachtungen rechtfertigt kasuistische Mitteilungen, aus deren Gesamtheit sich mit der Zeit ein schärfer umschriebenes Krankheitsbild ergeben wird, als es bisher besteht.

In unserem Fall, für dessen Überlassung ich Herrn Professor Orhan Bey zu Dank verpflichtet bin, handelt es sich um eine 38jährige verheiratete Jüdin aus Anatolien, die seit drei Tagen mit heftigen Leibschmerzen, Stuhlverhaltung und Erbrechen erkrankt war. Die bei der Aufnahme fast pulslose Frau erholt sich etwas durch Excitantien. Man fühlt im Abdomen oberhalb des linken Ligament. Pouparti einen harten, sehr schmerzhaften, glatten Tumor von etwa Handtellergröße, außerdem besteht in der ganzen Unterbauchgegend eine Dämpfung. Per vaginam ist der Tumor leicht beweglich und von etwa Kindskopfgröße zu tasten; die Größe und Lage des Uterus ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Auffallend ist die Anämie der Haut und Schleimhäute. Temperatur 37,8 Grad, Puls 124; die übrigen Organe und Harnbefund normal; auf das Vorhandensein der Milz an normaler Stelle wurde kein besonderes Augenmerk gerichtet.

Es wird die Diagnose auf Stieldrehung eines Ovarialtumors gestellt und die Laparotomie gemacht. Es findet sich zunächst mehr flüssiges als geronnenes dunkles Blut in der Bauchhöhle; im Becken liegt zwischen den Därmen bläulich schimmernd die nur oberflächlich verwachsene Milz; die Blutung stammt aus einem ca. 3 cm langen Riß in dem durch ein Hämatom stark verbreiterten Stiel, der eine Drehung von dreimal 360 Grad aufweist und zum Teil

aus einem 15 cm langen und $\frac{1}{2}$ cm breiten, seichten Riß der Milzkapsel. Der Hilus liegt an der medialen oberen Seite der Milz. Der Stiel wird möglichst hoch oben unterbunden, die Milz entfernt und die Bauchhöhle völlig geschlossen.

Die Frau übersteht den Eingriff gut; die höchste Temperatur beträgt 38 Grad am dritten Tage, wogegen der Puls bis zum elften Tag ständig hoch bleibt (100--128); nach $3\frac{1}{2}$ Wochen wird die Patientin beschwerdefrei entlassen.

Die Milz hat in frischem Zustand eine Länge von 18, Breite von 11 und Dicke von 7 cm, fühlt sich sukkulent an und besitzt keinerlei Einkerbungen, an der konvexen Fläche verläuft der erwähnte Kapselriß. Beim Schnitt quillt überall wie aus einem Schwamm Blut heraus. Der Stiel ist detorquierte 14 cm lang und hat einen Durchmesser von 11 cm; die Venen am Hilus sind kleinfingerdick und klaffen an der Unterbindungsstelle ebenfalls weit. Die starke Verbreiterung im Stiele ist bedingt durch ein Hämatom, das sich als rundliche Einlagerung von etwa Kinderfaustgröße zwischen den Scrosablättern des Stieles etabliert hatte; die teils alten, teils frischen Coagula setzen sich ohne scharfe Grenzen in den Stiel fort. Ein direkter Zusammenhang des Hämatoms mit einer Vene läßt sich in dem morschen Gewebe nicht feststellen. Allem Anschein nach handelt es sich um einen vor längerer Zeit bereits geplatzten Varix der Milzvene mit perivenösem Hämatom, das nun seinerseits die Venenlumina zum Verschuß gebracht hatte. Ein neuer Insult, d. h. eine weitere Stieldrehung, hatte dann die dünne Wandung des Hämatoms gesprengt und durch den vorliegenden 3 cm langen Riß und die vielleicht vorher schon durch Drucksteigerung verursachte Kapselruptur war die Blutung in die freie Bauchhöhle veranlaßt.

Es ist wahrscheinlich, daß diese „parasplenische Hämatocoele“ oder besser „parasplenisches Hämatom“, um in Analogie mit Subbotić zu sprechen, sich bereits vor längerer Zeit einmal langsam gebildet hat; erst die durch eine neuerdings erfolgte Torsion bedingte Drucksteigerung brachte das Hämatom zum Platzen und löste die akuten Symptome aus, die, abgesehen von den lokalen Befunden, denen einer geplatzten Tubargravidität am ehesten entsprechen.

Histologisch findet sich das Milzgewebe überall von Blut erfüllt, doch ist eine fibröse Degeneration noch nicht eingetreten, so daß die Pulpa außerordentlich zerreißlich ist.

Systematische Blutuntersuchungen nach der Operation ergaben nicht die üblichen Veränderungen nach Milzexstirpationen, vielleicht ein Zeichen dafür, daß die Milz schon einige Zeit aus ihrer Funktion ausgeschaltet war und der Organismus sich den neuen Verhältnissen angepaßt hatte. Die Höchstzahl der Leukocyten betrug 14 000 am dritten Tag, zusammenfallend mit der höchst beobachteten Temperatur

(38 Grad), sonst wurden nie mehr als 10 000 gefunden, in den letzten Tagen 4—7000. Die anfänglich vorhandene Anämie von $2\frac{1}{2}$ Millionen hob sich durch Eisenmedikation auf $3\frac{1}{2}$ Millionen Erythrocyten, das Hämoglobin von 50 auf 70 (Sahli). Im Ausstrich war nichts Besonderes, auch keine Vermehrung der Eosinophilen zu konstatieren. Die sonst öfter beschriebenen Temperatursteigerungen blieben aus.

Zur Drehung des Stieles mögen vielleicht die zahlreichen Schwangerschaften der Frau beigetragen haben (7 ausgetragene Kinder, letztes vor 1 Jahr, 3 Aborte). Gelegentlich der Schwangerschaft vor drei Jahren will die Frau zum erstenmal etwas von einer Geschwulst im Leib gespürt haben, bei den folgenden Schwangerschaften sei das noch mehr der Fall gewesen. Nach Anufriew¹⁾ bestehen die Milzveränderungen während der Schwangerschaft in Volumenzunahme und Dislokation des Organs als Teilerscheinung der dadurch hervorgerufenen Enteroptose. Ob Malaria bestanden hat, dafür habe ich keinen sicheren Anhaltspunkt, doch ist es als sehr wahrscheinlich anzunehmen. Ein Grund für die plötzlich auftretenden akuten Symptome konnte in der Anamnese nicht gefunden werden.

Die Therapie der zur Stieltorsion neigenden Wandermilz soll in der operativen Entfernung der Milz bestehen; denn ihr Fortbestehen schließt für den Träger, wie auch unser Fall beweist, dauernde Lebensgefahr in sich.

Von der übrigens spärlichen Literatur über Stieltorsion war mir nur zugänglich: Subbotič, Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1900, Bd. 54; Büdinger, Wiener klin. Rundschau 1903, Nr. 10; Solieri, Arch. f. klin. Chir. 1910; Runge, Berl. klin. Wochenschrift, Bd. 32, Nr. 17; Paterson, Lancet Nov. 1909; Lahey, Ref. Zentralbl. f. Chir. 1912, Nr. 7.

1) Münchn. med. Wochenschr. 1911, S. 269.