

Aus der ärztlichen Praxis. Schnürleber und Wanderniere.¹⁾

Von Dr. Oscar Bernhard, Spitalarzt in Samaden.

G. M. v. P., 45 Jahre alt, kam Anfangs 1896 ins Spital wegen eines vom Hausarzte constatirten Tumors in der rechten Bauchseite. Die Frau, Mutter von fünf Kindern, welche stets schwer gearbeitet hatte, erklärte, seit ihrer letzten Geburt vor zwei Jahren sehr unter Magenkrämpfen und Verdauungsstörungen, hartnäckiger Verstopfung, abwechselnd mit lästigen Diarrhöen, zu leiden. Auch sei sie viel aufgetrieben und oft von Uebelkeit und Erbrechen heimgesucht. Mitunter bekomme sie, namentlich wenn sie sich etwas angestrengt habe, ganz plötzlich die grässlichsten Schmerzen auf der rechten Seite. Kalter Schweiß überkomme sie dann, und oft verliere sie dabei fast das Bewusstsein. Sie müsse sich dann jedesmal niederlegen, bis ein solcher Anfall vorüber sei, und sich sehr ruhig verhalten. Diese sehr charakteristische Leidensgeschichte führte mich gleich auf den Gedanken, es könnte sich um eine Wanderniere handeln und der angegebenen, öfters eintretende acute Symptomencomplex bedeute eine jeweilige Niereneinklemmung. Auf meine Frage theilte mir die Frau auch mit, dass sie während der Dauer jener Krisen nur wenig und dunklen Urin lassen könne. Jedesmal, wenn ein solcher Anfall vorüber sei, gehe aber wieder reichliches und helles Wasser ab. Die Untersuchung der abgemagerten und leidend aussehenden Frau ergiebt bis auf die genannte Geschwulst gesunde Verhältnisse. In der rechten Bauchhälfte fand ich einen in der Ileocöcalgegend beginnenden und nach oben bis unter den Rippenbogenrand sich erstreckenden längsovalen Tumor von circa Handbreite. Derselbe zeigte im unteren und oberen Theil je eine seichte Einschnürung

und war nach unten leicht zugespitzt, entsprechend etwa der Spitze einer vergrösserten Niere. Nach oben etwas breiter werdend, ging der Tumor in die Leberdämpfung über und liess sich von der Leber absolut nicht abgrenzen. Eine deutliche Verschiebung der Geschwulst bei der Athmung konnte nicht nachgewiesen werden. Meine Diagnose des Tumors war nun die einer hypertrophischen Wanderniere (intermittirende Hydronephrose bei Wanderniere). Wie Sie sehen werden, hatte ich falsch diagnosticirt.

Da es sich um eine Frau aus dem Volke handelte, welche viel zu arbeiten hatte, so glaubte ich mit einer Bandagenbehandlung gegen ihre Enteroptose nicht viel ausrichten zu können, und schlug ihr die Nephrorrhaphie vor. Auch die Patientin selbst wünschte eine radicale, operative Behandlung, „denn sie möchte wieder arbeitsfähig werden und ihrer Familie nützlich sein können“.

Operation den 13. Februar 1896. Schräger Querschnitt, da wo der M. sacrolumbalis sich an die zwölfte Rippe anheftet, beginnend, dieser entlang bis zur Axillarlinie. Durchtrennung der Fascia lumbodorsalis, Spaltung respective Einkerbung der darunter liegenden Rückenmuskulatur, bis die dünne Fascia transversa erreicht ist. Unter derselben liegt das reichliche, retrorenale Fettgewebe. Als ich nun den Tumor vom Assistenten durch Druck auf die Bauchdecken in die mit Haken weit auseinander gehaltene Wunde entgegenbringen liess, sah ich zu meiner Ueberraschung, dass ich es mit zwei Geschwülsten zu thun hatte, einer extraperitonealen, der nur mässig vergrösserten Niere, und einer intraperitonealen, welche die Niere zum Theil überlagerte und durch das dünne Bauchfell bläulich durchschimmerte und nur der Leber angehören konnte. Nun trennte ich stumpf mit dem Finger die Capsula adiposa und wollte die Niere von dem sie überbrückenden Lebertumor entfernen. Dabei riss mir circa 2 cm weit das Peritoneum ein, welches ich sofort mit einer provisorischen Naht verschloss. Nachdem ich die Niere frei vor mir hatte, decorticirte ich sie von der Capsula propria und vereinigte letztere durch einige sie breit fassende Nähte fest mit der Fascia lumbodorsalis. Die entblösste Niere pflege ich nach dem Vorgehen Kocher's in der Wunde offen zu lassen, damit sich eine derbe Narbe von der Haut bis in die Nierensubstanz hinein bilde. Nachdem ich so die Niere fixirt hatte, verlängerte ich den ursprünglichen Querschnitt über den Bauch nach vorn und eröffnete das Peritoneum so weit, dass ich die ganze Hand in die Bauchhöhle einführen konnte, und tastete nun den Lebertumor ab. Derselbe erwies sich als ein breiter und fester Schnürlappen mit seichter Einschnüpfungsfurche. Die explorirende Hand konnte leicht um die Leberconvexität herumkommen und die Zwerchfellskupe abtasten. Die Leber war also gelockert, und ausser der Schnürlappenbildung handelte es sich auch um eine leichte Form der Wanderleber. Ich schob den Lappen und somit auch die Leber selbst möglichst in die Höhe und nähte mit mehreren starken Suturen den unteren Rand des Schnürlappens in die Querwunde (Bauchdecken) ein, ihn so an die seitliche und vordere Bauchwand anheftend. Gern hätte ich behufs einer möglichst breiten Anwachsung die Peritonealwunde tamponirt, aber es schien mir doch etwas zu gewagt, gleichzeitig zwei grosse offene Wunden zu haben. Deshalb gänzlicher Schluss der Bauchwunde. Nur da, wo die Niere angeheftet wurde, blieb die Wunde, wie schon oben bemerkt, offen. Da sich die Niere nicht so mobil erwies wie sonst oft die Wandernieren, so glaube ich, die Anfangs beschriebenen und als Einklemmungserscheinungen infolge excessiver Lageveränderungen oder Axendrehung der Niere gedeuteten Anfälle dürften vielleicht eine andere Erklärung verlangen. Sie sehen — und diese Zeichnung wird es Ihnen noch besser verdeutlichen —, dass der Lebertumor der Niere sehr eng anlag und sie theilweise überbrückte. Wäre es nun nicht möglich, dass der Schnürlappen durch längeres, angestrengtes Arbeiten, Heben schwerer Lasten, in einen intermittirenden Zustand von Stauungshyperämie gerieth, dann den Ureter mehr oder weniger comprimirt und so zu obigen Symptomen führte? Das jeweilige Verschwinden der Symptome nach ruhigem Liegen lässt sich so auch leicht erklären.

Bei unserer Patientin, welche behauptete, nie in ihrem Leben ein Corsett getragen zu haben, wird es sich wohl um die sogenannte solitäre, quere Schnürfurche (Langenbuch) gehandelt haben, welche ihr Vorkommen, wie die Rippenschnürfurche, auch einer unzweckmässigen Art, die weibliche Kleidung zu tragen, verdankt. Die Patientin gab zu, dass sie ihre soliden, aber schweren Bäuerinnenröcke mit vielleicht wohl zu schmalen Rockbändern stets fest um den Leib zu schnüren pflegte.

Die Patientin, welche rasch und, von der offen gelassenen Wundstelle abgesehen, per primam heilte, behielt ich nach der Operation noch sechs Wochen zur Beobachtung im Spital. Die Frau fühlte sich bald nach der Operation sehr wohl, klagte über gar keine Beschwerden mehr, fing an gut zu essen und zu verdauen und sehr zuzunehmen. Ich entliess sie mit einer breiten Flanellbauchbinde und mit der strengen Warnung, sich in der Folge nicht mehr zu schnüren, resp. sich rationeller zu kleiden. In gegebenen Fällen ist das Tragen eines richtig angepassten Corsetts, auf dem sich die Unterkleider gut stützen können, nicht nur kein Luxus, sondern geradezu von therapeutischer Bedeutung.

Gegenwärtig sind seit der Operation 19 Monate verflossen, und die Nachrichten, die ich über die Patientin erhalte, lauten stets günstig. Sie besorgt ihre schweren häuslichen und landwirthschaftlichen Arbeiten aufs Beste.

¹⁾ Fall mitgetheilt in der 78. Jahresversammlung der Aerzte des Cantons Graubünden in Chur, 18. October 1897.