

XXI.

Eine Vergrößerung des Caput gallinaginis als Ursache congenitaler Ischurie und Hydronephrose.

Von Dr. E. Rindfleisch, Professor in Würzburg.

(Hierzu Taf. XV. Fig. 4.)

Für die Pathologie des Schnepfenkopfes hat man bisher noch keinen Spezialisten nöthig gehabt. Man muss auch zugeben, dass dieses bescheidene und doch so wichtige Schleimhautfältchen in der Regel sich durch musterhaftes Wohlverhalten auszeichnet. Wie oft sieht man bei Prostataverschwärungen die ganze Schleimhaut der Umgegend infiltrirt, unterwühlt, necrotisch und zerstört, während die kleine Stelle des Schnepfenkopfes unverändert erhalten ist und gleichsam über den Trümmern schwebt. Ich bringe daher ein Unicum, wenigstens eine Rarissima avis, wenn ich heute von einer so beträchtlichen Anschwellung des Schnepfenkopfes berichte, dass dadurch eine wirkliche Ischurie mit allen ihren Folgen für das Caliber und die Wanddicke der grösseren Harnwege entstanden ist.

Das Präparat, dessen wichtigste Partien die beigegebene Figur (Fig. 4 Taf. XV) wiedergibt, rührt von einem fünf Wochen alten Knaben her, der einer acuten Pleuritis erlag, nachdem er von Seiten des Tractus urinarius keine besonders auffallenden Symptome dargeboten haben soll. Unsere Abbildung stellt die Regio prostatica, nebst Harnblase und Ureterenanfänge von vorn aufgeschnitten vor Augen. Das Caput gallinaginis erhebt sich in der Pars prostatica urethrae als eine kuglige, kleinerbsengrosse Geschwulst von ziemlich weicher Consistenz, aber ebenso elastisch als compressibel, so dass sie nach jeder Compression wieder zu der alten Form zurückkehrt. Die Farbe ist weisslich transparent; das Ganze macht den Eindruck einer sehr dickwandigen, kleinen, breitgestielten Cyste, deren Inneres mit einem dahinter liegenden Hohlraum zusammenhängt.

Dass es sich um eine Atresie und Ektasie eines oder beider DD. seminiferi handeln möchte, war eine naheliegende Vermuthung. Die Sondirung ergab: weites Offenstehen und auffallende Länge des Utriculus prostaticus, dagegen Undurchgängigkeit, resp. Unauffindbarkeit beider Foramina ejaculatoria. Die Samenblasen waren gross, prall gespannt und mit einem dünnflüssigen Contentum gefüllt, welches in einem durchsichtigen Menstruum Epithelzellen, colloide Tropfen und farblose,

wie fettglänzende Krystalle enthielt, die mir neu waren. Krystallwinkel 43° — 137° , annähernd.

Von den angeschnittenen Samenblasen aus konnte man mit Leichtigkeit eine dicke geknöpfte Sonde bis in das Innere des Schnepfenkopfes vorschieben. Mithin war eine Atresie der DD. ejaculatorii an ihrer Mündung mit Dilatation und Verdickung ihres im Schnepfenkopfe liegenden blinden Endes die gesuchte Ursache der Anschwellung, der Bildung des interessanten kleinen Tumors.

Gehen wir nun zu den Wirkungen desselben über. In dieser Beziehung sind wir durch die Lage der Dinge zu der Annahme genöthigt, es habe die Anschwellung des Schnepfenkopfes in ähnlicher Weise als ein Hinderniss der freien Harnentleerung gewirkt, wie man es sonst von dem sogenannten mittleren Lappen der Prostata zu sehen gewohnt ist. Dilatation und Hypertrophie der Harnblase lässt nichts zu wünschen übrig, ebenso die Ectasie beider Uretheren und die Hydronephrose.

Die Harnblase ist natürlich noch von der nach oben spitz zulaufenden embryonalen Gestalt. Völlig entleert misst sie 53 Mm. in die Länge, 31 Mm. in die Breite. Die Dicke der Wand beträgt durchschnittlich 4 Mm. Dann kommen auf den Detrusor vesicae 2 Mm. Im Detrusor hatten sich beim Eintritt der Störung offenbar noch nicht jene derberen gekreuzten Fascikel entwickelt, welche der Harnblase später ein so charakteristisches Relief verleihen und die Bezeichnung der hypertrophischen Harnblase als Balkenblase rechtfertigen. Die Musculatur ist vielmehr überall nahezu gleich dick und die Schleimbaut darüber leicht zusammengeschoben, gekräuselt. Besonders dick ist der Sphincter vesicae internus. Er misst bei a (Fig. 4) $3-3\frac{1}{2}-4$ Mm. Die Hypertrophie des inneren Schliessmuskels mag in unserem Falle seine Erklärung darin finden, dass das Impediment unterhalb und nicht wie bei der Hypertrophie des mittleren Lappens der Prostata innerhalb der Wirkungssphäre derselben seinen Sitz gehabt. Mir scheint es fast, als ob durch den angestauten Urin das Orificium trichterförmig geöffnet und dadurch für den Schliessmuskel eine permanente Reizung zur Contraction, silicet Arbeitshypertrophie bedingt sei.

Was die Ureteren betrifft, so sind die Orificien wie gewöhnlich unverändert. Die Dilatation beginnt beiderseits dicht an der äusseren Blasenwand. 1 Cm. aufwärts von dieser Stelle misst der aufgeschnittene Ureter bereits $2\frac{1}{2}$ Cm. in die Quere, in der Mitte seines Verlaufes 3 Cm., wie man sieht, Maasse, welche auch für den Ureter eines Erwachsenen eine recht erhebliche Dilatation beweisen würden, geschweige denn bei einem neugeborenen Kinde. Zugleich sind sowohl die Schleimbaut als die Muskelhaut recht ansehnlich verdickt.

Gegen das Nierenbecken hin verjüngt sich das Lumen der Ureteren mehr allmählich, die Uebergangsstelle selbst misst nur $\frac{1}{2}$ Cm. queren Aufschnitt. Dagegen sind Nierenbecken und Kelche wieder sehr stark und gleichmässig ectasirt. Da noch kein Fett im Hilusbindegewebe vorhanden ist, so haben sich die Calices ungehindert zu kleinkirschengrossen Hohlkugeln ausgedehnt, deren innere Hälfte von der weissen Kelchschleimbaut ausgekleidet, deren äussere Hälfte von dem röthlichen Parenchym der plattgedrückten Markpapille eingefasst ist; eine höchst charakteristische Hydronephrose mittleren Grades.

Ich glaube nicht, dass in dem Mitgetheilten irgend ein undurchsichtiger Punkt sich findet. Der Fall ist aber noch in einer ferner liegenden Beziehung lehrreich. Bei Gelegenheit einer Arbeit über Hydramnios, welche in meinem Bonner Institute von Herrn Jungbluth ausgeführt wurde und vielfache Beachtung in den theiligten Kreisen gefunden hat, nahm ich Kenntniss von der unter den Geburtshelfern noch immer bestehenden Controverse über die Herkunft der Amniosflüssigkeit und darüber, ob das Kind im Mutterleibe Harn lasse und dadurch zur Vermehrung der Amniosflüssigkeit beitrage. Nach Schroeder (Lehrbuch der Geburtshülfe, dritte Auflage S. 33) besteht die Frage noch heute.

Nach dem hier mitgetheilten Falle von congenitaler Hydronephrose kann, denke ich, über das Factum an sich kein Zweifel sein. Denn wie sollten wir uns das Zustandekommen der ischurischen Dilatation und Hypertrophie erklären, wenn die Harnblase überhaupt nichts zu enthalten und zu entleeren hätte. Im Gegentheil lässt der beträchtliche Grad der beschriebenen Veränderung den Schluss zu, dass die Harnblase sich recht häufig und regelmässig zusammengezogen, mithin den Urin des Fötus in grosser Menge in das Fruchtwasser entleert habe.

Erklärung der Abbildung.

Taf. XV. Fig. 4.

Blase und Regio prostatica von vorn geöffnet. a Sphincter internus vesicae.
b Prostata.

