

III.

Ein Fall von hochgradig dislozierter Stauungsmilz mit Thrombose der Milzvene als Ursache eines akuten Obturationsileus.

(Aus dem Pathologischen Institut des Virchow-Krankenhauses.)

Von

Dr. Wilhelm Rischbieter.

(Hierzu 2 Textfiguren.)

Der vorliegende Fall erheischt sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch ein hervorragendes Interesse.

Es handelt sich um eine 39jährige Frau, die mit einer akuten Peritonitis in das hiesige Krankenhaus eingeliefert wurde. Dieser akute Zustand bestand schon 2 Tage. Da man einen großen Tumor im Unterleib abtasten konnte, so dachte man an ein stielgedrehtes Ovarialkystom. Bei der Laparatomie stellte sich heraus, daß der Tumor die enorm vergrößerte Milz war. Dieser Befund im Verein mit einer Hyperleukozytose von 15 000 Leukozyten bewog den Kliniker zu der Annahme einer Leukämie. 4 Tage nach der Operation erfolgte unter zunehmender Herzschwäche und peritonitischem Erscheinungen der Exitus letalis.

Der autoptische Befund war nun ein außerordentlich überraschender.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, daß die dislozierte Milz die ganze untere Bauchhöhle ausfüllt (vgl. Textfig. 1). Ihr eingekerbter Rand, der von den stark geblähten Darmschlingen überdeckt ist, sieht kranialwärts und etwas nach hinten. Die konvexe Fläche der Milz liegt den Bauchdecken an. Die Leber befindet sich in Kantenstellung. Nach Entfernung der mit Gas und Flüssigkeit gefüllten, untereinander durch zarte Fibrinauflagerungen verklebten Dünndarmschlingen zeigt sich, daß der Gefäßstiel der Milz mit dem ihn umgebenden Pankreas das absteigende Kolon fest gegen die Wirbelsäule quetscht.

Das Pankreas wird *in situ* aufgeschnitten, wobei sich ein die Milzvene obturierender Thrombus findet (Textfig. 2). Dieser gemischte Thrombus, dessen Kopf im Milzhilus steckt, reicht bis in die Vena portae, wo der rote Schwanz mehrere Ausläufer in die Pfortadervenen der Leber entsendet. Demgemäß finden sich auch multiple Infarkte in der Leber.

Die herausgenommene Milz hat eine Länge von 22 cm und eine Höhe von 9,5 cm. Ihre Konsistenz ist stark vermehrt, wie die einer Stauungsmilz. Die Kapsel ist verdickt und mit zarten Fibrinauflagerungen bedeckt. Auf dem Schnitt ist das Gewebe dunkelblaurot. Die Milzvene, die durch den Thrombus außerordentlich dilatiert ist, weist in ihrer Wandung keine Veränderungen auf.

Die Leber zeigt außer den schon erwähnten Infarkten eine mäßige Stauung und einen geringen Fettgehalt.

Der Magen ist stark dilatiert und mit zahlreichen hirsekorngroßen, dunkelrot gefärbten Erosionen bedeckt.

Herz und Lungen sind ohne wesentliche Veränderungen, die Drüsen sind nirgends vergrößert, irgendwelche Zeichen, die für Lues sprächen, finden sich nicht.

Das Knochenmark des Femur ist gleichmäßig rosarot gefärbt.

Die histologische Untersuchung ergab folgendes:

Das Milzparenchym ist völlig nekrotisch und weist keine Kernfärbung auf, das ebenfalls kernlose Bindegewebe ist spärlich ausgebildet und als solches noch zu erkennen. Die Lymph-

follikel sind noch andeutungsweise vorhanden und ihre auseinandergesprengten Zellen zeigen noch eine gute Kernfärbung, doch sind in jedem Gesichtsfeld nur wenig Lymphozyten zu finden. Jedenfalls ist der Gehalt an lymphatischem Gewebe gegenüber der Norm außerordentlich vermindert.

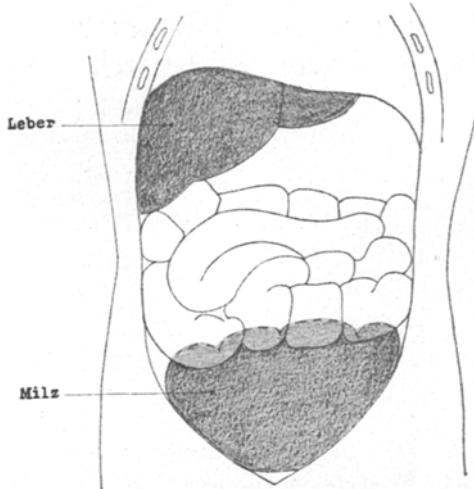


Fig. 1. Halbschematischer Bauchsitus.

Die Leber zeigt zentrale Stauung, Pigmentatrophie und mäßige peripherische Fetteinlagerung. Das Bindegewebe ist nicht vermehrt, auch finden sich keine zelligen Infiltrate.

Die Niere weist eine normale histologische Struktur auf.

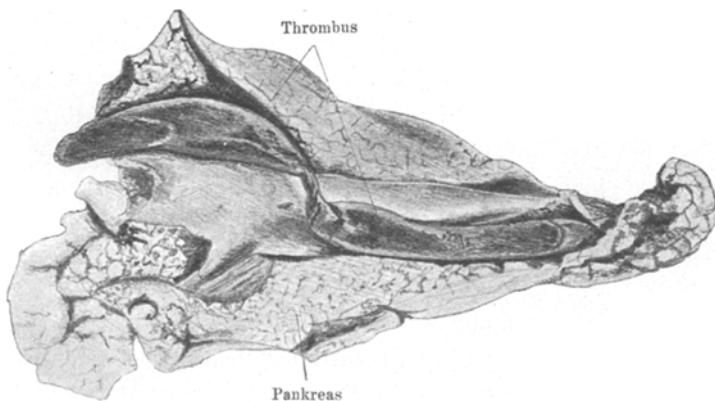


Fig. 2. Milzvene mit Thrombus und umgebendem Pankreas.

Das Knochenmark des Femur zeigt eine myelozytäre Zusammensetzung, wie sie häufig bei Peritonitiden und andern Infektionskrankheiten gefunden wird, als Folge eines starken Verbrauches an leukozytären Elementen. In das maschige Gewebe sind zahlreiche Myelozyten mit

verschiedener Granulierung eingelagert. Außerdem finden sich in ihm reichlich kernlose rote Blutkörperchen.

Mit Verwendung der zum Teil post mortem vom Ehemann erhobenen Anamnese erklärt sich der Fall folgendermaßen:

Frau M. hatte in erster Ehe 4 Kinder, von denen noch 2 im Alter von 14 bis 16 Jahren leben. Seit der Geburt dieser Kinder hat sie einen Hängebauch und ist in den folgenden Jahren mehrmals wegen Prolapsus vaginae operiert worden. Es liegt also eine Enteroptose vor.

Seit ca. 6 Jahren hatte Frau M. unter Schmerzen in der linken Seite und Magenbeschwerden zu leiden. Sie mußte stets mit dem Essen sehr vorsichtig sein, um Übelkeit und Erbrechen zu vermeiden. Im letzten Vierteljahr bemerkte sie an ihren Kleidern, daß ihr Leib stärker geworden war.

Am 4. März verspürte sie plötzlich einen starken Schmerz im Leibe, am Abend überkam sie ein Frösteln, und in der Nacht setzten überaus starke Schmerzen ein, die besonders in die linke Leibesgegend lokalisiert wurden. Der am Morgen des 5. März zugezogene Arzt dachte an eine Nierensteinkolik, als sich der Zustand am nächsten Tage aber noch verschlimmerte, ordnete er am 6. März die Überführung in das hiesige Krankenhaus an.

Bei dieser mit einer Enteroptose behafteten Frau hatte sich also im Laufe der Jahre aus mir unbekannten Gründen ein Milztumor entwickelt, der durch Zug am Peritonäum und Raumbeengung die Magenbeschwerden und Schmerzen in der linken Seite verursachte. Da sich in der Anamnese weder eine Infektionskrankheit, noch in dem autoptischen Befund eine Erkrankung des Blutes oder Lues feststellen ließ, so bleibt die Entstehung desselben dunkel. Eine Leukämie läßt sich ausschließen, da in der Milz, Leber und Niere leukämische Infiltrationen nicht gefunden wurden und das Blutbild, außer einer mäßigen Hyperleukozytose, keine bemerkenswerten Veränderungen aufwies.

Sicher jedoch scheint mir, daß die im Leben bemerkte Vergrößerung des Leibesumfanges in den letzten Monaten auf ein stärkeres Wachstum der Milz zurückzuführen ist.

Nachdem nun die Milz durch zunehmendes Gewicht ihre Aufhängebänder, also vor allem das Ligamentum phrenico-lienale, gedeckt und zum Schwinden gebracht hatte, senkte sie sich, und es kam nun durch Drehung und Quetschung der Milzvene zu einer Stromverlangsamung in dieser und dadurch zur Thrombenbildung. Die verengte und torquierte Stelle läßt sich an dem Thrombus gut erkennen, der durch die schmale Stelle seiner Länge nach in zwei Hälften geteilt zu sein scheint.

Mit zunehmender Behinderung des venösen Abflusses durch die Thrombenbildung mußte es bei gut erhaltener Milzarterie zu einer immer stärker werdenden Stauung in der Milz kommen, die infolgedessen an Volumen stetig zunahm. Nachdem nun der wachsende Thrombus die Vene vollständig obturiert hatte, kam die Blutzirkulation zum Stillstand und das Gewebe wurde nekrotisch.

Während dieser Zeit war die Milz infolge ihrer Schwere und der bestehenden Enteroptose tiefer getreten, und am 4. März, als die Frau einen plötzlichen starken Schmerz empfand, gelangte sie in ihre definitive Lage im großen Becken. In dieser Stellung komprimierte ihr Gefäßstiel samt Pankreas das absteigende Kolon. Die

Erscheinungen des Obturationsileus setzten nun sofort ein: Frösteln, andauernde starke Schmerzen im Leib, Stuhlverstopfung, ein aufgetriebenes Abdomen und Fieber von ca. 38° lassen die hinzugetretene Peritonitis erkennen. Unter zunehmender Herzschwäche erfolgte dann der Exitus letalis.

Ich komme also zu der Überzeugung, daß es sich hier um eine exquisit große Stauungsmilz handelt, die in ihrem Beginn unklar, in ihrer weiteren Entwicklung durch die Thrombose der Milzvene zu erklären ist.

Da im allgemeinen die Fixation selbst großer Milzen durch den Bandapparat eine sehr gute ist, so nehme ich eine erworbene Atrophie desselben bei bestehender Enteroptose an. Es ist hier also zur Ausbildung einer Wandermilz oder Lien dislocatus gekommen.

Diese hat dann, wie schon mehrfach in der Literatur beschrieben worden ist, mit ihrem Gefäßstiel den Darm komprimiert und dadurch einen Ileus hervorgerufen.

Bemerkenswert an diesem Fall ist jedenfalls die außerordentliche Größe, die eine Stauungsmilz erlangen kann, ferner die starke Verlagerung, die einen Ileus entstehen ließ und die jahrelang bestehenden Magenbeschwerden und Schmerzen in der linken Seite.

IV.

Die Drüsen mit Innensekretion bei der Chloroformnarkose.

(Aus dem Institut für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten der Kgl. Universität zu Turin.)

Von

Dr. S. Scaglione, Assistent.

Die Innensekretionsdrüsen sind seit geraumer Zeit zum Gegenstand zahlloser Untersuchungen geworden. Die Erforschung dieser Organe haben auf dem Gebiete der Physiologie, der pathologischen Anatomie und der Klinik viel neues, auf Beobachtungen gestütztes Wissen erstehen lassen. Sehen wir jedoch ab von dem Studium Peperes über die Nebenschilddrüsen, so sind alle bis heute bekannt gewordenen Untersuchungen über die Veränderungen der Organe mit Innensekretion während der Betäubung auf die Nebennieren beschränkt geblieben. Parkinson hat zuerst eine Untersuchungen den Veränderungen der Nebenniere in der Narkose zugewandt. Er hat bei drei infolge Chloroformeinwirkung verendeten Individuen das Verschwinden des Adrenalin in der Nebenniere festzustellen vermocht. Wiesel suchte im Jahre 1908 das Verhalten der chromaffinen Reaktion während der Äther- und Chloroformnarkose zu ergründen und konnte wahrnehmen, daß diese Reaktion während der Betäubung schwächer ward und schließlich nach vierstündiger Narkose vollständig verschwunden war. Horowski vermochte im Jahre 1900 fast dasselbe festzustellen, wie Wiesel. Im Jahre 1912 haben Delbet, Beauvy und Herrenschmidt zusammen eine Reihe experimenteller