Aus der Chirurgischen Abteilung eines Reservelazarets.

Ein durch Operation geheilter Leberabszeß.

Von Dr. Oskar Orth, Ordinierender Chirurg.

Im Nr. 47 (1915) dieser Wochenschrift konnte ich über eine nekrotisierende Cholezystitis mit typhöser Aetiologie berichten. Vorliegender

¹⁾ Revue de Neurologie 1901 Nr. 21. — ²⁾ Journal de Neurologie 1. Juli 1902. — ³⁾ Lehrbuch der Kinderkrankheiten 2 Seite 278.

Fall ähnelt ihm. Es handelt sich um einen Leberabszeß auf enteritischer Basis.

Zunächst die Krankengeschichte.

Patient, 22 Jahre alt, von draußen in schwer fieberhaftem Zustande auf die Innere Abteilung des Reservelazarets aufgenommen. Temperatur 39,2°. Puls 120. Das Krankheitsbild beherrschen rechtseitige Pleuropneumonie, dünne, zahlreiche, nicht blutige enteritische Stühle, die den Patienten sehr herunterbringen. Unter starkem, oft sich wiederholendem Schüttelfrost tritt nach acht Tagen Leberschwellung und Ikterus auf, dessen Intensität mittleren Grades ist. Der Patient verfällt und wird zur Operation auf die Chirurgische Abteilung verlegt. Bakteriologisch kein Typhus, aber Kolibakterien. Hier erhobener Befund: Patient macht einen schwerkranken Eindruck, ist ziemlich ikterisch. Temperatur 39,8°. Puls 120—130. Am Körper Kratzeffekte. Im Bereich der rechten Lunge abgeschwächter Perkussionsschall, Stimmfremitus und Atemgeräusch. Die Leber, den Rippenbogen vorn um 4—5 cm überragend, erstreckt sich in der Axillarlinie 3 cm über diesen. Der Leberrand deutlich vergrößert, palpabel, intensiv schmerzhaft. Die Gallenblase nicht tastbar.

Sieht man genauer zu, so fällt eine Verbreiterung der unteren Thoraxpartie auf, und zwar ergeben die Maße, daß die Erweiterung zwischen dem Dornfortsatz des neunten Brustwirbels und dem Processus ensiformis am größten ist. Der Unterschied mit dem Maß der gesunden Seite beträgt 7 cm; nach oben und unten nimmt die Erweiterung ab. Somit liegt diese im Leberbereich. Da die Röntgenaufnahme keinen dichten Schatten in der rechten unterenseitlichen Thoraxpartie, sondern nur eine hochstehende rechte Zwerchfellhälfte ergibt, die wellenförmig in die tieferstehende linke übergeht, so ist die Annahme berechtigt, daß die Vergrößerung der Leber in ihr selbst beruht und nicht auf einer Verdrängung durch ein Empyem oder pleuritisches Exsudat (vgl. Fig.). Zu diesem Befunde addieren sich mäßiger Ikterus, hohes Fieber, Schüttelfröste, Druckschmerz. Alles zusammen baut sich zum Abszeß der Leber auf, der wohl multipler Art sein dürfte. Die Therapie dürfte wohl nur eine chirurgische sein, Punktion bei Freilegung des Organs.

Operation (Dr. Orth, Assistent cand. med. Braun). Narkose ohne Zwischenfall.

Längsschnitt vom Rippenbogen hoch angefangen nach abwärts. Eröffnung des Peritoneums. Die entzündete, mit mehreren kirschkerngroßen Abszessen durchsetzte Leber drängt sich in die Öffnung. Die intrahepatischen Gallengänge dilatiert. Gallenblase nicht vergrößert, mit Galle gefüllt. Infolge von Verwachsungen das Vordringen auf die tiefliegenden extrahepatischen Gänge erschwert. Soweit die Palpation möglich, zunächst keine Steine. Punkt im unteren Abszesse. Ektomie der Blase und des Zystikus. Es entleert sich aus dem Hepato-Choledochus trübe, eitrige Galle in die Tamponade. Das Einführen des Rohres in den Hepatikus sehr mühsam, gelingt nicht sicher. Zwei Gummidrains auf den Zystikusstumpf, Absperrtamponade, Streifen auf die Leber, Schluß des übrigen Teils der Bauchhöhle durch Nähte. Dauer eine halbe Stunde.

Patient erholt sich nach dem Eingriff sehr schnell auf rektale Kochsalzinfusion und Kampher. Gallenblase verdickt, ohne Nekrose. In den ersten acht Tagen profus trüb-eitriger Gallenfluß durch Drainrohr und Tamponade nach außen. Allmählicher Temperatur- und Pulsabfall. Der Ikterus geht zurück. Mit der Verfärbung von Stuhl und Urin versiegt der Abfluß durch das Drainrohr und die Tamponade, sodaß ihre Entfernung nach vier bis fünf Wochen sich rechtfertigen ließ.

Diese Zeit genügte zur Entlastung der Leber von den toxischen Stoffen und der Wiederaufnahme ihrer Funktion. Nur die rechte Niere zeigt noch Spuren von Eiweiß.

Patient nach zwei Monaten klinisch geheilt.

Gehen wir den Fall genauer durch, so standen die Darm- und Lungenerscheinungen zunächst im Vordergrund. Da, wie schon erwähnt, Typhus auszuschließen war, so lag am nächsten, an Ruhr zu denken, die aber als mittelschwere auftrat. Da der Fall von draußen kam, so konnte die Darmaffektion aber auch schon im Rückgang gewesen sein, trotz der noch sehr reichlichen Entleerungen. Meiner Ansicht nach möchte ich

den Krankheitsprozeß zu der Beobachtung Schönes und Boinets stellen, die eine Enteritis e Cholera nostras für das Entstehen einer Hepatitis und eines pylephlebitischen Leberabszesses mit verantwortlich machen. Auszuschließen dürfte eine Amöbenenteritis sein, deren Abszesse einzeln große sind. In dem Eiter fanden sich Bacterium coli und Staphylokokken, und es findet somit der Fall keine einheitlich bakteriologische Klärung. Da wir wissen, daß die Frage, ob Ruhrbazillen Leberabszesse erzeugen, noch unaufgeklärt ist, im Eiter und der Wand solcher Abszesse nur Bacterium coli und Staphylokokken sich finden, so ist, rein chirurgisch betrachtet, die bakteriologische Seite nicht so wichtig. Die Ursache der Leberabszesse bei unseren stets früher gesunden Patienten ist die entero-hämatogene-deszendierende Infektion. Da die Milzschwellung fehlte, konnte Malaria, an die wir in diesem Kriege öfters als sonst denken müssen und in deren Verlauf Leberabszesse oft vorkommen (Langenbuch), ausgeschlossen werden. Den Zusammenhang zwischen Darmerkrankung und Leber festhaltend, machten sich die hepatischen Symptome klinisch erst bemerkbar, als die Leber ihre physiologische Fähigkeit, Keime auszuscheiden, verlor. Die Folge des Festhaftens derselben in ihr führt zu den oben erwähnten pathologischen Veränderungen. Es wäre nur erwünscht, durch frühzeitiges Erkennen dieser Veränderungen weiteren Zerstörungen vorzubeugen. Durch die Untersuchungen (Arnsperger) ist festgestellt, daß bei einem funktionellen Ikterus Urobilin im Harn auftritt. Arian hält verminderte Harnstoff- und vermehrte Ammoniakausscheidung für eine regelmäßige Erscheinung des Leberabszesses gegenüber anderen Leberaffektionen. Bei der reichen Zahl von Fällen enterogener Störungen in diesem Kriege wäre diesen frühzeitigen diagnostischen Merkmalen zur Beurteilung ihres Wertes näherzutreten. Denn bei frühzeitiger Diagnose bewährten wir durch unseren Eingriff das Organ vor weitergehenden Schädigungen, die bei längerer Einwirkung oft irreparabel werden.

Ist in Zusammenhang von Darm- und Leberaffektion die Diagnose gestellt, so ist, ohne erst Alarmsymptome abzuwarten (Schüttelfröste usw.), der weiter einzuschlagende Weg der Behandlung der chirurgische. Die Ansicht Langenbuchs, daß beim Uebergreifen einer Cholangitis auf die feineren Gallengänge, bei der Ausbildung multipler Abszesse die Heilung gering sei, ist ebenso wie die andere, daß disseminierte Abszesse im Anschluß an eine Angiocholitis ein chirurgisches noli me tangere seien, durch die chirurgischen Heilerfolge der neueren Zeit widerlegt. Thöles Arbeit „Die Chirurgie der Lebergeschwülste“⁽¹⁾ berichtet durch Aufstellung der Kasuistik einschlägiger Fälle über diesen Umschwung sowie über den einzuschlagenden Weg der operativ anzugreifenden Abszesse bei ihrem verschiedenen Sitz. Mit der Anerkennung des operativen Vorgehens verbindet sich die Frage: was soll der Eingriff bezwecken? Zunächst Entlastung der Leber (Hochheimer) und Entspannung durch Drainage. Beides kann erzielt werden entweder durch Hepatikusdrainage mit und ohne Erhaltung der Gallenblase oder durch Anlegen einer äußeren Leberfistel (Cahen, Hirschberg, Rotter). Bei der ersteren Art des Vorgehens dürfte man allgemein die Ektomie mit anschließen (Israel, Kehr). Wilms kombinierte mit der Drainage der Gallenblase und Tamponade der Leber die Inzision der Abszesse und die Exkochleation. In einem anderen Falle hat er durch die Tamponade allein Heilung erzielt. Damit nähern wir uns einer weiteren Anschauung, daß durch Schaffung von Reaktion und Anregung der Resorption das Krankheitsbild günstig zu beeinflussen ist, ähnlich wie wir bei Punktion einer Pleuropneumonie oder durch Lumbalpunktion bei Meningitis durch Umstimmung der Verhältnisse Erfolge erzielen. In diesem Sinne sind die günstigen Wirkungen vielfacher Punktionen der Leber durch Blut- und Gallenentziehung zu deuten (Schöne), die aber wegen der Verblutungsgefahr erst nach vorausgegangener Laparotomie vorzunehmen sind. In unserem Falle führte die Kombination von Punktion, Ektomie und Hepatikusdrainage zum Ziele. Lungenkomplikationen treten oft bei Leberabszessen auf, entweder als Pneumonien, pleuritische Exsudate und Empyeme. Wir beobachteten bei diesem eine Pleuropneumonie. Diese kann mechanisch durch die Lebervergrößerung entstanden sein, sowie kostal durch reflektorische Ruhigstellung, (bei Sitz in der Kuppe auch durch entzündliche Zwerchfellähmung (Thöle); oder es können sich auf embolischem Wege von der Leber her im Sinne Hügels Lungeninfarkte bilden. Ihr Sitz ist meist der rechte Unterlappen. Das blutige Sputum könnte in letzterem Sinne zutreffen.