Aus der Inneren Abteilung des Staatskrankenhauses in Pozsony.
(Leiter: Prof. Franz Herzog.)

**Ein charakteristisches Symptom des
subphrenischen Gasabszesses.**

Von Dr. Ladislaus Nyáry.

Die Diagnose des subphrenischen Gasabszesses wurde am
Krankenbette zuerst von Leyden im Jahre 1880 gestellt.

In den größeren Lehrbüchern der inneren Medizin und der Diagnostik sowie in der seither erschienenen Literatur sind die diagnostischen Merkmale nach ihm geschildert. Als ein neueres, die in Leydens erster Mitteilung beschriebenen klassischen Symptome ergänzendes Hilfsmittel kann man die Röntgendurchleuchtung und -Aufnahme erwähnen. Bestehen die bekannten Symptome des Pyopneumothorax, so beweisen nach Leyden folgende Zeichen die subphrenische Lage des gas- und flüssigkeithaltigen Raumes: 1. auf abdominale Erkrankung hinweisende Angaben in der Anamnese und Entwicklung der Krankheit; 2. völliger Mangel an Husten und Auswurf, wenigstens längere Zeit nach dem Beginn der Erkrankung; 3. Fehlen des Atemgeräusches über den hellen Perkussionsschall gebenden unteren Thoraxpartien; über den oberen Thoraxpartien normales Vesikulätraten; 4. bei tiefer Inspiration ist vesikuläres Atmen auch dort zu hören, wo früher kein Atemgeräusch vorhanden war; 5. mit den Atembewegungen synchrones amphorisches Hauchen über den unteren Thoraxpartien. Zur Differentialdiagnose zwischen Pyopneumothorax und subphrenischem Gasabszeß dient noch die Probepunktion mit Messung des Druckes; es zeigt sich Druckzunahme während der Inspiration, wenn die Nadel sich in einem subphrenischen Raum befindet.

In Folgendem möchte ich auf ein Symptom aufmerksam machen, welches in unserem Falle, trotz der Unsicherheit der anderen Symptome, die Diagnose schon vor der Röntgenuntersuchung ermöglichte.

Der 50jährige Patient wurde am 22. Juni 1914 auf die Abteilung aufgenommen. Er hat seit etwa fünf Jahren von der Nahrungsaufnahme unabhängige Magenbeschwerden, öfters Erbrechen, unregelmäßigen Stuhl. Blutiges Erbrechen sowie terartigen Stuhl hatte er nie. Vier Tage vor seiner Aufnahme bekam er plötzlich heftige Schmerzen im Abdomen, sodaß er nicht weiter arbeiten konnte. Bei der Aufnahme beklagt er sich über Schmerzen im rechten Hypochondrium.

Schwächlich gebauter, schlecht ernährter Patient. Das Atmen etwas oberflächlich, 34 in der Minute; beim Atmen bewegen sich die Nasenflügel, und die Mm. sternocleidomastoidei kontrahieren sich. Der Puls ist genügend voll, 80—90 in der Minute. Temperatur 38,2° C. Bei Untersuchung in Rückenlage: Obere Grenze der relativen Herzdämpfung in der linken Parasternallinie im dritten Interkostalraum; die Dämpfung erstreckt sich nach links im fünften Zwischenrippenraum bis 11,5 cm von der Medianlinie, nach rechts bis zum linken Sternalrand. Absolute Herzdämpfung fehlt. Der Spitzenstoß ist im fünften Interkostalraum einen Querfinger breit außerhalb der Mamillarlinie fühlbar. Die Herztöne sind rein. Der Traubesche Raum ist frei. Rechts in der Parasternal- und Mamillarlinie von der fünften Rippe abwärts und im Epigastrium ist überall tympanitischer Perkussionsschall. In der vorderen Axillarlinie wird der Perkussionsschall an der achten Rippe gedämpft. In sitzender Stellung ist rückwärts die Lage der linken unteren Lungengrenze normal. Rechts hinten reicht der helle Perkussionsschall zwei Querfinger tiefer und hat über der unteren Thoraxhälfte tympanitischen Beiklang. Rechts vorne im Epigastrium ist jetzt der Perkussionsschall gedämpft; die obere Grenze dieser Dämpfung ist in der Mamillarlinie die siebente Rippe, in der Parasternallinie der Rippenrand, in der vorderen Axillarlinie der siebente Zwischenrippenraum. Metallisch klingender Perkussionsschall wurde rechts im Epigastrium und über der unteren Partie der rechten Thoraxhälfte hinten und auch lateral gefunden. Sukkussion war nicht nachweisbar. Das Atemgeräusch ist überall rauh, das Expirium verlängert. Die rechte Hälfte des Epigastriums ist vorgewölbt und stark druckempfindlich. Das Nervensystem ist normal. Im Urin ist weder Eiweiß, noch Zucker. Leukozytenzahl 11 400. Die Röntgenuntersuchung zeigt Folgendes: Das Herz ist etwas nach links disloziert, die rechte Zwerchfellhälfte ist stark nach oben gedrängt und macht auch bei tiefer Inspiration nur sehr geringe Exkursionen; unterhalb des rechten Zwerchfells ist ein mit Luft gefüllter Raum, dessen untere Grenze medial durch die etwas abgeflachte Leber, lateral durch eine bei der Lageveränderung des Kranken immer horizontales Niveau einnehmende Flüssigkeitsansammlung gebildet wird.

Der Kranke wurde mit der Diagnose „rechtseitiger, subphrenischer Gasabszeß“ der Chirurgischen Abteilung übergeben, wo durch die Operation (Prof. Bakay) unsere Diagnose bestätigt wurde. Aus dem Abszeß entleerte sich viel übelriechendes Gas und wenig putrid-citrige Flüssigkeit. Der Kranke starb nächsten Tag.

Aus dem Sektionsprotokoll sind folgende Daten von Wichtigkeit: „Bei der Eröffnung des Abdomens zeigt sich, daß in dessen oberen Teile rechts eine von den anderen Teilen der freien Bauchhöhle vollkommen getrennte, keine Flüssigkeit enthaltende, sehr große Abszeßhöhle sich befindet, deren Grenzen oben durch das bis zur vierten Rippe

hinaufgedrängte Zwerchfell, lateral durch Zwerchfell und Bauchwand, medial durch das Ligamentum falciforme der Leber, unten und hinten durch die Leber gebildet werden. Vorn erstreckt sich der Abszeß vor der Leber über die vordere Oberfläche des Colon ascendens bis zum Coecum, und hier wird die Abszeßhöhle medialwärts durch das mit der vorderen Bauchwand verwachsene, etwa die Fortsetzung des Ligamentum falciforme bildende große Netz, durch den pylorischen Teil des Magens und durch die nach links gedrängte Flexura coli dextra begrenzt. — Am oberen Teil des Duodenums befindet sich rechts unmittelbar unterhalb des Pylorus ein etwa zwanzighellerstückgroßes, durch alle Schichten der Darmwand stufenweise durchdringendes, mit der beschriebenen Abszeßhöhle durch eine einhellerstückgroße Öffnung kommunizierendes Geschwür.“

Die klinischen Symptome unseres Falles können folgendermaßen zusammengefaßt werden: Von den dem Pyopneumothorax und dem subphrenischen Gasabszeß gemeinsamen Symptomen waren die Verschiebung der Dämpfungszone bei Lageveränderung des Kranken und der metallische Perkussionsschall vorhanden; die Sukkussion fehlte. Die Symptome, welche zur Differentialdiagnose zwischen beiden Erkrankungen von Wichtigkeit sind, fehlten; so fehlte das Tieferücken des Vesikulätraten bei tiefer Inspiration, das amphorische Hauchen über den unteren Thoraxteilen bei sonst normalem Auskultationsbefund über den übrigen Teilen der Lunge. Zeichen einer abdominalen Erkrankung waren wohl anwesend, aber Husten und Auswurf fehlten nicht. Ich halte es für wahrscheinlich, daß diejenigen Symptome, welche durch das Hinabrücken des Zwerchfells bei der Inspiration hervorgerufen werden, beim subphrenischen Gasabszeß oft fehlen können, da das Zwerchfell durch den Gasabszeß nach oben gedrängt und in seiner Bewegung behindert wird, ferner da auch durch die entzündliche Veränderung der betreffenden Zwerchfellhälfte deren Atembewegungen geringfügiger werden. Trotzdem diese differentialdiagnostischen Merkmale in unserem Falle fehlten, war die Diagnose durch den Wechsel des Perkussionsschalles im Epigastrium bei Lageveränderung des Kranken doch schon vor der Röntgenuntersuchung gesichert. In sitzender Stellung des Kranken war nämlich im Epigastrium gedämpfter Perkussionsschall, während in horizontaler Lage der Perkussionsschall selbst tympanitisch wurde. Die Entstehung dieses Schallwechsels bei subphrenischem Gasabszeß kann dieselbe sein wie bei Pyopneumothorax. In der Luft und Flüssigkeit enthaltenden Höhle sammelt sich die Flüssigkeit der Schwere entsprechend im unteren Teile der Höhle, und deshalb verschiebt sich bei Lagewechsel des Kranken die Grenze des hellen Perkussionsschalles und der Dämpfung. Der wesentliche Unterschied zwischen der Dämpfung bei Pyopneumothorax und bei subphrenischem Gasabszeß besteht aber darin, daß während bei ersterem der Schallwechsel nur auf den Thorax beschränkt bleibt, bei subphrenischem Gasabszeß der Schallwechsel sich naturgemäß auf den Bauch, das ist auf das Epigastrium, erstrecken kann. Das Vorhandensein dieser Erscheinung beweist zweifellos, daß der Luft und Flüssigkeit enthaltende Raum sich unterhalb des Zwerchfells in der Bauchhöhle befindet. Die Bedingungen der Entstehung des Perkussionsschallwechsels bei Pyopneumothorax und subphrenischem Gasabszeß sind aber wahrscheinlich nicht ganz dieselben. In unserem Falle nämlich enthielt der Abszeß nur wenig Eiter, wie wir uns bei der Röntgendurchleuchtung, Operation und Autopsie überzeugen konnten. Es scheint mir deshalb die Annahme berechtigt, daß hier die Rolle der Flüssigkeit durch die in der Abszeßhöhle frei bewegliche Leber übernommen wurde, welche gleich der Flüssigkeit bei Lagewechsel des Kranken die tiefste Stelle einnahm.

Der beschriebene Perkussionsschallwechsel im Epigastrium ist ein äußerst charakteristisches Symptom des rechtseitigen subphrenischen Gasabszesses. Der Schallwechsel kann wohl fehlen, falls der Abszeß sich nicht zwischen die Bauchwand und Leber erstreckt; durch seine Anwesenheit kann aber die Diagnose oft sichergestellt werden, wenn die anderen, gegenüber Pyopneumothorax differentialdiagnostischen, scheinbar nicht allzu konstanten Symptome fehlen und ein sicheres Resultat nur von der Röntgenuntersuchung erwartet werden kann.