V. Ein Fall von Leberabscess im Gefolge von Cholelithiasis.¹⁾

Von Prof. Dr. A. Fraenkel.

Unter der grösseren Zahl von Fällen tiefliegender, zum Theil occult verlaufender Eiterungen im Bereiche der Bauchhöhle, die mir seit Beginn meiner Thätigkeit im Krankenhause am Urban vorgekommen sind, befinden sich zwei Fälle von Leberabscess. Der eine wurde rechtzeitig diagnosticirt und ist inzwischen geheilt entlassen worden. Der andere Fall, dessen Präparate ich heute Ihnen zeigen werde, ist letal verlaufen. Ich erlaube mir, der Demonstration der Präparate einige Bemerkungen über den erst erwähnten, geheilten Fall vor auszuschicken, da derselbe ein erhebliches praktisches Interesse darbietet.

Es handelt sich um einen 29jährigen kräftig gebauten Mann, eingestandenemassen Potator, welcher an den Genuss reichlicher Mengen von Wein und Bier gewöhnt war. Ich wurde Ende Mai d. J. zu ihm gerufen. Der Patient hatte im Juli vorigen Jahres eine Perityphlitis überstanden, die ihn 14 Tage an das Krankenbett gefesselt hatte. Im August 1890 recidirte die Perityphlitis mit dreiwöchentlicher Dauer, und am 25. Mai dieses Jahres erkrankte der Patient zum dritten male an Perityphlitis. Nachdem er fünf Tage lang das Bett gehütet hatte, stand er auf, ging umher und wurde dann zwei Tage später von Schüttelfrost befallen. Die Schüttelfröste wiederholten sich in den nächsten Tagen häufig, und ich sah den Patienten zum ersten male am 6. Juni. Ich fand einen kräftigen, ziemlich starkgebauten Mann mit leichtem Icterus der Conjunctiven und der Hautdecken und der Klage über sehr heftige Schmerzhaftigkeit in der rechten Oberbauchgegend. Eine Dämpfung am Thorax bestand nicht, die Leber erschien nicht sonderlich vergrössert. In der Regio iliaca dextra bestand Druckempfindlichkeit, doch war daselbst kein erhebliches Exsudat nachweisbar. Bei näherer Ueberlegung kam ich zum Schluss, dass hier nur zwei Möglichkeiten in Betracht zu ziehen seien: entweder handelte es sich um einen oder mehrere embolische Leberabscesse, von der Perityphlitis aus, oder um einen derjenigen Fälle, die mir in dem letzten Jahre mehrfach vorgekommen sind, nämlich um eine retro-peritoneale Eiterung in Verbindung mit septischem Icterus. Ich verabedete mit dem behandelnden Kollegen, am Abend desselben Tages bei dem Patienten eine Probepunction vorzunehmen. Nach nochmaliger Untersuchung wurde an verschiedenen Stellen mit einer Pravaz'schen Nadel eingegangen, aber kein Eiter aspirirt. Die Punctionen geschahen sowohl hinten, wie in der rechten Seite mit Auswahl solcher Stellen, wo ich keinen Darm vermuthete. Da der Zustand des Patienten schlecht war, schlug ich die Aufnahme in das Krankenhaus vor, um ihn dauernd zu beobachten. Am nächsten Tage wurde er in das Krankenhaus übergeführt. Am 8. und 9. Juni wurde wieder an verschiedenen Stellen in der sicheren Erwartung, dass hier eine tiefliegende Eiterung vorliege, punctirt. Es fand sich auch jetzt kein Eiter. Endlich am 10. Juni, dem dritten Tage des Hospitalaufenthalts, entdeckte ich bei dem inzwischen ziemlich herabgekommenen Manne eine vorher in gleichem Maasse nicht vorhandene Druckempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit im achten Intercostalraum, von einer solchen Intensität, wie sie an anderen Stellen in der rechten Weiche und Thoraxgegend nicht vorhanden war. Ich punctirte an dieser Stelle (hintere Axillarlinie) und extrahirte eine Spritze etwas foetide riechenden Eiters, welcher bei der mikroskopischen Untersuchung verschiedene Bacterienarten (Coccen und Stäbchen) aufwies. Patient wurde sofort auf die chirurgische Station gebracht, wo von College Körte dicht unterhalb der Punctionsstelle die neunte Rippe resecirt und nach Spaltung des Zwerchfells die intact aussehende Leberoberfläche freigelegt wurde. Eine durch die Lebersubstanz vorgenommene nochmalige Punction erwies, dass der Eiterherd in der Leber sass. Nachdem die Leberoberfläche an die Wundränder angenäht war, wurde der etwa kleinfistulöse Abscess eröffnet, der Eiter entleert und ein Drainrohr eingelegt. Der Patient hat schliesslich nach einer durch ziemlich lange Fieberbewegungen hingezogenen Reconvalescenz das Krankenhaus geheilt verlassen.

Im Anfang dieses Jahres hat Prof. Pel in Amsterdam eine sehr interessante Abhandlung „Ueber die Diagnostik der Leberabscesse“ veröffentlicht. Auf Grund eines grösseren Beobachtungsmaterials von 26 Fällen von Leberabscess kommt derselbe zu dem Schluss, dass die Diagnose der Leberabscesse bei sorgfältiger Untersuchung eine nicht zu schwierige sei. Die Symptome, auf Grund deren man einen solchen Abscess diagnosticiren könne, theilt er ein in objective und subjective und misst den ersteren einen höheren Werth bei. Sie bestehen erstens in Vergrösserung der Leber, und zwar nach aufwärts, da die Abscesse meist im rechten Leberlappen liegen;

zweitens in eigenthümlicher Beschaffenheit der Dämpfungsgrenze, welche eine nach oben gerichtete convexe Linie darstellt, die nicht immer an der Vorderwand des Thorax zu liegen braucht, drittens in mangelhafter Verschiebbarkeit der Lungen-Lebergrenzen. Unser Fall bot keins von diesen Kennzeichen dar. Der Patient war dauernd leicht icterisch, und ich betone dies deshalb besonders, weil von den 26 Patienten Pel's kein einziger Icterus darbot, sodass derselbe nicht zu den constanten Zeichen gehört.

Ich komme nun zu dem zweiten von mir beobachteten Falle.

Dieser betraf eine 69jährige Frau, welche mit unbestimmten Klagen ins Krankenhaus kam. Sie war seit Anfang des Jahres leidend und klagte über gastrische Beschwerden; nur einmal kurz vorher war ein Schüttelfrost vorhanden gewesen. Es fiel ihre grosse Apathie auf. Sie zeigte einen sehr geringfügigen Icterus und klagte über Schmerzhaftigkeit in der Magengegend. Es war nur nachweisbar eine Dämpfung hinten rechts am Thorax, welche ungefähr die vier untersten Rippen einnahm; in dieser Gegend hörte man aus der Tiefe kommendes bronchiales Athmen nebst Rasselgeräuschen. Nach mehreren Tagen trat wieder ein Schüttelfrost auf. Wir neigten zur Annahme einer Eiterung, die nach unserer Auffassung wahrscheinlich von der Leber ausging, da der Icterus fort dauerte. Die Ursache konnte indess nur vermuthet werden. Bestimmte Symptome für Gallensteine lagen nicht vor und waren vorher auch nicht vorhanden gewesen. Bei dem Versuche, zu punctiren, stiessen wir auf Schwierigkeiten, da die Patientin die Punctionen nur mit Widerstreben über sich ergehen liess. Nachdem wir zweimal an verschiedenen Stellen punctirt hatten, ohne Eiter zu finden, verliess die Kranke das Krankenhaus, um nach acht Tagen wiederzukehren. Inzwischen hatte der Icterus sich verringert, die Dämpfung bestand hinten rechts noch fort; die Leber überragte in der Mammillarlinie den Rippenbogen rechts um drei Querfinger, während sie in der Mittellinie vom Darm überlagert war. Wir punctirten in den nächsten Wochen noch mehrmals unter Ueberwindung grossen Widerstrebens der Patientin, jedoch ebenso resultatlos, wie zur Zeit ihres ersten Krankenhausaufenthaltes. Schliesslich ging die Kranke, welche dauernd ein mässiges remittirendes Fieber darbot, in der letzten Zeit aber hinsichtlich ihres Allgemeinbefindens einen relativ besseren Eindruck gemacht hatte, plötzlich unter der Erscheinung des Herzcollapses zu Grunde.

Das Präparat, welches ich Ihnen hier zeige, ist von Interesse, weil es sich um einen über apfelgrossen solitären Leberabscess infolge von Gallensteinen handelt, und weil es beweist, dass selbst bei dieser Genese der Leberabscesse a priori an der Möglichkeit einer Heilung bei rechtzeitiger Entdeckung des Eiterherdes nicht verzweifelt zu werden braucht.

Wie Sie sehen, ist der bis zur Kleinfingerdicke erweiterte Ductus choledochus von einer Reihe perlschnurartig hintereinander liegender Gallensteine gefüllt, welche indess sein Lumen nicht vollständig obturiren und von denen einzelne, bohnen-grosse noch nach der Herausnahme der Leber aus der sehr weiten Einmündungsstelle des Ductus in das Duodenum herausfielen. Der Abscess selbst liegt ziemlich hoch oben im rechten Lappen, dicht unter dem Zwerchfell, mit dessen Unterfläche seine Wandung zum Theil verlöthet ist. Die Leber ist in toto nicht unbeträchtlich vergrössert, und dadurch war auch die bei Lebzeiten beobachtete, auf Collaps-induration des Unterlappens der rechten Lunge beruhende Dämpfung an der rechten hinteren Thoraxwand verursacht.

Mit dem Eiter dieses Falles haben wir Culturversuche angestellt, und es hat sich gezeigt, dass in ihm ausschliesslich eine Bacterienart vorhanden war, die man neuerdings wiederholt bei Leberabscessen gefunden hat, das sogenannte Bacterium Coli commune.

Nach den von Prof. Naunyn auf dem letzten Congress für innere Medicin über die Ursachen der Steinbildung in den Gallenwegen gemachten Mittheilungen ist es wahrscheinlich, dass die Gallensteinbildung zusammenhängt mit einer desquamativen Angiocholitis. Es scheint, als wenn diese Entzündung unter Umständen bedingt wird durch Einwanderung des Ihnen hier in der Cultur vorgelegten Mikroben, der zu den gewöhnlichen Bewohnern des Darminhaltes gehört, des Bacterium Coli commune.

¹⁾ Vortrag mit Demonstration im Verein für innere Medicin.