

# DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Neunzehnter Jahrgang.

Redacteur Geh. Sanitäts-Rath Dr. S. Guttman in Berlin W.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

## I. Aus der II. medicinischen Universitätsklinik in Berlin.

### Zur physikalischen Diagnostik der Gallensteinkolik.

Von C. Gerhardt.

Verschluss des gemeinsamen Gallenganges durch einen Gallenstein führt zu praller Füllung der Gallenblase und der Lebergallengänge mit Galle. Der Anfall beginnt zumeist vier bis fünf Stunden nach der Hauptmahlzeit, d. h. kurz nach dem Eintritt des Mageninhalts in den Zwölffingerdarm während der reflectorischen Austreibung der Galle aus der Blase. Somit wird ein Zustand reichlicher Füllung der Blase und der Gänge von Anfang an vorhanden sein, der, solange der Anfall dauert, soweit die Dehnbarkeit und die Zusammenziehung der Wand gestattet, durch das nachrückende Secret noch gesteigert wird. Je nach ihrer Lage und Grösse kann die Gallenblase sofort, nachdem der Stein eingetreten ist in den gemeinsamen Gallengang, oder erst später bei reichlicherer Füllung oder gar nicht als den Lebertrand überragende Geschwulst wahrnehmbar werden. Je nach ihrer Lage kann dies stattfinden zwischen rechter Parasternal- und vorderer Achsellinie, zumeist jedoch wenig seitwärts vom Aussenrande des rechten M. rectus. Die Gallenblase kann in gefülltem Zustande sich so aufrichten, dass sie einen sichtbaren Vorsprung bildet, oder sie kann nur durch Betastung oder nur durch Percussion nachweisbar sein.

Die Geschwulst der Gallenblase bildet einen kleinen Kugelabschnitt, wo sie gross und weit vorragt, gleicht sie einer Birne mittlerer Grösse. Ist die Geschwulst gross, prall, stark aufgerichtet und deshalb hart anzufühlen, zudem das ganze Organ vergrössert, so liegen falsche Deutungen nahe. Namentlich die Unterscheidung von Leberkrebs kann im ersten Augenblick schwierig erscheinen. Andererseits können zwischen gummösen Geschwülsten gewucherte Zipfel des Lebergewebes, wie auch einzelne weiche Krebsknoten und zufällig am Rande gelagerte kleine Echinococccen Geschwülste der Gallenblase vortäuschen. Bei andauernd Hungernden, wo der Reiz zur Entleerung fehlt, kann die Gallenblase nicht selten durch die Percussion als vergrössert nachgewiesen werden.

Geschwulstartige Schwellung der Gallenblase wird nur bei der Minderzahl der Gallensteinkolikkranken beobachtet. Sie kommt nicht zustande wegen ursprünglicher oder durch Schrumpfung bedingter Kleinheit der Blase, oder sie fehlt nur in einzelnen Anfällen, weil der Verschluss des gemeinsamen Gallenganges unvollständig ausfällt oder zu kurz dauert. Grosse, stark aufgerichtete Geschwulst der Gallenblase findet sich zumeist bei starken Anfällen und bei solchen Kranken vor, die schon oft daran gelitten haben, aber sie kommt auch bei sehr kurz dauernden und leichten Anfällen vor. Gerade bei diesen wird sie zum werthvollen Zeichen und hilft zur Erkennung der wahren Natur vieler anscheinend cardialgischer Anfälle, die ohne Gelbsucht verlaufen. Wo irgend Zweifel bestehen, sollte man die Untersuchung des Kranken im Anfall zu erlangen suchen. Der Beginn eines Anfalles von Cholelithiasis kann mindestens bis zu zwei Stunden Dauer schmerzlos verlaufen, während die Gallenblase schon eine tastbare Geschwulst bildet. Bei Leuten, die schon öfter an solchen Anfällen gelitten haben, kann man aus dem Auftreten der Geschwulst den Schmerzanfall voraussagen. Beim Durchgehen des Steines in den Darm sinkt die Geschwulst rasch zusammen, bisweilen unter tastbarem feinblasigem Rasseln. Dies rasche Schwinden der Geschwulst giebt

die Sicherheit, dass der Anfall zu Ende ist, dass der Nachlass des Schmerzes schon endgültige Bedeutung hat, oder dass trotz Fortdauer des Schmerzes der Anfall seinem Ende entgegengeht.

In seltenen Fällen tritt mit dem Beginne des Anfalles in der Gallenblasengegend ein arteriendiastolisches, blasendes Gefässgeräusch auf, das mit Schluss des Anfalles wieder verschwindet.

Nach einem heftigen, länger dauernden Anfall bleibt regelmässig in der Gallenblasengegend ein umschriebenes, peritoneales Reibegeräusch zurück, das mit der Athmung auf- und absteigt, hie und da gefühlt, leichter mit dem Stethoskop gehört werden kann. Diese örtliche Entzündung des Bauchfelles an der Gallenblase und den nächsten Strecken des Leberüberzuges erklärt es, dass nach schwereren Anfällen der Schmerz nicht plötzlich endet, sondern, wie die Kranken recht wohl unterscheiden, in anderer Form noch ein paar Tage andauert. Gegen diesen nachbleibenden peritonitischen Schmerz scheint die Eisblase bessere Dienste zu leisten, als die zuvor im eigentlichen Anfall wohlthuende Wärme. Diese Entzündung der Serosa setzt sich sehr selten von dem Leberüberzuge durch das Zwerchfell auf Pleura diaphragmatica oder costalis fort. Zu Cholelithiasis tritt Pleuritis selten hinzu, viel seltener als zu Perityphlitis. Dagegen kommt Blinddarmentzündung, auch erstmalige, nicht so selten im Laufe länger dauernden Anfalles von Gallensteinkolik vor. Hierfür dürften länger unmerklich bestandene Veränderungen im Wurmfortsatze, Kothstauung und fortgeleitete Bauchfellentzündung in ihrem Zusammentreffen die Erklärung liefern. Bisweilen beweist nur das Reibegeräusch in der Gallenblasengegend nachträglich, dass der Schmerzanfall von Gallensteinen herrührte.

Während länger dauernder Anfälle schwillt die Leber im ganzen an. Die Lebergegend wird stärker gewölbt, der Rand leichter sichtbar und tastbar im Anfall. Kann man ihn bei mageren Leuten als auf- und absteigende Linie sehen oder tasten oder kann man ihn genau percutiren und anzeichnen im Anfall, so findet sich, wenn alles vorüber ist, ein Unterschied von ein bis zwei Fingerbreiten und darüber vor. Kurz vorübergehende Leberentzündungen mit beträchtlicher Schwellung des Organes, mit Schmerzen in der Lebergegend, mit Fieberbewegung, mit oder ohne Gelbsucht dürften zumeist ihrer eigentlichen Natur nach als Cholelithiasis zu deuten sein. Vollständigen Anfällen können unvollständige in grösserer Zahl vorausgehen, bei denen nur Schmerz und etwa Fieber vorhanden ist, aber weder die Gallenblase noch die Leber schwillt, noch auch Steine gehen ab. Man pflegt anzunehmen, dass in diesen Fällen der Stein nur in den Gallenblasengang eintrat und wieder in die Blase zurückkehrte, aber es bestehen natürlich auch andere Möglichkeiten. Das wichtigste der hier besprochenen Zeichen, die vorübergehende Schwellung der Gallenblase, muss auch vorkommen können, wenn der gemeinsame Gallengang verstopft wird durch Spulwürmer oder Leberegel oder durch entzündliche Ausschwitzungen, auch wo Geschwulstbildung im Kopfe der Bauchspeicheldrüse zeitweise sich steigernden Druck auf den Gallengang ausübt. Dagegen kommt die Schwellung der Gallenblase, so weit meine Erfahrung reicht, nicht vor bei Cardialgie und bei rein nervösen Leberkoliken, wie sie, bisweilen selbst von Gelbsucht begleitet, als Zeichen von Tabes, Hysterie, multipler Sklerose beobachtet werden.

Wenn nach mehreren anscheinenden Anfällen von Gallensteinkolik Steine im Stuhle nicht aufgefunden werden können, kein Reibegeräusch an der Stelle der Gallenblase auftritt, auch im Anfall selbst die Gallenblase nicht vergrössert getroffen wurde, darf

mit ziemlicher Sicherheit Cholelithiasis ausgeschlossen und mit grosser Wahrscheinlichkeit nervöse Leberkolik als Ursache betrachtet werden.

---