DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Siebenter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus dem Allgemeinen Krankenhause in Hamburg.

Ueber subphrenische Abscesse nebst Bemerkungen
über die Operation des Empyems.

(Vortrag, gehalten im hamburgischen ärztlichen Verein am 14. December 1880.)

Von

Dr. Karl Jaffé,

Assistenzarzt am Allg. Krankenhause.

M. H. Man ist in neuerer Zeit auf eine Erkrankung aufmerksam geworden, die früher nur am Secirtische erkannt und dann wohl als anatomisches Curiosum beschrieben wurde, jetzt aber, besonders durch eine Arbeit Leyden's, als wohl charakterisirtes klinisches Krankheitsbild gelten darf und von ihm auch in 3 Fällen intra vitam diagnosticirt wurde. Ich meine die unter dem Zwerchfell sich entwickelnden Abscesse, die dasselbe nach oben in den Thorax hinaufdrängen und ihrer Lage nach sich grössten Theils innerhalb der knöchernen Thoraxwandungen befinden. Diese Abscesse interessiren den Kliniker nicht weniger als den Chirurgen; denn während die Aufmerksamkeit des Ersteren dabei mehr durch die interessanten oder wie Leyden sich ausdrückt, „eleganten“ physikalischen Symptome in Anspruch genommen wird, muss es den Chirurgen interessiren, auch für diese Empyeme ähnliche erfolgreiche Operationsmethoden zu erfinden, wie für die übrigen Empyeme. Bis jetzt aber existirt noch kein bekannter Fall einer Heilung.

Wir selbst hatten im October d. J. Gelegenheit, kurz hintereinander 2 Fälle dieser immerhin seltenen Affection im hiesigen Allg. Krankenhause zu beobachten. Bei dem vielseitigen Interesse, das diese Krankheit bietet, und den vielen noch darin bisher unerledigten Fragen, darf ich vielleicht auf Ihre Nachsicht hoffen, wenn ich Ihnen im Anschluss an die beiden von uns beobachteten Fälle in aller Kürze das bis jetzt darüber Bekannte mittheile, woran ich einige Bemerkungen über die jetzt üblichen Methoden der Empyemoperation anschliessen möchte. Gestatten Sie mir zunächst, Ihnen einen kurzen Ueberblick über die Geschichte und Pathologie dieser Affection zu geben; sehen wir dann, wie weit sich unsere Fälle den bisher beobachteten anschliessen, und lassen Sie uns zum Schluss noch wenige Augenblicke bei der Therapie verweilen.

I. Was zuerst den Namen angeht, um dies gleich zu erledigen, so ist bisher noch keine Einigung in der Nomenclatur erzielt worden, und so finden wir eine grosse Anzahl der verschiedensten Bezeichnungen für denselben Krankheitsprocess, als „suprahepatischer Abscess“ (Bernheim), „pneumoperforative Peritonitis, Subperitonitis“ (Sänger), „falscher Pneumothorax“ (Cossy), „Pyopneumothorax subphrenicus“ (Leyden), „subphrenisches Empyem“ u. s. f., wobei ich Sie an die Worte Billroth's erinnern möchte, die er in seiner „Allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie“ bei der Aufzählung der Synonyma für den chronischen Gelenkrheumatismus gebraucht. „Wenn eine Krankheit“, sagt B.

dort¹⁾, „so viele Bezeichnungen bekommen hat, so ist dies oft ein Zeichen, dass dieselbe in ihrem Wesen noch nicht recht verstanden oder zu verschiedenen Zeiten sehr verschieden aufgefasst ist!“ Dieser Schluss trifft auch für unsere Krankheit in vollstem Maasse zu; denn während die Einen in der Perforation in die Lunge das Hauptmoment erblicken, imponirt den Andern mehr die absonderliche Lage des Abscesses im Abdomen, und wieder Andere finden das Hauptinteresse in der Ähnlichkeit mit eitrigen Pleuraaffectionen. Streng genommen aber darf doch keine dieser speciellen Eigenthümlichkeiten die allein ausschlaggebende für die Bezeichnung werden, und ich schlage Ihnen deshalb den einfach anatomischen Namen „subphrenischer Abscess“ als den prägnantesten und für alle Fälle ausreichenden vor.

Die Literatur über die subphrenischen Abscesse ist bisher als eine recht spärliche zu bezeichnen. Die einfach casuistischen Mittheilungen will ich nur vorübergehend erwähnen. So berichtet Bouchard²⁾ im Jahre 1862 und Eisenlohr³⁾ im Jahre 1877 über je eine Beobachtung, wo ein perityphlitischer Abscess ein Brustempyem vorgetäuscht hatte. Ueber perforirte Magengeschwüre mit links gelegenen Abscessen berichten Wintrich⁴⁾, Needon⁵⁾ und Levison⁶⁾; endlich sah Bernheim⁷⁾ einen rechtsseitigen Abscess zwischen Leber, Zwerchfell und Magen, ohne einen Ausgangspunkt dafür aufgefunden zu haben. Einen ähnlichen Fall hat in allerjüngster Zeit Fischer⁸⁾ publicirt, der einen Geisteskranken betraf, und wo sich als veranlassendes Moment eine Haarnadel im Grunde des Abscesses vorfand.

Eine genauere Beobachtung über einen ebenfalls rechts gelegenen Abscess veröffentlichte Pfuhl⁹⁾ aus Leyden's Klinik, der nach einem perforirten Duodenalulcus zu Stande gekommen war.

Etwas eingehender schon ist eine Arbeit von Säger¹⁾, der 3 hierhergehörige Fälle beobachtete. Im 1. Fall entstand nach einem Schlag in die rechte Weiche ein retroperitonealer Bluterguss, der vereiterte, nach oben auf die Leber wanderte, hier einen subphrenischen Abscess bildete, dann in die Pleura und schliesslich in die Lunge perforirte, wodurch wahrer Pyothorax und Lungengangrän entstand. Im 2. Fall entstand nach einem Sturz auf die linke Seite ein später vereiternder Bluterguss hinter dem Colon, der in die linke Pleurahöhle durchbrach. Im 3. machte ein perforirter Magenulcus einen linksseitigen Abscess, ebenfalls mit Durchbruch nach oben. Die beiden ersten Beobachtungen finden im zweiten unserer Fälle, wie Sie später sehen werden, eine fast vollkommene Analogie.

Neueren Datums ist dann eine Arbeit von Cossy²⁾, der die Entstehung des von ihm sogenannten „faux pneumothorax“ eingehend bespricht, bereits scharf die in den Brustraum perforirten Abscesse von den nicht perforirten trennt und sogar für die ersteren ein wenn auch etwas zweifelhaftes klinisches Symptom anzugeben vermag, nämlich den Faecalgeruch des aus dem Proboscicart ausströmenden Gases.

Die gründlichste und ausführlichste Arbeit endlich ist die schon mehrfach erwähnte von Leyden³⁾, der im Anschluss an 3 von ihm beobachtete und intra vitam diagnosticirte Fälle ein klinisches Krankheitsbild zu entwerfen versucht, das trotz mehrfacher Mängel und Ungenauigkeiten doch wohl für zukünftige Darstellungen maassgebend werden wird.

Lassen Sie uns nun versuchen, mit Zugrundelegung und kritischer Benutzung des von Leyden aufgestellten Symptombildes eine möglichst naturgetreue Schilderung des Krankheitsbildes zu entwerfen. Da die Symptome und der Verlauf der Pleuraempyeme Ihnen Allen aus eigener Erfahrung hinlänglich bekannt sind, so können wir uns hierbei im Wesentlichen auf die differentielle Diagnostik zwischen ihnen und den subphrenischen Abscessen beschränken, und ich wende mich daher sofort zu den Momenten, die für diese Frage in Betracht zu ziehen sind.

Einen sehr wichtigen, und für manche Fälle schon Aus-

¹⁾ l. c. 7. Aufl. pag. 589.

²⁾ cit. von Cossy Sur le pneumothorax engendré etc. Archives gén. de méd. November 1879.

³⁾ Zwei Fälle von lufthaltigen Abscessen etc. Berl. Kl. Woch. 1877.

⁴⁾ Virchow's Pathol. und Therap. Bd. V.

⁵⁾ Wien. med. Presse 1869.

⁶⁾ Nord. med. Arch. 1876.

⁷⁾ Revue méd. de l'Est 1878.

⁸⁾ Ziemssen's Archiv f. kl. Med. Bd. XXVII.

⁹⁾ Berl. klin. Woch. 1877.

¹⁾ Archiv f. Heilkunde, Bd. XIII.

²⁾ l. c.

³⁾ Ueber Pyopneumothorax subphrenicus. Frerichs und Leyden, Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. I.

schlag gebenden Anhaltspunkt bietet zunächst bereits die Anamnese. Subphrenische Abscesse sind eigentlich immer als etwas Secundäres aufzufassen und eine genaue Kenntniss der Entwicklung und des bisherigen Verlaufs der in der untern Thoraxhälfte befindlichen Eiteransammlung führen oft von selbst auf die richtige Diagnose.

Wir müssen uns hier kurz die gewöhnlichen ätiologischen Momente für subphrenische Abscesse vergegenwärtigen. Entweder ist es ein perforirtes Ulcus ventriculi oder duodeni, das schon lange die bekannten Symptome gemacht hat, und zu dem sich nun plötzlich die Erscheinungen eines Pyothorax gesellen. Oder es ging der Entwicklung des Empyems ein paratyphlitischer Abscess vorher; derselbe kann bereits nach Aussen auf natürlichem oder künstlich angelegtem Wege entleert sein und man entdeckt auf ein Mal ein Eiterdépot oberhalb der Leber. Grade die auf solche Art entstandenen Abscesse machten früher betreffs ihrer Entstehungsweise den Pathologen viel zu schaffen und es ist mit ein Hauptverdienst der oben genannten Säger'schen Arbeit, gezeigt zu haben, wie die Anordnung des retro- resp. extraperitonealen Bindegewebes naturgemäss zu dieser Wanderung des Eiters nach oben führt. Man könnte im chirurgischen Sinne von einer eitrigen Phlegmone des retrocoecalen Bindegewebes reden und bei dieser Auffassung wird Jeder, der sich die anatomischen Verhältnisse dieser Gegend vergegenwärtigt, es leicht verstehen, warum der Eiter in den quasi präformirten Bahnen nach oben und auf die Leber gelangt.

Als dritte Hauptursache figuriren dann Traumen aller Art, die das Abdomen treffen; es entsteht zunächst durch Ruptur eines grösseren Gefässes oder gar, wie wir selbst beobachten konnten, eines grösseren Organs ein Bluterguss. Während nun sonst an andern Orten subcutane Extravasate bei richtiger Behandlung gewöhnlich völlig und ohne weitere Nachtheile resorbirt werden, scheint hier die Nähe des Darms oder sonst ein unbekannter Factor eine Vereiterung des Ergusses zu begünstigen; es entsteht der Abscess und liegt derselbe im oder in der Nähe des retroperitonealen Gewebes, so entsteht der subphrenische Abscess.

Nächst der Anamnese kommt dann die physikalische Untersuchung in Betracht und hier ist es der innere Kliniker, der seinen Ruf als Diagnostiker bewähren kann.

Nehmen wir an, wir hätten ein Exsudat im unteren Theil der Thoraxpartie unter entzündlichen Erscheinungen constatirt; die Probepunction hat eine eiterartige Beschaffenheit desselben ergeben und es entsteht die Frage: Liegt die Abscesshöhle oberhalb oder unterhalb des Zwerchfells?

Wir müssen dann zunächst die Fälle mit Perforation in die Lungen von den nicht perforirten strenge sondern. Bei den letzteren finden wir in den oberen Lungenpartien völlig normale Verhältnisse, also vollen Percussionsschall bis zum Beginn der absoluten Dämpfung, reines Vesiculärathmen ohne Aftergeräusche, normalen Stimmfremitus. Im Bereich der Dämpfung fehlt jedes Athemgeräusch, ebenso der Fremitus, und zwar schneidet ersteres am Beginn der Dämpfung mit einer scharfen Grenze ab. Beim wahren Pyopneumothorax sind die Verhältnisse gewöhnlich anders; nur selten ist die zugehörige Lunge ganz intact, da von ihr aus meistens der Pneumothorax zu Stande gekommen ist. Es fehlt somit der scharfe Uebergang von der gesunden zur erkrankten Partie. Ist der subphrenische Abscess bereits in die Lunge perforirt, so gestalten sich die Verhältnisse freilich anders; hier gewährt die physikalische Untersuchung für die differentielle Diagnostik nur wenig Anhaltspunkte und wir sind mehr auf die Anamnese und andere Erscheinungen von Seiten des Abdomens angewiesen.

Ausser den genannten giebt es dann noch ein physikalisches Symptom, das die Diagnose unterstützen kann und auf das Pfuhl¹⁾ aufmerksam gemacht hat. P. ging von der Ueberlegung aus, dass bei den respiratorischen Bewegungen des Thorax die Druckverhältnisse im Brustraum sich gerade umgekehrt verhalten müssen, wie im Bauchraum. Im Letzteren erzeugt die Inspiration eine Steigerung, die Expiration eine Verringerung des Druckes; im Thorax findet das umgekehrte Verhältniss statt. Fügt man also an die in den Abscess eingeführte Punctionskanüle ein Manometer, so werden die während der Respirationsbewegungen an demselben entstehenden Druckschwankungen direct einen Schluss darüber zulassen, ob die Canüle sich oberhalb oder unterhalb des Zwerchfells befindet. Ich glaube, man wird bei einigermaassen reichlichem Exsudat auch ohne Manometer von dieser Erscheinung Gebrauch machen können, wenn man auf die Verschiedenheit

¹⁾ l. c.

der Ausflussmenge oder die Ausflussgeschwindigkeit während In- und Expiration sein Augenmerk richtet. Ueberwiegt dieselbe beim Inspirium, so liegt der Eiter unter dem Zwerchfell, im anderen Falle darüber.

Den übrigen von Leyden aufgestellten differentiellen Symptomen kann nicht der diagnostische Werth beigemessen werden, den ihnen dieser Autor vindicirt. Dahin rechne ich:

1) das Fehlen von Husten und Auswurf, was wenigstens für ersteren für die meisten Fälle von subphrenischen Abscessen gar nicht einmal zutrifft,

2) eine angeblich geringere Verschiebung des Herzens,

3) endlich ein schneller Schallwechsel beim Umlagern des Kranken.

Diese Zustände kommen ebenso häufig bei Pleurabscessen vor und Jeder von Ihnen wird wissen, wie misslich es ist, aus quantitativen Unterschieden physikalischer Symptome eine Differentialdiagnose stellen zu wollen.

II. Gestatten Sie mir jetzt, meine Herren, Ihnen die beiden Fälle, die im October 1880 im hiesigen allgemeinen Krankenhause auf der Abtheilung des Herrn Dr. Schede zur Beobachtung kamen, flüchtig zu skizziren.

Im 1. Fall handelte es sich um einen 30jährigen Klempner, der am 21. September auf die Abtheilung des Herrn Directors Dr. Curschmann aufgenommen wurde. Er war 3 Wochen vorher an heftigen Leibschmerzen rechts plötzlich erkrankt und bettlägerig geworden; in den letzten 8 Tagen hatte sich eine langsam wachsende, schmerzhaft Geschwulst in der rechten Seite des Leibes herausgebildet. P. wurde 2 Tage später, also am 23. September, zur Eröffnung eines „perityphlitischen Abscesses“ auf die chirurgische Abtheilung verlegt. Wir fanden einen äusserst heruntergekommenen, blassen Menschen mit leicht erhöhten Temperaturen und kleinem, frequentem Pulse. In der Ileocoealgegend war die Haut geröthet und gespannt, der Fingerdruck blieb stehen. Das Haut-oedem setzte sich nach oben bis fast zum Rippenrande fort. In der Tiefe des Leibes rechts fühlte man eine teigige, pralle, schwach fluctuirende, äusserst schmerzhaft Geschwulst, die als „perityphlitischer Abscess“ mit beginnender Perforation nach Aussen diagnosticirt wurde. Die physikalische Untersuchung des Thorax ergab links normale Verhältnisse. Rechts

fand sich h. u. Dämpfung bis zur Mitte der Scapula; an der oberen Grenze derselben bronchiales Athmen und mittelgrossblasiges crepitirendes Rasseln. V. r. war lauter, voller Schall bis zur 5. Rippe, von da ab gedämpft tympanitischer; bei percutorischer Auscultation entstanden deutlich metallische Phänomene. Das Athmungsgeräusch, bis zur V. Rippe rein vesiculär, schnitt hier scharf ab, um im Bereich der Dämpfung ganz zu verschwinden. In der rechten Seitenwand ging letztere bis zur VI. Rippe; auch hier fehlte das Athmungsgeräusch von der VII. Rippe ab; zeitweise hörte man amphorischen Hauch. Dislocation des Herzens wurde nicht constatirt. Die Diagnose lautete auf ein Pleuraempyem, entstanden durch Durchbruch des Bauchabscesses durch das Zwerchfell.

Es wurde zunächst der Bauchabscess durch eine 12 Ctm. lange Incision eröffnet und hierdurch über 1000 Grs. dünner, fäculent riechender Jauche nebst grossen Mengen necrotischer Gewebsetsen entleert. Der Schnitt führte in eine grosse, augenscheinlich extraperitoneal gelegene, bis zum Leberrande reichende Höhle; ein Einfluss auf das Thoraxempyem konnte durch die Entleerung des Bauchempyems nicht constatirt werden. Die Wunde wurde dann ausgiebig drainirt und Pat. in ein permanentes, antiseptisches Bad (5 Kilo Natr. subsulfuros. auf 1 Vollbad) gesetzt. — Die Eröffnung des oberen Abscesses geschah erst 2 Tage später und wurde in der Weise ausgeführt, dass eine breite Incision im VII. Intercostalraum in der Axillarlinie gemacht wurde, wodurch wieder fast 1 Liter putriden Eiters entleert wurde. Auch hier geschieht ergiebige Drainage, und P. kommt wieder in's permanente Bad. Obgleich nun der locale Wundverlauf ein durchaus günstiger zu werden schien, indem die Bauchwunde in den nächsten Tagen bereits sich zu reinigen anschickte, die Ränder sich mit Granulationen bedeckten, der Gestank bedeutend nachliess und auch eine reichliche Ausstossung gelöster abgestorbener Partien eintrat, so war der Kräftezustand des P. so erschöpft, dass er zu diesem Heilungspross nicht mehr ausreichte. Trotz der energischsten Reizmittel verfiel der Kranke rapide, bekam schliesslich Inanitionsdelirien und starb am 2. October, also 9 Tage nach der ersten Operation.

Die Autopsie ergab einen lateral vom Coecum gelegenen Kothabscess, ausgegangen von einer Perforation des Wurmfortsatzes, der in toto in einen necrotischen Strang

umgewandelt war. Oberhalb der Leber fand sich eine mit dem Kothabscess nicht communicirende, kindskopf-grosse, mit stinkender Jauche nur theilweis erfüllte Höhle, die nach oben vom Zwerchfell, nach links vom Lig. suspensor. hepatis und nach unten vom rechten Leberlappen begrenzt war; sie reichte nach oben bis zum oberen Rand der IV. Rippe und in sie hinein führte die Schnittfläche in der Achsellinie. Der Mittel- und Unterlappen der rechten Lunge war atelectatisch, sonst beide Lungen normal. In der Bauchhöhle keine Spur freien Exsudats, wohl aber ein frischer peritonitischer Belag auf den dem Kothabscess zunächst gelegenen Darm-schlingen.

(Schluss folgt.)