II. Zur Heilung primärer perinephritischer Abscesse.

Von

Dr. Carl Elias in Breslau.

Das reichliche um die Nieren liegende Fettzellgewebe entzündet sich primär meist in Folge traumatischer Einwirkungen: wie Quetschung der Lendengegend, Stoss, Fall auf dieselbe, Verletzung durch Stich, Schuss, Erschütterung beim Reiten, grosse körperliche Anstrengung; seltener im Verlaufe und in Folge schwerer Infektionskrankheiten bei Typhus, Pocken; oder ohne vorhergegangene Erkrankung: nach Durchnässungen und Erkältungen bei stark schwitzendem Körper. Ein entzündlicher Process in diesem lockeren Zellgewebe breitet

sich im retroperitonealen Bindegewebe durch seine vielfachen Verbindungen nach dem Zwerchfell, Rücken und besonders nach dem Becken schnell aus und geht fast immer in Eiterung über. Es existiren nur wenig gut beobachtete Fälle, in denen eine Perinephritis ohne Eiterbildung zur Heilung gelangte; so die von Gibney (*Americ. Journal of. med. science* 1877) und Trousseau. Werden diese Abscesse in ihrer Entwicklung sich selbst überlassen, so kommt es am häufigsten a) zu einem Durchbruch nach Aussen und zwar meist in der Lumbalgegend; nachdem der Eiter dort die Muskulatur oft in grossem Umfange unterwühlt und zerstört hat; oder durch Bildung von Senkungsabscessen an entfernteren Stellen der Haut, wie in der Fossa iliaca, Schenkelbeuge, Scrotum; ferner nach der Urethra, Vagina, Harnblase, selbst nach dem Hüftgelenk; b) in benachbarte Organe. Unter diesen nimmt nach der Zusammenstellung von Nieden, (*Deutsch. Archiv f. kl. Medic.* 22 B.) der 166 Fälle von perinephritischen Abscessen aus der Literatur gesammelt hat, die Perforation nach dem Darm und hauptsächlich nach dem Colon den ersten Platz ein. Nächstdem erfolgt sie am häufigsten in die Pleurahöhle und die Lungen, dann in den Magen, das Duodenum und die Peritonealhöhle. Trotzdem bei allen diesen Ausgängen Heilung des Abscesses und vollständige Genesung vorkommen, so ist doch darüber kein Zweifel; dass man perinephritische Abscesse so frühzeitig als möglich eröffnen muss; nachdem man sich in zweifelhaften Fällen eventuell durch eine Explorativpunction die Diagnose gesichert hat. Um nun bei der Incision durch die dicken Muskelschichten möglichst Blutungen zu vermeiden, haben besonders französische Autoren wie Demarquay, Nélaton, Jobert und l'Ecorché (*Maladies des reins*) gerathen, transversal — der Richtung der Lendenarterien parallel — schichtweise zu incidiren und halten die Stelle an der äusseren Seite des M. sacrolumbalis, wo die Aponeurosen der M. transversus und obliquus internus zusammen kommen, ungefähr zwei Finger breit unter den falschen Rippen — als die geeignetste. — Trotz dieser Vorsichtsmaassregel hat gerade Demarquay bei der Incision eines derartigen Abscesses eine tödtliche Hämorrhagie beobachtet und ist dieser Fall von Féron

(De la périneph. primitiv. Paris 1860) beschrieben worden. — Bei vorsichtiger schichtweiser Trennung der Muskellagen ist indessen auch an jeder anderen Incisionstelle in der Lumbalgegend eine grössere Blutung zu vermeiden und nöthigenfalls leicht zu stillen. — Nach der Entleerung des Abscesses muss für einen guten Abfluss des Eiters durch Drainage oder Gegenöffnung, sowie für eine gründliche Desinfection desselben gesorgt werden; besonders, wenn der Eiter wegen der Nachbarschaft des Darmes einen stark fäculenten Geruch verbreitet. Von der früher öfter geschehenen Eröffnung der perinephr. Abscesse durch Aetzung ist man jetzt abgekommen; ebenso wenig würde die Aspiration der Eitermassen zu empfehlen sein. Je früher die Incision und Entleerung des Abscesses, desto besser die Prognose und schneller die Heilung. Unter Abnahme aller fieberhaften Erscheinungen und grosser Erleichterung für die Kranken, verkleinert sich die Abscesshöhle nach frühzeitiger Entleerung meist ziemlich rasch und der ganze Process kann in 14 Tagen bis 4 Wochen beendet sein. In seltenen Fällen und besonders dann, wenn die Entwicklung des Abscesses mehr chronisch vor sich ging, dauert er selbst Monate lang und führt durch starke Narben- und Schwartenbildung in der Umgebung der Nieren, Uretheren und durch Uebergreifen der Entzündung theils auf diese, theils auf das die grossen Gefässe begleitende Bindegewebe zu pathologischen Veränderungen, — wodurch noch sehr spät der lethale Ausgang herbeigeführt wird. Immerhin sind solche Fälle sehr selten, und ist der folgende genau beobachtete Fall eines primären idiopathischen, perinephritischen Abscesses insofern von besonderem Interesse, als sich erst bei fast vollendeter Heilung desselben, die eben angedeuteten secundären entzündlichen Processe entwickelten, die schliesslich mit enormen Ascites, Hydropericardium und Hydrothorax geendet haben. —

P. Koenig, Eisenbahnschaffner, 33 $\frac{1}{4}$ J., stammt aus gesunder Familie, ist früher nie erheblich erkrankt gewesen. Im Feldzuge 1870/71 erhielt er einen Fleischschuss in die rechte Wade, der ohne Functionsstörungen nach 10 Wochen vernarbt war. Von da ab, bis zur gegenwärtigen Krankheit erfreute er sich einer guten Gesundheit und hat den anstren-

genden Dienst in den letzten fünf Jahren ohne Unterbrechung gethan. Am 10. December 1877 auf einer Eisenbahnfahrt bei kaltem stürmischem Wetter, bekam er plötzlich einen sehr heftigen Schüttelfrost. Er fühlte sich am folgenden Tage sehr matt, hatte wenig Appetit, jedoch nirgends Schmerzen.

Am 12. December Nachmittags trat der 2. Schüttelfrost ein mit folgender Hitze und starkem Schweiss; letzterer hielt fast die ganze Nacht an. Mit ziemlicher Regelmässigkeit wiederholten sich diese Frostanfälle mit einem Fieber und Schweisstadium im tertianen Typus und widerstanden hartnäckig grossen Chinindosen. Die Milz war ein wenig vergrössert; Stuhlgang sehr retardirt. Am 17. December fand sich ohne Veranlassung ein dumpfer Schmerz in der rechten Lendengegend, der bei tiefen Athembewegungen heftiger wurde. Einige trockene Schröpfköpfe und heisse hydropathische Fomente beseitigten denselben schon am folgenden Tage ziemlich vollständig.

Am 20. December trat er an derselben Stelle von Neuem auf und verbreitete sich schnell nach dem Rücken hin; die ganze rechte Lendengegend wurde nun auf tiefen Druck empfindlich. Bis zum 23. December blieben die localen Erscheinungen unverändert. Der Kranke fühlte sich in ruhiger Lage schmerzfrei und empfand nur Stechen in der rechten Seite bei Bewegungen des Rumpfes, Husten, Stuhlgang. Der Urin wird schmerzlos gelassen; sauer, React. gelbroth, hat ein spec. Gew. 1017, enthält weder Eiweiss, Eiter noch rothe Blutkörperchen; dagegen reichlich harnsaure Salze. Urinmenge trotz vieler eingenommenen Flüssigkeiten, geringer als sonst. Morgentemp. zwischen 38,5—39; Abendtemp. nicht unter 39,2—39,7. Appetit schlecht, Puls mittel voll 85—90. Die Untersuchung der Lungen ergiebt überall vesiculäres Athmungsgeräusch, Herz frei, Bauch etwas gespannt, auf Druck unempfindlich. In der rechten Lumbalgegend ebenso wie links tympanitischer Percussionston. Vom 24. December ab verschwanden die Schmerzen im Rücken, strahlten jedoch von der rechten Nierengegend nach der Regio iliaca aus und klagte Patient bald über eine starke Spannung in der rechten Unterbauchgegend und Schmerzen im ganzen rechten Beine. Er hält den rechten Oberschenkel ein wenig flectirt,

kann auch noch ziemlich schmerzfrei in dieser Position und dem stark nach Vorn und Rechts geneigten Rumpfe langsam umhergehen; in der Rückenlage bleibt der Oberschenkel flecirt und leicht adducirt. Schmerzen nach der Blase zu sind nicht vorhanden; ebenso wenig Retraction des rechten Hodens. Der sonst normal ernährte Mann war während der 17 tägigen Krankheit stark heruntergekommen und blass und mager geworden. Zwischen der linken Hüfte und Thoraxwand bestand die normale — hier ziemlich beträchtliche — Einsenkung; rechterseits ist dieselbe bedeutend geringer. Die Haut darüber glänzend, etwas oedematös nicht geröthet. Der Kranke hustet öfter und klagt über heftige Stiche rechts. Während Lungen und Pleura überall normalen Befund ergeben, zeigt die Percussion der sehr empfindlichen rechten Lumbalgegend gedämpften leicht tympanitischen Ton. Schüttelfröste sind seit dem 20. December nicht mehr eingetreten; dagegen allnächtlich profuse Schweisse. Nun stellten sich auch öfter kolikartige Schmerzen ein, die von der Lendengegend nach dem Nabel hin ausstrahlten und von Uebelkeit begleitet waren. Am 30. December war folgender Status: Starke Abmagerung, Herz, Lungen und Pleura frei. In der linken eingefallenen Lumbalgegend tympanitischer Ton. Die ganze rechte glänzend, oedematös, gespannt, ist gedämpft. Die Dämpfung erstreckt sich nach Oben in der Linea axillaris bis zur Höhe der 9. Rippe, nach Unten in die Regio iliaca dextra bis zur Spin. ant. sup. und wird nach Vorn durch die verlängerte Linea mammillaris begrenzt. Es ist bestimmt Fluctuation nachzuweisen. Der Bauch kugelig, auf der rechten Seite empfindlich, daselbst Gefühl starker Spannung. An den unteren Extremitäten kein Oedem. Bei Bewegungen des Rumpfes so wie des rechten Beines heftige Schmerzen, im letzteren öfter das Gefühl von „Ameisenkriechen“. Die Abendtemp. 40, des Morgens nie unter 38,5—39. Puls klein 90—100, Appetit gering, Zunge trocken, grosser Durst, retardirter Stuhl. Urin sauer, sparsam, 1018 spec. Gew., braunroth ohne Eiweiss, Eiter noch Harneylinder; enthält nur harnsaure Sedimente.

Die locale Behandlung besteht in hydropathischen warmen Umschlägen. Eine Punction wurde inhibirt. In den folgenden

Tagen heftiges Stechen unter den falschen Rippen und starker Husten. Ueber die Diagnose konnte kein Zweifel mehr obwalten. Es handelte sich um einen idiopathischen primären perinephritischen oder extrarenalen Abscess, der seit einigen Tagen bei den erneuerten Hustenanfällen und vermehrten Stichen unter den falschen Rippen durch das Zwerchfell in's Cavum pleurae durchzubrechen drohte. Am 5. Januar 1878 am 25. Tage der Erkrankung wurde am unteren Rande der letzten Rippe parallel zu derselben etwas nach Hinten von der Linea axill. schichtweise incidirt und der Abscess eröffnet. Sofort schoss ein stark nach Fäces riechender gelblich weisser mit Blut tingirter Eiter im Strahle aus der Wunde hervor. Durch langsamen Druck auf das rechte Hypochondrium und die Reg. iliaca, und gleichzeitige tiefe Inspiration wurden fast Zwei Liter Eiter entleert. Nach Erweiterung der Wunde in der Tiefe bis auf 5 Cm. war der äussere Rand der rechten Niere deutlich zu fühlen. —

Ein behufs Irrigation mit 2 Proc. Carbollösung eingeführter Catheter à double courant konnte in der Richtung nach der Spin. ant. sup. 22 Cm. weit eingeführt werden. Hierauf Einlegen eines Gummidrainrohres und Einwickelung der Lendengegend. Der Kranke fühlte sich wesentlich erleichtert; die Spannung und Schmerzen, sowie Stiche beim Husten gering, die Wirbelsäule und der rechte Oberschenkel waren beweglicher. Die Temperatur eine Stunde vor der Incision 40,2 war 2 Stunden später auf 38,3; der Puls von 110 auf 85 gefallen. In der folgenden Nacht mehrere Stunden Schlaf. Bei täglicher Irrigation des Abscesses verlor sich der fäculente Geruch des Eiters bald; das Allgemeinbefinden besserte sich, Durst verlor sich und der Appetit nahm täglich zu. Temp. des Morgens gewöhnlich 37,3—38, des Abends nicht über 38,2—5. Urin gelbroth, ohne abnorme Bestandtheile. — Die Abscesshöhle verkleinert sich bei mässiger Eiterung langsam. Am 20. Januar 1878 Mittags Temperatursteigerung auf 39,5 bei unverändertem Allgemeinbefinden und normaler Beschaffenheit der Wunden und des Eiters; der nun sparsam abfließt.

Am 25. wird behufs leichtern Eiterabflusses dicht über der Crist. oss. ilium. ungefähr 8 Cm. unter der ersten Wunde

eine Gegenöffnung angelegt und durch beide Wunden ein Gummidrainrohr durchgezogen. Die Sondirung von der unteren Wunde aus ergab nur einen längeren Fistelgang nach dem kleinen Becken und einen kürzeren nach dem Rücken zu. Am Abend ein Schüttelfrost mit Temperatursteigerung auf 40,3. Von da ab Verschlechterung des Allgemeinbefindens und anhaltende Temperaturerhöhung. Urin rothbraun, 1019 sauer, enthält kleine Mengen Eiweiss, keine Harn-cylinder, keine rothen Blutkörperchen, Appetit gering, Neigung zum Erbrechen, Diarrhoen. Am 10. Februar, da die Eiterabsonderung sehr nachgelassen hat, wird das Gummidrainrohr aus der obern Wunde entfernt und nur noch in der untern fixirt. Am 20. Februar werden die blassen und schlaffen Granulationen der obern Wunde, die gar keine Neigung zur Vernarbung zeigen, mit dem scharfen Löffel entfernt, gleichzeitig die beiden Fistelgänge ausgekratzt, wobei eine heftige venöse Blutung eintrat, die durch Eiswasserirrigation gestillt werden musste. —

Urin braunroth trübe, schwachsauer, setzt sich beim Stehen und zeigt am Boden ein gelblichrothes Sediment, darüber eine klare braunrothe Flüssigkeit. Letztere enthält Eiweiss, erstere viel Eiter und dachziegelförmig gelagerte Epithelien, harnsaure Salze, aus welchem Befunde mit grösster Wahrscheinlichkeit eine secundäre Pyelitis angenommen werden konnte. Während des Monat März variirte die Eitermenge im Urin, der Kranke erholte sich trotz allabendlichen Fiebers bei ziemlichem Appetit, so dass er Anfang April mehrere Stunden am Tage ausser Bett bleiben konnte. Therapie seit Auftreten von Eiter im Urin: erst Tannin, später Chinin. sulph. mit Eisen und sehr kräftige Brühen und gute Weine. Schmerzen waren gar nicht vorhanden, nur ein gewisses Druckgefühl in der rechten Nierengegend, die äusserlich von der linken gar nicht zu unterscheiden ist und auch percutorisch mit der gesunden gleich erscheint. Mitte April beginnt eine leichte ödematöse Schwellung an beiden Knöcheln, rechterseits steigt sie innerhalb weniger Tage bis zur Mitte des Oberschenkels. Inguinaldrüsen nicht geschwellt, Venen frei. Die Regio iliaca auf Druck nicht schmerzhaft, dennoch vermochte Pat. das rechte

Bein nicht zu strecken und geht noch in der früheren angegebenen Position mit etwas flectirtem Oberschenkel.

Ende April besteht nur noch eine sehr enge Communication zwischen beiden Wunden, die obere trichterförmig in der Vernarbung begriffen erbsengross, die untere — noch offen gehalten — mit üppigem Granulationswall umgeben. Von derselben gelangt man noch in einen 6 Cm. langen nach dem Becken zu führenden engen Fistelgang. — Eiterabsonderung nur noch aus der unteren. Im Uebrigen Appetitlosigkeit, öfter Erbrechen, Diarrhoen. Oedem an beiden unteren Extremitäten hat zugenommen, kein freier Ascites, Urin unverändert, enthält viel Eiter. Temperatur des Mittags am höchsten, nie unter 39,3. Puls klein, frequent; trockner Husten. Die Kräfte nehmen ab. Mitte Mai ist die obere Wunde vernarbt, aus der unteren nur noch geringer Eiterabfluss, der nach dem Becken führende Fistelgang bis auf 3 Cm. verkürzt, sehr eng. Entfernung des Drainrohres. Das Oedem an den Extremitäten sehr gering; dagegen freier Ascites bis 2 Finger breit unter dem Nabel. Athemnoth, geringes Hydropericadium und beginnender Hydrothorax. Urin enthielt nur wenig Eiter und Eiweiss, keinen Gallenfarbstoff. Pat. ist sehr heruntergekommen, hat gar keinen Schlaf, am Kreuzbein beginnt Decubitus. Puls klein. Am 20. Mai, als die Ascitesflüssigkeit drei Finger breit über dem Nabel steht und höchste Athemnoth vorhanden ist, wird die Punction des Abdomens gemacht und ungefähr 10 Liter einer hellgelben Flüssigkeit entleert, worauf der Leib stark eingewickelt wurde. — Die Punction erleichterte den Kranken ausserordentlich. Die Athemnoth hörte auf, Puls besserte sich, indessen blieb die Abendtemperatur anhaltend über 40,0. Morgentemperatur nicht unter 39. Urin sparsam, braunroth, sauer, 1010, enthält nur sehr wenig Eiter und Salze, keine Epithelien. Bei vollständiger Appetitlosigkeit nehmen die Kräfte schnell ab, die Ascitesflüssigkeit steht am 29. Mai wieder zwei Finger breit unter dem Nabel. Am 30. Mai Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems.

(Schluss folgt.)