Ein operativ geheilter Milzabsceß nach Typhus abdominalis.

Von Dr. Paul Esau, zurzeit Volontär-Assistent der Medizinischen Universitätsklinik in Straßburg.

Wenn ich diesen schon in einer Dissertation verwerteten Fall nochmals veröffentliche, so geschieht es aus dem Grunde, weil ich aus der Mitteilung Federmanns (Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, No. 15) ersehe, daß er in der Fülle der Literatur verschwunden ist, da bekanntermaßen niemand Dissertationen liest. Da es aber ein ganz instruktiver Fall war und Milzabszesse auch nicht zu den alltäglichen Dingen gerechnet werden dürfen, hole ich ihn mit der gütigen Erlaubnis von Herrn Prof. Moritz (Gießen) wieder ans Tageslicht.

Friederike S., Arbeiterfrau von 38 Jahren, wurde am 26. August 1902 in die Medizinische Klinik zu Greifswald aufgenommen.

Anamnese: Familiär nichts von Belang, Patientin will früher nie krank gewesen sein. Vor vier Wochen erkrankte sie mit Kopfschmerzen, zu denen sich später noch Durchfälle gesellten. Vor 14 Tagen (12. August) mußte Patientin sich ins Bett legen, da die Durchfälle häufiger (bis achtmal täglich) wurden und sie sich sehr schwach fühlte. Jetzt klagt Patientin über Durchfälle. Auch will sie seit der Erkrankung etwas schwerhörig geworden sein.

Status praesens: Patientin ist von mittlerer Statur, Muskulatur und Fettpolster mäßig entwickelt. Auf der Haut von Brust und Bauch findet sich eine große Zahl von auffallenden Roseolen. Atmung ruhig und gleichmäßig, Frequenz 22 p. m. An den Lungen nichts Besonderes. Herzdämpfung nicht verbreitert. Der Spitzenstoß ist im fünften Interkostalraum innerhalb der Mamillarlinie fühlbar, an der Herzspitze ist ein deutliches systolisches Geräusch hörbar. Temperatur 38,7°. Puls weich, 108 p. m. Leib aufgetrieben; Bauchdecken sehr dünn und schlaff, Peristaltik deutlich sichtbar. Die Leber erscheint etwas gesenkt. Milz deutlich palpabel. Stuhl dünnflüssig, von grünlich-bräunlicher Beschaffenheit; der Urin geht gleichzeitig mit dem Stuhl ab.

30. August. In katheterisierten Urin deutlicher Gehalt von Eiweiß; Diazoreaktion +.

4. September. Besonders rechts starke diffuse Bronchitis, kein Husten. Roseolen verschwunden.

5. September. Ueber beiden Lungen großblasiges Rasseln.

9. September. Oedem des rechten Fußes und Unterschenkels ohne Schmerzhaftigkeit, verschwindet Tags darauf.

14. September. Klagen über stärkere Schmerzen im rechten Bein, Anschwellung des rechten Oberschenkels.

16. September. Hinten unten rechts, unterhalb des achten Brustwirbels, Dämpfung und Knisterrasseln, ebenso hinten links, unterhalb des achten Brustwirbels, Dämpfung und Bronchialatmen; keine Rasselgeräusche. Vereinzelt Giemen über der ganzen Lunge. Patientin klagt über Schmerzen im Rücken.

20. September. Links hinten unten eine handbreite, absolute Dämpfung und abgeschwächtes Bronchialatmen; keine Rasselgeräusche. In der ganzen Herzgegend tympanitischer Klang, Herztöne nicht fern klingend.

23. September. Ueber der rechten Lunge ist die schon bestehende Dämpfung größer geworden; reichliches Knacken.

26. September. Abends Temperatursteigerung auf 40,7°.

27. September. Morgentemperatur 39,2°. Patientin schwitzt stark. Stuhl diarrhoisch, Milz palpabel.

29. September. Rechts hinten unten Rasseln, links hinten unten, vom sechsten Brustwirbel an abwärts, absolute Dämpfung, Stimmfremitus aufgehoben, abgeschwächtes Bronchialatmen, kein Rasseln. Links vorn tympanitischer Schall, desgleichen über dem Herzen; Herz nicht nach rechts verdrängt. In der vorderen linken Axillarlinie bis zur Höhe der Mamilla Dämpfung; Herztöne leise.

30. September. Absolute Herzdämpfung rechts durch den linken Sternalrand, oben durch die vierte Rippe gebildet, Herzspitzenstoß nicht fühlbar. Im fünften Interkostalraum deutliches systolisches Geräusch; über der Mitte des Herzens lautes pericardiales Reiben, das nach der Basis zu schwächer wird. Am Herzrand mit der Atmung synchrones, schwaches Reiben hörbar, das auch mit aufgelegter Hand fühlbar ist.

3. Oktober. Starker Schweiß in der letzten Nacht, Temperatur 36,1°. Auch hinten vereinzelt Reiben hörbar.

9. Oktober. Grenze der absoluten Dämpfung hinten links um einen Wirbelkörper tiefer. Seit zwei Tagen Herpes labialis. Klagen über Stiche in der linken Seite. Reiben nirgends hörbar.

13. Oktober. Schmerzen unter dem linken Rippenbogen wurden bei tiefem Atemholen heftiger; ein Tumor ist fühlbar, welcher bei Palpation ziemlich schmerzhaft zu sein scheint. Dämpfung über den Lungen geht auf der ganzen linken Seite bis zur Mamillarlinie in Höhe der Mamilla. Zweiter Aortenton verstärkt.

15. Oktober. Klagen über anfallsweise auftretende Schmerzen in der linken Seite. Der Tumor (für Milz angesprochene Resistenz) ist nicht zu fühlen. Bauchdecken straff gespannt. Exsudat links unverändert; die Probepunktion am folgenden Tage ergibt klare, etwas blutig gefärbte Flüssigkeit.

17. Oktober. Starke Schmerzen unter dem linken Rippenbogen; wegen der gespannten Bauchdecken ist jedoch nichts zu fühlen.

18. Oktober. Schall über der rechten Spitze hinten verkürzt; Lungengrenzen rechts hinten unten nicht gut verschieblich. Links hinten vom fünften Brustwirbel an Dämpfung, die vom sechsten nach unten zu absolut ist. Dieselbe reicht horizontal nach vorn und geht in Höhe der vierten Rippe in die Herzdämpfung über; Stimmfremitus über der Dämpfung aufgehoben. Ueber der rechten Spitze Vesikuläratmen; nächtliche Schweiß. Bei Betastung spannt sich die Bauchdecke zwischen linkem Rippenbogen und Darmbeinkamm reflektorisch; unter dem straffen Musculus rectus ist noch eine Resistenz fühlbar. Aus dem linken Hypochondrium tritt ein Tumor hervor, der in seinen Konturen dem vorderen Milzpole entspricht; er hat eine Breite von etwa 11 cm und überragt den Rippenrand um 6 cm. Nach hinten und oben ist die Milz nicht abzugrenzen.

21. Oktober. Milztumor unverändert, zeitweise Schmerzen.

28. Oktober. Punktion des Tumors im linken Hypochondrium; es wurde sanguinolenter Eiter entleert, aus dem sich Typhusbacillen in Reinkultur züchten ließen.

30. Oktober. Der milzförmige Tumor im linken Hypochondrium ist seit dem 18. Oktober besonders in die Breite gewachsen. Er ist am Rippenbogen 14 cm breit, überragt ihn um 9 cm. Linke Seite etwas vorgewölbt. In halbrechter Seitenlage etwas Dämpfung in den abhängigen Teilen links. Tumor bei der Respiration nicht verschieblich. Pleuraexsudat erheblich zurückgegangen, es überragt die rechte untere Lungengrenze um etwa 1½ Wirbelkörper.

31. Oktober. Patientin wird auf die chirurgische Station mit der Diagnose „Typhöser Milzabsceß“ verlegt. In Chloroformnarkose wird folgende Operation von Herrn Prof. Bier sofort ausgeführt. Etwa 7 cm langer Schnitt dicht unterhalb des linken Rippenbogens, demselben parallel. Nach Durchschneidung der Bauchdecken kommt man auf harte, fibröse Schwarten. Probepunktion zunächst negativ; dann wird die Spritze schräg nach oben und hinten eingestoßen und nun wird gelber Eiter entleert. Inzision in derselben Richtung. Etwa 200 ccm Eiter, der mit Fetzen von Milzgewebe vermischt war, werden zutage gefördert. Typhusbacillen darin nachgewiesen. Erweiterung der Öffnung mit dem Dilator; Einlegen eines starken Drains; Verband. In den nächsten Tagen mäßige Sekretion, einige nekrotische Milzfetzen stoßen sich noch ab. Temperatur nach der Operation sofort zur normalen abgesunken.

13. November. Es entleeren sich noch nekrotische Fetzen; die Eiterhöhle hat sich stark verkleinert. Patientin hat sich gut erholt und an Gewicht erheblich zugenommen.

13. Dezember. Patientin wird als geheilt entlassen.

Man sieht verhältnismäßig selten, aber doch nach einer ganzen Reihe von Krankheiten, besonders infektiösen, das Auftreten von Milzabscessen, z. B. bei Polyarthrits rheumatica, Febris recurrens, Ruhr, Variola vera, Malaria, nach Endocarditiden, auf tuberculöser Basis, bei puerperalen und Wundinfektionskrankheiten. Außerdem liegen eine Anzahl von Beobachtungen vor, in denen man sich die Art ihrer Entstehung nicht recht vorstellen kann; dahin gehören: Milzabscesse nach Traumen, Ueberanstrengungen, Alkoholmißbrauch, Erkältung, Leukämie, Scorbut und Purpura. Endlich kommen Milzabscesse vor, bei denen eine Ursache nicht festzustellen ist.

Milzabscesse nach Typhus sind bis jetzt in 20 Fällen beobachtet worden; 13 Patienten sind ohne Operation gestorben, dreimal wurden dabei Typhusbacillen im Absceßteiler post mortem nachgewiesen. Fünf Patienten wurden mit Erfolg operiert, und bei ihnen fanden sich zweimal Typhusbacillen, zweimal war der Eiter steril, einmal wurde eine bakteriologische Untersuchung nicht gemacht. Bei einem sechsten Patienten, der nach der Operation starb, fanden sich Streptococci im Absceßteiler. Auch Kruse (in Flügge, Mikroorganismen, Bd. 2) gibt an, einen Fall von Milzabsceß mit Typhusbacillen gesehen zu haben; doch scheint dieser Fall nicht ausführlich veröffentlicht worden zu sein.

Für operierte Patienten ergibt sich also ein vorzügliches Resultat, und dieses weist den Arzt auf die einzig erfolgversprechende Art der Behandlung hin. Ueber den Modus der Entstehung von Milzabscessen braucht man sich heutzutage keinen großen Spekulationen mehr hinzugeben, da in 85 bis 90% aller Typhusfälle — manche Statistiken weisen noch höhere Ziffern auf — Eberth'sche Bacillen im Blute kreisen. Es wäre vielmehr nicht wunderbar, wenn sich beim Typhus, wie bei anderen septischen Prozessen, viel öfter Abscesse bildeten; immerhin sind ja eitrige Prozesse im Gehirn, den Lungen, der Leber, den Nieren und der Blase, eitrige Affektionen der Pleura, des Pericards, Phlegmonen der Bauchdecken und der Extremitäten, ulceröse Prozesse an der Trachea, schließlich Entzündungen der verschiedensten Knochen und Gelenke im Verlaufe des Typhus bekannt. Und ziemlich oft sind aus den entzündlichen Herden Typhusbacillen in Reinkultur gewonnen worden, deren eitererregende Wirkung Roux schon im Jahre 1888 experimentell nachgewiesen hat.

Die Diagnose eines Milzabscesses ist außerordentlich schwer. Auf eines der auffallendsten Zeichen wies ich schon 1903 hin: die ausbleibende Rekonvaleszenz nach dem Abklingen der primären Krankheit; ein solcher Patient verfällt immer mehr und bekommt ein außergewöhnlich kachektisches Aussehen. Dazu gesellen sich Fröste, Schweiß, hektisches Fieber. Jedermann mißt einer gleichzeitig bestehenden linksseitigen Pleuritis großen diagnostischen Wert bei; es können aber auch gerade Pleuritiden den eigentlichen Krankheitssitz verschleiern, weniger allerdings dann, wenn die Affektion der Pleura im Vergleich zu den schweren Allgemeinerscheinungen gering ist. Dem Sitz nach kommen differential-diagnostisch Empyeme und subphrenischer Absceß vor allem in Betracht. Für die Diagnose von Wichtigkeit sind ferner die Schwellung und besonders das rapide Wachstum der Milz, die linksseitige Spannung der Bauchdecken und endlich der Umstand, daß der Kranke seine linke Seite, besonders bei der Atmung, aufs sorgsamste schont. Oefters hat man, analog den Schmerzen in der rechten Schulter bei Lebererkrankungen, bei Milzabscessen, in der linken Schulter Schmerzen beobachtet.

Die Zuhilfenahme der Blutkörperchenzählung scheint sowohl für die Diagnose als auch zur Bestimmung des geeignetsten Operationstermins großen Wert zu besitzen; doch ist sie kein unfehlbares Hilfsmittel.

Auf die Prognose und die Behandlung brauche ich nicht weiter einzugehen; die erstere ist bei rechtzeitiger Operation gut, die letztere ist eine chirurgische und wird sich den einzelnen Fällen anpassen müssen, wenn es sich um die Wahl des Weges zur Eröffnung des Abscesses handelt. Eine Eröffnung des Pleuraraumes sollte immerhin vermieden werden.

Meistens erholen sich die Patienten nach der Operation sehr rasch, und man braucht nur auf eine Allgemeinbehandlung robrierender Art zu achten, da solche Kranke sich gewöhnlich in einem außerordentlich heruntergekommenen Zustande befinden, und der Appetit wie nach Ablauf eines gewöhnlichen Typhus sich meist rasch und kräftig einstellt.