

IX.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ueber das Empyema abdominis.

Von Dr. Marten in Hörde.

Anschliessend an den Aufsatz „über die operative Behandlung der Peritonitis“ im 20. Bande dieses Archives veröffentlichte ich folgenden Fall, welchen ich kürzlich in der Praxis eines Collegen durch dessen Güte zu beobachten Gelegenheit hatte.

Lina Küpper, 10 Jahre alt, ein zartes, aber gesundes Mädchen, deren Eltern und Geschwister frei von Krankheitsanlagen und fehlerhafter Blutbeschaffenheit waren, hatte vor 4 Jahren einen Typhus glücklich überstanden. Am 24. Juni 1861 erkrankte sie nach mehrstündigem Froste an acuter, allgemeiner, idiopathischer Peritonitis. Stechender, intesiver Schmerz war über den ganzen Unterleib verbreitet, die Bauchdecken heiss, trocken und gespannt, ertrugen nicht einmal die Berührung des Bettes. Beständige Rückenlage mit angezogenen Füssen; die Respiration kurz und oberflächlich, fand zumeist in der oberen Thoraxhälfte statt. Das Fieber war continuirlich mit 120 Pulsschlägen, kein Appetit, Durst vermehrt, nur auf kaltes Wasser gerichtet, spontanes Brechen, Stuholverstopfung; die erschwerte und schmerzhafe Harnentleerung giebt wenig rothen Urin.

Die zweimalige Application von Blutegeln, deren Stiche nach 3 Tagen sämmtlich eiterten, und der innerliche Gebrauch von Calomel mit Opium hatten insfern Erfolg, als sich nach reichlicher Stuhlentleerung Diarrhoe einstellte und die Diuresis frei wurde, die Entzündung aber nahm mit geringem Nachlass der Schmerzen ihren Ausgang in Ausschwitzung. Am 29sten wurde das Exsudat deutlich constatirt, nachdem die Blase entleert war, durch den dumpfen Percussionston zwei Finger breit über der Symphyse, durch die nachweisliche Fluctuation und die Lageveränderung und hiernach die Diagnose auf Ascites in Folge von Bauchfellentzündung gestellt. Der Schmerz bei Berührung, die Diarrhoe, das Fieber dauerte fort, das Allgemeinbefinden hatte sich im Ganzen nicht gebessert.

Medication fand nicht mehr statt, da Patientin und Eltern sie ablehnten.

Am 8. Juli war der dumpfe Percussionston bis stark zwei Finger breit über den Nabel gestiegen, der gleichmässig ausgedehnte Unterleib zeigte das Bild der Gravidität im 7. Monate, keine Striae, der Nabel $\frac{1}{2}$ Zoll lang, fingerhutförmig nach

aussen hervorgewölbt, auf dessen Spitze am 14ten sich eine runde, weisse Stelle gebildet hatte, in welche die Mutter selbst eine Nadel einstieß. In 2 Zoll hohem Bogen sprang sofort ein Strom gelben, rahmigen Eiters hervor, der bald in gleichmässigen, langsamem Fluss kam und bis zum 18ten volle zwei Maass brachte. Es wurde ein Oelläppchen aufgelegt, darüber warme Cataplasmen. Der Nabel bildete sich schnell zurück, die Oeffnung verstopfte sich von Zeit zu Zeit, Appetit und Schlaf wollten noch nicht zurückkehren, die Diarrhoe hatte nachgelassen. Bedeutende Abmagerung, Vinum Tokaviense. 20. Juli: Puls 96, schwach; leichtes Oedem der gerötheten rechten Wange, Zunge rein, kein Durst, Appetit zugenommen, Stuhl normal, Urin wenig und blass, Haut trocken, nur im Gesicht Schweiß, Schlaf gut, da die Seitenlage vorzüglich rechts wieder ertragen wird und die Beine nicht mehr angezogen gehalten zu werden brauchen. Der Unterleib wenig schmerhaft bei Druck, obwohl die Empfindlichkeit im Allgemeinen sehr gesteigert ist, der dumpfe Percussionston weist das Exsudat bei der Seitenlage rechts in der rechten Weiche nach, bei der Lage auf der linken Seite wird der Ton dort tympanitisch und dann in der linken Weiche dumpf. Der Eiter ist dünner und heller geworden, fliesst unter dem Oelläppchen beständig aus und hält zuweilen Flocken und Klümpchen. Die Cataplasmen werden höchst spärlich angewendet.

27. Juli: Abmagerung, wie im letzten Stadium der Phthisis; Lage meist auf der rechten Seite, kein Durst, Appetit wechselt, Stuhl hart, Urin ziemlich stark eiweißhaltig, Schlaf selten, Schweiß wenig, Puls circa 100; der Unterleib ist bei Druck mässig empfindlich, eine Lageveränderung des Exsudats nicht mehr nachweisbar, der Percussionston vorzüglich in der rechten Weiche dumpfer; halbirt man eine Linie zwischen Nabel und Spina anterior inferior ossis ilei, so findet man daselbst eine runderliche Vorwölbung der Bauchwand, die Nabelöffnung verstopft sich von Zeit zu Zeit, indess ein Wechsel der Lage, eine kleine Bewegung genügt, um wieder ein beständiges Hervorsickern von klarem Serum zu veranlassen, wie es bei der Schliessung anderer Abscesse vorkommt. Es findet weder eine geeignete Pflege, noch Medication statt. Ich bemerke noch, dass die Auscultation seit dem 20sten resultatlos war.

Vom 31. Juli berichtete mir mein Herr College kurz, dass die Patientin in vollster Reconvalescenz sei, vom Bette zum Stuhle zu gehen vermöge und ausgezeichneten Appetit habe, dass nur bei Bewegung wenig klares Serum aus der Nabelöffnung aussickere, der Unterleib bei Berührung nicht mehr schmerze und sonst alle Functionen normal vor sich gingen. Bei meiner Anwesenheit am 5. August konnte ich diese Angaben bestätigen. Das Hypogastrium fühlt sich noch etwas hart und voll an, links unten der Ton wenig gedämpft. Puls von 110 Schlägen in der Minute. Am 3ten war in Folge undiätetischen Verhaltens, übermässigen Genusses von Pumpernickel häufige Diarrhoe dagewesen. 12. August Alles gut; Puls 96, Kraft und Fülle beginnen wiederzukehren. Die Nabelöffnung ist ganz geschlossen. Am 17ten August kann die Genesung als vollendet, der Krankheitsfall als abgeschlossen betrachtet werden.

Der im vorigen Aufsatz erwähnte August Bennekamp ist heute ganz kräftig und gesund bis auf eine scrophulöse Lymphdrüsenvereiterung in der Regio sub-

maxillaris. Unter dem Nabel fühlt man eine fingerbreite Diastase der Recti, die sich im spitzen Dreieck stark einen Zoll weit nach unten erstreckt, die Percussion giebt in der Unterbauchgegend einen etwas matteren Ton.

Da mir weder Sectionsresultate zu Gebote stehen, noch auch die einschlägige Litteratur in erwünschter Weise zugänglich ist, so kann ich mit nur noch wenige Bemerkungen erlauben und beziehe mich vorzüglich auf eine in den *Canstatt'schen Jahresberichten* enthaltene Besprechung (1860, Dr. F. Hartmann) einer Broschüre von *Second-Feréol*: *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les Peritonites*, da ich sie selbst in Leipzig, Bonn und Paris nicht aufstreben konnte.

Was zunächst die *Aetiologye* angeht, so betreffen zwar *Second-Feréol's* Fälle von perforativer Peritonitis „Kinder von 4—11 Jahren, eine Person von 17 Jahren, und alle das weibliche Geschlecht“, wie schon M. Duparique eine eigenthümliche, acute Peritonitis der jungen Mädchen annahm; indess unser Fall 2, August Bennekamp, zeigt, dass das weibliche Kindesalter nicht ausschliesslich die Disposition besitzt. Das Kindesalter aber im Allgemeinen muss ich allerdings vorläufig der Entstehung des Eiterbauches für besonders günstig halten. Bereits Schönlein (Vorlesungen von seinen Zuhörern herausgegeben) lässt die Peritonitis membranacea acuta hauptsächlich während der Blüthejahre und in den Sommermonaten erscheinen, „wo der Zug krankhafter Affectionen gegen den Unterleib sich wendet.“ Weiter sagt er: „am häufigsten entsteht die Krankheit durch Hinwerfen bei erhitztem Körper auf die feuchte Erde, das Gras und kann daher bei Landleuten zu gewissen Zeiten epidemisch werden.“

In unsren Fällen liess sich ein rheumatisch katarhalisches Moment nicht nachweisen und Fall 2. kam im Winter vor. Ebensowenig waren Erscheinungen von scrophulösen oder tuberculösen Mesenterialdrüsen oder Darmkrankheiten vorhanden, noch auch äussere Schädlichkeiten, als Quetschung u. s. w. vorangegangen. Ueber die Peritonitis puerperalis finde ich bei Schönlein (I. c. S. 267) noch Folgendes: „Es kommt zu Secretionen einer milchigen Flüssigkeit im Bauche, die nicht selten den Nabel durchbohrt, und sich nach aussen mit günstigem Erfolge für den Kranken ergiesst.“

Das Vorkommen kann meines Erachtens nicht ein so seltenes sein, als man nach den spärlichen Mittheilungen darüber glauben sollte.

Das Wesen und die Symptome anlangend ist die Exsudation wahrscheinlich von vornherein, wie bei Pleuritis, eine eitrige, ein Hydrops purulentus, wie ihn u. a. Schönlein nannte. Die Möglichkeit eines Ascites als Folgezustand einer Peritonitis libera acutissima kenne ich nicht als unzweifelhaft erwiesen. Bamberger (Virchow VI. S. 680) sieht die Formen, „wo in einer grossen Menge wässriger Flüssigkeit nur eine leichte Trübung und einzelne unbedeutende Faserstoffflocken zu bemerken sind, kaum noch als Producte wahrer Entzündung (sondern mehr blosser Stase) an.“ Höchst wahrscheinlich erscheint es mir ferner auch, dass in dieser Form die Entzündung und Ausschwitzung nur das Peritoneum parietale und das vordere Blatt des grossen Netzes betrifft, weil die Darmbewegungen viel weniger gehindert waren, als sie es bei Perienteritis zu sein pflegen,

fehlte doch z. B. Meteorismus gänzlich, der in der Puerperalform bei entzündeter Serosa so schnell durch Lähmung der Muscularis entsteht. Im letzten Falle freilich schien der seröse Ueberzug der Blase mitleidend und dadurch die Schmerhaftigkeit ihrer Contraction bedingt. Die pathologische Anatomie bestätigt im Uebrigen meine Vermuthung. Engel sagt darüber in seinem Handbuche S. 540: „Das Netz ist, ohne Form und Lage verändert zu haben, mit der vorderen Bauchwand oder mit den hinterliegenden Dünndärmen an vielen Stellen verwachsen. In den beiden letztgenannten Fällen ist oft blos die vorderste Platte des Netzes oder blos die hinterste angewachsen, erstere an die vordere Bauchwand, letztere an die Gedärme, die anderen Blätter des Netzes aber nicht im mindesten verändert.“

Dass diese Peritonitis vorzugsweise den Nabel zum Durchbruch wählt, wird weniger durch die Lage und Neigung des Beckens, als durch die leichte Entwicklung und Verdünnung der Nabelnarbe bedingt, wie sich diese so häufig beim Andrängen des Bauchinhaltes an die Bauchwand zeigt, ich erinnere an die Nabelbrüche, die Schwangerschaft, an die grossen Tumoren im Abdomen, und an den Ascites. So dringt auch das Empyema necessitatis thoracis am liebsten dorthin, wo die Bauchwand am dünnsten ist, gegen das Sternum hin, wo die äusseren Intercostalmuskeln aufgehört haben.

Wie hoch das purulente Exsudat steigen kann, lässt sich nicht sagen, vermutlich nicht so hoch, als das seröse bei Hydrops Ascites, weil die Perforation eher eintritt und diese überhaupt mehr von der corrosiven Eigenschaft abhängt, als von der Quantität.

Mit der Zunahme der Ausschwitzung findet, wie bei Pleuritis, ein Nachlass der Schmerzen statt.

Die energischen Contractionen der Bauchmuskeln sprechen sehr gegen die Theorie von Stokes über die lähmende Wirkung vorzüglich eitriger Exsudate auf die Muskeln.

Die physicalischen Verhältnisse des Eiterbauches sind nicht die nämlichen der Eiterbrust, weil die comprimierten und verwachsenen Lungen nicht so elastisch und beweglich als die Därme eine Lageveränderung des Exsudates nicht leicht erlauben; ähnlicher sind sie denen des Pyopneumothorax und ganz übereinstimmen sie mit denen des Ascites.

Bei der Diagnose wird und kann desshalb auch das Empyem am leichtesten mit Ascites verwechselt werden, wovor nächst der grösseren Schmerhaftigkeit gegen Druck nur die Anamnese der vorausgegangenen Bauchfellentzündung schützt. Ungemein schwierig könnte die Unterscheidung von Ascites post scarlatinam werden, weil dieser ebenfalls plötzlich, mit Fieber, Erbrechen und Schmerhaftigkeit des Unterleibes (Mayd) auftreten und die Albuminurie auch beim Empyem vorkommen kann. In der Mehrzahl der Fälle wird aber diese Schwierigkeit sich gewiss durch die Anamnese beseitigen lassen, durch die gleichzeitige Epidemie, das Exanthem, die Angina oder die Desquamation.

Die percutorische Diagnose kann ich mit den Worten Gaal's geben (Physic. Diagnostik S. 441): „Wenn in Folge von Peritonitis ein Exsudat abgesetzt wurde, ist in der Rückenlage des Kranken der Percussionsschall in der Mitte des Bauches

heller, höher und metallisch klingend, weil die gashaltigen Darmschlingen in der Flüssigkeit schwimmen, und sich in der Nabelgegend zusammendrängen. An den Seitengegenden und den tiefen Partien findet sich der Flüssigkeit entsprechend dumpfer Schall, mit bedeutendem Widerstande beim Anklopfen. Diese Schallverschiedenheit lässt sich bei Lageveränderung des Kranken immer nach dem Stande der Flüssigkeit, die sich nach unten sammelt, und dem der lufthaltigen Därme, die oben auf schwimmen, verfolgen, so dass bei der Knieellbogenlage die Nabelgegend die meiste Dämpfung des Schalles ergeben muss (Schönlein)."

Für die weitere Unterscheidung von incystirter Hydropsie des Peritoneum (Hydatiden), von erweichten, intraabdominalen Tumoren, Entzündung des subperitonealen Zellgewebes und der Fascia propria verweise ich auf Second-Feréol (l. c. No. III. S. 200).

Die Prognose halte ich nach meinen Erfahrungen nicht für ungünstig; es scheint fast, als wenn Kinder von 4 bis 12 Jahren massive Eiterungen besonders leicht ertragen und ersetzen können. Ueber die Gefährlichkeit der Netzanwachslungen beruhigt Engel (l. c. S. 541): „Die Folgen und Wirkungen der Anwachslung des Netzes scheint man übrigens zu überschätzen; man muss sie nicht nach dem beurtheilen, was man an der Leiche nach geöffnetem Unterleibe wahrnehmen kann, wo sich Theile verschließen, das Netz sich spannt, auf die unterliegenden Theile, welche vorzutreten streben, drückt, sondern man muss die Wirkungen solcher Anwachslungen nach den unverschrien anatomischen Verhältnissen beurtheilen. Nach diesen ist es aber wahrscheinlich, dass durch die Anwachslung, wenn dabei die Lage des Netzes nicht verändert wird, gar keine Störung bedingt wird, ganz gleichgültig, ob das Netz an die vordere Bauchwand oder an die hinterliegenden Gedärme angewachsen ist.“

Ob indess nicht bei Mädchen An- und Verwachslungen der Tuben, Krankheit der Ovarien oder Disposition zu späteren Puerperalprocessen zurückbleiben mögen, lässt sich zur Zeit nicht angeben.

In der Behandlung stimme ich mit Second-Feréol nicht überein und möchte die Incision oder Punction um desswillen aufrecht halten, weil sie den Process der Natur nachahmt, zur rechten Zeit ungefährlich ist, den Verlauf wenigstens einige Tage abkürzt und die Gefahren der Eindickung des Eiters abhält. Den Gebrauch der Sonde halte ich mit ihm für gefährlich und unnütz, wenn sie anders gebraucht wird, als um eine etwaige Verstopfung der Oeffnung, wie sie von Zeit zu Zeit durch kleine Coagula eintritt, zu heben.

Wenn schliesslich ein Wort über den Namen erlaubt ist, obwohl am Ende eine solche, grosse, vom Bauchfell umschlossene Eiteransammlung (Coeliopyrosis) nichts Anders, als einen grossen Peritonealabscess vorstellt, wird sich die Bezeichnung Empyema abdominis rechtfertigen, weil der geschilderte Zustand viel Eigenthümliches hat und man den Ausgang der Pleuritis in Pyothorax nicht Pleurapostema zu benennen pflegt.