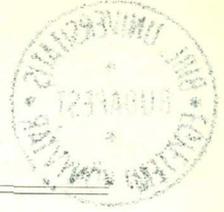


107-20-01123



Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Marburg a. L.  
(Direktor: Professor Dr. L ä w e n.)

# Über subphrenische Abscesse an Hand von fünf Fällen aus der chirurgischen Klinik der Univerität Marburg a. L.

oooooooooooo

## Auszug

aus der

### Inaugural=Dissertation

zur

### Erlangung der Doktorwürde

in der

### Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

### Hohen Medizinischen Fakultät der Univerität Marburg

vorgelegt von

### Heinrich Potthoff

aus Bielefeld



Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg am 3. 3. 22

Referent: Professor Dr. L ä w e n

1000/1923

oooooooooooo

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät  
Marburg (Lahn) 1922

Druck von C. Köhler



Die Ausführung der Arbeit beginnt mit einer Charakterisierung der klinischen Bedeutung subphrenischer Abszesse. Die Aufmerksamkeit der Ärzte auf das vielfach verkannte Bild der Erkrankung wurde erst allmählich wie aus dem Überblick zu sehen ist, hingelenkt.

Weiterhin werden die anatomischen Verhältnisse des subphrenischen Raumes erläutert, desgleichen die topographische Lage der Abszesse unter Berücksichtigung verschiedener Einteilungen.

Dann wird die Ätiologie der subphrenischen Abszesse angeführt und die Entstehung der retro- und intraperitoneal zur Entwicklung gekommenen Abszesse und die Progredienz der eitrigen Entzündungen auf den verschiedenen Wegen behandelt. Ätiologisch sind nach Neugebauer die Hälfte auf Erkrankungen des Prozessus vermicularis zurückzuführen, weiterhin kommen der Häufigkeit nach perforierte Magen-Durdenalgeschwüre, Lebererkrankungen in Frage. Weniger oft handelt es sich um Affektionen des Ölophagus, Aktinomykose, perinephritische Abszesse, Furunkulose und Traumen. Man unterscheidet der Lage ihres primären Entstehungsherd nach solche thoracalen und abdominalen Ursprunges. Erkrankungen der Lungen, Pleura, Schußverletzungen, infizierte Hämatome, Eiterungen der weiblichen Geschlechtsorgane und Typhus sind nur ganz selten Ausgangspunkte, desgleichen kommt das Pancreas nur wenig als Primärherd in Frage. Im rechten Subphrenium sind die Abszesse meist ätiologisch auf Erkrankungen des Wurmfortsatzes, der Gallenblase und der rechten Niere zurückzuführen. Die der linken Seite gehen meistens vom Magen, Duodenum, Milz, linker Niere und vom linken Leberlappen aus. Bei den Fällen der chirurgischen Klinik Marburg kommt im Falle Bo. ätiologisch ein Furunkel im Nacken in Frage. Im Falle Kai. kann die Infektion des Subphreniums von einer Pleuraaffektion ihren Ausgang genommen haben. Die Fälle Weib., Wei., Ban. sind auf eine Appendicitis zurückzuführen.

Als Infektionserreger kommen vor allem Vertreter der Darmflora, Bact. coli in Frage, weiterhin Streptococcen, Staphylococcen, Pneumococcen, Typhusbazillen, Tubercelbazillen, Amöba coli und nach der Dissertation Apelt (Hamburg 1913) sogar Recurrenzspirillen. Im Falle Bo. waren die Erreger Staphylococcen, im Falle We. wurden zerfallene Bakterien angetroffen, im Falle Wei. Streptococcen in Reinkultur.

Die Eiterungen der Abszeshöhlen übersteigen im Falle We. die bisher in der Literatur veröffentlichte Menge von 600 ccm. Es wurden hier 900 ccm entleert.

Die Symptome der Erkrankung sind sehr verschiedenartig. Bei Abszessen der Leber, Lungen kommt es leicht zu Fehldiagnosen, desgleichen bei sekundären, se.ösen Ergüssen der Bauch- und Brust-

höhle sowie bei Meteorismus. Meist besteht ein bestimmter Druckschmerz, vielfach eine Spannung in der oberen Bauchgegend, oft ohne Schüttelfrost und Fieber. Die chronischen Abscesse entstehen meistens ohne Fingerzeig auf ihr Vorhandensein. Bei der Inspektion beobachtet man oft Nachschleppen der kranken Seite, perkutorisch vielfach eine Dämpfung. Meist steht die Lunge auf der Seite der Erkrankung höher. Das Herz kann nach rechts und oben verdrängt sein, weiter kann die Leberdämpfung nach unten verschoben sein. Bei Vorhandensein von Gasbakterien tritt an der Grenze der oberen Leberdämpfung Tympanie auf. Auch Vermehrung der Leukozytenzahl ist in manchen Fällen diagnostisch wertvoll. Am wichtigsten für die Diagnosestellung sind der Röntgenbefund und die Probepunktion.

Röntgenologisch findet man oft Zwerchfellhochstand mit Convexität nach oben oder auch Stillstand auf der befallenen Seite, ferner zeigen sich mangelhafte Exkursionen, sie sind jedoch nicht beweisend, denn Adhäsionen des Pericards, der Pleuren und Lungen können ebenfalls die Beweglichkeit beeinflussen. Bei gashaltigen Abscessen besteht eine helle Zone zwischen Zwerchfell und Abscessschatten.

Die Punktion klärt über Sitz und Art des Flüssigkeitsergusses des subphrenischen Abscesses auf. Ort des Einstiches ist am besten die Stelle der stärksten Dämpfung und Druckempfindlichkeit. Bei negativem Ausfall ist die Punktion zu wiederholen.

Sehr schwierig zu diagnostizieren sind solche subphrenischen Abscesse, die hinter dem Magen liegen. Sie sind bisher bei Lebenden noch nicht festgestellt. Fall B o. zeigte symptomatisch Druckempfindlichkeit in der linken Lendengegend, ferner Anschwellung und Rötung der Haut in diesem Gebiete.

Im Falle K a i. bestand auch Schmerzempfindlichkeit der linken Lendengegend und Temperaturerhöhung. Eine Probepunktion in 6 cm Tiefe ergab Eiter. Verdrängungsercheinungen bestanden nicht. Im Falle W e i. zeigte sich Temperaturerhöhung, Bauchdeckenspannung, Verdrängung der Leber um 2 Querfinger nach unten und starke Druckempfindlichkeit zwischen Brustkorb und Beckenkamm. Urin: —.

Fall W e b. bot an Symptomen Fieber, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Erbrechen, Schmerz der rechten Bauchgegend und erhöhte Pulsfrequenz. Das Alter der erkrankten Patienten liegt im 3. und 4. Jahrzehnt.

Prognostisch sind die subphrenischen Abscesse schwierig zu beurteilen. Dabei sind die Allgemeinerscheinungen von Wichtigkeit, günstig ist immer die operative Eröffnung des Abscesses. Perforationen treten öfter auf. Sitz meist in der Kuppe. Ein Durchbruch in die freie Bauchhöhle ist selten, ebenso Spontanentleerung nach außen. Die meisten Perforationen gehen durch das Zwerchfell und zwar etwa ein Drittel der nicht rechtzeitig operierten Fälle. (L e d d e r h o f e).

Im Falle W e. kam es zu einer Perforation, dabei trat

ein Erguß in eine zweite bei der Operation vorgefundene Absceßhöhle auf, von der seitlichen unteren Leberfläche zur Appendixgegend reichend. Im Falle Kai. ließ sich eine Perforation infolge entzündlicher Zersetzungen des Zwerchfelles nicht sicher nachweisen.

Eine ungünstige Beeinflussung der Prognose ergibt sich durch Auftreten von Komplikationen und Nachinfektionen als da sind Pleuritis exsudativa, Empyem, Lungenabscesse und Gangrän. Oft ist es schwer feststellbar ob die Komplikation sekundär, ob sie gleichzeitig mit dem subphrenischen Absceß aufgetreten ist oder ob sie die primäre Ursache für den Absceß gebildet hat. Im Falle We. lag eine Komplikation vor in Form des bei der Sektion vorgefundene Pleuraempyems, schließlich kam es zu einer Allgemeininfektion. Im Falle Kai. trat 3 Wochen nach der Operation ein blutig-seröses Exsudat zu Tage, allmählich entwickelte sich daraufhin ein Empyem. Im Falle Wei. kam es zu einer haemorrhagisch sekundären exudativen Pleuritis, der weitere Nachinfektionen folgten. Fall Bo. hatte auch als Komplikation ein Pleuroempyem aufzuweisen.

Die Mortalität richtet sich nach der Zeit, in der die Diagnose gestellt wird. Bei Frühdiagnosen ist sie geringer. Sie hängt ab von der Schwere der Erkrankungen der Primärherde und auch von dem Hinzutreten von Komplikationen.

Für die Therapie wichtig ist die Bekämpfung der primären Ausgangsstellen und die Frühdiagnose. Spontanheilung ist selten. Die subphrenischen Abscesse kann man auf thorakalem oder abdominellem Wege angehen. Jeder Weg hat Vor- und Nachteile. Perpleural besteht leicht die Gefahr der Pleurainfektion und des Pneumothorax. Küttner hält sie jedoch nicht so groß. Günstig ist dieser Weg wegen der guten Abschlußmöglichkeiten. Ob in Seiten- oder Rückenlage operiert wird, hängt von der Lage des Abscesses ab. Häufige Anwendung findet das Verfahren von Trendelenburg und Roux, wo nach Beseitigung der Weichteile eine Vernähung der Pleura costalis und Pleura diaphragmatica mittels Hinterstichstappnaht vorgenommen wird. Hieran schließt man eine Punktion an, dann findet Durchtrennung der einzelnen Schichten und Eröffnung des Abscesses statt.

Clairmont und Ranzi (Wien) entleerten unter Vermeidung des perpleuralen Weges öfter von vorn durch einen Schnitt entlang dem Rippenbogen und auch von rückwärts oder auch seitlich durch einen Lumbalschnitt. Die Gefahr der Pleurainfektion wird hierbei verhindert. Für Eröffnung von unten her sind besonders geeignet die vom Wurmfortsatz, Milz und Nieren ausgehenden und die hinten am stumpfen Leberrand gelegenen Abscesse (Körte). Der Nachteil besteht nach Küttner in den schlechten Abschlußbedingungen. Im Falle Wei. wurde zuerst subkostal vorgegangen und dann auch noch der transpleurale Weg eingeschlagen. Im Falle Kai. kam man auch perpleural zum Ziele. Im Falle Bo. wurde eine Lumbalinzision vorgenommen am linken Rippenbogen zwischen Axillar- und Skapularlinie, die zum Ziele führte.