

Gallensteine mit Perforation in den Darm

von

A. SENFFT, prakt. Arzt.

Am 15. Dezember vorigen Jahres wurde ich zu Frau K... in W. gebeten.

Nach der Anamnese war Patientin bis dahin stets gesund, abgesehen von einer seit etwa 8 Tagen entstandenen gelblichen Färbung der Haut und leichtem drückenden Schmerz im rechten Hypochondrium, der bisweilen bis zum Scrobiculum cord. und in den Rücken sich ausbreitete. Seit etwa 10 Stunden hatte der Schmerz sich gesteigert und strahlte zeitweise bis in die rechte Achselgrube aus. Der Appetit aufgehoben, Stuhlverstopfung, zeitweilig Brechneigung. Ausserdem will P. schon seit einer Reihe von Jahren bisweilen die eigenthümliche Empfindung gehabt haben, „als ob sich etwas Hartes in ihrem Leib reibe“.

P. ist kräftig gebaut, gut genährt, 46 Jahre alt, noch menstruiert.

Die Haut und Conjunktiva ikterisch gefärbt, Zunge belegt, Lungen, sowie Lage, Grösse, Stoss und Töne des Herzens normal; das ganze Abdomen mässig aufgetrieben; die Percussion der Leber ergab, dass ihr unterer Rand nahezu 3 Querfingerbreit unter dem Rippenbogen hervorragte, was die Palpation bestätigte. Diese war nur in der Lebergegend, vorzüglich an ihrem untern Rand und nach der Lin. alba hin schmerzhaft. In gleicher Höhe mit dem Nabel, etwa 1 Zoll rechts von ihm war eine harte rundliche Geschwulst, von der Grösse eines Taubeneis, welche sich

nach links und rechts etwas verschieben liess, durch die Bauchdecken fühlbar. Die leiseste Berührung dieser Geschwulst verursachte Schmerzen. Sonst ergab die Palpation und Percussion nichts abnormes. Die Körpertemperatur etwas erhöht, Haut trocken, Puls mässig voll, 96 in der Minute, der Urin bräunlich, schaumig, klar; die Prüfung auf Gallenfarbstoff ergab solchen in reichlicher Menge.

Die Diagnose stellte ich in Erwägung obigen Befundes auf eine Verstopfung der Gallenwege mit Schwellung der Leber, für das ätiologische Moment derselben bot mir die durch die Bauchdecken fühlbare Geschwulst, welche ich als die Gallenblase wegen ihres unmittelbaren Uebergangs in den Leberrand und ihrer eigenthümlichen Form erkannte, sowie die Angabe, „dass P. etwas Hartes sich habe reiben verspürt“, die wichtigsten Anhaltspunkte, so dass ich als Ursache der Verstopfung der Gallenwege Gallensteine annahm. Ob ein in den Ausführungsgängen steckender Stein, oder eine Entzündung der Gallenwege und Gallenblase in Folge der vorhandenen Steine die Ursache des Verschlusses war, musste ich wenigstens zweifelhaft lassen, da, wenn allerdings nur selten, auch Gallensteine den Duct. hepatic. und choledoch., ohne besonders heftige Schmerzen zu machen, verstopfen können, Fälle, wie sie in Lehrbüchern öfters als leichte, oder chronische Gallensteinzufälle im Gegensatz zur Gallensteincolik beschrieben worden sind.

Die Ordination bestand in einem lauen Bad, und wegen der 6tägigen Stuhlverhaltung in einem Laxans aus Electuar. lenitiv. mit Pulv. Rad. Jalap.

Den 16. Dez. Nachts wurde ich gerufen; Pat. hatten nach mehrmaligem leichten Frösteln und Auftreten von heftigen stechenden Schmerzen in der ganzen Oberbauchgegend und vorzüglich um die fühlbare Geschwulst am Leberrand, intensive Hitze und heftigen Durst bekommen. Puls 120—125 in der Minute; 2maliges Erbrechen während meiner Anwesenheit, Zunge belegt. Eine genauere Untersuchung der Oberbauchgegend war nicht möglich wegen der grossen Schmerzhaftigkeit. Stuhl war trotz des verordneten Laxans nicht erfolgt; das Abdomen mehr aufgetrieben.

Die frühere Diagnose wurde mir nun noch zweifelhafter, da ich nun das Bild einer Gallensteincolik vor mir hatte, aber auch die Annahme einer partiellen Peritonitis nicht ferne lag und zwar entweder einer fortgeleiteten von dem durch die Reizung von Gallensteinen entzündeten Gallenwege, oder einer perforativen Peritonitis in Folge von Ulceration und Perforation der Gallenblase oder eines Gallengangs; die letzte An-

sicht schloss ich aus, da die Schmerzhaftigkeit sich nicht über das ganze Abdomen erstreckte, es müsste denn ein Erguss von Galle und Steinen in einen abgesackten Bauchhöhlenraum stattgefunden haben, für dessen Existenz nach der Anamnese und dem Befund kein sprechendes Moment vorlag. Da mir am Tag vorher die Diagnose einer Entzündung der Gallengänge und Gallenblase die meisten Gründe für sich zu haben schien, so stellte ich nun die Diagnose auf eine von jenen auf das Bauchfell fortgeleitete Entzündung, als partielle Peritonitis. Die Ordination bestand in 12 Blutegeln auf die schmerzhafteste Stelle, Limonade zum Getränk, Opium gr. $\frac{1}{3}$ dreistündlich und ein Klystier.

16. Dez. Abends. Schmerzhaftigkeit hat auf die lokale Blutentziehung etwas nachgelassen; Hauttemperatur sehr hoch, Puls 120—125 in der Minute; wenig ausgiebiger Stuhl war auf das Clysmas erfolgt. Ordination: abermals 6 Blutegel, Opium gr. $\frac{1}{4}$ dreistündlich, und Clysmas mit Ol. Ricini.

17. Dez. Schmerzen geringer, lassen aber noch keine genauere Untersuchung zu; Puls 108, Temperatur noch bedeutend erhöht; Stuhl retardirt, Urin dunkelbraun, enthält reichlichen Gallenfarbstoff. Ordination: Einreibungen mit Ungt. ciner., Cataplasmen mit Farin. sem. Lini, Herb. Belladonn. und innerlich dreimal täglich Opii pur. gr. $\frac{1}{3}$.

18. Dez. Schmerzhaftigkeit gering, Puls 104, Temperatur etwas niedriger, feuchte Haut. Unterleib ziemlich stark meteoristisch aufgetrieben. Statt der früher fühlbaren taubeneigrossen machte sich nun eine etwa zwei Handteller grosse, harte, unmittelbar in den Leberrand übergehende Geschwulst bemerklich bei der Palpation des Abdomen, war aber auch schon als circumscripirt prominirende Stelle in den Bauchdecken mit dem Gesicht wahrnehmbar. Die Percussion ergab vollständig leeren Schall bis zur Geschwulst, diese selbst aber ergab leertympanitischen. Ordination: Fortsetzung der Kataplasmen.

Bis zum 25. Dez. blieb das Krankheitsbild so ziemlich dasselbe. Puls noch 96—100 in der Minute, Schmerz gering, mehr spannendes Gefühl, bei Druck jedoch schmerzhaft; Meteorismus geringer nach mehrmaliger Entleerung von grauen Faecalmassen nach Application eines Clysmas. Die Kataplasmen fortgesetzt.

Am 26. Dez. zweimal, das letzte mal diarrhöischer Stuhl; Fieber und Schmerz haben sich noch mehr verloren. Ich dachte an das Zustandekommen einer fibrösen Verwachsung des Leber- und Gallenblasenübergangs mit dem der Bauchwand, als ich des Abends plötzlich gerufen wurde,

weil Patientin mehrmalige heftige Schmerzen in der Oberbauchgegend empfunden habe. Keine Zunahme des Fiebers, und keine Veränderung an der Geschwulst bemerklich. Ordination blieb dieselbe.

Am 27. Morgens dagegen war die Bäuchwand an der Stelle der Geschwulst etwas eingesunken, die Percussion ergab ziemlich voll tympanitischen Schall, abgesehen von der Leberdämpfung; durch die Palpation war die frühere zwei Handteller grosse, harte Geschwulst nicht mehr wahrzunehmen, sondern es fühlte sich hier das Abdomen ziemlich weich wie auch weiter unten an. Auch die als taubeneigrosse ehemals gefühlte Geschwulst war nicht mehr zu finden. In der Nacht erfolgten 4 diarrhöische Stühle, welche aus viel Eiter, etwas Blut und reichlichem, grünbraun gefärbtem, zähem Schleim bestanden. Die Eiter- und Blutkörperchen waren unter dem Mikroskop zu erkennen, und die chemische Untersuchung ergab reichlichen Gallenfarbstoff. Dass ein abgesackter peritonealer Abscess in den Darm durchgebrochen, war unzweifelhaft und dass damit die Gallenblase communicirte wohl ebenfalls. Wie überrascht wurde ich am 28. Dezbr., als mir die Krankenpflegerin einen im letzten diarrhöischen Stuhl gefundenen, stark *walnussgrossen* Körper überreichte, welchen ich nach der Reinigung sogleich als einen Gallenstein erkannte und dessen abgeschliffene Fläche am einen Ende bewies, dass er nicht der einzige Insasse der Gallenblase sei und sonach das von der Patientin öfters beschriebene Gefühl von Reiben eines harten Körpers wohl mochte richtig empfunden worden sein. Auf den Abgang eines zweiten Steines hoffte ich während mehrerer Tage bei den häufigen diarrhöischen Stühlen, welche sehr reich an Gallenbestandtheilen waren, vergeblich. Der Ikterus verlor sich allmählich, der Gallenfarbstoff im Urin ebenfalls, die Zunge wurde rein, Appetit kehrte wieder; die Bauchdecken zogen sich an genannter Stelle noch mehr ein, welche auf Druck noch immer etwas schmerzhaft war; die Kräfte hoben sich ziemlich rasch, trotzdem dass die Diarrhoe, 4 bis 6mal täglich, durch kein Mittel gänzlich zu beseitigen war. Plumb. acetic., Tannin, Argent. nitric. crystallisat., Columbo decoct mit Quassiatinktur u. s. w. wurden während 4 Wochen vergeblich angewandt. Die Stühle enthielten Speisereste, bisweilen etwas Eiter, aber constant sehr viel grünbraunen, zähen Schleim, oft sogar bestanden sie aus nichts als diesen letzteren, welcher nichts anderes als Galle war. Es hatte sich eine Darmgallenblasenfistel gebildet. Patientin, welche fortwährend, um die Diarrhoe etwas zu beschränken, Pillen aus Argent. nitric. mit Opium, welche ihr noch am wirksamsten schienen, einnahm, reiste am 2. Februar d. J. ab; vor etwa 1 Monat erhielt ich einen Brief, worin sie mir mittheilte, dass

es ihr ziemlich wohl gehe, nur die noch immer bestehende Diarrhöe ihr lästig sei, und dass ein zweiter, ebenfalls fast wallnussgrosser Stein ohne den geringsten Schmerz und üblen Einfluss auf ihr Befinden verursacht zu haben, mit dem Stuhl entleert worden sei. —

Auffallend in der letzten Reihe der Erscheinungen war jedenfalls das Fehlen von Fluktuation, indem sich die Geschwulst bis einen Tag vor dem Durchbruch des Abscesses in den Darm hart anfühlte. Ob eine Volumsabnahme der Leber mit der Zeit zu Stande gekommen ist, resp. die abnorme Schwellung derselben durch die verschlossenen Gallenwege verschwunden ist, wurde später leider vergessen zu untersuchen.

Weiter unternimmt die Patientin, welche aus viel Eiter, etwas Blut und reichlichem schleimigen Stuhl bestand. Die Eiter- und Blutkörperchen waren unter dem Mikroskop zu erkennen, und die chemische Untersuchung ergab reichlichen Gallenfarbstoff. Dass ein abgesackter peritonealer Abscess in den Darm durchgebrochen, war unabweifelbar und dass damit die Gallenblase communicirte wohl ebenfalls. Wie überrascht wurde ich am 28. Decbr. als mir die Krankenpflegerin einen im letzten diarrhäischen Stuhl gefunden, stark wallnussgrossen Körper überreichte, welchen ich nach der Reinigung sorgfältig als einen Gallenstein erkannte und dessen abgeschliffene Fläche an einen Ende bewies, dass er nicht der einzige Massstab der Gallenblase sei und sonach das von der Patientin öfters beschriebene Gefühl von Reiben eines harten Körpers wohl mochte richtig empfunden worden sein. Auf den Abgang eines zweiten Steines hoffte ich während mehrerer Tage bei den häufigen diarrhäischen Stühlen, welche sehr reich an Gallenbestandtheilen waren, vergeblich. Der Icterus verlor sich allmählich, der Gallenfarbstoff im Urin ebenfalls, die Zunge wurde rein, Appetit kehrte wieder; die Bauchdecken zogen sich an genannter Stelle noch mehr ein, welche auf Druck noch immer etwas schmerzhaft war; die Kräfte hoben sich ziemlich rasch, trotzdem dass die Diarrhöe, 4 bis 6mal täglich, durch kein Mittel gänzlich zu beseitigen war. Plumb. acetic., Tan-
 nin, Argent. nitric. crystallisat., Columbo decoct mit Quassainktur u. s. w. wurden während 4 Wochen vergeblich angewandt. Die Stühle enthielten Speisereste, hiesweilen etwas Eiter, aber constant sehr viel Grünbrannen, kalten Schleim, oft sogar bestanden sie aus nichts als diesem letzteren, welcher nichts anderes als Galle war. Es hatte sich eine Darmgallenblasenfistel gebildet. Patientin, welche fortwährend, um die Diarrhöe etwas zu beschlanken, Pillen aus Argent. nitric. mit Opium, welche ihr noch am wirksamsten schienen, einnahm, verstarb am 2. Februar d. J. ab; vor etwa 1 Monat erhielt ich einen Brief, worin sie mir mittheilte, dass