

(Aus dem Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-St. Georg.)

## Tumorartige Cholecystitis und Cholangitis tuberculosa.

Von

Professor Dr. C. Hegler.

(Eingegangen am 6. November 1924.)

Sieht man ab von der meist hämatogen, seltener lymphogen erfolgenden miliaren Tuberkelaussaat bei akuter allg. Miliartuberkulose (*Hegler*) oder ausgedehnter Lungen- bzw. Darmtuberkulose, so kann man die übrigen tuberkulösen Erkrankungen der Leber als selten bezeichnen. Der Kliniker wird, selbst wenn er an die Möglichkeit solcher Erkrankungen denkt, kaum je imstande sein, vor der Operation bzw. Obduktion eine richtige Diagnose zu stellen; das beweisen die verschiedenen Zusammenstellungen von *Lotheisen*, *Brütt* u. a. schlagend. Im wesentlichen kommen zwei Formen in Betracht (*Kaufmann*): einmal kleine derbe erbsengroße Käseherdchen von ikterischer Färbung, die im Innern eine mit käsigen Bröckchen und galligem Inhalt gefüllte Höhle enthalten, die sog. Gallengangstuberkel, die gelegentlich zu bis kirschgroßen kavernösen, käsegefüllten Gebilden sich erweitern können, und weiterhin größere, solide, manchmal tumorähnliche Konglomerattuberkel, die sog. „geschwulstartige Lebertuberkulose“. Über letztere haben *Orth*, *E. Fraenkel*, *Lotheisen* und in jüngster Zeit *Brütt* eingehend berichtet; insbesondere sei auf die ausführliche Arbeit von *Lotheisen*, der 47 Fälle aus Literatur und eigener Beobachtung zusammenstellte, hingewiesen. *Lotheisen* hebt schon hervor, daß Solitärtuberkel der Leber im Tierreich öfter zu beobachten sind; relativ oft finden sich dieselben bei Kindern im Anschluß an Peritonealtuberkulose, ebenso (nach *Culp*) bei an Phthise gestorbenen Negern: „bei diesen erfolgt die Ausbreitung der Infektion fast nur auf dem Lymphwege, und bei ihnen findet man fast stets großknotige Leber- und Milztuberkulose“.

Die Entstehung der Gallengangstuberkulose wird verschieden aufgefaßt: nach *Kotlar* (bei *Kaufmann*) greifen Tuberkel von der Umgebung auf die Gallengangswand über, nach *Simmonds* handelt es sich, analog der Nierentuberkulose, um eine hämatogene Ausscheidungstuberkulose, wobei die Innenfläche der Gallenwege durch Ausscheidung von Tuberkelbacillen in die Galle primär infiziert wird. Vermutlich, meint *Simmonds*, finden sich akute tuberkulöse Affektionen der Gallenblase häufiger, als

man bisher annahm, jedenfalls müsse man 2 Formen der Gallenblasentuberkulose unterscheiden: die chronische ulceröse Cholecystitis und die bei akuter Tuberkulose auftretenden umschriebenen Nekrosen der Schleimhaut.

Eine kasuistische Mitteilung von *Calabré* erwähnt 2 Fälle von Gallenblasentuberkulose; der eine verlief wie eine Cholecystitis mit Steinbildung, der andere wie eine reine Cholecystitis. *Deycke* berichtete im ärztlichen Verein zu Hamburg 1910 über einen Kranken, der wegen heftiger Gallensteinkoliken und auffälliger Adynamie operiert wurde: es fand sich ein Empyem der Gallenblase, ein Stein in der Hinterschen Klappe, an der Oberfläche der Leber nahe der Gallenblase eine Reihe kleiner Knötchen. Mikroskopisch und im Tierversuch keine Tuberkelbacillen nachzuweisen.—4 Monate später zweite Operation: Gallenblase und Ductus cysticus samt Stein wurden entfernt, die Gallenblase erwies sich in allen Teilen als diffus tuberkulös erkrankt. Eine akute meningale Tuberkulose führte bald danach den Tod herbei; bei der Obduktion fand sich noch weiterhin ein alter schwieriger Herd in der linken Lungenspitze.

Nach *Kisch* (zitiert bei *Lotheisen*) gehört die Tuberkulose der Gallenblase zu den größten Seltenheiten; einmal beobachtete er ein direktes Übergreifen des tuberkulösen Prozesses von der Gallenblase aus auf die Leber als Solitär tuberkel der letzteren.

Klinisch imponieren die Fälle von großknotiger Lebertuberkulose häufig als Gummi- oder metastatische Carcinomknoten, die Fälle von Tuberkulose der Gallenblase bzw. Gallengänge meist als Anfälle von Cholecystitis, Cholelithiasis oder Cholangitis.

Nachfolgend seien 2 von Herrn Professor *Simmonds* seziierte und mir freundlich überlassene Fälle beschrieben, bei welchen eine tumorartige tuberkulöse Cholecystitis bzw. Cholangitis die Ursache eines klinisch unklaren Krankheitsbildes darstellte.

*Fall 1.* August Sch., Maschinist, geb. 21. III. 1879. Gestorben 2. VI. 1909. Stammt aus gesunder Familie; 1904 Anfall von Erbrechen 3 Tage lang, 1905 Anfall von Schmerzen in der Magengegend, Oktober bis November 1906 im Krankenhaus St. Georg wegen „Gastritis acuta“; Mai bis Juli 1907 ebenda wegen Cholecystitis (Ikterus, entfärbter Stuhl, Erbrechen). 1907—1908 desgleichen wegen Cholecystitisrezidiv. Am 16. XI. 1907 deshalb operiert: Verwachsungen zwischen Därmen, Magen und Leber, am stärksten in der Gegend der Gallenblase. Letztere ist in eine strangförmige starre Masse ohne Lumen umgewandelt und wird stumpf entfernt. Mikroskopische Untersuchung ergibt: Nekrose der Schleimhaut und entzündliche Infiltrate in der Gallenblasenwandung. Sehr langsame Heilung. August 1908 Herausschneiden von tuberkulösen Halslymphknoten. Ende 1908 langsam zunehmende Schwellung in der Lendengegend, die am 12. I. 1909 eröffnet wurde; es entleeren sich dunkle Blutkoagula, kein Eiter; Ausgangspunkt des Abscesses war nicht festzustellen. Wechselnd starker Ikterus. Pirquetimpfung am 25. I. 1909 stark positiv. Aus der Wunde der Lumbalgegend entleeren sich geringe Mengen nekrotischen Gewebes, darin keine Tuberkelbacillen. Zunehmender Ikterus und Verfall. Exitus am 2. VI. 1909.

*Obduktion* (Dr. *Simmonds*): Icterus gravis, Caries der Halswirbelsäule mit retropharyngealem Senkungsabsceß. Milz: 6 : 14 : 18 cm, z. T. mit Zwerchfell verwachsen, auf Durchschnitt dunkelbraunrot, das Gewebe durchsetzt von zahlreichen kleinsten grauen und gelben Knötchen sowie größeren bis haselnußgroßen

quittengelben Käseherden. Parenchymatöse Nephritis, Tuberkel in der Excavatio recto-vesicalis. Perihepatitische und perisplenitische Verwachsungen. Operativer Defekt der Gallenblase. Leber vergrößert, Gewebe graubraun und grün marmoriert, deutliche Läppchenzeichnung. Aus manchen größeren Gallengängen fließt gelblicher Eiter. Daneben finden sich mehrfach kleine, beerenförmig gruppierte Abscesse und ein prominierender taubeneigroßer Herd, der mit gelbgrünlichem Eiter erfüllt ist und dessen Wandung von z. T. erweichten Käsemassen gebildet wird. Angrenzend an diesen Herd findet sich eine Gruppe ähnlicher, die zusammen zu einem fast faustgroßen erweichten Tumor in der Leber geführt haben. Daneben zeigen sich, besonders an der Peripherie des Organs, derbere, mit Eiterpünktchen besetzte graue Herde.

*Zusammenfassung:* Ein 30jähriger Mann stirbt an großknotiger Milz- und Lebertuberkulose, nachdem er 5 Jahre zuvor an uncharakteristischen Erscheinungen von Magenkatarrh und bald darauf an Cholecystitis erkrankt war. Die rund 2 Jahre vor dem Tode operativ entfernte Gallenblase zeigte das Bild einer Schrumpfbilase, mikroskopisch nur Nekroseherde und entzündliche Infiltrate der Umgebung. Starke perihepatitische Verwachsungen sowie Ausbildung eines tuberkulösen subphrenischen Abscesses. Bei der Sektion finden sich Gallengangstuberkel, die an einer Stelle zu einer beinahe faustgroßen Lebergeschwulst konfluieren sind. Als älterer Herd kommen tuberkulöse Halsdrüsen bzw. eine Caries der Wirbelsäule in Betracht.

Der folgende *Fall* ist auf meiner Abteilung in St. Georg vom 29. XI. 1919 bis 2. II. 1920 beobachtet worden.

*Fall 2.* Johann We., 60jähriger Dienstmann. *Vorgeschichte:* Früher nie krank gewesen. Seit 1916 hat sich, ohne Schmerzen, zunehmende Gelbsucht eingestellt. Niemals kolikartige Schmerzen, kein Erbrechen. Seit 2 Jahren magert Pat. stärker ab und verliert an Körperkraft. Zeitweilig stärkere Anfälle von Gelbsucht, die aber niemals völlig zurückging. Seit 14 Tagen starker Husten und reichlich eitrigem Auswurf. *Befund* am 29. XI. 1919: 1,60 m groß, 47 kg schwer. Mäßiger Ernährungszustand. Muskulatur und Fettpolster stark geschwunden. Ausgesprochener gelbgrüner Ikterus der Haut und Bindehaut. Lungen: Keine Dämpfung. Über beiden Unterlappen reichlich Rasselgeräusche bei normalem Atmungsgeräusch. Links hinten neben dem Schulterblatt ausgesprochenes Pleurareiben. Leib: Nicht wesentlich aufgetrieben. Kein Ascites nachzuweisen. Milz nicht zu fühlen. Leberdämpfung überragt den Rippenbogen um etwa 2 Querfinger. Der ganze Rand der Leber ist unregelmäßig höckerig, etwas schmerzhaft und läßt mehrere, etwa kirsch- bis taubeneigroße Höcker deutlich durchfühlen. Temperatur normal. Reichlich dreischichtiger Auswurf, etwa 100—150 ccm in 24 Stunden. Keine T.-B. darin zu finden. 5. XII. Stets erhebliche Auswurfmengen bis zu 200 ccm täglich. Das Pleurareiben ist verschwunden. Rasselgeräusche weniger zahlreich. Keine Trommelschlägelfinger. Starke Adynamie. Urin: Eiweiß —. Gallenfarbstoff —. Urobilin —. 18. XII. Gelbfärbung etwas mehr bräunlich geworden. WaR. negativ. Gallenfarbstoffprobe im Urin sehr wechselnd, bald stark +, bald völlig —. Im Sputum keine T.-B., aber reichlich elastische Fasern. 15. XII. Unregelmäßige Temperatur. Im Stuhl kein Blut. Leber nach wie vor stark vergrößert mit deutlichen Höckern an der Oberfläche. 16. XII. Im Blutserum 1,75% Bilirubin und 0,274% Cholesterin. 20. XII. *Röntgendurchleuchtung:* Zwerchfell und Sinus o. B. Hili beiderseits vergrößert, verdichtet, marmoriert.

Spitzen beiderseits, rechts mehr als links intransparent. Herz in normaler Lage. Platte zeigt im rechten Oberlappen eine ineinanderlaufende, mehr streifige als rundliche Fleckung, dazwischen zahlreiche Aufhellungen. Hilus geht nach unten verbreitert und verdichtet in eine sehr verstärkte unreine Lungenzeichnung über. Linker Hilus wenig vergrößert, verwaschen ausstrahlend. Röntgendiagnose: Rechts multiple kleine Höhlen im rechten Oberlappen. Sekretstauung in den unteren Bronchien, evtl. kleine bronchopneumonische Herde. 22. XII. Probestück: völlige Anacidität, desgleichen fehlt Pepsin und Labferment. 29. XII. Die Hautfarbe des Kranken zeigt eigentümlich bräunlichen Ton, der immer mehr an Bronzeton erinnert. Zunehmende Schwäche. Auswurf in wechselnder, aber stets reichlicher Menge, von schleimig-eitrigem Charakter. Bei mehrfacher Untersuchung (Antiformin) keine Tuberkelbacillen zu finden. Über beiden Lungen diffuse Rasselgeräusche ohne eigentliche Verdichtungsherde. 9. I. 1920. Unregelmäßiges Fieber bis 38,2°. Auswurf unverändert. 13. I. Gallenfarbstoffprobe im Urin positiv. Im Stuhl nach mehrtägiger fleischfreier Kost kein Blut nachzuweisen. Kein Ascites. Leberoberfläche höckerig, doch läßt sich ein Wachstum der einzelnen Höcker nicht feststellen. Niemals irgendwelche Druckempfindlichkeit in der Leber- oder Gallenblasengegend. 17. I. Mehrfach Temperatursteigerungen mit deutlichem Typus inversus. 24. I. Dauernde Gewichtsabnahme, Nachlassen der Herzkraft. Ödeme an den Unterschenkeln. Kein Ascites. 29. I. Nochmalige Rectaluntersuchung ergibt keinen Anhaltspunkt für einen Tumor im Dickdarm oder in der Prostata. 2. II. Unter zunehmender Herzschwäche, mit Ödemen an Beinen und Rücken Tod.

*Klinische Diagnose:* Lebercarcinom. Multiple Bronchopneumonien; — Lungentuberkulose?

*Obduktionsbefund:* (Prof. Simmonds) Eitrige Bronchitis und Bronchiektasien, tuberkulöse, z. T. erweichte Infiltrate beider Oberlappen. Pneumonische Herde der Unterlappen. Flächenhafte Pleuraverwachsungen. Weiche Milzschwellung. Arteriosklerose. Thrombose beider Venae iliacae. *Leber:* Besetzt mit zahlreichen prominierenden erbsen- bis walnußgroßen Knollen, welche auf dem Durchschnitt eine dicke Wandung, als Inhalt zähe, grüne, schleimig-eitrige Flüssigkeit aufweisen.

Es handelt sich um tuberkulöse Kavernen der Leber mit galligem Inhalt. Gallenblasenwandung verdickt, Innenfläche eitrig belegt, enthält zahlreiche bohnen große Steine. Hepaticus und Choledochus fingerdick. Im letzteren eingeklemt, kurz vor der Papille, ein haselnußgroßer Stein. Auf den mikroskopischen Schnitten der Leberkavernen finden sich ebenso, wie in der Gallenblasenwand verkästes Gewebe und an dieses sich anschließend, Tuberkel. Tuberkelbacillen sind in der Leber nicht nachzuweisen, in der Lunge reichlich.

*Zusammenfassung:* Ein 60jähriger Mann erkrankt etwa 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre vor dem Tode an zunehmender Gelbsucht, magert später stark ab und verliert an Körperkraft. 2 Monate vor dem Tode findet sich die Leber vergrößert, ihr Rand derb und höckerig; dabei, wie in *Deyckes* Fall, starke Adynamie. Reichlich Auswurf ohne Tuberkelbacillen, auch das Röntgenbild der Lungen ergibt keinen sicheren Befund für Tuberkulose. Die klinische Diagnose lautet auf: Lebercarcinom, multiple Bronchopneumonien, Verdacht auf Lungentuberkulose. Die Sektion zeigt als alten Herd eine Tuberkulose beider Oberlappen, in der Leber zahlreiche bis walnußgroße Knoten, tuberkulöse Kavernen, hervorgegangen aus Gallengangstuberkeln; außerdem Gallenblasentuberkulose. In Chole-

dochus und Gallenblase Steine. Es liegt nahe, in diesem Falle die tuberkulöse Erkrankung von Gallenblase und Gallengängen im *Simmonds*chen Sinne als Ausscheidungstuberkulose anzusprechen.

Klinisch war in beiden Fällen eine genaue Diagnose unmöglich.

---

#### Literaturverzeichnis.

- Berg*, Fall von Konglomerattuberkel der Leber mit sekundärem subphrenischen Absceß. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. **53**, 349. 1922. — *Brütt*, Zur Kenntnis und Behandlung der geschwulstartigen Lebertuberkulose. Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. **118**, 455. 1919. — *Calabré, Louis*, A propos de deux cas inédits de tuberculose de la vésicule biliaire. Rev. internat. de tubercul. **18**, Sept. 1910. — *Crespigny and Cleland*, Case of primary tuberculomata of the liver with a degenerated hydatid cyst. Med. Journ. of Australia **1**, 151. 1923 (refer. im Zentralbl. f. Tuberkul. **20**, 410). — *Culp*, Über großknotige Lebertuberkulose, kombiniert mit Lebercirrhose. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. **46**, 219. 1921. — *Deist*, Über Tuberkulose der Abdominalorgane (Übersichtsreferat). Zentralbl. f. Tuberkul. **17**, 277. 1922. — *Deycke*, Primäre Tuberkulose der Gallenblase mit Steinbildung. Dtsch. med. Wochenschr. 1910, S. 2171. — *Fraenkel, E.*, Über geschwulstartige Lebertuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkul. **27**, 147. — *Hegler*, Akute allgemeine Miliartuberkulose. Handbuch der Tuberkulose von Brauer, Schroeder, Blumenfeld. 3. Aufl. Bd. IV. 1923. — *Kaufmann*, Pathologische Anatomie. 7./8. Aufl. 1922, S. 731. — *Lotheisen*, Über Lebertuberkulose und deren chirurgische Behandlung. Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. **81**. 1912. — *Lubarsch*, In Aschoffs pathologischer Anatomie. 4. Aufl. Fischer, Jena. — *Orth*, Lokalisierte Tuberkulose der Leber. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. **66**; ebenda **188**, 177. — *Simmonds*, Gallenblasentuberkulose. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. **19**, 225.
-