

U 142
28

Ä

ÜBER STAUUNG UND CHRONISCHE ENTZÜNDUNG IN DER LEBER UND DEN SERÖSEN HÖHLEN.

EINE KLINISCH-EXPERIMENTELLE STUDIE.

VON

DR. MED. **OTTO HESS**,
OBERARZT DER MEDIZINISCHEN KLINIK ZU MARBURG.

MIT ZWEI TAFELN.



sp - el. 8421.

MARBURG i. H.
N. G. ELWERT'SCHE VERLAGSBUCHHANDLUNG.

1902.

Ä

Unter der Bezeichnung „Ascites“ (Bauchwassersucht) stellen wir für gewöhnlich dem akut-entzündlichen peritonitischen Exsudate solche Peritonealhöhlenergüsse gegenüber, welche sich mehr oder weniger schnell ohne starke Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden entwickeln: so den Stauungsascites (insbesondere den Pfortaderascites) und dann auch das chronische peritonitische Exsudat. Eine gewisse Berechtigung, ja mitunter die Notwendigkeit, diese beiden letzteren Ergüsse mit dem gemeinsamen und einfachen Namen „Ascites“ zu bezeichnen, ist dadurch gegeben, dass beide sehr ähnliche und oft ganz übereinstimmende Krankheitsbilder bieten.

Ein jeder Ascites — die akute Peritonitis soll uns nicht beschäftigen — ist stets nur ein Krankheitssymptom; wir müssen deshalb in jedem einzelnen Falle von Ascites nach der Grundkrankheit forschen, wenn wir uns nicht auf eine rein symptomatische, meist aussichtslose Therapie beschränken wollen.

Aber diese Forderung ist nicht immer leicht zu erfüllen; denn einerseits verlangt sie die richtige Erkennung krankhafter Veränderungen der Bauchorgane, und diese gehört oft zu unseren schwierigsten Aufgaben, zumal da die uns geläufigen physikalischen Untersuchungsmethoden, welche uns bei der Untersuchung der Brustorgane eine so grosse diagnostische Sicherheit verleihen, bei der Bauchdiagnostik oft ganz oder teilweise versagen; andererseits sind es gerade die zu Ascites führenden Erkrankungen, welche einander so ähneln oder, miteinander kombiniert, ein so wechselvolles Bild darbieten können, dass die sorgfältigst gestellte Differentialdiagnose durch den weiteren Verlauf oder erst durch die Sektion umgestossen wird.

So muss es oft sogar nach einer aus diagnostischen Gründen vorgenommenen Bauchpunktion, an einem Zeitpunkte, an welchem eine palpatorische Untersuchung der Bauchorgane (Leber, Milz) den grössten Erfolg verspricht, trotz genauester Unter-

suchung des ganzen Körpers und der durch Punktion gewonnenen Flüssigkeit, zweifelhaft bleiben, ob dem Ascites eine allgemeine Zirkulationsstörung (Herz-, Lungenkrankheit), vielleicht mit besonderer Beteiligung der Leber (Stauungsinduration) oder ein lokales Hindernis im Pfortaderkreislaufe (z. B. Lebercirrhose) oder eine chronische Peritonitis zu Grunde liegt oder ob die genannten Krankheitsbilder nebeneinander vorhanden sind und sich gegenseitig beeinflussen.

Gerade die Literatur der letzten Jahre enthält eine grosse Anzahl solcher diagnostisch schwieriger Fälle, durch welche selbst geübte Beobachter irregeleitet wurden: es handelte sich dabei meist um einen beträchtlichen nach Punktionen bald wiederkehrenden mit Leberschwellung verbundenen Ascites, kombiniert mit anderen Höhlenergüssen, doch ohne Flüssigkeitsansammlung im Unterhautzellgewebe und ohne sicheren Befund am Herzen; und es zeigte sich, dass da, wo echte Lebercirrhose diagnostiziert wurde, oft eine Stauungsinduration der Leber vorlag, dass ein Ascites, welcher als Folge einer Pfortaderstauung angesehen wurde, später als das Exsudat einer chronischen Peritonitis erkannt werden musste und umgekehrt; oder dass ein scheinbar unkomplizierter typischer Fall als Kombination verschiedener Erkrankungen aufgefasst werden musste.

Die folgende Arbeit soll unter Berücksichtigung der in der Literatur niedergelegten Fälle und einer grösseren Anzahl von Beobachtungen, die in der Marburger Medizinischen Klinik, z. T. während meiner vierjährigen Assistententätigkeit daselbst gemacht wurden, — der Anhang bringt eine Zusammenstellung von 112 Fällen — den Beweis liefern, wie vieldeutig das kurz skizzierte Krankheitsbild sein kann, sie soll unter Zergliederung der klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde und unter Heranziehung des Tierexperimentes der Diagnostik ähnlicher Fälle einen Dienst zu leisten versuchen.

Zunächst aber sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Mannkopff für die Anregung zu dieser Arbeit, für das fördernde Interesse, das er stets meinen Studien entgegenbrachte und für die Überlassung des klinischen Materiales meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Fr. Pick (Literaturangaben finden sich am Schlusse der Arbeit) beschrieb im Jahre 1896 ein Krankheitsbild unter der Bezeichnung „pericarditische Pseudolebercirrhose“. Dasselbe setzt sich zusammen aus „einem den gemischten Formen der Lebercirrhose (mit vergrösserter Leber, starkem Ascites, ohne Icterus) täuschend ähnlichen Symptomenkomplex, der dadurch hervorgerufen wird, dass die durch eine latente Pericarditis bewirkten Zirkulationsstörungen in der Leber zu Bindegewebswucherungen führen, welche durch Stauung im Pfortaderkreislauf hochgradigsten Ascites zur Folge haben“.

Die Arbeit *Picks* rief schnell aus Deutschland, Italien, Frankreich, England eine grosse Anzahl Publikationen hervor, welche bewiesen, dass dies Krankheitsbild gar nicht so selten und den meisten Klinikern bekannt sei; besonders von französischen Autoren (*Venot, Boutavant*) wurde ausdrücklich betont, dass schon seit längerer Zeit derartige Fälle beschrieben seien. Die von *Pick* gewählte Bezeichnung „pericarditische Pseudolebercirrhose“ wurde teils acceptiert (*Bozzolo, Cabot, Galvagni, Nachod, Strümpell* — unter Vorbehalt — etc.) teils zurückgewiesen (*Heidemann, Schupfer, Werbatius, Venot, Eisenmenger, Türk, Romborg, Neuenhagen*).

Zur näheren Würdigung des von *Pick* aufgestellten Krankheitsbildes wollen wir uns folgende Fragen zur Beantwortung vorlegen: 1. ist es überhaupt möglich, dass, wie *Pick* annimmt, eine vom Herzen ausgehende Zirkulationsstörung in der Leber derartige Veränderungen hervorruft, dass das Bild der echten Lebercirrhose entstehen kann? und 2. wenn dies der Fall ist, wird gerade eine durch chronische Pericarditis bedingte Zirkulationsstörung in dieser Hinsicht besonders in Frage kommen? oder 3. sind ganz andere Ursachen zur Erklärung des *Pickschen* Krankheitsbildes heranzuziehen?

Der normale Kreislauf des Blutes setzt eine normale Tätigkeit des Herzens und eine normale Beschaffenheit des gesamten Stromgebietes voraus. — Das Herz ist infolge seiner Anpassungsfähigkeit zwar imstande, Hindernisse im Kreislaufsystem durch Vermehrung seiner Muskelmasse und seiner Muskelkraft bis zu einem gewissen Grade zu überwinden;

doch das hypertrophische Herz ist unberechenbar in seiner Leistungsfähigkeit; es kann oft ohne nachweisbare Ursache versagen; auch das normale Herz kann anatomischen und funktionellen Schädigungen unterliegen: die Folge ist stets eine Störung des Kreislaufs; und diese äussert sich in Veränderungen der Blutgeschwindigkeit, des Blutdrucks und der Blutverteilung: die Geschwindigkeit des Blutstromes wird vermindert; Blutdruck und Blutfülle sinken im arteriellen und steigen im venösen Stromgebiete. — Oft erlahmt zunächst ein Herzabschnitt allein, und dann ist die Zirkulationsstörung vorwiegend auf ein Stromgebiet beschränkt, bei Erlahmen des linken Herzens auf den Lungenkreislauf, bei Erlahmen des rechten auf den grossen Kreislauf: so äussert sich im allgemeinen die Schwäche des linken Ventrikels durch Dyspnoe, die des rechten durch Cyanose und Leberschwellung, die erstere wird bei allen auf das linke Herz zurückwirkenden Erkrankungen (Fettherz, Aortenfehler, Nephritis, Arteriosclerose), die letztere bei Rückwirkung auf die rechte Kammer (Fehler des rechten Herzens, der Mitralis, Kyphoscoliose, Emphysem, chronische Pneumonie, Verwachsung und Schrumpfung der Pleurablätter etc.) zunächst zustande kommen. — Doch bald werden beide Herzhälften insufficient: es entwickelt sich allmählich das ausgesprochene Bild der allgemeinen Zirkulationsstörung; zur Dyspnoe, Cyanose und Leberschwellung gesellen sich Albuminurie, Oedeme, die von den Knöcheln nach oben aufsteigen, Ergüsse in die Peritonealhöhle, die Pleuren und das Pericard und schliesslich Lungenödem. Unter Zunahme der abnormen Verteilung des Blutes pflegt dann die Zirkulation völlig zum Stillstand zu kommen.

Es gibt keine strenge Gesetzmässigkeit in der Aufeinanderfolge der einzelnen Stauungserscheinungen; „es besteht eine gewisse Selbständigkeit verschiedener Gefässgebiete des Körpers, von deren Eigenschaften es abhängt, wie sich im Einzelfalle das Bild der allgemeinen cardialen Stauung gestaltet“ (*Quincke*). — Nach *Rosenbach* kann die Stauung „in einem Gefässbezirk besonders gross sein, resp. nachweisbar werden, weil gerade hier durch lokale nicht immer aufklärbare Anomalien des Betriebes (parenchymatöse Vorgänge) die aktiven kompensatorischen Kräfte des Gewebes, die zur Unterstützung der