

Ein seltsamer Fall von Leberkrankheit.

Von  
**Dr. ALFRED STEIGER,**  
 prakt. Arzt in Luzern.

Herr A. S., 37 Jahre alt, gross und kräftig gebaut, leidet seit dem Jahre 1848 häufig an eigenthümlichen Zufällen, wie sofort einer genauestens beschrieben werden soll. Patient ist trotz eines thätigen Lebens Hämorrhoidarier und zu Verstopfung geneigt; sonst erfreut er sich einer guten Gesundheit, ist Militär und vermag grosse Strapazen auszuhalten.

Nachdem vielleicht 24 Stunden lang immer zunehmend Spannung und Völle im Unterleibe vorhanden gewesen, gleichzeitig etwas Durst aufgetreten ist und eine gewisse Unruhe sich gezeigt hat, tritt plötzlich, meist mitten in der Nacht, unter grossen, selbst furchtbaren Schmerzen eine ungeheure Geschwulst im rechten Hypochondrium auf. Es gehört dieselbe deutlich der Leber an. Manchmal erreicht sie sofort ihre grösste Ausdehnung; zuweilen erst in Nachschieben, die in den 2—3 folgenden Tagen sich zeigen, wobei stets verstärkte Schmerzen auftreten. Dabei ist das Gesicht blass, hie und da geröthet; die Circulation des Blutes wird bedeutend verlangsamt; der Stuhl ist angehalten; es ist Ueblichkeit, Brechneigung, selbst Brechen vorhanden; der Harn leicht geröthet, ohne Eiweiss oder Biliphän. Dieser Zustand hält unter grösserer oder geringerer Schlaflosigkeit mehrere Tage, zuweilen mehrere Wochen an. Allmähig nimmt dann die Geschwulst ab, womit auch der Schmerz sich mindert und der ganze Zustand erträglicherer wird. Es bleibt aber der Tumor noch längere Zeit auf einer gewissen Grösse stehen, bis er plötzlich in einer Nacht

ungemein abnimmt und dann in den *nächsten Tagen so verschwindet*, dass auch die sorgfältigste Untersuchung nach 1—2 Wochen gar nichts mehr davon zu entdecken im Stande ist.

Die Ausdehnung, welche die Geschwulst erreicht, ist eine enorme, wie sie in der Regel nur durch Carcinom oder amyloïde Entartung der Leber hervorgebracht wird. Schon die Inspektion zeigt eine starke Hervorragung der rechten Bauchhälfte. Bei der Betastung findet man einen prallen, anfänglich ganz ebenen, glatten, doch noch etwas elastischen Körper, der unter den Bauchdecken liegt, bei den Respirationsbewegungen sich verschiebt, die rechte Lendengegend wie eine Mauer ausfüllt, sich tief in die Aushöhlung des grossen Beckens verfolgen lässt, dessen abgerundeter, umgreifbarer Rand von da gegen die Mittellinie bis etwa 2 Zoll unter dem Nabel aufsteigt, dann rechts von demselben noch mehr nach oben zieht, über ihm 3—4 Zoll auf die linke Seite reicht und dann nach oben zu unter dem linken Rippenbogen sich verliert. Die Perkussion ergibt im obern Theile ganz leeren Schall, im untern dagegen bei stärkerm Anschlag schwach tympanitischen, während ein schwacher Schlag ebenfalls leeren Schall hervorbringt. Als obere Gränze der Geschwulst lässt sich durch den leeren Percussionsschall rechts die 4. Rippe in der Sternallinie, die 5. in der Seitenlinie und die 6. oder 7. hinten bestimmen; links ist die Gränze, des Herzens wegen, nicht genau festzustellen; doch ist jedenfalls der untere Theil des vordern Mediastinums vom Tumor eingenommen; das Herz indessen nicht wesentlich verdrängt. Die Untersuchung vermehrt den ohnehin grossen Schmerz. Letzterer kann einen unerträglichen Grad erreichen, so dass der sonst sehr geduldige Patient äusserst erschöpft wird. Der Schmerz wird überall im ganzen Bereiche der Geschwulst gefühlt, hinten an der Wirbelsäule, besonders aber in der Lendengegend und der grossen Beckenhöhle. Er dauert beständig an; doch nimmt die Intensität desselben hie und da ab, wobei die Prallheit der Geschwulst sich mindert, ohne dass dieselbe selbst kleiner würde. Nimmt der Schmerz wieder zu, so lässt sich in der Regel auch Zunahme des Tumors entdecken. Die Verschlimmerung kündigt sich meist durch Unruhe und Gähnen mehrere Stunden vorher an.

Nach einigen Tagen der Krankheit tritt dann plötzlich in der linken Hälfte der Geschwulst eine deutlich von der harten Umgebung geschiedene, ungefähr  $\frac{1}{2}$  Zoll hohe,  $1\frac{1}{2}$ —2 Zoll breite, kreisförmige, viel weichere, fast fluctuirende Stelle auf, als ob sich hier ein Abscess gebildet hätte. Während der ganzen Dauer des Uebels vermag der Kranke *nie* auf der linken Seite zu ruhen; anfänglich, während des grössten Schmerzens, ist nur die Rückenlage möglich, später auch die auf der rechten Seite.

Wenn nun endlich Besserung eintritt, so schwindet vor allem der heftige Schmerz, dann nimmt deutlich die Prallheit der Geschwulst ab; diese wird beinahe matsch; der fühlbare Rand verdünnt sich; der Percussion ergibt mehr und mehr tympanitischen Schall; die obere Gränze sinkt, bevor die untere ihren Platz ändert. Allmählig, bei im Ganzen noch gleicher Flächenausdehnung gelingt es zwischen Geschwulst und Rippenbogen einzugehen und die Besichtigung lässt keinen besonderen Unterschied zwischen beiden Bauchhäften mehr entdecken. Nur die erwähnte später aufgetretene weichere Stelle bleibt viel deutlicher bestehen, so dass man bei nicht ganz genauer Untersuchung geneigt sein konnte, diese als nicht dem alten Tumor angehörend, anzusehen, was auch schon geschehen ist. So oft sich nun eine wirkliche Abnahme der Geschwulst zeigt, was immer Nachts geschieht und zwar während eines erquickenden Schlafes; so wird am Morgen ein Harn in grosser Menge gelöst, der einer gesättigten Abkochung von Zwetschgen gleicht. Die Leber kann in 8—14 Tagen stets etwas, aber nicht entschieden abnehmen; bis eines schönen Morgens der Kranke erwacht, sich ganz erleichtert findet und jetzt jede Lage anzunehmen im Stande ist. In dieser Nacht wird auch die grösste Quantität Harn und zwar von der dunkelsten Nuance gelöst. Von diesem Augenblicke an ist aber auch der Tumor bis auf eine geringe Vorrangung im rechten Hypochondrium verschwunden; auch diese nimmt rasch ab und wenn man den Kranken dann 14 Tage später untersucht, findet man von der ganzen Geschichte *rein nichts mehr*.

Was nun die begleitenden Erscheinungen anbetrifft, so kommen vor Allem die des Magens und des Darms in Betracht. Der Appetit ist verschwunden; es ist Eckel vorhanden; die Zunge ist weisslich belegt; nicht selten sind Ueblichkeiten da und in schwereren Fällen tritt Brechen auf. Dabei ist der Stuhl hartnäckig angehalten, und es braucht Drastica, um ihn zu befördern. Erfolgen Stühle, so fühlt sich Patient stets erleichtert. Die Farbe der letztern ist die normale, etwas dunkle; *nie* hat sich eine grauliche, sog. icterische Oeffnung gezeigt.

Der Durst ist stets mässig.

Der Kranke zeigt einen matten Gesichtsausdruck; fühlt sich abgeschlagen, seine Stimme ist schwach. Die Sprache langsam, etwas mühselig. Sensorium sonst vollkommen frei; Kopfweh fehlt. Es ist auffällig, wie bei der definitiven Abnahme das Aussehen ein frischeres und die Stimme viel kräftiger ward.

Die Lungen bieten nichts abnormes dar; dagegen ist die Herzthätigkeit ungemein verlangsam. Der Puls ist anfänglich voll und hart und sinkt bis auf 48—54 Schläge herab; später wird er weicher, steigt aber

nur ganz allmählig auf 60, 64, 66; der macht so ziemlich alle Schwankungen im Gesamtzustande mit. Die Hauttemperatur ist während des Stadiums incrementi merklich erhöht.

Die Milz ist nicht vergrößert.

Der Harn, ursprünglich der eines Fiebernden, etwas rother und sparsamer. Wie sich etwas Besserung zeigte, wird der Nachtharn missfärbig dunkel, stark riechend (nicht ammoniakalisch), während den Tag durch die Wasser normal hell gefärbt sind. Je entschiedener die Abnahme eintritt, um so massenhafter geht der Harn ab, so dass zuletzt ein Nachtgeschirr nicht mehr genügt und um so dunkler und missfärbiger wird er. Diese Verfärbung rührt bloss von der ungemein starken Vermehrung des Urophans her; es zeigt sich weder Blut noch Biliphäein, ebensowenig je eine Spur von Eiweiss; dagegen viel harnsaure Salze. Der bekannte pathologische Chemiker Professor Heller in Wien würde diesen Harn sofort als charakteristisch für Lebercirrhose erklären.

Nachdem nun die anatomischen Verhältnisse und der Verlauf eines Anfalles näher auseinander gesetzt worden sind, haben wir noch zu erwähnen, was später bei der Diagnose sehr in's Gewicht fallen wird, dass während 8 Jahren (1848—56) die Anfälle sehr häufig 60—70mal wiederkehrten; anfänglich in grösseren Zwischenräumen, zuletzt aber mehr und mehr sich drängten, so dass kaum 4 Wochen von einem zum andern vergingen, Patient sich nicht mehr erholte, und theils in Folge der Krankheit, theils durch die nöthig gewordene Behandlung sehr anämisch wurde. Die Anfälle selbst sind bald heftiger, bald geringer, sie dauern zuweilen 4 Wochen, in selteneren Fällen 2—3 Tagen, meist aber 2—3 Wochen, wozu dann je nach Umständen eine kürzere Reconalescenz folgt.

Eine Kur von 4 Wochen in Karlsbad im Jahre 1856, brachte grosse Besserung; indem seither bloss mehr 2 oder 3 grössere Recidiven eintraten.

Die wahre Ursache des Uebels ist mit Sicherheit nicht aufzufinden. Patient hält dafür, dass Verkältung, Durchmässung einzig die Anfälle hervorruft. So viel ist festgestellt, dass das Uebel zum ersten Male auftrat, als die Wohnung des Kranken durch ein Hochwasser überschwemmt worden war; ein anderes Mal wiederkehrte, als Herr S. bei einem grossen Brande am Seeufer genöthigt gewesen war, vor den Flammen sich in's Wasser zu retten.

Was nun die Diagnose des vorliegenden Falles anbetrifft, so ist diese jedenfalls nicht leicht vollständig zu machen. Ueber allen Zweifel erhaben ist, dass das Uebel von der Leber ausgeht, dafür spricht der Sitz und die

Form der Geschwulst. Dieses ist aber nur möglich dann zu erkennen, wenn man Gelegenheit hat, den Kranken im Anfalle zu sehen. Bekommt man denselben in der freien Zeit zur Untersuchung, so findet man eben nichts Abnormes, und man kann sich kaum Vorstellung von dem Uebel machen. Es ist dies schon mehreren bewährten Klinikern begegnet, die über den Fall consultirt wurden. Es passt eben diese Lebergeschwulst, weder in ihrem Entstehen, noch in ihrem Verschwinden, in den bekannten Rahmen der Lebervergrösserungen, nichts desto weniger kommt sie doch vor. Man findet wohl etwas vom Bilde einer acuten Hepatitis; aber dass eine solche 70mal recidivirt und dabei eine so grosse Anschwellung des ergriffenen Organes verursachte, ohne tiefere Störungen zurückzulassen, ist unerhört. Ein chronisches Leiden, wie die sog. Muscatnussleber, Cirrhose, ist deswegen auszuschliessen, als sich die Anschwellung wieder complet zurückbildet und das Allgemeinbefinden sonst vortrefflich ist. Von Carcinom, amyloider Degeneration, Tuberculosis kann ohnehin keine Rede sein, ebensowenig von Echinococcusbildung. Acute Schwellung der Leber durch Gallenstauung in Folge von Concretionen ist beim Fehlen jeder ictischen Färbung ebenfalls auszuschliessen, um so mehr, als die Stühle stets normal gefärbt sind.

Es bleibt also nur übrig, sich nach einer andern Möglichkeit umzusehen, die für alle Erscheinungen wenigstens eine Erklärung zulässt. Die in wenigen Stunden auftretende ungemaine Schwellung der Leber kann nur von einer starken Blutüberfüllung herrühren. Es muss gleichsam das Blut in dieses Organ hineingepumpt werden, ohne dass ein entsprechender Abfluss stattfindet. Es ist wahrscheinlich, dass in Folge der öftern Anschwellung Erweiterungen der Gefässe entstanden sind. Diese vermögen im gegebenen Momente viel Blut aufzunehmen und bringen dann so ungemain rasch die ausserordentliche Geschwulst hervor. Die später auftretende weichere Stelle auf dem härtern Boden würde dann auf Rechnung eines grössern Extravasats fallen, daher die Resorption dort langsamer vor sich geht. Es spricht hiefür noch der bei der Besserung auftretende dunkle Harn, der so viel Urophäin enthält. Dieses muss seines Eisengehaltes wegen als ein direkter Abkömmling des Blutfarbstoffes angesehen werden und mag deshalb bei der Resorption von grössern Blutextravasaten, besonders betheiligte sein.

Die grosse Mitleidenschaft des gesammten Gefässsystems bei der in Frage liegenden Affektion ist nicht zu verkennen; der harte, volle, so sehr verlangsamte Puls bei sonst ganz normal arbeitendem Herzen ist zu auffallend; indessen kömmt schon beim gewöhnlichen Icterus catarrhalis etwas ähnliches vor; auch da ist der Puls verlangsamt.

Wie nun aber das Hinderniss für den Abfluss des Blutes aus der Leber beschaffen sein mag, darüber bin ich nicht im Stande mir eine Idee zu machen; ich kann mir aus der bekannten Anatomie der Leber nicht erklären, wie ein solches plötzlich entstehen und wieder vergehen kann. Wäre das Hinderniss am Herzen selbst, so müssten jedenfalls ödematöse Anschwellungen der untern Extremitäten vorkommen und Eiweiss-harnen würde kaum fehlen; aber von so etwas ist nichts vorhanden. Das Hinderniss wäre also in die Vena hepatica zu verlegen; aber warum schwillt dann die Milz nicht an? warum fehlen die Blutungen aus dem Darmkanal, die doch in solchen Fällen selten ganz ausbleiben?

Ich will nicht aller Ansichten erwähnen, die über diese Affektion bereits aufgestellt worden sind. Viele konnten nur deswegen vorgebracht werden, weil der Kranke in anfallsfreien Augenblicken untersucht wurde.

Jedenfalls ist der Fall, ich will nicht sagen noch nie dagewesen, aber doch noch nie beschrieben worden, darum glaubte ich denselben der Veröffentlichung werth.

Um noch mit einigen Worten die eingeschlagene Therapie zu erwähnen, so konnte, da die Diagnose nicht völlig gesichert war, auch die Behandlung mehr nur eine symptomatische sein. Sie bestand stets in Blutentziehungen, zuweilen allgemeinen, meist aber lokalen am After, in Kataplasmen, Darreichung von abführenden Salzen und narkotischen Mitteln, (Conium, Belladonn. Morphinum) bei den heftigsten Schmerzparoxysmen. In der Zwischenzeit wurden Mittelsalze in Verbindung mit Rheum, Aloe, Nux vomic. in Anwendung gebracht. Nach dem Rathe von Herrn Prof. Hasse gelang es hie und da durch Aether Klystiere die Anfälle hintanzuhalten. Aber entscheidend half nur *Karlsbad*. Von dem Gebrauche dieser bewährten Quelle an kehrten die Anfälle sehr selten wieder; in 7 Jahren bloss 3mal, obschon dann sehr heftig. Unser Rath für den Patienten ist eben der gewesen, so bald als thunlich jenes wahre Heilmittel wieder von neuem anzuwenden.

Wie nun aber das Hindernis für den Abfluss des Blutes aus der Leber beschaffen sein mag, darüber bin ich nicht im Stande mir eine Idee zu machen; ich kann mir aus der bekannten Anatomie der Leber nicht erklären, wie ein solches plötzlich entstehen und wieder vergehen kann. Wäre das Hindernis am Herzen selbst, so müßten jedenfalls ödematöse Anschwellungen der untern Extremitäten vorkommen und Flüssigkeiten würde kaum fehlen; aber von so etwas ist nichts vorhanden. Das Hindernis wäre also in die Vena hepatica zu verlegen; aber warum schwillt dann die Milz nicht an? warum fehlen die Blutungen aus dem Darmkanal, die doch in solchen Fällen selten ganz ausbleiben?

Ich will nicht aller Ansichten erwähnen, die über diese Affektion bereits aufgestellt worden sind. Viele konnten nur deswegen vorgebracht werden, weil der Kranke in anfallsförmigen Augenblicken unterseht wurde. Jedenfalls ist der Fall, ich will nicht sagen noch nie dagewesen, aber doch noch nie beschrieben worden, darum glaube ich denselben der Veröffentlichung werth.

Um noch mit einigen Worten die eingeschlagene Therapie zu erwähnen, so konnte, da die Diagnose nicht völlig gesichert war, auch die Behandlung mehr nur eine symptomatische sein. Sie bestand stets in Blutentziehungen, zuweilen allgemeinen, meist aber lokalen am After, in Kataplasmen, Darreichung von abführenden Salzen und narkotischen Mitteln (Cocain, Belladonna, Morphinum) bei den heftigsten Schmerzparoxysmen. In der Zwischenzeit wurden Mittelsalze in Verbindung mit Rhus, Aloe, Nuxvomica in Anwendung gebracht. Nach dem Rathe von Herrn Prof. Wassermann gelang es mir und da durch Aether-Klystiere die Anfälle hintanzuhalten. Aber entscheidend half nur Kowalew. Von dem Gebrauche dieser bewährten Quelle an kehrten die Anfälle sehr selten wieder; in 7 Jahren blies 3mal, obschon dann sehr heftig. Unser Rath für den Patienten ist eben der gewesen, so bald als thunlich jenes wahre Heilmittel wieder von neuem anzuwenden.