IV. Zur Frage der operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose.

Von Dr. Alfred Egon Neumann, Berlin.

Der auf Grund interessanter und beachtenswerther Beobachtungen gemachte Vorschlag Talma's¹⁾, in Fällen von Circulationsbehinderung in der Leber auf operativem Wege dem Blute der Vena portae Seitenbahnen zu eröffnen, hatte für mich so viel Anregendes, dass ich beschloss, demselben in dem nächsten geeigneten Falle zu folgen. Ein solcher bot sich mir im November 1898. Die Besserung, die nach der Operation bis jetzt anhält, ist noch eine zu kurzdauernde, um weitgehende Schlüsse daraus ziehen zu dürfen; im übrigen weiss ich sehr wohl, dass ein Fall nicht viel beweist, durch meine heutige Mittheilung beabsichtige ich lediglich, die Aufmerksamkeit der Collegen auf die Operation zu lenken, die mir manchen Vorthail zu versprechen scheint, da sowohl gewisse Erfahrungen, die wir bei der Abdominalchirurgie gemacht haben, als auch die soeben publicirten Thierexperimente Tilmann's²⁾ einen günstigen Erfolg a priori möglich erscheinen lassen.

Während frische, wenn auch flächenhaft ausgedehnte Adhäsionen, die wir oft bei der Operation älterer Abdominaltumoren finden, bei ihrer Lösung auffallend wenig bluten, ist die Gefässentwicklung in älteren Adhäsionen häufig so beträchtlich, dass die Lösung eine sorgsame Stillung der starken Blutung erfordert. Es sind nun gerade die grössten, ja die kolossalsten Tumoren, die überhaupt vorkommen, darunter solche von 60—80 Pfund, bei denen einer auffallend starken Gefässentwicklung in den Adhäsionen besonders Erwähnung gethan wird. Das eclatanteste Beispiel von Gefässneubildung in Pseudomembranen scheint Spiegelberg³⁾ beobachtet zu haben, wo ein circa 60 Pfund schweres Fibrom an seiner Vorderseite von stark stecknadelkopf- bis gänsekielicken Gefässen bedeckt war, die quer zu beiden Seiten frei von den Bauchdecken zur Geschwulst verliefen, „eine Gefässverbindung, wie sie nach Umfang, Zahl und Grösse und so frei zwischen Geschwulst und Bauchwand laufend — so dass ein Gefäss sogar durch die Punctionsöffnung verfallen konnte — auf der Oberfläche von Eierstocksgeschwülsten noch nicht beobachtet ist.“

Mehr oder minder ansehnliche Gefässneubildung wird, wie gesagt, häufig bei grossen Tumoren gefunden, so dass sich uns die Frage aufdrängt, ob zwischen der Grösse der Geschwulst und der Stärke der von aussen an dieselbe herantretenden Gefässe ein causaler Zusammenhang besteht. Da erfahrungsgemäss Adhäsionen meist erst dann sich bilden, wenn der Tumor eine gewisse Grösse erlangt hat, die Gefässbildung aber erst der Adhäsionsbildung folgt, so kann man die Gefässentwicklung allerdings höchstens für die stärkere Entwicklung eines bereits an sich grossen Tumors verantwortlich machen, wie auch Virchow und Gussow betonen, dass solche Verwachsungen zu erneutem Wachstum der Geschwülste führen können.

Wie leistungsfähig die durch Adhäsionen vermittelte Gefässversorgung von Tumoren sein kann, geht aus der ab und zu beobachteten Thatsache hervor, dass, wenn eine Geschwulst, z. B. des Uterus, mit einem beweglichen Nachbarorgan verwächst und besonders bei kleinem und dünnem Stiel durch die Bewegungen dieses Eingeweidcs allmählich vollständig vom Uterus abgetrennt wird, dennoch nicht in ihrer Ernährung leidet, da dieselbe völlig ausreichend durch die Adhäsionsgefässe besorgt wird.

Es sprechen demnach beim Menschen gemachte klinische Er-

fahrungen für die Berechtigung, die beim Thierexperiment gemachten Beobachtungen auf den Menschen zu übertragen, vorausgesetzt, dass nur das eine Moment, die Blutversorgung der Leber, in Frage kommt, wie es annähernd rein bei der Thrombose der Pfortader sich darstellt; welche Einschränkung die beim Thier gewonnenen Resultate beim Menschen erleiden, wenn, wie bei der Cirrhose der Leber, neben der mangelhaften Blutzufuhr noch andere Momente, Gewebsneubildung, theilweise Atrophie von Leberzellen mitspielen, das ist eine Frage, die nicht durch das Thierexperiment, höchstens durch die Operation am Menschen entschieden werden kann.

Wenn wir aus den vorliegenden klinischen Erfahrungen auch betreffs der Technik der Operation gewisse Schlüsse ableiten wollen, so werden wir uns zunächst der Thatsache erinnern, dass jene Adhäsionen, in denen gerade die ergiebigste Gefässneubildung angetroffen wird, spontan entstanden sind, indem es durch vorgängige Atrophie des Endothelüberzuges des Peritoneum zwischen den gegenüberliegenden Peritonealplatten zu der zartesten Verbindung kommt, die wir als sogenannte sero-seröse bezeichnen. Um, wie es am zweckmässigsten ist, diese Verhältnisse künstlich nachzuahmen, werden wir uns auf die oberflächliche Curettage des Peritoneum beschränken, die Bildung derber Adhäsionen vermeiden, da dieselben der Bildung von Gefässen eher hinderlich als förderlich sind. Da aber derbe Adhäsionen besonders gern entstehen, wo die Antisepsis nicht genügend gewahrt ist, so werden wir derselben unsere besondere Sorgfalt zuzuwenden haben.

Ferner führt uns die Erfahrung, dass frische Adhäsionen wenig blutreich zu sein pflegen, zu der Forderung, die künstliche Adhäsionsbildung so früh wie möglich vorzunehmen, so dass der Patient, wenn ich so sagen darf, noch Zeit hat, die Bildung genügend leistungsfähiger collateralen Blutbahnen abzuwarten. Welcher Zeitraum dazu nöthig ist, lässt sich schwer sagen, jedenfalls sind mindestens mehrere Wochen, ja vielleicht Monate erforderlich, denn wenn auch Schelsky bereits nach 14 Tagen ein deutliches Caput medusae sich entwickeln sah, Talma schon nach neun Tagen dicke Venen von der Operationsnarbe nach den Intercosträumen verfolgen konnte, so sind dies eben alte präformirte Venen gewesen, die durch stärkere Füllung sichtbar wurden, es ist aber kein Beweis, dass die Gefässe in den Adhäsionen bereits nennenswerth entwickelt sind. Der von mir operirte Fall war nun kurz folgender:

Frau H. M., Restaurateursgattin, dem Alkoholgenuss eingestandenermaassen ergeben, 45 Jahre alt, niemals schwer erkrankt gewesen, niemals luetisch infectirt, Mutter von fünf Kindern, keine Aborte oder Fehlgeburten durchgemacht, hatte lange Zeit an Verdauungsstörungen gelitten. Ziemlich schnell trat starke Zunahme des Leibes unter gleichzeitiger Abmagerung auf.

Status am 1. November 1898: Abgemagerte Frau mit blassen Hautbedeckungen, ohne nachweisbare icterische Färbung, blasse Schleimhäute. Kein Fieber. Abdomen gleichmässig rundlich aufgetrieben, zeigt keine sichtbaren Venenerweiterungen in der Nabelgegend, hat in Nabelhöhe einen Umfang von 90 cm, lässt deutliche Undulation, verursacht durch einen freien Erguss in die Abdominalhöhle, nachweisen. Die Leber ist hochstehend, reicht in der Mamillarlinie bis 5 cm unterhalb des rechten Rippenbogens und schneidet den linken Rippenbogen in der Parasternallinie, sie fühlt sich bretthart an, dabei von glatter Oberfläche. Die Milz ist vergrössert. Der Urin zeigt filtrirt eine Spur Eiweiss, keine Cylinder, keinen Gallenfarbstoff.

Operation am 2. November 1898. Kleine Incision in der Mittellinie oberhalb des Nabels bis dicht an denselben heran, Eröffnung des Bauchfells in 4 cm Länge, Entleerung der Ascitesflüssigkeit, die, wie die nachträgliche Untersuchung ergibt, klar, von grünlicher Farbe, ein specifisches Gewicht von 1010 besitzt. Durch Palpation mittels zweier in die Bauchhöhle eingeführter Finger wird die glatte Oberfläche der Leber und deren brettharte Consistenz erwiesen, die Gallenblase wird mässig angefüllt ohne Steine gefühlt, ebenso sind die Gallengänge frei von Steinen. Das Peritoneum zeigt normale Verhältnisse, soweit es dem Auge und Finger zugänglich. Sonst wird nichts Abnormes wahrgenommen. Es wird nun eine halbscharfe Curette in die Bauchhöhle eingeführt, und die seitlich neben der Incisionswunde gelegenen Partien des parietalen Peritoneum des oberflächlichen Endothelüberzuges werden durch leichtes Schaben beraubt, das grosse Netz gefasst und sowohl rechts als links, soweit die Abkratzung seitlich reicht, an die Bauchwand befestigt, ausserdem bei Schluss der Peritoneallängswunde das Netz mitgefasst. Schluss der übrigen Wunde. Circulärverband.

12. November 1898. Verbandabnahme. Heilung per primam.

Es sind mehrere gefüllte Venen um den Nabel sichtbar. Leib ist dünn, schlaff, doch noch etwas freier Ascites nachweisbar.

¹⁾ Talma, Berliner klinische Wochenschrift 1898, No. 38.

²⁾ Tilmann, Deutsche medicinische Wochenschrift 1899, No. 18.

³⁾ Monatsschrift für Geburtshilfe 28. 421.

1. Mai 1899. Patientin fühlt sich wohl, hat an Körperfülle zugenommen, hat Appetit, Leib schlaff, Leber hart, 4 cm unter dem Rippenrand, Ascites nicht nachweisbar. Urin eiweissfrei. Deutliche Venennetze um den Nabel, einige Venen lassen sich bis zu den Intercostalräumen verfolgen.

Was die Diagnose des Falles anbetrifft, so glaube ich es mit Lebercirrhose zu thun zu haben, wenn auch ein stricter Beweis nicht geliefert werden kann; ätiologisch wichtig kommt wohl Abusus spirituosorum in Betracht. Den Standpunkt Tilmann's, der in allen Fällen, in denen von Heilung bei Cirrhose berichtet wird, glaubt, dass es sich auch um Peritonitis serosa gehandelt haben könne, möchte ich nicht theilen, denn meines Erachtens ist die Cirrhose viel häufiger als die seröse Peritonitis, und dann ist eine relative Heilung der Cirrhose doch nicht unglaublich, da wir oft einen sehr langsamen Verlauf beobachten mit Intervallen auffallend guten Befindens, spontanem Verschwinden des Ascites, so dass es durchaus nicht unmöglich erscheint, dass ein solcher Zustand auch einmal stationär werden und einer Heilung gleichkommen kann.

Die exacte Erklärung des eventuellen Heileffects der Operation bei Lebercirrhose zu geben, dürfte vorläufig noch unmöglich sein; wir begegnen da noch vielen ungelösten Fragen. So wäre es z. B. sehr interessant, die Erklärung der Differenzen zu erfahren, die zwischen Tilmann's und den Schlussfolgerungen anderer Forscher bestehen, die vor ihm die Unterbindung der Vena portarum vorgenommen hatten. Wundt citirt in seinem Handbuch der Physiologie die Thierexperimente Oré's, der zu dem Resultate kommt, dass, wenn man die Pfortader durch allmähliches Zusechnüren langsam obliteriren lasse, die Thiere am Leben bleiben und fortfahren, Galle zu secerniren; Oré hatte keine vorherige Adhäsionsbildung künstlich herbeigeführt und kam zu demselben Resultat wie Tilmann, der das Ueberleben dem vorher angebahnten Collateralkreislauf zuschreibt.

Wie dem auch sei, in praktischer Beziehung scheint beim Menschen der Versuch gerechtfertigt, in Fällen von behinderter Blutcirculation in der Leber dem Blute andere Bahnen zu öffnen; damit jedoch das Resultat nicht enttäuscht, müssen wir die von Talma aufgestellte Forderung innehalten, nur dann zu operiren, wenn die Leberzellen noch functionsfähig sind.

Der Eingriff an sich ist höchst unbedeutend, er kann unter Infiltrationsanästhesie ausgeführt werden und unterscheidet sich an Einfachheit und Schnelligkeit kaum von einer Probelaparotomie, er bedeutet für denjenigen, der, wie ich, die Incision der Punction bei Ascites nach den Empfehlungen Gusserow's vorzieht, keine wesentliche Complication jener kleinen Operation. Wie es möglich ist, dass bei Probelaparotomien, resp. bei der Talma'schen Operation, wenn keine Eiterung besteht, Todesfälle durch Infection des Bauchfells eintreten können, wie Talma deren zwei erwähnt, ist mir unerfindlich, da ich diese Operation als absolut lebenssicher zu bezeichnen mich berechtigt halte; es wäre wünschenswerth, wenn diejenigen, die bei Probelaparotomien die Lebenssicherheit nicht zu garantiren vermögen, sie nicht ausführten, um nicht die noch viel zu wenig in Gebrauch gezogene Operation in Misscredit zu bringen.

Denjenigen, die sicher aseptisch zu operiren verstehen, möchte ich rathen, bei Circulationsstörungen in der Leber mit Ascites die Talma'sche Operation unter der von Talma aufgestellten Beschränkung zu versuchen; es würde uns dann vielleicht öfter vergönnt sein, die peritonealen Adhäsionen, die wir meist nur von schlechter Seite kennen, auch einmal eine gute, vielleicht lebensrettende Rolle spielen zu sehen.