XI.

Ein merkwürdiger Fall von Phlebektasie.

Von

Dr. Lindner

in Waren (Mecklenburg).

Der nachstehende Fall ist so eigenthümlich, der Verlauf durch die anfangs bestehenden schweren Erscheinungen und deren rasche Beseitigung so von dem Gewöhnlichen abweichend, dabei die Frage der Aetiologie so dunkel, dass ich denselben den Fachgenossen mittheilen möchte, in der Hoffnung, vielleicht durch Mittheilung noch weiterer Beobachtungen von anderer Seite über diese höchst interessante Sache Aufklärung zu erhalten.

Ich gebe zunächst die Krankengeschichte:

Herr K., 42 Jahre alt, stammt aus einer Familie, die, im Uebrigen vollkommen gesund, schon mehrere Mitglieder durch Apoplexie verloren hat. Er selbst war immer gesund, ist nie syphilitisch gewesen, hat besonders auch nie an Husten gelitten. Ich kenne ihn seit beinahe zwei Jahren und habe ihn in dieser Zeit nur einmal wenige Tage wegen einer leichten Pleuritis sicca behandelt, sonst hat er mir stets den Eindruck eines robusten vollkommen gesunden Mannes gemacht. Der Patient hat einen etwas kurzen breiten Hals, doch kann man von einem Habitus apoplecticus nicht eigentlich sprechen, er sah stets sehr roth im Gesicht aus, so dass er fälschlicherweise im Rufe eines Potators stand, obwohl er gerade im Trinken äusserst mässig ist. Seit etwa 2—3 Monaten bemerkten seine Bekannten zuerst ein etwas gedunsenes Aussehen des Gesichts, seit etwa drei Wochen begann er selbst Beschwerden zu spüren, Andrang des Blutes zum Kopf stellte sich ein, Sausen im rechten Ohr, Schwindel beim Bücken und lästiges Brennen im Gesicht, im Uebrigen fühlte er sich ganz gesund und achtete daher auf diese Beschwerden nicht recht. Seit einigen Tagen erst begann die rothe Farbe mehr ins

Blaue zu spielen, das gedunsene Aussehen nahm zu. Am 11. Januar hatte er sich von einem seiner Knechte wegen „Herzspanns“ den Hals tüchtig kneten lassen, erst am 12. Januar er. schickte seine Frau zu mir, weil sie an der rechten Seite des Halses eine Geschwulst bemerkt hatte. — Bei der Untersuchung fand sich folgender Status:

Das Gesicht ist hochgradig cyanotisch, Lippen und Ohren geradezu dunkelviolet, dabei fällt ein stark gedunsenes Aussehen auf, besonders an den Augen, deren Bulbi fast ganz von den Lidern verdeckt werden, eigentliches Oedem dagegen ist nirgends zu sehen. In allem sind die Erscheinungen an der rechten Körperhälfte stärker ausgesprochen, deren Farbe überall um einige Töne dunkler und stärker blau. Die Venen der Brust, besonders rechts, wo sie theilweise geschlängelt verlaufen, sind ziemlich stark gefüllt und auch etwas erweitert, an der vorderen Begrenzung der rechten Achselhöhle liegt ein grosses Convolut hochgradig varicöser Venen. Auf beiden Seiten des Halses sieht man die Jugularis externae als Stränge von Bleifederdicke schon von weitem auffallend hervortreten. Die rechte Supraclaviculargrube wird von einem für die Inspection über hühnereigross erscheinenden Tumor eingenommen, der am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus beginnt und sich fast bis zur hinteren Muskelgrenze der Grube erstreckt. Die Haut über demselben ist unverändert, sichtbare Pulsationen nicht vorhanden. Etwa von der Mitte seiner oberen Contour kann man die erweiterte Jugularis externa nach oben verfolgen. Bei der Palpation fühlt man keine Fluctuation, ebenso keine deutlichen Pulsationen, bei etwas tieferem Druck fühlt man den Puls der Carotis. Drückt man auf die Geschwulst, so verschwindet sie vollständig, während die Vene über ihr anschwillt, der Patient verspürt dabei ein lästiges Sausen im Ohr, lässt der Druck nach, so erscheint der Tumor sofort in alter Grösse wieder. Führt man die Finger hinter die Clavicula, so kann man, soweit dieselben eindringen können, die Fortsetzung des Hohlraumes weit in den Thorax hinein, deutlich constatiren. Auscultatorisch ist ein Schwirren nicht mit Sicherheit zu constatiren. — Links findet sich ein ähnlicher, aber kaum halb so grosser Tumor, der dieselben Symptome darbietet. Die Untersuchung des Herzens ergibt nicht die geringste Anomalie desselben, keine Vergrösserung, keine Klappenveränderungen, auch keine Veränderung des zweiten Pulmonaltons. Alle übrigen Functionen normal, am ganzen übrigen Körper keine Anomalie der Circulation, der Puls nicht frequent, vollkommen regelmässig, die Arterie von mittlerer Füllung.

Meine Verordnung bestand zunächst in Empfehlung strengster Ruhe und Auflegen einer Eisblase auf die Geschwulst rechts.

13. Januar. Die Nacht war sehr unruhig gewesen durch Kopfschmerz und Athemnoth, die auch, wenn schon mässiger, noch fortbestehen. Tumor etwas kleiner und härter. Die Verordnung blieb dieselbe, ausserdem wurde noch eine Eisblase stundenweise auf den Kopf gelegt.

In den nächsten Tagen besserten sich die subjectiven Beschwerden in Etwas, während die Cyanose noch zunahm.

Am 18. Januar begann ich mit subcutanen Ergotininjectionen und spritzte täglich eine halbe Spritze (0,5) einer Lösung von

Extract. Secal. corn. dialysat. 4,0,

Acid. carbol. 1,0,

Aq. destillat. 30,0

abwechselnd einen Tag rechts, den andern Tag links unter die Haut über den Tumoren. In der Achsel wurde etwa jeden 5. Tag eine Einspritzung gemacht. (Den Zusatz von etwa 3 proc. Carbolsäure zu den Injectionsflüssigkeiten kann ich dringend empfehlen, ich habe nie wieder Entzündung und Schwellung an der Injectionsstelle, auch kein Verderben der Flüssigkeiten mehr erlebt. Auch die local anästhesirende Wirkung ist bei empfindlichen Patienten sehr angenehm.) Nach den Injectionen verlor sich die blaue Farbe von Tag zu Tage mehr und zwar ging diese Abnahme so rasch vor sich, dass schon am 23. Januar selbst die am intensivsten blau gefärbten Partien ihre normale Farbe wiedergewonnen hatten, auch das gedunsene Aussehen verschwand in derselben Zeit vollständig. Dabei wurden die Tumoren immer flacher und härter, die subjectiven Beschwerden waren nach etwa 8 Tagen fast ganz verschwunden. Jetzt (Mitte Februar) befindet Patient subjectiv sich vollkommen wohl, er bewegt sich fast den ganzen Tag ohne Beschwerden ausserhalb der Stube, nur beim Heben von etwas schweren Gegenständen und bei starkem Bücken fühlt er noch einen lästigen Blutandrang zum Kopf, doch nimmt auch diese Beschwerde immer mehr ab. Die Cyanose ist nicht wiedergekehrt, die Geschwulst der linken Halsseite und die Varicositäten der rechten Achselhöhle sind noch eben nachzuweisen, der Tumor der rechten Seite ist noch als etwa wallnussgrosser Hohlraum mit ziemlich dicken Wandungen zu erkennen. Seit circa 10 Tagen ist eine weitere Verkleinerung kaum mehr erfolgt. Der Patient ist aus der eigentlichen Behandlung entlassen, doch sollen der Vorsicht wegen die Injectionen noch mehrere Monate hindurch in etwas grösseren Zwischenräumen wiederholt werden.

Wir haben es in dem vorstehend mitgetheilten Falle mit einer colossalen sackförmigen Ausdehnung von Venen zu thun, welche gerade am allerwenigsten Neigung und Disposition zu dieser Erkrankung zu zeigen pflegen. Die Ausdehnung erreichte besonders an der rechten Seite einen solchen Grad wie wir ihn überhaupt nur in den seltensten Fällen und unter den begünstigendsten Verhältnissen an anderen Venen zu sehen bekommen. Dabei handelt es sich hier nicht um Blutsäcke, welche etwa seitlich dem Gefäss aufsitzen und vielleicht durch die darin stattfindende hochgradige Stockung des Blutes und die ungleichmässigen Druckverhältnisse in der Umgebung eher zu stärkerer Vergrösserung disponirt erscheinen, auch nicht um sogenannte cavernöse Tumoren, welche aus dem Zusammenflusse mehrerer neben einander liegender ektatischer Venen durch Atrophie der Wandungen entstanden sind, sondern um eine Ektasie eines ganzen Gefässabschnittes. Man konnte bei den ersten Untersuchungen deutlich die Existenz eines grossen Hohlraumes mit glatter Innenfläche ohne jede Andeutung von Scheidewänden oder leistenartigen Resten derselben constatiren.

Beim Durchsehen der mir zu Gebote stehenden deutschen Literatur habe ich einen analogen Fall nicht finden können. Die Lehrbücher der Chirurgie von König, Bardeleben, Albert, Hueter sowie mehrere grössere Lehrbücher der pathologischen Anatomie erwähnen das Vorkommen von Phlebektasien der Jugulares externae gar nicht. Förster (Handbuch der spec. pathol. Anat. S. 763) erwähnt eine secundäre Erweiterung der Jugulares externae bei Herzleiden, Struma und Halsgeschwülsten, also bei exquisiten Störungen der Circulation, welche in unserem Falle ganz fehlten. Follin (*Traité élém. de pathol. extern. II. 541*) sagt: „On a encore observé des varices sur les jugulaires“, doch scheint er damit nicht die sackförmige Erweiterung eines ganzen Venenabschnittes, sondern Varices im engeren Sinne zu verstehen. Einzelne Beispiele führt er nicht an. Das Interessanteste an diesem offenbar äusserst seltenen Falle ist die Frage nach der Aetiologie. Wir vermissen die ätiologischen Momente, welche bei den am häufigsten vorkommenden Phlebektasien sich wirksam erweisen, in unserem Falle fast ganz. Bei den Venen der unteren Extremitäten, welchen zur Ueberwindung der Schwerkraft in den Aspirationsvorrichtungen und den Muskelbewegungen nur verhältnissmässig schwache Hilfsmittel zur Verfügung stehen, genügt ein geringes Minus hier oder Plus dort, um Störungen hervorzurufen und bei Wiederholung durch dieselbe allmählich die Gefässwandungen zur Ausdehnung zu bringen. Ausserdem fin-

den sich oberhalb dieser Venen und zwischen ihnen und dem Herzen so viele Organe, welche durch die Häufigkeit ihrer Erkrankungen und die daraus für die Circulation erwachsenden Hemmnisse den Extremitätenvenen verhängnissvoll werden können, dass die Häufigkeit der Phlebektasien an den unteren Extremitäten durch mehr als einen Grund erklärt erscheint. Bei den Halsvenen indess, in denen die Schwerkraft in der Richtung des Blutstromes wirkt, wo die Verbindung der Hauptstämme mit dem Herzen eine beinahe unmittelbare, nur durch ein Schaltstück von einigen Centimetern Länge vermittelte ist, kann eine hochgradige Stockung nur durch Krankheiten des Herzens selber oder solche in dessen unmittelbarer Nähe oder durch Geschwülste verursacht werden.

Letzteres kann ausgeschlossen werden, denn einmal spricht die Doppelseitigkeit der Erkrankung dagegen, dann aber auch der Sitz der Erweiterung an dem centralen Ende der Vene, da ja eine so tief im Thorax befindliche Geschwulst eventuell das Herz selbst nicht unbetheiligt lassen werde. Es bliebe also nur die Annahme, dass nahe dem Centrum ein Strömungshinderniss sich finden müsse, aber auch bei dieser Annahme würde nur die Doppelseitigkeit der Erkrankung bis in die allernächste Nähe des Herzens führen und am Herzen ist eine Veränderung durch die uns zu Gebote stehenden diagnostischen Hilfsmittel nicht zu constataren gewesen, insbesondere hat sich keine Veränderung in der Functionirung des rechten Herzens nachweisen lassen, auch der übrige Kreislauf, der bei einem bedeutenderen Hinderniss für das Einfließen eines so grossen Blutquantums ins Herz sicherlich nicht ohne Betheiligung bleiben könnte, hat nichts von der Norm Abweichendes dargeboten. Dazu spricht der prompte Effect der therapeutischen Maassnahmen, welche in wenig Wochen den ganzen alarmirenden Symptomencomplex zum Verschwinden brachten, doch sicher gegen eine bedeutendere central gelegene Veränderung. Als hauptsächlichen Grund aber gegen ein central gelegenes Canalisationshinderniss, welches secundär zu der uns beschäftigenden Affection führte, möchte ich die Form der Ektasie betrachten: eine secundäre Erweiterung der Vene würde sicher nicht eine sackförmige, nur um die Ausmündungsstelle sich findende, sondern eine mehr gleichmässig cylindrische eventuell mit Schlingelung verbundene sein. Diese selben Gründe sprechen auch gegen die Auffassung der Ektasie als einer compensatorischen, die Schaedel zur Erklärung seines Falles heranzieht.¹⁾

1) Schaedel (Langenbeck's Archiv XXIV. 521) beschreibt einen Fall von

Es bleibt also eigentlich nur die Annahme übrig, dass das Hinderniss in einer Erkrankung der Gefässwandung liegt, analog derjenigen, welche bei den Arterien die Disposition zur Aneurysmabildung schafft, die Annahme einer Endophlebitis chronica.

Birch-Hirschfeld (Lehrbuch S. 389) erwähnt das Vorkommen einer der chronischen Endarteriitis analogen chronischen Endophlebitis, setzt aber hinzu, dieselbe komme selten und nur in geringer Ausdehnung vor. Auch in anderen Lehrbüchern wird eine chronische Phlebitis dieser Art erwähnt.¹⁾

Fasse ich das bis jetzt Gesagte noch einmal zusammen, so glaube ich, dass die Doppelseitigkeit der Erkrankung, die ganze Form der Erweiterung und der Sitz derselben oberhalb der Klappe an der Ausmündung, welche durch chronische Entzündung verdickt leicht ein mühsames Abfliessen des Blutes bewirken könnte, ferner der prompte therapeutische Erfolg uns berechtigen, ein central gelegenes Hinderniss auszuschliessen und als letzten Grund der ganzen Erkrankung eine chronische Phlebitis anzunehmen, welche sich hauptsächlich an den Klappen localisirt und wahrscheinlich auch die anliegenden Partien der Venenwand so verändert hat, dass sie schon einem mässigen Druck von Seiten des über der veränderten Klappe stauenden Blutes nachgaben und ektatisch wurden. War der Beginn der Erweiterung einmal vorhanden, so mehrte sich ja natürlich die Stauung und der *Circulus vitiosus* war fertig. Anders als durch vorstehende Annahme wäre wohl auch die isolirte Erkrankung des einzelnen Gefässgebietes in der rechten Achsel kaum zu erklären.

Es würde sich also um eine primäre Erkrankung der Gefässwand handeln, nicht um eine chronische Entzündung nach Art derjenigen, welche an lange bestehenden und etwa öfteren Irritationen ausgesetzten Varicositäten secundär auftritt und für gewöhnlich mehr die äusseren Wandschichten betheiligt. Eine Analogie zu der hier vorliegenden Form würde in derjenigen Erkrankung der Venenwand gegeben sein, welche zu dem eigentlichen Varix, der partiellen Ausbuchtung, führt. Meines Wissens ist an den Venen eine so allseitige Erkrankung der Wand, wie sie ja an den Arterien nichts so Ungewöhnliches ist, bisher wenig oder gar nicht bekannt. Ob es

hochgradiger Ektasie der subcutanen Venen des Abdomen und führt als möglichen Grund dafür eine Thrombose der V. iliaca mit compensatorischer Erweiterung der Hautvenen an.

1) Förster (l. c.) spricht von einer chronischen Phlebitis mit starker Verdickung der Wand, die zur Erweiterung führen könne; ob aber nicht die Erweiterung immer das Primäre ist in diesen Fällen?

denkbar wäre, dass bei einer derartigen Affection wie die vorliegende, eine Erkrankung des Sympathicus die Ursache sein könnte, wage ich bei meiner geringen Erfahrung auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten nicht zu entscheiden, für unseren Fall möchte doch der Erfolg der therapeutischen Maassnahmen den localen Charakter der Erkrankung kaum zweifelhaft erscheinen lassen.

Es wäre jedenfalls sehr interessant zu erfahren, ob ähnliche Beobachtungen wie die vorstehende auch anderweitig gemacht und wie sie von den betreffenden Beobachtern gedeutet worden sind.

Waren, 14. Februar 1881.