Ein ungewöhnliches Symptomenbild bei atrophischer Leberzirrhose.

Von Oberarzt Dr. Curt Moehring in Landsberg a. W.

Am 16. März 1909 wurde ich wegen einer schweren Blutung aus dem Nabel zu einem Herrn gerufen. Es handelte sich um einen 51jährigen Kaufmann. Aus der Vorgeschichte sei nur bemerkt, daß der Kranke im Jahre 1904 eine Nierenentzündung überstanden hatte, die völlig abheilte. Luetische Infektion wurde geleugnet. Seit etwa 14 Jahren sei täglich etwa 1,25 Liter leichtes Bier getrunken worden. Im September 1908 stellten sich Stiche in der rechten Seite und Mattigkeit ein. Dem Patienten und seinen Angehörigen fiel eine zunehmende graue Verfärbung des Gesichts auf, zu der sich allmählich ein gelber Ton gesellte, besonders in den Augenbindehäuten. Eine stärkere Anschwellung des Leibes hat Patient nicht bemerkt, da er immer sehr stark war. Anfang Januar 1909 trat eine Blutung aus dem Nabel ein, die aber bald stand. Am 15. März wiederholte sie sich, hörte nach kurzer Zeit wieder auf, stellte sich noch einmal in der Nacht ein, stand wieder, um sich am nächsten Morgen in verstärktem Maße zu wiederholen. Trotz eines von einem Sanitätsfeldwebel angelegten Druckverbandes hielt sie in unverminderter Stärke an, sodaß man sich veranlaßt sah, mich zu rufen.

Ich fand einen mittelgroßen, kräftigen Mann in gutem Ernährungszustande. Farbe der Haut graugelblich, Konjunktiven etwas ikterisch. Hintere Rachenwand hochrot, trocken, glänzend, granuliert. Stimme heiser. Beschleunigte Atmung. Temperatur normal. Puls klein, regelmäßig, 120. Radialis nicht sklerosiert. Keine Oedeme. Appetit schlecht. Um den mäßig stark vorgewölbten Leib liegt ein dicker Verband, der völlig von Blut durchtränkt ist. Nach Entfernung des Verbandes springt mitten aus dem Nabel ein streichholzdicke Strahl dunkelroten Blutes unter hohem Druck in gleichmäßigem Strom hervor. Da das Gefäß mit der Klemme nicht zu fassen ist, wird eine halbe Stunde lang komprimiert, bis die Blutung steht. In der Mitte des etwas breiten Nabels ist jetzt eine bläulich durchscheinende, krampfaderartig vorgewölbte Vene von der Dicke eines Taschenbleistiftes sichtbar, mit einer streichholzgroßen, durch ein Blutcoagulum geschlossenen Öffnung. Bei einem Hustenstoß löste sich der Pfropf, und es kam zu einer neuen Blutung. Nun wird eine perkutane Tabaksbeutelnaht angelegt, welche die Blutung zum Stehen bringt. Patient gibt an, daß der bisher im Leibe empfundene Druck geringer geworden sei.

Die Untersuchung der Lungen ergab über dem untersten Teil des linken Unterlappens geringes Reiben. Herzdämpfung ist auffallend klein. Ueber den Aortenklappen ist im Anschluß an den ersten Ton ein leises Geräusch zu hören. Im übrigen bietet der Herzbefund nichts Besonderes.

Der Leib ist, wie erwähnt, vorgewölbt, besonders auch seitlich ausgedehnt und mäßig gespannt. Die Bauchdecken sind fettreich, sodaß eine Palpation schwierig ist.

Die Leberdämpfung beginnt in der Parasternallinie am oberen Rande der fünften Rippe und reicht bis einen Querfinger weit unterhalb des Rippenbogens. Hier ist ihr unterer Rand, der sich bei der Atmung gut verschiebt, zu fühlen. Er ist hart. Unebenheiten lassen sich bei der Spannung und dem Fettreichtum der Bauchdecken nicht feststellen. Druckempfindlichkeit besteht nicht. Die Milz ist nicht zu fühlen; perkutorisch ist eine Vergrößerung nicht nachzuweisen. In den seitlichen Teilen des Leibes besteht Dämpfung, auf der Höhe des Abdomens lauter tympanitischer Schall. Bei Lageveränderung wechselt der Schall. Fluktuation ist undeutlich zu fühlen. Der spärliche Urin ist von strohgelber Farbe, frei von Eiweiß und Zucker. Der Stuhl ist geformt, regelmäßig, gelb und von einzelnen Schleimflocken überzogen.

Die Diagnose stellte ich auf Leberzirrhose, doch dachte ich auch an die Möglichkeit, daß Lebersyphilis oder ein Tumor vorliegen könnte, der die Pfortader komprimierte, sodaß in deren Gebiet eine Stauung eintrat. Auffallend und die Differentialdiagnose erschwerend war das Fehlen eines Milztumors. Gegen Karzinom sprach der gute Ernährungszustand, gegen Syphilis der Mangel eines anamnestischen und körperlichen Anhaltspunktes. Trotzdem verordnete ich zunächst Jodkali, später Kalomel, dessen abführende und antiluetische Wirkung ich mit der diuretischen zu verbinden beabsichtigte.

In den nächsten Tagen hob sich das Allgemeinbefinden, besonders besserte sich der Appetit, der Puls wurde kräftiger, weniger frequent. Das Reiben über dem linken Unterlappen war nicht mehr hörbar. Doch bald nahm der Ascites schnell zu. Die Hautvenen in der Umgebung des Nabels traten deutlich hervor. Am 25. März stellte sich Erbrechen großer Mengen frischen Blutes und große Schwäche ein. Durch Eispielen und Morphinum versuchte ich den Brechreiz, durch subkutane Ergotingaben die Blutung zu lindern.

Doch hatten alle Maßnahmen nur vorübergehenden Erfolg. In der Nacht zum 26. März begann tiefes Koma.

Nach Injektion großer Mengen Kampferäther und Entleerung von etwa 5 l Ascitesflüssigkeit besserten sich Puls und Atmung wesentlich. Die Reflexe kehrten wieder und waren energisch. Die Leberdämpfung war verkleinert, der deutlich palpable Leberrand sehr hart. Die Milz war nicht zu fühlen, trotzdem man mit der Hand tief eindringen konnte.

Während der folgenden Nacht war das Bewußtsein etwas wiedergekehrt. Am Morgen des 27. März stellte sich wieder tiefes Koma ein. Unter zunehmender Herzschwäche trat kurz nach Mittag der Exitus ein.

Das Auffallendste an dem geschilderten Krankheitsbild ist die Blutung aus dem Nabel. Ich nahm an, daß vielleicht die Vena umbilicalis nicht obliteriert sei, sich infolge des Druckes in der Bauchhöhle nach außen vorgewölbt habe, daß ihre Wand durch Scheuern der Kleidungsstücke oder unbewußtes Kratzen verletzt worden und so, vielleicht aber auch lediglich durch den Druck im Pfortadergebiet die Blutung entstanden sei. Ein gleicher Fall war mir nicht bekannt. Daß man jedoch daran denken mußte, zeigt der Befund von Baumgarten, der eine durch die starke Rückstauung erfolgte Erweiterung der im Ligamentum teres verlaufenden, nicht vollständig obliterierten V. umbilicalis nachgewiesen hat, durch die ein Kollateralweg von der Pfortader zu den epigastrischen Venen entstehen kann, sodaß das Blut in einer der normalen entgegengesetzten Richtung fließen würde.

Dagegen ist das Erbrechen größerer Mengen Blutes kein sehr seltenes Symptom im Bilde der Leberzirrhose. Ein früher von mir beobachteter Fall unstillbaren Blutbrechens führte gleichfalls schnell zum Tode. Es handelte sich dabei, wie auch sonst gewöhnlich, um eine geplatzte variköse Vene des Oesophagus dicht oberhalb der Kardia.

Da die Angehörigen befürchteten, daß vielleicht doch ein Leberkarzinom vorgelegen haben und es sich in der Familie weiter vererben könnte, war es mir leicht, die Zustimmung zu einer Eröffnung der Bauchhöhle zu erlangen. Dabei fanden sich unerwartete Verhältnisse. Der Nabelring war für die Kuppe des kleinen Fingers durchgängig. Auf der Innenseite war das fettreiche Netz mit dem Nabel fest verwachsen. Gerade an dieser Stelle verlief eine stark blutgefüllte Vene von der Dicke eines Taschenbleistiftes im Netz. Die Vene war durch den Nabelring vorgedrängt, und aus ihr war die Blutung erfolgt. Demnach handelte es sich um eine Nabelhernie mit äußerst dünnen Hüllen und der Vene mit dem angrenzenden Netzgewebe als Bruchinhalt. Zwischen dem übrigens normalen Ligamentum teres und dem Netz bestand so ein Schlitz, der sehr wohl die Ursache zu einer inneren Einklemmung des Netzes oder Dünndarms hätte werden können, ähnlich wie ein mit dem Nabel verwachsenen Meckelsches Divertikel.

Das Peritoneum war überall glatt und spiegelnd. Durch die Darmwände schimmerten zahlreiche bläuliche Flecken verschiedenen Umfangs, Zeichen der Blutungen in die Schleimhaut. Der Magen, der mit Flüssigkeit, die nur Blut sein konnte, gefüllt war, wurde nicht geöffnet. Die Leber bot das typische Bild der Leberzirrhose im Stadium mäßiger Schrumpfung.

Die Milz war wenig verbreitert, ihre Kapsel mäßig verdickt. Sie war sehr blutreich.

Weitere Untersuchungen verboten die Verhältnisse und die Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit.