

Die Behandlung der Leberkrankheiten

Autor(en): **Riva, Guido**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **65 (1956)**

Heft 2

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-975605>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Blutuntersuchungen sowie eine ganze «Batterie» von sogenannten Leberfunktionsprüfungen, die die einzelnen Stoffwechselgebiete der Leber berücksichtigen, spezielle praktische Bedeutung erlangt. Trotzdem ist der Arzt oft nur auf das Ergebnis der Vorgeschichte und des Tastbefundes allein angewiesen, während die Leberfunktionsprüfungen noch normale Ergebnisse zeigen. Dies ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass unter Umständen neun Zehntel der Leber krankhaft verändert sein können, bis eindeutig verwertbare Funktionsausfälle mit den verschiedenen Leberfunktionsproben erfasst werden können.

Eine wesentliche Aenderung brachte bei dieser Sachlage die Einführung der Bauchspiegelung oder Laparoskopie und die damit eventuell verbundene Leberpunktion oder Leberbiopsie, bei der man unter Leitung des Auges mit speziellen Punktionsnadeln kleine Leberzylinder aus den veränderten Leberabschnitten entnimmt, um sie histologisch und im gefärbten Ausstrichpräparat oder sogenannten Hepatogramm zu untersuchen. Die Bauchspiegelung bedingt zunächst nach Ausführung bestimmter Voruntersuchungen und Berücksichtigung der Kontraindikationen für den Eingriff sowie Vorbereitungen des Patienten die Anlage eines Gasbauches oder Pneumoperitoneums in örtlicher Betäubung. Seitliche Röntgenaufnahmen können dabei bereits wesentliche Leberveränderungen aufdecken, wofür in Abbildung 1 auf Seite 16 ein Beispiel gegeben wird. Die direkte Betrachtung der Leber durch den Bauchspiegel zeigt oft auf den ersten Blick auch umschriebene Veränderungen, die die Funktionsprüfungen nicht anzeigen können und die, falls nötig, durch die gezielte Punktion der Leber eindeutig abklärbar sind. In den Abbildungen 2 und 3

auf Seite 16 ist ein histologischer Schnitt eines Leberzylinders, der eine auf dem Gallengangsweg entstandene entzündliche Leberveränderung anzeigt, respektive ein Ausstrichpräparat mit Verfettung der Leberzellen, erkennbar an den rundlichen Aussparungen im Zellprotoplasma, dargestellt. Da Veränderungen in der Leber oft nur herdförmig im Organ auftreten, darf das Ergebnis dieser mikroskopischen Untersuchungen nur im Zusammenhang mit der Gesamtschau des Organs verwertet werden.

Gerade bei den Folgeerscheinungen der epidemischen Leberentzündung zeigt sich immer wieder, wie wesentlich die Bauchspiegelung und die Leberbiopsie sind, um eine genaue diagnostische Abklärung zu erhalten und damit die Grundlagen für die einzuschlagende Behandlung zu schaffen. Eine recht erhebliche Zahl der epidemischen Leberentzündungen verläuft ohne jede Gelbsucht, mit ganz uncharakteristischen Krankheitszeichen und droht damit, gleichsam unterschwellig sich bis zum beginnenden oder vollständigen Bild der chronischen Entzündung, in selteneren Fällen der Leberschrumpfung, zu entwickeln, wenn man nicht im geeigneten Zeitpunkt diese bioptischen Untersuchungsmethoden, wie die Laparoskopie und Leberbiopsie als letzte diagnostische Massnahme einsetzt, um das Krankheitsbild zu klären und die in solchen Fällen sehr wirksame Behandlung frühzeitig einzuleiten.

So stellen denn heutzutage in der Klinik die Kombinationen von Funktionsprüfungen und bioptischen Untersuchungsmethoden in Form der Bauchspiegelung und der gezielten Leberbiopsie diagnostische Möglichkeiten dar, die als entscheidender Fortschritt in der Erkennung der so häufigen chronischen Leberkrankheiten gewertet werden dürfen.

DIE BEHANDLUNG DER LEBERKRANKHEITEN

Von PD Dr. med. Guido Riva

Chefarzt der medizinischen Abteilung des Tiefenauspitals
der Stadt Bern

Die erste Aufgabe, die sich bei der Behandlung der Leberkrankheiten stellt, ist die Abklärung der dem Leiden zugrundeliegenden Ursache. Sehr oft ist eine Gelbsucht das Symptom, das den Patienten zum Arzt führt, wobei grundsätzlich drei Hauptfaktoren kausal in Betracht kommen;

1. Es kann sich um einen abnorm gesteigerten Abbau des Blutfarbstoffes handeln, der eine exzessive Bildung von Gallenfarbstoffen zur Folge hat (haemolytische Anämie, bzw. haemolytischer Ikterus). In diesen Fällen liegt in erster Linie eine *Erkrankung des Blutes* und nicht der Leber vor. Die

Erörterung der Behandlung dieser Gelbsuchtförmungen gehört demnach nicht in den Rahmen dieses Aufsatzes und soll hier übergangen werden.

2. Die Gelbsucht ist die Folge einer *Verlegung der Gallenwege* durch einen *Gallenstein* oder eine *Geschwulst*, bzw. einer *narbigen Verengung* des grossen Gallenganges oder einer Kompression der Gallenwege von aussen durch *Verwachsungen* und *Tumoren* (meistens Krebs im Kopf der Bauchspeicheldrüse oder in den Lymphknoten der sogenannten Leberpforte). Selten kann ein Spulwurm den grossen Gallengang verlegen. Bei einer derartigen mechanischen Behinderung des Gallenabflusses kommt es zur Stauung der Galle in den feinen Gallenkapillaren der Leber, zum Uebertritt von Galle ins Blut und dadurch zur Gelbsucht. In solchen Fällen kommt nur die chirurgische Behandlung in Betracht, wobei entweder das Hindernis beseitigt oder — wo dies nicht möglich ist — durch die Einpflanzung der Gallenblase oder des grossen Gallenganges in den Magen, Zwölffingerdarm oder Dünndarm ein künstlicher Abflussweg für die Galle hergestellt wird.

3. Die Gelbsucht ist das Symptom einer *toxischen* (d. h. durch Gifte hervorgerufenen) oder *entzündlichen Schädigung der Leberzellen*. Die häufigste Form stellt die ansteckende Gelbsucht (infektiöse Hepatitis) dar, bei welcher der Entzündungserreger ein Virus ist. Ein Virus ist auch die Ursache des in den Tropen vorkommenden und ebenfalls mit Gelbsucht einhergehenden Gelbfiebers. Seltener ist die Hepatitis beim Drüsenfieber, einer ebenfalls durch ein Virus bedingten Erkrankung. Eine entzündliche Lebererkrankung kann auch durch andere Erreger verursacht werden, wie Spirochäten (Weilsche Krankheit und Sumpffieber), Malariaparasiten u. a. m. Für die Behandlung ist es von Bedeutung, dass gewissen Formen der Hepatitis eine Entzündung der Gallenwege (Cholangitis) zugrunde liegt, bei welcher bakterielle Infektionserreger wahrscheinlich vom Darm aus durch den grossen Gallengang bis in die feinsten Gallengänge hinaufsteigen.

Das erste Ziel jeder Krankenbehandlung ist die Beseitigung der Krankheitsursache. Leider steht uns in der Regel für die unter 3 erörterten Formen der Hepatitis keine kausale Therapie zur Verfügung. In den Fällen, bei denen die Gelbsucht durch ein Gift hervorgerufen wurde, hat dieses im Augenblick, in dem die Symptome manifest werden, seine schädliche Wirkung schon entfaltet. Der Arzt muss sich darauf beschränken, das toxische Agens auszuschalten. In Betracht kommen neben gewerblichen Giften (Tetrachlorkohlenstoff, Trinitrotoluol, selten Blei, Quecksilber und Zink u. a. m.) namentlich Medikamente (Narkosemittel — besonders das Chloroform, Atophan, Arsen, selten Sulfonamide, Chloromycetin, Largactil usw.) und Pilzgifte (Knollenblätterpilz und giftige Lorchel). Bei den infektiösen Formen von Hepatitis ist eine kausale Therapie in der Regel nicht möglich, da wir noch keine sicher

wirksamen Medikamente gegen Vira besitzen. Die in den letzten Jahren im medizinischen Schrifttum erschienenen Mitteilungen über Erfolge der Hepatitisbehandlung mit Antibiotica (Aureomycin, Achromycin usw.) entbehren einer festen Grundlage. Eine kausale antiinfektiöse Therapie kommt in der Hauptsache bei den oben erwähnten Formen der Gelbsucht in Betracht, welche mit einer bakteriellen Infektion der feinen Gallenwege einhergehen: hier sind Penicillin und Streptomycin, bzw. Achromycin, Tetramycin und Aureomycin indiziert.

Bei dieser Sachlage muss sich die Behandlung der Hepatitis in der Regel darauf beschränken, die durch den ursächlichen, unseren Massnahmen trotztenden Krankheitsfaktor gesetzte Leberzellschädigung zu beeinflussen und Bedingungen herbeizuführen, die dem Organismus gestatten, die Läsion eines so wichtigen Stoffwechselorgans wie der Leber optimal zu überwinden. Diese Massnahmen lassen sich folgendermassen kurz zusammenfassen: Grösstmögliche physische, psychische und diätetische Schonung, Vermeidung jeder zusätzlichen schädlichen Einwirkung, Beeinflussung des kranken Organs durch altbewährte lokale Behandlungsprozeduren und des Gesamtorganismus durch Zufuhr von für den Stoffwechsel wichtigen Medikamenten wie Vitamine, Leberextrakte, Trauben- und Fruchtzucker u. a. m.

Im ersten Stadium der Erkrankung ist *Bettruhe* erforderlich: leider stösst das Einhalten strenger Bettruhe bei den Fällen mit nur relativ geringen Beschwerden oft auf den Widerstand des Patienten. Noch grösser sind die Schwierigkeiten für den gewissenhaften Arzt, der eine genügend lange Durchführung dieser einfachsten Behandlungsmassnahme im Interesse seines Patienten auch nach Ueberwindung der ersten Krankheitsperiode durchsetzen muss. Der Uebergang von der Bettruhe zur normalen Tätigkeit darf nur progressiv in Form eines langsamen Trainings erfolgen, wobei auch nach Wiederaufnahme der Arbeit während Monaten eine zusätzliche Schonung (verlängerte Nachtruhe, Liegekur nach dem Mittagessen, Vermeidung strapazierender sportlicher Leistungen, Einschaltung von ein- bis zweiwöchigen Erholungsperioden neben den regulären Ferien usw.) sehr zu empfehlen ist. Ein konsequentes Einhalten der Bettruhe ist nicht selten nur im Spital möglich, da sich der Patient daheim nicht immer ganz von seinen Arbeitspflichten zu befreien vermag. Das gilt sowohl für die Hausfrau, auf der die Verantwortung des Haushaltes auch bei krankheitsbedingter Bettlägerigkeit lastet, wie für den Mann in leitender Stellung, der trotz der Erkrankung sich nicht entschliessen kann, die beruflichen Aufgaben ganz zu vernachlässigen. Die Bettruhekur ist in der Tat nur dann optimal, wenn sie nicht nur die maximale physische, sondern auch die bestmögliche psychische Entlastung zu gewährleisten vermag.

Das Prinzip der Schonung gilt auch für die *diätetische Behandlung*. In den letzten Jahren haben

sich die Ansichten der Medizin in dieser Hinsicht modifiziert. Schaltete man früher sowohl die Fette wie die tierischen Eiweisse (Fleisch, Eier, sogar Milch und Milchprodukte usw.) auf dem Diätzettel des Leberkranken aus, so schränkt man heute in der Hauptsache nur die Fette ein; gleichzeitig erstrebt man eine möglichst reichliche Zufuhr von Kohlehydraten (Stärketräger, zuckerhaltige Nahrungsmittel) und Eiweissen. Im Beginn des Leidens besteht meist Appetitlosigkeit, so dass man sich auf die Zufuhr von gezuckerten Fruchtsäften, Zwieback, Milch, Schleimsuppen usw. beschränken muss. Allmählich wird die Diät durch Teigwaren, Brot (evtl. mit frischer Butter bestrichen), Kartoffelstock, Joghurt, Quark, milde Käsesorten, fettarm zubereitetes (z. B. gesottenes, bzw. grilliertes) Kalbfleisch und Geflügel, Bündner Fleisch, gesottene Eier und zarte Gemüse und Obst bereichert. Eine derartige Leberschondiät ist dem Patienten noch während Monaten zu verschreiben, wobei vor allem folgende Speisen vermieden werden sollen: in Fett gebakene Nahrungsmittel (pommes frites, Rösti, Blätterteig), fettreiche Zutaten (Mayonnaise und andere Saucen), fettreiche Desserts und Fleischsorten (Schweinefleisch, Hammelfleisch, Hummer usw.) und gewisse Gemüse (Kohlarten, Bohnen, Erbsen usw.), Schokolade u. a. m. Alkohol ist als exquisites Lebergift während längerer Zeit zu verbieten. Neben der Diät ist die Zufuhr von B-, C- und K-Vitaminen in Tabletten oder Injektionsform und von Trauben- und Fruchtzucker als Sirup oder intravenös angezeigt. Bei schweren Gelbsuchtsformen werden Infusionen von Zuckerlösung ($\frac{1}{2}$ —1 Liter täglich) durchgeführt. Vor wenigen Jahren wurde die Verabreichung von sog. *lipotropen Substanzen* (das sind Eiweissabbauprodukte — Aminosäuren — wie Cholin, Methionin usw.) propagiert. Diese Behandlung stösst auf Schwierigkeiten wegen des hohen Preises und des schlechten Geschmacks der Medikamente; über deren Wirksamkeit bestehen nicht geringe Zweifel.

Sehr modern ist die Behandlung der Hepatitis mit dem Wundermittel Cortison: sie hat sich aber noch nicht einzubürgern vermocht, nicht nur wegen der damit verbundenen Gefahren, sondern auch, weil sich kritische Autoren von der Wirksamkeit des Cortisons nicht restlos zu überzeugen vermochten.

Zu empfehlen ist die Zufuhr von Leberextrakten und namentlich von galleabtreibenden Mitteln.

Damit kommen wir zur Erörterung der Lokalbehandlung des kranken Organs: Eine ausgiebige Entleerung der Galle ist anzustreben, wobei sowohl Mineralwasser (Karlsbader, Vichy, Passugger u. a. m.), wie Medikamente und sogar die Duodenalspülung (Einführung einer dünnen Sonde in den Zwölffingerdarm und dessen Spülung mit dem galle-treibenden Abführmittel Magnesiumsulfat) in Betracht kommen. Darüber hinaus sind Wärmeapplikationen in der Lebergegend (Heizkissen, Leinsamenkataplasmen) indiziert, deren Wirkung der Patient in der Regel als sehr wohltuend empfindet.

Das gleiche Behandlungsprogramm kann nach Ueberwindung der ersten Krankheitsphase in Form von Badekuren (Schuls, Passugg, Vichy, Chianciano, Montecatini) durchgeführt werden, wobei die wohltuende Wirkung eines Ferienaufenthaltes hinzukommt.

Gelbsuchtkranke werden nicht selten durch einen hartnäckigen Juckreiz geplagt, der sich nicht leicht beeinflussen lässt: am besten wirken die modernen Antihistaminica und das Largactil (das letztere ist aber mit Vorsicht zu verschreiben, da es selten einmal zu Leberschädigungen führen kann).

Die eben besprochenen Behandlungsprinzipien gelten im allgemeinen für alle Formen von Lebererkrankungen und auch für die Gallenblasen- und Gallenwegsleiden. Hier sind darüber hinaus Medikamente indiziert, welche der Gallendesinfektion dienen (wie z. B. Bilamid, Choleval, Urotropinpräparate, Sulfanilamide und Antibiotika usw.) sowie — beim Vorliegen von Gallensteinen — die operative Entfernung der Gallenblase.

Gleiche therapeutische Massnahmen werden bei derjenigen Erkrankung der Leber verordnet, die im Volksmund als *«Leberverhärtung»* bezeichnet wird und für die der Arzt den Terminus *Leberzirrhose* verwendet. In diesen Fällen sind allerdings den ärztlichen Bemühungen enge Grenzen gezogen. Es handelt sich hier in der Tat um das Endstadium eines chronischen Leberleidens, bei dem die Leberzellen in grossem Ausmasse zerstört und durch Narbengewebe ersetzt sind. Die häufigste Ursache ist der chronische Alkoholismus, seltener kann die oben erwähnte infektiöse Hepatitis, wenn sie nicht im akuten Stadium abheilt, nach Jahr und Tag in eine Leberzirrhose übergehen. Kann bei der Hepatitis in der überwiegenden Zahl der Fälle die Heilung — wenn auch oft erst nach Monaten — erreicht werden, so setzt sich der Arzt bei der Leberzirrhose nur das sehr bescheidene Ziel, das Leben und die Leistungsfähigkeit des Patienten soweit und solange wie möglich zu erhalten. Es gelingt gar nicht selten, den Zustand des Kranken für längere Zeit wesentlich zu verbessern. Neben den oben erwähnten Behandlungsmassnahmen ist man oft gezwungen, die Bauchhöhle der Patienten wiederholt zu punktieren. Infolge der narbigen Umwandlung der Leber werden in der Tat die Verästelungen der Pfortader erdrückt, woraus eine Blutstauung und der Austritt von Blutflüssigkeit in die Bauchhöhle resultiert. In regelmässigen Abständen wird der Erguss mit einer Nadel entleert. Durch mehrmalige Wiederholung der Prozedur werden in einzelnen Fällen bis einige hundert Liter Flüssigkeit punktiert, worauf eine entscheidende Besserung eintreten kann.

Die wichtigste Massnahme gegen die Leberverhärtung kann nach dem eben Gesagten nur die Vorbeugung sein: d. h. *der Kampf gegen den Alkoholismus*, dem noch heute eine erschreckende Zahl von Menschen zum Opfer fallen.