

XIX.

Dünndarmverschluss durch Magenerweiterung.

Von Prof. Ludwig Meyer in Göttingen.

Die interessante Mittheilung Pertik's in dem, mir soeben zur Kenntniss gelangten Hefte dieses Archivs (Bd. 114 Heft 3), nach welcher ein Schleimhautdivertikel im Duodenum die Erweiterung dieses und des Magens veranlasst habe, erinnert mich an die gleiche Combination von extremer Magen- und Duodenalerweiterung. Das Hineinziehen letzterer in die Gastrektasie wurde aber hier bedingt durch den Druck des Magens selbst. Das Anwachsen dieses Moments führte schliesslich den Exitus lethalis unter Erscheinungen herbei, welche den Verdacht auf einen völligen Verschluss des Darmrohrs durch eine Darmverschlingung oder dgl. hervorriefen. Einen ähnlichen Fall habe ich in der mir zur Zeit zugänglichen betreffenden Literatur nicht gefunden.

Krankengeschichte.

Conrad M. wurde am 26. Juni 1886 in die Irrenanstalt zu Göttingen aufgenommen. Er ist 41 Jahre alt, der Sohn wohlhabender Landleute; in seiner nächsten Verwandtschaft sind mehrere Fälle von Geisteskrankheit vorgekommen. Er hat den Krieg von 1870—1871 mitgemacht. Wegen heftiger, mit lebhaften Hallucinationen verbundener Erregungszustände wurde er 1878 der Irrenanstalt in Hildesheim übergeben, blieb dort gegen 2 Jahre und wurde geheilt entlassen. Aber sehr bald nahm seine Umgebung wahr, dass er wieder wirre Reden führe. Ende Mai 1886 dem Krankenhouse zu Hannover übergeben, klagte er über anklagende Stimmen, auch dass man ihm Schmerzen mache, Zahn- und Kopfweh u. s. w., zeigte wenig Appetit und trägen Stuhlgang.

M. ist ein kräftig gebauter und gut genährter Mann von zufriedener, mehr heiterer Gemüthsart. In seinen Wahnsinnen traten meist sexuelle Beziehungen hervor. „Man mache sich an seinen Geschlechtstheilen zu thun, er habe sich mit einem Mädchen abgegeben und höre Stimmen, welche ihm sagten, dass er deren Kind um's Leben gebracht habe u. s. w.“ Er ass mit Appetit die regelmässigen Mahlzeiten und klagte nicht über Verdauungsstörungen.

Am 15. November wurde er plötzlich sehr erregt, lärmte in der Nacht, schrie „er habe seine Braut nicht geschändet, ihr die Leibesfrucht nicht abgetrieben“. Die wegen seiner Klagen über Leibscherzen und trägen Stuhl vorgenommene Untersuchung ergab nur eine mässige Aufreibung des Leibes. Die verordneten Abführmittel (Rheum, Calomel etc.) brachten keine Erleichterung. Am 22. trat Erbrechen ein, die Schmerhaftigkeit des Leibes steigerte sich zusehends. Auch wiederholte Klystiere blieben ohne Erfolg. Am 25. erschien der Leib stärker aufgetrieben, der Schmerz unerträglich. Der ganze Leib, auch die Blasengegend, ergab bei der vorsichtigen, durch den Schmerz gebotenen, Percussion tympanitischen Schall. Der Puls wurde frequent und sehr klein. Die Entleerung des Magens durch die Magenpumpe, welche eine grosse Menge grünlich gefärbter und säuerlich riechender, meist flüssiger Massen entfernte, und die Ausspülung desselben, sowie ein späteres Einlaufklysma vermehrten nur die Schmerhaftigkeit und den drohenden Collaps. Da der Verdacht auf eine Darmeklemmung gerechtfertigt erschien, wurde der Patient am 26. auf die chirurgische Klinik verlegt. Dort glaubte man aber, wegen des drohenden Collapses von einem operativen Eingriff absehen zu sollen. Zur Linderung des qualvollen Zustandes beschränkte man sich auf subcutane Morphiumeinspritzungen. Der Tod erfolgte gegen Mitternacht.

Autopsie.

Schweres, dünnes, aber durchgängig sehr compactes Schädeldach von 19 cm Länge und 14 cm Breite. Ziemlich deutliche Crista frontalis externa. Verschmelzung der Coronalaht in der Mitte und fast der ganzen Sagittalaht. Ausserordentlich starke Impressiones digitatae an der Innenfläche der Convexität, namentlich des Stirnbeins. Zahlreiche und tiefe Pacchioni'sche Gruben. Sehr steiler Sattelwinkel. Die Occipitalschuppe ist klein und besonders im verticalen Theile stark nach hinten verschoben. Dura mater prall. Das Gehirn wiegt 1550 g. Die Gehirnhäute sind weder getrübt, noch verdickt, lassen sich ohne Substanzverlust abziehen. Gehirngefäße ohne Veränderung. In den Furchen etwas Oedem. Windungen wenig detaillirt, massig. Die vordere Centralwindung ist rechts im oberen Drittel durch eine tiefe Furche unterbrochen, welche unmittelbar in die oberste Frontalfurche übergeht; links durchsetzt diese fortgesetzte Frontalfurche beide Centralwindungen. Der auf beiden Seiten mehr flach als keilförmig gestaltete Cuneus geht unmittelbar in die 1. Occipitalwindung über. Die Ventrikel sind sehr klein. Windungen auf dem Durchschnitt eher breit, mit deutlicher Streifung. Consistenz der Gehirnmasse fest.

Das Zwerchfell steht hoch, mit der Wölbung der 4. Rippe entsprechend. Mässige Trübung des Endocard, im Arc. aortae einige sklerotische Flecke. Auf der Oberfläche beider Lungen zerstreute Atelectasen von geringerem Umfange. Umfangreichere Atelectasen am rechten mittleren Lappen, der fast in ganzer Ausdehnung blau und schlaff infiltrirt erscheint. Auf Druck entleert sich an den angeschoppten Stellen eine reichliche röthliche, noch schaumige Flüssigkeit.

Die stark ausgedehnten Bauchdecken erscheinen dünn. Der Panniculus adiposus ist äusserst reducirt. Das geöffnete Abdomen, dem kein Gas entströmt, und welches keine Flüssigkeit enthält, bietet einen überraschenden Anblick. Vom Zwerchfell bis zum kleinen Becken hat der ausgedehnte und von Gasen gespannte Magen mit Anschluss des in die Magenerweiterung hineingezogenen Duodenum alle übrigen Abdominalorgane bedeckt und verdrängt. Hebt man den Magen auf, so wird gleich die Aorta abdom. sichtbar. Der gesamte Dünndarm, abgesehen vom Duodenum befindet sich, zu einem festen aus platten Schnüren bestehenden Packet zusammengedrückt im kleinen Becken. Das mit seinem mittleren Theile bis unter das Schambein hinabreichende Colon transversum, wie der übrige Dickdarm, ist gleichfalls auf das Aeusserste comprimirt. Das fast in ganzer Ausdehnung stark erweiterte Duodenum ist etwa im letzten Drittel seines unteren horizontalen Theiles von dem Pylorustheil des Magens zusammengedrückt.

Aus dem eröffneten Magen werden grosse Mengen einer bräunlichen Flüssigkeit und unverdaute Speisereste (Kartoffeln u. s. w.) entleert. Der entleerte Magen zieht sich in auffälliger Weise zusammen, misst zur Fläche ausgebrettet, in der Länge 35 cm, in der Breite 30 cm. Der Pylorus ist schlaff, weit geöffnet, geht fast ohne Absatz in das circa 12 cm breite Duodenum über. Der Dünndarm ist völlig leer, seine Schleimhaut in viele, das Lumen ausfüllende Längsfalten gelegt. Im Dickdarm finden sich noch vereinzelt kleine lebmartige Ballen Koth von etwa Haselnussgrösse. Die Schleimhaut des Magens und Darmkanals scheint etwas dünn und blass, sonst ohne bemerkenswerthe Veränderungen.

Milz klein und schlaff mit runzlicher Kapsel, Pulpa fest, bräunlichrotb., ohne sichtbaren Corp. Malpighi. Auch das Pankreas scheint in seinem Volumen verminderet.

Die Leber erscheint nach allen Richtungen verkleinert. Die Lappenbildung tritt wenig hervor, da der untere Rand des rechten Lappens fast in einer geraden Linie in den des linken Lappens übergeht. Leberparenchym von schlaffer Consistenz, bräunlicher Farbe und undeutlicher Läppchenbildung. In den beiden etwas weiten Nierenbecken findet sich ziemlich viel Urin. Die Pyramiden zeigen weissliche Streifung. In der Blase ein kaum nennenswerthes Quantum dunkelbräunlichen Urins.

Bei einer Besprechung des aus Gründen, welche in der Krankengeschichte enthalten sind, verkannten Falles von Magenerweiterung darf die Geisteskrankheit nicht ganz unberücksichtigt bleiben. Es bestand eine erhebliche hereditäre Belastung, die Entwicklung des Gehirns wie des Schädels (Gehirnhypertrophie, Verkümmерung des Oss. occip. etc.) darf als eine irreguläre bezeichnet werden, die Geisteskrankheit eine partielle Verrücktheit, war mindestens 8 Jahre vor dem Tode zum Ausbruch gekommen und nicht wieder gewichen.

Bekanntlich sind psychische Abweichungen geringeren Grades, wie Hypochondrie und Hysterie nicht ganz selten in Fällen von Magenerweiterung beobachtet worden. Ich möchte indess hier die Ansicht Leube's nicht anzweifeln, dass die Dilatatio ventriculi das Primäre sei, „da ja bei langwierigem Magenleiden Gemüthsverstimmungen nicht ausbleiben“¹⁾). Auch liegt mir der Versuch fern, die Magenerweiterung auf bestimmtere, die Magenbewegung treffende, Innervationsstörungen zu beziehen. Immerhin bleibt es bemerkenswerth, dass unserem Falle die gewöhnlichen Beschwerden der Magenerweiterung namentlich das habituelle Erbrechen ferne geblieben sind und keine der gewöhnlichen Ursachen, wie Stenose des Pylorus, Polyphagie gefunden werden kann.

Der Pylorus zeigte sich erschlafft und erweitert. Während seines halbjährigen Aufenthalts in der Göttinger Anstalt war die Nahrungsaufnahme stets eine mässige gewesen und das Gleiche lässt sich für eine ganze Reihe von Jahren, mit Bestimmtheit voraussetzen. Eine bemerkenswerthe Gefräßigkeit hätte weder den besorgten Eltern, noch dem öfter zu Rathe gezogenen Hausärzte entgehen können; sie bestand sicher nicht während eines, 2—3 Jahre dauernden, Aufenthaltes in dem Hannoverschen Krankenhouse und der Hildesheimer Irrenanstalt. Kussmaul und Maier²⁾) haben zwar beobachtet, dass in tödtlich verlaufenden Fällen die hypertrophische Musculatur bald fettig bald kolloid entarten kann. Indess liess sich Hypertrophie der Magenmusculatur nicht constatiren. Der Voraussetzung einer irgendwie erheblichen Degeneration stand die kräftige Contraction des eröffneten und entleerten Magens entgegen. Mein verehrter College, Herr Professor Orth, welcher auf mein Ersuchen die Magenwandungen genauer untersuchte, theilte mir dann noch mit, dass sowohl der Sphincter pylori wie die übrige Musculatur reichlich vorhanden war, und an keiner Stelle, die untersucht wurde, eine colloide oder fettige Degeneration wahrgenommen werden konnte. Auf die paar Fettkörnchen, welche er hier und da in einzelnen Muskelzellen zu Gesicht bekam, konnte er kein Gewicht legen.

¹⁾ Die Krankheiten des Magens und Darms in v. Ziemssen's Handb. d. Path. u. Ther. VII. 2. Hälfte. S. 203.

²⁾ a. a. O. S. 201.

Die colossale Erweiterung des Magens, die starke Verdrängung des Darms und der Leber, der atrophische Zustand der letzteren, der Milz und des Pankreas weisen mit Bestimmtheit auf ein lange bestehendes Grundleiden hin. Es verdient das wegen der oben erwähnten Verdecktheit des Verlaufes hervorgehoben zu werden. Der Mechanismus der in seiner Wirkung einer Einklemmung gleichzustellenden Compression des Darmes lässt sich im Uebrigen unschwer darthun. Der mit dem Anfange des Duodenum bewegliche Pylorustheil des Magens war erheblich herabgezerrt und musste zunächst den Endtheil des Pars horizontalis inferior des Duodenum comprimiren. Letzteres musste daher fast ganz in die Gastrectasie mit hineingezogen werden. Weiterhin ist dann auch der gesammte übrige Dünndarm comprimirt worden. Dass diese Compression einen so hohen Grad erreichte, das Lumen des Darmes verlegte und die Erscheinungen der Darmeinklemmung herbeiführte, steht wohl ohne Beispiel da.

XX.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Medizinisch - naturwissenschaftlicher Nekrolog des Jahres 1888,

zusammengestellt von Dr. med. Wilh. Stricker,
prakt. Arzte in Frankfurt a. M.

Januar.

6. Padua. Tito Vanzetti, geb. 1809 zu Venedig, prom. zu Padua 1832, Prof. der chirurgischen Klinik in Charkow 1837—1853, dann in Padua bis 1884. Er vermachte der Universität Padua 100000 Lire zur Förderung der klinischen Chirurgie. (ABL. VI, 69. 1029.)
8. Wien. Gustav Wertheim, geb. 1822 in Wien, prom. 1847, wurde 1865 Primararzt am allgemeinen Krankenhaus und ausserord. Prof. für Dermatologie und Syphilis an der Universität. (ABL. VI, 249.)
12. Cannes. Adolf Samelsohn, geb. zu Berlin 1817, prom. 1840, seit