XXII.

Beitrag zur Aetiologie der Magenerweiterungen.

Von Dr. Otto Pertik,
emer. I. Assistenten am pathologischen Institut zu Strassburg i. E.,
Docent und Prosector in Budapest.

(Hierzu Taf. XI.)

Versuchen wir unsere über die ätiologischen Momente der Magenerweiterungen erlangten Kenntnisse in einen allgemeinen Satz zu fassen, so müssen wir mit Penzoldt[1]) und Eichhorst[2]) sagen, dass die Bedingungen zur Erweiterung des Magens gegeben sind, wenn die Kräfte zur Entfernung des Mageninhaltes nach der physiologischen Richtung insufficient geworden sind.

Abgesehen von jenen seltenen Fällen, wo entweder die Magenerweiterung selbst (Andral) oder ihre Ursache (Stenosis pylori, Pauli) angeboren ist, tritt eine derartige Insufficienz der Muskelkraft des Magens entweder darum ein, weil I.: am Magenausgange ungewöhnliche Hindernisse aufgehäuft sind; oder deswegen, weil II.: die Muskelkraft des Magens mehr oder minder gesunken ist; oder weil III.: der zu befördernde Inhalt z. B. bei Polyphagen von einer absonderlichen Menge ist.

Was nun die erste Gruppe betrifft, ist es allbekannt, dass der Fortschaffung des Mageninhaltes am allergewöhnlichsten durch Verengerungen Hindernisse geschaffen werden; als Ursachen sind dabei anzuführen: durch runde Magengeschwüre bedingte Narben, carcinomatöse (scirrhotische) Schrumpfungen, Hypertrophie der Musculatur oder der Schleimhaut des pylorischen Theiles, eventuell Schleimhautpolypen oder von der Schleimhaut der Regio pylorica ausgehende Geschwülste, dazu kommen noch durch äussere Druckwirkungen entstandene Verengerungen der betreffenden Gegend bei Vorhandensein von rechtsseitiger Wan-

[1]) Die Magenerweiterung. Erlangen 1875.
[2]) Handb. der spec. Path. u. Ther. Wien u. Leipzig 1885. S. 124—141.

Generated through HathiTrust on 2026-11-15 16:18 GMT
https://hdl.handle.net/2027/hvd.32044103038444 / Public Domain
Digitized by Google
Original from HARVARD UNIVERSITY

derniere, oder von Tumoren der benachbarten Theile: der Leber, des Pankreaskopfes, des Omentum oder Quercolons.

Nicht minder ist es bekannt, — und diese Ursachen gehören der besagten zweiten Gruppe an — dass die Magenmusculatur aus localen oder allgemeinen Ursachen zu erkranken vermag, wodurch auch bei vollständiger Durchgängigkeit des Pylorus Magenerweiterung entstehen kann. Von den localen Ursachen nenne ich z. B. den chronischen Magenkatarrh, ausgebreitete Verschwärung, carcinomatöse Infiltration der Muscularis, durch peritonäale Adhäsionen bedingte Zerrungen; von den allgemeinen Ursachen: die Anämie, Typhus, Lungenphthise u. s. w., im Allgemeinen also pathologische Zustände die den Organismus erschöpfen und den Muskeltonus abschwächen.

In Bezug auf die dritte Gruppe der Ursachen ist daran zu erinnern, dass auch in Fällen, wo der Musculatur übermässige Kraftäusserung dauernd zugemuthet wird, chronische Magenerweiterung entstehen kann; so diejenige bei Polyphagen, bei Diabetikern, Vegetarianern, zu deren Erklärung Kussmaul[1]) und mit ihm Jakobi[2]) eine durch die Zerrung des übermässigen Inhaltes bedingte spaltförmige Verengerung des Pylorus annimmt, während nach Penzoldt[3]) einfach die Verhältnisse einer relativen Pylorusstenose obwalten, da die normal weite Oeffnung im Vergleich zur abnormen Masse des Mageninhaltes verhältnissmässig zu eng ist.

Diese ganz kurze Uebersicht soll nur dazu dienen, um in dem gegebenen Rahmen den Platz meines Falles von vornherein bezeichnen zu können. Dieser gehört nehmlich der ersten Gruppe an, nur sitzt das Hinderniss nicht am Pylorus, sondern im Duodenum, was ja erfahrungsgemäss mit der Wirkung von Pylorusverengerungen ganz gleichwerthig ist.

Die anatomischen Verhältnisse waren in dem von mir beobachteten Falle, welcher einen 45 Jahre alten, an einer purulenten Meningitis traumatischen Ursprungs verstorbenen Mann betrifft, folgende:

[1]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. VI. S. 470.
[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1872. No. 38.
[3]) a. a. O. S. 26.

Generated through HathiTrust on 2026-11-15 16:18 GMT
https://hdl.handle.net/2027/hvd.32044103038444 / Public Domain
Digitized by Google
Original from HARVARD UNIVERSITY

a) Der Magen mittelstark erweitert; die grosse Curvatur reicht bis unter den Nabel, die Schleimhautfalten vollständig verstrichen; die Magenwand im Allgemeinen, also auch die Muscularis, überaus verdünnt. Da der grösste Querdurchmesser des gefüllten Magens nach Henle[1]) zwischen 26 — 31 cm variirt, der senkrechte Durchmesser an der Grenze des Fundus und des Corpus 8 — 10 cm misst, welcher gegen den Pylorus bis auf 2,5 cm sinkt, und da andererseits in unserem Falle, wo der aufgeschnittene Magen einige Zeit in Alkohol gelegen hat, die drei Dimensionen 28 : 15 : 4 cm ergaben: ist es ersichtlich, dass sich die Erweiterung besonders in senkrechter Richtung und — was für die Initialstadien sehr oft zutrifft — im Fundus geltend gemacht hat; wobei zu bemerken, dass jetzt, d. h. nachdem die Spannung durch das Aufschneiden behoben wurde und die schrumpfende Wirkung des Alkohols zur Geltung gekommen ist, der vor dem Aufschneiden des Magens in der Leiche zu beobachtende Grad von Erweiterung keineswegs mehr sichtbar ist.

b) Die ganze obere Pars horizontalis duodeni und theilweise ein Abschnitt der Pars descendens ist, von der Valvula pylori gerechnet, in einer Länge von 12 cm ebenfalls erweitert. In dieser Partie ist nehmlich von den Schleimhautfalten, die in dem oberen queren Theile bekanntlich auch physiologisch fehlen, keine Spur vorhanden; die ganze Wandung ist auffällig verdünnt und die Breite (Peripherie) des aufgeschnittenen Darmes beträgt innerhalb dieses Gebietes 12 — 13 cm, während sie unterhalb desselben nur 8 bis 9 cm misst. (S. Abbildung.)

c) Die untere Grenze des erweiterten duodenalen Abschnittes wird durch die in Form eines breiten Spaltes klaffende Oeffnung eines 8 cm langen, circa 3 cm breiten, handschuhfingerförmigen, blind endigenden Sackes gebildet.

d) Sowohl die äussere, als die innere Oberfläche dieses Sackes ist mit Schleimhaut bekleidet, d. h. die Wandung wird durch eine Schleimhautduplicatur gebildet, deren über einander verschiebbare Lamellen durch eine dünne Schicht lockeren Bindegewebes vereinigt sind.

e) Die innere Fläche der hinteren Hälfte des Säckchens setzt sich in gleicher Flucht in die hintere Wand des erweiterten Duodenalabschnittes fort, während die äussere Fläche (Lamelle) dieser hinteren Wand in die hintere Wand der nicht mehr erweiterten und mit Schleimhautfalten bekleideten Duodenalpartie umbiegt und zwar durch Vermittlung einer durch die stärker entwickelte Submucosa verdickt aussehenden Kerkring'schen Schleimhautfalte.

f) Beide Schleimhautflächen der vorderen Hälfte des Säckchens treffen sich in einem freien Schleimhautrande, welcher die freie Lippe der Säckchenmündung bildet und seitlich in minimale Ueberreste einer Kerkring'schen Falte übergeht. Die hintere Hälfte der Säckchenmündung wird, wie schon angedeutet, nicht von einem freien Rande, sondern von der hinteren Wand der erweiterten Duodenalpartie selbst gebildet.

g) Zu bemerken ist noch, dass der gemeinschaftliche Gallengang nicht ganz in der Mitte des freien Schleimhautrandes mündet.

[1]) Henle, Splanchnologie. S. 180.

Generated through HathiTrust on 2026-11-15 16:18 GMT
https://hdl.handle.net/2027/hvd.32044103038444 / Public Domain
Digitized by Google
Original from HARVARD UNIVERSITY

Aus dieser Beschreibung ist wohl zu schliessen, dass ein Theil des Mageninhaltes zuerst in dieses Säckchen gelangen musste, denn durch das besagte Verhalten des freien Randes und durch den unmittelbaren Uebergang der inneren Oberfläche der hinteren Säckchenhälfte in die Schleimhaut der hinteren Duodenalwand ist die Mündung gegen den Magen mehr oder weniger klaffend geöffnet. Damit ist aber ein Circulationshinderniss für den Mageninhalt gegeben, wie es ausser der schon erwähnten Erweiterung des oberhalb der Oeffnung des sackförmigen Schleimhautdivertikels gelegenen Duodenalabschnittes noch daraus erhellt, dass unmittelbar unter dieser Mündung sich die erste Kerkring'sche Falte zeigt und dass daselbst die mit Verdünnung gepaarte Darmerweiterung so zu sagen mit einem Schlage aufhört.

Nach Darlegung des anatomischen Verhaltens taucht nun die Frage der Genese, der Entstehungsweise dieses Schleimhautdivertikels auf.

Für die Annahme einer zur Welt gebrachten Anomalie, einer angebornen Affection bietet die Entwickelungsgeschichte gar keinen Anhaltspunkt, wenn wir nur in der beträchtlicheren Entwickelung irgend einer Kerkring'schen Falte keine Anomalie erblicken wollen. Dagegen spricht für die zweite Möglichkeit, dass hier nehmlich eine klappenförmige Metamorphose einer Kerkring'schen Falte vorliegt — (wobei die Annahme, dass diese Falte schon von vornherein übermässig entwickelt war, nur die Rolle einer willkürlichen Hülfshypothese spielen würde) —, alles, was über die Schichten der Säckchenwandung und über ihr Verhältniss zu den Duodenalschleimhautfalten gesagt wurde, insbesondere jener Uebergang, wodurch sich der freie Rand des Säckchens in nachbarliche d. h. mit demselben in ziemlich gleichem Niveau liegende Ueberreste von Schleimhautfalten fortsetzt.

Auf Grund dieser Thatsachen neige ich zu dieser zweiten Auffassung, in welchem Fall das Säckchen in den ersten Entwickelungsstadien wahrscheinlich die Gestalt einer Semilunarklappe besass, welche dann durch den immer wieder hineingelangenden Chymus mehr und mehr erweitert, endlich die Gestalt des handschuhfingerförmigen Blindsäckchens erreichte. Da nur ein geringer Theil der Kerkring'schen Falten vollständig ringförmig ist, die meisten sich aber nur auf die Hälfte, den dritten — oder noch geringeren Theil der Peripherie des Duodenums erstrecken: so ist auch dazu ein anatomischer Anhaltspunkt angedeutet, warum die Schleimhautklappe über einen ge-

Generated through HathiTrust on 2026-11-15 16:18 GMT
https://hdl.handle.net/2027/hvd.32044103038444 / Public Domain
Digitized by Google
Original from HARVARD UNIVERSITY

wissen Punkt hinaus nur immer tiefer und nicht gleichzeitig auch breiter werden konnte.

Endlich scheint der Umstand, dass der gemeinschaftliche Gallengang an der freien Lippe der Säckchenöffnung und nicht an der hinteren Wand mündet, dafür zu sprechen: 1) dass sich das Säckchen nicht aus jener Schleimhautleiste bilden konnte, die unter der Papilla oder Caruncula, welche die Mündung des Choledochus umgiebt, als sogenanntes Frenulum carunculae nicht constant zu finden ist, 2) dass es sich noch weniger aus dem sog. „Diverticulum Vateri" bilden konnte, da ja Vater unter diesem Divertikel, wie es durch Haller in „Disputationibus anatomicis" dargelegt wird, eine ampullenartige kleine submucöse Ausbuchtung des Ductus choledochus versteht, in welche auch der Ductus pankreaticus einmündet.

Auf Grund besagter Thatsachen bin ich also wohl berechtigt anzunehmen, dass hier eine Metamorphose einer gewöhnlichen und zwar im Niveau der normalen Einmündung des Choledochus gelegenen duodenalen Schleimhautfalte vorliegt. Weitere Beobachtungen und Beweise bleiben allerdings wünschenswerth.

Natürlich unterlasse ich es noch weiter zu gehen und die Frage erörtern zu wollen, welcher Natur die verursachende mechanische Wirkung gewesen sein mochte. Hervorzuheben ist jedoch, dass Gallensteine als derartige Causalmomente auszuschliessen sind; solche wurden in der Leiche nicht gefunden, auch fehlen andere auf vorausgegangene Cholelithiasis hinweisende Veränderungen wie z. B. Erweiterung, Schleimhautnarben der grossen Gallengänge. Im Grossen und Ganzen sprechen aber die Thatsachen dafür, dass Erweiterung des obersten Duodenalabschnittes und des Magens selbst durch eine aller Wahrscheinlichkeit nach acquirirte klappenförmige, später sackförmige Metamorphose einer duodenalen Schleimhautfalte verursacht wurde, — ein ätiologisches Moment, wie es sich ähnlich in der Literatur nicht verzeichnet findet. Eine auf ein entfernt verwandtes Verhältniss hinweisende Bemerkung findet sich nach Penzoldt (a. a. O.)[1]) am Beginn dieses Jahrhundertes bei Chambon de Montaux, der als Circulationshinderniss des Mageninhaltes einen vor dem Pylorus scharf hervorragenden Wulst der Magenschleimhaut erwähnt.

[1]) Penzoldt (S. 15) citirt hier nur Voigtel's path. Anat. Bd. II. S. 452.

Generated through HathiTrust on 2026-11-15 16:18 GMT
https://hdl.handle.net/2027/hvd.32044103038444 / Public Domain
Digitized by Google
Original from HARVARD UNIVERSITY

Erklärung der Abbildung.

Tafel XI.

Py — Pylorus. Pa = Rest des Pankreas. Dch = Ductus choledochus. Das Uebrige aus dem Texte ersichtlich. (NB. Die Falten der Magenschleimhaut sind künstliche, hervorgegangen aus der Unmöglichkeit das aufgeschnittene Organ ganz glatt auszubreiten.)

XXIII.

Mittheilungen aus der Greifswalder medicinischen Klinik.

Von Prof. Fr. Mosler.

I. Ueber Myxödem.

(Hierzu Taf. XII.)

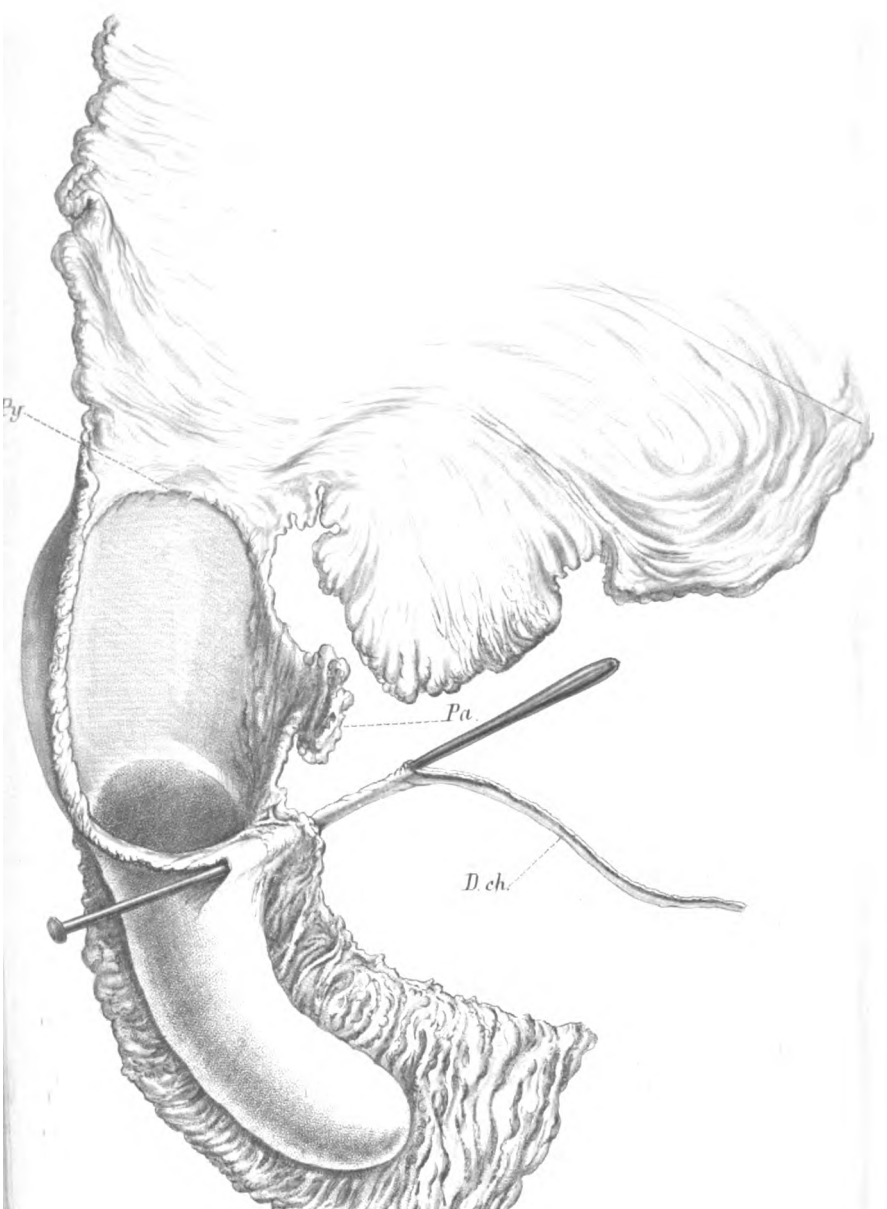
Vermuthlich ist es anderen Aerzten schon ergangen wie mir, dass sie in früheren Zeiten einen Fall von Myxödem beobachtet haben, ohne ihm die richtige Deutung geben zu können.

Im Anschluss an einen Vortrag über Kropfexstirpation, Cachexia strumipriva, Myxödem, von Herrn Collegen Schmid aus Stettin in der Sitzung der Frühjahrsversammlung des Vereines der Aerzte des Regierungsbezirkes Stettin am 20. Mai 1887 in Pasewalk gehalten, habe ich erwähnt, dass ich schon 1855 als Assistenzarzt der medicinischen Klinik in Giessen eine solche Cachexie beobachtet habe, die auf eigenthümliche Weise zur Entstehung gekommen war.

Es handelte sich um ein 19jähriges Mädchen aus Annerod, dem wegen Struma parenchymatosa eine Jodkaliumsalbe (Unguentum Kalii jodati 25,0, Jodi puri 0,15) in der Poliklinik verordnet worden war mit der Weisung, nach 14 Tagen über den Erfolg zu berichten. Sie stattete keinen Bericht ab, gebrauchte vielmehr während eines halben Jahres die Salbe fort, obgleich eine Anätzung der Haut und tieferer Theile dadurch veranlasst worden war.

Als sie sich nach Verlauf von 6 Monaten zum ersten Male in der Klinik wieder vorstellte, war an der vorderen Halsgegend weit verbreitete Verschorfung der Haut, tiefer greifende Eiterung zu constatiren. Letztere hatte den gänzlichen Schwund der Schilddrüsengeschwulst, aber auch Anätzung des

Generated through HathiTrust on 2026-11-15 16:18 GMT
https://hdl.handle.net/2027/hvd.32044103038444 / Public Domain
Digitized by Google
Original from HARVARD UNIVERSITY



Generated through HathiTrust on 2026-11-15 16:18 GMT
https://hdl.handle.net/2027/hvd.32044103038444 / Public Domain

Digitized by Google

Original from
HARVARD UNIVERSITY