

# DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Zwanzigster Jahrgang.

Redaction: Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. Jul. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

Lichtensteinallee 3.

Potsdamerstr. 116.

Postadresse: Leipzig, Seeburgstr. 31.

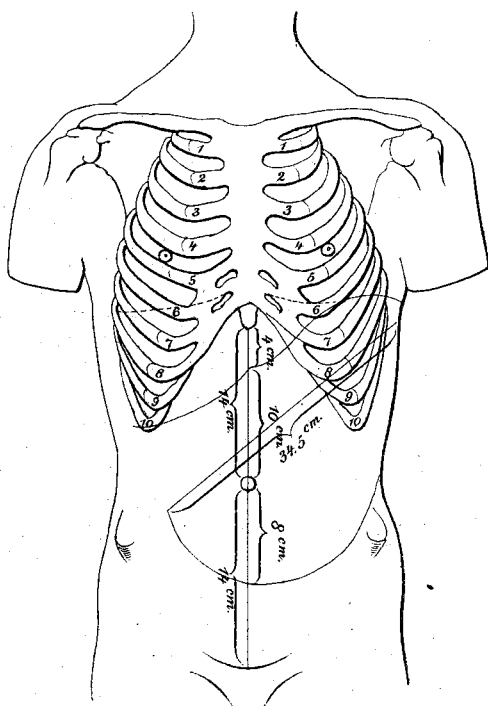
## I. Ueber Megalogastrie und Gastrectasie.<sup>1)</sup>

Von Prof. F. Riegel.

Wenn man die in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Magenkrankheiten erschienenen Publicationen überblickt, so könnte man danach zunächst den Eindruck gewinnen, als ob das Endziel aller Forschung im Gebiete der Magenkrankheiten wäre, möglichst exacte Methoden zum Nachweis auch der feinsten Spuren von Salzsäure zu finden; so sehr hat die Frage des Salzsäurenachweises in den letzten Jahren alle übrigen Fragen der Magenpathologie in den Hintergrund gedrängt. Es liegt mir fern, hier die Frage zu discutiren, inwieweit aus diesen Bestrebungen der letzten Jahre eine wesentliche Förderung des klinischen Verständnisses der einzelnen Magenkrankheiten erwachsen ist. Meiner Meinung nach ist dies nur in sehr geringem Maasse der Fall gewesen, so interessant und werthvoll an sich auch die gewonnenen Resultate sind. Aber mag man hierüber wie immer urtheilen, so kann doch darüber kein Zweifel bestehen, dass das Studium des Chemismus allein uns in keiner Weise einen ausreichenden Einblick in das Wesen der einzelnen Störung giebt, dass dasselbe vielmehr nur in Zusammenhang mit den Resultaten der sonstigen Untersuchungsmethoden eine sichere Diagnose ermöglicht. Auch der Fall, den ich Ihnen heute vorzustellen mir erlaube und der den Anlass zu den folgenden Bemerkungen gab, zeigt, dass das Zusammenfassen aller Untersuchungsergebnisse ein unbedingtes Erforderniss bei Stellung der Diagnose ist.

Der Kranke, den Sie hier sehen, ist ein 39jähriger Maurer von kräftigem Körperbau. Seine einzige Klage bezieht sich darauf, dass er bei etwas stärkeren Anstrengungen an Herzklopfen und Athemnoth leidet. Ich will Sie mit der detaillirten Beschreibung des objectiven Befundes nicht behelligen; es genüge hier zu erwähnen, dass der Kranke die Symptome einer leichten Insufficienz und Stenose der Aorta darbietet.

Aber nicht um dieser Affection willen zeige ich Ihnen den Kranken, sondern wegen eines nur nebenbei erhobenen Befundes, das ist des Befundes eines sehr grossen Magens. Ich bemerke gleich von vornherein, dass der Kranke in keiner Weise über Magen-



beschwerden zu klagen hat. Sein Appetit, seine Verdauung sind durchaus normal. Wenn Sie sich die Magengegend des Kranken, nachdem wir ihm die bekannte Brausemischung in der üblichen Menge zu trinken gegeben haben, ansehen (cfr. Abbildung) so finden Sie, dass der Magen eine viel grössere Ausdehnung als normal hat. Seine untere Grenze überschreitet die Nabelhöhe um nahezu drei Querfinger; die obere Grenze findet sich an normaler Stelle. Die gleiche Ausdehnung und Form zeigt sich beim Aufblähen mit Luft. Wenn Sie einen Menschen, dessen Magen normal ist, die gleiche Brausemischung trinken lassen, so finden Sie niemals auch nur annähernd eine solche Ausdehnung des Magens wie hier. Wie Ihnen schon die Inspection der Magengegend zeigt, handelt es sich nicht um einen abnormen Tiefstand des Magens, eine Gastropse, auch nicht um eine mehr senkrechte Stellung des Magens, sondern schlechweg um einen grossen Magen.

Was nun das chemische und motorische Verhalten des Magens betrifft, so ergaben sich durchaus normale Verhältnisse. Die Ausheberung Morgens nüchtern ergab einen vollkommen leeren Magen; nach einer Probemittagsmahlzeit erwies sich bereits vier Stunden nachher der Magen als fast vollkommen leer.

Welche Bedeutung hat nun diese Grössenzunahme des Magens, ist das Ectasie?

Dass hier nicht das gewöhnliche Bild einer ausgesprochenen Ectasie vorliegt, ist klar. Das beweist schon das Fehlen aller dyspeptischen Beschwerden. Der Zustand, den wir klinisch als Ectasie bezeichnen, geht immer mit mehr oder minder hochgradigen dyspeptischen Beschwerden, mit Symptomen einer Störung der Magenthätigkeit einher. Der Name „Ectasie“ bezeichnet aber zunächst nur eine Grössenänderung, eine anatomische Veränderung des Magens. Klinisch gehört aber zum Bilde der Ectasie nicht bloss die Grössenzunahme, sondern auch eine functionelle Störung. Hochgradige Ectasieen des Magens, seien sie primäre oder secundäre, sind in der Regel leicht zu diagnosticiren. Schwieriger ist die Entscheidung, wenn es sich um geringergradige Ectasieen handelt. Man hat vielfach darüber gestritten, von welcher Grenze ab man von einer Ectasie reden soll und im allgemeinen als Regel aufgestellt, dass ein normaler Magen, vorausgesetzt dass er auch normal gelagert ist, die Nabelhöhe nicht überschreiten soll. Selbstverständlich darf man einen abnormen Tiefstand des Magens, eine Gastropse oder eine Senkrechstellung des Magens nicht mit einer Ectasie verwechseln. Alle Methoden, die nur die untere Grenze des Magens, nicht die Gesamtausdehnung desselben bestimmen, wie zum Beispiel das Fühlbarsein der Sondenspitze durch die Bauchdecken, das Einnehmen oder Eingiessen von Flüssigkeit in den Magen und die Bestimmung, bis zu welcher Tiefe nachher die dadurch erzeugte Schalldämpfung reicht, bringen die Gefahr einer Verwechselung mit abnormen Lagerungen des Magens mit sich. Als viel zuverlässiger muss darum die Methode der Aufblähung mit Kohlensäure oder Luft bezeichnet werden, da diese die gesamte Grösse und Form des Magens genau wiedergiebt.

Aber alle diese und weitere Methoden gestatten uns wohl ein Urtheil über die Grösse und Ausdehnung des Magens, sie lassen uns die Frage beantworten, ob der Magen das normale Grössenmaass überschreitet, ob er also erweitert ist; aber mit diesem Nachweis allein ist zunächst nichts oder doch nur sehr wenig erreicht. Der Magen kann das normale Grössenmaass weit überschreiten und doch recht functionstüchtig sein, und umgekehrt kann ein Magen sogar relativ klein und doch functionsuntüchtig

<sup>1)</sup> Nach einem in der medicinischen Gesellschaft in Giessen am 13. März gehaltenen Vortrage.

sein. Viel wichtiger als die reine Grössenbestimmung ist die Bestimmung der Functionstüchtigkeit, resp. der motorischen Kraft des Magens. Nicht die Grösse, sondern die motorische Leistungsfähigkeit des Magens ist für uns am Krankenbette das Entscheidende. Eine Ectasie, eine Erweiterung des Magens hat eine andere Bedeutung, wenn sie mit normaler motorischer Kraft einhergeht, und eine andere, wenn sie mit motorischer Insufficienz gepaart ist. Aber dennoch sollte man, meine ich, von Ectasie doch nur dann reden, wenn der Magen das normale Grössenmaass überschreitet. Ectasie heisst doch Erweiterung, und es muss darum doch zu Verwirrung führen, wenn einzelne Autoren, wie zum Beispiel Boas, von Fällen von Magenectasie mit durchaus normalen Magengrenzen reden. Gewöhnlich sprechen wir aber nicht von einer Erweiterung bereits dann, wenn der Magen grösser ist, sondern wenn damit Functionsstörungen einhergehen. Wir verbinden also mit diesem Begriffe nicht bloss eine anatomische Vorstellung, sondern setzen zugleich voraus, dass damit eine gestörte Function, eine Verminderung der motorischen Kraft, sei diese nun eine absolute oder auch nur relative, verbunden ist.

Unser Patient zeigt wohl eine Grössenzunahme des Magens, nicht aber zugleich eine Functionsstörung desselben. Die motorische Kraft seines Magens ist durchaus normal; denn, wie die Ausheberung ergeben hat, entleert sich derselbe nach einer Probemahlzeit vollkommen innerhalb der normalen Verdauungszeit. Daraus aber kann man mit Sicherheit auf eine gute motorische Kraft schliessen.

So vielfach man auch bemüht gewesen ist, bessere Methoden zur Bestimmung der motorischen Kraft zu finden, so muss doch diese einfachste und den natürlichen Verhältnissen sich am besten anschliessende Methode der Bestimmung der motorischen Kraft aus der Digestionsdauer zugleich als die zuverlässigste bezeichnet werden. Auch die Salol- und die Oelmethode stehen an Zuverlässigkeit und Sicherheit des Resultates weit hinter ihr zurück.

Danach kann man bei unserem Kranken wohl von einem vergrösserten Magen, nicht aber von einer Ectasie im klinischen Sinne reden. Den Zustand, den wir hier vor uns haben und der scharf von der eigentlichen Gastrectasie getrennt werden muss, bezeichnet man als Megalogastrie. Unser Fall stellt also mehr eine anatomische Anomalie, denn einen eigentlichen pathologischen Zustand dar.

Prüft man unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Grössenverhältnisse die motorische Kraft des Magens in pathologischen Fällen, so kann man dreierlei Abweichungen beobachten:

1) Gibt es Fälle, in denen der Magen die normalen Grössenverhältnisse durchaus nicht überschreitet, in denen aber trotzdem der Inhalt länger als normal im Magen zurückbehalten wird, in denen also trotz normaler Grösse die motorische Kraft herabgesetzt ist. Das ist die einfache Atonie, die Insufficienz des Magens, aber eine Insufficienz des Magens, die noch nicht zu einer Erweiterung geführt hat. Derartige Insufficienzen können aber, wie Rosenbach zuerst in überzeugender Weise nachgewiesen hat, früher oder später zu Ectasien führen; sie sind gewissermassen das erste Stadium der beginnenden Ectasie.

2) Sieht man Fälle, in denen gleichfalls die Austreibung verspätet erfolgt, in denen also die motorische Kraft herabgesetzt ist, in denen aber zugleich eine dauernde Vergrösserung des Magens besteht. Das sind die typischen Fälle von Gastrectasie, die sogenannten atonischen Ectasieen.

3) Sieht man Fälle von Erweiterung, aber ohne jede Störung der motorischen Kraft. Trotz grösserer Ausdehnung des Magens ist hier die motorische Kraft normal. Das sind die sogenannten grossen Mägen, die Megalogastrie, die angeboren oder erworben sein kann. Bei diesen Formen besteht die Gefahr, dass sich im Laufe der Zeiten eine Atonie entwickelt und dass so aus der Megalogastrie eine atonische Ectasie entsteht.

Während die zweitgenannte Form, die typische Ectasie, die mit Atonie, mit mehr oder minder hochgradiger motorischer Insufficienz einhergeht, schon seit langem bekannt und allgemein gewürdigt ist, hat man sowohl die einfache Atonie, als die Megalogastrie früher vielfach unbeachtet gelassen und zwar um deswillen, weil beide keine oder doch nur wenig ausgesprochene Symptome machen. Die Megalogastrie wird häufig übersehen; sie macht, da ja die motorische Kraft eine vollkommen normale ist und solange diese normal ist, in keiner Weise Beschwerden.

Die einfache Atonie oder Insufficienz des Magens aber wurde früher und wird auch jetzt noch vielfach falsch gedeutet. Geringgradige Formen derselben machen nur geringe Symptome; erst dann treten solche in deutlicher Weise auf, wenn dem Magen stärkere Leistungen zugemuthet werden; die Erscheinungen der Atonie aber treten gegenüber den Symptomen der gestörten Verdauung, den dyspeptischen Beschwerden in den Hintergrund. Erst dann wird die Atonie beachtet, wenn sie zu einer Ectasie geführt

hat. Die Atonie führt aber, worauf Rosenbach schon vor vielen Jahren zuerst hingewiesen hat, wenn es nicht gelingt, ihre Ursachen rechtzeitig zu heben, früher oder später zur Ectasie. Tritt auch in solchen Fällen der Symptomencomplex der Ectasie scheinbar mehr in den Vordergrund, so ist doch wichtiger als die Ectasie die Atonie. Denn nur dann hat die Grössenzunahme eine ernstere Bedeutung, wenn sie mit Atonie, mit motorischer Insufficienz gepaart ist. Nicht in der Grösse liegt die Gefahr, sondern in der Atonie, die die Ectasie zur Folge hatte. Mit Recht hat man darum diese Formen als atonische Magenextensionen bezeichnet im Gegensatz zu den Magenextensionen, die die Folge einer Pylorusstenose sind. Richtiger sollte man bei den letzteren Formen die Bezeichnung „Magenextension“ nicht in den Vordergrund stellen, sondern von Pylorusstenose mit secundärer Ectasie, statt schlechtweg von Magenextension sprechen.

Diese eben erwähnten, nicht auf Pylorusstenose beruhenden Ectasieen sind keineswegs so selten, als noch vielfach angenommen wird. Meiner Erfahrung nach stehen die auf Atonie beruhenden Ectasieen an Häufigkeit kaum hinter den durch Pylorusstenose bedingten zurück. Mag das Häufigkeitsverhältniss indess wie immer sein, praktisch müssen beide Formen scharf geschieden werden. Die aus einer Stenosierung des Pfortners hervorgegangenen Gastrectasieen gehören in das Gebiet der Chirurgie; hier vermag allein eine operative Behandlung die Heilung herbeizuführen. Dagegen gehören die atonischen Gastrectasieen in den Bereich der inneren Aerzte. Hier vermag eine rationelle Behandlung oft wesentliche Erfolge zu erzielen, und um so mehr, je frühzeitiger die Behandlung eintritt.

Ist es aber richtig, wie wir oben auseinander gesetzt haben, dass die Atonie das Primäre, und dass erst secundär bei längerem Bestande dieser sich hieraus die Ectasie entwickelt, dann muss die Behandlung in erster Reihe eine prophylaktische sein; sie muss dann bereits einsetzen, wenn sich die Zeichen der Atonie, Zeichen einer herabgesetzten motorischen Kraft einstellen. Allerdings gelingt es oft auch in späteren Stadien noch, diese atonischen Ectasieen wesentlich zu bessern. Je früher aber die Atonie erkannt wird, je früher es gelingt, das die Atonie veranlassende Moment zu beseitigen, um so sicherer wird auch der Entstehung einer Ectasie vorgebeugt. Im Einzelfalle muss natürlich die Behandlung variiren; sie wird eine andere sein müssen bei den Atonieen und Ectasieen, die aus einer continuirlichen Saftsecretion hervorgegangen sind, eine andere da, wo abnorme Gährungen die Magenwände vorübergehend stärker ausdehnen und eine rechtzeitige Austreibung des Inhalts verhindern. In jedem Falle aber ist eine dem Einzelfalle sorgfältig angepasste Diät erforderlich, es ist ferner die Flüssigkeitszufuhr einzuschränken, eventuell eine Flüssigkeitszufuhr durch den Darm an Stelle der durch den Magen zu setzen; bei Gährvorgängen werden gährungswidrige Mittel am Platze sein.

Nicht minder wichtig ist es, in solchen Fällen herabgesetzter motorischer Kraft das Verhältniss zwischen Arbeit und Ruhe zu regeln. Der Magen ist ein Organ, das normaler Weise nicht continuirlich, sondern nur periodisch thätig ist. Ist der Magen atonisch oder gar atonisch ectatisch, so ist es darum doppelt nöthig, ihn zeitweise ganz zu entlasten, ihm zeitweise Ruhepausen zu gönnen. Dies muss berücksichtigt werden nicht bloss betreffs des Zeitpunktes etwa nöthiger Ausspülungen, sondern auch bei der zeitlichen Vertheilung der Mahlzeiten.

Ausser den genannten Mitteln und Methoden werden auch diejenigen Methoden, die der Wiederherstellung des verminderten Tonus gelten, wie das Tragen einer elastischen Binde, die Anwendung des elektrischen Stromes, der Massage und dergleichen Mittel mehr am Platze sein. Je früher im Beginn einer Atonie eine zweckentsprechende Behandlung eingeleitet wird, um so sicherer gelingt es, einer höhergradigen atonischen Ectasie vorzubeugen.

Sie sehen, m. H., an diesem Beispiele, dass, um ein volles Verständniss der im einzelnen Falle vorliegenden Störung zu gewinnen, nicht eine einzelne Untersuchungsmethode genügt. So wichtig das Studium der secretorischen Störung ist, so reicht es doch niemals zur Klarstellung des Krankheitsbildes aus. Wie es bei einer Nierenerkrankung nicht genügt, das Quantum des ausgeschiedenen Eiweisses zu bestimmen, so genügt uns hier bei den Erkrankungen des Magens selbst die minutöseste quantitative Bestimmung der Salzsäure nicht.

Wie wir dort bei den Nierenerkrankungen den Harn nicht bloss auf seinen Eiweissgehalt, sondern auch nach Menge, Farbe, specifischem Gewicht, nach seinen mikroskopischen und sonstigen Bestandtheilen mehr untersuchen müssen, so muss auch die Untersuchung der Magenkranken nach vielerlei Seiten, keineswegs allein nach der chemischen Seite hin sich erstrecken. Wie ich schon vor vielen Jahren empfohlen habe, so kann ich auch jetzt nur dringend empfehlen, bei jeder Untersuchung eines Magenkranken

nach vorgenommener genauer äusserer Untersuchung den ausgeheberten Inhalt nach Menge, Aussehen, Farbe, nach seinen einzelnen Bestandtheilen, auf die Grösse, Form der einzelnen Rückstände und erst in zweiter Reihe nach seinem chemischen Verhalten zu untersuchen. Nur so gelingt es, jede Abweichung rechtzeitig zu erkennen, nur so wird es auch gelingen, der Entwicklung hochgradiger atonischer Ectasieen vorzubeugen.

---