

### III. Ein Fall von acuter Magendilatation.<sup>1)</sup>

Von Dr. I. Boas in Berlin.

Während die chronische Ektasie des Magens, selbst in ihren höheren Graden, ein ziemlich beträchtliches Contingent aller Magenkrankheiten ausmacht, gehören Fälle von acuter Ausdehnung desselben zu den grossen Seltenheiten. In den Lehrbüchern der Magenpathologie sowie in der älteren Litteratur werden Sie vergebens Belehrung hierüber suchen; aber auch in der so überaus reichlichen Litteratur der letzten Jahre habe ich nur zwei Fälle von acuter Magendilatation ausfindig machen können. Der eine Fall ist von Kelynack im Jahre 1892 in Medical Chronicle, der zweite in demselben Jahre von Schulz in den Jahrbüchern der Hamburger Staatskrankenanstalten beschrieben. Beide Fälle sind insofern ziemlich analog, als es sich hierbei um sehr geschwächte, kachektische Individuen handelte, bei denen sich ohne erkennbaren Zusammenhang eine äusserst stürmisch verlaufende Magendilatation entwickelte, die in beiden Fällen zum Tode führte. Durch die Autopsie wurde die Diagnose bestätigt, übrigens ohne dass eine wirklich befriedi-

gende Erklärung für die so verhängnissvolle Erkrankung aufgefunden wurde.

Bei der Spärlichkeit dieser Beobachtungen glaubte ich, dass es nicht ohne Interesse sei, Ihnen einen Fall von acut entstandener Magendilatation zu demonstrieren.

Der Patient, den Sie hier sehen, ist ein 20jähriger Gymnasiast, der von gesunden Eltern stammt und selbst stets gesund gewesen ist. Ganz besonders ist hier hervorzuheben, dass er sich vorzüglich der Verdauungsfunktionen erfreute; jedenfalls konnte er bis zum Beginn seiner Erkrankung Getränke und Speisen selbst von der diffizilsten Qualität und Zubereitung ohne Beschwerden vertragen.

Am 10. December vorigen Jahres machte der Patient einen brüskten Diätfehler, er ass grosse Quantitäten fetten Gänsebratens und erkrankte am Tage darauf mit Appetitlosigkeit und Aufstossen, das er wie nach faulen Eiern riechend schildert. Sonst — und das ist vielleicht bemerkenswerth — keine Uebelkeit, kein Erbrechen, keine Diarrhoeen. Erst am dritten Tage traten mässige Diarrhoeen auf, die etwa drei Tage anhielten, dann spontan sistirten. Obwohl Patient nun auf Suppenkost gesetzt wurde, stellte sich von jetzt ab Erbrechen ein, das etwa alle zwei Tage, besonders am Abend auftrat. Das Erbrochene bestand wesentlich aus flüssigen Substanzen, schmeckte und roch intensiv sauer. Allmählich wurde das Erbrechen copióser, und es fiel ihm auf, dass die Menge des Erbrochenen die eingeführte Flüssigkeitsmenge zu übersteigen schien.

Hand in Hand mit dem Auftreten des nun in regelmässigem Turnus wiederkehrenden Erbrechens ging ein qualvoller Durst und hartnäckige Obstipation. Die Diurese soll angeblich normal gewesen sein. Der Appetit fehlte anfangs gänzlich, in den letzten Tagen wurde er etwas reger. Patient hat während seiner relativ kurzen Krankheitsdauer in seinem Kräftezustande auffallend Einbusse erlitten, so dass er den Schulbesuch zu unterbrechen genöthigt war.

Mit diesen Klagen trat Patient am 10. Januar d. J., also genau vier Wochen nach seiner Erkrankung, in meine Behandlung. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein eines äusserst schlaffen Magens, die grosse Curvatur lag bei mässiger Füllung vier Finger unterhalb der Nabelhorizontalen, bei Aufblähung mittels eines Brausegemisches trat die grosse Curvatur sehr deutlich etwa handbreit unter dem Nabel hervor. Vom Epigastrium bis zu der genannten Stelle starkes Plätschern, bei Lagewechsel klang es, als ob Flüssigkeit in einer Tonne hin und her geschüttelt wurde. Im übrigen bestand im ganzen Magenbezirk nirgends Druckempfindlichkeit.

Es war also keinem Zweifel unterworfen, dass hier eine mechanische Mageninsufficienz vorliegen musste. Die am nächsten Tage nach Probefrühstück vorgenommene Mageninhaltsuntersuchung bestätigte zwar die Diagnose, aber es zeigte sich zugleich, dass die Insufficienz weiter vorgeschritten war, als ich zuerst anzunehmen geneigt war. Es flossen bei der Einführung der Sonde sofort im Strahle mehrere hundert Cubikcentimeter eines dünnflüssigen Inhaltes heraus, der zum Theil in einer gut verschlossenen Flasche aufbewahrt wurde. Es konnte sofort constatirt werden, dass die Menge des Mageninhaltes die des Morgens eingeführte Wassermenge erheblich überstieg, und es zeigte ferner schon die oberflächliche Untersuchung, dass dem Mageninhalt Reste vorgängiger Mahlzeiten beigemischt waren.

Bei der genaueren Untersuchung ergab sich zunächst schon durch den Geruch, sodann durch Eintauchen eines mit Kalilauge angefeuchteten Bleipapiers, dass der Mageninhalt beträchtliche Mengen von Schwefelwasserstoff enthielt, eine Gasart, auf deren häufiges Vorkommen bei gutartigen Ektasien ich vor einiger Zeit zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt habe.<sup>1)</sup> Die weitere Prüfung des Mageninhaltes ergab reichliche Anwesenheit freier Salzsäure, die Gesamttacidität belief sich auf 52,5, befand sich also ungefähr in normalen Grenzen. Das Sediment enthielt zahllose Sarcineballen bezw. Coccen, welche in Haufen aneinandergereiht waren, die gleichfalls zum Theil cubisch aneinandergelagert waren. Ausserdem viel Hefepilze, Bakterien, Muskelfasern, Fettnadeln, Amylumreste u. s. w.

Während der nächsten Tage wurde die Untersuchung stets bei nüchternem Magen vorgenommen, wobei regelmässig durch die Sonde stagnirende Reste in einer Menge von 200—400 ccm durch Expression entleert wurden. Die Beschaffenheit des genannten Mageninhaltes verhielt sich analog dem oben geschilderten Befund. Unter Anwendung regelmässiger Magenspülungen besserte sich das Befinden insofern, als das Erbrechen sofort sistirte, das saure Aufstossen schwand, der Appetit reger wurde, jedoch wurde trotz vorsichtiger Ernährung der Magen im nüchternen Zustande bis zum heutigen Tage (4. Februar — Anm. b. d. Korrektur) nicht leer gefunden.

Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass wir es hier mit einer bei einem bisher völlig Gesunden, speciell Magengesunden acut zur Entwicklung gelangten Magendilatation zu thun haben, und zwar im Gefolge eines nicht gerade aussergewöhnlich schweren Diätfehlers. Man hat bisher nur den Uebergang der acuten Dyspepsie in die chronische Form gekannt, dieser Fall beweist, dass

<sup>1)</sup> Demonstration, gehalten im Verein für innere Medicin am 15. Januar 1894.

<sup>1)</sup> Boas, Ueber das Vorkommen von Schwefelwasserstoff im Magen. Deutsche medicin. Wochenschr. 1892, No. 49.

eine acute Dyspepsie auch zur Bildung von Magendilatationen führen kann.

Dass dieses Vorkommniss kein häufiges ist, erklärt sich daraus, dass in der Regel der in Zersetzung begriffene Mageninhalt schnell nach oben oder unten entfernt wird. Bei unserem Patienten trat das, wie früher erwähnt, nicht ein, der Mageninhalt konnte also längere Zeit stagniren, es musste dies zur Bildung theils fester, theils gasförmiger Producte führen, welche, gleichviel ob mechanisch oder chemisch, deletär für die Magenmuskulatur wurden.

Es hat dieser Zustand, wie leicht ersichtlich, eine grosse Aehnlichkeit mit einer in der Pathologie der Herzkrankheiten viel erörterten Affection, der von O. Fränzel sogenannten „acuten Ueberanstrengung des Herzens.“ Wie bei dieser ein einmaliger heftiger Insult den Herzmuskel trifft und ihn hierdurch dauernd insufficient macht, so auch bei der hier in Frage kommenden Form der Magendilatation. Es erscheint daher vielleicht nicht unpassend, diese Form der Distension der Magenwand als „acute Ueberanstrengung des Magens“ zu bezeichnen, zumal wir auch bei chronischen Magenaffectionen eine gewisse Gruppe isoliren können, für welche die Bezeichnung chronische Ueberanstrengung des Magens gerechtfertigt wäre.

Noch ein Wort bezüglich der Prognose. Ich halte dieselbe quoad restitutionem ad integrum keineswegs für absolut günstig, da erfahrungsgemäss bei den schweren Formen der Magendilatationen immer eine gewisse Schädigung der motorischen Function zurückbleibt. Zwar hat die schöne Beobachtung von Klemperer<sup>1)</sup>, bei einer nach Schwefelsäurevergiftung entstandenen und durch Pyloroplastik beseitigten Pylorusstenose gezeigt, dass eine hochgradige Dilatation völlig zurückgehen kann. Dies dürfte aber, soweit ich sehe, nur für solche Fälle Geltung haben, wo mit einem Schlage das Hinderniss beseitigt wird. In Fällen von chronischer Dilatation — und dasselbe gilt für den vorliegenden Fall — wird die Wiederherstellung der Magendynamik in der Regel dadurch illusorisch werden, dass der Magen eben nie leer oder nur vorübergehend (durch Ausspülungen oder Erbrechen) leer wird.

Abgesehen von dem sonstigen Interesse liefert der Fall auch eine praktische Illustration für die Wichtigkeit der rationellen Behandlung einer im ganzen so harmlosen Magenaffection, wie sie die acute Dyspepsie darstellt. Durch ein zur rechten Zeit gereichtes Emeticum hätte in diesem Falle zweifellos die Bildung der Magendilatation vermieden werden können.