



Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Beitrag

zur

Casuistik der Form- und Lagerungs- Störungen des Magens.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Hans Collischonn,
pract. Arzt.



Opponenten:

H. Noltenius, pract. Arzt.

W. Fischer, > >

E. Kowalzig, > >



Kiel, 1888.

Druck von A. F. Jensen.

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Beitrag
zur
Casuistik der Form- und Lagerungs-
Störungen des Magens.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Hans Collischonn,
pract. Arzt.



Opponenten:

H. Noltenius, pract. Arzt.

W. Fischer, „ „

E. Kowalzig, „ „



Kiel, 1888.

Druck von A. F. Jensen.

Rektoratsjahr 1887/88. Nr. 39.

Referent: Dr. **Heller.**

Zum Druck genehmigt: **W. Flemming.**

z. Z. Prodecan.

Seinen teuren Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

the 1990s, the number of people in the UK who are aged 65 and over has increased from 10.5 million to 12.5 million, and the number of people aged 75 and over from 4.5 million to 6.5 million (Office of National Statistics 1999).

There is a growing awareness of the need to address the needs of older people in the community. The Department of Health (1999) has published a strategy for older people, which sets out a vision for the future of older people's services. The strategy is based on the following principles: older people should be able to live independently in their own homes; older people should be able to access the services they need; and older people should be able to participate in the decisions that affect their lives.

The strategy also sets out a number of key objectives for the future of older people's services. These include: to ensure that older people have access to the services they need; to ensure that older people are able to live independently in their own homes; to ensure that older people are able to participate in the decisions that affect their lives; and to ensure that older people are able to access the services they need.

The strategy also sets out a number of key objectives for the future of older people's services. These include: to ensure that older people have access to the services they need; to ensure that older people are able to live independently in their own homes; to ensure that older people are able to participate in the decisions that affect their lives; and to ensure that older people are able to access the services they need.

The strategy also sets out a number of key objectives for the future of older people's services. These include: to ensure that older people have access to the services they need; to ensure that older people are able to live independently in their own homes; to ensure that older people are able to participate in the decisions that affect their lives; and to ensure that older people are able to access the services they need.

The strategy also sets out a number of key objectives for the future of older people's services. These include: to ensure that older people have access to the services they need; to ensure that older people are able to live independently in their own homes; to ensure that older people are able to participate in the decisions that affect their lives; and to ensure that older people are able to access the services they need.

The strategy also sets out a number of key objectives for the future of older people's services. These include: to ensure that older people have access to the services they need; to ensure that older people are able to live independently in their own homes; to ensure that older people are able to participate in the decisions that affect their lives; and to ensure that older people are able to access the services they need.

The strategy also sets out a number of key objectives for the future of older people's services. These include: to ensure that older people have access to the services they need; to ensure that older people are able to live independently in their own homes; to ensure that older people are able to participate in the decisions that affect their lives; and to ensure that older people are able to access the services they need.

Die Gestalt und Lage des menschlichen Magens ist, wie bekannt, schon innerhalb physiologischer Grenzen so erheblichen Schwankungen unterworfen. — hauptsächlich abhängig von seinem ungemein wechselnden Füllungszustande, aber auch von individuellen Eigentümlichkeiten, — dass wir nicht nur kein bestimmtes Maass als normale Capazität anzugeben vermögen, sondern auch vielfach recht erheblich gegen das Gewöhnliche verschobene percutorische Grenzen noch als normal annehmen müssen. Weit beträchtlicher noch sind aber die Form- und Lageveränderungen, welche dieses Organ unter pathologischen Verhältnissen erleiden kann. Ja, es ist geradezu unglaublich, welche enormer Ausdehnung, und auf der andern Seite, welcher Schrumpfung der Magen fähig ist, ohne in seiner Funktion sehr erheblich gestört zu werden, oder gar den Tod des betreffenden Menschen herbeizuführen. Ganz erhebliche Dilatationen verlaufen zuweilen völlig symptomlos, wenigstens ohne irgend welche Störungen zu machen und sind zufällige Befunde bei Sectionen. Ebenso wie die Form ist nun auch die Lage des Magens pathologisch ganz ausserordentlicher Abweichung fähig. Hat man doch den Magen die Bauchhöhle verlassen und in die Brusthöhle oder grosse Nabel- und Scrotalbrüche einwandern sehen. Wenn daher auch die Diagnose in den einfachen Fällen keine Schwierigkeiten macht, so ist dagegen eine richtige Erkenntnis in complicirten Fällen durchaus nicht immer leicht, und so sind denn auch diagnostische Irrtümer selbst heutzutage nichts seltenes, und kommen namentlich dann vor, wenn Symptome von Seiten andrer Organe, z. B. der Leber, die vielleicht geringe Funktionsstörung des Magens verdecken und so eine Erkrankung des Magens gar nicht vermuten lassen.

Deshalb ist nicht zu verstehen wie Leube in seinen »Krankheiten des Magens« die Meinung aussprechen konnte, die Gestalts- und Lageänderungen des Magens hätten im allgemeinen kein klinisches, sondern nur pathologisch-anatomisches Interesse. Man kann im Gegenteil behaupten, pathologisch-anatomisch bieten diese Fälle kaum etwas, klinisch-diagnostisches Interesse verdienen sie dagegen in hohem Grade. Denn selbst in den Fällen, welche der Therapie kein dank-

bares Feld bieten, ist doch eine scharfe Diagnose wünschenswert: sie verhindert unnütze Eingriffe — ich erinnere nur daran, dass man durch falsche Diagnose sich zu zwecklosen Laparatomien hat verleiten lassen — und ermöglicht eine genaue Prognose, die, abgesehen davon, dass sie eine der wichtigsten Stützen des ärztlichen Ansehens im Publicum ist, auch für den Patienten selbst in ungünstigen Fällen oft sehr wertvoll ist.

Wenn wir nun die Formveränderungen des Magens, mit Ausschluss der angeborenen, die selten sind und, den Situs inversus ausgenommen, klinisch kaum Bedeutung haben, nach ihrer Aetiologie betrachten, so sind die Ekhasien die weitaus häufigsten Anomalien der Gestalt des Magens.

Unter den chronisch entstehenden Dilatationen sind am frühesten bekannt und schon im 17. Jahrhundert vielfach beschrieben worden, die durch übermässiges Essen und Trinken verursachten. Sie sind bei einzelnen Fressern, die eine gewisse historische Berühmtheit erlangt haben, dann bei Gauklern, die in Menge grosse und harte Gegenstände verschluckten und bei Diabetikern beobachtet. Man kann sie in gewissem Sinne auch zu der gleich zu erwähnenden grossen Gruppe der Pylorusstenosen rechnen. Penzoldt betrachtet sie als relative Pylorusstenosen insofern, als die Massen der eingeführten Speisen eine bedeutend längere Zeit zu ihrem Durchtritt durch den Pylorus brauchen als normal und so länger im Magen verweilen.

Eine grössere Anzahl von Ekhasien lässt sich auf ein Misverhältnis zwischen auszutreibenden Stoffen und austreibenden Kräften zurückführen. (Orth). Hierher gehören besonders die Erweiterungen, welche die Stenosen des Pylorus hervorzurufen pflegen. Die Zahl dieser Fälle ist eine sehr grosse und sie zeichnen sich vielfach durch einen sehr hohen Grad der Dilatation aus. Es können nun die Verengerungen des Pylorus verursacht werden, entweder durch Krebs — oder durch Narbenschumpfung am Pylorus oder in seiner Nähe sitzenden Geschwüre —^{1) 2)} — durch einschnürende Adhäsionen des Pylorus mit der Umgebung — durch reflektorischen Spasmus des Pylorus infolge Hyperacidität des Magensaftes³⁾ — durch gutartige Hypertrophie des Pylorus⁴⁾ — oder endlich durch schlitzförmige Verziehung des Pylorus bei stark gefülltem

¹⁾ Paul Lindenau: Inaug. Dis. Berlin 1876.

²⁾ Dilatation of the stomach. Dublin Journ. of Med. Science. March 1875.

³⁾ Wade: Remarks on Dilatation of the stomach. Brit. Med. Journ. Sept. 1881.

⁴⁾ 6 Fälle von Lebert: Krankh. d. Mag. Tübingen 1878. 1 Fall von C. Nauwerck: D. Arch. f. klin. Med. 1878, der letztere verlief sehr rasch und endete 1½ Jahre nach den ersten Symptomen letal.

Magen. (Kusssmaul)⁵⁾ diese letzten Fälle sind von Penzoldt auf Grund von Leichenexperimenten angezweifelt. Allein dabei fällt die comprimirende Wirkung der Bauchdecken fort, es kann sich der Magen der Kugelform nähern, wobei natürlich der Pylorus auseinandergezogen wird.

In gleicher Weise wirken Stenosen des Duodenum, hervorgerufen durch Tumoren oder Adhaesionen, welche das Duodenum comprimiren. Eine besondere Beachtung verdient hier eine eigentümliche Combination von Schnürleber, Wanderniere und Magenerweiterung, deren causale Verhältnisse besonders von Müller-Warneck⁶⁾ 7), der Bartels Anschauungen veröffentlichte, aufgedeckt wurden.

Es handelt sich im wesentlichen um eine Kompression des absteigenden Duodenum durch die rechte, infolge der Schnürung dislocirte Niere und hierdurch verursachte Hemmung der Entleerung des Magens mit nachfolgender Dehnungs- und Arbeitshypertrophie. Dann sind noch einige seltene Fälle von Dilatation infolge von Abknickung des Magens durch Axendrehung bei abnormen Adhaesionen⁷⁾ 8). Einschnürungen des Magens durch Narben und Bildung von Sanduhrformen bis zu absoluter Stenose der eingeschnürten Stelle mit starker Dilatation des Theiles oberhalb der Stenose, zu erwähnen.⁹⁾ — Eine sehr gewöhnliche Ursache der Magenerweiterung bildet weiterhin Gastritis chronica, wobei die Muskulatur paretisch wird. Ziemlich allgemein nimmt man ferner Atonie der Muskulatur als Ursache einer Reihe von Ektasien an, die sich entweder chronisch entwickeln, wie bei Rachitis, Chlorose, Diabetes, Neurasthenie, oder ziemlich acut in schweren fieberhaften Krankheiten, wie Tyfus, Puerperalfieber, Peritonitis, endlich zuweilen bei Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. Auch wiederholtes Erbrechen soll eine Dilatation hervorrufen können.

Eine acute Dilatation soll nach Thiébaut¹⁰⁾ bei fieberhaften gastrischen Zuständen und selbst einfacher Indigestion, ferner bei

⁵⁾ Jacoby: Berlin. Klin. W. 1872. 38. Enorme Erweiterung ohne Pylorusstenose.

⁶⁾ Müller-Warneck: Berlin. Klin. W. 1877 No. 30.

⁷⁾ E. Schütz: Prager med. W. 1885 No. 2. 1 weiterer Fall.

⁷⁾ Luigi Mazzotti. De un vomito infrenabile dipendente da strangolamento rotatorio dello stomaco. Rivista clin. di Bologna 1873. Es handelt sich um eine innere Einklemmung infolge Axendrehung der 2. Hälfte eines Sanduhrmagens. Bedingt war die Drehung durch Adhaesionen der Portio pylorica.

⁸⁾ R. Langerhans. Arch. f. path. Anat., Physiol. u. innere Med. Virchow. Band CXI., Heft 2. 1888. Sanduhrmagen infolge zahlreicher, stark retrahirender Narben im mittleren Abschnitte der kleinen Curvatur und des entsprechenden Abschnittes der hinteren Magenwand. Verschluss des Duodenum infolge von Axendrehung und Verlagerung der 2. Hälfte des Magens.

⁹⁾ Brinton: Krankheiten des Magens. Würzburg 1862. S. 117.

¹⁰⁾ Thiébaut: De la dilatation de l'estomac. Paris 1882.

Einführung von Stoffen, welche im Magen ein grosses Volumen annehmen und bei Verletzungen des Leibes vorkommen.

Ganz acute Fälle sind von Fagge¹¹⁾ und Erdmann¹²⁾ mitgeteilt.

Die Grade der Dilatation sind ausserordentlich verschieden; zuweilen füllte der Magen fast das ganze Abdomen aus und reichte bis zur Symphyse. Die Ausdehnung erstreckt sich meist nicht gleichmässig über alle Abschnitte des Magens, im Gegenteil ist der Fundus oft allein ausgedehnt. Dabei besteht bald Hypertrophie, bald Atrophie, erstere besonders im Pylorustheil, letztere im Fundus. Die Aetiologie ist natürlich in praxi nicht immer eine einfache, sondern meist eine verwickelte, bei der recht viele Momente zusammenwirken können.

Die Verengerungen des Magens sind viel seltener. Mehr oder minder ausgesprochen findet man sie als Teilerscheinung des senilen Marasmus, dann bei Functionsaufhebung des Magens infolge Stenose des Oesofagus oder der Cardia (Krebs, Verbrennungs- und Verätzungs-narben) und bei Nahrungsverweigerung Geisteskranker. Ferner bei chronischer produktiver Gastritis und Perigastritis, chronischer Peritonitis mit Schwartenbildung, bei Narbencontractionen, innerhalb und ausserhalb des Magens, bei diffusen und circumscribten Skirrhen, endlich verursacht durch comprimirende Tumoren.

Es kommen hierbei auch mannigfache Missstaltungen vor, unter denen als eine häufigere Form die Heranzerrung des Pylorus an die Cardia durch Narbencontractur zu erwähnen ist; schon genannt ist die Sanduhrform.

Gehen wir nun zu den Lageanomalien über, so findet sich bei allen Dilatationen natürlich die untere Magengrenze nach abwärts verschoben, wobei man die Nabelhorizontale noch als normal ansehen kann. Dabei kann der Pylorus an seiner Stelle bleiben oder sinken, der Magen nimmt dann eine mehr senkrechte Lage ein. Sinken der Cardia und Verlängerung des Oesofagus sind selten. (Ortlh). Grössere oder geringere Verlagerung des Magens findet sehr häufig durch Schnüren statt, namentlich wenn kein Corsett und keine Achselbänder getragen werden — die Rösche also sehr fest gebunden werden müssen; meist rückt dabei der Pylorustheil mit hinab, sodass der Magen senkrecht steht; seltener bleibt der Pylorus an seiner Stelle, die Krüm-

¹¹⁾ Hilton Fagge: On acute dilatation of the stomach. Guy's Hosp. Rep. XVIII.

¹²⁾ Erdmann: Acute Magenerweiterung nach einem Falle nach rückwärts, — Virchow's Jahrbücher 1868.

mungen des Magens sind dann viel kürzer und tiefer, er bildet einen vor der Wirbelsäule oft tief herabhängenden Sack.¹³⁾

Durch Adhäsionen mit der Nachbarschaft können mannigfache Verschiebungen des Organes entstehen. Verlagerung des ganzen Organs bewirken zuweilen grosse Geschwülste der Nachbar-Organen oder das gefüllte colon transversum. Schliesslich hat man in seltenen Fällen den Magen in der Thoraxhöhle bei Zwerchfeldefecten, in Nabel und Scrotalhernien gefunden.¹⁴⁾

Wie wir gesehen haben, sind also die Lage und Gestaltsanomalien des Magens ungemein mannigfache und können den verschiedenartigsten Ursachen ihre Entstehung verdanken. — Darum ist eine genaue Kenntnis derselben für die Diagnosenstellung sehr wichtig. Nun sind zwar in der älteren Literatur eine Menge von Fällen mitgeteilt, die neuere und neueste Literatur ist aber arm an solchen, namentlich Fällen von Lagerungsanomalien. Die wesentlichste Stütze der Diagnostik ist nun aber die Erinnerung an ähnliche Erscheinungen. Es dürfte daher nicht nur im Interesse der Casuistik, sondern auch wesentlich der Diagnostik liegen, auf diese Dinge wieder einmal aufmerksam zu machen. — Eine Anzahl verschiedenartiger Fälle von Lage und Gestaltsanomalien des Magens, die sich im hiesigen pathologischen Institute angesammelt haben, bietet hierzu eine günstige Gelegenheit. Um Verständnis und Anschaulichkeit zu erhöhen, sind zu den meisten einfache Skizzen hinzugefügt.

Ausser den unter dem Text angeführten Werken wurden noch benutzt:

Bamberger: Krankheiten des chylopoet. Syst. Erlangen 1864.

Penzoldt: Über die Magenerweiterung. Erlangen 1875.

Orth: Pathol. Anatomie. 1887.

Ziegler: Pathol. Anatomie. 1887.

Birsch-Hirschfeld: Pathol. Anatomie. 1887.

Leube: Krankheiten des Magens und Darms. 1878.

Die unter No. 1, 2, 3, 5, 7, 10--12 genannten Arbeiten sind nach Virchow's Jahresberichten über die Fortschritte der gesamten Medicin citirt.

1. Fall. Tafel I.

S. No. 61. 1888. Frau. 65 Jahre alt.

Wesentlicher Befund: Grosses melanotisches polypöses Sarkom des Anus. — Secundäre Knoten der Lungen, Leber, Nieren, Pankreas,

¹³⁾ Klebs: Handbuch d. pathol. Anat. I. Band 1. Abtlg. S. 170. Berlin 1869.

¹⁴⁾ Fogt: Bayer. Ärztl. Intelligenzblatt 1884 No. 26 nach Orth's pathol. Anat.

retroperit. und inguinal. Drüsen, Zwerchfell. — Erweichung und Abscedirung der rechten melanotischen Inguinaldrüsen. — Lungenemphysem und Oedem. — Starke Bronchitis. — Rechts frische und alte Pleuritis. — Starke Residuen von Peri- und Myocarditis. — Atrofischer Magen mit Narbe. — Starke Erweiterung, Verlängerung und Knickung des Quereolon mit völliger Verdeckung des Magens. — Breite Schnürfurche der Leber mit Abdrängung der unteren Hälfte des rechten Leberlappens. — Ektasie der Gallenblase. — Bewegliche Milz und Nieren. — Atrofie des Uterus und der Ovarien. — Starke Narben der Vagina. — Ascaris. — Mangel der mittleren Commissur.

Bauch: Leber mit einer breiten quer über beide Lappen verlaufenden Schnürfurche; dadurch die untere Abteilung des rechten Lappens stark nach rechts und unten gedrängt. Die Gallenblase sehr erweitert. Der Magen ist gar nicht zu sehen, vollkommen verdeckt durch das enorm erweiterte Quereolon, welches zuerst von der stark zweimal geknickten Flexura dextra an von rechts unten nach links oben bis zur Mittellinie läuft, dann mit einem sehr weiten Schenkel schräg nach der linken Darmbeingrube herunter und nach kurzer Umbiegung mit dem vorgenannten Schenkel parallel laufend wieder nach oben steigt, dann mit dem letzten horizontalen Stück parallel mit dem linken Leberlappen bis zur Flexura sinistra geht. Das Sro-manum enorm erweitert füllt den ganzen Raum zwischen Quereolon und dem ziemlich stark erweiterten Coecum. Die ganz engen Dünndarmschlingen sind in das kleine Becken heruntergesunken. Der Mastdarm sehr stark erweitert durch einen grossen, ein Drittel der Periferie einnehmenden, anscheinend von der Muscularis ausgehenden melanotischen Tumor ausgefüllt, von welchem aus zwei etwa kirschkern-grosse blässere Knoten die Analöffnung nach aussen überragen. In den freien Abschnitten der Mastdarmwand findet sich ein isolirtes linsengrosses, tiefschwarzes Knötchen.

2. Fall. Tafel II.

S. N. 126. 1884. Mann. 30 J. alt.

Wesentlicher Befund: Tumor der linken Niere und Nebenniere (Carcinom). — Secundäre Knoten der Leber und Lunge. — Carcinomatöse Entartung der Retroperitoneal-, Tracheal- und Bronchialdrüsen. — Residuen von Pleuritis. — Druckatrofie des l. Leberlappens, Milz, Pankreas.

Bauch: Die linke Hälfte des Bauches, etwas nach rechts herüberlagend, stark vorgewölbt, die Decke der rechten Hälfte stark eingezogen. Die Bauchhöhle wird links fast völlig von einem sehr

grossen 20 Pfund schweren Tumor ausgefüllt. Die Eingeweide haben mehrfach Verlagerungen erlitten. Quer über die Geschwulst, etwa der Mittellinie derselben entsprechend, ungefähr in der Höhe des Nabels zieht ein Teil des Dickdarms, welcher der flexura sigmoidea entspricht, lang ausgezogen hin: die übrigen Teile des Dickdarmes liegen in der rechten Bauchhälfte, seitlich von dem Tumor mehrere Schlingen bildend. Der Magen nach vorn, oben und rechts verdrängt, sitzt dem oberen Ende der Geschwulst auf, nach vorn unter dem Zwerchfell hervorragend. Die abgeplattete Milz ist ebenfalls nach vorn und oben verdrängt, und dem oberen vorderen Ende des Tumors aufsitzend sieht ein Zipfel unter dem Rippenbogen hervor. Der linke Leberlappen ist, durch den Tumor comprimirt, atrophisch geworden. Mit den ihm aufliegenden Eingeweiden ist der Tumor leicht verklebt und ebenso an seiner oberen vorderen Partie mit dem Bauchfell verwachsen. Der übrige Teil des Tumors ist glattwandig und von dem sehr ausgedehnten Netze zum Teil überzogen. Consistenz des Tumors prall elastisch, beim Anschneiden ergiesst sich eine grosse Menge schmutziggelber Flüssigkeit. Die linke Niere ist vollständig, soweit sie nicht selbst in den Tumor verwandelt ist, in die Geschwulstmassen eingeschlossen. Der ganze Tumor ist von einer derben, ziemlich dicken bindegewebigen Kapsel umgeben. Leber: linker Lappen sehr klein, am Rande äusserst abgeplattet, Oberfläche glatt. Milz: stark abgeplattet, überall durch leicht lösbare Verwachsungen angeheftet. Rechte Niere normal. Magen klein, enthält wenig flüssigen Inhalt, Schleimhaut blass. Pankreas an den Tumor fest angeheftet, stark abgeplattet, blass.

Klinische Angaben über die Lage des Magens fehlen. Es scheint als ob man sie nicht habe bestimmen können. Es ist nur angegeben: Gefühl der Spannung, welches nach jeder Mahlzeit, namentlich nach flüssigen Speisen im Epigastrium auftritt. Die Diagnose: Carcinoma ren. sin. hatte sich aus charakteristischen grossen granulirten Zellen des Harns, welche mit den, bei einer Probepunktion gewonnenen, übereinstimmten mit Sicherheit, stellen lassen. Der Tod erfolgte durch Kopfrothe, von der Nase ausgehend.

3. Fall. Tafel III.

S. N. 114. 1884. Mann. 49 J. alt.

Wesentlicher Befund: Enormes Myxosarkom von Lymphdrüsen in der Nähe der kl. Curvatur entspringend. — Druckatrofie des l. Leberlappens, des Pankreas und der l. Nebenniere. — Sarkomatöse Entartung von Retroperitoneal- und Mesenterialdrüsen. — Chron.

Dickdarmkatarrh. — Peritonitis. — Starke Bronchitis. — Pleuritische Verwachsungen. — Lungenemphysem und Oedem. — Chron. Hydrocephalus. — Chron. Meningitis. — Ascites. — Hydrothorax. — Geringes Hydropericard. — Vernarbende Operationswunde in der l. oberen Bauchhälfte. — Gesichtserysipel.

Bauch: Im oberen Teil der l. Bauchhälfte eine thalergrosse vernarbende Wunde von gutem Aussehen. Bauchdecken stark aufgetrieben. Die ganze l. obere Hälfte der Höhle über die Mittellinie noch hinüberragend nimmt ein grosser Tumor von hockeriger unregelmässiger Form, im allgemeinen glatter Oberfläche und prall elastischer Konsistenz ein. In der Nähe der Operationswunde ist derselbe mit den Bauchdecken verwachsen. In der Mitte besitzt der Tumor eine tiefe Furche, in welcher der zu einem Darm ausgezogene Magen liegt, unter diesem reicht die Geschwulst, einen Fortsatz bildend, noch eine Strecke weit nach unten hinab. Die umliegenden Eingeweide, Leber, Milz, Pankreas sind mit dem Tumor leicht verwachsen und z. T. stark comprimirt, so dass der l. Leberlappen stark ausgedehnt und bis zu einer Dünne von ungefähr $\frac{1}{4}$ —1 cm geschwunden ist. Auch das Pankreas ist in seinem Schwanzende stark verdünnt und verbreitert. In der Mitte des Tumors befindet sich ein etwa apfelgrosser unregelmässiger Hohlraum, mit gelbbraunlicher Flüssigkeit erfüllt. Leber stark nach oben und hinten verdrängt, bis auf den atrophischen l. Lappen von normaler Grösse. Milz glatt, derb. Nieren normal. Magen lang ausgezogen, grosse Curvatur 71 cm. kleine Curvatur 52 cm lang, in der Furche der Geschwulst liegend und hier mit derselben verwachsen. enthält geringe Mengen breiiger Massen, in seine Wand sind mehrere bis taubeneigrosse Knoten eingesprengt. Metastasen in verschiedenen Organen.

Die klinische Diagnose hatte geschwankt zwischen Echinococcus (relatives Wohlbefinden und Fluctuation) und Carcinom der Leber (Multiplizität der Tumoren). Nachdem eine zweimalige Probepunktion nur Blut und indifferente Zellen (wohl Leucocyten) und dabei einen festen Tumor trotz deutlichen Fluctuationsgefühls ergeben hatte, wurde Carcinom vermutet, und zwar war auch an Pankreaskrebs gedacht. Die Möglichkeit eines retroperitonealen Lymphdrüsensarkoms scheint nicht erwogen: und doch würde dieselbe nach genauerer Bestimmung des Verhältnisses zwischen Magen und einmauerndem Tumor neben Pankreaskrebs am meisten in Betracht gekommen sein.



4. Fall.

S. N. 33. 1888. Mann. 67. J. alt.

Wesentlicher Befund: Stenosirender Speiseröhrenkrebs an der Bifurcation und Übergreifen auf die rechte Lunge. — Krebsknoten des l. Lederlappens und der retroperit. Lymphdrüsen. — Lungenemphysem und Oedem. — Starker chron. Hydrokefalus. — Kleiner Erweichungsherd im l. Streifenhügel. — Gr. Milzschwiele. — Bewegliche rechte Niere. — Tieflage der l. Niere (angeboren). — Kirschenförmige l. Nebenniere. — Doppelte Hydrocele. — Verlagerung der Flexura sinistra oberhalb der kl. Curvatur. — Spärliche Staubknötchen der Lungen. — Narbe des Oesofagus über dem Krebse. — Fettige Fleckung der Cava inf.

Bauch: Magen bedeutend ausgedehnt, seine kleine Curvatur stark heruntergedrängt durch einen etwa zwei Faust grossen, hinter dem Omentum liegenden Tumor. Es ergibt sich, dass diese Geschwulst von der dicht neben der Wirbelsäule am Zwerchfell liegenden Flexura sinistra und letztem Stück des Quereolon gebildet wird. Letzteres, stark von Gasen aufgetrieben, ist in mehrere kurze Windungen gelegt. Die Schlingen enthalten wenig Koth. Tieflage der l. Niere am Eingang in's kleine Becken, bewegliche r. Niere.

5. Fall. Tafel IV.

S. N. 88. 1883. Frau. 43 J. alt.

Krankengeschichte: Vor 5 Jahren schon einmal erfolgreich an rundem Magengeschwür behandelt. Jetzige Erkrankung begann vor einem Jahr. Magen nicht aufgetrieben bis gegen 7 cm unter den Nabel reichend. Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen. Am l. Rippenbogen eine 1 Markstück grosse resistente Stelle, welche besonders druckempfindlich ist. Erbrechen und Durchfall, Tod durch Schwäche. Klin. Diagnose: Magenkrebs.

Sectionsbericht. Wesentlicher Befund: Sehr grosses chron. perforirendes Magengeschwür. — Abgesackter Jaucheherd am Pankreas. — Sehr starke Knickungen des Pylorusmagens. — Grosse Sandmengen im Magen. — Hochgradige Anaemie und Abmagerung. — Geringe Endarteriitis der gr. Arterien. — Ausserordentlich starke Verkalkung der Hautarterien.

Bauch: Nach der Eröffnung findet sich die Leber fast vollkommen in die rechte Bauchhälfte verlagert. Der r. Lappen liegt bis auf die Darmbeinschaukel herab. Der Magen sehr stark ausgedehnt, wölbt mit seinem Fundus das Zwerchfell stark in die l. Pleurahöhle vor, und comprimirt mit seiner rechten Wand die eintretende Speiseröhre.

Die Fläche der kleinen Curvatur bildet in der l. Hälfte fast genau eine gradlinige Verlängerung der Speiseröhre. Die Mitte der kleinen Curvatur durch derbe Bindegewebsstränge an den linken Leberlappen befestigt. Dasselbst eine starke strahlige Heranzerrung der Magenwand von links nach rechts. Nach dieser Heranzerrung findet sich wiederum eine nach l. unten gerichtete Aussackung des Magens. Der Pylorusmagen zweimal kurz S-förmig geknickt, darmartig eng, die erste Knickung an die genannte narbige Heranziehung anschliessend. Der obere horizontale Teil des Duodenum sehr kurz in eine parallel dem letzten Pylorusmagenabschnitt verlaufende Strecke umbiegend. Jener narbigen Heranzerrung entsprechend findet sich an der hinteren Magenwand ein etwa 5 Markstück grosses die ganze Wand durchtrennendes Geschwür, durch welches man in einen grossen hinter dem Magen liegenden abgesackten Raum gelangt, welcher neben schmutzig-bräunlicher Flüssigkeit eine ganze Tasse voll Seesand enthält (vor etwa 14 Tagen soll die Frau als Hausmittel mehrmals eine Portion Seesand zu sich genommen haben).

Augenscheinlich hat in diesem Falle jene Portion Sand, einen Tumor vortäuschend, die klin. Fehldiagnose veranlasst.

6. Fall. Tafel V.

1883 (?) — —

Beträchtliche Verlagerung und Verunstaltung der Eingeweide der Bauchhöhle. Leber und Magen durch eine breite quer etwa über die Mitte der Leber und den oberen Teil des Fundus verlaufende Schnürfurche stark nach abwärts gedrängt. Die Form der Leber ist durch den Druck der Einschnürung wesentlich verändert, annähernd quadratisch; ein grosser zungenförmiger Abschnitt ihres linken Lappens ragt zwischen Pylorus und Cardia tief nach abwärts, indem er die kleine Curvatur vor sich her nach abwärts treibt. Der Pylorusmagen, ziemlich weit hinab gedrängt, liegt erheblich tiefer als die Cardia, so dass der ganze hufeisenförmige Magen eine mehr senkrechte Lage einnimmt. Der stark entwickelte untere Teil des rechten Leberlappens comprimirt das Duodenum und das Colon ascendens. Infolge der dadurch entstandenen Stenosen ist einerseits der Magen enorm ausgedehnt und reicht mit seiner unteren Grenze bis gegen die Symphyse hin, das Colon transversum vor sich herschiebend; andererseits das Coecum sehr beträchtlich erweitert, so dass es fast die ganze linke Unterbauchgegend ausfüllt.

Leider fehlen klinische Angaben über diesen Fall. Es lässt sich leicht denken, dass die ausserordentliche Erweiterung des Magens in Verbindung mit jenem zungenförmigen linken Lappen der Leber,

welcher als ein vom Magen ausgehender Tumor imponiren konnte, die Fehldiagnose Magenkrebs hätte veranlassen können.

Die Dilatation des Magens kam hier in ganz ähnlicher Weise wie in den von Müller-Warneek beschriebenen Fällen zustande; nur dass in diesem Falle hochgradiger Schnürung die Compression des Duodenum nicht erst durch die verschobene rechte Niere, sondern direkt durch den in seiner Lage und Gestalt veränderten rechten Leberlappen erfolgte.

7. Fall. Tafel VI u. VII.

S. N. 204. 1887. Frau. 45 J. alt.

Wesentlicher Befund: Enorme chronische Lungenschwindsucht mit grossen, etwas bluthaltigen Cavernen. — Struma. — Käseherde der schwierigen Bronchialdrüsen. — Miliartuberkel der Leber und Nieren. — Wandernde geschwollene Milz im kl. Becken. — Bewegliche Nieren. — Sehr eigentümliche Verunstaltung des Magens. — Tuberkulöse Geschwüre des Dünn- und Dickdarms. — Oxyuris.

Bauch: Bei der Eröffnung zeigt sich eine sehr eigentümliche Verlagerung der Eingeweide. Die Leber ist in zwei fast gleich grosse Lappen geteilt, welche durch einen ziemlich tiefen Einschnitt scharf voneinander abgetrennt sind. Von der Trennungsfurche aus zieht ein derber bindegewebiger Strang nach dem unteren Rande des Duodenum. Der Magen erscheint in drei Abschnitten, einem grossen unmittelbar unter dem linken Leberlappen liegenden, kugelig aufgeblähten: einem zweiten davon durch scharfe Furche abgegrenzten, von links nach rechts verlaufenden: und einem darmartig engen sich daran schliessenden bis zum Pylorus reichenden. Letzterer ist ringsum überragt von dem sehr stark durch Gase aufgeblähten Duodenum. An den mittleren Magenabschnitt schliesst sich unmittelbar die Milz an, welche stark vergrössert bis in das kleine Becken hinabreicht. Nach dem Auseinanderziehen der beiden ersten Magenabschnitte zeigen sich diese nach hinten verbunden durch ein darmartig enges, kurzes, S-förmiges Stück. Die Milz ist sehr beweglich, mit sehr langem Mesenterium. Die Speiseröhre ist weit in die Bauchhöhle heruntergezerrt.

8. Fall. Tafel VIII.

S. N. 136. 1880. 34jähr. Dienstmädchen.

Krankengeschichte: Patientin war am 21. I. 80. wegen Coxitis chron. des l. Trochanter mai. operirt worden. 24. IV. Klagen über ziehende Schmerzen in der r. unteren Abdominalgegend. Eisbehandlung, wegen der heftiger werdenden Schmerzen Morfin. Tod 9. V.

Die klinische Diagnose lautete: Darmverschlingung.

Sectio 24^h p. m. Wesentlicher Befund: Frische Peritonitis. — Wandermilz mit Verlagerung des Magens, Compression des Pylorus durch das hinaufgeschlagene Netz. — Enorme Ektasie, Hyperaemie. Ecchymosirung und Katarrh des Magens. — Enorme Venenektasie des Netzes. — Milzschwellung. — Gallensteine. — Harngrries. — Emfysem, Oedem und einzelne Käse- und Kalkknoten der Lunge. — Geringe Arteriosklerose. — Starke Verkalkung der retroperiton. Drüsen. — Verkäsung und Verkalkung der Trachealdrüsen. — Ascaris.

Bauch: Die Decken nur ins l. Hypochondrium stark vorgewölbt, die Vorwölbung überschreitet nach r. und unten die Mittellinie und den Nabel. Diese Vortreibung ist bedingt durch enorme Auftreibung des Magens. Dieser, steil aufgerichtet, halb um die Axe gedreht, ragt mit seinem Fundus hoch gegen das Zwerchfell hinauf und breitet das Lig. hepatis aus. Die gr. Curvatur nach vorn gerichtet steigt von der Mitte der linken Darmbeinschaufel ganz wenig nach rechts hin geneigt nach dem Lig. hepatis hinauf. Die ganze hintere nach vorn gedrehte Fläche des Magens ist von dem sehr stark ausgespannten Netze überzogen, welches nach links und oben umgeschlagen den Pylorus scharf gegen die kleine Curvatur comprimirt. Die Milz, 15 cm lang, 20 cm breit, 5 cm dick, füllt den kleinen Beckerraum fast an, ist vollkommen frei beweglich, durch ihr stark ausgezerrtes Mesenterium wird der Cardiateil so stark herunter gezogen, dass die Speiseröhre 6 cm weit hinter dem Magen sichtbar ist. Das Mesenterium der Milz zeigt kolossal erweiterte Venen, ebenso das Mesocolon und ein Teil des Mesenterium.

Die Entstehungsweise dieser eigentümlichen Axendrehung und Verlagerung des Magens war leider nicht mehr aufzuklären, da nur ein Teil des Präparates erhalten war. Namentlich blieb der Grad der Beteiligung der Milz an der Axendrehung unklar. Die Erscheinungen der Darmverschlingung sind wohl hauptsächlich dadurch entstanden, dass der Pylorus die Drehung nur teilweise mitmachte und infolgedessen im Pylorusmagen eine Knickung entstand.

Heben wir nochmals das für uns Interessante der einzelnen Fälle hervor, so finden wir zunächst durch den, infolge einer stellenweisen Compression durch die Schnürring und einer teilweisen Verengung des Mastdarmlumens durch einen melanotischen Tumor, enorm ausgedehnten Dickdarm fast die gesamte Bauchhöhle erfüllt, und den Magen durch das ausserordentlich erweiterte Quereolon verdeckt. Im 2. Fall ist der comprimirt Magen durch ein Carcinom der linken Niere nach vorn oben und rechts unter das Zwerchfell verdrängt.

Interessant ist (3. Fall) der darmartig ausgezogene in der Furehe eines sehr grossen Myxosarkoms der retroperitonealen Lymphdrüsen eingebettete Magen. Eine Seltenheit ist wohl der 4. Fall, in welchem die kleine Curvatur durch die Flexura sinistra, welche an die Stelle der in das kleine Becken gesunkenen linken Niere getreten ist, stark herabgedrängt, der Magen erheblich erweitert ist. Der fünfte Fall zeigt die Leber fast völlig in die rechte Bauchhöhle verlagert und herabgedrängt. Der Magen ist sehr bedeutend ausgedehnt, senkrecht gestellt, mit seinem Fundus links das Zwerchfell verwölbend. Durch Narbenschumpfung ist der Magen ausserdem stark verunstaltet, sein Ausgang verengt. Ganz ausserordentliche Wirkungen der Schnürring bietet der folgende Fall. Leber sehr stark verunstaltet, ein zungenförmiger linker Lappen drängt die kleine Curvatur des Magens herab: der Magen ist enorm dilatirt infolge der Compression des Duodenum durch die Leber, hufeisenförmig, der Pylorusteil herabgedrängt. Das ganze Organ liegt mehr senkrecht. Cecum bedeutend ausgedehnt. Im 7. Falle ist die Leber durch eine Furehe in zwei Hälften geteilt, der Magen in sehr eigentümlicher Weise verunstaltet, sein Fundus hat die Speiseröhre weit herabgezerrt. Die sehr bewegliche Milz ist tief hinab gewandert. Am verwickeltesten liegen die Dinge im letzten Falle. Der Magen hat sich um seine Längsaxe halb nach hinten gedreht, so dass die hintere Fläche nach vorn sieht und im Pylorusteil eine Knickung zustande kam. Bemerkenswert ist ferner die Herabzerrung der Speiseröhre. Im Beckeneingang liegt die wandernde Milz.

Ich glaube durch Schilderung der vorstehenden Fälle und besonders durch die Hinzufügung der klinischen Diagnosen und ihre Beleuchtung meine in der Einleitung Leube gegenüber ausgesprochene Behauptung die Gestalts- und Lageanomalien des Magens hätten ein ganz wesentlich, klinisches Interesse hinreichend gestützt zu haben. Im besonderen möchte ich noch darauf hinweisen, dass in Fällen, welche Zeichen einer inneren Einklemmung bieten, namentlich bei Verlagerung der Milz, immer auch an die Möglichkeit einer stenosirenden Axendrehung des Magens zu denken ist. Da in den von Luigi Mazzotti und Langerhans mitgeteilten Fällen postem mortem die Loslösung und völlige Reposition des gedrehten Magens mit grosser Leichtigkeit gelang, ein Versuch der in meinem Falle leider nicht angestellt ist, so dürfte sich wohl in ähnlichen, geeigneten Fällen, da der Tod sonst doch unvermeidlich ist, ein operatives Eingreifen empfehlen. Durch Veröffentlichung der vorliegenden Arbeit sollte zugleich das Interesse an den gröberen pathologischen Veränderungen vermehrt werden, da sich heute die Aufmerksamkeit allzu allseitig

den feinsten Gewebstörungen zuwendet und darüber sehr wichtige und interessante makroskopische Dinge vernachlässigt werden. Ein Nachteil für die Praxis dürfte kaum ausbleiben, wenn die pathologische Anatomie durch die pathologische Histologie ersetzt werden sollte.

Schliesslich spreche ich meinem verehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Heller meinen herzlichsten Dank für die mir bei Anfertigung dieser Arbeit in liebenswürdigster Weise gewährte Unterstützung aus. Ebenso danke ich auch an dieser Stelle meinem Freunde und Kollegen Kowalzig für die freundliche Autografrung der Skizzen.

Thesen.

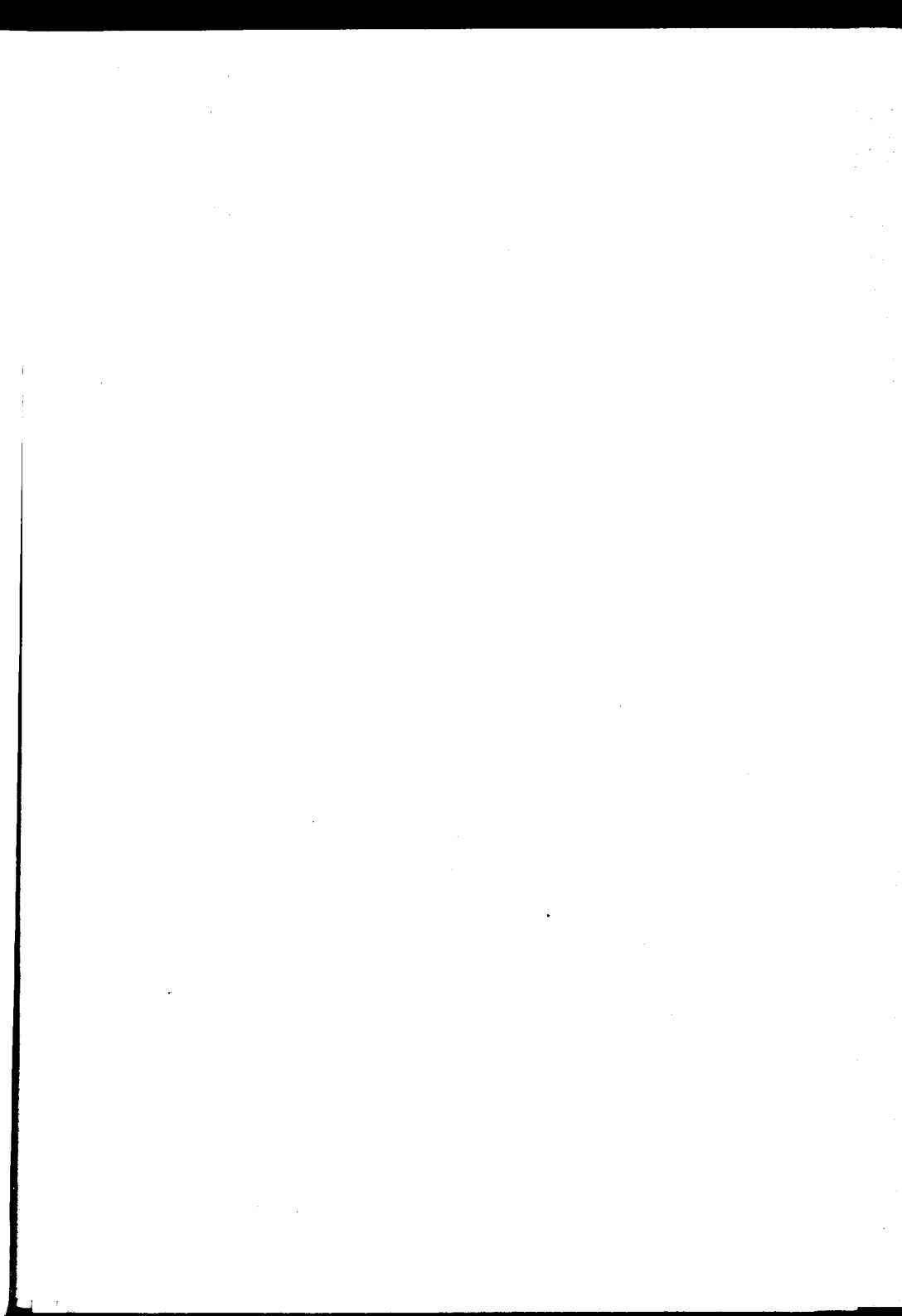
1. Bei Symptomen innerer Einklemmung ist, zumal wenn Wandermilz vorhanden, auch stets an die Möglichkeit einer stenosirenden Axendrehung des Magens zu denken.
2. Bei enormen Gährungen im Magen leistet Natrium subsulfurosum vorzügliche Dienste.
3. Das perverse Hungergefühl ist eines der charakteristischsten Zeichen der Neurasthenia gastrica.

Vita.

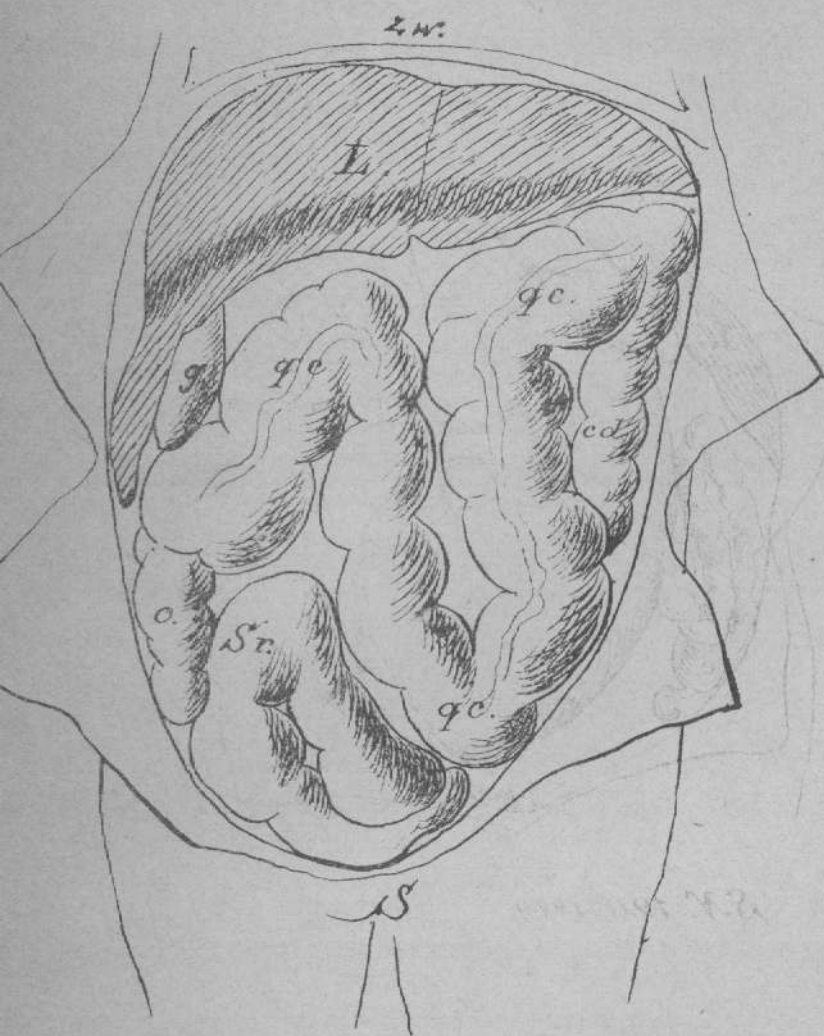
Ich, Hans Hermann Konrad Collischonn, dritter Sohn des Pfarrers P. J. Collischonn, bin am 20. Mai 1862 zu Nieder-Erlenbach bei Frankfurt a. M. geboren. Ostern 1872 trat ich in das Frankfurter Gymnasium ein, das ich Ostern 1883 mit dem Zeugniß der Reife verliess. Hierauf studirte ich in Marburg, dann in München, wo ich das Tentamen physikum bestand; darauf setzte ich mein Studium 3 Semester weiter in Freiburg i. B. fort und diente dabei zugleich ein halbes Jahr mit der Waffe. In Kiel beschloss ich meine klinischen Studien und bestand im Winter 1887/88 das medicinische Staats-examen.

Erklärung der Abkürzungen auf den Tafeln.

- Taf. I: g. = Gallenblase.
 c. = caecum.
 qc. = Quercolon.
 c. d. = colon descendens.
 S. r. = S. romanum.
 S. = Symphyse.
- Taf. II: m. = Magen.
 l. = Milz.
 fl. s. = flexura coli sinistra.
 c. = caecum.
 L. = Leber.
- Taf. V: c. = caecum.
 i. = ileum.
 c. t. = colon transversum.
 L. = Leber.
- Taf. VI u. VII: L. = Leber.
 D. = Duodenum.
 F. = Fundus.
 p. = Pylorus.
 p. m. = Pylorusmagen.
 c. = caecum.
 M. = Milz.

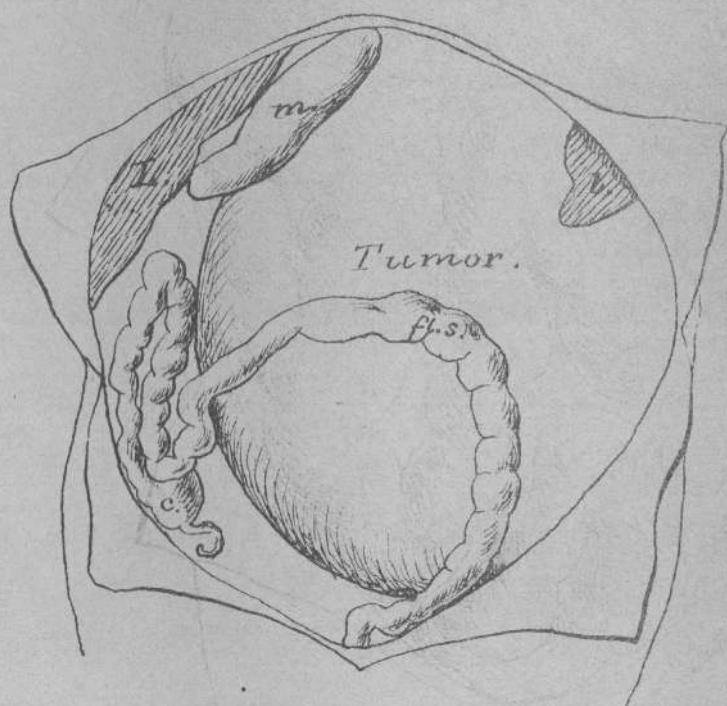


Tafel I.



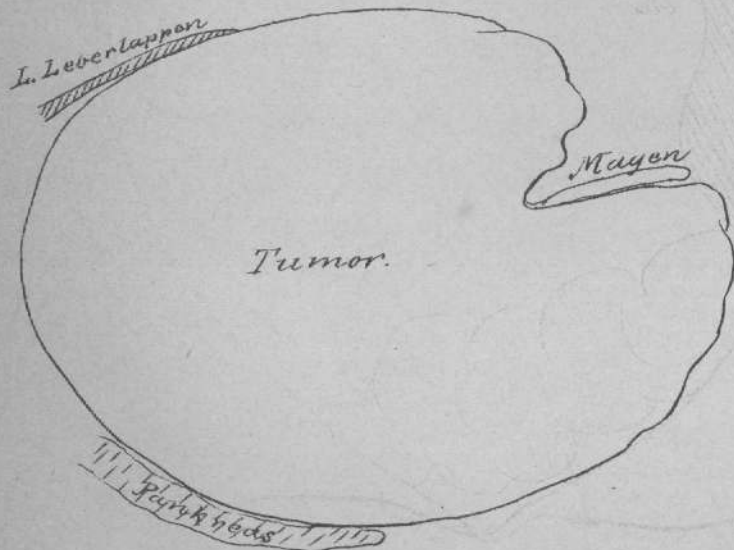
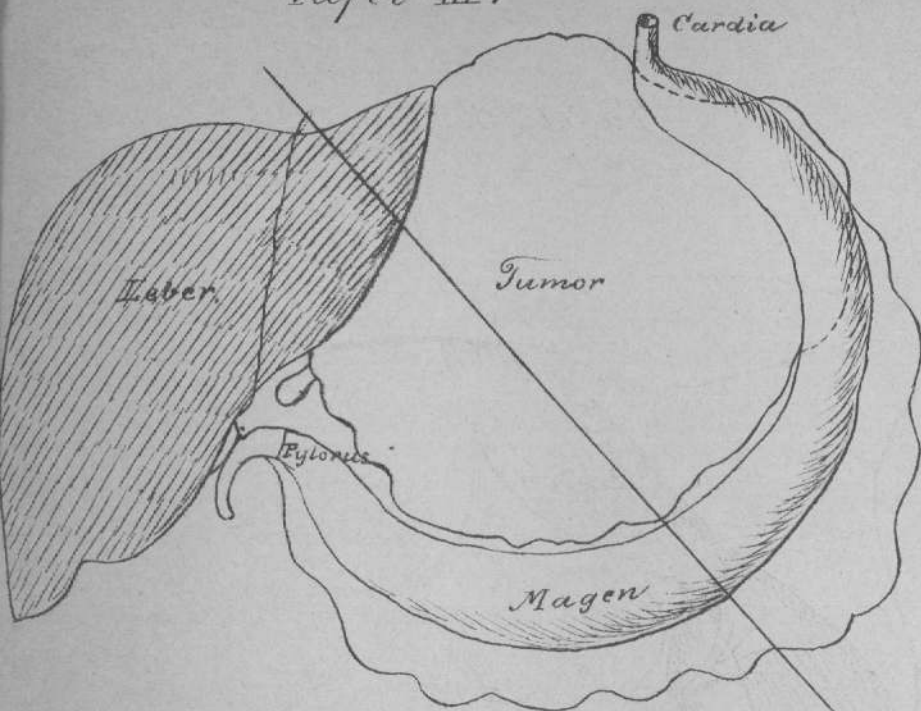
SN 67. 1888

Tafel II.



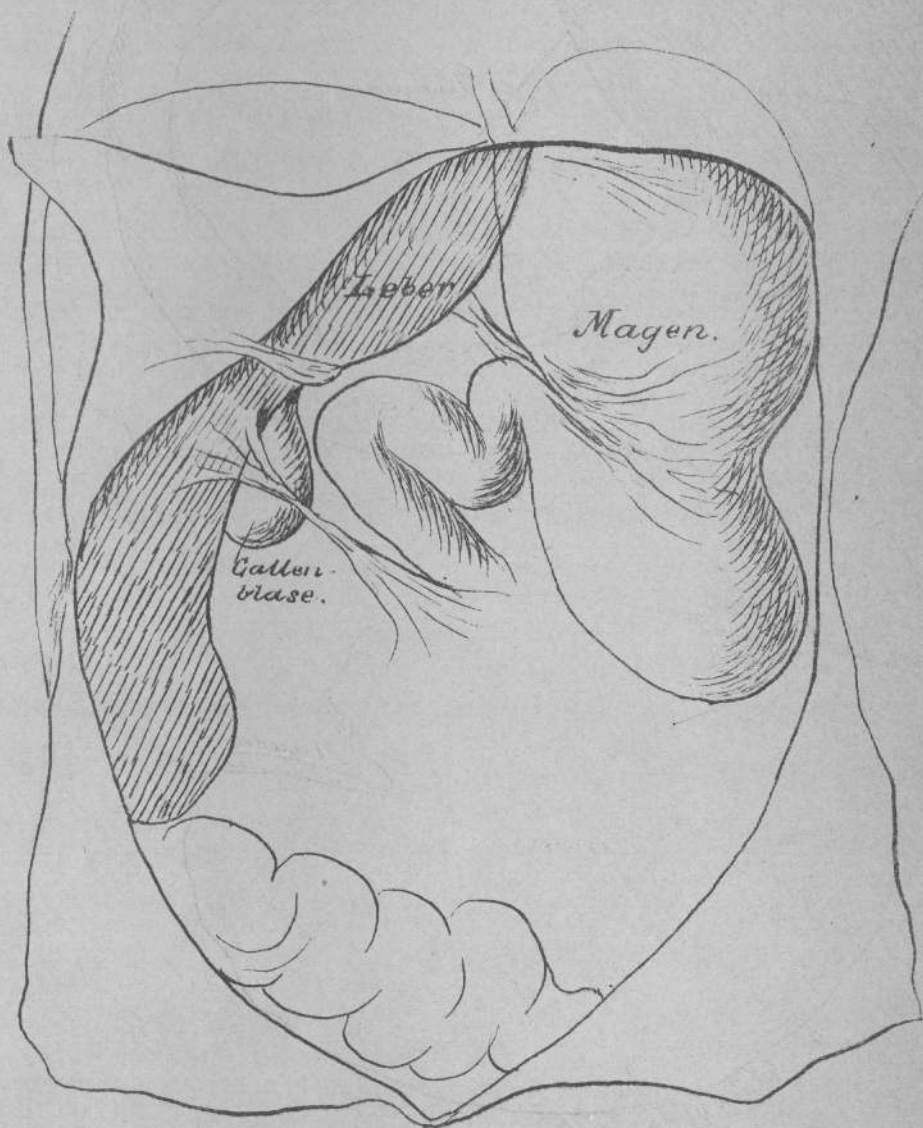
SN. 126. 1884.

Tafel III.



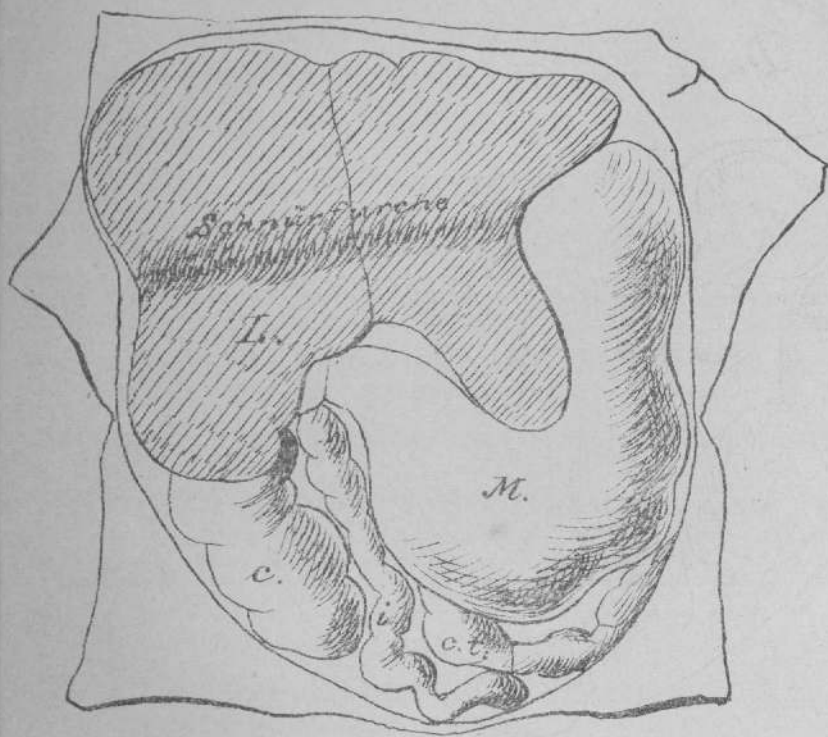
SN 114. 1884.

Tafel IV.

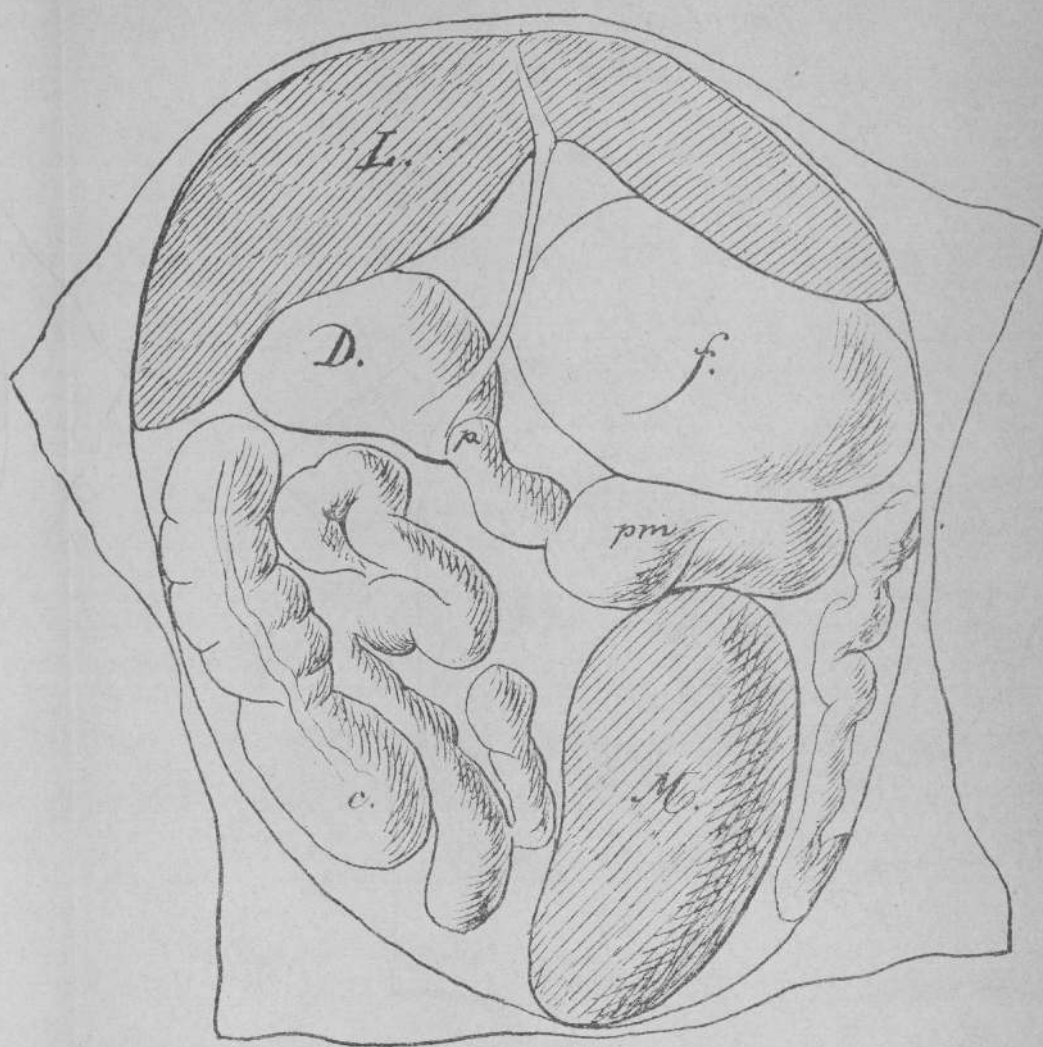


SN 38. 1883.

Tafel V.

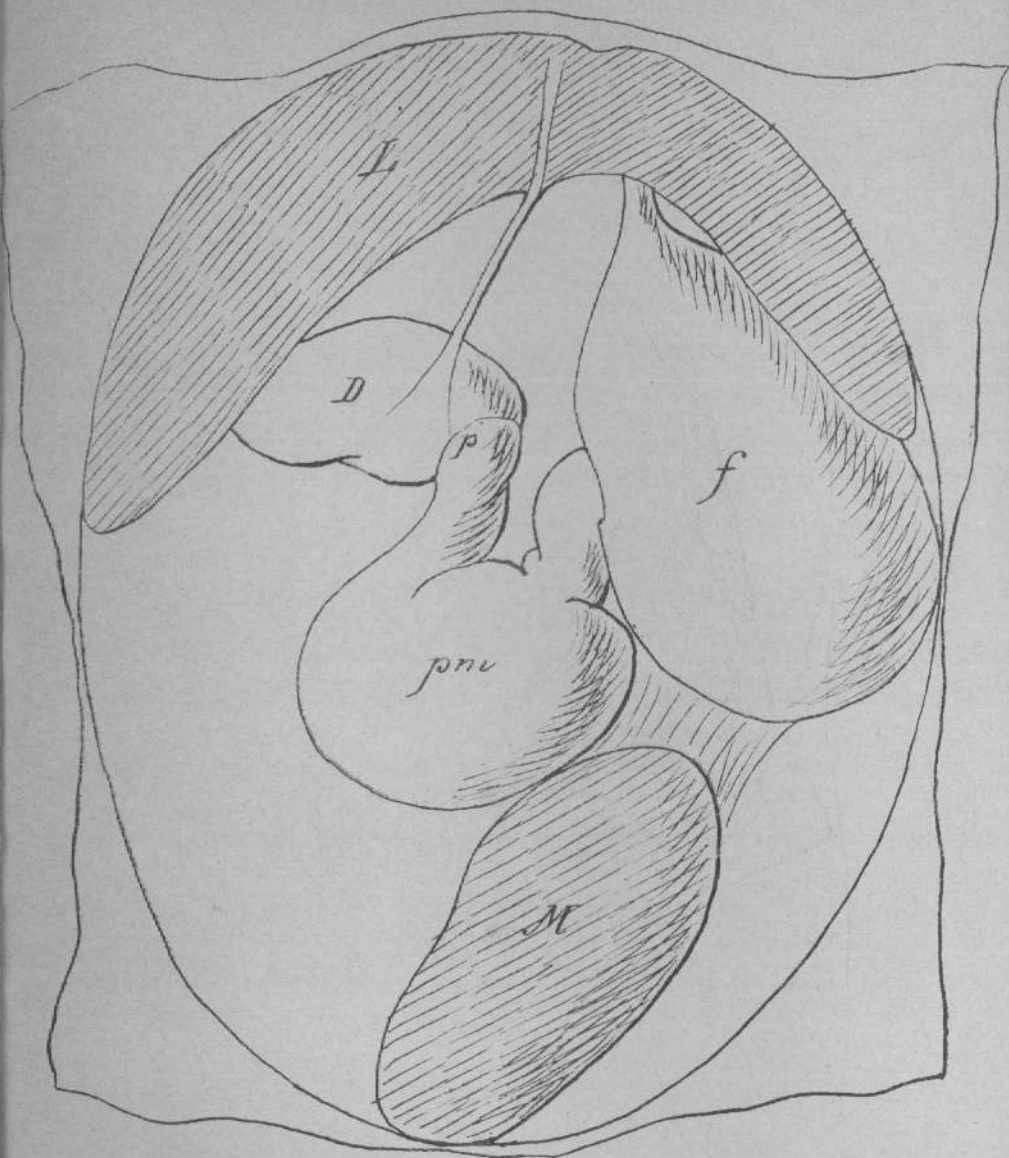


Tafel VI.



SN. 204. 1887.

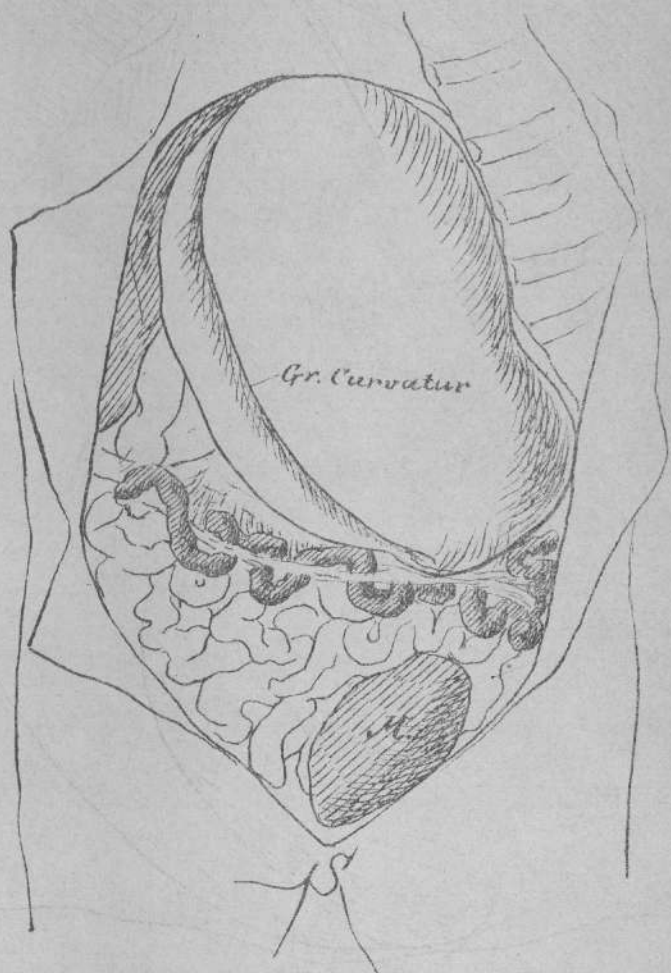
Tafel III.



SN 204. 1887.

10520

Tafel VIII.



SN 136. 1880.

10756

2

22101

3

14935
— 202 —