

IV. Aus Dr. I. Boas' Poliklinik für Magen- und Darmkrankheiten in Berlin.

Kasuistischer Beitrag zur Differentialdiagnose von Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens.

Von Dr. Hans Elsner, Assistenten der Poliklinik.

Im folgenden möchte ich zwei Fälle beschreiben, welche einen Beitrag liefern zu der häufig gemachten Beobachtung, dass es unter Umständen Schwierigkeiten bereiten kann, zwischen einer Erkrankung der Speiseröhre und des Magens zu unterscheiden, resp. bei bestehender Speiseröhrenkrankung eine gleichzeitig bestehende Magenaffektion festzustellen. Solche Fälle sind, wie erwähnt, in der Litteratur schon beschrieben; Schütz¹⁾ z. B. berichtet über einen Fall von Pyloruscarcinom, der in Folge einer völligen Erschlaffung der Cardia klinisch nicht die Erscheinungen einer Pylorusstenose, sondern einer Oesophagusstenose im unteren Theil derselben hervorgerufen hatte. Hier bestand also ein Magenleiden, diagnostiziert wurde eine Oesophaguserkrankung. Umgekehrt weist Hofmann²⁾ darauf hin, dass ein hochsitzendes Divertikel der Speiseröhre, wenn es sich mit den verschluckten Bissen anfüllt, krampfartige Schmerzen in der Magengegend auslösen kann. „Wenn diese sehr häufig auftreten und sich noch andere Erscheinungen von seiten des Magens, besonders Erbrechen, hinzugesellen, so kann es leicht vorkommen, dass sich der ursprüngliche Sitz des Leidens in der Speiseröhre gänzlich der Beobachtung entzieht.“ In einem von Hofmann beobachteten Fall von Oesophagusdivertikel war sogar wegen der anhaltenden Magenschmerzen die Probepylorotomie gemacht worden. — Aehnlich drückt sich Rosenheim³⁾ bei der Beschreibung zweier Fälle von Ektasie der Speiseröhre aus.

Den ersten Fall, den ich in der Poliklinik meines verehrten Chefs, des Herrn Dr. Boas, beobachtet habe, will ich hier nur auszugsweise wiedergeben; er entspricht einigermaßen dem von Schütz publizierten Fall. Es handelt sich um eine carcinomatöse Pylorusstenose, welche klinisch die Erscheinungen von Oesophagospasmus hervorrief; die letzteren führten im Verein mit der Anamnese anfänglich zur Annahme einer Oesophagusaffektion.

Fall 1. Ernestine P., 39jährige Händlersfrau, hat angeblich schon seit einigen Jahren vorübergehende Magenbeschwerden; sehr häufig auch Erbrechen der genossenen Speisen. Seit mehreren Monaten hat Patientin Beschwerden beim Schlucken; die Speisen bleiben über dem Magen stehen und kommen kurze Zeit nach dem Essen, oft ohne Uebelkeit, wieder hoch. Manchmal bleiben die Speisen auch längere Zeit über dem Magen liegen; Spinat, den Patientin vorige Woche gegessen, wurde erst nach zwei Tagen erbrochen, Kohlrabi einen Tag später; Flüssigkeiten gehen angeblich besser in den Magen. Nachts besteht starkes Brennen im Halse. — In Folge der schlechten Ernährung ist Patientin angeblich sehr abgemagert (wiegt jetzt 160 Pfund).

Status praesens: Kleine Frau von leidlich gutem Aussehen, rother Gesichtsfarbe. An den inneren Organen nichts Abnormes; auch die Palpation des Abdomens ergibt normalen Befund. Bei dem Versuch, die weiche Magensonde einzuführen, entleert Patientin von selbst circa 100 ccm zersetzter Flüssigkeit; in einer Entfernung von 34 cm stösst die Sonde auf ein Hinderniss, das nach kurzer Zeit weicht; der Magen erscheint leer; die zuvor entleerte Flüssigkeit giebt eine positive Milchsäurereaktion; mikroskopisch zeigen sich massenhaft Fadenbazillen; Salzsäure und Fermente sind nicht nachweisbar. Der Patientin wurde aufgegeben, nur Flüssigkeiten zu sich zu nehmen; am folgenden Tage wurde sie nüchtern untersucht; dabei entleerte sie, noch bevor die Sonde in den Magen gelangt war, circa 200 ccm Milch mit zahlreichen geronnenen Partikeln. Während auf Grund der Schluckbeschwerden, der absoluten Stagnation von Speisen, selbst von Milch (nüchtern 200 ccm), auf Grund des Hindernisses beim Sondiren und des völligen Fehlens von Fermenten in der entleerten Flüssigkeit anfänglich eine Ektasie der Speiseröhre als wahrscheinlich angenommen wurde, bei welcher die Sondirung des Magens nur schwer gelang, zeigte die kurze Zeit später wiederholt vorgenommene Gastrodiaphanie, dass die Lampe des Diaphans regelmässig anstandslos in den Magen gelangte und nicht in der Speiseröhre lag. Zudem konnte im Ewald-Boas'schen Probefrühstück, das nach einer Stunde völlig unverdaut wieder entleert wurde, mittelst der Guajacprobe wiederholt Blut nachgewiesen werden, ein Befund, auf dessen

Bedeutung Boas¹⁾ jüngst hingewiesen hat. Im Krankenhause wurde Patientin laparotomirt und ein Pyloruscarcinom mit zahlreichen Metastasen auf der Serosa des Magens festgestellt.

Es handelte sich hier also um ein Pyloruscarcinom, das klinisch Erscheinungen von Oesophagospasmus auslöste. Diese Erscheinungen, Schluckbeschwerden und Schwierigkeiten bei der Sondirung, hatten anfänglich den Gedanken an eine Affektion der Speiseröhre nahegelegt.

Mehr Interesse bietet der zweite Fall:

Am 15. Juli 1901 wurde ich von Herrn Collegen Dr. Halle zu einer 60jährigen Frau gerufen, welche angeblich an einer Affektion der Speiseröhre, wahrscheinlich an einem Divertikel, erkrankt war. Ich erhob folgende Anamnese: Patientin war in ihrer Jugend, ebenso nach der Verheirathung, immer gesund gewesen. Im 30. Lebensjahre hatte sie zum ersten Mal die Empfindung, als ob ihr während und unmittelbar nach dem Essen „eine Kugel in der Speiseröhre auf- und niederstieg“. Dieses Gefühl verschlimmerte sich allmählich, wurde aber regelmässig besser, wenn sich Patientin von ihrer Umgebung den Rücken zwischen den Schulterblättern kräftig schlagen oder mit den Fäusten bearbeiten liess. Zeitweise hatte Patientin beim Kosten der Speisen auch die Empfindung, als ob ihr etwas in der rechten Halsseite stecken blieb. Mit ihrem 40. Lebensjahre musste Patientin nach jeder Mahlzeit in die Küche gehen und eine geringe Menge Flüssigkeit ausbrechen. Mit der Zeit stellten sich auch nach dem Rücken zu ausstrahlende Schmerzen ein, die angeblich bei schlechtem Wetter heftiger waren, wobei auch die Speisen regelmässig schlechter durchgingen. Dieser Zustand blieb einige Jahre unverändert bestehen.

Da Patientin in den nächsten Jahren stark abmagerte, liess sie sich endlich von Angehörigen dazu bewegen, einen Arzt zu consultiren; derselbe constatirte einen „Krebs der Speiseröhre“. Nun ergab sich die Patientin in ihr Schicksal. Erst mehrere Jahre später begab sich die sehr wenig intelligente Frau in die Behandlung eines Magnetopathen, unter dessen Händen die Beschwerden wesentlich zunahmten. Nach einer vorübergehenden Besserung im Jahre 1900 nahm die Abmagerung rapide zu. Trotzdem Patientin zuweilen grossen Appetit hat, lebt sie seit Monaten nur noch von Flüssigkeiten. Patientin schildert jetzt ihren Zustand folgendermaßen: „Wenn sie trinkt, so geht der erste Theil der Flüssigkeit in ihren „Beutel im Hals“, bis sich derselbe gefüllt hat“; das will Patientin deutlich fühlen. Ist derselbe voll, so fliesst alle weitere Flüssigkeit, welche sie trinkt, langsam in den Magen, die Flüssigkeit im Beutel kann nun Patientin angeblich nach Belieben wieder entleeren; sie thut das regelmässig nach dem Essen. Doch kann sie durch langsames Drehen des Kopfes einen Theil der Flüssigkeit auch nach dem Magen dirigiren. Häufig Brustschmerzen; Stuhl sehr angehalten.

Status praesens: Sehr kachektische Frau von gelblicher Hautfarbe; Haut sehr trocken. Keine Oedeme, Exantheme. Athemnoth besteht nicht; Puls: ziemlich stark gespannt; 84 Schläge. Pulmones: R. H. O. Schallverkürzung und abgeschwächtes Athmen, sonst überall Lungenschall und vesikuläres Athmen. Cor: Dämpfung in normalen Grenzen, Spitzenstoss in der Mamillarlinie; Herztöne rein. Reflexe: normal. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Beim Betrachten der Patientin fallen sofort einige stark erweiterte Venen auf, welche von der rechten Halsseite über dem Unterkiefer nach der rechten Wange hinziehen. Wenn Patientin Wasser trinkt, so bildet sich an der rechten Halsseite ein Wulst; beim Auskultiren hört man an dieser Stelle zwei von einander differenzirte Geräusche, an der linken Seite nur eins. Auf Verlangen bringt die Patientin die getrunkenen 300 ccm Wasser, die sie angeblich im „Beutel“ verspürt, zum Munde wieder heraus. Die Sonde stösst in einer Entfernung von 18 cm auf ein unüberwindliches Hinderniss; dabei entleert sich eine geringe Menge zersetzter Flüssigkeit. Nach diesem Befund, im Verein mit der Anamnese, war das Vorhandensein eines Divertikels im oberen Theil der Speiseröhre unzweifelhaft.

Daher war es einigermaßen überraschend, als sich bei der Palpation des Abdomens in der Pylorusgegend ein harter, höckeriger, über walnussgrosser Tumor vorfand, nicht sehr verschieblich, wenig druckempfindlich; gleichzeitig waren in der linken Inguinalgegend einige infiltrirte Drüsen fühlbar. Eine genauere Untersuchung des Magens war nicht möglich, da es nicht gelang, mit der Sonde in den Magen zu kommen.

Ektasien resp. Divertikel der Speiseröhre, bei denen es trotz aller Versuche nicht gelingt, den Magen zu sondiren, sind ziemlich selten. Häufiger kommt es schon vor, dass man im Zweifel darüber ist, ob sich die Sonde im Magen oder in der erweiterten Speiseröhre befindet, die ja in solchen Fällen ein sehr grosses Volumen haben kann. In solchen Fällen kann die Gastrodiaphanie, resp. die Aufblähung des Magens von Bedeutung sein. Gelingt es, den Lichtschein des Gastrodiaphans an der Bauchwand sichtbar zu machen, resp. den Magen aufzublähen, so ist es sehr

¹⁾ Schütz, Deutsche medizinische Wochenschrift 1901, No. 33.

²⁾ Hofmann, Deutsche medizinische Wochenschrift 1901, No. 31.

³⁾ Rosenheim, Berliner klinische Wochenschrift 1902.

¹⁾ I. Boas, Deutsche medizinische Wochenschrift 1901, No. 20.

wahrscheinlich, dass die Sonde in den Magen gelangt ist. Ich möchte diesen beiden Methoden eine gewisse diagnostische Bedeutung in dem eben genannten Sinne nicht absprechen. Im vorliegenden Falle gelang es weder, die Lampe des Gastrodiaphans an der Bauchwand sichtbar zu machen, noch den Magen aufzublähen; also musste der Abschluss des Divertikels ein vollständiger sein.

Trotzdem anzunehmen war, dass ausser dem Divertikel der Speiseröhre noch eine bösartige Affektion, vielleicht des Magens, vorlag, riethen wir der Patientin zu einer sofortigen Operation. Unsere Absicht war dabei, eine Gastrostomie, bei Bestehen einer bösartigen Magenaffektion, eine Jejunostomie vorzuschlagen. Leider lehnte die Patientin jeden Eingriff ab. Unter zunehmender Abmagerung ging sie im Dezember 1901 zu Grunde.

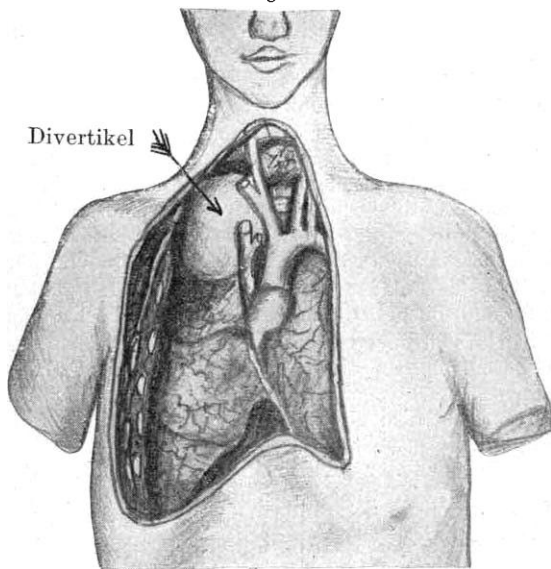
Die gemeinsam von Herrn Dr. Halle und mir vorgenommene Sektion ergab folgenden Befund:

Sehr abgemagerte Leiche. Nach Eröffnung des Thorax sieht man die Kuppel des Thoraxraumes ausgefüllt von einem grossen, kugelförmigen Organ, welches den oberen rechten Lungenlappen nach unten drängt und comprimirt. Bei Druck auf dieses sackförmige Organ entleert sich aus dem Munde der Leiche stinkende Flüssigkeit. Der Sack lässt sich bis zur Speiseröhre verfolgen; die Ansatzstelle an derselben liegt in der Höhe des siebenten Halswirbels¹⁾. Es gelingt, die gesammte Speiseröhre im Zusammenhang mit dem Magen und Divertikel heraus-

geschlagene Operation (temporäre Jejunostomie) am Platze gewesen; eine später vorgenommene radikale Exstirpation des Divertikels hätte das Leben der Patientin retten können.

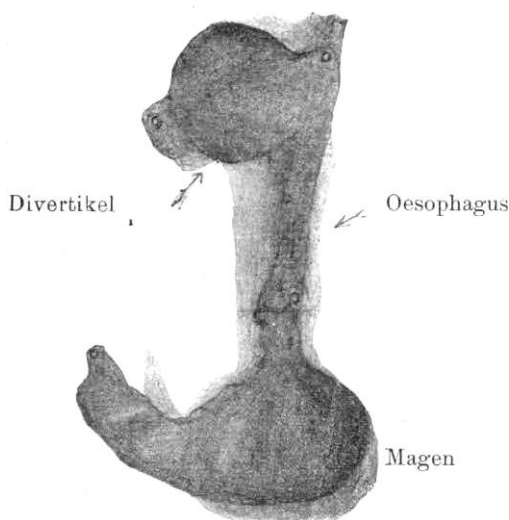
Meinem verehrten Chef, Herrn Dr. I. Boas, sage ich für die freundliche Ueberlassung des ersten Falles verbindlichsten Dank.

Fig. 1.



zulösen. Der Magen selbst ist klein, nur wenig grösser als das Divertikel, welches 230 ccm fasst. Ich lasse die Photographie des Divertikels²⁾ folgen. Irgend ein Tumor ist am Magen nicht fühlbar.

Fig. 2.



Dagegen zeigt sich bei Herausnahme der Leber die Gallenblase mit Steinen angefüllt und in toto fest an die untere Leberfläche angewachsen, deren unteren Randsie um etwa einen Finger breit überragt.

Die Annahme eines vielleicht vorhandenen malignen Tumors bestätigte sich also nicht; es handelte sich um eine Cholelithiasis (Cholecystitis), die während des Lebens keinerlei klinische Erscheinungen hervorgerufen hatte. Trotzdem wäre die der Patientin vor-

¹⁾ Es handelt sich also um ein echtes pharyngo-ösophageales Divertikel.

²⁾ Das Präparat ist bereits von Herrn Dr. Halle am 7. Mai 1902 in der Berliner medizinischen Gesellschaft demonstriert worden.