

XXXI.

Ueber Magenblutungen im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung.

Von

Dr. **Julius Krueg,**

Arzt an der Privat-Irrenanstalt in Ober-Döbling bei Wien.



Unter den mannigfachen Beschwerden, die das abgehetzte Leben der Paralytiker gefährden, nehmen Magenblutungen nicht den letzten Rang ein. Die schleichende, verborgene Art, wie sie gewöhnlich auftreten, passt ganz zu dem Charakter dieser heimtückischen Krankheitsform und ist wohl auch die Ursache, dass sie bisher übersehen, oder doch für nebensächlich und der Erwähnung nicht werth gehalten wurden. In der Literatur finde ich nämlich so gut wie gar keine Angaben über dieses Symptom, das, wenn richtig erkannt, doch weit entfernt davon ist, den Arzt gleichgültig zu lassen. Weder in den Handbüchern, noch in den vielfachen Arbeiten über Paralyse ist davon die Rede, selbst in dem neuen, breit angelegten Specialwerke von Voisin*) wird nur ganz nebenbei erwähnt, dass Blutungen auch aus dem Intestinaltrakte vorkommen können, die Krankengeschichte, welche als Typus dafür angeführt wird, ist aber gar nicht einschlägig. Kurze Notizen sowohl von Dr. Obersteiner als von mir, in einem Anstaltsberichte**) vom Jahre 1876 enthalten, scheinen dem gewöhnlichen Schicksale solcher Berichte verfallen zu sein.

*) Traité de la paralysie générale des aliénés. Paris 1879.

**) Die Privatheilanstalt für Gemüths- und Nervenkranken in Ober-Döbling bei Wien. Wien 1876. p. 50 und p. 93.

Und doch sind nach meinen bisherigen Erfahrungen Magenblutungen eine nichts weniger als seltene Complication der allgemeinen Paralyse, kommen jedenfalls viel häufiger vor, als manche andere oft citirte. Dr. Obersteiner rechnet in der erwähnten Notiz allerdings nur 2,5 pCt. der verpflegten Paralytiker, aber damals war die Aufmerksamkeit erst seit kurzer Zeit darauf gerichtet gewesen, bei der weit- aus grösseren Menge der Paralytiker aus den Vorjahren fanden sich desshalb keine Angaben, und ausserdem wurden alle in der Anstalt verpflegten Paralytiker mitgerechnet, auch wenn dieselben, wie häufig genug, nur wenige Monate und nur im Beginne der Erkrankung dasselbst verweilt hatten. Die Magenblutungen befallen aber gerade mit Vorliebe bei langsamem Verlauf des Grundleidens die Paralytiker erst in den vogerückten Stadien; wenn sie früh auftreten, so ist das gewöhnlich bei sehr stürmischem Verlauf der Paralyse, „gallopirende Paralyse“ oder bei verwandten schweren Gehirnprocessen „Delirium acutum“ und ähnlichen. Vorzugsweise also werden Kranke mit sehr schweren organischen Hirnleiden betroffen. Rechnet man nur diese, so wird man bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit ausserordentlich häufig Magen- (oder Darm-) Blutungen finden.

Mehrere Umstände wirken zusammen, dass die Blutungen leicht übersehen werden können. So ziemlich alle hierher gehörigen Kranken sind ausser Stande entsprechende Auskunft zu geben, und überdies reagirt ihr Organismus gewöhnlich so träge, dass dadurch manches, was in ihm vorgeht, der Wahrnehmung entzogen wird. Begnügt man sich also mit der Angabe der Wärter, der Kranke habe erbrochen, oder sieht allenfalls nur eingetrocknete Reste auf der Wäsche, ohne die bräunliche krümlige Masse näher zu untersuchen, so hat man allerdings keinerlei Anhaltspunkte gerade an eine Magenblutung zu denken. Durch die chemische und mikroskopische Untersuchung der erbrochenen Massen lässt sich natürlich die Diagnose auf verdautes Blut sicher stellen und andere Vermuthungen (etwa auf Sarcine) ausschliessen. Leichter noch kann das Blut in den Stühlen übersehen werden, da diese nur, wenn grössere Mengen Blutes auf einmal auftreten, durch die bekannte schwarzgrüne Färbung und klebrige Beschaffenheit auffallen.

Oft erfolgt das Erbrechen nach ein- bis mehrtägigem Unwohlsein mit Appetitmangel bis zur Nahrungsverweigerung, häufig genug aber auch ohne diese Anzeichen ganz unvermuthet. Höchst selten wird frisches Blut erbrochen, gewöhnlich kaffeesatzartige Massen, mehr minder reichlich mit glasigem Schleim vermischt. Zwischendrein kommt gelegentlich auch Erbrechen von Speiseresten ohne jede merk-

liche Beimengung von Blut vor. Empfindlichkeit der Magengegend gegen Druck ist nicht selten vorhanden. Grössere Mengen Blutes auf einmal werden nur selten erbrochen, dafür bleibt es aber gewöhnlich nicht bei einem einmaligen Erbrechen, sondern dieses wiederholt sich an demselben oder den nächsten Tagen, worauf wieder eine längere, Wochen und Monate dauernde Ruhepause eintreten kann.

Ein Zusammenhang mit den Anfällen der Paralytiker ist, wie späterhin ausgeführt werden wird, in hohem Grade wahrscheinlich, aber vorläufig klinisch noch nicht leicht zu constatiren. Manchmal findet sich Blutbrechen freilich kurz nach überstandenen Anfällen oder ärgeren Aufregungszuständen, und da kleinere Blutungen, auch ohne Erbrechen zu verursachen, unbemerkt mit den Stühlen abgehen können, so ist das Ausbleiben einer Blutung durch das Fehlen des Erbrechens noch nicht bewiesen. Andererseits haben die meisten Kranken, bevor sie zu genauerer Beobachtung kommen, schon paralytische Anfälle durchgemacht und die damals angeregte Magenblutung kann sich in der anfallsfreien Zeit wiederholen, also gerade in dieser zum ersten Male beobachtet werden, während sie schon früher bestanden hat.

Als pathologisch-anatomische Ursache des angeführten Symptomencomplexes ist man wohl sehr geneigt sich Magengeschwüre vorzustellen, und in der That fand ich bei der einzigen Section, die ich machen konnte, Magen und Darm mit zahlreichen Geschwüren ganz von dem Charakter des runden perforirenden Magengeschwüres besetzt. Eines derselben hatte die Magenwand ganz durchbrochen, aber an einer Stelle, wo diese mit dem Pancreas verlöthet war. In einem andern Falle schloss sich an das Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen grosse Empfindlichkeit in der Magengegend und eine von da aus sich verbreitende in wenigen Tagen tödtlich endende Peritonitis so unmittelbar an, dass auch dafür der Durchbruch eines Magengeschwüres die beste Erklärung abgiebt. Es ist aber nicht anzunehmen, dass so grobe Veränderungen, wie ich sie in dem einen Falle fand, in dem andern wohl mit Recht vermuthen darf, gewöhnlich sind, sonst wären sie gewiss von jenen Collegen, die reichlich Gelegenheit haben, Sectionen machen zu können, schon erwähnt worden. Es lässt sich ganz gut vorstellen, dass es manchmal nur zu einem kleinen Blutextravasat im Magen ohne jede Geschwürsbildung, ein andermal nur zur einfachen Erosion vorhandener Ecchymosen ohne weitere Folgen kommt. Schliesslich könnten auch kleine nicht tiefgreifende Geschwüre nach kurzem Bestande heilen, ohne auffallendere Narben

zu hinterlassen. Voisin hebt ausdrücklich hervor (l. c. p. 164), dass Blutungen auf den verschiedensten Schleimhäuten nicht durch Ulceration, sondern durch den Zustand des Blutes und die beträchtliche Vascularisation der betreffenden Gegend zu erklären seien.

Auf die entfernteren Entstehungsursachen der Magenblutungen, gerade in den uns hier interessirenden Fällen, werfen einige physiologische Versuche ein interessantes Streiflicht. Schiff*) fand nach einseitiger Durchschneidung des Sehhügels und des Hirnschenkels, sowie auch der Brücke und des verlängerten Markes im Magen haemorrhagische Infiltrationen mit partiellen Erweichungen. Rundliche, stark injicirte Flecke verfärbten sich in's Schwarzbraune, ihr Grund erhebt sich, wird gelatinös, erodirt und schliesslich, besonders leicht bei Hunden, geschwürig. Schiff erklärte die erlangten Resultate durch Lähmung der vasomotorischen Nervenfasern des Magens.

Ebstein**) fand auch nach ganz umschriebenen Läsionen der vorderen Vierhügel (9mal in 23 Versuchen) die beschriebenen Veränderungen im Magen und ausserdem hochgradiges Oedem desselben. Verletzung des Hirnschenkels, sowie doppelseitige Durchschneidung des Sehhügels ergab ein negatives Resultat, ein positives aber wieder Verletzungen des verlängerten Markes und auch solche des Rückenmarkes. Bei den letzteren nahm die Häufigkeit des Erfolges immer mehr ab, je weiter nach abwärts die Verletzung gemacht wurde, nach vollständiger Durchtrennung des Rückenmarkes, im Halstheile, waren die Erscheinungen viel geringer oder blieben ganz aus. Es fanden sich aber auch dieselben Veränderungen im Magen nach wiederholter Reizung peripherer Nerven (Ischiadicus), Verletzung des Labyrinthes, überhaupt nach schmerzhaften Operationen (Durchtrennung des Ischiadicus hoch oben) ausserdem nach mehrfachem Aussetzen der künstlichen Respiration bei curarisirten Thieren und nach Strychnininjectionen. Ebstein schliesst aus allen diesen Versuchen, dass die Veränderungen im Magen durch eine Erhöhung des allgemeinen Blutdruckes verursacht seien. Ausser jenen fand er auch nicht selten Blutextravasate im Darm und, so oft er darauf achtete, Ecchymosen unter

*) Beitrag zur Kenntniss des motorischen Einflusses der im Sehhügel vereinigten Gebilde. (Archiv f. phys. Heilk. Bd. V. 1846); Ueber die Gefässnerven des Magens (ebendas. Bd. XIII. 1854); Leçons sur la physiologie de la digestion (T. II., 1867).

**) Experimentelle Untersuchungen über das Zustandekommen von Blutextravasaten in der Magenschleimhaut (Arch. f. exp. Path. Bd. II. 1874).

der Pleura*). Den pathologisch-anatomischen Befund des Magens beschreibt Ebstein (p. 191 und 192) in folgender Weise:

„Unterwirft man die Veränderungen, welche im Magen unter den angeführten Bedingungen eintreten, einer genaueren Untersuchung, so findet man entsprechend den stark injicirten Stellen besonders die Gefässnetze der Drüsenmündungen, aber auch die interglandulären Gefässe stark und strotzend gefüllt, ein Gleiches ist häufig an den submucösen, sowie an den die Muscularis durchbohrenden Venenstämmchen zu bemerken, welche oft schon bei makroskopischer Betrachtung auffallen, indem sie auf's Hochgradigste erweitert sind. Gleichzeitig sieht man eine, wie schon oben bemerkt, durch ödematöse Schwellung bedingte, 3-, 4- bis 6fache Volumzunahme der Submucosa. Ich habe in derselben stets nur sehr spärliche Lymphkörperchen, hie und da zerstreut, gefunden und selten war in der Submucosa, in der Umgebung der erweiterten Gefässe, eine geringfügige Anhäufung rother Blutkörperchen. In den späteren Stadien gesellen sich zu der Anschoppung der Gefässe der Drüsenschicht Blutergüsse, theils zerstreute, höchstens zu kleinen Gruppen vereinigte, nur mikroskopisch sichtbare kleine Herde von Blutkörperchen, theils entstehen grössere Blutergüsse, welche die Drüsenschläuche auseinander drängen und zum Theil auch zerstören. Bisweilen finden sich Blutergüsse auch auf der freien Fläche der Magenschleimhaut. Besonders die Magenrübchen der Pylorusgegend sah ich häufig mit Blutcoagulis angefüllt. Die Drüsenschläuche werden dann entsprechend nach abwärts gedrängt. Im Allgemeinen aber sitzen die Blutextravasate in der Drüsenschicht selbst, theils in der unteren, theils in der oberen Hälfte, bisweilen aber die ganze Dicke der Schleimhaut durchsetzend. In den beiden letzteren Fällen sieht man bei mikroskopischer Untersuchung alle innerhalb des hämorrhagischen Herdes liegenden Elemente, Drüsenzellen u. s. w. braunschwarz gefärbt. Es ist dies der einfache Effect der Imbibition des in Folge der Einwirkung des sauren Magensaftes veränderten Blutfarbstoffs.“

„Sehr schnell bewirkt die corrosive Wirkung des sauren Magensaftes in diesen seiner Einwirkung verfallenen Herden weitere Veränderungen. Im ganzen Umfange derselben sieht man statt der Magendrüsen nur schmale, dunkel gefärbte, vertical auf der Submucosa stehende Gewebszüge, in denen von den Zellen der Magendrüsen wenig oder gar nichts mehr sichtbar ist. Am längsten widerstehen

*) Solche Ecchymosen finden sich auch in den Sectionsbefunden bei Paralytikern angegeben.

die Heidenhain'schen Belegzellen der sogenannten Labdrüsen, während die Hauptzellen in bräunlichen Detritus verwandelt sind. Weiterhin, nach Lösung des Schorfs, ist das Geschwür fertig, es durchdringt den grössten Theil der Dicke der Schleimhaut, reicht nicht selten auf die Submucosa. Den Grund des Geschwüres deckt Detritus und einzelne noch intacte Belegzellen. In einem Falle beobachtete ich beim Kaninchen den Durchbruch eines so entstandenen Geschwüres in die Peritonealhöhle.“

Brown-Séguard*) fand nach Verletzungen des Streifenhügels, der Hirnschenkel und des Rückenmarks — Ulcerationen; nach Verletzung der Brücke an der Ansatzstelle des Crus cerebelli ad pontem — Blutungen im Magen. Er hält für die Ursache Blutstauung in den Capillaren und Berstung derselben bei contrahirten Arterien und Venen.

Will man die Ergebnisse dieser Experimente für die Erklärung der Entstehung von Magenblutungen bei Paralytikern verwenden, so hat man förmlich die Wahl, sich nach seinem Belieben die schuldtragende Stelle im Centralnervensystem, sowie eine Theorie über die Wirkung ihrer Erkrankung auszusuchen. Der wahrscheinliche Hauptsitz der Erkrankung bei der allgemeinen Paralyse, die Grosshirnrinde, findet sich freilich in den angeführten Versuchen nicht vertreten, ja es wird geradezu gesagt, dass Verletzungen der Grosshirnrinde keine Magenblutungen nach sich ziehen; aber alle anderen bei den Experimenten angegebenen Partien des Centralnervensystems können bei der allgemeinen Paralyse in verschiedener Art mitergriffen sein, und sind es auch oft genug, so dass also als gemeinsamer Ausgangspunkt der Magenblutungen bei den Paralytikern eine Läsion im Centralnervensystem anzusehen sein wird, ohne dass sich eine nähere Localisation angeben liesse, da ja nach den Versuchen die verschiedensten Stellen in ähnlicher Weise wirken können. Dass Gefässparesen und mancherlei, ich möchte sagen, capriciöse Gefässzustände im Verlaufe der Paralyse vorkommen können, wird wohl allgemein angenommen und zur Erklärung der Entstehung von Decubitus und Othaematom mit verwendet.

Im Verlaufe der Paralyse pflegen überdies Ereignisse aufzutreten, die sich den Versuchsbedingungen noch genauer anschliessen, — die paralytischen Anfälle. Laufen sonst die Veränderungen in den Centralorganen doch etwas langsamer ab, so kommt es bei den Anfällen

*) Des altérations qui surviennent dans la muqueuse de l'estomac, consécutivement aux lésions cérébrales. (Progrès méd. 1876.)

gewiss zu einem förmlichen Shock, und gleichzeitig zu plötzlich eintretenden allgemeinen Blutdruckschwankungen. Nach der Ebsteinschen Annahme würde ein stark erhöhter Blutdruck allein schon hinreichen um die viel erwähnten Veränderungen im Magen zu veranlassen; dass eine gleichzeitig bestehende Parese der Blutgefässe des Magens, indem sie denselben zum *Locus minoris resistentiae* macht, diese Wirkung des im übrigen erhöhten Blutdruckes bedeutend unterstützen würde, liegt wohl auf der Hand. Es ist sehr leicht denkbar, dass gerade während eines Anfalles alle drei Umstände zusammenreffen. Es ist ferner wahrscheinlich, dass hochgradige psychische Aufregungszustände in dieser Beziehung sich ähnlich verhalten könnten wie Anfälle. Interessant wäre es auch zu erfahren, ob Epileptiker häufig an Magengeschwüren leiden, da die gewöhnlichen epileptischen Anfälle doch auch einige Versuchsbedingungen zu erfüllen scheinen.

Selbstverständlich sind die geschilderten Vorgänge im Magen nicht gleichgiltig für den Haushalt eines Paralytiker-Lebens, bei dem jeder Tag mehr ohnedies nur einem Geschenk gleichzuachten ist, das man erhoffen, aber nicht verlangen darf. Geschwüre können durch die gestörte Verdauung, durch die daraus resultirende wiederholte Nahrungsverweigerung, durch den Brechact als solchen, weil er die meist hilflosen Kranken in Erstickungsgefahr bringen kann, durch wiederholte Blutverluste und schliesslich sogar durch Perforation mit ihren Folgen schaden, oder geradezu tödten. Handelt es sich auch nur um Blutungen, ohne eigentliche Geschwürsbildung, so bleiben doch die meisten der angeführten Schädlichkeiten bestehen. Trotzdem kann auch dieses Uebel in einzelnen Fällen sehr lange vertragen werden, bei einem Kranken mit allerdings sehr langsamen Verlauf der Paralyse wurde das erste Auftreten von Blutbrechen vier Jahre vor seinem Tode constatirt, und war in der darauf folgenden Zeit in Zwischenräumen von einigen Monaten immer wieder vorgekommen.

Was nun schliesslich die Behandlung anbelangt, so kann diese natürlich vorzugsweise nur in einer sorgfältigen Regulirung der Diät bestehen. Erbrechen grösserer Massen frischen Blutes etwa nach Corrosion eines Gefässes ist, wie bereits erwähnt, gewiss sehr selten, es müsste eben nach den bekannten Regeln behandelt werden. In den gewöhnlichen Fällen leistete eine strenge bis absolute Milchdiät, wie sie schon von Cruveilhier bei perforirendem Magengeschwür empfohlen wurde, recht gute Dienste. Der oben erwähnte Kranke lebte Jahre lang fast ausschliesslich nur von kalter roher Milch und bekam Erbrechen gewöhnlich dann, wenn seine Diät abgeändert wurde. Ich

habe mir die allerdings leicht bestreitbare Vorstellung gebildet (in ähnlicher Weise wie Gehrhard), dass Klumpen von geronnener Milch sich vorzugsweise an vorhandene Geschwürsflächen ansetzen und diese so vor weitere Anätzung durch den Magensaft schützen.

Auf eine praktische Regel, die sich für die Behandlung der Paralytiker ergibt, erlaube ich mir noch aufmerksam zu machen, man möge nicht überhastig zur Schlundsonde greifen, wenn ein Paralytiker einmal einige Tage nicht recht essen will, und wenn es doch sein muss, so vergesse man nicht, dass im Magen ein gefährlich wunder Fleck vorhanden sein kann.

Ich glaube nicht, dass ich diese Mittheilungen mit ausführlichen Krankengeschichten beschweren soll, die ja keinen Umstand enthalten würden, der nicht bereits im Vorausgegangenen gewürdigt wäre; eines aber glaube ich ausdrücklich hervorheben zu sollen, um allseitigen Zweifeln in dieser Richtung zuvorzukommen, es handelt sich in den der Arbeit zu Grunde liegenden Fällen nie um eine Anätzung des Magens durch Chloralhydrat. Ich erwähne das ausdrücklich, weil sehr concentrirte Lösungen von Chloralhydrat, oder gar dieses in Substanz, allerdings solche Aetzungen verursachen können und Geistes- kranke oft genug in die Lage kommen, Chloral nehmen zu müssen. In der That haben auch manche der hieher gehörigen Paralytiker durch einige Zeit Chloral bekommen, immer aber in hinlänglich verdünnter Lösung und nie durch lange Zeit, während eine grosse Anzahl Kranker mit anderen Formen durch lange Zeit Chloral erhalten hatte, ohne je von Magenblutungen heimgesucht worden zu sein, und mehrere Paralytiker an Magenblutungen litten, ohne jemals Chloral bekommen zu haben, andere wieder erst lange, nachdem der Chloralgebrauch wieder ausgesetzt worden war.
