Donnerstag № 29. 21. Juli 1887.

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.

Dreizehnter Jahrgang.

Redacteur Sanitäts-Rath **Dr. S. Guttmann** in Berlin W. Verlag von **Georg Thieme,** Leipzig-Berlin.

I. Ueber continuirliche Magensaftsecretion.

Von **Prof. Franz Riegel.**[1])

M. H.! Continuirliche Magensaftsecretion, Hypersecretion oder continuirlichen Magensaftfluss nennen wir eine Functionsstörung des Magens, bei welcher nicht, wie in der Norm, nur bei Reizung der Magenschleimhaut durch Ingesta, also nur während der Verdauung, sondern continuirlich, auch ohne Einwirkung äusserer Reize, im speisefreien Magen ein wirksamer Magensaft abgesondert wird.

Das Verdienst, auf diese wichtige und, wie ich gleich hinzufügen will, häufige Form der Saftsecretionsstörung zuerst aufmerksam gemacht zu haben, gebührt Reichmann[2]), der im Jahre 1882 den ersten hierhergehörigen Fall beschrieb, dem er im Jahre 1884 einen zweiten Fall anreihte.

Die Beobachtungen Reichmann's[3]) wurden anfänglich wenig beachtet, und nur vereinzelte casuistische Mittheilungen, so von Sahli,[4]) Schütz,[5]) van den Velden,[6]) mir[7]) u. A. folgten in den nächsten Jahren. —

Nach diesen spärlichen Mittheilungen schien es, als ob die in Rede stehende Functionsstörung eine äusserst seltene Anomalie darstelle, die wohl ein wissenschaftliches Interesse biete, kaum aber eine besondere praktische Bedeutung habe. Auch jetzt noch halten die Meisten diese Affection für eine seltene; so hat Ewald[8]) noch vor Kurzem in seiner schönen Arbeit „Ueber Zuckerbildung im Magen und Dyspepsia acida" sich dahin ausgesprochen, dass Fälle dieser Hypersecretion offenbar selten seien, während Fälle von einfacher Hyperacidität sehr viel häufiger zu sein schienen; er selbst konnte bis dahin nur über zwei selbst beobachtete Fälle berichten. Demgegenüber ist durch meine,[9]) sowie durch Jaworski's und Gluzinski's[10]) Untersuchungen zuerst die grosse Häufigkeit dieser Erkrankungsform erwiesen worden.

Bei der geringen Beachtung, die diese Magenerkrankung bisher gefunden, und bei der gleichwohl um ihres häufigen Vorkommens willen grossen praktischen Bedeutung derselben dürfte es darum gerechtfertigt erscheinen, wenn ich an der Hand meiner eigenen, relativ zahlreichen Beobachtungen — allein im Laufe der letzten anderthalb Jahre habe ich 29 Fälle beobachtet — heute versuche, Ihnen in Kürze ein Bild derselben zu entwerfen und auch ihre Aufmerksamkeit auf dieselbe zu lenken. —

Wie schon die von mir zuerst vorgeschlagene Bezeichnung „continuirliche Magensaftsecretion" ausdrückt, liegt das Wesen der in Rede stehenden Functionsstörung des Magens in der beständigen Absonderung von Magensaft, die nicht nur, wie in der Norm, nach Nahrungsaufnahme, sondern auch im leeren Magen erfolgt. In der That lassen sich, wie wir weiterhin noch sehen werden, alle übrigen Symptome, sowohl die objectiv nachweisbaren Veränderungen, wie auch die subjectiven Beschwerden der Kranken leicht aus dieser Anomalie der Saftsecretion ableiten und erklären.

Ich übergehe hier solche Fälle, in welchen diese Störung der Saftsecretion nur eine kurzdauernde, rasch vorübergehende ist, wie dies beispielsweise in dem Falle Sahli's war. Dort wurde diese Steigerung der Saftsecretion bei einem Tabetiker nur während der Crises gastriques beobachtet. Auch bei nervösen Individuen sieht man zuweilen eine derartige rasch wieder verschwindende Steigerung der Saftsecretion. Nicht von diesen, immerhin seltenen, periodischen Formen, die indess in Bezug auf das Verhalten der Saftsecretion sich den chronischen Formen volkommen gleich verhalten, soll hier die Rede sein, sondern von der eigentlichen chronischen Hypersecretion.

Bei der Besprechung der Symptome ziehe ich es aus Zweckmässigkeitsgründen vor, von dem gewöhnlichen Gange der Beschreibung von Krankheitsbildern abweichend nicht mit der Anamnese und den subjectiven Beschwerden, sondern mit dem objectiven Befunde zu beginnen.

Untersucht man mit dieser Affection behaftete Kranke, so findet man dieselben, zumal wenn die Krankheit bereits lange bestanden hat und die Kranken unter ungünstigen Verhältnissen lebten, nicht selten hochgradig abgemagert, anämisch, kraftlos. Das Aussehen der Kranken ist oft so, dass man an ein Carcinom zu denken geneigt sein möchte. Während man aber einerseits bei dieser Form den extremsten Graden der Abmagerung begegnet, sieht man andererseits auch wieder solche Patienten, die trotz Jahre langer Dauer der Affection keineswegs sehr in ihrer Ernährung heruntergekommen sind. Von Einfluss hierauf ist neben der Dauer der Erkrankung vor Allem die Art der Ernährung.

Die äussere Untersuchung des Magens ergiebt niemals direkt diagnostisch verwerthbare Anhaltspunkte. Wohl findet man öfter eine mässige Druckempfindlichkeit; indess ist diese selbstverständlich in keiner Weise pathognomonisch. Wichtiger ist die Ectasie des Magens, die man, zumal bei längerer Dauer und bei höhergradigen Formen, fast niemals vermisst. Diese Ectasie ist, wie ich gleich hier einschalten will und wie ich schon bei Beschreibung meiner ersten Beobachtungen erwähnt habe, als direkte Folge dieser Saftsecretionsstörung aufzufassen. Dagegen kann eine solche in Fällen geringeren Grades und kürzerer Dauer fehlen.

Indess auch mit dem Nachweise einer Ectasie ist noch kein diagnostisches Criterium gewonnen. Sichere diagnostische Anhaltspunkte liefert allein die Ausheberung des Mageninhaltes. Hebert man, 5—6 Stunden nach Einnahme einer Probemahlzeit[1]) den Mageninhalt — selbstverständlich unverdünnt, wie ich dies seit vielen Jahren stets thue und empfohlen habe — aus und untersucht nun das Ausgeheberte genauer, so zeigen sich, wenigstens in ausgesprochenen und reinen Fällen dieser Erkrankung, bereits gewisse Eigenthümlichkeiten, die den Gedanken an das Vorhandensein dieser Art der Saftsecretionsstörung nahe legen. Gewöhnlich findet man bei der Ausheberung sehr reichliche Mengen Mageninhaltes, die sich beim Stehen in zwei Schichten trennen, eine obere flüssige, die meistens von gelblicher Farbe ist, und eine

[1]) Nach einem in der 35. Versammlung der mittelrheinischen Aerzte zu Soden am 31. Mai gehaltenen Vortrage.

[2]) Berliner klinische Wochenschrift 1882, No. 40.

[3]) Berliner klinische Wochenschrift 1884, No. 2.

[4]) Correspondenz-Blatt f. schweizer. Aerzte 1885.

[5]) Prager med. Wochenschrift 1885, No. 18.

[6]) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge No. 280, 1886.

[7]) Münchner med. Wochenschrift 1885, No. 45 und 46. — Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XI. Heft 1.

[8]) Berliner klinische Wochenschrift 1886, No. 48.

[9]) Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XI. Heft 2. — Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge No. 289. — Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XII. Heft 5.

[10]) Wiener med. Presse 1886. — Zeitschrift f. klin. Medicin Bd. XI. — Münchner med. Wochenschrift 1887, No. 7 und 8.

[1]) Wie im Allgemeinen, so scheint mir insbesondere für das Studium dieser Erkrankungsform die Darreichung der von mir empfohlenen gemischten Probemahlzeit geeigneter, als das von Ewald und Boas empfohlene Probefrühstück, das blos aus Weissbrod und Wasser oder Thee besteht.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

untere dickere Schicht, die aus festen Bestandtheilen besteht und an der vor Allem auffällt, dass sich in der Regel keine Fleischfasern mehr darin finden, dass dieselbe vielmehr nur aus gröberen, unverdauten Stärkepartikeln besteht.

Freilich gilt dies nicht für alle Fälle; zuweilen findet man auch in später Verdauungsperiode noch gröbere, schlecht verdaute Fleischfasern. Worin diese Abweichung ihren Grund hat, lässt sich zur Zeit noch nicht mit Bestimmtheit entscheiden. Gluzinski und Jaworski nehmen an, dass diese Erscheinung der Herabsetzung der mechanischen Magenfunction und der Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut zuzuschreiben sei. Mir scheint diese Erklärung kaum ausreichend. Man könnte vielleicht daran denken, dass der Grund dieser in einzelnen Fällen zu beobachtenden mangelhaften Eiweissverdauung in dem zu hohen Salzsäuregehalt selbst zu suchen sei, resp. in einem gestörten Verhältniss zwischen Salzsäure- und Pepsinmenge. Pepsinbildung und Salzsäureabscheidung gehen ja einander keineswegs parallel. Die Umwandlungsproducte, die bei der Verdauung der Eiweisskörper im Magen sich bilden, können bekanntlich unter Umständen selbst den weiteren Fortgang der Verdauung hemmen. So geht in sehr concentrirten Lösungen von salzsaurem Acidalbumin oder salzsaurem Pepton die Pepsinverdauung nur sehr langsam vor sich. Ob die Sache sich so oder anders verhält, können erst directe Versuche entscheiden. Jedenfalls aber begegnet man viel häufiger Fällen, in denen die Eiweissverdauung eine gute ist, als gegentheiligen.

Die weitere Untersuchung des ausgeheberten Mageninhaltes ergiebt folgendes: Derselbe reagirt stark sauer; in dem Filtrate lässt sich mittelst der bekannten Farbstoffreagentien leicht Salzsäure nachweisen; dasselbe giebt starke Peptonreaction. Eine Probe des Filtrats, mit einem Eiweissscheibchen versetzt, verdaut letzteres im Brütofen rasch. Organische Säuren lassen sich in dieser Flüssigkeit in der Regel nicht oder doch nur spurenweise nachweisen. Untersucht man den Procentgehalt an Salzsäure, so findet man, dass derselbe gegenüber der Norm beträchtlich erhöht ist, um das Doppelte, Dreifache und selbst mehr des Normalen. Werthe von 0,5, ja selbst 0,6 % HCl habe ich in solchen Fällen nicht selten gefunden.

Es zeigen sich also schon an diesem gegen Ende der Verdauung entnommenen Mageninhalte in der Regel gewisse Eigenthümlichkeiten, die unsere besondere Beachtung verdienen, d. i. 1. die grosse Menge des Inhaltes in relativ später Verdauungsperiode, 2. die vollständige Fleischverdauung, 3. die mangelhafte Verdauung der Amylaceen und 4. die hochgradige Acidität, resp. Hyperacidität.

Die genannten Eigenthümlichkeiten legen bereits den Gedanken an die in Rede stehende Form der Saftsecretionsstörung nahe. In der That sind sie auch, wie eine einfache Ueberlegung zeigt, direct aus letzterer abzuleiten. Die beständige Anwesenheit eines kräftigen, salzsäurereichen Magensaftes bedingt die rasche und leichte Eiweissverdauung, woraus sich das Fehlen von unverdauten Fleischfasern in dem ausgeheberten Mageninhalte erklärt. In der gleichen Weise erklärt sich aber auch aus der beständigen Anwesenheit von Salzsäure im Magen die gehemmte Umwandlung der Amylaceen. Die überschüssige Salzsäure, die im Gegensatze zur Norm hier schon im Moment der Einführung der Speisen im Magen sich vorfindet, muss die amylolytische Wirkung des Speichels aufheben. In der Norm wird ja bekanntlich, wie von den Velden zuerst gezeigt hat, in dem Maasse, als sich freie Salzsäure im Magen bildet, die diastatische Wirkung des Speichels vernichtet. So müssen grössere Mengen von Stärke im Magen unverdaut liegen bleiben, um so mehr, je mehr freie Salzsäure schon im Moment der Einfuhr der Speisen im Magen vorhanden ist. Auch die Hyperacidität hängt insofern mit dieser continuirlichen Saftsecretion zusammen, als die Reizung des Magens durch Ingesta bei schon vorher vorhandener freier Salzsäure die Salzsäureproduction noch vermehrt.

Aber auch die mechanische Thätigkeit des Magens leidet bei dieser Form. Die beständige Anwesenheit einer sauren Flüssigkeit im Magen, die mangelnde Umwandlung der Amylaceen und die dadurch gestörte Resorption und verspätete Weiterbeförderung bedingen eine grössere und andauernde Belastung des Magens. So muss es bald zu Atonie und schliesslich zu einer Ectasie kommen. Dazu kommt, dass die überschüssige Salzsäure höchst wahrscheinlich einen krampfhaften Verschluss des Pylorus bedingt, wodurch der rechtzeitigen Austreibung des Mageninhaltes ein weiteres Hinderniss sich entgegenstellt. So muss darum schliesslich die musculäre Thätigkeit des Magens leiden, und es lässt sich darnach leicht verstehen, dass man gerade bei dieser Form nicht selten sehr hohen Graden von Ectasie begegnet, während eine solche der einfachen Hyperacidität, vorausgesetzt dass keine weiteren Complicationen bestehen, nicht zukommt.

Indess, so werthvoll auch die genannten, schon bei der zur gewöhnlichen Zeit und nach gewöhnlicher Methode vorgenommenen diagnostischen Ausheberung gewonnenen Resultate sind, und so nahe sie auch den Gedanken an eine continuirliche Magensaftsecretion legen, so sind sie für sich allein doch nicht im Stande, das Vorhandensein einer solchen direct zu erweisen.

Beweisend für die Diagnose ist allein die Ausheberung im nüchternen Zustande, d. h. bei vollkommen speisefreiem Magen. Findet man des Morgens im nüchternen Zustande, wie dies in späteren Stadien hochgradiger Fälle sogar in der Regel statt hat, noch zahlreiche Speisereste im Magen vor, so muss der Versuch in anderer Weise angestellt werden. Die hierfür geeignete Versuchsanordnung hat bereits Reichmann bei Gelegenheit der Mittheilung seines 1. Falles angegeben. Der Kranke muss spät Abends vollständig rein ausgehebert werden bis zur neutralen Reaction des Spülwassers und bis zur völligen Entleerung des Magens. Er bleibt dann völlig nüchtern bis zum andern Morgen. Nun wird abermals die Sonde eingeführt und etwaiger Inhalt aus dem Magen ausgehebert, resp. ausgepresst. In Fällen continuirlicher Saftsecretion findet man jetzt trotz der vorangegangenen abendlichen Ausspülung und der bis dahin stattgehabten völligen Enthaltung von Speisen und Getränken eine bald grössere, bald geringere Menge einer meistens trüben, farblosen oder grünlichen, leicht fadenziehenden Flüssigkeit, nicht selten in der Quantität von 200, 300, 500 und selbst mehr ccm, in der Speisereste selbstverständlich nicht mehr enthalten sind. Diese Flüssigkeit reagirt stark sauer, giebt alle Salzsäurereactionen, enthält keine organischen Säuren und verdaut eine Eiweissflocke im Brütofen in kurzer Frist, sie erweist sich also als reiner Magensaft. Die quantitative Analyse dieser Flüssigkeit ergiebt, dass der Gehalt derselben an Salzsäure annähernd der Norm entspricht, während der auf der Höhe der Verdauung ausgeheberte Mageninhalt, wie bereits gesagt, beträchtlich höhere Säurewerthe zeigt.

Durch diese Versuchsanordnung ist mit Sicherheit erwiesen, dass auch ohne den Reiz der Ingesta bei völlig leerem Magen eine Saftsecretion erfolgt ist, dass also in der That der Zustand, den wir als continuirliche Saftsecretion oder Hypersecretion bezeichnen, vorliegt.

Wenn auch dem eben beschriebenen Versuche allein eine für die Diagnose entscheidende Beweiskraft zukommt, so verdienen doch auch die sonstigen Symptome unsere Beachtung, um so mehr als dieselben in dieser Vereinigung kaum bei einer anderen Magenaffection sich wieder finden. Freilich findet sich der gleich zu erwähnende Symptomencomplex keineswegs in jedem Falle in gleicher Vollständigkeit wieder, bald fehlt das eine, bald fehlen mehrere Symptome, oder es ist das eine oder das andere doch bald mehr, bald weniger ausgeprägt. Die Anamnese ergiebt meistens, dass die Magenbeschwerden schon lange, oft viele Jahre hindurch bestehen. Bei mehreren meiner Kranken bestand das Leiden, als sie in meine Behandlung kamen, schon 6—10 Jahre. Vor Allem klagen die Kranken über häufiges Sodbrennen und saures Aufstossen, über zu weilen sogar sehr heftige Schmerzen in der Magengegend, die besonders gern in der Nacht auftreten oder doch in dieser Zeit nicht selten ihre grösste Intensität erreichen. Zeitweise können indess Schmerzen auch gänzlich fehlen. Auch Erbrechen stark saurer Massen wird oft von den Kranken angegeben; in anderen Fällen erfolgt das Erbrechen nur selten oder kann selbst längere Zeit hindurch gänzlich fehlen. Dabei ist der Appetit häufig gar nicht gestört, zuweilen sogar sehr gesteigert, insbesondere aber begegnet man häufig der Angabe, dass der Durst vermehrt ist. Dies in der Regel die Hauptklagen der Patienten.

Nur mit wenigen Worten gestatten Sie mir, noch die wichtigeren dieser Symptome zu besprechen. Was zunächst den Appetit betrifft, so ist derselbe wohl zuweilen vermindert, in den ausgesprochenen Fällen dagegen nicht selten vermehrt, manchmal sogar stark vermehrt. Manche Kranke geben an, überhaupt nicht zum Gefühle der vollen Sättigung zu kommen. Besonders charakteristisch ist, dass solche Kranke über ein oft in der Nacht auftretendes Hungergefühl klagen, dass sie ferner zuweilen ein besonderes Verlangen nach eiweissartigen Substanzen haben. Sind Schmerzen vorhanden, so schwinden sie nach Genuss geringer Mengen von eiweissartigen Substanzen meistens sofort. Im Allgemeinen zeigt sich, dass dieses Hungergefühl um so grösser ist, je intensiver die Saftsecretion ist. Ausdrücklich muss ich indess hervorheben, dass dieses Symptom keineswegs selten vermisst wird, dass in machen Fällen der Appetit im Gegentheil eher vermindert ist.

Viel häufiger, wenn auch gleichfalls keineswegs constant, begegnet man der Klage über gesteigertes Durstgefühl. Im Allgemeinen zeigt sich auch hier ein Parallelgehen desselben mit der Intensität der Säureproduction. In nicht seltenen Fällen bildet der vermehrte Durst eine sehr in den Vordergrund tretende Klage der Kranken. Ein ferneres, mit dieser Störung der Saftsecretion in directem Zusammenhang stehendes Symptom ist das Gefühl von Brennen im Magen und längs des Oesophagus, sowie das Sodbrennen, welche Symptome sich aus der ätzenden Wirkung des sauren Magensaftes hinreichend erklären.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Die Schmerzanfälle, die gleichfalls einen nicht seltenen Gegenstand der Klage dieser Kranken bilden, traten besonders gern in der Nacht, also zu einer Zeit, wo keine oder nur noch wenig Speisereste im Magen vorhanden sind, auf. Unter diesen Umständen ist der saure Magensaft um so leichter im Stande, irritirend auf die Magenschleimhaut zu wirken. Darnach ist auch die Thatsache, dass es durch Einfuhr von Speisen, besonders eiweissartigen, sowie auch durch kohlensäurehaltige Getränke, häufig sofort gelingt, die Schmerzanfälle zu beseitigen oder doch beträchtlich abzuschwächen, leicht verständlich. Auch Erbrechen wird nicht selten bei dieser Form der Saftsecretionsstörung beobachtet. Dasselbe tritt zu sehr verschiedenen Zeiten, häufig auch in der Nacht, auf; dasselbe wird theils durch den starken Reiz der sauren Inhaltsmassen des Magens veranlasst, theils erklärt sich dasselbe aus der Insufficienz des Magens, den Inhalt rechtzeitig nach abwärts zu entleeren. Indess giebt es auch Fälle, in denen das Erbrechen gänzlich fehlt oder doch nur vorübergehend auftritt. Das beobachtet man insbesondere in geringergradigen Fällen, in denen sich eine secundäre Ectasie noch nicht ausgebildet hat.

Dies die wichtigsten Symptome. Freilich ist damit der vielgestaltige Symptomencomplex unserer Erkrankungsform noch keineswegs völlig erschöpft, vielmehr nur der hervorragendsten Symptome Erwähnung gethan. Da es indess hier nur meine Absicht war, im Allgemeinen Ihre Aufmerksamkeit auf diese bisher kaum gewürdigte, wenngleich praktisch bedeutungsvolle Erkrankungsform zu lenken, so verzichte ich auf eine Aufzählung der weniger belangvollen Details.

Auf die Frage nach dem Wesen dieser Störung will ich hier nicht näher eingehen, da ich Ihnen doch nur Hypothesen, nicht die Resultate exacter Untersuchungen vorlegen könnte. Anatomische Untersuchungen von Fällen unserer Erkrankungsform liegen bis zur Stunde noch nicht vor, wie sich einestheils daraus erklärt, dass die Krankheit an sich nicht leicht tödtlich ist, anderntheils daraus, dass erst in der allerjüngsten Zeit diese Erkrankungsform als eine eigenartige erkannt wurde.

Ob man, wie Jaworski und Glnzinski vorschlugen, die Krankheit als „sauren Magenkatarrh“, oder ob man sie, wie Reichmann vorschlug, als „continuirlichen Magensaftfluss“ oder als „continuirliche Magensaftsecretion“, wie ich gethan, bezeichnet, scheint mir wenig bedeutungsvoll. Als sichergestellt ist bis jetzt nur das Eine zu betrachten, dass das Wesen der dabei auftretenden Functionsstörung in der continuirlichen Absonderung von Magensaft gelegen ist. Aus dieser erhöhten Reizung der secretorischen Apparate lassen sich alle übrigen Symptome ungezwungen ableiten. Ich ziehe es darum vor, solange noch kein ausreichendes anatomisches Material vorliegt, die Benennung, „continuirliche Magensaftsecretion“, die keine Hypothese einschliesst, vielmehr nur das Wesen der Functionsstörung kennzeichnet, festzuhalten.

Die Diagnose bietet mit Zuhülfenahme der oben erwähnten Kriterien keine besonderen Schwierigkeiten. Entscheidend ist allein die Ausheberung im vollkommen nüchternen Zustande, d. h. nachdem eine gründliche Ausspülung einige Zeit vorher gemacht worden und nachdem der Kranke sich inzwischen jeder Einfuhr von Speisen und Getränken enthalten hat. So werthvoll auch die sonstigen Symptome sind, so genügen sie allein zur Stellung der Diagnose doch niemals. Immerhin aber sind dieselben geeignet, den Gedanken an das Bestehen dieser Saftsecretionsstörung nahezulegen. Findet sich doch dieser Complex von Symptomen, von denen besonders der vermehrte Durst, das häufige Sodbrennen, die besonders gern in der Nacht auftretenden Schmerzanfälle, das saure Erbrechen bei gleichzeitig bestehender, oft hochgradiger Ectasie hervorzuheben sind, kaum bei einer anderen Magenaffection wieder. Aber man darf nicht übersehen, worauf ich vorhin bereits aufmerksam gemacht habe, dass keineswegs in allen Fällen der angeführte Symptomencomplex sich in dieser Vollständigkeit wiederfindet. Von vornherein lässt sich das auch kaum anders erwarten. Abgesehen von intercurrenten Störungen darf man nicht vergessen, dass Uebergänge zwischen Hyperacidität und Hypersecretion oder continuirlicher Saftsecretion bestehen. An sich sind ja beide Formen keineswegs gleichartig; bei der Hyperacidität handelt es sich nur um Steigerung der Saftproduction beim Verdauungsacte, während in den Intervallen keine Saftabscheidung erfolgt. Bei der continuirlichen Saftsecretion dagegen wird auch ohne den Reiz der Ingesta fast beständig Magensaft abgeschieden. Das ist zweifelsohne ein principieller Unterschied beider Formen, und auch in ihren Consequenzen unterscheiden sich beide sehr wesentlich; insbesondere muss bei letzterer vor Allem die Amylaceenverdauung gestört und secundär auch die Digestionsdauer verlängert und die Resorption gehemmt sein. Trotz dieser auffälligen Unterschiede in den klinischen Symptomen glaube ich meine bereits in früheren Arbeiten ausgesprochene Meinung auch jetzt noch festhalten zu sollen, dass beide Formen in einander übergehen können, dass die Hyperacidität den geringergradigen Reizzustand des secretorischen Apparates der Magenschleimhaut darstellt, der schliesslich bis zur typischen „continuirlichen Saftsecretion“ sich steigern kann. In der That begegnet man ja auch zuweilen Fällen, die gewissermassen in der Mitte zwischen beiden Formen stehen, bei denen man zunächst nur Hyperacidität findet, zeitweise aber, wenn auch nur geringe Saftabscheidung im nüchternen, d. h. vollkommen leeren Magen beobachtet. Trotz dieser nahen Beziehungen beider Formen zu einander muss man klinisch dieselben scharf trennen, selbst wenn, was von vornherein sogar sehr wahrscheinlich ist, die anatomische Untersuchung uns keine scharfe Grenze zwischen beiden zeigen würde. Ich kann in keiner Weise zustimmen, wenn einzelne Autoren die Hyperacidität und Hypersecretion darum, weil gradnelle Unterschiede zwischen beiden bestehen, als eine Form zusammenfassen; ebensowenig kann ich Jaworski, der vier verschiedene Grade des sauren Magenkatarrhs annimmt, an anderen Stellen wieder vielfach Hyperacidität und Hypersecretion zusammenwirft, beistimmen. Klinisch müssen beide Formen um des so verschiedenen Symptomencomplexes willen, der auch auf die Therapie seine Rückwirkung äussert, scharf getrennt werden. Das klinische Bild einer typischen Hypersecretion ist doch ein wesentlich anderes, als das der einfachen Hyperacidität.

Was die Ausgänge betrifft, so ist vollständige Heilung in höhergradigen Fällen jedenfalls sehr selten. Immer aber gelingt es, selbst in den hochgradigsten Fällen, durch geeignete Diät und Behandlung die Beschwerden der Kranken in kurzer Zeit zu mildern oder selbst nahezu gänzlich zu beseitigen. Schon nach kurzer Zeit der Behandlung kann man es, selbst wenn die Affection schon Jahre lang bestanden hat, meistens dahin bringen, dass die Kranken sich nahezu vollkommen wohl und frei von besonderen Beschwerden fühlen. Gleichwohl ergiebt die genauere Untersuchung, dass die das Wesen der Erkrankung darstellende Störung der Saftsecretion noch keineswegs beseitigt ist. Geringergradige Formen, die indess nur selten Gegenstand der Hospitalbehandlung werden, viel häufiger in der Privatpraxis vorkommen dürften, bieten der Behandlung viel geringere Schwierigkeiten. Vor Allem sieht man das Aufstossen, das Erbrechen, die Schmerzanfälle bald schwinden; auch die Ectasie sieht man bei entsprechend geregelter Diät und Behandlung, vorausgesetzt, dass sie nicht bereits zu lange besteht, bald bis zu einer gewissen Grenze abnehmen. Auch das Körpergewicht nimmt oft rapide zu. Immer aber erfordert eine völlige Heilung hochgradiger Formen sehr lange Zeit. Die meisten unserer Kranken verliessen subjectiv sehr gebessert, viele sogar gänzlich beschwerdefrei die Klinik; objectiv waren sie indess noch nicht geheilt. Stets bedürfen solche Kranke Jahre lang einer strengen ärztlichen Ueberwachung und einer sehr sorgfältigen Regelung der Diät.

Auf die Aetiologie will ich hier nicht näher eingehen, um so mehr, als auch hierüber etwas Sicheres noch nicht feststeht. Nur die Beziehungen des Ulcus zur continuirlichen Saftsecretion, auf welche ich[1]) zuerst aufmerksam gemacht habe, gestatten Sie mir noch mit ein paar Worten zu berühren.

Wenn man die Anamnese von mit continuirlicher Saftsecretion behafteten Kranken erhebt, so begegnet man in der Vorgeschichte derselben nicht selten Ulcussymptomen. In mehr als einem Drittel meiner Fälle liess sich constatiren, dass früher Ulcussymptome, insbesondere Hämatemesis bestanden hatten; in mehreren Fällen trat unter unseren Augen eine Magenblutung auf.

Wenn ich vorhin bei Besprechung der Symptome der Ulcuserscheinungen, insbesondere der Magenblutung keine Erwähnung gethan habe, so geschah das desswegen, weil ich der Meinung bin, dass diese nicht direct zu unserer Erkrankungsform gehören. Schon vor einiger Zeit habe ich[2]) an einem relativ grossen Beobachtungsmaterial nachgewiesen, dass man beim Ulcus rotundum constant Hyperacidität, d. h. auf der Höhe der Verdauung einen erhöhten Salzsäuregehalt findet. Auch bei der chronischen Hypersecretion begegnet man in gleicher Weise wie beim Ulcus nicht ganz selten Magenblutungen, die kaum anders denn aus einem bestehenden Ulcus zu erklären sein dürften. Hyperacidität und continuirliche Saftsecretion stehen nun aber, wie ich vorhin gezeigt, so sehr sie auch in physiologischer und klinischer Beziehung sich unterscheiden, doch in naher Beziehung zu einander. Ich denke mir die Hyperacidität als den geringergradigen, die continuirliche Saftsecretion als den höhergradigen Reizzustand der Magenschleimhaut. Beide Zustände haben keineswegs an sich ein Ulcus zur Folge; der Meinung von Jaworski, dass die übermässige HCl-Secretion das unmittelbare ätiologische Moment für die Entstehung eines Ulcus sei, kann ich mich nicht anschliessen; findet man doch nur in einem Theile dieser Fälle Ulcussymptome. Wohl aber prädisponiren beide Zustände zu einer Geschwürsbildung, resp. bei beiden sind,

[1]) Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XI.
[2]) Deutsche med. Wochenschrift 1886 No. 52.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

wenn ein Trauma — und ein solches ist zweifelsohne eines der häufigsten veranlassenden Momente für die Geschwürsbildung — die Magenschleimhaut trifft, die Heilungsbedingungen eben um dieses erhöhten Salzsäuregehaltes willen sehr ungünstige. So wird darum eine einfache Erosion leicht zu einem tiefgehenden Geschwüre, und aus dem gleichen Grunde kommt letzteres schwer zur Heilung.

So erklärt sich, wie mir scheint, in befriedigender Weise einestheils das constante Vorkommen von Hyperacidität beim Ulcus, anderentheils auch das Vorkommen von Ulcussymptomen und Magenblutungen bei der continuirlichen Saftsecretion.

Zum Schlusse noch einige Worte über die Therapie. Es kann selbstverständlich hier nicht meine Aufgabe sein, die Therapie im Einzelnen genauer zu besprechen, vielmehr will ich nur in Kürze die Principien bezeichnen, von denen man bei der Behandlung dieser Erkrankungsform auszugehen hat. Unter den Mitteln und Methoden der Behandlung kommen vor Allem in Betracht: 1. methodische Ausspülungen des Magens und 2. alkalische Mittel und alkalisch-mineralische Quellen. Der dritte Punkt, der einer sorgfältigen Regelung bedarf, ist die Diät.

Methodische Ausspülungen des Magens leisten kaum bei einer anderen Form so gute Dienste wie hier. Einestheils ist es die Aufgabe, die überschüssige Säure vor Einfuhr neuer Nahrung möglichst zu entfernen, anderentheils sollen die alten liegengebliebenen, sauren Speisereste entfernt werden. So befördert darum die Ausspülung die Verdauung, sie bekämpft zugleich die Ectasie und Insufficienz des Magens oder beugt, wo eine solche noch nicht sich entwickelt hat, der Entstehung derselben vor.

In manchen Fällen wird es nöthig, sogar zwei Mal am Tage diese Ausspülungen vorzunehmen.

In zweiter Reihe ist der Gebrauch alkalischer Mittel, insbesondere der alkalisch-salinischen Quellen von Karlsbad zu empfehlen. Wir pflegen bei allen derartigen Kranken Karlsbader Wasser oder Salz zu verordnen. Zur Abstumpfung der Säure, zur Beseitigung des Sodbrennens und der besonders gern in der Nacht auftretenden Schmerzen sind neutralisirende Mittel, Natron bicarbonicum und dergleichen Mittel zu empfehlen. Auch Ausspülungen des Magens mit solchen alkalischen Mitteln werden mit Vortheil angewendet.

Der dritte zu regulirende Punkt betrifft die Diät. Die Nahrung soll möglichst aus Eiweisskörpern bestehen und mehr trocken sein. Amylaceen, Brot und dergleichen Nahrungsmittel sollen möglichst gemieden und wenn, nur nach vorheriger Entfernung der Säure, am zweckmässigsten gleich nach einer Ausspülung gegeben werden. Die Flüssigkeitszufuhr ist, zumal bei höhergradiger Ectasie, möglichst einzuschränken. Es ist durchaus nöthig, solchen Kranken genau die Menge der pro Tag zu nehmenden Flüssigkeiten, in gleicher Weise die Quantität und Qualität der Speisen vorzuschreiben. Bei sehr heftigem Durst kann man zweckmässiger Weise Eispillen, ferner Wassereingiessungen, eventuell auch Weineingiessungen per anum verordnen. Auch kleine Dosen Opium erweisen sich gegen den vermehrten Durst nützlich.

Dies in Kürze die Hauptpunkte der Behandlung.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.