Kritische Bemerkungen zur Diagnose und Therapie des Ulcus duodeni.

(Mit besonderer Berücksichtigung der Lehre Moynihans.)

Von I. Boas in Berlin.

Bevor Moynihan das Interesse für das Ulcus duodeni neu entfachte, herrschte allgemein die Anschauung, daß seine Erkennung mindestens recht schwierig, in zahlreichen Fällen sogar unmöglich sei. Ueberall wo die Frage der Lokalisierung, sei es des Magen-, sei es des Duodenalgeschwürs, erörtert wird, begegneten wir einer geradezu ängstlichen Zurückhaltung. Die Möglichkeiten einer topischen Trennung wurden zwar in allen maßgebenden Lehrbüchern erörtert, indessen nur als Hinweise, nicht etwa als sichere Anhaltspunkte oder maßgebende Richtlinien.

Durch Moynihan ist bekanntlich versucht worden, diese althergebrachte vorsichtige Formulierung zu erschüttern und ganz im Gegensatz hierzu zu zeigen, daß die Diagnose des Ulcus duodeni nicht nur möglich, sondern mit einer an Sicherheit grenzenden Exaktheit zu stellen sei, und zwar in der allereinfachsten Weise, fast regelmäßig einzig und allein schon auf Grund der Anamnese.

Diese verblüffend einfache Methode, mit Hilfe deren es gelingen soll, einen Schleimhautdefekt oberhalb und unterhalb des Pylorus genau zu lokalisieren, fand in Deutschland großen Anklang, speziell in chirurgischen Kreisen, und eröffnete zugleich damit eine neue, fieberhafte Tätigkeit auf diesem Gebiete.

Die deutschen Mediziner, soweit sie sich überhaupt zum Worte meldeten, zeigten sich wesentlich zurückhaltender. In Frankreich wurde sogar der Moynihanschen Lehre von maßgebenden Kennern (Soupault, Hartmann, Mathieu, Hayem und Lion) jeder Wert abgesprochen. Man einigte sich dort auf die Formel des „Ulcus juxtapylorique“ und verwahrte sich gegen eine noch weitergehende Trennung supra- und infrapylorisch gelegener Geschwüre. Denselben Standpunkt nimmt auch die dänische Schule unter Führung Kuud Fabers¹⁾ ein. Vereinzelt fanden sich aber auch begeisterte Anhänger und Verteidiger der Moynihanschen Lehre. Ich nenne darunter nur E. Schütz²⁾ in Wien und Schrijver³⁾ in Amsterdam.

Bei diesem Zwiespalt in der Bewertung der Moynihanschen Lehre erscheint es mir angebracht, daß jeder auf diesem Gebiete Erfahrene zur Klärung der maßgebenden Gesichtspunkte beizutragen versuchen muß.

Wenn ich im Folgenden diesen Versuch unternehme, so möchte ich schon im Eingang bemerken, daß mir biopsische oder gar autopsische Befunde nur in geringem Maße zur Verfügung stehen. Denn ich stehe, um dies vorwegzunehmen, nicht auf dem Standpunkte zahlreicher Chirurgen und einzelner Internisten, daß das Ulcus duodeni nur oder in der Mehrzahl der Fälle auf chirurgischem Wege heilbar sei. Ja, ich gestehe ganz offen, daß ich noch nicht einmal die feste Ueberzeugung habe, daß die so vielfach angewendete Gastroenterostomie in Fällen von unkompliziertem Ulcus duodeni überhaupt die Methode ist, Geschwürsbildungen — ohne spätere innere Kuren — zur Heilung zu bringen.

¹⁾ M. Kl. 1913 Nr. 34. — ²⁾ W. kl. W. 1914 Nr. 7. — ³⁾ Schrijver, Das Ulcus duodeni. Berlin 1914. S. Karger.

Ohne die eindrucksvollen Hilfsmittel der Biopsie, die für die Moynihansche Lehre, wie es den Anschein hat, ein unwiderlegbares Argument darstellt, scheint es außerordentlich schwierig, ein Urteil über die in Frage kommenden Gesichtspunkte abzugeben. Ich möchte aber doch betonen, daß die Biopsie, so wertvoll sie sich auch für die interne Medizin erwiesen hat, doch auch von Fehlerquellen keineswegs frei ist. Gerade beim Ulcus ventriculi und duodeni ist das leicht zu erweisen. Es ist z. B. ganz etwas anderes, ob ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür offen oder vernarbt ist. Ein früher offenes, florides Geschwür hinterläßt, wenn es geheilt ist, in der Regel eine Narbe, die auch, wenngleich keineswegs regelmäßig, durch zirkumskripte Verdickungen gefühlt werden kann. Viel schwieriger aber ist schon bei der Laparotomie, wenn man nicht das Duodenum öffnet und genau abpalpiert, die Floridität eines Geschwürs zu beurteilen. Der Befund von lokalen Verdickungen oder Narbenbildungen auf der Serosa läßt demnach die Frage offen, ob im gegebenen Falle ein geheiltes oder ungeheiltes Ulcus vorliegt, und demnach auch die weitere Frage, ob die Beschwerden, seien sie typisch oder nicht, tatsächlich von einem ungeheilten Magen- oder Duodenalgeschwür und nur von diesem abhängen. Lediglich der bestimmte Nachweis eines offenen, ungeheilten Geschwürs würde mich in die Lage versetzen, subjektive Beschwerden mit dem objektiven Befund in annehmbaren Zusammenhang zu bringen.

Wie ich aber wiederholt betont habe¹⁾ und auch an der Hand ausgedehnter neuerer Beobachtungen nochmals weiter unten betonen werde, ist der Beweis der Floridität eines Ulcus ventriculi oder duodeni auf klinischem Wege, und zwar mittels des Nachweises okkultur Blutungen, unbedingt viel leichter und sicherer zu erbringen als mittels der komplizierten Methode der Laparotomie. In diesem Punkte ist eben die klinische Beobachtung dem Nachweis auf biopsischem Wege entschieden überlegen.

Von diesem Standpunkte aus habe ich die in Frage kommenden diagnostischen Momente an dem mir zur Verfügung stehenden Material von Ulcus eingehend nachgeprüft unter spezieller Berücksichtigung der von Moynihan in seiner bekannten Monographie betonten Grundsätze.

Das maßgebendste diagnostische Symptom erblickt Moynihan bekanntlich in der Anamnese.

„Auf sie allein kann eine zuverlässige Diagnose des Duodenalgeschwürs gestellt werden.“ (l. c. S. 82.)

Hierbei versteht Moynihan — und das ist ein Punkt, der gar nicht scharf genug hervorgehoben werden kann — unter Anamnese einmal den sogenannten „Spätschmerz“, wie er sich zwei bis drei Stunden nach den Mahlzeiten entwickelt und den er auf Pylorospasmus zurückzuführen geneigt ist.

„Viele Patienten geben spontan an, daß sich die Schmerzen bei ihnen einzustellen beginnen, sobald sie anfangen, ein Hungergefühl zu empfinden.“

Daher die von Moynihan eingeführte und in die deutsche Nomenklatur übergegangene Bezeichnung „Hungerschmerz“. Zweitens sieht Moynihan ein charakteristisches Moment der Anamnese in der Periodizität der Magenschmerzen. Aus-

¹⁾ Boas, Die Lehre von den okkulten Blutungen. Leipzig 1914. Georg Thieme. D. m. W. 1914 Nr. 23.

lösende Umstände neuer Attacken erblickt Moynihan in Erkältungen, übermäßigen Anstrengungen, Aufregungen, Diätfehlern u. a.

Diese — man muß beinahe sagen, lächerlich einfachen — anamnestischen Erhebungen genügen also nach Moynihan, nicht bloß einen ulzerativen Prozeß in dem Magenduumen teil überhaupt festzustellen, sondern mit solcher Exaktheit in das Duodenum zu verlegen, daß eine physikalische Untersuchung vollkommen überflüssig ist.

„Die Anamnese ist alles, die physikalische Untersuchung fast nichts.“

Daß diese Behauptung nicht etwa bloß die kurze Zuspitzung einer nicht ganz wörtlich zu nehmenden These darstellt, geht auch aus anderen Stellen des Moynihanschen Werkes klar hervor.

So heißt es (S. 93), „daß man bei regelmäßiger Untersuchung des Stuhles sicherlich Spuren okkulten Blutes finden würde.“ „Aber,“ so fügt er hinzu, „ich habe die Nachforschungen in dieser Richtung nicht mehr fortgesetzt, seitdem ich mit Sicherheit (sic!) weiß, wie exakt die Diagnose auf Duodenalulcus aus der Krankengeschichte allein gestellt werden kann.“

Zum ersten Male in der Medizin, wenigstens soweit mir bekannt, wird hier der Versuch gemacht, subjektive Krankengangaben höher zu bewerten als objektiv nachweisbare Zeichen der Erkrankung¹⁾.

Von Interesse ist es, nachzuforschen, ob Moynihan tatsächlich den Mut gehabt hat, lediglich auf Grund der genannten anamnestischen Erhebungen einen immerhin nicht ungefährlichen chirurgischen Eingriff zu unternehmen, und ob er hierbei regelmäßig und mit Sicherheit das erwartete Duodenalgeschwür und nur dieses gefunden hat. Hierüber geben uns die im Anhang des Moynihanschen Werkes gelieferten Krankengeschichten den erwünschten Aufschluß.

Ich kann nur jedem Leser die sorgfältige und wiederholte Lektüre dieser Krankengeschichten dringend ans Herz legen. Seinem Standpunkt, daß die objektive Untersuchung, weil ergebnislos, vollständig vernachlässigt werden kann, begegnen wir in der Tat in Gestalt ganz lückenhafter Mitteilungen über den lokalen Befund, immerhin finden wir doch einige Angaben, die uns einen interessanten Einblick in das Material des Autors gewähren. Wesentlicher aber ist der Umstand, daß sich neben den anamnestischen Momenten, die Moynihan im Text für absolut ausreichend hält, in den Krankengeschichten weitere sehr wesentliche anamnestische Angaben finden, die in weit höherem Maße die Diagnose zu stützen geeignet sind. Unter den 305 Fällen von Duodenalgeschwüren, die in den Krankengeschichten verzeichnet sind, finden sich nämlich nicht weniger als 117 Fälle, bei denen Bluterbrechen oder Meläna, und außerdem nicht weniger als 91 Fälle, bei denen neben den genannten Symptomen ausgesprochene Zeichen einer mehr oder weniger erheblichen Pylorus- (Duodenal-?) stenose oder Magen-erweiterung verzeichnet sind.

Zusammengenommen finden wir in nicht weniger als 68 %, also in mehr als zwei Drittel aller Fälle, anamnestische Hinweise entweder auf charakteristische Blutungen per os oder anum oder auf Stenosensymptome oder auf beides. Die Zahl dieser Fälle würde sich noch vernehmen, wenn nicht die Anamnese vielfach im Telegrammstil abgefaßt wäre. Bisweilen beträgt sie nicht mehr als eine einzige Zeile. Diese Verhältnisse gestalten sich noch ungünstiger für Moynihan, wenn wir aus dem Studium der Krankengeschichten ersehen, daß die erwarteten Ulcera duodeni zwar vorhanden waren, aber offenbar nur als harmloser Nebefund. So figurieren als Duodenalgeschwüre Fälle von Magenkarzinom, von spindelförmiger Erweiterung des Oesophagus, von Appendicitis, Cholelithiasis, von chronischer Nephritis, ja sogar von Tabes dorsalis mit gastrischen Krisen. In einer großen Zahl von Fällen lagen neben Duodenalgeschwür auch ein oder mehrere Magen-geschwüre vor.

Wenn wir aber selbst von allen diesen Momenten abschen und uns einmal auf den Standpunkt Moynihans stellen und fragen,

¹⁾ Einige Autoren, wie z. B. Schrijver und Schütz, haben den Versuch gemacht, Moynihans Lehre dadurch etwas schmackhafter zu machen, daß sie ihn dagegen in Schutz nehmen, als spräche er sich überhaupt gegen eine Untersuchung aus. Die Herren sind plus royalistes que le roi. Denn wenn Moynihan sagt: die Anamnese ist alles, die physikalische Untersuchung ist nichts, bedeutet das etwas anderes, als daß diese überflüssig oder unerheblich ist?

ob seine von ihm als charakteristisch bezeichnete Schmerzanamnese mit ihrer Periodizität, wie er es angibt, die Diagnose des Duodenalgeschwürs verbürgt, d. h. ein konstantes oder nahezu konstantes Symptom ist, so ist auch das nichts weniger als zutreffend. Zunächst ist die auch in Deutschland durch Moynihan populär gewordene Bezeichnung „Hungerschmerz“, unter der doch nichts anderes verstanden werden kann, als daß der Schmerz mit Hungergefühl verbunden ist, sicherlich falsch. Man braucht nur wieder die Krankengeschichten in Moynihans Monographie durchzulesen, um sich davon zu überzeugen, daß sich selbst in diesen die Angabe von wirklichem Hungerschmerz keineswegs häufig findet. Um so auffallender ist es, daß zahlreiche deutsche Chirurgen und auch Internisten den Hungerschmerz zu einem entschieden häufigen Symptom stempeln und diagnostisch recht hoch bewerten. Auf der anderen Seite gibt Schrijver, der, wie gesagt, ganz auf dem Boden der Moynihanschen Lehre steht, zu, daß er etwas derartiges von seinen Patienten (mit biopsisch festgestelltem Ulcus duodeni!) nie gehört habe. Auch nach meinen eigenen Erfahrungen an Hunderten von Geschwürskranken, unter denen sicherlich nicht wenig Fälle von Duodenalulcus waren, habe ich spontane Angaben über Hungerschmerz niemals, nach speziellem Hinweis auf diesen Punkt nur ausnahmsweise vernommen. Von einer diagnostischen Verwertung des Hungerschmerzes, der mit Hunger gar nichts zu tun hat, sondern lediglich der Ausdruck abnormer Säurebildung ist, wie dies übrigens Moynihan selbst an einer Stelle zugibt (S. 84), kann demnach gar keine Rede sein.

Ist nun aber wenigstens der sogenannte „Spätschmerz“ für die Diagnose eines Duodenalgeschwürs ein irgendwie zuverlässiger Anhaltspunkt? Es mehren sich in den letzten Jahren Stimmen, die das auf das entschiedenste bestreiten.

So weist Kemp¹⁾ in seiner außerordentlich sorgfältigen und kritischen Arbeit darauf hin, daß der Spätschmerz sich auch in einem Drittel aller Fälle von (operativ konstatiertem) Pylorusgeschwür vorfindet.

Selbst der wiederholt genannte Schrijver spricht sich bei der Erörterung des Spätschmerzes in folgender Weise aus:

„Aus meinen ziemlich zahlreichen Fällen, die zwar nur für die Hälfte durch die Operation verifiziert sind, sowie aus denen von Axel, Blad, Kemp, Plitek, Sommerfeld und vielen anderen geht hervor, daß die ganz typische, vollständige Anamnese in den wenigsten Fällen zu ermitteln ist. Meist war es mit Hilfe der von der objektiven Untersuchung aus Licht gebrachten Symptome und anderer später zu erwähnenden Ueberlegungen möglich, die Diagnose zu stellen.“

Ebenso verwerfen auch Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich²⁾ in ihrer verdienstvollen Arbeit den Wert der „typischen“ Anamnese des Duodenalgeschwürs und weisen darauf hin, daß diese höchstens die sonstigen Verdachtsmomente für Duodenalulcus unterstützen kann.

Und nun zum Schluß die Periodizität der Schmerzen, die Moynihan als charakteristisch für das Duodenalgeschwür bezeichnet.

Schon der französische Kliniker Soupault³⁾ hat vor mehr als 13 Jahren auf die Periodizität der Schmerzen („maladie à rechutes“) als Symptom von Ulcus in der Gegend des Pylorus hingewiesen. Später haben Faulhaber⁴⁾ und Kemp⁵⁾ gleichfalls die Periodizität der Spätschmerzen bei Pylorusulcus betont. In den älteren Ausgaben meines Lehrbuches der Magenkrankheiten⁶⁾ habe ich ferner ausdrücklich auf die Periodizität der Beschwerden bei Ulcus ventriculi hingewiesen und zwei Krankengeschichten als Illustration für diese angeführt. Noch beweisender für die Periodizität der Schmerzen bei allen Formen des Ulcus sind die von Faulhaber und Freiherr v. Redwitz⁷⁾ an 52 operativ genau kontrollierten Fällen gewonnenen Ergebnisse, aus denen hervorgeht, daß selbst die pylorusfernen chronischen Geschwüre weitaus in der Mehrzahl das Symptom der Periodizität in ausgesprochenster Weise zeigen.

¹⁾ Zschr. f. klin. M. 72 1911 S. 519. — ²⁾ Mitt. Grenzgeb. 27 1914 H. 3. S. 479. — ³⁾ Les dilatations de l'estomac. Paris 1902. — ⁴⁾ M. m. W. 1913 Nr. 17 u. 18. — ⁵⁾ l. c. und Mitt. Grenzgeb. 27 1914 H. 3. — ⁶⁾ 2 Th. 3. Aufl. 1896 S. 42 u. 43. — ⁷⁾ Mitt. Grenzgeb. 28 1914 H. 3. S. 150.

Ist es ferner noch notwendig, darauf hinzuweisen, daß das Symptom der Periodizität sich bei den allerverschiedensten Abdominalerkrankungen, Cholelithiasis, Pankreaskoliken, gastrischen Krisen, vor allem auch der genuinen Hyperazidität und Hypersekretion und endlich dem großen Heer der wirklichen nervösen Dyspepsien und Enteropathien findet? Und ist nicht viel einleuchtender als die wirklich schon stark abgegriffene Hypothese von der Erkältung die Erklärung, daß die Kranken nach längerem Bestehen ihrer Schmerzen zunächst vorsichtiger leben, auch wohl wirklich heilkräftige Kuren gebrauchen, um sich dann später wieder dem Schlendrian einer sorglosen und weniger peniblen Diät hinzugeben? Die von mir nach dieser Richtung erhobenen anamnestischen Feststellungen haben in der Tat, wenn auch nicht in allen, aber doch zahlreichen Fällen die Richtigkeit dieser an sich schon wahrscheinlichen Annahme erwiesen.

Resümieren wir nochmals, so bleibt von dem gesamten diagnostischen Gerüst Moynihans so gut wie nichts übrig. Der Hungerschmerz ist eine falsche und schiefe Erklärung der Hyperaziditätsschmerzen. Der Spätschmerz ist zweifellos ein häufig zu beobachtendes Symptom bei Duodenalgeschwür, ist aber als solches weder konstant, noch spezifisch. Die Periodizität wieder teilt das Duodenalgeschwür mit allen Ulcera des Magens, abgesehen von dem zahlreichen Heer anderer Abdominalerkrankungen mit gleichfalls periodischem Auftreten. Das viel entscheidendere Moment der stattgehabten Blutung per os oder anum, das weit mehr den Blick des Diagnostikers auf einen früher vorhandenen oder auch jetzt noch bestehenden Ulzerationsprozeß lenkt, Anhaltspunkte, die Moynihan anamnestisch völlig vernachlässigt, sind, wenn auch nicht für die Lokalisation, so doch für das Bestehen eines Ulcus überhaupt von erheblich entscheidenderer Bedeutung. Symptome von Stenose am Pylorus oder Duodenum, die sich bei sorgfältig erhobener Anamnese mindestens andeutungsweise im Krankheitsbilde geltend machen (kopiöses Erbrechen, Auftreten von H_2S , Oligurie, Abmagerung etc.), deuten ihrerseits bei langjährigem Bestehen auf narbige Prozesse am Pylorus oder Duodenum hin.

Die deutschen Chirurgen und ebenso die Internen haben sich, wie zu ihrem Ruhme anerkannt werden muß, mit der auf überaus schwachen Füßen stehenden Lehre Moynihans nicht begnügt, sondern immer wieder versucht, durch objektive Zeichen dieser Lehre ein festes Gepräge zu verleihen. Wenn ihnen das bisher, wie ich zu zeigen hoffe, nicht gelungen ist, so liegt das eben an der kaum überwindlichen Schwierigkeit, eng beieinanderliegende und biologisch unzertrennliche pathologische Prozesse zielbewußt abgrenzen und lokalisieren zu wollen.

Welche Anhaltspunkte stehen uns hier zur Verfügung? Eine sorgfältig aufgenommene Anamnese kann uns in etwa einem Drittel der Fälle durch die Erhebung einer einmaligen oder wiederholten Blutung aus den oberen Verdauungswegen einen wichtigen Hinweis auf den Ursprung derselben geben. Eine gute Schilderung des Gesamtverlaufs und der Schmerzen und sonstigen Beschwerden kann das Bild weiter vervollständigen. Alles dies sind bekannte Dinge, die wir schon seit vielen Dezennien mit dem Begriffe der „Ulcusanamnese“ bezeichnet und diagnostisch verwertet haben.

An objektiven Momenten treten, wenn wir von Komplikationen absehen, hierzu die Druckschmerzen, die chemischen Veränderungen des Mageninhaltes, die okkulten Blutungen und endlich der Röntgenbefund.

Es sollte eigentlich überflüssig erscheinen, mich über ein so banales und vielerörtertes Zeichen wie die Druckschmerzen zu verbreiten, wenn ich nicht sowohl aus dem Buche Moynihans wie aus anderen neueren literarischen Dokumenten ersehen hätte, daß selbst bezüglich dieses Zeichens noch nicht einmal Klarheit herrscht. Auch die Tatsache, daß mir immer wieder Kranke mit „Druckschmerzen“ zu Gesicht kommen, bei denen schon durch deren Eigenart die Diagnose Ulcus ventriculi oder duodeni von der Hand gewiesen werden kann, mag eine kurze Erörterung rechtfertigen.

Zunächst der Charakter des Druckschmerzes. Ich muß sagen, daß es keinen objektiven Druckschmerz von so

charakteristischer Färbung gibt wie den bei Magen- und Duodenalgeschwüren. Nur muß man es verstehen, diesen Druckschmerz herauszuarbeiten. Der Finger ist hierzu weit weniger geeignet als, nach dem ausgezeichneten und von mir in hunderten von Fällen bewährten Vorschlag Mendels¹⁾, der Perkussionshammer. Durch ganz leises, methodisches Beklopfen vom Epigastrium nach rechts zu und bei sorgfältigem Vergleich der korrespondierenden Stelle links kann man auf diese Weise die allergeringste Druckempfindlichkeit nicht nur feststellen, sondern auch räumlich genau abgrenzen. Sehr zweckmäßig ist es, die druckempfindliche Partie auf einem geeigneten Schema aufzuzeichnen und mehrere Tage hintereinander zu kontrollieren. Allerdings ist nur der positive Druckbezirk für den Verdacht auf Ulcus (keineswegs etwa für die Diagnose) maßgebend, nicht aber das Fehlen desselben. So ermittelt, gehört das Fehlen eines Druckschmerzes bei Magen- oder Duodenalgeschwüren nach meinen Erfahrungen zu den Ausnahmen. Häufig allerdings bezieht sich die druckempfindliche Partie nicht auf die tieferliegenden Teile, sondern lediglich auf die Haut. Es ist daher unabweisbar, sich in jedem Falle durch die Nadel oder Erheben einer Hautfalte vor dieser Fehlerquelle zu schützen. Oft kommt es, wie dies zuerst Faber²⁾ gezeigt hat und ich an zahlreichen Fällen bestätigen kann, vor, daß solche epigastralen Hauthyperästhesien Schmerzen hervorrufen können, die denen bei Ulcus bis zu einem gewissen Grade ähneln und hierdurch zu Verwechslungen Anlaß geben können. Diese Hauthyperästhesien zeichnen sich dadurch aus, daß sie weniger deutlich lokalisiert sind, daß man sie auch an anderen Stellen des Abdomens sowie am Rücken feststellen kann. Inwieweit diese diffusen Hauthyperästhesien etwas mit den Headschen Zonen zu tun haben, lasse ich dahingestellt. Nur in einer meiner Beobachtungen entwickelte sich bei einem 22jährigen Mann im Anschluß an diese Hauthyperästhesien, die mit ulcusähnlichen Beschwerden einhergingen, später ein ausgesprochener Herpes zoster.

Immerhin kann man keineswegs behaupten, daß der Befund von Hauthyperästhesien in Verbindung mit ulcusähnlichen Schmerzen das Bestehen eines Ulcus ohne weiteres ausschließt. Ich habe mehrere Fälle beobachtet, bei denen trotz deutlicher epigastraler Hauthyperästhesie doch ein positiver Blutbefund zu der Annahme eines Ulcus zwang und wie die daraufhin vorgenommene Therapie erwies, auch hierdurch bestätigt wurde.

So hoch ich auch den Druckschmerz als diagnostisches Verdachtsmoment für ein Ulcus überhaupt stelle, möchte ich doch nicht den Mut haben, aus einem etwas mehr oder weniger nach rechts gelegenen Druckpunkt auf die Lokalisierung des Ulcus zu schließen, speziell aber daraufhin ein Pylorusulcus von einem Duodenalulcus abzugrenzen. Häufig kommen auch in differentialdiagnostischer Beziehung Erkrankungen der Gallenblase in Frage. Druckempfindlichkeit der Gallenblasen- oder Duodenalpartie ist aber kaum mit Sicherheit zu unterscheiden. Allenfalls spricht ein in der verlängerten Parasternallinie gelegener Druckschmerz mit großer Wahrscheinlichkeit gegen ein Ulcus im Fundus.

Was den dorsalen Druckpunkt, links oder rechts, betrifft, so ist er nach meinen jetzigen Erfahrungen bei kritischer Beurteilung nicht entfernt so häufig als der epigastrale. Immerhin ist er unter keinen Umständen diagnostisch zu vernachlässigen. Meist finde ich da ausgesprochene dorsale Druckpunkte, wo auch eine intensiv entwickelte epigastrale Druckempfindlichkeit vorliegt. Fälle von fehlender epigastraler Druckzone bei Vorhandensein dorsaler Druckpunkte gehören nach meinen Erfahrungen zu den größten Seltenheiten. Von einer sicheren differentialdiagnostischen Verwertung eines linken oder rechten dorsalen Druckpunktes für den Sitz des Ulcus oder gar für die Unterscheidung von Magen- und Duodenalulcus kann meiner Meinung nach ebensowenig die Rede sein, wie bei dem vorderen Druckschmerz.

Bei dieser Gelegenheit mag kurz noch zweier Symptome Erwähnung geschehen, die gelegentlich diagnostisch in Betracht kommen können: erstens der krankhaften Muskel-

¹⁾ M. m. W. 1903 13. — ²⁾ D. Arch. f. klin. M. 65. S. 332.

spannung (*défense musculaire*). Ich bin diesem Symptom mehrfach begegnet, am häufigsten bei Pylorus- oder Duodenalulcus. Ich halte es aber in Uebereinstimmung mit Kehr keineswegs für ein häufiges und noch weniger für ein maßgebendes Symptom.

Dagegen möchte ich auf ein anderes Phänomen hinweisen, dem man bei Ulcus am Pylorus zuweilen begegnet, das ist eine Hypertonie des Magenfundus. Selbstverständlich habe ich hierbei nicht etwa Fälle von Stenose des Pylorus, auch nicht in ihren leichtesten Aeüßerungen im Auge, sondern vollkommen unkomplizierte Fälle. Die Feststellung einer solchen, übrigens nur mäßigen und nur bei lange fortgesetzter Friktion des Fundus, am besten kurz nach den Mahlzeiten nachweisbaren Hypertonie erscheint mir in Verbindung mit den sonstigen klassischen Zeichen eines Ulcus als ein wohl verwertbares Symptom für die Annahme eines Ulcus am Pylorus, da erfahrungsgemäß Vermehrung des Fundustonus in der Regel auf einen Pylorusprozeß hindeutet.

Was ferner die Magensaftsekretion bei Ulcus duodeni betrifft, so gehen die Ansichten bei Chirurgen und Internisten noch weit auseinander. Eine wesentliche Ursache der Differenzen liegt darin, daß Hyperchlorhydrie von alimentärem (digestivem) Magensaftfluß noch immer nicht genügend unterschieden wird. Bei letzterem kann, wie dies Rubow zuerst scharf betont hat, die Gesamtazidität durchaus normal, ja gelegentlich unternormal sein, und doch liegt ein Ueberschuß, wenn auch nicht von Magensäure, so doch von Magensaft vor. Bei Außerachtlassen dieses Momentes ist anscheinend Hyperchlorhydrie, nach Moynihan, kein häufiges Symptom des Ulcus duodeni. Berücksichtigt man aber den alimentären Magensaftfluß, so wird die Sachlage eine ganz andere.

In der neueren Zeit hat nun Kemp ¹⁾ diese Hypersekretion von Magensaft als wichtiges diagnostisches Moment für die Diagnose Ulcus duodeni angegeben. Umgekehrt hat Schrijver beim Zwölffingerdarmgeschwür ausschließlich Hyperazidität beobachtet. Da beiden Autoren durch Biopsie festgestellte Krankheitsfälle zur Verfügung standen, so folgt aus den widersprechenden Beobachtungen, daß weder die eine noch die andere Anomalie typisch für das Duodenalgeschwür ist sondern daß beides vorkommen kann. Da nun auch beim Ulcus pylori nach meinen Erfahrungen, die mit denen anderer übereinstimmen, sich dieselben Sekretionsanomalien finden, so ist auch auf Grund des Säureverhaltens eine Lokalisationsdiagnose zu stellen keineswegs gestattet. In gleicher Weise haben sich auch vor kurzem Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich ²⁾ ausgesprochen. Jedenfalls ist der Satz Moynihans: Wiederkehrende, heftige Hyperchlorhydrie ist Duodenalulcus, zwar kurz, aber falsch. (Schluß folgt.)