Beitrag zur Diagnose des Duodenalulcus.

Von Dr. Alexander von Rothe und Dr. Kurt Pollack
in Berlin-Wilmersdorf.

Das Ulcus duodeni ist eine Krankheit, deren Namen wir in Deutschland erst in den letzten Jahren häufiger hören und in deren Erforschung uns die Engländer und Amerikaner vorangegangen sind. Die im Verhältnis zur Wichtigkeit der Erkrankung noch geringe deutsche Literatur und das noch mangelnde Vertrautsein vieler Aerzte mit dem Krankheitsbild und gewissen Tücken desselben bewogen uns, den folgenden gleichzeitig chirurgisch und intern beobachteten Krankheitsfall zu veröffentlichen, und das noch aus dem Grunde, weil er geeignet erscheint, einigen Stoff für die neueren Theorien über die Genese des chronischen Duodenalulcus zu liefern.

Anamnese. Die Familienanamnese der 25jährigen Frau S. ist ohne Besonderheiten. Seit ihrer Verheiratung vor sechs Jahren wurde Patientin allmählich „nervös“. Diese Nervosität steigerte sich von Jahr zu Jahr unter den schwierigen familiären, zu starken Emotionen führenden Verhältnissen. Vor drei Jahren setzten allmählich Magenbeschwerden ein, die sich vor zwei Jahren erheblich verstärkten und mit sehr starker Stuhlverstopfung verknüpft waren. Es wurde dann von anderer Seite „Bleichsucht und Nervosität“, ferner „linkseitige Wanderniere und Senkorgane“ angenommen; ein zugezogener Gynäkologe bezog dagegen die bestehenden Beschwerden auf eine linkseitige Eierstockentzündung und operierte die Patientin dieserhalb, wobei auch die (angeblich gesunde) Appendix mit weggenommen wurde. Weiteres ist darüber nicht bekannt. Später fühlte sich Patientin während eines Erholungsaufenthaltes in Meran unter dem Fortfall psychischer Erregungen (Sommer 1913) besser, doch traten nach einiger Zeit die alten Beschwerden wieder ein. Diese bestanden im wesentlichen in „Magenschmerzen“, d. h. im Epigastrium gefühlten Schmerzen, die auch nach hinten rechts ausstrahlten. Besonders auffallend war der Patientin dabei öfters „ein Ziehen nach unten“. — Die Schmerzen wurden z. B. in einer Gesellschaft so stark, daß Patientin im Auto nach Hause fuhr und sich zu Bett legte; darauf Besserung. Ueberhaupt brachte Rückenlage häufiger Linderung, manchmal indessen gerade Umherlaufen, mit Druck beider Hände auf die Magengegend. Die Schmerzen oder auch ein sehr lästiges, nur zeitweise zu Schmerzen sich steigernes Druckgefühl waren deutlich abhängig von der Nahrungsaufnahme und traten meist sofort nach Verzehren der Speisen auf.¹⁾ Patientin fühlte oft „genau den Weg, den die Speisen vom Eintritt in den Magen an zurücklegten“. Darauf folgte Nachlassen, wenn auch nicht Aufhören, und nach einer längeren Zeit, die nicht genau bezeichnet werden konnte, erneutes schmerzhaftes Druckgefühl, das wieder eine ganze Weile andauerte. Oft trat gleich nach dem Essen ein derartiges Gefühl der Völle auf, daß Patientin das Bedürfnis fühlte zu laufen, was sie dann tatsächlich wesentlich erleichterte. Hier und da kam es einmal vor, daß nach längerem Hungern ein unangenehmes Gefühl der Leere im Magen auftrat, verbunden mit „Druck vor dem Magen, der bis in den Hals geht“, das sich (aber durchaus nicht regelmäßig) nach Aufnahme geringer Nahrungsmengen verschiedener Art besserte. Niemals bestand ausgeprägter Hungerschmerz. Doch traten auch nachts häufiger schmerzhaftes Sensationen auf. Erbrechen war niemals vorhanden, oft Uebelkeit. Der Appetit war recht gut, doch vermied Patientin aus Angst vor den darauffolgenden Beschwerden Aufnahme auch nur etwas reichlicherer Nahrungsmengen; infolgedessen befolgte sie in den letzten Monaten eine vorsichtige und knappe Diät, die in häufiger Aufnahme kleinster Portionen bestand. Schlecht vertragen wurden besonders Rindfleisch und solche Speisen, die schwer zu zerkleinern sind; aber auch Zufuhr von größeren Flüssigkeitsmengen. Sämtliche Beschwerden wurden durch psychische Erregungen, denen Patientin öfters ausgesetzt war, verstärkt bzw. erst ausgelöst. Der Stuhl war häufig stark angehalten und schafkotähnlich, angeblich vier Wochen vor der Operation ohne vorherige Einnahme von Medikamenten überhaupt nicht zu erzielen. Einmal soll er sehr dunkel ausgesehen haben, war dabei aber fest und trocken. Nach von anderer Seite verordneter Massage und kalten Umschlägen trat deutliche Verschlechterung (krampfartige Magenschmerzen, Gefühl krampfhaften Zusammenschnürens) ein; spontan litt Patientin an häufigem Frösteln und Kaltwerden der Extremitäten.

Oktober 1913 erste Konsultation (Dr. v. R.). Operation in Aussicht gestellt, doch klinische Beobachtung vorher angeraten. Nach zwei Tagen Abbruch derselben, weil Patientin plötzlich die Klinik verließ. Dann Kur in Marienbad; kalte Umschläge, Verschlechterung. Dortige Diagnose: Nervosität. Darauf wieder Massagekur bei einem Berliner Arzt; weitere Verschlechterung. Nun Konsultation einer chirurgischen Autorität; von dieser zunächst Operation angeraten, auf folgende

¹⁾ Dabei fehlten Beschwerden während des Schluckaktes oder am Ende desselben!

Röntgenphotographie hin (Ptose!) jedoch Verordnung einer Leibbinde. Da Patientin an Besserung durch solche Maßnahmen bei der Intensität ihrer Beschwerden nicht glaubt, kehrt sie zu Dr. v. R. zurück, um sich operieren zu lassen. Nunmehr klinische Beobachtung gemeinsam mit Dr. Pollack.

Status praesens. Patientin von über Mittelgröße, grazilem Knochenbau, schlaffer Muskulatur, geringem Fettpolster. Wespentaille angedeutet. Stillerscher Habitus. Im Gesicht herrscht starke Blässe vor, die jedoch ab und zu mit Erröten wechselt. Herz und Lunge ohne Besonderheit. Das ganze Gebahren der Patientin bei Erhebung der Anamnese ist auffallend nervös (Reizbarkeit und Sprunghaftigkeit). Andeutung von Glanzauge und Blähhals. Bauchdecken straff, virginell. Abdomen bei Rückenlage nicht gespannt, kein Meteorismus, keine Rektusspannung, keinerlei oberflächlicher epigastraler Druckschmerz. Im Epigastrium sehr deutliches Pulsieren der Aorta fühlbar. Bei ganz tiefer Palpation von rechts her seitlich gegen die Wirbelsäule, etwa in der Mitte der Graden zwischen Processus xiphoideus und Nabel ausgeprägter, scharf umschriebener Druckschmerz. Hinten rechts neben der Wirbelsäule, etwa drei Finger breit von den Dornfortsätzen entfernt, etwas kopfwärts von der Spitze der zwölften rechten Rippe zirkumskripter, oberflächlicher Druckschmerz. Keine Hernie der Linea alba. Keine Wanderniere. Magenausheberung nach Probefrühstück: Inhalt gut chymifiziert, freie Salzsäure vorhanden, Gesamtsäure 56. Röntgen-durchleuchtung im Stehen: Pylorus etwas über Nabelhöhe; die große Kurvatur steht zweifingerbreit unterhalb des Nabels. Bewegungen lebhaft, nicht höher als gewöhnlich einsetzend. (Auf den neuerdings genauer beobachteten Duodenalschatten hatten wir damals leider noch nicht geachtet.) Magen nach drei Stunden entleert, nach sechs Stunden Inhalt im Coecum.

Nach viertägiger klinischer Beobachtung stellte sich noch Folgendes heraus: Urin täglich 400 ccm, sehr trübe, hochgestellt, mit reichlichem Uratsediment, spezifisches Gewicht 1025—1035. Eiweiß negativ, Zucker negativ, keine organischen Sedimente, kein Gallenfarbstoff, kein Urobilinogen, kein Diazo. Indikan schwach positiv, dagegen Rosenbachsche Rotreaktion stark positiv! Nach dreitägiger fleischfreier Kost ergibt dreimalige Stuhluntersuchung auf Blut negatives Resultat. (Methode: Extraktion des Stuhlgangs mit Essigsäure-Alkohol (1:3) und Anstellung der Benzidinprobe am Filtrat.)

Operation. Eröffnung des Abdomens in Aethernarkose. Magen vollkommen frei von Veränderungen. Bei genauer Abtastung des Duodenums findet sich in der Verlängerung der kleinen Kurvatur im Anfangsteil des Duodenums, 1 cm abwärts von der bekannten querverlaufenden Vene, ein Ulcus, dessen Ränder in der Ausdehnung etwa eines kleinen Fingernagels infiltriert sind. Das Duodenum zeigt, am Ende der Pars horizontalis beginnend, bis gegen das Ende der Pars verticalis reichend, eine starke Dilatation und nach Umschlagen des Colon transversum und Magens nach oben, etwa 1 cm unterhalb der Papille, an der hinteren Wand ein zweites Ulcus, gleichfalls mit deutlich infiltrierten Rändern, von nahezu derselben Größe. Eine Strikture des Duodenums ist weder in der Nähe des ersten noch des zweiten Ulcus festzustellen, sondern die erweiterte Pars verticalis geht allmählich in die normalkalibrige Pars ascendens duodeni über. Letztere bietet auch sonst keine Besonderheiten; ebenso der nun folgende Teil des Jejunums und Ileums, die genau abgetastet werden. Verschluss des Pylorus nach Kelling. Gastroenterostomia posterior.

Verlauf. Ohne Zwischenfälle; Patientin steht am siebenten Tage auf. Am neunten Tag Entlassung aus der Klinik; Urinmenge am neunten Tage post operationem 700, steigt später noch weiter an; Rosenbach negativ. Einleitung einer sorgfältigen Nachkur (Atropin etc.).

Bei dem Versuch, die subjektiven Beschwerden und den objektiven Befund zu analysieren, ergaben sich stets mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit die drei Krankheitsbilder:

1. Nervosität; 2. Ptose; 3. Ulcus, bzw. irgendwelche Kombination derselben.

1. Für Nervosität sprachen:

aus der Anamnese: a) mannigfache, als sicherlich nervös zu deutende Beschwerden; psychische Depression; b) Verschlimmerung der Magenbeschwerden durch psychische Emotionen (von der Patientin sehr in den Vordergrund gerückt!); c) eventuell: die von der Patientin gewählte Hungerdiät der Neurastheniker; aus der Symptomatologie: Nervöser Habitus (kapriziöses, sprunghaftes, explosives psychisches Verhalten. Abhängigkeit der Symptome von der augenblicklichen Stimmung). Vasomotorische Erscheinungen (Heiß- und Kaltwerden der Extremitäten, plötzlich Farbenwechsel, Dermographie). Vagotonische Erscheinungen (Glanzauge, leichter Blähhals, spastische Obstipation, gesteigerte Magenmotilität; als pylorospastisch zu deutende Angaben und Beobachtungen (zeitweise krampfhafter Schmerz in der Linea alba, der sich in der Wärme löste, auch bis in den Hals hinein ausstrahlte). Vermehrung der Schmerzen durch kalte Umschläge und

Massage.¹⁾ Wechsel des zeitlichen Auftretens der Beschwerden im Verhältnis zur Nahrungsaufnahme (bald sofort danach, bald erst nach längerer Pause). Mangelhafte Lokalisation der Schmerzempfindung, die sich — nach längerem Befragen — über den ganzen Leib erstrecken soll.

2. Für Ptose sprach:

aus der Anamnese: Zeitweises Besserwerden der Schmerzen beim Liegen. Verschlimmerung der Schmerzen bei der aufrechten Haltung, z. B. in einer Gesellschaft, und sofortiges Nachlassen bei darauf folgender Bettruhe. Verschlimmerung der Schmerzen durch größere Flüssigkeitsaufnahme. Gefühl von „Ziehen nach unten“; aus der Symptomatologie: Befund einer leichten Ptose im Röntgenbild. (Danach Diagnose der Autorität des gesamten Krankheitsbildes: „Ptose“!)

3. Für Ulcus (ventriculi oder duodeni) sprach:

aus der Anamnese:²⁾ Die von der Patientin selbst ausprobierte Diät (u.). Abhängigkeit ausgesprochener Schmerzen von grober Kost (u.). Sofortiges Anschließen der Schmerzen an die Nahrungsaufnahme (u. v.). Das Nachlassen der Schmerzen nach gelindem Druck gegen die Magen-gegend (u. d.; Moynihan). Andeutung von Hungerschmerz (u. d.). Angeblich einmal schwarzer Stuhl (übrigens nicht tierartig, sondern trocken, wurstförmig (u. ??)). Zeitweise nächtliche Magenschmerzen (u. d.). Periodizität des Leidens (u. d.). (Nachlassen im Sommer); aus der Symptomatologie: Der lokale Druckschmerz vorn, rechts von der Linea alba in der Tiefe und der Druckpunkt rechts hinten am Rücken (u. d.).³⁾ Etwas gesteigerte Magenperistaltik im Röntgenbild (u. d.?).

Gegen Ulcus sprach das Fehlen okkultur Darmblutungen im Stuhl bei dreimaliger Untersuchung zur Zeit der Höhe der Krankheitserscheinungen.

Unsere Diagnose lautete auf Duodenalulcus, wobei wir uns darüber klar waren, daß es sich um einen atypischen Fall im Sinne Biers (vgl. D. m. W. 1913 Nr. 51) handeln müsse. In starke Konkurrenz traten, wie gesagt, die Diagnosen: rein neurotische Beschwerden einer Vagotonikerin, Ptose und Ulcus ventriculi.

Trotzdem wurde die Operation beschlossen. Maßgebend hierfür waren uns:

1. die Hartnäckigkeit der noch im ganzen gleichartigen, sich vorwiegend auf den oberen Teil des Verdauungskanales konzentrierenden Beschwerden;
2. das ziemlich regelmäßige Auftreten des Schmerzes bzw. schmerzhaften Druckgefühls nach schweren Speisen;
3. der tiefe (direkte) Schmerzpunkt vorn und der oberflächliche, konstant angegebene Druckschmerzpunkt (als projiziert aufgefaßt) hinten;³⁾
4. die Andeutung von Hungerschmerz und das zeitweise starke Zurücktreten der Beschwerden im Sommer („Periodizität“ Moynihan);
5. die, wenn auch geringen, nachts auftretenden Beschwerden;
6. dauernde Abmagerung und starke Diminution der Patientin im letzten Jahr;
7. das frühere Vorhandensein einer anderen organischen Affektion der Bauchhöhle und Fortbestehen der Hauptbeschwerden nach Beseitigung dieses Leidens („erste Krankheit“ — siehe unten), sowie die „Vagotonie“ (vgl. unten).

An Tage vor der festgesetzten Operation wird eine Tagesgesamtmenge des Urins von nur 400 ccm mit spezifischem Gewicht 1035 (!) festgestellt. Die darauf eingeleitete Erhebung ergibt, daß schon vor vier Monaten bei der damals abgebrochenen Beobachtung derselbe Befund festgestellt wurde. Die nunmehr genauer vorgenommene Untersuchung des Urins weist nach jeder Richtung normale Verhältnisse bis auf schwache Indikanreaktion und überaus starke Rosenbachsche Rotreaktion auf.

Diesen unerwarteten Befund mußten wir auf eine „schwere Duodenalaffektion“, und zwar trotz anfänglichen Straubens unter Berücksichtigung der hochgradigen Oligurie auf eine Stenose beziehen, wenn auch jede Spur von sonstigen Stenosenerscheinungen fehlte (siehe vor allem auch Röntgenbild!); keine Spur von Erbrechen oder sonstigen Zeichen von Magenstauung vorhanden waren.

Zwei Momente erschienen geeignet, doch die Annahme einer Duodenalstenose weniger unwahrscheinlich erscheinen zu lassen:

1. die Bierschen Beobachtungen über das nicht seltene Verborgensein einer Duodenalstenose im Röntgenbild (l. c.);
2. die Erwägung, daß infolge der von der Patientin enorm vorsichtig gestalteten, knappen Diät die Stenose klinisch bisher absolut latent verlaufen konnte.

¹⁾ Schließlich rückwärts betrachtet, der durch die Operation nachgewiesene Spasmus im Duodenum! und die noch längere Zeit nach der Operation zu beobachtenden Darmspasmen. Pilokarpin- und Atropinversuch konnte leider nicht angestellt werden.

²⁾ u. = Ulcus; u. v. = Ulcus ventriculi; u. d. = Ulcus duodeni.

³⁾ Wir haben diesen Druckpunkt jetzt schon mehrfach bei Duodenalulcus in ganz klarer Weise konstatiert.

Ob die Stenose organisch oder etwa bei der zu Spasmen neigenden Patientin funktionell sei, wagten wir nicht zu entscheiden, doch neigten wir nach dem Ausfall der Rosenbachschen Rotreaktion und dem Urinbefund der ersteren Annahme zu.

Kurz vor der Operation erwogen wir noch den Gedanken, ob etwa zwei Affektionen, ein Magen- und ein Duodenalgeschwür, vorlägen.

Die Operation ergab nun zwei Duodenalgeschwüre, ein Befund, der in der Literatur (Moynihan u. a.) als verhältnismäßig selten verzeichnet wird. Noch seltener ist der Sitz des (zweiten) Geschwürs unterhalb der Papille — der Mündungsstelle zweier alkalischer Sekrete! — Ferner fand sich ein enorm erweitertes Duodenum (fast wie ein „kleiner Magen“), offenbar bedingt durch einen dicht hinter dem zweiten Geschwür sitzenden, in der tiefen Narkose gelösten Spasmus,¹⁾ keine organische Strikturen.

Aus dem weiteren Verlauf sei hier gleich zusammenfassend bemerkt: Die Beschwerden gingen vollständig nach der Operation zurück; dagegen waren anfallsweise verstärkte kolospastische Erscheinungen noch mehrfach zu konstatieren, die sich subjektiv in leicht schneidenden, durch Aufnahme von heißen Flüssigkeiten sofort zu beseitigenden Schmerzen geltend machten.

Die Druckschmerzpunkte verschwanden beide sehr bald. Die Urinmenge ging in fast normale Höhe, die Rosenbachsche Reaktion verschwand.

Epikrise: Es hatte sich schließlich also unsere Annahme eines Duodenalulcus bestätigt. Den vorliegenden Fall nach jeder Richtung hin kritisch zu erschöpfen, liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit. Wie verwickelt die Verhältnisse lagen, erhellt genügend aus unserer oben gegebenen Übersicht der diagnostischen Erwägungen. Nur auf einige Punkte möchten wir hier noch etwas näher eingehen:

1. Abgesehen davon, daß uns die nähere Untersuchung die Ptose nicht als Hauptkrankheit erscheinen ließ, möchten wir wieder einmal darauf hinweisen, daß die von anderer Seite verordnete Leibbinde auf keinen Fall ihren Zweck erfüllen konnte. Wenn auch natürlich einem Ptosepatienten jeder leichte Druck auf den Leib eine gewisse Erleichterung bringen wird, so ist doch die Möglichkeit, den ptotischen Magen durch eine Binde zu heben, nur bei einem Hängebauch gegeben, nicht bei einer Patientin, wie der unsrigen, mit straffen, virginellen Bauchdecken. Mag man über die Ätiologie und Pathogenese der Ptose auch ganz verschiedener Ansicht sein, so ist es dennoch gewiß, daß die Hebung des Magens in Fällen wie dem vorliegenden nur auf chirurgischem Wege, und zwar durch die Rovsing'sche Gastropexie, zu bewirken ist, eine Operation, deren vielfach glänzende Resultate leider bei uns, wohl wegen des Vorherrschens gewisser dogmatischer Anschauungen über die Genese der Ptose, zu wenig bekannt geworden sind. Hierfür wird der eine von uns in nächster Zeit beweisendes Material vorlegen.

2. Wie Bier mit Recht betont, braucht eine Duodenalstenose im Röntgenbild nicht in Erscheinung zu treten. In unserem Falle gestattete die im Grunde zufällig gemachte Erhebung hochgradiger (Oligurie²⁾ und darauf der Rosenbachschen Rotreaktion in eigenartigem Kontrast zum gesamten klinischen Bild die Vermutungsdiagnose einer Duodenalstenose. Hierauf wäre in geeigneten Fällen weiter zu achten.

3. Die Duodenalstenose war wohl zweifellos durch einen (sekundären) Spasmus der Duodenalmuskulatur bedingt, was als weiterer Beweis für die Neigung der Patientin zu Spasmen überhaupt dienen kann.

Daß für die Entstehung der Ulcera ein primärer Spasmus (etwa der Muscularis mucosae mit Abknickung der Gefäße), wie v. Bergmann annimmt³⁾, eine Rolle spielt, wäre durch unseren Befund bis zu einem gewissen Grade nahegelegt. Eine „erste Krankheit“, als Ursache wiederum für den primären Spasmus war ja vorhanden: materiell organisch, wie Rößle sie verlangt (Oophoritis! chronische Appendicitis?), und funktionell, wie v. Bergmann es auch gelten lassen möchte: schwere psychische Traumen, die immer wieder einwirkten, bei einer ausgesprochen nervösen und „vago-tonischen“ Patientin. Die noch als verhältnismäßig „jung“

¹⁾ Daß es sich nicht etwa um eine Abknickung des Duodenums an seinem die Radix mesenterii passierenden Endstück handelt, zeigte der Operationsbefund in klarer Weise: die Passagestörung muß am absteigenden Schenkel dicht hinter dem zweiten Ulcus gesessen haben.

²⁾ Bei zweifelfreier völliger Intaktheit und normaler Lage der Nieren. — ³⁾ M. m. W. 1913 Nr. 4.

imponierenden Geschwüre würden im Vergleich zur langen Dauer der Magenbeschwerden zu dieser Auffassung stimmen. Analysiert man den vorliegenden Fall nach v. Bergmanns Hypothese in zeitlicher Hinsicht, so würde sich etwa folgende Aufstellung ergeben:

Tatsächliche Folge:	Mögliche Deutung:
vor 6 Jahren: Beginnausgesprochener „Nervosität“, sich allmählich steigend	„erste“ Krankheit
vor 3 Jahren: Magenbeschwerden setzen ein...	Verbindungsbrücke
vor 2 Jahren: starke Magenbeschwerden beginnen...	„zweite“ Krankh.
vor 1 Jahre: sehr starke Magenbeschwerden.....	Folge

Ob sich diese Hypothese der Ulcusentstehung nun in Zukunft bewahrheiten sollte oder nicht, jedenfalls beweist unser Fall wieder die Fehlerhaftigkeit jener der alten Anschauung entspringenden Fragestellung: Ulcus oder nervöses Leiden? Wir werden uns immer mehr an den Gedankengang einer Verbindung nervöser Beschwerden und Störungen mit der organischen Affektion eines Ulcus, sei es des Magens oder Duodenums, gewöhnen müssen.

4. Eine alte Lehre für die Diagnostik ist es ja, nicht vorschuell eine Duplizität oder Multiplizität von Affektionen anzunehmen, um die Symptome besser erklären zu können. Immerhin wird man gut tun, sich zu erinnern, daß mehrere Duodenalulcera und vor allem — wenn auch seltener — Duodenal- und Magenulcus zusammen vorkommen können.

Die früheren chirurgischen Kontrollen des von interner Seite diagnostizierten Ulcus (ventriculi und duodeni) hielten zum Teil daran, daß der Chirurg sich mit der äußeren Besichtigung und Betastung des freigelegten Magens und Duodenums zufriedensetzte. So sind viele Ulcera übersehen worden. Durch die eingestülpte Magenwand den Pylorus und Anfangsteil des Duodenums auszutasten, war erst der Anfang einer präziseren Methodik. Bier hat neuerdings das Duodenum am Anfangs- und Endteil eröffnet und mit dem in das Innere eingeführten Finger genau abgetastet — eine auch nach unserer Erfahrung bei vorsichtiger Ausführung gefahrlose Vornahme, die aber doch noch keine erschöpfende Exploration zuläßt. Ideal erscheint uns dagegen die von Rovsing angegebene, neuerdings auch von uns mit Erfolg gepflegte, direkte Gastroduodenoskopie. Man führt das Instrument durch eine kleine Öffnung des Magens in diesen und vorrückend bequem weiter ins Duodenum ein. Es folgt temporärer Verschluss der Einführungsöffnung durch eine festanliegende Tabakbeutelnaht. Bläst man nun den Magen und das Duodenum, durch das Instrument selbst, mit Luft auf, so bietet sich ein überraschend klares Bild, und man kann die ganze entfaltete Schleimhaut schnell und gründlich absuchen: vor allem sieht man haarscharf auch die ganz weichen, nicht indurierten, erst kurze Zeit bestehenden („akuten“?) Geschwüre, aus denen bekanntlich grade die lebensbedrohenden Blutungen zu erfolgen pflegen. Hier versagt selbst die Palpation mit einem eingeführten Finger nicht selten. Erst die endoskopische Inspektion wird uns zu der Möglichkeit verhelfen, ein Duodenal- oder Magengeschwür in einem Fall, wo es von interner Seite postuliert wird, mit Sicherheit auszuschließen, und in manchen Fällen ein solches aufweisen, wo man nach alter Explorationsmethode eine interne Fehldiagnose annahm. Wir denken noch besonders an die so häufige Kombination von Duodenalulcus und Appendicitis chronica, wo dann in dem unter der richtigen Diagnose des Ulcus eröffneten Bauch nur der chronisch veränderte Wurmfortsatz gefunden, mit Triumph begrüßt und entfernt wurde, während das Duodenalulcus, übersehen, weiter fortbestand, definitive Heilung nicht zustandekommen ließ, ja zu einem unglücklichen Ende führte.

Die Diagnose des erst seit kurzem bestehenden Duodenalgeschwürs hat Moynihan noch nicht gezeichnet.

Durch die gastro- bzw. duodenoskopische Methode ist nun die exakte Kontrolle solcher Fälle möglich, wo eine nach Moynihan noch nicht charakteristische Anamnese zur Laparotomie geführt hat und vielleicht ein noch junges Geschwür vorliegt. Damit wäre dann gleichzeitig die Vorbedingung für die exakte Begründung eines Symptombildes des noch jungen Duodenalulcus gegeben.

5. Bemerkenswert ist schließlich in unserem Fall der zu konstatierende zeitliche Eintritt der Schmerzen. Meist traten die schmerzhaften Sensationen alsbald nach Herunterschlucken des Bissens auf: Patientin verfolgte die Bewegung der Speisen im Magen; dann wurde über eine Exazerbation nach längerer Zeit geklagt.

Moynihan sagt in seinem bekannten Werke über das Duodenalulcus¹⁾, Seite 99:

„Die Unterscheidung vom Magengeschwür ist in der Regel nicht schwer. Tritt der Schmerz nach der Mahlzeit erst nach zwei oder mehreren Stunden auf, dann kann man mit hinlänglicher Zuverlässigkeit sagen, daß das Geschwür im Duodenum sitzt. Ich bin von der Wichtigkeit der Zeitkomponente bei Magen- und Duodenalgeschwüren überzeugt und habe seit verschiedenen Jahren mit allem Nachdruck auf ihre klinische Bedeutung hingewiesen. Treten die Schmerzen bald nach einer gewöhnlichen Mahlzeit, etwa innerhalb einer Stunde auf, dann sitzt das Geschwür sicherlich im Magen, wahrscheinlich an der kleinen Kurvatur. Stellt sich der Schmerz ein bis zwei Stunden nach dem Essen ein, dann sitzt das Geschwür wahrscheinlich im Antrum pyloricum. Das Verhältnis der schmerzfreien Periode zur Nahrungsaufnahme muß daher in Betracht gezogen werden.“

Wie stimmt hierzu der vorliegende Fall? Eine Erklärung und tieferen Einblick erhält man unseres Erachtens nur durch die Betrachtungsweise, welche Mackenzie in seinem vorzüglichen Buch²⁾ angebahnt hat und die in der deutschen Literatur immer noch zu wenig beachtet wird.

Mackenzie nimmt bekanntlich an und hat dies sowohl durch eine Reihe tatsächlicher Beobachtungen wie scharfsinniger Schlussfolgerungen höchst wahrscheinlich gemacht: die selbst unempfindlichen Organe der Bauchhöhle erzeugen, falls erkrankt, auf dem Wege des Reflexes (zentripetaler Weg: Sympathicus!) Hyperästhesie (viszeromotorischer Reflex) und vermehrte Muskelspannung (viszeromotorischer Reflex) gewisser Gebiete der die Bauchwandung bildenden Weichteile (Haut, Muskeln), und zwar derjenigen Partien, die aus dem gleichen Rückenmarksegment ihre (cerebro-spinalen) Nervenfasern beziehen, wie die betreffenden Organe ihre (sympathischen) Fasern. Seite 103 unten sagt Mackenzie: „Der Umstand, daß der Schmerz, z. B. beim Magengeschwür, keineswegs dem Sitz der Läsion zu entsprechen pflegt, vielmehr weit davon entfernt ist, beweist, daß er die Folge der Erregung eines reizbaren Herdes im Rückenmark ist. Aus diesem Grund währt auch der Magenschmerz lange und wechselt wenig in seiner Heftigkeit. Solche Eigenart des Schmerzes läßt sich gewöhnlich feststellen und vermag die anhaltenden, bohrenden Schmerzen beim Magengeschwür und anderen ähnlichen Zuständen zu erklären.“

Man muß sich dementsprechend vorstellen, daß durch den zentripetalen Reiz des Duodenalgeschwürs bei einzelnen Fällen, wo die Vorbedingungen starker Irradiation im Zentralorgan gegeben sind — wie wohl entschieden in unserem Falle — Rückenmarksegmente in Reizzustand geraten, zu denen die sympathischen Bahnen des Magens bis herauf zur Kardia gelangen. Und so muß ein in den Magen eintretender Bissen schon gleich schmerzhaft Sensationen auslösen, die sich später verständlicherweise noch steigern, wenn die Speisen den Sitz der Hauptläsion passieren. In solchen Fällen, die allerdings wohl die Minderzahl ausmachen dürften³⁾, führen die diagnostischen Anweisungen Moynihans über den zeitlichen Eintritt der Schmerzen auf eine falsche Fährte, und man sollte dieser Möglichkeit, für deren Verständnis die Mackenziesche Auffassung uns wohl die plausibleste Erklärung gibt, stets eingedenk sein.

¹⁾ Das Ulcus duodeni. — ²⁾ Krankheitszeichen und ihre Auslegung, von James Mackenzie. Autorisierte Übersetzung aus dem Englischen von E. Müller, Würzburg 1913.

³⁾ Der Zufall wollte es, daß wir bei einer kurz darauf zur Operation gekommenen Schwester mit großem Duodenalulcus und mächtiger Peridodenitis in der Anamnese zweifelsfrei konstatierten: Schmerzbeginn stets sofort nach der Aufnahme der Mahlzeit! (Vgl. auch Biers oben zitierte Arbeit, S. 2424. Fall 3 und des Autors Bemerkung: „Wir haben weitans am häufigsten in der Differentialdiagnose zwischen Ulcus duodeni und ventriculi fehlgegriffen.“)

In anderen Fällen treffen die Moynihanschen empirisch beobachteten Zwischenzeiten von Nahrungsaufnahme und Schmerzbeginn durchaus zu, und Mackenzie geht entschieden zu weit, wenn er weiter unten sagt, daß man keine Schlüsse aus dem zeitlichen Verhalten des Schmerzes zur Nahrungsaufnahme ziehen kann.

Wir behalten uns übrigens vor, an anderer Stelle auf die, wie wir meinen, hochbedeutsamen und eminent praktischen Mackenzieschen Gesichtspunkte zurückzukommen, die besonders auf die Lehre und den Wert der Druck- bzw. Schmerzpunkte bei allen möglichen inneren Erkrankungen reformierend wirken müßten.

6. Zum Schluß sei noch kurz der Mendelschen Perkussion gedacht, die in unserem obigen Fall leider noch unterblieb, die wir jetzt in jedem Falle auszuführen pflegen. Wir legen — das möchten wir gegenüber der etwas skeptischen Bemerkung Biers in seiner oben zitierten Arbeit bemerken — großes Gewicht auf diese Methode, die uns vielfach durch die Konstanz und typische Lage des klopfschmerzhaften Ovals in der Diagnose einer organischen Affektion bestärkte (durch das Zusammenschrumpfen des Ovals bei innerer Therapie bis zu einem Fleckchen oder Punkt und schließliches Verschwinden einen vorzüglichen Maßstab der Wirksamkeit der Ulcustherapie abgibt). Zweifellos handelt es sich um keinen direkten Druckschmerz, sondern eine reflektorische Hyperästhesie im Sinne Mackenzies. Wir stehen nicht an, das Mendelsche Symptom als weiteren Beweis der Fruchtbarkeit der oben genügend charakterisierten Mackenzieschen Anschauungsweise anzusehen.

Zusammenfassung. Wenn verschiedentlich in der deutschen Literatur sich das Bestreben bemerkbar macht, auf Fälle hinzuweisen, in denen trotz vorhandenen Moynihanschen Symptomkomplexes bei der Operation ein Duodenalulcus nicht gefunden wurde bzw. bei fehlendem charakteristischen Symptombild doch ein Ulcus duodeni vorlag — Moynihan hat, wie bekannt, nur für das alte, „chronische“ Duodenalulcus die Richtigkeit des von ihm gezeichneten Bildes behauptet —, möchten wir an unserem Fall gerade als beachtenswert ansehen, daß es durch genaue klinische Analyse an der Hand dessen, was wir vor allem von Moynihan gelernt haben, gelingt, auch wenn durchaus nicht die klassischen anamnestischen Daten und Symptome vorliegen, das Ulcus duodeni richtig zu diagnostizieren und die Patienten, die als nervöse, blutarme, funktionell Magenranke von einer Behandlung in die andere übergehen, dem rettenden Eingriff zuzuführen. — Die Rovsingsche Duodenoskopie wird den Chirurgen noch häufiger als bisher Geschwüre aufdecken lassen und durch die erst jetzt mögliche exakte chirurgische Kontrolle die Begründung eines klinischen Bildes des noch „jungen“ Duodenalgeschwüres vielleicht anbahnen helfen.