

Frühdiagnose und Therapie des Ulcus duodeni.

Von Dr. Felix Mendel in Essen.

(Schluß aus Nr. 16).

Welcher Art die interne Therapie auch sei, die wir bei Duodenalgeschwür anwenden, sie entspricht im großen und ganzen den Grundsätzen, welche wir bei der Behandlung des Magengeschwüres befolgen. Nur muß die Kur gerade bei Duodenalulcus viel länger fortgesetzt werden, auch wenn alle Symptome der Erkrankung geschwunden sind. Denn gerade die Periodizität der Erscheinungen, die für Ulcus duodeni charakteristisch ist und sich über Jahrzehnte hin ausdehnen kann, beweist uns, wie lange und wie oft das Leiden latent verlaufen, das heißt klinisch anscheinend geheilt, aber anatomisch noch vorhanden sein kann; oder daß es, wenn wirklich Heilung eingetreten ist, infolge der Ulkusbereitschaft des Patienten rezidiert. Mögen die Gründe dafür örtlicher oder konstitutioneller Natur sein, eine Tatsache ist unbestreitbar: Je früher die Diagnose, um so schneller und sicherer die Heilung.

Eine der wichtigsten Forderungen der Kur, auf die unter keinen Umständen auch in leichtesten Fällen verzichtet werden darf, ist die absolute Bettruhe, dabei feuchte heiße Umschläge so andauernd und so intensiv wie möglich. Ich benutze bei dem augenblicklichen Mangel an Brei oder Gummibehältern die sogenannte Karlsbader Flasche, ein gebogenes, flaches Gefäß aus Metall, das, mit heißem Wasser gefüllt, auf einen feuchten Umschlag gelegt und mit einem Flanelltuch bedeckt, lange Zeit die Wärme zurückhält. Nachts Prießnitzumschläge.

Diät: Zunächst nur Milch oder, wo diese fehlt, als Getränk Pfefferminztee, Schleimsuppen mit reichlich Butter, aber ohne Salz, weich gekochte Eier.

Sobald die spontanen Schmerzen nachgelassen, die Schmerzzone (nachgewiesen durch direkte Perkussion) sich verkleinert hat: Kekse, Zwieback, durchgeschlagene Kartoffelsuppe, Kartoffelbrei mit reichlich Butter.

Bei einem frischen frühdiagnostizierten Geschwür wird dieses zweite Stadium viel schneller eintreten als bei einem chronisch-indurierten oder gar penetrierten Ulcus. Die radiäre Verkleinerung der Schmerzzone, die bei einem frischen Ulcus oft schon wenige Tage nach Beginn der Kur zu konstatieren ist, darf natürlich nicht auf eine Heilung der Geschwürsfläche zurückgeführt werden, die so schnell nicht erfolgen kann und a priori auszuschließen ist. Wir müssen vielmehr diese Verkleinerung auf den Rückgang der reaktiven Entzündung zurückführen, welche besonders das frische Ulcus umgibt und sich auch im mikroskopischen Präparat als eine mehr oder minder beträchtliche kleinzellige Infiltration der Interstitien erkennen läßt.

Von da ab ändert sich selbst bei einem frischen Ulcus, auch während einer wirksamen Kur, die Schmerzzone nur ganz allmählich, aber sie wird stetig kleiner, um je nach der Intensität der Erkrankung und der Größe und Tiefe des Geschwürs und seinem sonstigen anatomischen Charakter allmählich ganz zu verschwinden. Dann hat sich entweder auf dem Grunde des Geschwürs ein gesundes Granulationsgewebe gebildet, das sich in Bindegewebe umwandelt und durch Narbenbildung zur Heilung, aber auch zur Stenose führt, oder aber, wie es nur bei frühdiagnostizierten frischen und oberflächlichen Geschwüren möglich ist, es ist eine Ueberhäutung des Defekts eingetreten, die im Gegensatz zum Ulcus ventriculi makroskopisch nicht einmal eine Narbe zu hinterlassen braucht.

In jedem Falle wird die Perkussion des Epigastriums, die dauernd den Kurerfolg kontrolliert, nun keinen schmerzhaften Reiz mehr ausüben, und es ist für unsere Therapie der Zeitpunkt eingetreten, wo wir ungestraft unsere Kostordnung erweitern dürfen.

Das Verschwinden des spontanen Schmerzes allein beweist noch lange nicht die Heilung eines Ulcus. Ein Ulcus kann bluten und perforieren im Schmerzintervall. Es kann ganz unverändert weiterbestehen in der Schmerzperiode und außerhalb der Schmerzperiode (v. Bergmann)¹⁾. Das ist aber der große

¹⁾ M. m. W. 1913 Nr. 4.

Vorzug unserer Untersuchungsmethode, daß sie uns zu jeder Zeit der Behandlung über den wirklichen Stand der Heilung informiert. Ist die Schmerzzone auch bei sorgfältigster Perkussion als völlig verschwunden zu bezeichnen, so können wir fast mit Sicherheit annehmen, daß auch der Heilungsprozeß beendet ist, und dürfen nun zur konsistenteren Nahrung übergehen, die aber noch wochen-, in schweren Fällen sogar monatelang in Breiform verabreicht werden muß und die Magenschleimhaut weder chemisch, noch mechanisch, noch thermisch reizen darf. Ferner muß noch lange Zeit die Nahrung aus Gründen, auf die wir später bei der Ätiologie der Ulkuskrankheit noch zurückkommen werden, absolut reizlos, möglichst fleischarm und dabei doch kalorienreich sein. Es müssen ferner diejenigen Speisen sorgfältig vermieden werden, welche erfahrungsgemäß die Hyperazidität und die Hypersekretion steigern: wie Alkoholika, Kaffee, Pfeffer, Senf, Essig, überhaupt Gewürze, Obst, Kompott, Salat, Gurken, geraucherte und gepökelte Fleisch- und Fischsorten, gesäuertes Brot u. a. m.

Die Dauer der Liegekur schwankt je nach der Intensität der Erkrankung zwischen vier und sechs Wochen.

Sicherlich sind Ruhe und Diät bei der Ulkuskur die anerkannt wichtigsten Heilfaktoren, die dem Magen die motorische Arbeit erleichtern und dadurch günstigere Heilungsbedingungen für das Geschwür schaffen, wie es ja auch im gewissen Sinne durch die Gastroenterostomie erreicht werden soll, während die heißen Umschläge die Irritabilität der Magenschleimhaut dämpfen und vor allem dazu dienen sollen, den Kranken sobald als möglich schmerzfrei zu machen.

Aber neben diesen therapeutischen Maßnahmen ist auch die medikamentöse Behandlung für den Kurerfolg von höchster Bedeutung. Sie bezweckt vor allem die Herabsetzung der Azidität in der Begründung, daß der meist hyperazide Magenbrei irritierend auf die Geschwürsfläche einwirkt und spastische Kontraktionen des Magens hervorruft, die durch ihre ischämische Wirkung den Heilungsprozeß stören und die Proliferation des geschwürigen Zerfalls begünstigen.

Glaeßner¹⁾ legt nach seiner Theorie von dem Pepsin als dem wichtigsten Faktor in der Erzeugung peptischer Geschwüre das Hauptmoment seiner Therapie auf die Darreichung von Gallensäuren, die das heilungswidrige Pepsin zerstören und dadurch die peptische Kraft des Magensaftes aufheben, ohne die Säure anzugreifen. Glaeßner will, obwohl er nur auffallend kleine Mengen Natriumglycocholicum in Kapseln verabreicht, zirka 80% seiner Patienten damit beschwerdefrei gemacht haben. Auch Ehrlich²⁾ berichtet über gute Resultate der Glaeßnerschen Kur und pflegt die Leube-Liegekur erst dann anzuwenden, wenn er mit der Gallensäuretherapie nicht zum Ziele gelangt.

Solche Erfolge sollen natürlich nicht bestritten werden und sind wohl in der Hauptsache auf die gleichzeitigen diätetischen Vorschriften zurückzuführen. Denn die altbewährte Heilmethode der Neutralisierung des Magensaftes durch Alkalien muß schon deswegen der Gallensäurebehandlung überlegen sein, weil sie nicht nur, wie diese, durch Aufheben der sauren Reaktion das Pepsin unwirksam macht, sondern auch, was wohl das Wichtigste ist, auch den chemischen Reiz der Säure für die erkrankte und deswegen besonders reizbare Schleimhaut ausschaltet und dabei gleichzeitig eine raschere Entleerung der Ingesta bewirkt.

Die Behandlung mit Wismut und Eskalin ist für das Duodenalgeschwür wohl allgemein verlassen worden.

Meine medikamentöse Therapie besteht seit 20 Jahren in der Verabreichung einer säurebindenden Salzmischung von folgender Formel:

Rz. Natr. sulphur. pulv. sicc. 30,0
Natr. phosphoric. pulv. sicc. 30,0
Natr. bicarbonic. pur 40,0

M. f. pulv. d. ad. scatulam. D. S. Viermal 1 Teelöffel in einem Wein- oder heißen Wassers gelöst, vor der Nahrungsaufnahme.

Die Erfolge sind bei streng durchgeführter Kur so ausgezeichnet, daß ich in keinem Falle Veranlassung hatte, zu einem anderen Medikament meine Zuflucht zu nehmen. Ja, der größte Teil meiner Patienten hält das Magenpulver für alle Fälle bereit, um bei der geringsten Indisposition der Verdauungsorgane schon prophylaktisch, und zwar mit Erfolg, davon Gebrauch zu machen. Auch die Verwendung von narkotischen Mitteln erwies sich selbst in schweren Fällen bei dieser Therapie als unnötig.

Obwohl die stärkste Säurebildung bekanntlich erst auf der Höhe der Verdauung, also bei konsistenter Nahrung etwa 1—2 Stunden nach dem Essen eintritt, lasse ich doch die heiße Salzlösung direkt vor den Mahlzeiten trinken, weil ich die kalmierende Wirkung der heißen Flüssigkeit auf die irritierte Schleimhaut besonders hoch einschätze, da sie nicht nur antispasmodisch und damit schmerzlindernd wirkt, sondern auch indirekt durch Herabsetzung der Reizbarkeit die Säurebildung vermindert. Nur wenn dennoch nach den Mahlzeiten Beschwerden auftreten, die auf unzureichende Neutralisierung des Mageninhalts hindeuten, lasse ich auch nach dem Essen eine kleinere Dosis der heißen Salzlösung verabreichen.

Bei dem Reflexverhältnis zwischen Magen und Darm, auf welches zuerst Traube aufmerksam machte, schwindet mit der Hyperazidität und Hypersekretion auch die Obstipation, die eine häufige Klage unserer Ulkuskranken bildet, besonders schnell nach unserer neutralisierenden Salzmischung, weil diese durch ihren Gehalt an Glaubersalz (Natron sulphuricum) gleichzeitig auch eine abführende Wirkung besitzt. Die endgültige Heilung des Geschwürsprozesses bedeutet aber auch die gleichzeitige Heilung der Obstipation, weil diese nach v. Redwitz³⁾ auf die hemmende Wirkung zurückzuführen ist, welche die starke und anhaltende sensible Reizung der Magen- und Duodenalnerven auf die Dickdarmperistaltik ausübt.

Wie wir bereits hervorgehoben haben, ist mit der Heilung des Duodenalgeschwürs die Ulkusbereitschaft und damit die Neigung zu Rückfällen nicht behoben. Um das zu erreichen, müssen wir vor allem die Ätiologie der Erkrankung berücksichtigen und bei den von uns beobachteten Heilerfolgen beweisen, inwieweit gerade unsere interne diätetisch-medikamentöse Therapie den ursächlichen Momenten Rechnung trägt und diese vorübergehend oder dauernd beseitigt.

Seitdem ich dem Ulcus duodeni meine besondere Aufmerksamkeit zuwandte, war es meine Überzeugung, daß nervöse Momente auf dem Umwege über Hyperazidität und Hypersekretion, gesteigerte Peristaltik und Spasmenbildung als die grundlegende Ursache des Duodenalgeschwürs anzusprechen sind und daß bei vorhandenem Ulcus die Irritabilität des erkrankten Organs und die qualenden Schmerzen wieder eine Steigerung der nervösen Komponente hervorrufen, sodaß ein ununterbrochener Circulus vitiosus geschaffen ist, der nicht nur, wie v. Bergmann⁴⁾ annimmt, die Chronizität der Erkrankung, sondern auch ihre Periodizität begründet. Denn nur so ist auch die von anderen Autoren und schon von Moynihan konstatierte auffällige Tatsache zu erklären, daß die Ulkuskranken nicht selten während des Urlaubs, wenn sie von den täglichen Irritationen des Berufs losgelöst sind, oder während eines Aufenthalts an der See oder im Gebirge ihre Beschwerden verlieren und alle Speisen anstandslos vertragen, also eine Heilung oder doch zum mindesten ein Latenzstadium des Geschwürs eintritt. v. Bergmann war der Erste, der mit seiner Theorie vom spasmogenen Ulcus pepticum den ursächlichen Zusammenhang zwischen Nervensystem und Ulkuskrankheit wissenschaftlich zu stützen suchte auf Grund der Lehre von der „Vagotonie“, die Heß und Eppinger⁵⁾ geprägt haben.

Nach v. Bergmann zeigen alle Ulkuskranken mit wenigen Ausnahmen Störungen der Harmonie zwischen dem sympathischen und autonomen Nervensystem oder, kürzer ausgedrückt, Störungen im vegetativen Nervensystem überhaupt. Als Beweis hierfür führt er, abgesehen von den Resultaten der pharmakologischen Prüfung mit Pilocarpin, Atropin und Adrenalin, eine Reihe von Symptomen an, die fast ausnahmslos bei allen Ulkuskranken gefunden werden und mit den Symptomen völlig identisch sind, die Heß und Eppinger bei Basedow oder, besser gesagt, beim Hyperthyreoidismus konstatieren und auf dieselben nervösen Ursachen zurückführen, nämlich auf eine Reizung des autonomen oder auch des sympathischen Nervensystems, indem bald Erscheinungen der Vagotonie, bald der Sympathikotonie prävalieren:

Glanzaugen mit mehr oder weniger ausgeprägtem Exophthalmus, Blähhals, Zittern, Schwitzen und andere vasomotorische Störungen, kalte nasse Hände und Füße, Dermographie, aber auch die Hyperazidität und Hypersekretion, sowie die vermehrte Neigung zu Spasmen der Magenmuskulatur und andere Zeichen gestörter motorischer Funktionen, die auf Veränderungen im vegetativen Nervensystem zurückzuführen sind.

Wir sehen also, daß auf dem Boden der klinisch und pharmakologisch umgrenzten Labilität des vegetativen Nervensystems je nach Art und Ort der physischen oder psychischen Reize zwei klinisch völlig differente Erkrankungen sich entwickeln können: das Ulcus duodeni und die Basedowsche Krankheit.

Wie auf Grund der Störungen im vegetativen Nervensystem durch die spastische Disposition des Magens und Duodenums und die dadurch bedingte Ischämie der Schleimhaut, durch Hyperazidität und Hypersekretion ein Ulcus sich entwickelt und im Circulus vitiosus dieser Erscheinungen auch seine Chronizität zu erklären ist, hat v. Bergmann in seiner Lehre vom spasmogenen Ulcus pepticum überzeugend dargelegt und so den Beweis erbracht, daß funktionelle Störungen zu anatomisch greifbaren Läsionen führen können.

Ein ähnlicher Circulus vitiosus bedingt nach Oswald⁶⁾ den Morbus Basedow. Nach ihm ist die Schilddrüse als Multiplikator in das lädierte vegetative Nervensystem eingeschaltet. Seine erhöhte Reizbarkeit ruft eine stärkere Durchblutung und Anschwellung der Schilddrüse und dadurch verstärkte Ausschüttung eines Sekrets hervor, das seinerseits wiederum die Reizbarkeit des erkrankten Nervensystems steigert. Diesen Circulus vitiosus hat die chirurgische Behandlung des Basedow durch operative Verklei-

¹⁾ D. Ulcus duodeni. Halle 1916. — ²⁾ l. c.

³⁾ D. m. W. 1919 Nr. 34. — ⁴⁾ M. m. W. 1913 Nr. 4. — ⁵⁾ Die Vagotonie. Berlin 1910. — ⁶⁾ M. m. W. 1915 Nr. 27.

nerung der Schilddrüse wirksam unterbrechen. In gleicher Weise sucht v. Bergmann den vom vegetativen Nervensystem ausgehenden Circulus vitiosus, der die ätiologische Grundlage der Ulkuserkrankung bildet, dadurch auszuschalten, daß er mittelst Atropin die Endapparate des parasympathischen Nervensystems lähmt.

Auf Grund dieser Theorie stellt v. Bergmann die bestimmte Forderung auf, jede diätetische Ulkuskur mit einer lange fortgesetzten systematischen Atropinkur zu verbinden.

Atropin hatte bereits v. Tabor¹⁾, bis zu Dosen von 3 mg und darüber pro die subkutan injiziert, in besonders schweren Ulkusfällen mit der Begründung empfohlen, daß es, wie kein anderes Mittel, durch Ruhigstellung des Magens, Beseitigung der Hyperazidität und Hypersekretion sowie der Pylorusspasmen die Schmerzen beseitige, die Heilung fördere und dabei nur ganz geringe Nebenwirkungen im Gefolge habe.

Nach meinen Erfahrungen kann ich gerade die letzte Beobachtung v. Taboras nicht bestätigen. Meist verweigern die Patienten wegen unerträglicher Trockenheit im Halse und quälendem Durst und der beängstigenden Störung die Fortsetzung der Kur, ja, sie erwiesen sich sogar, was wohl bei der abnorm gesteigerten Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems erklärlich, so empfindlich gegen dieses Nervengift, daß schon Extractum Belladonnae 0,03 pro die dieselben unangenehmen Wirkungen hervorrief. Trotzdem ist an der Wirksamkeit dieser Therapie nicht zu zweifeln, mit der auch eine Reihe anderer Autoren (Ploos von Amstel²⁾, Schütz³⁾ und andere) glänzende Erfolge erzielt hat.

v. Bergmann⁴⁾ weist auf den Wert einer Kombination der Atropinbehandlung mit einer Alkalikur und rein vegetabilischer, kalorienreicher Kostform hin, ein Beweis, daß die Atropinkur doch nur eine Zeitlang durchgeführt werden kann und allein nicht genügt, die Störungen des vegetativen Nervensystems als den Grund der Ulkuserkrankung dauernd zu beseitigen.

Die glänzenden Erfolge, die von mir seit mehr als zwanzig Jahren in weit über 100 gut und lange genug beobachteten Fällen von Ulcus duodeni erzielt wurden und trotz der bei keiner Therapie fehlenden Rückfälle in der überwiegenden Mehrzahl schließlich als Dauererfolge bezeichnet werden können, sind ein Beweis, daß die von mir erprobte Therapie nicht nur als eine symptomatische, sondern auch als eine kausale betrachtet werden muß, die nicht nur durch lokale chemische Beeinflussung der sekretorischen und motorischen Störungen des Magens und Duodenums die Heilung der Geschwüre fördert, sondern auch auf die Uebererregbarkeit des vegetativen Nervensystems einen günstigen Einfluß ausübt, und zwar schreibe ich diese neurotrope Wirkung unserer Kur neben der kalorienreichen, in der Hauptsache lakto-vegetabilischen Ernährung, dem Natrium phosphoricum zu, welches einen integrierenden Bestandteil der von mir schon seit 20 Jahren in allen Fällen verordneten Salzmischung bildet.

Kocher, der Vorkämpfer der chirurgischen Basedowtherapie, empfiehlt auf Grund seiner reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete als einzig wirksame interne Therapie ebenfalls lakto-vegetabilische Kost und als Medikament „vor allem die Behandlung mit Phosphaten“⁵⁾.

In der allerjüngsten Zeit hat Emden⁶⁾ Natrium phosphoricum auf Grund exakter physiologischer Untersuchungen als ein Mittel empfohlen, das nicht nur eine Steigerung der muskulären Leistungsfähigkeit hervorruft, sondern auch eine belebende und erfrischende Wirkung auf das Nervensystem ausübt. Diese beiden, auf ganz verschiedenen Gebieten gewonnenen Erfahrungen machen uns die neurotrope Wirkung des Natrium phosphoricum mehr als wahrscheinlich, zumal auch unsere zahlreichen günstigen Heilerfolge darauf hindeuten, daß dieses Phosphat nicht nur lokale und symptomatische Wirkung auf die Hyperazidität besitzt, sondern auch einen sedativen und regulierenden Einfluß auf das vegetative Nervensystem ausübt.

Selbstverständlich genügen alle diese Beobachtungen keineswegs, die Wirksamkeit und klinische Brauchbarkeit dieser Substanz fest zu umgrenzen, insbesondere ihren Einfluß auf die Störungen des vegetativen Nervensystems festzulegen. Aber da bisher nur günstige Erfahrungen über dieses Mittel vorliegen, die auf klinischem wie auf physiologischem Gebiete gesammelt sind, und unangenehme Nebenwirkungen völlig fehlen, so erscheint die Forderung gerechtfertigt, weitere Heilversuche mit diesem Mittel bei Störungen des Nervensystems und insbesondere beim Ulcus duodeni anzustellen. Denn die bisher geübte interne wie chirurgische Therapie weist, besonders was die Dauerheilung anbetrifft, zahlreiche Mißerfolge auf. Selbstverständlich muß neben der diätetischen Behandlung auch die medikamentöse, mit Natrium phosphoricum⁷⁾ auch nach Heilung des Geschwürs noch lange Zeit fortgesetzt werden, wenn Rückfälle verhütet und die Heilungen dauernde bleiben sollen.

Schlußfolgerungen. Es kann und muß die Frühdiagnose des Duodenalgeschwürs gestellt werden, die in den meisten Fällen eine Heilung durch interne medikamentös-diätetische Behandlung sichert.

Die chirurgische Behandlung ist in ihren Erfolgen unsicher und soll auf die Komplikationen (Perforation, Stenose) beschränkt bleiben

und auf solche schweren Erkrankungen, gegen welche die interne Therapie wirkungslos ist.

Jede interne Therapie muß die Grundursache der Krankheit, die Läsion des vegetativen Nervensystems, berücksichtigen (Atropin, Phosphat, lakto-vegetabilische Kost) und deswegen auch nach Heilung des Geschwürs noch lange Zeit fortgesetzt werden.

¹⁾ D. m. W. 1908 Nr. 38. — ²⁾ J. c. — ³⁾ W. kl. W. 1914. — ⁴⁾ M. m. W. 1913 Nr. 4. — ⁵⁾ Kongr. f. i. M. München 1906. — ⁶⁾ M. Kl. 1919 Nr. 30. — ⁷⁾ Emden empfiehlt 5 g Natr. phosph. morgens nüchtern in heißem Wasser aufgelöst.