Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen

B.	Bruno	Thom
----	-------	------

Berlin

Der duodenalen Regurgitation könnte in der Pathogenese der Gastro-Duodenitis sowohl wie in der des Magen-Zwölffingerdarm-geschwürs nur dann eine entscheidende Rolle zugebilligt werden, wenn zuvor die Bedeutung des Magensaftes für die Entstehung der Gastroduodenitis und der Entwicklung zur Geschwürsbildung feststünde. Hier liegt das Problem und nicht in der duodenalen Regurgitation.

Von einer Störung der Regurgitation würde auch ich selbst-verständlich schon dann sprechen, wenn „Galle nicht in zeit-gerechten Abständen und in entsprechender Menge in den Magen gelangt“. Gerade diese Untersuchungen sind trotz meines großen Materials mehrmals wiederholt, so daß der Zufallsbefund einer Untersuchung nicht in Betracht kommt.

Thom, Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen. 99

Csáki sieht nun nicht in dem Alkaliegehalt des rückfließenden Darmsaftes, sondern in der antipeptischen Wirkung der Galle die entscheidende Wichtigkeit der duodenalen Regurgitation. Er übersieht dabei aber, daß man dann in weit größerem Maße als der duodenalen Regurgitation der Schleimabsonderung der Pylorusdrüsen eine antipeptische Wirkung zuschreiben müßte. Schleim wird in großen Mengen sezerniert und könnte als Schleimhautschutz eine viel größere Rolle spielen als die Galle. Hierauf haben in letzter Zeit auch Dienst, Goldberg und Leriche hingewiesen.

Eine Behauptung, daß die duodenale Regurgitation, wenn sie wichtig wäre, auch in der chirurgischen Technik berücksichtigt werden müßte, ist von mir gar nicht aufgestellt worden. Bei vorderer Gastroenterostomie mit Braun'scher Anastomose sowohl wie bei Roux'scher Gastroenterostomie fließt weniger Darmsaft in den Magen als bei hinterer, da er vorher in den abführenden Darmschenkel abgeleitet wird. Trotzdem, so habe ich in meiner Arbeit angegeben, kommt das Ulkusrezidiv bzw. das Jejunululkus dabei nicht häufiger vor als nach der hinteren Gastroenterostomie, bei der am meisten Darmsaft in den Magen geleitet wird (vgl. Redwitz und Fuß u. a.). Abgesehen davon sind die Erfolge der Gastroenterostomie so schlecht, daß sie nur in Ausnahmefällen geübt werden darf. Nicht umsonst spricht man von der „Gastroenterostomie als Krankheit“. Bergmann sagt, er hätte sich nicht überzeugen können, daß die Gastroenterostomie bei Ulkus ohne organische Pylorusstenose mehr leistet wie die innere Therapie, und die Rezidivbeschwerden auch ohne Ulcus jejuni pepticum erscheinen ihm weit häufiger als nach den großen Resektionen. Hiermit stimmen alle großen modernen Statistiken überein.

Nur dann, wenn bei richtiger Indikation (Abschnitt: Chirurgische Therapie) durch eine radikale Resektion nach einer der Bizzroia-Methoden das Ulkus mitsamt dem ganzen kranken Schleimhautgewebe entfernt wird, kann einem Ulkusrezidiv bzw. den gastritischen Beschwerden am ehesten vorgebeugt werden. Bei der chirurgischen Therapie kommt es nicht darauf an, reichlichen Zufluß der duodenalen Flüssigkeit zu erzielen, sondern krankes irreparables Gewebe zu

entfernen und bei Stenosen den Abfluß zu ermöglichen. Das kann nach den Arbeiten von v. Haberers, Konjeznys, Wankes und den eigenen Erfahrungen keinem Zweifel mehr unterliegen.

7 *