

PHYSIOTHERAPIE IN EINZELDARSTELLUNGEN · BAND 1

PHYSIOTHERAPIE UND GASTROENTERON

THERAPIEGERICHTETE MODELLBILDUNG
IN DER HEUTIGEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

P. VOGLER / D. G. R. FINDEISEN



JOHANN AMBROSIUS BARTH · VERLAG · LEIPZIG 1964

PHYSIOTHERAPIE IN EINZELDARSTELLUNGEN BAND 1

PHYSIOTHERAPIE IN EINZELDARSTELLUNGEN

IN GEMEINSCHAFT MIT

F. LENOCH

Prag

H. PFLEIDERER

Kiel

A. N. OBROSSOW

Moskau

HERAUSGEGEBEN VON

P. VOGLER

Berlin

D. G. R. FINDEISEN

Berlin

Band 1

PHYSIOTHERAPIE UND GASTROENTERON



1964

JOHANN AMBROSIUS BARTH · VERLAG · LEIPZIG

PHYSIOTHERAPIE UND GASTROENTERON

THERAPIEGERICHTETE MODELLBILDUNG
IN DER HEUTIGEN MEDIZIN

VORTRÄGE DES 3. KONGRESSES
DER GESELLSCHAFT FÜR PHYSIOTHERAPIE DER DDR
1962 IN BAD HEILIGENDAMM

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR. P. VOGLER UND DOZ. DR. D. G. R. FINDEISEN

Direktor

Oberarzt

Universitätsklinik für Physiotherapie der Charité Berlin

Mit 53 Abbildungen im Text



1 9 6 4

JOHANN AMBROSIUS BARTH · VERLAG · LEIPZIG

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdruckes,
der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten

Copyright 1964 by Johann Ambrosius Barth, Leipzig

Printed in Germany

Satz und Druck von Oswald Schmidt KG, Leipzig III-18-65

Lizenz-Nr. 285/125/89/63

Geleitwort

Die Herausgabe einer Sammelreihe, die sich mit Einzeldarstellungen aus dem Gebiet der Physiotherapie befaßt, entspricht dem wissenschaftlichen und praktischen Bedürfnis eines Interessenkreises von klinisch, poliklinisch und im Kur- und Bäderwesen tätigen Ärzten, von Dozenten und in zunehmendem Maße auch von Medizinstudenten.

Heute wird als Ziel der Physiotherapie mehr und mehr nicht allein die Änderung von Einzelbefunden gesehen, sondern die Wiederherstellung der vollen funktionellen Leistungsfähigkeit. Hauptanliegen neuer Physiotherapie kann daher nicht die lineare Zuordnung einzelner apparativer oder nichtapparativer Behandlungsverfahren oder örtlicher natürlicher Heilmittel zu Krankheitsdiagnosen sein entsprechend einer nur auf Ersatzleistung abgestellten oder rein palliativ ausgerichteten Therapie mit ihren bekannten, oft folgenschweren Kurzschlußindikationen. Vielmehr ergeben sich Behandlungsplan und Einzelverordnung bei jedem Krankheitsgeschehen aus der Analyse der beteiligten Funktionskreise und der Beurteilung aller Gewebe.

Wir definieren Krankheit heute als teilweises oder völliges Darniederliegen von Funktion. Phasengerechte Physiotherapie mit dem Ziel des Wiederaufbaues gestörter Funktion folgt keinem starren Dogma, noch kann sie Therapie um eines therapeutischen Prinzips willen sein. Mit der jeweils aussichtsreichsten Methodik greift phasengerechte Physiotherapie an den gestörten Funktionskreisen und Geweben an unter kritischer Wertung damit gekoppelter Bereiche.

Die „Einzeldarstellungen“ sollen in gleicher Weise zur Mehrung unserer Kenntnis von den natürlichen Heilvorgängen beitragen wie zu deren systematischer therapeutischer Unterstützung, zu wissenschaftlich begründetem Ansatz und zur Begrenzung von Physiotherapie. Darüber hinaus ist ihr Anliegen ein Beitrag zur Schaffung einer eigentlichen Lehre von der Funktion für Klinik und Praxis. Bekanntlich mangelt es in Anbetracht einer Fülle von chemischen und physikalischen Einzeldaten noch immer an einer die Zusammenschau vermittelnden Funktionslehre, die an Stelle eines gegen diese oder jene Störung gerichteten (und nicht selten einen interferierenden Funktionskreis schädigenden) Medikaments etwas für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit auszusagen und zu verordnen vermag. Wir dienen damit einer Medizin, die neben unumgänglicher analytischer Tätigkeit auch von Kunstfertigkeit und dem Gestaltungsvermögen des Arztes getragen ist. Sie weiß sich den Modellen des Vegetativums und der Funktionskreise von W. R. HESS und F. HOFF sowie der Ubiquität der Auswirkung im Nervensystem (W. SCHEIDT) in gleicher Weise verwandt wie der Lehre vom Ausgleich durch das Großhirn und von den interorezeptiven Reflexen I. P. PAWLOWS und K. M. BYKOWS; sie basiert schließlich auf der Allgemeinen Systemtheorie L. v. BERTALANFFYS, auf der Regeltechnik und der von N. WIENER begründeten Kybernetik. Diese stellt für uns als neue theoretische Grundlegung die

Weiterentwicklung dialektischer Gesetzmäßigkeiten dar. Durch die von der Kybernetik vorgenommene Abstraktion kann das Wesen bereits bekannter Erscheinungen im organismischen Bereich besser erfaßt und therapeutisch ausgewertet werden. Daraus ergibt sich die große methodologische Bedeutung der Kybernetik nicht allein für die Physiotherapie und für die Gesamtmedizin, sondern für das Zusammenwirken von Wissenschaft überhaupt.

„Physiotherapie in Einzeldarstellungen“ wendet sich somit an den um wahren und dauerhaften medizinischen Fortschritt bemühten Wissenschaftler und an den nachdenkenden Praktiker. Wir meinen auch, daß erst der Arzt, der durch Analyse der Lebensgewohnheiten seines Patienten die gestörten Grundfunktionen (Schlaf, Wärmehaushalt, Atmung, Haut und Schleimhaut, Menstruation) und die hier wurzelnde Prä-morbidität zu heilen vermag, der also die medizinischen Belange des Alltags meistern lernte, die Forderung der Medizin unserer Tage zu erfüllen vermag: Die Akzentverschiebung von der Wiederherstellung der Gesundheit auf deren Förderung und Erhaltung, die weitgehende Ablösung der Therapie durch individuelle Prophylaxe.

P. VOGLER

D. G. R. FINDEISEN

Vorwort zu Band I

Mit dem vorliegenden Band I „Physiotherapie und Gastroenteron“ wird seitens des Fachgebietes Physiotherapie der Versuch unternommen, zu Fragen einer therapiegerichteten Modellbildung in der heutigen Medizin Stellung zu nehmen. Ausgehend von früher beim Ulkus entwickelten linear-kausalen Theorien wird als Antithese zum mechanisch-materialistischen Vorgehen und begrenzter kartesischer Naturwissenschaft die Notwendigkeit unterstrichen, kybernetische Modelle zu den Funktionen des Magen-Darm-Traktes zu erarbeiten.

Die hier in Zusammenarbeit mit Gastroenterologen, Physiologen, Pathophysiologen, Endokrinologen, Röntgenologen, Anthropologen, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten aus beiden deutschen Staaten und dem Ausland unternommene Versuch kann naturgemäß nur als ein erster kleiner Vorstoß in ein großes, verheißungsvolles Neuland aufgefaßt werden. Aber hierbei zeigte sich bereits, daß vieles von unseren bisherigen Vorstellungen revidiert werden muß; manches erscheint schon jetzt in einem besseren Licht.

Die Herausgeber danken an dieser Stelle noch einmal allen Mitwirkenden; ihr Dank gilt auch dem Verlag J. A. Barth, Leipzig, für seine vorzügliche Arbeit bei der Drucklegung vorliegenden Berichtes.

P. VOGLER

D. G. R. FINDEISEN

Inhaltsverzeichnis

I. Grundsatzreferate: Das Gastroenteron als funktionelle Einheit

Die Eignung neuerer Modelle zur Begründung kausaltherapeutischen Vorgehens im Gastroenteron. Mit 3 Abbildungen. Von P. VOGLER (Berlin)	11
Kybernetische Aspekte in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung des Magen-Darm-Systems. Mit 14 Abbildungen. Von H. DRISCHEL (Leipzig)	30
Zur Entwicklung der Verdauungsfunktionen in der Phylogenese. Von G. MISGELD (Berlin) .	47
Das Gastroenteron als Erfolgsorgan. Von W. SCHEIDT (Hamburg)	56
Organspezifität oder organismische Integration psychischer Einflüsse am Gastroenteron. Von G. KLUMBIES (Jena)	63
Von der Headschen Lehre abweichende Schmerzprojektionen aus dem Gastroenteron. Mit 8 Abbildungen. Von F. RENGER (Berlin)	72
Systemreaktion des Gastroenterons auf allergische Noxen. Mit 2 Abbildungen. Von D. G. R. FINDEISEN (Berlin)	79
Meteorotrope Einflüsse auf das Gastroenteron. Mit 2 Abbildungen. Von G. HENTSCHEL (Berlin-Buch)	86

II. Klinische Beispiele für die funktionelle Einheit

Gastro-vegetative Steuerungsvorgänge am Beispiel des peptischen Ulkus. Von G. HOLLER (Wien)	93
Zusammenhänge zwischen Stress, Nervensystem und Magengeschwür. Mit 3 Abbildungen. Von M. FÓTI und J. HIDEG (Budapest)	102
Über pathogene Wechselbeziehungen zwischen der Ulkuskrankheit und den funktionellen und strukturellen Läsionen der Leber. Von A. NANA, C. MIRCIOIU, E. NEUMANN, C. STROILĂ, C. PANĂ und C. CIOBÎCĂ (Cluj)	112
Funktionsstörungen der Gallenblase in Korrelation zu den Magen-Darm-Erkrankungen, speziell am Beispiel der chronischen Appendizitis. Von G. GIPPERICH (Wien)	121
Zur Klinik der chronisch-rezidivierenden Pankreatitis. Mit 5 Abbildungen. Von H. A. HEINSEN (Zeven-Hannover)	125
Über die Pathogenese der Enddarmkrankungen. Mit 7 Abbildungen. Von K. HEINKEL (Erlangen)	135
Über die Beziehungen zwischen Darmdysbakterien und einigen Erkrankungen des Gastroenterons mit saisonmäßigem Verlauf. Von W. MICHALOW (Sofia)	144
Die Rolle der Kreislaufprovinz Abdomen in der Dekompensation. Von H. KLINGLER-MANDIG (Berlin)	153
Das Innenrelief des Magen-Darm-Kanals bei geordneten und gestörten Funktionsabläufen (zugleich ein Beitrag zur röntgenologischen Funktionsdiagnostik am Gastrointestinaltrakt). Von J. PFEIFFER (Leipzig)	159

III. Therapie

Angriffspunkte abdomineller Ordnungstherapie. Von J. CAMRATH (Mahlow-Berlin)	166
Die klinische Therapie des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs in Abhängigkeit von den individuellen pathogenetischen Bedingungen. Mit 5 Abbildungen. Von H. KRAUSS (Berlin-Buch)	174
Die Auswirkungen von Wärmehaushaltsstörungen am Gastroenteron. Mit 4 Abbildungen. Von J. C. CORDES (Bad Lausick)	185
Die diätetische Therapie der Darmerkrankungen. Von H. EDEL (Dresden)	196
Prophylaktische Konsequenzen bei Leberkranken. Von H. TAESCHNER (Bad Berka)	204
Trinkkuren und Elektrolytstoffwechsel. Von H. JORDAN (Bad Elster)	209
Möglichkeiten der Rehabilitation des Ulkuskranken. Von F. BERNATECK (Graal-Müritz)	214
Verzeichnis der Mitwirkenden	217
Sachverzeichnis	218

I. Grundsatzreferate: Das Gastroenteron als funktionelle Einheit

Die Eignung neuerer Modelle zur Begründung kausalthérapeutischen Vorgehens im Gastroenteron

Von P. VOGLER

*Aus der Universitätsklinik für Physiotherapie der Charité Berlin
(Direktor: Prof. Dr. P. Vogler)*

Mit 3 Abbildungen

Wir alle gebrauchen eigentlich ununterbrochen, sei es in der Visite, in der Vorlesung, in unseren Disputationen oder auch im Ansatz des Experimentes, Modellvorstellungen. Das Modell soll vereinfachen und zusammenfassen, soll eine schnelle Erörterung ermöglichen und dabei gleichzeitig einen ganzen Komplex von Vorstellungen, Erfahrungen und Hypothesen aufleuchten lassen; es macht die Ordnung großer Stoffgebiete überhaupt erst möglich. Die Vereinfachung kann konkret oder abstrakt sein. Das Modell ist so gut wie niemals vollständig und vollständig adäquat dem Sachverhalt. Es hebt eben diejenigen Komponenten hervor, die zur Erklärung des betreffenden Sachverhaltes als wesentlich angesehen werden, in eine bestimmte Beziehung gebracht und zur Diskussion gestellt sein sollen.

Trotz seiner Vereinfachung besitzt das Modell Wirklichkeitscharakter. Ein Teil des Wesens des betreffenden Phänomens ist zumindest darin eingegangen, wenn auch der Wirklichkeitsgehalt entschieden geringer ist als in einer Theorie, die systematisch den Sachverhalt aufrollt. Der Mensch abstrahiert das Modell. Die Konstruktion eines Modells enthält analytische und synthetische Handlungen. Modelle können richtig, verzerrt oder falsch sein, je nachdem wieviel von der Realität sie einfangen. Ein Modell enthält die Potenz zur Extrapolierung. Ein Vergleich der extrapolierten Aussagen, etwa mit den klinischen Beobachtungen oder den experimentellen Ergebnissen am Ausgangsobjekt bildet das Kriterium für die Güte des Modells, für seine Brauchbarkeit oder Unbrauchbarkeit.

Für unsere Untersuchung wollen wir unterscheiden zwischen Modellen, die eine möglichst vollständige Erfassung des vorhandenen Sachverhaltes sich zum Ziel setzen, und solchen, die die größtmögliche Vereinfachung des Sachverhaltes anstreben. Jedes Modell versucht im Grunde beides. Es handelt sich hier um ein typisches Maximalproblem; größtmögliche Vollständigkeit und gleichzeitig Vereinfachung lassen sich eben nur durch Kompromisse in der einen oder anderen Richtung erreichen, und unsere Einteilung besagt also nur etwas darüber, in welcher Richtung der Kompromiß liegt, ob in Richtung der Vereinfachung oder in Richtung der Vollständigkeit.

Dann wollen wir weiter unterscheiden die dialektische Leistung eines Modells und seine therapeutische Leistung. Die größte dialektische Leistung braucht nicht immer

bei den vollständigen Modellen zu liegen, auch die Vereinfachung kann manchmal Gesichtspunkte in die Diskussion bringen, die sonst in ihrer Wertigkeit zurückgetreten wären. Die therapeutische Leistung eines Modells endlich hängt sehr davon ab, ob die klinisch-phänomenologische Bewertung der einzelnen Komponenten des Modells, das Gewicht der einzelnen Faktoren, die Herausschälung der therapeutischen Ansatzpunkte klar genug herausgebracht sind.

Wir hatten uns entschlossen, bei den Grundlagenerörterungen dieses Tages immer das Ulkus des Magens und Duodenums als Beispiel zu nehmen, ganz gleichgültig, von welcher Disziplin oder von welchen Gesichtspunkten aus der Vortragende das Thema angeht.

Ulkus, Ulkuskrankheit

Es ist zu unterscheiden zwischen Ulkus und Ulkuskrankheit. Das einzelne Ulkus heilt in der Regel mühelos ab, wenn man den Patienten aus seiner Umgebung herausnimmt und bei irgendeiner nicht gerade unsinnigen Diät zur Ruhe bringt. Das therapeutische Problem beginnt bei den 70% Rezidiven, die jede Ulkustherapie so sehr fragwürdig erscheinen lassen. So muß die Analyse über das einzelne Ulkus (und die einzelne Gastritis) hinausgreifen und die Ulkuskrankheit in ihrer besonderen jeweiligen Pathogenese erklären, um den einzelnen Patienten dauernd beschwerdefrei und berufsfähig zu machen und damit auch größere Schäden für die Sozietät zu vermeiden.

Ausgangspunkt für eine solche Analyse kann nicht die ephemere Meinungsbildung über das Ulkus sein, wie sie, gestützt auf irgendeine neue Arbeit, in der medizinischen Tagespresse alle Vierteljahre auftaucht. Die wesentlichen Arbeitshypothesen, nach denen die Klinik in den letzten Jahrzehnten geforscht und therapiert hat, müssen gegenwärtig sein. An den pathogenetischen Modellen des Ulkus könnte man (wie übrigens in jedem anderen Kapitel der Medizin) die geistesgeschichtliche Entwicklung des letzten halben Jahrhunderts aufzeigen, angefangen von den rein mechanischen Modellen (Rauhfutter-Gastritis) bis zu den letzten neuralpathologischen Konzeptionen.

Ich darf hier zunächst an einige linear-kausale Modelle erinnern. Es ist interessant, wie noch ASCHOFF eine kausal-mechanische Theorie der Ulkulentstehung formulieren konnte mit der Anschauung, daß harte Speisen die Magenschleimhaut aufritzen. Später sah dann BÜCHNER in dem salzsauren Pepsin die ausschließliche Ursache für die Entstehung des Magengeschwürs, während doch die Nüchternsekretion keinem gesunden Magen schadet. Ein „überwertiger“ Magensaft wurde niemals so recht verifiziert, Hyperazidität konnte nicht die alleinige Ursache des Geschwürs sein. Immerhin blieb bestehen: Die Pepsin-Salzsäure daunt eine geschädigte Magenwand an; der peptische Faktor beim Ulkus steht heute außer Zweifel. Aber wie wird die Schädigung der Magen- oder Duodenalwand vorbereitet? Welches sind die Voraussetzungen für eine Andauung durch die Pepsin-Salzsäure? Hier verhalf erst GUSTAV VON BERGMANN zu einer Anschauung von Gastritis und Ulkus, die einigermaßen befriedigte. Eine umfassende Konzeption war zu jener Zeit um so notwendiger, als viele Phänomene: Der Erbcharakter von Ulkus und Gastritis, die Periodizität, das Sistieren der Beschwerden prompt nach der Einlieferung ins Krankenhaus und nach allen möglichen Eingriffen eine Erklärung forderten, die mit eingeleisigen Vorstellungen nicht gegeben werden konnte.

Das VON BERGMANNsche Modell der Ulkulentstehung erfuhr mannigfache Modifizierung von seinem Debüt im Jahre 1913 bis zu den Formulierungen, die ihm VON BERGMANN selbst in den späteren Handbüchern gab; es wurde umfassender. Um zu befriedigenden Erklärungen der erwähnten Tatsachen zu kommen, mußte das Ulkus aus seiner Charakterisierung als lokale Erkrankung herausgehoben werden. VON BERGMANN präziserte schließlich, daß neuromotorische, neurosensible, neurosekretorische und neurotrophische Störungen an irgendeinem Teil der Magenwand das Gelände vorbereiten für die Andauung durch Pepsin-Salzsäure.

Es fiel nicht schwer, durch Untersuchungen am Innenrelief des Magens diese Störungen festzustellen. Das Röntgenbild, nach der Weiterentwicklung zur Schleimhautaufnahme in jener Zeit schon hervorragend leistungsfähig, bot dazu ebenso die Möglichkeit wie die chemische Untersuchung des Magensaftes und die in der Entwicklung begriffene Gastroskopie. Der Weg zur Einsichtnahme in die Arbeit des Vegetativums, z. B. durch die Bauchfenstermethode, war gebahnt, die einzelnen vegetativen Funktionskreise wurden herausgearbeitet.

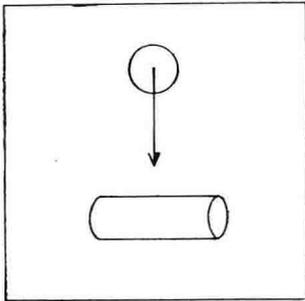


Abb. 1. Linear-kausales Modell

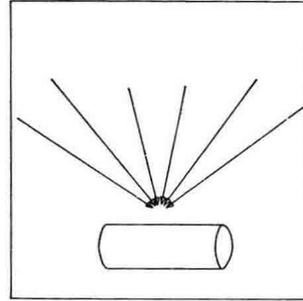


Abb. 2. Mehrlinienmodell

Später als VON BERGMANN entwickelte der Hamburger Chirurg KONJETZNY seine Ulkustheorie: Er sah frischoperierte Mägen und fand dort ausnahmslos eine Gastritis der tiefen Schichten. Die Befunde KONJETZNYS, von allen Seiten bestätigt, machten es nötig, diese Gastritis in die Pathogenese des Ulkus einzubeziehen. Die Entzündung beginnt in den tiefen Schichten und greift schließlich auf die Schleimhautoberfläche über. Die hierdurch entstehenden Erosionen erweitern sich allmählich zu ulzerösen Gewebsdefekten, auch ohne peptische Einwirkung des Magensaftes.

Die ASCHOFFschen und auch die BÜCHNERSchen Anschauungen über die Pathogenese des Ulkus können wir als linear-kausale Modelle bezeichnen, ein Schema zeigt Abb. 1. Solche linear-kausalen Modelle führen in der logischen Entwicklung der Therapie auch zu einer linear-kausalen Therapie, also z. B. zu Neutralisierungsversuchen der überschüssigen Magensäure, gegebenenfalls zur Substituierung.

Demgegenüber ist schon das VON BERGMANNsche Modell ein Mehrlinienmodell (vgl. Abb. 2), wenn es auch neuralpathologisch zusammengefaßt erscheint. Die neuralgesteuerte Sekretion, die neuralgesteuerte Motilität, Sensibilität und Trophik wird angesprochen und in jedem einzelnen dieser vier neuralen Gebiete fließt jeweils schon eine Gruppe verursachender Mechanismen zusammen. Auch das KONJETZNY-

sche Modell ist insofern ein Mehrlinienmodell, als sämtliche Reihen, die uns aus der Pathogenese der Gastritis bekannt sind, in die Pathogenese des Ulkus mit hineingenommen werden müssen, also z. B. die Gastritis ex ingestis, die Ausscheidungs-gastritis, die allergische Gastritis, die aus der Nachbarschaft fortgeleitete Gastritis, die psychisch unterhaltene Gastritis usw.

Aus einer späteren Periode sind dann noch zwei weitere linear-kausale Modelle zu erwähnen, wenn sie auch klinische Bedeutsamkeit kaum erlangt haben, das Modell HOCHREINS vom Gefäßspasmeninfarkt, von der Arbeitsangina des Magens, also die Wirkungsreihe Anoxämie – Schmerz – „Infarkt“ mit der darauffolgenden peptischen Andauung, und das STRESS-Modell: Stress – ACTH – NNR – überschießende DOCA-Reaktion – Ulkus (entgleiste Adaptation). Zugrunde lagen experimentelle Befunde mit DOCA. Dieses Modell kommt aus ganz extrem experimentellen Bedingungen und ist klinisch sicher nur wenig bedeutungsvoll, da die DOCA-Reaktion nicht in diesem Maße wahrscheinlich ist (vgl. MARTINI 1954).

Sehr bekannt geworden sind dann wieder die linear-kausalen Modelle der Psychogenese, der Tiefenpsychologie und der Psychologie. Sie sind sehr variant aufgestellt und lauten in jeder Schule anders. Da sie aber das gemeinsam haben, daß sie die Psychogenese in den Vordergrund rücken bzw. verabsolutieren, so können wir sie an einem einzigen Modell erläutern. Wir wählen dazu das von SCHULZ-HENKE, weil darüber an unserer Klinik mehrfach gearbeitet worden ist. Ich erinnere an die Arbeiten von SCHWIDDER, ACHELIS, DOGS und anderen, hier liegt eine einheitliche Neurosenlehre, die SCHULZ-HENKE in einem geschlossenen Werk vorgelegt hat zugrunde, die zumindest als Arbeitshypothese sich bewährt hat und von seinen Schülern weiterentwickelt worden ist.

Danach liegt dem Ulkus eine neurotische Struktur mit Beziehungen zum Besitz-Genuß-Verhalten und spezifische, aktuelle Konfliktsituationen (Versuchungs-Versagens-Situationen) zugrunde. Der Neurotiker ist durch Ausfälle und Lücken im psychischen Verhalten charakterisiert, in diesem Fall durch eine gastrale Gehemmt-heit. Wir haben also das Schema: Frühkindliche, psychische Entwicklungsstörungen – spezifische, aktuelle Konfliktsituation – Erkrankung. Der Magen tut so, als ob er arbeite – erinnern Sie sich an die BÜCHNERsche Leersekretion –; die Reize, denen er sonst nur bei Mahlzeiten ausgesetzt ist, sind quasi dauernd vorhanden. Dazu hier nur soviel, daß solche psychogenetischen Modelle manche Erklärungsmöglichkeit für das Verschwinden der Ulkusbeschwerden im Krieg und in Gefangenschaft geben. Harte äußere Bedingungen zwingen zu einer selbstbedachten Haltung.

Wir wollen, um die Übersicht über die noch in der Diskussion stehenden Modelle für die Ulkuserkrankung zu einem Abschluß zu bringen, noch ein neuralpathologisches, vom Anthropologischen Institut der Universität Hamburg ausgearbeitetes Modell nennen, das Modell der synneurotischen Störungen nach SCHEIDT. Es befaßt sich weniger mit dem lokalen Vorgang des Ulkus, als mit der Masse und Intensität der neuralen Meldungen, die sich auf die thorakalen Segmente 6–10–11 entladen können, und deren Engramme. Magen, Duodenum, Leber, Gallenblase, Milz, Pankreas haben Anschluß an Th 6–10. Verbindungen bestehen nach Th 10–12 (Dünndarm, oberes Kolon) und nach Th 11 – L 3 Kolon sowie nach S 2 unteres Kolon und Rektum. Es fließen nun ein als Möglichkeiten der Störung: a) unmittelbare Leib-Inbildstörungen aus der Nachbarschaft (viszeroviszeral), Betriebsstörungen aus allen an-

geschlossenen unteren Abschnitten des oberen Seitenhorngebietes im Rückenmarksgrau und aus S 2, also Darmbetriebsstörungen; b) mittelbare, erlebniswirksame Körper-Inbildstörungen mit Haftung in den Segmenten Th 6–10. Das bedeutet in vollem Umfang die Einbeziehung der Psychogenese, aber auch der Stuhlgangsstörung und des von uns herausgearbeiteten abdominellen Befundes beim Ulkus.

Mit dem SCHEIDTSchen Modell sind wir bei einer neuen Modellkategorie angelangt, dem stark synthetisierenden Mehrschichtenmodell (Systemmodell, vgl. Abb. 3), das sich im Grunde schon bei dem späten VON BERGMANN ankündigt, wenn er vorauszusagen sich berechtigt glaubt, daß in einer späteren Ulkustheorie einmal gleichwertig die BÜCHNERschen Erkenntnisse, die von KONJETZNY und seine eigenen zu finden sein würden. In diesem Sinne ist das SCHEIDTSche Modell ein mehrschichtiges, indem es z. B. die Psychogenese, aber auch die Störungen entfernter Körperteile, die sämtlich an einem schwachen Punkt neural zusammenströmen, quantitativ einbezieht.

Ein weiteres solches Modell, das wir enzyklopädisch nennen können und das KATSCH und PICKERT im Handbuch der Inneren Medizin am Schluß ihrer Erörterungen über die Pathogenese des Ulkus und der Ulkuserkrankheit veröffentlicht haben, möchte ich kurz erörtern (vgl. Schema 1). Es bringt eben enzyklopädisch, fast ohne Akzente zu setzen, die Vielschichtigkeit und Komplexität

aller Faktoren zum Ausdruck. Ich habe dieses Schema für den Lehrgebrauch insoweit modifiziert, als wir einige unsererer Begriffe eingeordnet haben unter Weglassung der Punkte, die zwar zur handbuchartigen Vollständigkeit gehören würden, aber nicht entscheidend sind und die Übersichtlichkeit beeinträchtigen.

Es ist darin gezeigt, wie sich auf dem Boden der konstitutionellen Verfassung und der neurovegetativen Grundstörung, die identisch ist mit der vegetativen Betriebsstörung im Sinne von VON BERGMANN, alle weiteren Faktoren und Bedingtheiten aufbauen. Eine gerade Linie geht von der neurovegetativen Betriebsstörung über Durchblutungsrosselung oder Stase mit möglichen Lokalisationseffekten im Magen oder Duodenum, die noch nicht ganz klar sind, weiter über O₂-Mangel und Gewebsübersäuerung, Stoffwechselstörung in einem bestimmten Umfang zur Membranstörung, zum Fermentaustritt aus den Zellen, zur Ödembildung, also zu Zeichen der infiltrativen Entzündung, auf der sich schließlich der trophische, autodigestive Schaden im Grenzgebiet Mukosa-Submukosa aufpfropft und zur Ulkusbildung führt. Daneben sind Motilitätsstörungen als besondere Ausdrucksform der vegetativen Betriebsstörung sowohl Folge als auch Bedingung für neue Ulkusbildung.

An dieser Stelle werden Sie mir gestatten, den Standpunkt meiner Klinik zusammenzufassen.

GUSTAV VON BERGMANN hatte das Ulkus herausgehoben aus seiner lokalistischen Begrenzung. Er hat gezeigt: Es ist eine Erkrankung des Gesamtkörpers, verschiedene neurale Störungen bereiten es vor.

Allerdings gehen wir heute über das hinaus, was VON BERGMANN an vegetativer Störung am Geschwürsbeginn, was KONJETZNY an Entzündung an der Magenwand gesehen hat. War es schon ein Leichtes, die vegetativen Störungen in der Magen-

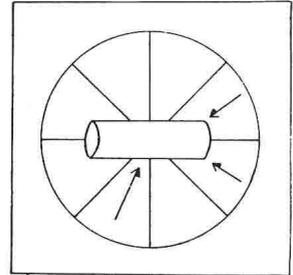


Abb. 3.
Mehrschichtenmodell

