

HIPPOKRATES

*Wissenschaftliche Medizin und praktische Heilkunde
im Fortschritt der Zeit*

35. Jahrgang 1964  Heft 11, Seite 440–442

Hippokrates-Verlag GmbH., Stuttgart

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

Sonderdruck

Arthropathien bei chronischer Pankreatitis

Von H. SCHMAUSER

Die Diagnose der chronischen Pankreatitis ist schwer. Eine kennzeichnende, leicht auffindbare Symptomatik fehlt. Da die Fermentdiagnostik nicht zureichend, Isotopenuntersuchungen der Praxis nicht allgemein zugänglich sind, haben wir uns an nachstehend aufgezählten indirekten Zeichen orientiert:

Das Hauptsymptom pflegt ein uncharakteristisches Völle- und Druckgefühl im Oberbauch zu sein. Dazu können treten: ausstrahlende Schmerzen in den Rücken, die linke Schulter, präkordial in die linke Brustwand.

Weitere Hinweise geben anamnestiche Angaben über entzündliche Prozesse an Leber- und Gallenwegen. Auch Angaben über häufiges „Magendrücken“, „Gastritis“, Magengeschwüre sind zu verwenden, mit gewisser Reserve Hinweis auf Alkoholabusus. Häufig wird Unverträglichkeit von süßen

Sachen, fetten Speisen und größeren Fleischmengen angeben. Kaffee verträgt der Pankreatiker gewöhnlich schlecht.

Der Lokalbefund bringt palpatorisch fast immer einen eindeutigen Schmerz im mittleren bis linken manchmal auch rechten Oberbauch.

Neurotopisch haben wir deutliche hyperalgetische Zonen dorsal paravertebral links D 9 – D 11, teilweise auch im linken Schultergebiet, ein sehr verlässliches Symptom.

Die Stuhlbeschaffenheit ist zerfahren, durchfällig, oft hell gefärbt. Teilweise finden sich abwechselnd Obstipationsformen. Häufig – durch mangelnde Eiweißverdauung verursacht – stinkende Flatuleszenz.

Die Urobilinogenausscheidung im Urin ist oft vermehrt – wohl infolge Mitbeteiligung des hepatischen Systems.

Die BSR ist erhöht.

In ihrer Gesamtheit geben die angeführten Zeichen nach unserer Erfahrung einen brauchbaren Diagnosebeihilf.

Im Nachfolgenden wird über drei Krankheitsfälle mit chronischer Pankreatitis berichtet, bei deren erfolgreicher Behandlung gleichzeitig Gelenkreizzustände und neuromuskuläre Entgleisungen verschwanden.

H. E., Hausfrau, 64 Jahre

Patientin klagt über Druck und Völlegefühl im Oberbauch, besonders links mit Ausstrahlen in den Rücken, daneben über Kopfschmerzen und Schwindel seit einem Jahr. Beide Knie, besonders das linke, schmerzen seit etwa zwei Jahren. Vor 5 Jahren habe sie eine Gallenblasenentzündung gehabt. Die Röntgenkontrolle seinerzeit brachte keinen Steinnachweis. Es besteht eine Unverträglichkeit gegen fette und süße Speisen. Obstipation und Durchfälle wechseln, der Stuhl ist oft sehr hell gefärbt.

BSR 6/19

Befund: Bei der gewichtigen Patientin besteht ein Palpationsschmerz im linken Oberbauch, finden sich

sehr deutlich hyperalgetische Zonen dorsal paravertebral D 8/D 11 mit Verspannung der linksseitigen Rückenstreckmuskulatur. Die Knieregion ist beiderseits teigig verdickt, im Gelenk kleiner Reizerguß. Die Beweglichkeit ist eingeschränkt, Reibegeräusche. Röntgenaufnahme des linken Kniegelenkes in zwei Ebenen: Band- und Kapselansatzverkalkungen, Sklerosierung der Patellahinterfläche, Umbauerscheinungen der gelenknahen Knochenstruktur. Befund wie bei Arthrose des Kniegelenks.

Behandlung mit einer Eigenblutverdünnungsreihe zur Desensibilisierung¹. Spasmolysierende und hyperämisierende Lokalbehandlung mit Niederfrequenztherapie² und Reflexmassage, Segmentbehandlung mit 1%iger Novocain-Lösung. Injektionen von Organextrakten Pankreas³. Die Oberbauchbeschwerden klingen unter dieser Behandlung ab. Gleichzeitig lassen die Gelenkschmerzen, aber auch Schwindel und Kopfschmerzen (im Sinne eines Zervikalsyndroms) ohne besondere zusätzliche Behandlung nach, bei Besserung der Beweglichkeit von Knie- und zervikalen kleinen Wirbelgelenken. Rückgang der intra- und periartikulären Ödembildung an den Knien. Die Mobilisierung der Halsregion (der zervikalen kleinen Wirbelgelenke) und der Kniegelenke erfolgt jetzt ohne besondere Mühe manuell, die der Kniegelenke nach vorheriger Steroidinjektion.

A. L., Hausfrau, 50 Jahre

Die Patientin kommt wegen Druck- und Völlegefühl im mittleren bis linken Oberbauch, die wechselnd mit Schmerzen an der linken Brustwand auftreten. Obstipation, früher oft Durchfälle. Sei deswegen vor einigen Jahren wegen Darmentzündung behandelt worden. Beide Knie schmerzen seit etwa 10 Jahren. Vor 12 Jahren Hepatitis.

Befund: Palpationsschmerz im mittleren und linken, weniger ausgeprägt auch im rechten, Oberbauch. Stellenweise umschriebene Resistenzen im übrigen Leib. Neurotopisch hyperalgetische Zonen dorsal paravertebral links D 9 bis D 11. An beiden Knien periartikuläre Ödeme, Reibegeräusch bei schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit.

BSR 6/21

Behandlung: Desensibilisierung mit Eigenblutverdünnungsreihe¹. Spasmolysierende, hyperämisierende Lokalbehandlung wie oben angeführt. Injektion von Organextrakten Pankreas³. Das Völlegefühl im Oberbauch läßt sofort nach, ebenso verschwinden die ausstrahlenden Schmerzen im Rücken und an der linken Brustwand. Gleichzeitig schwinden die Knieschmerzen und periartikulären Ödeme. Mobilisierung der Kniegelenke manuell.

Wiedervorstellung nach 3 Wochen: Oberbauch überall weich und schmerzfrei. Knie ohne Schmerzen beweglich.
BSR 2/6

Die Patientin klagt aber noch über Obstipation mit zeitweise auftretenden krampfartigen Schmerzen. Behandlung mit erneuter Eigenblutreihe, symptomatisch Kalzium und Diätkur. Milde spasmolysierende physikalische Mitbehandlung der unteren Darmabschnitte mit Niederfrequenztherapie, feuchtwarmen Kompressen und Streichmassage. Stufenweiser Abbau der Beschwerden. Offenbar handelte es sich um eine spastisch-allergische Darmerkrankung.

B. E., Hausfrau, 66 Jahre

Die zarte Patientin kommt mit nervös verkniffenem und depressivem Gesichtsausdruck in Behandlung. Sie sei voller Schmerzen. Im einzelnen: Schmerzen und Völlegefühl im Oberbauch, die beiderseits in den Rücken ausstrahlen. Beengungsgefühl und Schmerzen am Thorax beiderseits, Präkordialschmerz. Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen links betont, Lumbalgie mit Schmerzausstrahlung in das linke Bein. Schmerzen auch im linken Knie. Gibt zu, daß sie die anfangs ärztlich verordneten Schmerztabletten weiter gekauft und in großen Mengen gegessen hat. In der letzten Zeit helfen diese überhaupt nicht mehr, scheinen im Gegenteil den Zustand zu verschlimmern.

Anamnestisch werden Gallenblasenreizung und ein Magengeschwür angegeben. Die jetzigen Beschwerden haben sich seit 4 Jahren zunehmend entwickelt. Der Stuhl sei zerfahren, wie Suppe, manchmal bestehe Verstopfung. Die Farbe sei oft sehr hell. Mehrere Zähne wurden ohne Erfolg gezogen.

Befund: Palpationsschmerz im mittleren und linken, angedeutet auch im rechten Oberbauch. Die dorsale Streckmuskulatur ist, links wesentlich stärker als rechts, verspannt vom lumbalen Ursprungsgebiet bis in die Schulter-Nackengegend. Schmerzhaft Bewegungseinschränkung der Nacken-, Schulter- und Beckenringregion. Sehr eindeutige hyperalgetische Zone D 8 bis D 11 dorsal links. Urobilinogen im Urin vermehrt.

BSR 4/13

Behandlung: Eigenblut-Verdünnungsreihe¹, krampflösende, hyperämisierende Lokalbehandlung am Oberbauch, Organextrakte Pankreas³. Ziemlich unvermittelt einsetzende allgemeine Entspannung. Die starken Schmerzen verschwinden, der depressive Ausdruck mit ihnen. Die Patientin hat Hoffnung gefaßt. Die nach freiem Intervall noch einmal auftauchenden lokalen Symptome im zervikalen Gebiet im Sinne eines Zervikalsyndroms mit Hinterkopfschmerz und Schwindel sowie im Lumbalgebiet werden mit manueller Lösung festgefahrener Gelenke (kleine zervikale und lumbale Wirbelsäulengelenke, Kreuzdarmbeinverbindungen) schnell und ohne größere Mühe beseitigt.

Diskussion

Bei entsprechender Reaktionsform kann offenbar die chronische Pankreatitis zur Sensibilisierung von Gelenken führen. Man darf annehmen, daß diese durch abartige Abbauprodukte im Eiweißstoffwechsel zustande kommt. Im großen und ganzen ein ähnlicher Vorgang wie die Sensibilisierung von Gelenken durch Stoffwechselprodukte von beta-hämolyisierenden Streptokokken beim rheumatischen Fieber, nur daß der Vorgang dort akuter verläuft. Die vorbeschriebenen Krankheitsformen zeigen dagegen mehr das Bild arthrotischer Reizgelenke.

Unseres Erachtens geben solche Verlaufsformen den Anlaß zu einer kritischen Überprüfung des bisherigen Arthrosebildes. Das Primäre dürfte eine Erkrankung der Gelenkweichteile allergischer Natur sein. Der auffällige Verschleiß der gelenkbildenden

Anteile ist die Folge, jedoch kein schicksalhaft altersbedingter Abbauprozess. Therapeutisch ist die Auffassung von Tragweite.

Im einzelnen: die primäre Erkrankung der Gelenkweichteile allergischer Natur führt reflektorisch zur Verspannung der funktionszugehörigen Muskulatur, zur anhaltenden Durchblutungs- und Versorgungsstörung mit periartikulärem Ödem. Das hierbei auftretende Mißverhältnis zwischen Versorgung und Verbrauch, die chronische Stoffwechselfeststörung führt erst sekundär zu den bekannten Verschleißerscheinungen.

Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprechen m. E. ebenso die oft guten Behandlungserfolge mit Wiederherstellung einer brauchbaren Funktion auch bei röntgenologisch stärker deformierten Gelenken, wobei sich bekanntlich an der Strukturverformung des Röntgenbildes nicht mehr viel ändert, wie die in gewissen Fällen und bei manchen Gelenken sich durchsetzende Behandlung mit einer Röntgen-Entzündungsdosis — meist 400 bis 600 r, fraktioniert von zwei oder drei Feldern.

Eine optimale Behandlung ist gegeben, wenn es gelingt, die außerhalb des Gelenkes gelegene Ursache der arthrotischen Erkrankung zu finden und zu beseitigen. Das obengesagte gilt nicht für die posttraumatisch entstandenen Arthrosen.

DK 616.37 — 002.2 — 06 : 616.72 — 007.248

*Anschrift: Dr. med. H. Schmauser,
Facharzt für Innere Krankheiten,
68 Mannheim, Mozartstraße 20*

¹ Desensibilisierung nach THEURER unter Verwendung von „Serum-Aktivator“ der Firma Vitorgan, Stuttgart.

² Nemectrolyn — Deutsche Nemectron-Gesellschaft, Karlsruhe.

³ Revitorgan-Präparate — Vitorgan-GmbH, Stuttgart.