

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

SCHRIFTFLEITUNG

PROF. DR. KURT BECKMANN
STUTTGART

PROF. DR. HEINZ KÜBCKE
TUBINGEN

PROF. DR. FRITZ LANGE
GÖPPINGEN

DR. WALTER v. BRUNN
STUTTGART

79. JAHRGANG
1. HALBJAHR 1954



GEORG THIEME VERLAG · STUTTGART



Fall 3. 58jähriger Kraftfahrer. Seit 8 Wochen Appetitlosigkeit. Röntgenbefund: Karzinom der Kardialia. Einweisung zur Operation. Der Allgemeinzustand des Patienten ist ordentlich. BSG 3/14 n. W., Blutbild normale Werte.

Bei der Röntgenuntersuchung ist der untere Ösophagusabschnitt erweitert. Dicht oberhalb der Zwerchfellzwinde diverkelartige Ausstülpungen der Wand, zwischen denen die Speiseröhre verengt ist. Die Schleimhautkonturen sind an dieser Stelle überall glatt und man erkennt unterhalb davon bis in die Kardialia wieder normale Faltenbildung. Dann von der Kardialia in die Fornix übergehend wieder unscharfe Konturierung bei einem 3 Querfinger breiten Füllungsdefekt (Abb. 6, 7).

Diagnose: Kardialia-Karzinom und epiphrenale Divertikelbildung. **Operation** (Prof. Krauss): Im abdominalen 1. Akt zunächst bei Operabilität des Kardialiatumors Skelettierung des Magens unter Erhaltung der von rechts kommenden Gefäße. Bei der weiteren Exploration findet sich epiphrenal ein kleiner, ringförmiger, verschieblicher Tumor der Ösophaguswand, offenbar unabhängig vom Kardialiatumor. Der 2. Akt eröffnet den Thorax von links in Höhe der 7. Rippe unter deren subperiostaler Resektion. Nach Eröffnung des Mediastinums findet sich ein fingerdicker Tumor, der den Ösophagus spiralig umschnürt und in dessen Wand liegt. Oberhalb davon und zwischen der Tumorspirale ist die Speiseröhrenwand divertikelartig ausgebuchtet. Nach Spaltung der äußeren Längsmuskulatur läßt sich dieser zweite Tumor in der Schicht ausschälen. Sodann wird nach transdiaphragmaler Laparotomie die Resektion der Kardialia ausgeführt, wobei der Ösophagus dicht oberhalb des Bettes seines eigenen Tumors durchtrennt wird. Anastomose zwischen Ösophagus und Hinterwand des Magenstumpfes, sowie deren Deckung und Entlastung durch Fixierung des Restmagens am Mediastinum. Verschuß des Zwerchfells und der Thorakotomiéwunde nach Anlegen einer Saugdrainage.

Das Präparat zeigt einen Tumor der Kardialia an der großen Krümmung. Unabhängig davon, etwa 3 Querfinger oberhalb der Zwerchfellzwinde, findet sich die Wand des Ösophagus teils verengt, teils ausgebuchtet durch den bereits entfernten zweiten Tumor (Abb. 8). Die histologische Untersuchung ergibt ein solides Karzinom an der Kardialia, sowie ein Fibromyom des Ösophagus (Prof. Schultz).

Bei der Röntgenkontrolle 3 Wochen nach der Operation besteht eine gut funktionierende Anastomose zwischen Ösophagus und Hinterwand des Magenstumpfes (Abb. 9).

Nach glattem Heilverlauf wurde der Patient beschwerdefrei aus der stationären Behandlung entlassen.

Zusammenfassung

Nach einem Überblick über die Häufigkeit gutartiger Tumoren des thorakalen Ösophagus werden deren pathologische Anatomie und klinisches Bild geschildert.

Die schwierige Diagnostik und ihre Hilfsmittel kommen zur Darstellung und von ihnen abgeleitet die jeweilige Therapie. Sie richtet sich bei mechanischer Behinderung der Passage nach Form und Art der zugrunde liegenden Geschwulst und besteht entweder in endoskopischer Abtragung oder in transthorakaler Ausschälung möglichst ohne Schleimhautoffnung.

Drei eigene Beobachtungen erläutern Diagnostik und Therapie.

Schrifttum

Chi, Adams: Arch. Surg., Chicago 60 (1950). (Ref. Dtsch. med. Wochenschr. 1950, S. 1382.) — Daniel, Rollin, Williams: J. Thorac. Surg., St. Louis 19 (1950). (Ref. Z. org. ges. Chir. 119 [1952].) — Laigneville, Chalnot, Hahn, Lochar: Paris méd. 1951, S. 224. (Ref. Z. org. ges. Chir. 119 [1951].) — Finke: Med. Klin. 1951, S. 206. — Garlick, Steigmann: Surgery St. Louis 29 (1951). (Ref. Z. org. ges. Chir. 119 [1951].) — Goldman, Marshak, Friedman: J. Amer. Med. Ass. 149 (1952). — Gütermann: Chirurg. (1952), H. 3. — Harrington: Arch. Surg. 58 (1949). (Ref. Z. org. ges. Chir. 115, S. 174.) — Heizer: Zbl. Chir. 78 (1953), H. 12/13. — Hellner: Med. Klin. 48 (1953), Nr. 14. — Kenworthy, Welch: Surgery, St. Louis 23 (1948). (Ref. Z. org. ges. Chir. 114, 243.) — Krauss: Med. Klin. 1933, Nr. 46. — Lortat-Jacob: Sem. Hôp., Paris 1951. (Ref. Z. org. ges. Chir. 128 [1953].) — Lyons, Garlick: Surgery, St. Louis 29 (1951). (Ref. Z. org. ges. Chir. 119, 1951.) — Myers, Bradshaw: J. Thorac. Surg., St. Louis 21 (1951). (Ref. Z. org. ges. Chir. 122, 1952.) — Ovens, Russel: Amer. Arch. Surg. 78 (1951). (Ref. Krebsarzt, Wien 1951 H. 11/12.) — Schink: Zbl. Chir. 78 (1953), H. 23. — Schwarz: Chirurg 23 (1952), H. 12. — Spath: Arch. klin. Chir. 271 (1952), H. 4. — Vohnout: Zbl. Chir. 78 (1953), H. 8.

Aus der Universitäts-Nervenlinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. E. Kretschmer)

Psychotherapie der Schizophrenien und ihrer Grenzzustände

Von Ernst Kretschmer

Wir hatten früher über die ärztlichen Methoden gesprochen, mit denen es auf körperlichem Wege gelingt, auch katastrophale Ausbrüche von Krankheitsprozessen zu stoppen. Während innerhalb des manisch-depressiven Formkreises besonders die einfachen Depressionszustände, die melancholischen Gemütskrankungen, heute mit Hilfe der sogenannten Schockbehandlungsmethode meist in wenigen Wochen geheilt werden können, gelingt dies bei den schweren Formen von Schizophrenie nur in einem Teil der Fälle. Wo diese volle Heilung nicht möglich ist, erfolgt die Überführung in die psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten. Hier werden nicht nur Frischerkrankte geheilt, sondern auch die chronischen schizophrenen Defektzustände in einer sinnvollen Weise trainiert und im Sinne einer zugleich humanen und energischen Gruppenpsychotherapie an regelmäßige Tätigkeit herangebracht. Es wird so nicht nur den Hauptgefahren entgegengewirkt, die diese chronischen Defektzustände mit sich bringen, der Neigung zur Antriebsverarmung, zur Verstumpfung und zur Wirklichkeitsentfremdung, sondern es werden auch in großem Stil nützliche Arbeitswerte geschaffen, so daß eine modern geleitete Heilanstalt mit ihren großen Ländereien, landwirtschaftlichen Anlagen und Handwerksbetrieben weitgehend Selbstversorger ist. Sie ist in ihrer einen Hälfte modernes Krankenhaus — in ihrer anderen Hälfte gleicht sie eher einem großen Gutshof, wo in einer zugleich kostensparenden und großzügig sozialen Weise auch diese halben Arbeitskräfte ihren eigenen Lebensunterhalt schaffen, auch durch Erholung, Spiel und geistige Anregungen mit dem Leben in Kontakt bleiben und zusammen mit ihren Ärzten, Pflegern und Schwestern eine sinnvolle Arbeits- und Lebensgemeinschaft bilden.

In viel größerer Zahl und mit viel größerer Bedeutung für die Allgemeinheit finden wir nun aber Persönlichkeiten mit leichten schizophrenen Veränderungen, Grenzzustände des schizophrenen Formkreises — und noch mehr die sogenannten schizoide Psychopathien — weithin in der Bevölkerung eingestreut. Diese letzteren sind eigenartige Persönlichkeitsformen, die selbst nicht krank sind, aber bei der erblichen Übertragung von Schizophrenien in deren Sippenumkreis eine erhebliche Rolle spielen und auch sonst sich als Erbvarianten in der Bevölkerung eingestreut finden.

Diese schizoide Persönlichkeiten sind teils feinsinnig kühle, teils querköpfig, verschrobene Menschen, aber alle mit einer gewissen Neigung, sich auf sich selbst zurückzuziehen, sich abzusondern und abzukapseln, mit andern Menschen keinen oder nur schwachen oder elektiven Kontakt zu haben; viele davon sind ausgesprochene Sonderlinge.

Es liegt auf der Hand, daß hier dem Arzt und auch dem Erzieher wichtige psychotherapeutische Aufgaben erwachsen. Schon von früher Kindheit auf sind sie in ihrem seelischen Gleichgewicht auf besondere Art gefährdet. Da schizoide Charaktereigenschaften stark vererblich sind, so hat oft ein größerer Teil der Sippe diese merkwürdige Tönung. Sind auch die Eltern eigenartig, herb und wenig liebesfähig, huldigen sie, wie dies hier häufig vorkommt, verschrobene, pedantischen Erziehungsgrundsätzen, so vermißt das Kind das einführende Verständnis und die Nestwärme und wird erst recht in seine Isolierung hineingetrieben. Dasselbe geschieht dem schizoide Kinde in der Schule, wo es unter robusteren Klassenkameraden nicht recht mitmachen kann, in seiner sonderlingshaften Art im-

mer als der weiße Rabe wirkt, auf den alles hineinhackt. Nach außen linkisch und schwer anschlussfähig, innerlich aber oft hoch empfindsam, muß es sich beständig verletzt und abgestoßen fühlen. Auch die Pubertätsentwicklung ist hier aus biologischen Gründen besonders schwierig, kritisch und verzögert, mit schweren, heftigen Vaterprotesthaltungen belastet.

Aus alledem hat man neuerdings, besonders in Amerika, den irrümlichen Schluß gezogen, auch die — zuweilen später ausbrechenden schweren — schizophrenen Krankheitsprozesse wären lediglich die Folgen frühkindlicher Umweltsschäden, vor allem auf die fehlende Mutterliebe zurückzuführen, also ähnlich wie Neurosen seelisch reaktiv entstanden; und somit könnte man den schizophrenen Erkrankungen durch eine frühzeitig einsetzende Umweltverbesserung, moderne Pädagogik und psychische Hygiene prophylaktisch vorbeugen. Daß hier bezüglich des schizoiden Familienmilieus Ursache und Wirkung verwechselt ist, läßt sich leicht erkennen, wenn man die großen genauen Statistiken (M. Bleuler, Luxenburger u. a.) über die Vererbung des Schizoids gründlich studiert und sich auch mit seinen körperlich biologischen Begleiterscheinungen vertraut macht. Nicht das unfreundliche Familienmilieu schafft die schizoide Krankheitsdisposition, sondern die vererbte schizoide Anlage der Familie schafft das unfreundliche Milieu.

Richtig ist aber gewiß, daß schizoide junge Menschen wegen ihrer hohen Innenempfindlichkeit und ihrer äußeren Anpassungsschwierigkeiten einer besonders freundlichen, taktvoll einführenden und ruhig festen seelischen Führung bedürfen, und daß sie gegen das quälische Unverständnis robusterer Menschen häufig geschützt und abgeschirmt werden müssen. So kann zwar nicht dem Ausbruch schwerer und zerstörender schizophrener Krankheitsprozesse vorgebeugt werden, wohl aber der Entstehung schizoider Neurosen und leichterer, reaktiv schizophrener Seelenstörungen.

Diese schizoiden Menschen leiden in ihren Neurosen unter ganz bestimmten Komplexen. Einmal sind ihre Protesthaltungen gegenüber dem Vater ganz besonders heftig, hartnäckig und unsinnig und verderben ihnen bis über die Pubertät hinaus auch das persönliche Verhältnis zu allem, was Autorität trägt: zu Lehrern, Handwerksmeistern, Vorgesetzten und staatlichen Würdenträgern. Sodann aber wird ihnen ihre schizoide Veranlagung selbst, ihre Innenlebigkeit, ihre Einsamkeit, ihre Unfähigkeit, sich mit den Menschen und ihrem fröhlich bunten Treiben zurecht zu finden, zum eigentlichen Kernproblem, dem sie hypochondrisch nachgrübeln oder dem sie mit verfehlten Scheinanpassungsversuchen zu entfliehen streben. Die Gefahr falscher Idealsetzungen für die Ausgestaltung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Lebensziele ist hier besonders groß. Unsere ärztliche Aufgabe ist es, dem Patienten zur Anerkennung der Gesetze seiner eigenen Veranlagung zu helfen, ihm die hohen Werte, die in ihr liegen, zu zeigen und ihn bei dem Aufbau eines eigengesetzlichen, stilvollen Persönlichkeitsbildes beratend zu unterstützen; dies ist oft eine recht dankbare Aufgabe.

Zum Schluß wäre noch zu fragen: wie weit reichen diese psychotherapeutischen Möglichkeiten? Zwar nicht bis in die kernzerstörenden Prozesse, aber wenigstens bis in die Randgebiete des schizophrenen Formkreises, die sogenannten Randpsychosen hinein. Menschen dieser Veranlagung sind unempfindsam gegen Gefahr, Hunger und Schmerzen — aber oft hochsensibel für erotische Konflikte und für mystisch religiöse Gemütsbewegungen. Die ineinanderfließenden Komplexe aus beiden Problemkreisen werden von ihnen in einer Fülle sinnlich-übersinnlicher Bildsymbole angstvoll oder ekstatisch ausgelebt, die dem Unkundigen absurd erscheinen, die aber in Wirklichkeit die inneren Kämpfe des Kranken in einer magischen, sinnvoll vertieften Bildersprache darstellen. Wer sie zu lesen versteht, wird innere Fühlung mit dem Kranken bekommen und ihm manchmal auch auf diesem Wege helfen können.

Aus der I. Medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Göppingen
(Leitender Arzt: Prof. Dr. Fritz Lange)

Zunahme der Überempfindlichkeit gegen Strophanthin

Von Fritz Lange

Als der Begründer der Strophanthin-Therapie, Eugen Fränkel (1), 1906 das Strophanthin in die Praxis einführte, gab er als Richtschnur für die Verabreichung Einzeldosen von 0,3 bis 0,5 mg an. Solche Dosen wurden jahrzehntelang in der Literatur genannt. So schrieb A. v. Domarus (2) 1940, daß Strophanthin i.v. in Dosen bis zu 0,6 mg gestattet sei. Bei Typhus und anderen akuten fieberhaften Zuständen sei die Toleranz größer und daher bis zu 1 mg (!) erlaubt. E. Becher (3) erwähnt in seinem Buch über die Nierenkrankheiten bei insuffizienten Herzen Gaben von 0,5 mg Strophanthin. Und noch 1944 geben E. Edens und H. Weese (4) 0,3 mg als niedrigste, 0,5 mg als übliche Dosierung an.

Verglichen mit diesen aus der Erfahrung früherer Jahrzehnte gewonnenen Richtlinien zur Dosierung des Strophanthins überrascht es, daß heute unsere Erfahrungen über die Dosierung des Strophanthins ganz andere sind. Dosen von 0,3 bis 0,5 mg können wir praktisch gar nicht mehr verabreichen. Mit Dosen von 0,5 mg und darüber würden wir schwerste Schäden setzen. Es ist so, daß heutzutage der Durchschnitt aller Kranken schon $\frac{1}{4}$ mg nicht mehr verträgt. Strophanthingaben von höchstens $\frac{1}{8}$ mg, meist $\frac{1}{10}$ mg sind bei uns die Regel, und es erscheint mir, als ob wir im Laufe der Jahre zu immer niedrigeren Dosierungen greifen müßten. So habe ich in letzter Zeit Patienten behandelt, die schon auf $\frac{1}{10}$ mg Strophanthin mit gekoppelten Extrasystolen reagierten — für uns ein Zeichen, daß wir an der Grenze des Erlaubten sind. Solchen Patienten konnte ich dann oft $\frac{1}{16}$ mg Strophanthin ohne Störungen für den Patienten geben, allerdings auch ohne die erwünschte Kompensation des Kreislaufes zu erzielen.

Wenn nun auch bei Fällen von mäßiger Herzinsuffizienz Strophanthingaben von $\frac{1}{16}$ bis $\frac{1}{8}$ mg ausreichen, um die Kompensation des Herzens und die Diurese zu erreichen, so doch meist nicht bei schweren Fällen. Bei einer schweren Herzinsuffizienz liegt die therapeutische Erfolgsdosis offenbar auch heute noch — wie Fränkel sie 1906 angab — zwischen 0,3—0,5 mg Strophanthin i.v. Es ist also die Erfolgsdosis gleichgeblieben, nicht aber die Verträglichkeit des Glykosides. Dabei sind es keineswegs nur einzelne Kranke, die eine Überempfindlichkeit gegen größere Strophanthingaben erkennen lassen, sondern es ist die Gesamtheit unserer Patienten.

K. Beckmann (5) schreibt über diese Frage in seinem Buch „Arzneitherapie innerer Krankheiten“ Seite 165 folgendes: „Zweifellos bestehen in der Empfindlichkeit gegen Strophanthin auch regionale Unterschiede. Nach meinen Beobachtungen kann man in Süddeutschland, speziell in Württemberg mit kleineren Dosen auskommen als in Norddeutschland“.

Jedoch finden wir auch bei Kranken aus dem Norden z. B. bei Patienten aus Bremen und Hannover ebenso wie bei Patienten aus Mitteldeutschland eine gleiche Überempfindlichkeit, die mit Sicherheit früher nicht bestanden hatte.

Wie kommt es zu diesem Wandel in der quantitativen Verträglichkeit des Strophanthins?

Zunächst muß man sich fragen, ob vielleicht eine andere Form des Strophanthins zur Zeit im Gebrauch ist, als das früher der Fall war. Es wäre nicht ausgeschlossen, daß die Reinigung oder Darstellung des Strophanthins Änderungen erfahren haben. Da mir aber von pharmakologischer Seite versichert wird, daß im Tierversuch das Strophanthin unveränderlich wirksam ist, kann dies der Grund nicht sein.

Es ist auch merkwürdig, daß wir, ganz im Gegensatz zu den Erfahrungen an anderen Pharmaka, eine geringere Verträglichkeit