Die habituelle Obstipation.¹⁾

Von Dr. E. Fuld in Berlin.

M. H.! Das Thema der Obstipation, dessen Diskussion ich einer Aufforderung Ihres Vorstandes entsprechend mit dem folgenden Vortrag einleite, ist durch das Zusammentreffen verschiedener Umstände gegenwärtig in den Vordergrund des Interesses gerückt.

Mannigfaltige Theorien sind von internistischer Seite aufgestellt worden, die zur Ausbildung ebenso zahlreicher mehr oder weniger neuer Therapien geführt haben. Auch Neurologen und Bakteriologen haben sich an dieser Arbeit beteiligt. Pharmakologie und Röntgenologie haben die Frage der Darmbewegungen mit ihren modernen Methoden neuerdings aufgerollt. Die Ergebnisse der experimentellen Pathologie warten nur darauf, für unsere Frage, zunächst freilich mehr auf dem Wege der Analogie, herangezogen zu werden. Auch die Lehre von der inneren Sekretion hat sich bereits auf dem Felde eingefunden. Schließlich hat, was vom praktischen Standpunkte aus das Wichtigste sein mag, die Chirurgie nach älteren, mehr vereinzelt Versuchen zuletzt in weiterem Umfang sich der Obstipation bemächtigt, wobei anerkannt sein mag, daß die Entwicklung der Appendicitis-Chirurgie sie auf diesen Weg drängte.

Mit dem Auftauchen der Frage, ob nunmehr für die Obstipation die chirurgische Ära hereinbrechen soll (zunächst natürlich wie stets nur für die anderen Wege nicht zu beeinflussenden Fälle, von denen aber die beteiligten Chirurgen eine überraschend große Zahl in kurzer Zeit vereinigt haben), mit diesem Moment muß sich auch das Interesse derjenigen der Obstipationsfrage zuwenden, welche sonst die Stuhlverstopfung als eine nicht allzu wichtige Sache anzusehen gewohnt waren.

Das gleiche Moment scheint mir auch dem Zweifel derjenigen seine Berechtigung zu entziehen, die (zunächst noch gesprächsweise) erklärten, der Moment für einen solchen Diskussionsabend sei schlecht gewählt, man müsse noch ein paar Jahre Geduld haben. Die Herren Chirurgen haben zum Teil garnicht lange Geduld, sondern reklamieren eine Krankheit schnell als „chirurgische“, wie sie sich auszudrücken pflegen. Es sei nur an das Schicksal des Ulcus duodeni in England erinnert, dem Stammlande der chirurgischen Obstipations-therapie. Vielleicht gibt ein späterer Diskussionsabend Ihnen Gelegenheit, sich dieses Hinweises zu erinnern. Indem ich zu dem Thema des heutigen Abends zurückkehre, so scheint mir in der Tat der Zeitpunkt geeignet, aus den Fortschritten der einzelnen Disziplinen die Summe zu ziehen oder vielmehr nachzusehen, was für uns bereits verwertbar ist und was Gegenstand der weiteren Forschung bleibt. Die vornehmliche Schwierigkeit bei einer derartigen Diskussion scheint mir in der Abgrenzung des Gebietes zu liegen oder in der Beantwortung der Fragen: wie weit reicht unser Wissen, an was dürfen wir vorübergehen, was für Zusammenhänge und Komplikationen dürfen vorläufig ohne detaillierte Kenntnis ihres Wesens vorausgesetzt werden? Eine solche Abgrenzung wurde einmal durch die Beschränkung des Themas auf die habituelle oder gewöhnliche Stuhlverstopfung versucht (auf den Namen sei kein Gewicht gelegt), sodann durch die Aufstellung weniger Thesen betreffend die Natur des Leidens, sodann seine Folgen und endlich, drittens, seine Behandlung.

¹⁾ Vortrag, gehalten am 20. November 1911 im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin. (Diskussion s. S. 137.)

Die erste These lautet: Die Obstipation stellt eine Störung im Zusammenspiel eines komplizierten Systems von Reflexen und Hemmungsreflexen dar (Mechano-, Psycho- und Chemoreflexen). Daher auch die Undurchführbarkeit schematischer Einteilungen. Wir beschäftigen uns hier mit der Obstipation des Menschen, und zwar des Erwachsenen, wenn wir auch im Verlaufe der Diskussion hoffen, über das gleiche Leiden oder Symptom bei den Tieren zu hören. Soviel aber sei schon hier gesagt, daß die habituelle Obstipation durchaus nicht, wie dies wiederholt und so auch neulich an dieser Stelle behauptet wurde, ein Privileg des Menschen und etwa allein von dem aufrechten Gang abhängig ist. Es sei nur an das Vorkommen von Kotsteinen bei Wiederkäuern (Pferden, zumal Müllerpferden und als Bezoare bei Antilopen) hingewiesen. Etwas näher an die menschlichen Verhältnisse erinnern diejenigen der Haushunde, die oft obstipiert sind — ein solcher Fall ist von Biernatzki analysiert worden. Eine Definition der Obstipation wurde nicht gegeben. Sie müßte dahin lauten, daß eine Störung des Kotlaufes besteht im Sinne einer Unvollständigkeit, Verzögerung oder Verhärtung gegenüber dem für das betreffende Individuum bei der innergehaltenen Kostform physiologischen Rhythmus und Modus der Entleerungen.

Ich möchte indessen mit Definitionen Ihre Zeit nicht in Anspruch nehmen, sondern auf ein paar konkrete Fälle eingehen. Man nimmt meistens an (und diese Annahme wird hierzulande den meisten mit bestem Erfolge anezogen), daß der Stuhlgang, wie etwa der Nachtschlaf, in 24 stündigem Turnus eintrete. Von dieser Konvention hat ein mir bekannter Herr sich losgemacht und einen wöchentlichen Turnus eingeführt, im Interesse der Zeitersparnis. Er befand sich dabei sehr wohl und hat es zu einer außerordentlichen Professur gebracht. Ich möchte füglich bezweifeln, ob er vor der Erreichung eines Ordinariates sich umgewöhnen wird. Auf der anderen Seite sind in den mohammedanischen Ländern aus nicht näher zu erörternden Gründen religiöser Natur täglich mehrere, mindestens aber zwei Stuhlgänge die Regel, und zwar bei den oberen Ständen genau wie bei den niederen, trotz wesentlich differenter Ernährungsweise.

Wir haben den Ton auf die Tatsache gelegt, daß in der Obstipation eine funktionelle Störung, und zwar die Störung einer komplexen Funktion vorliegt. Und zwar sprechen wir von einem intestinalen Reflexmechanismus, denn seit den vornehmlich an den Namen Pawlows anknüpfenden Untersuchungen haben wir eine Fülle von bisher ungeahnten Zusammenhängen kennen gelernt zwischen motorischen und sekretorischen, exzitomotorischen und exzitosekretorischen Vorgängen (wenn es erlaubt ist, diesen Bezeichnungen einen allgemeineren Sinn zu geben). Hier schlägt ein Schlag tausend Verbindungen, eins greift ins andere, sodaß man glauben müßte, bei dem Wegfall eines Gliedes der Kette falle alles auseinander — was doch tatsächlich nicht der Fall ist. So kann zuweilen die so wesentliche Salzsäurebildung ganz wegfallen, ohne daß es anders, denn durch Zufall, bemerkt wird. Es müssen dabei Ausgleichsmöglichkeiten gegeben sein. In diesem Sinne reden wir von einem System, d. h. einem innerhalb weiter Grenzen sich selbst erhaltenden Reflexspiel.

Durch diese kompensatorischen Beziehungen der einzelnen Regulationen ergibt sich eine weitere Komplikation der Dinge. Wie bereits die Wahl unseres Beispiels erkennen läßt und die größere Zugänglichkeit dieser Teile erklärt, sind die einzelnen Zusammenhänge zwischen Sekretion und Motilität vorwiegend für die oberen Partien des Intestinaltraktes erforscht. Indessen ist es eine auf Grund anatomischer wie klinischer Analogien unabweisbare Annahme, daß auch weiter kaudalwärts ähnliche Beziehungen zwischen dem Zustand der peripherischen und der zentralen Partien bestehen und umgekehrt.

So sind eine ganze Reihe von Abführmitteln reine Dünndarmmittel; wenn sie daher dennoch in kürzester Zeit zur Ausleerung des im Dickdarm lagernden Kotes führen, so liegt eine Art Fernwirkung des Dünndarms mit seinem Füllungszustande sowie namentlich des Coecums und Colon ascendens auf das kaudale Dickdarmstück vor. Gewöhnlich nimmt man an, daß dieser Effekt auf einer vis a tergo beruhe, jedoch ist es wahr-

scheinlicher, daß der Vorgang nervös oder anderweit reflektorisch vermittelt ist.

Aus dem gleichen Grunde ist es auch nicht ohne weiteres selbstverständlich, daß eine Stockung des Kotes im Dickdarm (wie sie bei Berücksichtigung der Verweilzeiten allein in Frage kommt), ohne weiteres stets auf eine primäre Störung der Motilität dieses Organs zu beziehen wäre. Es kann sich sehr wohl um eine sekundäre Störung derselben handeln, abhängig von einer anderen, z. B. von höherem Sitz. In noch höherem Grade gilt diese Ablehnung der noch engeren anatomischen Einteilung der Obstipationen in proktogene, typhlogene etc. Hier ist es richtiger, sich zu bescheiden und zu bekennen, daß unsere Kenntnisse bestimmt noch erweiterungsbedürftig sind. Die moderne Röntgenuntersuchung hat bereits den Dickdarm, ähnlich wie schon den Magen, in zwei funktionell differente Portionen zerlegen wollen. Ohne auf diese Frage einzugehen, akzeptieren wir als einstimmiges Ergebnis ihrer Untersuchungen das Bestehen einer aufwärts gerichteten Inhaltsverschiebung, wenn diese auch entsprechend der geringeren Ausbildung seiner Muscularis beim Menschen nach Lenz und Bergmann keine eigentliche Antiperistaltik darstellt. Indem wir so analog den Verhältnissen an der Katze mit zweierlei entgegengesetzt gerichteten Bewegungsvorgängen zu rechnen haben, erweist sich die öfters versuchte Einteilung in spastische und atonische Formen als unzureichend, um so mehr, als bei einer wahren Atonie, nämlich bei der Abtragung der gesamten Muskulatur, keinerlei Störung des Kotlaufes am Versuchstier erzielt wurde. Ebensowenig läßt die Unterscheidung ex juvantibus sich durchführen, wie dies neuerdings Boas in überzeugender Weise dargetan hat. Anstatt nun ein schwächliches Kompromiß einzugehen und von einer spastisch-atonischen Form zu reden oder an der Hand von Röntgenbildern Wiederbelebungsversuche an dieser Einteilung vorzunehmen, halten wir es für den Augenblick für ersprißlicher, auf diese Ausdrücke und ihre Äquivalente zu verzichten. Eine zweite und sehr wichtige Erkenntnis, die wir den Röntgenuntersuchungen verdanken, betrifft die Bedeutung, die die Entleerung des Stuhls für die Fortbewegung des gesamten Dickdarminhaltes, also für den Kotlauf im allgemeinen, besitzt. Aufklärungen im einzelnen über den Mechanismus dieses Zusammenhanges werden wohl nicht auf sich warten lassen, und Analogien mit der Entleerung der Harnblase liegen bereits vor. Diese Auffassung des Röntgenologen stimmt vortrefflich mit der uralten ärztlichen Erfahrung überein, daß dem Obstipierten am besten durch die Erzwingung eines regelmäßigen Turnus der Stuhlentleerungen zu helfen ist. Da nun die Sphinkteren unter dem Einfluß einer tonischen Innervation stehen, der quergestreifte Sphinkter aber zum Zweck einer Defäkation als Muskel ohne Antagonisten ebenfalls willkürlich erschlafft werden muß, so erkennt man unschwer, wie leicht hier Störungen auftreten, besonders, wenn durch unzeitige Anwendung der Bauchpresse eine Kontraktur (Tenesmen) zustande kommen, oder durch willkürliche Kontraktion des Sphincter externus der Stuhl absichtlich öfter verhalten wird. Darauf, daß Vorstellungen wie ein falsch geleitetes Schamgefühl oder die Idee, nicht defäkieren zu können, u. dgl. mehr, sowie im allgemeinen Präokkupationen aller Art störend eingreifen können, sei nachdrücklich hingewiesen. Diese Hemmungen sind für den im Naturzustande lebenden Menschen gewiß ebenso zweckmäßig wie der entgegengesetzte Vorgang, nämlich eilige Entleerung (bei Negern u. a.) bei Angst (indem sie den Menschen „erleichtert“ sc. für das Fortlaufen). Wir haben den durch das Verhalten der Sphinkteren gegebenen obstipierenden Einfluß ein wenig ausführlicher behandelt, nicht als ob wir die Meinung teilten, daß sie den allein maßgebenden Faktor darstellten, als wegen der verhältnismäßig übersichtlichen Sachlage. Jedenfalls ist es eine Tatsache, daß die Sedes involuntoriae bei Durchtrennung der Sphinkteren und bei Anlegung eines Anus praeternaturalis selbst bei tiefem Sitz leicht und in weicher bis flüssiger Form abgehen. Daseinzige Element ist hiermit aber nicht gegeben, und es sei nochmals hervorgehoben, daß mannigfaltige Einflüsse von verschiedenem Sitz und Wirkungsmodus auf den Reflexmechanismus einwirken, von dem die Innervationen des Sphinkters nur einen Teil darstellen.

Indem wir zur Vermeidung von Wiederholungen die Erörterung weiterer Momente dieser Punkte (soweit wir sie überhaupt berühren können) für die Besprechung der letzten der Therapie betreffenden These aufsparen, gehen wir zu der zweiten These über, den (möglichen) Folgen der Obstipation.

Rückwirkend erzeugt die Obstipation ihrerseits neue Störungen im Ablauf des intestinalen Reflexmechanismus; außerdem führt sie zu mechanischen Insulten der Darmwand und deren Folgen, möglicherweise auch direkt zu Intoxikationen. Die hauptsächlichste Schädigung der Obstipation indes erstreckt sich bald unter Beteiligung des Bewußtseinsinhaltes, bald ohne dessen Vermittlung auf die meist ohnehin labile Psyche des Obstipierten. Als eklatanteste und häufigste Störung im Reflexmechanismus des Obstipierten nennen wir die Hyperchlorhydrie. Den Einwand, daß diese nicht sowohl die Folge als die Ursache der Obstipation darstellt, werden wir dahin beantworten, daß hier eine Wechselwirkung, oder, wenn man will, ein Circulus vitiosus vorliegt.

Jedenfalls kann die Hyperchlorhydrie im Vordergrund der Erscheinungen stehen und durch eine lediglich die Obstipation angreifende Behandlung gebessert werden, wie dies z. B. Ebstein zu betonen pflegte. Es mag dabei unerörtert bleiben, wie der Zusammenhang zwischen beiden Symptomen zu denken ist, ob nervös oder vaskulär vermittelt. Am plausibelsten jedenfalls erscheint es, anzunehmen, daß die Störung in der Entleerung des untersten Darmabschnittes auf reflektorischem Wege eine solche weiter oralwärts nach sich zieht und so weiter bis zum Magen. Für diesen ist ja von Mering der Beweis erbracht, daß seine Entleerung die Folge eines leeren Zustandes des Darmes ist.

Daß die Kotanhäufungen im Unterleib zu Kongestionen dieses Teiles und zu Stauungen im Pfortaderkreislauf führen (Hämorrhoidenbildung), bedarf kaum der Erwähnung, ebenso wenig, daß diese Blutverteilung nicht ohne Einfluß auf das Zentralnervensystem bleibt, schon wegen des bekannten Antagonismus in der Blutfüllung des Splanchnikusgebietes und des Inhaltes der Schädelkapsel.

Ebenso sicher ist es, daß der eingedickte Kot zu Schädigungen der Darmwand führt; die Ulcera stercoralia im Mastdarm und im Epityphlon führen eine zu beredte Sprache. Ebensowenig wird wohl die Auffassung Widerspruch begegnen, daß selbst da, wo es nicht zu eigentlichen Geschwürsbildungen und nicht einmal zum schleimigen Katarrh kommt, eine veränderte Blutverteilung in der Schleimhaut zustande kommen wird und oberflächlichere Schädigungen der blutüberfüllten oder anämischen Partien. Hiermit sind Eintrittspforten für die Darmbakterien geschaffen, und wenn auch noch nicht für sie, so doch vielleicht für ihre Produkte, die sich auch qualitativ von den Produkten der normalen Darmfäulnis unterscheiden können. Ob es notwendig ist, daneben noch eine direkte enterogene Intoxikation bei der Obstipation anzunehmen, erscheint fraglich. Es sei daran erinnert, daß Senator diese Ansicht vertreten und insbesondere auf den Schwefelwasserstoff als wirksamen Giftstoff hingewiesen hat.

Jedenfalls stellen die Albuminurien und Zylindrurien der Obstipierten eine gesicherte Tatsache dar und ein Memento, die Dinge nicht allzuleicht zu nehmen. Da unter diesen Umständen eine Bakteriurie gefunden worden ist, so wäre es gesucht, eine andere Ursache als eine Schädigung der Darmwand anzuschuldigen (wobei es dahingestellt sein mag, ob bei den Fällen ohne Bakterienbefund im Blute es sich um eine Resorption bakterieller Produkte aus dem Darm oder um die Durchwanderung einzelner Keime ins Blut nebst deren nachträglicher Auflösung handelt). Man hat auch angenommen, daß die Obstipierten besonders geartete Bakterienstämme führten, und hat sich bemüht, durch Kulturen normaler Kotbakterien oder auch von Hefen hierin Wandel zu schaffen. In größtem Stil jedoch und mit weitgreifenden Betrachtungen ist in dieser Frage Metschnikoff aufgetreten. Er beschuldigt rundweg das Kolon, zumal das des Obstipierten, eine Brutstätte des Bacterium coli zu sein, das mit seinen Produkten den Organismus vergifte und sein Leben verkürze, z. B. gegenüber demjenigen der Vögel, soweit nicht auch sie

als Laufvögel mit diesem Kotbehälter behaftet seien, dessen Aufgabe darin liege, die Ausstreuung des verräterischen Exkrementes auf den Spuren des flüchtenden oder sich heranziehenden Tieres zu verhüten. Diese Gedankengänge haben sich zu therapeutischen oder richtiger makrobiotischen Vorschlägen (Yoghurtgenuß zwecks Umgestaltung der Darmflora) verdichtet, und sie dürften auch dem neuen Vorstoß der Chirurgie gegen das Kolon nicht ganz fremd sein. Die bis jetzt vorgebrachten Tatsachen scheinen die zitierte Theorie nicht hinreichend zu stützen, und wir werden es abwarten müssen, wie viele von den Yoghurttrinkern das verheißene 100. Lebensjahr erleben werden. Jedenfalls durften wir an der Metschnikoffschen Theorie wegen ihres großen biologischen Interesses nicht wortlos vorübergehen.

Eine geradezu wesentliche Rolle für die Genese der Obstipation muß man der Intoxikation (im weiteren Sinne des Wortes) zuerkennen, wenn man gewissen Tatsachen gerecht werden will. Es ist eine bekannte Tatsache, daß für manche Obstipationen wenigstens der Fleischgenuß von ausschlaggebender Bedeutung ist. Die ganz schweren Obstipationen scheinen sich ja bei der im Fleischgenuß exzedierenden englischen Bevölkerung zu finden, während die russische Landbevölkerung (ein gleiches gilt auch für die ägyptische) kaum Obstipation kennt. Nun hat es sich herausgestellt, daß diese obstipierten Fleischesser an sich ganz wohl Fleisch vertragen könnten, und zwar in beliebigen Mengen, nur müßten sie erst einmal von ihrer Obstipation erlöst sein. Diese Heilung wiederum muß durch diätetische Maßnahmen bewerkstelligt werden. Während der Umgewöhnung nun ist die Hauptsache die strengste Enthaltung von jeder Fleischspeise. Diese Beobachtungen, welche wir Kohnstamm verdanken, lassen eigentlich keine andere Erklärung zu, als daß bei dem Obstipierten der Genuß von Fleisch zu einer Intoxikation führt, welche den gestörten Zustand unterhält; inwiefern oder überhaupt bakterielle Einflüsse hier mitspielen, soll nicht erörtert werden. Daß das Fleischeiweiß anders wirkt als anderes Eiweiß, und zwar, wenn man will, giftig, ergibt sich aus der Betrachtung des Kohlehydratstoffwechsels der Diabetiker, speziell an Hafertagen. Wir sind hiermit bereits in die Besprechung der Therapie eingetreten, für welche folgende These aufgestellt wurde:

Die Therapie hat gerade auf die psychologische Tatsachenreihe zu achten, um ihrerseits weitere Schädigungen gleicher Art zu vermeiden. Die therapeutischen Hilfen sollen nur vorübergehend, erzieherisch gereicht werden und dürfen nicht allzu eingreifender Natur sein. Sie sollen in der Ausbildung eines zweckdienlichen Reflexmechanismus unter Verwertung vorgebildeter Abführreflexe bestehen. Den Vorrang beansprucht die kurze Diätkur.

Bei dem Obstipierten steht wegen der wirklich vorhandenen Beschwerden oder wegen der beängstigenden Vorstellungen, die mit der Beschränkung der Stuhlentleerungen verbunden sind, diese im Brennpunkt des Interesses — gerade dieser Umstand, diese erwartende Gemütslage ist es, die der Regulierung im Wege steht. Es ist nun ein geringer Gewinn für den Patienten, wenn es uns gelingt, ihm die gewünschte Anzahl von Stuhlgängen zu verschaffen, um den Preis eines durchgreifenden, dauernden Eingriffes in seine Lebensweise, die ihn Punkt für Punkt wieder an seine Stuhlverhältnisse erinnert. Geringe unvermeidliche Diätsünden oder auch nur die Vorstellung von solchen wird psychische Beschwerden und oft genug Verschlechterung der Stuhlgänge nach sich ziehen. Wir haben so einen Stuhlhypochonder erzogen, jedenfalls aber nicht unsere ärztliche Aufgabe erfüllt, das Bewußtsein für andere Dinge frei zu machen. Aus diesem Grunde werden wir Behandlungsweisen vorziehen, die außerhalb der eigentlichen Kurzeit den Patienten möglichst unbehelligt lassen. Wir haben der kurzen Diätkur bereits Erwähnung getan. Diese hat den Effekt, den normalen Reflexmechanismus wieder flott zu machen, ohne daß weitere Hilfen als die paar Diättage erforderlich wären.

Aus diesem Grunde verdient sie meiner Meinung nach den Vorrang vor allen anderen für die zahlreichen Fälle, in denen sie sich wirksam zeigt, genau wie sie auch theoretisch das größte

Interesse verdient. Von Bedeutung, zumal für die Gewöhnung der Säuglinge zur Sauberkeit, ist das Auftreten von Stuhldrang (und Harndrang) bei Abkühlung des Unterkörpers. Ein weiterer reflektorischer Zusammenhang, der, wie übrigens auch der vorerwähnte, für die Obstipationstherapie ausgenutzt wird, ist in der Defäkationsbereitschaft nach der Füllung des Magens gegeben. Sie alle werden während dieses Sommers mehr Diarrhöen als Obstipationen zu behandeln Gelegenheit gehabt haben, und es wird wohl auch vielen von Ihnen aufgefallen sein, daß viele Kranke noch lange Zeit klagten, daß jede Nahrungsaufnahme unmittelbar zum Stuhlgang treibe. Dieser Reflex, welcher natürlich in der Norm angedeutet ist, wird in diesen pathologischen Fällen durch eine Ueberempfindlichkeit der Magenschleimhaut stark gesteigert, und die Therapie hat diese Ueberempfindlichkeit zu beseitigen, was, nebenbei bemerkt, leicht ist. Umgekehrt kann man zur Bekämpfung der Obstipation sich diesen Reflex zu nutze machen, indem man den Reiz verstärkt und in dem Augenblick größter Empfindlichkeit einwirken läßt. So gelangen wir zu den nüchtern vor dem Frühstück gegebenen Hausmitteln. Diese dürfen ebenfalls nur erzieherisch gereicht werden, d. h. man muß den reflektorischen Zusammenhang sich stereotyp gestalten lassen, während man den Reiz immer kleiner werden läßt.

Dies Prinzip ist überhaupt bei der ganzen Obstipationstherapie maßgebend: es soll unter dem Einfluß der therapeutischen Hilfen sich eine Gewohnheit herausbilden, sodaß diese Hilfen ehestens überflüssig werden. Auf gleicher Höhe halten kann man die Dosis der Hilfsmittel kaum — entweder muß man immer mehr geben, wie dies von den Abführmitteln nur allzubekannt ist, oder man muß sie entbehren lehren. Wieweit dies mit den eigentlichen Abführmitteln möglich ist, darüber stehen mir nur beschränkte Erfahrungen zu Gebote. Jedenfalls sind in der Literatur Fälle mitgeteilt, wo nach einer einzigen Einverleibung eines Abführmittels, des Hormonals Zuelzer, eine seit langem bestehende Obstipation verschwand. Mit Hormonal zu arbeiten, das aus Milz hergestellt und von seinem Autor als das physiologische Hormon der Peristaltik angesehen wird, habe ich keine Gelegenheit gehabt, aber mit einem andern modernen Abführmittel, dem Peristaltin, einem Cascarapräparat, das gleich dem Hormonal injiziert werden kann, dasselbe Resultat gesehen. Ebenso habe ich in einem andern Fall durch eine einwöchige interne Anwendung von Peristaltin eine langjährige Obstipation geheilt. Im Verlauf von wenigen Wochen bin ich mehrfach durch ständige Reduktion der Dosis zum Ziele gelangt. Von vielfachen anderen Encheiresen benutzt wird der proktogene Reflex. Dieser ist offenbar abhängig zu denken von einer geeigneten Beschaffenheit des Rektalinhaltes, besonders hinsichtlich seiner Qualität, Oberfläche und Konsistenz. Sehr harte, kantige Skybala, wie sie etwa durch die Eindickung kleiner flüssiger Contenta im Rectum selbst entstehen, führen zur Reizung und zum reflektorischen Verschuß. Durch Wasseraufnahme oder durch Quellung mittels wasseranziehender Stoffe wird ihnen per clisma eine geeignete Beschaffenheit erteilt. Ähnlich wirken Oelklismen und Paraffinsalbenklismen, die selbst den Inhaltsreiz in sehr milder Form abgeben können, genau wie in das Rectum eingeführte, glatte und geölte Fremdkörper [Gummiballons, früher auch geölte Federn]¹⁾. Auch durch Einnehmenlassen von Agar per os führt man ähnliche Verhältnisse der Darmfüllung herbei.

Endlich muß noch eines Abführmittels gedacht werden, das wirklich physiologisch ist, insofern es mit Bestimmtheit bei jedem in den Darm gelangt und dort seine abführende Wirkung ausübt: der Galle. Die abführende Wirkung der Galle resp. der gallensauren Salze wird zwar auch vom Rectum aus angeregt, vgl. die uralten Ochsen gallenklismen, unter physiologischen Bedingungen jedoch ebenso wie bei der gleichfalls wirksamen Darreichung per os gelangt keine Galle dorthin. Man kann mit einer gewissen Spannung auf die weiteren Ergebnisse über die Rolle der Gallenbestandteile für die Motilität

¹⁾ Es soll hiermit nicht ausgesagt sein, daß all die genannten Mittel ausschließlich auf diesem Wege wirken. Die Paraffin- und Oelklismen sollen nach Lipowski die Wasserresorption im Rectum beschränken, deren Steigerung er als Ursache der Obstipation ansieht etc.

des Darmes resp. das Verhalten der Gallensekretion bei Störungen des Kotlaufes warten. Auch viele Abführmittel sind Cholagoga, und das Studium ihrer Wirkung am isolierten Darm wird daher zu einseitigen Resultaten führen müssen. Wir sind auch ohne Zurückgreifen auf die Gallenklistiere und -suppositorien im Besitz zahlreicher Mittel, die eine Regelung des gestörten Kotlaufes beim Obstiptionen versprechen. Trotzdem sind, wie erwähnt, zahlreiche Vorschläge zur chirurgischen Bekämpfung des Leidens gemacht worden, die Lösung oder Fixierung oder Raffung des Coecums, die Enterokolostomie, die Ausschaltung und Entfernung des Querkolons und endlich die Einschnidung der Houstonschen Falten.

Es sei durchaus nicht geleugnet, daß bei dem komplexen Charakter der Darmtätigkeit die Beeinflussung eines Faktors im Sinne einer leichteren Passierbarkeit oder größeren Anspruchsfähigkeit selbst da von Erfolg begleitet sein mag, wo die anatomische Diagnose anfechtbar ist, auf der andern Seite aber glauben wir, daß es richtiger ist, von der gleichen Erwägung ausgehend, selbst da, wo eine anatomische Störung nachweisbar, begründet ist (Adhäsionen, Perityphlitis chronica etc.), zuerst einmal eine internistische Behandlung nach den dargelegten Prinzipien nicht „einmal zu versuchen“, sondern richtig durchzuführen. Man wird oft genug ein schönes Resultat erzielen. Fälle von der Schwere und dem Charakter, wie Lane sie beschreibt, die nur durch Operation von ihrer Obstipation zu heilen sind, mögen vorkommen — wir können nur dasselbe über sie sagen, was jüngst der französische Chirurg Lejars über sie geschrieben hat — wir sehen solche Fälle nicht.

Meine Herren, ich bin am Ende nicht etwa des Themas, sondern der mir eingeräumten Redezeit. Meine notgedrungenmaßen höchst unvollständigen Ausführungen werden und müssen gewiß in der anschließenden Diskussion in vielfacher Hinsicht ihre Ergänzung finden.