IV. Beitrag zur modernen Diagnostik der Magenkrankheiten.

Von Dr. med. Hermann Lenhartz, Priv.-Docenten für innere Medicin in Leipzig.

(Schluss aus No. 6.)

Bei unseren Fällen von Chlorose mit Dyspepsie fanden wir — wie oben bemerkt — in fast der Hälfte verminderte Saftsecretion. Ritter und Hirsch waren wohl die ersten, die bei Chlorose und Anämie Verminderung der Salzsäure beobachteten. Aber auch Müller constatirte bei weiblichen chlorotischen Ulcuskranken der Gerhardt'schen Klinik bisweilen neutralen Mageninhalt. Meiner Ansicht nach kann dieser von verschiedenen Seiten erhobene Befund nicht auffällig erscheinen. Bei jeder schweren Chlorose überzeugen wir uns, dass alle Functionen des Körpers mehr oder weniger schwer gestört sind. Herzklopfen, Athemnoth, Appetitmangel, träge Verdauung, Fehlen der Menses, rasch eintretende körperliche und geistige Ermüdung sind stetig wiederkehrende Erscheinungen. Dürfen wir uns da wundern, dass die Secretion der starken Säure, deren Abscheidung von Bunge¹⁾ mit Recht als eine bemerkenswerthe Leistung der lebenden Drüsenzelle bezeichnet wird, eine Verminderung erfährt?

Wenn wir nun aber der verlockenden Erklärung, dass der die Chlorose begleitenden Hyperacidität bei der Entstehung des peptischen Magengeschwürs eine entscheidende Rolle zufallen soll, nur für gewisse Fälle einen Platz einräumen können, wie dürfen wir uns denn die Beziehungen zwischen den beiden offenbar häufig zusammentreffenden Krankheitszuständen vorstellen? Mir scheint folgende Ueberlegung wohl statthaft. Nicht selten beobachten wir bei blutarmen Personen, zumal bei chlorotischen Frauen, eine auffällige Neigung zu Blutungen aus der Nase, bezw. wenn die Menses nicht cessiren, relativ häufig eine übermässige Menstrualblutung. Wir können ferner feststellen, dass das Nasenbluten sehr häufig auf geringfügige mechanische Reize, wie stärkeres Schnaufen u. dergl. erfolgt. Da dürfen wir, meiner Ansicht nach, auch von Seiten der Magenschleimhaut eine ähnliche Empfindlichkeit voraussetzen, und zwar um so mehr, wenn entweder infolge von Hyperacidität ein krampfhafter Verschluss des Pylorus (Riegel) die Speisen länger im Magen zurückhält und die Verdauung der Amylaceen, besonders der Brodkrusten u. dergl., verzögert, oder durch die mangelhafte Saftabsonderung die Auflösung der Ingesta aufgehalten wird. Hier wird — zumal bei dem Ausfall der antiseptischen Wirkung der Salzsäure, die Bildung organischer Säuren begünstigt und bacteriellen Einflüssen ungenügend entgegengewirkt.²⁾ Kommt es dann infolge chemischer oder mechanischer Einflüsse zu einer auch nur geringfügigen Läsion der entschieden weniger widerstandsfähigen Schleimhaut, so wird sowohl der normale als unternormale HCl-Gehalt — zumal bei Mitwirkung der organischen Säuren — genügen, um die Heilung des oberflächlichen Substanzverlustes zu verzögern und zur Ausbildung eines Ulcus beizutragen. Ich muss aber Ewald's Satz, „dass die veränderte Blutbeschaffenheit auch bei normaler (bezw. wie ich meine auch unternormaler) Acidität als disponirendes Moment zu gelten hat“, auch aus einem anderen Grunde beipflichten; denn meiner Ansicht nach müssen wir die Blutveränderung mit dafür verantwortlich machen, dass jene Defecte so verhältnissmässig oft nicht verheilen. Nur so können wir uns das relativ häufige Vorkommen von Ulcus ventr. bei Blutarmen erklären, da wir bei anderen Kranken selbst nach wiederholten kleinen Blutungen und Epithelabstossungen ein Ulcus sich nicht entwickeln sehen.

Mit grossem Interesse habe ich ferner die Erscheinungen beachtet, wie sie bei Magenerweiterung durch die Expressionsmethode klargelegt wurden. Bei der oben angegebenen Krankenziffer habe ich 16 Fälle von mehr oder weniger hochgradiger Erweiterung verfolgt. Bei 2 Kranken konnte mit aller Sicherheit eine carcinomatöse Stricture des Pylorus angenommen werden; hier fehlte bei wiederholten Ausheberungen sowohl nach Milchfrühstück, als gemischter Kost freie HCl durchweg. (Ein Fall durch Autopsie bestätigt.)

Von 5 Kranken, bei welchen mit Bestimmtheit früher Ulcus ventr. vorausgegangen war, bezüglich noch bestand, boten nur 2 übernormalen HCl (Werthe von 0,26—0,29% nach Probefrühstück) dar, während freie HCl bei dem dritten nur zu 0,13—0,18% nach Probemahlzeit gefunden, und bei den beiden letzten **regelmässiges Fehlen** beobachtet wurde; nur einmal konnten wir, nachdem wir kurz nach einer Ausspülung Wasser in den Magen irrigirt

hatten, etwa $\frac{3}{4}$ Stunden später einen schwachen HCl-Werth feststellen.

Vier weitere Fälle, bei denen kein Anlass zur Diagnose eines Ulcus vorlag, ergaben bei wiederholten Untersuchungen lebhafte Reaction freier HCl, so dass es in der That nahe lag, an den von Riegel u. a. beschuldigten krampfhaften Verschluss des Pylorus zu denken. Indess sprach doch bei 2 dieser Kranken der Umstand gegen diese Annahme, dass auf Milchfrühstück nur ein Gehalt von 0,16—0,18% fr. HCl gefunden wurde.

Ich habe soeben bereits 2 Kranke erwähnt, bei denen, obschon Ulcus vorausgegangen war, freie HCl in der Regel fehlte. Ausser diesen aber ergab bei 5 weiteren Kranken die Untersuchung stetes Fehlen freier Salzsäure.¹⁾ Ob in solchen Fällen in der That, wie Klemperer²⁾ u. a. vermuthen, ein Stadium von Hyperacidität vorausgeht, das der Anacidität weicht, kann nach meinem Dafürhalten nur durch directe längere Beobachtung bei einem und demselben Kranken ermittelt werden. Jedenfalls möchte ich nach meinen Untersuchungen in der Schwäche der motorischen Magenfunction die hauptsächlichste Ursache für solche Fälle von Magenerweiterung suchen, bei denen dieselbe ohne vorausgegangenes Ulcus (bezw. Carcinoma pylori) sich entwickelt.

Ausdrücklich sei noch bemerkt, dass die Diagnose der Dilatatio ventr. nur dann gestellt wurde, wenn wiederholte Eingiessungen bezw. die Aufblähung durch CO₂ die grosse Curvatur in Nabelhöhe oder mehrere Finger breit unter derselben erscheinen liessen, und nebenher mehr oder weniger lebhafte peristaltische Bewegungen die Diagnose stützten.

Auf eine genauere Prüfung der motorischen Kraft, zumal nach der Vorschrift von Klemperer, konnte ich mich bei meinem Krankenmaterial nicht einlassen. Ich möchte aber — obwohl ich jene Methode niemals ausgeführt habe — gewisse Bedenken bezüglich der Zuverlässigkeit derselben nicht unterdrücken. Auf Grund der reichen Erfahrungen, die ich sowohl früher an der hiesigen medicinischen Klinik, als in meiner Poliklinik gesammelt habe, muss ich diese Zweifel äussern. Wie oft wird man gerade bei der Ausspülung eines dilatirten Magens durch das Auftreten mannichfacher Speisereste noch überrascht, nachdem — sei es durch einfache Heberwirkung, sei es durch die Magenpumpe — eine mehr oder weniger grosse Menge klaren Spülwassers längere Zeit hindurch entleert ist. Sollte es da nicht möglich sein, dass eine gewisse Menge des von Klemperer eingeführten Oels ab und zu im Magen zurückbleibt, und das Fehlen dieses Quantum irrtümlich eine gute motorische Leistung voraussetzen lässt?

Wenn Klemperer diesem Einwand gegenüber geltend macht, dass „viele Versuche, die er zuerst an Hunden, einige Mal auch an Menschen gemacht habe, dem widersprächen, da er bei der auf die Eingiessung alsbald folgenden Aspiration das Oel ohne Verlust wieder erhalten hätte“, so erscheint mir diese Vertheidigung nicht stichhaltig. Einmal hat es sich gerade bei diesen Versuchsobjecten um gesunde Mägen gehandelt, zum andern ist die Entnahme unmittelbar der Einführung des Oels gefolgt. Es liegen somit die Verhältnisse bei diesen Controlversuchen doch anders, als bei Kranken mit Magenerweiterung. Hier haben wir es nicht selten mit einem schlaffen Sack zu thun, der bisweilen verschiedene Ausbuchtungen darbietet. Und wenn wir dann beobachten, dass es sich selbst nach der Durchspülung von einigen Litern Wasser immer noch ereignen kann, dass später mit Nahrungsresten vermishtes Wasser — plötzlich — auftritt, so ist wohl der Schluss erlaubt, dass auch vom Oel ein Rest zurückbleiben kann, der nicht durch Aspiration zu gewinnen ist.

Bei der Analyse meiner Beobachtungen habe ich schon an mehreren Stellen auf die Abhängigkeit gewisser Magenstörungen von nervösen Zuständen hingewiesen. Schon bei den acuten Dyspepsien musste ich zur Erklärung der hin und wieder zu beobachtenden Hyperacidität nervöse Einflüsse in Anspruch nehmen; ganz besonders aber bei den chronischen Formen der übermässigen Saftsecretion. Ich glaube aber auch mit grösster Wahrscheinlichkeit für manche Formen von Anacidität gewisse Nervenstörungen beschuldigen zu müssen. Anders möchte ich wenigstens nicht die Beobachtung erklären, dass bei 3 Schwangeren (von denen eine, im 4. Monat grvida, seit 8 Wochen an Hyperemesis litt) absolutes Fehlen freier HCl beobachtet wurde; so möchte ich es auch auffassen, wenn bei 8 Frauen mit Ren mobilis freie HCl 3 mal nahezu, 5 mal völlig fehlte.

Im übrigen will ich nur kurz bemerken, dass ich bei ausgesprochenen Neurasthenikern, die über mehr oder weniger starke Magenbeschwerden klagten, und zwar bei 13 Männern und 12 Frauen die Reaction auf freie HCl

¹⁾ Lehrb. der physiol. und pathol. Chemie 1887, 9. Vorlesung.

²⁾ In jüngster Zeit hat Kast (Ueber die quantitative Bemessung der antiseptischen Leistung des Magensaftes; Festschrift, Hamburg 1889) in überzeugender Weise den bedeutsamen hemmenden Einfluss der freien HCl auf die Darmfäulnis erwiesen.

¹⁾ Zum Theil habe ich über die Fälle von Ectasie auf dem Congress für innere Medicin berichtet; s. die Verhandlungen 1889, p. 286.

²⁾ Ueber die Magenerweiterung und ihre Behandlung. Ibidem p. 271 u. ff.

bei 3 Männern und 2 Frauen zu stark (0,3—0,36—0,5 p. c.)
 „ 4 „ „ 6 „ normal,
 „ 2 „ „ 3 „ zu schwach,
 „ — „ „ 1 Frau negativ fand.

Hier muss man also auf ein sehr verschiedenes Verhalten des Chemismus gefasst sein.

Nur flüchtig will ich noch erwähnen, dass ich in einem Falle von chronischem Erbrechen, das ich wohl mit Recht als urämische Erscheinung deute, weil der betr. Herr seit etwa 15 Jahren an chronischer Cystopyelitis leidet, stets reichen Gehalt an freier HCl fand, dass in einem zweiten Falle von sicherem urämischen Erbrechen bei einer chronischen Nierenkrankheit dagegen regelmässiges Fehlen der freien HCl beobachtet wurde. Auch in einem Falle von Addison'scher Krankheit, der bei der Autopsie typische tuberculöse Erkrankung der Nebennieren ergab, fehlte freie Säure.

Von Interesse dürften ferner noch einige Bemerkungen sein, die sich auf den Chemismus solcher Magenkranken beziehen, bei denen ausgesprochenes Potatorium vorlag. Hier fand ich bei einem Kranken die Secretion normal, bei einem anderen Fall Hyperacidität (6 Express.), bei 6 weiteren Fällen Anacidität (HCl).

Mit wenigen Worten sei zum Schluss noch des gleichzeitigen Vorkommens von beweglicher Niere und Dyspepsie gedacht. In 19 Fällen, und zwar bei 17 Frauen und 2 Männern, finde ich diese Coincidenz verzeichnet. Ich hebe in erster Linie als bemerkenswerth hervor, dass ich in meinen Fällen von Magenerweiterung nicht ein einziges Mal gleichzeitige bewegliche Niere feststellen konnte, obwohl die bimanuelle Untersuchung und andere Vorschriften nie versäumt wurden. Ich habe ferner schon erwähnt, dass ich bei 5 Fällen Fehlen, bei 3 der Kranken beträchtliche Verminderung der Saftsecretion gefunden habe, und dass ich in diesen Fällen geneigt bin reflectorische Beziehungen anzunehmen. Hierfür spricht u. a. die Wahrnehmung, dass bei 5 weiteren Kranken der Befund wechselte, und bei je 3 Fällen normale bez. gesteigerte Secretion festgestellt wurde. Obwohl ich also bei dem gemeinschaftlichen Vorkommen die Störung vermisste, auf die früher von Bartels und neuerdings erst wieder von Litten¹⁾ aufmerksam gemacht ist, halte ich es doch für angezeigt, in jedem Falle von chronischer Dyspepsie auf Ren mobilis zu achten. Dass eine gewisse Abhängigkeit zwischen Dyspepsie und Beweglichkeit der Niere besteht, beweist auch mir die Erfahrung, dass die Magenbeschwerden nicht selten sofort durch das Tragen einer gut angepassten Leibbinde aufgehoben wurden.

Bei der Darstellung meiner Untersuchungen habe ich bisher fast ausschliesslich das Verhalten der freien HCl bei den verschiedenen Krankheitsgruppen berücksichtigt. Ich muss es mir versagen, über das Auftreten der Milchsäure und sonstigen organischen Säuren eingehender zu berichten; bei der grossen Zahl meiner poliklinischen Kranken²⁾ war es mir nicht möglich, jedem einzelnen Magenpatienten soviel Zeit zu widmen, wie zur Feststellung und Aufzeichnung des Verhaltens jener Säuren nöthig ist; meine Notizen sind in dieser Richtung lückenhaft. Nur soviel darf ich erwähnen, dass ich in ziemlich zahlreichen Fällen auch dann, wenn die Günzburg'sche Reaction positiv (ja stark ausfiel) einen lebhaften Ausschlag mit Eisenchloridcarbollsöl beobachtet habe. Flüchtige Fettsäuren u. s. f. fand ich besonders stark in den Fällen, wo freie HCl fehlte, aber auch in solchen, bei denen die Saftsecretion normal (oder selbst gesteigert) war, kamen dieselben zur Wahrnehmung.³⁾

Die von mir befolgte Methode erlaubt aber auch ausser der Beurtheilung der in erster Linie klargelegten secretorischen Verhältnisse einen Rückschluss auf die motorischen und resorbirenden Vorgänge. Leider kann ich auch hier nicht auf eine genaue Darstellung eingehen, da meine Beobachtungen in dieser Beziehung ebenfalls unvollständig bleiben mussten. Dass ich in vielen Fällen, bei denen die freie Mineralsäure fehlte, oft noch nach Stunden den Magen gefüllt fand, und die Reichlichkeit des Inhalts direct auf eine motorische (bezw. auch Resorptions-) Störung hinwies, kann nicht auffällig erscheinen.

Viel bemerkenswerther war für mich die in zahlreichen Fällen anzustellende Beobachtung, dass Kranke, bei denen ich durch wiederholte Prüfung zu verschiedenen Stunden der Verdauung einen mehr oder weniger gestörten Chemismus festgestellt hatte, auch nach reichlichen Probemahlzeiten nur noch wenig Chymus (3½—4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme) der Expression darboten. Ich konnte also die von anderer Seite hervorgehobene That-

sache bestätigen, dass bei secretorischer Störung die motorische Function compensatorisch eintreten kann. Indessen muss ich es für unrichtig erklären, wenn auf Grund solcher Beobachtungen der Mechanismus der Magenverdauung als die hauptsächlichste Function dargestellt wird.¹⁾

Auch hier ist Ewald's Warnung am Platz, dass es „gefährlich ist, aus klinischen Beobachtungen, selbst wenn sie wiederholt in gleichem Sinne auszuschlagen scheinen, allgemein gültige Regeln ableiten zu wollen.“ Ich habe schon oben bemerkt, dass ich im festen Glauben an die Sätze der Riegel'schen Schule im Beginn meiner Untersuchungen gewisse Schlüsse gezogen habe, die einer kritischen Nachprüfung nicht Stand gehalten hätten. Bald merkte ich aber, dass die von jener Schule aus ihrem thatsächlichen Material erhobenen Folgerungen für meine Kranken nur eine bedingte Gültigkeit beanspruchen durften. Dass dies so ist, bedauere ich selbst am allermeisten; denn statt der scheinbar einfachen Sachlage haben wir, trotz der durch die Expression geförderten Diagnose, immer noch mit complicirten Factoren zu rechnen.

Die im Beginn meiner Arbeit aufgeworfene Frage, ob die diagnostische Anwendung des Magenrohrs unter Benutzung der von Leube, Riegel und Ewald gegebenen Vorschriften in der Praxis ausführbar sei, habe ich oben schon kurz bejaht. Ich möchte aber nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, dass die Methode durchaus ungefährlich ist. Bei den 900 Expressionen und den angeschlossenen (mehreren 100) Ausspülungen habe ich nur zweimal infolge der Expression Abstossung kleinster Schleimhautpartikel und bei Ausspülungen nur in etwa 5—8 Fällen leicht blutige Verfärbung des Spülwassers beobachtet. Bei keinem der Fälle ist die geringste subjective oder objective Störung danach aufgetreten. In den beiden Fällen von Schleimhautablösung hat die später nach acht Tagen wiederholte Expression keine solche Folge gehabt. Einmal ist es mir begegnet, dass bei der Ausspülung eines Kranken mit Magenerweiterung etwas dunkles Blut ansfloss; hier gab der Kranke auf Befragen nachträglich an, dass der Stuhl an demselben Tage dunkel gewesen sei. Da bei dem Kranken starke Stagnation vorlag, und das Blut im Spülwasser chocoladenartig war, nahm ich an, dass die Blutung schon einige Tage alt sei. Der Kranke fühlte sich sofort nach der Ausspülung wohl, eine neue Blutung blieb aus.

Nach allem muss ich Ewald zustimmen, wenn er seine Methode als durchaus ungefährlich bezeichnet; indess halte ich dem verdienten Forscher gegenüber zwei nebensächliche Ausstellungen am Platz. Wenn derselbe erklärt, dass ein hohes Maass von Ungeschicklichkeit dazu gehöre, wenn die Sonde in den Larynx geführt werde, so täuscht er sich. Obwohl ich im Besitz einer recht guten Dexterität bin, habe ich doch die Beobachtung gemacht, dass ich bei ein und demselben Kranken mit dem weichen Rohre regelmässig in den Kehlkopf kam und mit dem starren Rohr nur dann diesen Weg vermeiden konnte, wenn ich mit dem Finger den Kehlkopf schloss. Hier lagen also Verhältnisse vor, denen gegenüber mit dem weichen Rohre nichts auszurichten ist. Dass der Anfänger sehr häufig in den oberen Kehlkopf gelangt, beobachte ich alle Wochen in meiner Poliklinik, in der ich einen grossen Theil der Expressionen von den Praktikanten ausführen lasse. In solchen Fällen hört man ein lautes zischendes In- und Expirationsgeräusch durch das Rohr hindurchgehen. Die Cyanose ist deshalb auch nicht so stark, wie in solchen Fällen, bei denen das Rohr schon das Ringknorpelhinderniss passiert hat, der Kranke aber zu athmen aufhört. Zur Vermeidung dieses (letzteren) scheinbar beängstigenden Verhaltens muss man die Leute auffordern tief zu athmen; der erste Athemzug befreit sie von ihrer Angst.

Wenn Ewald weiter „die Einführung des Rohres weniger belästigend nennt, als die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel“, so muss ich ihm entgegen „de gustibus non est disputandum“. Ungemüthlicher ist die Expression doch auf alle Fälle. Ich stimme ihm bei, dass man nur selten eine Cocainpinselung nöthig hat; ich habe nur in einem einzigen Falle bei einer reizbaren jungen Dame diese Maassnahme nöthig gehabt und dann die vorher nicht ausführbare Expression erreicht.

Mir selbst hat endlich auch nur ein poliklinischer Patient (ein russischer Jude) die Expression verweigert, und die zwei anderen Kranken, die „darauf verzichteten“, trauten meinem Famulus nicht recht. All dies beweist, dass die Methode in der Praxis sehr wohl ausführbar ist.

Nicht so einfach erscheint mir die Beantwortung der Frage, ob diese Untersuchungsmethode nothwendig ist. Ich zweifle nicht daran, dass man in der Privatpraxis sehr häufig ohne dieselbe auskommen kann, dass man häufig durch diätetische Vorschriften u. dergl. eine Besserung erzielt, ohne eine exacte Diagnose gestellt zu haben; das habe ich selbst oft genug erlebt. Aber darüber darf man sich meiner Ansicht nach nicht täuschen, dass

¹⁾ S. Grundzuch, Berl. klin. Wochenschr. 1887, No. 30.

¹⁾ Ueber den Zusammenhang von Erkrankungen des Magens mit Lageveränderungen der rechten Niere. Congr. f. innere Med. 1887, p. 223 u. ff.

²⁾ Die von mir 1886 gegründete Poliklinik wurde im 1. Jahr von 847, im 2. Jahr von 978, im 3. Jahr von 1342, in diesem erst Mitte April ablaufenden 4. Jahr bis jetzt von 1100 Kranken aufgesucht.

³⁾ Auch die Peptonbestimmungen konnten aus demselben Grunde nicht regelmässig ausgeführt werden.

man ohne jene Untersuchung häufig im Dunkeln tappt. Und hier sei es mir gestattet die Frage zu erörtern, ob wir denn durch die von den verschiedensten Seiten gewonnenen Expressionsbefunde noch nicht zu dem wünschenswerthen Ergebniss gekommen sind, diesen oder jenen Symptomencomplex mit einem bestimmten, bei den Expressionen in der Regel wiederkehrenden Befund in Einklang zu bringen, so zwar, dass die Expression unterlassen werden könne. Ich fürchte, dass dies Beginnen (obwohl von mancher Seite schon versucht¹⁾) zunächst noch als verfrüht zu erachten ist.

Nur einige Zeichen scheinen mir schon jetzt verwerthbar zu sein. Einschliesslich der acuten Dyspepsien, bei denen, wie wir gesehen haben, in der übergrossen Mehrzahl der Fälle die Saftsecretion vermindert und dementsprechend meistens von vornherein Salzsäurezufuhr zu rathen ist, beobachten wir in der Regel eine mehr oder weniger belegte Zunge, Appetitmangel, Widerwillen gegen das Essen, besonders bei den mit verminderter Secretion verlaufenden Störungen. Wir finden ein tadelloses Verhalten der Zunge und häufig sich einstellendes Hungergefühl bei Kranken mit Hyperacidität; wir erfahren endlich, dass bei dieser Gruppe in der Regel Verstopfung besteht, während der Stuhl bei jenen Kranken nicht selten regelmässig ist. Aber damit sind wir auch fast am Ende. Wenn heftiger Spontan- und Druckschmerz als regelmässiges Symptom von Hyperacidität angeführt wird, so muss ich dem durchaus widersprechen. In zahlreichen Fällen, in denen ich selbst Anamnese und Status genau aufnahm und aus dem Druckschmerz und anderen Symptomen auf secretorische Steigerung gefasst sein musste, ergab die Auspressung das gerade Gegentheil. Diese Fälle sind so häufig, dass man sie nicht als Ausnahme ansehen darf, und ich habe gerade sie dazu benutzt, um meinen Praktikanten immer auf's neue den Werth der Ausheberungen vorzuführen. Nur den Fällen, bei denen der Druckschmerz eine andere Stelle als die Regio pylorica betrifft, bez. intensive Schmerzen an einer bestimmten Stelle der vorderen Wand oder von Magenleidenden heftige Rückenschmerzen geklagt werden, möchte ich für die Diagnose des Ulc. rotund. einen Werth beimessen. Dagegen habe ich — entgegen manchen Angaben — 3 Fälle von durch die Autopsie bestätigtem Carcinoma ventriculi beobachtet, bei denen die über Monate sich hinziehende regelmässige Gewichtszunahme an der Diagnose zweifeln liess, bis der Exitus letalis die anfängliche Annahme bestätigte.

Dass ferner Anämie und Chlorose durchaus nicht zur Annahme einer Hyperacidität berechtigen, dass Erbrechen auch bei zahlreichen Kranken mit verminderter Secretion auftritt, und dass man bei hochgradiger Nervosität auf die verschiedensten Ergebnisse gefasst sein muss, endlich ausstrahlende Schmerzen sowohl bei Kranken mit gesteigerter, als mangelhafter Saftabsonderung beobachtet werden, sind so häufige Beobachtungen, dass meine Bedenken Jaworski, Boas u. a. gegenüber, die jene Symptome als charakteristisch aufgestellt haben, gerechtfertigt sind.

Wenn über die Nothwendigkeit der Expression Bedenken erlaubt sind, so müssen dieselben verstummen, wenn die grössere Sicherheit des therapeutischen Handelns in Frage kommt. Denn darüber kann kein Zweifel obwalten, dass die Diagnose infolge der Ausheberung an Sicherheit gewinnt. Ich bin weit davon entfernt, in den Schematismus zu gerathen und Magenkranke in solche zu trennen, bei denen Säure fehlt oder vorhanden ist, bez. übermässig abgesondert wird, und für die Fälle mit gesteigerter Secretion neutralisirende Mittel, für die erstere Gruppe Säure zu verordnen. Wohl wende ich in jedem Falle, bei dem freie HCl im Filtrat fehlt, verdünnte Salzsäure an und schwanke in den Gaben zwischen 4—10 Tr. nach einer kleinen, und 8—12—20 Tr. nach einer grösseren Mahlzeit und lasse dieselben auf $\frac{1}{2}$ —1 Wasserglas voll 1— $1\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Essen schluckweise nehmen. Nie habe ich nachtheilige Folgen beobachtet, sondern, von vereinzelt Ausnahmen abgesehen, bei denen die Erleichterung ausblieb, stets den besten Nutzen wahrgenommen. Wenn fast 200 Kranke nach einem Mittel subjective und objective Besserung darbieten, wenn das Gefühl von Druck und Völle und das Erbrechen darnach aufhören, der Appetit sich regt u. s. f., so dürfen wir diese Erscheinungen wohl direkt auf das Mittel beziehen. Ob der günstige Einfluss in erster Linie der antiseptischen Wirkung zukommt, oder zugleich eine Anregung der Drüsenhätigkeit mitspielt, bez. durch sie die Bildung der für die Peptonisirung nöthigen sauren Albuminate ermöglicht und gefördert wird, wage ich zunächst nicht zu entscheiden.

Dass für Kranke mit Hyperacidität allgemeine diätetische Rathschläge nicht viel nützen, ist schon oft hervorgehoben. Gerade hier schafft man die grösste Erleichterung durch die den Secretionsverhältnissen angepasste Empfehlung reichlicher Eiweisskost u. s. f.,

nöthigenfalls durch regelmässige Ausspülungen, für deren systematische Einführung wir Kussmaul grossen Dank schulden.

Einen Hauptwerth bietet die Ausheberung noch dadurch, dass man bei Feststellung ausgedehnter Zersetzungen u. dergl. die Ausspülung des Magens sofort anschliessen wird. Dass diese Maassnahme nicht nur bei den Erweiterungen, sondern sowohl bei acuten als chronischen Störungen das beste leistet, hat mir jeder neue Fall bewiesen.

Meine Arbeit bezweckte, das Ergebniss der an einem ziemlich grossen Material nach einheitlicher Methode gewonnenen Erfahrungen bekannt zu geben und vor allem der, meines Erachtens nach, in der Praxis nicht genügend gewürdigten diagnostischen Ausheberung des Magens Anhänger zuzuführen. Es sollte mich freuen, wenn meine Mittheilungen zur weiteren Ausbreitung der wichtigen Untersuchungsmethode anregen würden.

¹⁾ Jaworski, Subjective Magensymptome — objectiver Befund; Wiener med. Wochenschr. 1886, No. 49—52 und Boas, Zur Symptomatologie des chronischen Magenkatarrhs u. s. w.; Münch. med. Wochenschr. 1887, No. 41—42.