No. 23.

Donnerstag, den 7. Juni 1906.

32. Jahrgang.

Die Behandlung der chronischen Darmkatarrhe.

Klinischer Vortrag.

Von Prof. Dr. Th. Rosenheim.

M. H.! Chronisch-katarrhalische Prozesse im Darin stellen keinen einheitlichen klinischen Krankheitsbegriff dar, weil Intensität und Charakter der durch die Affektion bedingten Störungen, der Beschwerden wie der objektiv nachweisbaren Anomalien, in weiten Grenzen schwanken können, je nachdem der Dünndarm oder der Dickdarm oder beide Abschnitte in ausgedehnterem oder geringerem Maße betroffen sind, je nachdem dann Assimilation der Nahrungsstoffe, Gärungs- und Fäulnisvorgänge beeinflusst werden und je nachdem endlich Komplikationen im Bereiche der Nachbarorgane oder allgemeine Folgezustände in die Erscheinung treten! Diese Verschiedenheit des Symptomenbildes und speziell der funktionellen Leistungsfähigkeit des Darms bei chronisch-entzündlichen Zuständen bedingt die Schwierigkeiten der Behandlung; es ist ohne weiteres klar, daß jeder Schematismus hier vom Uebel ist. Eine Therapie, die auch nur für die Mehrzahl der Fälle paßt, gibt es nicht. Glücklicherweise sind wir nun garnicht so ungünstig gestellt, daß wir nicht in der Lage wären, die Diagnose, sowohl die funktionelle als auch die anatomische, präziser zu gestalten und damit exaktere Indikationen für diese oder jene Behandlungsform zu finden.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, den verfügbaren diagnostischen Apparat eingehend zu analysieren. Nur eine Reihe von praktischen Gesichtspunkten bei der Beurteilung unserer Fälle möchte ich hervorheben, da sie sich als brauchbare Leiter für unser ärztliches Handeln bewähren dürften.

Bei unseren Kranken mit chronisch-katarrhalischen Darmzuständen fassen wir zweckmäßig vier wichtige Punkte ins Auge. Wir berücksichtigen 1. Ausdehnung und Lokalisation der Darmerkrankung sowie funktionelle Anomalien bei derselben; 2. das Verhalten des Magens; 3. gewisse Komplikationen; 4. Art und Schwere der gewöhnlichen Folgezustände.

1. Die Lokalisation des Katarrhs ist eine sehr wechselnde. Vom praktischen Standpunkte aus empfiehlt es sich, drei Gruppen von Fällen zu unterscheiden: a) Dünndarmkatarrhe; b) diffuse entzündliche Prozesse, die den Dünndarm und Dickdarm beteiligen; c) die Colitiden. Eine noch prä-

zisere Lokalisationsdiagnose ist öfter erwünscht, aber meist nicht möglich. Unter allen Umständen soll man bei jedem chronischen Darmkatarrh wenigstens versuchen, im gegebenen Fall die Zugehörigkeit zu einer dieser drei Gruppen festzustellen, denn die Behandlungsmöglichkeiten und die Methodik sind je nach der Lokalisation des Prozesses durchaus verschiedene. Wir werden deshalb im folgenden gut tun, bei der Besprechung der therapeutischen Gesichtspunkte diese Dreiteilung festzuhalten, wobei es sich, speziell bei den Colitiden, nicht vermeiden läßt, noch einige Sonderformen zu unterscheiden.

Dünndarmkatarrhe brauchen auf den Kotlauf und den Defäkationsakt gar keinen Einfluß zu üben. Der Stuhlgang kann normal sein, es kann auch Obstipation bestehen: in beiden Fällen handelt es sich aber gewöhnlich um weniger ausgedehnte Erkrankungen, vornehmlich im oberen Dünndarmabschnitt lokalisiert, die sich im übrigen dann durch Dyspepsie und Beeinflussung der Magenfunktion, durch Blähungen, peristaltische Unruhe im Leibe, Aufstoßen oder auch häufigeren Abgang von Winden, gelegentlich auch durch schmerzhaftes, ziehendes oder krampfartige Sensationen, gemeinhin in Nabelhöhe oder etwas darüber lokalisiert, äußern können.

Je weiter dann der entzündliche Prozeß sich über den Dünndarm verbreitet, um so mehr tritt im allgemeinen das Symptom der Diarrhoe hervor, indem nun die im Jejunum resp. Ileum unzweckmäßig vorbereiteten Chymusmassen den Dickdarm irritieren und dessen Peristaltik abnorm stark anregen. Infolge der heftigen Beschleunigung des Kotlaufs treten Anomalien in der Zusammensetzung der Faeces in die Erscheinung, die für den chronischen Dünndarmkatarrh einigermaßen charakteristisch sein können. Gelegentlich findet man saure Reaktion des Stuhlgangs; er riecht dann auch garnicht selten nach flüchtigen Fettsäuren, und er sieht zuweilen hellbraun und schaumig (von Gasblasen bedeckt oder durchsetzt), andere Male goldgelb bis grünbraun aus, wo die Umbildung des Bilirubin in Hydrobilirubin infolge der raschen Passage durch den Dickdarm unmöglich wurde. Unverändertes Gallenpigment an den Dejektionen oder wenigstens an einzelnen Bestandteilen derselben (Epithelien, Muskelfasern, Fetttropfen) weist auf eine Affektion des Dünndarms hin, während verschlechterte Ausnutzung der Nahrungsmittel, nur wenn sie erheblichere Grade erreicht, für die Lokalisationsdiagnose zu verwerten ist. Bei einer einfachen, milden, gemischten Kost, wie

ich sie als Probediät verwende, die etwa 250 g gebratenes oder gekochtes, mageres Fleisch, zwei bis drei Eier, 80 g Butter, 200–250 g Kohlehydrate in Form von Weißbrot, Zwieback, Reis, Gries, Sago und daneben 80–100 g einfachen Gemüsebrei im wesentlichen pro die bietet, spricht das Auftreten einer größeren Menge scharf eckig konturierter Muskelfasern mit gut erhaltener Querstreifung, von wohl erhaltenen Amylumkörperchen ohne Hülle, die die Jodreaktion leicht geben, von erheblicheren Fettresten (Schollen, Cristallen, Tropfen) für eine ausgedehntere Affektion des Dünndarms. Von entscheidender Bedeutung werden diese Befunde einer wesentlich gestörten Assimilation erst dann für die Diagnose des chronischen Dünndarmkatarrhs, wenn sie im geformten Stuhlgang erhoben werden können, denn jede stärkere Diarrhoe, z. B. auch die rein nervösen Ursprungs, pflegt mit mehr oder weniger verschlechterter Ausnutzung einherzugehen. Schleim kann dauernd im Stuhlgang beim Dünndarmkatarrh vermißt werden, zumal wenn er nur in den obersten Abschnitten lokalisiert ist; innige Durchmischung von Schleim und Fäcalsubstanzen ist, und zwar bei jeder Konsistenz des Stuhls, sonst ein häufiger Befund — pathognostisch für eine Dünndarmaffektion ist er nicht, da er bei Entzündung der höheren Abschnitte des Dickdarms sich ebenso ergeben kann.

Chronisch-katarrhalische Zustände des Darmes, welche hartnäckige Diarrhöen (drei und mehr breiig-wässrige Entleerungen) bedingen, sind gewöhnlich diffuse Prozesse, bei denen der Dünndarm wohl meist beteiligt ist, bei denen aber auch der Dickdarm nie ganz gesund ist, wenn er auch häufig nur in seinen oberen Abschnitten affiziert ist. Je diffuser Dünn- und Dickdarm von dem Katarrh ergriffen sind, umso größer sind im allgemeinen die Störungen, umso hervorstechender ist namentlich das Symptom der Diarrhoe. Bei Beteiligung des unteren Teiles des Dickdarms treten der häufige Stuhldrang und das Vorkommen kleiner, spritzender Abgänge mehr in den Vordergrund; doch kann ersteres Symptom auch reflektorisch von höher gelegenen Entzündungsherden her ausgelöst werden. Die häufigste und vielleicht praktisch wichtigste Lokalisation des Katarrhs ist wohl die im Ileum, Coecum und Colon ascendens. Hier ist der Stuhlgang bei milder, gemischter Kost (siehe oben) zunächst meist ungeformt, seltener fest und dann nur etwa einmal am Tage; die folgenden Male ist er diarrhoisch. Er wird verschieden häufig, zwei bis dreimal und öfter, abgesetzt; die Beschwerden schwanken sonst von Fall zu Fall. Oefter beobachtet man hier Wechsel von Verstopfung und Diarrhoe. Schleim ist in den Dejekten meist leicht nachweisbar; er ist allemal gleichmäßig mit den Fäcalien durchmischt. Verschlechterte Ausnutzung der Nahrung ist ein gewöhnlicher Befund.

Jemehr der Dünndarm neben dem Dickdarm katarrhalisch erkrankt ist, um so mehr pflegen auch die subjektiven Beschwerden, die den Kranken zum Arzt führen, Poltern, Unruhe, Spannung, ziehende, stechende, gelegentlich auch kolikartige Schmerzen, hervorzutreten; und dehnt sich die Erkrankung auch auf die obere Dünndarmhälfte aus, so braucht dies keine anderen subjektiven und objektiven Symptome zu machen als die bisher beschriebenen; doch sind sie gewöhnlich stärker ausgesprochen: So pflegt die Diarrhoe noch heftiger zu sein, sie ist morgens stürmischer; setzt auch nachts und garnicht selten im Anschluß an die Mahlzeiten unaufhaltbar ein. Die Rückwirkung auf den Allgemeinzustand ist stets eine deutliche.

Als Residuum eines vordem ganz diffusen, aber allmählich gebesserten Prozesses bleibt nicht selten eine Affektion des Coecum und Colon ascendens bestehen und dauert hartnäckig an. Die Teile des Darms unmittelbar vor, namentlich aber hinter der Bauhinschen Klappe sind anscheinend diejenigen, die, wenn einmal erkrankt, am langsamsten und schwersten ihre normale Leistungsfähigkeit wiedergewinnen: von einer Heilung im anatomischen Sinne ist hier wohl überhaupt nie die Rede, die Neigung zu heftigeren Rezidiven bleibt groß. Die Funktion wird in günstigen Fällen wieder hergestellt — bei Vermeidung von Diätfehlern erfolgt die Stuhlentleerung ein- bis zweimal täglich wurstförmig, ohne Beschwerde, oder es besteht häufiger Neigung zu Obstipation. Eine Ver-

schlechterung der Ausnutzung ist in den Faeces jetzt kaum nachweisbar, wohl aber findet man mikroskopisch noch gelegentlich Schleimfetzen, wenn man Proben aus der Mitte der geformten Masse entnimmt. Die Coecalpartie kann auf Druck empfindlich sein, speziell auch der McBurneysche Punkt; doch ist das kein konstantes Symptom: auch fehlen meist subjektive Störungen am Blinddarm, desgleichen Kollern, Schmerzempfindungen im Leibe. Palpiert man in diesen Fällen den Blinddarm, so findet man ihn häufiger mit festen, nur ausnahmsweise mit wirklich harten Massen angefüllt, während in der Norm der Darminhalt hier eine mehr weiche Beschaffenheit hat. Auf der gegenüberliegenden linken Seite fühlt man dann garnicht selten die Flexura sigmoidea fest um ihren spärlichen Inhalt kontrahiert: Neigung zu Spasmus im unteren Dickdarmdrittel begleitet diese Form der Coecalerkrankung sehr häufig wie überhaupt lokalisierte und diffusere Affektionen der höheren Darmabschnitte. Von dem Vorhandensein dieser Anomalie reflektorisch-nervösen Ursprungs kann man sich auch durch die Mastdarmuntersuchung manchmal überzeugen: man findet das obere Mastdarmdrittel fest kontrahiert, sodaß es nur mit Mühe inöglich wird, den Finger in dem gespannten Ringe vorwärts zu schieben. Die Entzündung der untersten Colonwege (Colon descendens und Flexura sigmoidea) ist meist ausgezeichnet durch Obstipation. Von einer Verschlechterung der Ausnutzung ist hier nicht die Rede; dagegen können die Schleimabgänge, makroskopisch schon sichtbar den Massen äußerlich anhaftend, sehr beträchtlich sein. Die Beschwerden über die der Patient klagt, sind die der habituellen Obstipation.

Nicht unerwähnt soll bleiben, daß die Entzündungen in der Flexura sigmoidea sich oft durch besondere Irritabilität und Hartnäckigkeit auszeichnen und daß es hier nicht ganz selten zu sekundären Wandinfiltrationen kommt, die auf der Basis einfacher Entzündung sich an andern Colonpartien doch nur ganz ausnahmsweise entwickeln. Schließlich beobachten wir gelegentlich eine irritative Abart der Sigmoiditis, die nicht bloß mit linkseitigen Schmerzen, sondern auch mit Diarrhöen, bisweilen intermittierend in heftigen Anfällen auftretend, einhergeht.

Eine Sonderstellung nimmt diejenige Form der Colitis ein, die, in den eben erwähnten Teilen vorzugsweise lokalisiert, als sogenannte Enteritis membranacea beschrieben wird: Sie ist dadurch ausgezeichnet, daß die Obstipation den spastischen Typhus meistens scharf hervortreten läßt, ferner durch die erhöhte Reizbarkeit der affizierten Partien und das starke Mitklagen des ganzen Nervensystems; charakteristisch ist für sie der Abgang der bekannten, bald mehr glasig durchscheinenden, bald mehr grauen oder graubräunlichen, bald mehr festen, bald mehr lockeren, bald mehr breiten, bald mehr bindfadenförmigen, Membranen. Aus dieser Affektion eine Krankheit sui generis zu machen, scheint mir nicht berechtigt; gemeinhin ist sie eine echte, zirkumskripte Colitis.

Die diffuseren Dickdarmentzündungen, namentlich wenn sie bis zur Bauhinschen Klappe hinaufreichen, zeigen als hervorstechendes Symptom häufig breiige Entleerungen oder den Wechsel von Verstopfung und Diarrhoe; flüssige Dejektionen sind seltener. Eine wesentliche Verschlechterung der Ausnutzung ist meist nicht nachweisbar; trotzdem kann die Rückwirkung auf den Allgemeinzustand schließlich eine recht ungünstige sein; erhebliche Schmerzen sind nur in einer Minderzahl der Fälle vorhanden, doch gibt es auch irritative Formen diffuser Colitis, die, mit starken Reizerscheinungen einhergehend, frühzeitig sehr angreifend wirken und den Patienten aufs äußerste herunterbringen können; sie sind bei uns nicht besonders häufig und anscheinend unter den Aerzten wenig bekannt. Hier kann es zu hartnäckiger Diarrhoe, ähnlich wie bei der chronischen Dysenterie, kommen, und der Verdacht, daß in diesen Fällen die Entzündung unter der Einwirkung von Bakterienreizen zu Erosions- und Geschwürsbildung geführt hat, ist nicht von der Hand zu weisen, zumal Neigung zu Blutungen aus der Schleimhaut eine häufigere Begleiterscheinung ist. In einem Teil dieser Fälle, die ich gesehen habe, hatte der Prozeß akut und fieberhaft begonnen und war dann chronisch geworden; andere Male verlief er von vorn-

herein chronisch, zeigte aber nicht selten Fieberbewegungen. Auch diese Colitiden scheinen mir eine besondere Berücksichtigung hier zu verdienen.

2. In jedem Falle von chronischem Darmkatarrh ist eine Untersuchung des Magens notwendig, und zwar eine Sondierung, um die Funktion des Organs klarzustellen; auch wenn die Patienten nie über den Magen zu klagen haben, können hier schwere Anomalien, z. B. völlige Saftlosigkeit, bestehen, die vielleicht die Grundlage und der Ausgangspunkt der Affektion des Darms sind, die Störung daselbst dauernd unterhalten, sie mindestens verschärfen. Eine Regulation der Magenfunktion oder wenigstens der Versuch einer Korrektur durch geeignete Maßnahmen ist die Voraussetzung für die Wiederherstellung einer normalen Darmtätigkeit und für die Beseitigung des katarrhalischen Zustandes. Bei vielen unserer hierhergehörigen Patienten wird freilich der Magen gesund befunden, oder die Störungen, die wir feststellen, sind reflektorisch nervöser Natur und von der Darmerkrankung abhängig. Häufig kommt so eine Hyperazidität zustande. Wenig bekannt ist, aber wichtig zu wissen, daß atonische Zustände des Magens, ja ganz erhebliche Stauung von Mageninhalt (auch im nüchternen Organ noch nachweisbar) hervorgerufen sein kann durch Hemmungsimpulse, die, von der irregulären Dünndarmtätigkeit (der peristaltischen Unruhe) ausgelöst, auf die Magenmuskulatur störend einwirken. Andere Male aber besteht ein echter, dem des Darms gleichwertiger katarrhalischer Prozeß im Magen, der eine wesentliche Berücksichtigung heischt. Gelegentlich läßt schon die Stuhlgangsuntersuchung einen Rückschluß auf *Affectio ventriculi* zu: darauf weist z. B. der Befund größerer Massen unverdauten, rohen Bindegewebes hin, während das Erscheinen reichlicher Muskelreste für eine Erkrankung des Dünndarms besonders ins Gewicht fällt.

3. Von großer Bedeutung für die Therapie des Darmkatarrhs ist für uns immer die Feststellung von Komplikationen desselben. Ich nenne als wichtigste die Appendicitis (acuta und chronica) und weise vor allem auf die Kombination von Katarrh und Neurose hin; ferner sind zu beachten katarrhalische Prozesse in der Leber, die unter Umständen mit Schwellung des Organs, Verminderung seiner spezifischen Leistungsfähigkeit, Icterus einhergehen können, Cholecystitis und Cholelithiasis; und wenn wir dieses auch nicht exakt diagnostizieren können, so werden wir doch nicht fehlgehen, wenn wir in vielen Fällen von Dünndarmkatarrh die Komplikation mit entzündlichen Zuständen im Pankreas annehmen. Wichtig ist auch die Berücksichtigung von vorhandener gichtischer Diathese und von Nephrolithiasis. Bei bestehender Anlage zur Tuberculose und bei ausgesprochener Phthise ist die chronische Enteritis sicher ein wesentliches, prädisponierendes Moment für die Entstehung tuberculöser Ulcera im Darm, umgekehrt helfen diffuse Katarrhe des Verdauungsschlauches den Boden bereiten, auf dem Tuberculose der Lungen sich leichter entwickelt.

Nichts ist in den meisten Fällen schwieriger als die Unterscheidung der reinen Neurosen des Dünndarms, speziell seiner oberen Partien, vom Katarrh: spontane Schmerzen verschiedener Art, Druckpunkte, Blähungen, Meteorismus, Aufstoßen, Störung der Defécation, alle diese Symptome bieten für keine Form der Erkrankung etwas Charakteristisches. Läßt sich Katarrh des Magens oder Dickdarms dann nachweisen, so hat man guten Grund, die Anomalie des Dünndarms in gleicher Weise zu erklären. Bestehen wiederum anderweitige nervöse Erscheinungen, so wird man geneigt sein, die Dünndarmstörungen in erster Reihe als funktionelle anzusprechen. Aber die größte Vorsicht ist bei diesen Rückschlüssen allemal geboten; Magen- und Dickdarmkatarrh können fehlen, unzweifelhafte Zeichen allgemeiner Neurose können vorhanden sein, und doch liegt ein echter Dünndarmkatarrh vor und garnicht selten besteht er, wo die gleichzeitig belästigenden Magen- oder Dickdarmstörungen rein reflektorisch nervöser Natur sind. Neben der unverkennbaren Neurose des Darms kann eine katarrhalische Affektion des Organs allemal mehr oder weniger diffus bestehen. Wo ist überhaupt die Grenze zwischen Neurose und Katarrh, zwischen funktioneller und auf anatomischer Veränderung begründeter Störung

für den Kliniker? Kombinationen zeigt uns die alltägliche Praxis, und die Möglichkeit des Uebergangs von einer zur andern ist ohne weiteres anzunehmen: was als einfache Neurose begonnen hat, kann unter Umständen als irreparabler anatomischer Prozeß enden, und langdauernde katarrhalische Zustände befördern die Entwicklung lokaler und allgemeiner Neurose (s. unten).

4. Je größer die Beteiligung des Dünndarms bei der Erkrankung ist, um so ernster ist meist die Prognose zu stellen, um so stärker machen sich gewöhnlich die subjektiven Beschwerden geltend und um so eher treten wichtige Folgezustände in die Erscheinung: Herabsetzung des gesamten Ernährungszustandes, Anämie, Nervosität. Die Schädigung des allgemeinen Ernährungszustandes ist zum Teil von den Anomalien im Ablauf der Verdauung abhängig, die Verminderung der Nahrungsaufnahme, verschlechterte Ausnutzung, Bildung von direkt giftig wirkenden oder doch wenigstens für den Ansatz ungeeigneten intermediären Stoffwechselprodukten zur Folge haben können; zum Teil aber ist sie bedingt durch die Alteration des Nervensystems. Letztere manifestiert sich durch Schlafstörungen, durch erhöhte Erregbarkeit, Entwicklung von Hysterie, Hypochondrie, Phobien. Die katarrhalisch erkrankten Bezirke wirken als neurogene Zone, und die Darmaffektionen verlaufen mit mannigfaltigen nervösen Erscheinungen, indem die Vorgänge in dem überaus nervenreichen Darm auf die nächstgelegenen Bauchnerven, auf die verschiedenen Zentren und die Psyche eine Rückwirkung äußern. Es entstehen dadurch unter Umständen recht komplizierte Krankheitsbilder; gewisse Symptome, obwohl sekundär, treten manchmal ganz in den Vordergrund des Interesses: Magenstörungen und Mastdarmreizzustände, Anomalien der Herztätigkeit. Beschwerden im Gebiete des Urogenitalapparates, Kopfschmerzen, Neuralgien im Rumpf wie an den Extremitäten können in gleicher Weise von der chronischen Darmaffektion abhängig sein.

Was die Anämie beim chronischen Darmkatarrh betrifft, so ist sie von wechselnder Intensität und läuft durchaus nicht parallel der Abmagerung. In einem Teile der Fälle kommt es schließlich zu Erscheinungen schwerer und schwerster Blutarmut, die gelegentlich das typische Bild der progressiven, perniziösen Form bietet.

Für mich ist es auf Grund klinischer Beobachtungen unzweifelhaft, daß nicht bloß die hochgradigen Störungen der Magenfunktion, wie sie sich im völligen Versiegen der Saftsekretion äußern, sondern namentlich und vor allem die Anomalien der Dünndarmdigestion eine entscheidend wichtige Ursache für das Zustandekommen der bösartigen Anämien abgeben. Die Annahme hat durchaus nichts Gezwungenes, daß es, vielleicht infolge von Wucherungen saprophytischer und pathogener Mikroorganismen, im Chymus zur Bildung von abnormen Stoffwechselprodukten kommen kann, die toxisch wirken, oder daß die Assimilation gewisser, für die blutbereitenden Organe wichtiger Nährstoffe geschädigt wird, der Abbau und Wiederaufbau speziell der Eiweißmoleküle infolge der Erkrankung der Schleimhaut ein fehlerhafter ist.

M. H.! Aus dem Gesagten ergibt sich, daß wir auf die Erkrankung des Dünndarms für die Hervorbringung gewisser Folgezustände besonderen Wert legen müssen. Sie bedingt auch bei den diffusen Prozessen in erster Reihe die Schwere. Hartnäckigkeit und Mannigfaltigkeit der Symptome. Und darum hat die Therapie vornehmlich auf die Regulation der Dünndarmtätigkeit hinzuwirken. An zweiter Stelle steht erst die Bekämpfung eines zugehörigen Dickdarmkatarrhs, wenn das Gesamtorgan affiziert ist. Die Ansprüche, die an die Therapie je nach Eigenart des Falles gestellt werden müssen, sind nun, zumal im Hinblick auf die möglichen Komplikationen, überaus mannigfache. Der wertvollste Heilfaktor, über den wir verfügen, um diesen schwierigen Anforderungen einigermaßen zu genügen, ist die Diät. Bei ihrer Festsetzung berücksichtige man ganz allgemein: sie soll vornehmlich ausgewählt werden in Ansehung der in den höher gelegenen Abschnitten nachweisbar bestehenden Störung; leidet also jemand an einem diffusen Magen- und Darmkatarrh, so ist für unsere diätetischen Verordnungen an erster Stelle

das Verhalten des Magens maßgebend. Ist letzterer gesund, während die tieferen Abschnitte gleichmäßig erkrankt sind, so wird die Rücksicht auf den Dünndarm entscheidend.

Nur so gelingt es zuverlässig, vorwärts zu kommen; der höher gelegene kranke Teil wird allmählich wiederhergestellt, und wir brauchen dann in den weiteren Dispositionen weniger auf ihn zu achten, können den tieferen Abschnitt spezieller diätetisch berücksichtigen.

Eine für alle hierhergehörigen Fälle passende Normaldiät gibt es nicht — die Art der Ernährung unserer Kranken wechselt je nach der Ausdehnung und Vorgeschriththeit des entzündlichen Prozesses, je nachdem der Dünndarm oder der Dickdarm mehr oder weniger betroffen sind; je nachdem Gärung und Fäulnis abnorm hervortreten, je nach dem Anteil, den der Magen an den Störungen hat, und bleibt schließlich noch in gewissen Grenzen von den oben erwähnten Begleit- und Folgezuständen abhängig. Allemal aber muß die Diät reizlos und leicht assimilierbar sein. Der besseren Uebersicht wegen besprechen wir die therapeutischen Maßnahmen für die drei verschiedenen Gruppen der Darmkatarrhe, die wir, ohne den Verhältnissen Zwang anzutun, unterscheiden können, gesondert. (Fortsetzung folgt)