vorstehendstes und konstantestes Symptom Diarrhoe ist, diätetisch und hygienisch zweckmäßig zunächst nach denselben Grundsätzen, die wir für die Therapie der Dünndarmkatarrhe festgelegt haben. Wir gehen also von unserer oben beschriebenen Dünndarmdiät aus, und da diese Fälle meistens durch besondere Hartnäckigkeit ausgezeichnet sind, da sie überhaupt eine schwerere Form der Enteritis darstellen als die Mehrzahl der zur ersten Gruppe gehörigen Katarrhe, so müssen alle Maßnahmen besonders streng und konsequent durchgeführt werden. Gelegentlich ist eine wesentliche Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr (auf 4—500 g pro die) ein wertvolles Unterstützungsmittel zur Bekämpfung anhaltender Diarrhöen. Dann sollen auch namentlich die wichtigen hygienischen Grundsätze zur Geltung gebracht werden; Ruhe und Wärme sind hier fast immer unumgänglich notwendige Voraussetzungen, wenn man Erfolge erzielen will, und bei der Mehrzahl dieser Kranken sind Resultate nur durch längere Kur im Bett zu erzielen.

Hier, wo das Symptom der Diarrhoe, vornehmlich als Ausdruck der starken Ueberreizung des Verdauungsschlauches, in weiter Ausdehnung in den Vordergrund tritt, ist Ruhigstellung des Darms durch möglichste Schonung unsere wesentlichste Aufgabe. Dabei wollen wir aber doch Verstopfungszustände tunlichst vermeiden, weil Kotstauung im reizbaren, entzündeten Organ naturgemäß wiederum ungünstigere Vorbedingungen für die Rückbildung des lokalen Prozesses schafft. Tritt also infolge unserer Dünndarmdiät oder infolge der von uns gleichzeitig verwendeten Medikamente, die hier noch mehr als beim Dünndarmkatarrh (und das gilt besonders von den Tanninpräparaten) indiziert sind, hartnäckigere Obstipation ein, so ist ihr entgegenzuwirken, aber nicht durch zu rasche Erweiterung der Diät, sondern so, wie wir das oben empfohlen haben, durch Einläufe, die hier auch zu richtigen Auswaschungen des Darms, indem man größere Quantitäten körperl warmer Flüssigkeit (1—1½ l) nimmt, ausgestaltet werden können. Die Möglichkeit, dabei auch in die höheren Partien des Dickdarms zu gelangen, wird am ehesten gegeben sein, wenn die Infusionen in Kniebrustlage oder in Seiten-, resp. Rückenlage mit erhöhtem Becken ausgeführt werden. Man spült, wenn nötig, mehrmals hintereinander aus, am besten dann mit einem Trichterapparat. Alle reizenden Zusätze sind zu vermeiden: man nehme Wasser oder Kamillentee.

Wo umgekehrt hinwiederum die oben empfohlenen hygienisch-diätetischen und medikamentösen Maßnahmen nicht die Diarrhöen zu beseitigen vermögen, da werden Darmspülungen mit gewissen medikamentösen Zusätzen zu Hilfe genommen werden, um eine energische, direkte Wirkung auf die Colonschleimhaut zu erzielen. Entzündungs- und fäulniswidrig, die Reizbarkeit herabsetzend, Hyperämie und Transsudation verringender wirken Spülungen mit Tannin (½—1 %) und Argentum nitricum (1:1000). Hat eine sehr gründliche spontane Darmentleerung vorher nicht stattgefunden, so schickt man der medikamentösen Einspritzung ein Reinigungsklysma voraus. Von der warmen (36 ° C) Tannin- oder Silberlösung lasse ich 5—600 ccm, nachdem vorher erst nochmals warmes Wasser durchgespült ist, in den Dickdarm einlaufen, lagere das Becken hoch und wälze den Patienten aus der linken Seitenlage, in der er sich zuerst befunden hat, auf den Rücken, dann auf die rechte Seite. Nach einigen Minuten läßt man das Medikament wieder ausfließen und erneut den Durchlauf mit demselben unter Umständen noch einmal.

In manchen Fällen sind systematische Spülungen des Dickdarms mit recht warmen (42—48 ° C) Salzlösungen: Kochsalz (0,6—0,8 %), Natr. bic. (0,8—1,0 %), Karlsbader Salz (0,8 bis 1 %) — in Karlsbad wird Sprudelwasser genommen — von unbestreitbarem Nutzen. Man läßt allmählich 5—10 l durch das Colon laufen und vermag dadurch wohl den anatomischen Prozeß und die Zersetzungsvergänge, die motorische Funktion und die Zirkulationsverhältnisse günstig zu beeinflussen; auch eine indirekte Wirkung auf den kranken Dünndarm ist bisweilen gar nicht zu verkennen. Zurückhaltung eines kleineren Teils der warmen Spülflüssigkeit mit nachfolgender Resorption ist bei Verwendung der Salzlösungen nicht unerwünscht; man erreicht das am leichtesten, wenn man den Patienten mit Bek-

Die Behandlung der chronischen Darmkatarrhe.

Klinischer Vortrag.

Von Prof. Dr. Th. Rosenheim.

(Schluß aus No. 23, S. 905.)

Diffuse Darmkatarrhe. Wir behandeln die diffusen Prozesse, bei denen Dünn- und Dickdarm beteiligt sind und deren her-

kenhochlagerung noch etwa eine Stunde nach Entfernung des Mastdarmrohres ruhen läßt.

Wo es uns um die Berieselung der Schleimhaut mit derartigen Arzneilösungen zu tun ist, verwende man ausschließlich einen Trichterapparat, bei dem wir durch Heben und Senken Zu- und Abfluß regulieren; letzteren unterstützen und beschleunigen wir eventuell durch Druck auf verschiedene Teile des Colon, durch leichte Massage. Man macht die Darmspülungen, da sie angreifen können, für gewöhnlich nicht öfter als jeden zweiten Tag; für manche nervöse Patienten sind sie überhaupt unerträglich. Vor zu energischer Lokalbehandlung sei unter allen Umständen gewarnt. —

Gerade unter den Fällen diffuser chronischer Enteritis gibt es, wenn das auch im ganzen seltener vorkommt, am ehesten solche, bei denen wir genötigt sein können, die Grundlage unserer Diätverordnung: reichlichere Zufuhr von Eiweiß aufzugeben, da die Hauptträger dieses Nährstoffes, Fleisch, Fisch, Eier, sich nur in gewissen Grenzen oder auch garnicht bekömmlich erweisen. Selten handelt es sich hier um leichtere Fälle, sondern um jene schwereren, komplizierten Erkrankungen, die ich schon oben charakterisiert habe. Man wird dann die Eiweißzufuhr zunächst auf 50—60 g pro die beschränken und diesen Bedarf durch puriertes weißes Fleisch, Eiereiweiß decken; manchmal bewährt sich gerade hier eine Zulage von Milch, $\frac{1}{2}$ —1 l, und tritt dann Gewöhnung ein, so kann man die Eiweißzufuhr später steigern.

Bei jenen allerschwersten Zuständen, wo weder dieses bescheidene Eiweißquantum noch Fett ohne Störungen assimiliert werden kann, ist der Versuch mit einseitiger Kohlehydratdiät (Reis, Gries, Sago, Schleimsuppen) oder mit Milchkuren am Platze. Man gibt die Milch zunächst am besten rein und steigt rasch auf zwei bis drei Liter, fügt später, da die Milch für sich allein den Bedarf nicht deckt, vorsichtig Mehl, Reis, Gries, Sago und ähnliches, um den Brennwert der Nahrung zu erhöhen, hinzu. Wird die Milch nicht ganz gut vertragen, macht sie etwas Diarrhoe, Blähungen, schmerzhaft, peristaltische Unruhe, so scheue man in diesen kritischen Situationen nicht davor zurück, nebenher Codein oder Opium zu geben. Schlägt die Kur mit oder ohne Narcoticum an, so erweitert man die Diät durch Zulagen von Weißbrot, Zwieback, später von Butter und Mehlspeisen, die etwas Ei enthalten, endlich von Gemüse in Puréeform. Dabei bleibt man, wenn möglich, monatelang. Wird Milch absolut nicht vertragen, so ist man darauf angewiesen, den Eiweißbedarf so gut es eben geht, notdürftig aus den Zerealien (Gebäck, Reis, Gries, Sago, Schleimsuppen) aus künstlichen Nährpräparaten (z. B. Nutrose, Plasmon) und aus leichtesten Gemüsebreien kürzere oder längere Zeit zu decken. Das kann genügen und über ernste Situationen forthelfen, bis Erweiterung der Kost möglich ist. Unter gewissen Umständen, z. B. bei der Bekämpfung progressiver Anämie gastro-intestinalen Ursprungs, bewährt sich gerade diese engbegrenzte, einseitige Nahrungszufuhr nicht selten.

Noch ein Wort über Brunnenkuren beim diffusen Katarrh: Für sich allein bedeuten sie nicht viel, aber sie sind doch ein wertvolles Unterstützungsmittel, sie können, wenn Diät und Hygiene zweckdienlich gewählt sind und konsequent beobachtet werden, eine Besserung einleiten oder befestigen. Karlsbad und in geringerem Maße die anderen obengenannten Orte, die warme Natron- und Kochsalzquellen haben, leisten bei richtiger Auswahl der Fälle und vorsichtiger Dosierung des Brunnens oft Gutes. Die kühlen Kochsalz- und Glaubersalzwässer kommen mehr bei denjenigen unserer Patienten in Betracht, bei denen die Dünndarmstörungen gegenüber den Dickdarmsymptomen zurücktreten, bei denen z. B. Verstopfung und Diarrhoe einander ablösen, erstere aber mit Colonreizerscheinungen mehr im Vordergrund steht.

Bei der Auswahl des Kurortes wie überhaupt bei der Festsetzung des ganzen therapeutischen Apparates werden hier in noch höherem Grade wie beim isolierten Dünndarmkatarrh die so häufigen Folgezustände (Abmagerung, Nervosität, Anämie) die weitgehendste Berücksichtigung erfahren müssen: Hier sei besonders noch auf den Wert von Arsen- und Eisenkuren beim diffusen Darmkatarrh schwererer Form hingewiesen, namentlich für die Nachbehandlung; das Eisen kann man inner-

lich in der üblichen Weise geben (ich bevorzuge echte Athenstaedtsche Eisentinktur und die Triferintabletten), das Arsen, das den Darm, per os genommen, leicht reizt, während Ferrum mehr adstringierend wirkt, wird per injectionem einverleibt (als Natr. kakodylic. 0,05—0,1 pro dosi oder als genau neutralisierte Lösung von Acid. arsenicos., 1—10 mg pro dosi, langsam steigend).

Desgleichen müssen alle beim diffusen Darmkatarrh sich stärker geltend machenden Komplikationen im Heilplane berücksichtigt werden: unter diesen hat keine eine größere praktische Bedeutung als die Appendicitis. Der Wurmfortsatz ist sicher bei jeder Entzündung der Coecalpartie in Mitleidenschaft gezogen; aber er braucht deswegen noch kein Gegenstand spezieller Fürsorge zu sein. Diese Begleitappendicitis macht gemeinhin keine selbständigen Symptome, verhält sich gewöhnlich nicht einmal durch besondere Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den Mac-Burneyschen Punkt.

In einer Minderzahl der Fälle aber kann sie einen mehr oder weniger hohen Grad von Selbständigkeit im gesamten Krankheitsbild gewinnen: es treten prägnantere Wurmfortsatzsymptome auf, vornehmlich durch die Beteiligung des Bauchfells bedingt: erhöhte lokale Reizbarkeit, Schmerzen bei Körperbewegung, vermehrte reflektorisch nervöse Erscheinungen, z. B. Erbrechen, Darmspasmen, Bein neuralgien. Gelegentlich gestaltet sich der Verlauf, und das namentlich bei sehr nervösen Individuen, so, daß alle hygienisch-diätetischen Maßnahmen, die darauf abzielen, die Beschwerden, die der diffuse Katarrh macht, einzudämmen, erfolglos bleiben, bis der Appendix entfernt ist; erst dann gelingt es auch, mit der Behandlung des diffusen Prozesses ein besseres Resultat zu erzielen. Andere Male genügen größtmögliche körperliche Schonung, heiße Umschläge (Moor) auf die rechte Seite, Bäder, etwas Opium, um die komplizierende Appendicitis zugleich mit der Enteritis in einen befriedigenden Ruhezustand überzuführen.

Colitiden. Die Behandlung der Dickdarmentzündungen weicht von der der Dünndarmkatarrhe meist erheblich ab. Die Zugänglichkeit des Colon für eine direkte, lokale Therapie und die schon in der Norm ganz anders als im Jejunum und Ileum gearteten Funktionsverhältnisse (starke Verlangsamung des Kotlaufs, beherrschender Einfluß der Anaeroben auf die Zusammensetzung des Stuhls, exkretorische Fähigkeit des Organs u. a.) geben differente Indikationen. Vor allem unterscheidet sich die Diät von der oben als Grundlage empfohlenen Dünndarmdiät gemeinhin wesentlich; nun existiert auch hier keineswegs eine für alle Fälle von zirkumskripter und diffuser Colitis passende Normalkost, aber wir können doch eine für die Mehrzahl unserer Patienten geeignete „Dickdarmdiät“ festlegen, in der gewisse ausschlaggebende Gesichtspunkte nutzbringend zur Geltung gebracht sind. Eine Diät, die einem entzündeten Dickdarm angepaßt ist, muß einen Kot liefern, der schlüpfrig, von harten, reizenden Bestandteilen frei, weich ist, nicht zu viel durch die Bakterien zersetzbares Material enthält und dementsprechend dann leicht ohne stärkere lokale Irritation passiert. Schlackenarm, wasser- und fettreich muß ein solcher Stuhlgang sein. Wasserreich wird der Kot nicht durch viel Wassertrinken, denn das Wasser als solches wird im obersten Dünndarmteil glatt resorbiert und durch die Nieren wieder rasch ausgeschieden, sondern dadurch, daß wir diejenigen Nahrungsmittel bevorzugen, die einen sehr hohen Wassergehalt haben, den sie im Magen und Dünndarm, weil sie schwer oder garnicht löslich sind, bis zum Eintritt ins Colon bewahren. Es sind dies Gemüse und Früchte, und sie lassen wir nun, wenn es irgend geht, reichlich und, damit sie durch harte Beschaffenheit nicht offensiv auf die Schleimhaut wirken, nur gut zerkocht, verrührt, in allerweichstem Zustand nehmen: also Vermeidung von harten unlöslichen Stücken, von Stengeln, Schalen, Kernen. Den Fettgehalt der Faeces steigern wir durch möglichst hohe Fettgaben in Form von Butter (etwa $\frac{1}{4}$ Pfund pro die), Sahne, auch Schmalz, Olivenöl, wo diese Stoffe von den oberen Verdauungsabschnitten gut vertragen werden. Im Verhältnis zum Fett müssen die Haupteiweißträger (Fleisch, Fisch, Ei) quantitativ in der Kost zurücktreten: dadurch verringern wir die Fäulnis, erhöhen anderseits den prozentualen Gehalt des Kotes an fett- und wasser-

reichen Komponenten, erst durch diese Mischung erzielen wir die gewünschte weiche Konsistenz, denn Fleischkot ist besonders hart. Die bescheidenen Fleisch-Fischmengen sollen möglichst leicht assimilierbar (fette, bindegewebsreiche Sorten, Räucherwaren sind also zu vermeiden), in einfachster Zubereitung (cave Pfeffer, Senf, Mostrich, Petersilie, Zwiebel und ähnliches) geboten werden: eine Tagesportion von $\frac{1}{4}$ Pfund Fleisch und auch weniger, daneben einige Eier in irgend einer zusagenden Form reichen neben den Eiweißträgern in der Milch, den Gemüsen, dem Gebäck aus, um den Stickstoffbedarf zu decken. Unter Umständen ist es ratsam, Fleisch und Fisch für eine Weile ganz vom Kostzettel zu streichen. Milch kann nach Neigung und Bekömmlichkeit in mittleren (250–600 g pro die) oder kleineren (bis 250 g pro die) Mengen verwendet werden. Große Quantitäten Milch (ein bis zwei Liter) erzeugen nicht selten einen verhältnismäßig harten Kot; doch gibt es Fälle von schwerer, hartnäckiger, irritativer Colitis, wo die Milch als souveränes, ja vorübergehend als ausschließliches Nahrungsmittel gute Dienste leistet (siehe auch oben). Gebäck und Mehlspeisen sollen in leichter Form geboten werden; jede zu starke Belastung des Magens und Dünndarms durch fette Kuchen, komplizierte süße Gerichte ist zu vermeiden. Etwas Graubrot wird meist gestattet werden; die viel schrot-, schlackenhaltigen Brotsorten verbietet man bei echten Colitiden, auch wenn sie mit Obstipation verlaufen, am besten ganz. Quantitativ richtet man die Kohlehydratzufuhr nach dem allgemeinen Ernährungszustand ein: Bei Adipösen beschränkt man sie tunlichst zugunsten der Fettstoffe, die für die nützliche Zusammensetzung des Dickdarminhalt (besonders bei Reizzuständen, die spastische Obstipation bedingen) unentbehrlich sind und die allemal leicht das dem Organismus notwendige stickstofffreie Brennmaterial gewähren. Wo wir hinwiederum Stoffansatz erzielen wollen, werden wir die Kohlehydrate reichlich neben den großen Fettgaben verordnen können. Rohes Obst läßt man bis auf allerweichstes Kernobst (Pflirsche, Aprikosen, Reineclauden) am besten ganz beiseite, desgleichen Salate; Kompotts puriert, frei von harten, kernigen Bestandteilen (cave Beeren) sind dagegen, wo keine Neigung zu Diarrhoe besteht, meist bekömmlich, wenn maßgehalten wird. Den Flüssigkeitsbedarf deckt man so, wie es oben empfohlen ist, doch werden Milchkaffee, Weißwein, Limonaden, stärker kohlensäurehaltige Mineralwässer (Apollinaris, Selterser), unter Umständen auch etwas Bier dort, wo Obstipation im Krankheitsbild vorherrscht, zu gestatten sein.

Nehmen wir nun einen alltäglichen Fall von chronischer, mehr oder weniger diffuser Colitis, mit lokaler Schmerzhaftigkeit und Reizbarkeit des Organs im Coecum oder in der Flexura sigmoidea, zugleich mit hartnäckiger, spastischer Obstipation verlaufend! In diese Kategorie gehört, wie schon früher erwähnt, der überwiegende Teil aller Fälle von Enteritis membranacea. Hier wäre folgende Diät am Platze: viel Butter, Sahne, Eigelb, wenig Fleisch oder Fisch (abwechselnd den einen Tag dieses, den folgenden jenes) zum Mittagessen, einige Eier für sich allein zubereitet oder in Aufläufen und ähnlichem, mindestens zweimal täglich reichlich Gemüse (in Breiform), Gebäck und mehliges Beilagen (Reis, Nudeln, Macaroni etc.) nach Bedürfnis, ein- bis zweimal täglich Kompotts puriert; als Getränk Milchkaffee, Milchtees, Sahne, Mineralwässer, Suppen, je nach den Verhältnissen des Nervensystems leichte alkoholische Getränke.

Ruhe und Wärme sind wie für alle Darmreizzustände auch hier von großem Nutzen; doch ist eine strenge Ruhekur nur für schwere Fälle irritativer Colitis, der gekennzeichneten Art geboten.

Die Regulation der Darmtätigkeit, soweit sie durch die hygienisch-diätetischen Maßnahmen nicht gelingt, geschieht am besten vom Mastdarm her. Für das Gros der Fälle bewährt sich folgendes Verfahren: Man spritzt jeden Abend drei bis fünf Eßlöffel erwärmten Sesam- oder Mohnöles in das Rectum ein; genügt das nicht, um ausgiebigere Entleerung des Dickdarmes zu bewirken, so läßt man jeden zweiten oder dritten Tag (vormittags) noch außerdem einen Einlauf von einem halben Liter warmen (37–40° C) Wassers oder Kamillentees machen. Bei hartnäckigeren Fällen nimmt man häufigere,

gründliche Waschungen des Darmes mit warmen Salzlösungen (fünf bis zehn Liter zum Durchlauf, siehe oben) vor, oder man bringt an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen 200–300 g warmen Oeles ins Rectum ein — danach mindestens eine Stunde Rückenlage mit erhöhtem Becken. Bis auf einige wenige Fälle, wo die Faecalstockung und der Spasmus im oberen Dickdarmdrittel lokalisiert sind, kommt man so zum Ziel, d. h. der Kotlauf wird geregelt, Stuhl erfolgt schließlich spontan und schmerzlos. Bei den letzterwähnten Kranken sind milde laxierend wirkende Mittel (Rhabarber, Cascara) bisweilen nicht zu umgehen; ich verordne hier auch gern Bitterwässer, z. B. Friedrichshaller, die die Massen durch Transsudation in die Dickdarmhöhle verbreiten und gleichzeitig die Peristaltik anregen; man lasse geringe Mengen, über den Tag verteilt, nehmen, um akute, heftige Reizung zu vermeiden, also in hartnäckigen Fällen morgens nüchtern etwa ein halbes bis ein Weinglas voll und außerdem vor dem Mittag- und vor dem Abendessen nochmals kleinere Portionen, um dem Darm häufigere Impulse von gelinder Stärke zuzuführen.

Warme Voll- oder Sitzbäder, Gebrauch von Brom, Belladonna, auch sogar Opium können die Behandlung der Colitis wirksam unterstützen. Gelegentlich wird man Galvanisation (am besten vom Mastdarm aus angewendet), auch leichteste Massage versuchen; die Berücksichtigung allgemeiner nervöser Störungen ist oft von entscheidendem Einflusse auf den Verlauf der Darmstörung, wie wir dies namentlich bei der membranösen Colitis sehen. Mineralwasserkuren leisten bei der irritativ spastischen Form der Dickdarmentzündung hin und wieder etwas, wo wir mit unseren Heilpotenzen im Hause und im Rahmen der Klinik nicht vorwärts kommen; man wird manchmal von dem Gebrauch der kühlen Kochsalz-, resp. Glaubersalzquellen (Kissingen, Homburg, Marienbad) in Verbindung mit Sool-, resp. Moorbädern und sonstigen hydiatischen Prozeduren Nutzen sehen.

Zu erwähnen bleibt noch, daß, wenn bei unseren Maßnahmen, was durchaus nicht selten vorkommt, die Obstipation durch zu häufige, breiige Entleerungen abgelöst wird, wir vor allem mit der Diät lavierend zu verfahren haben: man streicht dann zunächst Kompotts und Sahne aus dem Kostzettel; wenn nötig, beschränkt man des weiteren auch die Gemüsezufuhr.

Etwas anders gestaltet sich die Therapie bei den torpiden Formen der Colitis, bei denen der Darm träge, unempfindlich, atonisch ist; sie treten diffus oder lokalisiert auf, im letzteren Falle ist es besonders der linkseitige Dickdarmabschnitt incl. Rectum, der betroffen ist. Hämorrhoidalbeschwerden sind dabei eine alltägliche Komplikation. Meist beobachten wir diese Art von Colitis und Proctitis bei vollsaftigen, adipösen, arteriosklerotischen Individuen mit und ohne ausgesprochene Herz- und Leberstörungen. Doch auch bei anämischen, zarten Personen, besonders Frauen oder selbst jungen Mädchen, auch bei Phthisikern konstatieren wir sie garnicht selten. Die Berücksichtigung der allgemeinen Konstitution spielt in unserm Heilplan die entscheidende Rolle. Diätetisch halten wir die Patienten so, wie es oben empfohlen wurde, nur wird man bei den fetten Leuten die Zufuhr der Kohlehydratträger sehr zugunsten der Gemüse und Früchte einschränken; mit dem Zellulosematerial braucht man hier nicht zu ängstlich zu sein, sodaß auch rohes Obst, Schalenkompotts, Schrotbrot gestattet werden können. Wesentliche Unterstützungsmittel der Kur sind dann Massage, Gymnastik, kühlere Wasserprozeduren (z. B. erregende Umschläge auf den Leib, wechselwarme Duschen, kühle Sitzbäder). Bis Selbstregulation des Stuhlgangs eintritt, hilft man sich mit den oben angegebenen Mitteln vom Mastdarm aus. Mineralwasserkuren kommen hier besonders für die ersterwähnte Gruppe unserer Patienten, die etwas zuzusetzen haben und deren Zirkulationsapparat wir entlasten wollen, in Betracht; Marienbad steht hier als geeigneter Kurort obenan. Bei den schlechtgenährten anämischen Personen mit torpider Colitis suche man mit hygienisch-diätetischen Verordnungen, eventuell mit Spülungen zum Ziele zu kommen. Zweifellos von Nutzen sind hier manchmal Eisen und Eisenwässer; vor allem aber leisten Arsenpräparate etwas. Kann man die allgemein roborierende Behandlung in einem Höhenkurort (1500–4000 Fuß hoch)

durchführen, so ist ein Erfolg noch wahrscheinlicher; hier kämen z. B. Flinsberg, Elster, Marienbad, Tarasp in Frage und vor allem gut eingerichtete und genügend hochgelegene Kuranstalten mit zuverlässiger Küche und den notwendigen hydiatischen Einrichtungen.

Schwieriger in bezug auf die Behandlung und ungünstiger in bezug auf die Prognose gestalten sich die Verhältnisse bei einer Gruppe von Colitiden, die meistens ganz diffuse Prozesse darstellen und durch vehemente Irritabilität des Organs ausgezeichnet sind, die sich teils durch Schmerzen, teils durch mehr oder weniger häufige, belästigende Diarrhöen, resp. durch den raschen Wechsel von Verstopfung und Durchfall geltend macht. Bei einem Teil der hierhergehörigen Fälle zeigt sich im Stuhl erhebliche Blutbeimengung neben reichlicher Schleimsekretion als hervorstechendes Symptom. Die Mucosa ist, wie auch das Endoskop nachweist, stark kongestioniert. Erosionen, Geschwürsbildung, polypöse Wucherungen, tumorartige Infiltrationen der Submucosa sind beachtenswerte Komplikationen. Selbst wo der entzündliche Prozeß sich nur auf einen Teil des Dickdarms, z. B. die Flexura sigmoidea, zu beschränken scheint, sind profuse, angreifende Diarrhöen von kürzerer oder längerer Dauer infolge heftiger, lokaler Irritation mit starker Transsudation und Sekretion in die Darmhöhle und in indirekter Abhängigkeit vom Mitklingen des Nervusmuskelapparates benachbarter Colonpartien, resp. des Dünndarms keine Seltenheit. Im Verhältnis zu den bisher beschriebenen Colitisformen stellt diese vom anatomischen Standpunkt die schwerere dar. Die Patienten kommen auch gewöhnlich sehr herunter. Infektion und Intoxikationen spielen zweifellos beim Zustandekommen des Prozesses, der nicht selten akut begonnen hat, eine Rolle, fieberhafte Exazerbationen bei im übrigen chronischem Verlauf sind nichts Ungewöhnliches.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß die hier zusammengefaßten Fälle, wenn sie auch im Symptomenbild verschiedenes Gemeinsame zeigen, nicht gleichwertig sind. Die Therapie kann natürlich erst recht nicht schematisch geordnet werden. Im allgemeinen empfiehlt sich hier die milde „Dickdarmdiät“ so zu modifizieren, daß man Kompotts, Sahne ganz vermeidet, die Milch neben leichten Kohlehydraten (Reis, Gries, Sago, Weißbrot etc.) überwiegen läßt; Fleisch und Fisch sind zunächst in kleinen Mengen noch zu gestatten, bisweilen müssen sie für kürzere oder längere Zeit ganz vermieden werden. Die Verträglichkeit der Gemüse mit ihrem erheblichen Zellulosegehalt, auch wenn wir sie nur in fein verteilter Form geben, schwankt in weiten Grenzen. Gute Butter ist fast immer bekömmlich, doch ist die Quantität vorsichtig zu kontrollieren. Ausnahmsweise sind strenge Milch-, resp. Kefyrkuren das einzige, was den kranken Darm in einen Ruhezustand bringt. Größtmögliche körperliche Schonung, da das Allgemeinbefinden meist stark gelitten hat, ist geboten, Ruhe und Wärme fördern die Herstellung.

Die Medikamente, die wir oben zur Beruhigung des gereizten Darmes, zur Hemmung des Kotlaufs empfohlen haben, können auch hier zur Verwendung kommen und sich nützlich erweisen; das gilt ebenso von den Tanninpräparaten, vom Bismut, vom Kalk, von den Desinfizienten wie von den gelegentlich nicht zu entbehrenden Opiaten. Eine größere Bedeutung hat die lokale Behandlung in Form der Auswaschungen des Colons, der Berieselungen mit Arzneilösungen; das Verfahren bleibt dasselbe, wie wir es oben geschildert haben. Es treten hinzu als praktisch bewährt bei großer Empfindlichkeit des untersten Dickdarmabschnittes mit starker Neigung zu Blutungen Einläufe von Wismut-, resp. Schlemmkreidesuspensionen. Man geht folgendermaßen vor: In 200 g körperwarmen Wassers werden 1—1½ Teelöffel voll eines der beiden Mittel aufgeschwemmt; diese Mischung läßt man gut durchgeschüttelt einlaufen (den weichen Schlauch möglichst hoch hinauf ins Rectum führen, Rückenlage mit etwas erhöhtem Becken, die auch noch eine Stunde nachher einzuhalten ist); nach drei bis fünf Minuten senkt man den Trichter, das Wasser fließt ganz oder größtenteils zurück, das Medikament bleibt an der Schleimhaut haften und schützt sie mit seiner deckenden Schicht.

Mineralwasserkuren nützen nur bei leichteren Fällen von

Colitis dieser Kategorie; an erster Stelle steht hier Karlsbad. Für die schweren, hartnäckigen Reizzustände, besonders die mit gelegentlichen heftigen, fieberhaften Exazerbationen verlaufenden, mag noch eine Behandlungsmethode empfohlen werden, die ich öfter mit Nutzen erprobt habe: die Kalomelkur; sie soll streng in folgender Weise durchgeführt werden: Patient erhält 10—12mal täglich, also stündlich, Kalomel 0,02 an drei aufeinanderfolgenden Tagen; im Anschluß daran für fünf bis acht Tage Bismut. subnitricum oder salicylicum 0,5, ebenfalls 10—12mal pro die. Die Kur kann unter Umständen gleich noch einmal wiederholt werden.

Wenn auch die hier zuletzt besprochenen Fälle oft eine recht schwere, Monate und Jahre dauernde Erkrankung darstellen, so gelingt es doch mit den Hilfsmitteln der inneren Medizin, wie ich sie hier beschrieben habe, des Uebels Herr zu werden, es wenigstens erträglich zu gestalten. Nur ausnahmsweise erweist sich die Colitis — gewöhnlich bestehen komplizierende geschwürige Prozesse — als eine so angreifende, unbeeinflussbare Affektion, daß wir an den Chirurgen appellieren müssen, der nach Anlegung einer Darmfistel (am besten im Coecum) uns die Möglichkeit gibt, den kranken Teil völlig außer Funktion zu setzen und ihn gleichzeitig von oben her durch systematische Bespülungen zu behandeln. Nach erfolgter Heilung der Entzündung, resp. der Ulceration, was freilich viele Monate in Anspruch nehmen kann, ist auch die Schließung der Fistel wieder möglich. Von den von vornherein als Colitis ulcerosa (mit mehr oder weniger stark eitrigen Ausscheidungen) verlaufenden schwersten Fällen infektiöser Dickdarmerkrankung ist hier nicht die Rede; sie geben auch für die operative Therapie eine schlechtere Prognose. Uebergänge zwischen beiden Formen zeigt im übrigen die Praxis durchaus nicht selten.

Zum Schluß, meine Herren, noch ein Wort über Erholungsstationen für Leute mit reizbarem entzündetem Darm, bei denen Schmerzhaftigkeit und Neigung zu Diarrhoe im Krankheitsbild vorherrschen. Solche Patienten schickt man z. B. nach klinischer Behandlung oder nach Absolvierung einer Brunnenkur am besten ins Gebirge, an einen Ort in mittlerer (1500—4000 Fuß) Höhe, in nicht zu exponierter Lage, mit viel Sonne und bequemen Spaziergängen. Bietet ein Platz nebenbei Gelegenheit zum Gebrauch von natürlichen warmen Bädern (Wildbäder, Soolbäder) oder sind Einrichtungen für Hydrotherapie vorhanden, so ist er zu bevorzugen (Gastein, Ischl, Marienbad, Bormio, St. Blasien, Igls, Friedrichroda, Schierke, Schreiberhau und viele andere). Von entscheidender Bedeutung ist, daß unser Patient dort die für ihn passende Verpflegung findet, also ohne gerade außerordentliche Opfer bringen zu müssen, jederzeit à la carte speisen kann, insbesondere nicht genötigt ist, die großen abendlichen Abfütterungen, die unter allen Umständen unbekömmlich sind, mitzumachen. Im allgemeinen sind die diätetischen Verhältnisse für unsere Darmkranken in österreichischen und deutschen Gebirgsländern günstiger als in der Schweiz.

Sehr hoch gelegene Orte (5000 Fuß und mehr) mit ihren beträchtlicheren Temperaturschwankungen innerhalb 24 Stunden sind nicht empfehlenswert; sehr vorsichtig sei man mit dem Aufenthalt an der See: für manche hartnäckige Fälle von Darmkatarrh mit Neurose kann ein kurzes Verweilen (in maximo drei Wochen), wenn nicht gebadet wird, das Wetter günstig ist, Erkältungen (z. B. durch Sitzen oder Gehen auf nassem Sand) vermieden werden, vorteilhaft sein; aber es ist immer ein Experiment.