Die Behandlung der habituellen Obstipation.

Nach einem Fortbildungskursus-Vortrage
von Prof. Dr. **Adolf Schmidt** in Dresden.

Unter habitueller Obstipation verstehen wir diejenigen Formen erschwerter Kotentleerung, welche nicht durch größere organische Erkrankungen des Darmes selbst oder seiner Nachbarorgane verursacht werden. Da es nicht immer leicht ist, kongenitale Dilatationen (Hirschsprungsche Krankheit) oder Lageveränderungen des Dickdarmes, peritoneale Adhäsionen, stenosierende Prozesse, abnorme Verhältnisse der weiblichen Genitalien und des Beckenbodens (Rectocele) auszuschließen, so bedarf es u. U. einer eingehenden Untersuchung und Beobachtung, ehe man die Diagnose auf habituelle Obstipation stellen darf. Aber auch innerhalb ihres eigenen Bereiches gibt es noch sehr verschiedene klinische Krankheitsbilder, Unterarten, deren Kenntnis wegen der divergierenden Richtung der Therapie unerlässlich ist.

Am meisten hat sich die von Fleiner vorgeschlagene Unterscheidung der atonischen und der spastischen Obstipation eingebürgert. Das charakteristische Merkmal der letzteren Form ist das Auftreten krankhafter Kontraktionen in größeren oder kleineren, nicht selten wechselnden Abschnitten des Dickdarmes, das sich klinisch in Kolikschmerzen, kollernden Geräuschen, Auftreibung und Empfindlichkeit gewisser Teile des Abdomens (entsprechend den mit Vorliebe betroffenen Flexuren des Colons und der Cöcalgegend), nicht selten auch in Stuhl- drang sowie in einer eigentümlichen Gestaltung der Defäca- tion („fragmentäre“ Entleerung) und der Faeces selbst (klein-

kalibrige Zylinder) äußert. Bei genauerer Untersuchung findet man sehr häufig Schleim Beimengungen im Stuhl als ein sicheres Zeichen entzündlicher Zustände der Dickdarmschleimhaut oder periodisch auftretende Durchfälle, kurz alle Uebergänge zu der eigentlichen Colitis. Im Gegensatz dazu fehlt bei der atonischen Obstipation meist jedes Zeichen eines vorhandenen Reizzustandes: der gleichmäßig etwas aufgetriebene Dickdarm verursacht höchstens ein Gefühl unbequemer Spannung. Die Betroffenen fühlen sich daher, zumal wenn die (hier nicht näher zu erörternden) Allgemeinerscheinungen fehlen, eigentlich nicht krank. Die atonische Obstipation gilt als die häufigere Form, doch möchte ich dazu bemerken, daß, je sorgfältiger man untersucht, man um so häufiger auch bei ihr Zeichen entzündlicher Zustände, sei es des Dickdarmes oder des Dünnarmes und selbst des Magens, antrifft. Man darf übrigens nicht außer acht lassen, daß das Bild der atonischen Obstipation mit dem der spastischen abwechseln kann, und daß die Grenzen beider sich manchmal so verwischen, daß man im Zweifel ist, welcher die vorliegende Störung zugerechnet werden soll.

Die Behandlung der habituellen Obstipation ist für den Arzt oft eine recht undankbare Aufgabe, weil die Patienten im allgemeinen zu spät unsere Hilfe in Anspruch nehmen. Infolge der schleichenden Entwicklung der Störung und weil man auch heute noch im großen Publikum aus Bequemlichkeit und Prüderie der Darmfunktion nicht die genügende Aufmerksamkeit zuwendet, kommt das Leiden den Patienten selbst nicht früh genug zum Bewußtsein. Und wenn das geschehen, begnügen sich die meisten zunächst mit allerlei Hausmitteln, mit den Ratschlägen guter Freunde und Kurfuscher, mit Medikamenten aller Art; der Arzt wird erst gefragt, wenn „alles schon versucht“ ist. Aber mehr noch: man erwartet, daß er schnell und möglichst ohne Eingriff in die Lebensgewohnheiten helfe; ehe man sich zu einer systematischen Kur oder zu einer dauernden Umwälzung seiner Lebensweise entschließt, muß es schon hoch kommen.

Die Mittel, welche uns zur Bekämpfung der habituellen Obstipation zu Gebote stehen, kann man in diätetische Maßregeln, mechanische Behandlungsmethoden, Einläufe, Abführmittel und in psychische resp. erzieherische Einflüsse gruppieren.

Die diätetische Behandlung geht von der Erfahrungstatsache aus, daß die Verarbeitung der Speisen im Darmkanal chronisch obstitierter vollständiger und besser geschieht als gewöhnlich. Schon die einfache Betrachtung der Faeces lehrt dies, und die sorgfältige Analyse (Lohrich) hat es bestätigt. Die Ausnutzung der Nahrung ist eine zu gute, speziell bei der atonischen Form; auch die sonst schwer verdaulichen cellulosereichen pflanzlichen Nahrungsmittel werden gelöst. Infolgedessen bleibt den Mikroorganismen wenig Gelegenheit zu Zersetzungen (Strasburger), und die natürlichen Reize für die Peristaltik, die Gärungs- und Fäulnisprodukte, fallen fort. Unser Bestreben wird also darauf gerichtet sein müssen, möglichst schwer verdauliche, schlackenreiche Speisen einzuführen oder solche, welche reich an Spaltungsprodukten sind. Zu den ersteren gehören cellulosereiches Brot, Gemüse, Früchte etc., zu den letzteren saure Salate, Buttermilch, gewisse Fette. Es ist eine falsche Vorstellung, zu glauben, daß der mechanische Reiz der Cellulose auf die Darmwand das Wirksame ist, vielmehr schützt sie die eingeschlossenen Stärkekörner und Eiweißsubstanzen vor der Resorption und gibt dadurch den Bakterien Gelegenheit zur Entwicklung und zur Bildung der darmreizenden Spaltungsprodukte. Mechanisch wirkt sie nur durch Vermehrung der Kotmasse. Unter Zulage chemisch reizender Substanzen (Salze, Gewürze, Honig, Milchzucker) und mit Vermeidung alles dessen, was „stopft“, muß der Speisezettell entworfen werden, und zwar für jeden Kranken besonders.

Hier nur ein allgemeines Schema:

Morgens: Milchkaffee, gezuckert; Pumpnickel (resp. Cellulosebrot von Rademann, schwedisches Spisnäckebrot) mit Butter und Honig. Eventuell vor dem Frühstück etwas gezuckerte Melone.

Vormittags: Buttermilch oder Kefir.

Mittags: Bouillonsuppe; Fleisch oder Fisch mit viel grünem Gemüse; Salat; reichlich Kompott. Dazu Mosel- oder Apfelwein. Abends: Fleisch, speziell geräucherter Schinken, mit cellulosereichem Brot und Butter. Bier.

Vor dem Schlafengehen: Frisches oder gekochtes Obst, besonders Pflaumen.

Es ist klar, daß von einer derartigen Obstipationsdiät nur dort Erfolge zu erwarten sind, wo sie, gegenüber der bisherigen Ernährungsweise, eine wirkliche Veränderung darstellt, also bei vorwiegenden Fleisch- und Mehlspeiseessern. Eine weitere Vorbedingung für ihre Anwendung ist das Fehlen aller Reiz- resp. Entzündungserscheinungen im ganzen Bereiche des Verdauungskanal. Sie verbietet sich deshalb auch bei den meisten Fällen spastischer Obstipation, zumal im Anfang der Behandlung. Hier ist zunächst eine milde, reizlose Kost am Platze. Wenn dem gegenüber von einigen Autoren selbst bei der Colitis membranacea von auffallenden Besserungen durch eine grobe Diät berichtet wird, so soll man aus derartigen Vorkommnissen keine Regel ableiten. Plötzlicher Diätwechsel bringt durch die veränderte Darmflora und die davon abhängige, veränderte Richtung der Zersetzungsprozesse gelegentlich selbst schwere Darmkatarrhe zum Stehen.

Zur Unterstützung der Obstipationsdiät dienen verschiedene kleine Kunstgriffe, wie das Trinken eines Glases kalten Wassers nüchtern (beim Aufstehen), körperliche Bewegung vor dem Frühstück, der Genuß einer Morgenzigarre u. dergl. m.

Das Rüstzeug der mechanischen Behandlung umfaßt die Massage des Leibes, die Faradisation des Abdomens und des Mastdarms, die hydrotherapeutischen Prozeduren und die gymnastischen Uebungen. Die Wirkungsweise aller dieser Methoden ist eine indirekte, insofern durch sie die Zirkulation in den Bauchorganen angeregt und die Bauchmuskulatur gekräftigt wird. Einen direkt kostaustreibenden Erfolg kann man nur von der Ebstein-Gumprechtschen Ausstreichung der Fossa ischiorectalis erwarten, allenfalls noch von dem Williamschen Vorschlage, in hockender Stellung zu defäcieren: geeignet dafür sind die Fälle, wo der Kot spontan bis an den Sphincter vorrückt, wo also der eingeführte Finger das Rectum prall gefüllt findet.

Die Massage des Abdomens setzt einige Uebung voraus: so kräftig sie bei ausgesprochener Atonie ausgeführt werden kann, so vorsichtig muß man mit ihrer Anwendung bei Reizzuständen sein. Doch halte ich es für verkehrt, sie von dem therapeutischen Programm der spastischen Form ganz abzusetzen, wie manche wollen. Das Gleiche gilt für die Faradisation, die meist mit der Massage kombiniert zu werden pflegt. Daß die elektrische Behandlung vom Mastdarm aus manchmal auch dann noch wirkt, wenn sie durch die Bauchdecken vergeblich versucht wurde, kann nicht bezweifelt werden; im allgemeinen hüte man sich aber vor zu großem Optimismus.

Die Hydrotherapie gibt uns eine große Anzahl fein abgestufter Applikationen an die Hand, von dem Stammumschlag mit warmem Schlauch nach Winternitz bis zu den schottischen Duschen, denen sich die von Boas empfohlene Aetherdusche anreihet. Ein geschickter Therapeut kann aus ihnen großen Nutzen ziehen, doch lassen sich spezielle Regeln nur schwer aufstellen, da gerade auf diesem Gebiete besonders sorgfältig individualisiert werden muß. Im allgemeinen kann man sagen, daß warme Umschläge, Alkoholpackungen und warme Sitzbäder beruhigend, der gewöhnliche kalte Umschlag (eventuell mit der Winternitzschen Modifikation) und laue Duschen erfrischend, kalte Sitzbäder und schottische Duschen reizend wirken. Die Gymnastik endlich paßt nur für eine beschränkte Anzahl von Fällen, viele Patienten werden durch längeres Gehen, durch Reiten, Turnen etc. eher noch mehr verstopft. Bei solchen kann man es erleben, daß sich bei Bettruhe die sonst nur künstlich zu erzielende Defäcation spontan einstellt.

Die Ansichten der maßgebenden Aerzte über den Wert der Klistiere und Einläufe gehen merkwürdig weit auseinander. Im großen und ganzen ist man von ihrer schrankenlosen Anwendung in der letzten Zeit zurückgekommen, und zwar aus folgenden Gründen: Einmal hat sich gezeigt, daß die weit verbreitete Vorstellung, man könne mit den sogenannten „hohen“

oder „großen“ Einläufen bis zur Valv. Bauhini vordringen, nicht haltbar ist. Nur in Ausnahmefällen ist das möglich, wobei es übrigens ganz einerlei ist, ob man das Darmrohr weit oder nur bis über den Sphincter vorschiebt. Die Spitze desselben verfängt sich doch stets in den Austris der Flexur. Weiter wird jetzt von verschiedenen Seiten auf die Gefahren aufmerksam gemacht, welche durch zu häufige, zu kalte und namentlich durch chemisch differente Einläufe dem Darne drohen. Atonische Formen können dadurch in spastische übergeführt werden, oder es kommt zu Katarrhen. Endlich, und das ist das Wichtigste, bleibt die Klysmatatherapie der habituellen Obstipation immer nur eine symptomatische, sie dient zur Evacuation des Darmes, zur Beseitigung der Koprostase, aber sie vermag sich nicht zu dem Range eines Heilmittels der Krankheit „habituelle Obstipation“ zu erheben.

Eine Ausnahmestellung müssen wir allerdings den Oel-einläufen einräumen, die seit ihrer Wiedereinführung durch Kußmaul und Fleiner allgemeinen Beifall gefunden haben. Auf eine Erklärung ihrer Wirkung kann ich mich hier nicht einlassen, doch mag wenigstens das Eine betont werden, daß die Vorstellung, es würden durch das Oel die harten Kotballen aufgeweicht, unhaltbar ist. Ihr Haupteffekt beruht sicher auf der mild-reizenden Wirkung der durch bakterielle Zersetzung abgespaltenen Fettsäuren; daneben wirkt das Oel reibungsvermindernd und beruhigend auf die gereizte Schleimhaut. Die Oeleinläufe sind deshalb auch bei spastischer Obstipation manchmal von ausgezeichnetem Erfolg. Ein Allheilmittel gegen alle Arten von Verstopfung und die verschiedensten Katarrhe des Dickdarmes in ihnen zu sehen, wie Ebstein tut, der sie zu einer systematischen Kur ausgebaut hat — dazu kann ich mich allerdings nicht verstehen.

Wenn ich hier noch kurz die von mir empfohlenen Selterswassereinläufe erwähne, so geschieht es, weil sie durch die erfrischende Wirkung der Kohlensäure auf die torpide Schleimhaut eine Sonderstellung einnehmen. Bei empfindlichen Därmen kann man statt des Selterswassers die brausenden Oele der chemischen Fabrik Helfenberg verwenden.

Die medikamentöse Therapie der habituellen Obstipation teilt mit der Klysmatatherapie das Odium, in den meisten Fällen nur eine symptomatische zu sein: wir beseitigen wohl den Folgezustand der erschwerten Stuhlentleerung, die Koprostase, aber wir heilen nicht jene selbst; im Gegenteil: wir verschlimmern sie sehr häufig. Diese Vorstellung ist bereits so weit in das Publikum gedrungen, daß verschiedene, namentlich schärfere Abführmittel (Gutti, Fruct. Colocynthidis, Tubera Jalappae etc.) jetzt kaum noch zur Verwendung kommen. Einige neuere Therapeuten perhorreszieren jegliches Abführmittel. Das ist entschieden zu weit gegangen; es gibt unzählige Patienten, die jahrelang täglich ihre Rhabarbertablette oder ihre Cascaratropfen nehmen, ohne daß sich ihr Zustand dadurch verschlechterte oder daß sie sonst Schaden nähmen. Notwendig ist nur, daß sie mit ihrem Mittel haushalten lernen und, wenn möglich, von Zeit zu Zeit einen Wechsel eintreten lassen, um Gewöhnung zu vermeiden. Zu den gebräuchlichsten Medikamenten für längeren Gebrauch gehören außer den genannten Karlsbader Salz, die Tamarinden, das Kurellasche Brustpulver und neuerdings der kalifornische Feigensirup. Wer lieber „Hausmittel“ als Apothekerware nimmt, kann Species laxantes respektive Thé Chambard trinken, oder nach Ewaldscher Vorschrift Pflaumenmus mit Sennesblättern abkochen lassen. Wie die Patienten selbst, so haben auch die Aerzte ihre Lieblingsmittel: Penzoldt empfiehlt kleine Dosen Ricinus, Fleischer bevorzugt Rheum, Nothnagel tritt für die Aloe ein. Ich erblicke darin ein Zeichen dessen, daß die richtige Indikationsstellung das Wesentliche in der medikamentösen Therapie der chronischen Obstipation ist. Noch nicht abgeschlossen sind die Erfahrungen über einige neuere Mittel, wie Purgin, Exodin u. a. Muß man durchaus zu stärkeren Mitteln greifen (Podophyllin, Extr. Aloes, Extr. Colocynthidis), so schreibt man sie am besten in Pillenform und läßt sie alle paar Tage, höchstens zweimal in der Woche nehmen. Bei ausgesprochen spastischen Formen sind nur die mildesten Mittel erlaubt; häufig erzieht man hier durch Opium, Belladonna, Brom und selbst durch Chloralhydrat nicht nur ein

Nachlassen der Schmerzen, sondern auch spontanen Stuhl; es gibt eben kein Abführmittel, welches nicht in der einen oder anderen Weise den Darm reizt.

Die Erziehung vermag vieles zur Verhütung und zur Heilung der habituellen Obstipation beizutragen. Es genügt nicht, eine bestimmte Zeit für den Defäcationsakt vorzuschreiben, sondern es muß ev. die ganze Lebenshaltung auf die Erzielung einer täglichen Entleerung zugeschnitten werden. Stuhlhypochondrie werden weniger erzogen als geboren. Es mag sein, daß die Suggestion in der Hypnose unter Umständen gute Erfolge zeitigt, ihr Anwendungsgebiet darf aber gewiß nur ein beschränktes bleiben.

In der Praxis gestaltet sich die Behandlung der habituellen Obstipation — wenn der Fall nicht von vornherein ein vernachlässigter ist — gewöhnlich so, daß zunächst mit den einfacheren Methoden: Diät, Gymnastik, Massage, begonnen wird und erst, wenn diese versagen, die Elektrizität, die Einläufe und Medikamente zu Hilfe genommen werden. Häufig verlangen aber die Kranken, wenn sie sich einmal zu einer ärztlichen Behandlung entschlossen haben, eine systematische „Kur“, von der sie dann eine dauernde Beseitigung des Uebels erwarten. Unter solchen Umständen ist, je nach der Art des vorliegenden Falles, ein verschiedenes Vorgehen indiziert.

Handelt es sich um jüngere Leute mit an sich gesunden Verdauungsorganen, welche nur durch unzweckmäßige Lebensweise, vorwiegend sitzende Beschäftigung etc. ihre Obstipation erworben haben, bei denen dann gewöhnlich nervöse und hypochondrische Symptome das lokale Uebel begleiten, so empfiehlt sich eine Trinkkur in einem der gebräuchlichen Kurorte (Karlsbad, Homburg, Kissingen) in Verbindung mit hydrotherapeutischen Prozeduren, Gymnastik und reichlicher Bewegung. Trinkkuren zu Hause leisten in der Regel weniger, da der erfrischende Einfluß der neuen Umgebung fortfällt.

Ältere Fälle atonischer Obstipation eignen sich nicht für derartige Trinkkuren, auch wenn sich an Ort und Stelle die Verdauung zunächst regelt. Später tritt nämlich dann oft ein schwer zu überwindender Rückschlag ein. Hier wird man besser versuchen, durch eine Kombination diätetischer Maßregeln mit Elektrizität und Massage des Leibes die Stuhlentleerung in Gang zu bringen. Dabei kann man unter Umständen zur Unterstützung kleine Dosen des einen oder anderen Medikamentes heranziehen, die dann hinterher noch einige Zeit, wenn möglich in absteigender Menge, gebraucht werden dürfen. Oder man hält den Erfolg durch Selbstmassage („Masiereugel“) fest.

Für alle deutlich spastischen Formen kommt in erster Linie eine Ruhekur in einer Klinik oder einem Krankenhaus in Betracht. Die Diät muß zunächst eine sehr vorsichtige sein, und zur Regelung des Stuhles werden Oeleinläufe appliziert. Später kann vorsichtige Massage hinzugenommen werden. Schwerere Fälle eignen sich für eine systematische Oelkur nach Ebstein.

Regelmäßige Wassereinläufe, medikamentöse Klysmata und stark wirkende Medikamente sollen für solche Patienten reserviert bleiben, deren Zustand eine Besserung nicht mehr erwarten läßt.