No. 33.

Donnerstag, den 17. August 1905.

31. Jahrgang.

Diagnose und Therapie der nervösen Magendarmkrankungen.

Fortbildungsvortrag.

Von I. Boas in Berlin.

M. H.! Die moderne Magen- und Darmpathologie gipfelt bekanntlich in dem Bestreben, die gestörten Funktionen des Magendarmkanals zu erforschen und, soweit möglich, hieraus Anhaltspunkte für etwa bestehende anatomische Veränderungen zu gewinnen. Auch für die Therapie hat sich die funktionelle Diagnostik als eine fruchtbare Methode erwiesen, insofern als eine Regelung der Funktionen zwar nicht immer eine Heilung im anatomischen Sinne, wohl aber eine Besserung, bzw. ein Aufhören der Krankheitssymptome hervorruft.

Von noch größerer und entscheidenderer Bedeutung ist der Befund von normalen Funktionsleistungen bei bestehenden subjektiven Klagen. Ganz allgemein ausgedrückt, kann man den Satz aufstellen, daß eine Integrität der Magen- und Darmfunktionen im ganzen auch den Schluß auf das Fehlen anatomischer Veränderungen des Organes oder Organabschnittes zuläßt und umgekehrt. Von diesem Satze kommen allerdings nach beiden Richtungen hin Ausnahmen vor, insofern einmal bei ausgesprochen normalem Verhalten der Funktionen doch anatomisch nachweisbare Veränderungen feststellbar sind (Ulcus ventriculi, beginnende Carcinome, Gastritis und Enteritis), und umgekehrt trotz nachweisbarer funktioneller Abweichungen anatomische Störungen vermißt werden (Achyilia gastrica, Vomitus nervosus, Colica mucosa, nervöse Diarrhöen u. a.).

Damit sind aber die Wechselbeziehungen zwischen rein funktionellen und organischen Krankheiten noch nicht genügend abgegrenzt. Es gibt nämlich wohlcharakterisierte organische Magen- und Darmkrankheiten, die offenbar auf das Nervenleben des Kranken im allgemeinen, und damit indirekt auch auf die befallenen Organe einen so ausgesprochenen Einfluß üben, daß die Beschwerden, die der anatomische Prozeß macht, in den Hintergrund treten können gegenüber den rein nervösen.

Endlich muß auch noch die Frage ventiliert werden, ob nicht auf rein nervöser Grundlage sich etablierende Funktionsstörungen allmählich anatomische Veränderungen hinterlassen

können. Diese Frage muß unbedingt bejaht werden. So beobachten wir, wie z. B. bei der Rumination im Verlaufe der Krankheitsentwicklung sich eine ausgesprochene chronische Gastritis hinzugesellt, oder wir können feststellen, wie aus einer von Haus aus nervösen Diarrhoe durch die dauernde Reizung des Intestinaltractus schließlich ein echter, alle charakteristischen Symptome aufweisender Darmkatarrh wird.

Diese kurzen Vorbemerkungen deuten schon auf die Schwierigkeiten hin, mit denen die Abgrenzung rein nervöser von rein somatischen Erkrankungen des Magendarmkanals verbunden ist und zeigen auch, daß es absolut gültige, gleichsam mathematische Formeln zur Lösung dieser Probleme nicht gibt und naturgemäß auch nicht geben kann. Nur eine sorgfältige vergleichende Analyse der subjektiven Störungen, der Funktionsprüfungen des Magendarmkanals sowie der des Nervensystems wird bald schneller, bald langsamer die wahre Natur der Krankheit erkennen lassen.

Wenn wir nun weiter zu einer speziellen Betrachtung der nervösen Magendarmkrankungen übergehen, so kann man sie — und das ist heutzutage das vorherrschende Einteilungsprinzip — in motorische, sensible, sekretorische und kombinierte (komplexe) Neurosen einteilen, je nachdem die eine oder andere Funktionsstörung mehr oder weniger stark in den Vordergrund tritt. Obgleich diese Einteilung, die, soweit mir bekannt, von Oser herrührt, allgemein den lehrbuchmäßigen Darstellungen zugrunde gelegt ist, kann man nicht gerade behaupten, daß sie sehr glücklich gewählt ist. Man wird sich bei kritischer Erwägung immer wieder überzeugen können, wie wenig sich die einzelnen Intestinalneurosen in das Prokrustesbett einer solchen schematischen Einteilung hineinzwängen lassen, und man wird daher nicht umhin können, allmählich einen anderen Einteilungsmodus zugrunde zu legen.

Es erscheint mir aus Gründen, deren Auseinandersetzung mich hier zu weit führen würde, dem praktischen Bedürfnis am meisten zu entsprechen, zwei große Gruppen von Magen- und Darmneurosen zu unterscheiden: die monosymptomatischen und die polysymptomatischen. Mit dieser Einteilung wird dem Wesen des besonderen funktionellen Leidens nicht präjudiziert, aber es tritt hierbei das Moment in den Vordergrund, das, so weit ich sehe, in der Tat die ganze Lehre

von den Magendarmneurosen beherrscht. Nach diesem Prinzip beabsichtige ich im Folgenden die nervösen Magendarmerkrankungen abzuhandeln.

A. Die mono- und polysymptomatischen Neurosen des Magens.

Das Charakteristische der monosymptomatischen Magen-neurosen liegt, wie schon aus der Bezeichnung hervorgeht, darin, daß ein einziges Symptom das Wesen des Krankheitsbildes beherrscht. Bald handelt es sich mehr um depressive, bald um exzitative Zustände. Zu der erstgenannten Gruppe gehören die Fälle, in denen bald der absolute Mangel an Appetit (Anorexie), bald ein perverses Sättigungsgefühl (Akorie), bald ein Zustand von Druck und Völle, teils schon bei leerem Organ, teils erst nach der Nahrungsaufnahme in den Vordergrund tritt. Unter den exzitativen Neurosen des Magens kommen besonders in Betracht: der krankhaft gesteigerte Heißhunger (Bulimie, Cynorexie), die schmerzhaft Magenleere, das Magenbrennen (wohl zu unterscheiden von Pyrosis hydrochlorica), die Cardialgien auf nervöser Basis, die Rumination und Regurgitation, die Eructatio nervosa und der Vomitus nervosus. Schließlich gehören auch zu diesen Formen die nervöse Hyperchlorhydrie und der nervöse Magensaftfluß.

Das Symptomenbild dieser monosymptomatischen Neurosen ist schon häufig genug durch das Vorwalten des Einzelsymptomes genügend charakterisiert. Dann wird die Diagnose ohne weiteres klar sein. In nicht ganz klaren Fällen kommen als Hilfsmomente in Frage: Die sorgfältige Anamnese, der Decursus morbi und schließlich die Prüfung der Funktionen des Magens und des Nervensystems.

Was die Anamnese betrifft, so ergibt sie sehr oft wichtige, zum Teil ausschlaggebende Momente: z. B. labiles Nervensystem überhaupt, hereditäre Belastung, andere nervöse Krankheiten, häufige psychische Insulte u. a. In dem Decursus morbi treten meist zwei Momente von großer Wichtigkeit hervor: einmal das Periodische, Sprunghafte, Anfallsartige, Bizarre des Prozesses mit scheinbar unmotivierten Pausen völlig normalen Befindens und ferner die Unabhängigkeit der subjektiven Beschwerden von der Qualität und Quantität der Nahrungsaufnahme. Auf die letztgenannten Momente, die wir hier nur kurz registrieren, werden wir im folgenden Abschnitte noch genauer zurückkommen.

Von den objektiven Symptomen liegt der Schwerpunkt unbedingt in der Funktionsprüfung des Magens. Wenn man bei immer wiederholter Prüfung normale Sekretions- und Motilitätsverhältnisse antrifft, wird man wohl kaum mit der Ansicht fehlgehen, daß eine Magen-neurose vorliegt. Schwieriger liegen allerdings die Dinge, wo trotz offenbar nervöser Symptome Funktionsstörungen gefunden werden. In solchen Fällen kann von einer Augenblicksdiagnose naturgemäß keine Rede sein. Nur eine sorgfältige, klinische Beobachtung, besonders eine systematisch durchgeführte „Probendiät“ in den verschiedensten Formen und Variationen, wird uns zeigen, womit wir es zu tun haben.

Desgleichen kann auch eine Prüfung der Reflexe (abnorme Steigerung oder umgekehrt Herabsetzung), das Vorhandensein lokaler Haut-, Hyper-, Hyp- oder Anästhesie, das Vorkommen unregelmäßig angeordneter Druckpunkte zu beiden Seiten der Wirbelsäule zur Klärung unklarer Krankheitssymptome beitragen.

Wesentlich größere Schwierigkeiten bieten die polysymptomatischen Neurosen. Bei diesen laufen zahlreiche Symptome nebeneinander, und zwar häufig von einer Beschaffenheit, wie wir sie auch bei organischen Magenkrankheiten anzutreffen gewohnt sind, zusammen mit anderen, die erfahrungsgemäß den Neurosen zukommen. Die Unsicherheit der Beurteilung wächst noch dadurch, daß, wie bereits oben erwähnt, wohl charakterisierte somatische Magenkrankheiten so sehr mit nervösen Symptomen verquickt sein können, daß nur bei aufmerksamster Untersuchung Klarheit in das komplizierte Krankheitsbild kommt.

Das typische und bestgekante Beispiel für die polysymptomatischen Magen-neurosen bildet bekanntlich die ner-

vöse Dyspepsie. Gerade hierbei tritt mit überraschender Häufigkeit und Prägnanz ein Moment in die Erscheinung, das schon bei der Erhebung der Anamnese unserer Auffassung von der Natur des Leidens Ziel und Richtung verleiht: das ist die ungemein reiche, ich möchte sagen, überreiche Fülle von Symptomen, wie wir sie bei organischen Magenaffektionen wohl einzeln, kaum je aber in dieser Häufung und Konzentration finden. Neben diesem Gesichtspunkt spielen aber auch die bereits früher erwähnten anamnestischen und ätiologischen Faktoren eine wesentliche Rolle, und es ist daher eine der mühsamsten, aber auch eine der wichtigsten Aufgaben und Pflichten des Arztes, den Schilderungen der Kranken ein williges Ohr zu leihen. Ich kann auf Grund eines reichhaltigen Materials den Satz aussprechen: der nervöse Dyspeptiker stellt häufig seine Diagnose selbst, wir brauchen ihm nur aufmerksam zuzuhören. Das ist aber gerade für den allgemeinen Praktiker von eminenter Wichtigkeit, da ein objektiver Befund bei der physikalischen Untersuchung entweder ganz fehlt, oder, wenn vorhanden, leicht zu Fehldiagnosen führt. Früher, zum Teil auch noch heute, lag z. B. eine der häufigsten Ursachen von Irrtümern in dem Befund einer Dislokation einer oder beider Nieren, und ferner in dem Vorliegen von Plätschergeräuschen im Bereich des Magens. Man weiß heutzutage, daß dislozierte Nieren, namentlich solche mäßigen Grades, meist völlig symptomlos verlaufen, und da, wo sie Symptome machen, sind diese als abhängig von der Nieren-dislokation in der Regel leicht feststellbar. Etwas schwieriger steht es mit dem Nachweis von Plätschergeräuschen und der sich auf dieses Symptom gründenden Diagnose einer Magenatonie oder, was auch heute noch nicht selten vorkommt, einer Magenerweiterung. Man kann gar nicht oft genug betonen, daß ein Plätschergeräusch, auch wo es scheinbar sehr ausgesprochen und ausgedehnt ist, ohne Berücksichtigung des Umfanges und der Zeit der letzten Nahrungsaufnahmen gar keine Bedeutung hat. Man braucht nicht soweit zu gehen, es in der Symptomatologie der Magenkrankheiten ganz zu streichen, aber es hat nur unter solchen Bedingungen eine diagnostische Verwertbarkeit, unter denen es normalerweise niemals oder nur ganz ausnahmsweise vorkommt: d. h. erstens im nüchternen Zustande des Individuums, oder aber mehrere Stunden nach einer quantitativ und qualitativ genau bekannten Mahlzeit, also z. B. nach einem Probefrühstück oder einer diesem, was den Umfang betrifft, sehr ähnlichen Mahlzeit.

Der Arzt, welcher unter Nichtberücksichtigung dieser absolut unerläßlichen Kautelen auf die Diagnose Atonie oder gar Ektasie des Magens hereinfällt, wird logischerweise auch die falschen therapeutischen Konsequenzen ziehen: d. h. Restriktion in der Auswahl der Nahrungsmittel, womöglich Entziehung der Flüssigkeiten, bisweilen auch der Kohlehydrate und Fette, und das Resultat dieser Behandlung: Mißerfolg auf der ganzen Linie.

Außer der Anamnese ist auch hier wieder der Entwicklungsgang der Krankheit als einer der wesentlichsten Hilfsmomente zu betrachten. Der Verlauf zeigt nicht jenen allmählich sich zuspitzenden Charakter wie bei organischen Affektionen, sondern allerhand auffallende, unmotivierte, bizarre Sprünge und Intermissionen. Vor allem aber tritt uns häufig als klärendes Moment die Angabe entgegen, die oft nicht ohne Mühe gewonnen wird, daß die Beschwerden in weitestem Umfange von der Qualität und Quantität der Nahrungsaufnahme unabhängig sind, dagegen exquisit abhängig von anderen Momenten, Luftveränderung, geistiger und physischer Ausspannung und umgekehrt Ueberanstrengungen, psychischen Reibungen etc.

Wo präzise Antworten auf diese Fragen fehlen — und das ist häufiger der Fall, als man glaubt —, kann man mitunter durch eine systematische Prüfung der Leistungsfähigkeit des Magens zum Ziele kommen. Man verordnet dem Patienten zunächst eine sehr leicht verdauliche Kost, etwa wie wir es in der dritten Woche eines Ulcuskranken zu tun pflegen. Die subjektiven Symptome während dieser etwa drei- bis viertägigen Periode werden vom Kranken genau registriert. Nach Beendigung dieser Probekost werden allmählich Zulagen gewährt, also etwa Kompott, Gemüse, Mehlspeise, sodann auch rohe Früchte. Es wird wiederum genau registriert. Ein Ver-

gleich der Beschwerden in der ersten und zweiten Periode wird uns zeigen, ob wir es mit einem organischen oder nervösen Leiden zu tun haben, da bei ersterem die subjektiven Beschwerden sich vermehren, bei dem letzteren stationär bleiben oder sehr oft sogar sich verringern, gelegentlich auch einmal ganz schwinden.

Von dieser Leistungsprüfung des Magens, die freilich etwas umständlich ist und mehr für klinische Verhältnisse gedacht ist, mache ich seit Jahren Gebrauch, sobald die Prüfung der Funktionen keine sicheren Ergebnisse zeitigt. Meist aber wird man durch den Ausfall der Mageninhaltprüfung und durch Bestimmung der motorischen Tätigkeit am leichtesten und schnellsten zum Ziele kommen.

Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, daß auch geringe Sekretions- und Motilitätsstörungen noch keineswegs gegen den nervösen Ursprung sprechen. Das sind dann die Fälle, in denen die Sachlage mehr durch den künstlerischen Blick des erfahrenen Arztes als durch allerlei noch so sorgfältig ausgeklügelte und komplizierte Untersuchungsmethoden geklärt wird.

B. Die mono- und polysymptomatischen Neurosen des Darms.

Wenn wir im Vorgehenden die Magen- von den Darmneurosen getrennt behandeln, so sind wir uns dessen wohl bewußt, daß eine solche Trennung bis zu einem gewissen Grade schematisch ist. Das Uebergreifen von einem auf das andere Organ oder gleichzeitiges Bestehen beider von vornherein gehört zu den gewöhnlichsten Vorkommnissen. Trotzdem muß man zugeben, daß es auch isolierte Magen- und desgleichen isolierte Darmneurosen gibt.

Es liegt ohne weiteres auf der Hand, daß wir uns den Darmneurosen gegenüber, was die Diagnostik betrifft, im ganzen in einer wesentlich schlechteren Lage befinden als gegenüber den Magen- neurosen. Es fehlt uns hier die Möglichkeit einer Funktionsprüfung. Allerdings liegen auch hier die ersten aussichtsreichen Wandlungen durch die von Ad. Schmidt in die Wissenschaft eingeführte Probekost vor. Diese Probekost kann naturgemäß nur einen Rückschluß auf die gesamte Leistung des Darmes und auch das nur in groben Zügen liefern, aber immerhin ist in dem Vorgehen von Schmidt ein erster und bedeutungsvoller Schritt vorwärts geschehen. Leider ist die Schmidtsche Probekost auch in seiner neuen, erheblich vereinfachten Form nur für klinische Verhältnisse geeignet.

Dagegen haben wir gegenüber dem Magen doch auch gewisse Vorteile. Zunächst den, daß wir uns durch Besichtigung des Darminhalts, namentlich durch dessen mikroskopische Untersuchung ein ausreichendes Urteil von den Vorgängen im Darm verschaffen und ohne große Schwierigkeiten normale und krankhafte Veränderungen unterscheiden können. Sodann ist auch nicht außer acht zu lassen, daß wir den Mastdarm und nunmehr auch die Flex. sigmoidea einer Betastung und direkten Besichtigung unterziehen können. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Anwendung der genannten Untersuchungsmethoden mannigfache Klärung auch auf dem Gebiete der Darmneurosen ermöglicht und in Zukunft noch reiche Früchte verspricht.

Was nun die speziellen Formen der Darmneurosen betrifft, so müssen wir zugestehen, daß von den monosymptomatischen Darmneurosen bisher nur die allereinfachsten funktionellen Störungen unserer Erkenntnis erschlossen sind: das sind einerseits die funktionellen (nervösen) Obstipationen und ihr Gegenspiel, die nervösen Diarrhöen.

Was die nervöse Obstipation betrifft, so kann sie einerseits unter dem Bilde des Colospasmus coeci und S. Romani einhergehen, aber ich muß ausdrücklich betonen, daß die neurogene Obstipation zweifellos auch als rein atonische Form in die Erscheinung tritt. Das Charakteristische für diese Fälle ist nach meiner Erfahrung lediglich die Abhängigkeit der Funktionsstörung von psychischen Insulten und umgekehrt der günstige Einfluß von geistiger und körperlicher Ruhe. Eine sorgfältige Anamnese läßt diesen Wechsel der Erscheinungen oft scharf hervortreten. Aus einer von Haus aus neurogenen Obstipation kann sich nun aber auch im Laufe der Zeit ein regelrechter Darmkatarrh entwickeln, und bei idealer Konkurrenz

beider kann sowohl die Feststellung der Ätiologie als auch die Beurteilung der Priorität des einen oder anderen Zustandes auf große, zuweilen unlösbare Schwierigkeiten stoßen.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den nervösen Diarrhöen, die sowohl nach der diagnostischen als auch nach der therapeutischen Seite in ungewöhnlichem Maße Schwierigkeiten bieten. Die Faecesuntersuchung, namentlich der Befund von Schleim, läßt hier vollkommen im Stich, da ganz zweifellos auch bei rein neurogenen Diarrhöen Schleimbeimengungen im Stuhl vorkommen können. Auch die sonstige makro- und mikroskopische Stuhluntersuchung kann die Ätiologie des Leidens ungeklärt lassen.

Als einigermaßen brauchbare Anhaltspunkte möchte ich die folgenden hinstellen: 1. Unabhängigkeit der Diarrhöen von adstringierender Diät und adstringierenden Medikamenten. Merkwürdigerweise gilt dies auch für das Opium, unter dessen Gebrauch ich in mehreren Fällen die Diarrhöen nicht nur nicht sistieren, sondern eher noch zunehmen sah. 2. Abhängigkeit der Diarrhöen von psychischen Einflüssen (emotionelle Diarrhöen). 3. Zeitweiliges, unmotiviertes Aufhören der Diarrhöen. 4. Auffallend geringe Gewichtsabnahme trotz des jahrelang bestehenden Leidens. 5. Allgemeine neurasthenische Stigmata.

Wie man hieraus ersieht, ist auch bei den neurogenen Diarrhöen eine zielbewußte Erkennung des Leidens meist nur auf Grund eingehender klinischer Beobachtung und Behandlung möglich; nur ausnahmsweise läßt eine klare Schilderung des Verlaufes und der bisherigen Behandlung ein sofortiges Urteil zu.

Außer der spastischen Obstipation und den nervösen Diarrhöen wird auch von zahlreichen, hervorragenden Autoren die Colica mucosa (Nothnagel) zu den Darmneurosen gerechnet, und Ewald hat diese Form bekanntlich direkt mit dem Namen der Myxoneurose belegt. Wenn man unter Colica mucosa eine Krankheit bezeichnet, die wie alle Koliken in gewissen Intervallen verläuft, denen Zeiten völlig normalen Befindens gegenüberstehen, so muß man die mucöse Darmkolik nach meinen Erfahrungen als äußerst seltenes Leiden bezeichnen. Da man nun weiter weiß, daß man in der Colitis membranacea, wenn dieser auch noch die pathologisch-anatomische Sanktion fehlt, unmöglich etwas anderes als eine besondere Form des chronischen Darmkatarrhs sehen kann, so liegt es sehr nahe, auch die Colica mucosa als eine eigenartige, intervallartig auftretende Colitis aufzufassen. Ein zwingender Beweis für diese oder jene Auffassung dürfte sich kaum erbringen lassen, entbehrt aber auch praktisch jeder Bedeutung.

Außer den eben genannten monosymptomatischen Darmneurosen gibt es auch analog der nervösen Dyspepsie eine allgemeine nervöse oder nach v. Strümpell richtiger psychogene Enteropathie. Bei der außerordentlichen Mannigfaltigkeit der Symptome, welche die psychogene Enteropathie auszeichnet, kann es nicht wundernehmen, wenn bisher noch nicht der Versuch gemacht worden ist, das Symptomenbild in eine bestimmte Form zu kleiden. Nur für einzelne typische Fälle kann eine annähernd richtige Darstellung gegeben werden. Sie zeichnen sich aus durch ein Gefühl des Druckes und der Völle in dem Meso- oder Hypogastrium Hand in Hand mit periodisch auftretenden, mehr oder weniger heftig einsetzenden Enteralgien. Sehr oft werden die Beschwerden in Verbindung gebracht mit Flatulenz. Aber eine sorgsame und wiederholte Beobachtung ergibt normale Schallverhältnisse an allen Darmpartien, keine Zeichen von Meteorismus. Die Defäkation ist, nach allen Richtungen hin untersucht, völlig normal. Wenn nun Hand in Hand damit mehr oder weniger ausgeprägte Symptome allgemeiner Neurasthenie gehen, so kann man nicht gut an dem Charakter der Darmneurose zweifeln. Von dieser typischen und dem erfahrenen Blick des geschulten Arztes nicht leicht entgehenden Form der psychogenen Enteropathie kommen allerlei groteske Abweichungen vor, die zu enträtseln auch dem Geübtesten nicht immer möglich sein wird. Maßgebend für diese und für alle übrigen Fälle muß aber immer der Grundsatz gelten: eine immer wiederholte gründliche und erschöpfende Untersuchung des Gesamtmenschen und der einzelnen Organe darf keine objektiv nachweisbaren Veränderungen ergeben.

Therapie der nervösen Magen- und Darm- erkrankungen.

Von keiner Krankheit gilt wohl mehr und zutreffender der Satz, daß nicht die Arznei, sondern der Arzt sie heilt, als von den nervösen Erkrankungen des Magens und Darms. Der persönliche Einfluß des einen Arztes überwindet hierbei spielend Schwierigkeiten, die dem andern trotz aller Sorgfalt und Mühe zu besiegen unmöglich erscheint. Eine Schilderung der Therapie dieses Gebietes kann daher nur Anhaltspunkte und Winke geben, deren individuelle Ausgestaltung und Anwendung aber immer das Geheimnis und die Kunst des Einzelnen bleiben wird.

Zu den wichtigsten und indiskutabelsten Grundlagen einer gedeihlichen Behandlung eines Magen- und Darmneurasthenikers gehört die Aenderung seines Milieus. Es gibt kaum Fälle dieser Krankheit, am allerwenigsten ernstere und vorgeschrittenere, bei denen man von diesem Grundsatz abweichen und doch ein gutes Resultat erzielen kann. Die zweite Forderung besteht darin, die an und für sich gesunden, aber reizbaren und labilen Organe allmählich zu einer Maximalleistung anzuspornen.

Es liegt klar auf der Hand, daß beide Forderungen am geeignetsten in einer gut geleiteten, den hygienischen und diätetischen Ansprüchen der Neuzeit entsprechenden Anstalt erfüllt werden können. Am passendsten hierfür sind, wie ich scharf betonen möchte, kleinere Anstalten, in welchen der Arzt die Natur und das Seelenleben jedes Kranken studieren und sich auch mit den lokalen oder allgemeinen Störungen möglichst eingehend beschäftigen kann. Ob im einzelnen Falle mehr ein Magen- oder diätetisches Sanatorium oder aber ein Nervensanatorium zu wählen ist, hängt von der Erwägung ab, ob eine spezielle diätetische Kur mit den zahlreichen Abstufungen, welche an die moderne Küchentechnik gestellt werden, notwendig ist oder nicht.

Was die spezielle Therapie betrifft, so wird kein einsichtiger Arzt bestreiten können, daß die Ernährungstherapie von allen Heilfaktoren der wichtigste und fruchtbarste ist, schon aus dem Grunde, weil die Mehrzahl der Magen- und Darmneurosen mit Unterernährung verbunden ist. Für alle diese Fälle bildete früher die Weir-Mitchellsche Methode der Mastkur das Schema, das auch deutsche Aerzte, in erster Linie Burkart, adoptierten. Wie es den Anschein hat, haben sich die meisten Nerven- und auch Magenärzte längst von dem Schematismus der Weir-Mitchellkur mit ihren fast unmöglichen Milchquantitäten losgemacht und an deren Stelle ein sich mehr den natürlichen Lebensverhältnissen entsprechendes Regime gesetzt, mit dem man, wie dies einsichtige Aerzte schon längst gewußt und betätigt haben, nicht bloß eine Fettbereicherung, sondern auch eine Vermehrung des Muskeleiweißes erzielen kann.

Bei monosymptomatischen Magen- und Darmstörungen wird man sehr oft auf Schwierigkeiten stoßen, wenn man, wie dies Unerfahrene wohl zu tun pflegen, sofort gewissermaßen auf das Ganze geht. Ich darf z. B. nur an die ungemeine Hartnäckigkeit des Vomitus nervosus erinnern, welcher nur ein ganz vorsichtiges und schrittweises Avancieren in der Ernährung gestattet.

Aber auch in jenen Glanzfällen, über die heutzutage jeder auf dem Gebiete der Magen- und Nervenkrankheiten erfahrene Arzt gebietet, ist noch keineswegs der Erfolg immer ein endgültiger und dauernder. Sehr oft kommt es vor, daß die Kranken zwar erheblich an Gewicht und Körperkraft zunehmen, auch in puncto ihrer allgemeinen Neurasthenie erfreuliche Fortschritte machen, aber mit dem Augenblick, da sie in ihre häuslichen Verhältnisse eintreten, werden sie bald wieder rückfällig, verlieren ihre Eßlust, kurzum befinden sich schon nach wenigen Monaten in derselben Verfassung wie vor der Kur. Vielfach liegt hier, wie ich mich überzeugen konnte, der Fehler darin, daß Aerzte, besonders Anstaltsärzte, die ihre Kranken entlassen, ihnen und den Angehörigen die Versicherung einer vollkommenen Heilung geben, ein Optimismus, der nicht scharf genug zu verurteilen ist.

Der vorsichtige Arzt wird immer gut tun, den eigenen Kur-
erfolg so gering als möglich anschlagen und den Kranken mit

größter Eindringlichkeit darauf hinweisen, daß der schwierigste Akt der Behandlung erst nach der Entlassung aus der Anstalt beginnt. Unter allen Umständen muß gefordert werden, daß der Kranke sich noch mehrere Monate von Berufsgeschäften freihält, die in der Anstalt als passend erprobte Diät noch lange Zeit weiter befolgt und endlich auch ein bestimmtes Maß von Ruhe und Bewegung beobachtet. Eine wöchentlich zu erfolgende Wägung hat den Beweis zu erbringen, ob das Gewicht stationär bleibt, jedes Heruntergehen muß durch eine sofort von neuem eingeleitete, wenn auch vorübergehende Ruhe- und Ernährungskur kompensiert werden. In einzelnen Fällen müssen aber auch derartige Ernährungskuren wiederholt werden, um einen Dauererfolg zu erzielen.

Nicht in allen Fällen sind Anstaltskuren möglich, schon aus materiellen Gründen, nicht in allen Fällen sind sie aber auch nötig. Besonders bei leichteren Formen der nervösen Dyspepsie und Enteropathie wird man an deren Stelle auch Hochgebirgs- und Seeluftkuren mit Nutzen empfehlen können. Desgleichen können auch längere Seereisen einen günstigen Einfluß auf die verschiedenen Magen- und Darmneurosen ausüben. Ob im einzelnen Falle Hochgebirgsklima oder Seeklima vorzuziehen ist, muß der individuellen Beurteilung jedes einzelnen Falles überlassen bleiben. Im allgemeinen wird man anämische Kranke mehr dem Hochgebirge überweisen, während sonst kräftige, gut ernährte Individuen mehr für Seeluftkuren und Seebäder geeignet sind.

Neben den genannten Heilfaktoren kommt nun in den meisten Fällen der gesamte physikalische Apparat (Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage, Heilgymnastik) zur Anwendung. An der großen Heilmacht dieser teils suggestiv, teils funktionell günstig wirkenden physikalischen Mittel zu zweifeln, kann keinem modernen Arzt einfallen, aber es muß doch betont werden, daß vielfach in Anstalten ein zu ausgedehnter und indikationsloser Gebrauch von diesen Hilfsmitteln gemacht wird, und daß daher die Erfolge keineswegs immer den hohen Erwartungen entsprechen, die vielfach unter Aerzten und im Publikum darüber herrschen.

Vielfach kommen auch bei nervösen Magenkrankheiten lokale Prozeduren, besonders Magenausspülungen, Magenduschen, bisweilen auch lokale Faradisation und Galvanisation des Magens (und des Darms) zur Anwendung. Im ganzen kann ich auf Grund eigener Erfahrungen diesen Prozeduren keinen wesentlichen Nutzen beimessen mit Ausnahme der Faradisation des Mastdarms, die ich in der Behandlung der habituellen (atonischen) Obstipation entschieden für wertvoll halte. Namentlich wende ich Magenspülungen grundsätzlich nur da an, wo Rückstände oder sonstige abnorme Beimischungen dies erfordern. Auch von Magenduschen, die früher vielfach empfohlen wurden, scheint jetzt kein so ausgiebiger Gebrauch mehr gemacht zu werden.

Zum Schluß haben wir noch zwei häufig verwendete Maßnahmen zu besprechen: die Mineralwasserbehandlung und die Arzneibehandlung.

Was die Trinkkuren betrifft, so glaube ich, herrscht darüber unter sachverständigen Aerzten nur eine Meinung: sie sind für Neurastheniker des Magens und Darms so ungeeignet wie möglich. Namentlich möchte ich mich gegen die Empfehlung der größeren Kurorte, wie Karlsbad, Kissingen, Homburg, Wiesbaden, aussprechen, die gerade in bezug auf geistige und körperliche Schonung, auf die es uns in solchen Fällen in erster Linie ankommt, namentlich in der Hochsaison viel zu wünschen übrig lassen.

Was endlich die medikamentöse Behandlung betrifft, so liegt es klar auf der Hand, daß hiermit nervöse Magen- oder Darmleiden nicht zu heilen sind. Es wäre aber zu weit gegangen, den Medikamenten allen und jeden Nutzen abzusprechen. In manchen Fällen sehen wir von Brompräparaten, sowie von den leichteren Opiumderivaten, wie Codein und Dionin, recht brauchbare palliative Wirkungen. Auch die modernen Baldrianpräparate, Validol und Vallyl, erweisen sich uns hier und da als wirksame Bundesgenossen im Kampfe gegen die vielgestaltigen Symptome. Jeder ausgedehnte und abundante Gebrauch dieser Mittel ist natürlich streng zu vermeiden. Die Kranken müssen immer wieder darauf hingewiesen

werden, sich von Medikamenten frei zu machen. Am passendsten kann man dies so tun, daß man allmählich die Dosen von Tag zu Tag verringert. In den überwiegenden Fällen von Magen- und Darmneurosen ist eine Arzneibehandlung überhaupt nicht indiziert. Der Magen- und Darmneurastheniker soll einsehen lernen, daß nicht in der Arznei die magische Heilkraft liegt, sondern in der vernunftgemäßen, den Gesetzen der Hygiene, der Ordnung und Disziplin entsprechenden Lebensweise.

Wer als Arzt die Macht hat, auf den Kranken nach dieser Richtung hin zu wirken, und zwar andauernd, der wird auch die besten und dauerndsten Heilerfolge bei Magen- und Darmneurosen zu verzeichnen haben.