

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931**

5 (15.3.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen  
aus und für Baden

# WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

## zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 5

### Arzt und Neurotiker\*)

Von Professor H. Hoffmann (Tübingen).

Der Sammelbegriff *Neurose* umfaßt eine große Zahl verschiedenartiger klinischer Krankheitsbilder, von denen nur ein Teil den Nichtfachmann besonders interessiert. Und zwar sind es in erster Linie die nervösen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Schwindelgefühl, Aufregtheit, Zittern, Schwächegefühl usw., die heute in der allgemeinen Praxis eine bedeutsame Rolle spielen. Kompliziertere Krankheitsbilder wie die Angst-, Zwangs- oder Sexualneurose können hier außer Betracht bleiben.

Wenn wir von einem Patienten sagen, er sei ein Neurotiker, so wollen wir damit zum Ausdruck bringen, daß seinen Klagen und Beschwerden kein krankhafter organischer Befund zugrunde liegt. Darüber hinaus ist aber in der Diagnose der neurotischen Beschwerden für uns gleichsam die Verpflichtung mit inbegriffen, zu analysieren, aus welchen psychischen Gründen die Beschwerden entstanden sind bzw. unterhalten werden.

Haben wir einen Patienten vor uns, so ergibt schon die äußere Betrachtung vielfach gewisse Anzeichen, die in der Richtung einer Neurose deuten können; allerdings soll man sich durch das äußere Verhalten nicht praeokkupieren lassen. Hier ist vor allem die Art und Weise, das „Wie“ hervorzuheben, mit dem die Klagen vorgebracht werden. Uebertrieben ängstliches Gebahren ist nicht unbedingt charakteristisch, aber als verdächtig zu buchen. Dasselbe trifft zu für jenes bekannte aufdringlich demonstrative, betont theatralische, unechte, wehklagende, Mitleid heischende Verhalten, das vielen Neurotikern eigen ist. Sie können die Unerträglichkeit ihres Zustandes gar nicht plastisch genug zum Ausdruck bringen. „Es tut ihnen einfach alles weh“ oder „das Herz will halt gar nicht mehr funktionieren“, „der Magen ist ganz und gar kaputt“, „Ich bin so müde, daß ich es garnicht sagen kann. Herr Dr.! Sie machen sich keinen Begriff“. Sie klagen und jammern, als ob sie Steine erweichen müßten. Gleichsam als ob sie im Voraus schon wüßten, daß man ihre Beschwerden nicht tragisch nehmen wird, müssen die Neurotiker umso dicker auftragen, den Mund umso voller nehmen. Der Neurotiker ist irgendwie an seiner „Krankheit“ interessiert, wie wir später hören werden, er kämpft um ihre Anerkennung. In manchen Fällen steht die Reichhaltigkeit und Fülle der Klagen in auffallendem Gegensatz zum Gesichtsausdruck, der andere Wege geht. Ein bestimmter Typus des Neurotikers läßt den zu seinen Klagen passenden Ausdruck des Unbehagens, des Leidens, vermissen; vielmehr bringt er seine Beschwerden profitlich lächelnd vor, wie wenn er ein Geschäft machen wollte; oder mit der Miene eines Angeklagten, der sich gereizt gegen Vorwürfe verteidigt,

die man ihm noch garnicht gemacht hat. Der letztere Typus hat in der Regel auch die Art an sich, der möglichen Analyse der Motive einen energischen, aber gerade deshalb nicht recht haltbaren Riegel vorzuschieben. Sie alle kennen den Patienten, der ungefragt betont: „Ich arbeite so gern, das wird mir jeder bezeugen, ich habe mich in meinem Beruf aufgeopfert“; oder: „Ich bin wirklich nicht wehleidig“, „ich will sicher keine Rente haben“, „Ich würde gern schaffen, wenn ich nur könnte“. Qui s'excuse, s'accuse; obwohl natürlich auch dieser Satz kein unbedingtes Kriterium für das Bestehen einer Neurose bietet.

Trotz allem verdienen die hier angedeuteten Möglichkeiten eines äußeren Verhaltens bei der Untersuchung mit registriert zu werden.

Hat nun die körperliche Untersuchung zu dem Ergebnis geführt, daß kein organisches Leiden vorliegt, so muß per exclusionem der Verdacht einer psychischen Genese auftauchen. Ich brauche nicht ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß eine Fehldiagnose verhängnisvoll werden kann. Sowohl dann, wenn etwas Organisches übersehen wird, was auf dem Gebiete der Neurologie vor allem für die Folgeerscheinungen nach Schädeltraumen und Comotio cerebri gilt. Hier sollte zur Entscheidung psychogener bzw. organischer Unfallfolgen stets frühzeitig der Fachmann zugezogen werden, da sie dem praktischen Arzte allzu große Schwierigkeiten bietet. Aber auch in umgekehrter Richtung, wenn man eine organische Erkrankung bei einem reinen Neurotiker annimmt und ihm dies noch obendrein begreiflich zu machen versucht. Man setzt dann bei ihm hypochondrische Komplexe, die u. U. nur schwer wieder zu beiseitigen sind.

Sind alle organischen Möglichkeiten ausgeschaltet und ist die Diagnose des Psychogenen dadurch gesichert, dann steht uns, wie schon erwähnt die Aufgabe bevor, die Motive zu erforschen, welche als treibende Kräfte hinter den neurotischen Symptomen stehen. Dies gilt gleichermaßen für die Unfallneurose, wie für die Neurosen überhaupt. Die Psychologie der Neurosen ist die Psychologie des menschlichen Herzens. Der Arzt, der ein guter Menschenkenner ist, der Verständnis besitzt für die bedeutsamsten psychischen Regungen der Menschen wird am ehesten die Fähigkeit haben, die Motive der Neurose aufzuspüren. Hier gilt es, aus der Lebenssituation d. h. aus der Anamnese Schlüsse zu ziehen. Die Vorgeschichte spielt nicht ohne Grund in der Psychiatrie eine so hervorragende Rolle, sie ist ganz besonders zum Verständnis der Neurosen von hervorragender Bedeutung.

Man muß mit ein wenig psychologischer Kombinationsgabe die Lebenssituation des betr. Patienten anschauen. Dazu ist ein Grundgerüst von psychologischem Wissen erforderlich, dessen der gute Arzt nicht entraten kann. Lebenskonflikte, gefühlsbetonte Erleb-

\*) Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Mannheim, 26.1.31

nisse belastender Art oder „Komplexe“ sind die Wurzeln der Neurosen. Die typischen Komplexe betreffen 3 verschiedene Lebensgebiete. 1. die sozialen Beziehungen, d. h. die Wechselbeziehungen zu den Nebenmenschen. 2. die Berufswahl, den Beruf und seine Ausübung. 3. den Lebenskreis, den wir mit den Begriffen Liebe, Ehe und Familiengründung umschreiben wollen. Diese drei Lebensgebiete muß man in erster Linie ins Auge fassen, wenn man nach Komplexen, nach den Motiven der Neurosen, suchen will. Der Sinn der Komplexe ist stets der, daß diese Menschen mit irgendwelchen Pflichten und Anforderungen nicht fertig werden, welche die genannten 3 Lebenskreise an sie stellen. Die Anforderungen sind relativ zu hoch, die Belastung zu groß für die seelische Widerstandskraft. Schwäche, Hilflosigkeit, Mangel an Zutrauen, Unsicherheits-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Mutlosigkeit, Angst, Empfindlichkeiten aller Art, gekränkter Ehrgeiz usf.; das sind die Gefühlsregister, die durch die Situation drückender seelischer Belastungen gezogen werden. Kritische Phasen werden geschaffen, wenn neue Anforderungen erwachsen, wie sie z. B. der Schuleintritt, die Vollendung der Berufsausbildung, Berufswechsel, Katastrophen in der Berufstätigkeit, Schwierigkeiten mit den Nebenmenschen, persönliche Schicksalsschläge (Todesfälle), dann Eheschließung, Schwangerschaft und Geburt, endlich das nahende Alter mit sich bringen. Die Neurose ist ein Ausdruck des Versagens, des Ausweichens vor den Schwierigkeiten des Lebens. Sie kennen alle den Begriff der „Flucht in die Krankheit“. Seelische Spannungen setzen sich bei entsprechender Veranlagung somatischer Reaktionsbereitschaft in körperliche Beschwerden um und entheben den Patienten seiner Pflichten. Doch pflegen sich die neurotischen Patienten über diesen Tatbestand zu täuschen. Der psychologische Mechanismus der Selbsttäuschung hat für den Aufbau der meisten Neurosen eine hervorragende Bedeutung. Die inneren psychologischen Zusammenhänge sind den meisten neurotischen Patienten unbekannt (also nicht bewußt), manchmal werden sie allerdings auch mehr oder weniger bewußt verschleiert. Die einen können nicht, die andern wollen nicht so weit denken, wie es echte Selbsterkenntnis und Selbstkritik erfordern würden. Diese Tatsache darf uns weiter nicht wundernehmen, vor allem dürfen wir sie nicht allzu moralisch werten. Sie wissen ja, daß es mit der Selbsterkenntnis und Selbstkritik auch bei den gewöhnlichen Sterblichen d. h. in unserem Falle den Nichtneurotikern seine besondere Bewandnis hat. Sie fehlt entweder oder ist zum mindesten in gewissen Punkten sehr mäßig ausgebildet. Es muß wohl aus Gründen des Selbstschutzes so sein, daß die meisten Menschen sich selbst etwas vormachen. Aber, wenn die Selbsttäuschung zur Neurose führt, muß sie aufgedeckt werden; den andern Sterblichen darf man sie lassen.

Nach diesen mehr theoretischen Bemerkungen wollen wir einmal betrachten, was der Arzt im Umgang mit Neurotikern in aller erster Linie zu bedenken hat. Kurz gesagt: Er muß wissen, wie die Menschen sind, welche Regungen bei ihnen im Vordergrund stehen oder besonders leicht ansprechen.

Wie sind die Menschen? Was geht insbesondere in den Patienten vor, wenn sie zum Arzt kom-

men? — Viele, sehr viele Menschen neigen zur Angst; sie können es dauernd oder zeitweise (man möchte sagen) nicht entbehren, sich um Leben und Gesundheit Sorge zu machen. Schließlich hängt ja vieles von der intakten Gesundheit und Leistungsfähigkeit ab, darüber ist kein Wort zu verlieren. Krankheit und Tod sind Schreckgespenste, die selbst den innerlich gefestigten, mutigen Menschen beunruhigen können. Und nun stellen wir uns von dieser Ueberlegung aus die Einstellung des Sprechstundenpatienten vor. Der ängstliche Mensch kommt in höchster Erwartungsspannung zu Ihnen; manche mit dem Gefühl, das einen Angeklagten beherrscht, der ein hartes Urteil, ja unter Umständen sein Todesurteil erwartet. Oft ist die Beunruhigung auch äußerlich sichtbar, die meisten aber schämen sich der Angst und suchen sie selbst auf Befragen noch zu verbergen.

Der ängstliche Patient will zweifellos, wie jeder andere wissen, was ihm fehlt; in erster Linie aber will er beruhigt sein, er will hören, daß es sich nicht um etwas Ernstes handle, daß man ihm helfen kann usf. Er geht zum Arzt, daß dieser ihm die Angst nimmt, die ihn niederdrückt.

Dieser Typus des ängstlichen Patienten wird oft recht falsch behandelt. Selbst tüchtige Aerzte werfen gelegentlich gedankenlose Bemerkungen hin und setzen damit hypochondrische Komplexe, die schwer wieder zu beseitigen sind. Und zwar gilt diese Warnung vor Verängstigung durch den Arzt nicht nur für die neurotischen Patienten, sondern für den Patienten überhaupt; auch für die Organiker, deren Seele man ebenfalls möglichst schonend behandeln sollte, selbst dann oder vielleicht gerade dann, wenn etwas Ernstes vorliegt.

Fassen wir einmal einzelne authentische Aussprüche ins Auge, die gar nicht selten in der Sprechstunde getan werden: „die Arterien sind ein bisschen geschlängelt“; „das Herz ist etwas klein“ — „ein wenig breit“ — „etwas verfettet“. „Ein anderer Kranker mit dem gleichen Leiden hat schon noch einige Jahre gelebt; das ist nicht so schlimm“. Nicht selten wird durch eine solche harmlos gemeinte Bemerkung Glück und Leistungsfähigkeit eines Menschen auf Jahre hinaus zerstört.

Ein Arzt sagt zu der Mutter eines Patienten, der eine schwere Commotio erlitt: „Da können Sie von Glück sagen, wenn der durchkommt“. Die Mutter erzählte es dem Sohne, als er wieder zum Bewußtsein erwacht war, und diesem ging die schreckliche Vorstellung nicht aus dem Kopf, daß er ein schweres Unglück davongetragen habe.

Ein berühmter Internist sagte einmal einem Patienten, bei dem er eine Aortenveränderung fand: „Sie sollten niemals mehr allein auf die Straße gehen, Sie können jeden Augenblick zusammenbrechen“. Der Zusammenbruch erfolgte nicht, aber der Patient ist seit Jahren schwerster Hypochonder, der sich seines Lebens nicht mehr freuen kann.

Ein anderer Fall, der eine alte Dame mit hohem Blutdruck (nach einer Sprechstundenuntersuchung) betrifft: „Sie haben einen viel zu hohen Blutdruck, Sie dürfen sich ja nicht bücken, sich unter keinen Umständen anstrengen, sonst trifft Sie der Schlag“. Tatsächlich hat sie seit Jahren der Schlag nicht getroffen, obwohl sie immer in der Angst befangen ist, daß die Katastrophe eintreten könnte.

Diese Beispiele sind besonders kraß. Wir lernen aus ihnen, daß man den Kranken nicht alles sagen soll, vor allem das nicht, was man selbst nicht weiß.

Oberster Gesichtspunkt des ärztlichen Denkens muß sein, die Psyche des zur Angst geneigten Patienten nicht zu heunruhigen, sofern nicht bestimmte Maßnahmen und Verordnungen dringend notwendig sind, die man eben nicht schonend beibringen kann. Aber auch dann sollte man stets noch mit gewissem psychologischen Verständnis und Feinsinn für die Seele des Patienten verfahren.

Daß dieser Grundsatz dem Neurotiker gegenüber ganz besonders am Platz ist, ist selbstverständlich, wenn man sich darüber klar ist, daß die Neurose vorwiegend psychische Wurzeln hat. Für psychogene Beschwerden spielt die hypochondrische Angst eine hervorragende Rolle. Diese Tatsache kann man sehr leicht nachweisen, wenn man einmal darauf achtet, welche Vorstellungen sich die Patienten selbst von ihren Beschwerden machen. Oft sind es abenteuerliche Vorstellungen; abenteuerlich vom Standpunkt des Arztes, der auf Grund seiner Ausbildung eine ganz andere Vorstellung besitzt.

Ist es verwunderlich, daß ein Mensch, der an Sensationen der Herzgegend leidet, auf die Idee verfällt, es könnte ihn der Schlag treffen?

Ist es nicht durchaus verständlich, daß ein Patient, der über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl klagt, an die Möglichkeit einer Gehirnkrankheit (Geschwulst, Entzündung, Eiterung) denkt?

Manche hört man sagen: „Ich werde bei Kleinigkeiten so aufgeregt, daß ich gemeint habe, ich schnappe über“. Dieselbe Angst vor dem Verrücktwerden spielt eine Rolle bei neurotischen Störungen wie Mangel an Konzentrationsfähigkeit, innerer Unruhe, Schreckhaftigkeit und Neigung zu Verstimmungen.

Nervöses Zittern der Glieder, das Gefühl der Müdigkeit und Schläffheit oder Rückenschmerzen werden als Erscheinungen eines Rückenmarksleidens gedeutet. Die Betroffenen befürchten gelähmt zu werden und in dauerndes Siechtum zu verfallen.

Wenn man sich Zeit und Mühe nimmt, kann man sich leicht über die Reichhaltigkeit der hypochondrischen Vorstellungen orientieren. Sie sind bei einem hohen Prozentsatz der Patienten in der allgemeinen Praxis gegeben, die für gewöhnlich unter der Flagge „Nervenschwach“, „Nervenkrank“, „nervöse Erschöpfung“, „Ueberarbeitung“ segeln.

Daß außerordentlich häufig bei Beschwerden, die wir als neurotisch ansehen müssen, hypochondrische Komplexe vorliegen, ist eine Erfahrungstatsache. Woher kommen Sie? Die Neigung zur Hypochondrie ist vielen Menschen anlagemäßig eigen. Sie kann auf verschiedene Weise manifestiert werden. Manchmal ist, wie ich schon sagte, der Arzt schuld. Es gehört bewußte Selbstdisziplin dazu, um die iatrogene Entstehung hypochondrischer Komplexe zu vermeiden. Jeder Arzt, der sein Denken, Tun und Handeln kritisch betrachtet, wird immer wieder zu dem Ergebnis kommen, daß er hier und da in dieser Beziehung einen Fehler gemacht hat. Allerdings wird der naiv Unbekümmerte noch mehr Fehler machen.

(Schluß folgt.)

## Neuere Ergebnisse in der Therapie der Magenkrankheiten.

Aus der Arbeit von Priv.-Doz. Dr. N. Henning (Med. Kl. Leipzig): Neuere Ergebnisse in der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten (Med. Kl. 1931, Heft 8, Seite 272).

Die Therapie des Magenkarzinoms hat sich in der letzten Zeit leider wenig geändert. In der biologischen Therapie des Karzinoms sind wir über Anläufe bisher nicht hinaus gekommen. Und daß wir mit der Röntgenbestrahlung beim Magenkarzinom in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine Erfolge erzielen, brauche ich hier nicht näher zu erörtern. Unser Ziel muß daher auf das frühzeitige Erkennen des Tumors gerichtet sein. Die beste Therapie bleibt vorläufig die chirurgische.

Die Therapie des Ulkuss war, bisher eine vorwiegend diätetische. Während des Krieges hat nun Sippy ein neues Prinzip in die Ulkusbehandlung getragen: Das Prinzip der Stundenmahlzeiten, verknüpft mit laufender Darreichung großer Mengen Alkali. Balint, der das Wesen der Ulkuskrankheit in einer Verschiebung der Blut- und Gewebsreaktion nach der saueren Seite hin sah, ging in der Verabreichung der Alkalimengen so weit, daß er die Alkalisierung jeder einzelnen Urinportion forderte. Wenn wir auch Balint in seiner Ansicht über das Wesen der Ulkuskrankheit nicht folgen können, so sind doch die Erfolge einer Kur, die sich auf den Prinzip der Stundenmahlzeiten, kombiniert mit Alkalisierung, aufbaut, sicherlich sehr günstige. Wir wenden das Sippy-Balint-Prinzip nicht selten in der Ulkustherapie an. Es darf freilich nicht verschwiegen werden, daß gelegentlich unangenehme Zeichen der Alkalose bei derartigen alkalisierten Patienten beobachtet werden können, wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen.

Die v. Bergmannsche Schule hat sich seit längerer Zeit gegen die Alkalibehandlung des Ulkus ausgesprochen, weil nach Alkalgaben wohl eine anfängliche Senkung, später aber eine Steigerung der Azidität erfolgt. Wir haben auf die Alkaliverordnung in der Ulkustherapie meistens nicht verzichtet. Wir finden, daß man an der Wirkung der Alkalien auf den Ulkusschmerz nicht vorübergehen kann. Diese Wirkung ist freilich wahrscheinlich weniger auf die Säurebindung zu beziehen als auf die spasmolitische Wirkung, die dem Alkali eigen ist. Faber konnte ja jüngst nachweisen, daß der Ulkusschmerz mit Spasmen der Muskulatur synchron auftritt.

Die mit so großen Hoffnungen in Szene gesetzte Novoprotintherapie wird von uns heute nur noch wenig angewendet. Von einem wesentlichen Effekt des Mittels haben wir uns nicht überzeugen können.

Wirkungsvoller als die bisher üblichen internen Ulkuskuren scheint uns eine Methode zu sein, die wir seit über drei Jahren erprobt haben. Einhorn hatte vor längerer Zeit ein Verfahren beschrieben, mit dem er hofft, einen ulkeruskranken Magen dadurch ruhig zu stellen, daß er die erforderliche Nahrungsmenge durch eine Dauersonde ins Duodenum einführt. Die Methode hatte sich bisher keiner großen Anhängerschaft zu erfreuen. Sie war mit dem Nachteil behaftet, daß viele Substanzen, die ins Duodenum infundiert werden, von dort aus reflektorisch eine Magensekretion bewirken.

Weiterhin kann man sich vor dem Röntgenschirm leicht davon überzeugen, daß nach größeren intraduodenalen Injektionen leicht Bruchteile der injizierten Flüssigkeit in dem Magen reguliert werden. Wir haben daher die Methode insofern modifiziert, als wir in Abänderung der Einhornschen Vorschrift die Sonde bis ins Jejunum wandern ließen. Mit Hilfe der Gastrojejunaldoppelsonde konnten wir feststellen, daß unsere Nahrungsmische vom Jejunum aus eine reflektorische Magensenkung nicht mehr hervorrufen.

Bei Einführung der Methode wurde uns bald klar, daß wir mit der üblichen relativ dicken und harten Duodenalsonde die Kur nicht in der wünschenswerten Dauer durchführen konnten. Es stellten sich nämlich nicht selten lokale Reizsymptome im Rachen ein, die uns zwangen, die Sonde zu entfernen. Seit zwei Jahren verwenden wir nun als Dauersonde einen sehr dünnen und weichen Schlauch, wie er als Verschluss der Fahrradschlauchventile allgemein im Gebrauch ist. Dieser Ventilschlauch kann auch bei empfindlichen Patienten wochenlang, ohne wesentliche Beschwerde zu machen, im Darm liegen bleiben.

Der sehr dünne Schlauch wird durch die Nase eingeführt. Man läßt ihn unter röntgenologischer Kontrolle bis ins Jejunum wandern. Die Nahrung setzt sich zusammen aus Butter, Milch, Eiern, Maizenzucker, Mehl und etwas frischem Fruchtsaft in einer Menge von 40—45 Kal./kg Körpergewicht. Die Milch läßt man zweckmäßig durch Zusatz von Salzsäurepepsin im Brutschrank vorbereiten. Die Injektion eines solchen Gemisches erfolgt stündlich in einer Menge von etwa 100 ccm. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach Größe und Alter des Geschwüres. Sie schwankt zwischen 4 und 6 Wochen.

Wir haben mit dieser Methode innerhalb von 3 Jahren 120 Fälle von *Ulcus pepticum* behandelt. Um es gleich vorweg zu nehmen: Die Erfolge sind bisher ausgezeichnet. Ein Versagen der Behandlung haben wir noch nicht gesehen. Charakteristisch für die Behandlung ist das schlagartige Eintreten der Schmerzfreiheit, sobald die Nahrungsaufnahme per os aufhört. Alle behandelten Kranken konnten als beschwerdefrei entlassen werden.

Einige Worte über die Therapie der Gastritis.

Wir befinden uns hier begreiflicherweise noch im Stadium des Tastens. Rationell kann die Gastritistherapie erst werden, wenn wir die offenbar nicht einheitliche Aetiologie des Leidens kennen. Dort, wo uns die Genese klar zu sein scheint, also bei defektem Gebiß, bei ausgedehnter Parodontose, bei Alkohol- oder Bleiintoxikation, bei Kreislaufschwäche, ergibt sich die Therapie von selbst.

Anders liegen die Verhältnisse bei der großen Zahl von Gastritiskranken, bei denen wir eine Ursache des Leidens nicht eruieren können. Wir halfen uns in diesen Fällen mit einer Lokalbehandlung. Und zwar möchten wir bei der Gastritis besonders der Spülbehandlung das Wort reden lassen, die ja eine zeitlang etwas in Mißkredit gekommen war. Daß die Spülbehandlung der rein diätetischen überlegen ist, glaube

ich auf Grund von ziemlich ausgedehnten Beobachtungen behaupten zu können. Neu in unserer Spülbehandlung ist die Auswahl geeigneter Spülflüssigkeiten für den speziellen Fall. Wir sind nämlich der Ansicht, daß die Lokalbehandlung dem röntgenologisch oder noch besser endoskopisch erkannten Charakter der Schleimhautveränderung Rechnung tragen muß.

Bei der hypertrophischen Gastritis mit mehr trockener Schleimhautoberfläche, bei Vorhandensein von Rissen, Erosionen und kleinen Geschwüren bedienen wir uns adstringierender Mittel, z. B. einer  $\frac{1}{4}$ —2 prom. Argentumlösung. Mildere Adstringentien sind Tannin- oder Silargellösungen. Zeigt sich die Schleimhautoberfläche durch Auflagerungen von Schleim oder eitrig-fibrinösen Belägen stark beschmutzt, so versuchen wir die Entfernung dieser Auflagerungen. Sie kann mechanisch erfolgen durch eine  $\frac{1}{2}$ —1proz. Lösung von  $H_2O_2$ , oder wir können versuchen, speziell die Schleimbeläge durch Alkali zu lösen. In diesen Fällen verwenden wir gern Lösungen von Karlsbader Salz oder Kalkwasser.

Es ergibt sich von selbst, daß für die diffuse Schleimhautatrophie ohne entzündliche Erscheinungen eine Spülbehandlung nicht in Frage kommt. Endgültiges über diese Adaptierung des Spülmittels an die Morphologie des speziellen Falles kann ich Ihnen naturgemäß noch nicht mitteilen. Wir glauben aber, auf dem richtigen Wege zu sein, denn unsere Erfolge sind bisher gut. Subjektiv am angenehmsten werden die Spülungen mit Karlsbader Wasser empfunden, während besonders das Wasserstoffsperoxyd bei empfindlichen Kranken nicht selten Beschwerden machen kann.

Neben der Spülbehandlung verwenden wir andere Mittel, die teils am anatomischen Bild, teils an der Funktionsstörung und teils am Beschwerdekomples eingreifen.

Therapeutische Maßnahmen, von denen wir glauben, daß sie Rückbildungen entzündlicher Vorgänge an der Magenschleimhaut bewirken oder begünstigen können, sind Röntgentiefenbestrahlung und Diathermie. Wir haben besonders mit der Tiefenbestrahlung sowohl röntgenologisch wie gastroskopisch objektive Zeichen der Rückbildung hypertrophischer Bilder gesehen.

Es ist selbstverständlich, daß wir bei anazider Gastritis Salzsäure geben, zweckmäßig in den von Leo vorgeschlagenen großen Dosen. Die Hypermotilität bekämpfen wir nicht gern mit Atropin. Wir verordnen lieber das Sandoz-Präparat Bellafolin, das bei den meisten Kranken auch in größeren Dosen frei von Nebenerscheinungen ist. Das sind im wesentlichen die Ansätze der Gastritistherapie, wie sie sich auf Grund der neuen diagnostischen Erkenntnisse an unserer Klinik herausgeformt haben. Ich bin mir bewußt, daß sie nicht Endgültiges bedeuten. Die Gastritistherapie der Zukunft wird sicherlich entsprechend der nicht einheitlichen Aetiologie des Leidens ungleich mehr differenziert werden müssen, wenn sie wirklich zur Kausalbehandlung erhoben werden soll.