

VI.

Ueber die Abhängigkeit gewisser Neurosen und Psychosen von Erkrankungen des Magen-Darmtractus.

Von

Dr. Herzog,

Arzt für innere und Nervenkrankheiten in Mainz.



Kaum eine Frage ist in der alten Medicin so oft ventilirt worden wie die über den Causalnexus zwischen Verdauungsstörungen einer- und anderen somatischen und nervösen Erkrankungen anderseits, kaum in einem Kapitel der Neurologie und Psychiatrie haben Aberglauben, rohe Empirie, einseitige Beobachtung und fehlerhaftes Denken solche Orgien gefeiert wie in diesem. Von dem Helleborismus des Alterthums bis zu den Lehren des Celsus, der, wie wir lesen¹⁾, bei Sinnestäuschungen heiteren Inhaltes die weisse Niesswurz als Brechmittel, bei den anderen aber die schwarze als Abführungsmittel gab, von den alten Aerzten des vorigen Jahrhunderts, die die Lehre von der Verstimmung der Unterleibsnerven, den Stockungen im Pfortadersystem, Infarctus, gestörtem Hämorrhoidalprocess u. s. w. phantastisch und mit einem gewissen Behagen ausgestalteten, bis weit in unser Zeitalter hinein war das Abhängigkeitsverhältniss vieler nervöser und geistiger Störungen von dem Zustand der Unterleibsorgane ein Dogma und so beschränkte sich lange die hauptsächlichste Behandlung der Geisteskranken neben dem Schröpfen und zur Aderlassen auf die Darreichung gelinder „ausleerer“ Abführ- und Brechmittel. Flemming war wohl der Erste,

1) Flemming, Ueber die pathologischen Beziehungen der Verdauungsanomalien zu der Geistesverwirrung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1845. II. Bd.

der die verschiedenen Möglichkeiten der Beziehungen zwischen Geistes- und Verdauungskrankheiten kritisch beleuchtete und dadurch das Gebiet, welches uns heute beschäftigen soll, nämlich die Abhängigkeit gewisser nervöser Störungen von denen des Magendarmtractus, in einer für die damalige Zeit mustergiltigen Weise einengte. Dennoch vermochte er nicht überall zu überzeugen und erst Griesinger¹⁾ blieb es vorbehalten, den Augiasstall von der „Kopro-Psychiatrie“ zu reinigen, dieser „eigenthümlichen Blüthe auf dem Stamme der somatischen Schule“. Die Möglichkeit freilich eines kausalen Zusammenhanges der in Rede stehenden Störungen gab G. durchaus zu und betonte sogar ausdrücklich, dass in einzelnen Fällen Darmstörungen und besonders Darmcatarrhe zum Ausgangspunkt der Gehirnkrankheit werden könnten.

Den folgenden Forschern legte die mit dem grösseren Wissen immer grösser werdende Einsicht in die Mannigfaltigkeit ätiologischer Factoren, die Erkenntniss der Schwierigkeit ihrer Verwerthung bei der Unzuverlässigkeit jeder Anamnese und rein klinischer Betrachtung, endlich auch wohl die Abneigung gegen eine so grob sinnliche Auffassung psychischer Geschehnisse eine grössere Reserve auf. So beschränkten sich denn namhafte Autoren wie Romberg und dann später Kraft-Ebing, Jolly, Schüle u. A. auf die Angabe, dass psychische Erkrankungen, insbesondere hypochondrischer und melancholisch-hypochondrischer Färbung nicht so selten auf dem Boden des chronischen Magen-Darmcatarrhes entstanden und durch seine Behandlung ihre Heilung fänden. Dennoch ist bis auf die heutige Zeit die Bedeutung und Häufigkeit dieses Factors, der Modus seiner Wirkung sehr umstritten und es erheben sich immer wieder Stimmen, die ihn für gewisse Formen nicht nur der Psychosen, sondern auch der Neurosen als die einzige Gelegenheitsursache gelten lassen wollen. Der Beweis ist natürlich, da der Mechanismus der Entstehung auch heute nicht geklärt und je nach persönlichem Geschmack oder der gerade herrschenden Richtung entweder in der Unterernährung speciell durch Anämisirung des Gehirns in Folge venöser Hyperämie der Verdauungsorgane, in Reflexwirkung oder endlich in der Autointoxication gesehen wird — der Beweis ist auch heute noch ein rein klinischer. Er hat sich zu stützen auf den Nachweis, dass man es mit richtigen Magen-Darmaffectionen als Vorläufern und nicht etwa nervösen Functionsstörungen (als ersten Symptomen der Neurose) zu thun gehabt habe; 2. auf den formgeben-

1) Griesinger, Pathol. Therapie der psych. Krankh. 1867. Stuttgart, Ad. Krabbe. S. 201 ff.

den Einfluss der körperlichen Krankheit; schliesslich 3. auf die Erfolge der Therapie.

Unter den Arbeiten, welche einen solchen weitgehenden Zusammenhang zwischen Magenaffectionen und Neurosen entschieden behaupten, verdient besondere Berücksichtigung eine aus der Hitzig'schen Klinik hervorgegangene Veröffentlichung von Alt¹⁾, weil sie denselben an einem grossen Material mit ganz auffallend günstigen Heilresultaten kennen lehrte. A. beschrieb damals 1. Angstzustände, welche entweder in Anfällen auftreten oder mehr continuirlich, zugleich mit einer Reihe sensibler, sensueller und sensorischer Störungen verliefen, mit Par- und Hyperästhesien und endlich gewissen Störungen der Herzaction und mit einer mehr weniger tiefgehenden hypochondrischen Verstimmung vergesellschaftet waren — also Neurosen. Diese Neurosen sah er 2. öfters in Psychosen übergehen, indem die Patienten unter Häufung und Steigerung der Angstanfälle und Verlust der in den angstfreien Intervallen stets vorhandenen Krankheitseinsicht in einen Zustand der Verwirrtheit verfielen und unter mehr oder weniger gehäuften Illusionen, seltener Hallucinationen schreckhaften Inhaltes eine Menge von hypochondrischen Wahnideen äusserten („Gehirn wird zu Wasser“, „innerlich verbrannt“ etc.); wobei es denn hier und da zu Tobsuchtsanfällen oder auch zu Stupor mit Raptus-artigem Wüthen gegen die eigene Person oder die Umgebung kam. Endlich 3. beobachtete A. Zwangsvorstellungen von dem Bilde der Agoraphobie. Alle diese Erscheinungen traten nur bei ererbter, seltener erworbener Disposition im Gefolge und im Verlauf einer Magenkrankheit, die A. als „chronischen Catarrh“ bezeichnet, auf. A. dachte sich die Genese so, dass durch Einwirkung abnormer Säuren und Verdauungsproducte ein Reizzustand, eine Hyperästhesie der Magenschleimhaut entstände, der sich auf dem Wege der Vago-Sympathicus-Bahn in die in der Medulla oblongata gelegenen Ursprungsstätten dieser Nerven fortpflanze, wodurch es einerseits zu den dieser Irritation entsprechenden Erscheinungen (Herzklopfen, Athemnoth, Asthma dyspeptic), andererseits durch Irradiation auf die Gehirngefässe zu Gehirnämie mit Schwindelerscheinungen und Angst käme. Er brachte eine ziemlich grosse Casuistik, an welcher er den Erfolg einer auf zweckmässige Diätetik und arzneiliche Berücksichtigung des Chemismus gerichteten Therapie glänzend illustrierte.

Die Anschauungen Alt's waren nicht neu, die Neurose hatten, wie wir sehen werden, schon Andere beschrieben, seine Ausführungen bez. der Zwangsvorstellungen deckten sich mit den Angaben anderer be-

1) Dieses Archiv Bd. XXIV. Heft 2.

währter Autoren (Ewald¹⁾, Cordes²⁾, Wille³⁾ u. A.), er hatte aber die erste neuere zusammenfassende Studie über den Gegenstand geliefert, den Nachweis geführt, dass man den geschilderten Krankheitsbildern relativ häufig in der allgemeinen Praxis begegne und vor Allem auch durch die hervorragenden Heilerfolge zu interessiren gewusst.

Ob und inwieweit er berechtigt war, eine spezifische Neurose (und Psychose) in Folge von Magenkrankheiten, eine „Hypochondria gastrica“, wie er sie nannte, zu fixiren, das zu untersuchen ist die Aufgabe vorliegender Arbeit.

Ich beobachte in meiner Praxis seit 1891 nervöse Zustände der geschilderten Art so oft, dass sie meiner Meinung nach nicht nur dem mit der Behandlung vorwiegend chronischer innerer Krankheiten sich beschäftigenden, sondern jedem practischen Arzte geradezu alltäglich sich aufdrängen müssen: nicht immer so abgerundet, sondern oft nur angedeutet, als Augenblicks- oder Zustandsbilder bei diesem oder jenem nervösen Leiden. — So glaube ich denn, dass ihre genauere Kenntniss nicht allein für den Psychiater, sondern für den practischen Arzt von allergrösstem Interesse sein muss. Und ich glaube ferner, dass die erfahrenen Aerzte aller Zeiten diese „Neurose“ sehr gut gekannt haben, wenn sie sich vielleicht auch über ihre Abgrenzung, nosologische Stellung und Bedeutung nicht klar und nie einig waren.

Ich sah, um das vorweg zu nehmen, die in Rede stehenden Angstzustände und Zwangsvorstellungen nicht allein bei Magen-, sondern vorwiegend bei gewissen Dickdarmaffectionen, wie das ja schon von Griesinger betont wurde. Ich beobachtete sie in ca. 100 Fällen, woran im Gegensatz zu Alt das männliche Geschlecht in grösserem Masse betheiligt war als das weibliche; eine erbliche Disposition war in den weitaus meisten Fällen nachzuweisen, bei den Frauen gaben augenscheinlich Ueberarbeitung, starke Chlorose, bei den Männern neben den erstgenannten Schädlichkeiten vor Allem Excesse in vino, Tabak, seltener in venere eine erworbene Disposition ab; speciell war Coitus reservatus selten nachzuweisen. Die typischen Krankheitsfälle betrafen demgemäss vorwiegend das Alter von 25—45 Jahren, die Zeit des Ringens und des materiellen Uebergenusses.

Das Symptom, wegen dessen die Patienten den Arzt consultirten, war in den meisten Fällen die Angst, entweder eine gegenstandslose,

1) Klinik der Verdauungskrankh.

2) Dieses Archiv Bd. III.

3) Dieses Archiv Bd. XII.

ihnen selbst unerklärliche Angst oder eine durch die Befürchtung schwerkrank, insbesondere herzkrank zu sein, motivirte Furcht. Von ihrem Magen sprachen die Kranken spontan fast nie; entweder gaben sie Magen-, Darmbeschwerden erst auf Befragen an und waren zum Theil sehr überrascht, aus der Fragestellung zu ersehen, dass man diese Dinge sofort „herausgefunden“ habe oder aber sie wussten auf die bezüglichen Fragen bei der ersten Consultation keine Antwort oder negirten sie gar, um sie erst bei den folgenden Besuchen zu bejahen. Dass suggestive Einflüsse nicht dabei im Spiele waren, konnte man schon daraus schliessen, dass grade diese Patienten anfänglich meist unangenehm davon berührt waren, wenn der Arzt immer nur auf das Magenleiden einging, während sie über ihre Angst, Beklemmung, Herzschmerzen etc. klagten. Sodann aber fand man (neben den objectiven Symptomen) doch schliesslich auch ein so typisches subjectives Krankheitsbild heraus, dass man jenen Argwohn bald fallen lassen musste.

Die Angst trat, wie wir sehen werden, anfallsweise auf, aber die Patienten waren auch in den Zwischenzeiten ängstlich erregt, sodass die Attacken nur als Exacerbationen eines Aufregungszustandes erschienen; bei längerer Dauer stellte sich ein Zustand dauernder Angst ein. Wir sahen die verschiedensten Grade, in den höchsten trat schliesslich für Stunden Verwirrtheit auf mit konfusem Gefasel, ängstlichem Schreien und nachfolgender traumhafter Erinnerung. Diese Angst wurde begleitet von gewissen sensibeln Störungen, die auch sonst mit diesem Affecte Hand in Hand gehen: Globus, Constrictionsgefühlen am Halse, Praecordialdruck etc.

Weit interessanter aber war die 2. Gruppe von Kranken, welche sich ohne stärkere Angst als Herzkrankte meldeten, bei denen also die körperlichen Erscheinungen („Herzschmerzen“ oder „Wogen“) der Art im Vordergrund standen, dass sich die psychischen Symptome ganz hinter ihnen verbargen und nur als leichte Aufregung in die Erscheinung traten.

Die 3. Gruppe endlich klagte über Zwangsvorstellungen. Die Zusammengehörigkeit dieser drei Gruppen aber konnte man schon ohne Weiteres aus der Beobachtung von Mischformen, sowie dem ganz gewöhnlichen Uebergang der (schwereren) Form I oder III in die (leichtere) II während der Behandlung erschliessen.

Folgende Beispiele mögen das Gesagte illustriren:

1. L., 31 Jahre, Musiklehrer, kommt am 25. November 1891 in Behandlung.

Vater Potator. Starke Excesse in venere, Baccho und Tabakmissbrauch. Früherstets gesund. Seit wenigen Jahren nicht gesund, „nervös“. Verstimmung,

oft Kopfdruck, Schwindel, Gefühl, als ob er auf Kugeln ginge, als ob sich der Boden höbe, Leere des Kopfes, Gedankenschwäche, „Verschwinden der Gedanken“, Schmerzen beim Sprechen, besonders der Consonanten „m“ und „n“, Knacken und Rieseln im Kopf. — Auf Befragen giebt Patient zu, dass er oft Völle im Magen spüre, oft starkes Kollern, der Stuhl sei seit Jahren nicht in Ordnung, oft Diarrhoe oder auch Verstopfung.

Status: Patient ist in höchster Angst, kommt in Begleitung eines Freundes zum Arzt, weil er fürchtete, auf der Strasse einen Schlaganfall zu bekommen, geisteskrank zu werden. Sehr geröthetes Gesicht, glänzende Conjunctivae sclerae. Sehr mager. Insufficienz der M. rect. interni. Cor.: Sehr starker Herzchoc an normaler Stelle, aber verbreitert; 2 Aortenton etwas klappend. Magen bis zum Nabel; lautes Succussionsgeräusch in der Magengegend nur oberhalb des Nabels. Hepar in der Mammillarlinie bis 1, in der Medianlinie bis 3 QF breit unterhalb des RB. Romberg's, Westphal's Phänomen.

Puls mittelvoll, schnellend, 108.

Diagnose: Angstzustände in Folge chronischen Dickdarmkatarrhs.

Ordo.: Diät (keinen Alkohol, Tabak, Kaffee¹⁾), Brom, allgemeine Faradisation.

26. November. Kommt 11 Uhr Vorm. in Begleitung in höchster Angst zum Arzt. Ist in der Nacht um 3 Uhr erwacht mit starkem Hitzegefühl, Schweissausbruch. Nach Abgang von Flatus wurde es besser. Am Morgen starke Diarrhoe mit Abgang von Schleimfetzen. Ass ein frisches Brötchen, um 10 fing es an im Magen zu „gohren“, dann kam die Angst, trieb ihn hinaus. Bittet um Untersuchung des Herzens, da er vom Schläge getroffen zu werden fürchte. Hier und da Aussetzen des Pulses.

28. November. Schläft noch schlecht, unruhig, träumt viel, aber die Angst kommt seltener, weniger stark; klagt jetzt über viel Ructus und riesig starke Flatulenz, pappigen Geschmack; erklärt, dass er sich eigentlich gar nicht erinnern könne, dass sein Stuhl je in Ordnung gewesen, bald habe er Verstopfung, bald Durchfall, bald Entleerungen von bohnengrossen, zuweilen in Schleim gehüllten Scybala gehabt; darauf achte man doch nicht so.

30. November. Kommt 3 Uhr Nachts in Begleitung zum Arzt. Grösste Erregung, fürchtet Gehirnschlag. Er hat am Abend in einem Verein dirigirt und danach in einem Restaurant ein Goulash gegessen. Er sei gut eingeschlafen, in der Nacht aber unter ähnlichen Erscheinungen wie neulich erwacht, dann sei es ihm so voll geworden, dass er glaubte, es schnüre ihm die Kehle zu; dann habe er vor Angst die Fenster aufgerissen, um frische Luft zu bekommen, sei, als das nichts half, auf die Strasse gelaufen, habe einen guten Freund herausgeschellt, und sei mit dem in seiner Verzweiflung zum Arzt gerannt, wofür er unter Thränen um Verzeihung bittet.

Objectiv: Starker Meteorismus, starkes Gurren. Puls 100, einmal aussetzend. Ordo.: Klystier.

1) Siehe unten.

1. December. Hat „famos“ geschlafen, ist nach dem Stuhl „wie neu-geboren“.

3. December. Hat in den letzten Tagen um 11 Uhr Vormittag leichte Beängstigung gehabt; Stuhl (mit Klystier) qualitativ gut, noch etwas unruhiger Schlaf. Objectiv: Noch recht erregt, kein Kniephänomen, Puls 96, hier und da aussetzend. Ordo.; Stärkeres zweites Frühstück.

6. December. Keine Angstanfälle, besserer Schlaf; doch „Herzschmerzen“, bittet doch noch einmal zu untersuchen. Objectiv: Druckpunkte an der IV. und V. R. linksseitig in d. v. Axillarlinie.

15. December. Wesentliche Besserung, Kopf freier, Depression geringer, beschäftigt sich zeitweise schon mit anderen Dingen als seinem Corpus. Angst sehr selten und doch so, dass Patient „über ihr steht“ und ihre somatische Genese erkennt. Einmal hat er zu schnell gegessen, das andere Mal war er eingeladen und musste Salm mit Mayonnaise essen; das dritte Mal eine Speise, die offenbar mit Schmalz statt Butter zubereitet war. Solche Zustände besserten sich oft nach Abgang einiger Flatus oder nach einem (dann mit plötzlichem Stuhl drang sich meldenden) dünnbreiigem Stuhl oder durch ein Klystier.

Leichte Anfälle, von einer gewissen Aengstlichkeit, kommen auch bei leerem Magen, morgens oder gegen Mittag oder gegen Abend, wenn er zu lange mit dem Essen warten musste; dann stellen sich „Schwächen“ ein, ein elendes Gefühl um den Magen; heute früh sogar eine Ohnachtsanwandlung, sodass es ihm schwarz vor den Augen wurde, die Kniee zitterten, kalter Schweiß ausbrach und er sich setzen musste.

Patellarreflexe angedeutet. — Ordo.: Kühle Sitzbäder. Tinct. Chinae.

7. Januar 1892. Ist hier und da beim Arzt gewesen mit verschiedenen Klagen. Leichte Angstanwandlungen bei Magenleere oder 2—3 Stunden nach dem Mittagessen mit Wallungen zum Kopf geniren ihn nicht mehr; Schlaf gut; nur zeitweise heftige „Herzschmerzen, so ein krampfes Gefühl, als ob das Herz herausgerissen würde“ und dann Aussetzen des Pulses; er geht beruhigt weg, wenn man ihm auf Grund einer neuen Untersuchung versichert, dass „kein Herzfehler“ vorhanden sei. — Appetit „brillant“, Stuhl meist gut, doch machen ihm Flatus, bevor sie abgehen, viel Schmerzen in der rechten Seite des Abdomen und leichte Aufregung. — Patient ist im Essen ausserordentlich vorsichtig, er speist nie im Restaurant, um nicht schlechtes Fett in der Sauce etc. zu genießen, trinkt nur wenig Rothwein mit Wasser.

1. Februar 1894. Patient kommt hier und da zum Arzt. Er ist noch etwas erregt, reizbar, sieht noch schlecht aus, erkältet sich leicht und hat dann „Herzbeschwerden“ (besonders Aussetzen). Er hält zwar musterhaft Diät, dennoch kommt es ohne sein Verschulden zu gelegentlichen Diätfehlern (ranzige Butter, leicht saure Milch etc.), die ihm Darmbeschwerden, ferner wohl eine gewisse „Unruhe“, aber keine Angst mehr machen.

20. November 1897. Ist in all den Jahren „kein eigentlicher Patient“, kommt alle paar Monate und zwar in immer grösseren Intervallen „mehr freundschaftlich“ zum Arzt. Angstzustände sind seither nicht wiedergekehrt, er ist zwar noch „nervös“, etwas nosophobisch, klagt hier und da über Kopfdruck, das Aus-

setzen des Pulses ist verschwunden. Er muss noch nach wie vor eine gewisse Diät beobachten, raucht garnicht, trinkt fast keine Alcoholica, sexuell „sehr mässig“; dann ist er „gesund“. Alle Halbjahre etwa muss ich ihm aber doch den Gefallen thun und das Herz untersuchen.

2. Ho. Christoph, 33 Jahre. Maurer. 3. April 1895.

Nicht belastet, nie krank. 7—8 Glas Bier pro die, Schnaps nur gelegentlich. Im Herbst 1894 vorm. plötzlich auf dem Gerüst ein Schwindelanfall mit furchtbarer Angst und Herzklopfen, sodass er sich herunterführen lassen musste. Der Anfall dauerte ca. $\frac{1}{2}$ Stunde, dann kamen viel Blähungen und es wurde besser; dennoch war ihm so elend, dass er nicht mehr arbeiten konnte. Seitdem hat er oft Schwindel, Ohrensausen und „riesige“ Angst, ein Gerüst kann er überhaupt nicht mehr besteigen.

Auf Befragen erklärt Patient, dass der Appetit unregelmässig sei, dass er schon seit Jahren viel an Blähungen und gelegentlichem Sodbrennen litte.

Status: Untersezter, sehr kräftig gebaut, sehr erregt aussehender Mann. Gesicht geröthet.

Cor.: Leise Herztöne, sehr kleiner Puls, 96 p. M.

Magengrenzen: Durch Palpation und Perkussion nicht festzustellen. Verweigert die Ausspülung.

Diagnose: Ectasia ventriculi (?). Schwindel ex stomacho laeso. Angstzustände.

Ordo.: Acid. carbol in Pillen. Diät.

15. April. Patient ist nicht gebessert. Er ist sehr verstimmt, sehr ängstlich, spricht die Befürchtung aus, einen Herz- oder Gehirnschlag zu bekommen. Zeitweise auch noch starker Schwindel, heute so stark, dass Patient sich auf dem Wege zum Arzt an den Häusern entlang tasten musste.

20. April. 2 Std. nach Genuss von 1 Liter Milch Magen fast leer. Der Rest giebt keine HCl-Reaction.

21. April. 4 Std. nach PF. Magen leer.

22. April, 1 Std. nach PF. viel Inhalt. Gesamttacidität = 49, HCl = 5, also starke Subacidität, viel organ. Säuren. Diagnose: chron. Magenkatarrh.

Ordo.: HCl mit Pepsin.

1. Mai. Wesentliche Besserung, noch ängstlich erregt, selten Schwindel, geht noch ungern auf das Gerüst.

1896. Geht von Mainz fort; muss sich mit dem Magen nach indirecter Mittheilung noch sehr in Acht nehmen.

3. H..... Georg. 30 Jahre, Photograph, früher Lazarethgehülfe.

Kommt am 11. December 1896 in Behandlung. Mutter „nervös“, der jüngste Bruder taubstumm, eine Schwester „nervös“; ausser einigen Kinderkrankheiten keine Erkrankung, speciell kein „Rheumatismus“. Seit 1887 verheirathet, 2 Kinder. Keine Excesse. — Seit $1\frac{1}{2}$ Jahr krank. Nach einer Kneiperei bekommt Patient einen „Magenkatarrh“, belegte Zunge, kein Appetit, Schmerzen im Magen, sodass er sich nicht zu essen getraute; allmählich bessert sich der Appetit, der Geschmack wird reiner, aber noch ein gewisses Völle-

gefühl und auffallende Aengstlichkeit. Im Herbst wird der Magen schlechter, mehr Aufstossen, weniger Appetit, zugleich Depression, Patient bildet sich ein, schwer krank zu sein, grübelt, geht nicht unter die Menschen; ist er dazu gezwungen, so bekommt er oft plötzlich Angst, muss unter irgend einem Vorwand die Gesellschaft, das Restaurant etc. verlassen. 2—3 Mal hatte er heftigere Anfälle, in denen er unter Herzklopfen ruhelos mehrere Stunden auf der Strasse umherirrte. Er glaubte schliesslich, der Schlag könne ihn treffen, weil er herzkrank sei. Diese letztere Befürchtung erfuhr eine Bestätigung durch das Urtheil eines Militärarztes, der ihn daraufhin von einer militärischen Uebung befreite.

Status: Kleiner, blasser Mann; in höchster Angst, zittert und weint. Die Fragen in Bezug auf seine Verdauungsverhältnisse beantwortete er nur ungern, „mit dem Magen, das sei doch gleichgiltig, aber die Angst, Herr Doctor!“ Er verweigert deshalb auch die proponirte Probeausspülung. Die 1. Nasolabialfalte in der Ruhe schwächer ausgeprägt, als die rechte. Cor.: Spitzenstoss sichtbar, etwas verbreitert, hebend, im 5. ICR, einwärts von der ML. Dämpfung IV—VI R., 1. Stern. R. bis zur Stelle des Sp.St., reine Töne, nur an der Spitze paukend.

Puls ca. 104, klein, schnellend; regelmässig. Sonst alles in Ordnung.

Diagnose: Chronischer Magenkatarrh; Angstzustände, zeitweise „Claustrophobie“.

Ordo.: Baldrianthee mit HCl. Diät. Halbbäder.

25. December. Ist „genesen“, die Angst ist immer besser geworden, richtige Anfälle nicht mehr wiedergekehrt. Macht noch einen erregten Eindruck, gesteht auch zu, dass er doch wohl noch etwas „nervös“ sei.

Erscheint im 2. Quartal 1897 noch einmal, weil ein anderer Militärarzt ihn wieder von einer Uebung befreit habe; (er habe zwar nichts gesagt, nur mit dem Kopf geschüttelt). Deshalb sehr erregt. Objectiv ausser einem systolischen Geräusch über der Pulmonalis dieselben Verhältnisse wie früher. Blühendes Aussehen.

4. M. Philippine, 34 Jahre, aus Heidesheim; Bauersfrau.

3. August 1897. Keine Belastung, in 13jähriger Ehe 9 gesunde Kinder, das letzte im Februar geboren. Mitte Mai nach Genuss von frischem Kuchen „Herzschmerzen“ in der „Herzgrube“, keinen Appetit, in den Augen „gelb“. — Unter Behandlung hebt sich der Appetit, doch bleibt ein Druck in der Herzgrube, der nur durch Aufstossen sich verringert, der Stuhl wird irregulär. Allmählich wird sie „schwach auf den Beinen und am Herz“, seit einigen Tagen wurde der Appetit wieder schlechter und zugleich bekam sie Herzkopfen und Angst und Wallungen. Jetzt weiss sie nicht, „wie ihr ist“, sie kann gar nicht denken, möchte immer flennen; da sei neulich eine ihr bekannte Frau gestorben und das habe sie „so angegriffen“, sie hätte an nichts mehr Freude, könne nie froh sein; die Kinder nicht mehr angucken, es würde ihr dabei so weh um's Herz; schaffen könne sie auch nicht mehr und das „thäte ihr so leid“.

Status: Unter Thränen theilt die kleine, sehr blass, aber in mässigem Ernährungszustande befindliche Frau dem Arzt die Anamnese mit. Tremor

der Zunge, gesteigerte Pat. R.; Magen in ganzer Ausdehnung empfindlich; sonst nichts.

Diagnose: Melancholische Verstimmung nach subacutem Magenkatarrh.

Ordo: Diät, Brom, Rheum.

6. August. Hat Durchfälle gehabt, fühlt sich noch sehr elend, dennoch seien die Wallungen und die Angst besser.

22. August. Noch ängstlich, auch noch Druck in der Herzgegend, Appetit nicht so recht in Ordnung, sonst alles besser.

Ordo.: HCl.

7. September. Fühlt sich fast gesund. Ordo.: Haematicum-Glausch.

3. November. Hat noch einige Male Ohnmachtsanwandlungen gehabt, als sie schwere Arbeit unternahm, sonst gebessert. — Stellt sich Ende d. J. mit ihrem kranken Kinde vor. Sie sei von der Angst befreit, aber doch noch „arg schwach“.

5. Frau Fr. M. . . . , 37 Jahre, Bäckersfrau aus G. 12. October 1897.

Keine Heredität; stets gesund, nur seit dem 16. Lebensjahre Migräne. In 16jähriger Ehe drei Kinder. Im ersten Wochenbett Dammriss, seitdem Fluor. Seit der Verheirathung magenleidend; im Sommer besser, im Späthjahr wird es stets schlimmer. Appetit wechselnd, meist gut, Geschmack hier und da pappig, Aufstossen und Sodbrennen selten. Dann aber eigenthümliche Anfälle, alle 8—10 Tage. Sie sei stets etwas aufgereggt und ängstlich, aber dann überkomme sie so „eine Unruhe“ und Druck im Leibe, besonders auf der rechten Seite. Das gehe so 1 Tag oder auch noch die halbe Nacht; dann würden die Schmerzen immer stärker, die Angst immer grösser, sie sähe dann kreidebleich aus, liefe vor Angst umher, fröre sehr. Schliesslich winde sie sich vor Schmerzen, Angstschweiss träte auf die Stirn, es erfolge Erbrechen, das Erleichterung bringe; aber bis nicht mehrere Stühle erfolgt seien, käme sie aus den Schmerzen nicht heraus. Den nächsten Tag sähe sie noch weiss aus wie Kreide. Sie ist in Behandlung mehrerer Aerzte gewesen, hat auch schon eine gynäkologische Operation wegen der Schmerzen durchgemacht.

Auf Befragen giebt Patientin an, dass sie von selbst seit Jahren keinen Stuhl hat; sie nähme alle paar Tage Karlsbader Salz, trotzdem sei der Koth hart, wie Schaffkoth geformt, mit Schleim vermischt. Oft zeigten sich Hämorrhoidalblutungen.

Status: Grosse, starke, sehr blasse Frau.

Rechte Pupille reagirt etwas träger als die linke. Magen: Grosse Curvatur palpatorisch und percutorisch 2 QF. breit unterhalb des Nabels. Colon ascend. aufgetrieben, druckempfindlich.

Diagnose: Dickdarmkatarrh. Angstzustände. Alte Migräne.

Ordo: Diät. Priessnitz. Oelklystiere.

Bis 14. December keine Anfälle aufgetreten. Patientin überglucklich, aber noch anämisch, klagt nur noch hier und da über Rückenschmerzen.

6. Frau S. . . . 63 Jahre, Kaufmannswittwe.

1. November 1893. Hereditär nicht belastet (?); seit der Jugend Migräne.

ein schweres Wochenbett (vor 41 Jahren), Dammriss. Viel Unglück in der Familie, hat ihren Mann und einen (an Phthise zu Grunde gegangenen) Sohn Jahrelang gepflegt. — Vor ca. 15 Jahren ohne nachweisbare Ursachen „Schiefen“ aufgetreten. Die Unglücksfälle in der Familie sind vor mehreren Jahren erfolgt. Patientin kommt zum Arzt wegen ihrer Nerven, sie sei seit einigen Monaten sehr verstimmt, müsste viel weinen, das Leben wäre ihr leid, nur eine Last, das Pflichtgefühl allein hielte sie aufrecht. Sie müsste immer grübeln, immer überlegen, ob sie nicht etwas Schlechtes gethan hätte; machte sich leicht Vorwürfe, die sie halb und halb als unberechtigt anerkenne. Sie werde immer von Angst getrieben, hin und wieder bekomme sie wahre Anfälle, in denen das Herz stillzustehen scheine; dann würde es ihr schwindlig, sodass sie sich setzen, an einen Gegenstand anlehnen müsse. Sie trage stets, weil sie einmal in einem solchen Anfall zu sterben fürchte, auf der Strasse eine Visitenkarte bei sich. Erst nach Abgang von Blähungen würde die Angst geringer. Daneben Vertaubungsgefühle in den Fingern, Schmerzen im Hinterhaupt etc. Seit Jahren hat Patientin, wie sie auf Befragen angiebt, keinen normalen Stuhl, meist besteht Verstopfung, die sich nach einigen Tagen durch einige sehr copiöse, stark stinkende, mit Schleim durchsetzte Stühle Luft macht. Seit einigen Monaten ist das Alles schlimmer, auch viel Aufstossen, Völlegefühl.

Status: Kleine, blasse, ausserordentlich magere Frau mit dünner atrophischer Haut. Sehr ängstlich, weint vor Erregung. Paralyse des l. Abducens.

Cor. Spitzenstoss in der ML. im 5. ICR. sicht- und fühlbar. Herzdämpfung nach links bis zur ML. Systol.-Ton an der Spitze gespalten, Herzaction lebhaft. Rigide geschlängelte Arterien. Rechtsseitige Wanderniere.

Magen: Grosse Curvatur 3 QF. unterhalb des Nabels. Inspection des Stuhles ergiebt Abgang massiger Schleimmembranen, Koth rundlich, hart, Haselnuss- bis Welschnuss gross.

Diagnose: Angstzustände. Dickdarmkatarrh. Atherom. Ren mobil. dext. Abducensparalyse links.

Ordo.: Laue Bäder, Diät, Brom, Oelklystiere.

3. November. Einige Klystiere haben Unmassen Koth herausbefördert und erhebliche Besserung des psychischen und körperlichen Befindens zur Folge gehabt.

20. November. Patientin ist erheblich gebessert; zwar noch immer etwas schwarzseherisch, glaubt doch, dass sie einmal am Herzschlage stürbe, beschäftigt sich sehr viel mit ihren Fingern, die jeden Morgen absterben. Bei Drehungen des Kopfes noch Schwindel. Jeder Diätfehler hat Auftreibung des Leibes und Angst im Gefolge, die aber immer prompt auf ein selbstordinirtes Klystier schwindet.

15. Februar 1898. Patientin ist längst aus der Behandlung entlassen. Sie spricht den Arzt hier und da auf der Strasse an und erzählt ihm ziemlich weitschweifig, dass sie noch hier und da Schwindelanfälle habe, besonders beim Drehen des Kopfes; sie hätte aber auch viel Aufregungen, Sorgen; der Magen vertrüge Alles etc. etc.

7. Frau O., Kaufmannsfrau, 27 Jahre. Am 29. Januar 1896.

Consilium zum Zweck der sofortigen Ueberführung in eine geschlossene Anstalt. Patientin sei seit mehreren Monaten sehr nervös, erregt, in den letzten Tagen habe sie immerfort geschrien, man solle ihr doch helfen; die Nacht habe sie schlaflos zugebracht, gegen Morgen habe sie auf Fragen nicht reagiert, ängstlich um sich geschaut, sei dann auf das Gesims des Bettes geklettert und habe wirre unzusammenhängende Reden geführt.

Anamnestisch wird von mir festgestellt, dass Patientin hereditär belastet, sonst stets gesund, aber stark anämisch gewesen ist. Der Stuhl ist seit Jahren irregulär, starke Gasbildung. Das sei in der letzten Zeit schlimmer geworden, zugleich habe Patientin über aufgetriebenen Leib geklagt und dann sei ihr „so Angst“ geworden. Sie hätte dann oft geäußert: „ach Gott, es wird mir so schlecht, ich kriege einen Herzschlag, ich habe keine Luft.“ Sie hätte dann alle möglichen Stärkungsmittel verlangt, Cognac, Wein, Champagner alles durcheinander getrunken. Das hätte sie meist aber noch mehr erregt; erst nach Abgang von Blähungen und Stuhl wäre es dann besser geworden. Allmählich sei Patientin aber immer aufgeregter, ängstlicher geworden, hätte, während sie früher im Geschäft und im Haushalt sehr thätig war, alles liegen lassen, habe sich nur mit ihrem Zustande beschäftigt und die sinnlosesten Befürchtungen ausgesprochen: „sie hätte kein Hirn mehr, im Leib verwandelte sich der Koth in Steine“ u. dergl. mehr. Schlafmangel hätte sie schliesslich ganz aufgerieben.

Objectiv: Patientin ist nicht mehr verwirrt, aber sehr ängstlich-erregt, zittert, spricht mit stockender, vibrierender Stimme. „Das mit den Steinen im Leibe stimme so“. Schleimhäute blass, Puls klein, schnellend, frequent. Starker Meteorismus, Inspection des Stuhles ergiebt die Zeichen eines Dickdarmkatarrhes.

Ordo.: Brom, flüssige Diät, Klystiere (Oel. Stärke). Bettruhe.

3. Februar. Patientin ist vollkommen frei, nachdem mehrere gründliche Entleerungen erfolgt sind. Leichte Angstanwandlungen kämen noch, sobald eine Blähung sich „stellte“. Die hypochondrischen Wahnideen sieht sie als krankhaft an, aber sie hätte im Kopf das Gefühl gehabt, dass im Darm Steine lägen, das müsse wohl von dem steinharten Koth gekommen sein. Noch sehr erregt, kann sich nicht lange unterhalten.

3. März. Patientin ist sehr leicht erregt, ärgert, ängstigt sich leicht, kann noch „niemand sprechen“, weil jede Neuigkeit, das Bewusstsein mehrere Menschen um sich zu haben, sie schon aufregt. Sie kann nicht viel sprechen hören; sie kann von keinem Unglücksfall hören, deshalb keine Zeitung in die Hand nehmen. — Soll zur Erholung nach W.

15. März. Ist in zwei Anstalten gewesen, kehrt aber zurück, weil man sie dort nicht diätetisch richtig behandelt und nach Genuss schwerer (fetter) Speisen wieder Angstanfälle eintraten. Schlafmangel, starke Erregung.

15. Februar 1898. Patientin „genas“ bald unter geeignetem diätetischen Régime, späterer Darreichung von Ferrum und milder Kaltwasserbehandlung. Sie ist bis heute „gesund“ geblieben, im Geschäft und Haushalt wie ehemals

thätig, nur hier und da consultirt sie den Arzt wegen Schlafmangel, Kopfschmerzen, dyspeptischen Beschwerden. In den letzten Monaten 1897 bestanden Zeichen von Anämie (Herzklopfen, Eingeschlafensein des rechten Beines etc.).

Diese Fälle mögen als Beispiele dienen für das Entstehen einer Neurose und Psychose auf dem Boden subacuter und chronischer Magen- und Dickdarmcatarrhe. Sie sind fast die einzigen, in denen ich mit grösserer Sicherheit ein selbstständiges intestinales Leiden als Ursache annehmen konnte. Ich fand also nicht so oft wie andere Autoren einen „chronischen Magencatarrh“. Das liegt aber wohl an der Unsicherheit der Diagnose und der Freigebigkeit, mit der man früher alle möglichen Leiden des Magens unter diesem Namen zusammenwarf. Aus den Arbeiten der neueren Zeit erscheint mir nun auch die von Alt in diesem Punkte nicht einwandfrei. Unter seinen Fällen von „gastrischer Neurose“ fand er bei der Untersuchung des Mageninhaltes Hyperacidität weit häufiger als An- resp. Hypacidität, bei den Psychosen drei Mal Hyperacidität. Nun sind bekanntlich die einzigen charakteristischen Zeichen für die Gastritis chron. Schleimabsonderung und Hyp- resp. Anacidität. Von vielen Autoren allerdings wird noch ein „saurer Magencatarrh“ (Gastritis acida) mit Hyperacidität angenommen, derselbe ist aber so selten und im Uebrigen von einer Reihe anderer Affectionen so schwer zu differenziren, dass für seine Annahme der Nachweis von Schleimmassen in dem Ausgeheberten absolutes Erforderniss ist¹⁾. Davon ist bei Alt nichts zu lesen und so werden wir schon deshalb zu der Annahme gedrängt, dass es sich in seinen Fällen keineswegs immer um das gehandelt habe, was man „chronischen Magencatarrh“ nennt. Nun fand er aber ferner in einem Falle bei der ersten Untersuchung Anacidität, später (bei einem Recidiv) Hyperacidität, und in zwei Fällen von „alternirenden“ Psychosen einen um den anderen Tag psychische und körperliche Erscheinungen von Seiten des Magens (mit Hyper- bezw. Anacidität)! Solche Krankheitsbilder wird man heute schwerlich als „Magencatarrh“ bezeichnen können, die letzten Fälle tragen den Stempel der nervösen Erkrankung so sehr auf der Stirn, dass man darüber gar nicht mehr zu discutiren braucht und der Wechsel im Chemosismus ist bekanntlich eins der sichersten objectiven Symptome der sogenannten nervösen Dyspepsie²⁾. Nun verwahrt A. sich allerdings selbst an einer Stelle gegen die Behauptung, dass das ursächliche Magenleiden immer

1) S. Riegel, Krankh. des Magens. II. S. 583. Wien. Alfred Hoelder.

2) S. z. B. Riegel l. c. Binswanger, Pathol. und Ther. der Neurosthenie. Jena. G. Fischer. 1896. S. 247. Rosenheim u. A.

ein „Catarrh“ sein müsse, ja er führt selbst einen nachträglich beobachteten Fall von Carcinom an, bei dem sich der gleiche psychische Symptomencomplex fand. Er musste aber in seinen Schlussfolgerungen weiter gehen. Denn wenn man auch alle Fälle mit Hyp- und Anacidität als „Magencatarrh“ gelten lassen will, so muss man aus seiner Casuistik den Schluss ziehen, dass er es mit den verschiedensten Magenleiden zu thun gehabt habe, Magencatarrh, Hyperaciditas hydrochlor. mit und ohne motorischer Insufficienz, nervöser Dyspepsie und Carcinom.

Die von mir in Gruppe I. angeführten Patienten schienen mir ein selbstständiges Magen- bzw. Darmleiden zu haben und ich glaube, dass diese Diagnose unanfechtbar ist; dennoch aber vermöchte ich — ebenso wie für die gleichen Fälle von A. — den Einwand nicht zurückweisen, dass es sich in manchen anfänglich um eine von einem Allgemeinleiden abhängige, nervöse Affection gehandelt haben könnte, auf die sich dann in Folge unzuweckmässiger Lebensweise und anderer Schädlichkeiten ein „Catarrh“ aufgepfropft habe — eine Annahme, die für viele derartige Fälle schon Flemming als die richtige anerkennt. — Man kann das um so weniger, als die Neurose bei schwerbelasteten Individuen beobachtet wurde, auf die vor und zur Zeit des Ausbruchs der Magendarmaffection auch andere, die Gesamtpersönlichkeit schädigende Einflüsse einwirkten (1mal Influenza, 2mal Wochenbetten, 1mal Uebearbeitung bei Alt).

Nun ist ein solcher Beweis allerdings selten mit Sicherheit zu erbringen, nur da möglich, wo man als Hausarzt die Patienten längere Zeit kennt, den Beginn des Magenübeln zu beobachten und genau zu untersuchen in der Lage ist. Da diese Gunst eine sehr seltene ist, so musste wenigstens das weitere Schicksal der Patienten verfolgt und gezeigt werden, wie im Laufe der Jahre der Zustand des Magens und des Gesamtorganismus war. Das ist bei Alt nicht geschehen, seine Kranken wurden nach kurzer Zeit „geheilt“ entlassen.

Alle meine Kranken der Gruppe I. aber blieben „geheilt“ „Neurastheniker“, sie kamen Monate bis Jahre lang und kommen noch jetzt wegen dieser oder jener neurasthenischen Beschwerden zu mir. Man darf sich nicht durch ihre eigene Ansicht täuschen lassen, denn ebenso wie sie während der „Neurose“ von ihrer früheren Gesundheit gefabelt, bezeichnen sie sich auch jetzt als „gesund“ und sprechen von der Neurose als ihrer „Krankheit“.

Wie ihnen im Vergleich zu dem furchtbar quälenden Zustand während der „Neurose“ der jetzige Zustand als gesunder imponirt, so erscheint ihnen auch die fernere Vergangenheit in allzu günstigem Licht: die meisten gestehen bei richtiger Fragestellung zu, dass

die nervösen Symptome weit länger zurückdatiren, als sie es zunächst angaben.

So wurde es mir also wahrscheinlich, dass sich der bei ihnen angenommene Catarrh zum Theil auf einer Dypepsie, einer einfachen Obstipatio aufgepfropft haben möchte, welche Theilerscheinung war einer Allgemeinerkrankung. In dem einen Falle mochte der Alkohol, in dem anderen dieser zugleich mit dem Tabak durch Intoxication eine Neurasthenie und daneben eine Dyspepsie hervorgerufen haben, in einem dritten waren wohl die vielen und schnell aufeinanderfolgenden Geburten, die Unterernährung, sexuelle Excesse für die allgemeine Erschöpfung mit Dyspepsie verantwortlich zu machen, und dann hatte ein einmaliger oder mehrere Excesse im Essen oder Trinken den Catarrh zum Vorschein gebracht. Diese Annahme erschien mir allmählich immer berechtigter im Hinblick auf die viel grössere Gruppe als „nervöse Dyspepsie“ anzusprechender Fälle, bei denen die „Neurose“ unter gewissen Umständen als Complication, entstanden durch ungünstige Rückwirkung auf das Centralnervensystem, auf die Psyche zu beobachten war.

Ich muss nun gleich von vornherein bemerken, dass ich nicht immer den Magen ausgespült habe und die secretorische Function somit nicht immer untersuchen konnte: einmal weil, wie wir schon sahen, die Patienten in ihrer Angst die Vornahme dieser Procedur rund ablehnten oder auch bei dem ersten Versuche strikten oder auch fortblieben, so dass ich mir eine grosse Anzahl dieser Kranken anfänglich verschonte und keinem Arzte rathen möchte, in der Praxis so energisch vorzugehen, wie z. B. Alt. Die Gewährung der Procedur setzt eben von den geängstigten Menschen, welche oft durch Globus und ähnliche Constrictionsgefühle die Empfindung einer „engen Kehle“, „Luftmangel“ etc. haben, eine Energie voraus, die ihnen meist abhanden gekommen ist. So wendete ich denn meist nur die übrigen Untersuchungsmethoden (Aufblähung vermied ich aus später erkennbaren Gründen): also Inspection, Palpation, Percussion bei verschiedenen Füllungszuständen und Lageveränderungen an und berücksichtigte endlich auch die subjectiven Beschwerden, die Entstehungsgeschichte des Leidens. So konnte ich schwere Insufficienz und Ectasie ausschliessen, leichtere motorische Insufficienz durch zu langes Verweilen eines PF. oder PM. im Magen eruiiren. Aber auch über die Secretion kann man bekanntlich aus den subjectiven Angaben oft Schlüsse ziehen: Die gute, oft in Heiss hunger ausartende Appetenz, die Bekömmlichkeit gewisser Speisen (Eiweissstoffe, „selbst harte Eier und Käse“ gut verdaut, Kuchen „wie Blei im Magen“) und endlich die Erfolge der Therapie liessen mich oft mit Sicherheit eine Hyperacidität annehmen. Sehr oft bestand dabei mus-

kuläre Schwäche, Atonie des Organs, öfters jedenfalls die von Kuhn und Hoppe-Seyler beschriebene Gasgährung, die ich 2mal nachweisen konnte. Diese Fälle von Hyperacidität (einige waren auch auf die Secretion untersucht) bilden den Typus; ich konnte sie nicht als Fälle von Hyperaciditas hydrochlor. im Riegel'schen Sinne¹⁾ betrachten, sondern als Secretionsneurose, als Symptom einer allgemein nervösen Erkrankung: die Patienten waren schwer belastet, waren Neurastheniker „mit schwachem Magen“ und blieben es nach der „Neurose“, ihr Magen resp. Darm war der Barometer ihres Gesamtbefindens, durch Schlafmangel, psychische Einflüsse, sexuelle Excesse ebenso beeinflussbar wie durch unzweckmässige Ernährung. Diese aber musste als unmittelbare Ursache der „Neurose“, der „Zwangsvorstellungen“ angesehen werden.

Gruppe II.

8. S., 46 Jahre, Lehrer. 21. October 1895. Angstzustände.

2mal Pleuritis sicca (??) zuletzt Winter 1894/95, Bandwurm vor 4 Jahren; von jeher nervös erregbar; früher mehrere Monate Platzangst; vor Jahren „intermittirender Puls“ fast $\frac{1}{2}$ Jahr lang. Vor 4 Jahren wurde 1 Mal angeblich Zucker gefunden, seitdem nie mehr bei vielfachen Untersuchungen. — Kommt wegen hochgradigster Angst zu mir, die seit ca. 14 Tagen besteht. Auf Befragen erklärt Patient, dass er seit Jahren „schweren Stuhl“, hie und da Abgang von Blut und Schleim habe, in der letzten Zeit sei er stärker verstopft, habe pappigen Geschmack.

Status. Grosser städtlicher Mann. Sehr erregt, spricht mit vibrirender Stimme, stolpert öfters beim Sprechen, transpirirt stark. Gespannter Gesichtsausdruck. Leib sehr aufgetrieben, leise Herztöne, kleiner Puls, sonst nichts.

Ordo.: Diät, Rheum; kalte Waschungen; allg. Faradisation.

25. October. Besserung. Patient giebt zu, was er früher verneinte, dass er nämlich viel an Gasansammlung, Aufstossen zu leiden habe.

15. November „genesen“ entlassen. Im August 1897 stellte sich Patient wegen eines durch „Schreck“ entstandenen Schmerzes im Kreuz vor und erzählte, dass er sich seit Regelung des Stuhles wie neugeboren fühle.

9. Dr. J., Jurist, 33 Jahre. 18. September 1893. Angstzustände, „Phobien“.

Vater nervös. Früher stets gesund, in den letzten 6 Jahren sehr „nervös“; früher starker Raucher.

Vor 3 Jahren Perityphlitis, seitdem Neigung zu „Darmkatarrhen“, hie und da Verstopfung, meist aber Diarrhoe. Seit einigen Monaten sehr ängstlich, einige Male „richtige, ihm selbst unerklärliche Anfälle“. Er hätte furchtbare Angst bekommen, zuerst gegenstandslos, aber so, dass er es nicht habe aushalten können; dann habe er Platzangst bekommen, konnte sich im Theater

1) l. c. S. 346.

nur auf einen Seitenplatz setzen; höchst unangenehm sei es ihm, wenn auf der Strasse Jemand neben ihm ginge, wenn er also angesprochen würde; nur neben seiner Frau habe er kein Angstgefühl. Dabei habe er oft heftiges Herzklopfen, müsse wohl etwas am Herzen haben, obwohl nie etwas constatirt sei. (Viel Aufstossen, früher Sodbrennen auf Befragen zugegeben.)

Objectiv: Sehr erregt, ängstlich, gesticulirt, spricht sehr viel und laut. Gross und kräftig, leise Herztöne. Puls 84. Tremor im Facialisgebiet; gest. Patellarreflexe.

Untersuchung des Stuhles ergibt dickbreiigen, gut verdauten Koth ohne alle Schleimbeimengungen, die Beschwerden nur zu Zeiten der Verstopfung.

Ordo.: Halbbäder, Oelklystiere, Brom anfangs. Ist genesen, als der Stuhl geregelt wurde; keine Angst- und Zwangsvorstellungen mehr. Von Zeit zu Zeit consultirt er mich wegen seiner Erregbarkeit, hie und da muss ich auch das Herz untersuchen, zuletzt November 1897.

10. W. G., Lehrer aus W., 34 Jahre. 9. October 1893. Zwangsvorstellungen (Claustro-, Agoraphobie).

Früher stets gesund; nur als Seminarist Blutandrang nach dem Kopf, in Folge von Verstopfung, Schwindelanfälle; vor 2 Jahren „Schwäche der Stimm-bänder“. — Verheirathet, 2 Kinder. — Mässig, immer intolerant gegen Alkohol. Seit längerer Zeit aufgereggt, gereizt in den letzten Wochen, vor dem unten zu beschreibenden „Anfall“ unruhiger Schlaf; Appetit gut, nur Stuhl angehalten; dabei etwas verstimmt, ohne Grund, weinerlich.

Nachdem er am 6. Mai 4—4½ Stunden gegangen, etwas mehr wie sonst geraucht und getrunken, schlecht geschlafen, schmeckt ihm morgens nicht der Kaffee. Er geht in die Kirche. Während des Orgelspieles packt ihn eine unsagbare Angst, er kann nicht weiter spielen, die Noten verschwimmen ihm vor den Augen, er hatte furchtbares Herzklopfen, Athemnoth, meinte, er müsste sterben; er muss hinaus in's Freie; nach einigen Minuten ist alles vorbei, aber die Anfälle kehren wieder, am selben Tage noch mehrmals, dann seltener und seit 6 Wochen gar nicht mehr. Dafür ist er jetzt dauernd in Unruhe, hat einen eingenommenen Kopf, fliegende Hitze, Schwächegefühl; keinen Appetit. Verstopfung. Es ist ihm unmöglich, in die Kirche zu gehen; an anderen Kirchen geht er auch ungern vorbei, er fürchtet einen Schwindel zu bekommen; öfters nimmt er auf Spaziergängen seine Frau, seinen Buben mit, weil ihm etwas zustossen könnte. Als er einmal durch einen Hohlweg kam, fürchtete er, es könnte ihm etwas passiren und in dem Hohlweg kam die Angst und er rannte heraus. Er konnte auch keine Zeitung mehr in die Hand nehmen, weil er von einem Unglücksfall, einer Krankheit zu lesen fürchtete; dann schreckte ihn nämlich sofort der Gedanke, dies und jenes könne ihm auch passiren. Er kann nichts von Schlaganfällen, Leichen hören.

Gelegentlich hatte er auch Schwindelanwandlungen, besonders wenn er unter Menschen kommt; in solchen Fällen erröthet er auch leicht und ist deshalb besonders gern da, wo kein Blick auf ihm ruht. — Patient hat Urlaub genommen, weil er dienstunfähig (speciell als Organist) ist.

Objectiv. Mittelgrosser, magerer, blasser Mann. Sehr deprimirt. Tremor der Augenlider bei Lidschluss.

Gesteigerte Patellarreflexe. Auffallend leise Herztöne.

Grosse Curvatur des Magens bis zum Nabel.

Therapie. Kalte Waschungen, Digitalis in kleinen Dosen. Gute Ernährung, allgemeine Faradisation.

20. October. Anfänglich geringe Besserung, dann wieder Verschlimmerung; seit vorgestern aber mehr Schwindelanfälle. Heute erzählt Patient, dass er auf dem Wege zum Arzt nicht über einen grossen Platz weggekonnt habe; er habe durch Nebenstrassen gehen müssen. Ein genaues Krankenexamen ergibt jetzt, dass Patient bei (ausser während der Angst) gutem Appetit, pappigem Geschmack, sehr viel an Völlegefühl, Aufstossen leidet, dass er besonders Amylaceen schlecht vertrage, dass jeder Anfall, besonders aber der erste mit starkem Aufgetriebensein des Leibes einherginge und erst nach Abgang starken Aufstossens aufhörte.

Diagnose: Hyperaciditas hydrochlor.

Ordo.: Nat. bicarbon., Diät.

21. October. Kommt glücklich zum Arzt und sagt, mit dem Pulver sei endlich das richtige Mittel gefunden, gleich nach der erstmaligen Einnahme sei es ihm besser geworden; er fühle sich genesen.

Brief vom 6. December 1893. Es war mir sonach seither nicht möglich, nach Mainz zu reisen und — Gott sei es und Ihrer Behandlung gedankt — mein Gesundheitszustand hat es bisher noch nicht als eine Nothwendigkeit gefordert. Mein Kopf blieb seitdem stets frei, das Angst- und Schwindelgefühl ist gewichen. Die sogenannte „fliegende Hitze“ stellt sich zwar manchmal noch ein, allein ich hoffe, dass auch diese Zufälle nach und nach schwinden. Natürlich lebe ich immer noch streng nach der von Ihnen gegebenen Diät“

11. Dr. Y., Jurist, 41 Jahre. 14. März 1897.

Mutter, Schwester, Kinder sehr nervös. Von jeher nervös. In den Entwicklungsjahren Schmerzen in der linken Seite der Brust, schlechtes Aussehen. Damals „Herzanomalie“ diagnosticirt. Als Student deswegen mehrfach Digitalis genommen. In späteren Jahren ängstlich, erregt, schlaflos, reizbar; beim Essen entfiel ihm oft die Gabel, bei jeder Erregung „eiserner Ring“ um die Kinnlade, „Pathophobie“.

Seit Jahren Magenbeschwerden: Aufstossen, Völle, Abends kein Appetit. Kussmaul hat vermehrte HCl-Abscheidung diagnosticirt, seitdem geregelte Diät und 3 mal täglich Nat. bicarb., letzteres aber auch zwischen den Mahlzeiten.

Seit Juli 1896 merkt er Aussetzen des Pulses; damals 8 Tage lang, auf Spartein besser.

Seit fast 3 Wochen wieder sehr quälend, es ist, als ob das Herz „stolperte“. Er ist deshalb sehr ängstlich, verstimmt.

Objectiv: angewachsene Ohrläppchen.

Linker Facialis am Mundwinkel schwächer innervirt. Cor. Dämpfung und Töne normal, letztere auffallend leise. — Puls sehr weich, 78; keine Irregularität bemerkt. Sehr starkes Abdomen.

Diagnose: Hyperaciditas hydrochlor.

Ordo.: Da die sonstige Diät sehr gut geregelt war, wird dem Patienten nur empfohlen, Morgens zum Thee statt wie bisher 2 frische Milchbröckchen einen trockenen oder ausgehöhlten Weck oder Zwieback zu essen (also stark dextrinirte Amylaceen). Halbbäder; anfangs Brom.

Kehrt noch mehrere Male, zuletzt nach einem Monat, genesen wieder, braucht nie mehr Natr. bicarbon., das er seit Jahrzehnten nicht missen konnte und stets in silberner Dose mit sich führte.

Nachtrag. Zur Zeit, 21. März 1898, behandle ich einen Herrn mit folgender Krankengeschichte:

Herr S., 38 Jahre. Krank seit drei Wochen; wahrscheinliche Ursache: Arbeit, Aufregungen. Sehr aufgeregte, krittelig, mislaunig. Eingenommener Kopf, Gefühl von Klingen einer Violine im Kopfe. Schmerzen im Kreuz, die hie und da in das rechte Bein ausstrahlen, ferner rechts unter der Fusssohle und über dem Fussrücken, so dass Patient kaum $\frac{1}{2}$ Stunde gehen kann. Ziehen in den Armen und Fingern. Pulsiren in den Unterarmarterien.

Sehr ängstlich, hie und da Angstanfälle in der Nacht mit Angstschweiss, von 1—2 Stunden Dauer. Sehr matt und elend. — Auf Befragen: Mutter nervös; Patient von jeher ängstlich, erregt, mit Herzklopfen behaftet; zeitweise Schlafmangel; intolerant gegen Alkohol, Tabak, Kaffee. Stets schlechter Esser. Vor 6 Jahren Perityphlitis. Vielleicht seit dieser Zeit Aufstossen und pappiger Geschmack, hie und da kommen auch Speisen herauf, selten von saurem, meist von dem ihnen eigenthümlichen Geschmack. Seit circa $\frac{1}{4}$ Jahr schlechter Appetit, Aufstossen von Speisen häufiger. Falls Patient allein ist, speit er sie aus, sonst kaut er sie noch einmal durch. Völle vor $\frac{1}{2}$ Jahr, so dass der Magen sichtbar aufgetrieben war.

Seit 2—3 Wochen ganz schlechter Appetit, riesig viel Blähungen, starkes Aufgetriebensein. Herzklopfen, Vibriren, Zerren, Zupfen in der Herzgegend. — Patient ist als Rheumatiker angesehen und mit Salicyl behandelt worden.

Objectiv: Gelblich blasse Hautfarbe, gest. Patellarreflexe.

Diagnose: Neurasthen. cordis. Hyperaciditas hydrochl. Ruminatio. Während der Behandlung hat Patient zwei starke Angstanfälle „wie stets zwischen 2 und 3 Uhr Nachts“. Ursache Obstipatio. Er macht heute die Bemerkung, dass diese Anfälle eigentlich doch nur eine Steigerung des Alptrückens seien, an dem er seit Jahren litt. Ein Anfall kommt übrigens auch nach Aufregung.

Die ca. 14tägige Behandlung hat Beruhigung, Besserung des Magens, erhebliche Verringerung der Schmerzen zur Folge. Patient ruminirt fast nie mehr.

Mag man nun über die eine oder andere Diagnose streiten wollen, so viel ist klar, 1. dass wir das von Alt gezeichnete Krankheitsbild gesehen haben und 2. dass wir es bei den mannigfaltigsten Magen-Darmleiden, am häufigsten aber bei „nervöser Dyspepsie“ constatiren konnten. — Die nächstliegende Frage war naturgemäss die, ob diesen verschiedenartigen Affectionen ein gemeinsames Moment zukomme, das zur Hervorrufung der geschilderten psychischen Zustände geeignet erschiene. Bei der Unzulänglichkeit unserer Kenntnisse begeben wir uns damit auf schwankenden Boden. Reflexvorgänge in dem von Alt erwähnten Sinne spielen zweifellos eine Rolle, die Beeinträchtigung der Gesamternährung darf sicher auch nicht ausser Acht gelassen werden und endlich wird sicherlich der Autointoxication ein grosser Antheil der Steigerung der Erregbarkeit des gesammten Nervensystems beizumessen sein. Als Zeichen dieser verdienen vielleicht die Nachtschweisse vieler unserer Darmkranken angesehen zu werden, welche so typisch gegen Morgen, etwa 2—4 Uhr und nicht gleich nach dem Beginn des Schlafes (wie etwa bei Normalen und Tuberculösen¹⁾) auftreten, dass man wohl an die vermittelnde Rolle toxischer Substanzen denken darf.

Die oft im Anfall constatirte Drucksteigerung im Gefässsystem vermochte ich nicht als maassgebenden Factor anzusehen, weil die Patienten zum Theil starke Muskelarbeit leisten (Bergsteigen) konnten, ohne je einen Anfall zu bekommen. — Und endlich bewiesen auch die Fälle mit Dickdarmaffectionen, dass die Angstzustände mit jener bekannten durch die Resorption gelöster Nahrungsmittel (Peptone?) meist gleich nach der Nahrungsaufnahme entstehenden Unruhe nicht zusammengeworfen werden durften.

Als letztes den Anfall auslösendes Moment mussten wir dagegen die Auftreibung des Magendarmkanals durch Gas, feste oder Flüssigkeitsmengen oder durch Koth ansehen. Eine stärkere Mahlzeit, ausgiebiger Genuss von Flüssigkeiten, insbesondere kohlen säurehaltiger, zumal wenn bei den grösseren Mahlzeiten genommen, Flatulenz, Obstipation, waren, wie wir gesehen haben, geeignet, einen „Anfall“ hervorzurufen. Eine Magenausspülung, Erbrechen, ein Klystier, Stuhl, ja Abgang von Flatus und Ructus waren hinwiederum im Stande, die starke Angst zu coupiren. Die letztgenannten Factoren wirkten natürlich häufig nur vorübergehend. Nicht immer offenbar war die Gasauftreibung im Magen durch physiologische Vorgänge hervorgerufen,

1) S. v. Limbeck, Zur Lehre von den Nachtschweissen der Phthisiker. Prager med. Wochenschr. XIX. 1894. No. 47 und 48.

also durch verschluckte Luft, CO_2 aus den Getränken bedingt, öfters bestand, wie schon gesagt, eine Gasgährung, wie sie bei hyperacidem MI. und leichter Atonie gefunden wird. Deshalb wurden auch von solchen Kranken wenig dextrinirte Amylaceen (frisches Backwerk), stark zuckerhaltige Substanzen (süsse Compots, vor Allem süsser Champagner) etc. etc. ausserordentlich schlecht vertragen und riefen als gute Nährböden die heftigsten Störungen hervor, gewöhnlich mehrere Stunden nach der Mahlzeit. Inwieweit die bei den weiblichen Patienten ganz gewöhnlich gefundene Enteroptose hier begünstigend einwirkte, das ausführlich zu erörtern liegt meinem heutigen Thema zu fern. Ich darf mich aber kurz wohl dahin resumiren, dass ich ihr allerhöchstens nur eine für die Entstehung von Magenleiden begünstigende Rolle zuweisen kann, nachdem ich sie erstens bei einem erheblichen Bruchtheil magengesunder Patienten gesehen und zweitens auch nach der Heilung von Magenkranken mit E. die Localisation der Entera gar nicht oder nur ganz unwesentlich verändert fand¹⁾. Abknickungen und Incarcerationserscheinungen, wie sie bei Gasauftreibung und Lageveränderungen der Entera vorkommen²⁾, konnte ich während der Angstanfälle nicht feststellen.

Auftreibungen des Darmes gab es natürlich zu den verschiedensten Zeiten, besonders vor der Defaecation. Ganz besonders geeignet war zur Hervorrufung der Angstanfälle die Zeit, in der man auch die Nachtschweisse beobachtete, also morgens zwischen 2—4 Uhr: die Stunden, in denen die Contenta in den Dickdarm eintreten.

Oft mit, oft ohne Schweissausbruch erwachten die Patienten mit der heftigsten Angst, die sie aus dem Bett, der Wohnung hinaustrieb. Nur hin und wieder wiesen Gurren, Rumoren im Leib, sehr selten ziehende Schmerzen, einmal heftige Schmerzanfälle (unbeachtet!) auf die Ursache des Uebels hin, weit öfters wussten die Patienten nichts von alle dem anzugeben, bejahten aber meist die Frage, ob der Anfall durch Abgang von Flatus, die Defaecation beendet worden wäre. Diese erfolgte meist nach plötzlichem, oft sehr heftigem Stuhldrang, sodass die Patienten kaum das Closet erreichen konnten und war oft noch von langem Tenesmus gefolgt, ob nun der Stuhl normal oder diarrhoisch war. In, aber auch zwischen den acuten Anfällen konnte man bei den Darmkranken oft Zeichen hochgradiger Atonie mit starker Auftreibung des

1) S. auch Bial, Ueber Beziehungen der Gastropose zu nervösen Magenleiden. Berliner klin. Wochenschr. 1897. No. 29.

2) S. Fleiner, Lehrbuch der Krankh. der Verdauungsorgane. I. Stuttgart, Enke. 1896. S. 208 ff.

Colon (besonders des ascend. Theils) neben einer mehr oder weniger starken Schmerzhaftigkeit und lautem Gurren auf Druck feststellen.

Nun darf man allerdings nicht verschweigen, dass leichte Angstfälle zumal da, wo schon einmal solche aufgetreten waren, bei völliger Leere des Magens mit Empfindlichkeit (Gastralgokenose-Boas) und ohne Darmauftreibung auftraten und nicht selten durch einen Bissen Brot etc. überwunden werden konnten; ihr Zustandekommen bewies, abgesehen von den noch später zu erörternden Gründen, dass hier nicht allein mechanische Momente, sondern auch Reflexvorgänge eine Rolle spielen; indessen waren diese Anfälle stets viel weniger heftig als die oben geschilderten¹⁾. — Dass die noch menstruierenden Patientinnen *ceteris paribus* am leichtesten kurz vor oder während der Menses Anfälle bekamen, wird nicht überraschen; aber auch mitten zwischen zwei Perioden, wo man in gewissen Fällen den sogenannten „Mittelschmerz“ findet, besteht (auch bei gesunden Genitalien) augenscheinlich ein Zustand gesteigerter Empfindlichkeit und wiederholentlich erlebte ich in diesen Tagen Angstzustände, die zu dem geringen Diätfehler in keinem rechten Verhältniss standen²⁾.

Wir stellen uns die Genese der geschilderten Angstzustände also so vor: Bei einem nur belasteten oder selbst schon nervösen Individuum entsteht unter dem Einfluss der mehr erwähnten Schädlichkeiten eine Affection des Magen- und Darmkanals meist wohl zunächst nervöser oder functioneller Natur; diese bleibt so oder es bildet sich bei fortwirkenden Schädlichkeiten eine catarrhalische Erkrankung heraus. Sie steigert durch Unterernährung, Autointoxication die schon vorhandene Disposition zu schwereren nervösen Erkrankungen; ein Diätfehler aber, der zu stärkerer Auftreibung des Magen-Darmcanals führen muss, bewirkt erst den ersten Angstanfall, dem dann nach der ersten Bahnung auf leichtere Reize weitere folgen³⁾. Durch jeden Anfall geräth das

1) Nachtrag. Vergl. die schönen Beobachtungen von Benda, Der neurasthen. Hunger. D. m. W. 1898, No. 13, in denen der Autor Angstanfälle mit schwachem, unregelmässigen Puls beschreibt, Anfälle von Reizbarkeit, Streitsucht etc.

2) Uebrigens habe ich derartige Beobachtungen (begreiflicher Weise) auch sonst, bei anderen Neurosen gemacht. Ich kenne Epilepticae, die regelmässig gerade mitten zwischen zwei Menstrualperioden Anfälle bekommen etc. etc. (vgl. Marion Marsh, Intermenstrual Phenomena with Theories. American Journal of obstetrics. Juli 1897. Ref. Münch. med. W. 1897. No. 38).

3) Diese Vorgänge sind dem Verständniss entschieden näher gerückt durch die Versuche Heitler's, welcher durch mechan. und faradische Reizung des Pericard und des Cor Arhythmie her-

Centralnervensystem in neue Erregung, je öfter sie wiederkehren, um so grösser die Erregbarkeit in den Zwischenzeiten, um so leichter das Entstehen einer Psychose. Warum es in dem einen Fall zu Angstzuständen, im anderen zu Zwangsvorstellungen kommt, ist eine Frage, die zu erörtern hier zu weit führen würde.

Die Auftreibung des Magendarmkanals bewirkt bekanntlich schon bei Gesunden und mehr noch bei leicht Nervösen, Blutarmen, Geschwächten etc. Unruhezustände. Nach dem Mittagessen, vor dem Stuhle klagen viele über Fluxionen, werden aufgeregt, (in anderen Fällen allerdings auch müde). Es erhob sich somit die Frage, wie wir die Reaction auf das Cerebrum unserer Kranken erklären könnten. Wer unser Krankheitsbild aufmerksam verfolgt hat, wird gefunden haben, dass wir es mit Angstzuständen, wie sie auf dem Boden verschiedener Neurosen, besonders aber auf dem vielgestaltigen der Neurasthenie erwachsen, zu thun hatten. Es handelt sich um kein spezifisches Krankheitsbild, keine „Magenneurose“ und -Psychose. Die Patienten waren und blieben Neurastheniker mit ihrer Depression, ihrer unmotivirten oder in hypochondrischer Weise verwertheten Angst, ihren Par- und Hyperaesthesien, der Störung der Herzthätigkeit, ihrem Kopfdruck, Schwindelgefühl etc. etc. Und auch die Psychose zeigt den Character der auf neurasthenischem Boden erwachsenen transitorischen Irreseinszustände, in denen es unter dem Einfluss hochgradigster Angst zu Verwirrtheit, sei es in der Form des Stupor, sei es in der maniakalischen Form mit heftigem Schreien, Stöhnen, Zerstörungsdrang zu gewaltsamen motorischen Entladungen, Suicid etc. kommt. Erst bei dieser Annahme wird auch der Befund von Zwangsvorstellungen in Folge von Magendarmkrankheiten verständlich, denn es handelt sich immer um jene „Phobien“, die man als neurasthenische betrachtet hat, ob man sie nun mit Bouveret als psychisches Symptom der Neurasthenie oder mit Krafft-Ebing als eine auf ihrem Stamm erwachsene Psychoneurose auffasste. Echt neurasthenisch zumal sind die Topophobien, mit denen wir es hier zu thun hatten, die Meynert und Binswanger direct auf die geistigen Ermüdungserscheinungen der Neurasthenie zurückführen.

Alt hat von einer „Hypochondria gastrica“ gesprochen. Zur Bezeichnung des Zustandsbildes mag dieser Name förderlich sein. Das primäre Gefühl gegenstandloser Angst, auf Grund von Organenempfindungen, Par- und Hyperaesthesien der geschilderten Art nachträglich

vorrufen konnte. (Wiener Briefe in der Münchener med. W. 1898, No. 3 und Wiener klin. W. 1898, No. 3.) Nachtrag.

durch nosophobische Vorstellungen und Klagen motivirt, der Mangel an fixirten und phantasievoll ausgestalteten Vorstellungen lassen freilich bei genauer Aufnahme der Anamnese schon einen Unterschied des Zustandsbildes gegenüber der Hypochondrie erkennen, aber mag man dieses auch hypochondrisch nennen, so wird man doch, wenn man den weiteren Verlauf nach der „Heilung“ der Neurose beobachtet, einsehen, dass es sich in den typischen Fällen um eine Neurasthenie handelt, der sich unter dem Einfluss dyspeptischer Störungen eine Angst-Neurose oder eine Psychose oder Zwangsvorstellungen als Complication, oder, wenn man will, als Symptom zugesellt haben. Ich möchte keineswegs das Vorkommen von Fällen, die man einer anderen Neurose, etwa der echten Hypochondrie, zuschreiben müsste, vollständig leugnen: ich selbst sah z. B. einmal eine „Neurose“ in dem geschilderten Sinne bei M. Basedowii. Die Hysterie zeigt unser Krankheitsbild aber nicht. Bei ihr haben die Erscheinungen von Seiten des Magens, falls nicht durch schwere Form von Anorexie und Hyperemesis äusserste Abmagerung eintritt, auffallend geringe Rückwirkung auf Allgemeinbefinden und speciell auf die allgemeinen nervösen Erscheinungen¹⁾. In den typischen Fällen also handelt es sich um Neurasthenie, mit Angstzuständen, mit transitorischem Irresein neurasthenisch-hypochondrischer oder neurasthenisch-melancholischer Färbung, mit Zwangsvorstellungen. (Phobien.)

Wir fragten uns nun weiter: Unter welchen Umständen und auf welchem Wege führen Magendarmstörungen, die mit Auftreibung des Magendarmtractus einhergehen, bei Neurasthenie zu den gedachten psychischen Erscheinungen, da es ja doch Neurastheniker giebt, die unter denselben Bedingungen keine derartige Alteration ihres Befindens erleiden? Als wir darauf hin unsere Krankengeschichten (und die von Alt) durchsahen, fanden wir, dass im Status fast regelmässig von einem kleinen, beschleunigten, leicht unterdrückbaren, meist irregulären oder aussetzenden, in seiner Fülle wechselnden Pulse und oft von auffallend leisen Herztönen die Rede ist. Dazu kam, dass die ätiologischen Momente eine Affection des Circulationsapparates durchaus nicht unwahrscheinlich machten und auch die subjectiven Angaben auf eine solche mit aller Bestimmtheit hinwiesen. Nun konnten ja die subjectiven Klagen von Seiten des Herzens Begleiterscheinungen und körperlicher Ausdruck der ängstlichen Erregung sein, welche centrifugal auf dem

1) S. z. B. Honigmann, Ueber die Neurosen des Magens. Zeitschrift für pract. Aerzte. 1897. No. 24.

Wege des Sympathicus zum Herzen gelangten. Ohne Weiteres allerdings konnte man diese Deutung nicht acceptiren, da gewisse Beziehungen zwischen Circulationsstörungen und Füllungszuständen des Abdomens klinisch und experimentell längst nachgewiesen waren. Nothnagel, Sommerbrodt, Stiller und viele Andere¹⁾ hatten längst auf Alorrythmie, Arythmie, Vermehrung der Pulsfrequenz ohne Angstzustände aufmerksam gemacht: Knoll²⁾ hatte experimentell eine Beschleunigung der Herzaction in Folge Auftreibung des Leibes gefunden. Endlich weiss man, dass auch bei Kolik der Pferde, falls sie mit Auftreibung des Magen-Darmcanals einhergeht, ganz gewöhnlich Aussetzen des Pulses vorkommt³⁾. Somit musste man also annehmen, dass die Angst secundär erst hervorgerufen wird, dass die Herzerscheinungen an dem Zustandekommen der Angst theilnimmt, dass sie, durch Gewöhnung so eng mit dem Affect der Angst verknüpft, die Auflösung der letzteren erst auf somatischem Wege herbeiführen.

Solche Fälle, in denen es nicht zu Angst, sondern nur zu körperlichen Erscheinungen, Parästhesien, „Wallungen“, „Zerren“, Schmerzen in der Herzgegend, zusammenschnürendem Gefühle im Halse, Schwindel, Athemnoth etc. kommt, in denen also, wie Hecker⁴⁾ sehr hübsch sagt, die Angst der Kranken hinter einer Empfindung, „Irrthum“ zum Bewusstsein kommt, sind mithin für das Verständniss des in Rede stehenden Symptomencomplexes ausserordentlich wichtig. Ich führe folgende Beispiele an:

12. Fr. J. B., 67 Jahre, Kaufmann. 6. November 1897. Nicht belastet.

Im 6. Jahr Coxitis, vor 30 Jahren Pneumonie. „Neuritis“ im linken Arm vor 2 Jahren. Von jeher etwas nervös, schlechter Schlaf. Seit 2—3 Jahren vielleicht etwas erregbarer, aufbrausend. Seit einem Jahr treten Schlingbeschwerden ein, Patient konnte schwer schlucken, besonders feste Speisen. Er hat sich meist von flüssigen oder breiigen Nahrungsmitteln ernährt, aber auch Tage lang gar nichts essen können. Den ganzen Sommer ging es besser, seit dem 20. October schlechter; zugleich sei er auch reizbarer, verspüre Unruhe in Armen und Händen. Wenn er erregt sei, habe er auch leichte Athemnoth.

Im Trinken mässig, früher starker Raucher, in letzter Zeit mässig.

1) Literatur s. bei Kirsch, Herzkrank oder Magenkrank? Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 32.

2) Ueber Folgen der Compression des Herzens. Lotos Jahrb. der Naturwissenschaften. 1882.

3) S. Dieckerhoff, Lehrb. der spec. Pathol. und Ther. für Thierärzte. 1888. Berlin. Hirschwald.

4) Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1893. Dec.

Eine Reihe von Aerzten, auch ein Halsarzt, habe keine Veränderungen gefunden.

Objectiv: Verhältnissmässig gut aussehender Mann, von lebhaftem Temperamente, in mittlerer Stimmung. Hals, Kehlkopf, Rachen nihil.

Cor-Dämpfung bis zur Mammillarlinie; leise Töne.

Puls hart; Abdomen leicht aufgetrieben.

Auf Befragen: Appetit zeitweise schlecht, besonders auf Fleisch; pappiger Geschmack; viel Knurren, Stiche im Leibe, viel Aufstossen; Obstipation.

Diagnose: Neurasthen. Erscheinungen in Folge Obstipatio. Atherom.

Ordo.: Diät, Halbbäder, Rheum.

13. November. „Genesen“.

13. C. R., 23 Jahre, Kaufmann. 15. Januar 1898.

Hereditär in nervöser Beziehung belastet; ausserdem mehrere Angehörige der Mutter an Schwindsucht gestorben. Mit 14 Jahren „Lungenkatarrh“. Gonorrhoe seit $\frac{3}{4}$ Jahren, jetzt geheilt. Von jeher ängstlich, reizbar, nervös. Seit 2—3 Jahren verändert: sehr müde, besonders Morgens; energielos, verstimmt; schläft gut, „zu viel“, liegt bis 11 oder 12 Uhr zu Bett. Seit 2—3 Jahren leidet er an „Nachtschweissen“. Und zwar erwacht er Morgens unter starkem Schweiss oder — zeitweise, in tage- bis monatelangen Intervallen — auch Nachts. Dann hat er die Empfindung, als ob er eben eine schwere Angst überstanden hätte, zugleich aber das Gefühl namenloser Schwäche und zeitweise Herzklopfen. Er findet sich förmlich in Schweiss gebadet, so dass er sich waschen und das Hemde wechseln muss. Ein Freund, mit dem er zusammen reiste, hat ihn zuerst darüber aufgeklärt, dass er bei diesen „Anfällen“ zunächst ausserordentlich stöhne.

Er kommt in der Befürchtung schwindsüchtig zu sein und jene charakteristischen Nachtschweisse zu haben, zum Arzt. — Auf Befragen giebt er an, dass er links in der Herzgegend beim Athmen einen „Widerstand“ fühle. — Appetit schlecht; isst seit Jahren nur ausgewählte Speisen, kein Brot, nur Toast etc. etc., sehr viel Aufstossen wird erst beim 2. Consilium zugestanden, Völlegefühl zunächst geleugnet und erst nachdem man auf die unten offene Weste fragend hingewiesen hat, concedirt. Stuhl sehr hart, sehr unregelmässig; früher viel Schleimentleerungen. — Fragen nach Krampf-, Schwindelanfällen etc. wurden negirt.

Objectiv: an Cor, Pulmones nihil, Abdomen enthält harte Scybala. Sonst nichts Pathologisches.

Diagnose: Neurasthenie. Obstipatio chron.

Ordo.: Faradisation des Abdomen, kalte Abreibungen, Rheum.

Patient trat nach 14 Tagen eine Geschäftsreise in's Ausland an; schwitzte gar nicht mehr; hatte keinen „Anfall“ gehabt. Nur klagt er über Schmerzen in der Herzgegend, die hie und da in den linken Arm ausstrahlen. Objectiv fand sich eine leichte Druckempfindlichkeit des IV. und V. Intercostalnerven.

Wir unterlassen es, Fälle von sogenanntem Asthma dyspeptic

(Henoch), die auch hierher gehören, anzuführen, haben aber solche ebenfalls gesehen.

Als wir so unsere Aufmerksamkeit auf die (subjectiven und objectiven) Veränderungen am Herzen richteten, fanden wir sie als ganz constante Begleiterscheinung. Und da wir zugleich eine Reihe von Fällen einfacher Neurasthenia cordis ohne alle Magensymptome in's Auge fassten, sahen wir, dass dieser Symptomencomplex nur einer Steigerung bedürfe, um sich zu dem gleichen von uns gesehenen Krankheitsbilde auszugestalten. Daher kamen wir denn zu der Ansicht, dass die Neurasthenia cordis in den Vordergrund zu stellen sei, auf der sich unter dem begünstigenden Einfluss dyspeptischer Störungen unsere „Neurose“ entfaltet hatte. Indem wir unseren Standpunkt dem Krankheitsbilde gegenüber so verlegten, betraten wir wieder bekanntes Terrain, denn diese Neurose im Vagusgebiet war schon vielen Autoren aufgefallen. Sie hatten die Krankheit nur weniger vom psychiatrischen Standpunkt beurtheilt, die Angstzustände, die hypochondrische Verstimmung wohl registrirt, aber doch den Schwerpunkt ihrer Betrachtung auf die körperlichen Störungen verlegt. Da hatten Interne und Psychiater viel aneinander vorbei diagnosticirt: hier „Herzneurose“, „Angina pectoris“, „Oppressionsgefühl“, dort „Angustzustände“, „Präcordialangst“ mit „Hyperparästhesien“ etc. etc.

„Digestive Reflexneurose“ nannte unsere Neurose der verdienstvolle Autor, welcher zuerst über sie berichtete, Rosenbach¹⁾, und nach ihm ist eine grosse Literatur²⁾ über den Gegenstand entstanden. Es handelte sich bei R. um Kranke fast ausschliesslich männlichen Geschlechtes, die nach der Hälfte des dritten oder im vierten Decennium an einer eigenthümlichen Störung von Seiten des Herzens erkrankten, hinter der sich ein Magenleiden —, wie bei uns, dem Patienten gewöhnlich gar nicht bewusst —, verbarg.

Die Schädlichkeiten, welche zu der Neurose geführt hatten, waren die von uns erwähnten, die Patienten waren früher meist „nicht nervös“, sondern wurden es „gewöhnlich erst später“ — doch erwähnt R. an einer anderen Stelle, dass eine gewisse Nervosität „entschieden begünstigend“ wirkte. Der erste Anfall trat ganz plötzlich auf, anscheinend unvermittelt, nach der Einnahme von Nahrungsmitteln, die in Folge einer besonderen „Idiosynkrasie“ nicht vertragen wurden, mit Symptomen von Seiten

1) O. Rosenbach, Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Wien, 1897. Urban und Schwarzenberg. S. 483 ff. und Deutsche medic. Wochenschr. 1878. No. 42.

2) S. bei Kirsch l. c., Eulenburg, Encyklop. Jahrbücher. 1892. 24.

des Respirations- und Circulationsapparates, mit Oppressionsgefühl und unsäglichlicher Angst, Herzklopfen, Wogen und Pulsiren in der Herzgegend, Aussetzen des Pulses, Pulsation in der Oberbauchgegend (Aorta). Ohne Appetitstörung, ja oft unter Heisslunger, bestand Auftreibung und Druckempfindlichkeit der Oberbauchgegend, dumpfe Druckschmerzen in der Magengegend. Anfangs keine objectiven Störungen von Seiten des Magens (die Ausheberung ergab zeitlich normalen Verlauf der Verdauung), später Verlangsamung und Säuremangel, vielleicht als „Folge der Depression oder allzustrengen Diät“, vielleicht aber auch durch Complication mit „Gastroxynsis, Hypersecretion und Dyspepsia acida“. Die Anfälle dauern eine Reihe von Stunden und enden ganz plötzlich, Aufstossen und Stuhl bringt nur momentan Erleichterung. „Je länger das Leiden fortbesteht, weil man den ätiologischen Zusammenhang mit Diätfehlern nicht erkennt oder durch eine eingreifende, nur gegen die Herzsymptome gerichtete Therapie die Kranken in ihrer Befürchtung bestärkt und darum ihre Disposition steigert, desto mehr treten dann noch unter psychischen Depressionssymptomen die Erscheinungen des Magenleidens — Dyspepsie, Aufgetriebensein des Epigastriums etc. — in den Vordergrund“. Es findet ein Uebergang statt in eine Art „chronischer Verdauungsschwäche“; wenn noch freie Intervalle bestehen, so werden sie durch den geringsten Diätfehler gestört und es bildet sich allmählich der schlimmste Zustand von Hypochondrie aus.

Es ist wohl ohne Weiteres klar, dass R. denselben Symptomencomplex vor Augen hatte wie wir. — Er rechnet ihn nicht zur nervösen Dyspepsie, sondern sieht ihn als eigene Neurose an, die auf dem Wege reflectorischer Vagusreizung durch eine schädliche Einwirkung auf seine Magenäste entstände. Er sagt: eine Verwechslung mit nervöser Dyspepsie ist unmöglich, da sowohl die positiven, für unser Krankheitsbild charakteristischen Symptome von Seiten des Herzens als auch das Fehlen der Haupterscheinungen der nervösen Dyspepsie, der Kopfschmerz, der Schläfrigkeit im Anschluss an die Mahlzeiten etc. die Differentialdiagnose mit Präcision stellen lassen.

Dagegen ist erstens zu sagen, dass die Erscheinungen von Seiten des Herzens alle (auch die Pulsation der Aorta) zunächst vielleicht mit Ausnahme des aussetzenden Pulses dem Bilde der nervösen Dyspepsie nicht fremd sind, falls man nur die „Dyspepsie“ als Theilerscheinung einer allgemeinen Neurasthenie betrachtet. Wenn man aber, wie R., die Arrhythmie unter diesen besonderen Umständen als rein nervöses Symptom zulässt, so wird die Classification des Krankheitsbildes nicht mehr von diesem einen Symptom abhängig gemacht werden dürfen, sondern von dem Gesamtbilde — und das ist, wie wir gezeigt zu haben glauben, exquisit

neurasthenisch. — Was nun weiterhin das Fehlen von Kopfschmerz und Schläfrigkeit im Anschluss an die Mahlzeiten anlangt, so kann ich diesen subjectiven Symptomen einerseits nicht grosse Beweiskraft beimessen, anderseits habe ich sie zuweilen auch bei meinen Bildern gesehen: Kopfschmerz sogar meistens, die Schläfrigkeit sehr oft nach dem Magen adäquaten, Erregtheit nach zu copiösen, schweren Mahlzeiten. Das Moment der reizbaren Schwäche zeigt sich auch hier.

Aber R. sagt ferner¹⁾: Nur möchte ich hier beiläufig bemerken, dass beide Affectionen (sc. die Neurose und die nervöse Dyspepsie) darin gleich sind, dass sie in einer abnormen Erregbarkeit der Magennerven ihren Grund haben, und dass sie sich nur nach der Beschaffenheit der schädlichen Irritanten — bei der nervösen Dyspepsie jede Mahlzeit, bei unserer Affection gewisse reizend wirkende Substanzen — und nach dem Effecte dieser reflectorischen Reizung — bei jener Einwirkung auf das Gesamtnervensystem, bei dieser nur auf den Vagus — unterscheiden. Nun mag man den Begriff der nervösen Dyspepsie fassen, wie man will, man wird zugeben müssen, dass bei ihr doch nicht jede Mahlzeit den gleichen Effect hat, insbesondere nicht bei den mit Secretionsanomalien, leichter Atonie vergesellschafteten Fällen. Und was die als lediglich „reizend“ bezeichneten Speisen anlangt, so befinden sich unter ihnen doch eine grosse Zahl, die nicht nur als Reiz auf die Vagusenden, sondern auch ganz gewaltig auf die Schleimhaut und ihre Drüsen wirken, die bei Secretionsanomalien und leichter Muskelschwäche des Organs nicht durch „Idiosynkrasie“, sondern weil schwer resp. unverdaulich deletären Effect haben. Ich nenne hier nur: sauren Wein, Alkohol, saures Brot, kaltes Wasser, Obst, scharfen Käse (bei R.); frisches Brot, frischen Kuchen, stark blähende Gemüse, Zwiebeln, Käse, harte Eier, junges Bier, jungen Wein (bei Kirsch). K. führt übrigens selbst bei der Gelegenheit an, dass harter Schweizerkäse zehn Stunden unverdaut im Magen liegen bleibt — also von Idiosynkrasie kann keine Rede sein.

Nun unterscheidet R. die nervöse Dyspepsie von der „digestiven Reflexneurose“ aber ferner deswegen, weil es sich bei jener um eine Einwirkung der Magenstörung auf das Gesamtnervensystem, bei dieser aber nur auf den Vagus handle. Diese Ansicht kann ich meinerseits schon deshalb nicht acceptiren, weil ich wohl mit den meisten Neurologen auf dem Standpunkt stehe, den zuletzt auch Honigmann ist seiner schönen, oben citirten Arbeit eingenommen hat, dass nämlich die nervösen Magenleiden sich nur auf dem Boden einer allgemeinen

1) Die Krankheiten u. s. w. S. 492 u. f.

Neurose entwickeln können und dass demnach höchstens von einer Rückwirkung des Magenleidens die Rede sein könne. Aber wenn ich auch, wie R., auf dem alten Leube'schen Standpunkte stände, der mit der Möglichkeit einer peripheren Magen-neurose rechnet und annimmt, dass aus dieser die allgemeine Neurose, die Neurasthenie, entsteht, so vermöchte ich doch nicht hier, wo allerdings besondere periphere Erscheinungen im Verdauungstractus eine wichtigere Rolle spielen und durch Rückwirkung auf das Nervensystem gewisse Besonderheiten des Krankheitsbildes hervorrufen, eine neue periphere Reflexneurose anzunehmen und diesem System zu Liebe die Allgemeinerkrankung bei unserer „Neurose“ zu übersehen. Denn obwohl ich selbst mir den Modus so vorstellte, dass vom Magen aus zunächst auf das in einem Zustand erhöhter Erregbarkeit befindliche Herznervensystem ein Reiz ausgeübt wird, so ist doch der Uebergang dieses Reizes auf das Nervensystem spec. auf das Gehirn nicht zu verkennen, wenn Anfälle „unsäglichster Angst“ und schliesslich Zustände traurigster Hypochondrie (Rosenbach) zu Stande kommen.

Die Nachfolger R.'s übrigens nähern sich doch sehr unserem Standpunkt. Kirsch¹⁾ z. B. erkennt das Vorhandensein einer nervösen Disposition an, er spricht von allgemeiner Erregbarkeit, Neigung zur Dyspepsie, besonders aber zur Atonie. Er tritt auch für die mechanische Theorie ein. Er fand als eine constante Begleiterscheinung der irregulären Herzzinnervation eine mehr oder weniger starke tympanitische Auftreibung des Magens und Colons in Folge von Gasen. Beseitigung der Tympanitis durch geeignete Mittel (Massage, Klysma, warme Umschläge) hatte nach eingetretener Erschlaffung der übermässig ausgedehnten Verdauungsorgane unmittelbaren Uebergang zur normalen Herzthätigkeit zur Folge. Ueber die nosologische Stellung des Leidens ist er allerdings anderer Ansicht, indem er wie Rosenbach das Magenleiden als das primäre ansieht. Auf den Einwand aber, der, wie er sagt, bei dieser Annahme oft gemacht wird, „dass nämlich Tympanitis auch ohne jede Spur von Herzpalpitationen häufig zur Beobachtung gelangt“ antwortet er: „demgegenüber wäre zu bemerken, dass in solchen Fällen jedenfalls keine Atonie ev. Enteroptose vorhanden und der Grad allgemeiner Nervosität nur ein geringer ist.“

Man kommt eben um die „allgemeine Nervosität“ nicht herum! - - Unsere Neurose ist so oft „entdeckt“ worden, dass eine ganz ausserordentlich reichhaltige Literatur über sie besteht. Die Mittheilungen sind eben je nach dem Standpunkt des Beobachters von verschiedenem

1) l. c.

Standpunkt aus in den verschiedensten Zeitschriften zerstreut. Die, soweit ich sehe, jüngste Arbeit: Kisch¹⁾ „Ueber eine bei Officieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden“ nähert sich z. B. meiner Auffassung.

Er schildert Pat. zwischen 30 und 50 Jahren, subjectiv und objectiv genau das oben geschilderte Krankheitsbild: Angstzustände, hypochondrische Befürchtung herzkrank zu sein, Ohnmachtsanwandlungen, schneller aussetzender Puls etc. etc. „Dabei leidet der Appetit, die Verdauung ist beeinträchtigt, der Stuhlgang träge“ „Der Unterleib zuweilen tympanitisch aufgetrieben.“ Heilung in mehreren Monaten. K. rechnet die Affection zur „Neurasthenia cordis vasomotoria“, führt sie aber, obwohl er in der Therapie die Wichtigkeit diätetischer Maassnahmen betont, auf geistige Ueberanstrengung zurück.

Während also Rosenbach, Kisch u. A. das Magenleiden als ausschlaggebend bezeichnen, sieht man hier wieder eine vielleicht zu geringe Werthung desselben, zugleich aber wird das Wesen der Affection richtig in Veränderungen im Herznervensystem erblickt.

Unsere „Neurose“ ist also kein neues Krankheitsbild, sondern Symptom oder, wenn man will, Complication der Neurasthenia cordis; sie entsteht auf diesem Boden am häufigsten durch gleichzeitige dyspeptische Störungen, indem die Auftreibung des Magendarmcanals nicht nur starke locale (körperliche), sondern auch allgemeine (psychische) Erscheinungen auslöst. Man mag den Namen „digestive Reflexneurose“ beibehalten, wie man, wenn der Reiz von einer Endometritis (s. u.) oder, wie ich es auch gesehen, von Blasensteinen ausgeht, von einer „uterinen, vesicalen Reflexneurose“ reden kann. Nur sollte man die Grundkrankheit nicht vergessen und sagen: Neurasthenia cordis (dig. Reflexneurose, — Psychose u. s. w.)

„Der Symptomencomplex der Neurasthenie ist deshalb so vielgestaltig, weil in der grossen Mehrzahl der Fälle — sei es in Folge der Individualität, sei es in Folge der Lebensverhältnisse oder gewisser sich nur an ein bestimmtes Organ knüpfender Einflüsse — dem Beobachter nicht das Gesamtbild des in allen seinen Theilen veränderten Nervenlebens sondern irgend ein Organleiden als besonders markirte Erscheinung entgegentritt, der alle übrigen untergeordnet sind, oder um die als den Mittelpunkt sich alle übrigen gruppiren. Es darf deshalb nicht Wunder nehmen, wenn Magen-, Darm-, Kopfleiden dort diagnosticiert werden, wo eine allgemeine Nervenschwäche vorliegt. — (Rosenbach l. c. S. 403).

1) Berliner klin. Wochenschr. 1897. No. 5.

Wir haben oben nicht nur Fälle geschildert, in denen von einfacher Neurasthenia cordis die Rede sein konnte, sondern auch solche, bei denen man zum Theil auf Grund der Anamnese, zum Theil mit Hilfe objectiver Befunde schon eine grössere Schwäche des Herzmuskels oder Atherom annehmen konnte. Ich rechne nicht hierher jene Fälle, in denen ein Aussetzen des Pulses lediglich im Angstanfall zu beobachten war, denn ich nehme mit Rosenbach an, dass es sich hierbei um ein rein nervöses Symptom handelt, nachdem sein Vorkommen in Folge von Auftreibung des Magen-Darmcanals klinisch und experimentell bei ganz Gesunden, ja sogar bei Pferden nachgewiesen ist; ich meine auch nicht die Fälle, in denen die Arythmie auch ausserhalb der Anfälle zu beobachten war, denn die besten Kenner der Neurasthenia cordis sind darin einig, dass Aussetzen des Pulses zu ihrem Symptomencomplex gehört, sofern es nicht in ganz bestimmten Intervallen auftritt¹⁾. Ich meine vielmehr die Fälle von atheromatösen Veränderungen am Herzen mit „superponirten, der Neurasthenie nicht zugehörigen Krankheitserscheinungen, welche auf Veränderungen des Herzmuskels resp. der intracardialen Ganglien bezogen werden müssen“ (Binswanger, l. c.). Ich glaube aber mit Binswanger, dass durch Hinzunahme solcher Uebergangsfälle die Basis unserer Betrachtung lediglich erwehrt wird, zumal, wenn man sich daran erinnert, welchen breiten Raum dieselben in dem Bilde der Neurasthenie einnehmen; wenn man erwägt, dass einerseits schwere Anämien und gewisse Intoxicationen sowohl den Boden für neurasthenische wie für Herzmuskel- und Herznerven-Veränderungen präpariren, dass andererseits gerade die Neurasthenie zur Atheromatose im höchsten Maasse disponirt und dass es deshalb ausserordentlich viele Fälle giebt, in denen selbst bei genauester Beobachtung der Uebergang der „functionellen“ in die organische Erkrankung sehr schwer zu constatiren ist. Oft ist die Diagnose erst ex juvantibus möglich, sei es bei eindeutigen Fällen, sei es bei solchen, in denen functionelle und organische Leiden zusammen bestehen, in denen das erstere dem letzteren „superponirt“ ist.

Beob. 14. Frau B. — Seit mehreren Monaten schwere Angstzustände in der Herzgegend localisirt. Herzklopfen. Bisherige Ordination Digitalis. Befund: Wohl compensirte Insufficienz der Mitralis. Endometritis. Vergrösserter Uterus. Anamnestisch wird jetzt festgestellt, dass vor vier Monaten ein Abort

1) Schott, Herzneurosen. Eulenburg, encycl. Jahrb. 1892. II. S. 387. — Löwenfeld, Path. u. Ther. d. Neurasth. u. Hysterie. Wiesbaden. 1893. S. 181. — Binswanger, Die Path. u. Therap. d. Neurasthenie. Jena. 1896. S. 211. G. Fischer.

erfolgt und seitdem die Menses ausserordentlich profus gewesen seien. Abraum hat dauernde Heilung der Angst zur Folge.

Wie in diesem Fall dem Vitium cordis, so ist recht oft dem Atherom der Aorta und anderen Herz- (besonders Muskel-) Leiden eine functionell bedingte „Neurose“ aufgepfropft (s. Fall 6). Man ist aber wohl berechtigt, die „Neurose“ als die Ursache der Klagen, das organische Leiden aber nur als Complication zu betrachten, wenn es gelingt, die erstere durch Entfernung ihrer Ursache zu heilen. Anhangsweise nur möge mir gestattet sein, darauf hinzuweisen, dass bei denjenigen Herzleiden, die das Endglied in dieser Reihe bilden, den Herzmuskel- und Gefässerkrankungen mit wahrer Angina pectoris, der von uns geschilderte Einfluss der Tympanitis viel öfter als man gemeinhin glaubt, nachzuweisen ist. Die Nichtbeachtung dieses Factors rächt sich natürlich bei der Therapie.

So sah ich z. B. eine Patientin mit Atherom der Coronararterien, die bei jedem Klysma einen Anfall von Angina pectoris bekam. — Ein weiterer hierher gehöriger Fall betraf einen Patienten, 50 Jahre, mit gutartigem Diabetes (während der mehrmonatlichen Behandlung bei strenger Diät 0, bei 30 Gr. Brot stets unter $\frac{1}{4}$ pCt., bei 60 Gr. stets unter $\frac{1}{2}$ pCt. Sacch.) Cor: Dämpfung beim Vornüberneigen $1\frac{1}{2}$ Querfinger breit ausserhalb der Mammillarlinie. Subjectiv: Seit 3 Jahren nach ca. 10 Minuten langem Gehen heftiger Schmerz auf der Brust, in den linken Arm ausstrahlend, sodass Patient stets stehen bleiben muss. Nur in einem Nordseebad war trotz mehrstündiger Spaziergänge kein „Anfall“ aufgetreten. — Aufstossen erst später concedirt. Diagnose: Atherom der Coronararterien (?). — Die Anfälle schwanden vollständig bis zu dem $\frac{1}{2}$ Jahr später plötzlich erfolgten Tode nach Fortlassen des schlecht gebackenen und starkes Aufstossen verursachenden Graham-Brottes.

Solche Fälle bilden, wie gesagt, die letzten Glieder in der Reihe: „Neurasthenia cordis“, Atherom, Atherom der Coronararterien; sie zeigten mir, wenn noch ein Zweifel übrig war, wo der primäre Sitz des Leidens zu suchen sei.

Die Diagnose unserer „Neurose“ wird für den, welcher das gesammte frühere Leben der Patienten einer genauen Betrachtung unterzieht, nicht schwierig sein. Die Kranken kommen mit Klagen 1. über Angst, 2. über Zwangsvorstellungen, 3. „Herzschmerzen“ etc., 4. mit einer Kombination. Es wird bei den Angstzuständen die Differentialdiagnose gegenüber anderen Neurosen zu stellen sein, vor Allem der Hysterie, dem M. Basedowii, der Melancholie, der Hypochondrie, gelegentlich auch einer progressiven Paralyse, einem Atherom der Coronar-

arterien etc. Die Fälle sub 3. müssen ebenfalls von einem Atherom, einer Intercostalneuralgie, einer Pleuritis, Pericarditis differenzirt werden — kurz, man fixirt zunächst durch Ausschluss das Krankheitsbild als „Neurasthenie“. Ob dieses nun in einem Abhängigkeitsverhältniss von Magendarmaffectionen steht, ist, zumal wenn man den Patienten zuerst im Angstanfalle zu sehen bekommt und deshalb nur eine unvollkommene Anamnese erheben kann, nicht bei dem ersten Besuche möglich; in anderen Fällen dagegen, wenn die Kranken nur leicht erregt sind, wenn sie über körperliche Erscheinungen, Zwangsvorstellungen klagen, kann man oft schon bei der ersten Untersuchung einen solchen Zusammenhang eruiren. Zu den Angstzuständen hat oft ein einmaliger Excess geführt; wer die Lebensweise der Bevölkerung kennt, kann den Patienten oft auf den Kopf sagen, wodurch sie sich verdorben haben. Sonst muss man genau nach den Verdauungsverhältnissen fragen; es genügt nicht zu fragen, ob Stuhl da sei, es muss gefragt werden, ob er täglich, spontan eintrete und von normaler Consistenz sei. Viele Kranke geben ja bekanntlich an, dass diese Verhältnisse in Ordnung seien, auch wenn sie täglich erst nach einer Dosis „Carlsbader Salz“ Oeffnung haben. In der Angst werden Fragen in der Richtung verneint, die später bejaht werden, zum Theil auch deshalb, weil die Patienten es unangenehm und lästig empfinden, über Appetit und Stuhl zu sprechen, wo doch so viel wichtigere Dinge im Vordergrunde stehen. Aber man achte auf objective Symptome: Das Aufstossen wird geleugnet — trotzdem hört man während der Consultation öfters Ructus; ebenso verräth oft eine unten offene Weste oder ein oben nicht geschlossenes Beinkleid, der Mangel eines Corsettes: ein gebildeter junger Mann, der alle Fragen negirt hatte, sagte, als er auf die offene Weste hingewiesen wurde: „ja, Völlegefühl habe ich nicht, es ist mir nur so eng“.

Welcher Natur ein etwaiges Darmleiden ist, kann man ja oft schon durch Fragen eruiren oder aber durch Besichtigung des Stuhles, dagegen muss (und kann) die Diagnose des Magenleidens zunächst in suspenso bleiben; man beschränke sich zunächst darauf, die Magengrenzen festzustellen. Eine genaue Untersuchung der übrigen Organe hat zu folgen, insbesondere des Darms, Herzens, des Pulses, Urins. Man sollte nicht glauben, dass das zu betonen nöthig ist, wenn man nicht Fälle gesehen hat, in denen Pericarditis, Pleuritis, Herzfehler, und falls Darmkoliken vorlagen, Ulcus ventriculi, Nierensteine, Gallensteinkolik etc. etc. angenommen wurden — die letztgenannte Affection am häufigsten, besonders da die Schmerzen oft vorzugsweise im Colon ascend. ihren Sitz haben und da eine citronengelbe, durch atrophisches, subconjunctivales

Fett bedingte Verfärbung der *Conjunctiva sclerae* für Icterus gehalten wurde.

Die grosse Potenz der Therapie wieder nachdrücklich betont zu haben, halte ich für ein grosses Verdienst Alt's. Man mache es sich zur Regel, falls bei neurasthenischen Angstzuständen etc. etc. dyspeptische Zustände bestehen, zunächst auf diese einzugehen, eine gegen das Nervenleiden gerichtete Behandlung ist in diesem Stadium zwecklos. Im Angstanfalle mache man also keine Morphin-Injection, gebe kein Opium. Schon die genaue Untersuchung und die darauf gegründete Versicherung, dass es sich um kein Herzleiden handle, wirkt beruhigend. Im übrigen ist in vielen Fällen eine Magen- bezw. Darmentleerung das Nothwendigste; ist das nicht zu erreichen, so wende man wenigstens Massage an, lasse eine Tasse Pfefferminz- oder ähnlichen Thees trinken. Sodann gebe man eine Dosis Brom oder Baldrian und lasse einige Stunden nichts nehmen. Die weitere Behandlung wird sich natürlich nach der jeweiligen Magen-Darmerkrankung richten; es werden also ev. wiederholte Entleerungen des Magens (bei stärkerer Atonie) oder des Darmes nöthig sein. Ich muss mich auf einige allgemeine Regeln beschränken. In den ersten Tagen halte man die Kranken ruhig, ohne Besuch, die mit Angstzuständen im Bett, gebe Brom, hier und da ein laues Vollbad, eventuell prolongirt. Die Diät sei streng, eventuell nur Flüssigkeiten (Milch, Cacao, Bouillon mit Ei, Somatose, Kraftchocolade, Rahmzusatz etc.) Ist Beruhigung eingetreten, so nähre man die Kranken besser, gehe mit der Dosis der Arzneien zurück. Da heisst es denn oft den Widerstand des Kranken brechen, die vor vielen Nahrungsmitteln eine Scheu haben, weil sie ihnen „einmal“ nicht bekommen sind. Diese Angabe beruht in den allermeisten Fällen auf Irrthum, denn wenn nicht besondere Ursachen (Schlafmangel, Aerger, Ueberarbeitung etc.) mitgewirkt haben, reagirt ein Neurastheniker auf dieselbe Speise stets in gleicher Weise. Da behauptet Einer, Eier blähten ihn „jetzt wieder“ und vergisst zu melden, dass er heute noch keinen Stuhl hatte. Da giebt ein Zweiter an, das am Abend genossene Fleisch hätte ihm „schwer im Magen“ gelegen — bei näherem Fragen stellt sich heraus, dass er zum Mittag unerlaubter Weise „nur eine Gabel“ Sauerkraut mitgegessen — kurz, man frage so genau wie möglich, um dem Patienten mit der nöthigen Energie entgegenzutreten zu können und sich selbst vor mancher unsinnigen „Erfahrung“ zu schützen. — Ist man so zu festen Speisen übergegangen, so ist oft Ueberernährung erforderlich; dabei regele man aber streng die Zeit der Einnahme, die Menge der Speisen, lasse gut kauen, gebe öftere und kleine Mahlzeiten (auch bei Hyperacidität), grössere Flüssigkeitsmengen im Allgemeinen

zwischen den Mahlzeiten. Man vermeide viel cellulosehaltige, „blähende“ Speisen (Grahambrot!); schwerverdauliche Fette. Alkoholika, eventuell auch Tabak. In den meisten Fällen hat man es m. E. mit einer leichten Atonie und Hypersecretion zu thun: man vermeide in solchen daher schlecht dextrinirtes, frisches Brot, gebe Zwieback, untersage panirtes Fleisch, mit Mehl angerührte Saucen. Eine besondere Beachtung muss dem Darm geschenkt werden: ich habe ausgezeichnete Erfolge mit den Kussmaul-Fleiner'schen Oelclystieren gehabt und verwende, wo es Noth thut nur vegetabilische Abführmittel. Carlsbader Salz und a. sal. Mittel sind zu vermeiden, denn die Kranken sollen morgens sofort ihre Nahrung haben und nicht nüchtern herumrennen, das schwächt und erregt sie nur.

So handelt es sich um eine in manchen Punkten der „Oertelschen“ ähnliche Diät, die durch möglichst geringe Belastung und Auftreibung des Magendarmcanals möglichst wenig Reflexe und Druck auf das Herz zu Stande kommen lässt.

Hat man so die Psychose oder Neurose oder die Angina pectoris, das Asthma dyspept. etc. „geheilt“, so ist der Patient noch nicht genesen. Dann fängt, natürlich noch immer unter strenger Berücksichtigung der Magen-Darmverhältnisse, die allgemeine Cur an, sei es eine milde Kaltwasserbehandlung oder eine Luftcur. Nur Schade, dass noch in allen Hôtels und in vielen unserer Kaltwasserheilanstalten der Tisch für diese Kranken zu viel Unzuträglichkeiten mit sich bringt, dass man in den letzteren mit dem System der reichbesetzten table d'hôte noch nicht zu brechen gewagt hat. Die zugesagte „individuelle“ Behandlung erstreckt sich meist auf andere Dinge und wäre doch gerade hier am nöthigsten.
