III. Enteroptose und intraabdominaler Druck.

Von Medicinarrath Dr. C. Schwerdt, prakt. Arzt in Gotha.

I. Die Enteroptose ist eine Constitutionskrankheit.¹⁾

Im Jahre 1885 wurde die medicinische Welt durch den Lyoner Arzt Glenard mit einem neuen Krankheitsbild bekannt gemacht, dessen wesentlichstes anatomisches Substrat in einer Senkung des Darms zu suchen ist und für welches der Autor den Namen Enteroptose vorschlug. Die Bezeichnung Ptose war nicht neu, vielmehr waren wir durch die Arbeiten einer grossen Reihe namhafter Forscher schon seit lange mit der Nephroptose, Hepatoptose, Splenoptose, Gastropose bekannt und vertraut. Es ist das Verdienst Glenard's, die Krankheit in ihren subjectiven Symptomen, wenn auch sehr schematisch, doch im allgemeinen richtig geschildert zu haben; ob ihm dies in diagnostischer Hinsicht gelungen ist, wo er besonderes Gewicht legt auf die „chorde colique“ (das krampfhaft contrahirte Colon transversum) und auf „l'épreuve de sangle“, eine Methode, auf die ich später zurückkomme, bleibt vorläufig unentschieden. Jedenfalls haben seine Landsleute ihn entsprechend belohnt, indem sie der Enteroptose den Namen „maladie de Glenard“ beilegen.

Seit den Arbeiten von Ewald (1890) Pick, Boas, Kumpf, Hufschmidt (1892) über die Krankheit, hat sich — anscheinend auf Empfehlung des letzteren — die Definition des Wortes dahin verschoben, dass man unter Enteroptose ganz allgemein eine Senkung aller Bauchorgane versteht. Hiervon würde zu trennen sein die Senkung der Därme, die Enteroptose im engeren Sinne, nach den Franzosen „maladie de Glenard“, auf Ewald's Vorschlag Splanchnoptose genannt. Ich selbst schliesse mich dem Sprachgebrauch an, sähe allerdings gern einen Unterschied gemacht zwischen totaler und partieller Enteroptose, bei welcher letzterer Bezeichnung es vorerst nebensächlich bleiben dürfte, wie viele Ptosen und welcher Organe vorliegen. Da ich ferner bei meinem Krankenmaterial den Eindruck gewann, dass oft die Senkung eines Organs diejenige der anderen nach sich zieht, dass nicht selten ein verlagertes Organ beinahe dieselben schweren Krankheitserscheinungen macht wie die totale Enteroptose, und da endlich die Therapie der Krankheit trotz des bunten Bildes und der verschiedenen Entwicklungsphasen doch schliesslich immer dieselbe bleibt, so glaube ich nicht zu weit zu gehen, wenn ich, wo die Ptose von mindestens zwei Organen vorliegt, von Enteroptose spreche.

Von diesem Gesichtspunkt aus habe ich meine Patienten seit Anfang dieses Jahres zusammengestellt und finde die Krankheit bei 95, und zwar bei 6 Männern und 89 Frauen. Eine nahezu totale Enteroptose weist eine Patientin auf, doch fehlt zur Zeit noch die Senkung der Milz. Im übrigen fand ich den Magen verlagert und atonisch in 69 Fällen, die Nephroptose fand ich rechts 86 mal, links 4 mal. Beide Nieren waren gleichzeitig verlagert 5 mal, die Leber in einem Fall. Bei 18 Patienten bestand Hängebauch mit Splanchnoptose, in 11 Fällen Senkung und Knickung des Uterus, in 27 Fällen Para- und Perimetritis mit Blutungen.

Gehen wir nun auf den klinischen Befund ein, und beginnen wir mit der vorderen Bauchwand. Dieselbe, bei aufrecht stehenden fetten Patienten in wulstiger, mit Darmschlingen angefüllter Tasche, bei mageren mehr schürzenförmig über die Symphyse herabhängend, wird in dieser ausgeprägten, nicht allzu seltenen Form als Hängebauch bezeichnet. Bei horizontaler Rückenlage ist sie häufig durch reichliche Gase vorgewölbt, nicht selten aber auch in der Mitte eingesunken und in ganzer Breite abgeplattet, ferner durch Schwund von Fettschicht und Muskulatur häufig so verdünnt, dass man die Darmschlingen gewissermassen hindurchschimmern und bei peristaltischer Unruhe auf- und niederwogen sieht. Ist vor der Untersuchung für hinreichenden Stuhlgang gesorgt und gelingt es, die reflectorische Spannung der Bauchwand bei nervösen Patienten zu beseitigen, so tasten Finger und Hände des Untersuchenden auffallend leicht in die Tiefe. Es ist dies dadurch zu erklären, dass der intraabdominale Druck bei Enteroptose beträchtlich herabgesetzt ist, eines der klinisch wichtigsten Symptome bei dieser Krankheit, auf welches ich später noch zu sprechen komme.

Bei der nunmehr in die Tiefe fortgesetzten Untersuchung wenden wir uns zunächst dem Magen zu. Derselbe bietet in erster Linie die Erscheinungen der Atonie, d. h. seine durch verminderten Tonus der Muskulatur nachgiebige Wandung überschreitet bei Belastung durch Speisen und Getränke nicht unbedeutend die Grenzen, die dem normalen Magen zukommen. Ist es die grosse Curvatur allein, die herabgedrückt und vom linken Hypochondrium in deutlichem Bogen unter den Nabel verlaufend gefunden wird,

¹⁾ Vortrag, gehalten in der Versammlung des Vereins der Aerzte im Herzogthum Gotha am 10. December 1895.

so haben wir eine reine Atonie. Wird aber auch die kleine Curvatur wesentlich tiefer, etwa mitten zwischen Schwertfortsatz und Nabel nachweisbar, können wir somit eine Senkung des ganzen Organs erkennen, so haben wir Gastropse mit Atonie. Gastropse ohne Atonie scheint nicht vorzukommen. Vom atonischen Magen unterscheidet sich der dilatirte dadurch, dass bei letzterem die grosse Curvatur noch tiefer herabtritt, dass sein Volumen wesentlich grösser ist, und vor allem, dass es infolge von Lähmung der Muskulatur auch bei fehlendem Inhalt gleich gross bleibt, während der atonische Magen eine gewisse Contractilität sich erhalten hat und deswegen bei verschiedenen Untersuchungen, je nach dem Inhalt, ein wechselndes Volumen darbietet. Gemeinsam ist beiden Formen die Zurückhaltung der Gase. Hinreichenden Aufschluss bekommen wir durch die physikalischen Untersuchungsmethoden, die Inspection, Palpation, Succussion, Einblasen von Luft mittels Schlundsonde nach Ewald und Boas und endlich durch die Methode von Penzoldt und Delio, die darin besteht, dass man den Patienten bei nüchternem Magen im Stehen $\frac{1}{4}$ l Wasser trinken lässt, sodann die Lage der grossen Curvatur ermittelt, darauf in kurzen Intervallen noch dreimal dasselbe Wasservolumen einverleibt und zwischendurch jedesmal die untere Grenze des Magens feststellt.

Wir gehen nun zu den Därmen über. Voraussetzung für die Senkung der Dünndärme ist die Erschlaffung des sie fixirenden Bandapparats, des Mesenterium. Bei vorhandenem Hängebauch lehrt schon der Augenschein, dass wir sie in der herabhängenden Bauchwandtasche zu suchen haben. Im übrigen ist nach Glenard „l'épreuve de sangle“ von diagnostischem Werth, eine Methode, die darin besteht, dass man, hinter dem Kranken stehend, mit beiden Händen den unterhalb des Nabels gelegenen Theil des Unterleibs umfasst und einen gleichmässigen Druck von unten nach oben ausübt; ist Splanchnoptose vorhanden, so verspürt der Patient sofort eine wesentliche Erleichterung. Die auffallendste Lageveränderung bietet das Quercolon, welches sich im Mittelstück tief, nicht selten bis zur Symphyse herabsenkt und in dieser Lage nach Ewald dadurch nachgewiesen wird, dass man Wasser vom Mastdarm aus in dasselbe hineinlaufen lässt. Je geringer die Flüssigkeitsmenge ist, die im Quercolon nachweisbar wird, und je tiefer dieselbe gefunden wird, um so stärker ist die Senkung des Organs. Endlich kommt auch eine Ptose des Mastdarms vor; wenigstens hatten einige meiner Patienten über einen regelmässigen eintretenden Prolaps bei der Defécation zu klagen.

Wir kommen nun zu dem klinisch interessantesten Kapitel der Enteroptose, zur Nephroptose, der Nierenwanderung. Man versucht hier zu schematisiren, indem man Nierensenkung ersten Grades, wo das untere Ende palpabel, Senkung zweiten Grades, wo das Organ bis zur Mitte palpabel ist, und Wanderung dritten Grades, wo man die ganze Niere umgreifen kann, unterscheidet. So sehr es casuistisch und differentiell-diagnostisch von Werth sein mag, die Nephroptose ersten und zweiten Grades zu erkennen, so stösst dies doch auf einige Schwierigkeiten; auch ist gerade hier zu berücksichtigen, dass bei demselben Patienten zu verschiedenen Zeiten die Dislocation der Nieren verschieden gefunden wird. Bezüglich der Wanderniere dritten Grades möchte ich zunächst der Form gedenken, wo man die Niere an der vorderen Bauchwand in Nabelhöhe oder auch am unteren Lebertrand fixirt findet. Wenn hierbei andere Symptome von Enteroptose objectiv nicht beobachtet werden, auch subjective Beschwerden ganz mangeln, so erscheint es richtig, derartige Fälle aus dem Thema über Enteroptose ganz auszuschliessen. Aber interessant ist dieser Befund insofern, als man sagen kann, Nephroptose hat einmal bestanden, sie ist durch Spontanheilung, durch erneutes Festwachsen der Niere, wenn auch an abnormer Stelle, zum Abschluss gekommen. Und die klinische Bedeutung dieser Fälle darf deswegen nicht unterschätzt werden, weil Verwechselungen von fixirter Wanderniere mit vergrösserter Gallenblase sehr oft vorgekommen sind. Meist findet man freilich auch bei festgelegter Wanderniere noch andere Erscheinungen von Enteroptose, besonders Magenatonie.

Abgesehen von diesem seltenen Befund hat man bei den Wandernieren dritten Grades eine grosse Beweglichkeit derselben. Sie erreichen zwar selten die Mittellinie des Bauchs, senken sich aber häufig bis unter den Nabel, manchmal bis auf den Schambeinast oder in den Beckeneingang und können in letzterem Fall ein vergrössertes Ovarium vortäuschen. Reponiren in ihr Nest lassen sie sich meist leicht, nur ist dies ein vergebliches Bemühen, da sie stets wieder herausgleiten. Einige Male hatte ich folgendes überraschende Bild: Ich sah in horizontaler Lage des Patienten, bei sehr dünnen atrophischen Bauchdecken die Wanderniere mit ihren Contouren die vordere Bauchwand deutlich vorwölben. Drückte ich dieselbe vorsichtig nieder, so verschwand sie einen Augenblick, um sodann wieder emporzusteigen. Dieser Befund, dass die schwere

Niere gewissermaassen auf der Oberfläche der Bauchhöhle schwimmt, lässt sich physikalisch bloss so erklären, dass eine mit Gasen gefüllte Darmschlinge sich zwischen Niere und hintere Bauchwand hineingeschoben hat und dieselbe emporhebt. Den analogen Vorgang beobachten wir in der Natur, indem ein specifisch schwerer Körper, mit Schwimmgürtel versehen, zum Schwimmen auf dem Wasser gebracht, durch Stossen auch leicht untergetaucht werden kann, aber sodann von selbst wieder emportaucht.

Nur nebenbei erwähnen will ich an dieser Stelle zweier, meist secundär aus Nephroptose entstehender Erkrankungen, nämlich der Hydronephrose, die durch Abknickung des beweglichen Ureters sich bildet, und einer Circulationsstörung des Bluts, wie sie entweder bei Einklemmung der Niere in ihrer eigenen Kapsel oder durch Torsion der Gefässe zustande kommt. Die Hydronephrose zeigt oft beträchtliche Dimensionen, und auch bei letzterem Zustand schwillt die Niere stark an, wie Thierversuche ergeben haben, auf das 3–4fache ihres Volumens. Beiden Störungen gemeinsam ist die einseitige Anurie mit darauf unter Schwinden der Beschwerden eintretender Polyurie; ferner heftige krampfartige Schmerzen, Aufstossen, Erbrechen, hartnäckige Verstopfung. In besonders stürmischen Fällen haben wir einestheils urämische Erscheinungen, anderentheils einen ileusähnlichen Zustand, welcher letzterer wahrscheinlich dadurch entsteht, dass der Krampfschmerz der gedehnten Nierenkapsel auf das ganze Peritoneum übergreift und den Patienten zwingt, das Bauchfell instinctiv absolut ruhig zu stellen und jede Pressbewegung ängstlich zu meiden. Ich habe diese Erkrankungen die letzten Jahre, in einem Fall sogar doppelseitig, beobachtet, und mir fiel das häufigere Vorkommen im lang dauernden kalten Winter sowie im Hochsommer auf. Als charakteristisch für Hydronephrose aus Wanderniere erwähne ich ihren intermittirenden Charakter, als charakteristisch für die Blutstauungen in der Niere ihre Abhängigkeit von der Menstruation.

Die Wanderleber und Wandermilz haben geringeres klinisches Interesse, da sie selten vorkommen. Ich selbst beobachtete bloss erstere, und zwar nur in einem Fall. Landau hält die Bezeichnung Drehleber für richtiger.

Unter den Verlagerungen des Uterus und seiner Adnexe habe ich bloss die grösseren Abnormitäten, und zwar nur soweit sie mir aus der allgemeinen Enteroptose entstanden schienen, notirt. Verhältnissmässig häufig fand ich Retroflexio uteri mit Anteversionsstellung der Portio. Die parametritischen Narbenstränge mögen für den Uterus dieselbe Bedeutung haben wie für die Wanderniere die Verlöthung mit der Bauchwand.

Ich schliesse hiermit das Kapitel über den klinischen Befund und komme auf die subjectiven Beschwerden zu sprechen. Zu Beginn der Erkrankung haben wir besonders dyspeptische Erscheinungen: Druck, Völle im Epigastrium, Aufstossen, faden Geschmack im Mund, Brechreiz, häufig schwerstes Erbrechen, hartnäckige Verstopfung, abwechselnd mit sogenannten falschen Diarrhöen, Blähungen und Koliken. Im weiteren Krankheitsverlauf, besonders bei Splanchnoptose und Nephroptose haben wir Kreuzschmerzen, Parästhesien der unteren Extremitäten, Drang zum Uriniren, Polyurie. In späteren Stadien der Krankheit kommen hinzu: Schmerz in der Speiseröhre, Lähmung des Schlingacts, Herzpalpitationen, Dyspnoe, Kopfschmerz, Migräne, Schwindel, Unlust zur Arbeit, psychische Depression, Schlaflosigkeit, schreckhafte Träume, Melancholie.

Wir müssen uns nun weiter die Frage vorlegen, wie diese mannichfachen Beschwerden entstehen und auf welche Weise, sowie in welcher Reihenfolge man sich die Dislocation der verschiedenen Organe zu denken hat. Beim Gesunden stehen alle Bauchorgane unter einem bestimmten Druck, indem sie durch die Spannung der Bauchwand eingeengt und zusammengehalten werden. Trotz der verschiedenen Stellung, die der Körper einnehmen kann, ist in diesem normalen Zustand eine gegenseitige Verschiebung der Organe nur insoweit möglich, als sie der Füllungsgrad des Darmrohrs, die Peristaltik und die natürlichen Bewegungen der Bauchwand, speciell des Zwerchfells mit sich bringen. Anders beim pathologisch herabgesetzten Druck. Wir können uns hierbei, die constitutionelle Disposition zur Enteroptose vorausgesetzt, den Hergang der Organwanderung am einfachsten so erklären, dass wir die erschlaffte vordere Bauchwand als Ausgangspunkt der Krankheit ansehen. Es werden in diesem Zustand die Gesetze der Schwere eine erhöhte Bedeutung gewinnen; bei geeigneter Stellung wird sich die Bauchwand senken, es werden nachfolgen zunächst die lose fixirten und mit Koth gefüllten Dünndarmschlingen; das ganze Mesenterium wird eines Tages überdehnt sein; die Masse der Därme wird sich bei den verschiedenen Lagerungen des Körpers bald links, bald rechts werfen; bald hier, bald dort wird relativer Ueberfluss an Raum sein, und auch die stärker fixirten Organe werden dem Gesetz der Schwere nachgeben. Schliesslich werden lokale Ursachen, für den Magen öftere Ueberladungen, für

die Leber acute Schwellung (Mann; siehe Litteratur), für die Nieren ein heftiger Stoss, für den Uterus ein unglücklicher Fall hinzukommen, um die Organe einmal in dieser, einmal in jener Reihenfolge zum Verlassen ihres Orts zu zwingen. Eine weitere durch die Herabsetzung des intraabdominalen Druckes bedingte Störung ist die Anstauung der Gase im Magen und Darm. Wie Experimente am Thier ergeben haben, verursachen sie durch Ueberdehnung der glatten Muskelfasern einen paretischen Zustand des Darmrohrs mit Atonie, Verlangsamung der Peristaltik und Stuhlverstopfung. Die Ingesta fallen zum Theil der Fäulniss anheim, sie produciren giftige Substanzen; diese wiederum reizen örtlich die Schleimhaut, verursachen zeitweilig falsche Diarrhöen mit Abstossung von Schleimhautfetzen oder gelangen auch in den Körper und rufen durch Antointoxication die schweren nervösen Störungen hervor, die ich oben genannt habe und die sogar zum Selbstmord führen können.

Es wäre nun die Aetiologie zu besprechen. Was ist das Wesen der Enteroptose, und welches sind die inneren Ursachen, die zu dieser Krankheit führen? Ich möchte diese Frage dahin beantworten, dass das Wesen der Krankheit in einer Erschlaffung des gesamten Nervenapparates, die auf die muskulösen Elemente des Körpers übergreift, zu suchen ist und dass als ursächliche Momente hierzu zu betrachten sind: 1) die Heredität; 2) eine von Kindheit an auf falschen Grundsätzen beruhende Lebensweise: geistige Ueberbürdung, unzureichende Uebung und Stählung des Körpers, Missbrauch erschlaffender Genussmittel, besonders Kaffee und Thee, bei Wohlhabenden reichliche Fettansammlung im Unterhautzellgewebe mit Druckschwund der Muskeln, bei Armen durch schwere Arbeit und ungenügende Nahrung übermässige Anspannung aller Kräfte bis zur Erschlaffung; 3) alle chronischen Krankheiten, besonders Tuberkulose, Chlorose, Hysterie, die nervöse Form der Influenza und mit einigem Vorbehalt die harnsaure Diathese; 4) das Corset; 5) unter ungenügender Schonung durchgemachte Schwangerschaften und Wochenbetten.

Sehen wir uns diese ursächlichen Momente genauer an, so finden wir, dass sie alle, auch das Corset, eine die Gesamtconstitution schädigende Wirkung äussern, und von diesem Gesichtspunkte aus wird man zu dem Schluss gedrängt, dass die Enteroptose ein rein constitutionelles Leiden ist. Noch mehr kommt man zu dieser Auffassung, wenn man sich das klinische Bild vergegenwärtigt: wie ein Organ nach dem andern sich senkt, wie der Patient schliesslich sich nicht mehr auf den Beinen halten kann, zeitweilig Monate lang mit den Anzeichen höchster Erschlaffung liegen bleibt und sogar die letzte Bedingung des Vegetirens, die Fähigkeit der Nahrungsaufnahme fast vollständig einbüsst. Auch eine andere Ueberlegung führt zu dem Schluss, dass die Enteroptose weit über die Grenzen hinausgeht, welche die Wissenschaft ihr zur Zeit gesteckt hat. Da man nämlich allseitig die pathognomonische Bedeutung des herabgesetzten intraabdominalen Druckes bei dieser Krankheit würdigt, so ist es nur logisch und consequent, dass man seine schädigende Wirkung auch dahin verfolgt, wohin er über die Bauchhöhle hinaus wirken kann, nämlich in die Beckenhöhle und in die Brusthöhle. Bezüglich der Beckenhöhle bedarf es keines Beweises, dass hier der Druck ebenso fallen muss, wie in der Bauchhöhle, und ich habe deswegen mit gutem Grund, im Gegensatz zu anderen Autoren, die Lageveränderungen des Uterus in die Betrachtung mit hineingezogen. Auf die Configuration der Brustorgane dagegen ist der Bauchhöhlendruck indirect von Einfluss, weil er die Kuppelstellung des Zwerchfells mit bedingt. Bei Nachlass dieses Druckes dürfte sich allmählich auch eine Abflachung der Zwerchfellkuppel mit Verschiebung der Lungengrenzen nach unten einstellen. So möchte ich mir auch eine Art Dyspnoe, ein gezwungenes Tiefathmen erklären, welches ich öfter beobachtete. Eine weitere in die Brusthöhle gehörende subjective Störung ist der oft quälende Schmerz in der Speiseröhre, unstreitig verursacht durch Zerrung dieses Organs seitens des gesenkten Magens (Oesophagoptose?). Aber sogar jenseits der Körperhöhlen, jenseits der Grenzen, in denen der intraabdominale Druck sich äussert, scheint Ptose der Organe vorzukommen. So fiel mir bei allen meinen männlichen Patienten das schlaffe Herabhängen der Testikel im Hodensack auf, und ich halte es deswegen für berechtigt zu sagen, dass der Verdacht auf innere Enteroptose da nahe liegt, wo dies äussere Zeichen sich findet.

Bezüglich des klinischen Verlaufs und schliesslichen Ausganges, den die Krankheit nimmt, dürfte es instructiv sein, des Falles zu gedenken, den ich nunmehr seit acht Jahren in seiner allmählichen Entwicklung bis zur completen Enteroptose habe beobachten können und der mir das besondere Interesse eingeflösset hat, welches ich für diese Krankheit empfinde.

Bei dieser gegenwärtig 38 Jahre alten Patientin entwickelte sich seit 1888 allmählich das grosse Heer der Klagen, die ich oben schon geschildert habe, zu denen aber noch hinzukommen: Schlingbeschwerden, die

oft Wochen lang nur tropfenweises Schlucken gestatteten, vollständiges Lähmungsgefühl im Kreuz, welches wiederholt zu Monate langem Liegen, einmal sechs Monate unausgesetzt, zwang. Behandelt habe ich die Patientin in der Reihenfolge wie ich die Krankheiten fand, folgendermassen. Zunächst das Unterleibsleiden durch Aetzungen, Tampons, Auskratzen, Pessar. Sodann die Magenatonie mit allen denkbaren Mitteln, auch mit Ausspülungen. Im Sommer 1890 war längerer Aufenthalt in einer gynäkologischen Klinik zur Beseitigung des Unterleibsleidens, im Herbst Fixation der rechten Wanderniere in einer chirurgischen Klinik. Noch in demselben Jahr finde ich die linke Niere beweglich, deren Naht die Patientin verweigert. 1891 finde ich wieder notirt: örtliche Behandlung des Unterleibs, wohin die Patientin selbst den Sitz ihres Leidens verlegte. Das Jahr 1892 und 1893 lässt die zumeist bettlägerige Patientin in stiller Resignation vergehen. 1894 finde ich schliesslich auch die Leber gesenkt. Um diese Zeit hatte ich mich nach allen therapeutischen Irrfahrten, bei denen die Kranke immer elender geworden war, zu der Ueberzeugung durchgearbeitet, dass das Leiden constitutionell und vorzugsweise nervösen Charakters sei. Demgemäss schickte ich die Patientin nach Ilmenau zum Gebrauch einer mechanisch-diätetischen Cur und erzielte damit den ersten, allerdings vorübergehenden Erfolg. Darauf fielen mir die Veröffentlichungen über Enteroptose in die Hände, und die hier einschlägige Behandlung hat schliesslich das Resultat gehabt, dass die Frau ihrem Haushalt wieder vorstehen kann und dauernd leistungsfähig bleibt, wenngleich auch ein gutes Theil von Beschwerden noch nicht gehoben ist.

Ein Krankheitsbild wie das vorstehend entwickelte, dürfte freilich seltener zur Beobachtung kommen. Häufiger findet man bei Patienten der ärmeren Klasse, die Jahre hindurch ärztliche Hilfe nicht nachgesucht haben, vorgeschrittene Grade von Enteroptose, und nicht selten ist der Anlass, der sie zum Arzt treibt, eine acut einsetzende Verschlimmerung der durch Enteroptose bedingten Beschwerden. So behandelte ich in der heissen Periode des vorigen Sommers verschiedene anscheinend an Brechdurchfall erkrankte Frauen, bei denen die Untersuchung Enteroptose ergab. In dem einen Fall hatte ich Hängebauch mit Splanchnoptose, Magenatonie und doppelseitige Wandernieren. An der rechten Niere entwickelte sich acute Hydronephrose, und später bot die linke Niere das seltene Bild dar, wie ich es als auf der Oberfläche der Bauchhöhle schwimmende Niere skizzirt habe.

Aus dem Gesagten ist bezüglich der Prognose zu schliessen, dass das Leiden zwar nie tödlich, aber meist sehr langwierig und vielfach recht qualvoll ist. Spontanheilungen beginnender Enteroptose mögen vorkommen, wenn der Patient die Schädlichkeiten kennt und zu vermeiden in der Lage und gewillt ist. Im übrigen ist der Erfolg der Therapie stets abhängig vom Alter des Patienten und von der Dauer des Leidens.

Die pathologische Anatomie hat uns meines Wissens bisher wenige Resultate geliefert (Mann). Die lebensgetreuesten Befunde würden unzweifelhaft dadurch zu gewinnen sein, dass die Leichen plötzlich Gestorbener nach dem bekannten Verfahren der Anatomie der Gefrierung ausgesetzt würden, für unseren Zweck natürlich in aufrechter Stellung.

Die Diagnose der Krankheit ist vom Standpunkt des praktischen Arztes, dem die mannichfachen Hilfsmittel der Klinik fehlen, nicht ganz leicht. Ist auch aus der Anamnese die Krankheit nicht sicher festzustellen, so würde der Rath der sein, dass die Behandlung auf die differentiell-diagnostisch in Betracht kommenden einfacheren Krankheiten, sei es nun Dyspepsia nervosa oder Darmneurose, gerichtet wird. In derartigen zweifelhaften Fällen würde ex juvantibus die Diagnose gesichert werden.

Eine kurze Abschweifung vom eigentlichen Thema muss ich hier machen und dreier chronischer Krankheiten gedenken, nämlich der Chlorose, der Tuberkulose und der Hysterie in ihren nahen Beziehungen zur Enteroptose. Die Chlorose ist bekanntlich sehr häufig bei Enteroptose. In schwererer Form trat dieselbe unter meinen 95 Fällen 25 mal auf. Ich habe den Eindruck, dass beide Krankheiten sich neben einander entwickeln, und zwar aus denselben Ursachen. Therapeutisch wird man gut thun, in erster Linie gegen die Enteroptose vorzugehen; die Chlorose weicht dann ebenfalls mit, dagegen erreicht man beim umgekehrten Verfahren dies gute Resultat nie, wie ich oft beobachten konnte und besonders an zwei Fällen beweisen kann. Beides waren schwer chlorotische und nur die subjectiven Beschwerden der Chlorose darbietende, mit Eisenpräparaten Jahre lang vergeblich behandelte Mädchen. Die genauere Untersuchung ergab aber bei beiden doppelseitige Wanderniere und Gastropose. Ich leitete die gegen Enteroptose empfehlenswerthe Therapie ein, und zwar mit sofortigem gutem Erfolg. Freilich ist mir das Entstehen der Chlorose aus Enteroptose, theoretisch betrachtet, ebenfalls nicht unwahrscheinlich. Denn wenn man die Aufsaugung giftiger Substanzen aus dem Darmtractus in das Blut, die Autointoxication, als Ursache schwerer nervöser Störungen ansieht, so ist man noch eher zu der Annahme einer deletären Wirkung dieser Stoffe auf die geformten Elemente des Blutes berechtigt. Lungenkranke fand ich unter

meinen Patienten 15 mal. Besonders sind es jüngere Frauen und Mädchen mit schleichendem Verlauf der Krankheit, zunehmender Abmagerung, nicht ausschliesslicher Bettlägerigkeit, die allmählich neben den Beschwerden der Tuberkulose noch die der Enteroptose zu tragen haben. Manches Symptom, welches Tuberkulose früher boten, mag dem Arzt räthselhaft geblieben sein. Auch ich behandelte die letzten vier Jahre eine Patientin, bei der sich zeitweilig, meist Wochen hindurch, vollständige Unfähigkeit, Speisen zu schlucken, einstellte. Man konnte an eine Lähmung der Schlundmuskulatur oder an eine Neubildung denken. Schliesslich wurde das Räthsel durch Auffinden der Enteroptose gelöst. Ich erwähne den Zusammenhang der Tuberkulose mit Enteroptose unter besonderem Hinweis auf unsere moderne Therapie der Lungenkrankheiten, die bei der Verordnung von Kreosot, Cognac, Milchgenuss und Masturcuren sich absolut nicht von Uebertreibungen fernhält und so der Entwicklung von Gastropose mit Atonie Vorschub leistet. Bezüglich der Hysterie sei mir die Bemerkung gestattet, dass wohl mancher Patient hysterisch genannt und als solcher behandelt worden ist, der schliesslich als an Enteroptose leidend erkannt wird. Aber sicherlich kommen beide Krankheiten neben einander vor. Bei Wohlgenährten wird es dann schwer halten, zu entscheiden, was von den Beschwerden auf Hysterie, was auf Enteroptose zu schieben sei; bei zunehmender Abmagerung dagegen und schliesslichem Kräfteverfall dürfte Hysterie ganz auszuschliessen sein, so sehr auch die Klagen hysterisch klingen. In 12 Fällen fand ich diese Krankheit.

Nun endlich die Therapie! Die Prophylaxe erfordert schon in der Erziehung der Kinder geregelte Lebensweise, reizlose, kräftige Kost, methodische Leibesübung jeder Art, besonders Turnen und Schwimmen, Abkürzung der Schulstunden auf je $\frac{1}{2}$ Stunde mit dazwischen eingelegten längeren Pausen, hinreichenden Schlaf, endlich Verbot des Corsets; bei Erwachsenen würden häufige Schwangerschaften und allzu lange Lactationen zu verbieten und die Wochenbetten sorgfältig zu überwachen sein. In der eigentlichen Therapie würde ich bei dem constitutionellen Charakter des Leidens den Hauptaccent auf die Allgemeinbehandlung legen, und diese muss, um es mit einem Wort zu sagen, tonisirend sein. Freilich ist es bei diesem bunten Krankheitsbild sehr verschieden, wo und wie man zu tonisiren hat. Steht das Nervensystem im Vordergrund der Erschlaffung, ist der Patient energiclos, melancholisch, so ist der Nervenarzt am Platz, der durch vernünftigen Zuspruch, bei sorgenfreier geregelter Lebensweise in der Anstalt recht gute Resultate erzielt. Bei fettleibigen, muskelschwachen Personen würde ein strenger Diätzettel und hinreichende körperliche Arbeit nothwendig sein. Zu warnen ist aber vor zweierlei, nämlich vor körperlichen Ueberanstrengungen, besonders weiten Wegen in grosser Hitze und vor übereilten Entfettuncuren in Marienbad, Kissingen, Karlsbad. Weiter würde bei mageren, schwer arbeitenden und ungenügend ernährten Personen das geeignete Tonicum in hinreichender Ruhe bei reichlicher Nahrung zu suchen sein. Die Nahrung muss im allgemeinen gemischt, bei Wohlhabenden anscheinend mehr vegetabilisch sein, als zur Zeit üblich. In schweren Fällen würde alles Blähende zu verbieten sein. Mit Rücksicht auf den atonischen Magen sind kleine Mahlzeiten mit Beschränkung der Flüssigkeiten nothwendig. Kaffee und Thee zu verbieten, ist meist überflüssig, da der Kranke diese Getränke längst als schädlich kennt und meidet. Hinreichender Schutz gegen die Winterkälte ist nothwendig; noch besser entgehen diese Patienten durch Aufenthalt im Süden dem nordischen Winter, der den schwerer Kranken nach meinen Erfahrungen meist schlecht bekommt; für leicht Kranke ist im Sommer empfehlenswerth die See oder kalte Flussbäder.

Des weiteren würde, abgesehen von diesen allgemeinen Gesichtspunkten, verschiedenen Indicationen durch eine mehr lokalisirte Therapie zu genügen sein. Um den herabgesetzten intra-abdominalen Druck, den bedenklichsten Punkt in diesem Leiden, zu heben, ist eine mechanische Behandlung unerlässlich. Dieselbe ist entweder eine active und besteht dann in Massage, Faradisation mittels Rollenelektrode an der Bauchwand, der Kreuzgegend, und in gymnastischen Uebungen, die bei vorgeschrittener Enteroptose zuerst in Rückenlage des Patienten vorzunehmen sind. Die passive mechanische Behandlung dagegen würde die sein, dass man vorerst dem haltlosen Körper erneute Festigkeit giebt, indem man entweder das Corset durch Ansatzstück nach unten verlängert oder eine gut sitzende Leibbinde verordnet. Der hauptsächliche Werth dieser Stütz-Schutzapparate ist der, dass es oft erst mit Hilfe dieser den Patienten ermöglicht wird, sich in der ihnen so nothwendigen frischen Luft zu bewegen. Aber ebenso wenig wie das Bruchband den Bruch, die Gummibinde das Aderbein heilt, ebenso wenig kann man dauernde Besserung der Enteroptose durch die Leibbinde erwarten. Man wird sie daher jugendlichen Individuen nur vorübergehend verordnen und es als Ideal der Therapie betrachten, nach Beseiti-

gung der Krankheit die Patienten vom Tragen dieser Stützapparate dauernd zu entwöhnen. Weiter hat die Therapie Bedacht zu nehmen auf ausreichende Entleerung des Darmrohrs und auf Unterdrückung abnormer Gährungen und Fäulnisprocesse. Ersteres erreicht man, wo die gymnastische und Massagebehandlung im Stich lässt, durch Mittelsalze, nach Glenard auch durch Aloë, letzteres durch die Desinficientien wie Salol, Kreosot, Resorcin, Ichthyol. Endlich würden als Tonica zu nennen sein Eisen, Chinin, Strychnin; die Narcotica empfehle ich bloss im äussersten Nothfall.

(Fortsetzung folgt.)