



Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein Fall
von
Schnürwirkungen
an den Baueingeweiden.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

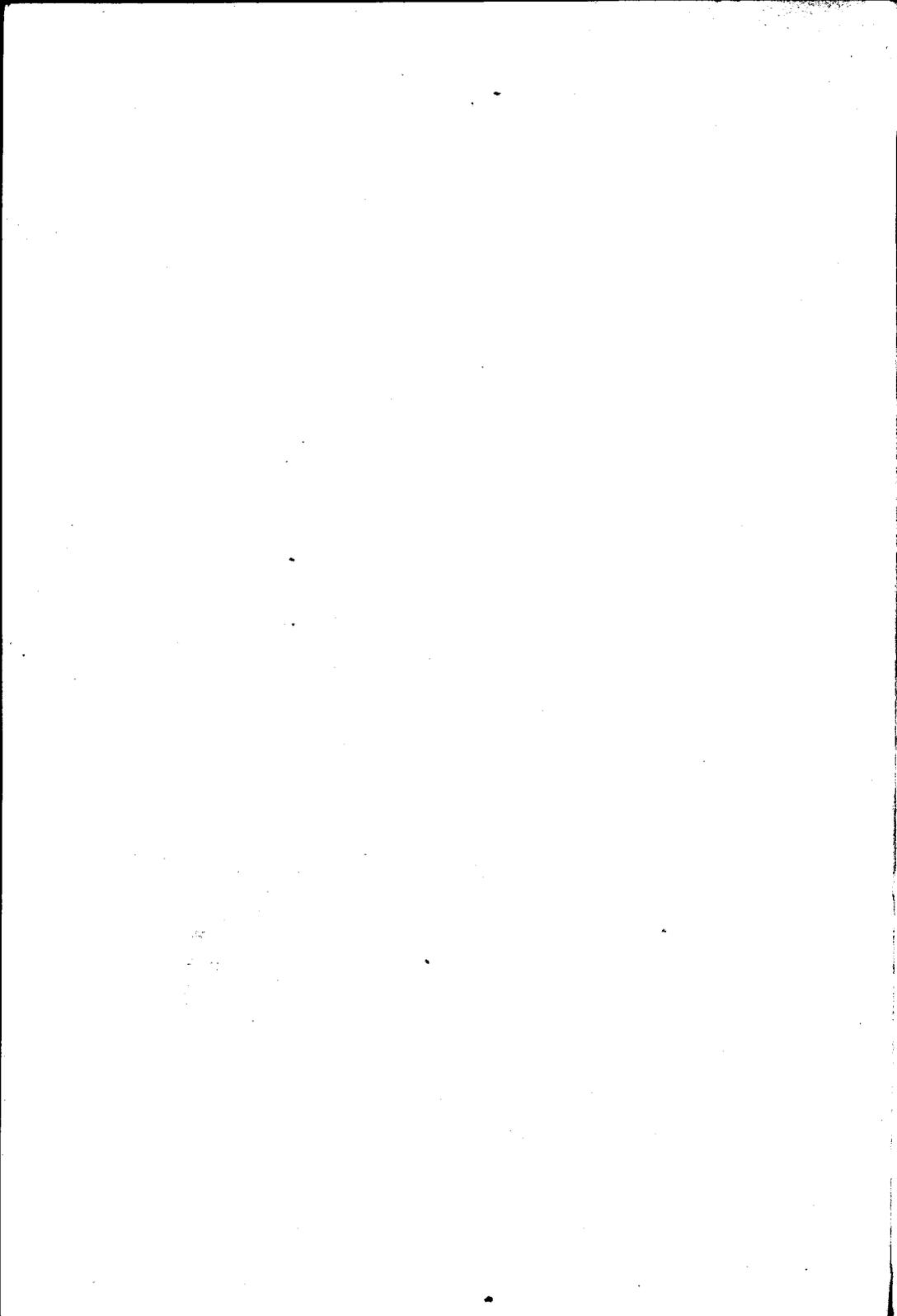
Chr. Hansen,
approb. Arzt aus Fauderup.



Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1893.



Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein Fall

VON

Schnürwirkungen

an den Baueingeweiden.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Chr. Hansen,

approb. Arzt aus Fauderup.



Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1893.

Nr. 30.

Rektoratsjahr 1893/94.

Referent: Dr. **Heller**.

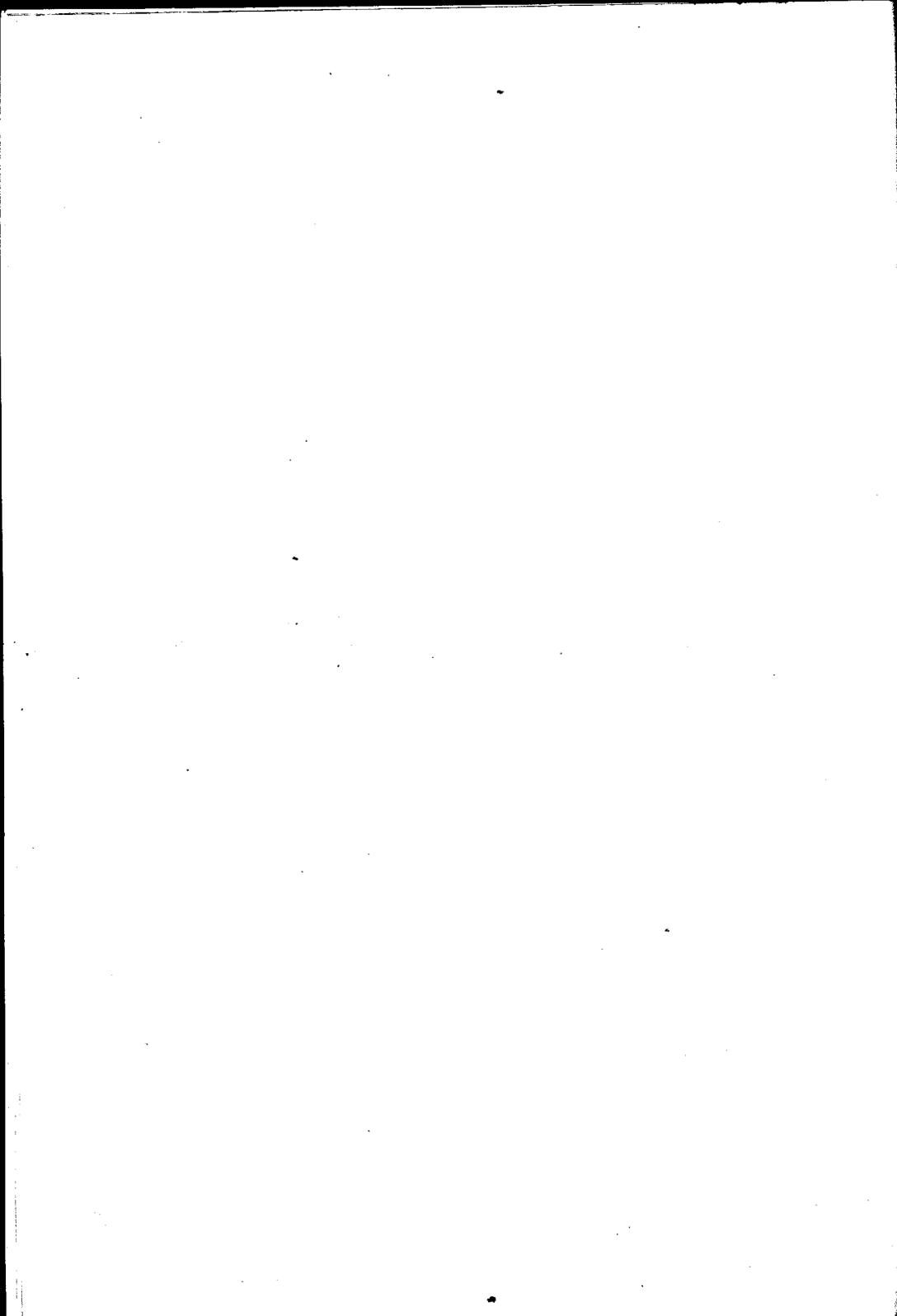
Druck genehmigt:

Völckers,
Dekan.

Seinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.



Im Jahre 1839 hat Cruveilhier zum ersten Male auf die schädlichen Folgen, die durch das Schnüren hervorgerufen werden können, hingewiesen, indem er die engen Korsets für die Entstehung der Schnürleber und der Wanderniere verantwortlich machte. Seit dieser Zeit hat man vielfach sowohl von klinischer als auch von pathologisch-anatomischer Seite die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand gerichtet, namentlich aber hat Herr Professor Dr. Heller bei den zahlreichen Sektionen im hiesigen pathologischen Institut Untersuchungen darüber angestellt und verschiedenen Schülern die Anregung zur Veröffentlichung von Arbeiten gegeben, die zur Klarlegung dieser Frage beigetragen haben.

Der Reihe nach sind aus dem hiesigen pathologischen Institute folgende Arbeiten veröffentlicht worden:

Heller, Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinscher Aerzte, 1886.

von Fischer-Benzon, Ein Beitrag zur Anatomie. und Aetiologie der beweglichen Niere. Inaug.-Diss. Kiel 1887.

Heinr. Peters, Gallensteinstatistik, Inaug.-Diss. 1887.

Buck, Ein interessanter Fall von Schnürwirkungen an den Baucheingeweiden. Inaug.-Diss. Kiel 1889.

Leue, Ueber die Häufigkeit der Schnürleber. Inaug.-Diss. Kiel 1891.

Fricke, Ein interessanter Fall von Schnürwirkungen. Inaug.-Diss. Kiel 1892.

Vor kurzem ist wiederum im hiesigen pathologischen Institute ein Fall von weitgehenden Schnürwirkungen an den Bauchorganen zur Sektion gekommen, dessen Veröffentlichung Heller mir in freundlicher Weise überlassen hat. Bevor ich jedoch zur Veröffentlichung desselben schreite, möchte ich kurz auf die Schnürarten und die wesentlichen Schnürwirkungen eingehen.

Die Statistik hat gezeigt, dass die Schnürwirkungen ungleich häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht getroffen werden. Dies kann uns nicht auffallend erscheinen, wenn wir die Art ihrer Kleidung in Betracht ziehen. — Wir finden bekanntlich bei den Frauen die Sitte fast allgemein verbreitet, enge Korsets und Schnürleiber zu tragen, um vor der Welt mit ihrer schlanken Taille zu glänzen und unbekümmert darum, ob sie dadurch die Gesundheit schädigen oder nicht. Allerdings darf das Tragen von Korsets an und für sich als für die Gesundheit verderblich nicht verworfen werden, weil dieselben beim guten Sitze und passender Weite dem Körper einen Halt verleihen und bei der Mode, die Kleider durch Schnürbänder oberhalb der Hüften zu befestigen, die Last der Kleider auf eine grössere Fläche übertragen und auf diese Weise die schädliche Wirkung der Rockbänder abschwächen; aber streng zu tadeln ist, wenn dieselben zu eng angelegt werden, um als Mittel zur Erzielung einer sogenannten schönen Taille zu dienen. Auf eine andere häufig vorkommende Schnürart hat zuerst Mueller-Warnock¹⁾ aufmerksam gemacht. Derselbe fand bei den vielen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Wanderniere und Magenerweiterung sehr häufig eine ausgedehnte Schnürfurche bei solchen Frauen, welche durch Rockbänder die Kleider oberhalb der Hüften befestigten; je grösser die Last der Kleider war, desto fester mussten die Rockbänder geschnürt werden, um den Kleidern die nötige Befestigung zu verleihen.

Bei den Männern verursacht die Kleidung im Allgemeinen keine Einschnürung des Körpers, da durchgehend der Gebrauch vorherrscht, durch Hosenträger die Beinkleider zu befestigen. Doch ist es bei einigen Berufsklassen, deren Beschäftigung freie Beweglichkeit des Oberkörpers und der Arme verlangt, Sitte, die Beinkleider durch einen oberhalb der Hüften umgeschmallten Riemen zu befestigen. Bei diesen männlichen Individuen lassen sich auch bei der Sektion Schnürwirkungen an den Bauchorganen nachweisen. Dasselbe wird ohne Zweifel auch der Fall sein bei Militärpersonen, welche zur Befestigung des Seitengewehrs oder Säbels die Koppel

¹⁾ Ueber die widernatürliche Beweglichkeit der Niere und deren Zusammenhang mit der Magenerweiterung.

zu eng schnallen. Doch kommen diese Personen in Universitätsinstituten meist nicht zur Beobachtung. Einen besonderen Fall von Schnürwirkungen hat Fricke¹⁾ veröffentlicht. Es handelte sich hier um einen jungen Mann in den zwanziger Jahren, welcher wegen eines angeborenen Nabelbruches von Klein auf ein Bruchband hatte tragen müssen. Bei der Sektion fand sich durch den anhaltenden Druck der Pelotte in der Nabelgegend die Haut stark nach der Bauchhöhle hin eingedrückt und die umgebende Haut in Falten gelegt. An den Bauchorganen waren die ausgesprochensten Schnürveränderungen vorhanden.

Gehen wir jetzt über zu den Deformitäten, die durch das Schnüren hervorgerufen werden. Dasjenige Organ, an dem sich zuerst eine Veränderung bemerkbar macht, ist die Leber. Durch Einengung der unteren Thoraxpartie schmiegt sich die Leber mit ihrem plastischen Gewebe der Thoraxwandung genau an, wobei namentlich die im Verlaufe der Schnürfurche eingedrückte Thoraxwand einen mächtigen Druck auf den rechten Leberlappen ausübt, so dass es im Verlaufe derselben zur Druckatrophie der Leberzellen kommt; es entsteht bei längere Zeit anhaltendem Druck die sogenannte Schnürfurche, welche je nach der Schnürart eine verschiedene Form zeigt. Durch das Korset wird eine breite flache Furche erzeugt, durch Rockbänder und Hosenriemen dagegen eine schmale tiefe Furche. Dieselbe vermag in hochgradigen Fällen eine derartige Tiefe zu erreichen, dass nur eine schmale dünne Brücke, aus Leberkapsel, Bindegewebe, Gefässen und Gallengängen bestehend, die Verbindung zwischen dem oberen und unteren Abschnitt des rechten Leberlappens herstellt, und der untere abgeschnürte Teil wie um ein Gelenk auf den oberen umgeklappt werden kann. Ausser der Schnürfurche bewirkt der anhaltende Schnürdruck eine Herabsetzung des schon ohnehin sehr trägen Pfortaderkreislaufs und eine verminderte Arbeitsleistung der Leberzellen, also auch eine verminderte Produktion der für die Verdauung so wichtigen Galle. In dem unter der Schnürfurche befindlichen Abschnitt kommt es zur Stauungshyperämie, die zu einem vermehrten Wachstum anregt. Wir sehen deshalb immer den unteren abgeschnürten

¹⁾ Fricke. Ein interessanter Fall von Schnürwirkungen. Inaug.-Diss. Kiel 1892.

Abschnitt vergrößert, ja in dem von Buck¹⁾ veröffentlichten Falle reichte der rechte Leberlappen beinahe bis auf die rechte Darmbeinschaukel, in seltenen Fällen soll derselbe sogar bis zur *linea arcuata* gereicht haben.

Eine andere wichtige Frage ist die Beziehung des Schnürens zur Gallensteinbildung. Der starke anhaltende Druck der Thoraxwand, welcher die Schnürleber entstehen lässt, führt an dem ductus cysticus zu einer Verengung und Verhinderung des Gallenabflusses in das Duodenum. Die notwendigen Folgen sind die Stagnation der Galle und die Erweiterung der Gallenblase, Umstände, die wiederum das Entstehen von Umsetzungsprodukten und Bildung von Concrementen befördern. Von den Autoren sind es besonders Heller²⁾ und Marchand³⁾, welche zuerst auf dieses wichtige ätiologische Moment bei der Gallensteinbildung hingewiesen haben. Auch Peters⁴⁾ gelangte in seiner Abhandlung zu der Anschauung, dass alle Störungen der Gallenentleerung, besonders aber die durch das Schnüren bedingte, leicht Gallensteinbildung zur Folge hat. Derselbe fand bei 68,32% von Gallensteinbildung Schnürfurchen der Leber und Magen-Darmaffektionen, in 23,6% der Fälle waren ausgesprochene Schnürfurchen der Leber vorhanden. Da nun das Schnüren vorwiegend vom weiblichen Geschlecht geübt wird, so findet das sonst so auffallend häufige Vorkommen von Gallensteinen bei diesem eine befriedigende Erklärung. Ein nicht seltener Befund bei Gallensteinen ist Gallenblasenkrebs, so dass verschiedene Autoren wie Heller, Marchand und Zenker einen direkten Zusammenhang zwischen diesen beiden Complicationen angenommen haben analog der Entstehung eines Magenkrebses auf Grund eines früheren Magengeschwürs. Zenker stellt die von anderen Autoren genauer beobachteten Fälle von Gallenblasenkrebs zusammen und führt 48 genauer beobachtete Fälle an, unter denen bei 41 das Vorhandensein von Gallensteinen angegeben war, bei den übrigen 7, wo keine Steine angegeben sind, waren

¹⁾ Buck. Ein interessanter Fall von Schnürwirkungen an den Bauch eingeweid. Inaug.-Diss. Kiel. 1889.

²⁾ Heller. Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Aerzte, 1886.

³⁾ Marchand. Deutsche medizinische Wochenschrift 1888 Nr. 12.

⁴⁾ Peters. Gallensteinstatistik. Inaug.-Diss. Kiel 1887.

die Angaben sehr ungenau. Peters hat in seiner Statistik 6 Fälle von Gallenblasenkrebs zu verzeichnen, von denen bei jedem Gallensteine vorhanden waren.

Wir gelangen jetzt zu dem klinisch am bedeutungsvollsten Folgezustand des Schnürens, nämlich zur Wanderniere. Über die Entstehung derselben sind die verschiedensten sich widersprechenden Theorien aufgestellt worden, ein Beweis, dass keine von denselben genügt hat. Oppolzer¹⁾ hält das Fett der Nierenkapsel für ein wichtiges Befestigungsmittel und schreibt dem Schwunde desselben, wie es in chronischen und akut fieberhaften Krankheiten vorkommt, eine hohe Bedeutung zu für die Entstehung der Nierenektopie. Heller dagegen hat sich bei seinen zahlreichen Sektionen nicht davon überzeugen können, wohl aber bei sehr starken Fettleibigen bisweilen bereits bedeutende Beweglichkeit vorgefunden. Ebenfalls bekämpft Senator²⁾ diese Ansicht. Derselbe führt dagegen an, dass man bei kleinen Kindern keine Ektopie der Nieren findet, obgleich kein Fett in der Nierenkapsel enthalten ist, und dass Wanderniere seltener anzutreffen ist bei Männern als bei Frauen, obgleich diese doch einen besser entwickelten panniculus adiposus besitzen. Er meint, diese irrtümliche Ansicht sei entstanden, weil die Wanderniere bei abgemagerten Personen leichter zu konstatiren sei als bei fettleibigen.

Andere Autoren schreiben der Volum- und Gewichtszunahme ein ätiologisches Moment zu. So nimmt Becquet³⁾ an, dass während der Menstruation durch nervösen Einfluss eine stärkere Blutzufuhr zu den Nieren stattfände, und dass die dadurch bedingte Schwere der Nieren eine Lockerung und Zerrung der Befestigungsbänder bewirken solle. Hiergegen muss man einwenden, dass der vermehrte Blutandrang zu den Nieren während der Menstruation durchaus nicht erwiesen ist, und selbst wenn ein solcher stattfände, wäre er wohl doch nicht im Stande eine Lockerung der Befestigungsbänder zu bewirken. Übrigens müsste nach dieser Theorie das Leiden viel verbreiteter sein, als es in Wirklichkeit ist.

1) Wiener medizinische Wochenschrift 1856 Nr. 42.

2) Charité-Annalen 1881.

3) Archives généraux 1832.

Ebstein und Landau glauben, dass vermehrte Schwere der Nieren wie bei Hydronefrose und Geschwülsten Beweglichkeit derselben erzeuge. Hiermit steht gänzlich in Widerspruch die Beachtung Hellers, welcher oft eine bedeutende Vergrößerung ohne Beweglichkeit vorfand, z. B. in einem Falle eine tuberkulöse von 11 cm Länge, 7 cm Breite und 4,5 cm Dicke (nach von Fischer-Benzon). Auch von Fischer-Benzon hat keinen Fall gefunden, der für die Richtigkeit der Annahme spricht. Zwar beobachtet man häufiger Hydronefrose und Wanderniere zusammen, aber letzteres ist stets das Primäre.

Landau¹⁾ und Senator²⁾ legen der Erschlaffung der Bauchdecken durch wiederholte Schwangerschaften und Lageveränderungen der Genitalien grosse Bedeutung zu für die Entstehung der Wanderniere. Wenn auch zugegeben werden muss, dass bei Erschlaffung der Bauchdecken wegen der Herabsetzung des intra abdominellen Drucks leichter eine Lockerung der Nieren stattfinden kann, zumal da die beim Aufrechtstehen in die erweiterte Bauchhöhle herabsinkenden Gedärme einen Zug auf die Nieren ausüben, so darf man doch die Erschlaffung der Bauchdecken nicht als Hauptgrund, sondern nur als Hilfsursache bei der Entstehung der Wanderniere ansehen; denn es giebt viele Frauen, die trotz vieler Geburten keine Wanderniere besitzen, andererseits viele, die nie geboren haben, aber trotzdem mit diesem Leiden behaftet sind. So giebt auch Riemann in seiner Dissertation an, dass unter 56 mit Wanderniere behafteten Personen weiblichen Geschlechts 24 Nullipare, 7 einmal, 7 zweimal und 14 mehr als dreimal Entbundene sind. Lindner³⁾ hatte unter 75 Frauen mit Wanderniere 24 Nullipare.

Die allein zufrieden stellende und heutê fast allgemein anerkannte Erklärung geben diejenigen, welche in dem Schnüren den Grund erblicken. Zum besseren Verständnis des hierbei stattfindenden Vorgangs ist est nötig, die anatomische Lage der Nieren ins Gedächtnis zurückzurufen. Dieselben liegen nach den

¹⁾ Landau, die Wanderniere der Frauen, Berlin 1881.

²⁾ Einiges über die Wanderniere, insbesondere ihre Actiologie, Charité Annalen 1881.

³⁾ Lindner: Ueber die Wanderniere der Frauen 1888.

Untersuchungen von Pansch¹⁾, deren Ergebnis Bartels und Mueller-Warneck durch die Perkussion bestätigt gefunden haben, noch innerhalb des knöchernen Thorax vom unteren Rande des XI. resp. XII. Brustwirbels bis zum unteren Rande des II. resp. III. Lendenwirbels jederseits in einer mittleren Entfernung von circa $7\frac{1}{2}$ cm der Mittellinie des Körpers ab, neben den Querfortsätzen der Wirbelsäule. Zwischen dem rechten Nierenhilus und der Wirbelsäule liegt der absteigende Teil des Duodenums durch das Bauchfell an die Wirbelsäule fixirt. Links grenzt die rechte Niere an den Kopf des Pankreas und die Wirbelsäule, oben an die Leber, rechts kann sie wegen der Befestigung an den Gefässen nicht entweichen. Nur nach unten und vorn ist der Weg durch kein festes Organ verlegt. Die Schnürfurche fällt nun nach den vielen Untersuchungen von Mueller-Warneck²⁾ hinten zwischen den proc. spin. des I. und II. resp. II. und III. Lendenwirbels, trifft also die rechte Niere in der Mitte oder etwas unterhalb derselben. Sobald nun ein starker Schnürdruck von aussen her die inneren Organe zusammenpresst, sucht die rechte Niere ihrer anatomischen Lage gemäss nach unten und vorn zu entweichen, da dies wie wir oben gesehen haben, anderswohin nicht möglich ist. Als wichtigstes mobilisirendes Moment kommt noch hinzu der Druck nach unten von seiten der Leber. Bei jeder Inspiration geht bekanntlich das Zwerchfell nach unten und übt einen Druck aus auf die Leber, diese wiederum auf die rechte Niere. Je kräftiger der Schnürdruck den Thorax einengt, je forcirter die Atmung stattfindet, um so mehr drückt das Zwerchfell die Leber und die Niere nach unten, um den Lungen den nötigen Raum zu verschaffen. So lockern und verlängern sich im Laufe der Zeit die Befestigungsbänder und Gefässe der Niere, so dass schliesslich ein Herabgleiten auf die Darmbeinschaukel möglich werden kann. Wenn wir auf die Seite derjenigen treten, welche in dem Schnüren die Ursache für die Entstehung der Nierenektomie erblicken, so kann es uns weder auffallend erscheinen, dass die Wanderniere so überwiegend häufig bei den

¹⁾ Pansch, Ueber die Lage der Nieren mit besonderer Berücksichtigung auf die Perkussion.

²⁾ Ueber die widernatürliche Beweglichkeit der Niere und deren Zusammenhang mit der Magenerweiterung. Berlin, Klin. Wochenschrift 1877.

Frauen vorkommt, da doch von diesen das Schnüren viel mehr geübt wird als von den Männern, noch darf es uns wundern, dass die rechte Niere fast immer beweglich ist, während die linke höchst selten Beweglichkeit zeigt. Auf der linken Seite fehlt nämlich ein derartiges mobilisirendes Moment, wie es rechts in der Leber vorhanden ist. Nur die Milz, welche bei normaler Grösse nicht an die linke Niere heranreicht, vermag bei abnormer Vergrösserung an die linke Niere heranzureichen und auf dieselbe einen Druck nach unten auszuüben.

Es bleibt uns noch übrig des schädlichen Einflusses des Schnürens auf den gesammten Verdauungstractus Erwähnung zu thun. Müller-Warneck hat das Verdienst, zuerst auf den Zusammenhang zwischen Wanderniere und Magenerweiterung hingewiesen zu haben. Es muss nach ihm die rechte Niere bei Verdrängung von ihrem normalen Sitze den absteigenden Teil des Duodenum zusammenpressen und eine Stenose desselben schaffen. Die hierdurch hervorgerufene erschwerte Entleerung des Mageninhalts in den Dünndarm regt den Magen zu kräftigerer Tätigkeit an und bewirkt Hypertrophie der Magenmuskulatur. Sobald aber die gestellten Forderungen die physiologische Arbeitsleistung des Magens übersteigt, erfolgt Erschlaffung und Erweiterung der Magenwandung. Es wird von nun an der Mageninhalt unvollkommen entleert. Der lange Aufenthalt desselben im Magen führt zu Zersetzungs- und Gährungsvorgängen, die leicht einen Katarrh der Schleimhaut herbeiführen, zumal da schon durch Beeinträchtigung des Pfortaderkreislaufs eine Stauungshyperämie besteht. Bei dem krankhaften Zustande des Magens führt jede geringe Schädlichkeit leicht zur Verletzung der Schleimhaut, zur Entstehung eines Magengeschwürs, und da auf Grund eines solchen sich später häufiger Magenkrebs entwickelt, so haben wir in dem Schnüren eine Ursache für dieses gefährliche Leiden.

Ein ähnlicher Vorgang wie im Magen spielt sich ab im Darm. Hier wird durch Druck von seiten des vergrösserten rechten Leberlappens eine Stenose des Colon dexter erzeugt, welche den Darminhalt zu längerem Verweilen im Darm zwingt. Da auch hier eine Stauungshyperämie besteht, und die fäulniswidrige Galle wegen der Stenose des ductus cysticus nur unvollkommen ins

Duodenum entleert wird, so bilden sich Zersetzungsprodukte, die leicht einen Katarrh der Darmschleimhaut hervorrufen.

Nachdem wir im Vorhergehenden einen kurzen Ueberblick über die wesentlichen Schnürwirkungen geworfen haben, sei es mir gestattet, im Anschluss hieran, den vor kurzem im hiesigen pathologischen Institut zur Sektion gekommenen Fall als Beispiel für ausgesprochene Schnürwirkungen an den Bauchorganen anzuführen. Es handelt sich hier um eine 66jährige Näherin, die an Influenza starb.

Die Sektion, kurz nach dem Tode ausgeführt, ergab folgenden wesentlichen Befund.

(Sektionsprotokoll Nr. 97, Jahrgang 93).

Sehr starke eitrige Bronchitis. — Sehr starkes Lungenemphysem. — Bronchiektasie mit verkalkten Wandungen. — Geringe Residuen von linksseitiger Pleuritis. — Centrale strahlige Narbe im linken oberen Lappen. — Geschrumpfte verkalkte und schiefrige Tracheal- und Bronchialdrüsen. — Usur der oberen Hohlvene durch solche. — Trübung und Atrofie des hypertrofischen Herzens. — Geringe chronische Endarteriitis und fettige Fleckung der Aorta. — Starke fettige Substitution am rechten Ventrikel. — Atrofie und Schnürfurche der Leber. — Umklappung des Randes und Verwachsung an der Basis links. — Sehr bewegliche hyperplastische Milz. — Bewegliche Nieren, besonders rechts. — Schrumpfnieren. — Anteflexion des Uterus mit Verwachsung an der Blase. — Ausgedehnte Residuen von Perimetritis. — Verkalkung von Mesenterialdrüsen. — Tyfusnarben. — Erweichungsheerd im rechten Streifenhügel. — Obliteration des rechten Hinterhorns. — Mässiger Kropf im rechten Pyramidenfortsatz. — Chronischer Dickdarmkatarrh, — Starke Pigmentirung und Verlängerung des Dickdarms. — Stenosirende Narbe der flexura dextra. — Atrofie des Pankreas. — Kirschgrosse Nebennilz. — Nebennierenrindentumor im Marke.

Das Protokoll lautet: Schädeldach nicht besonders dick. Dura leicht abziehbar. Gehirn von normaler Consistenz und Farbe. Ganz geringe Hyperämie. Im rechten corpus striatum ein 1 Markstück grosser Erweichungsheerd.

Milzarterie sehr weit, abgeplattet, im Querdurchmesser 1 cm messend, sehr stark geschlängelt. Pankreas 21 cm lang, zu einem



grössten Teils 25 mm breiten und etwa 8 mm dicken dunkel graurötlichen Stränge ausgezogen. Duodenum sehr weit. In der Höhe der Papille $13\frac{1}{2}$ cm. Magen sehr weit. Vom oberen Teil der Milz geht nach dem 5 cm entfernten Magenfundus durch eine derbe Rindgewebsplatte eine weite sehr dickwandige Arterie in eine Arterie der Magensubmucosa, die als ein sehr breites, abgeplattet $3\frac{1}{2}$ mm breites, geschlängeltes und zum Teil Schlingen bildendes Gefäss im Bogen nach der Cardia hinaufläuft.

Unterwerfen wir jetzt den Befund, soweit er uns hier angeht, einer kurzen Betrachtung. Zunächst finden wir neben der üblichen Schnürfurche Alterstrofie der Leber. Ausserdem ist der Rand umgeklappt und an der Basis links verwachsen. Es ist nämlich im Verlaufe der Schnürfurche die Thoraxwand derartig eingedrückt worden, dass der Lebertrand, welcher an die untere Thoraxwand grenzt, umgeklappt und der Leberbasis genähert worden ist, so dass durch den Reiz eine peritonitische Verwachsung zwischen Lebertrand und Leberbasis eingetreten ist.

An beiden Seiten haben wir Beweglichkeit der Nieren besonders an der rechten, wie sie ja häufig als Folge des Schnürens auftritt.

Durch das Schnüren sind die Organe derartig zusammengedrückt worden, dass die Nieren einen Ausweg nach unten und vorn suchen mussten. Die Verlagerung ist rechts durch die Leber, links durch die vergrösserte Milz befördert worden. Diese beiden Organe sind bei jeder Inspiration durch das Zwerchfell nach unten gedrückt worden, wobei sie einen Druck auf die Nieren ausgeübt haben.

Was die Verlängerung der Nierenarterien betrifft, so hat Oppolzer dieselbe als Beweis dafür angeführt, dass die Wanderiere angeboren sei. Doch diese Ansicht ist nicht haltbar. Es spricht im Gegenteil die Verlängerung für erworbene Beweglichkeit, da allmähliches Tieferreten der Nieren eine Verlängerung der Arterien zur Folge haben muss, während bei angeborenen Lageanomalien der Nieren stets ein abnormer Ursprung der Gefässe vorhanden ist.

Auch in diesem Falle hat die rechte Niere durch Verlagerung Stenose des Duodenum und dadurch Erweiterung des Magens und Duodenum herbeigeführt.

Von dem grössten Interesse ist der Befund in bezug auf die Milz. Dieselbe ist beweglich und vergrössert. Die Milzarterie ist sehr weit abgeplattet, im Querdurchmesser 1 cm messend, sehr stark geschlängelt. Vom oberen Teil der Milz geht nach dem 5 cm entfernten Magenfundus durch eine derbe Bindegewebsplatte eine weite sehr dickwandige Arterie in eine Arterie der Magen-submucosa. Unterwerfen wir dies einer kurzen Betrachtung. Die Beweglichkeit der Milz ist dadurch hervorgerufen worden, dass der von aussen wirkende Schnürdruck das Organ aus der Lage verdrängt hat und auf diese Weise eine Lockerung und Verlängerung der Befestigungsbänder bewirkt hat. — Die Vergrösserung ist infolge der Stauungshyperämie entstanden, welche wegen der vorhin erwähnten Stauung der Pfortader sich auch in der Milz bemerkbar gemacht hat. —

Einerseits durch die Stauungshyperämie und andererseits durch das Zusammenschnüren der Milz ist die Entleerung der Milzarterie derartig erschwert worden, dass dieselbe eine Erweiterung und Schlängelung erfahren hat. Weiterhin sehen wir, dass durch den gegenwärtigen Reiz des Magenfundus und oberen Randes der Milz, eine Bindegewebsverwachsung zwischen beiden Organen, eine derbe Bindegewebsplatte sich gebildet hat. Wie die Entwicklung der starken Arterie in dieser Platte aufzufassen ist und in welcher Weise sie bei der gestörten Circulation fungirt haben mag, ist sehr schwer zu sagen.

Um uns klar zu machen, wie das Pankreas zu einem schmalen Strange ausgezogen werden konnte, müssen wir uns vergegenwärtigen, dass der Kopf des Pankreas in die Konkavität des Duodenum hineinragt, wo es mit der Darmwand fest verwachsen ist, und dass das linke Ende, der Schwanz des Organs, mit der inneren Fläche der Milz und mit dem oberen Ende der linken Niere in Verbindung steht. Die Beweglichkeit der beiden letzteren Organe haben es mit sich geführt, dass ein Zug auf das linke Ende des Pankreas ausgeübt wurde, welcher dadurch zu einem langen schmalen Strange ausgezogen worden ist.

Bei derartig hochgradigen Veränderungen kann es nicht ausbleiben, dass die Gesundheit im hohen Grade gestört ist. Die katarrhalische Magenschleimhaut und das atrofische Pankreas vermögen nicht mehr den notwendigen Verdauungssaft zu liefern.

Die gestörte Verdauung, wozu noch die schlechte Resorption durch die katarrhalisch erkrankte Darmschleimhaut hinzukommt, führt zur Abmagerung, Schwäche, Chlorose u. s. w. Das Allgemeinbefinden wird ausserdem noch verschlechtert durch trägen Stuhlgang, welcher in der Verlängerung des Duodenum und des Colon dexter, in diesem Falle ausserdem in dem Katarrh und der Verlängerung des Dickdarms seinen Grund hat. Es kommt noch die verringerte Atmung hinzu. Durch das Einschnüren der unteren Thoraxpartie wird die Blutcirculation und eine ausgiebige Ventilation der unteren Lungenlappen verhindert, somit auch eine verminderte Sauerstoffaufnahme bedingt.

Da das Schnüren so ausgedehnte Folgestörungen haben kann, darf man nicht nachlassen in der Bekämpfung der verkehrten Kleidertracht und des unsinnigen Einschnürens des Körpers, wenn auch die Aussicht sehr gering ist, dass einem solchen Kampfe ein baldiger allgemeiner Erfolg winkt.

Zum Schluss erfülle ich die mir angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Heller, für die Ueberlassung des Materials und die freundlichst gewährte Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Christian Hansen, bin am 23. December 1865 in Fauderup geboren als Sohn des Hofbesitzers P. Hansen. Ich besuchte zuerst die Dorfschule, darauf eine Privatschule. Ostern 1880 kam ich auf das Königliche Gymnasium zu Hadersleben, welches ich Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studirte darauf Medizin in Leipzig, Würzburg, Kiel. Das Tentamen physicum bestand ich am 22. Mai 1890 in Würzburg. Das medizinische Staatsexamen beendete ich am 3. Mai 1893 in Kiel; ebendort machte ich am 3. Juni 1893 das Examen rigorosum.



11191

1948年

Whole 26