



Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Schnürwirkungen.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

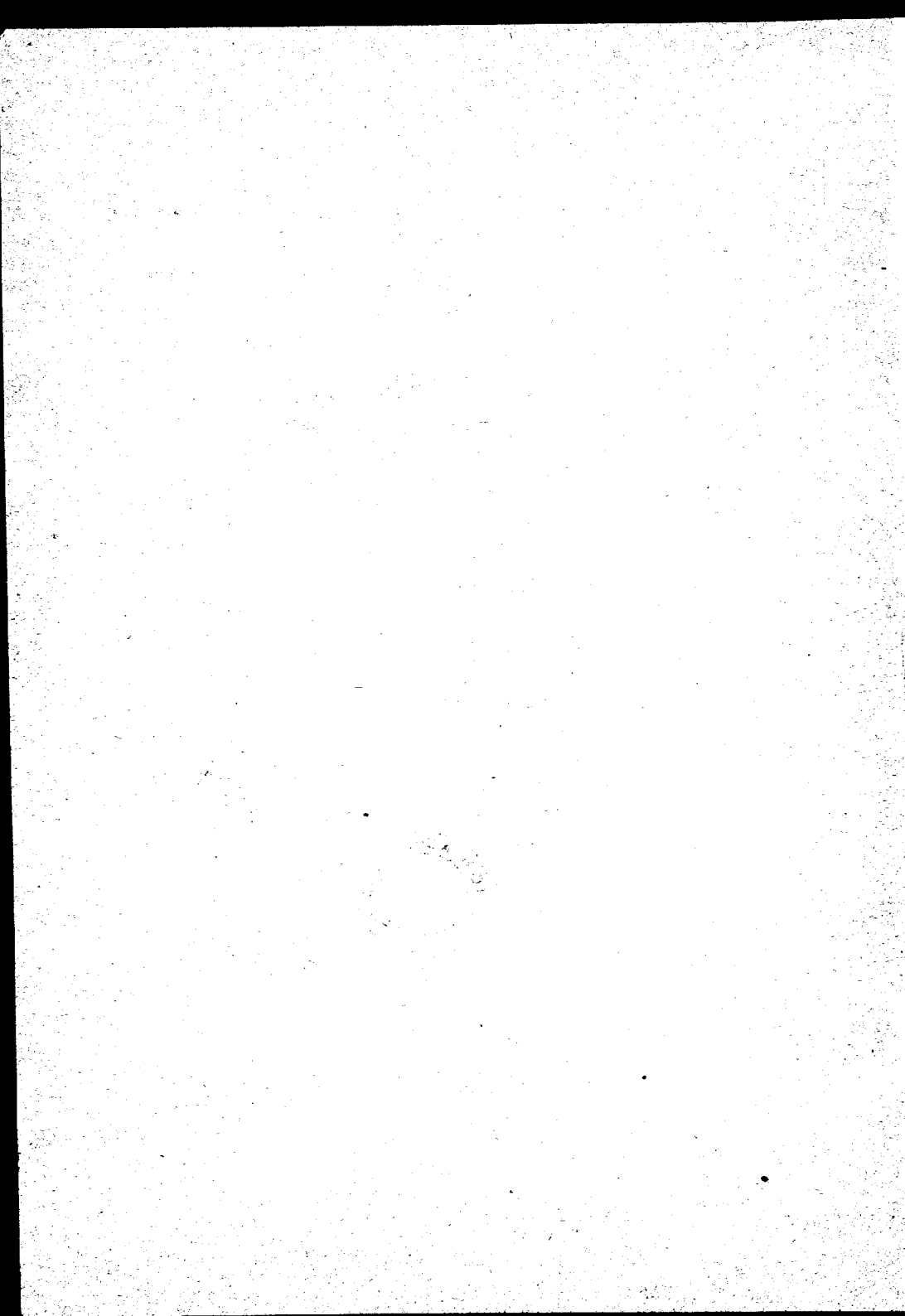
Karl Hackmann

approb. Arzt aus Ankum in Hannover.



KIEL.

Druck von Chr. Donath.
1894.



Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Schnürwirkungen.

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

vorgelegt von

Karl Hackmann

approb. Arzt aus Ankum in Hannover.



KIEL.

Druck von Chr. Donath.
1894.

Nr. 9.

Rektoratsjahr 1894/95.

Referent: **Dr. Heller.**

Druck genehmigt:

W. Flemming, Dekan.

Den teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.



Schnürwirkungen.

Wenn man unsere moderne Kleidung vom Standpunkte der Zweckmässigkeit und des wirklich praktischen Wertes einer Kritik unterwirft, so ist auf den ersten Blick ersichtlich, dass mancherlei zu beanstanden und praktischer zu machen wäre; es wird beispielsweise niemand die Unzweckmässigkeit hoher Stehkragen, der Befestigungsweise der Beinkleider u. s. w. bestreiten können, allein Gewohnheit und Eitelkeit spielen bei der Beurteilung des praktischen Wertes von Kleidungsstücken von jeher eine zu grosse Rolle. Haben wir Grund genug, von diesem Standpunkte aus am Bestehenden zu rütteln und zu reformiren, wiewielfür müssen wir uns gegen das Tragen von Kleidungsstücken erklären, welches zur Verkrüppelung des ganzen Körpers oder doch einzelner Organe führt. Hierher sind in erster Linie die engen Schuhe mit den spitzen Absätzen zu rechnen, welche die reinsten Marterwerkzeuge für die Füsse sind. Die Zehen werden derart eingeklemmt, dass einer sich über den andern legt und der ganze Fuss mit den Jahren verkrüppelt. Hierher gehört ferner das Korset, welches in der Frauenwelt eine grosse Rolle spielt und die nachtheiligsten Wirkungen auf verschiedene Organe ausübt. Es wäre jedoch zu weit gegangen, wenn man bei der jetzigen Befestigungsweise der Frauenröcke, welche bekanntlich einer über den andern durch Bänder befestigt werden, das Korset von vornherein verwerfen wollte, so lange diese Art der Befestigung besteht, hat auch das Tragen von Korsets seine Berechtigung; durch letzteres wird nämlich der Druck gleichmässig auf eine grössere Fläche verteilt. Leider ist aber erfahrungsgemäss festgestellt, dass mit dem Tragen von Korsets auch das Schnüren beginnt und das ist es, wovon gewarnt werden muss.

Seitdem Cruveilhier¹⁾ 1839 die Aufmerksamkeit der Kliniker und Pathologen auf diesen Gegenstand hingelenkt, sind im

1) Cruveilhier, Pathologische Zustände der Leber, Band XXII.

Laufe der letzten Jahrzehnte eine Reihe von Arbeiten erschienen, aus denen immer deutlicher hervorgeht, wie mannigfaltig die Folgen des Schnürens sind. In neuerer Zeit hat besonders Herr Professor Heller in mehreren Arbeiten die in dieser Richtung interessantesten Befunde niederschreiben lassen, so erschienen nacheinander:

Heller. Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Aerzte 1886.

Von Fischer-Benzon. Ein Beitrag zur Anatomie und Actiologie der beweglichen Niere. Inaug.-Diss. Kiel 1887.

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

Petermöller. Ueber den sogenannten Geschlechtstypus des menschlichen Brustbeines. Inaug.-Diss. Kiel 1890.

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

Heinrich Peters. Gallensteinstatistik. Inaug.-Diss. Kiel 1891.

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

Es ist besonders die untere Thoraxapertur, die Gegend der 7. und 8. Rippe, wo die intensivste Wirkung des Schnürens sich findet. Die Enden dieser Rippen können einander derart unter dem Processus xifoideus genähert werden, dass der Thoraxwinkel erheblich verkleinert wird, ja, in sehr ausgeprägten Fällen können die 8. Rippen aneinander stoßen und somit der Winkel ganz schwinden. Das Brustbein entwickelt sich nicht in normaler Weise, besonders bleibt der Körper im Wachstum zurück, wie Petermöller in der vorhin angegebenen Dissertation statistisch nachgewiesen hat. Derselbe sagt: „Beim weiblichen Geschlecht, wo aus begreiflichen Gründen ein stärkerer und längerer Druck auf die untere Thoraxapertur ausgeübt wird, haben wir auch um so häufiger eine Verkleinerung des Corpus Sterni. In den ersten Lebensjahren, wo beide Geschlechter in gleichen Verhältnissen leben, zeigt sich keine Verschiedenheit in dem Verhalten des Brustbeines. Wäre mangelnde Entwicklung des weiblichen Brustbeinkörpers physiologisch, so müssten wir sie in allen Fällen finden, was aber keineswegs zutrifft.“

Auch die Atmung resp. Entfaltung der Lungen kann nicht in ausgiebiger Weise stattfinden, weil das Ausdehnen des unteren Thoraxabschnittes ja behindert ist. Der ganze Atmungstypus ist

beim Weibe ein anderer geworden; während beim Manne der abdominale vorherrscht, finden wir beim Weibe den costalen Atmungstypus, der mit aller Wahrscheinlichkeit auf die Befestigungsweise der Frauenröcke zurückzuführen ist, da letzteres im Kindesalter noch bei beiden Teilen die gleiche ist, findet sich zu dieser Zeit sowohl beim männlichen wie beim weiblichen Geschlecht abdominales Atmen. Dass die mangelhafte Entfaltung der Lungen keineswegs eine gleichgültige Sache ist, liegt auf der Hand; es kann die dadurch erschwerte Circulation so hochgradig werden, dass Uebelkeit und Ohnmacht bei geringen Anstrengungen eintreten, wovon man sich des häufigeren auf Ballsälen überzeugen kann. Um in voller Grazie zu erscheinen, werden bei derartigen Gelegenheiten alle Hebel in Bewegung gesetzt, eine schöne Taille zu schaffen, häufig folgt aber die Strafe auf dem Fusse nach. Durch die Anstrengung beim Tanz ist ein reichlicherer Austausch von Sauerstoff in den Lungen erforderlich; diese sowohl, wie das Herz werden infolge der vermehrten Arbeit des Herzens mit Blut überladen, und damit kommt es zu so starker Stauung, dass Uebelkeit und Schwindel eintreten, ja, sogar Herzschlag hat man beobachtet.

In der Bauchhöhle ist zunächst die Leber am meisten dem Druck ausgesetzt, es entsteht Druckatrofie des Leberparenchyms, welche sich regelmässig an der Schnürfurche erkennen lässt; letztere ist verschieden, je nachdem sie durch Schnüren mittelst Korset, oder durch einfaches Festbinden der Röcke übereinander entstanden ist. Im ersten Falle ist sie breit und flach, im letzten Falle schmal und tief. Die Leber, ein blutreiches, plastisches Gewebe, sucht nach Möglichkeit dem Druck auszuweichen. Nach oben ist sie aber durch das Zwerchfell daran gehindert, nach den Seiten hin ist sie ebenfalls scharf begrenzt, daher kann der Teil der Leber, welcher oberhalb der Schnürfurche liegt, nach keiner Richtung eine Verschiebung erleiden, wohl aber der unterhalb derselben gelegene. Dieser wird zunächst mechanisch heruntergedrängt, dann kommt es in demselben zu einer starken Hyperämie, darauf zur Hypertrofie, welche letztere man vielleicht als eine vicariirende auffassen kann, da ja unter dem Druck ein Teil des Leberparenchyms zu Grunde geht.

Die Hypertrofie kann so hochgradig werden, dass der untere Leberabschnitt bis zur Linea arcuata, ja, bis zur Darmbeinschaufel herabreicht. Die Schnürfurche, resp. Druckatrofie findet man bis-

weilen so stark ausgeprägt, dass der untere Leberabschnitt wie eine freie Arthrodie beweglich und nach Art eines Scharniergelenks nach oben umgeklappt werden kann.

Wie häufig das Vorkommen von Schnürlebern ist, geht aus der oben erwähnten Arbeit von Leuc hervor. Dieser hat festgestellt, dass unter 3484 Sectionen Erwachsener aus dem hiesigen pathologischen Institut, worunter 2119 Männer und 1365 Weiber, sich 394 mit Schnürleber fanden. Von den 2119 Männern hatten 41 ($=1,9$ pCt.) eine Schnürleber, von den 1365 Weibern aber 353 ($=25,9$ pCt.)

Dass auch bei Männern in einzelnen Fällen sich Schnürwirkungen zeigen, darf uns nicht Wunder nehmen, da bei einigen Arbeitern und leidenschaftlichen Turnern die Sitte herrscht, ihre Beinkleider durch einen Gurt um den Leib zu befestigen, um eine freiere Bewegung des Oberkörpers zu ermöglichen; dasselbe gilt von den Soldaten. Dass aber gewisse höhere Stände der Männerwelt „auf Taille schwören“ und sich zur Erzielung einer schönen Figur des Korsets „Façon Mars“ bedienen, klingt zwar wunderbar, ist aber Thatsache. Auch bei diesen werden sich zweifellos die Folgen des Schnürens finden; leider entziehen sich aber diese Stände dank ihrer gesellschaftlichen Stellung meist dem Sectionstische.

Durch Druck auf die Leber und grösseren Gallengänge entsteht ferner eine Stauung der Galle und zwar einmal in den feinsten Gallengängen, dann auch durch Compression des Ductus cysticus Stauung in der Gallenblase. Die Entleerung der letzteren ist erschwert, es kommt zu Ektasie der Blasenwand und zu Katarrh der Schleimhaut. Die eingedickte Galle kann für sich allein einen entzündlichen Reiz auf die Wand der Blase ausüben. In dem erwähnten Katarrh ist dann weiterhin die Ursache der Umsetzung des Blaseninhalts zu suchen, es entstehen Niederschläge, Concremente, welche ihrerseits wieder einen neuen Reiz bedingen; die Wand kann alceriren und es kommt dann zu eitrigem Erguss in die Blase. Im günstigen Falle erfolgt Heilung durch Narbengewebe; letzteres bildet aber, wie erfahrungsgemäss feststeht, sehr oft den Ausgangspunkt für Carcinom. Auf diese Weise lässt sich ungezwungen erklären, einmal, dass Gallensteine fast nie in früher Jugend vorkommen, dann, dass dieselben weit häufiger beim weiblichen Geschlecht vorkommen, als beim männlichen, ebenso, dass Carcinom und Steine der Gallenblase fast immer combinirt gefunden werden.

Die Blutstauung in der Leber infolge der Compression der Gefässe macht sich weiterhin im ganzen Pfortadergebiet geltend, der Blutabfluss aus Magen und Darm wird erheblich erschwert; infolge der Stauung entsteht eine venöse Hyperämie und Stauungskatarrh der Schleimhäute, wodurch Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Stuhlanomalien hervorgerufen werden, Erscheinungen, die häufig unter dem Bilde hochgradiger Chlorose verlaufen und nicht selten dafür gehalten werden. Am meisten werden die oberen Particen des Dünndarms von dem Druck betroffen, also grade die für die Verdauung wichtigsten Abschnitte des Darmes: Damit der Darm normal functionirt, ist unbedingt erforderlich, dass die Blutcirculation eine unbehinderte ist, da das aber nicht der Fall ist, so kommt es eben zu Störungen der digestiven und resorbierenden Processe.

Durch den intensiven Druck auf den oberen Teil des Duodenums wird der Ausführungsgang für die Galle und den Bauchspeichel eingengt, der Abfluss ist behindert; dadurch werden dem Darm zwei für die Verdauung sehr wichtige Secrete zeitweise ganz oder doch zum Teil entzogen.

Eine weitere Folge des Drucks auf das Duodenum ist dann die erschwerte Fortbewegung des Magen-Darminhaltes. Der normale Widerstand im Magen besteht darin, dass der Inhalt aus einem weiten Raume in einen engen Kanal übergeführt und zugleich etwas gehoben werden muss, weil die tiefste Stelle des Magens tiefer liegt als Pylorus. Wird dieser Widerstand gesteigert, was ja bei Compression des Duodenums der Fall ist, so entwickelt sich in der Regel zunächst eine Compensation dadurch, dass die Muskularis hypertrofirt. Es kann das mechanische Gleichgewicht wieder hergestellt und das Hindernis überwunden werden. Das geht aber nur bis zu einer gewissen Grenze, ist das Hindernis zu gross, dann ermüdet die hypertrofirte Muskularis, es tritt fettige Degeneration derselben ein und daran schliesst sich Erschlaffung der Magenwand. Die Schleimhaut bietet das Bild eines chronischen Katarrhs, und es ist infolge dieses Katarrhs leicht Gelegenheit zur Entstehung von Magengeschwüren, sei es durch Verschlucken heisser Bissen oder andere Insulte gegeben: Die Heilung der Geschwüre führt zu Narbenbildung, und letztere bilden wieder ein ursächliches Moment für die Entstehung von Magencarcinom.

Von den unteren Darmabschnitten erleidet dann noch das

Cöcum am häufigsten Veränderungen in der Weise, dass durch Compression des Colon ascendens von seiten des rechten Leberlappens Ektasie desselben eintritt, bedingt durch Stauung seines Inhaltes.

Eine der häufigsten Folgen des Schnürens ist ferner die Wanderniere. Nachdem Rayer¹⁾ zuerst die Wanderniere ausführlicher behandelte, sind mit den Jahren eine Menge von Ursachen angeführt worden, welche alle die Entstehung der Wanderniere erklären sollen. Aus der Menge der aufgestellten Theorien geht indess zur Genüge hervor, dass keine derselben sich auf alle Fälle anwenden lässt. Rayer glaubt in einem Falle, bei dem er die Nierengefässe sehr verlängert fand, dass es sich hier um angeborene Beweglichkeit handele. In einem andern Falle beschreibt er die Leber als sehr hyperämisch und von beträchtlich vergrössertem Umfang. Der rechte, schmale und dünne Leberlappen erreicht die Christa ilei. Obgleich er nichts von einer Schnürfurche erwähnt, ist es doch wahrscheinlich, dass es sich lediglich um Folgen des Schnürens handelt. Auch Rayer glaubt, dass die rechte Niere durch die Leber von ihrem Platze verdrängt ist.

Oppolzer²⁾ äussert sich betreffs der Wanderniere folgendermassen: „Die bewegliche Niere ist wohl grösstenteils angeboren, worauf die Verlängerung der Gefässe deutet“. Dass diese Ansicht nicht zutrifft, wird später noch ausführlicher hervorgehoben werden.

Ebstein³⁾ und Landau⁴⁾ suchen sodann die Ursache in dem Schwund des Fettes in der Lendengegend, so sagt ersterer: „Bei den beweglichen Nieren, welche sich erst nach der Geburt entwickeln, finden sich keine Anomalien der Gefässe, dieselben sind höchstens manchmal etwas verlängert. Dagegen findet sich meist eine fettlose Nierenkapsel, und die Verbindung zwischen der Nierenkapsel und dem Bauchfell ist vollständig gelockert.

Senator⁵⁾ bekämpft die Ebstein'sche Ansicht. „Es spricht gegen jene Annahme die Thatsache, dass bei Männern, welche doch

¹⁾ Rayer, *Maladies des reins*, Paris 1811.

²⁾ Oppolzer, *Wiener Med. Wochenschr.* Jahrg. 1856, No. 42.

³⁾ v. Ziemssen, *Handbuch der pec. Path. u. Therap.*, Bd. IX.

⁴⁾ Landau, *Die Wanderniere der Frauen*, Berlin 1882.

⁵⁾ Senator, *Einiges über die Wanderniere, insbesondere ihre Aetiologie.* Charité Annalen 1881.

wahrlich einem rapiden Fettschwund durch Krankheiten, Ausschweifungen, Sorgen u. s. w. ebenso sehr und noch wohl mehr ausgesetzt sind als die Weiber, dass, sage ich, bei Männern das Leiden doch so auffallend selten ist. Die Thatsache wäre ja ganz räthselhaft, wenn das Fett so wichtig für das Festhalten der Niere wäre! Es scheint mir vielmehr, dass es sich mit diesem aetiologischen Moment so verhält, dass der Fettschwund nicht die Entstehung des Leidens begünstigt sondern nur seine Entdeckung, was keiner weiteren Ausführung mehr bedarf“.

Während dann Ebstein und Landau ferner vermehrte Schwere der Nieren, wie bei Hydronefrose, Geschwülsten und Steinen als Ursache für die Beweglichkeit anschuldigen, sucht Senator die Hauptursache in der Erschlaffung der Bauchdecken, wie sie durch wiederholte Schwangerschaften entstehen, ferner in Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Der Ansicht Ebsteins und Landaus ist zu entgegnen, dass vermehrte Schwere der Nieren allein keine Beweglichkeit derselben bedingt; so fand Herr Professor Heller eine tuberculöse Niere von 16 cm Länge, 7 cm Breite und 4,5 cm Dicke festgeheftet, ohne dass entzündliche Processe in der Umgebung bestanden hätten. Die Hydronefrose ist mit aller Wahrscheinlichkeit wohl immer secundär entstanden; infolge der Beweglichkeit der Niere, kann der Ureter leicht abknicken und damit ist ja die Ursache für die Entstehung der Hydronefrose gegeben. Auch der Ansicht Senators kann man nicht unbedingt zustimmen, es mag ja die Erschlaffung der Bauchdecken disponirend wirken, aber den eigentlichen Grund möchte ich hierin nicht suchen, denn, wenn das der Fall wäre, so dürfte man keine Wanderniere bei unverheirateten Mädchen finden, was jedoch häufiger vorkommt; ferner giebt es viele sehr kinderreiche Frauen mit schlaffen Bauchdecken ohne Wanderniere, eine Thatsache, welche ebenfalls nicht zu Gunsten der Ansicht Senators spricht. Die wichtigste Ursache für die Entstehung der Wanderniere ist zweifelsohne in dem Schnüren zu suchen; schon Cruveilhier¹⁾ macht darauf aufmerksam, indem er sagt, dass die Niere durch den Druck des Korsets auf die Leber entschlüpfe, wie ein Obstkern zwischen den Fingern. Wird von anderen Autoren das Korset auch als

¹⁾ l. c.

harmlos hingestellt, so muss hier wieder betont werden, dass der Nachdruck nicht auf Korset, sondern auf Schnüren zu legen ist; letzteres beginnt aber meistens mit dem Anlegen dieses Kleidungsstückes. Durch das Schnüren wird wie schon angegeben, auf den untern Thoraxabschnitt ein bedeutender Druck ausgeübt, derselbe pflanzt sich zunächst auf die Leber fort und ruft hier die erwähnten Veränderungen hervor; die Leber wird von vorn und von den Seiten her — hinten haben wir die starre Wirbelsäule — so fest gegen die hinter ihr liegende Niere gepresst, dass dieselbe mit gegen die Wirbelsäule gedrängt wird und auf diese Weise gezwungen ist, die Verschiebungen der Leber bei In- und Expiration mitzumachen. Wird nun am Abend das Korset abgenommen, dann rutscht die Niere wieder zur Seite hin und nimmt ihren alten Platz ein, um am nächsten Morgen mit dem Anlegen des Korsets wieder medianwärts gedrängt zu werden; auf solche Weise erklärt sich leicht die allmählich eintretende Beweglichkeit.

Diese geschilderten Verhältnisse treffen die rechte Niere; bei der linken haben wir kein so massiges Organ, welches dieselbe verdrängen könnte, es sei denn, dass die Milz abnorm vergrößert wäre, eine Erscheinung, die sich häufig findet. Ist dieselbe nicht vergrößert, dann werden Milz, Niere und Pankreas, welche bekanntlich in fast gleicher Höhe liegen, gegen einander und gegen die Wirbelsäule gedrängt. Auf solche Weise kann ebenfalls eine Lockerung der Niere stattfinden, wenn auch nicht so leicht wie rechts. Aus dem angeführten Grunde erklärt sich ungezwungen die Thatsache, dass die rechte Niere weit häufiger beweglich gefunden wird als die linke, und dieser Befund ist wiederum ein guter Beweis dafür, dass die Ursache der Wanderniere in der Mehrzahl der Fälle auf das Schnüren zurückzuführen ist. Experimental ist dieses noch von Professor Heller¹⁾ an einer Leiche versucht. Er sagt: „Einer weiblichen Leiche wurde nach Eröffnung des Bauches ein Gürtel um die Lendengegend gelegt und dieser dann mässig angezogen. Die Leber wurde dadurch ganz bedeutend zusammengepresst, der Gallenblasenfundus buchtete strotzend vor, die rechte Niere wurde nach der Mittellinie verschoben und gegen das Duodenum angedrängt, auch die linke Niere war etwas mehr der Mitte genähert. Mit ganz geringer

¹⁾ Fischer-Benzon l. c.

Kraft liess sich der Gürtel aber noch bedeutend enger schnallen, sämtliche Erscheinungen wurden dadurch ganz ungeheuer gesteigert. Dabei waren die Bedingungen für die Druckwirkung lange nicht so günstig, wie es bei uneröffneter Bauchhöhle der Fall gewesen wäre.“

Senator¹⁾ weist darauf hin, dass auch Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane, wie Prolaps zur Entstehung der Wanderniere Veranlassung geben: „Da die weiblichen Genitalien sowohl durch das Bauchfell, als durch den Harnleiter mit den Nieren in unmittelbarer Beziehung stehen, so wird der Zug (des Bauchfelles) noch durch die bei jenen Leiden meist mit vorgefallene Blase verstärkt.“ Ich ziehe aus diesen Ausgaben zunächst den Schluss, dass Wanderniere und Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane nach Senators Beobachtung häufiger combinirt gefunden sind; dass aber durch Zug an dem Ureter eine Lockerung der Niere herbeigeführt werden soll, scheint mir nicht wahrscheinlich, zumal von Professor Heller in einem solchen Falle der Ureter derart verlängert gefunden wurde, dass die Niere mit Leichtigkeit in ihre normale Lage gebracht werden konnte, ein Beweis, dass zuerst Prolaps und später die Wanderniere entstanden war, denn sonst ist eine derartige Verlängerung des Ureters nicht zu verstehen. Ich glaube aber, dass wir in dem Schnüren häufiger ein actiologisches Moment für die Entstehung von Lageveränderungen weiblicher Geschlechtsorgane zu suchen haben. Wenn beispielsweise eine Frau, die am sechsten oder siebenten Tage nach der Geburt das Bett verlässt, mit diesem Tage das gewohnte Schnüren beginnt, zu einer Zeit, wo der Beckenboden noch nicht seine Festigkeit wieder erlangt, die Weichteile noch sehr gelockert sind, dann wird sicher das Zustandekommen von Prolaps u. s. w. infolge des erhöhten intraabdominellen Druckes, wie er ja durch das Schnüren geschaffen wird, begünstigt. Die Richtung der Druckwirkung ist von oben nach unten gerichtet; die Leber kann nämlich nicht nach oben ausweichen, da das Zwerchfell daran hindert, an den Seiten haben wir das Korset; nur nach unten hin ist ein Ausweichen der Weichteile möglich, und das um so leichter, jemehr der Beckenboden noch gelockert ist.

¹⁾ l. c.



Ich reihe an diese allgemeinen Bemerkungen einen speciellen Fall, welcher vor ungefähr drei Monaten im hiesigen pathologischen Institut zur Section kam, und eine wahre Sammlung von pathologisch anatomischen Veränderungen als Folge des Schnürens zeigt. Es war eine 54-jährige Frau, welche an Psychose und chronischer Nephritis gelitten hatte und an den Folgeerscheinungen letzterer zu Grunde gegangen war. Der wesentliche Befund war folgender:¹⁾

Chronische, parenchymatöse Schrumpfnieren. Starke Hypertrophie des linken Ventrikels. Atrophie des rechten Herzens. Starke chronische Endarteriitis. Sehr zahlreiche Erweichungsherde des Gehirns. Miliaranenrysmata (?) im rechten Streifenhügel. Kirschkern-grosse Blutung in der Brücke. Sehr breite Schnürfurche der Leber-Erweiterung der Gallenblase. Starke Beweglichkeit der rechten, mässige der linken Niere. Sehr langes Mesocöcum. Herabsinken des Querkolon. Verwachsung des Netzes mit den Ovarien. Doppelseitige Schenkelbrüche. Kleines Psammom an der Dura. Kleine Geschwüre des Pylorus. Starkes Hydropericard. Recidivierende doppelseitige Pleuritis. Kleine Schleimpolypen des Endometrium. Enge des inneren Muttermundes. Geringe Hypertrophie der vorderen Muttermundslippe.

Mikroskopische Untersuchung: Die Geschwulst der Dura kenntzeichnet sich als Psammom mit Spindelzellen und vereinzelten Sandkörnern.

Das ausführliche Sectionsprotokoll lautet:

Weibliche Leiche, kräftig gebaut, schlecht genährt. Am Sternum und an der linken Thoraxseite eine Anzahl zum Teil tief eingesunkener Narben. Haut sehr bleich mit ganz geringen Totenflecken. Geringe Starre; Unterhautgewebe sehr fettarm, Muskulatur blass, gering entwickelt.

Brust: Beide Lungen in grosser Ausdehnung bindegewebig verwachsen. Gleichmässig emphysematös, gedunsen, durchaus lufthaltig, stark ödematös auf dem Durchschnitt, nur in der linken Spitze und hinten unten dichter anzufühlen, auf dem Querschnitt fein schaumige, etwas trübe Flüssigkeit entleerend. In der linken Spitze eine weisse Narbe. Im Herzbeutel 700 ccm gelblichen Scrums. Herz 9 cm breit, bis 12 cm lang, der rechte Ventrikel sehr klein, nur bis 3 cm oberhalb der Spitze des linken Ventrikels reichend. An der vorderen Fläche des rechten Ventrikels ein

¹⁾ S.-Nr. 587. 1893.

grosser Sehnenfleck, ein kleinerer an der Spitze des linken Ventrikels. Höhlen eng. Muskulatur sehr fest, kautschuckartig derb. Septum bis $2\frac{1}{2}$ cm dick. Der linke Ventrikel nach links bis 3 cm dick, der rechte bis 4 mm. Weitere Herzsektion wegen Erhärtung im Ganzen unterlassen.

Hals: Schilddrüse mässig gross. Aus den Halsorganen läuft eine grosse Menge dicken, gelben Eiters. Schleimhaut der Speiseröhre blass, die der Luftwege gerötet. Bronchialdrüsen verkalkt.

Bauch: Decken gespannt, leicht aufgetrieben. In der Höhle wenige Tropfen Serums.

Leber mit breiter Schnürfurche und ausgedehnter Flächenatrophic. Auf dem Durchschnitt das Gewebe sehr derb, blassbraun. Gallenblase den Leberrand eine Daumenbreite überragend, enthält reichlich dunkelgrüne Galle. Der ganze Rand des linken Leberlappens in eine schmale Bauchfeldduplicatur verwandelt, die grösstenteils nach unten umgeklappt ist, das äusserste $2\frac{1}{2}$ cm breite Stück des linken nach der unteren Fläche umgeklappt.

Milz: $12\frac{1}{2}$ cm lang, 8 cm breit, 4 cm dick. Gewebe auf dem Durchschnitt dunkelgraurot, zäh.

Nieren: Rechte Nierenarterie 7— $8\frac{1}{2}$ cm, linke Nierenarterie 7 cm. Links am unteren Ende mit kirschkerngrosser Cyste. Kapsel fester haftend, doch glatt ablösbar. Oberfläche sehr uneben, fein höckerig, teils blasser, teils dunkler graurot und gelbscheckig. Linke Niere ziemlich stark beweglich. Rechte Niere sehr leicht beweglich; mit Leichtigkeit vor der Wirbelsäule verschiebbar und ebenso nach unten und oben.

Cöcum und aufsteigendes Colon sehr beweglich, das Cöcum mit 11 cm langem Mesocöcum. Processus Vermiformis am untern Ende der Niere liegend.

Harnblase sehr stark ausgedehnt von klarem Urin. Schleimhaut blass.

Uterus durch die gefüllte Blase etwas nach hinten geschoben, doch in der Axe des Beckens. Ovarien klein, an jedem ein Netzstrang angewachsen.

Magen ziemlich eng, enthält blass-gelb-grünen Schleim. Wand etwas dick, nur stellenweise die Schleimhaut dünner, blasser, eingezogen; an der hintern Fläche zwei kleine strahlige Narben.

Im Pylorusteil drei kleine flache Substanzverluste mit leichter Verdickung der Umgebung.

Dünndarm ziemlich eng, mit dunkel-galligem Chymus. Schleimhaut ziemlich gleichmässig gerötet.

Dickdarm: Quercolon stark heruntergedrängt, sehr weit, enthält im Cöcum und absteigenden Teil knollige Faeces, sonst nur Gase.

Mesenterialdrüsen klein, fest.

Pankreas sehr breit, derb, sonst anscheinend normal.

Nebennieren links von der Niere getrennt, derb, sonst anscheinend normal. Die rechte am rechten Leberlappen sitzend 2—3 cm weit von dem oberen Ende der Niere. Sehr derb, bis auf einen Ring von Rindensubstanz um die Markgefässe normal.

Schädeldecke dünn, compact, Stirnnaht erhalten. Auf dem rechten Stirnbein eine kleine halbkugelige Exostose. Im Längssinus wenig, flüssiges und geronnenes Blut. Dura an der Innenfläche der rechten Hemisphäre ein linsengrosser Tumor (Psammom) Häute zart, mit mässiger Gefässfüllung, über den Sulcis leicht ödematös. Hirnsubstanz sehr blutarm, sehr zäh, von sehr zahlreichen kleineren und grösseren Erweichungsherden in allen Teilen durchsetzt. Im rechten Streifen ein mehr als Hirsekorn grosser dunkel blauroter Herd (geborstenes Miliaraneurysma) Hinterhörner obliteriert. Ventrikel eng.

Kleinhirn weicher als das Grosshirn, anscheinend ohne Erweichungsherde. An der Basis die Arterien mit zahlreichen endarteriitischen Herden. In der Brücke ein Kirschkern grosser hämorrhagischer Herd.

Was von dem Befunde uns hauptsächlich interessirt ist zunächst die breite Schnürfurche der Leber, welche anzeigt, dass ein lange Zeit währender Druck bestanden, und dass im speciellen Falle die Furche durch das Korset hervorgerufen ist. Die Leber zeigt ferner ausgedehnte Oberflächenatrophie, die wir ebenfalls als eine der häufigsten Folgeerscheinungen des Schnürens angegeben haben. Auf dem Durchschnitt ist das Gewebe derb, was mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Bindegewebswucherung zurückzuführen ist, wofür auch die blassbraune Farbe des Gewebes spricht. Der linke Leberlappen hat derart unter dem Druck gelitten, dass das Parenchym grösstenteils geschwunden und der ganze Rand in eine einfache Bauchfeldduplicatur umgewandelt und,

da der Druck besonders in schräger Richtung von oben nach unten gewirkt hat, nach unten umgeklappt ist.

Die Milz finden wir vergrößert, das Gewebe auf dem Durchschnitt dunkel graurot, zäh, alles Erscheinungen, welche andeuten, dass es sich um einen chronischen Milztumor handelt. Fragen wir nach der Entstehung, so ist jedenfalls die einfachste und ungezwungenste Erklärung die: behinderter Abfluss des Milzvenenblutes, welches bekanntlich in die Pfortader und damit in die Leber sich ergiesst; wie wir denn überhaupt bei allen Stauungen des Pfortaderblutes eine Schwellung der Milz finden. Der Milztumor ist also auch als eine directe Folge des Schnürens aufzufassen.

Die Nierenarterien, welche normaler Weise eine Länge von: rechts 4,5 cm, links 4 cm haben, messen im speciellen Falle rechts 7—8,5 cm, links 7 cm. Diese Verlängerung, beziehungsweise Dehnung der Nierengefäße, ging Hand in Hand mit der Entstehung der Wanderniere; jemehr die Nieren nach allen Seiten hin bewegt werden konnten, um so mehr mussten die Gefäße der Zerrung nachgeben und sich verlängern. Jedenfalls kann es sich hier nicht um angeborene Verlängerung der Gefäße handeln; Professor Heller sagt, dass er in allen Fällen von Wanderniere eine Verlängerung der Nierengefäße gefunden, ein Unterscheidungsmerkmal zwischen angeborenen und erworbenen Lageveränderungen, denn bei ersteren finden wir abnorme tief entspringende und meist kurze Arterien, bei letzteren aber in normaler Höhe entspringende jedoch verlängerte Arterien, da erworbene Beweglichkeit zweifellos mit Verlängerung der Gefäße einhergehen muss. Die Beweglichkeit der Nieren selbst ist zweifellos wiederum eine Folge des Schnürens; auch in unserem Falle ist die rechte Niere beweglicher, als die linke; den Grund dafür haben wir bereits angegeben, aber immerhin ist auch die linke ziemlich beweglich; inwieweit der chronische Milztumor als Ursache der Beweglichkeit in Frage kommt, mag dahingestellt bleiben, ebenso, ob und in wie weit die Nephritis mit dem Schnüren im Zusammenhange steht.

Fast sämtliche Baucheingeweide haben dem Druck nach unten nachgegeben, das Cöcum und aufsteigende Colon sind sehr beweglich, ersteres sogar mit 11 cm langem Mesocöcum, welches sich ebenfalls durch das langjährige Schnüren ausgebildet hat. Das Quercolon, das in seiner ganzen Länge dem Druck ausge-

setzt war, musste natürlich auch stark heruntergedrängt werden, es zeigt sich infolge der Zerrung sehr weit, während der Dünn-
darm eng und die Schleimhaut infolge der Stauung gerötet ist.
Die venöse Stauung hat im Magen zur Verdickung der Wand
geführt. An der hinteren Wand finden sich zwei strahlige Narben,
ferner drei kleinere Substanzverluste im Pylorusteil; auf deren
Entstehungsursache ich hier nicht näher eingehe, da im Vorher-
gehenden schon ausführlicher davon die Rede war.

Den lokalen Folgeerscheinungen des Schnürens stehen die
allgemeinen gegenüber, wie Beeinträchtigung der Ernährung des
ganzen Organismus. Aus der Krankengeschichte unseres Falles
geht hervor, dass der Appetit bei Lebzeit der Patientin danieder-
lag und dass sehr starke Stuhlanomalien bestanden, bezüglich
deren Aetiologie ich auf das Vorhergehende hinweise.

Dass das Schnüren während der Schwangerschaft im höchsten
Grade verwerflich, ja unmoralisch zu nennen ist, liegt zu klar auf
der Hand, als dass es einer weiteren Ausführung bedarf.

Das sind in kurzen Worten die häufigsten Folgeerscheinungen
des Schnürens, derartig mannigfaltig und schwerwiegend, dass
wir Grund haben, mit aller Energie darauf hin zu arbeiten, hier
Wandel zu schaffen. Am rationellsten wäre eine Aenderung der
Frauentracht, so würde nach Hellers Ansicht schon das An-
knüpfen der Röcke an ein leibartiges Kleidungsstück gute Frucht
tragen, allein die Einführung einer solchen Tracht hat aus be-
greiflichen Gründen seine Schwierigkeiten. Jedenfalls muss der
Arzt, der ja am meisten Gelegenheit hat, hier segensreich zu wirken,
immer wieder auf die Folgen hinweisen, selbst wenn er überzeugt
ist, dass seine Worte nutzlos sein werden, denn, sagt Richard
Buck¹⁾: „Da wir doch wenigstens aus den Zeitverhältnissen heraus
sind, wo das Korset mit eisernen Schrauben und Banden eine
wespenartige Taille schuf, so dürfen wir uns vielleicht der Hoff-
nung hingeben, dass der denkende Teil der Frauenwelt auch die
übrigen allmählich auf die goldene Mittelstrasse hinlenkt und zur
vernünftigen Einsicht bekehrt.“

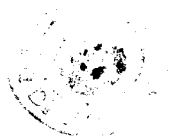
¹⁾ l. c.

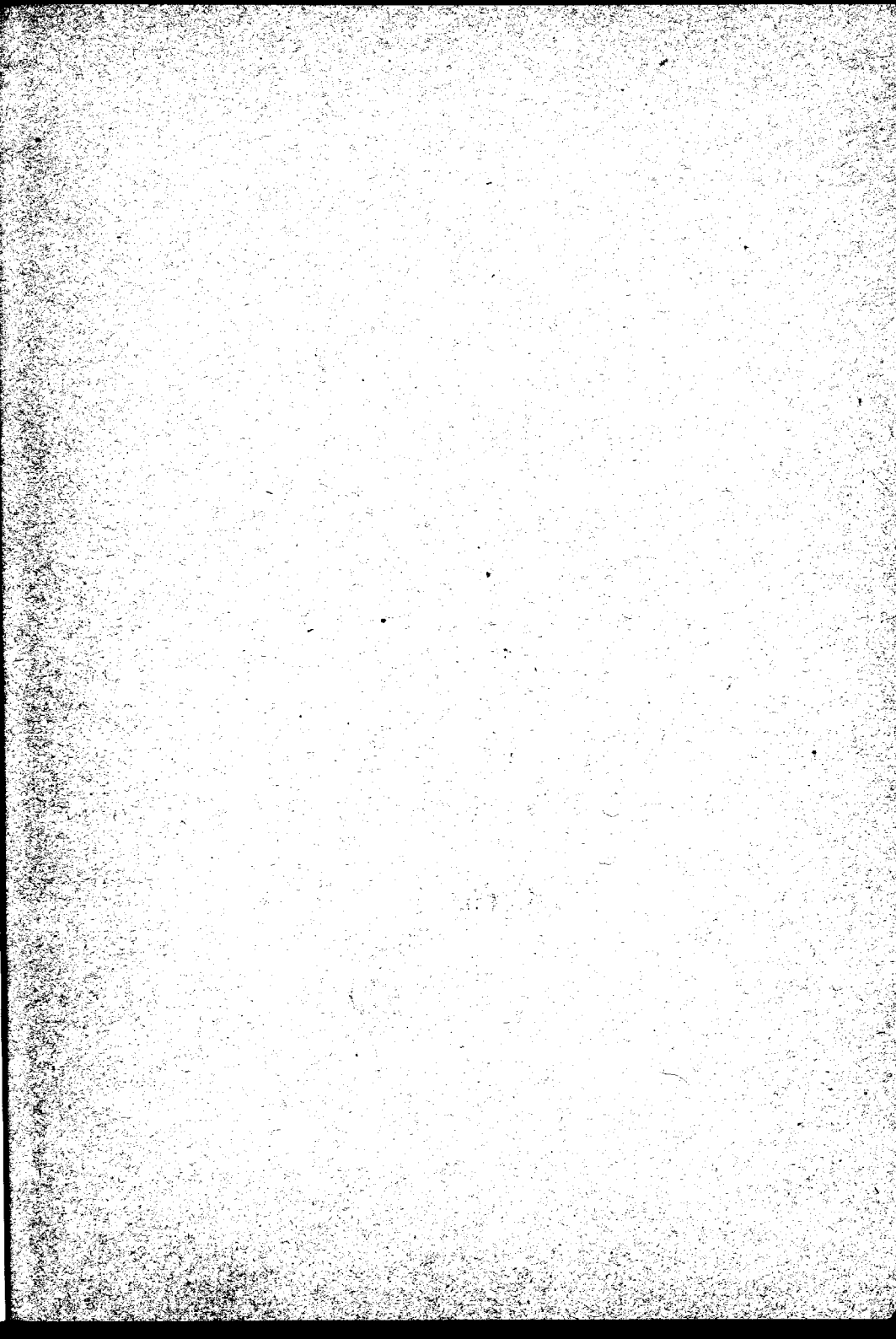
Zum Schlusse erübrigt es, meinem unvergesslichen Lehrer Herrn Professor Dr. Heller, für die gütige Ueberweisung des Themas, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Karl Heinrich Hackmann bin geboren am 9. Juli 1866 zu Ankum, Kreis Bersenbrück, Provinz Hannover, als Sohn des Hofbesitzers Fritz Hackmann und dessen Ehefrau geb. Heskamp. Nachdem ich die Elementarschule daselbst durchgemacht, besuchte ich die Bürgerschule zu Ankum und kam Herbst 1883 auf die Tertia des Gymnasiums Carolinum zu Osnabrück. Ostern 1889 erhielt ich daselbst das Zeugnis der Reife. Darauf studirte ich 1 Semester Medizin in Tübingen, 3 in Göttingen, 1 in München, 2 in Kiel, 1 in Berlin und dann wieder 1 in Kiel; das Tentamen physikum bestand ich 17. Februar 1891 in Göttingen, das Staatsexamen am 16. Januar 1894 in Kiel; das Examen rigorosum am 20. Januar 1894 ebenfalls in Kiel.

16415





26.822