

**Ueber Enteroptosie : (Magen und Darmatonie) / von Dr. R. Weissmann in  
Lindenfels.**

**Contributors**

Weissmann, Rudolf, 1896-1963.  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

München : Aertzlichen, 1905.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/vmn7m5bc>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

P. C. 7

13

# Ueber Enteroptosis

(Magen- und Darmatonie).

Von

Dr. R. Weissmann

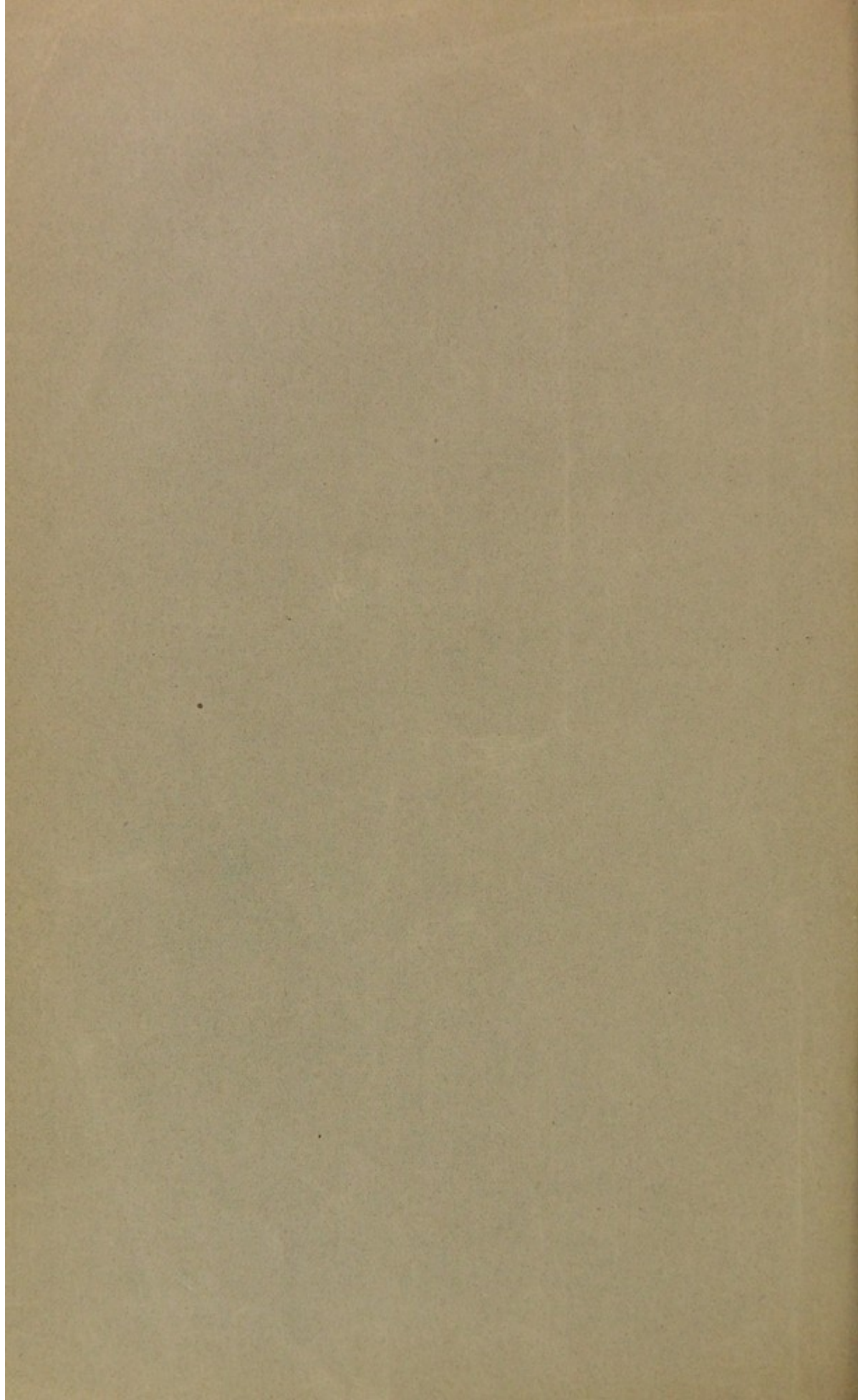
in Lindenfels.



München 1905.

Verlag der Aertzlichen Rundschau (Otto Gmelin).





# Ueber Enteroptosie

(Magen- und Darmatonie).

Von

Dr. R. Weissmann

in Lindenfels.



München 1905.

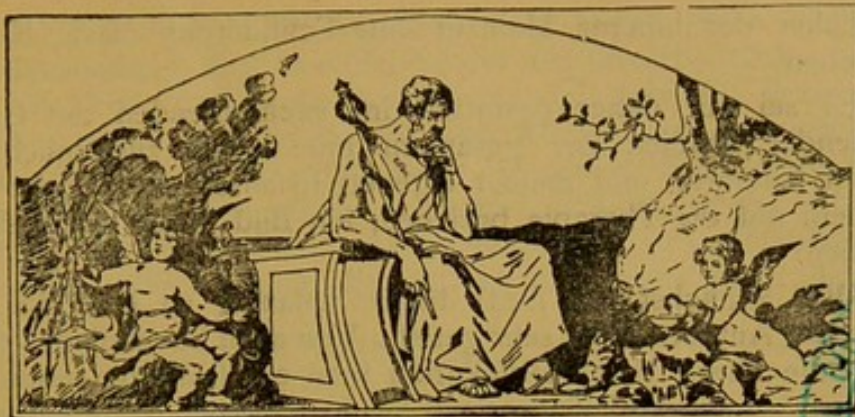
Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin).



---

Alle Rechte, auch das der Uebersetzung  
in fremde Sprachen, vorbehalten.

---



Schon im Jahre 1887 schrieb Lindner,<sup>1)</sup> dass »oft eine kleine Erosion am Muttermund monatelang mit grosser Ausdauer geätzt, eine ganz enorme Anfüllung und Atonie des Darms aber ebenso lange konsequent übersehen wird«. Auch Volland<sup>2)</sup> betont die eminente praktische Wichtigkeit der Lehre von der Magenatonie und Enteroptosie und fühlt sich veranlasst, jeden Praktiker auf diese Leiden aufmerksam zu machen. Seiner Ueberzeugung nach ist die Erkenntnis und richtige Deutung der Zustände sehr wohl geeignet, einen sehr grossen Teil des leidenden Publikums, und zwar des besser situierten, für das dauernde Vertrauen der Aerzte wieder zu gewinnen. Denn wir dürften ruhig eingestehen, dass wir diese Zustände und ihre Folgen nicht richtig erkannt, geschweige denn sie erfolgreich zu behandeln verstanden hätten. Nach dem, was Volland bis jetzt davon gesehen habe, litten die allermeisten sogenannten Neurastheniker an Magen- oder Darmkatarrhen mit oder ohne Erschlaffung dieser Organe. Der wirksamste Angriffspunkt, um gegen die Neurasthenie zu Felde zu ziehen, sei offenbar der zuerst erkrankte Magen und Darm.

Ich habe in dieser Zeitschrift auch schon mehrfach darauf hingewiesen, dass Magen- und Darmatonie zu denjenigen Erkrankungen gehörten, welche, und zwar hier wegen der grossen Zahl der Folgezustände, das tägliche Brot des Arztes bilden. In jüngster Zeit hat sich Aufrecht<sup>3)</sup> ähnlich geäussert. Die genaue Kenntnis der durch die Nephroptose und Enteroptose herbeigeführten klinischen Erscheinungen sei nachgerade für den Arzt ein unbedingtes Erfordernis, und es sei hohe Zeit, dass alle

<sup>1)</sup> Lindner, Ueber die Wanderniere der Frauen. Der Frauenarzt 1887, Heft 7—10.

<sup>2)</sup> Volland, Etwas über die Folgen der Magen- und Darmerschlaffung und weiteres über die Uebertreibungen bei der heutigen Behandlung der Lungenschwindsüchtigen. Ther. Monatsh. 1896, Juli.

<sup>3)</sup> Aufrecht, Nephroptose und Enteroptose. Ther. Monatsh. 1904, August.



Lehrbücher der inneren Medizin eine Schilderung dieser Krankheit geben.

Es sei mir daher gestattet, im nachfolgenden auf Grund eingehender Studien der gesamten mir irgend zugänglich gewesenen Literatur und meiner eigenen Erfahrungen, welche sich vor allem auf die Therapie beziehen, ein Bild dieser Erkrankung zu geben.

Was zunächst die Aetiologie anlangt, so sind die Ansichten der Autoren noch sehr geteilt. Von allen Baueingeweiden war es die Niere, deren Dislokation man am frühesten erkannte, und zwar wurde die Wanderniere zuerst eingehender beschrieben im Jahre 1841 von Bayer.<sup>4)</sup> Als Ursachen für die Entstehung der Wanderniere gab dieser Autor an das Schnüren, indirekten Druck durch die Leber, Fettschwund, Menstruation, Schwangerschaft, Wirkung der Bauchpresse bei schwerer Arbeit, Erschütterung beim Tanzen und Reiten, Traumen.

Hertzka,<sup>5)</sup> welcher 35 Jahre später über dislozierte Nieren schrieb und fixiert dislozierte und mobil dislozierte Nieren unterscheidet, gibt als ätiologisches Moment kurze oder längere Zeit andauernde, den intraabdominellen Druck erhöhende Schädlichkeiten, wie Schwangerschaft, chronische Obstruktion, Leberhyperämie, langjährige Magenkrämpfe mit hartnäckigem und schwerem Erbrechen, endlich plötzlich einwirkenden Stoss, Schlag oder Sturz.

Landau<sup>6)</sup> hält für eine der wichtigsten Ursachen den Schwund des Nierenfettes und die Erschlaffung der Bauchdecken mit Diastase der Mm. recti.

Lindner<sup>7)</sup> gibt zur Aetiologie der Wanderniere der Frauen an, dass dieselbe nicht nur bei Frauen vorkomme, die mehrfach geboren haben und schlaife Bauchdecken besitzen, sondern vielleicht mehr noch bei Nulliparen. Beobachtet wurde oft ein Zusammentreffen der Wanderniere mit Verlagerung der Genitalien, aber nur bei Patientinnen mit Erschlaffung der Bauchdecken. Diese Verlagerung der Genitalien sei aber nicht die Ursache der Wanderniere wie Landau und Senator annehmen, ebensowenig der Schwund des Nierenfettes. Die Ansicht, welche v. Fischer-Benzon äussere, dass die Wanderniere durch das Schnüren der Röcke und durch das Korsett verursacht werde, vermag Lindner nicht zu teilen. Ein einigermaßen vernünftiges Korsett arbeitet der Senkung entgegen, die Rockbänder aber würden unterhalb der Leber geschnürt. Es handle sich um angeborene Anomalien oder wenigstens um eine in der ersten Anlage begründete Disposition. Diese Ansicht finden wir bei einer Reihe von Autoren

<sup>4)</sup> Bayer, *Traité des maladies des reins*. Paris 1841.

<sup>5)</sup> Hertzka, *Ueber dislozierte Nieren*. Wiener med. Presse 1876, Nr. 47.

<sup>6)</sup> Landau, *Die Wanderniere der Frauen*. Berlin 1881.

<sup>7)</sup> l. c.



wieder. Krez<sup>8)</sup> hält die Annahme einer angeborenen Disposition zur Erschlaffung der Bauchfellbänder für unentbehrlich.

Becker und Lennhoff<sup>9)</sup> haben gewisse Beziehungen zwischen der Lage der Nieren und Körperform festgestellt und präzisieren diese dahin, dass man die rechte Niere hauptsächlich fühle bei schlanker gefälliger Statur, langem, meist schmalem Thorax, länglichem, leicht abgeflachtem, seitlich sanft abfallendem Abdomen. Die Eigenart der Körperform finde ihren Ausdruck in dem Index

$$\frac{d \cdot j - p}{c \cdot a} \times 100 \text{ d. h.}$$

in einem mit 100 zu multiplizierenden Bruch, dessen Zähler in Zentimetern die Entfernung vom Jugulum bis zur Symphyse, *distantra jugulo—pubica*, und dessen Nenner den geringsten Umfang des Abdomens, *circumferentia abdominis*, angibt. Je grösser der Index ist, desto wahrscheinlicher ist die Niere palpabel. Bei einem Index von über 77 dürfe man bei unseren Frauen im allgemeinen auf palpable Nieren rechnen.

Zwei Arten von Enteroptosien unterscheidet Frickhinger,<sup>10)</sup> nämlich die erworbene und die angeborene resp. ererbte Enteroptosie. Letztere finde man häufig bei Kyphose und paralytischem Thorax. Auch Stiller<sup>11)</sup> gibt zu, dass die Enteroptosie erworben sein kann. Dafür spreche, wenn der Habitus enteroptoticus nicht vorhanden sei, das Fehlen der *Costa decima fluctuans*.

Der Gesamtkomplex der Krankheit, der Enteroptosie im Sinne Glénards, beruhe auf einem *Vitium primae formationis*. Mieder, Schnüribänder, Geburten, hohe Schuhabsätze, akute oder chronische Traumen seien nur Gelegenheitsursachen. Die wichtigste *Causa adjuvans* sei der Fettschwund. Dass der Gesamtzustand der Enteroptosie Ausfluss einer angeborenen Anlage sei, beweise ein angeborenes Symptom, die eben erwähnte *Costa decima fluctuans*. Auch Bouveret, Charcot, Ewald, Drummond und Kuttner sprechen sich für die angeborene Anlage aus. Ebenso äussert sich Obrastzow<sup>12)</sup> dahin, dass der Grund der öfteren Koinzidenz von Neurasthenie und Enteroptosie darin zu finden sei, dass bei echter Enteroptosie ausser dem Herabsinken der Baueingeweide und gestörter allgemeiner Ernährung konstitutionelle Defekte der Bauchmuskulinnervation mit einer vielleicht angeerbten fehlerhaften Muskelgewebsstruktur vereinigt im Spiele seien. Es sei kaum anzunehmen, dass angeborene

<sup>8)</sup> Krez, Zur Frage der Enteroptose. Münchn. med. Wschr. 1892, Nr. 35.

<sup>9)</sup> Becker und Lennhoff, Körperform und Lage der Nieren. Deutsche med. Wschr. 1898, Nr. 32.

<sup>10)</sup> Frickhinger, Ein Fall von Enteroptose nebst einigen Bemerkungen zur Enteroptosenlehre. Annalen des Städt. allgem. Krankenh. zu München, 1897.

<sup>11)</sup> Stiller, Ueber Enteroptose im Lichte eines neuen Stigma neurasthenicum. Archiv f. Verdauungskrankh. II, Bd., XX.

<sup>12)</sup> Obrastzow, Ueber Enteroptosie. Wiener klin. Wschr. 1897, Nr. 38.



Enteroptosie vorkomme. Vielmehr gelange sie erst zur Zeit der Pubertät zur vollen Entwicklung. Die erbliche Belastung spiele eine grosse Rolle. Die Enteroptosie sei ein Symptom der Entartung.

Strauss<sup>13)</sup> unterscheidet bei der Gastropotose zwei Gruppen. Bei der ersten stelle die Gastropotose eine Anomalie der Körperkonstitution dar, bei der zweiten repräsentiere die Gastropotose ein durch lokale, in der Regel mechanische Ursachen bedingtes Leiden. Bei der ersten Gruppe sei die Krankheit Teilerscheinung einer mehr oder weniger starken Minderwertigkeit. Bei der zweiten Gruppe könne die dislozierende Ursache im Magen selbst oder ausserhalb desselben liegen. Im Magen selbst liegende Ursachen seien dauernd abnorme Belastung infolge motorischer Insuffizienz mit oder ohne Ausweitung, Hypersecretio continua und Pylorustumoren. Ausserhalb des Magens wirkende Ursachen seien Zug bei Hernien, speziell bei Netzhernien.

Rose<sup>14)</sup> meint, dass Korsett und Rockbänder wenig zur Entstehung der Enteroptosie beitragen, doch seien sie geeignet, das Uebel zu verschlimmern. Er unterscheidet in ätiologischer Beziehung verschiedene Formen der Gastropotose, und zwar: 1. Gastropotose bei typischem Habitus phthisicus, 2. bei Krankheiten, die Muskelschwäche mit sich bringen, 3. bei rachitischen Veränderungen des Skeletts, 4. bei andauernder mechanischer Insuffizienz, bei Geschwülsten des Pylorus und der kleinen Kurvatur und bei Hernien besonders in der Linea alba, 5. den postpuerperalen Typus Landaus besonders bei stark nach vorn gekrümmter rachitischer Lendenwirbelsäule und endlich 6. Gastropotose nach Entfettungskuren. Bei den beiden letzten Formen sei die Erschlaffung der Bauchdecken das erste ätiologische Moment.

Chvostek,<sup>15)</sup> welcher schon 1876 einen Fall von wandernder Leber beschreibt, ist ebenso wie Meissner<sup>16)</sup> der Ansicht, dass die Ursache derselben in einer angeborenen Schlaffheit und Verlängerung des Ligamentum suspensorium hepatis zu suchen sei.

Sehr interessant ist der Versuch Rosengarts,<sup>17)</sup> die Pathogenese der Enteroptosie zu erklären. Er meint, dass durch Klärlegung der Entstehungsweise und Feststellung der entfernteren und näheren Ursache der Enteroptosie die Zusammengehörigkeit der im einzelnen ziemlich allgemein anerkannten Erscheinungen zu einem einzigen pathologischen Begriff noch sicherer als bis dahin begründet werden könnte. Die Enteroptosie komme in

<sup>13)</sup> Strauss, Einige praktisch wichtige Fragen aus dem Kapitel der Gastropotose. Berliner Klinik Nr. 131. Mai 1899.

<sup>14)</sup> Rose, Atonia gastrica und eine neue Methode der Behandlung derselben. Deutsche Praxis 1901, Nr. 17 und 18.

<sup>15)</sup> Chvostek, Ein Fall von wandernder Leber. Wiener med. Presse 1876, Nr. 26, 27, 29, 30.

<sup>16)</sup> Schmidts Jahrbücher 1869, Bd. 141, pag. 107.

<sup>17)</sup> Rosengart, Die Pathogenese der Enteroptose. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. Bd. I, Heft 2, pag. 215.



allen Lebensaltern und bei beiden Geschlechtern vor, wenn auch allerdings bei Männern weit seltener als bei Frauen.

Landaus Satz, das prinzipielle und ätiologisch Wichtige in erster Linie sei die Erkrankung der Bauchdecke, müsse Verfasser als unhaltbar ansehen. Auf Grund einer Reihe von Untersuchungen an Föten und Kinderleichen stellt der Verfasser den Satz auf, dass wir es bei der Enteroptosie mit einer Lagerung der Baueingeweide zu tun haben, wie sie gerade in den charakteristischen Teilen ihre Anlage, ja, man möchte sagen, höchste Ausbildung im fötalen Organismus gefunden habe. Die fötale Anlage zur Enteroptosie werde sogar in mancher Beziehung während der ersten Periode des extrauterinen Lebens noch weiter entwickelt, um sich dann ganz allmählich zum Normalsitus umzubilden. In vielen Fällen von Enteroptosie müsse angenommen werden, dass sich der kindliche, also enteroptotische Situs unverändert durch die ganze Entwicklungsperiode und das spätere Alter erhalten habe. Die Enteroptosie werde aber bei Erwachsenen unverhältnismässig öfter gefunden als bei Kindern, so dass man annehmen müsse, dass in der Mehrzahl der Fälle die Enteroptosie erst erworben werde, nachdem die Lage der Eingeweide der beim Erwachsenen nahe gekommen sei oder diese schon ganz erreicht habe. Die Art und Weise, wie sich der kindliche Situs zum Normalsitus entwickle, gebe den Weg und den Mechanismus an, wie sich in umgekehrter Richtung aus der normalen Lage der Eingeweide die Enteroptosie entwickle. Die ganze Entwicklung des Situs der Eingeweide sei bedingt durch ein bei der ersten Atmung des Kindes stattfindendes Höbertreten der Leber und ein Höbertreten des vorderen Randes, also eine Drehung um die Längsachse nach rückwärts. Der Leber folgten die durch Bänder mit ihr verbundenen Organe: Magen, Duodenum und rechte Niere. In dieser Lage werden die Organe gehalten durch den Druck der Bauchdecken und namentlich durch die Leber, die ihrerseits wieder weniger durch ihre Bänder als durch die Aspiration der elastischen Lunge und durch den Druck der elastischen Bauchwand, welcher die übrigen Eingeweide zum Widerlager für die Leber macht, in ihrer Lage erhalten wird. Wenn die Leber nun aus dieser Lage verdrängt werde, wenn sie ihre Stellung dauernd oder vorübergehend verliere, wenn sie ein Volumen annehme, das ihr nicht mehr ermöglicht, Pylorus, Duodenum und damit den Dickdarm in die Höhe zu ziehen, so entstehe Enteroptosie.

In allen Fällen also, in denen nicht einfach die fötale Anlage persistiere, die Enteroptosie also angeboren sei, sei die Leber, nicht der Dickdarm, wie Glénard<sup>18)</sup> behauptet, das zuerst geschädigte Organ. Alle Momente, welche die Leber herabdrücken, sei es, dass sie vom Brustraum auf das Zwerchfell oder von

<sup>18)</sup> Glénard, Fr., Entéropnosie, Lyon médical, 29 mars; 5, 12, 19 avril; 6 mai 1885.



aussen auf den Thorax wirken, alle Krankheiten und Veränderungen, welche durch Erschlaffung die Bauchdecken herabsinken lassen, werden deshalb zur Enteroptosie führen. Hierher gehörten Menschen mit gewissen Wirbelsäulenverkrümmungen, mit langem, schmalem, vorzeitig verknöchertem Thorax, die an Emphysem, an Pleuraergüssen Erkrankten, Menschen mit ausgesprochenem Habitus phthisicus. Auf die Lage der Leber wirken vor allem das Korsett, die Schnurbänder, Säbelkoppel, Gürtel durch Kompression des unteren Thorax. Dieser Druck verursacht eine Achsendrehung nach vorn und etwas nach innen. Gleichzeitig mit dem vorderen Leberrande sinken Pylorus, Duodenum und Flexura coli dextra herab. Der in die Höhe steigende hintere untere Rand der Leber komme auf das obere Ende der rechten Niere zu liegen und dränge infolge Schnurdrucks und Respiration gegen sie an und verschiebe sie nach unten. Sehr wesentlich wirke bei der Dislozierung der rechten Niere das nach innen und abwärts tretende Colon ascendens, welches wieder über die Niere weg gleite und sie von der Wirbelsäule abdränge.

Dass die Leber eine gewisse Rolle spiele bei der Entstehung der Nephroptosie meint auch Kuttner,<sup>19)</sup> wenn er auch zunächst das Herabsinken der Nieren auf Fettschwund zurückführt. Allmählich nähmen die respiratorischen Exkursionen der Nieren zu, bis schliesslich die Nieren von den Zwerchfellkontraktionen nicht mehr getroffen würden. Nunmehr übertrüge die Leber ihre respiratorischen Bewegungen auf die rechte Niere und drücke sie noch weiter herab. Hierdurch erkläre es sich, dass die Wanderiere rechts weit häufiger als links vorkomme.

Nach Meinert<sup>20)</sup> ist die grosse Mehrzahl der Enteroptosien durch das Schnüren bedingt, ganz gleichgültig, ob diese Wirkung durch das Korsett oder durch Rockbänder ausgeübt werde. Ebenso wie das Schnüren wirkten manche Missgestaltungen des Thorax. Denselben Standpunkt nimmt Kelling<sup>21)</sup> ein, lässt aber auch noch Leber und Magen durch ihre Schwere nach unten sinken, wenn das Volumen der Bauchhöhle für ihren Inhalt zu gross geworden ist, wie nach der Schwangerschaft, bei Abmagerung, bei Hernien. Auch Huber<sup>22)</sup> macht das Schnüren für die Entstehung der Enteroptosie verantwortlich, ebenso

<sup>19)</sup> Kuttner, Ueber palpable Nieren. Berl. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 15 bis 17.

<sup>20)</sup> Meinert, Ueber Enteroptose. Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden, Sitzungsperiode 1890/91, und Meinert, Zur Aetiologie der Chlorose. Wiesbaden 1894 und Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, N. F. 115 u. 116.

<sup>21)</sup> Kelling, Physikalische Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle sowie über die Verlagerung und die Vitalkapazität des Magens. Sammlung klinischer Vorträge. N. F. Innere Med. Nr. 44.

<sup>22)</sup> Huber, Beitrag zur Kenntnis der Enteroptose. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895, Nr. 11.



Fleiner.<sup>23)</sup> Aber der letztere Autor erklärt die Entstehung der Magensenkung so, dass durch den Druck des Korsetts der Magenraum verkleinert werde; infolgedessen sei die Nahrungsaufnahme verringert, es erfolge Abmagerung, und dadurch entstehe Platz, dass der Magen nach unten sinken könne. Auch in einer zweiten Abhandlung macht Meinert<sup>24)</sup> das Entstehen der Enteroptosie abhängig von der Kleidung. Jede Mädchenkleidung, die am Thorax befestigt sei, statt, wie allein richtig, auf den Schultern zu ruhen, führe, wenn sie vor dem 15. Jahre angelegt werde, fast unausbleiblich zur Gastroplosie. Nur der Druck eines soliden Nachbarorganes, also der Leber, vermöge den Aufhängeapparat des Magens zum Nachgeben zu zwingen. Deshalb sei weder eine primäre Schwäche des Bandapparates (Glénard), noch die Erschlaffung der vorderen Bauchwand (Schwerdt) die erste Ursache der Enteroptosie. Die Angaben Meinerts und Fleiners über die Prädisposition gewisser Thoraxformen und Volumverhältnisse in der Brusthöhle zum Zustandekommen der Gastroplosie werden von Bial<sup>25)</sup> bestätigt; v. Korányi<sup>26)</sup> gibt den hohen Schuhabsätzen in Verbindung mit der grossen Last der um die Hüften befestigten Kleider die Schuld an der Entstehung der Wanderniere der Frauen. Der Schnürbrust schreibt er mit Ebstein in der Aetiologie der Wanderniere nur eine untergeordnete Rolle zu. Stifler<sup>27)</sup> findet in der Schwangerschaft und Geburt keine besondere Ursache zur Entstehung der Wanderniere, da sie ja sehr oft bei Nulliparen vorkäme. Die Hauptursache sei die Herabsetzung des intraabdominellen Druckes resp. Verstärkung desselben im negativen Sinne, wie bei Fettleibigkeit, beim Hängebauch. Hufschmidt<sup>28)</sup> legt Gewicht auf die Diastase der Mm. recti, welche das Zustandekommen einer Enteroptose begünstige und erleichtere. Eine Einwirkung auf den intraabdominellen Druck hätten unter normalen Verhältnissen das Eigengewicht der Bauchorgane und der Respirationsdruck. Schwerdt<sup>29)</sup> nennt ebenfalls die Herabsetzung des intraabdominellen Druckes das wichtigste Symptom der Enteroptosie und unterscheidet Spannungsdruck und Belastungs-

<sup>23)</sup> Fleiner, Ueber die Beziehungen der Form- und Lageveränderungen des Magens und des Dickdarmes zu Funktionsstörungen dieser Organe. Münchener med. Wochenschr. 1895, Nr. 42—45.

<sup>24)</sup> Meinert, Ueber normale und pathologische Lage des menschlichen Magens.

<sup>25)</sup> Bial, Ueber den Tiefstand des Magens bei Männern. Berliner klin. Wochenschr. 1896, Nr. 50.

<sup>26)</sup> v. Korányi, Der Einfluss der Kleidung auf die Entstehung der Wanderniere der Frauen. Berl. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 31.

<sup>27)</sup> Stifler, Praktische Erfahrungen über die Wanderniere. Münchener med. Wochenschr. 1892, Nr. 28.

<sup>28)</sup> Hufschmidt, Zur Pathologie und Therapie der Enteroptose. Wiener klin. Wochenschr. 1892, Nr. 52 und 1893, Nr. 2 u. 3.

<sup>29)</sup> Schwerdt, Enteroptose und intraabdominaler Druck. Deutsche med. Wochenschr. 1896, Nr. 4—6.



druck. Ausgangspunkt der Enteroptosie sei Erschlaffung der vorderen Bauchwand, also Erniedrigung des Spannungsdruckes. Die Organe der Bauchhöhle müssten nun den Gesetzen der Schwere mehr gehorchen und herabsinken. Dadurch nehme der Belastungsdruck in den tieferen Teilen zu. Bei Zunahme des Spannungsdruckes nehme der Belastungsdruck ab. Messungen des Gesamtdruckes bei Enteroptosie ergaben in den verschiedensten Körperstellungen einen niedrigeren Druck als bei Gesunden. Aufblähungsdruck nennt Verfasser den durch die Spannung der im Verdauungskanal sich bildenden Gase entstehenden Druck. Dieser vermag in höheren Graden Parese und Paralyse der Muskulatur und so ev. Lähmung des Spannungsdruckes herbeizuführen.

Langerhans<sup>30)</sup> erkennt die Verminderung des intraabdominalen Druckes als ätiologisches Moment für Enteroptosie nicht an, bezweifelt überhaupt seine Existenz. Bezüglich der Aetiologie der Enteroptosie stellt er folgende Sätze auf:

1. Die Erschlaffung der Bauchmuskulatur bedingt die Landausche Enteroptosie.

2. Es gibt eine hereditäre enteroptotische Belastung.

3. Das Korsett hat keine deletäre Wirkung.

4. Echte Chlorose führt häufig zur Gastropotose — Meinertsche Enteroptosie.

5. Die nervöse Dyspepsie ist eine Entstehungsursache der Enteroptosie. Es gibt eine Dyspepsia nervosa mit und ohne Enteroptosie.

Nach Pick<sup>31)</sup> ist ebenfalls in den meisten Fällen die Ursache der Enteroptosie in einer Abnahme des Tonus der Bauchmuskulatur zu suchen. Diese Abnahme könne verursacht werden durch Schwächezustände, Mangel an Uebung der Bauchmuskulatur, Ablagerung von Fett im Unterhautzellgewebe, Diastase der Mm. recti. Die Folge sei Sinken des intraabdominellen Drucks. Dadurch könnten die Eingeweide dem inneren Gasdruck mehr nachgeben und es entstehe eine Atonie von Magen und Darm, welcher Umstand die Senkung dieser Teile begünstige. Denselben Standpunkt nimmt Rose<sup>32)</sup> ein, auch er hält die Erschlaffung der Bauchwandung für den wichtigsten Faktor für die Entstehung der Enteroptosie.

Nach Aufrecht<sup>33)</sup> ist die Nephroptosie der Beginn, die Vorstufe und Vorbedingung der Enteroptosie. Die Nephroptosie entsteht entweder spontan bei angeborener Schlaffheit der Bänder oder durch Druck seitens der Leber infolge Schnürens u. s. w.

<sup>30)</sup> Langerhans, Ueber Enteroptose. Archiv f. Verdauungskrankheiten, III. Bd., XVIII.

<sup>31)</sup> Pick, Ueber Magenatonie. Wiener med. Presse 1902, Nr. 7.

<sup>32)</sup> Rose, Gastropotose. The medical News 1904, 16. July.

<sup>33)</sup> Aufrecht, Nephroptose und Enteroptose. Therap. Monatshefte 1904, August.



Die Verdrängung der Niere führe infolge ihrer Verbindung mit dem Duodenum durch das Ligamentum duodeno-renale zu einer Zerrung des Duodenums und Beeinträchtigung seiner Funktion. Die von seiten des gezeirrten Duodenums auf den Magen sich äussernde Einwirkung führt zur Atonie. Die weiter herabrutschende Niere drücke auf die rechte Flexur des Kolons und störe die regelmässige Peristaltik durch ihr Volumen und durch Zerrung vermittelt des Ligamentum hepato-colicum. Folge sei die Stauung des Inhalts im Colon ascendens, Obstipation. So vermöge die Nephroptose allein die Erscheinungen der Enteroptose hervorzurufen. An die Nephroptose schliesse sich die Enteroptose an, wenn die Spannung der Bauchwand verringert sei. Frauen, die geboren hätten, stellten das grösste Kontingent.

Es erübrigt noch zu erwähnen, welche Anschauung Glénard<sup>34)</sup>, der die Enteroptose zuerst als einheitliches Krankheitsbild geschildert hat, von der Aetiologie hat. Nach Glénard ist der Ausgangspunkt der Enteroptose die Flexura dextra coli. Diese sinke zuerst herab, ihr folge das Colon transversum, das wiederum einen Zug auf Pylorus und das kleine Netz ausübe und so das Herabsinken des Magens und der Leber verursache. Das Herabsinken der rechten Flexura coli führe auch zu einem Zug am Peritoneum parietale und befördere so ein Herabsinken der rechten Niere nach unten und innen. Das Tiefertreten der Flexura coli dextra werde verursacht durch Traumen, Druck auf den unteren Teil des Thorax durch das Korsett, durch heftige Anstrengungen, Erschlaffung der Abdominalwand, Schwangerschaft. Montenuis<sup>35)</sup> erklärt, dass Enteroptose herbeigeführt werde durch alle Momente, welche den gegenseitigen normalen Druck der Eingeweide stören.

Wir sehen, dass die Anschauungen über die Aetiologie der Enteroptose noch sehr auseinander gehen. Im grossen und ganzen werden wir zwei verschiedene Gruppen unterscheiden müssen, angeborene und erworbene Enteroptosen. Diese letzteren würden wieder in zwei Abteilungen zerfallen, in solche, bei denen eine angeborene Disposition vorhanden war und solche, welche lediglich durch krankhafte oder regelwidrige Veränderungen verursacht sind. Welche Krankheitserscheinungen machen Eingeweidesenkungen und wie sind dieselben zu erklären? In welchem ursächlichen Zusammenhang stehen dieselben zueinander?

Dietl<sup>37)</sup> war der erste, der auf die Häufigkeit der Wanderiere überhaupt und auf einen bestimmten durch diese verursachten Symptomenkomplex hingewiesen hat.

<sup>34)</sup> Revue de médecine. Jan. 1887.

<sup>35)</sup> Glénard, Les ptoses viscérales. Paris 1899.

<sup>36)</sup> Montenuis, Les déséquilibres du ventre, l'enteroptose ou maladie du Glénard. Paris 1894.

<sup>37)</sup> Dietl, Wandernde Nieren und deren Einklemmung. Wiener med. Wschr. 1894, Nr. 36—38.



Chroback<sup>38)</sup> zeigte zuerst den Zusammenhang zwischen beweglicher Niere und Hysterie.

Hertzka<sup>39)</sup> berichtet schon mit Bezug auf dislozierte Nieren, dass die von den Kranken angegebenen Symptome so mannigfaltig und so divergent seien, dass der Arzt nicht an die Möglichkeit dieser Erkrankung denke. Die auftretenden Schmerzen seien wohl Folgen der Zerrung der Gefässe und des Nervenplexus.

Nach Lindner<sup>40)</sup> ist die Wanderniere die häufigste Abnormität des weiblichen Körpers und ihr Einfluss auf einen grossen Teil der bei der Frau zu beobachtenden Krankheiten bei weitem noch nicht allgemein bekannt und gewürdigt. Nicht die Anämie führe zur Wanderniere, sondern umgekehrt durch die Störungen in der gesamten Ernährung die Wanderniere zur Anämie. Ein grosser Teil der Anämien, die sich bei vorher gesunden, erblich nicht belasteten jüngeren Patientinnen jenseits der Pubertät entwickeln und für welche eine besondere Ursache nicht gegeben sei, seien auf Wandernieren zurückzuführen. Die Wanderniere verursache in erster Linie Verdauungsstörungen von leichten Uebelkeitsanwandlungen bis zu tagelang anhaltendem Erbrechen. Fast regelmässig sei Stuhlträgheit vorhanden. Der grösste Teil der Magenstörungen und ein grosser Teil der habituellen Obstipationen bei Frauen des jüngeren und mittleren Lebensalters beruht auf rechtsseitiger Wanderniere. Die Magenbeschwerden seien alle zurückzuführen auf Stauung des Inhalts, niemals fehle foetor ex ore. Verursacht sei die Stauung durch eine von der gesenkten Niere verursachten Knickung des Duodenums. Die Obstipation führt der Autor zurück auf die Verschiebung des Kolons nach unten, auf den Druck und die Zirkulationsstörung. Wichtig sei auch und werde zu wenig beachtet die Erschlaffung der Bauchdecken. Geklagt wurde auch über Rückenschmerzen, Herzklopfen, starke Schwindelanfälle. Die Wanderniere, besonders die rechte, wirke in hohem Grade auf das Nervensystem ein und bilde einen Faktor in der Erzeugung weiblicher Nervosität, mit dem gerechnet werden müsse, wenn man nicht den grössten Irrtümern verfallen wolle.

Der Symptomenkomplex bei palpablen Nieren ist nach Kuttner<sup>41)</sup> sehr unsicher und zweifelhaft. Er zählt auf: Schmerz, Neuralgien, Schwindelanfälle, Ohnmachten, hochgradige Nervosität, Hysterie, Hypochondrie, Herzklopfen. Verdauungsbeschwerden seien am häufigsten; auch hartnäckige Verstopfung komme oft vor. Mit Oser, Nothnagel, Leube und Ewald ist der Verfasser der Ansicht, dass in der Mehrzahl der Fälle von Gastrektasie und Ren mobilis nur ein zufälliges Zusammen-

<sup>38)</sup> Chroback, Ueber bewegliche Niere und Hysterie. Wiener medicin.-chirurg. Rundschau 1870.

<sup>39)</sup> l. c.

<sup>40)</sup> l. c.

<sup>41)</sup> l. c.



treffen bestehe. Meist handle es sich nicht um Gastrektasie, sondern um Megalogastrie. Ausserdem könne Gastroptose das Bild einer Gastrektasie vortäuschen. Es handle sich also bei den Magenbeschwerden um eine Gastritis, wie sie sehr leicht bei Megalogastrie und Gastroptose vorkomme. Immerhin ist es dem Verfasser doch aufgefallen, dass zu Zeiten neuer Magenindispositionen die Symptome der palpablen Nieren weit deutlicher hervortreten.

Der erste, der den ganzen Symptomenkomplex, wie er bei Enteroptose vorkommt, als Krankheit sui generis beschrieben hat, war Glénard. Ich zitiere aus einer seiner ersten Schriften<sup>42)</sup> nach Aufrecht<sup>43)</sup> folgenden Satz: »Die klinische Beobachtung beweist, dass die Enteroptose bei einer und derselben Kranken je nach den Phasen dieser nämlichen Krankheit diagnostiziert und erfolglos behandelt wird, in erster Linie als Anämie, dann als Metritis (durch Kauterisation) oder als Uterusprolaps (wogegen Pessare angewendet werden), dann als Dyspepsie, hierauf als Rheumatismus, weiter als Gallensteinkolik, dann als larvierter Krebs, später als Neurose, als Hypochondrie, als Hysterie und schliesslich als Neurasthenie. Endlich muss der Arzt dem Kurpfuscher weichen, wenn der Patient es nicht überhaupt vorzieht, auf jede Kur zu verzichten.«

Bouveret<sup>44)</sup> entwirft von der Glénardschen Krankheit folgendes Bild — ich zitiere wieder wörtlich nach Aufrecht: »Am häufigsten handelt es sich um eine erwachsene Frau, die mehrere Kinder geboren hat. Sie ist bleich und abgemagert. Wenn sie aufsteht, sinkt der Leib herab und tritt vom Nabel bis zum Schambein stark hervor. Der Perkussionsschall der Eingeweide ist weniger hell, zumal über den abhängigen Teilen. Im Epigastrium sind die Pulsationen sicht- und fühlbar. Oberhalb des Nabels fühlt man einen Strang, welcher, quer gerichtet, mehr oder weniger verschieblich ist: das Colon transversum. In der rechten Fossa iliaca fühlt man das Coecum kontrahiert, ein wenig nach innen gekrümmt. Auch die Flexura sigmoidea ist kontrahiert und gleitet wie ein dünner Strang unter den palpierenden Fingern. Das rechte Hypochondrium an der Rückseite zwischen den untersten Rippen und dem hinteren Teile der Crista ossis ilei ist leichter einzudrücken als normal; die methodisch durchgeführte Palpation der Nieren erweist, dass die rechte aus ihrer Lage gekommen und beweglich ist. Die Leber überragt die Rippen um einen oder mehrere Querfinger. Die Milz und die linke Niere sind meist an ihrer normalen Stelle. Bisweilen aber nehmen der Uterus, die Blase und das Rektum an dem allgemeinen Prolaps der Abdominalorgane teil. Die

<sup>42)</sup> Revue de médecine. Jan. 1887.

<sup>43)</sup> l. c.

<sup>44)</sup> Bouveret, Traité des maladies de l'estomac. Paris 1893.



Abmagerung aber ist nicht immer vorhanden. Manche Frauen, die ihre Enteroptose von den Wochenbetten herschreiben, besitzen eine gewisse Beleibtheit. Der enteroptotische Mann aber ist stets abgemagert. Bei längerem Gehen und Stehen gesellt sich anhaltendes Unbehagen hinzu, meist stellt sich das Gefühl von Schwere im Unterleib und Ziehen in der Nierengegend ein. Der Stuhlgang ist gewöhnlich angehalten.«

Ewald,<sup>45)</sup> der als erster in Deutschland die Glénardsche Krankheit beschrieben hat, und der bestreitet, dass Enteroptosie so oft vorkomme, wie Glénard meint, hielt die diagnostischen Merkmale Glénards nicht für überzeugend. Die Corde colique transverse sei das Pankreas; Pulsation der Aorta finde man bei allen möglichen Zuständen. Nephroptosie müsse nicht unbedingt Splanchnoptosie nach sich ziehen. Verf. trennt das Bild der Splanchnoptosie von dem des Abdomen pendens (Landau). Die durch Zerrung der Bänder auf reflektorischem Wege entstehenden Störungen veranlassten ungenügende Verarbeitung des Magen- und Darminhalts, Stauungen und Stockungen, Anhäufung der Zersetzungsprodukte der Eiweisskörper und der Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen, und so käme es zu Auto-intoxikationen.

Nach Meinert<sup>46)</sup> sind wenigstens 90 Proz. der Wander- nieren Teilaffektionen der Enteroptosie, daher komme auch die Vielgestaltung der Beschwerden. Charakteristisch bei Enteroptosie sei die Atonie des Magens und Darmes.

Auch Stiffler<sup>47)</sup> hebt hervor, dass bei den meisten Wander- nieren Störungen der Verdauungsorgane vorhanden seien, wie Uebelkeit, Erbrechen, anhaltende Verstopfung. Gross sei der Einfluss der Wanderniere auf Neurasthenie und Hysterie.

Kumpf<sup>48)</sup> hat die typischen subjektiven Symptome der Enteroptosie Glénards nur in wenigen Fällen konstatieren können. Er hält es für wahrscheinlicher, dass diese Symptome durch die anderweitig begründete Atonie des Magens oder Darmes hervorgerufen würden. Die von Glénard geschilderten Symptome seien nur in einer Minderzahl von Fällen von der Enteroptosie abhängig und fänden sich übrigens auch bei genital- kranken Frauen.

Frickhinger<sup>49)</sup> legt den von Glénard geschilderten Symptomen nur eine sekundäre Bedeutung bei und fasst sie als Zeichen von Neurasthenie und Hysterie auf. Die von Glénard

---

<sup>45)</sup> Ewald, Ueber Enteroptose und Wanderniere. Berl. klin. Wochenschrift 1890, Nr. 12 und 13.

<sup>46)</sup> l. c.

<sup>47)</sup> l. c.

<sup>48)</sup> Kumpf, Ueber Enteroptose. Wiener kl. Wochensh. 1893, Nr. 3.

<sup>49)</sup> Frickhinger, Ein Fall von Enteroptose nebst einigen Bemerkungen zur Enteroptosenlehre. Annalen der allg. städt. Krankenh. zu München.



und Féréol<sup>50)</sup> als zur Enteroptose gehörig beschriebenen Erscheinungen seien nur Folgezustände organischer Störungen, wie sie analog sich auch bei anderen Krankheiten einstellen. Da die pathologischen Vorgänge vorzugsweise den Magendarmkanal betreffen, sei es erklärlich, warum so oft das Bild der »nervösen Dyspepsie« entstehe. Die Enteroptose sei kein selbständiges in sich abgeschlossenes Krankheitsbild.

Boas<sup>51)</sup> fällt es schwer, das Vorliegen einer funktionellen Neurose auszuschliessen, andererseits könne man von einer organischen Grundlage der »nervösen Dyspepsie« Ewalds bis auf weiteres nicht absehen.

Kelling<sup>52)</sup> findet die klinische Bedeutung der Gastropotose in der Erschwerung der Arbeit des Magens durch die Vergrösserung der »Hubhöhe« (Oser), ferner darin, dass die Speisen bei ihrer Fortbewegung ins Duodenum in einem stärker geknickten Rohre weiter geschoben werden müssen. Das Herumwälzen und Durcharbeiten des Inhalts vollführt der sonst auf eine Unterlage gestützte Magen bei der Gastropotose in mehr hängendem Zustande, wobei die Muskeln durch die Schwere des Inhalts abnorm stark gespannt werden. Auch könne der Magen, da die Muskulatur durch Ueberdehnung leide, nicht den zur Verdauung erforderlichen konstanten Druck einstellen. Deshalb sei die Leistungsfähigkeit des Magens bei der Gastropotose viel geringer als in der Norm. Ebenso wie Meinert bringt Kelling die Chlorose in Beziehung zur Enteroptose. Plätschergeräusche treten bei Gastropotose häufig auf.

Brüggemann<sup>53)</sup> leugnet den Zusammenhang zwischen Gastropotose und Chlorose. Er fand zwar stets abnormen Tiefstand der unteren Magengrenze, doch sei dieser verursacht durch die Atonie der Magenwand als Folge der veränderten Blutbeschaffenheit.

Auch Meltzing<sup>54)</sup> leugnet den Zusammenhang zwischen Gastropotose und Chlorose.

Fleiner<sup>55)</sup> und vor allem Stiller<sup>56)</sup> schildern den Symptomenkomplex ähnlich wie Glénard. Stiller erklärt die Wanderniere für ein Teilsymptom eines allgemeinen Zustandes. Er schildert, wie die Lehre von der Wanderniere im Laufe der Jahre bedeutende Wandlungen durchgemacht habe. Von Anfang an seien die vielen dyspeptischen und nervösen Beschwerden, welche die Wanderniere begleiten, aufgefallen. Auch das häufige

<sup>50)</sup> Féréol, Enteroptose et neurasthénie. Rapport. Bulet. soc. méd. Décembre 1886. — Féréol, Enteroptose. Gazette hebdomadaire de médecine 1888.

<sup>51)</sup> l. c.

<sup>52)</sup> l. c.

<sup>53)</sup> Brüggemann, Ueber den Tiefstand des Magens bei Chlorose. Inaug. Dissertation. Bonn 1895.

<sup>54)</sup> Meltzing, Gastropotose und Chlorose. Wiener med. Presse 1895, Nr. 30.

<sup>55)</sup> l. c.

<sup>56)</sup> l. c.



Zusammentreffen von Magenerweiterung und Wanderniere blieb nicht unbemerkt, bis dann Glénard den Begriff Enteroptosie festgestellt habe. Das bedeute einen grossen Fortschritt auf dem Gebiete der Neurasthenie und nervösen Dyspepsie. Ihm seien es »geläufige Bilder, diese grazil gebauten, mageren, blassen jungen Männer und Frauen, die mit dyspeptischen und nervösen Klagen, fast möchte ich sagen mit nervösem Gesichtsausdruck, bei der Untersuchung dünne, weiche Bauchdecken, einen schlaffen, plätschernden Magen und eine meist rechtsseitige, manchmal auch doppelseitige palpable Niere darboten.«

Landau<sup>57)</sup> erklärt die Retroflexio uteri mobilis für eine Teilerscheinung der Enteroptosie.

Nach Agéron<sup>58)</sup> können ausgesprochene Gastroenteroptosien bedeutende Ernährungsstörungen unter dem Bilde der Anämie oder Chlorose zur Folge haben, welche verursacht werden durch die hochgradigen motorischen Störungen des gesenkten Magens.

Leo<sup>59)</sup> bestreitet den ursächlichen Zusammenhang zwischen Gastropiose und Chlorose.

Wie Brüggemann gibt er zu, dass die untere Magengrenze bei Chlorose abnorm tief stehe, das sei Folge der Atonie, nicht der Gastropiose. Allerdings sei häufig bei Chlorotischen, die ein Korsett getragen haben, Gastropiose nachweisbar; doch sei Chlorose nicht selten bei Mädchen, die nie ein Korsett getragen haben. Wegen der Verbreitung des Korsetts sei die Magensenkung eine fast regelmässige Abnormität des weiblichen Geschlechts, von dem doch nur ein Bruchteil an Chlorose erkrankte.

Bial,<sup>60)</sup> nach welchem Gastropiose bei Männern nicht eben selten sei, findet bei genauer Durchforschung fast überall Umstände, die zur Erklärung der sich zeigenden Anomalien ausreichend seien, ohne dass man einen Einfluss der gleichzeitigen Lageveränderungen anzunehmen brauche. Dass eine Anomalie, welche für das männliche Geschlecht so wenig bedeute, für das weibliche von so schwerwiegender Folge sein solle, sei doch eigentümlich. Vielleicht liege der Grund in einer geringeren Widerstandsfähigkeit des weiblichen Nervensystems.

Schwerdt<sup>61)</sup> hat in einer ausserordentlich interessanten Abhandlung auseinandergesetzt, dass der Name Enteroptosie nur eine symptomatische Bezeichnung der eigentlichen Krankheit sei. Die Ptosis der Entera spiele bei dieser keineswegs die erste Rolle. Das Wesen der Enteroptosie bestehe in einer Erschlaffung

<sup>57)</sup> Diskussion in der Berl. med. Gesellschaft 18. März 1896. Münchn. med. Wschr. 1896, Nr. 12.

<sup>58)</sup> Agéron, Anämische Zustände und Gastroenteroptosen. XIV. Kongr. f. inn. Med. Ref. Münchn. med. Wschr. 1896, Nr. 17.

<sup>59)</sup> Leo, Ueber Gastropiose und Chlorose. Deutsche med. Wschr. 1896, Nr. 12 u. 19.

<sup>60)</sup> l. c.

<sup>61)</sup> Schwerdt, Beiträge zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit Enteroptose-Basedow, Myxödem-Sklerodermie. Jena 1897.



des ganzen Nervensystems, einem chronischen Ermüdungszustand. Es sei ein in jeder Richtung funktionelles Leiden, eine Funktionsneurose, welche nicht nur auf die motorische Sphäre, sondern auch auf das sensible und vegetative Gebiet übergreife. Zu den primär vom Nervensystem gesetzten Störungen kämen noch die durch Selbstvergiftungen bedingten hinzu. Es komme schliesslich auch zu einer Funktionslähmung der Haut, welche bei Enteroptosie eine beträchtlich gesteigerte vikariierende, kompensatorische Arbeit leiste.

Der Verfasser unterscheidet drei Krankheitsstadien, die er wie folgt, zeichnet:

1. Stadium: zunehmende Muskelschwäche, mannigfache Sensationen, Abmagerung, Anämie. Objektiv nachweisbar sei nur Gewichtsabnahme, vielleicht auch Abnahme der physischen Energie und des intraabdominalen Drucks.

2. Stadium: fertige Krankheit Enteroptosie, einzelne Bauchorgane am falschen Ort, Neurosen des Verdauungsapparats, schwerere Autointoxikationen.

Durch Kompensationen kann die Krankheit im 1. und 2. Stadium zum Stillstand kommen. Solche Kompensationen seien Hypertrophie der Muskulatur des Verdauungsrohres und der anderen Hohlmuskeln und erhöhte Tätigkeit der Hautdrüsen.

Das 3. Stadium tritt ein, wenn diese Kompensationen ausbleiben oder eine dauernde Funktionslähmung der Haut eintritt. Ueberfüllung des Organismus mit toxischen Stoffen, allgemeiner Zusammenbruch der physischen Kräfte.

Verfasser vermutet, dass Morbus Basedowii und Enteroptosie einen inneren Zusammenhang haben und dass schliesslich auch Myxödem und Sklerodermie weitere Stadien der Krankheit seien.

Im Laufe seiner Ausführungen sei ihm des öfteren das Wort Dyskrasie entschlüpft. Wer denke da nicht der Rüstammer der alten Aerzte, wo neben den Abführmitteln, Brechmitteln, Schwitzmitteln der Aderlass schlummert.

Die bei Enteroptosie als Symptom vorkommende Chlorose und Anämie erklärt Buxbaum<sup>62)</sup> durch eine ungleichmässige Blutverteilung und durch Zirkulationsstörungen, welche infolge der geänderten mechanischen Verhältnisse auftreten. Ungleiche Blutverteilung, namentlich Anhäufung und Stauung des Blutes in den Gefässen der Unterleibsorgane, die zwei Drittel der Gesamtmenge aufzunehmen vermögen, täuschten oft die hochgradigsten Anämien und chlorotischen Zustände vor. Es handle sich bei der Enteroptosie um eine passive Hyperämie, an welcher die schwache Peristaltik hervorragenden Anteil habe. In zweiter

---

<sup>62)</sup> Buxbaum, Zur Pathologie und Therapie der Anämie bei Enteroptosie. Fortschritte der Hydrotherapie. Festschrift. Wien und Leipzig 1897.



Linie werde diese Blutanhäufung unterstützt durch die Erschlaffung der Bauchdecken und die Knickungen im Darm.

Nach Obrastzow<sup>63)</sup> ruft temporäre Enteroptosie nach stärkerer Abmagerung die Erscheinungen der nervösen Dyspepsie nicht hervor im Gegensatz zu der konstitutionellen »echten« Enteroptosie.

Langerhans<sup>64)</sup> hält die Enteroptosie für die häufigste Ursache der intestinalen Neurasthenie und Hysterie. Eine sehr häufige Teilerscheinung sei wahrscheinlich die Koloptosie und in zahlreichen Fällen die Retroflexio uteri.

Strauss,<sup>65)</sup> welcher, wie schon oben bemerkt, zwei Gruppen von Gastropptosien unterscheidet, schildert die Symptome der ersten Gruppe genau wie Stiller, die Krankheit sei hier Teilerscheinung einer mehr oder minder starken Minderwertigkeit. In der Chlorose sieht er den Ausdruck einer Konstitutionsanomalie, welche gleichzeitig die Chlorose und die Bedingungen für Entstehung der Magensenkung vorbereitet habe. Es könne auch die Chlorose die Erschlaffung der Aufhängebänder verursacht und so das Zustandekommen der Gastropptosie erleichtert haben. Dass für die Fälle, in welchen Gastropptosie und Neurasthenie zusammen vorkommen, die letztere durch die erstere bedingt werde, lässt Verfasser nur in beschränktem Masse gelten. Die Magenstörungen seien ziemlich regellos und länger andauernde schwere Motilitätsstörungen selten.

Nach Rose<sup>66)</sup> könne Gastropptosie allein für sich bestehen, aber auch einen Teil der allgemeinen Splanchnoptosie bilden, dann aber nehme sie unsere Aufmerksamkeit hauptsächlich in Anspruch. Enteroptosie und nervöse Dyspepsie seien in der Mehrzahl der Fälle identisch. Die Gastropptosie sei immer mit Magenerweiterung vergesellschaftet. Charakteristisch dafür sei ein leichter als normales und über einen grösseren Bezirk zu erzeugendes Plätschergeräusch. Auch Rose hält die Chlorose nicht für eine Folge der Gastropptosie, sondern beide für den Ausdruck einer Konstitutionsanomalie. Es gäbe Chlorose ohne Gastropptosie. Wahrscheinlich sei Chlorose die primäre Erscheinung und, wie schon Strauss ausführte, sei die Erschlaffung der Bauchmuskeln und deren Folgen durch die Chlorose verursacht.

Clemm<sup>67)</sup> will die Auffassung Roses, dass alle Fälle von nervöser Dyspepsie Folge der Verlagerung und Ueberdehnung des Magens seien, nicht gelten lassen. Eine Magen-neurose könne für sich bestehen.

<sup>63)</sup> l. c.

<sup>64)</sup> l. c.

<sup>65)</sup> l. c.

<sup>66)</sup> l. c. Deutsche Praxis.

<sup>67)</sup> Clemm, Ueber das A. Rosesche Verfahren, Eingeweidesenkungen mit Heftpflasterverbänden zu behandeln. Therap. Monatsschr. 1903, Febr.



Rosewater<sup>68)</sup> berichtet über einen Fall von Enteroptosie, der so recht die Mannigfaltigkeit der Symptome zu zeigen geeignet ist. Diese bestanden in Hypertrophie des adenoiden Schlundringes, Zurückbleiben der Sprache, Enuresis nocturna und mangelhafte Blutverteilung in Händen und Füßen. An anderen Fällen beobachtete Rosewater Magenbeschwerden, Durchfälle, Neuralgien, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Neurasthenie, selbst Herzbeschwerden, die ausserordentlich häufig von Enteroptosie abhängig seien, häufiger, als Verfasser früher vermutet habe.

In einer zweiten Arbeit widerspricht Clemm<sup>69)</sup> nochmals der Behauptung Roses und Stillers, dass es keine nervöse Dyspepsie ohne notorische anatomische Veränderung des Magens hinsichtlich Grösse und Lage gebe. In weitaus den meisten Fällen von Magenerweiterung sei allerdings, wie Rose meint, auch eine mehr oder weniger ausgesprochene Senkung vorhanden.

Als Symptome der Enteroptosie zählt Krellreuther<sup>70)</sup> folgende auf: allgemeine, chronische Schwäche, Drängen nach unten, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwindel, eingenommener Kopf, Ohnmachten, Rückenschmerzen, Wühlen im ganzen Leib, Schmerzen in einem oder beiden Hypochondrien, Atemnot, fliegende Hitze. Seitens des Magendarmkanals seien zu konstatieren: Anorexie, Gefühl der Mageninsuffizienz, schnelle Sättigung, Völlegefühl, Schwere und Druck auf den Magen, hauptsächlich nach dem Essen, Brechreiz, Vomitus matutinus, oft konstantes Erbrechen nach jeder Mahlzeit verbunden mit Aufstossen, Sodbrennen, Herzwasser, Blähungen, Schwappen und Plätschern im Magen, Druckpunkt im eingesunkenen Epigastrium, schliesslich Obstipation, welche oft das ganze Krankheitsbild beherrsche.

In seiner letzten Arbeit hebt Rose<sup>71)</sup> nochmal hervor, dass die Gastropnosie oft Erkrankungen der Respirations- und Zirkulationsorgane verursache. In einem von Groddeck beschriebenen Falle habe sich Schwindel und Bewusstlosigkeit gezeigt. Die Diagnose habe Myokarditis gelaute, Gastropnosie sei schliesslich die Ursache der genannten Symptome gewesen.

Weiter führt Rose an, dass nach Mangelsdorfs Beobachtungen Beziehungen beständen zwischen Migräne und Dilatation des Magens, wie auch zwischen Epilepsie und Gastropnosie. Die Gastropnosie verdiene weit mehr Aufmerksamkeit, als ihr bisher zugewendet sei.

Die Beobachtungen von Mangelsdorf kann ich aus meiner

---

<sup>68)</sup> Rosewater, Enteroptose mit Störungen des Verdauungs- und Zirkulationsapparates, geheilt durch einen einfachen Heftpflasterverband. Therapie der Gegenwart, März 1904.

<sup>69)</sup> Clemm, Ueber Heftpflasterverbände zur Stützung der Baueingeweide, Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie, II. Bd., 3. Heft.

<sup>70)</sup> l. c.

<sup>71)</sup> Rose, Enteroptosia. l. c.



Praxis bestätigen. Ich werde diesbezügliche Krankengeschichten am Schlusse dieser Arbeit bringen.

Wie wir aus vorstehendem ersehen, ist das Bild der Enteroptosie ein ausserordentlich vielgestaltiges. Um so mehr müssen wir uns für verpflichtet halten, unsere Aufmerksamkeit stets auf Eingeweidesenkungen zu richten, sobald eine Erkrankung nur eines der genannten Symptome darbietet.

Was nun die Diagnose betrifft, so werden wir dieselbe, wie schon Stiller<sup>72)</sup> ausführt, sehr oft aus der Anamnese stellen können. Bei der Untersuchung kommt es vor allen Dingen darauf an, Lage und Grösse der Leber, der Nieren und des Magens zu bestimmen. Die Methoden dieser Untersuchung sind verschieden. Was die Bestimmung der Lage der Niere anlangt, so müssen wir nach Hertzka<sup>73)</sup> unterscheiden zwischen fixiert dislozierten und mobil dislozierten Nieren. Israel<sup>74)</sup> beschreibt ausser der bekannten bimanuellen Palpation in der Rückenlage und dem Balottement rénal (Guyon) ein von ihm geübtes Verfahren für solche Fälle, in denen ihm die genannten beiden immer zuerst anzuwendenden Untersuchungsmethoden im Stiche liessen. Verfasser untersucht in Seitenlage und benutzt das inspiratorische Herabtreten der Niere zur Palpation.

Nach Israel lässt sich bei normal grosser, nicht abnorm beweglicher oder dislozierter Niere immer nur das untere Drittel, allenfalls die untere Hälfte, der Betastung zugänglich machen. Auf die gleiche Weise untersucht auch Lindner.<sup>75)</sup>

Kuttner<sup>76)</sup> beschreibt die bimanuelle Untersuchung, wie folgt. Der Patient nehme die horizontale Rückenlage mit gar nicht oder wenig erhöhtem Kopf ein. Mit der linken Hand drückt der untersuchende Arzt kräftig die Lumbalgegend in Höhe der zwölften Rippe ein. Die rechte Hand wird entsprechend der linken flach und etwas schräg auf die vordere Bauchwand gelegt, die Finger parallel dem Rippenbogen. Durch langsames Eindrücken der Finger lasse sich die nach vorn dislozierte Niere erkennen und meist ohne Schwierigkeit abtasten. Bei Spannung der Bauchmuskeln lasse man die Schenkel in der Hüfte leicht beugen und den Mund öffnen oder untersuche in Seitenlage nach Lindners und Israels Angaben. Wenn die Niere ihre normale Lage an der hinteren Bauchwand noch nicht völlig aufgegeben habe, lasse sich die Beweglichkeit nachweisen, indem man tiefe Inspirationen machen lasse und während der Expiration allmählich die Finger der auf der vorderen Bauchwand liegenden Hand eindrücke. Bei diesem schrittweisen Vor-

<sup>72)</sup> l. c.

<sup>73)</sup> l. c.

<sup>74)</sup> Israel, Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren. Berl. klin. Wschr. 1889, Nr. 7.

<sup>75)</sup> Lindner, Ueber die Wanderniere der Frauen. Heusers Verlag 1888, S. 10.

<sup>76)</sup> l. c.



gehen bekomme man die Niere allmählich zwischen die Finger der vorn und hinten operierenden Hand. Wenn bei Verdacht auf dislozierte Niere der Nachweis in Rücken- oder Seitenlage nicht gelinge, solle man im Stehen untersuchen. Ueberhaupt müsse man immer mehrere Male untersuchen. Im Gegensatz zu Israel hält Kuttner mit Landau<sup>77)</sup> jede respiratorisch verschiebbare Niere für pathologisch. Normalerweise werde durch tiefe Respiration ein palpables Herabtreten der Nieren nicht bewirkt.

Kuttner unterscheidet vier Hauptformen palpabler Nieren, und zwar: 1. deutlich nachweisbare respiratorische Beweglichkeit ohne erhebliche Dislokation; 2. Dislokation ersten Grades, d. h. man könne von der Niere  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  palpieren. Sie ist dann meist respiratorisch beweglich, lässt sich mit den Händen verschieben und ist mehr oder weniger nach vorn disloziert; 3. Dislokation zweiten Grades. Die Niere ist in der ganzen Ausdehnung palpabel, lässt sich leicht verschieben, ist respiratorisch beweglich, liegt der vorderen Bauchwand nahe oder lässt sich derselben leicht nahe bringen; 4. die Niere ist disloziert und fixiert.

Hilbert<sup>78)</sup> unterscheidet drei Grade von Beweglichkeit und hält die respiratorische Verschieblichkeit für physiologisch. Ren palpabilis gestatte den unteren Pol bis höchstens die Hälfte des Organs abzutasten und sei ohne pathologische Bedeutung. Bei Ren mobilis könne man das ganze Organ abfühlen, bei Ren migrans sei die ganze fühlbare Niere nach abwärts und immer frei beweglich.

Stiller,<sup>79)</sup> der auf das Symptom der beweglichen zehnten Rippe hingewiesen hat, hielt die Diagnose der mobilen Niere für eine der leichtesten. Das Gefühl des bei der Inspiration sich vordrängenden rundlichen, glatten Körpers, welcher, nachdem man ihn gefasst hat, bei der Expiration wieder entschlüpft, sei durchaus charakteristisch (Echappement Glénards).

Kumpf<sup>80)</sup> gibt für die Nephroptose einen charakteristischen Schmerzpunkt an, welcher in der Mitte einer Linie liege, die vom Nabel zur grössten Konvexität des Rippenbogens gezogen ist. Der zu untersuchende Patient müsse dabei in Steinschnittlage liegen. Der Schmerz erfolge bei kurzem Stoss der steifen Finger unter einem Winkel von  $110^{\circ}$  in der Tiefe bis zur hinteren Bauchwand. Bei intensiver Schmerzáusserung sei Nephroptose vorhanden.

Was nun die Untersuchung des Magens bezüglich Lage und Grösse anlangt, so standen uns hier ursprünglich die Inspektion,

<sup>77)</sup> Landau, Die Wanderniere der Frauen. Berlin 1881.

<sup>78)</sup> Hilbert, Ueber palpable und bewegliche Nieren. Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd. L.

<sup>79)</sup> l. c.

<sup>80)</sup> Kumpf. Zur Pathologie und Therapie der Enteroptose. Wiener med. Presse 1903, Nr. 14 u. 15.



die Palpation, die Perkussion und die Auskultation, allenfalls noch die Untersuchung mit der Sonde zur Verfügung. Die Erkenntnis von der Wichtigkeit einer strikten Diagnose hat aber noch andere Untersuchungsmethoden entstehen lassen.

Ewald<sup>81)</sup> bläst zur Diagnose den Magen mit einem Doppelgebläse nach Einführung der Schlundsonde auf. Der Magen muss leer sein. Die Grenzen des Magens, soweit er der Bauchwand anliegt, sind durch die Inspektion festzustellen. Dasselbe Verfahren empfiehlt Kelling.<sup>82)</sup> Der Magen müsse zur Bestimmung seiner Lage ad maximum gefüllt werden; das sei auch für die Bestimmung der Form nötig.

Krez<sup>83)</sup> schliesst aus dem Plätschergeräusch auf Gastropotose. Er diagnostiziert den Tiefstand der grossen Kurvatur durch Perkussion nach Wassereingiessung und schliesst aus der Menge des Wassers eventuell die Magenerweiterung aus. Doch sei eine genaue Scheidegrenze nicht aufzustellen, solange keine hochgradige Erweiterung vorliege. Uebrigens seien die Bedingungen zur Entstehung einer Ektasie bei Enteroptose sehr günstig.

Von den diagnostischen Methoden zur Bestimmung der Grösse und Lage des Magens zieht Frickhinger<sup>84)</sup> die Aufblähung des Magens mittelst Kohlensäure derjenigen mit Luft vor. Auf demselben Standpunkt steht Meinert.<sup>85)</sup> Die Perkussion des unvorbereiteten Abdomens, auch die Methode Leubes, die untere Magengrenze im Stehen, eventuell nach Einflössung von Wasser durch Perkussion zu bestimmen, seien zum Nachweis von Lageveränderungen nicht ausreichend. Selbst wenn man die untere Grenze gefunden, bleibe man im unklaren über die kleine Kurvatur, und diese sei eben nur durch Aufblähung kenntlich zu machen. Unter den nötigen Kautelen und sorgfältig individualisierend gibt Meinert etwa 6 g Acid. tart. und 8 g Natr. bicarbon. Lufthaltige Hohlorgane des Bauches seien durch Perkussion nicht voneinander abzugrenzen. Die Durchleuchtung des Magens nach Martius und Meltzing gebe falsche Resultate, das Durchleuchtungsbild gebe die Ausdehnung viel grösser an, als sie wirklich vorhanden sei.

Unter Martius<sup>86)</sup> Leitung hat nämlich Meltzing<sup>87)</sup> auf

<sup>81)</sup> Ewald, Ueber Enteroptose und Wanderniere. Berl. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 12 und 13.

<sup>82)</sup> l. c.

<sup>83)</sup> l. c.

<sup>84)</sup> l. c.

<sup>85)</sup> l. c.

<sup>86)</sup> Martius, Ueber Grösse, Lage und Beweglichkeit des gesunden und kranken menschlichen Magens. Wiener med. Wochenschrift 1895, Nr. 7. — Martius, Ueber die wissenschaftliche Verwertbarkeit der Magendurchleuchtung. Zentralblatt f. innere Medizin 1895, Nr. 49.

<sup>87)</sup> Meltzing, Magendurchleuchtungen. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 27, Heft 3—6. — Meltzing, Die Kontrolle der Magendurchleuchtung mittelst Magnetsonde. Archiv f. Verdauungskrankh., II. Bd., XXVIII.



diaphanoskopischem Wege mit besonders lichtstarken elektrischen Lampen Untersuchungen angestellt, die ergaben, dass die untere Magengrenze tiefer stehe, als man nach Leichenbefunden bisher angenommen. Sie erreiche bei leerem Organ fast ausnahmslos den Nabel, bei mit Wasser gefülltem Magen die Höhe der beiden Cristae ilei. Diese Behauptung hat Martius durch Kontrollversuche und Vivisektionen zu stützen versucht. Meltzing stellt auf Grund seiner durch eine Magnetsonde kontrollierten Resultate der Magendurchleuchtung den Satz auf, dass der Magen ein überaus leicht bewegliches Organ sei, das sich je nach seinem eigenen Füllungszustand, nach der Ausdehnung und Form der Nachbarorgane in den verschiedensten Gestaltungen präsentieren könne, ohne dass man deswegen von einem pathologischen Zustande sprechen dürfe.

Aehnlich spricht Ullmann<sup>88)</sup> der Grösse und Lage des Magens jede diagnostische Bedeutung ab, die er nur der Funktion zuspricht.

Boas<sup>89)</sup> und Schmilinsky<sup>90)</sup> bestimmen die Lage der grossen Kurvatur durch die weiche Sonde, welche sich nach Boas bei ihrer Einführung längs der grossen Kurvatur legt und im Verlauf des ganzen unter Leber und Rippen hervorragenden Abschnittes der letzteren durch die Bauchdecken palpiert werden kann. Nach Boas ist die Sondenpalpation für die Bestimmung der grossen Kurvatur allen anderen Methoden überlegen. Schmilinsky hat diese Methode weiter ausgearbeitet und erklärt sie gleichfalls für die beste bisher bekannte zur Bestimmung der unteren Magengrenze in liegender Stellung des zu Untersuchenden bei gefülltem und nicht gefülltem Magen. Sie sei auch die beste Methode zur Untersuchung im Stehen, wenn es gelingt die Sonde zu palpieren.

Im Gegensatz zu Martius und Meltzing findet Sch. die untere Magengrenze bei drei subjektiv und objektiv gesunden Mägen einmal im oberen und zweimal im mittleren Drittel der Verbindungslinie zwischen Schwertfortsatz und Nabel. Unter 62 kranken Mägen lag 18mal die untere Magengrenze unterhalb des Nabels. In diesen Fällen handelte es sich um schwere Gastroplosien. Bei 13 gesunkenen Mägen findet sich die untere Magengrenze in Nabelhöhe, bei 12 sogar im unteren Drittel, bei keinem aber im mittleren oder oberen Drittel oben genannter Linie. Mägen, deren grosse Kurvatur in liegender Stellung bei leerem Organ unterhalb der Nabelhorizontalen liege und die nicht

<sup>88)</sup> Ullmann, Ueber Magenerweiterung. Münch. med. Wschr. 1895, Nr. 19.

<sup>89)</sup> Boas, Ueber Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Sondenpalpation. (Vorl. Mitt.) Zentralbl. f. innere Med. 1896, Nr. 6. — Boas, Ueber die Feststellung der Magengrenzen durch Sondenpalpation. Vortrag gehalten in der Hufelandschen Gesellsch. in Berlin. Ref. Deutsche Med.-Ztg. 1896, Nr. 22.

<sup>90)</sup> Schmilinsky, Ueber Sondenpalpation und die Lage des Magens. Arch. f. Verdauungskr., 2. Bd., XIII.



Gastroptosien seien, wären selten. Andererseits dürften Gastroptosien, deren grosse Krümmung unter den eben genannten Bedingungen im mittleren oder oberen Drittel jener Linie liegen, kaum vorkommen.

Bei nicht gesunkenen oder atonischen Mägen behalte die grosse Krümmung im Stehen annähernd dieselbe Form wie im Liegen, nämlich die Form einer flachen Mulde, welche bei Anfüllung mit Wasser im Stehen nur wenig vertieft werde. Bei Gastroptosien und Atonien aber, wo bei leerem Magen bezüglich der unteren Magengrenze kein Unterschied vom normalen Magen zu bestehen brauche, sinke im Stehen der mittlere Teil der grossen Krümmung unter Senkrechthaltung der beiden Schenkel und Annäherung aneinander oft sehr tief hinab. Aus der flachen Mulde werde ein lang gezogener und schmaler Sack, der sich bei Wassereinfüllung von  $\frac{1}{2}$ —1 Liter meist noch mehr vertiefe.

Reed<sup>91)</sup> diagnostiziert Lage- und Grössenveränderungen der Baucheingeweide durch »Clapotement« in Verbindung mit Perkussion.

Obrastzow<sup>92)</sup> gibt an, dass Enteroptosie bei Neurasthenie nicht selten von einer Senkung des Diaphragmas begleitet sei, namentlich bei männlichen Neurasthenikern. Ein Zeichen dieser Senkung sei Pulsatio epigastrica, welche sub scrobiculo cordis bei vertikaler Lage des Kranken zu beobachten sei. Diese Pulsatio epigastrica sei ein wahres Stigma neurasthenicum. Es sei bei Frauen selten, weil bei diesen das Diaphragma höher steht als bei Männern, sei es durch das Korsett bedingt, sei es als physiologische Eigentümlichkeit, die der Bauchhöhle während der Schwangerschaft möglichste Dehnung ermöglichen soll.

Boas und Levy-Dorn<sup>93)</sup> lassen zur Diagnose von Lageveränderungen des Magendarmkanals Celluloidkapseln mit arsenfreiem metallischen Wismut schlucken und untersuchten dann mittelst Röntgenstrahlen.

Langerhans<sup>94)</sup> untersucht zur Feststellung von Lageveränderungen des Magens mittelst einer englischen Schlundsonde, an deren unterem Ende ein Condom befestigt ist. Mittelst eines Doppelgebläses wird Luft in den Condom geblasen, nachdem die Sonde eingeführt ist. Verfasser lässt dabei Rückenlage einnehmen. Bei normal gelegenem Magen und reiner Dilatation wälzt sich der Magen unter dem Rippenbogen vor. Bei der Gastroptose wälze sich zuerst eine tief unten, etwa in der Höhe des Nabels meist median oder links gelegene Partie ganz um-

<sup>91)</sup> Reed, Die Diagnose der Veränderungen von Gestalt, Lage und Beweglichkeit des Magens in Fällen, bei denen intragastrische Instrumente nicht anwendbar sind. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 43.

<sup>92)</sup> l. c.

<sup>93)</sup> Boas und Levy-Dorn, Zur Diagnostik von Magen- und Darmkrankheiten mittelst Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. 1898, Nr. 2.

<sup>94)</sup> l. c.



schrieben hervor. Bald wird daraus ein quer gelegener Wulst mit einem aufrecht gerichteten Schenkel, der unter dem linken Rippenbogen verschwindet. Bei Vertikalstellung des Magens sei der horizontale Wulst sehr kurz.

Nach Strauss<sup>95)</sup> ist für die Feststellung einer Gastropnosie eine kunstgerechte Inspektion, welche die Vorwölbungen und die Schatten am Abdomen richtig zu beobachten und zu verwerten weiss, die Hauptsache.

Rose<sup>96)</sup> gibt an, dass Plätschergeräusch leichter als normal und über eine grosse Aera hin erzeugbar für Magenerweiterung und Magensenkung spreche.

In einem Aufsatz in der Wiener med. Presse erwähnt Pick,<sup>97)</sup> dass schon Leichtenstern zur Bestimmung der unteren Magengrenze die Stäbchen-Plessimeterperkussion unter gleichzeitiger Auskultation vorgeschlagen habe. Auskultiere man den Magen, während gleichzeitig das Plessimeter mit einem metallenen Körper, z. B. einem Metallkatheter, beklopft werde, so höre man über dem Magen einen lauten Metallklang, der sich von dem des Kolon gut unterscheiden lasse. Dann habe auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Rom im Jahre 1894 Benderski die auskultatorische Perkussion des Magens und Darmes empfohlen.

Durch schwache Perkussion eines Hohlorgans werde nämlich nur die in demselben befindliche Luftsäule in Schwingungen versetzt und der hierdurch entstehende Ton könne durch das Stethoskop deutlich vernommen werden. Die Grenzen eines Organs seien demnach auf die Weise festzustellen, dass man das Stethoskop auf das zu untersuchende Organ aufsetzt und dann zum Rande dieses hin perkutiert. Die Methode ist von Buch<sup>98)</sup> erweitert in der richtigen Erkenntnis, dass die Perkussion für die Feststellung von Lage und Grösse der Eingeweide sehr wertvoll sei. Pick hält die Perkussion für wichtiger als die Inspektion, die mannigfachen Irrungen unterworfen sei. Merkwürdigerweise werde die Perkussion im allgemeinen noch wenig gewürdigt und erscheine eigentlich noch immer stark in den Hintergrund gedrängt.

Buch also bedient sich zur Auskultation eines gewöhnlichen Stethoskops ohne Ohrmuschel, das mit einem Schlauch verbunden ist, der eine Olive trägt. Seine Methode nennt er »auskultatorische Perkussion« oder »Transsonanz«. Pick schildert diese Methode Buchs, mittelst derer man die Magengrenzen ausserordentlich exakt bestimmen könne, folgendermassen: Man setze das Stethoskop auf eine Stelle innerhalb der Grenzen des betreffenden Organs und perkutiere gegen die Grenzen hin, ohne

<sup>95)</sup> l. c.

<sup>96)</sup> l. c. Deutsche Praxis.

<sup>97)</sup> Pick, Ueber Magenatonie. Wiener med. Presse 1902, Nr. 7.

<sup>98)</sup> Deutsche Med. Wochenschr. 1901, Nr. 38.



die Stellung des Stethoskops zu ändern. Man höre einen trommelnden oder schmetternden Laut. Sobald bei der Perkussion die Grenze des Organs überschritten werde, höre der Laut auf oder verändere ganz wesentlich und durchaus bemerkbar seine Klangfarbe. Wo also die Veränderung des Schalles stattfindet, sei die Grenze des Organs.

Hofmann<sup>99)</sup> hat für die auskultatorische Perkussion einen eigenen Perkussionshammer konstruiert, eine Verbindung von Hammer und Plessimeter. Dieser Perkussionshammer kann mit einer Hand dirigiert werden. Ich habe die auskultatorische Perkussion ohne Plessimeter ausgeübt und auch auf diese Weise zuverlässige Resultate erhalten.

Bezüglich der Plätschergeräusche ist der Standpunkt Picks der, dass dieselben im Magen dann auftreten, wenn Luft und Flüssigkeit in demselben vorhanden sind und dass sie um so leichter hervorzurufen sind, je tiefer der Magen steht, also je grösser der der untersuchenden Hand zugängliche Teil ist. Zur Unterscheidung der Plätschergeräusche des Magens von denen des Darms dient dem Autor gleichfalls die auskultatorische Perkussion.

Als eine in schweren Fällen der »Glénardschen Krankheit« hervortretende Erscheinung beschreibt Ott<sup>100)</sup> Venenerweiterungen der Bauchdecken. Er erklärt die Phlebektasien durch den dauernden Druck des herabgesunkenen Ileums und des mit Stuhlmassen gefüllten Kolons auf die Vena cava ascendens und die Venae iliacae, durch welchen der Blutrückfluss in diesen Gefässen behindert sei. Das zurückgestaute Blut suche seinen Abfluss nun auf anderen Wegen.

Wenn wir nunmehr uns der Therapie der Enteroptosie zuwenden, so finden wir hier erfreulicherweise eine etwas grössere Uebereinstimmung als bei der Pathologie dieser Krankheit. Der bei weitem grössere Teil der Autoren spricht sich für die Behandlung der Enteroptosien mit Leibbinden aus. Günzburg<sup>101)</sup> dagegen empfiehlt, da die Bindenbehandlung oft versage, kleine Mengen Hefe, welche bessere Ernährung und somit Fettansatz zur Folge hätten.

Rumpf<sup>102)</sup> bezweifelt ebenfalls die Wirkung von Binden und Laxantien und plaidiert für Gymnastik und Massage. Bei Ren mobile habe er in 60 Proz. Heilung, in 20 Proz. der Fälle Besserung gesehen durch Thure Brandts Unternierenzitterdrückung. Stiller<sup>103)</sup> hält dagegen die Massage für vollständig

<sup>99)</sup> Hofmann, Ueber auskultatorische Perkussion. Münchener med. Wschr. 1901, Nr. 35.

<sup>100)</sup> Ott, Ueber die Glénardsche Krankheit. Prager med. Wochenschr. 1892, Nr. 46.

<sup>101)</sup> Günzburg, Zur Therapie der Enteroptose. Münchener med. Wschr. 1896, Nr. 17.

<sup>102)</sup> l. c.

<sup>103)</sup> l. c.



nutzlos. Meinert<sup>104)</sup> lässt zunächst das Korsett entfernen, sucht die normale Zwerchfellatmung wieder herzustellen und empfiehlt weiter Schrotbrot, Magenauswaschungen, Faradisation, Ruhe, Mastkur. Dieselbe Behandlung empfehlen Fleiner<sup>105)</sup> und Pick,<sup>106)</sup> beide wollen den Schwächezustand der Bauchwand heben und den intraabdominalen Druck steigern.

Buxbaum<sup>107)</sup> nimmt, wie oben erwähnt, an, dass es sich bei der Enteroptosie um eine passive Hyperämie in den Unterleibsorganen handle und daher habe die Therapie zu bestehen in der Anwendung derjenigen thermischen, mechanischen (hydrotherapeutischen) und elektrischen Behandlungsmethoden, welche den Darm kräftigen, die Peristaltik erhöhen und damit die intraorganische Beschleunigung des Blutstroms anstreben.

Als einer der ersten, der gegen Eingeweidesenkungen eine Leibbinde empfohlen hat, ist Chvostek<sup>108)</sup> zu nennen. Er wendet gegen Wanderleber eine elastische Leibbinde an, welche die meso- und hydrogastrische Gegend komprimiert.

Lindner,<sup>109)</sup> Kuttner,<sup>110)</sup> Ewald,<sup>111)</sup> Stifter,<sup>112)</sup> Krez,<sup>113)</sup> Hufschmidt,<sup>114)</sup> Boas,<sup>115)</sup> Kelling,<sup>116)</sup> Huber,<sup>117)</sup> Schwerdt,<sup>118)</sup> Obrastzow,<sup>119)</sup> Strauss,<sup>120)</sup> Ostertag,<sup>121)</sup> Maillart,<sup>122)</sup> Krellreuther<sup>123)</sup> sprechen sich ausnahmslos für die Anwendung einer geeigneten Leibbinde aus. Ewald hält daneben für wichtig die Entleerung des Darms durch Mittelsalze.

Stifler wendet nebenbei kohlensaure Stahlbäder an, will auch in einem Falle Erfolg von elektrolytischer Behandlung gehabt haben.

Hufschmidt empfiehlt ausser Binden und Bardagen Massage, Faradisation, Gymnastik und Hydrotherapie. Ihm schliessen sich an: Boas, der auch der Mastkur das Wort redet, Kelling, Strauss und Krellreuther. Letzterer verwirft die Pelotte bei Wanderniere und hebt besonders hervor, dass es darauf ankomme, dass die Leibbinde den Hängebauch auch wirklich hebt.

Ostertag legte bei Konstruktion seiner Leibbinde Gewicht darauf, dass der gesunkene Unterleib durch die Binde kräftig nach oben gehoben und hier fortwährend gut festgehalten werde, so dass ein Sinken der Teile nach unten verhindert wird. Er will dies dadurch erreichen, dass sich die Binde oben und unten auf das Knochengestütz stützt.

Langerhans<sup>124)</sup> will die Leibbinde nur in sogen. Landau-

<sup>104)</sup> l. c. <sup>105)</sup> l. c. <sup>106)</sup> l. c. <sup>107)</sup> l. c. <sup>108)</sup> l. c. <sup>109)</sup> l. c. <sup>110)</sup> l. c.  
<sup>111)</sup> l. c. <sup>112)</sup> l. c. <sup>113)</sup> l. c. <sup>114)</sup> l. c. <sup>115)</sup> l. c. <sup>116)</sup> l. c. <sup>117)</sup> l. c. <sup>118)</sup> l. c.  
<sup>119)</sup> l. c. <sup>120)</sup> l. c.

<sup>121)</sup> Ostertag, Zur Verhütung und Heilung des Hängebauchs. Barmen 1901.

<sup>122)</sup> Maillart, Ueber den günstigen Einfluss der Schwangerschaft auf die Enteroptose. Zentralbl. f. Gyn. 1900, Nr. 50.

<sup>123)</sup> l. c.

<sup>124)</sup> l. c.



Fällen angewendet wissen und empfiehlt im übrigen Gymnastik. Immer aber bedürfe das Nervensystem der strengsten Beachtung und Behandlung.

Aufrecht<sup>125)</sup> empfiehlt Glénards hypogastrischen Gurt. Durch denselben werde eine Verkleinerung des Bauchraumes in der Richtung von oben nach unten erzielt. Hierdurch werde die Beweglichkeit der enteroptotischen Organe, das Hin- und Herpendeln derselben beschränkt und die Dehnung der Aufhängebänder derselben, in erster Reihe der Niere und des Magens, verringert. So würden die Zirkulationsverhältnisse gebessert und die durch Zerrung der Ligamente ausgelösten Nervenreflexe verhütet. Der Gurt Glénards sei keine Leibbinde im landläufigen Sinne. Alle sog. Leibbinden seien vollkommen wertlos für die Behandlung der Gastropotosie und der Enteroptosie.

Schwerdt<sup>126)</sup> hatte in seinem Aufsatz vom Jahre 1896 als Ziel der Therapie bei Enteroptosie hingestellt: Erhöhung des intraabdominalen Spannungsdruckes, Verminderung des Belastungsdruckes und Beseitigung des Aufblähungsdruckes. Demnach seien anzuwenden Massage, gymnastische Uebungen, Leibbinde, der Stuhl sei zu regeln, massige Nahrung zu verbieten und bei abnormer Gärung seien Desinfizientien anzuwenden. In seiner nächsten Arbeit aus dem Jahre 1897 betont derselbe Autor<sup>127)</sup> den Wert hydrotherapeutischer Massnahmen zur Bekämpfung der Autointoxikationen. Es habe eine reichliche Ernährung, Massage des ganzen Körpers, besonders des Dammes Platz zu greifen. Zur Kräftigung der Bauchmuskulatur empfiehlt er gymnastische Uebungen, welche zuerst in Rückenlage auszuführen seien. Wo eine kausale Behandlung der Erschlaffung der Bauchwand und ihrer Folgen durch Mechano- und Elektrotherapie undurchführbar sei, schaffe die Verordnung einer Leibbinde Erleichterung, besonders bei Splanchnoptosie mit Hängebauch. Nebenbei lässt Sch. Neuenahr- oder Vichy-Wasser trinken. Er deutet an, dass vielleicht einmal der Aderlass in der Bekämpfung der bei Enteroptosie entstehenden Dyskrasie angewendet werden könnte.

J. Ross Watt<sup>128)</sup> teilt eine eigenartige, von ihm erfundene Methode der Behandlung der Wanderniere mit, indem er es als Tatsache ansieht, dass durch die übliche Bindenbehandlung wie auch durch die früher vielfach ausgeführte operative Behandlung häufig keine befriedigenden Erfolge erzielt werden. Er schneidet zunächst aus Packpapier zwei flügelartige Stücke, welche den ganzen Unterleib bedecken, sich in der Mittellinie treffen und an allen Seiten etwa zwei Zentimeter über die knöchernen

<sup>125)</sup> l. c.

<sup>126)</sup> l. c.

<sup>127)</sup> l. c.

<sup>128)</sup> J. Ross Watt, Edinb. Med. Journ. 1901, Nr. 12.



Grenzen herübertagen. Nach diesem Modell werden zwei Bleiflügel angefertigt, mit Stoff überzogen und dem liegenden Patienten auf den Leib gelegt und mit der Hand überall fest angedrückt, nachdem die Niere in ihre normale Lage gebracht war. An einem langen gut sitzenden Korsett, das über diese Bleiflügel gezogen würde, werden diese letzteren befestigt. Das Anlegen und Abnehmen dieser Bandage soll stets im Liegen geschehen. Das biegsame Blei nehme vollständig die Form der Oberfläche des Leibes an und übt auf diese Weise einen gleichmässigen Druck auf den ganzen Körperteil aus. Das Gewicht werde daher wenig empfunden. In 3—4 Monaten will der Verfasser dauernde Befestigung der Niere an normaler Stelle erzielt haben.

Die Erkenntnis, dass die bisher übliche Behandlung mit elastischen Leibbinden mit und ohne Pelotten keine befriedigenden Erfolge aufzuweisen habe, liess eine Behandlungsmethode reifen, welche in ihren Erfolgen bisher unerreicht dasteht.

Rose, Rosewater und Schmitz stellten das Prinzip auf, die mangelhafte Tätigkeit der Bauchmuskulatur durch Heftpflaster zu ersetzen und jeder dieser drei Autoren versuchte auf seine Weise, dieses Prinzip zur Anwendung zu bringen.

Roses<sup>129)</sup> Methode ist entschieden die einfachste.

Rose geht von dem Gedanken aus, dass die Therapie der Gastropotose eine mechanische sein müsse, die Massage, Gymnastik, Elektrizität u. s. w. nur Adjuvantia sein können und Leibbinden nur in Landau-Fällen, in Fällen mit Hängebauch etwas leisteten. Es handele sich darum, die Bauchorgane genügend zu unterstützen.

Zu diesem Zwecke legte Rose ein breites, der Form des Bauches entsprechend geschnittenes Gummipflaster so fest wie möglich an den Bauch, indem er dabei die ganze Bauchmasse gut von unten nach oben zieht. Die beiden Enden des Pflasters klebt er über der Wirbelsäule zusammen. Zur vollkommeneren Unterstützung der Bauchwand werden noch zwei Seitenstücke angelegt, die, vom Ligamentum Poupartii schräg nach aufwärts und rückwärts verlaufend, ebenfalls an der Wirbelsäule zusammenreffen. Bei Anlegung dieser Seitenstücke wendet Rose beträchtliche Kraft an.

Dieses Verfahren Roses nennt Clemm<sup>130)</sup>, der das Verdienst hat, es in Deutschland zuerst näher bekannt gemacht und gewürdigt zu haben, wegen seiner Einfachheit und Natürlichkeit gegenüber den umständlichen und dabei meist erfolglosen Bindenbehandlungen oder gar der chirurgischen Festnäherung das »Ei des Kolumbus«. Das Verfahren biete grosse Vorteile und wirke vorzüglich, wie Verfasser an zwei Fällen nachweist. An anderer

<sup>129)</sup> Rose, Atonia gastrica und eine neue Methode der Behandlung derselben. Deutsche Praxis 1901, Nr. 17 u. 18.

<sup>130)</sup> Clemm, Ueber das A. Rosesche Verfahren, Eingeweidesenkungen mit Heftpflasterverbänden zu behandeln. Therap. Monatshefte 1903, Febr.



Stelle sagt derselbe Autor<sup>131)</sup>, der Verband sei berufen, für Unzählige zu einer Quelle des Segens zu werden; er stelle eine von dem augenfälligsten Erfolge begleitete Behandlungsweise dar.

Rosewater<sup>132)</sup> hat unabhängig von Rose gleichfalls einen Heftpflasterverband angegeben, den ich aber mit Clemm<sup>133)</sup> als zu kompliziert erachte. Rosewater legt nach Reposition der Nieren in Rückenlage und Hinaufdrängen der Eingeweide einen Heftpflasterverband an, der aus drei Teilen besteht, nämlich einem Streifen von der Symphyse zum Sternum, zweitens je einem Streifen rechts und links von der Symphyse schräg seitlich nach oben zu den unteren Brustwirbeln laufend und drittens einem Streifen rings um den unteren Teil des Bauches. Die Erfolge Rosewaters seien eklatant gewesen. Der Verband müsse von Zeit zu Zeit gewechselt werden.

Schmitz<sup>134)</sup> erklärt, was die Wanderniere anlangt, die Pelottenbehandlung für unzweckmässig, ja gefährlich. Der dauernde Druck auf eine Niere könne niemals vorteilhaft wirken; gefährlich aber sei es geradezu, wenn die Niere den Druck in fehlerhafter Lage aushalten müsse. Binden seien zweckmässig, wenn sie nach Mass angefertigt seien und passend angelegt würden, aber tadellos wirkende Binden seien sehr kompliziert und teuer. Deshalb kam Verfasser auf die Fixierung durch Heftpflaster, welches die fixierende Hand ersetzen sollte. Schmitz hat drei Nierenleibbinden konstruiert. Die erste besteht aus einem perforierten handbreiten Heftpflasterstreifen, der in zwei Bändern ausläuft; die zweite ist die Kombination eines handbreiten Heftpflasterstreifens mit einer Gurtbinde, die unter beliebigem Zug auf dem Rücken festgeschnallt werden kann; die dritte ist die Kombination eines Heftpflasterstreifens mit einer Flanellbinde, welche unter beliebigem Zug abgewickelt, dem Unterleib festen Halt gibt und denselben zugleich warm hält. Um die Angriffsfläche der Nierenleibbinde zu vergrössern und ihre Zugwirkung zu erhöhen, kann auf den Unterleib direkt über der Symphyse eine Heftpflasterunterlage gelegt werden. Die Erfolge, die Schmitz gehabt hat, sind durchaus günstig. Sein Verfahren erscheint aber immerhin gegenüber dem Verband nach Rose etwas kompliziert.

Ueber die Erfolge berichtete Schmitz<sup>135)</sup> auf der letzten

<sup>131)</sup> Clemm, Ueber die Bedeutung der Heftpflasterverbände für die Behandlung schlaffer und gesenkter Eingeweide. Therapie der Gegenwart. April 1904.

<sup>132)</sup> Rosewater, Enteroptose mit Störungen des Verdauungs- und Zirkulationsapparates, geheilt durch einen einfachen Heftpflasterverband. Therapie der Gegenwart. März 1904.

<sup>133)</sup> l. c.

<sup>134)</sup> Schmitz, Beitrag zur Behandlung der Ren mobilis (Wanderniere). Vortrag, geh. auf d. 75. Jahresvers. d. deutsch. Naturf. u. Aerzte in Kassel. 22. Sept. 1903.

<sup>135)</sup> Schmitz, Die Heftpflasterverbandmethode bei der Nierenbehandlung. Vortrag, geh. auf d. 76. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte in Breslau 1904.



Naturforscher-Versammlung nach persönlicher lebenswürdiger Mitteilung, dass der Verband nicht nur die Beschwerden der Wanderniere beseitige, sondern auch dem Unterleib eine wohlthuende Festigkeit gebe, die Patienten der Art gewöhnlich mangle. Der Appetit werde erhöht, die gestörte Verdauung befördert. Am auffälligsten wirke der Verband gegen lose Nieren bei magerem Unterleib und schlaffen Bauchhautdecken. Bei Abdomen pendens, namentlich bei voluminösem, stark überhängendem Hängebauch sei die Behandlung schwerer. In solchen Fällen seien Binden und Bandagen zum Schnüren recht brauchbar; auch die Verbände nach Rose, Clemm oder die von mir angegebene modifizierte Form seien hier von sicherer Wirkung. Schmitz wendet sein Verfahren auch an bei entzündeter Wanderniere, Nierengeschwülsten und jeder Art Nierenentzündung.

Clemm hat den Roseschen Verband, wie schon erwähnt, zuerst in Deutschland geprüft und seine Wichtigkeit und Tragweite erkannt. Er<sup>136)</sup> glaubt, das Rosesche Verfahren insofern vereinfacht zu haben, als er das Pflaster — Beiersdorfs Leukoplast oder Dietrichs Zinkkautschukpflaster als Unterlage und Segeltuchpflaster oder Moleskinpflaster als eigentliche Stütze — nach Art einer Leibbinde zuschnitt resp. von der Fabrik zugeschnitten bezog. Clemm hat in einzelnen Fällen nur ein Pflaster benützt, auf dickem Moleskin aufgetragenes Beiersdorfsches Leukoplast, das nach seiner Meinung ebenso sicher, vielleicht noch besser anliege, als das Doppelpflaster. Auch meint Clemm, die Seitenstreifen oft entbehren zu können.

Die Indikationsstellung für den Roseschen Verband hat Clemm<sup>137)</sup> in analoger Weise erweitert, wie Schmitz diejenige für seinen ursprünglich nur zur Behandlung der Wanderniere erdachten Nierenverband. Clemm wendet den Heftpflasterverband an, abgesehen von schlaffer Senkung bei Magenverengerung und Magenerweiterung, bei schweren Formen der Magenentzündung, beim Magen- und Duodenalgeschwür, bei allen Formen der Dickdarmerschaffung wie des Dickdarmkrampfes und bei Entzündungen desselben, bei bestehender oder zu verhütender Gallensteinerkrankung — auf welchen Punkt ich<sup>138)</sup> auch schon hingewiesen habe — und bei Behandlung und Vorbeugung der Blinddarmentzündung. Mir hat sich der Rosesche Verband auch bei der Retroflexio uteri, welche ja oft eine Teilerscheinung der Enteroptosie ist, bewährt, worauf ich Clemm zuerst aufmerksam gemacht habe.

Ich lernte den Roseschen Verband gelegentlich gemeinschaftlicher Behandlung einer Patientin durch Clemm kennen.

<sup>136)</sup> Clemm, Ueber Heftpflasterverbände zur Stützung der Baueingeweide. Archiv f. Orthopädie, Mechanothérapie u. Unfallchirurgie. II. Bd. 3. Heft, XVIII.

<sup>137)</sup> l. c.

<sup>138)</sup> Weissmann, Beitrag zur Behandlung der Nephroptosie, Gastroptosie und der Enteroptosie. Aerztl. Rundschau 1904, Nr. 1.



Welch wichtige Rolle die Enteroptosie im Leben des Arztes spiele, hatte ich längst erkannt und hatte bis dahin stets die Ostertagsche Binde, welche mir am meisten zu leisten schien, verordnet. Aber absolut befriedigt hatte mich diese so wenig, wie alle anderen Binden und Bandagen, weil schliesslich die Wirkung derselben mehr auf ein Zusammenpressen des Abdomens von vorn nach hinten als auf ein wirkliches Heben der unteren Partien herauskam. Ganz anders Roses Verband. Er hebt wirklich und namentlich hebt er durch die beiden seitlichen Stützstreifen. Ich hatte reichlich Gelegenheit, den Verband anzuwenden, und ich sah sehr bald ein, dass derselbe berufen sei, in der therapeutischen Rüstkammer des Arztes eine sehr wichtige Rolle zu spielen. Das jedesmalige Zuschneiden des Verbandes erschien mir lästig und zeitraubend, ganz abgesehen davon, dass für manche Körperformen die käuflichen Pflaster nicht breit genug waren. Noch ehe Clemm seinen vereinfachten Heftpflasterverband publizierte, schuf ich den Verband »Simplex«, der von der chemischen Fabrik Helfenberg hergestellt wird und »dessen allgemeine Benützung«, wie Schmitz in seinem letzten Vortrage sagt, »durch die erprobte stereotype Form erleichtert und bequem gemacht ist«. Wenn Clemm<sup>139)</sup> sich darüber aufhält, dass ich meinen Verband »Simplex« unter Gebrauchsmusterschutz stellte, so sehe ich nicht ein, warum ich nicht die Früchte meiner Arbeit ernten soll. Möglich, dass ich Clemm vielleicht zuvorgekommen bin, doch das ist nicht meine Schuld. Ich habe stets dankbar anerkannt, dass ich das Rosesche Verfahren erst durch ihn kennen lernte. Wenn übrigens Clemm<sup>140)</sup> gegenüber den Bedenken Naunyns, dass der Terpentinegehalt des Pflasters auf die entzündete Niere nachteilig einwirken könne, meint, dass ein Gehalt von Terpentin gar nicht in Betracht käme, da die Terpene die Aussenhaut überhaupt nicht zu durchdringen vermögen, so ist das nicht ganz richtig. Schon ein geringer Gehalt von Terpentin bei Pflaster und Kautschukpflaster macht dasselbe ohne weiteres reizend, und zwar deshalb, weil das Terpentin einen ziemlich grossen Gehalt an Terpentinöl hat und in diesem ein grosser Teil der vorhandenen Harzsäuren gelöst ist. Diese Harzsäuren in ihrer in Terpentinöl gelösten Form rufen sofort eine Reizung der Haut hervor. Ähnlich ist es bei den Fichtennadelbädern. In den Fichtennadeln sind die ätherischen Bestandteile des Terpentins, geringe Mengen Terpentinöl mit den gelösten Harzsäuren enthalten. Diese Stoffe werden beim Erhitzen mit Wasser frei und üben nun eine Reizung auf die Haut aus.

Das Pflaster, welches die chemische Fabrik Helfenberg A.G. zur Herstellung meines Verbandes »Simplex« benützt, ist

<sup>139)</sup> Clemm, Ueber Heftpflasterverbände etc. Archiv f. Orthopädie, Mechanothérapie u. Unfallchirurgie. II. Bd. 3. Heft, p. 304.

<sup>140)</sup> ibidem, p. 301.



absolut frei von Terpentin. Der Verband wird in drei Grössen fabriziert. Jedem Verbands liegt eine Gebrauchsanweisung bei. Ich glaube, durch diese Form die Benützung des Verbandes erleichtert zu haben, will aber keineswegs, wie Clemm von seinem Verbands, behaupten, dass er allen seinen Vor- und Nachläufern erheblich überlegen sei. Ich überlasse es den Kollegen, den Verband zu prüfen.

Ich habe den Verband, seitdem ich das Rosesche Verfahren kennen lernte, bei 76 Patienten 118mal angelegt. Wenn auch nicht in allen Fällen die Wirkung eine eklatante war, so habe ich doch keinen einzigen Fall zu verzeichnen, in dem nicht der Verband »Simplex« als ausserordentlich wohltuend empfunden wurde. Als praktisch habe ich es gefunden, nach Anlegung des Verbandes eine breite (10—12 cm) Rumpfsche Aurora-Binde über denselben anzulegen oder eine straff sitzende Schwimmhose aus elastischem Stoff tragen zu lassen. Die Aurora-Binde kann täglich neu angelegt werden und wird über dem Unterleib fest angezogen. Der Verband »Simplex« kann bis zu sechs Wochen liegen bleiben. In den meisten Fällen wird er mehrere Male angelegt werden müssen, bis die Organe sich in ihrer normalen Lage befestigt haben. Um dies zu erreichen, wird bei Regelung der Diät auf Fettansatz gesehen. Intern verabreiche ich ausser etwa Fettbildnern nur zur Behebung der Obstipation Bitterwasser oder das sehr angenehm wirkende Sanosal. Schliesslich lasse ich zur Nachbehandlung noch eine leichte Leibbinde tragen; in Kürze werde ich über ein durchaus erprobtes, von mir konstruiertes Modell berichten.

Zur Illustration der Wirkung des Heftpflasterverbandes lasse ich noch einige kurze Krankengeschichten folgen.

Frau B. L. aus F. Hysteroneurasthenie, habituelle Obstipation, Schlaflosigkeit, Unfähigkeit, längere Strecken zu gehen. Hängebauch, Gastropotose, rechtsseitige Wanderniere. Verband »Simplex«. Sofort kann Patientin grössere Fussstouren machen. Die Verdauung bessert sich, die nervösen Erscheinungen gehen zurück.

Fräulein M. S. aus F. klagt über Schwindel, Kopfschmerzen, Aufstossen, mangelhaften Stuhlgang, Müdigkeit, Habitus enteroptoticus nach Stiller, Plätschergeräusch noch 6—7 Stunden nach der Mahlzeit, Gastropotose mit Ektasie. Verband »Simplex«. Sofort Besserung der Beschwerden. Patientin reist nach drei Tagen ab, schreibt aber nach mehreren Wochen nach einem neuen Verbands, der ihr ausgezeichnete Dienste leiste.

Frau G. S. aus N. 64 Jahre alt. Stuhlverhaltung, Appetitmangel, Sodbrennen, übles Aufstossen, Gefühl des Drängens nach unten, erschwertes Gehen wegen Empfindlichkeit des Leibes, Abmagerung, zeitweilig Kopfschmerzen und Fieber. Hängebauch, Plätschergeräusch, Gastropotose. Verband »Simplex«, Hebung des Allgemeinbefindens in wenig Tagen. Der Verband wird sechs Wochen getragen und bekommt ausgezeichnet. Nach drei Monaten lässt mich Patientin auf eine ziemlich weite Entfernung kommen zur Anlegung eines neuen Verbandes, ein Zeichen dafür, wie gut der erste Verband ihr getan.

Fräulein A. H. aus M. Hystero-epileptische Krämpfe, melancholische Verstimmung, hartnäckige Obstipation, viel Aufstossen, starkes Herz-



klopfen. Habitus enteroptoticus, Plätschergeräusch, Senkung und Erweiterung des Magens, rechtsseitige Wanderniere. Verband »Simplex«. Die Stimmung wird heiterer, die hysterischen Anfälle lassen nach, der Stuhlgang wird regelmässig. Unter Zuhilfenahme von Packungen und Halbbädern nach drei Verbänden, völliges Zurückgehen der Symptome.

Fräulein V. R. aus M. Seit zwei Jahren fast ununterbrochen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Stuhlverhaltung, Habitus enteroptoticus, Gastropnosie, rechtsseitige Wanderniere. Nach Anlegung des ersten Verbandes sofort guter Schlaf, Nachlass der Kopfschmerzen. Nach vier Verbänden wesentliche Besserung; seitdem nichts mehr von der Patientin gehört.

M. M., Maurer aus L., Potator. Heftige Magenschmerzen, anfallsweise, Müdigkeit in den Gliedern, Appetitmangel. Starke Magen-erweiterung und Senkung. Verband »Simplex«. Nach einigen Tagen kann Patient wieder als Maurer arbeiten. Wesentliche Besserung der Magensymptome, trotzdem Patient sich nicht hält. Verlangt noch mehrere Male nach dem Verbands, der ihm sehr gut tue. Nach Jahresfrist Exitus an Herzschwäche infolge des Alkoholismus.

Diese Krankengeschichten mögen genügen.

Fassen wir die Ergebnisse der im vorstehenden erwähnten Arbeiten und meiner Erfahrungen zusammen, so kommen wir zu folgendem:

Die Enteroptosie ist eine sehr häufig vorkommende Erkrankung, deren Bedeutung bisher zu wenig gewürdigt ist.

Die Enteroptosie kann angeboren sein und ist dann aufzufassen als Ausdruck einer gewissen Minderwertigkeit; sie erscheint dann sehr häufig unter dem Bilde der Neurasthenie. Andererseits kann auch die Enteroptosie erworben werden.

Ueber die Entstehungsweise der Eingeweidesenkungen gehen zurzeit die Ansichten noch sehr auseinander.

Der Symptomenkomplex der Enteroptosie wird hervorgerufen einerseits durch die Zerrung der Bänder, Gefässe und Nerven der gesenkten Organe, andererseits durch die motorische Insuffizienz von Magen und Darm, welche zu Autointoxikationen führt.

Der Heftpflasterverband nach Roses Prinzipien ist das beste Mittel bei Enteroptosie. Der von mir angegebene Verband »Simplex« erleichtert die Anwendung des Heftpflasterverbandes wesentlich.

Die Diät soll den Fettansatz berücksichtigen. Starke Auto-intoxikationen erfordern Anregung des Stoffwechsels durch hydropathische Massnahmen, eventuell durch Aderlass.

Der Darmentleerung ist die nötige Aufmerksamkeit zu widmen.

---