

III. Zur Lehre der Enteroptose und ihres Costalzeichens.

Von Prof. Dr. B. Stiller in Budapest.

Die Lehre von der stigmatischen Bedeutung der zehnten beweglichen Rippe ist in die Welt lancirt und muss, wie jedes Novum, ihren Kampf ums Dasein bestehen. Ich meinerseits bin dessen ganz sicher, dass sie früher oder später sich unbestritten behaupten und für immer ein werthvolles pathologisches Zeichen bleiben wird. Ich habe mich bei ihrer Publikation¹⁾ nicht einer leichtfertigen Verallgemeinerung ungenügender Fakten schuldig

¹⁾ Deutsches Archiv für klinische Medizin 1901, Bd. LXX.

²⁾ Luzzato, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1900, Bd. LIII. — Anmerkung: Seit Abfassung dieser Arbeit kamen noch zwei weitere ähnliche Fälle von Pneumococcensepsis zur Beobachtung.

³⁾ Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. II. — Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 34—36.

gemacht, sondern habe nach meiner Entdeckung, die ich anfangs mit Misstrauen ansah, volle fünf Jahre gewartet, bis sie, an Tausenden von Fällen geprüft, für mich unumstösslich geworden, und sie erst dann der Oeffentlichkeit übergeben. Seitdem sind wieder fast sechs Jahre verflossen und haben mir ein weiteres Material von mehreren Tausenden von Fällen gebracht, die nicht nur das Faktum selbst, sondern auch alle Schlüsse, die ich aus demselben gezogen, vollauf bestätigt haben.

Rekapituliren wir in Kürze den Gegenstand. Was verstehe ich unter der zehnten beweglichen Rippe? De norma ist die zehnte Rippe mit ihrer sich zu einer feinen Spitze verjüngenden Knorpelspange straff an die neunte Rippe befestigt, was an jedem normalen Thorax mit weitem epigastrischem Winkel zu constatiren ist. Man fühlt die Spitze nicht, denn sie schmiegt sich fest an den Rippenbogen an. In pathologischen Fällen wird nun diese Befestigung immer lockerer, und zwar dadurch, dass die Knorpelspange einen mehr oder weniger grossen Defekt aufweist. Im geringsten Grade wird die freigewordene Spitze deutlich fühlbar; bei steigenden Graden wird die Spitze, als Ausdruck des steigenden Defektes, immer stumpfer, der Zusammenhang mit dem Rippenbogen immer lockerer, die Rippe mit dem Finger leichter beweglich, der Zwischenraum zwischen zehnter und neunter Rippe immer weiter, bis endlich in höchster Entwicklung des Stigmas die zehnte Rippe ganz wie die elfte und zwölfte ganz frei und stumpf fühlbar wird; wo nämlich nach autoptischem Befunde die Knorpelspange vollkommen fehlt und das Knochenende der Rippe nur von einer dünnen Knorpelkappe bedeckt erscheint. Bei den höchsten Graden erscheint auch die neunte Rippe beweglicher als normal, und in seltenen extremen Fällen ist sogar ein Fehlen der zwölften Rippe zu constatiren.

Dieser gradative Defekt mit der adäquat steigenden Beweglichkeit der zehnten Rippe ist nach meiner Erfahrung nun ein wichtiges congenitales Stigma einer ungemein häufigen constitutionellen Krankheit, die sich im ganzen Habitus verräth; er ist ein paralytischer, mit zartem Skelett, langem Thorax, weiten Inter-costalräumen, spitzem epigastrischem Winkel, schwacher Muskulatur und fehlendem Panniculus. Vor allem indiziert das Costalzeichen den atonischen Habitus; es ist ein Stigma atonicum. Dann bedeutet es das Vorhandensein deutlicher Neurasthenie, es ist ein Stigma neurasthenicum. Ferner verräth es eine angeborene dyspeptische Schwäche, es ist ein Stigma dyspepticum. Endlich geht es mit geringerer oder stärkerer Ptose der Bauchorgane einher, es ist ein Stigma enteroptoticum.

Wenn man aber genau zusieht und die Summe eines grossen Beobachtungsmaterials zieht, so zeigt es sich, dass diese stigmatische Vielheit eine Einheit und der Indikator einer einzigen Krankheit ist. Denn das Costalzeichen ist keineswegs ein universeller Index der Neurasthenie, sondern nur der einer ganz bestimmten Form. Es giebt eine Reihe rein cerebraler Neurasthenien mit verschiedenen Phobien, hypochondrischen und melancholischen Angstgefühlen, ferner eine Reihe spinaler Formen mit convulsiven und anderen Erscheinungen; weiterhin Formen, die sich vorwiegend in Palpitation und Dyspnoë äussern, und last not least: die Hysterie, welche sämmtlich nicht vom Costalstigma begleitet sind. Dieses findet sich nämlich ausschliesslich bei der dyspeptischen Neurasthenie, d. h. bei allgemeiner Neurasthenie, die innig mit dyspeptischen Störungen verbunden ist, wahrscheinlich in Folge Betheiligung des Bauchsympathicus, eine Form, die klinisch unter der Flagge der nervösen Dyspepsie seit Beard-Rockwell und Leube ihr Bürgerrecht in der Pathologie erlangt hat.

Nun hat mich aber meine Beobachtung an Tausenden von Kranken — ich muss diese Zahl immer wieder hervorheben — gelehrt, dass die überwiegende Mehrzahl der Fälle, die wir als nervöse Dyspepsie bezeichnen, von Enteroptose grösseren oder geringeren Grades begleitet sind; und diese Coincidenz ist eine so allgemeine, dass für mich nervöse Dyspepsie und Enteroptose fast identisch sind. Es ist ein und dieselbe angeborene, manchmal nachweisbar ererbte, constitutionelle Krankheit sui generis, die auf allgemeiner Atonie des ganzen Organismus, besonders der Baueingeweide, mit Asthenie des Nervensystems beruht. Ich habe vorgeschlagen, diese Krankheit *Asthenia universalis congenita* zu nennen. Diese Krankheit findet ihr untrügliches Zeichen in der zehnten beweglichen Rippe, und damit ist die stigmatische Vielheit auf eine einheitliche klinische Bedeutung reduziert. Hinzugefügt muss endlich werden, dass auf Grund des Costalzeichens auch die meisten

Fälle von Reichmann'scher Krankheit (*Hypersecretio acida*) ihrer selbständigen Stellung entrückt und als in den Rahmen der Enteroptose gehörig anzusprechen sind. Diese Krankheit ist auch stets von Senkung der Bauchorgane begleitet und stellt uns den exzessivsten Grad der fast normaliter die Enteroptose begleitenden Hyperacidität dar. Der Befund des Costalzeichens beim Kinde erlaubt uns einen Blick in die Zukunft; denn es ist dadurch zum künftigen Neurastheniker, Dyspeptiker und Enteroptotiker stigmatisirt. Der Befund im vorgerückten Alter, wo die Erscheinungen der Krankheit sich abstumpfen und verwaschen, enthüllt uns eine dyspeptisch-neurasthenische Vergangenheit. Ja, ich habe an einer Reihe von Fällen nachgewiesen, dass bei ganz gesunden und kräftigen Organismen manche auffallende Erscheinungen, die auf eine gewisse nervös-digestive Belastung hindeuten, durch das Vorhandensein des hier gar nicht erwarteten Costalstigmas ihre merkwürdige Erklärung finden. Endlich ist die stigmatische Bedeutung des Zeichens so gross, dass der Grad des Defektes und die Beweglichkeit der Rippe in vielen Fällen einen Schluss auf die Höhe der nervös-dyspeptischen Belastung, oft auch des Grades der Enteroptose gestattet.

Die bedeutsame Lehre Glénard's gewinnt erst durch meine Rektifikation ihre volle Ausgestaltung. Die Enteroptose ist nicht, wie er meint, eine durch rein äussere traumatische Faktoren hervorgerufene rein anatomische Krankheit, sondern eine angeborene, oft ererbte constitutionelle Affektion. Sie wird erst durch diese Auffassung eine Krankheit sui generis. Aeussere Einflüsse, Traumen, Mieder, Schnürbänder, sind nur Gelegenheitsursachen, welche die angeborene atonische Disposition zur Ausbildung bringen. Die anatomische Verlagerung ist keineswegs der Ausgangspunkt des ganzen vielgestaltigen Leidens und die primäre Ursache der Neurasthenie; sondern diese liegt ebenso wie die dyspeptische Schwäche und Labilität in der pathologischen Anlage des Organismus, welche, wie ich im Gegensatz zu fast allen Autoren hervorhob, beim männlichen Geschlecht nur in mässigem Prozentsatz geringer ist als beim weiblichen. Endlich ist durch das Costalzeichen ein äusserst werthvolles Stigma gewonnen, welches nicht bloss die bestehende Krankheit deutlich stigmatisirt, sondern schon die Anlage zu derselben, gleichsam die fakultative Krankheit, mit Bestimmtheit markirt.

Meine Lehre hat von kompetenten Seiten Bestätigung erfahren. Die stigmatische Bedeutung des Costalzeichens wurde von der Ewald'schen Schule zuerst anerkannt (Kuttner und Dyer¹⁾); die Senator'sche (Strauss²⁾) bestätigte wesentliche Punkte meiner Auffassung. Pibram³⁾ sowie Polacco⁴⁾ acceptiren dieselbe in grosser Ausdehnung. Martius⁵⁾ würdigt am gründlichsten die Tragweite meines Fundes und der aus ihm sich ergebenden Schlüsse. Und erst vor kurzem hatte ich die Genugthuung, dass Kuttner⁶⁾ aus der Ewald'schen Abtheilung meine Lehre in ihrem ganzen Umfange bestätigt, und zwar, wie er ausdrücklich betont, auf Grund tausender von Fällen. Die Einwände von Glénard⁷⁾, Meinert⁸⁾, Tandler⁹⁾ und Zweig¹⁰⁾ glaube ich wohl endgiltig widerlegt zu haben.

Sehr lehrreich war für mich ein Vortrag des Wiener Gynäkologen Herzfeld über Enteroptose sowie die sich anschliessende eingehende Debatte. Beide haben mich belehrt, welche irrthümliche Begriffe noch immer über diese Krankheit unter den Collegen herrschen. Die einseitige gynäkologische Anschauung sieht vorwiegend die Landau'sche Form der Enteroptose, wo nach vielen Geburten der Hängebauch einfach mechanisch das Herabsinken der Eingeweide bewirkt. Das ist eine Form, die *toto coelo* von der legitimen angeborenen Enteroptose verschieden ist. Sie betrifft sehr oft kräftige wohlgenährte Frauen, bei denen sowohl das Costalstigma als auch der ganze neurasthenisch-dyspeptische Symptomencomplex fehlt. Das ist die rein mechanische Enteroptose; bei der wahren constitutionellen ist von Hängebauch nicht die Rede; im Gegentheil ist der Leib meist ganz klein und flach.

¹⁾ Ueber Gastroptose. Berliner klinische Wochenschrift 1897.

²⁾ Berliner Klinik No. 31.

³⁾ Ebstein und Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin.

⁴⁾ Il Morgagni 1900, No. 7.

⁵⁾ Pathogenese innerer Krankheiten, Deuticke 1900.

⁶⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1901, No. 50.

⁷⁾ Revue des maladies de la nutrition 1897.

⁸⁾ Wiener medizinische Wochenschrift 1900, No. 2.

⁹⁾ Wiener klinische Wochenschrift 1900, No. 8.

¹⁰⁾ Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. VII.

Die Gynäkologen mögen nur genau zusehen. Viele Frauen werden schon nach 1—2 Geburten nervös-dyspeptisch, bei diesen werden sie immer das Costalzeichen mit mehr oder weniger Enteroptose finden; andere Frauen sind nach 10—12 Geburten in allen diesen Beziehungen intakt; noch andere zeigen nach einer grösseren Reihe von Geburten einfach einen Hängebauch mit Enteroptose, aber ohne Neurasthenie und Dyspepsie; das sind die reinen mechanisch-traumatischen Landau'schen Fälle.

Die Debatte beschäftigte sich meist mit den mechanischen Momenten der Verlagerungen, Momente, welche aber nur von sekundärer Bedeutung, nur die Hilfsursachen sind, durch welche die Anlage zur Entwicklung gebracht wird. Stimmen wurden laut, welche die Enteroptose — *mirabile dictu* — für eine seltene Krankheit erklärten. Ich sehe nun in meiner Privatordination jahraus-jahre in täglich 2—3 Fälle, in der Spitalsambulanz kommt zuweilen die doppelte Anzahl vor. Und das sind nicht etwa spezialistische Ordinationen für Magenranke, sondern allgemeine für interne Krankheiten. Wer also die Krankheit für eine seltene hält, der kennt sie offenbar nicht.

Ueber diese Debatte referirt ein anonym Wiener Correspondent in einem englischen Blatte, welcher meine Lehre mit den Worten abfertigt: „It is too ludicrous, to dwell on.“ „Es ist zu spassig, um dabei zu verweilen.“ Da ich schon in Stigmen arbeite, so möchte ich kühn behaupten, dass solche Worte ein untrüglichen Stigma einer jugendlich hochgeschwellten Brust sind, der es noch bevorsteht, vor ihrer Gottähnlichkeit bange zu werden. Freilich geht er von der ungeheuerlichen Zumuthung aus, dass ich die bewegliche zehnte Rippe für die direkte Ursache der Verlagerung der Eingeweide halte. Aber mein souveräner Herr Anonymus, es schickt sich doch, die ernste Arbeit eines ernstesten Mannes, wenn schon nicht nachzuprüfen, jedenfalls und mindestens doch durchzulesen, bevor man sie zum Tode der Lächerlichkeit verurtheilt.

Zu meinen klinischen, anatomischen und biologischen Gegnern gesellt sich als chirurgischer Stabsarzt Blecher, der so freundlich war, mir seine bezügliche Publikation¹⁾ einzusenden. Auf Grund von auf der Greifswalder Klinik nach einer neuen Methode von Bier durch Gastroplication operirten und wesentlich gebesserten vier Fällen von Gastropose und eines Falles von Colopexie will er nämlich nachweisen, dass die Beschwerden der Enteroptotiker direkt der anatomischen Verlagerung des Organs, und nicht, wie ich meine, vorwiegend der neurasthenisch-dyspeptischen Anlage zugeschrieben werden können. Nun, das sind ja nicht die einzigen Fälle, die er mir entgegenhalten könnte; denn ich kann ihm zu seiner Freude mit einer Reihe von Fällen dienen, die ich selbst dem Messer des Chirurgen zur Gastroenterostomie überliefert habe. Und doch glaube ich damit keinen Treubruch an meiner Ueberzeugung begangen zu haben.

Ich habe diesen Punkt in meiner zweiten Arbeit nachdrücklich behandelt. Es giebt nämlich Fälle, wo aus dem Gesamtbilde der Enteroptose ein einzelner Faktor derselben sich zu exzessiver Höhe entwickelt und dann als gleichsam selbständig gewordene Krankheit betrachtet und behandelt werden muss. So z. B. kann die enteroptotische Sekretionsstörung, die Hyperacidität, sich zum Magensaftfluss potenzieren, dessen eigenthümliche Beschwerden dann aus dem typischen Rahmen der Grundkrankheit scharf heraustreten und eine besondere Therapie verlangen. So kann die Mobilität der Niere, die manche als kausale Quelle der verschiedensten Störungen betrachten, die aber meiner Ansicht nach an diesen meist ganz unschuldig ist, im einzelnen Falle so bedeutend werden, dass sie zu Torsion des Ureters und der Nierengefässe führt und dadurch Hydronephrose und schwere Kreislaufstörungen des Organs hervorrufen kann. Dann freilich ist die Nephrorrhaphie am Platze. Am allerhäufigsten nun sehen wir dieses exzessive Heraustreten aus dem gewöhnlichen Krankheitsbilde beim Magen. Wenn die der Krankheit zugehörige Atonie und Ptose des Organs sich bis zu hohen Graden der Ektasie entwickelt, dann tritt diese schwere Motilitätsstörung mit ihren Folgen auf Verdauung und Ernährung so sehr in den Vordergrund, dass sie die Therapie zur speziellen Hilfeleistung auffordert. Das ist dasselbe, wie wenn bei einem Herzleiden als erstes Zeichen eintretender Schwäche des Herzmuskels eine Stauung in den Verzweigungen der Porta und Leberschwellung entsteht. Diese ge-

hört zu den Krankheitszeichen der incompensirten Herzaffektion, und wir bekämpfen sie wirksam durch Herzmittel. Nach und nach aber wird die Störung permanent, und es entwickelt sich eine Art cirrhotischer Schrumpfung in der Leber mit consequentem Ascites. Die Leberaffektion hat sich damit als selbständiger Prozess etablirt, und der Ascites ist nicht mehr mit kardialen Mitteln zu bekämpfen. Aber auch dann werden wir nicht aufhören, das Leberleiden als Corolat der Grundkrankheit aufzufassen. Wenn ich daher eine bis zu extremer Dilatation gediehene Gastropose der Operation überweise, um die schwere motorische Störung auszugleichen, so habe ich damit nicht aufgehört, die Grundkrankheit als rein neuropathische anzusprechen.

Nun aber muss ich in meiner Replik noch weiter gehen. Wer die von Blecher geschilderten Krankengeschichten durchmustert, dem steigen die grössten Zweifel auf, ob das wirklich Fälle von legitimer Enteroptose seien. Schon das muss uns stutzig machen, dass in den vier Fällen von Gastropose in nicht weniger als dreien keine freie Salzsäure vorhanden war, während bei Enteroptose bekanntlich in den meisten Fällen Hyperacidität nachweisbar ist, nicht, wie Blecher meint, normale Sekretion. In einem Falle ist anamnestic Gallensteinoperation und ein heftiges Trauma festgestellt, welches wahrscheinlich die Ursache der Wanderniere war, die offenbar ohne Erfolg angenäht wurde. In einem Falle handelt es sich um einen 59jährigen Mann, der erst seit fünf Jahren an Magenbeschwerden litt, während die Beschwerden der Enteroptose fast ausschliesslich das Jugendalter und die Blüthezeit des Lebens betreffen. Die Krankengeschichten sind überhaupt unklar; in drei Fällen fühlte man eine Resistenz und operirte sie in der Meinung, Neoplasmen vor sich zu haben. Ich finde in keinem einzigen Falle das reine Bild der Enteroptose und halte dieselben für Beispiele lokaler Gastropose, die mit der ja auch nach Blecher auf congenitaler Anlage beruhenden Enteroptose nichts zu thun hat. Dasselbe lässt sich von dem fünften Falle sagen, wo offenbar eine lokale Colopexie vorlag; der Erfolg der Operation gegen die bestehende habituelle Obstipation scheint auch durchaus nicht glänzend gewesen zu sein. Unter allen Umständen sind das keine Beispiele, die als reine unzweifelhafte Repräsentanten der Krankheit Beweiskraft beanspruchen dürfen.

Ich kann daher in Kürze resumiren, worüber ich mich in meiner zweiten Arbeit eingehend ausgelassen habe. Die überwiegende Zahl der Autoren, mit Glénard an ihrer Spitze, der ja die Enteroptose auf eine rein traumatisch-mechanische Aetiologie aufbaut, vertritt die Ansicht, dass die anatomischen Verlagerungen der Eingeweide die unmittelbare Ursache der mannigfachen dyspeptischen und nervösen Beschwerden der Enteroptotiker sind, so zwar, dass immer die Dyspepsie als nächste Folge jener Lageveränderungen auftritt und dass erst auf dem Boden der Dyspepsie sich die Neurasthenie entwickelt. Nur sehr wenige Beobachter haben den Muth, sich gegen diese grob anatomische Logik aufzulehnen und die maassgebende Entscheidung in klinischen Erwägungen zu suchen.

Die Entscheidung dieser Frage hat aber nicht bloss ein theoretisches Interesse, sondern auch eine eminent praktische Wichtigkeit. Denn der grob mechanischen Logik entspricht auch eine grob mechanische Therapie. Und es ist gewiss nicht gleichgültig zu wissen, ob wir unsere Enteroptotiker mit Annähen aller ihrer herabgesunkenen Organe oder nach anderen Heilmethoden behandeln sollen.

Nun lehrt die unbefangene klinische Beobachtung, dass in einer grossen Anzahl von Fällen kein Parallelismus zwischen dem Grade der Verlagerung der Organe und der nervös-dyspeptischen Beschwerden besteht. Wir sehen Kranke mit einfacher Atonie und mässiger Ptose des Magens, — nach meiner Ansicht das allererste Zeichen der Enteroptose —, die schon das ganze Jammerbild der Affektion darbieten, während andere mit weitgediehener Senkung des Magens und des Colon sowie ausgesprochener Migration der Niere sich eines leidlichen Wohlbefindens erfreuen. Ja auch bei dem vollen Bilde der Krankheit, wo Dyspepsie und Neurasthenie legitim die Ptose begleiten, ist es charakteristisch, dass oft Perioden subjektiven Wohlseins mit peinlichen Störungen einander abwechseln, trotzdem die anatomische Affektion eine persistente ist. Es drängt sich jedem Beobachter auf, dass die psychische Stimmung das Krankheitsbild beherrscht. Patienten, die zu Hause ängstlich auf jeden Bissen achten, essen mit Lust und straflos die schwersten Speisen, wenn sie auf der Reise sind, wenn sie einen Jagdtag im Freien zubringen, wenn sie ableitende,

¹⁾ Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Enteroptose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVI.

erfreuliche oder selbst aufregende Gemüthsaffekte erleiden. Auch therapeutische Erfahrungen sprechen unzweideutig dafür, dass die Neuropathie das primum movens des ganzen Zustandes ist. Die Kranken werden fast einzig und allein durch solche Agentien gebessert, welche die gesunkene und labile Nervenkraft günstig beeinflussen; Kaltwasserkuren, Gymnastik, jeder körperliche Sport, Gebirgs- und Seeluft sind die Mittel, wodurch wir dem congenital atonischen Organismus aufhelfen. Nur Befangenheit kann alle diese maassgebenden Momente übersehen. (Schluss folgt.)
