

Hinweis: In dieser Eigenanamnese sind nicht meine weiteren, vergangenen, irrelevanten (nur exemplarischer Ausschnitt) oder inaktiven Erkrankungen, wie z.B. multiple Lymphangitis, Prostatitis, Denguefieber, Erysipel, Appendizitis, Peritonitis, multiple Ureterolithiasis, Hepatitis mit Ikterus und multiple Otitis Media in der Kindheit, rechtskonvexe Skoliose der BWS, etc. enthalten.

Auch nicht enthalten sind die Chromosomenaberrationen und der erst nach Jahren damit assoziierten Symptomatik/Pathologie aufgrund neuerer Studienergebnisse.

Endokrinologie			
#	Diagnose	Datum	Name / Ort
1	<p>Primärer Hyperparathyreoidismus. Klinisch und laborchemisch pHPT abgesichert. Zunächst unklare Abbildung in Szintigrafie und Sonografie. Intraoperative Bestätigung eines Nebenschilddrüsenadenoms.</p> <p>Wie so oft, musste ich auch hier und wiederholt eine richtige Verdachtsdiagnose mir selbst stellen, angefangen damit nach einer Diagnostik zum Parathormon zu bitten, nach zehn Jahren und sechsmal Ureterolithiasis, und den deswegen verkalkten Nieren in der Folge.</p> <p>Drei Monate vor der Parathyreoidektomie hatte ich nachweisbar dokumentiert in der Szintigrafie die für mich suspekt erscheinende Struktur im unteren linken Quadranten mit einer zystischen Veränderung assoziiert.</p> <p>Erst intraoperativ konnte diese Veränderung als Adenom bestätigt werden, da noch niemand etwas von meinem Verdacht wusste, ich das immer so machte.</p>	2020-2021	Endokrinologie Klinik 1

Neurologie und Neurochirurgie			
#	Diagnose	Datum	Name / Ort
1	<p>Latexallergie, Diagnostik erfolgte auch wieder auf meinem eigenen und sich als richtig herausstellenden Verdacht hin.</p> <p>Verdacht auf Liquorüberdrainage (gemessen < -35 mmHg). Signifikante Beschwerdezunahme bei Höhenlagenveränderung, sowie bei orthostatischem Lagewechsel.</p>	09.03.2016 bis 26.03.2016	Neurochirurgie Klinik 2
2	<p>Exploration und Entfernung des im Juli 2011 von im Epigastrium intraperitoneal unbekannt liegengelassenen Operationstupfers.</p>	11.05.2015 bis 14.05.2015	Neurochirurgie Klinik 4
3	<p>VP-Shunt-Dysfunktion - Kopfschmerzen, Sehprobleme, erhebliche Konzentrationsstörungen. Liquorüberdrainagesyndrom mit gemessenen Werten von bis zu minus 30, im Mittel minus 20 mmHg. Nach VP-Shunt-Revision langsame Normalisierung mit weiterhin unphysiologischen Werten.</p> <p>Wegen der ungeklärten, höhenlageabhängigen Symptome bei mir, die seit meinem Arbeitsplatzwechsel nach München im Jahre 2007 signifikant auffällig wurden, ich mein gesamtes Leben bereits selbst beim Aufzugfahren darunter zu leiden habe, begann ich auf meine Initiative hin, in Abstimmung mit dem leitenden Neurochirurg, Messfahrten mit dem ICE zwischen</p>	12.02.2014 bis 12.03.2014	Neurochirurgie Klinik 2

	<p>meiner Heimatstadt ... und dem Arbeitsort ... zu unternehmen. Die Ergebnisse führten dazu an einen Defekt des Messgerätes und der telemetrischen ICP-Sonde zu denken, beides jeweils ausgetauscht wurde, mit anschließenden, identischen Ergebnissen, siehe Anhang.</p> <p>Bei mir funktioniert eben der natürliche, physiologische Druckausgleich nicht mehr, der auch durch den VP-Shunt selbstverständlich nicht reguliert werden kann, wohl aufgrund der Hirnschäden, dies hiermit bewiesen ist, und es leider keine Ärzte im normalen Umfeld gibt, gerade nicht bei sog. Gutachtern mit einem Wissen aus dem letzten Jahrtausend.</p> <p>Zudem es in der internationalen Literatur seit Jahren zunehmend neue Erkenntnisse zu dem bisher falsch oder unzureichend verstandenen System der ICP-Regulation und den daran sicher beteiligten ZNS-Grenzschichten gibt.</p> <p>In diesen Forschungsberichten wird dazu aufgefordert, dass die Mediziner hier vollständig neu umlernen sollten.</p>		
4	<p>VP-Shunt-Dysfunktion.</p> <p><u>Symptome</u> Über Wochen hinweg zunehmende sehr starke Schmerzen im Lumbalbereich, Gang- und Sehprobleme. Große Hirnwasseransammlung im thorakalen und lumbalen Bereich mit Kompression und ventraler Verlagerung des Myelons.</p> <hr/> <p><u>Ursache</u> Diskonnektion des Ventrikelkatheters. Liquorunterdrainagesyndrom nach Befundlage.</p> <p>Weiterer Fund: Inoperabler Durchbruch des Ventrikelkatheters durch den Boden des Lateralventrikels mit dem Liegenbleiben im Hirnparenchym der Hypothalamus- oder Hippocampus-Region.</p> <p><u>Permanente Symptome</u> Seitdem, bis heute, allmählich über Jahre hinweg, sich stetig steigernde kognitive Defizite, viele Erinnerungslücken, zentrale Schlaf-Apnoe. Orientierungsprobleme, Schwindel, Sprachprobleme nach Tätigkeiten mit nur leichter Beugung des Kopfes nach vorn. Abruptes Bremsen und Beschleunigen im Fahrzeug führen ebenso zu diesen Symptomen.</p> <p>Täglich plötzliche Benommenheit mit Wegtreten, wie bei einer beginnenden Anästhesie. Diesen Vorgang kann ich nur durch heftiges, absichtliches Aufstoßen unterbrechen. Diese mutmaßliche Zwergfellparase o.ä. und das von davor blieben bisher ungeklärt.</p> <p>Mal sehen, weil ich mir nachgewiesen immer wieder komplexe Diagnosen selbst stellen musste, die jeweils erst Jahre bis Jahrzehnte später durch Ärzte bestätigt werden konnten, und zum Teil zu operativen, abstellenden Eingriffen, führten.</p> <p>Das hiesige Gesundheitssystem wurde von mir von Kinde an oft</p>	02.01.2014 bis 09.01.2014	Neurochirurgie Klinik 2

	<p>wie in einem Entwicklungsland wahrgenommen, ich abschalten musste, um es irgendwie ertragen haben zu können.</p> <p><u>Hinweise</u> Postoperativ zum Implantieren der telemetrischen ICP-Sonde wurde mir folgendes berichtet:</p> <p>„Wir kamen kaum durch Ihre verhärteten und vernarbten Hirnhäute „.</p> <p>Dies verbunden mit der Frage nach ZNS-Entzündungen in der weiter zurückliegenden Vergangenheit. Besonders die Schilderungen zu den vielen Fehlbehandlungen nach den schlimmen Ereignissen seit August 2001 konnten als plausible Ursache bestätigt werden.</p> <p>Später bestätigter Verdacht auf Kugeltupfer intraperitoneal im Bereich des Epigastriums.</p>		
5	<p>VP-Shunt-Dysfunktion - Wochenlang intermittierende intrakranielle Druckproblematik mit vermehrter Müdigkeit, generalisierter Schwäche und reduzierter Leistungsfähigkeit. Schlitzventrikelsyndrom aufgrund einer Überdrainage bei gleichzeitig konstant eingestelltem Differenzdruck. Versagen des ASD mit mutmaßlich permanenter Ventilöffnung.</p>	<p>16.07.2013 bis 25.07.2013</p>	<p>Neurochirurgie Klinik 3</p>
6	<p>VP-Shunt-Infektion nach Appendizitis - Einige Zeit vorher lagen im Rahmen einer lokalen Peritonitis bei wiederholten Hirnwasseruntersuchungen noch normale Werte des Liquors cerebros spinalis vor. Dann Wochen später Meningoenzephalitis wegen einer Infektion mit grampositiven Kokken. Asymmetrische Kopfform. Frontale kräftige Falxverkalkung.</p>	<p>23.07.2011 bis 26.07.2011</p>	<p>Operative Intensivstation Klinik 3</p>
		<p>27.07.2011 bis 06.08.2011</p>	<p>Neurochirurgie Klinik 3</p>
7	<p>Erneut über Wochen progredient typisch diffuse Symptomatik bei chronisch intermittierendem Hirndruck. Shunt-Versagen (trat bereits in der Reha auf, evtl. der Grund). Postinfektiöser Hydrocephalus (Chronisch intermittierend intrakranieller Druck; Kognitive Defizite mit Progression). Während der mehrtägigen intraparenchymalen Hirndruckmessung gab es zeitweise sehr hohe Druckphasen.</p>	<p>30.03.2011 bis 05.04.2011</p>	<p>Neurochirurgie Klinik 3</p>
		<p>11.01.2011 bis 17.01.2011</p>	<p>Neurochirurgie Klinik 3</p>
8	<p>Arachnoidale Verklebungen in der oberen und unteren Brustwirbelsäule.</p>	<p>31.03.2009 bis 22.04.2009</p>	<p>Neurochirurgie Klinik 2</p>
9	<p>Große, kongenitale, spinale intradurale Arachnoidalzyste fast der gesamten BWS, mit Myelonkompression und auffällig geweitetem Duralsack.</p> <p>Schwäche in den Beinen und im Rumpf, starke Schmerzen, intermittierend sensible Ausfälle u.v.m.</p> <p>Aktuell seit Monaten wieder stetig zunehmende Schmerzen im Thorakalbereich, so wie vor der Adhäsiolyse.</p> <p>Obleich ich seit dem Jahre 2002 dutzendfach Radiologen darauf aufmerksam machte, dass hier zystische Strukturen anzunehmen sind, wurde dies, wie vielfach gewohnt, arrogant ignoriert, ich sogar schon einer Praxis verwiesen wurde.</p> <p>Im Jahre 2008 wurde ich dreimal in die „Röhre“ geschoben, weil nicht gewusst wurde, was dort zu sehen war, was dort eben hätte gesehen werden müssen.</p>		

	<p>Eben diese spinale, intradurale Arachnoidalzyste, nach Literatur eine Top-100-Diagnose der Radiologie.</p> <p>Über eine Selbsthilfegruppe für Syringomyelie, deren Web-Präsenz ich später erstellte, und die ich wg. meiner Suche nach spinalen Erkrankungen fand, und die Syrinx eben oft mit solcherart intraduralen Arachnopathien vergesellschaftet ist, fand ich also den Weg nach ... und dort wurde nur mit dem Kopf geschüttelt.</p> <p>Ich hatte Glück dort in ein Forschungsprogramm zur Entwicklung einer neuen bildgebenden Diagnostik gekommen zu sein, die alles hochaufgelöst in Echtzeit darstellen konnte.</p> <p>Mir wurde vom Leiter des Projektes gesagt, dass mit meinem Fall weltweit einmalige Aufnahmen entstanden, später wurde mein Fall als einer von zwei Fällen in einer Dissertation vorgestellt. https://humanprojekt.de/media/study/spine/Dynamische%20Bildgebung%20Arachnoidaler%20Adh%C3%A4sionen%20des%20Spinalkanals.pdf</p> <p>Erstaunlich ist es, dass bereits in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts das und mehr bekannt war, das heute bei fast allen Ärzten wieder unbekannt ist.</p> <p>Daher überarbeitete ich so einen Bericht, und ich das Ergebnis nach Gegenlesen mit Genehmigung des Rechteinhabers an einer Stelle veröffentlichen durfte. https://humanprojekt.de/media/study/spine/%C3%9Cber%20spinale%20und%20intrakranielle%20Arachnoiditiden.pdf</p>		
10	<p>Thorakales Schmerzsyndrom</p> <p>Auffällig weiter Spinalkanal mit breitem Duralsack.</p> <p>Multiple Bandscheibenprotrusionen im Bereich HWS und BWS.</p> <p>V.a. prämaturne Synostose</p> <p>V.a. Kleinhirntonsillientiefstand</p>	10.10.2008	Neurologie Klinik 5
11	<p>Kraniozervikale Übergangsanomalie</p> <p>Schädelasymmetrie (Kraniosynostose)</p> <p>Asymmetrie der inneren Liquorräume und des Hirnparenchyms mit auffällig weit nach kaudal reichendem Okzipitallappen links.</p> <p>Hypalgesie rechter Oberschenkel, lateraler Unterschenkel</p> <p>Hypästhesie linke Wange, 5. Zehe rechts</p> <p>Asymmetrie der Extremitäten insgesamt zu Ungunsten des linken Arms und rechten Beins (Paresen).</p> <p>Diagnostisch nicht eindeutig eingeordnetes Syndrom mit motorischer Entwicklungsverzögerung, Dysmorphiezeichen, offen gebliebenen embryonalen Strukturen und Skelettfehlbildungen. Prä- oder perinataler Hirnschaden bzw. DD Dismorphiesyndrom z.B. bei Zellmigrationsstörungen.</p>	08.06.2005	Neurologie Universitätsklinikum Klinik 6
12	Zerebrale Kortextatrophie	09.02.2005	Dr. ... Neurologe
13	<p>Atypische Schädelkonfiguration</p> <p>Inkabeine im Bereich der Schädelkalotte</p>	23.08.2004	Radiologie ...
14	<p>Hemimakrozephalie links</p> <p>Schädelasymmetrie mit partiell verstrichene Sulci und Gyri parieto-occipital rechts</p> <p>Deutliche Asymmetrie des Gehirns mit insbesondere im occipitalen Bereich Überwiegen der li. Hemisphäre, die sich</p>	20.03.2003	Neurochirurgie Klinik 7

	partiell auch hinter das Kleinhirn links und nach rechts hinüber verlagert		
15	Supratentoriell betontere Verkalkung der Plexus choroidei Supratentoriell betonte Verkalkung des Corpus pineale Betonung der äußeren Liquorräume	18.03.2002	Prof. ... Radiologie
16	Hyperreflexie und leichte Tetraspastik Hypästhesie im Bereich der rechten Leiste und im Bereich des Skrotums infolge einer Schädigung des N. ilioinguinalis rechts und N. genito femoralis rechts Hypästhesie der Digitus pedis IV-V rechts	27.11.2001	Dr. ... Neurologe
17	Hypoplasie der Arteria vertebralis rechts Spannungsreduktion des stimulierten kortikalen SEP Medianus R=6,7 : L=~3 Ausziehung des linksokzipitalen Pols. Schädelasymmetrie. Embryonale Versorgung der Arteria cerebri posterior rechts. Unregelmäßiges, okzipital betontes Alpha-EEG mit Überlagerung von Betawellen im Rahmen von Störungen in der Vigilanz. Alpha-Beta-Grundrhythmus mit schlecht ausgeprägtem 11 Hz-alpha-Grundrhythmus.	24.10.2001	Neurologie Klinik 1
Symptomatik	<p>Auszug aus lebenslang permanenter Symptomatik vor der Anlage eines VP-Shunts, danach fast alles davon verschwand, noch nicht alles neu nachvollzogen werden konnte: Ein Schlafen in liegender Stellung ist nun immer möglich, vorher im Liegen oft panikartiges Aufwachen mit sehr niedrigem und gleichzeitig sehr starkem Puls, Schwindel, Übelkeit und Bewusstseinsstörungen. Mehrfach täglich seit der Kindheit ein Geräusch und vor allem ein Gefühl im Hinterkopfbereich mit dann oft auch synchronem Geräusch und Gefühl im Bauchraum, dass mit dem Ziehen von Luft mittels der Zunge durch die Zähne vergleichbar ist, unklarer Lokalisation und Herkunft, das lage- und belastungsabhängig, nicht pulsgetaktet hintereinander in unterschiedlich langen Intervallen über mehrere Sekunden jeweils erscheint. Danach Kopf- und Rückendruck, Sehprobleme, Gangabweichungen, Knistern und Knacken im Schädel, Druck und zeitweise tief liegende Schmerzen in den Ohren wie in großen Höhen und dann auch häufig zentrale Kopfschmerzen mit Benommenheit.</p> <p>Heutzutage ist vieles davon wieder täglich mehrfach und verstärkt präsent. Dazu kamen nicht mehr zu kompensierende, signifikante neurokognitive Defizite, zu der erstmals in meinem Leben der neu konsultierte Neurologe vor ein paar Wochen Stellung nahm, zumal ich in schwächerer Form mein Leben lang darunter zu leiden habe, mir vieles einfallen lassen musste, um dennoch klarzukommen, dies aufgrund einer vielfältigen, kongenitalen Hirnfehlbildung, sowie später, weiteren erworbenen Hirnschäden nach mehreren Hirnentzündungen und Hirnblutung aufgrund eines inoperabel verunglückten Zerebralimplantats, das mich permanent vital gefährdet und zu noch weiteren Symptomen führte.</p>		

Ophthalmologie			
#	Diagnose	Datum	Name / Ort
1	Pigmentepitheldefekte	15.09.2005	Universitätsklinikum Klinik 6 Augenheilkunde
2	Juvenile (eher hirndruckbedingte) Makuladystrophie		
3	Amaurosis fugax		
4	Adhäsion des Glaskörpers mit beginnender Netzhautablösung rechts und Laserkoagulationsbehandlung. (Hypometropie, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie wurden als Ursache ausgeschlossen)	23.09.2003	Ophthalmologie Klinik 1
5	Pigmentepitheldefekte in der Makula beidseitig	16.09.2002	Dr. ...
6	Makuladegeneration beidseitig		
7	Metamorphopsie		
8	Astigmatismus		
11	Papillenabblässung beidseitig (Hirndruck)	26.04.2002	Universitätsaugenklinik Klinik 8
12	Pigmentepitheldefekte		
13	Unschärfe Papillen (Intrakranieller Druck)	25.09.2001	Dr. ...

14	Periphere Veränderungen beidseitig		
15	Kommentar fast aller Augenärzte: Fundus wie bei einem über 60- bzw. 80-jährigen und syndromatisch herzkranken Patienten. Gestaute, geschlängelte Gefäße. Ungewöhnlich für mein Alter und bisher nur Vermutung auf angeborene oder kraniale Ursachen.		
Symptomatik	Symptomatik vor der Anlage eines VP-Shunts am 12.01.2011, danach fast alles davon verschwand, noch nicht alles neu nachvollzogen werden konnte: Seit mehreren Jahren fast täglich nicht vorhersehbar plötzlich verschwommenes Sehen und schwarze Schlieren und manchmal eher selten bisher auf dem rechten Auge nur die obere Hälfte zu sehen. Dauerhaft im Zentrum grauer Fleck mehr links als rechts. Gerade Kanten wirken gebogen. Seit der Kindheit in Kopf- und Rückendruckphasen bei normaler Anstrengung Hell/Dunkel-Pumpen mehr links als rechts und bei verstärkter Anstrengung Nah/Fern-Pumpen mit Verzerrungen und Orientierungsproblemen. Beim Husten und Niesen egal welcher Intensität Dunkelheit mit vielen Blitzen und verzögerter Wiederkehr des Lichts mit dann extremer Blendempfindlichkeit, die dann nur langsam nachlässt.		

Pneumologie			
#	Diagnose	Datum	Name / Ort
1	Exogene Allergische Alveolitis (EAA) Labordiagnostisch mit sehr hohen Werten und klinisch mit einer Bronchoalveoläre Lavage (BAL) abgesichert. Natürlich stellte ich mir auch diese Diagnose als Verdacht selbst, bat beim dritten Besuch den Lungenfacharzt um eine spezielle Labordiagnostik, die er genehmigte. Nachdem ich die Wohnung mit Luftreinigern ausstattete, war der zuvor über viele Monate andauernde, hartnäckige Husten bereits nach drei Tagen bis heute Geschichte. Kontrolluntersuchungen ergaben nicht mehr wahrnehmbare Milchglastrübungen in der Lunge, wie zuvor, die Laborparameter sanken signifikant ab, die weitere Läsion in der Lunge blieb unverändert.	2019-2020	Dr. ... Pneumologie Klinik 1

Operationen			
#	Therapie	Datum	Name / Ort
1	Explantation des Medos-Hakim-Ventils. Implantation eines CERTAS-Ventils mit Anti-Syphon-Guard.	17.03.2016	Klinik 2
2	Explantation der telemetrischen ICP-Sonde	22.03.2016	Klinik 2
3	Exploration und Entfernung des im Juli 2011 von im Epigastrium intraperitoneal liegendebliebenen Operationstupfers.	11.05.2015 bis 14.05.2015	Neurochirurgie Klinik 4
4	Wechsel des VP-Shunt-Ventils, sowie der telemetrischen ICP-Sonde, Austausch Siphon-Guard thorakal gegen Miethke Shunt-Assistent, 30 cmH ₂ O.	04.03.2014	Klinik 2
	Anlage einer telemetrischen ICP-Sonde zur kontinuierlichen ICP-Messung.	13.02.2014	Klinik 2
5	Überprüfung des gesamten Shuntsystems und Rekonnektion des Ventrikelkatheters an das liegende Shuntsystem in ITN.	03.01.2014	Klinik 2
6	Austausch Ventil und Antisyphondevice (ASD).	24.07.2013	Klinik 3

	VP-Shuntüberprüfung.	22.07.2013	Klinik 3
7	Implantation eines VP-Shunts mit ASD rechts (Medos-Hakim-Ventil. Druckstufe 120 mmH ₂ O)	02.08.2011	Klinik 3
	Explantation eines VP-Shunts und Anlage einer externen Ventrikeldrainage.	23.07.2011	Klinik 3
8	Entfernung des VP-Shunts, Neu-Anlage eines ventrikulo-peritonealen Shunts rechts (Medos-Hakim-Ventil, programmierbar, Druckstufe 120 mm H ₂ O)	30.03.2011	Klinik 3
9	Anlage eines ventrikulo-peritonealen Shunts rechts (Medos-Hakim-Ventil, programmierbar, Einstellung 120 mm H ₂ O) Die sehr starken thorakalen Schmerzen waren postoperativ auch sofort verschwunden. Auch die Gleichgewichtsprobleme und die ein Jahr vorher mal diagnostizierte spinale Ataxie waren später nicht mehr nachweisbar. Vieles zeigte sich jedoch nach der erneuten Meningoenzephalitis im Jahre 2011.	12.01.2011	Klinik 3
10	Arachnolyse bei spinaler intraduraler Arachnoidalzyste bei maximaler Adhäsion BWK 3 und 4. Peri- oder postoperativ kam es zu einem spinalen Liquorleck und sich ein spinales Hygrom ausbildete, das sich erst nach Wochen langsam abbaute. Wochenlanges starkes Unterdrucksyndrom mit starken lageabhängigen Kopfschmerzen, frequenzabhängiger Schwerhörigkeit und Photophobie, die dafür typischen und in der Literatur oft dokumentierten Symptome eines Liquorunterdrucksyndroms. Bis zu dieser OP bestanden seit der Kindheit Fehlimpulse im rechten Knie, neben diversen Schwächen in den Beinen und im Rumpf, und beim Gehen dann ein häufig dabei auftretendes plötzliches Verdrehen des Unterschenkels nach innen mit sofortigem Sturz entstand. Weiterhin ist eine seit der Kindheit bestehende und immer wieder nur als Verdacht falsch behandelte große Hautstelle, auf dem linken Schulterblatt in Höhe des OP-Gebietes restlos verschwunden, in einer medizinischen Datenbank ein paralleler Fallbericht mit gleichem Verlauf existiert und da als Begründung die Infiltration der Rückenmarkshäute mit Zellen eines Nävus beschrieben wurde.	02.04.2009	Klinik 2
11	Narbenneurom Leiste rechte Seite (4.Revision) Während des Aufenthalts nach unklarem Fieber mit Abdominalabweherschmerz ungeklärte Krampfanfälle, stundenlange komplette Lähmung der unteren Extremitäten, starke Sehprobleme, intermittierende Bewusstlosigkeit während der unkontrollierbaren Schüttelkrämpfe des Rumpfes am 08.09. und 09.09.2001. Später über Monate hinweg ungeklärte intervallartige Sprachausfälle, Atem- und Schluckprobleme, Einblutungen in die Haut, starke Nackenschmerzen, etc.	11.09.2001	Klinik 9
12	Indirekte Hernie links mit Hydrozele. Minderung des Hodenhochstands und abermals Revision der wieder instabil rechten Seite.	1994	Dr. ... Urologe

13	Narbenrevisionen zur rechten Leiste	1988, 1991	Klinik 10
14	<p>Offener Processus Vaginalis rechts (9x1cm). (Seit der frühen Kindheit nach Nahrungsaufnahme Übelkeit mit Erbrechen und Darmverkrampfung mit tastbarer harter Rolle im unteren rechten Bauchraum, was nach dieser Operation schlagartig verschwunden war, und ich zunehmen konnte – Damals 60kg/186cm)</p> <p>Stark zusammengefasst zum Kommentar und Bericht: Auffällig gestaute, geschlängelte Gefäße und Samenstränge, derbe Gewebstücke, eigenartige Anatomie und ein Fund womit der Chefarzt nicht gerechnet hatte und Verwunderung, dass man damit so lange herumlaufen kann.</p> <p>Der Chefarzt der Inneren bat später im Treppenhaus bei einer Begegnung um Entschuldigung, wegen der überflüssigen und belastenden Diagnostik, und sagte zu mir, dass ich ja im Hause eine kleine Sensation gewesen wäre.</p>	29.06.1987	Klinik 11
15	<p>Rechtes Knie nach Innen- und Außenmeniskusabriss. Bis zur Arachnolyse einer großen spinalen intraduralen Arachnoidalzyste am 02.04.2009 seit der Kindheit Fehlimpulse und beim Gehen dann mit nicht vorhersehbar plötzlichem Verdrehen des Unterschenkels nach innen. Schon damals wurde von Chirurgen ein neurogener Verdacht geäußert.</p> <p>Diese mutmaßliche Spastik im rechten Knie trat zunächst seit der Arachnolyse am 02.04.2009 nie wieder auf! Jedoch gab es seit letztem Jahr wieder vermehrt solcherart Ereignisse, wenn auch bisher nur in der Wohnung, und nicht wie vorher ständig auf der Straße, dies ein paar Mal zu Beinaheunfällen führte.</p>	1986	Klinik 10