



Aus dem pathologischen Institut zu Kiel.

Beitrag zur Lehre vom Ileus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

Karl Heinemann,

prakt. Arzt aus Rendsburg.

Opponenten:

Herr Dr. med. **Wilh. Lackemann**, prakt. Arzt.

Herr cand. med. **Julius Reese**.



Kiel, 1890.

Druck von A. F. Jensen.



Aus dem pathologischen Institut zu Kiel.

Beitrag

ZUR

Lehre vom Pleus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde
der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

Karl Heinemann,
prakt. Arzt aus Rendsburg.

Opponenten:

Herr Dr. med. **Wilh. Lackemann**, prakt. Arzt.

Herr cand. med. **Julius Reese**.



Kiel, 1890.

Druck von A. F. Jensen.

Nr. 56.

Rectoratsjahr 1890/91.

Referent: Dr. **Heller.**

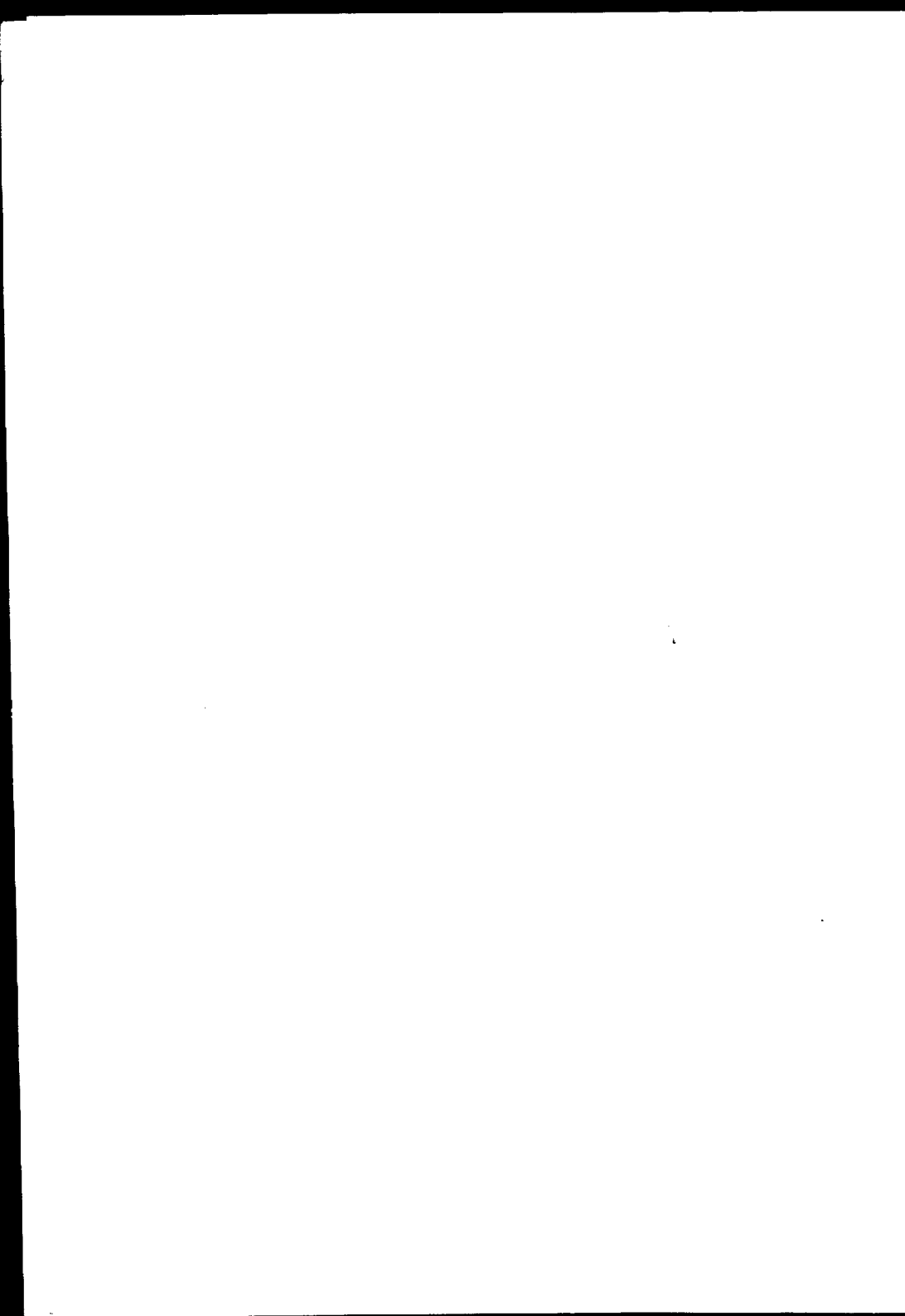
Imprimatur: Dr. **Henseu,**
h. t. Decanus.

Meinem lieben Vater

und

dem Andenken meiner teuren Mutter

in herzlicher Dankbarkeit gewidmet.



Auf Veranlassung von Herrn Professor Dr. Heller, der so gütig war, die Sectionsprotokolle des pathologisch-anatomischen Institutes zu Kiel mir zur Verfügung zu stellen, habe ich die in dem Zeitraume von 1873 bis einschliesslich 1889 zur Section gekommenen Fälle von »Ileus« herausgesucht und mich bemüht, über die Häufigkeit desselben, sowie über die Verschiedenheit der Ursachen einen statistischen Beitrag zu liefern.

Bevor ich mich jedoch dieser Aufgabe zuwende, dürfte es nötig sein, den Begriff »Ileus« etwas genauer zu fassen, und zu diesem Zwecke aus der Geschichte des Ileus*) die wichtigsten Daten hier anzuführen.

Der Name Ileus wurde viele Jahrhunderte hindurch auf anatomisch sehr verschiedenartige Krankheiten angewandt, ohne dass jemals über den Gebrauch des Wortes volle Übereinstimmung erzielt worden wäre.

Im Altertum dient das Wort Ileus oder Volvulus als Collectivbezeichnung für verschiedene Erkrankungen des Unterleibes. Wir finden unter diesem Namen bald den vollständigen Erscheinungsbild des Darmverschlusses beschrieben, bald einfache Koliken, Brechdurchfälle, Peritonitis, Typhitis u. a. — Aus Hippokrates Schriften geht ferner hervor, dass selbst Auftreibungen des Abdomens, z. B. durch Ascites bei Leberkrankheiten, (»Ileus aurignosus«), durch Tympanites in typhösen Fiebern (»Ileus sanguineus«) mit Ileus bezeichnet wurden.

*) Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von v. Ziemssen Band VII.

Das Wesen des Ileus (wenn wir nur jenen berücksichtigen, wo uns die Erscheinungen der Darmverschliessung geschildert werden) erblickten die Alten einstimmig in einer Entzündung des Darms. Als Ursache der letzteren beschuldigt Hippokrates vorzugsweise die Flatus, Galen ausserdem die »Collecta materia in intestinis«. Auch der Ileus herniosus bei eingeklemmten Brüchen beruht auf einer durch Gase und Faecalmassen bedingten Entzündung des Bruchsack-Inhaltes. Die Folge der Entzündung ist nach Galen dann entweder Stillstand der Peristaltik und unüberwindliche Obstipation oder Umkehr der Peristaltik mit Erbrechen von Koth.

Das ganze Mittelalter hindurch und noch weit über dasselbe hinaus blieb die Anwendungsweise des Wortes Ileus sowie auch die Ansicht über das Wesen und die Natur desselben auf dem von Hippokrates und Galen vertretenen Standpunkte. Die Araber schufen ausser einer willkürlichen und unnatürlichen Einteilung des Ileus in fünf Grade, nichts Neues. — Paracelsus und van Helmont stellten über das Wesen des Ileus zwar neue Ansichten auf, die aber nur dazu dienten, die Lehre vom Ileus in noch grösseres Dunkel zu hüllen.

Als mit dem Aufblühen der Anatomie im 16. Jahrhundert Leichenöffnungen mit grösserer Sorgfalt und Häufigkeit vorgenommen wurden, mehrten sich die Kenntnisse der dem Ileus zu Grunde liegenden anatomischen Störungen. Ein genaueres Eingehen in die anatomische Litteratur jener Zeiten lehrt, dass schon im 17. und jedenfalls bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts die meisten Arten von Darmverschliessung und Verengerung den Anatomen wohl bekannt waren. Aber man würde sich sehr irren, wollte man glauben, dass die Erfahrungen der Anatomen sofort umgestaltend auf die Vorstellungen der Aerzte von dem Wesen des Ileus eingewirkt hätten. Die Gleichgültigkeit, welche die an rein symptomatische Krankheitsbilder gewöhnten Aerzte den anatomischen Befunden gegenüber damals an den Tag legten, zeigt sich nirgends deutlicher, als wenn wir den Stand des Wissens über die Ursachen des Ileus bei den Anatomen mit dem vergleichen, was die medicinischen Autoritäten gleichzeitig glaubten und lehrten. Ausser dem von Hippokrates und Galen überlieferten Ileus inflammatorius spielt der dynamische die Hauptrolle. Diesen dachte man sich hervorgerufen durch die Versetzung von Humores

acres mordentes, biliosi, pituitosi, oder einer *Materia febrilis*, oder der Gase. Sydenham kennt den »mechanischen Ileus« in Folge Verschliessung des Darmkanals überhaupt nur als einen »Ileus nothus« neben dem wahren dynamischen. Nicht wenige gab es, welche die pathologisch-anatomischen Processe für die gleichgültigen Folgen des Ileus, für die Produkte des *Motus antiperistalticus* hielten. So wurde Ursache und Wirkung, Primäres und Secundäres häufig verwechselt.

Ueber die Gasauftreibung des Abdomens, welche von vielen als das Wesentliche im Ileus gehalten wurde, hatte man die kühnsten Hypothesen aufgestellt. Noch Boerhaave glaubte, dass die selbe durch Gase bedingt sei, welche »inter membranas et in dilatatis glandularum cavis haerere«; Gorter (im 18. Jahrhundert) hielt selbst noch das Mesenterium als Sitz der Gasentwicklung im Ileus, eine Ansicht, welche schon im 16. Jahrhundert von Riverius und Forestus aufgestellt worden war, wiewohl bereits Duret (1550) sich mit Bestimmtheit dahin ausgesprochen hatte, dass die Gase nur im Darmrohr ihren Sitz hätten.

Das Kolikbrechen wurde schon von Galen und später besonders von J. Sylvius auf eine »Umkehr der normalen Darmbewegung« zurückgeführt, die für gewöhnlich ohne irgend ein mechanisches Hinderniss zu Stande komme, und durch Entzündung oder versetzte Säfte oder Gase hervorgerufen werde.

Eine wichtige aetiologische Rolle spielten die Eingeweidewürmer. Wie es keine Darmerkrankung, ja man kann sagen, fast keine Krankheit gab, für welche jene nicht unter anderem als Anstifter beschuldigt wurden, so war dies auch beim Ileus der Fall. Vielfach werden uns in der älteren Litteratur Wurmknäuel geschildert, welche durch totale Obliteration des Darms tödlichen Ileus veranlassen sollten.

Die Nervenpathologen endlich stellten den Ileus inflammatorius einen J. nervosus gegenüber, der bald ein spasmodicus, bald paralyticus, bald antiperistalticus sein sollte und durch »pathologische Innervation« hervorgerufen sei.

Erst spät und allmähig, als mit der Begründung und Befestigung der pathologisch-anatomischen Richtung in der Medicin das Gebiet der überlieferten und vorgefassten Meinungen verlassen und man zur einfachen Beobachtung zurückkehrte, drang auch in die Lehre vom Ileus mehr und mehr Licht. Man überzeugte sich

nun von der Verschiedenartigkeit der anatomischen Processe, welche vordem mit dem unbestimmten symptomatischen Begriffe Ileus umfasst worden waren; man forderte eine schärfere Abwägung und Unterscheidung der einzelnen Symptome, des Krankheitsbeginnes und -Verlaufes; der symptomatische Collectiv-Begriff Ileus zerfiel nun in eine Reihe anatomischer Diagnosen, wie Peritonitis, Typhlitis, Koprostase, Darmverschliessung und — Verengerung. Anstatt aber nun den traditionellen Begriff Ileus fallen zu lassen, fristete man denselben immer noch fort, und von den Einen wurde er für jenen schweren Symptomencomplex der Darmverschliessung, von den andern nur für ein Symptom, nämlich das Kothbrechen angewandt. Heute, wo wir uns nicht mehr mit symptomatischen Diagnosen begnügen, steht der Begriff Ileus auf der gleichen Stufe mit Haemoptoë oder Haematemesis. Unsere Diagnose strebt dahin schon während des Lebens eine anatomische oder behinderten Darmpermeabilität als solchen zu erkennen, sondern auch den Sitz, die Ursache und das Wesen des Hindernisses zu ergründen.

Bei Anfertigung dieser Statistik habe ich mich nun auf die Seite derjenigen gestellt, welche mit dem Begriffe Ileus ein einziges Symptom, nämlich das Kothbrechen, verbinden; und in diesem Sinne sind alle die Erkrankungen der Unterleibsorgane bei der Durchsicht der Sektionsprotokolle berücksichtigt worden, in deren Verlaufe ein Ileus theils wirklich aufgetreten ist, theils nur aufgetreten sein kann (nämlich in den Fällen, in deren Bericht über die Klinische Diagnose ein Ileus zu erwähnen, unterlassen worden ist). Dabei muss ich jedoch einräumen, dass das Kothbrechen bei diesen Erkrankungen nicht immer mit Notwendigkeit einzutreten braucht, wie es z. B. der Fall ist bei einem sehr rapiden Verlauf einer Darmverschliessung, oder wenn der Verschluss höher oben im Dünndarm seinen Sitz hatte.

Unter den 6078 Leichen, welche in den Jahren von 1873 bis einschl. 1889 im pathologischen Institute zu Kiel secirt wurden, habe ich nun 95 Fälle gefunden, welche in den Rahmen dieser Arbeit hineingehören, das wäre also 1,6% aller Sektionen. Von diesen 95 Fällen betrafen

44 das männliche.	also 47.3%	} aller Sectionen.
und 50 » weibliche Geschlecht	» 52.3%	

Bei einem Fall fehlte die Geschlechtsangabe. Nach diesem Verhältniss wäre also das weibliche Geschlecht den Ileus-Erkrankungen in etwas höherem Grade erlegen, als das männliche; während im Allgemeinen das Sterbeverhältniss ein umgekehrt erhöhtes ist, nämlich von 100 Sektionen betreffen 59 die Männer und 41 die Weiber. Die relative Häufigkeit ist für das weibliche Geschlecht eine noch weit grössere, nämlich auf 3586 secirte Männer mit 1.22% kommen 2494 Weiber mit 2.17% Ileus-Erkrankungen.

Ich wende mich nun zur Verteilung dieser 95 Fälle auf die verschiedenen Erkrankungsarten und halte mich dabei ganz an die von Leichtenstern*) angegebenen Gesichtspunkte.

»Darnach unterscheiden wir:

1. Ursachen, welche durch Druck von Aussen her das Darmlumen aufheben. Compressionen im weiteren Sinne des Wortes.

Hierher gehört die Einklemmung (Incarceration) des Darmes in Löchern, Spalten und Bruchpforten; die Strangulation durch Pseudoligamente, den Wurmfortsatz und Divertikel; die Compression durch Geschwülste, durch das Mesenterium, durch dislocirte Bauchorgane. Wir rechnen hierher auch die Axendrehungen (Torsionen) und Knotenbildungen, indem auch hierbei der Verschluss durch den Druck herbeigeführt wird, den benachbarte Darmpartien auf einander ausüben.

2. Ursachen, welche das Darmlumen verstopfen. Occlusionen:

- a. Ursachen, welche mit der Darmwand nicht in Continuität stehen: Gallensteine, Darmsteine, Fremdkörper, Faecalmassen.
- b. Ursachen, welche mit der Darmwand in Continuität stehen, innerhalb des Darmkanals sich ausbreiten und obturiren: Neoplasmen, besonders solche von polypenartiger Gestalt.
- c. Obturation durch den Darm selbst: Intussusceptionen.

3. Ursachen, welche von der Darmwand selbst ausgehen, oder auf sie übergreifen und das Darmlumen entweder ringförmig oder durch Knickung und Verziehung verengen: Stricturen und Inflexionen.

Hierher gehören die durch chronische Peritonitis hervorgerufenen Constrictionen, Verziehungen und winkligen Knickungen des Darmrohrs, die Narbenstenosen und die Neoplasmen, welche

*) »Verengerungen, Verschlüssungen und Lageveränderungen des Darms. Specielle Pathologie und Therapie von v. Ziemssen Band VII.

letztere bald mehr durch Infiltration der Darmwand, bald mehr durch Obturation und Constriction verengernd wirken.

In vorliegender Statistik umfasst die Rubrik der Compressionen 40 Fälle, also 42%, hiervon gehört die grössere Hälfte den Bruchpforten-Einklemmungen an, welche in $\frac{2}{3}$ der Fälle bei Frauen mit Schenkelbrüchen, (Fall 6, 11, 13, 26, 30, 31, 34, 35, 42, 47, 56, 60, 64, 76; und $\frac{1}{3}$ bei Männern mit durchweg Leistenbrüchen vorkamen (Fall 7, 12, 36, 68, 74, 84). In fast allen Fällen war das 50. Lebensjahr überschritten.

Für Strangulation des Darmes durch Pseudoligamente lassen sich nur 5 Fälle anführen (Fall 8, 14, 28, 52, 91), von denen 4 auf Weiber im Alter von 19—40 Jahren kommen. Nach Leichtenstern ereignet sich diese Einklemmungsart am häufigsten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre; ziemlich häufig auch noch jenseits desselben. Vor dem 20. Jahre dagegen und besonders im 1. Kindesalter sind Pseudoligament-Einklemmungen sehr selten. Das Verhältniss dieser Einklemmung soll bei beiden Geschlechtern ziemlich gleich sein.

Die Compression des Darms im engeren Sinne, durch Geschwülste etc. liegt hier nur in 6 Fällen (Fall 19, 20, 63, 78, 79, 81) vor, von diesen waren 4 durch Krebsgeschwülste bedingt, 1 durch mehrere interstitielle Uterus-Myome, und 1 durch einen Tumor, welcher seiner Beschaffenheit nach als versprengte accessorische Nebenniere angesprochen werden musste. Was das Geschlecht und Alter anbetrifft, so waren Männer und Weiber in gleichem Verhältniss, in einem Alter von 38 bis 57 Jahren betroffen.

Für Axendrehungen fanden sich 6 Fälle, (Fall 1, 2, 32, 65, 67, 73.) 4 mal bei Männern, 1 mal bei einer Frau und 1 mal bei einem 5 Tage alten Knaben; das sind 6,3% aller Ileus-Ursachen.

Nach Leichtenstern ereignet sich die Axendrehung am häufigsten an der Flexura sigmoidea des Colons. In dieser Statistik war 2 mal ein Ileumabschnitt, 2 mal das Colon ascendens und 2 mal das Mesenterium die Stelle der Axendrehung; das Lebensalter in den vorliegenden Fällen betrug meist über 40 Jahre. Also die Axendrehungen kommen im vorgerückten Alter und bei Männern häufiger vor.

Auch Knotenbildungen, für welche kein bestimmter Fall gefunden wurde, kommen nach Leichtenstern fast nur bei Erwachsenen, und mehr bei Männern als bei Weibern vor.

Die zweite grosse Gruppe von Ileus-Ursachen betrifft die Obturationen.

Hier werden 12 Fälle von Darmobturationen angeführt, also 12,6%.

Verschluss durch einen Gallenstein	1 mal, masc.	67 J. alt.	(F. 23)
» » Ascaris u. Koth.	1 mal, masc.	6 ³ / ₄ J. alt.	(F. 69)
» » Kothstein	1 mal, masc.	10 J. alt.	(F. 17)
» » Kothballen	1 mal, fem.	42 J. alt.	(F. 94)

Der Sitz des Gallensteins war auch hier im Dünndarm, wie überhaupt letal verlaufende Gallensteinobturationen nur im Dünndarme beobachtet worden sind.

Die übrigen 8 Fälle (F. 3, 9, 10, 15, 16, 33, 45, 62) betreffen Darminvaginationen, von denen 6 auf das männliche Geschlecht kommen. Auch nach Leichsensterns Statistik überwiegt in allen Lebensaltern das männliche Geschlecht bei weitem das weibliche. Was die Localisation der Einschiebung anlangt, so ist die Invaginatio iliä die häufigste.

Unter diesen 8 Invaginationen, die also 8,4% der 95 Ileus-Ursachen darstellen, sind 2 Fälle, (F. 16, 62) welche als geheilte Darmeinschiebungen im Sectionsprotokoll erwähnt sind.

Die beiden Fälle von vorübergehender Verstopfung des Darms durch Neubildungen hatten zu Darmeinschiebungen geführt und sind deshalb bei diesen erwähnt.

Verstopfungen durch polypöse Neubildungen wurden nicht gefunden.

Die dritte Rubrik der Ileus-Erkrankungen umfasst die Stricturen und Inflexionen, sie zählt 43 Fälle, welche sich in folgenden drei Abteilungen unterbringen lassen.

Adhaesionen.	Neubildungen	und Narben-Stenosen.
29 Fälle	9 Fälle	5 Fälle

Bei den Adhaesionen (F. 4, 18, 27, 29, 37, 40, 44, 46, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 58, 59, 61, 66, 70, 72, 77, 82, 85, 87, 89, 92, 93, 95) überwiegt das weibliche Geschlecht und zwar in einem Durchschnittsalter von 41 Jahren.

Die 9 Fälle von Neubildungen (F. 24, 38, 41, 43, 57, 71, 75, 80, 83) waren alle Krebs-Stenosen, die ihren Sitz im Rectum und S. Romanum gleich häufig hatten. Sie betrafen meist Weiber im Alter von 43 bis 75 Jahren.

Die 5 Narbenstenosen (P. 5, 25, 39, 86, 88) sassen teils im Duodenum, im Dünndarm, im Coecum und in der Flexura sigmoidea und waren die Residuen von typhösen und tuberculösen Geschwüren.

Das männliche Geschlecht im Alter von 29 bis 34 Jahren überwiegt das weibliche.

Das Resultat dieser Arbeit nun noch einmal kurz tabellarisch zusammengefasst ist folgendes:

Statistischer Beitrag.

Unter 6078 Sektionen der Jahre 1873 bis 1889 inkl. waren 95 Fälle von Ileus-Erkrankungen, d. i. 1,6%.

Hiervon waren:	Geschlecht.	Alter.
I. Kompressionen im weiteren Sinne des Wortes 40 mal, d. i. 42,1%.		
1. Brucheinklemmungen 20 mal = 22%.		
$\frac{2}{3}$ Schenkelbrüche bei	Frauen	} über 50 Jahre alt.
$\frac{1}{3}$ Leistenbrüche bei	Männern	
2. Strangulation durch Pseudoligamente 5 mal = 5,3%	4 mal bei Frauen	zwischen d. 20. und 30. Lebensj.
3. Kompression durch Geschwülste 6 mal = 6,3%.		
4 mal Krebsgeschwülste	Männer und Weiber gleich	zwischen 38 u. 57 Jahren.
4. Axendrehungen 6 mal = 6,3%.		
Sitz im Ileum und Colon ascendens	4 mal bei Männern	über 40 Jahre alt.
II. Obturationen 12 mal = 12,6%.		
1. Verschluss durch Gallenstein im Ileum 1 mal	Mann	67 Jahre alt.
Verschluss durch Ascariden und Darminhalt 1 mal.	} Knabe	} 6 $\frac{3}{4}$ Jahre } alt. 10 Jahre }
Verschluss durch Kotstein 1 mal		
Kotballen 1 mal	Frau	42 Jahre alt.
2. Invaginationen 8 mal = 8,4%.		
Sitz: Ileum	6 mal bei Männern	in jedem Lebensalter.
III. Strikturen und Inflexionen 43 mal = 45,3%.		
1. Adhäsionen 29 mal	meist Weiber	Durchschn.-Alt. 41 Jahre.
2. Neubildungen 9 mal, immer Krebs. Sitz gleich häufig im Rectum und S-Roman.	meist Weiber	im Alter von 43 bis 75 Jahre.
3. Narbenstenosen 5 mal, Sitz im Duoden., Ileum, Coecum und Flexura sigmoidea	meist Männer	29 bis 34 Jahre.

Möge diese Arbeit im Verein mit der bereits vorhandenen Statistik von Leichtenstern den beabsichtigten Erfolg haben, und den praktischen Arzt in den Stand setzen, leichter und sicherer eine richtige Diagnose in jedem einzelnen Falle von Darmverschliessung zu stellen. Denn sehr oft wird schon aus der Berücksichtigung der Häufigkeitsverhältnisse im allgemeinen, sowie bei den verschiedenen Geschlechtern und Altersklassen eine bestimmte Feststellung der zu Grunde liegenden Störung möglich sein. Der Wert einer solchen Statistik ist also ein nicht zu verkennender; hängt doch das Schicksal des Heuskranken meist davon ab, dass möglichst frühzeitig eine richtige Diagnose gestellt und die entsprechende Therapie eingeleitet wird. Heutzutage wird der Arzt ja, sobald er eine innere Darmverschliessung, der er früher fast völlig machtlos gegenüber stand, erkannt hat, bei der relativen Gefahrlosigkeit der neueren Operationsmethoden sich nicht scheuen, eine Eröffnung der Bauchhöhle vorzunehmen und alsdann das gefundene Hindernis zu beseitigen suchen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, ⁵ meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Heller, meinen herzlichsten Dank für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für freundliche Unterstützung bei derselben hiernit auch öffentlich auszusprechen.



Sektionsbefunde.

Im Folgenden habe ich zur schärferen Charakterisirung jedes einzelnen Falles die wesentlichen und hier in Betracht kommenden Sectionsbefunde aufgeführt.

Abkürzungen: R. = rechts, l. = links, kl. = klein, Diagn. = Diagnose, zahlr. = zahlreich, Allgem. = Allgemein, Ausgebr. = Ausgebreitete, fr. = frische St. = Stark, o. = oben, A. = Aussen.

1. S. No. 10. 1873. 63j. Mann. -- Diagn.: Ileus.

Befund: Compression d. Dünnd. durch e. d. Mesenterium angewachsenen Strang d. Netzes. Axendrehung des unteren Dünnd.-Abschnittes. -- Obliteration d. proc. vermiform. mit Perforat. d. Wand. -- Kl. abgekapselt. periton. Eiterherd an dieser Stelle. -- Doppelseitige Leisten- und Schenkelbruchsäcke. (In d. r. Leistenbruch e. Dünnd.-Schlinge.) Frische Perforat. d. Rect. --

2.*) S. No. 41. 1873. 42j. Mann. -- Peritonitis. Darmverschluss.

Befund: Verschlussg. d. Dickd. durch Axendrehung d. Coecum u. Col. ascend. -- Enorme Dilatat u. Sugillat desselben.

3. S. No. 191. 1873. 69j. Mann. -- Vulnus capit.

Befund: Fractur d. l. Stirn- u. Keilbeins 9 cm. lang. -- 10 cm. lange Kopfwunde. Bluterguss zwischen Dura u. Schädeldach. Intussusceptio ilei.

4. S. No. 63. 1874. 5 j. Knabe. -- Diagn.: Adhaesion u. tempor. Verschluss e. Dünnd.-Schlinge.

Befund: Zahlr. Verwachsung. und Stricturen v. Dünnd.-schlingen. -- Kolikstiel. -- Starke Dilatat u. Hypertrophie d. Dünndarms. -- Zerreißg. des lig. suspens. d. Leber. Dünnd. u. Dickd. Geschw. -- Residuen v. Perihepatitis u. Pleuritis. Schwellung u. Verkäsung v. Mesenterial Drüsen. -- Allgem. Anämie.

5. S. N. 73. 1874. 34j. Mann. -- Diagn.: Difteritis.

Befund: Difteritis des Kehlkopfs, der Luftröhre und der Bronchi. -- Schlappe Pneumon. Infiltrat. -- Chronischer Geschwürsprocess des Coecum mit Strictur der Ileo-Coecal-Klappe. -- Striktur und lokale Tuberkulose des proc. vermif. -- Ileo-Coecalstieln.

6. S. No. 239. 1875. 56j. Frau. -- Diagn.: Hernia crur. incarcerat. (Herniotomie). Peritonitis.

Befund: Hernia crur. incarcerat. -- Herniotomiewunde der l. Schenkelbeuge. -- R. Schenkelbruch mit lipomatöser Entartung des Bruchsackes. -- L. Schenkelbruch mit lipomatöser, cystischer Entartung des Bruchsackes. -- Umschriebene chron. Peritonitis.

7. S. No. 57. 1876. 38j. Mann. -- Diagn.: Hernia inguin. incarcerat. dextr. -- Herniotomie bei bereits brandigem Darm.

Befund: Hernia inguin. incarcerat. dextr. -- Gangrän des Dünndarms. -- Beginnende allgemeine Peritonitis. -- Ödem und Aspiration der Magenflüssigkeit in die Lungen.

*) Bokemann, Diss. inangar. Kiel 1889.

8. S. No. 63. 1876. 19j. Weib. — Diagn.: Intussusceptio.
 Befund: Allgemeine Peritonitis. — Einklemmung der untersten Dünndarmschlingen durch frühere peritoneale Stränge mit halber Axendrehung. — Ausgebreitete fr. periton. Verwachsung der Tuben-Ostien. — Starker Katarth der Tuben. — Kleine linksseitige Ovarienzyste. — Aspirirter Mageninhalt. — Leichte Schwellung der Peyer'schen Plaques. — Ausgebreitete Ekchymosen der Dünndarmschleimhaut.
9. S. No. 64. 1876. 36j. Mann. — Diagn.: Ulcus ventricul. perforans.
 Befund: Allgemeine Tuberkulose (der Lungen, Leber, Milz und Nieren). — Sehr zahlreiche und ausgebreitete tuberkulöse Geschwüre des Dünndarms. — Narbige Strikturen. — Invagination und Brand eines ca. 1 m langen Dünndarmstückes. — Beginnende Peritonitis mit zahlr. Verlöthungen.
10. S. No. 108. 1877. 7j. Knabe. — Diagn.: Volvulus.
 Befund: Ausgedehnte Darmeinschiebungen (Ileum und Coecum in Dickdarm). — Verlagerung eines Dünndarmpackets durch eine Mesokolonspalte in die Bursa omentalis.
11. S. No. 115. 1876. 68j. Frau. — Diagn.: Hernia crur. incarcerat. — Herniotomie. — Peritonitis.
 Befund: R. operirte Schenkelhernie. — Beginnende Gangrän und Perforation einer Darmschlinge. — Eitrige Peritonitis. — R. Schenkelbruchsack.
12. S. No. 184. 1877. 55j. Mann. — Diagn.: Hernia incarcerat.
 Befund: Herniotomiewunde der r. Weichengegend. Hyperämie und gallige Imbibition der Luftröhre, des Kehlkopfschlundes und der Speiseröhre. Blutiger Inhalt der Bauchhöhle. — Starke Fäulnis.
13. S. No. 232. 1878. 59j. Frau. — Diagn.: Peritonitis nach eingeklemmter Schenkelhernie.
 Befund: Hernia crur. incarcerat. sinistra. — Brand und Perforation einer Dünndarmschlinge. — Beginnende Peritonitis. — Operationswunde der linken Leistenengegend. — L. Hernia crur.
14. S. No. 250. 1878. 40j. Frau. — Diagn.: Peritonitis.
 Befund: Darmverschliessung durch Pseudoligamente. — Beginnende Peritonitis. — Trübe Schwellung von Leber, Milz und Nieren.
15. S. No. 262. 1878. 37j. Frau. — Diagn.: — ? —
 Befund: Darmeinschiebung des Dünndarms (durch Tumor). — Perforirende Geschwüre des Intussusciens. — Eitrige Peritonitis.
16. S. No. 125. 1877. 21j. Mann. — Diagn.: Amyloide Degeneration der Nieren, Leber, Milz, und Darm mit amyloiden Geschwüren.
 Befund: Geheilte (doppelte) Darmeinschiebung. — Chron. Darmgeschwüre. — Amyloid-Entartung von Leber, Milz, Herz, Nieren und Nebennieren.
17. S. No. 98. 1879. 10j. Knabe. — Diagn.: Darmstenose.
 Befund: Eitrig kotige Peritonitis. — Grosser Kotstein im Proc. vermif. mit Perforation. — Abgesackter peritonitischer Jauchherd des kleinen Beckens mit Durchbruch nach Dünndarm und S-Roman. — Enormer Meteorismus.
18. S. No. 112. 1879. 52j. Frau. — Diagn.: Darmstenose.
 Befund: Fr. Peritonitis. — Ovariomiewunde. — Stenose des Ileum durch verwachsene Ileumschlingen. — Eiterung und Maceration des Beckenzellgewebes. — Starke Lockerung der angelötheten Dünndarmschlingen.

- Starke Erweiterung der oberen und Enge der unteren Dünndarmschlingen. — Starkes Lungenemphysem und Aspiration von Mageninhalt.
19. S. No. 186. 1879. 38j. Mann. — Diagn.: Magen- und Leber-Krebs.
- Befund: Karzinom des Duodenum mit Perforation der hinteren Wand desselben. Verlöthung mit Pankreaskopf; enormer Ascites. — Stenosierung des Duodenum und Kompression der Mündungsstelle des duct. choledoch. und duct. pankreat. — Schwellung der Peritonealdrüsen. — Fibrinös eitrige Peritonitis.
20. S. No. 216. 1879. 57j. Frau. — Diagn.: Carcinoma uteri.
- Befund: Enormes Karzinom des Uterus mit Kompression des Mastdarms und der Blase. — Enorme Dilatation und Kotstauung im Dickdarm. — Allgemeine karcinomatöse Peritonitis. — Ascites.
21. S. No. 49. 1880. 69j. Mann. — Diagn.: Circumscribed Peritonitis. — Darmverschlingung.
- Befund: Operativer Defekt am Rectum und Steissbein. — Incarceration einer Anzahl Darmschlingen im Douglas'schen Raum und an der Operationswunde. — Starke Ektasien und Muskularhyperthrophie des Dünndarms. — Beginnende eitrige Peritonitis.
22. S. N. 136. 1880. 34j. Weib. — Diagn.: Peritonitis tuberculosa. — Darmverschlingung resp. Kompression.
- Befund: Frische Peritonitis. — Wandermilz und Dislokation des Magens. — Kompression des Pylor durch d. Netz. — Enorme Ektasie, Hyperämie, Ekchymosierung u. Katarth des Magens. — Enorme Veneneklasie des Netzes.
23. S. No. 221. 1881. 67j. Mann. — Diagn.: Ektasia ventriculi.
- Befund: Verschluss des Ileum durch einen kolossalen Gallenstein. — Grosse Duodenal- und Gallenblasen-Narbe mit Fistel. — Enorme Dilatation des Magens und Duodenum, mässige der Gallenwege. — Gallensteine. — Ekchymosen. — Divertikel des Duodenum. — Residuen von umschriebener Peritonitis.
24. S. No. 318. 1881. 64j. Frau. — Diagn.: Ileus.
- Befund: Krebsstrictus des oberen Rectums. — Cyste des Peritoneums an der Striktur. — Beginnende eitrige Peritonitis. — Enorme Erweiterung des ganzen Darmkanals. — Geheilte Punktionswunden d. Rect. u. S Roman.
25. S. No. 5. 1882. 14j. Mädchen. — Diagn.: Darmeinklemmung.
- Befund: Eitrig-kotige Peritonitis. — Zahlreiche striktur. Dünndarm-Narben. — Starke Ektasie und Hypertrophie des Dünndarms. — Perforation des ek-tasirten Jejunums.
26. S. No. 28. 1882. 45j. Frau. — Diagn.: Anus praeternatural. infolge Gangrän einer eingeklemmten Dünndarmschlinge. — Chronische Peritonitis.
- Befund: Anus praeternat. (nach Herniotomie) des mittleren Dünndarms an der r. Cruralpforte. — Umschriebene eitrige und beginnende allgemeine Peritonitis (seifiger Beschlag). — Zahlreiche metastatische Abscesse u. Infarkte der Lungen, spärliche der Nieren. — Umschriebene eitrige Pleuritiden.
27. S. No. 58. 1882. 25j. Mädchen. — Diagn.: Peritonitis septica.
- Befund: Enorme kotig-eitrige Peritonitis. — Perforation des hochgradig ek-tasirten Dickdarms. — Striktur resp. Kompression des Rectum durch fr. verwachsene Darmschlingen des kleinen Beckens.

28. S. No. 159. 1882. 31j. Weib. — Diagn.: Peritonitis.
Befund: Eitrige Peritonitis. — Umschriebene Entzündungsherde des ob. Dünndarms, mit Blut- und Chylus-Extravasaten. (Folge innerer Einklemmung?)
29. S. No. 221. 1882. 4½j. Knabe. — Diagn.: Peritonitis tuberculosa.
Befunde: Enorme tuberkulöse Peritonitis mit sehr starken Verwachsungen der Darmschlingen unter einander und aller übrigen Bauchorgane mit den Bauchwandungen. — Stenose und mehrfache Perforation der Darmschlingen mit Austritt von Darminhalt. — Nur partieller Übergang der Tuberkulose auf Serosa und Schleimhaut.
30. S. No. 248. 1882. 69j. Weib. — Diagn.: Resektion einer 21 cm langen Dünndarmschlinge (nach Incarcerat. gangraenos. einer Schenkelhernie). — Peritonitis.
Befund: Operationswunde der r. Weichengegend. — Hyperämie und beginnende Entzündung des Peritoneums. — Starke Ektasie des Dünndarms.
31. S. No. 77. 1883. 75j. Weib. — Diagn.: Hernia crural. incarcerat. — Peritonitis. — Operation.
Befund: Anus praeternat. in der r. Schenkelbeuge am Dünndarm 1 m oberhalb der Ileocecalklappe. — Seitliche Perforation neben der Mündung des zuführenden Darm und (längs dem lig. Poupartii) — kleiner subkutaner jauchiger Abscess nach O. und A. zu. — Ektasie und Hyperämie des zuführenden, Leerheit des kontrahierten abführenden Darms. — Schwellung von Dünndarm- und Dickdarmfollikeln.
32. S. No. 146. 1888. 38j. Mann. — Diagn.: Ileus. 
Befund: Chronische Peritonitis mit starker Einengung des r. Leberlappens. — Halbe Axendrehung einer oberen Jejunumschlinge. — Anheftung derselben an die Bauchwand. — Sehr starke Dilatation der oberen Darmschlinge. — Starke Hyperämie der Baueingeweide.
33. S. No. 92. 1884. 25j. Mann. — Diagn.: Darmstriktur. — Inanition.
Befund: Hyperämien und Hämorrhagien des Dünndarms. — Darmschiebung in Jejunum.
34. S. No. 93. 1884. 72j. Weib. — Diagn.: Hernia incarcerat.
Befund: Einschnürung des Darms an der Grenze zwischen Ileum und Jejunum und beginnende Gangrän. — Naht des Peritoneums in der Seitengegend.
35. S. No. 187. 1884. 61j. Weib. — Diagn.: Hernia crural. incarcerat.
Befund: Starke hyperämische und stellenweise leicht schmutzig entfärbte Darmschlinge mit Darmnait, schmutzig verfärbte Umgebung derselben. — Fr. Peritonitis. — Fadenförmige Anwachsung der untersten Ileumschlingen gegen die Bauchwand. — Narbe der r. Inguinalgegend; Operationswunde der r. Inguinalgegend. — Axendrehung eines Mesenterialabschnittes.
36. S. No. 254. 1884. 78j. Mann. — Diagn.: Hernia crur. incarcerat.
Befund: Incarcerirte Schenkelhernie r. — Abschlüpfung des Dünndarmepithels. Darmkatarrh. — Schwellung der Mesenterialdrüsen. — Geringer Ascites und Hydrothorax.
37. S. No. 385. 1884. 25j. Weib. — Diagn.: Hydronefrose?
Befund: Eitrige jauchige Peritonitis. — Perforation des Dünndarms oberhalb einer durch Adhäsion abgelenkten Darmschlinge. — L. Ovarial-Cyste. Verwachsung derselben mit Netz, Dickdarm- und Dünndarmschlinge. — Zahlreiche Echylosen des Magens. — Anus praeternat.

39. S. No. 5. 1885. 36j. Mann. — Diagn.: Peritonitis.
 Befund: Fr. citrige Peritonitis. — Stenosirung des Dünndarms durch zahlreiche Tyfus-Geschwürsnarben. — Geringe Hyperämie. — Laparotomiewunde.
40. S. No. 9. 1885. 7j. Mädchen. — Diagn.: Tyfus abdom.-Recidiv. — Perforations Peritonitis.
 Befund: Eitrig jauchige Peritonitis. — Mehrfache Darmperforationen. — Gereinigte und verschorfte Tyfusgeschwüre. — Verwachsung der Perforationsstelle mit dem Netz.
41. S. No. 30. 1885. 49j. Mann. — Diagn.: Tumor abdominis.
 Befund: Starke karcinomatöse Stenose des Kol. descend. — Fistulöse Kommunikation zwischen Mastdarm, S. Roman., Coecum und Harnblase. Miliare Karcinose des Bauchfells.
42. S. No. 46. 1885. 42j. Weib. — Diagn.: Hernia (obturatoria) incarcerat. Peritonitis perfor.
 Befund: L. eingeklemmte Hernia obturatoria. Perforat. des Dünndarms. — Allgemeine jauchige Peritonitis. — Hydrosalpinx, Haematometra mit peritonit. Adhaesionen.
43. S. No. 51. 1885. 15j. Mann. — Diagn.: Peritonitis, Typhilitis.
 Befund: Stenosirender Krebs des S. Roman. — Enorme Erweiterung und Muskularhypertrophie des Dickdarms. — Peritonitis.
44. S. No. 145. 1885. 51j. Mann. — Diagn.: ?
 Befund: Starke l. Lagerung d. Coecum. — Doppelseitige Leistenbrüche. — Starker chronischer Katarrh und Abknickungen des Dickdarms.
45. S. No. 208. 1885. 35^{1/2}j. Mann. — Diagn.: Sarcomatosis universalis.
 Befund: Zahlreiche melanotische Sarkome von Haut, Hirn, Lunge, Herz, Blase. Sarkomatöse Geschwüre des Magens und Darms. — Beginnende Darm-einschiebung durch Sarkome.
46. S. No. 229. 1885. 39j. Weib. — Diagn.: Peritonitis.
 Befund: Tubenschwangerschaft im 3. Monat. — Starke Hämorrhagie im kleinen Becken. — Peritonitis mit zahlreichen Adhäsionen der Baueingeweide unter einander. — Abknickung einer im kleinen Becken angehefteten Ileumschlinge. — Enorme Erweiterung des Dünndarms.
47. S. No. 241. 1885. 55j. Weib. — Diagn.: Peritonitis.
 Befund: Eitrig jauchige Peritonitis. — Perforation einer gangränösen Ileumschlinge. — Herniotomiewunde in der l. Schenkelbeuge. — Abgebundener l. Schenkelbruchsack. — R. Schenkelbruch. — Hernia obturatoria.
48. S. No. 281. 1885. 7j. Weib. — Diagn.: Carcinoma vaginae et recti.
 Befund: Starke Abknickung einer daselbst angewachsenen weiten Dickdarmschlinge. — Krebsgeschwüre der Vagina nach dem Rectum durchbrechend. — Krebsgeschwüre der Blase, der kleinen Beckenlymfdrüsen, des l. Ovariums. Operativer Defekt des r. Ovariums.
49. S. No. 317. 1885. 78j. Weib. — Diagn.: Emfysen und Pneumonie.
 Befund: St. Verlängerung, Knickungen und Verlagerungen d. Dickds.
50. S. No. 41. 1886. 68j. Weib. — Diagn.: Ileus.
 Befund: Fr. Peritonitis. — Verklebung einer Anzahl ins kleine Becken gesunkener Dünndarmschlingen. — Abknickung einer Schlinge. — Ektasie des oberhalb liegenden, Enge des unterhalb liegenden Dickdarms. — Operativ. Defect des Uterus. — Kleine Abscesse im linken Beckenzellgewebe.

51. S. Nr. 75. 1886. 68j. Mann. — Diagn.: Senile Geistesschwäche, Herzschwäche.
Befund: Grosses chronisches, vernarbendes Magengeschwür. Starke Knickung des Querkolons. — Gallensteine.
52. N. No. 85. 1886. 2j. Knabe. — Diagn.: ? —
Befund: Bindegewebstrang des Dünndarmdivertikel nach dem Mesenterium. Einklemmung einer Anzahl Dünndarmschlingen in dieser Schlinge. — Haemorrhagische Enteritis dieser Stelle. — Blutiger Bauchinhalt. — Frische Peritonitis. —
53. S. No. 169. 1886. 81j. Mann. — Diagn.: Arthritis deformans; Erysipelas faciei. —
Befund: Starkes Oedem am Kehlkopfingang. — Kopferysipel. — R. Inguinalhernie mit angewachsenem Coecum und Proc. vermiform. — Knickung des Kolon mit Verwachsung der Schlingen und sehnigem Mesocolon. —
54. S. No. 183. 1886. 52j. Mann. — Diagn.: Amputio. femor. dextr. —
Befund: Ungleichmässige Hyperaemie und Sugillation des Dünndarms — Knickung und Verwachsung der Dickdarmschlingen.
55. S. No. 252. 1886. 24j. Weib. — Diagn.: Peritonitis chronica. —
Befund: Chron. Peritonitis. — Ausgedehnte Verwachsungen; Narbe des Ileums.
56. S. Nr. 305. 1886. 50j. Frau. — Diagn.: Hernia incarcerat. — Peritonitis. —
Befund: Eitrige Peritonitis. — Unschriebene Nekrose der Darmwand. — Zellgewebsentzündung in der Umgebung der nicht verklebten Herniotomiewunde.
57. S. No. 405. 1886. 50j. Weib. — Diagn.: Carcinoma recti und Peritonitis carcinomatosa. —
Befund: Eitrige Peritonitis. — Stenosirender Rectum Krebs. — Erweiterung und Muscularhypertrophie des Dickdarms. Kot im Dünndarm bis zum Jejunum hinauf. — Chron. Dickdarmkatarrh.
58. S. No. 414. 1886. 77j. Weib. — Diagn.: Hernia crural. incarcerat. —
Befund: Embolie der Arteria pulmonal. Kleiner wandständiger Thrombus der Vena iliaca unter der heilenden Herniotomiewunde. — Verwachsung zweier Darmschlingen unter sich und mit dem Netz.
59. S. No. 418. 1886. 27j. Mann. — Diagn.: Ileus. — Volvulus. —
Befund: Fr. Peritonitis. — Naht am Darm und Mesenterium (dicht über der Coecalklappe). Verwachsung der Netz und Bauchwand. —
60. S. No. 13. 1887. 69j. Weib. — Diagn.: ? —
Befund: Eingeklemmter l. Darmwandbruch im Schenkelhernie. Kotiger Inhalt im Dünndarm und Magen. Frische Peritonitis. —
61. S. No. 105. 1887. 47j. Weib. — Diagn.: Supravaginale Amputation des krebsigen Uterus. — Diffuse Peritonitis.
Befund: Frische eitrige Peritonitis. — Laparotomiewunde. In der Bauchhöhle retrahirter Uterusstumpf. — Operationswunde der vorderen Scheidewand. Uförmige Knickung des Kolon transvers. — Magennarbe. —
62. S. No. 255. 1887. 40j. Weib. — Diagn.: ? —
Befund: Stenose des Kolon ascend. nach geheilter Darneinschiebung. — Narbige Stenose an der Flexur. — Zahlreiche strahlige Narben des absteigenden Astes bis ins Rectum. — Dilatation und Muscularhypertrophie des oberen Abschnittes. — Zahlreiche Geschwüre des Coecums. — Schwellung der Darmfollikel. — Dilatation des Magens. —

63. S. No. 269. 1887. 51 j. Mann. — Diagn.: Carcinom der Flexura sigmoidea. — Peritonitis nach Kolotomie. —
 Befund: St. Verlagerung und Knickung der flexura dextra nach dem l. Darneinkamm. Stenosierung der flexura sinistra durch Nebennierentumor. Perforation und Blutung des stenosirenden Tumors in den Kolon ascendens. Kolotomie des Kol. transvers. — Umschriebene Peritonitis daselbst. —
64. S. No. 295. 1887. 50 j. Weib. — Diagn.: Hernia crur. incarcerab. — Anus praeternatural. — Perforations peritonitis. —
 Befund: Ausgedehnte jauchige Infiltration der Bauchdecken r. um die Herniotomie-wunde herum. — Enterotomie einer gangrösen Dünndarmschlinge. — Vernähung mit den Bauchdecken. Frische Peritonitis. —
65. S. No. 388. 1887. 18 j. Mann. — Diagn.: Peritonitis. —
 Befund: Axendrehung des Kol. ascend. und der rechten Hälfte des transvers. Frische jauchige eitrige Peritonitis. —
66. S. No. 405. 1887. 48 j. Weib. — Diagn.: Darmverschluss. — Peritonitis. —
 Befund: Pfortaderthrombose. — Blutung in dem grössten Teil des Dünndarms. Haemorrhag. Peritonitis.
67. S. No. 5. 1888. 5 tägiger Knabe. — Diagn.: Brechdurchfall. Icterus. Krämpfe. Befund: Fibrinöse Peritonitis. — Axendrehung des Mesenteriums mit starker Ektasie des oberen Jejunum-Abschnittes.
68. S. No. 99. 1888. 47 j. Mann. — Diagn.: Herniotomie und Darmresection. — Gangrän des Dünndarms. — Kollaps. (Peritonitis).
 Befund: Beginnende Peritonitis. — Operationswunde der l. Leistengegend. Anus praeternal. — Frische Darmaht. — Verdrehung des Mesenteriums der im Schenkelbruch liegenden Darmschlinge. — Beginnende Gangrän des Dünndarms an drei Stellen. — Kotiger Inhalt in Magen und Darm. —
69. S. N. 102. 1888. 6³/₄ j. Knabe. — Diagn.: Plötzlicher Tod nach ³/₄ tägiger Krankheit. —
 Befund: Beginnende Peritonitis. — Verlegung des unteren Ileum-Abschnittes bis zur Bauhinschen Klappe mit Ascariden und dünnflüssigem kotigem Inhalt von Magen und Darmkanal. — Starker Katarrh des Ileums bis zur Klappe zunehmend. Akute infectiöse Gastro-Enteritis nach Genuss von aus der Erde genommenen Rüben. —
70. S. No. 152. 1888. 8 jähriges Mädchen. — Diagn.: Atresia ani et vaginae. — Anus artificatis. —
 Befund: Frische fibrinöse Peritonitis. — Starke Ausdehnung des Darms. —
71. S. No. 204. 1888. 75 j. Weib. — Diagn.: Carcinoma peritonei. — Anus praeternaturalis.
 Befund: Sarkom beider Ovarien. — Ausgedehnte Sarkomknoten des Bauchfells und Zwerchfells. — Kleine Knoten der Leber. — Leichte Stenosierung und Knickung des Rectums. Kleine Perforationsstelle im Rectum. — Anus praeternaturalis am Kol. descendens. —
72. S. No. 223. 1888. 52 j. Weib. — Diagn.: Hernia crural. incarcerata. — Herniotomie und Peritonitis
 Befund: Eitrig kotige Peritonitis. — Perforation einer Darmschlinge nahe dem Coecum. Verklebung des Darms mit dem Peritoneum in der Nähe der nicht vereinigten Schenkelbruchpforte.

73. S. No. 289. 1888. 67 j. Weib. Diagn.: Marasmus senilis. -- Gastritis. --
Hernia cruralis.

Befund: Frische sero-fibrinöse Peritonitis. -- Doppelseitige Schenkelhernie, (l. mit Inhalt). -- Axendrehung des Mesenteriums. Verwachsung und Auszerrung der Darmwand im l. Bruchsack. -- Starke Ausdehnung der oberhalb des Bruches, Contraction der unterhalb gelegenen Darmschlingen. Aspiration vom Mageninhalt.

74. S. No. 378. 1888. 58 j. Mann. -- Diagn.: Herniotomie wegen Einklemmung. Perforations peritonitis.

Befund: Umschriebene Nekrose der Darmwand. -- Verwachsung des Netzes mit vernähter Bruchpforte. -- Amputationsstumpf des Netzes. -- Herniotomiewunde nicht verklebt in der Leistenbeuge.

75. S. No. 392. 1888. 30 j. Mann. -- Diagn.: Carcinom der Beckenorgane. das Rectum verschliessend. -- Metastasen am Darm. -- Kolotomie.

Befund: Krebsstenose im Rectum. -- Krebsige Infiltration des Beckenzellgewebes Perforation des oberhalb der Strictur gelegenen Darmteiles. -- (Kleine verjauchte Hernie im Beckenzellgewebe.) Carcinomknoten des Peritoneums. Peritonitis. Verwachsung der Darmschlingen untereinander und mit der Bauchwand durch die Umgebung der Wunde.

76. S. No. 403. 1888. 52 j. Weib. -- Diagn.: Herniotomie wegen Einklemmung. Darmperforation. -- Peritonitis. -- Laparatomie.

Befund: Peritonitis. -- Grosse Perforation des Dünndarms. -- Ca. in der Mitte kleines Fibrom der Darmwand. -- Anus praeternatural. 

77. S. No. 12. 1889. 42 j. Mann. -- Diagn.: Pylorus-Krebs. -- Gastro-enterotomie.

Befund: Stenosierender Pylorus-Krebs. -- Vereinigung des Magens und Dünndarms durch Naht. -- Ungefähr 10 Pfennigstückgrosse Öffnung in Magen- und Darmwand. -- Abknickung der dieser Vernähung nächsten Darmschlinge. Dünndarm fast ohne Inhalt. -- Im Dickdarm lehmfarbene Faeces. Dickdarmkatarrh. -- Frische Peritonitis. --

78. S. No. 20. 1889. 41 j. Mann. -- Diagn.: Magen- und Bauchfell-Krebs. Befund: Ausgebreiteter Krebs fast des ganzen Magens mit Fortsetzung auf die Speiseröhre. -- Ulceröser Zerfall desselben. -- Starke Stenosierung des Duodenums, Dünndarms und Kolons durch enorme krebsige Peritonitis.

79. S. No. 51. 1889. 55 j. Weib. -- Diagn.: Krebs der Abdominal-Organe. Befund: Ausgebreitete chronische Peritonitis. Tumor von den Genitalien ausgehend (verp. accessor. Necenniere). Ausgedehnte Knötchenform. -- Metastasen am Bauchfell, besonders am Darm. Operationswunde der Bauchdecken. -- Geringe Geschwüre des Duodenums -- Oberflächliche Nekrose des Dünndarms durch Kotstauung.

80. S. No. 116. 1889. 59 j. Weib. -- Diagn.: Darmkrebs. 1875 wurde die Kystotomie gemacht.

Befund: Stenosirender Krebs des Rectum. -- Perforation des ektatischen S. Roman. Darüber starker sekundärer Leberkrebs.

81. S. No. 149. 1889. 50 j. Weib. Diagn.: Uterusmyome. Ileus nach Laparotomie.

Befund: Grosse interstitielle Myome der hinteren Uteruswand. Kleine Myome der Vorderwand. Sehr lange Auszerrung des Cervix. -- Operativer Defect beider Ovarien. -- Naht nach Myomresection. -- Compression des Rect.

- durch die Geschwulst. — Anus praeternatural. — Frische Peritonitis. Grosse Operationswundennaht der Bauchdecken.
82. S. No. 209. 1888. 60j. Weib. Diagn.: Ileus nach Ovariectomie.
- Befund: Fibrinöse Peritonitis. — Verklebung von Darmschlingen im kleinen Becken mit der Operationswunde. — Operativ. defect. der Tuben und Ovarien. Vernähte Bauchwunde. — Anus praeternatural in der r. Seite.
83. S. No. 211. 1889. 47j. Weib. — Diagn.: ? —
- Befund: Krebs des flex. sigmoid. — Anus praeternat. in der l. Bauchhöhle. (Jejunum angenäht). Frische fibrinöse Peritonitis. Krebsknoten der Leber.
84. S. No. 231. 1889. 59j. Mann. Diagn.: Leistenhernie mit Perforationsabscess. des Wurmfortsatzes. Künstlicher After.
- Befund: Anus praeternatural in der r. Leistengegend. — l. grosser Leistenbruchsack. Verwachsung der Dünndarmschlingen untereinander. Eiterung um den angenähten Darm und in der z. Teil verheilten Scrotumnaht. R. eitrige unseriebene Peritonitis.
85. S. No. 252. 1889. 6j. Knabe. — Diagn.: Chron. Hydrocephalus.
- Befund: Frische Peritonitis. — Perityphlitischer Jaucheherd und Entzündung der narbig sten. Process. vermif. in demselben. — Stenose des unteren Theiles des Ileum. — Starke Ektasie und Hypertrophie des Dünndarms. — Mehrfache Verwachsung der unteren Ileumschlingen untereinander und mit der Umgeb. Anheftung d. S-Roman. im Kl. Becken und Douglas-Raum.
86. S. No. 280. 1889. 29j. Mann. — Diagn.: Magenerweiterung wegen Pylorusstenose. Gastroenterostomie.
- Befund: Jauchige Peritonitis. — Verklebte Operationswunde der Bauchdecken. Vernähung des Dünndarms gegen den Magen. — Narbige Stenose des Duodenum dicht hinter dem Pylorus. — Kleines Geschwür daselbst und vernähter Einriss. — Hypertrophie der Magenwand. — Verwachsung des Querkolon mit Leber. — Narbige Bindegewebsstränge an der Serosa des Duodenum. — Stark verdautes durchbohrtes Knochenstück an der Vereinigungsstelle des Dünndarms.
87. S. No. 280. 1889. 65j. Mann. — Diagn.: Leistenhernie. — Radikal-Operation. — Cystitis. — Grethrotomia externa.
- Befund: Sehr starke schwierige Verdickung des S Roman., Mesokolon und Netzes. — Fast geheilt l. Scrotalbruch-Operation. — Starke Knickung und Verwachsung des S-Roman. mit der Bruchforte.
88. S. No. 317. 1889. 43j. Weib. — Diagn.: — ?
- Befund: Jauchige Peritonitis. — Beiders. Hämatosalpinx. — Narbige Stenose der Flexura sigmoidea. — Krebsige Entartung der Ovarien und Mesenterialdrüsen. — Starke Ektasie und Brüchigkeit des Darms. — Geschwüre der Darmschleimhaut oberhalb der Stenose. — Verwachsung der Darmschlingen unter einander und mit der Tube.
89. S. No. 351. 1887. 25j. Mann. — Diagn.: Gangrän eingekl. l. Leistenhernie. — Peritonitis. — Angeborener Defekt des linken Vorderarmes.
- Befund: Beginnende Peritonitis. — Verlagerung einer gangrän. Darmschlinge in l. Herniotomie-wunde. — Abknickung des Dünndarms an der Stelle. — Enorme Erweiterung des oberen, Enge des unteren Darmabschnittes.
90. S. No. 375. 1889. 15j. Knabe. — Diagn.: Perforationsperitonitis.
- Befund: Derber Bindegewebsstrang durch den Beckeneingang mit mandelgrossen

Käseknoten. — Abknickung der unten ins kleine Becken gesunkenen Dünndarmschlinge. — Beginnende Peritonitis. — Sehr starke Erweiterung des Dünndarms, Enge des unteren Ileum und Dickdarms.

91. S. No. 412. 1889. 35j. Weib. — Diagn.: Erschöpfung. — Chloroform-intoxikation 8 Tage nach der Operation.

Befund: Mässige Menge Blut in der Bauchhöhle. Operat. Defekt von Ovarien und Tuben. — Amputationsstumpf der Uterushörner mit Ligaturen. — Verklebung des strangförmig angezogenen Netzes mit dem Amputationsstumpf. — Kompression des darunter liegenden Teiles des Ileum. — Verklebung desselben mit Netz und kleinem Becken. — Füllung der oberhalb des Durchtritts unter dem Netz gelegenen Schlingen. — Fast völlige Leere des unterhalb derselben gelegenen Ileums und Dickdarms.

92. S. No. 422. 1889. 46j. Weib. — Diagn.: Anus praeternat. nach brandig gewordener Bruch-Resektion.

Befund: Frische Peritonitis. — Blut in der Bauchhöhle. — Darmresektionsnähte. — Runder Defekt im Mesenterium nahe der Resektionsstelle. — Abknickung des Darms unterhalb der resezierten Stelle und Verklebung mit oberhalb liegender Schlinge. — Füllung oberhalb, Kontraktion unterhalb der resezierten Stelle.

93. S. No. 440. 1889. 50j. ? — Diagn.: ?

Befund: Grosse Bauch- und Rückenwunde. — R. Anus praeternat. R. chron. Peritonitis mit miliaren Knötchen. — Feste Verwachsung der untersten Ileumschlingen, untereinander mit starker Einengung des Darmlumens. Starke schwielige Verdickung des Peritoneum und retroperitonealen Gewebes am Eingang ins kl. Becken. Lagerung des Proc. vermiformis in dieses Schwielengewebe. Grosses Krebsulcus des Magens an der Mitte der kleinen Curvatur mit st. Verdickung des Netzes.

94. S. No. 478. 1889. 42j. Weib. — Diagn.: Heus paralyticus — Interstitielles Uterus-Myom. Exstirpation beider Ovarien.

Befund: St. weißer Belag der Bauchhöhle. — Fibrinöse Verklebung der Baueingeweide. Eitrig-fibrinöse Verklebung des Netzes mit der R. Operationswunde. Enorme Auftreibung des Dünndarms. Verklebung einer unteren Schlinge mit dem rechten Tubenstumpfe. Leere der untersten Dünndarmschlingen.

95. S. No. 540. 1889. 62j. Weib. — Diagn.: Karcinoma hepatis. Ascites. Oedem. Pneumonie.

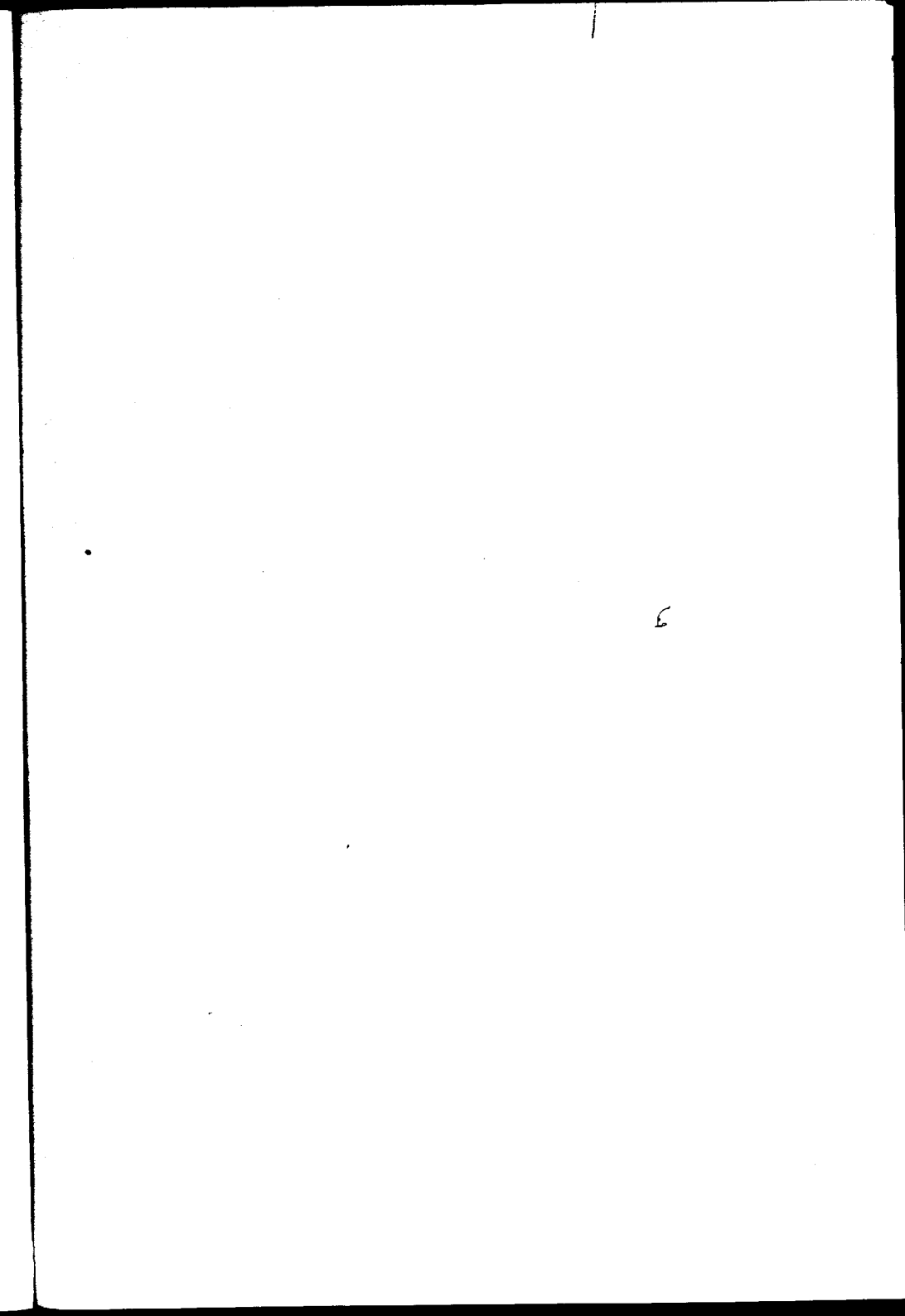
Befund: Sehr starke chronische Peritonitis. — Allgemeine frische Peritonitis. Laparotomiewunde.

Vita.

Ich, Karl Heinemann, evangelisch-lutherisch, bin geboren am 30. October 1862 zu Rendsburg. Bis Michaelis 1880 besuchte ich daselbst die Realschule I. Ordnung; von Ostern 1881 ab war ich Schüler des königl. Christianeum-Gymnasiums zu Altona, welches ich Ostern 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studirte zunächst in Kiel, woselbst ich im II. Semester meiner Militärpflicht mit der Waffe genügte. Im IV. Semester unterzog ich mich dem Tentamen physicum; das V. Semester verlebte ich in München; darauf studierte ich zwei Semester in Berlin, von wo ich dann wieder nach Kiel zurückkehrte. Am 6. März 1890 beendete ich das medizinische Staatsexamen und am 20. März das Examen rigorosum. Vom 15. April bis 26. November diente ich in Hamburg als Einj. freiw. Arzt und später als Unterarzt der Reserve beim 1. Batl. 2. Hans. Inf.-Regts. No. 76.

Thesen.

1. Bei akuter Darmverschliessung mit intensiven Kolikschmerzen ist das Opium sofort indicirt.
2. Die Anwendung des laufenden Quecksilbers im Ileus ist zu verwerfen.
3. Bei der Behandlung der Angina difteritica sind warme Breiumschläge der äusseren Application von Eis vorzuziehen.



6

2018