

Ein Fall

VON

ENTEROSTENOSIS

Inaugural - Dissertation

der

medizinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie u. Geburtshilfe

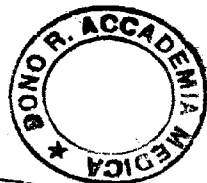
vorgelegt von



Eduard Oldenburg

aus

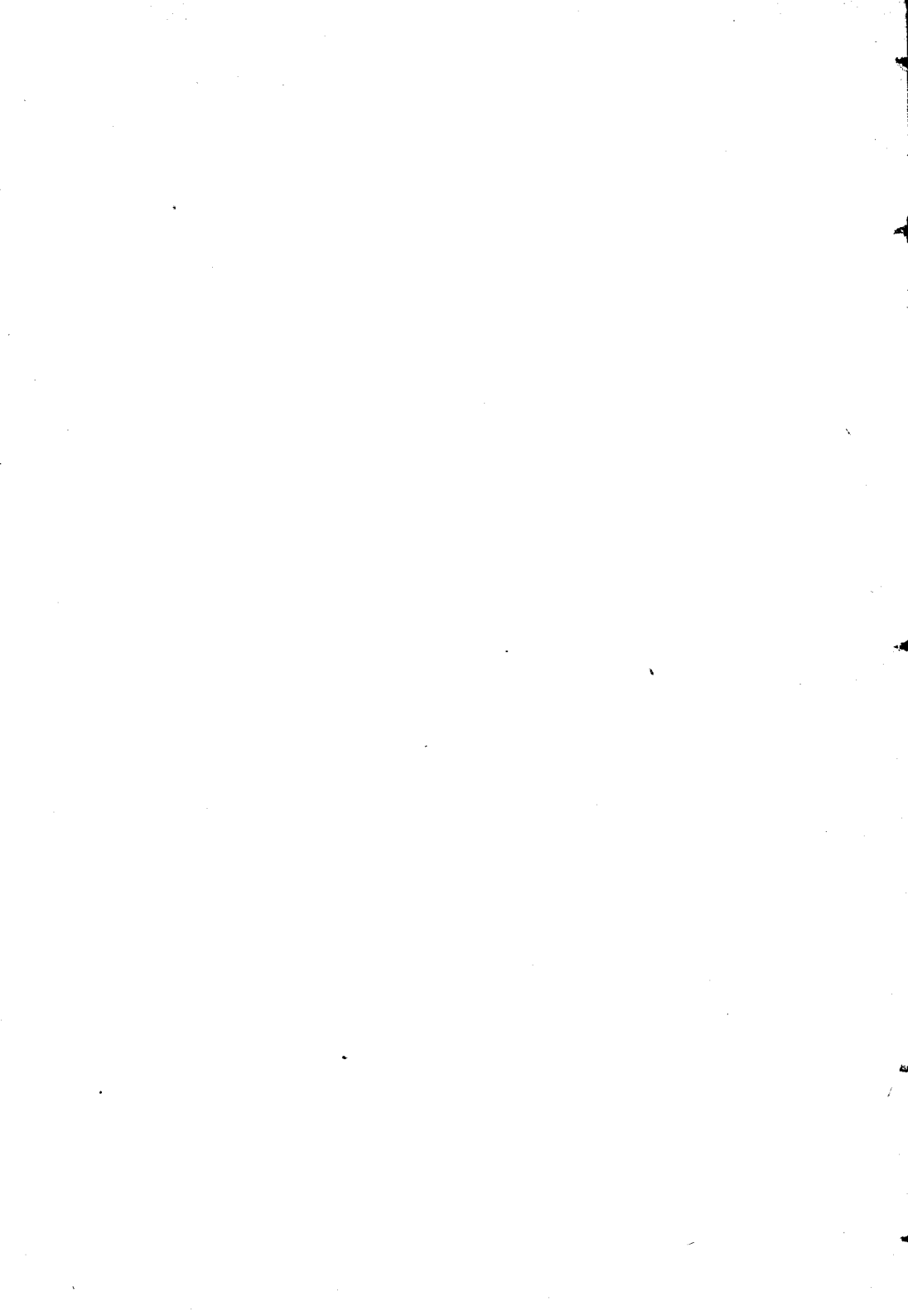
Russland.



JENA,

Druck von M. Hermsdorf

1879.



Ein folgender sehr interessanter Fall von Enterostenosis, der in der Klinik des Herrn Hofrath Prof. Dr. Nothnagel vorkam, und dessen Verlauf und Section ich die Gelegenheit zu beobachten hatte, gab mir Veranlassung über diese ziemlich seltene und bisweilen diagnostische Schwierigkeiten bedingende Affection zu sprechen; wobei ich gleichzeitig die angenehme Pflicht erfüllen will, meinem hochverehrten Lehrer meinen aufrichtigsten Dank für die Mittheilung und Erlaubniss zur Veröffentlichung dieses Falles auszusprechen zu dürfen.

Richter, August 32 J., Handarbeiter, aus We-nigen-Jena.

Diagnose:

Enterostenosis, durch Perforation und entzündlicher Verwachsung des Wurmfortsatzes durch die sich eine Schlinge gebildet hat.

Anamnese.

Vater des Pat. lebt und ist gesund, die Mutter vor langer Zeit am Typhus gestorben. 4 Geschwister leben und sind ebenfalls gesund.

Pat. hat als Kind die Masern überstanden und will von der Zeit an stets gesund gewesen sein. Er ist verheirathet und hat 2 gesunde Kinder. Das jetzige Leiden begann am vorigen Mittwoch den 24. VII. 1878.

Am Dienstag fühlte sich Pat. ganz wohl. Am selbigen Tage genass er in sehr reichlichem Maasse Kirschkernpfannen und verschluckte sämtliche Kirschkerner mit. Mittwoch, unmittelbar nach der Mittagsmahlzeit musste Pat. heftig erbrechen. Es stellte sich Brechneigung ein und das Brechen selbst wurde künstlich vom Pat. hervorgerufen. Das Erbrochene bestand aus den eben genossenen Speisen und hatte einen säuerlichen Geschmack und Geruch. Zu gleicher Zeit stellten sich heftige Schmerzen von kneifendem, kolikartigem Charakter ein, welche über das ganze Abdomen ausstrahlten, und ruckweise intensiver und gelinder wurden. Im Laufe des Nachmittags trat dann öfters Erbrechen ein. Das Erbrochene war von der vorhin beschriebenen Beschaffenheit.

Der hinzugerufene Arzt verordnete Ol. Ricini wovon Pat. im Laufe des Mittwochs 6 Esslöffel zu sich nahm, jedoch ohne Wirkung. Am Mittwoch früh hatte Pat. zum letzten Male 2 dünne breiige Stühle gehabt. In der darauf folgenden Nacht so wie am Donnerstag dauerte das Erbrechen fort und die Schmerzen nahmen bedeutend zu. Durch anfangs warme später kalte Umschläge ad abdom. trat nur momentane Linderung der Schmerzen auf. Pat. erhielt ferner schon Mitt-

woch Ahends und Donnerstag früh warme Klyst. von Kamillenthee mit Leinöl, am Abend kalte von Milch ohne Erfolg. In der Nacht von Donnerstag zum Freitag steigerten sich die Leibschmerzen so, dass Pat. wie wahnsinnig gewesen sein will; schwitzte am ganzen Körper, es wurde ihm schwarz vor den Augen und der ganze Körper fing an zu zittern. Von Zeit zu Zeit stellte sich Erbrechen ein. Das Erbrochene bestand fast nur aus weissl. Schleim, roch sauer und liess einen säuerlichen Geschmack im Munde zurück. Der Arzt verschrieb Medicin und verordnete abermals Klyst. von kalter Milch. Leider ohne Wirkung. Freitag Morgens, als Pat. Medicin eingenommen hat und darauf erbrechen musste, fiel es zum ersten Mal auf, dass das Erbrochene, welches ziemlich reichlich war, und gelbgraues Aussehen hatte einen widerlichen kothartigen Geruch verbreitet. Zwei, gegen 8 Uhr verabreichte Klyst., waren abermals ohne Erfolg. Die Schmerzen im Leibe haben seit etwa 3 Stunden, nachdem Pat. eine Morphinum-Injection bekommen hat, nachgelassen. 5 Mal Kothbrechen. Ein Bruchleiden stellt Pat. in Abrede.

~~~~~

**Status praesens 26. VII. 1878.**

Pat. klagt über Schmerzen im Leibe; über Erbrechen; Stuhlverhaltung.

Active Rückenlage. Knochenbau kräftig, Muscular u. Pan. adiposus mittelkräftig. Kein Hydrops. Freies Sensorium. Lippen etwas cyanotisch, nach oben kühl, ebenso Nase, Ohren, Wangen. Augen sehr matt.

Pat. hat Aufstossen. 120 P. 22 Resp. Radialis weich, nicht geschlängelt, eng, Pulsstelle niedrig, Spannung subnormal.

Augenblicklich keine Schmerzen (heute Morgens 0,05 Morphium). Die Schmerzen des Pat. liessen zeitweilig nach um dann mit grösserer Intensität aufzutreten. Faeculenter Geruch ex Ore. Zunge grau belegt. Im Speiglas ca. 200 Cc. einer faeculent riechenden dünnen erbsenfarbenen Flüssigkeit. Abdomen mässig aufgetrieben, prominirt am meisten im Epigastrium. Leib straff-elastisch gespannt. Auf Druck jetzt etwas empfindlich. Stärkerer Schmerz bei Druck etwa entsprechend der Medianlinie zwischen Nabel und Symphyse. Stärkerer Druck ist dem Pat. schmerzhaft.

Reg. iliaca tief eindringbar und eine mässig gefüllte Darmschlinge fühlen lassend. Genaueste Palpation des Abdomens lässt nirgends etwas besonderes fühlen. Percussion: auf der Nabelhöhe etwas gedämpft, hoch, tympanitisch, im Epigastrium meteor. Schall. Leberdämpfung an der 5. Rippe beginnend. In der Medianlinie unterhalb des Nabels mässig lauter tympanitischer Schall. Reg. hypochondr. d. fast metal. Schall; reg. iliaca d. etwas gedämpfter; reg. iliaca sin. stark gedämpfter Schall.

Auscultation: im Epig. Mettalklang; reg. iliaca d. ebenfalls leichter Mettalklang. Oberhalb der Symphyse deutlicher Mettalklang, weniger deutlich nach links hinüber. Leistenring rechts leicht dem Finger hoch hinauf passiren lassend, nicht schmerzhaft; links dasselbe.

Herztöne rein, mässig laut.

Rectaluntersuchung: keine Prostatahypertrophie. An der vordern Wand des Rectum besteht bei palpiren eine ringförmige Resistenz, die etwas abwärts geht; diese Resistenz ist weich, schleimhaltig, so hochsitzend als der untersuchende Finger reicht. Kothbal-

len sind nicht fühlbar. Die Untersuchung ist dem Pat. schmerzhaft. Pat. hat keine Temperaturerhöhung.

Hernia obturatoria nicht nachweisbar.

Therapie: Eisbeutel auf den Leib; Schlucken von Eisstücken; faradischer Strom auf den Leib; Hegar'sche Injection mit eiskaltem Selterwasser.

Abends. Pat. erhielt heute Nachmittag, nachdem der faradische Strom auf die Bauchdecken applicirt wurde und in Bezug auf Stuhlgang wirkungslos geblieben war, zwei Ltr. eiskalten kohlensauren Wassers in das Rectum injicirt. Ein Theil des Wassers floss schon während des Injicirens wieder ab; ein anderer Theil bald danach mit ziemlich viel kleinen graugelben Kothbrocken vereinigt. Die Schlundsonde konnte bis etwa ein Fuss hoch hinaufgeführt werden. Pat. hat seit heute Vormittag etwa  $1\frac{1}{2}$  Ltr. grauer, deutlich faeculent riechender Masse erbrochen. Jetzt am Abend Gesicht noch collabirter als heute Morgens.

Untere Extremitäten kühl.

102 fast filliforme Pulse, 20 Rsp. Die Rectaluntersuchung ergab, dass der heute Morgens gefühlte Wulst nicht nach oben am Darm abschloss, sondern faltenförmig nach vorn vorsprang. Oberhalb desselben konnte man sehr gut hindurch. Ord. Campher-Injection; Faradisation des Darms; Eiswasser-Klystiere; Ol. crotonis.

27. VII. Pat. erhielt gestern um 7 Uhr. da der Puls schlecht war Injection von Campher, darauf wurde nochamls Faradisation des Bauches angewendet, was jedoch nicht deutlich zur Peristaltik des Darms führte. Pat. erhielt darauf Ol. Croton.  $\frac{1}{4}$  gutt.; (nach einer halben Stunde  $\frac{1}{2}$  gutt., letztere Dosis wurde sogleich wieder per os entleert und sogleich abermals  $\frac{1}{2}$  gutt.

dargereicht. Bald darauf wurde abermals 2 Ltr. Eiswasser per anum injicirt. Pat. spürte absolut keinen Drang zum Stuhl oder sonst welche Wirkung des Ol. croton. Das injicirte Eiswasser behielt er etwa eine Stunde bei sich. Kothiger Stuhl erfolgte nicht. Nochmalige Campherinjection.

Ord. Eisbeutel ad abdom.; Eispillen; Vinum; Wärmflasche an die Füße und Einwicklung in warme Decken.

Pat. hat in der Nacht zwei Stunden geschlafen; keine Schmerzen gehabt. Seit gestern Abend 4 Ltr. einer graugelben, nicht deutlich nach Koth riechenden trüben Flüssigkeit erbrochen, welche am Boden einen grauen, mehligem Satz zeigt. (Pat. trinkt sehr viel).

Pat. sieht noch stärker collabirt als gestern aus. Augen tief in ihren Höhlen liegend. Sensorium frei. Extremitätea kühl. Abdomen nicht stärker aufgetrieben, giebt im obern Theil meteorisirt., abwärts leicht tympanitischen, hellen Schall. Beide Seitenwandungen gedämpft. Palpation nicht besonders schmerzhaft. Spitzenstoss im 4 I. C. R. links. Untere Lungengrenze in der Mamillarlinie am untern Rande der 5. Rp. 94 Pulse etwas kräftiger als gestern Abends. 24 Resp. Pat. hat im Laufe des Tages wieder grosse Massen Flüssigkeit erbrochen von der gestrigen Beschaffenheit. Die heute Mittag geplante Enterotomie wurde nicht ausgeführt, da Pat. heute Abend angiebt sich etwas wohler zu fühlen.

Puls fast filfrm., doch deutlich besser als gestern. Abdomen mässig stark gespannt, bei Druck mässig schmerzhaft, giebt deutlich Dämpfung und in der Seitenwand Aufhellung des Schalles bei Lagewechsel. Pat. erhielt Eisbeutel auf dem Abdomen, Milch, Bier, Wein.

Ord. Oelige Klystiere; Campher-Injection.

Abends  $\frac{1}{2}$ 8 Uhr. Pat. erhielt soeben etwa ein Ltr. warmen Oels mit Zusatz von 40,0 Ricini. Schon kurze Zeit nach der Klystierung entleerte Pat. per anum etwa gegen zwei Ltr. einer trüben grau-gelben mit Kothbrocken vermischten Flüssigkeit, die sich bald in zwei Schichten, eine obere ölige, sonderte. Der Oelgeruch verdeckt einen, möglicher Weise vorhandenen faeculenten Geruch der Flüssigkeit. Nach längerem Stehen hat sich am Boden eine deutlich wie Koth aussehende Schicht gebildet. Bald nach der Injection erbrach Pat. noch ganz kleine Menge gallig-grauer, nicht faeculent riechender Massen. Während der Nacht ist kein Erbrechen aufgetreten. Pat. sieht jetzt weniger collabirt aus, fühlt sich subjectiv wohler, schlief während der Nacht. Extremitäten sind noch kühl. Schmerzen im Leibe ganz gering. 92 Pulse, 28 Resp.

Ord. Oeliges Klystier.

Pat. erhielt ein Klystier, welches er sogleich ohne Koth von sich gab. Gegen Mittag war der Puls noch volle 80 Schläge pro Minute. Abdomen weniger aufgetrieben, in der Lebergegend etwas mehr Dämpfung, Aufhellung des Schalles in den Seitenwandungen des Abdomen bei Lagewechsel nicht deutlich.

Bei der Rectaluntersuchung war der oben angegebener dicker Ring nicht mehr deutlich fühlbar hart und deutlich, doch konnte der hinaufdringende Finger über die Falte hinaus in einem obern Hohlraum gelangen. Pat. hat nicht mehr gebrochen.

Ord. Eisbeutel ad Abdom.; Eisstückchen schlucken; Wein; kalte Milch; Wärmflasche an die Füße.

28. VII. Heute fühlt sich Pat. nicht schlechter, sogar besser als gestern. In der Nacht hat Pat. etwa

100 Ctm. deutlich faeculent riechender, trüber, grünlich-gelber Flüssigkeit erbrochen. Keinen Stuhl.

Pat. sieht nicht mehr so ganz collabirt aus, doch fühlen sich Nase und Hände etwas kühl an. 70 Pulse, Arterie weit, Welle hoch, Spannung fast mittel; 18 Resp.

Pat. hat keine Schmerzen.

Abdomen im Niveau des Thorax, nicht besonders aufgetrieben, zeigt an mehreren Stellen Darmschlingen. Palpation nicht schmerzhaft. Untere Lungengrenze in der rechten Mamillarlinie, am untern Rande der V.-Rp., Spitzenstoss sichtbar im 4. I. C. R. links.

29. VII. Pat. erhielt heute Nachmittag, nachdem er bereits wieder deutlich kothige Masse erbrochen, 2 Ltr. kohlensauren Wassers injicirt. Bei der Rectalpalpation kam man anfangs mit dem Finger nur eine kurze Strecke in die Höhe, da eine weiche Darmmasse dem Finger Widerstand leistete. Indem wiederholt diese Masse weggedrängt und der Catheter ins Darmrohr hinaufgedrängt wurde, fühlt man wieder die vorspringende Falte und oberhalb derselben einen leeren Darmraum, in den der Catheter hinaufgeführt wurde. Pat. entleert darauf einen ziemlich grossen Ballen grauen Kothes mit viel Flüssigkeit. Pat. hat seitdem nicht mehr gebrochen, fühlt sich sehr wohl, hat sogar etwas feste Nahrung zu sich genommen.

72 volle, ziemlich kräftige Pulse; Nase, Extremitäten warm. Abdomen ziemlich weich. Im Epigastrium noch meteoristischer Schall. Urin goldgelb, Spuren von Albumen. Deutlichste Indican-Reaction.

30. VII. Morgens — dieselben Verhältnisse wie gestern. Sehr spärlicher Stuhlgang.

Abends. Pat. erhielt heute Mittag ein Klyst. von 2 Ltr. kohlensauren Wassers, den er sofort nach der

Darreichung ohne kothige Beimischung wieder entleerte. Seit heute Morgen kein Erbrechen. Um 6 Uhr erhielt Pat. wieder ein Klyst. von 2 Ltr. wovon er jedoch nur 1 Ltr. bei sich behielt. Kothiger Stuhl ist nicht darauf erfolgt.

31. VII. Pat. hat seit gestern keinen Stuhl gehabt. Er erhielt soeben ein Klyst. Kein Erbrechen. Allgemeinbefinden leidlich. Nach dem Klyst. entleerte Pat. eine sehr geringe Menge dünnflüssigen mit einigen harten Brocken vermischten Kothes. Appetit ziemlich gut. Puls kräftig, voll, 96 in der Min., 20 Resp. Abdomen unverändert. Abends erhielt Pat. 2 Ltr. kohlen-sauren Wassers von Zimmertemperatur injicirt.

Therapie: 2mal täglich kohlen-saurer Klyst. kalte flüssige Nahrung.

1. VIII. Nach dem letzten Klyst. entleerte Pat. mehrere Kothstücke und 1 Kirsch-kern. Nachts gut geschlafen.

Abdomen im Niveau des Thorax, weich, nirgends schmerzhaft. Im Epigastrium und Mesogastrium leicht tympanitisch. Auf der Höhe eines Fingers ist im Rectum deutlich die oben erwähnte Schleimhautfalte zu fühlen.

Urin strohgelb, klar, reagirt sauer, kein Albumen. Indicanreaction sehr deutlich. Abends. Pat. hatte nach dem Klyst. von heute morgens einen mässig reichlichen gelben Stuhl, die Kothsäule war kaum fingerdick.

Pat. erhielt soeben wieder ein Klyst. von  $1\frac{1}{2}$  Ltr. kohlen-sauren Wassers, wovon ein grosser Theil des Klyst. bald abfloss.

2. VIII. Pat. hat auf das gestern Abends verabreichte Klyst. noch keinen Stuhlgang gehabt. Heute erhielt er ein Klyst. von  $1\frac{1}{2}$  Ltr.



Abends. Heute Morgen entleerte Pat. einige aus gelben weichen Koth bestehende Bröckeln. 80 Pulse, 16 Resp.

Abdomen im Niveau des Thorax; man sieht sehr deutlich Peristaltik über den ganzen Abdomen. Pat. hat etwas Kolik-Schmerzen; über den ganzen Abdomen meteor. Schall.

3. VIII. Auf ein Klyst. hatte Pat. bald darauf einen ziemlich reichlichen, aus lauter kaum fingerdicken Brocken gelben, weichen Kothes bestehenden Stuhl. Nachts gut geschlafen. Uebriger Befund wie am vorigen Tage. Nach einem verabreichten Klyst. entleerte Pat. einen mässig reichlichen aus dünnen, weichen Kothsäulen bestehenden Stuhl.

4. VIII. Morgens ein Klyst. von 1½ Ltr. Nach kurzer Zeit erfolgte Stuhlgang. Urin zeigt deutlich Indican-Reaction.

5. VIII. Pat. erhielt fein geschabtes, rohes Rindfleisch. 78 kräftige Pulse. Eiswasserklystier; am Abdomen tympanit. Schall, in den untern Partien etwas dumpfer.

6. VIII. Nach den gestrigen Klyst. und heute Morgen hat Pat. einen aus breiigen, dünnen Kothsäulen bestehenden Stuhl gehabt. 64 Pulse; Welle hoch, Spannung mittel. 14 Resp. Pat. hatte seit gestern Abend 4 dünne Stühle von früherer Beschaffenheit, dabei keine Schmerzen. Percussions-Schall überall tympanit. im Hypog. gedämpft.

Abends, 3 gelbe dünne Stühle. Pat. geniesst ausser flüssiger Kost frisch geschabtes Fleisch, etwas Semmel. Abdomen unverändert. Starke peristalt. Bewegungen. An fast allen Stellen des Abdomens hört man bei Percuss. u. Auscult. meteorist. Klingen.

Ord. Extr. Strychni aquos. 0,5: 200 (2stdl. 1 Essl.).

7. VIII. Pat. hat in der Nacht ohne Schmerzen 5 ganz dünne gelbe Stühle gehabt. Leidliches Wohlbefinden. Abdom. im Niveau des Thorax, weich. Epig. leicht aufgetrieben. Starkes Gargouillement. Deutliche peristal. Bewegungen. Ueberall tympanit. Schall.

Ord. Eisblase weggelassen, ebenso Klystiere.

Abends, Pat. hat wieder 4 ganz dünne graugelbe Stühle gehabt. Keine Schmerzen. 60 volle Pulse.

8. VIII. Pat. hatte in der Nacht 8 dünne graugelbe Stühle gehabt. Abdomen unverändert. Appetit gut. 60 volle Pulse. Deutliche Indican-Reaction.

Ord. Extr. sem. Strychni aquos. 0,4:200.

9. u. 10. VIII. dieselben Verhältnisse.

11. VIII. Pat. hat seit gestern Abend 6 Stühle von oben beschr. Beschaffenheit. Keine Schmerzen. Appetit gut. 60 Pulse. 16 Resp. Abd. etwas unter dem Niveau des Thorax, weich. Peristaltik kaum wahrnehmbar. Percusschall des Abdomen tymp. Urin klar, kein Albumen. Pat. wurde am 17. August 1878 entlassen. In den ersten 6 Wochen richtete er sich nach den gegebenen Vorschriften; ass neben etwas gehacktem oder starkgekochtem und gebratenem Fleisch nur flüssige Nahrungsmittel. Sein Abd. war weich und nicht stark aufgetrieben; Schmerzen hatte Pat. keine; 2—4 weiche Stühle täglich. Als nach oben angegebener Zeit wieder Kartoffel, Gemüse etc. zu sich nahm, fühlte P. sich nicht ganz wohl; aber es kam zu keinen weiteren Beschwerden. Im Anfang Nov. ass Pat. Mohnkuchen, worauf er ein starkes Druckgefühl im Epig. hatte. Er steckte einen Finger in den Hals, wodurch es zum Erbrechen kam. Pat. fühlte sich nach demselben wohler. Von dieser Zeit ab an bis zum Ausbruch seiner jetzi-

gen Krankheit, bes. im Nov. hat Pat. sehr davon zu leiden gehabt, sobald er schwere Speisen zu sich nahm. Das Erbrechen musste fast immer auf obige Weise herbeigeführt werden, selten erfolgte es spontan. Es erfolgte entweder gleich nach dem Essen o. einige Stunden später; das Erbrochene war sauer. Während dieser Zeit hatte Pat. 1—2mal wöchentlich starke Diarrhoe, wonach er regelmässig über starke Blähungen p. anum zu klagen hatte und während dieser Zeit war sein Abd. so aufgetrieben, dass er die Hose oben oft nicht zuknöpfen konnte. Pat. hat auf Anrathen eines Arztes seit Nov. fast tägl. ein warmes Klyst. aus Kamillenthee bekommen.

Mittwoch den 2. April 1879 hatte Pat. am Abend starke reissende Schmerzen in der linken Seite des Abd., die um 8 $\frac{1}{2}$  Uhr begannen und in Paroxysmen auftraten. Pat. hatte am Mittag selb. Tages Kartoffel mit Milch und etwas Schöpsenbraten gegessen. Am Abend weiter Schöpsenbraten, Butter, Bröd u. Käse; bald danach traten Schmerzen auf, die bei Bewegung heftiger wurden, und erbrach viel. Das Erbrochene war sauer. Die Nacht schlief Pat. wenig wegen d. Schmerzen, die Donnerstag über ebenso bestanden. Am Abend erhielt Pat. Ricinusöl, nahm jedoch am selben Tage nicht ein, da am Abend spontan ein Stuhl erfolgte. Am Freitag nahm Pat. dasselbe ein und es erfolgte am Nachmittag ein weicher Stuhl. Am Sonnabend Morgen hat Pat. viel erbrochen. Das Erbrochene war dünn wie Wasser, hatte den Geruch von Koth und war schmutzig gelb. Pat. hat seit Mittwoch Abend nicht wieder gegessen. Da die Schmerzen sehr zuuahmen, liess sich Pat. in's hiesige Krankenhaus aufnehmen.

## 5. IV. Status praesens.

Grosser Mann; activ. Rückenlage. Klagt über stechende Schmerzen im ganzen Leibe, die aber nur bei Bewegung heftig. Bei Ruhe keine wesentlichen Schmerzen, sondern nur Druckgefühl. Pat. fühlt sich matt und schläfrig.

Knochenbau kräftig. Musculatur, Pan. adiposus schwach, doch fest. Haut trocken, weich, etwas blass; kein Oedem. Gesicht collabirt, Augen tieflicgend, Lippen leicht bläulich, blass. Kein Icterus. Nase, Ohren fühlen sich kühl an. P. 128. Radialis weich, nicht geschlängelt, eng, Pulswelle sehr niedrig. Spannung gering. Puls regelmässig. R. 20 von costalem Typus. Abdomen bewegte sich dabei etwas. Spielen der Nasenflügel. Kein Fieber.

Abd. über dem Niveau d. Thorax. Epigast. stark aufgetrieben. Nabel fast verstrichen. Keine peristaltische Bewegungen. Druck auf dasselbe ist empfindlich. Am untern Theil desselben, Mesogastr. u. Hypogast. am meisten empfindlich. Percussionsschall auf d. Nabelhöhe meteoristisch, dessgleichen im Epigs. u. seitwärts beiderseits. Seitenwandungen d. Abd. nach aussen von Mamillarlinie, wie untere abhängige Partien gedämpft. Bei Lageveränderungen hellt sich d. Schall auf.

Auscultation: über d. meteoristischen Partien u. bes. im Epig. Metall-Klang, der schon stellenweise bei blosser Percussion dem genäherten Ohr deutlich ist.

Leberdämpfung beginnt in rech. Mamillarl. im 4. Intercostalraum; unterhalb der 5. mischt sich meteoristischer Schall bei.

Spitzenstoss im 3. Intercostalr. seh- und fühlbar, mässig kräftig.

Bauchdecken sehr stark gespannt. Sehr deutl.

Fluctuation. Abnorme Verhältnisse am Abd. nicht zu fühlen. Weder Leisten- noch Schenkelhernien bemerkbar.

Letzter Stuhl gestern früh ziemlich reichlich dick. Kein Erbrechen. Mitunter Abgang von Winden per anum. Etwas Aufstossen. Per Rectum fühlt man auf Fingerhöhe eine Schleimhautfalte.

Zunge blass, ohne Belag.

Thorax norm. lang, mässig breit, ziemlich gut gewölbt. Loui'sche Kante prominirt. Unterer Theil d. Thorax erweitert. Percussionsschall laut, beiderseits gleich. Herzdämpfung schon in 1. I. C. R., stärker in 2. u. 3. von 4. etwas tymp. Schall.

Herztöne rein, laut. Untere Lungengrenze verschiebbar. Hinten am Thorax über den Lungen keine Dämpfung. Ves. Athm. dasselbe vorn.

Ord. Grosse Eisblase ad Abd.; Wein; Eisstückchen: kalte flüssige Kost; Ablassen der Darmgase durch Schlundrohr; Wärmflaschen an Füßen. Urin mit Katheter entleert, ca. 300 Ctm., dunkelgelb, sauer. 1017. Kein Eiweiss. Starke Indicanreaction.

6. IV. Die Nacht hat Pat. geschlafen. 112 Pulse, 18 R. Spitzenstoss im 3. I. C. R.; Percussionsschall wie gestern, Pat. klagt über stechende Schmerzen bei Bewegung. Kein Stuhlgang. Pat. erhielt Mittags ein Klyst. von Eiswasser, das er nur einige Minuten bei sich behielt, um ohne Faeces zu entleeren. Puls etwas besser.

7. IV. Nachts etw. geschlafen. 96 P. 20 R.

Uebriger Befund wie gestern. Mittags erhielt Pat. Eiswasserklyst.; gleich danach erbrach Pat. etwa 200 Ctm. gelber fauculent riechender Flüssigkeit,

8. IV. Nachts etwas geschlafen; Schmerzen nicht

mehr so bedeutend. Percussion wie gestern, ebenso Puls. Kein Erbrechen, kein Stuhlgang.

Nach dem soeben verabreichten Klyst. von kohlen-saur. Wasser, erbricht Pat. etwa 500 Ctm. faeculenter Flüssigkeit. 90 ziemlich volle, gut gespannte Pulse. Der Schleimhautring an oben angegebener Stelle fühlbar.

9. IV. Seit gestern hat Pat. fast 3 Ltr. gelber, kothiger Flüssigkeit erbrochen. Nachts schlecht geschlafen. P. 90, R. 18. Percussion wie gestern. Schmerzen vermehrt. Gesicht collabirter wie gestern. Nachmittag erhielt Pat. ein Klyst. von 1 Ltr. warmen Oel mit 4 Löffel Ol. Ricini, das bald ohne Faeces entleert wurde. 80 gute P. 20 R.

10. IV. Nachts nicht geschlafen. 100 ziemlich hohe, unter mittel gespannte Pulse; 12 R. Wenig Schmerzen. Abd. unverändert. Kein Stuhlgang, soeben ein Oelklyst. Der Ring im Rectum ist heute nicht zu fühlen. Abends wieder ein Oelklyst., gleich nachdem entleerte Pat. ziemlich viel dünnen breiigen Stuhl.

11. IV. Nacht schlief Pat gut (0,05 Morph.). Ein Klyst. von Oel, gleich darauf erfolgte eine mässige Menge aus kaum fingerdicken, hellgelben Kothsäulen. 88 gute, mittelhohe, fast mittelgespannte Pulse: 16 R. Abd. etwas weniger aufgetrieben. Percussionsschall unverändert. Kein Erbrechen.

12. IV. Nach gestern abendlichen Oelklyst. erfolgte bald danach ein Stuhl. Nachts etwas geschlafen. Pat. klagt über Schmerzen in den r. Hypogastr. 84 P., 18 R. Spitzenstoss im 3 I. C. R. Tymp. Schall am ganzen Abd. Peristaltische Darmbewegungen deutliche Dämpfung nach den Seitentheilen. Im Epigastr. Metallklang.

13. IV. Nach dem Oelklystier von gestern Abend entleerte Pat. sehr spärliche u. dünne Kothmassen. 84 P. von guter Spannung. 20 R. Im Rectum dünner Koth, der Schleimhautring nicht erreichbar.

14. IV. Nach dem Klyst. gestern Vormittag 3mal reichlicher Stuhlgang. Nacht gut geschlafen. 100 ziemlich volle P.; 18 R. Spitzenstoss im 3. I. C. R. Abd. unverändert. Appetit gut.

15. IV. Auf ein Ooelklyst. von gestern Nachmittag erfolgte ein starker Stuhlgang. Leib stark aufgetrieben, peristaltische Bewegung. Urin ohne Albumen, keine Indicanreaction.

16. IV. Gestern vor d. Klyst. ein Stuhl u. einer nach demselben; heute zwei kleine nach dem Klyst. Um das Abgehen von Darmgasen zu befördern 3 Dosen von Calomel a, 0,25.

17. IV. Gestern Nachmittag vor d. Calomel hatte Pat. spontan Stuhl; gestern Abend nach dem Klyst. und heute früh ein mässiger, breiiger Stuhl. Patient bemerkt, dass ihm in der Nacht viel Gase abgegangen sind. P. 90 voll; R. 18. Abd. unverändert. Meteorismus stark. Pat. behauptet, dass sein Leib in den letzten Wochen stets so aufgetrieben war wie jetzt. Vormittag ein Klyst., gleich danach Stuhlgang; Nachmittag 3 mässige Stuhlgänge.

Ord. Pfeffermünzthee.

18. IV. Pat. nahm gestern Nachmittag und Abend mehrere Tassen Pfeffermünzthee zu sich. In der Nacht hatt er etwas Stuhlgang, auch sind einige Winde abgegangen. Kneifende Schmerzen wie sonst, so dass Pat wenig schlief. Etwa um 5 Uhr trat ohne bes. Ursachen ein heftiger Schmerz am Abd. auf. Patient

erhielt 0,01 Morph. injicirt, ohne Erfolg; um 6 Uhr: Tinctur. opii 30ggt; Injection von 0,01 Morph.; Eisblase ad Abd.; Wärmflasche an Füsse; Wein.

Um diese Zeit hatte Pat. 150 kleine Pulse; Gesicht, Hände kühl. Beträchtliches Stöhnen, Abd. überall empfindlich. Jetzt um  $\frac{1}{2}$  9 Uhr Facies Hippocratica; leichtes Stöhnen; Puls unfühlbar. Abdomen nicht stärker aufgetrieben; rechte Seite desselben bewegt sich mehr beim Athmen als die linke. Abdomen überall empfindlich. Leberdämpfung in der r. Mammillarlinie 3 Ctm. oberhalb des Rippenbogens. Im Epigstr. überall lauter Schall. Spitzenstoss sehr schwach im 3. I. C. R. Beiderseits im Abd. Dämpfung, links mehr als rechts. Metallklang im Epig. Lippen blass, cyanotisch. Dämpfung in d. l. Reg. iliaca ziemlich stark; rechts lauter Schall.

Urin goldgelb, klar, sauer, 1023; keine Eiweiss-trübung, leichte rosige Indicanreaction. Der mit dem Catheter aus der Blase soeben entleerte Urin zeigt bei Reaction mit Essigsäure eine leichte Eiweisstrübung; eine Spur Indican, wie oben. 45 Resp. Campher (0,1). Excitus lethalis 18. IV. Vorm. 9 $\frac{3}{4}$  Uhr.

#### Sections-Befund.

Schlank, mager, Haar braun. Stirn 60 mm. Augen tiefliegend. Pupillen sehr weit. Iris grau. Nase stark gebogen. Wangen betr. eingesunken. Mund offenstehend. Zähne im Ober- und Unterkiefer zum Theil defect, zum Theil fehlend. Blonder Schnurrbart. Hals konisch. Thorax symmetrisch. Abd. ziemlich stark aufgetrieben, ziemlich resistent. Nichts am penis, scrotum. Geringer prolapsus der Rectumschleimhaut am After, der aber erst nach Auseinanderziehen der After-falten sichtbar wird. Haut dünn, bleich. Ovales, sym-

metrisches, etwas dünnes Schädeldach mit sehr wenig Diploe. Nichts besonderes im Gehirn und in seinen Hüllen. Fettschicht höchstens 2 mm. Bei Eröffnung des Bauchraumes erscheinen die Dünndarmschlingen enorm gedehnt, locker durch graugelbe fibr. Beschläge untereinander verklebt und mit der pariet. Bauchwand lose verwachsen. In der Höhle des kl. Beckens findet sich eine betr. Menge schmutziggelben mit weichen Fibrinflecken untermischten Flüssigkeit. Umschriebene, feste Verwachsungen, des bis dicht an den Schwertfortsatz geschobenen Netzes mit einzelnen Dünndarmschlingen. Zwerchfell im III. KR. Nach Eröffnung des Thorax normaler Collaps der Lungen. Herzbeutel normal freiliegend. Sehr wenig, schaumiger, grauer Flüssigkeit im l. Br. Pleura l. glatt, oben umschrieben schiefergrau. Lungen durchaus lufthaltig, braunroth. Br. unversehrt, ebenso die Lungengefäße. Grauröthl., mattglänzender, compacter Pfropf in dem zum zungenförmigen Anhang führenden Lungenast liegend. Rechte Lunge frei, sehr wenig Flüssigkeit im recht. Br. Flüssiges Blut im recht. Lungenarterienast. Dünner, braungelber Zungenbelag. Nichts im weich. Gaumen. Pharynx etwas geröthet. Geringe weissl. Trübung des Epith. im unt. Theil des Oesoph. Geringer netzförmiger Schleimbelag in Larynx und Trachea. Schilddrüse bräunlichroth, mittelgross. Herz mässig fetthaltig. Am Herzen u. den Gefäßen keine bedeutenden Abnormitäten. Milz gerunzelt. Kapsel fibrinös belegt, graugelb. Parenchym blassbräunlich. Malp. kaum sichtbar. Trab. deutl. Der rechte Leberlappen in der Mitte der lat. Partie seiner untern Fläche auf seiner Kapsel umschrieben im Umfange eines Handtellers, graugelb, fibrinös-eitrig belegt. Der Eiter übel-

riechend. Der Leberlappen mit einem umfängl. vor der r. Niere liegenden Abscess communicirend. Kapsel mattglänzend, mit einer Anzahl umschriebenen, zarten Bindegewebsvegetationen versehen, stellenweise mässig frischen, dünnen, graugelben Fibrinbelag zeigend. Leber 27: 20: 16. Parench. fest. Läppchen deutl. Centra braunroth. Äusserst geringer Fettbeslag an der Messerklinge. In der Gallenblase schmutzig grüne Galle. Duod. enorm aufgetrieben. Im Magen geringe Menge gelbl. weissen, flockigen Inhaltes. Schleimhaut grauweiss, glatt. Der Wurmfortsatz verlängert, vom Coecum halbkreisförmig nach links u. oben gewendet, mit der Wurzel des Dünndarmesent. an seinem Ende zieml. fest verwachsen. Das Ende selbst umgeben v. schmutzig, grünl. grauen gangränösen Fetzen, nach deren Lösung ein umfänglich, hinter d. mesenterialwurzel nach rechts und oben sich erstreckend mit jauchigem Eiter gefüllter Abscess sichtbar wird. Das untere Ende des Dünndarms von der Einmündung in's Coecum in nicht unbeträchtlicher Ausdehnung collabirt. Der Dünndarm an umschriebener Stelle von dem herumgeschlagenen Wurmfortsatz constringirt, an Stelle der Constriction dunkel, schiefergrau gefärbt. Mit dem Parietalperitoneum über dem obern Ende des V. l. Wirbel fest schwielig verwachsen. Von der verwachsenen Partie an erscheinen die Dünndarmschlingen enorm gedehnt, dunkel geröthet, fibrinös belegt. Beträchtl. schwielige Verdickung d. Mesenterialwurzel im Umkreise der Adhäsion. Mittleres Jejun. 14 Ctm. im Umfange. Inhalt schmutz., bräunl., gelb, dünn, trübe. Unt. Jejun. 16,5 Ctm., enormes Oedem d. submucosa mit Gelbfärbung und leichter Ablösbarkeit von der Muscularis. Langgestreckte Perforation genau an der Grenze des Wurm-

fortsatzes mit gedehntem u. collab. Abschnitt des Coecum. Der Rand schwärzlichgrau, etwas schwielig. Im collab. Theile des Ileum, braungelb, dickbreiiger Inhalt. Schleimhaut schiefergrau, gegen das Ileumende röthl. grau. Dickbreiiger, hellbraungelber Inhalt, von deutl. kothiger Beschaffenheit im Coecum. Klappe an der Mündung des Wurmfortsatzes sehr entwickelt. Wurmfortsatz 6 Ctm. von seinem Ursprung entfernt, plötzlich in einer Länge von 3 Ctm. auf das Doppelte erweitert. Die Schleimhaut schmutzig, schwärzlichgrau, am Ende der erweiterten Strecke eirunder Durchbruch vom Umfange eines Kirschkernes. Die Durchbruchsstelle setzt sich von dem 4 Ctm. langen auf 25 mm. erweiterten mit glatter, bräunlichrother Schleimhaut versehenem Ende des Proc. Verm. durch eine schmale, quere, sämmtl. Häute durchsetzende Schwiele ab. Im unter. Colon allenthalben bräunl. gelber Inhalt. Linke Nebenniere ohne wesentl. Veränderung. Linke Niere 13:4, Kapsel leicht abziehbar. Parench. fest, bräunlichroth, ohne wesentl. Veränderung. Die Kapsel an der vordern Fläche d. r. Niere stark verdickt. Die r. Niere 12:3, Befund wie links. In der Blase sehr wenig röthlichgelber Harn. Nichts bemerkenswerth im Rectum, im Hoden und Nebenhoden.

~~~~~

Das aetiologische Moment für diesen Fall war ein Fremdkörper, der in den Proc. Vermiformis gelangte, dort eine circumscriphte Peritonitis bedingte mit Perforation des Proc. Vermiformis und Anlöthung desselben an die Mesenterialwurzel des Dünndarms, mit consecutiver Verengung des Darmlumen.



12838