



Ein Fall von angeborener Stenosierung des
Dünndarms und Dickdarms nebst Defekt einer Niere.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt und öffentlich verteidigt

am

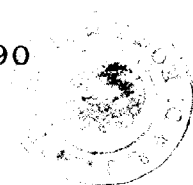
Donnerstag, den 6. März 1890

vormittags 12 Uhr

von

Max Rosenkranz

prakt. Arzt.



Opponenten:

Hr. Max Zacharias, prakt. Arzt.

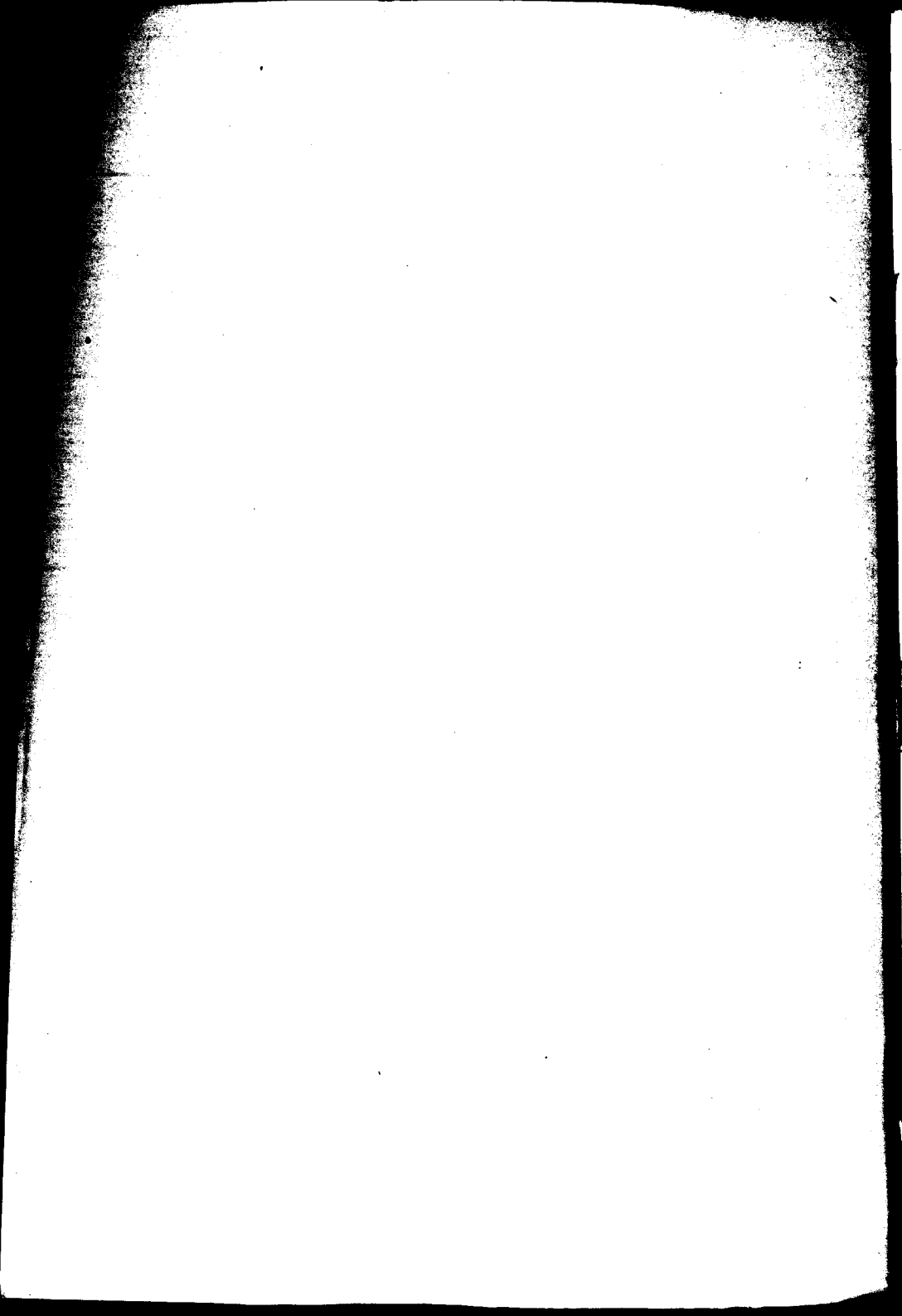
Hr. Adolf Rosenkranz, cand. med.



Königsberg i. Pr.

Gedruckt bei E. Erlatze.



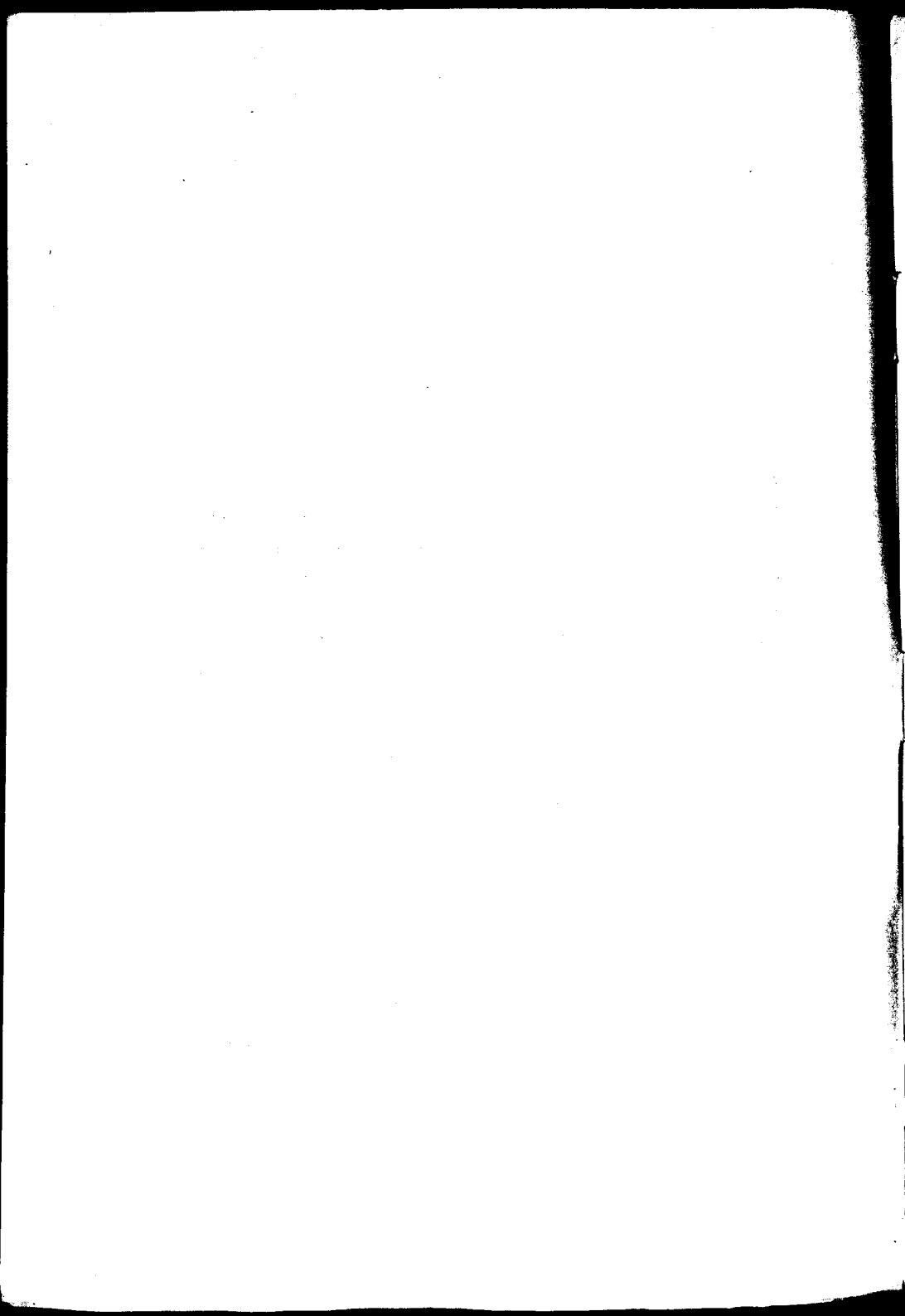


Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.



Am 8. Mai 1889 wurde in die hiesige geburtshülfliche Klinik ein Kind eingebracht, das einen vollständigen Verschluss in der Gegend der Afterstelle zeigte und behufs eventueller Operation dem Direktor der Klinik, Herrn Geh.-Rat Dohrn, eingeliefert wurde. Das Kind war ca. 24 Stunden alt, hatte ein Gewicht von nur 2600 g und zeigte auch sonst nicht alle Zeichen der Reife. Anamnестischen Angaben zufolge war es auch um vier Wochen zu früh geboren worden. Die Mutter des Kindes ist Hpara. In ihrer Familie sollen Kinder und Eltern gesund sein, Missgeburten niemals vorgekommen sein. Das erste Kind, ein jetzt drei Jahre altes Mädchen, ist normal entwickelt und ebenfalls ganz gesund. Was die letzte Schwangerschaft anbetrifft, so wird berichtet, sie sei ohne Störung verlaufen: das Kind habe sich am 7. Mai mittags 12 Uhr in I Schädellage zur Geburt gestellt, und letztere, sowie die Nachgeburt sei schnell und spontan erfolgt.

Das Kind hat die Brust genommen, gleich darauf erbrochen: das Erbrochene war nie gallig gefärbt gewesen, die Urinentleerung nicht behindert.

Bei der genauen Untersuchung des Kindes bemerkt man in der Gegend des Steissbeins ein ganz kleines Hautgrübchen, sonst keine Spur einer Andeutung einer Aftermündung.

Bei der Einlieferung des Kindes wurde von der sofortigen Eröffnung des Darmes abgesehen, weil doch zunächst abgewartet werden sollte, ob nicht beim weiteren Herabrücken des Darminhaltes an die Stelle des Afters ein Andrängen von Meconium bemerkbar werden würde. Auch konnte deshalb von der sofortigen Operation Abstand genommen werden, weil eine nennenswerte Auftreibung des Abdomen nicht vorhanden war.

Verschiedene Umstände wiesen schon vor der Operation darauf hin, dass ausser dem Verschluss des Afters noch weitere Missbildungen zu erwarten sein würden. Einmal war es sehr auffällig, dass das Kind nach jeder Nahrungsaufnahme, und zwar immer so frühzeitig erbrach, zweitens legte ein bestehender Cryptorchismus den Gedanken an weitere Störungen und Entwicklungshemmungen im Abdomen nahe. Trotz aller dieser Erwägungen durfte, da das Kind zu collabieren begann, am Tage nach der Aufnahme mit der Operation nicht mehr gezögert werden.

Es wurde zunächst an der Stelle des Afters das untere Ende des Darms zu erreichen gesucht, indem man dabei mit der Möglichkeit rechnete, dass eine etwa vorhandene Meconiumsäule infolge ihrer Weichheit

durch das Gefühl nicht zu konstatieren wäre, eine Wahrnehmung, wie sie in einem ähnlichen Fall in der Klinik bereits gemacht worden war. Nachdem aber auf mehrere Centimeter Tiefe das Darmende nicht hatte gefunden werden können, wurde die Anlage eines anus praeternaturalis in der Gegend der flexura sigmoidea beschlossen. Unter antiseptischen Cantelen wurde ein Stück des Dickdarms erfasst und mit der Hautwunde durch einige Suturen vereinigt. Es entleerte sich aus dem künstlichen After eine verhältnissmässig nicht sehr beträchtliche Menge von Meconium. Auffallender Weise hörte das Erbrechen des Kindes im Laufe des Tages nicht auf, und auch aus der Bauchwunde wurde wenig mehr entleert. Das Kind wurde jetzt ziemlich stark ikterisch und zeigte schnellen Kräfteverfall. Am 10. Mai wog es 2300 g. Am selben Tage stellte sich Meteorismus ein und unter Konvulsionen ging das Kind sechsunddreissig Stunden nach der Operation ad exitum. --

Die Autopsie, unter gütiger Leitung des Herrn Prof. Nauwerk ausgeführt, ergab folgende interessanten Verhältnisse:

Obduktionsbefund:

Kleine, wenige Tage alte, männliche Leiche mit spärlichen Totenflecken und nicht sehr ausgesprochener Leichenstarre. Panniculus und Muskulatur ist im allgemeinen dürrig. Hautfarbe ikterisch. In der Gegend

des Steissbeins eine grubchenförmige Einziehung der Haut, daneben eine etwa 1 cm. lange Operationsnarbe. In der linken Inguinalgegend findet sich eine Wunde in der Bauchhaut, mit der eine Darmschlinge durch Naht verbunden ist. Esmor und Meconium in geringer Menge entleeren sich aus der Wunde. Aus Mund und Nase quillt ein graugelblicher, trüber Schleim hervor.

Bei der Eröffnung der Höhlen ergibt sich folgender

Situs:

Beim Öffnen des Thorax retrahieren sich die Lungen fast gar nicht und überlagern ziemlich stark das Herz. Die Pleurasäcke sind leer und frei von Verwachsungen. Zwerchfellstand beiderseitig 5. Rippe. In der Peritonealhöhle ebenfalls kein Erguss und keine abnormen Verwachsungen. Leber überragt beträchtlich den Rippenrand. Im Mesogastrium und noch mehr nach rechts hin sieht man eine meteoristisch geblähte Schlinge, von der man a priori nicht sagen kann, ob sie dem gefüllten Magen oder einem stark aufgetriebenen Darmteil entspricht. Der Rest der Bauchhöhle ist ausgefüllt von kollabierten, verfärbten Darmschlingen. Netz ist blutreich und nach oben geschlagen. Mit der oben erwähnten Wunde in der Bauchhaut zeigt sich durch Naht vereinigt die flexura sigmoidea. Die Umgebung der Wunde ist haemorrhagisch infiltriert; auch hier finden sich keine

abnormen Adhäsionen zwischen Darm und Peritoneum. Bei der Herausnahme der einzelnen Organe wird folgendes konstatiert.

Halsorgane:

Der ganze Rachen, sowie Larynx und Trachea sind von derselben trüben Flüssigkeit erfüllt, wie Mund- und Nasenhöhle; Schleimhäute sind etwas blass; sonst normale Zustände. —

Brustorgane:

Lungen sind blassrötlich gefärbt, Alveolen etwas gebläht; es findet sich ein leichter Grad von Lungen-ödem in einer ziemlich hyperämischen, normal luft-haltigen Lunge. Die gröberen Bronchien sind ebenfalls mit Schleim erfüllt; zahlreiche subpleurale Ecchy-mosen. Herzbeutel ist leer. Aus dem linken Herzen entleert sich etwas flüssiges Blut, ebenso rechts. Klappen und Ostien zeigen keine Anomalie; for. ovale ist offen. Thymus zeigt nichts Besonderes. —

Bauchorgane:

Milz an normaler Stelle, ist von normaler Grösse, Farbe und Consistenz.

Linke Niere und Nebenniere zeigen ein durchaus normales Verhalten. Rechte Nebenniere ist ebenfalls vorhanden; dagegen ist die rechte Niere und der betreffende Ureter nicht aufzufinden; auch beim exakten Suchen ist keine Spur von diesem Organ zu

entdecken. Beim Aufschneiden der Aorta abdominalis sieht man links die Nierenarterie in sie einmünden; rechts fehlt sie augenscheinlich. — Magen erscheint ziemlich stark aufgetrieben, von reichlichem, zähflüssigem Inhalte erfüllt. Darm: Bei der näheren Betrachtung des ganzen Darmkanals ergiebt sich, dass die im situs erwähnte und beschriebene „meteoristisch geblähte Schlinge“ sich als Anfangsteil des duodenum ausweist. Dasselbe schliesst sich an den etwa 4 cm. weiten Pylorus an, ist etwa tauben eigross und führt denselben Inhalt wie der Magen. Die Schleimhaut dieses Teiles erscheint faltenlos; ein Ausführungsgang dieses Duodenalabschnittes fehlt, er endet blind nach unten. Erst etwa $1\frac{1}{2}$ cm. abwärts beginnt der weitere Teil des Duodenum, welches nach oben kuppelförmig sich zuspitzt und ebenfalls blind endet. Schleimhaut dieses Teiles ist gefaltet, Inhalt ist deutlich gallig gefärbt. Beide Blindsäcke sind durch einen soliden Bindegewebsstrang von einander getrennt.

In den am Schlusse beigegebenen Zeichnungen, welche ich der Freundlichkeit meines Kommilitonen Falk verdanke, sieht man in Fig. a und b. diese Verhältnisse ganz deutlich. Man erkennt die beiden Blindsäcke d_1 und d_2 und den trennenden Strang a. Das Nähere zur Erklärung ist aus den Tafeln selbst zu ersehen. — An das Duodenum schliesst sich der

eingefallene und fast leere Dünndarm; dieselben Verhältnisse bietet das colon dar. Das S. Romanum ist, wie erwähnt, eröffnet und mit der Bauchhaut vereinigt. Man gelangt von der äusseren Wunde in die flexur und zwar in einen Abschnitt, welcher ca. 10 cm. von der Afterstelle entfernt gelegen ist. Man gleitet mit der Sonde frei in beide Schenkel der Schlinge und konstatiert nach oben und unten die freie Passage. In der Tiefe gleitet die Sonde ins kleine Becken hinab, ohne von aussen fühlbar zu werden. Das Lumen des Rectum hört nämlich bereits 3 cm. vor der Analhaut auf, indem es sich rasch trichterförmig verjüngt und ziemlich genau in der Höhe der Prostata blind endet. Von der Endigung aus geht ein etwa 1 cm. dicker, solider Strang bis in die Anusgegend, welche keine Öffnung zeigt. Auch ein Schnitt in die anfangs bezeichnete, seichte Hauteinziehung oberhalb der Operationsnarbe am Steissbein zeigt nur eine leichte Eindellung des Epithels und des coriums, welche nicht einmal auf das Unterhautfettgewebe übergeht.

Leider ist es unterlassen worden, diese Verhältnisse ansführlich in situ abzubilden, da das Präparat zu schnell aus der Leiche herausgenommen wurde; so mussten wir uns begnügen, auf Fig. c. das herausgenommene Präparat in einer Ansicht aufzuzeichnen, welche wenigstens die Stelle der Atresie — A am Blasengrunde — deutlich zeigt.

Harn- und Geschlechtsorgane:

Nieren und Ureteren s. oben.

An den äusseren Genitalien: ziemlicher Grad von Phimose, Urethra ist durchgängig. Innerlich: nach Eröffnung der Blase kann man die rechte Uretermündung nicht konstatieren, während die linke mit Leichtigkeit zu sondieren ist. Einige mm oberhalb des Beginns der Atresie des Rectum führt eine kleine Öffnung vom Darm aus in ein etwa bohnen-grosses Organ, welches sich zwischen Prostata und Blasen Hals links einlagert und augenscheinlich einer Samenblase entspricht. Es besteht also Kommunikation zwischen Rectum und linker Samenblase. Das entsprechende Gebilde rechts fehlt. Ebenso kann man rechts nur den Anfangsteil des nach oben zu blind endenden Vas deferens konstatieren. Beide Hoden liegen in der Bauchhöhle über dem Leistenkanal; testes und Nebenhoden selbst erscheinen normal, so dass diese Organe an dem rechtsseitigen Urogenitaldefekt allein als nicht beteiligt zu betrachten sind. —

Epikrise.

Der Sektionsbefund hat also nicht nur das klinische Bild klargestellt, sondern noch eine Reihe anderer Fakta zu Tage gefördert, die in vita nicht zu konstatieren gewesen waren, und welche die von vorn herein gehegte Vermutung bestätigten, dass es sich um eine einzige Missbildung nicht handeln würde.



Was nun die epikritische Beleuchtung unseres Falles im speciellen anbetrifft, so entsprach, wenn wir wiederum mit den Halsorganen beginnen wollen, der an diesen Teilen gemachte im allgemeinen normale Obduktionsbefund dem klinischen Verlaufe, da Symptome von seiten dieser Organe wenig oder fast gar nicht hervorgetreten waren. Dasselbe gilt von den Brusteingeweiden. —

Den Befund im abdomen anlangend, konnte man erwarten, davon einigen Aufschluss zu erlangen über einige Thatsachen, welche während des Lebens nicht hatten klar durchschaut werden können. Und nach dieser Richtung hin war jedenfalls das Wichtigste die Konstatierung einer zweiten Stenose innerhalb des Verdauungsschlauches, einer vollständigen *Atresia duodeni*. Aus dieser Thatsache erklärt sich uns mit Leichtigkeit der ganze Verlauf, das nicht sistierende Erbrechen etc., überhaupt der Misserfolg der Anlegung des anus praeternaturalis. Beide Teile des nach zwei Richtungen hin stenosierten duodenum waren durch einen Bindegewebsstrang von ca. 1 cm Länge und Dicke getrennt. Die Untersuchung der Beschaffenheit der Wände und des Inhalts der beiden Darmabschnitte ergab, dass die Atresie zu stande gekommen war oberhalb der Einnündung des ductus choledochus. Der obere Blindsack zeigte eine vollständig magenähnliche Beschaffenheit. Es stimmte auch dieser anatomische Befund überein mit einem

Symptom, das man *intra vitam* hatte beobachten können: das Kind hatte niemals gallig erbrochen; in den oberen Blindsack konnte auch keine Galle hineinkommen. —

Der Befund am Rectum war im grossen und ganzen zu erwarten und entsprach auch dem klinischen Bilde. Die Atresie sass 3 cm über der Afterstelle, was für die fötalen Proportionen immerhin eine recht beträchtliche Distanz bedeutet. Jedenfalls war die Entfernung zwischen der äusseren Afterstelle und dem blind endigenden Rectum eine genügend grosse, um es begreiflich erscheinen zu lassen, dass das hochgelegene Darmende ohne Anwendung von zuviel Gewalt nicht erreicht werden konnte. —

Über die bei der Sektion konstatierte Verbindung zwischen Rectum und linker Samenblase ist nur zu sagen, dass sie zu jenen Anomalieen zugerechnet werden muss, wie sie häufig sich zu Fällen von *atresia recti* hinzugesellen. Es gehören hierher die als „*atresia recti vaginalis, vesicalis, urethralis, ureteralis*“ etc. bezeichneten Zustände, die man auch als „Persistenz der Kloake“ anführt. Die Deutung dieser Abnormität ist nicht schwer. Man bezeichnet bekanntlich unter Kloakenöffnung die gemeinsame Öffnung für den Darm einerseits und das Allantoisende andererseits. Das letztere wird als *sinus urogenitalis* bezeichnet, weil es die Ausführungsgänge der Harnblase und der inneren Geschlechtsorgane enthält. Beim Menschen

ist nun bis zum dritten Monat des Fötallebens eine solche Kloake physiologisch. Im Laufe des dritten Monats erfolgt unter normalen Verhältnissen die Trennung der Kloake in Darmteil und Urogenitalteil, indem eine Scheidewand zwischen Darm und Allantois in die Kloakenöffnung hervorwächst. So bildet sich das Perineum; es entsteht eine besondere Afteröffnung und vor ihr eine Öffnung des sinus urogenitalis. Letztere erfährt wieder eine Teilung für Harn- und Geschlechtsapparat. An der Hand dieser entwicklungsgeschichtlichen Thatsachen erklären sich sowohl die einfache Atresia recti als auch ihre häufige Komplikation, die persistierende Kloake, ungezwungen durch das Stehenbleiben des betreffenden Organs auf einer frühen Stufe seiner embryonalen Entwicklung, wenn man auch keinen Grund für diese Störung, dieses Stehenbleiben der Entwicklung angeben kann. Unser Fall — eine Verbindung zwischen rectum und linker vesicula seminal. — ist jedenfalls im allgemeinen selten; dagegen sind die andern Zustände, wie atresia ani vaginal. etc., sehr häufig beobachtet worden. Letztere sind auch von viel grösserem Interesse; denn eine genügend weite Kommunikation zwischen dem atresierten Darmende und einem Nachbarorgan schliesst wenigstens die weitere Erhaltung der Lebensfunktionen nicht aus, und die Litteratur kennt eine ganze Anzahl solcher Fälle. In unserm Falle beschränkt sich die Passage

auf einen Gang, der eine feine Sonde nicht hindurchliess und wohl nichts zur Fortschaffung und Entleerung der Meconiummassen beitragen konnte.

Pathologisch — anatomisch und entwicklungsgeschichtlich von Interesse war bei der Obduktion der grosse halbseitige Defekt an den Harn- und Geschlechtsorganen.

Es fehlten also auf der rechten Seite: die Niere, der Ureter, die Nierenarterie, die Samenblase sowie ein Teil des vas deferens. Die Nebennieren waren an Ort und Stelle, wie gewöhnlich die Nebennieren in Bezug auf Mangel und Lageveränderungen der Nieren von diesen völlig unabhängig sind. Über die Entstehung des Defekts der Harnorgane kann man nur Vermutungen haben. Ob in einer frühen Periode des fötalen Lebens sich Prozesse abgespielt haben, welche die bereits vorhandene Anlage der Niere — sie bildet sich vom Wolffschen Gange aus nach Kupfer — zerstört haben oder ob nur auf einer Seite überhaupt eine Anlage vorhanden gewesen ist — das sind die beiden Möglichkeiten. Jedenfalls muss die Zerstörung einer etwa vorhanden gewesenen Anlage in sehr früher Zeit vor sich gegangen sein, da auch die Nierenarterie sich in unserm Fall nicht gebildet hatte.

Dass ferner Hoden und Nebenhoden normal vorhanden waren, die Samenblasen und vasa def. jedoch Defekte zeigten, während diese Organe doch von einer

gemeinsamen Anlage herstammen, ist ebenso wenig zu erklären wie überhaupt das Warum? aller dieser Entwicklungshemmungen. Dass endlich der Defekt die rechte Seite des Harnsystems betraf, ist vielleicht in Zusammenhang mit der dort gefundenen Anomalie des duodenum zu bringen, indem bei der benachbarten Lage dieser Organe es nicht undenkbar ist, dass die Prozesse, welche zum Verschluss des duodenum führten, auch eine Störung in der Anlage und Entwicklung der Niere und ihrer appendices herbeiführen konnten.

Die Litteratur der neueren Zeit hat sich mit Interesse der Publizierung und Beschreibung entwicklungsgeschichtlich und pathologisch-anatomisch interessanter Hemmungs- und Missbildungen zugewandt. In den diesbezüglichen Musterwerken von Förster „Die Missbildungen des Menschen“ und Ahlfeld „Missbildungen des Menschen“ findet man fast alles zusammengestellt, und es sei mir gestattet, einiges auf unsern Fall Passendes auszuwählen und mit dem bei meinem Präparat Beobachteten zu vergleichen. Um wieder mit dem Befund am oberen Abschnitt des Darmkanals, der Atresia duodeni, zu beginnen, so schreibt Förster in seinem citierten Werke, was Vorkommen und Häufigkeit dieser Anomalie anbetrifft, dass diese im Vergleich zu den Stenosenbildungen am unteren Ende des Darms relativ selten am oberen Abschnitt des Darmkanals beobachtet wird. Förster teilt die Fälle ein in: 1. Stenose

2. Atresie, 3. völlige Trennung im Verlaufe eines Darmabschnittes. Eine Stenose steigert sich in vielen Fällen bis zum vollständigen Verschluss. Letzteres ist am häufigsten — und dieses trifft auch auf meinen Fall zu — in den obersten Abschnitten des Dünndarms; und wie in allen Fällen, welche bisher von Atresie oder Stenose des Duodenum beschrieben sind, fand sich auch hier bedeutende Dilatation des oberen Theils des Duodenum und des Magens, herrührend von einer Anhäufung mit Magen- und Duodenalschleim und mit verschlucktem Fruchtwasser. Fast alle Autoren, Förster, Hecker (Monatsschrift für Geburtskunde, Band 8) geben an, dass die Atresieen am häufigsten im mittleren und untersten Drittel des duodenum zustande kommen. Dasselbe finde ich in einer Monographie von Dohrn (Marburg 1862). Als Grund wird angegeben, dass die vorspringende Längsfalte an der hinteren Wand der pars descendens duodeni das Zustandekommen dieser Anomalie begünstigen soll. In unserem Fall jedoch ist die Atresie in den obersten Theilen des duodenum und jedenfalls oberhalb der Einmündung des ductus choledochus zustande gekommen.

An die reinen Atresien reihen sich nach Förster in seltenerer Anzahl — und unser Präparat gehört grade hierzu — diejenigen Fälle an, in welchen nicht allein eine völlig verschliessende Einschnürung im Verlaufe des Darms vorkommt, sondern der Darm an der betreffenden Stelle geradezu getrennt wird, so

dass das obere Darmstück in einen runden Blindsack endigt und weiter nach unten in grösserer oder geringerer Entfernung mit einem Blindsacke wieder beginnt. Es begreift sich leicht, dass das obere Darmstück in solchen Fällen stets sehr erweitert gefunden wird, das untere hingegen eng und dünn. Ein auffallendes Beispiel, das ich auch hier anführen möchte, finde ich bei Förster in einem alten, von Küttner (Journal für Chirurgie 1846) publizierten Fall. Das Jejunum endete blind: dann folgte ein drei Zoll langes Darmstück, welches oben und unten blind endigte, dann ein zweites solches, dann ein fünf Zoll langes ebensolches, dann endlich der oben blind beginnende und unten am After offene Dickdarm, so dass auf diese Weise der ganze Darmkanal in fünf Abteilungen zerlegt war.

Ich komme nun zu dem Befunde am unteren Abschnitt des Darms und zu der Litteratur über die Atresia recti. Sie wird von Förster als die häufigste aller Arten von Darmverschlüssen bezeichnet: „Dieselbe kommt häufig vor als Hemmungsbildung des Enddarms und zwar in Begleitung von anderen Bildungsveränderungen, welche mit ihr meist die Lebensfähigkeit ausschliessen. Ausserdem kommt die Atresie des rectum auch als einzige Missbildung bei sonst wohlgebildetem Körper vor und hat dann bald die Bedeutung der Hemmungsbildung, d. h. des Stehenbleibens des Enddarms auf der Stufe, in welcher die

Perforation von aussen in den After nicht eingetreten war, bald die eines einfachen Defekts eines kleinern oder grössern Teiles oder des ganzen rectum.“

Während die Fälle von gänzlichem Mangel des rectum sehr selten sind, sind die Fälle am häufigsten beobachtet, in welchen das rectum in der Gegend des Blasengrundes sein Ende findet und sich hier an das Organ anlegt, ohne jedoch in dasselbe einzumünden. In allen diesen Fällen vertritt die Stelle der Aftermündung höchstens eine blinde Hautgrube. Bisweilen geht der Mastdarm — was wir auch an unserem Präparat beobachten konnten — noch etwas tiefer herab, verengt sich hier plötzlich und sein unten blindes Ende wird durch eine solide Fasermasse mit der blinden Aftergrube verbunden. Der geringste, nicht gar zu selten vorkommende Grad der ganzen Missbildung ist der, dass nur die Afteröffnung atresiert ist und gleich dahinter ein offenes Rectallumen aufzufinden ist.

Die Auffassung aller dieser Fälle rücksichtlich der Prognose und Therapie richtet sich je nach der Art und dem Grade der vorhandenen Missbildung. Während bei den letzt geschilderten Arten die Behandlung das einfache Ziel der Spaltung der über dem After gelegenen Haut zu erstreben hat, um dahinter das offene Rectum zu erreichen, sind bei den anderen Fällen Prognose ungünstiger und Therapie schwieriger. Bei den Kloakenbildungen ist, wie schon oben angedeutet war, eine Existenz des

Individuums von vornherein denkbar — man vergleiche hierüber die sehr lehrreiche Casuistik an der betreffenden Stelle des Ahlfeldtschen Werkes: — indessen ist dieses doch immer als Ausnahme zu betrachten, und unter den unnatürlichen Lebensbedingungen, unter welchen diese Individuen sich befinden ist ein weiteres Fortleben derselben immerhin selten und mit den erheblichsten funktionellen Störungen verknüpft. — In den Fällen dagegen, wo eine hoch sitzende, sonst nicht komplicirte Atresia recti gefunden wird, muss der Versuch einer energischen Therapie gemacht werden. Das einfache Incidiren und eventuelle Eröffnen des gefundenen Rectum hat nur momentanen und palliativen Nutzen. In einer Dissertation von Retzlaff (über einen Fall von angeborener Aftersperre, Marburg) finde ich viele Fälle der Art, worin bewiesen wird, dass nur die Proktoplastik — Eröffnung des Darms, Herunterholen desselben und Vernähen desselben mit der äusseren Afterstelle — direkt curativ wirken kann.

Die Consequenzen für unseren Fall zu ziehen, ist überflüssig, da das Vorhandensein der zweiten Stenose im Verlaufe des Darmkanals von vornherein jede Lebensfähigkeit ausschloss. —

Was nun endlich die Anomalie der Urogenitalorgane anbetrifft, so weist die Litteratur eine sehr grosse Zahl von Fällen von Defekt einer Niere mit dem ihr zugehörigen Harnleiter bei sonst ganz wohlgebildetem Körper auf. Die vorhandene Niere ist oft

Lebenslauf.

Ich, Max Rosenkranz, Sohn des Lehrers Rosenkranz in Tilsit, bin geboren den 19. Dezember 1866 zu Angerburg. Meine Schulbildung erhielt ich auf dem königlichen Gymnasium zu Tilsit und verliess dasselbe Ostern 1885 mit dem Zeugnis der Reife, um auf der Albertus-Universität Medizin zu studieren. Im März 1887 bestand ich das tentamen physicum. Am 10. Februar 1890 beendete ich das medizinische Staatsexamen. Das Examen rigorosum absolvierte ich am 1. März 1890.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Baumgarten, Berthold, Chun, Caspary, Dohrn, Falkenheim, Hermann, Jacobson †, Jaffé, Langendorff, Lichtheim, Lossen, Merkel, Meschede, Michelson, Mikulicz, Minkowski, Münster, Naunyn, Neumann, Pape, Schneider, Schreiber, Seydel, Stetter, Stieda, Vossius, Zander.

Allen diesen, meinen hochverehrten Lehrern, spreche ich an dieser Stelle meinen ehrerbietigen Dank aus.

15818



17933