

Unter diesen Umständen, bei einem so von der Norm abweichenden anatomischen Verhalten der Milzgefäße, wie es meines Wissens in dieser Weise noch nicht anderweitig geschildert worden ist, hat der Verlauf bei Lebzeiten nichts Auffallendes mehr. Allerdings, wie der Mann zu diesen Erweiterungen der Milzvenen gekommen ist, das hat sich aus der Anamnese ebensowenig feststellen lassen, als selbst nur die Lebenszeit, aus welcher die Abnormalität datirt; das aber wird Niemanden in Erstaunen setzen, dass eine so veränderte Milz bersten kann, auch ohne die Concurrentz einer jener Krankheiten, welche von rapiden Schwellungen dieses Organs begleitet zu sein pflegen.

4.

Ein Fall von Ileus in Folge eines Gallensteins.

Von Dr. J. Cohnheim.

Im Monat März d. J. hatte ich Gelegenheit, die Autopsie der Leiche einer hochbetagten Dame auszuführen, welche sich durch die längste Zeit ihres Lebens in den höchsten Kreisen der berliner Gesellschaft bewegt hatte, bis sie schliesslich von einer melancholischen Geistesstörung befallen wurde und in einer hiesigen Privatirrenanstalt Aufnahme fand. Kurz zuvor, im September 1865, hatte sie — so berichteten ihre Angehörigen — eine mehrwöchentliche sieberhafte Krankheit durchgemacht, die unter heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes verlief, von der sie sich aber vollständig wieder erholt hatte. In der Anstalt selbst befand sich, nach den Angaben des dirigirenden Arztes, Hrn. Dr. Filter, die Frau körperlich ganz leidlich, bis sie eines Tages ziemlich plötzlich unter den Symptomen des Ileus erkrankte, und nach sechstägiger anhaltender Stuhlverstopfung, zu der sich Anfangs galliges, weiterhin kothiges Erbrechen, und zuletzt noch die Zeichen einer diffusen Peritonitis hinzugesellt hatten, starb. Es sei mir gestattet, mit Uebergehung des übrigen Leichenbefundes, in dem lediglich gewöhnliche Altersveränderungen zu verzeichnen wären, sogleich das Verhalten der Unterleibshöhle, als des anatomischen Sitzes der tödtlichen Krankheit, zu schildern.

Nach Durchschneidung der sehr hervorgetriebenen Bauchwand präsentiren sich viele, lebhaft geröthete und sehr stark ausgedehnte, unter dem Fingerdruck schwappende Dünndarmschlingen, die untereinander durch dünne, schmutzig gelbliche, fibrinöse Lagen leicht verklebt sind; auch befindet sich in den abhängigen Theilen der Bauchhöhle circa ein Esslöffel einer trüben, eitrigen, übrigens geruchlosen Flüssigkeit. Ganz im Gegensatz zu den erweiterten Dünndarmschlingen ist der ganze Dickdarm sehr eng, und in der Reg. inguinalis dextr. stösst man hinter den dilatirten Darmschlingen auch auf ein Packet zusammengedrängter, ganz enger Dünndarmschlingen. Ins kleine Becken selbst hängt, dicht vor dem Kreuzbein, frei beweglich eine Dünndarmschlinge hinein, deren einer Schenkel weit und schwappend, der andere dagegen eng und anscheinend vollkommen leer ist, indem an der tief-

sten Stelle der Schlinge das Darmrohr ganz plötzlich sein Lumen ändert. Von dieser Stelle an, die, wie weitere Messungen ergaben, genau sieben Fuss über der Bauhinischen Klappe gelegen ist, sind es die nach aufwärts, nach dem Pylorus zu aufsteigenden Darmschlingen, welche sämmtlich erweitert sind, während die nach abwärts gerichteten die engen sind. Schon von aussen fühlt man hier das Darmrohr ausgefüllt durch einen harten Körper, der am meisten Aehnlichkeit mit einem kurzen und dicken Ppropfen zu haben scheint. Nachdem ich oberhalb unterbunden, eröffnete ich das Darmrohr in der Gegend des gefühlten Körpers, und es zeigte sich jetzt, dass derselbe ein ziemlich schwerer Körper ist, von schwarzbrauner, leicht höckeriger Oberfläche und von annähernd tonnenförmiger Gestalt; die grösste Länge oder Höhe beträgt 4, die grösste Dicke 3 Cm., der eine Pol ist leicht abgerundet und uneben, der entgegengesetzte bildet dagegen eine ganz glatte, fast spiegelnde, hohlgeschliffene Facette. Hatte somit der Körper schon äusserlich durchaus den Habitus eines grossen Gallensteins, so erhob der Durchschnitt diese Vermuthung zur Gewissheit; der Stein hat ein dunkles Centrum, dann folgen concentrische Cholesterinschichten und endlich wieder eine dunkelbraune Rinde. Da, wo der Stein gesessen, zeigt die Darmschleimhaut eine circuläre, jedoch nur flache Ulceration, mit fleckiger Necrose und Verschorfung in einer die Höhe des Gallensteins nur ganz wenig übertreffenden Länge; noch etwa zwei Zoll weiter nach oben folgen einige kleine Erosionen und ganz leichte diphtheritische Beschläge der etwas hyperämischen Mucosa. In allen übrigen Theilen, sowohl bis ins Duodenum hinauf, als auch bis ins Rectum, ist die Schleimhaut durchaus unversehrt; der Inhalt der engen Darmschlingen ist lediglich ganz sparsamer gläseriger Schleim, die dilatirten dagegen enthalten sehr beträchtliche Massen bräunlicher, übelriechender Flüssigkeit.

Wie war, so fragte es sich jetzt, ein so grosser Gallenstein an diese Stelle gekommen? Die Lösung des Räthsels fand sich alsbald im rechten Hypochondrium. Von der concaven Fläche der Leber ziehen in der Gegend der Fossa pro vesica fellea und des Lobus quadratus straffe ligamentöse Adhäsionen hinüber zur Pars horizontalis sup. und descend. des Duodenum. Hinter und mitten zwischen diesen Adhäsionen zeigt sich, sobald die Leber nach aufwärts gezogen wird, eine kurze und ziemlich weite, zum Theil von einem festen Körper ausgefüllte Röhre, welche einestheils im Duodenum, dicht hinter der ersten Biegung, wurzelt, andererseits nach hinten und oben unmittelbar in den Körper und Hals der Gallenblase übergeht, ohne dass noch ein anderweitiger Fundus der letzteren zu ermitteln ist. Nach Eröffnung des Duodenum nimmt man, 6 Cm. hinter dem Pylorus, an der vorderen Wand eine zweigroschenstückgrosse Oeffnung wahr, über welche noch ein ganz schmaler Schleimhautsaum brückenartig lose ausgespannt ist. Durch diese Oeffnung gelangt der Finger sofort in jene kurze Röhre, und man überzeugt sich, dass der unmittelbar ans Duodenum anstossende Theil derselben weit genug ist, um mehrere Finger aufzunehmen; weiter nach der Leber zu aber stösst man auf jenen harten Körper, der schon von aussen zu fühlen gewesen. Es ist diess ein neuer Gallenstein, der den ganzen Hals und noch den Körper der Gallenblase ausfüllt; derselbe hat die Grösse eines Möveneries, eine leicht höckerige, glitzernde Oberfläche und trägt an dem, dem Duodenum zugekehrten Pole eine glatte, convex ge-

schliffene Facette, die genau auf jene concave des ersten grossen Gallensteins passt. Ductus cysticus, hepaticus und choledochus verhalten sich ganz normal, letzterer mündet 3 Cm. hinter der Perforation in den Zwölfsingerdarm *).

Hiernach bedarf der vorliegende Fall keiner weiteren Erklärung. Die alte Dame hatte während ihres Lebens an Gallensteinen gelitten, in deren Gefolge, wie nicht gerade selten, eine ulcerative Cholecystitis mit endlicher Perforation sich entwickelt hatte. Eine rechtzeitige, adhäsive circumscripte Peritonitis hatte bewirkt, dass der Durchbruch nicht in die Bauchhöhle, sondern in das Duodenum erfolgte, welches hinsort mit der Gallenblase in abnormer, weiter Communication stand; dieser ganze Prozess möchte während der Eingangs erwähnten Krankheit im September v. J. verlaufen sein, wenigstens sprach die anatomische Beschaffenheit der Adhäsionen nicht gegen eine derartige Zeitdauer. So zweckmässig nun auch ganz unleugbar ein solcher abnormer Weg für die Wegschaffung von Gallensteinen aus dem Körper sein mag, so hat derselbe doch in unserem Falle der unglücklichen Besitzerin das Leben gekostet. Denn ein Stein von der Grösse des in Rede stehenden hätte niemals auf dem natürlichen Wege, durch den Ductus choledochus, in das Darmrohr gelangen können; so aber schlüpfte derselbe, nachdem er ohne Zweifel Monate lang in dem weiteren Abschnitt der neugebildeten Röhre gelegen hatte, bei irgend einer Gelegenheit direct durch die grosse und dehbare Perforationsöffnung ins Duodenum, und wurde nun fortgeschoben bis zu jener Stelle, wo er, wie es scheint, vermöge der eigenen Schwere, die Darmschlinge zerrte und gewissermaassen knickte, der Art, dass eine Weiterbeförderung unmöglich wurde. Der Stein blieb daher fest eingeklebt an dieser Stelle, und wurde dadurch das Motiv der Unwegsamkeit des Darmrohrs und damit des Todes.

5.

Quergestreifte Muskelfasern inmitten einer Augenhöhlen-Geschwulst.

Von Dr. Ludwig Mayer,

Kantonsarzt in Hagenau (Elsass), früher Regimentsarzt im Generalstabe Garibaldi's.

Die Entwicklung der ganzen Neubildung, die den Gegenstand dieser Abhandlung bildet, bietet so mannigfaches Interesse, dass ich ihre Geschichte vorausstellen will.

Anton Ganglaff war zwei Jahre alt, als die Eltern bemerkten, dass die Hornhaut des linken Auges anfing, trübe und undurchsichtig zu werden. Ein Jahr nachher war es ihnen leicht nachzuweisen, dass das Auge, was das Sehen anbelangte, verloren war. Sie wollen die Röthung der Bindehaut oder Anschwellung der Augenlider gesehen haben. Der kleine Kranke war dabei stets gesund

*) Präp. No. 1745.