

anderer Weise, als man sich diesen Vorgang im vorliegenden Falle denken muss. Dieses Zugrundegehen eines Organes bei Ausübung seiner physiologischen Thätigkeit ist das zweite interessante Moment, auf welches ich aufmerksam machen möchte.

Ein dritter beachtenswerther Punkt ist endlich der Umstand, dass hier nothwendig ein sehr bedeutender Druck in den zuführenden Lymphgefässen vorhanden gewesen sein muss, grösser, als er unter normalen Verhältnissen gefunden wird. Denn da sowohl die Drüsen, als auch die Blutkörperchen am Zustandekommen des Endresultates sich nicht in activer Weise betheiligt haben können, so kann es nur die einfache vis a tergo gewesen sein, welche nicht nur die Blutkörperchen in die Drüse hineingetrieben, sondern auch die sich daselbst darbietenden Widerstände so überwunden hat, dass es zu dieser Ausdehnung der Drüse und totalen Anfüllung ihres Innenraumes mit Blutkörperchen hat kommen können. Wie viel zu der Erzengung dieser hohen vis a tergo der durch die starke Schwellung aller Gewebe in dem Wurzelgebiete der fraglichen Lymphgefässe gesetzte Druck und vielleicht auch der durch die Entfernung zweier so grosser Abschnitte des Körperstromgebietes hervorgebrachte vermebrte Druck in dem arteriellen Gefäßsystem (Plethora apocoptica, die allerdings von C. O. Weber in Pitha u. Billroth's Hdb. d. Chir. geläugnet wird) beigetragen haben mögen, will ich hier nicht weiter erörtern, sondern mich damit begnügen, auf diese Möglichkeiten hingewiesen zu haben.

Bonn, im April 1872.

3.

Incarceratio herniae mesogastricae dextr. in Folge der abnormen Bildung des Mesenteriums.

Von Dr. N. Dubay in Ofen.

Um das lehrreiche Studium der Herren W. Gruber, J. Fräntzel, O. Spiegelberg und W. Waldeyer (siehe Archiv 1868—1870) über die spontane Abschnürung des Colon descendens in Folge einer abnormen Bildung des Mesenteriums zu vervollkommen, bin ich so frei auch einen convergirenden Fall, den ich als Ordinarius im Spitale der Barmherzigen zu Kirchdraf (Ungarn, Zips) mitgemacht habe, hiermit mitzutheilen.

Andreas Kohos, 35 Jahre alt, gK. Grubenarbeiter aus Srlowinka wurde den 17. November 1870 in das Spital zur Verpflegung gebracht. Patient giebt an, dass er, nachdem er den ganzen Vormittag desselben Tages fleissig gearbeitet und sich dabei vollkommen gesund gefühlt hatte, zu Mittag seine ganz gewöhnliche frugale Kost ass und sich bald wieder in die Grube zur Fortsetzung seiner Arbeit begab. In einem Silberbergwerke beschäftigt, hat P. die Aufgabe gehabt, die Ader eines silberenthaltenden Calcitgesteins mittelst Sprengen weiter zu lösen. Er nahm dabei gewöhnlich die halb gebückte Stellung ein und bohrte mittelst eines Bohrers, den er mit Hülfe eines schweren Hammers immer tiefer schlug, Löcher in dem benannten Gestein. Ausgerastet und gut gesättigt arbeitete P. vielleicht mit mehr Energie wie

sonst, als er plötzlich nach einem heftigeren Hammerschlage einen Schmerz empfand in der Reg. iliaca dextra, „als wenn in ihm etwas gerissen wäre.“ Dessenungeachtet arbeitete P. noch eine Weile fort, jedoch da der Schmerz immer heftiger und das Brennen unerträglicher geworden, musste er die Arbeit einstellen und „eine starke Kolik ahnend“ legte er sich auf den schmerhaften Unterleib. Bald darnach musste er sich entfernen theils wegen der immer heftigeren Schmerzen, theils den Drang zu einer Entleerung fühlend. Jedoch war seine diesbezügliche Mühe wenig fruchtbringend, da ausser dem ersten Mal kein weiterer Stuhl erfolgte und der Drang immer heftiger wurde; weder die angewandten künstlichen Mittel noch der herbeigeholte Arzt konnte eine Linderung veranlassen und dies bewog ihn, nach ungefähr 8 Stunden vom Anbeginn der Krankheit in die Heilanstalt zu kommen, wo er mit folgendem Stat. praesens aufgenommen wurde.

Körper von mittlerer Grösse, gut genährt, stark entwickelt, Sensorium frei, Gesichtsausdruck leidend, die Untersuchung des Rectums und der Bruchpforten zeigt nirgends eine Abnormität, der ganze Körper mit kaltem Schweiss bedeckt, Durst unlösbar, Zunge trocken, Äthem beengt und beängstigt ohne in den Brustorganen etwas Abnormes finden zu können, Herzstoss sehr exaltirt, Herztöne rein, Abdomen stark aufgetrieben, die Bauchdecken sehr gespannt und an der ganzen Peripherie selbst auf leiseste Berührung schmerhaft, Plessimeterton überall tympanitisch, metallischer Klang war nicht auffindbar. Puls in der Radialarterie comprimirt, 125 per Minute.

Der Kranke giebt an, ausser den leicht überstandenen Kinderkrankheiten noch nie ernstlich krank gewesen zu sein, klagt jetzt über schneidende Bauchschmerzen, Uebelkeiten, Gefühl von Magengasen, die ihm einen anhaltenden Reiz zum Aufstossen, zeitweise auch zum Erbrechen verursachen, fortwährender Drang zum Urin- und Stuhlassen; er wirft sich im Bette herum, stöhnt vor Schmerzen und empfindet selbst in einer zusammengekrümmten Lage keine Linderung.

Alle schnellstens angewandten Mittel, als ausgiebige Klystiere, Calomel mit Opium, subcutane Injection von 0,020 Morphiumsolution, Application von Blutegeln, Eisumschläge, Eispillen und schmerzstillende Einreibungen in die Bauchdecken blieben erfolglos. Nach Ablauf von weiteren 3 Stunden trat unter sehr heftigen Erscheinungen und Beängstigungen das erste Erbrechen ein, welches ausser dem Mageninhalt auch säculente Geruch gehabt hat, ohne deutliche Spuren von Fäces. Darnach kam ein kleiner Stillstand und P. lag ganz erschöpft etwa eine Viertelstunde rubig, als sich die Schmerzen wieder erneuerten, doch half ihm das allmählich absterbende Sensorium dabei, indem nebst Collapsus zugleich ein halb bewusstloser Zustand auftrat.

Da nun die Ileussymptome deutlich geworden sind, konnte ich an eine operative Hilfe denken, um die möglichen Ursachen des Ileus, als Invagination, Axendrehung eines Darmtheiles, Abschnürung einer Darmschlinge durch ein peritonitisches Band u. s. w. heben zu können. Jedoch hatte ich hierbei sowohl gegen den P. selbst als gegen seine Angehörigen zu kämpfen, die sich nicht nur weigerten, eine Operation vornehmen zu lassen, sondern selbst die Anwendung des Hydr. vivum — welches Metall ihnen aus den biesigen Gruben gut bekannt war — verweigerten. Ich musste mich also auf die Anwendung von Eisumschlägen auf den Kopf, kalte

Tücher auf den Unterleib und innere Mittel beschränken. Nach Ablauf von weiteren $2\frac{1}{2}$ Stunden erneuerte sich der Ileus in stärkerem Grade, in dem Erbrochenen waren selbst mit Blut gemengte Fäcesmassen auffindbar, der Collapsus nahm rasch zu und der Kranke hörte bald auf zu leben.

Die ganze Krankheitsdauer betrug also vom Anbeginne der Schmerzen nicht mehr als 18 Stunden, was im Vergleiche mit den übrigen bekannten concreten Fällen allenfalls sehr raschen Verlauf bezogt.

Die Autopsie zeigte ausser der grossen Hyperämie des grossen und kleinen Gehirns, der Lungen etc. noch einige Stellen sowohl an der Schleimhaut des Magens und Dünndarmes im Zustande der Chymose. Etwas nach abwärts von der Mitte der Querlinie des Abdomens rechts ragte eine schwarzroth gefärbte kleinaufstgrosse Darmpartie gleich nach der Eröffnung der Bauchhöhle hervor, deren Basis ein straff gespanntes falsches Ligament von der Dicke eines Bindfadens bildete, das sich andererseits an den Rand des Mesenteriums anheftet. Durch dieses Ligament hat sich ein Paquet des Colon descendens durchgedrängt, welches auf diese Weise vollkommen abgeschnürt worden ist. Das bindfadenähnliche Ligament hat vollkommen glatte, unversehrte Ränder und eine Länge von $3\frac{1}{2}$ Cm.; es schloss eine Darmpartie ein, welche unten, respective von der inneren Seite eine Länge von 3 Cm., von der äusseren Seite $7\frac{1}{2}$ Cm. besass. Die Stelle der Strangulation ist mit Blut unterlaufen, daher leicht bemerkbar. Die Darmschleimhaut hat überall eine schmutzlig graurothe Färbung angenommen, in der strangulirten Partie selbst sind mehrere Chymosen zu sehen. Den Inhalt des Darmes bildete allgemein eine dickbreiige, mit Blut gemengte überliefchende Masse, in der abgeschnürten Partie selbst war ausser sehr vielen Gasen dieselbe Masse nur mehr flüssig und mit mehr Blutgehalt.

Nach längerem Suchen gelang es mir, von der bereits besprochenen Stelle etwa 6 Zoll nach abwärts noch eine Stelle zu finden, wo der Rand des Mesenteriums ebenfalls frei abstand, und eine Lücke von $2\frac{1}{4}$ Cm. bildete, ohne dass darin eine ähnliche Incarceration geschehen wäre.

Ich kann nicht umhin, unwillkürlich bei diesem Fall an den guten und annehmbaren Vorschlag des Herrn J. Fräntzel zu denken, und ich bedaure nachträglich um desto mehr, dass ich denselben hier practisch nicht anwenden konnte, indem die operative Lösung dieses falschen Ligamentes der einzige Weg gewesen wäre, das Leben des P. zu erhalten. Unser Beruf bleibt aber immer in dem Trachten, die Leiden zu mildern und das Leben zu verlängern.

4.

Partielle Hirnsklerose traumatischen Ursprungs.

Mitgetheilt von Dr. Theodor Simon in Hamburg.

In meinem Buche „die Gehirnerweichung der Irren“ (Hamburg 1871.) habe ich kurz eines Falles erwähnt, in welchem die Atrophie und Sklerose einzelner Hirnwundungen auf ein Trauma bezogen werden musste. Eine spätere noch be-