

fall, von beträchtlicher Größe, jedoch reponibel. Ausser Mitleiden zur Beförderung des sehr harten Stuhles wurden Abführmittel verwendet. Patient liess sich nicht mehr sehen bis vor 12 Tagen der Arzt erfuhr wurde zu einer Zeit als der Vorfall sich nicht mehr zurückbringen liess, die die heftigsten Kolikschmerzen, Diarrhöen, schlechte Verdauung, vollständige Schlaflosigkeit den ohnedies schwächlichen, sehr ängstlichen Kranken gälten.

Der Arzt fand ein bedingt durch Hämorrhoidalknotten Mastdarmvorfall bei der Führung äussert schmerzhaftes Geschwulst; an eine Reposition war nicht zu denken; auch gab Patient nach vorher die Geschwulst zurückgebracht habe, so hätte er unter anhaltendem Drange zum Stuhle nicht aus-

Von Die verschiedensten Mittel, Bäder, Kanne, dann warme Umschläge, Hauchlauge u. a. m. waren ohne Erfolg. Die Schmerzen häftigkeit schien sich zu steigern; ohne allen Schiel, ohne alle Nahrung (aus Furcht nämlich vor neuen Schmerzen verweigerte Patient auch diese), nahmen die Kräfte des Kranken so ab, dass derselbe in einem Zustand

Dr. FRIEDHEIM.

Erstere wie letztere kommen wie mir scheint nicht gar selten vor, in Verbindung miteinander werden sie in leichteren Graden gleichfalls jedem beschäftigten Arzte schon vorgekommen sein; in einem Grade aber, wo es sich dabei um die Erhaltung des Lebens handelte, diese Fälle dürften etwas seltner sein, weshalb ich denn auch folgenden Fall vorlegen zu können glaube. Nicht mit einer Auseinandersetzung pathologischer anatomischer Beobachtungen, nicht mit sorgfältigem Eingehen auf längst bekannte Ursachen und Erkrankungen bestimmter Organe, nicht mit einer sorgfältig ausgearbeiteten Krankengeschichte will ich Sie belästigen, sondern nur soviel vor einem gegebenen Falle berühren, als mir nothwendig scheint zu einer näheren Erörterung der Operationsweisen, wie solche zu verschiedenen Zeiten bald gepriesen, bald gänzlich verworfen wurden, dennoch wieder auftauchen, weil andere sich nicht bewähren; um daran zu zeigen, wie der Practiker sich nicht selten genöthigt sieht, selbst zu den ihm als gefährlich bezeichneten Mitteln zu greifen, wenn es sich um Lebensrettung handelt. Der Verlauf meines Falles war folgender:

Ein Arzt theilte mir in einer brieflichen Einladung zu einem Concilium die Anamnese schon im Voraus mit. Es betreffe einen jungen Mann, 30 und etliche Jahre alt, Vater mehrer Kinder; derselbe leide seit 12 Jahren an Verdauungsstörung, Stuhlbeschwerden mit zeitweiligen Blutungen aus dem After.

Erst vor einem halben Jahre habe sich Patient an ihn gewendet, da das Leiden ernster zu werden schien. Der Arzt fand einen Mastdarmvor-

fall, von beträchtlicher Grösse, jedoch reponibel. Ausser Mitteln zur Beförderung des sehr harten Stuhles wurden Adstringentia verordnet.

Patient liess sich nicht mehr sehen bis vor 12 Tagen der Arzt gerufen wurde zu einer Zeit als der Vorfall sich nicht mehr zurückbringen liess, bis die heftigsten Kolikschmerzen, Diarrhöen, schlechte Verdauung, vollständige Schlaflosigkeit den ohnedies schwächlichen, sehr ängstlichen Kranken quälten.

Der Arzt fand eine fast faustgrosse, blaurothe, pralle, bei der Berührung äusserst schmerzhaft Geschwulst; an eine Reposition war nicht zu denken; auch gab Patient an, wenn er auch vorher die Geschwulst zurückgebracht habe, so hätte er unter anhaltendem Drange zum Stuhle nicht früher Ruhe bekommen, bis die Geschwulst sofort wieder ausgetreten sei. —

Die verschiedensten Mittel, Blutegel, kalte, dann warme Umschläge, Bauchlage u. a. m. waren fruchtlos geblieben, im Gegentheile, die Schmerzhaftigkeit schien sich zu steigern; ohne allen Schlaf, ohne alle Nahrung (aus Furcht nämlich vor neuen Schmerzen verweigerte Patient auch diese), nahmen die Kräfte des Kranken so ab, dass derselbe in einen Zustand verfallen war, in dem man das Schlimmste zu erwarten hatte.

Am 13. Tage sah ich den Patienten mit bleichem eingefallenem Gesichte, auf dem der Ausdruck tiefen Schmerzes lag; mit grösster Sehnsucht erwartete er Hülfe, Befreiung von seinem Leiden.

Dem ersten Eindrucke folgend, begann ich mit der Untersuchung der Brust, da er mir stark tuberculös zu sein schien. Doch diese Untersuchung sowie die der Drüsen ergab nichts Erhebliches. Zwischen den sehr mageren Nates fand sich eine ganz blaurothe, ziemlich gespannte Geschwulst, in deren Mitte eine Spalte. Nach links hin befand sich eine grössere Hälfte, nach rechts eine etwas kleinere; an ihrer Oberfläche lagen mehre Krusten, zwei Stellen sonderten dünnen Eiter ab, der aus der Geschwulst hervorzusickern schien. Die Ränder dieser kleinen Oeffnungen waren eingesunken, gangraenesirend. Die Geschwulst war heiss, die Berührung veranlasste unseren Patienten zu dem heftigsten Stöhnen. Dessenungeachtet untersuchte man den Sphincter ani durch die Spalte eingehend. Derselbe war mässig contrahirt, nahm den Finger ohne besondere Schwierigkeit auf; ausser einer sehr entwickelten, stark pulsirenden Arterie unmittelbar über demselben entdeckte man nichts abnormes.

Der Grund des Repositionshindernisses lag nun wahrscheinlich in der Geschwulst selbst. Fusste man den Wulst nach links, so entdeckte man zwei derbe nahe aneinander liegende Wallnuss grosse Knoten in einem ziemlich derben, ödematösen Gewebe eingebettet. Ueber diesen beiden

lagen die Jauche absondernden Oeffnungen. Nach aussen, der Haut der linken Hinterbacke gegenüber liess sich eine dichte Schleimhautfalte von den Knoten abheben. Einen etwas kleineren Knoten fühlte man in dem nach rechts hin liegenden Wulste. Um den Kranken sich von der Anstrengung etwas erholen zu lassen (Chloroform wurde bei der Untersuchung nicht angewendet, weil doch wahrscheinlich bei einer allenfallsigen Operation solches nothwendig werden konnte), theils auch um über eine weitere Behandlung sich zu berathen, verliess man den Kranken auf kurze Zeit.

Dass man es hier mit einem Mastdarmvorfall, vielleicht nur Mastdarmschleimhautvorfall, bedingt durch Hämorrhoidalknoten zu thun hatte, war klar; sicher war ferner, dass dieser Vorfall bedeutend entzündet eher brandig absterben werde, als sich zurückbringen und zurückhalten lasse. Zu solchen Versuchen oder zu längerem Abwarten, was mit der Geschwulst geschehen werde unter einer palliativen Behandlung, dazu schienen mir die Kräfte des Kranken nicht ausreichend.

Mehr war sicher von einer radicalen Behandlung zu erwarten, und die radicalste von allen wäre wohl die gänzliche Abtragung des ganzen Vorfalls gewesen. Allein abgesehen von einer heftigen Blutung, die wegen der Hyperämie der Theile, wegen der bereits erwähnten Arterie, zu erwarten, bei der grossen Anämie des Kranken aber sehr zu fürchten war, schreckte die Aussicht auf eine Stricture für die Zukunft, wie ich deren bereits kenne, sehr zurück.

Waren die hier verborgen liegenden Knoten die Ursache der schweren Reposition, und des sofortigen Hervortretens nach derselben, so musste die Behandlung gegen diese gerichtet, eine erfolgreiche sein. Konnten dieselben durch das Wasser entfernt werden? Eine Präparation in diesem entzündeten, theilweise schon in Eiterung übergegangenen, venenreichen Gewebe wäre sicher mit Blutung und nachfolgender Eiterung verbunden gewesen, prima intentio wäre nicht erfolgt, dann hätten die Venenöffnungen in einer grossen eiternden Fläche blossgelegt, die bei jeder nächsten Defäcation von Fäces verunreinigt und gereizt worden wäre. Phlebitis und Pyämie stand hier in Aussicht. Eine Umschnürung und Abschnürung hätte manches für sich aber auch viel gegen sich gehabt.

Eine Blutung, in gegebenem Falle wie schon bemerkt, von grosser Bedeutung, wäre kaum zu fürchten gewesen, dagegen bei der ohnedies schon grossen Spannung hätte eine Zusammenschnürung noch grössere Spannung aber auch bedeutendere Schmerzhaftigkeit bedingt; durch langsame Abschnürung wären die Schmerzen bedeutend in die Länge gezogen worden, die Gefahr der Phlebitis eine sehr naheliegende gewesen. Die

rasche Abschnürung durch den Ecraseur wäre, wenn das Gewebe nicht schon lange entzündet und wahrscheinlich zu brüchig gewesen wäre, sicher ersterer vorzuziehen gewesen. Allein zu leichte Durchtrennung hätte Blutung zur Folge haben können; ohne grössere Parthien in der Umgegend mitzufassen, hätten die Knoten sich nicht isoliren lassen, und so legte ich das bereits gefasste Instrument zur Seite, um von einem Verfahren Gebrauch zu machen, welches vor 20 Jahren bis auf wenige Chirurgen, von der grossen Mehrzahl verpönt war. Erst die Neuzeit sucht es wieder hervor und lässt es in die Schranken treten den neuen Erfindungen gegenüber. Es ist dieses alte und doch wieder neue Mittel das Canterium, und nicht sowohl das viel langsamer wirkende, weit schmerzhafter und unsicher wirkende Actzmittel, als vielmehr das Glüheisen. Es hat durch das Chloroform sein Abschreckendes in der Anwendung verloren, dagegen seine Heilwirkung beibehalten.

Nachdem der Kranke narkotisirt war, suchte man die Geschwulst durch Unterlagen nasser Pappe so gut es ging zu isoliren, liess die nates auseinanderspinnen, während Patient auf dem Bette querüber in der Bauchlage sich befand. Mit der in nasse Leinwand gehüllten linken Hand fixirte man die Geschwulst, suchte die Knoten so gut es ging hervorzuwölben, und setzte nun mehre glühende Eisen auf, bis man sich durch die unterliegenden Finger von der Verschorfung der Knoten in ihrer ganzen Dicke überzeugte. Den kleineren Tumor in der rechten Geschwulsthälfte überliess man für diesesmal sich selbst, um nicht zu viel auf einmal von der Mastdarmschleimhaut zu zerstören und nicht zwei sich gegenüber liegende Geschwürsflächen nach Abstossung der Brandschorfe zu haben.

Darüber legte man in Oel getauchte Leinwand, über welche dann kalte Fomente in Anwendung kamen. Innerlich erhielt der Kranke grössere Gaben Opium einmal gegen die Schmerzhaftigkeit, auf der andern Seite gegen die enorm gesteigerte Darmthätigkeit, gegen die so häufigen flüssigen Stühle.

Der Schmerz an diesem und am folgenden Tage war noch gross. Von da an nahm er aber von Tag zu Tag ab, man wechselte am 7. Tage mit den Fomenten, statt kalter wurden nun lauwarmer applicirt zur leichteren Abstossung des Brandschorfes. Am 11. Tage erfolgte auf ein Laxans der erste nicht sehr schmerzhafte Stuhl, der Appetit wurde besser, durch guten, alten Wein suchte man die Kräfte zu heben.

Am 21. Tage konnte der Schorf ganz entfernt werden, ein guter Eiter deckte eine schöne Granulationsfläche, die Geschwulst war bedeutend eingesunken und schon theilweise hatte der Prolapsus den sphincter hinter sich. Die Vernarbung ging rasch, denn am 30. Tage, an dem Nichts

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



mehr vorlag, kam nur wenig Eiter mehr mit den Fäces. Die Hauptbehandlung war nun gegen die enorme Anaemie gerichtet, die schwer zu bekämpfen war. Patient hatte Ekel vor allen Fleischspeisen, empfand nach dem Genusse besserer Nahrungsmittel lange einen Druck und Unbehagen im Magen; doch allmählig verloren sich auch diese Erscheinungen. Vier Monate nachher sah ich den Kranken, er hob besonders hervor, wie wohl er sich fühle, wie alle Functionen regelmässig im Gange seien; nicht der mindeste Vorfall zeige sich, trotz manchem harten Stuhle, wie das bei seiner sitzenden Lebensweise wohl nicht anders möglich sei. —

Eine manuelle Untersuchung ergab eine eingezogene Narbe etwa 1 Zoll über dem Sphincter ani nach links, der Mastdarm war ziemlich geräumig; von dem rechts stehen gebliebenen Knoten war Nichts mehr zu fühlen. —

Von

Dr. CH. BAEMMLER,

Assistentarzt an der Poliklinik zu Erlangen.

Nr. 100. III.

Selbst durch Einführung des Acanthopagels in die Reihe der Linsen-
 suchungsmethoden auch die innere Theile des lebenden Auges zugänglich
 geworden sind, haben sich die Fälle ansehnlich vermehrt, in welchen
 neben Colobom der Iris auch an den hinter gelegenen Theilen des Auges
 angeborene Spaltbildungen beobachtet wurden. Die Lehre vom Colobom
 hat dadurch eine bedeutende Erweiterung erfahren; denn die angeborene
 Leukopagie, früher der Mittelpunkt der ganzen Lehre, indem man sie als
 einen für sich bestehenden Entwicklungsfehler betrachtete, ist jetzt als ein
 untergeordnetes Glied in eine ganze Kategorie von Bildungsfehlern des
 Auges eingereiht. Diese Auffassung wurde schon von Fr. A. v. Graefe (1) im
 Jahre 1831 angegeben, als er zuerst bei der Section zweier mit Iris-
 colobom behafteter Augen auch in der Retina und Chorioidea eine Spalte
 entdeckte und hiermit seine Theorie über die Entstehung der Irisapertur be-
 gründete, während bekanntlich überhaupt der erste Versuch, dieselbe ge-
 nauer zu erklären, nach der Benennung „Colobom“ von Fr. v. Wölher (2)
 herrührt (1831).

(1) v. Graefe, Zeitschr. f. Ophthalmol. B. I. S. 56.
 (2) Journ. für Clin. u. Augenheilkunde von C. R. v. Graefe u. W. v. Wölher.
 B. II. H. 1. S. 258.