

mit einander communiciren. An dieser Stelle war eine solche narbige Verengung des Luftrahrs factum vorhanden, dass eine Laryngoscopia nicht vorgenommen werden konnte. Ausserdem zeigte der Kranks zwischen der Wurzel des Scrotums und der unteren Fläche des sehr schwachen Penis einige einwärts gegen die Becken-georgische Narben; auch war ein erschwertes Harnen zu sehen, das Urin floss meist tropfenweise und in unterbrochenem feinem Strahle ab. Der linke Hoden klein, weich, beim Drucke fast unempfindlich, der rechte nicht vollständig herabgestiegen, nur zur Hälfte über die Leistengegend vorragend, rechts mehrere Tage beobachtet wurde und sich nicht mehr. Nach der Kranke mehrere Tage beobachtet wurde und sich nicht mehr.

Chirurgische Beobachtungen

von
Prof. LINHART.

(Hierzu Tafel I.)

Hernia congenita incarcerata bei unvollkommen herabgestiegenem Hoden mit einer eigenthümlichen Beschaffenheit der Bruchsackmündung, narbige Stenose und gefässreiche Vegetationen (Carunculae) der Harnröhre.

Buhl, Andreas, 47 Jahre alt, Tagelöhner aus Königshofen, wurde an allgemeiner Lues auf der Abtheilung für syphilitische Kranke im Juliushospitale behandelt. Nach Beendigung der Cur trat er den 27. Januar 1862 auf die chirurgische Abtheilung über, um sich eines partiellen Nasendefects wegen operiren zu lassen.

Es war ein grosser, stark gebauter, aber durch sein Leiden herabgekommener Mann, mit heiserer näseler Stimme.

Statt des Nasenrückens sah man ein ovales, grosses Loch mit überhäuteten, etwas einwärts gezogenen, Rändern, durch welches man, weil die ganze knöcherne und knorpelige Scheidewand fehlte, bis an die hintere Pharynxwand sah, welche, so wie die obere und die Seitenwände, mit dicken, grüngelben Borken bedeckt war. Die Nasenspitze, die Flügel und das häutige Septum der Nasenlöcher war vorhanden.

In der Mittellinie des harten Gaumens waren zwei dicht hintereinander gelegene ovale Substanzverluste, die auch überhäutet erschienen.

Der weiche Gaumen war so mit der hinteren Pharynxwand verwachsen, dass die zwei Abschnitte des Schlundkopfes, das Cavum bucco-laryngeum und c. pharyngonasale nur durch eine etwa linsengrosse Oeffnung

mit einander communicirten. An dieser Stelle war eine solche narbige Verengung des Isthmus faucium vorhanden, dass eine Laryngoscopie nicht vorgenommen werden konnte.

Ausserdem zeigte der Kranke zwischen der Wurzel des Scrotums und der unteren Fläche des sehr schwachen Penis einige einwärts gegen die Urethra gezogene Narben; auch war ein erschwertes Harnen zugegen, der Urin floss meist tropfenweise und in unterbrochenem feinem Strahle ab. Der linke Hoden klein, weich, beim Drucke fast unempfindlich, der rechte nicht vollends herabgestiegen, nur zur Hälfte über die Leistenspalte vorragend, aber derb und gegen Druck ganz normal empfindlich.

Nachdem der Kranke mehrere Tage beobachtet wurde und sich nirgend eine neue syphilitische Affection zeigte, schritt ich am 14. Februar 1862 zur plastischen Schliessung des Nasendefectes. Der Substanzverlust wurde in Form eines gleichschenkeligen, mit der Spitze nach oben gerichteten, Dreieckes umschnitten, ein entsprechend grosser Lappen von derselben Form aus der Stirnhaut genommen und an den Defect, mittelst der gewöhnlichen Knopfnah, geheftet. Nach 30 Stunden entfernte ich die Nähte. Der weitere Verlauf bot gar nichts Ungewöhnliches, das Resultat war ein vollkommen befriedigendes.

Nach etwa 3 Wochen wollte ich die Löcher im harten Gaumen durch Uranoplastik schliessen, allein es zeigten sich neue Ulcerationen an den Rändern der Substanzverluste im harten Gaumen, der Kranke empfand bedeutenden Schmerz im Kehlkopfe und war auffallend mehr heiser.

Unter diesen Umständen musste die Operation unterbleiben und eine antisiphilitische Behandlung eingeleitet werden. Die Ulcerationen hatten sich nach etwa zweimonatlicher Behandlung überhäutet, aber der Kranke war mager, schwach, hatte keinen Appetit, wenig Schlaf, wesshalb ich ihm frische Luft im Garten, sehr gute Weine in geringer Quantität, sehr gewählte Kost verordnete.

Unter fortwährenden kleineren Ausbrüchen syphilitischer Affectionen verliefen 9 Monate. Der Kranke fühlte sich endlich ganz wohl und es wurde längere Zeit keine syphilitische Eruption bemerkt.

In der Nacht vor und zum 2. Dezember 1862 klagte Patient über Unterleibsschmerzen, Uebelkeit und Schluchzen, später trat Erbrechen ein. Rechterseits, wo der Hoden nicht vollends herabgestiegen war, zeigte sich im Bereiche des Leistenkanales eine flache Geschwulst, die sich auch über den Hoden herab in den oberen Theil des Scrotums erstreckte und deutlich fluctuirte, aber keinen tympanitischen Percussionston wahrnehmen liess. Erst Abends nach 5 Uhr sah ich den Kranken; er hatte im Gesichte den eigenthümlich ängstlich verfallenen Ausdruck, der bei länger bestehenden

Incarcerationen vorzukommen pflegt, Puls sehr schnell und klein, die Extremitäten kalt, Gesicht und Stirne mit kaltem Scheweisse bedeckt, der Unterleib aufgetrieben, die Geschwulst im Bereiche des Leistenkanales und im oberen Theile des Scrotums flach, die Haut roth und ödematös.

Unter solchen Verhältnissen schritt ich unverzüglich zur Herniotomie. Am unteren Theile der Geschwulst, gerade an der Grenze zwischen Scrotum und der Haut des Schamberges, erhob ich eine Hautfalte und durchschnitt dieselbe; die im Boden der Wunde gelegene fascia superf. und tunica dartos, als bewegliche nicht gespannte Schichten, durchtrennte ich dadurch, dass ich dieselben mit der Pincette kegelförmig erhob und mit flachgehaltener Messerklinge abschnitt, nun kam eine derbe fibröse glänzende Membran zum Vorschein, die sich nach oben in die weit auseinander gedrängten Schenkel der Leistenpalte, resp. in die Sehne des obliq. ext. verlor.

Es ist diess die von mir fascia propria genannte Membran, welche aus den den Samenstrang umhüllenden, etwas verdickten und verwachsenen Schichten besteht. Diese trennte ich, wie gewöhnlich, auf einer untergeschobenen Hohlsonde; durch diesen Spalt, der wie gewöhnlich wenig klapfte, drängte sich das Peritoneum (Bruchsack) als dunkelblaue dünnwandige Blase hervor, ich erfasste dasselbe mit einer Pincette und stach mit der Spitze des Messers in den Bruchsack ein, sogleich floss ein braunrothes Serum in grosser Menge ab.

Die Wunde im Bruchsacke wurde bis zur Scrotalöffnung des Leistenkanales erweitert. Hier sah ich nun einen braunrothen länglich runden Körper liegen, der alsbald als Hode erkannt werden konnte. Derselbe war fest an der hinteren Wand des Bruchsackes (zugleich processus vaginal. peritonei) angeheftet; nahe an der Anheftungstelle lag an der Aussenseite des Testikels der Nebenhode und oben der Mekel'sche Anhang, stark vergrössert und blutig suffundirt. Der Scheidenfortsatz dehnte sich weit in den Leistenkanal nach oben aus, wo er gleichsam blind endigte. Aus der Mitte dieses kuppelförmigen Endes des processus vaginalis ragte in die Höhle des serösen Sackes herab ein glatter, gestielter, rothbrauner Knollen, der Darm. Die etwa kastaniengrosse Geschwulst war ganz glatt und ging am Stiele fast gleichmässig in die Kuppel des Bruchsackes über, so dass ich gar keine Bruchsackmündung, d. h. keine einschnürende Stelle bemerken konnte. Erst als ich den Darm etwas niederdrückte, bemerkte ich weit nach unten von der Kuppel des Bruchsackes an der dünnsten Stelle des Stieles der Geschwulst die überaus enge incarcerationirende Stelle.

Fig. 1 auf Tafel II wird diese Beschreibung klarer machen. H. Hode,

D. Darm, P. P. P. Bruchsack resp. processus vaginalis peritonei, M. M. Bruchsackmündung und Oeffnung des Proc. vaginalis.

Man kann sich diese Bildung so vorstellen, dass M. früher hoch oben stand an der Stelle der kuppelförmigen Ausbuchtung des Bruchsackes und hier den Darm einschnürte, als nun der Bruchinhalt weiter herabgedrängt wurde, ging die Incarcerationsstelle mit und es wurde ringsherum eine Duplicatur des Peritoneums herabgezogen, welche dann einen trichterförmigen Stiel der Bruchgeschwulst darstellte.

Es war also eine Incarceration im verengten Halse und der Mündung des Processus vaginalis peritonei, eine hernia congenita incarcerata bei unvollkommen herabgestiegenem Hoden. Ich hatte bisher diese Eigenthümlichkeit des Bruchsackhalses nie beobachtet. Wäre in dem Rückbildungsprocesse des Proc. vaginalis die obere Mündung desselben, welche hier das Incarcerirende war, geschlossen worden, so würde die encystirte Hernie, wie sie *Travers* und Andere beschreiben, entstanden sein.

Nachdem ich also den incarcerirenden Ring erkannte, drängte ich die Spitze des Zeigefingers unter den oberen Umfang der einschnürenden Stelle, flectirte den Finger stark und durchtrennte unter deutlichem Geräusche dadurch die incarcerirende Stelle, worauf die Bruchsackmündung gleich so erweitert war, dass ich den Finger bequem überall zwischen Darm und Bruchsackmündung herum führen konnte. Als ich die Darmschlinge etwas hervorzog, barst dieselbe an der convexesten Stelle der Schlinge, und es traten Luft und etwas Flüssigkeit heraus. Der vorgelagerte Theil des Darmes war dunkelroth gefärbt, der Peritoneal-Ueberzug sammtartig, an der convexesten Stelle der Darmschlinge und zwar an der der Gekrösöffnung entgegengesetzten Seite waren alle Häute des Darmes an einer runden, etwa $\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser betragenden, Stelle dunkel und weich, auf der Mitte dieser, nach der Entleerung deutlich von der anderen Darmparthie unterscheidbaren, Stelle war eine Oeffnung, kaum so gross als der kleinste Stecknadelkopf.

Da die incarcerirende Stelle erweitert war, so musste ich, um das völlige Zurückschlüpfen des Darmes zu verhindern, eine Gekrösschlinge anlegen, diess that ich in der Weise, dass ich, etwa 2 Linien entfernt vom Anheftungsrande des Gekröses an den Darm, eine krumme Heftnadel zuerst von unten nach oben durchstach, dann dieselbe Nadel in der Entfernung von etwa $\frac{3}{4}$ Zoll von oben nach unten durchführte, so lag die Schlinge auf der oberen Seite des Mesenteriums, hinter dem Darne, und die Enden des Hodens hingen an der unteren Fläche des Gekröses herab. Den oberen Theil der Darmschlinge schob ich in die Bauchhöhle zurück und den gangraenösen Theil hielt ich durch die Gekrösschlinge im obersten

Theile des Bruchsackes fest. Der Theil der Hautwunde, welcher dem Leistenkanale entsprach, wurde genäht, der untere Wundwinkel offen gelassen und in denselben ein beölter Leinwandstreifen eingeführt, damit sich die Hautwunde nicht schliessen und in der Höhle des Bruchsackes sich kein Darminhalt ansammeln könne. Bis gegen 10 Uhr Abends befand sich der Kranke ganz wohl, starb aber dann plötzlich unter den bekannten Erscheinungen der Darmperforation. Da der Patient 5 Stunden nach der Operation lebte und sich wohl befand, so ist es wahrscheinlich, dass der Austritt des Darminhaltes in die Bauchhöhle nicht schon während der Operation erfolgte, denn in diesen Fällen pflegen die Kranken schon einige Minuten nach der Operation zu verfallen und in kurzer Zeit zu sterben.

Sectionsbefund.

Aeusseres: Grösser, kräftig gebauter Körper; in der rechten Inguinalgegend die Wunde einer Hernienoperation; im Gesicht die Narbe einer aus der Stirnhaut neugebildeten Nase. Ziemlich ausgebreitete Leichenröthe.

Schädelhöhle: Cranium mässig dick und schwer, an der inneren Lamelle am Scheitelbeine zarte Knochenauflagerungen. Die dura mater sowie die pia sehr blutreich, zahlreiche Pacchionische Granulationen, Gehirnsubstanz ziemlich blutreich; aus der Schnittfläche treten zahlreiche und grosse Blutpunkte hervor. Gehirnsubstanz derb, übrigens ohne Veränderung.

Hals: An der rechten Seite des Kehledeckels eine narbige Einziehung mit Substanzverlust. Schleimhaut des Kehlkopfes missfarbig durch Leichenveränderung; an der Innenfläche der Epiglottis aber durch schwarze Pigmentirung. An der Stelle der narbigen Einziehung der Epiglottis finden sich 2 kleine Perforationen, der linke Lappen der Schilddrüse faustgross durch gleichmässige Hypertrophie und Colloidartung.

Schleimhaut der Luftröhre etwas hyperämisch und missfarbig.

Brusthöhle: Die Lungen, gar nicht eingesunken, füllen den Brustkorb ziemlich aus. Die rechte fast ganz fest adhaerent. Dieselben am vorderen Rande ziemlich stark emphysematös. Die hinteren und abhängigen Theile in sehr hohem Grade hyperämisch und ödematös — Folgen der Leichenveränderung. — Das Herz gross, der linke Ventrikel stark vorgedrängt, dickwandig; am Endocardium sehr starke Leichenimbibition; der vordere Rand der Mitralis ziemlich stark verdickt, aber nicht verkürzt.

Rechts massenhafte Fibringerinnsel, Klappen und Wandung ohne Veränderung.

Bauchhöhle: In der Bauchhöhle wenig hellgelbliche Flüssigkeit, eine Anzahl von Dünndarmschlingen stark ausgedehnt, hyperämisch, dunkelgrauroth gefärbt, Serosa injicirt. Auf der rechten Seite dringt eine kurze Darmschlinge durch die Bauchpforte eines äusseren Leistenbruches und liegt noch im Bruchhalse eingebettet. Das eingeklemmt gewesene Stück hat ungefähr die Länge von 3—4", ist dunkelbraunroth gefärbt.

Wandungen des Darmkanales an dieser Stelle stark verdickt, schwarzgrau, missfarbig, zottig, rauh, an einer Stelle der Convexität eine kleine Oeffnung in der Darmwand. Das aus dem eingeklemmten Bruche austretende Darmstück ist sehr eng, schmal und blutleer. Das eintretende sehr weit und sehr blutreich, die Perforationsöffnung ungefähr 1" weit und ringsherum mit diphtheritisch zerfallener Schleimhaut umgeben. Der Bruchsack zeigt im höchsten Grade hämorrhagische Entzündung und wird durch den offen gebliebenen proc. vaginal. peritonaei repräsentirt. Die Serosa des vorliegenden, nicht vollständig herabgestiegenen, Hodens ist ebenfalls missfarbig, braunroth; die Appendix epipl. Meckelii verlängert und mit Blut durchsetzt. Der Samenstrang stark serös-blutig infiltrirt, die Venen desselben stark varicös; in einem Varix ein fast erbsengrosser Phlebolith.

Auf der linken Seite sind die Venen des Samenstranges wohl etwas weit, aber nicht varicös; am linken Hoden feste Verwachsung der tunica vaginalis propria. Der Hode selbst stark verhärtet, mit Bindegewebe durchsetzt, so dass die Samenkanälchen sehr zurücktreten. Am Kopfe des Nebenhodens einzelne kleine Eiterheerde. Die ausgedehnten Theile des Dünndarms sind mit flüssigen, braunen Fäcalmassen gefüllt.

Leber normal gross, derb, blutarm; Gallenblase strotzend gefüllt, starke Transsudation der Galle, gelbe Färbung des anliegenden Magens.

Die *Milz* vergrössert, Parenchym derb, mässig blutreich.

Nieren gross, ziemlich blutreich, Parenchym derb. Der *Magen* angefüllt mit braunschwarzer Flüssigkeit, am Fundus starke Leichenerweichung.

Harnröhre und Harnblase: Der Penis war klein, die Haut an der oberen Fläche sowie das Präputium lang und faltig, an der unteren Fläche war zwischen der Urethra und dem Scrotum eine dicke geschrumpfte Narbe, welche den Penis derart herabzog, dass derselbe auch mittelst der Finger nicht erigirbar oder besser erhaltbar war.

In dieser Narbe ging ein Theil der unteren Harnröhrenwand ganz auf, so dass hier gewiss ein bedeutender Substanzverlust stattgefunden haben musste.

Nach Hinwegnahme der Haut des Penis und des Scrotums und Spaltung der unteren Harnröhrenwand zeigte sich das in Figur II. gegebene Bild. Dem mittleren Theile des Penis entsprechend war das Corpus cavernosum urethrae in festes, rigides Narbengewebe umgewandelt, die Schleimhaut blass, uneben, narbig.

An der rechten Seite der Urethral-Wand waren zwei flache, dunkelrothe, längliche Wülste vorhanden, welche beide eine ganz glatte, nicht wunde Oberfläche zeigten. Die der Eichel näher gelegene Geschwulst lag in einer divertikalartigen Ausbuchtung der Urethra. Diese 2 Wülste hatten beim ersten Anblicke das Ansehen von Granulationen, zeigten aber bei der mikroskopischen Untersuchung eine bindegewebige, sehr gefässreiche Grundlage und einen Epithelüberzug. Weiter rückwärts gegen den bulbos in der sog. pars subpubica urethrae, wo das corpus cavernosum und die Schleimhaut vollkommen normal waren, lagen 2 etwa linsengrosse, etwas plattgedrückte, sehr gefässreiche Geschwülste, deren jede mit einem etwas dünneren auch platten Stiele von der oberen Harnröhrenwand herabwachsen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten diese 2 Auswüchse dieselben Eigenschaften wie die oben beschriebenen Wülste.

Fig. III. A. zeigt eine dieser Geschwülste in ihrem Zusammenhange bei geringer Vergrösserung. Fig. III. B. ein kleines Stück, etwas zerzupft, bei starker Vergrösserung.

Starke, lange Gefässschlingen durchziehen in grosser Zahl den aus Bindegewebe bestehenden Kolben; eine starke Epithellage überzieht die Gefässschlingen, sowie überhaupt den ganzen kolbigen Auswuchs und geht in das Epithel der Harnröhrenschleimhaut über.

Das Gewebe der Schleimhaut war im Uebrigen an dieser Stelle normal, ebenso fand sich weiter hinter der pars membranacea prostatica und in der Blase gar nichts Krankhaftes mit Ausnahme einer mässigen Hypertrophie der muscularis der Blase, wie sie bei allen Stricturen vorkommt.

Der nun beschriebene anatomische Befund der Harnröhre ist ein höchst interessanter Beleg für die Existenz der so vielfach bestrittenen und angefeindeten Carunculae urethrae. Es sind zwar ziemlich viele beglaubigte Beispiele von den sogenannten Carnositäten oder Carunkeln der männlichen Urethra bekannt, aber die Zahl dieser Beobachtungen ist doch im Allgemeinen so gering, dass es noch jetzt eine grosse Zahl von Aerzten giebt, welche an der Existenz dieser Auswüchse zweifeln, und sie, wie *Leydel* sagt, für Erzeugnisse der Phantasie halten.

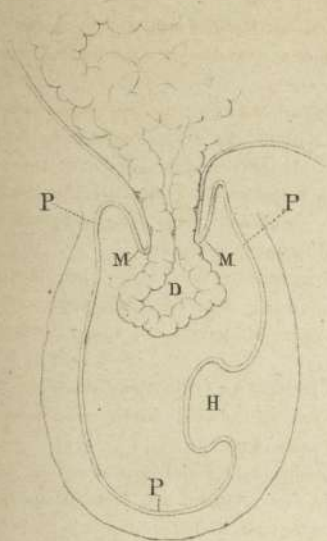
Wenn auch die hier beschriebenen Geschwülste nicht im Entferntesten den anatomischen Character der syphilitischen Papillome tragen, sondern förmlich polypöse Auswüchse darstellen, so scheint mir die Frage doch nicht überflüssig zu sein, ob das so bedeutende syphilitische Allgemeinleiden unseres Kranken irgendwie ursächlich mit den oben beschriebenen polypenartigen Auswüchsen zusammenhängt.

Es liegen noch viel zu wenig genaue Beobachtungen über die sog. Carunculae der männlichen Urethra vor, als dass sich aus den anatomischen Thatsachen diese Frage beantworten liesse, auch sind manche der bekannt gewordenen Fälle der Art, dass sie eher anders gedeutet werden könnten, denn als die in Rede stehenden Vegetationen; so erzählt z. B. *Nicod* einen Fall, der in *Scydel's* Abhandlung über die Stricturen der Harnröhre pag. 18 folgender Massen beschrieben ist. „N. fand in dem prostatiscen Theile der Harnröhre eines 63 Jahre alten Mannes einen sphärischen braunen Körper mit Blutgefässen versehen und von weicher Beschaffenheit, 6^{'''} Durchmesser, zum Theil in einer durch Druck erzeugten Vertiefung der Harnröhre gelegen. Der Kranke war mehrmal cauterisirt worden.“ Dieser Fall war offenbar nichts weiter als ein mittlerer Prostatalappen, dessen Schleimhautüberzug, sowie die Schleimhaut der angränzenden Parthien, in Folge der Aetzung hyperämisch und hämorrhagisch war.

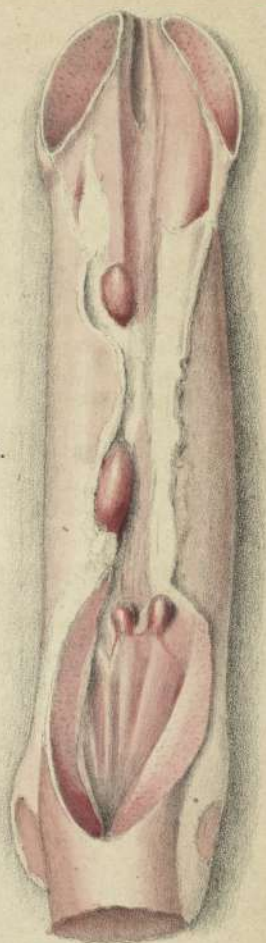
Es wäre meines Erachtens sehr zu empfehlen, bei Sectionen von Menschen, welche nicht lange vor dem Tode an allgemeiner Syphilis litten, die Harnröhre sorgfältig zu untersuchen. Ich muss gestehen, dass sich mir eine gewisse Aehnlichkeit der hier beschriebenen Carnositäten mit den sehr blutreichen, oft mit hämorrhagischen Heerden durchsetzten, kleinen Gelenkvegetationen aufdrängt, welche in den Leichen Syphilitischer fast in allen Gelenken, selbst in denen der Finger und Zehen, zu sehen sind.

Wie ich aber schon oben bemerkte, will ich durchaus nicht behaupten, dass die Carnositäten überhaupt syphilitischen Ursprunges seien, aber ich glaube, dass eine Vermuthung dieser Art, wenn nicht mehr doch wenigstens ebensoviel, für sich hat, als die Annahme, dass die Carunculae urethrae Geschwülste sui generis seien. Das kann wohl nicht bezweifelt werden, dass die Carunculae in unserem Falle viel später entstanden sein mussten, als die Stricture, welche eine Verödung, narbige Schrumpfung des Corpus cavernosum der pars pendula urethrae bedingt hat, es ist viel wahrscheinlicher, dass während der Verödung des Corpus cavernosum diese Geschwülste nicht so frisch und blutreich geblieben, sondern auch verhärtet oder in Ulceration übergegangen wären.

I.



II.



III. B.



Vergr. 200/7

III. A.



Vergr. 160

Lochow del. et lith.

