VI. Aus dem Prosectorium des städtischen Spitals in Odessa.
**Eigenthümlicher Fall von einer Darm-
einklemmung.**

Von Dr. C. Chenzinski, Prosector.

Am 9. November 1897 wurde in der inneren Abtheilung des Stadthospitals zu Odessa ein 68jähriger Invalide P. mit den Erscheinungen einer Darmeinklemmung aufgenommen. Er theilte mit, dass er zwei Tage zuvor erkrankt sei, nachdem er eine bedeutende Menge gekochter Kartoffeln genossen hatte. In der Nacht darauf bekam er starke Schmerzen im Unterleibe, Uebelkeit und Erbrechen. Die ärztliche Untersuchung (Dr. Rosenstein) ergab: grosse Schwäche des Individuums, fortdauerndes Erbrechen, Stuhlverstopfung, weiches Abdomen, keine Darmblähung, normale Athem- und Herzthätigkeit. Am 11. November sollte wegen des Verdachtes einer Darmeinklemmung zur Laparatomie geschritten werden. Wegen der eingetretenen Agonie mit abwesendem Puls, kalten Extremitäten konnte die Operation leider nicht vollzogen werden, und der Kranke starb am 11. November um 10 Uhr Abends.

Die Autopsie am 12. November ergab folgendes: Ein magerer Leichnam. In der Bauchhöhle befindet sich eine geringe Menge einer röthlichen Flüssigkeit. Das grosse Netz ist hyperämisch. Die Bauchhaut ist hyper-

¹⁾ Dieselben werden jetzt als 10 % Jod enthaltendes Jodipin in den Handel gebracht.

²⁾ Da bei der mangelhaften Controlle ein Verlust an Harn nicht ausgeschlossen ist, so lässt sich nur sagen, dass mindestens 4 g Jod (von 5,2 g der eingeführten Jodmenge) durch den Harn als Jodalkali zur Ausscheidung gelangt sind.

ämisch und getrübt. Der Dünndarm ist mässig durch Gase ausgedehnt und enthält eine geringe Menge braungelblicher Flüssigkeit. Der untere Theil des Ileums und der ganze Dickdarm sind zusammengefallen. Im kleinen Becken befindet sich eine Ileumschlinge in einer 0,5 m grossen Entfernung vom Blinddarm; beide Seiten des Mesenteriums dieser Schlinge gehen in zwei Geschwülste über, von denen jede die Grösse einer guten Faust erreicht. Sie liegen so fest zwischen der gefüllten Harnblase und dem Rectum, dass man eine gewisse Kraft anwenden muss, um sie aus dem kleinen Becken herauszuziehen. Die Geschwülste drücken die Ileumschlinge so zusammen, dass die letztere an einer Stelle dadurch vollständig eingeklemmt und undurchgängig ist. Die Darmschlinge, auf welcher die Geschwülste hängen, sind um ihre Achse etwas gedreht: die Durchgängigkeit des nicht eingeklemmten Theiles der Schlinge ist aber dadurch nicht gestört. Der Peritonealüberzug des eingeklemmten Theils ist blanroth, gequollen, von einem dünnen, fibrinösen Exsudat bedeckt.

Fig. 55.

/

Fig. 56.

a a Ileum.
b Mesenterium.
c c Lipoma.

Die Schleimhaut des Magens ist hyperämisch und verdickt, die des Dünndarms ist blutarm, und nur in der Nähe von der eingeklemmten Stelle ist sie hyperämisch und gequollen.

In den übrigen Organen ist nichts Nennenswerthes gefunden worden.

Die Mesenterialgeschwülste erwiesen sich als Lipome. Eine ist 10 cm lang, 7,5 cm breit und 2—3 cm dick, die andere 8,5 cm lang, 5,5 cm breit und 2—3 cm dick. Ihre Oberfläche ist glatt, glänzend, von gelapptem Ansehen. Hier und da verlaufen Gefässe, die vom Mesenterium herziehen. Beide Geschwülste sind durch einen aus Fett- und Mesenterialgewebe bestehenden, 0,5 cm dicken Strang vereinigt, welcher auf dem eingeklemmten Darmtheil wie auf einem Sattel sitzt. Wir haben es wahrscheinlich nur mit einem mesenterialen Lipom zu thun, das während seines Wachstums sich in zwei Stücke getheilt hat.