

V. Aus der ersten medicinischen Klinik des Herrn Hofrath
Prof. Dr. Nothnagel in Wien

**Resultate der Behandlung der Perityphlitis
auf der ersten medicinischen Klinik in Wien
und über die Indication zur operativen Be-
handlung der Perityphlitis.**

Von Dr. med. J. Vollert, prakt. Arzt in Greiz (Reuss ält. Lin.).
(Schluss aus No. 33.)

II. Wenzel B., 58 Jahre alt, Schuhmacher aus Prag. Tag der Aufnahme 5. März 1888. Diagnose: Tumor coeci et Peritonitis circumscripta. Gestorben am 21. März 1888, 6 Uhr morgens.

5. März. Anamnese. Mutter des Patienten starb an Cholera, seine einzige Schwester an Tuberculose. Anfangs der sechziger Jahre soll Patient an Wechselfieber gelitten haben, das durch etwa 8 Wochen anhielt (damaliger Aufenthaltsort Wien II). Sonst soll Patient immer gesund gewesen sein bis zum vorigen Jahre. Im Frühjahr 1887 stellten sich ursprünglich an einer umschriebenen Stelle, rechts neben dem Nabel, Schmerzen ein, anfangs nur auf Druck eintretend, später aber auch spontan und continuirlich. Allmählich dehnte sich das schmerzhaftes Gebiet weiter nach rechts aus bis in die Lumbalgegend.

Seit etwa 6 Monaten bemerkt Patient, dass die rechte Bauchseite resistenter ist. Zugleich verlor Patient den Appetit und magerte stark ab. Die zunehmende Mattigkeit und Schmerzhaftigkeit nöthigte den Patienten vor 6 Wochen das Bett aufzusuchen. Uebelkeit und Erbrechen bestanden nicht. Stuhl war stets in Ordnung. Icterus war nicht vorhanden. Lues wird in Abrede gestellt. Seit 8 Tagen verspürt Patient Hitzegefühl im Munde und Schmerzen beim Essen, besonders von warmen Speisen.

6. März. Status praesens. Patient nimmt eine active Rückenlage ein. Gesichtsausdruck ist etwas leidend, apathisch. Sensorium ist frei. Patient ist von mittlerer Statur, mittelstarkem Knochenbau. Musculatur sehr schwach, abgemagert. Panniculus adiposus wenig entwickelt. Hautdecken blass, schmutzig gelb. Haut welk.

Gesicht ist blass, mit einem Stich ins Schmutziggelbe. Icterus der Conjunctivae besteht nicht. Sichtbare Schleimhäute sind blass.

Zunge ist etwas belegt und trägt in der Mitte eine gelbliche Stelle, die hart anzufühlen und auf Druck schmerzhaft ist. Nahe der Medianlinie befinden sich mehrere rissförmige, ziemlich tiefe Substanzverluste, von harten, weissen Partien umrandet. Auf den inneren Partien der Ober- und Unterlippe befinden sich bis linsengrosse, weissliche Plaques. An der Grenze zwischen linkem harten und weichen Gaumen, doch noch auf ersterem, befindet sich eine bohnergrosse, dunkelpigmentirte Narbe. Uvula ist kurz und mit den hinteren Gaumenbögen verwachsen. Intensiver Foetor ex ore. Einzelne

Submaxillardrüsen sind angeschwollen. Hals stark abgemagert. Supraclaviculargruben sehr eingesunken.

Thorax ist ziemlich lang, schmal, gut gewölbt. Sternum im Angulus Ludovici nach aussen geknickt, unterer Theil des Sternums nach einwärts gedrückt, hinwiederum der Proc. xiphoideus nach aussen umgekrempelt. L. Thoraxhälfte ist mehr gewölbt und breiter, linke Brustwarze steht etwas tiefer.

Respiration ist vorwiegend abdominal. Frequenz 20. Temperatur nicht erhöht, 36,8°.

Arteria radialis ist weich, nicht geschlängelt, von guter Füllung. Spannung normal. Pulswelle von gewöhnlicher Höhe.

Percussion: R. vorn von oben herab lauter, voller Schall. An der 6. Rippe beginnt derselbe kürzer und etwas tympanitisch zu werden. Absolute Dämpfung beginnt erst im 7. Intercostalraum. L. voller, lauter Schall bis zur 5. Rippe, wo die Herzdämpfung beginnt, welche unter der 6. Rippe in den tympanitischen Schall des halbmondförmigen Raumes übergeht. Herzdämpfung nicht sehr intensiv, vom linken Sternalrande an, die Mamillarlinie nicht erreichend.

Auscultation: Vesiculäres Athmen über den ganzen vorderen Thoraxpartien. Percussion und Auscultation rückwärts ergeben normale Verhältnisse.

Herz. Spitzenstoss im linken 5. I. C. R., etwas innerhalb der Mamillarlinie schwach fühlbar. Diffuse Erschütterungen sichtbar im 5. und 6. I. C. R. und im ganzen Epigastrium. Herztöne sind rein.

Das Abdomen ist kahnförmig eingesunken, im rechten Mesogastrium etwas voller als links vorn, und giebt tympanitischen Schall, auch in der linken Seitengegend, in der rechten dagegen gedämpften Percussionsschall. Die Palpation ergiebt rechts vom Nabel eine grössere Resistenz, die sich nach links hin kreisförmig abgrenzt. Die resistente Partie ist vorn rundlich, reicht nach oben bis zum Rippenbogen, nach unten bis zum Hüftbeinkamm, grenzt sich aber von diesem ab. Dabei ist sie ungemein schmerzhaft; sie giebt vorn tympanitischen, in den Seitenpartien gedämpften Schall, an die Leberdämpfung sich anschliessend. Bei Druck auf die vorderen Bauchdecken entsteht Gurren. Der Tumor ist mit der Respiration nicht verschiebbar. Milzdämpfung nicht vergrössert, in der mittleren Axillarlinie an der 10. Rippe beginnend; Milz nicht palpabel.

Harn ist etwas rötlich gefärbt, von saurer Reaction. Sp. Gew. = 1020. Kochprobe und Probe mit Ferrocyankal. negativ. Kein Zucker. Etwas Indican. Kein Aceton.

Ordnation: Tinct. Chinae comp. $\frac{2}{200}$.

7. März. Patient klagt über grosse Schmerzhaftigkeit in der Mundhöhle. Er hatte drei flüssige Stühle. Temperatur: vormittags 36,8°, nachmittags 36,6°.

8. März. (Vorlesung). Patient nimmt Rückenlage ein.

Auf dem Fussrücken besteht Oedem. Radialis ist ziemlich gut gefüllt, Welle mittelhoch; Arterie von normaler Weite. Spannung ist etwas unter der Norm; deutliche Rigidität nicht vorhanden.

Zunge ist trocken, blass, etwas rissig.

Stuhl ist dickflüssig, hellgelb. Reaction des Stuhles ist alkalisch, mit Fetzen darin (Orangen). Gallenreaction ist deutlich. Braune Punkte im Stuhle (Schleim). Sichtbare Schleimmassen nicht vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt phosphorsaure Ammoniak-Magnesia, quergestreifte Muskelfasern und vereinzelte Fetttropfen.

Abdomen steht unter dem Niveau des Thorax — um den Nabel eine gewisse Prominenz und eine zweite rechts in der Weiche.

Starke Pulsationen im Epigastrium. Temperatur am Rumpfe dem Gefühl nach erhöht. Rechtsseitig etwas Oedem.

Rechts eine deutliche Geschwulst, welche man verfolgen kann bis nach hinten zum Rücken. Ein Netz von bläulichen Venen über dem Tumor. Fingerdruck bleibt dort stehen über dem Tumor. Die Hautfalte über dem Tumor ist rechts viel dicker als links, nach rechts reicht der Tumor bis zur Medianlinie — nach abwärts bis zum Knochen, nach hinten bis in die Weiche. Oberfläche des Tumor ist glatt.

Percussion: Auf der Höhe des Nabels tympanitischer Schall. Auf dem Tumor gedämpfter, hoher, ausgesprochen tympanitischer Schall.

Hinten beginnender Decubitus.

Von der Crista ilei kommt man direct auf den Tumor, nach oben hin geht der Tumor bis an den Rippenbogen. Der untere Rand des Tumors steht auf der Höhe der Spina anterior-superior. Der Tumor ist nur sehr wenig verschieblich, auch bei tiefen Respirationen immobil. Temperatur: vormittags 36,7°, nachmittags 40°.

9. März. Der Schall über dem Tumor ist heute deutlich tympanitisch. Die Schmerzhaftigkeit des Tumors ist gross. Heute kein Stuhl. Temperatur: vormittags 37,6°, nachmittags 39,3°.

10. März. Continuirliches Fieber. Patient bekam gestern Dunstumschläge, welche die Schmerzhaftigkeit vergrössert haben sollen. Tumor tympanitisch schallend. Oedeme der Haut geschwunden. Temperatur: vormittags 38,7°, nachmittags 38,2°.

Therapie: Warme Umschläge, Kal. permangan. zum Gurgeln.

11. März. Patient giebt an, dass die Schmerzen auf die warmen Umschläge nachgelassen haben. 2 Stühle. Zungenrücken trägt ein längliches Geschwür. Unterlippe mit 2 ründlichen Substanzverlusten an der Schleimhaut bedeckt. Sputum ist reichlich, schleimig-eitrig. Percussionsschall links über und unter der Clavicula kürzer; bronchiales Inspirium. Ueber der ganzen linken Lunge im Expirium Schnurren und rechts verlängertes Expirium. Temperatur: vormittags 37°, nachmittags 36,5°.

12. März. Bei ruhiger Rückenlage ist Patient schmerzfrei. Tumor sehr hart anzufühlen; darüber besteht Oedem, Schall gedämpft-tympanitisch. Die Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbacillen ergiebt ein negatives Resultat. Temperatur: vormittags 37,5°, nachmittags 37,7°.

13. März. Untersuchung des speckigen Belages des Substanzverlustes der Zunge auf Bacillen negativ. Tumor als grosse Resistenz durchzufühlen.

In der linken Fossa infraclavicularis laute, feuchte, gross- und mittelgrossblasige, nicht klingende Rasselgeräusche. Starker Husten. Infusum Senegae $\frac{10}{200}$. Temperatur: vormittags 37,8°, nachmittags 38°.

14. März. Patient verbreitet einen äusserst unangenehmen Geruch. Schmerzen in Ruhelage gering. Rechte Bauchgegend von grosser diffuser Resistenz. Temperatur: vormittags 37,8°, nachmittags 37,8°.

15. März. Diffuse Resistenz wie gestern. Die Geschwüre der Lippen-schleimhaut reinigen sich. Infusum Senegae muss wegen allzustarken Hustenreizes ausgesetzt werden. Tinctura Chinae comp. $\frac{2}{200}$. Temperatur: vormittags 37,7°, nachmittags 38,6°.

16. März. Puls 104. Respiration 32. Patient ist von dem starken Husten heiser. Katarrh über der rechten und linken Lunge. Expectoration einer reichlichen Menge von schaumigem Sputum. Tumor des Bauches sehr hart. Starkes Oedem darüber. Decoct. Condurango 10,0 : 200,0. Temperatur: vormittags 38,5°, nachmittags 37,9°.

17. März. Heiserkeit dauert an, sonst keine Veränderung. Temperatur: vormittags 37,7°, nachmittags 37,8°.

18. März. Tumor heute sehr gut durch die vollkommen schlaffen Bauchdecken hindurch zu fühlen, begrenzt sich nach links hin convex und geht kugelig in die Tiefe. Oberfläche ziemlich glatt; Percussionsschall tympanitisch.

Geschwürsprocess der Zunge ist in Heilung begriffen. Temperatur: vormittags 36,7°, abends 38,7°.

19. März. Puls 128. Respiration 24. Um den Nabel herum keine Resistenz, erst ziemlich weit nach rechts herüber beginnt die Resistenz. Fühlbares Rasseln vorn über rechtem und linkem Thorax. Rechts vorn gedämpft-tympanitischer Percussionsschall, unbestimmtes Inspirium und mittelgrossblasiges, klingendes Rasseln. Temperatur: vormittags 38,8°, abends 39,2°.

20. März. Beständiger Husten und Expectoration eines zähen, schleimigen Sputums. Patient verbreitet durch Hautausdünstung einen fürchterlichen Geruch. Gegen die starken Schmerzen eine Morphiuminjection. Temperatur: vormittags 38,6°, abends 38,4°.

21. März. Mehrere flüssige, ashaft riechende Stuhlentleerungen. Temperatur: vormittags 36,5°. Gestorben um 6 Uhr morgens.

Section am 21. März 1888. Anatomische Diagnose: Carcinoma medullare exulceratum coeci ad valvulam Bauhini subseque perityphlitis purulenta ichorosa.

Hinter dem Coecum und dem unteren Drittel des Colon ascendens ein retroperitoneal liegendes, von übelriechendem Eiter erfülltes, bis an die Niere reichendes Cavum, welches auch an der äusseren Seite des Colon ascendens an die seitliche Bauchwand etwas hinaufreicht, auch da aber retroperitoneal liegt. Das Peritoneum überall, auch über dem erkrankten Coecum und in der Nähe des perityphlitischen Abscesses blass.

Das Coecum selbst fühlt sich dichter an und stellt einen fast faustgrossen Tumor dar. Nach Eröffnung des Darmlumens vom Ileum her zeigt sich, dass an der Bauhin'schen Klappe und in deren ganzem Umkreis eine polypöse gewulstete, sehr weiche, fast zerfliessende, weissgraue Aftermasse sitzt, welche ohne wesentliche Verengerung in ihrem Centrum das Ileum einmünden lässt, auf die Wand des Coecums im Umkreise einer Handfläche etwa übergreift und einen fast faustgrossen Tumor darstellt. Diese Aftermasse durchsetzt die Wand des Coecums in der angegebenen Ausdehnung, ohne aber von aussen sichtbar zu sein, indem das Peritoneum ganz intact ist. Das unterste Ileum ist an der medialen Seite des Coecums noch im Bereiche des Tumors an das Coecum angewachsen, und im Bereiche dieser Anwachsung greift die Aftermasse durch die Coecalwand auf die des Ileums über, so dass beim Aufschneiden die Schere durch die Ileumwand infiltrierende Aftermasse ohne merklichen Widerstand hindurch in's Coecum hinübergeführt, und erst später vom Colon aus der eigentliche Endtheil des Ileums mit der carcinomatösen Bauhin'schen Klappe gefunden wurde. Die laterale und untere Wand des Coecums von der Aftermasse frei. Die Schleimhaut im Dickdarm geschwellt, gelockert und injicirt.

III. Johann B., 16 Jahre, Tischlerlehrling, aus Niederfellabrunn, N.-Oest. Tag der Aufnahme: 23. Mai 1890.

Diagnose: Perityphlitis. Section: Perforation des Processus vermiformis durch Kothsteine etc.

Gestorben 4. Juni 1890, 3 Uhr nachmittags.

23. Mai 1890. Anamnese: Eltern und 5 Geschwister des Pat. sind gesund. Bis zu seiner jetzigen Erkrankung will Pat. immer gesund gewesen sein. Sie begann am 20. d. Mts. mit heftigem Erbrechen, welches nach Genuss von ranzigem und schlecht schmeckendem Fett sich am Vormittage einstellte. Tags zuvor hatte der Kranke eine grössere Quantität Kirschen gegessen und dabei die Kerne mit verschluckt. Das Erbrechen dauerte den ganzen Tag an und erfolgte sehr häufig; es wurden dabei flüssige Massen von rötlicher Farbe entleert.

Während dieses Zustandes bestand zugleich abwechselnd Hitze- und Frostgefühl. Kopfschmerzen will der Kranke nicht gehabt haben. Während der Nacht vom 20. auf den 21. war die Hitze so gross, dass sie den Pat. am Schlafen hinderte.

Am 21. Mai fühlte der Kranke morgens heftige stechende Schmerzen, welche im rechten Mesogastrium am intensivsten waren und von dort nach oben und links bis über den Nabel ausstrahlten.

Das Hitzegefühl dauerte continuirlich an, es gerieth der Kranke mehrmals des Tages in intensiven Schweiss.

Am Nachmittage nahm der Kranke etwas Kaffee zu sich, worauf er zwar keine Zunahme seiner Schmerzen, wohl aber eine Steigerung der Körperwärme fühlte. Die Schmerzen im Unterleibe dauerten in unveränderter Stärke und Ausdehnung an.

Am 23. Mai 1 Uhr mittags fuhr der Kranke mittels der Tramway in's Spital. Das Aufsteigen auf den Wagen, wie überhaupt jede, wenn auch geringe Bewegung, erregte die heftigsten Schmerzen im Unterleibe, so dass der Pat. während der Fahrt, wie er sich ausdrückte, „halb bewusstlos“ war.

Seit dem 19. Mai vormittags hat der Kranke keine Stuhlentleerung mehr gehabt. Temperatur: 23. Mai normal.

24. Mai 1890. Status praesens: Pat. seinem Alter entsprechend entwickelt. Mittelkräftiger Knochenbau, wenig entwickelte, etwas schlaffe Muskulatur, Fettpolster. Pat. nimmt eine passive Rückenlage ein. Kopfschmerzen bestehen nicht. Sensorium frei. — Oedeme bestehen nicht.

Haut am Rumpfe weich, nicht feucht; die Temperatur derselben dem Gefühle nach nicht erhöht.

Temperatur: 12 Uhr mittags 38⁰, 4 Uhr nachmittags 38⁰.

Puls 112. Radialis weich, nicht geschlängelt, mittelweit. Füllung mässig. Pulswelle nicht sehr hoch. Spannung unter der Norm.

Respiration 36, hauptsächlich costal, regelmässig, etwas oberflächlich.

Gesichtsausdruck etwas schmerzhaft verzogen. Gesicht geröthet, heiss anzufühlen. Pupillen mittelweit, gleich, reagiren prompt. Der Lidschluss erfolgt prompt; die Bewegung der Bulbi ist frei. Die Nasenflügel werden inspiratorisch eingezogen. Zunge wenig feucht, roth, dickgrau belegt.

Von Seiten der Hirnnerven keine Abnormität zu constatiren. Hals mässig lang und breit. Schilddrüse nicht vergrößert. Bds. pulsatorische Bewegungen sichtbar. Thorax mittellang, mässig breit, ziemlich gut gewölbt. Percussion: Ueber beiden Lungen lauter, tiefer, nicht tympanitischer Schall, welcher rechts bis zur 6. Rippe, links bis zum oberen Rand der 4. Rippe reicht. Auscultation: Bds. vesiculäres Athmen.

Herz: Spitzenstoss nicht sichtbar; in der Herzgegend eine diffuse Erschütterung sichtbar und zu fühlen. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne über allen Ostien rein; II. Pulmonalton etwas accentuirt.

Die Untersuchung der rückwärtigen Lungenpartien kann wegen der grossen Schmerzen, welche jede Bewegung dem Pat. verursacht, nicht vorgenommen werden.

Abdomen steht im ganzen im Niveau des Thorax, nur etwas unterhalb des Nabels ist eine kleine Erhöhung und oberhalb des Nabels eine ganz leichte Einsenkung wahrnehmbar. Das Abdomen ist sehr gespannt, auf Druck sehr empfindlich, besonders in der Ileocoecalgegend. Die Percussion ergiebt einen ziemlich hohen, tympanitischen Schall, welcher in der Ileocoecalgegend gedämpft ist, und zwar bilden nach oben zu die Nabellinie und medianwärts die Fortsetzung der Parasternallinie die Grenzen der Dämpfung. — Leberdämpfung reicht bis zum Rippenbogen. Milz nicht vergrößert. Die Leistenringe sind frei.

Harn: Menge 200. Spec. G. 1012. Farbe rothgelb, leicht getrübt. Reaction stark sauer. Indican ist in grossen Mengen nachweisbar. Alhmen, Aceton, Acetessigsäure, Zucker sind nicht vorhanden.

Pat. klagt über stechende Schmerzen im Abdomen, welche intensiver sind in der Gegend des aufsteigenden und queren Colons, weniger intensiv im absteigenden.

Ordination: 4 Opiumpulver à 0,01 p. die.

25. Mai. Pat. hat seit gestern, 12 Uhr mittags, Fieber. Die Temperaturen halten sich innerhalb mässiger Grenzen und übersteigen 38⁰ nur um ein geringes.

Das Abdomen ist zwar sehr gespannt, doch hat die Empfindlichkeit gegen Druck ganz entschieden nachgelassen, besonders in den gedämpften Partien, welche heute in gleicher Ausdehnung wie gestern forbestehen. Heute Vormittag sind 3—4 mal Winde abgegangen.

Ordination: 4 Blutegel auf die Regio ileocoecalis.

Temperatur: 8 Uhr vormittags 38,4⁰, 4 Uhr nachmittags 38⁰.

26. Mai. Im Harn sind ausserordentliche Mengen von Indican nachweisbar. Die leichte Temperatursteigerung hält an.

Die Schmerzen sind geringer, und es ist das Abdomen auf Druck weniger empfindlich als gestern. Heute Morgen 7 Uhr erbrach Pat. circa 10 Esslöffel einer braungelben, ziemlich klaren, nicht deutlich faeculent riechenden Flüssigkeit. Pat. schläft tagsüber sehr viel und antwortet im wachenden Zustande auf gestellte Fragen mit ziemlich tonloser Stimme und theilnahmlosem Blick.

Nachmittag: Das Abdomen stark aufgetrieben, es ist deutlicher Hochstand des Zwerchfells vorhanden; die Herzdämpfung reicht bis zum 1. Intercostrarum, wo die arteriellen Klappentöne sehr laut zu hören sind und deutliche Erschütterung der Brustwand wahrzunehmen ist.

Die Untersuchung per Rectum ergiebt das Vorhandensein von harten Fäcalmassen; eine besonders grosse Schmerzempfindlichkeit scheint dabei nicht vorhanden zu sein. Der Kranke ist ziemlich soporös. — Ordination: Leiterscher Kühlapparat auf das Abdomen; Diät: Milch.

Temperatur: 10 Uhr vormittags 38,2⁰, 2 Uhr nachmittags 37,8⁰.

27. Mai. Harn: Reichliches Sedimentum latericium, Reaction sauer; Eiweiss nicht nachweisbar, Acetessigsäure nicht vorhanden; Aceton vorhanden. Indican in sehr reichlichen Mengen.

Pat. hatte heute während der Nacht 3 Stühle von mässig flüssiger Beschaffenheit, mit eingeschlossenen, geformten Kothmassen. Farbe dunkelbraun. Der Hochstand des Zwerchfells ist auch heute noch sehr deutlich ausgeprägt. Ueber der 1. Rippe fühlt man sehr deutlich die Herzbebewegungen.

P. 104. Temp. 37,8. Der Kranke hat Foetor ex ore. Er schlummert grösstentheils, ist aber in wachem Zustande vollkommen klar. Grosse Schmerzhaftigkeit, spontan oder auf Druck, ist im Abdomen nicht vorhanden. — Ordination: Rp. Opii puri 0,1, Sacch. 5,0; in dos. No. X. Tägl. 4 Pulver.

Temperatur: 10 Uhr vormittags 38,8⁰, 4 Uhr nachmittags 38,2⁰.

28. Mai. Harn: dunkelrothgelb, Eiweiss nicht vorhanden; Indican in grossen Mengen, Aceton deutlich nachweisbar.

Das Fieber hält an. Der Meteorismus zeigt eine wesentliche Abnahme. Während der verflorenen Nacht hatte Pat. 11 flüssige Stühle. Die Schmerzhaftigkeit des Abdomens auf Druck ist geringer als gestern. Ordination: Wein.

Temperatur: 10 Uhr vormittags 37,7⁰, 4 Uhr nachmittags 37,4⁰.

29. Mai. Die Schmerzen auf Druck im Abdomen sind heute wieder

etwas bedeutender. Die Temperatur ist annähernd normal. P = 104, R = 20.

Pat. hatte 3 dünnflüssige Stühle. Indican im Harn deutlich nachweisbar. — Ordination: 4 Pulver von Opium purum à 0,01.

Temperatur: 6 Uhr vormittags 37,4⁰, 4 Uhr nachmittags 37,6⁰.

30. Mai. Temperatur: 2 Uhr vormittags 37,6⁰, 8 Uhr abends 38,2⁰.

31. Mai. Der Kranke fühlt sich heute etwas besser. Die Schmerzhaftigkeit im Abdomen hat bedeutend abgenommen, ebenso der Meteorismus. Während der verflorenen Nacht hatte Pat. 7 flüssige Stühle. — Dieselbe Ordination.

Temperatur: 2 Uhr vormittags 37,5⁰, 4 Uhr nachmittags 37,7⁰.

1. Juni. Während der Nacht 5 flüssige Stuhlentleerungen. Im subjectiven Befinden keine Aenderung. Von gestern Morgen bis heute hat die Temperatur nur um ein geringes die normale überschritten.

Harn: Eiweissfrei. Indican (Obermayer'sche Probe) in reichlichen Mengen vorhanden. Die Acetonprobe mit Nitroprussidnatrium, Kalilauge und Essigsäure ergiebt ein sehr stark positives Resultat. Acetessigsäure ist ebenfalls nachweisbar. — Dieselbe Ordination.

Temperatur: 8 Uhr vormittags 37,8⁰, 12 Uhr nachts 37,6⁰.¹⁾

2. Juni. Kein Eiweiss. Indican und Aceton deutlich nachweisbar. Puls 120. 4 flüssige Stühle.

Temperatur: 12 Uhr vormittags 38,1⁰, 6 Uhr nachmittags 38,6⁰.

3. Juni. Von 2 1/2 Uhr nachts bis gegen 3 Uhr hat Pat. einen Schüttelfrost gehabt. Temperatur stieg auf 39,8⁰. 5 flüssige Stühle von dem Aussehen und der Consistenz verdünnten Erbsenpurees. Reaction sauer. Mikroskopische Untersuchung ergiebt Detritus, wenig Fetttropfchen, keine Epithelien, ein Ei von Trichocephalus dispar, weitere Bakterien und spärliche Krystalle von Tripelphosphaten.

Abdomen im rechten unteren Quadranten entsprechend der Ileocoecalgegend leicht vorgewölbt. Diese Prominenz stark gedämpft, nicht schmerzhaft.

Puls weniger frequent, wenig über 100. Füllung gering. Pulswelle niedrig. Spannung unter der Norm.

Nachmittags um 1/2 Uhr fühlte Pat. plötzlich heftige Schmerzen in der rechten unteren Brustseite gegen den Rücken hin, zugleich stellte sich starke Athemnoth ein. R. 52; P. 128, fadenförmig. Temperatur 37,3⁰. Rechtsseitig tympanitisch-metallischer Percussionsschall, auch bei Stäbchenplemmeterpercussion metallisch. Rechte Thoraxhälfte vorgewölbt, Intercostraräume verstrichen. Die diffuse Erschütterung durch die Herzaction erscheint etwas weiter nach links hinausgedrängt. Rechts kein Athmungsgeräusch nachweisbar, die rechte Thoraxhälfte bleibt bei der Respiration heinahe immobil. Ueber der rechten Thoraxhälfte wenige feuchte, kleinblasige Rasselgeräusche. Expirationsluft hat einen etwas fäcalen Geruch.

Temperatur: 2 1/2 Uhr nachts 39,8⁰ (Schüttelfrost bis 3 Uhr), 6 Uhr vormittags 39⁰, 8 Uhr nachmittags 37,5⁰.

4. Juni 1890. Klinische Vorlesung. Der Kranke liegt auf der rechten Seite. Das Gesicht von einem tief leidenden Ausdruck und cyanotisch. Stirne gerunzelt. Pat. ist benommen und antwortet auf gestellte Fragen nicht oder falsch. Schwächlicher, graciler Knochenbau. Fettpolster entsprechend. Muskulatur schwach. Hände kalt, mit feuchtem, klebrigem Schweiß bedeckt, auch die unteren Extremitäten und die Ohren. Nase kalt, der Rumpf warm. Der Puls ist kaum fühlbar, unterfadenförmig, 160 in der Minute. Herztöne sehr schwach, der II. kaum zu hören. Respirationfrequenz 48. Starke inspiratorische Erweiterung der Nasenflügel, Anxiliärmuskeln stark in Thätigkeit. Zitternde Bewegung der Herzgegend in der Mamillarlinie im 3., 4. Intercostrarum. Die beiden Hälften des Thorax werden ungleich erweitert bei den Athembewegungen: die linke wird im Querdurchmesser bedeutend, in der Richtung von hinten nach vorne um ein geringes mehr erweitert. Die Rippenzwischenräume sind links mehr vertieft als rechts. Die rechte Thoraxhälfte ist erweitert. Percussion: Rechts lauter, tympanitischer Schall bis hinab zur 8. Rippe, beginnend vom 2. Intercostrarum. Links vesiculäres Athmen, rechts kein Athmengeräusch zu hören, zeitweise „Tintement métallique“. Ueber der rechten Thoraxhälfte deutlich metallischer Percussionsklang, welcher besonders bei der Percussions-Auscultation hervortritt. Abdomen. Das Abdomen ist etwas eingesunken, schlaff. Die Palpation ist sehr schmerzhaft. Der Kranke spannt die Bauchdecken dabei stark. Im oberen Theile des Abdomen tief, im unteren hochtympanitischer Schall. Temperatur: 2 Uhr morgens 36,8⁰.

4. Juni 1890. Pat. ist um 3 Uhr nachmittags gestorben.

Section am 6. Juni 1890 (Dr. R. Paltauf). Klinische Diagnose: Peritonitis. Pneumothorax dexter. Anatomische Diagnose: Peritonitis ichorosa occlusa ex perforatione processus vermiformis cum destructione diaphragmatis, ulceratione pleurae pulmonalis et pyopneumothorace dextro. Residua peritonitidis diffusae. (Nekrosis proc. vermiformis ex coprolithe).

Körper dem Alter entsprechend gross, mehr schwächlich, mässig genährt. Allg. Decke blass. Abdomen und rechte Brustseite grünlich verfärbt, über der rechten Spina ossis ilei 2 Blutegelstiche.

Schädel gross, 18 cm lang, 15 cm grösste Breite. Schädelkapsel dünn, Gehirn und seine Häute mässig blutreich. Abdomen etwas ausgedehnt, wenig gespannt.

Die rechte Thoraxhälfte stärker gewölbt als die linke; Intercostraräume vorgetrieben. Zwerchfell links am oberen Rande der 5. Rippe, rechts am oberen Rande der 7. Rippe stehend. Im rechten Pleuraraum, der sehr stark erweitert ist, nebst übelriechendem Gas, 4 l einer trüben, graubraunlichen, mit Fibrinflocken gemischten Flüssigkeit. Lunge vollständig an das Mediastinum angedrückt, luftleer, zeigt an der unteren Fläche, welche

¹⁾ Es sind stets die Maximaltemperaturen am Vormittag und am Nachmittag angegeben. Zu anderen Tageszeiten waren die Temperaturen niedriger. Subnormale Temperaturen traten nicht ein.

mit dem Zwerchfell leicht verlöthet ist, unregelmässige, bohngrosse, bis zu grösseren Herden confluierende, oberflächliche Zerfallspartieen. Diese Stellen decken 3 etwa viereckigstückergrösse, längliche, den Fasern des Diaphragma parallel laufende Lücken mit zerfetzten, zerfallenden Rändern, welche an der abdominalen Seite von geschwürig zerfallenden Partieen des Zwerchfells begrenzt sind.

Die linke Lunge im ganzen Umfange durch fädige Pseudomembranen angewachsen, lufthaltig, blutreich. Das Zellgewebe des vorderen Mediastinum eitrig infiltrirt, ebenso die grosse Thymusdrüse. Im Herzbeutel eitrig getrübt Serum; das Herz entsprechend gross. Epicard über den grossen Gefässen mit einem zarten fibrinösen Exsudat bedeckt. In den Herzhöhlen schwarzrothes Blut und lockere Fibringerinnsel. Herzfleisch besonders in den inneren Schichten erbleicht.

An der rechten Seite der Bauchhöhle zwischen rechtem Leberlappen und längs dem Colon ascendens ein mit missfarbiger, schwarz-grünlicher, jauchiger Flüssigkeit gefülltes Cavum abgesackt.

Die Därme sind unter einander, in der Mittellinie auch mit der Bauchwand durch vascularisirte, eingedickten Eiter einschliessende Pseudomembranen verlöthet. Ziemlich innig sind auch die dünnen Gedärme und die untere Schlinge der Flexura sigmoidea am Eingang in das kleine Becken angewachsen, in welchem sich reichlich weisser, krümlicher, übelriechender Eiter abgesackt findet. In diesem Eiter findet sich ein kleinhaselnussgrosser und ein kleiner, halberbsengrosser Kothstein. Das periphere Ende des Proc. vermiformis nicht auffindbar, wohl aber der centrale Stumpf, welcher, kaum 1 cm lang, mit prolabirter, gerötheter Schleimhaut nach dem unteren Ende jenes an der rechten Bauchwand gelegenen Cavum zieht.

Leber von mittlerer Grösse, über dem rechten Lappen die Kapsel mit misfarbigem Exsudat bedeckt, theils auch zerfallend. Zwerchfell daselbst in ausgedehntem Maasse vom Peritoneum entblösst, seine von Blutungen durchsetzte, zerfallende Musculatur blossliegend. Tiefe Ulcerationen begrenzen jene erwähnten Zerfallsöffnungen. Lebergewebe blass.

Milz etwas vergrössert, blassroth. Beide Nieren blutärmer. Im Magen gallig gefärbter, schleimiger Inhalt; Magenschleimhaut blassgrau. Im Duodenum ist die Schleimhaut schwärzlich pigmentirt, die Follikel sind daselbst stark vergrössert und ziemlich derbe.

Im unteren Ileum fast acholische, im Dickdarm lehmartige, grauliche, ashaft stinkende, theilweise bröcklige Fäcalmassen. Schleimhaut entsprechend den Follikeln grau pigmentirt, sonst blass. In der Harnblase klarer Harn.

Für die Erlaubniss, das Material der Klinik zu dieser Arbeit benutzen zu dürfen, habe ich Herrn Hofrath Prof. Dr. Nothnagel freundlichst zu danken, ebenso Herrn Prof. Dr. Kundrat für die Ueberlassung der Sectionsprotokolle.