

**COARCTATIONIS
TRACTUS INTESTINALIS CASUS RARIOR.**



DISSEBTATIO INAUGURALIS

ANATOMICA PATHOLOGICA

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

GRATIOSI MEDICORUM ORDINIS

IN

UNIVERSITATE LITERARUM CÆSAREA

DORPATENSIS

AD GRADUM

DOCTORIS MEDICINÆ

RITE ADIPISCENDUM

LOCO CONSUETO PALAM DEFENDET

AUCTOR

Henricus Rossmann

POLONUS,

D21198

adversantibus:

Dr. F. Bidder, physiolog. prof.

Dr. G. de Samson-Himmelstiern, med. legal. prof.

Dr. A. Boetticher, pathol. privat. doc.

Adjuncta est tabula lithographica.

DORPATI LIVONORUM.

TYPIS VIDUAE J. C. SCHÖNMANNI ET C. MATTIENSI.

MDCCCLVIII.

FRATRIBUS DILECTISSIMIS

Alexandro ac Ludovico Rossmann

I m p r i m a t u r

haec dissertatio, ea conditione, ut, simulac typis excusa fuerit,
numerus exemplorum lege praescriptus collegio tradatur ad libros
explorandos constituto.

Dorpati Livon. die XIII mens. Sept. a. MDCCCLVIII.

Dr. Samson,

ord. med. h. t. Decanus.

N^o 224.

(L. S.)

D. D. D.

AUCTOR.

Praefatio.

In universitatis nostrae praeparatorum pathologico - anatomicorum collectione inde ab anni proximi superioris mense Decembri ineunte praeparatum invenitur in spiritu vini asservatum, in quo inspiciendo animi mei attentio vel maxime est excitata. Praebet hoc praeparatum viri anno **1857** mensis Decembris die **3** in nosocomio urbano mortui viscera in cavo abdominali contenta.

Cujus praeparati raritas, ut in operibus huc pertinentibus certiora de tali casu cognoscere studerem, me adduxit. Verumtamen neque in aetatis recentissimae compendiis, de anatomia pathologica editis, neque in commentationibus singularibus, quae ephemeridibus insertae in medium prolatae sunt, quidquam, quod huic casui simile esset, reperire mihi contigit. Qua de causa, quamquam hoc praeparatum mihi serius in conspectum est datum, quam ut certiores de eo,

praesertim ope microscopii, instituere possem pervestigationes, quippe quod ex trium jam mensium spatio in spiritu vini esset positum, tamen mihi ejus descriptio viris in anatomia pathologica versatis nonnullius momenti futura esse videbatur.

Qua causa adductus, hanc dissertatiunculam publici juris facere in animum induxi, qua in re tamen non possum quin lectorem benevolum, ut debitam tironi indulgentiam mihi quoque ne denegat, etiam atque etiam rogem.

Simul impellit me animus, ut professori Dr. Bidder, viro eruditissimo, benignitatis eximiae, qua in conscribenda hac commentatione et consilio et re me adjuverit, toto animo gratias quam plurimas persolvam.

Caput I.

Praeparati descriptio.

Quod descripturus sum praeparatum, omnia, quae viri cavo abdominali continentur, organa adspectui proponit. Quae organa ad unum omnia respectu pathologico commutata apparent. At de subtilioris texturae mutationibus, quas hepar lienque et renes ostendunt, quemadmodum jam admonui, quoniam haec organa, quum longius per tempus in spiritu vini sita fuerint, eo nimis affecta sunt, certiores disquisitiones non institui. In solum tractum intestinalem ut diligentius inquirerem, mihi proposui. Attamen quum ratio, qua omnia haec organa inter se continentur, intima sit, quumque praeterea morbus, qui in iis commutationes efficit, unus idemque fuisse videatur, facere non possum, quin omnium, quae in cavo abdominali insunt, organorum descriptionem, quamvis externam modo, proponam.

Totum praeparatum si ita disposueris, quo ordine organa in cavo abdominali sita esse solent, haec fere conspicias.

Hepar aliquanto deminutum esse cernitur. Ejus longitudo 8", latitudo 4", crassities 3" adaequat. Omnes ejus

margines, praesertim anterior inferior, perquam acuti apparent. Atrophia omnium maxime ad lobum sinistrum pertinet, cujus quidem diametros longitudinalis antero-posterior vix 2" aequat. Capsula et in universum et praesertim illo in loco, quo ligamentum suspensorium hepatis huic organo inseritur, paululum est incrassata. Ligamenta hepato-duodenale, et hepato-renale solito crassiora esse cognoscas, nec non ad utrumque eorum latus funiculi fibrosi, quorum haud exigua est crassitudo, ab hepate proficiscuntur, quibus funiculis arcta firmaque hepatis ceterorumque cavi abdominalis viscerum conjunctio efficitur. Sic funiculum latum, 2" longum, minori ventriculi curvaturae inseri animadvertas; sic dextra intestini coli flexura hepati firmiter est alligata, neque non hujusmodi funiculos, quamquam paulo tenuiores, secundum ligamentum hepato-renale ad renem dextrum, ac secundum posteriorem ventriculi parietem ad renem sinistrum persequi licet.

Lien et ipse omnibus diametris suis minutus cernitur, longitudine $3\frac{1}{2}$ ", latitudine $1\frac{1}{2}$ ", crassitie 1" adaequans. Ex liene funiculi fibrosi crassissimi tum ad fundum ventriculi tum ad sinistram intestini coli flexuram porriguntur.

Renum uterque insignem in modum est deminutus; eorum longitudo $3\frac{1}{2}$ ", latitudo $1\frac{1}{2}$ ", crassitudo $\frac{3}{4}$ " aequat. Inde a rene sinistro praeter funiculos, quorum mentionem jam intulimus, alios quoque, et ad ventriculum et ad dextram int. coli flexuram tendentes, persequi possis.

Omentum majus in laminam nonnisi manum transversam aequantem corrugatum partem dextram versus loco motum est, ut dextra intestini coli flexura attractum esse videatur. Species ejus granosam se exhibet.

Inter ventriculum colonque transversum, praesertim inter partem pyloricam ventriculi colique transversae trientem dextrum, pons brevissimus, 3" crassus, interpositus est, quo quidem haec organa tam arcto inter se junguntur connexu, ut primo adpectu unius partis speciem offerant.

Mesenterium totum quidem, neque tamen omnibus locis aequae, incrassatum est. Maxima haec incrassatio in intestini crassi mesenterio apparet, quod, ut exemplum afferam, ad flexuram sigmoideam in intestini vicinia $\frac{1}{4}$ " crassum est.

Summas vero abnormitates tubus alimentarius ostendit.

Ventriculus magnitudine a norma non discedit. Ejus parietes in majore extensionis suae parte, si contrectaveris, crassitie normali esse observes.

Demum loco fere 1" a pyloro distante ventriculi parietes crassitudine augeri animadvertas, quae incrassatio, uti ab initio haud ita magna est, ita celerrime adaugetur, atque ipso in pyloro tanta existit, ut extrinsecus pylori aperturam ope digiti persentire non possis. Ventriculi parietes hoc in loco in unum confusi videntur, torique oblongi sursum deorsumque versus complanati speciem prae se ferunt. Cujus tori diametros crassitudinis in parte media circiter pollicem adaequat, dum ad partem superiorem inferioremque versus, sensim ac paulatim minutus, in pontes, quos dico, transit, qui partem ventriculi pyloricam ex parte altera cum hepate, ex altera cum colo transverso jungunt. Hic torus admodum est durus, ac, si ope digitorum eum comprimere volueris, vix cedit, ita ut, quemadmodum jam diximus, liberum inter parietes intervallum animo fingi nequeat.

Hanc intumescitiam si intestinum tenue versus persequamur, eam in intestini duodeni initio subito evanescere

videmus. Intestini duodeni parietes tota extensione sua normales apparent, quin etiam, si primo contrectaveris, propter discrimen permagnum, quod inter ipsos partisquę pyloricę ventriculi parietes intercedit, paene attenuati esse videantur.

Ad inferiorem vero intestini duodeni finem rursus similes, atque in fine pylorico ventriculi, rerum rationes in conspectum veniunt. Etenim, ex quo loco intestinum jejunum incipit, similes, atque quas de pyloro descripsimus, abnormitates persentimus, attamen alio modo dispositas. Namque, uti illic pylori parietes undique incrassati sunt, adeo ut re vera nulla totius pylori pars normalis sit, ita hęc majorem tubi alimentarii partem a norma nil recedere observamus. Solummodo in intestini parte ad mesenterium conversa torum, cujus crassitudo fere digiti crassitiem aequat, partim in tubum alimentarium ipsum partim inter duas mesenterii laminas prominere sentimus. Intestini parietes si inde a facie libera inter digitos prehenderis, eos sursum tollere atque de eorum crassitudine normali tibi persuadere liceat. Contra ea in intestini parte ad mesenterium versa, uti jam diximus, funiculus crassitię digiti adaequans persentitur, quo ex parte majore in tubum alimentarium prominente, ejus lumen haud parum coarctatur. Quem funiculum eadem ad intestini parietem positione per totum intestinum jejunum ileumque persequi possis. Neque tamen ejus crassitudo omnibus locis eadem esse cognoscitur. Maxima quidem in intestino ileo cernitur, ita ut libera intestini facies parte sua interna fere ipsi toro imposita esse videatur, atque ab illa vix sursum attolli queat. Intumescentia hoc loco eadem est duritię, qua in ventriculi parte pylorica, atque, omnes intestini gyros

continue sequens, tam rigida ac dura apparet, ut intestinum flexum in longum extendere nequeas.

In intestino crasso haec intumescentia pariter conspicitur, at in hoc tamen rursus aliae sunt rationes. Neque enim eam continue per totum intestinum crassum persequi licet, sed potius tales hęc diversitates reperimus. Intumescentia inde ab intestino ileo in coecum continue porrigitur, in quo quidem etiam adaucta cernitur. Namque intestini paries non modo ab ea parte, qua mesenterio est affixus, verum tota extensione sua, quamquam non tantopere uti illic, incrassatus est. Processus vermicularis appendicis 1" longae et 4" crassae speciem offert. In superiore intestini coeci fine intumescentia rursus desinit, toto colo ascendente ejus experti. Hujus parietes a norma nullo modo abhorrent. In colo transverso intumescentia denuo animadvertitur, attamen modo parum regulari. Nam non licet eam per totam coli transversi longitudinem sequi, quoniam nonnulla loca omnino normalia sunt, alia incrassata esse sentias, quae incrassatio aut taeniolae ad instar totum tubum circumdat, aut, spatio circumscripto, intestini peripheriam obtinet, id quod praecipue illis in locis, quibus intestinum colon aliaque inter se concreverunt, observatur, aut, speciem massae irregularis magis minusve extensae solidaeque distinctis limitibus cinctae offerens, in intestini parietem est immersa. Colon descendens tota extensione sua a norma non discrepat.

Ad flexuram sigmoideam mesenterio proprio instructam prorsus easdem rationes pathologicas, quas in intestino tenui, deprehendimus. In ejus parte libera intestini paries so-

lita est crassitie, dum in parte mesenterio affixa torus reperitur ejusdem fere, qua pollex est, crassitudinis.

Mesenterium ipsum hac in parte maxime est commutatum, quippe quod per totam longitudinem suam adeo sit incrassatum, ut ejus in intestinum transitus vix cognosci possit.

Intestinum rectum minus mutatum apparet, cujus parietes, licet torum ipsum animadvertere nequeas, tamen tota extensione sua, quamvis haud magnopere, sunt incrassati.

Quo modo quum et oculis inermibus et contrectando de externa praeparati, de quo disserimus, indole me certiore fecissem, ut tubum alimentarium intrinsecus quoque perquirerem, partem ejus maximam patefeci. Ventriculo enim supra locum incrassatum aperto, hinc digitum minimum in ejus partem pyloricam introducere conatus sum. Quamvis hac in re aliqua vi adhibita, ostium pyloricum digito transire non potui, cujus diametros $3\frac{1}{2}$ " adaequat. Excepta coarctatione, cujus mentionem fecimus, in internis ventriculi partibus nihil abnorme observare licuit. Membrana ejus mucosa nihil, quod insolitum esset, praebuit.

Intestinis jejuno ileoque patefactis, idem inveni; eorum membrana mucosa omnino normalis, ejus plicae manifestae fuerunt. Id modo a norma discessit, quod intestini lumen non, uti solet, circuli formam praebat. Inde a parte inferiore enim, i. e. inde ex parte mesenterio affixa, intumescencia, membranam mucosam prae se agens, arcus ad instar in tubum alimentarium prominebat. Quo modo, uti per se intelligitur, ejus lumen coarctatum fuit. Quae coarctatio,

non ubique aequabilis, in intestini jejuni initio minima, in ileo tanta exstitit, ut nonnullis in locis digito indici in tubo alimentario vix satis esset spatii, ejus diametro non amplius 7" aequante. Ostium ileo-coecale, parietibus intestini coeci incrassatis, quam incrassationem supra jam memoravimus, similiter atque in pyloro, circum extendi, valde est coarctatum, ita ut diametros ostii ileo-coecalis 3" adaequet. Membrana mucosa, pariter atque toto intestino crasso, nullam majoris momenti mutationem offert. Intestini coeci lumen perparvum est pollicemque aequat, attamen formam circuli magis regularem, quam intestini tenuis lumen, ostendit.

In colo transverso intrinsecus easdem, quas supra jam exposui, rationes pathologicae cognovi. Etenim alia loca omnino integra reperi, in aliis diversae formae incrassationes observavi, neque modo in hujus intestini parte mesenterio affixa, verum etiam in parte libera loca incrassata et circumscripta inveni.

In flexura sigmoidea formam abnormem, quam intestinum tenue praebet, reperi, nisi quod intumescencia hac in regione pro rata parte profundius in tubum alimentarium prominet.

Quodsi, quae hucusque protulimus, complectamur, hoc in casu, ut uno verbo dicam, fere totius tractus intestinalis coarctatio adest. Quae coarctatio quum toro in tractum intestinalem immerso effecta sit, nobis neoplasma offertur.

Jam quaeritur, quo hoc neoplasma consistat? inter quas intestinorum tunicas sedem habeat? quatenus tractus intestinalis functiones turbaverit? unde originem ceperit?

Antequam ad explicandas has quaestiones me conferam, haud alienum videtur, lectorem benevolum de morbi symptomatis certiore facere, quae, aegroto vivente observata, in diurnis de aegrotantis morbo in nosocomio urbano exstantibus descripta sunt.

Caput II.

Morbi historia.

Christophorus Kladdo, annos 59 natus, sutor Dorpatensis, anno 1857 die m. Octobris 30. in nosocomium districtus Dorpatensis receptus est.

Status praesens. Aegrotus, statura media potiusque parva, corporis constitutione debili, nutritione satis confecta, facie est macilenta, genis collapsis, oculis in orbitas regressis. Color cutis pallidus est, subflavus lividusque, turgore cutis haud parum deminuto.

Abdominis integumenta satis tensa atque expansa sunt, qua in re venae in superficie positae, praesertim in inferiore abdominis dimidio, admodum prominent, lineaque alba in parte sua superiore solito latior apparet. Abdominis dimidia duo parum aequabiliter inflata sunt, quoniam dimidium sinistrum multo magis dextro elatum est. Contrectando hoc in loco torus non ita certo circumscriptus animadvertitur, quo presso, multum aegroto doloris cietur. Praeterea toto abdomine durities quaedam porrigitur, propter insignem integumentorum tensionem contrectanti non ita perspicua, quae nescio an ex auctis mesenterii glandulis sit repetenda. In regione iliaca utriusque lateris, praesertim si-

nistri, prominentiae quaedam globosae tactu cognoscuntur, quibus quidem mota est suspicio, spasmodicas tractus intestinalis constrictiones adesse.

Alvi dejectiones satis regulares massaeque faecales colore bilioso tinctae sunt. Lingua laevis est ac rubra; pulsus quinquagies sexies in sexagesima micat.

Ad subjectiva aegroti symptomata quod attinet, is dolores inde a regione umbilicali per totum abdomen pertinentes, anorexiam, sitim acerrimam, vomitus post cibos assumptos, qui tamen saepe non apparent nisi ruminaciones, conqueritur.

Ceteris corporis partibus exploratis, nullae a statu normali abnormitates sunt observatae.

Anamnesin quod attinet, aegrotus se jam ex anno 1856 exeunte ciborum concoctione turbata, anorexia, ructibusque acidis laborasse refert. Quo statu, quum calidius anni tempus initium cepisset, haud parum in melius mutato, tantum, si cibos acidos assumpsisset, se valetudinem incommodam animadvertisse narrat. Ex anni autem 1857 metise Augusto ea, quae descripsimus, symptomata iterum tam vehementia ingruisse, ut cura policlinica se tractari pateretur, quo temporis spatio remediis tonicis et aromaticis usum esse. Quum vero vires magis magisque essent exhaustae, coactum se fuisse, ut auxilii petendi causa in nosocomium urbanam accederet.

Diagnosis. Secundum status praesentis symptomata hoc in casu primum gastritis chronica adesse credita est, quoniam, quatenam intumescenciae in abdomine obviae natura esset, quum eam per abdominis integumenta non nisi

parum manifesto persentire liceret, certius constitui nequii. Cachecticus tamen aegroti habitus suspicionem excitavit, huic malo vitiosam sanguinis constitutionem, fortasse dyscrasiam carcinomatosam, quae vocatur, subesse. In morbi decursu alia etiam symptomata ingruerunt, ex quibus verisimile esset heteroplasma exstare. Coepta est aqua in cavo abdominali accumulari, et extremitates inferiores oedemate sunt correptae. Porro aegrotantis alvi perparvum bilis affluxum ostenderunt, id quod ex mechanico neoplasmatis ad ductum choledochum pressu repetendum videbatur. Quod mirabile visum est, cutis neulquam colorem ictericum induit, dum urina multo fusciore imbuta erat colore, quam antea fuerat. Neque tamen, investigatione chemica instituta, quidquam pigmenti bilis proprii in ea reperiri potuit.

Ad curam morbi quae decursum quod spectat, quum mali primarii tollendi potestas non esset, curatio fieri non potuit nisi diaeta regulanda, doloribus leniendis, ac morbi symptomatis oppugnandis.

Datae sunt aegroti lapidis infernalis doses $\frac{1}{2}$ grani, pilularum forma praescriptae, cujus remedii usus longius per tempus continuatur.

Inde a die m. Novembris 4 usque ad diem 6 aegroti status in universum idem mansit. Saepe ruminaciones extiterunt, quibus multum ei allatum est molestiae. Abdominis tensione paululum adaucta, venarum cutis turgor minutus esse videbatur.

Ex die m. Nov. 6 ad diem 14 aegrotus crebrioribus acrioribusque vexatus est doloribus, quam ob causam bals. nuc. mosch. infricari praecipitur. Hoc tempore et ruminaciones

et vomitus amari acidique praecipue tempore nocturno ingruerunt.

Jam prima certiora aquae in cavo abdominali accumulatae signa in conspectum venerunt, brevique post etiam extremitates inferiores oedemate haud exiguo sunt affectae. Ruminations quum essent auctae, aegroti pulvis ex acido tartarico et natro bicarbonico paratus porrigebatur, qui tamen quum perferri non potuisset, ei natri bicarbonici ℥j in aquae destillatae ℥vj solutio, adjecto eleosacchar. Menthae piperitae ℥j, data est. Quo tempore quum alvi dejectiones speciem prae se ferrent albidam, medicaminis usus mutatus non est, quoniam natrum bicarbonicum hoc in casu alteri quoque postulato satisfaceret, utpote quod ad adipem, qui faecibus inerat, in saponem transmutandum aliquid conferre posset. Dolores quia increverunt, pro lapide infernali aegroti extractum Belladonnae gr. β pro dosi pilularum forma est porrectum.

Inde ex die m. Novembris 27 haud exiguus virium collapsus ingruerat, quumque aegrotus et crebris vomitibus et insomnia admodum vexaretur, opium in usum est vocatum. Quo facto, quamquam alvi dejectiones sunt retardatae doloresque mitigati, tamen virium collapsus in dies ad-auctus est, donec die m. Decembris 3 hora vespertina 10. mors quieta ingrueret.

Quod ad cadaveris sectionem attinet, rigor mortis exiguus fuit. In cavo abdominali liquoris colore valde bilioso tincti librae 4—5 repertae sunt. In externo tractus intestinalis indumento nonnullae massae floccosae, filiformes,

exsudatae cernebantur. Ventriculus valde sursum elatus partimque aëre partim fluido quodam turbido, odoris experti, colore griseo tincto, in quo nonnullae ciborum reliquiae natabant, expansus fuit.

Ventriculi fundus perquam extensus est, membrana ejus mucosa, colore ex griseo rubescente, mollis atque laxa apparet. Pollicem ante pylorum tunicarum incrassatio initium capit, quae, ad pylorum usque valde adaucta, ibi diametro circiter 6" aequat, et ostium ex omnibus partibus adeo minuit, ut ejus diametros vix 4" aequet. Membrana mucosa solummodo in superficie erosa cernitur. Intestini duodeni tunicae nullo modo a norma discedunt. Ab intestino jejunum inde incrassatio fibrosa incipit, quae, funiculi 3—4" crassi speciem praebens, per intestini partem mesenterio affixam, neque non per mesenterium ac mesocolon porrigitur, quo fit, ut intestini tenuis laquei in flexuris suis immobiles teneantur. Intestini tenuis membrana mucosa tantummodo insertionum locis hic illic leviter est erosa. Continentur intestinis massae faecales copiosae, pici liquidae similes, colore albedo imbutae. Processus vermicularis fibrosus est, corrugatus et obliterated.

Renes lienque et hepar, si obiter inspicerentur, nullas telarum mutationes ostenderunt, attamen mirum in modum parva atque laxa apparuerunt. Hepatis parenchyma colore bilioso tinctum, ductus choledochus, quamquam pyloro incrassato pressus, tamen non ex toto est clausus. Omentum corrugatum speciem granosam offert. Pancreas, nisi quod ad caudam paulo durius est solito, nihil praeterea mutationis subiit. Vesica urinaria coloris fuscii urina impleta.

Pulmones, multis adhaesionibus observatis, anaemici atque oedematosi; cor, nullas offerens abnormitates, parvum molleque, omnibus in cavis sanguinis coagula praebet. Cranii organa magnopere anaemica sunt; pia mater incrassata atque oedematosa; in cerebri ventriculis β seri decoloris inest.

Caput III.

Intestini coarctati disquisitio microscopica.

Rationes a me descriptas, quae in tractu intestinali observatae sunt, quo melius lectori perspicere liceret, segmenta transversa ex tubo alimentario feci, quae segmenta delineanda curavi

Figura IV. segmentum transversum, ex media intestini jejuni parte desumptum, eadem, qua est, magnitudine proponit. Incisio per tubum intestini atque per mesenterium, neque tamen ad hujus radicem usque facta est. a intestini jejuni lumen, b intestini parietem sanum, in parte libera, c mesenterium proponit, d et e loca indicant, quibus mesenterium intestino inseritur, vel locum, ad quem usque serosum jejuni indumentum deorsum versus persequi licuit. Linea fuscior intestini tunicam muscularem oculo inermi conspicuam designat.

Segmentum transversum hic propositum si diligentius contemplamur, intestini jejuni lumen haud parum coarctatum videmus, ejusque parietem in parte libera a crassitie normali non recedere cernimus. Porro haud parvam substantiae

Tela cellulosa submucosa, dimensionum respectu habito, a norma non discrepuit. Duo strata muscularia, nimirum musculorum transversorum et longitudinalium, omnino manifesta, et quidem ex comparatione stratorum eorundem, qualia in fig. IV videmus, incrassata fuerunt. Sub musculorum longitudinalium strato, inter hoc stratum serosumque ventriculi indumentum, copiosum reperitur telae conjunctivae stratum. Quae tela ad altiorem conformationis gradum pro-
 vecta cernitur, quia substantia intercellularis copia praevalens et consolidata in fibras fibrarumque tractus diffindi potest, dum cellulae corrugatae multo minore copia apparent. Nusquam ullum vel minimum inferioris conformationis telae gradus invenire potuimus vestigium, ubi substantia intercellularis adhuc semiliquidam atque hyalinam se exhiberet. Quod stratum adventicium quam sit copiosum, hac portione cum respondente partis integrae ventriculi strato comparata, planissime elucet. Ventriculi paries incrassatus circiter 5^m diametro, id est $\frac{5}{12}$ vel 0,416", aequat. Unde si normalis ventriculi parietis crassitudinem (fac incrassationem stratorum muscularium strati glandulosi defectum compensare) deduxerimus, videmus, differentiam inter 0,4167"

et 0,0377"

hanc esse 0,3790".

Hic numerus nobis tori crassitiem proponit, qui tela conjunctiva luxuriante exortus pylorum undique cingit, ejusque ostium, apertura minima relicta, coarctat.

Fig. II. segmentum transversum ex intestini tenuis parte non affecta repetitum nobis proponit. Figurae IV si meminerimus, litt. b in ea reperta locum significat, unde se-

gmentum, quod figura II ante oculos ponit, petiverim. Res centies amplificatae conspiciuntur.

Crassities strati glandulosi (a)	0,0065" aequat.
„ strati muscularis submucosi (b)	0,0008" „
„ telae cellulosa submucosae (c)	0,0170" „
„ fibrarum muscul. transvers. (d)	0,0130" „
„ fibrarum muscul. longitud. (e)	0,0013" „
<hr/>	
totius intestini parietis 0,0386" aequat.	

Deinde incisionem feci transversam per intestini partem ad mesenterium conversam, eamque in mesenterium usque continuavi, quo facto, has observavi rationes. Membrana mucosa in omnibus partibus suis omnino apparuit integra, villis stratisque glanduloso et musculari submucoso quam manifestissimis ac dimensiones normales praebentibus. Tela cellulosa submucosa, quamvis non ita magnopere, incrassata fuit; duo vero strata muscularia crassiora cernebantur, sub quibus rursus permagnum telae conjunctivae stratum suberat. Jam sufficit dimensiones in fig. II prolatas cum dimensionibus in fig. IV propositis comparasse, ut, quanta sit telae conjunctivae luxuries, unde formatus est torus, vel primo adspectu cognoscamus.

Fig. I. segmentum transversum ex libero flexurae sigmoideae margine desumptum, centies amplificatum, oculis proponit, in quo has dimensiones inveni.

Crassitudo strati glandulosi (a)	0,0048" aequat.
„ strati musculorum laevium (b)	0,0045" „
„ telae cellulosa submucosae (c)	0,0205" „
„ strati musculorum transversorum (d)	0,0150" „
<hr/>	
totius intestini parietis 0,0418" aequat.	

Incisione per partem mesenterio obversam mesenteriumque eodem flexurae sigmoideae loco facta, membranam mucosam omnino integram mansisse segmentum docuit. Glandulae Lieberkuehnianae utriculis similes nec non folliculi solitarii et omnino manifesta fuerunt et, ad dimensiones quod attinet, a respondentibus integrae intestini portionis partibus nil differebant; quae eadem strati muscularis submucosi ratio fuit. Quum tela cellulosa submucosatum musculorum transversalium stratum, pariter atque in intestino tenui, paulo incrassata apparuerunt. Tela cellulosa subserosa autem insignem in modum crassitiae adaucta erat. Etenim magnopere in tubum intestini prominebat, praesertimque inter mesenterii laminas porrigebatur. Hoc loco, sicuti jam extrinsecus contrectando cognoveramus, intumescencia summum gradum attigerat. Hic etiam admoneam oportet, me ex diversis intestini locis, idque tum ex parte mesenterio affixa tum ex parte libera, segmenta repetivisse, at ubique easdem, quas commemoravi, rationes reperisse.

Caput IV.

Epicrisis.

Quodsi intestini mutationes et oculo inermi et investigatione microscopica inventas complexi erimus, haec fere comperiamus.

1) In omnibus tractus intestinalis partibus vero mesenterio praeditis neoplasma adest, quo maxime intestinorum pars ad mesenterium conversa obtinetur. Ex hoc inde loco neoplasma, crassitiae variante, in regiones diversas extenditur, partim sursum versus in intestini tubum prominens, tunicis prae se actis, partim inter mesenterii laminas porrectum. Praeterea hoc neoplasma modo prorsus irregulari indumentum tubi alimentarii peritoneale sequi videmus, nonnullis in locis toto pariete, pariter atque in ventriculi parte pylorica, in intestino coeco pluribusque coli transversis locis, undique incrassato. Aliis autem in locis incrassatio sola longitudinali intestini regione inter laminas peritoneales, quibus mesenterium vel mesocolon formatur, interposita continetur. Earum vero intestini partium, quae mesenterio carent, nonnullas ex toto integras, alias autem modis diversis, nulla certa directione, pathologice mutatas esse cernimus.

2) Neoplasma tela conjunctiva consistit perfecte efformata.

3) Neoplasma inter tunicam muscularem serosamque, nec nisi inter has duas tunicas situm habet.

4) Ad structuram intestini mutationes neoplasmate provocatas quod attinet, in omnibus affectis intestini partibus commutationem unam eandemque, nimirum tunicae muscularis incrassationem, animadvertimus. Quae facilis est explicatu. Totius tractus intestinalis lumen, exceptis paucis locis, magis minusve coarctatum videmus. Quam ob rem, quum intestinorum contentis plus objiceretur obstaculi, ne longius propellerentur, intestinorum parietibus (eorum musculis), ut contenta ultra propellerentur, major vis adhibenda fuit. Qua de causa quum intenderentur, secundum leges notas, contentionibus perdurantibus, tunicae muscularis hypertrophia exorta est. Evidentissime hoc in pyloro cognoscimus, in quo et incrassatio maxima et lumen parva relicta apertura est coarctatum. Idem constanter toto tractu intestinali persequi licet, quo major luminis sit coarctatio, eo majorem esse tunicae muscularis hypertrophiam.

Ad membranam mucosam quod spectat, ejus structuram non nisi uno in loco, nempe ad pylorum, ubi glandulas prorsus deficere compertum est, commutatam esse apparet. Quae res facili modo explicari posse videtur. Etenim, pressu perpetuo exhibito, partes compressas atrophiam corripit, inter omnes constat.

Toto organorum ciborum concoctioni inservientium tractu, excepto pyloro, membrana mucosa, si vere existimes, ad nullam exposita erat pressionem. Nam, quamvis magna esset incrassatio, quamvis intestini lumen coarctatum, tamen membranae mucosae satis datum est spatii, ut toro comprimenti in lumen intestini cederet, neque ei ex parte altera ullus

obvius fuit pressus. At aliae prorsus in pyloro sunt rerum conditiones. Ibi enim neoplasma totum intestini parietem undique occupasse, ac quantopere ostii pylorici lumen coarctatum fuerit, exposuimus. Hic vera adfuit pressio, eaque omni ex parte exhibita. Extrinsecus enim neoplasma ad membranam mucosam pressum exhibuit, quae illi cedens in intestini lumen se conferebat. Quod quum ex omnibus partibus simul eveniret, membrana mucosa cedens partis oppositae intestini membranae mucosae, quae et ipsa intratura erat, obviam venit, quo factum est, ut eodem tempore pressio a latere exhiberetur. Accessit huc a parte interna ciborum ventriculi musculis ad pylorum propulsorum pressio, quae quidem, ciborum transitu in reliquum tractum intestinale impedito, multo diutius, quam solet, continuaretur necesse erat. Qua de re, hoc pressu perpetuo, glandulae in membranam mucosam immersae, fieri non potuit, quin atrophiam corriperentur.

Jam quaeramus oportet, hae mutationes quo modo effectae fuerint.

Adest hoc in casu neoplasma ex tela conjunctiva consistens, quod priusquam formaretur atque luxuriaretur, aucta materiae formatricis i. e. sanguinis copia subveheretur, partiumque ejus fluidarum transsudatio adaugeretur necesse erat. Ad organa quod spectat, quae huic luxuriei sedem praebuerunt, ea fere omnia cavi abdominalis viscera corripuit, nonnullis tamen portionibus, uti intestinis colo adscendente ac duodeno, omnino sanis manentibus. De telis si quaeras, excepto glandularum in pyloro defectu, qui, sicuti jam diximus, secundarius fuit, membranam mucosam prorsus integram videmus. Peritoneum nonnullis in locis normale

est, dum in aliis massas diversas, organizatas, appositas animadvertimus, quae verae peritonitidis praegressae fuerunt sequelae. Propria morbi sedes tela conjunctiva videtur, unde evenit, ut re vera maxima telae cellulosa subserosae pars affecta cernatur, ac solummodo singula loca ex toto integra supersint.

Nobis non nisi unum momentum pro duce est, quem in re explicanda sequamur. Namque telae cellulosa subserosae hypertrophiam magis minusve insignem omnibus illis intestinorum locis, quae proprio utuntur mesenterio, observamus. Quo adde, quod intestinorum pars mesenterio obversa aut sola aut prae ceteris affecta cernitur, quodque intestini partes mesenterio carentes sanae manserunt. Quibus rebus adducti, facere non possumus, quin auctae transudationis fontem in mesenterio repositum esse censeamus, quumque sciamus, vasa mesenterialia demum, postquam ad intestinorum partem mesenterio obversam pervenerunt, inde ramos emittere, qui, angulis obtusis inter se discedentes, intestina complectantur, atque hoc maxime loco obstacula sanguinis motioni opponi, sanguinis stagnationes atque auctam exsudationem hinc primo apparuisse, processumque exsudationis hinc longius progressum esse verisimile videtur.

In praefatione jam dixi, quod equidem scirem, hucusque nullum in medium prolatum esse casum, qui huic, de quo nos agimus, similis haberetur. Apud Virchow*) quidem quiddam consimile inveni, attamen haec similitudo, nisi ad res singulas cadavere secto inventas, non pertinet. Virchow

*) Virchow's Archiv Vol. V. pag. 335 sqq.

enim, quo loco de diversis abdominis affectionibus disserit, etiam de peritonitide chronica partiali mentionem injicit. Ex qua peritonitide exsudata in partem externam proveniunt, ibique telae conjunctivae funiculos, quibus organa diversa inter se junguntur, conformant. Inflammatio etiam partem internam versus extenditur, atque vir doctus de parvis ac circumscriptis intestini portionibus commemorat, quae tela conjunctiva luxuriante rigidae exstiterint. Aliter tamen in casu, de quo nos disserimus, res sese habuit. In hoc enim exsudatio in partibus internis, inter mesenterii laminas, initium cepit immensamque telae conjunctivae luxuriam effecit, unde postea ad partem externam transiit, singulis iisque irregularibus telae conjunctivae funiculis illis, quos Virchow observavit, similibus conformatis. Quam peritonitidem in casu nostro longe lateque procul a loco, unde morbus exordium cepit, extensam videmus; nam externum hepatis lienisque etc. indumentum corripuit, mutationibus tamen, quas provocavit, non ita magnis, et peritonitide chronica partiali tantum secundaria. Possumus etiam majoris momenti argumentum afferre, quo discrimen, quod inter casus a Virchow narratos nostrumque intercedit, certius demonstratur. Etenim in casibus viro docto oblatis mechanica morbi causa inveniri poterat, malo aliàs pulsu, lapsu in abdomen, aliàs massis faecalibus induratis effecto, id quod nostro in casu neque ex anamnesi comperiri neque per se conjici potuit, quoniam ipsae hae causae non nisi partialem laminae visceralis inflammationem provocassent.

In casu supra narrato, quantum mea fert opinio, remotior morbi causa in universali plethora abdominali quaerenda fuerit, cui quidem sententiae etiam morbi historia

favet. Namque et aegrotus sutor erat ideoque vitam sedentariam degebat, quae quandam plethorae abdominalis proclivitatem affert, et morbi, quo tempore hiberno laboraverat, symptomata gastro-enteritidem indicabant. Calidioris anni tempore coepto, ejus valetudo in melius mutata erat, quoniam, uti verisimile est, corpus multum movendo plethoram abdominalem sustulerat. Auctumno, rerum conditionibus contrariis, valetudo ejus in deterius abiit, quae morbi symptomata postquam tempore hiberno graviora evaserunt, aegrotus mortem obiit.

Mortis causa non directo in mutationibus pathologicis quaerenda est; nam tractus intestinalis, quamquam magno-pere coarctatus, tamen neque ex toto clausus neque ita inflexus fuit, ut contentis, ne transirent, impedimentum opponeret. Membrana ejus mucosa omnibus locis functioni suae praeerat, neque, quod pylorum glandulis caruisse videmus, unus hic defectus tales efficere potuit turbas, in quibus morbi causa reposita fuisse credatur. Ductus choledochus, etsi pyloro incrassato compressus, nequaquam tamen omnino fuit clausus, neque bilis ad cibos deglutitos effectus ex toto erat sublatus.

Attamen, quum ingenti opus esset vi, ut tractus intestinalis contenta sua per loca coarctata ulterius propelleret, facile fieri potuit, uti illius vires exhaurirentur, eoque ejus paralysis ingrueret.

Atque, si eorum, quae in morbi historia narravimus, meminisse placuerit, symptomata ultimis vitae diebus observata hanc sententiam, qua tractus alimentarii paralysis statuatur, vel maxime confirmare videamus.

Quod in dissertatione mea alios artis medicae auctores non laudavi nisi cl. Virchow, ejus rei causa inde est repetenda, quod, tum vetustioribus tum recentioribus, quae adire potui, de anatomia pathologica operibus perlustratis, uti quae a Foerster, Rokitsky, Meckel, Voigtel etc. edita sunt, nusquam tamen ullius casus, cujus in rebus gravissimis cum nostro esset similitudo, mentionem reperire potui.



T H E S E S .

1) Plica polonica morbus est dyscrasicus, qui vocatur.

2) In operationibus obstetriciis medico, nec matre nec patre consultis, secundum suam ipsius fidem agere licet.

3) Optima hydroceles radicitus tollendae ratio solutionis jodii secundum Lugol injectio est.

4) Politiae medicae, rebus privatis ut se immisceat, est permittendum.

5) Nomen inflammationis ex artis medicae usu expelli potuerit.

6) Ad prostitutionem prohibendam nimia legum severitas nil valet.

Fig. I.

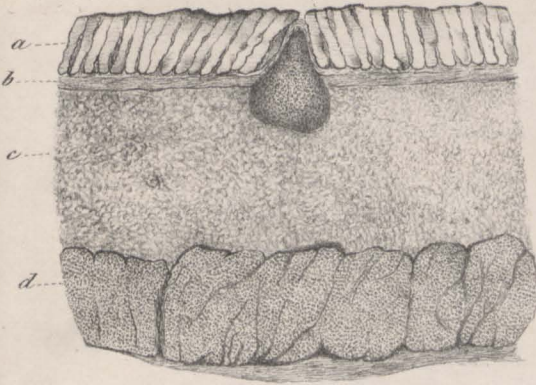


Fig. II.

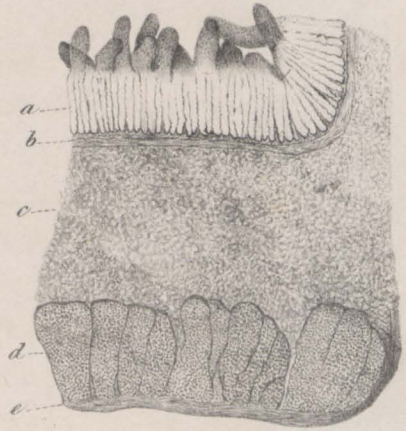


Fig. III.

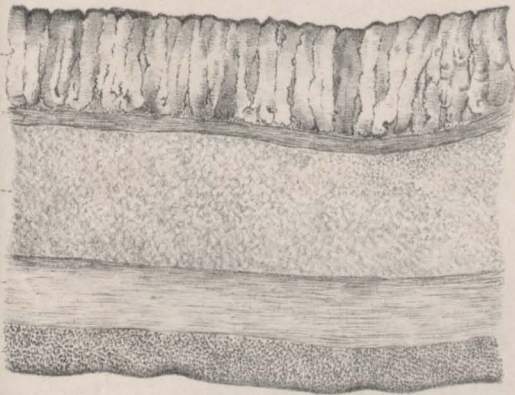


Fig. IV.

