



Über Enblocreposition

mit Beschreibung eines durch Operation geheilten Falles.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 31. März 1888

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Ferdinand Braun,

prakt. Arzt

aus Brandenburg.

Opponenten:

Herr Dr. med. Böttcher.

Herr Dr. Hennies, prakt. Arzt.

Herr cand. med. Herz.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1888.





Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Fortschritte, welche die Chirurgie in den letzten Jahrzehnten in der blutigen Behandlung der Brüche gemacht hat, haben die Taxis, sei es, welcher Art sie wolle, in immer engere Grenzen zusammengedrängt. Freilich muss ja daran festgehalten werden, dass eine rechtzeitig gelungene Taxis für den von Incarceration Betroffenen grosse Vorteile gegenüber dem blutigen Eingriffe bietet, und wenn auch der Chirurg von Fach möglichst früh sich entschliessen wird, zum Messer zu greifen, so wird man dem pract. Arzte, dem nicht so viel Assistenz zur Seite steht, wahrlich keinen Vorwurf machen können, wenn er längere Taxisversuche anstellt, da er sich fürchtet, unter den zuweilen recht ungünstigen Verhältnissen eine Operation zu machen, die eine so schwere Verantwortung auf ihn ladet. Dazu kommt ja, dass der Zeitpunkt fast nie oder nur sehr schwer beurteilt werden kann, in dem es überhaupt noch ratsam ist, die Hernie zu reponieren, und was die Anwendung von Kraft und Zeit bei den Taxisversuchen anbetrifft, so gehen hier die Meinungen der Chirurgen sehr auseinander. In Frankreich hat z. B. Amussat stundenlang fortgesetzte Versuche empfohlen und Gosselin in den

Fällen, wo er die Taxis vornimmt, energischer Arbeit das Wort geredet. Ebenso sagt Thiry, dass man mit der Taxis stets den Bruch reponieren könne, wenn man es nur nicht an der nötigen Ausdauer fehlen lasse. Dem gegenüber hat man bei uns daran festgehalten, dass man allerdings die Versuche, welche gemacht werden, in energischer Weise ausführen soll, jedenfalls sollen sie aber auf die Dauer von etwa $\frac{1}{4}$ Stunde beschränkt werden. Vor allem hat man in Deutschland die mit Kraft ausgeführte Compressionstaxis verpönt, da sie neben der Gefahr der Sprengung des Darms am leichtesten die sogenannten Scheinreduktionen herbeiführt, bei denen dann die Erscheinungen der Einklemmung fortbestehen, und die, falls nicht zur Operation geschritten wird, zum Tode führen.

Unter diesen Scheinreduktionen bietet eine typische Form ein abgerundetes klinisches Bild dar, es ist das die Reposition en bloc oder en masse, worunter man die Zurückdrängung des Bruchsackes sammt den von ihm mit seinem Halsteile eingeklemmten Eingeweiden versteht.

Der grösste Teil derselben hat bestimmte ursächliche Momente und fällt der ungeschickten Ausführung der Taxis, meist der Compressionstaxis zur Last, wie sie gewöhnlich von den Patienten selbst ausgeführt wird. Freilich erfordert das Zustandekommen der Reposition en bloc noch als Praedisposition, dass der einklemmende Bruchsackhals nur locker befestigt ist,

oder frei hin und her beweglich in der Bruchpforte liegt, dass die Adhärenzen des Bruchsackkörpers sparsam, leicht dehnbar und zerreisbar sind, und dass die Bruchpforte und der Bruchkanal die gehörige Räumigkeit besitze, um die Durchdrängung der Bruchgeschwulst zu gestatten.

Je kleiner die Bruchgeschwulst, je geräumiger die Bruchpforte, je contrahierter der Bruchsackhals, je lockerer und dehnbarer die Verbindungen des Bruchsackes mit seiner Umgebung, um so leichter wird ein Druck die Verschiebung der ganzen Bruchgeschwulst hinter die Bruchpforte bewirken, während bei grösseren eingeklemmten Brüchen, deren Bruchpforte im Verhältnisse weniger geräumig ist, wo der Bruchsackhals der Bruchpforte eng anliegt, der Bruchsackkörper stärker und fester mit der Umgebung zusammenhängt, ein anhaltender und gewaltsamer Druck dazu gehört, um die Enblocreposition hervorzurufen. Wir müssen indessen noch hinzufügen, dass auch bei Herniotomien die Massenreposition zu stande kommen kann, ohne alle Praedisposition, jedoch werden wir später auf sie zurückkommen.

Beobachtet ist sie bei äusseren Leistenbrüchen, acquirierten wie angeborenen, bei inneren Leistenbrüchen und bei Schenkelbrüchen. Über ihr Vorkommen bei anderen Brüchen habe ich in der Literatur nichts gefunden. Am häufigsten ereignet

sie sich jedoch bei äussern acquirierten Leistenbrüchen.

Unsere ersten Aufzeichnungen über Fälle von Enblocreposition rühren her aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts. Sie wurden anfangs überall angezweifelt und die Möglichkeit des Zustandekommens der Massenreduction bekämpft, bis sie denn seit 1877 durch Richter in Göttingen als tatsächlich bewiesen wurde, der in seiner Schrift „*Herniam incarceratam una cum sacco suo reponi per anulum posse, contra chirurgum Gallum Louis monet A. G. Richter*“ den berühmten französischen Chirurgen Antoine Louis schlug, der vor allen das Ereignis der Massenreduction in Abrede stellte. 1819 hat dann J. Cloquet in seiner berühmten Abhandlung, *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*“ seinen Betrachtungen ein umfangliches pathologisch-anatomisches Material unterbreitet. Nach den heutigen Forschungen ist der Mechanismus der Enblocreposition im allgemeinen folgender: Der Druck auf den Bruchsackkörper des im Bruchsackhalse eingeklemmten, locker mit seiner Umgebung verbundenen Bruchs, treibt den Bruchsackhals vorwärts. Die etwaigen bindegewebigen Adhärenzen zwischen Bruchsackhals und der Öffnung der musculär-tendinösen Wandung des Bauches werden verlängert, gedehnt, zerrissen, die beiden ringförmigen, mit einander in Berührung stehenden Gebilde entfernen sich in der Weise von einander, dass der

Bruchsackhals nach innen weicht, während der aponeurotische Bauchwandring stehen bleibt. Der Bruchsackhals bildet die Spitze eines Kegels, der sich durch die Öffnung der Bruchpforte drängt. Je mehr der Bruchsackhals nach innen sich erhebt, desto mehr zieht er das parietale Bauchfell um die Bruchpforte herum nach sich. Der Bruchsack zwingt sich allmählig durch den aponeurotischen Ring und löst dabei das Bauchfell immer mehr von der Bauchwand ab, schlüpft endlich vollständig durch und lagert sich unter dem abgelösten Bauchfell, zwischen diesem und der Bauchwand. Ist die Bruchpforte kanalförmig, der Bruch sehr umfänglich, so kann es sich zutragen, dass der Druck auf den Bruchsackkörper zwar den Bruchsackhals mehr oder weniger nach innen drängt, so dass er eine Vorwölbung bildet, allein der Bruchsackgrund kann nicht bis hinter die Bruchpforte gebracht werden, er bleibt im Bruchkanal liegen, und so bildet sich eine unvollständige Massenreduction, die wiederum in verschiedenem Grade vorkommen kann. Ist aber die Bruchpforte weit und schlaff, so dass es sehr wenig Gewalt erfordert, den Bruchsack mit sammt seinem Inhalte durchzuschieben, so ist die Massenreduction gewöhnlich keine dauernde, der Bruch fällt leicht wieder in seine frühere Stellung zurück. Musste dagegen starker Druck angewendet werden, und zwar ein anhaltender, um die Massenreduction zu bewirken, so bleibt der en bloc reponierte Bruch in der Lage, ja der aponeu-

rotische Ring kann sich nach der gewaltsamen Erweiterung vermöge seiner, wenn auch geringen Elastizität etwas zusammenziehen, und dadurch das Wiedervortreten des Bruchsackes verhindern.

Was die Erkennung der Massenreduction anbelangt, so erinnert man sich zunächst der verschiedenen Ursachen, welche überhaupt ein Fortbestehen beziehentlich eine Steigerung der Einklemmungserscheinungen zur Folge haben können. Wahrscheinlich wird aber die Reposition en bloc aus folgenden Gründen: Während sonst der Bruch unter Gurren reponirt wird, fehlt in diesem Falle jedes Gurren und Kollern, weil ja jede Communication mit dem übrigen Darm abgeschlossen ist durch den Einschnürungsring. Arnaud und Cooper wurden in einzelnen Fällen dadurch aufmerksam, dass die Bruchgeschwulst ein und mehr Mals wiederkehrte. Bei weiterer Untersuchung fand man nur selten, dass, wenn man das Scrotum in den Bruchkanal einstülpte, der Finger in der Höhe durch eine pralle Geschwulst aufgehalten wurde. Gewöhnlich ist der Canal weit, für einen und mehr Finger durchgängig. Fehlerhaft aber ist er in jedem Falle, wenn man die Untersuchung unmittelbar nach der Reposition unterlässt. Eine im Canale fühlbare Geschwulst kann durch Pressen von Seiten des Kranken zuweilen herabgedrängt werden. In einzelnen Fällen konnte man oberhalb des Ligamentum Poupart eine Geschwulst fühlen, welche der Grösse des reponierten Bruches

entsprach und auf Druck meist sehr schmerzhaft war. Dass dies nicht öfter der Fall ist, wird durch einen von Syme mitgetheilten Fall erklärlich, wo bald nach Eintritt von Incarcerationserscheinungen die Geschwulst deutlich gefühlt wurde, 12 Stunden später aber wegen Zunahme des Meteorismus kaum noch aufzufinden war.

Wenden wir uns nun zur Betrachtung der Enblocreposition bei den einzelnen Brüchen, so finden wir bei äusseren Leistenbrüchen, dass meist ziemlich voluminöse, ei- und selbst faustgrosse Scrotalhernien en bloc reponiert werden, während die Fälle, die von kleinen interstitiellen äusseren Leistenbrüchen bekannt sind, äusserst sparsam vertreten sind. Ein ziemlich umfangreiches Material von vollständigen Massenrepositionen hat Streubel in seinem Buche: „Über die Scheinreductionen bei Hernien und insbesondere bei eingeklemmten Hernien“ zusammengestellt, aus denen er dann seine Schlüsse zieht über das Vorkommen der Enblocrepositionen bei den beiden Geschlechtern (fast ausnahmslos wird das männliche befallen) über die Seite, die Beschaffenheit, Grösse und Inhalt des Bruches, das Alter der Hernien, über die angewandte Taxis, die örtlichen Symptome, die Dauer der Einklemmung und die Operation, die ich zum Teil schon oben erwähnt, zum Teil aber übergehen muss, da sie den Rahmen dieses Buches überschreiten würden. Die Lagerung der en bloc vollständig reponierten Hernie ist, wie Sectionen und

Operationen gezeigt haben, verschieden. In der Mehrzahl der Fälle sind die Ablösungen des parietalen Peritoneum in der Richtung nach der unteren Wand des Bauchfellsackes hin erfolgt, und zwar entweder so, dass das Bauchfell über dem M. ileacus internus erhoben, die Bruchgeschwulst in die Fossa iliaca verschoben wurde, oder das Bauchfell hinter dem horizontalen Schambeinaste, neben oder vor der Blase die Trennung erlitt.

Die Angaben über die Lagerung des Bruchsackhalses und des Bruchsackgrundes sind leider in mehreren Fällen, die Streubel anführt, ungenau, und in jenen Fällen, wo die Bruchgeschwulst operiert wurde, nachdem sie vorgefallen war, oder der Bruchsack bei der Operation vorgezogen wurde, können wir nähere Angaben über die Lageverhältnisse nicht erwarten; doch auch hier sieht man aus einer Reihe von präzisen Beobachtungen, dass sehr bemerkenswerte Verschiedenheiten vorkommen. Man sollte denken, der Bruchsackhals der en bloc reponierten Bruchgeschwulst, welcher beim Zurückdrängen die höchste Stelle einnimmt und das Bauchfell gewissermassen vor sich hertreibt, müsste stets diese Stelle beibehalten und in verschiedenen Fällen von den 42 von Streubel zusammengestellten Enbloc-Positionen finde ich auch bemerkt, dass eben der Bruchsackhals am weitesten von der Bruchpforte entfernt war, während der Bruchsackgrund dicht am innern Leistenringe lag. Allein nicht selten ist die Lagerung

anders, der Bruchsackhals bleibt nahe am Leistenringe haften, während der Bruchsackgrund sich am weitesten von der Bruchpforte entfernt lagert. Was die Symptome der Enblocreposition bei äussern Leistenbrüchen anbetrifft, so verweise ich auf die bereits oben angegebenen allgemeinen Symptome bei Massenreduction; es würde die Grenzen meines Buches überschreiten, wollte ich sie hier insgesamt aufführen. Da sie aber sehr wichtig sind und von grossem practischem Werte, so verweise ich auf Streubels Scheinreduction bei Hernien, wo sie Seite 35 ff. ausführlich zusammengestellt sind.

Die unvollständigen Massenreductionen kommen in verschiedenen Graden vor, je nach dem ein geringerer oder grösserer Teil der Bruchgeschwulst verdrängt worden ist. Bei dem niedrigsten Grade der Verdrängung ist der die Einklemmung bewirkende Bruchsackhals nur etwas hinter oder über den innern Leistenring getreten. Die Bruchgeschwulst ist aus ihrem Bette nur etwas nach aufwärts gerückt. In solchen Fällen kann bei voluminöser Bruchgeschwulst von Scheinreduction eigentlich keine Rede sein, da der grösste Teil der Bruchgeschwulst noch deutlich vorliegt. Bei einem höhern Grade der Verdrängung weicht die Hälfte der Bruchgeschwulst hinter die Bruchpforte, während die andere Hälfte im Leistenkanale liegen bleibt. Im höchsten Grade bleibt eben nur ein sehr kleiner Teil der Bruchgeschwulst im Leistenkanale zurück, und der grösste wird hinter



die Bruchpforte dislociert. Je weniger von der Bruchgeschwulst in dem Bruchbette verbleibt, um so mehr ähnelt die unvollständige Massenreduction der vollständigen und kann sogar unmerklich in letztere übergehen.

Obwohl Streubel nur 18 Fälle gesammelt hat von unvollständiger Reposition en bloc, so glaubt er doch, dass sie häufiger vorkommt als die vollständige.

Die Symptome sind wohl im Grossen und Ganzen dieselben, wie sie oben bei der vollständigen Massenreduction angeführt sind, nur findet man hier die Bruchpforte und den Bruchkanal wohl kaum je so frei, sondern man entdeckt hier immer einen Teil der Bruchgeschwulst oder den leeren Bruchsackteil. Letzterer Umstand lässt auch zugleich die Differentialdiagnose zwischen beiden leicht erscheinen.

Der erste Fall von Massenreduktion, der überhaupt beobachtet ist, bezieht sich auf eine Schenkelhernie und stammt von Arnaud und Ledran. Nachdem ist sie jedoch seltener zur Beobachtung gekommen. Der Umstand, dass bei Schenkelhernien der Sitz der Einklemmung gewöhnlich ausserhalb des Bruchsackhalses, im Zellengewebe des Canals sich befindet, oder wenn die Incarceration im Bruchsackhalse sitzt, dieser fest mit der Bruchpforte verwachsen zu sein pflegt, beschränkt das Auftreten der Massenreduktion, welches sonst in der geringen Höhe der vorderen Wand des Schenkelkanals und in der Geräumigkeit

oder wenigstens Ausdehnbarkeit der Bruchpforte begünstigende Momente findet.

Die Symptome sind auch bei der en bloc reponierten Schenkelhernie charakteristisch und lassen einen Irrtum in der Diagnose kaum zu. Schon Arnaud führt bei seinem Falle an, dass bei dem Zurückweichen der Bruchgeschwulst, das ebenfalls ohne Kollern geschieht, ein Gefühl wahrgenommen werde, als schlüpfe eine Kugel in den Leib.

Ganz selten ereignet sich die Enblocreposition bei der Taxis von innern Leistenbrüchen, und zwar weil einerseits die innern Leistenbrüche überhaupt selten sind, andernteils und hauptsächlich, weil die innern Leistenbrüche ihrer halbkugelförmigen Form wegen wenig zur Einklemmung geneigt sind und weil, wenn Einklemmung auftritt, diese ebenso oft ausserhalb des Bruchsackhalses, als in demselben gefunden wird.

Während bei Massenreduktionen durch die Taxis immerhin eine gewisse anatomische Praedisposition vorausgesetzt werden muss, welche die Zurückdrängung der ganzen Bruchgeschwulst gestattet, braucht eine solche bei jener Enblocreposition, welche bei der Herniotomie sich ereignet, nicht zu existieren. Letztere kommen ausschliesslich als Operationsfehler bei eingeklemmten Hernien vor, die den Taxisversuchen widerstanden haben. Diese Kunstfehler bestehen nun einmal darin, dass der Chirurg, nachdem er die Bruchgeschwulst blossgelegt, die Bruchsackschicht getrennt hat, meint, er habe den eingeklemmten

Darm vor sich, während dieser von der letzten Bruchsacksechicht noch umhüllt ist, und dass er demzufolge durch Incisionen mit dem geknöpften Messer die Bruchpforte erweitert, die Bruchgeschwulst von ihrer Umgebung lostrennt und sie dann durch Druck en bloc reponiert. Andernteils ist dadurch ein Operationsfehler begangen worden, dass der Chirurg nach Blosslegung der Bruchgeschwulst den Bruchsack mit Absicht garnicht incidiert, sondern nur abgelöst, frei gemacht hat, um ihn nach Erweiterung der Bruchpforte sammt seinem Inhalte hinter die Bruchpforte zu drängen, in dem Glauben, dass auf diese Weise die Einklemmung beseitigt sei, er hält eben dann den musculär-tendinösen Ring der Bauchwand für den einklemmenden Teil und nicht den Bruchsackhals. Der letztere Umstand ist heute jedoch seltener geworden, weil sich, natürlich unter strengster Antisepsis, kein Chirurg mehr scheuen wird, den Bruch einzuschneiden. Unter allen Umständen wird man die Massenreduction bei der Herniotomie vermeiden, wenn man nach der Bruchsacköffnung im Falle des Zweifels genau nach der Einklemmungsstelle sucht und den Darm vorzuziehen und zu untersuchen nicht versäumt.

Was die Behandlung einer Reposition en bloc anbelangt, so kommen hier vor allen zwei Factoren inbetracht, ob nämlich die Hernie durch Husten- und Pressbewegungen wieder in ihr altes Bett zurückgebracht werden kann oder ob sie nicht wieder vor-

tritt. Im ersten Falle könnte man eventuell bei sonst geringen Einklemmungssymptomen, wenn der Puls noch voll und wenig beschleunigt ist, der Leib nicht aufgetrieben, wenn noch kein Kothbrechen eingetreten ist, noch einmal Taxisversuche, aber überlegte und zweckmässige, machen. Ist aber der Leib aufgetrieben, der Puls schnell und fadenförmig, so muss sofort zur Herniotomie geschritten werden. Lässt der en masse reponierte Bruch sich nicht wieder zum Vortreten bringen, so kann man nur mit dem Messer Hülfe schaffen. Die Herniotomie bei Enbloc-repositionen ist eben weit schwieriger und complicierter als die gewöhnliche bei einfachen Brüchen. Man hat dann eben sehr häufig nach dem Haut-schnitte die Bruchgeschwulst zu suchen, eventuell durch die Laparotomie den Weg zu ihr zu bahnen; es kostet oft grosse Mühe, die Bruchgeschwulst herabzuziehen und nach aussen zu bringen und sehr schwer hält es oft, zu dem einschnürenden Bruch-sackhalse zu kommen, ihn zu incidieren und endlich die Bruchcontenta zu reponiren. Auf die Einzelheiten der Operation zurück zu kommen, kann hier unmöglich unsere Absicht sein, wir müssen da auf die Lehrbücher verweisen. Wenn auch vielleicht jeder Fall eine kleine Modification der Operation erfordert, so ist doch allen gemein, dass der Operateur auf die Schnelligkeit des Operierens Verzicht leistet und lieber dafür sich der grössten Sorgfalt befleissigt. Es möge mir noch erlaubt sein, hier binzuzufügen,

dass der Herr Prof. Helferich nach jeder Herniotomie sowohl selbst den Finger in den Leistenkanal einführt, als auch einige von seinen Schülern es thun lässt, um sich zu überzeugen, ob vielleicht Verwachsungen vorhanden, ob die Eingeweide vollständig reponirt sind, und ob das hier so sehr locker befestigte Peritoneum abgelöst sei oder nicht.

Es folge jetzt eine Operation, welche in der hiesigen chirurgischen Klinik vom Herrn Prof. Helferich an einer en bloc reponierten Hernia inguinalis incarcerata dextra ausgeführt wurde.

Anamnese.

Ein 47 Jahre alter Landmann litt seit 2 Jahren an einem Unterleibsbruche in der rechten Inguinalgegend. Tag und Nacht will er ständig ein von ihm selbst construiertes Bruchband getragen haben, ein monströses Exemplar mit plumpestem Spiralfederdruck an der Pelotte. Am vergangenen Montag, den 21. III. 87 will er dasselbe behufs einer Umwicklung der Pelotte abgenommen haben. Als er die nunmehr prolabierte Hernie reponieren wollte, fühlte er einen plötzlichen Ruck und Schmerz in der Leistengegend. Seither fühlt sich Patient sehr unwohl, er hat starke Schmerzen im Abdomen, leidet seit Montag an Stuhlverhaltung und grosser Übelkeit und gestern trat Erbrechen auf von bräunlichen, sehr übelriechenden Massen.

Status praesens vom 24. III 87.

Patient ist von kräftiger Constitution und in gutem Ernährungszustand. Sein Gesichtsausdruck ist ängstlich, leidend. Die Atmungsthätigkeit ist ungestört, der Puls beträgt 120 und ist von ziemlich niedriger Welle. Das prall gespannte Abdomen giebt einen lauten tympanitischen Schall. Nach Abnahme des Bruchbandes erweist sich der rechte Leistenkanal für gut 2 Finger durchgängig. Eine Hernie ist in liegender Stellung nicht palpabel, jedoch ist die Gegend stark schmerzhaft auf Druck. Steht jedoch Patient, so tritt beim Pressen eine Hernie aus dem Leistenkanal hervor von der Grösse eines Hühner-eyes, sehr praller Spannung, mit Leichtigkeit reponibel. Patient hat während seines Hierseins schon mehrere Male Erbrechen gehabt, dasselbe ist flüssig, leicht gallig tingiert und von kothigem, penetrantem Geruch.

Diagnose: *Hernia in guinalis incarcerata dextra en bloc reposita.*

Status vom 24. III. Abends:

Patient klagt sehr über Schmerzen im Abdomen und Übelkeit. Es werden Magenausspülungen mit Salzwasser und zwar über 8 Liter nach Kussmaul vorgenommen. Dabei stürzen neben der Schlundsonde reichliche Mengen bräunlicher, flüssiger und kothig riechender Massen hervor. Patient bekommt Opiumpulver.

Status vom 25. III. 87.

Die Nacht war besser als die vergangene, das Allgemeinbefinden ist ebenfalls etwas besser. Erbrechen tritt noch weniger und seltener auf. Stuhl und Winde fehlen, das Abdomen ist noch praller gespannt als gestern und in grösserer Ausdehnung auf Druck empfindlich. Die Bruchpforte ist leer.

Gegen 11 Uhr tritt wieder heftiges Erbrechen ein, kalte Schweisse treten auf, und es wird die Operation sofort vorgenommen. Der, wie oben beschrieben, in aufrechter Stellung vorgetriebene Bruch wird nicht reponiert und Patient narkotisiert. Nach sorgfältigster Desinfection wird ein 10 cm langer Hautschnitt bis auf den Bruchsack gemacht. Der Bruchsack wird geöffnet, es fliesst aus ihm in spärlichen Mengen ein bräunlich-rotes Bruchwasser ab. Die Wand des Bruchsackes ist dunkelbraunrot mit punktförmigen Haemorrhagien und durch einen leichten fibrinösen Belag getrübt. Der Schnitt des Bruchsackes wird erweitert und lässt nun eine stark cyanotische Darmschlinge hervortreten, deren Serosa zum Teil leicht getrübt ist. Der Operateur, der Herr Prof. Helferich, zieht nun die Schlinge nach aussen hervor und es zeigt sich an dem abführenden Darmstücke und zwar an der eingeklemmten Stelle eine Pfennigstück grosse, auf Gangrän verdächtige Partie: dieselbe ist missfarben und mit zartem Fibrinbeschlag belegt.

Diese Stelle wird nun, da es nicht ratram schien, sie zu reponiren, in einer in unserm Felle zum

ersten Male ausgeführten Weise unschädlich gemacht. Durch drei Catgutnähte nämlich, die nach Art der oberflächlichen Lambertsehen Serosanähte angelegt worden, wird die gangränöse Stelle überbrückt und so in das Darmlumen hineingebracht, von der Peritonealhöhle also abgeschlossen durch die entzündliche Verwachsung der gesunden Ränder. Die incarcerated Darmschlinge ist etwa 8 cm lang. Jetzt wird auch der Einschnürungsring mit dem Bruchmesser hoch oben eingeschnitten, und der eingeführte Finger constatiert, dass das Peritoneum um die innere Leistenkanalöffnung in grosser Ausdehnung abgelöst ist. Die Repositio en bloc war also durch eine Totalablösung des Peritoneum innerhalb des Bruchsackes und einer beträchtlichen intraabdominalen Ausdehnung um den Incarcerationsring erfolgt, wodurch das auffallende Phänomen eines prolabierenden, reponiblen und incarcerated Bruches seine Erklärung findet. Mit Reposition des befreiten und partiell genähten Darmstückes, Exstirpation des Bruchsackes, welcher im Hals durch Catgutschlingen abgebunden und entfernt wird, mit Anlegen von 4 versenkten Catgutnähten, Drainage und 8 Hautnähten wird dann die Operation beendet.

Patient erhält dann Opiumpulver.

Status vom 26. III. 87.

Das Allgemeinbefinden ist ein gutes, die Nacht verlief gut, der Leib ist weniger gespannt. Gegen

Mittag hat Pat. die ersten Winde. Geringere Tympanie des Abdomens.

Status vom 27./3.

Allgemeinbefinden gut, Brechneigung fehlt ganz, das Abdomen ist nur noch wenig gespannt. Reichlich Winde.

Status vom 28. III.

Enphorie, dünner Stuhl.

Status vom 3. IV. 87.

Erster Verbandwechsel, Wunde reizlos, wenig Secret vorhanden, Drain und Nähte werden entfernt. Täglich breiige Stühle nach hohen Eingießungen.

Status vom 5. IV. 87.

Kleiner Granulationskopf an der Stelle der Drainage. Massnahme eines Bruchbandes.

Status vom 12. IV. 87.

Patient ist gesund, er wird mit gut sitzendem Bruchband entlassen.

Werfen wir einen Rückblick auf unseren Fall, so müssen wir sagen, dass die Prognose bei der Aufnahme des Patienten keine günstige war, drei volle Tage, vom Montag bis zum Donnerstag hatte die Einklemmung bestanden. Alle Symptome der fortbestehenden Incarceration waren so klar, aber auch so besorgniserregend, dass in der Diagnose zwar kein Zweifel, die Prognose aber jedenfalls als pessima gestellt werden musste. Die Enbloc-reposition war auch hier, wie meistens durch eine ungeschickte Taxis von Seiten des Patienten selbst herbeigeführt. Das

günstige Moment bei dieser Massenreduction war jedenfalls, dass das Peritoneum in dem ganzen Umfange der inneren Leistenöffnung abgelöst war, sodass also der Bruchsackhals am weitesten nach dem Innern der Bauchhöhle hineinragte, während der Bruchsackgrund der innern Leistenöffnung nahe war und so beim Pressen oder Husten eintreten und leicht zu seiner normalen Stellung herabgleiten konnte, was noch durch die enorme Weite des Leistenkanals begünstigt wurde. So konnte denn bei gewöhnlicher Lage der incarcerierten Hernie der Bruchschnitt ausgeführt werden. Aber schon zeigte der Darm verdächtige Stellen, was von vorn herein zu fürchten war und der Operateur, Herr Prof. Helferich zweifelte, ob er das Stück Darm ausserhalb des Abdomen beobachten, oder ob er es reseccieren sollte, bis er sich zu der oben erwähnten Serosanahit nach Lambert entschloss, wodurch ja die necrotischen Stellen vollständig vom Cavum Peritonei abgeschlossen und in das Darmlumen gebracht wurden. Diese neue Modification erwies sich im Verlaufe der Heilung als ganz vorzüglich und wäre wohl besonders den practischen Ärzten anzucmpfehlen, denn wir sind der festen Überzeugung, dass der hohe Procentsatz der Sterblichkeit nach Herniotomien zum guten Teil darin seinen Grund hat, dass der Arzt verdächtige Stellen am Darm findet, zumal da ja die Operation stets möglichst hinausgeschoben wird, er hofft aber, dass sie sich erholen werden und reponiert den kranken

ja toten Darm, anstatt die Stelle zu reseccieren oder, was wohl kaum in der Praxis möglich, sie ausserhalb des Abdomen zu beobachten. Es wird sicher die Herniotomie eine günstigere Prognose erlangen, wenn die erwähnte Modification zum Gemeingut der practischen Ärzte wird.



Lebenslauf.

Verfasser wurde am 9. November 1862 zu Strasburg i. U. geboren. Er besuchte das Gymnasium in Friedland i. M. von Ostern 1877 bis Michaelis 1883, wo er es mit dem Zeugnis der Reife verliess, um in Rostock Medicin zu studieren. Hier bestand er Juli 1885 das Tentamen physicum und wandte sich dann nach Berlin und von dort nach Greifswald, wo er am 12. Dezember 1887 das Staatsexamen begann und am 10. März 1888 beendete. Am 26. März bestand er das Tentamen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herrn Docenten:

*Aradt. Aubert. Bardeleben. v. Brunn. Gerhardt. Gobel.
Gütte. Helferich. Jacobsen. Krabber. Levin. Lökner.
Matthiessen. Mosler. Peiper. Pernice. v. Preuschen. Rinne.
Schürmer. Schroeder. Schulz. Senator. Sommer. Strübing.
Virchow.*

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, sagt Verfasser seinen herzlichsten Dank, insbesondere dem Herrn Prof. Helferich für die gütige Ueberweisung dieser Arbeit und für seine freundliche Unterstützung bei derselben.

Thesen.

I.

Die mit Kraft ausgefüllte Compressionstasis ist zu verwerfen.

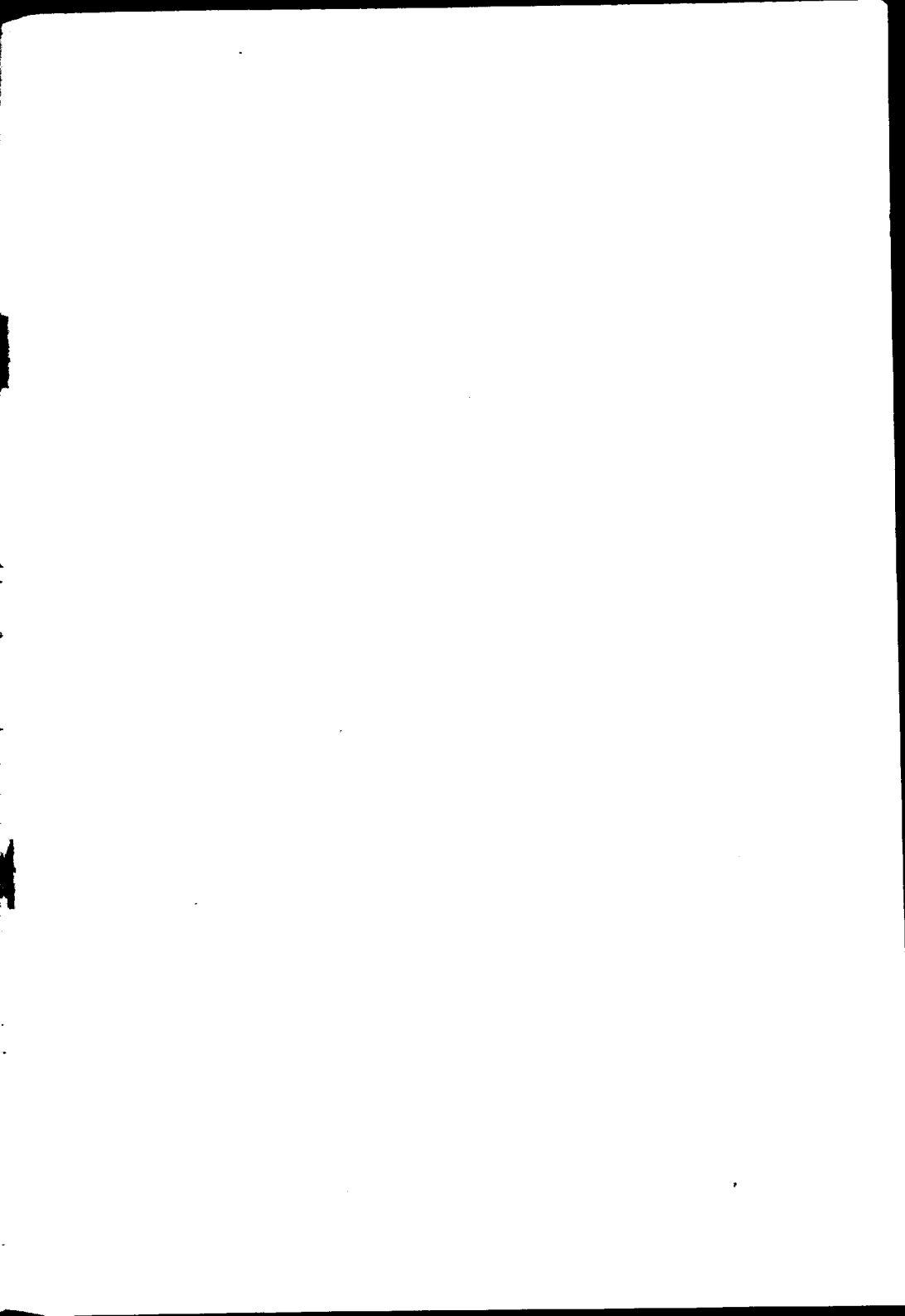
II.

In den ersten Tagen des Typhus abdominalis ist Calomel indicirt.

III.

Das Leben der Mutter ist dem des Kindes vorzuziehen und danach zu handeln.







11478

15916