
Ein zweiter Fall einer Hernia obturatoria.

Von Doцент Dr. **Josef Englisch**, k. k. Primararzt in Wien.

(Sep.-Abdr. aus der Wiener klin. Wochenschr., 1891, Nr. 50.)

Verlag von **Alfred Hölder**, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.



**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6882



000024958



www.dlibra.wum.edu.pl

Ein zweiter Fall einer Hernia obturatoria.

Von Docent Dr. Josef Englisch, k. k. Primararzt in Wien.

Durch einen besonders günstigen Zufall wurde Verfasser in die Lage versetzt, einen zweiten Fall von Hernia obturatoria libera zu beobachten, und bot sich neben der Möglichkeit, die früher ¹⁾ angegebenen Erscheinungen genauer zu erproben, Gelegenheit, die Bedingungen eines passenden Bruchbandes zu studiren.

K. Julie, 61 J., Hausirerin, wurde am 22. Februar 1891 sub J.-Nr. 1672 auf Saal VIII unserer Abtheilung mit einem Schenkelhalsbruche der linken Seite aufgenommen, welchen sie durch Fall erlitten hatte. Bei der Untersuchung zeigte sich beim Husten in der linken Schenkelbeuge eine Geschwulst, welche sich bei genauerer Untersuchung als eine Hernia obturatoria libera darstellte. Die näheren Verhältnisse liessen sich erst ermitteln, als die Kranke nach Heilung des Schenkelbruches das Bett verlassen konnte.

Ueber Erblichkeitsverhältnisse weiss die Kranke nichts anzugeben. Ebenso wenig über die Entstehungsursache. Nur will sie seit 6—7 Jahren eine wechselnde Geschwulst an der bezeichneten Stelle bemerkt haben, welche im Liegen vollständig verschwand. Die Vergrösserung der Geschwulst war kaum bemerkbar seit der Entdeckung. Die Kranke hatte nie Schmerzen in der Geschwulst noch in der Umgebung; insbesondere leugnet sie jeden ausstrahlenden Schmerz längs des Nervus obturatorius und in irgend einem Theile der Umgebung des Foramen obturatum z. B. Fossa iliaca, Hüftgelenk, so dass die Kranke der Geschwulst keine besondere Aufmerksamkeit schenkte. Störungen von Seite des Darmcanales, welche mit der Verlagerung in Beziehung gebracht werden konnten, waren nie vorhanden gewesen, ebenso von Seite des Bauchfelles. Veränderungen der Consistenz der Geschwulst oder entzündliche Vorgänge hatte die Kranke nie wahrgenommen, so dass wir es hier mit einer einfachen, d. h. nicht complicirten Verlagerung zu thun haben.

Wie schon oben hervorgehoben, trat die Geschwulst wohl auch beim Husten im Liegen vorübergehend hervor, doch war sie

¹⁾ Englisch, Ueber Hernia obturatoria, 1891, Wien, Franz Deuticke.

im Stehen am deutlichsten. Die Haut über der Geschwulst war normal, die Venen nicht ausgedehnt, die Form fast halbkugelig, der Durchmesser von oben nach unten 2 cm , von rechts nach links $1\frac{3}{4}\text{ cm}$, die Oberfläche glatt, die Consistenz weich, so dass sich dieselbe leicht zusammendrücken liess und verschwand. Die Lage entsprach dem innersten Theile der Schenkelbeuge, jedoch so, dass die Geschwulst unterhalb der Beugefalte zu liegen kam.

Die Beziehung zu den umgebenden Theilen ergab: die Geschwulst lag 1 cm nach einwärts von der Arteria femoralis. Eine Verticale, welche von der Mitte der Geschwulst nach aufwärts gezogen wurde, traf das Poupart'sche Band 4 cm vom Schambeinhöcker und hatte $4\frac{1}{2}\text{ cm}$ Länge. Die Entfernung vom Schambeinhöcker, von dem sie nach aussen unten gelegen war, betrug $3\cdot4\text{ cm}$. Untersuchte man die Fortsetzung der Geschwulst, so zog der Stiel nach oben, hinten, aussen und verlor sich hinter dem Pectineus. In dieser Richtung trat die Vorlagerung auch beim leinsten Drucke zurück.

Nach deren Zurückdrängen konnte man deutlich eine Grube, und dann weiter den Bruchcanal wahrnehmen, der in der bezeichneten Richtung verlief. Drang man mit dem Finger in die Tiefe, so konnte man genau bestimmen, dass die äussere Oeffnung des Bruchcanales im Winkel zwischen horizontalem und absteigendem Schambeinaste lag. Fixirte man mit dem Daumen den Schenkelcanal, während der Zeigefinger im Bruchcanale lag, so lag zwischen beiden der horizontale Schambeinast, zum Beweise, dass die Vorlagerung unterhalb desselben erfolgt war. Mit dem Finger konnte man keine Pulsation der Arteria obturatoria im Bruchcanale wahrnehmen. Ein Versuch, im Canale einen stärkeren Druck auszuüben, erzeugte wohl ein unangenehmes Gefühl, aber niemals ausstrahlende Schmerzen längs des Nervus obturatorius. Zusammenziehungen des Musculus pectineus und Adductor brevis et longus hatten keinen Einfluss auf die Deutlichkeit der Geschwulst. Es wurde nun versucht, durch die Vaginal- und Rectaluntersuchung genaueren Aufschluss über die Bruchpforte zu erlangen. Zwar gelang es bei schlaffer Vagina bis auf die Innenfläche der Membrana obturatoria vorzudringen und den Druck von aussen her zu fühlen, aber es war unmöglich, die innere Oeffnung des Bruchcanales zu erreichen. Ebensovienig konnte, während der eine Zeigefinger möglichst tief im Canale lag, bei starkem Niederdrücken der schlaffen Bauchwand dieser vom Bauche her gefühlt werden. Eine Verschiebung der inneren Geschlechtsorgane konnte nicht nachgewiesen werden.

Der Schall über der Geschwulst war deutlich tympanitisch, und geht aus der Beschaffenheit der Geschwulst deutlich hervor, dass wir es mit einer reinen Darmvorlagerung zu thun hatten. Ob eine ganze Schlinge oder nur ein Theil der Darmwand vorlag, liess sich nicht genau bestimmen, doch scheint letzteres bei dem

Mangel jeder Störung der Darmfunction und bei der Kleinheit der Geschwulst das Wahrscheinlichere.

Die Aufgabe der Behandlung bestand einzig darin, da die Kranke eine Radicaloperation nicht zugab, ein passendes Bruchband zu construiren.

Die Schwierigkeiten für die Anfertigung eines Bruchbandes für einen Bruch des eirunden Loches sind bedeutender als für Leisten- oder Schenkelbrüche. Die Hauptursache liegt darin, dass die Pelotte tiefer zu liegen kommt und eine Verschiebung bei den Bewegungen des Oberschenkels um so leichter erfolgt. Gegenüber den Schenkelbrüchen liegt die Bruchpforte weiter nach einwärts und abwärts. Besonders hervorzuheben ist die Richtung des Bruchcanales nach oben hinten aussen, welche selbst bei alten Brüchen, da der Canal zum Theile aus knöchernen Gebilden besteht, unverändert bleibt. Neben der Verschiebung der Pelotte bei den Bewegungen des Oberschenkels muss aber noch in Betracht gezogen werden, dass die Bruchpforte hinter dem *Musculus pectineus* und *Adductor brevis* liegt. Ziehen sich diese Muskeln zusammen, so heben sie für sich schon die Pelotte von der Bruchpforte ab. Es muss daher dieser Uebelstand so viel als möglich beseitigt werden, dadurch, dass die Pelotte möglichst klein gemacht wird, so dass sie nur die Lücke ausfüllt, wie es schon Bérard hervorgehoben hatte.

Wie schwer es ist, ein entsprechendes Bruchband zu verfertigen, beweisen die zahlreichen Versuche älterer und neuerer Zeit. Schon die älteren Aerzte hatten beobachtet, dass die gewöhnlichen Bruchbänder nicht anwendbar seien, und suchten die Brüche durch Bandagen zurückzuhalten, welche theilweise die Bewegungen des Oberschenkels hemmen und andererseits die angewandte Pelotte weniger verschieben lassen. Das Muster eines solchen Verbandes, der von den Späteren immer wieder etwas abgeändert wurde, ist die Bandage von Garengéot (1743). Derselbe nahm alte, weiche Leinwand, zerriss sie in kleine Stücke und ballte sie zu einer Pelotte zusammen und tränkte sie mit einer Mischung aus dem Inhalte eines Eies und aus Branntwein. Hierauf gab er der Pelotte eine längliche cylindrische Form und legte sie in die nach der Reposition übrig bleibende Grube. Darüber wurden zwei dreieckige, ebenfalls in obige Mischung getauchte Compressen gelegt, und das Ganze mittelst einer zweiköpfigen Binde durch Züge um den Bauch und oberen Theil des Oberschenkels befestigt. Am fünften Tage wurde die Bandage erneuert. Später wurden statt der obigen Pelotte etwas dickere Longuetten in derselben Weise über der Bruchpforte befestigt. Garengéot sah vollständige Heilung des Bruches. A. Bérard und Richter schlossen sich diesem Verfahren an, Eschenbach (1769) er-

setzt die Bandage Garengéot's durch eine Art Unterhose, welche über einer Pelotte getragen wurde und durch allmähliche Verdickung dieser die Verkleinerung der Geschwulst bewirkte. Vinson (1844) hat nun diese Bandage in der Weise abgeändert, dass er die Hose aus weichem, dickem Leder anfertigen liess. Sie reichte von der Lende bis oberhalb des Knies und war an der äusseren Seite wie ein Mieder zum Schnüren eingerichtet. Entsprechend der Bruchforte wurde eine Pelotte angebracht, welche genau dem Bruche entsprach und durch zwei Riemen befestigt wurde, die aussen eingeknüpft wurden. Auf diese Weise meinte Vinson gerade an der Bruchforte einen sicheren und constanten Druck auszuüben, der überdies beliebig verstärkt werden konnte. Nach Pimbet (1882) könnte diese Bandage durch einen Dextrin- oder Heftpflasterverband ersetzt werden. Heftpflaster hatte überdies schon Vinson als Versuch in Form einer Spica coxae mit entsprechender Pelotte empfohlen.

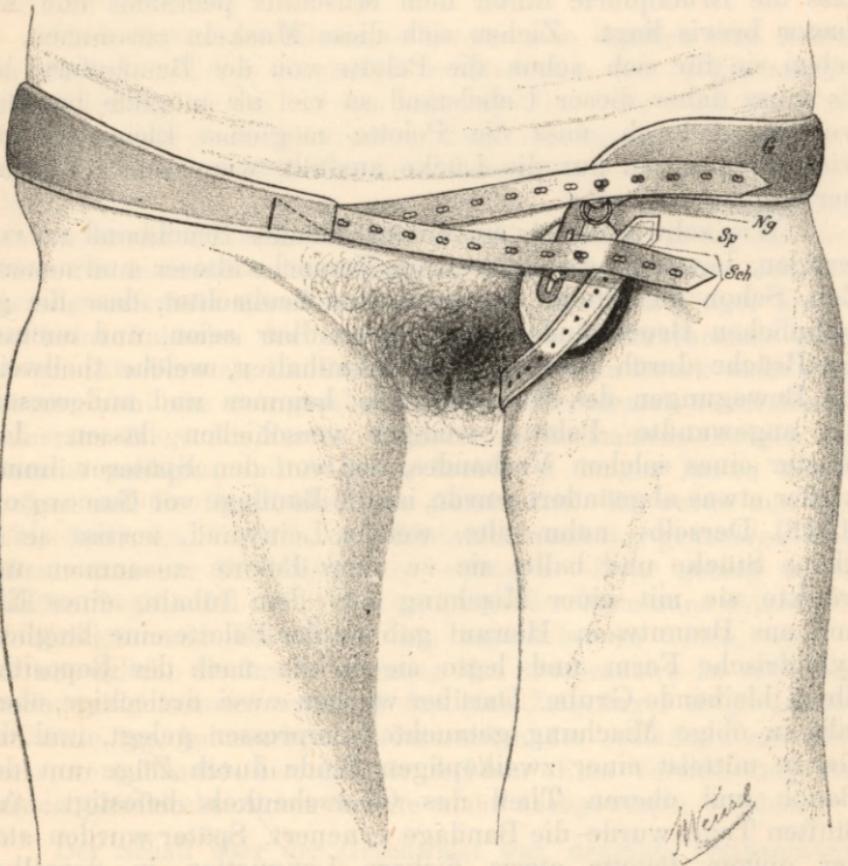


Fig. 1

Mit der Erfindung der federnden Bruchbänder wurde diese Form auch bei dem Bruche des eirunden Loches in Anwendung gezogen. Dupuytren befestigte an einem den Körper

fast ganz umgreifenden Gürtel eine senkrechte Spange, deren unteres Ende eine entsprechende Pelotte trug. Chelius liess den Hals eines Leistenbruchbandes nach unten verlängern, so dass die Pelotte unmittelbar unterhalb des horizontalen Schambeinastes den stärksten Druck ausübte. Linhart und Nicaise wählten die Form des Schenkelbruchbandes mit kleinerer Pelotte.

Der vorliegende Fall wurde nun benützt, um die Anfertigung eines allen Bedingungen entsprechenden Bruchbandes zu erzielen.²⁾ Zuerst war es Aufgabe, die Länge und Richtung des Bruchbandhalses zu ermitteln. Es wurde zu diesem Behufe die Lage der Bruchpforte mittelst eines Dermatographen bezeichnet. Nach Bezeichnung des Gurtes am Körper ergab sich, dass der Gurt des Bruchbandes (Fig. I *G*) etwas länger als der eines gewöhnlichen Schenkelbruchbandes sein und weiter gegen die Mittellinie reichen muss. Um nun den Winkel zu bestimmen, welchen der Hals mit dem Gurte bilden soll, wurde das vordere Ende des Gurtes etwas nach abwärts gebogen und eine Stahlspange (*Sp*) mittelst eines Nussgelenkes an diesem Theile befestigt; die Spange selbst bestand aus einer mit einer Spalte versehenen Metallplatte, deren äusseres Ende die Kugel des Nussgelenkes trug. Durch Schrauben (Fig. II *Schr.*) konnte die Spange auf der äusseren Fläche der Pelotte befestigt werden.

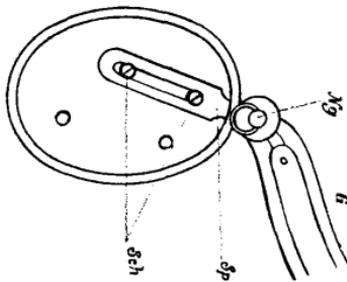


Fig. 2

Die Pelotte hatte ursprünglich eine elliptische Gestalt. Die Polsterung war stark kegelförmig. Nachdem nun der Gurt angelegt war, wurde bei offenem Kugelgelenke und Schrauben an der Pelotte diese so gestellt, dass der Druck des Kegels direct die Bruchpforte traf. Nun wurde das Nussgelenk festgestellt, die Schrauben im Spalte der Spange angezogen und das Bruchband in ein starres verwandelt. Es ergab sich dadurch genau der Winkel, welchen der Hals mit der Gurte zu bilden hat. Derselbe ist ein stumpfer von ungefähr 125° . Der Hals war so um seine Axe gedreht, dass seine vordere Fläche

²⁾ Herr Bandagist Schlecht in Wien unterzog sich mit grösster Bereitwilligkeit dieser Aufgabe.

etwas nach einwärts sah. Die Richtung des Druckes der Pelotte war nach hinten und nur sehr gering nach auswärts gerichtet. Sobald nun auf diese Weise die richtige Stellung der Pelotte ermittelt war, wurde vom Herrn Bandagisten Schlecht ein starres Bruchband mit den angegebenen Krümmungen angefertigt, welches sich vollkommen bewährte. Die Pelotte wurde kleiner gemacht, vorne elliptisch, und hatte im Längen-Durchmesser 6 *cm*, im Breiten-Durchmesser 4 *cm*.

Wenn es auch keinem Zweifel unterliegt, dass die Masse nach den einzelnen Individuen verschieden sein werden, so kann doch als allgemeiner Grundsatz für die Bruchbänder bei Brüchen des eirunden Loches angenommen werden:

1. Der Gurt reicht weiter gegen die Mittellinie des Körpers als beim Schenkelbruche.

2. Der Hals ist länger und geht unter einem stumpfen Winkel (ungefähr 125°) vom Gurte ab nach ein- und abwärts.

3. Der Hals ist leicht um seine Axe gedreht, so dass seine vordere Fläche etwas nach innen sieht.

4. Die Pelotte sei möglichst klein und stark conisch gepolstert. (Linhardt brachte eine Spiralfeder an.) Die Spitze des Kegels der Polsterung entspreche der Weite der Bruchpforte; die Höhe richtet sich nach der Dicke der aufgelagerten Musculatur und dem Fettpolster der Haut; die Basis überrage nur um wenig die Grube, welche man nach der Reposition der Vorlagerung deutlich fühlen kann, denn nur so wird die Verschiebbarkeit der Pelotte vermindert.

5. Die Richtung des Druckes, beziehungsweise die Axe des Kegels der Pelotte wird zwar im Allgemeinen nach hinten und etwas nach aussen und oben gerichtet sein, aber die grösste Veränderlichkeit je nach dem Orte des Hervortretens der Vorlagerung zeigen.

6. Die Befestigung des Bruchbandes erwies sich im gegebenen Falle am sichersten durch Spaltung des weichen Theiles des Gurtes, dessen oberer Schenkel am Winkel des Halses und federnden Gurtes, dessen unterer Schenkel an der Pelotte selbst befestigt wurde. Ebenso erwies sich die Nothwendigkeit eines Schenkelriemens.

Im vorliegenden Falle wurde auch die Radicaloperation in Betracht gezogen und dürfte dieselbe in ähnlichen Fällen keiner besonderen Schwierigkeit unterliegen, insolange nicht entzündliche Vorgänge in und um den Bruchsack stattgehabt haben. Die Ausschälung des Bruchsackes dürfte bis zur Bruchpforte kaum Hindernisse finden und die folgende Narbe hinlängliche Festigkeit bieten.

Die vorliegende Mittheilung soll mir aber auch Gelegenheit bieten, meine oben angegebene Arbeit bezüglich der Literatur zu ergänzen.³⁾

Literatur.

- Hommel, Memoire de l'académie royale de chirurg. t. 1, p. 7, 1741.
Jaïga, Sömmering, Brüche, p. 51.
Martin, Chirurgische Streitschriften. Kopenhagen 1764.
John (1821) Schmidt's Jahrbücher, B. 80, S. 341. 1853 und Cannstatt. Jahrb. 1853, IV. p. 88.
Froriep's Notizen, 1827, April Nr. 358.
Beau (1844) Hernie sous-pubienne. Gaz. des hôp. 1844, p. 393.
Schmidt A., Schmidt's Jahrbücher, 1853, B. 77, p. 56.
Christensen, Tilfaelde af Ileus med største sandsynlighed bevirket ved Incarceration af et tarmstykke i foramen obturator. Hospital meddelelser 1849, B. 2, p. 63.
Langenbeck, Nosologie und Therapie der Krankheiten. Göttingen 1850.
Fergusson (1850). Abscess of the Thigh, communicating with the cavity of the intestine through the obturator foramen, *Lanzet* 1850.
Köberle, Observations sur quelques points d'anatomie patholog. Thèse, Pais, Strassbourg 1854.
Lorinser, Wiener medic. Wochenschrift 1854. 7, 17, 18.
Nuttall Case of obturator hernia with operation. *British medic. Journ.* 1857, Cannstatt Jahrb. 1857, IV. p. 90.
Schuster, De hernia obturatoria. Dissert. inaug. Berlin 1858.
Pech, Auswahl einiger seltener und lehrreicher Fälle, beobachtet in der chir.-medic. Akademie zu Dresden 1858 (s. Thiele).
Puttali, Hernie obturatrice. *British med. Journ.* 1859, s. Grünfeld l. c. p. 275.
Le Gendre, Mémoire sur quelques variétés rares de la hernie crurale. *Archive général* 1859, Nr. 59, vol. II, p. 602.
Rapp, De la hernie souspubienne, Thèse, Strassbourg 1859.
Heilberg og Zahrtmann. Hernia foraminis ovalis incarcerata. *Hospitalstidende* 1859. II. arg. Nr. 23. Grünfeld, l. c. 276.
Wunderlich, Ein Fall von Hernia foraminis ovalis. *Württemberg. Correspondenzblatt* Nr. 8, 1859. Schmidt's Jahrbücher, B. 107, p. 214.
Jamain A., Manuel de pathol. et de clinique chirurgic. t. II, p. 283, 1859.
Wagner, Archiv f. physiol. Heilkunde von Wagner-Wunderlich. 1859, p. 123.
Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens der freien Stadt Frankfurt f. 1859, p. 305 (s. Thiele).
Voss og Hørby, Norsk magasin for Laegeviderskerben. II. Roecke, XIV. bind, p. 461. (Grünfeld p. 276).
— Württemberg. *Correspondenzblatt* 1860, Nr. 40 (s. Thiele).
— Nassau medic. Jahrb. 1860 (s. Thiele).
Thilenius, Schmidt's Jahrbücher 1861, Bd. 110, p. 341.
Ulrich, Deutsche Klinik, 1862, 11; — Schmidt, Jahrb. 1863, Bd. 118, p. 89.
Mettenheimer, Schmidt's Jahrbücher 1862, Bd. 113, p. 268.
Tevan, *Medic. Times* 1864, p. 351.

³⁾ Durch die Güte des Herrn Dr. Grünfeld, Oberarzt am St. Johannes-Spitale in Kopenhagen, und des Herrn Professor Tilanus in Amsterdam, sowie des Herrn Dr. Brunner in Zürich gelangte ich in den Besitz jener Abhandlungen, welche ich bei der Ausarbeitung meiner ersten Arbeit als mir unzugänglich vermissen musste.

- Plum P., Die Brockincarceration 1866 (Grünfeld 277).
Engel, Schmidt's Jahrbücher 1866, Bd. 121, p. 100.
Glass. Ton fall af hernia obturat. dext. Upsala Laekareforenings
forhandl. 1868, III. 5. p. 482.
Holmer, Commune hospitalets arsberetning 1869, B. 54. (Grünfeld, p. 277.)
Arnold, Memorabilien aus der Praxis. Württemberg. Correspondenzblatt 1869. Virchow, Jahrb. 1869. II. p. 467.
Brummel, Lancet, 1871. Nr. 13, p. 710.
Zoja Natale, Hernie de la vessie à travers le trou souspubienne produite par un Kyste de l'ovaire gauche (Revue des scienc. méd. de France et des étrangers 1877). Annal. di versali di medicina, 1876, vol. 239.
Saxtorph, Clinisk chirurgie, Bd. I, p. 184.
Kraushold H., Ueber Laparotomie wegen innerer Einklemmung. Centralblatt f. Chirurgie 1878. Nr. 44, p. 729.
Seved Ribbing, Om Ileus, Klinisk ofhandl. Lund 1882.
Morse J., Beitrag zur Casuistik der Herniotomie, hernia obturat. sic. inc. s. Wiener medic. Wochenschrift 1882, Nr. 16, p. 459.
Croly, Brit. medic. Journ. 1882, t. I, p. 271 (s. van Heykop ten Ham. l. c. p. 73).
Tilanus, s Brijdrage tot de statistisk van Hernia obturatoria door J. C. van Heykop ten Ham, Harlem, de Haan et Zoon. 1883.
Brunner, Beiträge zur klin. Chirurgie von Bruns, Bd. 4, Heft 1 und 2, 1887.

In Berücksichtigung der früher angegebenen Fälle dürfte die Zahl aller bisher mitgetheilten Fälle 200 nicht übersteigen, was noch immer für die Seltenheit dieser Bruchformen spricht. Die in meiner früheren Arbeit angegebenen relativen Verhältnisse der Häufigkeit nach Alter, Geschlecht, sowie nach Bruchinhalt dürften kaum eine Aenderung erleiden.

Biblioteka Główna
WUM

Biblioteka Główna WUM

Br.6882



000024958

Druck von Friedrich Jasper in Wien.



www.dlibra.wum.edu.pl