

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1887**

20 (31.10.1887)

# Aerztliche Mittheilungen aus Baden.

Gegründet von Dr. Robert Volz.

Karlsruhe.

Nr. 20.

31. October.

## Zur Casuistik der interstitiellen Leistenhernien.

Die operative Behandlung eingeklemmter Hernien ist vorzugsweise eine Domäne der praktischen Aerzte. Bei der individuellen Verschiedenheit jedes einzelnen Falles bietet dieses Gebiet viel Interessantes und Belehrendes und gewiß geht jeder Arzt, der in der Technik einige Uebung hat, mit Wißbegierde an jede Einklemmung heran. Allerdings macht nur die Uebung auf diesem Gebiete heimisch, aber jeder Arzt auf dem Lande kann zu dieser Uebung gelangen, wenn er principiell jede Einklemmung nach erfolgloser Taxis sofort der Operation unterzieht, zu der ja der Kranke durch den Hinweis auf sichere, ja radicale Heilung sich leicht versteht.

Bei diesem Grundsätze fallen mir jährlich theils in eigener, theils in consultativer Praxis eine Reihe von Fällen zu — ein großer Reichthum für einen Landarzt, wenn ich bedenke, daß mir als anderthalbjährigem Assistenten einer chirurgischen Klinik nur eine Herniotomie zu Gesicht kam.

In diesem Sommer begegneten mir kurz nach einander zwei interstitielle Leistenhernien, welche einiges allgemeines Interesse zu haben scheinen und deren Beschreibung ich in Kurzem versuchen will.

1. Der 38 jährige kräftige Landwirth M. in B. hatte seit einem Jahre vage Unterleibsbeschwerden und Unregelmäßigkeit im Stuhle. Vor etwa  $\frac{1}{2}$  Jahre bemerkte er eine kleine Geschwulst in der Leistengegend, welche auf Druck verschwand, aber dann mehr Beschwerden verursachte. In der Voraussetzung, daß es ein Bruch sei, ließ er sich von einem Chirurgen ein Bruchband anlegen, das er aber der sich steigenden Schmerzen wegen nur 8 Tage tragen konnte. Er ließ nun die Sache unbeachtet gehen. Ende Juli wegen Einklemmungserscheinungen zu ihm gerufen, finde ich vor der linken Leistenöffnung eine nußgroße, etwas pralle, aber nicht schmerzhaftige Geschwulst, welche alle äußern Zeichen eines Bruches hatte. Nach einigen Taxisversuchen ging die Geschwulst unter gurrendem Geräusche zurück. Dieser Vor-

gang brachte jedoch keine Erleichterung, sondern erhöhte die Schmerzhaftigkeit in der Unterbauchgegend. Der durch die Leistenöffnung vorgeschobene Finger konnte nur wenig eindringen und tastete beim Entgegenpressen des Kranken die Spitze einer prallen elastischen Geschwulst. Nach der Deutung dieses Befundes war bei der Taxis der vorliegende Darm nicht in die Bauchhöhle, sondern nur in den Leistenanal zurückgedrängt worden und die Einklemmung fand im letzteren oder an der Bauchöffnung desselben statt. Es lag somit eine Scheinreduction vor. Diese Thatsachen wurden dem Kranken mitgetheilt mit dem Bemerkten, daß es trotz dem Zurückbringen des vorliegenden Darmes zur Operation kommen werde. Derselbe willigte ein, sofern die Incarcerationserscheinungen sich steigern würden. Dies fand in kurzer Zeit statt, so daß ich noch am Abend desselben Tages zur Operation schreiten konnte. Jetzt fand ich die frühere Geschwulst in der Leistengegend wieder vor, nur zeigte sie gegen früher deutliche Fluctuation und konnte nicht zurückgebracht werden. Bei der Operation wurde der Hautschnitt in der Richtung der Längsaxe des Leistencanals angelegt und der Bruchsaack vorsichtig und schichtweise geöffnet. Sein Inhalt war röthlichgelbes Wasser ohne Geruch. Jetzt konnte der durch den eröffneten Bruchsaack vorgeschobene Finger ein Convolut prall gespannter Därme abtasten, welches in dem Leistenanal und zwischen den Schichten der Bauchwand nach oben eingelagert war. Zur Bruchpforte, d. h. zur Bauchöffnung des Leistencanals konnte der Finger nicht vordringen, weil der Raum durch die Gedärme prall angefüllt war. Erst nach genügender Spaltung des Leistencanales und der Bauchwand konnte man zur Bruchpforte gelangen und sich überzeugen, daß hier die Einklemmung saß. Die anatomischen Verhältnisse ließen sich jetzt gut überblicken. Das Bruchbett hatte eine taschenförmige Ausbuchtung erfahren, welche 4 cm hoch zwischen den Bauchdecken hinaufzog. Nach dem Verlaufe der durchschnittenen Muskelfasern zu schließen, schob sich diese Tasche zwischen *Musc. obliquus* und *transversus* hinauf. Eine etwa 15 cm lange Dünndarmmschlinge war in sich abgeknickt und füllte diesen Raum aus. Die Bruchpforte war dick, derb und fest, der Leistenanal hatte eine Länge von 4—5 cm, war aber gegenüber seiner natürlichen Richtung mehr gerade gestellt. Es lag somit, wie vermuthet wurde, eine interstitielle Leistenhernie vor. Nach Erweiterung des einschnürenden Ringes durch feichte Einschnitte nach außen und oben — es war ein äußerer Leistenbruch — wurde der Darm vorgezogen und untersucht. Er war nirgends adhärent. Da er frische, dunkelblau-rothe Farbe zeigte und sein Gewebe auch an der Umschnürungsstelle gesund war, so wurde er nach gründlicher Reinigung mit warmem Carbolwasser reponirt. Der Bruchsaack, der mit fettreichem Bindegewebe an seiner Unterlage haftete, konnte stumpf

abgelöst werden. Auch in der Tasche zwischen der Bauchwand gelang dies durch die genügend eröffnende Schnittführung leicht. Nach Unterbindung des Bruchfades an der Bruchpforte und Durchtrennung desselben wurde die Blutung gewissenhaft gestillt und die Weichtheile schichtweise durch die Naht vereinigt. Am 9. Tage erster Verbandwechsel, der eine reactionslose Heilung per. prim. zeigte. —

2. Complicirtere Verhältnisse, aber auch einen ungünstigen Ausgang hatte der 2. Fall aufzuweisen. Der 45 Jahre alte Landwirth L. in B. hatte lange Jahre Unterleibsbeschwerden und soll allervorts Hülfe dagegen gesucht haben. Im Laufe dieses Sommers wurde er plötzlich von Leibschmerzen, Uebelkeit und Erbrechen befallen. Der herbeigerufene Arzt findet bei schmerzhaft aufgetriebenem Leibe eine haselnußgroße Geschwulst in der l. Inguinalgegend, welche als Leistenbruch angesprochen wird, aber trotz wiederholten Taxisversuchen nicht weicht. Auf die angewandte Medication verlieren sich die Einklemmungserscheinungen, treten aber in den folgenden Tagen wieder zeitweise auf. Als die Inanition des Kranken jedoch Fortschritte macht und Collapserscheinungen einzutreten drohen, wurde ich vom behandelnden Arzte zugezogen. Ich fand den Kranken am 5. Krankheitsstage in seinen Kräften mäßig collabirt, mit etwas zerfallenen Gesichtszügen und mit aufgeriebenem, nicht schmerzhaftem Abdomen. Puls und Respiration war gut. Seit heute ist zum erstenmale säculentes Erbrechen aufgetreten. In der linken Inguinalgegend war die schon erwähnte Geschwulst sichtbar, welche in Folge der Taxisversuche etwas odematöse entzündete Haut zeigte. Die Geschwulst selbst war nicht schmerzhaft und ließ undeutliche Fluctuation erkennen. Da der Kranke in seinen Krankheitserscheinungen bis heute mehr die Symptome der Darmstenose als der vollständigen Einklemmung zeigte, so vermutheten wir entweder nur die Incarceration eines Darmdivertikels oder aber einen verwachsenen Reizbruch mit Abknickung des Darmrohres. Bei diesen vermutheten einfachen Verhältnissen glaubten wir zur Operation schreiten zu sollen, obgleich der Allgemeinzustand des Kranken nicht allzu aufmunternd war. Der Hautschnitt wurde in der Richtung des Leistencanals über die Höhe der Geschwulst geführt. Der Bruchfack zeigte mehrere Schichten theils festen, theils fettreichen Bindegewebs, welche sehr vorsichtig durchtrennt wurden. Als die letzte Schicht zum Durchschneiden kam, stürzte plötzlich ein fingerdicker Strahl rothbrauner übelriechender Flüssigkeit fußhoch empor, so daß uns ein beklemmendes Gefühl überkam, es sei der Darm eingeschnitten worden. Doch der in den Bruchfack eingeführte Finger beruhigte uns. Derselbe drang durch die Leistenöffnung in eine faustgroße Höhle, welche mit obiger Flüssigkeit gefüllt war und in der eine collabirte Darmschlinge flottirte. Gegenüber dem Leistenring nach hinten und

8 cm von demselben entfernt konnte der vorgeschobene Finger die Bruchpforte abtasten, welche eine kleine Oeffnung mit dünnem scharfem Rande darstellte. Um die Sachlage besser überblicken zu können, wurde mit Durchschneidung der Bauchdecken der Schnitt verlängert. Jetzt gewahrte man, daß der Bruchsack taschenförmig auf 6 cm Höhe zwischen die Schichten der Bauchwand hinaufzog und daß die hintere Wand der Tasche nur von der Fascia transversa gebildet wurde. Die ganze Höhle war größtentheils mit dem beschriebenen schmutzig-rothbraunen Wasser ausgefüllt und nur an der hinteren Wand befand sich eine etwa 20 cm lange Dünndarmschlinge von schmutziger blauröthlicher Farbe. Dieselbe war in der Nähe der Bruchpforte mit dem Bruchsack verwachsen, was vorsichtig gelöst wurde. Nun wurde die Bruchpforte blutig erweitert und der Darm zur genauen Untersuchung vorgezogen. Der ganze eingeklemmte Darm hatte in seinem Gewebe stark gelitten. In der Nähe der stark ausgeprägten Incarcerationsfurcher gewahrte man an der verwachsenen Stelle eine brandige Perforation des Darmrohres, welche von mehreren erbsengroßen Stellen von blaugrüner Farbe und matschem Gewebe umgeben war. Da auch diese brandigen Stellen der Perforation anheimfallen mußten, so war es nicht rätlich und zulässig, nach Verschuß der Perforationsoffnung den Darm zu reponiren. Eine Resection des Darmrohres, welche jetzt in Frage kam, konnte nicht ausgeführt werden, weil die erschöpften Kräfte des Kranken eine Verlängerung der Narcose verboten und eine rasche Beendigung der Operation erheischten. So entschloß man sich zur Anlegung eines künstlichen Afters, indem der perforirte Darmtheil und die gangränösen Stellen in die Hautwunde eingenäht wurden. Allem diesem ging eine genügende Erweiterung der Bruchpforte und gründliche Reinigung des Operationsfeldes voraus. Der Kranke ging einige Stunden nach dem Eingriffe an Collaps zu Grunde. —

Beide beschriebenen Fälle zeigen allerdings im entgegengesetzten Sinne den Werth der Frühoperation. Während bei dem ersten Falle die Diagnose einer interstitiellen Hernie gestellt und die Scheinreduction in eine Tasche des Bruchbettes erkannt wurde, war die Diagnose beim zweiten Falle unmöglich. Eigenthümlich ist, daß bei diesem das Bruchwasser unter so starkem Drucke war. Gewiß ist dies auf Rechnung der Perforation des Darmes zu setzen, der erst nach seiner Entleerung adhärent wurde und die Bruchpforte hermetisch abschloß.

Zur Operation der Hernien im Allgemeinen bemerke ich, daß ich stets, wo es angeht, der Herniotomie die Radicaloperation folgen lasse, d. h. daß der Bruchsack losgeschält und nach seiner Unterbindung an der Bruchseite reseziert. Was die Naht anlangt, so habe ich früher einfach die Hautwunde über dem eingelegten Drain vereinigt; heute lasse ich letzteres weg und lege Etagen-

nähte an, wobei die Weichtheile Schicht für Schicht pünktlich vernäht werden. Jede Bildung eines Hohraumes zur Ansammlung von Wundsecreten ist hierbei zu vermeiden. Die schützende Narbe wird auf diese Weise resistenter und leistungsfähiger. Allerdings verlangt eine solche Operationsmethode größtmögliche Antisepsis, um eine prim. intent. zu erreichen. Keine Kleider, Hände, Instrumente und ein reines Operationsfeld sind unerlässlich. Derjenige Arzt, der solche Operationen mit seinem chirurgischen Tagesbesteck macht, wird nicht zum Ziele kommen, da diese Instrumente in allen Fällen suspect sind. Wenn uns Landärzten auch keine Sterilisirapparate mit heißem Wasserdampf zur Verfügung stehen, so haben wir doch Mittel, aseptische Instrumente zu erzielen. Alle diese Operationsinstrumente müssen vom Tagesgebrauch strenge geschieden und nach jeder auch der geringsten Benützung durch längeres Kochen in Carbollösung sterilisirt werden. Seit ich diesem Grundsatz huldige, ist die prim. intent. meiner größeren Operationen Regel, während sie früher nur ein seltener erfreulicher Zufall war.

Schöpfheim, den 17. October 1887.

Dr. Brunner.

### Welche Bedeutung können wir der in neuerer Zeit mehrfach genannten Weir Mitchell Playfair'schen Cur beilegen?

Referat, gehalten von Prof. C. Leyden, in der Sitzung des Vereines für innere Medicin am 29. März 1886.

(Deutsche med. Wochenschr. 1886. 14.)

(Schluß.)

Die Vortheile dieser Curmethode bestehen darin, daß die Patienten aus einem unregelmäßigen Leben, wahrscheinlich endloses Mediciniren aus schädlichem Mitgefühl, übereifriger Pflege in eine Atmosphäre der Ruhe, der Ordnung, der Aufsicht kommen zu der systematischen Pflege einer tüchtigen Wärterin, zu einer einfachen, zweckmäßigen und geregelten Kost. Neben diesem Autor habe ich vor Allen einen Vortrag von Biswanger zu nennen „zur Behandlung der Erschöpfungsneurosen“. In diesem Aufsatz weist Biswanger, indem er sich der Behandlungsmethode Weir Mitchell's und Playfair's anschließt, noch besonders auf das psychische Verhalten derartiger Patientinnen hin, welches bei diesen Erschöpfungsneurosen in der That eine wesentliche Rolle spielt.

In ähnlicher Weise spricht sich Burkart aus, der einen sehr ausführlichen und gründlichen Aufsatz über den Gegenstand veröffentlicht hat. Die Ernährung, ich kann sagen die Fütterung, spielt, wie Sie sehen, bei dieser Cur eine hervorragende Rolle, und es ist von allen genannten Autoren als bemerkenswerth hervorgehoben worden, daß Pat., welche vorher an hartnäckiger Dyspepsie litten, bald reichliche Mengen Nahrung zu sich nahmen. Ich möchte Ihnen hierin einen Einblick geben, indem ich Ihnen den Diätzettel vorlese, welcher bei einer Patientin nach zehntägiger Cur bereits zu Grunde gelegt werden konnte.

7 Uhr Morgens  $\frac{1}{2}$  Liter Milch (in 30 Minuten zu trinken).  
 8 Uhr 1 kleine Tasse Kaffee mit Sahne, 80 Gramm kaltes gebratenes Fleisch, 3 Schnitte Weißbrod mit Butter, 1 Teller geröstete Kartoffeln. 10 Uhr  $\frac{1}{2}$  Liter Milch 3 Zwieback. 12 Uhr  $\frac{1}{2}$  Liter Milch (in 30 Minuten zu trinken), 1 Uhr Rohfleischsuppe, 2 Mal 100 Gramm Fleisch von Geflügel, Kartoffelbrei, Gemüse, 120 Gramm Pflanzencompot, süße Mehlspeise, 3  $\frac{1}{2}$  Uhr  $\frac{1}{2}$  Liter Milch. 5  $\frac{1}{2}$  Uhr  $\frac{1}{2}$  Liter Milch, 80 Gramm kaltes gebratenes Fleisch, 2 Schnitte Weißbrod mit Butter. 8 Uhr 80 Gramm gebratenes Fleisch, 1 Zwieback,  $\frac{1}{2}$  Liter Milch. 9  $\frac{1}{2}$  Uhr  $\frac{1}{2}$  Liter Milch, 2 Zwieback.

Es scheint beim Lesen in der That kaum begreiflich, wie eine Patientin solche Mengen zu sich nehmen kann, indessen kann nach den übereinstimmenden Angaben die Thatsache nicht bezweifelt werden. Zum Schluß habe ich noch einen kurzen Aufsatz von Solly zu erwähnen, der sich ebenfalls sehr günstig über die Angelegenheit ausdrückt.

M. S.! Wenn ich hiermit das Thatsächlichste berichtet habe, so erlaube ich mir noch einige Bemerkungen zum Schluß. Derjenige, welcher den Versuch gemacht hat, diese eigenthümliche Behandlungsmethode durchzuführen, wird vielleicht zuerst selbst überrascht sein, daß sie in der That außerordentliche Erfolge hat. Das Originelle der Methode liegt in der Combination jener Heilpotenzen, welche, wenn wir den ganzen Plan übersehen, sich in der That in sehr wirksamer Weise zu unterstützen geeignet sind. Das Beachtenswerthe liegt meines Erachtens auch darin, daß diese Methode eigentlich von der medicamentösen Behandlung so gut wie ganz Abstand nimmt und daß sie Heilpotenzen herbeizieht und die Wirksamkeit von Heilpotenzen in ein klares Licht setzt, welche die moderne Medicin theils zu gering geachtet, theils als selbstverständlich betrachtet hat, dies sind die Isolirung, die Ruhe, die Wartung und eine bestimmte methodisch geordnete und methodisch fortschreitende Diät. Die Eigenthümlichkeit der Methode, das Beachtenswerthe liegt ferner noch darin, daß sie nicht eigentlich die Krankheit zum Gegenstand ihrer Angriffe macht, sondern sich zur Behandlung des kranken Individuums wendet. Ich halte das für beachtenswerth, weil nach meiner Auf-

fassung die Stärke der inneren Medicin gerade darin liegt, daß wir nicht nur die Krankheit, sondern auch den Patienten zu behandeln haben. Der innere Arzt reicht nicht aus mit der Kenntniß der Krankheit, mag dieselbe nun einfach complicirt sein bei diesen Processen, welche tief im Organismus gelegen sind, die Krankheit an ihrer Wurzel zu fassen. In einer großen Zahl, fast in der Mehrzahl der Fälle, sind wir darauf angewiesen, den Kranken den Kampf mit der Krankheit zu erleichtern.

Nachdem ich so das Nüthmenswerthe der Methode hervorgehoben habe, möchte ich auch noch Einiges über die Schattenseiten derselben sagen. Diese bestehen darin, daß sie sehr schwer durchführbar, sehr kostspielig und langwierig ist. Ihre Kostspieligkeit namentlich würde sie fast nur für die wohlhabenderen Stände durchführbar machen. Unter den anderen Uebelständen, welche die Cur bedingt, wiegt meines Erachtens am schwersten die Isolirung des Kranken, die Trennung von der Familie. Wenn die Herren Collegen ihre eigenen Erfahrungen in Betracht ziehen, so glaube ich, werden sie mir Recht geben, daß in einer ziemlich großen Zahl von Fällen diese Bedingung absolut nicht durchführbar ist. Wenn es sich um eine Frau handelt, die von ihrer Familie getrennt werden soll, so werden wir auf den größten Widerstand stoßen.

Ich glaube aber jetzt schon sagen zu können, daß wir in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen von dieser Bedingung abstehe können, daß es gerade bei solchen Familienmüttern möglich ist, die Cur, sei es mit Modificationen, sei es in ihrer vollen Strenge, im Hause durchzuführen. Allerdings wird man alsdann um so mehr Gewicht zu legen haben auf die zweite Heilpotenz, d. i. die Sorge für eine durchaus geeignete, gebildete und dem Patienten sympathische Pflegerin. Auch in Bezug auf die Diät dürften wir uns wohl Modificationen erlauben. Dieselbe ist an sich ja keineswegs kostspielig, im Gegentheil, sie ist das Billigste an der ganzen Cur, aber Sie werden mir darin Recht geben, daß viele Patientinnen eine solche Milchcur nicht aushalten, und wir haben ja auch in anderen Nahrungsmitteln einen genügenden Ersatz. Dagegen würde ich für nothwendig erachten, daß die Cur mit flüssiger Ernährung begonnen wird und daß man erst allmählig zu fester Nahrung übergeht.

Das wäre es, was ich über den Gegenstand zu sagen habe, wir erkennen einerseits an, daß wir in dieser Cur einen Fortschritt in unserem therapeutischen Können gemacht haben, wir erkennen andererseits an, daß vielleicht manche Einschränkungen und Einseitigkeiten sich verbessern lassen.

(Medicinisch-chirurgisches Centralblatt 1887 Nr. 30.)

### Zeitung.

**Niederlassungen und Wohnortswechsel.** Arzt Dr. Albert Gutkind, appr. 1887, hat sich in Mannheim, Arzt Dr. Karl Götz in Eberbach, Arzt Dr. Wilhelm Paul in Todtnau, Arzt Dr. Burkhardt in Zell am Harmersbach, Arzt Dr. Jakob Wolff in Badenweiler, Arzt Dr. Max Sieber in Liedolsheim, A. Karlsruhe, niedergelassen. Arzt Otto Gageur ist von Zell nach Böhrenbach, A. Billingen, Arzt Oskar Schlegel von Krautheim nach Billingen gezogen. Arzt Dr. Mays ist von Weinheim, Dr. Grether von Karlsruhe weggezogen. Dr. Schinzinger ist aus der Stelle als Assistenzarzt des städtischen Krankenhauses zu Konstanz ausgetreten, an seine Stelle trat Arzt Ramsperger.

**Todesfall.** Arzt Konstantin Keller ist am 14. September d. J. zu Kilsheim, A. Wertheim, an Lungentuberkulose gestorben.

### Berichtigung.

Wittwenkasse badischer Aerzte.

Im Mitgliederverzeichnis, Aerztliche Mittheilungen Nr. 19, pag. 153, 2. Spalte, ist zwischen Zeile 7 und 8 von unten einzuschalten:

Martin, Emil, Freiburg, 1869.

### Anzeigen.

#### Die Fabrik künstlicher Mineralwasser

28, Sofienstraße **Dr. Barschall** Sofienstraße 28

empfiehlt ihre Erfrischungs- und Curwasser zu Nachcuren: Emser, Karlsbader, Kissingen, Marienbader, Oberalzbrunner, Tarasper, Bichy, Wildunger &c.

Stahlwasser (pyrophosphorsaures Eisenwasser), bekanntes vorzügliches Eisenpräparat, Lithion-Gichtwasser, Bromsalzwasser nach Prof. Erlenmeyer, Phosphatwasser (Natr. phosphor., Natr. aethyl. sulphuric., à 15 g). Ausschließliche Fabrikation mit destillirtem Wasser in stets gleich bleibender Zusammensetzung. Limonade purgative Rogé, Ofener Bitterwasser (Hunyadi Janos), Soda und Selters in Syphons und Flaschen mit Patentverschluss, Emser, Selters, Apollinaris in  $\frac{1}{4}$  und  $\frac{1}{2}$  Krügen. [59]22

#### Verhaltens-Vorschriften f. die Ungehörigen der Zuspflinge.

Den Herren Bezirksärzten empfehlen wir die lt. Erlaß Großh. Ministeriums des Innern vom 19. November 1885 vorgeschriebenen „Verhaltens-Vorschriften &c.“ Preis 1000 Gr. 9 *h.*, bei größeren Bezügen jedes weitere 100 Gr. 50 *h.*

Karlsruhe.

Malsch & Vogel, Verlagsbuchhandlung.

Karlsruhe. Unter Redaction von Dr. Aensperger. — Druck und Verlag von Malsch & Vogel.