

XII.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Altonaer Krankenhauses (Oberarzt
Prof. Dr. Krause).

Ein Fall von Appendicitis perforativa im inguinalen Bruchsack. Operation. Heilung.

Von

Dr. Heinrich Gross,
Assistenzarzt.

(Mit 1 Abbildung.)

Folgender Fall von Appendicitis perforativa kam im Verlauf des vorigen Wintersemesters zur Beobachtung. Die Eigenart seines klinisch-anatomischen Bildes, wie der Aetiologie dürfte die Veröffentlichung rechtfertigen.

Der 41 jährige Cigarren-Arbeiter Carl Struss aus Bahrenfeld wurde am 10. November 1896 ins Krankenhaus aufgenommen.

Die Anamnese ergab: Seit frühester Jugend leidet Patient an einem hochgradigen Buckel (Kypho-Scoliosis sinistro-convexa dorsalis mit compensatorischer Verkrümmung der Lendenwirbelsäule). Vor 26 Jahren zog sich Patient einen rechtsseitigen Leistenbruch zu, der seitdem durch ein Bruchband zurückgehalten wird. Nach Ablegen des Letzteren ist der Bruch öfter vorgetreten, jedesmal bis in das Scrotum; die Reposition war immer leicht und erfolgte unter Gurren.

Ende August v. J. acquirirte Patient Gonorrhoe. 10 Tage vor der Aufnahme, bei nur noch spärlichem Ausfluss aus der Harnröhre, trat plötzlich eine Anschwellung des rechten Hodens ein. Im Anschluss hieran soll sich innerhalb der nächsten 3 Tage eine leichte, sehr schmerzhaft Vorwölbung der rechten Leistenbeuge entwickelt haben. Patient fühlte selbst einen Strang, der sich durch den Leistenkanal zum Hoden hinzog. Der behandelnde Arzt constatirte Nebenhoden mit Samenstrangentzündung und überwies den Patienten nach kurzer Behandlung dem Krankenhause.

Seit Eintritt der Nebenhodenentzündung, die zum sofortigen Ablegen des Bruchbandes zwang, ist der Bruch nicht wieder hervorgetreten.

10. November 1896. Aufnahme. Der Befund ergab: Die Gonorrhoe der Harnröhre ist fast verheilt; nur Morgens findet sich geringer seröser

Ausfluss mit spärlichen Gonokokken. — Rechterseits besteht starke, typische Schwellung des Nebenhodens und Vorwölbung der Inguinalbeuge. Letztere wird bedingt durch den Samenstrang, der in seinem ganzen Verlaufe durch den Leistenkanal bis zum Nebenhoden als daumendicker Strang sich verfolgen lässt. Vas deferens ist in ihm nicht abzugrenzen; nur etwas oberhalb des Nebenhodenkopfes ist es undeutlich von Bleistiftdicke durchzufühlen.

Das Vorhandensein einer Hernie ist nicht nachzuweisen; soweit die Schmerzhaftigkeit eine Palpation des inneren Leistenringes erlaubt, ist dieser zum grössten Theil durch den Samenstrang ausgefüllt. Vorstoss einer Darmschlinge beim Husten ist nicht zu fühlen.

Temperatur 39,5⁰.

Diagnose: Epididymitis und Funiculitis gonorrhoea.

12. December 1896. Patient wird auf Wunsch entlassen. Die Schwellung des Nebenhodens ist seit dem 20. November 1896 ganz zurückgegangen; Patient ist seitdem fieberfrei.

Entlassungsbefund: Hoden, wie Nebenhoden sind von normaler Grösse, nur am Kopfe des letzteren fällt eine bohngrosse, auf Druck schmerzhaft verdickte auf. Unmittelbar hinter diesem Knoten fühlt man das Vas deferens noch leicht verdickt, weiter nach oben verliert es sich in den Samenstrang, dessen Schwellung ebenfalls zurückgegangen ist, auch äusserlich nur wenig als Vorwölbung der Inguinalbeuge hervortritt, aber immerhin noch dem Umfange eines kleinen Fingers entspricht. — Der Ausfluss aus der Harnröhre hat seit einigen Tagen ganz aufgehört.

Am 28. December 1896 erfolgte die Wiederaufnahme. Patient hatte sofort nach der Entlassung die Arbeit wieder aufgenommen. Die Schwellung des Samenstranges war, wie er angiebt, noch mehr zurückgegangen. Nach 8 Tagen hatte er sein Bruchband wieder angelegt und es trotz heftigster Schmerzen mehrere Stunden getragen. Schon an demselben Abend war unter Fieber und grosser Schmerzhaftigkeit eine stärkere Schwellung der Samenstranggegend eingetreten, die in den nächsten Tagen zunahm. Der Arzt stellte die Diagnose auf „Samenstranggeschwulst“ und veranlasste die Wiederaufnahme des Patienten ins Krankenhaus behufs Operation.

Bei der 2. Aufnahme fällt die wulstförmige Vorwölbung der rechten Inguinal- und oberen Scrotalgegend auf: Vom inneren Leistenring an verläuft ein zweifingerdicker Strang von derber Consistenz durch den Leistenkanal bis unmittelbar zum Hoden. Eine Fortsetzung über den inneren Leistenring hinaus, ins Abdomen, ist nicht nachzuweisen. Im Scrotum lässt sich nur der Hoden palpieren; er scheint von normaler Grösse und Form und ist auf Druck nicht schmerzhaft. Der Nebenhoden ist in dem geschwulstartigen Strang nicht abzugrenzen; die frühere knotenförmige Verdickung am Kopf lässt sich nicht mehr fühlen. Jedoch ist hier die Haut intensiv geröthet, ebenso wie über dem untersten Drittel des Leistenkanales, und leicht mit der Unterlage verwachsen.

Die Temperaturen schwankten in der nächsten Beobachtungszeit zwischen 37,8 und 39,8⁰.

Schon bei der 1. Entlassung, am 12. December 1896, hatte die am Kopfe des Nebenhodens restingende, knotenförmige Verdickung, wie

die Hartnäckigkeit der Schwellung des Samenstranges mit dem Vas deferens an eine Complication der gonorrhoeischen Entzündung, vielleicht mit Tuberkulose, denken lassen. Patient war deshalb angewiesen worden, zur weiteren Beobachtung sich von Zeit zu Zeit in der Poliklinik wieder vorzustellen.

Das jetzige Bild machte die Diagnose: Tuberkulose wahrscheinlich. Der ganze Habitus des kleinen schwächlichen Mannes sprach auch für diese Annahme; zudem ergab die Auscultation über dem 2. und 3. linken Intercostalraum verschärftes Vesiculärrathmen, bei trockenem Husten. Die Untersuchung des Urins fiel negativ aus, die Palpation der Prostata und der Samenbläschen wies weder Vergrößerung, noch Schmerzhaftigkeit der beiden Organe nach.

Operation am 8. Januar 1897. 8 Cm. langer Schnitt entsprechend der Länge des Samenstranges innerhalb des Leistenkanales bis auf die Tunica vaginalis communis. Stumpfe Blosslegung derselben in ganzer Ausdehnung, worauf Hoden und Samenstrang aus ihrem Bette ausgeschält werden. Der Samenstrangtumor zeigt bei derber Consistenz (besonders in seiner oberen Hälfte) gleichmässige Oberfläche, wie Umfang bis zum Hoden. Dieser sitzt dem voluminösen Strange unmittelbar auf, ist dabei nach aussen und hinten gelagert; die Form des Nebenhodens lässt sich nicht abtasten.

Die Loslösung der fest verwachsenen und leicht verdickten Tunica von dem eingehüllten Samenstrang gelingt erst, nachdem sie unterhalb des inneren Leistenringes quer eingeschnitten wird. Beim Versuch, sie von diesem Schnitt aus nach unten zu präpariren, quillt aus der Tiefe des Samenstranges, in der Höhe des äusseren Leistenringes, ein halber Fingerhut voll eitrig zerfallener Granulationsmasse hervor. Da, wo der Samenstrang frei gelegt ist, zeigt er eine auffallend schwielige Oberfläche.

Der innere Leistenring, der fest mit dem Samenstrang verwachsen ist, wird nach Verlängerung der Incisionswunde oben eröffnet. Das schwartig verdickte Gewebe des Leistenringes wird mühsam vom Samenstrang, der hier eine deutliche Schnürfurche aufweist, abgelöst. Oberhalb des Leistenringes glaubt man jetzt durch die bedeckenden Weichtheile die abdominale Fortsetzung des Stranges, den Anfang seines Descensus ins kleine Becken zu fühlen. Die Hautincision wird weiter nach oben, bis über die Spina superior verlängert, und die Wundränder werden auseinander gezogen. Es wird nunmehr behufs Orientirung und weiterer Isolirung des Stranges mit dem Finger vorgegangen. Hierbei wird jedoch oben das Peritoneum eröffnet; die vermeintliche abdominale Fortsetzung der Samenstrangeschwulst wölbt sich vor und erweist sich als das Coecum, das nach aussen drängt, mit ihm die einmündende Dünndarmschlinge. Das Coecum reicht bis zum inneren Leistenring; die erwähnte Schnürfurche entspricht seiner Verwachsung mit ihm.

Der Processus vermiformis, nach dem gesucht wird, kommt zum Vorschein, als das Coecum von seiner Verwachsung mit dem inneren Leistenring gelöst wird: sein centrales Ende liegt im Leistenring, und die weitere völlige Lösung der Coecumkuppe ergiebt, dass er gänzlich in den Leistenkanal verlagert und hier fest verwachsen ist. Daher wird er

an seiner Basis vom Coecum abgetrennt, die coecale Oeffnung in der üblichen Weise (Unterbindung, Uebernähung) versorgt.

Die nähere Untersuchung des „Samenstrangtumors“ ergiebt, dass dieser von dem vorgefallenen Wurmfortsatz und einer reichlich $\frac{1}{2}$ Cm. dicken, derben Schwiele gebildet wird, die ihn nach allen Richtungen hin umgiebt. Inmitten dieser Schwiele, im hinteren Theil derselben, liegt der Samenstrang, ganz fest und untrennbar, eingebettet. Die Schwiele zieht sich bis zum Hoden, den sie in seinem hinteren Abschnitt umgreift, so dass der Nebenhoden ganz von ihr eingeschlossen ist.

Bei der Einführung einer Sonde in den Appendix kommt diese zum Vorschein an der Stelle, wo sich bei der Präparation der Tunica communis Granulationseiter entleerte. Hier liegt eine typische Perforation des Wurmfortsatzes vor, wie wir sie bei der Perityphlitis zu sehen gewohnt sind, und zwar an der Grenze zwischen seinem mittleren und unteren Drittel. Der Appendix wird in seiner ganzen Länge aufgeschnitten; er reicht bis zum Nebenhoden und ist hier besonders fest in der Schwiele eingebettet. In seiner hinteren Wandung, nach dem Samenstrange, findet sich eine 2. Perforation, die der ersteren direct gegenüber liegt. — Die Mucosa zeigt leichte Röthung und Schwellung. Die ganze Wandung ist in ihren sämtlichen Schichten (besonders Serosa) verdickt und derb, im Lumen ist kein Inhalt (weder Koth, noch Schleim).

Vas deferens wird durch Scheerenschnitt freigelegt; es ist nicht verdickt und anscheinend gesund. Da aber eine Lösung des Samenstranges mit Erhaltung der Gefässe aus seinem schwieligen Bett nicht möglich ist, wird die Castration vorgenommen.

Der Darm wird ins Abdomen zurückgelagert. Die Bruchpforte wird der Sicherheit wegen durch ein Drainrohr offen gehalten und die Operationswunde provisorisch durch einige Nähte geschlossen.

12. Januar 1897. Am ersten Abend nach der Operation stieg die Temperatur bis $38,5^{\circ}$; seitdem ist der Kranke fieberfrei und befindet sich wohl. Am 2. Tage nach der Operation erfolgte spontan Stuhlentleerung ohne Schmerzen.

Da das Aussehen der Wunde durchaus gut ist, wird das Drainrohr entfernt; die ganze Bruchpforte und der Leistenkanal werden durch eine grosse Anzahl etagenförmig angelegter Seidenknopfnähte verschlossen. Darüber wird die Hautwunde exact genäht.

23. Februar 1897. Der Kranke wird geheilt entlassen. An der Stelle des Operationsfeldes fühlt man einen dicken, wulstförmigen Narbenstrang.

Die beigegefügte, nach einem Photogramm hergestellte Zeichnung illustriert die anatomischen Verhältnisse; sie ist 14 Tage nach der Operation aufgenommen, das Präparat in Formalin gehärtet und geschrumpft.

Betrachten wir in kurzem Rückblick die eigenartige Entstehung und Entwicklung des vorliegenden Falles.

Die Anamnese ergiebt, dass der Kranke seit 26 Jahren einen ausgesprochenen Leistenbruch hatte, der leicht reponirt und durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Als die acute Entzündung des Samenstranges und des Nebenhodens einsetzte, ist bei der sofort eingenommenen Bettruhe der Bruch in die Bruchhöhle zurückgebracht worden oder nicht wieder

hervorgetreten, nachdem das Bruchband abgelegt war. Dagegen ist offenbar der Wurmfortsatz in den Bruchsack vorgefallen, bezw. bei einer Reposition des eigentlichen Bruches zurückgeblieben.

Die Entzündung des Vas deferens und des interstitiellen Gewebes des Samenstranges theilte sich dem Wurmfortsatz und seinem Bette, dem Bruchsack, mit und führte zu einer entzündlichen Schwellung dieser Theile. Die Bruchpforte wurde dadurch verschlossen.

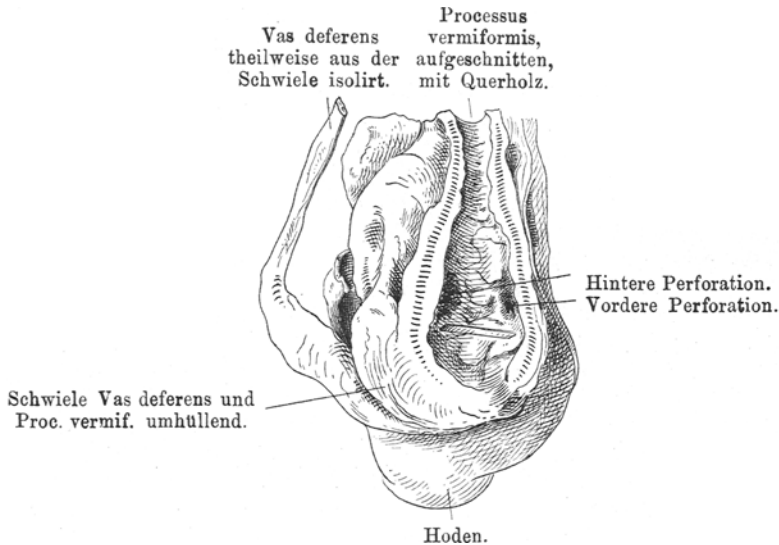


Abbildung des Präparates nach vorgenommener Eröffnung des Wurmfortsatzes (nach einer Photographie). $\frac{2}{3}$ der natürlichen Grösse.

Die Entzündung des Bruchsackes, wie des Appendix äusserte sich im weiteren Verlaufe in der Production von neuem Gewebe, der Neigung der serösen Häute gemäss, auf einen andauernden, entzündlichen Reiz hin durch Gewebeverdickung und Gewebsneubildung zu reagieren.

Bei der Operation zeigte sich die Wandung des Wurmfortsatzes erheblich verdickt; an Stelle des Bruchsackes fand sich eine derbe Schwiele, die die Gebilde des Leistenkanales, wie des Scrotums mit Ausnahme des unteren Hodenabschnittes umschloss und in sich aufgenommen hatte. Vas deferens und Nebenhoden lassen auch mikroskopisch von einer überstandenen Erkrankung nichts mehr erkennen.

Es ist durchaus anzunehmen, dass nur diese schwartigen Gewebsneubildungen durch die vom Samenstrang mitgetheilte Entzündung hervorgebracht sind. Die weiter sich vorfindenden Veränderungen, die Perforationen des Wurmfortsatzes, die eitrige Granulationsmasse, traten erst später auf, und stehen unserer Ansicht nach im ursächlichen Zusammenhang mit einer 2. Einwirkung rein mechanischer Natur.

Klinisch, wie anatomisch lässt sich diese Annahme durchaus vertreten. 8 Tage nach der 1. Entlassung, wo die Symptome (weitere Abnahme

der noch vorhandenen Schwellung, Aufhören der localen Schmerzen) bereits für einen gewissen Abschluss der Entzündung sprachen, legte Patient sein Bruchband wieder an. Unmittelbar darauf erfolgt eine beträchtliche Zunahme der Schwellung mit den Erscheinungen der acuten Entzündung. Der Druck des Bruchbandes facht den Process von neuem an und führt zur Perforation des Wurmfortsatzes.

Beide Perforationen sind als unmittelbare, directe Folgeerscheinungen dieser rein mechanischen Einwirkung aufzufassen. Sie liegen sich gegenüber, in der vorderen und hinteren Wandung des Wurmfortsatzes, in der Höhe des äusseren Leistenringes, entsprechen dem horizontalen Schambeinast und der Lage der Bruchbandpelotte. Zwischen beiden Resistenzen wurde das unelastische, da fixirte Gewebe des Wurmfortsatzes eingequetscht. Für diese Deutung der Perforationen als reine Druckulcerationen spricht auch durchaus die Natur unserer Appendicitis, die eine Schwellung und Verdickung des ganzen Organes aufweist, aber keine Veränderung der Schleimhaut, die eine spontane Perforation erklären könnte.

Es ist auffällig, dass diese Appendicitis, wie die Entzündung des Bruchsackes von Anfang an ohne jede peritonitische Reizung verliefen.

Eine Entnahme von Granulationseiter aus der oberen Perforationsstelle zu Culturzwecken schien uns im weiteren Verlaufe der Operation, nachdem sich die wahre Natur des vorliegenden Leidens herausgestellt hatte, nicht mehr einwandfrei und unterblieb deshalb.

Für die gütige Ueberlassung des eigenartigen Falles, der seiner Zeit auf meiner Abtheilung zur Beobachtung kam, spreche ich meinem verehrten Chef Herrn Prof. Krause meinen verbindlichsten Dank aus.

2.

Aus der Greifswalder chirurgischen Klinik (Prof. Helferich).

Ein Fall von Bruchsackruptur durch Trauma.

Von

Dr. P. Sick,
Assistenzarzt.

(Mit 3 Abbildungen.)

Am 27. Juli 1897 liess sich ein 49jähriger Arbeiter in die Klinik aufnehmen und bat, ihn durch die Operation von seinem Bruch zu befreien.

Zur Anamnese gab er an, dass er seit vielen Jahren einen rechtsseitigen Hodenbruch habe, der ihm aber niemals Beschwerden gemacht hätte; deshalb habe er auch kein Bruchband getragen und überhaupt nie ärztliche Hülfe in Anspruch genommen. Anfangs sei der Bruch klein gewesen, dann allmählich gewachsen, seit etwa 10 Jahren habe er dauernd Faustgrösse gehabt. Stets habe er den Bruch leicht zurückbringen können.