

IV. Aus dem neuen allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Casuistischer Beitrag zur Frage des Vorkommens des Processus vermiformis im Bruchsack bei Kindern.

Von Dr. Carl Goebel, Assistenzarzt.

Die Arbeit von Sandler: Der Processus vermiformis im Bruchsack (Münch. medic. Wochenschrift 1896, No. 5) giebt mir die Veranlassung folgende zwei Fälle von Einschluss des Wurmfortsatzes im Bruchsack der Hernia inguinalis bei Kindern bekannt zu geben. Meinem Oberarzt, Herrn Dr. Sick, bin ich für die Ueberlassung der Fälle zur Operation und Veröffentlichung zu Danke verpflichtet.

Fall 1. Dreimonatlicher Knabe (geboren 21. Mai 1895) kommt am 27. August 1895 zur Aufnahme. Es besteht eine Phimosis congenita und eine linksseitige Hernia inguinalis indirecta, in die bei irgend welchen Anstrengungen des Kindes Darmschlingen hervortreten. Die Hernie scheint nicht mit der Tunica vaginalis propria testis in Communication zu stehen.

Am 28. August 1895. Dorsale Spaltung der Phimose.

Am 10. September 1895. Radicaloperation der Hernie: Es findet sich eine Ausstülpung des Peritoneums entlang dem Samenstrang, d. h. ein partielles Offenbleiben des Processus peritonei in der proximalen Hälfte, da der Samenstrang in der Wand des Bruchsacks verläuft. Möglichste Freipräparirung des Bruchsacks. Verschluss der Peritonealhöhle mit fortlaufender Catgutnaht. Schluss resp. Verengung des Leistencanals mittels dreier versenkter Silberdrahtnähte nach Schede. Fortlaufende Etagen-catgutnaht der Weichtheile und der Haut. Bedeckung der Wunde mit aseptischer Gaze, die mit Zinkpflaster befestigt wird. Im Bruchsack fand sich frei beweglich der Processus vermiformis von mittlerer Länge, ein Theil des Coecums drängte sich in der Art eines Darmwandbruchs durch den Bruchsackhals in den Bruchsack. Die Wunde heilte per primam, das Kind, das durch eine Enteritis nach der Operation sehr herunter kam, wurde am 3. October 1895 in leidlichem Ernährungszustande entlassen.

Ende Februar 1896 stellen die Eltern das Kind wieder vor. Dasselbe ist wohl und munter, hat seit der Entlassung aus dem Krankenhaus sehr zugenommen; kein Recidiv der Hernie. In der glatten Narbe hat sich seit einigen Wochen eine Fistel gebildet, in der ein Silberdraht, fast oberflächlich, sichtbar ist. Extraction des Silberdrahts.

Bei einer weiteren Vorstellung am 19. März cr. zeigte sich im oberen Narbenwinkel eine gelb durchscheinende Blase, die wohl in einiger Zeit — die Mutter verweigerte die Incision — eine weitere Silberdrahtnaht zum Ausstossen bringen wird.

Fall 2. Fast zweijähriger Knabe R. L. (geb. den 22. November 1893) kommt am 9. October 1895 zur Aufnahme. Er soll schon vier Wochen nach der Geburt an Bruch gelitten haben, bis vor kurzem krank gewesen sein und sich erst in der letzten Woche wieder erholt haben. Mässiger Ernährungszustand, Haut schlaff, Fettpolster und Muskulatur schwach entwickelt. Abdomen aufgetrieben. Beiderseitige Inguinalhernie durch Offenbleiben des Processus peritonei. Schiebt man rechts die Darmschlingen zurück, so bleibt trotzdem ein dickerer Strang in dem Bruchsack, resp. an dem Samenstrang bestehen, als links. Ausserdem besteht eine congenitale Phimose.

21. October 1896. Schichtweises Freilegen des Bruchsacks, in dem sich der lange (circa 5 cm lange) Processus vermiformis befindet. Offenbar war im Bruchsack noch das sehr bewegliche Coecum und der untere Theil des Ileums gewesen. Der Wurmfortsatz ist mit seiner Spitze an dem Scheitel des Bruchsacks angewachsen; der Verlauf des Samenstrangs in der Bruchsackwand kennzeichnet den Bruch als einen congenitalen, resp. als aus einem Offenbleiben des Processus peritonei entstanden. Der Processus vermiformis wird von dem Bruchsack abpräparirt, so dass seine Spitze durch ein paar Catgutnähte mit Peritoneum übersäumt werden

¹⁾ Letztere ist bekanntlich infolge der eigenthümlichen anatomischen Verhältnisse links häufiger afficirt, als rechts.

kann. Versenkung des Wurmfortsatzes.¹⁾ Freipräparierung des Bruchsacks, Verschluss desselben durch Catgutnaht und Befestigung des Stumpfes im inneren Leistenring (nach Mac Ewen). Verengerung des Leistenkanals durch Juniperuscatgutknopfnähte. Versenkte Catgutnaht der Weichteile. Catgutnaht der Haut. Gazezinkpflasterverband. Spaltung der Phimose durch zwei seitliche Einschnitte, quere Vernähung der letzteren. Die Heilung verzögerte sich durch eine kleine Nahteiterung im oberen Wundwinkel.

Entlassung am 10. November 1895 in ausgezeichnetem Wohlbefinden (Gewichtszunahme von 900 g). Glatte Narbe der Herniotomie- und Phimosenwunde.

Bei der Vorstellung am 19. März 1896 befindet sich das Kind in ausgezeichnetem Ernährungszustande und Wohlbefinden. Die Narbe der Herniotomiewunde ist etwas breit und leicht callös geworden, aber ganz schmerzlos, auf der Unterlage verschieblich. Der rechte Leistenkanal ist tadellos verschlossen, der linke noch fast für den kleinen Finger durchgängig. Es existirt aber keine Hernie, auch beim Husten treten keine Darmschlingen hervor. Phimose endgültig gehoben, Praeputium bedeckt die Glans vollständig.

Wenn es erlaubt ist, aus den beiden referirten Fällen Schlussfolgerungen zu ziehen, so möchte ich auf die Coincidenz der Hernien mit den Phimosen hinweisen. Es ist bekannt und leicht erklärlich, dass Kinder mit Phimosen zur Bruchbildung neigen. Interessant ist diese Aetiologie vornehmlich in Bezug auf die Erklärung des zweiten Falles. Sandler u. a. sind geneigt, durch eine von Verwachsungen des Processus ausgehende Zugwirkung, „mögen sie nun einer fötalen Peritonitis oder andern Vorgängen ihre Entstehung verdanken,“ bei offen gebliebenem Processus vaginalis eine Hernie entstehen zu lassen. In unserem Falle sind wir wohl nicht berechtigt, die Verwachsungen des Processus mit dem Bruchsack als ätiologisches Moment für das Zustandekommen des Bruches anzuschuldigen, sie vielmehr in Parallele zu stellen mit den so oft vorkommenden secundären Verwachsungen des Bruchinhalts mit der Bruchwandung, Verwachsungen, die ja allerdings sonst fast nur das von der peristaltischen Bewegung des Darmtractus weniger in Mitleidenschaft gezogene Netz eingieht, aber der Wurmfortsatz ist ja auch als relativ unbeweglicher Darmtheil anzusehen.

Der Schluss des Leistenkanals, die „Pfeilnaht,“ habe ich in dem einen Fall mit Silberdraht, im anderen mit Juniperuscatgut gemacht. Die erstere Operationsmethode betrachtete ich lediglich als Versuch. Die Schede'sche Silberdrahtnaht wird ja in letzter Zeit von vielen Operateuren wegen der späteren, oft lange bestehenden Fisteln perhorrescirt (wie Wiesinger besonders bei einer Demonstration im hiesigen ärztlichen Verein hervorhob). Und gewiss hat sie auch ihre Nachteile. Wo man die Etagnahat der Bauchdecken mit resorbirbarem Material machen kann, wird die Silberdrahtnaht nicht mehr am Platze sein. Aber in Fällen, wo eine starke Spannung zu überwinden ist, besonders bei den grossen Bauchbrüchen corpulenter Individuen, wo beim Versuch mit Juniperuscatgut oder Seide zu nähen, ein Faden nach dem andern reisst oder die Wundränder, d. h. die Peritoneal- und Fascienränder, nicht zum Aneinanderlegen gebracht werden können, da feiert die Schede'sche versenkte Silberdrahtnaht nach wie vor ihre Triumphe.

Dass ich den Processus vermiformis beide male nicht reseceirt habe, trotzdem natürlich, besonders im zweiten Falle, die Resection überlegt wurde, wird mir wohl nur derjenige nicht verzeihen, der die Herausnahme eines, wenn auch anscheinend überflüssigen Organs der rascheren Erledigung des operativen Eingriffes voranstellt. Und dass die kleinere Hernie im Fall 2, die nur sehr gering war, nicht operirt wurde, dazu berechtigte die Erfahrung, dass solche kleinen Brüche nach Phimosenoperation spontan zurückgehen. Auch in diesem Falle hat sich dieser Erfahrungssatz bestätigt.

Wenn Sandler übrigens einen Jodoformcollodiumverband besonders empfiehlt, so muss ich nach meinen Erfahrungen auf der hiesigen Kinderabtheilung eher den einfachen aseptischen Gaze-Zinkpflasterverband empfehlen. Ein Stück die Wunde eben überlagernder Gaze wird mit Zinkpflaster (Firma Beiersdorf & Co., Hamburg) bedeckt. Von dem Collodiumverband sind wir wegen der Hautreizung resp. der entstehenden Ekzeme, besonders bei Kindern, fast ganz abgekommen. Um eine Durchnässung zu verhindern, kann man bei kleinen, sich noch nicht meldenden Knaben den Penis durch einen Zinkpflasterstreifen so befestigen, dass der Urinstrahl die Wunde nicht trifft.

¹⁾ Leider habe ich in beiden Fällen nicht genau auf das Verhalten des Mesenteriolmus geachtet. Doch war beidemal dasselbe deutlich vorhanden.