

5.

Beobachtung einer Hernia ischiadica congenita.

Mitgetheilt von Dr. H. Walter in Offenbach a. M.

Die Mehrzahl der Autoren spricht sich übereinstimmend über das äusserst seltene Vorkommen der Hernia ischiadica aus. Wernher, in seinem Handbuche der Chirurgie Bd. III. S. 423, sagt sogar, dass von allen in der Literatur verzeichneten Fällen von Ischiocoele, deren er 14 angibt *), nur 5 ausser Zweifel als Brüche des Hüftbeinausschnittes anzuerkennen seien **), da nur bei diesen der Bruch über den Ligamentis tuberoso- und spinosacris, also durch das grosse Hüftbeinloch, aus dem Becken ausgetreten seien, und dass selbst diese wenigen unzweifelhaften Fälle zum Theil der wünschenswerthen Detailbeschreibung entbehren. Seit Meinels ***) Beobachtung ist nur von Bardeleben †) ein Fall angedeutet, „den er gesehen, den er aber später nicht mehr hat untersuchen können“. Es möchte deshalb von Interesse sein, eine weitere Beobachtung zur Kenntniss zu bringen, zumal einer solchen, deren Diagnose vollkommen gesichert erscheint. — Manche der früher mitgetheilten Fälle sind mit Recht angezweifelt worden, da sie, wenigstens die von Bertrandi in Turin beobachteten zwei, sehr wahrscheinlich Dammbrüche waren ††), andere sind im Leben nicht erkannt oder gar falsch diagnosticiert worden, wie dies namentlich von Einem Falle, den Schreger erzählt †††), festgestellt ist. Es wurde hier der Bruch von dem behandelnden Wundarzte für eine Cyste gehalten und extirpirt. Erst die Section wies den Irrthum nach. Das Kind starb nämlich am Tage nach der Operation unter Convulsionen und es fand sich, dass ein Divertikel der Blase durch die Bruchöffnung vorgetreten und dieses abgeschnitten worden war. Auch Meinel hatte des leeren, matten Tones wegen, welchen die Geschwulst immer gab, an eine Hernia ischiadica nicht gedacht, und erst, nachdem er die deutlich fluctuirende Geschwulst mittelst der Incision geöffnet, auf dem Grunde derselben, gegen den hinteren Sitzbeinausschnitt, eine Darmschlinge vorgefunden, welche sich bei der Section des 11 Tage nach der Operation gestorbenen Kindes als eine 2½ Zoll lange Schlinge des Ileum ergab. Chelius *†), Wernher, Bardeleben und Andere geben

*) Nämlich von Bertrandi, bei Verdier 2, Papen, Camper, Bose, Lassus, Bezold, Jones bei A. Cooper, Schreger, Monro, Ronbien, Portcyanko, Meinel, Chalons.

**) Auch der von Knüppel (Med. Zeitung des Vereins für Heilk. in Preussen. 1849. No. 51) beschriebene Fall ist im höchsten Maasse zweifelhaft. Virchow.

***) Prager Vierteljahrschrift, 1849. Bd. 3. S. 116.

†) Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Berlin, 1861. Bd. 3. S. 900.

††) s. Bardeleben l. c.

†††) s. Meinel l. c.

*†) Handbuch der Chirurgie. 5te Auflage. I. Bd. p. 765.

übereinstimmend an, dass die Diagnose der *Hernia ischiadica* mit grossen Schwierigkeiten verbunden sei. A. Cooper erzählt einen Fall von einem 27jährigen Manne, bei welchem die Einklemmung erst nach dem Tode klar erkannt wurde. Im Leben war hier gar keine Geschwulst äusserlich sichtbar oder durch das Gefühl aufzufinden, wie dies auch bei der Dicke der Gesässmuskeln und bei geringem Umfange des Bruches kaum möglich gedacht werden kann. Ausdrücklich warnen die genannten Autoren vor Verwechslungen mit anderen Geschwülsten, namentlich mit Cysten, Lipomen, Senkungsabscessen und mit *Spina bifida*. Mit einem Abscesse wäre eine Verwechslung allerdings leicht denkbar, da der Bruch, wie Chelius (l. c.) angibt, Eiterung in seiner Umgebung erregt, und dadurch deutliche Schwellung erzeugt haben könnte. Der von mir beobachtete Fall gibt wegen der günstigen äusseren Verhältnisse keine Veranlassung zu einem diagnostischen Irrthume, wie sich dies aus nachstehender Erzählung desselben ergeben wird.

Am 26. August d. J. wurde ich zu dem 4 Tage alten Kinde des Matthias Larm in Obertshausen gerufen, um eine Geschwulst zu untersuchen, welche, wie der Vater selber mittheilte, auf dem Gesässe sitze und die das Kind mit auf die Welt gebracht habe. Bei der Untersuchung des im Ganzen wohlgebildeten, jedoch etwas mageren, sonst mittelgrossen Mädchens fand ich auf der linken Seite von der Wirbelsäule, etwa 1 Finger breit von den deutlich fühlbaren, normal gebildeten Kreuzhebeln entfernt eine $1\frac{1}{2}$ Zoll lange, $1\frac{1}{4}$ Zoll breite, $\frac{3}{4}$ Zoll hohe, im Ganzen rundliche, weich-elastisch sich anfühlende Anschwellung. Die Hebeamme hatte schon die Vermuthung ausgesprochen, dass es wohl ein Bruch sein möge. Die Geschwulst liess sich mit leichtem Drucke in die Beckenhöhle zurückbringen, erschien aber alsbald wieder, als der Druck nachliess. War dieselbe zurückgebracht, so konnte man mit der Fingerspitze in eine Grube des Beckens eindringen. Die Stelle entspricht dem oberen Theile des Hüftbeinausschnittes und bildet unzweifelhaft den Eingang in die Bruchpforte. Ein stärkerer Druck der Fingerspitze in die erwähnte Vertiefung machte dem Kinde Schmerzen, es fing an zu schreien und entleerte unter sichtlichem Drängen dünnen Koth mit Flatus. So oft ich später dieses Manöver wiederholte, drängte das Kind und bekam Kothentleerung immer mit deutlicher Schmerzempfindung. Führt ich einen weiblichen Catheter, den ich als Sonde benutzte, in den Mastdarm ein und ging in der Richtung etwas nach links und oben etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll weit ein, so konnte ich die Spitze desselben im Verlauf der *Incisura ischiadica* bis zu der Austrittsstelle der Hernie durch die mageren, sehr dünnen Hautdecken hindurch deutlich fühlen und mit der Fingerspitze der linken Hand verfolgen. Hiernach blieb mir kein Zweifel, dass ich es mit einer *Hernia ischiadica congenita* zu thun habe, und zwar lässt sich annehmen, dass der vorgefallene Darmtheil der obere Theil des Mastdarms sein möge, der des Widerstandes und der normgemässen Unterlage entbehrend durch die vorhandene Pforte nach aussen gedrungen war. Weder mit einer Cyste noch mit einem Senkungsabscesse ist hier Verwechslung möglich. Erstere würde ihren Inhalt nicht in die Beckenhöhle entleeren lassen, letzterer, für welchen ohnedies kein Symptom sonst spricht, ebensowenig. Da aber der Druck in die Bruchpforte mittelst der Fingerspitze sofort Stuhldrang hervorruft, so bleibt wohl

nur obige Annahme einer *Hernia ischiadica congenita rectalis* oder, vielleicht genauer, der *Flexura sigmoidea* übrig, die ihres Mesenterium wegen um so leichter eine Lageveränderung einzugehen im Stande ist. — Um einen Versuch zur Zurückhaltung des Bruches zu machen, brachte ich nach Reposition des Bruchinhaltes, die, wie schon oben gesagt, sehr leicht gelang, ein der gefühlten Grube entsprechend grosses gekantetes Stückchen Wachs in die Vertiefung, legte eine kleine Comresse darüber und befestigte diese letztere mit einigen Bindetouren. Die Hebeamme erhielt die Weisung, die Comresse, wenn sie sich verschieben sollte, mit einigen mir gerade nicht zur Hand befindlichen Heftpflasterstreifen zu fixiren. Am 31. August erhielt ich jedoch die Nachricht, dass das Kind die ganze folgende Nacht (vom 26. auf den 27. August) hindurch gejammert, keinen Urin entleert habe. Stuhlgang sei aber öfter dagewesen und zwar sei die Oeffnung sehr dünn. Die Hebeamme lockerte am anderen Morgen den Verband, worauf das Kind sehr bald urinirte. Ein neuer Verband, den die Hebeamme nach der gemachten Angabe anlegte, wurde abermals nicht ertragen, und so liessen die Eltern, „um das Kind nicht zu plagen“, später jeden Verband weg. — Einige Wochen später, es war am 14. September, sah ich das Kind wieder, dasselbe befand sich ganz wohl, hatte, nachdem die Diarrhoe, welche es in den ersten Tagen gehabt, vorüber war, regelmässige Oeffnung und urinirte gut. Die Geschwulst fand ich in demselben Zustande, nur dass sie mir etwas grösser vorkam, als damals, wo ich sie zum ersten Male untersuchte. Am 28. October nahm ich mir Gelegenheit, das Kind wieder zu untersuchen, nachdem mir ein College vor wenigen Tagen berichtet hatte, dass die Geschwulst sich wesentlich an Grösse und Form verändert haben müsse, nach der Beschreibung zu schliessen, welche ich in unserem ärztlichen Vereine gemacht hatte. Die Geschwulst hatte allerdings unterdessen eine andere Form angenommen. Während sie früher eine runde Basis hatte, ist dieselbe jetzt eiförmig geworden. Die breite Seite derselben nach oben gekehrt, $\frac{3}{4}$ Zoll von dem hinteren Rande der Darmbeinschaukel entfernt, erhebt sich steil $1\frac{1}{4}$ Zoll hoch über die Umgebung und ist 2 Zoll breit, nur mit dünner Haut bedeckt. Von da an verläuft dieselbe 3 Zoll lang, etwas sich zuspitzend, in den untersten Rand des Hinterbackens, der sogar etwas verlängert erscheint und über die rechte Seite des Gesässes herabragt, der Bruch, der es unzweifelhaft ist, lässt sich auch jetzt noch zurückbringen. In seiner oberen Partie ist dann die Haut faltig und die Bruchpforte leicht durchföhlbar, nach unten zu ist die Grenze jedoch nicht zu bestimmen, da die dicke Gesässpartie nichts Genaueres föhlen lässt. Auch heute ist die Zurückbringung schmerzlos, bei tieferem Drucke in die Bruchpforte entleert das Kind wiederum unter Drängen Koth und reichliche Flatus. — Der Stuhlgang soll unterdessen stets vermehrt, grün gefärbt und dünn gewesen, die Urinentleerung jedoch nie wieder gestört worden sein.

Zur Vervollständigung föhre ich noch an, dass der Vater des Kindes 30 Jahre alt, stets gesund war; die Mutter, welche vor diesem Kinde 3mal geboren hatte, will früher öfter Bluthusten gehabt haben. Das älteste Kind ist gesund, die 2 nächsten, die die Mutter nicht stillen konnte, starben an „Abzehrung“. Die Niederkunft dieses 4ten Kindes ging gut von Statten und das Kind ist heute ziemlich wohl genährt.

Die Frau erzählte mir, dass sie vor einigen Tagen in einer benachbarten Stadt mit dem Kinde gewesen und dort einen Arzt consultirt habe. Der Ausspruch desselben scheint auf eine Diagnose hinzudeuten, welche mit der meinigen nicht übereinstimmt. Er hat der Frau nämlich gerathen, in einem Vierteljahre wiederzukommen, er wolle dann das Kind operiren. Wahrscheinlich hielt er den Tumor für eine Cyste oder für einen Abscess.

6.

Ein durch die verschiedensten Säuren darstellbares Absorptionsband in dem Spectrum des Blutfarbestoffes.

Von Prof. G. Valentin in Bern.

Die in der elften Abtheilung meiner Beiträge zur Kenntniss des Winterschlafes der Marmelthiere enthaltenen Untersuchungen über das Blut dieser Geschöpfe wiesen unter Anderem nach, dass man ein eigenthümliches Absorptionsband durch die Behandlung des Marmelthierblutes mit Kohlensäure erzeugen kann. Der Versuch gelang auch mit den Blutmassen des Meerschweinchens, des Schaafes und des Frosches. Fortgesetzte Beobachtungen lehrten, dass die verschiedensten Säuren zu dem gleichen Ergebnisse führen, sobald man ein dem Zwecke entsprechendes Verfahren einhält.

Man nimmt 5 Cubikcentimeter Wasser und versetzt dieses mit so viel hochrothen Blutes, dass eine Flüssigkeitsschicht von $1\frac{1}{2}$ Centimeter Dicke ein hellrothes Aussehen und einen hohen Grad von Durchsichtigkeit darbietet. Gebraucht man dunkelrothes, frisches oder faulendes Blut eines Säugethieres, so wird es nach der Vermischung mit jener grossen Wassermenge mehr oder minder hellroth. Sehr dünne Schichten erscheinen auffallend grün, das Blut möge ursprünglich hochroth oder dunkelroth gewesen sein.

Eine auf diese Weise hergestellte brauchbare Mischung lässt am Spectroscopie A bis D bei hellem Tageslichte in einer Schicht von $1\frac{1}{2}$ Centimetern durch. Schüttelt man dann die Flüssigkeit mit dem Sechsbis Zehnfachen ihres Volumens Kohlensäure oder versetzt man sie mit den nöthigen Mengen von Schwefelsäure, Phosphorsäure, Salpetersäure, Salzsäure, Kleesäure, Weinsteinsäure, Citronensäure, Bernsteinsäure, Essigsäure, Milchsäure oder Ameisensäure, so erhält man nahezu das gleiche charakteristische dunkle Säureband, das in der Gegend von B und C des Spectrums liegt und sich daher von dem zwischen A und B befindlichen Hämiband, dem bei D liegenden Hämatinstreifen und dem zwischen C und D auftretenden Schwefelwasserstoffbande seiner Lage nach unterscheidet. Die Menge der hinzugesetzten Säure bestimmt den spectroscopischen Erfolg. Sie muss je nach der Beschaffenheit der gebrauchten Säuren in bedeutenden Grenzen wechseln. Man fügt am Besten nur so viel hinzu, dass sich die hochrothe Farbe der Flüssigkeit in Dunkelroth bis Braunroth umändert und die Mischung in den ersten Augenblicken klar bleibt, sich aber bald darauf durch einen Niederschlag trübt, dessen-