

### Bemerkungen zu den Tafeln XVI u. XVII.

Wegen des kleinen Formates sind die Stundenangaben in den Tafeln nicht vollständig ausgeschrieben. Die Stunden der Temperaturmessung sind bei Fig. 1, 2, 3 u. 8 = 6, 8, 10, 12, 2, 4, 6, 8, zuweilen auch 7, 9 u. s. w., dann stehen die Werthe zwischen den Linien; bei Fig. 4, 5, 6 und 9 sind die Messzeiten 6, 9, 12, 3, 6 und 8. — Vergleiche zu Fig. 5 Jurisch = Tab. 2, zu Fig. 7 Fritz = Tab. 7, zu Fig. 9 Ambach = Tab. 9.

Fig. 1. Mende, Former, 22 J. Erkrankt 25 Dec. 1868. Mässig kräftiges Individuum.

Fig. 2. Soblick, Eisenbahnarbeiter, 25 J. Erkrankt 3. März. Kräftiges Individuum.

Fig. 3. Krüger; Ziegler, 21 J. Erkrankt 19. März. Mässig kräftiges Individuum.

Fig. 4. Piedak, Arbeitsmann, 24 J. Erkrankt 1 März. Kräftiges Individ. (Am 20. März Diphtheritis der Uvula hintere Fläche, mit Schüttelfrost; deshalb beschränkte Nahrungsaufnahme; am 2. April Belag entfernt, geringer Substanzverlust.)

Fig. 6. Hess, Schuster, 24 J. Erkrankt 28. März. Mässig kräftiges Individuum.

Fig. 8. Schulz, Tuchmacher, 25 J. Erkrankt 13. März. Kräftiger Pannicul. u. Musculat.

## XXIX.

### Von den Fettbrüchen und den bruchähnlichen Fettgeschwülsten.

Eine herniologische Studie nach eigener und fremder Beobachtung.

Von Prof. Dr. Wernher in Giessen.

(Schluss von S. 214.)

#### Symptome.

Die Symptome der Fettbrüche sind nach der Stelle, an welcher sie vorgetreten sind, und nach ihrem Zustande, ob sie einfach oder entzündet, mit Darmbruch, Peritonitis, Peritonäal-Zerrung verbunden sind, verschieden.

Symptome der einfachen, uncomplicirten Fettbrüche.

In ihrem einfachsten uncomplicirten Zustande bilden die Fettbrüche Geschwülste, welche irgend einer Bruchpforte entsprechen. Die Kranken wissen selten etwas über die Entstehung derselben zu sagen oder führen sie auf eine gewöhnliche Hernie zurück. In dieser Voraussetzung haben sie oft eine Zeit lang ein Bruchband getragen, dasselbe aber später weggelassen, aus Nachlässigkeit

weil es ihnen Schmerzen gemacht hatte, oder weil sie fanden, dass die Geschwulst nicht zurück zu bringen sei und dass dieselbe sich nicht vergrössere. Die Geschwülste wachsen jedenfalls sehr langsam; manche sind von einer beträchtlicheren Grösse auf einen geringeren Umfang zurück gegangen. Oft sind sie sehr klein, und manche der später zu erwähnenden, subjectiven Beschwerden sind nicht selten bei Geschwülsten beobachtet worden, welche kaum durch sorgfältige Untersuchung und nur durch das Gefühl entdeckt werden konnten. Sie sind umschrieben, von rundlicher Gestalt oder gelappt, in 2 und mehr Lappen getheilt, festweich, teigig, nicht compressibel, nicht sonor. Husten und ähnliche Bewegungen theilen der Geschwulst keinen Impuls mit und lassen dieselbe nicht anschwellen; sie ist überhaupt einer plötzlichen Grössen-Veränderung einer beträchtlichen und raschen An- oder Abschwellung nicht fähig. Wenn in manchen Fällen die Kranken eine plötzliche Vergrösserung bemerkt haben wollten, so haben sie sicherlich meistens sich selbst und ihre Aerzte getäuscht. Der Zustand der Anfüllung oder Entleerung des Leibes ist auf die Grösse und Spannung der Geschwulst ohne Einfluss. Sie gleichen somit angeschwollenen Drüsen oder Netzbrüchen. Scarpa hatte behauptet, dass es ihm in einem Falle geschehen habe, dass sie sich von den letzteren durch die grössere Festigkeit ihres Inhalts auszeichneten, doch ohne Grund, da das Fettzellgewebe, von welchem sie gebildet werden, nicht immer von gleicher Consistenz ist, ebenso wie das des Netzes, und sich vor diesem in keiner markirten Eigenschaft auszeichnet. Solche einfache Fettbrüche sind von kleinen, irreponiblen Netzbrüchen, vor einer Operation oder der anatomischen Untersuchung, aus ihren physikalischen Eigenschaften nicht mit Sicherheit zu unterscheiden. Gegen den Leib hin setzen sie sich mit einem Stiele fort, der sich in irgend einer der Bruchöffnungen verliert und welcher durch Anziehen etwas deutlicher gemacht werden kann. Die meisten Fettbrüche sind völlig irreponibel und können auch durch die zur Reposition unbeweglicher Hernien gebräuchlichen Mittel weniger leicht reponibel gemacht werden, als diese. Sie lassen sich nur etwas verschieben, zurückdrängen, verkleinern, treten aber sogleich wieder vor, wie die Repositions-Bewegung unterbrochen wird. Doch gehört Irreponibilität nicht zu ihren durchaus constanten Eigenschaften. Laennec (Arch. gén. de méd. t. 17. 1834) beschreibt einen Fett-

bruch, der rechts vom Nabel vortrat, von der Grösse eines Apfels, der leicht reponirt werden konnte, aber alsbald, wenn die Bauchdecken von der Seite zusammen gepresst wurden, wieder vortrat. Pellétan, cl. ch. 3. obs. 1, beobachtete 2 Inguinalfettbrüche im Scrotum, jeden 4 Finger dick, sie waren beide leicht reponibel. Die Section bestätigte später die Richtigkeit der Diagnose. Beispiele von kleineren Fettbrüchen an den verschiedensten Stellen des Körpers, welche mehr oder weniger leicht reponirt, auch durch ein Band zurück gehalten werden konnten, finden sich in der Literatur sehr zahlreich. An Leichen findet man Fettbrüche sehr oft zwar nicht für sich, aber sehr leicht mit ihrem Bruchsacke reponibel und das Peritonäum in ihrer Umgebung, wegen der Fettentwicklung in dem subperitonäalen Bindegewebe, sehr lax und verschieblich. Die Haut über der Geschwulst ist unverändert und hängt nicht mit derselben zusammen.

Sehr viele Fettbrüche verursachen durchaus keine abnormen Empfindungen oder functionellen Störungen. Sie bleiben desshalb und ihrer geringen Grösse halber den Kranken völlig unbekannt. Doch ist dieser Mangel aller functionellen Störungen nicht constant, auch nicht bei solchen, welche weder entzündet noch eingeklemmt sind, noch sich durch ihre Grösse auszeichnen. Viele derselben sind mit sehr langwierigen, wechselnden, aber desshalb nicht weniger lästigen, nervösen Erscheinungen verbunden, welche, bis ihr Ausgangspunkt nachgewiesen ist, bald für hypochondrische Verstimmungen, bald für irgend ein Magenleiden, für Coliken, Menstrual-Störungen u. s. w. angesehen werden.

Am häufigsten kommen diese nervösen Verstimmungen bei den oft sehr kleinen Fettbrüchen vor, welche in der Linea alba, besonders dem oberen Theile derselben, in der Nähe des Schwertknorpels vortreten.

Der Zusammenhang solcher nervösen Erscheinungen zu kleinen Vortretungen in der weissen Linie sind seit Garengéot und Hoin bekannt. Wegen der Stelle, wo die meisten derselben vorkommen, und wegen der Häufigkeit, mit welcher die Functionen des Magens gestört scheinen, wurden sie für Magenbrüche angesehen. Daß irrig dieser Auffassung ist oben dargelegt worden.

Die erste und zweite Beobachtung bei Garengéot, *Mém. sur plusieurs hernies singuliers*. *Mém. de l'acad. de chir.* (4) I. p. 706,

bei Hoin, von den Brüchen des Magens, 5. und 6. Beobachtung, welche beide dicht neben dem Processus xiphoideus vorgetreten waren, die Grösse einer Olive erreicht und mancherlei Beschwerden, Erbrechen, Magenschmerz verursacht hatten, waren wahrscheinlich Fettbrüche, wenn auch ihre Entstehung auf eine angestrengte Bewegung, beim Heben, Tanzen zurückgeführt wird. Die Beschwerden wurden in beiden Fällen durch Reposition und den Gebrauch eines Bandes gehoben. Eine Section wurde nicht gemacht.

#### Nervöse Erscheinungen bei nicht entzündeten Fettbrüchen.

Die Symptome dieser nicht entzündeten Fettbrüche sind von sehr wechselnder Beschaffenheit, gleichen sehr denen, welche man so häufig bei der langsamen Entwicklung eines Bruchsackes beobachtet, und hängen sicherlich von derselben Ursache, einer gewissen Zerrung an dem Peritonäum und seinen Verbindungen ab.

Die Kranken fühlen sich in einer nervösen Verstimmung, in welcher sie sich zu geistigen und körperlichen Anstrengungen ebenso unfähig halten, als dieses bei vielen Hypochondern der Fall ist. Sie klagen über Verdauungs-Schwäche, Auftreibung, Flatulenz, sowie dass viele Speisen, in Bezug auf welche sie ebenso wählerisch, wie die meisten Hypochonder werden, nicht von ihnen vertragen würden; über Aufstossen, Brechreiz und über vage Schmerzen, deren Sitz von ihnen bald da, bald dort hin, besonders häufig in die Magengegend verlegt wird. Dem Arzte erscheinen diese Klagen, in Berücksichtigung der geringen objectiven Veränderungen sehr übertrieben. Durch Anfüllung und Auftreibung des Leibes, starke Bewegungen, Rückwärtsbeugen des Körpers, werden diese unbehaglichen Gefühle vielfach sehr gesteigert. Bei Frauen sind die Menstrualbewegungen zuweilen nicht ohne Einfluss; die lästigen Erscheinungen treten periodisch mit diesen ein oder es wird wenigstens so angenommen und gedeutet. Ungleicher Druck gegen den Leib erregt immer unangenehme Empfindungen, während eine ganz gleichmässige Compression, durch eine breite, nicht zu fest anliegende Binde, sehr oft eine beträchtliche Erleichterung bringt. Manche Kranken werden in der That mit der Zeit angegriffen, mager, bekommen eine üble Farbe und nehmen an Kräften ab. Der Tumor, von dem diese Erscheinungen abhängen, ist oft so

klein, dass er nur mit Mühe aufgefunden wird. Er hat die oben beschriebenen Eigenschaften eines Fettbruches, zeichnet sich aber oft durch seine grössere Empfindlichkeit gegen Berührungen und bei dem Versuche ihn zu verschieben, zu reponiren, aus. Ich habe mehrfach gefunden, dass die Kranken, wenn die Stelle entdeckt war, sich mit aller Entschiedenheit dahin aussprechen konnten, dass ihr Leiden von derselben ausgehe. Sie werden zuweilen durch den Gebrauch eines Bruchbandes mit weicher Pelotte, durch welche der Tumor unterstützt und allmählich reponirt wird, sehr erleichtert. Zuweilen lassen sich solche Tumoren, welche alle Eigenschaften eines Fettbruches darbieten, unmittelbar zurückbringen, worauf die lästigen Symptome ebenso plötzlich verschwinden und ausbleiben, so lange der Tumor reponirt erhalten wird. Wenn ein Kranker, durch die unablässigen Störungen, welche solche unscheinbaren Geschwülste ihm verursachen, getrieben, um jeden Preis Hülfe verlangt und ihm hierin nachgegeben wird, so verschwinden die langjährigen lästigen, jeden Lebensgenuss verkümmernenden Symptome oft fast mit dem Augenblicke, in welchem der dünne Stiel des Tumors abgetragen worden ist.

Aus mehreren Beobachtungen, welche mir vorliegen, wähle ich die folgende zum Belege aus.

K. S., 35 Jahre alt, verheirathet, ein Unterbeamter bei der Eisenbahn. Früher-Soldat, klagte seit langer Zeit über die mannigfachsten Störungen, wie sie voranstehend beschrieben worden sind, und wurde damit seinen Vorgesetzten, durch seine beständigen Gesuche um Erleichterung und Befreiung vom Dienste, sehr lästig. Er ist von mehreren Aerzten untersucht worden, von denen die Einen sich einfach für Uebertreibung der Klagen: Hypochondrie, die Anderen für Magen- und Leberleiden aussprachen. Verschiedene, diesen Voraussetzungen entsprechende Mittel waren lange Zeit hindurch vergeblich gebraucht worden. Ich selbst hatte den Kranken mehrfach untersucht, ohne zu einer anderen, bestimmteren Ansicht gelangen zu können. In der Voraussetzung, dass vielleicht ein beginnender Bruch die Ursache des Leidens sein könnte, untersuchte ich alle Bruchporten auf's Genaueste und entdeckte etwa 4 Querfinger über dem Nabel in der Linea alba einen kleinen flachrunden Tumor unter der unveränderten Haut, dessen Berührung dem Kranken sehr empfindlich war. Verschiedene Mittel, insbesondere Druckverbände, blieben ohne Erfolg. Auf den dringenden Wunsch des Kranken wurde daher eine Incision über die Geschwulst geführt, welche sich als eine kleine, gelappte Fettmasse auswies, die sich mit einem dünnen Stiele durch eine enge Spalte der Linea alba fortsetzte. Sie wurde mit der Scheere abgetragen. Kurze Zeit später waren die früheren nervösen Erscheinungen vollständig verschwunden.

Bei Cruveilhier, Essai. II. 268, findet sich folgende Beobachtung:

Ein Mann kam in das Hôtel Dieu wegen fortwährender Kolikanfälle, welche schon mehrere Jahre gedauert hatten. Man findet eine kleine Geschwulst über dem Nabel, welche für eine Hernie der Linea alba gehalten wird, aber nur aus einem Fettbrocken besteht, der weggenommen wird. Von diesem Augenblicke sind die Kolikanfälle verschwunden.

In einem Falle, den Cock mittheilt (Guy's hosp. report. VII. p. 1. p. 234. 1850.), wurden die Beschwerden, welche mehrmals recidivirt und eine Höhe angenommen hatten, dass an Peritonitis und Einklemmung gedacht werden konnte, durch den Gebrauch einiger innerer Arzneimittel dauernd gehoben. In einem ganz gleichen Falle war die Geschwulst lange Zeit wegen ihrer geringen Grösse übersehen worden. Sie wurde leicht reponirt, worauf die früheren Beschwerden, nervöse Aufregung, Uebelkeit, Schmerz, sogleich verschwanden.

Ein 40jähriger Lastträger war den Tag vor der Aufnahme in das Hospital bei seiner harten Arbeit plötzlich von intensiven Leibschmerzen, besonders in der Herzgrube befallen worden. Eine spärliche Stuhlausleerung hatte am Tage vorher stattgefunden. Es bestand kein Erbrechen. Der Leib war gespannt, hart, empfindlich, wie es schien durch meteoristische Auftreibung der dünnen Gedärme, das Gesicht bot den Ausdruck grosser Angst dar. — Vier Zoll über dem Nabel etwas seitlich in der Linea alba fand sich eine haselnussgrosse irreponible Geschwulst, welche sich wie eine Hernie anfühlte und ebenso wie ihre Umgebung sich gegen Berührung ausserordentlich schmerzhaft erwies.

In Anbetracht, dass dieser Tumor in dem oberen Theile der Linea alba sass und kein Erbrechen bestand, beschloss Cock, ihn wie eine Verstopfung durch Peritonitis zu behandeln. Die Behandlung, deren Ausführung hier mitzuthellen zwecklos ist, hatte einen durchaus günstigen Erfolg, obwohl der Tumor unverändert blieb.

Ein Jahr später kam dieser Mann wieder in Behandlung. Er erzählte, dass er seit seinem ersten Anfälle, gelegentlich, bei harter Arbeit, ein Anschwellen seines Tumors und grössere Empfindlichkeit in demselben beobachtet habe. Er litt oft an Leibschmerz, Nausea, Erbrechen, kurz in einem gewissen Grade an Wiederholung der früheren Zufälle. Während eines besonders heftigen Anfalles, bei welchem die Geschwulst bedeutend angewachsen war, war viel Blut durch Erbrechen in den Stuhl entleert worden.

Cock bemerkt zu diesem Falle, dass nichts häufiger sei, als Anschwellungen in der Linea alba, welche einem Bruche gleichen, aber nur aus Fett bestehen, welches sich durch eine Spalte vorgedrängt hat. In dem vorliegenden Falle könne auch wohl eine Complication mit einer Erkrankung des Magens oder des Quergrimmdarms stattgefunden haben.

### Symptome der entzündeten und eingeklemmten Fettbrüche.

Eigentliche Einklemmungen von Fettbrüchen, d. h. von Geschwülsten, welche ausserhalb des Peritonäums sich entwickeln, sind, nach dem Begriffe, welchen man von der Einklemmung auf-

zustellen pflegt, nicht möglich. Nichtsdestoweniger liegen uns zahlreiche Beobachtungen über solche Geschwülste vor, bei denen Symptome auftraten, welche denen der Einklemmung eines Eingeweide-Bruches vollkommen gleichen und welche vielfach auch auf eine solche zurückgeführt wurden. Sehr oft sind erst die Operation oder, bei unglücklichem Ausgange derselben, die Obduction, die Mittel geworden, um die Diagnose festzustellen. Die Voraussetzung also, dass eine Fettgeschwulst eingeklemmt sei, beruht stets auf einer Täuschung, die Verhältnisse aber, welche dieselbe herbeiführen, sind sehr verschiedener Art. Um zu einer klaren Uebersicht des Beobachteten zu kommen, sind die Fälle reiner Fettbrüche ohne Complication mit irgend einer Ausstülpung des Peritonäum von denen zu trennen, bei welchen eine solche besteht. Bei den Fällen der ersten Reihe beruht die Zurückführung der Einklemmungs-Symptome auf die einen Bruch simulirende Fettgeschwulst natürlich auf einer vollkommenen Täuschung, an welcher der Kranke sehr oft selbst die Mitschuld trägt, indem er die Aufmerksamkeit seines Arztes auf angebliche Veränderungen hinlenkt, welche der Natur der Sache nach nicht richtig sein können, so auf angebliche plötzliche Entstehung oder dass der Tumor bisher beweglich gewesen, jetzt aber irreponibel, grösser und schmerzhaft geworden sei u. s. w. Die wirklichen Ursachen der anscheinenden Einklemmungs-Symptome des Fettbruches liegen in solchen Fällen in Obstructionen aus inneren Veranlassungen, inneren Einklemmungen, Darmentzündungen, Magen- und Darm-Geschwüren und ganz besonders in dem Bestehen einer Peritonitis. Zu welchen Fehlern die irrtümliche Beurtheilung solcher Fälle schon geführt hat, zeigt die folgende hier kurz mitgetheilte Beobachtung.

Ein Tumor, welcher im Verlaufe des Samenstrangs sich in den Leistenkanal fortsetzt, wird für einen eingeklemmten Bruch gehalten, Taxisversuche vergeblich. Bei der Operation wird kein Eingeweidebruch, sondern nur eine mit einem Balge versehene Fettmasse gefunden. Der Operateur versucht vergeblich sie aus den Gefässen des Samenstranges, denen sie fest anhängt, auszuschälen und da er hiermit nicht zu Stande kommt, he removed tumor, testicle and all.

Macilvain, Surgical observations p. 291.

In der zweiten Reihe bestehen neben den Fettgeschwülsten Ausstülpungen des Bauchfelles, welche jedoch sehr verschiedener Art sind und mit den Incarcerations-Symptomen in sehr verschiedener Beziehung stehen können. Man dürfte etwa folgende Fälle unterscheiden:

Ein Fettbruch besteht gleichzeitig mit wirklichen Eingeweide-Hernien an anderen Bruchpforten. Treten nun Einklemmungs-Erscheinungen auf, oder dauern sie nach der Reposition der beweglichen Brüche fort, so wird der unbewegliche Fettbruch, den der Kranke vielleicht für schmerzhaft erklärt, leicht die Ansicht erregen, dass von ihm eigentlich die Einklemmungs-Symptome ausgingen.

Die nachfolgende Beobachtung von Delaunay, Rélévé des observations des hernies étranglées Gaz. méd. de Paris 1861. p. 254, gibt einen guten Beleg zu dem Voranstehenden.

Bei einem 73jährigen Manne bestanden 3 angeschoppte (engoué) Brüche; rechts eine Inguinal- und eine Cruralhernie, links eine Cruralhernie. Die letztere war für eine Drüsenanschwellung gehalten worden. Die beiden rechtsseitigen waren am Abende vorher reponirt; bei der linken die Taxis vergeblich versucht worden. Seit dem Eintritte des Kranken in das Hospital war die Inguinalhernie nicht wieder vorgetreten, wohl aber die Cruralhernie derselben Seite; sie war jedoch weich, unschmerzhaft und leicht reponibel. Die linke Cruralhernie war rundlich, höckerig, hart und gegen Druck empfindlich. Der Kranke ist seit 4 Tagen verstopft, sein Leib aufgetrieben, die Windungen der Darmschlingen sind durch die Bauchdecken sichtbar. Die Haut ist kalt, der Puls klein und sehr schnell, das Gesicht ist blass, eingefallen; es besteht häufiges Kothbrechen. G. diagnosticiert einen eingeklemmten Bruch, ohne Bruchwasser in dem Sacke und schreitet unmittelbar zur Operation.

Man stösst auf eine Membran, welche vollkommen das Aussehen eines Bruchsackes hat; sie wird auf der Hohlsonde getrennt, hinter ihr, mit ihr zusammenhängend wurde eine netzförmige Fettmasse gefunden. Der obere Theil der Geschwulst scheint zu fluctuiren und lässt vermuthen, dass er vielleicht eine kleine Darmschlinge verberge. Man trifft jedoch nur auf eine Fettmasse, welche sich mit einem Stiele tief in den Cruralkanal hinein fortsetzt. Indem dieselbe vorsichtig getrennt wird, stösst man auf eine kleine, von einer serösen Membran ausgekleidete Höhle, aus welcher einige Tropfen dicken, gebundenen Eiters austreten. Auch bei der sorgfältigsten Untersuchung kann eine Verbindung dieser Höhle mit dem Unterleibe nicht aufgefunden werden. Obwohl jede Spur eines Eingeweides in der Geschwulst fehlt, wird der Cruralring doch scarificirt. Die Einklemmungserscheinungen dauern jedoch fort: der Kranke stirbt am 3. Tage. Die Cruralhernie der rechten Seite war indessen mehrmals wieder vorgetreten, aber stets leicht reponirt worden. Eine Section wurde nicht angestellt.

Der Verfasser weist auf die Schwierigkeit des Falles hin, da 3 Hernien zugleich bestanden, von denen die eine, welche alle Zeichen einer Einklemmung darbot, sich als eine Fett-Hernie, die einen obliterirten Bruchsack einschloss, auswies. Er lässt es unentschieden, ob von ihr die Einklemmungs-Erscheinungen ausgingen oder ob vielleicht noch eine vierte unentdeckte Hernie, vielleicht eine obturatorische, bestand, oder ob eine Inguinal-Hernie en masse



reducirt war. Mir scheint es am wahrscheinlichsten, eine Complication mit Peritonitis anzunehmen. Ein Fettbruch konnte gleichzeitig mit einer inneren Occlusion bestehen. Bei der grossen Schwierigkeit, solche innere Einklemmungen richtig zu diagnosticiren, ist es begreiflich, dass, wenn zugleich eine bruchähnliche Geschwulst gefunden wird, diese den Verdacht auf sich ziehen kann, die Ursache der Strangulations-Erscheinungen zu sein.

In der Leiche einer 30jährigen Frau wird in der linken Leistengegend eine scharf begrenzte, olivengrosse, elastische Geschwulst gefunden, welche sich in den Leistenkanal hinein fortsetzt. Ihr Stiel setzt sich unmittelbar hinter dem Leistenringe mit straffem Zellgewebe an. Sie besteht aus Fett, welches mit einem feinen Balge umschlossen ist. Höher hinauf ist der Leistenkanal unverändert und durch das glatt über ihn weggehende Peritonäum geschlossen. Das Netz ist mit 4 Zipfeln an mehreren Stellen mit dem Gekröse und dem Darm verwachsen. Darm und Peritoneum pariet. sind entzündet; der erstere ist zwischen den Netzzipfeln eingeklemmt und brandig, oberhalb der Einklemmung ist er ausgedehnt, unterhalb, der Dickdarm, zusammengefallen. Die Peritonäalhöhle ist mit Exsudat gefüllt.

Otto, Seltene Beobachtungen. T. 2. S. 115.

Ein Fettbruch kann einen Eingeweidebruch, von welchem die Entzündungs- oder Einklemmungs-Erscheinungen ausgehen, indem er sich vor und über ihn lagert, verbergen. Von besonderem Interesse ist in dieser Beziehung die Verbindung von Fettbrüchen mit kleinen Seitenwandbrüchen. Man wird sich aus der Darstellung der anatomischen Verhältnisse erinnern, wie häufig das Peritonäum an der inneren Bruchpforte, von deren äusseren Seite ein Fettbruch abgeht, zu einer ganz kleinen Vertiefung, einer *Hernie en pointe*, ausgestülpt ist.

Mag nun diese kleine trichterförmige Vertiefung die Bedeutung des Restes eines obsoleten oder die eines beginnenden Bruchsacks haben, so ist es doch, besonders aus der Geschichte der obturatorischen Brüche bekannt, dass sie stets zur Aufnahme eines entsprechenden kleinen Darmdivertikels dienen, welches sehr gewöhnlich angewachsen und aus verschiedenen Ursachen sehr zur Entzündung bis zur Ulceration geneigt ist. Der Fettbruch versteckt diesen an und für sich schwer zu diagnosticirenden Zustand noch mehr.

Ein ähnliches Verhältniss kann entstehen, wenn der Centralkanal, und von ihm aus, einem leeren Bruchsacke oder der abgeschnürten Central-Cyste, den Rudimenten eines obsoleten Bruchsackes, die Entzündung sich über das Peritonäum oder in umgekehrter Richtung von diesem auf jene ausgestülpten Theile ausbreitet.

Es ist nicht daran zu zweifeln, dass alle diese Ausstülpungen des Peritonäums, auch wenn sie noch so klein sind, einen gewissen local gereizten Zustand unterhalten können. Oben habe ich eine Reihe von Erscheinungen angegeben, welche man, namentlich bei Fettbrüchen der weissen Linie, so häufig beobachtet und welche in langwierigen Irritations-Symptomen bestehen, welche leicht, bei geringfügiger Veranlassung, sich zu einer Höhe steigern, dass sie denen, wie sie bei Einklemmungen beobachtet werden, nahe gleichen. Die Häufigkeit, mit welcher kleine Seitenwandsbrüche mit solchen trichterförmigen Ausstülpungen verwachsen sind, zeigt, wie leicht sich solche Irritationen zu localen Peritonitiden erheben. Dieselben gehen sicherlich nicht allein von dem Darm, der durch den Druck, welcher zwischen Bauchwand und Bauch-Inhalt beständig besteht, an sie angepresst ist, sondern auch von dem hervorgezerrten Peritonäum aus. Gelingt es, diese localen Zerrungen zu beseitigen, den Fettbrocken zu reponiren, ein passend wirkendes Bruchband anzulegen, so hören auch die Irritations-Erscheinungen auf.

Ein Fettbruch kann also insofern die Ursache der anscheinenden Einklemmung werden, als er eine kleine Ausstülpung des Peritonäum, mit dieser eine Zerrung an demselben veranlasst, welche intensiv und extensiv höhere Grade annehmen kann.

In allen diesen Fällen handelt es sich natürlich nicht um wirkliche Einklemmung, sondern um Bruch-Entzündung oder um eine Complication mit Peritonitis.

Die nachfolgenden Beobachtungen geben Beispiele kleiner entzündeter Brüche, welche hinter Fettbrüchen versteckt waren und der diagnostischen und operativen Schwierigkeiten, welche sich aus dieser Complication entwickeln können.

Die Beobachtung von Costilhes (*Hernie inguinale graisseuse simulante une hernie épiploïque, Peritonite, mort. h. intestinale reconnue à l'autopsie. Gaz. méd. de Paris. 1842. p. 571*) gibt einen Beleg für die diagnostischen Schwierigkeiten, welche sich dem Operateur bis zu dem letzten Theile einer Operation entgegen stellen können.

Eine 52jährige Frau, Mutter mehrerer Kinder, bemerkte seit 8 Monaten eine Geschwulst in ihrer rechten Leiste, welche bei jeder Menstruationsperiode schmerzhaft wurde. Am 15. December war dieselbe abermals während einer Menstruationsperiode plötzlich wieder sehr schmerzhaft geworden. Die Geschwulst, welche aus

dem Leistenkanale vortrat, sich querüber von der Spina zur Schamlefze erstreckte, machte den Eindruck eines irreponiblen Netzbruches. Sie ist sehr schmerzhaft bei jeder Bewegung und jeder Berührung. Die Schmerzen erstrecken sich nach einwärts, über den Leib, etwa in der Richtung des grossen Netzes, doch ist der Leib selbst weich und wenig empfindlich. Die Kranke hat Aufstossen und einige Uebelkeit, ihr Puls ist regelmässig und nicht beschleunigt (60). Repositionsversuche sind erfolglos. Catapl. mit Belladonna, Sennaklyst. u. s. w.

Ich übergehe die Darstellung des weiteren Verlaufes der Krankheit und der sehr gemischten Behandlung, welche sich bis zum 7. Tage nach dem Eintritte der ersten Erscheinungen hinzogen. Da sich jetzt die Symptome der Peritonitis immer deutlicher ausgebildet hatten, Gangrän der Hernie erfolgt zu sein schien, so wurde endlich zur Operation geschritten. Bei der in üblicher Weise ausgeführten Vertiefung der Schnitte wird ein Sack blossgelegt, welcher allen Anschein eines Bruchsackes hat; er wird mit einer ganz kleinen Oeffnung angeschnitten und diese auf der Hohlsonde erweitert. Er enthält kein Bruchwasser, sondern eine adhärente Masse, welche theils für einen älteren, theils für einen frisch hinzugetretenen Netzbruch gehalten wird. Ein Eingang zu dem Bruchsacke vom Leibe aus, durch welchen eine Sonde hätte eingeführt werden können, ist nicht zu finden; ein solcher wird mit der Spitze des Messers hergestellt und die (anscheinende) Einklemmung erweitert. Jetzt gelingt es auch, die Fettmassen zu reponiren.

Die Kranke stirbt in der nächsten Nacht. Die Autopsie ergibt Folgendes: Allgemeine Peritonitis, die Darmschlingen durch weiche Pseudomembranen verklebt. Eine Darmschlinge ist an dem inneren Leistenringe mit dem Peritonäum, welches hier einen beginnenden Bruchsack bildet, verwachsen, schwärzlich gefärbt, und an seiner inneren Fläche, im Umfange von 4 Cm. gangränös. Die Serosa ist unversehrt. Eine Perforation findet sich etwas höher oben und an dem parietalen Blatte des Peritonäum, 2 Cm. von dem Eingange des Leistenkanals entfernt, ein schwarzer Fleck. — Auf der äusseren Seite des Peritonäum, an der Stelle des beginnenden Bruchsackes, hängt eine rothbraune Fettmasse, von dem Umfange eines grossen Eies und mit der äusseren Fläche des Peritonäum und des beginnenden Bruchsackes sehr fest verwachsen: sie wird aus verschiedenen Lappen gebildet, in welche eine sehr starke Arterie eintritt.

In diesem bemerkenswerthen Falle wurden die Aerzte, wie die Kranke durch die Erfahrung hingehalten, dass der anscheinende Netzbruch schon mehrmals während der Menstrual-Periode schmerzhaft geworden war. Mehrfacher Wechsel in den Symptomen und der Intensität der Schmerzen scheint diese Ansicht zu bestätigen, bis der plötzliche Nachlass der letzteren Gangrän fürchten lässt. Als endlich zur Operation geschritten wird, scheint insbesondere der verdickte Sack, welcher die Fett-Geschwulst einschliesst, jeden Zweifel an eine Hernie auszuschliessen. Bis zum Ende der Operation wird also eine extraperitonäale Fett-Geschwulst für einen

Netzbruch gehalten und wirklich, nachdem künstlich eine Communication mit der Bauchhöhle hergestellt ist, reponirt. Offenbar handelte es sich aber eigentlich um einen entzündeten und gangränösen Seitenwandsbruch, welcher mit der kleinen trichterförmigen Vertiefung des Peritonäums verwachsen war, die von dem Stiele der Fett-Geschwulst entsprang.

Die nachfolgende Beobachtung von Cock schliesst sich hier nahe an.

E. Cock, Select cases of strangulated hernie. Guy's hosp. rep. Vol. VI. 1849. p. 149. case 1.

Eine 54jährige Wittwe, Mutter eines 10 Jahre alten Kindes, früher von kräftigem Körperbau, jetzt krank und mager, hat einen rechten Schenkelbruch, gegen welchen sie nie ein Bruchband getragen. Er war von Zeit zu Zeit unter Uebelkeit und Schmerz vorgetreten, stets aber war es gelungen, ihn im Verlauf einer Stunde zu reponiren. Der Bruch war am 30. von neuem vorgetreten, irreponibel geworden, Schmerz, Erbrechen und alle die gewöhnlichen Symptome der Einklemmung waren hinzugekommen. Man fand jetzt eine Femoralhernie, so gross wie ein kleines Ei, von unregelmässiger Gestalt. Es gelang durch leisen Druck sie in den Unterleib zu reponiren. Jedoch blieb eine abnorme Völle über dem Poupart'schen Bande, in der Richtung des äusseren Ringes, welche ebenfalls auf Druck und anscheinend ganz in den Unterleib zurückzutreten schien. Der Schenkelring war weit, nahm die Fingerspitze auf, seine Ränder waren scharf und distinct. Einige Erleichterung. Am folgenden Tage hatten die Strangulationserscheinungen sich wieder eingestellt, die Völle über dem äusseren Ringe war eher mehr als minder bemerklich, sie konnte in den Kanal zurückgeschoben werden, kehrte aber bei der geringsten Bewegung zurück.

Die Operation legte einen sehr dünnen Bruchsack bloß und in ihm eine Masse Fett, wie Omentum. Der Finger, der in den Sack geführt wird, findet die Grenzen zwischen ihm und seinem Fettinhalte schlecht bestimmt und kann keinen Bruchsackhals, keine Oeffnung nach dem Unterleibe auffinden. Da zur näheren Untersuchung neue Einschnitte durch die Sehne des Obliquus externus gemacht werden, so kommen neue Fettmassen zum Vorschein. Es war jetzt klar, dass das anscheinende Netz nur durch eine Fettmasse um das Ligamentum teres, welche eine gelappte Gestalt angenommen hatte und von einer zelligen Membran umgeben war, gebildet wurde. Als diese Fettmassen bei Seite gelegt waren, kam der innere Ring, der seine normale Stelle einnahm, zum Vorschein und in ihm ein kleiner Bruchsack, den man zwar im Ganzen, mit seinem Inhalte zugleich, bis zum gänzlichen Verschwinden in den Unterleib zurückdrängen, aber nicht entleeren konnte. Der Sack wurde daher geöffnet, eine kleine Darmschlinge blossgelegt und nachdem die sehr feste Einschnürung getrennt war, mit einiger Mühe reponirt. Einige Fettbrocken, welche sich während der Operation völlig losgelöst hatten, wurden entfernt.

Die Operation hatte einen günstigen Erfolg.

In anderen Fällen bestand überhaupt keine Hernie, wenigstens keine entzündete oder eingeklemmte und die Täuschung wurde

durch eine Peritonitis, eine Darm- oder Magenperforation, eine entzündliche Obstruction herbeigeführt.

Aus der Zahl der vorliegenden Beobachtungen führe ich folgende als Belege auf.

Ollivier, Französische Uebersetzung von Scarpa, sull ernie.

Bei einem 54jährigen Manne war an der Stelle des Unterleibes, an welcher er früher eine Verwundung erlitten, eine nussgrosse Geschwulst entstanden, welche angeblich später nicht mehr gewachsen war. Vier Jahre später entstanden nach Betrunktheit und Indigestion Einklemmungssymptome, Nausea, Erbrechen, Schmerz in der Geschwulst, die früher stets reponibel gewesen war, jetzt irreponibel ist. Fieberhafte Aufregung, Durst, schneller Puls, Auftreibung des Leibes, der sehr schmerzhaft wird, Erbrechen, Verstopfung, Coliken, Urin sehr sparsam etc. Aderlass, Bäder, Umschläge erfolglos.

Bei der am nächsten Tage, unter der Voraussetzung, dass ein Netzbruch eingeklemmt sei, ausgeführten Operation, wird eine teigige Geschwulst blossgelegt, welche für Netz gehalten wird. Die Reposition gelingt aber nicht, auch nachdem die Bauchpforte erweitert ist. Die Einklemmungssymptome dauern fort, Prostration u. s. w. steigen. Man untersucht daher die durch die Operation blossgelegte Geschwulst am nächsten Tage von neuem, findet sie von einer feinen Membran umhüllt und wird dadurch in der Meinung, dass ein Netzbruch bestehe, bestärkt. Die Reposition gelingt aber auch jetzt nicht, nachdem nach verschiedenen Richtungen hin und parallel mit der weissen Linie scarificirt worden war, ohne jedoch das Bauchfell zu verletzen. Da jetzt Zweifel entstehen, so wird der Tumor der Länge nach vorsichtig gespalten und nun erst erkannt, dass er von einer gestielten, von ausserhalb des Peritonäum ausgehenden Fettmasse gebildet werde. Man erkennt jetzt, dass die anscheinenden Einklemmungserscheinungen von einer Peritonitis abhängen. Der Tod erfolgt am 4. Tage.

Die Section ergibt, dass keine Verbindung zwischen dem Tumor und dem Innern des Unterleibes besteht. Sein Stiel setzt sich auf der äusseren Seite des gerötheten Peritonäum an; er enthält einige sehr starke Gefässe.

Die ganze Ausdehnung des Peritonäum ist entzündet, mit Pseudomembranen bedeckt, die Abdominalhöhle mit seropurulentem Exsudate gefüllt. Das Duodenum ist mit der Gallenblase verwachsen, geschwürig und perforirt.

Aller Wahrscheinlichkeit nach ist die Peritonitis von der Exulceration des Duodenum ausgegangen und der Fettumor an derselben ganz unbetheiligt gewesen. Nur die falschen Angaben des Kranken konnten die Aufmerksamkeit von der richtigen Stelle ab, auf den Tumor hinlenken.

Ein sehr analoger Fall wird von Tufnell mitgetheilt. Adipose hernia of the abdomen. Dublin hosp. Gaz. 1858. No. 2. Wie oben eine Exulceration des Duodenum, so gibt in dem citirten Falle ein perforirendes Magengeschwür die Veranlassung zu einer Peritonitis, als deren Ausgangspunkt irrtümlich eine Fetthernie der Linea alba angesehen wird.

Bei einer 60jährigen Frau werden alle Symptome der Einklemmung geklagt. Bei der Untersuchung wird mitten zwischen Nabel und Schwertknorpel in der Linea

alba eine kleine gespannte höckerige Geschwulst gefunden. Sie besteht schon seit lange und war nie reponibel gewesen. Der Leib ist ausgedehnt, gespannt, gegen Druck sehr empfindlich; die Schmerzen scheinen von dem Tumor auszugehen. In der Voraussetzung, dass hier eine Brucheinklemmung bestehe, wird sogleich zur Operation geschritten. Es wird eine Fettgeschwulst blossgelegt, welche stark mit den Rändern einer sehnigen Spalte in der weissen Linie zusammenhängt und sich auch dann nicht reponiren lässt, nachdem diese Spalte erweitert ist. Vorübergehende Erleichterung. Der Tod tritt am 3. Tage nach der Operation ein. Bei der Section fand sich eine Perforation der vorderen Magenwand; die Geschwulst hatte nur aus Fett bestanden.

Die nachstehende Beobachtung gibt ein Beispiel einer tödtlichen Peritonitis, welche mit einem Fettbruche complicirt war, durch welchen 2 leere Bruchsäcke verdeckt wurden.

Cruveilhier, Essai. 3. 266.

Ein Mann starb wenige Stunden nach dem Eintritte in das Hôtel Dieu; er hatte sich über Schmerzen im Unterleibe beklagt, die er einem Sturz zuschrieb, den er wenige Tage vorher gethan hatte. In den Inguinalgegenden hatte man 2 Tumoren entdeckt, welche für Hernien gehalten wurden. Bei der Leichenöffnung wurde das Peritonäum geröthet, mit Pseudomembranen bedeckt gefunden. Jene Geschwülste waren von mehreren Bindegewebslagen bedeckt, von denen die innerste glatt und glänzend war und für das Peritonäum gehalten wurde. Eine Fettmasse von der Grösse eines Hühnereies wurde anfangs für das Netz genommen. Es handelte sich aber nur um Fettbrüche. Zwei sehr grosse leere Bruchsäcke lagen hinter ihnen.

Hier mögen sich schliesslich noch folgende Beobachtungen anschliessen:

Eine alte Frau war in das akademische Hospital gebracht worden. Die Angehörigen hatten sich wieder entfernt, ehe nähere Nachrichten von ihnen eingeholt werden konnten. Man hatte nur von ihnen erfahren, dass die Person schon lange krank sei, zuletzt an mehrtägiger Stuhlverstopfung, Erbrechen, Kothbrechen und Auftreibung des Leibes gelitten habe. Nahrung sei schon seit mehreren Tagen keine mehr genommen worden. Die Kranke war vollständig collabirt, eiskalt, pulslos. Der Leib war aufgetrieben, fluctuirend, heiss, gegen Berührung höchst schmerzhaft. Die Kranke hatte Schluckzen und Aufstossen. Urin war keiner seit der mehrstündigen Anwesenheit im Hospitale abgegangen. Brauchbare Mittheilungen waren von ihr nicht zu erhalten. Bei der Untersuchung des Leibes schien die Beckengegend besonders empfindlich zu sein, besonders die rechte Leistengegend, in welcher ein kleiner eigrosser Tumor lag. Ein schwacher Repositionsversuch war ganz erfolglos. Die Kranke war offenbar sterbend und verschied auch, ehe sonst etwas geschehen konnte. Die Section wies als Ursache eine krebsige Stricture des Mastdarms und Perforation des Peritonäum mit Erguss in die Bauchhöhle nach. — Der Tumor, welcher sich mit dem rechten Ligam. teres erstreckte, war eine Fettgeschwulst, die bis in die Nierengegend sich fortsetzte.

Cock, Select. cases of hernie. 4. Series. Guy's hosp. rep. VII. p. 1. c. 1. p. 232.

Eine Frau, Mutter von 7 Kindern, deren jüngstes 2 Monate alt ist, wird plötzlich von Schmerzen im Leibe, dem Becken und den Schenkeln befallen. Stuhlgang war am Abend vorher noch gewesen, seitdem ist die Kranke verstopft. Die zahlreichen Arzneien, welche gereicht worden waren, sowie die Nahrung sind ausgebrochen worden. Der Leib ist in seinem ganzen Umfange empfindlich und schmerzhaft, aber nicht geschwollen. Ein sehr kleiner, gegen Berührung ausserordentlich empfindlicher Tumor wird in dem linken Cruralringe entdeckt; er ist nicht reponibel. Er besteht nach Aussage der Kranken seit 7 Monaten, ohne vorher lästig gewesen zu sein. Die Leibschmerzen waren remittierend, die einzelnen Paroxysmen sehr angreifend. Da die Symptome mehr denen einer Verstopfung als Einklemmung der Därme und die Geschwulst mehr einer geschwollenen Drüse, als einem Bruche gleichen, so wurde eine Operation noch hinausgezogen; Opiumklystiere angewendet. Es erfolgte auch eine Ausleerung mit Erleichterung, bald aber von neuem Uebelkeit, Erbrechen, grosse Angst, so dass die Ursache doch in einer Obstruction zu liegen schien. Probeoperation. Eine Fettmasse, welche die früher erwähnte Geschwulst in der That bildete, wird blossgelegt und entfernt, hinter ihr ist ein sehr kleiner, aber leerer Bruchsack. Da somit nachgewiesen war, dass keine Einklemmung bestand, so wurde zur antiphlogistischen und ausleerenden Behandlung zurückgekehrt, welche auch nach einigen Zwischenfällen einen erwünschten Erfolg hatte.

Ein Beispiel eines Bruches der weissen Linie, bei welchem die unrichtigen Angaben des Kranken die Veranlassung gaben, eine Brucheinklemmung anzunehmen, findet sich schon bei Scarpa, sull'Ernie. memor. V. d'ell'Ernia ombelicale e di quella della linea bianca dell'addome. § 13. — Eine schlaffe, fette, 60jährige Frau war in der Nacht von heftigen Coliken befallen worden, welche nach ihrer Angabe von einem eingeklemmten Bruche abhingen. Sie hatte ähnliche Anfälle schon öfter gehabt. Der Unterleib war sehr aufgetrieben und schmerzte bei der Berührung. Der Puls war klein, die Haut kalt, die Kranke verspürte Ekel, Neigung zum Erbrechen und war verstopft. Gleich unter dem Nabel, ein wenig nach links, fand sich eine Geschwulst von der Grösse einer dicken Nuss, mit unveränderter Hautdecke. Die Kranke schrieb ihren jetzigen Anfall, der stärker war als irgend ein früherer, dem Genusse schlecht bereiteten Gemüses und Mehlspeisen zu. Sie glaubte, dass die Geschwulst grösser und schmerzhaft geworden sei, was früher nicht der Fall gewesen. Scarpa nahm an; dass er einen Bruch der weissen Linie vor sich habe und da er wusste, wie schnell dieselben gangränös werden, so schritt er alsbald zur Operation. Es wurde kein Bruchsack unter der Haut gefunden, sondern nur eine Partie harten Fettes, welches sich mit einem Stiele durch eine Spalte der Linea alba fortsetzte. Scarpa entfernte es durch einen Schnitt mit der Scheere. Die wahre Natur der Krankheit war jetzt erkannt; Bäder, Klystiere, Ricinusöl bewirkten Stuhlgang und damit die Heilung.