XI.

Beitrag zur Behandlung von Nabelbrüchen.

Von

Dr. Oskar v. Hovorka,

Chefarzt für Orthopädie am Wiener Zanderinstitute.

Mit 3 Abbildungen.

Die Schwierigkeiten, welche die Behandlung von Nabelbrüchen bei Säuglingen und kleinen Kindern erfordert, sind einem jeden praktischen Arzte zur Genüge bekannt. Man hat es bei der Behandlung derselben hauptsächlich mit Heftpflasterverbänden, sowie mit Nabelbruchbändern zu tun, welche die Geduld des Arztes mitunter auf eine harte Probe stellen.

Die täglich zu erneuernden Heftpflasterverbände bedingen nicht nur eine lästige Prozedur, sondern haben häufig auch ein Auftreten von Ekzemen zur Folge, welche eine geringe Heilungstendenz zeigen, da die erkrankten Hautstellen auch bei der grössten Vorsicht stets der Reinigungsflüssigkeit ausgesetzt werden müssen.

Doch auch die Bruchbänder haben ihre Mängel. Sie bestehen hauptsächlich aus einer um den ganzen Leib gehenden Binde, welche mit einer genabelten Pelotte versehen ist, welche ferner die Bruchpforte bedecken und so den Austritt von Eingeweiden verhindern soll. Obwohl bereits eine stattliche Reihe von Bruchbändern existiert, hört man dessenungeachtet Klagen über „schlechtes Sitzen“, „leichtes Abrutschen“ des Bruchbandes u. dergl. Auch will man mitunter, und zwar wohl bei unrichtig konstruierten Bruchbändern eine Erweiterung der Bruchpforte, demnach eine Verschlechterung des Nabelbruches beobachtet haben.

Fig. 1.

Indem alle bisherigen Nabelbruchbänder nach dem Plane entworfen sind die Bruchpforte mit einer Pelotte und einem Gegennabel direkt zu bedecken, und so auf den Bruch in einer auf ihn senkrecht gerichteten Linie zu wirken, versuchte ich den Nabelbruch in einem speziellen Falle (bei einem fünfjährigen Kinde, welches infolge des Bruches an der Ausführung einer Reihe von orthopädischen Übungen verhindert war), in der Weise therapeutisch anzugreifen, indem ich die Kompressionskraft ähnlich wie beim Heftpflasterverband von der Seite einwirken liess. Dabei ersparte ich vollkommen die übliche Pelotte, sowie den Gegennabel (Fig. 2). Ich legte die Bauchhaut parallel den M. recti in zwei Längsfalten und suchte die über dem Bruche kulissenartig zusammengezogenen Falten in dieser Lage zu erhalten. Ich liess mir sodann von einer Bandagistenfirma (Jurschitzka und

Fig. 2.

Fig. 3.

Schmidl in Wien) in diesem Sinne ein Bruchband konstruieren, welches der Hauptsache nach aus zwei, mit Klavierfilz überzogenen, am äusseren Rand stumpfkantig auslaufenden kulissenartigen Kompressionsteilen besteht, zwischen welche die Hautfalten zu liegen kommen (Fig. 1). Von einem Teil zum anderen läuft ein breiter, elastischer, in der Mitte durch Schnürung verstellbarer Gummigurt (Fig. 3). Zusammengehalten wird das Bruchband mit Hilfe eines gegabelten und eines einfachen Riemens, welche an Metallknöpfen befestigt werden.

Zum sicheren Anlegen des Bruchbandes ist die Rückenlage anzuempfehlen. Die Handhabung dieses Bruchbandes ist äusserst einfach, es belästigt den Kranken viel weniger als die bisher angewendeten; nicht unwichtig ist der Umstand, dass man jeden Moment kontrollieren kann, ob das Bruchband richtig angelegt ist oder nicht, was bei den bisher üblichen Nabelbruchbändern wegen der vorliegenden Pelotte nicht möglich war.

Dank der aufgezählten Vorteile glaube ich dieses Nabelbruchband zur Nachprüfung und Verwendung den Herren Kollegen empfehlen zu können.