

Aus dem Städtischen Krankenhause St. Rochus in Budapest.
Diagnostische Schwierigkeiten in der Beurteilung inkarzierter Schenkelbrüche.

Von Privatdozent Dr. Jonathan Paul Haberern,
 Primararzt.

Chirurgen, die eine größere Praxis besitzen, wissen, daß bei der Diagnose der Brüche Irrtümer möglich sind. Die Unterscheidung von Leisten- und Schenkelbrüchen wird bei fettleibigen Individuen, besonders dann, wenn es sich um irreponible Brüche handelt, in manchen Fällen mit größeren Schwierigkeiten einhergehen. Mit der Frage, ob der Leistenbruch ein innerer oder äußerer, ob er ein angeborener oder ein akquirierter sei: mit diesen oft nicht leichten Fragen will ich mich derzeit nicht beschäftigen. In diesen Fällen handelt es sich übrigens gar nicht um die Verwechslung des Bruches mit einem anderen Leiden, sondern bloß um Unterschiede zwischen einzelnen Varietäten des Bruches. Und da wir bestimmt wissen, daß das vorliegende Leiden ein Bruch sei, werden wir, ob wir nun palliativ oder operativ behandeln, uns keiner Ueberraschung, den Kranken keiner Gefahr aussetzen.

Es gibt jedoch Fälle, in welchen den diagnostischen Schwierigkeiten eine ernste praktische Bedeutung zukommt: Fälle, in welchen wir ein anderes Leiden für einen Bruch ansehen oder umgekehrt.

Wir wissen aus der Arbeit Grasers (Handbuch der praktischen Chirurgie, Bergmann, Bruns, Mikulicz, III. Bd., I. Teil, S. 771), daß Macready in London über bezügliche Irrtümer eine Statistik zusammenstellte. Er fand 739 irrtümliche Diagnosen bei Männern und 85 bei Frauen. Es wäre interessant zu wissen, auf wie viele Fälle sich diese 824 falsche Diagnosen beziehen. Hydrocele wurde für scrotalen Bruch angesehen 233 mal, Nebenhodenentzündung 107 mal, Varicocele 9 mal, Hodenvergrößerung nicht entzündlichen Ursprunges 28 mal, tuberculöser Hoden 17 mal und Hodengeschwulst 13 mal. Für eine Schenkelhernie wurden angesehen vergrößerte Lymphdrüsen 115 mal, Abscesse 47 mal, Varix der Saphena 9 mal, Psoasabsceß 7 mal. Bei Frauen wurden für labiale Hernien angesehen Cysten der Lippen 12 mal, Varices der Lippen 6 mal, Psoasabsceß 3 mal, Saphenavarix 26 mal, Lymphdrüsenanschwellungen 22 mal.

Wenn wir all diese diagnostischen Irrtümer auch nicht als solche akzeptieren, die bei gründlicher, eingehender Untersuchung nicht hätten vermieden werden können, so ist es doch charakteristisch, daß in der Praxis Irrtümer so leicht vorkommen können.

Bezüglich der Differentialdiagnose berühre ich diesmal die subperitonealen Lipome, die Lymphdrüsenknoten, die Psoasabscesse, die Hydrocele und die Cysten, die zu interessanten Ueberraschungen Anlaß gaben, nicht, sondern wünsche bloß auf die Verwechslung der Schenkelbrüche mit Varices zu reflektieren, und gebe so vor allem die Beschreibung eines, meiner Ansicht nach sehr lehrreichen, in meiner Privatpraxis vorgekommenen Falles:

Zur Witwe L. M., 49 Jahre alt, wurde ich am 28. Dezember 1902 durch den behandelnden Arzt gerufen; er hielt eine Operation des linkseitigen Schenkelbruches der Kranken für notwendig, da Inkarzerationserscheinungen aufgetreten waren. Von anamnestischen Daten erfuhren wir, daß die Kranke im Sommer 1899, also vor dreieinhalb Jahren, an der Innenfläche des linken Schenkels, unmittelbar unter der Leistengegend, die Bildung einer kleinen, nicht schmerzhaften Geschwulst wahrnahm. Mit der Vergrößerung der Geschwulst fühlte die Patientin in dieser zeitweise eine Spannung und stechende Schmerzen, die auf Bettruhe und kalte Umschläge nachließen, die Geschwulst ging zurück, verkleinerte sich. Noch in demselben Jahre, also im Jahre 1899, wandte sich die Frau, um Heilung für diese Leiden zu suchen, doch auch aus dem Grunde, weil sie seit ihrer vorletzten Geburt in der linken Unterleibsgegend beständig Schmerzen verspürte, an einen unserer hervorragendsten

Frauenärzte und erbat sich in dessen Privatordination seinen Rat. Er diagnostizierte die unter der Leiste befindliche, an der Innenfläche des Schenkels wahrnehmbare Geschwulst als einen Bruch, beantragte die Heilung desselben auf operativem Wege, und bloß, als die Kranke ihre Einwilligung nicht geben wollte, verordnete er das Tragen eines Bruchbandes.

Die Kranke trug das Bruchband seit 1899, bis zum Tage der Operation, also $3\frac{1}{2}$ Jahre lang gewissenhaft, ohne daß es Schmerzen verursacht hätte, trotzdem die Geschwulst sich unter dem Bruchbande langsam vergrößerte. Am 28. Dezember 1902 wandte sie sich an ihren behandelnden Arzt aus dem Grunde, weil die am Schenkel befindliche Geschwulst sich plötzlich vergrößerte, in derselben heftige Schmerzen auftraten; auch trat Uebelkeit auf, der Brechreiz steigerte sich bis zum Erbrechen, und seit zwei Tagen bestand Stuhlverhaltung. Patientin schreibt diese Verschlimmerung ihres Leidens vorhergegangenen ermüdendem, anstrengendem Gehen zu.

Die durch den behandelnden Arzt schon vorher mit großer Behutsamkeit ausgeführten Repositionsversuche waren erfolglos geblieben, in der Größe des Tumors war keine Veränderung eingetreten, sodaß wir bei dem empfindlichen, über gänseeigroßen, stark gespannten, harten, dumpfen Perkussionsschall ergebenden und tatsächlich an der typischen Stelle der Schenkelbrüche befindlichen Bruche die Operation für unausschießbar erklärten. In Schleimscher Infiltrationsanästhesie Längsschnitt an der größten Convexität des supponierten Bruches. An der Dicke der fibrösen Hülle des für den Bruchsack gehaltenen Gebildes nahm ich keinen Anstoß, da es ja $3\frac{1}{2}$ Jahre hindurch unter dem konstanten Drucke des Bruchbandes gestanden war. Nun folgte eine aus frischerem Blutgerinnsel gebildete fibrinöse Schicht, hernach einige größere, ganz frische, weiche Blutgerinnsel. Auch das überraschte mich nicht, da ja der auf dem Gebiete der Herniotomien außerordentlich erfahrene Dieffenbach gelehrt hatte, daß Blutungen in den Bruchsack und Anwesenheit von Blut im Bruchsack gerade bei Schenkelbrüchen ein häufiges Vorkommnis sei. Während der vorsichtigen Entfernung dieser Blutgerinnsel mit dem Finger schoß in dickem Strahle dunkles, bläuliches Blut hervor, auf dessen Ursprungsort wir mit dem Finger Gazestreifen preßten. Jetzt sahen wir schon in jeden Zweifel ausschließender Weise, daß wir es mit einem Varix zu tun hatten. Die Saphena wies an der Stelle ihrer Einmündung in die Cruralis einen auf die Cruralis hinübergreifenden, längsgerichteten, $1\frac{1}{2}$ cm langen Spalt auf. Aus diesem stammte die riesige Blutung. Die Wand der erweiterten Vene wurde seitlich mit Bergmannschen Schieberpinzetten gefaßt, und mit starkem Seidenfaden Seitenligaturen angelegt. Nach der Ausrottung und Abbindung der entzündeten Varixteile Hautnaht. Die linke untere Extremität wurde hoch gelagert. Die Heilung trat bei fieberfreiem Verlaufe innerhalb von acht Tagen per primam ein. Uebelkeit, Unwohlsein und Erbrechen hörten nach der Operation auf. Heute, drei Jahre nach der Operation, finden wir keine Spur von Varix oder Bruch. Die Kranke ist seither wohl und gesund.

Die Varices wurden nicht bloß mit Schenkelbrüchen verwechselt — an der Stelle der Einmündung der Saphena sind die Varices häufig — sondern auch mit Leistenhernien.

So beschreibt Cavazzani im Jahre 1902 (*Varici del canale inguinale nella donna. Rendic. dell' Assoc. med. Chir. di Parma 1902 No. 5*) einen Fall bei einer 23 Jahre alten Frau, bei welcher die Operation infolge Leistenbruches begonnen wurde und man dann im Leistenkanale Venenknoten fand. Von einem Bruche war keine Spur vorhanden. Nach Abbindung und Resektion der Venenknoten wurde die Kranke gesund. Seiner Ansicht nach konnten sich die Venenknoten während der Schwangerschaft entwickelt haben, und im Zustandekommen des Leidens konnten eher mechanische Ursachen eine Rolle gespielt haben, als Veränderungen der Gefäßwand.

Cavazzani hielt diesen seinen Irrtum für vereinzelt, aus der oben angeführten Macreadyschen Zusammenstellung geht jedoch hervor, daß solche Irrtümer schon vorgekommen sind.

„Die Varicen haben gewöhnlich insofern Ähnlichkeit mit Schenkelbrüchen, als ihre Größe Haselnuß- bis Gänseeigröße erreicht, wie in den meisten Fällen auch die der Schenkelbrüche. Größere Schenkelbrüche gehören schon zu den Seltenheiten. Sie sind dort zu finden, wo wir auch die Schenkelbrüche finden, d. h. an der Stelle der Einmündung der Vena saphena magna in die Schenkelvene. Die Ähnlichkeit besteht auch darin, daß ein solcher Varix bei Druck auf denselben verschwindet, ebenso, wie auch der Bruch auf Druck verschwinden kann. Wenn der Kranke drückt, preßt, vermag sowohl der Varix, als der Bruch gespannter zu werden.

Der Varix unterscheidet sich jedoch von der Hernie darin, daß der auf Fingerdruck verschwindende Varix nach dem Aufhören des Druckes ohne Tätigkeit der Bauchpresse von neuem erscheint, und wir hören hierbei nach Sultan ein deutlich wahrnehmbares Ge-

räusch. Hierbei werden wir auch an dem unteren Teile des Schenkels oder an den Unterschenkeln Venenerweiterungen finden.“

Nach Albert (*Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre Bd. 3, S. 337, 2. Aufl.*) kann der hier besprochene Varix mit dem Schenkelbruche jene gemeinsame Eigenschaft besitzen, daß er beim Aufstehen besser bemerkbar ist, daß er weich und rundlich ist, daß er reponibel ist und sich beim Husten vergrößert. Ein solcher Varix wird vom Bruche auffällig durch die besondere Weichheit der Geschwulst unterschieden. Dennoch kommen Irrtümer häufig vor. Daß tatsächlich ein Varix vorliegt, können wir dadurch sicherstellen — sagt Albert — daß wir die Geschwulst durch Druck entleeren und darüber die Vena femoralis sofort komprimieren, wodurch der Varix sich füllt und gespannt wird.

König (*Lehrbuch der speziellen Chirurgie, 7. Aufl., Bd. 2, S. 479*) äußert sich dahin, daß der reponible Schenkelbruch bloß mit dem Varix der Saphena zu verwechseln sei. Wenn man jedoch auf den Varix einen Druck ausübend, die Geschwulst zum Verschwinden bringt und mit dem eingeführten Finger die supponierte Bruchpforte verschließt, so wird sich die erweiterte Vene wieder mit Blut füllen, während der Bruch während der Dauer des Druckes reponiert bleibt.

In dieser Beziehung muß ich bemerken, daß bei einem am Schenkel entwickelten Varix nicht auch unbedingt weiter unten am Schenkel oder am Unterschenkel Venenerweiterungen vorhanden sein müssen. Ich sah Fälle, besonders bei Frauen, bei welchen bloß im oberen Drittel des Oberschenkels eine ausgesprochene Venenerweiterung vorhanden war, weiter unten waren keine nachweisbar.

Die Unterscheidung des Varix und der reponiblen Schenkelhernie wird bei gründlicher Untersuchung und Beobachtung dennoch nur sehr selten Schwierigkeiten verursachen können. Eine ganz andere Beurteilung erfordert mein Irrtum, da in meinem Falle die Erkrankung unter dem Bilde der Inkarzeration abließ.

Schon die Angaben der Anamnese, die Art der Entstehung sprachen für Bruch. Ein ausgezeichnete Kollege hatte bei einer vorhergegangenen Untersuchung das Leiden als Bruch diagnostiziert, die Operation des Bruches empfohlen, und als die Kranke ihre Einwilligung dazu versagte, ein Bruchband verordnet und das gewissenhafte Tragen desselben angeordnet. Schließlich sprachen die nach der anstrengenden Körperbewegung aufgetretene Vergrößerung der Geschwulst, die Stuhlverhaltung und die bis zum Erbrechen gesteigerte Uebelkeit ebenfalls für einen Bruch. Die nicht reponierbare, nicht zu verkleinernde, empfindliche, gespannte Geschwulst, welche bei der Aktion der Bauchpresse der Kranken, beim Jammern wenn möglich, noch gespannter wurde — alle diese Symptome ließen uns bis zum Beginn der Operation die Anwesenheit des Bruches als zweifellos und sicher erscheinen.

Nachträglich sei es mir noch erlaubt zu erwähnen, daß wir eine solche geschwulstartige Vergrößerung der Varices kennen, welche, wenn sie sich an entsprechender Stelle entwickeln, einen irreponiblen Bruch bis zur Täuschung nachahmen können.

Wir kennen aus der Literatur den erwähnenswerten Fall von Loos: Ein geschwulstartiger Varix im Gebiet der Vena saphena. Aus der Tübinger Chirurgischen Klinik des Prof. Dr. v. Bruns (*Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie 1900, Bd. 28, S. 654*). In diesem Falle saß der Varix der Vena saphena als faustgroßes Gebilde an der Innenseite des linken Knies; er hatte sich gegenüber den anderen an der Extremität befindlichen varicösen Knoten seit fünf Jahren vergrößert und zeichnete sich durch seine langsam immer stärker werdende Konsistenz aus. Bei der Operation stellte es sich heraus, daß in diesem Tumor acht, fast kleinfingerdicke Venen mündeten. Bei dem Durchschneiden des Präparates sah man, daß diese erweiterten Venen sich von der Peripherie gegen die Mitte zu verdünnend, eine die Geschwulst bedeckende Schicht bildeten. Die Wand der Geschwulst bestand aus einer dicken Membran. Von den subcutanen Varicen mündeten mehrere in den Tumor ein, und so entstand der Tumor aus der Kommunikation und der Erweiterung mehrerer Varicen des Saphenagebietes. Die gefüllten Blutgerinnsel organisierten sich, sie bildeten Schichten, in welchen sich einzelne Lumina entwickelten. In diesen kam eine Blutzirkulation zustande.

Auch diese geschwulstartigen Gebilde gaben mitunter zu Irrtümern Anlaß, wenn ihr Zusammenhang mit der Saphena nicht so ausgesprochen war, wie in diesem Falle. Da sie sich am Knie befinden, wären sie natürlicherweise nicht mit einem

Brüche, sondern mit Geschwülsten zu verwechseln. Befindet sich nun eine solche Geschwulst an der Stelle der Einmündung der Saphena, d. h. also an der Stelle des Vorkommens der Schenkelbrüche, dann müßte man natürlich zwischen irreponibler Hernie und Tumor des Varix genau die Differentialdiagnose stellen.

Ich glaube, mit der Publikation meines Falles dem praktischen Arzte und dem Anfänger in der Chirurgie etwas zu nützen.
