Zur Therapie der Nabelschnurhernien.

Von

R. Olshausen.

Eine Nabelschnurhernie kann wohl im Allgemeinen als eine fast sicher tödtliche Missbildung angesehen werden, sofern sie sich selbst überlassen wird. Zwar hat neuerdings O. Lindfors (Lund) (Nord. med. Arkiv XV, 4, Nr. 25; siehe: Centralblatt für Gynäkologie 1884, Nr. 16 und 30) 32 Fälle von Genesungen bei dieser Missbildung mitgetheilt. In fünf dieser Fälle hatte eine Radikaloperation stattgefunden; in den übrigen 27 war nur Compression oder Ligatur angewandt. Doch was will bei der Häufigkeit dieser Missbildung diese geringe Zahl besagen? Ich selbst habe unter mindestens 15 Fällen von Hernia funiculi umbilicalis keinen Fall von Erhaltung des Lebens gesehen, ausser den zu beschreibenden operativ behandelten. Nur in einem Falle blieb das Neugeborene längere Zeit, nämlich fünf Wochen, am Leben und bahnte sich eine Naturheilung wenigstens an. Hier lag ausschliesslich ein Theil der Leber im Bruchsacke, und dieser Theil bestand, wie in solchen Fällen gewöhnlich, aus einem unregelmässig kugeligen, mit der übrigen Leber durch einen eingeschnürten Theil verbundenen Lappen, welcher sich dem Bruchsacke überall innig anlegte und nicht reponibel erschien. Das den Bruch überziehende Amnios fing an sich abzustossen und von dem darunter liegenden Peritoneum schossen bald Granulationen auf, welche nach einigen Wochen den grössten Theil des Bruchinhaltes bereits bedeckten, als das Kind gegen Ende der fünften Woche starb.

In gleicher Weise muss wohl immer der Vorgang sich abspielen, wo eine Naturheilung zu Stande kommt oder sich wenigstens anbahnt. Das Amnios mortificirt stets schnell und ohne das darunter liegende Peritoneum könnte es nicht zur Granulationsbildung kommen. Meistens freilich lässt der intraabdominale Druck einen solchen Vorgang gar nicht beginnen, sondern

zerreißt das Peritoneum, sei es vor oder bald nach der Geburt, und Peritonitis macht dem jungen Leben ein schnelles Ende.

Wenn wesentlich oder ausschliesslich Darmschlingen den Inhalt des Bruchsackes bilden — und das ist das Gewöhnliche —, so ist eine Zerreißung des dünnen Peritoneum wohl fast ausnahmslos. Wo jedoch Leber im Bruchsacke liegt, ihn ausfüllt und irreponibel ist, da kann der intraabdominale Druck sich weniger geltend machen und ist eine Heilung eher denkbar, wenn auch nicht mit Beseitigung der Hernie.

Man hat ja nun in neuester Zeit mehrfach versucht, den Nabelschnurbruch operativ zu heilen und ist dabei nicht immer in gleicher Weise verfahren:

Breus (Wiener medicinische Wochenschrift 1881, Nr. 41) eröffnete den Bruchsack, bewerkstelligte sodann nicht ohne Schwierigkeit die Reposition des Bruchinhaltes durch die enge Bruchpforte, legte die Pince hémostatique von Koeberlé an und führte unter derselben drei starke Seidensuturen hindurch. Der Bruchsack wurde oberhalb der Klemme abgeschnitten und die Wundfläche mit dem Thermocauter behandelt. Im Bruchsacke befand sich bei der Eröffnung bereits fibrinös-eitriges Exsudat. Nichts desto weniger erfolgte Genesung.

Felsenreich (Wiener medicinische Presse, 1883) operirte bereits sieben Stunden nach der Geburt. Die Bruchpforte maass 8×4 cm. Der Bruchsack wurde gespalten und nach seiner Excision wurde die Wunde der Bauchdecken durch 12 Seidensuturen vereinigt. Nach Entfernung der Nähte am neunten Tage zeigte sich prima intentio, obgleich die Spannung der Wundränder eine sehr grosse gewesen war.

In gleicher Weise operirte Lindfors. Die Bruchpforte maass 5 cm im Durchmesser. Der Bruch hatte Kindskopfgrösse. Sein Inhalt waren Darmschlingen. Nach Aufschneiden des Sackes und Anfrischung der Hautränder wurden zweireihige Suturen angelegt. Nach Entfernung der Nähte am siebenten resp. zehnten Tage war Heilung erfolgt.

Ferner hat Krukenberg (dieses Archiv, Bd. XX, S. 269) einen durch die Bauchnaht zur Heilung gebrachten Fall veröffentlicht. Den Inhalt des Bruches bildeten Darmschlingen und Leber. Die Operation wurde 14 Stunden nach der Geburt ausgeführt und bestand in der Eröffnung und Abtragung des Bruchsackes an seiner Peripherie, sodann der Wundmachung der Bauchdecken

und Naht durch zehn das Peritoneum mitfassende Seidennähte. Die Wundmachung geschah nicht auf einmal, sondern absatzweise und jede wundgemachte Strecke wurde sofort genäht, um das Hineinfließen von Blut in die Bauchhöhle zu verhüten. Das am Bruchsacke adhärente Netz wurde abgebunden, die ebenfalls adhärente Leber aber mit darauf haftendem Amnios-Ueberzuge repoint. Die Genesung erfolgte ohne Zwischenfall.

Eine nicht primäre Operation führte endlich Stadfeldt aus. Ein kleiner Nabelschnurbruch war am fünften Tage perforirt und hatte Darminhalt entleert. Die Schleimhaut des Darmes ektropionirte sich und bildete eine penisartige Prominenz. Stadfeldt legte nun am 18. Lebenstage eine elastische Ligatur um diese Prominenz, welche nach drei Tagen den Abfall der ektropionirten Schleimhaut zur Folge hatte. Der Nabel sah jetzt normal aus und es erfolgte Genesung.

Sieht man von diesem letzten, in mancher Beziehung ungewöhnlichen Falle ab, in welchem ja erst der Verlauf des Falles den operativen Eingriff herbeiführte, so bestand in allen übrigen Fällen, bei sonstiger Verschiedenheit des Eingriffes, derselbe jedenfalls in der Eröffnung des Bruchsackes und darauf folgender Naht. Am wenigsten rationell erscheint die von Breus gewählte Weise der Ausführung. Die Anwendung einer Klammer, unterhalb welcher die Nähte durchgeführt werden, kann die Exactheit der Naht nur beeinträchtigen und die Anwendung des Thermocauter, um den Bruchsack abzutragen, kann die Naht vollends illusorisch machen oder ihre Wirkung allein auf das Peritoneum beschränken.

Ich glaube aber, dass die Operation überhaupt noch verbesserungsfähig ist, und dass vor Allem die Eröffnung des Bruchsackes in Zukunft vermieden werden kann und soll.

Am 14. Februar d. J. wurde in der hiesigen Poliklinik ein ausgetragenes Kind weiblichen Geschlechtes bei einer Zweitgebärenden in Fusslage entwickelt. Es wog 4280 Gramm und hatte die ungewöhnliche Länge von 57 cm. Dasselbe zeigte neben einer grossen Nabelschnurhernie eine nicht unerhebliche Makroglossie. Die nach jeder Dimension zu grosse Zunge lag noch bei dem halbjährigen Kinde meist zwischen den Kieferrändern, konnte jedoch auch hinter dieselben zurückgezogen werden.

Die Nabelschnur war 96 cm lang und war ungewöhnlich sulzreich. Die Abnabelung wurde in einer Entfernung von 10 cm vom Nabelringe vorgenommen. Die Bruchpforte war eine runde

Oeffnung von 4,5 cm im Durchmesser. Der Bruch selbst hatte einen weit erheblicheren Umfang, als die Bruchpforte. Den Inhalt des Bruches bildeten lediglich Darmschlingen. Etwa eine halbe Stunde nach der Geburt, nachdem das Kind gebadet war, zeigten sich unter dem Bruchsacke einige Luftblasen und in dem Sacke ein kleiner Riss. Es wurde deshalb centralwärts desselben nochmals eine Ligatur angelegt, welche natürlich die Wand des Sackes selbst fasste. Drei und eine halbe Stunde nach der Geburt operirte ich in folgender Weise: die Bruchpforte wurde durch einen ovalen Schnitt, welcher in geringer Entfernung vom Hautrande verlief, umschnitten. Der Schnitt wurde jedoch nur durch die Haut geführt und dann der mit der Pincette gefasste Hautrand nach der Mitte der Bruchpforte zu angezogen und so, mitsammt dem Amnios, von dem den Bruchsack innen auskleidenden Peritoneum parietale abgezogen. Zwischen Peritoneum und Amnios war die hier stets vorhandene Wharton'sche Sulze in diesem Falle stellenweise in grosser Mächtigkeit angehäuft, so dass sie das Amnios zum Theil durch ihre Anhäufung undurchsichtig gemacht hatte. Die Wharton'sche Sulze überall ganz vollständig zu entfernen gelang nicht, während an dem grössten Theile der Oberfläche des Bruchsackes sich das Amnios mitsammt der Gelatina Whartoniana mit Leichtigkeit abziehen liess. Nach gänzlicher Entfernung des Amnios zeigte sich eine minimale Luftblase unter dem Peritoneum, und jetzt erst entdeckte man den ganz kleinen, wohl von vorher datirenden Riss im Peritoneum. Die am Rande des Bruchsackes sichtbaren durchschnittenen Nabelgefässe bluteten nicht, wurden aber sicherheitshalber mit Catgut unterbunden. Die jetzt 6½ cm lange ovale Wunde der Bauchdecken wurde nun mittels sechs tiefgreifender seidener und sieben oberflächlicher Catgutnähte zum Schluss gebracht, die geschlossene Wunde mit Jodoform bepudert, mit Carbolgaze bedeckt und durch circuläre Heftpflasterstreifen möglichst entspannt. Die Spannung war nach der Naht eine recht erhebliche.

Während der Operation war das Kind in tiefer Narkose gehalten worden. Zum Betupfen während der Operation war nur Borsäurelösung in Anwendung gekommen.

Die Heilung erfolgte nicht absolut glatt. Der Verband wurde in den ersten neun Tagen mehrmals blutig durchtränkt und musste erneuert werden. Die Blutung konnte nur aus einem der Nabelgefässe kommen. In den ersten Tagen kamen Temperatur-

steigerungen bis $38,4^{\circ}$ vor. Am elften Tage wurden sämmtliche Nähte entfernt. Die Wunde war nur etwa zu zwei Drittel durch prima intentio geheilt. In der Mitte bestand eine etwa 2,0 cm im Durchmesser haltende Oeffnung, in welcher das Peritoneum sich bald mit Granulationen bedeckte, so dass die Heilung mit breiterer Narbe auch hier bald zu Stande kam.

Das Kind war nach einem halben Jahre gut entwickelt, ging aber im achten Monate an Darmkatarrh zu Grunde.

Die Section ergab ausser der Makroglossie, welche sich als rein bindegewebige Hyperplasie erwies, einen mangelnden Descensus ovariorum. Beide Ovarien grenzten an das untere Ende der Nieren.

Ich möchte somit empfehlen, in Zukunft nach dem geschilderten Modus zu verfahren. Das Peritoneum bleibt erhalten, was besonders für den leicht möglichen Fall einer Dehiscenz der Wunde die Heilung sichern muss, da die vom Peritoneum aus sich bildenden Granulationen den Grund der Wunde bald erfüllen, während von den Wundrändern her die Heilung ihre Schwierigkeiten haben muss und schwerlich vor dem bald erfolgenden Tode zu Stande kommen kann.

Sollte der Inhalt des Bruches nicht reponibel sein, so ist freilich diese Operationsweise nicht möglich und wird die Eröffnung des Peritoneum nicht zu umgehen sein. Diese Fälle sind nach meiner Erfahrung vorzugsweise solche, in welchen die Leber den Inhalt des Bruches bildet. Es könnten in solchen Fällen verschiedene Operationswege eingeschlagen werden. Man könnte entweder nach Spaltung der Bedeckungen die Loslösung der oft adhärennten Leber und darüber die Schliessung der Bauchdecken versuchen, oder aber, ohne zu reponiren, mittels des Thermo-cauter den prominenten Theil der Leber abtragen und die Heilung durch Eiterung erstreben. Doch will ich darüber nicht weiter theoretisiren.