

zerstreut; der linke Vorderarm ist fast durchweg mit ausgebreiteten, meist am Knochen adhärennten, zum Theil exulcerirten Narben bedeckt; ausgesprochene Atrophie der Musculatur des Vorderarms. Weniger ausgebreitet und mehr zerstreut sind die Narben auf den unteren  $\frac{2}{3}$  des Oberarms. Die Hand bietet das ausgesprochene Bild der Elephantiasis, Zeige- und Mittelfinger sind fast verschmolzen. Der dem Leiden zu Grunde liegende Process dürfte wohl Lues sein. (Die beigegebene Abbildung illustriert den Fall naturgetreu.)

Am 31. Juli 1898 Amputatio brachii, am 9. Sept. 1898 Pat. geheilt entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung des Präparates bestätigte die Diagnose Elephantiasis; in der Tiefe wurden einige zerfallende Knoten (Gummata?) gefunden, in denen sich *Bacillus smegmae* vorfand. (Das Präparat wurde dem Pathologisch-anatomischen Institute der Universität Moskau übergeben, woselbst dasselbe mikroskopisch untersucht worden ist.)

## X.

### Ein weiterer Fall von äusserem Schenkelbruch (Hesselbach-Bähr).

Von

Dr. Ferd. Bähr in Hannover.

Den nachstehenden Fall einer *Hernia cruralis externa* durch die *Lacuna muscularis* gebe ich in Anschluss an meine frühere Arbeit <sup>1)</sup> deshalb, weil die Zahl dieser Brüche anscheinend eine sehr beschränkte ist und der vorliegende Fall für den weiteren Ausbau der Symptomatologie von einigem Werthe sein dürfte.

C. P., 73 Jahre alt, Arbeiter, stand am 26. März 1901 auf einem laufenden Feldbahnwagen, der plötzlich zu Stehen kam. Um sich gegen das Umfallen zu schützen, machte P. eine heftige Bewegung, wobei angeblich vorwiegend das rechte Bein die Wucht des Stosses auszuhalten hatte. Gleich darauf hatte P. starke Schmerzen in der rechten Leistengegend. Er konnte jedoch den Weg nach Hause gehen. Am 27. März begab er sich in ärztliche Behandlung und es wurde von dem behandelnden Arzte eine Anschwellung der Leistengegend constatirt, die auf das Hüftgelenk bezogen wurde. Die Behandlung bestand in Einreibungen und Bettruhe. Unter diesen Maassnahmen ging die Anschwellung etwas zurück, und der Verletzte nahm am 8. Mai seine Arbeit wieder auf. Gegen Ende Juli jedoch nahm, als P. wieder schwerere Arbeiten versuchte, die Schwellung wieder zu und es traten Schmerzen bei Bewegungen des Beines auf.

Subjectiv giebt P. an: Bei dem Versuch, nach längerem Sitzen zu gehen, entstehe in der rechten Leistenbeuge ein nach unten ausstrahlender Schmerz, sodass er leicht im Kniegelenk einknicke.

Status: Der sonst gesunde Patient stellt beim Stehen den Fuss

1) Der äussere Schenkelbruch. Arch. f. klin. Chirurgie. LVII. Bd. Heft 1.

stärker auswärts rotirt. Innenrotation macht Schmerzen in der Leistenbeuge. Sonst sind die Bewegungen des Beines frei, die Oberschenkelumfänge ohne wesentliche Differenz. Die laterale Hälfte der Leistenbeuge ist abgeflacht. Man fühlt 2 cm medianwärts von dem oberen vorderen Darmbeinstachel bis zur Austrittsstelle der Schenkelgefässe eine unter dem gespannten und nach vorn convexen Leistenbande harte, elastische, wenig druckempfindliche Resistenz, die unter dem Leistenbande in der Breite von etwas mehr als 3 Querfinger eben so weit nach unten vorragt. Die Resistenz zeigt eine unebene, gewölbte Oberfläche und ist auf der Unterlage nicht verschieblich. Die Hautpartie darüber ist verschieblich, zeigt keine Entzündungserscheinungen. Die Schenkelarterie ist etwas emporgehoben, ihre Pulsation deutlicher sichtbar als auf der linken Seite. Beim Beugen des Oberschenkels verschwindet unter der palpierenden Hand die Resistenz, wobei manchmal deutliche Crepitation (feines Gurren) zu fühlen ist. Beim Ausstrecken des Beines gleitet die Resistenz, einen ihr entgegengesetzten Widerstand überwindend, wieder unter dem Leistenbande hervor.

Bei Untersuchung in Beckenhochlagerung mit gebeugtem Bein zeigt die linke Leistenbeuge im äussern Abschnitt eine 4—5 cm lange Vertiefung, die rechts fehlt. Dasselbst ist eine hauptsächlich an den lateral von den Gefässen liegenden Theilen der Leistenbeuge bemerkbare Abflachung vorhanden. Der Tumor lässt sich nach aussen und unten genau abgrenzen, wobei deutliches Gurren zu fühlen ist. Er zeigt fast dieselbe Ausdehnung, wie bei Horizontallage. Die in letzterer vorgenommene Percussion des Tumor erzielt einen sonoren Schall, dessen Bereich sich deutlich gegen den von ihm seitlich und nach unten gelegenen Bezirk des Schenkelschalles abgrenzen lässt.

Wie in dem einen meiner früheren Fälle fand sich hier Darmgurren bei der Palpation des Tumors. Um dies nachzuweisen, ist es allerdings erforderlich, solche Patienten zu verschiedenen Zeiten zu untersuchen, denn begreiflicherweise wird man nicht zu jeder Zeit dieses Symptom nachweisen können. Abgesehen davon fand sich im vorliegenden Falle eine deutliche Schalldifferenz des Tumor gegen seine Umgebung. Auch hierin gab die Untersuchung zu verschiedenen Zeiten bezüglich der Deutlichkeit der Schalldifferenz sehr verschiedene Resultate. Der ganze Befund lässt die Annahme berechtigt erscheinen, dass es in diesem Falle sich um eine Verwachsung des Darmes mit dem Bruchsack handelt.

Der Fall bot weiteres Interesse dadurch, dass die Frage nach einem Unfall resp. dessen Folgen erörtert werden musste. Ich habe mich dazu auf folgenden Standpunkt gestellt. Es ist sicher, dass durch den fraglichen Unfall in dem Befinden des Patienten eine Verschlimmerung eingetreten ist. Dieselbe ist dadurch hervorgerufen, dass bei der plötzlichen heftigen Rumpfbewegung wahrscheinlich mehr Eingeweide in den bestehenden Bruchsack hineingepresst wurden. In Folge der ersten Behandlung hat sich der Bruchinhalt wieder verkleinert. Der Verletzte ging seiner Arbeit wieder nach, bis bei schwerer Arbeit die Füllung des Bruchsackes wieder zunahm und damit die Beschwerden seitens desselben von neuem einsetzten. Mit Rücksicht auf diese Erwägungen habe ich für den Verletzten eine Rente von 15 Proc. in Vorschlag gebracht.

---