

XV.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ein Fall von *Hernia abdominalis intercostalis*.

Mitgetheilt von

Dr. O. Risel

in Halle a/S.

Im Februar dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, an dem Thorax eines wegen Bronchialkatarrh kurze Zeit im hiesigen Stadtkrankenhause behandelten Mannes (Buchbinder Franz Hufeld aus Jena, 35 Jahr alt) zwei Hernien zu untersuchen, die zu den ungewöhnlichsten derartigen Bildungen gehören. Es fand sich Folgendes.

Unter der linken Brustwarze des kräftig gebauten, gut genährten, ziemlich fettreichen Mannes zeigt sich eine flache Hervorwölbung, die in der Verticalen den Raum von der 6. bis 9. Rippe einnimmt und in der Horizontalen — der Höhe des medialen Endes des 7. Intercostalraumes entsprechend — von der Papillarlinie sich 11 Cm. nach aussen erstreckt. Auf derselben liegen nahezu parallel übereinander vier horizontale, 3 bis 4 Cm. lange Narben, von denen die obere am meisten medial gelegene sich der Papillarlinie auf 3 Cm. nähert. Husten vermehrt diese Hervorwölbung in allen ihren Durchmessern beträchtlich; der vorher gedämpfte, tief tympanitische Percussionston über derselben wird dann höher, und unter quarrendem Geräusch lässt sich dieselbe nun ohne Mühe durch Druck auf ihren früheren Umfang verkleinern, der durch lappige und knotige, mässig feste Gewebsmassen bedingt wird, welche der Brustwand adhärent sind und nur wenig auf derselben verschoben werden können. Hebt man diese offenbar dem Netz angehörigen Massen weit ab, so gelingt es die Spitze des Zeigefingers in eine ovale Oeffnung im Ende des 7. Intercostalraumes einzuführen, die nach aussen von einem ziemlich scharfen Rande der Weichtheile desselben, nach innen von den zum Thoraxrand verschmolzenen Rippenknorpeln begrenzt wird.

Ferner findet sich mehr nach der Mittellinie hin eine circa millimeterbreite, 4 Cm. lange, horizontale Narbe, die in ihrem medialen Drittel mit

dem unterliegenden Thoraxrand verwachsen ist, im Uebrigen aber genau dem Ende des 6. Intercostalraumes entspricht. Diese Stelle wird beim Husten ungefähr im Umfange eines Thalers leicht kuglig hervorgetrieben, und die Spitzen zweier Finger dringen mit Leichtigkeit ein Stück in einen horizontal verlaufenden, circa 2 Cm. langen Spalt ein, der in gleicher Weise wie der im 7. Intercostalraume gelegene begrenzt ist. Nur zeigt sich an dem lateralen Ende desselben der Intercostalraum durch ein ungewöhnliches Vorspringen der Convexität der 6. Rippe nach unten — der Löthstelle von Knorpel und Knochen entsprechend — nicht unerheblich verengt, und es macht den Eindruck — eine genaue Untersuchung erlaubt der Fettreichthum nicht — als sei von der Convexität der Rippe ein Stück theilweise abgetrennt gewesen und nach unten und innen dislocirt verwachsen. Das beim Husten aus dem Spalt hervordringende Eingeweide ist weich, elastisch, lufthaltig und von wenig gewölbter, vollkommen glatter Oberfläche, es imponirt als ein Theil der vorderen Magenwand.

Ueber das Verhalten der Bauchmuskeln (*Rectus* und *Obliquus externus*) zu diesen beiden Hernien lässt sich bei der Mächtigkeit des *Panniculus adiposus* nichts Sicheres feststellen; es scheint, als ob der *Obliquus externus* über der den 7. Intercostalraum passirenden Hernie läge und durch dieselbe von der Thoraxwand abgehoben sei.

Die Grenze des tympanitischen und nichttympanitischen Percussionsschalles über dem linken Hypochondrium beginnt 5 Cm. über der Bruchpforte im 6. Intercostalraum am oberen Rande der 6. Rippe und verläuft von da in einem nach oben convexen Bogen nach aussen und unten in der Weise, dass sie von der im 7. Intercostalraum gelegenen Bruchpforte in der Verticalen 6 Cm., in der Horizontalen 7 Cm. entfernt bleibt. — Herzstoss zwischen 5. und 6. Rippe an der gewöhnlichen Stelle fühlbar, Herzdämpfung von normaler Ausdehnung, Herzöne rein. — Die linke Hälfte des Thorax ist hinten unten etwas abgeflacht und betheiligt sich an den Athembewegungen weniger als der entsprechende Theil der rechten, sonst ist der Thorax frei von angeborenen oder acquirirten Formveränderungen und Spaltbildungen. Percussionston ebenda bis zum Winkel der Scapula und bis zur Axillarlinie leicht gedämpft, so dass eine sichere Abgrenzung der Milz unmöglich ist; über der Dämpfung deutliches Vesiculärathmen. — Sensibilität der Haut zwischen der Mittellinie und der äusseren Narbenreihe abgeschwächt, Taubheitsgefühl. Eindringen der Fingerspitze in die Bruchpforte erregt an beiden Stellen lebhaften Schmerz, an der medialen oberen fast regelmässig Husten. — Störungen in der Function der Verdauungs- und Athmungsorgane fehlen im Uebrigen.

Ausser den vorstehend erwähnten finden sich noch zwei horizontale, stark eingezogene, schmale Narben von circa 2 Cm. Länge, 5 resp. 8 Cm. über dem Nabel links dicht neben der Mittellinie, ohne Lückenbildung in der Bauchwand, und eine eben solche 11 Cm. lange und 1 Cm. breite auf der linken Seite des Halses, von hinten und oben vom vorderen Rande des *Cucullaris* in der Höhe des Ringknorpels nach unten und vorn bis zum vorderen Rande des *Sternocleidomastoideus* verlaufend und mit den unterliegenden Theilen sehr fest verwachsen.

Was die Entstehung der in Rede stehenden Hernien anbelangt, so datiren dieselben sammt den beschriebenen Narben von einem Selbstmord-

versuche, den der Kranke 7 Monate zuvor in einem Anfall von Geistesstörung mit einem langen, 3 Cm. breiten, lanzettförmig zugespitzten, vorn zweischneidigen, aber doch ziemlich stumpfen Messer, wie es die Buchbinde zum Pappeschneiden gebrauchen, ausgeführt hatte. Etwa 12 Stunden nach der That wurde der Kranke am 25. Juli 1874 der Jenenser Klinik in einem Zustand von Bluthleere und psychischer Erregung übergeben, welcher die Erhaltung desselben sehr fraglich erscheinen liess. Bei der Aufnahme finden sich, wie die mir vorliegende Krankengeschichte ergibt, ausser einer langen, dicht vor der Carotis endigenden, stumpfrandigen Schnittwunde am Halse, im linken oberen Quadranten der vorderen Wand des Abdomen sieben, etwa 2 Cm. lange Stichwunden, entsprechend den oben beschriebenen in dieser Gegend gelegenen Narben. Alle diese Wunden zeigen ausser Gefässverletzungen keine Complicationen und können in der gewöhnlichen Weise geschlossen werden; nur aus der am tiefsten ausserhalb der Papillarlinie gelegenen hängt ein apfelgrosses, irreponibles Stück Netz hervor, das unterbunden und abgeschnitten wird, um dann über dem Stumpfe die Wunde durch Naht und Collodialstreifen zu vereinigen. — Die Respiration ist kurz und oberflächlich, beim Liegen die Athemnoth unbedeutend; nur bei tieferen Inspirationen Schmerz in der linken Hälfte des Thorax, auf deren Rückseite sich eine Dämpfung findet, welche nach oben bis zum Winkel der Scapula, nach vorn bis zur vorderen Scapularlinie reicht. Das Vorhandensein von Luft im Pleurasacke ist nicht nachzuweisen. Druck auf den Unterleib ist nur mässig schmerzhaft, über den abschüssigen Theilen desselben ist eine wenig hohe Dämpfung zu finden. Ordination: Eisumschläge, Morphinum und Brauntwein.

Der Zustand des Kranken bessert sich schnell, von entzündlichen Erscheinungen der Pleura oder des Peritoneum sind kaum Spuren vorhanden, Erbrechen und Husten fehlen gänzlich. Der Appetit kehrt bald wieder, Stuhl erfolgt am 27. Juli auf Klysma, von da an regelmässig spontan. Während an der Halswunde die Naht nur wenig Erfolg gehabt hat, sind am Leibe die Stichwunden am 1. August per primam geheilt, nur an der penetrirenden ist eine geringe Eiterung eingetreten, die aber schon am 6. August definitiv versiegt ist. Die Dämpfung links hinten unten am Thorax hat am 1. August noch denselben Umfang, es fehlt aber sonst jede irgendwie Bedenken erregende Erscheinung, nur das irreponible Netz ist der Ausgangspunkt immer wiederkehrender Schmerzen im linken Hypochondrium. — Das Allgemeinbefinden des Kranken bessert sich so schnell, dass derselbe am 25. August die Klinik verlassen kann. — Auch späterhin befand sich der Kranke bis auf diese Schmerzen ganz wohl, bemerkte aber, wie an dem Sitze derselben allmählich jene Hervorwölbung entstand, die während der letzten Monate in Folge beständigen Hustens sich schnell vergrösserte.

Analoge Beobachtungen aus der Literatur sind mir nur zwei bekannt geworden. Es sind dies die beiden von Cruveilhier in seinem Atlas der patholog. Anatomie. Livraison XXI. Pl. III mitgetheilten Fälle, die zur Aufstellung einer neuen Species von Hernien, der *Hernia abdominalis intercostalis*, Veranlassung gaben, und von denen der eine von Cru-

veilhier selbst im Jahre 1828, der andere von Cloquet untersucht wurde. Herr Dr. E. Hertzberg, der bei Gelegenheit der Abfassung seiner Monographie über *Hernia thoracica* (Halle 1867) die gesammte Literatur bis zum Jahre 1867 nach einschlägigen Fällen durchsuchte, hat weitere Fälle von *Hernia abdominalis intercostalis* nicht gefunden, und ich habe vergeblich die seitdem erschienenen Bände der Schmidt'schen Jahrbücher und Virchow-Hirsch'schen Jahresberichte und dergleichen nachgesehen.

Die Seltenheit des Vorkommens dieser Hernien veranlasst mich, die beiden anderen Fälle hier anzufügen und zwar in der Hertzberg'schen Uebersetzung (l. c. S. 45).

1. Cruveilhier, Atlas d. path. Anat. Livrais. XXI, Pl. III. — Bei einem 70jährigen, an Pneumonie verstorbenen Manne fand man vorn links unten am Thorax eine gewulstete Geschwulst von Faustgrösse mit breiter Basis. Nach des Verstorbenen früheren Angaben war dieselbe durch den Stoss einer Wagendeichsel entstanden. Er wollte zuweilen ein Gurgeln in dem vorderen Theile der übrigens schmerzlosen Geschwulst empfinden. Dieselbe zeigte Vergrösserung und Verkleinerung, konnte jedoch nicht völlig reponirt werden. Sie bestand aus zwei trennbaren Theilen, deren einer nur von Haut bedeckt war, deren anderer sich noch, wie die anatomische Untersuchung zeigte, unter den „Muscle grand oblique“ ausdehnte. Ueber der ersteren Hälfte der Geschwulst bestand ein Defect dieses Muskels. Die Wulstungen des Tumors waren durch einige aponeurotische Streifen bedingt. Auf der äusseren Fläche der Rippen und ihrer Knorpel lag er ohne Anheftungen auf. Ein sehr dünner fibröser Stiel trat aus dem achten Intercostalraum hervor. Aeusserlich verhielt sich die freigelegte Geschwulst wie ein Bruchsack. In demselben lag das vielfach mit der Innenfläche und der Bruchpforte verwachsene grosse Netz. Dicht hinter der Bruchpforte lagen der Magen und die Flexura coli, scheinbar bereit zum Austritt. — Die Bruchpforte, d. h. die Verbindung von Bauchhöhle und Bruchsack, liess den Finger passieren. Die Knorpel der 8. und 9. Rippe hatten etwa 1 Zoll Abstand von einander. Der obere bildete eine nach oben gerichtete Krümmung. Die innere Oberfläche des Bruchsackes zeigte eine netzförmige Anordnung, bedingt durch eine Anzahl fibröser Stränge.

2. Jules Cloquet, Nouveau Journal de Médecine etc., par Béc-lard etc. Paris 1819. T. VI. Décembre, 8^{me} observation. — Einem Soldaten, Haynard, fuhr bei Lützen ein Geschütz quer über den Bauch. Trotz der heftigsten Zufälle erfuhr er eine allerdings nur relative Wiederherstellung. Sieben Jahre später sah ihn Cloquet: Zwischen den Verbindungsstellen der Knorpel der 8. und 9. linken Rippe zeigte sich bei normaler Haut eine resistente und sehr schmerzhafte runde Anschwellung von etwa der Grösse einer kleinen Nuss. Die Taxis war unmöglich. Bei Anstrengungen zeigte sich eine Vergrösserung, manchmal bis zur Hühnereigrösse. Dann wurde der Tumor sehr hart und ertrug kaum die Berührung der Kleider. Zugleich zeigten sich die Symptome einer heftigen Darmeinklemmung. Ruhe und Krümmung des Körpers nach

links erleichterten den Zustand etwas. Genuss von Nahrung war nur in geringer Menge möglich. Häufig folgte demselben Erbrechen. Dadurch war der Kranke ziemlich abgemagert. — Respirationsanomalien fehlten. Jedoch vermehrte starke Expiration jene Schmerzen, wahrscheinlich durch Druck auf die Geschwulst vermittelt des verengten Intercostalspatiums. Ein gegen die Wirbelsäule gerichteter Druck auf die linke Seite der Bauchwand verkleinerte die Geschwulst. Einmal gelang hierdurch die Reposition; aber gleichzeitig steigerten sich die Beschwerden. Bei dieser Gelegenheit konnte man deutlich die Bruchpforte mit dem Finger fühlen. — Das Anlegen einer Bandage konnte der Kranke nicht ertragen.

Die anatomischen Verhältnisse bedingen es in erster Linie, dass Baueingeweide nur ganz ausnahmsweise auf der Aussenseite der Wand des Hypochondrium in Form von Hernien erscheinen. Berücksichtigen wir nur das linke Hypochondrium, das bisher ausschliesslich der Sitz dieser Bildungen war, so sind die unter der seitlichen hinteren Partie desselben gelegenen Eingeweide kaum zu solchen Vorlagerungen disponirt. Die Milz könnte ihrer Masse wegen nur sehr weite Bruchpforten passiren; die Flexura coli sinistra ist so gelagert und durch ein kurzes Mesokolon so fixirt, dass alle Kräfte, welche sonst die Eingeweide gegen die Innenfläche dieses Thoraxabschnittes anpressen, dasselbe in dem angedeuteten Sinne kaum zu bewegen vermögen. Es bleibt somit nur der mediale Theil des linken Hypochondrium für die Entstehung der *Hernia abdominalis intercostalis* übrig, dieselbe Stelle, welche Traube als halbmondförmigen Raum bezeichnet, und die unter normalen Verhältnissen, bei einer grössten Breite von 3—3½ Zoll, nach oben von einer bogenförmigen Linie begrenzt wird, deren Concavität nach unten sieht und die vorn unterhalb des 5. und 6. Rippenknorpels beginnend sich bis zum vorderen Ende der 9. und 10. Rippe erstreckt (Traube, Gesammelte Beiträge II, 857).

Bisher haben nur traumatische Continuitätstrennungen der Brustwand, wie sie ja auch vorzugsweise bei der in vielen Beziehungen analogen *Hernia thoracica* in Betracht kommen, die Veranlassung zur Entstehung der in Rede stehenden Hernienspecies gegeben, und wie selten diese das Ueberleben des betroffenen Individuum ermöglichen, ergibt die anatomische Anordnung dieser Gegend zur Genüge.

Aber nicht einmal die penetrirende Wunde dieser Gegend ist an und für sich hinreichend, um das Hervortreten eines Baueingeweides durch die Thoraxwand herbeizuführen. Vielmehr ist letzterem ein Hinderniss gesetzt in dem Verhältnisse der Peritonealhöhle zur Innenfläche der Brustwand, insoweit als dasselbe an dieser Stelle von dem am tiefsten gelegenen Theile der Pleurahöhle abhängig ist, die sich in Form eines Spaltes zwischen beide einschiebt. Die Linie, bis zu welcher derselbe hinabsteigt, ist keine constante; jedenfalls liegt sie aber unter normalen Verhältnissen immer unter der oberen Grenze des halbmondförmigen Raumes. Der Braune'sche Atlas zeigt den betreffenden Pleuraspalt in der Höhe des Knorpels der 6. und 7., und in der Höhe des Knochens der 7. und 9. Rippe. Dass er aber in vielen Fällen noch bei Weitem tiefer, ja bis zum

Thoraxrand herabreicht, lehrt die Beobachtung, dass bei linksseitigem pleuritischen Exsudat der halbmondförmige Raum vollkommen verschwunden sein kann (Traube, l. c. S. 858).

Wird nun durch ein Trauma die Bauchhöhle unter normalen anatomischen Verhältnissen an dieser Stelle eröffnet, so kann dies nur unter der Bedingung geschehen, dass auch dieser Pleuraspalt getroffen, mithin auch der linke Pleurasack geöffnet wird. Dass ein solches Ereigniss für die weiteren Folgen der Verletzung irrelevant bleiben werde, ist aber a priori nicht anzunehmen. Die Adhäsion der feuchten Flächen der Pleurablätter wird allerdings wohl bis zu einem gewissen Grade genügen, das Auseinanderweichen derselben zu verhüten, für viele Fälle aber dürfte zu erwarten sein, dass dieselbe überwunden wird: sei es dass der Spalt selbst im Augenblick der Verwundung in Folge forcirter Inspiration schon erheblich verkürzt ist (für Selbstmordversuche wird die Concurrenz dieser Respirationsphase wohl immer anzunehmen sein), sei es, dass das verletzende Instrument selbst oder die durch die äussere Wunde einströmende Luft das Zwerchfell von der Thoraxwand abdrängt.¹⁾ Somit ist es für die Mehrzahl der Fälle wahrscheinlich, dass die Contiguität der Wunden in der Brustwand und im Zwerchfell verloren geht, und es ist nicht einzusehen, was bei der Winkelstellung der Achsen der beiden Wunden ein durch das Zwerchfell hindurchgetretenes Baueingeweide nachträglich noch durch die Wunde in der Thoraxwand treiben sollte. Wo also nach einer derartigen penetrirenden Wunde nicht eine Hernia diaphragmatica, sondern eine Hernia abdominalis intercostalis entstanden ist, ist ein Hochstand der unteren Pleuragrenze oder eine pathologische Obliteration des spaltförmigen Theiles des Pleurasackes zu supponiren.

Der letztgenannte Zustand ist unzweifelhaft auch in unserem Falle für die Entstehung der Hernia abdom. intercost. maassgebend gewesen. In den ersten Tagen nach der Verwundung fand man, ohne Fiebererscheinungen und ohne die Zeichen stattgehabten Lufteintrittes in den Pleurasack, eine Dämpfung über den unteren hinteren Partien des linken Thorax, nach oben bis zum Winkel der Scapula, nach vorn bis zur Axillarlinie reichend, über deren ferneres Verhalten nichts bekannt ist. Sieben Monate später ergab sich die Brustwand an derselben Stelle leicht eingesunken, der Percussionsschall in gleichem Umfange gedämpft, die Athmungsgeräusche vesiculär. Die Annahme, dass die nach der Verwundung constatierte Dämpfung durch eine nach innen stattgehabte Blutung bedingt war und in Folge derselben Veränderungen am Thorax entstanden, wie man sie sonst nur nach Resorption pleuritischer Exsudate beobachtet, hat nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich. Zunächst fehlen an den von den penetrirenden Wunden getroffenen Stellen Gefässe, von deren Verletzung eine

1) Wahrscheinlich kommen auch noch reflectorische, durch Reizung der Pleura costalis hervorgerufene Hustenstösse, deren Auftreten durch Kohts (Virchow's Archiv. Bd. LX. Heft 2) experimentell nachgewiesen ist, hierbei mit in Betracht, doch lässt sich den von Anderen gewonnenen negativen Resultaten gegenüber hierüber zur Zeit nichts Sicheres feststellen. Jedenfalls werden aber bei scharfen, schnellwirkenden Werkzeugen diese Reflexe verhältnissmässig gering ausfallen oder ganz fehlen.

so beträchtliche Blutung zu erwarten wäre. Wäre aber eine solche wirklich erfolgt, und hätte die Organisation resp. Resorption des im Pleura-raum angesammelten Blutes stattgefunden, so wären die dadurch gesetzten bleibenden Veränderungen jedenfalls geringer ausgefallen als die 7 Monate nach der Verwundung beobachteten. Dass aber die Verletzung von einer Pleuritis nicht gefolgt war, beweist das Fehlen der Fiebererscheinungen und der Zeichen von Zersetzung des angenommenen Pleurainhaltes während der ersten Beobachtungsperiode. Alles hat dagegen die Vermuthung für sich, dass bei dem Kranken lange vor jener Katastrophe ein pleuritisches Exsudat zur Resorption gelangte, und so eine Verwachsung der Pleurablätter im unteren Abschnitte der linken Thoraxhälfte zu Stande kam, dass mithin die Eröffnung der Bauchhöhle ohne gleichzeitige Eröffnung der Brusthöhle erfolgte.

Interessant sind die in Rede stehenden Hernien noch dadurch, dass es sich bei ihnen wohl meist um „Brüche ohne Bruchsack“ handelt; in unserem Falle ist wenigstens ein solcher in der im 7. Intercostalraum hervortretenden Hernie sicher vorhanden. Das vorgefallene irreponible Netz wurde abgeschnitten und über dem Stumpf die Hautwunde prima intentione zur Heilung gebracht. Offenbar erhielt der Netzstumpf die Wunde der Weichtheile im Intercostalraum klaffend, Es entstand eine Verlöthung der Ränder derselben mit der Peritonealwunde und eine narbige Umsäumung beider, so wurde es möglich, dass späterhin so grosse Massen des Netzes und Darnes aus der Bruchpforte hervortraten. Das continuirliche Andrängen derselben gegen die bedeckenden Weichtheile erzeugte allmählich im retromusculären (*M. obliquus externus*) oder subcutanen Zellgewebe eine umfangreiche Ausbuchtung, deren Entstehen und anatomisches Verhalten, wie die Autopsie in Cruveilhier's Falle zeigte, ganz dasselbe ist, wie wir es von den Schleimbeuteln kennen. Die Endothelbekleidung der Innenfläche, welche wir dieser Analogie nach als vorhanden anzunehmen haben, stellt diese mit der Bauchhöhle communicirende Bildung einem wahren, vom Peritoneum ausgehenden Bruchsacke sehr nahe und veranlasst sie in klinischer Beziehung einem solchen als vollkommen gleichwerthig zu behandeln.

Vor den beiden anderen Fällen zeichnet sich der mitgetheilte dadurch aus, dass zwei Bruchpforten vorhanden sind, von denen die obere ein Stück der Magenwand, die untere eine vollkommen frei bewegliche Dickdarmschlinge neben reponiblen und irreponiblen Netztheilen hervortreten lässt. In Cloquet's Falle bildete ein nicht reponirbarer Theil des Dickdarms oder der vorderen Magenwand den Bruchinhalt, in dem Cruveilhier'schen das vielfach mit der Innenfläche des Bruchsackes und der Bruchpforte verwachsene grosse Netz.

Betreffs der Behandlung penetrirender Wunden an Stellen, die wegen der Enge des Raumes oder wegen der unmittelbaren Nachbarschaft von Knochen die Anlegung der Naht in der gewöhnlichen Weise nicht gestatten, möchte ich mir erlauben den Fall eines achtjährigen Knaben anzufügen, der sich am 1. September 1872 durch einen scharfen Glassplitter eine horizontal verlaufende, 4 Cm. lange, penetrirende Bauchwunde dicht am linken Thoraxrande zuzog. Nachdem die Reposition einer grossen Dickdarmschlinge unter grossen Schwierigkeiten, nach endlicher Erweiterung

der Wunde mit dem Messer gelungen war, zeigte sich, dass die Bauchwand schief von oben und innen nach unten und aussen durchbohrt, der laterale Rand des Rectus dicht am Rippenrand durchschnitten und die Fasern der schiefen Bauchmuskeln vielfach zerfetzt waren. Die unmittelbare Nachbarschaft des Thoraxrandes und die geringe Dehnbarkeit der Wundränder erlaubte es nicht, eine die ganze Dicke der Bauchwand fassende Naht anzulegen. An dem unteren Wundrande wurde daher so viel wie möglich von den Muskelfetzen entfernt und darauf das Peritoneum für sich allein mit 5 Knopfheften von Mullseide, deren Enden kurz abgeschnitten wurden, so gut wie möglich vereinigt. Das Gleiche geschah dann mit der Fascie des Transversus und Obliquus internus, um endlich über diesen beiden Nahtreihen die Hautwunde mit aller Sorgfalt zu schliessen. — Bei Behandlung mit grossen Dosen Opium äusserst geringe locale und allgemeine Erscheinungen; Temperatursteigerungen am 5. und 6. Tage bis 39,0, von da an fieberfrei. Prima intentio wurde an der Hautwunde vollkommen erreicht und die Naht am 4. Tage aus derselben entfernt. Die in den tieferen Schichten liegenden Nahtreihen blieben unangetastet, sie haben bis zum heutigen Tage nicht die geringsten Reizungserscheinungen verursacht. Die Narbe ist vollkommen derb und fest, und wird beim Husten nicht im Mindesten hervorgetrieben. — Was hier durch Seidenfäden erreicht wurde, würde durch Catgut natürlich bei Weitem gefahrloser zu erreichen sein.

Schliesslich erlaube ich mir Herrn Geh. Hofrath Ried meinen Dank für gütige Ueberlassung der die erste Beobachtungsperiode betreffenden Krankengeschichte auszusprechen.

2.

Vier Ovariectomien, zwei geheilt, zwei mit tödtlichem Ausgange.

Von

Dr. Bernhard G. Kleberg,
Operateur am Stadthospital zu Odessa.

1. Cystosarcoma ovarii dextri. Cysta ovarii sinistra. Ovariectomia duplex.

Oksana Podatschewa, 24 Jahre alt, Soldatenweib, wurde am 1. Dec. 1873 in das Stadthospital aufgenommen. Patientin ist eine robuste Frau, menstruirte mit dem 15. Jahre zum ersten Male, heirathete mit 17 Jahren, hat zwei Kinder geboren. Nach der Geburt des letzten, vor 4 Jahren, bemerkte sie im rechten Unterbauche eine bewegliche Geschwulst, die ihr von Anfang an sehr starke Schmerzen verursachte, welche mit der Zeit immer mehr zunahmen. Die Regeln und sonstigen Leibesfunctionen blieben immer regelmässig.