Zur Bauchschußfrage.

Von Stabsarzt d. R. Dr. L. Reichenbach,
Chirurg beim Feldlazarett.

Die Lehre, daß im Kriege Bauchschüsse „konservativ“ zu behandeln seien, ist längst nicht mehr „anerkanntes“ Dogma und Richtschnur. Gesammelte Beobachtungen haben hinreichend erwiesen, daß „konservativ“ geheilte Bauchschüsse — endgültig geheilte und wirkliche Bauchschüsse, nicht etwa Bauchwandschüsse oder Durchschüsse ohne Eingeweideverletzungen — einen zu seltenen Glücksfall darstellen, um als richtunggebend für die Wahl des nichtoperativen therapeutischen Verfahrens dienen zu können. Die operative Therapie hat auch für den Krieg ihr Bürgerrecht durchgesetzt. Unzweifelhaft aber bleiben die Ergebnisse der Kriegschirurgie hinter denen der Friedenschirurgie — anatomisch gleiche Verletzungen gedacht — auf diesem Gebiete nicht unwesentlich zurück. Die Ursachen dafür dürften hauptsächlich in der verminderten Widerstandsfähigkeit des in Kriegsstrapazen stehenden Körpers und Nervensystems liegen, anderseits auch in der Schwierigkeit, unter Feldverhältnissen alle die Forderungen zu erfüllen, die für erfolgreiche Bauchchirurgie Bedingung sind. Das Bestreben, die operativen Resultate zu verbessern, stellt eine Reihe von Einzelaufgaben, kleine Beiträge aus verschiedenen Kampfgebieten erscheinen darum nicht wertlos.

Im Laufe der Sommermonate vorigen Jahres habe ich an der Westfront 21 Bauchschüsse oder Bauchverletzungen durch Verschießung behandelt. Von den mit Nierenverletzungen komplizierten sche ich ab. Sämtliche Fälle habe ich operiert.

Das Feldlazarett war etwa 9 km hinter der Front in einem Kloster eingerichtet. Die äußere Einrichtung (Operations- und Krankenzimmer, Beleuchtung, Beheizung) war recht gut. Das Instrumentarium war durch überplanmäßig gelieferte Stücke bereichert. Operateur, Assistenten in erforderlicher Anzahl, Operations- und Pflegepersonal hatten sich vorzüglich aufeinander eingearbeitet. Mehrere Schwestern, eine davon als Operationsschwester, haben sehr wertvolle und ganz

ausgezeichnete Arbeit geleistet. Die Operationen konnten sich aus allen diesen Gründen in der so überaus wichtigen hemmungslosen Weise abwickeln. Vorteilhaft war es, daß fast stets derselbe Kollege narkotisierte. Es wurde sowohl Aether als auch Chloroform angewendet, wechselnd je nach Beschaffenheit der Narkose und des Patienten. Bezüglich der operativen Technik scheint mir nur erwähnenswert, daß stets reichliche warme Kochsalzlösung zur Warmhaltung der ausgepackten Därme und zur Spülung der Bauchhöhle verwendet wurde. Der Bauch wurde meist völlig geschlossen. Zur Zeitersparnis wurde in der Regel die Bauchwunde mit durchgreifenden Seidennähten genäht.

Die Transportverhältnisse waren günstig. Außer dem Automobil wurden Motorboote auf Wasserwegen benutzt. Die Verwundeten gelangten nach frühestens anderthalb Stunden ins Lazarett, meist aber wesentlich später (Bergungsschwierigkeiten).

Obwohl der Transport sehr schonend war, kamen die Bauchverletzten meist in schwer mitgenommenem Zustande an, mit kleinem, schlechtem Puls, Blässe, Prostration. Der Verwundete wurde zunächst in ein warmes Bett gelegt, erhielt sofort Kochsalzinfusion mit Adrenalin oder Digalen, auch Koffein und Kampfer, und hatte Ruhe. Während dieser Zeit wurde er kontrolliert, die Diagnose, falls sie bei der Aufnahme nicht ganz sicher zu stellen war, ausgearbeitet, die Entscheidung getroffen und der Zeitpunkt der Operation gewählt. Meist klangen in wenigen (2—5) Stunden die Transportnachteile und der Shock soweit ab, daß der Verwundete in erheblich besserem Allgemeinzustande zur Operation kam, als bei sofortigem Eingriff. Bei Zeichen wachsender Blutung wurde natürlich beschleunigt operiert.

Daß — ceteris paribus — die Prognose der Operation um so besser ist, je weniger die mit der Verwundung einsetzenden pathologischen Vorgänge fortgeschritten sind, und daß auf frühzeitiges Operieren hinzuwirken ist, ist zweifellos. Diese Frühzeitigkeit muß aber mehr durch frühzeitige Einlieferung des Verwundeten erreicht werden, als durch eiliges Nachfolgenlassen der Operation. Der frühzeitige Transport, der ja durchweg grundsätzlich ganz besonders für Bauchverletzte üblich ist, beugt der Peritonitisentwicklung am sichersten vor. Ob in Fällen, wo baldige Bergung des Verwundeten und Abtransport eben nicht möglich ist, der Druckverband auf den Bauch für die Fahrt den Schaden mindern oder verhüten kann, wäre zu prüfen. Natürlich kann auch während der Ruhe im Lazarett Kotaustritt beginnen oder weiter erfolgen, aber diese Gefahr wird, wie mir scheint, reichlich aufgewogen durch den in der Besserung des Allgemeinzustandes liegenden Vorteil.

Die Indikation zur Operation erachtete ich stets als gegeben, wenn eine intraabdominale Verletzung diagnostiziert werden mußte und der Allgemeinzustand einen Eingriff nicht unbedingt verbot. Bauchdeckenspannung fehlte in keinem Falle. Wo sie auf anderen Ursachen beruhte, z. B. Thoraxverletzung, ließ sich während der Ruhezeit durch wiederholte Untersuchung die Beurteilung des Falles sichern. In jedem meiner Fälle fand die Laparotomie durch den Operationsbefund ihre vollste Rechtfertigung. Schwindet in angemessener Beobachtungszeit der Verdacht im Zweifelsfalle nicht, so halte ich die Probeparotomie für angezeigt, wenn ihr Risiko nicht größer ist als normal. Durch die Anzahl der seit der Verletzung verflossenen Stunden ließ ich mich nicht leiten und konnte die Erfahrung machen, daß auch jenseits der ersten acht Stunden durch Operation glückliche Ausgänge erzielt wurden in Fällen, die sonst zugrundegegangen wären.

Das Feldlazarett ist meines Erachtens diejenige Formation, die berufen ist, das Schicksal der Bauchverletzten zu gestalten, und hat sich ausgezeichnet bewährt in seiner Zusammensetzung und mit den ihm gegebenen Ausgestaltungsmöglichkeiten. Es kann an jeden geeigneten Ort genügend nahe vorgeschoben werden, um keinen übermäßig langen Transport zu bedingen, und kann andererseits, das für erfolgreiche chirurgische Tätigkeit Erforderliche haben. Einzelne besonders ausgestaltete und geeignete Feldlazarette in der Hauptsache für Bauchverletzte zu bestimmen, scheint mir zweckmäßig.

Im Gegensatz zu dem auch heute noch vielfach geäußerten Pessimismus bezüglich der Behandlung der Bauchverletzungen möchte ich sagen, daß die Bauchchirurgie im Feldlazarett eines der relativ erfreulichsten und dankbarsten Kapitel der Kriegschirurgie ist. Wenn von den nichtoperierten Bauchschüssen schätzungsweise etwa 90% sterben, von den operierten aber 30 und mehr Prozent am Leben erhalten werden und meist wieder vollwertig arbeitsfähige Menschen zu werden versprochen, so ist ein ganz wesentlicher Fortschritt nicht zu verkennen, der — zunächst einmal — befriedigend ist.

Da wegen Raumangels die Anführung der einzelnen Fälle untunlich, will ich kurz bemerken, daß durch Gewehrgeschöß verwundet wurden 9, wovon 3 heilten, 6 starben; durch Artilleriegeschöß wurden verwundet 10, Heilungen 6, Todesfälle 4; verschüttet wurden 2, beide heilten. Die Verschütteten hatten Darmzerreißen mit Blutung und Kotaustritt in die Bauchhöhle. Bei den 10 Todesfällen war 3mal die Todesursache Pneumonie bei einwandfreiem Verlauf der Bauchverletzungen, 1mal Peritonitis von einem infizierten retro-

peritonealen Hämatom am 23. Tage, 1mal Sepsis von einer Gasphlegmone des Oberschenkels, 5mal die Schwere der Verletzung bzw. der Shock, nämlich Komplikation der Darmverletzungen mit Milzzerreißen, Leberverletzung, offenem Pneumothorax oder große Ausdehnung der Darmverletzungen. Der Tod erfolgte bei den letzteren Fällen 1½—36 Stunden nach der Operation, die sich zum Teil auf das Notdürftigste beschränkte (Vorlagerung).

Bei kleinen Zahlen ist der Prozentsatz natürlich labil. Da es sich aber hier um nahezu völlig ungesiebtetes Material handelt, wie es die Kampffront ergibt und die vorderste Lazarettstelle bekommt, so erscheint es von Interesse, zu erwähnen, daß die Heilungen 52,4% der Fälle ausmachen.