II. Aus dem städtischen allgemeinen Krankenhause im Friedrichshain, Abth. des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Hahn. Ein durch Operation geheilter Fall von Ileus.¹⁾

Von Dr. Georg Heilmann, Assistenzarzt.

Bei dem fortdauernden Streite der Meinungen über die zweckmässigste Behandlungsweise des Ileus handelt es sich nicht nur um einen Kampf zwischen inneren Medicinern und Chirurgen, sondern besonders auch um einen solchen der letzteren untereinander. Darüber, dass eine grosse Gruppe von Ileusfällen allein durch operative Maassnahmen zur Heilung kommen kann, kann heutzutage ein Zweifel nicht mehr obwalten. Aber die Ansicht der Autoren über den Zeitpunkt und die Art der Operation ist eine ausserordentlich verschiedene. Bedingt ist diese Meinungsdivergenz wesentlich durch die Schwierigkeit der Diagnose, und alle Bemühungen nach dieser Richtung hin haben uns doch nur wenig gefördert. Wir sind eben nur bei einem kleinen Theile der Fälle in der glücklichen Lage, die strenge Forderung, wie sie besonders noch von Wahl²⁾ betont worden ist, zu erfüllen, nämlich eine genaue anatomische Diagnose des Sitzes, der Natur und des Wesens der Occlusion festzustellen; wir müssen uns mit der Thatsache der aufgehobenen oder behinderten Darmpermeabilität begnügen. Rufen doch derartige Patienten die Hülfe des Chirurgen zumeist erst zu einer Zeit an, wo man mit oder ohne genauere anatomische Diagnose zur sofortigen Operation schreiten muss, wenn anders man den Kranken nicht seinem sicheren Schicksale verfallen lassen will. Und gerade für diese letzte Gruppe von Patienten muss auch der Zweifel in der Wahl der Operation fortfallen, für diese erübrigt lediglich die Anlegung eines Anus praeternaturalis, die Enterostomie, wie sie besonders auf dem Chirurgencongress des Jahres 1887 von namhaften Autoren an Stelle der primären Laparotomie empfohlen worden ist. Ist durch diese Operation die Wegsamkeit des Darmes nicht wieder hergestellt worden, so kann später, meist unter viel günstigeren Bedingungen, zur idealen Operation, d. h. zur Laparotomie, geschritten werden, zur definitiven Beseitigung der occludirten Darmpartie.

Einen hierher gehörenden Fall von schwerem Ileus, der nach diesem Grundsatz von Herrn Geh. Rath Hahn mittels Enterostomie und nachfolgender Laparotomie operirt worden und zur Heilung gelangt ist, sei es mir gestattet, vorzuführen.

Die 74jährige Kranke wurde am 4. Januar 1890 in einem höchst bedrohlichen Zustande dem Krankenhause am Friedrichshain zugeführt. Der Puls der Patientin war ausserordentlich klein, aussetzend, zeitweise kaum fühlbar, Temperatur subnormal, die Extremitäten waren bläulich verfärbt und kühl, das Gesicht zeigte ein verfallenes Aussehen; die Stimme war matt, die Antworten träge. Der Leib war enorm aufgetrieben; eine besondere Hervorwölbung zeigte sich in der rechten Unterbauchgegend; peristaltische Darmbewegungen waren nirgends erkennbar, die Leber war nach oben gedrängt, Milzdämpfung verschwunden, die Palpation des Abdomen im mässigen Grade empfindlich.

Die Bruchpforten waren frei, ebensowenig ergab die Untersuchung per rectum und per vaginam einen Anhaltspunkt über den Sitz des Darmhindernisses.

Einige im Rectum befindliche Kothballen wurden entfernt, darnach war selbst durch hohe Eingiessungen Stuhl nicht mehr zu erzielen.

In der kurzen Zeit zwischen Aufnahme und Operation hatte Patientin kein Erbrechen.

Nach Angabe der Kranken war seit 14 Tagen trotz Abführmittel keine Stuhlentleerung erfolgt, seitdem bestand zunehmende Auftreibung des Leibes; seit acht Tagen keine Blähungen, häufiges Aufstossen und Erbrechen, das seit zwei Tagen einen faeculenten Charakter angenommen hatte.

Eine später erhobene Anamnese konnte über frühere Erkrankungen, welche die Darmocclusion hätten verursachen können, keinen Aufschluss geben.

Patientin war früher stets gesund und kräftig, hatte zweimal normal entbunden; im October 1889 hatte sie eine Brustfellentzündung durchgemacht; ab und zu litt sie an Stuhlverstopfung, die durch Abführmittel bald behoben wurde. Eine ernstere Erkrankung der Unterleibsorgane, insbesondere eine früher überstandene Bauchfellentzündung wurde entschieden in Abrede gestellt.

Bei dem Alter der Kranken und dem Fehlen sonstiger Anhaltspunkte, sowie der Entwicklung der Ileuserscheinungen, lag die Annahme nahe, dass es sich um ein Carcinom, wahrscheinlich im Colon, handelte.

Bei der Erwägung der therapeutischen Maassnahmen musste bei dem höchst bedrohlichen Allgemeinzustande der Kranken von einer Laparotomie von vornherein Abstand genommen werden.

Aber auch die Anlegung eines Anus praeternaturalis konnte bei der verzweifelten Sachlage nur wenig Aussicht auf Erhaltung des Lebens bieten; wenn schliesslich doch zur Enterostomie geschritten wurde, so geschah dies als ultimum refugium, als einzige Möglichkeit, die Patientin zu retten.

Die Operation wurde ohne Narkose ausgeführt, und zwar an der Stelle der stärksten Auftreibung, in der rechten Unterbauchgegend, etwa 2 cm

¹⁾ Vortrag, gehalten in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins.

²⁾ Ed. Wahl, Ueber die klinische Diagnose der Darmocclusion durch Strangulation oder Achsendrehung. Centralbl. f. Chir. 1889 No. 9, p. 153.

median von der Spina anterior superior ossis ilei. Nach Durchtrennung der Bauchdecken in 3 cm Ausdehnung und Eröffnung der Bauchhöhle wurde das Peritoneum parietale mit der Darmserosa der vorliegenden und stark aufgeblähten Colonschlinge durch mehrere Seidenligaturen vereinigt, und die Darmwand in 1 cm Länge eingeschnitten, worauf sich dünnflüssiger Koth entleerte. Mehrere weitere Nähte durch die Darmwand und Bauchdecken gaben einen sicheren Verschluss gegen die Bauchhöhle.

Durch reichliche Wasserausspülungen wurden enorme Quantitäten von Faecalien und Gasen entleert, worauf eine gewisse Entspannung des Leibes eintrat; der Abfluss von theils harten Kothballen dauerte jedoch fort.

Nach der Operation erholte sich Patientin in fast wunderbarer Weise, der Puls wurde kräftiger und kehrte zur normalen Frequenz zurück (eine geringe Arrhythmie, bedingt durch arteriosclerotische Myocarditis, blieb bestehen), die Temperatur war normal, das subjective Befinden wurde von Tag zu Tag ein besseres.

Die in dieser Zeit des öfters vorgenommene Untersuchung des Abdomen konnte die Diagnose nicht fördern, ebensowenig gelang dies durch Wassereingiessungen. Der erste derartige Versuch, am 22. Januar, konnte weder vom Anus praeternaturalis noch vom Rectum aus den Sitz des Hindernisses erkennen lassen; dagegen reagierte Patientin auf diesen Versuch mit peritonitischen Erscheinungen: Fieber, Aufstossen, Erbrechen und starker Auftrieb des schmerzhaften Leibes. Diese Erscheinungen gingen allmählich wieder zurück, so dass sich die Kranke im Anfang Februar wieder eines guten Allgemeinbefindens erfreute.

Am 23. Februar wurde der Versuch, den ausgeschalteten Darmtheil zu durchspülen, erneuert, jedoch mit demselben negativen Resultate. Weder Wassereingiessungen vom Anus praeternaturalis aus, noch Gasaufblähungen per Rectum brachten uns in der Diagnose weiter. Vermuthungsweise musste man nach Lage der Dinge, besonders wegen der Beschaffenheit der sich aus dem Anus praeternaturalis entleerenden Faeces, das Hinderniss im Colon descendens annehmen.

Dem zweiten Versuche folgten wiederum schwere und recht bedrohliche peritonitische Erscheinungen. Infolgedessen nahm man von weiteren derartigen Versuchen Abstand. Die Patientin wurde am 8. Mai 1890 mit einem gut functionirenden Anus praeternaturalis, der durch eine Pelotte verschlossen wurde, entlassen.

Ogleich die Kranke sich ausserordentlich erholt hatte, glaubte man mit Rücksicht auf das hohe Alter, die, als wahrscheinlich angenommene, maligne Natur der Darmocclusion und die Reizbarkeit des Peritoneum von weiteren operativen Eingriffen absehen zu müssen.

Am 11. August suchte indessen die Patientin von neuem die Anstalt auf, mit dem dringenden Wunsche, von ihrem Anus praeternaturalis befreit zu werden.

Das Allgemeinbefinden war ein gutes, Rectaleingiessungen hatten dasselbe negative Resultat wie früher, zeitweise entleerte sich etwas Eiter. Der Palpation und Percussion war der erkrankte Darm ebenso wenig zugänglich, wie früher. Von der Annahme einer malignen Neubildung musste man zwar bei dem constanten Wohlbefinden und der fehlenden Cachexie abkommen, trotzdem rieth man aus den vorher angeführten Gründen von einer Laparotomie und Entfernung der occludirten Darmpartie ab. Da indessen die Kranke und namentlich auch die Angehörigen derselben dringend die Beseitigung des Anus praeternaturalis verlangten, wurde am 1. October zur Laparotomie geschritten.

Die Operation wurde in gemischter Aetherchloroformnarkose vorgenommen. Ein wenig über 9 cm langer Schnitt unterhalb des Nabels durchtrennte die Bauchdecken in der Medianlinie. Nach Eröffnung des Peritoneum erreichte die in die Bauchhöhle eingeführte Hand sofort einen kleinen, an der Flexura coli sinistra sitzenden Tumor. Da letzterer sich aus der Laparotomiewunde nicht hervorziehen liess, wurde von der Bauchwunde eine Kornzange in die Gegend desselben eingeführt und die Bauchdecken an dieser Stelle in ungefähr 5 cm Länge eingeschnitten. Darauf gelang es leicht, die erkrankte Darmpartie zugänglich zu machen. Von einer sofortigen Resection der letzteren mit nachfolgender Darmnath wurde mit Rücksicht auf die Schwere des Eingriffes, die Empfindlichkeit des Peritoneum und das hohe Alter der Kranken abgesehen. Statt dessen schnürte man die occludirte Partie in ungefähr 6—8 cm Ausdehnung mittels eines durch das Mesenterium geführten doppelten Gummischlauches nach oben und unten ab. Unterhalb der angelegten Gummidrain wurde die Darmserosa mit dem Peritoneum parietale fest vernäht, und die Bauchdeckenwunde so verkleinert, dass der Darmtumor mit den angelegten Gummidrain, welche ebenfalls noch durch Nähte an die Haut befestigt wurden, nicht zurückschlüpfen konnte.

Die erste Laparotomiewunde wurde sodann geschlossen, und der vorher provisorisch vernähte, rechtsseitige Anus wieder geöffnet.

In den nächsten Tagen nach der Operation zeigten sich wiederum schwere peritonitische Erscheinungen; nachdem dieselben völlig verschwunden waren, wurde am 6. October die gangränös gewordene Partie innerhalb der Gummischläuche entfernt. Es zeigte sich jetzt, was man schon vorher vermuthet hatte, bestätigt, dass es sich nicht um ein Carcinom, sondern um eine feste narbige Stricture handelte, die das Darmlumen fast völlig verlegt hatte. Ob diese Stricture durch dysenterische, syphilitische oder andere Processe im Darne bedingt war, war weder aus dem sonstigen Befunde, noch aus der Anamnese mit Sicherheit festzustellen.

Als am 9. October der obere Schlauch gelöst wurde, erfolgte sofort Stuhl; der untere Schlauch löste sich einige Tage später spontan.

Es bestanden also zur Zeit in der Medianlinie die Laparotomiewunde, ein rechtsseitiger und ein linksseitiger Anus praeternaturalis, aus beiden entleerte sich für die Folge der Darminhalt.

Am 5. November wurde der rechtsseitige Anus mittels plastischer Operation geschlossen; es besteht jetzt an dieser Stelle eine feste Narbe.

An den linksseitigen Anus praeternaturalis wurde zur Entfernung des bestehenden Spornes am 18. December das Dupuytren'sche Enterotom

angelegt. Am 26. December erfolgte das erste mal Stuhl per vias naturales. Zur Beseitigung von Spornresten und der prolabirten Darmschleimhaut musste noch mehrmals zum Enterotom und Thermokauter gegriffen werden, welche Eingriffe die Patientin ohne jede allgemeine Reaction ertrug. Der am 8. April 1891 ausgeführte plastische Verschluss öffnete sich zum Theil spontan wieder.

Die 74jährige, sehr rüstige und muntere Frau ist zur Zeit imstande, ihren Stuhl normaler Weise zu entleeren. Die 1 cm im Durchmesser grosse Kothfistel wird durch eine thalergrosse, runde Holzplatte, die mit Jute gepolstert und mit Heftpflaster befestigt ist, verschlossen. Die Polsterung wird täglich einmal erneuert, die Umgebung derselben ist vollkommen frei von Verunreinigungen. Diese einfache Vorrichtung hat sich uns bei weitem besser bewährt, als complicirte Pelotten. Bei dieser Behandlung ist, wie in anderen derartigen Fällen, ein baldiger totaler Verschluss der Fistel sicher zu erwarten.

Der Verlauf dieses Falles von Ileus scheint mir ganz besonders zu Gunsten der Enterostomie gegenüber der primären Laparotomie zu sprechen, zumal bei einem derartig verzweifelter Zustande, wie ihn unsere Kranke darbot. War auch der spätere Behandlungsgang ein complicirter und langwieriger, so führte er doch, wenn wir von der augenblicklich noch bestehenden Fistel absehen, zur vollkommenen Heilung. Ob wir einen gleich günstigen Erfolg durch die primäre Laparotomie erzielt hätten, ist mehr als fraglich.