IV.

Beitrag zur Chirurgie der Bauchhöhle.

Doppelte Darmresection bei einem complicirten Anus praeternaturalis.

Von

M. W. af Schultén,

Professor der Chirurgie in Helsingfors.

(Mit 1 Abbildung.)

Ohne Zweifel ist die am häufigsten vorkommende Ursache des Entstehens eines widernatürlichen Afters in einer incarcerirten Hernie mit consecutivem Brand des Darmes zu suchen. Ist nur ein geringer Theil der Darmwand incarcerirt worden und gangränisirt, erfolgt sogar nicht selten eine spontane Heilung. Ist dagegen ein grösserer Theil der Darmwand oder eine ganze Darmschlinge zerstört, so kann es oft mit grosser Schwierigkeit verbunden sein, den so entstandenen widernatürlichen After zu heilen. Durch Anlegen des Enterotomes von Dupuytren's gelingt es in manchen Fällen, den Sporn zu zerstören, wonach die abnorme Oeffnung sich von selbst oder mit Hülfe einer plastischen Operation schliesst (bei einem in dieser Weise behandelten Fall gelang es mir letztes Jahr, Heilung zu erzielen). Doch ist man in den meisten Fällen darauf angewiesen, durch Resection und Suture des Darmes den normalen Darmdurchgang wieder herzustellen — eine Behandlungsweise, deren Mortalitätsprocente bis jetzt erhebliche gewesen sind. Ist der widernatürliche After von complicirter Art, z. B. in Folge von Incarceration zweier Darmschlingen oder infolge von starker Verdrängung oder Obliteration der abführenden Schlinge, so kann ein glückliches Resultat nur durch eine eingreifende Operation gewonnen werden.

Da ich Gelegenheit hatte, einen derartigen besonders complirten Fall durch operative Behandlung zum glücklichen Ausgang zu führen, und ich in der Litteratur keinen dem entsprechenden Fall gefunden habe, will ich hier zuerst eine Beschreibung desselben, wie auch einige Bemerkungen folgen lassen.

F. L., Arbeiter, 26 Jahre alt, wurde am 9. Februar 1895 in die chirurgische Klinik aufgenommen.

Anamnese: Vater des Patienten an Bruch leidend, wofür er eine Bandage gebraucht. Patient selbst war bis vor einer Woche vor letzten Weihnachten gesund gewesen, als er bei einer Gelegenheit eine schwere Last trug. Hierbei bemerkte er, dass eine Hernie auf der rechten Seite in den Hodensack gedrungen war. Gleichzeitig fühlte er Schmerzen und bekam kurz darauf Erbrechen. Er versuchte, die Hernie zu reponieren, doch gelang es ihm nicht, weshalb er sich am folgenden Tage an einen Arzt in Björneberg wandte, der gleich eine Operation vornahm. Der Arzt hatte nach der Operation angegeben, das die Darmschlinge, die in die Hernie eingedrungen, gangränös sei. Drei Tage nach der Operation fing Darminhalt aus der Wunde, welche tamponirt gewesen, auszufließen an. Seitdem hat sich aller Darminhalt durch die Darmfistel entleert, und hat die normale Abführung vollkommen aufgehört. Während der Krankheit, Abnahme der Kräfte und bedeutende Abmagerung des Kranken.

Status praesens: Patient von gewöhnlichem Körperbau. Ernährungszustand schlecht, Hautfarbe blass. Vom Herzen und den Lungen nichts Bemerkenswerthes. Puls regelmässig, 80 Schläge. Urin klar, spec. Gewicht 1,022, albumin- und zuckerfrei. Temperatur normal. In der linken Inguinalfalte befindet sich eine parallel mit dem Lig. Poupart laufende, 9 cm lange granulirende Wunde. Beim inneren Ende sieht man die prominirende Schleimhaut, beim äusseren befindet sich eine Fistel, durch welche sich Darminhalt von ziemlich dünnflüssiger, gelblicher Consistenz entleert.

Diagnose: Es war keinem Zweifel unterworfen, dass man es nicht mit einem widernatürlichen After nach einer incarcerationten Inguinalhernie zu thun hatte. Die zuführende Darmschlinge entleerte sich deutlich in die äussere Fistel, und der Schleimhautheil, welcher beim inneren Ende der granulirenden Wunde prominirte, gehörte aller Wahrscheinlichkeit nach der abführenden Schlinge an. Das konnte doch erst durch Untersuchung in Narkose sicherer klar gelegt werden und wurde dieselbe am 8 Februar vorgenommen. Nach Wegkratzen der Granulationen wurde constatirt, dass die beiden Oeffnungen jede in ihre Darmschlinge führten, und die beiden verschiedenen Darmschlingen parallel von einander geschieden durch eine recht dünne Wand lagen. Es wurde als ganz natürlich angesehen, dass diese Zwischenwand den sogenannten Sporn zwischen der zu- und abführenden Darmschlinge bildete. Der Fall schien sich demnach gut zum Anlegen des Enterotomes von Dupuytren zu eignen, und wurde mit demselben die Zwischenwand bis zu einer Tiefe von 5 cm umfasst.

Am 2. Februar hatte sich das Enterotom gelöst und wurde am 16. Februar 4 cm tief auf die genannte Zwischenwand wieder angelegt. Am 20. Februar hatte sich dasselbe wieder gelöst. Bei Untersuchung am 27. Februar wurde der angenommene Sporn jetzt in einer Entfernung von 3—4 cm vom äusseren Niveau der Wunde gefunden. Die Wunde wurde etwas erweitert, und die Darmscheere noch einmal ungefähr 3 cm hoch auf die Zwischenwand angelegt.

Man vermuthete, dass die Faeces wenigstens nun theilweise ihren Weg in den abführenden Schenkel nehmen würden; jedoch erfolgte dieses in keiner sichtbaren Weise. Nur einige kleine harte Ballen konnten durch Lavement entleert werden und gingen auch am 14. März spontan ab. Nach Angabe unbedeutender Abgang von Gasen.

Es wurde am 28 März ein neuer Versuch gemacht, das Enterotom auf den Sporn, welcher deutlich auf der Tiefe von 3 cm fühlbar war, anzubringen, und umfasste dasselbe auch dieses Mal ungefähr 3 cm der Zwischenwand. Da sich das Instrument schon am 30. März gelöst, wurde dasselbe am 1. April wieder angelegt und am 8. April weggenommen. Auch jetzt erfolgte kein Abgang der Faeces auf normalem Wege. Nach einer Exploration der Fistel am 31. April, bei welcher man den Sporn in einer Entfernung von der äusseren Wunde auf gut eine Zeigefingerlänge fand, wurde beschlossen, keine weiteren Versuche mit dem Enterotom zu machen, da dasselbe seine Aufgabe erfüllt zu haben schien.

Aller Wahrscheinlichkeit nach musste irgend eine eigenthümliche Complication vorhanden sein, die den Abgang des Darminhaltes auf normalem Wege unmöglich machte. Die Art des Hindernisses war doch schwer zu bestimmen; als wahrscheinlich wurde Darmknickung durch Adhärenzen angenommen.

Bevor ein durchgreifender Eingriff durch Laparotomie vorgenommen wurde, wurde noch ein Versuch gemacht, die Fistelränder mit Chlorzink und Thermokauter zu ätzen, wie auch durch eine feste Tamponade die Fistel zu verkleinern und den Abfluss des Darminhaltes aus derselben zu verhindern, um dadurch zu erfahren, ob man einen Theil desselben zwingen könne, den Weg durch die abführende Darmschlinge zu nehmen. Auch diese Versuche erwiesen sich als resultatlos.

Nachdem der Darm, während einiger Tage mit Abführmitteln und Lavements durch die Fistel geleert worden, und der Kranke die letzten Tage flüssige Nahrung, wie auch Wismuth mit Opium erhalten hatte, wurde schliesslich am 31. Mai zu folgender Operation in Aethernarkose geschritten. Die umgebende Haut der Fistelöffnung wurde durch einen circulären Schnitt von dem unterliegenden Gewebe gelöst, umgebogen und neben der mit Jodoformgaze bedeckten Fistelöffnung zusammengeknäht. Danach Fortsetzung durch alle Schichten der Bauchwand, so dass die Bauchhöhle um den widernatürlichen After herum geöffnet wurde. Hiernach wurde der Theil des Darmes, aus den der widernatürliche After mündet, aus der Bauchhöhle hervorgezogen und näher untersucht. Es zeigte sich nun: dass zwei verschiedene Dünndarmschlingen folgendermassen an der Bildung des widernatürlichen After theilnahmen, indem der zuführende Schenkel der einen (centralen) Schlinge, der andere zuführende Schenkel der anderen (periphereren) Schlinge zusammengewachsen war und mit demselben communicirte.

Der abführende Schenkel der letztgenannten Schlinge war vollkommen obliterirt und hochgradig zusammengefallen. In unmittelbarer Nähe des widernatürlichen After lag das obliterirte Ende durch Adhärenzen befestigt. Folglich stiessen 3 Darmschenkel in einem gemeinsamen Hohlraum, der wieder in den widernatürlichen After ausmündete, zusammen. Die Zwischenwand der beiden Schenkel wurde als Sporn

angesehen und gründlich mit dem Enterotom bearbeitet. Der aus den beiden Schenkeln der centraleren Schlinge gebildete Sporn lag mehr lateral und wurde nicht vom Finger palpiert. (Siehe die schematische Figur.)

- a* Das zuführende Ende der centralen Darmschlinge.
- b* Das abführende Ende derselben Schlinge.
- c* Das zuführende Ende der peripheren Darmschlinge.
- d* Das abführende Ende derselben Schlinge, welche obliterirt ist.
- mm* Resp. Mesenterien.
- v* Bauchwand.

Die gebrochenen Linien deuten die Stellen, wo die Därme resecirt wurden, an.

Dieses complicirte Verhältniss erklärt vollkommen, warum die Arbeit mit dem Enterotom ohne Resultat verblieb.

Um die Fäcalpassage durch den Darmkanal in sicherer Weise wieder herzustellen, konnte kein anderer Ausweg hier in Frage kommen, als eine doppelte Darmresection mit circulärer Suture jeder Schlinge — so langwierig und theilweise schwierig sich auch eine derartige Operation gestalten könnte, besonders infolge der Atrophie des obliterirten Darmschenkels und dessen stark zusammengefallene Beschaffenheit. Zuerst wurde eine Resection und Suture an der centraleren Schlinge vorgenommen. Zwischen herumgeführten doppelten Kautschukschläuchen werden beide Schenkel durchschnitten und mit 3 Reihen, theils unterbrochenen, theils fortlaufenden Seidensuturen zusammengenäht, — erst eine Reihe Seromusculärsuturen um den hinteren Umfang, dann eine circuläre Schleimhautsuture und eine Seromusculärsuture auf der Vorderseite — schliesslich eine circuläre seroseröse Suture. Die peripherere Schlinge wurde in derselben Art resecirt und zusammengenäht. Obwohl der obliterirte Schenkel mehrere Centimeter vom Obliterationspunkt entfernt abgeschnitten wurde, hatte derselbe fortsetzungsweise ein viel kleineres Lumen, wie der andere Schenkel. Infolge dessen wurde derselbe, um ein grösseres Lumen zu erhalten, schräg abgeschnitten, und gelang es, mit einiger Schwierigkeit die beiden Enden zusammenzupassen und mit 3 Reihen Suturen zu befestigen. Die beiden resecirten und zugenähten Schlingen wurden versenkt. Die Bauchwunde wurde während der ganzen Zeit durch feuchte Sublimatkompressen geschützt. Das Peritoneum wurde in der Umgebung der

Wunde etwas gelöst und mit Catgut zusammengenäht. Sonst Jodoform-gazetamponade der Bauchwunde, welche nun durch einige Suturen verkleinert wurde.

Der Verlauf nach der Operation, welche ungefähr 2 Stunden gedauert, war im ganzen ein günstiger. Keine Temperatursteigerung (höchste Temperatur $37,5^{\circ}$ C.). Nur der Puls zeigte die bei eingreifenden Operationen so gewöhnliche Steigerung der Frequenz. Den 1.—2. Juni hielt sich dieselbe sehr beschleunigt, bis zu 130—135 Schlag. Dann begann die Pulsfrequenz schnell abzunehmen. Den 5. Juni wurden 92—94 Schlag gezählt. Am 12. Juni Abnahme derselben bis auf 72—80 Schlag. Von da an nur geringere Variationen. Das Allgemeinbefinden während dieser Zeit kaum davon beeinflusst. Anfangs wurde Patient mit Milch und anderer flüssiger Nahrung sparsam nutrit. Nach der ersten normalen Abführung am 8. Juni wurde auch festere Nahrung gegeben. Von da an fast jeden Tag Abführung. Die Wunde heilte allmählich per Granulationen. Patient wurde als vollkommen geheilt und im guten Ernährungszustande am 25. Juni entlassen.

Ich habe diesen Fall etwas ausführlicher beschrieben, da derselbe ohne Zweifel ein lehrreicher ist. Da ursprünglich 2 Darm-lumina, welche durch eine dünne Zwischenwand geschieden waren, in die äussere Wunde ausmündeten, war es natürlich, dass man dieselben für die zu- und abführenden Darmschlingen nahm. Der Fall schien demnach gut für eine Behandlung mit Enterotom geeignet zu sein, und erfüllte das Instrument auch alle an dasselbe gestellten Forderungen, indem die Zwischenwand allmählich bis zu einer Tiefe von 3—4 cm entfernt wurde. Thatsächlich war es jedoch die Scheidewand zwischen dem zuführenden Schenkel der centraleren Schlinge und dem zuführenden Schenkel der damit zusammen-gewachsenen peripheren Schlinge, welche in dieser Weise bearbeitet wurde.

Dass eine eigenthümliche Complication entstanden war, dadurch, dass 2 Schlingen incarcerationirt gewesen und gangränisirt, war unmöglich im voraus zu wissen. Das Ausbleiben aller normalen Stuhlgänge, trotzdem der Sporn entfernt zu sein schien, wies darauf hin, dass eine besondere Abnormität vorlag. Die Laparotomie löste schliesslich das Räthsel.

Dass nach dem Entstehen eines widernatürlichen Afters infolge eines incarcerationirten Bruches, welcher sich entweder ganz allein hätte helfen müssen oder nur durch Oeffnen des Bruches operirt worden wäre, das periphere Ende obliterirt wurde, ist eine recht seltene Erscheinung, doch ist dasselbe in einigen Fällen notirt worden.

Nur sehr vereinzelte Berichte über ähnliche Fälle habe ich in der mir zugänglichen Litteratur finden können.

Kaufmann¹⁾, der 1888 einen eigenen von ihm operirten Fall beschreibt, giebt an, dass es ihm nicht gelungen wäre mehr wie 4 (vier) ähnliche Fälle von Obliteration des abführenden Darmendes zu finden, nämlich von Beginn²⁾, Günther³⁾, Gaillard⁴⁾, und Riedinger⁵⁾. Chaput rechnet in seiner Abhandlung über Anus praeternaturalis und Fistula stercoralis, die in „Traité de Chirurgie publié par Duplay et Reclus“ Tome VI enthalten ist, noch elf solche Fälle auf, (Seite 857) beobachtet von Velpiau (2 Fälle), Laugier⁶⁾, Chaput selbst (5 Fälle) Maisonneuve, Julliard, Bouilly. Leider giebt Chaput nur sehr kurze Aufklärungen über einige Fälle, wie auch sehr unvollständige oder überhaupt keine Citate (die dort vorhandenen, sind in den Noten angeführt) an. Noch weitere Publicationen über dieses Thema seit Kaufmann 1888 habe ich nicht finden können.

Ohne Anspruch auf vollständige Behandlung der Frage machen zu wollen, will ich mit Anschluss an die von Chaput, Kaufmann und mir operirten Fälle einige Erklärungen über die Complication bei wider-natürlichem After, welche durch Obliteration der abführenden Schlinge entsteht, geben.

In erster Reihe werde ich ein Referat der ausführlicher beschriebenen Fälle folgen lassen.

Fall von Beginn: Es wird bei der Obduction eines 80jährigen Greises, welcher seit über 40 Jahren an einem widernatürlichen After in der linken Leiste gelitten, constatirt, dass nur die zuführende Schlinge in der Wunde ausmündete. Die abführende Schlinge war in ihrem Anfang, von der Bruchpforte an, in einer Ausdehnung von 6—8 cm vollkommen obliterirt, so dass keine Spur eines centralen Kanales bemerkt werden konnte. Auch in ihrem weiteren Verlauf war dieselbe in hohem Grade stricturirt — im Anfang nur von der Dicke einer Feder.

Fall von Günther: Bei einer Frau Anus praeternaturalis in der Nabelgegend mit Prolaps des Darmes. Nach ihrem, einige Monate später erfolgten Tode ergab die Obduction, dass beide Enden des Darmes durch eine mehrere Linien breite, feste, fibröse Masse von einander geschieden

1) Anus praeternaturalis mit Obliteration des peripheren Darmendes (Darm-naht, Heilung). Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXVIII. Bd. S. 250.

2) Dupuytren, Leçons, orales de clinique chirurgicale. T. II. 1832. S. 211.

3) Lehre von den blutigen Operationen am menschlichen Körper. 4. Abth. 2. untere Abth. 1861. S. 170 u. 176.

4) Observation d'un anus contre nature accidentel etc. Union médicale. III. sér. T. X. 1870. S. 529—533.

5) Chirurgische Klinik im königl. Juliiushospital zu Würzburg vom 15. Juli 1877 bis 28. April 1878. S. 68—70.

6) Journ. hebdomadaire des progrès des sciences médicales. 1836 und Gazette des hôpitaux. 1836.

7) In einer Thèse von Foucher. 1857.

8) Zu den genannten Fällen muss noch ein von Chaput und Marchant beobachteter Fall hinzugefügt werden (l. c. S. 853), bei welchem nach Einschnitt in einen gangränösen After das untere Ende obliterirt wurde (Thèse de Marin. Lyon 1891).

waren, wie auch dann jedes Ende für sich an die Bauchwand befestigt war. Der zuführende Schenkel führte in den widernatürlichen After; der abführende lag dagegen fest in die fibröse Masse eingebettet und war an der vorderen Bauchwand oblitterirt, so dass eine für beide Schenkel gemeinsame Scheidewand überhaupt nicht vorhanden war.

Fall von Gaillard: Patient 18 Jahre alt mit einem incarcerirten Bruch, der 4 Tage später am 22. März 1867 operirt wurde, wobei die gangränöse Darmschlinge herausgezogen und an der Haut befestigt wurde. Am 6. Juli wurde eine circuläre Incision gemacht und bei derselben das abführende Ende 3 cm unter der Haut retrahirt und nur für einen weiblichen Katheter zugänglich gefunden. Ein Enterotom wurde angelegt. Da jedoch das abführende Ende bald wieder nicht zu finden war, wurde am 10. August eine neue Operation vorgenommen, bei welcher die zuführende Schlinge freigelegt und die abführende auf einer Tiefe von 10 cm mit oblitterirtem Ende angetroffen wurde. Die zuführende Schlinge wurde bis zu dem Punkt, bei welchem die abführende Schlinge ein normales Lumen vorzeigt, gespalten. Dieser Punkt wurde mit 3 Suturen an die Bauchwand befestigt; 10 Tage später wurde von hier aus ein Enterotom auf die Scheidewand zwischen den beiden Därmen angelegt. In dieser Weise wurde der Darmweg wieder hergestellt. Schliesslich wurde die ursprüngliche Fistel wieder geschlossen, indem die Darmränder nach innen umgebogen wurden und Fistelwände und Haut festgenäht wurden. Vollständige Heilung.

Fall von Riedinger: 46jährige Frau. Dieselbe hatte einen spontan entstandenen widernatürlichen After in der rechten Leiste, aus dem sich ein grosser, 35 cm langer Schleimhautprolaps entwickelt hatte. Der Prolaps bedeckte die rechte und zum Theil auch die linke Leistengegend, und waren bei demselben peristaltische Bewegungen, welche theils spontan, theils durch Reizung hervorgerufen wurden, bemerkbar. Diese Bewegungen waren an dem auf der linken Seite liegenden Theile am stärksten. Am linken Ende des Prolapses traten Faeces hervor, und der eingeführte Finger bestätigte, dass man es mit dem zuführenden Schenkel zu thun hatte, dagegen konnte der abführende Schenkel nicht gefunden werden. Die Kranke starb an Kräfteverfall. Die Obduction ergab, dass eine Dünndarmschlinge und das Colon ascendens zur Bruchpforte strebten. Die Dünndarmschlinge gehörte zum linken Prolapstheil. Das Colon bildete dagegen den abführenden Darmschenkel und zeigte folgendes Verhältniss: dasselbe war vollkommen zusammengeschrumpft, mit der Umgebung zusammengewachsen, und konnte man ziemlich hoch neben dem Lig. Poupart in demselben einen festen Fäcalballen fühlen. Unterhalb des Ligamentum Poupart konnte man nicht einmal mit Sonde dem Darmlumen folgen. Erst durch einen kräftigen Wasserstrahl war es möglich, die fest miteinander verbundenen Schleimhautflächen zu scheiden und Wasser aus dem rechten Theil des Prolapses zum Herausfliessen zu bringen. Es geht aus dieser nicht ganz deutlichen Beschreibung (dem Aufsatz von Kaufmann entnommen) hervor, dass bei Riedinger's Fall ein widernatürlicher After mit grossem Darmprolaps aus sowohl der ab- wie zuführenden Schlinge vorlag — ein Verhältniss, welches in einigen Fällen beobachtet wird.

Gleichzeitig war der abführende Schenkel — Colon ascendens — zusammengeschrumpft, jedoch, soweit ich bemerken konnte, nicht obliterirt.

Fall von Kaufmann. Ein 17½ jähriger Jüngling hatte nach Incarceration einer rechtsseitigen Inguinalhernie, die vom Arzte für eine Testikel und Scheidestrangenzündung gehalten wurde, einen Anus praeternaturalis, der sich am 14. Tage spontan öffnete, erhalten. Nachdem die Oeffnung im Scrotum sich gereinigt, wurde 2 Monate nach dem Entstehen der Krankheit festgestellt, dass der Finger durch den Inguinalkanal in einen mit Schleimhaut bekleideten, gegen den Nabel sich fortsetzenden Raum, der das bedeutend erweiterte centrale Ende ausmachte, eindrang. Das periphere Ende war nicht fühlbar. Alle Faeces entleerten sich durch die abnorme Oeffnung. Einspritzungen von Wasser bis zu 1,5 Litern waren von keiner Wirkung. Ungefähr 3 Monate nach dem Entstehen der Krankheit wurde von Kaufmann folgende Operation vorgenommen. Die Ränder der Inguinalwunde wurden umschnitten, eine Fistel im Scrotum gespalten und vom äusseren Wundwinkel ein 8 cm langer Schnitt nach oben gemacht. Das Peritoneum wurde geöffnet. Die im Inguinalkanal adhärente Schlinge wurde comprimirt, gelöst und 10 cm weit hervorgezogen. Die Bauchhöhle wurde mit Jodoformgazecompressen geschützt. Die hervorgezogene Schlinge mass oberhalb der Oeffnung 3,5 cm im Diameter. 6 cm vom freien Darmende entfernt, war ein von der Grösse eines Hirsekornes beim Mesenterium adhärentes, blindschliessendes, 2 cm im Diameter messendes Darmstück sichtbar. Dessen Mesenterium lag oberhalb des herausgezogenen Darmschenkels. Diese Schlinge war deutlich die abführende. Die Adhärenzen wurden gelöst. Das freie Ende war vollkommen abgerundet mit einem kleinen Granulationspfropf auf der Spitze, der adhärennten Stelle entsprechend. Sowie dieselbe mit einer Pincette durchstossen worden, wurde das Lumen leicht restituirt.

Nun wurde zur Vereinigung der Darmenden geschritten. Dieselben wurden durch Klammern abgesperrt. Von der zuführenden Schlinge wurde 1 cm quer abgeschnitten und die abführende Schlinge wieder schräg in 45° Winkel aufgefrischt um die Ungleichheit des Durchmessers auszugleichen. Die Darmenden wurden in 3 Etagen genäht (durch Schleimhaut, Muscularis und Serosa, wie auch nur Serosa) mit zum Theil unterbrochenen, zum Theil fortlaufenden Seidensuturen. Der Darm wurde mit ½ pro Mille Sublimatlösung abgetupft und nachher reponirt. Die Bauchwunde wurde geschlossen, der Inguinalring verkleinert, kurzer Drain — im übrigen Jodoformgazetamponade —. Patient ist die ersten Tage nach der Operation angegriffen (Puls beschleunigt, Zunge trocken, Kolikschmerzen); doch trat nach einigen Tagen Verbesserung im Zustande ein. Der Kranke erhält am zweiten Tage Milchkaffee, am 6. Eier, am 7. Kalbfleisch. Stuhlgang am 4. Tage. Derselbe wurde nach 1½ Monat mit einer granulirenden Wunde entlassen und genas später vollständig.

Von den übrigen Fällen sind nur sehr sparsame Angaben vorhanden. In einem Fall von Velpeau hatte sich die abführende obliterirte Schlinge 1 Zoll von der Bauchwand, an welche dieselbe durch das Netz und durch falsche Membrane, welche eine Art von Trichter bildeten, befestigt war, retrahirt.

In einem anderen Fall von Velpéau kreuzten sich die beiden Darmenden zu einem X, und lag das obliterirte Ende beim unteren und inneren Theil des Annulus inguinalis internus. Dieselbe Kreuzung der Schlingen wurde auch im Falle von Laugier angetroffen. Nach Chaput sollten in anderen Fällen Dünndarmschlingen zwischen beiden Enden interponirt gelegen haben.

Die sparsame Casuistik ergiebt, dass wenn bei incarcerirten und gangränösen Hernien ein widernatürlicher After entweder spontan entsteht oder von Chirurgen angelegt wird (dieses traf wenigstens bei 3 Fällen ein), obliterirt zeitweise der abführende Darmschenkel vollkommen. Falls dasselbe bei einem spontan entstandenen Anus eintritt, muss man wohl annehmen, dass das Darmgangrän im abführenden Schenkel sich etwas über die äussere Oeffnung der Bruchpforte erstreckt. Wenn dieser Schenkel später vollkommen ausser Funktion trat, obliterirte dessen Ende und wuchs an das umgebende narbige Gewebe fest. Dass der Zugang ein derartiger gewesen ist, wird auch dadurch unterstützt, dass in mehreren Fällen der obliterirte After ein gutes Stück, bis zu 6 cm vom widernatürlichen After selbst entfernt, retrahirt gewesen. Schwerer ist es, sich vorstellen zu können, wie eine Obliteration auch in solchen Fällen möglich gewesen, in denen der widernatürliche After künstlich angelegt worden, denn in diesem Fall wird gewöhnlich die angegriffene Schlinge bis zur gesunden Darmwand hervorgezogen und in der Bruchpforte fixirt. (In Gaillard's Fall wird auch ausdrücklich erwähnt, dass der Darm hervorgezogen und an der Haut fixirt wurde.) Wahrscheinlich hat sich in solchen Fällen die brandige Abstossung doch höher, als man vermuthet, erstreckt und der Darm sich nach der Abstossung retrahirt (in Gaillard's Fall bis zu 10 cm vom widernatürlichen After entfernt).

Die Obliteration scheint in recht kurzer Zeit eintreffen zu können — in meinem Fall innerhalb 7—8 Wochen, beim Fall von Kaufmann wurde dieselbe 3 Monate nach dem Entstehen des widernatürlichen Afters constatirt.

Bei einer solchen Obliteration des abführenden Schenkels ist natürlich das Charakteristische, dass nur ein Darmlumen zu fühlen ist, wie auch dass keine Spur von Excrementen aus dem After abgehen, abgesehen von der geringen Menge, die unterhalb der Incarcerationsstelle zu finden sein kann. Besteht jedoch die Complication, welche bei meinem Falle vorlag, dass 2 Schlingen zur Bildung des Anus gehören, und der abführende Schenkel der peripheren Schlinge obliterirt, so fällt das Erkennungszeichen, dass nur ein

Lumen fühlbar und sichtbar ist, weg; im Gegentheil fühlte man bei meinem Fall 2 Lumina mit deutlicher Zwischenwand, wogegen die dritte nicht palpirt wurde.

Ich habe zu dem von mir beobachteten Fall in der Litteratur kein Gegenstück finden können. Für den Chirurgen kann es von Werth sein, das Vorkommen einer solchen Complication zu kennen. Ueberhaupt muss man bei der Untersuchung eines widernatürlichen Afters im Gedächtniss die Möglichkeit der Obliteration des peripheren Endes haben.

Aus der Casuistik geht hervor, dass sowohl in dem Falle von Kaufmann, wie in dem meinigen der widernatürliche After durch Darmresection und Sutura behandelt und geheilt worden ist, — dagegen kam Gaillard auf einem Umweg, der das Anlegen eines Enterotomes ermöglichte, zum Ziel. Ohne Zweifel ist wohl in unseren Tagen die Resection der rechte Weg für Behandlung der Krankheit — auch wenn man, wie bei meinem Falle, eine doppelte Resection vornehmen müsste. Eine technische Schwierigkeit entsteht ohne Zweifel durch die starke Zusammenschrumpfung und Atrophie des obliterirten Schenkels. Im Falle von Kaufmann maass derselbe doch 2 cm im Durchmesser, der andere Darmschenkel 3,5 cm. In meinem Fall war der obliterirte Darm fingerdick, aber etwas dilatabel. Kaufmann und ich kamen beide zum Ziel durch schräges Abschneiden des obliterirten Darmes, worauf die Lumina mit circumlärer Sutura mit einander vereinigt werden konnten. Sollte dasselbe nicht gelingen, kann man immer nach Braun eine laterale Enterostomose zwischen die Darmschenkel anlegen, nachdem man die Enden zusammengenäht, wobei natürlich die Därme in der Weise zusammengenäht werden, dass sie nicht mit den beiden geschlossenen Enden neben einander liegen, sondern im Gegentheil in entgegengesetzter Richtung.