II. Aus dem städtischen Krankenhause am Urban in Berlin. Ein operativ geheilter Fall von Gallenstein- ileus.¹⁾

Von W. Körte.

Auf dem letzten Chirurgencongress habe ich Gelegenheit gehabt, über drei Fälle von Darmverschluss durch Gallenstein zu sprechen, die ich operativ behandelt habe. Im October d. J. habe ich einen vierten derartigen Fall zur Operation bekommen und wollte mir erlauben, das Präparat und den geheilten Patienten Ihnen vorzustellen:

Der 52jährige Herr hatte vor einem halben Jahr, wie der Hausarzt, welcher ihn am 6. October d. J. zu uns in's Krankenhaus brachte, angab, mehrfach Anfälle von Gallensteinkolik durchgemacht, in deren Verlauf auch eine grosse Anzahl Steinchen aus dem Darm abgegangen sind. Er erkrankte am 30. September d. J. ohne eine bekannte Ursache, während vorher sein Stuhlgang stets durchaus regelmässig gewesen war, mit sehr heftigen Leibschmerzen, die er bestimmt in die linke Unterbauchgegend verlegte. Stuhlgang oder Flatus waren seitdem nicht mehr abgegangen. Es trat Erbrechen hinzu, Singultus; am 3. October fing Kothbrechen an, welches am 4., 5. und 6. anhielt. Bei der Aufnahme in's Krankenhaus am 6. October 1893 war er mässig collabirt, hatte einen leidlich gespannten Puls von etwa 100, der Leib war aufgetrieben, wenig druckempfindlich, die Leberdämpfung bis auf die Breite von etwa 3 cm reducirt. Man fühlte links vom Nabel etwas praller gespannte Darmschlingen, worauf wir ja jetzt nach dem Vorschlage von Wahl immer zu untersuchen pflegen. In der Blinddarmgegend fand sich nichts; die Bruchpforten waren frei. Im Mastdarm kein Hinderniss. Es bestand also eine Darmocclusion. Die Anamnese schien mir nun einigermaassen darauf hinzudeuten, dass es sich vielleicht um Gallensteinklemmung im Darm handeln könnte. Es sprachen dafür ferner der plötzliche Eintritt mit heftigen Schmerzen, das baldig eingetretene Erbrechen zersetzten Darm-inhaltes, bei mässiger Schmerzhaftigkeit des Leibes. Die bisherige Behandlung hatte bestanden erst in Abführmitteln, nachher in Darreichung von Opium, Eispillen und hohen Darmeingiessungen. Dieselbe war erfolglos geblieben; es war weder Abgang von Flatus noch Stuhlgang erzielt worden. Der Kranke erbrach lebhaft Koth, eine Magenausspülung entleerte sehr grosse Mengen kothiger Flüssigkeit aus dem Magen, so dass ich mich veranlasst sah, gleich zur Operation zu schreiten, mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Darmverschluss durch einen Gallenstein. Ganz sicher konnte die Diagnose nicht sein. Die prall gespannte Darmschlinge, die ich links vom Nabel auch in der Narkose deutlich fühlte, liess auch das Vorhandensein einer Darmabklemmung durch einen Strang in jener Gegend möglich erscheinen. Es fand sich bei dem Bauchschnitt, den ich 10 cm lang um den Nabel herumführte, nichts von Strangabklemmung. Der vorliegende Dünndarm war aufgetrieben durch Gas und Flüssigkeit. Das Peritoneum war stark geröthet und getrübt, in der Tiefe des Beckens fanden sich einige Esslöffel voll einer sehr verdächtig aussehenden, blutiger-serösen Flüssigkeit. Bacteriologisch untersucht ist dieselbe nicht, da die Operation etwas in der Eile stattfand. Ich machte die typische Absuchung des Bauches: der Blinddarmgegend, der Bauchpforten, der Foramina obturatoria, und fand dabei rechts tief unten im kleinen Becken zusammengefallene Darmschlingen. An diesen entlang gehend, kam ich auf einen festen Körper, welcher vielleicht 20—30 cm oberhalb der Valvula Bauhini im untersten Ende des Ileums festsass. Ich versuchte ihn hin- und herzuschieben im Darm; das gelang nicht, er sass fest. Die Darmschlinge liess sich leicht vor die Bauchwunde ziehen, und der feste Körper wurde dann

¹⁾ Vorgetragen in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 13. November 1893.

in der üblichen Weise entfernt durch Längsschnitt an der Convexität. Beim Aufschneiden des Darmes zeigte sich, dass die Darmwand sehr prall um ihn gespannt war. Indess war die Darmschleimhaut durchaus intact, Geschwüre fanden sich nicht vor, ebenso wenig war Invagination der Darmschleimhaut vorhanden. König hat auf dem Chirurgencongress in der Discussion über die Entstehung von Einklemmungen durch manchmal nicht sehr grosse Concremente die Ansicht geäußert, dass es sich um Invagination der Schleimhaut handle, welche der Stein gewissermaßen vor sich herschiebe. Ich hatte bei früheren Operationen derartiges nicht bemerkt, habe bei dieser naturgemäss besonders darauf geachtet und habe auch diesmal das nicht gefunden. Die Längswunde im Darm wurde in der Quere vernäht, der Darm versenkt, ein kleines Streifen Jodoformgaze im unteren Wundwinkel eingeführt, sodann die Bauchwunde geschlossen. Der Wundverlauf war durchaus glatt. Der Patient hatte nur einige Tage psychische Störungen (Unruhe, Wahnvorstellungen), die entweder durch das Jodoform oder durch früheren Alkoholgenuss herbeigeführt waren. Nach der ersten Stuhlentleerung am fünften Tage trat prompte Heilung ein. Ich erlaube mir, den Stein herumzugeben. Er ist sehr mürbe und ist beim Trocknen durch eine etwas unsanfte Berührung in viele Fragmente zerplatzt. Jedoch kann man sich aus der Sammlung im Kästchen eine ungefähre Vorstellung von der Grösse machen. Derselbe war von elliptischer Gestalt, rund, ohne Druckfacetten, von deutlich schaligem Bau. Die Grösse war die eines mässigen Hühnereies.

Die Erscheinungen, die der Patient darbot, deckten sich durchaus mit denjenigen in den drei früher operirten und dem einen nicht operirten Falle, über welche ich auf dem Chirurgencongress berichtete. Die Eigenthümlichkeit ist das plötzliche Entstehen, das sehr schnelle Eintreten von Kothbrechen bei sonst noch leidlichem Allgemeinbefinden. Der Mann machte, wenn man ihn sah, noch nicht den Eindruck, den eine sehr schwere Darmerkrankung zu machen pflegt. Ich glaube, dass der Hergang ebenso gewesen ist, wie ich damals annahm: Ein Stein, welcher schon längere Zeit im Darm gewandert ist, ohne erhebliche Beschwerden zu machen, wird durch eine plötzlich dazu tretende Kolik im Darm festgeklemmt. Nun entstehen heftige Schmerzen, und die gereizte Darmwand umschliesst den Fremdkörper immer fester, so dass dauernder Darmverschluss erfolgt. Die Muscularis des oberhalb gelegenen Darmstückes erlahmt bei den fruchtlosen Versuchen zur Weiterbewegung des Darminhaltes, und es tritt Kothbrechen ein. Die Darreichung von Opiaten war in diesem wie in den früheren Fällen ohne Erfolg. Von den vier Patienten, die ich operirte, genasen drei. Bemerken möchte ich noch, dass Naunyn in seinem sonst ausgezeichneten Werk über die Gallensteine von der Operation bei Gallensteinileus abräth, da von 13 Operirten 12 gestorben und nur einer genesen sei. Dies ist nach den neueren Erfahrungen nicht ganz richtig. Was die Diagnose anbelangt, so glaube ich, dass es überhaupt sehr schwer ist, mit apodictischer Gewissheit zu sagen: es handelt sich um einen Gallensteinileus; und für noch viel schwerer halte ich es, daraufhin eine Behandlung zu bauen, etwa derart, dass man sagte: wenn es ein Gallensteinileus ist, dann operire ich nicht, sondern warte ab. Nur mit Wahrscheinlichkeit kann man aus der Anamnese und gewissen typischen Erscheinungen auf einen Gallenstein als Ursache der Darmocclusion schliessen. Die Entscheidung, ob und wann zu operiren ist, muss in jedem Falle je nach dem Erfolge oder Nichterfolge der expectativen Behandlung sowie nach den Symptomen gefällt werden. Wenn ein Patient sieben Tage lang Darmverschluss hat und vier Tage lang kothiges Erbrechen, ohne dass die bisherige Behandlung Nutzen schaffte, dann ist es jedenfalls Zeit zu operiren. Denn bei weiterem Abwarten kann jeden Augenblick Collaps eintreten.