III. Aus dem städtischen Krankenhaus zu Königsberg i. P. Gangränöse Hernie. Darmresection. Heilung.

Von E. Sobolewski.

Assistenzarzt der chirurgischen Station.

Nachdem die Darmresection bei gangränösen Hernien, welche früher nur sehr vereinzelt vorgenommen wurde, nach den 1877 erschienenen Mittheilungen von Küster und Czerny von neuem Eingang in die operative Chirurgie gefunden hatte, wurde diese Operation wieder häufiger ausgeführt, und es mehrten sich die Veröffentlichungen über dieselbe. Als indess einige Jahre später statistische Zusammenstellungen über dies Verfahren von Madelung, Reichel u. A. bekannt gemacht wurden, aus denen hervorging, dass das Mortalitätsprocent bei dieser Operation erschreckend gross war (über 50%, — wobei noch zu berücksichtigen ist, dass nicht alle letal verlaufenen Fälle berichtet wurden), scheint man von der Darmresection wegen gangränöser Hernien immer mehr abzukommen, und es sind in den letzten Jahren auch immer weniger Fälle veröffentlicht.

Prüft man die betreffenden Krankengeschichten, so findet man, dass ein günstigeres Mortalitätsverhältniss erzielt worden wäre, wenn man in der Auswahl der Fälle sorgsamer zu Werke gegangen wäre. Alte, schwächliche, durch frühere Krankheiten oder durch die Incarceration selbst heruntergekommene Personen dürfen zunächst einer solchen, lange dauernden Operation nicht unterworfen werden. Bei bereits bestehender Peritonitis und Gangrän des Darms letztere zu reseciren, verbietet sich eigentlich von selbst. Dagegen scheint mir die von Koenig angegebene Contraindication (Lehrbuch der speciellen Chirurgie Bd. II p. 312) nicht ganz stichhaltig:

„Sind die Bedeckungen des Bruchs in erheblicher Ausdehnung phlegmonös, ist der Bruchsack und seine Umgebung bereits stark septisch oder gar gangränös, so thut man wohl meist besser den zerstörten Darm vor dem Bauch liegen zu lassen. Die Gefahr der septischen Peritonitis wird in diesem Falle durch die Manipulationen, welche für Resection des Darms mit Naht nothwendig sind, entschieden vergrößert.“

Denn wie aus dem von mir unten beschriebenen Fall hervorgeht, bestand auch bereits Gangrän des Bruchsacks und phlegmonöse Entzündung der Bruchgeschwulst. Man kann nämlich durch Bedecken der Wundflächen mittelst in Carbollösung getauchter Compressen den Darm, und durch provisorischen Verschluss der Bruchpforte das Peritoneum vor Infection von seiten der entzündlich infiltrirten Bruchhüllungen schützen.

Schliesst man also die bezeichneten Fälle von der Darmresection aus, so wird es sich bei der Operation, abgesehen von dem bei einiger Umsicht immer zu vermeidenden Kothaustritt in die Bauchhöhle, darum handeln, dass man eine recht ergiebige Resection des Darms macht, um gesunden Darm zur Naht zu erhalten, und dass man im gesunden Darm die Naht exakt anlegt. Denn nur bei gesunden Darmenden kann man auf eine prima intentio rechnen, und nur bei einer richtig angelegten Naht kann man ein Auseinanderweichen der vereinigten Darmenden, sowie eine Stenosirung des Darmlumens vermeiden.

Vor einigen Wochen wurde der chirurgischen Abtheilung des hiesigen städtischen Krankenhauses ein Fall von incarcerirter gangränöser Hernie überwiesen, der für eine Darmresection geeignet schien. Herr Professor Schneider, der Dirigent der Abtheilung, hatte die Freundlichkeit, mir den Fall zur Operation zu überlassen, den ich hiermit der Oeffentlichkeit übergebe.

Patientin, ein 26 jähriges kräftiges Dienstmädchen, hatte 5 Tage vor ihrer Aufnahme in's Krankenhaus einen schweren Gegenstand gehoben und danach sofort eine schmerzhafte Geschwulst in der linken Schenkelbeuge bemerkt. Bis dahin will sie nicht an einer Hernie gelitten haben. Sehr bald stellten sich Incarcerationserscheinungen ein, doch blieb Patientin ohne Behandlung. Als sofort nach Aufnahme derselben die Untersuchung vorgenommen wurde, zeigte es sich, dass es sich um eine linksseitige Hernie handelte. Die bedeckende Haut war bereits geröthet, entzündlich infiltrirt, ödematös, nicht mehr verschieblich, die Bauchgeschwulst selbst nicht scharf begrenzt. Da diese Erscheinungen darauf schliessen liessen, dass der Darm bereits brandig geworden, so wurde selbstverständlich von jedem Repositionsversuch Abstand genommen und sogleich zur Herniotomie geschritten, nachdem die Vorbereitungen für eine Resection des Darms und Naht getroffen waren. Die Indication zur Darmresection gab uns einmal der gute Kräftezustand der Patientin, dann das Fehlen einer Peritonitis. Nach Eröffnung des Bruchsackes, der bereits eitrig infiltrirt war, präsentierte sich die Darmschlinge. Die Kuppe derselben war in einer Ausdehnung von circa einem Quadratcentimeter deutlich gangränös; die Erweiterung des Einklemmungsringes wurde nun recht ausgiebig gemacht, um den Darm, der sich noch nicht mit der Bruchpforte verwachsen zeigte, leicht hervorziehen zu können. Als nun hierbei die Einschnürungsrinne zu Gesicht kam, erwies sich auch diese Stelle an dem zuführenden Darmrohr gangränös: Der Darm war grau-gelb und verdünnt. Bei den weitem Manipulationen, den Darm mehr hervor-

zuziehen, riss diese dünne Stelle ein, und es floss dünner schaumiger Koth heraus, der jedoch sofort durch Tupfer aufgesogen wurde. Mit einer Schieberpincette wurde dann diese Oeffnung zunächst geschlossen. Nachdem jetzt eine feuchte Carbolcompreßse auf die Wundfläche gelegt war, wurde der Darm so weit aus der Bauchhöhle hervorgezogen, dass er reichlich in einer Länge von 25 Centimeter frei lag. Theils durch Inspection, theils besonders durch Palpation suchten wir nunmehr die Grenzen des entzündlich infiltrirten Darms zu erkennen und beschlossen, noch 2 Centimeter davon entfernt im Darm zu reseciren. Bevor dies geschah, wurden, mehrere Centimeter davon entfernt, die von Rydygier empfohlenen Compressionen angelegt, nachdem jederseits ein entsprechend weiter Einschnitt in das Mesenterium in der Nähe des Darms gemacht war. Diese, mit Gummiröhrchen umzogenen Eisenstäbchen bewährten sich sehr gut: sie comprimierten nicht nur vollständig die beiden Darmenden, sondern hielten auch den Darm vor der Bruchpforte fest, so dass er nicht mehr in die Bauchhöhle zurückschlüpfen konnte. Ferner erwies es sich während des Anlegens der Naht sehr bequem, dass die Darmenden glatt, und nicht, wie es bei der elastischen Ligatur behufs provisorischen Verschlusses des Darms geschieht, gefaltet lagen.

Der zwischen den Compressorien abgeschnittene Darm hatte eine Länge von 15 Centimetern; das Mesenterium wurde keilförmig bis zum nächsten Bogen der Art. mesenterica gespalten. Nach gehöriger Desinfection folgte nun erst die Naht der mesenterialen Wundränder mit feinsten Seide, wobei die durchschnittenen Gefässe behufs Blutstillung zugleich mit den Suturen gefasst wurden; hierauf die Vernähung der beiden Darmenden mittelst Czerny's doppelreihiger Naht, zunächst am Ansatz des Mesenterium. Nachdem die Enterorrhaphie, zu der einige 40 Seidennähte erforderlich waren, beendet, wurden die Compressorien und der provisorische Verschluss der Bauchpforte entfernt, Alles nochmals mit Carbol gereinigt, und nun der Darm vorsichtig reponirt. Alsdann wurde der Bruchsack extirpirt, und noch die Radikaloperation durch Verschluss der Bruchpforte, respective des Bruchsackhalses hinzugefügt. Endlich Naht, Drainage, Listerverband.

Die Operation hatte $1\frac{3}{4}$ Stunden gedauert. Der Verlauf war ein äusserst günstiger. Schon in der ersten Nacht nach der Operation erfolgten 2 reichliche Stühle. Da Patientin Opium erhielt, trat dann eine 6 tägige Stuhlverhaltung ein. Hierdurch stieg die Temperatur, die bis dahin afebril gewesen, auf 38,9, fiel aber am nächsten Tage zur Norm, als nach Oleum Ricini Stuhl erfolgt war. Sonst traten nicht die geringsten Beschwerden, nicht Schmerzen im Bauche u. s. w. auf. Die Wundheilung verzögerte sich etwas, da sich noch eine Partie der accessorischen Bruchhüllen nekrotisch lostiess. Drei Wochen nach der Operation war die Wunde geheilt, und Patientin verliess das Bett.

Von einem Recidiv der Hernie ist bis jetzt nichts zu constatiren.