Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Heidelberg
(Direktor: Prof. Wilms).

Ein Beitrag zur Kenntnis der Hernia intersigmoidea.

Von Dr. **Krall**, Assistent.

(Mit 1 Abbildung.)

Im November 1910 kam an der Heidelberger Chirurgischen Klinik ein Fall von Hernia intersigmoidea incarcerata zur Beobachtung. Diese Hernie gehört zu den größten Seltenheiten. In der Literatur konnte ich nur drei Fälle finden (Eve¹⁾, Jomini²⁾ und Coley³⁾). Unser Fall dürfte deshalb eine kurze Darstellung verdienen.

Krankengeschichte: L. Fr., 33jähriger Schmiedemeister. Eintritt 8. XI. 1910. — **Anamnese:** Familienanamnese ohne Belang. Der Patient selbst war angeblich stets gesund bis vor drei Jahren. Er erkrankte damals mit heftigen Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung. Diese Erscheinungen sollen acht Tage angehalten haben. Dann habe sich eine große Menge dünnen, schwarzen Stuhles entleert, wonach Erleichterung eingetreten sei. Es hätten jedoch noch ca. 14 Tage leichte Leibschmerzen und Stuhlträchtigkeit bestanden. Auch habe er sich noch hie und da erbrechen müssen, ehe die Beschwerden ganz schwanden. In den folgenden drei Jahren fühlte sich Fr. ganz wohl. Er hatte jeden zweiten Tag Stuhl von normaler Konsistenz.

Vor vier Tagen hatte der Patient morgens zwei flüssige Entleerungen. Am Nachmittage traten starke Leibschmerzen auf. Fr. hatte das Gefühl, „als ob ihm der Nabel herausgedrückt würde“. Die Schmerzen waren beim Sitzen stärker als beim Stehen. Sie nahmen ständig an Heftigkeit zu. Der Leib wurde stark aufgetrieben. Am Abend trat Erbrechen graugrüner, kotig riechender Massen auf. Der am folgenden Tage (5. XI. 1910) zugezogene Arzt veranlaßte am 6. XI. 1910 die Überführung in das nächste Bezirksspital, von wo der Patient am 8. XI. 1910 vom Arzte in die Klinik gebracht wird. Letzter Stuhl vor vier Tagen. Gestern noch mehrmals Erbrechen, zum Teil vom Patienten zwecks Erleichterung selbst veranlaßt. Heute kein Erbrechen mehr. Winde gingen in den ersten beiden Tagen vereinzelt ab, seit zwei Tagen nicht mehr. Fieber soll nach Angaben des Arztes nicht

1 und 2) Hernies internes rétro-péritonéales ou hernies formées dans les fossettes normales du péritoine. Jonnesco. Monographie erschienen bei Steinheil. Paris 1890.

3) Jahresbericht für Chirurgie 1909, S. 1054 Coley (Annales of surgery 1909, July).

bestanden haben. In den letzten zwei Tagen soll der Meteorismus stark zugenommen haben. Besonders die Cöcalgegend soll sichtlich aufgebläht gewesen sein. Trotz allem sei der Allgemeinzustand nicht schlecht gewesen. Keine Gewichtsabnahme in den letzten Monaten.

Auszug aus dem Status: Großer, kräftiger Mann, der nicht den Eindruck eines Schwerkranken macht. Zunge wenig belegt, feucht. Foetor ex ore. Puls 80, kräftig, regelmäßig, voll, nicht stärker gespannt. Mäßige Arteriosklerose. Keine Ödeme, keine Cyanose, keine allgemeinen Drüenschwellungen. Fettpolster gut entwickelt. Kein Bleisaum. Hals und Brustorgane ohne pathologischen Befund.

Abdomen: Erheblich aufgetrieben. Die Cöcalgegend zeigt eine stärkere Vorwölbung. Hie und da sieht man über die Mitte des Abdomens eine leichte peristaltische Welle ziehen. Hernien sind nicht nachweisbar. Défense musculaire besteht nicht. Abgesehen von der Spannung ist am Abdomen keine abnormale Resistenz nachweisbar. Die Perkussion ergibt allenthalben tympanitischen Schall, der in der Gegend des Cöcums und des Colon ascendens besonders laut ist. Bei Stäbchen-Plesimeterperkussion sind keine deutlichen Metalltöne zu hören. Ascites nicht nachweisbar. Die Leber ist nicht vergrößert, nicht empfindlich. Sie reicht in der Mammillarlinie bis zum Rippenbogen. Milz nicht vergrößert, nicht palpabel. Rektal ist keine Vorwölbung des Douglas zu fühlen. Urin: dunkelgelb, klar, sauer, enthält weder Zucker noch Eiweiß.

Nervensystem ohne pathologischen Befund.

Klinische Diagnose: Ileus. Hindernis unterhalb des Cöcums (nicht sicher zu lokalisieren).

Therapie: Laparotomie (Op. Prof. Wilms) in guter, gemischter Narkose. Mesorektaler Schnitt rechts. Das Cöcum ist stark gebläht. An der Flexura hepatica findet sich kein Hindernis, ebensowenig an dem geblähten Colon transversum. Da man ein Hindernis an der Flexura lienalis vermutet, geht man durch einen pararektalen Schnitt links auf diese Flexur ein. Auch hier ist ein Hindernis nicht zu finden. Auch das Colon descendens zeigt Füllung. Die Flexura sigmoidea ist von dem linksseitigen Schnitte aus nicht zu fühlen. Deshalb wird sie von dem ersten, rechtsseitigen Schnitt aus gesucht. Beim Versuche, die ganze Flexur vorzuziehen, fühlt man zuerst einen Widerstand, der plötzlich nachläßt. Es erscheint dann etwa an der Kuppe der Flexur die Grenze von geblähtem und leerem Darm, ohne daß eine ausgesprochene Schnürfurche erkennbar ist. Die Flexur selbst ist um 180° im entgegengesetzten Sinne des Uhrzeigers gedreht. Der nach dem Flexuransatz führende Finger findet einen großen Recessus intersigmoideus von fast Eigröße mit scharfem Rande. In diesem muß also die Flexurkuppe bei gleichzeitiger Drehung gesteckt haben und inkarzeriert gewesen sein. Adhäsionen waren nicht vorhanden.

Um den Recessus zu erweitern, wird der Ring mit den Fingern so gedehnt, daß der vordere Rand in der Mitte einreißt und der Recessus zu einer flachen Mulde wird. Schluß der beiden Wunden mit Etagennähten.

Verlauf: Die Beschwerden sind nach dem Erwachen verschwunden. In den ersten beiden Tagen wird der Patient noch in geringem Maße von Blähungen belästigt. Am dritten Tage gehen Winde und Stuhl ab, worauf sich Patient vollkommen wohl fühlt. Fieberloser Verlauf. Ein kleines Hämatom wird am 13. Tage entleert. Dann glatte Heilung.

1. Flexurschlinge im Recessus intersigmoideus. 2. Rektum um 180° gedreht, vom Mesorektum bedeckt. 3. Rektum.

Die Abbildung zeigt die einzige Möglichkeit, wie die Flexur in den Recessus gelangen kann. Das Rektum ist um 180° gedreht und ist daher von rechts durch das Mesorektum bedeckt. Schon diese Drehung wird ein Hindernis abgeben.

In den Recessus kann, wie Versuche an der Leiche ergeben haben, nur der unterste Teil der Flexura sigmoidea eintreten.

Es handelte sich also um einen Patienten, der zum zweiten Male unter den Erscheinungen eines Dickdarmverschlusses erkrankt war. Eine sichere Lokalisation des Hindernisses war im vorliegenden Falle nicht möglich. Auch in den übrigen drei Fällen war die Diagnose nicht gestellt worden. Interessant ist, daß der eingeklemmte Darmteil die um 180° gedrehte Flexura sigmoidea selbst war. Es ist dies

der einzige Fall, bei dem Dickdarm in der Fossa intersigmoida gefunden wurde.

In dem Falle von Coley war bei einem am dritten Tage nach der Geburt gestorbenen Kinde, das die Anzeichen eines Darmverschlusses dargeboten hatte, der ganze Dünndarm hinter das Peritoneum parietale verlagert. Der Bruch war ebenfalls durch die Fossa intersigmoida eingetreten. Es handelte sich offenbar um eine kongenitale Hernie.

Ebenso fand sich in dem von Jomini beschriebenen Falle als Bruchinhalt fast der ganze Dünndarm. Derselbe zeigte deutliche Schnürringe bei Stauung in der Darmwand.

Im Falle Evans bestand eine Deformität des Colons, durch die die Fossa intersigmoidea zugänglich geworden war. Das Colon ascendens bog spitz in das Colon descendens um. Ein Colon transversum fehlte. Die beiden Colonabschnitte waren durch Stränge verwachsen. Die Umbiegungsstelle des Colon ascendens in das Colon descendens lag in der Gegend der Milz (eigentliche Flexura lienalis). In der Fossa intersigmoida fand sich ein Stück Ileum von 6 Zoll Länge. Die Schnürfurchen waren gering ausgeprägt.

Die Seltenheit der Hernia intersigmoidea ist wohl dadurch bedingt, daß die Flexura sigmoidea den Recessus vor dem Eintreten des Dünndarmes schützt. Die Flexur selbst kann nur bei abnormer Länge des Mesosigmoideums eintreten, wie dies bei unserem Patienten der Fall war.

Der Vergleich der Fälle zeigt, daß das Krankheitsbild je nach dem Bruchinhalt (Ileum, Colon) wechseln muß. Eine genaue Diagnose wird sich nicht stellen lassen.

Zum Schluß möchte ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Wilms, meinen Dank für die Überlassung des Materiales und das der Arbeit entgegengebrachte Interesse aussprechen.