II. Zur Laparotomie bei Ileus.

Von
Prof. **W. Roser** in Marburg.

(Schluss aus No. 5.)

Wie sehr die Symptome der Perityphlitis und des Ileus sich ähnlich werden können, mag wohl jeder College, der längere Zeit practicirt hat, erfahren haben. Mir sind noch fünf Consultationsfälle in Erinnerung, wo ich zu angeblichem Ileus hinzugerufen wurde, und wo sich die Krankheit als Perityphlitis entpuppte. Im Anfang vorigen Jahres machte ich einen lumbalen Bauchschnitt bei einem zwölfjährigen Knaben, wo ich selbst im Zweifel war, ob die Krankheit den Titel Ileus oder Perityphlitis verdiene, da die Symptome von beiden Zuständen combinirt waren. Der Bauch war aufs Aeusserste gespannt und aufgetrieben, beim Eindringen des Fingers in das retroperitoneale Bindegewebe kam eine wahre Explosion von Darmgas und Eiter heraus, mit der Entleerung aber setzte sich auch die Darmfortleitung wieder in Gang. Es ist klar, dass in solchen Fällen ein auf den Blinddarm drückender, gespannter Abscess ebensogut den Ileus erzeugen kann wie ein anderes Hinderniss.

Es braucht aber nicht zur Abscessbildung zu kommen, damit die Gefahr des Ileus entsteht, bekanntlich sind auch schon vielmals

die Verwachsungen, Knickungen, Verschrumpfungen, die durch Localperitonitis entstehen, als Ursache des Ileus beobachtet worden. Und wenn diese Localperitonitis nach einer Taxis oder Herniotomie sich ausbildet, so kann auch hier der Zweifel aufkommen, ob man es nicht mit Scheinreduction zu thun habe. Als ich einst im Jahre 1851 zum erstenmal die Herniotomie am Schenkelbruch ohne Eröffnung des Bruchsacks unternommen hatte, war ich sehr erbaut von der raschen Heilung, aber in der dritten Woche ging mir die alte Patientin an secundärer Darmverengung durch Verwachsungsperitonitis zu Grunde. Die Frau befand sich die ersten vierzehn Tage ganz wohl, dann machte sie aber einen Excess im Genuss von Sauerkohl und Schweinefleisch (sogenanntes Schlachtfest) und starb unter den Erscheinungen von acutem Ileus. Die Section ergab eine peritonitische Dünndarmstrictur, hinter welcher die unverdauten Massen sich angesammelt hatten.

Der hier berichtete Fall von secundärem Ileus fällt natürlich nicht der Methode des äussern Bruchschnitts zur Last, Fälle solcher Art sind nach blosser Taxis, sowie nach Aufschneidung des Sacks, schon mehrfach beobachtet worden, ich habe aber noch einen zweiten Fall von scheinbarer Reduction anzuführen, der wohl nicht vorgekommen wäre, wenn ich den Bruchsack aufgeschnitten und mich nicht mit dem äussern Bruchschnitt begnügt hätte. Es war dies ein kleiner Schenkelbruch bei einem alten Manne, der in der chirurgischen Klinik operirt wurde. Die Operation verlief so rasch und präcis, als man es nur wünschen konnte, nach Erweiterung des Schenkelrings wurde ein leichter Druck auf den eingeklemmten Bruch ausgeübt, und man fühlte deutlich, wie der Darm leer wurde und aus dem Bruchsack zurückgleitete. Der Effect der Operation schien auf den ersten Blick ganz befriedigend, aber der Mann starb am Ileus, und bei der Autopsie ergab sich eine Verwachsung des Darms an dem Bruchsack, der Darm war zwar durch die Operation von der Einklemmung befreit worden, aber nicht von der scharfen Knickung, welche mit der Verwachsung zusammenhing. Die Verwachsung und Knickung konnte durch die Wandung des Bruchsacks hindurch nicht erkannt werden, sie hätte wohl erkannt werden müssen, wenn der Bruchsack aufgeschnitten worden wäre.

Es sind bekanntlich manche ähnliche Fälle von Knickung des verwachsenen Darms in der Literatur aufgeführt, mir ist aber noch ein solcher Knickungsfall, der hier Erwähnung verdient, aus alter Zeit sehr lebhaft im Gedächtniss geblieben. Ein lang vernachlässigter faustgrosser Leistenbruch bei einer alten Wäscherin hatte sich eingeklemmt. In dem eröffneten Bruchsack sah man das Coecum, geschwollen und bläulich entfärbt, daneben eine kleine Schlinge vom Colon transversum, die letztere kaum congestionirt und demnach unverdächtig. Nach Erweiterung des Leistenrings konnte zuerst das Coecum und dann die Schlinge vom Colon ohne grosse Mühe zurückgeschoben werden. Der Ileus aber dauerte fort, und der Tod erfolgte am achten Tage. Die Autopsie ergab ein geplatztes Coecum, der Dickdarm war gefüllt bis zur Mitte des Colon transversum, dort aber war eine Knickung vorhanden, die Colonschlinge war vorn am Eingang des Bruchsacks angewachsen und war hier durch Zurückdrängen geknickt worden. Heut zu Tage, wo das Vorziehen der Schlinge und das Betrachten der Schnürfurche allgemeine Regel ist — ehemals fürchtete man sich bekanntlich viel zu sehr vor solchen „reizenden“ Eingriffen und vor dem Einfluss der Luft — würde die Verwachsung der Dickdarmschlinge und die Gefahr der Knickung wohl dem Operateur nicht leicht entgehen können. Während der siebentägigen Behandlung dieses Kranken fragte ich mich öfters, ob ich nicht einen Bauchschnitt, eventuell mit Eröffnung des Coecums machen sollte. Die Ileussympptome konnten sehr dazu auffordern, aber bisher war noch fast Niemand so kühn gewesen, erst einige Jahre später wurde mir die berühmte Operation von Maisonneuve näher bekannt, wo in einem analogen Fall, nach vorangegangener Herniotomie, ein künstlicher After mit dem Erfolg der Lebensrettung unternommen worden war.

Auch die Lehre von Nélaton, dass man beim Ileus einen künstlichen After anlegen soll, existirte damals noch nicht. Zwar hatte schon Dieffenbach¹⁾ den Ausspruch gethan, dass man die Laparotomie in solchen Fällen „nie unterlassen sollte“, und Dieffenbach giebt an, dass er selbst sich mehrmals bei Sectionen einen Vorwurf daraus gemacht habe, die Operation nicht unternommen zu haben, „denn die Kranken hätten dadurch gerettet werden können“. Aber es ist allen Zeitgenossen bekannt, dass man damals die Meinung Dieffenbach's für allzu sanguinisch hielt, und dass seinen Rath fast Niemand zu befolgen wagte. Ich weiss kein besseres Beispiel für dieses Misstrauen anzuführen, als die Aeusserungen von Billroth im ersten Band des Archivs von Langenbeck, 1861, S. 488: „Es

¹⁾ Operative Chirurgie. 1848. II. S. 439.

ist ein der Erfahrung gemäss grösseres Wunder, wenn ein Patient, dem die ganzen Bauchdecken gespalten sind, mit dem Leben davon kommt, als wenn sich innere Incarcerationen spontan lösen. Wenige Chirurgen haben sich des günstigen Erfolgs grosser Laparotomien zu rühmen, spontane Lösung innerer Incarcerationen hat fast jeder beschäftigte Arzt erlebt.

Da Billroth selbst seine Ansicht geändert hat und seither mehrfach, mit Glanz und mit Glück, als Anhänger der Laparotomie aufgetreten ist, so mag dieses Beispiel um so mehr beweiskräftig sein.

Ueber eine Laparotomie bei Volvulus habe ich im chirurgischen Centralblatt 1883 No. 43 berichtet. Es war ein Volvulus der Flexura iliaca, die Erkennung und die Detorsion machten bei der Laparotomie sich leicht, der Stuhlgang erfolgte sogleich, aber die Freude über die gelungene Arbeit dauerte nicht lange. Die Obstruction kehrte am anderen Tage wieder, und, wie in der Folge die Section bewies, hatte sich der Volvulus reproducirt. Ich habe aus dieser Erfahrung den Vorschlag abgeleitet, dass man die detorquirte Flexur, und zwar den oberen Theil derselben, welcher wohl immer schuld sein mag, durch Annähen an die linke Bauchwand von solchen wiederkehrenden Verdrehungen abhalten sollte.¹⁾ Es mag auch gut sein, (nach dem Vorgang von Clark in Glasgow) den Bauch erst dann zuzunähen, wenn man sich versichert hat, dass der überfüllte Dickdarm durch die geeigneten Manipulationen und Ausspülungen gehörig entleert ist. (Vgl. Centralblatt 1883 No. 44.)

Bei einem anderen Fall von Volvulus, wo eine Schlinge des Dünndarms sich verdreht und mit der Flexura iliaca verschlungen hatte, gelang mir zwar die Erkennung und Zurechtlegung des Darms, nach Eröffnung des Bauchs in der Linea alba, ohne Schwierigkeit, aber eine Stelle am Dünndarm zeigte schon solche Entfärbung, dass man Druckgangrän befürchten musste. Diese ungünstige Prognose traf auch ein. Sehr ärgerlich war bei diesem Fall, dass die Frau schon 24 Stunden früher ihre Einwilligung zur Operation gegeben hatte, und dass mit langem Briefschreiben, wo ein Telegramm genügt hätte, und mit anderen ungeschickten Verzögerungen diese 24 Stunden leider verloren gingen.

Ein junger Mann hatte Symptome von acutem Ileus bekommen, nachdem er beim Aufladen von Heu mehrfache angestrenzte Körperbewegungen gemacht hatte. Hier war eine Verdrehung oder Verschlingung des Darms nicht unwahrscheinlich. Nach Eröffnung des Bauchs wollte es nicht gleich gelingen, die Ursache der Darmbeengung zu erkennen, ich suchte aber auch nicht so, wie es wohl nach dem heutigen Standpunkt gut gewesen wäre, da ich damals, vor mehr als zwanzig Jahren, noch zu sehr Anhänger der Nélaton'schen Lehre war. Ich legte also gleich an einer ausgedehnten Dünndarmschlinge einen künstlichen After an. Die Operation war vergeblich, und die Autopsie ergab einen Volvulus des Coecums nebst der untersten Partie des Dünndarms. Das Coecum hatte ein langes Mesocoeum und war somit im Stande gewesen, eine stark verdrehte Stellung sammt der untersten Partie des Ileums einzugehen.

Eine ähnliche Verdrehung des Dünndarms sah ich einst bei der Autopsie eines Falles von acutem Ileus, wo ich die Operation nicht zu machen gewagt hatte, weil mir die Diagnose zu unsicher schien. Der Patient hatte eine acute Perityphlitis mit frühzeitiger Eröffnung des Abscesses noch nicht ganz durchgemacht, er lag noch im Bette, als er durch ein vor dem Fenster vorbeiziehendes Musikcorps zu raschem Herausspringen aus dem Bett sich verführen liess. Von diesem Moment an befand er sich schlecht, die Symptome des Ileus traten in acutester Weise auf. Da der Bauchschmerz über die ganze Bauchfläche verbreitet war, nahm ich eher eine diffuse Perforations-Peritonitis für wahrscheinlich; ich enthielt mich somit eines operativen Eingriffs. Bei der Section zeigte sich der ganze Dünndarm verdreht, ein langes und an seiner Basis sehr schmales Mesenterium hatte eine solche Verdrehung von rechts nach links zugelassen. Die Anlegung einer Kothfistel würde hier nichts genützt haben, man hätte nur durch einen grossen Bauchschnitt und Umfassen des ganzen Dünndarms mit beiden Händen vielleicht helfen können. Aber da der ganze Dünndarm von seinem Mesenterium aus in seiner Function und Circulation gestört war, machte die Krankheit zu sehr den Eindruck der diffusen Peritonitis, als dass man so leicht zur Laparotomie sich aufgefordert gefühlt hätte.

Im Jahre 1878 unternahm ich eine Enterotomie wegen Darmstrictur, die nach Abstossung eines invaginirten Dünndarmstücks zurückgeblieben war. Der Kranke, vom Herrn Collegen Mannkopf zugewiesen, litt an zeitweisen Anfällen von Ileus, welche mit reichlichem Erbrechen verbunden waren, sich aber jedesmal wieder be-

¹⁾ Nachträglich sah ich, dass schon Herr College von Nussbaum, in der Deutschen Chirurgie, Lieferung 44, S. 155 denselben Gedanken ausgesprochen hat.

sänftigt hatten. Der Leib war merklich aufgetrieben, offenbar durch mangelhafte Entleerung des oberen Darmtheils. Die Auftreibung drohte noch zuzunehmen, der Ileus konnte jeden Tag wieder eintreten, der junge Mann (Justizreferendar) wünschte die Operation. Ich schlug vor, den Bauchschnitt zu machen und eventuell einen kleinen künstlichen After hart neben der Strictur anzulegen. In der Folge wollte ich dann die Strictur sammt der Scheidewand zwischen dem oberen und unteren Darmschlingentheile mit Dupuytren's Darmklemme durchtrennen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand sich gleich die kranke Stelle, eine harte ringförmige Strictur, in der Mitte des Dünndarms, oberhalb starke Anfüllung und Hypertrophie, unterhalb geringe Anfüllung der Darmschlingen. Die Strictur hatte jenen klappenartigen Charakter, wie ich ihn im chirurgischen Congress von 1875 näher beschrieben und abgebildet habe.¹⁾

Ich eröffnete und entleerte den Dünndarm oberhalb der Strictur, indem ich die betreffende Darmschlinge bei seitlicher Lagerung des Patienten möglichst herauszog; nach hinreichender Entleerung (es flossen ein paar Waschnäpfe voll Darminhalt aus), nähte ich die Darmschlinge wieder zu und befestigte dieselbe mit einigen nach aussen geführten Fäden und Schlingen an die Oeffnung der Bauchwand.

Die Operation schien mir guten Erfolg zu versprechen, aber ein Brechanfall, der noch vom Chloroform herzukommen schien, sprengte schon nach einer Stunde die eine der Nähte, wodurch der Darm an der Bauchwunde befestigt war. Es entwickelte sich eine acute Peritonitis, die den Kranken hinraffte. Das Unglück in diesem Falle kam wohl davon her, dass das Mesenterium an der Stricturstelle stark verkürzt war, und dadurch die Spannung der den Darm anheftenden Naht allzugross wurde. Diese Spannung, die das Ausreissen oder Sprengen der Nähte mit sich bringt, hat ja auch manchem anderen Operateur, z. B. König und Volkmann, ähnliches Unglück gebracht. Wenn ich wieder einen Fall dieser Art zu operiren bekäme, so würde ich das Annähen des gespannten Darms an die Bauchwand nicht wieder unternehmen, sondern, nach einem von Maisonneuve (Clinique chirurgicale II, S. 488) gemachten Vorschlag, die „Anastomose“ der oberhalb und unterhalb der Strictur gelegenen Darmtheile herbeizuführen suchen. Ich würde also diese beiden Darmtheile zusammennähen und in einander münden lassen, ähnlich wie Wölfler eine Fistula bimucosa zwischen Magen und Dünndarm (Gastro-jejunostomie) anlegen gelehrt hat.

Eine Darmstrictur am Eingang des Dünndarms in das Coecum, nachdem einige Jahre früher Perityphlitis vorgekommen war, gab im März 1885, in der chirurgischen Klinik, Veranlassung zur Laparotomie. Der Kranke war 33 Jahre alt, gut genährt und noch nicht durch die Ileusbeschwerden herabgekommen. Man fühlte und sah, nachdem der Bauchschnitt in der weissen Linie gemacht war, den Wurmfortsatz narbig verwachsen und herumgeschlungen um den Eingang des Blinddarms. Etwas weiter oben im Dünndarm war noch eine zweite narbig verengte Stelle zu bemerken; es wurde deshalb die Kothfistel oberhalb dieser zweiten Stelle angelegt. Der Zweck dieser Kothfistel wurde erfüllt, der Kranke lebte aber doch nur noch sechs Wochen, es ergab sich, dass die Stricturen nicht allein durch Perityphlitis erzeugt waren, sondern dass der Kranke noch mehrere tuberculöse Geschwüre im Darm hatte. So starb er an der fortschreitenden Tuberculose, nachdem in der ersten Zeit nach der Operation die Prognose viel günstiger erschienen war.

Zu einem sehr merkwürdigen Fall von Darmstrictur wurde ich einst im Jahre 1865 durch den verstorbenen Kollegen Giess in Hanau berufen. Eine junge Frau, die sich im sechsten Monate der Schwangerschaft befand, litt seit 23 Tagen an Stuhlverstopfung und seit einem Tage an Erbrechen. Da der Patientin einige Wochen zuvor ein eingeklemmter Nabelbruch durch mühsame Taxis reponirt worden war, so lag es nahe, eine Verengung am damals strangulirten Darm für wahrscheinlich zu halten. Da das Erbrechen so spät auftrat, war das Hinderniss an der Flexura iliaca zu vermuthen. Diese Vermuthungen bestätigten sich bei der Eröffnung des Bauches, die Flexura war durch einige kleine peritonitische Bindegewebsstränge verengt, dabei an der linken Bauchwand fingerbreit in geknickter Stellung angewachsen. Da ich vor zwanzig Jahren noch zu sehr von Nélaton's Lehre mich leiten liess, machte ich sogleich die Enterotomie oberhalb der Strictur und nähte die Flexur in der Wunde ein. In der nächsten Nacht kam eine Frühgeburt mit Zwillingen, bald darauf tödtlicher Collaps. Dass diese Frau bei so verspäteter Operation und bei der Complication mit Schwangerschaft nicht gerettet wurde, war nicht zu verwundern, wenn ich aber den Fall nochmals zu behandeln hätte, so würde ich vor Anlegung des künstlichen Afters erst die Abtrennung der den Darm knickenden Verwachsungen und die Dehnung der peritonealen Pseudo-

membran durch die äussere Invagination mit dem Finger versuchen, ähnlich wie es College Bardeleben nach seiner Mittheilung in No. 25 der klin. Wochenschrift 1885 mit beneidenswerthem Erfolg vorgenommen hat.

Wegen krebsiger Strictur habe ich die Laparotomie dreimal vorgenommen, in allen drei Fällen war das Colon Sitz der Verengung. Eine junge Frau hatte seit 11 Tagen die Symptome der Obstruction, dieselben sollten plötzlich ohne alle vorläufigen Beschwerden eingetreten sein. Bei der Laparotomie in der Linea alba ergab sich sogleich, schon auf den ersten Griff, eine ringförmige Verhärtung in der Mitte der Flexura iliaca. Die Anlegung der Darmfistel (nach Nélaton) war ohne Erfolg; der schon beginnende Collaps raffte die Kranke schnell dahin. Der Fall hätte sehr zur Resection des kleinen Darmstücks auffordern können, aber diese Resection war damals noch von Niemand unternommen. Auch heute ist man ja noch im Zweifel, ob Resection nebst Darmnaht bei einem durch Ileus geschwächten Patienten am Platze sei (vgl. Schede, chir. Congress 1884). Nach einer Mittheilung der Lancet 1875 hat ein Englischer College, Teale, als er von dem Bauchschnitt aus die krebsige Strictur der Flexura iliaca erkannte, sich alsbald zum Zunähen des Bauches und zur Anlegung einer lumbalen Kothfistel entschlossen und seinen Kranken dadurch von der Gefahr des Ileus befreit. Mich hat die Erwägung, dass die schon todtschwache Frau einen zweiten Bauchschnitt am Colon descendens schwer ertragen würde, von der Unternehmung des letzteren Schnittes abgehalten. Ich würde mich aber auch heute kaum dazu entschliessen, ausgenommen etwa in dem Fall, dass die enge Stelle an dem tief gelegenen Anfang der Flexura sich befände, und demnach die Linea alba für die Anlegung der Kothfistel zu weit entfernt läge.

Bei einem zweiten Fall von Krebs der Flexura iliaca sah ich mich zur Darmresection genöthigt, obgleich ich es lieber unterlassen hätte. Der Bauchschnitt musste ohne Diagnose der Ileusursache unternommen werden, da sich Nichts darüber ermitteln liess, als dass wegen tiefliegender Schmerzen in der Promontorialgegend von einem Gynäkologen eine sorgfältige Untersuchung ohne alles Ergebniss gemacht worden sei. Die Frau war 31 Jahre alt, kräftig und vor kurzem noch blühend, man hatte keine Veranlassung, an Krebs zu denken. Nach Oeffnung des Bauches in der weissen Linie und Seitwärtsschieben der ausgedehnten Flexura war eine harte Stelle am unteren Theil dieses Darmstücks zu fühlen, ich wollte diese Stelle den umstehenden Collegen zeigen, aber beim leichten Seitwärtsziehen der vorliegenden Darmtheile gab es plötzlich eine Explosion; der durch ein Krebsgeschwür angefressene Darm war geplatzt und ergoss seinen Inhalt nach dem kleinen Becken hin. Natürlich geschah Alles, was möglich war, um die Bauchfellhöhle zu reinigen, das krebsige Stück wurde reseziert, das untere Darmende zugebunden, das obere, nachdem es entleert war, in die Bauchwunde eingenäht, aber, wie wohl zu erwarten war, ohne rettenden Effect.

Ein dritter Fall von Laparotomie wegen Krebs des Colon transversum verlief befriedigender; die Diagnose konnte mit ziemlicher Sicherheit vor der Operation gemacht werden; man fühlte eine harte Stelle neben der Leber am Colon transversum, die Eröffnung oberhalb der krebsigen Strictur war leicht zu machen. Ich zog den Darm soweit heraus, dass man ihn bei Rechtslagerung der Patientin leicht entleeren konnte, ich führte den Finger ins untere Ende ein und überzeugte mich, dass die Strictur dehnbar und nur klappenartig, nur durch die starke Dehnung des Darms oberhalb der Strictur verschlossen war, das Colon wurde an die Bauchfellöffnung angenäht und der Darm provisorisch durch Naht nebst Fadenschlinge verschlossen. Schon am andern Tage kam wieder Stuhlgang, der Ileus kehrte nicht wieder, freilich machte der Krebs seine unaufhaltsamen Fortschritte.

Die Nélaton'sche Lehre, dass man bei manchen Fällen besser thue, nicht einen künstlichen After, sondern nur eine Kothfistel als Sicherheitsventil anzulegen, schien mir durch diesen Fall bestätigt, ebenso fand ich in diesem Fall die Bestätigung der Klappentheorie, von der schon oben die Rede war und die seither noch von manchem Beobachter bestätigt worden ist.

Wegen Invagination habe ich nie den Bauchschnitt unternommen, berene aber, dass ich es einst in einem, nach heutiger Anschauung dazu geeigneten Falle unterlassen habe. Es war ein Kind in die Klinik gebracht worden, das an einer grossen zum After heraushängenden Invagination der Flexura iliaca litt. Es gelang zwar, den invaginirten Vorfall zurückzubringen, aber derselbe trat immer wieder hervor, trotz der Verbände, des Opiums, der gestreckten Seitenlage u. s. w. Die Mutter nahm das Kind wieder nach Hause, und es soll bald darauf mit vorliegendem Darm gestorben sein. Was mich von der Laparotomie zurückschreckte, war die Befürchtung, dass die Invagination, auch nach glücklich gelungener Reposition, vielleicht nach wenigen Tagen wiederkehren möchte. Später erst kam mir der Ge-

¹⁾ Vgl. die bessere Abbildung in meinem Handbuch, 8. Auflage S. 286.

danke, den ich im chirurgischen Centralblatt 1883 aussprach, dass man durch Annähen des unteren Theils der Flexur an die seitliche Bauchwand diesem Recidiv wohl vorbeugen könnte.

Derselbe Operationsplan ist in neuester Zeit von Herrn Collegen Burckhardt in Stuttgart bei einer Invagination des Coecums mit glücklichem Erfolg ausgeführt worden. Das Motiv, weshalb Herr B. das Coecum annähte, war zwar ein anderes, er wollte die eitrige Fläche des Coecums nach aussen fixiren, aber immer wird man anerkennen müssen, dass mit diesem Anheften des Blinddarms auch der Vortheil einer Recidivverhinderung gegeben sein mochte.

Vor vielen Jahren war ich bei einer Consultation betheiligt, wo ein junger Mann, bei dem ein Stück brandiger Invagination des Colons im Mastdarm erkannt wurde, die anwesenden Aerzte um die Operation anflehte. Ich sprach mich entschieden gegen eine solche Unternehmung aus, indem ich die Möglichkeit der Spontanheilung durch brandige Abstossung dem unsicheren Operationsversuch entgegenstellte. Ein anderer College liess sich durch Mitleid bestimmen und machte den Bauchschnitt, er konnte aber den invaginierten Darmklumpen nicht entwirren und musste den Bauch unverrichteter Dinge wieder zunähen.

Unter den Fällen von Ileus traumaticus, die ich erlebt habe, mögen zwei hier erwähnenswerth sein. Ein junger Bauerbursch hatte sich beim Herausspringen aus dem Fenster in einen eisernen Pfahl gespiesst, das Eisen war am Schenkel unterhalb des Leistenbands eingedrungen und an der Aussenseite der Schenkelarterie subcutan in die Unterleibshöhle gelangt. Als ich dazu gerufen wurde, waren schon mehrere Tage herum, der Verletzte litt an Kothbrechen, eine Dünndarmschlinge war subcutan vorgefallen und hatte sich an der Aussenseite der Schenkelarterie eingeklemmt. Beim Aufschneiden erschien der Darm überall mit dem Bindegewebe der Schenkelbeuge verwachsen, an einer Stelle war er perforirt, da eine Art Probepunction von dem erstbehandelnden Arzt gemacht worden war. Ich begnügte mich mit der vorsichtigen Erweiterung des Schlitzes in der Bauchwand, das Leistenband wurde durchschnitten, das spannende Bindegewebe mit der Kornzange gedehnt. Es gelang mir dadurch die Einklemmung zu heben und die Ileussympptome zu beseitigen. Dem Patienten blieb eine feine lippenförmige Kothfistel in der äussern Leistengegend zurück, die er mit einem Bruchband verschlossen hielt. Dieselbe machte ihm so wenig Beschwerden, dass er jede operative Behandlung ablehnte.

Ein zweiter Fall von wahrscheinlich traumatischem Ileus, der aber leider nicht zur Aufklärung gelangte, war folgender: Ein sehr musculöser junger Mann hatte eine schwere Contusion und Verwundung der linken Unterbauchgegend erlitten, die aufgerissene Bauchhaut war geheilt, aber der Bauch war, als ich zur Consultation zugezogen wurde, aufgetrieben, und die Auftreibung beruhte offenbar auf Ueberfüllung der Därme. Es fehlte nicht an Stuhlgang, aber die Entleerung schien unzulänglich; die Angehörigen nannten es Diarrhöe, weil die entleerten Massen sich ziemlich flüssig zeigten. Mir schien es eher eine Art Retention, die Symptome erinnerten mich an jene Fälle von Mastdarm- oder Anusstrictur, bei welchen der Bauch gross und voll, wie bei einem Wassersüchtigen, aussieht, und die Kranken selbst oder ihre Angehörigen keine Ahnung von der Retention des Darminhalts haben, weil sie von Zeit zu Zeit flüssige Fäcalmasse herauskommen sehen. Ich habe Fälle solcher Art beobachtet, wo es trotz der starken Ueberfüllung der Därme nicht zum Kothbrechen kam, und der Kranke eher an Asphyxie, durch die enorme Auftreibung der Gedärme, umzukommen im Begriff schien. Wenn dann die Mastdarmstrictur durchschnitten oder die Colotomie gemacht wurde, so kam eine unglaubliche Masse flüssigen, dunkel gefärbten Darminhalts heraus, und der Kranke erholte sich. Zu dieser Kategorie mag auch der eben erwähnte Fall von Unterleibscontusion gehören, die Contusion mag einen Mesenterialriss an der Flexura iliaca oder eine Verklebung oder Schrumpfung dort erzeugt haben. Eine Colotomie hätte den Kranken vielleicht gerettet; derselbe soll noch etwa 6 Wochen mit seinem dicken Leib gelebt haben, aber er wurde immer schwächer und soll zuletzt an Pneumonie gestorben sein. Zu meinem grossen Bedauern fehlte mir die Gelegenheit den entfernt wohnenden Kranken näher zu beobachten; die Autopsie wurde dem behandelnden Collegen verweigert, und somit der dabei zu erwartende Aufschluss nicht erreicht.

Die Fälle von beabsichtigter Laparotomie, wo der Kranke die Operation nicht zugab, weil ihm z. B. ein kluger Nachbar das flüssige Quecksilber als das Sicherste anrieth, will ich nicht näher erzählen. Von den Kranken, welche mir den Vorschlag der Operation zurückwiesen, ist Keiner davon gekommen. In einer Reihe von Fällen, die ich sehr beklagte, wurde ich so spät gerufen, dass ich nur die Agonie des Kranken bestätigen konnte. Wenn kein Puls an der Hand mehr zu fühlen ist, darf man, glaube ich, keine Laparotomie mehr unternehmen.

Wenn man einen Kranken klinisch beobachten und sich Alles wohl überlegen und vorbereiten kann, wird man eher das Richtige treffen, als wenn man eilig und vielleicht bei Nacht in ein entferntes Dorf gerufen wird und sich möglichst schnell über das, was geschehen soll, entscheiden muss. Man kann ja eine Laparotomie, eventuell mit Enterotomie verbunden, nicht so leicht unternehmen, wenn man nicht hinreichende Assistenz und antiseptischen Apparat u. s. w. zur Hand hat. Man ist auch nicht im Stande, lange Zeit, ganze Tage lang, an einem entfernten Ort sich aufzuhalten, um den Kranken zu observiren. Ebenso wenig ist es in vielen Fällen ausführbar, dass man mehrmals zu dem Kranken hinreist, um zu untersuchen, ob jetzt die Zeit zur Laparotomie gekommen sei. Beim ersten Besuch ist vielleicht die Indication zweifelhaft, beim zweiten kommt man vielleicht zu spät. Was folgt aber hieraus? dass wir die ärztlichen Collegien ersuchen müssen, mit den Ileus-Patienten nicht so lange zu warten, bis die grösste Verzugsgefahr eintritt, sondern die nöthigen Consultationen frühzeitig vorzubereiten oder die Patienten rechtzeitig zur Reise in eine Klinik aufzufordern.