wenn man den Zipfel eines dreieckigen Tuches mit einer Last beschwert und die beiden langen Enden des Tuches als Sehne horizontal oder schief hält und dabei das Tuch plötzlich in Bewegung setzt; der belastete Zipfel des Tuches springt dann leicht auf die andere Seite der Sehne über d. h. er dreht sich um seine Achse; die beiden Enden der Sehne drehen sich dabei so, wie in unserem Falle der Strang, mit welchem das Omentum im Bruchsacke angewachsen war und die verengte Netzpartie am Uebergang in den hypertrophischen Theil. Die weitere Torsion musste dann die Bauchpresse bewirken. Erst durch die Bettlage musste die den Bruchsack füllende, hypertrophische und schwere Netzpartie durch die weite Bruchpforte in die Bauchhöhle zurückschlüpfen; dies erklärt uns das bei der Operation gefundene Bild; vielleicht drehte sich dabei das Netz noch weiter um.

Auf Grund des bei der Operation gefundenen Befundes glaubte ich anfänglich, dass die hypertrophische Netzpartie gleich zu Anfang der Incarcerationserscheinungen (beim Heben der Last) in die Bauchhöhle zurückschlüpfte, und dass die Drehung derselben in der Bauchhöhle allein erfolgte. Da jedoch Patient deutlich angiebt, dass gleich nach der Anstrengung beim Heben der Last, mit Beginn der Schmerzerscheinungen, die Geschwulst stärker wie gewöhnlich hervortrat und seit diesem Zeitpunkt unreponibel wurde, muss ich schliessen, dass die beschriebene Drehung zuerst auch im Bruchsacke erfolgte, und dass zuerst wirklich auch retrograde Incarceration bestand.

Unser Fall ist somit dem von Bayer beschriebenen fast ganz ähnlich, hier wie dort bestand die Torsion des Netzes im Abdomen, während aber im Falle Bayer's der umgedrehte und thrombosirte Netzklumpen mit seinem grössten Theil im Bruchsacke lag und liegen blieb, schlüpfte in unserem Falle der ganze umgedrehte Netzklumpen in die Bauchhöhle. Somit wäre der Mechanismus beider Fälle fast ganz ähnlich!

Dass in solchen Fällen die Gangrän mit der Verabsäumung des Eingriffes wächst, und dass die Herniolaparotomie und Resection des gedrehten und thrombosirten Unterstückes möglichst zeitig ausgeführt werden muss, ist selbstverständlich!

XXXII.

Aus dem Vereinshospital in Hamburg.

Ein Fall von Heilung einer Peritonitis nach Magengeschwürperforation durch Laparotomie.

(Mitgetheilt in der Sitzung des Hamburger ärztlichen Vereins vom 30. Jan. 1900.)

Von

Dr. H. Waitz,
chirurg. Oberarzt.

Meine Herren! Die Patientin, ein Mädchen von 25 Jahren, die ich mir erlaube vorzustellen, erkrankte am 3. November 1899, 5 Uhr Nachmittags, während sie auf einem Stuhle sass, aus voller Gesundheit

an den heftigsten Schmerzen im Leibe mit so schwerem Krankheitsgefühl, dass noch am selben Abend ihre Aufnahme im Vereinshospital veranlasst wurde. Als ich die Patientin am nächsten Tage sah, bot sie schon das Bild ausgesprochener Peritonitis. Sie hatte die Nacht trotz Eis und Opium ruhelos verbracht, seit der Erkrankung war kein Stuhlgang mehr erfolgt, kein Abgang von Wind. Die Blase hatte durch den Katheter entleert werden müssen. Der Leib war aufgetrieben, gespannt und bei jeder Berührung schmerzhaft. Besonders heftige Schmerzen wurden in der linken Unterbauchgegend angegeben. Der Puls war klein und frequent, das Gesicht geröthet mit geängstigtem Ausdruck.

Aus der Anamnese ergab sich, dass Patientin im Jahre 1896 an einer gonorrhoischen Gelenkentzündung, im Jahre 1898 an einem Magengeschwür im Vereinshospital behandelt war. Dann war sie vor 6 Wochen wegen eines Aborts wieder zur Aufnahme gekommen und nach normalem Verlauf desselben ohne operativen Eingriff erst vor 4 Wochen entlassen. Sie trat jetzt wieder in Stellung, will aber in den letzten Wochen häufiger Schmerzen im Leibe, besonders in der linken Unterleibagegend, bei der Arbeit empfunden haben. Die letzte Mahlzeit 4 Stunden vor der Erkrankung habe in einer Portion Milchreis bestanden.

Herr Dr. Jessen von der inneren Abtheilung übergab mir die Patientin als einen Fall von Peritonitis durch Perforation eines Magengeschwürs. Da der Schmerz indessen so ausgesprochen in der linken Unterbauchgegend localisirt war, hielt ich bei der Anamnese der früheren Gonorrhoe und des vor 6 Wochen überstandenen Aborts einen Zusammenhang mit den Beckenorganen nicht für ausgeschlossen und beschloss ich zunächst, die Ursache der Erkrankung hier zu suchen. Ich schritt zur Operation, für die die Einwilligung von der Patientin bei dem schweren Krankheitsgefühl sofort gegeben wurde, 21 Stunden nach dem Eintritt der Erkrankung. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse floss eine grössere Menge mit Fibrinflocken gemischter trüb seröser Flüssigkeit ab, die, je mehr ich die Darmschlingen auspackte und in's kleine Becken vordrang, reichlicher hervorquoll. Ich konnte dieselbe hier nahezu ausschöpfen, fand aber die Beckenorgane in normaler Beschaffenheit und überzeugte mich auch, dass der Processus unversehrt war. Ich reinigte nun zunächst so gründlich wie möglich die Därme wie die Beckenhöhle durch Ausgiessen und Auswaschen mit warmer Kochsalzlösung, legte dann einen dicken Gazetampon tief in das kleine Becken hinein, um neues Einfließen von Flüssigkeit zu verhüten, vereinigte meinen Schnitt nach unten durch einige Nähte und spaltete die Bauchdecken nach oben bis zum Rippenrand. Jetzt kamen mir Luftblasen entgegen, und eine reichliche Menge mit weiss coagulirten Flocken gemischter schmutziger Flüssigkeit entleerte sich von Neuem.

Nachdem der Magen in Sicht gebracht war, gelang es bald die Perforation zu finden. Die Oeffnung von der Grösse einer Linse, aus der ununterbrochen flüssiger Mageninhalt hervorquoll, sass an der kleinen Curvatur nahe der Cardia. Es gelang mit einiger Schwierigkeit den Magen so weit herauszuziehen, dass ich zur Behandlung der Oeffnung schreiten konnte. Ich glaubte zunächst das Geschwür durch Serosanähte übernähen zu können. Doch zeigte sich die Umgebung der Perforations-

stelle in ziemlicher Ausdehnung so narbig brüchig, dass die Nähte durchschnitten. Das Loch im Magen riss in grösserer Ausdehnung ein, und entschloss ich mich zur Exstirpation der erkrankten Stelle. Mit zwei kräftigen Scheerenschnitten umschnitt ich das Geschwür etwa 2 Mark gross möglichst im Gesunden, liess mir nun durch 2 Hände meiner Assistenten die ca. 5—6 cm in der Länge betragende Schnittwunde des Magens fixiren und vereinigte dieselbe, zuerst mit einer fortlaufenden Naht, darüber in einer zweiten Reihe und an einzelnen Stellen in einer dritten Reihe Knopfnähte. Ich reinigte nun noch einmal die Bauchhöhle so gründlich wie möglich mit Spülen warmer Kochsalzlösung und schloss dieselbe, nachdem ich schliesslich auch noch den tief im Becken liegenden Tampon herausgezogen hatte, ohne irgend eine Drainage.

Die Heilung ist bis auf eine beschränkte Stichcanaleiterung ohne Zwischenfall verlaufen, in den ersten Tagen unterstützten reichliche Infusionen von Salzwasser und Lavements von warmem Wasser mit Cognac die Erhaltung der Kräfte. Der Puls blieb noch einige Tage sehr frequent. Doch allmählich hoben sich die Kräfte, und Patientin ist jetzt, nachdem sie noch Wochen lang mit grosser Vorsicht genährt ist, blühend und gesund, wie Sie sie heute vor sich sehen. —

Fälle glücklicher Heilung nach Operationen bei acuter Perforationsperitonitis sind immer noch so selten, dass jeder einzelne Fall auf Interesse rechnen darf. Noch heute gelten die von Weir und Foote veröffentlichten Zahlen, nach denen von den bis 12 Stunden nach dem Auftreten der Symptome operirten 39 Proc., von den binnen 12—24 Stunden operirten 76 Proc. starben. Ich habe die Geschichte meines noch 21 Stunden nach Eintritt der Perforation operirten Falles etwas eingehender mitgetheilt, um hervorzuheben, dass ich das gute Resultat in erster Linie der ausgiebigen Eröffnung der Bauchhöhle vom Rippenrand bis zur Symphyse zu verdanken glaube. Nur hierdurch war es möglich, die Bauchhöhle von allem Mageninhalt auf's gründlichste zu reinigen, speciell die bereits reichlich im Cavum Douglasii angesammelte mit Fibrinflocken gemischte schmutzig seröse Flüssigkeit herauszubringen. Ich bin zu dieser Operation durch mein Vorgehen gekommen, den Sitz der Erkrankung zunächst in den Organen des kleinen Beckens zu suchen, möchte aber ihrer methodischen Ausführung in der beschriebenen Ausdehnung in jedem Falle von Perforationsperitonitis nach dieser Erfahrung das Wort reden.

Auch für die von den meisten Chirurgen heute empfohlene Reinigung der Bauchhöhle mit warmer steriler Kochsalzlösung dürfte mein Fall empfehlend sprechen. Ich will noch erwähnen, dass es uns überraschte, bei dieser Behandlung die Reposition der ausgepackten Därme so ausserordentlich leicht ausführen zu können, eine Beobachtung, die vor kurzem auch aus der Frankfurter Klinik im Centralblatt für Chirurgie¹⁾ mitgetheilt wurde, wie hier angenommen, weil die durch die Entzündung meteoristisch aufgetriebenen Darmschlingen unter der Kochsalzbehandlung wieder peristaltische Bewegung und Contraction bekommen.

1) 1900. Nr. 2.