Winke für die Nachbehandlung der wegen Rektumcarcinom sakral Operierten.

Von

Prof. Dr. J. Hochenegg.

Während bei den meisten anderen Operationen der Satz: „Das Schicksal des Patienten entscheidet sich auf dem Operationstisch“ mehr oder weniger Gültigkeit hat, ist dies bei den sakralen Mastdarmoperationen entschieden nicht der Fall, da hier mehr als bei anderen Operationen das Schicksal des Patienten in der Nachbehandlungsperiode so und so oft auf dem Spiele steht, und die Operation selbst nur den ersten Akt in der Kette der zur Genesung oder zum Tode führenden Ereignisse darstellt.

Ich habe auch den Eindruck gewonnen und diesem schon zu wiederholten Malen Ausdruck verliehen, daß die Schwierigkeit nicht in der Technik der Operation, sondern in der der Nachbehandlung gelegen ist und ich glaube, daß es hierauf zu beziehen ist, wenn sich so mancher Operateur mit der Methode der sakralen Exstirpationen nicht befreunden kann und in seinem Mißmute über den Verlauf nach neuen Methoden sucht, oder sich eine eigene, viel enger gesteckte Indikationsphäre zurecht legt.

Auf Fehler in der Nachbehandlung beziehe ich die so ungleiche Statistik bei den verschiedenen Operateuren. Man braucht sich nur zu vergegenwärtigen, daß bei den sakralen Exstirpationen die Nachbehandlung vom Operateur selbst ja nur überwacht und geleitet zu werden pflegt, daß dieselbe aber größtenteils dem ärztlichen Hilfspersonale und dem Pflegepersonal zukommt. Es ist daher nur zu begreiflich, daß manches Mal Versehen unterlaufen, die den Wundverlauf schwer zu schädigen imstande sind, und denen dann so mancher traurige Ausgang zuzuschreiben ist.

Erst unlängst hatte ich unter meinen Fällen eine solche Be-

obachtung zu machen. Das imposante Bild, die eklatante Ursache des Ereignisses ließen mir diese Wahrnehmung mitteilenswert erscheinen, und veranlaßten mich im weiteren, die Fälle meiner sakralen Rectumexstirpationen, ich verfüge bis heute über 257 Fälle von sakralen Exstirpationen, Revue passieren zu lassen, um an ihnen die besonders wichtigen Fehler in der Nachbehandlung zu sammeln, damit andere an den meinen zu lernen Gelegenheit haben und durch sie aufmerksam gemacht, dieselben vermeiden können.

Der Fall, der in mir die Absicht zeitigte, über Nachbehandlung nach sakralen Carcinomexstirpationen zu schreiben, ist folgender:

Herr W., 45 Jahre alt, kommt am 6. XI. wegen eines hohen, zirkulären, 3 cm breiten, gut beweglichen Rectumcarcinoms zur Operation.

Ich vollführe die Resektion des Carcinoms und vernähe den Darm mit zirkulärer Naht in der Wunde, tamponiere den mittleren Anteil der sacralen Hautwunde locker mit Jodoformgaze, darüber kommt der übliche Verband.

Pat. blutet etwas nach und wird deshalb, um die Verbandstoffe fester an die Wunde anzudrücken und so womöglich die Blutung zu stillen, in Rückenlage im Bette gelagert. Am 1. und 2. Tage post op. normales Befinden. Da der Pat. die Rückenlage gut verträgt und eine Umlagerung fürchtet, belasse ich den Pat. in dieser Lage. Am 3. Tage Temperatursteigerung bis $38,6^{\circ}$, ängstlich aufgeregtes Benehmen. Bei der Inspektion anlässlich des geplanten Verbandwechsels gewahre ich bei dem in Rückenlage befindlichen Pat. eine starke, kindskopfgroße Schwellung des Scrotums die sich als durch Emphysem bedingt erweist. Hierdurch zur weiteren Palpation veranlaßt, taste ich, da sich das subkutane Hautemphysem an der vorderen Bauchseite, namentlich links bis über den Rippenbogen hinauf erstreckt. Im ganzen Bereiche des Emphysems ist Pat. leicht druckempfindlich. Pat. erzählt, daß er die Nacht vorher stark von Winden geplagt war, daß diese dann mit großer Vehemenz abgegangen sind, wobei er aber den Eindruck hatte, daß die Gase irgendwoandershin entweichen, nicht per anum abgingen.

Die Inspektion der Wunde ergibt Ruptur der Darmnaht entsprechend der hinteren Peripherie, Austritt von Kot in die Wundhöhle. Nebst Kot müssen massenhaft Gase abgegangen sein, denn der Bauch, der tags zuvor gespannt und gebläht war, erscheint eingefallen und weich. Diese haben wegen der Rückenlage des Pat. und wegen des festen Abschlusses der Wunde durch die feuchten blutdurchdrängten und angeklebten Verbandstoffe nicht nach außen entweichen können und führten naturgemäß zum Emphysem. Ob der Ausbreitungsweg im subkutanen Zellgewebe stattfand, oder, was mir nach Injektionsversuchen viel plausibler erscheint, vom Cavum ischio rectale subperitoneal gegen Scrotum und Flankengegend fortschreitend das präperitoneale Zellgewebe benutzte, kann ich nicht mit Sicherheit entscheiden.

Das Ereignis blieb übrigens ohne weitere nachteilige Folgen, indes der weitere, in Seitenlage durchgeführte Wundverlauf zur Heilung führte.

Die sich aus dieser Beobachtung ergebende Lehre lautet:

Sakral operierte Patienten sind in Seitenlage, nicht in Rückenlage nachzubehandeln.

Die Wichtigkeit der Lage in gemeinten Fällen erhellt ferner aus einer Beobachtung, die ich an einem von anderer Seite Operierten zu machen Gelegenheit hatte.

Mann in den fünfziger Jahren wird wegen Ca. recti mit Resektion und Darmnaht behandelt, die äußere sacrale Wunde wird größtenteils durch Naht geschlossen, das Wundcavum durch zwei seitlich eingeführte Drains drainiert. Anfangs war zufriedenstellender Verlauf, die Naht scheint zu halten. Am 8. Tag Fieber, der hierdurch notwendig gewordene Verbandwechsel wird in Knieellenbogenlage gemacht, da der Pat. sich kräftig genug fühlt, um im Bette aufzuknien und sich vornüber zu neigen.

Die Besichtigung der so gut übersehbaren Wunde ergibt geringe entzündliche Reizung. Vorziehen und Reinigung der Drains. Plötzlich kollabiert Pat. und unter dem Bilde einer foudroyant verlaufenden Perforationsperitonitis geht Pat. 26 Stunden nach dem Verbandwechsel zugrunde.

Die Sektion ergab, daß ein größerer zwischen Darm und Blase gelegener Abszeß gegen die Bauchhöhle zu geplatzt war und seinen infektiösen Inhalt infolge des negativen durch die Knieellenbogenlage erzeugten Druckes gegen die freie Bauchhöhle entleert hatte.

Die sich hieraus ergebende Lehre lautet: Bei sakral operierten Patienten muß stets darauf geachtet werden, daß das Becken tiefer steht als Bauch und Rumpf. Nicht nur die Knieellenbogenlage ist zu vermeiden, sondern auch das vom Pflegepersonal beim Durchzugwechsel so beliebte Hochheben des Beckens ist streng zu verbieten.

Daß außer der Aspiration von Eiter gegen die Bauchhöhle noch durch andere Umstände bei Hochlagern des Beckens gefährliche Konsequenzen ausgelöst werden können, beweist mir ein weiterer Fall meiner Beobachtung.

Bei Frau B., 53 Jahre alt, muß wegen Ca. recti ein Stück Vaginalwand mit exstirpiert werden. Schon bei der Operation war die überaus starke, venöse, aus varikösen Scheidenvenen stammende Blutung störend, dennoch gelang es mir, diese durch zahlreiche Ligaturen und Umstechungen zu stillen. Am 2. Tage bei bestem Befinden: starke venöse Nachblutung, weshalb von einem Anstaltsarzte in Knieellenbogenlage der Verband gewechselt, die Gerinnsel ausgeräumt und der Versuch einer Blutstillung gemacht wurde.

Plötzlicher Kollaps, Pulslosigkeit, Cyanose. Unter dem Bilde einer Luftembolie, verschied in kaum einer Viertelstunde die Patientin. Ich konnte nur mehr das typische Bild der Luftembolie konstatieren und das unter heftigstem Lufthunger eintretende Ende mit beobachten. Obwohl eine Sektion nicht gemacht wurde, ist es wohl unzweifelhaft, daß auf Luftembolie das plötzliche Ende zu beziehen sei, was besonders auch daraus

klar wurde, daß die in mortua vorgenommene Inspektion der Wunde eine klaffende aber blutleere varicöse Vene ergab. Höchstens könnte noch an Embolie gedacht werden, welche mir aber die eigentümlichen Herzgeräusche an der agonisierenden Patientin nicht erklären würde.

Eine Ausnahme von der Regel: die Patienten niemals in erhöhte Beckenlage zu bringen, ist aber gegeben

a) bei venösen Nachblutungen, bei welchen mir zu wiederholten Malen die Schiefklagerung des Bettes (Erhöhung des Fußendes) sehr gute Dienste leistete und

b) bei Prolaps von Därmen gegen die Wundhöhle durch den rupturierten Peritonealschlitz entsprechend dem bei der Operation eröffneten Douglas.

Ich hatte dieses Ereignis mehrmals und zwar unter sehr verschiedenen Symptomen und durch dasselbe ausgelösten Konsequenzen zu verzeichnen.

Namentlich Weiber mit erschlafitem Beckenboden oder Uterusprolapsleiden, wo die von früher her gegen den Beckenboden zu verlagerten Dünndärme ein langes Gekröse besitzen, kann ausgelöst durch starkes postoperatives Erbrechen die Peritonealnaht bersten und dann der Darm gegen das Wundcavum, sogar durch die äußere Wunde hindurch bis unter den Verband prolabieren.

Bei einem meiner Fälle prolabierte ein kindskopfgroßes Konvolut Därme unter dem Verband vorbei bis gegen die Mitte der Oberschenkel, so daß ich die Patientin auf ihren Därmen faktisch liegend antraf.

Es ist interessant, daß bei allen meinen Fällen dieses mich anfangs so erschreckende Ereignis ohne gefährliche Peritonealreizung vorüberging, daß alle nach der Reposition und durch Tampons erzielte Zurückhaltung anstandslos genasen, daß sich aber bei diesen Fällen in der Regel im weiteren Verlaufe sakrale Hernien ausbildeten, während ich dies ohne während der Wundheilung eingetretenen Prolapses nicht beobachtete.

Einen Fall verlor ich allerdings an Incarceration der gegen die Wunde prolabierten Därme. Bei dem auswärts operierten und von mir nicht selbst nachbehandelten Fall brachte erst die Autopsie der Wunde Klarheit in die für Peritonitis gehaltenen Symptome.

Für diese Fälle empfehle ich allerdings mäßige Beckenhochlagerung während der Reposition und Schiefklagerung des Patienten während der übrigen Nachbehandlung.

Daß Urinretentionen eine häufige Folge der Operationen am Rektum überhaupt und ganz besonders der sakralen Rektumextirpationen sind, ist eine bekannte Tatsache.

Dennoch unterscheiden sich die zur Urinretention führenden

Verhältnisse und die durch diese im weiteren Verlauf ausgelösten Symptome bei sakraler Operation sehr wesentlich gegenüber den bei andern Rektumoperationen (Hämorrhoiden, Fissuren usw. usw. Einsetzender.

Vor allem kommt sehr häufig der Patient nicht selbst zur Einsicht, daß es sich um Urinretention handle. Er hat sehr häufig nicht das lästige Spannungsgefühl, wie sonst bei übervoller Blase, weshalb er auch nicht darüber klagt. Die zahlreichen andern Beschwerden, Wundschmerz, Operation- und Narkosenachwirkung, die Unbequemlichkeit der Lage usw. erscheinen ihm viel wichtiger und nur über diese Umstände wird Klage geführt. Dem untersuchenden Arzt fällt vielleicht auf, daß Patient so und solange nicht uriniert hat, da er aber über der Symphyse den sonst von andern Formen der Urinretention genugsam bekannten prallen Tumor weder palpatorisch noch perkutorisch nachweisen kann, tröstet er sich mit der Vorstellung, daß vielleicht durch Anämie oder Säfteverlust aus andern Ursachen (Schwitzen, Erbrechen) es zu erklären sei, daß noch kein Urin abgegangen und keiner in der Blase nachweisbar ist. Und dennoch besteht sehr häufig eine maximale Überdehnung der übervollen Blase, nur hat sich diese nicht nach vorn über der Symphyse, sondern nach rückwärts und unten gegen das operativ entleerte Cavum ischio-rectale ausgedehnt. enn Wendlich dann doch zum Katheter gegriffen wird, ist das Malheur bereits geschehen. Die Blase ist überdehnt, sie kann sich nicht mehr kontrahieren, sie kollabiert nur oder wird durch die von oben her andringenden Därme per Katheder ausgedrückt. Schwere Formen der Cystitis sind die beinahe sicher einsetzenden Konsequenzen eines solchen Versäumnisses und wenn man die Todesursachen nach sakralen Operationen durchsucht, wird man nur zu häufig vesikale Sepsis verzeichnet finden.

Noch ein anderes Moment erweist uns die Vorgänge in der Blase namentlich bei Operationen an Männern als besonders berücksichtigungswert: Bildet doch ein Teil der hintern Wand der Blase die Begrenzung des nach der Operation resultierenden Wundcavums und es ist nur zu begreiflich, daß zunächst dieser Teil, später allmählich die ganze Blasenwand an den Vorgängen in diesem Wundcavum partizipiert und so findet manche schwere Cystitis durch direkte Fortleitung der Entzündung von der Wunde ihre ungezwungene Erklärung.

Um dieser Vorstellung näher zu treten, wurden von einem meiner Ärzte, Herrn Dr. Heyrovsky, systematische bakteriologische Unter-

suchungen des Harns bei Sakraloperierten vorgenommen und ein direktes Durchwandern von Bakterien vom Wundcavum gegen die Blase nachgewiesen. So in einem Falle, wo zuerst in der Wunde, aber sehr bald auch im Harn der nicht operativ eröffneten Blase Pyoceaneus nachweisbar war. Kommt zu dieser Durchwanderung von Infektionserregern oder Produkten noch als begünstigendes Moment die Harnretention dazu, so ist es begreiflich, daß ganz abnorm heftige Cystitiden resultieren können.

Die sich hieraus ergebende Lehre lautet: In jedem Falle, wo die Urinentleerung in den ersten zwölf Stunden nicht erfolgt, ist unter den bekannten Kautelen zu katheterisieren.

Die größten Schwierigkeiten für die Nachbehandlung und die bei weitem mächtigsten Gefahren erwachsen naturgemäß aus den Stuhlverhältnissen.

Als Hauptregel kann in dieser Beziehung nur geraten werden, die Wundhöhle sofort, nachdem Stuhl ausgetreten ist, breit zu eröffnen und breit offen zu erhalten. Da die Erfahrung immer wieder lehrt, daß die Beschmutzung mit Kot von ihren Gefahren verliert, je weiter die Wundheilung bezw. Granulationsbildung vorgeschritten ist, ist es begreiflich, daß man durch Verabreichung von Opium in Tinkturform (dreimal täglich 10 Tropfen genügen) bestrebt ist, den Stuhl möglichst lange zurückzuhalten. Ich kann im allgemeinen dieses Bestreben nur als zweckmäßig erklären — wenn nicht bei Resektion die Naht in der Wunde gemacht wurde. In diesem Falle platzt bei der durch Opium erzielten Eindickung der Kotmassen gewöhnlich die Naht quer, wenn die Kotsäule endlich in Bewegung kommt. Für diese Fälle erscheint es mir noch immer am praktischsten zu sein, Klistiere zu geben, und vom sechsten Tage an durch milde Abfuhrmittel für Entleerung durch den bei der Operation stark überdehnten und daher temporär in continen Sphincter zu sorgen.

Je früher die Beschmutzung der Wunde mit Kot erfolgt, je flüssiger dieser ist, um so gefährlicher für die Wundheilung muß dieses Ereignis beurteilt werden.

In allen diesen Fällen öffne ich sofort die Wunde in ganzer Ausdehnung und spüle bei niedrig gehaltenem Irrigator mit gewöhnlichem lauem Wasser die Wunde vorsichtig und schonend ab und lege in die so gereinigte Wunde locker Jodoformgaze ein. Ich habe den Eindruck, daß man für die Nachbehandlung in dieser Gegend nur schwer das Jodoform missen kann. So nachbehandelt ist das Ereignis der Kotbeschmutzung meist belanglos, schreitet man aber zu

spät an die Wunderöffnung, so kommt es meist zur stercoralen Phlegmone, die oft unaufhaltsam retroperitoneal fortschreitend schwersten septischen Erscheinungen Tod herbeiführt. Sobald im Wundbett entzündliche Erscheinungen aufgetreten sind, verbinde ich mit feuchter, in essigsaurer Tonerdelösung getränkter Gaze, gebe Abführmittel und lasse die Wunde täglich mehrmals vorsichtig abspülen und verbinden.

Ebenfalls eine häufig gemachte Erfahrung lehrt, daß der verflüssigte Kot für die Wundverhältnisse ungemein gefährlich, während der harte oder lehmartig zähe fast irrelevant ist. Der Dieffenbachsche Ausspruch: „Harn ist Gift, Kot Balsam für die Wunde“ gilt nur für geformten Kot und keineswegs für den durch Abführmittel verflüssigten. Aus diesem Grunde sehe in Fällen mit starker Stenosierung von einer vorbereitenden Entleerungskur als ohnehin resultatlos ab, da dieselbe höchstens eine Verflüssigung der Kotmassen ohne genügenden Abgang erzielt und darnach, sobald operativ die Stenose beseitigt ist, der ganze infektiöse Strom undirigierbar sich durch Nähte hindurch gegen die Wunde ergießt.

Die für solche Fälle empfohlene, der Exstirpation vorauszuschickende Kolostomie hat gewiß Berechtigung, und wenn ich von derselben so selten Gebrauch gemacht habe, so geschah es aus Rücksicht für die Patienten, um ihnen eine zweimalige Operation zu ersparen.

Häufig ist bei den sakral Operierten eine exzessive Schmerzhaftigkeit der Gesäßbacken zu bemerken. Leise Berührung derselben ruft heftigsten Schmerz hervor, der eine sehr lebhafte Kontraktion der Glutealmuskulatur auslöst, die manchmal so stark ist, daß die ganze sakrale Wunde breit klaffend aufgerissen wird. Um den Pat. diese ganz bedeutenden plötzlich ausgelösten Schmerzen zu ersparen, ist schonendes Verbinden mit möglichster Vermeidung von Berührung der Gesäßbacken zu empfehlen.

In das Gebiet der Nachbehandlung fällt aber auch die gründliche Darmentleerung nach erfolgter Heilung. Bei allen Formen des aus der sakralen Op. resultierenden widernatürlichen Afters sei derselbe von vornherein geplant (Amputatio und Exstirpatio recti mit sacralem After) oder bei vollführter Resektion entweder absichtlich (provisorischer Sakralafter) oder unabsichtlich (sakrale Fistel nach Berstung der Naht) entstanden, ist es für den Pat. von größter Wichtigkeit, daß sein Dickdarm einmal wirklich gründlich von altem Kote entleert werde, denn nur dann ist der Zustand der Inkontinenz halbwegs erträglich und kann der Pat. unter Abklingen seines die cacinomatöse Rektum-

stenose stets begleitenden Dickdarmkatarrhs dazu gebracht werden, daß er täglich ein oder mehrmals Stuhl entleert und die übrige Zeit meist rein bleibt. Dabei dringe ich bei meinen Pat. darauf, das sie sich wirklich, wie früher beim Stuhl, durch Pressen ihres Kotes entledigen; wenn sie das nicht tun, quillt konstant Kot vor, und der Zustand wird durch die permanente Beschmutzung unausstehlich.

Meist können die Patienten gewöhnliche Aborte benutzen, sie müssen sich nur stärker hinten überneigen, andere setzen den Stuhl im Sitzbad ab; wieder andere in vorgehaltene Wattebauschen. Von der verschiedenartigen Pelotten und Verschußapparaten, die ich im Laufe der Zeit erprobte, empfehle ich jetzt nur mehr die Pelotte, wie ich dieselbe in meiner ersten Publikation angab, oder eine elastische Bandage, die einen gewöhnlichen Badeschwamm fest gegen die Öffnung des sakralen Afters preßt.

Wie ich schon an anderer Stelle betont und begründet habe, halte ich es für unbedingt nötig, daß einmal an Carcinom erkrankte Patienten nach der Op. wieder in möglichst guten Ernährungs- und Gesundheitszustand gelangen. Ich habe den Eindruck, daß hierdurch widerstandsfähig gewordenen Organismen weniger leicht der Recidiv verfallen. Auch aus diesem Grunde ist der Operation eine gründliche Entleerungskur folgen zu lassen. Nach dieser kommen die Pat. wieder zu Appetit, nehmen meist rapid an Körpergewicht zu, gewinnen wieder Lebensmut und Lebensfreude.