Ileus durch Obturation der Flexura coli sinistra.⁴⁾

Von Dr. Paul Manasse in Berlin.

Wenn man die Darstellung der Lehre vom Ileus, wie sie heutzutage gegeben wird, überblickt, so könnte es scheinen, als ob hier ein im wesentlichen abgeschlossenes Gebiet der Klinik vorläge. Dies ist aber nicht der Fall. Bei sorgsamer Beobachtung heben sich aus dem großen Bilde immer wieder neue, schärfer präzisierbare Einzeltypen hervor, denen klinisch wie pathologisch-anatomisch eine besondere Bedeutung zukommt. Handelt es sich dabei auch nur um Einzelbeobachtungen, so darf man doch den Wert derselben für die Lehre vom Ileus nicht unterschätzen. Denn gerade diese ist bei der relativen Seltenheit des Leidens in ihrem weiteren Ausbau auf gesicherte Einzelerfahrungen angewiesen und wird es auch in Zukunft bleiben.

Im Hinblick hierauf mag es gerechtfertigt erscheinen, die Aufmerksamkeit auf eine wichtige Form des Ileus zu lenken, welche durch eine eigentümliche Art von Obturation der Flexura coli sinistra, nämlich durch Gassperre, zustande kommt, und die erst in jüngster Zeit genügend Beachtung gefunden hat.

Terrier¹⁾ berichtet 1902 in der Pariser chirurgischen Gesellschaft über einen erfolgreich operierten Fall von Ileus bei einer 56jährigen Frau, bei welcher er die Flexura lienalis des Dickdarms sehr hochreichend und spitzwinklig ausgezogen am Zwerchfell fixiert gefunden hatte. Der mittlere Teil des Colon transversum war stark aufgetrieben, das Colon descendens leer. In der sich anschließenden Diskussion zeigte es sich, daß Fälle dieser Art, wenn man von den im Anschlusse an Laparotomien entstandenen absieht -- diese gehören, streng genommen, nicht hierher --, selten beobachtet worden waren. In der deutschen Literatur finden sich, soweit ich es übersehe, nur zwei Arbeiten, welche sich mit der Frage eingehender beschäftigen, die von Braun²⁾ und Payr³⁾ auf deren Studium besonders verwiesen werden kann.

Aus der Seltenheit der Veröffentlichungen darf man aber nicht den Schluß ziehen, als ob es sich hier nur um Kuriosa handle. Denn während die Pariser Chirurgen (Poirier, Bérard etc.) fast jeder nur einen Fall gesehen hatten, konnte Payr, welcher von vornherein eingehender auf die Sache achtete, aus der Grazer Klinik allein fünf Fälle beibringen. Auch anderweitig dürfte das Material reichlicher fließen, wenn erst die Aufmerksamkeit darauf gerichtet wird.

Der Kranke, über den ich zunächst berichten möchte, wurde am 22. Juni 1905 mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Perityphlitis“ in meine Klinik gebracht. Der 49jährige Mann war fünf Tage zuvor im Anschlusse an einen Dünndarmerkrankung plötzlich mit heftigen Leibes- und Erbrechen erkrankt. Nach vorübergehender Besserung steigerten sich die anfallsweise auftretenden Leibes- und Erbrechen, welche sich mehr und mehr auf die rechte Unterbauchgegend konzentrierten, an Häufigkeit und Intensität. Der Leib trieb sich zusehends auf, Erbrechen stellte sich wieder ein. Flatus gingen vom Beginn der Krankheit nicht ab. Stuhlgang erfolgte nur einmal am zweiten Tage nach Klysma. Aus der Anamnese war zu erwähnen, daß Patient vor fünf Jahren einen heftigen, fieberhaften Schmerz-anfall in der linken Oberbauchgegend und später einen „Magendarmkatarrh“ durchgemacht hatte. In den letzten Monaten litt er an hartnäckiger Stuhlverstopfung. Sonst hatte er sich, obwohl er stets auffallend blaß und mager aussah, wohl befunden.

Der Befund bei der Aufnahme des Patienten in die Klinik ergab: Mittelgroßer, kräftig gebauter Mann, von schlechtem Ernährungszustande, blaßgelblicher Hautfarbe, schwerkranken Aussehen, ängstlichem Gesichtsausdrucke.

Temperatur: 37,5. Puls: 52, von mittlerer Füllung und Spannung. Zunge: braun, trocken, rissig. Brustorgane: ohne pathologische Veränderungen. Leib: stark aufgetrieben, prall elastisch, bei der Perkussion lautes, faßförmiges, metallisches Klanggebend, läßt nirgends Steifung oder Peristaltik der Därme erkennen (Opium!). Die rechte Bauchseite, besonders in der Cöcalgegend, äußerst druckempfindlich. Von hier gingen, etwa alle fünf Minuten, unerträglich schmerzhaft Koliken aus. — Die Bruchpforten waren frei. Per rectum ließ sich außer Blähung der heruntergedrängten Därme nichts Abnormes nachweisen. Der Urin zeigte einen geringen Albumengehalt ohne Zylinder und sonstige morphotische Elemente. Die Magenspülung förderte 1 Liter trüb-gelblicher, nicht riechender Flüssigkeit zutage.

Die alsbald vorgenommene Laparotomie bot ein eigentümliches Bild (siehe Fig. 1). Das Coecum über Mannsarmdicke geschwollen, blanrot, seine Serosa an der freien Taenie eingeklemmt. Um einen Einblick in die Bauchhöhle zu gewinnen, ist Punktion des Coecums not-

Fig. 1.

1) Carstens, A short history of splenectomy. New York and Philadelphia med. journ. 1905, No. 18. Ref. im Zentralblatt für Chirurgie 1906, No. 15.

2) Vanverts, De la splénectomie. Thèse de Paris 1897, G. Steinheil.

3) Jordan, Die Exstirpation der Milz, ihre Indikationen und Resultate (an der Hand von sechs erfolgreichen Splenektomien). Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. 11, S. 107. — Die Indikationen zur Milzexstirpation. Berliner klinische Wochenschrift 1903, No. 52.

4) Nach einem Vortrage im Verein für innere Medizin am 2. Juli 1906. (Vgl. No. 32, S. 1317.)

1) Bulletin de la société de chirurgie 1902, Tome 28. 2) Braun, Ueber den durch Lage und Gestaltsveränderungen des Colon bedingten Darmverschluß. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 76, S. 540. 3) Payr, Ueber eine eigentümliche Form chronischer Dickdarmstenose an der Flexura coli sinistra. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 77, S. 671.

wendig, wobei sich viel übelriechendes Gas entleert. Jetzt sieht man auch das Colon ascendens und Colon transversum stark aufgetrieben, letzteres mit einer in großem Bogen nach abwärts verlaufenden Schlinge versehen. Diese Darmabschnitte nehmen die ganze vordere Bauchwand ein; sie sind deutlich in geringerem Grade gebläht als das Coecum. An der Flexura coli sinistra, die hoch oben in der linken Zwerchfellskuppel fixiert ist, hört die Auftreibung des Dickdarms plötzlich auf. Das Colon descendens und die Flexura sigmoidea sind bandartig abgeplattet und leer. Am auffälligsten war die Tatsache, daß ein größeres Hindernis für die Passage des Darminhalts an der Flexura coli sinistra nicht nachgewiesen werden konnte, insbesondere fehlte jede Andeutung eines Tumors, an welchen ich zunächst dachte, es fehlten größere Stränge, welche den Darm hätten abknicken können etc. Erwähnenswert war die nicht unbeträchtliche Auftreibung des unteren Dünndarmabschnittes. Ich legte zur Entlastung des geblähten Dickdarms eine Cöcalfistel an, wobei das Coecum nochmals punktiert werden mußte, da es sich inzwischen wieder bis auf Mannsarmdicke gefüllt hatte.

Im Anschlusse an die Operation gingen die Ileuserscheinungen schnell zurück. Am 3. Oktober 1905 schloß ich die Fistel durch erneute Laparotomie. Auch bei dieser Operation überzeugte ich mich, daß von einer organischen Verengung der Flexura coli sinistra oder von irgendwelcher Kompression des Darmes keine Rede war. Nur waren die beiden Schenkel der Flexur auf eine Strecke von etwa 6–8 cm aneinander fixiert. Das Resultat ist, daß der Patient bis jetzt, d. h. ein Jahr nach der Operation, sich sehr wohl fühlt, bis auf einen zweitägigen fieberhaften Anfall von Schmerzen in der linken Oberbauchgegend mit peritonitischen Reizerscheinungen, der noch während des Aufenthaltes in der Klinik, und zwar kurz, nachdem Patient zum ersten Male das Bett verlassen hatte, aufgetreten war. Im übrigen ist das Aussehen des Patienten, im Gegensatz zu früher, blühend. Die Zunahme des Körpergewichts beträgt 15 Pfund, der Darm funktioniert ohne jede Störung.

Der vorliegende Fall hat eine große Ähnlichkeit mit den von Payr beschriebenen, insofern an der Flexura coli sinistra eine Verlegung des Darmlumens festgestellt wurde, ohne daß ein Hindernis, sei es im Lumen des Darmes, sei es in der Wandung desselben oder außerhalb desselben vorhanden war. Was ihn von jenen Fällen unterscheidet, ist der Umstand, daß der akute Ileusanfall ohne Vorboten, d. h. ohne daß Erscheinungen chronischer Dickdarmstenose vorangegangen wären, einsetzte. Man findet nämlich in der Anamnese dieser Kranken fast regelmäßig Angaben über anfallsweise auftretende, hartnäckige Obstipation, verbunden mit Meteorismus, kolikartigen Schmerzen im linken Hypochondrium, in der Magengegend oder der rechten Bauchseite, Brechneigung oder Erbrechen. Die nicht selten mit Fieber verbundenen Anfälle verschwinden plötzlich, wenn profuse, höchst übelriechende Diarrhöen unter reichlichem Abgange von Gasen stattgefunden haben. Der Leib sinkt dann ein, die Kranken erholen sich schnell. Nach Wochen oder Monaten wiederholen sich die Anfälle.

Nichts liegt näher, als bei diesen Kranken an eine Verengung, bzw. Verlegung des Darmlumens durch einen Tumor, eine Narbe oder dergl. zu denken. Und doch findet sich nichts Derartiges bei der Operation. Auch die Annahme, daß durch spitzwinklige Verziehung der Flexura coli sinistra, bei besonders lang herunterhängendem Colon transversum, eine Obturation des Darmes zustande kommen könnte, trifft nicht zu.

Durch die Untersuchungen von Leichtenstern,¹⁾ Curschmann,²⁾ Maclaure und Mouchet³⁾ u. a. wissen wir, daß das Colon transversum häufig mit einer weit unter den Nabel herunterreichenden Schlinge verläuft. Dementsprechend ist die Umwandlung der Flexura coli sinistra in einen spitzen Winkel häufig. Derartige Menschen leiden vielfach an Stuhlverstopfung, aber sie zeigen weder die Erscheinungen chronischer Dickdarmstenose noch bekommen sie Ileus. Auch haben die Versuche Quénu⁴⁾ gezeigt, daß selbst bei scharfem Anziehen des Colon transversum in der Richtung zur Symphyse ein Uebertritt von Flüssigkeit aus dem Colon transversum in das Colon descendens durch die Flexura coli sinistra hindurch möglich ist. Anders aber, wenn entzündliche Prozesse des

Peritoneums in der Nachbarschaft der Flexura coli sinistra, sei es im Anschlusse an Magengeschwür, Pancreaserkrankung etc. oder bedingt durch katarrhalisch-geschwürige Affektionen des Dickdarms, zu einer Verlötung der beiden Schenkel der Flexura coli sinistra auf eine gewisse Strecke geführt haben. Dann ist Behinderung der Peristaltik die notwendige Folge. Der Darminhalt stagniert in der Flexur, und zwar in dem aufsteigenden Schenkel derselben am meisten, was noch begünstigt wird durch eine Art Sporn (s. Figur 2), welchen die miteinander verwachsenen inneren Wände der Flexurschenkel bilden. Gelangen infolge von Diätfehlern leicht zersetzliche Stoffe hierher, welche abnorme Gasbildung hervorrufen und die Darmwand zu stärkerer Sekretion reizen, so wird der Darminhalt plötzlich vermehrt. Die Darmwand gerät rasch unter hohe Spannung mit allen Folgen der letzteren, nämlich venöser Stauung, Verminderung der Gasresorption, Lähmung der Darmmuskulatur. Die Fortbewegung des Darminhalts hört auf, während derselbe durch immer erneute Transsudation von Flüssigkeit und Gasbildung ständig zunimmt. In dem Maße, wie die Aufblähung des zuführenden Schenkels der Flexur wächst, wird der Sporn im Innern derselben an die gegenüberliegende Wand des Colon descendens angenähert und schließlich so fest angepreßt, daß eine völlige Verlegung des Darmlumens resultiert. Diese Art des Verschlusses ist auch für den von mir operierten Fall anzunehmen. Wie die kürzlich aufgenommene Röntgenphotographie beweist, ist ein spitzer Winkel an der Übergangsstelle des Colon transversum in das Colon ascendens ohne Verengung des Lumens vorhanden, veranlaßt durch das im Bogen herunterhängende Colon transversum. Die Anamnese und die klinische Beobachtung machen es durchaus wahrscheinlich, daß eine zirkumskripte Peritonitis in der Umgebung der Flexura coli sinistra stattgefunden hat, wonach eine Adhäsionsbildung zwischen den Schenkeln der Flexur zurückgeblieben ist.

Eine besondere Bedeutung kommt der maximalen Blähung des Coecums zu. Man hätte erwarten sollen, daß das dem Hindernis zunächst gelegene Colon transversum am stärksten aufgetrieben sein würde. In Wirklichkeit war dieser Teil des Dickdarms am wenigsten gebläht, während der Meteorismus nach dem Coecum hin zunahm und hier einen exzessiven Grad erreichte. Dieser auf den ersten Anblick sehr überraschende Befund ist, wie die ältere Literatur lehrt, früher nicht selten erhoben worden, namentlich bei tiefsitzendem Carcinom des Dickdarms und bei Volvulus der Flexura sigmoidea — ich selbst habe zweimal bei Carcinom der Flexura coli sinistra den maximalen Meteorismus coeci gesehen —, aber erst Arbeiten der letzten Jahre haben die Bedeutung desselben betont und eine Erklärung gebracht.¹⁾

Die Vorbedingung für den maximalen Meteorismus des Coecum ist die absolute Schlußfähigkeit der Valvula Bauhini. Alsdann kann bei Occlusion des Dickdarms die Stauung und Zersetzung des Darminhalts nicht über das Coecum hinaus auf den Dünndarm übergreifen. Nun besitzt das Coecum im Vergleich zu den übrigen Dickdarmabschnitten bei größter Weite die schwächste Wandung und wird einer Vermehrung des Innendruckes dementsprechend den geringsten Widerstand

Fig. 2.

Nach Braun s. a. a. O.

1) Leichtenstern, Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie 1878, Bd. 7. — 2) Curschmann, Topographisch-klinische Studien. Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 53, S. 1. — 3) Maclaure et Mouchet, Considérations sur la forme etc. Bulletin de la société anatom. 1896. — 4) Quénu, Bulletin de la société de chirurgie 1902, Tome 28.

1) Bayer, Blähung des Coecums. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 57. — Anschütz, Ueber den Verlauf des Ileus etc. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 68. — Kreuter, Dehnungsgangrän des Coecums. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 70. — Weiss, Ueber Dehnungsgangrän des Coecums. Archiv für klinische Chirurgie Bd. 73.

leisten. Jede abnorme Gasbildung und Flüssigkeitsansammlung, welche bei Dickdarmverschluss zwischen der Ileocöcalklappe einerseits und dem Hindernis des Darmes anderseits auftritt, treibt daher wohl die ganze Strecke auf, aber am meisten das Coecum, welches übrigens schon unter normalen Verhältnissen den meisten gasförmigen Inhalt besitzt. Am prägnantesten sieht man dies, wenn eine Dickdarmstenose vor dem Ileusanfall schon längere Zeit bestanden hat, z. B. beim Carcinom der Flexura coli sinistra. Die dem Hindernis benachbarten Darmabschnitte sind alsdann durch vermehrte Arbeitsleistung hypertrophiert und leisten der Aufblähung einen besonders hohen Widerstand. In solchem Falle ist das Colon transversum von normaler Weite, und erst an der Flexura coli dextra beginnt die Auftreibung des Darmes, welche am Coecum ihren Höhepunkt erreicht. Kranke dieser Art sind frühzeitig der Gefahr tödlicher Peritonitis, sei es durch Platzen des Coecums, sei es durch Perforation von Dehnungsgeschwüren daselbst, ausgesetzt.

Die Prognose des hier beschriebenen Obturationsileus an der Flexura coli sinistra ist also sehr ernst, wenn die Komplikation des maximalen Meteorismus des Coecums vorliegt. Aber auch ohne letztere erscheint ein günstiger Ausgang zweifelhaft, falls nicht rechtzeitig operiert wird. Septische Intoxikation droht von dem zersetzten Darminhalt aus und kann bei jeder Wiederholung des Anfalls eintreten.

Die Frage ist nur, ob die klinischen Erscheinungen einen Schluß auf die anatomischen Verhältnisse gestatten. Dort, wo Symptome einer chronischen Dickdarmstenose vorangegangen sind — und diese Fälle bilden die Regel — wird ein in der rechten Leibeshälfte stärker auftretender Meteorismus, ferner die sichtbare Steifung und vermehrte Peristaltik des geblähnten Darmes die Annahme eines tiefer sitzenden Dickdarmverschlusses ermöglichen, wobei die Art des Hindernisses natürlich nicht diagnostiziert werden kann. Ob eine gewisse Regelmäßigkeit und Häufigkeit der Obturationsanfälle hierbei die Unterscheidung von den bei carcinomatöser Dickdarmstenose beobachteten erlaubt, welche seltener und in gesteigerter Intensität auftreten (Payr), müssen weitere Erfahrungen lehren. Fehlen jene anamnestischen Anhaltspunkte, ist der Leib während des Ileusanfalles gleichmäßig gebläht, so ist auch eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose betreffs der Ursache desselben kaum möglich. Nicht ohne Wert scheint es mir immerhin für die Beurteilung des Zustandes zu sein, wenn die Koliken stets von derselben Stelle ausgehen, z. B. wie in meinem Fall, von der Cöcalgegend. Denn dadurch ist die am meisten gefährdete Darmpartie gekennzeichnet. Hier arbeitet der tetanisch gespannte Darm am heftigsten gegen das Hindernis an.

Was lernen wir aus der Kenntnis der Tatsache, daß es durch eigentümliche anatomische Verhältnisse zu einer „Gasperrre“ an der Flexura coli sinistra mit Ileuserscheinungen kommt? Anscheinend nicht viel! Denn im günstigsten Fall diagnostizieren wir einen tiefsitzenden Dickdarmverschluss. Und doch ist diese Kenntnis wertvoll. Denn wir wissen nun von einer neuen Quelle der Lebensgefahr, welche unsere von Ileus befallenen Kranken bedroht und welche nur durch frühzeitige Operation abgewendet werden kann. Noch wichtiger aber ist es, daß die neu gewonnene Erfahrung das operative Vorgehen in die richtige Bahn leitet.

Wenn Naunyn¹⁾ sagt: „Die Entwicklung der anatomischen Diagnostik des Ileus soll unser Streben sein und bleiben“, so sind wir hier einen kleinen Schritt weiter gekommen, aber freilich nicht in dem Sinne, daß die Erweiterung der Erkenntnis die klinische Diagnose für alle derartigen Fälle sozusagen sichert. Denn es gilt für die meisten Formen des Ileus, daß wir aus den klinischen Erscheinungen die anatomischen Verhältnisse fast nie mit Sicherheit, häufig nicht einmal mit Wahrscheinlichkeit voraussagen können. Die Autopsie in vivo muß dann die wissenschaftliche Aufklärung bringen, welche ehe dem nur durch die Autopsie in mortuo erlangt worden ist.

Was die Operationsmethode betrifft, so ist die Eliminierung der Flexura coli sinistra durch seitliche Vereinigung des Colon transversum mit dem Colon descendens oder der Flexura

sigmoidea zu erstreben. Bei schweren Ileuserscheinungen ist an der am meisten geblähnten Darmpartie eine Fistel anzulegen, weil nur durch einen möglichst kleinen Eingriff das Leben dieser Kranken gerettet werden kann.

1) Naunyn, Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. 1, S. 101.