Aus der Chirurgischen Abteilung des St. Josefstifts in Bremen.

Zur Frage der Magen- und Darmentleerung bei atonischen Zuständen.

Von Dr. Heinrich Gross, Oberarzt.

Auf Anregung hin von Anschütz (Kiel) — gelegentlich einer Debatte über Peritonitisbehandlung auf der Bremer Tagung der nordwestd. Chirurgen 1912, wo ich für Verwendung der Magenfistel eintrat, — habe ich damals bei drei Kranken nacheinander die „Dauerausheberung“ des Magens nach Westermann mittels des durch die Nase eingeführten Schlauches vorgenommen. Jedesmal war der funktionelle Erfolg nicht sehr befriedigend, jedenfalls nicht so, wie ich ihn wünschte, und dabei bei zwei — vielleicht besonders empfindlichen — Kranken der Akt, speziell die Prozedur der Einführung, trotz Kokainisierung des Naseneingangs so quälend, daß ich bei ihnen wieder meine Magenfistel anlegte. Wir sind ihr dann in immer gehäufte Verwendung treu geblieben.

Fehlende Publikationen bzw. Äußerungen außer von Kappis¹⁾ (Kieler Klinik) ließen mich glauben, daß auch sonst die Methode wenig Anklang gefunden habe.

Nun wird sie von Grosser²⁾ (Krankenhaus am Urban) auf Grund einer Erfahrung bei neun Fällen wieder warm empfohlen. Seine Ausführungen und eine erneute Durchsicht der Literatur, die mir die Berechtigung gibt, veranlassen mich, unter Mitteilung des bei uns so bewährten Verfahrens zu der wichtigen Frage der Darmentleerung des Magens bei Atonie des Magens und des Darms Stellung zu nehmen. Hierzu glaube ich mich um so mehr berechtigt, als ich seit 1905 — wie ich nur nebenbei bemerke, nicht etwa, um eine Priorität geltend zu machen — zuerst vereinzelt, dann systematisch bei Störungen der Magen- und Darmmotilität die Dauerausheberung des Magens vornehme, und zwar mit Hilfe der obsoleten einfachen Magenfistel.

Sie wird, als selbständiger Akt natürlich in Lokalanästhesie, bei gefülltem Magen in der Medianlinie etwa in der Mitte zwischen Processus

ensiformis und Nabel, bei leerem Magen etwas oberhalb oder unter dem linken Rippenbogen (bei Längsschnitt) angelegt. Die Magenserosa wird auf einer möglichst kleinen Fläche durch fortlaufende, fünf bis sieben Stiche einbegreifende, feine Seidennaht mit Peritoneum parietale umsäumt. Dann — nach Bepudern des Operationsterrains mit irgendeinem Pulver — wird zwischen zwei Klemmpinzetten der Magen mit einem spitzen Messer eröffnet und mittels eines gut 1 cm dicken, etwa 5–8 cm weit eingeführten Gummischlauchs mit einer auf den Boden leitenden Heberdrainage verbunden; es empfiehlt sich, einen recht festen Schlauch zu nehmen, der nach Einfügung des verbindenden Glasstückes nicht abknickt.

Der Schlauch gewährleistet eine permanente Entleerung des Magens. Die etwa — bei Zufuhr von Milch leicht — eintretende Verstopfung der Lichtung, auf die übrigens der Kranke meist sofort mit Gefühl der Völle oder Aufstoßen reagiert, beseitigt schnell eine Durchspülung von außen. Der Schlauch bleibt mindestens bis zur völligen Regelung der Magen- und Darmtätigkeit liegen. Lennander gebraucht den Witzelschen Schrägkanal, dessen Bildung einen wesentlich komplizierteren Eingriff darstellt. Unsere „einfache“ Magen-fistel läßt sich bequem in zehn Minuten anlegen.

Schon auf dem Operationstisch erfolgt die erste Entleerung von Gas und zersetztem Mageninhalt, dann beginnt sofort die Zufuhr von Flüssigkeit per os in beliebiger Menge, soviel der Kranke nur will und mag. Der psychische Einfluß auf ihn, der, von Durst gequält, auf jede Flüssigkeitsaufnahme mit stärkerem Erbrechen reagierte, macht sich schnell geltend. Die ständige, Tag und Nacht fortgesetzte reichliche Zufuhr von oft mit Wein und Kognak vermengtem Wasser oder NaCl-Lösung, sehr bald auch von Suppen, mag, wenn man den Schlauch nicht für kurze Zeit abklemmt, für die Resorption nicht sehr viel bedeuten, da die Flüssigkeit schnell wieder abfließt, aber zugleich spült diese den Magen aus und entfernt die toxischen Massen — und zwar nicht nur aus dem Magen.

In den vorgeschrittenen Fällen der Atonie, die ich hier zunächst im Auge habe, lassen erst der kotige Geruch, dann eine oft sehr lange Permanenz galliger Beimengung vermuten, welchen Anteil mindestens der obere Darmabschnitt — bei geöffnetem Pylorus und Retroperistaltik — an der Füllung des Magens nimmt und welche Massen eventuell aus dem Darm zurückströmen. Die ständige Entleerung des Magens, die den Zutritt erleichtert, im Verein mit der Saugwirkung des Hebers, gestaltet diesen Rückfluß entschieden leichter. Die Magen-fistel bedingt somit auch eine Entleerung des Darms. Ich bin geneigt, diese Funktion in ihrem Einfluß auf die Wiederkehr des normalen Tonus mindestens als nicht gering einzuschätzen.

Der Vergleich mit anderen Fällen, die keine Magenfistel benötigten, d. h. also solchen, wo die Atonie weniger ausgesprochen war, gibt dieser Bewertung eine gute Unterlage, eine bessere die Beobachtung, daß sogar noch in der Rekonvaleszenz, bei längst rite hergestellter Funktion, der Darm auf eine zeitweilige Abklemmung des Schlauches nicht selten mit deutlich verminderter Tätigkeit antwortet.

Diese Erfahrung mit dem Magenheber hat uns veranlaßt, die Darmfistel in der Indikation Schlanges zur Entleerung des toxischen Darminhalts nicht mehr anzuwenden; ihre Wirkung erstreckt sich bei paralytischem Darm doch nur auf einen kleinen regionären Abschnitt und ist unseres Erachtens wesentlich geringer als die unseres Magendarmhebers, wie wir sagen können, nachdem wir mehrfach in einwandfreier Beobachtung festgestellt haben, daß er aus dem Darm ganz kopiöse Massen fortzuschaffen vermag; stammen letztere auch nur aus dem obersten Darmabschnitt, so wird doch durch ihre Entfernung eine Entlastung auch der unteren Partien erreicht. Ebenso erkennt Grosser der „nasalen Drainage“ des Magens „durch Fernwirkung“ eine Saugwirkung auf die gefüllten Darm-schlingen“ zu.

Die Darmfistel, nicht selten gleichzeitig mit der Magen-fistel, findet ihre Anwendung bei uns nur noch bei ausgesprochenen mechanischen Hindernissen, so durch Adhäsion oder Abknickung, wie z. B. bei eitriger Appendicitis als Folgeerscheinung, wo ich im Gegensatz zu mehrfach geäußelter Forderung der Relaparotomie stets mit ihr allein auskomme.

¹⁾ Zbl. f. Chir. 1915. — ²⁾ Langenb. Arch. 103.

Einer bisher nicht behandelten Indikation hat die Darmfistel in drei Fällen genügen müssen nach Operation der inkarzierten Hernie, wo die Peristaltik bei anscheinend allzuschwer geschädigtem Darm nicht in Fluß kam; ohne die Inkarzerationsstelle wieder aufzusuchen und zu eröffnen, haben wir jedesmal die Beseitigung der Atonie erzielen können.

Wir lassen den Magenschlauch fast immer bis zur völligen Beseitigung der Infusion liegen, ihn als Ventil benutzend, das wieder geöffnet wird, sobald Stauung im Magendarmtraktus sich geltend macht; mit dem ersten Stuhlgang pflegen wir ihn abzuklemmen, erst vorübergehend, dann länger.

Wenn das Ausfließen von Magensaft mit Mageninhalt seinerzeit die „einfache“ Magenfistel in ihrer Bestimmung zur dauernden Ernährung mit vollem Recht in Mißkredit brachte und ihren Ersatz durch den Witzelschen Schrägkanal forderte, so brauchen wir für unsere Aufgabe, den Mageninhalt für kurze Zeit nach außen zu leiten, diese lästigen Konsequenzen nicht zu fürchten. Wohl haben wir sie bei Erweiterung des Magenloches ab und zu erlebt, aber ganz selten im Bilde des profusen Ausflusses; stets konnten wir durch einen Tupfer mit Heftpflasterstreifen, der die Wundränder neben dem Schlauch zusammenbrachte, leicht Abhilfe schaffen oder auch, wenn seine Aufgabe so wie so erledigt war, durch Entfernung des Schlauches.

Sich ausbildende — dann nicht selten unter Entwicklung kleinster, scharfrandiger Hautdefekte — stets ganz lokale Ekzeme heilten schnell unter Pulver- oder Salbenverband.

Im Laufe der Jahre ist unsere Magenfistel ein so selbstverständliches Requisit jeder Peritonitisoperation geworden, daß sie sofort, auch wenn noch kein andauerndes Erbrechen oder Aufstoßen besteht, von vornherein ins Auge gefaßt und oft vor Inangriffnahme des eigentlichen Eingriffs angelegt wird. Eine ausgedehnte Spannung der Bauchdecken, die Magenatonie erwarten läßt, genügt, um uns die kleine Operation als notwendig erscheinen zu lassen.

Bei einem großen Laparotomiematerial habe ich während der letzten 2 Jahre 47mal die Magenfistel verwandt; sogar bei von vornherein aussichtslosen Fällen, wie bei zwei, wo ich sie unter Ablehnung jedes weiteren Eingriffs anlegte; so blieb dem Kranken das quälende Brechen erspart, und uns das leidige Ausspülen des Magens mittels des per os eingeführten Schlauches.

Ohne Uebertreibung darf ich sagen, daß der Peritonitist mit Magenfistel und Daueraushöhlung des Magens für den Kranken, wie für den behandelnden Arzt sehr viel von seinem Schrecken einbüßt.

Weitans das Gros der Anwendung entfällt auf die Peritonitis (35 Fälle). Bei ihr haben wir erst die Erfahrung gesammelt, die uns veranlaßte, die Magenfistel auch bei sonstigen atonischen Zuständen des Magens und Darms anzuwenden. So beim Ileus. Sobald hier ein stärkerer Füllungsgrad sich nur eben anzeigt, leitet die Eröffnung des Magens die operativen Maßnahmen ein, sie oft — rein physikalisch — namentlich bei Affektionen der mittleren und oberen Bauchgegend, nicht unwesentlich erleichternd.

Bei prall gefülltem Magen entfällt die notwendige und gefährliche Entleerung durch den per os eingeführten Magenschlauch.

So finde ich in unserem Material die „präliminatorische“ Anwendung der Magenfistel (außer bei ausgesprochener Peritonitis) verzeichnet 1mal bei akuter Pankreatitis, 1mal bei perforierendem Empyem der Gallenblase, 1mal bei Schußverletzung des Colon transversum und der V. cava und 4mal bei mechanischem Ileus, darunter 1mal bei Hernia incarcerata bei einer äußerst erschöpften Frau, die vorher auf die mehrmalige Ausspülung des Magens durch den behandelnden Arzt jedesmal einen Kollapszustand aufgewiesen hatte.

Nur einmal in dem bezeichneten Zeitraum hat die Magenfistel einer — meines Erachtens absoluten — Indikation genügt, bei akutester Magendilatation nach Exstirpation eines Typhlontumors. Frühere Erfahrungen treten hinzu, um für uns die Forderung geltend zu machen, bei jeder postoperativen Magenatonie nur ein-, höchstens zweimal den (per os eingeführten)

Magenschlauch zu verwenden und dann sofort die Magenfistel anzulegen.

Ihren Platz füllt sie weiter voll und ganz aus bei Operationen des perforierten Magengeschwürs; in dem genannten Zeitraum verdanke ich bei 4 Fällen 2mal die schnelle Heilung wesentlich der Magenfistel.

Ein Feld der Betätigung scheint sie dagegen bei uns eingebüßt zu haben, seitdem wir — seit 4½ Jahren — nur noch die einfache Gastroenterostomie (nach Petersen) anwenden. In früheren Jahren habe ich, was interessieren dürfte, die Magenfistel zweimal beim Circulus vitiosus nach Gastroenterostomia antecolica, einmal mit, einmal ohne Braunsche Anastomose, angelegt, und zwar von einem Schnitt aus neben der Laparotomiewunde. Der Erfolg war sehr prompt; der Gallenrückfluß sistierte, nachdem die Magenfistel einmal — und zwar dort, wo die Enterostomie angelegt war — einen Tag und im zweiten Fall drei Tage in Funktion gewesen war.

Da, wie ich glaube, unsere Magenfistel eine Verwendung in weiteren Kreisen verdient, werde ich mich mit den folgenden Bemerkungen, wie auch den obigen, bezüglich der Technik an den Chirurgie treibenden praktischen Arzt.

Die kleine Wunde wird in ihrer Hautfaszien- (und eventuell Muskel-) Partie natürlich nicht genäht. Ein Stückchen Gaze bedeckt sie, das durch Heftpflaster fixiert wird; eine durch letzteres geführte Sicherheitsnadel hält den Gummischlauch fest.

Nach Entfernung des Schlauchs werden die Wundränder durch Heftpflasterstreifen aneinandergebracht.

Die Heilung erfolgt fast immer (s. o.) ganz glatt und unter Ausbildung einer guten Narbe.

Früher passierte es mir mehrmals, daß das Magenloch, weil es zu groß geworden, ektropionierte, sodaß eine Nachoperation notwendig war. Ebenfalls früher glaubten wir, die Magenarbe revidieren zu müssen, wozu Sekundäroperationen, wie nach Appendicitis, ja Gelegenheit boten. Wir fanden auch in einer, vielleicht der größten, Kategorie mehr oder minder feste Adhäsionen, die wir dann trennten, bei der anderen stellten wir dagegen schon nach Wochen die spontane Ablösung des Magens fest. Niemals aber hörten wir Klagen unserer Patienten über Magenbeschwerden, und so hat sich allmählich die Regel herausgebildet, nur ausnahmsweise, so bei häßlicher Narbe, auch das innere Operationsterrain zu revidieren.

Um nun noch kurz auf den Ausgang der Ausführungen zurückzukommen, so bedarf es zur Erklärung, weshalb ich das Westermanssche Verfahren für weniger vorteilhaft erachte, kaum noch des Hinweises, daß bei ihm gelegentliche Verletzungen der Speiseröhre und des Magens vorkommen; sie, wie auch der — meiner, allerdings sehr kleinen Erfahrung nach — wenig angenehme Akt der Einführung und auch des Liegenbleibens des Nasenschlauchs spielen für die Beurteilung keine so große Rolle. Eine sehr wesentliche aber der Faktor, daß der Nasenschlauch nur zwölf Stunden liegt und während dieser Zeit keine Flüssigkeits- bzw. Nahrungszufuhr erfolgt.

Die Empfehlung sollte eigentlich in Verkennung des Begriffs nicht von einer „Daueraushöhlung“ sprechen.

Dieser offenkundige Nachteil gegenüber meiner Magenfistel läßt mich urteilen, daß obiges Verfahren besser für den Internen sich eignet, dem es gegebenenfalls sicher vorzügliche Dienste leisten wird, weniger für den Chirurgie treibenden Arzt. Ihm, dem der kleine Eingriff leicht zur Hand liegt, kann ich auf Grund einer 200 Fälle weit übersteigenden Erfahrung die „einfache“ Magenfistel nicht warm genug empfehlen.