Zur Nachbehandlung nach Magen- und Darmoperationen.

Von Professor Dr. **Reichel**, Direktor des Stadtkrankenhauses in Chemnitz.

Aus dem so wichtigen Gebiet der Nachbehandlung nach Laparotomien möchte ich zwei Punkte einer kurzen Besprechung unterziehen, die mir deshalb wichtig erscheinen, weil über den einen die Ansichten der Fachkollegen weit auseinandergehen, der andere bisher vielleicht überhaupt zu wenig Beachtung gefunden hat.

Der erste Punkt betrifft die Ernährung nach Magen-Darmoperationen. Kraske empfahl vor längeren Jahren den Magenoperierten möglichst früh, schon am Tage der Operation, oder wenigstens am Tage nachher, Nahrung zuzuführen, und gab an, daß sich die Resultate seiner Magenresektionen wesentlich gebessert hatten, seitdem er auf so frühe Ernährung und damit Kräftigung der durch ihr langes Leiden ja meist vor der Operation sehr heruntergekommenen Kranken achte. Viele Chirurgen stimmten ihm zu, und auch ich übernahm Kraskes Empfehlung in mein Lehrbuch der Nachbehandlung.

Ich stehe heute auf einem ganz anderen Standpunkt.

Wie sieht es denn mit unseren Magenoperierten — ich sehe hier ab von den wegen Ösophagus- oder Cardiacarcinom Gastrostomierten — in den ersten Tagen nach der Operation aus?

Ein Teil befindet sich, namentlich wenn man in Lokalanästhesie operiert hat — und ich bevorzuge dies, wo es nur irgend angeht — bereits am Abend des Operationstages und an den folgenden Tagen, von einer gewissen Schwäche abgesehen, so wohl, als hätten sie überhaupt keine größere Operation überstanden, haben weder Aufstoßen, noch Erbrechen und zeigen, wenn man die Magensonde einführt, den Magen leer.

Aber so wohl geht es doch nach meinen Erfahrungen nur einer kleinen Minderheit.

Ein anderer Teil bekommt innerhalb der nächsten 24—48—72

Stunden Übelkeit, Erbrechen, Druck- und Spannungsgefühl in der Magengegend, und die eingeführte Sonde entleert früh und abends bald kleinere, bald größere Mengen trüber, anfangs oft blutiger, nicht selten stinkender Flüssigkeitsmengen. Welche Art von Magennaht, bzw. Anastomosenbildung man auch gewählt hat, es kommt in den nächsten 2 bis 3 Tagen vorübergehend zu einer Störung des Abflusses des Mageninhalts, vielleicht durch entzündliche ödematöse Schwellung des sich stets an der Nahtstelle bildenden Schleimhautspornes, welche zusammen mit der durch die unvermeidliche mechanische Läsion des Magens bei der Operation bedingten motorischen Funktionsstörung seiner Muskulatur zu Retention von Blut und Magensaft im Magen führt. --

Bei einer dritten, glücklicherweise kleinen Gruppe von Operierten ist der Zustand, auch bei Vermeidung jeder Infektion, ohne alle Peritonitis, noch schlimmer, ja bedrohlich. Sie haben zwar oft nur Aufstoßen, wenigstens manchmal gar kein Erbrechen, klagen aber über starke Völle im Epigastrium, fühlen sich elend, haben kleinen, schlechten Puls, sehen blaß aus; die Magengegend ist aufgetrieben; führt man den Magenschlauch ein, so entleert man, oft zur eigenen Überraschung, einen halben, ja einen ganzen Liter schwarzbrauner Flüssigkeit mit kaffeesatzartigen Beimengungen. Der Kranke fühlt sich sogleich erleichtert, wie neugeboren; aber am folgenden Morgen, am Abend, ja 2, 3 mal des Tages wiederholt sich das gleiche Spiel, 2, 3, aber auch 5, 6 Tage lang, ehe der Zustand sich bessert. Dies sind die Fälle, in denen es sich, wie die Obduktion in tödlich verlaufenden Fällen zeigt, um massenhafte kleinste, punktförmige Blutungen in und unter der Schleimhaut, vielfach um sog. Erosionen derselben handelt, deren große klinische Bedeutung uns ja v. Eiselsberg zuerst in so schöner Weise geschildert hat.

Was soll in allen diesen Fällen eine so frühzeitige Nahrungszufuhr am 1., 2. oder 3. Tage nützen? Bei der 1. Gruppe ist sie sicher nicht nötig, wenn sie auch bei ihnen keine ernstlichen Bedenken hat. Bei der 2. und 3. Gruppe aber schadet sie, bzw. verbietet sie sich von selbst. Bei ihnen soll die je nach Bedarf täglich 1—2 malige Einführung des Magenschlauchs, eventuell mit 1 maliger vorsichtiger Spülung, den Magen von den stauenden, sich zersetzenden und deshalb schädlichen Flüssigkeitsmengen befreien,

ihn entlasten. Was sonst nötig ist, ist selbst bei den stark heruntergekommenen, abgemagerten Patienten nicht Zufuhr von Speisen, sondern lediglich von Flüssigkeit, und diese können wir in völlig ausreichender Menge durch subkutane oder intravenöse Kochsalzinfusionen und kleine Wassereinläufe bzw. Tropfeinläufe in den Mastdarm dem Patienten solange zuführen, bis die Neigung zum Erbrechen erloschen, der Magen wirklich leer geworden ist und leer bleibt. Erst dann gestatte ich den Operierten kleine Mengen von Flüssigkeit, kalten Tee, zu trinken, gebe ihnen dann, wenn sie es vertragen, Milch, Schleimsuppen, gestatte festere Speisen aber selbst bei bestem Verlauf nicht vor Ablauf des 5. bis 6. Tages. Solange warte ich, weil dies, wie ja jedem Praktiker bekannt, ich möchte sagen die kritischen Tage sind, an denen es am ehesten — nur ausnahmsweise früher — zu einer Insuffizienz der Magen- oder Darmnaht kommt, falls eine solche überhaupt droht.

Das gleiche gilt auch für Operationen am Darm. Nichts verhütet — sorgfältigste Naht als selbstverständlich vorausgesetzt — eine Nahtinsuffizienz besser, als eine vollständige Ruhigstellung des genähten Darmes; nichts aber stellt ihn ruhiger, als absolute Diät, absolute Enthaltung von Speisen und Getränken per os.

Dies führt mich zum zweiten Punkt meiner Besprechung: Wie soll man sich verhalten beim Auftreten von Erscheinungen, die eine Insuffizienz der Naht wahrscheinlich machen?

Die Fälle sind dank der vervollkommenen Technik glücklicherweise selten geworden. Aber, wer wollte behaupten, daß ihm eine Insuffizienz einer Magen- oder Darmnaht nicht mehr vorkommen könnte? Wer kann sich rühmen, wenn die Zahl seiner Operationen nicht gar zu klein ist, daß er nie einen Todesfall an Nahtinsuffizienz zu beklagen hatte? Ich erinnere nur, wie gerade diese Komplikation bei Resektionen am Dickdarm die bei weitem am meisten gefürchtete Störung ist und die Mortalität dieser Operationen bei unseren besten Chirurgen noch so hoch erhält.

Kann man bei Eintritt von Insuffizienzerscheinungen überhaupt noch etwas mit Aussicht auf Erfolg tun?

Selbstverständlich wird man sogleich jede Nahrungsaufnahme per os verbieten. Viele verordnen Opium, um den Darm ruhig

zu stellen. Manche, so noch ein Redner auf dem letzten Chirurgenkongreß, empfehlen Colo- bzw. Enterostomie oberhalb der Nahtstelle, um diese von dem Druck der andrängenden Kotmassen zu entlasten. Ein solches Vorgehen ist sicher rationell; aber alle diese Maßregeln sind doch nur halbe Maßnahmen, die den tödlichen Ausgang in der Regel doch nicht verhindern können. Das einzige Verhalten, das meiner Meinung nach Erfolg verspricht, ist die sofortige zielbewußte Relaparotomie und Bloßlegung der Nahtstelle.

Wir Chirurgen sind doch alle der festen Überzeugung, daß bei der akuten perforativen Appendicitis nur die Frühoperation mit einiger Sicherheit Erfolg verspricht, jedes Zuwarten verpönt ist; wir wissen, daß bei Perforation eines Magengeschwürs Heilung fast nur erzielt wird, wenn die Laparotomie innerhalb der ersten 20—24 Stunden ausgeführt wird, bei Darmperforationen infolge eines Traumas nach viel kürzerer Zeit. Sollen wir nicht all diese zahlreichen Erfahrungen auf die Perforation infolge Nahtinsuffizienz übertragen? Die anatomischen Verhältnisse sind doch denen der Appendicitis oder des perforierten Magengeschwürs im Prinzip nicht so unähnlich. Hier wie dort erfolgt die Perforation doch nicht sogleich breit in eine weit offene Peritonealhöhle, sondern es haben die der Perforation vorausgehenden entzündlichen Veränderungen, wenn auch oft ohne klinische Erscheinungen zu machen, zu Verklebungen mit der Nachbarschaft geführt. Der infektiöse Darminhalt ergießt sich nicht sogleich im Strome in die Bauchhöhle, sondern es kommt vorher in der Nachbarschaft der Nahtstelle zu serös fibrinös eitrigen, abgekapselten Exsudaten. Die Perforation infolge Nahtinsuffizienz erfolgt ja, wie schon oben erwähnt, gewöhnlich erst am 5. Tage. Sie äußert sich aber auch ganz ähnlich, wie die der perforativen Appendicitis, durch plötzlich eintretenden, intensiven Schmerz, zirkumskripte Bauchdeckenspannung, oft Erbrechen, vielfach leichte Kollapserscheinungen, in den meisten Fällen auch durch Ansteigen der Körpertemperatur. Greifen wir sofort in diesem Stadium ein, dann dürfen wir hoffen, wie bei der Frühoperation der akuten Appendicitis, den Krankheitsherd durch Freilegen der Nahtstelle, Tamponade und Drainage — natürlich ohne unnötig

Adhäsionen zu lösen oder die freie Bauchhöhle weit zu eröffnen — noch rechtzeitig isolieren und damit der progredienten Peritonitis vorbeugen zu können.

Ich verfüge über 4 einschlägige Fälle:

Im ersten handelte es sich (Fall L.) um eine 62 jährige Frau, bei welcher ich wegen Carcinom der Flexura sigmoidea eine Dickdarmresektion mit primärer, zirkulärer Naht ausgeführt hatte.

Im zweiten Falle (Fr.) um einen 43 Jahre alten Mann mit Resektion des Cöcum und Colon ascendens wegen Cöcumcarcinom und Einpflanzen des Ileum in das Colon transversum. Ich legte beide Male 2—3 Stunden nach dem ersten Auftreten von Perforationserscheinungen die Nahtstelle frei, fand sie von etwas stinkendem Eiter umspült; etwas Gas, Spuren von Kot traten aus. Tamponade grenzte den Herd ab. Die Patienten bekamen eine Kotfistel, vorübergehend sogar einen Anus praeternaturalis, der sich aber in beiden Fällen spontan schloß. Beide genasen.

Im dritten Falle entschloß ich mich zur Relaparotomie, als am 4. Tage nach einer Magenresektion wegen Carcinom plötzlich bedrohliche Perforationserscheinungen auftraten. Hier fand ich freilich die Stelle der Nahtinsuffizienz nicht; es strömte aber aus dem subhepatischen Raume massenhaft Galle, bzw. stark galliger, wohl aus dem Duodenum stammender Darminhalt hervor. Tamponade und Drainage brachten auch hier Heilung. Patient ist heute völlig wohl.

Ich glaube nicht, daß diese drei Fälle ohne so frühes radikales Vorgehen genesen wären.

Im vierten Falle, bei einem bereits 66 jährigen Manne, welcher am 5. Tage nach Pylorusresektion wegen Carcinom erkrankte, schritt ich, da die Erscheinungen etwas weniger stürmisch waren, nicht sofort zum Eingriff. Erst am 12. Tage, als in der Ileo-cöcalgegend ein Abszeß sich ausgebildet hatte, öffnete ich diesen. Es entleerte sich stinkender Eiter. Aber der Patient starb einige Tage darnach. Die Obduktion ergab Insuffizienz der Naht der nach Wilms ausgeführten Gastrojejunostomie. Ich glaube, auch dieser Mann hätte gerettet werden können bei sofortigem, nicht erst so spätem Eingreifen.