

VI. Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Spitals in Odessa.

Seltener Fall einer inneren Darm-einklemmung.

Von Dr. K. Górski, ordinirendem Arzt.

Es wird wohl kaum in der modernen Medicin viele Fragen geben, die ein so hohes Interesse in Anspruch nehmen, wie die Frage über die Behandlung innerer Einklemmungen. Bereits hundert Jahre alt ist der Streit, sagt Naunyn in seiner Abhandlung „Ueber den Ileus“ (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie 1890, Bd. I, Heft 1), wer bei der Behandlung des Ileus vorzuziehen ist, der Chirurg oder der Therapeut, und die Chirurgen selbst sind noch alle entfernt nicht einig über die Lösung dieser Frage. Wir begegnen oft in der medicinischen Presse Artikeln, sagt Schlange, deren Verfasser, die einmal das Glück oder Unglück hatten, durch früh ausgeführte Laparotomie das Leben des Ileuskranken zu retten, die chirurgischen Maassregeln für die einzige rationelle Methode der Behandlung innerer Einklemmungen halten. Es ist zweifellos, dass derartige Schlussfolgerungen auf einseitiger und oberflächlicher Beurtheilung der Thatsachen beruhen. Es giebt eine Menge von Beobachtungen, dass man vielfach Kranke, die an schweren Formen des Ileus litten, mit inneren Mitteln, z. B. mittels Quecksilber, gerettet hat. Naunyn theilt drei Fälle Bosteter's mit, wo die schwersten Ileussympptome durch Darreichung von Mercurius vivus mit glänzendem Erfolg beseitigt wurden. Nach der Statistik von Goltammer und Curschmann erreicht die Mortalität des Ileus bei innerer Cur 70 % und bei chirurgischer Behandlung (nach Saltzwedel und Schramm) 58—70 %. Also beinahe kein Unterschied. — Die Unbestimmtheit der Indicationen für die eine oder für die andere Behandlungsweise bei Ileus kommt von der Unklarheit des klinischen Krankheitsbildes, das von verschiedenen pathologischen Factoren beeinflusst wird. Prof. v. Wahl, der vielfach versucht hat, experimentell die Frage der Pathologie der inneren Einklemmung zu lösen, kommt zum Schlusse, dass die Chirurgie erst dann Triumphe in Bezug auf die Ileusbehandlung feiern wird, wenn die dazu vorgenommenen Operationen keine planlosen Vivisectionen mehr darstellen werden, sondern auf genauen anatomischen Angaben, die den Ort, Charakter und die Art der Undurchgängigkeit des Darmes bestimmen, beruhen werden. — Der von v. Wahl angezeigte Weg ist unzweifelhaft der richtige; vorläufig konnte weder er selbst noch seine Schüler Kader und v. Zoega-Manteuffel, ebenso wenig wie Schlange, der sich mit der Angelegenheit beschäftigte, denselben mit Erfolg durchführen. Die Angaben dieser Autoren über die Darmperistaltik

¹⁾ Wiener klinische Wochenschrift 1894, No. 24.

²⁾ Wiener klinische Wochenschrift 1895, No. 25.

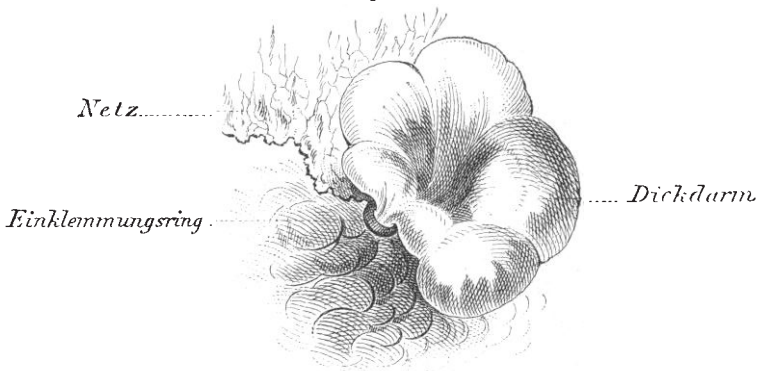
bei innerer Einklemmung gewannen für die Diagnostik der Erkrankung nicht den Werth, welchen sie ihnen zuzuschreiben geneigt sind; die von ihnen beschriebenen Symptome fehlen sehr oft oder werden sehr schwer erkannt. Es bleibt uns einstweilen nichts weiter übrig, als in jedem Falle auf Grund des ganzen Symptomencomplexes eine mehr oder minder wahrscheinliche Diagnose zu stellen und im Dunkeln die Indicationen zur Operation zu suchen.

In welch' hohem Grade diese Aufgabe schwierig ist und auf welch' unerwartete Fälle der Chirurgie stossen kann, zeigt folgender Fall.

Anfang December 1896 wurde ich in die syphilitische Abtheilung des Odessaer städtischen Spitals zur Consultation mit Dr. Lietnik bei einer Kranken eingeladen, die an tertiärer Syphilis litt und plötzlich Symptome einer inneren Darmeinklemmung zeigte. Es wurde mir folgende Anamnese mitgetheilt: die 82jährige Kranke befindet sich die zweite Woche im Krankenhause, wird an gummösen Geschwüren am Unterschenkel behandelt; vor zehn Tagen haben sich Zeichen der Stuhlverhaltung bemerkbar gemacht: Aufblähung der Därme, starke Schmerzen im Leibe, Uebelkeit; nach einem Klysma und einem Abführmittel hatte sie Stuhlentleerung, und die Erscheinungen der Coprostase waren vorüber. Vor drei Tagen wiederholten sich die früheren Symptome der Undurchgängigkeit des Darmes, aber in stärkerem Grade, die Kranke hatte mehrmaliges Erbrechen und klagte über starke Schmerzen in der Regio hypogastrica sinistra.

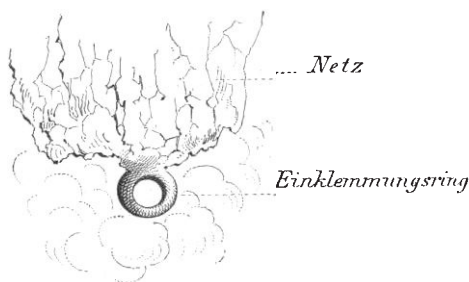
Status praesens: Die Kranke ist eine schwache, abgemagerte, alte Frau mit gut entwickeltem Skelettsystem, hat Narben an beiden Unterschenkeln und Vorderarmen; der Leib ist stark aufgetrieben, besonders stark erhaben ist die Regio hypo- und epigastrica sinistra, wo, dank den sehr dünnen Bauchdecken, die Darmcontouren sich bemerkbar machen; am ganzen Leibe tympanitischer Schall, keine Peristaltik, Schmerzen besonders in der linken hypogastrischen Region, beschleunigte Athmung — 24, Puls ziemlich voll — 90, Zunge belegt, häufiges Er-

Fig. 57.



brechen. — Im Angesicht dessen, dass diese Erscheinungen sich schon zum zweiten Mal bei der Kranken zeigten, wurde an Coprostase gedacht; wir ordnirten ein hohes Oelklysma; Abführmittel waren schon genügend vor der Consultation ohne jeden Erfolg der Kranken verabreicht. Am nächsten Tage verschlimmerte sich der Zustand der Kranken: Puls 100, schwächer, das Klysma hatte keine Wirkung, der Leib ist noch mehr aufgetrieben, und die Athmung durch das heraufgedrängte Zwerchfell noch mehr erschwert. Die Kranke lokalisierte stets die Schmerzen an einen bestimmten Ort, und zwar in der Regio hypogastrica sinistra, was uns eine Achsendrehung der Flexura sigmoidea vermuthen liess, und wir mussten uns zu einer Laparotomie entschliessen, obgleich das Alter und die Abschwächung der Kranken einen sehr zweifelhaften Erfolg der Operation voraussagten. — Die Laparotomie wurde von mir unter Narkose ausgeführt. Bauchschnitt längs der Linea alba 8 cm nach unten vom Nabel. Nach der Eröffnung des Bauchfells kam durch das Loch der ungeheuer aufgetriebene und hyperämische Dickdarm heraus. Die Ausdehnung dieses Darmtheils war so gross, dass ich kaum meine Finger in die Bauchhöhle hineinbringen konnte, ich punctirte deshalb den Darm mit einem dünnen Troicart, liess eine bedeutende Gasmenge heraus und nähte mit Lembert'schen Nähten das Loch zu. Nachdem ich mit der Hand in die Bauchhöhle eindringen konnte, betastete ich nach links und unten vom Nabel einen harten Ring, durch welchen Darmschlingen durchgezogen waren. Ich zog den Ring an und überzeugte mich, dass er in der Bauchhöhle frei beweglich und an dem freien Rand des Netzes befestigt war. Der Durchmesser des Ringes maass kaum 4 cm, die Dicke seiner

Fig. 58.



Ränder kaum 2 cm. Die Ränder waren hart, beinahe knorpelartig. Ein sehr grosser Darmtheil, namentlich beinahe das ganze Colon transversum und descendens waren durch den Ring hindurchgezogen und bis zur vollständigen Undurchgängigkeit eingeklemmt. Ich schnitt den Ring durch, befreite die Därme und schnitt schliesslich den Ring selbst aus dem Netz heraus. Darauf wurde die Bauchwunde vernäht, die Kranke wurde in ein warmes Bett gelegt und mit Wärmflaschen versorgt. Die postoperative Periode verlief ausgezeichnet, kein Peritonealreiz; am vierten Tage begann die Kranke flüssige Nahrung aufzunehmen, am achten feste, am neunten Tag hatte sie den ersten Stuhlgang, am 29. Tage nach dem Eintritt ins Spital wurde sie als gesund entlassen.

Der beschriebene Fall stellt in diagnostischer Hinsicht folgende Besonderheiten dar: Die anatomischen Zeichen, wie die Auftreibung der Därme in der Regio epigastrica et hypogastrica sinistra, die Lokalisation der Schmerzen, die Abwesenheit der Peristaltik sprachen dafür, dass wir es mit einer Undurchgängigkeit des Dickdarms zu thun hatten; da dieser Verschluss zum zweiten Mal nach einer kurzen Zeit eintrat und beim ersten Einfall sich keine stürmischen Erscheinungen zeigten, so hatten wir Recht, zu denken, dass die den Ileus hervorrufende Ursache keine acute sei, und wir konnten folgende Vermuthung aussprechen: entweder handelt es sich um eine chronische Coprostase in der Region der Flexura sigmoidea, oder um eine Neubildung dortselbst, oder um einen Volvulus flexurae sigmoideae, der von einem unvollständigen zu einem vollständigen wurde. Die chronische Coprostase konnte mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit deshalb ausgeschlossen werden, weil die therapeutischen Maassregeln bis jetzt erfolglos geblieben waren, und ich blieb bei den beiden letzten Vermuthungen stehen. Die Operation zeigte, dass wir nur insoweit Recht hatten, als wir eine innere Einklemmung des Dickdarms zu finden geneigt waren. Wie diese Einklemmung in einem frei in der Bauchhöhle gelagerten Ringe zustande gekommen ist, ist schwer zu sagen. Die Derbheit des Ringes und seine randige Verdickung deuteten darauf hin, dass es sich nicht um einen einfachen Riss des grossen Netzes handelte, durch welchen die Därme hindurchdrangen; richtiger wäre die Vermuthung, dass der Ring sich aus alten peritonitischen Verwachsungen zwischen dem freien Rand des Netzes und dem Peritoneum gebildet hatte. Als bei der Kranken die Erscheinungen der Darmeinklemmung sich zum ersten Mal zeigten, wurde vielleicht dieser Ring in einer bestimmten fixirten Lage durch irgend einen straffen Strang festgehalten. Das Durchdringen einiger Darmschlingen rief vielleicht zuerst Erscheinungen einer unvollständigen Strangulation hervor, und darauf erst, als unter dem Druck des Darminhalts immer neue und neue Darmtheile hindurchrücken, riss der den Ring fixirende Bindegewebsstrang durch, und der Ring blieb frei in der Bauchhöhle liegen.