

III. Ueber Laparotomie bei innerer Darmeinklemmung.¹⁾

Von

Dr. H. Kümmell.

Oberarzt der Chirurg. Abtheilung des Marien-Krankenhauses.

Wohl kaum ist ein Leiden so oft Gegenstand wissenschaftlicher Erörterungen und lebhafter Discussionen in fachmännischen Versammlungen gewesen als gerade die innere Einklemmung, der bekannte Symptomencomplex des sog. Ileus. Noch viel Zeit wird gewiss vergehen und manche Erfahrung wird noch gesammelt werden müssen, ehe es zu einer befriedigenden Uebereinstimmung in der Therapie dieser meist verhängnisvollen Erkrankung kommen wird. Zahlreich sind die Heilmittel, welche gegen dieses gefürchtete Uebel angewandt wurden; alte z. Th. verlassene, werden von Neuem empfohlen, sobald nur ein dadurch erzielter Erfolg in das Feld geführt werden kann; neue Behandlungsmethoden werden jenen hinzugefügt und mit Begeisterung ergriffen, um bald auf ein bescheidenes Minimum ihres ursprünglichen Werthes reducirt zu werden. Auch über die leider vielfach als letztes Auskunftsmittel betrachtete chirurgische Behandlung des Ileus herrscht noch in mehrfacher Beziehung grosse Verschiedenheit der Anschauungen.

Ich hatte im Laufe dieses Jahres viermal Gelegenheit, bei acutem innerm Darmverschluss operativ eingreifen zu müssen. Es sind nicht die glänzenden Erfolge, die ich dabei erzielt habe und die mich veranlassen, heute Abend Ihre Aufmerksamkeit für kurze Zeit in Anspruch zu nehmen, es sind z. Th. recht traurige von den gewöhnlichen oft kaum abweichende Resultate; aber diese ungünstigen Ausgänge sowohl als die glücklichen haben mir mehr und mehr die Ueberzeugung aufgedrängt, dass wir durch die neuesten therapeutischen Errungenschaften nichts weniger als einen Fortschritt in der Heilung des Ileus erzielt haben, und dass nur ein frühzeitiges operatives Eingreifen unterstützt durch eine geeignete die Operationsdauer abkürzende Technik im Stande ist, den meisten Fällen von innerer Einklemmung die Möglichkeit einer Heilung zu gewähren.

Die Art der Einklemmung wird für die Frage, ob wir operiren sollen, ohne wesentliche Bedeutung sein. Wir haben in unseren vier

¹⁾ Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu Hamburg am 17. November 1885. Siehe die Discussion zu diesem Vortrage auf Seite 202.

Fällen die verschiedensten Momente als Ursache des Darmverschlusses aufgefunden, sowohl Achsendrehung des verlängerten Mesenteriums als Umschlingungen durch abnorme, an der Bauchwand fixirte Netzstränge, als auch pathologische Lücken im Mesenterium, durch welche ein mächtiges Darmconvolut hindurchgeschlüpft war. Die durch ihre Symptome diagnostisch weniger Schwierigkeiten bietende Intussusception des Darmes habe ich in den folgenden Auseinandersetzungen nicht besonders berücksichtigt.

Die erste und gewiss in ihrer Behandlung keine Uebereinstimmung findende Frage wird die sein, wann sollen wir operiren. Ich möchte erwidern, möglichst früh, sofort, sobald die Diagnose eines inneren Darmverschlusses gestellt ist. Wenn wir beispielsweise an die Untersuchung eines Kranken herantreten, der vielleicht vor wenigen Stunden nach einem reichlichen Mahl mit heftigen Leibschmerzen erkrankt ist, dessen Abdomen schmerzhaft, schon etwas aufgetrieben ist, der durch heftiges Erbrechen grünlicher Massen gequält, und bei dem keine Entleerung von Fäces oder Darmgasen mehr stattgefunden hat, kurz der die bekannten Symptome einer inneren Einklemmung bietet, so sind wir gewiss berechtigt, wenn die Erscheinungen nicht zu stürmisch und gefährdend sind, einige Stunden zuzuwarten und durch Opiate und Eis und dergl., durch hohe Eingiessungen in den Darm und Ausspülungen des Magens den Versuch zu machen, den Darm aus seinen Banden zu befreien. Führen die erwähnten Methoden nicht bald eine Besserung herbei, verschlimmert sich objectiv betrachtet der Zustand des Kranken, und hat gleichzeitig die Diagnose noch mehr an Sicherheit gewonnen, so sollte man nicht zögern, zur Eröffnung der Bauchhöhle zu schreiten. Es lässt sich leider nicht nach Stunden angeben, wie lange man ohne Gefahr für den Kranken in den einzelnen Fällen zuwarten und die Operation hinausschieben darf. Die Bilder, unter denen uns die Ileuskranken entgegentreten, sind zu mannigfache, auf der einen Seite ein plötzlicher, vollständiger Verschluss des Darmes mit stürmischen Symptomen, raschem Kräfteverfall, schnell eintretender fadenförmiger Pulswelle, die ein sofortiges operatives Eingreifen verlangen, wenn nicht Gangrän des Darmes oder septische Peritonitis schon nach Stunden jede Aussicht auf Erfolg in Frage stellen soll; auf der anderen Seite ein nicht vollständiges, noch einige Durchgängigkeit ermöglichendes Hinderniss bei kräftigem Puls und z. Z. nicht bedrohlich erscheinendem Allgemeinzustand, welches ein Abwarten von einem oder gar mehreren Tagen ungestraft gestattet.

Sehr verschieden ist fernerhin der Zeitpunkt, in welchem von einem derartigen Kranken unsere Hilfe in Anspruch genommen wird. Es wird wohl im Allgemeinen zu den Seltenheiten gehören, — und das gilt besonders von dem Material der Krankenhäuser — dass wir wenige Stunden nach Eintritt des Uebels an die Behandlung des Kranken herantreten dürfen. Oft wird erst recht spät, nachdem die bekannten Hausmittel der Reihe nach erschöpft sind, eine sachgemässe Hilfe verlangt. So wurde im Januar d. J. in später Abendstunde von einem hiesigen Collegen eine 45 Jahre alte Patientin dem Marien-Krankenhaus überwiesen, die seit 4 Tagen an einer inneren Einklemmung litt, ohne irgend welche ärztliche Hilfe gesucht zu haben. Die Kranke war im höchsten Grade collabirt, die Augen tiefliegend, die Stirn mit kaltem Schweiss bedeckt, mit dem Ausdruck höchster Todesangst auf den verfallenen Zügen; der Puls fadenförmig und beschleunigt, das Abdomen colossal aufgetrieben mit deutlicher Zeichnung der stark geblähten Darmschlingen. An eine Laparotomie war in diesem Zustand nicht zu denken, es blieb uns nur die Möglichkeit, durch Anlegung eines Anus praeternaturalis der Unglücklichen Erleichterung zu verschaffen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in der linken Lumbalgegend in der bekannten Weise entleerten sich faäulent riechende Gase in so gewaltiger Menge, dass eine bereits stattgehabte Perforation zweifellos war. Unter diesen traurigen Verhältnissen blieb uns kein anderer Ausweg, als wenigstens den Versuch zu machen, zur Rettung eines sonst sicher verlorenen Lebens die Perforationsöffnung aufzusuchen, zu schliessen und die Peritonealhöhle soweit möglich zu desinficiren. Nach genügender Erweiterung des Schnittes gelang es leicht, die Perforationsöffnung an einer Stelle des Dünndarms zu entdecken und durch Anlegen einer Arterienpinzette das Hervorströmen des Koths zu verhindern, jedoch zeigte sich, dass ein grosser Theil des Dünndarms gangränös geworden war; durch Achsendrehung des Mesenteriums war ein grosses Darmconvolut brandig geworden und im kleinen Becken fixirt; ich resecirte schnell das brandige Stück, es war über 1 Meter lang, stillte die Mesenterialblutung durch eine die beiden Peritonealblätter vereinigende fortlaufende Naht und heftete die beiden Darmenden in die zum grössten Theil geschlossene Bauchwunde ein. Patientin erholte sich aus dem schweren Collaps nur vorübergehend und starb nach einigen Stunden.

Wenn auch in den seltensten Fällen die Gleichgültigkeit gerade

so weit geht und die ärztliche Hilfe so spät aufgesucht wird, wie in dem erwähnten, denn meist rufen die Schmerzen mit gebieterischer Stimme nach Linderung, so tritt doch oft der Kranke erst in unsere Behandlung, wenn das auch vom Laien gefürchtete Kothbrechen eingetreten ist. Unter solchen Umständen sollte man nach Stellung der Diagnose keinen Augenblick mit der Operation zögern, die Zeit nicht mit Anwendung unsicherer oder Besserung vortäuschender Mittel verlieren, sondern, wenn es der Kräftezustand des Patienten nur einigermaßen erlaubt, zur Laparotomie schreiten.

Es sind dies nur schwache Versuche, die uns Allen bekannten verschiedenen Stadien kurz zu skizziren, in denen wir wohl an das Krankenbett gerufen werden und uns entscheiden müssen, was zu thun ist, ob wir sofort operiren sollen oder ob wir noch zuwarten dürfen.

Wenn ich mir einen Vergleich mit Darmeinklemmungen anderer, allerdings dem Auge meist leichter zugänglicher Art, mit den verschiedenen Hernien erlauben darf, so finde ich, dass diesen gegenüber die inneren Einklemmungen recht stiefmütterlich behandelt werden. Einen Patienten mit eingeklemmtem Bruch verlassen wir nicht eher — das ist wohl eine jetzt allgemein acceptirte Regel — bis die Reposition gelungen ist. Keinem wird es in den Sinn kommen, länger als einige Stunden, bis vielleicht die nothwendigen Anordnungen getroffen sind, mit Opium, Eis, Aether oder dergleichen die Zeit zu verlieren, statt die Taxis zu versuchen, aber wenn diese nicht gelingt, auf blutigem Wege den Darm aus seinem einschnürenden Ring zu befreien; und wenn beispielsweise die Hernie anscheinend zurückgebracht ist und die Einklemmungserscheinungen nicht aufhören, also vielleicht eine reposition en bloc stattgefunden hat, machen wir einen grossen Schnitt, eröffnen selbst einen grösseren Theil der Bauchhöhle und geben uns nicht eher zufrieden, bis wir das Hinderniss gefunden und beseitigt haben. Wie soll man vor dem Forum der wissenschaftlichen Kritik und vor dem eigenen Gewissen bestehen, wenn durch unsererseits verschuldetes Abwarten der Darm brandig geworden und das Leben des Kranken in die höchste Gefahr gekommen ist. Und bei den inneren Einklemmungen, wo mit wenigen Ausnahmen ein tödtlicher Ausgang eintritt, wenn nicht eine baldige Lösung des Hindernisses stattfindet, pflegen wir zuzuwarten oder mit selben zum Ziele führenden Methoden die Zeit zu verlieren und die Kräfte des Kranken zu consumiren!

Ich komme nun auf einen mit der Wahl des Zeitpunktes zum operativen Eingreifen indirect eng verknüpften Punkt, auf die jüngsten Empfehlungen der Therapie des Ileus, die Magenausspülungen. M. H.! Ich halte mich nicht für berufen, über die von erfahrenerer Seite empfohlene und durch günstige Erfolge gestützte neue Methode abzuurtheilen, noch weniger die physiologische Möglichkeit der Lösung eines eingeklemmten Darms auf diesem Wege zu bezweifeln, wenn uns auch wohl die Art des Lösungsmechanismus noch nicht ganz klar ist, aber das kann ich behaupten, dass in den 4, resp. 5 Fällen, — in dem einen wurde wegen des hohen Alters der Patientin (von 90 Jahren) von jedem Eingriff abgestanden — die Magenausspülungen nie und nimmer den bestehenden Darmverschluss beseitigt haben würden auch nicht beseitigt haben. Aber das ist es nicht allein, die Gefahr, die grosse Gefahr, die mit den Magenausspülungen verknüpft ist, liegt in etwas anderm, in einer Selbsttäuschung des Kranken, wie in einer Täuschung des Arztes. Der Patient fühlt sich nach Entleerung der kothigen Massen wesentlich erleichtert, das Erbrechen tritt in längeren Pausen auf, es kann selbst einen Tag und länger pausiren, die Ausspülungen werden öfter mit dem gleich günstigen Erfolg wiederholt, bis dann plötzlich eine rapide Verschlimmerung, ein gefährlicher Collaps eintritt und es zum Versuch einer radicalen Heilung zu spät ist. Ich möchte in diesem Punkte ganz den in der Berliner med. Gesellschaft von Bardeleben, Hahn u. A. ausgesprochenen Ansichten beipflichten. Es ist ein deprimirendes Gefühl, wenn man sich endlich zu einer gefährvollen Operation, wie die Laparotomie ist, entschliesst und nun ein mahnendes „Zuspät“ einem entgegen tönt, da, wo man nach menschlicher Berechnung durch frühes Einschreiten hätte helfen können. In dieser Beziehung steht mir folgender Fall als warnendes Beispiel vor Augen:

Eine circa 30jährige unverheirathete Dame, welche wir vor einigen Monaten durch Castration von ihren damaligen Beschwerden befreit hatten, liess sich im Juni dieses Jahres wegen plötzlich nach einer reichlichen Abendmahlzeit eingetretener heftiger Leibschmerzen, verbunden mit Erbrechen, von Neuem in das Marien-Krankenhaus aufnehmen. Stuhlgang war an demselben Tage noch in normaler Weise vorhanden gewesen. Unter Anwendung von Opiaten, Eis und dergl. wurden anfangs die Schmerzen geringer, das Erbrechen seltener, trat jedoch am Abend desselben Tages mit erneuter Heftigkeit wie-

der auf. Das ganze Krankheitsbild, welches sich inzwischen entwickelt hatte, liess nunmehr an dem Vorhandensein einer innern Einklemmung keinen Zweifel mehr. Wir gingen nun zur Anwendung von Magenausspülungen über, die momentan einen sehr günstigen Einfluss auf das subjective Befinden der Patienten ausübten und ihr eine ruhige Nacht verschafften. Am folgenden Morgen war der Kräftezustand der Kranken noch ein recht befriedigender, der Puls etwas beschleunigt, jedoch voll und kräftig, der Leib noch aufgetrieben, anscheinend weniger empfindlich, Darmgase und Fäces waren nicht entleert; das Erbrechen hatte nach der erneuten Magenausspülung für wenige Stunden sistirt, und das subjective Befinden war ein anscheinend günstiges. Ich liess mich hierdurch verleiten, die geplante Laparotomie noch aufzuschieben und während des Tages die Ausspülungen des Magens mehrmals zu wiederholen mit der Absicht, falls bis zum folgenden Morgen kein wesentlicher Fortschritt wahrzunehmen sei, die Operation auszuführen. Statt der von den weiteren Magenausspülungen erhofften Besserung war eine sichtliche Verschlimmerung im Zustande der Patientin eingetreten, sodass ich ein sofortiges operatives Eingreifen für geboten hielt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Beiseitelegung der Gedärme fand sich unterhalb der aufgeblähten Partien ein im kleinen Becken locker adhärentes Convoluit stark contrahirter, gangränöser Dünndarmschlingen und gleichzeitig eine ausgebreitete jauchige Peritonitis. Ich resecirte das brandige Dünndarmstück, es war über 180 cm lang, heftete die Darmenden in die Bauchwunde und desinficirte, soweit das möglich war, die Peritonealhöhle. Patientin erholte sich von dem schweren Collaps nur kurze Zeit, um dann an demselben Tage zu Grunde zu gehen. Eine rechtzeitig ausgeführte Operation würde einen gesunden Darm vorgefunden und der Patientin vielleicht das Leben erhalten haben. Ich will nach dieser und nach anderen, später noch mitzutheilenden Erfahrungen den Magenausspülungen nicht etwa jede Berechtigung abschneiden. Bei erst kurze Zeit bestehender Einklemmung, bei wohl erhaltenen Kräften sind sie gewiss, sowie die übrigen Mittel, einige Zeit zu versuchen, doch hüte man sich davor, durch den Schein einer subjectiven Besserung von Seiten des Kranken getäuscht, den günstigen Zeitpunkt für eine Operation vorbeigehen zu lassen und schiebe diese nur auf, wenn deutliche, objectiv nachweisbare Zeichen einer wiederhergestellten Durchgängigkeit des Darmes vorhanden sind. Bei länger bestehender Incarceration, bei bedrohlichen Erscheinungen, zumal wenn schon Kothbrechen eingetreten ist, sollte man, wie schon erwähnt, sofort zur Operation schreiten.

Sind nun die mit der Operation des Ileus verknüpften Gefahren wirklich derartige, dass wir berechtigt sind, sie erst als letztes Hilfsmittel auszuführen? Ich glaube gewiss nicht. Eine Laparotomie ist niemals ein gefahrloser Eingriff, bei rechtzeitiger Ausführung bei einer Einklemmung aber nicht viel grösser, als bei Entfernung von Bauchtumoren, und der Preis, um den wir sie ausführen, im ersteren Falle meist ein viel höherer, handelt es sich doch um die Rettung eines so gut wie sicher und zwar bald verlorenen Menschenlebens. — Sehen wir ganz ab von einer septischen Infection, die sich ja Dank unserer mehr und mehr entwickelten Wundbehandlung auf das geringste Maass reduciren lässt, so ist es wohl in erster Linie der Collaps, der wegen der nicht zu vermeidenden Abkühlung, der längeren Dauer der Operation und bei den bereits reducirten Kräften der Patienten mit Recht zu fürchten ist. M. H. Wenn wir frühzeitig genug operiren, sind die Kräfte der Patienten noch derartige, dass sie sehr wohl einen Eingriff, wie den in Rede stehenden, zu überstehen im Stande sind, und wenn wir die Operation mit einiger Schnelligkeit auszuführen bestrebt sind — und das ist möglich — wird diese Gefahr noch eher vermindert werden. Ich lasse auch den Einwurf gelten, dass ein Irrthum in der Diagnose stattfinden kann, der ja von jedem Arzte begangen ist und begangen werden wird, dass eine Peritonitis, eine Koprostase, ein inoperabler Tumor und dgl. die Operation illusorisch macht. Solche Fälle können gewiss vorkommen und sind vorgekommen, wir sind dann eben genöthigt, die Bauchhöhle wieder zu schliessen, ohne fürchten zu müssen, durch eine uns jetzt ungefährlich erscheinende Probeincision das an und für sich verlorene Leben des Patienten noch verkürzt zu haben.

Ist es endlich die Besorgniss, das die Einklemmung bedingende Hinderniss nur mit grossen Schwierigkeiten, mit gefahrbringendem Zeitverlust oder vielleicht gar nicht finden zu können, welche uns vor der Operation zurückschrecken lässt? Ich möchte behaupten, dass jedes, eine innere Einklemmung veranlassende Hinderniss in den weitaus meisten Fällen und in nicht sehr langer Zeit gefunden werden muss; in fünf im letzten Jahre beobachteten und operirten Fällen habe ich stets ohne grosse Mühe das hindernde Moment aufzufinden vermocht, ob wir es stets so leicht zu beseitigen in der Lage sein werden, ist eine weitere Frage. —

Man ist von jeher bemüht gewesen, durch verschiedene diagnostische Hilfsmittel den Sitz der Einklemmung zu ergründen, sei es, dass die Untersuchung des Mastdarms mit der ganzen Hand, sei es dass Palpation oder Percussion, Auscultation oder Stäbchepercussion u. A. dafür in Anspruch genommen wurden. Man hat sich stets leichter zur Ausführung der Operation entschlossen, wenn beispielsweise durch einen bestimmt localisirten Schmerz, durch einen palpablen Tumor oder andere Momente ein sicherer Anhaltspunkt für den Sitz des Uebels gegeben war. So werthvoll derartige zufällig gegebene Fingerzeige sind, so glaube ich nicht, dass es nöthig ist, durch diese doch immerhin unsicheren diagnostischen Untersuchungen vorher die incarcirte Stelle bestimmen und die Ausführung der Operation davon abhängig machen zu wollen. — Wenn man nach den üblichen Vorbereitungen durch die gespannten Bauchdecken des Patienten einen möglichst langen Schnitt führt, wenn nöthig von der Symphyse bis zum Processus xiphoideus, und dann ohne Zögern die gesamte Masse der Gedärme in ein bereit gelegtes heisses Tuch auspackt, so muss man nach nicht sehr langem Suchen an das Ende des aufgeblähten und den Anfang des contrahirten Darmtheiles kommen, an welchem sich das Hinderniss befindet, mag dasselbe nun durch einen abschnürenden Netzstrang, eine Achsendrehung oder eine andere Ursache veranlasst sein. Eine zu kleine Incisionsöffnung, ein allmähliches Durchforschen der einzelnen Darmtheile ohne genügend freien Einblick über die gesamten Därme oder gar ein ängstliches Zurückhalten der vordrängenden Darmschlingen wird viel Zeit in Anspruch nehmen und oft nicht zum Ziele führen. Die wenigen bei Ileus ausgeführten Laparotomien, die ich in früheren Jahren auf der Schede'schen Abtheilung im Friedrichshain und hier habe glücklich verlaufen sehen, waren solche, in denen frühzeitig operirt wurde und in denen das Hinderniss zufällig bald gefunden wurde.

Sind wir nun nach einer zeitig genug ausgeführten Laparotomie mit geringem Zeitverlust bis zum Hinderniss vorgedrungen, so wird es in den meisten Fällen gelingen, die Achsendrehung zu beseitigen, die störenden Adhäsionen zu lösen oder abnorme Netzstränge abzubinden und zu durchschneiden. Wir werden aber auch vor Aufgaben gestellt werden können, deren Lösung in einfacher Weise uns nicht gelingt. Einen in dieser Beziehung sehr lehrreichen, wenn auch recht traurigen Fall, der hoffentlich zu den Seltenheiten gehört, möchte ich hier nicht unerwähnt lassen. Ein etwa 60jähriger relativ kräftiger Mann wurde zu Anfang dieses Jahres mit den ausgesprochenen Symptomen einer inneren Einklemmung in das Marien-Krankenhaus aufgenommen; die zwei Tage lang fortgesetzten Magenausspülungen und hohen Eingiessungen in den Mastdarm brachten, wenigstens die ersteren, die gewöhnliche subjective Erleichterung hervor, vermochten jedoch nicht das Hinderniss zu beseitigen. Als die Erscheinungen immer bedrohlicher wurden, entschloss ich mich zur Laparotomie. Das Hinderniss war bald gefunden. Im Mesenterium befand sich ein circa 6 cm langer Schlitz, durch den die ganze Masse der Därme hindurchgetreten und zum Theil auf der anderen Seite verlöthet war. Der Darm war noch gesund, jedoch bestand durch gleichzeitige Achsendrehung und feste Adhäsionen einzelner Partien ein solches Chaos, dass an eine Entwirrung nicht zu denken war. Ich erweiterte den Schlitz im Mesenterium, ich suchte durch vorsichtiges Anziehen die Därme zurück zu biegen, jedoch vergebens. Bei Anwendung jedes stärkeren Zuges riss die Serosa ein, und der Darm drohte bei Anwendung weiterer Gewalt perforirt zu werden. Durch die länger dauernden Versuche war Patient sehr collabirt, so dass ich mich genöthigt sah, zur schleunigen Beendigung der Operation den Darm im Hinderniss zu durchschneiden und die beiden Enden in die Bauchwunde einzunähen. Patient überlebte den Eingriff nur bis zum folgenden Tag, ohne Operation wäre er sicher vielleicht etwas später seinem Schicksal erlegen. Bei der Section zeigte sich die ungemein grosse Schwierigkeit in der Lösung der durch das Loch des Mesenteriums getretenen und zum Theil dort fixirten Dünndarmmassen. Ein grösserer Schnitt, ein rücksichtsloseres Auspacken der Därme, vor dem ich mich damals noch scheute, würde mehr Klarheit in die Lage der Dinge gebracht und eine Lösung vielleicht ermöglicht haben.

Kehren wir nun zur Vollendung der Operation zurück, nehmen wir an, das Hinderniss sei beseitigt, der Darm durchgängig, so gilt es nunmehr die Darmpartie in die Bauchhöhle zurückzudrängen und die Wunde zuzuschliessen. Es lässt sich nicht leugnen, dass es oft recht schwierig ist, die aufgeblähten Darmschlingen in die Bauchhöhle zurückzubiegen und darin zu erhalten. Durch Einpacken einzelner Partien und gleichzeitigen allmählichen Schluss der Wunde wird man bei nicht zu zaghaftem Manipuliren zum Ziele gelangen. Eine Erschlaffung der geblähten Darmschlinge durch Ablassen der Darmgase herbeizuführen, möchte ich aus Furcht vor septischer Infection nicht wagen. Während der ganzen Operation wird man bemüht sein müssen, möglichst Schnellig-

keit in der Ausführung walten zu lassen, um den Kranken sobald als möglich vom Operationstisch entfernen zu können.

Wir haben bisher von den operativen Methoden nur die Laparotomie in das Auge gefasst. Sie wird auch stets bei rechtzeitiger Wahl des Zeitpunktes in den weitaus meisten Fällen die definitiv zum Ziele führende und zu wählende Operationsmethode sein. Als letztes Auskunftsmittel, sei es, dass der Darm brandig ist, sei es, dass der bereits eingetretene Kräfteverfall des Patienten eine Laparotomie nicht mehr gestattet, werden wir zur Anlegung eines widernatürlichen Afters schreiten müssen.

M. H.! Ich habe Ihnen mit voller Offenheit meine Misserfolge dargelegt, um Sie einmal vor ähnlichen gefährlichen Täuschungen und dadurch bedingten traurigen Ausgängen zu bewahren, und um andererseits vielleicht durch die aufgestellten Principien frühzeitiges Operiren, rasches Auffinden des Hindernisses durch vollständiges Auspacken der Gedärme, und möglichste schnelle Ausführung der Operation dazu beizutragen, die therapeutischen Erfolge dieses prognostisch bisher so ungünstigen Leidens in Etwas günstiger zu gestalten. Hoffentlich wird die Zeit nicht mehr fern sein, in der wir mit derselben Sicherheit und derselben Entschlossenheit an eine innere Einklemmung herantreten, wie an einen eingeklemmten Bruch, ohne mit in ihren Erfolgen zweifelhaften oder trügerischen Mitteln die für den Kranken so kostbare Zeit zu verlieren.

Gestatten Sie mir, Ihnen zum Schluss einen Fall vorzuführen, den ich nach den aufgestellten Gesichtspunkten behandelt und von seiner inneren Einklemmung befreit habe. Der Fall wird auch in anderer Beziehung noch von Interesse sein.

Ein circa 20 Jahre alter, aus phthisischer Familie stammender, anämisch aussehender junger Mann K. wurde im Juni d. J. im Marien-Krankenhaus an einer circumscribten Beckencaries operativ behandelt und nach einigen Wochen mit fest vernarbter Wunde entlassen.

Im August erkrankte der bis dahin sich wohlühlende K. plötzlich mit heftigen Leibschmerzen, Erbrechen und Durchfällen. Als ich den Patienten am folgenden Morgen sah, hatte der Zustand durchaus nichts Besorgniserregendes, Symptome einer inneren Einklemmung waren noch nicht vorhanden. Diese wurden jedoch am folgenden Tage immer deutlicher, hochgradiger Meteorismus, Empfindlichkeit in der linken Lumbalgegend, galliges Erbrechen, Stuhlverstopfung hatten sich eingestellt, dabei Fehlen jeglichen Abganges von Darmgasen seit den anfänglichen Durchfällen. Ich liess den Kranken behufs eventl. Ausführung der Laparotomie in das Marien-Krankenhaus aufnehmen, jedoch bei dem guten Kräftezustand des Patienten die Magenausspülung anwenden. Das Erbrechen wurde an diesem Tage weit seltener und hörte sogar am folgenden Tage bei nochmaliger Anwendung der Magensonde vollständig auf. Obwohl keine Flatus und keine Fäces abgegangen waren, der Meteorismus unverändert weiter bestand, war das Allgemeinbefinden des Patienten ein derartiges, dass ich mich zu der beabsichtigten Laparotomie nicht entschliessen konnte. Es gehört gewiss viel Objectivität dazu, unter solchen Verhältnissen, bei subjectivem Wohlbefinden des Patienten bei keiner nachweisbaren Verschlimmerung des Zustandes zur Operation zu schreiten, und es wäre doch das Richtige gewesen, hätte mich nicht auch hier wieder der scheinbare Erfolg der Magenausspülungen in meinem Vorhaben wankend gemacht. Zum Glück für den Patienten hatte ein gütiges Geschick es besser mit demselben vor als ich; spät am Abend trat das Erbrechen, diesmal fäculenter Massen mit erneuter Heftigkeit auf und dauerte trotz Magenausspülungen mit mehr weniger langen Unterbrechungen bis zum anderen Tage fort. Die Kräfte des Patienten waren, als wir nunmehr zur Operation schritten, noch befriedigende. Ich führte nach genügender Vorbereitung mit einigen raschen Zügen über die gespannten Bauchdecken einen so langen Schnitt, dass das ganze aufgeblähte Darmconvolut ohne Mühe in eine bereit gelegte heisse Compresse eingepackt werden konnte, die geringe Blutung aus dem Bauchdeckenschnitt wurde durch Ueberstreichen mit heissen Schwämmen rasch gestillt. Nach kurzem Absuchen der geblähten und contrahirten Schlingen gelangten wir bald an den Endpunkt der einen und den Anfangstheil der letzteren. Zwei etwa daumdicke Netzstränge, welche von der Gegend der linken Spina anterior superior nach der Mittellinie der Bauchdecken verliefen, hatten das Ileum etwa handbreit oberhalb des Coecum fest umschlossen und abgeknickt. Die Stränge wurden abgebunden und durchschnitten, der Darm zeigte sich wegsam und nicht brandig, doch schien es die höchste Zeit gewesen zu sein, die Strangulation zu lösen; bei den sichtbaren tiefen Schnurfurchen und der bläulichen Verfärbung des Darmes würde die Gangrän nicht lange fern geblieben sein. Das Zurückbringen der geblähten Darmschlingen war nicht ohne grosse Mühe zu bewerkstelligen, doch gelang es in relativ kurzer Zeit unter gleichzeitigem allmählichem Verschluss der grossen Incisionswunde von oben her. Der Effect der

Operation war ein sehr eclatanter. Während Patient noch in der Narkose mehrfach fäculante Massen erbrach, trat nach 2 Stunden reichlicher Stuhlgang ein, und das Erbrechen sistirte sofort. Leider machten wir nach Eröffnung der Bauchhöhle einen für den Patienten sehr betrübenden Nebefund. Die Serosa der Därme war an zahlreichen Stellen mit den gefürchteten miliaren Knötchen, mit Tuberkeln, durchsetzt. Man hat wohl selten Gelegenheit, bei einer Autopsie in vivo einen so verderblichen Befund zu constatiren. Patient hat jetzt nicht die geringsten Beschwerden, keinen Husten oder Auswurf; keine Leibschmerzen, keine Durchfälle oder sonstigen Symptome weisen auf die vorhandene Tuberculose hin. Die Reconvalescenz verlief langsam, in einzelnen Stichcanälen kam es zu Eiterung, ein Umstand, der wohl bei der colossalen Spannung, welcher die Weichtheile ausgesetzt wurden, nicht zu verwundern ist, in der Hautwunde bildeten sich einige Abscesse, die eine Spaltung und Ausschabung nothwendig machten. Eine vollständige Vernarbung ist, wohl bedingt durch die ungünstige Constitution, noch immer nicht eingetreten. Patient hat, seitdem er in die Reconvalescenz eingetreten ist, einen sehr guten Appetit und hat in den letzten 4 Wochen um 5 Pfund zugenommen. Es hat sich auch in unserem Falle die oft ungemein günstige, die Weiterentwicklung hemmende Wirkung operativer Eingriffe auf tuberculöse Processe der Bauchhöhle gezeigt, Beobachtungen, wie sie von verschiedenen Seiten bereits mitgetheilt worden sind, und wie ich selbst sie auch anderweitig zu machen Gelegenheit hatte.

Patient hat nunmehr 15 Pfund zugenommen und befindet sich sehr wohl.