

XXXIV.

Ueber die Annäherung der Wandermilz.

(Nebst Mittheilung eines Falles von spastischem Darmverschluss.)

Von

Dr. Felix Franke,

Oberarzt des Diakonissenhauses Marienstift zu Braunschweig.

Nachdem durch die von Rydygier in so origineller Weise vorgenommene Befestigung der Wandermilz, über die er auf dem 24. Chirurgenkongress 1895 genauere Mittheilung machte, der Grundsatz der conservativen Behandlung, der für die Wanderniere schon volle Geltung erlangt hatte, auch auf die Wandermilz ausgedehnt wurde, sind noch einige Fälle von Splenopexis veröffentlicht worden, ohne dass aber, was ja bei der Geringfügigkeit des Materials kaum anders zu erwarten war, eine Einigung über die am meisten zu empfehlende Technik erzielt wäre. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass nach der Methode von Rydygier, deren Wesen bekanntlich in der Bildung einer Bauchfelltasche für die extraperitoneale Unterbringung der Milz besteht, eine so sichere Befestigung der Milz zu erwarten ist, dass ein Recidiv, ein Lockerwerden derselben nicht zu befürchten ist. Ebenso wenig zweifelhaft ist es aber auch, dass die genau nach der Vorschrift Rydygier's von einem Einschnitt in der Linea alba aus vorzunehmende Einkapselung der Milz nicht gerade zu den bequemsten Operationen zu rechnen sein dürfte. Mir wenigstens erschien das Verfahren nicht so verlockend, als ich neulich behufs Vornahme einer Milzannäherung den Leib eröffnet hatte, obgleich ich den Schnitt nicht in der Linea alba, sondern einige Cm. weiter nach links angelegt hatte. Ich nahm Abstand von dem geplanten Vorgehen, zumal als ich fand, dass auch eine linksseitige Wanderniere vorlag, und vollendete die Operation, indem ich nach dem Vorschlage Bardenheuer's die Milz von der Seite her in Angriff nahm und dann an die Milzannäherung die Nierenannäherung anschloss.

Mein Fall ist folgender:

Frau Kantor Kl. aus Br., damals 40 Jahre alt, consultirte mich im Anfang des Jahres 1893 wegen fast fortwährender, schon seit Jahren bestehender Schmerzen in der linken oberen Bauchseite, die besonders beim Sitzen in etwas nach vorn gebückter Stellung heftig waren, weniger stark beim Stehen und Gehen. Die Schmerzen sollen sich nach der letzten (5.) Entbindung 1883 und nach schweren Anstrengungen, deren sich die Kranke kurz darauf unterziehen musste (häufiges Heben der schwer erkrankten Mutter aus dem Bette und in das Bett), eingestellt haben. Mit der Zeit litt die Stimmung und das ganze Allgemeinbefinden unter den fortwährenden Beschwerden. Die Kräfte nahmen ab, so dass die Kranke schliesslich nur noch leichte Hausarbeiten verrichten konnte. Verschiedene Kuren bei verschiedenen Aerzten, auch in einer bekannten Klinik, immer gegen nervöses Herzleiden (die Kranke litt viel an Herzklopfen), allgemeine Nervosität und dergl. gerichtet, waren ohne jeden Erfolg.

Aus der Vorgeschichte ist noch zu erwähnen, dass die Kranke ihre Entbindungen gut überstanden hat, und dass sie 1868 in Amerika schwere Malaria und in den nächsten 3—5 Jahren leichtere Wechselfieberanfälle durchgemacht hat.

Ich fand bei der verstimmt aussehenden, wortkargen, mageren etwas blassen Kranken nach sorgfältiger Untersuchung aller Organe eine längliche, wenig empfindliche Geschwulst in der linken unteren Bauchseite, die ich wegen ihrer länglichen Form mit oberem und unterem spitzabgerundetem Pole, des Fehlens eines Hilus, ihrer Grösse, die ungefähr die einer normalen Niere um das Doppelte übertraf, ihrer Verschiebbarkeit nach oben in die Milzgegend, des Fehlens der Milzdämpfung, des Fehlens von Anhaltspunkten für die Annahme einer anderen Geschwulst und mit Rücksicht auf das früher überstandene Wechselfieber als eine Wandermilz ansah. Es bestand keine übermässige Schloffheit der Bauchdecken. Die von mir zunächst verordnete Bandage half nichts, verschlimmerte eher die Schmerzen. Weitere Versuche mit Binden und Bandagen wollte die Kranke nicht machen. Aber auch auf die von mir im Herbst 1893 vorgeschlagene Operation liess sie sich nicht ein. Erst im Herbst v. J., nachdem die Beschwerden noch mehr zugenommen hatten, erschien sie wieder bei mir und bat mich, sie zu operiren, wenn ich ihr nicht anders helfen könne. Sie litt jetzt so sehr unter den Schmerzen, dass sie auch zu leichten Arbeiten nicht mehr fähig war, unter melancholischen Stimmungen sehr zu leiden hatte und fast ganz appetitlos, infolge dessen noch magerer geworden war. Die Schmerzanfälle waren in den letzten Jahren oft mit hartnäckiger Verstopfung verbunden. Die Gesichtsfarbe war blass, das Blut aber zeigte mikroskopisch keine wesentlichen Veränderungen. Die Operation, welche ich am 8. October v. J. vornahm, wollte ich, da unterdessen Rydygier's Mittheilung erschienen war, wie schon oben erwähnt, nach dessen Anweisung ausführen. 1893 hatte ich sie anders geplant. Damals wollte ich sie in gleicher Weise ausführen, wie die damals noch von mir geübte Nephrorrhaphie, d. h. ich wollte quer durch die Milz und dann zu beiden Seiten durch die Musculatur 5—6—8 dicke Catgutfäden legen und von der, in der Seite dicht unter dem Rippenbogen anzulegenden

Oeffnung aus, nach Zurückdrängung des Bauchfells die äussere Fläche der Milz mit einem Jodoformgazetampon bedecken. Auf diese Weise hoffte ich, eine breite Verwachsungsfläche zu erzielen. Zugleich dachte ich daran, den nach unten zurückgeschobenen Bauchfellrand der Wunde nach innen um den unteren Pol der Milz zu schlagen und durch Nähte an der Milz zu befestigen, in ähnlicher Weise, wie ich es bei der Annäherung der Wanderleber gethan habe¹⁾.

Die Operation verlief nun folgendermaassen: Nachdem ich mich durch einen 8 Cm. langen Schnitt am äusseren Rande des Rectus, dessen untere 2 Drittel unterhalb des Nabels sich befanden, von der Richtigkeit meiner Diagnose, dem Verhalten der Milz, zugleich aber auch von der unbequemen Zugänglichkeit des eigentlichen Operationsgebietes überzeugt hatte, machte ich einen Schnitt von der hinteren Achsellinie aus, dicht unter der 12. Rippe schräg nach vorn unten bis zur vorderen Achsellinie, ging im Bogen in diese über und folgte ihr nach abwärts noch etwa 4—5 Cm. Vorher hatte ich den vorderen Bauchschnitt durch einige provisorische Nähte verschlossen, nachdem ich noch die Gewissheit von dem gleichzeitigen Bestehen einer linksseitigen Wanderniere gewonnen hatte. Der Lendenschnitt drang bis auf das Bauchfell vor, und dieses wurde nun in der Umgebung und namentlich nach dem Zwerchfell zu von der Bauchwand und von letzterem selbst so weit abgelöst, bis ich glaubte, eine bequeme Tasche für die mässig vergrösserte Milz gebildet zu haben. Dann wurde durch eine eben genügend gross angelegte Oeffnung im Bauchfell, entsprechend der Mitte der Tasche, die ziemlich weiche und wie ein Aal schmiegsame und schlüpfrige Milz hervorgezogen, nachdem sie der Assistent von unten vorn her in die Höhe gedrängt hatte, und bequem in der Tasche möglichst nach oben und hinten zu gelagert. Die Oeffnung im Bauchfell wurde durch eine Schnürnaht mit feiner Seide verkleinert, das Bauchfell um den unteren Pol der Milz und nach vorn zu durch mehrere Seidennähte an den Muskel festgenäht, der Stiel der Milz durch 2 Nähte mit dem Bauchfell und ihr oberer Pol mittels eines durch die Milz selbst durchgehenden Fadens mit dem Zwerchfell verbunden. Eine Blutung erfolgte dabei nicht aus der Milz. Sodann wurde die nach innen und hinten von der Milz gelegene Niere mit einiger Mühe (nach Verlängerung des Lendenschnitts nach hinten bis an den Sacrolumbalis) hervorgezogen, ihre Kapsel von einem Sectionsschnitt aus nach beiden Seiten weit abgelöst und sie nur so befestigt, dass 2 Seidennähte durch den oberen Kapseltheil und um die 12. Rippe herumgingen, eine grössere Anzahl dagegen die seitlichen Kapseltheile mit dem Sacrolumbalis, bezw. Quadratus lumborum verbanden. Nachdem ich noch je eine Drainröhre von der Seite und von hinten her an die Milz eingelegt hatte, schloss ich beide Bauchwunden durch sorgfältige Etagnennaht und legte einen mässig drückenden Verband an, der die Milz nach oben und hinten drängen sollte.

Am 8. und 9. October hatte die Kranke lebhaftes Leibesmerzen, besonders in der linken Seite, bekam Meteorismus, häufiges Aufstossen und Stuhlverhaltung, so dass, da kein Fieber bestand, die Befürchtung einer

1) Siehe Centralbl. f. Chirurgie. 1896. Nr. 32. Zur Technik der Hepatopexie.

Darmabknickung nahe lag. Die Beschwerden verschwanden jedoch nach Darreichung von Ricinusöl am 10. October zum grossen Theil. Es wurde von Bism. subnitr. und Pulv. rad. Rhei. ana 3 stkl. eine Messerspitze in den nächsten Tagen gegeben. Am 12. October zeigte sich leichter Icterus (hämato gener?), der am 15. October wieder verschwunden war. Am 18. October wurde der Verband gewechselt, Drainröhren und Nähte entfernt. Die Heilung war ohne jede Temperatursteigerung und per primam erfolgt. Das Befinden war gut. Abführmittel waren aber noch nöthig. 1. November aufgestanden, 4. November geheilt entlassen. Die Kranke, welche ich am 19. Februar im ärztlichen Verein vorstellte, hat, abgesehen von bisweilen eintretendem Ziehen im Rücken, keine Beschwerden, besitzt eine gesunde rothe Gesichtsfarbe, frischen Ausdruck, ist immer bei guter Stimmung, hat an Gewicht zugenommen, verrichtet alle häuslichen Arbeiten ausser den schwersten. Die Milzdämpfung hat die normale schräge Richtung von vorn nach hinten, nur liegt sie um etwa 5—6 Cm. tiefer und weiter vorn als im Normalzustande. Die Milz ist deutlich von vorn und unten her zu fühlen.

Die Operation hat also einen vollen, bis jetzt anhaltenden und nun wahrscheinlich dauernden Erfolg erzielt.

Ehe ich auf eine Besprechung der Technik der Milzannäherung eingehe, möchte ich mit Rücksicht auf die kürzlich erschienene Arbeit von Stierlin¹⁾ die Frage aufwerfen: soll überhaupt die Splenopexis versucht oder soll nicht gleich die Splenektomie vorgenommen werden? Stierlin hat für die Splenektomie bei Wandermilz eine Sterblichkeit von nur 6,25 Proc. berechnet und von Neuem gezeigt, dass die Wegnahme der Milz im Ganzen dem Körper nicht schadet, sondern gewöhnlich nur vorübergehende Erscheinungen von Seiten des Blutes, der Lymphdrüsen, der Schilddrüse und des Knochenmarks hervorruft. Ganz so günstig scheinen mir aber die Verhältnisse doch nicht zu liegen. Schon früher hat Vulpius²⁾ hervorgehoben, dass nach der Wegnahme der Milz die Bluterneuerung verzögert und dadurch die Reconvalesenz erschwert, ja bei stärkerem Blutverluste während der Operation sogar der Tod herbeigeführt werden kann. Nun handelt es sich bei der Wandermilz allerdings meist um bewegliche, gut gestielte Milzen, so dass in derartigen Fällen bei der Operation ein bedeutender Blutverlust nicht zu befürchten wäre. Stierlin erwähnt aber selbst am Schlusse seiner Arbeit einige Fälle, in denen die Exstirpation der Milz doch von Erscheinungen schwererer Art gefolgt war, die viel-

1) Stierlin, Ueber die chirurgische Behandlung der Wandermilz. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. XLV. Heft 3 u. 4.

2) Vulpius, Beiträge zur Chirurgie und Physiologie der Milz. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XI. Heft 3.

leicht durch die Exstirpation bedingt sind. Und ob mit der Zeit bei grösserem Material nicht doch sich dieser oder jener Nachtheil der Exstirpation geltend macht, lasse ich dahin gestellt sein. Ehe Kocher auf die Kachexia strumipriva das Augenmerk lenkte, waren schon eine ganze Anzahl Kropfexstirpationen ausgeführt worden, die von keinen fühlbaren Folgeerscheinungen begleitet waren.

Ganz abgesehen aber von dieser noch weitere Untersuchung und Beobachtung benöthigenden Frage stelle ich mich grundsätzlich anders zu der ganzen Angelegenheit. Von jeher habe ich dem Conservatismus in der Chirurgie in ausgedehntem Maasse gehuldigt. Und diese Anschauung schreibt mir eine etwas andere Haltung vor, als sie Stierlin einnimmt. Während dieser „für die Splenektomie bei Wandermilz eine kleine Lanze bricht“, möchte ich mein Schwert für die Splenopexie in die Wagschale legen und den 3. Absatz der Folgerungen Stierlin's aus seiner Arbeit so gefasst sehen: die Annäherung der Wandermilz soll vorgenommen werden, wenn sie Aussicht auf Erfolg bietet. Die Grösse allein ist nicht maassgebend, da wir wissen, dass eine hypertrophische Milz schrumpfen kann, und für die Schrumpfung gerade durch die Annäherung wahrscheinlich sehr günstige Bedingungen geschaffen werden.

Ich unterlasse es, nach den genauen Erörterungen Stierlin's noch einmal eingehender diese Frage zu besprechen; schematische Vorschriften sind hier nicht am Platze; jeder Fall will für sich beurtheilt sein.

Bezüglich der Technik der Milzannäherung bin ich mit Stierlin der Ansicht, dass die Methoden von Kouwer, dessen 2. Fall das verhältnissmässig günstige Urtheil über seinen ersten Erfolg wieder vernichtete, und von Sykoff durchaus nicht zu empfehlen sind, aber auch das Verfahren Giordano's¹⁾ nicht ohne Weiteres nachgeahmt zu werden verdient. Neuerdings hat Cordero²⁾ an 8 Hunden Versuche gemacht, um die Gefahr der Durchlegung von Nähten durch die Milz festzustellen, indem er bis zu 20 Nähte durchlegte. Wenn aber nun auch diese Versuche gezeigt haben, dass von Gefahr einer Blutung nicht die Rede war, und die Milz mehr oder weniger in Bindegewebsmembranen eingebettet war, so haben sie für den Menschen doch nur bedingten, bzw. sehr geringen Werth. An und für sich lassen sich die Versuche an der Hundemilz nicht auf die normale Menschenmilz übertragen, noch viel weniger aber

1) Siehe Centralbl. f. Chir. 1896. Nr. 37 (Refer.) u. Stierlin, a. a. O. S. 390.

2) Siehe Centralbl. f. Chir. 1898. Nr. 5. (Refer.: Cordero, Ueber Splenopexie. Policlinico 1897. 1. Juli.)

auf die kranke. Und als solche ist doch wohl stets die Wandermilz anzusehen. Ueberdies sind ja bisher die Versuche der Naht der Wandermilz zum Theil misslungen, hauptsächlich wegen lebhafter Blutung oder wegen Durchschneidens der Fäden. Der 1. Fall von Kouwer, bei dem Dieser erst die Naht versuchte, ist ein Beispiel dafür. Am ehesten wird der Versuch mit einer directen Annäherung zu rechtfertigen sein bei einer geschrumpften, bezw. nicht grossen und nicht zu weichen Milz. Und zwar dürfte sich da wohl das von mir Anfangs geplante Verfahren, Naht verbunden mit Jodoformgazetamponade und Umschlagen des Bauchfelles um den unteren Pol, empfehlen. Aber wozu schliesslich alle diese Versuche, da die Methode Rydygier's in der von mir abgeänderten Weise so sicher wirkt und garnicht so schwierig auszuführen ist?

Ich habe bei meiner Operation, wie aus der Beschreibung derselben ersichtlich ist, einen Weg eingeschlagen, der die Mitte hält zwischen dem Vorgehen Rydygier's und Bardenheuer's, und der meiner Meinung nach die Vortheile beider Methoden vereinigt, ohne ihre Nachtheile zu besitzen.

Die von Plücker dem Verfahren Rydygier's gemachten Vorwürfe hat Letzterer meiner Ansicht nach nicht ganz zu entkräften vermocht, hat sie in Wirklichkeit aber auch gar nicht recht zu widerlegen versucht, indem er auf sie gar nicht im Einzelnen einging, als da sind grössere Gefährlichkeit, schwierigere Technik, längere Dauer, nicht so rationelle Befestigung der Milz, grössere Gefahr eines Bauchbruches. Er hat summarisch die ausgiebige Eröffnung der Bauchhöhle bei seiner Operation deswegen als Vorzug gerühmt, weil sie gegenüber der seitlichen geringfügigen Eröffnung der Bauchhöhle nach Bardenheuer die mitunter schwierige Diagnose erleichtert, einen guten Ueberblick über etwaige Complicationen und die Möglichkeit gewährt, sich mit diesen sofort bequem zu befassen. Dieser Vorzug ist ebenso unbestreitbar, wie die von Plücker vorgeworfenen Nachtheile. Um auf diese kurz einzugehen, möchte ich zuerst hervorheben, dass das lange Operiren bei weit geöffneter Bauchhöhle doch entschieden gewisse Gefahren mit sich bringt. Ich sehe ab von einer Peritonitis, die wohl kaum zu befürchten ist bei dem jetzigen Stande der Bauchchirurgie. Aber wissen wir nicht gerade aus den Erörterungen der letzten Zeit in den chirurgischen und gynäkologischen Vereinen, weiss nicht fast jeder beschäftigte Chirurg und Gynäkolog aus eigener Erfahrung, dass nach langem Operiren in der Bauchhöhle, auch unter ganz aseptischen Verhältnissen, dann und wann, wenn auch sehr selten, Darmverwachsungen

auftreten, die sogar zu schweren und gefährlichen Störungen führen können? In sehr kurzer Zeit aber lässt sich die Operation Rydygier's nicht ausführen. Denn die Technik ist nicht so leicht wie bei der Methode Bardenheuer's, weil man, wie ich schon oben erwähnt habe, nicht ein so bequem zugängliches Operationsgebiet vor sich hat. Dass ferner die „Halbtasche“ Rydygier's, wenn ich so sagen darf, nicht eine so sichere Befestigung gewährt wie die „Ganztasche“ Bardenheuer's, liegt auf der Hand, wird zudem durch den von Rydygier selbst gemachten Vorschlag bewiesen, die Halbtasche dadurch zu einer Ganztasche zu verbessern, dass man einen Lappen aus dem Zwerchfell bildet, nach unten schlägt und an das Lig. gastrolienale annäht. Die von Plücker hervor gehobene Gefahr eines Bauchbruches schlage ich nicht hoch an. Eine sorgfältige 3—4fache Etagennaht, die ich mit feiner Seide oder nicht zu dickem Catgut ausführe, lässt diese Gefahr ziemlich sicher vermeiden. Ich wenigstens habe das Glück gehabt, dass von meinen sämtlichen, seit dem Jahre 1889 Laparotomirten, die ich oft schon am 12.—14. Tage aufstehen und hinterher keine Bandage tragen lasse, sich mir noch Keiner mit einem Bauchbruch vorgestellt hat, obgleich ich sie aufgefordert habe, bei irgend welcher Störung an der Narbe sich zu melden. Eine einzige Patientin hat in der Narbe eine schwache Stelle, die sich beim Pressen flach halbtäubeneiförmig vordrängt. Dabei bemerke ich, dass sich unter meinen Laparotomirten nicht wenig gynäkologische Fälle befanden.

Mein Vorschlag geht nun dahin, in Zukunft die Befestigung der Wandermilz in der von mir geübten Weise vorzunehmen. Der kleine, 6—8 Cm lange Sicherheitsschnitt am Aussenrande des linken Rectus, der je nach den Umständen beliebig verlängert werden kann, hat vor der Eröffnung des Leibes in der Linea alba das voraus, dass man der Milzgegend näher ist, und dass die zurückbleibende Narbe auch bei mageren Bauchdecken dicker und sicherer ist als in der Linea alba. Bei ganz zweifelloser Diagnose, und wenn sicher gar keine Complicationen bestehen, könnte er auch einmal unterbleiben. Doch möchte ich nicht dazu rathen, da jene Sicherheit ohne ihn kaum jemals zu erlangen ist; habe ich doch die Wanderniere in meinem Falle erst mit seiner Hülfe entdeckt. Da er nach geschעהener Einsicht in die Bauchhöhle sofort wieder provisorisch geschlossen wird, — den vollständigen Schluss rathe ich bis zum Ende der Operation aufzuschieben, da man unter Umständen die Milz von innen, von der Bauchhöhle her, nach aussen schieben muss —, so liegt keine Gefahr vor, dass die Därme zu sehr durch

Manipulationen in der Bauchhöhle zu leiden haben. Dieser Schnitt bietet die von Rydygier geforderte Sicherheit und den seiner Methode nachgerühmten Vorzug. Er verlängert die Operation um kaum mehr als 5 Minuten. Dafür ist der 2. Act derselben entschieden kürzer als bei Rydygier. Ob man für ihn den Thürflügelschnitt Bardenheuer's oder meinen Schrägschnitt mit vorderem Bogen benutzt, ist mehr Liebhabersache. Beide Schnittrichtungen führen gut zum Ziele. Ich persönlich vermeide gern Zwickelbildungen, wie sie beim Thürflügelschnitt nothwendiger Weise entstehen müssen. Nach der Ablösung des Bauchfelles zur Taschenbildung und Hervorziehen der Milz durch den eben zureichenden Bauchfellschnitt werden dessen Ränder sofort umsäumt und die Oeffnung durch Zusammenziehen und Knoten der Fadenenden so weit verkleinert, dass der Milzstiel eben bequem darin gleiten kann. Dieser wird mit dem Rande der Oeffnung vereinigt. Die Vernähung des Bauchfelles am unteren und vorderen Rande der Tasche mit der Bauchwand, sowie die Vernähung des Zwerchfelles mit dem oberen Milzpole geschieht am zweckmässigsten mittelst Umstechungsnadeln.

Der seitliche Schnitt hat noch einen Vortheil, den weder Plücker, noch Rydygier aus ihrem Falle entnehmen konnten, nämlich den, dass man unter Verlängerung des Schnittes nach hinten bei zugleich bestehender gleichzeitiger Wanderniere, die ja immer einmal mit der Wandermilz, z. B. bei allgemeiner Enteroptose sich verbinden kann, sofort bequem die Nephrorrhaphie anschliessen kann.

Ich unterlasse es, an dieser Stelle auf die sonstigen Verhältnisse der Wandermilz an und für sich und zu ihrer Umgebung einzugehen, da Stierlin sich in seiner Arbeit ausführlich mit der Diagnose der Wandermilz, Indication zur Operation u. s. w. befasst hat. Die Ursache der Wandermilz in meinem Falle dürfte wohl mit Recht in der früher überstandenen Malaria zu suchen sein.

Einige Worte verdienen vielleicht noch die leichten Ileuserscheinungen in den ersten 2 Tagen nach der Operation meiner Kranken. Ich glaube nicht, dass sie durch den Druckverband hervorgerufen sind, da er gar nicht so sehr fest angelegt war, sondern möchte sie eher auf Zerrungen am Darm und Magen durch die Milzbänder und dadurch bedingte reflectorische Darmlähmung, bezw. -parese zurückführen. Dies deshalb, weil die Erscheinungen ohne Abnahme des Verbandes nach Anregung der Darmperistaltik verschwanden, und weil derartige Erscheinungen auch in Fällen von Enteroptoseoperationen beobachtet sind, in denen gar kein Druckverband angelegt war. In

einem Falle ¹⁾, in dem sie in schwerer Form (heftige Koliken, bei denen die sich zusammenziehenden Darmschlingen von aussen sichtbar waren, Meteorismus, Erbrechen, vollständige Stuhl- und Gasverhaltung trotz Abführmittel und Darmausspülungen) auftraten nach Anheftung der linken Wanderniere und später nach Anheftung auch der rechten Wanderniere, hielten sie jedesmal 7 Tage lang an, um dann von selbst zu verschwinden. Aehnliches beobachtete ich, nur in leichter Form, erst kürzlich wieder im Anschluss an eine Nierenannäherung. In jenem Falle waren ohne Zweifel die Erscheinungen auf reflectorischen spastischen Darmverschluss zurückzuführen, nicht auf Darmlähmung. Ein mechanisches Hinderniss, das Palleroni anzunehmen scheint, lässt sich bei einer Nierenannäherung nicht recht ausdenken; denn der Darm wird dabei doch kaum so verzogen werden können, dass er eine Knickung erleidet. Es würde zu weit führen, wenn ich mich auf diese Frage genauer einlassen wollte. Ich möchte aber doch nicht versäumen im Anschluss hieran auf die Mittheilungen Heidenhain's auf dem 26. Congress für Chirurgie 1897 ²⁾ über den acuten Darmverschluss hinzuweisen, die darauf hinausliefen, dass es mit grösster Wahrscheinlichkeit einen unter Umständen tagelang anhaltenden Darmverschluss giebt, der nur durch einen Darmkrampf zu erklären ist. Als Beitrag hierzu möge folgender Fall aus meiner Praxis Platz finden: eine 34jährige, gravide Frau erkrankte unter den Erscheinungen des Vomitus gravidarum, die schliesslich aber auf Magenerweiterung infolge von (gutartiger) Pylorusstenose zurückzuführen waren. Im 4.—5. Monate der Schwangerschaft nahm ich die Gastroenterostomie vor, nachdem das Erbrechen unstillbar, Nahrungsaufnahme unmöglich geworden war. Oberhalb des Nabels zeichnete sich ein stark geblähter Eingeweidetheil ab, den ich für den Magen ansah. Leider hatte ich bei der von mir selbst 2 Tage vor der Operation vorgenommenen Magenausspülung in der Wohnung der Kranken, die ich nur zur Erleichterung der Kranken, nicht mehr zu diagnostischen Zwecken vornahm, auf das Verhalten dieses aufgetriebenen Theiles nicht genau geachtet, sondern nur so viel bemerkt, dass er kleiner geworden zu sein schien. Stuhlgang fehlte in den letzten Tagen. Bei der Operation zeigte es sich, dass es sich um das stark geblähte Colon transversum handelte, das mir den Weg so versperrte, dass ich durch einen Einschnitt das Gas entleeren musste. Eine Ursache

1) G. Palleroni, Sopra un caso di doppio rene migrante e di nefropessia lombare bilaterale. Guarigione. Siehe Centralbl. f. Chirurgie. 1897. Nr. 44. (Refer.)

2) Siehe die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1897.

für dieses Verhalten des Darmes konnte ich nicht finden; nur war der Dickdarm in der Gegend der linken Flexur stark contrahirt. Nach der Vornahme der Gastroenterostomie war der Zustand anfänglich gut, es stellte sich auch Stuhlgang ein. Aber bald trat Peritonitis hinzu, der die Kranke am 6. Tage erlag, trotzdem dass ich bei den ersten Anzeichen sofort am 4. Tage den Leib geöffnet und entsprechende Maassnahmen getroffen hatte. Die Section nun ergab durchaus keinen Anhalt zur Erklärung des Dickdarmverschlusses. Der Dickdarm besass vollständig normales Aussehen. Auch im Stuhl war nichts enthalten, was man zu einer Erklärung hätte benutzen können. Man wird in Zukunft mit derartigen Fällen von Darmverschluss zumal nach Unterleibsoperationen rechnen müssen. Dass im gegebenen Falle die Entscheidung, ob die Ileuserscheinungen durch jenen Verschluss bedingt sind oder anders erklärt werden müssen, und welche Behandlung eingeschlagen werden soll, eine der schwierigsten Aufgaben der Diagnostik und Therapie sein kann, steht nach den vorliegenden Mittheilungen ausser Frage. Hoffen wir, dass auch über diesen dunklen Punkt unseres Könnens mehr und mehr Licht sich verbreite.
