

V. Ein eingeklemmter Nabelbruch.

Von Med.-Rath Dr. Wilh. Bode jun. in Bad Nauheim.

Der vorliegende Fall dürfte insofern einiges Interesse bieten, als er beweist, dass grosse, dem Organismus per os einverleibte Dosen von metallischem Quecksilber längere Zeit (es handelt sich um volle 14 Tage!) im Darm verbleiben können, ohne die mindeste Störung zu verursachen. In der mir zu Gebote stehenden Litteratur habe ich nur vereinzelte Angaben über längeres Verbleiben von grossen Hg-Mengen im Darm gefunden, und deshalb, sowie mit Rücksicht auf das vorzügliche Resultat der späteren Operation, glaube ich diesen Fall nicht mit Stillschweigen übergehen zu dürfen.

Am 23. December v. J. begleitete ich meinen Vater zu einer auf einem benachbarten Gutshof wohnenden Patientin: Frau L., 62 Jahre alt, fällt zunächst durch ganz ungewöhnliche Körperfülle bei kleiner, untersetzter Statur auf. Die über 300 Pfund schwere, ausserdem vollständig gesunde Patientin hat zweimal normal geboren und ist schon seit längeren Jahren mit einem Nabelbruch behaftet, welcher seit April 1886 durch Tragen einer Leibbinde mit mässig convexer Pelotte zurückgehalten wird. — Im Februar 1887 traten zum ersten Mal bedrohliche Erscheinungen von Brucheinklemmung auf, die zu 2 Tage lang anhaltendem intensivem Kothbrechen führten. — Den vereinten Anstrengungen von meinem Vater und mir gelang es damals, durch 1½stündige, sehr consequente Taxis den Bruch am 10. Februar zu reponiren. Seitdem hatte Patientin keinerlei Beschwerden durch den Bruch. Am 27. November 1888 trat sie wegen Bronchialkatarrhs wieder in die Behandlung meines Vaters. Angeblich infolge des anhaltenden heftigen Hustens, dessen Lösung trotz der mannichfaltigsten Mittel nicht eintrat, kam es in der Nacht vom 20. December abwärts zu Einklemmungserscheinungen, die diesmal stürmischer, als im Jahr zuvor auftraten. Nachdem am 18. die letzte spontane Stuhlentleerung erfolgt war, stellte sich schon am 22. December Erbrechen sehr übel riechender Kothmassen ein. Alle möglichen Abführmittel, Eispillen, Irrigationen, Tabakklystiere etc. waren ohne Erfolg geblieben, ebenso die am 23. von uns gemeinsam und schon vorher von meinem Vater allein versuchte beharrliche Taxis. Der gegen sonst stark vorgewölbte Inhalt der Bruchsäcke liess sich zwar auf das Minimum, welches immer ausserhalb der Bruchwand lag, reponiren, die Ileuserscheinungen dauerten aber fort, und da bereits Kräfteverfall eintrat, ein operativer Eingriff aber nur als ultimum refugium zugestanden wurde, entschlossen wir uns zur Darreichung von Hydrarg. vivum. (Ich hatte kurz vorher bezügliche Veröffentlichungen mit gutem Resultat von italienischen Aerzten gelesen.)

Patientin nahm am 25. December 210 g metallisches Quecksilber, auf mehrere Dosen in ganz dünnwandigen Gelatine kapseln vertheilt. Sie wurde von demselben in keiner Weise belästigt — der erhoffte Erfolg blieb aber aus — die Kräfte sanken immer mehr, der Kothgeruch des Erbrochenen wurde immer unerträglicher — und so wurde denn die Einwilligung zur Operation ertheilt. Dr. Carl Roser (jetzt dirig. Arzt des städtischen Krankenhauses in Hanau) führte dieselbe am Morgen des 27. December unter genauester Beobachtung strengster antiseptischer Cautelen aus.

Ein Längsschnitt durch die in der Umgebung des Nabels nur papierdünne Haut wurde dicht an der linken Grenze des Bruches vorbeigeführt und gab uns sofort die Erklärung für zwei Punkte, die uns schon bei der ersten Reposition im Februar 1887 aufgefallen waren und sich jetzt, ebenso wie der in den 12 Monaten nicht grösser gewordene Bruch, noch genau so präsentirten, wie damals. Der tastende Finger hatte in dem Nabelring zwei dicht nebeneinander gelegene Bruchpforten erkennen lassen, beide so weit, dass man mit dem Finger tief eindringen konnte. That man dies nur bei der einen, so füllte sich sofort der in der anderen gelegene Bruchsack praller an und vice-versa — beide Bruchsäcke communicirten also miteinander! Der zweite uns aufgefallene Umstand war der, dass sich nach links von dem Bruch eine handtellergrosse, weiche, mässig convexe teigige Geschwulst befand, die wir bei den ersten Repositionsversuchen auch für Darmschlingen angesprochen und tüchtig bearbeitet hatten. Schliesslich war aber der Bruch zurückgegangen, der Ileus war gehoben, die Geschwulst war aber unverändert geblieben und zeigte sich auch heute in derselben Grösse und Consistenz. Sie erwies sich, wie wir vermuthet hatten, als Fettgeschwulst, erschwerte aber das Operiren insofern, als das ihr zugehörige Fettgewebe ohne sichtbare Grenze in das knotig verdickte und mit der Haut und dem Bruchsack verwachsene, gleichfalls sehr fettreiche Netz übergieng, respective mit ihm verwachsen war. Nur die dunklere Färbung und der Gefässreichtum liessen das dem Netz zukommende Fettgewebe einigermaassen erkennen.

Roser präparirte mit grosser Vorsicht eine quadratische Oeffnung in das Netz hinein, unterband die derbsten Netzstränge doppelseitig, schnitt sie durch, entfernte möglichst viel von dem zu Tage getretenen Fett und constatirte, dass das nun vorliegende eingeklemmte Bruchstück dem Colon transversum angehöre. Es war blauröth gefärbt, liess aber nirgends Symptome bereits eingetretener Entzündung erkennen. Von dem Hg liess sich durch Befühlen nichts in dem vorliegenden Darmstück nachweisen. — Es zeigte sich nun, dass nur eine, und zwar ziemlich weite Bruchpforte da war, die aber durch einen sehr derben, schräg von rechts unten nach links oben dicht unter der Haut verlaufenden Netzstrang in zwei Hälften getheilt war, so dass hierdurch die zwei oben erwähnten Bruchpforten vorgetäuscht worden waren. Roser incidirte nun mit dem Knopfmesser den die starre Bruchpforte bil-

denden Nabelring nach unten, reponirte den Darm und resecirte einen Theil des überaus fettreichen Netzes. Inzwischen hatte Roser die Frage der Radicaloperation mit vollständiger Exstirpation des ganzen Netzes, Anfrischung und Naht der Bruchpforte erörtert, hatte aber mit unserer vollsten Zustimmung mit Rücksicht auf den collabirten Zustand der Patientin darauf verzichtet und beschränkte sich darauf, die Bauchwunde mit tieffassenden Catgutfäden zu vernähen. Nach sorgfältiger Reinigung mit Sublimatwasser wurde ein grosses Stück Jodoformmull über die Wunde gelegt und mit Streifen von englischem Heftpflaster, welche ungefähr $\frac{1}{3}$ der Leibesperipherie bedeckten, fixirt. — Hierüber wurde ein Sublimatmullverband angelegt, nachdem der schweren Patientin nicht ohne Mühe der Kreuzstützpunkt untergeschoben worden war, den ich als „Roser'schen Stützpunkt“ im Jahre 1865 in meiner Doctor-Dissertation¹⁾ zuerst bekannt gegeben habe.

Kaum war Patientin ins Bett gebracht, so erfolgte etwa $\frac{1}{4}$ Stunde nach Beendigung der Operation die erste Stuhlentleerung, die so stürmisch kam und sich in so schneller Aufeinanderfolge wiederholte, dass von der Benutzung einer Bettschüssel abgesehen werden musste. Man half sich mit dem Unterschieben zusammengelegter Betttücher. Zwar hatten wir der Wärterin eingeschärft, bei den Stühlen auf den Abgang des Quecksilbers Acht zu geben, aber in der Aufregung, die sich aller Angehörigen bemächtigt hatte, und in der Freude über die ersehnte Stuhlentleerung, waren die ersten Tücher auf der in dem Hof befindlichen Miststätte ausgeschüttelt und dann in einen Kübel mit Wasser geworfen worden. — Wir inspicierten sofort die betreffende Stelle auf dem Hofe, konnten aber von dem Hg keine Spur entdecken. Da aber die folgenden, genau untersuchten Stühle nichts davon enthielten, und da die Magd, welche die ersten Tücher ausgeleert hatte, noch dazu angab, „es habe beim Ausschütteln der Tücher so gefunkelt“, so beruhigten wir uns mit der Annahme, dass das Hg vermöge seiner Schwere sicherlich gleich mit dem ersten Stuhl abgegangen — ja sogar wahrscheinlich die Veranlassung gewesen sei, dass die Defaecation so schnell nach der Operation und so stürmisch erfolgte. Dass sich auf dem Hofe keine Spur davon nachweisen liess, erklärte sich ja leicht dadurch, dass bei der schüttelnden Bewegung der Tücher das Hg in unzähligen kleinen und kleinsten Kügelchen auseinander gelaufen sei und sich bald in dem losen Substrat einer Miststätte dem Auge entzogen habe.

Der Bronchialkatarrh, von dem ich oben gesagt habe, dass er sich trotz der mannichfaltigsten Mittel nicht lösen wollte, machte uns in der Nachbehandlungsperiode viel zu schaffen: Die Bauchwunde erheischte ein möglichst ruhiges Liegen, die riesige Körperfülle erschwerte ohnehin jeden Lagewechsel, die anhaltende Rückenlage musste aber die Hypostase nur begünstigen! Die Auscultation liess bereits den Uebergang des Katarrhs in Bronchitis (mit Emphysem) erkennen, Puls und Temperatur steigerten sich in bedenklicher Weise, und die Kräfte hatten trotz aller roborirenden Diät (bei gutem Appetit) noch lange nicht die Höhe erreicht, dass man hoffen durfte, Patientin würde die ihr drohende hypostatische Pneumonie überstehen — Benzöe und besonders Cognac hatten zwar momentan recht gute Dienste geleistet, aber wir konnten uns nicht der Annahme verschliessen, dass es so nicht mehr lange fortgehen könne — da war es denn ein grosses Glück, dass die primäre Heilung der Bauchwunde so gute Fortschritte gemacht hatte, dass Roser, der die Patientin am 3. Januar, also am 7. Tage nach der Operation wiedersah, erklärte, dass wir die Patientin getrost aufrichten, ja sogar aus dem Bett nehmen könnten. — Dies geschah, nachdem der Verband durch circuläre Heftpflasterstreifen entsprechend verstärkt worden war, und nunmehr gelang es allmählich der Patientin, in sitzender Stellung den massenhaften Schleim auszuhusten. Ihre Erholung machte so gute Fortschritte, dass sie bald im Zimmer umher gehen konnte. Am 23. Januar wurde der Verband entfernt: Die Bauchwunde ist vollständig geheilt, ohne dass sich an dem Verband auch nur eine Spur von Eiter zeigte, und Patientin wird als „geheilt“ aus der Behandlung entlassen.

Inzwischen aber waren wir belehrt worden, dass unsere Annahme, das Hg sei längst aus dem Darm abgegangen, eine irrige gewesen war! Während die ersten Stühle nach der Operation diarrhoische gewesen waren, war später ihre Consistenz eine breiige; sie waren ohne Beschwerden in normalen Pausen erfolgt. Appetit und Geschmack waren gut. — Am 8. Januar, als Patientin im Sessel lag, klagte sie über ein lästiges Druckgefühl im Unterleib mit Harndrang, welches sich ein paar Minuten lang intensiv steigerte, bis mit hörbarem Aufschlag auf den Boden des Gefässes, das am 25. December genommene Hg zum grössten Theil abging, während am nächsten Tage (9. Februar) noch ein kleinerer Rest folgte, so dass wohl mit Sicherheit anzunehmen ist, dass die ganze damals genommene Quantität nach 14tägigem Verbleiben im Darm nunmehr eliminiert sei. Leider wurde es versäumt, die abgegangene Menge nachzuwiegen, was um so leichter gewesen wäre, als ihr Abgang ohne jegliche Beimischung von Koth erfolgte.

Nachdem die Operation gemacht worden war und nachdem sich eine wirkliche Brucheinklemmung als Ursache der Ileussymprome erwiesen hatte, mussten wir uns gestehen, dass wir mit der Darreichung des Mercur. viv. nichts erzielen konnten; denn es liegt auf der Hand, dass bei derartigen Fällen kein Abführmittel, kein Hg, überhaupt absolut nichts helfen kann, als die Operation. Allein ehe uns die Operation diese Aufschlüsse gegeben hatte, lag doch noch eine zweite Möglichkeit vor, und die Rücksicht auf diese war es, die uns den Versuch mit dem Hg wagen liess. — 22 Monate vorher war es nach mehrfachen vergeblichen Versuchen schliesslich doch durch Taxis gelungen, einen Ileus, der zu 2 Tage lang andauerndem Kothbrechen geführt hatte, zu heben — auch diesmal

¹⁾ Zur mechanischen Behandlung der Hüftgelenkentzündungen. Inaugural-Dissertation etc. etc. von Wilhelm Bode aus Bad Nauheim. Marburg, Elvert'scher Verlag.

gelang es anscheinend, den Bruch durch Taxis so weit zu reponieren, wie das erste Mal (denn wenn man nach längerer Taxis mit 2 Fingern in die beiden Bruchpforten eindrang, konnte man kein Hinderniss fühlen) — mithin erschien die Annahme erlaubt, dass sich oberhalb der Einklemmungsstelle so massenhaft Koth angesammelt habe, dass derselbe trotz Reponierung des Bruches wegen bereits eingetretener Darmparalyse nicht weiter nach unten passiren könne (und solche Fälle werden mehrfach in der unten citirten Litteratur berichtet). Dann aber, oder auch wenn die Einklemmung keine ganz vollständige war, so dass noch ein kleines durchgängiges Lumen da war, erschien das Hg sicherlich mehr indicirt, als Abführmittel. Denn während letztere bei Kothstauungen in den oberen Darmpartieen das quälende Erbrechen nur steigern, hört es bei Darreichung von Merc. vivus wenigstens auf halbe bis ganze Tage auf.¹⁾ Wir zögerten mit seiner Darreichung um so weniger, als die Autoren²⁾, welche über die Folgen des inneren Gebrauches von Merc. viv. berichten, übereinstimmend hervorheben, dass das Einnehmen grosser Dosen Hg ganz ungefährlich sei. — Auch Henoch, welcher l. c. bei wirklichen Einklemmungen dem Merc. viv. jeden Erfolg abspricht, gesteht ihm bei Achsendrehung, Darmverschlingung, bei mechanischer Obstruction und bei Darmlähmung volle Berechtigung zu und beschreibt einen Fall, bei welchem Mercur. viv. bei ein und demselben Patienten (einem 14jährigen Knaben) 2 mal in Zeit von einem Jahr in grosser Dosis gegen Ileus gegeben, jedesmal lebensrettend wirkte. — Auch bei unserer Patientin hatte das Erbrechen 16 Stunden aufgehört — dann fing es allerdings in der alten stürmischen Weise wieder an — aber die lange Pause war doch für die Patientin eine sehr wohlthätige.

Von Salivation, üblem Geschmack oder sonst irgend welcher, durch das Hg bedingten Beschwerde war keine Spur zu constatiren, und ich glaube, dass man nach dieser und den aus der alten Litteratur vorliegenden Beobachtungen doch nicht den Mercur. vivus so vollständig aus der Therapie bei den einschläglichen Fällen verweisen sollte, wie es zur Zeit der Fall ist, besonders bei den Fällen, bei welchen später, wenn die vom Hg erhoffte Wirkung ausgeblieben ist, die Operation gemacht wird, zumal wenn die Diagnose keine absolut sichere ist.

Die Möglichkeit, dass in einem oder dem anderen Falle das Hg zum gewünschten Ziele führt, ist gewiss nicht abzustreiten — warum soll man da ein Mittel nicht probiren, dessen Anwendung keine Gefahr für den Patienten mit sich bringt und die nachfolgende Operation in keiner Weise nachtheilig beeinflusst?

Zum Schluss möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass mir diese Operation Gelegenheit gab, mich zu überzeugen, dass sich gerade für Operationen in der Privatpraxis die von K. Roser³⁾ angegebenen patentirten Medicinmessflaschen von Liebmann, Vanoli & Co. in Unterneubrunn ganz besonders eignen. Der zum Dispensiren dienende hohle Glasstöpsel dieser Flaschen fasst 5 ccm. Benutzt man nun zur Bereitung der antiseptischen Flüssigkeit (zum Einlegen der Instrumente, Reinigen der Hände, zum Abwaschen und Austupfen der Wunden etc.) den mit einigen Tropfen alkoholischer Eosinlösung roth gefärbten Liquor hydrarg. bichlor., so ergiebt eine Stöpselfüllung mit 2 l Wasser gemischt, eine 4- bis 5⁰ige Sublimatlösung, die ca. 2 Pf. kostet. Man braucht also zur Herstellung einer sich stets gleich bleibenden Desinfectionsflüssigkeit, von der grössere Operationen oft viele Liter benöthigen, nur eine etwa 100 g haltende patentirte Medicinmessflasche mit Liquor hydrarg. bichl. mit sich zu führen, versäume aber nie, wie Roser l. c. betont, den Stöpsel mit Vaseline einzufetten und denselben vermittels eines starken Gummiringes, der über den Boden der Flasche geht, fest anzudrücken. — Jede an und für sich auch noch so unbedeutend erscheinende Vereinfachung und Verringerung des Instrumentariums, des Verbandmaterials, mit einem Wort alles dessen, was der Operateur mitbringen muss, ist für die in der Privatpraxis (im Gegensatz zur Klinik) auszuführenden Operationen von grossem Werth, und deshalb erlaube ich mir, auf das obige Verfahren aufmerksam zu machen.

¹⁾ Henoch, Klinik der Unterleibskrankheiten. Berlin, Hirschwald, 1863.

²⁾ Vogt, Lehrbuch der Pharmakodynamik II, 1. Abth., Wien, Lechner, 1831. — Dictionnaire de médecine par M. M. Adelon etc. Paris, Labé, 1846. — M. Maignon, Thèse de Paris 340, 1879. Du traitement de l'occlusion intest. par le Mercur. — Frederick Treves, Intestinal obstruction etc. London 1884. — Nothnagel und Rossbach, Handbuch der Arzneimittellehre. Berlin, Hirschwald, 1884, mit Hinweis auf die erschöpfende Abhandlung von Bettelheim.

³⁾ Zur Technik der antiseptischen Wundbehandlung von Dr. Karl Roser., Centralbl. f. Chirurgie 1887, No. 16.