

Kurze Mitteilung.

Aus der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses
zu St. Georg in Leipzig. (Leitender Arzt: Prof. Dr. Heller.)

Zur Kasuistik des Darmverschlusses infolge innerer Einklemmung in einer Mesenteriallücke und über den Volvulus des Sanduhrmagens.

Von Dr. Adolf Sohn, Oberarzt.

Unlängst hat Federschmidt in einer eingehenderen Arbeit zur Frage der Entstehung von präformierten Lücken im Mesenterium und die in ihrem Gefolge auftretenden krankhaften Veränderungen (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 158, H. 374, S. 205—234) Stellung genommen. Es erübrigt sich also, auf Einzelheiten in dieser Richtung einzugehen, doch möge es gestattet sein, über zwei hierher gehörige Fälle zu berichten. Sie sind so überaus selten, daß eine rein kasuistische Mitteilung berechtigt und wünschenswert erscheint.

Nach Federschmidt sind 52 Fälle von Lücken im Dünndarmmesenterium in der Literatur bekannt. Nur einige wenige wurden als Nebenfunde bei der Sektion entdeckt, allermeist hatten sie zu Darmverschluß infolge innerer Einklemmung geführt. In der Mehrzahl der Fälle fanden sich die Dünndarmmesenteriallücken im Bereich des untersten Ileum unweit der Bauhinschen Klappe; ihr Sitz im Mesenterium war verschieden, manchmal mehr nach der Gekrösewurzel, manchmal mehr nach dem Darmansatz zu. Die Annahme einer traumatischen Genese erscheint unwahrscheinlich, nach Federschmidt sollen sie durch rarefizierende Prozesse während der Embryonalzeit bedingt und beim Menschen als atavistische Erscheinungen anzusehen sein, da Defekte im Mesenterium dorsale bei niedrigen Wirbeltiergattungen einen normalen Befund darstellen.

Unser Fall, den ich zu operieren Gelegenheit hatte, lag folgendermaßen:

49 j. Gärtner Albert W., aufgen. auf die chirurg. Abteil. des hiesigen Krankenhauses am 24. XII. 1920.

Pat. war angeblich früher stets gesund gewesen. Am 23. XII. 1920 abends erkrankte er plötzlich mit heftigen Schmerzen im ganzen Leib, mit Erbrechen, Verhaltung von Stuhl und Winden. Er bemerkte am folgenden Tage selbst, daß eine Vorwölbung in der rechten Unterbauchgegend sich einstellte. —

Befund: Mittelgroßer Mann in mäßigem Ernährungszustand. Temp. 37,6. P. beschleunigt, unregelmäßig, weich. Lungen: Über sämtlichen Lungenlappen sonorer Perkussionsschall und bei Auskultation vesikuläre Atmung. Herz: Dämpfung regelrecht. Töne über sämtlichen Klappen rein. Herzaktion beschleunigt und etwas unregelmäßig. Abdomen: Leib im ganzen aufgetrieben, keine Muskelabwehr. In der Ileocöcalgegend wölbt sich ein halbkugeliger Tumor sicht- und fühlbar vor. Er weist ausgesprochene Druckempfindlichkeit auf und gibt bei Perkussion tympanitischen Klang. Bei Auskultation des Abdomens sind klingende peristaltische Geräusche hörbar. Rektale Untersuchung o. B. Urin o. B.

Sofortige Operation in Allgemeinnarkose. R. Pararektalschnitt in der Unterbauchgegend. Nach Eröffnung des Peritoneums quillt sehr reichlich übelriechendes Blut hervor und zwar in einer Menge, wie man sie beim Tubarabort zu sehen gewohnt ist. Nach Entleerung des Blutes mit Tüchern und Stieltupfern zeigt sich ein Konvolut von stark geblähten Dünndarmschlingen, die dunkelrot bis schwärzlich verfärbt sind und dem Ileum angehören. Nur das unterste Ileum in einer Länge von etwa 15 cm oberhalb der Bauhinschen Klappe ist frei und kollabiert, ebenso das Cöcum. Man hat zunächst den Eindruck eines Volvulus, wobei eine Drehung des Darmes im Sinne des Uhrzeigers erfolgt ist, doch ist eine Detorsion nur teilweise möglich. Danach zeigt sich nun, daß eine etwa 30 cm lange schwärzlich aussehende Dünndarmschlinge in einer Mesenteriallücke kurz oberhalb der Bauhinschen Klappe elastisch eingeklemmt ist. Die Lösung gelingt erst, nachdem die Lücke durch Inzision erweitert ist. Die Mesenteriallücke ist mehr nach dem Darmansatz zu gelegen, so daß das Mesenterium jenseits der Lücke nur etwa reichlich Fingerbreite beträgt. Es liegt demnach in unserem Falle eine innere Inkarzeration in einer Mesenteriallücke und gleichzeitig ein Volvulus des Dünndarms vor. Auch ein Teil des nicht inkarzierten, aber stielgedrehten Ileum ist gangränös. Das ganze Darmkonvolut wird vor die Bauchwunde gebracht und in einer Ausdehnung von etwa 1 m reseziert, wobei die Mesenteriallücke mit fortfällt. Die Resektionslinie reicht im Mesenterium bis dicht ans Cöcum heran; der restierende Ileumstumpf wird durch Tabaksbeutelnaht verschlossen und ist weniger als fingerlang. Es wird daher der Dünndarm mit dem Cöcum durch

Anastomose Seite-zu-Seite vereinigt. Nach ausgeführter Naht reißt der Dünndarm infolge hochgradiger Brüchigkeit an der Anastomosestelle zweimal ein und muß neu übernäht werden. Dadurch wird die Anastomose verengert, ist aber noch für 1 Querfinger gut durchgängig. Schluß der Bauchwunde in Etageennähten. —

Im weiteren Verlauf hatte Patient an den beiden ersten Tagen nach der Operation mehrmals fäkulenten Erbrechen, so daß wiederholte Magenspülungen erforderlich waren, welche Besserung brachten. Am 2. T. p. op. gingen Blähungen per rectum ab, am 4. T. eröffnete sich die Laparotomiewunde zunächst teilweise, einige Tage später ganz. Es entleerte sich Dünndarminhalt, dem Eiter beigemischt war. Die erste Stuhlentleerung per rectum erfolgte 14 T. nach der Operation. Die Dünndarmmentleerungen nahmen dann allmählich ab, die Laparotomiewunde verkleinerte sich, bis noch eine feine Fistel resultierte, aus der sich zeitweilig etwas dünner Kot entleerte, die zeitweilig geschlossen war. Seit etwa 2 W. besteht eine Haarfistel, aus der jedoch nur sehr wenig Sekret, kein Kot mehr entleert wird. Pat. hat sich wesentlich erholt, ist dauernd außer Bett. —

Viel seltener als die Dünndarmmesenteriallücken sind die Lücken im Mesocolon, von denen nur 31 Fälle bekannt sind. Durch diese Mißbildung ist der Weg in die Bursa omentalis freigegeben, und in 26 Fällen wurde Dünndarm, der auf diesem Wege eingetreten war, im großen Netzbeutel gefunden. Man hat solche Fälle als *Hernia bursae omentalis* bezeichnet, doch handelt es sich nicht um eine Hernie im strengen Sinne, sondern vielmehr um eine innere Inkarzeration oder wenigstens um eine Darmverlagerung, wenn Einklemmungserscheinungen nicht vorhanden waren, sondern die Darmpassage frei war.

Auffallend ist die Tatsache, daß die Lücken im Mesocolon transversum in der Mehrzahl der Fälle von *Ulcus ventriculi* begleitet sind, sodaß man unbedingt an einen Zusammenhang denken muß. Nur 4 Fälle von Mesocolonlücke und gleichzeitigem *Volvulus* des pylorischen Magenteiles eines Sanduhrmagens sind in der Literatur bekannt, denen ich noch einen 5. Fall hinzufügen kann, den ich auf der chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses zu Posen im Jahre 1918 zu beobachten Gelegenheit hatte.

Leider ist mir die Krankengeschichte nicht zugänglich, so daß ich über den Fall, der von Prof. Fritsch operiert wurde, aus dem Gedächtnis berichten muß.

Über die Anamnese ist mir nichts Genaueres mehr gegenwärtig.

Die in den vierziger Jahren stehende Frau wurde in elendem Allgemeinzustand mit ausgesprochenen Ileuserscheinungen, Erbrechen, Verhaltung von Stuhl und Winden, ins Krankenhaus eingeliefert. Herz und Lungen waren meiner Erinnerung nach ohne krankhaften Befund. Der Leib war nicht aufgetrieben, die Bauchdecken ohne Muskelspannung. In der linken Unterbauchgegend war ein intraabdominal gelegener kugeliger Tumor, annähernd von der Größe einer Schusterkugel deutlich fühl- und abgrenzbar. Bei bimanueller vaginaler Untersuchung ließ sich zwar ein Stiel nicht tasten, doch wurde an ein stielgedrehtes Ovarialkystom gedacht, das mit Dünndarm verwachsen sei und bei seiner Stieldrehung einen Verschuß des Dünndarmes bewirkt habe. Unter dieser Diagnose wurde sofort operiert:

Mediane Lap. handbreit ober- und unterhalb des Nabels; der Schnitt wird dann nach oben erweitert. Dünn- und Dickdarm sind kollabiert. Der vorher gefühlte Tumor stellt sich als der stark geblähte pylorische Teil eines Sanduhrmagens heraus, welcher unterhalb des Mesocolon transversum zum Vorschein kommt. Das Quercolon zieht über die sanduhrförmige Einschnürung des Magens hinweg, dessen kardiale Hälfte etwas weniger gebläht ist und oberhalb des Quercolons liegt. Es muß also der pylorische Teil des Sanduhrmagens durch eine Mesocolonlücke nach unten getreten sein, der Schlitz ist allseitig mit dem Magen adhärent. Am pylorischen Teil besteht eine Achsendrehung um etwa 180 Grad, und zwar hatte sich, wenn ich mich recht erinnere, die große Krümmung entlang der vorderen Bauchwand nach rechts gedreht, so daß ein Volvulus infracolicus anterior anzunehmen wäre. Nach der Detorsion ließ sich weder der pylorische Teil nach oben, noch der kardiale Teil nach unten ziehen. Es blieb bei dem elenden Zustand nichts anderes übrig, als durch Gastroenterostomie am kardialen Magenteil die intestinale Passage wiederherzustellen. — Die sehr elende Patientin überstand den Eingriff nur wenige Tage. Eine Sektion konnte leider nicht ausgeführt werden.

Wie schon weiter oben erwähnt, ist an einen Zusammenhang zwischen Mesocolonlücke und *Ulcus ventriculi* zu denken. Nach der Ansicht von *Schumacher* soll die Lücke sekundär entstehen, indem Geschwüre an der Hinterwand des Magens zu Verwachsungen mit dem Mesocolon führen und diese Verwachsungen infolge Zerrungen beim Brechakt usw. abreißen. Diese Theorie scheint sehr unwahrscheinlich, denn bekanntlich nehmen solche Verlötungen des Magens im Laufe der Zeit meist an Ausdehnung eher zu, überdies müßten die sehr seltenen Mesocolonlücken bei der großen Häufigkeit von *Ulcus ventriculi* doch öfters

beobachtet werden. Wahrscheinlich ist die Mesocolonlücke das Primäre und die Erkrankung des Magens sekundäre Folge von Zirkulationsstörungen; hinsichtlich weiterer Erörterungen über die Genese der Mesocolonlücken, wie der Mesenteriallücken überhaupt verweise ich auf die Arbeit von Federschmidt, die ich bereits eingangs erwähnt habe, und zu der obige Mitteilungen eine kasuistische Ergänzung bilden sollen.
