

Kurze Mitteilung.

Aus der 1. chirurgischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (Prof. Dr. Sudeck).

Isolierter Abriß der Flexura coli lienalis mit folgender Darmgangrän.

Von Dr. H. Zoepffel, Sekundärarzt.

Der Abriß des Dünndarmes von seinem Mesenterium mit den schweren Folgen der Gangrän der betroffenen Schlinge infolge der Unterbrechung der zuführenden Gefäße stellt ein wohlbekanntes und nicht so seltenes Krankheitsbild dar. Ihm in Entstehung und Verlauf völlig entsprechend ist die isolierte Verletzung der den Dickdarm ernährenden Gefäße durch Quetschung oder Riß der ihn fixierenden und die Gefäße zuführenden Falten des Peritoneums. Jedoch sind nur 2 Fälle in der Literatur niedergelegt, die man hierher rechnen kann, wenn es auch bei beiden sich nicht um einen eigentlichen Abriß handelt. Andere hierher gehörende, aber leichtere Fälle mit günstigem Ausgang mögen sich unter der allgemeinen Diagnose Bauchkontusion verborgen haben, denn Schloffer hat nachgewiesen, daß unter günstigen Umständen spontane Ausheilung durch Bildung peritonealer Verklebungen und Vernarbung wohl möglich ist. Es sind ja aber die subkutanen Verletzungen des Dickdarmes überhaupt selten gegenüber denen des Dünndarmes und machen insgesamt nur etwa 12 Proz. aller Fälle aus (Petry). Die Erklärung für dieses Verhalten liegt wohl darin, daß der Dickdarm in großen Teilen seines Verlaufes auf einem weichen Widerlager von Muskulatur und parenchymatösen Organen ruht, in anderen von dem Rippenbogen bedeckt ist, während der Dünndarm und sein Mesenterium, wie oft beschrieben, leicht gegen die unnachgiebige Wirbelsäule gepreßt und so verletzt werden können.

Der eine der oben erwähnten beiden Fälle (Fall Petry) betraf eine Kontusion des Colon transversum mit Ruptur einer

Mesenterialarterie durch Hufschlag gegen den Leib mit folgender Peritonitis und Exitus. Das andere Mal (Fall Riegner) handelte es sich um eine schwere retroperitoneale Blutung durch Überfahrung, ausgehend von der Gegend des Colon descendens, dessen Mesocolon radiär weit eingerissen war, während der Darm selbst auf 7 cm von seiner Serosa völlig entblößt lag, gleichfalls mit tödlichem Ausgang, den auch die Operation (Dickdarmresektion von 23 cm, Entleerung der Blutansammlung, Tamponade) nicht zu verhindern vermochte.

Diesen reiht sich als dritter nun folgender Fall an:

Der Architekt W. M., 29 Jahre alt, wurde am 1. VIII. 1919 morgens 11 Uhr durch einen Wagen, der plötzlich und unvermutet rückwärts fuhr, gegen eine Wand gepreßt. Der Stoß traf die linke Oberbauchgegend in schräger Richtung von außen und vorn nach hinten und innen. M. konnte sich aus seiner Lage selbst befreien, fühlte sich dann aber so schwach, daß er sich hinlegen mußte. Nachdem er sich dann $\frac{1}{2}$ Stunde ausgeruht hatte, war er imstande, den $\frac{1}{2}$ stündigen Weg nach Hause, auf einen Freund gestützt, zu Fuß zurückzulegen. In den folgenden Stunden verschlimmerte sich der Zustand aber wieder zusehends: M. mußte das Bett aufsuchen, es traten zunehmende Schmerzen im Leib auf, dazu Kurzluftigkeit und Übelkeit, ohne daß es zum Erbrechen gekommen wäre. Beim Versuch des Aufstehens zwecks Defäkation fiel er ohnmächtig zu Boden, abends 7 Uhr wurde er ins Krankenhaus eingeliefert.

Bei dem kräftig gebauten, ungewöhnlich fettreichen Manne fiel gleich die wachsartige Blässe des Gesichts auf, auch die sichtbaren Schleimhäute waren völlig blutleer. Der Puls (96) war äußerst klein und weich, die Atmung war stark beschleunigt, oberflächlich, kurz, anstoßend, fast nur auf den Brustkorb beschränkt unter Ausschaltung der Bauchatmung und augenscheinlich sehr schmerzhaft. Während Lungen und Herz keinen krankhaften Befund aufwiesen, war der ganze Leib mittelstark gespannt und druckempfindlich, am ausgesprochensten in der linken Oberbauchgegend, ohne daß äußerlich Zeichen einer Verletzung sichtbar gewesen wären. In den seitlichen Partien bestand links eine etwa handbreite, rechts eine etwas schmälere Dämpfungszone, die sich bei Lagewechsel entsprechend verschob. Die Leberdämpfung war nicht aufgehoben. Der Mastdarm war leer, speziell auch frei von Blut, seine Schleimhaut feucht. Der durch Katheter entleerte Urin war normal, ebenfalls frei von Blut.

Nach Vorgeschichte und Befund war eine schwere intraabdominelle Blutung anzunehmen. Die langsam zunehmende Verschlimmerung des Zustands nach anfänglicher, auf den ersten Shock folgender Besserung, die Blässe, der kleine Puls, die Dämpfung im Leib,

seine Spannung und Druckempfindlichkeit, der Atemtypus wiesen mit Sicherheit darauf hin und da der Stoß die linke Oberbauchgegend getroffen hatte, da hier auch die stärksten Druckschmerzen bestanden bei Abwesenheit aller Symptome, die für eine Darm- oder Nierenverletzung gesprochen hätten, wurde als das Wahrscheinlichste eine Milzruptur angenommen.

Unter dieser Diagnose wurde sofort zur Laparotomie geschritten (Dr. Zoepffel): Dabei fand sich der erwartete intraabdominelle sehr reichliche Bluterguß. Das Blut war zum Teil flüssig, zum Teil geronnen, mit feinen und groben Fettröpfchen untermischt. Die Milz war aber unverletzt. Dagegen zeigte sich, daß die Flexura lienalis des Dickdarms im ganzen ohne Eröffnung des Lumens von ihrer Befestigung an der hinteren Bauchwand völlig losgerissen war. Das retroperitoneale Gewebe hinter der Flexur war stark mit Blut durchtränkt und von Blutgerinnseln durchsetzt in weiter Ausdehnung und ließ immer noch Blut in den freien Bauchraum nachsickern. Mit den Aufhängebändern waren auch noch die angrenzenden Teile der Serosa und der oberflächlichen Muscularisschichten von dem Darm abgeschält. Die Darmwand im Bereich der Flexura lienalis sah schlaff und cyanotisch aus, fühlte sich auch weich und widerstandslos an, war somit augenscheinlich in ihrer Lebensfähigkeit stark beeinträchtigt. Da bei dem stark geschwächten, schwer ausgebluteten Patienten Eile geboten schien, wurde nur schnell die Bauchhöhle vom Blut gereinigt, die Flexura lienalis vorgelagert und in die Wunde eingenäht, die blutende retroperitoneale Gegend ausgiebig tamponiert und die Bauchhöhle im übrigen geschlossen. Größere, zeitraubende Eingriffe wie eine Darmresektion, ein längeres Suchen nach dem blutenden Gefäß mußten notgedrungen unterbleiben.

Die erwartete Darmgangrän trat tatsächlich im Laufe der folgenden Tage ein, sie betraf vorwiegend die vom Mesocolonansatz abgewendete Darmpartie, und zwar in ca. 10 cm Länge, während in der dem Mesocolonansatz benachbarten Darmwand nur eine ca. 10-pfennigstückgroße Gangrän sich demarkierte. Durch Abstoßung dieser Teile entstand eine weite Darmfistel, die mittels Durchtrennung der noch restierenden Darmwand zum Anus praetern. vervollkommenet wurde.

Der Heilungsverlauf war im übrigen ohne Besonderheiten. Der Patient, der bei der Operation 3 l physiologischer Kochsalzlösung intravenös erhalten hatte, erholte sich schnell von seinem Blutverlust. Der Anus praetern. wurde nach ca. 12 Wochen operativ geschlossen und nach einem weiteren Monat konnte M. bei normaler Darmfunktion und gutem Allgemeinbefinden geheilt entlassen werden.

Neues bringt dieser Fall insofern, als er nach den bisherigen Veröffentlichungen den ersten wirklichen isolierten Mesen-

terialabriß darstellt, der den Dickdarm betrifft, mit den schweren Folgen der inneren Blutung und der Darmgangrän.

Die Entstehung dieser Verletzungen müssen wir uns nach dem Vorgang Neumanns wohl so vorstellen, daß der Dickdarm durch den von seitlich vorn kommenden Stoß erfaßt und nach der rechten Leibseite herübergedrängt wurde unter äußerster Anspannung seines Mesocolons und des Ligamentum phrenicocolicum bis zu deren schließlichem Abriß an der Anheftungsstelle am Darm. Der enorme Fettreichtum, der sich auch an den Bauchorganen fand und zu der oben beschriebenen Beimengung zahlreicher Fetttropfchen zum ergossenen Blute führte, bedingte wohl zweifellos eine besondere Zerreißlichkeit des Gewebes und schuf so eine gewisse Prädisposition.

Bemerkenswert ist schließlich auch noch die erfolgreiche Therapie, die zur völligen Heilung unseres Patienten führte. Beide eingangs erwähnten Fälle, die den Dickdarm betrafen, kamen zum Exitus, und auch bei dem isolierten Mesenterialabriß des Dünndarmes ist die Prognose sehr ernst: Von den bisher veröffentlichten Fällen (nach Prutz' Statistik 34, dazu 5 von Knud Sand, 2 von Dubs, insgesamt 41) starben alle nichtoperierten Patienten (18), von den operierten über die Hälfte (13 von 23), entsprechend einer Gesamtmortalität von 76 Proz.

Daß für die Diagnose des Leidens, abgesehen von den allgemeinen Zeichen einer schweren Bauchkontusion, besonders der Blutung, keine spezifischen Symptome in Betracht kommen können, ist nach der ganzen Art und Entstehungsweise ja selbstverständlich. Aussicht auf Erfolg bietet nur ein schnelles chirurgisches Vorgehen bei auch nur dem geringsten Verdacht einer inneren Verletzung.

Literaturverzeichnis.

1. Dubs. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 133 u. 151.
 2. Neumann. Beiträge z. klin. Chir., Bd. 43.
 3. Petry. Beiträge z. klin. Chir., Bd. 16.
 4. Prutz. Deutsche Chir. 1913, Lieferung 46 k.
 5. Riegner. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 62.
 6. Knud Sand, bei Dubs zitiert.
 7. Schloffer. Mitteilungen a. d. Grenzgeb., Bd. 7.
-