

Aus dem Auguste Viktoria-Krankenhaus in Rummelsburg.

Prolapsus ani et recti.²⁾

Von Chefarzt Dr. Paul Herz.

M. H. ! In folgendem möchte ich Ihnen über eine Operation des Mastdarmvorfalls berichten, die zwar nicht neu, aber dennoch meiner Erfahrung nach vielfach unbekannt ist, obwohl sie verdient, gerade bei den ersten Beratern der Kranken, den praktischen Aerzten, bekannt zu werden. Die Operation besteht einfach darin, daß man etwa 1 cm vom Anus entfernt einen starken Silberdraht um das Mastdarmrohr legt und diesen Draht nun so knotet, daß Stuhlgang gerade noch durchgepreßt werden kann, sonst aber eine Verengung des Sphinkterteils des Mastdarms Platz greift.

Der Sphincter ani ist beim Mastdarmvorfall immer überdehnt und gelähmt. Dieser Muskel wird bei der eben beschriebenen, von Thiersch angegebenen Operation durch den Drahtring gewissermaßen ersetzt, vor neuer Dehnung geschützt und hat, so lange der Drahtring liegt, Zeit sich zu erholen und seinen normalen Tonus wieder zu gewinnen. Das ist nach einem halben Jahre etwa geschehen, und dann nimmt man den Drahtring einfach wieder heraus, und der Fall ist erledigt.

Allerdings ist die Sphinkterüberdehnung nicht das einzige Pathologische, das wir beim Mastdarmvorfall finden, immer ist das Mastdarmrohr selbst auch noch pathologisch verändert, und zwar entweder ist nur die Rektalschleimhaut verdickt und geschwollen und von der Muscularis abgeschoben und prolapiert nun in 1—2 cm Länge aus dem Anus heraus, das sind die leichten Fälle, die man als Prolapsus ani bezeichnet, oder das Mastdarmrohr ist in seiner ganzen Dicke von seiner Umgebung abgelöst und hängt nun als kegelförmiger Zapfen in 3—10 cm Länge heraus. Diese Fälle bezeichnet man als Prolapsus recti.

¹⁾ Bruck. Zeitschrift für Hygiene 1906.

²⁾ Vortrag im Aerzteverein der Stadt Lichtenberg.

Auch der Beseitigung dieses zweiten pathologischen Prozesses wird der Thierschsche Drahtring gerecht. Dadurch, daß die verlängerte und aufgelockerte Schleimhaut beim Prolapsus ani nach der Operation nicht mehr vorfallen kann, verkürzt sie sich allmählich bis zur Norm, und ähnlich geht die gesamte Mastdarmwand beim Prolapsus recti allmählich eine Rückbildung ein und verwächst wieder, wie es sich gehört, mit der Muskulatur des Beckenbodens, wenn die Möglichkeit, sich von ihr abzuschieben, für längere Zeit abgeschnitten war. Freilich für Mastdarmvorfälle, die mehr als 4 cm Länge betragen, genügt die Thierschsche Operation nicht mehr. Hier kommt der Vorfall nicht zur Heilung, wenn man lediglich den Mastdarmausgang verengert, da bis zu dieser operativen Verengung hin der Darm sich ja immer noch in Ausdehnung von mehreren Zentimetern verschieben kann und nach kurzer Zeit doch wieder nach außen zum Vorschein kommt. Für solche längeren Rektalprolapse sind eingreifendere Maßnahmen nötig.

Das Rationellste wäre ja, das Zuviel einfach wegzunehmen und den vorgefallenen Teil zu reseziieren, aber diesem Verfahren stehen zwei wichtige Bedenken entgegen. Einmal tritt nach der zirkulären Resektion an der Resektionsstelle leicht eine Verengung ein, und zweitens ist die Operation mit reichlichem Blutverlust verknüpft und wegen der meist notwendigen Eröffnung der freien Bauchhöhle mit Fingern, die soeben noch an der Mastdarmschleimhaut herumhantiert haben, nicht ungefährlich. Man ist in letzter Zeit von diesem Operationsverfahren, bei dem nicht ganz selten Todesfälle vorgekommen sind, abgekommen und bevorzugt in neuerer Zeit die ungefährlichen Methoden der Suspension des Rectums zur Heilung großer Rektalprolapse. Und zwar hängt man das Rectum entweder am Kreuz resp. Steißbein oder aber nach Eröffnung der Bauchhöhle an das Peritoneum parietale auf, ähnlich wie man bei der Ventrofixatio uteri die Gebärmutter an die vordere Bauchwand fixiert.

In dieser Weise bin ich bei diesem Mädchen hier vorgegangen, das mit einem etwa 7 cm langen Rektalprolaps vor etwa drei Wochen in das Krankenhaus kam. Ich habe die Bauchhöhle eröffnet, das Colon pelvinum, so straff es ging, nach oben gezogen und so mit drei Nähten an dem Peritoneum parietale befestigt. Nach Schluß der Bauchwunde habe ich dann noch den Sphinkter nach der Thierschschen Methode verengert. In diesem Falle war ich zu der komplizierten Operation gezwungen durch die Größe des Vorfalles, die es von vornherein schon unwahrscheinlich machte, daß man mit dem Thierschschen Verfahren allein auskommen würde. Die Patientin war auch bereits in einem Berliner Krankenhause nach Thiersch operiert worden, jedoch war ein Rezidiv erfolgt.

In den meisten Fällen aber kommt man mit dem einfachen Thierschschen Verfahren sehr gut aus, und wenn die Fälle noch frisch sind, sogar ohne Operation, wenn man die ätiologischen Momente beseitigt, das sind bei Kindern in erster Linie Darmkatarrh, dann Würmer, Zustände, die öfteres heftiges Anstrengen der Bauchpresse veranlassen, wie Phimosen, gelegentlich Keuchhusten etc., und wenn man in Fällen mit Neigung zum Mastdarmvorfall den Eltern verbietet, die Kinder längere Zeit auf dem Topfe sitzen zu lassen. Im Gegenteil, Kinder mit frischen Vorfällen sollen möglichst einige Wochen horizontale Lage innebehalten, auch bei der Defäkation. Wenn es, wie gesagt, gelingt, die ätiologischen Momente zu beseitigen und das prädisponierende Moment des allzu langen Sitzens auf dem Nachtgeschirr auszuschalten, dann werden frische Vorfälle leicht bei allgemein roborierenden Maßnahmen und eventuell noch unter Zuhilfenahme von Tannineinläufen zur gänzlichen Rückbildung kommen. Aber wenn alle Versuche in dieser Beziehung fruchtlos verlaufen sind, darf man seinen Klienten ruhig zuraten zu der ungefährlichen Operation nach Thiersch, die in leichteren und mittleren Fällen so gut wie sichere Heilung bringt, in schwereren Fällen jedoch mit weiteren Maßnahmen verbunden werden muß. Die Thierschsche Operation ist so wenig eingreifend, daß ich sie häufig schon bei poliklinischen Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt habe.