

VI. Ein Beitrag zur klinischen Diagnose der Darmocclusion durch Strangulation.

Von Dr. H. Rüter in Hamburg.

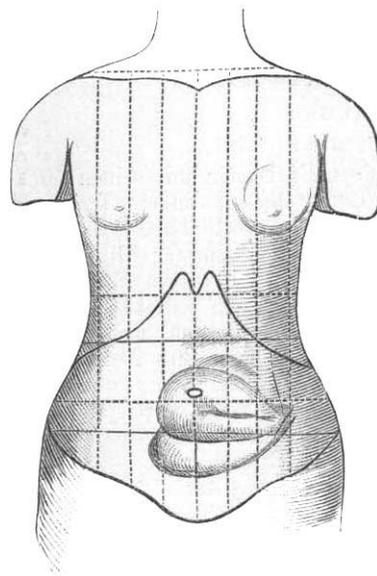
Trotzdem seit den wichtigen Arbeiten von E. v. Wahl im Centralblatt für Chirurgie und im v. Langenbeck'schen Archiv Monate verflossen sind, ist doch bis jetzt von keiner Seite eine einschlägige Beobachtung gemeldet worden, in der, gestützt auf den v. Wahl'schen Calcul, die Diagnose des Sitzes der Occlusion in Fällen von Ileus vor der Eröffnung der Bauchhöhle gestellt wäre. Der nachstehend erzählte Fall wäre also der erste einer hoffentlich recht schnell anwachsenden Serie von den v. Wahl'schen ähnlichen, glücklich diagnosticirten und ebenso glücklich operirten Ileuserkrankungen. Er ist kurz folgender:

Frau Hoffmann, Hamburg, Kraienkamp 22, Haus 8, 33 Jahre alt, war in 10 Jahren mit 2 Männern verheirathet. Vom ersten stammten 3, vom zweiten 2 Kinder. Die letzte Geburt war vor 1½ Jahren. Wochenbetten gut. Zwei Brüder von ihr sind der Phthise erlegen. Ausser altem Husten hatte sie schwere Erkrankungen, speciell Unterleibserkrankungen, nicht durchgemacht. Am 9. Januar 1889 hatte sie einen Abort im dritten Monat, den Herr Dr. Joh. Müller leitete.

Seitdem ist sie „unterleibskrank“. Fünf Wochen nach der Fehlgeburt bekam sie Leibscherzen in der rechten Bauchhälfte, die bis in die rechte Schulter zogen. Besonders stark waren dieselben unter dem rechten Rippenbogen. Gelbsucht bestand nie. Später zog der Schmerz zur Ileocöcalgegend. Dann wechselten Zeiten von Wohlbefinden mit solchen heftiger Leibscherzen ab. Meistens half ihr ein Purgans über ihre Leiden hinweg.

Da plötzlich am 28. März v. J. traten schreckliche Schmerzen im Leibe auf, die anfangs periodisch aussetzten, schliesslich aber unausgesetzt bestehen blieben, sich aber dann und wann steigerten. Am 29. März Erbrechen von Speisen und Auftreibung des Leibes. An diesem Tage wurde der letzte Stuhl abgesetzt, der nichts besonderes an sich gehabt haben soll. Am 3. April trat deutliches Kothbrechen ein, und damit war der Symptomencomplex des Ileus ein vollständiger geworden. Herr Dr. Joh. Müller, dessen Güte ich den Fall verdanke und dem ich dafür an dieser Stelle meinen besonderen Dank ausspreche, kam zu mir, um mir seine interessante Patientin zu zeigen. (Wir hatten uns gerade in derselben Zeit häufig über die beiden v. Wahl'schen Artikel unterhalten). Auf dem Wege zur Kranken trafen wir noch Herrn Dr. Markiel. Alle drei nahmen nun folgenden Befund auf:

Mägere, zarte Frau krümmt sich von Zeit zu Zeit vor periodisch ansetzenden Schmerzen im Bette. Keine Temperatursteigerung. Puls klein, regelmässig, 120 in der Minute. Augen liegen tief in ihren Höhlen, Stimme schwach, aphonisch. Gesichtsausdruck ängstlich, schmerzhaft. Respiration frequent, oberflächlich. Zunge feucht, weisser Belag. Enormer Durst. Das zuletzt Erbrochene sieht eigelb aus, ist dünnflüssig und riecht fäculent. Kein Singultus. Urin war für den Augenblick nicht zu haben. Beim Auf-



decken des Bettes und der Bekleidung bot der schlaaffe Leib folgenden Anblick, den ich in beifolgendem Schema für Unterleibsgeschwülste nach Spencer Wells schematisch eingetragen habe: Alle Bruchpforten frei. In der linken Bauchseite, handbreit oberhalb des Nabels beginnend, waren Hervorragungen, die unbeweglich dalagen, gerade als ob ein fester Tumor unter den Bauchdecken läge, etwa ein Myom mit seinen Knollen. Ein grosser Knollen lag links neben dem Nabel, er trug in der Mitte eine seichte, nach links verlaufende Furche. Darunter, nach der Symphyse zu, lag noch ein kleinerer Tumor. Der übrige Leib war flach, wie bei einer Frau, die viele Geburten überstanden hat. Nur von Zeit zu Zeit sah man peristaltische Bewegungen der Därme, die mit den Schmerzensäusserungen der Frau zusammenfielen, die dünnen Bauchdecken aber nicht erheblich hoben, und deren Verlauf sich nicht deutlich verfolgen liess. Die Pal-

pation liess die Tumoren ohne weiteres als lufthaltige Darmschlingen erkennen. Es liessen sich deren drei deutlich abtasten. Die beiden oberen bildeten eine Schlinge. Alle drei verschmälerten sich nach links und liefen zu einem äusserst schmerzhaften Punkte. Die Schlingen waren zwar stark gespannt, beim Befühlen aber nicht sehr schmerzhaft. Peritoneales Exsudat nicht nachweisbar. Die Untersuchung per Rectum und Vaginam ergab nichts, was die Sachlage mehr hätte aufklären können. — Nach kurzer Berathung eröffneten wir der Kranken, dass hier ein Fall von Ileus vorliege, dass nur eine baldige Operation helfen könne.

Unsere Diagnose lautete: Ileus infolge Darmverschluss in der Regio lumbalis sinistra, Strangulation oder Achsendrehung; wahrscheinlich Volvulus der Flexura sigmoidea. Diese Erkenntniss war für uns hinreichend, um daraus die Indication zur Laparotomie zu entnehmen. Auch mussten wir auf baldige Ausführung derselben dringen, da längeres Warten nur unerwünschte Complicationen, aber keine weiteren Aufklärungen bringen konnte.

Die Kranke ging auf unsere Vorschläge sofort ein. Sie begab sich noch denselben Abend nach der Privatklinik der Frau Schmidt, Hohe Bleichen 34, hier, und liess sich dort zur Laparotomie gehörig vorbereiten. Am folgenden Morgen war ihr Zustand im wesentlichen unverändert. Die Auftreibung des Leibes war allgemeiner geworden. Die 3 Schlingen liessen sich aber noch deutlich erkennen. Ein grosser Schnitt in der Linea alba, nach links den Nabel umkreisend, eröffnete 12 Stunden nach gestellter Diagnose weit die Bauchhöhle. Nach Ausfluss von etwas gelbröthlich gefärbter, wässriger Flüssigkeit, die wie Bruchwasser aussah, sprangen die stark aufgeblähten Darmschlingen in die Schnittwunde. Sie waren stark injicirt, blau röthlich, hatten den spiegelnden Glanz verloren, liessen aber keine riechenden Gase durch. Ich zog sie weit heraus und brachte mir ihre Basis zu Gesicht, den Sitz des vermutheten Volvulus. Da sah ich nun, dass es nicht die Flexur war, die vorlag, sondern Dünndarmschlingen, dass auch kein Volvulus bestand, sondern eine Strangulation durch ein, circa 1 cm breites Band. Dasselbe ging von einer Dünndarmschlinge zu der dem kleinen Becken zugekehrten Seite des Dünndarmmesenteriums. Das Colon transversum mit dem Netz war nach dem Zwerchfell verschoben und lag hinter den abgeschnürten Schlingen; das Colon descendens war ganz zusammengefallen in der linken Seite sichtbar. Das Gros der Dünndarmschlingen war, mässig gebläht, nach rechts verschoben. Unter dem Bande befanden sich zwei Schlingen, deren zuführende und abführende Schenkel ganz schlaff waren. Ich sicherte mir das Band durch zwei Schieberpincetten und schnitt es zwischen ihnen durch. Sofort blähten sich die leeren Därme auf, ein Zeichen, dass das Hinderniss der Passage gehoben, und die ausgedehnten Schlingen noch nicht ihre Vitalität verloren hatten. Die Einschnürungsstelle zeigte keine erhebliche Veränderung. Sicherheitshalber ligirte ich beide Enden des durchschnittenen Pseudoligamentes, reinigte und tupfte gar nicht, sondern schloss ohne „Toilette“ die Bauchwunde. Die Spannung der Eingeweide setzte dem Schluss keine Schwierigkeiten entgegen. Alles in allem, vom Beginn der Narkose bis zur Naht der Bauchdecken, hatte die Operation eine halbe Stunde gedauert.

Erbrechen und Schmerzen hörten nach dem Eingriff vollkommen auf. Nach einigen Stunden gingen Flatus ab. Die ersten Tage verliefen ohne Störung. Etwas Husten waren stets vorhanden gewesen, und er beunruhigte uns wenig. Plötzlich am 5. Tage meldete uns die Wärterin hohes Fieber. Der Husten liess sich durch Emser Pastillen, die die Patientin gewöhnlich gebrauchte, nicht mehr beschwichtigen. Der Auswurf wurde reichlich, schaumig, klebrig, rostfarben. Eine Pneumonie des ganzen rechten Lungenflügels hatte sich entwickelt. Unter reichlichen Schweissen kritisirte dieselbe schon nach 3tägigem Bestehen, ob von den grossen Calomeldosen, die wir verordneten, beeinflusst, weiss ich nicht. Die Bauchwunde heilte in gewöhnlicher Weise, und nach 3 Wochen konnten wir die Kranke geheilt entlassen.

Es sind seit der Operation 8 Monate verflossen, ohne dass irgend eine Unterleibsstörung eingetreten wäre.

Vielleicht wird dieser oder jener durch meine Zeilen veranlasst, auch seine Erfahrungen in dieser Richtung mitzutheilen.