

V. Aus dem Augusta-Hospital in Berlin.

Ein Fall von geheilter Intussusception.²⁾

Von Dr. G. Lindemann, Assistenzarzt.

Seitdem auf dem XIV. Chirurgen-Congress Braun die Indicationen zur Vornahme der Laparotomie bei Invagination festzustellen versucht hat, sind nur relativ wenige Fälle bekannt geworden, in denen man seinem Beispiele der operativen Behandlung gefolgt ist. Allerdings hat die Zusammenstellung der Operationen, welche Braun gab, wenig aufmunterndes für den Chirurgen, denn von 66 Fällen konnten nur 12 durch einen Eingriff gerettet werden. Erst vor kurzem hat Senn zwei Fälle veröffentlicht, welche die Operation nicht überstanden, während zwei mit Einblasungen von Wasserstoffgas behandelte Invaginationen eine rasche Heilung durchmachten. Es ist mir bei der Durchsicht der Litteratur ein Punkt aufgefallen, der bis jetzt noch nicht hervorgehoben ist, nämlich dass, wenn der Tod nach einfacher Laparotomie mit folgender Desinvagination eintrat, derselbe

²⁾ Vortrag, gehalten in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins.

meist wenige Stunden nach dem Eingriff erfolgte. Ich habe aus der Braun'schen Arbeit im Mittel 16 Stunden erhalten, wenn ich einen Fall ausnehme, der vier Wochen nach der Operation an einer Lungenaffection zu Grunde gegangen sein soll. Vergleicht man hiermit den Eintritt des Todes nach anderen Operationen am Darm, so schiebt sich der Zeitpunkt erheblich länger hinaus. Ich habe in einer Arbeit von v. Zoega-Manteuffel über die Therapie des Ileus und in einer anderen aus der Kocher'schen Klinik von Sachs über Darmresection bei gangränösen Hernien gleichmässig $3\frac{1}{2}$ Tage gefunden. Es muss also wohl der Shok bei der Zerrung und Dehnung des Darms, wie sie zur Lösung der invaginiten Partien erforderlich ist, ganz erheblich sein.

Gestatten Sie mir nun, dass ich Ihnen einen Fall von geheilter Invagination coli vorstelle, der in zwei Zeiten operirt worden ist, von denen ich den ersten Act in Vertretung meines Chefs auszuführen das Glück hatte.

Der Knabe hier ist 11 Jahre alt. Seine Mutter starb an der Lungenschwindsucht. Am 27. Juli 1891 erkrankte derselbe in Berlin, wo er sich zur Heilung eines chronischen Mittelohrkatarrhs aufhielt, nachdem noch am Morgen die Luftdouche recht energisch angewendet war, mit Schmerzen im Leib und Erbrechen. Am 29. soll auf Calomel noch Stuhl erfolgt sein; da sich das Leiden aber verschlimmerte, und Patient alles erbrach, was er zu sich nahm, wurde er in seine Heimath nach Nauen geschafft und der Behandlung des Herrn Dr. Friedrich übergeben, welcher im linken Epigastrium einen Tumor entdeckte, der sich allmählich vergrösserte und nach unten fortschob. Am Nachmittage des 1. August übersandte er den Knaben, nachdem mittlerweile auch blutige Stuhlgänge aufgetreten waren, dem Augusta-Hospital behufs eventueller Vornahme einer Operation. Hier konnte ich folgenden Status aufnehmen: Magerer, ziemlich schwächlich gebauter Knabe. Eiterausfluss aus dem linken Ohr. An Herz und Lungen nichts Besonderes. Temperatur normal, Puls 80, ziemlich kräftig; Lippen trocken, Zunge belegt, Blick leicht verschleiert. Leib wenig aufgetrieben, die Haut von Senfpflaster stark geröthet. Linkes Hypogastrium druckempfindlich. Man fühlt daselbst im Verlauf der Flexur eine harte, in den oberen Theilen rundliche Geschwulst, welche nach unten sich verdickt und in das kleine Becken hinabreicht. Bei der combinirten Untersuchung mit einem Finger im Rectum erscheint der Tumor als eine nach unten halbmondförmig gekrümmte Wurst, deren einer Zipfel bis in die Ileocoecalgegend reicht, während der andere unter dem linken Rippenbogen verschwindet; der untere Pol einer Invagination ist nicht zu fühlen. Es wird nun ein hoher Einlauf gemacht, der den Tumor unverändert lässt, nur einige blutige Fetzen herausbefördert. Eine Magenausspülung lässt erkennen, dass der Magen leer, jedenfalls frei von Koth ist. Darauf werden 5 Tropfen Opium verabreicht, und der Knabe zunächst in Ruhe gelassen.

Es trat nun die Frage einer Operation an mich heran, und ich wurde zu derselben wesentlich durch die eigenartige Lage des Tumors bewogen, der nicht mit seiner Spitze, sondern mit seiner Breitseite in das Becken hinabdrängte. Ich glaubte nicht, dass hierbei Wasserklystire ihre volle Wirksamkeit auf den invaginiten Darmtheil entfalten würden. Seit fünf Tagen hatte der Patient keine Nahrung mehr bei sich behalten, trotzdem erschien der Allgemeinzustand noch verhältnissmässig günstig. Um 7 Uhr Abends schritt ich zur Laparotomie. Schnitt in der Linea alba, welcher bald bis zum Schwertfortsatz verlängert werden muss, da es anders nicht gelingt, den Tumor zu Gesicht zu bekommen. Die Dünndärme werden eventirt, auf die rechte Seite gelagert und mit warmen, in Salicyl getauchten Tüchern bedeckt. Nun präsentirt sich die Invagination als eine stark gekrümmte, besonders an der Innenseite des Kreises mit reichlichen Falten versehene, pralle und harte Geschwulst. Der Halstheil liegt unter dem Rippenbogen, nahe der Medianlinie. Der untere Umschlagswinkel des Intussusceptum in der rechten Fossa iliaca. Die Invagination besteht ganz aus Colon, das Coecum findet sich an normaler Stelle. Es wird nun versucht, die Geschwulst gerade zu strecken, wobei dieselbe eine Länge von etwa $\frac{1}{2}$ m annimmt und bedeutend weicher und lockerer wird. Verwachsungen des Intussusceptum mit der Scheide fehlen. Die Desinvagination wird auch hier, wie alle Autoren betonen, durch Druck auf den unteren Pol erreicht. In meinem Falle waren „melkende“ Bewegungen, die zugleich das Intussusceptum nach unten zogen, das Intussusceptum hinaufdrängten, besonders vorthellhaft, während der assistirende Colleague am Halse einen gleichmässigen, leichten Zug ausübte. Besonders schwierig war die Entwicklung der letzten 10 cm, wo der Darm unregelmässig gefaltet, fast wie ein Stück Papier zusammengeknittert war. Die Desinvagination gelingt vollständig nach einer Arbeit von über $\frac{1}{2}$ Stunde. Bei der Inspection des ungewöhnlich langen Colons zeigt sich nun, ausser einigen kleinen Serosarissen, welche genäht werden, in dem zuletzt entwickelten Darmabschnitt eine etwa fünfpfennigstückgrosse gangränöse Stelle. In der Nähe derselben fühlt man an der inneren Darmwand eine haselnussgrosse nicht verschiebliche Geschwulst, die ich als Grund der Invagination ansprechen musste. Da dieselbe nur durch Einschnitt zu entfernen gewesen wäre, der Knabe mir zu einem solchen Eingriff zu schwach erschien, so leitete ich die betreffende Darmpartie aus der Wunde heraus, und schloss den Rest der Bauchwunde mit Draht. Nachdem der Knabe in sein Bett zurückgebracht ist, stellt sich bald sehr lebhaft Darmperistaltik ein, und nach einigen Stunden gehen bereits Winde per anum ab. Wein und Wasser theelöffelweise gereicht werden nicht erbrochen; Puls 120, klein. 4 gtt. Opium Nachts, 5 mg Morphium subcutan. Am folgenden Tage fühlt sich Patient ganz wohl. Puls 130, kein Erbrechen, zweimal 4 gtt. Opium. Nachmittags Verbandwechsel um eventuell den Darm zu versenken. Man steht indessen davon ab, da die gangränöse Stelle sich vergrössert hat, der Allgemeinzustand zur Vornahme einer Resection nicht günstig erscheint, und da ein Anus praeternaturalis in der Mitte des Colon transversum für die Ernährung kaum üble Folgen haben

kann. Am folgenden Tage Temperatur 38,8, Puls 160, belegte Zunge, kein Erbrechen, aber auch keine Winde. Da ich befürchte, dass der Darm in der Wunde abgeklemmt ist, so wird die gangränöse Partie abgetragen, worauf reichlich Flatus abgehen. In den folgenden Tagen Temperatur normal. Täglich dünner Stuhl aus der Darmfistel, am 7. August breiiger Stuhl per anum. Vom 9. bis 14. August eine Temperatursteigerung bis 39,5, welche auf eine rechtsseitige Pleurareizung zurückgeführt werden muss. Am 18. August wird die herausgelagerte Darmschlinge mit dem Thermocauter entfernt, und ein Anus praeternaturalis angelegt. Von dem bei der Operation gefühlten kleinen Tumor ist schon seit mehreren Tagen und auch jetzt nichts mehr wahrzunehmen. Am 21. August erkrankt Patient plötzlich mit heftigen Leibschmerzen, die Temperatur steigt staffelförmig an, die Milz ist etwas vergrössert, so dass man an einen Typhus denken muss, obwohl der Stuhl nicht charakteristisch ist. Dieser Zustand dauert bis zum 6. September an und bringt den Patienten auf das äusserste herunter. Erst am 22. October kann an den Verschluss des Anus praeternaturalis gedacht werden, welcher in folgender Weise von Herrn Medicinalrath Lindner ausgeführt wird. Nachdem die beiden Darmlumina durch Nähte verschlossen sind, wird die Schlinge von der Haut gelöst, so dass sie sich bequem vorziehen lässt. Es zeigt sich nun, dass der Sporn eine geringe Ausdehnung hat, ja dass an der hinteren Wand die beiden Darmenden fast linear vereinigt sind. Es wird daher eine Anfrischung der beiden Darmenden nur an ihrer vorderen Circumferenz vorgenommen, und die Vereinigung durch eine doppelreihige seröse Naht ohne jede Spannung hergestellt. Der Darm bleibt in Jodoformgaze gehüllt extraperitoneal liegen und wird erst am zweiten Tage versenkt. Auch jetzt noch wird ein Tampon über die Nahtstelle des Darms gelagert, und die Naht der Bauchdecken erst am achten Tage vorgenommen. Am neunten Tage erfolgte ohne Nachhülfe ein breiiger Stuhl. Heilung der Bauchwunde per primam. Patient wird am 22. November geheilt entlassen.

Darf ich noch mit wenigen Worten auf die Operationsmethode zurückkommen, so scheint dieselbe in gleicher Weise noch nicht angewandt zu sein. Bei den schlechten Resultaten, welche die primäre Resection liefert, möchte ich hier zwei Fälle erwähnen, in denen bei nicht gelöster Invagination die Resection vorgenommen und die beiden Darmenden in die Bauchwunde eingenäht wurden. Der eine ist durch eine zweite Operation geheilt (Wassiljew, Centralbl. f. Chir. 1888 No. XII), während der andere von Morris (siehe Braun No. 32) am Tage nach der Operation starb. Die hier angewandte Operationsmethode ähnelt der unsrigen in der Theilung des chirurgischen Eingriffs in mehrere Zeiten. Vielleicht kann eine solche Theilung Shok und Collaps verhüten und, wenn der Anus praeternaturalis eine so günstige Lage hat wie in unserem Falle, bessere Resultate herbeiführen.