

Aus der Chirurgischen Abteilung des Königin Elisabeth-Hospitals
in Berlin-Oberschöneweide.

Zur Pathogenese der sogen. „chronischen Blinddarmenzündung“.

Von Dr. **Dobbertin**, Dirigierendem Arzt.

Die chirurgische Beschäftigung der beiden letzten Jahrzehnte mit der Blinddarmenzündung hat den alten Begriff der Internisten von der Typhlitis stercoralis umgestoßen und die Lehre von der Perityphlitis dahin präzisiert, daß der Ausgangspunkt des Leidens allfällig von der Appendix und nicht vom Coecum erfolgt. Für die akute Appendicitis ist dieses Dogma unbestritten und durch zahllose Autopsien definitiv und unumstößlich bewiesen. Anders präsentieren sich die Verhältnisse bei der chronischen Blinddarmenzündung. Klinisch kann man unterscheiden zwischen „Dauerbeschwerden ohne deutliche Schübe“ und „Intervallschmerzen zwischen akuten Anfällen“. Bei der Operation findet man ebensooft deutliche Reste der überstandenen akuten Wurmfortsatzentzündung, die bekannten Knickungen, Stenosen, Verwachsungen der Appendix mit Nachbarorganen, Sekretverhaltungen, Sprengels Unauslässigkeit etc., oder — erstaunlicherweise so gut wie garnichts Abnormes an dem frei beweglichen Processus trotz lebhafter klinischer Beschwerden in der rechten Unterbauchgegend, notabene an sonst nicht nervösen oder hysterischen Patienten. Kein Wunder, daß die Appendektomie im letzteren Falle ohne Erfolg für die vorher bestehenden Schmerzen bleibt, obwohl eine Unterscheidung vor der Operation, ob man einen deutlich veränderten Wurmfortsatz oder einen nicht pathologischen oder wenigstens nahezu normalen finden werde, unmöglich ist, da die klinischen Erscheinungen keine nennenswerten Differenzen ergeben. Man tröstete sich mit „Verwachsungsbeschwerden“ oder „Nervosität“.

In der Symptomatologie der chronischen Appendicitis steht natürlich an erster Stelle der Schmerz in der rechten Unterbauchgegend. Er kann dauernd sein oder kolikartig auftreten, sich genau auf den Mc Burneyschen Punkt beschränken oder mehr als Magen- oder allgemeiner Bauchschmerz empfunden werden. Frauen geben mitunter an, daß der Schmerz wehenartig anschwellt und nachlasse, andere bezeichnen ihn als den unbestimmten Schmerz „früher Kindsbewegungen“. Bei Druck auf das Coecum oder Colon ascendens kann man neben den ausgelösten typischen Druckschmerzen zuweilen ein Gurren oder eine längliche Intumeszenz fühlen, die sich unter Umständen unter unsern Händen durch Entleerung verkleinert. In anderen Fällen wieder läßt sich das Colon ascendens als dicker, kontrahierter Strang unter den Fingern rollen. Der Hauptdruckschmerz ist entweder typisch am Mc Burneyschen Punkt oder auch höher in Nabelhöhe gelegen. — Dazu kommen Verdauungsstörungen, besonders jahrelange, hartnäckige Verstopfung. Diese Symptomenreihe fand sich auch bei zwei von unseren Patienten, die bereits auswärtig appendektomiert waren, wo also der Wurm sicherlich nicht als die Ursache der Beschwerden angesehen werden konnte.

In diesen Stand der Dinge legten Wilms¹⁾ Theorie vom „Coecum mobile“ und Rehn-Kloses²⁾ Lehre von der „Habituellen Torsion“ des Coecums Revision ein. Damit war zum erstenmal das Dogma vom allein schuldigen Wurmfortsatz bei der chronischen Appendicitis durchbrochen. Alle drei Forscher halten mechanische Momente am Coecum und Colon ascendens für das Primär-ursächliche des vorstehend beschriebenen Symptomenkomplexes. Und während Wilms das bewegliche Coecum als das Hauptpathologische ansieht, erklären Rehn-Klose eine angeborene Neigung zum unvollständigen Volvulus als die Ursache der Schmerzen und Verstopfung. Klose betont ausdrücklich die klinische Bestätigung in Form von Torsionsmarken am Colon ascendens und läßt auf ein Stadium der Hypertrophie mit spastischen Kontraktionen ein weiteres mit Dilatation und Atrophie folgen. Daraus

¹⁾ Diese Wochenschrift 1908, Nr. 41. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 40. Kongreß, Abt. 2.

²⁾ Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 63. Münchener medizinische Wochenschrift 1910, Nr. 7.

entwickeln sich dann die katarrhalischen Erscheinungen, die Typhlocolitis, und er glaubt sogar, daß sich im weiteren Verlauf der Stauung und nach Insuffizientwerden der Gerlach'schen Klappe sekundär die akute Appendicitis durch die habituelle Torsion des Coecums entwickeln kann. Diesen Forschern gegenüber beharren eine andere Anzahl bei der rein appendikogenen Ursache der chronischen Blinddarmenzündung.

In den letzten drei Jahren sind uns zur Klärung dieser Frage 10 meines Erachtens bedeutungsvolle Fälle zur Operation gekommen, die uns veranlassen, nochmals die Pathogenese der sogenannten chronischen Appendicitis zu beleuchten, um dementsprechend unsere therapeutischen Maßnahmen einzurichten. Ich schließe dabei ausdrücklich Fälle mit ausgesprochen pathologischen Veränderungen am Wurmfortsatz, die also mit Recht und Erfolg appendektomiert werden, aus und beschränke mich auf solche Patienten, wo die operative Autopsie und die spätere anatomische Untersuchung einen Wurmfortsatz fand, der so gut wie normal, oder die bereits erfolglos appendektomiert waren.

Auch in diesen ausgesonderten Fällen erscheint uns als das Primäre in der Erkrankung die minimal vorhandene oder abgelaufene Wurmfortsatzentzündung, die ohne akutere Schübe von schleicher Natur gewesen sein kann. Während sich der Wurm bis zur völligen Norm restituiert hat, hinterläßt die gleichzeitige flüssige und fibrinöse Exsudation und Schwartenbildung infolge der Appendicitis um den angrenzenden Dickdarm schleierartige Beläge am Coecum und Colon ascendens ev. bis zur Leber hinauf. Schon beim Öffnen des Peritoneums stößt man in der Gegend des Mc Burneyschen Punktes auf derartige, spinnwebdünne flächenhafte Schleierbeläge des Dickdarms, die mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand verwachsen sind, während merkwürdigerweise das Coecum und die Appendix völlig frei, und ohne pathologischen Befund, leicht vor die Bauchwand luxiert werden können. Derartige Belege können sich nun zu einem festeren Gefüge, bis zu derben, bandartigen Strängen verdichten, wozu sich noch ev. die Appendices epiploicae, schwierig verdickt und verwachsene Netzpartien gesellen. Wie eine breite Zwinde oder ein fester Tunnel legen sie sich um den aufsteigenden Dickdarm und verursachen dadurch Knickungen und Stenosierungen in ihm, während wiederum das Coecum mehr oder weniger verwachsungsfrei auf der Iliakalschaukel beweglich ruht.

Eine ausgesprochene Prädilektionsstelle für solche Dickdarmknicke ev. Stenosen besteht am Colon ascendens etwa drei bis vier querfingerbreit oberhalb der Zökumkuppe bis zum Lebertrand; es ist dies auch der Sitz eines typischen Dickdarmileus. Schon normal-anatomisch besteht hier eine gewisse Knickung durch das plötzliche Einsenken des Dickdarms über den äußern Psoasrand in die Tiefe der prärenalen Lendenmulde, während das Coecum durch den Verlauf des Iliopsoas in seinem Rücken in einer beträchtlich höheren Frontalebene auf die Beckenschaukel gehoben wird. Daß die Abknickung auch ohne pathologische Veränderung oder Strangfixierung gewissermaßen physiologisch dort leicht zustandekommt, beweist der von Fromme¹⁾ betonte Umstand, daß Schwangere in den letzten Monaten sehr oft Schmerzen rechts unten im Bauch nach Art einer chronischen Appendicitis erleiden. Von gynäkologischer Seite sind derartige Abknickungen durch den aufsteigenden Uterus sogar bis zum Ileus gemeldet.

Wie gesagt, am Colon ascendens von drei querfingerbreit oberhalb der Blinddarmkuppe bis zur Flexura hepatica besteht unter Heranziehung von entzündlichem Netz und schwierigen Appendices epiploicae eine ausgesprochene Neigung zur Bildung von stenosierenden Verwachsungen, Tunellierung, Knickung, während das mobile Coecum merkwürdigerweise frei beweglich bleibt. Natürlich braucht nicht immer ein appendizitischer Entzündungsreiz den Anlaß dazu zu geben, es kann ein solcher auch von der Gallenblase, von einer Geschwürsbildung im Magen und Zwölffingerdarm ausgehen. Außer bei den unter

¹⁾ Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 40. Kongreß, Teil I, S. 159.

den geschilderten Symptomen mit Indikation von uns operierten Fällen fanden wir, sobald wir darauf zu achten gelernt hatten, es auch nicht ganz selten als Nebenbefund bei gelegentlichen Sektionen. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß die Folge eines derartigen Passagehindernisses vom davorliegenden Darmabschnitt zunächst durch vermehrte Anstrengungen — id est spastische Kontraktionen und daraus resultierende Hypertrophie der Muscularis — zu überwinden versucht wird, ganz wie wir es auch bei tuberkulösen und karzinomatösen Strikturen finden. Allmählich erlahmt der Darm, der Hypertrophie folgt eine Dilatation und Typhlone, Inhaltstauung, Typhlocolitis, Pericolitis, vermehrte Verlötung etc., und der Circulus vitiosus ist fertig mit dem Endresultate der chronischen Obstipation und kolikartigen Schmerzen.

Ich registriere nun kurz unsere bis dahin einschlägige Kasuistik:

Fall 1. Junges Mädchen, früher nie akute Appendicitis. Seit längerer Zeit Bauchschmerzen auf der rechten Seite und Verstopfung. Seit dem Tage vor der Operation heftige Schmerzen rechts unten im Bauch, auch auf Druck, Erbrechen, ileusartige Erscheinungen. Kommt mit der Diagnose Appendicitis.

Nach Eröffnung des Bauches Appendix ohne Befund, dagegen am Colon ascendens ein etwa zweifingerbreiter, straff über den Darm verwachsener, verdickter Netzstrang. Coecum gebläht, mit mäßig langem Mesocoecum.

Fall 2. Knabe von 12 Jahren, bereits auswärts wegen Appendicitis-beschwerden vor einem Jahr appendektomiert, hat seine Beschwerden nach der Operation nicht verloren. Befund entspricht dem eingangs geschilderten Symptomenkomplex.

Coecum frei, das ganze Colon ascendens etwa handbreit durch relativ zarte Verwachsungen mit scharfem Knick am lateralen Psoasrand straff in der Lendenmulde stenosierend verlötet. Narbe der Appendix-Abgangsstelle kaum auffindbar.

Fall 3. Mädchen von 30 Jahren. Seit mindestens einem Jahrzehnt Schmerzen in der rechten Bauchseite; der Hauptdruckpunkt am Colon ascendens in Nabelhöhe, also oberhalb des Mc Burneyschen Punktes. Darunter das weit geblähte Coecum gespannt und sich unter gurrenden Geräuschen entleerend zu fühlen. Nach der Entleerung Erleichterung und Linderung der Schmerzen. In letzter Zeit die Koliken im rechten Hypogastrium unerträglich, Ohnmachten auslösend. Niemals akute Appendicitis. Stuhl wiederholt ohne okkulten Blutbefund. Magensaft ebenfalls normal. Bei Röntgenuntersuchung fand sich normale Magenform, nach 6 Stunden leer. Nach 24 Stunden bei gefülltem Ascendens und Transversum anscheinend Verengung unterhalb der Flexura hepatica. Diese Stelle stark druckschmerzhaft.

Operation: Rechter Flankenschnitt, Appendix frei, klein, geschrumpft, ohne Inhalt. Coecum beweglich, ballonartig aufgetrieben, leicht vor die Bauchwand luxierbar. Beim Versuch des Leerdrückens markiert sich durch scharfe Knickung ein etwa zwei querfingerbreiter Verwachsungstunnel am Colon ascendens handbreit oberhalb der Coecumkuppe, durch den der Dickdarm hier tief in der Lendenmulde und an die seitliche und vordere Bauchwand stenosierend fixiert wird. Gallenblase zart, gut gefüllt, im übrigen keine Verwachsungen; soweit erkennbar, auch das Netz unbeteiligt.

Fall 4. Frau in mittleren Jahren, seit langer Zeit mit ganz ähnlichen Krankheitserscheinungen und Obstipation, wie der vorige Fall; doch die Schmerzen weniger kolikartig, als „wehenartig“ oder wie „Kindsbewegungen“ im Anfang. Nie akute Appendicitis durchgemacht; wird jetzt, da die Schmerzen sich unter leichtem Fieber vermehrt haben, als Blinddarmentzündung hereingeschickt.

Die Autopsie per laparotomiam ergibt: Freies Coecum mit freier Appendix, die lang, leicht geschwellt, ohne Knickung; dagegen das ganze Colon ascendens von drei querfingerbreit oberhalb des Coecums bis zur Flexur in einen stark stenosierenden, aus Verwachsungen, schwierigen Epigloicis und entzündlich verändertem Netz gebildeten Tunnel eingelagert und mit ausgesprochenem Knick in die Tiefe der Lendenmulde versinkend. Gallenblase ohne Steine, gut gefüllt, durch spinnwebdünne Adhäsionen mit der Flexura hepatica verklebt (nie ikterisch gewesen, keine Koliken).

Fall 5. Schutzmann in mittleren Jahren. Seit vielen Jahren in Behandlung von inneren Kliniken und Polikliniken. Abwechselnd als Appendicitis chronica, häufiger als Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür gedeutet. Niemals akute Appendicitis. Chronische Beschwerden wie in Fall 3. Hauptdruckschmerz rechts vom Nabel, etwas unter seiner Höhe.

Die ihm nach den einschlägigen Untersuchungen vorgeschlagene Operation wegen Typhlocolitis infolge von Verwachsungsstenosierung wird auf 14 Tage wegen äußerer Verhältnisse hinausgeschoben. Plötzlich, bereits nach acht Tagen, wird der Mann mit typischer akuter Appen-

ditis wieder eingeliefert. Die Operation ergibt neben einem akuten Epyem der frei verlaufenden Appendix eine breite, stark verengende Verwachsung des Colon ascendens in Nabelhöhe.

Fall 6. Aelterer Mann mit progredienter Appendicitis-Peritonitis wird am neunten Erkrankungstage eingeliefert. Nach anfänglicher Besserung der akut einsetzenden Entzündung, ist vor zwei Tagen eine schwere Verschlimmerung eingetreten. Der Patient wird aus dem Badeort, wo er von der Erkrankung überrascht wurde, nach hier transportiert, ist aber durch die Operation nicht mehr zu retten und stirbt an der rasch fortschreitenden septischen Peritonitis. Das Eigenartige des Falles ist aber, daß der Mann ohne vorherige akute Blinddarmatacken wohl seit einem Jahrzehnt immer an unbestimmt drängenden Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend gelitten hat, die er selber auf seinen Blinddarm bezog, sodaß er oft vor dem Entschluß einer Operation gestanden hat.

Die Sektion löste das Rätsel: Während das Coecum völlig frei beweglich, ballonartig gebläht war, die lange Appendix ohne Verwachsungen quer über die Blase durch den vereiterten Bauch nach der Flexura sigmoidea verlief und hier mit seiner perforierten Spitze frisch verklebt war, wurde das Colon ascendens und der Anfangsteil des Colon transversum durch die reichlichen, schwierig verwachsenen Appendices epiploicae und klumpig verdicktes Netz zu einem ganz engen Rohr zusammengezwängt.

Zu der vielfach erwähnten Knickung und Stenosierung des Colon ascendens kommt als weiterer Schritt die Torsion des Coecums bis zum kompletten Volvulus. Rehn-Klose halten die Torsion für das mechanische Haupthindernis für die Auslösung der chronischen Appendicitisbeschwerden und nennen sie eine „habituelle Torsion“, womit wohl ausgedrückt werden soll, daß es sich um eine angeborene, anatomische Anomalie handele. Klose spricht von einem entwicklungsgeschichtlichen Coecum mobile, aus dem ein klinisches Coecum mobile werde durch Störungen im Mechanismus des aufsteigenden Dickdarms im Sinne einer Drehung, ohne daß er genaueres angibt, warum diese Torsion zustandekommen soll. Er beruft sich auf sein bekanntes Experiment, wo sich das entwicklungsgeschichtliche Coecum mobile, wohlgerichtet nach peripherischer Abbindung, im Sinne einer Torquierung um die Längsachse nach Einblasung von Luft entwickelt.

Unseres Erachtens ist für das Zustandekommen der Torquierung außer einem beweglichen Coecum noch eine Stenosierung und Fixierung im Colon ascendens durch Verwachsungen oder Knickungen notwendig. Diese entsprechen absolut der peripherischen Abschnürung im Experiment, ohne welche eine Torsion nicht zu erzielen ist. Nach dem Zustandekommen der Torsion, die zunächst vorübergehend ist und zurückgehen kann, und der vermehrten Inhaltstauung im Coecum treten wieder die entzündlichen Erscheinungen der Typhlocolitis in den Vordergrund, sodann die Perityphlitis, Pericolitis und die Verwachsungsneigung des abgedrehten Dickdarmabschnittes mit der seitlichen und vorderen Bauchwand infolge entzündlicher Ausschwitzung und Verklebung. Aus der intermittierenden, habituellen ist die chronisch fixierte Torsion geworden, und es bedarf nur eines Zufalles, um den Volvulus komplett zu machen. Wir hatten Gelegenheit, vier derartige Fälle zu beobachten.

Fall 7. 40jährige Frau, bricht seit 12 Stunden, Druckschmerz rechts unten im Bauch, die Gegend leicht vorgetrieben und laut tympanitisch. Seit vielen Jahren chronisch obstipiert. Kommt als Appendicitis zur Aufnahme.

Nach Eröffnung des Leibes präsentiert sich ein in Verwachsungen eingehüllter, retrozökal gelegener, nicht entzündeter Wurmfortsatz. Das Coecum ist prall rundlich aufgebläht; auf Druck entweichen keine Gase nach oben. Seine Wand ist in spinnwebdünne Schleierbeläge eingehüllt, die auch flächenhaft mit dem parietalen Peritoneum der vorderen Bauchwand verwachsen sind. Oberhalb des geblähten Coecums, in der Tiefe der rechten Lendenmulde findet sich ein querfingerbreiter, unter Hinzuziehung von verklebtem Netz, Verwachsungsstrang mit deutlichen Torsionsmarken von oben außen nach unten innen. Es handelte sich demnach um einen ausgesprochenen Volvulus.

Fall 8. Starkleibige Frau von 32 Jahren. Ebenfalls als Appendicitis hereingeschickt mit den gleichen Beschwerden. Untersuchungs- und Operationsbefund wie der vorhergehende. Auch hier die Appendix in Verwachsungen rückwärts nach oben geschlagen.

Zwei Jahre später Relaparotomie wegen kindskopfgroßen Ovarialkystoms links. Bei Absuchung des Coecum und Colon ascendens findet sich das damals aus seinen Verwachsungen ausgelöste und zurück-

gedrehte Coecum und Colon ascendens von normaler Weite, ohne Knickung und Stenosen. Die damals vorgenommene Coeco- und Colopexie an seiner Außentänie hat breite Verwachsungen des Dickdarms an der Seiten- und Vorderwand der rechten Bauchwand gezeitigt.

Der Patientin ist es gut gegangen, die Obstipation völlig verschwunden (trotz der großen Ovarialzyste).

Fall 9. 57jähriger, fettleibiger Mann mit Ileussymptomen und heftigen, kolikartigen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. In kollabiertem Zustand. — Bei Eröffnung findet sich das geblähte, mit dem Parietalperitoneum zart verwachsene Coecum. Etwa handbreit oberhalb seiner Kuppe ist es um 180° nach innen torquiert unterhalb eines aus Netz und Appendices epiploicae bestehenden Verwachsungsringes. Die Appendix sehr lang, retrozökal bis hoch ins Nierenlager heraufreichend, nicht entzündlich, in Verwachsungen eingehüllt.

Nie akute Appendicitis gehabt. Trotz Lösung, Zurückdrehung und Fixierung des Coecums stirbt der Mann nach 36 Stunden. Bei der Sektion ergibt sich eine weitere, stramme Strangabschnürung durch einen Netzzipfel unmittelbar unterhalb der Flexura hepatica. Zwischen diesem Netzstrang und der Torsionsverwachsung befindet sich ein normal weites Stück des Colon ascendens.

Fall 10. Junges, bleichsichtiges Mädchen, bereits einige Jahre vorher wegen chronischer Appendicitis auswärts appendektomiert. Litt trotzdem weiter an kolikartigen Schmerzen in der rechten Bauchseite und Verstopfung. Bei der Relaparotomie in der rechten Flanke findet sich das Coecum beweglich und dicht unterhalb der Leber am Colon ascendens eine Verwachsung mit ausgeprägten Torsionsmarken. Nach Lösung und langer Tānienzökopexie ist das Mädchen seit einem Jahr beschwerdefrei, während die Verdauung noch der diätetischen und medikamentösen Nachhilfe bedarf.

Die von Klose aufgestellte weitere Deduktion, daß sich durch die aus der habituellen Torsion des Coecum bedingten Stauungen Blutungen und akute Entzündungen in der Appendix entwickeln können, scheint mir nach Fall 4, 5 und 6 sehr wahrscheinlich. Ich habe zwar keine Torsion oder Torsionsmarken bei der Operation nachweisen können, indessen genügt die stenosierende Verwachsung und Abknickung des Colon ascendens vollauf als beweisender Befund für die chronische Stauung im Coecum.

Immerhin möchte ich nochmals resumieren, daß ich für das Primäre des ganzen Krankheitsbildes das Vorhandensein eines Entzündungsherdens und die damit sich entwickelnden flüssigen und fibrinösen Exsudationen, Verklebungen, Schrumpfungen, kollaterale Oedeme, in der Nachbarschaft u. à distance halte. Sei es, daß eine schleichende oder die Reste einer akuten Wurmfortsatzentzündung diese Rolle spielt, wie es wohl bei der überragenden Häufigkeit des Leidens meistens der Fall sein wird, sei es, daß entzündliche Vorgänge im Gallensystem etc. die Veranlassung geben.

Das sekundäre Stadium bilden dann die stenosierenden Verwachsungen am Colon ascendens, besonders dort, wo es über den lateralen Psoasrand in die Lendenmulde versinkt, und die daraus resultierenden Abknickungen resp. Abdrehungen, um nunmehr als tertiäres Stadium durch Inhaltsstauung wieder entzündliche Veränderungen in und um die Coecumcolonwand zu setzen oder im labilen Appendix gar eine akute Wurmfortsatzentzündung anzufachen. Allfällig notwendig scheint für die Ausbildung des pathologischen Prozesses, wenigstens in den ersten beiden Stadien, ein „bewegliches Coecum“.

Die Therapie ist gegeben. Zunächst handelt es sich darum, die Verwachsungen am Colon ascendens schonend, aber ausgedehnt zu lösen, möglichst ohne Bluterguß. Der Appendicitisbauchschnitt muß solange verlängert werden, bis die ganzen Verwachsungen übersehbar sind und das Colon ausgehült ist. Nach Befreiung des Darms, ev. Zurückdrehung von Torsionen erfolgt in langer Ausdehnung die Fixierung des Coecum und Colon ascendens bis zur gelösten Stenose mit ihrer Außentānie an der seitlichen Bauchwand, wie das Rehn schon angegeben hat. Entzündlich verdickte Netzpartien sind möglichst bis zu zarten Partien zu resezieren. Ferner tut man selbstverständlich gut, die Appendektomie, wo sie nicht bereits erfolgt ist, besonders im Hinblick auf Fall 4, 5 u. 6 den anderen operativen Maßnahmen vorangehen zu lassen.

Daß die gelösten Verwachsungen nicht wieder zu

neuen Verlötungen und Schwielenbildungen führen müssen, beweist uns der relaparotomierte achte Fall. Trotzdem sorgen wir vom Tage nach der Operation durch fleißige Verabreichung von Oleum Ricini und spätere Bauchmassage für reichliche Darmbewegung. Die Muskulatur des dilatierten und atonischen Typhlons versuchen wir durch früheinsetzende und lang fortgesetzte Darmmassage zu bessern.

In allen unseren Fällen sind die kolikartigen und Dauerschmerzen völlig geschwunden. Die chronische Obstipation bedarf indessen in manchen Fällen noch der diätetischen und medikamentösen Nachhilfe.

Skeptiker könnten nun behaupten, die Operation habe bis auf die Ileusfälle vielleicht doch nur einen suggestiven Einfluß gehabt. Abgesehen davon, daß alle Patienten genau auf hysterische Stigmata untersucht und solche ausgeschlossen sind, ferner daß 2 Fälle bereits ohne Erfolg appendektomiert, ihre persistierenden Schmerzen erst durch unsere zweite Operation verloren haben, kann man von einem suggestiven Erfolg viel eher bei den Fällen sprechen, die durch reine Appendektomie angeblich von ihren Beschwerden befreit sind, ohne daß sich ein nennenswerter pathologischer Befund am Wurmfortsatz ergeben hat.

Zusammenfassung. Bei der sogenannten chronischen Blinddarmentzündung kann man unterscheiden: 1. Fälle mit pathologisch verändertem Wurmfortsatz und 2. Fälle mit normalem Wurmfortsatz. Im letzteren Falle soll man den Bauchschnitt nach oben verlängern und Coecum und Colon ascendens bis zur Leber revidieren. Wir finden gewöhnlich Verwachsungen am aufsteigenden Dickdarm, die nur spinnwebdünn zu sein brauchen, vorwiegend am lateralen Rand des Psoas, wo sich das Colon ascendens in die Lendenmulde senkt. Sie sind primär auf einen vorübergehenden Entzündungsherd in der rechten Bauchhälfte (meistens wohl schleichende oder abgelaufene Appendicitis mit ihren Exsudationen) zurückzuführen. Diese Verwachsungen erzeugen Knickungen, Abdrehungen und Stenosen, die wiederum durch Inhaltsstauung Typhlocolitis, Pericolitis oder gar akute Appendicitis im labilen Wurmfortsatz zur Folge haben. Deren Hauptsymptome sind kolikartige oder Dauerschmerzen und chronische Verstopfung. Eine kausale Therapie löst die Verwachsungen, Knickungen und Torsionen und führt eine lange Colocoecopexie an der lateralen Tānie aus.