

## 3.

**Ueber die Behandlung innerer Einklemmungen.**

(Briefliche Mittheilung an den Herausgeber.)

Von Prof. Dr. Lambi in Charkow.

Der lehrreiche Aufsatz „Ueber innere Incarcerationen“ von Dr. Küttner aus St. Petersburg (im XLIII. Bd. 4. Heft Ihres Archivs) veranlasst mich zu folgenden Bemerkungen, denen Sie vielleicht einen Platz im Archiv gewähren werden.

Da es sich in der Controverse der Praktiker hauptsächlich um die Vorzüge der chirurgischen und medicamentösen Behandlung der inneren Incarcerationen handelt, so dürfte es nicht unpassend erscheinen, ein Mittel namhaft zu machen, dessen nicht Erwähnung geschiebt, das jedoch, wie ich glaube, jedenfalls — besonders in frischen Fällen, bevor es zur Anwendung energischer Mittel kommt — des Versuchs würdig ist. Ich habe in 3 Fällen von Einklemmungserscheinungen guten Erfolg davon gesehen; in einem dieser Fälle, bei einer bejahrten Frau, hatte man in den ersten zwei Tagen inneren Gebrauch von Crotonöl und reizende Clysmen ohne allen Erfolg in Anwendung gebracht, bei der Consultation am dritten Tage, an der ich Theil genommen habe, wurde noch metallisches Quecksilber in Vorschlag gebracht, auch die Laparotomie kam bereits zur Sprache und die Operation wäre vielleicht zur Ausführung gekommen, wenn nicht das von mir empfohlene Verfahren eine rasche und günstige Wendung zur Folge gehabt hätte.

Dieses Verfahren besteht darin, dass man den Patienten veranlasst, sich auf Ellenbogen und Knöe gestützt, in erhöhter Bauchlage (à la vache) so lange als möglich zu halten, wo bei demselben der Unterleib mit beiden Händen zugleich von den Hüften gegen den Nabel sanft gestrichen wird. Der Erfolg ist überraschend und ich erkläre mir die Wirkung dieser Manipulation folgendermaassen. Die Einklemmung bei einfacher Axendrehung so wie bei Knotenbildung beruht einerseits in der Knickung und Abschnürung der sich kreuzenden Schenkel des Mesenterialfächers, andererseits in dem Hinderniss der peristaltischen Bewegung der um die Kuickungsstellen angezogenen Darmpartikeln; beides wird durch die in der horizontalen Rückenlage des Patienten naturgemäße Vertheilung der Darmcontenta — flüssige und feste Theile in der Tiefe, Gas zu oberst, an den Bauchdecken — unterhalten und fixirt. Um diese Fixirung zu lockern, hat man vor Allem die Verhältnisse umzukehren: die flüssigen und festen Bestandtheile wo möglich an die vordere Bauchwand — das Gas an die hintere Bauchwand entweichen zu lassen. Beides wird durch die Bauchlage ermöglicht. Bei schlaffen Bauchdecken treten die Darmconvolute freier vor, das Mesenterium wird gleichmässig in die normale Medianebene angezogen. Auf diese Art könnten die Darmschlingen sich entwickeln, das Mesenterium sich entfalten; die peristaltische Bewegung nimmt sofort ihren normalen Gang.

Es ist die Frage, ob ein ähnliches Präliminar-Verfahren blos für einige oder für alle Fälle innerer Einklemmung passend erscheinen dürfte? Meines Dafürhaltens

sind die anatomischen Verhältnisse selbst in den ziemlich seltenen Fällen, wie z. B. *Hernia diaphragmatica*, *H. retroperitonealis* (Treitz) in der Regel von der Art, dass im Falle von Einklemmungsscheinungen nichts dagegen einzuwenden wäre, die von mir vorgeschlagene spontane Reposition des Darms zu versuchen. Ich vermuthe sogar, dass dieselbe nicht selten vor sich geht bei solchen Personen, die gar nicht zum Gegenstande ärztlicher Behandlung geworden sind. Wenn man bei Sectionen als zufälligen Befund enorme schwielige Verdickungen des Mesenteriums, massenhafte radiäre Sehnenflecke, daneben Rarefactionen und taschenförmige Vertiefungen mit narbiger Umrandung an einem der Mesenterialblätter constatirt und dabei die excedirende Höhe des Gekrüsels und Länge des Darmkanals, worauf Herr Dr. Küttner mit Recht so viel Gewicht legt, berücksichtigt, so kann man einem solchen Thatbestand kaum eine andere Deutung geben als die von Veränderungen, welche durch öftere Wiederkehr und zeitweilig protrahirten Zustand von Dislocation mit bedeutender Spannung und Zerrung des Mesenteriums bedingt erscheinen.

Mit Ausschluss der „absolutesten Ruhe“ (S. 506) wäre ich übrigens vollständig einverstanden mit dem rationellen Curplan, den Herr Dr. Küttner adoptirt, nehmlich für solche Fälle, wo die spontane Taxis nicht gelingen sollte. — In jenen Fällen, wo ein operativer Eingriff unausweichlich wäre, müsste ich, soweit meine anatomische Einsicht reicht, mich unbedingt der Ansicht des Herrn Dr. Küttner anschliessen und den Vorzug der Laparotomie vor der Enterotomie als hinreichend motivirt betrachten. Nur eine Bemerkung erlaube ich mir beizufügen. In Herrn Dr. Küttner's 13. Falle, Incarceration durch einen Peritonälstrang finde ich den Satz (S. 502): „Im Strange selbst fanden sich bei genauerer Untersuchung keine neugebildeten Gefässe.“ — Angenommen, dass ohne Injection (natürlich oder künstlich) solche Gefässe nicht ersichtlich sind, so möchte ich doch deren Abwesenheit in einem solchen Strange bezweifeln; denn da der gleichen Peritonäladhäsionen nicht aus der Metamorphose von Exsudat hervorgehen, sondern als wirkliches homologes Gewebe durch Auswachsen des Bindegewebssubstrates zu Stande kommen, so entwickeln sich in denselben auch regelmässig Gefässe, die von beiden Adhäsionspunkten ausgehen und in der Neubildung ein ganzes, mit den origioären Gefässen beiderseits communicirendes Gefässnetz, herstellen. An der Leiche sind dieselben allerdings in der Regel blutleer, vielleicht auch zuweilen schon bei Lebzeiten, nehmlich unter dem Einflusse von übermässiger Spannung; doch gelingt es selbst dann nicht selten, durch passend angebrachten Druck der beiden adhärenenden Flächen die Adhäsion vor deren Trennung zu injiciren.

Wenn ich somit die Meinung hege, dass der Chirurg sich wohl niemals der Hoffnung hingeben darf, gefässlose Adhäsionen zu treffen und mithin deren Trennung vornehmen zu können, ohne eine Blutung zu riskiren, — so halte ich doch wieder diese letztere für ganz unbedeutend bei der Laparotomie. Die Verhältnisse gestalten sich manchmal gegen alle theoretische Voraussetzung. In einem Falle von Ovariotomie, bei dem ich meinem Collegen, Herrn Prof. Grube, assistirt habe, war das Peritonäum, so weit man es zur Ansicht bringen konnte, dunkel violett, von strotzend injicirten blaurothen Venen durchzogen, sämmtähnlich aufgelockert und nicht blos im Bereiche des umfänglichen Cystosarkoms, sondern auch über dessen Rayon hinaus mit reichlichen Bindegewebsflocken und zartfädigen Adhäsionen

im Zustande der lebhaftesten Injectionsröthe bedeckt; bei der Losschälung der Geschwulst von den mit derselben allenthalben verwachsenen Darmschlingen und sonstigen Peritonäalfächern quoll die capillare Blutung von allen Punkten und die Hände waren wie von einem blutgetränkten Schwamme tingirt. Die Operation war mit glänzendem Erfolge gekrönt; die Frau lebt bereits vier Jahre nach der Operation und erfreut sich der besten Gesundheit. — Wiederum andere Fälle, wo die Verhältnisse anscheinend viel günstiger waren, wo das Peritonäum glatt, farblos, serös glänzend erschien, verliefen lethal. — Nach dem hier Mitgetheilten könnte man versucht sein, das Vorhandensein und die blutige Trennung von Adhäsionen innerhalb des Bauchfellsackes für nichts weniger als ein ungünstiges Moment bei der Laporotomie anzusehen; indessen will ich es nicht wagen, aus meinen wenigen Beobachtungen einen allgemeinen Schluss zu formuliren, und die Schilderungen der jetzt ziemlich häufig vorkommenden Ovariotomien geben in Bezug auf den Zustand des Peritonäums während der Operation nicht immer genügenden Aufschluss, da ja der Operator begreiflichermaassen seine Aufmerksamkeit auf andere wesentliche Fragen concentrirt.

Was die Diagnose der inneren Incarcerationen betrifft, so sollte man darunter bei Lebzeiten des Patienten nicht das Erkennen und die Deutung des Collapsus und der Cholera-ähnlichen Erscheinungen, sondern die Angabe der speciellen Art der Dislocation, des Orts des Hindernisses verstehen und dies ist nur nach der Ausführung der Laparotomie möglich. Ich kann Herrn Dr. Küttner nur beipflichten, wenn er Sachkenntniß und Uebung des Tastsinns als die einzigen diagnostischen Mittel hervorhebt. Es gehört schon einige Kenntniß und Routine dazu, um an der Leiche ein gegebenes anomales Lageverhältniss des Darms derart zur Evidenz zu bringen, um nach vollendeter Entwicklung und richtiger Beschreibung dasselbe wieder herzustellen. — Uebrigens eignen sich die meisten Leichen dazu, um an dem Darmkanal derselben — allerdings bei vollends eröffneter Bauchhöhle — alle typischen Axendrehungen, Incarcerationen und Knotenbildungen synthetisch darzustellen; als Vorlagen zu diesen Uebungen eignen sich die schematischen Zeichnungen des Herrn Dr. Küttner ganz vorzüglich zur Nachahmung; man gelangt zu einem viel richtigeren Verständniss, wenn man sich die Mühe nimmt, die flächenartige Darstellung in das körperliche Verhältniss zu übersetzen, um nachher die Richtung der Falten, die Lage der Knotenpunkte und den Verlauf der Darmwindungen daran zu studiren. — Endlich zum Cabinetstudium empfehle ich ein Phantom, bestehend aus Caoutchoucröhren von entsprechender Dicke für die Darstellung des Dünnd- und des Dickdarms; die mit feinem Leder überzogen, eingenäht und in entsprechender Entfernung an einer, die hintere Bauchwand darstellenden Unterlage gehetzt, eine systematische Nachahmung der wichtigsten Anomalien der Lagerung so gut gestatten, wie sie bei anderen Gegenständen der pathologischen Anatomie kaum ausführbar ist.

Charkow, den 8./20. September 1868.