

KNY-20-00664

Ueber Enterostomie
im Gefolge von paralytischen
Ileus und Peritonitis.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie, und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

August Schulte

approb. Arzt aus Drasenbeck.

1202/922

Marburg 1921

Buchdruckerei Hch. Kilber Nachf.

Angenommen: 3. 8. 21.

Referent: Prof. Dr. Läden.

KNY-20-00664



Auf dem Chirurgenkongress im Jahre 1902 hielt Heidenhain seinen grundlegenden Vortrag über die Enterostomie. Aus der Erwägung heraus, daß örtliche Darmparese als mechanisches Hindernis wirkt, gab er zum ersten Mal genauere Indikationen. Er fand schnell großen Beifall, aber auch ablehnende Stimmen meldeten sich bald, und eine Einigung über den Wert der Enterostomie ist auch heute noch nicht erzielt. Heidenhain vertrat hauptsächlich die sekundäre Enterostomie, die auch heute noch am meisten angewandt wird. Das Hauptanwendungsgebiet bildet die umschriebene Darmlähmung; aber auch bei weiter fortgeschrittener Peritonitis kann man noch Erfolge erzielen, und Walzberg z. B. enterostomiert selbst im Endstadium der diffusen Bauchfellentzündung zur Stillung des Erbrechens.

Die Verfechter der primären Enterostomie sagen, daß die Orientierung hier leichter ist, daß die Nähte besser halten und überhaupt der Erfolg viel sicherer ist. Eine Mittelstellung bildet das Vorgehen von Karewski nach dem Vorschlage von Kocher; der bei der ersten Operation vorgelagerte Darm wird sekundär nach Bedarf eröffnet.

Die Gegner der Enterostomie halten die einmalige Entleerung oder Punktion des Darmes für ausreichend; andere lehnen auch dies ab und begnügen sich mit den üblichen therapeutischen Maßnahmen.

bei längerer Zeit stark fließenden Fisteln zu großem Wasserverlust kommen, dem durch baldigen Verschluss der Fistel vorzubeugen ist.

4. Die Nähte halten nicht und durch austretenden Darminhalt kommt es zu Sekundärinfektionen. Bei noch gesunder Darmwand halten die Nähte gut; nur bei weiter fortgeschrittener Schädigung hat man manchmal Schwierigkeiten. Aber Infizierung der Bauchhöhle lässt sich auch dann vermeiden. Bauchdeckenphlegmonen sind verhältnismässig selten.

5. Die Fistel funktioniert nicht, wegen weiterer Hindernisse oberhalb, oder weil die geblähte Schlinge die benachbarten abknickt. Im ersten Fall muß man eine zweite Fistel weiter oben anlegen; im zweiten hebt die Entleerung der geblähten Schlinge am allerbesten das Hindernis.

6. Decubitus der Darmwand kommt so gut wie nicht vor. Enteritis ist ungefährlich und durch Alkali geben zu bekämpfen.

Als Schlussfolgerung ergibt sich, daß die Enterostomie großen Nutzen stiften kann.

