



Ein Fall von Gastro-Enterostomie.

Von

Dr. **Rydygier**, Kulm a/W.

Dar Prof. dra J. Zubrzycki

Bei der Diskussion über Magen- und Darmresektion auf dem XI. Chirurgenkongress erwähnte ich auch einer von mir ausgeführten Gastro-Enterostomie, deren Beschreibung ich im Nachstehenden um so bereitwilliger gebe, als diese Operation gewiss ihre Bedeutung hat für alle Fälle von Pyloruscarcinom, die in Folge der bewirkten Stenose mit vielfachen quälenden Symptomen, wie z. B. mit Erbrechen und Aufstoßen vergesellschaftet sind und die nach gemachter Laparotomie sich als ungeeignet zur Pylorusresektion erweisen. Wir sind Wölfler¹ für die Angabe dieser Operation in solchen Fällen zu ganz besonderem Dank verpflichtet, da wir jetzt nicht mehr gezwungen sind, bei solcher Sachlage die Bauchhöhle einfach zuzuschließen, ohne auch nur das Geringste für den Pat. gethan zu haben, was ja immerhin für den Operateur, und nicht weniger für den Pat. deprimirend ist. In den bis jetzt bekannten fünf Fällen (den meinigen incl.) trat wenigstens zweimal ein vollständiges Nachlassen der lästigsten Symptome ein; ja, in dem Lücke'schen Falle, welcher von Fischer² beschrieben wird, wurde nach mehr denn zwei Monaten noch ein gutes Allgemeinbefinden constatirt neben einer erheblichen Zunahme des Körpergewichts. So wird denn diese Operation gewiss ihre Bedeutung behalten, auch wenn wir nicht zugeben können, dass sie an Stelle der Pylorusresektion beim exstirpirbaren Magengeschwür treten sollte, wie es Richter will. Die Gründe dafür habe ich schon bei der damaligen Diskussion angegeben.

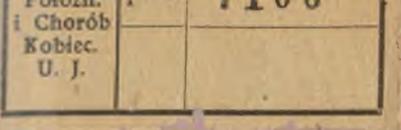
Unser Fall erscheint mir auch in so fern erwähnenswerth, als er auf eine andere Todesursache aufmerksam macht, als die bei den anderen Fällen beobachtete: Der Billroth'sche Pat. ist gestorben, weil sich ein Sporn im angehefteten Darmtheil gebildet hat, welcher

¹ Wölfler, Gastro-Enterostomie, Centralblatt für Chirurgie 1881. No. 45.

² F. Fischer, Ein Fall von Gastro-Enterostomie, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5 und 6.

139 9690180

z-139900



1304.

W 1 B 9927 1883

die Galle und den Pankreassaft in den Magen zu fließen zwang, wodurch ein unstillbares galliges Erbrechen hervorgerufen wurde. Der Lauenstein'sche³ Fall endete letal in Folge von Schwäche, und in meinem zu beschreibenden Falle hatte eine am vierten Tage eingetretene Blutung aus der Magendarmwunde den Tod herbeigeführt.

Der Fall ist kurz folgender:

Der 54jährige Karl Olszewski leidet seit etwa zwei Jahren an Magenbeschwerden, die ihn immer mehr zwingen, im Genuss der Speisen wäherlich zu sein, weil er sonst leicht Aufstoßen, Druck in der Herzgrube und Schwere dabelbst bekam. In letzter Zeit konnte er nur wenig auf einmal und nur flüssige Speisen genießen, anderenfalls trat Erbrechen ein. Verschiedene innerlich darge-reichte Arzneien brachten keine Erleichterung; der ihn zuletzt behandelnde Kollege Dr. Szyman hatte daher die Güte, den Pat. unserer Privatklinik zu über-weisen.

Status praesens am 8. Mai 1882: Pat., mittelgroß, sehr abgemagert und schwach, zeigt die kachektische Hautfarbe sehr deutlich. In der Pylorusgegend ist ein apfelgroßer, beweglicher Tumor zu fühlen, der bei Druck schmerzhaft ist. Beim Auspumpen des Magens überzeugen wir uns deutlich, dass eine beträchtliche Magen-erweiterung besteht. Die übrigen Organe lassen nichts Abnormes finden.

Wir konnten die Diagnose des Kollegen Dr. Szyman, welche auf Pylo-ruscarcinom lautete, nur bestätigen und schlugen die Resektion vor, worauf auch der Kranke einging. Zu gleicher Zeit wurde aber die Wölfler'sche Opera-tion ins Auge gefasst, falls die Resektion nach gemachter Laparotomie sich als un-ausführbar erweisen sollte.

Nachdem täglich bis zur Operation und auch am Tage derselben der Magen mit leichter Salicylsäurelösung ausgespült worden, und auch sonst Alles wie gewöhn-lich vorbereitet war, schritten wir am 13. Mai zur Operation:

Die Bauchdecken wurden damals etwas rechts von der Linea alba schwach bogenförmig von oben nach unten getrennt; nach genauer Linstillung Eröffnung der Peritonealhöhle. Nachdem wir uns jetzt überzeugt, dass die carcinomatöse Neubildung einen sehr großen Theil der Magenwandungen einnahm, außerdem zahlreiche infiltrierte Drüsen wahrnahmen, gaben wir unseren Plan, die Pylorus-resektion auszuführen, auf und schritten zur Ausführung der Gastro-Enterostomie. Wir führten dieselbe ganz nach den Wölfler'schen Vorschriften aus, nur wende-ten wir anstatt Seide Katgut zur Naht an und ließen alle Kompressorien und provisorischen Ligaturen fort, verließen uns allein vollständig auf die Hände des Assistenten. Es ist uns auch gelungen — wenn auch recht schwer — jeden Ausfluss von Magendarminhalt in die Peritonealhöhle zu verhindern. Die Bauchhöhle wurde undrainirt geschlossen; Lister-Verband.

In den ersten 3 Tagen war das Befinden des Pat. leidlich, nur klagte er über etwas Schmerzen im Leibe. Die Temperatur war normal:

Am 13. Mai (Tag der Operat.)	Abends 37,7
» 14. »	früh 37,6
	Abends 37,5
» 15. »	früh 37,0
	Abends 36,9

Am 4. Tage nach der Operation wurde dem Pat., der über stärkere Schmerzen im Leibe klagte, ein Einlauf mit dem Irrigator gegeben, worauf eine braunschwarze, stark stinkende Stuhlentleerung erfolgte, die sich im Laufe des Tages noch 2mal in geringem Maße wiederholte. Abends wurde der Kranke ruhiger. Die Temperatur betrug an diesem Tage früh 38,0, Abends 37,4° C. Nachts wurde der Pat. wieder unruhiger, und nach einer sehr kopiösen Entleerung von braunschwarzen, stark stinkenden Massen kollabirte er. Um 4 Uhr Morgens erfolgte der Tod.

³ Lauenstein, Zur Chirurgie des Magens, v. Langenbeck's Archiv Bd. XXVIII. Hft. 2.

Die Obduktion der Bauchhöhle ergab als Todesursache eine Blutung aus der Magendarmwunde: in dem abführenden Darmtheil war eine große Menge schwarzen Blutes angesammelt; das Duodenum und der Magen enthielten nichts davon, eben so wenig die Peritonealhöhle. Die Naht hielt ganz dicht.

Für mich war der Fall in so fern noch von Wichtigkeit, als er zeigt, dass auch ohne dass man Kompressorien angewendet eine nachträgliche Blutung aus der Magendarmwunde eintreten kann. Lauenstein (l. c.) schreibt nämlich meinen Kompressorien diese Gefahr zu und führt als Beweis den Lücke'schen Pylorusresektionsfall an. Dagegen muss ich erstens geltend machen, dass Lücke nicht die von mir angegebenen Kompressorien benutzte: er gebrauchte zwar Klemmzangen, deren Branchen mit Gummiröhren überzogen waren, nicht aber eine elastische Verbindung hatten, worauf ich großes Gewicht lege, weil dann auch unter den Kompressorien stärkere Arterien spritzen und zur isolirten Unterbindung auffordern. Dann ist es aber auch leicht erklärlich, und der eben beschriebene Fall illustriert es, dass bei der großen Schwäche der Patienten auch ohne Anwendung von Kompressorien Arterien der Magendarmwandungen während der Operation nicht spritzen, oder durch die Naht die Blutung gestillt erscheint, während die Gefäße später, wenn die Herzaktion stärker geworden, zu bluten anfangen. — Jedenfalls müsste derselbe Vorwurf die provisorische Ligatur treffen, die doch auch Lauenstein empfiehlt.

Bei der Gelegenheit möchte ich gleich auch den zweiten Vorwurf, den Lauenstein meinen Kompressorien macht, zurückweisen; er meint nämlich, dass man ihretwegen genöthigt ist, die Netzablösung an der großen und kleinen Curvatur weiter auszudehnen, da sie — wenn auch noch so schmal — immerhin einen bestimmten Platz einnehmen. Nun wird mir aber ein Jeder zugeben, dass das Netz als ein nicht straffer und fester Körper sich leicht und mehr, als es die Breite der Kompressorien erfordert, einbiegen lässt an der Stelle, wo die Gummifäden umschlungen werden sollen. Dann aber auch steht nichts im Wege, dass man den Gummifaden durch das Netz resp. das Mesenterium neben den Stäbchen durchführt und über den Kompressorien knüpft, eben so wie dieses mit dem Seidenfaden bei der provisorischen Ligatur auch nöthig ist. Wäre eine weitere Ablösung des Netzes resp. Mesenterium zur Anlegung der Kompressorien wirklich nöthig — was es in der That nicht ist —, so würde ich selbst dieses als einen gewichtigen Vorwurf zuerst anerkennen, da ich — in vollster Übereinstimmung mit Madelung — anempfohlen habe (cf. Berl. klin. Wochenschrift 1881 No. 42), dass man »peinlichst jedes Ablösen des Darmes von seinem Mesenterialansatz vermeide.«

