

1303

XIX.

Aus der chirurgischen Privatklinik des dr. Rydygier in Culm a. W.

1. Beiträge zur Magen-Darmchirurgie.

Von

Dr. Rydygier.

[1885]

Separatabdruck aus der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie. XXI. Bd.

t. 9, 303

1427604590-

a) *Drei neue Fälle von Pylorusresection nebst Bemerkungen zur Indicationsstellung und Operationstechnik.*

Nur eine möglichst grosse Anzahl genau beobachteter Fälle kann uns das Material an die Hand geben, um recht bald und sicher einzelne noch schwebende Fragen betreffend die Pylorusresection zu entscheiden. — Schon aus diesem Grunde erscheint es wünschenswerth, bis auf Weiteres noch jeden Fall von Pylorusresection zu veröffentlichen. Dies ist noch um so mehr geboten, wenn der Fall, wie unser sub 2 beschriebener ein besonderes Interesse beanspruchen darf.

In den zu beschreibenden drei neuen ¹⁾ Fällen habe ich die Resection unternommen einmal wegen Magengeschwür und zweimal wegen Carcinoma pylori, so dass ich, die beiden früher operirten Fälle mit eingerechnet, in 2 Fällen die Magenresection wegen Magengeschwür — beide mit günstigem Ausgang — und in 3 Fällen wegen Carcinom — zwei endeten letal — ausgeführt habe.

Die neuen Fälle sind kurz folgende:

1. Osiński, Josef, etwa 42 Jahre alt, gräflicher Diener, ist hereditär belastet. Es starb nämlich sein Vater und auch ein Bruder an Magenkrebs; beide hatten vor ihrem Tode Bluterbrechen. Krankheiten, die mit seinem jetzigen Leiden enger im Zusammenhang ständen, hat er nicht durchgemacht; einmal soll er Lungenentzündung und einmal Gelenkrheumatismus gehabt haben; Gewohnheitstrinker war er nicht.

¹⁾ Zwei andere habe ich schon früher publicirt und dieselben in die Zusammenstellung aufgenommen, die ich in meinem Vortrage: „Ueber Pylorusresection“, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 220 gegeben habe.

Sein jetziges Leiden fing ganz allmählich an und datirt seit dem österreichischen Kriege 1866. Anfangs bildeten Schmerzen in der Magenegend, die hin und wieder auftraten, die Hauptbeschwerden, nebenbei zeigte sich Stuhlverstopfung, hin und wieder von Durchfall unterbrochen. Trotz Curen mit Eisener und Karlsbader-Brunnen verschlimmerte sich das Leiden immer mehr: es trat häufiges Erbrechen hinzu, gewöhnlich mehrere Stunden nach dem Essen — in letzter Zeit war einige Mal Blut in dem Erbrochenen und im Stuhlgang. Eine vom Patienten auf eigene Hand unternommene Bandwurmcure hatte natürlich nur eine Verschlimmerung des Leidens zur Folge. Am 20. März 1883 constatirte der behandelnde Arzt, Herr College Dr. Niklewski einen Tumor in der Magengegend und stellte die Diagnose auf Carcinoma pylori. Da der Tumor klein und nach allen Seiten beweglich erschien, so hatte der College die Güte, den Kranken unserer Privatklinik zur Operation zu überweisen.

Bei der Aufnahme des Patienten konnten wir in allen Stücken die Diagnose des Collegen Dr. Niklewski bestätigen, und da Patient, wenn auch stark abgemagert und geschwächt, immerhin noch kräftig genug erschien, um die Operation aushalten zu können, so wurde dieselbe nach vorhergehender üblicher Vorbereitung des Patienten durch wiederholtes Ausspülen des Magens mit leichter Salicylsäurelösung am 4. Juni 1883 vorgenommen.

Wir führten die Operation genau nach den in meinem Vortrage (l. c.) angegebenen Regeln aus: Schnitt in der Linea alba; Ablösung des grossen und kleinen Netzes zwischen Doppelligaturen; Anlegung meiner elastischen Compressorien; Unterschieben einer antiseptischen Comresse unter den Pylorus; Excision des carcinomatösen Pylorustheils an der Magenseite mit einem schrägwinkligen Schnitt von rechts unten nach links oben, am Duodenum gerade; Oclusions- und Vereinigungsnaht mit Czerny's doppelreihiger Naht, der wir noch — wie gewöhnlich — eine Schleimhautnaht als dritte Nahtreihe hinzufügten. Als Nähmaterial wurde — wie in allen unseren Fällen — dünnstes Catgut gewählt. Es wurden angelegt bei der Oclusionsnaht als erste Nahtreihe 12, als zweite 8 Knopfnähte, bei der Ringnaht als erste Nahtreihe 20, als zweite 18 Nähte, ausserdem wurden in dem Winkel, wo Oclusions- und Ringnaht zusammenstossen 2 Nähte übers Kreuz angelegt; Schleimhautnähte wurden im Ganzen 10 Stück angelegt. Nach gehöriger Reinigung der Nahtstelle und ihrer Umgebung wurde Bauchhöhle mit abwechselnd tiefgreifenden und oberflächlichen Seidenknopfnähten geschlossen; antiseptischer Sublimat-Gaze-Watteverband. Dauer der Operation 2¼ Stunden.

Das resecirte Stück mass an der grossen Curvatur 7 Cm., an der kleinen 4 Cm.; die Pylorusöffnung war kaum für eine dünne Bleifeder durchgängig, umgeben von verdickten, krebzig infiltrirten Wandungen; die Schleimhaut war an einer kleinen Stelle exulcerirt; der Magen stark erweitert; das Mikroskop zeigte kleinalveoläres Gallertcarcinom.

Der Verlauf nach der Operation war in den ersten 2 Tagen ein befriedigender zu nennen; die Temperatur betrug am Tage nach der Operation Morgens 38,7, Abends 37,0; am 3. Tage Morgens 37,6, Mittags 37,5. Trotzdem war Patient unruhig und musste hin und wieder Morphiumeinspritzung bekommen, um die intensiven Schmerzen an der Operationsstelle etwas zu mildern. Gegen Abend des 3. Tages stieg die Temperatur auf 38,1, Puls 112. Die Nacht war sehr unruhig. Am Morgen des 4. Tages war die Temperatur 38,4, Puls 124;

die sehr starken Schmerzen nahmen immer mehr zu bis gegen Abend, wo der Patient starb.

Bei der Obduction der Bauchhöhle fanden wir eiterige Peritonitis; die Nahtlinie selbst mit Pseudomembranen bedeckt, so dass in situ das Verhalten der Naht nicht genau erkannt werden konnte. Bei der Herausnahme des Magens und des angrenzenden Darmtheiles löste sich ein Theil der Verklebungen an der Nahtstelle, so dass nicht mit Sicherheit entschieden werden konnte, ob und an welcher Stelle die Naht insufficient war, was uns nach dem Befunde wahrscheinlich erschien. Speisereste waren nicht in dem eiterigen Exsudat aufzufinden. Es zeigte sich auch, dass keine Metastasen oder krebsige Infiltrationen in der Bauchhöhle zurückgeblieben waren.

2. Nowakowska, Josefa, 41 Jahre alt, Schuhmachersfrau aus Posen, hereditär nicht belastet. In ihrem 10. Lebensjahre hat sie die Cholera überstanden und während des französischen Krieges die Pocken.

Ihr gegenwärtiges Leiden fing an vor 1½ Jahren mit Uebelkeiten; in letzter Zeit ist häufiges Erbrechen aufgetreten. Der Herr College Dr. Batkowski, dessen Hilfe sie in letzter Zeit in Anspruch genommen hatte, stellte zusammen mit Dr. Pauly die Diagnose auf Pyloruscarcinom und schickte die Patientin in unsere Klinik zur Operation, da er den Tumor, wenn auch gross, so doch beweglich fand.

Status praesens am 18. Juli 1884. Patientin ist mittelgross, schwach gebaut, bedeutend abgemagert. Alle Organe, mit Ausnahme des Magens, werden gesund befunden. Ueber dem Nabel fühlt man einen gut faustgrossen Tumor, welcher nach allen Richtungen hin beweglich, beim Druck schmerzhaft ist.

Die Diagnose auf Pyloruscarcinom war unzweifelhaft und wir stimmten auch der Ansicht des Collegen Dr. Batkowski gern bei, dass der Fall noch operabel sei, da sich keine Verwachsungen mit den Nachbarorganen constatiren liessen.

Die Operation führten wir am 21. Juli 1884 aus nach der gewöhnlichen von uns geübten Methode. Hervorzuheben ist, dass beim Auslösen des tiefgehenden Tumors an einer Stelle das Mesocolon durchbrochen werden musste in einer Länge von etwa 5 Cm., wobei auch ein grösserer Stamm der Theilungssäste der Art, colica med. unterbunden wurde, oberhalb seiner Theilung in die Arcaden. Das betreffende Stück Colon verfärbte sich gar nicht und wurde nicht resecirt. — Wir benutzten zu allen Nahtreihen die Kürschnernaht und zwar in folgender Reihenfolge: Zuerst wurde die hintere Wand genäht, von oben am stumpfwinkligen Theil des Magenschnitts angefangen bis unten, also der hintere Theil der Ringnaht, und zwar nach Art der ersten Reihe der Czerny'schen Darmnaht, nur von innen angelegt. Dann folgte die Schleimhautnaht ebenfalls von oben am stumpfen Winkel angefangen, dann aber ringsherum ohne Unterbrechung zum Ausgangspunkt zurückgeführt, und zwar an der hinteren Wand auch von innen angelegt und vorne von aussen. Am stumpfen Winkel angelangt, knoteten wir den Faden der fortlaufenden Schleimhautnaht mit einer Knopfnah, um ihn dann gleich weiter laufen zu lassen als Schleimhautnaht der Occlu-