Aussprache zum Vortrage von v. Haberer.

a) v. Eiselsberg (Wien), [als Gast]: (Niederschrift nicht eingegangen.)

---

11. Zur Technik der Gastroenterostomie.

Von Graser-Erlangen.

Herr Kreuter hat beim diesjährigen Chirurgenkongreß in Berlin über unser Material bei gutartigen Magenerkrankungen berichtet und hat hervorgehoben, daß unter 1519 Magenoperationen 504 auf gutartige Erkrankungen treffen. Unter 475 Gastroenterostomien wurde 454 mal die hintere, 19 mal die vordere mit Anastomose ausgeführt mit einer Gesamtmortalität von 3,2 Proz. und 89,2 Proz. günstigen Erfolgen.

Wir haben mit großer Hingebung dieses Material durch Nachuntersuchung kontrolliert. Daß wir im allgemeinen recht günstige Verhältnisse bei der Nachuntersuchung fanden, hat sich bei der letzten Prüfung wieder herausgestellt. Wir konnten nicht ein einziges Ulcus pepticum jejuni feststellen. Ich habe überhaupt nur 2 derartige Fälle gesehen. Einer stammte noch aus der Zeit meines Vorgängers v. Heineke und wurde von mir durch Resektion und Einpflanzung nach Roux mit der Y-Methode geheilt. Ein 2. Fall war von Herrn Dörfler (Weißenburg) mit Murphyknopf operiert und ist 2 Jahre später an Perforation eines Ulcus pepticum in der Nähe der stark verengten Gastroenterostomieöffnung gestorben.

Wie soll man diese doch auffallend günstigen Erfahrungen erklären? Herr v. Haberer hat vor noch nicht langer Zeit ausgeführt, daß die Technik dabei wohl keine Bedeutung haben könne.

Ich würde dem vollkommen zustimmen, wenn es uns gelingen wäre, irgendeine andere Erklärung zu geben. So lange dies nicht der Fall ist, müssen wir wenigstens versuchen zu ergründen, ob nicht die Art der Ausführung der Operation einen Einfluß haben könnte. Ich will nicht behaupten, daß ich es besser mache als irgend ein anderer Chirurg, aber wenigstens die Art meines Vor-

gehens beschreiben, bei dem ich durchaus nicht an die Vermeidung des Ulcus pepticum gedacht habe.

Die Abgrenzung des Gebietes gegenüber den Vertretern der inneren Medizin macht keine Schwierigkeiten mehr. Chirurgische Hilfe wird ausreichend in Anspruch genommen. Man möchte eher sagen, daß wir nicht ganz selten, wenn die Operation von uns verlangt wird, nur zögernd oder unfreudig zum Messer greifen. Das sind die Fälle, die hauptsächlich wegen subjektiver Beschwerden eine Abhilfe verlangen, ohne daß anatomische Veränderungen nachweisbar sind, und bei denen die Operationserfolge am wenigsten unseren Wünschen entsprechen.

An der Ausführung der Operationen, über die Herr Kreuter berichtet hat, sind eine ziemlich große Anzahl von Operateuren beteiligt, die aber im großen und ganzen doch nach den Grundsätzen des Chefs vorgehen, und gerade bei der Gastroenterostomie kann man in der übergroßen Mehrzahl der Fälle das Vorgehen zu einem recht typischen, ja schablonenmäßigen gestalten.

Wenn wir im großen und ganzen die hintere Gastroenterostomie nach Hacker vorziehen, so haben wir doch auch eine beträchtliche Anzahl nach Wölfler operiert, immer unter Hinzufügung der Braun'schen Anastomose.

Man soll sich in bezug auf die Art der Anlagerung des Jejunums an den Magen nicht an ein bestimmtes Schema halten, sondern durchaus in jedem Fall die geeignetste Art unter Berücksichtigung der mechanischen Verhältnisse bestimmen.

Es soll die kurze Dünndarmschlinge isoperistaltisch so eingepflanzt werden, daß die mechanischen Abflußbedingungen so günstig wie nur möglich sind. Man orientiert sich zunächst von oben her über die für den Abfluß geeignetste Stelle und schiebt dann den Magenfundus durch den Schlitz des Mesocolons nach unten durch, daß der Magenzipfel in möglichst großer Ausdehnung durch eine weiche Darmzange fixiert wird, und zwar in der Richtung von links nach rechts, meist horizontal (Bier macht es vertikal).

In der Regel faßt man einen Teil der hinteren Magenwand, manchmal aber auch von der vorderen und nicht ganz selten von dem eigentlichen Rand, der dann allerdings erst durch einige Unterbindungen freigemacht werden muß und für die Orientie-

rung einige Schwierigkeiten bietet, weil die Anatomie der Schichten nicht so klar in die Erscheinung tritt, wie an dem ganz freien Teil der Magenwand. So ist die Einpflanzungsstelle, sofern sie den Magen betrifft, definitiv festgelegt. Gerade deswegen wünsche ich, daß wenigstens das Jejunum nicht auch noch durch Festhalten in einer Zange festgebannt wird. Dies ist selbst dann der Fall, wenn man auch den Dünndarm mit einer weichen Doyen'schen Zange faßt und nun parallel zu der Magenzange anlegt.

Ich habe grundsätzlich die Jejunumschlinge ausgestreift und zwei Catgutligaturen angelegt, eine ganz in der Nähe der Flexura duodenojejunalis, die andere in etwa handbreiter Entfernung. Die Ligaturen, welche nicht stark schnüren, dienen als bequeme Zügel, um damit den Darm sich anzulegen, wie man es gerade wünscht. Eine gewisse Anpassung durch Drehen, Heben, Senken, Verschieben nach rechts oder links ist dabei immer noch möglich. Dies wird aber ganz ausgeschlossen, wenn man eine dreiteilige Zange wählt, z. B. die nach Lane. Wir gehen im Gegensatz zu dieser Fixierung so vor, daß das Jejunum ganz beweglich bleibt, so daß man auch während des Nähens noch etwas ändern kann.

Im Laufe der Zeit bin ich dazu gekommen, nicht den etwa dem Mesenteriumansatz entgegengesetzten Rand an die Magenfalte anzunähen, sondern ich drehe das Jejunum etwas nach vorn heraus, so daß die äußere Nahtlinie ziemlich nahe an das Mesenterium zu liegen kommt; ich hatte dabei die Absicht, die ganze freie Lichtung des Darmrohres zur Aufnahme und Weiterbeförderung des Mageninhalts zur Verfügung zu stellen. Es erscheint mir aber nicht ganz ausgeschlossen, daß diese dem Mesenterium nahe Naht ein für die Verhütung des Ulcus pepticum in Betracht kommender Faktor sein könnte. Die Magenklemme wird sofort entfernt, wenn die durchgreifende, auch zur Blutstillung dienende Nahtlinie beendet ist. Ich will bei der äußeren Serosanaht die für die Funktion günstigste Lagerung noch mit unterstützen. Der Schlitz des Mesocolons wird durch 4—5 Knopfnähte verschlossen, ohne daß darauf besonders viel Mühe und Zeit verwendet wird. Jedenfalls haben wir niemals eine Komplikation von diesem Mesenteriumsschlitz erlebt. Ich habe gesehen, daß ein Operateur vorn und hinten sehr mühsam genäht hat, als ob es sich um die Ver-

sorgung einer Darmwunde handelte. Es ist zwar nicht gleichgültig, ob Magen und Darm etwa 10 Minuten, oder wie ich es öfters gesehen, bis zu 1 Stunde in einer Klemme eingeschlossen bleibt. Ich will also statt schematischen Zwanges unter Berücksichtigung der Kürze der Jejunumschlinge und aller anderen durch die Erfahrung geheiligten Gesichtspunkte immer den einzelnen Fall möglichst günstig lagern. Selten dauert eine solche Operation länger als eine halbe Stunde.

Ich bilde mir nicht ein, etwa durch die Art meiner Ausführung eine besonders wichtige Neuerung erfunden zu haben, es soll nur denjenigen, die sich für unsere Resultate interessieren, genau angegeben werden, welche Technik ich seit langen Jahren befolge.

Bei Perforationen wurde immer der Rand des oft ja recht großen Geschwürs mit schneidenden Seidennähten in 2—3 Etagen vereinigt, dazu natürlich die entlastende Gastroenterostomie. Gerade die tadellose Ausheilung solch tiefer und ausgedehnter perforierter Geschwüre, ähnlich wie bei einer sekundären Wundnaht, ist doch recht merkwürdig. Bei wiederholter Operation wegen eines Rezidivs bietet namentlich die Y-Methode nach Roux die Gelegenheit zu recht gründlichen Abhilfen.

Der Pylorusverschluß wurde eine Zeitlang bei allen pylorusnahen und Duodenal-Geschwüren grundsätzlich ausgeführt und hat sich am allerbesten die Umschnürung mit dem Lig. suspensorium hepatis bewährt, von dessen dauernder Wirkung wir uns in zahlreichen Fällen überzeugen konnten, während Seidenumschnürungen meistens nach kurzer Zeit wieder eine freie Passage im Pylorus auftreten ließen.

Die Eiselsbergsche Methode ist bei bestehenden Verwachsungen doch bisweilen ein recht großer Eingriff, der recht wohl mit einer queren Resektion verglichen werden kann.

Aus der chirurgischen Klinik Erlangen. (Prof. Dr. Graser.)

12. Über die Totalexstirpation des karzinomatösen Magens.

Von Professor Dr. **Erwin Kreuter**, Oberarzt.

(Mit 2 Abbildungen.)

Man ist übereingekommen, von Totalexstirpation des Magens nur dann zu sprechen, wenn am oralen Ende des entfernten Or-