XXVIII.

Magenblutung nach Cholecystektomie.

Von

Dr. Meinhard Schmidt,
Amtsphysikus in Cuxhaven.

Auf dem deutschen Chirurgen-Congress von 1899 hat v. Eiselsberg auf die nach Operationen auftretenden Magen- und Duodenalblutungen aufmerksam gemacht.¹⁾ Er theilte 8 eigene Fälle mit, erörterte auf Grund derselben eingehend die Aetiologie des Vorfalles und sprach zum Schluss die Hoffnung aus, dass durch Mittheilung ähnlicher Fälle die Ursache dieser Blutungen mehr aufgeklärt werde. Als einen Beitrag zu dem Gegenstand glaube ich die nachstehende Beobachtung veröffentlichen zu dürfen, um so mehr, als in den v. Eiselsberg'schen Fällen sich eine Gallenblasenexstirpation unter den von ihm aufgezählten, von Blutung gefolgtten Operationen nicht findet, und ferner, weil in meinem Falle als Ursache der Blutung, um dies gleich vorweg zu bemerken, eine eigenartige Manipulation, nämlich die zur Prüfung der Pylorusdurchgängigkeit vorgenommene, mit der Fingerspitze ausgeführte Invagination der vorderen Magenwand durch den Pylorusring in Frage kommt. Ich komme hierauf, nach Beibringung der Krankengeschichte, noch zurück.

Frau P. aus Duhnen, 58 Jahre alt, Arbeiterfrau.

Anamnese: Patientin giebt an, schon seit langen (30?) Jahren an Magenkrämpfen und anderen Magenbeschwerden gelitten und das Essen stets schlecht vertragen zu haben. Vor 2 Jahren hatte sie 3—4 Wochen lang Gelbsucht. In den letzten Jahren haben die Beschwerden erheblich zugenommen. Im Sommer 1899 fand Tag für Tag Erbrechen statt. Nach jeder Mahlzeit traten heftige drückende Magenschmerzen ein und nach ca. $\frac{1}{4}$ Stunde kam das Essen wieder heraus, namentlich feste Speisen wurden wieder herausgeworfen. Patientin verlor an Kräften und wurde unfähig, ihre gewohnten täglichen Wege nach Cuxhaven (5 km weit) als Krabbenverkäuferin durchzuführen. Aerztliche Hilfe hat Patientin aber erst in den letzten Monaten gesucht, sie bekam wegen auch bestehender Verstopfung Abführpillen, die die Beschwerden aber nicht verringerten.

1) Congressverhandlungen 1899. S. 524.

Patientin kommt zu mir, da sie dasselbe Leiden zu haben glaubt, wie ihre von mir operirte Nachbarin, nämlich Gallensteine, und selber fürchtet, ebenfalls einer Operation zu bedürfen.

Status präsens: Anfang Januar 1900. Den 58 Jahren entsprechend gealterte Frau, mager. Gewicht 78 Pfd. Aussehen nicht kachektisch, Backen roth. Leib welk, flach, weich. Am rechten Rectusrande und am Leberrande eine sehr harte wallnussgrosse Stelle, welche druckempfindlich ist, auch als der Sitz der schlimmsten Schmerzen von der Patientin bezeichnet. (Gallenblasenstein- oder Pylorustumor?) Der Magen steht mit seiner grossen Curvatur unterhalb des Nabels und plätschert deutlich. Beim Ausspülen entleeren sich keine Retentionsmassen, sondern nur spärlicher, unverdächtig Schleim mit etwas Milchresten. Am 12. Januar nochmalige Untersuchung in Narkose zusammen mit Herrn Dr. Steinmetz. Ein Tumor wird nicht gefunden. Der Magen wird mit Luft aufgebläht, worauf seine grosse Curvatur 3 Finger breit unterhalb des Nabels herabrückt.

Diagnose jetzt Magendilatation, Pylorusstenose, wahrscheinlich gutartiger Natur. Nicht ausgeschlossen Carcinom und Gallensteine. Operation beschlossen. Die zur Vorbereitung auf letztere jetzt wiederholt vorgenommenen Magenausspülungen beförderten immer nur fast klares Spülwasser heraus.

18. Januar 1900 Operation im Hause einer in Cuxhaven verheiratheten Tochter der Patientin. Assistenz: Herr Dr. Steinmetz und Dr. Wenzel, Marineoberassistentenarzt.

Morph. mur. 0,02 subcutan, Chloroform, dann Aether, doch muss zum Chloroform zurückgekehrt werden. Patientin hat häufig gepresst und den Athem angehalten, wiederholt musste der Kiefer vorgeschoben werden.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie zeigt sich der Magen nicht ektatisch, er ist ein 3 Finger breiter luftgefüllter Schlauch, kaum breiter als das Colon transversum. Die eingeführte Hand holt leicht den ganz beweglichen und weichen Pylorus hervor, an dem nichts Krankhaftes zu bemerken ist. Statt dessen stösst sie auf die Gallenblase, welche mit Steinen prall angefüllt und entsprechend hart die Grösse einer mittelstarken Birne hat. Bei Zug an ihr stellt sich ein genügend grosses Stück des Leber mit sammt der Gallenblase in die Wunde ein. Die Gallenblase ist mit einer Anzahl feiner, kurzer, nicht sehr derber, gefässhaltiger Adhäsionsfäden verwachsen mit Netz, Colon und Pylorus. Leicht ausführbare Abklemmung, Ligirung und Trennung dieser Fäden, wonach die Blase bis zum Halse und Cysticus gut übersehbar wird. Letzterer ist hier gänsefederkiel dick und steinfrei. Auch in seinem weiteren Verlauf und am Choledochus ist nichts Abnormes palpabel. Der Pylorus ist ganz gesund und kann von mir unter Invagination der vorderen Magenwand bequem mit dem Zeigefinger passirt werden, wobei seine Weite etwa markstückgross erscheint. Auch Herr Dr. Steinmetz überzeugt sich hiervon. Nun Ektomie der uneröffnet gelassenen Blase, nachdem auf den Cysticus 1 cm unterhalb des letzten fühlbaren Gallensteines eine Klemme nicht zu fest angelegt worden. Die Ablösung der Blase von der Leber geschah leicht und fast blutlos, doch riss die Blasenwand an einer kleinen Stelle ein, wobei sich ein halber Theelöffel voll weissgrau-trüber, dick-

licher Flüssigkeit entleerte. Abschneiden des Cysticusstieles, Vernähung seines Stumpfes. Es wird Jodoformgaze in mehrfacher Schicht auf das Leberblatt der Gallenblase bis auf den Cysticusstumpf gelegt, dann der luxirt gewesene Lebertheil reponirt, die Gaze zum oberen Mundwinkel herausgeleitet. Bauchnaht, Verband.

Die ziemlich gemächlich ausgeführte Operation hatte ca. 1 Stunde gedauert. Patientin kommt gut aussehend und mit gutem Puls vom Tisch.

Verlauf: 18. Januar (I). Abends T. 36,8. Die Unterlage im Bett etwas blutig, feucht, vorne ist der Verband trocken und fleckenfrei. Morph. 0,005 subcutan.

19. Januar (II). Morgens T. 37,5, P. 100. — Abends T. 37,8, P. 104—108. Befinden ruhig und gut. Morgens und Abends je einmal etwas Galle gebrochen. Leib weich. Zunge trocken. Hat etwas Wasser getrunken. Abends Morph. 0,005 subcutan.

20. Januar (III). Morgens T. 37,5, P. 96. — Abends T. 38,1, P. 112. Befinden gut. Morgens etwas Galle gebrochen. Kaffee und Wein erlaubt. Abends 2 kleine speichlige, zähe Sputa. Das eine etwas sanguinolent. Athmung ganz ruhig. Morph. 0,005 per os.

21. Januar (IV). Nacht wenig geschlafen, einige Flatus abgegangen. Morgens T. 37,8. — Abends 38,0, P. 120. Befinden gut. Athmung ganz ruhig. Leib ganz flach. Zunge in der Mitte trocken und borkig. Einmal Erbrechen von ein paar Esslöffel voll Galle. Unterlage noch feucht.

22. Januar (V). Morgens T. 38,1, P. 120. — Abends T. 37,2, P. 108. Die Nacht war ziemlich unruhig. Appetit noch gering, starker Durst, gegen den am liebsten Kaffee genommen wird. Zunge noch trocken und borkig. Im Rectum Koth, weshalb Mittags Klystier, wonach ziemlich reichlicher Stuhl erfolgt.

23. Januar (VI). Morgens T. 37, P. 112. — Abends T. 37,5, P. 120. Nachts oft gehustet, weshalb schlecht geschlafen. Beim Husten etwas Schmerzen in der Wunde. Einmal folgte dem Husten Erbrechen. Das mir vorgezeigte Erbrochene ist schwarz und wässrig.

Auch im Laufe des Tages Belästigung durch Husten, wobei wieder zweimal Erbrechen erfolgt und zwar nochmals wässerig-schwarze Flüssigkeit. Sonstiges Befinden gut. Milch wird gut vertragen. Zunge gut. Athmung ruhig. Ord. Sol. Morph. $\frac{0,03}{150,0}$ 1—2 Stunden 1 Esslöffel.

24. Januar (VII). Morgens T. 37,2. — Abends T. 37,8, P. 112. Nachts 4 Uhr wieder Erbrechen schwarzer Flüssigkeit. Oefterer Husten mit eitrigem Auswurf. Keine Magenschmerzen. Milch, Bouillon, Eigelb, Kaffee, Haferschleim werden mit Geschmack getrunken und gut vertragen.

25. Januar (VIII). Morgens T. 37,5, P. 96. — Abends T. 37,3. Nachts wieder ein Mal schwarze Flüssigkeit erbrochen. Husten mit Eitersputum noch vorhanden. Nachmittags 1 Mal erbrochen, doch ist das Erbrochene nur schleimig und gallig.

26. Januar (IX). T. normal, P. 96. Gute Nacht. Alles nach Wunsch. Noch geringe Eitersputa.

27. Januar (X). Fieberfrei. Extraction der kaum feuchten Drainagegaze. Wunde gut. Noch eitrige Sputa. Abends Klystier, wonach dünner, braun-schwarz-rother (Blut-) Stuhl erfolgt.

28. Januar (XI). Bene, seit gestern kein Erbrechen mehr.

30. Januar (XIII). Bene, nur Nachts noch schlechter Schlaf. Täglich über 2 l Milch, Cacao, Haferschleim getrunken. Nach Klystier fester Stuhl, doch noch mit sanguinolentem Spülwasser.

1. Februar (XV). Bene. Husten fast verschwunden. Der Drainagewinkel der Wunde durch Granulation schon geschlossen.

8. Februar (XXII). Patientin hat keinerlei Magenbeschwerden, keine Schmerzen, kein Brechen gehabt. Sie hat reichlich Nahrung, meist flüssige, aber auch schon Kartoffelmus und Hackfleisch genossen und alles gut vertragen. Kräfte aber noch sehr gering. Der heutige, erstmalige Aufstehversuch fiel ziemlich kläglich aus. Patientin konnte nur 10—15 Minuten ausser Bett sein. Gewicht 75 Pfd., hat also 3 Pfd. abgenommen.

13. Februar (XXVI). Etwas „verdorbener Magen“, Zunge belegt, tübeles Aufstossen. Ord.: wieder mehr flüssige Nahrung. Stuhl immer träge, weshalb Klystiere erforderlich sind.

16. Februar (XXX). Befriedigend. Keine Magenstörungen mehr. Gewicht 76 Pfd. (1 Pfd. +). Kräfte heben sich. Patientin ist den grössten Theil des Tages ausser Bett, meist noch im Lehnstuhl.

19. Februar (XXXIII). Essen gut vertragen, nur Brod wird noch vermieden. Patientin sieht blass aus, während vor der Operation keine Anämie vorhanden war. Ord.: Athenstädt'sche Eisentinctur.

23. Februar (XXXVII). Alles nach Wunsch. Gewicht 80 Pfd.

Ende April. Patientin hat nie mehr irgend welche Magenbeschwerden wieder gehabt. Sie verträgt alles Essen, wiegt 87 Pfd. Die Gesichtsfarbe ist gut. Der Kräftezustand genügt zur Erledigung der häuslichen Arbeiten.

Die Berechtigung, in dem berichteten Fall die beobachteten Magenblutungen mit dem ausgeführten operativen Eingriff in Zusammenhang zu bringen, hängt hauptsächlich von der Sicherheit ab, bei der Pat. ein bereits präexistirendes Magengeschwür auszuschliessen. Weder in der vor der Operation erhobenen Anamnese aber wurde von Blutbrechen je etwas erwähnt, noch ergaben die nachträglich wiederholt hieraufhin bei der Kranken angestellten Erkundigungen irgend eine Angabe hierüber, vielmehr wurde jedes Vorkommen von Blutentleerungen per os oder anum stets bestimmt in Abrede gestellt. Da nun auch, wie erwähnt, die vor der Operation zu wiederholten Malen ausgeführten vorbereitenden Magenspülungen stets nur klares Spülwasser mit wenig farblosem Schleim ergaben, so halte ich es für zweifellos, dass die Blutung lediglich als Folge der Operation zu betrachten ist.

Dass das anscheinend reine Magenleiden lediglich durch Verwachsung der steinhaltigen Gallenblase mit dem Pylorus bedingt war,

erweist der Erfolg der Gallenblasenexstirpation, und in dieser Beziehung reiht sich der Fall ähnlichen, u. A. von Kehr und Mikulicz, mit gleichem Erfolge operirten an. Hinsichts der nachgefolgten Magenblutung tritt er den v. Eiselsberg'schen Fällen zur Seite und bedarf näherer Vergleichung mit diesen.

7 Fälle von v. Eiselsberg betrafen Operationen an Bauchorganen, in dem 8. war eine Halsoperation (Carcinom des Gaumens) vorgenommen. Da zudem bei diesem Pat. bei der Section neben dem frischen Duodenalgeschwür noch alte Narben sich fanden, können wir diesen Fall ausser Betracht lassen. In den ersten 7 Fällen handelte es sich 2 Mal um eine Hernienradicaloperation (Fall 1 Leistenhernie, Fall 2 Nabelhernie), beide geheilt, 1 Mal um eine Herniotomie einer incarcerirten Nabelhernie, geheilt (Fall 3), 2 Mal um eine Exstirpation eines hochsitzenden Mastdarmcarcinoms (Fall 4 und 7), beide gestorben, ein Mal um Laparotomie bei Peritonitis und Ileus (Fall 5, gestorben), und ein Mal um Herniolaparotomie bei Netztorsion (Fall 6, gestorben). In 5 von den 7 Fällen erfolgte am 1.—7. Tage nach der Operation Hämatemesis, in 2 blieb sie aus, doch wurden bei der Section ein Mal eine frische Blutung der Magenschleimhaut, das andere Mal zahlreiche Geschwüre festgestellt. Erbrechen nach der Operation und die Narkose schliesst v. Eiselsberg als Ursache der Blutungen aus, dagegen ist er geneigt, mehr oder weniger ausgedehnte Netz-, bez. Mesenteriumabbindungen, die in 6 Fällen bei der Operation erforderlich waren, sowie im 7. Falle mancherlei Quetschungen des Mesenterium oder Omentum, die der Pat. wahrscheinlich sich bei Repositionsversuchen an seinem eingeklemmten Bruche zugefügt hat, für dieselben verantwortlich zu machen. Er meint, dass diese Unterbindungen zu Thrombosirungen in Netz- oder Mesenterialgefässen Anlass geben konnten, und dass Embolien von hier aus in die Magen- bez. Duodenalwand hätten stattfinden können, die Nekrosen und Ulceration zur Folge hatten. Und zwar konnte die Embolie entweder retrograd im Venensystem von der Pfortader in die Magenvene hinein stattfinden, oder im arteriellen Netz, wenn ein herzwärts sich vergrößernder Thrombus einer Netzarterie bis an den Ursprung einer Magenarterie heraufreicht und ein Stück desselben nun in letztere verschleppt wurde. Die Thromben mögen entsprechend dem verschiedenen Wundverlauf in den Fällen theils steril, theils mehr oder minder inficirt gewesen sein. v. Eiselsberg ist geneigt, obwohl er eine sichere Deutung seiner Fälle nicht zu geben vermag, eine derartige Gefäßstromeose und Embolie zu supponiren. Ein Experiment am Kaninchen scheint diese Annahme zu stützen. Nach mehrfacher Ab-

bindung und Torsion des Netzes fanden sich, ohne dass irgend welche Reizzustände am Peritoneum zu Stande kamen, mehrfache Hämorrhagien der Magenschleimhaut.

In meinem Falle erfolgte das erste sicher festgestellte schwarze Erbrechen am 6. Tage nach der Operation. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass es auch an den früheren Tagen schon vorkam — ich habe das Erbrochene nicht alle Mal selbst besichtigt. Das schwarze Erbrechen wiederholte sich dann am 7. und 8. Tage, und noch am 10. und 13. Tage waren starke Blutbeimischungen im Stuhlgang zu finden. Die Gesamtmenge des verlorenen Blutes kann nicht unbedeutend gewesen sein, denn noch am 30. Tage nach der Operation fiel Pat. durch starke Blässe auf; sie hatte binnen 3 Wochen nach der Operation 3 Pfund an Gewicht verloren und ihre Reconvalescenz war eine sehr langsame, alles Beweise für die Bedenklichkeit der eingetretenen Störung.

Die Möglichkeit, die v. Eiselsberg'sche Erklärung der Genese der Magenulceration auch auf meinen Fall anzuwenden, liegt jedenfalls vor. Netz- und Gekröseabbindungen sind zwar in ihm nicht ausgeführt, wohl aber Ligationen von ligamentösen Verwachungssträngen zwischen der Gallenblase einerseits, und Netz, Colon und Pylorus andererseits. Es ist denkbar, dass in den ligierten Stümpfen dieser Stränge Gefäßstrebungen zu Stande kamen und diese Embolien veranlassten. Handelte es sich um thrombotische Emboli, so waren es aber jedenfalls infectionsfreie, da von irgend welchen septisch-peritonitischen Reizzuständen nichts beobachtet wurde.

Bei der Operation meiner Kranken aber wurden, abgesehen von den Adhäsionsligaturen, auch Manipulationen am Magen selbst vorgenommen, Hin- und Herziehen des Pylorus in verschiedener Richtung und 2 malige Invagination der über die Fingerspitze gestülpten Magenvorderwand durch den Pylorus. Es fragt sich, ob diese Manöver zur Erklärung der Blutung herangezogen werden können.

So weit mir bekannt, ist allerdings bisher noch nicht die Möglichkeit, dass durch die bei den heute gebräuchlichen magenchirurgischen Operationen angewandten Handtungen Geschwüre und Blutungen hervorgerufen werden könnten, in Rechnung gezogen worden. v. Eiselsberg berichtet in seiner angezogenen Arbeit allerdings, dass er 3 Mal nach Pylorusresectionen das Auftreten von Ulcerationen beobachtete, welche jedes Mal durch Perforation zum Tode geführt haben, und wobei die Obduktion nachwies, dass die Naht vollkommen fest verheilt und die Ulceration 1—2 cm entfernt von der Naht aufgetreten war, und ganz den Eindruck eines frischen, spontan entstandenen Geschwürs machte. Dass Quetschung durch Pincetten oder die Kocher'schen Pincen die Ursache abgegeben hätte, hält v. Eiselsberg zwar nicht für ausschliessbar, jedoch nicht für wahrscheinlich. Mittlerweile ist aber durch die auch auf dem Chirurgencongress von 1899 veröffentlichten Mittheilungen von Krönlein, Wagner, Körte die Möglichkeit von Entstehung von Magengeschwüren durch Trauma dargethan, und da wohl zweifellos die operativen Manipulationen am

Magen bei chirurgischen Eingriffen unter Umständen als eine Art Trauma wirkungsfähig gedacht werden können, so scheint es mir ganz gerechtfertigt, die Frage der Entstehungsmöglichkeit vom Magengeschwür durch die üblichen magenchirurgischen Handtirungen ebenfalls in Erwägung zu ziehen.

In den Fällen von Krönlein, Wagner und Körte war nun allerdings das der Magenulceration als muthmaassliche Entstehungsursache supponirte Trauma stets eine sehr schwere Bauchcontusion von einer Vehemenz, wie sie bei den chirurgischen Operationen nie zur Einwirkung gelangen kann. Dasselbe war der Fall in einer von Thiem¹⁾ mitgetheilten Beobachtung. Indess besteht doch noch keine Klarheit darüber, wie eine traumatische Magenverletzung anatomisch beschaffen sein muss, um eine Geschwürsbildung nach sich zu ziehen, ob es sich um Risse mehr oder weniger tief in den Magenwänden handeln muss, oder ob schon Contusionshämorrhagien in dieser oder jener Magenwandschicht, submucöse Infiltrate oder Ablösungen der Mucosa von der Muscularis genügen, um die Ulceration nach sich zu ziehen. Zu dieser Frage haben Rehn²⁾ in seiner wichtigen Arbeit „die Verletzungen des Magens durch stumpfe Gewalt“ und Krönlein in seiner Bearbeitung der von ihm operirten traumatischen Magengeschwüre³⁾ sehr verschiedenartige Meinungen geäußert. Die Ansichtsdifferenz betrifft namentlich die Frage, ob ein Stück Mucosa, das von der Unterlage abgelöst war, ausser Ernährung gesetzt wird und weiterhin der Verdauung des Magensaftes unterliegt oder ob es nicht abstirbt. Rehn bestreitet die peptische Zerstörung der abgelösten Mucosa, Krönlein tritt für ihre Möglichkeit ein. Ich gehe nicht näher auf die Erörterungen dieser Autoren ein, zur Beleuchtung meiner Beobachtung genügt die Möglichkeit, zur Erklärung eines Magengeschwüres thatsächlich die Verdauung eines abgelösten Stückes Magenschleimhaut zu berücksichtigen, gleichviel ob dieser Vorgang auch nicht allseitig anerkannt wird. Dies zugegeben bleibt zu entscheiden, ob die bei meiner Operation von zwei verschiedenen Händen ausgeführte Invagination der vorderen Magenwand durch den Pylorusring eine partielle Abstreifung der Magenschleimhaut vielleicht hätte zur Folge haben können, und ich halte allerdings dafür, dass man sich diese Möglichkeit vorstellen kann. Zwar erforderte das fragliche Manöver ja nur wenig Kraft, immerhin wurde dabei ein fingerlanger Kegel der Magenwand über den Finger gestreift und die Spitze des Kegels durch den Pylorus geschoben. Unausbleiblich wurden die Schichten der Magenwand gereckt, gestreckt, aneinander verschoben, und es erscheint nicht ausgeschlossen, dass es in gewisser Ausdehnung nicht bei der Verschiebung zwischen der Mucosa und Muscularis blieb, sondern dass es zwischen beiden unter Einreissen des submucösen Bindegewebes zu einer Ablösung kam. War diese gegeben, so

1) Thiem, Centralblatt für Chirurgie. 1899. S. 877. (Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1899. Nr. 5.)

2) Rehn, Verhandlungen des Chirurgen-Congresses. 1896. S. 354.

3) Krönlein, Ueber Ulcus und Stenose des Magens nach Trauma. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. IV. S. 493.

war — die Möglichkeit dieses Vorganges vorausgesetzt — auch für die peptische Ulceration der abgehobenen Schleimhaut die Vorbedingung geschaffen. Krönlein hob bei seinen traumatischen Fällen von Magengeschwür hervor, dass nach dem Trauma die Anfangsercheinungen gering waren und schwerere Magenerscheinungen erst späterhin auftraten. Er schloss hieraus auf die Wahrscheinlichkeit, dass das Verletzungsergebnis zunächst nur aus einer ausgedehnten Schleimhautablösung bestand, der erst später Nekrose und Verdauung folgte. In demselben Sinne konnte auch wohl in meiner Beobachtung die Thatsache verwertet werden, dass die Erscheinungen von Blutung erst Ende der ersten Woche nach der Operation aufgetreten sind.

Nachtrag bei der Correctur.

Ich finde, leider erst jetzt, bei Kehr („Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit“, S. 151) einen weiteren Fall von Hämatemesis nach einfacher Einnahme einer Gallenblase, gefolgt von Tamponade. Das Blutbrechen hielt 3 Tage an und liess nach Ausspülungen des Magens mit Eiswasser nach. Patient, dem nachträglich die Gallenblase incidirt und von Steinen befreit wurde, genas. Kehr bemerkt dazu, er hätte diese Störungen in der Circulation des Pfortadersystems nach Operationen an Leber und Gallensystem „nicht selten“ gesehen. Er glaubte zunächst, dass der Tamponade auf den Choledochus und Porta hepatis eine Schuld beizumessen ist. Doch sah er sie auch in Fällen, wo nicht tamponirt war. In vielen Fällen ging es vorüber, ohne böse Folgen nach sich zu ziehen; bei manchen führte es zum Tode. Pat. haben kein Fieber, doch wird der Puls rasch klein und beschleunigt. Peritonitis war in keinem Falle nachweisbar. Bleibt der Puls kräftig, so ist die Prognose gut. Sehr reichhaltig und thätig ist Kehr's Therapie: Ausspülungen von Soda-lösungen und Abstinenz. Subcutane Kochsalzinfusionen. Nährklystiere mit Sec. cornutum (3 Mal täglich je 0,5—1,0). Da das Soda die Blutpfropfe wieder löst, wird eine 2 malige Spülung mit einer 1 p. m. Argent. nitr.-Lösung nachgeschickt. Dann noch Spülung mit eiskaltem Wasser.

Uebrigens hat Kehr dieses ominöse Blutbrechen auch einmal nach einer Bassini'schen Hernienradicaloperation gesehen. Kehr bemerkt mit Bezug auf die v. Eiselsberg'schen Mittheilungen, dass in der Hälfte seiner Fälle keine Netzabbindungen vorgenommen sind.

Es wäre dem Interesse des Gegenstandes förderlich gewesen, wenn Kehr's Mittheilungen etwas vollständiger gewesen wären, insbesondere, wenn die ziffermässige Häufigkeit des Blutbrechens und bei den tödtlich geendeten Fällen das Sectionsresultat festgestellt wäre. Immerhin geht aus ihnen hervor, dass speciell nach Gallensystemoperationen mit Magenblutungen als einer nicht unerhört seltenen Complication zu rechnen ist. Zur Aufklärung der eigentlichen Ursachen bedarf es detaillirter Analyse jedes einzelnen künftighin vorkommenden Falles, und es sollte mich freuen, wenn meine Mittheilung zu weiteren Publicationen der Art eine Anregung geben würde.