XV.

Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Lücke in Strassburg.

Die Cholecystotomie nach Czerny.

Von

Dr. Winkelmann,

Assistenzarzt der chirurg. Universitätsklinik zu Strassburg.

In der Frage, ob man unter gleichen Umständen bei der Steinerkrankung der Gallenblase principiell die Cholecystektomie nach Langenbuch als die ungefährlichere (nach Page's¹⁾ Statistik 9,99 Proc. Todesfälle) und mehr vor Recidiven sichernde Operation oder die natürliche (15,27 Proc.) Cholecystotomie, ein- oder zweizeitig ausführen soll, scheint sich neuerdings die Ansicht der Chirurgen wieder mehr von der Exstirpation der Gallenblase zu den conservativen Operationen hinzuneigen.

Ganz gleichgültig dürfte der Verlust (Oddi²⁾) oder die Ausschaltung (Zagorski³) der Gallenblase bei Thieren wenigstens nicht sein, und so müssen wir es denn mit Freuden begrüßen, dass neuerdings mehrfach Methoden angegeben wurden, die bestimmt waren, die Vortheile der Cholecystotomie und der Cholecystektomie zu vereinigen, die Nachtheile beider zu entfernen.

Diese Versuche sind:

1. Zielewicz³⁾ giebt eine natürliche, einzeitige Cholecystotomie mit Durchtrennung des Ductus cysticus an. Der von ihm so operirte Fall heilte nach längerem Bestand einer Fistel endlich vollkommen (1887).

2. Die von Czerny⁴⁾ 2 mal ausgeführte einzeitige ideale Chole-

1) Journal de médecine. Bruxelles 1888. No. 2.

2) Effetti dell' esstirpazione della cistifellea. Bulletin d. sc. med. Bologna 1888. Ref. Centralblatt für Chir. 1889. S. 140.

3) Die Cholecystotomie mit Unterbindung des Ductus cysticus. Centralblatt für Chir. 1888. S. 226.

4) Klingel, Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. Inaug.-Diss. Heidelberg 1889, nebst Anmerkung von Czerny. S. 24.

cystotomie mit Einnähen der Gallenblasenwunde in die Bauchwunde ergab beide Male schnelle Heilung (1888, 1889).

3. Das neuerdings von Wölfler¹⁾ angegebene Verfahren der zweizeitigen Cholecystotomie mit nachfolgendem Verschluss der Gallenblasenwunde und späterer Versenkung. 1 Fall Juli 1889; Heilung.

4. Senger²⁾ operirte ähnlich, aber ohne die Gallenblase an das Peritoneum parietale anzunähen, auch versenkte er später die verheilte Gallenblase nicht wieder.

Was die Beurtheilung dieser 4 Methoden anlangt, so erscheint der endgültige Ausgang der ersten (Zielewicz, l. c.) noch zweifelhaft; denn es ist nicht abzusehen, was aus der nach allen Seiten abgeschlossen, mit Epithel ausgekleideten Höhle werden soll. Mag ein Recidiv des ursprünglichen Hydrops oder Empyems eintreten, oder das Epithel in seinem Zerfall Cholestearin produciren, es wird immer eine Cyste als ein Fremdkörper zurückbleiben können. Aber selbst im günstigsten Falle, wenn die Schleimhaut bis in ihre tiefsten Lagen durch Auskratzen, Kauterisiren oder von selbst nach längerem Bestehen der Fistel verödet wäre, selbst da wäre nur die Ablösung der Gallenblase von der Leber erspart. Die Möglichkeit bei dem eventuell eintretenden späteren Verschluss des Ductus choledochus durch Lebersteine³⁾, Tumoren⁴⁾, Narben⁵⁾, Parasiten oder durch Adhäsionen nach der ersten Operation, die Möglichkeit, dann durch eine neuangelegte Gallenblasendünndarmfistel den Patienten zu retten, bleibt diesem Operationsverfahren wie der Langenbuch'schen Exstirpation verschlossen. Auch geben die Resultate der von Zielewicz (l. c.) angeführten Thierexperimente von v. Zagorski zu einigen Bedenken Anlass.

Dem gegenüber haben die 3 übrigen Verfahren bedeutende Vorzüge, und zwar erscheint das einfachste und rationellste das Czerny'sche zu sein.

Wölfler (l. c.) eröffnet 2 mal die Peritonealhöhle in den drei Acten der Operation, bietet also der zufälligen Infection des Peritoneums zwei Möglichkeiten, zumal das zweite Mal, wo die vernähte

1) Slajmer, Die ideale Cholecystotomie zweizeitig ausgeführt. Wiener klin. Wochenschrift 1890. Nr. 20 u. 21.

2) Berliner klin. Wochenschrift 1890. Nr. 2.

3) Körte, XVII. Congress deutscher Chirurgen. Köln 1889.

4) Duplay, Revue de la clinique de M. le prof. Rostan. Archiv général de médecine. II. série. Vol. IV. 1834. p. 411, ferner Brierre de Boismont, 2 Tumoren a. Hôp. Charité. Archiv gén. de méd. XVI. 1828.

5) Brierre de Boismont, Narbenverschluss an der Theilungsstelle. Ebenda S. 32.

granulirende Blase versenkt wird; ob die versenkte Wundfläche nicht wieder mit dem Peritoneum parietale oder einem Eingeweidetheil Verwachsungen eingeht, bleibt noch dahingestellt; wahrscheinlich ist es immerhin, so dass auch der Wunsch, normale Verhältnisse herzustellen, möglicherweise nicht besser gelingt, als bei der Czerny'schen Operationsart, wo die Blase absichtlich angeheftet bleibt.

Bei Senger's (l. c.) Fall vermisste ich die Naht der Peritonealblätter zum primären Abschluss der Bauchhöhle, um die Operation zur Methode erhoben zu sehen, wenn sie auch im vorliegenden Fall nicht dringend nöthig gewesen sein mag.

Was namentlich die Czerny'sche Methode vor den anderen voraus hat, das ist nicht zu unterschätzen. Abgesehen von der einmaligen Narkose, der einmaligen Eröffnung der Bauchhöhle ist es von grosser Wichtigkeit, dass man unter Benutzung beider Hände bei geöffneter Gallenblase und freiliegenden Intestinis leicht nicht nur sämtliche Verhältnisse abtasten, sondern auch einen eingekeilten Stein durch massirende, knetende Bewegungen aus der engeren Stelle in die Gallenblase zurückbringen und aus dieser dann entfernen kann. Bei zweizeitiger Operation ist die Extraction durch die Enge der Oeffnung und den Mangel eines festen Widerlagers für die greifende Zange sehr erschwert und oft nur durch kunstvolles Arbeiten — Aushöhlen des Steines und Zertrümmerung — möglich.

Diese Ueberlegungen drängten in dem zweiten der vorliegenden, von Herrn Prof. Lücke operirten Fälle dazu, das Czerny'sche Verfahren anzuwenden und zwar, wie es sich herausstellte, glücklicherweise, denn bei zweizeitiger Operation hätte eine Entfernung des Steines die grössten Schwierigkeiten gemacht.

Da erst die von Czerny selbst operirten Fälle seiner Methode veröffentlicht sind, dürfte ein jeder weitere Fall zur Beurtheilung der Brauchbarkeit der Operation von Interesse sein. Bevor ich jedoch diese Operations- und Krankengeschichte beschreibe, möchte ich noch kurz einen anderen Fall skizziren, dessen Ausgang uns durch ein eigenthümliches Missgeschick von der nochmaligen Anwendung der zweizeitigen Operation abgebracht hat.

I. Empyem der Gallenblase und Cholelithiasis. Annähen der Blasenwand in die Bauchwunde; spontane Entleerung des Empyems vor Eröffnung der Gallenblase durch die Gallenwege.

Apollonia Z., 31 Jahre alt, von Strassburg, hat während des vergangenen Winters 1889/1890 nach einem Wochenbett (September 1889) mehrfache Erkrankungen nach Diätfehlern und Erkältungen durchgemacht und dabei des Oefteren krampfartige Schmerzen, „wie Nachwehen“, im oberen rechten Theile des Bauches verspürt.

Am 6. Februar 1890 tritt sie in die medicinische Klinik ein mit Fieber, Leibschmerzen und Erbrechen. Hier wird nach der Probepunction des unten näher zu beschreibenden Tumors die Diagnose auf Empyem der Gallenblase gestellt, und Patientin dann in die chirurgische Abtheilung verlegt.

14. Februar 1890. Befund nach der Aufnahme (mit dem der inneren Klinik des Herrn Prof. Naunyn übereinstimmend): Kein Icterus. Puls kräftig, 92. Abendtemperatur 38,8.

Im rechten Hypochondrium nach der Mitte zu vom lateralen Rand des Musc. rectus abdom. begrenzt ein kugelförmiger Tumor, der sich nach oben und lateral in die Leber fortsetzt. Seine untere Grenze ist glatt, gut zu palpieren, reicht etwa 3 Cm. unter die Nabelhöhe. Consistenz prall-elastisch, Fluctuation undeutlich; vollständige Dämpfung über demselben. Respiratorische Verschiebungen. Stuhl und Urin nicht ikterisch.

Diagnose: Empyem der Gallenblase.

Nachdem Patientin sich bei kräftigender Diät erholt hat und nach der üblichen Vorbereitung derselben (mehrere Tage flüssige, leicht verdauliche Nahrung, Klysmen und Magenausspülung) wird am 1. März 1890 bei 38,2° Morgentemperatur operirt (Prof. Lücke). Hautschnitt 14 Cm. lang, vom Rippenbogen 2 Cm. entfernt, 1 Cm. oberhalb der früheren Punctionsstelle beginnend, längs des äusseren Rectusrandes über die höchste Kuppe der Geschwulst. Nach vollendeter Blutstillung wird das Peritoneum in einer Ausdehnung von 8—10 Cm. auf der Hohlsonde gespalten. Im oberen Theil stellt sich die Leber ein, unter ihr ragt ein gelbweisslicher Tumor im unteren Wundwinkel hervor, der mit dem Peritoneum parietale zahlreiche strangförmige Verwachsungen eingegangen ist. Das Netz zum Theil auch verwachsen, drängt sich durch Spalten hervor. Seidennaht des über der Leber liegenden Theiles des Peritoneum parietale. Annähen der Gallenblase in den unteren Theil des Wundwinkels. Tamponade mit Jodoformgaze, während der obere Theil der Hautwunde durch Seidennaht geschlossen wird.

Abends Erbrechen; Icterus geringen Grades. Temperatur 39,5. Starke Schmerzen in der Wunde, Hustenreiz, 0,01 Morph. mur. subcutan.

2. März. Temperatur 38,1—39,1. Kein Erbrechen. Schmerzen geringer.

3. März. Temperatur Abends 38,3.

4. März. Verbandwechsel. Versuch der Punction der Blase. Diese ist leer.

5. März. Nähte werden entfernt. Nochmaliger Punctionsversuch vergeblich, die Gallenblase ist ganz zusammengefallen.

Da sämtliche Beschwerden allmählich schwinden, lässt man die Wunde zuheilen; am 25. März wird Patientin in das Reconvalescentenhaus entlassen.

Am 2. April kommt Patientin mit ängstlichem, schmerzverzerrtem Gesicht wieder in die Anstalt und klagt über starke Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend. Deutlicher Icterus. Urin dunkel. Unter der alten Narbe ist ein schätzungsweise apfelgrosser Tumor zu fühlen, der bei stärkerem Druck äusserst schmerzhaft ist. Heftiges Erbrechen. In der Nacht vom 2. auf 3. April nach starkem Erbrechen plötzlicher Ein-

tritt von Besserung. Am 3. April ist eine Abnahme des Icterus zu vermerken. Patientin bleibt auch während ihres 14tägigen Aufenthalts von allen Beschwerden befreit. Gallensteine, die im Erbrochenen und im Koth vergeblich gesucht wurden, fand man zufällig in einem hohlen Zahn. Eine nochmalige Operation wird verweigert.

Hoffentlich wird die Patientin bei Eintritt eines erneuten Kolikanfalles sich zur Operation entschliessen, damit sie endgültig von ihrem Leiden befreit werden kann. Immerhin aber liessen wir uns diesen chirurgisch nicht recht befriedigenden Ausgang in dem bald darauf zur Behandlung kommenden zweiten Fall zur Warnung vor der zweizeitigen Operation dienen.

II. Cholelithiasis. Hydrops vesicae felleae. Einzeitige Cholecystotomie mit Naht nach Czerny.

Therese A., Ipara, 28 Jahre, ledig, von Strassburg (Nr. 77. 1890). Familienanamnese ohne Belang. Das im Jahre 1879 resecirte Ellenbogengelenk ist nach mehrfachen Nachoperationen wegen tuberculöser Recidive jetzt völlig geheilt, beweglich und zur Arbeit brauchbar. Puerperium 1888 normal.

Schon seit längeren Jahren, bald nach ihrem Austritt aus der Schule bemerkte Patient in der rechten Seite etwa zwischen Rippenrand und Nabelhöhe eine taubeneigrosse harte Geschwulst, die ihr keine Beschwerden machte. Erst seit einem halben Jahre ist die Geschwulst nach langsamem Wachsthum so gross geworden, dass sie durch das Gefühl der Schwere und die Auftreibung des Leibes lästig wird und die Patientin beängstigt.

In der hiesigen Frauenklinik am 17. März 1890 aufgenommen, wurde bei ihr ausser dem später zu beschreibenden Tumor in der Oberbauchgegend „ein ziemlich grosses Exsudat im Douglas“ gefühlt. Nach Behandlung mit Ichthyol (wegen einer langdauernden, schmerzhaften Menorrhagie war auch die Darreichung von Hydrastis nöthig geworden) und Bettruhe wird am 13. April vor der Aufnahme in die chirurgische Klinik notirt: „Uterus noch etwas gross, überragt die Symphyse um 2 Querfinger, gut beweglich, ziemlich stark antepontirt und elevirt. Ovarium sinistrum normal. Rechts seitlich und hinter dem Uterus sitzt ein orangegrosser, auffallend harter, glatter, etwas schmerzhafter Tumor, wie es scheint, im Lig. latum, wenig verschieblich.“

Am 14. April transferirt, giebt die Patientin auf Befragen an, nie an Gelbsucht, Magenbeschwerden oder Erbrechen gelitten zu haben; überhaupt will sie ausser dem bereits Angeführten nie etwas Krankhaftes an sich bemerkt haben, auch nicht abgemagert sein.

Befund: Mittelgrosse Frau, von gesundem Aussehen und nicht schlecht entwickeltem Fettpolster.

Der Leib ist auffallend aufgetrieben, dabei weich, schwappend. Alte Striae. Linea alba breit.

Leber- und Milzdämpfung normal.

Unterhalb der Leber, von ihr durch einen 2—3 Querfinger breiten,

für leichte, oberflächliche Percussion hell-tympanitischen Raum getrennt, findet sich eine etwa mannsfaustgrosse Stelle von völliger Dämpfung, zu- meist rechts von der Mittellinie, etwas oberhalb und seitlich des Nabels liegend. An der Stelle dieser Dämpfung kann die volle Hand einen glatten festen Körper umgreifen, namentlich von unten und der rechten Seite her, während er sich nach oben in der Tiefe zu verlieren scheint. Fluctuation zweifelhaft; Pulsation ist sicher auszuschliessen.

Der Tumor ist nach allen Richtungen verschieblich, am wenigsten nach unten und links, auch lässt er sich etwas erheben. Vom Nabel zieht ein derber Strang nach dem Tumor schräg nach aussen oben; ob derselbe auf der Geschwulst festsetzt oder darauf verschieblich ist, lässt sich nicht sicher entscheiden. Die beiden Nierengegenden sind gleichmässig ausgefüllt, eine Reposition des Tumors in die rechte Nierengegend ist nicht möglich. Urin klar, sauer, eiweissfrei, 1009 spezifisches Gewicht, enthält keinen Zucker, keinen Gallenfarbstoff. Menge wechselnd, normal.

28. April. Eingiessung von etwa 2½ Liter lauwarmen Wassers ins Rectum: Zwischen Leber und Tumor verschwindet der tympanitische Schall fast ganz. Dasselbst fühlt man einen weichen schlüpfrigen Strang quer verlaufend. Sonst bleiben die Verhältnisse dieselben, insbesondere verändert der Tumor seine Lage nicht.

1.—4. Mai Menses. Bettruhe. Am 5. Mai beginnen die Vorbereitungen zur Operation: Abführen, Bäder, flüssige kräftige, leicht verdauliche Diät. 7. Mai. Morgens Klysma, Ausspülen der Vagina, des Rectum und des Magens. Bei der vaginalen Untersuchung erscheint der oben beschriebene Tumor am rechten Lig. latum kleiner, als am 13. April angegeben. Kein Exsudat im Douglas'schen Raum nachweisbar.

Nach 0,01 Morph. mur. subcutan Beginn der Narkose ¾10 Uhr den 7. Mai 1890 und Operation:

Medianschnitt, fingerbreit unter dem Proc. xiphoid. beginnend bis 3 Finger breit unter den Nabel reichend; nach vollendeter Blutstillung, Eröffnung des Peritoneums.

Es erscheint vom Colon transversum überlagert — das sofort herabgeschoben wird — ein weit über mannsfaustgrosser glatter, hell durchscheinender, prall gespannter, fluctuirender Tumor, der nach oben sich verschmälernd sich unter den Lebertrand fortsetzt und zweifelsohne die Gallenblase vorstellt. Im Blasenhal, resp. Ductus cysticus wird eine länglichrunde fingergliedgrosse Verhärtung gefühlt. Neben der grossen Geschwulst treten mehrere Darmschlingen aus der reichlich weiten Wunde; diese werden mit warmen Salicylcompressen bedeckt und so die Peritonealhöhle abgeschlossen. Die Punction der hydropischen Blase ergiebt beiläufig 300 Cem. einer wenig milchig getrübbten, fadenziehenden, geruchlosen Flüssigkeit, erst die letzten Tropfen sind weiss, körnig (Cholestearin); diese bilden im Standgefäss sofort einen Bodensatz. Die Entfernung des den Anfangstheil des Ductus cysticus obturirenden Steines gelingt erst nach einiger Mühe, indem man die Wandung des Ganges durch massirend-melkende Bewegung von dem eingewachsenen Stein zu lösen und zurückzustreifen versucht. Nach Lösung des Steines Incision der Gallenblase und Entfernung des Steines mit dem Finger. Die Incisionswunde wird mit Seide sofort genäht; noch während der Naht tritt neben etwas Blut Galle

in die Blase. Die Wunde des Peritoneum parietale wird oben und unten zum grössten Theil durch feine Seidenknopfnähte vereinigt. In den übrigen Theil der Peritonealnaht wird die Gallenblasennaht mit eingenäht und zwar so, dass z. B. im Bauchfell links eingestochen, dann das Peritoneum viscerale der Gallenblase links der Blasenahnt gefasst, dann rechts derselben ein- und ausgestochen und durch das Bauchfell rechts genäht und Alles darauf geknotet wird; dadurch kommt unter die Wundfläche der Bauchdecken die Nahtlinie der Gallenblase, die von allen Seiten von einem Wall Peritoneum umgeben ist, zu liegen. Die Haut wird bis auf eine etwa fingerkuppengrosse Höhle über der Stelle, wo die Gallenblase eingenäht war, geschlossen; nur hier eine kleine Jodoformwieke zwischengelegt. Aseptischer Trockenverband.

Dauer der Operation $\frac{5}{4}$ Stunden, bis 11 Uhr.

Um 1 Uhr ist Patientin von der Narkose noch nicht erwacht. Puls klein, unregelmässig, 90. Zwei Spritzen Kampheröl subcutan.

3 Uhr Patientin erwacht. Durst. Puls besser.

4 Uhr 30 Min. Erbrechen von Schleim mit etwas Galle. Temp. 36,8.

8. Mai. 1 Uhr Nachts letztes Erbrechen. Temp. 37,1.

8 Uhr Morgens. Wohlbefinden. Temp. 37,4, Puls 80. Fleischbrühe.

12 Uhr Mittags. Schmerzen im Leib. Erbrechen. Puls 120, klein. Patientin sehr aufgeregt. 2 mal 0,02 Extr. opii. Temp. 37,7.

8 Uhr Abends. Blutabgang per vaginam, krampfartige Schmerzen im Unterleib, 0,02 Opium. Zunge feucht.

12 Uhr Nachts. Kein Schlaf. Temp. 37,6, Puls 110.

9. Mai 2 Uhr Nachts. Wieder Erbrechen.

8 Uhr Morgens. Temp. 38,4, Puls 108. Ausser Spannung im Leib nur Klagen über Durst. Puls voller. Menstruation profuser. 1. Stuhlgang.

1 Uhr Mittags. Temp. 39,7, Puls 120. Leibscherzen sehr stark, Athmung oberflächlich, 34. Puls unregelmässiger. Zunge feucht. Extr. opii 0,02 2 mal.

5 Uhr Nachmittags. Temp. 39,3, Puls 110, Resp. 22. Ruhiger. 1. Verbandwechsel: Leib weich, Wunde reizlos; die Jodoformgaze leicht serös-blutig durchtränkt. Nirgends Druckschmerz im Leibe. Nochmals Opium.

8 Uhr Temp. 38,6, Puls 112. 12 Uhr Nachts Temp. 38,7, Puls 108. Kein Schlaf. Champagner.

10. Mai 8 Uhr Morgens. Temp. 39,1, Puls 90, Resp. 18. Menstruation lässt nach, wenig wehenartige Schmerzen. Kalte Milch, Bordeaux.

4 Uhr Nachmittags. Temp. 39,6, Puls 100. Im Laufe des Tages 6 dünnflüssige Stühle. Opium.

Am 11. und 12. Mai noch Diarrhöen mit Durchschnittstemperatur von 38,5. Allgemeinbefinden besser.

13. Mai. Fieberfrei. Durchfall hört auf. Haferschleim mit Ei.

15. Mai. Entfernung der Nähte im 2. Verbandwechsel. Nirgends die geringste Entzündung. Kein Eiter, keine Galle in der schön granulirenden kleinen Höhle. In der Tiefe unter der Naht eine undeutliche Resistenz, nicht besonders schmerzhaft auf Druck.

17. Mai. Nochmals Fieber bis 39,6. Acuter Magenkatarrh, 3 Stühle. Viel Durst. Belegte Zunge.

20. Mai. Erscheinungen vorüber. Appetit fehlt. Täglich Orexin 0,25 zum Frühstück.

23. Mai. Appetit gebessert. Allgemeinbefinden gut.

28. Mai. Steht auf mit Heftpflasterverband auf der verklebten und überhäuteten Wunde.

9.—12. Juni. Menses leicht, ohne Schmerzen.

16. Juni. Geheilt entlassen. Von einem Tumor im Leib unter der Narbe nichts nachweislich.

Am 10. Juli schreibt Patientin aus freien Stücken, sie fühle sich völlig wohl, arbeitet den ganzen Tag im Felde ohne jede Beschwerde, die Narbe sei fest.

Die erste Fiebersteigerung, die uns anfangs den Eindruck der septischen Peritonitis machte, bis wir uns beim 1. Verbandwechsel von der Schmerzlosigkeit des Leibes und dem aseptischen Verhalten der Wunde überzeugten, kann entweder von der Retention von Blut und Galle in der Gallenblase, oder von der Retention von Blutcoagulis in dem noch menstruierenden Uterus hergerührt haben; objectiv wurde damals nichts nachgewiesen; die zweite Fieberbewegung vom 17.—20. Mai war sicher nur ein Magenkatarrh.

Durch diese 3 bis jetzt bekannten Operationen nach Czerny kann man sich leicht bestimmen lassen, meine ich, der Methode der Erhaltung der functionstüchtigen Gallenblase vor der der Exstirpation den Vorzug zu geben. Sie hat nicht nur den Vorthail der Cholecystektomie, schnelle Heilung nach einmaliger Operation, mit ihr gleich, sondern sie ist auch entschieden technisch leichter, weniger eingreifend und vor Allem ungefährlicher, da keine nennenswerthe Blutung bei ihr vorkommen kann, welche letztere bei der Abtrennung der Gallenblase von der Leber in den bekannt gegebenen Operationen oft sicherlich nicht wenig störend gewesen sein soll.