III. Aus dem jüdischen Krankenhause in Odessa. Zur Frage über das Dickdarmcarcinom.

Von N. Benissovitch.

Das Loos der mit Darmkrebs behafteten Kranken ist bei expectativer Behandlung ein äusserst trauriges. Entweder verfallen sie der sich allmählich entwickelnden Kachexie, oder es treten Erscheinungen einer plötzlichen Darmocclusion auf, die das Anlegen eines künstlichen Afters erfordern oder zur Bildung einer die Existenz dieser Unglücklichen vergiftenden Darmfistel führen, oder endlich gehen die Kranken an Metastasen in einem lebenswichtigen Organ zugrunde. Zieht man noch den Umstand in Betracht, dass der Darmkrebs nicht selten als ganz isolirter Tumor auftritt, so erscheint das Streben der Chirurgen berechtigt, den Kranken von seinem schweren Gebrechen mit Hülfe einer allerdings schwierigen und gefährlichen, dennoch zuweilen radicale Heilung bringenden Darmresection zu befreien.

Bei der an Fällen von geheiltem Darmkrebs verhältnissmässig nicht reichen Litteratur erlaube ich mir die Beobachtung eines Falles vom Krebs des S-Romanum mitzutheilen, in welchem ich die Geschwulst mit Erfolg extirpirt habe und eine Enteroanastomose vermittle Kartoffelplatten anlegte.

Es sind bis jetzt nur wenige Enteroanastomosen mittels Kartoffelplatten, nach Dawborn, ausgeführt worden. Speciell in Russland wurde diese Operation bloss zweimal gemacht; einmal durch Professor Rasumowski in Kasan, das andere Mal von uns, und zwar beide an gangränösen Hernien. Nachdem wir diese Operation mittels Kartoffelplatten mehrmals an Hunden ausgeführt hatten, bildete sich bei uns eine gewisse Ueberzeugung zugunsten dieses Verfahrens vor dem seinerzeit gerühmten Murphy'schen Knopfe. Dank der leichten Resorbirbarkeit der vegetabilischen Platten werden die dem Murphy'schen Knopfe anhaftenden Gefahren beseitigt. Letzterer passirt wegen seiner Grösse zuweilen mit grosser Schwierigkeit den Darm, besonders stenosirte Partien. Vermöge der Schwere des Murphy'schen Knopfes entsteht leicht Decubitus mit nachfolgender Perforation. Endlich kann die Verstopfung des Lumens

durch Kothmassen zu Erscheinungen von Unwegsamkeit führen. Alle diese Missstände fallen bei Anwendung vegetabilischer Platten weg. Bereits nach 24 Stunden beginnt deren Verdauung an den Rändern, nach fünf bis sechs Tagen sind die Platten gänzlich oder bis auf wenige Spuren resorbiert.

Bei Anerkennung genannter Vorzüge entschlossen wir uns, uns im mitgetheilten Falle pflanzlicher Platten zu bedienen.

Derselbe betrifft einen 38jährigen Patienten, D. G., der am 15. Januar a. c. auf die interne Abtheilung des Dr. B. Rosen am Odessaer jüdischen Krankenhause aufgenommen wurde. (Der Kranke, ebenso wie die exstirpierte Geschwulst, wurde nachträglich in der Odessaer Gesellschaft der Aerzte demonstriert.)

Patient klagte über Schmerzen im Abdomen, allgemeine Schwäche und das Auftreten einer Geschwulst im linken Hypogastrium. Vor drei Monaten soll bei ihm ein Anfall von Darmocclusion aufgetreten sein, der fünf bis sechs Tage währte. Unter Abführmitteln und hohen Irrigationen erfolgte Stuhl mit Beimischung von Blut. Darauf trat Besserung ein. Ende October 1896 bemerkte Patient in der linken Bauchgegend eine Geschwulst von der Grösse einer Kinderfaust, die bei Druck schmerzhaft war.

Status praesens: Patient von mässigem Knochenbau; kachektisches Aussehen; Haut und sichtbare Schleimhäute blass, Fieber bis 38,2. In der linken Mittelbauchgegend ein etwas höckeriger faustgrosser Tumor. Letzterer wenig beweglich, schwache Percussion darüber ergibt dumpfen, starke gedämpft tympanitischen Schall. Zwischen Tumor und Milzdämpfung lässt sich eine Zone tympanitischen Klanges herauspercutiren. Herz und Lunge, Leber und Milz weisen nichts abnormes auf. Der Harn ist frei von Eiweiss und Zucker; tägliche Menge 1100 ccm.

Auf Grund der objectiven Untersuchung wurde die Annahme einer wahrscheinlich vom Darne ausgehenden bösartigen Neubildung gemacht. Behufs genauerer Diagnose wurde Patient in Narkose untersucht, wobei sich herausstellte, dass die Geschwulst bedeutend grösser war, als sie ursprünglich schien, und zwar erreichte dieselbe die Kopfgrösse eines einjährigen Kindes; dabei erwies sich die Geschwulst äusserst beweglich, sie liess sich leicht nach oben unter den Rippenbogen, nach innen über die Medianlinie und nach unten fast bis zum Poupart'schen Bande verschieben. Bei bimanueller Exploration lassen sich Bewegungen des Tumors von vorn nach rückwärts übertragen. Die Percussion ergibt dasselbe wie ohne Narkose. Drüsen sind nicht palpirbar. Die Milz ist normal.

Die grosse Beweglichkeit des Tumors, die leichte Uebertragbarkeit der Bewegungen von vorn nach hinten bei bimanueller Untersuchung, der dumpfe Ton über demselben bei tympanitischem Schalle der Umgebung täuschte bei unserem Kranken eine Geschwulst der Niere, und zwar eine bösartige vor, von welcher Annahme wir uns auch bei der am 30. Januar vorgenommenen Operation leiten liessen.

Operation: Chloroform-Aethernarkose. Schnittführung vom äusseren Rande des Musculus sacrolumbalis schräg nach innen bis zu einem Punkte, welcher der Mitte des Darmbeinkammes entspricht. Nach schichtweiser Durchtrennung der Weichtheile stossen wir auf die ganz gesunde Niere. Der Tumor gehörte also nicht derselben, sondern offenbar dem Darm an, wie bei der ersten Untersuchung angenommen worden war. Nachdem die Wunde durch versenkte Etagnennaht geschlossen war, gingen wir sogleich an die Laparotomie, wobei wir den Schnitt längs dem äusseren Rande des linken Rectus — i. e. über dem am meisten prominirenden Theile des Tumors — führten. Nach Einföhrung der Hand in die Bauchhöhle konnten wir uns tatsächlich überzeugen, dass wir es mit einem Tumor des Dickdarms zu thun hatten. Die Geschwulst war vom grossen Netze bedeckt, das stellenweise mit deren Vorderfläche verwachsen war. Das Netz wurde zwischen zwei Ligaturen abgebunden und excidirt. Die Serosa über dem Tumor ist überall normal, nirgends von Geschwulstmassen durchbrochen. Der Tumor ist kugelförmig, an seiner Basis mit dem Peritoneum parietale verwachsen. Diese Verwachsungen erschweren die Auslösung der Geschwulst aus der Bauchhöhle, was erst gelingt, nachdem die Adhäsionen unter ziemlichem Blutverlust stumpf getrennt wurden. Nach Herausbeförderung der Geschwulst und nachdem die Bauchhöhle mit heissen Tüchern geborgen war, entschlossen wir uns, die Ausschaltung des afficirten Darmabschnitts auszuführen, und zwar fühlten wir uns durch den Umstand bewogen, dass der ziemlich abgeschwächte Patient diesen Eingriff leichter als die Totalexstirpation des Tumors vertragen dürfte. Die Operation wurde mit Kartoffelplatten nach Dawborn ausgeführt. Wir präparirten zwei ovale Kartoffelplatten mit centraler Oeffnung, montirten sie in bekannter Weise mit Ligaturen und Nadeln und führten darauf eine Platte in das Lumen des centralwärts vom Tumor gelegenen Darmsegments ein, und zwar durch einen vis-à-vis dem Mesenterialansatz gemachten longitudinalen Einschnitt. Die Nadeln waren gegen die Wundfläche des Darms gerichtet. Die zweite ganz ähnliche Platte wurde ebenso in den unterhalb des Tumors gelegenen Darmabschnitt eingeführt, und nun beide Platten an die Darmwand fixirt, indem die mit Nadeln armirten Ligaturen durch die ganze Dicke der Darmwand geführt wurden. Bevor wir die beiden Darmabschnitte durch Anziehen der Ligaturen aneinander brachten, scarificirten wir nach dem Rathschlage Senn's den Peritoncalüberzug in der Umgebung der Platten. Darauf schritten wir zum Knüpfen der Liga-

turen, was in bestimmter Ordnung geschah, und zwar so, dass zunächst die inneren, mit den Nadeln armirten Ligaturen, die sogenannten „fixation sutures“ geknüpft wurden, und danach die mit den Knoten versehenen. Ausserdem wurden an dem Umkreise des Darms, entsprechend der Lage der Platten, mehrere Lambert'sche Nähte angelegt. Diese ganze Operation nahm bloss wenig Zeit in Anspruch und wurde bei schwacher Narkose ausgeführt. Nach gelungener Anastomose konnten wir uns überzeugen, dass die Entfernung des afficirten Darmstücks ohne besondere Schwierigkeiten ausführbar war, und entschlossen uns, da der Allgemeinzustand des Patienten es zulies, ihn in radicaler Weise von seinem schweren und gefährlichen Leiden zu befreien. Die Exstirpation des Tumors bot keinerlei technische Schwierigkeiten. Die Resection des 20 cm langen afficirten Darmstücks erfolgte sehr rasch. Die Enden des zu- und abführenden Stückes wurden durch zwei Reihen von Nähten verbunden; zunächst wurde eine fortlaufende Naht durch die ganze Dicke der Darmwand angelegt und darüber eine fortlaufende Lambert'sche.

Es entstand nun die Frage, wie soll mit der Buchwunde verfahren werden? Occlusivnaht oder Drainage? Wir entschlossen uns zur letzteren, und zwar aus folgenden Gründen. Es hätte uns die Darmnaht im Stiche lassen und vorzeitig durchschneiden können, ferner war ein Durchtreten von Darminhalt in die Bauchhöhle trotz aller Vorsichtsmaassregeln möglich, endlich berücksichtigten wir die Aussagen kompetenter Autoren, die sich gegen die Occlusivnaht aussprechen. Demnach führten wir die Drainage nach Mikulicz aus. Letztere erscheint uns in derartigen Fällen vollkommen zweckmässig. Die Wunde wurde durch einige Knopfnähte verkleinert, drainirt und aseptisch verbunden. Der Kranke erholte sich bald von der Narkose und fühlte sich gut. Der Verlauf nach der Operation war ein glatter. Am vierten Tage wurde ein Theil des Tampons, am siebenten Tage der ganze Tampon und die Nähte entfernt. Die Wunde war in ihrem ganzen Umfange per primam verheilt. Am achten Tage nach der Operation erfolgte der erste Stuhlgang, der sich seitdem regelmässig eingestellt hat. Der Kranke klagt über nichts, erholt sich rasch, nimmt an Gewicht zu und fühlt sich sehr wohl.

Am 3. März verliess Patient bei bestem Wohlbefinden das Krankenhaus mit einer Gewichtszunahme von 8 Pfund.

Der von mir excidirte Tumor hatte die Kopfgrösse eines einjährigen Kindes. Er besteht aus einem grossen Stück des S-Romanum und carcinomatös entarteter Lymphdrüsen. Das oberhalb der Geschwulst gelegene Darmstück war sehr beweglich und wurde deswegen 8—9 cm von der erkrankten Stelle resecirt. Das unterhalb der Geschwulst gelegene Darmstück war wenig dislocirbar und wurde in der Nähe des Ueberganges ins Rectum abgeschnitten. Die Geschwulst ist auf der ganzen Oberfläche mit einer glatten glänzenden Serosa bedeckt, mit Ausnahme der unteren Fläche, wo der Ueberzug etwas rauh erscheint. Das Darminnere ist von Krebsmassen ausgefüllt, die stellenweise die ganze Schleimhaut zerstört haben. Infolge der ringförmigen Lagerung des Neugebildes ist das Darmlumen bedeutend verengert. Hier und da ist die Geschwulst in Zerfall begriffen, stellenweise besteht sie aus kleinen Knoten.

Die mikroskopische Untersuchung, in liebenswürdigster Weise durch den Prosector des städtischen Spitals, Herrn Dr. Chenzinski, ausgeführt, ergibt das Vorhandensein eines Drüsenkrebses.

Zum Schluss erlaube ich mir einige Worte über die Ausschaltung von Darmabschnitten.

Die Operation ist eine Errungenschaft der Neuzeit. Sie wurde 1891 von Salzer vorgeschlagen. Man unterscheidet bekanntlich eine vollkommene und eine partielle Ausschaltung. Einige Chirurgen stehen für die erstere, andere ziehen die letztere vor. Von beiden Seiten werden zugunsten der befürworteten Methode gewichtige Gründe angeführt. Doch erscheint es uns noch verfrüht, der einen oder der anderen Operation den Vorzug zu geben. Die vollkommene Ausschaltung wurde viermal ausgeführt (v. Baracz, Obalinski, Friele, Wiesinger) mit einem letalen Ausgange. In den anderen Fällen musste rasch eine Darmfistel angelegt werden, um dem Eintritt einer drohenden Perforation vorzubeugen. Dagegen ergab die partielle Ausschaltung, das ist ohne nachfolgende vollkommene Verschlussung der beiden Enden, am Menschen Resultate, welche die Operation in die Reihe der allernützlichsten auf dem Gebiete der Darmchirurgie stellen. Auch in Fällen von Darmcarcinom, wo eine Radicaloperation nicht mehr ausführbar ist, erscheint uns die Ausschaltung des Darmes als ein vollkommen gerechtfertigtes und zweckmässiges Verfahren.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Collegen Dr. B. Rosen für den mir zur operativen Behandlung überlassenen interessanten Fall meinen Dank auszusprechen.