XXI—XXIII.

Kleinere Mitteilungen.

XXI.

Aus der chirurgischen Abteilung des Freimaurer-Krankenhauses
in Hamburg.

Die operative Behandlung des Stauungsascites durch Herstellung eines Collateralkreislaufs. (Talmasche Operation.)

Von

Dr. **H. Grisson**,
Oberarzt.

Am 16. Januar 1900 stellte ich im Ärztlichen Verein in Hamburg ¹⁾ eine Frau vor, bei der ich die operative Heilung des Stauungsascites durch Herstellung eines Collateral-Kreislaufes nach dem Vorgange von Talma, Tilmann und A. E. Neumann versucht hatte. Ich konnte damals demonstrieren, daß unter der Haut mehrere dicke, neugebildete Venen sichtbar und fühlbar waren. Die Patientin ist seitdem dauernd in meiner Beobachtung geblieben, ist am 28. November 1901 genau 2 Jahre nach der Operation an acuter Nephritis gestorben und sowohl die klinische Beobachtung wie der anatomische Befund ergeben zweifellos, daß Talmas Idee richtig war, und daß das Problem der operativen Beseitigung des Stauungsascites durch Herstellung eines Collateralkreislaufs klinisch und anatomisch als gelöst betrachtet werden kann.

Wenn ich nochmals auf den Fall zurückkomme, so geschieht es hauptsächlich, um das Sektionsergebnis zu publizieren, denn es liegen meines Wissens bisher wenige oder gar keine derartige Beobachtungen vor, die lange genug nach erfolgreicher Talmascher Operation gewonnen worden sind, um ein Urteil über das endgültige Resultat zu gestatten. So glaube ich auch für meine recht verspätete Veröffentlichung noch auf etwas Interesse rechnen zu dürfen ²⁾.

---

1) Deutsche med. Wochenschr. 1900. Vereinsbeilage. S. 162. (Mein Name ist dort fälschlich Grissow gedruckt.)

2) Ein kurzes Referat findet sich Deutsche med. Wochenschr. 1902. Vereinsbeilage. S. 47.

Sektionsbefund (Dr. Ivan Michael).

Mäßig genährte weibliche Leiche. Der Leib etwas aufgetrieben, zeigte in der Mittellinie mehrere Operationsnarben, die Nabelnarbe fehlte, kein Ödem der Bauchdecken, keine Ödeme der Beine.

Beim Medianschnitt geriet das Messer in der Regio epigastrica, gleich unterhalb der Haut, in ein Convolut von ausgedehnten Venen, als ob ein venöses Cavernom angeschnitten wäre. Es wurde deshalb durch zwei seitliche Schnitte das Abdomen eröffnet und, da das Colon durch zahlreiche Stränge mit der Bauchwand verbunden war, wurde der mittlere Teil der Bauchwand umschnitten und abgelöst, so daß er im Zusammenhang mit den Därmen blieb. Es zeigte sich nun, daß vom unteren Rande des Colon transversum (der Insertionsstelle des großen Netzes) zahlreiche Stränge an und in die Bauchwand hinein verliefen. Diese Stränge waren Venen, deren Kaliber vom feinsten bis zu Gänsefederkielstärke variierte. Überwiegend waren es dicke Gefäße. Das Fett des Omentum war fast vollständig geschwunden, so daß die Gefäße teils frei, teils durch das papierdünne atrophische Netz untereinander verbunden, durch die Bauchhöhle vom Colon transversum zur Bauchwand hingen in einer Länge von 15—20 cm.

Unterhalb dieses Gefäßbündels war eine Dünndarmschlinge am Peritoneum adhärent.

Die Milzvene war bedeutend erweitert.

In der Bauchhöhle ca. 1½ Liter klarer, gelblicher Flüssigkeit.

Die Leber war sehr klein, hart, ohne Fett, die Leberkapsel stark verdickt und schwielig.

(Letztes Stadium der atrophischen Cirrhose.)

Die Leber breit flächenhaft mit dem Zwerchfell verwachsen; in diesen Adhäsionen befanden sich zahlreiche starke Venen.

Die Milz erheblich vergrößert.

Beide Nieren groß, Kapsel leicht abziehbar, auf dem Durchschnitt quillt die Rinde stark hervor, dieselbe ist verbreitert, von grauweißer Farbe, die Grenze zwischen Rinde und Mark undeutlich, verwaschen (akute parenchymatöse Nephritis).

Die Vena azygos war auf Daumendicke erweitert.

Herz gesund.

Alle übrigen Organe ohne einen, für die in Rede stehende Angelegenheit wesentlichen Befund.

An dem Sektionsbefund ist zunächst wichtig, daß die Venen nicht nur an, sondern in die Bauchwandung hineinzogen, sie fanden sich bereits unterhalb der Haut, durchsetzten also die durch ihren Gefäßreichtum ausgezeichnete Muskulatur. Mir scheint ein solches Verhalten für den Erfolg bedeutungsvoll zu sein, denn die Muskulatur gibt viel bessere Gelegenheit für einen wirksamen Collateralkreislauf als das gefäßarme Peritoneum, und es dürfte danach wirksamer sein, bei der Operation das Netz in die Bauchwandung zu nähern, nicht an dieselbe. Ich glaube das durch meine abweichende Technik, auf die ich noch zurückkomme, erreicht zu haben.

Weiter zeigt die Sektion, daß ich durch die energische Bearbeitung des Peritoneum parietale mit dem scharfen Löffel, wie sie vielfach empfohlen wird, recht wenig erreicht habe. Es fand sich nur eine einzige Adhäsion

des Dünndarms, wie sie sich auch nach einfachen Laparotomien bilden. Es ist danach sogar zweifelhaft, ob diese eine, für den Collateralkreislauf fast bedeutungslose Adhäsion überhaupt dem scharfen Löffel zu verdanken ist. Die Verwendung des scharfen Löffels erscheint danach etwas problematisch.

Eine sehr bedenkliche Beobachtung ist aber der 15—20 cm. lange, freie Verlauf der Venen durch die Bauchhöhle, welcher bedingt war durch den Schwund der Substanz des Netzes, sowohl des Fettes, als auch der Peritonealblätter. Es ist kein Zweifel, daß durch diese Stränge eine sehr ausgiebige Gelegenheit zu inneren Incarcerationen durch Einklemmung, Abknickung oder Umschnürung von Darmteilen gegeben ist. Ich würde es für meine Pflicht halten, bei späteren Operationen diesem Verhalten durch Änderung der Operationsweise Rechnung zu tragen.

Aus diesem Grunde, und weil mein kurzes Referat, wie ich durch mündliche Mitteilung weiß, zu Mißverständnissen Veranlassung gegeben hat, will ich nochmals auf die Operationstechnik kurz eingehen.

Ich machte damals einen medianen Längsschnitt von etwas unterhalb des Proc. ensiformis bis über den Nabel hinab. Zunächst ohne Eröffnung des Peritoneum. Dann löste ich nach beiden Seiten hin stumpf die Muskulatur von der Vorderfläche des Bauchfells ab wie zu einem Bardenheuerschen extraperitonealen Explorativschnitt. Das war natürlich zunächst nur oberhalb der Nabelnarbe möglich. Deshalb wurde die Nabelnarbe auch auf der rechten Seite umschnitten und exstirpiert. Dabei wurde das Peritoneum in einem Längsschnitt eröffnet, und durch diesen wurde der Ascites abgelassen; darauf wurde der Schnitt des Peritoneum wieder durch die Naht geschlossen. Nun ließ sich in der schlaff gewordenen Bauchdecken sehr leicht in großer Ausdehnung die Muskulatur vom Bauchfell ablösen, sodaß eine große Tasche entstand. Durch das Peritoneum hindurch konnte man gut die Stelle bestimmen, wo das Netz am Colon transversum inserierte. Hier wurde ein der Breite des Netzes entsprechender Querschnitt durch das Bauchfell gemacht, das Netz hervorgezogen und das Peritoneum durch Matratzennähte geschlossen, die durch das Netz durchgestochen wurden. (In einem späteren Falle würde ich, um die Bildung der frei durch die Bauchhöhle ziehenden Gefäßstränge zu vermeiden, zunächst das Colon transversum unmittelbar oberhalb der Netzinsertion an den oberen Schnitttrand des Peritoneum parietale annähen, dann erst das Peritoneum durch die Wurzel des Netzes hindurch zunähen und so das ganze Netz extraperitoneal lagern.) Nun hing das Netz wie eine Schürze aus dem Bauchfellsack heraus. Es wurde in der zwischen Peritoneum und Muskulatur gebildeten Tasche gut ausgebreitet, mit wenigen Catgutnähten fixiert, und die Bauchwand schichtweise darüber vereinigt. Die Wunde heilte per primam.

Ich habe seitdem noch zweimal die Talmasche Operation gemacht, beide Male ohne Erfolg.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 48jährigen Mann H. F. mit sehr weit vorgeschrittener Cirrhose. Hier war die Operation nicht ausführbar, da das Netz zu einem ganz kleinen, derben Klumpen umgewandelt war, der mit dem Magen und den Därmen unlösbar verwachsen war. Der Mann starb 10 Tage nach der Operation an seiner Cirrhose.

Im zweiten Falle (H. H., 52 Jahre alt) war die Operation gut ausführbar, die Operationswunde heilte glatt, die Oedeme der Beine gingen zunächst zurück, aber die Diurese blieb gering und ließ sich auch nicht durch Diuretica beeinflussen. Der Mann behielt seinen Ascites und starb einige Wochen nach der Operation. Section leider verweigert, sodass der Grund des Mißerfolges nicht festgestellt werden konnte.

XXII.

Aus dem städtischen Krankenhause in Konstanz (dirig. Arzt:
Dr. O. Kappeler).

Erstickung infolge Durchbruchs einer kompakten
verkästen Lymphdrüse in die Trachea.

Von

Dr. E. Gerber,
Assistenzarzt.

(Mit 2 Abbildungen.)

Wie Löhner (1)¹⁾ in Nr. 27 der Münchner med. Wochenschrift 1904 erwähnt, ist der Durchbruch verkäster Lymphdrüsen in die Trachea oder in die Bronchien in Form von kleinern oder größern Bröckeln mit ihren Folgeerscheinungen — Verstopfung der Stimmritze, oder (wie ich hinzufügen möchte) Aspiration in die Lunge und sekundärer Lungentuberkulose — durchaus kein seltenes Ereignis bei der Tuberkulose des Kindes.

Anders verhält es sich mit dem Durchbruch verkäster Lymphdrüsen in toto, und jeder Fall dieser Art ist deshalb der Veröffentlichung wert. Umsomehr wird ein Fall interessieren, der den Charakter beider Gattungen in sich vereinigt, wie der folgende:

Schmidt Oskar, 6 Jahre alt, noch nicht schulpflichtig, stammte von einer schwindstichtigen, in einer Lungenheilanstalt untergebrachten Mutter ab, während der Vater gesund sein soll; da letzterer meist auswärts auf Montage beschäftigt ist, so war der Kleine zu Hause unter der Obhut einer Tante zurückgelassen. Nach Angabe der letztern wurde der Knabe nun eines Vormittags plötzlich kurzluftig und blau, ohne sich etwa beim Spielen körperlich besonders stark angestrengt zu haben; sie brachte ihn sofort ins Krankenhaus, wo sie ihn aber nur noch als Leiche einliefern konnte, da er auf dem Wege in ihren Armen erstickt war: die Herztöne waren bei der Aufnahme nicht mehr zu hören, der Puls war nicht mehr zu fühlen; das einzige was sich noch feststellen ließ, war eine leichte Tympanie rechts hinten über und unterhalb der Spina scapulae. Da die Tante auch nichts von früheren Erkrankungen des Kindes zu berichten wußte, so blieb die Todesursache dunkel und es wurde deshalb am gleichen Tage die Autopsie vorgenommen, um die Todesursache festzustellen.

Der Knabe war von seinem Alter entsprechender Größe und ganz gutem Ernährungszustande.

1) Die in Klammern befindlichen Ziffern beziehen sich auf das am Schlusse angefügte Literaturverzeichnis.