VI.

Casuistischer Beitrag zur Bauchchirurgie.

Von

Dr. Fritz Berndt
in Stralsund.

(Mit 1 Abbildung.)

1. Fremdkörper in der Blase. Sectio alta. Heilung.

Johann Mierke, 63 Jahre alt, Töpfer, 30. Juli bis 29. Sept. 1892.

Patient leidet seit langer Zeit an Beschwerden beim Urinlassen, weshalb er sich selbst katheterisirte. Vor circa 3 Monaten brach ihm nun die Spitze des Nélatonkatheters ab und blieb in der Blase stecken. Zunehmender Harndrang und Schmerz.

Status: Urin stark eiterhaltig, stinkend. Patient hat fortwährenden Harndrang, entleert jedesmal nur wenige Tropfen. Die Blase fasst nur circa 100 Ccm. (keine Stricturen). Alle Bewegungen macht Patient sehr vorsichtig und langsam, weil er bei schnelleren Bewegungen heftige Schmerzen in der Blase hat. Durch täglich zweimalige Blasen-spülung mit dünner Argent. nitric.-Lösung ist die Cystitis am 18. August so weit gebessert, dass der Urin viel klarer aussieht und die Blase circa 300 Ccm. fasst. Die Unter-

Das incrustirte Katheterstück in natürlicher Grösse.

suchung mit der Steinsonde ergiebt einen etwa hühnereigrossen Stein. Daher am 19. August

Operation in Narkose und Beckenhochlagerung. Querschnitt am oberen Rande der Symphyse, nach Füllung der Blase mit 400 Ccm. Luft (Helferich). Eröffnung der Blase mit 5—6 Cm. langem Schnitt in der Medianlinie, Entfernung des circa 14 Cm. langen, dick incrustirten Katheterstücks, das die beistehende Form zeigt, nebst 35 hirsekorngrossen bis bohnengrossen Phosphatsteinen.

Blasennaht mit 7 Lembert'schen Seidenknopfnähten. Tamponade der übrigen Wunde mit Jodoformgaze. Verweilkatheter.

Verlauf ganz aseptisch; höchste Abendtemperatur 37,8°. Blasenwunde heilt per primam, ohne einen Tropfen Urin durchgelassen zu haben. Uebrige Wunde verkleinert sich langsam unter Jodoformgazetamponade. — Verweilkatheter nach 8 Tagen weggelassen, seitdem spontane Urinentleerung ohne Beschwerden. Am 29. September mit oberflächlicher Granulationsstelle entlassen, dieselbe ist am 15. October völlig vernarbt. — Urin wird spontan und ohne Beschwerden entleert, ist ganz klar.

2. *Hernia umbilicalis incarcerata. Hernio-Laparotomie. Heilung.*

Frau Timreck, 30 Jahre alt. 7. November bis 11. December 1891.

Patientin hat seit langen Jahren einen grossen Bauchbruch, der ihr jedoch bisher keine besonderen Beschwerden verursachte. Seit heute früh plötzlich ohne irgend welche Ursache Schmerzen im Bauch, fortwährendes Erbrechen, Stuhlverhaltung.

Status: Sehr fette Person. Starke Cyanose, kleiner, jagender Puls.

In der Mitte des Abdomens eine über mannskopfgrosse Geschwulst, deren grössere Hälfte links von der Linea alba liegt. Dieselbe ist prall-elastisch, überall auf Druck empfindlich, zeigt tympanitischen Schall. Eine tief eingezogene Grube am unteren Umfang derselben deutet den Nabel an. — Uebrige Bruchpforten frei.

Therapie: Sofort in Narkose 20 Cm. langer Schnitt, parallel der Linea alba, über die linke Hälfte der Geschwulst bis in die Gegend des Nabels. Eröffnung eines grossen, sich trichterförmig nach innen verengernden Bruchsacks, der grösstentheils mit Dünndarm gefüllt ist. Ausserdem findet sich in demselben eine Dickdarmschlinge und Netz.

Der Dünndarm ist durch eine enge, in der Tiefe sicht- resp. fühlbare Oeffnung des Bruchsacks vorgefallen, durch welche dieser mit der übrigen Bauchhöhle communicirt. Hier ist auch der Sitz der Einklemmung. Die vorgefallene Dünndarmschlinge ist circa 1 Meter lang, ihre Serosa mässig geröthet. — Dickdarm und Netz sind durch eine zweite, über handtellergrosse Oeffnung in der medialen Wand des Bruchsacks vorgefallen und nicht eingeklemmt, sondern lassen sich leicht weiter vorziehen resp. zurückschieben.

Nach Erweiterung des einklemmenden Ringes mit dem Bruchmesser lässt sich nunmehr auch die Dünndarmschlinge ohne Mühe weiter vorziehen: die eingeklemmt gewesenen Stellen sehen unverdächtig aus, erholen sich rasch.

Reposition der Dünndarmschlinge ausserordentlich schwierig, gelingt aber schliesslich vollständig. Während derselben tritt durch die erwähnte grosse Oeffnung in der medialen Wand des Bruchsacks immer mehr Dickdarm und Netz in denselben ein, je mehr Dünndarm durch die kleine Oeffnung reponirt wird. Der Bruchsack besteht also aus zwei Hälften, von denen die linke durch die Operation eröffnet wurde. Beide Hälften communiciren durch die mehrerwähnte grosse Oeffnung mit einander.

Wegen Aussetzens des Pulses rasche Schliessung der Bauchhöhle durch zweietagige fortlaufende Seidennaht.

Verlauf afebril. Heilung in geringem Grade durch eine oberflächliche Eiterung am unteren Ende der Nahtlinie gestört (wahrscheinlich zurückzuführen auf das starke Ekzem, von dem die den Bruch bedeckende

Haut, namentlich in den unteren Partien, ergriffen war). Nach 5 Wochen völlig geheilt entlassen.

Patientin befindet sich jetzt, Mitte März 1893, ebenfalls völlig wohl.

3. *Carcinoma Pylori. Laparotomie infolge falscher Diagnose. — Tod nach 2½ Monaten an dem Grundleiden.*

Sofie Blössing, 56 Jahre alt. 28. Juli bis 18. October 1892.

Anamnese: Seit 4 Jahren Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, hin und wieder Erbrechen, unregelmässiger Stuhlgang. — Seit 3 Tagen fortwährendes Erbrechen angeblich kothiger Massen, gänzliche Stuhlverhaltung. (Eingeliefert mit der ärztlichen Diagnose: „Kothbrechen“.)

Status: Bruchpforten frei. Abdomen nicht nennenswerth aufgetrieben. Links vom Nabel ein gänseeigrosser, harter, sehr empfindlicher Tumor, zu dem von rechts oben eine deutlich geblähte Darmschlinge hinzieht, die an demselben zu endigen scheint.

Diagnose: Obturationsileus, veranlasst durch einen Tumor des Colon transversum.

Therapie. Sofort in Narkose Laparotomie in der Linea alba: Der Tumor gehört dem abnorm tief liegenden Pylorus an. Die oben erwähnte, geblähte Darmschlinge ist das Colon transversum, welches sich von dem Tumor an nach links in grösserer Tiefe verliert. Da die Patientin zu einem weiteren Eingriffe zu schwach erscheint, so wird die Bauchwunde durch zweitägige fortlaufende Seidennaht geschlossen. Heilung per primam. — Tod am 18. October 1892 an Kachexie.

Zu diesem Falle möchte ich bemerken, dass der diagnostische Irrthum wesentlich hervorgerufen wurde durch die auf dem Aufnahme-schein vermerkte ärztliche Diagnose: „Kothbrechen“. Wie spätere Nachforschungen ergaben, hatte es sich bei der Patientin nicht um Erbrechen von Dünndarminhalt, sondern von den bekannten kaffeesatzartigen Massen gehandelt. — Uebrigens fehlte zu dem Bilde eines Ileus ein Symptom: der Meteorismus. Der Bauch war, wie gesagt, nur ganz wenig gewölbt. Bei richtiger Würdigung dieses Umstandes wäre die Laparotomie vermieden worden.

4. *Carcinoma pylori. Gastro-Enterostomie. Heilung. — Tod 4 Wochen nach der Operation.*

Wilhelm Riebold, 69 Jahre alt. 30. April bis 8. Juli 1892.

Seit längerer Zeit allerhand unbestimmte Magenbeschwerden. — Bei der Aufnahme starke Magenerweiterung.

Zunächst erhebliche Besserung durch tägliche Magenausspülung, doch bald wieder die alten Beschwerden in verstärktem Maasse, dazu Erbrechen, völliger Appetitmangel. Patient nimmt täglich nur einige Löffel Suppe oder Wein zu sich, die er dann gewöhnlich sofort wieder erbricht.

Als ich den Mann Anfang Juni sah, konnte ich folgenden Status aufnehmen:

Äusserst elendes, abgemagertes Individuum. — Im rechten Epi-

gastrium, dicht unter dem Schwertfortsatz, von der Mittellinie bis zum rechten Rippenbogen reichend ein ovaler, 7 Cm. langer, 4 Cm. breiter Tumor von derber Consistenz, der sich mit den Bewegungen des Zwerchfells unter den Bauchdecken auf- und abschiebt. Contouren des Magens bei der starken Abmagerung ausserordentlich deutlich zu sehen: grosse Curvatur am Nabel, bei Inspiration zwei Finger breit unter demselben. Tumor von der Leberdämpfung durch eine Zone tympanitischen Schalles getrennt, leicht nach unten verschieblich, weniger nach rechts.

Therapie. Von den beiden Alternativen: entweder den Mann verhungern zu lassen, oder noch den Versuch einer Besserung durch chirurgischen Eingriff zu machen, wird die letztere gewählt.

Nach Ausspülung des Magens, wobei sich erhebliche Mengen kaffeesatzartiger Massen entleeren, am

9. Juni in Narkose Schnitt vom Schwertfortsatz bis zum Nabel. Der Tumor gehört dem Pylorus an, lässt sich nicht ganz aus der Wunde hervorziehen. Leber, soweit sichtbar, frei von Metastasen. Von einer Pylorus-resection wird in Anbetracht der längeren Operationsdauer abgestanden und zur Anlegung einer Magen-Dünndarmfistel geschritten. Nach Hervorziehen des Theiles der vorderen Magenwand, der sich am bequemsten in die Wunde einstellen lässt, wird die oberste Schlinge des Jejunum in der Ausdehnung von 5 Cm. an den Magen mit Seidenknopfnähten angeheftet (nach provisorischer Abklemmung der betreffenden Darmschlinge mit Gummiröhrchen). Je 3 Mm. von dieser Nahtreihe wird Magen- und Darmwand 4 Cm. lang bis auf die Schleimhaut eingeschnitten (Braun). Vereinigung der dadurch entstandenen Wundränder durch fortlaufende Naht.

Nunmehr Durchschneidung der Schleimhaut des Magens und Dünndarms, fortlaufende Naht derselben erst an der hinteren, dann an der vorderen Seite, endlich Schluss der gebildeten Anastomose durch fortlaufende Naht der Serosa und Muscularis an der Vorderseite. Sämmtliche Nähte mit Seide. Schluss der Bauchwunde in zwei Etagen. — Dauer der ganzen Operation 1½ Stunden.

Verlauf fieberlos. Erbrechen trat seit der Operation nicht mehr auf. Anfangs alle 10 Minuten ein Löffel Portwein, Milch oder Bouillon. Ausserdem Ernährungsklysmen, die vom 6. Tage an weggelassen werden. Patient bekommt nunmehr so viel flüssige Nahrung, wie er will, und erholt sich sehr schnell. Vom 12. Tage an gehacktes Fleisch, am 17. Tage steht er bei völligem Wohlbefinden auf. Stuhlgang regelmässig. In der Woche vom 28. Juni bis 5. Juli hat er 4 Pfund zugenommen.

Plötzlich am 6. Juli Abends Temperatur 39°, Leib aufgetrieben, sehr schmerzhaft, Erbrechen. Unter den Erscheinungen diffuser Peritonitis Tod am 8. Juli Morgens 30 Tage nach der Operation.

Section: Diffuse, eitrig-fibrinöse Peritonitis. Der Ausgangspunkt derselben konnte trotz eifrigen Suchens nicht gefunden werden. Die Magen-Darmnaht war völlig intact, keine Perforation.

Die angelegte Fistel liegt 50—60 Cm. unterhalb des Pylorus, der durch einen knolligen ringförmigen Tumor völlig verschlossen ist. Durchmesser der Fistel 2½ Cm. Die Darmschlinge war in der Richtung der Peristaltik an den Magen angenäht.

Wenn auch über den Werth der Gastro-Enterostomie heutzutage, wo die günstigen Resultate von zahlreichen derartigen Operationen vorliegen, kaum eine Meinungsverschiedenheit existiren dürfte, so scheint mir der vorliegende Fall doch ganz besonders geeignet, die segensreiche Wirkung dieses Eingriffs zu illustriren. Der Patient war auf das Aeusserste abgemagert und entkräftet, so dass man, namentlich bei seinem verhältnissmässig hohen Alter, jeden Augenblick seinen Tod erwarten musste. Um so auffallender war seine Besserung nach der Operation: subjectiv sofortiges Aufhören der Schmerzen, schnelle Zunahme des Appetits und der Kräfte, objectiv dauerndes Fortbleiben des quälenden Erbrechens, dabei täglich steigende Nahrungsaufnahme. Dieser entsprach denn auch eine Gewichtszunahme in einer Woche (28. Juni bis 5. Juli) von 4 Pfund. Da der Mann die Operation 30 Tage überlebte, so dürfte seine gesammte Gewichtszunahme wohl auf 10—12 Pfund zu schätzen sein.

Die Ursache für die tödtliche Peritonitis habe ich nicht eruiren können. Der Mann gestand mir am Abend vor seinem Tode, dass er ein Stück harten Schwarzbrotess gegessen habe, und ich dachte zunächst an eine mechanische Läsion der jungen Magen-Darmnarbe; bei der Section konnte ich jedoch keine Spur davon finden. Eine Perforation des Carcinoms war ebenfalls nicht vorhanden, ebensowenig irgend ein anderes verdächtiges Moment an den übrigen Bauchorganen.