DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Vierter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Ein Fall von Gastrotomie.

Von

Dr. Otto Risel,

Oberarzt am Stadtkrankenhaus zu Halle a./S.

August Droisch, ein Maurer von 52 Jahren, suchte am 19. Juli 1877 Aufnahme im Krankenhaus wegen Schlingbeschwerden, die ohne bekannte Veranlassung vor mehreren Wochen auftraten und bei Abnahme der Kräfte und der Körperfülle soweit gediehen waren, dass die Aufnahme fester Nahrung sehr erheblich erschwert, zeitweise sogar nahezu unmöglich wurde. Schmerz beim Schlingen will Pat. nie an irgend einer Stelle empfunden haben, Erbrechen war nie vorhanden, wohl aber wurden sehr oft reichliche Mengen zähen Schleimes ausgewürgt, die sich im Halse ansammelten. — Eine sonstige Störung der Verdauung war nicht vorhanden. Der leidlich kräftig gebaute und mittelmässig ernährte Mann mit etwas fahler Haut verlegt den Sitz des Hindernisses beim Schlingen in die Höhe des unteren Theiles des Brustbeins. Unter der Sehne des Sternocleidomastoideus findet sich links über dem Sternoclaviculargelenk ein taubeneigrosser, harter, nicht verschiebbarer Tumor mit glatter Oberfläche, der weder Fluctuation noch Druckempfindlichkeit zeigt, und — es sei dies gleich vorausgeschickt — im weiteren Verlaufe nicht die mindeste Veränderung erkennen lässt. Die Lymphdrüsen am Halse und sonst am Körper sind unverändert. Die Palpation der Aussenfläche des Pharynx bleibt ohne Ergebniss, der Pharynx enthält ziem-

lich viel zähen, glasigen Schleim, ist aber sonst normal. Die Schlundsonde dringt ohne Schwierigkeit bis in beträchtliche Tiefe vor und trifft in der Nähe der Cardia eine verengerte Stelle von einigen Centimetern Länge, welche bei mässigem Druck und ohne Schmerzempfindung der kleinsten und unmittelbar nach dieser auch der mittleren Olive den Durchtritt gestattet. Der Thorax ist etwas lang, die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane etc. ohne einen Befund, der eine andere Diagnose als die einer carcinomatösen Stricture des untersten Theiles des Oesophagus resp. der Cardia gerechtfertigt hätte.

Der Erfolg der Sondirung war, wie die Beobachtung während der nächsten Wochen ergab, dass für die ihr folgenden 24—48 Stunden das Schlingen ohne die sonst vorhandenen Beschwerden vor sich ging, während sonst nach 2—3 Minuten Wiederauswürgen des Genossenen eintrat, sobald festere Nahrungsmittel demselben in etwas grösserer Menge beigemischt waren. Da irgendwelche Unzuträglichkeiten die Einführung der Sonde nicht begleiteten, wurde dieselbe anfangs jeden 2. späterhin jeden 3. Tag wiederholt, und die Ernährung dadurch so gefördert, dass der Kranke an Kräften und Körpergewicht zunahm, auch ein frischeres Aussehen gewann. — Indess bereits in der zweiten Hälfte des August machte diese Wendung zum Besseren einen Stillstand; das Canalisationshinderniss des Oesophagus nahm mehr und mehr zu, nur die kleinste Olive konnte denselben ohne bedenkliche Kraftanwendung passiren und gegen Ende des Monats wurde tägliches Son-

diren von dem Kranken verlangt, trotzdem es Schmerz an der verengerten Stelle hervorrief. Vom 13. September an entwickelte sich unter Fieber (40,0° wurde nicht erreicht) eine Infiltration des rechten unteren Lungenlappens, welche, obgleich am 7. Tage normale Temperatur erreicht wurde, nur theilweise zur Resolution gelangte und fortan unter immer neuen, meist mehrtägigen Fieberparoxysmen nahezu unverändert bestehen blieb. So fand ich den Zustand des Kranken Anfang October nach meiner Rückkehr von einer dreiwöchentlichen Reise erheblich verschlechtert, Abmagerung und Behinderung des Schlingens waren beträchtlich fortgeschritten, und dabei eine Reihe von Symptomen eingetreten, die während der übrigen Dauer der Beobachtung bestehen blieben. Das unbehinderte Verschlucken auch flüssiger Nahrung war nur nach täglicher Sondirung möglich, letztere verursachte immer stärkere Schmerzen und gar nicht selten blutige Färbung des ausgewürgten Schleimes. Wurde die unterlassen, so wurde gewöhnlich unmittelbar nach dem Verschlucken ein Theil der aufgenommenen Speisen mit dem im Pharynx enthaltenen glasigen Schleim gemischt wieder ausgewürgt. Dann verging einige Zeit, zuweilen bis 10 Minuten, und nun trat ein heftiger, in Würgebewegungen endigender Hustenanfall ein, der einen anderen Theil des Genossenen mit dickem, eitrigem, kaum lufthaltigem, grünlichem Schleim mehr oder weniger innig vermischt nach Aussen beförderte. (Diese Schleimklumpen waren anfangs in geringer, späterhin in immer reichlicherer Menge vorhanden, boten aber niemals in Geruch oder Farbe etwas Besonderes). Der Rest des Verschluckten wurde jedoch immer zurückgehalten und zwar allem Anschein nach im Magen. — Anstrengender Husten war auch sonst ziemlich viel vorhanden, der Auswurf bestand neben den bei der Regurgitation beobachteten eben beschriebenen Schleimmassen aus gelblich eitrigem, lufthaltigen Sputis. Die Percussion ergab rechts hinten unten eine fast bis zur Scapula reichende, nach der Axillarlinie hin an Intensität und Ausdehnung abnehmende Dämpfung, über welcher stets ein sehr feinblasiges Rasseln, ausnahmsweise undeutliches Bronchialathmen, niemals aber Höhlenphänomene wahrzunehmen waren. Ausserdem fanden sich über die ganze Lunge verbreitet mehr oder weniger reichlich laute, gross- und feinblasige Rasselgeräusche. — Liessen diese Erscheinungen keinen Zweifel, dass eine Perforation des Oeso-

phagus bestand und Austritt von Speisen durch dieselbe in eine paroesophagale Höhle erfolgte, so konnte doch keine Klarheit über Lage und nähere Beziehungen derselben gewonnen werden. Auch der Umstand, dass im weiteren Verlauf noch an einer zweiten höher, etwa an der Bifurcation der Trachea gelegenen Stelle, die Sonde auf einen Widerstand stiess, brachte keinen weiteren Aufschluss: eine Communication des Oesophagus mit einem grossen Bronchus bestand aber jedenfalls nicht. Als wahrscheinlich wurde angenommen, dass die Perforation des Oesophagus dicht über dem Zwerchfell und zwar mit Sonde stattgefunden habe und Veranlassung zur Bildung einer von dem splenicirten rechten unteren Lungenlappen und pleuritischen Schwarten umgebenen Höhle gewesen sei.

Unter diesen Erscheinungen ging es mit dem Kranken immer weiter abwärts. Stärkere Schmerzen traten auch spontan in der Tiefe des Epigastriums ein, bei schnellerer Abmagerung verlor die Herzaction an ihrer bisherigen Energie, die Haut wurde trockener, der Stuhl seltener, auch der Harn spärlicher. Die Einführung der Sonde wurde für den Kranken so quälend, dass man, da sie ohnehin schon höchst bedenklich erschien, von ihr fernerhin glaubte abstehen zu müssen. Die Ernährung per anum mit Milch, Ei, Wein, Leube'scher Fleischsolution etc. wurde versucht, ihr Erfolg war aber so unzureichend, dass 2 Tage nachdem das Sondiren ausgesetzt und so nur äusserst wenig Flüssigkeit in den Magen gelangt war, den Bitten und Drängen des verzweifelnden Kranken mit Widerstreben nachgegeben und am 9. November die Gastrotomie in der Methylenbichloridnarkose ausgeführt wurde. — Unter Carbolspray Schnitt parallel dem linken Thoraxrande und 2 Ctm. von demselben entfernt vom Proc. xiphoideus bis zur 8. Rippe 7 Ctm. lang. Blutung aus den Gefässen an der hinteren Seite des Rectus sehr gering, vorzugsweise venös, bei jeder Expiration sich steigend, macht keine Unbequemlichkeiten. Nach Spaltung des Peritoneum in etwa 5 Ctm. Ausdehnung gelangt der Finger sofort an den unteren Rand der Leber und von diesem auf die hintere Fläche derselben. Auf dieser fortgleitend unterscheidet man bald die Anheftungsstelle des kleinen Netzes, welche in der Gegend der Cardia eine harte, etwa taubeneigrosse Geschwulst mit höckeriger Oberfläche (anscheinend krebsige Lymphdrüse) umschliesst, und gelangt von dieser weiter abwärts an ein der Wirbelsäule

aufliegendes, stark zusammengezogenes, aber trotzdem als solches deutlich unterscheidbares Hohlorgan. Emporgehoben wird dasselbe sofort als Magen erkannt an der Dicke seiner Wandung, an dem Mangel der dem Colon eigenen Längsmuskelbänder, namentlich aber an der eigenthümlichen Anordnung der Venen (die Arterien waren kaum sichtbar) längs der grossen und kleinen Curvatur. Einige Schwierigkeit macht es, den Magen soweit hervorzuziehen, dass er der Peritonealwunde genähert und in ihr mit dicht an einander liegenden Seidennähten genau befestigt werden kann. Letztere durchdringen in ziemlicher Breite die Magenwand nahezu in ihrer ganzen Dicke, das vorgezogene parietale Peritoneum und endlich die übrigen Schichten der Bauchwand der Art, dass die Wundfläche der Haut mit der Serosa des Magens in unmittelbare Berührung gebracht wird. — Bei allen diesen Manipulationen konnte nicht die geringste Bewegung an der Magenwand wahrgenommen werden. Wegen der Häufigkeit und Heftigkeit des Hustens glaubte ich die Eröffnung des Magens erst nach genügend fester Verwachsung desselben in der Bauchwunde vornehmen zu dürfen, beendete also vorläufig die Operation, stopfte die Wunde mit Ballen von Carbolgaze aus und bedeckte das Ganze mit dem gewöhnlichen Listerverband. — Die Narkose war eine vorzügliche gewesen, nicht die geringste Brechbewegung trat während und nach derselben ein und der Kranke erwachte schnell, allerdings sehr angegriffen, zum vollen Bewusstsein. — Während des Nachmittags kehrten mehrere Hustenanfälle wieder, die ziemlich Schmerz in der Wunde verursachten. Gesicht und Hände leicht cyanotisch, Nase und Extremitäten etwas kühl, Urin wird ziemlich reichlich entleert, Puls klein, weich, 120. Temperatur am Morgen wie an den vorhergehenden Tagen normal (37,5), am Abend 36,0. Ernährende Klysmata.

10. November. Pat. hat etwas geschlafen. Husten ist oft, aber in verringerter Heftigkeit wiedergekehrt, namentlich in Folge der Versuche zu trinken, bei dem nur wenig Flüssigkeit in den Magen gelangte. Harn in gleicher Menge entleert. Cyanose etwas geringer, Puls kräftiger, 100. Wärmevertheilung an den Extremitäten gleichmässig, aber doch noch unter der Norm. Bauch etwas aufgetrieben bei Druck und spontan nicht, beim Husten nur an der Wunde schmerzhaft.

T. Morg. 38,0. Abends 38,7. Ernährung per anum mit reichlichem Weinzusatz.

11. November. Status idem. T. Morg. 37,5. Puls 84, voller. Husten mässig, normale Wärme der Extremitäten. Nach Entfernung des Verbandes findet sich die vordere Magenwand mit der Haut fest verklebt und mit einer Fibrinschicht bedeckt. Sie wird mit der Hakenpincette emporgehoben und mit dem Messer etwa 2 Ctm. weit eingeschnitten. Die hierbei aufgetretene Blutung stillt sich bald, gelblich gefärbter Mageninhalt tritt aus. Ein kleinfingerdickes Gummirohr wird eingeführt, mit mehreren dicht aneinander liegenden Catgutnähten in der Magenwunde befestigt und der Art durch die Schichten des Listerverbandes geführt, dass ohne denselben zu lüften oder zu verunreinigen Flüssigkeiten direct in den Magen gebracht werden können. Auffällig war, dass das Gummirohr bei der Einführung nach rechts statt, wie erwartet worden war, nach links hin abwich und kaum mehr als 100 Grm. Flüssigkeit auf einmal eingebracht werden konnten, ohne dem Kranken Unbehagen zu verursachen. T. Ab. 39,0. Puls 92 im Gleichen.

12. November. T. Morg. 38,0. Puls 104, kleiner. Pat. ist sehr matt, hat weniger geschlafen, der Husten ist heftiger gewesen, der Schleimauswurf stärker. Im Uebrigen der Zustand unverändert. Nahrung kann nicht häufiger als alle 2 Stunden und nur in derselben geringen Menge in den Magen gebracht werden. Harn reichlich, hell. T. Ab. 37,0. Puls 108.

13. November. T. Morg. 36,4. Puls 108, klein. Wenig geschlafen, viel gehustet. Extremitäten kühl, Gesicht und Hände mehr cyanotisch, Stimme heiser, rauh. Reichlich Wein in's Rectum und in den Magen, subcutane Aethereinspritzungen, Wärmflaschen. T. Ab. 36,4. Puls 96.

14. November. T. Morg. 36,0. Puls 120. Collaps unverändert. Der Verband ist von brauner Flüssigkeit durchtränkt, welche auch die Umgebung der Wunde besudelt und als Mageninhalt bei Druck auf das Epigastrium neben dem in der Fistel liegenden Drain hervorquillt. Feste Vereinigung der vorderen Magenwand mit der Bauchwand resp. der Haut ist vorhanden, die Seidennähte werden entfernt. Die Ränder der Magenfistel sind in 3 Millimeter Breite nekrotisch und mit Gallenfarbstoff imbibirt, die das Gummirohr an ihnen befestigenden Catgutnähte dem Durchschneiden

nahe. Die in den Magen gebrachten Flüssigkeiten scheinen in demselben zu stagniren und veranlassen grosses Unbehagen, so dass man von ihrer ferneren Einführung absieht. Man beschränkt sich auf Klysmata, Analeptica und mögliche Erwärmung. T. Ab. 36,0. Puls 136.

15. November. Tod im Laufe des Vormittags in vollständiger Erschöpfung.

(Schluss folgt.)