

### III. Krebs der Cardia; Metastase in den rechten Leberlappen; Gastrostomie.<sup>1)</sup>

Von Prof. Dr. C. A. Ewald.

M. H.! Ich möchte mir erlauben, ein Präparat zu demonstrieren, das von einem Fall stammt, der vielleicht ein weiteres Interesse beanspruchen darf.

Es handelt sich um eine 53jährige Frau, welche am 12. März in das Augustahospital kam. Sie war in hohem Grade abgemagert; ihr Abdomen, muldenförmig eingefallen, fühlte sich teigig an und war in seiner ganzen Ausdehnung, wie dies bei vollständig eingesunkenen, luftleeren Gedärmen vorkommt, gleichmässig gedämpft. Die Palpation liess in der rechten Seite, entsprechend dem Kamm der Darmbeinschaukel, eine etwa apfelgrosse Geschwulst fühlen, die eine höckerige Oberfläche darbot und in ganz geringem Maasse beweglich erschien.

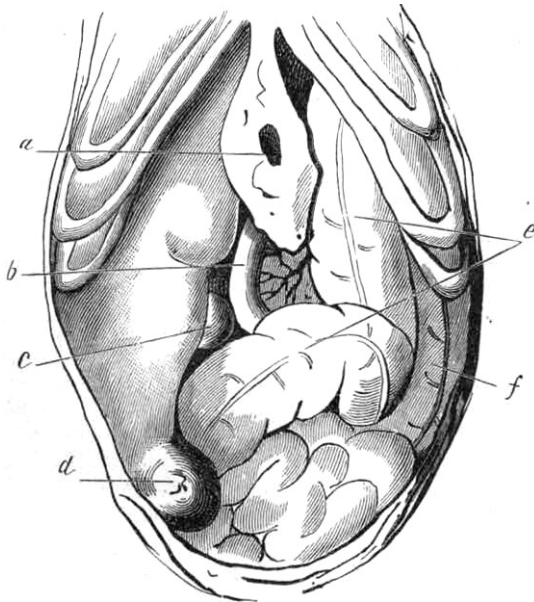
Die Frau brach alsbald alles aus, was sie zu sich nahm: die Untersuchung der erbrochenen Massen zeigte, dass dieselben aus den unveränderten Speisen bestanden, dass z. B. die Milch ungekäst wieder herauskam, und dass das Erbrochene keine Salzsäure enthielt. Die Sondenuntersuchung ergab an der Cardia eine für die Sonde undurchgängige Strictur. Es war also kein Zweifel daran, dass es sich, namentlich da consensuelle Drüsenanschwellungen vorhanden waren, um ein Carcinom an der Cardia handeln musste, und wir nahmen an, dass der Tumor, den wir in der Abdominalhöhle fühlten, ein metastatischer sei, der seiner Lage nach am ersten als vom Becken ausgehend zu betrachten war oder vielleicht einer dislocirten Niere angehörte, die so weit nach unten gerutscht war, dann sich wieder festgelöthet hatte und event. carcinomatös erkrankt war. Dass wir den Harn normal fanden, konnte keinen

<sup>1)</sup> Demonstration im Verein für innere Medicin.

Gegengrund abgeben; denn es ist bekannt, dass unter solchen Umständen irgend welche pathologischen Veränderungen des Harns fehlen können.

Da die Frau immer mehr abmagerte und durch Clysmata nicht zu ernähren war — sie gab sie von sich oder, wenn sie sie durch Opiumzusatz bei sich behielt, so wurden bei der nächsten Wassereingiehung leicht angefaulte Massen wieder entleert —, so schlug ich die Gastrostomie vor, nicht um das Leben der Frau wesentlich länger hinzuhalten, sondern um ihre sehr grossen subjectiven Beschwerden, das unaufhörliche Brechen u. s. w., zu beseitigen und dem qualvollen Bilde des Hungertodes nicht ganz unthätig zuzusehen. Die Gastrostomie wurde von meinem Collegen Küster einseitig ausgeführt. Es wurde eine Canüle, nach Art einer Trachealcannüle, durch welche die Nahrung eingeflösst werden sollte, eingelegt. Aber es konnten nur sehr geringe Mengen Nährsubstanz in den Magen eingebracht werden und zwar offenbar deshalb, weil der Magen, wie es in solchen Fällen zu sein pflegt, sehr klein geworden war, und der untere Rand der Canüle gegen die hintere Magenwand anstiess. Es wurde nun versucht, ein Schlundrohr durch den Pylorus in den Darm zu führen, und in der That gelang es dadurch, grössere Quantitäten, Flüssigkeiten bis zu einem viertel und halben Liter, in den Darm einzugliessen: Pepton, Milch u. s. w., ohne dass dieselben wieder zur Fistel herauskamen. Indessen die Frau ging an allmählich fortschreitendem Marasmus zu Grunde. Ich will bemerken, dass es trotz beinahe täglicher grosser Eingiehung in den Darm niemals gelang, nachdem die Ernährung von der Fistel aus eingeführt war, Stühle zu erzeugen.

Die Section ergab ein eigenthümliches Verhalten in dem Situs der Baucheingeweide, welche ich hier in einer Skizze, die ich unmittelbar nach der Section angefertigt habe, vorführe.



a) Fistelöffnung mit einem Stück Bauchhaut. — b) Duodenum mit Netz. — c) Gallenblase. — d) Carcinomknoten im rechten Leberlappen. — e) Colon transversum. — f) Colon descendens.

Es zeigte sich nämlich, dass ein Theil des rechten Leberlappens in Gestalt eines schmalen zungenförmigen Fortsatzes nach unten bis zum horizontalen Schambeinast verlief, in seinem oberen Rande abgeschnürt war, und gerade auf dem äussersten und untersten Punkte dieser Abschnürung sass ein ganz solitärer apfelgrosser Carcinomknoten, den wir intra vitam an dem Darmbeinkamm gefühlt hatten und wegen der eigenthümlichen Verhältnisse im Abdomen nicht auf die Leber beziehen konnten, zumal an dieser Stelle leichte Verlöthungen mit dem Peritoneum parietale vorhanden waren. Es ist zufolge des eigenthümlichen Situs nicht anzunehmen, dass eine bessere Differenzirung der Lage des Tumors durch die von mir sonst geübte Aufbahrung der Därme vom Rectum aus mit Hilfe eines Doppelgebläses, die man bei irgend zweifelhaften Abdominaltumoren, Darmverengerungen etc. nie unterlassen soll, weil sie sehr werthvolle Resultate geben kann, möglich gewesen wäre. In diesem Fall ist sie aus anderen Gründen nicht vorgenommen worden. Ausserdem zeigte sich noch, dass der Magen in der That von ausserordentlicher Kleinheit war, er fasste kaum 100 ccm Wasser. Die Därme waren zusammengefallen, theilweise mit breiigem Inhalt gefüllt. An der Cardia befand sich das von uns diagnosticirte grosse Carcinom, welches nach hinten auf die kleine Curvatur hinübergreif und oberhalb der verengten Stelle eine ziemlich grosse, vielfach zerfressene Ausbuchtung der Speiseröhre geschaffen hatte. Es ergab sich auch weiter ein eigenthümlicher Verlauf des Quercolons, welches sich von rechts unten nach links oben quer über das Abdomen hinüberzog, dann umknickte und beinahe senkrecht in die Höhe stieg, so dass es bis unter den Rippenbogen hinaufging und dann erst in das Colon descendens umbog.

Der Fall bietet noch insofern ein gewisses Interesse, abgesehen von der eigenthümlichen Lagerung des rechten Leberlappens und dem Auftreten dieses solitären Knotens in demselben, als er zu einigen Bemerkungen veranlasst über die Anlage der Fistel bei derartigen Gastrostomien.

Es hat sich in der letzten Zeit durch wiederholte Untersuchungen als feststehend erwiesen, dass in denjenigen Fällen von Cardiacarcinomen, die den unteren Theil des Oesophagus ergreifen, auch die Magenfunctionen vollständig aufhören, dass also ein irgendwie wirk-

samer Magensaft nicht mehr abgesondert wird. Es kommt daher nach Anlegung einer Fistel alles darauf an, dass die dem Magen einverleibten Ingesta möglichst schnell in den Darm zur Digestion hinüberbefördert werden. Wenn man nun, wie bisher, die Magen-fistel so anlegt, dass man eigentlich dem Magen Material für die Verarbeitung durch den Magensaft zuführen will, so begeht man damit einen Fehler und schafft sich eine Schwierigkeit, die man dann umgehen wird, wenn man die Fistel möglichst dicht am Pylorus anlegt. Man verzichtet dann von vornherein auf die Magenverdauung und bringt womöglich die Nährsubstanzen mittels der Sonde oder eines Schlauches direct durch den Pylorus in den Darm, um sie der Darmverdauung zu überweisen. Die Pylorusmuskulatur würde dann das Rückströmen der Massen in den Magen und von da durch die Fistel nach aussen durch ihre Contraction verhindern. Ich würde also in solchen Fällen immer dafür plädiren, die Fistel möglichst dicht am Pylorus anzulegen, und würde es auch unter Umständen versuchen, bei Pylorusstenosen, die Ernährung durch die Stenose resp. die Bougirung der letzteren von einer Magen-fistel aus vorzunehmen. Dass eine Operation, wie z. B. die von Heinecke-Mikulicz, in solchen Fällen nicht von dauerndem Bestande für die Durchgängigkeit des Pylorus ist, habe ich erst neulich an einem von Herrn Bardeleben s. Z. operirten Präparat gesehen, bei dem trotz der Operation später wieder eine Verengung des Pylorus stattgefunden hatte.

Schliesslich ist in dem von mir beobachteten Fall, in welchem der Kranken erhebliche Mengen gährungsfähiger Substanzen durch die Fistel eingebracht waren und Stuhl über 8 Tage nicht stattgefunden hatte, noch das Fehlen jeglicher Zersetzungs- und Entzündungserscheinungen im Darm bemerkenswerth. Dies dürfte zum Theil auf den Marasmus und die Iunition zurückzuführen sein.