

Wiener klinische Wochenschrift

unter ständiger Mitwirkung der Herren Professoren Drs.

Die »Wiener klinische Wochenschrift«

erscheint jeden Donnerstag im Umfange von mindestens zwei Bogen Grossquart.

Zuschriften für die Redaction sind zu richten an Dr. Gustav Riehl, I. Bellariastrasse Nr. 12, Bestellungen und Geldsendungen an die Verlags-handlung.

E. Albert, G. Braun, R. Chrolek, V. R. v. Ebner, S. Exner, E. Fleischl v. Marxow, M. Gruber, E. R. v. Hofmann, O. Kahler, R. Freih. v. Krafft-Ebing, Th. Meynert, S. Stricker, C. Toldt, A. Vogl, H. Widerhofer, E. Zuckerkandl

begründet von weil. Hofrath Prof. H. v. Bamberger

herausgegeben von

Theodor Billroth, Ernst Fuchs, Hans Kundrat, Ernst Ludwig und L. R. v. Schrötter.

Organ der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Redigirt von Dr. Gustav Riehl.

Verlag von Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, I. Rothenthurmstrasse 15.

Abonnementspreis jährlich 10 fl. = 20 Mark. Abonnements und Insertions-Aufträge für das In- und Ausland werden von allen Buchhandlungen u. Postämtern, so wie auch von der Verlags-handlung übernommen.

Abonnements, deren Abbestellung nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Insertate nach Tarif, grössere Aufträge nach Uebereinkommen.

IV. Jahrgang.

Wien, 20. August 1891.

Nr. 34.

Inhalt. Ueber 124 vom November 1878 bis Juni 1890 in meiner Klinik und Privatpraxis ausgeführte Resectionen am Magen- und Darmcanal, Gastro-Enterostomien und Narbenlösungen wegen chronischer Krankheitsprocesse. Von Hofrath Dr. Th. Billroth. — Die Behandlung der Empyeme mittelst Jodoformmulltamponade. Von Dr. Victor Wagner. (Schluss.) — Ueber Arsenlähmungen. Von Dr. S. Mařik. (Fortsetzung.) — Feuilleton. Die neue mährische Landes-Gebäranstalt in Brünn, ihre Geschichte und Beschreibung. Von Dir. Riedinger. — Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Vereine: Protokoll der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien. — Referate: v. Rokitsansky: Sticker, Foltanek, Schäfer, Kahane, Kern, Neuenkirchen; Hinterstoisser: Witzel, Landerer; Herzfeld; Hirschfeld. — Zu Koch's Heilmittel der Tuberculose. — Klinische und therapeutische Mittheilungen: Creosot. Salicylbromanilid. Chinin. Einfluss des denaturirten Spiritus auf die Gesundheit der Arbeiter. — Notizen.

— Alle Rechte vorbehalten. —

Ueber 124 vom November 1878 bis Juni 1890 in meiner Klinik und Privatpraxis ausgeführte Resectionen am Magen- und Darmcanal, Gastro-Enterostomien und Narbenlösungen wegen chronischer Krankheitsprocesse.

Von Hofrath Dr. Th. Billroth.*)

Ich habe es für zweckmässig erachtet, in dem folgenden Bericht über die von mir und meinen Assistenten vom November 1878 bis Juni 1890 ausgeführten Magen- und Darmresectionen diejenigen Fälle auszuschalten, in welchen bei Ovario- und Hysterotomien wegen unlösbarer Verwachsungen, ich möchte sagen gelegentlich, Darmstücke resecirt werden mussten; dann auch die Resectionen brandiger Darmstücke bei Bruchoperationen und inneren Einklemmungen. Das Hineinziehen dieser Fälle in die Statistik der Darmresectionen als solcher würde die Einsicht in die Prognose dieser Operationen stören und würde auch die Discussion auf ganz andere weite Gebiete ablenken.

Ich beschränke mich daher auf die Mittheilung derjenigen Fälle, in welchen die Resectionen wegen chronischer Krankheitsprocesse, wie Ulcerationen, Narbenstenosen, Fisteln, Geschwülste gemacht wurden. Es sind dies 124 Fälle, bei welchen ich auch die Gastro-Enterostomien und die Ablösung des Pylorus bei Knickungen mit einbeziehe, weil diese Operationen sehr wesentlich mit den Pylorusstenosen zusammenhängen.

Von diesen 124 Operationen sind 83 von mir persönlich ausgeführt, 3 von Dr. A. Wölfler, jetzigem Professor in Graz, 8 von Dr. V. v. Hacker, jetzigem Docenten und chirurgischem Primararzt in Wien, 15 von Dr. Fr. Salzer, jetzigem Professor in Utrecht und 15 von Dr. A. Freiherrn von Eiselsberg, Docent und zur Zeit Assistent an meiner Klinik.

Gestatten Sie mir, Ihnen zunächst in gedrängtester Kürze eine statistische Uebersicht über diese Fälle zu geben. Darnach werde ich auf einige mir wichtig erscheinende Punkte etwas näher eingehen, so weit es die Zeit erlaubt.

*) Vortrag, gehalten im August 1890 in der chirurgischen Section des internationalen Congresses in Berlin.

41 Pylorusresectionen (die erste am 29. Januar 1881, die letzte am 25. Juni 1890) wurden an 7 Männern und 34 Frauen im Alter von 26 bis 58 Jahren ausgeführt: 28 mal wegen Carcinom, 1 mal wegen Sarkom, 12 mal wegen callöser Narben, welche den Pylorus meist sehr bedeutend verengt hatten. Die Dauer dieser Operationen betrug je nach der Schwierigkeit der Fälle $1\frac{1}{4}$ bis $3\frac{1}{2}$ Stunden, die Länge der resecirten Stücke 4 bis 21 cm. 27 mal konnte die typische Resection des Pylorus wegen Carcinom durchgeführt werden mit 12 günstigen Ausgängen und 15 Todesfällen. — 2 mal wurde das sehr breite Carcinom in toto resecirt, das Magen- und Duodenum-Lumen jedes für sich zugenäht und darauf die Gastro-Enterostomie gemacht: 1 Erfolg, 1 Todesfall.

Typische Resectionen wegen Pylorusstenose durch Narben kamen 7 vor mit 4 Heilungen und 3 Todesfällen. Atypische Resectionen des Pylorus, d. h. keilförmige Excisionen ohne vollständige Durchtrennung 5: davon 2 mit Erfolg, 3 Todesfälle.

Im Ganzen sind von diesen 41 Operirten 19 geheilt, 22 gestorben.

Von den 13 nach Resection des carcinomatösen Pylorus Genesenen sind 5 innerhalb 10 Monaten, 2 nach einem Jahr, 1 nach $1\frac{1}{2}$, 1 nach $2\frac{1}{2}$, 1 nach $5\frac{1}{4}$ Jahren an Recidiven und Metastasen zu Grunde gegangen. — 3 Frauen leben noch, von denen eine vor $1\frac{1}{2}$ Jahren operirt wurde; sie befindet sich wohl, doch ist unter der Narbe ein Recidivknoten fühlbar. 2 Frauen sind vor $4\frac{1}{2}$ und $2\frac{1}{2}$ Monaten operirt, sind bisher gesund und haben erheblich an Gewicht zugenommen.

Von den 6 wegen Narbenstenose des Pylorus Operirten und Geheilten ist eine Frau $3\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation an Peritonitis gestorben, nachdem sie vollkommen gesund entlassen war; es fanden sich bei der Section in der Narbe einige kleine Abscesse, von welchen einer in die Peritonealhöhle durchgebrochen war. — Ein junger Mann lebte nach der Resection des verengten Pylorus fünf Jahre lang vollkommen gesund; dann bekam er aus einem neu sich bildenden Ulcus rasch hinter einander sehr profuse Blutungen, denen er erlag. — 4 Frauen aus dieser Gruppe leben gesund, verdauen vortrefflich und sind fett geworden.

In 5 Fällen mit allen Erscheinungen der Pylorusstenose wurde der Pylorus nach der Explorations-Incision nicht absolut verengt, sondern durch sehr ausgedehnte

Adhäsionen abgeknickt gefunden. In 3 dieser Fälle waren die Verhältnisse so schwer zu übersehen, dass ich dicht vor dem Pylorus einen kleinen Schnitt in den Magen machte, um die Lagerung und Weite des Pylorus durch Untersuchung mit dem Finger zu constatiren; dann machte ich die Lösung der sehr ausgedehnten Narben, wobei sehr viele Umstechungen, einmal auch die Exstirpation der eingerissenen mit Steinen gefüllten Gallenblase nothwendig wurde, und nähte dann die Magenwunde zu. Alle drei Fälle sind tödtlich verlaufen. Einer dieser Pat. starb im Collaps, 2 Stunden nach der Operation, 2 gingen an Peritonitis zu Grunde — 2 Pat., bei welchen die Adhäsionen weniger ausgedehnt waren, und bei welchen der Magen nicht eröffnet wurde, sind geheilt.

Die Gastro-Enterostomie wurde in 28 Fällen an 13 Männern und 15 Frauen im Alter von 27 bis 68 Jahren gemacht wegen hochgradiger Pylorusstenose, bedingt durch nicht exstirpirbare Carcinome; 12mal kam dabei die Methode von A. Wölfler, 16mal die Methode von V. v. Hacker in Anwendung. 14 Individuen haben die Operation gut überstanden, 14 sind bald nach derselben gestorben. Die Lebensdauer der Genesenen betrug bei sehr gebessertem Zustande 1 bis 8 Monate.

11 Pat. (7 Männer, 4 Frauen, im Alter von 16 bis 55 Jahren), bei welchen Dünndarm-Resectionen gemacht wurden, sind alle geheilt. Indication war: 8mal Anus praeternaturalis bereits mehrere Monate nach gangränösen Hernien bestehend (5mal nach Inguinal-, 3mal nach Crural-Hernie), 1mal Anus praeternaturalis nach Trauma, 1mal Carcinom. Die Länge des resecurten Stückes betrug $1\frac{1}{2}$ bis 6 cm.

Das Coecum wurde 24mal resecurt bei 15 männlichen, 9 weiblichen Individuen im Alter von 9 bis 54 Jahren. — 11mal gab Carcinom die Veranlassung mit 5 glücklichen Ausgängen und 6 Todesfällen. — 13mal wurde wegen Kothfisteln mit oft colossal ausgedehnten Schwielenbildungen nach chronischer ulceröser Perityphlitis resecurt: 7 geheilt, 5 gestorben; in 1 Falle brach die Fistel wieder auf; man konnte zu keiner neuen Operation schreiten, weil der Pat. von universeller Tuberculose befallen wurde, welcher er erlag. Im Ganzen sind 11 Pat. nach der Coecumresection gestorben, 13 haben dieselbe überstanden.

8mal wurden Resectionen am Colon in der Ausdehnung von 5 bis 10 cm gemacht und zwar bei 4 Männern und 4 Frauen im Alter von 27 bis 60 Jahren. — 2mal wurde das Anfangsstück des Colon ascendens resecurt wegen Kothfisteln, welche sich nach Resection des Coecum gebildet hatten, 1mal mit glücklichem, 1mal mit tödtlichem Ausgang. — 3mal ist ein Stück vom Colon transversum resecurt worden: 1mal wegen Carcinom, 2mal wegen Fisteln, welche im Nabel zum Durchbruch gekommen waren. Alle 3 Operirten sind geheilt; die wegen Carcinom Resecirte lebte noch zwei Jahre, wo sie an Recidiv starb. — In einem Falle wurde wegen Carcinom die Flexura coli sinistra, in 2 Fällen (1mal wegen Carcinom, 1mal wegen Stricture nach Diphtherie) das untere Stück des S. R. resecurt: alle 3 Operirten starben. — Im Ganzen haben wir bei 8 Colon-Resectionen 4 Heilungen und 4 Todesfälle.

Resectionen des Rectum mit Erhaltung des M. sph. ani und Vereinigung des Mastdarms wurden 7, und zwar bei 5 Männern und 2 Frauen, im Alter von 31 bis 54 Jahren gemacht, 6mal mit Sacralschnitt nach Kraske, 1mal mit Perinealschnitt nach Zuckerkandl. Alle 7 Pat. haben die zum Theil mit Eröffnung der Peritonealhöhle verbundene Operation gut überstanden; doch nur in 2 Fällen wurde das erstrebte Resultat vollkommen erreicht. In 5 Fällen erfolgte die Zusammenheilung des Darmes nur in der vorderen Hälfte; nach rückwärts blieb oberhalb des M. sph. ani eine Oeffnung zurück, welche dann als Anus artificialis functionirte.

Ich will bei dieser Gelegenheit erwähnen, dass ausser den hier erwähnten Fällen von Rectumresectionen noch 8 totale Rectumexstirpationen mit gleichzeitiger Entfernung des M. sph. ani und Anlegung eines An. sacralis nach Kraske bei 5 Männern und 3 Frauen gemacht wurden. — 3 so Operirte starben, 5 haben die Operation gut überstanden und blieben manche von ihnen länger als ein Jahr geheilt. Diese Fälle sind nicht mit in die obige Statistik der 124 Fälle einbezogen;

die Zahl der Rectumresectionen würde danach 15 mit 3 Todesfällen betragen. — Der Verschluss des Anus sacralis liess sich in allen Fällen durch eine entsprechende Bandage über Erwarten gut herstellen. Es kann keinem Zweifel mehr unterliegen, dass der Sacralschnitt nach Kraske den früheren Methoden der Rectumexstirpation aus vielfachen Gründen vorzuziehen ist.

Fassen wir das bei den erwähnten Operationen von uns erzielte Gesamtergebniss zusammen, so ergibt sich, dass mit Ausnahme der Dünndarm- und Mastdarm-Resectionen, bei welchen kein Todesfall vorkam, durchschnittlich die Hälfte der Operirten starb, die andere Hälfte die Operation glücklich überstand.

Indem wir dies Resultat zur Kenntniss nehmen, bietet es als nackte statistische Thatsache kein weiteres Interesse, als dass es einen Vergleich mit späteren Reihen der gleichen Operationen möglich machen wird. Einen Anhalt für die Erwägung, wie diese Resultate zu bessern sind, kann man nur durch eine detaillirte Betrachtung der einzelnen Gruppen der in Rede stehenden Operationen gewinnen. Ja, das eingehendste Studium aller Momente eines einzelnen Falles ist, wenn Einem dabei etwas Neues, besser zu Machendes einfällt, meistens weit fruchtbringender als die umfangreichste Statistik, bei welcher nicht leicht Jemandem etwas Neues, die Operationsmethode Förderndes einfallen wird.

Ich will nun auf die von uns angewandten Operationsmethoden und dann auf die Eigenthümlichkeiten der einzelnen Operationsgruppen etwas eingehen und Einiges hervorheben, was mir als wesentlich erscheint. An eine erschöpfende Behandlung des Gegenstandes ist ja noch lange nicht zu denken.

Ueber die Methode der Vereinigung der beiden aneinander zu heftenden Darm- beziehungsweise Magen- und Darm-Lumina brauche ich in diesem Kreise von Fachgenossen nicht viele Worte zu machen. Es wurden immer Knopfnähte mit sterilisirter Seide angelegt, so dass Serosa an Serosa zu liegen kam. Die Schleimhaut wurde oft vernäht, meist jedoch nur in einem Theil der Circumferenz. — Die Versuche, welche an meiner Klinik von Dr. v. Eiselsberg an Hunden und Katzen mit den von Lennep empfohlenen, mit Drains überzogenen Catguttringen gemacht wurden, ergaben keine günstigen Resultate. Weit günstiger waren die Erfolge mit Senn's Bones-plates; doch habe ich die letzteren beim Menschen noch nicht angewandt.

Die Ungleichheit der Lumina wurde bei den ersten Darmresectionen dadurch ausgeglichen, dass das grössere Lumen gefaltet, die Falte durch Nähte fixirt und dann die nun gleichen Lumina vereinigt wurden. Später wurde wie bei der Magenresection verfahren, d. h. die grössere Oeffnung wurde soweit zugenäht (Occlusionsnähte), bis die beiden Oeffnungen gleich gross waren. Auch wurde zuweilen das engere Darmstück schräg abgeschnitten, oder der Länge nach etwas eingeschnitten, um es weiter zu machen. Auch seitliche Implantationen z. B. des Dünndarms ins Coecum kamen gelegentlich zur Ausführung.

Von besonderem Interesse ist es, den Todesursachen bei den einzelnen Gruppen nachzuspüren. Bei 22 nach Pylorusresectionen Gestorbenen finden wir Collaps und Anämie 6mal, bei 14 Todesfällen nach Gastro-Enterostomien aber 9mal als Todesursache verzeichnet. Dies fällt auf, weil die erstere Operation doch viel länger dauernd und weit eingreifender ist als die letztere, und kann wohl nur so verstanden werden, dass die Gastro-Enterostomien zuweilen noch in ganz verzweifelten Fällen bei Individuen vorgenommen wurden, welche durch hochgradige Pylorusstenose und Magendilatation bereits aufs äusserste erschöpft waren.

4 Fälle von Pylorusresectionen und 5 Fälle von Gastro-Enterostomien sind bei vollständig schliessender Naht an Peritonitis offenbar infolge von Fehlern in der Asepsis zu Grunde gegangen. Dass es ungemein schwierig ist, diese Fehler immer ganz zu vermeiden, liegt in der Art dieser Operationen selbst. Die Möglichkeit der Berührung des Peritoneums mit dem Darminhalt durch unvorhergesehenes Ausfliessen, durch unvorsichtiges Abtupfen, durch Anstreifen der

Fäden an nicht desinficirte Gegenstände wird wohl kaum je ganz verhindert werden können.

Es mag dabei auch viel darauf ankommen, ob dem Darminhalt zufällig mehr oder weniger virulente Bakterienarten beigemischt sind. Ich ziehe das Halten der Därme und des Magens durch sichere Assistentenhände den Klemmen und den Umschnürungen mit Jodoformdocht vor.

11 Individuen sind nach Pylorusresection an Perforationsperitonitis, von der Naht ausgegangen, gestorben, manche davon erst am 3. oder 4. Tage und dann sehr rasch unter heftigen Schmerzen, nachdem sie sich bis dahin vollkommen wohl befunden hatten. In einigen der ersten Fälle war der Austritt von Mageninhalt durch kleine, nicht genügend vernähte Lücken erfolgt; also ein technischer Fehler, der in Folge möglichst vermieden wurde. Die Frage: »wie dicht soll man nähen?« ist ja sehr schwierig in Zahlen und Maassen zu beantworten; bei zu dichtem Nähen könnte Gangrän der Wundränder eintreten, wenngleich dies bisher bei uns nicht beobachtet wurde.

Weitaus am häufigsten erfolgt ein zu frühes Durchschneiden einzelner Nähte einerseits durch die dünne Wand des Duodenum, andererseits an Stellen, an welchen viele Adhäsionen gelöst waren, oder wo die Naht durch starke Schwielen gelegt wurde. — Die sichersten Resultate erzielten wir, wenn es möglich war, die gesunde Serosa beider Darmenden an einander zu vereinigen; es tritt dann sehr rasch ringsum eine ziemlich feste fibrinöse Verklebung ein, welche auch bei nicht allzu dichtem Nähen den Austritt von Darminhalt hemmt. Liegt dabei die Darmwunde infolge einer genauen Vereinigung des Mesenteriums ohne jegliche Spannung aneinander, so sind die Erfolge ausserordentlich sicher, zumal wenn die ganze Operation wie bei der Darmresection wegen Anus praeternaturalis fast extraperitoneal gemacht werden kann.

Diese günstigen Bedingungen treffen bei den Pylorusresectionen fast niemals zu. Hat man mit grösster Sorgfalt das erkrankte Stück aus seinen normalen und abnormen Verbindungen ausgelöst und dann resecirt, so hat man in der Regel sehr wenige Stellen an den zu vereinigenden Wundrändern, welche mit normaler Serosa bekleidet sind; meist kommen narbige, blut- und lymphgefässarme Gewebe aneinander zu liegen; die Spannung ist auch zuweilen nicht unbedeutend, es fehlt meist an einem fest stützenden Mesenterium; die fibrinöse Exsudation aus dem narbigen und schwierigen Gewebe ist mangelhaft und locker; ein paar kräftige Contractionen der hypertrophischen Magenmuscularis können leicht das Durchschneiden von Nähten im Duodenum zur Folge haben. — In den Fällen von partiellen atypischen Pylorusresectionen wegen Narbenstricturen legt man die Fäden durch das harte schwierige Gewebe und freut sich bei der Operation der sicheren festen Vereinigung. Doch das ist sehr irrtümlich: dieses schwierige Gewebe ist sehr wenig zur Heilung per primam geeignet und wird schnell von fest angezogenen Nähten durchgeschnitten, bevor noch das auch in diesen Fällen wenig ausgiebige fibrinöse Exsudat durch eine resistendere entzündliche Neubildung substituiert ist. Ich kann daher das Zusammennähen schwieriger Narben in diesen Fällen nicht empfehlen.

Die Schwierigkeiten bei der Diagnose der Pyloruscarcinome sind bekannt. Colossale Schwielen um ein Ulcus rotundum sind bei ringsum hyperplastischer Schleimhaut auch dann noch nicht immer von Carcinom zu unterscheiden, wenn man das aufgeschnittene Präparat in Händen hat. Die nahen Lymphdrüsen können auch bei einfachem Ulcus geschwollen sein, ja es können sich dabei auch die milchweissen strahligen Plaques in der Umgebung vorfinden, wie bei Carcinom. Es kann sich aus einem Ulcus simplex ein Carcinom entwickeln; es können sich aber bei Pyloruscarcinomen, wie bei manchen Cutiscarcinomen (Ulcus rodens) fast alle epithelialen Elemente austossen, so dass man nur eine Narbe oder Granulationsgewebe vor sich hat, in deren Umgebung man nur bei lange fortgesetzter mikroskopischer Untersuchung Spuren von Carcinomelementen findet.

In technischer Beziehung habe ich keine Unterschiede finden können, je nachdem man wegen grosser Ulcusschwielen oder wegen Carcinom resecirt. Die Breitenausdehnung und die Richtung der Adhäsion entscheidet, ob die Operation leicht durchführbar, mit wenig Aussicht auf Erfolg, oder überhaupt nicht möglich ist.

In den letzteren Fällen ist dann die Gastro-Enterostomie zu machen. In keinem Falle ist bei dieser Operation eine Naht ausgerissen. Man vereinigt gesunde Serosa aneinander und die betreffende Duodenalschlinge kann so angeheftet werden, dass keine Spannung entsteht. Wir haben in letzter Zeit der Methode nach V. v. Hacker, wobei die Gastroduodenalverbindung hinter dem Quercolon gemacht wird, den Vorzug vor der Methode nach A. Wölfler gegeben, bei welcher die Verbindung vor dem Quercolon hergestellt wird. Die Vorzüge der Methode V. v. Hacker's bestehen darin, dass die hergestellte Verbindung nie durch Ausdehnung des Colon gezerzt werden kann. Nach der Methode von Wölfler wurde in einigen Fällen ein dauernder Meteorismus beobachtet.

Es ist in physiologischer Beziehung interessant, dass der nach der Gastro-Enterostomie jedenfalls kürzere Aufenthalt der Speisen im Magen die Ernährung nicht wesentlich stört, denn Diejenigen, welche die Operation einige Monate überlebten, nahmen mehrere Kilo an Gewicht zu.

Einer besonderen Berücksichtigung bedürfen die Resektionen des Coecum, zu denen nicht nur häufig Carcinome, sondern fast noch häufiger unheilbare Kothfisteln mit narbigen Stricturen nach chronischer oder acuter Perityphlitis Veranlassung bieten. Ob fremde Körper im Processus vermiformis, ob katarrhalische, ob tuberculöse Geschwüre den Ausgang bildeten — die Behandlung der acuten Fälle habe ich auch hier ausgeschlossen — immer hatten sich im Lauf mehrerer Monate enorm dicke Schwielen, wie um die Magengeschwüre, gebildet, so dass auch hier die Unterscheidung von Carcinom oft sehr schwierig sein und zuweilen erst nachträglich bei sehr genauer mikroskopischer Untersuchung gemacht werden kann. — In zwei Fällen war eine dem Coecum anliegende Dünndarmschlinge so unlösbar mit der ganzen umgebenden Narbenmasse verwachsen, dass sie auch mit entfernt werden musste, so dass in diesen beiden Fällen je zwei Darmresectionen, nämlich des Coecum und einer Dünndarmschlinge, gemacht werden mussten. Beide Fälle kamen zur vollständigen Genesung, sind aber bei den Dünndarmresectionen in meiner Statistik nicht mit in Rechnung gezogen, deren Zahl sich mit Einschluss dieser Fälle auf 13 Fälle ohne Todesfall steigern würde.

Für die Technik der Operation macht es auch hier keinen Unterschied, ob man das Coecum mit einem faustgrossen Carcinom, oder mit einer faustgrossen Schwiele bei Ulcerationen und Fisteln reseciren muss; in beiden Fällen waren wir öfters genöthigt, grosse Stücke der schwierigen Beckenfascie mitzunehmen, und nach rückwärts zu drainiren. In einem tödtlich verlaufenen Falle war ein Gallertcarcinom des Coecum bereits bis in den Beckenknochen hineingewachsen.

Gleich bei der ersten Coecumresection beobachteten wir, dass sich rasch Meteorismus und am dritten Tage Ileuserscheinungen entwickelten, ein Beweis, dass die Passage an der Naht gehemmt war. Dies hat sich auch in einigen späteren Fällen wiederholt, trotzdem wir auf die Anlegung einer möglichst weiten Oeffnung an der Nahtstelle unsere besondere Aufmerksamkeit gerichtet hatten. In einer Reihe von Fällen traten nach einigen Tagen Perforationen nach aussen ein; zuweilen schlossen sich die Darmfisteln nach einiger Zeit spontan, zweimal resecirte ich später noch ein Stück Colon und brachte in einem Falle die Heilung zustande, der andere verlief nach der zweiten Operation tödtlich. Zum Theil mag die Ursache der häufigen frühen Nahtdurchschneidungen in diesen Fällen auf ähnlichen Verhältnissen beruhen, wie ich sie bei der Resection des Pylorus besprochen habe. Man scheut sich, gar zu viel vom Darm fortzuschneiden, und vereinigt darum narbige, von Adhäsionen abgelöste Wundflächen und Schwielen aneinander, deren Zusammenheilung per primam zweifelhaft ist.

Dass in manchen Fällen auch bei weiter Oeffnung Kothstauung eintritt, in anderen, nach gleicher Methode operirten Fällen nicht, kann doch wohl nur in einer Lageveränderung des Darmes seinen Grund haben, die gelegentlich eine Abknickung des Dünndarms beim neugebildeten Eintritt ins Coecum bewirkt. Ich habe die verschiedensten Arten der Adaptirung versucht: Faltungen, Schrägschnitte, seitliche Implantationen, habe jedoch noch nicht zur vollen Einsicht kommen können, durch welche Methode der Abknickung am sichersten vorgebeugt wird. Senn hat durch Occlusion des abgeschnittenen Coecal- und Dünndarmendes mit nachfolgender seitlicher Ileocolostomie einen günstigen Erfolg erzielt; ich möchte darauf noch keine weitgehenden Schlüsse bauen. Es dürfte bei diesem Stand der Sache gerathen sein, die Bauchwandwunde bei Coecumresection nicht fest zu schliessen, sondern mit Jodoformgaze auszufüllen, um einen eventuellen Durchbruch quoad vitam möglichst unschädlich zu machen. Jedenfalls sind die Coecumresectionen noch eines ganz besonderen Studiums in jedem einzelnen Falle bedürftig. Ich muss mich hier beschränken, darauf hingewiesen zu haben.

Am Colon gibt es eine Stelle, an welcher die Resection nur unter den grössten Schwierigkeiten durchführbar ist, das ist das untere Ende des S. R. Ich habe diese Operation zweimal zustandegebracht, werde es aber nie wieder versuchen. Zufällig betraf es in zwei Fällen Collegen, die wegen sehr enger Stricturen an der genannten Stelle enorme Schmerzen litten und nach längerem Siechthum schon sehr herabgekommen waren. Sie verlangten, operirt zu werden, nahmen mir aber das Wort ab, keinen Anus artificialis anzulegen, was nach Einsicht der Verhältnisse bei der Operation das einzig Richtige in diesen Fällen gewesen wäre. Der erste Pat. starb im Collaps wenige Stunden nach vollendeter Operation, der zweite lebte noch 5 Tage, nachdem er colossale Kothmassen per Rectum entleert hatte.

Was endlich die Resection des Rectum betrifft, so haben wir, wie schon erwähnt, nur in zwei von 7 Fällen das vorgesteckte Ziel erreicht, nämlich die Vereinigung des oberen mit dem unteren den M. sph. ani enthaltenden Stück vollkommen herzustellen, so dass vollständige Continenz durch die Wirkung des M. sph. ani und ein vollständig normaler Zustand zustandegebracht wurde. Wir haben in diesen beiden Fällen die Naht so modificirt, dass wir je drei stärkere Nähte wie bei der Nerven- und Sehnennaht anlegten und dann die Lücken durch sehr eng angelegte gewöhnliche Knopfnähte schlossen. Der Gedanke liegt nahe, weil am unteren Ende des Mastdarms die Längsmusculatur entschieden vorwiegt, und bei einiger Spannung die gewöhnlichen Knopfnähte zu rasch durchschneiden. Es kann Zufall sein, dass gerade diese beiden letzten so Operirten vollkommen geheilt sind, doch empfehle ich, diese Methode weiter zu prüfen, auch vielleicht nach Coecum- und Colonresectionen gelegentlich zu verwenden. — Ob bei diesen Fällen von Rectumresectionen die Peritonealhöhle eröffnet wird, ob nicht, ob man im ersten Falle das Peritoneum näht, oder, ohne dies zu thun, die ganze Wunde mit Jodoformgaze austamponirt, was in allen Fällen geschah, scheint auf den Verlauf keinen Einfluss zu haben, wenn es gelang, die Operation aseptisch durchzuführen.

In beiden letzterwähnten Fällen fühlte man nach vollendeter Heilung eine ganz unbedeutende ringförmige Verengerung an der Nahtstelle, die aber die Function in keiner Weise störte. — Auch nach den Resectionen anderer Darmtheile mögen zuweilen leichte Verengerungen vorkommen; eine Functionsstörung ziehen sie (mit den erwähnten Ausnahmefällen am Coecum) in der Regel nicht nach sich. Ich habe mich wiederholt bei den nach Pylorus- und Dünndarmresectionen Geheilten darnach erkundigt; sie gehören alle den niederen Ständen an und leben ganz wie früher, ohne irgend auf ihre Diät zu achten und ohne von Verdauungsstörungen belästigt zu sein.

Wenn nun über die segensreiche Wirkung dieser Operationen bei Individuen, welche an Narbenstenosen des Darmes und des Pylorus oder an unheilbaren Darmfisteln leiden, nicht zu zweifeln ist, so ist doch wiederholt gegen diese Operationen

wegen Carcinom geltend gemacht, dass bisher noch kein Fall von radicaler Heilung eines Magen- oder Darmkrebses durch die Resection vorliege (nur eine Frau überlebte die Pylorusresection wegen Carcinom 5 1/4 Jahre), und dass der Werth solcher Operationen beim Carcinom daher sehr problematisch sei; dass auch in den meisten Fällen die Diagnose erst dann sicher zu stellen sei, wenn der Fall nicht mehr mit Aussicht auf Erfolg operirt werden könne.

Ich kann darauf nur erwidern, dass die Radicalheilungen von Carcinomen durch die Operation auch an anderen Körpertheilen recht selten sind, und dass sich in Betreff der Schnelligkeit der Recidive und Metastasen die Darmcarcinome nicht anders verhalten wie andere Schleimhaut- und Hautkrebs. Die langsam entstandenen, mehr scirrösen Formen sind auch langsamer in ihren Recidiven, während die Cylinderepithel- und Gallertkrebs rasch wachsen, rasch in die Lymphdrüsen eindringen, rasch Recidive und Metastasen machen. — Wer aber das Aufblühen solcher Kranken nach Beseitigung der Pylorus- oder Darmstenosen durch Carcinom erlebt hat, wird nicht daran zweifeln, dass diese Patienten den Theil des Lebens, welcher ihnen überhaupt noch vom Fatum bestimmt ist, in weit angenehmerem, erträglicherem Zustande verleben als wenn sie nicht operirt wären. Auch in dieser Beziehung nehmen also diese Carcinomoperationen keine Sonderstellung ein. Der Unterschied liegt bisher nur in der Schwierigkeit der frühen Diagnose und in der Gefahr des operativen Eingriffes.

Ich hoffe, dass beide Momente keine unheilbaren Gebrechen unserer Kunst bleiben werden. Ich zweifle nicht daran, dass bei fortgesetztem eifrigem Studium eine frühere Präcisirung der Diagnose möglich werden wird, und dass wir die Gefahren dieser Operation durch Vervollkommen der Methoden und der Technik noch um ein Bedeutendes zu verringern im Stande sein werden. Wenn wir dennoch vielleicht nicht so schnell — wie wir wünschen — zur höchsten Höhe unserer Bestrebungen gelangen, so rufe ich Ihnen doch Allen den Wahlspruch meines grossen Meisters B. v. Langenbeck zu: »Nunquam retrorsum!«

Veröffentlichungen aus meiner Klinik über die hier besprochenen Operationen.

Th. Billroth. Offenes Schreiben an Herrn Dr. L. Wittelshöfer über die erste mit günstigem Ausgange ausgeführte Pylorusresection. Wiener med. Wochenschrift 1881. Nr. 6.

A. Wölfler, Ueber die von Herrn Professor Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wien 1881 bei W. Braumüller.

V. v. Hacker. Die Magenoperationen an Professor Billroth's Klinik 1880—1885. Wien bei Toeplitz und Deutike.

A. Freiherr v. Eiselsberg. Ueber die Magenresectionen und Gastroenterostomien in Prof. Billroth's Klinik vom März 1885 bis October 1889. Arch. f. klin. Chir. Bd. 39. pag. 785.

Einzelne der in obigen Schriften enthaltenen Fälle sind ausserdem publicirt: 1 Fall in dem ärztl. Bericht der Heilanstalt des Dr. A. Eder in Wien 1883. — 1 Fall von V. v. Hacker in d. Wiener med. Wochenschr. 1883. Nr. 42. — 1 Fall von V. v. Hacker ebenda 1883. Nr. 29. — Einige Fälle sind von A. Wölfler auf dem XIV. Chirurgen-Congress mitgetheilt, auch ein Sectionsbefund nach geheilter Pylorusresection.

A. Wölfler. Gastro-Enterostomie, Centralblatt f. Chirurgie 1881. Nr. 45. Erste Operation 28. Sept. 1881.

V. v. Hacker. Zur Kasuistik und Statistik der Magenresectionen und Gastro-Enterostomien. Arch. f. klin. Chir. Band 32, pag. 616, und Centralblatt f. Chir. 1885. Nr. 24 enthält die Beschreibung der Methode der Gastro-Enterostomie nach V. v. Hacker.

V. v. Hacker. Ueber Verengerungen des Magens durch Knickung in Folge des Zuges von Adhäsionssträngen. Wiener med. Wochenschr. 1887. Nr. 37.

E. Hauer. Darmresectionen und Enterorrhaphien 1878—1883. Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. V. Verlag von F. Tempsky in Prag.

V. v. Hacker. Ueber die Bedeutung der Anastomosensbildung am Darm für die operative Behandlung der Verengerungen desselben. Wiener klin. Wochenschr. 1883. Nr. 17.

Die Behandlung der Empyeme mittelst Jodoformmulltamponade.

Von Regimentsarzt Dr. Victor Wagner in Przemyśl.

(Schluss.)

Die nachfolgend beschriebenen drei Empyemfälle betrafen durchaus frische Erkrankungen, und erfolgte die Anwendung der Jodoformmulltamponade nach ausgeführtem Radicalverfahren erst dann, als die erwartete Besserung zu lange warten liess.

in s
Schu

Brus
Dure
Ränd
färbt
flüssi
der
Wun

linie
beilä
geke
und

Häm
Haut

mein
Haut
Stan

befür
Brus
abso
schw
Eins
begr
grau

hera
40%
des
förm
Ath

befä
Axil
dejs
Aus
ein

war
eini
Cha
jede
star
vor
Tei
wa
der
wei

sch
nie
bis

ges
str
spä

liel
nal
zu

fec
Zw
Kt
na
ge