

V. Aus dem Augustahospital in Bochum,
Zur Kasuistik der totalen Magenexstirpation¹⁾
(Oesophagoenterostomie).

Von **A. von Bardeleben**, Chefarzt.

Der 52jährigen Frau, welche ich hier meinen Fachgenossen vom Niederrhein und Westfalen vorzustellen in der Lage bin, wurde am 28. August 1900 der Magen in toto, d. h. inklusive Cardia und Pylorus, von mir entfernt. Sie hatte seit einem Jahre vor der Aufnahme ins Krankenhaus (am 27. August) ständig Magenschmerzen gehabt, die von Uebelkeit und Aufstossen, jedoch ohne Erbrechen, begleitet waren. Bei zunehmender Steigerung der Beschwerden, vollständigem Appetitmangel und dauernder, immer schwerer zu überwindender Koprostase magerte die Frau zusehends ab, verlor circa 40 Pfund ihres Körpergewichtes und konnte nur noch mit Mühe und äusserster Anstrengung sich aufrecht erhalten.

Der einige Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus hinzugezogene Arzt constatirte in der Magengegend eine „bewegliche Geschwulst“ und überwies daraufhin die Frau behufs Operation dem Krankenhause, woselbst folgender Befund festgestellt wird (ich sehe von allen Nebensächlichen ab):

Links vom Nabel faustgrosser Tumor, auf der Unterlage verschieblich; bei Aufblähung des Magens keine Vergrösserung dieser Geschwulst, Elevation in toto ohne Vergrösserung, höchstwahrscheinlich inoperabler Tumor der gesammten vorderen Wand. Probelaparotomie indiziert.

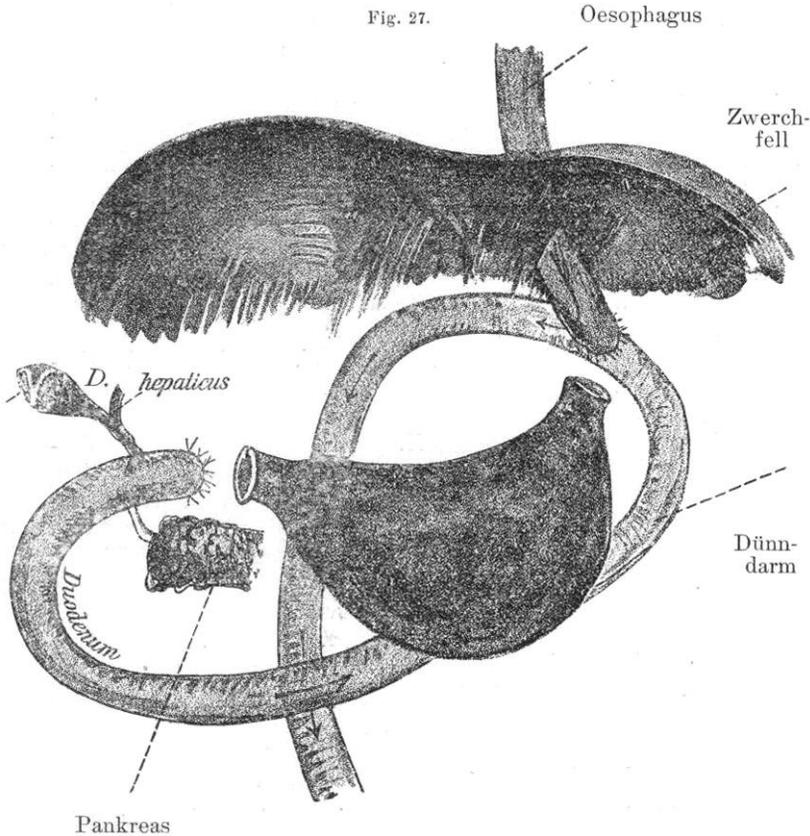
Der am 28. August 1900 ausgeführte Bauchschnitt klärte die Diagnose nur insofern, als mit aller Sicherheit die Cardia, die gesammte vordere Wand bis zum Pylorus stark verdickt und derb infiltrirt, im grossen Netz an der grossen Kurvatur noch zwei Knötchen gefunden wurden, die mesenterialen und retroperitonealen Drüsen metastasenfrem zu sein schienen.

Daraufhin entschloss ich mich zur Oesophagoenterostomie in dem Gedanken an die guten Erfolge der Jejunostomie²⁾ und in der Hoffnung, den Oesophagus aus seiner Zwerchfellöffnung etwas hervorziehen zu können. Zu diesem Behufe band ich zunächst den Oesophagus provisorisch ab, durchtrennte ihn unterhalb der Ligatur und entfernte den Magen in toto unter Abtrennung des kleinen Netzes an der kleinen Kurvatur und des grossen an der

¹⁾ Nach einem Vortrage mit Demonstration in der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen. (VIII. Versammlung in Bochum, Krankenhaus Bergmannsheil am 8. Dezember 1900.)

²⁾ Hahn, Ueber Jejunostomie. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 21. Mai 1894.

grossen Krümmung unter Mitnahme der dort vorgefundenen zwei Knötchen. Darauf exakte Doppelnaht des Duodenum und des hervorgezogenen Oesophagusstumpfes. Hervorziehen der ersten Dünndarmschlinge und seitliche Befestigung derselben an dem Oesophagusstumpf in etwa 35 cm Entfernung vom Mesenterialansatz derselben (genau wie bei der Gastroenterostomie), doppelte Speiseröhrendünndarmnaht.



Die Operation hatte 75 Minuten (inkl. Desinfektion etc.) in Anspruch genommen, es waren im ganzen 20 g Chloroform verbraucht, ein Beweis, in welchem Zustande sich die Patientin befand.

Der Verlauf war absolut reaktionslos. Schon am Abend des Operationstages konnte die Patientin ein Glas Rothwein per os zu sich nehmen, vom dritten Tage ab konnte auch von jeder künstlichen analen Ernährung abgesehen werden. Gleichwie wir auch nach Gastroenterostomien bestrebt sind, bald per os die Kräfte zu heben, glaubte ich auch in diesem Falle, dass, wenn die Fistel überhaupt funktioniere, sie es schon am ersten Tage thun werde. Die weitere Ernährung machte keine Schwierigkeiten, beschränkte sich aber auf Eier, Suppen, denen Fleischpepton und Salzsäure zugesetzt war. In der zweiten Woche trat dazu Kartoffelbrei, geschabter Schinken etc., der Appetit wuchs mit dem Aufstehen, welches am 14. Tage gestattet wurde. Der erste Stuhl (am 5. Tage nach der Operation) war vollständig frei von Gallenfarbstoffen, der zweite und alle folgenden normal gefärbt.

Die Patientin ist heute, am dritten Tage nach der Operation, völlig schmerzfrei, kann sich vollständig schmerzlos bewegen und fühlt sich absolut gesund; ein ins Krankenhaus mitgebrachter Dekubitus ist völlig verheilt, sie hat regelmässigen Appetit, bekommt ihre Mahlzeiten häufig in geringen Mengen und nach wie vor in zerkleinertem Zustande. Stuhl täglich ein- bis zweimal, normal. Das Körpergewicht ist seit dem Verlassen des Bettes von 67 Pfund auf 77 Pfund gestiegen.¹⁾

Das Präparat zeigt makroskopisch Folgendes (Demonstration): Die vordere Magenwand ist auf das fünf- bis sechsfache verdickt, derb infiltrirt, etwas sulzig auf dem Durchschnitt. Die Serosa ist mit flachen, knotigen Erhebungen bedeckt. Oesophagus- und Duodenalreste mit positiver Sicherheit festzustellen. An der hinteren Magenwand ist die Serosa glatt, die Schleimhaut wulstig, Magenwand verdickt, sie zeigt das Bild einer proliferirenden Gastritis. Mikroskopisch ist die Diagnose Gallertcarcinom gestellt (controllirt durch Münchener pathologisches Institut). Die Schleimhaut lässt zum Theil noch ursprüngliche Längsrichtung der Drüsen erkennen. Lumina sind geschlossen. Es liegen in Haufen und Strängen polymorphe, meist rundliche

¹⁾ Anmerkung bei der Korrektur: Die Patientin hat weitere 7 Pfund, also im ganzen 17 Pfund p. o. zugenommen. Befinden vorzüglich.

Zellen in lockerem Stroma. Die Submucosa ist nicht erkennbar, sie ist ebenfalls von dem geschilderten Gewebe durchsetzt. Die Muscularis ist bis auf wenige Reste rarefizirt, statt dessen sulziges, maschenartiges Bindegewebe, durchsetzt von locker zusammenliegenden Zellen, letztere auch in der Serosa.

Was uns, meine Herren, am meisten interessirt, das ist die Prognose. Dürfen wir mit Recht unter den uns heutzutage zur Verfügung stehenden aseptischen Kautelen solche Operationen wagen?

Der Verlauf dieses Falles, der ja, wie ich nachträglich aus der Litteratur, die ich zum Schluss anfügen will, erfahren habe, nicht einzeln dasteht, den ich aber, da mir anderweitige Operationsart oder Technik unbekannt war, hier veröffentliche, zwingt uns das Messer auch in den Fällen in die Hand, vor denen wir bisher respektvoll Halt machten.

Die Patientin ist seit dem dritten Tage nach der Operation frei von Schmerz und Beschwerden gewesen und ist es heute noch. Zu ihrer weiteren Existenz und der Annahme, dass Fortsetzung des Lebens ohne Magen möglich ist, helfen die Physiologen aus; die mechanischen Funktionen des Magens scheinen, wenn er nur als Vorwärmer (Temperaturregulator), als Zerkleinerer und als Reservoir der Speisen angesehen wird, künstlich ersetzt werden zu können durch zweckentsprechende öftere Darreichung temperirter, zerkleinerter Speisen. Dass die angenähte erste Dünndarmschlinge allmählich reservoirmässig ausgedehnt werden und auch in Bezug auf ihre Schleimhaut Veränderungen eingehen muss, ist ja klar, es scheint aber für den Gesamtorganismus keine Folgen zu hinterlassen. Die Erfahrungen der Jejunostomie (cf. oben) haben schon längst gezeigt, dass, da ja „Pankreassaft und die Galle nicht verloren gehen und das fehlende Material zur Peptonisirung des Eiweiss durch Pepsin und Säure künstlich ersetzt werden kann, alle Bedingungen vorhanden sind, welche die Stärke in Zucker verwandeln, die Peptonisirung der Eiweisskörper und die Emulgirung des Fettes bewirken. Man muss daher a priori annehmen, dass eine Ernährung vom obersten Theile des Jejunum beim Menschen durchzuführen sei“, und dasselbe gilt für den Patienten nach ausgeführter Oesophagoenterostomie.

Schade nur, dass wir derartige Operationen bei Carcinom ausführen; das ist der Punkt, der unsere Prognose trübt.

Bisher publizierte Fälle.

Hemmeter, Medical Record 19. 3. 1898, siehe New York medical Journal 25. 6. 1898, Coner.

Brigham, Clinical Review und Boston medical Journal 1898 (eine neue Totalexstirpation).

Nolle, New York medical Journal 23. 7. 1898. Removal of the stomach for cancer. (Schneller Tod.)

Faure, Semaine médicale 1899, S. 5. (Gastrektomie).

Schlatter, Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte 1897, No. 33. Ueber Ernährung und Verdauung nach vollständiger Entfernung des Magens — Oesophagoenterostomie — beim Menschen. (cf. Bruns Beiträge Band 19).

Schlatter, Bruns Beiträge Band 23: Schlussbericht über einen Fall von totaler Magenexstirpation. (cf. Grenzgebiete Band III, 3 und 4 und Lancet 19. November 1898.)

Uroblewski, Centralblatt für Physiologie Band XI, No. 21: Eine chemische Notiz zur Schlatter'schen totalen Magenexstirpation.

Panchel, Semaine médicale 1900, S. 221: Ein Fall von totaler Exstirpation des Magens.

Leersum und Rotgans, Nederlandsch Weekblad 18. Nov., 1899: Ein Fall von Totalexstirpation des Magens.

de Carvalho, Lancet 15. 9. 1900: Ein Fall von Totalexstirpation (bei Carcinoma pylori?).

Boeckel, Semaine medicale 1901, S. 14 (mitgetheilt in der Académie de médecine).

Die hier so vollständig aufgeführte, meist ausländische Litteratur verdanke ich der Liebesswürdigkeit des Herrn Oberstabsarzt Prof. Dr. A. Köhler. Inwieweit die Fälle über Totalresektionen von F. Krause (Verein für innere Medizin 4. März 1901) und Hirzel (Orvosok Lapja No. 10, 1901) hierher gehören entzieht sich z. Z. noch meiner Beurtheilung, da sie nur im Referat erhältlich sind.