## Beitrag zur Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magenund Duodenalulcus / von Prof. Freiherr von Eiselsberg.

### **Contributors**

Eiselsberg, Anton, Freiherr von, 1860-1939. Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Leipzig: Georg Thieme, 1906.

### **Persistent URL**

https://wellcomecollection.org/works/v98ahgve

#### **Provider**

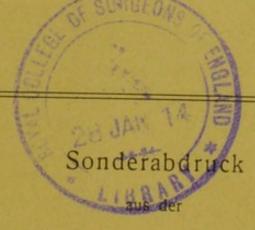
Royal College of Surgeons

### License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. Where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection 183 Euston Road London NW1 2BE UK T +44 (0)20 7611 8722 E library@wellcomecollection.org https://wellcomecollection.org



# "Deutschen medizinischen Wochenschrift"

Redakteur: Prof. Dr. J. Schwalbe.

1906.

Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Soeben erschien:

# Reichs-Medizinal-Kalender **= 1907 ==**

Begründet von Dr. P. Börner. Herausgegeben von Prof. J. Schwalbe. 2 Teile nebst 2 Beiheften M. 5 .- .

## Rauber's Lehrbuch

# Anatomie des Menschen.

## VII. neu ausgestattete Auflage

bearbeitet von

Dr. Fr. Kopsch,

Priv.-Doz. u. I. Assistent am Anatomischen Institut zu Berlin.

Allgemeiner Teil. 221 teils farbige Abbildung. Gebunden M. 5.—
 Knochen und Bänder. 424 teils farbige Abbild. Gebunden M. 8.—
 Muskel und Gefässe. 396 teils farbige Abbild. Gebunden M. 14.—

Abteilung 4 erscheint im Nov. d. J. Abteilung 5/6 (Schluss) Januar 1907.

## Lehrbuch

# allgemeinen Pathologie

und der allgem. patholog. Anatomie

Dr. R. Oestreich,

Privatdozent und Prosektor am Königin Augustahospital zu Berlin. Mit 44 Abbildungen und 11 Tafeln in Dreifarbendruck.

M. 13.-, geb. M. 14.20.

## Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis.

Ein Handbuch für Aerzte und Studierende.

Herausgegeben von

Prof. Dr. J. Schwalbe.

Erster Halbband. 290 Abbildungen. M. 8.80.

Aus der I. Chirurgischen Klinik der Universität in Wien.

## Beitrag zur Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magen- und Duodenalulcus.

Von Prof. Freiherr von Eiselsberg.

Ueber den Wert der Eingriffe wegen Perforation von Magenund Duodenalgeschwüren in die freie Bauchhöhle sind sich heutzutage wohl alle Chirurgen einig; ist doch nach der Zusammenstellung verschiedener Autoren die Aussicht, daß ein Patient eine solche Perforation spontan überlebt, eine sehr geringe (5%). Ein Blick auf die Kasuistik der durch Operation behandelten Fälle lehrt uns, daß die Operationsresultate wesent-

lich günstiger sind.

Ich will in diesen Zeilen keineswegs ausführlich auf die Symptomatologie und operative Technik der in Rede stehenden Erkrankung eingehen und kann dies um so leichter unterlassen, als gerade im Laufe der letzten Jahre vorzügliche Arbeiten erschienen sind, welche diese Frage eingehend besprechen und über zahlreiche kasuistische Fälle berichten. Ich erwähne, um nur bei der deutschen Literatur zu bleiben, u. a. die Arbeiten von Fr. Brunner¹), Lieblein²), Hain³), Goldstücker⁴). Im allgemeinen schwanken bei den Sammelreferaten die günstigen Resultate zwischen 50 und 60 % 5). Ebenso wie darüber eine Einigung erzielt ist, daß möglichst rasch operiert

<sup>1)</sup> Das akut in die freie Bauchhöhle perforierte Magenduodenalgeschwür. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1903, 69. — 2) Die Geschwüre und erworbenen Fisteln des Magendarmkanals. Deutsche Chirurgie 1905, 46 c. — 3) Ueber die Perforation der runden Magengeschwüre. Zeitschrift für Heilkunde 1905, 26. — 4) Zentralblatt für Grenzgebiete 1906, 1. — 5) 50% Erfolg hat auch noch in jüngster Zeit A. B. Mitschel bei einer Sammelstatistik der in einer Provinz Irlands operierten Fälle gefunden.

werden soll, so bestehen auch im allgemeinen über die wichtigsten Akte des Eingriffs (Laparotomie in Narkose, Verschluß der Lücke mittels Naht mit oder ohne vorhergegangene Anfrischung, event. mittels Netzplombe) kaum nennenswerte Differenzen. Strittig sind noch die Fragen, ob gespült oder gewischt, ob in manchen Fällen einem späteren Rezidiv des Ulcus durch eine totale Exzision oder Gastroenterostomie am besten vorgebeugt werden soll, ferner die Frage der Tamponade, Drainage und endlich der Nachbehandlung.

So zahlreich nun auch die bereits publizierten Fälle sind, halte ich es doch für angebracht, die Erfahrung des einzelnen Operateurs, der über eine größere Anzahl von Beobachtungen verfügt, mitzuteilen, weil dabei ein besseres Bild über den Erfolg des Eingriffs gewonnen wird, als durch die Publikation einzelner Fälle oder Sammelstatistiken, die sich auf solche stützen, da die Publikationen einzelner Fälle in der Regel fast nur günstig verlaufende Fälle betreffen. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, möchte ich im nachfolgenden in Form einer tabellarischen Uebersicht meine sämtlichen, im Laufe der letzten  $5^{1}/_{2}$  Jahre in Wien beobachteten Fälle (Klinik und Privatpraxis) mitteilen 1).

Wenn nach dem Beispiele mancher Operateure auch einige dieser Fälle, bei welchen die Operation an fast Moribunden gemacht wurde, ausgeschaltet werden könnten (im Fall 2, 4, 5, 8 handelte es sich um solche elende Individuen), halte ich ein solches Vorgehen nicht für richtig. Es ist meiner Ansicht nach nicht wissenschaftlich, durch derartige Manöver eine hohe Zahl von Erfolgen herauszurechnen, sondern es soll in Wahrheit ermittelt werden, was die Operation leistet, und dazu müssen eben alle Fälle mitgezählt werden.

Ich habe hier jene Fälle zusammengestellt, bei welchen die Operation eine Lücke im Magen oder Duodenum nachwies, hingegen einen Fall,<sup>2</sup>) in welchem die Laparotomie zwar geronnene Milch in der freien Bauchhöhle ergab, aber eine Perforationsöffnung nicht gefunden werden konnte, nicht mit aufgenommen, obwohl der-

selbe günstig verlief.

Es wurden unter den 12 Fällen von Operation wegen Perforationsperitonitis 5 Erfolge erzielt. Dieses Resultat gehört keineswegs zu den günstigsten, indem gerade im Laufe der letzten Zeit von verschiedenen Operateuren zum Teil wesent-

<sup>1)</sup> Fall 1—4 ist bereits von meinen Assistenten Clairmont und Ranzi (Kasuistischer Beitrag zur Behandlung der diffus-eitrigen Peritonitis. Archiv für klinische Chirurgie. 76. 1, 2) mitgeteilt. Die zwölf Fälle sind teils von mir, teils von meinen Assistenten operiert.

2) Vide Clairmont u Ranzi 1.

Assistant	Addings were retailed. Deals goes Echological Control	4 math 20 Strandam Stations orgital Re- kross des phonibierten Netasticites und de- bulate Freezantie.	Barde Beserver, and 3.1 Days The rest-towns weight Re- priors. Yet Monate of 10 Characphatik Notice metal-fated eine Brechenische mit eine Jagensphalik grank. As sad zu moch leichte Nagen berkhenstelle. Ogen hendenstelle.	f nach 38 Studen. Keint Sektion.	North II Standen i. Sokkina ergibs fibri- nisis einge Perfor- nisis u. moherro rande Duchendgradmune. Fleuride standen.	Sefort weverallishe Risserrorg Inch's Se- recording March Se- Interview de for The wide of the The wide of the Neal Styl, Jahren voll kennen weld.	Mercentigles Robers etes Types, i sach mysterialis, sab- mysterialis, sach myst	Solar bare der Solar bare der Solar bare der Solar solar bare der Solar Sektion sielle ge- macht.	Aufangs noch sehr sachrangs auch auf naturensies Rechantientense bete sert das Befräden in wederen Verhalt Freunt siecz. Heistlang, Spätzers Befräden gut.	in man, this Standone, 2004 to the Control of States of Peritoria and the Control of States of S	Solect reichfelde Er- salkenge darch des Danis Baratas Beere- reng, David, desi Verden Trittelands- Vergeben Interpreten Vergeben in Er- salkenge vom Musiek ber. Nicht erienen hab- ben. Jahre soch seite voch	Schooling Holongs such vier Monette goals ground.
Betond bet der Operation	Althouse Wilder  Application of Males  sight, than betted first better  special above der Neite  gegene above der Neite  Upernöwnig, spanie  Upernöwnig, spanie  Althouse Oriente  and the Drienge	Arthematione. Median schair select goods Men gen triber Planagient, Sun Joseph vorn am Pajaron. Pajaron Joseph vorn am Pajaron Joseph Statiston on Mathamet Maker	Archamation Related to the culture of the culture o	Narkose mit Hillsethacher Meischaug, Meischauf eitleret urbe, etrigge Filse gigkeit, An der Hinfer- ward des Magens, aube dem von der Magens, aube dem Pyteren eit Perforation von Krosergröße, Under- fahrung, Jejanosterate, Elo- ifahrung, von Tampeter, Eucharder, von Tampeter, Eucharder, Eucharder, von Tampeter, Eucharder, von Eucharder, Eucharder, von Eucharder,	Narkose mi Biltothecher Redischen, Mediaschatt estlect vol tribe Planig- beit, von nahe der Cur- dia circo Ilascagios Kurpieske Spilang. Narajeske Spilang.	Nations and Bills obsolved Missing Pararectable La- portermentaling enterthinkolo Birt was der Bandhalde Appensik neman. Imple- cian von Galzenbase und Augen ergoln aus der vor- er er geble aus der vor- er mit 19 owner der vor- cen 19 owner in Amerikania oder der mit 19 owner in Amerikania oder der mit 19 owner in Amerikania oder in Amerikania Amerikania (Amerikania and Amerikania and Amerikan	As the markets and the detection of the	Arberratone Median schatter arbeit einzelnungen an der vorderen Mes en war der vorderen Mes en war der vorderen Mes en war den en halter en war den en halter er schatterenenenen mes mes Derina, Bernehmerenenenen her Gastromerenenenen her Gastromerenenenenen her Gastromerenenenen	Achementone Paures alar Schoolt endern voi cole Troogket. An der Voderwad carbabants also der kleisen Curvitur in bleistiffdick Lock Nahl, Sergleinde Spa Nahl, Sergleinde Spa mag, Trappinde, Bartheckenski, Luckuski teckenski.	Nations and Ellipschades (Special Schallt vie en typical school vie en typical vie en typi	Achternation. Drawer taker Laugeschaff, ethert vol. esting. Passigkeit. Vor na. Mages. na her dem. Pylorus na. der Elevanor Curvatar eine rebesongroße Lauke. Urbernahmig und Jajus. ostonie. Sollmag keine Tangonale. Burchdecker.	2. And 1900. Notices and Billiotheries with the contraction of the con
Operation	2. Ohr. 1901. Smith of the Constitution of the	20. New 1902, sefect mach Exallederougin des Klinik	10. Jan. 1900, select nech Emilelevung in die Kinde.	18. Febr. 1903. (im Hause der Persontal da Transport wer- gen des elemben Allgemeinbefrn- Meren nicht ture- lich ersebier.	3. Juni 1903, sedost nach Endieferung d. Patienden in der Klinik.	12. Pebr 1904, sedart math Saddeferrang d. Patterden in Patterden in Forth.	4. Mai 1905, softrage Operation of ration media Patternag d. Patternag d. Patternag d. Alice Kinak.	25. Juni 100. 25. Juni 100. bederrorg as Seattories Fairt lord der Fairt lord der Verorifischen Verorifischen rung der Ze- strange der Ze- strange der Ze-	1. Nov. 190., select much Emiselercog d Patienthi indic Klinik.	13. New-Book More Book Embelorang d Patenten i die Klauk	10. Mai 1900. solott math Endelerung d Standorens Furth.	28. July 1906, and of est mark his laterance des laterance des Patientes in the Klinks.
Diagnesse	Peritonitis.	Periosatis nach Magen- perforation.	Peritositis nach Appen- dicete.	Magenper- fortilon.	Peritonatis.	Periondis nach Appen- dection	Perforation and Appendicate dicate.	Here infolgered and the solution of the soluti	Peritonitis and Appen- licats.	Pertendis	Perfections periodish moglicher meine von Magen sor- gehand.	Perforation des Magens
Status praeseita	State Spar- aung, Metcorie- ness.	Pade fast unfühl- bar; starfe Span- nung, Metrocis- nun, Dampfeng in der Lendenge- gend.	Meteorioman, attack Spannang, Laboridamplen, verschwarden, freit Flooderich in der Brackballe	Schwader Puls, Esbecken, Schmerz in der Magengepend.	Meteorismus, freedy Engall in beide Seiten, Pals keum Hilibar.	Metaoriuma, Raschdecke brett- hart.	Pub kasen fühl- kase. Meteorinus, stack Spansung. Lenkortone (1200), Tanken Em 18 Bate ge- gegent Chrong lehte in Ashe- tradh, die elenfen tradh, die elenfen fless die Ashe- tradh, die elenfen	Keem fabbarer Pels, kule Extre mattees. Meese Spansong des Bancher.	Schwer lenak assochende Fran statte Spannang den Bauches, 14b- hafte Schmerzen in der Beockest- gegend (sein Er- berchen oder Auf- stiden.	Student Meteorical riceas, Schartzen and Spaniessy,	Schwer krank – bertharte Span- nung des Leiber, Euroben Hel- tigste Rasch- schmerzen.	School Land, M. School Land,
Ensetten der Perfecatione	Vor 4 Tagen Vor 5 Tagen Vor 5 Tagen Vor 6 Tagen Vor 6 Tagen Vor 7	Vor 2 Tagen an akuten Per- forations - Er- scheinsages orkrankt.	Vor 2 Tagen akorte Be- schwerden.	Vor 16 Stand. Perforations- symptome.	Vor drei Ta- gen Einsetzen gelager Syn- ptome.	Vor einem Tag akuteskin- sekren von Per- formkon von Per- formen	Ver 2 Tages oftige Back Scheeden.	Ver 3t Sol Johnston Sym- Come v. Benz Schmeren, Brechreit, stall reducit, stall reducit, des Bancher, des Bancher,	Seit cinem Dige abilities Sinsetzen von Perforations symptomen.	Vor 28 Stead for attended Fer- former, Corcal- schmerr.	Yor Shand, unfer heltigel, Magrochmers, erkrankt.	Selection of Selection of Selection
Alberts	Annuaries 27 Jahr Vicas eth Ny, Jahren magen- kedend.	42 jahr. Mann, sett. Jahren ma- genbedend	23 de Maleben, mardre ever vier mardre ever vier den de de marchen den de de marchen selber magnete den de magnete	57 jahr. Frau, seit. Jahren sergen Ma- pentiden behan- delt, eine Opern- tion wiederhol an- genette. Bit den- micht in Au- sicht genommen.	42 jahrige Przo, solt zwei Jahren magendesdend	45 jahri yee Mann sett Jahru an Ma- grabenthweelen jerikeel	Cjibriger Manser sein Jahren an Mager- berchwerden bei	Ajaktiger Mann. 2. Juli 1904 von 2. Juli 1904 von 2. Juli 1904 von Chierren nambellen Chierren wegen cheier Utser allo sum die Resertion s	46 jahrapa Prass. sett. scht. Jahren magvaleiderst.	Sighter Kann vol. Jahrn ma- grendelend	23 jahriger Bat- meister sed Jahrun magralerierak	Philotopy Names with Jahan maggedeleted
	*X -	4	et .	-	d	6.	100	*	8	01	ii .	4



lich bessere, von anderen allerdings auch schlechtere Erfolge erzielt wurden.

Es seien hier unter der großen Zahl der Publikationen nur

einige Autoren angeführt:

Caird 1) hat unter 18 Fällen 11 Erfolge
Noetzel 2) " 16 " 9 "
Mayo 3) [Rochester] " " 13 " 9 "
Kümmell 1 " 14 " 5 "
Smith 5) " " 11 " 5 "

Körte<sup>6</sup>) hat in einer I. Serie (1899) unter 10 Fällen nur 1 mal Erfolg gehabt, in der II. Serie (seit 1899, seit welcher Zeit die Patienten wesentlich früher eingeliefert wurden) unter 14 Fällen 9 Erfolge, A. Miles<sup>7</sup>) hat unter 45 Fällen 23 Heilungen erzielt, und zwar bei Operationen

innerhalb der ersten 12 Stunden 14 Heilungen, 3 Todesfälle

Von meinen 5 Fällen, welche mit Erfolg operiert worden waren, waren

> 2 innerhalb der ersten 12 Stunden operiert, 2 mal war die Perforation 24 " alt, 1 " " " " 2 Tage alt.

Von den 7 Fällen, in welchen nach der Operation der Exitus eintrat, war

2 mal die Operation am 1. Tage, 3 " " 2. " 1 " " 3. " 1 " " 4. "

Im allgemeinen bestätigt meine Beobachtung die bekannte Erfahrung, daß die frühzeitig ausgeführte Operation gute Resultate ergibt. Es soll — wie bereits erwähnt — hier weder über die Symptomatologie noch über die Komplikationen im weiteren Verlauf gesprochen werden, und ich kann dies um so leichter unterlassen, als in dieser Beziehung meine Erfahrungen neue Gesichtspunkte nicht ergeben haben. Nur auf einen Punkt der Nachbehandlung mittels einer Ernährungsfistel (Jejunostomie) sei hier näher eingegangen. Darin wich ich von den meisten Chirurgen ab, insofern, als 7 mal nach Uebernähung des Loches noch eine Ernährungsfistel nach dem von Witzel für die Gastrostomie angegebenen Prinzipe im obersten Jejunum angelegt wurde. Ich habe den Eindruck ge-

<sup>1) 18</sup> consecutiv cases of operation for perforate gastrie ulcer. Canad. Med association. Halifax August 1905. Maritime med. news. — 2) Ueber die Operation der perforierten Magengeschwüre, v. Brunssche Beiträge Bd. 51, H. 2. — 3) Münchener medizinische Wochenschrift 1906. — 4) Chirurgenkongreß 1906. — 5) Perforated ulcer of the duodenum. Lancet 1906. — 6) Chirurgenkongreß 1906. — 7) Perforated gastric and duodenum ulcers, Med. press. 1906, Juli.

wonnen, daß dadurch manchen Patienten etwas geholfen wird. Allerdings sind von den 7 Fällen, in welchen die Jejunostomie ausgeführt wurde, nur 3 genesen und 4 Patienten gestorben, und von den 3 genesenen sind 2 Patienten innerhalb der ersten 12 Stunden, also von vornherein unter günstigen Bedingungen operiert, sodaß es wohl schwer fällt, die Genesung auf Rechnung der Jejunostomie zu setzen. Immerhin hatte es sich in diesen beiden Fällen bei der Eröffnung des Peritoneums um ein eitriges Exsudat gehandelt, also ein Beweis dafür, daß die Infektion eine recht heftige war. Aber gerade 2 nach der Jejunostomie tödlich verlaufene Fälle haben mir — so sonderbar das klingt — den Wert dieses Verfahrens gezeigt:

Die elende, 57 jährige Frau (Fall 1), die eine schwere Peritonitis infolge von Perforation eines Carcinoms des Magens') darbot und auf das äußerste herabgekommen war, wurde durch die Ernährung mittels der Jejunostomiefistel so gebessert, daß sie sich erholte und außer Gefahr schien, als sich am elften Tage nach der Operation abermals Symptome von Peritonitis einstellten, denen die Patientin trotz der Relaparotomie erlag. Bei der Sektion ergab sich, daß von der Gegend der Magennaht her eine frische Peritonitis ausgegangen war.

In dem zweiten Falle (Fall 7), in welchem trotz der Jejunostomie auch der Tod eingetreten, war bei dem 65 jährigen Manne gleichzeitig ein Volvulus der Flexur vorhanden, der zu einer fast schwarzblauen Verfärbung des Darmes geführt hatte. Es mußte zunächst eine Retorsion erfolgen und hierauf erst wurde die Uebernähung des Loches und die Jejunostomie ausgeführt. Der sehr elende Patient, bei dem die Operation überhaupt bloß von dem Gesichtspunkte unternommen wurde, daß man einen Patienten mit Peritonitis und Darmverschluß nicht zugrunde gehen lassen darf, ohne einen, wenn auch nur geringe Aussicht bietenden Versuch gemacht zu haben, erholte sich in den folgenden zwei Tagen unter der Ernährung durch die Fistel ganz merkwürdig, sodaß wir schon Hoffnung hatten, er würde davonkommen.

Im dritten Falle ergab die mikroskopische Untersuchung des Peritonealexsudats nebst Bakterien der Darmflora Gram-positive Coccen und Streptococcen. Ich will dies bloß erwähnen, ohne aber behaupten zu wollen, den Fall bloß deshalb als einen ganz besonders virulenten zu bezeichnen, weil er tödlich verlief.

Im vierten Falle, in welchem der Jejunostomie der Exitus folgte (Fall 4), war der Patient zur Zeit der Operation, trotzdem, daß erst 16 Stunden seit dem Einsetzen der Perforation vergangen

<sup>1)</sup> Loyal (Beiträge zur Jejunostomie, v. Bruns' Beiträge Bd. 51, H. 3) bespricht aus der Garrèschen Klinik einen analogen Fall, in welchem die Uebernähung des spontan perforierten Carcinoms mit folgender Jejunostomie den Patienten nicht zu retten vermochte.

waren, so elend, daß von vornherein nur minimale Aussicht auf

Erfolg schien.

Jedenfalls aber ist es sicher, daß die Prognose der Operation wegen Magengeschwürsperforation wohl zum großen Teil, aber nicht ausschließlich, davon abhängt, wie bald nach der Perforation operiert wird, daß aber auch die größere oder geringere Virulenz der Keime eine nicht unwesentliche Rolle spielt.

Von verschiedenen Autoren wird übrigens darauf hingewiesen, wie wünschenswert es sei, den durch die Perforationsperitonitis so schwer geschädigten Kranken, der in der Regel während der ersten Tage doch nicht ausreichend vom Munde her ernährt werden kann, zu kräftigen. Zu diesem Behufe sind auch schon von anderen Autoren Jejunostomiefisteln angelegt worden.

So hat Furner¹) in einem Fall, in welchem die Ernährung vom Rectum her nicht vertragen wurde und der sich durchaus nicht erholen konnte, elf Tage nach der Operation wegen Perforation des Magenulcus die Jejunostomie ausgeführt, worauf der Patient sich erholte und in sechs Wochen gesund war.

F. Krause<sup>2</sup>) hat einmal ohne Erfolg gleichzeitig mit der Uebernähung der Perforation die Jejunostomie zwecks Ernährung des Patienten, angelegt. In einem andern Falle hat er nach Uebernähung des Defekts die Gastroenterostomie mit der Jejunostomie kombiniert und dabei einen Erfolg erzielt<sup>3</sup>)

Fr. Weber<sup>4</sup>) plant auch in Zukunft die Jejunostomie der Uebernähung anzuschließen.

Ich betrachte die Wirkung der Jejunostomie, welche den Magen vollkommen ruhig läßt und dabei doch dem Patienten ausreichende Nahrung zuführt, als eine mittels eines operativen Eingriffs erzielte Leubesche Kur. Die Jejunostomie nach dem Witzelschen Prinzipe läßt sich sehr rasch ausführen, in den Fällen, wo wegen Perforationsperitonitis das Abdomen weit geöffnet ist, bedeutet ihre Anlegung kaum eine Verzögerung der Operation um fünf Minuten. Durch die Fistel kann noch am Operationstische dem Patienten Nahrung eingeflößt werden. Diese Zufuhr von Nahrung, eventuell von Medikamenten, wird dann jede zwei Stunden wiederholt.

In einem unserer geheilten Fälle wurde in dem Bestreben, dem Patienten über die nächste Zeit hinüber zu helfen, des Guten zu viel getan, sodaß er nach einigen Tagen infolge von zu reichlich applizierter Nahrung einen Darmkatarrh bekam, der zum Aufhören der Nahrungszufuhr durch die Fistel nötigte; jedenfalls hatte die

<sup>1)</sup> Lancet 1898, Bd. II, No. 1761 — 2) Erfahrungen in der Magenchirurgie. Berliner klinische Wochenschrift 1903, No. 47. — 3) Bunge hat diese Kombination auch mit Erfolg ausgeführt. — 4) Zur Symptomatologie und Therapie der Perforationsperitonitis bei Ulcus. Berliner klinische Wochenschrift 1903, No. 11.

Fistelernährung den Patienten über die ersten kritischen Tage gut hinweggeholfen.

Sobald man die Jejunostomiefistel nicht mehr benötigt, genügt das Weglassen des Katheters zur spontanen Heilung der Fistel. In allen unseren drei Fällen ist dieselbe nach einfachem Weglassen des Katheters prompt geheilt.\(^1\) Ich möchte daher auf Grund meiner Erfahrung die Ausführung der Jejunostomie nach erfolgter Versorgung der Perforationslücke als einen technischen Behelf bezeichnen, der die Aussicht, daß der Patient die schwere Infektion und den Eingriff gut übersteht, etwas zu erhöhen scheint. Daß wir daneben den Wert der reichlichen Spülung des Peritoneums — ich bin auf Grund meiner Erfahrung bei der Peritonitis ein überzeugter Anhänger der gründlichen Spülung — sowie die subcutan als auch intravenös applizierte Kochsalzlösung hoch anschlagen, sei hier betont.

Kurz sei noch die Versorgung der Wunde erwähnt. Ich habe in den meisten Fällen einen Vioformgaze- (in letzter Zeit Isoformgaze-) Streifen oder Docht und noch einige Male daneben Drains eingeführt.

Unter den 12 Fällen waren nur zweimal keine Tampons und Drains eingeführt, sondern das Abdomen vollkommen vernäht worden, (mit Ausnahme der Stelle, wo der Nelatonkatheter in das Jejunum eingelegt war). Es handelt sich um Fall 1 und 6. Während in letzterem Falle Heilung erfolgte, ging Patient 1, der bereits oben ausführlich besprochen war, zugrunde und zwar an einer am elften Tage einsetzenden Eiterung von der Gegend der Uebernähung her. Es ist nicht ausgeschlossen, daß bei Anwendung der Tamponade es zu keiner allgemeinen Peritonitis bei Wiedereinsetzen der Entzündung gekommen wäre.

Jedenfalls empfehle ich bei der diffusen Peritonitis das Einlegen von Tampons, und zwar am besten in Gestalt der Dochte (nach Gersuny), doch nähe ich selbst bei ausgedehnter Peritonitis immer den größten Teil der Laparotomiewunde dicht und leite eben diesen Docht, bzw. das Drain zu einer oder

<sup>1)</sup> In bezug auf weitere Details verweise ich auf meine Arbeit: Ueber Ausschaltung inoperabler Pylorusstrikturen (Archiv für klinische Chirurgie Bd. 50, H. 4), ferner auf die bereits oben zitierte Arbeit von Clairmont und Ranzi, sowie auf die Arbeit Clairmonts: Bericht über 258 Magenoperationen (Langenbecks Archiv Bd. 76, H. 1 u. 2), vor allem aber auf die ausführliche Monographie Lempps aus meiner Klinik: Ueber den Wert der Jejunostomie (ebenda). Hier sei nur noch besonders betont, daß man, um sicher jedwede Knickung der zur Jejunostomie verwendeten Darmschlinge zu vermeiden, gut daran tut, die Schlinge nicht oberhalb des Niveaus des Nabels anzulegen.

beiden Wundwinkeln heraus. Dadurch wird auch am besten der Entwicklung großer Bauchbrüche vorgebeugt, die besonders, wenn es sich um seitliche Inzisionen handelt, der Radikaloperation große Schwierigkeit entgegenstellen können. Schließt die Drainage dadurch nicht gesichert, so werden noch durch seitlich angelegte kleine Bauchdeckenschnitte Tampons, eventuell Drains herangeleitet. Gerade die Gersuny-Dochte ermöglichen ein allmähliches Entfernen der Tampons, ohne daß dabei der Patient Schmerzen erleidet, und ohne daß starkes Ziehen ein Auflösen von Verklebungen erzielt.1) Vor allem aber halte ich diese Tampons deshalb für empfehlenswert, weil sie in den allermeisten Fällen es überflüssig machen, nach Entfernung derselben wieder neue einzuführen. So ausgezeichnet die primäre Tamponade bei eiternden Wunden wirkt, so schlecht und verhängnisvoll kann gelegentlich der Wechsel des Tampons dadurch werden, daß beim Wiedereinführen desselben frische Verklebungen zerreißen und abgeschlossene Infektionen generalisiert werden. Oft sah ich, besonders in der Privatpraxis, Fälle, in welchen den Patienten in der Nachbehandlung von eiternden Wunden durch das häufig, meist ganz unnötige Wiedereinführen der Tampons oder durch das nicht genug zu verurteilende nutzlose tägliche Sondieren der Wunde Schmerzen bereitet wurden, sodaß selbst erwachsene Patienten sich vor diesem Verbandwechsel fürchten.

Wo eine Wiedereinführung unvermeidlich ist, soll dieselbe sorgfältig und schonend erfolgen, meist genügt wohl ein kurzer Streifen, um die Hautwunde offen zu erhalten. Besonders, seitdem ich von dem Eingießen von einigen Tropfen Perubalsam in die sezernierende Wunde bei der Nachbehandlung ausgedehnten Gebrauch mache, habe ich wenig mit nachträglicher Tamponade zu tun gehabt. Ist eine Sekretretention vorhanden, so ist die Anwendung einer Bierschen Saugglocke, eventuell die Erweiterung des Hautschnittes meist vorteilhafter, als das schmerzhafte Durchzwängen der Tampons durch den Hautschnitt. Ich glaube, auch hier könne der von v. Bergmann mit solchem Erfolg für die Behandlung der Schußwunde vertretene Grundsatz nicht genug berücksichtigt werden, daß jedwedes Sondieren der Wunde tunlichst zu vermeiden sei.

Eine Frage in der Behandlung der Patienten, welche mit Erfolg wegen Peritonitis nach Perforation eines Magengeschwürs behandelt wurden, ist noch nicht einheitlich gelöst, nämlich die, ob den Patienten später eine Radikaloperation anzuraten sei! Im allgemeinen wird von der Mehrzahl der Chirurgen zum Unterschiede von der Behandlung der glücklich über-

<sup>1)</sup> Wir verwenden statt der leicht zerreißlichen Lampendochte etwas festere, das sogenannte Gumpoldskirchner-Strickgarn No. 16.

standenen Perforations-Peritonitis nach Appendicitis mit einem radikalen Eingriffe gewartet, bis sich wieder Beschwerden einstellen. Da in Fall 8 nicht einmal die Resektion des Ulcus davor schützte, daß Patient nach Jahr und Tag eine Perforation eines inzwischen neu gebildeten Geschwürs hatte, wird man von solchen "Radikal"-Operationen auch nicht mit Sicherheit Dauerheilung erwarten dürfen.

Jedenfalls ist die Beobachtung dazu angetan, in dem für den Patienten so kritischen Zustande (Perforations-Peritonitis) jedwede länger dauernde Radikaloperation (Resektion) oder Präventivoperation (Gastroenterostomie) zu vermeiden und lieber die nur kurz dauernde und eine momentane Ernährung ermöglichende Jejunostomie ins Bereich der Erwägung zu ziehen. Vielleicht trägt auch hier die Jejunostomie, welche eine lange Zeit hindurch fortgesetzte Ausschaltung des Magens ermöglicht, besser zur definitiven Ausheilung der Geschwüre bei, als dies sonst geschehen würde.

Von unseren fünf Patienten, welche die Operation überstanden haben, hat nur einer im Laufe der folgenden Jahre noch öfters Magenbeschwerden gehabt (Fall 3 ohne Jejunostomie), während die übrigen vier, unter denen sich auch die drei mit Erfolg durch Jejunostomie behandelten befinden, gesund blieben. Diese Zahlen sind natürlich zu klein, um daraus einen Schluß zu ziehen, daß die Fälle wegen der Jejunostomie geheilt

blieben.

Zum Schlusse sei - selbst auf die Gefahr hin, bereits oft in den verschiedensten Publikationen Gesagtes hier zu wiederholen - nochmals darauf hingewiesen, daß der Schwerpunkt unserer Therapie beim perforierten Ulcus ventriculi darauf zu legen ist, den Patienten möglichst bald zu operieren. Es richtet sich daher immer wieder der Appell des Chirurgen an den praktischen Arzt! Mit Recht sagt Brunner, der praktische Arzt, der rechtzeitig den Patienten, statt mit Morphiuminjektionen die Zeit zu verlieren, sofort ins Krankenhaus zur Operation schickt, habe an dem glücklichen Ausgange der Operation mehr Verdienst, als der Operateur.