

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte.

Mit Berücksichtigung der preussischen Medicinalverwaltung und Medicinalgesetzgebung nach amtlichen Mittheilungen.

Redacteur: Professor Dr. C. A. Ewald.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Montag, den 27. November 1882.

N^o. 48.

Neunzehnter Jahrgang.

Inhalt: I. Langenbuch: Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis. Heilung. — II. Pfeiffer: Verschiedenes über Muttermilch. — III. Güntz: Ueber die Seltenheit des weichen Schankers. — IV. Hartmann: Supraorbitalneuralgie, hervorgerufen durch Empyem der Nebenhöhlen der Nase in Folge von Behinderung des Secretabflusses aus dem mittleren Nasengange. — V. Scherk: Carbolisirtes Jodoformpulver. — VI. Referate (Cohnheim: Vorlesungen über allgemeine Pathologie — Mauthner: Glaucom). — VII. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften (Berliner medicinische Gesellschaft). — VIII. Feuilleton (Die 55. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Eisenach — Die Krankenhäuser Berlins — Tagesgeschichtliche Notizen). — IX. Amtliche Mittheilungen. — Inserate.

I. Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis. Heilung.

Mitgetheilt von

Dr. Carl Langenbuch,

dirig. Arzt am Lazarus-Krankenhaus in Berlin.

Die Gallenblase ist nach einstimmigem Urtheil der modernen Autoren, wie Frerichs¹⁾, Schüppel²⁾ u. A., der eigentliche Bildungsherd der Steine und nur verhältnissmässig selten entstammen diese den Gallengängen. Lediglich die Gallenblasensteine sollen uns hier interessiren. Es ist von ihnen sogleich zu beachten, dass neueren Forschungen zufolge solche von 1 Ctm. Durchmesser den Ductus cysticus wahrscheinlich kaum mehr zu passiren vermögen (Schüppel³⁾) und dass die Concremente überhaupt, wenn Fiedler⁴⁾ in dieser Ansicht nicht zu weit geht, die Gallenblase weit häufiger und unbemerkt auf dem Verschwärungswege verlassen, als durch den Ductus cysticus. Sie gelangen alsdann meistens in den Darm, wo sie gelegentlich die schwersten, ja zuweilen tödtliche Störungen hervorrufen können, seltener in den Magen, die Harnwege und die Pfortader, zuweilen auch durch Bauchfisteln an die Aussenwelt und nicht so ganz selten und dann wohl stets mit tödtlichem Ausgange in die Bauchhöhle.

Wir thun gut, uns durch diese bekannten Thatsachen hin und wieder zu vergegenwärtigen, wie mannigfach und tückisch sich die Cholelithiasis verhalten kann und wie unsere Kunst in dem Bestreben nicht müde werden darf, Vorsicht walten zu lassen und dem eventuell von ihr drohenden Unheil bei Zeiten entgegenzutreten. Zum Glück heilen ja die meisten Fälle spontan; dazu verfügen wir über eine Reihe höchst schätzenswerther medicinischer Heilmethoden, deren Wirksamkeit indessen für manche Fälle gewisse Grenzen gesteckt sind. Wenn auch die Idee, die Gallensteine innerhalb der Gallenwege durch gewisse Medicamente zur Auflösung zu bringen, von Schüppel⁵⁾ wohl mit Recht für eine therapeutische Illusion gehalten wird, so vermögen wir doch den Abgang der Steine zu erleichtern und auch in vielen Fällen durch entsprechende Diätetik die Neigung zur Steinbildung zu beseitigen; aber immer bleiben

noch Fälle, in denen wir eben kein gutes Resultat zu erzielen vermögen. Den solchen angehörenden Patienten, und ihrer befindet sich wohl der eine oder andere in der Clientel eines jeden beschäftigten Arztes, drohen die obengenannten Gefahren, ihr Leiden ist durchaus insidiös und es fragt sich hier immer wieder, ob sie ihrem Schicksale überlassen bleiben sollen, oder ob man nicht noch eine Radicalheilung in der Weise erzielen kann, dass man den Bildungsherd der Steine, also die Gallenblase selbst anfässt. Dies wäre natürlich nur auf chirurgischem Wege anzustreben.

Die Chirurgie der Gallenblase ist noch in den Anfängen der Entwicklung, aber sie existirt und die Namen Petit, Thudichum, M. Sims, Kocher, G. Brown, Lawson Tait, König u. A. sind in rühmlicher Weise mit ihr verknüpft. Freilich hat sie sich bis jetzt nur an gewisse durch die Steinbildung bedingte Folgezustände der Blase herangewagt und sich damit begnügt, Fisteln zu erweitern und Steine zu extrahiren, sowie den Hydrops und das Empyem der Blase zu operiren. Man hatte es also eigentlich nur mit rein „chirurgischen Vorkommnissen“ zu thun, welche sich, wie in allen Gegenden des menschlichen Körpers, so auch hier vorfanden und zum Eingriff aufforderten. Aber man beseitigte nur das Product der Krankheit, nicht die Krankheit selbst.

Sollte sich nicht auch diese in den geeigneten Fällen durch die mechanisch wirkende Therapie heben lassen?

Zu solchen Erwägungen gelangte ich gegenüber einem Falle von insidiöser Cholelithiasis, welcher Herrn H., 40 Jahre alt, Rendanten des Lazaruskrankenhauses, betraf. Sein Leiden hatte schon eine Reihe von Jahren bestanden und sich trotz sorgfältiger medicamentöser und diätetischer Behandlung, sowie einer jährlichen Trinkcur in Carlsbad verschlimmert. Als er im Jahre 1874 sein Amt antrat, lag die Sache für ihn schon recht schlimm. Alle Mittel und Rathschläge hatten sich erfolglos erwiesen und nur das Morphiun brachte ihm die nöthige Linderung und Ruhe, um seiner Bureauthätigkeit genügen zu können. Allmählig änderte sich das Bild, die Steinabgänge wurden seltener, die Colikanfälle verloren den paroxystischen Typus und verwandelten sich in länger dauernde dumpfe Schmerzen von wechselnder Intensität; die Icteren und fieberhaften Zustände wurden dagegen zugleich mit den Erscheinungen der Morphiumsucht, Verfall der körperlichen und geistigen Kräfte immer deutlicher. Schliesslich ging es rapide bergab und eine septische Lymphangitis an den rechtsseitigen Extremitäten führte schnell den Tod herbei. Die Section konnte nicht gemacht

1) Frerichs, Fr. Th., Klinik der Leberkrankh., p. 492.

2) Schüppel, O., Hdb. d. spec. Path. u. Therap. von v. Ziemssen, VIII. Bd., I. Hälfte, 2. Abth., p. 212.

3) Schüppel, l. c., p. 219.

4) Fiedler, Ueber Gallensteine. Jahresber. d. Ges. f. Natur- und Heilkunde in Dresden, 1878—79.

5) Schüppel, l. c., p. 264.

werden, doch ist die Annahme nicht ganz ungerechtfertigt, dass die zum Exitus führenden entzündlichen Prozesse mit einer durch Gallensteine unterhaltenen Verschwärung im Bauch im metastatischen Zusammenhang gestanden haben können.

Dies Erlebniss und der Rückblick auf einige ähnliche führten mich zum Studium der Frage, ob nicht eine Radicalheilung des Uebels durch die Entfernung der Gallenblase anzustreben sei und ob letztere physiologisch erlaubt und chirurgisch ausführbar sei.

Die erste Frage war am leichtesten zu beantworten. Wir wissen zunächst, dass das Vorkommen der Gallenblase in der Thierreihe überhaupt ein wechselndes ist, und dass z. B. die Gruppen der Elephanten und Pferde dies Organ gar nicht besitzen. Ferner wissen wir bezüglich des Menschen, dass der häufiger beobachtete angeborene Mangel¹⁾ der Gallenblase, wie auch die nicht so selten (Rockitansky) auf dem Leichentische zu constatirende entzündliche Verödung derselben in der Regel ohne nachweisbaren Einfluss auf das gesunde Leben resp. die Lebensdauer zu sein pflegen.²⁾

Die Galle fliesst in solchen Fällen entweder direct in den Darm, welcher sich demgemäss zu accomodiren weiss, oder sie schafft sich durch die allmähliche Dilatation der Gallengänge und Ducti von Neuem ein entsprechendes Reservoir.

Physiologisch war also a priori nichts gegen die Fortnahme der Vesica fellea einzuwenden und es handelte sich nur noch um die Technik der Operation.

Zur Lösung dieser Frage stellte ich eine Reihe von Versuchen an der Leiche an und kam zu dem Resultat, dass wohl von allen abdominellen Operationen, welche die Laparotomie als Voract erheischen, die Exstirpation der Gallenblase mit vorhergehender Unterbindung des Ductus cysticus als die am wenigsten eingreifende zu betrachten ist.

Ein dem vorderen Leberlande entsprechender Querschnitt durch die Decken der rechten Bauchhälfte, welchem sich wie zur Bildung eines T ein dem äusseren Rand des M. rectus folgender Längsschnitt anfügt, beide zu 10—15 Ctm. lang, eröffnen die Bauchhöhle in geeigneter Weise. Die an die untere Leberfläche befestigte Gallenblase liegt mit ihrer Kuppe frei vor. Schiebt man nun durch Einführung eines grösseren flachen Schwammes das Colon und mit ihm die Dünndarmmasse nach abwärts unter die unaufgeschnittene Bauchdeckenpartie und lässt sich zugleich den etwas vornüber geneigten rechten Leberlappen möglichst aufrichten, so spannt sich das Lig. hepatoduodenale in der Weise an, dass es aus der Tiefe hervortritt und sein, das Foramen Winslowii nach vorn begrenzender Rand zwischen die Finger der linken Hand genommen werden kann. In dieser Duplicatur verlaufen bekanntlich die grossen Gallenwege und medianwärts von diesen die Portalgefässe. Um den Ductus cysticus, der am weitesten nach rechts und ziemlich isolirt liegt, auszusondern, thut man gut, die Gallenblase durch Abtrennung etwaiger Peritonealligamente bis zu letzterem hin freizulegen, was mit wenigen feinen Messerzügen zu bewirken ist. Die Blase verjüngt sich immer mehr und geht schliesslich, meist unter Bildung einer spiraligen Flexur, in den Ductus cysticus über. Um diesen wird 1—2 Ctm. von der Blase entfernt eine fest schnürende Seidenligatur angelegt. Da es sich darum handelt, als unerlässliche Vorbedingung der Operation einen dauernden Verschluss des Ductus cysticus herzustellen, ist das Catgut für diesen Zweck absolut ausgeschlossen. Die erst nach diesem Acte vorzunehmende Lostrennung der in ihrer Nische durch Bindegewebe einigermaßen locker befestigten Gallenblase geschieht nach vorgängiger Aufritzung ihres Peritonealüberzuges

in der Circumferenzlinie sehr leicht und zwar halb durch Zug, halb durch vorsichtig geführte Messer- oder Scheerenschnitte. Darauf folgt erst die Durchschneidung des Ductus cysticus diesseits der Ligatur. Bei reichlicher Füllung der Gallenblase kann man zur Verhütung der galligen Ueberfluthung des Operationsfeldes in Folge etwaiger Ruptur oder Verletzung des Sackes die Hauptmasse durch Aspiration vor der Lostrennung entleert haben. Vor einer Verletzung des blutreichen Lebergewebes hat man sich selbstverständlich sorgsam zu hüten, wird aber im Uebrigen kaum ein der Unterbindung benöthigtes Gefäss antreffen. Mit dem Nahtschluss der Bauchwunde ist diese wenig eingreifende Operation, bei welcher ausser der Flexura dextra coli kaum ein Darmstück mit der Aussenwelt in Berührung kommt, beendet.

Die principielle Berechtigung und thatsächliche Ausführbarkeit dieser Operation war das theoretische Ergebniss meiner Studien. Recht bald sollte ich Gelegenheit finden, auch practisch die Probe zu ziehen.

Ende Juni d. J. hatte College Dr. N. Meyer die Güte, mir zur Consultation einen seiner Patienten, Herrn D., 43 Jahr alt, Magistratsecretair in Berlin vorzustellen, der an heftigen Gallensteinbeschwerden litt. Vorher nie wesentlich krank gewesen, wurde er 1866 plötzlich von anhaltendem Erbrechen und heftigen Kolikschmerzen befallen, welche erst am anderen Tage wieder aufhörten. Solche Anfälle hatte er anfangs nur 1—2 Mal jährlich. 1869 trat zugleich ein intensiver Icterus auf, der erst nach 2 Monaten zurückging. Von jetzt ab traten die Schmerzanfälle immer häufiger und heftiger auf, waren stets von Gelbfärbung der Haut oder mindestens der Conjunctiva gefolgt und führten zu empfindlicher Berufstörung. Einmal soll auch eine pralle Geschwulst in der Gegend der Gallenblase durch die Bauchdecken fühlbar gewesen sein. Zufällig gefundene Abgänge von Gallensteinen zeigten nur wenige dunkelgefärbte und erbsengrosse Exemplare. Der Patient besuchte auf den Rath des Herrn Geh.-Rath Frerichs 3 Jahre hintereinander Carlsbad, doch nahmen die Beschwerden eher zu als ab. Im ersten Jahre wog der Patient noch 89,5, vor einem Jahre nur mehr 75 und gegenwärtig nur 52,5 Kilo. Dementsprechend bestand beträchtliche Magerkeit. Die Haut war schlaff und wie auch die Conjunctiven gelblich tingirt. Es bestand Neigung zum Schweiss. Die Zunge war nicht belegt, auch der Leib weich. Die Leberdämpfung hielt sich in den normalen Grenzen und die Gallenblasengegend war nicht druckempfindlich. Die Function des überaus reizbaren Magens lag sehr darnieder. Der Appetit war sehr gering, dagegen bestand grosse Brechneigung und hartnäckige Obstipation. Im Urin waren zur Zeit weder Gallenbestandtheile, noch andere abnorme Beimischungen nachweisbar. Die Schmerzanfälle wiederholten sich in letzterer Zeit fast täglich und konnten so intensiv werden, dass sie mehrere Male Ohnmachtszustände herbeiführten. Seit $\frac{3}{4}$ Jahren bekämpfte der Pat. dieselben mit wachsenden Morphiumdosen. Zudem war er gemüthlich sehr deprimirt geworden. Er klagte, sein Leiden sei immer schlimmer geworden, er fühle, die Kräfte sinken und ohne Morphium wäre er nicht mehr im Stande auszukommen; er wäre daran sein Amt aufzugeben und sähe einer düsteren Zukunft entgegen.

Die Lage des Kranken war in der That eine sehr prekaire. Die zunehmende Schwäche, die beständigen Schmerzen, die ausgesprochene Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme und namentlich der wachsende Morphinismus liessen erkennen, dass er eine schiefe Ebene hinabglitt, auf der die Umkehr fast unmöglich schien. Da die Diagnose sicher und die Prognose so trübe erschien, hielt ich es für gerechtfertigt, den Kranken auf den einen mir noch möglich erscheinenden Rettungsweg aufmerksam zu machen und es ihm nach Darlegung des Pro et Contra anheimzustellen, sich das Gehörte weiter zu überlegen.

1) Rockitansky, Handb. der spec. path. Anat., Bd. II, pag. 360.

2) Frerichs, l. c., p. 436.

Nach einiger Zeit, während welcher er sich noch anderwärts nach gutem Rath umgesehen zu haben schien, liess er sich (10. Juli) in das Lazaruskrankenhaus aufnehmen und bat mich, die besprochene Operation auszuführen. Ich liess ihn 5 Tage im Bette liegen und zur Vorbereitung abführen. Während dieser Zeit bekam er täglich 2 heftige Anfälle, wobei die Schmerzen deutlich ihren Ausgang von der Gallenblasengegend nahmen und sich dann über den Unterleib ausbreiteten.

Die Operation wurde auf den 15. Juli festgesetzt. Von den Vorbereitungen für die Sicherung der Asepsis brauche ich nicht mehr zu sagen, als dass sie entsprechend der Neuheit des Falles von aussergewöhnlicher Peinlichkeit waren.

Ausser meinen Assistenten und dem benöthigten Hospitalpersonal waren noch meine Freunde die Collegen Dr. A. Martin, welcher sich freundlichst an der Assistenz betheiligte und Prof. Dr. F. Busch, sowie einige andere Gäste zugegen.

Die Operation verlief genau in der oben geschilderten Weise. Die Gallenblase erschien nicht frisch entzündlich afficirt, doch waren ihre Wandungen deutlich verdickt. Sie war nur mässig prall mit Galle gefüllt und wurde durch Aspiration mit einer grossen Pravaz'schen Spritze geleert. Bei ihrer Oeffnung fanden sich nur 2 hirsekorn-grosse Cholestearinsteine in ihr und es lässt sich annehmen, dass das mehrtägige Laxiren zu einer gründlichen Entleerung von Steinen beigetragen hatte. Bei der Abtrennung der Blase von der Leber entstand eine kleine venöse Blutung aus letzterer; sie wurde durch eine Catgutumstechung leicht gestillt.

Der Patient hatte nach der Operation keine Schmerzen und schlief die folgende Nacht sehr gut.

Am 16. Juli Morgens wurde er mit brennender Cigarre im Munde angetroffen. Gegen Mittag stellte sich ein heftiges Hungergefühl ein, doch ward nur ein Minimum von leichter Nahrung gereicht. Den ganzen Tag keine Schmerzen. Temperatur und Puls normal.

Am 17. Juli stellt sich wieder heftiges Hungergefühl ein, doch wurde aus Vorsicht nur ein wenig Flüssiges gereicht. Keine Schmerzen. Temperatur und Puls normal.

Am 17. Juli ebenfalls vollkommenes Wohlbefinden und keine Schmerzen; nur erklärt der sonst sehr ruhige und gesetzte Patient sei so entsetzlich hungrig¹⁾, dass er, falls man ihm Nichts gäbe, heimlich aufstehen und nach Speise suchen würde. Darauf hin war ihm etwas weiches Fleisch mit Kartoffelbrei und Sauce bewilligt. Temperatur und Puls normal.

Am 19. Juli fühlt Pat. beim Athmen einen stechenden Schmerz unter und zwischen den Schulterblättern. 4 Uhr Nachmittag beträgt die Temp. 38,6 und der Puls 110. Eine genaue Untersuchung der Lunge wird in Rücksicht auf die Bauchwunde unterlassen und eine Pleuritis sicca angenommen. Wegen Obstipation wird ein Warmwasserklystier sowie eine Tasse St. Germainthee verordnet.

Am 20. Juli. Noch kein Stuhl, sonst wieder Wohlbefinden und normale Temp. und Puls.

Am 21. Juli. Aus der schon geheilten Wunde werden einige Suturen entfernt und wiederum Laxantien gereicht. Gegen Abend stellten sich sehr erleichternde flüssige Entleerungen ein.

Die Genesung nahm ihren ungestörten Fortgang, so dass der Pat. schon am 27. Juli das Bett verlassen konnte. Die alten Schmerzen sind bis jetzt (Mitte November¹⁾), wie auch nicht anders möglich, nicht wiedergekehrt, dagegen hatte man noch einige Zeit mit der reizbaren Schwäche des Magens zu kämpfen. Aber auch diese legte sich immer mehr. Das Morphinum ist seit der Operation

1) Hiernach scheint die von Frerichs, l. c. p. 436 nicht bestätigte gefundene Ansicht, dass der directe Einfluss der Galle in Folge von Ausschaltung der Gallenblase, eine gesteigerte Esslust veranlasse, hin und wieder doch begründet zu sein. Allerdings machte sich diese nur in den ersten Tagen auffällig geltend, da alsbald wieder die Symptome der nervösen Dyspepsie in den Vordergrund traten. Immerhin ist die schnelle Gewichtszunahme bemerkenswerth.

nie mehr gereicht worden. Schon am 10. August ergab sich eine Gewichtszunahme von 6 Kilo, und einige Wochen später bei der Entlassung im Anfang September eine weitere von 7,5 Kilo.

Zur Epikrise bin ich der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine bisher nicht zu beseitigen gewesene intensive Neigung der Galle zur Steinausscheidung in der Gallenblase handelte; des Weiteren, dass die Steine keine unbequeme Grösse erlangten und dass das Leiden des Kranken durch den unaufhörlichen schmerzhaften, aber normal vor sich gehenden Abgang der immer auf's Neue gebildeten Concremente unterhalten wurde.

So ist zur physiologischen und technischen Lösung der Frage von der Berechtigung und Möglichkeit der Cholecystectomy auch die klinische getreten.

Meines Erachtens eignet sich die Cholecystectomy vorläufig nur für diejenigen Fälle, wo Patient und Arzt am Ende ihrer Geduld angelangt sind. Sie sei, wenn auch niemals zu spät unternommen, doch nur das letzte Auskunftsmittel, und darf nur von chirurgisch geübter Hand und selbstverständlich unter der Garantie strengster Antisepsis ausgeführt werden. Da sie, wie schon oben bemerkt, wohl als die ungefährlichste aller Laparotomien gelten dürfte, wird sie in den betreffenden Fällen, selbst mit der jetzt wirklich minimalen Chance einer Lebensgefahr dem Anheimgeben der Patienten an das Morphinum und die unberechenbaren Wendungen dieses insidiösen Leidens thatsächlich vorzuziehen sein.

Blicken wir zum Schluss noch auf die bisher ausschliesslich zur Beseitigung des Hydrops, des Empyems und der Steine der Gallenblase ausgeführten Cholecystotomien und Cholelithectomien, also die Eröffnung der Blase mit nachfolgender Annäherung der Schnittländer an die Bauchdecken, zurück, so erscheinen diese Methoden schon durch die Eröffnung der Bauchhöhle mutatis mutandis in gleichem Masse gefährlich als die Cholecystectomy, und durch die Manipulationen mit der Blase noch vielfach gefährlicher! — Denn einerseits droht durch ein Loslassen der Nähte das Eindringen des Secrets ev. auch der Galle, sowie auch der atmosphärischen Luft in die Bauchhöhle, ferner können die Cholelithectomien zu länger dauernden Gallen fisteln mit deren Nachtheilen führen und schliesslich wird das Uebel meistens gar nicht definitiv geheilt, da bei nicht zerstörter Schleimhaut ein Recidiv des Hydrops auftreten, und bei persistirender Wegsamkeit des Ductus cysticus nach der Schliessung der Blase eine neue Steinbildung auftreten kann. Ich glaube daher aussprechen zu dürfen, dass die von mir wegen insidiöser Cholelithiasis ausgeübte Exstirpation der Gallenblase nach vorheriger Unterbindung des Ductus cysticus auch für die meisten andern Processe dieses Organs als die minder gefährliche und wirksamere Methode in's Auge zu fassen ist.

II. Verschiedenes über Muttermilch.

Von Dr. Emil Pfeiffer, pract. Arzte in Wiesbaden.

III. Die quantitative Bestimmung des Fettes in der Muttermilch.

Bei Gelegenheit der Ausführung einer grossen Reihe von Muttermilchanalysen zum Zwecke der Ermittlung einer geeigneten Methode für die Bestimmung der Eiweissstoffe der Muttermilch, ergab sich von selbst eine grosse Anzahl von Fettbestimmungen. Dieselben wurden nun noch dahin vervollständigt, dass vergleichsweise auch noch andere Fettbestimmungsmethoden geprüft wurden und es lässt sich nunmehr aus der beträchtlichen Anzahl dieser vergleichenden Fettbestimmungen ein Schluss auf den Werth oder Unwerth der betreffenden Bestimmungsmethoden ziehen.

Zunächst geht aus der unter IV folgenden Tabelle mit Evidenz

1) Um diese Zeit präsentirte sich der Patient in meiner Wohnung und erklärte von seinem langjährigen schmerzhaften Leiden sowie auch von jedem Verlangen nach Morphinum vollständig befreit zu sein.