

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Bericht über 49 Fälle von operativ behandeltem Magengeschwür und dessen Folgen

Müller, Armin

Rostock, 1905

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Eu. Diss. Rostock 1905: Müller

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-139469](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-139469)

Rostock

med.

1905

Aus der chirurgischen Klinik zu Rostock.

Bericht

über

49 Fälle von operativ behandeltem Magengeschwür und dessen Folgen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der Universität Rostock vorgelegt

von

ARMIN MÜLLER

Arzt aus Aue in Sachsen.

ZB MED Köln

4508803-01



Rostock.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

1905.

Bericht

48 Fälle von operativ behandeltem
Hodgkingsgeschwür und dessen Folgen

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Professor Dr. Müller.

Meinen Eltern.

Meinen Eltern.

Nachdem Billroth, gestützt auf die bei einer erfolgreichen Gastrorrhaphie gemachte Erfahrung, dass die Heilung von Magenwunden durch die sezernierten Magensäfte nicht gestört werde, am 29. Januar 1881 zum ersten Male mit Glück eine Magenresektion ausgeführt hatte, musste er sich gegen die Vorurteile, welche dieser kühnen Operation gegenüber bestanden, in einem offenen Brief an Dr. Wittelshöfer noch mit den Worten schützen, dieser Eingriff sei kein „tollkühnes Experiment am Menschen“, sondern er sei „anatomisch-physiologisch und technisch durch ihn und seine Schüler ebenso vollkommen vorbereitet, wie irgend eine andere neuere Operation“. Wie berechtigt diese Worte Billroths waren und wie berechtigt sein operatives Vorgehen, lehrte die Folgezeit. An die Magenresektion schloss sich kurz darauf die Wölfersche Gastroenterostomie und seit dieser Zeit sind tausende von Magenoperationen ausgeführt worden. Wenn sich auch die anfangs gehegten Hoffnungen auf eine

Dauerheilung des Magenkrebses in der Folgezeit im wesentlichen nicht verwirklicht, so wurden dafür bestimmte Formen des Magengeschwürs und vor allem Folgeerscheinungen des *ulcus ventriculi*, einen schon früher von Kussmaul ausgesprochenen Gedanken bestätigend, mehr und mehr zum Gegenstand chirurgischer Behandlung. Besonders in den letzten Jahren ist das umfangreiche Material einer grösseren Zahl Chirurgen (Kümmel, Krönlein, Garrè, von Eiselsberg, Czerny, Fedor Krause u. a.) in genau gesichteten Statistiken bearbeitet, welche beweisen, welchen Aufschwung und Umfang die Magen Chirurgie in den 2 $\frac{1}{2}$ Dezennien ihres Bestehens genommen hat.

Einer Aufforderung des Herrn Prof. Müller entsprechend habe ich die von demselben in der Zeit von 1890 bis 1. Oktober 1904 wegen Magengeschwür und dessen Folgen ausgeführten Operationen zusammengestellt und mich bemüht, die Dauerresultate derselben zu ermitteln.

Von den insgesamt von Herrn Prof. Müller während dieses Zeitraums ausgeführten 158 Magenoperationen wurden 49 wegen *ulcus* und dessen Folgen vorgenommen und zwar 17 in Aachen von 1890 bis 1. Oktober 1901 und 32 in Rostock in der Zeit vom 1. Oktober 1901 bis 1. Oktober 1904. In diesen 49 Fällen handelte es sich 10mal um floride *Ulcera*, 31mal um „entzündliche Tumoren“ und Narbenstenosen und 8mal um perigastritische Auflagerungen und Adhaesionen, ohne dass ein altes

ulcus bei der Operation sicher nachgewiesen werden konnte.

Über Alter und Geschlecht der Patienten gibt folgende Tabelle Auskunft:

	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Sa.
männl.			2	4	7	11	2	26
weibl.		1	11	4	3	3	1	23
Sa.		1	13	8	10	14	3	49

Das Durchschnittsalter der Männer betrug 47 Jahre $3\frac{1}{2}$ Monat, das der Frauen 33 Jahre 7 Monat, die jüngste Patientin war 17, der älteste Patient 64 Jahre alt. Obwohl erfahrungsgemäss das ulcus ventriculi doppelt so häufig das weibliche wie das männliche Geschlecht befällt, ist in vorliegender Tabelle die Zahl der wegen ulcus operierten Männer höher wie die der Frauen. Dasselbe Verhältnis findet sich in den Statistiken anderer Chirurgen und ist nach der Ansicht verschiedener Autoren darin begründet, dass der Mann als Familiernährer und der gegen langdauernde, intensive Schmerzen weniger widerstandsfähige, sich leichter zu einem operativen Eingriff bewegen lässt wie das leidensfähigere Weib. Demgemäss müsste auch das Durchschnittsalter, in welchem die Männer zur Operation kommen, niedriger sein als das der Frauen, was jedoch nicht der Fall ist. Vielmehr ist anzunehmen, dass das ulcus ventriculi beim weiblichen Geschlecht trotz seines häufigeren Auftretens in der

Mehrzahl der Fälle ausheilt, da das Weib bei seiner vorwiegend häuslichen Beschäftigung in der Lage ist, Ruhe und entsprechende Diät zu halten, während beim Manne die andauernden Schädigungen, welche das Erwerbsleben mit sich bringt, eine glatte Heilung des ulcus hemmen, wenn nicht völlig unmöglich machen. Die Differenz im Alkoholgenuss bei beiden Geschlechtern ist wohl auch hier als Faktor in Rechnung zu stellen. Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen zusammen betrug 40 Jahre 11 Monate. Es ist, da das ulcus ventriculi hauptsächlich im Alter von 14—25 Jahren aufzutreten pflegt, hieraus ersichtlich, dass es meist „verschleppte Fälle“ sind, welche in die Behandlung des Chirurgen kommen. Dementsprechend geben auch die Anamnesen in der grossen Mehrzahl der Fälle eine Dauer der Erkrankung von vielen Jahren an: 40 Jahre und länger liegen öfter die ersten Anfänge des Leidens zurück, und zu den wenigen Ausnahmen zählt es, wenn z. B. in Fall 45 die ersten Symptome 9 Wochen vor der Operation bemerkt worden sind. Meist war der Verlauf so, dass die Magenbeschwerden (Druck- und Völlegefühl, Erbrechen etc.) lange Jahre hindurch mit Interwallen auftraten, immer beschwerdefreie Zeiten mit relativem Wohlbefinden zwischen sich lassend, sich zuletzt jedoch steigerten (Blutbrechen, galliges Erbrechen) und durch ihr beinahe kontinuierliches Anhalten den Zustand öfter unerträglich machten. Fall 36, 38, 39 u. a. bieten in dieser Beziehung ganz typische Anamnesen. Das

spezifische Ulcussymptom, Blutungen, wurden früher oder später, in grösserer oder geringerer Menge in 26 Fällen beobachtet und zwar wurde angegeben 12mal Blut im Erbrochenen und im Stuhl, 11mal im Erbrochenen und 3mal im Stuhl. Die so gewonnene Prozentzahl 53 steht in der Mitte zwischen der, welche Steudel in Heidelberg — 60% — und Stich in Königsberg — annähernd 50% — gefunden haben. Das würde die Annahme von Stich stützen, welcher glaubt, diesen Unterschied auf die grössere Indolenz der östlich-deutschen Bevölkerung gegenüber derjenigen Westdeutschlands zurückführen zu können, denn unser Material ist zu ca. $\frac{1}{3}$ rheinländisch und zu ca. $\frac{2}{3}$ mecklenburgisch. Ob und wie lange die einzelnen Patienten vor der Operation in ärztlicher Behandlung gestanden haben, ist aus den Anamnesen nicht in allen Fällen ersichtlich; sicher wurden 8 mit Magenspülungen und ev. Natr. bi. behandelt und ausserdem 5 von der inneren Abteilung der chirurgischen zur Operation überwiesen.

Der Zustand, in welchem die Patienten zur Operation kamen, der Grad der Anaemie, Abmagerung etc., entsprach zwar im allgemeinen der Dauer der Erkrankung, doch fanden sich auch einerseits Fälle, in denen trotz langen Bestehens der Krankheitserscheinungen die Abmagerung eine nur unbedeutende war (14. 19. 27.), andererseits solche, in welchen die Kürze der Erkrankung durch die Intensität derselben reichlich ausgeglichen wurde.

So gibt z. B. der oben erwähnte Fall 45, obwohl er erst seit 9 Wochen erkrankt sein will, bereits einen Gewichtsverlust von 40 Pfd. an. Ein Tumor bez. eine Resistenz war in 26 Fällen, (also in 53%) zu fühlen. Von diesen Verhärtungen waren 17 mehr oder weniger stark druckempfindlich, 9 verhielten sich auf Druck indifferent. Andererseits wurde 16mal eine lokalisierte Druckempfindlichkeit konstatiert, ohne dass sich irgend eine Resistenz im Abdomen hätte nachweisen lassen. Die Grösse der „Tumoren“ schwankte zwischen Bohnen- und Faustgrösse und ebenso unterlag der Ort, an dem sie palpiert wurden, einem grossen Wechsel. Der eigentlichen Magen-gegend links von der Mittellinie gehörten 10 an, zwischen proc. ensiformis und Nabel lagen 3, in unmittelbarer Nachbarschaft des Nabels, jedoch in keinem Falle unterhalb desselben, 12. Einmal fand sich Resistenz strangförmig oberhalb des linken lig. Pouparti. Da in diesem Falle die Operation nur leichte Netzhadhaesionen am Pylorus, aber keinen Tumor konstatierte, hat es sich wahrscheinlich um Verwachsungen des Netzes in dieser Gegend gehandelt. Eine Dilatation des Magens wurde in 19 Fällen (also ca. 40%) diagnostiziert. Obwohl dieselbe mitunter so hochgradig war, dass der Unterrand des Magens noch handbreit unterhalb des Nabels stand, hatte sie doch nur in 5 Fällen eine gröbere motorische Insuffizienz des Magens zur Folge; es fanden sich im nüchternen Magen stagnierende Speisereste vom Tage vorher. Der Chemismus des Mageninhaltes

zeigte die grössten Verschiedenheiten: Hyperazidität wechselte mit Hypazidität, ja gänzlicher Anazidität (42). Wiederholt war der Befund ein normaler, in 1 Falle (48) wurde Milchsäure nachgewiesen. Der weitere Verlauf des letzteren beweist wohl, dass kein Karzinom vorgelegen haben kann, da 8 Monate nach der Operation eine Gewichtszunahme von 29 Pfd. bei bestem Wohlbefinden angegeben wird. Es wird hierdurch die neuerdings bekannte Tatsache bestätigt, dass das Vorhandensein von Milchsäure mit Sicherheit nur für eine Stagnation spricht, gleichviel, ob der den Abfluss hindernde Tumor maligner oder benigner Natur ist.

Die neueren Autoren teilen ihre Fälle nach dem Ausfall des inneren Befundes im Einklang mit der Anamnese in komplizierte und nicht komplizierte ein. Als komplizierende Momente betrachten sie die Blutung, das Perforieren und das Penetrieren eines Geschwürs, unter den nicht komplizierten Fällen werden entzündliche Tumoren, Narbenstenosen und offene ulcera verstanden. Da jedoch hierbei einmal der individuellen Auffassung bezüglich der Beurteilung der Grenzfälle ein grosser Spielraum gelassen ist, kann man ja beinah jedes typische offene ulcus ventriculi als durch Blutung kompliziert ansehen, denn die betr. Autoren rechnen hierher nicht ausschliesslich diejenigen ulcera, bei denen die Blutung eine *indicatio vitalis* zur Operation gab, andererseits die Begriffe Perforieren und Penetrieren eines ulcus und penetrierendes ulcus und entzünd-

licher Tumor nicht scharf und allgemein gültig von einander geschieden sind, sind im folgenden die Fälle einfach nach dem Wortlaut der Krankengeschichte geschieden in offene ulcera, Narben und Narbenstenosen, entzündliche Tumoren (Schwielen) und in solche Fälle, in welchen ausser perigastrischen Verwachsungen keine organischen Veränderungen des Organs im Inneren bei der Operation nachgewiesen werden konnten, während der Befund der äusseren Oberfläche und die Anamnese für ein vorhandenes Ulcus sprachen.

I.

Offene Ulcera.

Offene ulcera fanden sich 10mal und zwar wurden 8 bei der Operation selbst und 2 bei der Autopsie konstatiert. Gerade diese letzteren, von welchen das eine wegen seiner abnormen Kleinheit (28) — es war trotz schwerster Blutungen nur ein stecknadelkopfgrosser Defekt vorhanden —, das andere infolge seiner versteckten Lage im Pylorus (37) sich dem Auge des Operateurs entzog, waren diejenigen, bei welchen die akute Anaemie nach den reichlich vorausgegangenen Blutverlusten eine *indicatio vitalis* zum operativen Vorgehen gab. Auch in den übrigen Fällen hatte sich Blut im Erbrochenen, im Stuhl oder in beiden gefunden; nur Fall 32 und 48 machen hiervon eine Ausnahme, der letztere ist

ausserdem insofern völlig atypisch, als auch einfaches Erbrechen niemals aufgetreten ist. Die Grösse der Ulcera schwankte zwischen Stecknadelkopf- (Erosion) und Handtellergrösse (39), die Ränder werden in 4 Fällen als verdickt und wallartig angegeben.

Die Lage der Ulcera ist 9mal angegeben. Wie zu erwarten, finden sich die Mehrzahl — 6 — an der kleinen Kurvatur und an der Hinterwand, 2 neben und in dem Pylorus und nur 1 an der Vorderwand. In 4 Fällen haben die Ulcera zu recht erheblichen Formveränderungen des befallenen Organs geführt und zwar 2mal zu einer Verkürzung der kleinen Kurvatur, wodurch der Pylorus der Cardia genähert wurde (20, 32) und 2mal zu Sanduhrmägen (39, 41). Die angewendeten Operationsmethoden waren Gastroenterostomie in 5, Exzision des Ulcus in 4 Fällen und Gastroplastik mit anschliessender Gastroenterostomie in 1 Fall. Im allgemeinen wurde gastroenterostomiert, wenn eine Exzision infolge der Grösse, der Lage und besonders der Verwachsungen des ulcus mit dem Pancreas schwierig oder unmöglich war, und die Gastroenterostomie genügende günstigere Abflussverhältnisse schaffte; so wurde auch in Fall 39 an die Gastroplastik doch noch die Gastroenterostomie angeschlossen, da der Effekt der ersteren ein nur sehr geringer, der Pylorus abgeknickt und eine radikale Entfernung des Ulcus wegen der ausgedehnten Verwachsungen mit dem Pankreas unmöglich war.

II.

Narben und Narbenstenosen.

Narben und Narbenstenosen wurden 17mal gefunden. Im Gegensatz zu den offenen Geschwüren berichten hier nur 6 Anamnesen (2, 4, 15, 17, 40, 43) von aufgetretenen Blutungen. In einem dieser Fälle (4) ist Blut nur in kleinsten Mengen aufgetreten, und da der betr. Patient an unstillbarem Erbrechen litt, ist es sehr wahrscheinlich, dass diese kleinsten Blutmengen nicht aus einem blutenden Ulcus, sondern aus dem Rachenraum oder aus sekundären Erosionen stammten. In den übrig bleibenden 5 Fällen liegt 3mal die letzte Blutung weit zurück, in Fall 40 : 27, in Fall 9 : 15 und in Fall 2 : 2 Jahre; nur im Falle 43 und 17 sind die Blutungen jüngeren Datums. Hingegen steht weitaus in der Mehrzahl der Fälle das heftige, oft unstillbare Erbrechen im Vordergrund der Beschwerden. Die inneren Befunde, welche die Operation ergab, erklärten das. Von den Narben sassen 9 am Pylorus, 8 anderswo am Magen; die ersteren hatten 6mal zu Stenosen des Pylorus und einmal zu Verwachsungen desselben mit dem Pankreas (2), die letzteren hatten 4mal zu Sanduhrbildung des Magens geführt. Diese groben Abflusshindernisse für den Mageninhalt sind es, welche ein durch nichts oder nur durch Ausspülungen zu stillendes Erbrechen hervorrufen und auf diesem Wege trotz fehlender oder unbedeutender Blutverluste und trotz ihrer benignen Natur für den Gesamtorganismus dieselben deleteren Folgen haben

können, wie ein strikturierendes Karzinom. Im Falle 45 z. B. hat das profuse Erbrechen in der kurzen Zeit von 9 Wochen zu einem Gewichtsverlust von 45 Pfd. geführt. Das Stürmische des ganzen Krankheitsbildes erklärt es auch, dass trotz Dilatation des Magens oder eines Teiles desselben, wie sie in 8 Fällen beobachtet wurde, doch nur 1mal (12) Stagnation nachgewiesen werden konnte. Doch kann die letztere nicht bedeutend gewesen sein, da Milchsäure fehlte und bei (einer Gesamtazidität von 30) freie Säure vorhanden war. Mit 3 Ausnahmen wurde in allen Fällen die Gastroenterostomie gemacht, da diese, kombiniert mit dem Aufhängen der Schlingen nach Kappeler, bei den meist bestehenden mannigfachen Verwachsungen und Verzerrungen die meisten Garantien anhaltend günstiger Abflussverhältnisse bei relativ geringer Operationsgefahr bot. In Fall 1 kam man, da die Narbe nicht verwachsen und auf der Vorderwand des Magens leicht zugänglich war, mit einer Resektion der vorderen Magenwand aus; in Fall 10 wurde an die Resektion doch noch die Gastroenterostomie angeschlossen, da sich ausser am Pylorus noch am Magen eine (in ihrer Lage in der Krankengeschichte nicht näher bestimmte) Narbe fand. In Fall 40 begnügte man sich, da bei dem Sitz der Striktur am Fundus der Längsschnitt genügend ausgiebig angelegt und bei folgender querer Vernähung das vorher bleistiftdicke Lumen genügend erweitert werden konnte, mit der Gastropplastik.

III.

Entzündliche Tumoren.

Unter „entzündlichen Tumoren“ sollen hier diejenigen gutartigen Geschwülste des Magens und des Pylorus verstanden sein, welche bei der protrahierten Heilung alter Schleimhautdefekte durch die entzündlichen, „über das Ziel hinausschiessenden“ Gewebswucherungen vor allem in den tieferen Schichten der Magenwand entstehen. Eine scharfe Trennung von den Narben und Narbenstenosen ist nicht in allen Fällen möglich; vielmehr gibt es zahlreiche Mischformen, welche je nach der subjektiven Auffassung ebenso gut der einen wie der anderen Rubrik zugezählt werden können. Wie schon oben erwähnt, hat in solchen Fällen der Wortlaut des Kranken- und Operationsjournals den Ausschlag gegeben, da dieser die Auffassung des Operateurs darstellt. Entsprechend dieser Unsicherheit in der Grenzbestimmung bieten die Anamnesen dieser 14 Fälle kein gerade für sie typisches Moment, wie es bei den offenen Geschwüren die Blutung und bei den Narben und Narbenstenosen das Erbrechen darstellte. Dagegen ergab die äussere Untersuchung in allen Fällen ein positives Resultat und zwar konstatierte dieselbe 9mal (13, 18, 22, 23, 29, 31, 33, 35, 38) einen (in 2 Fällen (15, 38) druckempfindlichen) Tumor, in 4 Fällen eine Druckempfindlichkeit ohne Resistenz (29, 42, 44, 46) und im letzten Falle (47) bei dem Mangel anderer Erscheinungen eine Dilatation. Tritt zu dem palpablen Tumor noch stärkere Abmagerung

hinzu, steht ferner der Patient in dem entsprechenden Alter, so ist in solchen Fällen eine Differentialdiagnose zwischen benigner und maligner Affektion des Magens meist nur nach der Laparotomie und ev. mikroskopischen Untersuchung möglich. Der Sitz der Tumoren war 7mal am Pylorus, 3mal an der Vorderwand, 1mal an der Hinterwand des Magens und 3mal an der kleinen Kurvatur. Sie waren meist nicht frei beweglich, sondern zeigten in 11 Fällen Verwachsungen mit den Nachbarorganen in mitunter recht ausgedehntem Masse. In einem Falle (31) bestand ausser dem Tumor am Pylorus noch eine sanduhrförmige Einschnürung des Magens in der Mitte des Organs. Die Grösse der Tumoren schwankte zwischen Kirsch kern- und Hühnereigrösse. Bei der Wahl der anzuwendenden Operationsmethode waren dieselben Gesichtspunkte bestimmend, welche oben unter den offenen Geschwüren erörtert sind. Es wurde 7mal die Gastroenterostomie, 6mal die Resektion gemacht und einmal (25) liess man der Resektion die Gastroenterostomie folgen, um günstigere Abflussverhältnisse zu schaffen.

IV.

Adhaesionen.

Nach Abzug der offenen Ulcera, der Narben und Narbenstenosen und der entzündlichen Tumoren bleiben noch 8 Fälle übrig (9, 19, 24, 26, 27, 34, 36, 49), in welchen die Operation lediglich Verwachsungen

mit der Umgebung hatte nachweisen können, von einem Ulcus, einer Narbe oder einem Tumor jedoch nichts zu finden gewesen war. Es ist auch Fall 19 mit hierher gerechnet, obwohl sich hier eine leichte Verdickung der Magenwand vorfand, da die starke Ektasie des Magens und das ganze Krankheitsbild nicht so sehr durch die letztere als durch die flächenhaften Verwachsungen des Pylorus hervorgerufen waren. Ob und wie oft bei diesen vorliegenden 8 Fällen ein Ulcus sich dem Auge und dem tastenden Finger des Operateurs entzogen hat, muss bei der oft ausserordentlich grossen Schwierigkeit der Auffindung und der nicht seltenen Kleinheit der Ulcera (vergl. Fall 28) dahingestellt bleiben. Noch mehr wie bei den Narbenstenosen steht in diesen Fällen in den Anamnesen das Erbrechen im Vordergrund der Erscheinungen und nur ein Fall (27) macht hiervon eine Ausnahme. Man wird sich das Zustandekommen des Erbrechens so erklären müssen, dass infolge der mannigfachen Verwachsungen des Magens und des Pylorus mit den Nachbarorganen einerseits die normale Peristaltik gehemmt wird, andererseits durch den andauernden bei brüsken Bewegungen sich noch verstärkenden Zug antiperistaltische Bewegungen des Magens auf reflektorischem Wege ausgelöst werden. Ganz im Gegensatz zu dem späteren negativen Operationsbefund fand sich bei der äusseren Untersuchung in 5 Fällen ein druckempfindlicher Tumor (19, 24,

27, 34, 36), ein Missverhältnis, für welches eine Erklärung nicht immer möglich ist. Täuschungen kommen ja bei der Palpation des Magens öfter vor; es können auch partielle Kontraktionen hier eine Rolle spielen! Die Verwachsungen mit den Nachbarorganen waren mitunter recht ausgedehnt. Welchen Grad dieselben erreichen können, zeigt Fall 26, in welchem die Adhaesionsstränge eine sanduhrförmige Einschnürung des Magens herbeigeführt hatten. Bei den anzuwendenden Operationsmethoden schieden die Resektionen naturgemäss von vornherein aus. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurden zunächst die bestehenden Verwachsungen gelöst und dann in 5 Fällen die Gastroenterostomie und einmal (27) die Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz gemacht, d. h. der zu diagnostischen Zwecken längs geöffnete Pylorus wurde der Sicherheit halber quer vernäht. Ein weiteres Mal (26) wurde an die Pyloroplastik die Gastroenterostomie angeschlossen, da man bei der Sanduhrform des Magens den Effekt der einfachen Pyloroplastik nicht für ausreichend hielt und in dem letzten der Fälle begnügte man sich mit der Probelaaparotomie, da sich am Pylorus nur geringe spinnewebartige Adhaesionen fanden, welche einen tieferen Eingriff nicht angezeigt erscheinen liessen.

Die Verteilung der verschiedenen Operationsarten auf die verschiedenen Affektionen ist in folgender Tabelle zur Übersicht gebracht.

	Gastroenterostomie	Resektion	Resektion + Gastroenterostomie	Pyloroplastik	Pyloroplastik + Gastroenterostomie	Gastroplastik	Gastroplastik + Gastroenterostomie	Probelaparotomie	Sa.
Offene Ulcera	5	4					1		10
Narben u. Narbenstenosen	14	1	1			1			17
Entzündliche Tumoren .	7	6	1						14
Adhaesionen	5			1	1			1	8
Sa.	31	11	2	1	1	1	1	1	49

Es wurden alle Gastroenterostomien ohne Ausnahme nach der ursprünglichen Wölflerschen Methode der Gastroenterostomia antecolica anterior ausgeführt und zwar seit Herbst 1898 mit horizontaler Aufhängung des zu- und abführenden Schenkels der Jejunumschlinge am Magen nach Kappeler. Die Kappelersche Vorschrift, welche seit genanntem Zeitpunkt in allen Fällen von Gastroenterostomie zur Anwendung kam, hat sich ausgezeichnet bewährt. Während unter den früheren Gastroenterostomien — die wegen Karzinom ausgeführten Operationen eingerechnet — wiederholt (in 30 Fällen 3mal) circulus vitiosus beobachtet wurde, ist seit Ausführung des Kappelerschen Verfahrens (78 Fälle) niemals diese Störung mehr eingetreten. Wir glauben um so mehr, diese Methode empfehlen zu können, als sie neben der Zuverlässigkeit den Vorzug der grössten Einfachheit besitzt und dadurch z. B. die von Braun empfohlene seitliche Anastomose von zu und abführender Schlinge übertrifft.

Bei den Resektionen handelte es sich in keinem Falle um die grossen segmentären Billroth'schen Resektionen, wie sie bei dem karzinomatös erkrankten Pylorus und Magen die Regel bilden, sondern immer nur um einfache Exzisionen des befallenen Magen- oder Pylorusteils. Im Falle 42 traten am 4. Tage nach der Resektion bedrohliche Erscheinungen auf (Aufstossen, Schmerzen, Kollaps), die auf eine Perforation hindeuteten. Bei der sofort vorgenommenen Relaparotomie fand sich Mageninhalt in der freien Bauchhöhle, die Naht an einer Stelle infolge *ulcus pepticum* perforiert. Nach Übernähung der Stelle und Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung erfolgte guter Weiterverlauf. Die Pyloroplastiken wurden nach Heinecke-Mikulicz ausgeführt und ganz analog — Längseröffnung und quere Vernähung — wurde bei der Gastroplastik vorgegangen. Als Nahtmaterial wurde bei allen Operationen Katgut verwendet und zwar wurde immer, bei den Gastroenterostomien wie bei den Resektionen, fortlaufend zweireihig genäht: über eine innere Mukosa-Muskularisnaht wurde eine breitfassende Czerny-Lambertsche Serosanaht gelegt, auf deren exakte Ausführung das grösste Gewicht gelegt wurde. Besondere Erwähnung inbezug auf Haltbarkeit einer Naht verdient in dieser Beziehung Fall 17, wo der Patient, wie in der Krankengeschichte näher ausgeführt, in der dritten Nacht nach der Operation in einem unbewachten Augenblicke aus dem Hospital unter Überwindung

verschiedenster Hindernisse entwich und erst nach zweistündiger Irrfahrt zurückgebracht wurde, ohne dass ihm diese Exkursion geschadet hätte.

Der Operation als solcher erlagen 10 von 49 = 20,4 % und zwar 4 mit offenen Geschwüren (6, 28, 32, 37), 2 mit Narbenstenosen (4, 45), 3 mit entzündlichen Tumoren (13, 22, 23) und einer (24), bei welchem sich nur Adhaesionen fanden.

Unter den 4 Todesfällen, welche in der Rubrik der offenen Ulcera zu verzeichnen sind, finden sich die schon oben erwähnten 2 Fälle (28 u. 37), bei welchen die Operation nur gemacht wurde, um das ohnehin verlorene Leben vielleicht zu erhalten. Fall 28, eine junge 25jährige Frau war durch das profuse Bluterbrechen so blutleer geworden, dass man in dieser hochgradigen Anaemie eine indicatio vitalis zur Operation erblickte. Die Patientin überstand die Operation, auch gelang es, sie durch anhaltende Kochsalzinfusionen und Nährklystiere noch 2 Tage bei relativ befriedigendem Befinden am Leben zu erhalten, doch am 3. Tage nach der Operation erlag sie ihrer Anaemie. Die Sektion bestätigte diese Todesursache; die Gastroenterostomie hatte fehlerlos funktioniert. In Fall 37 handelte es sich um einen 48jährigen Mann, bei welchem das tägliche, profuse, literweise unstillbare Erbrechen dem Operateur zum Einschreiten bewog, obwohl schon vor der Operation, um den Zustand des Patienten wenigstens etwas zu heben, Kochsalzinfusionen sich nötig gemacht hatten. Auch hier

ergab die Sektion eine intakte Gastroenterostomie, keine Peritonitis. Die Lungen waren emphysematös, die Aorta und die Herzklappen sklerotisch. Der relativ früh gealterte und abgebrauchte Organismus hatte den Kraftverbrauch und die Entwässerung und Schwächung des Körpers, welche das profuse Erbrechen herbeigeführt hatte, nicht überwinden können. Fall 6, eine äusserst anämische und blasse Patientin von 24 Jahren, erlag der Shok- und Nachwirkung der Äthernarkose. Sie erlangte nach der Operation das Bewusstsein nicht wieder. Die Sektion ergab intakte Operationswunden. Nur Fall 32 erlag einer durch die Sektion bestätigten Peritonitis. Da von einer zum Teil offen stehenden Nahtlinie berichtet wird, liegt bei der Grösse der Perforation der Gedanke an ein *ulcus pepticum* nahe (Katgutverdauung), während in den eben erörterten 4 Todesfällen die Sektion gestattet gewesen war, war man in den 2 Todesfällen der Rubrik Narbenstenosen (4, 45) in Fall 4 auf die klinische Diagnose der Todesursache beschränkt. Sie lautete „Magenwandnekrose“. In Fall 45 starb der 52jährige Patient am 6. Tage nach der Operation an einer Pneumonie der beiden Unterlappen.

Von den Fällen mit entzündlichen Tumoren haben 3 letal geendet (13, 22, 23). Die nur einmal mögliche Sektion konstatierte als Todesursache in Fall 13 nichts Positives, sodass der Tod auf die allgemeine Schwäche bezogen werden musste. Der letztere, ein 45jähriger, durch sein schon

15 Jahre lang bestehendes Leiden sehr heruntergekommener Mann von kachektischem Aussehen, starb am 6. Tage nach der Operation trotz entsprechender Therapie unter den Erscheinungen von Herzschwäche. Fall 22 und 23 starben am 6. und 2. Tag unter den Erscheinungen einer Peritonitis (ulcus pepticum?)

In dem noch übrigen, tödlich verlaufenen Fall, in welchem die Operation nur Verwachsungen zwischen Pylorus und Porta hepatis konstatiert hatte Peri-Cholecystitis (24), ergab auch die Sektion kein Ulcus, keine Narbe, keinen Tumor. Der Fall wurde aber trotzdem in die Arbeit mit aufgenommen, da, wie Fall 28 zeigt, ein Defekt nur stecknadelkopfgross zu sein braucht, um zum Verbluten der Trägerin zu genügen, und ein so kleines Ulcus, wenn im Laufe von Jahren in seinem Gefolge sich perigastrische Verwachsungen gebildet haben, es selbst aber verheilt ist, sehr wohl auch dem unbewaffneten Auge des Obduzenten sich entziehen kann. Als Todesursache ergab sich Peritonitis.

	Peritonitis	Pneumonie	Folgen der Narkose	Anaemie	Allgemeine Schwäche	Sa.
Offene Ulcera	1		1	1	1	4
Narben und Narbenstenosen	1	1				2
Entzündliche Tumoren	2				1	3
Adhaesionen	1					1
Sa.	5	1	1	1	2	10

Bei den Bemühungen, die Dauerresultate der Operationen zu ermitteln, war man aus lokalen

Gründen teilweise auf briefliche Nachricht angewiesen; in den übrigen Fällen stellten sich die Patienten persönlich in der hiesigen chirurgischen Poliklinik wieder vor. Von allen den in Frage kommenden 39 Patienten gelang es uns Nachricht zu erhalten. 2 waren mittlerweile verstorben (2, 21) und zwar 7 Jahre bez. 4 Monate nach der Operation. Das Befinden in der Zwischenzeit zwischen Operation und Tod war ein gutes, hatte doch der letztere in den 4 Monaten, die er nach der Operation noch gelebt hat, eine Gewichtszunahme von 27 Pfd. zu verzeichnen. Fall 2 starb an Nierenwassersucht; im Fall 21 war über die Todesursache nichts zu ermitteln. Bei den bis heute überlebenden 37 Patienten hat die Operation in allen Fällen den Erfolg gehabt, dass ev. vorher bestehende Blutungen in der Folgezeit nie mehr aufgetreten sind. In der grossen Mehrzahl der Fälle sind die Patienten von ihren Schmerzen befreit, der Appetit ist gut, das Allgemeinbefinden oft ausgezeichnet, wird doch in Fall 12 von einer Gewichtszunahme von 43 Pfd., in Fall 5 sogar von 56 Pfd. berichtet. Diese letztere Patientin hat 4 Jahre nach der Operation geheiratet und in 5 Jahren 3 Kinder geboren, ohne je wieder Beschwerden von seiten des Magens gehabt zu haben. Nur in 3 Fällen (3, 9, 46) hat die Operation zu keiner wesentlichen Besserung geführt. Fall 3 hat sich deswegen 3 weiteren Operationen anderwärts unterzogen und befindet sich seitdem angeblich gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
1.	20. 6. 90.	J. K.	30 J., weiblich.	Seit 12 Jahren Magenbeschwerden. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr fast tägliches Erbrechen, Abmagerung. Nie Blut im Erbrochenen.	Symptome einer Stenose. Harter Tumor in der Pylorusgegend fühlbar.	22. 6. 90.
2.		J. P.	21 J., männlich.	Vor 2 Jahren wiederholt Blutbrechen. Im Anschluss daran zunehmende Stenosenerscheinungen des Pylorus.	Stenosenerscheinungen des Pylorus.	15. 8. 90.
3.		E. J.	34 J., männlich.	Seit 4–5 Jahren magenleidend. Schmerzen im Epigastrium. Neigung zu Erbrechen. Wiederholt Magenspülungen gemacht.	Erscheinungen einer Pylorusstenose. Gastrectasie. Starker Druckschmerz im angul. epigastricus.	14. 3. 91.
4.	8. 3. 94.	C.	24 J., weiblich.	Seit 9 Wochen unstillbares Erbrechen. Gewichtsverlust 30 Pfd. Blut nur ab und zu in kleinen Mengen im Erbrochenen bemerkt. Einmal viel altes Blut im Stuhlgang. Erbrechen gallig und unabhängig von der Nahrungsaufnahme.	Vorläufige Diagnose ganz unsicher. Duodenalstenose?	9. 3. 94.

	Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
6.).	Stenosierende Narbe auf der Vorderwand des Magens.	Resektion der vorderen Magenwand.	Reaktionsloser Operationsverlauf. Nach 3 Wochen entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 18. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 78 Pfd., jetziges 87 Pfd. Appetit gut. Schmerzen seit Diät keine. Allgemeinbefinden gut. Pat. hat nach der Operation noch 6 norm. Entbindungen und 4 Frühgeburten durchgemacht.
8.).	Grosse tumorartige Narbe am oberen und hinteren Teil des Pylorus, die mit dem Pankreas verwachsen ist.	Gastroenterostomie.	Körpergewicht post operationem wesentl. erhöht. Allgemeinbefinden und Appetit gut. Schmerzen keine.	1897 an Nierenwassersucht gestorben.
3. ..	Pylorusstenose.	Gastroenterostomie.	Patient hat sich öfter wieder vorgestellt. Starker Bauchbruch. Druckempfindlichkeit im Bereich der Narbe.	Briefliche Mitteilung vom 2. 6. 05: Da sich die Beschwerden wieder einstellten und steigerten, machten sich 3 weitere Operationen anderwärts nötig (1900). Appetit seitdem gut. Allgemeinbefinden im ganzen gut.
3. t.	In der Pylorusgegend zeigt sich eine kleine Verdickung. Der Pylorus ist für den eingestülpten Zeigefinger nicht zu durchdringen. Im Duodenum etwa in der Papillengegend ein nicht haselnussgrosser Knoten. Stenose des Duodenums nicht sicher.	Gastroenterostomie.	Abends 10 Uhr Exitus. [Ursache: Magenwandnekrose.]	

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
5.	23. 8. 96.	K. K.	21 J., weiblich.	Vor 7 Jahren Auftreten von heftigem Erbrechen nach jeder grösseren Mahlzeit. Seit ca. 5 Monaten wird alles Genossene wieder erbrochen. Schmerzen nach dem Essen. Aufstossen. Appetit gering.	Mässiger Ernährungszustand. Magengegend druckempfindlich. Untere Magengrenze 3 Querfinger unterhalb des Nabels. Eine Resistenz ist nicht palpabel. Trotz strenger Diät und täglichen Spülungen keine Besserung, Pat. hat vielmehr 9 Pfd. an Körpergewicht in 7 Wochen verloren.	8. 10. 96.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Magen etwa 3 Querfinger weit vom Pylorus sanduhrförmig durch einen Strang, der von dem mit dem Magen verwachsenen Netz gebildet wird, eingeschnürt. Der Magenteil rechts vom Schnürring stark dilatiert. Nach Lösung der strangförmigen Verwachsungen präsentiert sich auf der Vorderfläche des Magens eine alte Ulcusnarbe.	Gastroenterostomie.	Nach anfänglich zufriedenstellendem Verlauf tritt am 8. 12. 96 plötzlich unter heftigem Leibscherz Erbrechen alles Genossenen auf. Das subjektive Befinden und der Gesamthabitus verschlechtern sich trotz Diät, Bettruhe und Wismuttherapie. Deshalb am 16. 1. 97 Relaparotomie. Der Magen und die Jejunumschlinge zeigen mehrfache flächenhafte Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand, der Leber und dem Kolon. Die zu- und abführende Darmschlingen der Gastroenterostomie sind spornartig verwachsen und abgelenkt, so dass eine Passage nur schwer möglich ist. Lösung der Magendarmverwachsungen. Die abführende Darmschlinge wird in horizontaler Richtung an die Magenwand fixiert, um eine abermalige Abknickung zu verhüten. Die Schmerzen u. das Erbrechen lassen nach. Wunde heilt ohne Komplikationen. Pat. wird am 12. 2. 97 geheilt mit einer Gewichtszunahme v. 9 Pfd. entl.	Briefliche Mitteilung vom 2. 6. 05: Körpergewicht vor der Operation 74 Pfd., jetziges 130 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden sehr gut. Pat. heiratete 4 Jahre nach der Operation und hat dann 3 Kinder geboren. Keinerlei Beschwerden.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
6.	23. 3. 97.	M. N.	24 J., weiblich.	Pat. erkrankte vor 2 J. plötzlich mit Magenbeschwerden und Blutbrechen. Letzteres wiederholte sich 3 bis 4 mal, zuletzt im vorigen Sommer. Wiederholt Blut im Stuhl. Die Magenbeschwerden blieben konstant bestehen. Gewichtsverlust 15 Pfd.	Äusserst blasse, anämische Pat. In der Magengegend ist eine flache, harte, ziemlich grosse Geschwulst deutlich palpabel. Dieselbe ist sehr druckempfindlich. Öfteres Erbrechen braunroter Massen, in denen Blut mikroskopisch nachweisbar ist.	27. 3. 97.
7.	18. 5. 97.	J. J.	39 J., männlich.	Schon in der Schulzeit öfters „Magenkrämpfe“. Seit 3 Jahren fast ununterbrochen heftige kolikartige Anfälle. Erbrechen. Vor 1. Jahr Erbrechen von 3—4 L. (?) dunkelbraunen Bluts. Stuhl damals pechschwarz.	Blasser, stark abgemagerter Mann. Magen- u. Gallenblasengegend sehr druckempfindlich. Magen ektatisch. Untere Magengrenze 1 cm unterhalb des Nabels. Ein Tumor ist nicht zu fühlen. Im Mageninhalt nach Probefrühstück keine freie HCl.	10. 6. 97.
8.	18. 10. 97.	K. D.	24 J., weiblich.	Seit 1 Jahr fast ununterbrochen magenleidend. Appetitlosigkeit, saures Aufstossen, Erbrechen. Interne Therapie inkl. Magenspülungen erfolglos. Gewichtsverlust 6 Pfd. Von der medizinischen Abteilung der chirurgischen Abteilung überwiesen.	Ernährungszust. ziemlich schlecht. Magengegend leicht aufgetrieben, druckempfindlich, ohne bestimmten Schmerzpunkt.	4. 12. 97.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Der Magen ist mit vorderer Bauchwand, Leber, Gallenblase und Netz verwachsen. Die Gallenblase ist an der medialen Seite ganz von Serosa entblösst. Durch die stark verdickte Wand d. Magens ist ein Geschwür mit wallartigen Rändern durchzufühlen. Dasselbe sitzt an der kleinen Kurvatur, nicht weit vom Pylorus. Letzterer ist durchgängig.	Resektion des Ulcus (in Fünfstückgrösse).	Pat. erlangt nach der 2stündigen Operation das Bewusstsein nicht wieder. Starkes Rasseln. Puls elend, 144. Nachm. 4 Uhr Exitus. Histologische Unters. d. Ulcus ergibt kein Karzinom, Ulcus simplex. Autopsie ergibt keine Peritonitis. Kein zweites Geschwür. Magennaht tadellos, vollkommen schliessend. Hypostasen in den Unterlappen. Todesursache Shokwirkung und Nachwirkung der Äthernarkose (300gr.)	
Netz mit 3—4 Zipfeln an der vorderen Bauchwand adhären. Pylorusgegend härter als normal. Der einstülpende Finger fühlt ein ca. markstückgrosses Ulcus mit wallartigen Rändern neben dem Pylorus.	Lösung der Verwachsungen. Gastroenterostomie.	17. 6. Temperatur normal. Befinden gut.	Briefliche Mitteilung vom 25. 6. 05: Körpergewicht vor der Operation 86 Pfd., jetziges 130 Pfd. Appetit sehr gut (wie nie in meinem Leben). Schmerzen keine. Allgemeinbefinden ausserordentlich gut.
An der Vorderfläche nahe der grossen Kurvatur findet sich eine längs verlaufende, leistenförmige Narbe, die als ebensolche von der Innenseite des Magens aus palpiert wird.	Gastroenterostomie.	Verlauf normal und fieberfrei. 4. 1. 98 Entlassung. Gewichtszunahme 3 Pfd.	Briefliche Mitteilung vom 7. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 99 Pfd., jetziges 99 Pfd. Appetit gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden sehr gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
9.	10. 2. 98.	A. D.	24 J., weiblich.	Mutter an Magenkrebs gestorben. Seit 2 J. Amenorrhoe. Seit 2 J. magenleidend. Fast täglich Erbrechen, besonders nach d. Essen. Druckgefühl in der Magengegend, saures Aufstossen, Appetitmangel. Kein Blut im Erbrochenen.	Stark chlorotische Pat. in mässigem Ernährungszustand. Magengegend nicht druckempfindlich. Ein Tumor ist nicht palpabel. Magen beim Aufblähen nicht dilatiert. Im Mageninhalt weder freie Salz- noch Milchsäure. Interne Behandlung erfolglos.	10. 2. 98.
10.	24. 10. 98.	N. S.	54 J., männlich.	Ein Bruder im Alter von 38 J. an Magenleiden gestorben. Vor 8 J. äusserst heftige Schmerzen in der Magengegend. Blut im Stuhl. Nachdem die Beschwerden für einige Zeit nachgelassen hatten, traten sie vor 6 J. wieder auf, um bis jetzt anzuhalten. Erbrechen, besonders nach Aufnahme von Flüssigkeiten. Seit 2 Monaten andauerndes Erbrechen, öfters artifizuell, um Erleichterung zu schaffen. Fleischnahrung wird nicht vertragen.	Mittelgrosser, abgemagerter Mann. In der Pylorusgegend ist ein kleiner druckempfindlicher Tumor palpabel. Im Mageninhalt freie HCl, keine Milchsäure.	26. 10. 98.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Kleiner, überallhin frei beweglicher Magen. An der Unterseite des Pylorus finden sich mehrfache kleine Adhäsionen, so dass ein Ulcus resp. Narbe nicht unwahrscheinlich ist. Der Pylorus ist anscheinend abnorm reizbar, er kontrahiert sich oft und nimmt dabei eine starre Konsistenz und sanduhrähnliche Form an.	Gastroenterostomie.	Nachdem Pat. sich eine Zeitlang verhältnismässig wohl gefühlt hat, bricht sie wieder fast beständig; daneben neurasthenische Erscheinungen. Pat. wird am 6. 3. 98 ungeheilt mit denselben Beschwerden entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 18. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 105 Pfd., jetziges 98 Pfd. Appetit gut. Schmerzen. Druck vor dem Magen nach jeder Nahrungsaufnahme. Allgemeinbefinden „schwächlich und bleichsüchtig“.
Jenseits des Pylorus ist eine talergrosse harte Stelle fühlbar, von der aus sich strahlige Einziehungen verbreiten. Ausserdem findet sich am Magen eine Narbe und in der Nachbarschaft eine geschwollene Lymphdrüse.	Excision der Narbe. Gastroenterostomie. Mikroskopisch: Ulcus simplex, kein Karzinom.	Verlauf und subjektives Wohlbefinden andauernd gut. Pat. kann am 26. 11. 98 mit einer Gewichtszunahme von 10 Pfd. geheilt entlassen werden. Am 14. 1. 99 Zunahme seit der Operation 26 Pfd.	Briefl. Mitteilung vom 17. 4. 05: Schmerzen keine. Appetit gut. Allgemeinbefinden sehr gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
11.	3. 6. 98.	F. H.	36 J., männlich.	Seit 10 Jahren Magenbeschwerden. Schmerzen, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Speichelfluss, Übelkeit. Zunehmen der Beschwerden. Seit vorigem Jahr immer häufiger werdendes Erbrechen und saures Aufstossen mehrere Stunden nach der Mahlzeit. Stuhlgang unregelmässig, zuweilen obstipiert. Ab und zu Schwindelanfälle, Herzklopfen, Kreuzschmerzen. Alkohol in letzter Zeit ganz gemieden. 6. 8. 98 auf Wunsch nach Hause entlassen.	Magerer, anämisch aussehender Mann, Magengegend druckempfindlich. Mageninhalt enthält abnorm viel freie HCl, keine Milchsäure.	
				14. 11. 98 Wiederaufnahme.	Obige Beschwerden haben zugenommen. Ein Tumor ist nicht zu fühlen. Magendilatation. Untere Magengrenze handbreit über der Symphyse.	17. 11. 98.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
11. Am Pylorus ist eine deutliche Verhärtung mit Stenose zu fühlen.	Gastroenterostomie. Schleichsche Lokalanästhesie.	Das Befinden ist post operationem gut, die alten Magenbeschwerden sind ganz geschwunden. Am 27. 11. 98 wird eine kroupöse Pneumonie des rechten Unterlappens konstatiert, die vom 6. 12. 98 ab allmählich in Lysis übergeht. Am 3. 1. 99 ist sie noch nicht völlig abgeklungen. Trotzdem verlässt der Pat. auf eigene Verantwortung das Hospital. Die Bauchwunde ist fest vernarbt.	Briefliche Mitteilung vom 20. 4. 05: Früheres Körpergewicht 164Pfd., jetzt 144Pfd. Keine Schmerzen. Appetit gut. Allgemeinbefinden gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
12.	27. 4. 1900.	M. A.	48 J., männlich.	Vom 13.—22. Lebensjahre angebl. an Magengeschwür gelitten. Vor knapp einem Jahr plötzlich wieder Magenbeschwerden. Druck in der Magengegend, Aufstossen, Erbrechen, in letzter Zeit mehrmals tägl. Viel Durst. Stuhl in letzter Zeit sehr hart u. obstipiert. Glucken im Magen. Gewichtsverlust 30 Pfd. In letzter Zeit mit Magenspülungen behandelt.	Stark abgemagert. Pat. von fahlem Aussehen. Druckschmerz in der Magengegend rechts von der Medianen. Bei leisem Anschlagen deutliches Plätschern. Ein Tumor ist nicht palpabel. Ausheberung fördert allerhand Speisereste zutage. Gesamtaazidität 30; freie Salzsäure vorhanden.	30. 4. 1900.
13.	29. 5. 1900.	J. S.	45 J., männlich.	Grossvater an Magenleiden gestorben. Ein Bruder magenleidend. Pat. seit ca. 15 J. magenleidend. Aufstossen, Appetitlosigkeit, Druck in der Magengegend, ab und zu Erbrechen. Obstipation. Vor 1. Jahr plötzl. Magenblutung. Im Stuhl Blut. Ärztliche Behandlung auf Magengeschwür. Seit jener Zeit Verschlimmerung der obigen Beschwerden. Jetzt 3- bis 4 mal tägl. Erbrechen dunkelbr. bis schwarz. Massen.	Magerer Mann von kachektischem Aussehen. Untere Magengrenze 3 Finger breit unter dem Nabel. Links von der Medianen ist ein Tumor palpabel, der sich als klein-apfelgross und verschieblich erweist und offenbar dem Pylorus angehört. Ausheberung ergibt 1½ Ltr. kaffeesatzartig aussehender Massen. Gesamtaazidität 95. Keine Milchsäure.	31. 5. 1900.
14.	7. 1. 01.	H. R.	55 J., männlich.	Seit 1870 Magenbeschwerden, die auf Erkältung im Feldzuge zurückgeführt wurden. In den erst. Jahr. Druck in der Magengegend. Spät. auch Erbrechen. Tägl. Magenspül. während d. letzten 3 J. bess. d. Ernährungszustand.	Magerer Mann. Starke Magendilatat. Untere Magengrenze handbr. unter dem Nabel. Deutliches Plätschern beim Anschlagen. Kein Tumor palpab. Im Mageninhalt Salzsäure stark pos., keine Milchsäure. Gesamtaazidität 48.	11. 1. 01.

Mag
Kei
wei
rus

De
un
art
Ste

A
m
tu
ke
di

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Magen stark dilatiert. Kein Tumor nachweisbar. Am Pylorus ist eine Narbe fühlbar.	Gastroenterostomie.	Ungestört. Am 19. 5. 1900 geheilt entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 18. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 115 Pfd., jetziges 150 Pfd. Appetit gut. Schmerzen nur nach schwer verdaulichen, schlecht gekauten Speisen. Allgemeinbefinden gut.
Der Tumor ist weich und anscheinend gutartig. Er hat zu einer Stenose des Pylorus geführt.	Gastroenterostomie.	Trotz Nährklystiere, Kochsalzinfusionen etc. erfolgt am 6. 6. 1900 Exitus unter den Zeichen zunehmend. Herzschwäche. Die Sektion ergibt absolute Pylorusstenose, durch Ulcusnarbe bedingt. Kein Karzinom. Keine Peritonitis. Todesursache allgemeine Schwäche.	
Am Pylorus ist eine mässig harte Strikatur zu fühlen, die keinen malignen Eindruck macht. Magen sehr erweitert.	Gastroenterostomie.	Verlauf günstig. Nach einigen Tagen sind alle Beschwerden verschwunden. Körpergewicht nimmt rasch zu. Am 31. 1. 01 wird Pat. geheilt entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 18. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 118 Pfd., jetziges 132 Pfd. Appetit gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefind. gut. Im Okt. 1904 noch einmal starke Magenblut. geh. Seither nicht mehr.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
15.	2. 4. 01.	G. K.	29 J., weiblich.	Im Alter von 15 Jahren schwere Magenblutung. Mit 20 Jahren dasselbe. Seit dieser Zeit eigentlich immer magenleidend und erbrach häufiger. Vor 2 Jahren wurde Pat. 3 Wochen lang mit Magenspülungen und Bismuth behandelt, jedoch ohne wesentlichen Erfolg. Gewichtsverlust in den letzten 5 Jahren ca. 40 Pfd. Pat. wird von der medizinischen der chirurgischen Abteilung überwiesen.	Sehr abgemagerte, elend aussehende Frau. Untere Magengrenze unterhalb des Nabels. In der Pylorusgegend ist eine auf Druck schmerzhaft Resistenzen zu fühlen. Im Mageninhalt freie HCl., keine Milchsäure.	4. 4. 01.
16.	26. 4. 01.	Th. H.	51 J., männlich.	Öfters im Frühjahr und Herbst auftretende Magenbeschwerden besserten sich bald. Pat. ist seit $\frac{3}{4}$ Jahr krank. Erbrechen und starke Magenschmerzen, gegen welche anfangs erfolgreich Natr. bic. angewandt wurde. Seit Ende Februar tägliches Erbrechen. Nur Magenspülungen schaffen Erleichterung. Weder im Erbrochenen noch im Stuhl Blut beobachtet.	Kräftiger, mittelmässig genährter Mann. Untere Magengrenze ungefähr in Nabelhöhe. In der Gegend des Pylorus ist eine deutliche Resistenz fühlbar. Im Mageninhalt reichlich HCl., keine Milchsäure.	29. 4. 01.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Am Pylorus des stark dilatierten Magens ist ein 2 Markstück-grosses, narbiges Ulcus zu fühlen, welches den Pylorus stenosierte.	Gastroenterostomie.	Normaler, fieberfreier Verlauf. Nach anfänglichem weiteren Gewichtsverlust hat Pat. wieder 9 Pfd. zugenommen. Am 27. 4. 01 frei von wesentlichen Beschwerden entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 25. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 89 Pfd., jetziges 106½ Pfd. Appetit gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden: Verdauungsbeschwerden, Erbrechen, Schwindelanfälle.
Sanduhrmagen, bedingt durch eine benigne Ulcusnarbe.	Gastroenterostomie.	Normaler, fieberfreier Verlauf. Pat. wird am 24. 5. 01 beschwerdefrei geheilt entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 18. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 148 Pfd., jetziges 155 Pfd. Appetit gut. Schmerzen vorübergehend 2—3 mal jährlich. Allgemeinbefinden gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
17.	20. 5. 01.	W. Sch.	55 J., männlich.	Seit 30 Jahren viermaliges Auftreten von Anfällen, bestehend in Schmerzen im Leibe und Erbrechen. Seit 1 Jahr Verschlimmerung dieser Beschwerden. In den letzten Monaten täglich 2- bis 3mal Erbrechen. Im Erbrochenen und im Stuhl Blut beobachtet. Gewichtsverlust im letzten Jahre 15 Pfd.	Mittelgrosser, mässig ernährter Mann. Eine Resistenz oder Druckempfindlichkeit im Abdomen ist nicht festzustellen. Im Magensaft keine HCl, Milchsäure schwach positiv.	22. 5. 01.
18.	26. 10. 01.	F. W.	24 J., weiblich.	Vor 4 Jahren litt Pat. an häufigem Erbrechen, in welchem Blut nie bemerkt wurde. Vor 13 Wochen Auftreten von Schmerzen oberhalb des Nabels, die sich bei der Arbeit steigerten, bei Bettruhe verschwanden. Seit 3 Wochen will Pat. eine allmählich sich vergrössernde Verhärtung an dieser Stelle gefühlt haben. In letzter Zeit Abmagerung. Pat. ist vor 1. Jahr chlorotisch gewesen. Nie Blut im Stuhlgang.	Mittelkräftig gebautes, gesund aussehendes Mädchen. Abdomen im ganzen gleichmässig gewölbt. Unterhalb des Procoxiphoideus ist ein halbpapfelgrosser, harter, nur wenig verschieblicher Tumor palpabel. Magen morgensnüchtern leer. G.A. 85. Freie HCl. 41.	1. 11. 01.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Magen zeigt eine strahlige Narbe, die ihn zum Sanduhrmagen verzieht.	Gastroenterostomie.	In der 3. Nacht nach der Operation verlässt Pat. in einem unbewachten Augenblick im Inanitionsdelirium das Bett, zieht Kleider an, springt aus einem Fenster des Erdgeschosses, überklettert einen hohen Gartenzaun und begibt sich zu dem 20 Min. entfernt gelegenen Bahnhof, um nach Hause zu fahren. Hier wird er von einem Schutzmann aufgegriffen u. morgens 5 Uhr ins Hospital zurückgebracht. Trotzdem ungestörter weiterer Verlauf. Pat. am 12. 6. 01 zur ambulanten Behandlung entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 18. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 108 Pfd., jetziges 123 Pfd. Appetit sehr gut, besser als je. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden sehr gut.
Es findet sich an der kleinen Kurvatur ein mit der Umgebung schwielig verwachsener ca. wallnussgrosser Tumor. An der grossen Kurvatur mehrere bohnen-grosse, weiche Lymphdrüsen.	Excision des Tumors [Ulcus]. Gastroenterostomie. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Ulcus simplex.	Nach anfänglichem Erbrechen und leichtem Fieber zeigt die Heilung vom 5. Tage post operationem ab einen ungestörten Verlauf. Pat. wird am 23. 11. 01 geheilt entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 14. 5. 05: Körpergewicht unmittelbar nach der Operation 96 Pfd., jetziges 108 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden sehr gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
19.	5. 11. 01.	M. W.	27 J., weiblich.	Seit 12 Jahren wiederholt auftretendes Erbrechen, Obstipation, saures Aufstossen und Schmerzen in der Magengegend. In letzter Zeit wurde Blut im Erbrochenen und im Stuhl bemerkt. Trotz des häufigen Erbrechens keine wesentliche Abmagerung. Mitte August wegen einer mit Fieber verbundenen Bauchfellreizung 3 Wochen Bettruhe. Besserung. Vor 4 Wochen wiederum Erbrechen jed. 2. Tag. Letzt. Erbrech. gestern 3—4mal; Menge des Erbrochenen s. schwank., doch oft sehr reichlich.	Mittelkräftig gebaute, gesund aussehende Pat. Abdomen leicht vorgewölbt, nirgends druckempfindlich. Eine Resistenz ist nicht fühlbar. G. A. 64. Fr. S. 35. Magen morgens nüchtern leer. Gastrectasie. Vom 8. 11. 01 ab bemerkt man eine starke Druckempfindlichkeit unterhalb des processus ensiformis; ein kleiner höckeriger Tumor ist nur zeitweise palpabel.	12. 11. 01.
20.	11. 11. 01.	F. F.	30 J., männlich.	Hereditär nihil. Vor 1½ Jahren bemerkte Patient leichte, alle 3 Wochen wiederkehrende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, die sich trotz ärztlicher Behandlung mit der Zeit steigerten mit galligem Erbrechen, dem Blut beigemischt war. Stuhl wechselnd, in letzter Zeit diarrhoisch. In letzter Zeit häufiges Erbrechen.	Grazil gebauter Pat. von leicht blasser Gesichtsfarbe. Zwischen Nabel und proc. ensiformis ist ein bohnengrosser Tumor von geringer Druckempfindlichkeit fühlbar. Magen morgens nüchtern leer. Nach Probefrühstück keine freie HCl., keine Milchsäure. G. A. 10.	15. 11. 01.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Starke Magenectasie. Vorn und oben von dem Pylorus finden sich flächenhafte Adhäsionsstränge. In der Magenwand selbst ist eine leichte Verdickung zu fühlen, die etwa ihrer Lage nach der Medianlinie des Abdomens entsprechen würde. Pylorus selbst scheint nicht stark verengert zu sein.	Gastroenterostomie.	Verlauf völlig normal. Pat. wird am 1. 12. 01 beschwerdefrei entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 26. 5. 05: Nach der Operation fast tägl. heftige Schmerzen. Nach verschiedener ärztl. Behandlung (homöopathische) wurde Wanderniere konstatiert und Bandage angelegt. Danach Besserung. Körpergewicht vor der Operation 102 Pfd., jetziges 110 Pfd. Appetit gut. Schmerzen: Kopf- und Magenschmerzen, von der Pat. als nervöser Natur angegeben. Allgemeinbefinden wechselnd, schwankende Gemütsstimmung.
Auf der vord. Wand des Magens finden sich flächenhafte fibröse Auflagerungen. Die Cardia ist dem Pylorus durch Narbenbildungen an der kleinen Kurvatur genähert und durch Verkürzung des Lig. hepatogastricum ist der Magen so stark fixiert, dass er sich nur wenig hervorziehen lässt. An der hint. Wand in der Nähe der kleinen Kurvatur fühlt man eine Resistenz. Der nach Eröffnung des Magens eingeführte Finger fühlt an der Hinterwand des Magens an der kl. Kurvatur, ca. 3—4 cm vom Pylorus entfernt, ein ziemlich tiefes Ulcus von über Talergrösse mit derben, wallart. Rändern.	Gastroenterostomie.	Verlauf reaktionslos. Pat. wird am 6. 12. 01 auf Wunsch entlassen mit einer Gewichtszunahme von 13 Pfd.	Briefliche Mitteilung vom 23. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 140 Pfd., jetziges 162 Pfd. Appetit gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden bei Diät gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
21.	20. 11. 01.	C. R.	64 J., männlich.	Seit 10 Jahren allmählich zunehmendes saures Aufstossen und Erbrechen nach dem Essen, weshalb Pat. nur leichte Speisen in kleinen Mengen zu sich nimmt. In letzter Zeit starke Abmagerung. Stuhlgang in den letzten Jahren angehalten.	Mittelkräftiger, noch ziemlich rüstiger Mann. Abdomen nicht aufgetrieben. Im rechten Hypochondrium ist dicht neben der linea alba eine unbestimmte, auf Druck schmerzhaft Resistenzen zu fühlen. Bei der Palpation der Magengegend deutliches Plätschergeräusch. Starke Gastrectasie. Der Magen fasst beim Ausspülen 4 L. Flüssigkeit. Untere Magengrenze handbreit unter dem Nabel. Nach Probe-frühstück freie HCl. positiv. G. A. 78. Keine Milchsäure.	23. 11. 01.
22.	9. 12. 01.	M. D.	31 J., weiblich.	Seit 9 Wochen allmählich zunehmende Schmerzen in der Magengegend, die von der Nahrungsaufnahme unabhängig sind, sich abends steigern und bei Bettruhe verschwinden. Pat. hat nie gebrochen, nie Blut im Stuhl bemerkt. Pat. wird von der medizinischen Klinik zur Operation überwiesen.	Mittelgrosser, gesund aussehendes Mädchen. Abdomen leicht gewölbt. In der Tiefe ist links vom Nabel ein Tumor von länglicher Form, höckeriger Oberfläche und fester Konsistenz fühlbar, der nur gering verschieblich ist und sich bei der Atmung nicht bewegt. Keine Gastrectasie. Nach Probe-frühstück freie HCl. 49; G. A. 65; keine Milchsäure.	13. 12. 01.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
1. Der Magen ist stark erweitert, seine Wand allenthalben stark verdickt. Am Pylorus findet sich eine fast zirkuläre, das Lumen stark verengernde Narbe. Diese selbst ist durch strangförmige Adhäsionen mit Duodenum und Unterfläche der Leber verwachsen.	Gastroenterostomie.	Wunde heilt per primam. Appetit steigt von Tag zu Tag. Am 10.12.01 ist die Narbe fest, das Allgemeinbefinden ein ungestörtes. Am 16. 12. 01 entlassen.	Nach persönlicher Erkundigung: Körpergewicht vor der Operation 108 Pfd., nach der Operation 120 Pfd., im Februar 1902 135 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen unwesentlich. Allgemeinbefinden relativ gut, kein Erbrechen. Am 25. 3. 1902 gestorben. Todesursache nicht zu ermitteln.
2. Der der vord. Magenwand direkt oberhalb der grossen Kurvatur angehörige Tumor ist mit der vorderen Bauchwand flächenhaft verwachsen und ist ca. taubeneigröss. Der Pylorus ist frei und durchgängig.	Excision des Tumors [Ulcus]. Mikroskopisch: Ulcus simplex.	Nach einem den Verhältnissen entsprechend leidlichem Befinden während der erst. 2 Tage post operationem, stellt sich am 3. Tage heftiges Erbrechen ein, der Puls wird klein und frequent (150) und bleibt dies trotz 1 Liter subkutaner Kochsalzinfusion. Am 5. Tag wird der Puls noch schlechter, der Leib ist stark aufgetrieben und lässt in den abhängig. Partien Flüssigkeit nachweis., bis am 6. Tage unter zunehm. Unruhe, die sich zu Delirien steigert, Exitus eintr. Autopsie nicht gestattet.	

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
23.	6. 5. 02.	A. J.	31 J., weiblich.	Vor 8 Jahren Auftreten von halbjährlich wiederkehrenden Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend mit Erbrechen und Schmerzen im Rücken; diese kolikartigen Anfälle dauerten 2 Tage. Seit 3 Jahren Verschlimmerung. Das Erbrechen ist unabhängig von der Nahrungsaufnahme und meist gallig. Stuhl stets angehalten. In letzter Zeit starke Abmagerung.	Ziemlich blass aussehende Pat. Rechts unmittelbar neben dem Nabel findet sich ein gegen die Leber nicht scharf abgrenzbarer, hühnereigrosser, stark druckempfindlicher Tumor, der sich mit der Respiration verschiebt.	9. 5. 02.
24.	24. 4. 02.	W. P.	42 J., weiblich.	Im Alter von 21 Jahren wurde Pat. wegen Magengeschwür behandelt. Im 31. und 36. Lebensjahr wiederum Blutbrechen; auch in der Zwischenzeit war Pat. nie beschwerdefrei. Morgens spülte sich Pat. selbst, um Erleichterung zu bekommen, den Magen aus.	Elend und blass aussehende Pat. Etwas oberhalb des Nabels ist ein faustgrosser, druckempfindlicher, nach oben leicht verschieblicher Tumor zu fühlen. Der Magen enthält morgens nüchtern noch Speisereste. Chemismus nach Probefrühstück G. A. 63. Freie HCl. 41. Keine Milchsäure.	12. 5. 02.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Die Gallenblase ist vergrössert. Nach medial bestehen Adhäsionen mit der Pylorusgegend, welche eine sanduhrförmige Abknickung des Magens bewirken. Im oberen Teil des Pylorus findet sich ein ca. kirsch-kerngrosser Tumor, in dessen Umgebung die Magenwand entzündlich verdickt ist.	Excision des Tumors [Ulcus]. Lösung der Adhäsionen. Mikroskopisch: Ulcus simplex.	Der anfangs kräftige und regelmässige Puls wird vom 1. Tag post operationem ab schlechter, das anfangs mässige Erbrechen wird immer stürmischer, der Leib wird aufgetrieben und druckempfindlich und trotz Kampferinjektionen etc. tritt am 2. Tag post operationem Exitus ein. Autopsie nicht gestattet.	
Der Magen ist zum Teil von der Leber überlagert. Der Magen liegt weit nach hinten und oben und ist stark dilatiert. An der porta hepatis finden sich feste Verwachsungen zwischen Leber und Pylorusteil des Magens. Der Pylorus selbst liegt fixiert weit nach hinten und oben.	Gastroenterostomie.	V. 2. Tage post operat. ab tritt häufiges, auch durch Magenspülung auf die Dauer nicht zu bekämpfend. Erbrechen. grünl. Massen ein, zu dem sich Schmerzen in der linken Seite des Abdomens gesellen. Die am 2. Tage schon erhöhte Temperatur 39,6 steigt unter Schüttelfrost am 4. Tage auf 40,8, der Puls auf 160 und trotz Infus, Kampfer etc. tritt unter zunehm. Verschlechterung des Pulses am 17. 5. 02 Exitus ein. Autopsie ergibt allgem. diff. fibr. Peritonit. In d. link. Bauchhälfte ist 1 Tampon zurückgebl. Gastroenterost. tadellos, keine Perforation od. Abknickung. Keine Ulcusnarb.!	

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
25.	20. 5. 02.	K. T.	62 J., männlich.	Vor 5 Jahren trat Erbrechen auf. Seitdem bald stärkere, bald geringere Schmerzen in der Gegend des Magens, die von der Nahrungsaufnahme unabhängig sind. In letzter Zeit 2—3 mal tägliches Erbrechen. Im Erbrochenen findet sich Schleim und Galle, keine Speisereste. Hin und wieder will Pat. „gelb gewesen“ sein. Vor 4 Monaten musste Pat. wegen Überhandnahme der Beschwerden 6 Wochen lang das Bett hüten und erbrach damals 2 mal eine gröss. Menge schwärzlichen, zersetzt. Blutes. Auch schwarze Stuhlentleerung. Nicht abgemagert.	Mittelkräftiger, gesund aussehender Mann von gelblicher Hautfarbe. Abdomen leicht aufgetrieben. Im Epigastrium ist eine in ihren Grenzen nicht scharf bestimmbare, auf Druck wenig schmerz. Resistenz zu fühlen. Motorische Tätigkeit des Magens ungestört. Chemismus nach Probe-frühstück. G. A. 21. Freie HCl. 17.	7. 6. 02.
26.	14. 6. 02.	H. R.	44 J., männlich.	Seit dem 14. Lebensjahr Stuhl immer diarrhoisch, jedoch ohne Blutbeimengungen. Erst seit ca. 1 Jahr Stuhl geformt. Vor 6 Wochen erkrankte Pat. ohne nachweisbare Ursache an häufigen Erbrechen, Druckgefühl in der Magengegend, „fauligem“ Aufstossen, Appetitmangel. Magenspülungen verschafften nur vorübergehende Erleichterung. In letzter Zeit Abmagerung.	Magerer, leidlich gesund aussehender Mann. Abdomen flach. Dicht oberhalb des Nabels fühlt man eine Lücke in der Linea alba, deren Palpation lebhafteste Schmerzen verursacht. Untere Magengrenze 2 Finger breit unterh. des Nabels. Plätschergeräusche. Chemismus nach Probe-frühstück. G. A. 45, 4 Stunden nach Nahrungsaufnahme G. A. 85. Freie HCl. vorhanden.	24. 6. 02.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Der Magen ist ziemlich dilatiert. An der Hinterwand, in der Nähe der kleinen Kurvatur, mit dem Pankreas verwachsen, findet sich ein klein hühnereigrosser, derber Tumor, über dem das Netz narbig zusammen gezogen ist.	Excision des Tumors [Ulcus]. Talgrosses Ulcus mit glattem Grunde u. schwieliger Umgebung. Mikroskopisch Ulcus simplex.	Verlauf ungestört. Pat. wird am 28. 6. 02 mit lineärer fester Narbe entlassen. Gutes Allgemeinbefinden.	Briefliche Mitteilung vom 20. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation unbekannt, jetzt 153 Pfd. Appetit vorzüglich. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden sehr gut.
Magen stark dilatiert, Magenwand hypertrophisch. Ca. 5 cm vom Pylorus entfernt ist der Magen durch geschrumpfte perigastrische Auflagerungen eingeschnürt = Sanduhrmagen. Nach Eröffnung des Magens in der Pylorusgegend fühlt man weder ein Ulcus, noch eine Narbe am Pylorus, ebenso ist kein Spasmus daselbst nachweisbar.	Pyloroplastik. Gastroenterostomie.	Trotz anfänglichen Erbrechens bleibt der Verlauf ein günstiger, so dass Pat. am 18. 7. 02 mit einer Gewichtszunahme von 4 Pfd. entlassen wird.	Am 1. 9. 02 stellt sich Pat. wieder vor mit einer neuen Gewichtszunahme von 11 Pfd. Briefliche Mitteilung vom 22. 4. 05: Früheres Körpergewicht 114 Pfd., jetziges 138 Pfd. Appetit zufriedenstell. Schmerz. linksseitig, namentlich in gebückter Stellung. Plätschern und Kollern im Magen. Allgemeinbefinden leidlich gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
27.	29. 7. 02.	A. K.	52 J., weiblich.	Seit 14 Jahren mit einer Unterbrechung von 6 Jahren andauernd magenleidend: Würgen, Aufstossen, unbestimmtes Schmerzgefühl, kein Erbrechen. Nie Blut im Stuhl. Appetit im allgemeinen gut. Gewichtsverlust nur 2 Pfd.	Zart gebaute Person in mässigem Ernährungszustand. Rechts neben dem Nabel ist eine harte, auf Druck schmerzhaftere Resistenz palpabel, deren Zugehörigkeit sich nicht deutlich bestimmen lässt. Chemismus des Magens Fr.S.0. G.A.14. Keine Milchsäure.	2. 8. 02.
28.	28. 8. 02.	E. K.	25 J., weiblich.	Pat. litt als jung. Mädchen an heftiger Verstopfung. Seit 2 Mon. Magenschmerzen. Vor 13 Tagen Bluterbrechen (ca. $\frac{1}{4}$ Ltr.), vor 4 Tagen abermaliges, jedoch profuseres Bluterbrechen, ca. 2-3 Tassen voll. In letzter Nacht nochmals eine grössere Menge Blut erbrochen. Stuhlgang in dieser Zeit nur schwarz. Pat. ist durch die grossen Blutverluste ganz ausserordentlich heruntergekommen.	Schwächliche Frau von sehr anämischem Aussehen. Abdomen flach. Ein Tumor ist nirgends palpabel. Unterhalb des linken Rippenbogens, etwas medianwärts von der Mamillarlinie ausgesprochen. Druckschmerzhaftigkeit. Temperatur 38,5°. Puls 124, sehr klein. Kochsalzinfusion.	29. 8. 02.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Magen leicht gesenkt, nicht wesentlich dilatiert. Am Pylorus massenhafte Adhäsionen und Pseudomembranen. Am Pylorus selbst ist von aussen eine leichte Resistenz fühlbar. Eröffnung des Magens in der Pylorusgegend. Kein Ulcus. Keine Narbe. Schleimhaut vollkommen normal.	Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz.	Normal, fieberfrei. 23. 8. nach Hause entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 24. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 100 Pfd., jetziges 100 Pfd. Appetit gering. Schmerzen: täglich krampfartige Schmerzanfälle mit Würgen und Neigung zum Erbrechen. Allgemeinbefinden häufig matt und abgespannt, aber in der Lage, die häusliche Beschäftigung zu verrichten.
Serosa des Magens äusserst blass. Sonst keine Veränderungen. Kein Ulcus von aussen fühlbar.	Diagnostische Gastrotomie (Ulcus nicht gefunden). Gastroenterostomie.	Nach Kochsalzinfus. bessert sich der Puls nur wenig. Trotzdem bleibt das Befinden bis zum 31. 8. 02 leidlich befriedigend unter anhaltenden Infusionen und Nährklystieren, bis Pat. am 1. 9. morgens plötzlich kollabiert und Exitus eintritt. Autopsie keine Peritonitis. Gastroenterostomie tadellos. Tod infolge von Anämie. Magenwand äusserst anämisch; an einer Stelle der Schleimhaut ein eben sichtbares stecknadelkopfgrosses Ulcus, das die Quelle der Blutung ist.	

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
29.	12. 10. 02.	L. K.	43 J., weiblich.	Seit 8 Jahren Gefühl der Völle nach dem Essen. Später gesellen sich dazu lebhaft Schmerzen nach dem Essen, Speichelfluss und Erbrechen. Stuhl zur Zeit der Schmerzanfälle angehalten, öfters schwarz. In den letzten Jahren Verschlimmerung: Zunahme der Schmerzen und des Erbrechens. Vor 8 Monaten wiederholt Blutbrechen. Anhaltendes saures Aufstossen. Übler Geschmack im Munde.	Grazile Frau von blassem Aussehen. Abdomen leicht gewölbt. Keine Resistenz fühlb. Plätschergeräusche. Magen morgens nüchtern leer. Chemismus nach Probefrühstück G. A. 40, freie HCl. 16. Keine Milchsäure. Bei öfteren Palpationen lässt sich 2 Finger breit oberhalb des Nabels eine druckempfindl. Stelle nachweisen.	16. 10. 02.
30.	30. 10. 02.	A. N.	42 J., männlich.	Vor 2 Jahren Auftreten von anfallsweiser hartnäckiger Verstopfung und saurem Erbrechen ca. 1/2 Stunde nach dem Essen. Allmähliches Zunehmen der Erscheinungen. Seit 1/4 Jahr tagelange Stuhl- und Windverhaltung mit Erbrechen und Schmerzen im Epigastrium. Angeblich Blut und Eiter im Stuhl. Gewichtsverlust in letzter Zeit.	Mittelkräftiger Mann von gelblicher Gesichtsfarbe. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Unterhalb des linken Rippenbogens und in der Ileocoecalgegend findet sich leichte Druckschmerzhaftigkeit. Chemismus nach Probefrühstück G. A. 20. Freie HCl. 5. Keine Milchsäure. Keine Stagnation.	11. 11. 02.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
0. Fingerbreit oberhalb des Nabels ist der Pylorus durch Stränge mit der vord. Bauchwand verwachsen. In der oberen Wand des Pylorus findet sich ein haselnussgrosser, harter Tumor. Viele Verwachsungsstränge um den Pylorus herum.	Excision des Tumors [Ulcus]. Ulcus etwa 1 cm im Durchmesser mit glatt. Grunde und steilen Rändern. Mikroskopisch: Ulcus simplex.	Verlauf und Befinden dauernd ungestört. Pat. wird am 5. 11. 02 mit einer Gewichtszunahme von 1 Pfd. entlassen. Wunde bis auf eine erbsengrosse granulierende Stelle geschlossen.	Briefliche Mitteilung vom 20. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 90 Pfd., nach der Operation 114 Pfd. Appetit gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden sehr gut.
1. Mässige Gastropiose. An der kleinen Kurvatur 1½ Finger breit vom Pylorus entfernt findet sich ein ca. 2 Markstück grosses Ulcus.	Excision des Ulcus.	Dauernd. Erbrechen b. Temperaturanstieg. Leib dauernd weich, nicht druckempfindl. Am 7. Tg. post operat. gelingt es, d. Erbrech. durch vorsicht. Magenspülung zu beseitigen. Am 21. 11. 02 macht sich wegen Fasziennekrose die Eröffnung der schon verklebten Wunde nötig; feuchter Verband. Am 1. 12. 02 hat sich die Wunde soweit gereinigt, dass Pat. mit 1 Heftpflasterverband aufstehen kann. Zeitweilig noch eintret. Erbrechen wird mit Magenspül. bekämpft. Dauernd. Gewichtszunahme. Pat. am 17. 12. 02 zur ambulant. Behandlung entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 26. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 125 Pfd., jetziges 135 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden sehr gut. Vollständig arbeitsfähig.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
31.	20. 12. 02.	M. W.	61 J., weiblich.	Pat. hat schon vom 25. J. an an Erbrechen gelitten, was sich bald verschlimmerte, bald besserte. Einen schwachen Magen hatte jedoch Pat. immer. Nie Blutbrechen. In letzter Zeit Auftreten von starken Schmerzen in der Oberbauchgegend, die in den letzten 3 Wochen Tag und Nacht anhielten, und heftigem Erbrechen. In letzter Zeit nur flüssige Nahrung. Abmagerung.	Grazil gebaute Frau von elendem Aussehen und schlechtem Ernährungszustand. Abdomen flach. Rechts oben vom Nabel ist eine nicht scharf abgrenzbare Resistenz fühlbar. Chemismus nach Probefrühstück. Fr. S. 45. Keine Milchsäure.	23. 12. 02.
32.	14. 3. 03.	H. E.	56 J., männlich.	Im 15. Lebensjahr Auftreten von Druckgefühl in der Magen-gegend nach dem Essen und bei der Arbeit. Seit dieser Zeit magenleidend. Seit 9 bis 10 Jahren saures Aufstossen, Erbrechen von Schleim. Stuhl immer angehalten. In letzter Zeit strahlen die Schmerzen in den Rücken und in die Lendengegend aus. Abmagerung.	Mittelgrosser Mann von schlechtem Ernährungszustand. Abdomen flach und weich. Zwischen Nabel und proc. ensiformis ist eine auf Druck schmerz. Resistenz fühlbar. Chemismus nach Probefrühstück: G. A. 59. Freie HCl. 27. Keine Milchsäure.	27. 3. 03.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Der Pylorus ist durch ausgedehnte Verwachsungen mit der Unterfläche und vorderem Rande der Leber fest fixiert und trägt einen fast hühnereigrossen, flachen Tumor. Ferner zeigt sich sanduhrförmige Einziehung des erweiterten Magens etwa der Mitte des Organes entsprechend.	Gastroenterostomie.	Ausgedehnte Fettnakrose unter den Wundrändern, feuchter, täglich gewechselter Verband. Am 19.1.03 Spaltung eines Bauchdeckenabszesses unter Schleich. Das Allgemeinbefinden hat nicht gelitten. Patient wird am 29.1.03 mit nahezu vernarbter Laparotomiewunde in hausärztliche Behandlung entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 20.4.05: Körpergewicht vor der Operation 85 Pfd., nach der Operation 100 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden ausgezeichnet.
In der Mitte der kleinen Kurvatur findet sich ein Geschwür, welches durch Narbenzug die Cardia dem Pylorus genähert hat.	Excision des Ulcus.	Befinden bis zum 31.3.03 den Umständen nach leidlich. Dann reichliches Erbrechen, starke Schmerzen. Abdomen überall druckempfindlich. Kochsalzinfusionen, Nahrungsklystiere. Trotz scheinbarer Besserung tritt am 3.4.03 Exitus ein. Autopsie ergibt zum Teil offen stehende Nahtlinie an der kleinen Kurvatur. Mageninhalt in der Bauchhöhle. Hepatisierter Bezirk im rechten Unterlappen. Todesursache Peritonitis.	

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
33.	3. 6. 03.	C. B.	26 J., weiblich.	Seit 1 Jahr Magenbeschwerden. Seit 14 Tagen Schmerzen im Abdomen, die mit der Nahrungsaufnahme in keinem Zusammenhang stehen und bei Bettruhe aufhören. Kein Erbrechen.	Kleine schwächl. Frau. Im Abdomen ist oberhalb des Nabels in der Mittellinie eine harte Resistenz von leicht höckeriger Oberfläche palpierbar von ungefähr Nussgrösse. Chemismus nach Probefrühstück: G. A. 73. Freie HCl. vorhanden.	10. 6. 03.
34.	18. 5. 03.	C. G.	17 J., weiblich.	Seit dem 11. Jahr Schmerzen links oberhalb der Inguinalfalte, die sich hauptsächlich bei der Arbeit in letzter Zeit steigerten, begleitet von Erbrechen in dem einmal vor 3 Wochen Blut gewesen sein soll. Stuhl angehalten.	Grazil gebautes, gut aussehendes Mädchen. Druckempfindlichkeit links oberhalb des lig. Pouparti. Im Abdomen fühlt man parallel zum Poupartschen Bande eine strangförmige, auf Druck schmerzhaft Resistent. Chemismus nach Probefrühstück: G. A. 70. Während einer einmonatlichen Beobachtungszeit anhaltendes Erbrechen. Gewichtsverlust in den letzten 3 Wochen 13 Pfd.	20. 6. 03.
35.	23. 6. 03.	M. W.	42 J., weiblich.	Im 19. Lebensjahr 1mal Blutbrechen. Seit dieser Zeit magenleidend mit bald stärkerem, bald schwächerem Erbrechen. Seit dem Herbst letzten Jahres stärkere Schmerzen in der Oberbauchgegend und stärkeres Erbrechen. Nie Blut im Stuhl. Abmagerung.	Gesund ausseh. Frau von mässigem Ernährungszustand. Bauchdecken schlaff. Rektus-Diastase. Enteroptose. In der Mitte zwischen Nabel und proc. ensiformis ist ein halbhühnereigross., harter, höckeriger, verschiebl., auf Druck schmerzhaft. Tumor palpab. Der Magen enth. morg. nüchtern stagn. Speisereste. Gastrektasie. Chemismus nücht. G. A. 70. Fr. HCl. 47. N. Probefrühst. G. A. 28. Fr. HCl. 8.	25. 6. 03.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Gastropiose. Der Magen ist rechts mit einer ca. 5 Pfennigstück grossen Fläche mit dem perit. pariet. verwachsen. Oberhalb der grossen Kurvatur findet sich auf der vorderen Magenwand medial vom Pylorus eine bohngrosse, harte Stelle.	Excision des Tumors [Ulcus].	Verlauf und Befinden dauernd ungestört. Pat. am 1. 7. 03 geheilt entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 25. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 92 Pfd., jetziges 97 Pfd. Appetit gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden gut.
Am Pylorus finden sich Netzadhäsionen, die gelöst werden. Pylorus durchgängig. Ulcus nicht fühlbar.	Gastroenterostomie.	Befinden und Verlauf dauernd gut, bis am 12. 7. 03 wieder Erbrechen auftritt. In den nächsten Tagen entwickelt sich wieder vollständig das Bild des alten Leidens. Am 28. 9. 03 Wiedervorstellung. Blühendes Aussehen. Beschwerden geringer.	Persönliche Vorstellung am 16. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation unbekannt, unmittelbar nach der Operation 80 Pfd., jetziges 92 Pfd. Appetit gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden gut, kein Erbrechen.
Magen stark dilatiert. Am Pylorus finden sich Stränge und narbige Einziehungen. Diese entzündlichen Erscheinungen gehen von einem walnussgrossen, harten Tumor des Pylorus aus.	Gastroenterostomie.	Verlauf und Befinden ausser seltenem Erbrechen ungestört. Pat. wird am 18. 7. 03 mit einer Gewichtszunahme von 1 Pfd. geheilt entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 20. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 97 Pfd., jetziges 130 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
36.	22. 10. 03.	D. A.	40 J., weiblich.	Vor 11 Jahren $\frac{1}{2}$ Jahr lang magenleidend: Schmerzen nach dem Essen, heftiges Erbrechen. Nie Blut im Erbrochenen. Obstipation. Dieselbe Attacke vor 4 Jahren $\frac{1}{2}$ Jahr lang. Jetzt seit 3 Monaten schwerkrank, heft. Schmerzen, Erbrechen mit Blutbeimengung, fauliges Aufstossen, Kollern im Leib.	Abgemagerte, ziemlich elend aussehende Pat. Abdomen flach, Plätschergeräusche. Tumor oder Resistenz nicht fühlbar. Druckempfindlichkeit 2 Finger unterhalb des Nabels nach der linken Spina ant. sup. zu. Magen morg. nüchtern leer. Chemoismus nach Probenfrühstück: G. A. 48, Fr. HCl. 17. Keine Milchsäure. Untere Magengrenze 3 Finger breit unterhalb des Nabels. Bei Aufblähung ist oberhalb des Nabels eine schmerzhafteste Resistenz fühlbar.	27. 10. 03.
37.	24. 10. 03.	Th. K.	48 J., männlich.	Seit 15 Jahren Magen-erweiterung. Selbstspülung. Vor 8 Tagen Erbrechen einer grösseren Menge Blut unter kolikartig. Schmerzen. Seitdem noch 4—5 mal literweises Erbrechen schwarzbrauner flüssiger Massen.	Mittelgrosser kräftiger Mann in mässigem Ernährungszustand. Leidender Gesichtsausdruck. Magengegend stark druckempfindlich. Untere Magengrenze am Nabel. Fortdauerndes Erbrechen einer schwärzlichen Flüssigkeit, die mikroskopisch Blut enthält. Morphinum- und Kochsalzinfusion. Aus indicatio vitalis zur Operation geschritten.	25. 10. 03.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Der linke Leberlappen reicht sehr weit herab. Zwischen Pylorus, Duodenum und Gallenblase find. sich zahlreiche Verwachsungen. Gastrektasie. Ptosis. Sonst finden sich am Magen und Pylorus keine Veränderungen, kein Ulcus oder Narbe. Pylorus durchgängig.	Gastroenterostomie.	Verlauf und Befinden abgesehen von leichtem, nur 3 Tage anhaltendem Durchfalle dauernd ungestört. Pat. wird am 21.11.03 mit einer Gewichtszunahme von 1 Pfd. nach Hause entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 16. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 84 Pfd., jetziges 95 Pfd. Appetit abwechselnd gut. Schmerzen zeitweilig in der Narbe und im Rücken. Allgemeinbefinden befriedigend, gestattet die Verrichtung leichter häuslicher Arbeiten.
Magenwand ist stark verdickt. Die kleine Kurvatur stark verkürzt. Pylorus fühlt sich hart an. Die Hinterwand d. Magens ist mit dem Pankreaskopf verwachsen. Da der Puls der Kranken nicht zu fühlen, $\frac{1}{2}$ L. Kochsalzinfusion und mehrere Spritzen Kampfer.	Gastroenterostomie.	26. 10. 03 Exitus. Obduktion ergibt 3 zirkulär gestellte Ulcera mit offenen Gefäßen in der Tiefe im stark verengten Pylorus. Emphysem. Sclerose der Aorta und der Herzklappen.	

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
38.	31. 10. 03.	L. J.	35 J., weiblich.	Als junges Mädchen Chlorose. Vor 4 Jahren Auftreten von Übelkeit und häufig. Erbrechen unter Schmerzen in der Magengegend. Vor 3 Jahren Erbrechen von 1½ Ltr. schwarzen Blutes. Bettruhe von mehreren Wochen. Seit 2 Monaten permanente, nach den Schulterblättern ausstrahl. Schmerzen, die unabhängig von der Nahrungsaufnahme sind. Gewichtsverlust von 30 Pfd.	Mittelgrosse, mässiger-nährte Pat. Ca. 3 Finger oberhalb des Nabels ist ein walzenförmiger, etwa daumenglieddicker, schmerzempfindlicher, nur wenig verschieblicher Tumor fühlbar. Untere Magengrenze 2 Finger breit unterhalb des Nabels. Chemismus nach Probefrühstück: G. A. 45. Freie HCl. 9. Keine Milchsäure.	4. 11. 03.
39.	6. 11. 03.	S. E.	53 J., weiblich.	Seit dem 18. Jahre magenleidend. Schmerzen, Aufstossen, ab und zu Erbrechen, angehaltener Stuhl mit Blutbeimengungen. Seit ¾ Jahr Verschlimmerung. Permanente, von der Nahrungsaufnahme unabhängige Schmerzen, saures Aufstossen, häufig. Erbrechen von Schleim und Blut. Obstipation. Abmagerung.	Abgemagerte, kachetisch aussehende Frau. Hochgradiger Hängebauch. Links etwas oberhalb des Nabels ist ein ca. hühnereigrosser, knolliger, harter, wenig verschieblicher, druckempfindlicher Tumor palpabel. Magen nüchtern leer. Chemismus nach Probefrühstück: G. A. 17. Freie HCl. 0. Keine Milchsäure.	10. 11. 03.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Gastrektasie. Kleinapfelgrosser, harter Tumor an der kleinen Kurvatur und hinteren Wand, breit und fest mit dem Pankreas verwachsen. Im Omentum majus 2 vergrösserte Lymphdrüsen. Der Pylorus ist nach der kleinen Kurvatur hin verzogen.	Gastroenterostomie.	Verlauf und Befinden dauernd gut. Pat. auf Wunsch am 2. 11. 03 nach Hause entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 24. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 86 Pfd., jetziges 100 Pfd. Appetit gut. Schmerzen auf Druck an der Narbe. Allgemeinbefinden gut.
Sanduhrmagen. An der hinteren Magenwand, die kleine Kurvatur mit einnehmend, sie zusammenziehend und den Pylorus abknickend, findet man ein handtellergrösses Ulcus mit wallartigen Rändern, und tief eingesunkenem Grunde. Dasselbe ist fest und breit mit dem Pankreas verwachsen. Der Magen wird dadurch sanduhrförmig in 2 annähernd gleich grosse Hälften geteilt. Im Innern des Magens findet sich ein grosses Ulcus, das für ein Karzinom gehalten wird.	Gastroplastik. Gastroenterostomie.	Verlauf und Befinden während der ersten 8 Tage post operationem dauernd ungestört. Am 19. 11. 03 Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen. Magenspülung. Auftreten einer abundenten Blutung. Kochsalz subkutan. Schwerer Kollaps mit fadenförmigem Puls. Pat. erholt sich zwar wieder auf einige Tage, verfällt dann aber rapide und wird auf Wunsch mit festvernarbter Bauchwunde am 23. 12. 03 nach Hause entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 1. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 84 Pfd., jetziges 118 Pfd. Appetit gut. Schmerzen nur nach gross. Anstrengungen an der Narbe. Allgemeinbefinden gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
40.	5. 12. 03.	M. G.	58 J., weiblich.	Im Alter von 18 Jahren Blutbrechen. Zum zweiten Mal mit 31 Jahren. Seit dieser Zeit dauernd magenleidend. Seit 6 Wochen Schmerzen nach dem Essen, häufiges Erbrechen, saures Aufstossen, schlechter Geschmack im Munde. Obstipation. Abmagerung. In den letzten 3 Monaten 17 Pfd. an Körpergewicht verloren.	Sehr abgemagerte, elend aussehende Pat. Foetor ex ore. Untere Magengrenze 2 Finger breit unterhalb des Nabels. Oberhalb desselben ist ein halbhühnereigrosser, harter, höckeriger, seitlich verschieblicher Tumor palpabel. Chemismus nach Probefrühstück: G. A. 20. Keine Milchsäure.	9. 12. 03.
41.	9. 2. 04.	H. S.	36 J., männlich.	Vor 10—12 Jahren Erbrechen, ohne Blut. Seit 2 Jahren beinahe tägliches, von den Mahlzeiten unabhängiges Erbrechen, dem vor 5 Monaten einmal Blut beigemischt war. Seit 12. 1. 04 auf der medizinischen Klinik, dann am 9. 2. 04 auf die chirurgische Klinik verlegt.	Mittelgross. Mann von leidendem, nicht kachektischem Aussehen. Der abends ausgeheberte Magen zeigt morgens stagnierende Massen bis zu 600 ccm. Obwohl sich die Stagnation nicht bessert, nimmt Pat. in der Klinik bei dauernd gutem Appetit 18 Pfd. zu. Auf der linken Bauchseite, dicht neben dem Nabel, lässt sich eine auf Druck schmerzhaft Stelle, ein Tumor aber nirgends konstatieren. Fr. HCl. 25, G. A. 45.	11. 2. 04.
	16. 5. 04.	Wiederaufnahme.		Nach anfängl. Wohlbefinden Erbrechen und Blut im Stuhl.	Seit seiner Entlassung 3 Pfd. abgenommen. Blass, aber nicht kachektisch. Keine Resistenz im Abdomen zu fühlen. Starke Stagnation. G. A. 80.	21. 5. 04.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
2. Ausgedehnte alte Adhäsionen zwischen dem linken Leberlappen, der vorderen Bauchwand und dem Pylorus und vorderer Magenwand mit der Bauchwand. Magen dicht am Fundus durch eine Ulcusnarbe sanduhrförmig bis auf Bleistiftdicke eingeschnürt. Dieselbe ist 3 Markstückgross, hart und sitzt breitbasig dem Pankreas auf.	Gastroplastik.	Verlauf und Befinden anfänglich dauernd ungestört. Vom 30. 12. 03 ab anhaltende, nur mit Morphinum zu stillende Schmerzen. Am 6. 1. 04 mit einem Gewichtsverlust von 5 Pfd. mit fester Narbe auf Wunsch nach Hause entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 20. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 110 Pfd., nach der Operation 118 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden gut.
Auf der Vorderwand des Magens findet sich ein 2 Markstück grosser Ulcus, das senkrecht zur Längsrichtung des Magens steht und so einen Sanduhrmagen bewirkt hat.	Excision des Ulcus.	4. 3. 04 geheilt entlassen.	
Das Netz zeigt sich vielfach mit den Därmen und der vorderen Bauchwand verwachsen, seine Venen sind enorm erweitert. Magen stark erweitert. Keine Sanduhrbildung.	Gastroenterostomie.	Ausser einer geringen Fasciennekrose Verlauf günstig. Am 6. 6. 04 zum ersten Male ausser Bett. Am 13. 6. 04 auf Wunsch mit fast ganz verheilten Wunde nach Hause entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 25. 4. 05: Früheres Körpergewicht 77 Pfd., jetziges 115 Pfd. Appetit sehr gut. Schmerzen beim Heben und Tragen im Rücken. Allgemeinbefinden gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
42.	8. 3. 04.	C. H.	54 J., männlich.	Nachdem Pat. schon früher an Magenschmerzen gelitten hat, waren dieselben vor 4 Monaten besonders heftig. Nie Erbrechen, nie Blut im Stuhl. Saures Aufstossen und Sodbrennen.	Abdomen leicht gespannt. Nirgends ist eine Resistenz zu fühlen. Regio epigastrica angeblich auf Druckschmerzhaft. Morgens stagnierender Inhalt, der sich eine Stunde später als gut verdaut erweist. Chemismus fr. S. O. Milchsäure 0. Anazidität.	11. 3. 04.
43.	16. 3. 04.	F. L.	47 J., männlich.	Seit 20 Jahren Gefühl der Völle im Magen. Vor 14 Wochen Blutbrechen (2 Liter). Schmerzen im Magen beim Stehen und nach dem Essen.	Leber überragt um 1 Finger breit den Rippenrand. Links oberhalb des Nabels ist eine ca. markstückgrosse, druckempfindliche, mit der Bauchwand nicht verwachsene Resistenz palpabel. Chemismus G. A. 56. Freie HCl +.	22. 3. 04.
44.	15. 6. 04.	J. G.	54 J., männlich.	Seit dem 20. Lebensj. Magenbeschwerd., die sich in l. Zeit zu kolikartig. Schmerzen vor allem in der r. Oberbauchgegend steigert. Nie gelb gewes. Trotz gut. Appetit im l. Halbj. 10 Pfd. Gewichtsabn. Aufstoss., nie Erbrechen. Schmerzen unabh. von der Nahrungsaufn.	Kräftig gebauter Mann von mässigem Ernährungszustand. Ein Tumor ist in dem leicht aufgetriebenen Abdomen nicht palpabel. Epigastrium auf Druckschmerzhaft. Gallenblasen- und Ileocoecalgegend frei.	17. 6. 04.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Magen durch Stränge mit dem Peritoneum verwachsen. Ca. 4 cm vom Pylorus entfernt ist ein derber harter Tumor an der vorderen Wand nach der kleinen Kurvatur hin zu fühlen.	Excision des Tumors [Ulcus].	Nach anfänglichem Wohlbefinden treten am 15. 3. 04 plötzlich heftige Schmerzen im Abdomen auf. Kein Erbrechen; viel Aufstossen. Daher am 15. 3. 04 Relaparotomie. Mageninhalt in der freien Bauchhöhle. Perforation der Nahtstelle durch Ulcus pepticum. Naht der Perforationsöffnung und Übernähung mit Netz. Verlauf danach im allgemeinen günstig. Pat. am 12. 5. 04 mit granulierender Wunde nach Hause entlassen.	Persönliche Vorstellung am 13. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 120 Pfd., jetziges 127 Pfd. Appetit ziemlich gut. Schmerzen keine. Allgemeinbefinden bei täglichen Magenspülungen befriedigend.
Dicht am Pylorus findet sich auf der Vorderfläche des Magens eine harte Schwiele (Ulcusnarbe). In der Umgebung desselben zarte, spinnwebige Adhäsionen.	Gastroenterostomie.	Verlauf normal. Wunde heilt primär. Am 15. 4. 04 geheilt entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 23. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 141 Pfd., jetziges 139 Pfd. Appetit leidlich. Schmerzen zeitweise nach dem Essen. Bei Anstrengungen ziehende Schmerzen und Herzklopfen. Allgemeinbefinden zufrieden stellend.
Der untere Leberrand wird von der wenig vergröss., prall gefüllten Gallenblase überragt. Durch bandförm. Adhäsionen ist der Pylorus mit der Gallenblase fest verbunden und dadurch fast ganz abgeknickt. Am Pylorus befindet sich ein ringförm., fast kraterförmig sich anfühlend., hart., nicht sehr gross. Tumor. Nach Lösung der Verwachsungen entleert sich die vorher prall gefüllte Gallenblase. Die Gallenwege find. sich frei von Steinen. Der Pylorus ist auch nach dem noch verengt.	Gastroenterostomie.	Verlauf im allgem. günstig. Geringe Stichkanaleiterung u. Fettgewebsnekrose. Pat. gebess. am 13. 7. 04 mit nahezu verh. Bauchwunde entlassen.	Briefl. Mitteil. v. 20. 4. 05: Körpergew. v. d. Operation 124 Pfd., jetzt 164 Pfd. App. gut. Schmerzen keine; nur n. stark. Bewegung in d. Narbe. Allgemeinbef. ausgezeichnet., wie nie s. 20 J.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
45.	22. 6. 04.	G. W.	52 J., männlich.	Seit 9 Wochen Magenschmerzen mit fast täglichem Erbrechen, ohne Blut. Obstipation. Stuhl angeblich mehrere Male schwarz. Im letzten halben Jahr Gewichtsabnahme von 40 Pfd.	Mittelgrosser, kachektischer, stark abgemagert. Mann. Geringe Arteriosklerose. Im Abdomen ist 1 cm rechts oberhalb des Nabels eine auf Druck empfindliche Stelle, aber kein eigentlicher Tumor palpabel. Morgens Stagnation. Chemismus: G. A. 79. Freie HCl. 46.	24. 6. 04.
46.	2. 7. 04.	C. D.	52 J., männlich.	Seit 10 Jahren magenleidend. Schmerzen meist 3—4 Stund. nach Nahrungsaufnahme. Kein Erbrechen. Trotz Diät keine Besserung. Am 18. Juni heftige Magenblutung. Schwarzer Stuhl. Seitdem viel Übelkeit. Seit Januar d. J. 20 Pfd. abgenommen.	Kräftiger, gut genährt. Pat. von blasser Gesichtsfarbe. In der Mitte zwischen Proc. xiphoideus und Nabel eine Druckempfindlichkeit, aber keine Resistenz oder Tumor palpabel. Gallenblasen- und Ileocoecalgegend schmerzfrei.	9. 7. 04.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Pylorus an der hinteren, oberen und unteren Seite schwierig verdickt infolge von alter Ulcusnarbe. Magen dilatiert.	Gastroenterostomie.	Am 28. 6. 04 L. H. U. scharfes, fast bronchiales Atmen. Am 29. 6. 04 L. H. U. handbreite Dämpfung, kein bronchiales Atmen. R. H. U. Dämpfung bis zur 7. Rippe. Knistern und Rasseln. Am 30. 6. 04 Puls 136. Temperatur 38. Exitus. Obduktionsbefund: Pneumonie beider Unterlappen, Ulcus ventriculi mit dem Pankreas verwachsen.	
Magen wenig dilatiert. An der kleinen Kurvatur fühlt man einen derben Tumor, der sich blassgrau von der rötlichen Magenwand abhebt. Er greift kappenartig auf Vorder- und Hinterwand über und reicht bis fast an die Cardia. Zentral fühlt man mit dem einstülpenden Finger einen Trichter in der Geschwulst.	Gastroenterostomie.	Am 27. 7. 04 wird der Pat. nach einem im allgemeinen günstigen Verlauf mit fest vernarbter Wunde wesentlich gebessert entlassen. 6. 10. 04 Wiederaufnahme. Trotz Gewichtszunahme von 12 Pfd. noch mancherlei Beschwerden. Schmerzen nach dem Rücken hin. Aufstossen. Stuhl soll in letzter Zeit häufiger „wie mit Eiter überzogen“ gewesen sein. Status: Guter Ernährungszustand. In der Oberbauchgegend nichts abnormes palpabel. Stuhl völlig normal. Chemismus: Fr. HCl. 4, G. A. 51. Keine Milchsäure. O.: Decoct. Condurango.	Briefliche Mitteilung vom 20. 4. 05: Körpergewicht vor der Operation 136 Pfd., jetziges 150 Pfd. Appetit mittelmässig. Schmerzen noch zieml. stark. Allgemeinbefinden matt, blutarm.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
47.	12. 8. 04.	W. J.	44 J., männlich.	Seit 18 Jahren Magenleidend. Druckgefühl, Appetitmangel, Aufstossen. Kein Erbrechen. Seit ca. $\frac{1}{2}$ Jahr Zunahme der Beschwerden und wiederholtes Erbrechen meist nach vorausgegangenen kolikartigen Schmerzen. In letzter Zeit Gewichtsverlust. In der medizinischen Klinik wurde die Diagnose gutartige Pylorusstenose gestellt und dem Pat. zur Operation geraten.	Kleiner, gesund aussehend. Mann von sehr reduziert. Ernährungszustand. Abdomen kahnförm. eingezogen. Untere Magengrenze handbreit unterhalb des Nabels. Ausgesprochene Plätschgeräusche. Tumor oder Resistenz in der Magengegend nicht palpabel. Chemismus Fr. HCl. 44. G. A. 80. Keine Milchsäure.	15. 8. 04.
48.	11. 8. 04.	J. S.	56 J., männlich.	Vor 15 Jahren angeblich heftige Magenkolik. Vor 4 Jahren den ganzen Winter über Völle im Magen. Das jetzige Leiden begann vor 10 Monaten mit Druck in der Magengegend, der im Sommer manchmal nachgelassen habe. Nie Erbrechen. Übelkeit od. Aufstoss. Appetit dauernd gut. Trotzdem angeblich 6 Pfd. Gewichtsverlust.	Gross., kräftiger Mann von mässigem Ernährungszustand. Im Abdomen nirgends Druckempfindlichkeit. Rechts oberhalb des Nabels meint man eine Resistenz zu fühlen. Probefrühstück wird schlecht verdaut. Chemismus G. A. 8. Keine fr. HCl. Milchsäure +.	19. 8. 04.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Magen sehr stark dilatiert. Untere Grenze im kleinen Becken. In der Serosa des Pylorus eine strahlige Einziehung; darunter eine harte, auf Karzinom nicht verdächtige Geschwulst. Keine Induration der Lymphdrüsen.	Gastroenterostomie.	Nach anfängl. hypostatischen Erscheinungen in den Lungen normaler Verlauf. Am 2. 9. 04 beschwerdefrei mit nahezu verheilte Wunde entlassen.	Briefliche Mitteilung vom 2. 4. 05: Postoperationem kein Erbrechen. Früh. Körpergewicht 102 Pfd., jetzig. 131 Pfd. Appetit recht gut. Schmerzen ab und zu bei auftretenden Blähungen. Allgemeinbefinden recht gut. Pat. stellt sich am 10. 6. 05 in hiesiger Klinik wieder vor. Gewicht vor der Operation 102 Pfd., jetziges 138 Pfd. Allgemeinbefinden gut, etwas Unbehagen nach dem Essen, sonst nichts. Nie Erbrechen oder dergl. Sieht blüh. aus.
Gallenblase, Pylorusteil, Flexura coli dextra und Netz durch spinngewebige Bindegewebszüge mit einander verwachsen. An der hinteren Wand des Pylorus fühlt man eine haselnussgrosse Resistenz, die sich als ein kleines Ulcus mit verdickten Rändern erweist.	Gastroenterostomie.	Verlauf im allgemeinen günstig. In der Wunde leichte Fasziennekrose. Pat. wird am 28. 9. 04 auf Wunsch mit noch bestehender geringer Stagnation nach Hause entlassen.	Persönl. Vorstellung am 29. 5. 05: Körpergewicht vor der Operation 130 Pfd., jetziges 159 Pfd. Appetit gut. Druckgefühl vor dem Magen. Allgemeinbefinden relativ gut.

Lauf. Nr.	Datum der Aufnahme.	Name.	Alter und Geschlecht.	Anamnese.	Status.	Datum der Operation.
49.	14. 5. 04.	K. K.	53 J., männlich.	Seit 5 Monaten Magenbeschwerden. Fauliges Aufstossen und Schmerzen nach dem Essen. Kein Erbrechen.	Kleiner, gut genährter Mann. In dem leicht aufgetriebenen Abdomen ist ein Tumor oder Resistenz nicht zu fühlen. Probefrühstück gut verdaut. Chemismus Fr. S. 0. G. A. 52. Keine Milchsäure. Magengegend druckempfindlich.	
	18. 8. 04.	Wiederaufnahme.		Erbrechen. Schmerzen und Erbrechen unabhängig von der Nahrungsaufnahme.	Regio epigastrica sehr druckempfindlich. Probefrühstück gut verdaut. Chemismus G. A. 32. 26. 8. 04. Mässige Diastase der Recti. Sonst derselbe Befund. Wird auf die innere Station verlegt. 30. 8. 04. Pat. wünscht Probelaaparotomie.	3. 9. 04.

Befund.	Operation.	Verlauf.	Dauerresultat.
Rectusdiastase von 10 cm. Am Magen und an der Gallenblase nichts abnormes bis auf eine kleine spinngewebige Adhäsion am Pylorus.	Probela- parotomie.	Am 21. 9. 04 Pat. geheilt auf Wunsch entlassen.	Briefliche . Mitteilung vom 26. 4. 05: Körper- gewicht vor der Ope- ration 118 Pfd., nach der Operation 126 Pfd. Schmerzen nur auf starken Druck gegen den Magen. Appetit sehr gut. Allgemein- befinden gut.

1871

1871

Literaturverzeichnis.

- Clairmont, Bericht über 258 von Prof. von Eiselsberg ausgeführte Magenoperationen. Archiv für klinische Chirurgie. 1905, Bd. 76, pag. 180.
- Kappeler, Erfahrungen über Gastroenterostomie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 49, pag. 113. Ref. Centralblatt für Chirurgie. 1899 Nr. 2, pag. 44.
- Körte und Herzfeld, Über die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs etc. Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 63.
- F. Krause, Erfahrungen in der Magenchirurgie. Berliner klinische Wochenschrift. 1903, Nr. 47. Ref. Centralblatt für Chirurgie. 1904, Nr. 9, pag. 276.
- von Mikulicz, Bericht über 103 Operationen am Magen. Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 51. Ref. Centralblatt für Chirurgie. 1895, pag. 72.
- Petersen und Machol, Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten. Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 33.
- Ringel, Beiträge zur Chirurgie des Magens. Mitteilungen aus den Hamburger Staatskrankenanstalten, III, 3. 1901. Ref. Centralblatt für Chirurgie. 1902, Nr. 41, pag. 1076.
- Steudel, Die in den letzten Jahren an der Czernyschen Klinik ausgeführten Magenoperationen. Bruns Beiträge. 1899, Bd. 23.
- Stich, Beiträge zur Magenchirurgie. Bruns Beiträge. 1903, Bd. 40.

Trendel, Über die mit der Gastroenterostomia posterior in der Tübinger Klinik gemachten Erfahrungen. Bruns Beiträge. 1903, Bd. 39.

Wölfler, Über die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resektionen des karzinomatösen Pylorus. Wien, W. Braumüller, 1881. Ref. Centralblatt für Chirurgie. 1881, Nr. 23, pag. 359.

Wölfler, Gastroenterostomie. Centralblatt für Chirurgie. 1881, Nr. 45, pag. 705.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Armin Müller, wurde am 8. Februar 1880 zu Bernsbach im sächsischen Erzgebirge geboren. Von 1890—1899 besuchte er das königl. Gymnasium zu Schneeberg im Erzgebirge, welches er Ostern 1899 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von 1899—1904 studierte er auf den Universitäten Leipzig, Marburg und Rostock Medizin, begann das medizinische Staatsexamen am 20. 10. 03 und beendete dasselbe am 29. 1. 04.

Lebenslauf

Verheiratet: Clara Anna, geb. Müller, w. l. b.
am 8. Februar 1889 zu Barmbeck im Steinfeld
geboren. Von 1890-1899 besuchte er
das Königliche Gymnasium zu Barmbeck im Finkenbühl
weg bei Ort im 1899 mit dem Zeugnis der Reife
aus. Von 1900-1904 studierte er auf dem
Königlichen Lyzeum, Medizin und Kosmetik Medizin
in der Kaiserlichen Hochschule zu Berlin am 20. 10. 03
und beendete dasselbe am 20. 1. 04.