

Die Magenresektion nach Billroth I

Aufgenommen an der Chirurgischen Universitätsklinik Graz.
Vorstand Professor Dr. F. Spath.

Kamera: Walther Stoitzner.

Röntgenaufnahmen: Zentral-Röntgeninstitut der Universität
Wien. (Vorstand Professor Dr. E. Zdansky).

Produktion: S. H. B-Film Wien.

Der Film soll die technische Durchführung einer terminolateralen Gastro-Duodenostomie zeigen, einer Modifikation des Billroth I, die bei der Radikaloperation des Ulcus duodeni in vielen Fällen anwendbar ist und, funktionell gesehen, im Vergleich zum Billroth II (Gastro-Jejunostomie) zu weitaus günstigeren Fernergebnissen führt. Die der Anlegung der Anastomose vorausgehenden Phasen der Operation werden nur cursorisch dargestellt, zunächst die Ausgangssituation: ein chronisch callöses Vorder- und Hinterwand-Ulcus des Duodenum mit Penetration ins Pankreas. Nach den üblichen vorausgehenden Ligaturen der Gefäße an der großen und kleinen Kurvatur und entsprechender Präparation des Duodenum wird nach

Anlegen von 2 Haltefäden das Duodenum unterhalb des Ulcus offen durchtrennt und in dreischichtiger Naht blind verschlossen. Die kleine Kurvatur wird nach den vorangegangenen Ligaturen bis zur Arteria gastrica sinistra mit Knopfnähten serosiert. Der Magen bleibt über den linken Rippenbogen nach li. geschlagen. Mit entsprechend tiefen Haken wird nun das absteigende Duodenum eingestellt, das zur hinteren Bauchwand ziehende Peritoneum incidiert und nun, teils scharf mit Scherenschlägen, teils stumpf das Duodenum nach Kocher mobilisiert, so daß der nach re. gerichtete Bogen des absteigenden Duodenums nach vorne zu liegen kommt und spannungslos dem entsprechend vorbereiteten Magenquerschnitt zur nachfolgenden terminolateralen Anastomose genähert werden kann. Es ist oft erstaunlich, ein wie langes und geräumiges Duodenum auf diese Weise für die Anastomose gewonnen werden kann, auch wenn es vorher durch entzündliche Auflagerungen, durch die man in die Tiefe gehen muß, verborgen war. In den durch die Mobilisierung des Duodenums entstehenden Raum wird eine warme Kochsalzkompressen gelegt, so daß eventuell kleine entstandene Blutungen tamponiert und das mobilisierte Duodenum nach der Mitte zu dem Magen genähert werden kann. Nun folgt die eigentliche Durchführung der Anastomose. An den Magen wird an der Resektionsgrenze eine gerade Klemme gelegt, an die Duodenalschlinge eine leicht gebogene Darmklemme (Doyen), welche letztere nur solange liegen bleibt, bis die ersten 3 Serosanähte (je eine zwischen den beiden Kurvaturen und dem Duodenum als Begrenzung der Anastomose und eine in der

Mitte der Magenhinterwand) angelegt sind. Dann wird die Duodenalklemme zur Vermeidung eines Druckschadens wieder abgenommen. Es folgt die Anlegung der übrigen Nähte (Seidenknopfnähte) zur Adaptierung der Serosalflächen der Hinterwand. Der Magen ist noch nach links geschlagen. Mit dem Skalpell wird ca. 5 bis 6 mm von der Serosanahltreihe entfernt die Sero-Muscularis der Magenhinterwand bis in die Submucosa durchtrennt und die Umstechung der dort verlaufenden Gefäße nach v. Haberer zur Blutstillung und Raffung des Magenquerschnittes durchgeführt. Die Catgutfäden bleiben lang, der Magen wird nach re. geschlagen, um auch an der Vorderwand die gleichen Umstechungen auszuführen. Knapp distal dieser Umstechungen wird nun der Magen elektrokautisch abgetrennt. Das Duodenum wird eröffnet, einzelne blutende Gefäße werden gefaßt und ligiert und nun folgt die hintere durchgreifende Schleimhautnaht (fortlaufend, verschlungen), von der großen Kurvaturseite aus beginnend, an der kleinen Kurvatur abgesetzt. Ein zweiter Faden verschließt in gleicher Weise die Vorderwand. Die Serosa-Eck- und Vorderwandnähte schließen die Anastomose ab.

Als letzte Phase folgt nun das Aufnähen der bei der Mobilisierung des Magens abgelösten Peritoneal- (Mesenterial-) Duplikatur, die wir zur Vermeidung einer Strangulation des abführenden Duodenums seit 1947 eingeführt haben.

Das Operationspräparat wird kurz wegen der Ausdehnung der Resektion, die bei dieser Art der Anastomose nicht etwa kleiner gehalten wird, gezeigt. Es bestand ein

tief ins Pankreas penetriertes Hinterwand- und ein kleines Vorderwand-Ulcus des Duodenums.

Die im Zentral-Röntgeninstitut Wien (Prof. Zdansky) durchgeführte Röntgen-Kontrolluntersuchung zeigt ein halbes Jahr später eine ausgezeichnete Funktion der Anastomose: portionweise rhythmische Entleerung bei guter Speicherfunktion des Restmagens.