II. Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände.¹⁾

Von W. Körte, Berlin.

M. H.! Die folgenden Mittheilungen über die Chirurgie des Magengeschwürs, insbesondere über gewisse Folgezustände desselben — wie Narbenstenose des Pylorus, Dilatation des Magens, ferner Blutungen — beschäftigen sich mit einem der Grenzgebiete zwischen innerer Medizin und Chirurgie. Jedoch glaube ich nicht, dass ich „Grenzstreitigkeiten“ erregen werde, bin vielmehr der Ansicht, dass die Thätigkeit der beiden Disziplinen der Heilkunst bei dem in Frage stehenden Gegenstand sich in völlig befriedigender Weise zum Wohle der Leidenden verbinden lässt, so dass jede derselben ihr abgegrenztes Gebiet bearbeitet.

Die Chirurgie des Magens hat sich zunächst vorwiegend mit dem Carcinom beschäftigt, wenn auch schon frühzeitig durch Gussenbauer (1876), Billroth und v. Leube (1882) darauf hingewiesen wurde, dass gerade die narbige Stenose des Pylorus ein besonders dankbares Feld für die chirurgische Behandlung abgeben würde. Eine eingehende Besprechung erfuhr die Frage auf dem Chirurgencongress 1897 durch v. Leube und Mikulicz.

Bei den Operationen wegen Carcinom ist einmal die bis jetzt noch nicht überwundene Schwierigkeit der „Frühdiagnose“ und ferner die stets drohende Gefahr des Rezidivs ein wunder Punkt. Ungleich günstiger liegen die Verhältnisse bezüglich Diagnose und Dauerresultate bei der chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände. Hier ist die Diagnose leichter, wir haben nicht die Schwierigkeit der „Frühdiagnose“ zu fürchten, denn wir unternehmen chirurgische Eingriffe in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (nur sehr frühzeitige Perforationen ausgenommen) nicht in dem Frühstadium, welches durchaus der internen Behandlung angehört, sondern gerade in dem Spätstadium, wenn die Mittel der inneren Medizin erschöpft sind oder wenn Folgezustände mechanischer Art sich gebildet haben, welche nur durch operative Eingriffe gehoben werden können.

Es kann daher hier ein Grenzstreit eigentlich nicht stattfinden, wenn auch der eine die Grenze für operatives Eingreifen etwas weiter steckt als ein anderer. Die diagnostisch unsicheren Fälle von nervösem Pylorospasmus etc. wird man als eine reguläre Indikation zur Operation nicht anerkennen können. Nach meiner Ansicht ist gerade bei diesen Affektionen die grösste Zurückhaltung mit chirurgischen Eingriffen geboten, zumal deren Erfolge auch bei den „Magenneurosen“ durchaus nicht sichere sind.

Bezüglich der „Dauererfolge“ der Operationen wegen Ulcus stehen wir ungleich günstiger als beim Carcinom, denn in der Regel sind die Operirten dauernd wieder lebens- und arbeitsfähig. Durch fortbestehende Hyperacidität können Rezidive von Geschwüren oder kann die Bildung neuer bedingt werden, nach den bisherigen Erfahrungen ist diese Gefahr nicht gross. Wir dürfen ferner nicht ausser Acht lassen, dass bei der Mehrzahl der chirurgischen Operationen, bei den Gastroenterostomieen, das Ulcus nicht direkt in Angriff genommen wird, sondern nur gewisse Folgezustände

¹⁾ Vorgetragen im Verein für innere Medizin am 17. Dezember 1900. (Die ausführliche Publikation erfolgt in Langenbeck's Archiv, Bd. LXIII.)

desselben beseitigt und dadurch bessere Bedingungen für das Ausheilen des Geschwürs gesetzt werden.

Die Hauptindikation gaben Pylorusverengerungen durch vernarbte oder in der Vernarbung stehende Geschwüre des Magenausganges mit Magendilatation. Seltener sind offene Geschwüre, welche der internen Behandlung trotzen und unerträgliche Beschwerden machen, die Indikation. Unter diesen sind wiederum die Ulzerationen in der pylorischen und präpylorischen Gegend besonders hervorzuheben, weil dieselben durch entzündliche Schwellung der Umgebung oder durch reflektorischen Nervenreiz zur Kontraktion des Pylorus führen können, noch ehe eine Narbenzusammenziehung stattgefunden hat.

Häufige kleinere Blutungen können die Operation indizieren. Bei grossen lebensgefährlichen Blutungen kann chirurgischer Eingriff das ultimum refugium sein, bleibt aber ein remedium anceps.

Perigastritische Adhäsionen als Folge von Geschwüren sind, wenn sie grosse Beschwerden machen, ebenfalls chirurgisch anzugreifen.

Magenperforationen erfordern desgleichen chirurgische Behandlung, sei es, dass sie in die freie Bauchhöhle, sei es, dass sie in den subphrenischen Raum erfolgt sind.

Wenn es nicht gelingt, durch innere Behandlung die genannten Folgezustände beim Ulcus ventriculi zu heilen oder zu verhüten, so droht den Kranken eine nicht unbeträchtliche Gefahr, welche bei den zuletzt genannten Zuständen (den Perforationen) eine eminent lebensbedrohende ist, so dass bei gestellter Diagnose Magenperforation durch Ulcus die Indikation zur Operation so früh wie möglich, jedenfalls innerhalb der ersten zwölf Stunden post perforationem eine zwingende ist. Der Krankheitszustand ist ein so gefahrdrohender, dass auch eine mit grosser Lebensgefahr verbundene Operation gerechtfertigt ist. Einige Patienten werden dadurch geheilt, diejenigen, welche sterben, würden auch ohne Operation der Krankheit erlegen sein.

Bei den Pylorusverengerungen sowie bei den mit hochgradigen Beschwerden oder mit häufigen kleinen Blutungen verbundenen rebellischen Magengeschwüren ist die Gefahr eine mehr schleichende, die Gesundheit und Arbeitskraft langsam untergrabende, schliesslich aber zu Siechthum und Tod führende. — Von den namhaftesten Autoritäten auf diesem Gebiete ist die Magendilatation nach narbiger Pylorusstenose als ein durch innere Mittel inkurabler Zustand anerkannt worden. Bei den zu zweit genannten Krankheitsformen giebt es ebenfalls einen Punkt, wo Arzt und Patient erkennen, so geht es nicht weiter; wenn nicht dem Leiden Halt geboten wird, gleitet der Kranke auf einer schiefen Ebene abwärts. — Sobald nun ein chirurgischer Eingriff in Frage kommt, ist die natürlichste Frage die: mit welchem Grade von Lebensgefahr ist derselbe verbunden? Selbstverständlich ist eine Operation wegen Magengeschwür mit grösseren unmittelbaren Gefahren verbunden als die internen Medikationen (Diätikuren, Rektalnahrung, Carlsbader Kuren etc.), deshalb kommen auch naturgemäss die Operationen erst dann in Frage, wenn die anderweiten Mittel versagen.

Der Grad der Gefahr des chirurgischen Eingriffes richtet sich nach den individuellen Verhältnissen, vor allem nach dem Kräftezustand der Kranken, ferner nach der Lage und Grösse des Geschwürs, nach der Ausdehnung der Verwachsungen, endlich nach komplizierenden anderweiten Krankheiten (Herz, Lunge, Nieren). Von den unmittelbar durch die Operation bedingten Gefahren sind einzelne, wie die peritoneale Infektion, das Versagen der Nähte und ähnliches durch die heutigen Hilfsmittel auf ein geringes Maass beschränkt. Gewisse Gefahren haften jeder Operation an, unter ihnen sind besonders die der Pneumonie nach Laparotomie zu nennen, ferner Nachblutungen aus offenen Geschwüren, Embolien und ähnliches. Zufälle dieser Art haben wir nicht in der Hand. Prozentzahlen haben deshalb nur einen sehr geringen Werth, weil zu viel auf die Eigenart jedes Falles ankommt. Mit dem Verfall der Kräfte in Folge des Leidens steigt die Gefahr der Operation, zu spät darf darum der Entschluss zu einer solchen nicht gefasst werden.

Ich möchte Ihnen kurz über meine Erfahrungen an 38 Operationen wegen Magengeschwür und Folgezuständen berichten, welche im Krankenhaus am Urban und in der Privatpraxis von mir (drei von meinem Vertreter Herrn Dr. Brentano) gemacht wurden, an 20 Männern und 18 Frauen oder Mädchen.

Das Alter schwankte zwischen 16 und 61 Jahren, 28 waren über 30 Jahre alt, 10 unter 30 Jahren.

Als Ursache war einmal ein Trauma angegeben, dreimal Trinken ätzender Flüssigkeiten, einmal Gallensteine. 17 mal war mit Gewissheit oder Wahrscheinlichkeit ein noch offenes Geschwür anzunehmen, in den übrigen Fällen Narben von Geschwüren.

Die Dauer des Leidens vor der Operation war stets eine sehr lange; bis zu 20 und 30 Jahren lagen bei einzelnen die ersten sicheren Symptome zurück, unter einem Jahr nur bei dreien. Ein Patient mit sehr schweren Erscheinungen gab an, erst seit ca. sechs Wochen krank zu sein. Bei allen Kranken waren längere und meist oft wiederholte innere Kuren vorausgegangen, ehe sie zur Operation kamen.

Die Ernährung hatte stets sehr gelitten, einige kamen in äusserster Prostration zur Behandlung.

Magenschmerzen und Erbrechen fehlte bei keinem; Hämatemesis oder Blutabgang per rectum war bei 18 vorgekommen. 32 mal ist Stenose des Pylorus und gleichzeitig Dilatation des Magens von mässigen bis zu den höchsten Graden beobachtet, bei vier Kranken daneben beträchtliche Gastropse, bei drei jugendlichen Kranken Stenose ohne Dilatation.

Der Sitz der Verengung war meist der Pylorus selbst, einmal das obere Duodenum, fünfmal die Regio praepylorica, zweimal die Magenmitte (Sanduhrmagen).

Oft stellte die Stenose sich als ein Tumor dar und erweckte den Verdacht auf Carcinom. Ausgedehnte Flächenadhäsionen fanden sich vielfach, ebenso Uebergreifen des Geschwürs in Pankreas oder Leber.

Die Salzsäurereaktion war 24 mal deutlich, bzw. vermehrt, viermal fehlte sie, dreimal waren „Spuren“ da. Milchsäure wurde viermal gefunden.

Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom war nicht immer sicher zu stellen, oft gab erst das Mikroskop den Ausschlag.

Die Hauptindikation gaben Stenose des Pylorus und Magendilatation, seltener Ulcusbeschwerden (zweimal), einmal lebensgefährliche Blutung, zehnmal Perforationen in die Bauchhöhle, sechsmal Perforationen in den subphrenischen Raum.

Als Behandlungsmethoden kommen in Betracht die Resektion, Gastroenterostomie, Pyloroplastik, Gastrotomie (bei Blutungen).

Die Resektion ist nur bei günstigen, gut isolirbaren Stenosen oder Geschwüren zu machen, sowie bei Verdacht auf Carcinom. Sie stellt grössere Anforderungen an die Kräfte, ist aber unter günstigen Verhältnissen entschieden anzurathen. Es wurden fünf cirkuläre Resektionen mit einem Todesfall und vier Heilungen gemacht.

Einmal wurde die segmentäre Resektion eines fast perforirten Geschwürs der vorderen Wand mit gutem Erfolge gemacht (vor 10 $\frac{1}{2}$ Jahr, Juni 1890).

Die Gastroenterostomie kam 29 mal zur Anwendung, sie ist als die Normalmethode bei Pylorusstenosen anzusehen. Die Mortalität beträgt 20,6%. Ferner wurde bei einem Falle, der mit Oesophagusstenose complizirt war, die Gastroenterostomie plus Gastrotomie gemacht (Tod an Pericarditis). Die Gastroenterostomie wurde in der Mehrzahl der Fälle, in der letzten Zeit ausschliesslich nach der Methode v. Hacker's gemacht. Der Murphyknopf wurde nicht angewendet, sondern fortlaufend mit Seide oder Zwirn in zwei Etagen genäht. (Näheres über Technik etc. siehe in der ausführlichen Publikation.) Unter den Todesursachen finden wir zweimal Collaps nach der Operation, einmal Pneumonie, zweimal Nachblutungen aus dem Geschwür, einmal Pericarditis (von der Oesophagusstenose aus), einmal Magenwandphlegmone.

Einmal trat drei Jahre nach der Gastroenterostomie ein Ulcus pepticum jejuni auf, welches durch Perforation zum Tode führte. Nachuntersuchungen der geheilten Patienten ergaben, dass alle arbeitsfähig waren, einige hatten noch ab und zu Beschwerden, alle jedoch waren in der Nahrungsaufnahme und im Ernährungszustande ausserordentlich gebessert.

Die Pyloroplastik ist nur einmal ausgeführt (mit Heilung). Sie ist weniger sicher als die Gastroenterostomie.

Bei einem Kranken wurde wegen grosser lebensgefährlicher Blutung operirt. Der Eingriff war ausserordentlich schwierig,

es gelang durch Umstechungen die Blutung zu stillen; acht Tage lang ging es gut, dann erlag der Patient nach Durchschneiden der Fäden einer erneuten Blutung (aus der Arteria lienalis).

Die Operationen wegen Perforation des Magengeschwürs nehmen eine besondere Stellung ein; bei ihnen ist die Hauptsache die Beseitigung der Peritonitis.

Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgen, besonders der Pylorusstenose und Magendilatation ergibt recht gute Erfolge in Fällen, bei denen die innere Medizin versagt, und verdient daher in solchen Fällen eine ausgedehntere Anwendung.