DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

BEGRÜNDET VON DR. PAUL BÖRNER

HERAUSGEBER: PROF. DR. SCHWALBE
BERLIN W. AM KARLSBAD 5

VERLAG: GEORG THIEME
LEIPZIG, RABENSTEINPLATZ 2

№ 5

BERLIN, DEN 4. FEBRUAR 1909

35. JAHRGANG.

Die operative Behandlung des Magen-carcinoms, ihre Indikationen und ihre Prognose.¹⁾

Klinischer Vortrag.

Von Prof. Dr. L. Kuttner in Berlin.

M. H.! In der Frage bezüglich der operativen Behandlung des Magenkrebses ist bis zum heutigen Tage noch keine Einigung erzielt worden. Nicht nur, daß die Ansichten der Internisten von denen der Chirurgen in vielen Punkten abweichen, auch unter den Vertretern der einzelnen Disziplinen selbst bestehen vorläufig noch so große Meinungsverschiedenheiten, daß es dem praktischen Arzt, der sich weniger mit eigenen Forschungen als mit der Verwertung endgültiger Resultate befassen kann, schwer gemacht wird, in dieser hochwichtigen Frage den richtigen Weg zu finden. Dem tatenreichen und verheißungsvollen, die besten Aussichten versprechenden Optimismus gegenüber steht der äußerst skeptische, unsere Erwartungen stark herabsetzende Pessimismus, und während man sich auf der einen Seite darüber beklagt, daß der innere Arzt viel zu selten und viel zu spät seine an Magenkrebs leidenden Patienten dem Chirurgen zuweist, empfiehlt man auf der anderen Seite kühle Zurückhaltung und vorsichtige Einschränkung der Indikationen. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes lohnt es sich zu erforschen, auf welcher Seite die Wahrheit liegt — auf der der Optimisten oder auf der der Pessimisten.

Unbestrittene Tatsachen sind, daß der Magenkrebs zunächst ein lokales Leiden darstellt und daß er jeder anderen als der chirurgischen Behandlung trotzt. Alles, was geschehen kann, um diesem verhängnisvollen Leiden mit seinem unvermeidlichen Exitus letalis entgegenzutreten, liegt in der Hand der Chirurgie. Man könnte demnach prinzipiell die Forderung aufstellen, daß der innere Arzt sofort nach gestellter Diagnose auf die weitere Behandlung der seiner Therapie nicht zugängigen Affektion verzichten und dieselbe in die Hände des Chirurgen niederlegen soll; prinzipiell wohl, tatsächlich aber liegen die Verhältnisse doch ganz anders. Abgesehen davon, daß sich ein solches Gebot in der Praxis nicht durchführen ließe, würden wir der Sache eher schaden als nützen, wollten wir kritiklos jeden Fall von Magenkrebs der chirurgischen Behandlung zuführen.

Es liegt auf der Hand, daß das Ziel der chirurgischen Therapie beim Magenkrebs die vollständige Beseitigung der bösartigen Geschwulst bilden muß, mit anderen Worten, daß nur durch eine Radikaloperation, d. h. durch eine Resektion, ein Dauererfolg zu erzielen ist. Leider sind die Gesamtergebnisse der Resektion beim Magenkrebs zurzeit noch keine glänzenden.

Nach der von Clairmont aus der v. Eiselsberg'schen Klinik gegebenen Zusammenstellung schwankt die Mortalität seit den Jahren 1900—1905 bei einzelnen Operateuren zwischen 16,7 bis 68%. Im Durchschnitt berechnet sich die Mortalität bei 18 Operateuren

auf 34,4%. Von den einzelnen Chirurgen hatten v. Mikulicz (Makkas) in den Jahren von 1900—1904 unter 68 Fällen 33,8%, Czerny von 1900—1905 unter 62 Fällen 30,6%, Krönlein (Schönholzer) unter 55 Resektionen bis 1902 27,2% Mortalität. Kocher hatte bis 1898 unter 52 Operationen 35% Mortalität, bis 1903 unter 47 Operationen 17%, bis 1905 unter 21 Operationen 17%, bis jetzt unter 17 unkomplizierten 0%. Paterson berechnet aus einer Zusammenstellung aller Fälle von 9 Operateuren eine Mortalität von 28%, den derzeitigen Wert schätzt er auf nur 20%; diese Angabe deckt sich im allgemeinen mit der Berechnung von Kausch, der die durchschnittliche Mortalität der Magenresektion beim Carcinom zurzeit auf 27% beziffert.

Eine viel größere Bedeutung als das Ergebnis der operativen Mortalität beansprucht naturgemäß die Frage bezüglich des Verhaltens der Dauererfolge nach den wegen Krebs vorgenommenen Magenresektionen.

Makkas hat sich der Mühe unterzogen, das Schicksal von 105 Patienten, bei denen auf der Mikulicz'schen Klinik in den Jahren 1891—1904 wegen Magenkrebs die Resektion ausgeführt worden war, zu verfolgen; dabei erhielt er Bericht über 92 Operierte. Von diesen waren zur Zeit der Nachforschung, Anfang 1906, 65 gestorben, davon nur 3 nicht an Rezidiv. In den meisten Fällen erfolgte der Tod im 1. und 2. Jahre nach der Operation, in 6 Fällen im 3., in 3 Fällen im 4., in 2 im 5. und in 1 Fall im 6. Jahre.

Die durchschnittliche Lebensdauer der rezidierten Fälle betrug bei dem Material von Mikulicz 18,3 Monate, in den Fällen Krönleins 18 Monate, in denen Kochers 18,7, in denen Körtes (Nordmann) 20 und in denen von Roux, der allerdings die Indikation für die Operation mehr begrenzt, sogar 26 Monate.

Diesen rezidivierenden Fällen gegenüber steht — und darauf ist m. E. das größte Gewicht zu legen — eine ganze Reihe von Beobachtungen, in denen die Operierten lange Jahre hindurch rezidivfrei geblieben sind. Im allgemeinen spricht man von Dauerheilungen, wenn die Operierten 3 Jahre nach der Operation noch ohne Rezidiv geblieben sind. Ganz sicher vor Rezidiven ist man natürlich auch nach dieser Zeit noch nicht. Ich selbst habe ein Rezidiv noch nach dem 5. Jahre beobachtet.

Von den 92 Kranken der v. Mikulicz'schen Klinik, über die Makkas Nachricht erhielt, waren 27 noch am Leben und alle anscheinend rezidivfrei; 17 davon waren über 3 Jahre frei von Rezidiv = 14,3%, der bis Ende 1902 Operierten = 23,9% derer, die die Operation überstanden. Diese Zahlen werden, wie Kausch mit Recht betont, noch günstiger, wenn man die Fälle hinzuzählt, in denen später als nach 3 Jahren ein Rezidiv auftrat, sie steigen dann auf 18,4 und 30%.

Der Arbeit von Kausch entnehme ich eine Statistik Patersons, der die innerhalb der letzten 20 Jahre von englischen Chirurgen durch die Radikaloperation Geheilten und Rezidivfreien zusammengestellt hat:

	operativ Geheilten	Zahl der 3 Jahre rezidivfreien	5 Jahre rezidivfreien
Extirpation	17	6	3
Subtotale Resektion	14	3	3
Resektion	55	12	5
Summa	86	21	11

1) Vgl. den „Klinischen Vortrag“ in No. 2.

Lange Jahre anhaltende Heilerfolge haben noch eine ganze Reihe von Chirurgen erzielt; so berichtet Kocher über eine Heilungsdauer von 17 und 12 Jahren, Bircher hat einen Fall von Magencarcinom operiert, der noch nach 15½ Jahren rezidivfrei war, v. Mikulicz, Czerny, Körte, Krönlein, Maydl, Kümmell, Wölfler u. a. haben über 12-, 9-, 8-, 7-, 6- und 5jährige Lebensdauer nach der Operation bei ihren Patienten gesehen.

Sehr instruktiv ist eine Tabelle, die Kausch zusammengestellt hat; dieselbe umfaßt die Fälle 3jähriger Radikalheilung mit ihrem prozentualen Werte:

Fälle von 3jähriger Rezidivfreiheit.

Autor	Zahl der rezidivfrei Lebenden	Prozent der Operierten	Prozent der Durchgekommenen	Zahl aller 3 Jahre rezidivfrei (inkl. der Gestorbenen)	Prozent der Operierten	Prozent der Durchgekommenen
Czerny-Petersen-Colmers	6	20	33	—	—	—
v. Mikulicz-Makkas	17	14	24	22 ¹⁾	18	30
Mayo-Robson ²⁾	—	14	—	—	—	—
Kocher-Matti	8	9	10	11	12	—
Krönlein-Schönholzer	2	7	—	3	10	14

Ich verzichte darauf, an dieser Stelle noch weiter auf Literaturangaben einzugehen, ebenso ist es für unsere Zwecke überflüssig, die Erfolge der einzelnen radikalen Operationsmethoden — Resektion, subtotale Magenresektion, Exstirpation — getrennt voneinander zu besprechen. Die von Krönlein aufgestellte Forderung, daß bei einer totalen Magenresektion Oesophagusepithel nachgewiesen werden soll, wird in praxi bei der Resektion nicht immer erfüllt und kann wohl auch aus technischen Gründen in vielen Fällen nicht erfüllt werden; wir fassen unter „Radikaloperation“ die totalen und fast totalen Gastrektomien zusammen.

Betrachten wir nun die Resultate der durch die Radikaloperation beim Magenkrebs erzielten Erfolge, so können wir jedenfalls auch jetzt schon den sicheren Schluß ziehen, daß das Magencarcinom auf operativem Wege heilbar ist. Ob die Operationsgefährlichkeit 20 oder 30 % und die Zahl der Dauerheilungen 30 % oder weniger betragen, ist zunächst weniger bedeutungsvoll als die Tatsache, daß durch die Resektion eine Anzahl von Kranken gerettet werden kann, die ohne Operation dem sicheren Tode verfallen gewesen wäre. Um eine genaue Bilanz der statistischen Mitteilungen zu ziehen, sind die hier besprochenen und alle anderen in der Literatur mitgeteilten Beobachtungen viel zu ungleichwertig. Es muß sich selbstverständlich, selbst wenn man gleiches technisches Können und gleiche Erfahrung voraussetzt, ein großer Unterschied in den definitiven Resultaten ergeben, je nach dem Material, an welchem die einzelnen Operateure arbeiten, je nach dem Standpunkt der einzelnen Chirurgen bezüglich der Auswahl der Fälle, d. h. je nachdem der Chirurg die Indikationen für die Operation enger oder weiter stellt. Der eine macht noch eine Resektion, wo ein anderer nur die Gastroenterostomie für indiziert hält; mancher wagt noch in einem scheinbar desolaten Falle — zum eventuellen Heile des Patienten — einen radikalen Eingriff, während der andere von vornherein jeden Versuch ablehnt. Allein schon der verschiedene Standpunkt, den die einzelnen Chirurgen gegenüber der eventuellen Ausräumung aller regionären Drüsen einnehmen, genügt zur Erklärung der so sehr voneinander abweichenden Mortalitätsziffer bei der Resektion. In der Heidelberger Klinik, in der man zur Zeit v. Czernys von dem Standpunkt ausging, daß die radikale Entfernung aller regionären Drüsen nicht durchaus notwendig sei, betrug die Mortalität im Jahre 1904 17 % (Petersen und Colmers); andere Operateure, welche das größte Gewicht auf die radikale Drüsen-ausräumung legten, hatten eine solche von 40–60 %. Ob ein radikales Vorgehen gegen die Lymphdrüsenherde beim Magencarcinom notwendig ist, werden wir später noch zu berücksichtigen haben.

So ließe sich noch eine ganze Reihe von Momenten anführen, die man bei der Bewertung des Erfolges der einzelnen Operateure zu berücksichtigen hat. Indessen, ich verzichte darauf, weiter auf diese Differenzen einzugehen; jedenfalls kann man aus den veröffentlichten Statistiken den weiteren Schluß ziehen, daß die Operationsresultate sowohl bezüglich

der primären Mortalität als bezüglich der Lebensdauer nach der Operation allmählich bessere geworden sind. Einer Bilanzrechnung Krönleins über den Verlauf des Magencarcinoms bei operativer und nicht operativer Behandlung (aus dem Jahre 1902) entnehmen wir das Ergebnis: das Magencarcinom führt ohne Operation durchschnittlich nach etwa einem Jahre zum Tode, die Gastrektomie verlängert, sofern sie vom Rezidiv gefolgt ist, das Leben durchschnittlich um 14 Monate.

Die Feststellung dieser Tatsachen, 1. daß es Fälle gibt, in denen der Magenkrebs durch das Messer der Chirurgen wirklich geheilt worden ist und 2. daß, wenn das Leben nicht mehr zu retten, so doch durch die Resektion eine Verlängerung desselben zu erzielen ist, müssen meines Erachtens dem praktischen Arzt und dem Internisten die Richtschnur geben bezüglich seiner Stellungnahme zu der operativen Behandlung des Magencarcinoms und müssen uns veranlassen, in jedem Falle von Magenkrebs von vornherein die Möglichkeit der Radikaloperation in Frage zu ziehen.

Ist die Leistungsfähigkeit der Operation zurzeit im allgemeinen auch nur eine bescheidene, so dürfen wir doch nicht übersehen, daß auch jetzt schon einige hervorragende Chirurgen, so besonders Kocher, über geradezu glänzende Resultate verfügen, und wenn ein Operateur von dem Rufe Kochers die Behauptung aufstellt, „daß wir zur Stunde mit der Technik der typischen Magenresektionen soweit gediehen sind, daß die operative Mortalität auf Null gesunken ist“, so ist es entschieden Pflicht der internen Aerzte, dem Chirurgen die geeigneten Fälle von Magencarcinom so früh wie möglich zuzuführen. Sicher wird dieser Pflicht nicht immer genügt; denn mag auch die vollendete Technik Kochers zu den ausgezeichneten Resultaten desselben beitragen, so müssen doch noch andere Momente hinzukommen, die diese besonderen Erfolge erklären. Das Material Kochers scheint ein anderes zu sein als das der meisten anderen Chirurgen; daß in den verschiedenen Städten ein Unterschied in dem dem Chirurgen zugehenden Material an Krebskranken besteht, betont auch Kausch in einer Diskussionsbemerkung in der „Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins“; nach den Erfahrungen von Kausch war das Material an der v. Mikuliczschen Klinik viel günstiger als hier in Berlin.

Ein solcher Unterschied in dem Material läßt sich nur durch folgende Möglichkeiten erklären: entweder sind der Verlauf und die Malignität des Magenkrebses regionär verschieden, oder die Intelligenz bzw. das Temperament des Publikums ist so verschieden, daß die Krebskranken an dem einen Orte frühzeitig, an dem anderen erst sehr spät ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, oder schließlich die Ausbildung in der Krebsdiagnostik resp. die Stellungnahme der praktischen Aerzte und der Internisten zu der operativen Behandlung des Magenkrebses ist eine ungleiche.

Daß die Malignität des Magenkrebses sehr verschieden ist, ist allgemein bekannt; daß aber hierin noch so durchgreifende regionäre Unterschiede bestehen, ist bis jetzt noch nicht erwiesen und kann deswegen zunächst für die weitere Diskussion nicht in Frage kommen.

Die zweite Möglichkeit muß gewiß zugegeben werden; auch jetzt noch ist die Zahl der Krebskranken eine beträchtliche, die den Arzt erst konsultieren, nachdem das Krebsleiden unter Anwendung von allerhand Haus- und Geheimmitteln soweit vorgeschritten ist, daß eine radikale Operation unausführbar ist. Es ist mit aller Energie dahin zu streben, daß sich die hier angedeuteten Verhältnisse, die sich im übrigen schon jetzt gebessert haben, immer noch mehr bessern. Das Publikum muß wieder und immer wieder über die ersten Symptome des Magenkrebses aufgeklärt und so erzogen werden, daß es sich rechtzeitig an den wissenschaftlich gebildeten Arzt wendet. Indessen, dieses Moment allein kann die regionären Verschiedenheiten des Materials nicht ganz erklären; jedenfalls wäre es nicht einzusehen, daß gerade in Berlin die Verhältnisse nach dieser Richtung hin so ungünstig sind; daß aber tatsächlich hier nur ein ganz geringer Bruchteil der Fälle von Magenkrebs, die in das Krankenhaus kommen, für die Radikaloperation geeignet ist, kann ich nach langjähriger Krankenhaustätigkeit aus eigener Erfahrung bestä-

1) Hierunter befindet sich auch eine Patientin, die nach 4 Jahren rezidivfrei an Herzschlag verstarb. 2) 4jährige Rezidivfreiheit.

tigen. Trotz dauernden, eifrigsten Bemühens, dem Chirurgen zur Radikaloperation geeignete Fälle von Magenkrebs zuzuführen, habe ich bei einer enorm großen Anzahl von Krebskranken verhältnismäßig nur wenige gefunden, bei denen die Resektion noch durchführbar war. Die Klage, daß die Magencarcinome so selten in operationsfähigem Zustande auf die inneren Stationen der großen Krankenhäuser kommen, ist übrigens eine weitverbreitete.

Ewald hat von 250 Fällen des Augusta-Hospitals etwa ein Viertel zur Operation gebracht, aber auch bei diesen war es zur Resektion meist zu spät. Die späte Ueberweisung der Fälle in das Krankenhaus konstatiert auch Pässler in Dresden, und Nordmann berichtet, daß von dem Material der Körteschen Station in der Privatklinik von 126 Fällen von Magengeschwülsten die Resektion nur in 38 Fällen, d. h. in 30 % möglich war.

Sicher liegt die Schuld an der zu späten Ueberweisung der Fälle von Magencarcinom in die Krankenhäuser, auch zum Teil an dem ablehnenden Verhalten vieler Aerzte, die diesem Teil der Chirurgie zurzeit noch gar so wenig Vertrauen entgegenbringen. Damit kommen wir zu dem dritten Punkt, der die Unterschiede in der Beschaffenheit des Materials an Krebskranken in den einzelnen Kliniken erklärt. Die großen Triumphe einzelner hervorragender Abdominalchirurgen (Kocher und v. Mikulicz) haben den Mut der praktischen Aerzte und Internisten in der Umgebung dieser Männer so weit gehoben, daß sie — von dem Wert der chirurgischen Behandlung des Magenkrebses überzeugt — der Diagnose der Magengeschwülste ihre besondere Aufmerksamkeit zugewandt haben.

Ich bin weit entfernt, die operativen Fähigkeiten dieser anerkannten Operateure zu unterschätzen, aber ich zweifle nicht, daß auch an anderen Stellen bei gleichem Material die gleichen Operationsresultate sich erzielen ließen. An erstklassigen Abdominalchirurgen fehlt es sicher nicht; Sache der praktischen und inneren Aerzte ist es, diesen so früh als möglich die für eine Operation geeigneten Krebskranken zuzuführen. Die auch heute noch bei einer großen Reihe von Aerzten verbreitete Meinung, daß der Magenkrebs ein unter allen Umständen unheilbares Leiden darstellt und daß die frühzeitige Erkenntnis dieses Leidens keine weitere Bedeutung hat, weil der Krebskranke doch sicher dem Tode verfallen ist, muß mit aller Energie bekämpft werden. Wir müssen im Gegenteil ganz entschieden verlangen, daß der Arzt, der den Kranken im Beginn eines auf Magenkrebs verdächtigen Leidens sieht, sogleich die Möglichkeit der Operation ins Auge faßt.

Ist es dem mit Arbeit überhäuften Praktiker nicht möglich, alle für die Entscheidung der operativen Behandlung notwendigen, Uebung und Erfahrung erfordernden Untersuchungen selbst auszuführen, so muß er möglichst bald sachgemäße Hilfe in Anspruch nehmen. Alle die Momente, die den Verdacht auf Carcinom erregen, und alle für die Diagnose und Differentialdiagnose des Magenkrebses in Betracht kommenden Symptome und Untersuchungen habe ich in No. 2 dieser Wochenschrift besprochen. Ich kann deswegen sofort dazu übergehen, die Prinzipien zu erörtern, nach denen sich der Arzt bei der Auswahl der operativ zu behandelnden Fälle von Magencarcinom leiten lassen soll. Dabei will ich besonders darauf hinweisen, in welcher Weise in der Zukunft die operativen Resultate verbessert werden könnten.

Die besten Chancen für die Magenresektion bieten unzweifelhaft die ad pylorum lokalisierten resp. die an der kleinen Curvatur des Magens gelegenen, nach dem Pylorus zu wachsenden Tumoren; selten geben die anderen, an den Curvaturen re-p. an der vorderen und hinteren Magenwand gelegenen Carcinome Veranlassung zur Radikaloperation, und ganz ausgeschlossen von der operativen Entfernung des Krebses sind die an der Cardia befindlichen Tumoren; den letzteren gleichwertig betrachte ich die von der kleinen Curvatur ausgehenden, bis zur Cardia sich erstreckenden Carcinome; diese unter dem linken Rippenbogen gelegenen oder unter demselben verschwindenden Geschwülste bieten für die Resektion so große technische Schwierigkeiten, daß ein Erfolg kaum in Aussicht zu stellen ist.

Natürlich ist die Lokalisation des Tumors allein nicht maßgebend für die Möglichkeit einer radikalen Behandlung, von

der zunächst nur die Rede ist. Abgesehen von dem Sitz des Tumors gelten als bestimmend für das Gelingen der Magenresektion: 1. der Ernährungszustand resp. die Schwere der Kachexie; 2. die Verbreitung der Geschwulst am Magen selbst; 3. die Verwachsungen resp. das Uebergreifen des Carcinoms auf die Nachbarorgane; 4. das Vorhandensein von Metastasen.

Daß zum Ueberstehen eines so schweren chirurgischen Eingriffes, wie die Magenresektion darstellt, eine gewisse Energie des Herzens und ein genügender Kräftevorrat erforderlich sind, bedarf erst keiner weiteren Begründung. Aber welches ist das Maß von Kräften, das für die Operation verfügbar sein muß? Wiederholt habe ich beobachtet, daß Kranke, die bis zum äußersten abgemagert und schwer kachektisch waren, die Operation selbst recht gut überstanden und auf längere oder kürzere Zeit sich erholten, während andererseits Patienten, die vor dem Eingriff ein relativ gutes Aussehen zeigten, in den ersten Tagen nach der Operation, ohne daß irgendwelche Komplikationen von seiten der Wunde hinzutreten wären, im Kollaps zugrunde gingen. Der Grad der Abmagerung gestattet keinen sicheren Rückschluß auf die Prognose der Operation. Wichtiger ist nach meinen Erfahrungen das Aussehen der Kranken resp. die Beschaffenheit ihres Blutes, das Verhalten des Hämoglobins und die Zahl der roten Blutkörperchen. Ich habe im Laufe der Jahre immer mehr und mehr die schweren Anämien fürchten gelernt, die sich auf carcinomatöser Grundlage oft entwickeln. Zeigt das Blut eine starke Herabsetzung des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen, so sind die Aussichten für das Ueberstehen der Operation sehr geringe. Meistens gehen derartige Kranke unmittelbar im Anschluß an die Operation oder einige Tage später an Herzschwäche zugrunde.

Was den zweiten Punkt, die Ausdehnung der Geschwulst am Magen selbst, betrifft, so kann auch darüber kein Zweifel bestehen, daß die Größe des Tumors bedeutungsvoll für die Schwere und Dauer der Operation ist. Nach der Ansicht verschiedener Chirurgen ist der Nachweis eines Tumors allein schon eine Kontraindikation für die Ausführung einer Radikaloperation. So verlangen v. Czerny und Rindfleisch, daß der Magenkrebs nicht mehr radikal operiert werden solle, wenn man ihn als Tumor sicher diagnostizieren kann, und ebenso hält es Kraske für wünschenswert, beim Pyloruskrebs zu operieren, wenn er noch garnicht als Tumor mit Sicherheit diagnostiziert werden kann. Meines Erachtens darf es für das chirurgische Eingreifen nicht maßgebend sein, ob ein Tumor palpabel ist oder nicht. Ein Tumor kann schon lange inoperabel sein, ehe er fühlbar ist.

Nach den Angaben Mattis war bei dem Material Kochers 1905 in 88,7 % von Resektionsfällen — allerdings unter Zuhilfenahme der Untersuchung in Narkose — ein positiver Palpationsbefund vorhanden. Diese Beobachtungen decken sich nicht mit den Erfahrungen anderer Autoren; so fand Nordmann unter 38 von Körte resezierten Fällen nur viermal einen palpablen Tumor und Kappler unter 30 Fällen nur einmal. Unter 41 Fällen von Makkas, wo kein Tumor palpabel war, waren nur 10 noch radikal zu operieren.

Der palpatorsche Nachweis des Tumors hängt, abgesehen von der Spannung und Fettleibigkeit der Bauchdecken, mehr von der Lage des Magens überhaupt und von seiner Lage zu den Nachbarorganen als von seiner Größe ab. Deswegen bieten Frauen, bei denen die Abdominalorgane oft gesunken und die Bauchdecken erschlafft sind, für die Palpation von Magentumoren günstigere Bedingungen als Männer, bei denen der Magen hoch gelegen und die Bauchwand straff und gespannt ist.

Besteht auch nur der entfernteste Verdacht auf Magencarcinom, so versäume man nie, den Magen aufzublähen; mit Hilfe dieses Kunstgriffes gelingt es zuweilen, Tumoren am Magen zu palpieren, die sich anders nicht nachweisen lassen. Natürlich ist eine gewisse Größe Voraussetzung für das Fühlbarwerden der Geschwulst; für die Aussichten einer eventuellen Resektion maßgebend ist aber nicht so sehr die Größe als vielmehr die Malignität und die Propagationsfähigkeit derselben, und man darf nicht ohne weiteres schließen, daß kleine Carcinome nach diesen Richtungen hin günstigere Bedingungen geben als große.

Das größte Hindernis für die Ausführung der Resektion

eines Magencarcinoms bieten Verwachsungen und das Uebergreifen der carcinomatösen Neubildung auf die Nachbarorgane. Am häufigsten sind es Adhäsionen mit der Leber und dem Pankreas, welche die Entfernung aller krankhaften Stellen unmöglich machen. Leider lassen in dieser Beziehung alle unsere Untersuchungsmethoden im Stich, d. h. sie geben uns keinen sicheren Aufschluß, ob ein Tumor frei beweglich oder mit der Umgebung verwachsen ist. Der Ortswechsel der Geschwulst resp. das Fehlen derselben bei der Respiration, bei verschiedenem Füllungszustand des Magens, bei dem Versuch der passiven Verschiebbarkeit sind wenig zuverlässige Zeichen, die kaum mit Wahrscheinlichkeit, geschweige denn mit Sicherheit auf die Gegenwart oder auf die Abwesenheit von Verwachsungen schließen lassen. Im allgemeinen sind nach meinen Beobachtungen Verlötungen des Tumors mit der Nachbarschaft viel häufiger, als vor Eröffnung der Bauchhöhle angenommen wird.

Noch ungünstiger werden die Verhältnisse für die Resektion durch das Vorhandensein von Metastasen in anderen Organen, Leber, Lymphdrüsen, Peritoneum, Netz etc. Nachweisbar sind natürlich nur die Metastasen, die eine solche Größe erreicht haben und so günstig gelegen sind, daß sie der Palpation zugänglich sind oder zu gewissen Folgeerscheinungen (z. B. Peritonitis) geführt haben. Gar nicht so selten aber bestehen kleine, hirsekorn- bis erbsengroße Knötchen bei scheinbar ganz zirkumskripten und frei beweglicher Geschwulst. Nach Sektionsbefunden von Redlich fanden sich Lymphdrüsenmetastasen in 72% der Fälle. Es ist nicht Sache des inneren Arztes zu entscheiden, ob es notwendig ist, bei den Magenresektionen auch die regionären Lymphdrüsen zu entfernen; so weit die Erfahrungen bis jetzt reichen, scheint die von den Drüsenmetastasen ausgehende Gefahr nur eine sehr geringe zu sein.

Lindner hat von 28 Rezidiven des Magencarcinoms nach der Resektion 15 lokale Rezidive, 12 entferntere Rezidive und nur ein Drüsenrezidiv gefunden. Petersen und Colmers schätzen die Drüsenrezidive nach Resektion auf 3%.

Man darf also nach diesen Autoren wohl annehmen, daß die beim Magenkrebs in die Lymphdrüsen verschleppten Carcinomzellen in den Drüsen zugrunde gehen können.

Bei weitem größere Rücksicht erfordert dagegen das Verhalten der Magenwand beim Magencarcinom. Die Untersuchungen von Petersen und Colmers haben gezeigt, daß das Magencarcinom, das sich mit Vorliebe innerhalb der Magenwand selbst verbreitet, oft sehr weit über die makroskopischen Grenzen hinausgeht; es bevorzugt dabei die kleine Curvatur; sehr häufig überschreitet es auch den Pylorus. Hieraus ergibt sich die Forderung, die Magenwand selbst recht radikal zu behandeln, d. h. die kleine Curvatur oralwärts bis nahe heran an die Cardia, nach dem Darm zu möglichst tief hinein ins Duodenum zu entfernen.

Wie weit man bei der Resektion gehen kann, zeigen unter anderem die Operationen an der Breslauer Klinik unter Mikulicz; unter 136 Resektionen (von 1890–1904) mit 35% Mortalität wurde 9 mal das Colon mitreseziert (1 Fall dauernd geheilt), 36 mal wurden Stücke des Pankreas (5 Fälle dauernd geheilt), 4 mal wurden Leber- und 3 mal Bauchwandverwachsungen mitreseziert.

Ich kann nur jedem Arzt, der ein Magencarcinom dem Chirurgen zur Operation übergibt, den dringenden Rat geben, der Operation selbst beizuwohnen; aus der eigenen Anschauung bei der Operation wird der innere Arzt für die Frage der operativen Behandlung des Magencarcinoms mehr lernen als aus der genauesten Beobachtung seiner Fälle am Krankenbett. Besonders ist es eine Tatsache, die wir bei den Autopsien in vivo immer wieder bestätigt finden, nämlich die Erfahrung, daß es nicht in unserer Macht steht, uns vor Eröffnung der Bauchhöhle ein genau zutreffendes Bild von der Lage der Verhältnisse zu schaffen.

Gewiß wird diese Unsicherheit in der Vorherbestimmung eine exakte Indikationsstellung und jede Vorhersage über den Erfolg der Operation unmöglich machen; aber auch schon aus anderen Gründen bleibt die rein klinische Diagnose stets eine unzuverlässige.

Nach Petersen und Colmers sind die Verbreitungswege des Magenkrebses je nach der anatomischen Form des

Carcinoms recht verschiedene, deswegen würde es für die Frage der Operationstechnik wünschenswert sein, bei der Operation über eine genaue anatomische Diagnose zu verfügen; leider läßt sich aber weder vor der Operation noch nach Eröffnung des Abdomens die anatomische Form des Magencarcinoms bestimmen. Der innere Kliniker soll sich deswegen darauf beschränken, die für die Operation überhaupt geeigneten Fälle auszusuchen; dem Chirurgen aber muß es überlassen bleiben, das Operationsverfahren zu bestimmen auf Grund des Befundes nach Freilegung des Tumors.

Stellt sich nach Eröffnung der Bauchhöhle heraus, daß eine radikale Operation nicht mehr möglich ist, weil zu ausgedehnte Verwachsungen oder Metastasen etc. bestehen, so ist zu erwägen, ob wir dem Kranken, dem wir eine durchgreifende Hilfe nicht mehr leisten können, nicht durch eine Palliativoperation — Gastroenterostomie — einerseits das Leben verlängern, andererseits das verlängerte Leben zu einem leidlich befriedigenden gestalten können. Die Gastroenterostomie besteht bekanntlich in der Anlegung eines neuen Ausganges vom Magen in den Darm oberhalb des Hindernisses. Die Berechtigung zu einem solchen Eingriff müssen wir ohne weiteres zugestehen, wenn wir die schweren Schädigungen berücksichtigen, die aus der Stauung der Ingesta im Magen für die gesamte Ernährung des Kranken resultieren; leider aber sind die Erfolge der wegen maligner Geschwülste ausgeführten Gastroenterostomien keine gar so glänzenden, sofern wir bei der Bewertung des Erfolges nicht nur die augenblicklichen Operationsresultate, sondern auch — worauf es ja bei weitem mehr ankommt — die Aussichten des Kranken für seine spätere Zukunft ins Auge fassen. Wenn die Mehrzahl der Kranken auch den Eingriff als solchen gut übersteht, so beträgt die durch die Gastroenterostomie geschaffene durchschnittliche Verlängerung doch nur die beschränkte Zeit von sechs Monaten. Genaue statistische Angaben über die Mortalität der Gastroenterostomie zu machen, ist belanglos; der Eingriff als solcher bietet technisch keine besonderen Schwierigkeiten, die unmittelbaren Operationsresultate hängen im wesentlichen ab von der Auswahl der Fälle, von den Grenzen, die von den einzelnen Chirurgen für die Indikation zur Operation gezogen werden. Viel wichtiger ist die Erwägung, ob es tatsächlich gelingt, durch die Gastroenterostomie dem Krebskranken eine wesentliche Erleichterung zu schaffen. Diese Frage kann weder mit ja noch mit nein beantwortet werden; während bei einem Teil der Krebskranken durch die Gastroenterostomie nur eine geringe Linderung der Beschwerden erzielt wird, sieht man andere Operierte, selbst bei weit vorgeschrittenen Magencarcinomen, aufblühen und einen recht befriedigenden Lebensgenuß wiedergewinnen. Wenn dieser günstige Zustand durchschnittlich auch nur verhältnismäßig kurze Zeit anhält, so habe ich doch mehrere Fälle 1–2 Jahre, 1 Fall sogar 3½ Jahre nach ausgeführter Gastroenterostomie am Leben erhalten. Das Nachlassen der Beschwerden, die Zunahme der Kräfte nach der Zeit des Siechtums, das Gefühl, von einer schweren Krankheit geheilt zu sein, die Besserung des Appetites, das glückliche Gefühl, der Familie und dem Berufe wiedergegeben zu sein — mit einem Worte, die neue Lebenslust, die ein Teil der Krebskranken nach gelungener Gastroenterostomie wiedergewinnt, ist ein nicht zu unterschätzender Gewinn und versöhnt uns mit dem Bewußtsein, daß es sich nur um eine Heilung auf Zeit handelt. Von diesem Gesichtspunkte aus halte ich die Gastroenterostomie beim Magencarcinom für berechtigt, aber durchaus nicht bei jedem Fall von Krebs für indiziert.

Der Standpunkt, den die einzelnen Chirurgen zu der Indikationsstellung der Gastroenterostomie beim Magencarcinom einnehmen, ist auch heute noch ein verschiedener.

Ausgehend von der Tatsache, daß die durch die Magenresektion bedingten Gefahren bei weitem größer sind als die einer Gastroenterostomie, wurde von einigen Seiten der Vorschlag gemacht, die Palliativoperation ausschließlich, d. h. auch in denjenigen Fällen von Magencarcinom auszuführen, wo die Möglichkeit einer Exstirpation des Carcinoms doch nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden kann. Ich möchte ein derartiges Vorgehen mit aller Entschiedenheit zurückweisen,

und ich habe mich oft davon überzeugt, daß auch die Mehrzahl der Patienten resp. deren Angehörige, denen man vor der Operation die Chancen der verschiedenen Operationsmethoden auseinandersetzt, dem Verfahren den Vorzug geben, das — wenn es nur irgend durchführbar ist — sich die Entfernung des Krebses zum Ziele setzt. Meines Erachtens darf die Gastroenterostomie nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn die Resektion allzu schwer oder ganz unmöglich erscheint. Aber auch für die Palliativoperation sind nur bestimmte Fälle geeignet. Ich empfehle die Gastroenterostomie nur für diejenigen Fälle von unextirpierbaren Carcinomen, welche ausgesprochene Stenosenscheinungen machen. Der Vorteil, der durch die Anastomosenbildung bei nicht stenosierenden Carcinomen dadurch geschaffen werden kann, daß durch das Fernhalten der Ingesta von der Neubildung die Reizung und infolgedessen das Wachstum derselben beschränkt wird, scheint mir die Gefahren nicht aufzuwiegen, denen wir die Kranken durch die Vornahme einer Gastroenterostomie aussetzen. Anders liegt die Sache nur dann, wenn man erst nach der Laparotomie erkennt, daß sich die Pylorotomie nicht mehr ausführen läßt, dann kann man wohl, da die Operation einmal begonnen ist, auch bei fehlenden Stenosenscheinungen noch die Gastroenterostomie hinzufügen.

Im allgemeinen vertrete auch ich den Standpunkt, den Indikationskreis für die Gastroenterostomie nach Möglichkeit einzuschränken und in der chirurgischen Behandlung des Magencarcinoms so aktiv zu verfahren, als es nur irgend möglich ist. Gewiß wird bei der Durchführung dieses Prinzips einer größeren Zahl Operierter eben durch die Operation das Leben abgeschnitten, aber dann ist der schnelle Tod sicher noch das kleinere Übel, und es wiegt nach meiner Ansicht eine Heilung eine Reihe unvermeidlicher Mißerfolge auf. Die Statistik spielt hier keine Rolle; daß wir alle, innere Aerzte und Chirurgen, dauernd bemüht sind, die Operationsresultate zu verbessern, ist selbstverständlich, die Frage ist nur die: was kann der einzelne dazu tun?

Die Bemühungen, den Magenkrebs in seinen ersten Anfängen zu diagnostizieren, scheitern vor allem an der Tatsache, daß das Magencarcinom häufig erst nach langem Bestehen Beschwerden verursacht.

Daß das Magencarcinom lange Zeit latent verlaufen kann, ist auch den älteren Aerzten schon bekannt gewesen.

So weist z. B. Henoch in seiner Klinik der Unterleibskrankheiten (1852, Bd. 2, S. 146) ausdrücklich darauf hin, daß der Magenkrebs ebenso wie das Lebercarcinom mehr oder weniger latent verlaufen können, bis entweder durch Verengung des Magenvolumens oder durch den Eintritt von Ulzeration plötzlich Symptome auftreten können, welche leicht zur Annahme eines wirklich akuten Verlaufs verleiten.

Selbst ulzerierte Magenkrebsse können, wie die Erfahrung lehrt, noch latent verlaufen.

Recht bezeichnend für diese Zustände ist eine bezügliche Mitteilung Pemberton's (Praktische Abhandlungen über verschiedene Krankheiten der Unterleibsorgane, S. 84). „Ich war oft erstaunt,“ bemerkt Pemberton, „bedeutende Desorganisationen im Magen zu finden, obschon sich im Leben gar kein Einfluß derselben auf den Gesamtorganismus zu erkennen gegeben hatte. Ich habe im Magen, und zwar nahe am Pylorus, einen großen Scirrhus gesehen. Es war derselbe an einer Stelle in offenen Krebs übergegangen, der sich durch den Magen und linken Leberlappen einen Weg gebahnt hatte. Zwischen den Abszeßwandungen und dem Peritoneum hatte sich eine Adhäsion gebildet, sodaß dieser Abszeß wahrscheinlich an den äußeren Bauchwandungen zum Aufbruch gekommen wäre, wenn den Kranken nicht ein Aneurysma der Aorta hinweggerafft hätte. Obgleich diese Krankheit sehr viel Zeit gebraucht haben mußte, um sich bis zu diesem Grade auszubilden, so war der Körper doch nur wenig abgemagert, und es hatte der Kranke im Leben kein Symptom gezeigt, das nur im entferntesten auf den Verdacht eines organischen Magenleidens hätte führen können.“

In jüngster Zeit hat Boas wiederholt auf diesen Umstand hingewiesen. Mit Recht betont dieser Autor, daß die Malignität der Magen-Darmcarcinome nicht nur im Neoplasma, sondern vor allem in der Latenz seines Wachstums zu suchen ist. Auf Grund dieser Erfahrung und gestützt auf das statistische Ergebnis von 243 Fällen seiner Beobachtung folgert Boas, daß die frühzeitige Feststellung der Diagnose keineswegs in allen,

ja nicht einmal in der Mehrzahl der Fälle die Möglichkeit einer radikalen Entfernung der Geschwulst garantiert. Aus seinen Ausführungen schließt Boas weiterhin, „daß weder die frühzeitige Feststellung eines Magencarcinoms in der Mehrzahl der Fälle auch eine gute Chance für die Operation bietet, noch daß umgekehrt ein sehr spätes Erkennen in der Regel einen radikalen Eingriff ausschließt. Die Art und Malignität des Tumors spielen offenbar eine erheblich größere, ja entscheidende Rolle.“

Für die Richtigkeit dieser Anschauungen dürfte jeder auf diesem Krankheitsgebiete erfahrene Arzt beweisende Beispiele aufzuführen in der Lage sein.

So habe ich erst vor wenigen Monaten auf meiner Abteilung einen Fall von Magenkrebs beobachtet, wo bereits zehn Tage nach dem Auftreten der ersten, überhaupt verwertbaren Krankheitserscheinungen multiple Tumoren in Magen- und Lebergegend palpiert werden konnten, sodaß von einer Operation keine Rede sein konnte; andererseits verfüge auch ich über Fälle von Magenkrebs, in denen selbst nach 1½-jähriger Krankheitsdauer noch mit Erfolg operiert werden konnte.

Derartige Beobachtungen, die wir übrigens auch bei Carcinomen anderer Organe, z. B. beim Lippenkrebs machen, beweisen allerdings, daß die Krankheitsdauer des Carcinoms nicht in direkter Beziehung zu seiner Operabilität steht, erklären sich aber, so auffallend sie zunächst erscheinen, einfach aus der bekannten Tatsache, daß die chronischen Fälle von Carcinom gutartiger sind als die akut verlaufenden. Deswegen dürfen diese Erfahrungen unter keinen Umständen in dem Sinne verwertet werden, daß der frühzeitigen Erkenntnis des Krebsleidens keine größere Bedeutung beizulegen sei, weil der Zeitpunkt der Operation für den Ausfall derselben belanglos sei.

Beim chronisch verlaufenden Carcinom werden die Chancen für die Radikaloperation im allgemeinen um so günstiger sein, je frühzeitiger man operiert.

Leider gibt es nun aber keine spezifischen Frühsymptome für das Magencarcinom. Sehen wir von den latent verlaufenden Krebsfällen ab, die nicht zur Diagnose kommen können, weil sie keine Erscheinungen machen, so bleibt immer noch ein gewisser Prozentsatz von Magenkrankungen übrig, bei dem die Diagnose „Magenkrebs“ bis zu einem gewissen Stadium zweifelhaft ist. Ich lasse es dahingestellt, ob diese Gruppe von Fällen 10 oder 20% beträgt; viel wichtiger als die Feststellung dieser Prozentzahl ist die Frage: wie soll sich der innere Arzt diesen Fällen gegenüber verhalten?

Viele Chirurgen fordern für alle Fälle, in denen unsere Untersuchungsmethoden zu einer sicheren Diagnose des Magencarcinoms nicht ausreichen, die Probepylorotomie als letztes diagnostisches Hilfsmittel. Eine solche allgemeine Forderung ist meines Erachtens unbedingt zu verwerfen; abgesehen davon, daß die Ausführung solcher diagnostischen Inzisionen vielfach auf einen unüberwindbaren Widerstand bei den Patienten stößt, halte ich es sachlich auch für unberechtigt und oft sogar für unheilvoll, in allen Fällen von Carcinomverdacht die Probeinzision in Vorschlag zu bringen.

Was sind es denn für Fälle, in denen die Diagnose „Magenkrebs“ zweifelhaft bleibt?

Differentialdiagnostischen Schwierigkeiten begegnen wir zuweilen 1. bei der Abgrenzung der Gastritis anacida resp. Atrophia ventriculi und gewisser Magen-neurosen von dem Carcinom des Magens und 2. bei der Unterscheidung des Ulcus vom Carcinom bzw. bei der Unterscheidung der benignen von der malignen Pylorusstenose.

In Fällen der ersten Gruppe ohne weiteres die diagnostische Inzision zu empfehlen, kann ich nicht gutheißen. Bei den Fällen dieser Gruppe finden wir meist, wie ich in No. 2 dieser Wochenschrift ausgeführt habe, Salzsäuremangel bei guterhaltener motorischer Funktion; Milchsäure ist nicht vorhanden. Liegt diesen so charakterisierten Fällen tatsächlich ein Carcinom zugrunde, das zunächst nicht sicher diagnostizierbar ist, weil ein Tumor nicht palpabel ist, so handelt es sich meist um einen hochgelegenen, von der kleinen Curvatur des Magens ausgehenden, nach der Cardia hinwachsenden Tumor. Liegt das Carcinom bei Fällen dieser Art, was nur selten vorkommt, als isolierter Knoten an der großen Curvatur oder an der vorderen oder hinteren Magen-

wand, so ist es gewöhnlich auch als Tumor durch die Palpation nachweisbar, d. h. diagnostizierbar.

Wo würde es nun hinführen, wollten wir diese oben gekennzeichneten, auf Carcinom der kleinen Curvatur verdächtigen Fälle dem Chirurgen zur diagnostischen Inzision empfehlen. Bei der weit größeren Zahl derartiger Kranker stellt sich das Leiden in seinem weiteren Verlauf als gutartig heraus, hier wäre also die Operation überflüssig; und wie steht es mit den übrig bleibenden Fällen, bei denen tatsächlich ein Carcinom zugrunde liegt? Radikal sind sie wegen ihrer hohen Lage mit Aussicht auf Erfolg sehr selten operierbar; für die Gastroenterostomie besteht mit Rücksicht auf die guterhaltene Motilität keine Indikation. Der Kranke wird deswegen keinen Schaden nehmen, wenn wir in diesen Fällen von einer diagnostischen Inzision absehen; jedenfalls dürfte es kaum einen nennenswerter Verlust sein, wenn wir den Patienten drei bis vier Wochen innerlich behandeln; in dieser Zeit wird sich die Frage, ob der Funktionsstörung ein gutartiges oder ein malignes Leiden zugrunde liegt, durch Hinzutreten weiterer Symptome und unter Anwendung der eingehend besprochenen Untersuchungsmethoden meist entscheiden lassen.

Ganz anders liegen die Verhältnisse in den Fällen, in denen die Diagnose zwischen Ulcus und Carcinom, zwischen benigner und maligner Pylorusstenose schwankt. Daß das Ulcus ventriculi der Ausgangspunkt eines sekundären Carcinoms werden könne, wurde allseitig angenommen, nachdem Hauser auf Grund histologischer Untersuchungen auf die Möglichkeit einer derartigen Umwandlung hingewiesen hatte. Nach den Angaben in den meisten Lehrbüchern gehen etwa 5–8 % der Fälle von Ulcus in Carcinom über. Entgegen dieser Annahme vertritt Fütterer in Chicago die Ansicht, daß überhaupt die meisten Fälle von Magenkrebs auf der Grundlage eines Geschwürs entstehen.

Zu demselben Resultat kommt Jedlicka, in dessen Untersuchungen die Zahl der Präparate, in denen sich bei einem Carcinom kein typisches Ulcus finden ließ, überraschend gering war. Ebenso glaubt Mayo Robson in London, daß in 60 Prozent der von ihm operierten Fälle, bei denen wegen vorgeschrittenen Krebses nur die Gastroenterostomie möglich war, ein Ulcus ventriculi der Krebsbildung vorausgegangen sei; nach Mansell Moullin (London) entwickeln sich sogar 90 Prozent aller Magenkrebs auf dem Boden eines Magengeschwürs; von 39 von Moynihan genau daraufhin untersuchten Krebskranken gaben 24 eine Anamnese, die das frühere Bestehen eines Magengeschwürs fast sicher machte. Zu einem gänzlich anderen Resultate kommt Borrmann, der auf Grund der Untersuchung von 63 durch Mikulicz operierten Fällen von Magenkrebs höchstens einen als Ulcuscarcinom zu bezeichnenden Fall gefunden haben will. Im Gegensatz hierzu fand nach Langerhans' histologischen Untersuchungen Matti in 16,5 Prozent Carcinomentwicklung auf dem Boden eines Ulcus simplex.

Bezüglich der Entzündungsstenosen bemerkt Jedlicka, daß bei seinen „benignen Pylorusstenosen“ — falls man die zu den malignen Magenkrankheiten gezählten Ulcuscarcinome ausschließt — 26,6 Prozent die carcinomatöse Degeneration gezeigt haben. „Diese Zahl bedeutet doch nur, daß 26 Prozent der mit Pylorotomie behandelten „benignen Stenosen“ schon in dem malignen Degenerationsstadium operiert wurden“.

Ich habe diese Frage hier mit besonderer Ausführlichkeit behandeln zu müssen geglaubt, weil sie insofern von großer prophylaktischer Bedeutung ist, als man — sichere Beziehungen zwischen Magengeschwür, Geschwürsnarbe und Magenkrebs vorausgesetzt — beim chronischen Ulcus und sogenannter benigner Pylorusstenose nicht zu lange mit der Vornahme der Gastroenterostomie resp. der Exzision warten dürfte. Nach meinen Erfahrungen kann die Entstehung von Krebs auf dem Boden eines runden Magengeschwürs ebenso wie die Entwicklung eines Carcinoms neben einem Ulcus und der Uebergang eines gutartigen Pylorustumors in einen malignen nicht bezweifelt werden; ich habe derartige Vorkommnisse relativ häufig beobachtet, bin aber trotzdem der Ansicht, daß Fütterer, die oben zitierten englischen Autoren und auch Jedlicka die Häufigkeit dieser Kombination überschätzen.

Am meisten prädisponiert für die carcinomatöse Degeneration sind alte Ulcera und solche der Regio praepylorica. Den Ausgangspunkt bildet die Schleimhaut an den Geschwürs-

rändern. Das in krebsiger Degeneration begriffene Ulcus macht oft lange Zeit nur die Symptome eines gutartigen Geschwürs.

Die landläufige Annahme, daß ein fühlbarer Tumor gegen ein einfaches Magengeschwür spreche, besteht durchaus nicht zu Recht. Selbst unter Berücksichtigung aller differentialdiagnostischen Momente ist es, wie ich in No. 2 dieser Wochenschrift ausgeführt habe, in einer Reihe von Fällen unmöglich, klinisch den Uebergang von Ulcus in Carcinom resp. von benigner in maligne Pylorusstenose zu erkennen.

Diese beiden Momente, 1. daß die Differentialdiagnose zwischen malignem und benignem Magenleiden in dem oben ausgeführten Sinne — jedenfalls im Anfangsstadium der carcinomatösen Degeneration — oft versagt und 2. daß der operative Eingriff auch beim einfachen chronischen Magengeschwür und bei der gutartigen Pylorusstenose großen Nutzen bringen kann, veranlassen mich, in diesen zweifelhaften Fällen, wenn auch nur der geringste Carcinomverdacht und eine Aussicht auf operative Heilung bestehen, möglichst früh die diagnostische Inzision, der natürlich im gegebenen Falle die definitive Operation gleich anzuschließen wäre, dringend zu empfehlen.

Ich bin der festen Ueberzeugung, daß durch dieses elektive Vorgehen bei der Auswahl der für die diagnostische Inzision geeigneten Fälle der chirurgischen Behandlung des Magenkrebses mehr genützt wird, als wenn wir wahllos jeden diagnostisch unklaren Fall, bei dem entfernter Verdacht auf Magencarcinom besteht, dem Chirurgen überweisen. Gewöhnlich wird der Kranke seine Einwilligung zum Operieren erst dann geben, wenn wir ihm mit absoluter Sicherheit jede Aussicht auf Erfolg der inneren Therapie absprechen, oder wenn wir ihm von dem Eingriff einen wesentlichen Nutzen versprechen können. Beides trifft nicht oder nur sehr bedingt zu bei mit Salzsäureverlust einhergehenden Katarrhen und Neuren des Magens, die verdächtig sind auf Magencarcinom; beides dagegen kommt in Betracht bei den alten Ulzerationen der Magenschleimhaut oder den Fällen von gutartiger Pylorusstenose, die auf carcinomatöse Degeneration verdächtig sind. Ja, ich möchte den dringenden Rat geben, in Fällen von chronischem Ulcus rotundum und auch bei entschieden gutartiger Pylorusstenose früher und häufiger zu operieren, als es bisher geschieht. In einer sehr lesenswerten Arbeit stellt Nyrop die Forderung auf, die klinischen Begriffe Malignität und Benignität, für deren Auseinanderhaltung unsere Hilfsmittel doch nicht immer ausreichen, aufzugeben und bei jedem Magenleiden gleich klarzustellen, ob eine Indikation für einen operativen Eingriff vorliegt oder nicht.

Beim gutartigen Ulcus rotundum empfehle ich die Operation bei den rebellischen Fällen des Magengeschwürs, die sich für die der inneren Therapie zu Gebote stehenden Mittel unzugänglich erwiesen haben und die durch anhaltende resp. immer wiederkehrende Beschwerden die Kranken dauernd belästigen und in der Ernährung herunterbringen.

Wann mit Rücksicht auf diese Indikation im speziellen Falle operiert werden soll, hängt von vielen Umständen ab, auf die ich hier nicht eingehen kann; im allgemeinen aber soll man auch bei dieser gutartigen Erkrankung nicht die Patienten durch immer wiederholte Schonungsdiäten soweit herunterkommen lassen, daß sie der später notwendig werdenden Operation nicht mehr gewachsen sind. Die übrigen Indikationen zum chirurgischen Eingriff beim Magengeschwür zu behandeln, liegt nicht im Rahmen dieser Abhandlung.

Einen Stützpunkt für die Indikation zur Operation bei der Pylorusstenose, gleichgültig, ob es sich um Benignität oder Malignität handelt, sieht Nyrop in der Retention. Retention, wie gering sie auch sei, 12 Stunden nach der Bourgetischen Probemahlzeit, ist für Nyrop immer eine Indikation zur Laparotomie. Ich halte diesen Standpunkt für zu weitgehend. Sichere Fälle von gutartiger Pylorusstenose sollen zunächst innerlich behandelt werden. Gehen die Erscheinungen der Stenose nicht zurück, gelingt es nicht, die Stagnation zu beseitigen, ist der Magen nicht imstande, die zur Erhaltung des Körpergewichtes ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsmenge in den Darm zu schaffen, zeigt die Stenose Tendenz zum Fortschreiten, treten nach vorübergehender Besserung immer wieder Stenosenerscheinungen ein, so rate man zur Operation und zögere auch

hier nicht, bis die Kräfte erschöpft sind. Ich möchte mich entschieden dagegen verwahren, daß ich zu leichtfertig zur Operation rate; ich habe im Gegenteil in dieser Besprechung vor kritiklosen Operationen gewarnt; aber ich glaube, daß es Pflicht des inneren Arztes ist, sich die Grenzen seines Könnens klar zu machen und chirurgische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn dieselbe, ohne allzu große Gefährdung, für den Kranken mehr Aussicht auf Erfolg verspricht als die innere Behandlung.

Sicher werden wir die Krebsstatistik am ehesten verbessern, wenn wir die Operation nicht nur auf sichere Fälle von Krebs beschränken, sondern wenn wir die radikale Heilung der Krankheiten ermöglichen, die erfahrungsmäßig zur Carcinomentwicklung prädisponieren.

Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß es sich in einem Teil der Fälle von Krebs, in denen die Spätoperation noch günstige Resultate ergeben hat, um Ulcuscarcinome gehandelt hat, bei denen die Krankheitsdauer nicht allein auf das Krebsleiden, sondern zum Teil auf die demselben vorausgegangene gutartige Erkrankung zu beziehen gewesen ist. Wer will wissen, wann das maligne Leiden begonnen und wie lange die vorher bestandenen Symptome auf eine benigne Erkrankung zurückzuführen gewesen sind? Wenn sich auch in diesen Fällen durch die Spätoperation noch gute Operationserfolge erzielen lassen, so gibt doch die Frühoperation die besten Aussichten für einen Dauererfolg.

Ich glaube, objektiv die Frage der operativen Behandlung des Magencarcinoms behandelt zu haben. Die Lehre von der Chirurgie des Magencarcinoms ist noch nicht zum Abschluß gekommen; die hier besprochenen Indikationen sind nur als die augenblicklichen Zeichen und Wegweiser für unser Handeln auf diesem wichtigen Gebiete anzusehen. Die richtige Mitte zu halten zwischen einem rosigen Optimismus, der die Bedeutung der Chirurgie für die Behandlung des Magencarcinoms überschätzt, und dem düsteren Pessimismus, der die bisherigen operativen Erfolge übersieht, scheint mir — hier wie sonst — Pflicht und Aufgabe des Arztes und Lehrers zu sein.