VI. Aus der III. medicinischen Klinik und Universitäts-poliklinik des Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Senator.

Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten.

Von Dr. Th. Rosenheim, Privatdocenten und I. Assistenten.
(Schluss aus No. 2.)

Welcher Methode zur Beseitigung der vorhandenen Anomalie man nun aber auch den Vorzug geben mag, unser Standpunkt in Betreff der chirurgischen Behandlung der Magenerweiterung wird dadurch nicht verrückt: er ist, wie ich es schon früher¹⁾ betont habe, der, dass die motorische Störung als solche unabhängig von der Art ihrer Genese und, wie ich hier hinzuzufügen habe, unabhängig von der absoluten Grösse des Magens²⁾ das Entscheidende für unsere Beurtheilung wird. Ist die Schädigung durch die unblutigen Hilfsmittel, über die wir verfügen, in absehbarer Zeit nicht ausgleichbar, wird nicht einmal eine Besserung des Allgemeinbefindens erzielt, oder verschlechtert sich dasselbe progressiv, so gehört der Fall vor das chirurgische Forum. Diejenigen Anzeichen, auf Grund deren es geboten ist, der Frage der chirurgischen Behandlung nahe zu treten, sind die der Unterernährung: die Abmagerung, die Trockenheit und Abschilferung der Haut, die starke Verminderung der Harnsecretion. Objectiv bemessen wir die Schwere der motorischen Störung am besten nach dem Grade der Stagnation. Spülen wir solche Kranken regelmässig zu einer bestimmten Tageszeit aus, so bekommen wir im Laufe der Behandlung bei ziemlich gleich bleibender Diät ein sicheres Urtheil über die motorische Function; aus der Menge der Rückstände lernen wir die Bewegungsenergie der Magenmuskulatur bemessen, und gewinnen wir nun nach einer grösseren Anzahl gründlicher Auswaschungen den Eindruck, dass die motorische Kraft auf diesem Wege sich nicht bessert, so lohnt es nicht, mit Anwendung von Elektrizität und Massage die Zeit zu verlieren, sondern es ist dann angebracht, die Operation in Erwägung zu ziehen. Es ist selbstverständlich, dass die Ausspülungen nur dort einen brauchbaren Maassstab für die Beurtheilung der Magenfunction geben können, wo sie in ihrer Wirkung durch ein ver-

nünftiges hygienisch-diätetisches Regime unterstützt werden. Dringend ist davor zu warnen, dass man sich nach ein- bis zweimaliger Ausspülung bereits ein endgültiges Urtheil über das Verhalten der Motilität gestattet: man sieht nicht selten bei scheinbar schweren Fällen allmählich eine ganz ausserordentliche Besserung der Bewegungsfähigkeit des Magens eintreten. Die Kranken erholen sich, wie das Allgemeinbefinden lehrt, und wenn sie auch nicht geheilt werden, so können sie auch ohne mechanische Behandlung Monate und Jahre lang bei vorsichtiger Lebensweise sich einer erträglichen Gesundheit erfreuen; ein mässiger Grad von motorischer Störung bleibt hier dauernd bestehen, aber er hindert nicht einen gewissen Lebensgenuss und eine Wahrung der stofflichen Bilanz. Wo die Situation sich derart gestaltet, wird man eine Operation nicht befürworten; wenn die Kranken aber infolge ihrer socialen Stellung sich nicht genügend schonen können, wenn dann eine solche Besserung sich eben nur als vorübergehend erweist, wenn die Beschwerden schliesslich nur durch tägliche Magenwaschung zu beschränken sind, so wird man einen chirurgischen Eingriff wohl in's Auge fassen müssen, auch wenn der Grad der motorischen Störung noch nicht als extrem zu bezeichnen ist. Hier wird natürlich dem Tact, der Einsicht des Arztes für die Entscheidung von Fall zu Fall der weiteste Spielraum bleiben.

In allen schweren Fällen von Ektasie aber warte man nicht zu lange: zwar gelingt es auch hier durch energische Ernährung vom Mastdarm aus — unter Umständen bei völliger Entlastung und Ruhigstellung des Magens für kurze Zeit nach Roessler¹⁾ — durch regelmässige Wasserklysmen u. a. m., der sich geltend machenden Unterernährung entgegenzuwirken; aber gemeinhin hält der so erzielte Erfolg nicht lange vor. Nach kurzer Besserung beginnt der Kräfteverfall von neuem sich zu zeigen, und man hüte sich jetzt, die Operation so lange hinauszuzögern, bis Complicationen: Phthisis pulmonum, Tetanie in die Erscheinung getreten sind.

Die chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi hat im Voraufgehenden bereits in einer seiner Complicationen, der Pylorusstenose mit consecutiver Erweiterung, Berücksichtigung gefunden, aber damit sind die Indicationen zum operativen Eingriff, die das Geschwür geben kann, nicht erschöpft: Es können unaufhörliche Blutungen, die acute Perforationsperitonitis, eine Perigastritis, die durch Strangbildung die Magenthätigkeit stört, oder die zur Etablierung eines Abscesses (subphrenischer Abscess) führt, die Veranlassung werden, zum Messer zu greifen.

Am seltensten ist wegen hartnäckiger Blutungen operirt worden. So lange die Blutung dauert, wird man mit Ruhigstellung des Magens eventuell durch Transfusion oder Kochsalzinfusion die Katastrophe hintanzuhalten suchen. Nach derselben bei einigermaassen erträglichem Kräftezustand zu operiren, erscheint dann nicht unbegründet, wenn die Erfahrung im gegebenen Falle gelehrt hat, dass die Blutungen immer wiederkehren, und die Gefahr der progressiven Anämie droht. Aber auch dann wird man mit zu grossen Erwartungen nicht an die Sache herangehen dürfen: das Ulcus wird oft sehr schwer zu finden sein, und man wird nicht selten auf mehrere an verschiedenen Stellen des Magens stossen; die Eröffnung der Magenöhle ist durchaus nöthig, und es ist gerade nicht leicht sich in derselben zurechtzufinden. Am ehesten kommt man noch zum Ziel, wenn das Ulcus seinen Sitz durch perigastrische Verwachsung äusserlich kenntlich macht. So vermochte Küster²⁾ bei einer 21jährigen Patientin, die an Ektasie und häufig recidivirenden Blutungen litt, sich durch die Adhäsion am Pankreas rasch zu orientiren; er machte die Gastroenterostomie und ätzte von der Oeffnung aus den Geschwürskrater an der Hinterwand, in dem sich ein Kirschstein gefangen hatte, mit dem Thermocauter. Der Erfolg war vorzüglich; sämtliche Beschwerden schwanden, speciell auch Blutungen blieben aus. Ich glaube, dass schon die Entfernung des Steines, vor allem auch die Regulirung der Ablaufverhältnisse im Magen durch die Gastroenterostomie für sich allein einen weiteren symptomlosen Verlauf ohne die Aetzung ermöglicht hätten. Eine Patientin von Mikulicz³⁾, bei der unter gleichen Verhältnissen das Geschwür geätzt und dann die Pyloroplastik gemacht wurde, starb im Collaps.

Die acute Perforationsperitonitis ist ein Ereigniss, das in wenig mehr als 15 Fällen bisher zu operativen Eingriffen Veranlassung wurde. Glücklicherweise meines Wissens in Deutschland nur ein Fall (Kriege⁴⁾). Indess wurde bei der Mehrzahl der Kranken die Operation so spät vorgenommen, dass ein Nutzen von vornherein sehr unwahrscheinlich war; nur bei frühem Eingreifen darf man aber auf Erfolg rechnen. Im Beginn der Erkrankung

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1894, No. 39.

²⁾ So sah ich jüngst einen Fall von Pylorusstenose, bei dem der aufgeblähte Magen nur bis zum Nabel reichte; trotzdem bestand eine enorme motorische Störung, die ungeachtet 5 Monate langer täglicher Ausspülungen sich nicht besserte und die Gastroenterostomie schliesslich nöthig machte: bei der Eröffnung der Bauchhöhle wurde die Musculatur am ganzen Magen erheblich hypertrophisch gefunden.

³⁾ Wien. klin. Wochenschr. 1893, No. 40.

⁴⁾ Verhandlg. d. Congr. d. D. Gesellschaft f. Chirurgie 1894.

⁵⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1892, No. 49, 50.

⁶⁾ Verhandlg. d. Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie 1887, S. 337.

wird man freilich immer geneigt sein mit der Möglichkeit zu rechnen, dass der Process sich begrenzt, und hat dann die Chance, später unter günstigeren Bedingungen die Perigastritis bekämpfen zu können.

Diese, für die das Ulcus ventriculi in erster Reihe von ätiologischer Bedeutung ist — an zweiter Stelle kommen wohl Gallensteinerkrankungen, bösartige Neoplasmen, Traumen in Betracht — bedingt durch Verwachsungen und Strangbildung Störungen, die ausserordentlich schwer richtig zu deuten sind: bald werden heftige Cardialgien namentlich bei stärkerer Füllung des Magens ausgelöst, bald besteht jener hartnäckige, den Lebensgenuss verkümmern, bohrende oder drückende Schmerz in der Tiefe, bald sind alle Erscheinungen einer Magenerweiterung dauernd vorhanden, bald stellen sich Erbrechen und hyperästhetische Zustände nur anfallweise und vorübergehend, z. B. nach körperlicher Anstrengung ein. Der objective Nachweis der Perigastritis ist meist sehr schwer resp. unmöglich: eine ausgedehnte extreme Druckschmerzhaftigkeit im Epigastrium, besonders wenn dieselbe nach rechts über die Magengrenzen hinausgeht, weist, auch wenn keine Dämpfung vorhanden ist, auf eine Serosaaffection an der vorderen Magenwand hin; eine grosse unregelmässig gestaltete Dämpfungszone in der Milzgegend finden wir, wo es zu Exsudatbildung in der linken Seite gekommen ist: einfache Adhäsionen verrathen sich hier durch den starken Schmerz, den man in der Tiefe hervorruft, wenn man seitlich den linken unteren Thoraxrand etwas brüsk nach oben zerzt. Die Perigastritis postica endlich manifestirt sich durch die Empfindlichkeit des ersten und zweiten Lumbalwirbels sowie links davon gelegener Theile bei der Percussion und Palpation. Manchmal kann auch localisirter Schmerz an aussergewöhnlicher Stelle einen Fingerzeig geben. So diagnosticirte ich eine peritoneale Verwachsung der Vorderwand des Magens bei einem Patienten, Kelpin mit Namen, 51 Jahre alt, bei dem eine thalergrosse, auf Druck äusserst schmerzhaft Partie einen Finger breit oberhalb des Nabels feststellbar war, die auch der Sitz spontaner heftiger Schmerzen während der Digestion und bei der Arbeit, war. Die von Herrn Geheimrath Hahn am 18. Juni 1894 ausgeführte Laparotomie bestätigte die Diagnose. Ursache der Perigastritis war in diesem Falle, wie dies gleich vermuthet wurde, ein Carcinoma ventriculi, das für sich allein keine besonderen Symptome machte; nach Durchtrennung des Stranges war der Kranke geraume Zeit beschwerdefrei. Besonders dort muss man immer an Perigastritis als Ursache von Schmerzen denken, wo bei einem inveterirten Ulcus die interne medicamentöse Therapie (namentlich die mit grossen Dosen Wismut oder Argentum nitricum) ohne jeden Erfolg bleibt und wo auch eine mechanische Behandlung, wenn sie durch motorische Störung indicirt ist und systematisch durchgeführt wird, keinen Nutzen bringt. So konnte ich auf Grund der Erfahrungen des therapeutischen Experiments per exclusionem wiederholt die Diagnose richtig stellen, wo sonst kein brauchbares Symptom auf die in Rede stehenden pathologischen Bildungen hinwies.

Wie gross in solchen schwer zu beurtheilenden Fällen die Gefahr ist, sich mit der Annahme einer Hysterie oder Neurasthenie zufrieden zu geben, braucht hier kaum gesagt zu werden; ein solcher Fehler erscheint um so entschuldbarer, als diese Kranken neben ihren hartnäckigen Beschwerden, die fortgesetzt allen therapeutischen Bestrebungen trotzen, gemeinhin nervös werden. So behandelte ich im März 1894 in der Universitäts-poliklinik einen 27jährigen Kranken, der mir durch sein Wesen den Eindruck geringer Glaubwürdigkeit machte, die wahrlich nicht gesteigert wurde durch den Umstand, dass er, da er sein Magenleiden auf einen Stoss, den er erhalten hatte, zurückführte, eine Unfallrente beanspruchte. Die Beschwerden stellten sich bei dem Patienten nach jeder stärkeren Mahlzeit, aber auch bei jeder energischen Körperbewegung als äusserst heftiger Krampf ein;¹⁾ er gab an, dass mehr die Quantität als die Qualität der Nahrung von Einfluss auf das Eintreten der Anfälle sei, er hatte Appetit, erbrach nie und war, da er sehr vorsichtig lebte, in gutem Ernährungszustande. Er war aber nicht in der Lage, diese kostspielige Lebensweise ohne Thätigkeit weiter durchzuführen, und so drängten die Verhältnisse zur Beseitigung des Uebels. Objectiv war eine functionelle Störung des Organs nicht nachweisbar; es bestand eine erhebliche Druckempfindlichkeit im Epigastrium abwärts bis fast zum Nabel. Nach vergeblichen therapeutischen Versuchen meinerseits wird in der chirurgischen Universitäts-Klinik eine Probepylorotomie gemacht und eine Adhäsion der vorderen Magenwand an Leber und Bauchwand gefunden, nach deren Lösung die Schmerzen verschwinden.

¹⁾ cfr. die Fälle Landerer's, Münch. med. Wochenschr. 1893, No. 39.

Dass, wo wir Strangbildungen und Verwachsungen als Ursache heftiger Beschwerden vermuthen dürfen, wir nach Erschöpfung aller anderen Hilfsmittel zum Messer greifen, erscheint wohl berechtigt, und wir werden das, wie in dem eben erwähnten Falle, um so eher und früher thun, wo die socialen Verhältnisse Schonung und zweckentsprechende Pflege nicht gestatten. Die Durchtrennung von Verwachsungen und Bändern ist ein unbedenklicher Eingriff, der in der Mehrzahl der bekannten Fälle ein ausserordentlich günstiges Resultat hatte (cfr. z. B. die lesenswerthe Mittheilung Lauenstein's¹⁾ über diesen Gegenstand).

Nur selten, wie ich das selbst einmal beobachtete, bildet sich nach der Durchschneidung der Adhäsion bald eine neue an der frischen Wundfläche; besteht in solchem Falle infolge der Compression der Magenwand eine stärkere, heftigere Beschwerden verursachende, motorische Störung, so ist der Ausgleich derselben dann auf keine andere Weise mehr zu erreichen, als durch Anlegung einer Magendünndarmfistel (Gastroenterostomie).

Die Perigastritis kann sich endlich als Pyopneumothorax und Abscessus subphrenicus, wie sie Leyden zuerst scharf charakterisirt hat, darstellen, an sich seltene Affectionen, für die Perforationen eines Ulcus ventriculi resp. duodeni wohl die häufigste Ursache sind; dass diese Complicationen, als solche erkannt, das chirurgische Eingreifen unter allen Umständen gebieten, unterliegt keiner Discussion, nur über die Art des Vorgehens bestehen Differenzen, auf die wir aber hier nicht weiter eingehen. Ebenso wenig brauchen wir bei der Diagnose dieser Abscesse, die oft bedeutende Schwierigkeiten machen kann, zu verweilen.

Wir haben noch einer Gruppe von Krankheiten zu gedenken, die chirurgische Intervention am Magen erfordern können, nämlich der Verengungen resp. Verschlüssen am Magenumund, an der Cardia, und ich kann mich über diesen Punkt kurz fassen, da er schon Gegenstand der Discussion in unserem Verein vor zwei Jahren gelegentlich eines Vortrages des Herrn Ewald²⁾: „Ueber einen Fall von Gastrostomie“, gewesen ist. Wird die Hemmung der Passage an dieser Stelle so beträchtlich, dass der Kranke in den Zustand der Unterernährung gelangt, so kommt ein operativer Eingriff ohne weiteres in Frage, gleichgültig, ob die Stenose gutartiger oder bösartiger Natur ist. Indess ist im letzteren Falle wohl der Erwägung Raum zu geben, ob es nicht dem Interesse des Kranken entspricht, den Zeitpunkt der Operation möglichst lange hinauszuzögern. Denn das, was unter den günstigsten Umständen für den Kranken durch die Gastrostomie gewonnen wird, ist ein Aufschub der Katastrophe um Monate. Wir haben in den letzten Jahren mehrere Patienten (4) mit carcinomatöser Cardiastricture, die undurchgängig oder fast undurchgängig geworden war, mit einer Magenfistel versehen lassen, aber in keinem Falle hat die Palliativoperation das Leben um mehr als drei Monate verlängert. Bringen wir nun noch die augenblickliche Gefahr, die der Eingriff selbst bedingt, in Anschlag, so wird man nur unter ganz besonderen Umständen beim Chirurgen Unterstützung suchen: dieser Fall liegt stets vor, wenn die Stricture völlig impermeabel ist, oder wenn nur noch wenig Flüssiges durchsickert, der Kranke also wirklich den Qualen des Hungertodes ins Auge sieht.

Nun gebe ich gern zu, dass meine Erfahrung nicht viel beweist, denn meine Kranken waren, als sie zur Operation kamen, schon sehr elend, und die Erwägung ist nicht von der Hand zu weisen, dass in einem früheren Stadium des Leidens durch die Anlegung der Magenfistel eine absolute Verlängerung des Lebens erzielt wird, nicht zum wenigsten schon deshalb, weil nach der Gastrostomie die Reizung des Krebses durch die während der Deglutition vorbeisickernden und haftenden Speisemassen aufhört. Es ist auch seiner Zeit die frühe Operation von Herrn Boas bei der Discussion des oben erwähnten Vortrages befürwortet worden, und die Fortschritte, die die Chirurgie in den letzten Jahren gemacht hat, sind dank den Bemühungen von Witzel, Hahn und anderen auch der Gastrostomie zu gute gekommen, so dass der operative Eingriff gefahrloser geworden ist. Trotzdem würde ich bei carcinomatöser Stricture niemals eine Operation anrathen, so lange die Kranken überhaupt noch flüssige und breiige Nahrung anstandslos schlucken können, weil mir der Nutzen im günstigsten Falle nicht sonderlich gross zu sein scheint. Nur wenn auch diese mildeste Ernährungsform erhebliche Beschwerden (Druck, Regurgitation) verursacht, wenn das so eingeführte Nährmaterial nicht ausreicht, den Kranken vor raschem Kräfteverfall zu bewahren, dann wird man die Gastrostomie machen lassen, ohne erst abzuwarten, dass ein Inanitionszustand die Chancen verschlechtert. Die Durchgängigkeit einer Stricture für Bougies ist kein Maassstab, nach dem wir hier eine Indication stellen können:

¹⁾ Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XLV.

²⁾ Verhandlg. d. Vereins f. innere Medicin 1892.

eine Verengerung kann auch für die dünnste Sonde impermeabel sein, weil der Canal spiralig verläuft, sie kann aber breiige Nahrung bequem fortdauernd passiren lassen, und in solchem Falle liegt meines Erachtens kein Grund vor, die Operation vorzunehmen.

Handelt es sich um eine gutartige Stricture, hervorgerufen durch Aetzung, Ulcus pepticum u. a. seltene Ursachen, so wird man noch geneigter sein, früh operativ einzugreifen. Sowie in solchem Falle die Hindurchführung von Sonden durch die Stricture nicht mehr gelingt, werden wir eine Magen-fistel anlegen, auch wenn Flüssigkeiten noch passiren, weil wir hier mit der Chance zu rechnen haben, dass es möglich ist, die Verengerung der Cardia durch Bougieren von der Magenöffnung her allmählich zu beseitigen: ein therapeutischer Gesichtspunkt, der bei maligner Stricture, bei der die Sondenbehandlung überhaupt thunlichst zu beschränken ist, so gut wie garnicht in Betracht kommt.

Nicht unerwähnt darf schliesslich bleiben, dass bei den hier zuletzt besprochenen Krankheitsformen sich unter Umständen statt der Gastrostomie die Anlegung einer Dünndarmfistel: die Jejunostomie, wie sie Maydl¹⁾ zuerst ausgeführt hat, nützlich erweist. Die Indication für diesen ausserordentlich leichten und auch bei den heruntergekommensten Kranken noch mit Aussicht auf Erfolg möglichen Eingriff ist nach Hahn²⁾ gegeben, wenn bei Verätzung des Oesophagus und Magens der Exitus letalis durch Inanition zu befürchten ist, wenn bei tiefen Oesophagus- und Cardiacarcinomen die Gastrostomie wegen Schrumpfung des Magens nicht ausführbar ist, wenn bei Pyloruscarcinomen die Magenwand so unglücklich ergriffen ist, dass weder Resection noch Gastroenterostomie gemacht werden kann. —

Damit ist das erschöpft, was ich Ihnen, m. H., über die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten zu sagen hätte. Dass der Chirurgie für die Heilung und Besserung der verschiedensten Magenleiden Mittel zu Gebote stehen, auf die wir unbedingt und rechtzeitig zurückgreifen müssen, steht ausser allem Zweifel: das Indicationsgebiet dürfte in Zukunft in mancher Richtung noch eine Erweiterung erfahren, und zwar um so eher und in ausgedehnterem Maasse, je vollkommener die operative Methodik und je sicherer unsere Diagnostik wird.

Meinen eigenen Standpunkt in der wichtigen Frage: wann bedarf der interne Arzt des Chirurgen, habe ich bei Besprechung der verschiedenen in Betracht kommenden Krankheitszustände thunlichst präcisirt. Ich hoffe, dass Ihnen derselbe, namentlich mit Rücksicht auf die Ergebnisse, die wir erzielt haben, als ein wohlbegründeter erscheinen wird.