Die Dauererfolge der operativen Behandlung des Krebses in der Chirurgischen Universitätsklinik No. I. in Budapest.

Von Prof. Dr. Julius Dollinger.

I.

Die große Anzahl der Krebskranken, die in zunehmender Menge die Hilfe des Chirurgen ansuchen, auferlegt uns die Pflicht, die chirurgisch therapeutischen Maßnahmen, die gegen dieses Uebel zur Verfügung stehen, auf ihre Dauererfolge zu untersuchen. Ich ließ daher an jene 226 Krebskranke, die in dem vierjährigen Zeitraume vom 1. September 1897, wo ich die Leitung der Klinik übernahm, bis 1. September 1901 daselbst operiert wurden, Fragebogen ergehen, von denen 175 beantwortet zurückkamen, während es uns trotz mehrerer Nachfragen nicht gelungen ist, über das weitere Schicksal von 51 Patienten Aufschlüsse zu erhalten.

Die Zahlen der Dauererfolge wechseln nach den Prinzipien, nach welchen die Berechnung stattfindet. Es können daher die Erfolge mehrerer Chirurgen miteinander nur dann verglichen werden, wenn sie nach einheitlichen Prinzipien berechnet sind. Die älteren Berechnungen beruhen auf dreijähriger, die neueren auf fünfjähriger Rezidivfreiheit. Ein großer Unterschied ist zwischen den Ergebnissen der beiden Berechnungen nicht. Jene, welche auf fünfjähriger Rezidivfreiheit beruhen, geben etwas günstigere Resultate.

Neuere Ausweise ziehen von der Gesamtsumme der Operierten folgende Gruppen ab:

1. die operativen Todesfälle — Sepsis, Pneumonie etc.;

2. jene, die später an internen, akuten Krankheiten gestorben sind;

3. alle jene, über die keine Nachrichten zu erlangen waren, die Verschollenen.

Gegen diese Berechnung lassen sich folgende Einwendungen erheben:

1. Die Kranken, die an operativen Komplikationen gestorben sind, sind zwar nicht unmittelbar an der Krebskrankheit zugrunde gegangen, aber indirekt sind sie doch diesem Leiden zum Opfer gefallen, da sie wegen des Krebses operiert werden mußten. Der Zweck unserer Berechnungen ist, zu ermitteln, wie viele Krebskranke die Chirurgie — nicht etwa eine ideale Chirurgie, die keine operativen Todesfälle zählen dürfte, sondern jene, die heute von gut geschulten Chirurgen ausgeübt wird — mit ihren heutigen Mitteln dem Leben erhalten kann. Die Patienten, die den operativen Komplikationen zum Opfer fallen, gehören auf das Verlustkonto der chirurgischen Behandlung. Sie dürfen bei der Bilanz nicht einfach gestrichen werden.

2. Eine gewisse Zahl jener Operierten, die innerhalb der folgenden drei bis fünf Jahre zu Hause an einer sogenannten interkurrenten Krankheit gestorben sind, ist mit sehr großer Wahrscheinlichkeit das Opfer ihrer Krebskrankheit geworden. Metastasen in der Lunge, am Brustfell, am Bauchfell oder im Knochenmark werden gar oft für andere, z. B. entzündliche Erkrankungen dieser Organe gehalten und in Ermangelung der Sektion mit dieser Diagnose in den Totenschein gestellt. Ein kleiner Prozentsatz dieser Kranken dürfte wirklich an irgend einem andern Leiden gestorben sein, ich glaube aber, wir irren weniger, wenn wir diese Fälle von der Grundsumme, auf die wir die Prozente der Dauererfolge berechnen, nicht abziehen.

3. Von den Verschollenen ist wahrscheinlich mindestens ein ebenso hoher Prozentsatz an Krebsrezidiven gestorben, wie von den Bekannten. Wäre es so, dann würde das Weglassen ihrer Zahl die Endresultate der Berechnung nicht beeinflussen. Ich glaube aber nicht zu irren, wenn ich annehme, daß von diesen ein viel größerer Prozentsatz gestorben ist und eben darum nicht mehr aufzufinden war. Nichtsdestoweniger sind wir genötigt, ihre Zahl von der Gesamtsumme der Operierten abzuziehen, da wir über ihr weiteres Schicksal gar keine sicheren Anhaltspunkte haben.

In diesem Sinne habe ich bei der Berechnung der Dauererfolge von der Gesamtsumme der Operierten die Verschollenen weggelassen, die an operativen Komplikationen, an interkurrenten Krankheiten Gestorbenen, die Rezidierten, sowie die Rezidivfreien addiert und auf diese Grundsumme die Prozente der Rezidivfreien berechnet.

Zur Charakterisierung unseres Materials muß ich bemerken, daß es sich auf die Kranken der Universitätsklinik No. I. beschränkt, deren sämtliche Krankengeschichten in den Jahrbüchern der Klinik veröffentlicht sind. Privatoperationen sind ausgeschlossen. Von der Aufnahme zur Behandlung haben wir nur die Altersschwachen, die Kachektischen und diejenigen Patienten ausgeschlossen, bei denen wir nicht mehr hoffen konnten, daß es uns gelingen würde, die Krebsgeschwulst gründlich herauszuschneiden. Das Material enthält die von mir sowie von meinen Assistenten und Operationszöglingen operierten Fälle. Es ist also bezüglich des Operateurs nicht einheitlich.

II.

Die Regeln, nach welchen wir unsere Krebskranken behandeln, sind die jetzt allgemein herrschenden, nichtsdestoweniger will ich sie hier ganz kurz skizzieren.

1. Das gründliche Herausschneiden der Geschwulst ist die einzige Behandlung, welche hoffen läßt, daß der Krebskranke geheilt wird.

2. Die Krebsgeschwulst soll möglichst früh operiert werden. Krebskranke werden sofort nach ihrer Aufnahme außer der Tour operiert.

3. Bei der Operation wird ohne Rücksicht auf kosmetischen Konservatismus alles Kranke gründlich entfernt und möglichst weit von der Geschwulstgrenze in das Gesunde ge-

schnitten. Konserviert soll vor allem und um jeden Preis das Leben werden.

4. Wenn der Krebs zur Behandlung kommt, sind die regionären Lymphknoten, ob wir sie vergrößert finden oder nicht, gewöhnlich bereits infiziert. Der Kranke hat folglich nicht nur eine Krebsgeschwulst. Er hat eine sichtbare und fühlbare primäre Geschwulst und außerdem mit größter Wahrscheinlichkeit noch mehrere unsichtbare Krebsherde in den regionären Lymphknoten. Soll der Kranke definitiv geheilt werden, so muß nicht nur die primäre Geschwulst entfernt werden, sondern es müssen auch die verdächtigen regionären Lymphknoten gründlichst exstirpiert werden. Früher rettete der Chirurg nur die wenigen Krebskranken, deren regionäre Lymphknoten zur Zeit der Operation ausnahmsweise noch nicht infiziert waren, unsere besseren Erfolge beruhen auf der gründlichen Entfernung der verdächtigen regionären Lymphknoten. Ihre systematische Entfernung verlängert die Operation und vergrößert die Verwundung, die Hoffnung auf definitive Heilung wächst aber in gleichem Verhältnisse mit der pedantischen Genauigkeit und mit der Mühe, mit der sich der Operateur ihre möglichst vollkommene Entfernung angelegen sein läßt.

Wo wir dieser Anforderung nicht entsprechen können, wie z. B. bei manchen Visceralcarcinomen etc., hängt die definitive Heilung davon ab, ob zur Zeit der Operation einzelne, unerreichbare Lymphknoten bereits carcinomatös infiziert waren oder nicht.

III.

Wie ich bereits eingehend erwähnte, haben wir während der vier Jahre, die wir zur Zeit der Aufarbeitung unseres Materiales in Betracht ziehen konnten, 226 Krebskranke operiert. Von diesen wurden an 193 Kranken primäre Radikaloperationen ausgeführt, 33 wurden wegen Rezidiven operiert.

A. Die Dauererfolge der einmal operierten Krebskranken.

Die operierten Krebse hatten ihren Sitz am Kopf, im Gesicht, an den Lippen, an der Mundschleimhaut, an den Tonsillen, an der Zunge, im Kehlkopf, in der Brustdrüse, im Magen, im Darm, in der Niere, am Penis und an den Extremitäten. Es sind also in unserem Materiale die Krebse fast sämtlicher Organe vertreten, mit Ausnahme jener der weiblichen Genitalien, die wir der gynäkologischen Klinik überwiesen haben, und über die mein Freund und Kollege, Herr Prof. W. Tauffer, erst kürzlich einen detaillierten Ausweis veröffentlichte. Die spezielle Darstellung unserer Erfolge bei den Krebsen der einzelnen Organe wird demnächst Herr Dr. J. Steiner, Operationszögling der Klinik, veröffentlichen. Er hat auch die mühsame Datensammlung über unsere Operierten besorgt und uns damit zu Dank verpflichtet.

Auf dreijährige Rezidivfreiheit berechnet.

In dem bezüglichen Zeitraume haben wir 193 Krebskranke operiert. Davon kennen wir das weitere Schicksal von 150.

Von diesen sind an Komplikationen des Wundverlaufes	
gestorben	13 = 8,66 %
An interkurrenten Krankheiten gestorben	4 = 2,68 %
Rezidive bekamen	71 = 47,33 %
Rezidivfrei blieben	62 = 41,33 %
	150 = 99,98 %

Auf fünfjährige Rezidivfreiheit berechnet.

Es wurden in dem bezüglichen Zeitraume 83 Krebskranke operiert. Davon kennen wir das weitere Schicksal von 62.

Von diesen sind an Komplikationen des Wundverlaufes	
gestorben	2 = 3,22 %
Rezidive bekamen	34 = 54,83 %
Rezidivfrei blieben	26 = 41,93 %
	62 = 99,98 %

B. Die Dauererfolge der mehrmals operierten Krebskranken.

33 unserer Krebskranken waren vorher bereits einmal oder mehrere Male von anderen Chirurgen oder von uns operiert und wurden dann von uns wegen lokaler Rezidive oder wegen Metastasen in den regionären Lymphknoten noch einmal operiert.

Auf dreijährige Rezidivfreiheit berechnet.

Wir haben in dem bezüglichen Zeitraume 33 Rezidivkrebs operiert.

Von diesen bekamen Rezidive	17 = 68,00 %
Rezidivfrei blieben	8 = 32,00 %
	<u>25 = 100,00 %</u>

Auf fünfjährige Rezidivfreiheit berechnet.

Es wurden in dem bezüglichen Zeitraume 26 Rezidivkrebs operiert. Davon kennen wir das weitere Schicksal von 18 Kranken.

Von diesen bekamen Rezidive	11 = 61,11 %
Rezidivfrei blieben	7 = 38,88 %
	<u>18 = 99,99 %</u>

C. Die Dauererfolge der einmal und der mehrmals operierten Krebskranken zusammen.

Auf drei Jahre berechnet.

Einmal operierte Krebskranke, deren weiteres Schicksal bekannt ist	150
Mehrmals " " " " " "	25
	<u>Zusammen 175</u>

Von diesen sind an Komplikationen des Wundverlaufes gestorben	13 = 7,42 %
Von diesen sind an interkurrenten Krankheiten gestorben	4 = 2,28 %
Rezidive bekamen	88 = 50,28 %
Rezidivfrei blieben	70 = 40,00 %
	<u>175 = 99,98 %</u>

Auf fünf Jahre berechnet.

Einmal operierte Krebskranke, deren weiteres Schicksal bekannt ist	62
Mehrmals " " " " " "	18
	<u>Zusammen 80</u>

Von diesen sind an Komplikationen des Wundverlaufes gestorben	2 = 2,50 %
Rezidive bekamen	45 = 56,25 %
Rezidivfrei blieben	33 = 41,25 %
	<u>80 = 100,00 %</u>

IV.

Fassen wir die Dauererfolge derjenigen operierten Krebskranken, deren weiteres Schicksal wir kennen, zusammen, so sehen wir, daß von den einmal Operierten mindestens drei Jahre nach der Operation 41,33 %, von den mehrmals Operierten 32,00 %, mindestens fünf Jahre nach der Operation von den einmal Operierten 41,93 %, von den mehrmals Operierten 38,88 % rezidivfrei lebten.

Nehmen wir die einmal und die mehrmals Operierten zusammen, so leben von sämtlichen Operierten rezidivfrei:

mindestens 3 Jahre nach der Operation	40,00 %
" 5 " " " "	41,25 %

Ich muß bemerken, daß wir während der ersten Jahre jenes Zeitraumes, dessen Material wir aufarbeiteten, bei dem Brustdrüsenkrebs nur die oberflächliche Schichte des großen Brustmuskels entfernten und mit dieser Operation nur 16 % der Operierten rezidivfrei erhielten, während von denjenigen, die gegen Ende dieses Zeitraumes nach Halstead-Kocher operiert wurden, 41,17 % rezidivfrei blieben. Wir können also mit Sicherheit erwarten, daß sich ein nach Jahren zusammengestellter Ausweis schon infolge der Einführung dieser einen technischen Vervollkommenung besser gestalten wird, und daß auf dem ganzen Gebiete der operativen Krebstherapie noch ein bedeutender Fortschritt in Aussicht steht. Zu dieser Hoffnung berechtigt uns auch der Umstand, daß wir die hier mitgeteilten Dauererfolge an dem zur Operation sehr spät erscheinenden Krebsmaterial unserer Klinik erreichten. Die Erfolge werden unbedingt viel besser ausfallen, wenn das große Publikum, einmal über die Krebskrankheit aufgeklärt, die Hilfe des Chirurgen möglichst früh aufsucht.

Dazu müssen in erster Reihe die Aerzte über die bei dem Krebsleiden mit der chirurgischen Behandlung erreichbaren Erfolge, gegenüber dem alten und heute ganz unberechtigten Pessimismus, eines besseren belehrt werden.

Sie müssen es als ihre strenge Pflicht betrachten, alles Krebsverdächtige sofort einer genauen Untersuchung zu unterziehen, jeden Zweifel bezüglich der Diagnose, selbst um den Preis einer Probeexzision behufs mikroskopischer Untersuchung oder einer Probeinzision, sofort aufzuklären und, wenn sich die Diagnose des Krebses bestätigt, den Patienten darüber zu

unterrichten, daß das Verschieben der notwendigen Operation die Krankheit verschlimmert, die Operation vergrößert und den Erfolg zweifelhafter gestaltet.