Die Erfolge ausgiebiger Schilddrüsenresektion bei Morbus Basedow.

Von Dr. E. Liek in Danzig.

Vor drei Jahren habe ich in einer ausführlichen Arbeit¹⁾ die prinzipielle Frühoperation bei Morbus Basedow empfohlen. Bei einer Krankheit, die, von Ausnahmen abgesehen, schleichend einsetzt und chronisch verläuft, ist der Begriff der Frühoperation natürlich weiter zu fassen als z. B. bei der Blinddarmentzündung. Unter Frühoperation der Basedowschen Krankheit verstehe ich einen chirurgischen Eingriff innerhalb des ersten halben Jahres nach Einsetzen der Symptome.

Die Berechtigung, den Morbus Basedow chirurgisch anzugehen, braucht heute nicht mehr erörtert zu werden. Die Zahl der spontan oder nach innerer Behandlung geheilten Fälle ist auffallend gering; fast immer handelt es sich dabei um sehr leichte Formen. Diese spärlichen Erfolge fallen gegenüber dem Heere von Basedowkranken, die ungeheilt bleiben, nicht ins Gewicht. Wer Basedowkranke Jahre hindurch aufmerksam verfolgt, sieht immer das gleiche Bild: abwechselnd Besserung und Verschlimmerung des Zustandes mit und ohne Behandlung, die Kurve aber im ganzen mehr oder weniger steil zum Schlimmen abfallend.

Leider sehen wir Chirurgen auch heute noch die Basedowkranken vielfach zu spät, in schwerstem Kräfteverfall, mit irreparablen Veränderungen lebenswichtiger Organe, namentlich des Herzens. Die Frühoperation hat zwei gewaltige Vorteile. Erstens. Erlöst sie den Kranken in einem hohen Prozentsatz von einem quälenden, zum Siechtum führenden Leiden und gibt ihm Lebensfreude und Arbeitsfähigkeit wieder. Zweitens ist die Operation im ersten Stadium der Krankheit technisch leichter; das Allgemeinbefinden wie der Zustand der erkrankten Schilddrüse gestatten größere Eingriffe ohne erhebliche Lebensgefahr.

Das klinische Bild des Morbus Basedow ist nicht einheitlich. Vom einfachen Kropf mit Hyperthyreoidismus bis zur klassischen Trias (Struma, Exophthalmus, Tachykardie) gibt es alle Uebergänge. Und doch ist für die Beurteilung unserer therapeutischen Erfolge wichtig, eine gewisse Grenze zu ziehen. In der Literatur der Basedowoperation werden oft Fälle wiedergegeben, die strenger Kritik nicht standhalten. Nicht jeder Kropfkranker, der über Herzklopfen und Schweißausbrüche klagt, leidet an Morbus Basedow. Zählt man alle diese Formen (Hyperthyreoidismus, Forme fruste, Basedowoid) mit, so erhält man ein zu günstig gefärbtes Bild unserer operativen Erfolge.

¹⁾ Arch. f. klir. Chir. 104 H. 1.

Leider ist der Exophthalmus kein sicheres Kriterium. Wo er vorhanden, liegt natürlich eine Basedowkrankung vor. Wir wissen aber, daß er auch beim schwersten Basedow fehlen kann (etwa in 20%). In diesen Fällen diagnostiziere ich nur dann einen Basedow, wenn außer Struma und Tachykardie noch anderweitige ausgeprägte Symptome vorliegen: Tremor, sichtbare Pulsation der Arterien, Schweißausbrüche, insbesondere auch trophische Störungen, als Abmagerung, Muskelschwäche, Haarausfall, Fortbleiben der Menses, ferner Störungen im Bereich des Magendarmkanals.

Auch pathologisch-anatomisch ist der Morbus Basedow kein einheitliches Leiden, keine reine Erkrankung der Schilddrüse, sondern eine Krankheit des endokrinen Systems, allerdings mit thyreogener Dominante. Die Schilddrüse ist immer, und meistens ausschlaggebend, erkrankt, daneben können alle anderen Drüsen mit innerer Sekretion (Thymus, Epithelkörperchen, Hypophyse, Nebennieren, Langerhanssche Inseln, Ovarien) zum Krankheitsbilde beitragen. Für die Praxis genügt zu wissen, daß in der überwiegenden Mehrzahl die Schilddrüse Hauptsitz der Erkrankung ist und daß hier mit größtem Erfolg in den Verlauf des Leidens operativ eingegriffen werden kann.

Ausnahmslos finden wir beim Morbus Basedow die Schilddrüse vergrößert, bei mikroskopischer Untersuchung Hypertrophie und Hyperplasie. Diese Veränderungen, die ich hier nicht näher schildere, gehen im allgemeinen parallel mit der Schwere der Erkrankung. Der erfahrene Untersucher wird allein aus dem mikroskopischen Bild weitgehende Rückschlüsse auf den klinischen Befund und die Prognose machen können.

Ist eine Hyperfunktion der Schilddrüse — die Frage der Dysthyreose lasse ich außer acht — Ursache der Erkrankung, so muß die Ausschaltung dieses Uebermaßes, die Wiederherstellung der normalen Verhältnisse, Ziel unseres therapeutischen Handelns sein. Dies Ziel wird am besten erreicht durch operative Verkleinerung der Struma bis auf den Umfang der normalen Drüse. In der Sicherheit der Dosierung ist die Operation jedem anderen Verfahren, vor allem auch der Röntgenbehandlung, weit überlegen.

Leider — und darin liegt die Hauptschwierigkeit der operativen Indikation — zwingt der schlechte Allgemeinzustand, in dem wir Chirurgen zurzeit noch viele Basedowkranke in Behandlung bekommen, zu größter Vorsicht. Leicht ist bei diesen widerstandsunfähigen Kranken die letale Grenze überschritten. Es bleiben dann nur Etappenoperationen übrig, wie sie z. B. Kocher bei etwa einem Drittel seiner Basedowkranken vornahm: Gefäßligatur auf einer oder beiden Seiten, in einer weiteren Sitzung weitere Gefäßligatur bzw. Fortnahme eines Lappens, später die des anderen. Das Operieren in Etappen wird für den Kranken wie den Arzt immer etwas Mißliches haben. Viele Kranke lassen sich eben nicht „zu Ende operieren“, wie Kocher es vorschlug, und bleiben dann ungeheilt oder nur gebessert. Die Angst vor dem Eingriff, die der Basedowkranke mit seinem übererregbaren Nervensystem besonders stark empfindet, wird durch die schrittweise vorgehenden Operationen vervielfacht, an sich schon ein erheblicher Nachteil. Kommt hinzu, daß bei unvollkommenen Operationen die Gefahr des Rezidivs besonders groß ist.

Wo es der Zustand des Kranken irgend erlaubt, habe ich stets sehr ausgiebig Schilddrüsengewebe entfernt, beide Lappen und Isthmus im Zusammenhang. Es bleibt auf beiden Seiten nur ein kleiner Keil Schilddrüsengewebe zwischen Trachea und Karotis zurück, mit den der hinteren Kapsel aufliegenden wichtigen Gebilden (Epithelkörperchen, N. recurrens). Ich lasse gewöhnlich auf einer Seite ein etwa haselnußgroßes, auf der anderen ein walnußgroßes Stück der Schilddrüse zurück. Irgendwelche Ausfallserscheinungen, wie Tetanie, Myxödem, habe ich danach nie beobachtet.

Von 100 Kranken mit klinisch sicherem Basedow habe ich 54 operiert, mit 2 Todesfällen. Bei 29 Kranken (darunter 15 Frühoperationen) ist die ausgiebige Resektion (beide Lappen und Isthmus) in einer Sitzung ausgeführt, bei fünf weiteren (darunter 1 Frühoperation) in 2 Sitzungen. Das entfernte Drüsengewebe wog 30 bis 180 g. Stets blieb nur gerade soviel zurück, als zum Leben für notwendig erachtet wurde. Kein Todesfall. Auch die Fernresultate dieser ausgiebigen Resektion sind gut: 20 Kranke wurden geheilt, 6 gebessert, 3 blieben ungeheilt; von 5 bin ich bisher ohne Nachricht. Als geheilt sind die Kranken dann zu bezeichnen, wenn Kropf und Tachykardie dauernd beseitigt, die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt ist. Der Exophthalmus schwindet nicht immer vollständig, besonders nicht nach jahrelangem Bestehen. Ebenso bleibt begreiflicherweise die nervöse Konstitution.

Bei vier weiteren Patienten mußte die Operation mit Rücksicht auf das Allgemeinbefinden nach Entfernung eines Lappens abgebrochen werden (darunter ein Todesfall), bei zwei anderen war nur die Ligatur der oberen Gefäße einer Seite durchführbar. Siebenmal handelte es sich um einen sekundären Basedow bei jahrelang bestehendem einseitigen Kropf; hier wurde nur der erkrankte Lappen entfernt. Bleiben noch sechs Fälle übrig, bei denen sich die Entartung der Schilddrüse so überwiegend einseitig entwickelte, daß hier von vornherein nur die Resektion einer Seite in Frage kam.

Die ausgiebig verkleinernde Operation, die das Ziel unserer Therapie bildet, ist bei frühzeitig vorgenommenem Eingriff wesentlich leichter als in Spätfällen. Die Entartung der inneren Organe, insbesondere des Herzmuskels, fehlt. Häufig konnte ich beobachten, wie schon während der Narkose vor der Operation die Pulszahl von 120 auf 80 Schläge herunterging. Man kann ohne wesentliche Gefahr einen größeren Eingriff vornehmen. Ferner ist das Gewebe der erkrankten Schilddrüse in der ersten Zeit fester, nicht so brüchig wie in späteren Stadien, daher die Blutung, wenn auch immer noch sehr beträchtlich, viel leichter zu beherrschen. Man ist seltener gezwungen, die Operation vorzeitig abzuberechnen. Eine Basedowoperation bleibt immer schwierig und ist mit der Operation eines einfachen Kropfes nicht zu vergleichen; sie ist daher dem technisch erfahrenen Chirurgen vorbehalten.

Wenn ich von der operativen Technik, der Beherrschung der Blutung usw. absehe, so droht dem Basedowkranken eine große Gefahr bei der Operation, das ist der Shock. Liest man die Krankengeschichten tödlich verlaufener Fälle, so begegnet man immer dem gleichen Bilde: zunehmende Unruhe und Erregung post operationem, außerordentliche Pulsbeschleunigung, Zeichen eines akuten Hyperthyreoidismus, der zu tödlichem Kollaps führt. Alle unsere Maßnahmen — den geübten Operateur immer vorausgesetzt — müssen auf Abhaltung des Shocks hinarbeiten. Die Gefahr des Shocks kennen wir auch bei anderen Krankheiten, beim Basedow ist er die Hauptgefahr. Das ist ohne weiteres verständlich. Der Morbus Basedow setzt ein leicht erregbares Nervensystem als Disposition voraus. Fast immer hören wir, daß eine starke seelische Erschütterung die ersten Krankheitssymptome auslöste; es liegt nahe, daß jede weitere Aufregung eine erhebliche Verschlimmerung herbeiführen muß. Die Erregbarkeit des Nervensystems nimmt überdies im Laufe der Erkrankung zu, die Widerstandsfähigkeit des Kranken ab.

Grundsätzlich darf daher nicht in der negativen Phase operiert werden, sondern möglichst in der Zeit der ansteigenden Kurve. Der Basedowkranke muß außerhalb des gewohnten chirurgischen Betriebes behandelt und operiert werden. Dazu gehört strenge Isolierung (Einzelmutter), Verbot von Besuch und Briefwechsel, Tage hindurch Gewöhnung an die neue Umgebung, an Arzt und Schwester; Bettruhe, vegetarische Kost, ausreichender Schlaf durch Veronal u. dgl. Bei der Operation absolute Blockierung des Nervensystems (nach Crile): zwecks Ausschaltung der von Auge und Ohr ausgehenden Reize stets Äthernarkose, die im Bett beginnt und im Bett endet; die von der Wunde ausgehenden Reize werden außerdem durch exakte Lokalanästhesie blockiert, die Blockierung die ersten 24 Stunden post operationem unterhalten durch Injektion von 1/2%iger Chininharnstofflösung in das Operationsgebiet am Schluß des Eingriffs.

Durch dies Vorgehen wird der so gefährliche Shock auf ein Mindestmaß verringert, sind die Aussichten des Kranken, auch eine weitgehende Operation zu überstehen, durchaus gut. Wieviel man dem Kranken im einzelnen bei der Operation zumuten kann, lehrt die Erfahrung. Die beiden Todesfälle, die ich bisher bei Basedowoperationen zu beklagen hatte, waren ausgesprochene Shocktodesfälle.

Im ersten handelte es sich um einen sehr schweren, seit vier Jahren bestehenden Basedow. Patientin wurde nach ungenügender Vorbereitung, schon am Tage nach der Aufnahme in die Klinik, hochgradig erregt ins Operationszimmer gebracht. Im Beginn der Narkose (leider wurden einige Tropfen Chloroform dem Äther zugesetzt) plötzlicher Kollaps und Tod.

Der zweite Fall lag ähnlich. Auch hier unzureichende Vorbereitung, ungünstige Phase der Erkrankung. Fortnahme eines Lappens in Äthernarkose; ganz glatter, schneller Eingriff. Die Erregung hält post operationem an und steigert sich zum Symptomenbild akutesten Hyperthyreoidismus; Tod nach 17 Stunden.

Ich glaube mit Bestimmtheit, daß zunehmende Erfahrung diese tödlichen Ausgänge fast immer vermeiden lassen wird. Unter den letzten 38 Basedowoperationen, ausgeführt unter den beschriebenen Maßregeln, habe ich keinen Todesfall zu verzeichnen.

Auch nach so ausgiebigen Resektionen, wie sie hier empfohlen werden, sind Rezidive, vom Schilddrüsenrest ausgehend, möglich. Bei zwei meiner Kranken zeigte sich nach einigen Monaten erneut eine pulsierende Struma mit leichten Basedowsymptomen. Drei weitere Fälle, darunter eine Frühoperation, blieben trotz ausgiebiger Resektion ungeheilt. Ein Rezidiv, d. h. eine Vergrößerung der Schilddrüse, war nicht nachzuweisen. Hier ist die Erkrankung einer anderen Drüse mit innerer Sekretion, in erster Reihe der Thymus, für das Fortbestehen der Basedowsymptome verantwortlich zu machen. Es ist dann die operative Entfernung der erkrankten Thymusdrüse indiziert; in einem Falle habe ich sie ausgeführt, in den beiden anderen Fällen in Aussicht genommen.

Bei einem durch innere Behandlung so schwer zu beeinflussenden Leiden, wie dem Morbus Basedow, können wir mit den Resultaten unserer Operationen trotz der erwähnten Fehlschläge durchaus zufrieden sein. Die Erfolge werden besser werden, wenn wir die Kranken früher in Behandlung bekommen, als es jetzt geschieht. Gelingt es uns, die praktischen

Ärzte zu überzeugen, daß Frühoperationen bei Morbus Basedow die besten Resultate ergeben und relativ ungefährlich sind, dann wird die operative Behandlung des Morbus Basedow die Verbreitung finden, die ihr nach den Erfolgen schon heute zusteht. Fürs erste werden wir schon zufrieden sein müssen, wenn die unheilvolle Jodmedikation unterbleibt, bei jedem ausgesprochenen Fall von Morbus Basedow die Operation wenigstens mit erwogen wird.