

Magenresektionen.

Von Dr. Alfred Pers in Kopenhagen.

Ich habe 25 Resektionen ausgeführt, jedesmal unter der Voraussetzung, daß es sich um Krebs handelte. Die mikroskopische Diagnose¹⁾ erwies indes, daß in 9 von 25 Fällen Ulcus vorlag.

Die Operationsmethode war in 24 Fällen die Billroth'sche II, in einem Fall Querresektion.

Alle 9 Fälle von Ulcus wurden geheilt, und die Patienten befinden sich wohl. Von den 16 Fällen, wo die mikroskopische Diagnose Karzinom ergab, starben 3 im Anschluß an die Operation; die Todesursache war in einem Falle Lungenembolie am dritten Tag nach der Operation. Der Patient war 58 Jahre alt. In einem Fall plötzliche Herzlähmung am dritten Tag nach der Operation; der Patient war 41 Jahre alt. In einem Fall Herzlähmung am zehnten Tag nach der Operation; der Patient war 62 Jahre alt und in hohem Grade arteriosklerotisch. Die übrigen 13 Patienten wurden entlassen und lebten kürzere oder längere Zeit nach der Operation, aber davon später.

Der Verlauf wurde in 2 Fällen durch eine temporäre Darmfistel kompliziert, wahrscheinlich infolge Zerreißen des Duodenalstückchens. Beide Patienten kamen indes schnell über diese Kalamität hinweg; 1 Patient erkrankte an vorübergehender Pneumonie.

Die übrigen 10 Krebspatienten ertrugen die Operation ebenso leicht wie die 9 Ulcuspatienten. Es ist überhaupt auffallend, wie leicht die Kranken über diese in besonderem Grade eingreifende und oft lange dauernde Operation hinweggekommen. Bereits nach wenigen Tagen bekommen sie in der Regel Eßlust, und eine Woche nach der Operation können sie mit Appetit leichtere gemischte Kost genießen. Mit der Gastroenterostomie verglichen, die weniger eingreifend und schneller auszuführen ist, sind die Patienten nach einer Magenresektion nach meiner Erfahrung weit geringfügigeren Unannehmlichkeiten ausgesetzt. Magenspülungen gehören z. B. zu den Seltenheiten nach einer Resektion, aber durchaus nicht nach einer Gastroenterostomie. Nur ein einziges Mal unter meinen 25 Resektionen war ich ge-

¹⁾ In den meisten Fällen wurde die mikroskopische Untersuchung vom Oberarzt W. Scheel, in einzelnen vom verstorbenen Dr. Höring, in einem von Dr. P. Liebmann und in einem von Dr. Nissen ausgeführt.

zwungen, die Magensonde einzuführen. Nach einer Gastroenterostomie, glaube ich, muß man in wenigstens der Hälfte der Fälle stagnierenden Mageninhalt ausleeren. Dies muß unzweifelhaft dem Umstand zugeschrieben werden, daß nach der Resektion die Ablaufsverhältnisse weit schneller als nach der Gastroenterostomie in Ordnung kommen, weil bei der letzteren die Motilität des großen, dilatierten, schlaffen Magens durch den operativen Eingriff noch weiter abgeschwächt wird. Daß die Patienten die günstige Wirkung der Operation so schnell fühlen, kann vielleicht auch dem Umstand zugeschrieben werden, daß das große Geschwür aus dem Kreislauf ausgeschaltet worden ist.

Sämtliche 9 Patienten, bei denen die mikroskopische Untersuchung Ulcus ergab, leben und sind gesund:

1	nach Verlauf von 8 Jahren	
1	"	5
3	"	3½
3	"	2½
1	"	1½

Unter den 13, wo die Mikroskopie Karzinom ergab, leben noch:

1	nach Verlauf von 8 Jahren	
1	"	5

Die übrigen sind gestorben:

2	nach Verlauf von 2½ Jahren	
2	"	1½
1	"	1
2	"	10 bis 12 Monaten
2	"	6
2	"	4

Die 9 Patienten, welche ¼—1½ Jahr nach der Operation lebten, hätten wahrscheinlich dasselbe erreicht, wenn bloß eine Gastroenterostomie unternommen worden wäre, die beiden aber, die 2½ Jahr lebten, haben ganz bestimmt mehrere Monate gewonnen, ja vielleicht ein volles Jahr, da die Gastroenterostomie erfahrungsgemäß fast nie längere Lebenszeit gibt als 7—12 Monate. Was schließlich die 2 betrifft, die noch im besten Wohlbefinden fünf bzw. acht Jahre nach der Operation lebten, so muß es als sicher gelten, daß sie nie am Leben geblieben wären, wenn nur eine Gastroenterostomie ausgeführt worden wäre.

Wenn die völlige Hoffnungslosigkeit der Krankheit in Erwägung gezogen wird, sind 2 Heilungen von 13 eine recht ansehnliche Zahl, die Zahl ist aber selbstverständlich an und für sich zu klein, um darauf eine Statistik zu bauen. Aber schon allein der Umstand, daß man berechtigt ist, auf Heilung der hoffnungslosen Krankheit zu hoffen, scheint mir zu rechtfertigen, daß man der Magenresektion einen sehr hohen Rang unter den Operationen anweist.

Nun könnten die Skeptiker vielleicht die Einwendung machen, daß Patienten mit Magenkrebs vermeintlich durch Operation geheilt werden, weil die mikroskopische Untersuchung — die bekanntlich selbst den Geübtesten sehr schwer fallen kann — in den betreffenden Fällen fehlerhaft gewesen ist. Ich verweise deshalb auf die Antworten der beiden Pathologen, welche die Untersuchung der entfernten Tumoren ausgeführt haben:

Der Tumor des Patienten, der noch acht Jahre nach der Operation lebt, wurde von Dr. P. Liebmann untersucht. Die Antwort lautete nur auf Karzinom; eine ausführliche Beschreibung der Untersuchung bekam ich nicht, und sie existiert auch nicht. Der Tumor des Patienten, der noch fünf Jahre nach der Operation lebt, wurde vom Oberarzt W. Scheel untersucht. In diesem Falle muß jeder Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose ausgeschlossen werden.

In scharfem Gegensatz zum Wert der mikroskopischen Diagnose steht der Wert der makroskopischen. Im Zweifelsfall ist nämlich niemand imstande zu sagen, ob ein Ulcus oder ein Tumor krebsiger Natur ist, gleichgültig, ob die Geschwulst von außen betrachtet oder palpiert wird, oder ob man ein Gastroskop zur Hilfe nimmt und durch dieses den Tumor von der Innenseite her beobachtet. Wir kennen ja alle Beispiele, wo die Chirurgen einen Magentumor als inoperabel bezeichnet und sich deshalb damit begnügt haben, eine Gastroenterostomie auszuführen, wo aber der Patient viele Jahre nach der Operation noch gelebt hat; oder umgekehrt ein Ulcus als gutartig angesehen haben, wo es sich aus dem Verlauf erwies, daß es sich um Krebs handelte.

Ebenso unsicher fühlen wir uns, wenn wir die Prognose für die Operation zu stellen haben, die wir selbst ausgeführt haben. Die mikroskopische Diagnose kann ergeben, daß wir mit unserem Schnitt weit außerhalb des Tumors, in gesunde Gewebe gekommen sind, und der Patient kann kurze Zeit nachher ein lokales Rezidiv bekommen; andererseits kann man sehen, daß karzinomatöse Alveolen bis zum Schnitt vorhanden sind und daß das lokale Rezidiv trotzdem ausbleibt.

Ebenso geht es, wenn wir betrachten, welche Rolle die Dauer der Krankheit für die Operationsprognose spielt. In dem einen der radikal geheilten Fälle hatte der Patient schon 10—12 Jahre Magensymptome gehabt, in dem zweiten ein Jahr lang; in einigen der rezidierten Fälle war der Unterschied noch bedeutender, indem die Magensymptome in einigen Fällen 10—15 Jahre gedauert hatten, in anderen nur wenige Monate, bevor der Patient unter chirurgische Behandlung kam.

Wie unsicher wir auch in der Beurteilung der Operabilität sind, so können viele doch nicht den Gedanken aufgeben, daß eine frühzeitige Diagnose des Krebses unbedingt eine Rolle spielen muß, wenn es sich um die Chance für eine radikale Entfernung handelt, und es wird fortwährend darauf hingearbeitet, der sogenannten „Frühdiagnose“ möglichst nahe zu kommen.

Unter den diagnostischen Hilfsmitteln, in die man für diesen Zweck ein ganz besonderes Vertrauen gesetzt hat, ist zu nennen die Magenfunktionsuntersuchung zum Nachweis von Blut, Eiter und Serum im Mageninhalt und eventuell zur Bestimmung der motorischen Kraft des Magens, ferner die Gastroskopie, die Röntgenuntersuchung und schließlich die Blutuntersuchung (Serodiagnostik). Von diesen Methoden hat sich die letztere als völlig wertlos erwiesen. Mit Hilfe der drei ersteren kann man freilich schneller als früher die Anwesenheit eines Ulcus diagnostizieren, und namentlich die Röntgenuntersuchung bedeutet einen absoluten Fortschritt, man ist jedoch mit keiner dieser Untersuchungen dazu gelangt, eine „Frühdiagnose“ stellen zu können. Die einzige Art und Weise, die vielleicht dazu führen könnte, ist die Probepylorotomie. Eine solche würde man am ehesten bei Patienten zwischen 40 und 50 Jahren machen, die ohne vorhergehende Krankheit plötzlich von dyspeptischen Symptomen mit Achylie befallen werden. Wenn man in solchen Fällen eine ganze kleine Partie des Magens krebsig degeneriert findet, kann es vielleicht gestattet sein zu glauben, man stehe hier der Krankheit in ihrem allerersten Anfang gegenüber; hat aber der Tumor bloß die Größe einer Walnuß erreicht (ganz besonders wenn der Tumor an der Curvatura minor sitzt), dann ist es unmöglich, auch nur annähernd zu bestimmen, wie lange der Tumor ohne Symptome schon bestanden hat.

Die Fälle, die am schnellsten als Krebs diagnostiziert werden, sind diejenigen, wo der Tumor am Pylorus sitzt, weil die Symptome hier am frühesten chirurgische Behandlung erheischen. Die Fälle, bei denen die Operation erfahrungsgemäß die schlechteste Prognose hat, sind die von Krebs an der kleinen Kurvatur. Deshalb meinen auch viele Chirurgen, unter diesen auch ich selber, daß ein Versuch radikaler Behandlung in Fällen, wo die Krankheit sich schleichend entwickelt, ohne wesentliche Motilitätsstörungen zu verursachen, und ihren Sitz an der kleinen Kurvatur hat, nur äußerst geringe Chancen bietet. Unter meinen Patienten war ein solcher Fall von Krebs der kleinen Kurvatur ohne Stagnation. Die Patientin fühlte gar keine Erleichterung nach der Operation, so wie es sonst der Fall ist, wenn ausgesprochene Stagnation vorhanden ist. Ihre Kachexie und Appetitlosigkeit entwickelten sich ungestört weiter bis zu ihrem Tod, wenige Monate nach ihrer Heimkehr.

Wie erwünscht es auch wäre, vom chirurgischen Standpunkt aus gesehen, Anhaltspunkte zu finden, um zu entscheiden, wann die Chance für eine Resektion am besten ist, so müssen wir doch vorläufig gestehen, daß wir dieser Frage sehr unsicher sind. Deshalb ist es auch unmöglich, die Indikation für die Ausdehnung des operativen Eingriffs zu stellen, bevor der Operateur den Unterleib geöffnet hat.

Die Indikationen, die man aufstellen muß, sind folgende:

a) Wenn es sich um einen Tumor in der Pylorusgegend handelt:

1. In unzweifelhaften Fällen von Krebs muß eine Resektion gemacht werden, wenn der Tumor beweglich auf den Magen und die nächstliegenden Drüsen beschränkt, nicht gar zu adhärent an dem Pankreas ist, wenn in der Leber, den Mesenterialdrüsen, dem Netz oder Peritoneum keine Metastasen vorhanden sind und wenn der Patient nicht stark arteriosklerotisch ist.

2. In zweifelhaften Fällen darf man nicht zur Resektion schreiten, bevor man nicht überlegt hat, ob die Anamnese stärker für Krebs oder für Ulcus spricht. Man muß nämlich bedenken, daß die Gastroenterostomie, die Operation, die man wählen würde, wenn man sich sicher fühlte, daß es sich um Ulcus handelte, weit weniger gefährlich ist als eine Resektion, und dazu noch imstande, die größten Ulcustumoren zum Schwinden zu bringen. Ferner muß man bedenken, daß es, wenn der Patient infolge der Operation sterben sollte, unmöglich ist, die Hinterbliebenen damit zu trösten, daß sich wahrscheinlich in jedem Fall im großen alten Ulcus ein Krebs entwickelt hätte, und schließlich daß die Chance der Genesung, selbst wenn sich Krebs herausstellen sollte, zu gering ist, um das Leben des Patienten zu wagen.

b) Wenn der Tumor seinen Sitz an der kleinen Kurvatur oder anderswo, nur nicht am Pylorus hat, dann soll man in

1. unzweifelhaften und ausgebreiteten Fällen nichts unternehmen;

2. bei zweifelhaften, nur wenig ausgebreiteten Prozessen eine Exzision der erkrankten Stelle, entweder lokal oder in Form einer Querresektion machen.