

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1930**

3 (15.2.1930) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen  
aus und für Baden

# WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

## zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1930 Nr. 3

### Indikationen und Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Krebses.\*)

Von H. v. Haberer (Düsseldorf).

(Fortsetzung.)

Die Tabelle zeigt Ihnen aber weiter, daß von den 635 in drei Jahren meiner Grazer Tätigkeit beobachteten bzw. behandelten Fällen 311, d. i. also rund die Hälfte aller Fälle als inoperabel bezeichnet werden müssen. Nun ist ja der Begriff der Inoperabilität ein relativer. Ich darf aber hinzufügen, daß ich gerade beim Karzinom bis an die äußerste Grenze des Möglichen gehe, z. B. Mammakarzinome mit supraklavikulären Metastasen, Verwachsungen mit dem Thorax, auch doppelseitige Mammakarzinome solange als operabel bezeichne, als ich alles Sicht- und Tastbare wegnehmen kann. Selbstverständlich gehe ich auch bei Magenkarzinom an die äußerste Grenze, sodaß erst absolut inoperable Organmetastasen mich von der Radikaloperation zurückhalten.

Ich kann Ihnen nun über meine Beobachtungen im Rheinland selbstverständlich keine so ausführlichen Aufschlüsse geben, wie dies über die in den österreichischen Alpenländern gesammelten Erfahrungen möglich ist, weil ich ja erst knapp über 1½ Jahre in Düsseldorf arbeite. Was ich Ihnen aber sagen kann, ist, daß im Rheinland das Karzinom eine sehr gewaltige Rolle spielt, und daß ich, nach Organen gesondert, sagen muß, daß kaum ein Organ besonders selten von Karzinom befallen wird.

Es dürfte kein Zufall sein, daß ich entgegen den in Tirol und in der Steiermark gesammelten Erfahrungen hier in Düsseldorf ganz besonders oft Karzinome der Gallenwege sehe, sowie ich auch häufig Pankreaskarzinome beobachte. Es mag dies damit zusammenhängen, daß Gallenwegs- und Pankreaserkrankungen im Rheinlande besonders häufig sind, daher auch die Krebsdisposition dieser Organe erhöht ist. Daß Pankreaskarzinome so gut wie stets inoperabel sind, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung. Ich habe aber bisher auch kein Gallenblasenkarzinom operiert, das dauernd geheilt geblieben wäre; selbst die Fälle, bei denen das Karzinom ganz beschränkt auf einen Teil der Gallenblasenwand angetroffen wurde, sind alle früher oder später Lebermetastasen erlegen.

Auch hier kann ich sagen, daß etwa 50 Prozent aller Karzinome schon als aussichtslos, also inoperabel in die Hand des Chirurgen kommen. Zweifellos mangelt es vielfach dabei an der rechtzeitigen Frühdiagnose und gar nicht so selten trägt daran eine zu hohe Einschätzung eines negativen Röntgenbefundes Schuld. Ich möchte nur beispielsweise darauf hinweisen, daß speziell Karzinome des Magens, auch dann,

wenn sie schon sehr verdächtige klinische Erscheinungen machen, nicht der Laparotomie zugeführt werden, weil der Röntgenbefund ein absolut negativer war, und ich beziehe mich da, bei einer relativ reichlichen Erfahrung auf Röntgenbefunde, die von anerkannt hervorragenden Röntgenspezialisten erhoben wurden. Ja man sieht oft auch Ueberwertung von Röntgenbefunden, die an Organen erhoben werden, welche nur zufällig und oft nur funktionell durch das Karzinom eines anderen Organes beeinflußt werden. Wird solchen Befunden dann eine zu große Bedeutung beigelegt, verstreicht die günstige Zeit zur Operation.

Darf ich Ihnen das Gesagte an einem Beispiel aus der allerjüngsten Zeit erläutern:

Eine 42jährige Patientin, die seit etwa 5 Jahren ab und zu an dumpfen Schmerzen im rechten Oberbauch litt, wurde deshalb mit der Diagnose Cholelithiasis behandelt, und hat mehrfache Kuren in Karlsbad und Mergentheim durchgemacht. Die Kuren brachten keinen Erfolg, und als im März dieses Jahres eine auffallende und stark zunehmende sekundäre Anämie auftrat, angeblich auch Teerstuhl beobachtet worden war, wurde ein Ulcus duodeni angenommen. Schon damals war der Hämoglobingehalt auf 45 Prozent gesunken und waren nur 2.800.000 rote Blutkörperchen zu zählen. Es wurde deshalb eine Röntgenuntersuchung veranlaßt, die von einem erstklassigen Röntgenspezialisten zweimal durchgeführt wurde und zweimal den positiven Befund eines Ulcus duodeni ergab, sowie von Verwachsungen als Folge einer Cholelithiasis sprach. Daraufhin wurde Lebertherapie, Insulintherapie und Arsenotherapie eingeleitet und eine Liegekur durchgeführt, wobei sich tatsächlich, aber nur ganz vorübergehend, der Hämoglobinwert besserte. Da kam es plötzlich zu einem sehr starken Schmerzfall im rechten Oberbauch mit Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung, starker meteoristischer Spannung des Abdomens, sodaß eine gedeckte Perforation des nachgewiesenen Ulcus duodeni angenommen wurde. Rasch sank der Hämoglobingehalt auf 35 Prozent.

Nunmehr wurde mir die Patientin zugeführt. Ich konnte nur eine brettharte, sehr empfindliche Resistenz der ganzen rechten Bauchhälfte tasten. Das Erbrechen hatte bereits wieder aufgehört und es gingen blutige Stühle ab.

In diesem Zustande konnte ich bei der Patientin zunächst überhaupt nichts anderes als eine große Bluttransfusion machen mit einem Liter Blut. Was mir aber schon damals auffiel, war, daß die dünnflüssigen Stühle reichlich, und zwar hellrotes Blut enthielten. Dieser Befund erschien mir unvereinbar mit der Annahme eines Ulcus duodeni, bei dem es doch bekanntlich zu Teerstühlen kommt. Und ich sprach entgegen den unter dem Eindrucke der Röntgendiagnose stehenden Kollegen den Verdacht auf ein Karzinom aus. Trotz Bluttransfusion erholte sich die Frau so wenig

\* Vortrag gehalten am 10. November 1929 in Mannheim in der außerordentlichen Hauptversammlung der Aerztlichen Landeszentrale für Baden.

und stieg der Hämoglobingehalt nur auf 42 Prozent, daß ich vor der Operation, die ich nun unter der zweifellosen Diagnose eines Karzinoms des Colon ascendens ausführen mußte, noch einmal eine Bluttransfusion von einem Liter Blut machte. Bei der Operation fand sich nun ein kindskopfgroßes Karzinom an der Flexura coli hepatica nach rückwärts mit der Nierenkapsel, nach oben zu mit Duodenum und Pankreas-kapsel verwachsen. Es fand sich ferner ein Hydrops der Gallenblase, bedingt durch einen in den Cystikus eingekleiteten Solitärstein. Ich konnte das Karzinom noch radikal entfernen, entfernte auch den Solitärstein aus der Gallenblase und habe mich bei der Operation davon überzeugt, daß lediglich die Beziehungen des Karzinoms zum Duodenum, das ich in seiner ganzen Pars descendens und pars inferior freilegen mußte, den Röntgenologen zur Fehldiagnose eines Ulcus duodeni geführt hatten; denn von einem Duodenalulcus war keine Rede. Ich könnte mehrfache ähnliche Fälle aus meiner Beobachtung erzählen, es mag aber dieser eine genügen, dem ich nur noch die erfreuliche Tatsache anfügen möchte, daß die Frau gesund geworden ist, und daß sich ihr Hämoglobingehalt nunmehr sehr rasch hebt. Ob der akute Schmerzanfall in der Anamnese durch den Gallenstein bedingt war, oder aber, was mir nach der ganzen Sachlage wahrscheinlicher ist, auf einen durch das Karzinom hervorgerufenen akuten Ileusanfall zu beziehen war, konnte ich, da der Ileus zur Zeit, als ich die Patientin das erstmal sah, bereits geschwunden war, nicht mit Sicherheit entscheiden.

Ein zweiter Grund, warum so viele Karzinome bereits als inoperabel in die Hand des Chirurgen kommen, liegt in der Tatsache begründet, daß Karzinome doch relativ spät erst Schmerzen machen, sodaß der Kranke selbst erst meist in einem vorgeschrittenen Stadium seines Leidens den Arzt aufsucht.

Der dritte, aber gewiß sehr ernst zu nehmende Grund für die Tatsache, daß die Karzinome zumeist sehr spät zur Behandlung kommen, liegt in der unheimlichen Zunahme der Flucht kranker Menschen in die Hände Naturheilkundiger. Auch in Oesterreich, wo es doch ein Gesetz gegen das Kurpfuschertum gibt, hat das Kurpfuschertum in den letzten Jahren enorm zugenommen. Ich brauche in dieser Hinsicht nur auf die ja allbekannte Tätigkeit von Zeileiß in Oberösterreich hinzuweisen, bei dem sogar graduierte Doktoren der Medizin in die Schule gegangen sind, um das zum Teil unheilvolle Werk fortzusetzen.

Ganz kurz möchte ich da auch auf einige von mir beobachtete Fälle hinweisen.

Eine 32jährige, blühend aussehende Frau, kam mit Hämorrhoidalbeschwerden in meine Sprechstunde und ich wies damals ein gut operables kleines Rektumkarzinom nach. Die Frau war aber über die Eröffnung der Notwendigkeit eines größeren Eingriffes natürlich sehr bestürzt, suchte noch eine Reihe von Ärzten auf, von denen einer die Karzinomdiagnose abgelehnt haben soll, und endete schließlich beim Kurpfuscher, der ihr die sichere Heilung auf nicht operativem Wege versprach. Nach Monaten kam die Patientin dann doch reuig mit einem an der Grenze der Operabilität stehenden Karzinom wieder zu mir, das nur mit knapper Not noch radikal zu entfernen war.

Ganz ähnlich erging es mit einem 52jährigen Herrn, dem schon vor mir ein anderer Chirurg dringend zur Operation wegen eines weit fortgeschrittenen Rektumkarzinoms geraten hatte. Auch er suchte den Kurpfuscher auf, der das Geschwür als ganz harmlos bezeichnete und drauf los behandelte. Erst im Zustande des chronischen Ileus kam dann der Patient zu mir. Ich konnte das Karzinom gerade noch radikal operieren, mußte aber dabei einen faustgroßen Drüsenumtumor aus der Kreuzbeinaushöhlung mitentfernen.

Wenn auch die beiden hier skizzierten Fälle zunächst gesund geworden sind, so ist doch wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß sie eine schlechte Prognose für die Zukunft geben müssen. Und der Chirurg muß von seinem Standpunkte aus, wenn er mit der operativen Karzinomtherapie Erfolg erzielen will, doch unbedingt die Frühoperation, d. h. besser gesagt, die Frühdiagnose fordern, damit er in die Lage kommt, rechtzeitig einzugreifen. Daß man dann gelegentlich auch in Fällen, die von vornherein scheinbar eine übelste Prognose geben, noch sehr Gutes erzielen kann, möchte ich Ihnen an der Hand eines mir ganz besonders in Erinnerung gebliebenen Falles dartun.

Wir alle wissen, wie besonders malignen im allgemeinen Zungenkarzinome zu verlaufen pflegen, namentlich dann, wenn es sich um jugendliche Patienten handelt. Und da entsinne ich mich noch aus meiner Assistentenzeit eines Falles, der eine 29jährige, sonst gesunde und kräftige Frau betraf, die schon 3 Monate an einem Geschwür des linken Zungenrandes in seinem hinteren Drittel litt, das von einem kariösen Molarzahn aus entstanden sein sollte. Das Geschwür heilte aber trotz Extraktion des Zahnes und lokaler Behandlung nicht. Die Patientin suchte deshalb einen Laryngologen auf, der eine Probeexcision vornahm, die ihn zur Diagnose eines Karzinoms gelangen ließ. Die Patientin wurde deshalb zu Weihnachten 1908 in der Chirurgischen Klinik in Wien aufgenommen. Weder mein Chef, noch ich, konnten uns trotz des Ergebnisses der Probeexcision, das uns mitgeteilt worden war, zur Diagnose Karzinom bekennen. Das Geschwür war pfenniggroß, eitrig belegt, die Geschwürsränder waren allerdings ziemlich derb und die Zunge auf etwa 1½cm im Umkreis derb infiltrierte. Aber die Jugend, das blühende Aussehen, der Mangel tastbarer Drüsen, und nicht zuletzt der Umstand, daß es sich eben um eine Frau handelte, ließen uns an der Richtigkeit der histologischen Diagnose zweifeln. Wie häufig die histologische Untersuchung einer kleinen Probeexcision zu Irrtümern Veranlassung gibt, hat jeder schon erlebt, der den Fällen weiter nachgeht. Ich komme darauf zurück. Die von uns nunmehr eingeleitete energische Lokalbehandlung und Anwendung größerer Jodkalidosen intern, brachte aber keine Besserung, so daß ich im Auftrage meines Chefs, in den ersten Jännertagen 1909 die Excision des Ulcus weit im Gesunden vom Mund her ausführte und den Defekt einfach durch Naht schloß. Zu unserer Ueberraschung ergab aber die mikroskopische Untersuchung, die im pathologischen Institut ausgeführt worden war, die einwandfreie Diagnose eines Karzinoms, das scheinbar in gesunder Umgebung, also wenigstens lokal radikal entfernt worden war. Aber die Prognose war für die Zukunft ernst zu stellen, da wir für die Radikaloperation des Zungenkarzinoms mit Recht geforderte aus-

giebige Drüsenentfernung unterlassen hatten, und da es sich obendrein um ein Karzinom im jugendlichen Alter handelte. Tatsächlich zeigten sich bei der Patientin, die wir in Dauerkontrolle behalten hatten, noch knapp vor Ablauf eines Jahres nach der Operation Drüsenmetastasen am Halse, die ich entfernte. Leider waren auch in der Scheide der großen Halsgefäße und im Fett der Supraclaviculargrube sehr große Drüsen vorhanden, so daß dadurch die Prognose eine weitere Verschlechterung erfuhr. Der pathologische Anatom, der die entfernten Drüsen untersuchte, bestätigte nicht nur, daß es sich um karzinomatöse Drüsen handelte, sondern stellte nach dem Vergleich mit dem Bilde des Primärtumors fest, daß es sich unzweifelhaft um Metastasen von diesem Zungenkarzinom handeln müsse. Gerade diese Frau ist nach dem Eingriff dauernd gesund geblieben, war es jedenfalls noch 10 Jahre nach der Operation.

Mit Recht werden Sie sagen, daß dieser Fall einem weißen Raben zu vergleichen ist, aber wir müssen uns bei der Karzinombehandlung und Beurteilung auch an solche überraschend günstige Erfolge halten, wollen wir nicht erlahmen, und Fata-listen werden. Gerade solche weiße Raben sind es ja immer wieder, die uns ermuntern, auch bei jenen Karzinomen, die uns für die operative Therapie fast aussichtslos erscheinen, wenigstens noch einen Versuch zu machen. Und wir haben doch durch die wenigen angenehmen Ueberraschungen, die uns gegenüber den zahlreichen traurigen Erfahrungen bei der operativen Karzinombehandlung beschieden sind, eine ganze Menge gelernt. So wissen wir heute, daß entgegen alter Lehrbuchregeln die klinische Malignität eines Karzinoms durchaus nicht durch den histologischen Bau des Tumors bestimmt wird, daß skirrhöse Karzinome gelegentlich viel maligner verlaufen können als Adenokarzinome, daß mit einem Wort ganz andere Momente, die uns zum großen Teile gar nicht faßbar erscheinen, beim Ablauf der Krankheit eine gewisse Rolle spielen. Ich pflege meinen Studierenden immer zu sagen, daß jeder Karzinomträger mit seinem Karzinom in dauerndem Kampf lebt. Wer von den beiden Gegnern größere Unterstützung findet, siegt. Gelingt es uns, vor allem durch rechtzeitige Entfernung des Primärtumors und durch zweckentsprechende Nachbehandlung den Körper weitgehend umzustellen, so kann er Sieger im Kampf gegen das Karzinom werden.

Wir haben weiter gelernt, daß durchaus nicht alle Drüsen, die wir beim Karzinom als Metastasen ansprechen, wirklich Metastasen sein müssen, daß, besonders bei zu Zerfall neigenden Tumoren, wenigstens ein Teil der Drüsen entzündlicher Natur sein kann. Das gibt auch wieder den Mut, gelegentlich ein Karzinom noch auszurotten, auch wenn nicht mehr alle Drüsen mitentfernt werden können. Wie wenig wir unmittelbar nach einer wegen Karzinom ausgeführten sog. Radikaloperation zunächst über die Prognose des Einzelfalles sagen können, möchte ich an der Hand von zwei Beispielen, die ich gegenüber stelle, gerne zeigen.

Bei einer Frau, Mitte der 40er Jahre operierte ich weit im gesunden ein kirschgroßes Pyloruskarzinom, das ich während der Operation gar nicht für ein Karzinom, sondern für ein Ulcus hielt. Keine sichtbaren Drüsenmetastasen. Auch das Präparat läßt nicht mit Sicherheit die Diagnose eines Karzinoms zu,

erst der histologische Befund ergibt ein weit im gesunden entferntes skirrhöses Karzinom. Wenn ich in einem Falle je mit Sicherheit geglaubt hätte, auf Dauerheilung hoffen zu dürfen, so wäre es dieser Fall gewesen. Kaum nach Jahresfrist ist diese Kranke an Lebermetastasen zugrunde gegangen.

Auf der anderen Seite eine 52jährige Frau, bei der ich ein mannsfaustgroßes Gallertkarzinom des Magens noch als junger Assistent hart an der Grenze des Karzinoms resezierte, dabei markig geschwellte Drüsen, die bis ans Zwerchfell heranreichten, zurücklassen mußte, sodaß ich mit Sicherheit auf baldiges Rezidiv rechnete, meldete sich bei mir nach 12 Jahren als ganz gesund.

Ich muß ja sagen, daß ich trotz solcher überraschend günstig verlaufender Fälle den Optimismus, der aus manchen Statistiken spricht, gerade hinsichtlich des Magenkarzinoms nicht teilen kann. Es überwiegen bei weitem die Fälle, bei denen wir trotz der Empfindung ganz radikale Arbeit geleistet zu haben, Rezidive und Metastasen erleben, und zwar gewöhnlich noch vor Ablauf von 2 Jahren nach der Operation. Geht man aber seinen Fällen genau nach, so zeigt sich, daß oft auch noch sehr spät, zu einer Zeit, da man nach früherer Auffassung berechtigt wäre, eine Dauerheilung anzunehmen, der Tod an Rezidiv oder, was häufiger ist, an Krebsmetastasen eintritt. So verfüge ich über Fälle, die nach der wegen Karzinom ausgeführten Magenresektion 5 und 7 Jahre scheinbar ganz gesund geblieben sind, um dann doch noch an Leber- und Pankreasmetastasen zu sterben. Wenn der Chirurg in solchen Fällen auch für sich in Anspruch nehmen darf, daß er das Leben des Kranken wesentlich verlängern geholfen hat, so war doch der Endeffekt operativer Therapie ein ungenügender.

Wie unberechenbar gerade das Magenkarzinom ist, kann ich an der Hand von einigen Fällen nachweisen, bei welchen ich nach jahrelanger Ulcusanamnese und typischen Ulcussymptomen ausgiebige Magenresektionen wegen typischer kallöser Ulcera an der kleinen Kurvatur ausgeführt habe, wobei auch das gewonnene Präparat keinen Zweifel an der gutartigen Natur des Leidens aufkommen ließ. Ich habe da besonders zwei Fälle im Auge, welche innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Operation wegen Karzinom des Magens relaparotomiert werden mußten, und wobei uns nur der Umstand, daß wir die seinerzeit als kallöse Ulcera resezierten Gebilde aufgehoben hatten, ermöglichte, nachzuweisen, daß es sich nicht etwa um die Entwicklung eines Karzinoms bei einem früher karzinomfreien Menschen gehandelt hat, sondern daß tatsächlich Rezidivkarzinome vorlagen. Die nachgetragene histologische Untersuchung der scheinbar kallösen Ulcera ergab in beiden Fällen, aber erst nachdem Serienschritte angefertigt worden waren, daß eben damals schon Karzinom vorgelegen hatte. Das führt ja für uns Chirurgen gerade hinsichtlich des Magenkarzinoms zu einer besonders radikalen Einstellung auch dem kallösen Ulcus gegenüber. Daß wir in einer ganzen Reihe von Fällen mit einem alten kallösen Ulcus einen präcancerösen Zustand entfernen, ist mir nach meiner Erfahrung zweifellos, und ich kann nicht eindringlich genug davor warnen, daß jene Stimmen gehört werden, welche immer wieder betonen, daß die Gefahr der karzinomatösen Umwandlung eines Ul-

cus eine geringe sei. Ja man sieht sogar nach palliativen Operationen, die wegen Ulcus ausgeführt werden, obwohl dadurch das Ulcus eine gewisse Schonung erfährt, gelegentlich noch nach Jahren die karzinomatöse Degeneration. Ich gebe zu, daß diese Dinge nicht häufig sind, aber doch häufig genug, um unser ärztliches Handeln zu beeinflussen. Ich habe schon vor Jahren einen Fall mitgeteilt, bei dem 11 Jahre nach ausgeführter Gastroenterostomie das Ulcus maligne degenerierte, und ich habe vor ganz kurzer Zeit eine 44jährige Frau operiert, bei der vor 8 Jahren wegen eines praepylorischen Ulcus eine G.E. angelegt worden war. 7½ Jahre war die Frau nach diesem Eingriff beschwerdefrei, dann kam es zu Beschwerden mit Gewichtsabnahme, Schmerzen und einer starken Blutung. Bei der neuerlich von mir vorgenommenen Operation war die G.E. einwandfrei und zart. Das Ulcus aber hatte sich in ein faustgroßes, zerfallenes, verjauchtes Karzinom verwandelt, das ich gerade noch resezierieren konnte.

Auch die Fälle, bei welchen wir im selben Organ ein Ulcus und ein Karzinom nebeneinander beobachteten, wie ich das mehrfach im Magen, einmal sogar im Duodenum gesehen habe, sprechen nach dieser Richtung hin, daß wir nicht berechtigt sind, Ulcuscummenschen auf der einen und Karzinommenschen auf der anderen Seite anzunehmen.

Wenn man nun sieht, daß man gelegentlich wirklich mehr durch einen Zufall bei nachträglicher Untersuchung kallöser Ulcera bereits den Beginn einer malignen Degeneration entdeckt, und das auch nur mit der Serienschmittmethode, dann darf doch vielleicht angenommen werden, daß wir bei der Resektion in diesem Frühstadium eine ganze Reihe von Dauerheilungen erzielen, die uns unbekannt bleiben, weil wohl kein Operateur mit größerem Material in der Lage ist, alle kallösen Ulcera, die er entfernt, mittels der Serienschmittmethode zu untersuchen.

Ich habe schon im Jahre 1918 in einer, in den Grenzgebieten erschienenen Arbeit darauf hingewiesen, daß ich in 5 Proz. aller von mir ausgeführten Ulcusresektionen, bei denen ich während der Operation und häufig auch am gewonnenen Präparat zunächst makroskopisch nicht feststellen konnte, ob Ulcus oder Karzinom vorliegt, tatsächlich Karzinome entfernt habe. Ein ähnliches Verhältnis wurde später von meinem jetzigen Oberarzte Orator für das Material der Eisselberg'schen Klinik festgestellt. Auch seit meiner Veröffentlichung im Jahre 1918 hat sich, trotz aller neuhinzugekommenen Erfahrungen, hinsichtlich der Häufigkeit, mit der wir uns noch während der Operation über den anatomischen Befund täuschen, nichts geändert. Ich will an meiner Düsseldorfer Klinik nach dieser Richtung hin die systematischen Untersuchungen fortführen lassen.

Vielfach werden die Dickdarmkarzinome als verhältnismäßig gutartig bezeichnet, die lange Zeit getragen werden können, nur allmählich wachsen, und verhältnismäßig spät Metastasen setzen. Ich muß nach meinen eigenen Erfahrungen sagen, daß auch dabei von einer Regel keine Rede sein kann. Wir erleben

ja gewiß, gerade beim Dickdarmkarzinom, gelegentlich Ueberraschungen erfreulicher Art. So habe ich vor jetzt genau 5 Jahren eine ganz herabgekommene Frau mit einem großen Karzinom des Colon transversum radikal operiert, weil keine Lebermetastasen vorhanden waren und die im Mesokolon vorhandenen karzinomatösen Drüsen restlos entfernt werden konnten. Am Ende dieser Operation entdeckte ich am unteren Rande des Pankreas, scheinbar in der Pankreaskapsel selbst liegend und mit den großen Mesenterialgefäßen verwachsen, eine über taubeneigroße karzinomatöse Drüse. Nun erschien mir der Fall inoperabel, ich hatte aber doch nicht den Mut, diese Drüse zurückzulassen. Ihre Entfernung war äußerst schwierig und blutreich; ich mußte den Angehörigen gegenüber die Prognose für die Zukunft schlecht stellen. Diese Frau hat heute, 5 Jahre nach der Operation um 40 Pfund zugenommen und fühlt sich vollständig gesund.

In einem anderen Falle, einen 62jährigen Herrn betreffend, habe ich vor jetzt 2 Jahren ein Karzinom des Colon ascendens freigelegt, das nach hinten in die Weichteile der hinteren und seitlichen Bauchwand eingebrochen war. Ich sprach es als inoperabel an. Aber schon bei dem Versuche genauerer Orientierung riß das Karzinom ein und es entleerte sich ein jauchiger Abszeß. Nun blieb mir gar nichts anderes übrig, als das Karzinom, so gut es ging, samt einem Teile der hinteren und seitlichen Bauchwand zu entfernen. Nach längerer Fistelbildung ist der Patient gesund geworden und erfreut sich jetzt, nach 2 Jahren, besten Befindens. Es ist aber eben ganz verkehrt, von solchen Glückszufällen aus, die Leistungsfähigkeit des chirurgischen Messers beurteilen zu wollen, weil immer wieder gänzlich unerwartete Nackenschläge kommen. So möchte ich gerade diesen beiden eben skizzierten Fällen das Beispiel einer 50jährigen Frau gegenüberstellen, bei der ich ein stenosierendes, skirrheses Karzinom des Colon ascendens, das vollständig frei beweglich war und keinerlei Drüsenmetastasen zeigte, radikal resezierieren konnte und überzeugt war, daß hier eine Dauerheilung folgen wird. Und gerade diese Frau hatte schon noch vor Ablauf eines Jahres schwerste Lebermetastasen, an denen sie zugrunde ging.

Etwas ganz ähnliches gilt ja für das Mastdarmkarzinom. Auch hier stehen einer großen Zahl ausgezeichneter Erfolge ganz unerwartete Mißerfolge gegenüber und zwar, wie große Statistiken, so namentlich aus der Hochenegg'schen Klinik zeigen, gleichgültig, ob wir dabei die älteren und weniger radikalen Methoden oder aber die jetzt von vielen Chirurgen, auch von mir bevorzugte kombinierte abdominosacrale Exstirpation ausführen, welche wohl den radikalsten Eingriff darstellt, der beim Mastdarmkarzinom möglich ist. Eines allerdings haben wir durch die abdomino-sacrale Methode gelernt, das ist, wie häufig selbst bei einem gut beweglichen Karzinom das keine sicht- und fühlbaren Drüsenmetastasen gesetzt hat, schon Lebermetastasen vorhanden sein können.

(Schluß folgt.)