

## Gastroenterostomie und Heilung des Magenausgangsgeschwürs resp. der Magenausgangsstenose.

Von San.-Rat Dr. Franz Ehrlich in Stettin.

Daß die üblichen Gastroenterostomien das Magenausgangsgeschwür und die Magenausgangsstenosen selten genug, Boas meint sogar: „niemals“, zur endgültigen Heilung bringen, ist eine jedem Kundigen sattsam bekannte Tatsache.

Merkwürdigerweise zeigt sich die „Nichtheilung“ aber nicht sogleich nach der Operation, sondern erheblich später, oft erst nach Jahr und Tag.

Auch ich war bis vor kurzem der Ansicht, daß diese verspätet auftretenden Beschwerden ihre Ursache in dem Persistieren des alten oder dem Entstehen eines neuen Geschwürs haben.

Unklar war mir immer nur, daß die durch die Operation aus dem Speiselauf ausgeschalteten Geschwüre gerade in der ersten Zeit keine Beschwerden mehr machen, wo sie doch ganz sicher noch bestehen.

Nach der Exzision oder Resektion, wenn der Eingriff überlebt wurde — der wunde Punkt dieser Methode —, immer dauernde Heilungen.

Wenn man nach Jahr und Tag einen Gastroenterostomierten untersucht, so findet man fast immer keine freie Salzsäure im Probenfrühstück. Woher das Verschwinden der freien Salzsäure? Bisher wurde es als Reaktion auf die früher allzu starke Salzsäureabscheidung aufgefaßt.

Ich möchte die Richtigkeit dieser Theorie bezweifeln. Ich bin der Ueberzeugung, die Ursache liegt allein in dem durch die eigenartigen Gastroenterostomieverhältnisse viel reichlicheren, weil viel bequemeren, Einströmen von Galle in den Magen.

Die Galle ist aber ein Mittel, um die Salzsäureabscheidung erheblich herabzusetzen, wie Glässner zuerst gezeigt hat und wie ich mich in vielen hundert Fällen von Magengeschwüren, die ich mit Gallepräparaten mit Erfolg behandelt habe, überzeugen konnte.

Wenn die Galle nicht in so kleinen Dosen, wie hier therapeutisch, in den Magen gelangt und immer wieder gelangt, scheint sie nicht nur eine Umstimmung des nervösen Apparats der Magendrüsen hervorzurufen, sondern schließlich echte schwere Gastritiden. Ich habe vor einigen Tagen bei einer Patientin, die vor einigen Jahren zuerst mit der vorderen und dann wegen wieder auftretender Beschwerden mit der hinteren Gastroenterostomie erfolglos bedacht wurde, eine sichere schwere Gastritis mit gastrogenen schweren Durchfällen gesehen, während vor der Operation stark gesteigerte Salzsäuresekretion und nach den Operationen eine scheinbar einfache Achylie bestanden hatte.

Wahrscheinlich sind es meist Gastritiden, welche die Spätbeschwerden der Gastroenterostomierten verursachen, und der reichliche Zufluß von Galle in den Magen wirkt als beschwerdeerregendes Stimulans auf die gastritisch gewordene Schleimhaut. Daher auch das so späte Auftreten der Beschwerden.

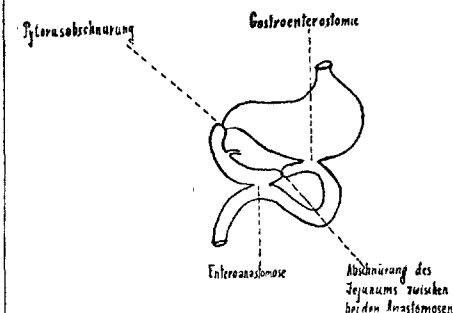
Wenn diese Theorie richtig ist, käme es darauf hinaus, die Gastroenterostomie so zu modifizieren, daß ein so bequemes und reichliches Einströmen von Galle in den Magen unmöglich wird. Die Roux'sche Methode ist eine solche. Doch dürfte sie an Lebensgefahr für den Operierten nicht weit hinter einer Resektion oder wenigstens Exzision zurückstehen. Die gewöhnliche Gastroenterostomie ist sicher ein harmloserer Eingriff.

Man kann aber jede Gastroenterostomie mit Enteroanastomose durch ein einfaches, wenig Zeit beanspruchendes Mittel so modifizieren, daß die Galle nicht mehr so bequem in den Magen strömen kann und wahrscheinlich gar nicht mehr strömen wird.

Dieses Mittel besteht in Abschnürung des zuführenden Schenkels des Jejunums durch einen Fasziestreifen zwischen Gastroenterostomieöffnung und Enteroanastomosenöffnung.

Da man den Pylorus ja schon gewöhnlich durch ein Ligament oder einen Fasziestreifen abschnürt, ist die durch die beiden Abschnürungen geschaffene Situation so, daß die Galle erst durch die Enteroanastomosenöffnung in den Darm gelangt und gar nicht mehr durch die Gastroenterostomieöffnung Gelegenheit hat, bequem in den Magen überzufließen. Durch diese Abschnürung dürfte auch ein Circulus vitiosus kaum noch möglich sein. Weder die Anterior mit Anastomose, noch die Posterior verhüten absolut sicher einen Circulus vitiosus, wie ich selbst erfahren habe.

Wenn man von vorn herein diese Modifikation der Gastroenterostomie anwendet, gehören Jahre dazu, um sich von der Zuverlässigkeit derselben zu überzeugen. Ich habe deshalb die Absicht, wenn ein vorher Gastroenterostomierter mit lebhaften Beschwerden zu mir kommt,



bei der Relaparatomie weiter nichts machen zu lassen als die Abschnürung des Jejunums und eventuell, wenn noch nicht vorhanden, die dazu nötige Enteroanastomose.

Wenn bei solchen Fällen dann die Beschwerden prompt fortfallen und fortbleiben, dann ist das absolut beweisend.

Ich bitte die Herren Chirurgen, in geeigneten Fällen diese Methode zu versuchen und darüber zu berichten.