IV. Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause in Hamburg. Die ideale extraperitoneale Operation der Gallensteine.

Von Dr. Hermann Kümmell, I. chirurg. Oberarzt.

(Schluss aus No. 36.)

M. H.! Wie Sie aus diesen 24 Fällen ersehen, kann ich wohl die geschilderte Operationsmethode als das von mir geübte Normalverfahren bezeichnen, mit dem es in der Regel gelingt, die in der Galle befindlichen Steine zu entfernen. Dass bei besonderen Verhältnissen andere Operationsverfahren in Anwendung kommen, dass ein Individualisiren auch in der Wahl des Eingriffes nöthig ist, braucht nicht besonders betont zu werden. Unter den 24 Fällen gingen 13 mit Icterus einher, bei 11 fehlte derselbe vollständig. Davon heilten per primam intentionem 10, bei 10 Patienten trat Stichcanaliterung, Secretion aus der Hautwunde oder Bildung einer kleinen Gallenfistel ein, welche in kurzer Zeit zur vollständigen Heilung gelangte. Ein Fall endete tödtlich; drei Patientinnen wurden mit Fisteln entlassen. Bei der einen wurde ein Cysticusstein später entfernt, ein weiterer Eingriff nicht gestattet, bei der zweiten wurde später ein Cholelithusstein mit nachfolgender definitiver Heilung beseitigt, und im dritten Fall bestand eine so wenig secernirende Schleimfistel, welche keine Belästigung verursachte, dass Patientin alle weitere Therapie ablehnte.

Damit kommen wir zu den gefürchteten Fisteln und ihrer Behandlung. Wir unterscheiden bekanntlich zwischen Schleim- und Gallenfisteln. Erstere entstehen durch Verschluss des Ductus cysticus infolge von Adhäsionen von aussen durch Steine oder in seltenen Fällen durch Obliteration, letztere durch Verschluss des Cholelithus durch Concremente oder durch andere Ursachen. Zuweilen sind die Belästigungen durch die Fistel so geringfügig, die Oeffnung so minimal und die Secretion so unbedeutend, dass die Patientinnen sich zu keinem Eingriff entschliessen können. Zur möglichsten Vermeidung von Fisteln jeder Art ist, was ich bereits mehrfach hervorgehoben habe und was die absolut notwendige Vorbedingung für das Gelingen der idealen Operation ist, die gründliche Revision der Gallengänge bei Beginn der Operation erforderlich, ob dieselben durch Adhäsionen verschlossen oder durch Steine verstopft oder aus einer andern Ursache unwegsam sind. Bildet sich trotz dieses Vorgehens später eine Fistel, so muss man zunächst die Ursache derselben zu erforschen suchen. Kleine Fisteln schliessen sich, wie wir gesehen haben, oft von selbst. Findet keine Heilung statt, so pflege ich zunächst die Erweiterung derselben durch Laminaria, eventuell durch den Schnitt vorzunehmen und zunächst die Gallenblase zu erweitern.

Ein hier zurückgebliebenes oder aus dem Cysticus eingedrungenes Concrement kann die Ursache der fortbestehenden Secretion bilden, nach dessen Beseitigung der Schluss der Fistel eintreten kann. Ist der Cysticus obliterirt und ist die Secretion nur durch die Schleimhaut der Gallenblase bedingt, so kann man den Versuch machen, dieselbe durch Injection von Höllensteinlösung, Jodtinctur oder dergleichen zur Heilung zu bringen, kommt man damit nicht zum Ziel und sind nebenbei Beschwerden vorhanden, so bleibt nur die Exstirpation der Gallenblase übrig. Zu diesem Eingriff werden sich bei unbedeutender, keine Beschwerden verursachender Fistel mit geringer Secretion die Patienten kaum entschliessen, und wir auch nicht immer berechtigt sein, zu einem so schweren Eingriff zur Heilung eines geringfügigen Leidens zu rathen. Derartige Obliterationen des Cysticus gehören auch nach Kehr's Ansicht zu den Seltenheiten, in der Regel ist ein im Cysticus befindlicher Stein die Ursache, auch wenn derselbe durch Sonde und sonstige Instrumente in dem gewundenen Gang nicht nachgewiesen werden kann. Gelingt es nicht, den im Cysticus befindlichen Stein durch Ausspülung, durch Zangen und sonstige Instrumente in die Gallenblase zurückzubringen und zu extrahiren, so bleibt nichts übrig, als eine neue Laparotomie vorzunehmen. Wir haben zur Freilegung des Ductus cysticus und cholelithus die spätere Incision mehr nach innen, an den äusseren Rectusrand gelegt und, wenn nöthig, einen Querschnitt hinzugefügt. Etwas Vorsicht ist dabei erforderlich, um eine Verletzung der an die Bauchwand fixirten

Gallenblase zu vermeiden. Nach Lösung der meist vorhandenen Verwachsung gelingt es, die eventuell in Cysticus und Cholelithus oder in beiden vorhandenen Steine zu constatiren. Die Cystotomie und Cholelithotomie können zu den technisch schwierigsten Leistungen gehören. In einem Falle gelang es uns, den Cysticusstein in die Gallenblase zurückzuschieben und von da aus zu extrahiren; der gleichzeitig vorhandene Cholelithusstein musste durch den Schnitt entfernt werden. Bei einer andern Patientin trat der Cysticusstein später spontan in die Gallenblase zurück und wurde im Verbinde aufgefunden.

Bei zwei in früheren Jahren operirten Patientinnen blieb dauernd eine kleine Schleimfistel bestehen, welche den Trägerinnen nur sehr unbedeutende Beschwerden verursachte; eine eingreifende Operation wurde bestimmt abgelehnt, und ich hielt mich nicht für berechtigt, energisch auf eine solche zu dringen.

Der erste Fall gehört zu jener Gruppe von Complicationen der Gallensteinerkrankung, welche eine relativ reiche Casuistik der früheren Decennien aufweist (schon Ende des 17. Jahrhunderts über 13 Fälle), in der Neuzeit bei der fortschreitenden Erkenntniss auf dem Gebiete der Gallensteine jedoch mehr zu den seltenen Vorkommnissen gehört, ich meine die äusseren Bauchdeckenfisteln der Gallenwege. Der Symptomencomplex dieser Fistel ist kein einfacher, und es ist deshalb gerathen, bei jeder Abscess- und Fistelbildung in der Nabel- und Lebergegend an die Möglichkeit einer Verbindung mit der erkrankten oder mit Steinen gefüllten Gallenblase zu denken.

Eine 24jährige junge Dame, die ausser chlorotischen Erscheinungen stets gesund gewesen war und nur öfter über Magenbeschwerden und zeitweilige Magenkrämpfe zu klagen hatte, bemerkte im Herbst 1889 etwa drei Finger unterhalb des rechten Rippenbogens eine kleine, auf Druck schmerzhaft Geschwulst; dieselbe schien den Bauchdecken anzugehören und wurde, da sich die Haut röthete, durch eine kleine Incision geöffnet; es entleerte sich aus der Oeffnung eine reichliche Menge eitriger Flüssigkeit. Die Wunde wurde allmählich kleiner, schloss sich jedoch nicht ganz, sondern hinterliess eine Fistel, welche mehr oder weniger grosse Mengen eines wasserhellen, zuweilen mit etwas Eiter vermischten Secrets entleerte. Wenn sich die Fistel zeitweilig schloss, traten lebhaft Schmerzen in der rechten Seite ein, die bald, nachdem sich die Fistel von neuem geöffnet hatte, wieder schwanden. Die verschiedensten Mittel, Einspritzungen, Ausschabungen u. a. m., durch welche man den Fistelgang zur Ausheilung zu bringen suchte, blieben erfolglos. Als ich Gelegenheit hatte, die Patientin mit dem behandelnden Kollegen zuerst zu sehen, fand ich eine etwas blass aussehende, im übrigen wohlgenährte Kranke. Vier Finger breit unterhalb des rechten Rippenbogens in der Mammillarlinie fühlte man eine längliche, flache, halbfautgrosse Geschwulst. Die in den Gang eingeschobene Sonde drang bis zum Rippenbogen vor, ohne positive Anhaltspunkte zu bieten. Nach der glasig-schleimigen Absonderung der Fistel zu schliessen, wie ich solche schon damals bei anderen Schleimfisteln der Gallenblase beobachtet hatte, und der vorhandenen Geschwulst in der Gegend der Gallenblase, glaubte ich annehmen zu dürfen, dass es sich um eine Gallenfistel handelte. Zur Beseitigung des Leidens durchschnitten wir die Haut und die tumorartige den Fistelgang umgebenden verdickten Weichtheile bis zum Rippenbogen; dort gelang es uns nicht weiter den Canal zu verfolgen. Die Peritonealhöhle wurde eröffnet, und wir gelangten direkt auf die kleine, sehr geschrumpfte, zwei etwa haselnussgrosse Steine enthaltende Gallenblase. Dieselbe wurde vom Leberande überlagert. Die Gallenblase wurde mit einigen Nähten an das Peritoneum fixirt, der Fistelgang ausgeschnitten und die Wunde genäht. Von einer Entfernung der Steine sahen wir damals ab, da wir die Gallenblase mit ihrem Inhalt für vollkommen verödet hielten. Einige Wochen blieb die Fistel in der That nach Heilung der Wunde geschlossen. Als sich dann dieselbe von neuem öffnete und stark secernirte, entfernten wir ohne grosse Mühe die Steine aus der mit dem Peritoneum verwachsenen Gallenblase. Die Wunde schloss sich bis auf eine minimale, auch jetzt noch spärliches schleimiges Secret absondernde Fistel. Ob noch ein Stein im Cysticus steckt, wie nach der geschrumpften Gallenblase wohl anzunehmen ist, kann ich nicht mit Bestimmtheit sagen; jedenfalls wurde jeder weitere Eingriff abgelehnt, und Patientin wird wenig durch die seit sieben Jahren bestehende minimale secernirende Fistel belästigt.

In einem weiteren Falle handelt es sich um eine 50jährige Dame, welche im Anschluss an einen Typhus dauernde Schmerzen in der Gegend der Gallenblase und abendliche Fiebersteigerung hatte. Durch die ungenügende dicken Bauchdecken war undeutlich eine Resistenz zu fühlen. Im Mai 1892 wurde auf die Gallenblase eingeschnitten; dieselbe war mit dem Peritoneum und den umliegenden Organen zu einem festen Convolut zusammengeschlossen. Bei weiterer Lösung entleerten sich aus der Gallenblase reichliche Eitermengen, ein Stein war nicht zu fühlen. Die Gallenblase wurde tamponirt, die Bauchwunde geschlossen. Das Fieber war sofort beseitigt, die Patientin erholte sich sehr rasch. Nach einigen Wochen war die Wunde bis auf eine haarfeine Fistel geschlossen, welche sich vorübergehend schloss, für gewöhnlich jedoch geringe Mengen

schleimiger Flüssigkeit absonderte. Die Wunde wird mit einem kleinen Pflasterverband bedeckt, der täglich gewechselt wird. Auch hier handelt es sich zweifellos um einen Stein im Ductus cysticus. Ein weiterer operativer Eingriff wurde abgelehnt.

Was die Choledochussteine anbetrifft, so gehört, wie gesagt, ihre Entfernung durch die Choledochotomie oft zu den allerschwierigsten operativen Leistungen. Es wird Sie interessieren, dass die erste Choledochotomie, welche gemacht ist, von mir im Jahre 1884 am 6. Februar ausgeführt wurde.

Sie sehen hier den fast taubeneigrossen Stein, welcher im Choledochus eingeklebt war, und diesen noch grösseren, welcher die Gallenblase ausfüllte. Der damaligen Anschauung entsprechend, wurde die Gallenblase exstirpiert. Es handelte sich um eine etwa 40jährige Patientin, welche seit einer Reihe von Jahren an schweren, häufig wiederkehrenden Gallensteinkoliken gelitten hatte. Das tiefgelbe, oft braunfarbige Hautcolorit, sowie anderweitige schwere Störung von Gallenstauung infolge Verschlusses des Ductus choledochus, welche in letzter Zeit in immer kürzeren Intervallen und mit grösserer Heftigkeit auftraten, liessen einen operativen Eingriff geboten erscheinen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle war die geschrumpfte Gallenblase nur mit Mühe zu finden; dieselbe umschliesst einen wallnussgrossen Stein, wurde vom Lebertrand überragt und war durch derbes straffes Gewebe mit der Unterfläche derselben fest verlötet. Mit grosser Mühe gelang es allmählich, die Gallenblase aus ihrer Verbindung mit den Lebergeweben zu lösen. Als die Operation fast vollendet erschien, zeigte es sich bei weiterem Vordringen in die Tiefe, dass ein fast ebenso grosser Stein wie der bereits extrahierte im Ductus choledochus festsass; dieser wurde incidirt, der Stein extrahirt und der bis zur Grösse einer normalen Gallenblase anpuhlenförmig erweiterte Ductus choledochus durch die Naht geschlossen. Patientin war nach der langdauernden Operation stark collabirt und ging 20 Stunden nach derselben zugrunde.

Nach unserer heutigen Erfahrung würde man von einer Entfernung der Gallenblase abgesehen, den Stein aus dieser entfernt und die Choledochotomie angeschlossen haben.

Eine weitere Choledochotomie, zu welcher eine Gallenfistel und Schmerzen nöthigten, betrifft die bereits (Fall 3) erwähnte Patientin E. G., welche damals mit wenig secernirender Fistel ohne Beschwerden entlassen war. Sie bekam nach wenigen Wochen oft wiederkehrende, den früheren Anfällen ähnliche Schmerzattacken, Icterus soll nie eingetreten sein. Die Fistel schloss sich nicht; die Secretion war nicht hochgradig, jedoch musste der Verband täglich gewechselt werden. Bei Zunahme der Beschwerden liess sich Patientin im November 1893, circa sieben Monate nach der ersten Operation, von neuem in das Marien-Krankenhaus aufnehmen. Der Ernährungszustand der Patientin war ein leidlich guter, keine Gewichtszunahme seit der Entlassung, Symptome wie geschildert. Die Secretion war eine rein gallige. Eine nochmalige Erweiterung der Fistel liess die Gallenblase und, soweit dies durch die Sonde zu constatiren war, den Cysticus frei erscheinen. Die Erweiterung hatten wir durch einen desinficirten und mit Jodoformgaze umwickelten Laminariastift ausgeführt, welcher circa 30 Stunden liegen blieb. Wir verfolgten damit einen doppelten Zweck; einmal versuchten wir durch die Steigerung des Druckes die im Choledochus eventuell eingeklehten kleinen Steine zum Durchtritt in den Darm zu zwingen oder die durch Schwellung, Abknickung oder Adhäsionen bedingte Verstopfung des Ganges zu beseitigen, und dann wollten wir — und das war das wesentlichste Moment — die Diagnose des Choledochusverschlusses sichern. Der Durchtritt eines Steines oder ein Freiwerden des Choledochus erfolgte nicht, statt dessen trat ein leichter Icterus, das Gefühl von Druck und Schmerz in der Gallen- und Magenregion auf, sowie leichtes Fieber und Frösteln. Nach der Entfernung des Laminariastiftes entleerte sich eine ziemlich reichliche Menge trüber galliger Flüssigkeit. Gallenblase und Cysticus wurde, wie gesagt, frei gefunden. Dieser Verschluss der Gallenblase, den Kehr als Stöpselexperiment bezeichnet, ist ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel zur Feststellung des Verschlusses des Ductus choledochus, welches wir bei Fisteln stets in Anwendung ziehen. Nach obigem Befunde nahmen wir einen Choledochusstein an, legten am 5. December 1893 in der bereits geschilderten Weise durch einen am Rande des Rectus verlaufenden Schnitt, dem ein Querschnitt hinzugefügt wurde, den Choledochus frei und fanden denselben durch einen etwa erbsengrossen Stein verschlossen. Derselbe war fest eingekleht und nicht zu verschieben. Incision der Wand des Choledochus, Entfernung des Steines, welcher fest von Schleimhaut umschlossen war, Naht der Choledochuswunde. Die Bauchwunde wurde geschlossen und gleichzeitig die Fistel angefrischt und durch einige Seidennähte fest verschlossen. Reactionsloser Wundverlauf, vollkommene Heilung. Im allgemeinen möchte ich nicht empfehlen, die Fistel zu schliessen, da man sich dadurch eines sehr werthvollen Sicherheits-

ventils beraubt und die Choledochusnaht durch den gesteigerten Druck, wenn der Abschluss kein vollkommen freier ist, sehr gefährdet wird.

Das gleichzeitige Vorkommen eines Steins im Ductus cysticus und choledochus, wie es in folgenden Fällen beobachtet wurde, mit Sicherheit festzustellen, wird sehr grosse Schwierigkeiten bereiten.

Das bereits früher wegen Gallensteinen operirte und mit fest verheilte Wunde ohne Fistel und ohne Beschwerden entlassene Fräulein P. (Fall 21) wurde Anfang November, etwa vier Monate nach ihrer Entlassung mit Schmerzen in der Gallenblasengegend, welche an die früheren erinnerten, sowie mit einer Ulceration in der Operationsnarbe wieder aufgenommen. Bei Ausschabung des etwa zehnpfennigstückgrossen oberflächlichen Geschwürs gelangte man nicht in die Gallenblase; jedoch bildete sich nach circa acht Tagen nach einem neuen kolikartigen Anfall eine zweifellose schleimabsondernde Fistel. Fäces von normaler Farbe, kein Icterus. Das Stöpselexperiment wurde ohne wesentliche Beschwerden, ohne Temperatursteigerung und Icterus circa 48 Stunden ertragen, nach Entfernung des Verschlusses entleerte sich trübe, schleimige, nicht gallige Flüssigkeit. Wir glaubten daher einen Cysticusstein annehmen zu müssen. Da durch Sonden und ähnliche Instrumente ein solcher nicht nachzuweisen war, entschlossen wir uns zur Entfernung desselben zu einer neuen Laparotomie. Eröffnung der Bauchhöhle in der geschilderten Weise. Nach Lösung einiger Verwachsungen findet sich im Cysticus ein kleiner, kirschkerngrosser, nicht facetirter Stein; derselbe ist beweglich, und es gelingt nach einiger Mühe ihn in die Gallenblase zu befördern und von dort durch die Fistel zu extrahiren. Ein zweiter, etwas kleinerer Stein fand sich fest im Choledochus eingekleht; Fortbewegung in den Darm oder Zertrümmern unmöglich, daher Incision des Choledochus, Entfernung des fest von Schleimhaut umschlossenen Steines, Naht der Wunde, Schluss der Bauchdecken, Fistel wird offen gelassen. Dieselbe schliesst sich, nachdem sich während etwa zehn Tagen Galle aus ihr entleert hatte, von selbst. Patientin wurde, nachdem sie wegen einer Herzaffection noch längere Zeit im Krankenhause behandelt war, wohlgenährt mit fester Narbe und beschwerdefrei entlassen.

Dass der Verschluss des Choledochus in seltenen Fällen auch durch Adhäsionen ohne Vorhandensein von Steinen bedingt sein kann, illustriert folgender Fall:

Frau H., 36 Jahre alt, hatte an häufig sich wiederholenden schweren Gallensteinkoliken mit Icterus gelitten. Seit einigen Tagen neuer Kolikanfall mit unerträglichen Schmerzen, welche durch grosse Morphiumdosen nicht zu beseitigen sind. Es besteht deutlicher Icterus, Stuhlgang grauwass, Gallenblasengegend auf Druck ungemein empfindlich, Tumor deutlich faustgross unter dem Leberlande hervortretend. Operation am 6. Januar 1897. Die prall gefüllte, fast faustgrosse Gallenblase tritt sofort zutage. Die Füllung ist eine so hochgradige, die Gallenblasenwand eine so dünne, dass von weiterer Durchforschung der Gallengänge abgesehen wird. Eine Probepunction ergibt trübe, reichlich mit Bacterium coli durchsetzte Galle; wie später angestellte Culturversuche ergaben, liessen sich aus dem Gallenblaseninhalte fast Reinculturen von Bacterium coli züchten. Die Gallenblase wird in oben geschilderter Weise eingenaht und eröffnet; es entleert sich eine reichliche Menge trüber grüner Galle, aber kein Stein; ein solcher kann auch mit der Sonde im Cysticus nicht nachgewiesen werden. Reichliche Gallenabsonderung während der nächsten Zeit, es gelingt bei weiterer Untersuchung, einen Stein im Cysticus nachzuweisen; derselbe wird spontan aus der Gallenblase entleert, indem er sich im Verlande vorfindet. Der Stein ist von der Grösse einer kleinen Kirsche, rund, ohne Facetten. Rasches Kleinerwerden der Fistel, die gallige Secretion lässt jedoch nicht nach, die Stühle werden tonfarbig, es treten zuweilen kolikartige Schmerzen auf, das Stöpselexperiment ruft Schmerzen und Fieber hervor, Entleerung trüben, galligen Inhalts. Nachdem Einspritzungen mit Oel und dergleichen und mehrfach ausgeführter Verschluss der Fistel keine Durchgängigkeit erzielt hatten, wurde zu einer neuen Laparotomie geschritten. Die Annahme, dass der Choledochus vielleicht durch ungünstige Fixation der Gallenblase an die Bauchwand abgelenkt sein könnte, wodurch zuweilen die Choledochusfistel entsteht und durch Lösung der Gallenblase von der Bauchwand beseitigt werden muss, erwies sich als irrig, dagegen waren die Gallenblase und der Choledochus von mehr oder weniger festen Adhäsionen umgeben und letzterer dadurch verschlossen. Dieselben wurden gelöst, Gallengänge und Gallenblase vollständig frei gemacht und die Bauchdecken geschlossen. Die Secretion aus der Fistel lässt bald nach, der Stuhlgang wird gefärbt, und die Fistel schliesst sich nach circa vier Wochen definitiv. Patientin wird gesund, mit fest verheilte Fistel in normalen Functionen entlassen.

Bei einem 37 Jahre alten Patienten, Herrn G., blieb nach Entfernung zahlreicher Gallensteine eine reichliche, reine Galle secernirende Fistel bestehen. Patient hatte viele schwere Kolikanfälle mit intensivem Icterus durchgemacht und Carlsbad mehrfach erfolglos besucht. Als sich die Gallenfistel nach mehreren Monaten nicht schloss, exstirpierte ich Ende des Jahres 1892 die Gallenblase und nähte den Stumpf des Cysticus in

die Wunde ein. Die Fistel schloss sich, ein Stein war im Stuhlgang nicht nachgewiesen. Patient ist dauernd geheilt geblieben und vollkommen gesund. Es scheint also immerhin in einigen Fällen möglich zu sein, dass ein Freiwerden des Ductus choledochus, wenn kein Stein nachzuweisen ist, es sich also um andere Ursachen des Verschlusses handelt, um Adhäsionen, Abknickung und dergleichen durch die vermehrte vis a tergo, zu erzwingen ist.

Dass auch nach langer Zeit, nach Zunahme der vis a tergo durch Kleinerwerden der äusseren Fistel doch noch ein spontaner Schluss eintreten kann, mag folgender nicht uninteressanter Fall beweisen.

Frau S., 33 Jahre alt, hatte im September 1892, später zu Weihnachten, Ostern und im September 1893 schwere, mit leichterem Icterus und Fieber einhergehende Koliken durchgemacht. Zur Zeit der Aufnahme in das Krankenhaus, am 17. December 1893, bestand Icterus, hohes Fieber mit Schüttelfrösten, Stuhlgang thonfarbig. Schmerzhaftigkeit der Gallengegend und palpabler Tumor. Am 19. December Laparotomie. Die von einem stumpfen Leberrande überdeckte Gallenblase war mit dem Quercolon fest verwachsen. Nach Lösung desselben drang sofort mit Eiter vermischte Galle hervor, und es zeigte sich ein etwa zweimarkstückgrosser Defect in der vorderen Gallenblasenwand. Nach Lösung des Peritoneums gelang es, die Gallenblase mit demselben zu vereinigen, Tamponade der Gallenblase, Schluss der Bauchwunde. Reichliche Secretion aus der grossen Oeffnung der Gallenblase; dieselbe wird nicht kleiner. Am 9. Februar 1894 wird die Haut um die Gallenblase in einem etwa 3 cm von dem Rande der Oeffnung entfernten Umkreis umschnitten und der Defect durch Lappenverschiebung plastisch gedeckt und geschlossen. Bis auf eine kleine Fistel ist die Wunde nach drei Wochen geschlossen, dieselbe secernirt noch Galle, Stühle ungefärbt. Anfang Mai verlässt Patientin das Bett, nach drei Tagen ist die Fistel vollständig geschlossen, die Stühle werden gefärbt, der Choledochus ist durchgängig, und Patientin wird geheilt bei vorzüglichem Allgemeinbefinden am 30. Mai 1894 entlassen.

Das sind im wesentlichen die Gesichtspunkte, welche mich bei der Behandlung der Gallensteinerkrankung zur Erzielung einer raschen, womöglich primären Heilung und zur Beseitigung etwaiger restirender Fisteln geleitet haben.

Auf die traurigen Fälle von Carcinom der Gallenblase, welche ich in grösserer Anzahl zu operiren Gelegenheit hatte und welche sich stets im Anschluss an Gallensteine entwickelt hatten, will ich hier nicht näher eingehen. Sie reden eine sehr deutliche Sprache und legen uns immer mehr den Gedanken nahe, ob es nicht gerathen ist, den durch die Anwesenheit von Steinen gesetzten dauernden Reiz und die dadurch gegebene Veranlassung zu Carcinombildung durch frühzeitige Entfernung der schädlichen Körper zu beseitigen.