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

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

(Fortsetzung aus No. 35.)

Wenden wir uns nun zur Therapie. Dass ein so vielgestaltiges Krankheitsbild eine strenge Individualisierung und je nach dem Fall eine verschiedene Behandlung bedarf, ist wohl selbstverständlich. Die allgemeine reiche Erfahrung hat uns gezeigt, dass eine jedenfalls vorübergehende Beseitigung des Katarrhs der Gallenwege durch Anwendung alkalischer Wässer erzielt werden kann, dass der Kolikanfall mit dem Durchtritt des Steines endigt und zuweilen nie wiederkehrt. Die Praxis lehrt uns im Laufe der Jahre eine Anzahl Fälle kennen, in denen trotz schweren und protahnten Leidens schliesslich spontane Heilung eintritt. Ich stehe nicht auf dem radical operativen Standpunkt, dass jede diagnosticirte und einmal Beschwerden verursachende Cholelithiasis operirt werden muss. Wir müssen den grossen Nutzen einer Karlsbader Cur und ihrer oft wunderthätigen Wirkung anerkennen, den begünstigenden Einfluss, welchen sie auf den Durchtritt kleiner Steine ausübt und vor allem auf die Beseitigung des die Cholelithiasis begleitenden Katarrhs der Gallengänge und der Gallenblase. Die Steine kommen zur Ruhe, sie treten in jenes Stadium der Latenz, in dem 95 % aller Gallensteinkranken sich befinden sollen. Diese symptomlosen Kranken bedürfen nach meiner Ansicht nicht des chirurgischen Eingriffs. Wohl aber die, denen die Karlsbader Curen nichts genützt haben, jene 50 %, welche noch ungeheilt von dort zurückkehren und ihre Beschwerden weiter behalten. Bei diesen sollte man nicht zu lange zögern, nicht mit Fortsetzung unnützer Curen die Zeit verlieren, durch cholagogene Mittel die Steine in die Gänge treiben, aus denen die Entfernung eine weit schwierigere und gefährvollere ist, als zu einer Zeit, in der sie sich noch in der Gallenblase aufhalten. Für Entfernung dieser genügt ein leichter und relativ ungefährlicher Eingriff; die Entleerung des Cysticus und Choledochus gehört oft zu den technisch schwierigsten chirurgischen Leistungen. Einer Frühoperation in diesem Sinne halte ich mich für verpflichtet das Wort zu reden. Wenn man die späteren schweren Zerstörungen sieht, die Adhäsionen, welche die Gallenblase und den Choledochus umgeben, die Perforationen in die Nachbarorgane, die eitrige Cholangitis mit dem consecutiven Leberabscess, und schliesslich das fertige Bild der Pyämie, so muss man sich oft sagen, warum ist hier nicht früher operirt, wie relativ leicht wäre früher Hülfe zu leisten gewesen. Gewiss erreichen wir auch hier, in den zweifelhaftesten Fällen noch Heilung durch operatives Eingreifen. Aber das Ziel der Behandlung ist gewiss nicht, ebensowenig wie beim Ileus und der Perityphlitis, so lange einseitig und vergeblich mit internen Mitteln zu experimentiren, bis der Kranke erschöpft ist, und ihn dann zu einer Zeit, wo er den chirurgischen Eingriff nicht mehr auszuhalten imstande ist, der Operation zu überweisen. Bei solchen Fällen könnten gewiss die Resultate der Chirurgen nicht so günstige sein, wie sie jetzt sind. Der oberste Grundsatz für uns alle ist das Beste der Kranken und muss es bleiben; dieses im rechten Sinne zu fördern, ist nur möglich durch gemeinsames Vorgehen der inneren Medicin und Chirurgie auf diesem umstrittenen Grenzgebiet, und dass wir bereits gemeinsam dieses Ziel zu verfolgen bestrebt sind, dass auch Sie, meine Herren, die Sie die Kranken zuerst sehen und ihr zukünftiges Schicksal zum Theil in der Hand haben, unserer Anschauung Rechnung getragen haben, beweisen die vielen günstigen Erfolge der Chirurgie, welche abgesehen von der weiter ausgebildeten Technik nur durch ein rechtzeitiges Eingreifen zu erzielen gewesen sind.

Die Operationsmethoden, welche man zur Beseitigung der Gallensteine angewandt hat, sind sehr zahlreich und sehr verschieden, sie richten sich nach dem Einzelfall und dem, was man erreichen soll. Im grossen und ganzen ist jetzt die einzeitige Cholecystotomie als das maassgebende und wohl verbreitetste Verfahren zur Entfernung der Gallensteine anzusehen, die Eröffnung der Gallenblase, ihre Entleerung von Steinen und sonstigem pathologischen Inhalt und die Bildung einer Gallenfistel, welche allmählich zur Heilung gelangt. Auch wir haben dieses Verfahren früher fast ausschliesslich angewandt und machen auch jetzt noch in den Fällen, in welchen ein primärer Schluss der entleerten Gallenblase nicht gerechtfertigt erscheint, Gebrauch davon. Immerhin ist eine derartige Gallenfistel, welche zuweilen recht lange fortbestehen kann, selbst wenn alle Steine aus Cysticus und Choledochus entfernt sind, infolge der entzündlichen Schwellung der Gallengänge für die Patienten recht lästig, und eine glatte primäre Heilung ist wohl auch das beste und angenehmste. Es ist ein grosser Unterschied, ob man nach 10 oder 14 Tagen den Ver-

band entfernt und eine geheilte und geschlossene Operationswunde vorfindet, oder ob der Patient wochenlang durch oft reichlichen Gallenabfluss und durch ein nicht immer zu vermeidendes quälendes Ekzem an das Bett gefesselt ist und durch die häufigen unvermeidlichen Verbandwechsel belästigt wird. Das Operationsverfahren, welches diese Uebelstände beseitigen will, die ideale Cystotomie, birgt trotz einer Reihe von Erfolgen grosse Gefahren in sich. Wenn die von ihrem krankhaften Inhalt befreite, durch sorgfältige Naht verschlossene und wieder in die Bauchhöhle versenkte Gallenblase infolge einer Nahtlockerung oder unter dem Hochdrucke von Gallenstauung sich öffnet, so ist bei der häufigen Infectiosität der Galle die tödtliche Peritonitis unvermeidlich. Von 18 von Courvoisier zusammengestellten Fällen endeten sechs tödtlich, einer heilte mit Fistel.

Um die Schattenseite dieser sogenannten Cholecystendyse zu vermeiden und doch eine glatte primäre Heilung zu erzielen, habe ich einen sicheren und auf ungefährliche Weise zum Ziele führenden Weg eingeschlagen und denselben da, wo es möglich war, als das Normalverfahren in der letzten Zeit in 24 Fällen zur Anwendung gebracht. Die Methode besteht in Umnähung der Gallenblase mit Peritoneum, Eröffnung desselben, Entleerung der Steine und des sonstigen Inhalts und nachfolgender Naht der Gallenblase, sowie der Bauchdecken. Ich habe das Verfahren, um ihm einen bestimmten Namen zu geben, als extraperitoneale ideale Cholecystotomie bezeichnet. Ähnliche Methoden sind nicht neu, haben jedoch, wie es scheint, wenig Anklang gefunden. In der Zusammenstellung von Courvoisier finde ich nur fünf Fälle verzeichnet mit einem Todesfall (Parkes, Carmalt, Czerny); auch Langenbuch empfiehlt 1890 das Verfahren warm. Von allen diesen Operateuren wurde die Gallenblase eröffnet, von ihrem Inhalt entleert, alsdann mit Serosanähten in die Bauchwunde eingenäht und die Incisionswunde durch die Naht vereinigt; die Hautwunde wurde nur in zwei Fällen geschlossen, in den übrigen offengelassen. Ein etwas umständliches aber gefahrloses ideales Verfahren wurde von Wölfler und Sänger geübt, welche die hervorgezogene Gallenblase erst einheilen liessen, nach einigen Tagen öffneten, den Inhalt entleerten und durch die Naht die Wundränder wieder vereinigten; nach weiteren neun Tagen löste Wölfler die verheilte Gallenblase und versenkte sie in die Bauchhöhle, während Sänger sie in fixirter Lage der Heilung per granulationem überliess.

Das von uns geübte Verfahren ist vor allem ein relativ ungefährliches, die Eröffnung der Gallenblase findet erst nach ihrem Abschluss von der Peritonealhöhle statt. Es gestaltet sich etwa folgendermaassen: Schnitt am Rande des rechten Musculus rectus etwa 10 cm lang, Hervorziehen der Gallenblase und genaue Palpation und Inspection derselben. Es ist für sichere Erfolge und dauernde primäre Heilung das wichtigste Erforderniss, dass die Gallenblase von allen ihren Adhäsionen mit Netz und Nachbarorganen vollständig befreit wird; der Ductus cysticus und choledochus müssen, wenn verwachsen, freigelegt werden und auf eventuellen Inhalt von Steinen genau durchforscht werden, reicht der Schnitt dazu nicht aus, so muss er verlängert werden. Finden sich die Gänge frei von Steinen, sind die Verwachsungen gelöst, so ziehe ich die Gallenblase heraus, umsäume sie ringsum mit Serosa, so dass die Bauchhöhle abgeschlossen ist. Bei einer stark gefüllten, unter der Leber weit hervorragenden Gallenblase ist dies sehr leicht, bei kleineren, von der Leber überlagerten Organen oft mit einigen Schwierigkeiten verbunden; jedoch ist es mir in allen Fällen, in denen dieses Operationsverfahren überhaupt möglich war, gelungen. Der Lebertrand lässt sich meist nach oben umbiegen und die Umnähung ermöglichen. Die Naht muss exact und dicht ausgeführt werden, um ein späteres Einfließen der Galle unmöglich zu machen. Ein Fehler in dieser Beziehung hat sich in einem Falle schwer gerächt. Die Nähte werden sämtlich mit Catgut ohne Verletzung der Mucosa ausgeführt. Nach so erfolgter Sicherung der Gallenblase, welche eine etwa 3 cm lange ovale Oberfläche zu Tage treten lässt, wird diese incidirt. Der Gallenblaseninhalte von verschiedener Beschaffenheit sprudelt hervor, grössere Steine werden mit der Kornzange, die übrigen mit dem Wasserstrahl entleert. In sehr schonender Weise gelingt es mit einem Irrigator mit nicht zu starkem Druck, sowohl den flüssigen Galleninhalte als auch die Steine vollständig zu entleeren; unliebsame Verletzungen der Schleimhaut werden dadurch leicht vermieden. Sind alle Steine entfernt und hat man sich durch genaues, vorsichtiges Sondiren davon überzeugt, dass der Ductus cysticus frei ist, so wird die Gallenblasenwunde durch ein oder zwei fortlaufende Nahtreihen mit Catgut vereinigt. Dies ist meistens nicht schwierig, da in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Wandung der Gallenblase durch die vorausgegangenen Entzündungsprocesse mehr oder weniger stark verdickt ist. Darüber wird die Muskulatur und Haut mit Catgut vernäht. Die Catgutnaht halte ich für ein

sehr wichtiges Sicherheitsventil, um ein spontanes Sichöffnen der Naht aus irgendwelchen Gründen zu ermöglichen. Trotz genauer Durchforschung der Gallengänge kann sich immerhin einmal ein Stein in ihnen verbergen, die Entzündung der Gallenblase und ihrer Gänge kann die Entleerung nach dem Duodenum infolge vorhandener Schwellung hindern, es kann zur Gallenstauung und zum Platzen der Naht kommen. Dieser Vorgang ist vollkommen ungefährlich, da er nach aussen hin nach stattgehabter Verwachsung mit dem Peritoneum erfolgen muss; es bildet sich gewöhnlich nur eine kleine Öffnung, welche sich bald wieder schliesst; immerhin gehört dieses Vorkommnis zu den Ausnahmen, und der Wundverlauf ist immer noch ein kürzerer als bei der Anlage einer Gallenfistel von vorn herein. Die Vorzüge der Methode scheinen mir einmal darin zu bestehen, dass man in möglichst ungefährlicher Weise die Gallenblase von ihrem krankhaften Inhalt befreien kann, dass in der Regel ein glatter primärer Wundverlauf eintritt, so dass der Patient nach 14 Tagen, wie nach einer sonstigen Laparotomie geheilt ist, und dass im Nothfall ein gut wirkendes Sicherheitsventil in der sich spontan lösenden Catgutnaht gegeben ist. Vor allem ist die durch die Naht geschaffene vis a tergo von grosser Bedeutung. Die Gallenblase hat durch die lange Erkrankung oft sehr viel von ihrer Elasticität eingebüsst, so dass ihr die Kraft fehlt, relativ geringe Hindernisse zum Austreiben der Galle durch die natürlichen Gänge zu überwinden. Daher kommt es, dass nach Cholecystotomien oft so lange Zeit Fisteln bestehen, so dass man an einen Verschluss des Cysticus und Choledochus durch Adhäsionen oder Steine denken muss, oder gar eine neue Operation zur Beseitigung derselben in Aussicht nimmt. Die verschlossene Gallenblase überwindet Hindernisse, welche durch acute Schwellung der Gänge u. dergl. gesetzt sind, anscheinend leicht, bewirkt auch noch, wie wir es gesehen haben, die Ausstossung kleiner und zurückgebliebener Steine.

Was nun die mit diesem Operationsverfahren erzielten Resultate betrifft, so sind dieselben günstiger als die Erfolge der von mir ausgeführten Cholecystotomie. Ich kann auf diese letzteren, welche im allgemeinen nichts besonderes bieten, natürlich hier nicht näher eingehen, ohne mich zu weit vom eigentlichen Thema zu entfernen, und will später nur einzelne mir aus diesem oder jenem Grunde bemerkenswerth erscheinende Fälle an der entsprechenden Stelle kurz einfügen.

Die äussere ideale Cholecystotomie habe ich zuerst in einem Falle im Jahre 1890, dann später in einem solchen 1892 angewandt, ohne jedoch einen allgemeinen Gebrauch von der Methode zu machen. Seit 1893 habe ich das Verfahren in der Regel zur Beseitigung der Cholelithiasis in Anwendung gezogen und die Cholecystotomie nur in solchen Fällen, in denen ein Schluss der Gallenblase nicht gerechtfertigt erschien, ausgeführt.

In 24 Fällen kam die Operation zur Ausführung, 23 Patienten sind geheilt, eine und wohl der einfachste und technisch leichteste Fall ging an einer septischen Peritonitis nach kurzer Zeit zugrunde, indem die die Gallenblase mit dem Peritoneum vereinigende Naht sich löste und der infectiöse Inhalt der Gallenblase in die Peritonealhöhle eingedrungen war.

Vorübergehende Fistelbildung, nicht vollkommen primäre Heilung der äusseren Wunde kam zuweilen vor, wie aus dem folgenden kurzen Bericht der einzelnen Fälle zu ersehen ist.

Fall 1: Frl. P., 42 Jahre alt. Seit mehreren Jahren bestehende Magenbeschwerden mit zu Zeiten auftretenden Krampfanfällen. Icterus nicht vorhanden gewesen. Steigerung der Beschwerden, dauernder Schmerz in der Gegend der Gallenblase. Abmagerung. Leber nicht vergrössert. Gallenblase nicht mit Sicherheit zu palpieren. Am 24. Juli Laparotomie. Prall gefüllte, den Leberrand nur wenig überragende, aber hühnereigrosse Gallenblase. Ductus cysticus und choledochus frei, keine Verwachsungen, Gallenblase wird in ca. 2 cm Ausdehnung durch fortlaufende Catgutnaht mit dem Peritoneum fest vernäht. Incision, Entleerung von galligem, trübem Inhalt und zwei haselnussgrossen Steinen. Naht der Gallenblase, der Muskulatur und Hautdecken. Heilung etc.

Fall 2. Frau V., 70 Jahre alt, wurde bereits zweimal laparotomirt wegen Ovarialkystom, deren zweites sich drei Jahre nach der ersten Operation entwickelt hatte. Seit Monaten leidet Patientin an heftigen Schmerzen in der Magengegend, welche sich zu Zeiten zu kolikartigen Anfällen steigern; Icterus soll nie dagewesen sein. Leber nicht wesentlich vergrössert, deutlicher Gallenblasentumor, welcher sich nach dem letzten Anfall gebildet haben soll, zu fühlen. Operation am 15. Februar 1892. Schnitt am innern Rande des Musculus rectus, die mit dem Netz verwachsene Gallenblase wird von allen Adhäsionen gelöst, Cysticus und Choledochus frei von Steinen. Umsäumung der Gallenblase mit Peritoneum. Incision, Entleerung theerartig ausschender Galle, Entleerung eines pflaumengrossen, schwarz gefärbten Steines. Ausspülung der Gallenblase; es dringt normal gefärbte Galle hervor, Resection eines Stückes der zerstörten vorderen Gallenblasenwand. Naht der Gallenblase, der

Muskulatur und Haut. Heilung etc. mit lineärer Narbe. Am 5. März geheilt entlassen.

Fall 3. Frl. E. G., 27 Jahre alt, macht von Januar bis März 1893 einen mittelschweren Typhus durch und leidet seitdem häufig an Magenschmerzen, welche sich in Zwischenräumen von 8—14 Tagen zu kolikartigen Anfällen steigerten. Icterus niemals vorhanden gewesen. Druck auf die Gegend der Gallenblase etwas empfindlich, Gallenblase nicht palpabel; erst in den letzten Tagen vor der Operation wird die auf Gallensteine gestellte Diagnose durch einen fühlbaren Gallensteintumor von Hühnereigrösse bestätigt. Operation am 4. April in der üblichen Weise; keine Adhäsionen, Cysticus und Choledochus frei. Entleerung von 116 Steinen von Erbsen- bis Haselnussgrösse durch den Wasserstrahl. Naht der Gallenblase und Bauchdecken. Nach acht Tagen ist die Wunde bis auf eine Galle absondernde Fistel geheilt. Nach nochmaliger Dilatation der Fistel mit Laminaria gelingt es nicht, einen Stein in der Blase zu finden; da die Fistel schleimigen Inhalt absondert, wird ein Stein im Cysticus angenommen. Blutige Erweiterung der Fistel, Gallenblase frei; es gelingt, einen kleinen im Cysticus befindlichen Stein zu extrahieren. Patientin wird mit wenig secernirender Fistel auf ihren Wunsch ohne Beschwerden entlassen. Auf ihr weiteres Schicksal komme ich später noch zurück.

Fall 4. Frau D., 39 Jahre. Patientin leidet seit circa drei Jahren häufig an heftigen Leib- und Kreuzschmerzen, welche in längeren und kürzeren Pausen bis zu einem Vierteljahre auftraten. Icterus ist niemals aufgetreten. Schmerzen haben sich in letzter Zeit sehr gesteigert. Gallenblase als länglicher, tannenzapfenähnlicher, praller Tumor zu fühlen. Operation in geschilderter Weise am 24. März 1893. Entleerung einer grossen Anzahl kleiner und mittelgrosser Steine, ein pflaumenkerngrosser Stein wird aus dem Cysticus mit der Zange entfernt, es fliesst klare Galle ab. Naht der Gallenblase und Hautwunde. Nach dem ersten Verbandwechsel hat sich eine Galle secernirende Fistel gebildet, welche sich bald schliesst. Patientin ohne Beschwerden am 23. April mit fast verheilten Operationswunden entlassen.

Fall 5. Frau J., 31 Jahre alt, seit etwa einem Jahre leidend, mehrere heftige Kolikanfälle, deren erster mit Icterus verbunden war. Die Anfälle waren stets mit Erbrechen verbunden, Steine sind nicht abgegangen, wenigstens nicht gefunden. Operation am 16. December 1893. Gallenblase mit dem Netz verwachsen und von bindegewebigen Adhäsionen umgeben, prall gefüllt, Lösung der Adhäsionen. Incision. Entleerung gallig eitrigen Inhalts, Stein wird nicht gefunden. Gallengänge waren frei von Steinen. Gründliche Auswaschung der Gallenblase. Schluss der Gallenblase und Bauchdecken. Eine kleine Gallenfistel heilt rasch spontan.

Fall 6. Frau C., 29 Jahre. Die bisher gesunde, kräftige Patientin bekam plötzlich im Mai 1894 den ersten Kolikanfall mit Schüttelfrost und Fieber; im Juli zweiter Anfall, welcher die Patientin vier Wochen an das Bett fesselte. Icterus war nicht vorhanden. Wenige Tage nachher erfolgte eine normale Entbindung am 23. August. Vor acht Tagen erneuerter Anfall mit heftigen Schmerzen, starkem Erbrechen, Temperatursteigerung über 39,0. Gallenblase als praller, schmerzhafter Tumor zu palpieren. Operation am 15. September; vordere Wand der Gallenblase mit der Bauchwand verwachsen, Lösung; im Ductus cysticus und choledochus kein Stein zu fühlen. Umsäumung mit Peritoneum, Incision, Entleerung von reichlicher eitriger, galliger Flüssigkeit und von 16 Steinen von Erbsen- bis Pflaumengrösse. Gründliche Ausspülung und Desinfection der Blase, kein Stein mehr nachzuweisen. Naht der Gallenblase und Bauchdecken. Nach fieberfreiem glattem Wundverlauf steigt die Temperatur nach zwölf Tagen auf 39,4, Fistelbildung, Entleerung von schleimig-eitrigem Inhalt. Patientin wird ohne Beschwerden mit normaler Temperatur, jedoch mit einer Schleimfistel auf ihren Wunsch am 6. October entlassen. Die Fistel schliesst sich nicht. Am 3. Januar 1895 Erweiterung der Fistel, Entfernung von Steinfragmenten aus dem Cysticus. Eine wenig secernirende Schleimfistel ist bei der sich wohl und gesund fühlenden Patientin noch vorhanden, voraussichtlich durch ein Concrement im Cysticus bedingt. Jeder weitere Eingriff wird abgelehnt.

Fall 7. Frau M., 59 Jahre. Patientin will seit zehn Jahren leidend sein. In den ersten Jahren häufige Kolikanfälle, Schmerzen unter dem Rippenbogen und zwischen den Schulterblättern, mit leichtem Icterus einhergehend. Zuweilen traten schmerzfreie Pausen von einem halben bis drei Vierteljahre ein. Seit einem halben Jahre häufig wiederkehrende Schmerzanfälle mit Erbrechen, kein Icterus mehr aufgetreten. Gallenblase nicht zu fühlen. Operation in bekannter Weise am 27. September 1894. Entleerung von vier Steinen von Haselnussgrösse, Naht der Gallenblase und Bauchdecken. Primäre Heilung. Nachdem sich Patientin gekräftigt und erholt, am 4. November entlassen.

Fall 8. Frau D., 56 Jahre alt, leidet seit längerer Zeit an oft wiederkehrenden Magenkrämpfen. Vor acht Tagen trat ein sehr heftiger Anfall mit Schmerzen in der Magengegend, gefolgt von intensivem Icterus auf. Die Gallenblase ist als prall elastischer Tumor unter dem scharfen Rande der vergrösserten Leber zu fühlen. Operation am 2. November 1894 in üblicher Weise. Entleerung von leicht eitriger getrüübter Galle und von ca. 50 Stück kleiner Steine. Gründliche Ausspülung und Reinigung der Gallenblase mit sterilen Tupfern. Es bildete sich eine kleine Gallen-

blasenfistel, welche ganze Mengen glasigen Schleims secernirt. Patientin wünschte, sonst ohne alle Beschwerden, entlassen zu werden. Die Fistel hat sich bald nachher geschlossen.

Fall 9. Frau B., 39 Jahre alt. Häufige typische Kolikanfälle seit mehreren Jahren. Letzter Anfall mit starkem Icterus, welcher noch vorhanden ist, und noch bestehende intensive Schmerzen seit einigen Tagen. Leber vergrößert, Gallenblasentumor nicht zu fühlen. Operation am 27. December 1894. Gallenblase überragt etwa taubeneigross den Lebertrand. Entleerung von ca. 40 kleinen bis bohngrossen Steinen, Naht der Gallenblase und Haut in üblicher Weise. Heilung per primam. Entlassen am 20. Januar 1895.

Fall 10. Frau R., 35 Jahre alt, leidet seit drei Jahren an heftigen typischen Anfällen von Gallensteinkolik, Abgang von kleinen Steinchen festgestellt. Karlsbader Cur erfolglos, ebenso länger fortgesetzte Oelcur ohne jede Wirkung. Gallenblase als prallelastischer Tumor von Gänseeigrösse zu fühlen. Operation am 22. Januar 1895 in typischer Weise. Entleerung von ca. 40 Stück kleinen bis haselnussgrossen, facettirten, gelblichweiss aussehenden Cholestearinsteinen und trübem glasigem Inhalt. Nach Entleerung des letzten im Cysticus festsitzenden Steines dringt klare Galle heraus. Heilung der Wunde per primam. Nach 14 Tagen bildet sich in der Wunde eine kleine Schleimfistel, mit welcher Patientin auf ihren Wunsch entlassen wird. In der Gallenblase sind keine Steine mehr. Da der letzte grösste, den Cysticus verschliessende Stein entfernt ist, wird eine Fistel der Gallenblase ohne Anwesenheit eines Steines in der Blase oder den Gängen angenommen.

Fall 11. Herr Sch., 32 Jahre alt, will seit zehn Jahren an oft wiederkehrenden quälenden Koliken gelitten haben, gegen welche alle bisher angewandten Mittel erfolglos blieben. Icterus soll nicht vorhanden gewesen sein. Gallenblase war durch die Bauchdecke als prall elastischer Tumor zu fühlen, jedoch soll dies erst nach dem letzten Anfall möglich gewesen sein. Operation am 22. Januar 1895 in typischer Weise. Entleerung von glasig klarer, zuletzt eitriger Flüssigkeit und 60 ganz kleinen bis pflaumensteingrossen facettirten Cholestearinsteinen, von gelblichweissem Aussehen, seifenartigem Glanz und schaligem Gefüge, zuletzt wird ein wallnussgrosser Stein mit der Kornzange entfernt, Entleerung klarer Galle. Gründliche Desinfection der Gallenblase, Naht derselben sowie der Bauchdecke. Ungestörter Wundverlauf, definitive Heilung am 18. Februar 1895.

Fall 12. Frau W., 35 Jahre alt. Vor einem halben Jahre erster schwerer Kolikanfall mit Icterus. Häufige Wiederholung. Innere Medication erfolglos. Operation am 29. Januar. Gallenblase mässig gefüllt, in derselben ein kleiner Stein zu fühlen. Cysticus und Choledochus frei. Während der Untersuchung dringt der Stein in den Cysticus und ist nicht mehr in die Blase zurückzubringen, er wird nach dem Darm hin weitergeschoben. Bei Eröffnung der Gallenblase entleert sich eitriggalliger Inhalt, kein Stein mehr zu finden. Gründliche Reinigung mit Irrigator und sterilen Tupfern. Schluss der Gallenblase und Bauchdecke. Heilung per primam. Entlassung am 27. Februar 1895.

Fall 13. Frau M., 34 Jahre alt. Die Erkrankung begann im Juni 1894 mit heftigen, kolikartigen Schmerzen, Erbrechen und Icterus. Einige Monate später neuer Anfall; seitdem ununterbrochenes dumpfes Schmerzgefühl in der Magengegend, Uebelbefinden und Appetitlosigkeit. Verschiedene Curen ohne Erfolg. Operation am 22. März 1895. Schnitt an einem Rande des rechten Musculus rectus. Peritoneum mit den Dünndarmschlingen fest verwachsen. Gallenblase von diesen verdeckt und nicht zu fühlen. Es wird ein 10 cm langer Hakenschnitt senkrecht auf die Stelle der ersten Incision hinzugefügt; die Bauchdeckenlappen oben und unten an die Haut befestigt, Lösung der verwachsenen Darmschlingen; Gallenblase mit Darmschlinge und Leber fest verwachsen. Dieselbe wird ebenso wie die Gallengänge nicht ohne Mühe aus ihren festen Verwachsungen gelöst. Ductus choledochus und cysticus ohne Concremente. Gallenblase mit solchen in grosser Menge gefüllt. Weiterhin typische Operation. Entleerung trüber Galle und zahlreicher Concremente. Ein wallnussgrosser Stein zerbricht beim Extractionsversuch. Entleerung des Steins durch Irrigation. Naht der Gallenblase und Bauchdecken; Heilung per primam. Geheilt mit fester Narbe nach 19 Tagen.

Fall 14. Frau S., 29 Jahre alt, seit längerer Zeit an Magenschmerzen und Krämpfen leidend. Letzter Anfall vor 14 Tagen, seitdem ununterbrochene Schmerzen in der Gallenblasengegend, seit drei Tagen Icterus; Gallenblase palpabel. Operation am 19. August 1895 in typischer Weise. Entleerung von schleimigem, nicht galligem, dann eitrigen Inhalt und ca. 80 meist kleinen Concrementen. Reinigung der Gallenblase. Naht. Fieberfreier Wundverlauf; am achten Tage bekommt Patientin Schmerzen, die Gallenblase ist wieder palpabel. In der Mitte der Narbe entleert sich aus einer Fistel eitriger Inhalt. Die Secretion hört innerhalb acht Tagen auf, und Patientin wird vollständig geheilt am 20. Tage nach der Operation entlassen.

Fall 15. Frau D., 24 Jahre alt. Seit März leidet Patientin an heftigen, bis jetzt dreimal aufgetretenen kolikartigen Schmerzanfällen in der Magengegend, welche nach dem Rücken und den Armen hin ausstrahlten; Icterus soll nie vorhanden gewesen sein, auch jetzt nicht. Letzter Anfall vor einigen Tagen. Gallenblase nicht zu fühlen. Operation am 23. September 1895 in üblicher Weise. Unbedeutende Adhäsionen werden gelöst.

Ductus cysticus frei von Concrementen, dagegen ist im Choledochus ein kleiner Stein fest eingekleilt. Derselbe ist weich und lässt sich, da er in toto nicht bewegt werden kann, leicht mit der Zange zerdrücken, die Fragmente gelingt es nach dem Darm hinzustreichen. Aus der Gallenblase werden zehn über pflaumenkerngrösse Steine entfernt. Naht der Gallenblase und Bauchdecken. Stichcanaleiterung in der Mitte der Wunde, Gallenfistel von kurzer Dauer. Patientin wird am 27. October geheilt entlassen.

Fall 16. Frau G., 32 Jahre, leidet seit mehreren Jahren an heftigen, anfangs als Magenkrämpfe, später als Gallensteinkoliken diagnosticirten Schmerzanfällen. Eine Karlsbader Cur brachte nur vorübergehend Linderung. Geringgradiger Icterus war vorhanden. Operation am 4. November 1893 in typischer Weise. Entleerung von circa 150 erbsen- bis haselnussgrossen Steinen. Vollkommene primäre Heilung nach 14 Tagen.

Fall 17. Herr K., 56 Jahre, will 1892 den ersten Anfall von Gallensteinkolik mit Erbrechen, Icterus, graugefärbten Fäces und dunklem Urin gehabt haben, im ganzen fünf Anfälle. Im Frühjahr 1895 traten zwei weitere Anfälle ein, Weihnachten bis Neujahr ebenfalls zwei Anfälle. Gallensteine im Koth nicht gefunden. Aufgenommen am 20. Januar 1896. Leber überragt den Rippenbogen um zwei Finger, Gallenblase nicht zu fühlen, intensiver Icterus, entfärbte Fäces. Vitium cordis. Operation am 22. Januar 1896. Gallenblase mit Netzsträngen fest verwachsen, klein, unter der Leber versteckt, von derben Adhäsionen umgeben; auf den Längsschnitt wird ein Querschnitt gesetzt, um die Gallenblase und Gänge leichter freipräpariren zu können. Cysticus und Choledochus erweisen sich frei von Concrementen, ebenso das Pankreas normal. Die freigelegte Gallenblase hat durch die abschnürenden Stränge Sanduhrform bekommen. Eröffnung der Gallenblase, Spaltung und Dehnung der die beiden Kammern trennenden Communicationsöffnung, kein Stein vorhanden, Galle liess sich nach dem Darm hin ausdrücken. Die Leber zeigte an ihrem unteren Rande stark gelappte, den Verdacht auf Lues nahelegende Form. Naht der Gallenblase mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Naht der Bauchdecke. Nach einigen Tagen bildet sich ein Abscess in der Naht, keine Gallenfistel, Icterus nach einigen Tagen geschwunden, Fäces von normaler Farbe. Heilung der äusseren Wunde per granulationem. Antisypilitische Cur ohne bemerkbaren Erfolg gewesen. Nachdem Patient noch eine Pneumonie durchgemacht und sein Herzleiden wesentlich gebessert, wird er entlassen.

Fall 18. Frä. G., 48 Jahre alt, überstand 1892 die Cholera und hat seitdem öfter über wiederkehrende Magenschmerzen zu klagen. Vor einigen Tagen Kolikanfall, Erbrechen und Icterus. Gallenblasentumor fühlbar. Operation am 6. December 1895. Verwachsungen mit dem Netz gelöst, Gallenblase hühnereigross, prall gefüllt. Entleerung schleimig grauer Flüssigkeit und von circa 70 erbsengrossen braunen Gallensteinen. Naht der verdickten Gallenblase und Bauchdecken. Hautwunde in der Mitte auseinandergezogen, heilt per granulationem, keine Gallenfistel, Heilung. Patientin wird wegen eines Fussleidens noch längere Zeit orthopädisch behandelt und dann ohne Beschwerden mit fester Narbe entlassen.

Fall 19. Frau B., 31 Jahre, seit einigen Monaten Schmerzen im Leibe rechts vom Nabel, häufiger Urindrang, niemals Icterus, keine ausgesprochenen Kolikanfälle, Leber nicht vergrößert, rechts vom Nabel ist ein verschieblicher gänseeigrosser Tumor mit unebener Oberfläche zu fühlen, welcher mit der Leber zusammenhängt und seiner Lage nach der Gallenblase entspricht. Operation am 8. Januar 1896. Eröffnung der prall gefüllten Gallenblase. Es sind drei haselnussgrosse und eine grosse Menge kleiner Steine vorhanden. An der Gallenblasenwand adhären sitzt ein etwa wallnussgrosses, zähes Schleimstück, in welchem mehrere hundert kleine Gallensteinchen vogelsamenähnlich eingebettet sind. Gründliche Reinigung der Gallenblase. Naht derselben und der Bauchdecken. Geheilt entlassen nach 21 Tagen.

Fall 20. Frau D., 46 Jahre, seit mehreren Jahren über dumpfen Druck und intensiven Schmerz in der Magengegend klagend, zuweilen kolikartige Anfälle, kein Icterus, kein Gallenblasentumor zu fühlen, seit drei Wochen auf der innern Abtheilung an Gallensteinen behandelt. Operation am 26. März 1896. Gallenblase klein, verschwindet gänzlich unter der Leber, Leberrand nach oben gedrängt, Umsäumung mit Peritoneum wegen des überragenden Leberandes und der ganzen Grösse des Organes sehr schwierig. Bei der Incision entleeren sich fünf kleine schwarze Gallensteine. Naht in üblicher Weise. Im Stuhlgang wird ein Stein gefunden. Nach 14 Tagen heftige Schmerzen in der Wunde, aus einer kleinen Oeffnung entleert sich reichlich Galle, Stuhl fast entfärbt, zweimaliger Abgang von Gallensteinen, Verschwinden aller Beschwerden, rasche Heilung der Fistel. Am 2. Mai geheilt entlassen.

Fall 21. Frä. P., 24 Jahre, wird am 15. April zur chirurgischen Abtheilung verlegt. Patientin ist längere Zeit auf der innern Abtheilung behandelt. Die Diagnose bot grosse Schwierigkeiten. Die Klage der Patientin besteht in dumpfen, oft intensiven Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit, zuweilen Erbrechen; niemals Icterus, kein Kolikanfall, kein Gallenblasentumor zu fühlen, kein Stein abgegangen. Gegend der Gallenblase auf Druck mässig schmerzhaft. Operation am 17. April 1896. Entleerung einer grossen Anzahl erbsen bis pflaumengrosser Steine. Ductus cysticus und choledochus frei von Steinen gefunden.

Hautwunde nicht p. p. geheilt, jedoch keine Gallenfistel, keine Beschwerden. Nach einigen Tagen starke Schmerzen, es entleert sich aus der eröffneten Gallenblase schleimiger Inhalt. Am 29. Mai wurde die Fistel erweitert, kein Stein zu finden, es entleert sich reine Galle aus derselben. Secretion lässt bald nach, Absonderung schleimiger Flüssigkeit. Am 18. Juni Fistel geschlossen, keine Schmerzen mehr. Am 27. Juni geheilt entlassen.

Fall 22. Frl. M., 44 Jahre, leidet schon seit Jahren an Kolikanfällen von kurzer Dauer und in langen Pausen auftretend. Seit November 1895 häufiges Auftreten der Beschwerden, Koliken, Erbrechen und dauernder Schmerz in der Gegend der Gallenblase. Leicht icterische Hautfarbe; in der Gallengegend ein prallelastischer Tumor zu fühlen. Operation am 21. Mai. Nach Eröffnung der Bauchhöhle tritt die Gallenblase sofort zu Tage. Umsäumung mit Peritoneum gelingt sehr leicht, Incision. Entleerung von schleimig-eiterigem Inhalt und von drei Steinen, zwei facettirten, etwa haselnussgrossen, und einem dritten von Taubeneigrösse. Bei Extraction des letzteren reisst die Nahtstelle ein, und es dringt Inhalt der Gallenblase in die Bauchhöhle ein. Die Peritonealwunde wird sofort durch die Naht verschlossen, jedoch entwickelt sich eine rapid verlaufende septische Peritonitis, der die Patientin bald erliegt. Es ist dies bis jetzt der einzige Fall von den in der geschilderten Weise Operirten, welcher einen ungünstigen Ausgang nahm, obwohl er technisch am leichtesten und einfachsten zu operiren war. Durch eine grössere Incision in die Gallenblase wäre ein Einreissen zu vermeiden gewesen, der Stein erwies sich bei der Extraction grösser, als angenommen und die Oeffnung angelegt war. Wenn auch durch aufgelegte Tupfer das Einfliessen grösserer Mengen gehindert wurde, so hatte die geringe Quantität inficirter Galle genügt, um eine tödtlich verlaufende Streptococcenperitonitis hervorzurufen. Ich muss gestehen, dass ich eine so minimale Quantität Galle nicht für so schwer infectiös hielt. Immerhin wird man der Galle nie ansehen können, welchen Grad von Virulenz sie hat, und mahnt der vorliegende Fall zu grosser Vorsicht und zur Herbeiführung eines sicheren Abschlusses der Peritonealhöhle, welcher ja leicht zu erreichen ist.

Fall 23. Frau W., 82 Jahre, leidet seit zwei Jahren an häufig wiederkehrenden Magenkrämpfen; im letzten Jahre drei typische Anfälle von Gallensteinkolik. Carlsbader und Oelcur erfolglos. Patientin wünscht um jeden Preis von ihren Leiden befreit zu werden. Leichter Icterus seit dem letzten Anfall vorhanden, Gallenblase zu fühlen. Operation am 23. Juli 1896 in typischer Weise. Entleerung einer grossen Anzahl erbsen- bis nussgrosser Steine. Schluss der Gallenblase und Bauchdecke. Heilung etc. nach 14 Tagen.

Fall 24. Frau S., 41 Jahre, will seit acht Jahren in Intervallen von 2—3 Monaten regelmässig Gallensteinkoliken mit furchtbaren Schmerzen und nachfolgendem Icterus überstanden haben. Sie wurde mehrere Jahre von einem Naturarzt vergeblich behandelt. Während eines 14 tägigen Anfalles auf der innern Abtheilung machte Patientin zwei schwere Kolikanfälle mit rasenden, durch Narcotica nicht zu besänftigenden Schmerzen durch. Gallenblasentumor zu fühlen. Operation am 14. October 1895. Nach Eröffnung der Bauchhöhle tritt die Gallenblase gefüllt mit Steinen zutage. Gallengänge frei. Entfernung von drei grossen und mehreren kleinen Steinen. Naht der verdickten Gallenblase und Bauchdecken. Heilung etc. (Schluss folgt.)