XV.

Eine Plauderei über Appendicitis.

Von

Dr. F. Lange, New York.

Hochverehrter Herr Geheimrath!

Es sind wohl ziemlich genau 14 Jahre vergangen, seitdem Sie, als unser lieber Gast in New-York, durch einen ernsten Anfall von Appendicitis unsere Gemüther in Spannung und Besorgniss hielten. Mehrere Wochen hatten Sie das Bett zu hüten und als ein noch recht geschwächter Reconvalescent traten Sie die Heimreise an. Glücklicher Weise hatten Sie dieses heikle Intermezzo dem Ende ihres amerikanischen Aufenthaltes eingeschaltet, und so in dem fortgesetzten Genuße der vielen neuen Eindrücke eine im Ganzen mässige Störung erfahren. Aber diesen Tribut hatten Sie dem klassischen Lande der Appendicitis doch gezollt, und das eigentlich nicht so ganz unbegründet und zufällig. Genügende Causalmomente waren in Ihrer Person und den umgebenden Verhältnissen gegeben. Zunächst hatten Sie bereits mehrere Anfälle dieses Leidens überstanden und es lag für seine Wiederholung sicherlich eine besondere Disposition vor. Dann aber wurden Sie von Ihren zahlreichen Freunden und Verehrern so viel fêtiert und unterlagen Sie nolens volens einer so üppigen und unregelmässigen Lebensweise, dass es nicht befremden konnte, dass sich Ihr Wurmfortsatz dagegen auflehnte. In einer Beziehung hatten Sie Glück. Die Aera des indiscriminirten operativen Vorgehens hatte damals noch nicht begonnen. Sie wurden nicht operirt, haben seitdem in bester Gesundheit 14 Jahre gelebt und sind durch keine Rücksichten auf eine lästige Narbe daran gehindert worden, dem Lebensgenuss in der freien Natur nachzugehen, welchem Umstande es gewiss wiederum zum grossen Theile zuzuschreiben ist, dass wir die Freude haben, Sie zu Ihrem 80 sten Geburtstage zu beglückwünschen. Es sind also ganz besondere Gründe persönlicher Art, welche mich dazu bewegen, als meinen Bei-

trag für die Ihnen zu widmende Festschrift eine kurze Plauderei über Appendicitis zu wählen. Dieselben bestehen vielleicht auch von mir aus; nicht etwa, dass ich mich an meiner Person eines Anfalles von Appendicitis zu rühmen hätte, sondern deshalb, weil ich in dem Vierteljahrhundert meines New-Yorker Wirkens mit dieser Krankheit sehr viel in Berührung gekommen bin, mitten in der Bewegung gestanden und daran theilgenommen habe und manchen Punkt der Besprechung auch heute noch für werth halten möchte. Sie müssen es sich also schon gefallen lassen, dass ich Ihnen dieses fast zum Ueberdruß in der modernen Literatur behandelte Thema auftische. Ich will bemüht sein, Sie nicht zu ermüden, Sie mit Citaten zu verschonen und möglichst bündig meinen Standpunkt in einigen wesentlichen Punkten darzulegen. Sie wiederum werden keinen strengen Maassstab an diese kleine Abhandlung legen, welche ich in ländlicher Zurückgezogenheit, lediglich aus der Erinnerung schöpfend und ohne jede Anlehnung an die Fachliteratur, niederzuschreiben mich anschicke.

Es ist ja nicht zu leugnen, dass die ausgedehnte Arbeit des letzten Jahrzehnts auf dem Gebiete der Appendicitis, welche dieser Krankheit mehr den chirurgischen Stempel aufgedrückt hat, einen grossen praktischen Fortschritt bedeutet, welcher hauptsächlich in zwei Richtungen zu suchen ist. Erstens werden heut zu Tage durch rechtzeitiges operatives Eingreifen im ersten Stadium Menschenleben erhalten, welche man bei zuwartender Behandlung nicht gerettet hätte. Die Fälle von letaler Peritonitis sind sicherlich viel seltener geworden. Man hat einsehen gelernt, von wie eminenter Wichtigkeit eine genaue Beobachtung der Krankheit gerade im allerersten Stadium ist, denn hier ist gleich jene Minorität von acutesten Fällen in's Auge zu fassen, welche ein sofortiges chirurgisches Eingreifen erfordern, wenn man das Leben erhalten will. Zweitens aber hat man die grossen Vortheile schätzen gelernt, welche die Operation im freien Intervall dem Kranken gewährt. Das eine Mal steht der Chirurg der strengsten vitalen Indication gegenüber, das andere Mal ist es seine Aufgabe, auf conservativem Wege die Möglichkeit für einen späteren, gefahrlosen Eingriff prophylaktischer Natur zu bieten. Zwischen diesen beiden Polen, welche für das Verhalten des Chirurgen beinahe Gegensätze bedeuten, liegt nun eine relativ breite Schicht von Fällen, welche die Operation früher oder später während des Anfalls erfordern, von denen man sagen kann, dass sie bei unseren modernen Hilfsmitteln durchschnittlich viel besser mit der Operation fahren, wenn vielleicht auch einer oder der andere, sich selbst überlassen, auf dem Heilwege der Natur zur Genesung gelangt wäre. Endlich giebt es eine Mino-

rität von Fällen, bei denen gegen eine Operation an sich so gewichtige Momente vorliegen, dass man es, ich möchte sagen, riskiren soll, sie ohne dieselbe durchzubringen.

Wie schwer nun diese Gruppen zu differenziren sind, wie gelegentlich doch, gegen die Erwartung, der Charakter des Falles und damit auch die Indication sich ändern kann, das weiss Jeder, der Fälle von Appendicitis in grosser Zahl beobachtet hat. Ja die Schwierigkeit, die klinische Dignität des gegebenen Falles mit Sicherheit festzustellen, hat nicht wenige Chirurgen auf den Standpunkt gedrängt, dass mit der sicheren Diagnose „Appendicitis“ die Indication für ein operatives Vorgehen gegeben sein soll, denn, sagen sie, man kann nie wissen, was aus dem Falle wird, und ehe man den Kranken einer, sei es auch noch so entfernten, Lebensgefahr aussetzt, soll man ihn operiren, denn die Operation ist das einzige Mittel, einer solchen Gefahr vorzubeugen.

Dagegen ist zu erwidern, dass erstens eine Operation, wie die gegen acute Appendicitis, selbst unter den günstigsten äusseren Verhältnissen nie ganz gefahrlos ist. Ich spreche es auf das Bestimmteste aus, dass die sichere Vermeidung von bedenklichen Zwischenfällen bei der Operation, gelegentlich auch während der Nachbehandlung, einer acuten Appendicitis selbst für den Geübten und besser Bedienten sehr schwierig sein kann, und dass die Frage noch nicht entschieden ist, inwieweit die Operation auch schaden kann und dieser oder jener Fall bei zuwartender Behandlung, mit einer später ausgeführten Operation oder vielleicht ganz ohne dieselbe, doch glücklicher abgelaufen wäre. Hier werden sich Ungewissheiten und Zweifel, bei Berücksichtigung aller Möglichkeiten, wohl nie bannen lassen. Die vitale Indication zur Operation, das beweisen die Statistiken aus der Zeit, als die Perityphlitis für eine interne Krankheit galt, kann jedenfalls nur für eine Minorität von Fällen unabweisbar sein. Ich kenne eine Reihe von beschäftigten Praktikern, welche sehr günstige Resultate erzielt haben, ohne dass ihre Patienten operirt wurden, und einen relativ sehr kleinen Procentsatz von Fällen an Peritonitis verloren haben, und weiss andererseits von Fällen, bei denen eine Operation verweigert oder als aussichtslos unterlassen wurde und der Kranke schliesslich genas.

Man macht die trüben Erfahrungen meistens in Fällen, welche im ersten Anfange nicht sorgfältig genug beobachtet oder verkannt wurden, und muss wissen, was unter sorgfältiger Beobachtung zu verstehen ist. Ganz ohne Mahnungen stellen sich die bedenklichen Wendungen in der Regel nicht ein, und fehlen sie innerhalb der ersten

48 Stunden, so wird man meistens temporisirend behandeln können. Aber unter den Kranken, welche innerhalb der ersten zwei Tage schwere Symptome zeigen, ist ein gewisser Procentsatz solcher, welche nicht früh genug operirt werden können. Ich habe bei Consultation in frischen Fällen stets darauf gedrungen, dass alle zwei Stunden Temperatur und Puls genommen und der Kranke Tag und Nacht unter strenger Aufsicht und Beobachtung gehalten wurde. Was sich klinisch immer documentirt, ist die Sepsis und proportional dem Grade der Sepsis sind in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle die pathologischen localen Veränderungen. Ich weiss sehr wohl, dass ausnahmsweise auch bei relativ geringen Veränderungen in der Wand des Appendix der Verlauf ein schwerer sein kann und habe andererseits nach einem relativ milden Verlauf den vollständig abgelösten Appendix im Abscess gefunden. Für unser klinisches Verhalten ist eben der Grad der Sepsis massgebend und in dem ersteren Falle operire ich sofort, weil der Patient bedenkliche septische Symptome aufweisen wird.

Einen Einwand lasse ich gelten, nämlich den, dass es unter Umständen unmöglich sein kann, mit Sicherheit im ersten Stadium der Krankheit zu sagen, ob überhaupt eine Appendicitis vorliegt und der mannigfachsten Irrungen bin ich Zeuge, und oft genug bin ich selber im Zweifel gewesen. Eine Zeit lang beherrschte das Schibolet des sogenannten Mc. Burney'schen Punctes die diagnostische Vorstellung des ärztlichen Publikums in Amerika in der gefährlichsten Weise. Man lehnt sich gerne an ein Schema an, aber die Natur ist zu mannigfaltig, um eine Schematisirung zu vertragen. Schon die so sehr wechselnde Lage der Appendix legt es nahe, dass dies unmöglich ein differentialdiagnostisch verlässliches Universalsymptom sein kann. Schmerzen an dieser Stelle kommen überdies auch bei Processen vor, welche mit Appendicitis gar nichts zu thun haben. Nach meiner Erfahrung ist der empfindlichste Schmerzpunkt in mindestens $\frac{1}{3}$ der Fälle nicht an dem besagten Puncte, sondern er entspricht, viel logischer, der Localisation des entzündlichen Processes, findet sich also gelegentlich mehr nach der Lendengegend oder nach der Mittellinie des Leibes hin, oder man findet ihn bei der Tastung durch Scheide oder Mastdarm im kleinen Becken. Andererseits habe ich Fälle von wanderndem Nierenstein, solche von Typhus, Cholecystitis, Pleuropneumonie, acuter Myositis, vor Allem von Erkrankungen der inneren Genitalien des Weibes gesehen, in denen Fehldiagnosen gemacht waren, weil man sich auf den Mc. Burney'schen Punkt steifen zu müssen glaubte und eine allseitige Untersuchung der Patienten unterlassen hatte. Dem Chirurgen passiren solche Irrthümer wohl deshalb seltener, weil er meistens

nicht im allerersten Stadium der Krankheit hinzugezogen wird, vielmehr zu einer Zeit, wo der behandelnde Arzt die diagnostischen Schwierigkeiten bereits überwunden hat. Es kann in der That sehr schwierig sein, Sicherheit zu erlangen, und trotz sorgfältiger Untersuchung und Anamnese verlässt man manchmal mit Zweifeln das Krankenbett.

Für unsere praktischen Bedürfnisse wird es darauf ankommen, an welchen Erscheinungen wir die allerschwersten Fälle erkennen, welche sofortiges operatives Eingreifen erfordern. Schüttelfrost, heftige Schmerzen, hohe Temperatur und Pulsfrequenz deuten auf einen schweren localen Process hin, von dem aus der Körper reichlich mit septischen Stoffen geladen wird. Je mehr die Erscheinungen localisirt sind, um so Bedenklicheres bereitet sich wahrscheinlich vor. Der Appendix ist vielleicht noch nicht perforirt, aber strotzend gefüllt und im Begriff abzusterben. Es liegt auf der Hand, wie wünschenswerth es ist, diesen Appendix womöglich vor der erfolgten Perforation zu entfernen. Die Vortheile in Bezug auf den weiteren Verlauf und das Endresultat sind enorme. Im Durchschnitt sind auch diese Operationen, obwohl subtil und die ganze Aufmerksamkeit des Chirurgen erfordernd, nicht die schwereren und man soll von den Fällen mit schweren Initialsymptomen lieber einen zu viel als einen zu wenig operiren und dessen eingedenk sein, dass es nicht die Ausdehnung des Processes ist, welche eo ipso seine Schwere bestimmt, sondern zunächst die Intensität des Giftes, welches auf den Körper einwirkt. Logischer Weise wird dieses um so virulenter sein, wenn es von einem kleinen Herde aus schwere Symptome hervorruft. Das wird im Allgemeinen immer noch zu wenig betont, dass die Natur des septischen Giftes für den Verlauf der Krankheit so bestimmend ist, und dass seine Virulenz der Ausdehnung des Processes nicht proportional zu sein braucht. Sehen wir nicht oft genug relativ milde Allgemeinerscheinungen bei räumlich ausgedehnter Infection des Peritoneum? und woran liegt es, dass das eine Mal eine eiterige Peritonitis über den ganzen Bauchraum wandert und der Kranke, allerdings vielleicht nach vielen operativen Eingriffen, mit dem Leben davonkommt und das andere Mal innerhalb der ersten 24 Stunden verloren ist? Der Grund dafür kann nur in der verschiedenen Natur der Entzündungserreger gesucht werden, welche das eine und das andere Mal zur Wirkung gelangen. Die geringe Begrenzung des Processes bei schweren Allgemeinerscheinungen im ersten Stadium der Appendicitis ist also, halten wir das fest, eine Anzeige für die operative Entfernung der Krankheitsursache. Da warte man lieber nicht, bis die Spannung der Bauchdecken und die

Tympanitis ausgesprochen sind. Letztere ist ohnedies ein Symptom von ganz wechselnder Dignität und die Spannung der Bauchdecken, welche in Bezug auf die Ausdehnung des Processes schon einen sichereren Anhalt bietet, fehlt in Ausnahmefällen, trotzdem die Bauchhöhle schon weithin inficirt sein kann. Eine acute Appendicitis mit schweren Symptomen im allerersten Stadium steht in Bezug auf Strenge der Indication mit dem eingeklemmten irreponiblen Bruch mindestens gleich, und es sollte im klinischen Unterricht darauf hingewiesen werden. Der praktische Arzt auf dem Lande muss unter Umständen bereit sein, operativ vorzugehen, denn hier kann der mit der Zuziehung eines Chirurgen aus weiter Entfernung verbundene Aufschub den Tod des Patienten bedeuten; transportabel aber sind solche Patienten in der Regel auch nur unter dem Schutze grossstädtischer Einrichtungen. Hoffentlich ist die Zeit nicht fern, wo auch die Landkreise ihre Ambulanzen haben. Das wäre ein Segen für viele Schwerkranken, die heute unter der Ungunst der Verhältnisse ihres medicinischen Anrechts nicht theilhaftig werden können.

Die alte chirurgische Regel: *ubi pus, ibi evacua*, hat wohl auch für die Appendicitis im Allgemeinen ihre Geltung, obwohl früher zahlreiche Fälle zur spontanen Heilung gekommen sein müssen, welche mit Eiterbildung einhergingen. Die wallartig abgegrenzte Schwielen, in der Vorstellung der alten Kliniker eine Infiltration und Quellung des retroperitonealen Bindegewebes, bedeutet in der grossen Mehrzahl der Fälle einen Eiterherd, vielleicht einen sehr kleinen, *intra peritoneum*. Nur zwei Mal konnte ich die Localisation des Processes zwischen den Blättern des Mesenterium, wie es öfters bei den Tuben vorkommt, feststellen, und das eine Mal handelte es sich auch nicht um einen Abscess, sondern um eine Lymphangitis mit Adenitis, welche sehr stürmisch eingesetzt hatte. Hier coupirte die Excision der Appendix den Process. Die nächstliegenden Lymphdrüsen, welche bei der Operation stark geschwellt gefunden wurden, bildeten sich prompt zurück.

Dass die grosse Mehrzahl aller mit Eiterung einhergehenden Fälle auf Perforation beruht, wird jeder erfahrene Chirurg bestätigen können. Für die Verbreitung und die Schwere des Processes ist aber nicht die Perforation an sich von Bedeutung, sondern die Umstände, unter denen sie stattfindet und die Natur des Infectionsstoffes, welcher zur Wirkung kommt. Hier begegnen wir zahlreichen Varianten, und der Forschung über den pathologischen Vorgang bleibt noch ein weites Feld. Ich will nur erwähnen, dass ich zweimal die ausgesprochenste Tendenz zur fortschreitenden Gewebsnekrose beobachtet habe. In dem einen Falle stiessen sich grosse Muskelmassen von den tiefen Bauch-

muskeln ab. Alles Zellgewebe bis hoch hinauf unter das Zwerchfell ging verloren, so dass die untere Hälfte der Niere entblösst in der ausgedehnten Wunde lag. Der Fall verlief fast wie eine Nosokomialgangrän, kam aber schliesslich doch zur Heilung, allerdings nach einer unendlich mühsamen und ereignissvollen Behandlung. In dem anderen Falle stiessen sich handteller-grosse Fetzen des Bauchfells und retroperitonealen Zellgewebes ab, ohne dass der Verlauf besonders stürmisch war. Auch hier trat Heilung ein.

Mit einer verständnissvolleren Differenzirung der pathologischen Vorgänge dürfen wir schliesslich wohl auch das Auffinden eines wirk-samen Antidotes erhoffen, welches unsere zur Zeit bestehende Ohn-macht gegenüber den foudroyant verlaufenden Fällen von septischer Peritonitis zu Gunsten eines heilkräftigen Einschreitens beseitigt. Versuche in dieser Richtung mit Antitoxinen scheinen ja auch hie und da zu ermuthigenden Resultaten geführt zu haben. Aus meiner Erfahrung kann ich dieselben leider nicht bestätigen. Die wenigen Fälle, in denen ich diese specifische und zweifellos logisch gedachte Behandlung neben der Operation und ohne dieselbe versucht habe, zeigten auch nicht die geringste Reaction im Sinne einer günstigen Wendung und ich kann wohl sagen, dass ich bis jetzt noch keinen Fall dieser Art habe gesund werden sehen. Ich halte diese Fälle in ihrem Wesen und in ihrer Bedeutung auch für ganz etwas Anderes, als die progredienten eitrigen Peritonitiden, deren man trotz ihrer gelegentlichen kolosalen Verbreitung durch energisches Vorgehen doch noch Herr werden kann, und wenn es mir gelungen ist, eine Anzahl von Fällen anscheinend allgemeiner Peritonitis zu retten, so möchte ich die Erklärung dafür vor Allem wiederum darin finden, dass es sich in diesen Fällen um eine harmlosere Noxe gehandelt hat. Hier möchte ich gleich erwähnen, dass ich von der seiner Zeit von verschiedenen Seiten warm empfohlenen Behandlung der acuten Peritonitis mit Laxantien nach der Operation ganz zurückgekommen bin, und sie in den ernsteren Fällen geradezu für schädlich halte. In den mildereren Fällen aber kommt man ohne sie aus.

Das Kapitel „Appendicitis“ ist heut zu Tage so ausgedehnt und vielseitig, dass es mir nicht einfallen kann, in diesem Rahmen eine erschöpfende Behandlung auch nur einer der vielen wichtigen Fragen zu liefern, welche auch jetzt noch discutirbar sind. Vielmehr möchte ich einige Dinge hervorheben, welche sich mir im Laufe der Jahre bewährt haben und bei denen ich, sozusagen, stehen geblieben bin.

Vielleicht klingt es veraltet, wenn ich sage, dass ich auch heute noch die genaue Localisirung des Herdes zu dem Zwecke, mich ihm möglichst ohne die Eröffnung des freien Peritonealraumes

zu nähern, für wichtig halte. Letztere lässt sich ja oft genug nicht umgehen, aber selbst wenn dies der Fall ist, wird man darauf hinarbeiten müssen, den Eiterherd trocken zu legen, möglichst bevor ein ausgiebiges Manipuliren im Peritonealraum, etwa behufs Entfernung des Appendix, nothwendig wird. So operire ich auch jetzt noch nicht selten von dem hinteren oder seitlichen Schnitt aus, oder durch den Boden des kleinen Beckens von Mastdarm oder Scheide aus, oder ich mache combinirte Eingriffe, immer in der Idee, möglichst zu entlasten und septische Stoffe zu entfernen, deren Contact mit der übrigen Serosa im Verlaufe der Operation sonst vielleicht schwer zu vermeiden ist. Für die gar nicht so seltenen Fälle, in denen der Herd in Folge der Lagerung des Wurmfortsatzes sich an der Hinter- oder Seiten-Fläche des Colon ascendens befindet, hat sich mir als diagnostisches Merkmal folgender Befund im Ganzen als zuverlässig erwiesen: Befindet sich die untere Grenze eines abtastbaren Exsudats in der Höhe der Spina anterior superior, so handelt es sich fast ausnahmslos um eine Localisirung nach hinten oder seitlich vom Colon ascendens. Solche Exsudate scheinen nicht selten, dem Tastgefühl nach, der vorderen Bauchwand unmittelbar anzuliegen und andererseits kann ihre Abtastung gegen die Lendengegend, zumal bei fettleibigen Personen sehr unsicher sein. Beim vorderen Einschnitt wird man aber in diesen Fällen fast regelmässig enttäuscht und es ist dann im Allgemeinen rathsamer, einen hinteren oder seitlichen Schnitt hinzuzufügen. Der Letztere bietet auch die Vortheile des sicheren Secretabflusses und disponirt nicht zur Bruchbildung. Die Entfernung des Wurmfortsatzes gelingt von dieser Incision aus oft bequem, wo sich ihr bei einem vorderen Schnitt grosse technische Schwierigkeiten entgegenstellen können. In den ganz seltenen Fällen von fötal gelagertem Coecum kann natürlich ein oberhalb der Spina gelegenes Exsudat auch der vorderen Bauchwand anliegen. In nicht ganz frischen Fällen von nach hinten gelegenen Exsudat wird in der Regel auch eine leichte Verbreiterung und Fülle auf der Seite der Erkrankung angedeutet sein.

In einem Falle ging ich bei einer Hochschwangeren von der Flanke aus vor, in der Meinung, einen Appendixherd vor mir zu haben. Ich traf aber auf ein vereitertes, durch den graviden Uterus ganz nach oben gezogenes Ovarium. Auch bei Wöchnerinnen, wenn die Adnexa noch nicht zu ihrer normalen Lage herabgestiegen sind, kann man durch die Lage des Exsudates dazu verleitet werden, eine Appendicitis zu diagnosticiren, während es sich um Ovarial-Abscess handelt. Auch diesem Irrthum bin ich verfallen.

Eine ziemlich grosse Zahl von Appendixeiterungen, welche das

kleine Becken anfüllen, habe ich per rectum angegriffen und ich kann diesen Eingriff als einen verhältnissmässig einfachen und wirk-samen empfehlen. In der Regel wird man auf der Höhe des Exsudates, welches sich dem durch die vordere Wand des Rectum tastenden Finger als eine bequem zu erreichende Rundung entgegenstellt, eine weichere, fluctuirende, der hinteren Wand des Beckens näher gelegene Stelle fühlen. Hier vergewissert man sich zunächst durch Probe-aspiration mit einer genügend langen Nadel von der Anwesenheit des Eiters und durchbohrt dann unter Führung des Fingers mit einem stumpfspitzen Instrument, dessen Branchen von einander entfernt werden können, mittelst eines kurzen Stosses die Serosa, nachdem man sich vorher mit leichtem, bohrendem Druck durch die inneren Schichten der Darmwand gewühlt hat. Es ist nicht gut, das Exsudat, etwa durch Punction, vorher zu sehr zu entlasten, da es sonst dem eröffnenden Stosse zu geringen Widerstand entgegensetzt. Es folgt das Einlegen eines T-Rohres, welches auf dem Wege durch das Rectum keine Seitenöffnungen hat. Ein zweites, ziemlich starkes Rohr, seitlich gelöchert, liegt neben diesem Rohr allein im Rectum und hat den Zweck, Anhäufungen in demselben zu verhüten. Beide Röhren müssen vor dem Sphincter durch Sicherheitsnadeln, oder Fäden und Pflasterstreifen gegen das Herausgleiten gesichert werden. Es empfiehlt sich, vor der Operation den Sphincter leicht zu dehnen und Kothmassen auf trockenem Wege zu entfernen, weil Spülflüssigkeiten leicht in die oberen Darmabschnitte gelangen und verspätet und störend während und nach der Operation abfliessen. Der stark herabgedrängte Beckenboden weicht nach der Entleerung meistens hoch nach oben, sodass die Wiedereinführung des Rohres, falls es zu früh herausgeglitten ist, sehr mühsam sein kann. In der Regel kann man es nach wenigen Tagen entfernen, da solche Eiterungen meistens früh versiegen und der zurückbleibende Defect gegen Secretansammlungen sichert. Sollte es erforderlich sein, noch einen vorderen Bauchschnitt hinzuzufügen, so kann dies nun geschehen, ohne dass das Operationsgebiet von Eitermassen überschwemmt wird, welche oft sehr reichlich vorhanden waren. Uebrigens habe ich nach der rectalen Eröffnung allein eine ganze Reihe von Fällen genesen sehen und sie empfiehlt sich für den Arzt, welchem die für ein correctes Vorgehen durch die vordere Bauchwand und den Peritonealraum erforderliche Assistenz fehlt.

Eine subtile Technik bei der Operation der eiterigen Appendicitis, immer geleitet von dem Gedanken, die Infection nicht weiter zu tragen, ist natürlich von der allergrössten Bedeutung und jeder Chirurg bildet sich dabei seine besondere Routine heraus. Hat man geschulte

Assistenz, so gelingt es gelegentlich, selbst grössere Eiterherde so zu entleeren, dass ein Contact des Eiters mit den bis dahin nicht in die Entzündung hineingezogenen Parthien so gut wie ganz vermieden wird. Entlastung des Herdes durch Punction unmittelbar vor der Lösung von Verklebungen, welche ihn begrenzen, zunächst sehr kleine Eröffnung mit nachfolgendem, geschicktem und verständnisvollem Auftupfen, wobei die kleinen Schwammstückchen nur einmal gebraucht werden und Alles, einschliesslich der Bauchdeckenwunde, sorgfältig durch Schutzcompressen gedeckt ist, sind hierbei wesentliche Maassnahmen. Indessen sehe ich von der sofortigen partiellen Vereinigung der Wunde selbst in solchen gelungenen Fällen in der Regel zu Gunsten einer secundären Vereinigung ab, obwohl ich die Fäden sogleich durchzulegen pflege. Auch dies unterbleibt in den Fällen, wo ich mir bewusst bin, die Bauchdeckenwunde bei der Operation inficirt zu haben. Man verschleppt zu leicht den Infectionsstoff längs der Stichcanäle und eine sorgfältige Secundärnaht, eventuell unter allgemeiner Narkose, ist vorzuziehen, wenn auch gelegentlich schwierig in Bezug auf die genaue Differenzirung und Coaptation der einzelnen Gewebsschichten.

Eine sorgfältige Verbandstechnik ist bei der Nachbehandlung einer gut operirten acuten Appendicitis vielleicht von keiner vitalen Bedeutung, indessen ist sie doch sehr wesentlich für das Zustandekommen einer günstigen Narbe. Wie wesentlich Letztere namentlich für jüngere Individuen und Leute ist, welche auf Erwerb und Körperbewegung angewiesen sind, wird jeder Praktiker anerkennen, welcher das Dasein seiner Operirten durch viele Jahre zu verfolgen Gelegenheit hatte.

Radicaloperationen gegen lästige Bruchleiden nach Appendicitis sind aber wiederum sehr mühsam, und in Bezug auf das Endresultat aus naheliegenden Gründen nicht besonders sicher. Es bedeutet daher einen gar nicht genug hervorzuhebenden Fortschritt, dass wir in der Intervalloperation ein Mittel besitzen, in geeigneten Fällen Heilung ohne belästigende Folgezustände zu bringen und es ist sicher die Aufgabe des Chirurgen, in seinem diagnostischen Bemühen diejenigen acuten Fälle auszuscheiden, welche der grossen Vortheile dieses Verfahrens zur definitiven Beseitigung ihres Leidens theilhaftig werden können. In New-York sind die acuten Anfälle von Appendicitis übrigens viel weniger häufig geworden, seitdem man bei der chronischen oder recidivirenden die Intervalloperation ausgiebig anwendet und auch dieser Vortheil muss hervorgehoben werden. Sie kann in Ausnahmefällen, namentlich bei Fettleibigen und unzugänglicher Lage des Appendix, schwierig sein. Man findet vielleicht auch einmal eine kleine abgekapselte Eiterung, wo man sie nicht erwartet hatte, aber

im Allgemeinen ist sie eine der sichersten und lohnendsten Operationen, welche die moderne Chirurgie aufzuweisen hat. Ich habe unter der grossen Zahl von Patienten, welche ich der Operation unterworfen habe, glücklicher Weise noch keinen Todesfall zu beklagen, wenn mir auch in einigen wenigen Fällen beängstigende Abweichungen von dem erwarteten glatten Verlauf nicht erspart blieben. Sie mahnen immer wieder von Neuem daran, dass man bei dem complicirten Vorgange, den eine moderne chirurgische Operation vorstellt, seiner Sache sich nicht allzu gewiss fühlen soll, und dass auch die constitutionellen Verhältnisse der Patienten bei chirurgischen Operationen immer und immer wieder der sorgfältigsten Erwägung unterstellt werden müssen. Ich werde die bangen Wochen nie vergessen, während welcher ein an üppige Lebensweise gewöhnter, besonders blühender und kräftiger Mensch, bei dem man vor der Operation allerdings eine Erweiterung der rechten Herzhälfte nachweisen konnte, in Folge von reiner Herzschwäche nach anfänglich glattem Verlauf mit dem Tode rang, oder die quälenden Zweifel, welche ein zwischen den Bauchdecken zurückgebliebenes Schwammstückchen verursachte, bis der Verlauf sich zweifellos zum Guten wendete. Sorgen nach Operationen, welche für Erhaltung des Lebens nicht absolut nothwendig waren, sind doch immer die allerquälendsten. Ich glaube sie ziehen als ein langer, die Lebensfreude dämpfender Schatten über das Dasein jedes beschäftigten Chirurgen.

Dass auch die recidivirende Form der Appendicitis schliesslich vollständig ausheilen kann und, wie es scheint, gerade nach einer schwereren Attaque, beweist Ihr Fall, verehrter Herr Geheimrath, und aus meiner eigenen nahen Verwandtschaft könnte ich mehrere Beispiele dafür anführen. Man wird also, wenn gewichtige Momente gegen eine Operation überhaupt sprechen, hierauf bis zu einem gewissen Grade seine Hoffnungen setzen und mit der Indication zur Operation zurückhaltend sein dürfen. Für einen Emphysematiker, einen bejahrten Patienten mit senilen Veränderungen im Gefässsystem, einen Diabetiker, einen Patienten mit Morbus Brightii nennenswerthen Grades sind Laparotomie, Narkose und mehrwöchentliche Bettruhe immer sehr bedenkliche Zumuthungen, und bei einem Misserfolg ist der Gedanke wenig tröstlich, dass der Patient ohne die Operation vielleicht doch einmal dem Leiden hätte erliegen können. Es kann allerdings so verschieden operirt, narkotisirt und nachbehandelt werden, dass die Indication zu operiren, selbst unter der Vorraussetzung gleichmässig gewissenhafter und vorsichtiger Erwägung, je nach der Persönlichkeit des Chirurgen und den Verhältnissen, unter denen operirt wird, von sehr verschiedenen Resultaten gefolgt sein kann.