IV. Aus dem städtischen Krankenhause zu Barmen.

Zur Chirurgie der Gallenblase.

Von **Dr. Th. Voigt**, Assistenzarzt.

In überraschend schneller Aufeinanderfolge haben sich in den letzten 6—8 Jahren die Berichte über chirurgische Eingriffe am Gallensystem gemehrt. Die Zeitschriften legen hiervon beredtes Zeugniß ab.

Zwar finden wir weit früher schon Aufzeichnungen von Chirurgen, welche Gelegenheit hatten, bei schweren Folgezuständen der Steinerkrankung die Gallenblase zum Object eines operativen Eingriffs zu machen, aber ein systematisches und zielbewusstes Vorgehen auf diesem Gebiete wurde erst möglich, nachdem es durch die Einführung der antiseptischen Operationsmethode dem Chirurgen gestattet war, einen freien Einblick zu thun in die Bauchhöhle, den galleleitenden Apparat in toto zu übersehen.

Naturgemäss sind in dieser Zeit nun eine Reihe verschiedener Operationsmethoden in Anwendung und zur Veröffentlichung gekommen, über deren Werth im allgemeinen ein Urtheil noch nicht zu fällen ist, da das gesammte Material heute noch ein zu kleines ist, um dieser oder jener Methode den entschiedenen Vorzug zusprechen zu können. Erst durch weitere Erfahrung wird sich eine prompte Indicationsstellung herausbilden können, und jedem Verfahren wird dann der ihm gebührende Platz zugewiesen werden.

Ich möchte deshalb jeden Beitrag zur Chirurgie der Gallenblase, und wäre er auch nur von casuistischem Werth, für berechtigt halten. In besonderem Maasse aber ist dies der Fall bezüglich der Bernays-Küster'schen Operationsmethode, der sogenannten idealen Cholecystotomie, von der im Vergleich zu den beiden anderen Hauptmethoden (der Cholecystotomie mit Einnähung der Blase und der Ektomie nach Langenbuch) erst eine ausserordentlich kleine Zahl von Fällen zur Veröffentlichung gelangte.

Die ideale Cholecystotomie ist nun auch das Verfahren gewesen, welches in den 13 Fällen, über die ich im folgenden berichten will, zur Anwendung kam. Die Fälle wurden im Laufe der letzten drei Jahre von Herrn Dr. Heusner operirt, welcher die Güte gehabt hat, mir dieselben zur Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen.

Nur zwei dieser Operationen will ich einer ausführlichen Schilderung unterwerfen, da sie, wie ich glaube, nach mancher Richtung hin besonderes Interesse bieten; bei den übrigen will ich mich mit einer kurzen Skizzirung begnügen, soweit nicht besondere Verhältnisse einer eingehenderen Besprechung werth erscheinen.

1. Fall. In dem ersten Falle, in dem die Diagnose, wohl verzeihlicherweise, nicht gestellt war, handelte es sich um einen im Ductus cysticus eingeklemmten Gallenstein.

Der 24jährige Schuhmacher K. wurde am 20. Juni 1887 in das hiesige Krankenhaus gebracht. Derselbe bot eine Temperatur von 39,2° dar und machte den Eindruck eines schwer kranken Menschen. Puls klein, Frequenz 100. Die Angehörigen berichteten, er habe vor 4 Tagen plötzlich die heftigsten Leibschmerzen bekommen, mit gleichzeitig reichlichem Erbrechen. Seitdem bestände Stuhlverhaltung.

Der Leib des Kranken war nur wenig aufgetrieben, in seiner ganzen Ausdehnung gleichmässig im höchsten Maasse druckempfindlich, sodass von einer genauen Palpation nicht die Rede sein konnte. Häufiges Erbrechen grüner schleimiger Massen. Kein Icterus.

Nach diesen Symptomen wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Perforationsperitonitis gestellt und am folgenden Tage früh zur Laparatomie geschritten:

Schnitt in der Mittellinie vom Nabel zur Symphyse. — Die Därme fanden sich fast leer, in lebhafter Peristaltik; ihre Serosa injicirt, doch keinerlei Zeichen einer purulenten Peritonitis; keine Flüssigkeit im Bauch. Es galt somit, den Grund und Ausgangspunkt dieser heftigen peritonitischen Reizerscheinungen zu entdecken, und als Herr Dr. Heusner mit der Hand in die Wunde einging, um das Innere der Bauchhöhle abzutasten, fand er eine auf Hühnereigrösse erweiterte, prall gespannte Gallenblase. Der Ductus cysticus war fingerdick, und an seiner Einmündungsstelle in den Ductus choled. war ein fest eingekleibter haselnussgrosser Stein zu fühlen. Nach längerer Bemühung glückte es, denselben in die Gallenblase zurückzuschieben, welche sich in demselben Moment entleerte, sodass es nun auch möglich war, noch 4 weitere Steine von der gleichen Grösse in derselben zu constatiren. Die Einklemmung zwar war hiermit gehoben, aber der Grund des Uebels nicht beseitigt, und Herr Dr. Heusner beschloss, um weiteren Zufällen vorzubeugen, die Steine aus der Gallenblase zu entfernen. — Die Bauchwunde wurde geschlossen und ein 8 cm langer parallel zum Lebertrand verlaufender Schnitt über der Gallenblase angelegt. Aus demselben wurde die nur noch wenig vergrösserte Gallenblase, welche leicht mit ihrer Umgebung verklebt war, hervorgezogen und mit einer mit Gummischlauch armirten Kornzange festgehalten. Der übrige Theil der Wunde wurde sorgfältig mit Sublimatgaze ausgestopft, um den Eintritt von möglicherweise infectiöser Galle in die Bauchhöhle zu verhüten, und dann zur Eröffnung der Gallenblase geschritten. Ein 2½ cm langer, horizontal über die Kuppe der Gallenblase verlaufender Schnitt genügte, um 5 haselnussgrosse, unregelmässig geformte Cholesteinkalksteine mit der Kornzange zu entfernen. Die Wandung der Blase war beträchtlich verdickt, die Schleimhaut von normalem Aussehen. Nach einer Ausspülung mit 1‰ Sublimatlösung wurde die Gallenblase mit 6 gewöhnlichen Seidennähten (mit Vermeidung der Schleimhaut) geschlossen.

Da bei Fingerdruck auf die Gallenblase keine Flüssigkeit mehr zwischen den Suturen hindurchtrat, wurde die Naht für zuverlässig angesehen. Die Sublimatgaze wurde aus der Wunde entfernt, die Gallenblase versenkt und die Bauchhöhle geschlossen. — Verband.

Das Befinden des Patienten war in den ersten vier Tagen nach der Operation noch kein zufriedenstellendes. Allgemeine Schmerzen im Leib, Erbrechen und Temperatursteigerung bis 39,6° hielten an, Erscheinungen, die durch die vorhandene Reizung des Peritonäums zu erklären sind. Am fünften Tage jedoch liessen diese Symptome nach, und am sechsten Tage befand sich der Kranke durchaus wohl und erholte sich von da ab sichtlich. Am achten Tage wurden die Nähte der Bauchwunden entfernt, welche beide p. pr. int. verheilt waren. Drei Wochen nach der Operation konnte der Kranke als vollständig geheilt angesehen werden.

Der Grund, weshalb ich diesen ersten Fall etwas eingehender beschrieb, liegt einmal in dem eigenartigen Beginn der Erkrankung; denn es ist von diagnostischem Interesse, zu sehen, wie sich hier die plötzliche Einklemmung des Steines im Ductus cysticus unter den Erscheinungen der acuten Peritonitis documentirte. Da weder Icterus vorhanden, noch früher Kolikanfälle beobachtet wurden, war von vornherein die richtige Diagnose kaum zu stellen. In zweiter Linie wollte ich diesen in Bezug auf die Verhältnisse der Gallenblase sonst nicht complicirten Fall dazu benutzen, die Art und Weise der Operationstechnik zu kennzeichnen, wie sie Herr Dr. Heusner auch später in derartigen Fällen zu üben pflegte.

2. Fall. Am 7. September 1887 wurde die 42jährige Arbeiterfrau P. aufgenommen, die erst seit 5 Tagen an den heftigsten Koliken litt, welche

im Anschluss an ein normales Wochenbett plötzlich Nachts entstanden waren. Temperatur 38,5°.

Die Lebergegend war auf Druck höchst empfindlich, die Leber selbst nicht geschwollen. Der Gallenblase entsprechend war ein gänseeigrosser, ziemlich harter Tumor fühlbar. Diagnose: Gallensteine. Operation am 8. September.

Nach Incision der Gallenblase entleeren sich etwa 100 g concentrirter Galle, hierauf Extraction eines taubeneigrossen Steins. Wandung der Gallenblase nur wenig verdünnt — Naht und Versenkung derselben. Die Temperatur fiel nach der Operation sofort zur Norm. — Am 5.—7. Tage sickerte eine geringe Menge seröser gelblich-grüner Flüssigkeit durch eine Ecke der Bauchwunde, welche im übrigen p. pr. int. verheilte. Die kleine Oeffnung schloss sich jedoch am 9. Tage wieder vollständig, und Patientin wurde am 29. September geheilt aus dem Krankenhaus entlassen.

Einige Wochen später besuchte die Kranke die Sprechstunde des Herrn Dr. Heusner und klagte über Schmerzen in der Gegend der Bauchnarbe. Es wurden Kataplasmen verordnet, und als die Frau 8 Tage darauf wiederum erschien, war die Narbe an einer Stelle aufgebrochen, und in der Oeffnung der hier entstandenen eiternden Fistel waren einige Gazefäden sichtbar. Der vergessene Gazestreifen war leicht zu extrahiren.

Dieser an sich freilich unangenehme Zwischenfall beeinträchtigte jedoch die Heilung der Kranken nicht. Die Fistel schloss sich in wenigen Tagen spontan.

3. Fall. Die Fabrikarbeitsfrau F., 39 Jahre alt, litt seit einem halben Jahre an häufig wiederkehrenden Gallensteinikoliken; dabei schon öfter Gelbsucht. Jetzt seit 4 Tagen die heftigsten Schmerzen, verbunden mit starkem Icterus. — Leber wenig geschwollen; Gallenblase nicht palpabel. Stuhlgang blass, doch nicht thonfarben. — Keine Kolikschmerzen mehr.

Operation am 20. October 1888: Gallenblase mässig ausgedehnt, mit dem Colon fest verwachsen. Lösung der Adhäsionen. Ductus cysticus und choled. frei. Eröffnung der Gallenblase und Extraction von 40 erbsen- bis haselnussgrossen Steinen. — Ausspülung und Naht der Gallenblase.

Trotz des vollständigen Wohlbefindens der Kranken nach der Operation behielten die Fäces noch länger eine blasse Färbung und schwand der Icterus nur allmählich, Umstände, die aus einer katarrhalischen Schwellung der Schleimhaut des Ductus choled. zu erklären sind. — Die Bauchwunde verheilte primär. — Am 10. November wurde Pat. geheilt entlassen.

4. Fall. Die 23jährige Fabrikarbeiterin K. wurde am 5. October 1888 wegen Typhus abd. in's Krankenhaus aufgenommen und machte noch während dieser Krankheit, besonders aber nach Ablauf derselben eine Reihe äusserst heftiger Gallensteinikoliken durch. Den Beginn dieses Leidens datirt Pat. auf ihre Kindheit zurück. In letzter Zeit gehäufte Anfälle. Häufig Gelbsucht. Leber nicht geschwollen; Gallenblase nur undeutlich zu fühlen.

Bauchschnitt am 20. November 1888: Gallenblase ausgedehnt, ragt bis 3 cm unter den Lebertrand. Ihre Wandung erweist sich als stark verdickt (3—4 mm); Entfernung von ca. 200 Steinen verschiedenster Grösse; darunter eines fast wallnussgrossen. Die Extraction derselben geschah zum Theil mit der Kornzange, zum Theil mit einem schmalen schaufelförmigen stumpfen Löffel, welcher 12 cm tief eingeführt werden konnte. — Ausspülung und Naht der Gallenblase etc. Wundheilung p. pr. int. Pat. am 19. December 1888 geheilt entlassen.

5. Fall. Die 24jährige Arbeiterfrau W. kam nach 2jährigem Gallensteinleiden am 31. December 1888 zur Operation. Aus der Gallenblase, welche nicht vergrössert, und deren Wandung nur unbedeutend verdickt war, wurden 40 erbsen- bis haselnussgrosse Steine entfernt. Wegen gleichzeitig bestehender alter Perimetritis mussten die beiden entarteten und fixirten Ovarien extirpirt werden.

Die Patientin, welche durch ihr doppeltes Leiden elend und bis auf's äusserste heruntergekommen war, erholte sich langsam, aber vollständig. Am 6. Februar 1889 konnte sie, frei von allen Beschwerden, entlassen werden.

6. Fall. Die Dienstmagd M., 21 Jahre alt, litt seit 4 Jahren an Gallensteinikoliken und kam am 24. Mai 1889 zur Operation. — Aeusserlich war weder Leber noch Gallenblase fühlbar. Nach Eröffnung der kaum vergrösserten Gallenblase entleerten sich aus derselben ca. 100 ccm einer dicken, schleimigen, mit Eiterflocken versetzten Galle. Die Wandung der Blase war beträchtlich (über ½ cm) verdickt, keineswegs mürbe; die Schleimhaut aufgelockert, leicht blutend; keine Ulcerationen. Der Ductus cysticus war auf Fingerdicke erweitert. — Extraction von 5 über erbsengrossen polyedrischen Steinen. Die Naht der Gallenblase war wegen der Stärke der Wandung besonders leicht und sicher auszuführen. Heilung der Wunde p. pr. int. Keine Temperatursteigerung nach der Operation. Pat. wurde am 25. Juli geheilt entlassen.

Ich komme nun zu einem 7. Fall, dem ich in Rücksicht auf das ganz besondere Interesse, welches er nach verschiedener Richtung hin bietet, eine eingehende Besprechung widmen will.

7. Fall. Es handelte sich um die 38jährige Schuhmachersfrau R., welche seit 15 Jahren von Gallensteinikoliken geplagt war, die im Laufe der Jahre an Heftigkeit immer mehr zugenommen hatten. Schon häufig Icterus. Fast regelmässig hatte die intelligente Patientin während der Anfälle erbsengrosse, eckige Steine in den Stuhlentleerungen gefunden. — Sie war bereits von einer grossen Anzahl der Aerzte aus der Stadt mit allen innerlichen Mitteln erfolglos behandelt worden, als sie sich am 5. Juni 1889 in das Krankenhaus aufnehmen liess. — Seit 6 Wochen hatten ihrer Angabe nach die Schmerzen nicht mehr aufgehört und waren besonders heftiger und qualender Natur. In dieser Zeit war es ihr auch nicht mehr gelungen, mit den Excrementen abgegangene Steine aufzufinden.

Die Kranke war in den letzten Wochen stark abgemagert und entkräftet, war hochgradig nervös und erregbar. Sie klagte über Kopfschmerzen, lästiges Hautjucken, häufiges Aufstossen und galliges Erbrechen, Stuhlverhaltung. Es fand sich ferner ein leichter Icterus; die Leber nicht vergrössert; die Gallenblase überhaupt nicht fühlbar; in ihrer Gegend eine undeutliche Re-

sistenz, die der grossen Schmerzhaftigkeit wegen nicht genauer abgetastet werden konnte. Die Fäces, vielleicht etwas blasser als normal, waren doch von bräunlicher Farbe; im Urin Spuren von Gallensäuren. — Die Diagnose war nicht schwer zu stellen; aus der Anamnese ging das Vorhandensein von Concrementen untrüglich hervor; das Bild, welches die Kranke darbot, war fraglos das der Cholämie. Nur musste es wunderbar erscheinen, dass weder die Leber vergrössert, noch Stauung in der Gallenblase nachweisbar war, dass die Farbe der Fäces braun, und endlich die icterische Hautfärbung so wenig ausgesprochen erschien. — Der Zufluss der Galle zum Darmcanal konnte also nicht vollständig versperrt sein, und doch musste ein bedeutendes Hinderniss vorliegen, welches die vorhandenen Symptome der Cholämie bedingte. Der Sitz dieses Hindernisses musste mit Bestimmtheit im Duct. choled. zu suchen sein, wenn man nicht an Lebergallensteine denken und den Verschluss in den Duct. hepat. verlegen wollte. Endlich noch musste man sich Rechenschaft geben über die Natur des Verschlusses: Gallensteinbildung war sicher vorhanden — das ergab die Anamnese — aber hier musste auch an die Möglichkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins einer Neubildung gedacht werden, die sich als Folge des langdauernden Reizes durch die Concremente am Gallensystem entwickelt haben konnte.

Für einen chirurgischen Eingriff war es, in Anbetracht der grossen Häufigkeit der Patientin, die höchste Zeit — wenn eine Operation überhaupt in Betracht kam, das Hinderniss zu heben.

Am 6. Juni 1889 ging dieselbe vor sich: Bauchschnitt über der Resistenz in der Gallenblasengegend quer durch den Rect. abd. dext. Stillung der geringen Blutung. — Erst nach einigem Suchen wurde die Gallenblase in der Grösse einer Wallnuss unter dem Lebertrand gefunden. In ihrer ganzen Länge war sie, desgl. der Duct. cyst. mit Netz und Magen verwachsen und bildete so einen zum grössten Theil unter der Leber liegenden Tumor von unbestimmten Grenzen. — Nach sorgfältiger Lösung der Adhäsionen zwischen Netz und dem Fundus der Gallenblase wird ersteres, welches jetzt gleich einer Krause nur noch am Hals der Blase festhing, mit 4 Nähten an den Rändern der Bauchwunde befestigt, um einmal das Zurücksinken der Gallenblase zu verhüten, dann aber vor allem, um die Bauchhöhle vor dem Eintritt etwa septischer Galle zu bewahren. — Eröffnung der Gallenblase; Wandung verdickt — über $\frac{1}{2}$ cm — und derb anzufühlen; es entleerte sich eine geringe Menge — etwa 20 ccm — normaler Galle; Schleimhaut leicht blutend, sonst von normaler Beschaffenheit. Mit der Kornzange und dem bereits erwähnten stumpfen Löffel wurden 5 stark erbsengrosse Cholesteinsteine aus der Blase entfernt. Ein tieferes Eingehen und Sondiren mit der Kornzange war unmöglich, da das Lumen des Duct. cyst. ein zu enges war; gestattete doch die Gallenblase selbst nicht einmal das Eindringen des kleinen Fingers. Auf diesem Wege also war die Untersuchung des Duct. choled. unmöglich, und es blieb somit nichts anderes übrig, als den gemeinschaftlichen Gallengang selbst zugänglich zu machen. Die Gallenblase wurde deshalb vernäht, und nun an die vollständige Lösung derselben und ihrer Ausführungsgänge bis an's Duodenum gegangen. — So mühsam das Unternehmen auch war, es glückte ohne eine nennenswerthe Blutung, und, wie vermuthet, fand sich ein Stein von der Grösse einer kleinen Wallnuss kurz vor der Einmündungsstelle des Duct. choled. in das Duodenum. Hinter demselben war noch eine Anzahl kleinerer Concremente deutlich fühlbar. — Die Versuche, den eingeklemmten Stein durch Fingerdruck in den Darm vorzuschieben oder etwa rückwärts zu bewegen, missglückten; es gelang auch nicht, denselben mittels einer mit Gummischlauch armirten Kornzange durch allmählichen Druck zu zertrümmern (eine Methode, die, wie ich finde, von Credé mit Erfolg angewandt wurde¹⁾). Es musste somit zur Eröffnung des Duct. chol. geschritten werden, als dem einzigen Wege, auf dem in diesem Falle die Beseitigung des gefährbringenden Hindernisses möglich schien. Der Stein wurde von aussen mit zwei Fingern gefasst, und die Wandung des Duct. chol. bis an ihre Einmündungsstelle in den Darm eingeschnitten, eine Oeffnung von $1\frac{3}{4}$ cm. Nach Heraushebeln des Steines entleerten sich sofort 100 ccm reiner normaler Galle und mit ihr noch 8 kleinere Concremente. Die Form des eingeklemmten Steines, vermöge deren es möglich gewesen war, dass neben der bestehenden Stauung doch ein Theil der Galle seinen normalen Weg passirte, war eine im allgemeinen längliche, mit den grössten Durchmessern von 2 und $1\frac{1}{2}$ cm; ausserdem wies derselbe einige Abplattungen und drei halberbsengrosse Auswüchse an seiner Oberfläche auf. Es war die Form des Concrements somit wohl geeignet, eine derartige unvollständige Verstopfung des Canals herbeizuführen, wie sie den klinischen Symptomen nach angenommen werden musste. — Nun zurück zum weiteren Gang der Operation. — Der starken Ausdehnung des Duct. choled. entsprechend, war die Wand desselben beträchtlich verdünnt. Dieser Umstand, wie die tiefe Lage und die Unmöglichkeit des Hervorziehens erschwerten die jetzt folgende Naht des Ductus auf's äusserste, und es bestand der mühsamste Act der ganzen Operation im Verschluss dieser Incisionsöffnung, aus der zudem ununterbrochen die in den Lebergängen gestaute Galle ausfloss.

Selbst nach der Vollendung, nach Anlegung von 8 feinsten Seidennähten, welche mit Vermeidung der Schleimhaut gelegt wurden, erwies sich der Verschluss nicht als zureichend, indem immer noch auf Fingerdruck die Galle zwischen den Suturen hindurchsickerte. — Da also der Austritt von Galle an dieser Stelle mit Sicherheit zu erwarten war, wurde ein Doppeldrain von der Nahtstelle nach dem äusseren Winkel der Bauchwunde geleitet und letztere geschlossen. Aber auch jetzt noch würde die ausfliessende Galle ihren Weg in die Bauchhöhle gefunden haben, hätte sich in's kleine Becken gesenkt und konnte hier durch Stagnation gar leicht zur septischen Peritonitis führen. Dieser Gefahr nun wurde durch die Lagerung der Kranken vorgebeugt, und zwar in der Weise, dass das Fussende des Bettes auf 2 Fuss hohe Klötze gestellt und am Kopfende alle Kissen bis auf ein leichtes Federkissen entfernt wurden. Es leuchtet

ein, dass der ausströmenden Flüssigkeit so der Weg durch die Drains gewiesen war und, wie wir sehen werden, mit dem besten Erfolg.

Schon während der Operation war der Zustand der Patientin öfter ein Bedenken erregender; der Puls war klein, bisweilen fast geschwunden, ihr Aussehen bleich, collapsähnlich, und durch häufiges Erbrechen grünlicher Massen wurde der Verlauf der Operation zu wiederholten Malen in unangenehmster Weise gestört. Dementsprechend nun gestaltete sich auch das Befinden der Kranken in den folgenden Tagen. — Dasselbe war in den ersten drei Tagen nach der Operation ein äusserst schwaches; der Puls war klein, doch nicht über 100. Die Kranke vermochte nur Eispillen und minimale Mengen von Eismilch bei sich zu behalten; alles andere gab sie sofort durch Erbrechen, welches stets mit den heftigsten Schmerzen verbunden war, wieder von sich. — Aus den Drains floss eine ausserordentlich grosse Menge von Galle; der Urin, gering an Menge, war dunkel, concentrirt; die Fäces jetzt thonfarben. — Die Wunde sah dabei vortrefflich aus, keine Spur von Eiterung. Am 5. Tage erst nahm das Befinden der Patientin eine entschiedene Wendung zum Besseren; das Erbrechen hörte auf, der Verband war nur noch leicht grünlich verfärbt, die Stuhlentleerungen zeigten eine braune Farbe. Am 7. Tage endlich bestand, abgesehen von einem noch bedeutenden Schwächezustand, beinahe vollkommenes Wohlbefinden. Der Verband war trocken, der Bauchschnitt bis auf die Drainöffnung p. pr. int. verheilt; der Puls 86, kräftig. Die Temperatur betrug niemals über $37,6^{\circ}$, war vielmehr in den ersten Tagen subnormal, $36,7^{\circ}$ gewesen. — Am 9. Tage schliesslich konnten die Drains entfernt werden, und nun schloss sich die Wunde in 4 Tagen vollständig. — Am 28. Juni, also 3 Wochen nach der Operation, wurde die Patientin geheilt entlassen, in einem gesundheitlichen Zustand, wie sie ihn schon lange nicht mehr gekannt hatte.

Wie bereits angedeutet, bieten in klinischer Hinsicht die Verhältnisse dieses eben beschriebenen Falles insofern Bemerkenswerthes, als daraus ersichtlich ist, dass auch bei nicht vollkommenem Verschluss des Duct. choled. die drohendsten Erscheinungen der Cholämie zustande kommen können, und dass dann, eben durch die theilweise Wegsamkeit des gemeinsamen Gallenganges, einige Erscheinungen, welche sonst für die Diagnose Cholämie allgemein gefordert werden, in den Hintergrund treten, ja überhaupt nicht vorhanden sind. So vermisste man hier die Schwellung der Leber (denn die Atrophie der späteren Stadien ist nach 6 Wochen noch nicht zu erwarten), es fehlten ferner die entfärbten Stuhlentleerungen und der ausgeprägte Icterus. Die Ausdehnung der Gallenblase, welche ja ebenfalls sonst in der Regel als cholämisches Symptom angetroffen wird, konnte in diesem Falle schon wegen der schwartig verdickten Wandung und der derben Adhäsionen mit der Umgebung nicht zustande kommen.

Neben dieser Eigenthümlichkeit der klinischen Symptome ist nun die Operation selbst als solche, wie ich glaube, ein wichtiger Beitrag zur Chirurgie des Choledochalverschlusses. — Nur selten ist bis jetzt überhaupt der Verschluss des Duct. choled. mit günstigem Erfolge operativ behandelt worden, und es bestand das Verfahren, wo derselbe durch Einklebung eines Concrementes bedingt war, entweder in der Zertrümmerung desselben von der eröffneten Gallenblase aus¹⁾ oder in der direkten Zertrümmerung durch die Wandung des Duct. choled.²⁾ Die erstere Methode wäre im vorliegenden Falle bei der starken Verengung des Duct. cyst. nicht ausführbar gewesen; die letztere wurde versucht, — aber vergeblich. — Hätte man nun von einem weiteren chirurgischen Eingriff behufs Entfernung des Steines Abstand genommen, so musste man wenigstens doch die wichtigste Aufgabe, welche beim Choledochalverschluss, — bei Cholämie in der Beseitigung der Gallenstauung besteht, erfüllen, und es wäre das nur durch die Anlegung einer Gallenblasenfistel nach aussen oder in den Darm (v. Winiwarter) zu erreichen gewesen. — Aber abgesehen davon, dass eine Fistelbildung nach aussen nicht möglich gewesen wäre, weil die geringe Grösse der Gallenblase und ihre Lage unter der Leber ein Einnähen in die festen Bauchdecken, wie sie hier vorhanden waren, nicht gestattet hätte, so wäre doch in jedem Falle der Stein im Duct. choled. seinem Schicksal überlassen geblieben, hätte zur Verschwärung der Wandung des Gallenganges und somit zu bedenklichen, unabsehbaren Folgen führen können. Es schien also, wollte man die Flinte nicht in's Korn werfen, die Entfernung des Concrements durch direkte Incision des Duct. choled. der einzige Ausweg³⁾. Wie berichtet, war der Erfolg der Operation ein äusserst günstiger, und wenn man auch so leicht sich zu einem derartigen Vorgehen nicht entschliessen wird, so ist es doch für ähnliche Fälle, wie der vorliegende, von grösstem Werth, durch den Verlauf dieses Falles bewiesen zu sehen, dass die Eröffnung des Duct. choled. nicht als ein absolut tödtliches Verfahren zu betrachten ist, wenn man nämlich bei Unzulänglichkeit der Naht das Ausströmen

¹⁾ 2 Fälle von Knowsley Thornton, British med. Journal 87.

²⁾ Credé, l. c.

³⁾ Nach Abschluss meiner Abhandlung fällt mir die Veröffentlichung von Kümmel in die Hände, welcher gleichfalls einen Stein aus dem incidirten Duct. choled. entfernte. Pat. † 20 St. p. op. (Deutsche Medic. Wochenschr. No. 12. 1890.)

¹⁾ Verhandlgn. d. Deutsch. Ges. für Chirurgie 1889.

der Galle in die Bauchhöhle zu vermeiden weiss — durch die Lagerung des Kranken. Dieser Lagerung haben wir meiner Ueberzeugung nach die Genesung der Patientin in erster Linie zu verdanken. — Freilich ist hierbei der Umstand noch wohl zu beachten, dass ein günstiger Verlauf vielleicht auch hier nur deshalb möglich war, weil die Galle, von der ja wahrscheinlich ein kleiner Theil in die Bauchhöhle gelangt ist, aseptisch war.

Ich möchte endlich noch einer anderen Methode zur Entfernung von Concrementen aus den Gallenausführungsgängen gedenken. Es ist dieses ein Gedanke, auf den Herr Dr. Heusner nach Vollendung der Operation kam, ob nämlich der Stein nicht durch Einstechen einer dünnen Nadel gesprengt werden könne. Der Versuch wurde an dem frischen, eben extrahierten Gallenstein (gewöhnlicher Cholestearinkalkstein) mit einer Nähnadel ausgeführt, und der Stein zersprang in mehrere Stücke. — Sollte sich dieses Verfahren, welches ja vor allem den Vorzug der absoluten Ungefährlichkeit für sich hat, bewähren, so wäre damit ein unschätzbares Hilfsmittel gefunden, in schonender Weise ein eingekleistes Concrement zu beseitigen. — Bei Durchsicht der Litteratur finde ich, dass Taylor¹⁾ einen fest im Duodenum eingeklemmten Stein in dieser Weise zu zertrümmern versuchte, freilich ohne den gewünschten Erfolg. Die näheren Umstände dieses Falles sind mir nicht bekannt, da mir die Abhandlung leider nicht zugänglich war.

8. Fall. Die 43jährige Näherin S. hatte vor 3 Wochen zum ersten Mal heftige Schmerzen in der Lebergegend, welche 3 Tage hindurch anhielten. Am 2. Tage hatte sich Gelbsucht eingestellt, die erst nach einer Woche wieder geschwunden war. Die ohnedies schon schwächliche, hysterische Person war in der kurzen Zeit durch häufiges Erbrechen und mangelhafte Nahrungsaufnahme sehr heruntergekommen. — Der Lebertrand war 2 fingerbreit unter dem Rippenbogen fühlbar, die Gallenblase fast auf Hühnereigrösse erweitert, höchst druckempfindlich. Kein Icterus mehr. — Operation am 14. November 1889. Die vergrößerte Gallenblase war an ihrem Scheitel durch leicht lösbare Adhäsionen mit dem Netz verwachsen. Incision und Extraction eines 7½ g schweren taubeneigrossen Cholestearinsteines. Wandung der Blase fast ½ cm dick, daher leicht zu nähen. Schliessung der Bauchwunde. Heilung p. pr. int.

9. Fall. Die 42jährige Arbeiterfrau U. hatte vor 2 Monaten plötzlich beim Stuhlgang einen heftigen Schmerz im Leibe gespürt, während sie vorher angeblich vollkommen gesund gewesen war. Nie Gelbsucht, nie Kolikanfälle. Der Schmerz hielt einige Tage an und liess dann allmählich nach. Seitdem hatte die Kranke eine Geschwulst in der rechten Seite des Leibes bemerkt, welche ihr bei stärkeren Bewegungen, besonders aber beim Bücken die unerträglichsten Beschwerden verursachte, sodass sie am 4. December 1889 behufs einer eventuellen Operation das Krankenhaus aufsuchte. — Die Untersuchung ergab einen der Lage nach der Gallenblase entsprechenden, faustgrossen harten Tumor, welcher sich vom Lebertrand, der glatt in die Geschwulst überzugehen schien, bis 3 fingerbreit unter Nabelhöhe erstreckte. Derselbe war mit den Bauchdecken nicht verwachsen und deutlich mit der Athmung verschieblich. Leber sonst nicht geschwollen. Kein Icterus; kein Fieber.

Diagnose: Carcinom der Gallenblase mit ausgedehnten Verwachsungen. Zur Sicherstellung der Prognose (auf Wunsch der Patientin) Eröffnung der Bauchhöhle am 6. December 1889. Die Gallenblase, von normaler Grösse, liegt verborgen unter einer an ihr fest adhärennten Netzüberkleidung. Nach hinten ist sie mit dem Duodenum, nach vorn mit der Rückfläche der Leber verflochten, welche letztere selbst in den der Geschwulst angrenzenden Partien grau-weisslich indurirt gefunden wird. Das Ganze präsentirte sich als ein gänseegrosser, derber, etwas höckeriger Tumor. Obgleich die mikroskopische Diagnose auch jetzt noch auf Carcinom gestellt wurde, nahm Herr Dr. Heusner doch nach Ablösung der Adhäsionen, soweit erforderlich, die Eröffnung der Gallenblase vor und extrahierte aus derselben 12 bis haselnussgrosse Steine, welche sich zumeist in dem erweiterten Ductus cysticus befanden. — Nach Excision eines flachen Stückes aus der stark verdickten, derben Gallenblasenwandung sowohl, wie aus der indurirten Partie der Leber, wurde die Gallenblase wie die Leberwunde vernäht, die Bauchhöhle geschlossen. Mit Rücksicht auf die Verletzung der Leber wird ein Drainrohr eingelegt. — Die mikroskopische Untersuchung der beiden excidirten Stücke ergab keinerlei Anhaltspunkte für eine maligne Neubildung, sondern reine Bindegewebswucherung. — Die Wunde verheilte glatt ohne Eiterung. Am 8. Tage fand sich im Verband eine geringe Menge grünlichen Secrets. Nie Temperatursteigerung. Am 12. Tage Entfernung des Drains. — Pat. fühlt sich wohl und ist von ihren Beschwerden, wiewohl sie den Tumor im Leibe noch fühlt, vollständig befreit. — Entlassung am 30. December 1889.

10. Fall. Die Fabrikarbeiterin F., 45 Jahre alt, litt seit ihrem 17. Lebensjahr an Magenkrämpfen. Seit 1½ Jahren besonders heftige Schmerzanfälle, die immer mit galligem Erbrechen verbunden waren. Nie Icterus. Seit 1½ Jahr fortwährender quälender Schmerz unter dem rechten Rippenbogen; nur tageweise schmerzfrei. — Die Gegend der Gallenblase und der Lebertrand sind druckempfindlich. Keine Schwellung der Leber, Gallenblase selbst nicht zu fühlen, kein Icterus. Patientin wird ärztlicherseits zur Operation dem Krankenhaus überwiesen. Bauchschnitt am 13. December 1889: Gallenblase wenig vergrößert, zeigt keinerlei Adhäsionen. In ihr ist ein taubeneigrosser Stein zu fühlen, welcher nach Eröffnung der Blase extrahirt wird. Mit ihm entleert sich eine ziemlich reichliche Menge dünnflüssiger Galle. Schleimhaut normal. Wandung der Gallenblase sehr dünn, daher doppelte Nahrtreihe zur Vereinigung der Schleimhaut (14) und der Serosa (15 Nähte) (Czerny'sche Naht). — Wundheilung primär, ohne Temperatur-

steigerung. Pat. wurde am 30. December geheilt entlassen und ist bis heute von weiteren Schmerzanfällen befreit gewesen.

In einem 11. Falle, wo ebenfalls die Diagnose auf Gallensteinleiden gestellt wurde, fanden sich solche nicht, sondern nur Adhäsionen zwischen der im übrigen normalen Gallenblase und dem Colon transversum.

11. Fall. Es handelte sich nämlich um eine 21jährige Dienstmagd R., die seit ¾ Jahren an häufigen anfallsweise auftretenden Schmerzen in der Lebergegend litt, die angeblich auch öfter schon mit leichter Gelbsucht einhergegangen waren. — Nach Trennung der vorhandenen Adhäsionen wurde die Gallenblase incidirt, doch weder in ihr, noch im Ductus cysticus waren Steine zu fühlen. — Dass Steinbildung vorhanden war, unterliegt nach der Anamnese mit den Koliken und dem wiederholt vorhanden gewesenem Icterus kaum einem Zweifel. Auch der Befund der Entzündungsproducte in der Umgebung der Gallenblase schien darauf hinzuweisen. Ob sich aber die Gallenblase während des letzten Anfalles gerade ihrer sämtlichen Concrementen entledigt hatte, oder ob wir es hier vielleicht mit einem Falle von Lebergallensteinen zu thun haben, das möchte ich dahin gestellt sein lassen. — Die Thatsache freilich, dass die Kranke erst 2 Jahre nach der Operation wieder von kolikartigen Schmerzen befallen wurde, spräche wohl mehr für eine Neubildung von Concrementen und somit für die erstere Annahme.

12. Fall. Bei der 43jähr. Schneidersfrau F. bestanden seit 1½ Jahren Gallensteinleiden, dabei 2 mal Gelbsucht. Sie wurde am 15. December 1889 an Pneumonie erkrankt aufgenommen. Nach Ablauf derselben klagte sie fast fortwährend über Schmerzen in der Lebergegend, die nach dem Rücken und in die rechte Schulter ausstrahlten.

Die Leber war beträchtlich geschwollen (2 Finger breit unter dem Rippenbogen), und die Gallenblase konnte als harter, sehr druckempfindlicher Tumor gefühlt werden. — Anfang Februar wurde sie von einer heftigen, mit starkem Icterus verbundenen Kolik befallen. Nach derselben schwand auch der Icterus allmählich, aber die Schwellung und Druckempfindlichkeit der Leber blieben bestehen. Die Operation, welche von der Kranken dringend gewünscht wurde, fand am 26. Februar 1890 statt. Die auf Hühnereigrösse ausgedehnte Gallenblase wurde vom Netz, welches durch leichte Adhäsionen an ihr befestigt war, gelöst. Eröffnung derselben. Wandung ¾ cm dick, Schleimhaut aufgelockert, leicht blutend. Bei der Entfernung von 36 facetirten bis haselnussgrossen Steinen aus der Blase und dem Duct. cyst. floss nebenbei eine geringe Menge dunkler, schleimiger Galle ab, die von einzelnen grauen Eiterflocken durchsetzt war. — Nach einer tiefen Ausspülung der Gallenblase mit Salicylsäurelösung (1:300), wodurch jedoch keine weiteren Steine zu Tage befördert wurden, wurde die Gallenblase mit 10 Seidennähten verschlossen und versenkt. — Schluss der Bauchwunde. — Wundheilung p. pr. int. Pat. befindet sich wegen eines Unterleibsleidens noch im Hause, ist jedoch von ihren quälenden Schmerzen befreit.

13. Fall. Fabrikarbeiter U., 45 Jahre alt. Gallensteinleiden seit drei Jahren. Im letzten Vierteljahr Koliken von tagelanger Dauer. Nie Icterus. Leber nicht geschwollen. Gegend der Gallenblase druckempfindlich. Operation am 24. März 1890. Die Gallenblase, welche nicht vergrößert, war durch leicht trennbare Adhäsionen am Netz fixirt. Nachdem sie aus der Bauchwunde hervorgehoben und der umgebende Theil der Wunde mit Sublimatgaze austamponirt war, wurde durch die Blase zur besseren Fixirung nach aussen ein starker Seidenfaden gelegt. Ihre Wandung war jedoch so dünn, dass schon beim ersten leichten Anziehen des Fadens dünnflüssige Galle aus beiden Stichöffnungen ausströmte. Der Faden wurde deshalb wieder entfernt, die Gallenblase mit der Kornzange gefasst, und nun der Eröffnungsschnitt so gelegt, dass er die beiden Stichöffnungen verband. — Extraction von 4 fast haselnussgrossen runden Steinen. Schleimhaut normal. Der Umstand, dass die Incision horizontal auf der Rückseite der Gallenblase zu liegen kam, erschwerte die wegen der dünnen Beschaffenheit der Wandung notwendige Doppelnäht (Czerny) nicht unerheblich. Der Heilungsverlauf war bis zum 8. Tage, wo die Nähte entfernt wurden, ein ungestörter. Am 9. Tage stellten sich Schmerzen in der Narbe ein, und es kam am 11. Tage zum Aufbruch eines Bauchdeckenabscesses, der jedoch rasch zur Heilung gelangte, so dass Pat. am 5. April bereits mit einem kleinen granulirenden Flecken in der Bauchnarbe entlassen werden konnte. Dieser letztere Zwischenfall war, wie sich nachträglich herausstellte, durch ein Versehen des zu reichenden Wärters zu erklären, der ein Seidenröllchen in Gebrauch genommen hatte, welches nicht, wie wir es sonst zu thun pflegen, in der bekannten Weise zur Sterilisation dem strömenden Dampf ausgesetzt gewesen war.

Es sei mir endlich noch gestattet, die kurze Schilderung von 3 Fällen an dieser Stelle anzureihen, in denen es sich um Carcinom der Gallenblase handelte. Die klinische Diagnose konnte in zweien der Fälle mit Sicherheit aus dem zu fühlenden Tumor sowohl, als auch aus dem lang andauernden Icterus, den constanten Schmerzen und dem allgemeinen Kräfteverfall gestellt werden. Das eine Mal war es Krebs der Gallenblase und Leber, verbunden mit Gallensteinbildung.

14. Fall. Die 43jährige Frau B. litt seit ½ Jahr an heftigen Schmerzen in der Lebergegend; in früherer Zeit nur seltene, scheinbar nicht sehr heftige Kolikanfälle. Seit 2 Monaten war der Leib stark angeschwollen, es hatte sich Gelbsucht eingestellt, und die Kranke war rasch mehr und mehr heruntergekommen. Es fand sich eine von der Leber ausgehende, mit der Bauchwand verwachsene Geschwulst, welche bis handbreit unter den Nabel herabreichte. — Icterisch-kachektisches Aussehen. Beim Schnitt durch die Bauchdecken (17. November 1888) wurde eine kindskopfgrosse Höhle in der Leber eröffnet, welche mit Galle gefüllt und von krebsigen Gewebsmassen ausgekleidet war. In derselben fanden sich ca. 120 Steine der verschiedensten Grösse. Die selbst stark vergrößerte Leber war von zahlreichen Car-

¹⁾ Western Lancet. 84. Sept.

einomknoten durchsetzt. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze austamponirt. — Nach 3 Wochen starb die Kranke unter den Erscheinungen von Gehirnmetastasen.

15. Fall. Das zweite Mal war es ein 45jähriger Fabrikarbeiter D., der am 11. Juli 1889 in's Krankenhaus kam. Seit 19 Jahren Gallensteinkoliken; 5 mal Gelbsucht. Seit 6 Wochen fast continuirliche Schmerzen; seit 3 Wochen mässiger Icterus; häufiges Erbrechen; sehr elend. Palpatorisch war ausser einer leichten Vergrösserung der Leber nichts zu fühlen. Diagnose: Carcinom der Gallenblase und der Leber. Bei der Probeincision fand sich die Gallenblase wallnussgross, vollständig unter der Leber gelegen, an der sie als harter krebsiger Tumor fixirt war. Netz und Magen waren in ihrer Umgebung festgelöthet. — Nach Excision eines Geschwulstpartikels behufs mikroskopischer Untersuchung wurde die Bauchwunde mit Einlegung eines Drains geschlossen. Etwa $\frac{1}{2}$ Jahr später ist der Kranke seinem Leiden erlegen.

16. Fall. In dem dritten Fall von Carcinom der Gallenblase war die Diagnose auf Gallensteinleiden gestellt. Es handelte sich um die 31jährige Fabrikarbeiters Wittwe R. Seit 11 Jahren Steinkoliken, die öfter von tagelanger Dauer gewesen waren. In den letzten 8 Wochen gehäufte Anfälle. Seit 14 Tagen hatte sie fast ununterbrochen dumpfe Schmerzen in der Lebergegend, war leicht icterisch und infolge minimaler Nahrungsaufnahme in ihrem Kräftezustand zurückgekommen. Stuhlentleerung von normaler Farbe.

Die Leber war bei dem starken Fettpolster der Bauchdecken nur undeutlich vergrössert zu fühlen, auf Druck, besonders in der Gegend der Gallenblase, sehr empfindlich.

Wenn auch der andauernde Schmerz und der hartnäckige Icterus an eine bösartige Neubildung hätte denken lassen können, so war doch das Aussehen der Patientin durchaus kein derartiges, dass man sich zu dieser Annahme entschliessen konnte, war doch vor 14 Tagen noch der heftigste Kolikanfall dagewesen, durch den Reizzustände und Schwellung der Schleimhäute im Gallenaussführungsapparat gesetzt sein konnten, welche die klinischen Symptome (Schmerz und Icterus) zu erklären vollständig instande waren.

Das Bild nun, welches sich uns nach Eröffnung der Bauchhöhle darbot, war ein ähnliches, wie in dem letzt beschriebenen Falle: Die Gallenblase nebst Duct. cyst. waren in eine derbe Geschwulst verwandelt, die sich von der Grösse eines Gänseeies nach hinten unten bis an's Duodenum erstreckte und Netz wie Magen durch feste Adhäsionen an sich fixirte.

Auch in diesem Falle wurde durch die mikroskopische Untersuchung die bösartige Neubildung constatirt. — Wenige Wochen nach der Incision fühlte sich die Kranke merkwürdigerweise wohl und war vollkommen schmerzfrei; dann aber traten die Beschwerden in alter Heftigkeit wieder auf.

An einen operativen Eingriff war in den letzt skizzirten Fällen bei den ausgedehnten alten Verwachsungen und der in Mitleidenchaft gezogenen Leber natürlich nicht zu denken.

In den 13 Fällen nun, in denen die Gallenblase wegen Steinerkrankung das Object des operativen Eingriffes darstellte, wurde von Herrn Dr. Heusner die ideale Cholecystotomie, d. i. die Eröffnung der Gallenblase mit folgender Naht und Versenkung ausgeführt. Der Erfolg der Operation war in sämtlichen Fällen ein glücklicher.

In den casuistischen Berichten¹⁾ über die verschiedenen Methoden der Gallensteinoperationen hat das Bernays-Küster'sche Verfahren bis jetzt nur wenig Berücksichtigung gefunden. Die Zahl der operirten Fälle ist eben noch eine zu kleine, die Erfahrungen sind noch gar zu geringe. — Und in der That hat es nichts Ermuthigendes, wenn mau unter 10 Fällen 3 mit tödtlichem Ausgang verzeichnet sieht,²⁾ und daneben 78 mit Einnähung der Gallenblase operirte Fälle, von denen nur 6 unglücklich verliefen und ferner 37 Ectomien, von denen 30 zur glücklichen Heilung führten. Alle Empfehlungen des idealen Gallenblasenschnittes, die Darlegung aller seiner Vortheile, wie sie von den Vertretern (Küster, Crédé u. a.) besprochen worden sind, sind deshalb, wie es scheint, von den meisten Chirurgen mit Argwohn aufgefasst worden und haben der Operationsmethode noch keine grosse Zahl von Anhängern zu gewinnen vermocht.

Aus diesem Grunde scheint mir eine Reihe von 13 mit glücklichem Erfolg operirten Fällen zur Veröffentlichung geeignet, denn sie beweisen, dass die Gefahren der Methode, welche von den Gegnern in so schwarzen Farben geschildert werden, offenbar so grosse nicht sind, wenn die nöthige Vorsicht nicht ausser Acht gelassen wird und die erforderliche Sorgfalt gewaltet hat.

Die Zulänglichkeit der Gallenblasennaht ist dasjenige, was als Hauptbedenken bei dem Küster'schen Verfahren von verschiedenen Chirurgen in Frage gestellt wird. Man fürchtet, die Naht könne der periodischen Füllung der Gallenblase, insbesondere aber bei Würg- und Brechacten der Operirten nicht standhalten, oder es könne eine Gallenstauung in derselben, welche etwa durch collate-

rale Verschwellung des Ductus choled. bedingt würde, die Fäden zum Einschneiden bringen und einen Gallenerguss in die Bauchhöhle mit folgender tödtlicher Peritonitis verursachen. — Gewiss sind diese Bedenken theoretisch durchaus berechtigt, man wird aber zur Vermeidung dieser Gefahr einmal die Beschaffenheit der Gallenblasenwandung und zweitens die Art und Weise der Naht zu berücksichtigen haben. Ob die Veränderungen der Gallenblasenwandung, wie sie bei Empyem beobachtet worden sind, derartig sind, dass sie eine Naht unmöglich machen, kann ich nicht beurtheilen, da uns hierüber die Erfahrungen fehlen. Die anderen pathologischen Veränderungen derselben jedoch, die Verdickung und Verdünnung, gestatten beide die Anlegung einer durchaus zuverlässigen Naht. Besteht, wie es bei uns in der Mehrheit der Fälle gefunden wurde, eine Verdickung der Wandung, so ist der Verschluss der Gallenblase mittels einer einfachen Naht leicht und sicher herzustellen; bei starker Verdünnung der Wandung freilich bietet ein hinlänglicher Verschluss grössere Schwierigkeiten, und ist hier (Fall 10 und 13) eine Doppelnaht gleich der Czerny'schen Darmnaht am Platz. — Als Prüfstein für die Dichtigkeit des Verschlusses diente uns stets der Fingerdruck. Erst wenn bei Compression der Gallenblase zwischen zwei Fingern keine Spur von Galle oder Blut zwischen den Suturen mehr hindurch trat, wurde die Naht als zuverlässig angesehen.

Bei beginnendem Empyem (Fall 6 und 12), wo die Schleimhaut hyperämisch, aufgelockert ist und stellenweise vielleicht auch oberflächliche Ulcerationen darbietet, kann die Naht der Gallenblase sehr wohl vorgenommen werden. — Dass die Widerstandsfähigkeit einer gut vernähten Gallenblase keine so geringe ist, wie man meint, geht besonders aus unserem 3. Fall hervor, wo der Icterus noch etwa zwei Wochen lang nach der Operation anhielt, ohne dass die Stauung der Galle zur Berstung der Naht geführt hätte. Offenbar war der Verschluss des Ductus choled., oder vielmehr seine Verengung, hier durch katarrhalische Schwellung der Schleimhaut bedingt.

Liegt aber endlich wirklich von vornherein ein Grund vor, die Unzulänglichkeit einer Naht und somit einen voraussichtlichen Austritt von Galle in die Bauchhöhle zu vermuthen (7. Fall: Naht des Ductus choled., 11. und 15. Fall: Leberverletzung), so ist mit Drainage durch Gummiröhren oder vielleicht auch, wie Crédé es vorschlägt,¹⁾ durch Tamponade mit Jodoformgaze der Gefahr in zweckmässiger Weise vorzubeugen. Es kommt dann eventuell zur Bildung einer langen Fistel, welche sich wohl in den meisten Fällen in kürzester Frist spontan schliessen wird (Fall 7).

Was nun die Frage des Recidivirens der Gallensteinkrankheit nach Entfernung der Steine angeht, so lässt sich ja gewiss nach einer so kurzen Zeit ein bestimmtes Urtheil noch nicht fällen. Unsere Erfahrungen reichen fast 3 Jahre zurück, und soviel ich habe ermitteln können, ist keiner der operirten Patienten (abgesehen von dem immerhin dunkeln 11. Fall) wieder von Gallensteinkoliken befallen worden. — Doch es liegt kein Grund vor, sich von dem idealen Gallenblasenschnitt einen weniger dauernden Erfolg zu versprechen, wie etwa von der Lawson-Tait'schen Methode. Einwurfsfrei steht ja freilich auch die Ectomie von Langenbuch als Radikaloperation nicht mehr da.

Doch ich will auf das Für und Wider der anderen Operationsverfahren nicht näher eingehen, da uns hierüber eigene Erfahrungen nicht zu Gebote stehen, und ich nur das wiederholen könnte, was von anderer Seite in den letzten Jahren darüber gesprochen und geschrieben wurde. Je nach der Eigenart des Falles werden auch sie unter Umständen am Platze erscheinen.

Nur eines Punktes in der Indicationsstellung zur Gallensteinoperation möchte ich zum Schlusse noch Erwähnung thun. Fast alle Chirurgen nämlich, welche auf diesem Gebiete ihre Thätigkeit entfalteten, betonen es ganz ausdrücklich, dass sie nur Patienten mit chronischem, viele Jahre bestehendem Gallensteinleiden der Operation unterzogen haben und noch unterziehen, da der Eingriff an und für sich ein zu lebensgefährlicher sei, als dass man denselben bei irgend frischeren oder leichteren Fällen wagen dürfte. Ich möchte diese Beschränkung der Indication nicht für richtig halten, da wir unseren Erfahrungen nach die Operation für nicht so gefahrvoll ansehen können, zumal dieselbe da um so leichter und sicherer ausführbar ist, wo die Fälle noch relativ frisch und die Entzündungsproducte noch möglichst geringe sind.

Das Vorhandensein von heftigen Gallensteinkoliken muss meiner Ansicht nach in allen Fällen, wo die inneren Mittel im Stiche liessen, als Indication zum operativen Eingriff genügen.

¹⁾ Verhandlgn. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 1889.

¹⁾ Körte, Berl. klin. Wochenschr. 1888, Heft 4 und 5. Dépage, Journ. de méd., Bruxelles 1888, No. 21, 22, 25.

²⁾ Langenbuch spricht sogar von 5 Todesfällen unter 8 operirten Patienten (Verhdlgn. d. D. Gesellsch. f. Chir. 1887).