III. Ueber die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis.¹⁾

Von W. Körte.

M. H.! Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit und ihrer Folgen ist noch eine verhältnissmässig junge Disziplin — sie wurde zuerst planmässig ausgeübt Anfangs der achtziger Jahre und ist in grösserem Maassstabe seit Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre betrieben. Wie es mit neueren Errungenschaften öfters geht, so ging es auch mit der Gallenblasenchirurgie, die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen wurden anfänglich auf der einen Seite sehr weit gesteckt, sodass jeder Gallenstein, welcher sein Dasein durch Beschwerden des Trägers verrieth, operativ entfernt werden sollte — auf der andern Seite wurde der Werth der operativen Hülfe sehr unterschätzt, und es fiel das geflügelte Wort: „Die Resultate der inneren Medizin sind nicht schlecht genug, die der Chirurgie noch nicht gut genug, um der chirurgischen Behandlung das Wort zu reden“ (Fürbringer). Ich glaube, dass man jetzt bereits klar genug sieht, um im wesentlichen die Grenzlinie abzustecken, jenseits welcher die chirurgische Behandlung der internen Therapie zu Hülfe kommen soll.

In dem Folgenden beabsichtige ich, Ihnen in Kürze den Standpunkt zu schildern, zu welchem ich nach über 12jähriger Beschäftigung mit dem Gegenstande, auf Grund der Erfahrungen an etwa 300 derartigen Operationen, gekommen bin.

Für die Frühoperation der Gallensteine ist die nicht zu

¹⁾ Nach einem Vortrage im Verein für innere Medizin in Berlin, Sitzung vom 12. Januar 1903.

bestreitende Thatsache ins Feld geführt, dass die Operation, solange die Steine nur in der Gallenblase stecken und stärkere Entzündungserscheinungen fehlen, eine sehr gute Prognose giebt, dass der Eingriff aber schwieriger und gefahrvoller wird, wenn ausgedehnte Verwachsungen oder Eiterungen oder Steine im Choleodochus sich finden. Die bei solchen complizierten Zuständen ausgeführten Operationen können zu den schwierigsten Leistungen der operativen Chirurgie gehören.

Es ist erklärlich, dass da seitens mancher Chirurgen geäußert ist, „man müsse die Gallensteine operiren, ehe sie schwere Entzündung, Eiterung oder Choleodochusverschluss hervorbringen.“

Diese Forderung wäre richtig, wenn in allen oder in einer sehr grossen Zahl von Fällen die Cholelithiasis in fortschreitender Entwicklung zu so schweren Consequenzen führen würde. Das ist aber durchaus nicht der Fall, vielmehr bilden diese schweren Krankheitszustände doch die Ausnahme, und man kann auch im Einzelfalle nicht mit annähernder Wahrscheinlichkeit bei den ersten Anzeichen sagen, ob das Leiden einen schweren Verlauf nehmen wird oder ob nach einigen Anfällen Ruhe eintreten wird für längere Zeit oder für immer.¹⁾

In einem Sinne ist die „Frühoperation“ gerechtfertigt und sogar bisweilen nothwendig. Das ist bei den gar nicht so seltenen Fällen, wo das Gallensteinleiden lange Zeit larvirt war, und wo dann die Patienten scheinbar ganz plötzlich an akuten Infektionen der Gallenwege erkranken, die ein schnelles Einschreiten erfordern. Bei der Operation findet man dann allerdings meist Veränderungen, welche nur innerhalb längerer Zeit entstanden sein können, sodass im eigentlichen Sinne keine Frühoperation der Cholelithiasis gemacht ist. Die Initialsymptome des Leidens sind eben nicht zu Tage getreten oder nicht erkannt worden.

Zwei Umstände sind besonders bei der Indikationsstellung zur Operation in Erwägung zu ziehen. Das ist einmal die Möglichkeit, dass selbst heftige Attacken vorübergehen können und das Leiden in ein Latenzstadium eintritt; und zweitens die nicht anfechtbare Thatsache, dass bei einem gewissen Prozentsatz von Kranken auch nach der Entfernung von Gallensteinen Beschwerden bleiben können.

Der ersterwähnte Umstand, dass selbst nach heftigen und langdauernden Schmerzanfällen die Gallensteine in ein Ruhe stadium versinken können, in welchem sie wenig oder keine Beschwerden machen, lässt Patient und Arzt in vielen Fällen abwarten in der Hoffnung, dass unter der Anwendung von Brunnen-, Diät- oder Abführkuren dieses Stadium der Latenz erreicht werde. Nun darf man freilich den Zustand der Latenz, der Ruhe der Steine, nicht mit dem der völligen Heilung identifiziren. Wie man niemanden vor seinem Tode glücklich schätzen soll, so sollte man auch keinen Gallensteinranken vor dem Tode für vollkommen geheilt erklären, jeder Zeit kann der Stein wieder „lebendig“ werden und neue Anfälle verursachen.

Auch der Steinabgang per vias naturales verbürgt keine sichere Heilung, denn man weiss nie, ob nun auch alle Steine fortgegangen sind, oder ob zurückgebliebene Konkreme oder entzündliche Verwachsungen den Reizzustand von neuem herbeiführen können.

Schon die Möglichkeit der dauernden oder periodischen Latenz spricht dagegen, dass der typische Gallensteinanfall allein oder vorwiegend durch mechanische Momente, das Hineingerathen der Steine in die engen Gallengänge und das Durchzwängen durch dieselben, zu Stande kommt. Vielmehr spielen die Entzündung und die Infektion bei den Gallensteinanfällen eine hervorragende Rolle, darauf haben Riedel und Naunyn zuerst hingewiesen, und die Schüler des letzteren, Ehret und Stolz, haben es durch lehrreiche Experimente bewiesen. Auch die chirurgischen Erfahrungen bestätigen das vollkommen. Die Steine können jahrelang ruhig in der Blase liegen, ohne durch mechanische Reizungen, wie es die Blasensteine fast ausnahmslos thun, ihr Dasein zu verrathen, bis dann zuweilen mit einem Schlage die Infektionserreger meist vom Darm aus durch die Gallengänge, seltener von der Blutbahn aus eindringen und schwere Entzündungen hervorrufen. Das Vorhandensein von Konkrementen begünstigt das Eintreten der Entzündung, jedoch ist es nicht absolute Vorbedingung, vielmehr haben chirurgische Erfahrungen

gelehrt, dass Gallenblasenentzündungen mit vollkommen typischen Anfällen auch ohne Konkreme vorkommen können (so u. a. beim Typhus). Andererseits können sehr grosse Konkreme, die aus mechanischen Gründen gar nicht in die Gallenwege einzudringen vermögen, in Folge eingetretener Infektion heftige Schmerzanfälle auslösen. Ein besonders schlagendes Beispiel für die entscheidende Rolle der Infektion giebt der Hydrops der Gallenblase. Beim Verschlusse des Cysticus durch einen Stein oder seltener durch entzündliche Verwachsungen ist die Galle von der Blase abgesperrt, es entsteht durch die Ansammlung des Sekretes der Blasenwand eine mit schleimiger Flüssigkeit gefüllte Hohlgeschwulst. Jahrelang kann dieser Zustand bestehen, ohne wesentliche Beschwerden zu machen, hauptsächlich besteht ein dumpfes Druckgefühl im rechten Hypochondrium, welches einige Stunden nach der Mahlzeit sich verstärkt. Selten wird dabei über heftige Beschwerden geklagt. Sowie jedoch eine Infektion des Blaseninhaltes eintritt, dann entsteht in dem abgeschlossenen Hohlraum eine sehr intensive Entzündung, welche einen peracuten Verlauf nehmen und das Leben gefährden kann.

Auch bei den Choleodochussteinen spielen die Infektion und die Entzündung eine sehr wichtige Rolle neben der mechanischen Wirkung der Konkreme. Zweifellos kommt die mechanische Einkeilung von Steinen in die Papille des Duodenum vor, dagegen findet man nicht selten Steine in Divertikeln des Ganges oder solche, welche den Gallengang nicht ausfüllen, vielmehr eine Sonde passiren lassen, und doch bestanden alle Zeichen des Choleodochusverschlusses. In solchen Fällen führt die entzündliche Schwellung der Schleimhaut bei dem geringen Sekretionsdrucke der Galle zur Stauung des Sekretes und deren Folgen. Ehret und Stolz haben das durch hübsche Experimente erläutert.

Es geht aus alledem hervor, dass nicht das Vorhandensein von Steinen an sich, sondern die Art und der Grad der Entzündung, welche sie periodisch oder dauernd erregen, die Operation indiziert.

Die zweite Frage, welche vor der Feststellung der Operationsindikation erörtert werden muss, ist die von Naunyn gestellte: „Garantirt die Operation bleibende Heilung, beziehungsweise schafft sie die Beschwerden dauernd weg?“ Diese Frage ist nicht ganz einfach zu beantworten. Auf verschiedene Arten können nach der Operation Beschwerden zurückbleiben oder von neuem veranlasst werden:

1. Durch Neubildung von Steinen — echte Rezidive.
2. Dadurch, dass Steine übersehen wurden — unechte Rezidive.
3. Durch Verwachsungen, welche nach der Operation zurückbleiben.

Die echten Rezidive, Neubildung von Steinen, sind nach meiner Ansicht recht selten, aber ganz wegzuleugnen ist das Vorkommen nicht. Wir wissen, dass Stauung der Galle und Infektion die Hauptbedingungen zur Steinbildung sind. Diese Bedingungen können auch nach der Operation bestehen. Wenn die Blase erhalten war, so können die Adhäsionen, welche sich fast stets bilden, die Gallenstauung veranlassen, und die Infektion vom Darm aus ist nie mit Sicherheit auszuschliessen. Wie sich die Gallenabsonderung oder die periodische Aufspeicherung des Sekretes verhält, wenn die Blase exstirpirt ist, das können wir noch nicht mit Sicherheit sagen. Aber es ist wahrscheinlich, dass dann in den Gallengängen eine periodische physiologische Gallenansammlung stattfindet. Ueber die chemische Zusammensetzung der Galle, welche zur Konkrementbildung führt, wissen wir sehr wenig, und können in der Beziehung kaum vorbauen. Wenn also die Hauptmomente für die Steinbildung nicht mit absoluter Sicherheit auszuschalten sind, so muss man die theoretische Möglichkeit derselben zugeben. Man hat ferner gesehen, dass zurückgebliebene Seidenfäden den Kern neuer Steine abgeben, solche Beobachtungen sind von Kehr, v. Hanseman und Homans mitgetheilt. Die Zeitdauer betrug sieben Monate bis 2½ Jahre nach der Operation. Durch Verbesserungen der Technik wird man solche Vorkommnisse einschränken, jedoch wohl nicht ganz sicher wegschaffen können.

Ich habe in drei Fällen Neubildungen von Steinen nach der Operation erlebt innerhalb 1½—6 Jahren post operationem, in einem weiteren Falle halte ich dieselbe für sehr wahrscheinlich. Ferner habe ich einen Fall noch in Beobachtung, wo nach sehr radikaler Operation (Exstirpation der Gallenblase und wochen-

¹⁾ Es ist von interner Seite in der Diskussion gesagt worden: „Jeder Anfall kann der letzte sein.“ Das ist richtig, nur weiss man es nie und kann deshalb nicht darauf bauen.

langer Choledochusdrainage) dauernd in der aus dem Rohre fließenden Galle kleine, weiche Klümpchen gefunden wurden, die aus Bilirubinbalken und einem schleimigen Stroma bestanden (Prof. Benda). Schliesslich musste das Rohr einmal entfernt werden, und sowie die Fistel geschlossen war, kamen neue Anfälle. Es ist dies ein Beispiel der in der Leber sich vollziehenden Konkrementbildung, die zwar selten ist, jedoch sicher beobachtet worden ist. Gegen diese Quelle der Rezidive sind wir machtlos, so lange nicht der chemische Vorgang der Steinbildung und Mittel zur Verhinderung derselben entdeckt sind. Da man das Grossstadtmaterial oft nicht genügend lange im Auge behalten kann, so ist es möglich, dass unter meinen Operirten noch andere Fälle von Rezidiv existieren. Einen der von Herrmann angeführten „Rezidivfälle“ kann ich nicht als solchen zugeben: bei einer älteren Dame waren wegen sehr schwerer Erscheinungen mehrere grosse Steine aus dem Choledochus entfernt. Nach einigen Jahren sollten in Karlsbad wieder Konkreme abgegangen sein. Die Patientin brachte sie mir, es waren „Mohnkörner“. Den zweiten Fall von mir, über den Herrmann berichtet, konnte ich nicht wieder zu Gesicht bekommen. Ich gebe also die Möglichkeit erneuter Steinbildung zu, halte sie aber für selten. Andere Chirurgen, Kehr, Riedel, Czerny's Schüler geben an, „echte Rezidive“ nicht gesehen zu haben, sondern nur „unechte“.

2. Unter unechten Rezidiven verstehen dieselben solche, die durch Zurücklassen von Steinen bei der Operation entstehen. Dies Zurücklassen kommt auch bei geübten und erfahrenen Operateuren vor. Kehr hat es wiederholt erlebt, und ich habe ebenfalls solche Fälle gesehen, welche dann eine zweite Operation erforderten. Auch mit der Möglichkeit dieser Quelle von Nachbeschwerden muss man also rechnen, wenngleich dieselbe durch verbesserte Technik und Erfahrung eingeschränkt werden kann.

3. Die dritte Art der Nachbeschwerden sind die von Verwachsungen herrührenden, welche nach den Operationen in der Regel zunächst bleiben. Auf der Eigenschaft der Serosa, schnell Verklebungen zu bilden, beruht ein grosser Theil der Sicherheit bei den Bauchoperationen. Diese Eigenschaft hat neben den grossen Vortheilen auch ihre Schattenseiten. Wenn die Gallenblase erhalten blieb, so können durch die Verwachsungen neue Anfälle von Cholecystitis erregt werden. Ich habe einige Male in solchen Fällen die Blase nachträglich entfernt und leer gefunden. Auch nach Exstirpation der Blase können Verwachsungen des Magens oder der Därme mit der Leber entstehen und zu Unbequemlichkeiten oder auch Schmerzen Anlass geben. Gegen diese Art der Nachbeschwerden haben wir vor der Hand kein sicheres Mittel, freilich sind dieselben fast stets nicht in Vergleich zu stellen mit den vor der Operation bestandenen Qualen, und sie bessern sich stets mit der Zeit. Es giebt allerdings unter den Gallenstein-kranken, besonders unter denen weiblichen Geschlechtes solche, deren Nervensystem durch jahrelange Schmerzen krank geworden ist, sodass auch nach Entfernung der Steine bzw. der kranken Gallenblase, eine Hyperästhesie der Gegend bleibt, welche sie die von den Adhäsionen herrührenden Beschwerden sehr lebhaft empfinden lässt.

Die obigen Auseinandersetzungen und Erfahrungen haben mich dazu geführt, in der Indikationsstellung etwas conservativer, in der Ausführung der Operation radikaler vorzugehen, und es ergibt sich auch aus ihnen eine klare Scheidung zwischen denjenigen Fällen von Cholelithiasis, welche der inneren Behandlung verbleiben, und solchen, welche der chirurgischen Behandlung bedürfen.

Wir können von vornherein zwei Gruppen von Fällen aufstellen, einmal solche, bei denen die Gallensteinkrankheit zwar mehr oder weniger grosse Beschwerden verursacht, jedoch zunächst keine das Leben oder die Gesundheit ernstlich bedrohende Komplikationen aufweist, und zweitens solche, bei denen Siechthum oder Gefahr für das Leben mittelbar oder unmittelbar zu erwarten ist.

Bei den Fällen der ersteren Art ist, meiner Ansicht nach, ein Abwarten bei interner Behandlung geboten, da ein Uebergang in das Latenzstadium möglich ist, und da man zweitens auch nach der Operation völlige, dauernde Beschwerdefreiheit mindestens nicht „garantiren“ kann. Jedenfalls ist nichts dagegen einzuwenden, dass bei solchen Patienten zunächst der Schatz der inneren Mittel, Badekuren etc. ausgiebig angewendet wird. Der

Arzt muss sich freilich gegenwärtig halten, dass auch bei den Fällen dieser Gruppe stets ein Uebergehen des Leidens in ein gefährliches Stadium möglich ist, und dass dann die Indikation sich ändert.

Bei der chronischen, uncomplicirten Form des Leidens, welche nicht zu häufige Kolikanfälle mit mässigen Entzündungserscheinungen aufweist, und ferner wenn nach spontanem Steinabgang jedesmal Erleichterung für längere Zeit eintritt, die Gallenblase nach dem Anfall schnell zur Ruhe zurückkehrt, rathe ich, mit der Operation abzuwarten. Häufen sich die Anfälle trotz interner Behandlung, so kann man, wenn die Geduld des Kranken erschöpft ist, oder wenn seine äussere Lage ihm andauernde Schonung nicht ermöglicht, mit gutem Gewissen die Operation vornehmen, welche in solchen Fällen mit sehr geringer Gefahr verbunden ist.

Schnell vorübergehender Icterus mit nachfolgendem Steinabgang erfordert kein chirurgisches Einschreiten.

Der Hydrops der Gallenblase macht in vielen Fällen keine Beschwerden, in andern sind dauernde unangenehme Empfindungen vorhanden, welche den Lebensgenuss beeinträchtigen. In solchen Fällen ist, ganz besonders angesichts der Thatsache, dass sehr akute Vereiterung einer solchen schleimhaltigen Gallenblase vorkommt, die Operation berechtigt und ebenfalls sehr wenig gefährlich.

Gegenüber diesen Fällen von relativer Indikation kommt nun aber die zweite Gruppe, welche ich für das dankbarste Gebiet der Gallenwegschirurgie halte. Das sind die Fälle, bei denen Lebensgefahr mittelbar oder unmittelbar droht, und bei denen, selbst wenn der momentane Anfall zurückgeht — was oft noch möglich ist —, doch eine völlige Ausheilung der kranken Gallenblase nicht mehr wahrscheinlich ist. In solchen Fällen sind Rezidive mit Sicherheit zu erwarten, die Patienten tragen stets den Keim schwerer Krankheit mit sich herum. Die expectative Behandlung vermag hier keine dauernde Heilung herbeizuführen, deshalb ist in den Fällen dieser Kategorie die rechtzeitige und möglichst radikale chirurgische Behandlung am Platze.

Diese Wendung der Krankheit kann stets auch bei vorher uncomplicirtem Verlaufe eintreten, die Cholelithiasis ist ein insidöses Leiden. Es kann aber auch, und darauf ist besonders hinzuweisen, die Gallensteinkrankheit jahrelang latent bestanden haben, mit nur undeutlichen, meist auf Magenleiden bezogenen Erscheinungen (die in der Anamnese so oft wiederkehrenden „Magenkrämpfe“), um dann auf einmal in Folge von Infektion der steinhaltigen Blase als ganz akutes Leiden einzusetzen. Das sind die Fälle, welche eine „Frühoperation“ erfordern können, d. h. man operirt thatsächlich ein schon lange bestehendes Leiden, welches plötzlich akut geworden ist. Bei solchen kann ein Abwarten unter Behandlung mit inneren Mitteln einen schweren Fehler darstellen.

Die Anzeichen der schweren und complicirten Cholelithiasis sind bei aufmerksamer Beobachtung wohl zu erkennen.

Das Allgemeinbefinden der Kranken leidet, sie kommen durch Schmerzen und ungenügende Nahrungsaufnahme herunter, weil jede Anfüllung des Magens durch eine reichlichere Mahlzeit schmerzhaft Contraktionen der entzündeten Blase hervorruft. Oft sind die Mattigkeit und das schlechte Allgemeinbefinden das erste Zeichen der Gallenblaseninfektion, noch ehe der Icterus die Aufmerksamkeit des Arztes auf dieses Organ lenkt.

Auch leichte Kolikanfälle sind oft mit Frostgefühl und schnell vorübergehendem Fieber verbunden. Länger dauerndes Fieber, auch nach dem Abklingen des Anfalles weiterbestehend, zumal solches von remittirendem Typus, oder mit Frösten verbunden, lässt stets den Verdacht auf Eiterbildung entstehen und ist eine Indikation zum Eingreifen. Hervorzuheben ist, dass man aus der Abwesenheit von Fieber hier, wie bei allen anderen Bauchaffektionen, nicht auf die Abwesenheit von Eiter schliessen darf.

Ein sehr wichtiges Zeichen ist es ferner, wenn die Gallenblase auch nach dem Anfall längere Zeit fühlbar und druckempfindlich bleibt. Die gefüllte Gallenblase entzieht sich, wie ich mich oft bei Operationen überzeugte, dem Gefühl, so lange sie nicht durch starken Innendruck oder durch Entzündung der Wand oder durch grosse Konkreme gespannt wird. Fühlt man noch nach dem Schmerz-anfall die Gallenblase als halbkugelförmigen, druckempfindlichen Tumor unter dem Rippenrande, dann kann man mit Sicherheit einen pathologischen Vorgang in ihr an-

nehmen, wie intensive Entzündung der Wand, Schleimhautulcerationen, Eiterbildung im Innern. Ist die Gallenblase von der Leber überdeckt, so kann man sie nicht fühlen, eine dauernde Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend deutet auch dann auf schwere Erkrankung des Organes.

Sind die Anfälle regelmässig mit Icterus verbunden, so zeigt dies an, dass entweder intensive Entzündung mit Schleimhautschwellung auch im Choledochus besteht, oder dass schon Conkremente dorthin gedrungen sind. Oft wiederholter Icterus, der nicht nach Steinabgang prompt schwindet, verbunden mit schmerzhafter Resistenz in der Gallenblasengegend, erfordert (nach erfolgloser innerer Behandlung) baldige Operation, die man lieber in der anfallsfreien Zeit ausführen wird, wenn es angeht.

Das Verhalten der Leber ist ein sehr verschiedenes, im Anfall erscheint sie oft vergrössert, indem die sich ausdehnende Gallenblase die bedeckende Leberpartie gleichsam auszieht. Für die Indikationsstellung zur Operation ist das Verhalten der Leber nur dann von Wichtigkeit, wenn Auftreibung und Druckempfindlichkeit des ganzen Organes sich zu den Symptomen der Cholecystitis hinzugesellen und den Verdacht der aufsteigenden Cholangioitis erregen. In solchen Fällen ist die alsbaldige Operation mit folgender Drainage der Gallengänge angezeigt, um die Leber zu entlasten.

Deutlich fühlbare Knoten in der Leber, verbunden mit Ascites, deuten auf Carcinom und sind als Contraindikationen zu betrachten — die Operation nützt in solchen Fällen nichts mehr. Zuweilen verursachen entzündliche Netzadhäsionen in der Umgebung der Gallenblase und des Leberrandes knollige Tumoren, welche mit Carcinom verwechselt werden können, in zweifelhaften Fällen ist der Probeschnitt angezeigt.

Das Empyem der Gallenblase kommt vor als chronische Form, mit wenig infektiösem Eiter, von dem man aber nie wissen kann, wann durch Eindringen neuer Infektionserreger die Eiterung zu einer akut infektiösen wird, daher ist auch das chronische Empyem zu operieren.

Das akute, infektiöse Empyem stellt eine gefährliche Erkrankung dar, welche zur Phlegmone und Perforation der Wand mit allen ihren lebensbedrohenden Folgen, Peritonitis, Lebereiterung, Sepsis, führen kann. Daher halte ich diese Erkrankung für eine Indikation zu sofortiger Operation, auch im akuten Anfall (cf. meine Arbeit darüber im Langenbeck'schen Archiv Bd. LXIX, Heft 1 und 2).

Zeichen von Choledochusverschluss durch Steine: andauernder Icterus, bei periodischer oder dauernder Acholie der Fäces, verbunden mit heftigen Beschwerden, zeitweiligem Fieber, bei Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend, während das Organ selbst geschrumpft und nicht fühlbar ist — sind dringende Indikationen zur Operation. Man kann eine gewisse Zeit, je nach der Heftigkeit der Erscheinungen vier Wochen bis zwei Monate abwarten; tritt dann keine Besserung ein, so steigert weiteres Abwarten die Gefahr sehr bedeutend. Die im Choledochus, Hepaticus und in den Leber-Gallengängen gestaute Galle kann durch Infektion zur aufsteigenden Cholangioitis und zu multipler Lebereiterung führen. In solchen Fällen kommt alles darauf an, den Stein zu entleeren und die gestaute Galle abzuleiten, ehe derartige irreparable Folgen eingetreten sind. Ein „zu spät“ rächt sich hier sehr schwer. Da ein Choledochusstein von einiger Grösse nur durch ulzerative Vorgänge unter unberechenbaren Gefahren in den Darm kommen kann, so soll man ihn lieber zu früh, als zu spät entfernen.

Sind die gefürchteten Folgen: Lebereiterung, pericholecystische Abszesse, Perforation der Gallenblase, eingetreten, so ist nur von der chirurgischen Behandlung noch ein Heil zu erwarten, freilich stossen wir da oft genug auf die Grenzen unseres Könnens.

Bei denjenigen Formen der Cholelithiasis, welche eine absolute Indikation zur Operation geben, also bei der schweren Cholecystitis, dem akuten Empyem, beim Steinverschluss des Choledochus kommt die Frage der etwaigen Möglichkeit von Rezidiven oder von Nachbeschwerden ganz in zweiter Linie. Die Hauptsache ist hier die Erhaltung des Lebens. Gelingt diese, so können die Patienten wohl gewisse Beschwerden und die entfernte Möglichkeit eines Rezidives in den Kauf nehmen.

Das Carcinom der Gallenblase, welches sich fast immer mit Cholelithiasis zusammen findet (ob zufällig oder in genetischem Zusammenhange mit der Steinreizung, sei hier dahingestellt), ist

fast immer erst dann zu erkennen, wenn die Neubildung schon in die Leber übergegriffen hat, und dann ist es meist für eine Radikaloperation zu spät. Finden sich in einer steinhaltigen Blase verdächtige Wucherungen, dann ist die Fortnahme derselben dringend indiziert.

Die Prognose des chirurgischen Eingriffes soll hier nur kurz gestreift werden; sie ist eine gute, solange die Steinbildung sich auf die Gallenblase und den Cysticus beschränkt, und solange stärkere entzündliche Erscheinungen fehlen. Bei den Fällen der ersten Gruppe ist somit die Verlustziffer eine geringe, ein kleines Risiko ist mit jedem Eingriffe verbunden. Etwas grösser ist die Gefahr bei den Fällen der zweiten Gruppe, und zwar wächst sie entsprechend der Gefährlichkeit des Krankheitszustandes, desswegen der Eingriff unternommen werden muss. Da beim Empyem, der ulzerösen Cholecystitis und vollends beim Choledochusstein die interne Behandlung sich im wesentlichen nur auf Linderung der Beschwerden und Unterstützung der Kräfte erstrecken kann, während direkte Einwirkung auf den lokalen Prozess nicht möglich ist, so beruht bei diesen Zuständen das Heil der Kranken in der rechtzeitigen Operation, welche solange gute Chancen giebt, als es noch nicht zur Allgemeininfektion gekommen ist, und die Kräfte der Patienten noch nicht zu sehr gelitten haben.

Bezüglich der Ausführung der Operation bin ich durch meine Erfahrungen dazu gekommen, der Entfernung der Gallenblase in den meisten Fällen den Vorzug vor der blossen Entleerung und Drainage zu geben, weil wir mittels der Cystektomie die Hauptbildungsstätte der Steine entfernen, und im Falle die Blase selbst erkrankt ist, den Infektionsheerd ganz fortschaffen. Auch das Zurückbleiben von Steinen wird vermieden, wenn wir die kranke Gallenblase fortnehmen und, wie ich es seit Jahren stets thue, vom Cysticus aus den Choledochus soweit aufschlitzen, dass er mit Sonde und Steinlöffel genau abgetastet werden kann. In allen Fällen, wo eine Infektion bestanden hat, ist die Drainage der Gallengänge — Choledochus und Hepaticus — dringend indiziert.

Die grosse Masse der Gallensteinkranken, welche nur ab und zu einen Anfall haben, zwischendurch aber wohl sind und durch Diät, Abführmittel, Brunnenkuren das Leiden in Schranken halten können, wird nach wie vor Gegenstand der internen Behandlung bleiben, bis etwa die Anfälle sich mehren und die Geduld der Kranken erschöpft ist, sodass sie sich selbst nach einer radikalen Behandlung sehnen. Sobald die Cholelithiasis eine ernste Wendung nimmt und Gefahren für Gesundheit und Leben herbeiführt, ist die chirurgische Behandlung berufen, einzutreten. Das Wohl der Kranken wird umso mehr gefördert werden, je mehr die Aerzte den Zeitpunkt richtig erkennen, in welchem die operative Hülfe einzusetzen hat.