

XVI—XVII.

Kleine Mittheilungen.

XVI.

Zur Ausübbarkeit der Bauchchirurgie im Privathause und in der Thätigkeit des praktischen Arztes.

Von

Dr. Meinhard Schmidt,

Amtsphysikus in Cuxhaven.

Sehr allgemein verbreitet im Aerztekreise wie im Publikum und fast als jeden Beweises unbedürftiges Axiom dastehend ist die Anschauung, dass die operativen Aufgaben der heutigen abdominalen Chirurgie und Gynäkologie so schwieriger Art seien, dass sie der Regel nach nur in wohleingerichteten Krankenhäusern gelöst werden könnten und dass sie nie und nimmer zum Allgemeingut der Aerzte werden könnten, vielmehr dem Spezialisten vorbehalten bleiben müssten.¹⁾ Wäre die Annahme vollinhaltlich richtig, es wäre für Publikum wie für Aerzte gleich traurig. Für das Publikum, weil es immer Fälle geben wird, wo Kranke weder in ein Hospital transportirt werden noch Spezialisten zu ihrer Behandlung herangezogen werden können, für die praktischen Aerzte deshalb, weil jene Annahme ihre Hülfe und Leistungsfähigkeit zu einer ein für allemal beschränkten und minderwerthen stempelt.

Es wäre Sache der ärztlichen Praktiker, den Nachweis zu führen, dass sie thatsächlich mehr leisten können, als gelehrt und geglaubt wird, dass die Monopolisirung der Abdominalchirurgie für das Spital und den Spezialisten auf ihre Kosten de facto kein kategorisches Postulat ist; doch ist von Versuchen, solchen Nachweis zu führen, bislang wenig zu merken gewesen. Am ersten hört man noch von einer unter schwierigen Verhältnissen ausgeführten Laparotomie bei geburtshülflichen Fällen der Noth. Gar mancher Kaiserschnitt ist schon in abgelegenen ärmlichen Hütten gewagt und geglückt. Auf rein chirurgischem und gynäkologischem Gebiet sind mir Mittheilungen von äquivalenten Unternehmungen viel seltener begegnet. Besonders hervorheben will ich aber eine Veröffentlichung von Doerfler (Weissenburg a. S.), die mich sehr sympathisch berührte.

1) Vergl. z. B. Madelung's Vortrag: „Zur operativen Behandlung der inneren Darmeinklemmungen“. Verhandlungen des Chirurgen-Congresses 1887. Desselben Autors Vortrag auf der 1896er Naturforscherversammlung: „Einige Grundsätze der Behandlung von Verletzungen des Bauches.“ Centrbl. f. Chir. 1896. S. 980. Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. 4. Aufl. S. 252, 253. Riedel, Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus. S. 135. Kehr, Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit. S. 116, 117 ff. etc.

Doerfler hielt auf der 1893er Aerzte- und Naturforscherversammlung einen Vortrag: „Frühoperation des Ileus. Casuistisches aus der Landpraxis“. Doerfler kann sich rühmen, in privater Landpraxis von vier operirten Ileusfällen drei rechtzeitig operirte durchgebracht zu haben (einen davon mittels Darmresection), der vierte Kranke, zu spät zur Operation gelangt, starb. Doerfler „weist deshalb Madelung's Forderung, Laparotomien nur in wohleingerichteten Krankenhäusern vorzunehmen, mit Hinweis auf die unter den primitivsten Landpraxisverhältnissen erreichten Erfolge, als zum Mindesten nicht ganz berechtigt, zurück. Dort wie hier sei peinliche Asepsis Grundbedingung der Erfolge. In jedem Bauernhause lasse sich eine erfolgreiche Asepsis bei einiger Sorgfalt erreichen“. Ich bin mit dem Collegen Doerfler ganz einverstanden und habe ebenso wie er keinen Anstand genommen, an Abdominaloperationen unter schwierigen äusseren Verhältnissen heranzugehen. Dass auch unter solchen von einem allgemeine Praxis treibenden Arzte nicht üble Erfolge erreicht werden können, hoffe ich durch eine Mittheilung der in meiner 15jährigen Cuxhavener Thätigkeit ausgeführten Abdominaloperationen (mit Ausschluss der Operationen am Rectum und an der Harnblase), die ich zu veröffentlichen mir erlauben will, leidlich darthun zu können. Mit Hekatomben von Fällen, wie die Statistiken der Spitäler und Spezialisten, kann ich nicht dienen, aber das erste halbe Hundert ist wenigstens, alles Hergehörige zusammengerechnet, überschritten. Auf manchem Gebiete, der Exstirpation der Tubenschwangerschaft, des Wurmfortsatzes, der totalen Cholecystektomie, der Ovarienexstirpation sind die Erfolge sehr günstig, ganz frei von Todesfällen in Folge der Operation; theilweise befriedigend, aber ungleich bei der Chirurgie des Magens und den Exstirpationen des Uterus, gleichmässig schlecht und negativ nur bei den Laparotomien wegen Ileus und eitriger Peritonitis, — wie ich glaube, lediglich in Folge hier von mir noch nicht hinlänglich überwundenen Zaghaftheit und unzureichender Energie (meinetwegen auch „Dreistigkeit“) des Vorgehens. Ich denke diesem Mangel in Zukunft abzuhelpfen. Ueber eine mittlerweile durchgebrachte Laparotomie wegen Ileus (oder Pseudoileus?) s. den Zusatz nach den Operationstabellen.

Ich habe meine Erfahrungen in 2 Tabellen gruppirt, deren eine die in Privatwohnungen operirten Fälle zusammenstellt, während die zweite die im hiesigen Krankenhaus behandelten enthält. Ich hätte aber ebenso gut alle Fälle in einer Liste vereinigen können, denn Vorzüge und praktische Erleichterungen gewährt das hiesige Krankenhaus vor dem Privathause nicht im allermindesten. Es hat lediglich den Nutzen, Cuxhavener alleinstehende Personen ohne eigene Familie und Häuslichkeit (Dienstmädchen, Arbeiter), sowie auswärtige Patienten von weiter her, die ebenfalls hier nicht anderweitig unterkommen können, unterzubringen Gelegenheit zu bieten. Von allen therapeutischen Hilfsmitteln und dem Comfort, den man im Allgemeinen von einem modernen, seinen Namen verdienenden Krankenhause erwartet und fordert, ist keine Rede. Es fehlt ein eigenes Operationszimmer, vielmehr wird je nach den Umständen bald in einem gerade unbelegten Krankenzimmer, bald auf dem Corridor, bald auf dem Dachboden operirt; es fehlt ein eigenes ausreichendes Instrumentarium, vielmehr arbeite ich dort bei grösseren Eingriffen stets mit eigenem

Handwerkszeug; es fehlt an jeglichem Sterilisirungsapparat. Das ganze Wartepersonal besteht aus einem einzigen Wärter, der auch die weiblichen Kranken zu bedienen hat! Dabei ist der Verpflegungskostensatz nicht billig und ärztliche Behandlung, Medicamente und Verbandmaterial, das von Fall zu Fall aus der Apotheke angekauft wird, desgleichen Wein muss extra vergütet werden. Kein Wunder daher, wenn unter diesen beklagenswerthen Verhältnissen, deren Besserung durch Hamburger Staatshülfe in den nächsten Jahren allerdings erhofft wird, der Ruf des Krankenhauses kein günstiger ist und die Krankenaufnahmen in ihm vom Arzt wie vom Publikum nur bei Zwangslagen, beim Mangel jeden anderen Ausweges nachgesucht werden. So geht denn auch aus den Zahlen meiner Listen hervor, dass noch nicht der 4. Theil meiner Fälle ins Krankenhaus behufs Operation zur Aufnahme gebracht ist.

Was die Aufstellung der Listen betrifft, so habe ich die Ausgänge der Operationen als Heilungen oder als Todesfälle und zwar als Todesfälle in Folge der Operation oder als solche trotz der Operation rubricirt. Als Heilung habe ich, da es sich hier nur um die Practicirbarkeit der operativen Behandlung unter ungünstigen äusseren Bedingungen handelt, jede Ausheilung der operativen Wunde verrechnet, natürlich bedeutete nicht jede dieser Heilungen auch Heilung der behandelten Krankheit — gar nicht selten war es aber immerhin der Fall. Der Entscheid, ob im einzelnen Fall der tödtliche Ausgang als in Folge oder trotz der Operation eingetreten anzusehen sei, war, wie immer bei solchen Zählungen, manchmal etwas zweifelhaft und nicht ohne alle Willkür zu treffen. Ich habe nichts dagegen, wenn der kritische Leser diesen oder jenen Exitus statt trotz der Operation abweichend von mir in Folge derselben zu zählen vorzieht. Die „Detailangaben“ habe ich möglichst kurz gefasst, doch glaubte ich so viel mittheilen zu müssen, als nöthig, um ersichtlich werden zu lassen, was ich vor mir hatte, was ich gemacht und was ich erreicht habe.

Ich lasse jetzt die Listen folgen.

Beim Rückblick auf mein Material habe ich vor Allem hervorzuheben, dass mir in Bezug auf die Asepsis kein einziger Misserfolg widerfahren ist. Alle Kranken, die überhaupt den Eingriff als solchen überlebten und vor demselben infectionsfrei waren, blieben es auch nach der Operation. Die einer Heilung per primam fähigen Wunden heilten auch ohne Eiterung und auch sonst war der Wundheilungsverlauf durchgängig günstig, frei von accidentellen Infectionscomplicationen. Wo nach Eröffnung einer aseptischen Bauchhöhle aber doch Peritonitis eintrat, war der Grund nicht in Mangelhaftigkeit der aseptischen Massnahmen, sondern in solcher der operativen Technik zu finden. Den Tod an Peritonitis in Fall 12 verursachte die bei der Section gefundene Insufficienz der Magenduodenalnaht, in Fall 15 die mangelhafte Einsetzung des Murphyknopfes, in Fall 17 die unzweckmässige Versorgung des an der Leber belassenen Restes der Gallenblasenwand. Diese Fehler sind nicht zu beschönigen. Sonst sind mir erhebliche technische Fehler erspart geblieben. Der grösste mir widerfahrere ist das Anschneiden des Colon gelegentlich der

Appendektomie in Fall 25, glücklicherweise aber gelang es einer genauen Darmnaht, die üblen Folgen des Versehens zu vermeiden.

Im Uebrigen mag es der Kritik des Lesers überlassen bleiben, den therapeutischen Werth meiner Operationsresultate abzuschätzen; die Tendenz meiner Mittheilung aber verlangt es, dass ich jetzt noch erörtere, wie bei meinen Unternehmungen die Ungunst der äusseren Verhältnisse zu bekämpfen und zu überwinden war.

a) Bett. Selbstverständlich war stets meine Sorge, dass der Operirte in einem sauberen, bequemen Bette lag, nicht selbstverständlich aber, dass ich ein solches stets vorfand. In Landhäusern unserer Gegend finden sich hier oft sogenannte Butzen, enge Schlafgehäuse, an der Wand abgeschlossen von Luft und Licht durch Bretterverschläge und Klappphüren. Ich fand sie in Fall 22 und 15 vor. Hier und auch sonst, wo das eigene Bett der Kranken gar zu jämmerlich war, kostete es aber keinerlei Schwierigkeiten, ein besseres aufzutreiben. Stets fanden sich freundlich gesonnene und besser situirte Nachbarn, die dem Kranken für sein Lager nach der Operation ein geeignetes Bett herliehen. So ermöglichte sich auch in diesen Fällen die zweckmässige Zurüstung einer Lagerstätte. Gewöhnlich lasse ich die letztere noch durch Einlage eines Wasserkissens verbessern, die auf meine Veranlassung von einem Sattler zur Vermietung vorrätzig gehalten werden. Bei Abkühlung und Collaps des Kranken — zumal gleich nach der Operation — wird das Kissen mit warmem Wasser gefüllt.

b) Operationszimmer. Wo Zeit zu genügender Vorbereitung vorhanden, liess ich stets das beste, d. h. grösste und hellste vorhandene Zimmer ausräumen, reinigen und dann 1 bis 2 Tage auslüften. Bedurfte es einer sofortigen überstürzt-beschleunigten Operationsausführung (z. B. in Fall 35 und 36), so that eine entsprechend hastige Zimmerzurüstung nie einen Schaden. Einen zum Operationslager geeigneten Tisch ausfindig zu machen, mehrere Waschbecken zu requiriren, desgleichen frisch gewaschene Bettlaken und Handtücher in ausreichender Menge, misslang auch bei den ärmlichsten Leuten nicht. Ueber Mangel an Licht habe ich nie zu klagen gehabt, obwohl ich über Oberlicht niemals verfügte. Musste bei künstlicher Beleuchtung operirt werden (z. B. bei der Tubenschwangerschaft, Fall 35), so genügte eine Hängelampe. Hängelampen aber sind jetzt überall aufzutreiben, wie ich bei mancher nächtlichen Hernio- und Tracheotomie auf dem Lande constatiren konnte. Der Herbeiholung der berühmten lichthaltenden alten Nachbarsfrau Dieffenbach's bedarf es also nicht mehr.

c) Krankenzimmer. Wenn möglich, liess ich das Bett der Operirten in einem anderen Zimmer, als dem Operationszimmer aufstellen. Wie oft aber war das der beschränkten Räumlichkeiten wegen unthunlich! Man lernt hier sehr genügsam zu werden. In Fall 22 hatte die betreffende Familie überhaupt nur ein neben dem Ziegenstall gelegenes Zimmer inne, das denn auch zur Celebrirung der Operation und des Krankenlagers herhalten musste, ohne dass die tadellose Heilung der vorgenommenen Appendektomie die geringste Störung erlitt. Nicht viel besser waren die Umstände in Fall 41, Ovarienexstirpation, und Fall 33, vaginale Radicaloperation. Oder der Kranke hatte zwar ein eigenes

Schlafstübchen, aber was für ein bescheidenes! Der Cholecystektomirte in Fall 16, lag in einem kleinen Mansardenstübchen, dessen niedriges Dach mir nicht erlaubte, aufrecht zu stehen, und das nur durch ein 1 □ Fuss grosses Klappfenster im Dach gelüftet wurde. Es hat ihm nichts geschadet!

d) Weite Entfernung der Wohnung des Kranken von derjenigen seines Arztes. Auch hier lernt man anfängliche Bedenken überwinden. Der appendektomirte Kranke in Fall 22, die choledochotomirte und cystektomirte Patientin in Fall 18 wohnten 5 km von mir entfernt. Ich habe sie in der ersten kritischen Zeit täglich 2 Mal besucht. In solchen Fällen ist das Radfahren eine vortreffliche Erleichterung für die Praxis (s. auch Fall 38, Tubenschwangerschaft, in Altenbruch, 7 km von Cuxhaven entfernt, operirt).

e) Krankenpflege. In den meisten Fällen haben die nächsten Familienangehörigen, besonders die weiblichen, aber auch Männer dieselbe besorgt. In anerkennenswerthester, z. Th. erstaunlicher Weise wussten sie diese Pflicht zu erfüllen und meine Intentionen zu verstehen. Wiederholt haben schwangere Frauen ihre kranken Männer und Kinder gepflegt. Sehr häufig aber haben auch die beiden Gemeindediakonissen Cuxhavens in der nächsten Zeit nach den Operationen die ersten und schwersten Dienste übernommen, Nachtwachen gethan etc.

Was die Asepsis anlangt, so habe ich schon Eingangs meiner Mittheilung mich mit Dörfel als in der Ueberzeugung einig erklärt, dass ihre Wahrnehmung überall in wirksamer und völlig zuverlässiger Weise durchführbar sei. In den letzten Jahren habe ich den zu Operirenden zur Vorbereitung stets ein ein- oder mehrmaliges Bad mit gründlichster Abseifung des Abdomens nehmen lassen. Aus den Andeutungen über die Wohnungsverhältnisse meiner Clientel kann leicht entnommen werden, dass ein Badezimmer nur selten zur Verfügung gestanden haben wird. Aber Badewannen kann man miethen, auch auf dem Lande — ich konnte ausnahmslos ihre Beschaffung durchsetzen. Mangelte es den Kranken selbst an Geld, den Miethpreis zu zahlen, so half auch hier die Gutmüthigkeit vom Freund und Nachbar aus. Die Operationsinstrumente pflege ich vor den Eingriffen selbst bei mir zu Hause auszukochen, um sie reinlich abgetrocknet in frisch gewaschene Handtücher zu wickeln, in welcher Verpackung sie in die Wohnung der Patienten gebracht werden. Als Tupfmateriel, sowie zur Einpackung prolabirender Därme etc. dient ausschliesslich sterilisirter Mull, von der Apotheke meterweise in den von der P. Hartmann'schen Fabrik gelieferten, pildicht verschlossenen Packeten bezogen. Auch für Ligatur und Naht brauche ich P. Hartmann'sches Fabrikat: die carbolisirte Seide Nr. 2, die ich auch für die Darmnaht nicht zu dick finde. Für Ligaturen dickerer Gewebsstränge wird derselbe Faden doppelt genommen. Den Faden frisch der Verpackung entnommener Rollen brauche ich ohne besondere Vorbereitung. Angebrochene, halb verbrauchte Rollen werden in 1 % Sublimatlösung asservirt. Catgut habe ich kaum angewendet, doch werde ich künftighin wegen der häufig vorgekommenen Seidenfadenerweiterungen es erforderlich scheinenden Falles wohl öfter in Gebrauch ziehen, oder ein unresorbirbares, aber gleichzeitig imbibitionsunfähig ge-

machtes Fadenmaterial anwenden. Die bei der Operation beteiligten Aerzte legen frisch gewaschene Drillichmäntel an. Wasser liefert die Cuxhavener Wasserleitung in vorzüglichster, nachgewiesen keimfreier Qualität; ich habe ungestraft kein Bedenken getragen, Salzlösungen, die mit dem eben frisch der Leitung entnommenen Wasser zubereitet waren, zu subcutanen Infusionen zu benutzen. Auswärts wird für Bereithaltung ausreichender, durch Kochen sterilisirter Wassermengen Sorge getragen. Die Haut der Arzthände und des Operationsfeldes wird nach Fürbringer desinficirt, zur Desinfection der Scheide erschienen mir die Spiritusauspülungen nach Poter¹⁾ sehr brauchbar. Der Kranke kommt völlig entkleidet auf den Operationstisch, welcher mit einem oder mehreren frisch gewaschenen Bettlaken bedeckt ist²⁾. Die Umgegend des Operationsfeldes wird mit frisch gewaschenen und sublimatgetränkten Wäschestücken umkränzt. Kann die Operationswunde genäht werden, so decke ich sie mit einer 3—6fachen, einen guten Theil des Abdomens einnehmenden Lage sterilisirten Mulls, der mit reichlich übergegossenem und aufgepinseltem Collodium festgeklebt wird und zu einem derben Schutzpanzer erstarrt. Darüber Watte zu legen, ist unnöthig. Am 10. bis 12. Tage behufs Beseitigung der Nähte Entfernung und Erneuerung der collodirten Gazeplatte. Ich finde diese Nachbehandlung genähter Laparatomiewunden ausserordentlich bequem. Muss die Wunde offen bleiben, wie nach Incision appendicitischer Abscesse, so tamponire ich mit Jodoformgaze und decke mit Holzwoollwatte, die aber meist nicht mit Bindenumwicklung, sondern nach Trendelenburg'scher Manier³⁾ einfach mittelst eines um den Leib gelegten und mit Nadeln zusammengesteckten Handtuches befestigt wird. Das erlaubt jederzeit ein sehr einfaches Nachsehen und Wattewechseln an der Wunde. Ist nur ein theilweises Offenbleiben der sonst nähbaren Wunde zwecks Gazedrainage an einem Winkel erforderlich, wie z. B. nach Cholecystektomie, so wird der genähte Theil mit Collodialgaze verklebt, der offene mit dem Wattehandtuchverband behandelt. Waren Spülungen der Wunde oder der Scheide erforderlich, so nahm ich meist nur reines Wasser dazu, Kranke mit lange eiternden Wunden, z. B. nach Incision appendicitischer Abscesse erhielten möglichst häufige Voll- oder wenigstens Sitzbäder.

An guter ärztlicher Assistenz hat es mir nie gemangelt. Auch in Fällen, wo eine Operation unerwartet und mit möglichster Beschleunigung zu erledigen war, hatte es für mich keine Schwierigkeiten, die mir nöthigen ärztlichen Mitarbeiter zu finden. Der Regel nach arbeitete ich, während die Narkose ein Wärter oder eine Diakonisse wahrnahm, mit 2 assistirenden Collegen, öfters aber lud ich auch mehrere Herren ein, um sie die Fälle mitbeobachten zu lassen. Ich will nicht verfehlen, die Namen der Herren, die mich durch ihre Assistenz unterstützten, hier zu nennen. Sie haben mich durch ihre Hülfe zu Dank verpflichtet, halfen mir aber, denke ich, auch nicht ohne eigenen Nutzen, da sie bei der mit

1) Die chirurgische Asepsis der Hände. Berlin 1897. S. 47.

2) Für Operationen in Beckenhochlagerung habe ich ein transportables Holzgestell, welches auf den Tisch kommt.

3) Becker, Ueber Darmresectionen. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. XXXIX. S. 183.

mir gemeinsamen Arbeit auch die werthvolle Gelegenheit zur Erweiterung ihrer Erfahrung, zum Lernen mit mir theilten. Es waren die Cuxhavener praktischen Aerzte Herr Dr. Hermann Schmidt (jetzt in Harsefeld), Dr. Bulle, Dr. Kamps und in den letzten Jahren am häufigsten Dr. Steinmetz, von auswärtigen Collegen assistirten in einzelnen Fällen Dr. Guttman in Altenbruch, jetzt in Otterndorf, Dr. Daacke und Dr. Danne in Altenbruch, Dr. Hülse in Otterndorf, Dr. Stille in Ihlienworth, Dr. Peters in Nordleda, von vorübergehend in Cuxhaven stationirten Aerzten die Quaranäneärzte Dr. Kremser (jetzt in Pinneberg), Dr. Priester, Dr. Sanne-
mann, Dr. Stürmer; ferner Dr. Henkel, Assistenzarzt in Eppendorf (jetzt in der Olshausenschen Klinik), sowie die Marinestabsärzte Dr. Schlick und Piechert und Marineoberassistentenarzt Dr. Wenzel.

In 4 Fällen wurden Hamburger Specialisten, einmal Herr Dr. Wiesinger, sonst Herr Dr. Prochownik, als Consiliarii von mir hinzugezogen; in Fall 43 und 31 mehr aus äusseren Gründen, aus Rücksicht auf dritte Personen, in Fall 29 und 33 lediglich auf meinen Wunsch, da ich die hier erforderlichen Operationen, die abdominale bez. vaginale Uterusexstirpation nach Doyen-Landau, die ich bislang noch nie gesehen, mir nicht völlig zutraute. Fall 43 (Nephrolithotomie) ist von Dr. Wiesinger operirt. Dr. Prochownik stellte mir stets anheim, an den Patientinnen, zu denen ich ihn gebeten, die Operationen unter seiner leitenden Assistenz auszuführen, ein Angebot, das ich auch in Fall 29 annahm. In den beiden anderen Fällen aber zog ich vor, ihn um eigenhändige Operation zu bitten, mich mit der Assistentenrolle begnügend, da mir richtiger erscheint, da, wo das eigene Sicherheitsgefühl zu wanken beginnt, die Arbeit einer geübteren Hand zu überlassen, als sie selbst in stümperhafter Weise zu versuchen.

Hiermit aber komme ich auf den letzten zu erörternden Gegenstand zu sprechen, ich meine diejenigen Anforderungen, die bei operativer Thätigkeit ein Arzt zu stellen hat, nicht an die äusseren Umstände — Wohnung, Krankenzimmer des Patienten, Pflegepersonal und Assistenten — sondern an sich selbst und sein Können. Die Ansprüche auf äusserliche Hilfsmittel und Erleichterungen können gering sein, und wer erst einmal versucht und begonnen hat, trotz erschwerender Umstände operativ zu

A. Im Privathaus

Operation	Zahl der Fälle	Lfd. Nr.	Personalia	Heilung
Probepariotomieen	2	1	Kaufmannsfrau E. Cuxhaven	1
		2	Eisenbahnbeamtenfrau Cuxhaven	—

arbeiten, wird je länger um so mehr dazu kommen, sie herabsetzen, mehr als er selbst anfänglich erwarten mochte — die Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit wird er umgekehrt immer mehr steigern müssen. Im schönsten Operationssaal genau ebenso wie in der ärmlichen Arbeiterstube wird schliesslich das hinlängliche chirurgische Können des Operateurs den Ausschlag für den Verlauf der vorgenommenen Arbeit abgeben.

Wenn ich selbst mich Manns genug glaubte fühlen zu dürfen, mich an die operativen Aufgaben der modernen Bauchhöhlenchirurgie heranzuwagen, so verdanke ich das meinem verehrten Lehrer Herrn Max Schede, dessen Assistent im Hamburger alten allgemeinen Krankenhause ich 1 $\frac{1}{2}$ Jahre zu sein die Ehre hatte. Die in dieser Zeit gesammelten Kenntnisse und Fertigkeiten, das nachhaltige Interesse für die Chirurgie, das ich damals gewonnen, setzten mich in den Stand, späterhin selbstständig weiter zu arbeiten und zu streben. Bei den hohen Ansprüchen, die gerade die Bauchchirurgie an Kenntnisse und technisches Können ihrer Praktiker stellt, halte auch ich es für schlechterdings ausgeschlossen, dass sie im wahren Sinne des Wortes je zum Gemeingut aller Aerzte werde. Denn wie soll ein junger Arzt nach eben abgelegter Prüfung im Stande sein, sie zu meistern? Warum aber soll demjenigen, der nach absolvirtem Hochschulstudium glückliche Gelegenheit hatte, praktisch etwas Tüchtiges zu lernen, es verwehrt sein, selbst sich auf diesem Gebiete zu versuchen, vorausgesetzt, dass er bei gewissenhafter Erwägung überzeugt ist, der einen oder anderen Aufgabe durchaus gewachsen zu sein?

Ich fasse, ohne hier mehr Worte zu verlieren, meine Ansicht hierüber mit dem Inhalt der früheren Erörterungen in 2 Fragen und Antworten zusammen, die ihre Formel einer Reminiscenz an Lessing¹⁾ verdanken:

Darf ein Specialist im Privathaus Laparotomien machen?

Antwort: Warum nicht? Wenn er will.

Darf ein praktischer Arzt im Privathaus Laparotomien machen?

Antwort: Warum nicht? Wenn er kann.

1) Antigötze, Zweiter. Darf ein Comödienschreiber Predigten machen? Darf ein Prediger Comödien machen? Die Antworten wie oben.

operirte Fälle.

Tod in Folge der Operation	Tod trotz der Operation	Klinische Detailangaben
—	—	Die Diagnose war fälschlich auf Tubenschwangerschaft gestellt, da das seit Monaten eine Abortplacenta zurückhaltende Corpus uteri wegen auffallender Beweglichkeit einen Fruchtsack vortäuschte. Spontane Ausstossung der Retentionsmasse.
—	1	Grosse Tumoren im stark ascitischen Leibe, die sich als Dünndarmconglomerate mit geschwulstig verdicktem Mesenterium erwiesen. (Tuberculose oder maligner Tumor?) Exitus nach einigen Tagen an Schwäche. Patientin von Dr. Bulle.

Operation	Zahl der Fälle	Lfde. Nr.	Personalia	Heilung
Laparotomie wegen Peritonitis tuberculosa.	2	3	Kapitänstochter N. Cuxhaven.	1
		4	Hofbesitzerstochter R. Döse.	1 } ²
Tuberculöse Bauchfisteln, Spaltung etc.	1	5	Lehrerin L. in Altenbruch.	1
Grosser tuberculöser Abscess hinter den Bauchmuskeln.	1	6	Gastwirthstochter S. in Altenbruch.	1 (mit Fistel)
Operatio radicalis herniae umbilicalis.	1	7	Hofbesitzerin H. in Groden (ältere Dame).	1
Ileus-Laparotomieen.	2	8	Constablersfrau S. in Cuxhaven.	—
		9	Lootsenwittwe A. in C. (ältere Frau).	—
Anus artificialis bei Invaginatio ilei.	1	10	Kaufmannstochter S. in Cuxhaven.	—
Anus artificialis-Anlegung wegen carcinöser Mastdarmscheidenfistel.	1	11	Haushälterin in Wester- Wanna, 20 km von Cux- haven, in ihrer Wohnung operirt.	1
Resectio pylori.	3	12	Frau J., Wittwe in C.	—
		13	Seemannswittwe D. in C.	1
		14	Wächter W. in Döse.	1
Gastroenterostomia.	1	15	Lootsenfrau M. in C.	—

Tod in Folge der Operation	Tod trotz der Operation	Klinische Detailangaben
—	—	Operation am 12. Juni 1888, jetzt gesundes, blühendes Mädchen.
—	—	Nicht lange nach vollendeter Wundheilung an allgemeiner Tuberculose gestorben.
—	—	Patientin von Dr. Danne-Altenbruch, in dessen Hause operirt. Die Fisteln sassen in der Narbe einer früher wegen Bauchfelltuberculose gemachten Laparotomie und führten in tiefe abgehalgte Abscesse. Spaltung etc. Patientin nach Jahren gesund wieder gesehen.
—	—	Zusammen mit Dr. Danne behandelt. Der Abscess machte den Eindruck eines intraperitonealen, war es aber nicht. Die zurückbleibende Fistel führte auf das cariöse Schambein.
—	—	Ausgedehnte Netzresection. Auseiterung der versenkten Seidenligaturen. Seit Jahren recidivfrei.
—	1	Die Patientin war gravida mens. X und ich beabsichtigte, die Geburt künstlich einzuleiten, was aber unterblieb, da der hinzugezogene College den Plan missbilligte. Der Bauchschnitt war resultatlos, da der Uterus die Därme verdeckte. Am nächsten Tage Geburt eines nicht ganz reifen lebenden Kindes, nicht lange später Exitus an dem weiter bestehenden Ileus.
—	2	
—	1	Zu spät riskirte Operation. Patientin hatte mehrere Tage unstillbar gebrochen, dabei Anurie, Vox cholericæ, Stuhl war nicht angehalten. Ausgedehnte Dünndarmverwachsungen, die zu lösen gelingt. Auch eine im kleinen Becken fixirte und anscheinend verlegt gewesene Schlinge frei gemacht. Exitus am Operationstag im Coma und Collaps.
—	1	Zu lange expectativ behandelt. Cf. meine Publication, Centralbl. für Chirurgie 1888. S. 1.
—	—	Patientin von Dr. Stille, Ihlienworth, vor einem Jahre wegen Scheidenkrebs in Göttingen operirt. Ein Recidiv hatte zu der Fistel geführt. Trennung des Colon sigmoideum, dessen distales Ende verschlossen und versenkt, dessen proximales Ende in die Bauchwunde gefügt wurde. Der Kunstafter functionirte etliche Wochen gut, bis zum Exitus an Kachexie.
1	—	Wahrscheinlich gutartige Stenose. Peritonitis in Folge von Nahtinsufficienz Publicirt im Centralbl. für Chirurgie 1890. S. 249.
—	—	Magen geschlossen, das Duodenum in die Magenhintwand mit Murphyknopf implantirt. Complication durch Invaginatio coli. Exitus an Erschöpfung nach Heilung der Resection. Publicirt Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLVIII. S. 83.
—	—	Carcinom. Operationsmethode wie in vorigem Falle. Glatte Heilung, ausgezeichnete Reconvalescenz, 30 Pfund Gewichtszunahme, Wiederantritt des Dienstes. Nach 9 Monaten Exitus an Recidiv.
1	—	Carcinom. Methodus antecolica anterior. Die 50 cm unterhalb der Plica duodenojejunalis genommene Darmschlinge mit Murphyknopf mit dem Magen verbunden, „Aufhängung“ beider Darmschenkel an den Magen. Exitus an Peritonitis (Section), in Folge Insufficienz der Eingeweidevereinigug; — wahrscheinlich war der Darmschnitt zu gross und wurde durch den Kopf nicht völlig abgeschlossen.

Operation	Zahl der Fälle	Folde. Nr.	Personalia	Heilung
Cholecystostomia.	1	16	Schiffswächter E. in C.	1
Cholecystectomy partialis.	1	17	Wittve L. in C. (ältere Frau).	—
Cholecystectomy totalis.	3	18	Frau v. K. in Duhnen.	1
		19	Frau P. aus Duhnen, in Cuxhaven operirt.	1
		20	Frau Schr. aus Nordleda, in Cuxhaven operirt.	1
Choledocholithotomia.	1	(21)	S. Fall 18.	(1)
Abscessus perityphliticus. Incision.	1	21 (22)	Malerstochter G. in C.	1
Appendectomy wegen recidivirender Perityphlitis im anfallsfreien Stadium.	4	22 (23)	Arbeiter A. in Altenbruch.	1
		23 (24)	Grenzaufseher S. in Döse.	1
		24 (25)	Bootsmann J. in Döse.	1
		25 (26)	Lootsentochter H. in C. (5 Jahre alt).	1

Tod in Folge der Operation	Tod trotz der Operation	Klinische Detailangaben
—	—	Schwerer chronischer Icterus mit intermittenzähnlichen Fieberanfällen. Diagnose Choledochusstein. Bei der Laparotomie zeigt sich die Gallenblase steinfrei. Gallengänge stark mit den Därmen verwachsen, weshalb ihre Isolirung misslingt. Doch entleert sich in der Gegend der Porta (aus einem Gallengang?) ein erbsengrosser bröckeliger Stein unter starkem Gallenfluss. Tamponade, Einnähung der uneröffneten Blase ins Peritoneum. Durch Nahteinschneiden entsteht eine Gallenblasenfistel, die wochenlang floss. Patient verlor den Icterus und ist seit 1 1/4 Jahren ganz gesund. Noch vorhanden eine feine Fistel (wahrscheinlich von einer Seidenligatur herrührend).
1	—	Grosse verkalkte Blase, diverse Steine und eitrigen Schleim enthaltend. Schlussstein im Cysticus. Cysticotomie und Ligatur des Cysticus. Incision und Ausräumung der Blase, Abtragung derselben bis auf das der Leber adhärente Stück ihrer Wand. Die Ränder desselben ins Peritoneum genäht. Die ersten Tage guter Verlauf, dann Reizerscheinungen. Nähte gelöst, Tamponade. Trotzdem Peritonitis, auch Gallenfluss aus dem Cysticus. (Abfallen der Ligatur?)
—	—	Seit lange an Koliken leidend, seit vielen Wochen an schwerem Icterus mit intermittirenden Frösten. Diagnose Choledochusstein. Excision eines muskatnussgrossen Steines aus dem Choledochus, Naht des letzteren. Excision der steinhaltigen Blase, Cysticusligatur, Tamponade. Eine Zeit lang starker Gallenfluss, dann glatte Heilung, vortreffliche Erholung. Doch restirt (seit 8 Monaten) eine feine Fistel, obwohl dieselbe schon etliche Seidenfäden entleerte.
—	—	Anscheinendes Magenleiden. Die steinhaltige Blase ist mit Magen, Netz und Colon verwachsen. Heilung durch Hämatemesis complicirt. Publicirt Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. S. 586.
—	—	„Schwacher Magen“ und häufige Koliken, die als Perityphlitisanfälle gedeutet waren. Ausgesprochener bis an die Spina a. s. herabreichender zungenförmiger Leberlappen, auf dem die mit dem Colon stark verwachsene Blase anliegt. 4 grosse Steine in derselben.
—	—	S. Fall 18.
—	—	Abscess zwischen Netz und Colon. Wurmfortsatz nicht gesehen. Wunde halb genäht, halb tamponirt. Während der Heilung noch Eiterabgang per vaginam. In der Narbe jetzt eine kleine Hernie.
—	—	Leichte Operation, da der Processus vermiformis frei von allen Verwachsungen. Trotzdem derselbe anatomisch kaum verändert war, Beseitigung aller früher in der Coecalgegend vorhanden gewesenen Beschwerden.
—	—	Hypertrophischer, völlig verwachsener Processus, mit seiner Spitze nach den kleinen Becken zu gerichtet. Für einige Tage feines Gazedrain.
—	—	Stark verwachsener, nur 1 cm langer Appendix, schlecht auffindbar. Feines Gazedrain auf die Hinterseite des ziemlich malträdirten Colon. Ziemliche Eiterung. Trotzdem und trotz Verwendung von Seide zu den versenkten Nähten feste und fistelfreie Heilung.
—	—	Die letzten Jahre häufige Koliken mit Brechen, deren Grund erst durch zwei rasch hinter einander auftretende Attacken von Perityphlitis aufgeklärt wird. Bei der Operation wird gelegentlich Erweiterung der Bauchwunde das der Bauchwand adhärente Colon in 2 cm Länge penetrirend verletzt. Sorgsame Darmnaht, Abschluss der Bauchhöhle durch Anheftung des Colon an das Peritoneum. Sehr grosser, ganz verwachse-

Operation	Zahl der Fälle	Lfd. Nr.	Personalia	Heilung
Darmnaht.	1	(27)	S. Fall 25 (26).	(1)
Peritonitis purulenta.	3	26 (28)	Barbierssohn H. in C.	—
		27 (29)	Hofbesitzerstochter V. in Döse (Kind).	—
		28 (30)	Wäsherstochter M. in C. (17 Jahre).	—
Exstirpatio uteri totalis abdominalis.	2	29 (31)	Capitänsfrau N. in C.	1
		30 (32)	Lootsenfrau H. in C.	—
Amputatio uteri myomatosi supravaginalis propter sepsim puerperalem.	1	31 (33)	Frau C. in M.	1
Exstirpatio uteri vaginalis.	1	32 (34)	Frau v. B. in C. (Arbeitsfrau in den Sechzigern).	1
Operatio radicalis wegen Becken- abscess und tuberculöser, rectaler Pyosalpinxfistel.	1	33 (35)	Frau T. z. Zt. in C. bei ihren Eltern,	1

Tod in Folge der Operation	Tod trotz der Operation	Klinische Detailangaben
		ner Wurmfortsatz, nach unten und innen gerichtet. Tampongaze auf die Naht. Wunde bis auf die Drainlücke geschlossen. Die ersten 2 Tage sehr hohe Pulsfrequenz (160) und heftiges Erbrechen. 400 g Kochsalzlösung subcutan. Dann guter Verlauf. Stuhlgang am zehnten Tage.
—	—	Siehe Fall 25 (26).
—	1	Ende der Achtziger Jahre wegen Verdacht auf innere Einklemmung operirt. Eiterentleerung aus der in der Mittellinie eröffneten Bauchhöhle, worauf die Wunde wieder geschlossen wurde. (Die Operation fand statt bei künstlichem Licht — Hängelampe —, auf einem Dachboden, ein ausgehobener Thürflügel diente als Operationstischplatte.) Gestorben an demselben Tage.
—	1	Anscheinende Perityphlitis, am 4. Behandlungstage operirt. Der typische Schnitt entleert mehrere Esslöffel voll fötiden Eiters, der zwischen fibrinös und eiterig belegten Darmschlingen abfließt. Wundtamponade. Gestorben im Collaps noch am Operationstage.
—	1	Primärerkrankung ist Perityphlitis, die aus äusseren Gründen erst am vierten Tage zur Operation gelangt, bei bereits sehr schlechtem Puls. Nach Eröffnung des Leibes durch den typischen Schnitt strömt reichlich Eiter von überall durch die vorliegenden, kaum verklebten Darmschlingen, auch aus dem kleinen Becken. Tamponade, Salzwasserinjection. Der Zustand besserte sich, namentlich der Puls, so dass Hoffnungen gehegt wurden. Exitus erst 5 Tage nach der Operation.
—	—	Grosses Myom bis über den Nabel reichend. Operation bei Beckenhochlagerung nach Doyen-Landau (Unterstützung durch Dr. Prochownik). Glatte Heilung.
1	—	Carcinom, sehr vorgeschrittener Fall, an der Grenze der Operabilität. Portio zerstört, Cervix dick, fassförmig, unbeweglich, Corpus über faustgross, beide Parametrien infiltrirt. Compressionerscheinungen am Rectum. Zuerst werden in Beckenhochlagerung beide Ureteren von der Theilungsstelle der Iliacae bis zur Blaseninsertion frei präparirt, die Uterinae ligirt, wonach die Excision des Uterus nebst den parametranen Infiltraten leicht ist. Operationsdauer 3 Stunden, eine kleine Blasenverletzung genäht. Tod am Operationsnachmittag an Collaps.
—	—	Hohes Puerperalfieber. Indication zur Operation durch mich gestellt, bestätigt durch Dr. Prochownik, den ich auch um Ausführung derselben ersuchte. Der fast zum Nabel reichende Tumor wird supravaginal amputirt, sein Stiel mit Gummischnur extraperitoneal versorgt. Verlauf nicht fieberfrei. Publieirt von Prochownik.
—	—	Fötid „eiteriger“ blutiger Fluor mit zeitweisen Retentionerscheinungen ohne Nachweisbarkeit einer malignen Neubildung. Auf brieflich eingeholten Rath von Dr. Prochownik Operation, die wegen bestehenden Prolapses nicht schwierig war. Am Operationspräparat waren nur senile Veränderungen, namentlich an den Gefässen, nachweisbar. (Bericht von Prochownik).
—	—	Früher Fusstuberculose und Pleuritis. Nach der Verheirathung unterleibsleidend seit über 1 Jahr. Im Bremerhavener Krankenhaus lange resultatlos behandelt. Pat. sehr heruntergekommen, hustend, Rasseln auf den Lungen. Uterus mit faustdicker Schwartenmauer im kleinen Becken befestigt. Im Rectum hoch oben eine Fistel, ins Parametrium führend, palpabel. Mir schien nur die Operation auf abdomi-

Operation	Zahl der Fälle	Lfd. Nr.	Personalia	Heilung
Amputatio tubae gravidae.	5	34 (36)	Matrosenfrau B. in C.	1
		35 (37)	Feuerwerkersfrau St. in Döse.	1
		36 (38)	Lootsenfrau S. in C.	1
		37 (39)	Kaufmannsfrau B. in C.	1
		38 (40)	Pastorsfrau M. in Alten- bruch; daselbst auch operirt.	1
Ovariectomy.	3	39 (41)	Arbeitsfrau K. in C.	1
		40 (42)	Buchbindersfrau V. in C.	1
		41 (43)	Fräulein K. in C.	1
Nephrorrhaphia.	1	42 (44)	Capitänsfrau B. in C.	1
Nephrolithotomia.	1	43 (45)	Consulsfrau K. in C.	—

Tod in Folge der Operation	Tod trotz der Operation	Klinische Detailangaben
		nalem Wege möglich. Dr. Prochownik, von mir consultirt, glückte sie auf vaginalem nach Doyen-Landau. Entleerung reichlichen Pyosalpinx-eiters, Dauerklemmen, Tamponade. Trotz sehr kläglicher Wohnungsverhältnisse glatter Verlauf von Operation und Heilung. Vortrefflicher Erfolg, Herstellung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, starke Gewichtszunahme. Es restirt nur noch eine feine Rectovaginalfistel ohne Beschwerden.
—	—	Krankheitssitz links. Lange vergeblich expectativ behandelt. Wallnussgrosse Tubenmole. Publicirt Zeitschrift für praktische Aerzte 1897 S. 295.
—	—	Krankheitssitz links. Trotz häufiger Koliken und starker Anämie lange abwartend behandelt. Nach einem neuen Kolikanfall Operation, deren Vorbereitungen in 2 Stunden beschleunigt wurden, bei künstlicher Beleuchtung (Hängelampe). Ueber 1 Ltr. Bluteoagula im Becken, beginnende Hämatocelenbildung. Reconvalescenz gestört durch starke Bronchitis (Narkose bei Licht!) und Thrombosis venae cruralis sin.
—	—	Krankheitssitz links. Mehrwöchentliche abwartende Beobachtung. Operation nach neuem Kolik-Ohnmachtsfall.
—	—	Pat. von Dr. Bulle, der auch Diagnose und Indication stellte. Krankheitssitz rechts. Starker Beschwerden wegen einige Tage nach der Diagnosenstellung operirt. Wallnussgrosses Ei mit 1 1/2 cm langen Fötus.
—	—	Krankheitssitz links. Frühzeitige Operation wegen starker Schmerzen. Ei kaum haselnussgross, intact im isthmischen Tubenthelle. Uebrige Tube prall ausgedehnt durch Bluteoagula, mässige in Abkapselung begriffene Hämatocèle. Bei der Nachbehandlung Unterstützung durch Dr. Daacke-Altenbruch.
—	—	Mannskopfgrosser, fester, maligner Tumor der linken Seite mit bereits beginnender nicht operablér Infiltration des Lig. latum. Pat. erholte sich nach der Wundheilung nicht ordentlich und starb nach einigen Monaten in Folge von Weiterwachsens der Geschwulstreste.
—	—	Graviditas mens. VI. Im Epigastrium beweglicher, ca. faustgrosser, schmerzhafter Tumor, Verdacht auf Invagination erregend. Befund Dermoidcyste, leicht verwachsen, unschwer entfernbar. Schwangerschaft ungestört, Entbindung zur richtigen Zeit, von lebendem Kinde.
—	—	Lebhafte Klagen seit lange über Schmerzen in der Cöcalgegend. Diagnose chronische Appendicitis. Typischer Schnitt. Wurmfortsatz normal. In der Vermuthung, dass das rechte Ovarium Grund der wohl hysterischen Beschwerden sei, wird dieses entfernt. Völlige Beseitigung der früheren Beschwerden.
—	—	Rechtsseitige bewegliche Niere bei ziemlich starker Corpulenz. Viel Klagen. Durch die Operation Fixirung der Niere und bedeutende Besserung der Beschwerden. Einige Monate lang fistulöse Fiterung, erst nach Ausstossung zweier Seidensuturen aufgehörend.
—	1	Sehr corpulente Dame, die öfter linksseitige Koliken mit Steinchenabgang hatte. Atherom mit Pulsirregularitäten. Jetzt mehrtägige Anurie mit beginnender Urämie. Operation von mir indicirt, ausgeführt von Dr. Wiesinger. Sectionsschnitt der Niere unter abundanter Blutung. Apfelgrosser weicher Beckenstein entfernt. Exitus auf dem Operationstisch vor Aufwachen aus der Narkose.

B. Im Krankenhause

Operation	Zahl der Fälle	Lfd. Nr.	Personalia	Heilung
Probelaaparotomie.	1	44 (46) I.	Landmann aus Lüding- worth.	1
Laparotomie wegen Ileus.	2	45 (47) II.	Dienstmädchen in C.	—
		46 (48) III.	Eisenbahnarbeiterstochter K. in Altenbruch.	—
Resectio pylori.	1	47 (49)	Landmann U. aus Nordholz.	1
Gastroenterostomia.	1	48 (50) V.	Arbeiter L. aus Altenbruch.	1
Cholecystostomia.	1	49 (51) VI.	Bauer A. aus Döse.	1
Incisio abscessus perityphlitici.	2	50 (52) VII.	Arbeiterssohn M. aus Groden.	1
		51 (53) VIII.	Dienstmädchen A. aus C.	1
Appendektomie wegen recidiviren- der Perityphlitis im anfallsfreien Stadium.	2	52 (54) IX.	Dienstmädchen v. E. aus C.	1
		53 (55) X.	Uhrmachergeselle B. aus C.	1

operirte Fälle.

Tod in Folge der Operation	Tod trotz der Operation	Klinische Detailangaben
—	—	Von Dr. Guttman, damals in Altenbruch, geschickt. Tumor in der R. Regio abdomin. lat. Befund apfelgrosse Verhärtung am Darm, verwachsen mit Nachbardärmen, Netz etc. Zahlreiche metastatische Knötchen in der Umgebung. Radicaloperation erscheint ausgeschlossen. Wundschluss, Heilung. Endausgang unbekannt.
—	1	Operation am Abend des zweiten Tages nach Beginn der sehr heftigen Einklemmungserscheinungen. Die nicht lange währende Operation führte auf strangartige kurze Bänder in der Nähe des Nabels, in denen ein Dünndarm gefangen gewesen zu sein schien. An demselben Uebergang von dilatirten in contrahirten Darm sichtbar. Sonst nichts gefunden. Tod im Collaps gleich nach Beendigung des Eingriffs.
—	2	
—	1	Chronischer Ileus in Folge von Verwachsung, Achsendrehung und Stricture des Darmes bei offen gebliebenem Ductus omphalo-mesaraicus. Operation resultatlos. Einreissen des Darmes. Tod in der Nacht darauf. Publicirt: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV. S. 144.
—	—	Pat. mir von Dr. Bulle überwiesen. Krebsige Pylorusstenose. Typische Operation nach der ersten Billroth'schen Methode. Nachbehandlung mit Jodoformgazetamponade. Publicirt Centralblatt für Chirurgie 1891 S. 655. Die Operation fand statt am 26. 6. 1891. Pat. wurde kräftig und wieder arbeitsfähig. Starb an Recidiv am 4. 2. 1894.
—	—	Beweglicher Pylorustumor, auf dessen Exstirpation aber wegen zahlreicher kleiner Peritonealmetastasen verzichtet wird. Aufsuchung der Plica duodeno-jejunalis und richtige Auswahl einer Darmschlinge misslang, weshalb eine beliebige zur Anastomose genommen wurde. Glatte Wundheilung, aber schlechtes Resultat, da retrograde Darmbewegung mit Kothbrechen folgte. Entlassung nach Hause, woselbst bald Exitus.
—	—	Wiederholte Koliken mit Fieber, schmerzhafter Leberschwellung, z. Th. auch mit leichtem Icterus. Bei der Operation zeigt sich die Gallenblase steinfrei und nicht verwachsen. Trotzdem Cholecystostomie, nach welcher die Beschwerden standen. Langdauernder Gallenfluss aus der Blasenfistel, die endlich durch Behandlung mit Acid. nitr. heilte. $\frac{5}{14}$ Jahre später unter Fieber und Leberschwellung Abscedirung der Narbe, wonach Entleerung trüber Galle nebst einigen gallig incrustirten Ligaturknoten. Danach wieder schnelle Heilung. Gesund seit jetzt $1\frac{1}{2}$ Jahren.
—	—	Jauchiger retrocoecaler Abscess, durch hinteren Schnitt eröffnet. Jodoformgazetamponade zwischen die Därme. Glatte Heilung.
—	—	Kindskopfgrosser ohne besondere Beschwerden entstandener Tumor der Coecalgegend von unklarer Diagnose. Der Schnitt entleert erst ein grosses seröses Exsudat, dann einen bedeutenden das Coecum umspülenden fötiden Abscess, dessen Eiter prolabirende Dünndarmschlingen verunreinigt. Jodoformgazetamponade. Langsame, doch ungestörte Heilung. Jetzt — nach mehreren Jahren — grosse Hernie in der Narbe, durch Bauchbinde zurückhaltbar.
—	—	Typische recidivirende Perityphlitis. In den anfallsfreien Zwischenzeiten Dysmenorrhoe. Operation 14 Tage nach dem letzten Anfall. Fortsatz völlig verwachsen. Glatte Heilung, Dysmenorrhoe beseitigt.
—	—	Operation in der zweiten Woche nach dem letzten Anfall. Dabei kam ein retrocoecaler Abscess zur Entleerung. Fortsatz stark verwachsen. Gazedrainage, Naht. Eiterung mit Auseinandergehen der Haut- und Aponeurosennaht. Uebrigens gute Heilung bis auf einige Seidenfadenfisteln, die bei Abreise des Patienten noch offen waren.

Operation	Zahl der Fälle	Lfd. Nr.	Personalia	Heilung
Peritonitis ex perityphlitide.	1	54 (56) XI.	Sergeant J. aus C.	—
Amputatio uteri supravaginalis.	1	55 (57) XII.	Schiffersfrau H. aus Neu- haus a. O.	1
Exstirpatio uteri vaginalis.	1	56 (58) XIII.	Arbeiterfrau aus Alten- bruch	—
Exstirpatio ovarii vaginalis.	1	57 (59) XIV.	Wittve S. aus Wanna	1
Blosslegung eines Nierenkapsel- tumors.	1	58 (60) XV.	Dienstmädchen in C.	1
Summa:	60	58 (60)	—	42 (44)

Zusatz bei der Korrektur: Mittlerweile habe ich noch 2 Laparotomien zur fester Uterustumor, als Fibrom diagnosticirt. Derselbe war indess maligne, mit dem Colon Dr. Steinmetz. 19 jähr., sehr corpulent, hysterisch und an häufigen Krämpfen leidend. Laparotomie. Bei letzterer wurden aus dem kleinen Becken zwei eng zusammengezogene verschwand die Beschwerden und wurde die Darmpassage frei. Heilung der Hautwunde derselben zurückgekehrt.

Tod in Folge der Operation	Tod trotz der Operation	Klinische Detailangaben
—	—	Vom Marinestabsarzt Dr. Schlick zur Operation geschickt. Zuerst Appendicitisschnitt mit Entleerung eines abgekapselten Abscesses. Wegen Fortdauer von Brechen und Fieber am nächsten Tage Probepunction in der linken Bauchseite, Eiter. Ziemlich grosse Längsincision am äusseren linken Rectusrande. Reichliche Eiterentleerung, aber auch starker irreponibler Darmprolaps. Auf Rückgang des letzteren und Besserung der Erscheinungen die nächsten Tage vergeblich gewartet. Gestorben 4 Tage nach der 1. Operation. Section: grosser Abscess im Douglas. Perforation des ganz verwachsenen geknickten und stricturirten Wurmfortsatzes.
—	—	Den Nabel überragendes Myom. Extraperitoneale Stielbehandlung mit Gummischlauchabschnürung. Seidenligaturen der Ligum. lata eiternd heraus.
1	—	Weit vorgeschrittenes Carcinom. Schwierige, blutige Operation. Exitus unmittelbar nach deren Vollendung.
—	—	Nicht vergrössertes, aber druckempfindliches und fixirtes Ovarium im Douglas. Vaginale Eröffnung des letzteren, Exstirpation des Ovariums. In der genähten Scheidenwunde bildete sich — wohl infolge eintretender Menses — ein die Heilung verzögernder Abscess. Nicht völlige Beseitigung der Beschwerden.
—	—	Ueber faustgrosser Tumor der rechten Nierengegend. Ausweislich des Operationsbefundes gehört derselbe der Nierenkapsel an (Niere selbst klein, aber gesund), ist stark verwachsen und geht in die Musculatur über, ist inoperabel. Glatte Heilung der wieder geschlossenen Wunde.
5	11	

16

Heilung gebraucht. Fall 59 (61). Kaufmannsfrau V. in C. Fast bis zum Nabel reichender, untrennbar verwachsen und inoperabel. Fall 60 (62). Dienstmädchen S. in C., Pat. von Wegen mehrtägiger Stockung von Stuhl und Flatus nebst Brechen und Leibschmerzen Dünndarmschlingen, aber frei von Einschnürungsstellen, entwickelt. Erst 3 Tage später z. Th. per II. Jetzt, 4 Wochen nach der Operation, sind ähnliche Beschwerden, wie vor