



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
L849 .K72 1906
Die interne und chirurgische behandlung



24503343371

LANE



MEDICAL

LIBRARY

**JANE LATHROP STANFORD
JEWEL FUND**





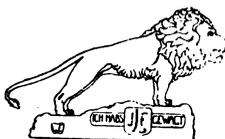
Die
interne und chirurgische Behandlung
der Gallensteinkrankheit.

Vortrag

auszugsweise gehalten zu Berlin
am 20. April 1906 im Kaiserin Friedrich-Haus
für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen

von

Prof. Dr. Hans Kehr
Geh. Sanitätsrat.



München
J. F. Lehmanns Verlag
1906.

B

Vorwort.

Meine im vorigen Jahre erschienene, besonders für Chirurgen bestimmte Technik der Gallensteinoperationen ist wohl ausschliesslich auch nur von Chirurgen gelesen worden. Aus den Kreisen der praktischen Aerzte bin ich zu verschiedenen Malen angegangen worden, ein kleines Buch herauszugeben, welches nur die Fragen behandelt, die für den Praktiker von Interesse sind. Diesen Wünschen nachzukommen, fand ich bald Gelegenheit. Ich habe am 20. April 1906 im Kaiserin Friedrich-Hause zu Berlin im Auftrage des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen einen Vortrag über die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit gehalten, in dem ich ausschliesslich die Punkte berücksichtigt habe, welche für den praktischen Arzt von Wichtigkeit sind. Die Frage der Entstehung der Gallensteine ist deshalb nur gestreift, die pathologische Anatomie, die Symptomatologie und Diagnostik ist nur soweit erörtert, als es für die Festsetzung der Indikationen zur chirurgischen und inneren Behandlung nötig war. Die augenblicklichen und Dauererfolge, die wir durch unsere Operationen erzielen, sind eingehender behandelt worden, damit der praktische Arzt sich vorher genau orientieren kann, ehe er seinen Kranken den Rat zur Operation gibt.

Ich habe den im Kaiserin Friedrich-Hause gehaltenen Vortrag nach allen Richtungen hin erweitert und mache ihn auf den folgenden Blättern der Gesamtheit der praktischen Aerzte zugänglich. So erfülle ich einen vielfach ausgesprochenen Wunsch und hoffe, dass das Büchlein dem praktischen Arzt in der Frage der Gallensteinbehandlung von einigem Nutzen sein wird.

Halberstadt, Ostern 1906.

Hans Kehr.



Inhalt.

	Seite
Einleitung	1
Pathologische Anatomie der Gallensteinkrankheit	4
Bildung der Gallensteine	5
Vorkommen der Gallensteine beim männlichen und weiblichen Geschlecht	6
Verschiedene Arten der akuten Cholecystitis	9
Adhäsionen an der Gallenblase	10
Chronische Cholecystitis	12
Akuter Choledochusverschluss	13
Chronischer Choledochusverschluss	13
Erkrankungen des Pankreas	14
Ursachen der Gallenkolik	15
Naunyn's Einteilung der Cholelithiasis	16
Diagnostik der Gallensteinkrankheit	17
Latentes Stadium	17
Ikterus	19
Schwellung der Leber	20
Kolikschmerz	21
Nervöse Leberkolik	23
Fieber	24
Untersuchung des Gallensteinkranken	25
Untersuchung der Faeces auf Konkremente	28
Ausbrechen der Gallensteine	29
Durchbrechen der Steine durch die Bauchdecken	29
Palpation der Steine in der Gallenblase	29
Der Wert der Röntgenstrahlen bei der Diagnostik der Cholelithiasis	30
Naunyn's Urteil über die spezielle Diagnostik der Cholelithiasis	32
Schemata für die Diagnostik	36
Prognose der Gallensteinkrankheit	40
Innere Therapie der Gallensteinkrankheit.	
Prophylaxe	41
Frühzeitige Behandlung	42
Begriff der Heilung der Cholelithiasis	43
Auflösung der Steine	44
Cholagoga*	45
Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Gallenwege	46
Die innere Medizin führt die Krankheit in das Stadium der Latenz	47
Die wirksamen Mittel: Ruhe und Wärme	48

	Seite
Massage bei der Cholelithiasis	50
Behandlung des akuten Anfalls	51
Ikterus im Anfall	52
Akuter Choledochusverschluss	52
Stadium der Latenz	53
Diät bei der Gallensteinkrankheit	54
Regelung der Stultätigkeit	56
Karlsbader Kur	57
Rosenheim's Indikationen	59
Glaser's Chologen	61
Ansichten Klemperer's, Ewald's, Rosenheim's über Chologen	72
Stroschein's Cholelysin	72
Ansicht Ewald's über Cholelysin	72
Ansicht Klemperer's über Cholelysin	74
Die Schürmayer-Kur	74
Die Kurfpuscherei auf dem Gebiete der Gallensteinbehandlung	83
Gallin	84
Cholosan	86
Chirurgische Therapie der Gallensteinkrankheit	90
Darf ein praktischer Arzt Gallensteinoperationen ausführen?	91
Wo soll man operieren?	93
Cystendyse, Cystostomie, Cystectomy	95
Hepaticusdrainage	96
Die übrigen Operationen am Gallensystem	97
Zeitpunkt der Operation	97
Indikationen zur internen und chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis	98
Indikationen bei akuten Entzündungen der Gallenblase	104
Indikationen beim akuten und chronischen Choledochusverschluss	106
14 Thesen über die Behandlung der Gallensteinkrankheit	108
Riedel's abweichende Ansichten	113
Erfolge bei 1111 Gallensteinlaparotomien	125
Tabelle der Einzeleingriffe	129
Resultate der Cystostomie	131
Resultate der Ektomie und Choledochotomie	131
Resultate bei komplizierenden Operationen	133
Unterschied der Sterblichkeit beim männlichen und weiblichen Geschlecht	137
Dauererfolge, Recidive	142
Echtes Recidiv	144
Fadenrecidiv	160
Dauererfolge bei den ersten 400 Operationen	160
Dauererfolge bei den letzten 500 Operationen	161
Die chirurgische Behandlung ist billiger wie die interne	168
Ausblick in die Zukunft	172
Die Cholelithiasis, ein reiches Arbeitsfeld	173
Die Cholelithiasis als Grenzgebiet der Medizin und Chirurgie	176

Meine Herren!

Als ich im August vorigen Jahres von dem Zentralcomité für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen den ehrenvollen Auftrag erhielt, im Kaiserin Friedrich-Hause zu Berlin über die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteine einen Vortrag zu halten, so freute ich mich besonders darüber, dass mir nicht allein die Besprechung der chirurgischen, sondern auch der internen Behandlung anvertraut war. Ich sah in dieser Aufforderung ein Eingeständnis, dass ich nicht allen Aerzten als der „Gallenstein-schneider“ erscheine, der das Heil seiner Kranken nur in seines Messers Schneide sucht und von Rezept und Arznei nichts wissen will; ich glaubte vielmehr annehmen zu können, dass man an autoritativer Stelle meine ärztliche Tätigkeit auch nach der inneren Seite hin richtig auffasst. In der Tat gehöre ich zu den Chirurgen, die der inneren Behandlung der Cholelithiasis einen weiten Spielraum gönnen und von der inneren Therapie in bestimmten Fällen sehr viel erhoffen. Das geht schon aus folgenden Zahlen hervor. Ich habe vom Jahre 1890 bis heute — also in 16jähriger Praxis — zirka 3000 Gallensteinranke in meiner Klinik und bei zahlreichen Konsultationen untersucht und nur in 1108 Fällen, also in zirka 37% der Fälle, operiert. Dabei ist zu bedenken, dass die 1892 Kranke, die ich nicht operiert habe, fast sämtlich zu mir kamen, in der Erwartung, dass sie operiert würden. Es ist von mir allmählich bekannt geworden, dass ich lediglich Chirurg bin und mich besonders mit der operativen Behandlung der Gallensteinkrankheit beschäftige. Wer mich konsultiert, rechnet stets mit der Möglichkeit der Operation. Dass die vielfach vertretene Ansicht, dass ich so leicht keinen Gallensteinranken unaufgeschnitten entlasse, völlig aus der Luft gegriffen ist, möge Ihnen die Zahl der 63% nicht Operierten beweisen.

Die Patienten, bei denen ich eine Operation für noch nicht nötig hielt, wollten aber stets wissen, was sie sonst gegen ihr Leiden tun sollten. Die Ratschläge, die ich ihnen nach dieser Richtung hin geben konnte, stellten die Summe der Erfahrungen dar, die ich aus den Lehrbüchern der inneren Medizin und aus meinen zahlreichen Operationen gewonnen habe. Ich habe mir bei jedem Fall, den ich operativ behandelt habe, stets die Frage vorgelegt, wie und was die medikamentöse Behandlung hier nützen konnte und ich bin schliesslich über den Wert der internen Therapie durch meine Operationen ausserordentlich aufgeklärt worden.

Wenn ich heute über die Behandlung der Gallensteinkrankheit zu Ihnen spreche, so brauchen Sie also nicht zu befürchten, dass ich in einseitiger Weise nur der Operation das Wort rede. Die interne Behandlung soll vielmehr recht eingehend berücksichtigt werden und ich hoffe durch meine Auseinandersetzungen dahinzuwirken, dass sich Chirurgie und innere Medizin in der Bekämpfung der Gallensteinkrankheit in Zukunft mehr und mehr die Hände reichen zu gemeinsamer, segensbringender Arbeit! —

Es sind nun 16 Jahre vergangen, dass ich meine erste Gallensteinoperation ausführte und seitdem habe ich in zahlreichen grösseren und kleineren Schriften die Pathologie und pathologische Anatomie der Gallensteinkrankheit, die Indicationen zur inneren Therapie und zur Operation behandelt, über augenblickliche und Dauererfolge berichtet und besonders der Frage der „Recidive“ meine volle Aufmerksamkeit geschenkt. Meine Arbeit ist gewiss nicht ganz nutzlos gewesen; sie hat alte Ansichten umgeworfen und hat neue Anschauungen eingeführt und hat vor allen Dingen gezeigt, dass man manchen Fall mit dem Messer noch retten kann, der bei abwartender Behandlung dem sicheren Tode verfallen gewesen wäre. Und doch, so oft ich bei Konsultationen und Operationen oder in medizinischen Gesellschaften Gelegenheit habe, mit Kollegen aus Stadt und Land über besonders wichtige Kapitel aus dem Gebiete der Gallensteinkrankheit zu sprechen, finde ich selten eine Uebereinstimmung meiner Anschauungen mit denen der grösseren Allgemeinheit der Aerzte. Dabei mache ich immer die merkwürdige Erfahrung, dass gerade in dem Punkt, der sonst

z. B. bei der Appendicitis am meisten die Chirurgen von den Medizinern trennt, nämlich in der Indication zur operativen Behandlung, fast völlige Einigkeit herrscht, während ein Zusammenkommen über die Bedeutung der pathologisch-anatomischen Veränderungen, unter denen die Gallensteinkrankheit verläuft, und eine Verständigung über die daraus resultierenden Symptome schwer zu erreichen ist. Noch ist die Lehre von dem Wandern der Steine so sehr verbreitet, wie die Kenntnisse von der serös-eitrigen Cholecystitis lücken- und mangelhaft sind. Dem früheren Grundsatz: „Zur Cholelithiasis gehört Icterus“ huldigt noch mancher Arzt, der die Gallensteinkoliken so lange für Magenkrämpfe hält, bis das Weiss der Scleren sich gelb färbt und der gelbe Urin braun und der braune Stuhlgang gelb wird. Ueber die Häufigkeit der Leberschwellung und die Herkunft der Koliken herrschen so widersprechende Ansichten, dass man sich über solche Meinungsverschiedenheiten gar nicht genug wundern kann. Ehe aber über die pathologische Anatomie der Cholelithiasis in den Kreisen der praktischen Aerzte nicht völlige Einigkeit und Klarheit herrscht, wird es schwer fallen, der speziellen Diagnostik der einzelnen Formen der Cholelithiasis unter den Aerzten Eingang zu verschaffen und eine genaue Beantwortung der Frage: In welchen Fällen genügt eine innere Behandlung und wann ist die Hilfe des Chirurgen anzurufen? zu ermöglichen. Um diese letztere Frage dreht sich all unser Tun und Handeln. Deshalb werde ich im folgenden auf die Indicationen zur inneren und chirurgischen Behandlung Ihre ganz besondere Aufmerksamkeit lenken. Eine solche Besprechung wäre aber gänzlich zwecklos, wenn ich eine Schilderung der pathologischen Anatomie der Cholelithiasis unterliesse, denn als oberster und erster Grundsatz muss doch stets der folgende gelten:

Wenn eine Krankheit richtig behandeln will, muss in erster Linie ihr Wesen, d. h. die pathologische Anatomie kennen und die klinischen Erscheinungen zu deuten verstehen. Diesen Satz mögen sich vor allen Dingen die zahlreichen Kurpfuscher hinter die Ohren schreiben, die zwar den Patienten das Geld aus der Tasche ziehen, aber durch ihre Mittel noch nie einen Stein aus den Gallengängen herausgezogen haben.

Ich werde mit den Kurpfuschern auf dem Gebiete der Gallensteine noch weiter unten abrechnen und keine Worte scheuen, um ihr schwindelhaftes Benehmen vor aller Welt aufzudecken.

Wenn wir vorläufig bei der Betrachtung der pathologischen Anatomie der Gallensteinkrankheit verweilen wollen, so glaube ich nicht zu viel zu sagen, wenn ich behaupte, dass die pathologische Anatomie der Gallensteinkrankheit erst durch die Autopsien der Chirurgen genau studiert wurde, und dass die Sektionen des pathologischen Anatomen nicht annähernd so lehrreich sind wie die des operierenden Arztes. Ehe der Chirurg an eine Operation herantritt, untersucht er seinen Patienten genau; er macht sich von dem Verlauf der Krankheit durch eine exakt aufgenommene Anamnese ein möglichst getreues Bild, er sucht auf Grund der Vorgeschichte und des Befundes sich vor Eröffnung der Bauchhöhle die pathologischen Veränderungen zu konstruieren, die sich an Leber, Gallensystem, Magen, Darm und Pankreas abspielen. Er stellt eine möglichst spezielle Diagnose. Jetzt öffnet er den Bauch und nun kann er die einzelnen Phasen der Krankheit verfolgen; er sucht den Operationsbefund mit dem Untersuchungsbefund in Einklang zu bringen, er kann feststellen, weshalb seine Diagnosen richtig oder falsch waren und er lernt auf diese Weise in zukünftigen Fällen Irrtümer und Fehler vermeiden. Man lernt bei den Gallensteinoperationen nicht nur die Technik, sondern vor allen Dingen die pathologische Anatomie und die Diagnostik und ich möchte, da ich ersucht worden bin, die praktische Seite des Themas und die Nutzenwendung in den Vordergrund meiner Ausführungen zu stellen, an Sie die Bitte richten: Versäumen Sie keine Gelegenheit einer Gallensteinoperation beizuwohnen; besonders bei Fällen, die Sie selbst in Behandlung hatten und die Sie dem Chirurgen zur Operation übergaben, fehlen Sie nicht bei der Operation. Sie bekommen mit einem Schlag eine ganz andere Auffassung über das Wesen der Gallensteinkrankheit; wie Schuppen wird es Ihnen von den Augen fallen, und was Sie bei einer Laparotomie lernen, das lernen Sie nicht bei 20 Sektionen oder 100 noch so genau beobachteten Fällen am Krankenbett. Wie oft haben mir Kollegen ver-

sichert, die einigen Gallensteinoperationen in meiner Klinik beigewohnt haben, dass sie jetzt erst eine Ahnung bekommen hätten, wie es bei Gallensteinen im rechten Oberbauch aussähe. Es bleibt eben die beste Lehrmeisterin der Anschauungsunterricht, der von den Pädagogen mit Vorliebe bei Kindern angewandt wird. Gestehen wir es uns doch ein, dass wir in Punkto Cholelithiasis uns sämtlich noch zu den Kindern rechnen müssen, denn erst seit wenigen Jahren hat man sich in Aerztekreisen eingehend mit der Gallensteinkrankheit beschäftigt und speziell meine Erfahrungen haben mich belehrt, dass die Gallensteinkrankheit von den allerwenigsten richtig aufgefasst und verstanden wird.

Ich will keineswegs die wertvollen Arbeiten berühmter innerer Kliniker beiseite setzen oder die Resultate von vielen 1000 Sektionen in mortuo gering achten, aber die Behauptung, dass die Operationen des Chirurgen die pathologische Anatomie der Gallensteinkrankheit am meisten gefördert haben, wird nur der in Abrede stellen können, der auf diesem Gebiete wenig Bescheid weiss.

Wie die Bildung der Gallensteine zu Stande kommt, darüber wissen wir so gut wie nichts. Der Eine glaubt an einen steinbildenden Katarrh, der Andere führt ihre Entstehung auf eine Infektion zurück, der Dritte spricht von einer Steindiathese und von Heredität, der Vierte sogar von einer primären Vaguserkrankung (Glaser). Ich bin Anhänger der Infektionstheorie; denn wäre die Cholelithiasis eine Konstitutionserkrankung, so müsste die Steinbildung in den Lebergängen und im Ductus choledochus viel häufiger beobachtet werden, als das wirklich der Fall ist. Weiterhin spricht gegen die Theorie der Diathese eine bei der Gallenblasenexcision fast regelmässig gemachte Beobachtung, dass wir bei der Sondierung des Cysticusstumpfes goldklare Galle aus dem Choledochus herausfliessen sehen, während die Gallenblase selbst trübe oder eitrig Galle enthält. Dabei finden wir fast immer zwischen kranker entzündeter Schleimhaut des Gallenblasenhalses und gesunder zarter Mucosa des Ductus cysticus eine scharfe Grenze. Drittens endlich müssten bei der Annahme einer Konstitutionskrankheit echte Rezidive nach Gallensteinoperationen viel häufiger vorkommen, wie bisher beobachtet worden ist. Ich bin zu der Ueber-

zeugung gekommen, dass die Steinbildung an völlig lokale Verhältnisse gebunden ist.

Wenn wir auch trotz zahlreicher Arbeiten von Naunyn, Ehret und Stolz, Mignot und Miyake über die erste Entstehung der Gallensteine noch keine sicheren Erklärungen erhalten haben, so steht doch zweierlei fest. Erstens, alles, was zur Stauung der Galle führt und ihren regelmässigen Abfluss aus der Gallenblase stört, begünstigt die Steinbildung, und zweitens, die Hauptbildungsstätte der Gallensteine ist die Gallenblase. Die Steine, die wir im Choledochus und Hepaticus antreffen, sind fast immer von der Gallenblase her durch den Ductus cysticus in die tiefen Gallengänge gelangt, die primäre Bildung der Steine in den Lebergängen ist ungemein selten, kommt aber vor, und ist bei der Prognose unserer Behandlung sehr zu berücksichtigen. Denn gegen die diffuse Steinbildung in den Gallengängen sind sowohl die inneren Aerzte wie die Chirurgen völlig machtlos, höchstens gelingt es durch die Hepaticusdrainage die Entfernung von Steinen aus den groben Aesten des Hepaticus zu ermöglichen.

Das Vorkommen von Gallensteinen wird beim weiblichen Geschlechte viel häufiger beobachtet wie beim männlichen. Auf 4 gallensteinkranke Frauen kommt ungefähr ein gallensteinkranker Mann. Menschen unter 20 Jahren leiden selten an Gallensteinen, von Frauen über 60 Jahren haben ungefähr 50⁰/₀ Gallensteine. Die Gründe für diese verschiedene Verteilung der Krankheit auf Geschlecht und Alter finden Sie überall besprochen, sodass ich nicht weiter darauf einzugehen brauche.

Der Meinung einiger Autoren (Krauss), dass besonders die wohlhabenden Leute von Gallensteinen befallen werden, steht meine Erfahrung dagegen, dass bei armen Leuten die Krankheit ungemein häufig vorkommt. Potatoren und Schlemmer sollen mehr dazu neigen, dass in ihrer Gallenblase Steine entstehen als solide, nüchterne Menschen. Und doch wie viele arme Frauen habe ich operiert, die ihr Leben lang weiter nichts kannten als Kaffee, Kartoffeln und Brot! Bei uns, in der Provinz Sachsen, ist die Gallensteinkrankheit sehr verbreitet; in anderen Gegenden soll sie seltener auftreten. Ob diese verschiedene Verbreitungsweise, wie manche

Autoren annehmen, auf das Trinkwasser und die Art der Ernährung oder auf die diagnostischen Fähigkeiten der Aerzte zurückzuführen ist, will ich heute nicht näher untersuchen. Wohin ich auch immer kam, ich habe stets den Eindruck gewonnen, dass es überall genug Gallensteine giebt, dass sie aber selten richtig diagnostiziert werden. An einigen Fällen habe ich die Beobachtung gemacht, dass ein Trauma, Heben schwerer Gegenstände, ein Stoss die Cholelithiasis aus dem latenten Stadium in das aktuelle überführte. Arbeiter, die Berufsgenossenschaften angehören, haben infolgedessen eine Unfallrente erhalten, da sich feststellen liess, dass bis zu dem Augenblick des Unfalls keine Koliken bestanden hatten. Natürlich kann man nicht annehmen, dass der Unfall die Veranlassung zur Steinbildung abgiebt, aber die Steine, die bis dahin sich ruhig verhielten, haben sich durch die hinzugekommene Entzündung ihren Trägern bemerkbar gemacht und sie gezwungen, operative Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Patienten wurden sämtlich geheilt, wenn sie auch im Interesse einer dauernden Rente behaupteten, durch die grosse Narbe gezwungen zu sein, nur leichte Arbeit verrichten zu können. Im Gegensatz zu diesen Berufsgenossenschafts-Männern nahmen fast alle operierten Männer, die dem Arbeiterstande angehörten, ihre schwere Arbeit sehr bald wieder auf. Das sind die unabwendbaren Folgen segensreicher Einrichtungen, die sich auch auf dem Gebiete der Gallensteinchirurgie geltend machen!

Meine Herren! Es ist Ihnen allen bekannt, dass der pathologische Anatom sehr häufig, in ungefähr 10⁰/₀ der Fälle bei den Sektionen Erwachsener auf Steine in der Gallenblase trifft, ohne dass an den Wandungen der Gallenblase selbst oder in ihrer Umgebung irgend welche besonderen Veränderungen zu sehen sind. Die Galle, welche die Steine umspült, ist klar und von normaler Konsistenz, die Schleimhaut nicht entzündet, Serosa und Muscularis zeigen ein normales Verhalten. Und wenn wir bei den Angehörigen des Verstorbenen uns erkundigen, so werden wir erfahren, dass dieser kaum jemals über Magenbeschwerden oder gar heftige Koliken geklagt hat, oder wegen Lebervergrösserung und Gelbsucht in ärztlicher Behandlung gewesen ist. Auch wir Chirurgen finden gelegentlich bei einer

aus anderen Gründen vorgenommenen Laparotomie, z. B. bei einer Appendicitisoperation, die Gallenblase mit grossen und kleinen Steinen angefüllt, ohne dass der Patient sich erinnern kann, jemals Icterus oder Magenkrämpfe gehabt zu haben. In solchen Fällen verhalten sich die Gallensteine ruhig und verharren im Stadium der Latenz solange, als der Ductus cysticus offen bleibt, die Galle ungehindert zu- und abfliessen kann und Entzündung und Infektion fehlen. Erst wenn der Ductus cysticus zuschwillt oder durch einen Stein verlegt wird, kommt es zu Erscheinungen, die den Gallensteinträger mit einem Schlag zum Gallensteinranken machen. Dass eine Kontraktion der Gallenblasenwand ohne Entzündung schmerzhaft empfunden wird, glaube ich nicht; sonst müsste der Mensch bei jeder Kontraktion der Gallenblasenwand, ohne die eine Beförderung der Galle in den Choledochus doch nicht denkbar ist, Schmerzen empfinden. Nun habe ich durch meine zahlreichen Operationen feststellen können, dass bei der Cholelithiasis, die sich in der Gallenblase abspielt, der Hals des Organs in pathologisch-anatomischer Beziehung am meisten betroffen wird. Hier liegt sehr oft bei seröser oder eitriger Entzündung der Gallenblase ein grösserer Stein, verursacht Oedem und Verdickung der Schleimhaut, Muscularis und Serosa und verhindert den Abfluss des in der Gallenblase sich stauenden, entzündeten Sekrets. Ich habe oft genug beobachtet, dass Verschluss des Cysticus, wenn diese allmählich vor sich geht, keine Schmerzen zu machen braucht, z. B. beim Carcinom des Ductus cysticus, und ebenso steht fest, dass eine Infizierung des Gallenblaseninhalts ohne Verschluss des Cysticus vom Organismus fast ohne Reaktion getragen wird. Plötzlicher Verschluss des Cysticus aber bei gleichzeitiger Infektion des Gallenblaseninnern führt zur Cholecystitis leichten oder schweren Grades, je nach der Art der Infektion und der Menge der Infektionskeime. Die verschiedensten Bakterienarten, das Bakterium coli, der Typhusbazillus, Strepto- und Staphylococcen sind als Ursache der infektiösen Entzündung angetroffen worden. Auf welche Weise die Infektion erfolgt, durch den Choledochus und Cysticus oder auf dem Wege der Blutbahn, das zu untersuchen würde zu weit führen; der Stein als solcher bildet jedenfalls nur die

Gelegenheitsursache. Eine Cholecystitis ohne Infektion kann ich nicht anerkennen. Fand man in Fällen von Cholecystitis keine Bakterien, so dürften ungenügende Untersuchungsmethoden daran schuld sein, oder der Infekt war bereits erloschen, als der Operateur den Eingriff vornahm. Die Cholecystitis ist entweder serös oder eitrig, selten haemorrhagisch; sie kann jauchig werden oder diphtheritischen oder nekrotisierenden und gangränösen Charakter annehmen. Bei diesen verschiedenen Abstufungen der Entzündungen verändert die Gallenblase ihr Aussehen und ihre Form erheblich. Eine Gallenblase kann fast normal aussehen und doch war sie vor kurzem die Stätte einer schweren Infektion. Operieren wir gerade im Stadium der Latenz, so finden wir kaum noch Zeichen der Entzündung. Operieren wir dagegen im Anfalle, so treffen wir die Gallenblase nicht selten als einen blauroten, schwer entzündeten, kindskopfgrossen, cystischen Tumor an, dessen Oberfläche mit reichlichen fibrinösen Auflagerungen und dessen Schleimhaut mit tiefgehenden Geschwüren bedeckt ist und an mancher Stelle die Spuren beginnender Nekrose aufweist. Serosa und Muscularis verdicken sich oft gewaltig, sodass die sonst dünnen Wandungen der Gallenblase eine Stärke von 1 cm bis $1\frac{1}{2}$ cm annehmen können. Ich habe derartig entzündete Gallenblasen oft genug durch das pathologische Institut in Marburg mikroskopisch untersuchen lassen; wer sich für diese Befunde interessiert, den verweise ich auf meine „Technik der Gallensteinoperationen“. Im zweiten Teil dieses Buchs, in dem ich die Operationsgeschichten untergebracht habe, sind die Befunde solcher Gallenblasen wiedergegeben.

Es kann nicht Wunder nehmen, dass genau wie bei der Appendicitis der auf das Innere des Organs beschränkte Entzündungsprozess auch auf die Aussenwandungen der Gallenblase übergreift. Es entsteht also eine lokale Peritonitis, eine Pericholecystitis, meistens serös-fibrinöser, selten eitriger Natur. Das Exsudat kann resorbiert werden oder sich abkapseln; als Reste der Entzündungen bleiben ringsherum Verwachsungen, die die Gallenblase mit den Nachbarorganen in Verbindung setzen und eine neue Quelle von Beschwerden bilden können, je nachdem dieselben einen strang- oder bandförmigen oder einen flächenhaften Cha-

rakter annehmen. Im letzteren Fall fallen die Beschwerden oft weg; bei den strangförmigen Verwachsungen können Koliken eintreten, die von den echten Gallensteinkoliken sich kaum unterscheiden lassen. Die Verwachsungen bilden sich aus zwischen Gallenblase einerseits, Peritoneum parietale, Colon, Netz, Duodenum, Pylorus und Magen anderseits. Sie können durch Hochzerrung des Duodenum und Fixation des Pylorus zur Magenerweiterung und Pylorusstenose führen: aus dem Gallensteinranken wird ein schwer Magenkranker, der nicht nur allein durch eine Gallensteinoperation zu heilen ist, sondern bei dem man durch eine Gastroenterostomie die unheilvollen Folgen der Pylorusstenose abwenden muss. Mein allererster Fall, den ich im Mai 1890 operiert habe, betraf eine durch ein Empyem der Gallenblase bedingte Stenose des Pylorus.

Es steht für mich fest, dass ausserordentlich häufig selbst die heftigste Entzündung der Gallenblase spontan ohne unser Zutun, nicht nur symptomlos werden sondern auch ausheilen kann. Ob Sie dabei Chologen oder Karlsbader-salz oder Olivenöl verordnen, Opium oder Ricinus, Hitze oder Kälte anwenden, ist ganz gleich: die Natur hilft sich selbst, indem die Infektion in der Gallenblase erlischt. Wenn dann die Spannung des gedehnten Organs aufhört, so verschwinden vor allen Dingen die Schmerzen, das vornehmste Symptom der akuten Cholecystitis. Der Patient hält sich für geheilt und der Arzt pflichtet ihm bei, weil er keine Druckempfindlichkeit und keinen Tumor der Gallenblase mehr nachweisen kann. Wenn wir aber Gelegenheit haben, einmal einen solchen Fall operativ anzugreifen, so sind wir verwundert trotz der Beschwerdelosigkeit die Gallenblase mit Eiter angefüllt zu finden. Das sind gerade die Fälle, die den Nichtkenner so überraschen, die aber für den Operateur, welcher sich besonders mit der Gallensteinchirurgie beschäftigt, keineswegs zu den Seltenheiten gehören. Viel leichter ist die Symptomenlosigkeit in jenen Fällen zu verstehen, die schon lange unter dem Namen des Hydrops der Gallenblase bekannt sind. Wenn der Ductus cysticus durch einen Stein verschlossen bleibt, der Gallenblaseninfekt erlischt oder von vorneherein nur eine seröse Cholecystitis vorlag, so bleibt ein cystischer Tumor der Gallenblase be-

stehen, der, weil eben jede Entzündung fehlt, völlig beschwerdefrei ertragen wird. Da keine Galle durch den Cysticus der Gallenblase zugeführt wird, die Sekretion der Schleimdrüsen aber weiter besteht, so wird mit der Zeit der Inhalt der hydropischen Gallenblase wasserklar, der Tumor kann ohne die geringsten Beschwerden wachsen und einen Umfang annehmen, dass man sogar an eine Ovariencyste glaubte. Durch die zunehmende Verdünnung der Wandungen erwächst dem Patienten die Gefahr des Platzens derartiger Hydropsfälle. — Häufiger sind natürlich die Fälle, bei denen eine tatsächliche Heilung der Cholecystitis zustande kommt. Entweder dadurch, dass der Gallenblasenhals wieder wegsam wird, oder dadurch, dass die Gallenblase in den Magen oder Darm durchbricht. Es entstehen auf diese Weise die fistulösen Verbindungen zwischen Darm oder Magen mit der Gallenblase oder dem Ductus cysticus. Ich gebe zu, dass in sehr vielen Fällen diese Naturheilung von wirklicher Dauer sein kann, aber ich habe doch in zirka 40 Fällen die Beobachtung gemacht, dass erst recht durch diese Naturheilung das Gallensteinleiden in ein lebensgefährliches Stadium übertrat. Ich habe dabei besonders jene Fälle im Auge, bei denen durch das entzündliche Sekret in der Gallenblase ein Stein in den Choledochus geworfen wurde, während durch eine entstehende Gallenblasendarmfistel Eiter und Steine in den Darm gelangten. Durch den Stein im Choledochus wird aber der regelrechte Abfluss der Galle aus den Lebergängen behindert. Der Abfluss durch den engen Cysticus ist meistens ungenügend, durch die bestehende Verbindung zwischen Darm und Gallenblase ist der Infektion des Gallensystems Tor und Tür geöffnet und nun entstehen jene schleichenden Infektionen im Gallengangsystem, welche ohne erhebliche Koliken unter dem Bilde der Kachexie und Inanition verlaufen und fast immer zum Tode führen. Gerettet können solche Fälle nur werden durch kühne und eingreifende Operationen, bei denen die Fistel zerstört, der Darm genäht, die Gallenblase entfernt und der Ductus hepaticus drainiert werden muss. Dass an solche Operationen nur der ganz erfahrene Gallensteinoperator herantreten soll, bedarf wohl keiner weiteren Begründung.

Wenn ich auch zugebe, dass die Cholecystitis calcu-

losa in der Mehrzahl der Fälle nicht nur symptomlos, sondern auch — das ist natürlich die Minderzahl — vollständig ausheilen kann, so müssen wir uns doch darüber klar sein, dass mit der Heilung der akuten Cholecystitis die Cholelithiasis nicht geheilt ist. Die Ausstossung sämtlicher Steine und die Wiederherstellung der Schleimhaut der Gallenblase ad integrum ist ein höchst seltenes Ereignis, meistens wird die akute Cholecystitis chronisch. Dabei verdickt sich die Gallenblasenwand immer mehr und mehr; die Schleimhaut zeigt oberflächliche oder tiefe Ulcerationen, auch Perforationen in die freie oder abgekapselte Bauchhöhle treten ein, der Ductus cysticus kann stricturieren, sodass der Abfluss des Gallenblasensekrets immer mehr in Frage gestellt und durch das Zurückbleiben von Residualgalle die chronische Infektion unterhalten wird. Auch kann der Ductus cysticus obliterieren, durch Schrumpfungsprozesse verodet das Hohlorgan dann und wann, oder der Inhalt der Gallenblase verliert seine Infektiosität fast vollkommen. So kann noch nach Jahren eine völlige Latenz eintreten, während die Steine durch eine Art Abkapslung unschädlich gemacht werden. Wie oft das vorkommt, entzieht sich unserer Beurteilung; immerhin ist die Cholelithiasis ein Leiden, welches sehr zur Latenz neigt, wenn auch eigentliche Heilungen im Sinne des Chirurgen d. h. Entfernung sämtlicher Steine und Gesundung der kranken Schleimhaut der Gallenblase zu den seltensten Ereignissen gerechnet werden müssen. Bei der Tatsache des häufigen Eintritts der Latenz soll man aber nicht vergessen, dass wahrscheinlich durch den Reiz der Steine sich in der Gallenblase Carcinome entwickeln, deren Heilung auch durch frühzeitige Operationen selten gelingt.

Meine Herren! Es sind Ihnen allen die pathologischen Veränderungen bekannt, welche durch chronische Entzündungen in Hohlorganen, die mit Schleimhaut ausgefüllt sind, hervorgerufen werden; ich kann deshalb die chronische Cholecystitis verlassen und will dazu übergehen, mit wenigen Worten die Veränderungen zu schildern, die Steine im Ductus choledochus hervorrufen.

Die erste Frage, die sich hier uns unwillkürlich aufdrängt, ist die, auf welche Weise der Stein aus der Gallenblase in den Choledochus gelangt. Es ist nicht unmöglich,

dass hierbei verschiedene Kräfte mitwirken. In ganz seltenen Fällen mag, ohne dass der Patient viel davon merkt, durch die Muskelkontraktionen der Gallenblase die Ausstossung erfolgen, fast immer aber wird der Stein durch das entzündete gestaute Sekret der Gallenblase in den Ductus choledochus hineingepresst. Jedenfalls ist es selten, dass ohne die Vorboten der Cholecystitis der akute Choledochusverschluss eintritt. Eine Cholecystitis ist fast immer vorhanden, wenn es oft auch nicht möglich ist, sie zu diagnostizieren. Mit dem Stein kommen gewöhnlich eine Menge Mikroorganismen aus der Gallenblase in den Choledochus. Es entsteht eine Choledochitis, wenn nicht die Papille gut durchgängig bleibt und der Stein rasch in das Duodenum abgeht. Auch hier im Choledochus kommt es, genau wie in der Gallenblase, zu serösen und eitrigen Entzündungen und wenn wir beim akuten Choledochusverschluss den Gang incidieren, so fliesst die Galle als eine mit Eiterflocken vermengte Flüssigkeit ab, die Schleimhaut ist entzündet und oft mit Ulcerationen bedeckt. Ich habe, wie ich Ihnen weiter unten noch auseinandersetzen werde, sehr selten Gelegenheit gehabt, beim akuten Choledochusverschluss operativ einzugreifen; aber die wenigen Fälle haben mich belehrt, dass auch hier die Infektion die Hauptrolle spielt, und dass die sonst klare Choledochusgalle sich unter der Einwirkung der Mikroorganismen rasch in Serum und Eiter zersetzt. So etwas sieht man fast nie bei Sektionen, nur die Autopsien in vivo können uns über solche Vorgänge aufklären. Dabei habe ich noch die Bemerkung gemacht, dass fast regelmässig die Bauchspeicheldrüse an der Entzündung teilnimmt, was sich durch eine übermässige Härte und recht auffällige Vergrösserung des Organs kund tut. Die Choledochitis erlischt aber sofort, wenn der Stein durch die Papille abgeht, oder wenn neben dem Stein das Sekret nach dem Darm abfliessen kann; dann tritt auch im Choledochus trotz Zurückbleiben des Steines eine völlige Latenz ein. Doch ist hier die Regel, dass die akute Choledochitis in die chronische übergeht. Unter dem Einfluss des Steines und der hinter demselben sich stauenden Galle erweitert sich der Choledochus, seine Wandungen verdicken sich, der sonst nur bleistiftstarke Gang kann den Umfang des Duodenum erreichen und manchmal

ist der Choledochus als die vermeintliche Gallenblase angeschnitten worden. Liegt der Stein hinter dem Duodenum, dicht vor der Papille, so kann durch Druckusur eine Choledochoduodenalfistel sich ausbilden, und auf diese Weise kann selbst noch nach jahrelangem Bestehen eines chronischen Choledochusverschlusses schliesslich doch noch Heilung eintreten. Aber wenn der Stein, wie das gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, im supraduodenalen Teil des Choledochus liegt, so sind die Chancen dieser Naturheilung äusserst gering: da kann nur das Messer des Chirurgen Hülfe bringen.

Sowohl bei der Cholecystitis wie bei der Cholangitis erkrankt in 33⁰/₀ der Fälle das Pankreas. Akute und chronische interstitielle Pankreatitis, die Pankreasnekrose und der Pankreasabscess sind keine ganz seltenen Begleiterscheinungen der Cholelithiasis. Darüber mich eingehender zu äussern, verbietet mir der Mangel an Zeit; auch muss ich es mir versagen, auf die die Cholelithiasis komplizierenden Krankheiten näher einzugehen. Ich nenne nur bei Namen die Pylephlebitis, den Leberabscess, den subphrenischen Abscess und die in entfernten Organen, im Herzen, in den Lungen, den Nieren und im Gehirn im Anschluss an die Gallensteinkrankheit auftretenden Krankheiten, die Endocarditis, das Pleuraempyem, die Nephritis und die Meningitis. In der Tat kann aus dem unschuldigen Flackerfeuer der serösen Cholecystitis ein Brand entstehen, der nicht nur die nächsten Räume des Organismus, die Leber, den Magen, den Darm und das Pankreas ergreift, sondern das ganze Haus des Organismus bis zum Kuppeldach des Gehirns in Flammen setzt. Gar mancher Patient geht an Sepsis, Pyämie und Cholämie zu Grunde und die Ursache ist ein einziger kleiner Stein, der in den Falten der Papilla duodeni stecken blieb und unsägliche Leiden und zuletzt den Tod heraufbeschwor.

Steine in der Gallenblase und im Ductus cysticus geben gewöhnlich der Leber keine Veranlassung mit Vergrösserung und Icterus zu reagieren. In welchen Fällen von Choledochussteinen die Leber anschwillt und Icterus auftritt, das werden wir bei Betrachtung der einzelnen Symptome des Gallensteinleidens erfahren. Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich mich hier mit diesen Fragen nicht weiter aufhalten.

Gewissermassen — nur im Fluge — habe ich die pathologische Anatomie gestreift. Immer wieder muss ich mit Nachdruck auf die Tatsache hinweisen, dass fast stets bei allen Zuständen, die wir mit dem Sammelnamen: Gallenkolik zusammenfassen, eine Entzündung angetroffen wird. Der mechanische Reiz der Steine spielt dabei eine nur geringe Rolle, fast alle Aeusserungen der Cholelithiasis beruhen auf Entzündung und Infektion. Zu dieser Erkenntnis bin ich gelangt durch meine mehr als 1100 betragenden Operationen. Ich möchte auch die leichten Kolikanfälle auf eine Entzündung leichteren Grades und auf eine Infektion geringerer Virulenz zurückführen. So schaffen wir ein einheitliches Krankheitsbild und können auch eine einheitliche Behandlung einschlagen, die im wesentlichen gegen die Entzündung und die Infektion vorzugehen hat.

Ich weiss sehr wohl, dass meine Ansicht, dass fast alle Koliken auf entzündliche Ursachen zurückzuführen sind, nicht allgemein geteilt wird und es liegt mir fern, in rechtshaberischer Weise meine Anschauungen als die allein richtigen hinzustellen. Mein Material ist vielleicht auch zu sehr chirurgisch, als dass es den Hypothesen innerer Autoren über das Zustandekommen der Gallensteinkoliken Rechnung tragen kann. So fasst Neusser die Kolik in einigen Fällen als Sekretionsneurose auf. Von anderen Seiten wird der aktiven Kontraktion der Gallenblasenwandungen noch allgemein ein grosses Feld eingeräumt. Man geht dabei von folgender Vorstellung aus. Um die in der Gallenblase sich ansammelnde Galle durch den Cysticus und den Choledochus in das Duodenum fortzuschaffen, muss sich das Hohlorgan kontrahieren. Schwimmen in der Gallenblase gerade Steine, so werden diese nach dem Ausführungsgang mitfortbewegt und bleiben schliesslich in den Falten des Cysticus stecken. Die Galle hat nun keinen Abfluss, dehnt die Gallenblasenwandungen und so entsteht der Schmerz der Kolik.

Auch ich habe früher die Anschauung vertreten, dass auch ohne Entzündung lediglich durch die Kontraktionen der Gallenblase die Kolik zu erklären ist, wobei ich aber schon immer den Standpunkt vertrat, dass die Mehrzahl der Koliken entzündlichen Ursprungs ist. Das geht z. B. aus dem Vortrag hervor, den ich in der Deutschen Klinik 1901 ver-

öffentlich habe. Dort heisst es: „Ich will nun keineswegs behaupten, dass jede Kolik auf einer Entzündung beruht. Ich habe, wenn auch selten, bei meinen Operationen Gallenblasen angetroffen, bei denen keine Spur von Entzündung mehr nachzuweisen war, obwohl vorher die Kranken sehr schwere Koliken durchgemacht hatten. Hier fand ich in der dünnwandigen, nirgends verwachsenen und kontrahierten Gallenblase eine Menge Gallensteine und bin geneigt, die Ursache der Koliken in schmerzhaften Kontraktionen der Gallenblasenwandungen zu suchen. Es ist leicht erklärlich, dass durch solche Zusammenziehungen die Gallenblase sich ihres Inhalts zu entledigen sucht und die fortschreitende Zusammenziehung der Cysticus- und Choledochusmuskulatur die Steine in das Duodenum zu befördern strebt. Aber derartige auf Kontraktionen der Muskulatur der Gallenblase und der Gallenwege beruhende Koliken sind gegenüber den Krämpfen, welche durch eine Entzündung ausgelöst werden, ausserordentlich selten. Die Peristaltik in der Gallenblase und in den Gallengängen kann schon deshalb bei der Austreibung der Steine keine grosse Rolle spielen, weil bei jeder Entzündung die Mucosa und Muscularis serös durchtränkt werden, sodass die Peristaltik aufhört. Die Muskulatur wird geradezu gelähmt, genau so wie bei allen entzündlichen Vorgängen, die sich im Darmtractus abspielen.“

Ich bin auf Grund der seit dem Jahre 1901 bei 500 Operationen gesammelten Erfahrungen immer mehr zu der Ansicht gelangt, dass die Infektion bei der Entstehung sowohl der Gallenblasen- als auch der Choledochuskoliken die Hauptrolle spielt. Ich werde immer wieder Gelegenheit finden, auf diesen Punkt zurückzukommen.

Ich glaube, dass meine Auffassung von dem Wesen der Cholelithiasis recht leicht verständlich ist und ich brauche nach dem Gesagten die Riedel'sche Unterscheidung von den erfolglosen und erfolgreichen Anfällen nicht weiter zu definieren. Wenn wir die Einteilung Naunyn's in eine reguläre und irreguläre Form, der auch Körte beipflichtet, anerkennen, so nehmen wir zu wenig Rücksicht auf die pathologisch-anatomischen Vorgänge. Naunyn versteht unter der regulären Cholelithiasis den akuten Choledochusverschluss mit Abgang von Steinen. Nun ist erstens dieser Vorgang im Ver-

hältnis zu den in der Gallenblase sich abspielenden Erscheinungen relativ selten und dann ist meist die reguläre Form erst die Folge der irregulären, nämlich der Cholecystitis. Es ist aber nicht recht logisch, wenn man einen regulären Vorgang als die Folge eines irregulären hinstellt. Auch kann ich auf Grund meiner chirurgischen Erfahrungen Körte nicht recht geben, wenn er von einer mechanischen aseptischen Reizung spricht. Er versteht darunter die leichten Fälle der serösen Cholecystitis und spricht damit der mechanischen Reizwirkung der Steine eine gewisse Rolle zu. Viel einfacher ist es, wenn wir zwischen latenter und aktueller Cholelithiasis unterscheiden. Die letztere ist immer auf eine Infektion zurückzuführen und wir können recht gut die ganz leichten Anfälle auf eine schnell erlöschende Infektion von ganz geringfügiger Virulenz beziehen. Im übrigen halte ich es für zweckmässig, wenn wir einfach zwischen akuter und chronischer Cholecystitis, akutem und chronischem Choledochusverschluss unterscheiden, und bei der akuten Entzündung der Gallenblase den Versuch machen, die seröse Form von der eitrigen und diese von der gangränösen zu unterscheiden lernen. Beim chronischen Choledochusverschluss ist es sehr angebracht, die Art der Obstruktion — ob durch Stein oder Tumor — von einander zu trennen. Im folgenden Abschnitt werden wir uns über diese Fragen noch weiter unterhalten.

Der grosse Gewinn, den ich für die Beurteilung der pathologischen Anatomie der Cholelithiasis aus meinen zahlreichen Operationen gezogen habe, kommt vielleicht noch mehr zur Geltung, wenn ich daran denke, wie viel leichter es gegen früher mir nunmehr fällt, die einzelnen Symptome der Gallensteinkrankheit richtig zu deuten und sie bei der speziellen Diagnosenstellung richtig zu verwerten.

Was zunächst das latente Stadium anlangt, so hat, wie schon aus der Bezeichnung hervorgeht, der Patient dabei gar keine Beschwerden, gleichgültig, ob grosse oder kleine Steine vorhanden sind, ob ein Solitärstein oder tausend kleine Konkremente vorliegen. Ich höre oft manchen Kollegen, dem ich meine walnussgrossen Steine vorzeige, entsetzt ausrufen: „Die müssen aber kolossale Beschwerden gemacht haben!“ und kleine, nur schrotkorn-grosse Gebilde wer-

den als unschuldige Fremdkörper nicht beachtet. Und doch kommt es auf die Grösse der Steine fast gar nicht an. Es ist durchaus falsch, wenn Riedel die kleineren Steine dem inneren Arzt und die grossen dem Chirurgen zur Behandlung überweisen will. Im Gegenteil, man kann behaupten, dass die ganz grossen Steine die ungefährlichsten sind, weil sie fast nie über den Cysticus hinaus gelangen. Immer wieder muss ich darauf hinweisen, dass die Steine an und für sich gar keine Schmerzen machen: die Verschwellung der Schleimhaut des Gallenblasenhalses und des Cysticus und die hinter dem Stein sich stauende entzündete Galle ruft die Beschwerden hervor und fast ausschliesslich von der Art der Infektion, der Menge und Virulenz der Infektionsträger ist der Grad der Symptome, unter denen die vielgestaltige Cholelithiasis verläuft, abhängig. Die leichte Cholecystitis flackert wie ein Strohfeuer rasch auf und erlischt rasch. Kein Icterus und keine Lebervergrösserung werden beobachtet; der birnförmige Tumor der schmerzhaften Gallenblase kann verschwinden, während Sie mit der palpierenden Hand den Fundus der Gallenblase umgreifen. Das Allgemeinbefinden ist dabei kaum gestört. Im Gegensatz dazu macht die eitrig und gangränöse Form sehr schwere Erscheinungen. Fieber und heftigster Schmerz tritt auf, das Allgemeinbefinden ist sehr gestört, es treten alarmierende Symptome von seiten des Magens (Erbrechen und Appetitlosigkeit), von seiten des Darmes (Verstopfung, Durchfall, Ileus) ein. Die Gallenblase schwillt zum Tumor an und ehe wir es uns versehen, macht eine perforative Peritonitis den entsetzlichen Qualen des Patienten ein Ende. Werden die Steine aus der Gallenblase ausgestossen, so wird aus einem lokalen Leiden der Gallenblase ein allgemeines der Leber; es tritt Icterus auf mit Schüttelfrösten und Fieber und es bildet sich ein Zustand aus, der schon oft genug mit Malaria verwechselt worden ist. Beim chronischen Choledochusverschluss kann mit der Zeit eine Cachexie eintreten, die völlig der Carcinomcachexie gleicht. Sie werden, meine Herren, unter gründlicher Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Veränderungen an den Gallenwegen, leicht und sicher die Symptome der Gallensteinkrankheit zu deuten lernen, und wenn ich im folgenden auf einige Erscheinungen, unter denen die Gallen-

steinkrankheit verläuft, eingehe, so geschieht das deshalb, weil erfahrungsgemäss die meisten Praktiker über diese wichtigen Punkte falsch orientiert sind.

Das betrifft in erster Linie den Icterus. Viele können sich immer noch nicht vorstellen, dass Gallensteine ohne Gelbsucht auftreten können. Wenn ich Sie nun versichere, dass ich bei meinen Fällen, bei denen ich nur Steine in Gallenblase und Ductus cysticus antraf, kaum in 20⁰/₀ Icterus fand, und wenn ich Ihnen weiterhin mitteile, dass sogar bei Steinen im Ductus choledochus auch ohne gleichzeitiges Bestehen von Gallenblasen- und Darmfisteln, der Icterus in 33 % der Fälle fehlte, so werden Sie es begreiflich finden, dass ich bei der Diagnose Cholelithiasis auf das Symptom Icterus nicht den Wert lege, wie das allgemein üblich ist. Die zahlreichen sogenannten Magenkrämpfe sind in 95⁰/₀ der Fälle auf Gallensteine zurückzuführen; und da diese Magenkrämpfe sich pathologisch-anatomisch als seröse Entzündungen der Gallenblase mit plötzlicher Verschlussung des Ductus cysticus darstellen, so verläuft selten einmal ein solcher Magenkrampf mit Icterus. Weil es nicht zur Gelbfärbung des Patienten kommt, wird aber die Diagnose Cholecystitis so selten gestellt. Wenn ich alle Fälle von Gallensteinkrankheit in's Auge fasse, auch die ganz leichten Fälle, die sich nur durch gelegentliche Magenkrämpfe verraten, und wegen deren die Patienten weder den inneren Arzt noch den Chirurgen zu konsultieren pflegen, so glaube ich mit voller Bestimmtheit konstatieren zu können: die Gallensteinkrankheit verläuft nur in 10⁰/₀ der Fälle mit Icterus. In 90% fehlt er vollständig. Fink in Karlsbad hat bei 66% seiner Kranken Icterus beobachtet, doch gibt das keinen richtigen Anhalt über die Häufigkeit der Gelbsucht beim Gallensteinleiden. Nach Karlsbad gehen besonders solche Kranke, bei denen die Diagnose Gallensteine durch das Auftreten des Icterus gesichert ist. Patienten mit Hydrops der Gallenblase, der ohne Gelbsucht mit Magenkrämpfen verläuft, werden oft nur für magenkrank gehalten und zu Hause behandelt. So kommt es, dass Fink so häufig bei seinen Gallensteinkranken in der Vorgeschichte das Auftreten von Gelbsucht konstatieren konnte, während es bei dem Material, welches mir zu Gebote steht, viel seltener beobachtet worden ist.

Ueber das Zustandekommen des Icterus bei der Cholelithiasis in einem Vortrag, bei dem besonders die praktischen Seiten des Themas und die Nutzenanwendung in den Vordergrund gestellt werden sollen, ausführlich zu reden, ist wenig angebracht. Der Icterus kann bedingt sein durch eine direkte Läsion der Leberzellen, er kann im Sinne Liebermeister's ein Diffusionsicterus, nach der Theorie von Minkowski und Pick durch eine perverse Sekretion der Leberzellen hervorgerufen werden. Riedel unterscheidet zwischen reell lithogenem und entzündlichem Icterus. Dass der Icterus häufiger auf Infektion, d. h. auf Cholangitis, als auf Obstruktion zurückzuführen ist, und dass dabei die Schwellung der Drüsen im lig. hepato-duodenale, die Entzündung im Pankreas, der Druck der vergrößerten Gallenblase, eine Rolle spielen können, will ich nur andeuten. Intensiver Icterus, d. h. Melasicterus, ist bei Gallensteinen selten. Er deutet auf einen Tumor am Pankreas, Choledochus oder Duodenum hin. Wechsel des Icterus in seiner Intensität spricht mehr für Choledochusstein. Wir werden bei der differentiellen Diagnose zwischen Choledochusverschluss durch Tumor oder Stein auf diesen wichtigen Punkt noch zurückkommen und bei der Behandlung des Kolikanfalls noch einige Bemerkungen über das Vorkommen des Icterus bei der Cholelithiasis hinzufügen.

Wie der Icterus, wird auch die Schwellung der Leber als Begleiterscheinung der Cholelithiasis in den Kreisen der Internen bei weitem überschätzt. Fink's Angaben, dass von seinen 263 Gallensteinkranken 210, also zirka 80⁰/₀, eine Vergrößerung des Organs*) aufwiesen, sind wiederum wenig beweisend für das prozentuale Auftreten der Leberschwellung bei der Cholelithiasis. Die Zahlen geben doch nur ein Bild davon, welches Material von Gallensteinkranken sich in Karlsbad aufhält; aber wie die Gallensteinkranken sich im grossen deutschen Reich in bezug auf ihre Leber verhalten, das wird uns damit nicht verraten. Fink hat die Leberdämpfung herauspercütirt und palpiert. Ich glaube schon, dass er in diesen Untersuchungsmethoden zu Hause ist. Ich percütire und palpriere auch, so gut ich es kann,

*) Nach Kuckein-Karlsbad fand Körte in 46⁰/₀, Merck in 24⁰/₀ palpable Leber.

aber relativ selten finde ich eine deutliche Leberschwellung. Es wird mir nun jeder Arzt zugeben, dass man am besten sich durch die Operation überzeugen kann, ob eine Lebervergrößerung vorhanden ist oder nicht. Da erkennt man recht häufig, dass die angeblich vergrößerte Leber nur gesenkt ist, oder dass man die Gallenblase und mit diesem Organ verklebtes entzündetes Netz für die vergrößerte Leber gehalten hat. So habe ich den Eindruck gewonnen, dass Lebervergrößerung viel häufiger angenommen wird, als sie in der Tat vorhanden ist. Nach meiner Erfahrung fehlt die Lebervergrößerung fast in allen Fällen von akuter und chronischer Cholecystitis, bei Hydrops und Empyem der Gallenblase und selbst bei Steinen im Choledochus kann sie, wie der Icterus, in 33% der Fälle vermisst werden. Hat man alle Gallensteinkranken im Auge, auch die ohne Icterus mit einfachem Hydrops, so möchte ich ein Vorkommen von Leberschwellung nur in 10—20% der Fälle annehmen. In 80% der Fälle hat die Leber gar keinen Grund anzuschwellen und sich zu vergrößern. Gewiss haben dicke Leute neben ihren Gallensteinen vergrößerte Lebern, aber das sind Stauungs- und Fettlebern; mit Leberschwellungen entzündlichen Ursprungs hat das nichts zu tun. Fast ebenso oft wie ich auf vergrößerte Lebern gestossen bin, habe ich kleine hochliegende cirrhotische Lebern angetroffen. Im allgemeinen ist also die Leberschwellung, wie der Icterus, eine sehr inkonstante Begleiterscheinung der Cholelithiasis.

Icterus und Leberschwellung galten bisher als Hauptzeichen der Gallensteinkrankheit; als drittes Hauptsymptom wurde der Kolikschmerz betrachtet.

Der Schmerz ist bei der Cholelithiasis ein sehr verschiedenartiger. Am meisten bekannt und in den Lehrbüchern beschrieben ist jener typische Schmerz, der in der Gallenblasengegend resp. in der Magengrube beginnt und nun rechts herum nach dem Rücken ausstrahlt und zwischen den Schulterblättern endigt. Das ist der Schmerz des akuten Choledochusverschlusses. Frauen, die geboren haben, schildern diesen Schmerz grausamer als die schlimmste Geburtswehe. Die Entzündung in der Gallenblase, resp. die Verlegung des Ductus cysticus ruft einen Schmerz hervor, der sich oft nur im rechten Hypochondrium lokalisiert, oft als

bohrender oder schneidender Schmerz, oft als leiser oder unangenehmer Druck vom Patienten beschrieben wird. Der Schmerz beim chronischen Choledochusverschluss wird bisweilen nur in der Mittellinie oberhalb des Nabels lokalisiert; und dann und wann klagen die Gallensteinkranken überhaupt nur über linksseitige Schmerzen, sodass man bestimmt an *Ulcus ventriculi* glauben möchte. Manchmal besteht nur rechtsseitiger Rückenschmerz, vorn ist alles frei; auch substernale Schmerzen ohne sonstige Empfindung in der Gallenblasengegend habe ich beobachtet. Bisweilen werden die Schmerzen in die Speiseröhre und in die Brustdrüse lokalisiert. Bei alten Leuten, bei denen die Schmerzempfindlichkeit oft enorm herabgesetzt ist, kommt es nur zu unangenehmen Magensensationen. Der richtige Kolikschmerz bleibt aus. Ich könnte ein langes Kapitel über die Kolik und den Schmerz bei der Cholelithiasis niederschreiben, wenn ich meine sämtlichen Krankengeschichten auf die Angaben der Patienten näher prüfte. Als Regel möchte ich folgendes hinstellen: im akuten Stadium der Gallensteinkrankheit sind die richtigen, anfallsweise auftretenden Kolikschmerzen an der Tagesordnung, im chronischen Stadium hält der Schmerz, wenn auch in geringer Intensität oft Tage und Wochen lang an und macht den Patienten schliesslich so mürbe, dass er sich gern zur vorgeschlagenen Operation entschliesst.

Die heftigste Kolik, wenn sie bald vorübergeht, ist bald vergessen. Aber der fortdauernde, wenn auch geringfügige Magendruck, veranlasst den Patienten recht häufig, operative Hilfe in Anspruch zu nehmen. Manche Kranke werden auf Ihre Frage, ob sie im Augenblick irgendwelche Schmerzen hätten, mit nein antworten. Wenn Sie dieselben aber gründlich untersuchen, so finden Sie häufig an zwei Stellen einen ganz umschriebenen Schmerz. Erstens in der Gegend der Gallenblase, d. h. unter dem rechten *musc. rect. abd.* und zweitens rechts von der Wirbelsäule in der Höhe des zwölften Brustwirbels. Diesem, von Boas mit grosser diagnostischer Bedeutung belegten dorsalen Druckpunkt, lege ich nicht das grosse Gewicht bei, wie dem vorderen in der Gallenblasengegend lokalisierten Schmerz.

Wenn wir der Ursache des Gallensteinschmerzes

auf den Grund gehen, so halte ich die Annahme, dass der Stein als solcher durch Läsion und Usur der Schleimhaut den Schmerz hervorrufe, für nicht richtig. Die Wandung der Gallenblase besitzt keine sensiblen Nerven. Auch die akute Dehnung der Gallenblase durch sich stauendes Secret kann aus demselben Grunde keine Schmerzen machen. Nach Wilms werden die Schmerzen hervorgerufen durch Zug und Zerrung der gedehnten Gallengänge an ihrer Fixationsstelle, womit eine Zerrung der dort verlaufenden sensiblen Nerven verbunden ist. Ob das richtig ist, bedarf der Nachprüfung. Jedenfalls stimme ich Körte nicht bei, welcher schmerzhaft empfundene Kontraktionen, bedingt durch Reiz des Fremdkörpers ohne infektiöse Entzündung, für die sogenannte reguläre Cholelithiasis in Anspruch nimmt.

Am intensivsten sind die Schmerzen bei Fortpflanzung der Entzündung auf die Serosa und auf das angrenzende Peritoneum, zumal wenn perforative Prozesse in die freie Bauchhöhle mitspielen. Doch können solche Vorgänge auch ganz schmerzlos verlaufen.

Die Unterscheidung des Gallensteinschmerzes vom Ulcusschmerz, von der Nierensteinkolik, von den Crises gastriques, vom Schmerz der Appendicitis, von der Kolika saturnina und der Kolika flatulenta, von der Intercostalneuralgie und vom Asthma cardiale, gelingt bei genauer Beobachtung gewöhnlich leicht. Die Kürze der Zeit gestattet es nicht, mich darüber eingehend zu äussern.

Eine Reihe von Patienten kam zu mir mit der Diagnose: nervöse Leberkolik. Dass in unserem Zeitalter der Nervosität auch die Leber „nervös“ wird, ist nicht auffallend; doch ist es wohl kein Zufall, dass ich in allen Fällen Gallensteine gefunden habe. Nach der Operation war die Behandlung der nervösen Leberkolik nicht mehr nötig. Dass aber die meisten Gallensteinkranken recht nervös werden, oft an Migräne leiden, und auch nach gründlichster Operation eine Zeit lang von den verschiedenartigsten nervösen Zuständen befallen werden, liegt auf der Hand. —

Wenn Sie meine bisherigen Ausführungen mit einiger Aufmerksamkeit verfolgt haben, so werden Sie es ohne weiteres verstehen, dass die sogenannten Gallensteinkoliken nicht immer an die Gegenwart von Steinen gebunden sind,

sondern dass die Cholecystitis ohne Steine dieselben Schmerzen hervorrufen kann, wie die Cholecystitis calculosa. Auch Adhäsionen, welche die regelmässige Entleerung der Gallenblase verhindern und so zur Stauung und Infektion des Gallenblaseninhaltes führen, machen Beschwerden, welche völlig den Steinbeschwerden gleichen. Besonders jene Fälle, bei denen wir Verwachsungen finden, die vom Hals der Gallenblase zum Duodenum und Pylorus ziehen, zeichnen sich durch sehr heftige kolikartige Schmerzen aus. Operieren wir in solchen Fällen, so brauchen wir uns nicht darüber zu wundern, wenn wir statt der vermuteten Steine nur Adhäsionen antreffen. Der Patient selbst ist natürlich über diesen Befund recht enttäuscht und hält die Operation oft für zwecklos, während der erfahrene Arzt weiss, dass die operative Behandlung sehr am Platze und allein imstande war, die Gesundheit wieder herzustellen. Es ist aber sehr angebracht, den Patienten vor der Operation darüber aufzuklären, dass seine Schmerzen sehr wohl nur durch Verwachsungen bedingt sein können, damit er, falls wir keine Steine finden, nicht an dem Erfolg der Operation zu zweifeln braucht.

Ein weiteres, nicht unwichtiges Symptom der Gallensteinkrankheit ist das Fieber. Früher als sogenanntes Reflexfieber gedeutet, wird es heutzutage ganz allgemein als Infektieber aufgefasst. Es wird bei allen möglichen Aeusserungen der Cholelithiasis beobachtet, von der einfachen serösen bis zur diphtherischen Cholecystitis, beim kurz dauernden Choledochusverschluss bis zur Monate lang anhaltenden septischen Cholangitis. Eine Form des Fiebers wird besonders beim chronischen Choledochusverschluss beobachtet, und diese genau zu kennen ist von grösster Wichtigkeit. Es ist die Febris intermittens hepatica. Gewöhnlich nach einem einleitenden Schüttelfrost steigt die Temperatur schnell auf 40 und 41⁰ Celsius, dabei tritt meist Kolik, Icterus und Verfärbung des Urins und der Fäces ein. Nach 12 Stunden kann sich der Patient wieder ganz wohl fühlen. Nicht selten, besonders bei alten Leuten, fehlt der Icterus und die Kolik. Unter Berücksichtigung der vorausgegangenen und begleitenden Symptome, wird es bei einiger Aufmerksamkeit nicht schwer fallen, dieses Fieber richtig zu deuten. Es entsteht durch

Anhäufung von toxischen Substanzen in der hinter einem Choledochusstein sich stauenden Galle. Wird die Passage nach dem Duodenum hin wieder frei, so fällt das Fieber rasch ab. Ueberhaupt sind Temperaturerhöhungen bei Steinen im Choledochus häufiger wie bei solchen in der Gallenblase. Ich habe sehr oft bei dem schwersten Empyem der Gallenblase Fieber völlig vermisst.

Fieber kommt aber auch vor beim Choledochusverschluss durch Tumor, beim Lebercarcinom, bei Tuberkulose ad portam hepatis, bei Pylephlebitis, bei Actinomyose und Ulcus duodeni. Eine genaue Messung der Körperwärme der Gallensteinranken trägt viel zu der Entscheidung der Frage bei, ob man den Kranken weiter exspektativ oder operativ behandeln soll. Deshalb empfehle ich Ihnen sehr, bei allen Ihren Gallensteinranken genaue Aufzeichnungen über die Temperaturverhältnisse während und zwischen den Anfällen zu machen.

Ueberhaupt ist eine genaue Diagnose nur dann möglich, wenn Sie häufig untersuchen, eingehend beobachten und eine genaue Vorgeschichte des Falles am besten schriftlich aufnehmen.

In meine Klinik bringen oft die bis dahin behandelnden Aerzte ihre Kranken und ich habe Gelegenheit, mit diesen dann gemeinsam eine Untersuchung vorzunehmen. Ich mache dabei fast stets die Erfahrung, dass die Untersuchung nicht richtig ausgeführt wird. Ohne die von mir schon lange empfohlene und erprobte sogenannte bimanuelle Untersuchung ist gewöhnlich ein Befund an den Gallengängen nicht zu erheben. Viele Aerzte untersuchen nur mit einer Hand von vorne; dabei üben sie einen viel zu starken Druck aus, auf den der Patient mit einer Kontraktion der Bauchdecken antwortet. Sie müssen ganz leise und behutsam palpieren. Ich gehe immer so vor: Ich lagere den Patienten auf eine Chaiselongue oder den Verbandtisch, stelle mich an die rechte Seite und taste mit der rechten Hand die linke Seite des Abdomen, also die Magengegend ab, ganz leise und behutsam, und nähere mich ganz allmählich der Gallenblasengegend. Dabei kommt mir meine linke Hand zur Hilfe, die ich flach ausgestreckt unter den Rücken des Kranken schiebe. Die linke Hand hebt die Leber hoch

und drängt sie leise der von vorne palpierenden rechten Hand entgegen. Der Patient muss sich dabei ganz passiv verhalten, unwillkürlich hebt er sich etwas an, wenn Sie Ihre linke Hand unter seinen Rücken schieben; Sie müssen ihn dann darauf aufmerksam machen, dass das nicht richtig ist und dass er jede Spannung vermeiden muss. Sie werden bei dieser bimanuellen Untersuchung erstaunen, wie viel Sie fühlen, was Sie mit einer Hand allein nicht tasten können: den unteren stumpfen Rand der Leber, die eirunde Gallenblase, in der Tiefe die rechte Niere usw. Und wenn Sie kein Organ tasten, so können Sie doch an ganz bestimmter Stelle eine schmerzhaft Resistentz nachweisen, die Ihnen dann unter Berücksichtigung der übrigen Symptome als versteckte entzündete Gallenblase imponieren wird. In einem Vortrag ist es ja nicht leicht, die von mir geübte Art der Untersuchung zu lehren, aber einmal darauf aufmerksam gemacht, dürfte es Ihnen nicht schwer fallen, sich bald damit vertraut zu machen.

Meistenteils macht es gar keine Schwierigkeiten, den Tumor der Gallenblase von anderen Geschwülsten, die in dieser Gegend beobachtet werden, zu unterscheiden. Doch sind Verwechslungen mit rechtsseitiger beweglicher Niere, Leberechinococcus, Pankreascyste, Pyloruscarcinom, Coloncarcinom, Hydronephrose, häufiger als man glaubt. Ich kann heute all die diagnostischen Unterscheidungsmerkmale nicht durchsprechen, möchte aber darauf hinweisen, dass man die zur Geschwulst vergrößerte Gallenblase an ihrer Form und an ihrem Zusammenhang mit der Leber gewöhnlich leicht erkennt. Ein Gallenblasentumor macht die respiratorischen Bewegungen des Zwerchfells sehr deutlich mit, wenn er nicht gerade durch Verwachsungen an die Bauchwand angelötet ist; er ist exspiratorisch nicht fixierbar und zeigt eine sehr ausgiebige seitliche pendelartige Verschiebbarkeit. Er liegt fast stets dicht hinter den Bauchdecken und kehrt, in die Tiefe gedrückt, immer wieder in seine ursprüngliche Lage zurück. Recht oft sieht man bei mageren Leuten den Gallenblasentumor die Bauchdecken hervorwölben. Bei excessiver Ausdehnung der Gallenblase kann man auch Fluctuation feststellen, die schon manchen verleitet hat, einen Trokar in den Tumor einzustossen. Ich brauche Sie wohl kaum

zu warnen, von dieser Untersuchungsmethode Gebrauch zu machen; sie ist unter keinen Umständen erlaubt, weil das nachsickernde Secret in die Bauchhöhle fließen und Peritonitis hervorrufen kann. Selbst der Chirurg, der sofort nach der Punktion die Laparotomie anschliessen könnte, darf sich nicht dieser Untersuchungsmethode bedienen. Ich betrachte einen derartigen Eingriff als einen grossen Kunstfehler. —

Nur in groben Umrissen habe ich Ihnen die Symptome der Cholelithiasis geschildert und einige Winke, die sich auf die Untersuchung von Gallensteinkranken beziehen, hinzugefügt. Es bleibt jetzt zu untersuchen, welche Mittel uns zu Gebote stehen, um die verschiedenen Arten des Gallensteinleidens zu diagnostizieren. In dieser Beziehung haben wir ganz ungeahnte Fortschritte gemacht. Noch vor 10 Jahren begnügten wir uns mit der einfachen Diagnose: Gallensteine. Dieses Wort löste reflektorisch die Therapie: Karlsbad aus. Heute stellen wir genaue spezielle Diagnosen, wir unterscheiden den sterilen Hydrops der Gallenblase vom inficierten, die seröse Cholecystitis von der phlegmonösen, den akuten Choledochusverschluss vom chronischen; wir kennen genau die Merkmale der chronischen ulcerösen Cholecystitis, und während wir die eine Form expectativ mit Ruhe, Thermophor und heissem Wasser behandeln, greifen wir bei der anderen Form zum Messer.

Wenn ich die zahlreichen Briefe, die mir Kollegen bei Ueberweisung ihrer Gallensteinkranken zustellten, durchsehe, so finde ich, dass meine Bemühungen, eine spezielle Diagnostik der Gallensteinkrankheit auszubilden, schon schöne Früchte getragen hat. Es ist aber auch dringend nötig, dass wir uns von der allgemeinen Diagnose: Gallensteine frei machen und uns bemühen, die pathologisch-anatomischen Veränderungen zu ergründen, die sich „hinter der Bauchwand hüllenden Gardine“ abspielen. Zwar der Patient ist zufrieden, wenn die allgemeine Diagnose „Gallensteine“ gestellt wird, ja, er wundert sich, wenn man ihm erklärt, dass Koliken auch ohne Anwesenheit von Steinen entstehen können; er kann nicht einsehen, dass es bei der Indikation zu einer Operation viel mehr auf die Folgezustände ankommt, nämlich auf den Grad der Entzündung. Wir Aerzte sind uns aber darüber klar, dass die Diagnose „Gallensteine“

eigentlich erst dann mit voller Bestimmtheit gestellt werden kann, wenn die Konkremente in den Fäces gefunden, ausgebrochen werden oder durch äussere Fisteln zum Vorschein kommen, wenn sie zweitens durch Palpation in der Gallenblase gefühlt und endlich drittens durch Röntgenstrahlen nachgewiesen werden können.

Wenn ein Patient über Beschwerden klagt, die auf Gallensteine verdächtig sind, so wird ihm vielfach der Rat gegeben, den Stuhlgang auf etwa abgehende Steine hin zu untersuchen. Gewiss ist ein gefundener Gallenstein die beste Bestätigung, dass Cholelithiasis vorliegt; aber für unser therapeutisches Handeln hat der Befund keinen grossen praktischen Wert. Ein oder selbst hundert abgegangene Steine sind noch lange kein Beweis, dass die Cholelithiasis wirklich geheilt ist, das heisst, dass alle Konkremente ausgestossen sind. Der Haupttäter, der den Cysticus verschliesst und das Empyem unterhält, ist vielleicht zurückgeblieben. Wir haben gesehen, dass in 80% der Fälle sich das Gallensteinleiden lediglich auf Gallenblase und Cysticus beschränkt, die Steine gelangen weder in den Choledochus noch in den Darm; für diese 80% der Fälle muss die Fäcesuntersuchung negativ ausfallen. Tritt Icterus auf, so lasse ich den Stuhl durchsieben. Dabei ist zu bedenken, dass der abgegangene Stein nicht selten 5—6 Wochen und noch länger gebraucht, ehe er in der Ampulla recti zur Ruhe kommt. 5—6 Wochen lang aber täglich die Fäces durchzusieben, ist weder für den Arzt noch für die Angehörigen des Kranken eine angenehme Beschäftigung. Und schliesslich kann der Stein, der die Papille des Duodenum passiert hat, im Darm zerfallen sein. Ich mache Ihnen, meine Herren, keinen Vorwurf daraus, wenn Sie das Durchsieben der Fäces in der Praxis möglichst einschränken. Eine genaue weitere Beobachtung des Kranken nach glücklich überstandem Choledochusverschluss und eine fernere recht eingehende Berücksichtigung aller in Frage kommenden Symptome ist viel wichtiger als das Suchen nach Gallensteinen in den Ausleerungen des Patienten. Anders liegen die Verhältnisse beim Gallensteinileus; da wird man keinen Stuhlgang ununtersucht lassen, und sich nicht scheuen, seine Finger mit Stuhlgang zu beschmutzen, wenn es gilt, im Rectum auf einen etwa herabgetretenen Stein zu fahnden.

Es ist aber leicht verständlich, dass der Nachweis von Steinen im Stuhlgang dem Kranken ausserordentlich imponiert. Man hört sie immer wieder sagen: „Ich kann mir nicht denken, dass ich Gallensteine habe, denn noch nie sind solche gefunden worden!“ Und hat ein Gallensteinkranker eine teure Arznei bezahlt, welcher ein Kurpfuscher die Wunderkraft nachrühmt, dass sie Gallensteine abtreibt oder in Griesbrei umwandelt, so will er doch für sein Geld etwas sehen. Auch in fast allen sogenannten Gallensteinsanatorien, hier in Berlin und anderwärts, wird leider das Hauptgewicht darauf gelegt, dass recht viel Sand im Stuhlgang erscheint. Dass dieser Sand mit Gallensteinen und Gallengries überhaupt nichts zu tun hat, ist mir schon lange zur Gewissheit geworden.

Das Ausbrechen der Gallensteine ist in den Anamnesen meiner Krankengeschichten nur wenige Male erwähnt worden. Meist wird es nur dann beobachtet, wenn die Gallenblase mit dem Magen in fistulöse Verbindung tritt; ein Hochwerfen der auf normalem Wege durch den Choledochus abgegangenen Steine halte ich für äusserst selten.

Das Durchbrechen der Steine durch die Bauchdecken setzt eine vorausgegangene entzündliche Verlötung der Gallenblase mit dem Peritoneum parietale voraus. Bei Bauchwandabscessen im rechten Hypochondrium, in der Umgebung des Nabels, oberhalb des Poupart'schen Bandes, vergessen Sie nicht, besonders wenn die Anamnese darauf hindeutet, an Gallensteine zu denken.

Der Nachweis der Cholelithen in der Gallenblase durch die palpierende Hand gelingt sehr selten. Wenn Steine Erscheinungen machen, so ist die Gallenblase meist mit entzündlicher Flüssigkeit mehr oder weniger prall angefüllt, dann fühlt man wohl die zur Geschwulst ausgebildete Gallenblase, aber die Steine fühlt man nicht. Fühlt man sie doch, so beharren sie eben im Stadium der Latenz: eine Behandlung ist unnötig. Daher mag es kommen, dass ich bei meinen 3000 Untersuchungen auf Cholelithiasis nur zwei- bis dreimal die Steine in der Gallenblase gefühlt habe. Auch in der Medizin und Chirurgie ist es nicht selten, dass die grössten Raritäten als häufige Ereignisse hingestellt werden. In jedem Lehrbuch liest man z. B. vom Hydatiden-

schwirren beim Leberechinococcus, aber gefühlt hat es fast kein Chirurg, ich auch noch nicht und habe doch zirka 40 Leberechinococcen operiert. Ueberall liest man von der mit Steinen angefüllten Gallenblase, die sich anfühlt, als ob man auf einen Sack voll Nüsse klopft; das sind Knecht Ruprechtsgeschichten, an die unsere modernen Kinder nicht mehr so recht glauben wollen.

Grosse Hoffnungen setzte man bei der Diagnose der Gallensteine auf die Röntgenstrahlen; aber die bedeckende Leber und die Zusammensetzungen der Konkreme aus organischen Substanzen vereitelten die Bemühungen, die Steine auf der Platte zum Vorschein zu bringen. Ich persönlich halte es für ein Glück, dass bei den Gallensteinen die alles durchdringenden Strahlen versagen. Man bedenke nur die Folgen, wenn es gelänge, in jedem Fall die Gallensteine im Röntgenbild darzustellen. Der grosse Vorteil wäre der, dass nun endlich über die Herkunft der „Magenkrämpfe“ Klarheit verschafft würde, aber der viel grössere Nachteil würde sich in einer völlig ungerechtfertigten Zunahme der Operation zeigen. Viele Patienten würden nicht eher Ruhe finden, als bis der Chirurg mit der Kornzange den Stein aus der Gallenblase herausgezogen hat. Ich muss es aber immer wieder sagen: nicht gegen die Steine als solche, d. h. als Fremdkörper, richten sich unsere Massnahmen, sondern gegen ihre Folgezustände, gegen die Entzündung, die Perforation, die Cholämie, das Carcinom. Wir entfernen doch auch die Kugel aus dem Bauchraum, nicht weil sie ein Fremdkörper ist, sondern weil sie in den Darm ein Loch gerissen oder im Gekröse ein grosses Gefäss verletzt hat. Wir lassen oft die Kugel zurück und begnügen uns mit der Verhütung der Peritonitis und der Stillung einer sonst tödlichen Blutung. Der Gallenstein bleibt für mich, wie die Kugel, ein Fremdkörper, den ich in Ruhe lasse, wenn er selbst Ruhe hält; richtet er Unheil an, dann entferne ich ihn, um grösseres Unheil zu verhüten. Die Röntgenstrahlen zeigen aber nur den Fremdkörper; ob Galle oder Eiter in der Gallenblase steckt, erfahren wir nicht: meine palpierende Hand aber und meine diagnostischen Erwägungen klären mich über die unheilvollen Folgen dieses Fremdkörpers auf. Der Arzt kann, soll und muss auch ohne

Röntgenstrahlen mit der Diagnose Cholelithiasis fertig werden. Ich lasse schon seit Jahren keinen Gallensteinranken mehr röntgen, sondern bin immer mehr bestrebt, eine spezielle Diagnostik der Cholelithiasis auszubauen. Von verschiedenen Seiten hat man das als praktisch undurchführbar hingestellt: in gewissem Sinn nicht mit Unrecht. Der Arzt, der im Jahr nur dann und wann einmal einen Gallensteinranken zu untersuchen Gelegenheit findet, wird es trotz bester Anlage in seinen diagnostischen Fertigkeiten niemals weit bringen; aber die Leiter grosser Krankenhäuser, die Direktoren von Universitätskliniken verfügen über ein so grosses Material, dass es ihnen nicht schwer fallen kann, an dem Ausbau einer speziellen Diagnostik mitzuhelfen und ihre Schüler zu guten Diagnosten der Cholelithiasis zu erziehen. Es kann sich also der Gewinn, den die Lehre der speziellen Diagnostik der Gallensteinkrankheit tragen soll, erst bei der nächsten Aertzgeneration zeigen. „Wenn meine Bäume Früchte haben, dann haben sie mich längst begraben!“ sagt der Dichter. Aber schon jetzt ist es für mich gewiss, dass es gelingt, eine spezielle Diagnose der Gallensteinkrankheit zu stellen. Wer leugnet, dass das unmöglich ist, beweist mir nur, dass er kein genügendes Material zur Verfügung gehabt hat, um sich diese Kenntnisse anzueignen. Bei der Appendicitis ist das schliesslich ebenso. Es ist nach meiner Meinung ein zwar offenes, aber recht armseliges Bekenntnis der Frühoperateure, wenn sie sagen: es ist ganz unmöglich, im Beginn der Erkrankung, d. h. in den ersten 36 Stunden die verschiedenen Formen der Appendicitis von einander zu unterscheiden. Ich behaupte dagegen, dass bei aufmerksamer Beobachtung, gründlicher Untersuchung und ausgiebiger Berücksichtigung aller in Frage kommenden Symptome, es in den allermeisten Fällen gelingt, die Appendicitis simplex von der eitrigen und gangränösen Form zu unterscheiden. Auch in der speziellen Diagnostik der Appendicitis stecken wir noch sehr in den Kinderschuhen und der bequeme Standpunkt der Frühoperation in allen Fällen von Appendicitis hat mir von jeher missfallen. Gewiss ist es richtig, wenn jeder Fall von Appendicitis von vorneherein mit chirurgischem Auge betrachtet wird, damit man nicht den Zeitpunkt rechtzeitiger

Operation versäumt; aber die Fälle, die in meine Beobachtung kamen, haben mir die Ueberzeugung aufgedrängt, dass es gelingt, die Operationsbedürftigen bald herauszufinden. Ich habe die Hoffnung, dass die deutschen Chirurgen, die sich durch strikte Indicationsstellung und gründliche Technik von jeher ausgezeichnet haben, sich nach Jahr und Tag von der Frühoperation in allen Fällen wieder abwenden werden. Die vielen Frühoperationen werden insofern ihr Gutes haben, als durch sie die Diagnostik der Appendicitis sehr gefördert werden wird. Genau wie bei der Gallensteinkrankheit wird man mit der Zeit die einzelnen Formen unterscheiden lernen und nur da eingreifen, wo die natürlichen Kräfte des Organismus mit der Krankheit nicht fertig werden. Jedenfalls habe ich schon lange die Ansicht vertreten, die jüngst Krogius ausgesprochen hat, dass bei der Appendicitis alles darauf ankommt, nicht die früheste Frühoperation zu kultivieren, sondern die Frühdiagnose nach allen Kräften zu pflegen.

Das gilt in demselben Masse auch für die Cholelithiasis. Die Schwierigkeiten, die sich der Erlernung einer speziellen Diagnostik entgegenstellen, sind gewiss nicht klein; aber die Hauptschwierigkeit ist überwunden, nachdem man einmal angefangen hat, sich mit der speziellen Diagnostik überhaupt zu beschäftigen. Ich schätze N a u n y n's Urteil in allen Fragen der Cholelithiasis ausserordentlich, aber in bezug auf die spezielle Diagnostik scheint er mir allzu schwarz zu sehen. Er sagt in seiner jüngsten Arbeit in den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie (Bd. 14 H. 5) folgendes:

„Die spezielle Diagnostik gehört zu den im ganzen sehr unerfreulichen Themen. Soviel ich mich mit ihr zu beschäftigen Gelegenheit habe, ich bin nicht weit über das hinausgekommen, was ich schon in meiner Klinik der Cholelithiasis sagen konnte. Ich gebe zu, dass der Spezialist, hier wie überall, dank seiner Erfahrung, sich eine grössere Sicherheit und Zuverlässigkeit seines Urteils darüber: wo der Stein liegt, ob Pericholecystitis mit Adhäsionen, ob Fisteln, ob Carcinom als Komplikation bestehen, erwerben mag, aber gross wird die Zuverlässigkeit niemals und die Diagnostik besitzt hier in ganz besonderem Masse etwas Intuitives: Das, was uns leitet, lässt sich nicht vollständig in Worte fassen.“

Naunyn spricht dann über die Unterscheidung von Magenleiden und Cholelithiasis, weist auf die Wichtigkeit der Anamnese, das Auftreten der Gallenkoliken um Mitternacht, ihre Unabhängigkeit von Mahlzeiten und Diätfehlern hin und stellt die Tatsache fest, dass, so leicht die Diagnose der akuten Cholecystitis ist, die der chronischen recht grosse Schwierigkeiten machen kann. „Ganz schlimm hingegen steht es mit der Diagnose der bei chronisch recidiver Cholelithiasis so häufigen Fälle von Empyem der Gallenblase, in denen nicht nur keine Ektasie besteht, sondern die Gallenblase geschrumpft ist.“

Wenn es erlaubt ist, auf diese Fälle, auf die ich in meiner Praxis recht oft gestossen bin, mit einigen Worten einzugehen, so muss ich allerdings Naunyn recht geben, dass bei dem mangelnden Befund — keine Lebervergrösserung, kein Icterus, kein Tumor der Gallenblase — es mit der Diagnose recht schlimm stehen kann. Wenn man aber einen solchen Patienten recht genau beobachtet und recht oft untersucht, so wird man immer wieder an einer ganz bestimmten Stelle, nämlich da, wo die Gallenblase liegt, eine mehr oder minder starke, aber doch recht fühlbare Druckempfindlichkeit feststellen können, die immer wieder darauf hinweist, dass in der Tiefe ein entzündlicher Prozess vorliegt. Lässt man einen solchen Patienten recht tief Luft holen und untersucht dann auf der Höhe der Inspiration, so gibt er recht deutlich die Empfindlichkeit der palperten Stelle an. Gerade bei der chronischen Cholecystitis gibt die Anamnese bei der Diagnosenstellung die besten Anhaltspunkte; auf diese muss man sich besonders verlassen, da eben der Befund vollständig negativ sein kann. Man muss allerdings hunderte von solchen Fällen gesehen haben, um in der Diagnosenstellung sicher zu werden.

Die Meinung Naunyn's, dass die chronische Choledochusobstruktion eine wenig befriedigende diagnostische Aufgabe darstellt, deren Schwierigkeit übrigens vielfach unterschätzt wird, kann ich nicht teilen. Gewiss kommen Fälle vor von chronischem Icterus, ohne dass man Steine im Choledochus findet; auch ist es nicht immer möglich, den Obstruktionsicterus durch Steine von dem durch Neubildung zu unterscheiden, aber in den allermeisten Fällen ist das mög-

lich, wenn man alle Symptome genau berücksichtigt, den Untersuchungsbefund und die Vorgeschichte des Falles zu Rate zieht. So legt z. B. Naunyn auf das Verhalten der Gallenblase, ob sie ektatisch vorliegt oder ob sie nicht zu finden, geschrumpft ist, keinen grossen Wert mehr, misst aber dem Milztumor eine umso grössere Bedeutung zu. „Bei längerem Bestehen des Icterus spricht Fehlen eines deutlichen Milztumors nachdrücklich gegen Gallensteinobstruktion und grosser palpabler Milztumor spricht entschieden *et. par.* für Cholelithiasis.“ Ich gebe zu, dass es Ausnahmefälle gibt, die jeder speziellen Diagnose spotten, aber die Regel ist doch die, dass beim Steinverschluss der Icterus mässig ist und wechselt, die Gallenblase meistens klein und geschrumpft und deshalb nicht zu palpieren ist. Schüttelfröste und Fieber sind beim Steinverschluss an der Tagesordnung, Koliken sind meist vorhanden. Dagegen kommen diese beim Verschluss durch Tumor nur in wenigen Fällen vor. Kommt zu Ihnen ein Patient mit chronischem, starken Icterus und finden Sie bei der Untersuchung einen grossen, nicht empfindlichen Tumor der Gallenblase, so ist es so gut wie sicher, dass dieser Patient keine Gallensteine hat. Gleichzeitiger Ascites spricht für Neubildung, doch habe ich Ascites auch bei Steinverschluss mit biliöser Cirrhose der Leber angetroffen. Erwähnen will ich noch, dass nicht ganz selten beim chronischen Choledochusverschluss durch Steine Icterus und Koliken fehlen oder nur angedeutet sind, während fast regelmässig alle 8—14 Tage die *Febris hepatica* auftritt. Ich habe wohl 30—40 solcher Fälle gesehen. Die Koliken werden ersetzt durch leise Sensationen am Magen; Icterus kann gänzlich fehlen, weil die Leberzellen gar keine Zeit haben, auf die rasch vorübergehende Verlegung des Choledochus zu antworten. Aber wenn sich der Patient genau beobachtet, so findet er während oder kurz nach der Attacke eine Verfärbung des Urins und des Stuhls, sodass er selbst darauf aufmerksam wird, dass seine Krankheit aus der Leber stammt. Ich möchte Sie, meine Herren, ganz besonders auf diese ohne Icterus und Kolik verlaufenden Fälle von Choledochusverschluss durch Steine aufmerksam gemacht haben.

So interessant es nun auch ist, vor der Operation eine recht spezielle Diagnose des chronischen Choledochusver-

schluss zu stellen, und so wichtig die Unterscheidung des chronischen Choledochusverschlusses durch Stein von dem durch Tumor hinsichtlich der Prognose ist, so wenig haben solche Bemühungen für die Behandlung Wert. Denn fast immer kommt nur eine Operation in Frage. Ich habe früher den Rat gegeben, bei Verdacht auf Neubildung die Operation zu unterlassen, da Dauerheilungen so gut wie ausgeschlossen sind. Nun sind aber in letzter Zeit doch Heilungen, wenigstens Besserungen bei Carcinomen der Gallengänge durch operative Behandlung erzielt worden. Auch lässt sich der bösartige Tumor am Pankreaskopf vom gutartigen, d. h. von der Pankreatitis chronica nicht unterscheiden.*) Operiert man in letzterem Falle nicht, so gehen die Patienten an Cholaemie zugrunde. Operiert man sie, so können sie völlig gesund werden. Ich rate also jetzt zur Operation in allen Fällen von chronischem Choledochusverschluss, der länger als 2—3 Monate besteht, in der Hoffnung, statt des gewöhnlich von den Angehörigen des Patienten vermuteten Krebses die gutartige Pankreatitis anzutreffen. Wie gross ist die Freude in solchen Fällen, wenn der Schmerz schwindet und das lästige Hautjucken aufhört und wie dankbar sind solche Patienten, wenn sie nach Jahresfrist sich als völlig gesunde Menschen vorstellen! Es gehen unzählige Kranke am chronischen Icterus zugrunde, die an Leber- oder Pankreaskrebs leiden sollen und die nur an entzündlicher Vergrösserung des Kopfes der Bauchspeicheldrüse erkrankt sind. Ich habe erst heute einen solchen Fall operiert. Fast alle Aerzte hatten von der Operation abgeraten: „Sie sei nutzlos, weil doch Krebs vorhanden sei.“ Ich bin überzeugt, dass eine Pankreatitis vorliegt: die einfache Gastrocystenterostomie wird ihre Schuldigkeit tun und für die gestaute Galle den Abfluss herstellen. Lässt man am Ende „Alles gehen, wie's Gott gefällt“, so gehen solche Kranke sehr rasch zugrunde, denn spontane Rückbildung des harten Pankreaskopfes gehört zu den Seltenheiten.

Die Naunyn'schen Bemerkungen über die spezielle Diagnostik der Cholelithiasis haben mir gezeigt, dass es notwendig ist, immer wieder auf die Möglichkeit und Not-

*) Ueber Robson's Unterscheidungsmethode mit jodoformgefüllten Glutolinkapseln habe ich noch kein abschliessendes Urteil.

wendigkeit spezieller Diagnosen hinzuweisen. In dem Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Mikulicz und v. Bruns habe ich ein Schema aufgestellt, das für den Praktiker eine Anleitung bei der Stellung spezieller Diagnosen der Cholelithiasis abgeben sollte. Ich bringe dieses Schema Ihnen hier zur Kenntnis (p. 37—39).

Es sind fünf Jahre verflossen, dass ich dieses Schema aufstellte. Seitdem haben sich meine Anschauungen über das Wesen der Cholelithiasis in mancher Richtung geändert. Wenn ich heute ein neues Schema brächte, würde ich nur auf die Folgezustände der Gallensteine Rücksicht nehmen und nur folgende Unterabteilungen gelten lassen:

I. Akute Cholecystitis.

- a) seröse resp. serös-fibrinöse;
- b) eitrige;
- c) gangränöse Form (akute Nekrose).

II. Chronische Cholecystitis.

- a) Hydrops;
- b) Empyem der Gallenblase (Cholecystitis ulcerosa);

III. Akuter Choledochusverschluss.

IV. Chronischer Choledochusverschluss.

- a) durch Stein;
- b) durch Tumor (Pankreatitis chron.).

V. Carcinom der Gallenblase und Leber.

Wir dürfen bei der Benutzung eines Schemas aber nicht vergessen, dass eine Krankheit wie die Cholelithiasis, die so irregulär verläuft, sich nicht in die engen Schranken schematischer Unterabteilungen einzwängen lässt. Oft fließen die verschiedenen Formen der Cholelithiasis so ineinander über, dass sie sich gar nicht von einander trennen lassen. Es kann z. B. neben II. b (Empyem) IV. a (chronischer Choledochusverschluss) bestehen! Immerhin geben die beiden Schemata in vielfacher Richtung gute Anhaltspunkte, um die spezielle Diagnostik der Cholelithiasis dem Verständnis näher zu rücken. Unter diesem Gesichtspunkte mögen sie Ihre Berücksichtigung finden. —

Jetzt erst, nach Besprechung der pathologischen Anatomie, der Symptomatologie und Diagnostik der Cholelithiasis, ist die Zeit gekommen, dass ich zu dem eigentlichen Thema meines Vortrags übergehe und die Frage beantworte, in

Krankheitsform	Symptome	Diagnose	Behandlung
<p>I. Steine in der Gallenblase, deren Wandungen wenig oder gar nicht verändert sind. Cysticus ist wegsam. Inhalt ist klare, von virulenten Bakterien freie Galle, Adhäsionen fehlen.</p>	<p>Symptome fehlen fast immer (latentes Stadium). Nur dann und wann Magenschmerzen (auf vorübergehenden Cysticusverschluss zu beziehen). Ikterus fehlt, Steinabgang erfolgt nicht. Keine Leberschwellung.</p>	<p>Palpationsbefund negativ, höchstens geringe Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend (bimanuelle Untersuchung). Verwechselungen mit Ulcus rotundum, Darmkolik, Wanderniere, Hernie der L. alba häufig.</p>	<p>Medicamentöse Behandlung genügt; Kur zu Hause, in Karlsbad od. Neuenahr, um die Latenz der Cholelithiasis vorzuzugewöhnen, möglichst dauernd herzustellen.</p>
<p>II. Akute Cholecystitis in einer relativ gesunden Gallenblase. Gewöhnlich liegt ein grosser Stein im Hals der Gallenblase. Exsudat trübe bis eitrig, Wand verdickt.</p>	<p>Tumor der Gallenblase, Riedelscher Lappen. Selten Ikterus. Helftige Schmerzen (Magen), Auftreibung der oberen Partien des Abdomens. Starke Druckempfindlichkeit. Allgemeinbefinden bei geringer Infektion wenig, bei schwerer sehr alteriert. (Cholecystitis acutissima event. mit Cholangitis.) Peritonitis circumscripta (Pericholecystitis). Fieber kann fehlen oder vorhanden sein. Leber nur bei gleichzeitiger Cholangitis geschwellt. Meistenteils kein Steinabgang. Wenn die Cholecystitis mit Steinabgang endet, kommt es zum akuten Cholelithiasisverschluss. (IX.)</p>	<p>Diagnose leicht. Verwechslungen mit Appendicitis möglich, besonders wenn der Processus vermiformis nach oben umgeschlagen in der Nähe der Leber liegt. Die Diagnose muss feststellen, dass der gefühlte Tumor der Gallenblase angehört. (Form, Verschieblichkeit, Spannung etc.)</p>	<p>Beste Behandlungsart ist die operative. Auch bei medicamentöser, (Abführmittel) geht oft die Entzündung zurück, der Stein bleibt.</p>
<p>III. Steine in der Gallenblase, in der schon ein entzündlicher Prozess vorhanden war. Cysticus augenblicklich frei. Es bestehen Adhäsionen zwischen Gallenblase u. Intestinis (Netz).</p>	<p>Aehnlich wie unter I. Manchmal heftige Koliken, bedingt durch Abknüpfung des Cysticus nach praller Füllung der Gallenblase. Dabei häufig Erbrechen, starker Druckschmerz. In der Zwischenzeit kann vollständige Ruhe eintreten (latentes Stadium).</p>	<p>Aehnlich wie bei I. Während der Kolik Tumor der Gallenblase nachweisbar, wenn die Entzündung die Gallenblase noch ausdehnen vermag. In der Zwischenzeit ist der Palpationsbefund oft völlig negativ.</p>	<p>Operation bei häufig wiederkehrenden Beschwerden dringend angezeigt, am besten Cystektomie, wenn möglich mit Hepaticus-Drainage kombiniert. Karlsbader Kur meist nur von vorübergehendem Erfolg.</p>

	Krankheitsform	Symptome	Diagnose	Behandlung
IV.	<p>Akute Cholecystitis in einer schon geschrumpften, von Entzündungen häufig heimgesuchten Gallenblase. Cysticus obliteriert oder durch Steine vergeschlossen. Viele Verwachsungen ringsum. Exsudat gering, schleimig bis eitrig. Fisten zwischen Gallenblase und Intestinis.</p>	<p>Tumor nicht palpabel, weil er hoch unter der Leber liegt. Schmerzhaftigkeit wie unter II, häufiger Wechsel in den Erscheinungen. Icterus selten, wenn vorhanden, tritt meist ein Stein aus dem Cysticus in den Choledochus über. (IX.)</p>	<p>Diagnose wegen Mangel des Palpationsbefunds schwierig. Genaue Berücksichtigung d. Anamnese verhilft am besten zu einer Diagnose. Bei schwerem Allgemeinzustand ist die Cholecystitis purulenta ohne nachweisbaren Tumor u. mit wenig ausgesprochenen Koliken schon für Typhus, Malaria u. Sepsis gehalten worden. — Diese Formen der Cholelithiasis von III und IV gehören zu der chron. recid. Form der Cholecystitis.</p>	<p>Am besten Ekto- tomie, wenn Karls- bader Kuren, wie das meist (50%) der Fall ist, erfolglos sind; zweizeitige Opera- tion, Schlauchver- fahren (Kehr, Pop- pert) sind möglichst einzuschränken.</p>
V.	<p>Wie unter III, Steine fehlen aber, nur Adhäsionen sind vorhanden.</p>	<p>Oft bei Lagewechsel (Aufrichten) Schmerzen. Sonst wie unter III. Durch die Verwachsungen kann es zur Pylorusstenose und Ectasia ventric. und zu Ileus kommen.</p>	<p>Wie unter III. Die Patienten leiden auf die Dauer sehr. Magen dilatiert.</p>	<p>Wie unter III. Ek- tomie die beste Ope- rationsmethode, bei Perityphlitis noch Gastroenterostomie.</p>
VI.	<p>Hydrops der Gallenblase. Cysticus durch Stein verschlossen oder obliteriert. Klarer, meist steriler Inhalt in der Gallenblase. Wandungen papierdünn.</p>	<p>Symptome können fehlen, nur der Tumor macht die Patienten durch seine Anwesenheit auf eine Anomalie aufmerksam. Häufig Magenschmerzen. Kein Steinabgang, kein Icterus, keine Leberschwellung. Bisweilen Kiedel's zungenförmiger Lappen. Der sterile Inhalt kann sich jederzeit infizieren (auch auf dem Wege der Blutbahn?).</p>	<p>Diagnose leicht; man hüte sich vor Verwechslungen mit Wanderniere. D. Tumor ist, wenn nicht vergrößert, besonders nach d. Seite beweglich, lässt sich in die Tiefe drücken, kehrt aber sofort zurück. Geringe Druckempfindlichkeit. Hydrops in einer geschrumpften Gallenblase erzeugt keinen palpablen Tumor. Diagn. wie bei IV nicht leicht.</p>	<p>Operation. Cysto- stomie mit Cystico- tomie, am besten Cysto- ektomie. Bei steri- lem Hydrops ist Ope- ration unnötig.</p>
VII.	<p>Empyem der Gallenblase. Eiter in der Gallenblase. Stein im Cysticus. Verwachsungen.</p>	<p>Im Anfange Erscheinungen wie unter II. Später kann Fieber fehlen. Symptome wie unter VI. Tumor ist gewöhnlich kleiner als wie bei VI. Kein Steinabgang. Schmerzen beschränken sich mehr auf die Gallenblasengegend und die Magengrube, strahlen weniger nach dem Rücken, Brust etc. aus.</p>	<p>Keine Probepunktion. Sonst wie unter IV angegeben. Bei Perforation stellen sich die Zeichen d. Perforations-Peritonitis ein. Anfangs ist d. Tumor d. empyematös, Gallenblase sehr schmerzhaft, später können d. Schmerzen nachlassen, ja vollständiger schwinden. Neben d. Empyem der Gallenblase oft abgekapselte eitrige Exsudate in der Bauchhöhle.</p>	<p>Wie unter VI.</p>

VIII.	Carcinom der Steine enthaltenden Gallenblase.	Im Anfang nur Verdauungsbeschwerden, kein Icterus. Wird der Choledochus und der portale Drüsenplexus affiziert, so tritt Icterus und Ascites auf. Tumor auffallend hart und uneben. Später Kachexie. Koliken fehlen oft.	Geringe Schmerzhaftigkeit. Diagnose anfangs sehr schwierig, gewöhnlich erst beim Eintritt des Icterus zu stellen. Bei Ergriffensein der portalen Drüsen (Ascites) ist die Diagnose leicht. Eine krebige Gallenblase mit Steinen entzündet sich oft (Empyem).	Nur ganzl. Anfang Erfolg möglich; Ektomie m. umfangreicher Resektion d. Leber. Bei Empyem der carcin. Gallenblase schaffid. Cystostomie geringe Erleichterung. Innere Medikation. 0,02–0,03 Morphinum subkutan. Heisse Kaptaplasmen. Operation nur ausnahmsweise nötig. (Hepaticus-drainage.)
IX.	Akuter Choledochusverschluss durch Stein.	Starker Icterus. Kolik. Erbrechen. Oefteres Fieber (Schüttelfrost). Nachlass der Erscheinungen, wenn der Stein in das Duodenum gelangt oder zurückfällt. Im ersteren Fall Steinabgang, doch findet man den Stein oft erst nach Wochen in d. Fäces, häufig überhaupt nicht.	Diagnose leicht; typische, von Alters her bekannte Kolik. Die Schmerzen strahlen mehr nach Brust und Rücken aus, bei Steinen in der Gallenblase (Cholecystitis) sind sie meist auf die Gallenblase u. Magen beschränkt.	Choledochotomie unter gleichzeitiger Berücksichtigung d. Verhältnisse an der Gallenblase, Ektomie und Hepaticusdrainage.
X.	Chron. Choledochusverschluss durch Stein. Stein im supraduodenalen Teil.	Icterus mässig. kann auch fehlen. Er wechselt. Stuhl bald braun, bald grau. Oft intermittierendes Fieber. Schmerzen gewöhnlich vorhanden, können aber auch vollständig fehlen. Pat. bekommen schliesslich ein kachektisches Aussehen. Hämorrhagische Diathese.	Gallenblase gewöhnlich geschrumpft, nicht palpabel. Leber mehr oder wenig vergrössert. Druckschmerz mehr in der Mitte. Milz oft vergrössert.	Choledochotomie
XI.	Chron. Choledochusverschluss durch Stein. Stein in der Papille des Duodenum.	Wie oben unter X. Icterus gewöhnlich intensiv, — seltener wechselnd, bei Zurückgehen der Entzündung sogar fehlend.	Wie unter X. Gallenblase ist klein u. geschrumpft, wenn vorher schon Entzündungen in der Gallenblase vorausgegangen waren, welche ihre Ausdehnungsfähigkeit verhindern. Sonst kann sie sich auch z. Tumor ausdehnen. (Gleichzeitig Empyem der Gallenblase.)	Möglichkeit einer Choledocho-Duodenalfistel. Wenn nach 3 Mon. keine Besserung (Karlsbad) erzielt wird, ist Operat. nötig (Choledochoduodenostomia int.)
XII.	Chron. Choledochusverschluss durch Tumor am Pankreas (Carcinom, interst. Pankreatitis) Duodenum oder Choledochus Obliteration.	Starker Icterus, selten wechselnd, sondern immer an Intensität zunehmend. Stuhlgang immer grau. Für gewöhnlich kein Fieber, Schmerzen gering oder fehlend, selten kolikartig, sondern dumpf.	Gallenblase gewöhnlich gross. Leber vergrössert. Druckschmerz fehlt oder ist wenig ausgesprochen. Milz manchmal vergrössert.	Expekt. Behandl., ev. Cholecystenterotomie bei Carcinom von geringem, bei Pankreatitischronica von grossem Nutzen.

welchen Fällen die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit genügt und wann wir zum Messer greifen müssen.

Die Beantwortung dieser Fragen bedingt 1. eine kurze Besprechung der Prognose des Gallensteinleidens und 2. eine Feststellung der Mittel, die uns die innere Medizin zur Bekämpfung der Krankheit zu Gebote stellt und 3. eine kurze Erläuterung der Operationen, die der Chirurg zur Beseitigung der Gallensteine vornehmen kann.

Wenn wir das Lehrbuch eines inneren Arztes über die Gallensteinkrankheit aufschlagen, so lesen Sie dort: die Prognose ist gut. Suchen Sie aber in einem chirurgischen Lehrbuch Rat, so finden Sie fast das Gegenteil. Wer hat da nun Recht? Ich habe über die Prognose des Gallensteinleidens folgende Ansichten: Hat man sämtliche Fälle, auch diejenigen, welche sich im Stadium der Latenz befinden und die leichten serösen Formen der Cholecystitis im Auge, so halte ich die Prognose der Gallensteinkrankheit sogar für sehr gut. Riedel hat einmal ausgerechnet, dass im Deutschen Reich ca. 2 Millionen Menschen Gallensteine haben. Von diesen zwei Millionen verhalten sich 95^{0/0} latent und nur 5^{0/0} = 100000, bekommen Beschwerden. Von den 190000 Gallensteinträgern geht dann und wann einmal einer zugrunde und ich glaube, dass auf 1000 solche Fälle noch nicht einmal ein Todesfall kommt. Ganz anders liegt die Sache bei den 100000 Gallensteinkranken, die Beschwerden bekommen. Hier kommt es ganz darauf an, an welcher Form der Gallensteinkrankheit der Patient leidet, ob er akut an seröser Cholecystitis oder an gangränöser erkrankt, ob es sich um akuten oder chronischen Choledochusverschluss handelt, wie weit die Leber und das Pankreas von der Entzündung ergriffen wird. So ungefährlich im allgemeinen der Anfall der serösen Cholecystitis ist, so gross sind die Gefahren der gangränösen Cholecystitis. Die chronische Form der Cholecystitis bringt wiederum keine grosse Gefahr für das Leben, es sei denn, dass eine Perforation oder eine Carcinombildung eintritt. Selten platzt einmal beim akuten Choledochusverschluss die Gallenblase, wie es erst jüngst dem Fürsprecher Karlsbader Kuren, Fink, passieren musste; dafür sind die Gefahren des chronischen Choledochusverschlusses ausserordentlich gross. Der Patient,

der Steine in seinem Choledochus birgt, ist den Gefahren der Cholangitis und der Cholämie ausgesetzt und wenn ich auch beobachtet habe, dass der Kranke 10, ja 20 Jahre lang ungestraft Choledochussteine mit sich herumtragen kann, so sind die Gefahren des chronischen Choledochusverschlusses doch sehr gross; ich glaube, dass über die Hälfte der Patienten schliesslich an diesem Leiden zugrunde geht. Schon aus diesen kurzen Bemerkungen ist es ersichtlich, dass man auch in bezug auf die Prognose die verschiedenen Formen der Gallensteinkrankheit im Auge behalten und von einer allgemeinen Prognosenstellung absehen muss. Wenn ich auch zugebe, dass z. B. die Gefahren der chronischen Cholecystitis für das Leben nicht sehr bedeutend sind, so müssen wir doch auch daran denken, dass durch die chronische Entzündung dem Patienten jede Lebensfreudigkeit genommen wird, sodass manche in ihrer Verzweiflung freiwillig aus dem Leben scheiden. Ein Leben, ausgefüllt mit dauernden Schmerzen ist schlimmer als der Tod und ein Mensch, der arbeiten möchte, aber nicht arbeiten kann, weil er fortwährend Schmerzen hat, sehnt sich den Tod herbei. Wie oft kommen Gallensteinkranke zu mir und sagen: „So kann's unmöglich weitergehen!“ Wenn ich ihnen dann auseinandersetze, dass durch ihre Krankheit das Leben kaum gefährdet sei, eine Operation in 95% der Fälle Gesundheit, in 5% aber den Tod bringe, so erklären sie sich trotz dieses klaren Hinweises auf die Gefahren der Operation doch meistens sofort mit der Operation einverstanden.

Bei der Bekämpfung fast aller Krankheiten ist die moderne Medizin mit Recht bemüht, durch prophylactische Vorkehrungen ihrem Ausbruch entgegenzuarbeiten; um die Bildung der Gallensteine, deren Entstehung im wesentlichen auf Stauung und Entzündung in der Gallenblase zurückzuführen ist, zu verhüten, hat man dem weiblichen Korsett den Krieg erklärt, die Reformkleidung befürwortet und hat Reiten, Rudern, Schwimmen, das Tennisspiel, Boxen und Fechten, das Schlittschuhlaufen und Velozipedfahren, Gymnastik und Massage empfohlen und bei Magen- und Darmkatarthen eine möglichst baldige Behandlung gefordert, um der Ansiedlung von virulenten Mikroben in dem Gallensystem vorzubeugen. Durch häufige Mahlzeiten will man den Gallen-

fluss fördern und die in der Gallenblase sich stauende Galle fortschaffen. In der Tat gibt es, wie ich durch zahlreiche Beobachtungen feststellen konnte, kein besseres Cholagogum, als eine kräftige Mahlzeit. Ich hatte vor Jahren einen Kollegen operiert und ihm eine Gallenfistel angelegt. Am vierzehnten Tag stand er zum ersten Mal auf und feierte seine Genesung durch ein opulentes Frühstück, zu dem er mich und meine Assistenten einlud. Bis dahin hatte sich der Gallenfluss bei regelmässiger leichter Kost in bescheidenen Grenzen gehalten. Aber nach diesem Frühstück, welches sich allerdings von Mittags 12 Uhr bis Abends 8 Uhr hinzog, stellte sich ein Gallenfluss ein, der eine wahre Ueberschwemmung im Bett hervorrief. Am anderen Tage kehrte der Patient zu der bescheidenen Klinikkost zurück: sofort verhielt sich der Gallenfluss in denselben bescheidenen Grenzen wie vor dem Genesungsfrühstück.

Kuhn in Kassel hat in einer gemeinverständlichen Darstellung die Verhütung des Gallensteinleidens sehr ausführlich behandelt, aber ich befürchte, dass er, wie er selbst sagt, wie der Prediger in der Wüste erscheinen und vielen tauben Ohren seine Weisheit auskramen wird. Denn wer denkt an eine Verhütung des Leidens, wenn dieses noch keine fühl- und sichtbaren Erscheinungen gemacht hat? Solange der Mensch aber keine Koliken verspürt, Gelbsucht und Leberschwellung fehlen, wird er nicht daran glauben, dass die geringfügigen Magenbeschwerden, die sich dann und wann einstellen, als Vorboten von Gallensteinen aufzufassen sind. Der Gallensteinträger wird eben erst gallensteinkrank, wenn eine Entzündung in der Gallenblase sich einstellt, und dann kommt die Prophylaxe zu spät.

Wenn also die Prophylaxe den Gallensteinranken wenig Nutzen bringen wird, so ist vielleicht von einer sofortigen und energischen inneren Behandlung viel für das Wohl der Gallensteinranken zu erwarten. In der Tat glaubt das C l e m m, wenn er sagt: „Die Behandlung der bereits in die Erscheinung getretenen aber selbstverständlich noch mit keinem der später zu besprechenden schweren Folgezustände verquickten Gallensteinkrankheit, ist nach meinen Erfahrungen eine durchaus sichere und zuverlässige, sodass ich bestimmte Hoffnung sehe, dass alle frühzeitig erkannten und

rechtzeitig behandelten Fälle ohne Operation der Heilung entgegengeführt werden.“ Dieses Wunder hofft Clemm mit Stroschein's Cholelysin, einem Mittel, dessen Wirkung später zur Sprache kommt, schaffen zu können. Fink in Karlsbad ist von einem ähnlichen Sanguinismus durchdrungen, denn er hofft durch einen frühzeitigen Kurgebrauch in Karlsbad die primäre Gallensteinanlage beseitigen zu können. Nach meinen Erfahrungen können wir in der Mehrzahl der Fälle gegen den Ausbruch der Cholecystitis und der Cholangitis gar nichts tun. Ich erinnere nur an die Fälle — und diese sind gar nicht so selten —, wo die erste Aeusserung der bis dahin latent verlaufenden Cholelithiasis eine gangränöse Cholecystitis ist, oder wo ohne irgendwelche Vorboten der Stein in den Choledochus geworfen wird, um dort in kürzester Zeit die schwerste, rasch zur Sepsis und Cholämie führende Cholangitis nach sich zu ziehen.

Es ist also leider die Tatsache festzustellen, dass weder eine prophylactische noch eine frühzeitige Behandlung bei der Cholelithiasis viel helfen wird. Erst wenn die Krankheit völlig fertig ist, wenn grosse und kleine Steine sich gebildet und entzündliche Prozesse in der Gallenblase sich eingestellt haben, wird der Arzt vom Patienten angegangen werden, mit seinem Können und Wissen ihm beizustehen.

Das geschieht am häufigsten während eines akuten Anfalls und der Schmerz ist es, der den Kranken veranlasst, zum Arzt zu schicken. Auch im späteren Verlauf der Krankheit, bei der chronisch-recidivierenden Cholecystitis, bildet für den Kranken der Schmerz den Hauptgrund, um ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Patient ist mit dieser symptomatischen Behandlung oft recht zufrieden, aber der Arzt will nicht nur einzelne Symptome beseitigen und lindern, sondern soll vielmehr alles daransetzen, die Krankheit selbst und ihre letzte Ursache zu entfernen und eine richtige Heilung herbeizuführen. Wenn wir uns nun fragen: Wann ist ein Gallensteinkranker geheilt?, so muss die Antwort darauf lauten: Nicht wenn er seine Schmerzen und seinen Icterus los ist, der Tumor der Gallenblase und die Leberschwellung geschwunden ist und einige Steine ab-

gegangen sind, sondern erst dann, wenn folgende drei Bedingungen erfüllt sind. 1. Auflösung resp. Entfernung sämtlicher Steine und Steintrümmer. 2. Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Gallenwege. 3. Beseitigung der die Infektion der Galle unterhaltenden Mikroben und der durch diese bedingten entzündlichen und geschwürigen Veränderungen der Schleimhaut im Gallensystem.

Auf welche Weise und durch welche Mittel ist der innere Mediziner imstande, diese drei Bedingungen zu erfüllen? Ist es, so müssen wir uns in erster Linie fragen, zur Zeit möglich, die Gallensteine aufzulösen oder ihre Austossung durch gallentreibende Mittel zu befördern? Ich antworte darauf auf Grund meiner Erfahrungen mit einem entschiedenen Nein.

Die Auflösung der Steine spielte von jeher eine grosse Rolle, aber weniger in den Kreisen der Aerzte als in denen der Kranken. Die Aerzte, die an eine Auflösung der Gallensteine glauben, sind bald aufgezählt: ich nenne nur Glaser in Muri, der von der Auflösungsfähigkeit der Gallensteine durch gesunde Galle fest überzeugt ist.*) Auch Clemm, Goldmann und Bolgar glauben vom Cholelysin, dass es steinauflösend wirkt. Dass auch die Kranken an das Märchen von der Lösungsmöglichkeit der Steine glauben, kann uns nicht wundern. Fast jeder Kranke fährt nach Karlsbad in der Hoffnung, dass der heisse Sprudel die Steine auflöst, wenigstens weicher und zum Abgang geeigneter macht. Und merkwürdig, in Karlsbad selbst werden die Kranken in diesem Glauben nur bestärkt, obgleich wohl kaum ein Karlsbader Arzt an diese Wunderkraft der böhmischen Thermen glaubt. Ich habe bei meinen zahlreichen Gallensteinoperationen drei- oder viermal Zeichen der Auflösung an den herausgenommenen Steinen gefunden; es waren aber immer nur Fälle mit schwerer Infektion in der Gallenblase und im Choledochus. Von meinen 1100 Operierten waren bestimmt 400 in Karlsbad gewesen — manche zehnmal und öfters. Bei keinem einzigen zeigten hier die Steine auch nur die geringste Spur einer Auflösung. Es scheint aber durch die Einwirkung von Infek-

*) Auch Bain vertritt diese Ansicht.

tionskeimen, also durch Bakterientätigkeit, eine Schmelzung der Konkremeute zustande zu kommen, sodass man in einzelnen Fällen nicht nur angenagte Steine findet, sondern Haufen übelriechenden Schlammes, dessen Transport durch den Choledochus in das Duodenum weit schwerer gelingen dürfte, als der von festen und gut schiebbaren Konkrementen. Man kann also mit der Möglichkeit der Auflösung der Steine nicht rechnen. Wo sie eintritt, schafft sie Verhältnisse, die erst recht eine Ausheilung der Cholelithiasis erschweren, ja Zustände heraufbeschwören, die das Leben des Kranken in grosse Gefahr bringen. Meine Ansichten über die Auflösungsbemühungen der Gallensteine decken sich vollständig mit denen, die Naunyn im fünften Heft des vierzehnten Bandes der Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie ausgesprochen hat, sodass ich es für unnötig halte, hier weiter diese Frage zu erörtern.

Ebensowenig halte ich von der gallentreibenden Kraft einiger Arzneimitteln. Auch in dieser Beziehung stimme ich mit Naunyn völlig überein.

„Sogenannte Cholagoga gibt es genug, das sind Mittel, welche im Experimente an Tieren (scil. mit Gallenfistel!) die Gallesekretion in der Leber steigern. Doch ist damit, dass die Leberzellen reichlicher Galle absondern, nichts genützt. Was wir brauchen, ist ein lebhafter Strom von Galle durch die Gallenwege, und dazu ist ausser lebhafter Absonderung seitens der Leberzellen auch nötig, dass der Abfluss frei ist. Dafür ist im Experimente, in dem man die Galle aus einer Choledochus- oder Blasenfistel sammelt, gesorgt. Unter natürlichen Verhältnissen liegt die Sache aber nicht so einfach! Hier kommt der sphincter ductus choledochi in Betracht! Er stellt, wie wir durch Hendrickson (Johns Hopkins' Bulletin, Sept./Okt. 1898) wissen, einen kräftigen Muskelapparat dar, der dem Ausfluss der Galle einen Widerstand entgegengesetzt, und solange er geschlossen ist, hilft alle Steigerung der Sekretion nichts, da die von den Leberzellen sezernierte Galle nicht abfliessen kann. Oggi hat die Kraft, mit der der Sphincter schliesst, auf 700 mm Wasser bestimmt. Das ist viel mehr, als durch eine Steigerung der Sekretion je überwunden werden kann; denn der

Sekretionsdruck der Galle geht nicht über 300 mm Wasser; ist der Druck in den Gallengängen höher, so sezernieren die Leberzellen nicht mehr in die Gallengänge, sondern die von ihnen gebildete Galle wird durch Lymphgefässe, welche die Leberzellen umspülen, aufgenommen und nach dem Ductus thoracicus abgeführt. Tatsächlich ist nun das Ostium duodenale des Ductus choledochus durch seinen Sphincter dauernd geschlossen, nur während der Verdauung nach reichlicherer Mahlzeit öffnet es sich und nur dann findet Gallenausfluss statt. Hierbei muss eine aktive Erschlaffung des Sphincter stattfinden und für die Spülung der Gallenwege, das ist für die Therapie durch Cholagoga, käme es überall darauf an, nicht nur die sekretorische Tätigkeit der Zellen anzutreiben, denn so sehr wir das tun mögen, die Kraft des Sphincter choledochi bleibt immer 400 mm Wasser höher, als der höchstgesteigerte Druck in den Gallengängen, sondern auch den Sphincter aktiv zu eröffnen und dafür, dass wir mittelst der Cholagoga die Mechanismen beherrschen, von deren Spiel dies abhängt, dafür liegt nichts vor. Darnach versprechen die »Cholagoga« selbst bei normalem Zustande der Gallenwege von vornherein nicht viel!

Es wäre zu wünschen, dass man das beherzigen möchte!“

Aber selbst gesetzt den Fall, wir verfügten über Mittel, denen eine cholagoge Kraft innewohnt, so müssten doch die Steine durch ihre Grösse sich für die Ausstossung durch die enge Papille eignen. Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass Gallensteine oft recht grosse Gebilde sind, viel grösser, als man allgemein annimmt. Von den Steinen, die ich Ihnen hier herumreiche, hatte keiner den natürlichen Weg durch die papilla duodeni zurücklegen können, weil ihre Grösse sie daran verhinderte.

Eine Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Gallenwege erreichen wir nicht allein dadurch, dass alle Steine entfernt sind. Es kann der Stein, der abgegangen ist, im Hals der Gallenblase oder im Ductus cysticus ein decubitales Geschwür hervorgerufen haben, welches später durch Narbenbildung zur Heilung kommt. Ist die Narbe ringförmig, so entsteht eine Obliteration des Ductus cysticus. Es kann anscheinend eine Heilung eintreten, wenn der Inhalt in der nunmehr aus dem Gallensystem ausgeschalteten

Gallenblase steril bleibt. Ist das nicht der Fall, so kommt es auch, ohne dass noch ein Stein vorhanden ist, zu immer wieder auftretenden Entzündungen in der Gallenblase. Dass aber gegen eine Obliteration des Ductus cysticus die interne Behandlung machtlos ist, bedarf keiner näheren Begründung.

So wenig also die innere Medizin leistet, wenn es gilt, den Steinen zur Ausstossung zu verhelfen oder die Durchgängigkeit der Gallenwege wieder herzustellen, so gross ist der Nutzen innerer Kuren, die dahin hinausgehen, den Infekt in den Gallenwegen zu entfernen. Wenn wir die Entzündung beseitigen, so hört der Schmerz auf, für den Kranken das wichtigste Symptom der Cholelithiasis; die Schleimhäute schwellen ab, der Gallenfluss wird wieder normal — aber die Steine bleiben an Ort und Stelle. Wir heilen also nicht die Krankheit, sondern führen sie nur in das Stadium der Latenz zurück, in dem tausende und abertausende von Menschen mit Gallensteinen sich befinden.

Unterstützt werden unsere Massnahmen in dieser Beziehung durch die gütige Mutter Natur, die die Gallensteinkrankheit an und für sich mit einer grossen Neigung zur Latenz ausgestattet hat. Denn nach meiner Schätzung wird die Cholelithiasis in 80% der frischen und in 50% der alten Fälle latent und zwar ohne unser Zutun, von ganz allein: der Infekt erlischt plötzlich, die Passage im Ductus cysticus und choledochus stellt sich wieder her und die Entzündungserreger werden mit der gestauten Galle in das Duodenum fortgeschafft. So tritt nicht selten mitten in den fürchterlichsten Koliken, bei hohem Fieber, starkem Icterus, ein plötzlicher Nachlass der Beschwerden ein, gleichgültig, welche Kur der Patient durchgemacht hat, ob er Karlsbader Sprudel trinkt oder Olivenöl einnimmt, ob er sein Abdomen vor jeder Berührung ängstlich hütet oder von rohen Fäusten eines ungebildeten Laien massieren lässt, ob er Chologen oder Cholelysin sich einverleibt, oder mit Mohrrüben- und Rettigsaft sich den Magen verdirbt. Der Patient wird oft gesund trotz verkehrtester Behandlung und schiebt natürlich den Erfolg auf die vorausgegangene Behandlung: „Post hoc propter hoc.“ Wir Aerzte, die wir auf dem festen Boden

der pathologischen Anatomie stehen, wissen aber, dass die plötzliche Besserung lediglich auf das Erlöschen des Infekts zurückzuführen ist. Wir werden also die Heilungsabsichten der Natur unterstützen und unsere Massnahmen so treffen, dass eine Beseitigung der Infektion herbeigeführt wird. Das erreichen wir auf sehr einfache Weise durch Ruhe, heisse Umschläge und durch Trinkenlassen von irgend einem kohlenensäurehaltigen, alkalischen Glaubersalzwasser.

Ruhe und Wärme bilden die beiden Grundpfeiler, auf denen sich das Gebäude der internen Behandlung der Cholelithiasis aufbaut. Alles andere, vor allen Dingen die Arzneibehandlung, ist schmückendes Beiwerk, wenn auch nicht ganz überflüssig, so doch fast entbehrlich. Ich habe in dieser Beziehung dieselben Ansichten wie Naunyn, der sagt: „Nach all dem scheint mir die Auflösung der Konkremeente nicht berufen, eine bedeutsame Rolle in der Heilung der Cholelithiasis zu spielen; meiner Ueberzeugung nach bleibt die Aufgabe der inneren Therapie die Behandlung der die Cholelithiasis komplizierenden Infekte der Gallenwege und diese geschieht, um es immer wieder zu sagen, meiner Erfahrung nach durch nichts so erfolgreich, als durch die konsequente und energische Anwendung von Kataplasmen auf die Lebergegend und von heissem Karlsbader oder einem ähnlichen heissen, kohlenensäurehaltigen, alkalischen Glaubersalzwasser innerlich.“

Die Art und Weise dieser äusserlichen und innerlichen Wärmeapplikation ist recht einfach. Man legt ein möglichst heisses feuchtes Handtuch auf den Oberbauch und darüber kommt ein Thermophor, der 10 Minuten gekocht, fast eine Stunde lang die wohltuende Wärme spendet. Bei Kranken der ärmeren Klasse kommt man mit einfachen Heisswasserumschlägen oder Leinsamenkompressen aus. Im allgemeinen wird die feuchte Wärme mehr gelobt wie die trockene.

Das heisse Wasser lasse ich nüchtern trinken, schluckweise und so heiss wie möglich. Am besten ist es für den Kranken, wenn er aus Karlsbad direkt eine frisch abgezogene Sendung von Mühlbrunnen oder Sprudel sich kommen lässt, da das in den Apotheken und Droguehandlungen vorrätige

Wasser oft lange gelagert und von seiner Kohlensäure viel eingebüsst hat. Wem das natürliche Wasser zu kostspielig ist, der kann sich auch so helfen, dass er in einem Glas heissen Wasser einen Teelöffel Karlsbadersalz auflöst. Das Trinken soll langsam und schluckweise geschehen, der Patient soll die Dose des heissen Wassers allmählich steigern; ich lasse in der ersten Woche $\frac{1}{2}$ Liter morgens nüchtern, in der zweiten bis fünften Woche ein ganzes Liter trinken und kehre in der sechsten Woche zu der Anfangsdose von einem $\frac{1}{2}$ Liter zurück.

Bei dieser Kur sorgt Patient für möglichst grosse körperliche und geistige Ruhe. In vielen Fällen, bei starker Reizung des Gallensystems ist sogar Bettruhe angezeigt und Rosenheim behandelt solche Kranke, als hätten sie eine schwere Peritonitis. In der Mehrzahl der Fälle wird man aber damit auskommen, wenn der Kranke recht oft die Chaiselongue aufsucht und körperliche Anstrengungen vermeidet. Das viele Laufen, wie es noch in Karlsbad recht oft verordnet wird, ist bei der Cholelithiasis nicht am Platze. Morgens und nachmittags je 1 Stunde langsam spazieren gehen genügt. Wenn irgend möglich, soll sich Patient während einer solchen Ruhe- und Thermophorkur, die er auf 6 Wochen ausdehnen soll, von seinen Berufspflichten fernhalten. Erzielt er Latenz, dann rate ich ihm, die Kur nach einigen Monaten zu wiederholen. Ueberhaupt kann man den Kranken gar nicht oft genug darauf aufmerksam machen, dass er mit dem Schwinden der Symptome noch lange nicht geheilt ist, und dass dauernd eine körperliche Schonung nötig ist, um das Stadium der Latenz zu erhalten.

Ich habe durch diese Kur sehr viele Patienten, bei denen weder Chologen noch Olivenöl einen Erfolg hatte, von ihren Beschwerden befreit. Sie kamen sämtlich zu mir, weil sie verzweifelt über die Erfolglosigkeit innerer Kuren die Operation als letztes Zufluchtsmittel versuchen wollten. Ich verordnete ihnen aber zuerst eine Ruhe- und Thermophorkur, weil ich die bisher gebrauchten Mittel für unzweckmässig und eine sofortige Operation für noch nicht nötig hielt.

Natürlich ist diese Kur nicht für alle Fälle von chronischer Cholecystitis anwendbar. Wo ich auf Grund der

Anamnese und des Untersuchungsbefundes annehmen kann, dass die Gallenblase mit Eiter angefüllt ist, fällt es mir nicht ein, eine interne Kur zu verordnen, obgleich ich recht gut weiss, dass auch ein Empyem der Gallenblase durch Erlöschen des Infekts symptomtenlos werden kann. Man merkt gewöhnlich schon 10 Tage nach Beginn der Kur, ob diese etwas nützen wird. Dann fangen die Patienten schon an, sich wohler zu fühlen, die Schmerzen lassen nach, der Appetit hebt sich, das Allgemeinbefinden wird besser. Wenn nach 3 Wochen kein wesentlicher Rückgang aller Symptome zu verzeichnen ist, dann ist auch weiterhin von einer Ruhekur nicht viel zu erwarten: dann bereite ich allmählich meine Kranken auf die Notwendigkeit der Operation vor. Es gehört aber, um einen Erfolg zu erzielen, dazu, dass der Patient die Kur recht gewissenhaft durchführt und nicht mit dem Verschwinden der Schmerzen dieselbe sofort abbricht. Gerade wenn die Empfindlichkeit der Gallenblase zurückgeht, ist ein weiterer Gebrauch des Thermophors am Platze und so lange fortzusetzen, bis wiederholte Untersuchungen die völlige Schmerzlosigkeit der Gallenblasengegend feststellen.

Dass ich die Massage bei der Cholelithiasis verwerfe, brauche ich nach den bisherigen Auseinandersetzungen eigentlich gar nicht zu begründen. Da man über den Grad der Entzündung nicht immer sofort genau unterrichtet ist und jede Entzündung in der Bauchhöhle diese für viele andere Leiden recht günstige Behandlungsweise verbietet, halte ich die Massage bei der Cholelithiasis geradezu für einen Kunstfehler. Wie oft findet man Ulcerationen im Hals der Gallenblase, die bei einer Massage zur Perforation gebracht werden können. Wer bei der Cholelithiasis massiert, beweist mir nur, dass er die pathol. Anatomie der Krankheit nicht kennt. Die Massage bezweckt doch vor allen Dingen die Austreibung der Galle und der in der Gallenblase liegenden Konkreme in den Choledochus. Man sollte froh sein, wenn die Krankheit sich auf die Gallenblase lokalisiert, und wird sich nicht noch Mühe geben, den infektiösen Inhalt in die Gallengänge hineinzupressen. Der Stein, der in den Choledochus gedrückt wurde, kann dort liegen bleiben, wachsen und zum Verschluss mit chronischem Icterus und

Cholangitis führen. Die innere Medizin muss das Bestreben haben, die Steinkrankheit auf die Gallenblase zu beschränken und die hier sich abspielenden Entzündungen zu beseitigen. Alle übrigen Massnahmen muss ich als unrichtig verwerfen.

Die so überaus einfache Ruhe- und Wärmetherapie passt sowohl für die akuten wie die chronischen Ausseuerungen der Cholelithiasis. Wir werden bei näherem Eingehen auf die Behandlung der verschiedenen Formen der Gallensteinkrankheit untersuchen, wie weit noch andere Mittel imstande sind, die Symptome der Gallensteinkrankheit günstig zu beeinflussen.

Was zunächst den akuten Anfall der Gallensteinkrankheit betrifft, so wissen Sie vielleicht besser wie ich, was Sie dabei zu tun haben. Jeder von Ihnen hat ganz bestimmt häufiger Gelegenheit gehabt, akute Kolikanfälle zu behandeln, wie ich. Denn zum Chirurgen kommen die Kranken meist erst dann, wenn der Anfall vorüber ist und sich die chronische Cholecystitis ausgebildet hat. Es dürfte deshalb auch überflüssig sein, wenn ich Ihnen Ratschläge geben wollte, wie Sie sich bei dem akuten Anfall zu verhalten haben; ich möchte nur auf zweierlei aufmerksam machen. 1. Wenn es auch vom humanen Standpunkt aus sehr erwünscht ist, dass wir dem Kranken die entsetzlichen Kolikschmerzen durch grosse Dosen Morphinum nehmen, so möchte ich doch darauf hinweisen, dass in recht vielen Fällen ein einfacher heisser Umschlag oft dieselben Dienste tut. Wärme von aussen und Wärme von innen, d. h. die Verordnung von heissem Wasser trinken, sind neben allgemeiner Ruhe, die beim Kolikanfall in Frage kommenden Massnahmen. Einer meiner Patienten bedurfte nur eines halben mg Morphinum, um sofort von den heftigsten Schmerzen befreit zu werden. Es hat also die Regel, man soll beim Kolikanfall gleich grosse Dosen Morphinum (2 ccm) injizieren, auch Ausnahmen. Wird Morphinum schlecht vertragen, so kann man andere Narkotika (Chloralhydrat, Opium, Belladonna) verordnen. 2. Die Erfahrung, dass der akute Anfall in der Mehrzahl der Fälle auf einer Entzündung beruht, fordert uns auf, wenn irgend möglich, den Grad dieser Entzündung festzustellen. Denn liegt nur die

seröse Form der Cholecystitis vor, so ist oft mit 1—2 Spritzen Morphium der Anfall erledigt, die geschwollene Gallenblase verspurlost sich rasch und oft schon nach zwei Tagen ist jede Druckempfindlichkeit an der Gallenblase geschwunden. Handelt es sich um die eitrige oder gangränöse Cholecystitis, so ist fortgesetzter Morphiumgebrauch ebensowenig am Platz, wie bei der gangränösen Appendicitis. Durch fortwährende Morphiuminjektionen wird das Bild verschleiert und der richtige Zeitpunkt zur Operation versäumt. Denn nicht mit Morphium sind die schweren Formen der Cholecystitis zu behandeln, sondern mit dem Messer.

Icterus im Anfall weist darauf hin, dass entweder ein Stein in den Choledochus getreten ist oder die der Gallenblase benachbarte Leberpartie an der Entzündung teilnimmt. Riedel hat früher seinen entzündlichen Icterus so gedeutet, dass auch ohne Steineintritt in den Choledochus die Schleimhaut dieses Ganges zuschwillt, indem sich die Entzündung von der Gallenblase auf den Ductus cysticus und choledochus fortsetzt und so eine Behinderung des Gallenabflusses nach dem Duodenum hin zustande kommt. Erst letzthin hat er diese Erklärung, welche meinen Befunden widersprach, fallen lassen. Entzündlicher Icterus im Sinne Riedel's wird dadurch bedingt, dass die Entzündung der Gallenblase sich auf die Nachbargebiete der Leber fortleitet: es entsteht eine circumscribte Hepatitis mit direkter Alteration der Leberzellen. Der entzündliche Icterus ist deshalb so geringfügig, weil nur ein kleiner Leberbezirk von der Entzündung betroffen wird. Uebrigens möchte ich glauben, dass bei der Entstehung dieser Form der Gelbsucht auch die akuten Schwellungen der Drüsen des lig. hepato-duodenale und der Bauchspeicheldrüse eine Rolle spielen. Bei der Phlegmone des Unterarmes schwellen die Axillardrüsen an, bei der Phlegmone der Gallenblase die Drüsen am Cysticus und Choledochus. Sie können oft walnussgross und grösser werden und dann in der Tat den Gallenabfluss behindern.

Der akute Choledochusverschluss gehört, darüber ist man sich vollständig einig, dem internen Arzt, denn die Regel ist, dass er bei zweckmässiger Behandlung mit dem Abgang des verschliessenden Steins endigt. In Ausnahmefällen zieht er sich aber in die Länge, Icterus und Schmerzen

schwinden nicht, es tritt vollständige Appetitlosigkeit mit Erbrechen und ein starker Kräfteverfall ein. Dann, meine Herren, ist es Ihre Pflicht, sich mit einem erfahrenen Chirurgen in Verbindung zu setzen, um die Notwendigkeit einer Operation zu erwägen. Ich habe Fälle gesehen, die schon nach wenigen Tagen einen so rapiden Kräfteverfall aufwiesen, dass selbst eine Operation nicht mehr zweckmässig erschien. Es handelte sich dabei nicht etwa um eine akute Nekrose der Gallenblase oder um eine Perforation derselben in die freie Bauchhöhle, sondern um die akuteste Form septischer Cholangitis, bei welcher schon fünf Tage nach Beginn des Icterus schwere cholämische, zum Tode führende Blutungen sich einstellen.

Das sind natürlich ausserordentlich seltene Ausnahmefälle, die Regel bleibt ein Uebertritt des akuten Anfalles in das Stadium der Latenz.

In diesem Stadium liegt ein eigentlicher Grund zur Behandlung nicht mehr vor, es sei denn, dass Sie Ihrem Kranken Ratschläge geben wollen, wie er die eingetretene Latenz erhalten und den Eintritt neuer Koliken verhüten soll. Dabei läuft alles darauf hinaus, einer neueintretenden Infektion der Gallenblase vorzubeugen. Nun kennen wir die Lebens-Vorgänge und Bedingungen der verschiedenen Bakterienformen zu wenig, um daraufhin einen Behandlungsplan aufzubauen; man könnte daran denken, durch Medikamente eine Sterilisation des Gallensystems vorzunehmen. Die Salicylsäure, das Quecksilber und Jod wären Mittel, von denen man in dieser Richtung einen guten Erfolg erwarten könnte. In der Tat sind diese drei Medikamente vielfach zur Anwendung gekommen. So gibt Rosenheim das Jod in kleinen Dosen längere Zeit (0,5—1 gr pro die) bis etwa 40 gr genommen sind und wiederholt bei sich zeigender Wirkung nach kürzerer oder längerer Pause die Verordnung. Dunin und Mintz haben das Jod empfohlen, letzterer auch für Fälle von Cholangitis infectiosa mit Icterus und intermittierendem Fieber. Quecksilber ist als Gallensteinmittel vielfach, besonders in England seit langem im Gebrauch. Klemperer verwendet Sublimat 0,1 auf 10,0, zweimal täglich fünf Tropfen, Rosenheim Calomel (0,005—0,01) pro dosi, dreimal täglich in Pillen usw. Der

Salicylsäure rühmt man nach, dass sie die Gärfähigkeit der Galle herabsetzt und man hat bei der Verordnung des Natrium salicylicum wiederholt subjektive Erleichterung erzielt.

Da die meisten Kranken zur Bekämpfung ihres Leidens eine Arznei verlangen, so kann man nichts dagegen einwenden, wenn die genannten Mittel, Jod, Quecksilber und Salicylsäure verschrieben werden, die Hauptsache aber wird bleiben, dass man die oben genannten Mittel: Ruhe und Wärme richtig anwendet und nebenbei die Diät und Verdauung genau regelt.

Was die Diät bei der Gallensteinkrankheit anlangt, so ist diese sehr verschieden zu verordnen, je nachdem Magen- Darmstörungen vorliegen oder nicht. Es versteht sich von selbst, dass wir bei Atonie des Magens und bei Stenose des Pylorus, welche durch Verwachsungen bedingt ist, eine ganz andere Diät verordnen, als wenn die chemischen und motorischen Funktionen des Magens sich normal verhalten. Es ist deshalb gewiss nicht überflüssig, wenn wir bei den meisten Gallensteinkranken die motorischen und chemischen Funktionen des Magens prüfen, ehe wir genaue Vorschriften betreffs der Diät geben. Von dem Ausfall der Untersuchung machen wir z. B. weiterhin es abhängig, welche Brunnenkur wir verordnen. So schickt Rosenheim Patienten mit Magenreizerscheinungen (Superacidität) nach Karlsbad oder Neuenahr. Solche mit subacider Gastritis und leichter Atonia gastro-intestinalis nach Kissingen oder Homburg, solche mit hartnäckigeren Obstipationszuständen, besonders wenn sie adipös sind, nach Marienbad usw. Es ist noch lange nicht genug bekannt, dass viele Gallensteinranke durch das Brunnentrinken in Karlsbad derartig verstopft werden, dass sie mehr wie zu Hause unter ihren Gallensteinbeschwerden zu leiden haben und so krank werden, dass sie dort operiert werden müssen. Aber man schickt doch seine Gallensteinranken nicht nach Karlsbad, damit sie dort Ricinusöl einnehmen oder Bitterwasser trinken, oder gar sich die Gallenblase entfernen lassen. In mehreren Fällen ist es mir passiert, dass Gallensteinranke aus Karlsbad direkt in meine Klinik kamen mit hochgradiger Magenerweiterung und Stagnationserscheinungen. Sie waren

bereits mit Magenerweiterung nach Karlsbad gekommen und hatten diese dort durch das viele Brunnentrinken sicher nicht verbessert. Wären vor der Reise nach Karlsbad die Magenfunktionen des Kranken genau untersucht worden, so wäre der Umweg in eine chirurgische Klinik unterblieben.

Sind die Magenfunktionen normal, so sind besondere Vorschriften im Hinblick auf die Diät kaum nötig. Die Einen lassen ihre Patienten so ziemlich alles essen und trinken was es gibt, die Anderen warnen vor kalten Getränken, fetten Speisen, Räucherwaren, groben Gemüsen, stark gepfefferten und gewürzten Sachen. Meine Erfahrungen über die Diät bei der Gallensteinkrankheit sind kurz folgende. Während einer Kolik, einer Cholecystitis oder Cholangitis ist der Appetit gewöhnlich so herabgesetzt, dass man dem Patienten bloss eine flüssige Kost beizubringen vermag. Zwischen den Anfällen ist der Appetit auch bei normalem Verhalten der motorischen und chemischen Funktionen bald gut, bald schlecht. Manche Gallensteinkranken vertragen eine Zeitlang die schwersten Speisen vortrefflich, wie, um besonders Berliner Spezialgerichte anzuführen, Eisbein mit Sauerkraut, Löffelersbensen mit Speck, um plötzlich nach Tage lang ganz solidem Leben und ausgesuchtester Diät eine schwere Kolik zu bekommen. Ich habe bei den Gallensteinkranken die eigentümlichsten Idiosynkrasien beobachtet. Der Eine bekommt Koliken nach Kaffee, der Andere nach dünner Milch, während er fette Sachen vortrefflich verträgt, mit einem Wort, eine spezifische Gallensteindiät, die dies oder jenes absolut nötig macht oder verbietet, gibt es nicht. Vor allen Dingen soll der Kranke, wenn er bestimmte Speisen nicht verträgt, diese weg lassen; ganz falsch ist es, wenn die Gallensteinkranken eine richtige Hungerkur durchmachen, weil sie fürchten, durch die Einführung auch der leichtesten Speisen eine Kolik heraufzubeschwören. Oft werden die Kranken in ihren Abstinenzbestrebungen von den Aerzten unterstützt, die in ihren Diätvorschriften allzu rigoros vorgehen. In sehr vielen Fällen gelang es mir bei solchen verhungerten Kranken durch die Verordnung einer gemischten Kost neue Kräfte einzuflößen und durch Hebung des Allgemeinbefindens das lokale Leiden günstig zu beeinflussen. Es steht doch fest, dass eine gut gemischte Mahl-

zeit das beste gallentreibende Mittel ist, und dass häufige Mahlzeiten, alle drei Stunden eingenommen, am wenigsten den Magendarmkanal belästigen und am meisten den Gallenfluss anregen.

Wenn ich den Patienten eine Karlsbader Kur gebrauchen lasse, verbiete ich weder fette noch saure Speisen, im Gegenteil, mageren Patienten gebe ich reichlich Butter. Ich halte die alte Karlsbader Diät, von der wissenschaftlichen Seite her betrachtet, für einen längst überwundenen Standpunkt, den die einsichtsvollen Karlsbader Kollegen schon lange nicht mehr teilen. Was den Alkohol anlangt, so ist es für jeden Gesunden und Kranken das beste, wenn er auf ihn verzichten kann. Fällt das einem Gallensteinranken, der an Alkohol gewöhnt ist, schwer, so trinke er ruhig ein bis zwei Glas Pilsener Bier, leichten Weiss- oder Rotwein. Die Sekte lasse er wegen der Kohlensäure fort. In Karlsbad wird ja auch neben Rotwein Pilsener in kleinen Mengen gestattet, und wenige Aerzte stehen auf dem Standpunkt, dass Gallensteinranke sich unter allen Umständen völlig abstinert verhalten müssen.

Die Regelung der Stuhltätigkeit gehört mit zu den Hauptaufgaben des Arztes bei der Gallensteinbehandlung. Hier gilt in der Tat das Wort Scheffels: „Den Leib halt allezeit offen und alles andre gedeiht!“

Viele Kranke berichten, dass sie beim Einsetzen der Blähungen, oder nach einer gründlichen Defäcation, die Schmerzen wie mit einem Schlag losgeworden sind und mancher Kranke, der sich zwecks Operation in meine Klinik hatte aufnehmen lassen, verliess dieselbe wieder, weil das Ricinusöl, das ich vor allen Gallensteinoperationen gebe, dem Kranken eine solche Erleichterung verschaffte, dass er sich geheilt hielt. Einige Autoren suchen deshalb die Wirkung von Karlsbaderwasser und Olivenölkuren in der abführenden Kraft dieser Mittel und verordnen deshalb mit Vorliebe täglich irgend ein Abführmittel. Bismarck und Billroth, in ihren Spezialfächern die ersten, bisher unübertroffenen Spezialisten, haben monatelang täglich Karlsbader Salz genommen, um dadurch dem Ausbruch eines Leberleidens Einhalt zu tun. Von meinen Kranken kenne ich eine nicht geringe Zahl, die bei dieser Medication sich sehr wohl fühlen. Mit

Vorliebe verordne ich das Olivenöl, welches ich aber nicht einnehmen lasse, sondern welches ich als tägliches Clysmata in einer Menge von $\frac{1}{4}$ Liter in das Rectum eingiessen lasse. Scharfe Abführmittel sind indess beim Gallensteinleiden zu vermeiden, da man nicht selten sonst die Beobachtung macht, dass dadurch die Gallensteine in ihrer Ruhe aufgerüttelt werden und neue Entzündungen sich einstellen.

Was das Olivenöl betrifft, so möchte ich bezweifeln, dass diesem Mittel irgend eine spezifische Wirkung beim Gallensteinleiden zukommt. Wenn es wirklich cholagog wirkt, so sollte es doch nur bei Steinen im Choledochus gegeben werden; aber es wird auch bei chronischer Cholecystitis verordnet und hier wirkt es sicher nur als Laxans. Ebenso zu beurteilen ist die Wirkung des Mohnöls, des Mandelöls, des Lipanins; vom Durande'schen Mittel ist ebenfalls kein besonderer Nutzen bei Gallensteinleiden zu erwarten.

Die meisten Gallensteinkranken werden Sie zu Hause behandeln können; in ein Krankenhaus gehören die schweren Fälle, besonders der arbeitenden Klasse, die daheim keine rechte Pflege haben können; wohlhabende Patienten kann man in einen Badeort zur Trinkkur schicken. Ist der Magen besonders afficiert, so ist ein Aufenthalt in einem Magen-sanatorium oft rationeller wie in einem Badeort. Sehr zu verurteilen ist es, wenn der Arzt ohne Auswahl der Kranken einem jeden eine Kur in Karlsbad verordnet. Bei lokaler Beschränkung des Leidens auf die Gallenblase kann man von Karlsbad kaum etwas erwarten, beim chronischen Choledochusverschluss kann es nichts nützen, schadet gewöhnlich, da dort die Patienten noch mehr abmagern. Die Fälle, die sich besonders für Karlsbad eignen, sind die des akuten Choledochusverschlusses, bei denen die Leber in Mitleidenschaft gezogen ist. Bei häufigen Koliken mit Abgang von kleinen Steinen mag die Durchspülung mit Karlsbaderwasser günstige Erfolge aufweisen, bei Fällen, die zur Latenz neigen, erfährt man nicht selten, dass eine Verschlimmerung des Leidens in Karlsbad eintritt.

Ueber die Wirkungsweise der Karlsbader Thermen wissen selbst die erfahrensten Aerzte Karlsbads nichts bestimmtes anzugeben. Von vorneherein hat eine Kur in Karls-

bad in 50—80% der Fälle einen guten Erfolg, weil die Natur selbst in diesen Fällen für die Latenz der Krankheit sorgt. Dann nützt Karlsbad wie jedes Bad dadurch, dass Patient aus seinen Berufssorgen herausgerissen wird und einmal gründlich ausspannen kann. Daher kommt es, dass man bei einem Gallensteinranken im einfachen Försterhaus des Harzes oft dieselben guten Erfolge erzielt wie in Karlsbad. Die Regelung der Diät und der Verdauung ist, wie wir sahen, beim Gallensteinleiden eine sehr wichtige Sache; da in Karlsbad darauf grosses Gewicht gelegt wird, macht sich der günstige Einfluss derartiger Vorschriften beim Gallensteinranken recht bald bemerkbar. Dazu kommt noch die Wirkung der Karlsbader Quellen. Sie sollen die Galle dünner machen und rascher fliessen lassen, entfernen die Bakterien, wirken abschwellend auf die Schleimhäute des Gallensystems, regulieren die Circulation im Pfortadersystem. Treten nach dem Gebrauch des Sprudels Koliken auf, so ruft man: „Seht, wie die Kur wirkt!“ — Hören die Koliken auf, so bezieht man das ebenfalls auf die Karlsbader Quellen. Also, man weiss nichts bestimmtes! Tatsache ist, dass zirka 80% der Patienten Karlsbad symptomelos verlassen; dass unter diesen 80% viele sind, die wirklich geheilt sind, d. h. ihre Steine los geworden sind, glaube ich nimmermehr. Die Karlsbaderkur erreicht eben nicht mehr und nicht weniger wie die Ruhe- und Thermophorkur, d. h. sie führt das Leiden in das Stadium der Latenz zurück und erhält bei häufiger Wiederholung die Latenz. Dass, wie Fink glaubt, das Karlsbaderwasser auf die primären Anlagen einen auflösenden Einfluss ausübt, möchte ich sehr bezweifeln.

Ganz verkehrt ist es, wenn man, wie das noch bis vor wenigen Jahren Sitte war, die Karlsbader Kur als die „alleinseligmachende“ beim Gallensteinleiden hinstellt. Man erreicht zu Hause gewöhnlich genau dasselbe wie in Karlsbad; ja, ich machte nicht selten die Beobachtung, dass die Kranken schlechter von Karlsbad zurückkehrten, als wie sie hingegangen waren. Das Prinzip der Ruhe wird auf dem geräuschvollen Holzpflaster Karlsbads zu wenig befolgt, und erst in neuester Zeit fängt man an, auch in Karlsbad das Gallensteinleiden als ein entzündliches aufzufassen und dem-

entsprechend zu behandeln. Ich habe gewiss nichts dagegen, wenn jemand, der zu Hause nicht die gehörige Ruhe und Pflege genießt, nach Karlsbad, Neuenahr oder Bertrich geht, um an Ort und Stelle die Kur zu genießen; nur soll man auch bei solchen Kuren nach einer bestimmten Indicationsstellung handeln.

So sehr ich dagegen bin, dass der Chirurg in allen Fällen von Cholelithiasis zum Messer greift, so halte ich es ebenso für falsch, wenn der Arzt jeden beliebigen Gallensteinkranken in einen Badeort schickt. Die Warnung Boas muss auch bei der Gallensteinkrankheit Berücksichtigung finden: „Kein Kranker mit unklaren Krankheitssymptomen darf in einen Badeort geschickt werden!“ Aber wie selten wird diese Mahnung erfüllt. Da treffen sich in Karlsbad Menschen mit eitergefüllten Gallenblasen und obliteriertem Cysticus, katarrhalischem und lithogenem Icterus; Cholämische mit Schüttelfrösten und Fieber reisen nach Karlsbad anstatt sich in das nächste Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Wenn man einmal unter den Gallensteinkranken Karlsbads eine Musterung abhalten wollte, so würde diese ergeben, dass es um die spezielle Diagnostik der Gallensteinkrankheit noch recht kläglich bestellt ist, und dass ich recht habe, wenn ich behaupte: „Es wird bei der Auswahl der Fälle, die sich für eine Kur in Karlsbad eignen, wenig kritisch zu Werk gegangen!“ Ich bin überzeugt, dass mit der Zeit auch nach dieser Richtung hin eine Besserung eintritt und dann wird Karlsbads Ruhm, wenn das überhaupt möglich ist, sich noch weiter verbreiten. Aehnlich wie ich, denkt Rosenheim über die Indicationen zu einer Kur in Karlsbad.

Rosenheim sagt in einem Vortrag: Die Behandlung der Gallensteinkrankheit (Deutsche med. Wochenschrift 1900 Nr. 41) folgendes:

„Wogegen ich mich aber entschieden wenden möchte, das ist, dass man à tout prix jeden Kranken, der an Gallensteinen leidet, als eo ipso prädestiniert für eine Behandlung in Karlsbad, Neuenahr oder sonst wo anspricht. Für einen ganz erheblichen Teil dieser unserer Patienten ist die Kur überflüssig, einem nicht geringen schadet sie direkt; am Platze scheint sie mir zu sein unter dreierlei Voraussetzungen:

1. Unser Kranker ist nicht in der Lage, zu Hause hygienisch-diätetisch so zweckmässig zu leben, wie wir es wünschen. Die vier bis sechs Wochen, wo er sich nun im Badeort unseren Verordnungen anbequemen kann und muss, werden ihm dann sicher von Nutzen sein, wenn auch nur vorübergehend, da nur die Konsequenz in der Durchführung des rationellen Regimes einigermaßen dauernde Resultate erhoffen lässt.

2. Es gibt eine ganze Anzahl Fälle auch in der Gruppe der leichteren, bei denen der Gebrauch eines Brunnens, z. B. des Karlsbaders, einen zweifellos günstigen Einfluss auf die vorliegende Erkrankung der Gallenwege ausübt. Wir können diese Fälle nicht ganz scharf präzisieren, im allgemeinen aber kann man sagen: Wo Icterus als entzündlicher oder lithogener (s. sub 3) die Anfälle begleitet, wo Gelbsucht, wenn auch nur gelinde, auch sonst hin und wieder auftritt, wo Konkreme im Stuhl abgehen, wo die Leber bei der Kolik anzuschwellen pflegt und namentlich wo sie, wenn auch nur mässig, nach dem Abklingen der Attacke lange Zeit oder gar dauernd geschwollen bleibt, da kann die Brunnenkur etwas leisten! Dies sind die Anzeichen, die darauf hinweisen, dass die grossen, eventuell auch die feineren Gallengänge mehr oder weniger in den Krankheitsprozess mit einbezogen sind, und sie sind, wie es scheint, einer Beeinflussung durch das Mineralwasser zugänglich. Die Erhöhung der vis a tergo durch Aufnahme von viel warmer Flüssigkeit, die Veränderung in der Zusammensetzung des Blutes, wenn sie auch nur vorübergehend ist, und in den Zirkulationsverhältnissen der Bauchorgane, die reichlichere Strömung der Galle wie ihre Verdünnung, kurz physikalische und chemische Potenzen werden, wie die Erfahrung tausendfältig gelehrt hat, vorteilhaft zur Geltung gebracht. Dagegen ist diese Wirkung sehr problematisch, wo nur die Gallenblase, wie so oft, erkrankt ist. Bei ganz lokalisierter Cholecystitis ist von der Kur nicht viel zu erwarten; wer will, mag sie trotzdem versuchen; er muss sich aber darüber klar sein, dass unter Umständen auch eine ungünstige Wendung herbeigeführt werden kann, indem —

vielleicht durch zu starke Anregung der Peristaltik im Darm und in den Gallenwegen oder durch zu viel Körperbewegung — eine mühsam vorher erzielte Latenz unterbrochen wird und neue Attacken hervorgerufen werden. Jedenfalls liegt für mich in diesen Fällen von unkomplizierter, auf die Vesica beschränkter Steinkrankheit nie eine strikte Indication vor, sie nach Karlsbad oder anders wohin zu senden; ich kenne Dutzende von Patienten dieser Kategorie, die nie eine Bade-reise gemacht haben und sich so vorzüglich befinden, wie man es nach Lage der Dinge nur erwarten kann, weil sie nach unseren Grundsätzen vernünftig leben.

3. Es bestehen auch bei der leichteren Form der Gallensteinkrankheit häufiger wichtige, wenn auch nicht gerade ernste Komplikationen von seiten anderer Organe, insbesondere von seiten des Magendarmkanals. Hier können Brunnenkuren, indem sie diese sekundären Störungen beseitigen, die Cholelithiasis indirekt günstig beeinflussen. So wird man z. B. Patienten mit Magenreizerscheinungen (Superacidität) nach Karlsbad oder Neuenahr schicken, solche mit subacider Gastritis und leichter Atonia gastrointestinalis nach Kissingen oder Homburg, solche mit hartnäckigeren Obstipationszuständen, besonders wenn sie adipös sind, nach Marienbad usw. Gewarnt aber sei nachdrücklich davor, Gallensteinranke mit sehr beträchtlicher Magenwanderschlaflung oder gar mit Ectasia ventriculi und Stagnationserscheinungen in derartige Kurorte, in specie nach Karlsbad zu senden. Hier sind ganz andere Massnahmen notwendig.“ —

Ich könnte hiermit die interne Behandlung der Gallensteinkrankheit verlassen und zur chirurgischen übergehen. Zuvor möchte ich mich aber doch noch über drei Kuren äussern, die in der neuesten Zeit viel von sich sprechen machen: das sind die Chologen-, die Cholelysin- und die Schürmayer'sche Kur.

Der Erfinder des Chologen, einer aus Quecksilber, Podophyllin, Melisse, Kampfer und Kümmel zusammengesetzten Pillenkomposition ist ein Arzt, Robert Glaser in Muri in der Schweiz. Glaser ist Besitzer einer Privatklinik für Gallensteinleiden und hat bereits mehrere Male über

erstaunliche Erfolge seiner Kuren berichtet. Wenn Sie, meine Herren, sich ein Urteil über die Art und Weise, wie das Chologen wirken soll, bilden wollen, so müssen Sie es sich gefallen lassen, dass ich Ihnen die Auffassung Glaser's über das Wesen der Cholelithiasis auseinandersetze. Zwar tue ich das mit dem grössten Widerwillen, denn Glaser's Ansichten sind so wenig wissenschaftlich, dass man in einem Kreise wissenschaftlicher Aerzte am besten darüber schweigt. Aber da Glaser's Chologen wie mir scheint immer mehr Aufnahme findet, halte ich es für geboten, einmal meine Stimme zu erheben und Sie über die Wirkung dieser Patentmedizin aufzuklären.

Glaser erklärt sich in seiner letzten Arbeit (Wiener med. Wochenschrift 1905) als ein Anhänger der Theorie der Vererbung der Gallensteindiathese und sieht in unserer Krankheit eine Konstitutionsanomalie; nach seiner Ueberzeugung ist die Cholelithiasis in ihren ersten Anfängen auf eine Erkrankung des Vagus zurückzuführen.

Darüber sagt er folgendes:

„Fast ausnahmslos erzählen mir diese Patienten spontan, ihre Krankheit habe mit Magenbeschwerden (zeitweise, oft ohne erkennbare Ursache einsetzende Magenkrämpfe) begonnen und seien monate- bis jahrelang von den tüchtigsten Aerzten für ein rein nervöses Leiden gehalten und behandelt worden. Es ist nicht leicht denkbar, es könnten sich viele sorgfältig und beobachtende Aerzte regelmässig in der Weise täuschen, dass sie ein nicht nervöses, sondern entzündliches Leiden jahrelang für ein nervöses halten. Was ihnen allen von jeher und immer wieder als ein nervöses Magenleiden imponiert, ist wohl wirklich anfänglich ein nervöses Leiden, ein Reizzustand der Vagusäste des Magens.

Es ist hierbei nur auffallend, dass man sich in solchen Fällen mit der eigentlich wenig befriedigenden Wortdiagnose „nervöse Magenkrämpfe“ begnügt und nicht öfter darüber nachdenkt, was wohl die Magennerven zu diesen krampf-erzeugenden, abnormen Funktionen veranlassen möchte.“

Ich stimme Glaser völlig bei, wenn er die Tatsache anführt, dass die Magenkrämpfe monate- und jahrelang von den tüchtigsten Aerzten für ein rein nervöses Leiden gehalten und behandelt werden. Aber während Glaser, dessen

kollegiale Rücksicht geradezu rührend ist, einen Irrtum von seiten dieser Aerzte für nicht leicht denkbar hält, muss ich auf Grund meiner Operationen, die doch die beste Kontrolle vorher gestellter Diagnosen sind, feststellen, dass gerade bei der Cholelithiasis diagnostische Irrtümer auch bei Autoritäten recht oft vorkommen und all diese nervösen Magenkrämpfe fast ausnahmslos mit einer einfachen Nervenreizung gar nichts zu tun haben, sondern auf entzündliche und infektiöse Prozesse in der Gallenblase zurückzuführen sind.

Glaser hat, wie mir scheint, von der Cholelithiasis nur eine theoretische Vorstellung. Er mag seine 236 Kranken in seiner Privatklinik noch so sorgsam beobachtet und seine fünf Todesfälle einer noch so eingehenden Sektion unterworfen haben, wenn er keine Autopsien in vivo gemacht hat, — und seine ganze Art zu schreiben und zu denken, spricht sehr dagegen! — dann kennt er eben die Krankheit nicht. Ich habe oft genug in dem nervösen Stadium Glaser's operiert und stets entzündliche Prozesse in der Gallenblase angetroffen, die allerdings so geringfügig waren, dass sie einen rein nervösen Befund sehr wohl vortäuschen konnten. Wenn Glaser Gelegenheit hätte, einmal eine Gallenblase nach einem Anfall mikroskopisch zu untersuchen und dabei besonders auf den Cysticus und den Gallenblasenhals Achtung zu geben, so würde er einsehen, dass es mit seinem nervösen Stadium ebenso traurig bestellt ist wie mit seiner Chologenbehandlung. Weiss denn Glaser nicht, dass fast alle Patienten, die eine Cholecystitis, eine Appendicitis oder einen Ileus haben, ihre Schmerzen anfangs immer nur im Magen empfinden, obgleich der Magen und seine Nerven selbst ganz gesund sind? Ich habe so viele Gallensteinranke operiert, die monatelang kaum etwas mehr zu sich genommen hatten als Wasser, Wein und Milch. Stets reagierten sie auf eine reichlichere Mahlzeit mit den schlimmsten Magenkrämpfen. Als sie dann aber von ihren Steinen durch eine Operation befreit waren, konnten sie schon acht Tage nach derselben Schweinebraten mit Kartoffelsalat essen. Der Magen selbst, samt Schleimhaut, Gefäss-, Lymph- und Nervensystem, ist bei der Cholelithiasis meist ganz gesund, der Cholecystitisschmerz wird aber als

Magenschmerz empfunden und aus diesem Grunde halten sich Gallenstein Kranke oft für magenkrank und glauben den Magen mit aller Sorgfalt schonen zu müssen. Unterstützt werden diese Kranken in ihren Ansichten durch viele Aerzte, welche den eigentlichen Ausgang der Schmerzen ebenfalls nicht immer richtig erkennen und nicht erkennen können, weil ihnen auf diesem Gebiete die Erfahrung fehlt.

Im weiteren Verlauf seiner Arbeit bringt Glaser so viel Theoretisches über die nervösen Störungen am Magen und Darm, dass Sie von mir, als einem Arzt, der auf dem sicheren Boden der pathologischen Anatomie steht, unmöglich verlangen werden, dass ich hier die Ansichten Glaser's ausführlich wiedergebe. Nur soviel will ich anführen, dass Glaser zwei Stadien der Cholelithiasis unterscheidet, das nervöse Anfangsstadium und das entzündliche Stadium, das Stadium der Infektion. Ueber die Prognose der Krankheit im Anfangsstadium spricht sich Glaser folgendermassen aus: „Sichere Dauerheilungen kann man nur erzielen im noch nicht entzündlichen, sondern im nervösen Anfangsstadium, praktisch gesprochen, zur Zeit der nervösen Magenkrämpfe. Diese Fälle geben in jeder Hinsicht eine gute Prognose. Sie heilen bei zweckmässiger Behandlung und Lebensweise dauernd und es kommt nicht zu den späteren, die Prognose verschlimmernden lokalen Entzündungsprozessen. Wenn die Aufmerksamkeit für die Initialform geschärft wird, dann haben wir begründete Aussicht, die Cholelithiasis intern im besten Sinne des Wortes zu heilen und unseren Patienten die schweren entzündlichen Formen zu ersparen.“ — Glaser verspricht hier viel, was er unmöglich halten kann. Wie oft habe ich Fälle beobachtet, wobei die Patienten wie aus heiterem Himmel, ohne die geringsten Vorboten nervöser Symptome, einen schweren Anfall bekamen, der sich bei der Operation als akute phlegmonöse Entzündung der Gallenblase herausstellte. Ein walnussgrosser Stein wurde aus dem Hals der Gallenblase entfernt. Dieser Stein hatte jahre-, vielleicht jahrzehntelang dort gelegen und niemals einen nervösen Magenkrampf oder sonstige nervöse Erscheinungen gemacht. Der erste nervöse Magenkrampf, der sich einstellte, war eine Vereiterung der Gallenblase. Und solche Fälle kommen recht oft vor.

Die Prognose im Stadium der Infektion ist nach Glaser's Ansicht sehr trübe: Wir dürfen nach seinen Worten keine eigentlichen Dauerheilungen mehr mit einiger Sicherheit erwarten, „selbst wenn wir in geeigneten Fällen zur Entleerung einzelner grosser Solitärsteine den chirurgischen Eingriff unserer internen Therapie hinzugesellen“. Wenn diese Prognose Glaser's wahr wäre, dann wäre es um unsere Kunst wahrlich traurig bestellt. Richtig ist, dass die innere Medikation, vor allen Dingen die Chologenkur in den vorgeschrittenen Fällen recht oft versagt, dafür feiert aber hier die Chirurgie Triumphe und schafft nicht nur augenblickliche Erfolge, sondern auch Dauerheilungen. Dass diese dem Erfinder des Chologens ein Dorn im Auge sind, ist leicht verständlich.

Für die erfolgreiche Behandlung der Gallensteinkrankheit stellt Glaser in erster Linie folgenden Hauptpunkt auf: „Die Behandlung muss die Sekretion einer Normalgalle anstreben. Wenn es uns gelingt, die Leber zur Vollfunktion anzuregen, das Gallengangssystem mit normaler Galle zu bespülen, und auch dem Darm eine solche zuzuführen, dann haben wir dem Kranken das beste geleistet, was ihm gegen seine Krankheit zu leisten ist. Wir schieben damit den Riegel für alle Folgezustände der chronischen Leberinsuffizienz, die lokalen Entzündungsprozesse einbegriffen. Bespülung der erkrankten Schleimhäute mit Normalgalle muss wohltätig, schützend, sterilisierend wirken und wirkt auch tatsächlich so.“

Die Heilfaktoren, welche Glaser bei der Behandlung unseres Leidens anwendet, sind insofern ganz vernünftig, dass er den Patienten jährliche Ausspannung aus dem Beruf empfiehlt und auf die Kräftigung der Konstitution und auf die Sanierung der Magen- und Darmfunktionen Gewicht legt. Aber bedenklich wird die Sache, sobald Glaser von der Bekämpfung der Leberinsuffizienz durch die Chologenpräparate zu sprechen anfängt. Er sagt: „Das Wesentliche und Neue dieser Präparate besteht in der Kombination und Dosierung schon längst bekannter Medikamente (Hg. Podophyllin, ätherische Oele), die für sich einzeln angewendet, ohnmächtig sind, kombiniert und richtig dosiert aber, nach meinen langjährigen Erfahrungen, zuverlässig und konstant wirken und sehr oft wirklich zu heilen vermögen.“

Den Vertrieb dieser Chologenpräparate Nr. 1, 2 und 3, von denen jede einzelne Nummer einer besonderen Indikation entspricht, besorgt eine einzig autorisierte Fabrikationsstelle in Berlin. Warum teilt Glaser den Aerzten sein Mittel nicht in Rezeptform mit und gibt die einzelnen Bestandteile in ihrem genauen gegenseitigen Verhältnis an? Um dem Arzt das Rezeptschreiben zu ersparen und dem Kranken das Einnehmen zu erleichtern, geschieht diese Art der Chologenherstellung doch gewiss nicht. Natürlich ist der Erfolg dieser Arznei „oft ein überraschender, meist wird man aber Dauerresultate im besten Sinne des Wortes nur durch eine nachhaltige, öfters zu wiederholende Anwendung erzielen.“ Also recht viel Chologen verschreiben, dieses nicht nur einmal im Jahre, sondern dreimal, 40 Tage lang, anwenden!

Zugegeben, dass unter dem Einfluss des Chologens normale Galle secerniert wird und weiter zugegeben, dass normale sterile Galle das beste Mittel ist, um Steine aufzulösen, so muss doch vor allen Dingen die Galle Gelegenheit finden, an die Steine heranzukommen. Fast immer aber ist in den Fällen, bei denen die Cholelithiasis Symptome macht — und wenn es auch nur nervöse Symptome sind —, der Cysticus resp. der Gallenblasenhals verlegt und das Einfließen von normaler Galle in die Gallenblase unmöglich — hier kann also Chologen nichts nützen. Ist der Gallenblasenhals resp. Cysticus offen, dann macht die Cholelithiasis bekanntlich keine Symptome, es liegt kein Grund vor, ein Medikament anzuwenden, da sich Patient dem Arzt gar nicht vorstellt. Bei Steinen im Choledochus müsste Chologen, wenn es die von Glaser gerühmten Eigenschaften besitzt, günstig wirken. Ich habe wohl zwanzig Menschen mit Choledochusteinen operiert, die monatelang Chologen, selbst unter direkter Aufsicht Glaser's geschluckt hatten. Irgendwelche Veränderungen habe ich an den Steinen nicht gefunden. Chologen führt gut ab, es wirkt durch die blähungtreibenden und krampfstillenden Gewürze und Oele günstig ein, eine spezifische, auflösende Wirkung auf die Steine selbst hat es unter keinen Umständen; beim Cysticusverschluss es anzuwenden, ist gänzlich aussichtslos, beim Choledochusverschluss nützt es auch nicht mehr wie jede Abführkur. Chologen schafft also dem

Patienten keine Vorteile, nur der Fabrikant und sein Erfinder ziehen daraus ihren Nutzen. Jedenfalls hat Glaser zu den Lobeserhebungen seines Chologens gar keine Berechtigung, und die Reklame, die der Fabrikant mit diesem Mittel macht, müsste allein ausreichen, um dasselbe bei den Aerzten in Misskredit zu bringen. Mehrere Stellen seiner Arbeit zeigen mir deutlich, mit welch' grosser Voreingenommenheit und geringer Kritik Glaser die Wirkung seines Chologens beurteilt. So beruft er sich bei der Wirkung des Chologens beim chronischen Choledochusverschluss besonders auf die Fälle von Margoniner (Allgemeine med. Zentralzeitung 1904, Nr. 28). Ich habe diese Arbeit durchgelesen und finde dort folgenden Fall, den ich kurz anführen möchte. Ein 52 jähriger Patient erkrankte im August 1900 akut an Gelbsucht, bekam dann mehrere Anfälle von Gallensteinkolik, bis im Dezember 1900 ganz plötzlich aus unbekannter Ursache Besserung eintrat. Erst dann verordnete Margoniner Chologen und hatte nun den Erfolg, dass ungeheure Massen eines sandähnlichen braunen Konkrementes zutage traten. Ich glaube noch nicht einmal, dass hier aufgelöste Steine vorlagen, aber wenn das der Fall war, so hat hier das Chologen nur als Abfuhrmittel gedient, denn es wurde doch erst angewandt, als der Choledochus wieder frei war. Die Fälle von Margoniner, auf die Glaser besonders stolz zu sein scheint, haben für mich gar keine Beweiskraft.

Ueberhaupt finde ich in der Arbeit Glaser's so viel Widersprüche, die mir beweisen, dass er selbst nicht weiss, wann und warum er Chologen anwenden soll. So sagt er im Anfang seiner Arbeit: „Ich bekomme relativ wenig Gallensteine in ihrem ersten Stadium zur Behandlung, in der Regel sind es alte Fälle, die alle Stadien von den ersten Anfängen bis zu den alten immer wieder exacerbierenden Entzündungsprozessen mit oft vielseitigen Adhäsionen und schwer geschädigtem Allgemeinbefinden durchgemacht haben.“ Immer wieder aber betont Glaser, dass sein Chologen nur im Anfangsstadium nützen, bei den vorgeschrittenen Fällen aber versagen muss. Und doch nimmt er, wie ich ihm das von meinen eigenen Patienten nachweisen kann, in seine Klinik auf Wochen und Monate Fälle von chronischem

Empyem auf, die schon zahlreiche Male in Karlsbad waren. Wie verträgt sich das mit seiner Indikationsstellung und woher kommen die 80% Heilungen, da doch die für das Chologen geeigneten frühen Fälle so relativ selten in seine Behandlung kommen?

Nun ich kann ihm die Antwort darauf geben: Glaser erzielt in 80% der Fälle deshalb Symptomenlosigkeit, weil die Cholelithiasis an und für sich eine grosse Neigung zur Latenz hat und in ungefähr 80% der Fälle symptomlos wird — fast ohne unser Zutun. Glaser schiebt seine Erfolge auf das Chologen, während sie in der Tat nur auf die Anstaltsbehandlung und die übrigen sonst verständigen Massnahmen — die Regelung der Diät, des Stuhlgangs usw. — zurückzuführen sind. Er vergisst die von mir so oft festgestellte Tatsache, dass wir bei einfacher Ruhe und Verwendung von heissen Umschlägen dieselben guten Resultate erzielen, als wenn wir seine Chologenpräparate den Kranken verordnen. Wie wäre es sonst möglich, dass so viele Kurpfuscher so ausgezeichnete Kuren beim Gallensteinleiden machen? Diese Leute haben auch in der Mehrzahl der Fälle günstige Erfolge und hüten sich, Chologen oder verwandte Präparate anzuwenden. Sie geben irgend ein Oel oder einen Tee, erzielen Gallensteinabgang in wunderbarster Weise und haben einen Zulauf, dass mancher Arzt sie darum beneiden würde. Ich werde weiter unten Gelegenheit finden, der Kurpfuscherei auf dem Gebiete der Gallensteinbehandlung noch einen besonderen Abschnitt zu widmen und will vorderhand mich nicht weiter mit dieser Frage beschäftigen. —

Ich habe bisher immer angenommen, dass Glaser die Pathologie und pathologische Anatomie der Gallensteinkrankheit nicht genügend kennt, und dass das der Grund ist, warum er die Wirkungsweise seiner Patentmedizin so sehr überschätzt; aus seiner letzten Arbeit geht aber hervor, dass es ihm wesentlich darauf ankommt, die Erfolge des Chirurgen bei den praktischen Aerzten in Misskredit zu bringen und für seine Arznei und seine Kur Propaganda zu machen. Das geht klar und deutlich aus einem Vergleich hervor, den er zwischen den Erfolgen der inneren Medikation und der chirurgischen Behandlung anstellt. Ich führe, um Sie zu überzeugen, wie Glaser zu seinem Vorteil die Statistik ausnutzt, den betreffenden Passus in toto an:

„Im April 1904 publizierte Kehr in der »Münchner medizinischen Wochenschrift« seine glänzenden Erfolge bei der 401.—850. Operation. Von den 450 operierten Patienten wurden 311 völlig geheilt, von 7 war keine Nachricht erhältlich, 39 hatten wegen bewusst und unbewusst zurückgelassenen Steinen (9), Schleim- und Gallenfisteln (je 1), Operationshernien (11), Adhäsions- und Entzündungskoliken (17) »Grund zu klagen« und 93 sind gestorben (72 in der Klinik, 21 bald nach der Entlassung aus derselben). Von 450 Operierten starben dem bekanntesten Gallensteinchirurgen über 20%. Von den 93 Todesfällen waren über 14% (3% aller Operierten) Patienten ohne jede erschwerende Komplikation.

Unter den 311 völligen »Dauerheilungen« hat man zu verstehen: Wohlbefinden vom Zeitpunkt der Operation (nicht angegeben) bis zum Zeitpunkt der Publikation. Es ist gegen diese Ausdrucksweise nichts wesentliches einzuwenden, wenn sie auch dem Internen eingeräumt wird. Kehr freut sich über seine Fortschritte, d. h. über die glänzenden Resultate, gegenüber einer Zeit, da er die ersten 400 Fälle operierte. Die Resultate sind ohne Zweifel glänzend, wenn man die Schwierigkeiten und Gefahren der Gallensteinoperation in Betracht zieht, und wenn man die Aufmerksamkeit lediglich auf die 311 Geheilten konzentriert; sie haben für den praktischen Arzt aber doch auch eine sehr ernste Seite, wenn er nämlich den 93 Gestorbenen einiges Interesse widmet.

So schwer das Gallensteinleiden auch ist, so sterben daran nach der von Jakobý mitgeteilten Statistik von Simmonds (Hamburg) und Schröder (Strassburg) ohne Operation doch nur 1.1%. Meine eigene Statistik ergibt 1.7%. Von den 300 Patienten starben 4 an Gallenblasencarcinom und 1 an Muskatleber (?) nach eingeklemmtem Stein. Die 5 Fälle waren mit diesen schweren Komplikationen in meine Behandlung gekommen.

Ich bekenne mich zu der wenig modernen Anschauung, es sei weniger Aufgabe des Arztes, »glänzende Erfolge« zu erzielen, als vielmehr seinen Patienten das Leben zu erhalten. Der Arzt, der kritiklos allen seinen Gallensteinkranken die Operation empfiehlt, verschlechtert ihnen die Prognose quoad

vitam von 1.1, resp. 1.7% auf über 20%, selbst unter den Verhältnissen vorzüglichster Technik und grösster Erfahrung des Operierenden.“ Soweit Glaser.

Ich habe in meiner Publikation (Münchner medizinische Wochenschrift 1904, Nr. 14) folgendes gesagt: »Ich berücksichtige nur 450 Fälle. Davon starben in der Klinik 72, gleich 16% (davon 13% an komplizierendem Carcinom, Cholangitis etc., nur 3% an der eigentlichen Gallensteinoperation). Nachträglich, d. h. nach der Entlassung aus der Klinik starben noch 21, fast sämtliche an Carcinom, 2 an Tuberculosis pulmonum, 1 an Apoplexie, 1 an Suicidium.«

Wie es Glaser wagen kann, sein Material mit dem meinigen zu vergleichen, das ist mir unverständlich. Er hatte unter 300 Fällen nur 4 Carcinomkranke, bei mir kamen auf 100 Fälle mehr als 10. Und dann betrachtet doch jeder Kranke die Operation als ultimum refugium, zu der er gewöhnlich erst greift, wenn er mit einem Fusse im Grabe steht. Hätte ich die Kranken, die meine Klinik aufsuchten, nicht operiert, sondern mit Chologen behandelt, so hätte ich eine Sterblichkeit von mindestens 50% gehabt, also um 34% meine Sterblichkeit erhöht. So und nicht anders liegen die Verhältnisse!

Mit dem „kritiklosen Arzt“ wird Glaser mich wohl meinen. Ich lege auf sein Urteil gar keinen Wert, aber er beweist mir durch diesen Ausspruch, wie wenig er meine Arbeiten kennt, in denen ich immer wieder auf die Notwendigkeit einer strikten Indikationsstellung und auf eine Einschränkung der Operation hingewiesen habe.

Was die geringe Sterblichkeit von 1.7% bei Glaser anlangt, so beweist mir dieselbe, dass seiner Klinik die schweren Fälle mit Cholämie und Carcinom fern bleiben. Wenn die Sterblichkeit, wie Glaser anführt, nur 1.1% ist, warum behandelt er dann überhaupt die Krankheit und erhöht durch sein Chologen die Lebensgefahr um 0,6%? Die Gefahr der Cholelithiasis wird, wenn wirklich eine Anstaltsbehandlung sich nötig erweist, viel besser illustriert durch die Erhebungen, die Naunyn in der Strassburger Klinik über 150 Fälle angestellt hat. „Von diesen 150 Fällen sind 20 gestorben, also 15%. 7 an den Folgen der Cholecystitis und Cholangitis, Fistelbildungen, Perforationen in die Bauchhöhle,

Leberabscesse. An Carcinom der Gallenwege starben 11, und dazu kommen noch 3 Fälle, welche mit anscheinend zweifellosem Carcinom die Anstalt vor dem Tode verliessen. Das sind also im ganzen 14 Fälle von Carcinom bei Cholelithiasis. An chronischem Icterus ohne Carcinom gingen zwei zugrunde. Von den 150 Fällen sind 60 geheilt, doch hat es sich in manchen dieser als geheilt entlassenen Fälle nicht um wirkliche Heilung gehandelt. Der eine und andere Fall ging doch mit geringer Empfindlichkeit und Schwellung der Leber als geheilt hinaus und auch in anscheinend völlig geheilten Fällen traten gelegentlich nach wenigen Wochen Recidive auf.“

Das ist der Bericht eines Arztes, der von den inneren Aerzten als der beste Kenner und Therapeut der Cholelithiasis geschätzt wird. Naunyn hatte also nur 40% geheilt, gestorben waren ihm ca. 15%. Glaser hatte nur 1.7% Sterblichkeit, erzielte dagegen in 80% Heilung. Und solche Wunder schafft das Chologen. Wenn seine Zahlen richtig sind, so zeigen sie mir, dass in seinen Fällen entweder keine Gallensteine vorlagen, oder wo das doch der Fall war, dass nur solche Fälle, die bei anderweitigen Kuren auch nicht sterben, in seine Behandlung traten. Ich für meine Person werde Chologen nie anwenden und warne vor dem Mittel, weil erstens eine grosse Reihe meiner Patienten Chologen lange Zeit ohne jeden Erfolg angewendet haben, zweitens, weil meine Erfahrungen bei den zahlreichen Autopsien in vivo mich dahin belehrt haben, dass Chologen eine besondere Wirkung gar nicht entfalten kann, und drittens, weil es eine Patentmedizin ist, die auf dieselbe Stufe zu stellen ist wie alle anderen Geheimmittel, die ein wissenschaftlicher Arzt nicht anwenden soll. Wenn ein Chirurg, dessen Haupttätigkeit die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit bildet, ein neu auftauchendes inneres Mittel, dem man steinauflösende Kraft nachsagt, verwirft, so kommt er in den Verdacht, dass seine Kritik aus Furcht vor Konkurrenz so scharf ausgefallen ist. Ich brauche Ihnen wohl kaum zu erklären, dass dieser Grund bei mir hinfällig ist. Ich würde gern das Messer beiseite legen, wenn auf einfachere und ungefährlichere Weise den Kranken zu helfen wäre. Uebrigens stehe ich in der Verurteilung des Chologens nicht verein-

zelt da; auch unter den inneren Aerzten befinden sich heftige Gegner der Glaser'schen Kur. So spricht Klemperer scharf gegen das Chologen, „dessen Einführung und Lan- zierung durchaus zu verurteilen ist. Wenn sich die Gewöhn- heit einbürgern sollte, beliebige Medikamente zweifelhafter Wirksamkeit in neuen Zusammenstellungen unter lockenden Etiketten gegen bestimmte Krankheiten anzupreisen, so wäre der Kurpfuscherei und dem Geheimmittelschwindel Tor und Tür geöffnet. Es scheint mir, als ob ein Arzt, der Chologen gegen Gallensteine verordnet, sich zum Mitschuldigen eines sonst gewiss perhorreszierten Verfahrens machte“.

Auch Ewald will vom Chologen nichts wissen, da er „Mittel unbekannter Zusammensetzung nicht anwendet, auch die Abfassung der Mitteilung des Dr. Glaser und des Prospektes nicht dazu angetan ist, sich dafür zu erwärmen“. Rosenheim, der über die Chologenkur grössere Erfah- rungen in der Privatpraxis gesammelt hat, kann von glän- zenden Ergebnissen nichts vermelden. „Wohl aber von Un- behaglichkeiten, die mit dieser Behandlung häufiger ver- knüpft waren.“ —

Was das Stroschein'sche Cholelysin anlangt, so schliesse ich mich ganz der Ansicht Ewald's an, der recht abfällig über die Kur mit Cholelysin spricht.

„Clemm führt in mehrfachen Publikationen folgendes aus: Nach den Versuchen von H a p p e l werden durch Olein etwa 5%, durch gallensaure Salze etwa 10%, durch Seife etwa 50% des Eigengewichtes an Cholestearin in Lösung gehalten und diese Substanzen in normaler Galle in ent- sprechendem Verhältnis gefunden. Blum hatte die gallen- treibende Eigenschaft des ölsauren Natriums (Eunatrol) ex- perimentell festgestellt, doch legt Clemm nach dem Vor- gange von N a u n y n den Cholagogen-Mitteln überhaupt, also auch der galletreibenden Wirkung des Eunatrol, nur geringe resp. gar keine Bedeutung bei und sieht das wesent- liche in der gallensteinlösenden Wirkung desselben, die ihm als einer Seife zukommt. In der Tat lösen sich Chole- stearinsteine, wie sich leicht nachweisen lässt und ich selbst bestätigen kann, in einer gesättigten Lösung von ölsaurem Natron, wenn auch nur langsam auf, sodass sie in etwa 2 Tagen deutlich erweicht sind, um im Verlauf von 10 bis

14 Tagen zu Brei zu zerfallen. Andere Seifen leisten natürlich in vitro dasselbe, können aber wegen ihrer Aetzwirkung durch überschüssiges Alkali nicht beim Menschen verwendet werden. In diesem litholytischen Sinne empfiehlt Clemm lebhaft die Verabreichung des Eumatrol, von der er ausgezeichnete Resultate gesehen haben will. Die ursprüngliche Verabreichung des Eumatrols in Pillen, von denen täglich 8 Stück à 0,25 zu nehmen waren, hat Clemm in eine Mischung von 10—15 g Eumatrol mit 30 gutt. Essent. Ananas, 5 Validol oder 10 Tinct. Valerianae auf 150—200 aq. Menth. piper. 3 mal täglich ein Esslöffel, umgewandelt oder lässt von einer 20% igen klaren Lösung, „Cholelysin“ genannt, mehrmals täglich 1 Kaffeelöffel nehmen. Nebenher gehen gymnastische Uebungen, besonders regelmässiges Tiefatmen, heisse Bäder mit $\frac{1}{2}$ kg Waschseife und Einpackungen der Lebergegend mit heissen Sand- oder Leinsamensäckchen, und eine kräftige, fettreiche Diät. Dazu kommt täglich eine Flasche heisses Karlsbader Wasser, Einreibung von Schmierseife in der Lebergegend und schliesslich Spiritusumschläge daselbst. So hat der Kranke nach einer von Clemm gegebenen Kurvorschrift den lieben langen Tag, von morgens 5 Uhr bis abends 9 Uhr unausgesetzt mit seiner Kur zu tun, und man kann wohl sagen, dass, wer dieselbe streng nach Vorschrift wochen-, ja monatelang durchführen kann, eine recht kräftige, gesunde Konstitution haben muss. Schliesslich soll Personen, die einen unüberwindlichen Ekel gegen den Geschmack des Mittels haben, eine wässrige Eumatrol-lösung durch den Magenschlauch eingegossen werden. Ob das nun angenehmer und weniger barbarisch als die von Clemm als solche bezeichnete Oelkur ist, will ich dahingestellt sein lassen. Tatsächlich habe ich lange vor Clemm auf die erste Veröffentlichung von Blum hin Eumatrol gegeben und nach dem Gebrauch von Eumatrolpillen bei gleichzeitig kräftiger und fettreicher Diät in verschiedenen Fällen oft wiederholte Gallensteinkoliken völlig und dauernd schwinden sehen, ohne eine so anspruchsvolle Kurvorschrift zu geben wie Clemm, der übrigens in seinen anfänglichen Publikationen davon auch nichts sagt. Dass das „post hoc ergo propter hoc“ bei diesen und ähnlichen gegen das Gallensteinleiden gerichteten Kuren ausserordentlich schwer zu

beurteilen ist, weil die Erscheinungen verhältnismässig oft spontan zurückgehen, bedarf nicht erst der weiteren Erörterung. Fehlschläge bleiben auch bei dieser Behandlungsmethode nicht aus.“

Nicht anders lautet das Urteil eines zweiten Berliner Arztes, Klemperer: „Das von Dr. Clemm in Darmstadt zusammengesetzte Cholelysin besteht aus 10—15 g Eunateol, 30 Tropfen Ananasessenz, 5 Validol, 10 Tinct. Valeriana auf 200 aq. Menth. pip. Alles, was sich gegen die Verordnung von Chologen sagen lässt, spricht auch gegen die Anwendung des durch nichts gerechtfertigten Locknamens Cholelysin. Eunateol ist der Fabrikname für ölsaures Natron; von diesem ist festgestellt, dass es gallentreibend wirkt. So erklären wir die nicht selten zu beobachtende Wirkung der Oelkur, bei der ein Teil des Oels als ölsaures Alkali resorbiert wird. Es ist nun weiter nachgewiesen, dass Cholestearin sich in gesättigten Seifenlösungen zu lösen vermag. Aber darf man annehmen, dass nennenswerte Mengen des ölsauren Natrons als solches in die Galle gelangen? Und wie steht es mit der Wirkung bei den viel häufigeren Bilirubinsteinen? Wenn man auf die auflösende Wirkung rechnet, so mag man nur ruhig zu dem alten Durande'schen Mittel zurückkehren, welches aus Aether und Terpentin besteht, da in diesen Substanzen sowohl Bilirubin wie Cholestearin löslich ist. Man sollte doch glauben, dass ein moderner Arzt so kindlichen Vorstellungen nicht mehr zugänglich ist. Uebrigens ist Eunateol schon vor fünf Jahren von Gerhardt in dieser Zeitschrift als Ersatz der Oelkuren gegen Gallensteine empfohlen worden; ich habe es seither oft nehmen lassen, aber ich habe neben manchem Erfolge auch mehrere Misserfolge gesehen. Auch Ewald berichtet, dass er nach dem Gebrauch von Eunateolpillen bei gleichzeitig kräftiger und fettreicher Diät oft wiederholte Gallensteinkoliken völlig und dauernd hat schwinden sehen, dass ihm aber auch bei dieser Behandlungsmethode Fehlschläge nicht ausgeblieben sind.“ —

Glaser und Clemm haben uns wenigstens mitgeteilt, welche einzelnen Bestandteile die von ihnen gegen das Gallensteinleiden empfohlenen Mittel enthalten. Schürmayer indes gebraucht bei seiner Kur einen Tee, dessen

Zusammensetzung er verschweigt; aber auch dann, wenn er darüber sich ausspräche, macht die ganze Kur einen so wenig wissenschaftlichen Eindruck, dass es Pflicht aller Aerzte ist, in den Kreisen ihrer Patienten vor derselben zu warnen.

Der scharfen Abfertigung, die ich in der ersten Auflage meiner „Technik“ diesem Vertreter der kombinierten Behandlung der Gallensteinkrankheit habe zuteil werden lassen, könnte ich heute noch schärfere Worte hinzufügen, wenn ich der vielen Operierten gedenke, die Schürmayer vor mir in seiner Kur gehabt hat. Was mir diese Kranken (seine Massnahmen erinnern teilweise an die Folterprozeduren des Mittelalters!) z. B. von der Schürmayer'schen Lagerung erzählt haben, klingt so grausig, dass man in der Tat nicht versteht, wie überhaupt noch Kranke sich finden können, die sich einer solchen Behandlung anvertrauen. Ich habe immer gehofft, Schürmayer würde mich zur Rede stellen, damit mir Gelegenheit gegeben würde, den Aerzten und dem Laienpublikum die Augen über eine solche unwissenschaftliche Behandlungsmethode zu öffnen. Aber er hat geschwiegen. Er weiss wohl, warum. Aber ich schweige nicht. Ich halte es auch in Zukunft für meine Pflicht, offen meiner Ueberzeugung Ausdruck zu geben und die Schäden einer Behandlungsmethode aufzudecken, die so viele Kranke ins Unglück stürzt und von der segenbringenden Operation abhält. Es ist überhaupt ein Jammer in der Medizin und Chirurgie, dass gerade Autoritäten, auf deren Urteil man gerne hören würde, gegenüber einer Behandlungsmethode, wie sie z. B. Schürmayer ausübt, sich stillschweigend verhalten. Manche sind der Ansicht, dass man durch Kritiken erst recht für solche Kuren Reklame macht, manche glauben, doch nichts an der Sache ändern zu können. Beides mag richtig sein und doch möchte ich dem Leser dieses Vortrags meine Ansicht über Schürmayer's Behandlung der Cholelithiasis nicht vorenthalten. Ich wiederhole hier deshalb auch in diesem Vortrag die Worte, die ich in meiner „Technik“ niedergeschrieben habe. Ich sagte damals folgendes: „Ich würde es nicht der Mühe für wert halten, in einem besonderen Artikel auf seine Kur einzugehen, aber gerade in dem Moment, wo ich dieses Kapitel über die Indikationen zur Gallensteinoperation niederschreibe, lese ich unter „Wis-

senschaftliche Mitteilungen“ in der Allgem. med. Zentralzeitung 1904, Nr. 19 einen Vortrag: „Schürmayer, Neue Gesichtspunkte in der Diagnose und Therapie der Cholelithiasis“, den der Autor auf der 25. Versammlung der balneol. Gesellschaft in Aachen gehalten hat. Wie eine medizinische Zeitung einen solchen Wust von Phantastereien und kritiklosen Anschauungen aufnehmen kann, und wie eine wissenschaftliche Gesellschaft es dulden kann, dass ein solcher Vortrag überhaupt gehalten wird, das verstehe ich nicht! Man lese nur, was er zur Diagnose der Cholelithiasis sagt, wie er es versteht, die sonst so segensreichen Strahlen Röntgen's für seine wunderliche Kur auszunutzen. Schürmayer tischt uns hier vom Cavum des Zwerchfells, von den Adhäsionen zwischen Leberoberfläche und Zwerchfell Geschichten auf, dass man sich in die Zeiten von Don Quixote versetzt glaubt. Ich habe die feste Ueberzeugung, dass Schürmayer die Röntgentechnik, die seiner Meinung nach zur Diagnose der die Cholelithiasis begleitenden, pathologisch-physiologischen Zwerchfellbewegungen von höchster Bedeutung ist, nur „inszeniert“ hat, um den Patienten durch die geheimnisvollen Strahlen zu imponieren. Vielleicht weiss der Leser noch einen anderen Grund? — Adhäsionen zwischen Zwerchfell und Leberoberfläche kommen natürlich vor, wenn die Cholangitis in der Leber bis zur Leberoberfläche vorgegangen ist, — aber in ca. 80% der Fälle ist das Gallensteinleiden auf die Gallenblase beschränkt und sehr selten greift der Entzündungsprozess vom Choledochus auf die feinen Gänge über. Für solche Fälle haben natürlich die diagnostischen Spitzfindigkeiten Schürmayer's gar keinen Wert. Ich bin kein grosser Kenner der Röntgentechnik, aber so viel weiss ich, dass nur Schürmayer im Röntgenbild das sieht, was er auf pag. 355 schildert —, ein anderer würde von alledem nichts sehen. Es ist schade um die Druckerschwärze, die nötig wäre, um die Schlussfolgerungen Schürmayer's hier wiederzugeben. Deshalb mag jeder, der die Lust verspürt, den Vortrag Schürmayer's nachzulesen, die Nr. 19 der Allgem. med. Zentralzeitung sich verschaffen; er wird nach der Lektüre der Ansichten Schürmayer's über dieses ebenso verwundert den Kopf schütteln, wie ich. —

Bei der Unkenntnis, die Schürmayer im Hinblick auf die pathologische Anatomie der Cholelithiasis an den Tag legt, kann es nicht Wunder nehmen, dass seine kombinierte Methode der Behandlung Gallensteinkranker nach jeder Richtung hin der nur bei Naturheilkundigen üblichen Therapie gleicht. Es gibt nichts, was Schürmayer nicht anwendet: Elektrizität, Massage mit Hand und Apparat, Vibrationsmassage, Oscillationstherapie, körperliche Gymnastik mit und ohne Apparate, Atemgymnastik mit und ohne Apparate, Bewegungstherapie dito, Balneotherapie, Hydrotherapie, Thermotheapie, elektrische Wärmekissen, Elektrothermophore, Sandbäder, lokale Glühlampenbäder etc. Dazu gibt er Arzneimittel; denn welcher Patient wäre wohl zufrieden, wenn er keinen Tee oder keine Arznei bekommt? Er sagt zwar, dass es bei ihm keine Geheimnisse gäbe, doch gibt er die Zusammensetzung seiner Arznei nicht an. Doch damit nicht genug: er empfiehlt noch eine typische Lage, Taxis genannt (nicht zu verwechseln mit der Taxis eingeklemmter Brüche!), welche Eigenschaften haben soll, deren Schilderung jeden ins höchste Erstaunen setzen muss. Selbst zur Beseitigung von Adhäsionen wird eine symptomatische Behandlung eingeleitet. Zuletzt kommt die Nachkur mit der „allbewährten Trinkkur“. Ich gehe nicht weiter auf die märchenhaft klingenden Auseinandersetzungen ein, in denen er natürlich immer vor den extremen Chirurgen warnt, die „von ihrem vermeintlichen Alleskönnen zu sehr beeinflusst sind“. Es wäre allerdings traurig und schlecht um uns bestellt, wenn wir so lückenhafte Kenntnisse von dem Wesen der Cholelithiasis hätten, wie Schürmayer. Die Schürmayer'sche Kur wirkt durch die Mittel, die auch anderweitig erprobt sind: durch die Atmungsgymnastik, die Laxantien, die Ruhe-, Thermophor- und Trinkkur und was er sonst noch hinzufügt, das geschieht nur deshalb, um den Patienten die Macht der zahlreich zu Gebote stehenden Mittel zu zeigen und sie durch eine Polypragmasie, die gerade dem Nichtkönner eigen ist, recht zu verblüffen. Alle Patienten, die erst eine Kur bei Schürmayer durchmachten und dann in meine Behandlung traten, erzählten von den Mengen Steinen, die er durch seine Mittel abgetrieben habe, aber fast keiner hatte von diesen Steinen etwas ge-

sehen oder sie mit nach Hause nehmen dürfen. Ich bin überzeugt, dass die meisten dieser abgetriebenen Steine weiter nichts waren als verseiftes Fett, wie das in einem Falle mit positiver Sicherheit festgestellt wurde, wo ausnahmsweise der Patient seine Gallensteine mitbekam. Bei näherer Besichtigung „entpuppten sie sich als verseiftes Fett“. Die Abbildungen in der Allgem. med. Zentralzeitung Nr. 19 zeigen uns Steine mit einem Kakaobutterheiligschein, und wenn ich diese Steine ausschliesslich zur chemischen resp. mikroskopischen Analyse bekommen könnte, es würde mir eine Kleinigkeit sein, nachzuweisen, dass sie mit Gallensteinen nichts zu tun haben.

Ich habe es bisher unter meiner Würde gehalten, über die Therapie Schürmayer's in Diskussion zu treten, da er es niemals für nötig hielt, in einer Fachzeitung über seine Kur zu berichten; natürlich „wollte er seine neuen Gedanken erst auf ihre Leistungskraft prüfen!“ Aber das hielt ihn nicht ab, schon seit Jahren bei den Gallensteinkranken selbst durch Versenden von Prospekten und Zirkularen für seine Kur Reklame zu machen. Erst in jüngster Zeit ist er mit seiner sog. „wissenschaftlichen“ Mitteilung hervorgetreten; nun halte ich es für angezeigt, die Schürmayer'sche Kur einer Kritik zu unterwerfen, und ich komme zu dem Schluss: Sie bringt absolut nichts Neues, Schürmayer schlägt ihm Gegenteil eine Behandlung ein, die für viele Fälle schadet; — und schafft er Nutzen, so ist nicht er daran Schuld, sondern die Krankheit selbst, die eine ungemein grosse Neigung zur Latenz hat, auch bei verkehrtester Behandlung. Und solch' ein Mann wagt die Forderung an uns zu stellen, die extreme Chirurgie müsse physiologischer denken lernen! Wer eine Krankheit behandeln will, muss vor allen Dingen ihr Wesen kennen. Ich behaupte, dass die meisten Vertreter der operationslosen Behandlung kaum eine Ahnung haben, wie es bei einem Gallensteinkranken im rechten Oberbauch aussieht. Sie können daher gar nicht wissen, welche Fälle sich für die innere Behandlung und welche sich für die operative eignen. Und deshalb sollten sie die Behandlung Leuten überlassen, die von der Sache etwas verstehen. Ich bin vielleicht etwas scharf in meinem Urteil. Aber den ehrlich denkenden und wissenschaftlich strebenden Arzt muss es em-

pören, wenn den Laien solche Märchen aufgetischt und Kranke der Operation entzogen werden, denen man leicht hätte helfen können. Ich habe kein Verlangen nach mehr Arbeit; denn trotz der reklamehaften Anpreisungen „operationsloser Gallensteinbehandlung“ nimmt die Zahl der Operationsbedürftigen in meiner Klinik von Monat zu Monat zu. Es ist mir demnach auch ganz gleichgültig, ob Schürmayer 400 oder 4000 Gallensteinranke in seiner Anstalt mit seiner Kur beglückt. Aber wenn ich bedenke, welche Arbeit und welcher Fleiss nötig waren, damit ich die Cholelithiasis in ihrem wahren Wesen richtig zu erfassen lernte, und wenn man sich überlegt, auf Grund welcher mangelhaften Kenntnisse und Erfahrungen oft die operationslose Therapie betrieben wird und wie gern die Patienten sich ihr anvertrauen, dann möchte man alles Kurieren am liebsten „an den Haken hängen“. Mit der Zeit bricht sich das Gute aber doch Bahn, und so wird auch die Gallensteinchirurgie in einem Glanze erstrahlen, der die angeblichen Heilungen und rätselhaften Erfolge kurpfuschender Personen als Lüge und Betrug hinstellen wird.“ —

Glaser, Clemm, Schürmayer, allen drei ist gemeinsam, dass sie bei frühzeitiger Behandlung völlige Heilung versprechen. In diesem Stadium erreichen wir aber auch ohne Cholelysin und Chologen und dem Schürmayer'schen Tee, durch die einfache Ruhe- und Thermophorkur dieselben guten Resultate; denn die Natur selbst sorgt bei einer einigermaßen verständigen Unterstützung von seiten des Arztes dafür, dass in der Gallenblase und in den Gallengängen Ruhe eintritt und die Entzündung und damit die Schmerzen zurückgehen. Die Mittel, die nebenbei die drei Obengenannten anwenden, sind völlig Nebensache; sie bedeuten für mich weiter nichts als Lockmittel, durch welche das Publikum angezogen werden soll. Wie Musik klingen die Namen Chologen und Cholelysin und die geheimnisvolle Kur, die Schürmayer anwendet, ist nur dazu angetan, der betörten Menge die Möglichkeit einer Heilung zu suggerieren.

Es ist traurig, dass ich über drei Aerzte so abfällig urteilen muss; ich kenne keinen persönlich und habe bei meiner Kritik nicht die Person, sondern nur die Sache im

Auge. Aber wenn ich die Aufgabe erfüllen soll, die Wissenschaft zu hüten und zu fördern, so muss ich alles von ihr fernhalten, was nicht den Forderungen einer wissenschaftlichen Kritik entspricht. Von meinen Operierten haben mehr als 100 Chologen und Cholelysin — oft monatelang — eingenommen, ohne dass ich auch nur die geringste Veränderung an den Steinen wahrgenommen hätte. Ich bleibe deshalb bei meiner Behauptung: Eine steinauflösende Wirkung besitzt weder Chologen noch Cholelysin.

Ganz meiner Meinung ist Klemperer, der sich über neue Mittel gegen die Gallensteinkrankheit in der Therapie der Gegenwart 1904, Nr. 9, folgendermassen äusserte:

„Bekanntlich sind alle Mittel und Methoden, die wir gegen die Gallensteinkrankheit anwenden, von sehr unsicherem Erfolge. Wir vermögen zwar mit einiger Sicherheit Patienten, die ihre Gallensteine gänzlich losgeworden sind, vor Rezidiven zu bewahren, indem wir ihnen durch rüstigen und frugalen Lebenswandel, durch Enthaltbarkeit und Bewegung einen gesunden Zustand der Magendarmschleimhaut und eine normale Schnelligkeit der Blut- und Gallenströmung verschaffen. Aber wir sind niemals in der Lage, jemand zu versprechen, dass er durch unsere Hilfe einen oder mehrere Gallensteine loswerden wird. Oft genug wird dies durch Karlsbader Kuren, oft auch ohne Karlsbad durch vieles Wassertrinken und viele Bewegung erreicht, oft scheint Oelschlucken oder Oelklystier, oft auch ein Medikament (Podophyllin, Jodkalium, gallensaures oder ölsaures Natron) wirksam, — aber jedem sind Fälle von Gallensteinkolik bekannt, die aller inneren Therapie zum Trotz sich wiederholen und schliesslich doch nur operativ geheilt werden können. Sehr treffend nennt Ewald in einer eben erschienenen Abhandlung*) die innere Behandlung der Gallensteinkoliken eine „Lotterie“, in welche die Patienten einsetzen. Bei dieser Lage der Dinge ist die Geneigtheit der Aerzte verständlich, neu empfohlene Mittel gegen Gallensteinkolik in Anwendung zu bringen; aber diese Geneigtheit sollte stets in der notwendigen Kritik ihre Grenze finden. Vor einiger Zeit hat ein schweizerischer Arzt Dr. Glaser

*) Erkrankungen der Gallenblase und Gallengänge in Karewski's „Moderne ärztliche Bibliothek“ H. 9.

eine Komposition verschiedener Substanzen unter dem klangvollen Namen „Chologen“ gegen Gallenstein empfohlen. Es sind mir nun nicht weniger als fünf Manuskripte zugegangen, in welchen dies Mittel zur Anwendung empfohlen wird und zwar auf Grund von Erfolgen, die in je 3—8 Fällen erzielt worden sind. Ich denke aber der Zustimmung meiner Leser sicher zu sein, wenn ich auf den Abdruck dieser Arbeiten verzichte und statt dessen einige Worte über das neue Mittel sage, dessen Einführung und Lanzierung durchaus zu verurteilen ist. Nach der Angabe des Erfinders besteht das Chologen aus Kalomel, Podophyllin, Melisse, Kampher und Kümmel. Nun ist Kalomel namentlich von englischen Aerzten, später auch von dem russischen Kliniker Sacharjin gegen Gallensteine empfohlen worden, aber schliesslich haben häufige Misserfolge von der weiteren Anwendung abgehalten. Auch Podophyllin hat um seiner gallentreibenden Wirksamkeit willen bereits eine kurze Blützeit als Gallensteinmittel hinter sich. Schliesslich mag jeder Kollege, der auf Kalomel oder Podophyllin baut, diese Mittel in unschädlichen Gaben verschreiben; die Erfolge werden nicht besser und nicht schlechter sein, als bei andern inneren Medikationen gegen Gallenstein. Man braucht doch nur daran zu denken, dass 70—80% aller Gallensteinkoliken bei magenschonender Diät und reichlichem Trinken auch ohne Medikament heilen, um die nötige Kritik sich zu wahren. Aber mit welchem Recht wird eine Zusammenstellung der beiden Substanzen mit einem Namen bezeichnet, der unwillkürlich die Vorstellung einer besonderen Wirksamkeit erweckt? Wenn sich die Gewohnheit einbürgern sollte, beliebige Medikamente zweifelhafter Wirksamkeit in neuen Zusammenstellungen unter lockenden Etiketten gegen bestimmte Krankheiten anzupreisen, so wäre der Kurpfuscherei und dem Geheimmittelschwindel Tür und Tor geöffnet. Es scheint mir, als ob ein Arzt, der „Chologen“ gegen Gallenstein verordnet, sich zum Mitschuldigen eines sonst gewiss perhorreszierten Verfahrens machte. Ich zweifle natürlich nicht an der bona fides der Herren Einsender, die ihre Chologenerfolge rühmen, aber ich glaube, dass sie nun selbst bereit sein werden, lieber Kalomel und Podophyllin an Stelle der „Patentmedizin“ zu verschreiben. Ich habe übrigens im Lauf des letzten

Jahres schon fünf Gallensteinkranke gesehen, die die Chologenkur genau nach den Vorschriften des wunderbaren Prospektes ohne jeden anderen Erfolg als den sehr starker Diarrhöen angewendet hatten.“

Das Urteil Klemperer's über das Stroschein'sche Cholelysin habe ich bereits oben mitgeteilt. Zum Schluss macht Klemperer eine Bemerkung, die sehr gut auf die Schürmayer'sche Gallensteinklinik passt:

„Nach dem Gesagten sind auch die Kuren zu beurteilen, die neuerdings in sogenannten „Gallenstein-Sanatorien“ vorgenommen werden. Was daran gut ist, kann jeder Arzt bequem bei seinen Patienten durchführen, wenn sie nur einigermassen willig und verständig sind. Was aber an „neuen“ und „individualisierenden“ Methoden in manchen Sanatorien zur Anwendung gebracht wird, ist so wenig wissenschaftlich zu begründen und praktisch so wertlos, dass wir unsere Patienten vor dem Besuch derselben nur warnen können.“ —

Ich habe absichtlich bei der Beurteilung innerer Kuren Autoren wie Ewald, Klemperer, Rosenheim und Nannyn zitiert, nicht aus Bequemlichkeit, sondern um von mir den Vorwurf fernzuhalten, als ob ich mich als Chirurg den Bestrebungen innerer Aerzte gegenüber von vorneherein ablehnend verhalte. Denn ein Chirurg, dessen Hauptbeschäftigung es ist, Gallensteine zu operieren, kommt leicht in den Verdacht, dass er bestrebt sei, neu aufkommende Mittel, denen man nachrühmt, dass sie Gallensteine auflösen, zu unterdrücken. Mich leitet diese Absicht nicht; nur objektive Wissenschaftlichkeit, die sich auf viele Beobachtungen und Erfahrungen gründet, legt mir die Pflicht auf und gibt mir das Recht, über Kuren, wie die mit Chologen und Cholelysin usw. abfällig zu urteilen. Wenn wir die Prospekte lesen, durch welche die Böningk'sche chemische Fabrik in Berlin Cholosan oder die Deichmann'sche Fabrik in Mannheim Gallin als bewährte Gallensteinmittel empfehlen, so werden wir diese von vielen Fabriken beliebte Art der Reklame streng verurteilen; und von Aerzten sollten wir sie dulden? Schon aus dem Grunde, weil die betreffenden Aerzte besondere Namen, wie Cholelysin, Chologen, Bilisolvol für ihre Arznei für nötig halten, sollten wir grundsätzlich ihre Verwendung bei der Behandlung der Gallensteinkrankheit verabscheuen.

Ich hatte ursprünglich die Absicht, der Kurpfuscherei auf dem Gebiete der Gallensteinbehandlung in diesem Vortrag einen besonderen Abschnitt zu widmen, doch fand ich nicht die Zeit dazu, mich in dieser Literatur umzusehen. Aber es wäre eine dankbare Aufgabe, wenn ein Arzt einmal diesen Schwindel gründlich aufdeckte. Dass bei der Neigung zur Latenz die Cholelithiasis ein recht günstiges Arbeitsfeld für die Kurpfuscher darstellt, ist von vorneherein klar. Die 50—80% Latenz, die die Natur herbeiführt, nehmen natürlich unter allen Umständen die Kurpfuscher für sich in Anspruch; auch benützen sie die Tatsache, dass das Olivenöl im Darm verseifte Oelklumpen bildet, um den Kranken ad oculos zu demonstrieren, wie abtreibend auf die Gallensteine ihre Kür wirkt. Die meisten Kranken glauben auch in der Tat, dass die abgegangenen Oelkugeln Gallensteine sind. So wohnt, um von den vielen Kurpfuschern nur einen zu nennen, in Bruchsal ein gewisser Heinrich Vinnai, der einen grossen Zulauf von Gallensteinkranken hat. Ihm konnte Professor Stark-Karlsruhe nachweisen, dass die Steine, die er abtreibt, nichts weiter als Oelklumpen sind. Recht bedauerlich ist, dass medizinische Fachzeitungen in ihren Annonzenteil Anpreisungen von Mitteln aufnehmen, denen man ungeahnte Erfolge nachrühmt. So empfiehlt die chemische Fabrik Erfurt ein vorzüglich erprobtes Mittel Extr. fluid. Orthos gegen Gallensteine mit dem Bemerken, dass „dieses Mittel an schneller Wirkung die beliebtesten Wasser übertrifft und operativen Eingriff ganz entbehrlich macht.“ — Es wäre empfehlenswert, wenn unsere medizinischen Zeitschriften derartige Annonzen ablehnten. — Jüngst las ich von einer Frau in der Nähe von Göttingen, die Schafläuse als unfehlbares Mittel gegen Gallensteine und Gelbsucht empfiehlt. Ob sie dieselben zu einer Medizin verarbeitet, war nicht angegeben. Es sollte mich nicht wundern, wenn auch diese Frau in 80% der Fälle gute Erfolge hätte. In meiner Nachbarstadt Goslar wird ein Gallensteintee vertrieben, der im Rufe steht, mit Sicherheit die Steine aufzulösen. Ein Kurpfuscher schlimmster Sorte ist ein gewisser Offermann in Cöln, ein Heilmagnetopath, dessen schwindelhafte Kuren auf dem Gebiete der Gallensteinbehandlung bereits von Dr. Hammesfahr in Bonn gründlich aufgedeckt sind.

In den „Aerztlichen Mitteilungen“ hatte ich bekannt gemacht, dass ich mich zurzeit mit Nachforschungen über die Kurpfuscherei auf dem Gebiete der Gallensteinkrankheit beschäftige und ich hatte die Herren Kollegen darum gebeten, mir diesbezügliches Material zur Verfügung zu stellen. Leider haben nur wenige Kollegen — unter diesen bin ich besonders den Herren Dr. Alexander-Breslau und Dr. Hammesfahr-Bonn für ihre ausführlichen Mitteilungen zu Dank verpflichtet — mir ihre Erfahrungen mitgeteilt. Immerhin geht aus denselben hervor, dass die Kurpfuscher das Hauptgewicht darauf legen, dass die von ihnen verordneten Mittel abführend wirken und dass in den Stuhlgängen Gebilde zum Vorschein gebracht werden, die mit Gallensteinen eine gewisse Aehnlichkeit haben. Fast sämtliche Kurpfuscher benutzen, wie gesagt, die Eigenschaft des Olivenöls, im Stuhlgang verseifte Oelklumpen zu bilden, dazu, um dem Kranken den Glauben zu erwecken, dass die abgegangenen Oelklumpen Gallensteine seien. Da nun fast jede Abführkur eine Latenz der Gallensteine herbeizuführen vermag, so wird der Kranke bei Eintritt der Symptomlosigkeit in der Ueberzeugung, dass es sich wirklich um abgegangene Gallensteine handelt, nur bestärkt. Kommen keine Klumpen resp. grössere Gebilde zum Vorschein, so werden die feinen Beimengungen, wie sie jedem Stuhlgang eigentümlich sind, als Gallensteine dem Kranken hingestellt. Man sollte nicht glauben, dass auf diesen plumpen Schwindel fast jeder Gallensteinkranke hereinfällt; aber die Tatsache besteht. Folgende Beobachtungen mögen das Gesagte illustrieren:

„Gallin“, welches ein Bruno Deichmann in Mannheim fabriziert, gebrauchte eine von mir operierte Patientin, die schon seit Jahren an einem chronischen Hydrops der Gallenblase litt. Sie wurde auf das „Gallin“ durch eine Annonce in der „Magdeb. Zeitung“ aufmerksam, wandte sich direkt an den Fabrikanten, der ihr sofort das Mittel zustellte. Patientin nahm die Arznei genau nach Vorschrift. Der Erfolg blieb aus, die „Steine“, die abgingen, waren verseifte Oelklumpen. Ich habe sie selbst untersucht. Und die Operation ergab, dass das Medikament ohne allen Erfolg bleiben musste. Ich fand eine grosse, prallgefüllte Gallenblase, im Hals feststeckend zwei haselnussgrosse Steine. Der Cysticus war so eng, dass kaum eine feine Sonde

passierte; Steine sind hier nie abgegangen. Der Inhalt der Gallenblase war eine trübe, schmierige, mit Eiterflocken vermengte Masse, die Schleimhaut selbst war völlig ihres Epithels beraubt, die Gallenblasenwand stark verdickt. Es ist unverantwortlich, wenn ein Fabrikant sein Gallensteinmittel jedem Gallensteinranken zuschickt; er kann doch nicht wissen, welche Form der Gallensteinkrankheit vorliegt, ob nicht etwa ein Empyem der Gallenblase besteht. Es könnte wirklich nicht schaden, wenn gegen das Verschicken von Gallensteinmitteln, wie es Deichmann mit seinem „Gallin“ tut, polizeilich oder gerichtlich vorgegangen würde. Ich will nichts dagegen einwenden, wenn ein Fabrikant das Olivenöl so herstellt, dass es von den Kranken ohne Widerwillen eingenommen werden kann; er mag seiner Arznei auch einen besonderen Namen geben. Aber er soll das Mittel den Ärzten zur Verfügung stellen, nicht direkt den Patienten ohne Wissen des Arztes, wie es im obigen Fall geschah. Tut er das doch, so muss er sich eben den Vorwurf eines „Kurfuschers“ gefallen lassen.

Die Bestandteile des „Gallin“ sind folgende:

Flasche Nr. 1: Dopp. kohlen. Natrium, schwefels. Natrium, schwefels. Kalium, Chlornatrium, Glycerin, Weingeist, Manna, Löwenzahn, Himbeeren, Fenchel, Anis.

Flasche Nr. 2: Hagenbuttenöl (nach eig. Verfahren hergestellt) mit dopp. kohlen. Salzen, aromatisiert mit Gaultheria — Bittermandel — Pfefferminzöl. —

Wie solche schauerhafte Kompositionen auf Magen und Darm einwirken, kann sich jeder leicht vorstellen.

Die Gebrauchsanweisung für „Gallin“ ist folgende:

„Gebrauchsanweisung für Gallin“,

ein sicher wirkendes Präparat, welches innerhalb 25 Stunden — je nach Alter und Härte der Steine — den gefahr- und schmerzlosen Abgang der erweichten Gallensteine bewirkt.

Man nehme in einem Trinkglas die Hälfte der Flasche Nr. 1 und zirka 4 Stunden darauf den ganzen Inhalt der Flasche Nr. 2 in mehreren Zügen, lege sich darauf zu Bett mit der linken oder rechten Seite — je nach Gewohnheit — zwischen Hüfte und kurzer Rippe auf 2 aufeinander liegenden Kopfkissen oder auf einer Schlummerrolle und halte diese Lage ca. 9 Stunden bei.*) Nach Verlauf der 9 Stunden nehme man eine bequeme Lage im Bette ein oder stehe auf und nehme alsdann den

*) Lagerung à la Schürmayer.

Rest der Flasche Nr. 1, worauf in kurzer Zeit die Gallensteine in weichem Zustande in Linsen — bis zu Walnussgrösse — oft in Mengen bis zu 1000 Stück (teils auch in griesartigen Massen) in grüner und andern Farben schmerzlos durch den Stuhlgang abgehen.

Falls sich später infolge Ausheilung der Leber noch Schmerzen in der Lebergegend einstellen sollten, mache man auf der schmerzenden Stelle einen Priessnitzschen Umschlag.

Die Kur beginne man am besten nachmittags gegen 4 Uhr.

Vor dem Gebrauch ist jede Flasche kräftig zu schütteln; der Inhalt der Flasche Nr. 1 darf durch Zusatz von Zucker versüsst werden, der Inhalt der Flasche No. 2 muss nach dem Eingiessen in dem Glase mehrmals umgerührt und dieses Glas zirka 15 Minuten in ein Gefäss mit kaltem Wasser gestellt werden, damit die Flüssigkeit abgekühlt wird und somit angenehmer zu nehmen ist. Diese Flüssigkeit, das heisst der Inhalt der Flasche Nr. 2 darf in mehreren Zügen innerhalb 30 Minuten eingenommen und dazwischen etwas Kaffee, Milch oder Wasser getrunken werden.

Der Kranke nehme ca. 4 Stunden vor Beginn der Kur die letzte und zwar eine leichte Mahlzeit zu sich; während der Kur sind Speisen zu meiden, dagegen sind Getränke wie Milch oder gutes Trinkwasser gestattet.

Nach Abgang der Steine nehme der Patient erst eine sehr leichte Mahlzeit zu sich, ca. 3 Stunden darauf ist eine kräftigere Mahlzeit gestattet, jedoch meide man scharfe Gewürze, Alkohol und kohlensaurer Getränke. Der Genuss von Gemüse, Obst und Rettig, sowie Bewegungen und Tiefatmungen im Freien sind nach der Kur zu empfehlen.

Es ist zu empfehlen, während einer Gallensteinkolik die Kur nicht zu beginnen; erst nach Aufhören der Kolik und wenn sich der Kranke sichtlich erholt hat, wolle er die Kur anwenden. Man nehme daher rechtzeitig „Gallin“ und warte nicht, bis die Schmerzen wieder beginnen.

Eine Kritik, wie „Gallin“ beim Gallensteinleiden wirken soll, erübrigt sich. Es ist immer wieder derselbe Vorgang: Das Oel kommt als verseifte Klumpen zum Vorschein; diese werden für „Gallensteine“ gehalten, und wer nach einer solchen Abführkur sich wohl fühlt, stellt dem Fabrikanten ein Attest aus, in dem er die Wunderkraft der Arznei preist. Da sind taubeneigrosse Steine (Attest Nr. 3617) und solche von Haselnussgrösse (Attest Nr. 3708) abgegangen. Würde man derartige Gebilde untersuchen, so würde sich bald herausstellen, dass das keine Gallensteine sind.

Die Bönigk's Chemische Fabrik (Ernst Wulkow, Berlin SO., Skalitzerstr. 125) vertreibt ein bewährtes Gallensteinmittel, Cholosan, jetzt Lithosan genannt. Der Prospekt über dieses Mittel lautet:

Unter dem Namen „Cholosan“ bringen wir ein wirksames Mittel gegen Gallensteinerkrankungen in den Handel. Dieses so weit verbreitete schmerzhaftes Leiden trotz in den meisten Fällen aller ärztlichen Kunst. Wer jemals von ihm befallen war, oder noch ist, wird mit Freuden unser Cholosan versuchen, das wohl fast immer die gewünschte Hilfe bringen wird. Vorweg schliessen wir natürlich alle diejenigen Erkrankungen der Leber aus, die durch grobe anatomo-

mische Veränderung der Substanz erfolgt sind, wie z. B. Schrumpfung oder Krebs der Leber. Vorzügliche Erfolge aber werden erzielt bei Gallensteinen, Vergrößerung, Anschoppung der Leber und Gelbsucht, sowie die hiermit im engsten Zusammenhange stehenden Erkrankungen des Magen-Darmkanals. Den bei weitem grössten Teil aller Gallensteinen stellt das weibliche Geschlecht, da die Entstehung der Steinbildung durch alles das begünstigt wird, was den Gallenabfluss behindert: Schnürleber durch unzweckmässige Kleidung, sitzende Lebensweise, Erschlaffung der Bauchdecken, Diätfehler bei ungenügender Ernährung und übermässiger Körperanstrengung. Von der Darreichung interner Mittel gegen Gallensteine war man gänzlich zurückgekommen, da die Unzweckmässigkeit aller angepriesenen Medikamente bald zu Tage trat. Bei dieser kritischen Sichtung aber hat man vielleicht manches verworfen, was richtig kombiniert, den Ruf eines guten Remediums vollauf verdient. Man behilft sich lediglich mit Karlsbader Kuren, die aber immerhin nur einen beschränkten Erfolg zeitigten, und ein Besuch von Karlsbad selbst auch nur der begüterten Klasse möglich wird.

Als eine glückliche Zusammenstellung einzelner, an und für sich gänzlich unschädlicher, aber wirksamer Substanzen, ist unser Cholosan zu betrachten, dessen einzelne Bestandteile nach den verschiedensten Richtungen hin ihre günstige Einwirkung auf den Organismus entfalten. Die Wirkungen von Tr. rhei aquosa als vorzügliches Tonicum, von Glycerin bei Digestionsstörungen und trockenem hartem Stuhl, von Lithium bei Steinbildung, von Natr. bicarbonicum auf die Magensaftsekretion sind ja allgemein bekannt und anerkannt. Bei dem Gebrauch von Cholosan wird die Gefahr der Steineinklemmung wesentlich gemindert, die Steine stossen sich unter Anfällen von geringer Heftigkeit aus, und der Verlauf der Erkrankung gestaltet sich so günstig, dass bald eine völlige Heilung eintritt. Aeusserst angenehm im Geschmack, wirkt Cholosan appetitanregend und kräftigend. Dem Arzte glauben wir mit diesem Mittel eine wichtige Handhabe zur Bekämpfung des so weit verbreiteten Leidens der Gallensteinerkrankung hiermit gegeben zu haben. Gebrauchsanweisung und Zusammensetzung von Cholosan ist jeder Flasche aufgedruckt. Preis per Flasche 5 Mk.

Die betreffende Fabrik wird in Erfahrung gebracht haben, welche gute Geschäfte mit dem Cholelysin, Chologen, Bilisolvol etc. gemacht worden sind und hat infolgedessen ein Mittel zusammengestellt, das nach dem Prospekt die wunderbarsten Erfolge erzielt. Jeder Arzt, der die Preise für Tct. rhei, Glycerin, Natr. bicarb. etc. kennt, kann sich nur darüber wundern, dass die Flasche 5 Mk. kostet und schon aus diesem Grunde wird er hoffentlich niemals seinen Gallensteinranken Lithosan verschreiben.

Vor zwei Jahren wurde mir aus Erfurt eine Dame zur eventuellen Operation zugeschickt: sie litt, wie eine genaue Untersuchung und Beobachtung ergab, an leichter seröser Cholecystitis. Eine gründliche Thermophor- und Ruhekur hatte sie noch nicht gebraucht und da zurzeit eine Indikation zur Operation nicht vorlag, riet ich ihr, zu Hause vier Wochen lang den Thermophor zu gebrauchen und dabei Karlsbader Wasser zu trinken. Dies geschah und es schien auch Ruhe

im Gallensystem einzutreten. Aber da doch die Anfälle wiederkehrten, zog sie es vor, einen Kurpfuscher — den Heilkünstler Friedrich Vollrath in Wandersleben bei Gotha — zu Rate zu ziehen und dieser verordnete die folgende Kur:

Homöopathische I. Kur, 6 Wochen lang mit achttägiger Pause zweimal zu gebrauchen.

Hepar sulphur., Calcarea carbon., Silicea, Lachesis, Sulphur, Nux vomic., von jedem Mittel 5 Körnchen oder 10 Tropfen in $\frac{1}{2}$ Liter Wasser aufgelöst resp. gemischt. Von dieser Mischung halbstündlich einen Esslöffel voll den Tag über zu nehmen, sodass etwa binnen 10 Stunden dies Quantum aufgebraucht ist. Das Wasser muss kühl gehalten werden, sobald es abgestanden ist, darf es nicht weiter gebraucht sondern muss die Mischung erneuert werden. Zu meiden sind Kaffee, starke Gewürze, Alkohol, ferner jede Anstrengung der Bauchmuskeln und Druck auf die Magengegend. Gemütsbewegungen sind schädlich.

Bald nach Beginn der Kur wird sich bemerkbar machen, dass sich die Steine in Bewegung setzen und allmählich auf natürlichem Wege, ebenso der Gries in der Leber abgehen.

Sollte nach dieser Kur nicht völlige Erleichterung eingetreten sein, ist die 2. Kur nach vierwöchentlicher Pause zu beginnen.

Die nachstehenden Mittel sind in $\frac{1}{4}$ Liter Wasser zu lösen und tagsüber zweistündlich zu nehmen; Antimon. crud., Aconitum nap., Pulsatilla, Ipecacuana, Nux vomica.

Die Kur soll der Patientin ausgezeichnete Dienste geleistet haben. Diese Tatsache ist für mich nur der Beweis, dass die leichte seröse Cholecystitis vorlag, die bei und trotz jeder Kur latent wird. Dass durch die obigen Mittel Steine abgetrieben werden, ist von vornherein ausgeschlossen.

Leider muss ich darauf hinweisen, dass es auch unter den Aerzten „Kurpfuscher“ auf dem Gebiete der Gallensteinbehandlung gibt. Wer Gallensteinkranke „brieflich“ behandelt und eine Arznei empfiehlt, deren Zusammensetzung nicht angegeben wird, muss sich gefallen lassen, wenn er zu den „Kurpfuschern“ gezählt wird. Ein Kollege schickte mir folgende Gebrauchs-Anweisung zu, mit dem Bemerkten, dass nach dieser eine Patientin gegen Entgelt von 20 Mk. von Dr. Franke-Offenbach behandelt worden sei, ohne dass dieser die Patientin gesehen hat. In Wirklichkeit hatte die arme Witwe gar keine Gallensteine.

Die Gebrauchs-Anweisung lautet:

A. Vorkur. Dieselbe soll mindestens 2 Tage umfassen, kann aber bis auf 5 Tage ausgedehnt werden, falls Patient die eigentliche Kur nicht zeitiger machen kann. Die Vorkur besteht darin, dass Patient ohne jede Aenderung der Lebensweise 4 mal 5 Tropfen täglich aus dem kleinen Fläschchen Nr. 1 in einem Teelöffel abgekochten kalten Wasser 10 Minuten vor dem Essen einnimmt.

B. Eigentliche Kur. Dieselbe dauert nur einen Tag. Am besten beginne man die Kur abends 7 Uhr, indem der Extrakt aus Flasche Nr. 2 langsam im Verlauf von 10 Minuten ausgetrunken wird. Danach sind einige Schlucke guten schwarzen Kaffees erlaubt. Es folgen darauf mehrere breiige Stuhlgänge, die man wegschüttet. Am nächsten Morgen 7 Uhr ist Extrakt Nr. 3 (in gleicher Weise wie Nr. 2) zu nehmen. Stellt sich jetzt das Bedürfnis etwas zu geniessen ein, so ist ein weiches Ei erlaubt, auch Schleim gestattet.

Um 10 Uhr Vormittags, also 3 Stunden nach Einnahme von Extrakt Nr. 3, trinke man auf einmal die Medizin aus Flasche Nr. 4; auch danach ist wenig schwarzer Kaffee erlaubt (event. auch Eis in kleinen Stücken).

Hierauf lege man sich sofort zu Bette in folgender Lagerung, die genau zu befolgen ist; Man rolle ein Federunterbett oder 4 Kopfkissen fest zusammen und umschnürt diese mit Band, so dass eine dicke feste Rolle entsteht. Man legt sich nun mit der rechten Bauchseite*) auf diese Rolle und unterstütze den Rücken nach Möglichkeit. Kopf und Füße müssen eine tiefere Lage als der Rumpf haben. In dieser Lage verbleibt Patient 5 Stunden. Ein kleines Kissen ist als Stütze für den Kopf gestattet.

Damit sich Patient von dem Abgange der aufgelösten Gallensteine Ueberzeugung verschaffen kann, ist der gesamte Stuhlgang nach Einnahme der Medizin Nr. 4 aufzuheben und nach der Kur um 3 Uhr zu untersuchen.

Dieses geschieht am leichtesten; Man spült diesen Stuhlgang auf einem engen Drahtsiebe so lange mit kaltem Wasser unter vorsichtigem Umrühren mit einem Holzstücke ab, bis die Gallensteine auf dem Siebe frei liegen.

Die Gallensteine sind vollständig erweicht, wie Gallerte oder Schmierseife von gelbbrauner bis gelbgrüner Farbe und oft in langgezogenen Formen, weil sie sich beim Passieren dem Gallengange anpassen.

Allein der letzte Passus genügt, um mir zu beweisen, dass Dr. Franke eine Kur verordnet, ohne von den pathol.-anatomischen Vorgängen der Cholelithiasis auch nur die geringste Ahnung zu haben. Flasche Nr. 4 ist natürlich irgend ein Oel und die erweichten Steine Oelklumpen. Summa: derselbe Schwindel!

Mir sind durch die Angaben meiner Kranken noch mehrere Aerzte bekannt geworden, die gleich Kurpfuschern sich mit der Abtreibung von Gallensteinen auch „brieflich“ beschäftigen. Es lässt sich eben bei der grossen Neigung der Cholelithiasis zur Latenz auf diesem Gebiete noch ein gutes Geschäft machen und diese Tatsache wird an vielen Orten recht ausgenützt. Das karge Einkommen und die bittere Not zwingen manchen, seiner wissenschaftlichen Ueberzeugung untreu zu werden und „Behandlungsmethoden“ zu erfinden, die sich wenig von denen der Kurpfuscher unterscheiden. Manche mögen auch wirklich an die Heilkraft ihrer Arzneien glauben: damit beweisen sie aber nur eine totale Unkenntnis der Erscheinungen, unter denen die Cholelithiasis verläuft.

Kehren wir nach diesem gerade nicht ergötzlichen Ab-

*) Schürmayer macht's umgekehrt. Wer hat recht? —

stecher in das Gebiet der Kurpfuscherei zu der Behandlung der Cholelithiasis nach wissenschaftlichen Grundsätzen zurück!

Ich hatte oben die Bedingungen aufgeführt, die erfüllt werden müssen, wenn wir eine Heilung der Cholelithiasis erreichen wollen. Dieselben lauteten: 1. Auflösung resp. Entfernung sämtlicher Steine und Steintrümmer. 2. Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Gallenwege. 3. Beseitigung der die Infektion der Galle unterhaltenden Mikroben und der durch diese bedingten entzündlichen und geschwürigen Veränderungen der Schleimhaut im Gallensystem.

Wir müssen leider feststellen, dass die innere Medizin keine dieser Bedingungen vollständig erfüllen kann und wollen jetzt untersuchen, ob die Chirurgie in dieser Beziehung bessere Leistungen aufzuweisen vermag.

Zu diesem Zwecke ist es nötig, Ihnen in grossen Umrissen die Operationen zu schildern, die der Chirurg am Gallensystem ausführt, damit Sie sich selbst ein Urteil bilden können, wie er imstande ist, die drei obengenannten Forderungen zu erfüllen.

Zuvor gestatten Sie mir einige Bemerkungen.

Die Operation der Gallensteine ist ein Eingriff, der in bezug auf die Technik des Arztes die grössten Anforderungen stellt. Nur wenige Chirurgen haben an einem grossen Material so viel Erfahrung sammeln können, dass sie allen unvorhergesehenen Zwischenfällen, an denen die Gallensteinchirurgie so reich ist, gewachsen sind. Die meisten haben erst wenige Fälle von Cholelithiasis operativ behandelt und so kann es nicht Wunder nehmen, dass gerade auf dem Gebiete der Gallensteinchirurgie die Erfolge recht verschieden sind. Die Gallensteinoperation wird mit Recht zu den schweren Operationen gerechnet, und selbst wer hunderte von solchen Eingriffen ausgeführt hat, wird immer noch auf Fälle stossen, die ihm neue, nie gekannte Schwierigkeiten bereiten. Es wäre aber der Wissenschaft und auch der Menschheit wenig genützt, wenn man die Gallensteinchirurgie monopolisieren wollte. Jeder Chirurg muss diesen Zweig der operativen Heilkunde erlernen und deshalb sind eben die Meister auf diesem Fach verpflichtet, immer wieder ihre

Erfahrungen kundzugeben, damit der weniger Erfahrene daraus lerne. Aber wie auf jedem Gebiet: die Erfolge der Gallensteinoperationen sind eben ganz verschieden, je nach der Uebung und Erfahrung der einzelnen Chirurgen. Und diese Tatsache muss bei der Indikationsstellung zur Operation berücksichtigt werden; wer sehr grosse Uebung und Erfahrung hat, ist gewiss berechtigt, seine Indikationen weiter zu ziehen, als wie der weniger Geübte. Die Choledochotomie-Sterblichkeit schwankt z. B. zwischen 3 und 26%. Es ist klar, dass der Chirurg, der 26% Sterblichkeit hat, nicht so leicht an diese Operation herantritt, wie der, der nur über 3% verfügt. Doch davon später mehr! —

Ich spreche hier vorwiegend vor praktischen Aerzten, und da ist es gewiss angebracht, die Frage zu beantworten: Darf ein praktischer Arzt Gallensteinoperationen ausführen? Ich habe bereits in meiner „Technik“ darauf folgende Antwort gegeben: „Das Recht, die chirurgische Kunst auszuüben, hat nicht nur der Leiter einer chirurgischen Universitätsklinik, nicht nur der Spezialist für Chirurgie in seiner Privatklinik; auch der Dirigent kleiner und kleinster Krankenhäuser, auch der praktische Arzt, gleichgültig, ob er in grosser Stadt eine ‚praxis aurea‘ betreibt oder auf entlegenem Dorfe sein Dasein von kläglicher Kassenpraxis kümmerlich fristet, ist berechtigt, Gallensteine zu operieren, nota bene, wenn er kann.“ Meinhard Schmidt beantwortet die Frage: „Darf ein praktischer Arzt Laparotomien machen?“ ganz korrekt, wenn er sagt: „Warum nicht? wenn er kann!“ In dem kleinen Wörtchen „kann“ stecken aber sehr viele Forderungen, deren Erfüllung nicht nur vom Wissen und Können des Einzelnen, sondern von manchen äusseren Umständen und Bedingungen abhängt. Der praktische Arzt darf Laparotomien machen, wenn er die Technik der Abdominalchirurgie beherrscht, wenn er über eine zuverlässige Assistenz verfügt, wenn er Gelegenheit hat, die Nachbehandlung gewissenhaft und sorgsam zu überwachen. Wird eine dieser Bedingungen nicht erfüllt, dann ist es um den Erfolg der Operation schlecht bestellt.

Wie und wo der Arzt die Technik erlernt hat: auf eigene Faust, aus Büchern, durch Zusehen bei Operationen anderer Aerzte oder in der Schule eines Fachchirurgen, das ist schliesslich seine Sache:

„Das wird sich baldlich zeigen,
Wenn rechte Kunst ihm eigen
Und gut er sich bewährt,
Was gilt's, wer sie ihn gelehrt?“

Was Hans Sachs in den Meistersingern von dem hoffnungsvollen Ritter aus dem Frankenland singt, das gilt so recht vom Chirurgen. Die rechte Kunst muss ihm eigen sein, wenn er auf einen guten Erfolg seiner Tätigkeit hoffen will. Gar mancher erlernt die „rechte Kunst“ niemals, und wenn er jahrelang die treffliche chirurgische Schule eines berühmten Meisters besucht hat, und ein anderer wieder „bewährt sich gut“, obwohl er nur kurze Zeit in der Chirurgie sich ausbilden konnte. Der eine Jünger des Aeskulap, dem die Mutter Natur eine gute chirurgische „Anlage“ geschenkt hat, entwickelt sich in der Tat in wenigen Monaten zum tüchtigen Operateur, während ein zweiter sich viele Jahre lang in heissem Bemühen umsonst abquält und am Ende doch ein „Stümper“ bleibt.

Ein Gallensteinoperateur muss aber ein fertiger Chirurg sein; zwar kann eine Gallensteinoperation eine ganz einfache Operation sein, die auch ein Arzt unternehmen kann, der sonst in seiner Praxis nur gewohnt ist, ein Panaritium zu spalten oder ein Atherom zu excidieren. Aber sie kann andererseits auch sich höchst kompliziert gestalten, sodass sie nur ein Chirurg unter Anwendung der höchsten psychischen und physischen Kraft zum guten Ende zu führen vermag, der schon mehr als 100 Gallensteinoperationen ausgeführt hat. Eine zweizeitige Cystostomie, die doch weiter nichts darstellt als eine Incision der Bauchdecken, ist technisch leicht, und wer ein Messer, eine Hakenpinzette, einige Klemmen besitzt, bahnt sich schon einen Weg bis an das Peritoneum. Wenn man es aber mit Choledochussteinen zu tun hat, die retroduodenal in der Papilla duodeni sitzen, wenn man auf geschrumpfte Gallenblasen stösst, deren Höhle mit dem Magen oder Darm in kommunizierende Verbindung getreten ist, dann bedarf es hervorragender Technik, um sich in solchen Verhältnissen zurecht zu finden und die Wundverhältnisse so herzustellen, dass eine Heilung möglich ist. Hier handelt es sich um Fälle, die auch dem trockensten Chirurgen den Schweiss aus den Poren pressen und an die

körperlichen Kräfte die höchsten Anforderungen stellen. Solche Operationen werden nur Männer ausführen können, und wenn erst die liebe Weiblichkeit sich mit der grossen Chirurgie befasst, an diesen Fällen wird sie ihrer Schwäche recht bewusst werden und neidlos dem stärkeren Geschlecht Ruhm und Ehre überlassen. Wer in solchen Fällen nicht ganz grosse Erfahrung hat, operiert stundenlang bis zur grössten Erschöpfung. Gar oft wurde aus der geplanten Cystostomie eine Cystectomy, man musste Darmnähte, eine Pyloroplastik oder Gastroenterostomie zu der eigentlichen Gallensteinoperation hinzufügen. Niemand, auch der erfahrenste Gallensteinchirurg nicht, kann vorher wissen, wie eine Gallensteinoperation verlaufen wird, ob die gewöhnliche Cystostomie ausreicht oder komplizierende Eingriffe am Magen, Darm nötig werden, und deshalb ist es unverantwortlich, wenn ein Arzt an eine solche Operation herantritt, der nicht die Technik der Pylorusresection, der Gastroenterostomie, der Leberresection völlig beherrscht.“

Eine fernere für den Praktiker wichtige Frage ist die: Wo soll man operieren, im Hause des Kranken oder in einem Krankenhaus?

Mit gutem Willen lässt sich eine gute Asepsis überall durchführen, gleichgültig, ob ich in der ärmlichsten Bauernhütte oder zwischen den Kachelwänden eines modernen Operationssaales zum Messer greife. Wasser zum Auskochen der Instrumente gibt es überall, eine Feuerstelle finden wir beim ärmsten Feldarbeiter, und das Verbandzeug kann man in Tonnen sterilisiert mit sich führen. Zu einer Gallensteinoperation gehört aber gutes Licht, und da dieses in den niedrigen engen Stuben der Landbevölkerung fehlt, verbietet es sich von selbst, eine solche Operation hier vorzunehmen. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der wohlhabenden Bevölkerung in der Stadt, wo man den Salon leicht in ein Operationszimmer umwandeln kann. Aber der Frau des Hauses tut man damit keinen grossen Gefallen: die Gardinen müssen herunter und der Parkettboden wird auf immer ruiniert. Das spielt indessen keine Rolle, wenn es gilt, durch eine Operation die Gesundheit wieder herzustellen.

Wenn ich also zugebe, dass in der Privatwohnung eines gut situierten Patienten eine Gallensteinoperation in bezug

auf die Asepsis sich tadellos durchführen lässt, vielleicht hier noch besser, wie in dem von pathogenen Bakterien gefüllten Krankenhause, so operiere ich doch lieber in einer Klinik, weil hier die Nachbehandlung sich besser bewerkstelligen lässt, wie in der Wohnung des Kranken. In bestimmten Fällen habe ich gegen eine Hausoperation nichts einzuwenden. Wo der Transport unmöglich ist oder schaden könnte, kann man dem Wunsch, die Operation an Ort und Stelle vorzunehmen, gewiss nachkommen. Aber ein Transport ist eigentlich bei unseren trefflichen Verkehrsmitteln fast immer möglich. Das Tragen auf der Tragbahre, der Transport durch Krankenwagen und auf der Eisenbahn schaden auch bei peritonealer Reizung so gut wie nichts, und deshalb bleiben nur wenige Fälle übrig, bei denen man zugeben muss, dass nur eine Hausoperation in Betracht käme. Der Nutzen einer Operation kommt oft erst bei der Nachbehandlung zu Tage; denn bei keiner Operation ist die Nachbehandlung so wichtig wie bei einer Gallensteinoperation, weil wir fast niemals die Bauchwunde völlig schliessen, sondern tamponieren, um die Gallengänge zu spülen und von zurückgebliebenen Steinen zu säubern. Auch dazu gehört gute Assistenz, gutes Oberlicht und viel Zeit. Hat man seinen Patienten in der Klinik, so kann man jederzeit eingreifen, bei solchen, die zu Hause bleiben, muss man so viele Rücksichten nehmen, dass es ausserordentlich schwer ist, die Nachbehandlung so durchzuführen, wie es sich gehört. Wer weiss, welche schweren und sorgenvollen Stunden Arzt und Kranker in den ersten Tagen nach einer Gallensteinoperation oft durchmachen müssen, der wird Hausoperationen so viel wie möglich einschränken. In einer gutgeleiteten Klinik ist Patient viel besser aufgehoben! Wie leicht kann eine Nachblutung aus dem Leberbett entstehen, wie oft muss man wegen des ominösen Bluterbrechens den Magen spülen und durch Kochsalzinfusionen den geschwächten Organismus wieder beleben. Zur Not lässt sich das alles auch in der Privatpraxis durchführen, aber sicherer führt man den Patienten im Krankenhaus der Heilung entgegen.

Gleichgültig aber, ob wir den Patienten in seiner Wohnung oder in einer Klinik operieren, immer sollen wir daran denken, dass sich all' unsere Massnahmen nicht nur gegen

die Steine als solche, sondern gegen die Folgezustände derselben — in erster Linie gegen die Entzündung — richten. Deshalb ist es einleuchtend, dass Operationen, die nur die Stein Entfernung im Auge haben, von vorneherein zu verwerfen sind. Dazu gehört die ideale Operation, die Cystendyse und die Choledochotomie mit Naht. Ideal ist es schon, wenn man die Steine einfach entfernt und den Schnitt in der Gallenblase und in den Gängen wieder zunäht und dazu noch die Bauchwunde völlig schliesst. Wer Glück hat, kann in 10 Tagen völlig gesund wieder auf den Beinen sein. Aber die Praxis gebietet eine gehörige Drainage der entzündeten Gallenblase und da diese durch den geschwollenen Cysticus nicht ausgiebig genug stattfindet, soll man den Schnitt in der Gallenblase nicht zunähen, sondern soll die Gallenblase drainieren. Noch besser ist es, wenn man mit einem Griff das Bakteriennest, die Gallenblase ausnimmt und sie in toto aus dem Bauchraum entfernt, wie das zum ersten Male von Langenbuch vor nunmehr 24 Jahren ausgeführt wurde.

Seitdem wir, auf dem sicheren Boden pathologischer Erfahrungen fussend, die Versenkung der Gallenblase (die Cystendyse, ἐμδύω ich versenke) verlassen haben, kennen wir an der Gallenblase nur zwei Eingriffe: die Cystostomie, die Fistelanlegung und die Ectomie, die Exstirpation der Gallenblase.

Bei der Fistelanlegung erhalten wir die Gallenblase, wir legen an ihr nur ein Loch an, durch welches wir die Steine entfernen und die infizierte Galle ableiten. Die Ectomie entfernt nicht nur die Steine und die infizierte Galle, sondern auch das Organ, welches die Hauptbildungsstätte der Gallensteine darstellt. Die Fistelbildung hat also den Nachteil, dass bei ihr die oft kranke Gallenblase zurückbleibt und somit die eigentliche Ursache der Erkrankung nicht gehoben wird. Es kommt hinzu, dass bei ihrer Verwendung Steine im Cysticus und Choledochus leicht zurückbleiben und wenn sie auch in besonders günstig liegenden Fällen die drei oben genannten Forderungen erfüllt, so kann sie z. B. bei der ulcerösen chronischen Cholecystitis eine radikale Heilung unmöglich herbeiführen. Viel leichter und gründlicher entspricht die Ectomie den von uns gestellten Forderungen.

Ist der Cysticus und Choledochus frei von Steinen, so führt die Entfernung einer chronisch entzündeten Gallenblase zu völliger Heilung der Krankheit. Die Furcht, dass durch die Fortnahme der Gallenblase der Organismus irgendwie geschädigt wird, ist völlig unbegründet. Ich habe in keinem einzigen Falle — bei mehr als 400 Ectomien — irgendwelchen Schaden für den Organismus entstehen sehen. Noch nicht einmal auf den Appetit und die Verdauung hat die Entfernung der Gallenblase eine andauernd schädliche Wirkung. Diese Erfahrungen sind von allen erfahrenen Gallensteinchirurgen (Körte, Riedel etc.) gemacht worden, nur wenige empfehlen noch die Cystostomie.

Viel schwieriger liegen die Heilungsbedingungen bei Steinen im weiten Choledochus und Hepaticus. Zu ihrer Entfernung bediente man sich früher der Choledochotripsie, der Steinzertrümmerung, dann der Choledochotomie mit Naht und jetzt — fast ausschliesslich der Choledochusincision mit nachfolgender Hepaticusdrainage. Bei dieser Operation entfernt man meist vorher die Gallenblase, spaltet dann den Ductus cysticus und choledochus, räumt die Gänge gründlich aus und schiebt dann ein Rohr in die Leber vor, um der infizierten Galle einen geeigneten Abfluss zu verschaffen um eine spätere Entfernung zurückgelassener und aus den oberen Lebergängen nachrückender Steine zu ermöglichen. Natürlich kann man auch die Hepaticusdrainage mit einer Cystostomie verbinden, aber am besten ist es, wenn man die Gallenblase möglichst entfernt, da man auf diese Weise die besten Dauerheilungen erzielt.

Meine Erfahrungen bei der Choledochotomie mit sofortiger Naht haben mir gezeigt, dass man in 15—20% der Fälle Steine übersieht; bei der Hepaticusdrainage kommt das nur in 2% der Fälle vor.

Die mit der Ectomie verbundene Hepaticusdrainage ist eine sehr segenbringende Operation, die selbst noch in verzweifelten Fällen Heilung schafft und die obigen drei Bedingungen nach jeder Richtung hin erfüllt. Aber ihre Wirkung versagt, wenn septische Cholangitis vorliegt, die Steine über die feinsten Lebergänge verteilt sind und Strikturen im Choledochus den normalen Fluss der Galle verhindern. Dann ist der Chirurg so ohnmächtig wie sein innerer Kollege.

Auf die übrigen Operationen am Gallensystem, die Cysticotomie, die Duodenotomie zwecks Entfernung von Steinen aus der papilla Vateri, die Choledochusresection bei Carcinom und Strictur, die Anastomosen am Gallensystem, die besonders beim chronischen Choledochusverschluss durch Pankreatitis in Betracht kommen, gehe ich nicht näher ein, da der Praktiker sich mit solchen Einzelheiten nicht aufhalten kann. Es genügt, wenn der Arzt, der seinem Kranken den Rat zur Operation gibt, weiss, dass heutzutage bei Steinen in der Gallenblase fast immer die Ectomie gemacht und die Cystostomie möglichst eingeschränkt wird und dass man bei Choledochussteinen zur Ectomie die Hepaticusdrainage hinzufügt. Viel wichtiger ist, wenn er in seinen Fällen dem Patienten resp. dessen Angehörigen ungefähr die Aussichten der Operation auseinandersetzen kann. Um Ihnen darüber einen Einblick zu verschaffen, werde ich später auf einer Tabelle über die von mir bei mehr als 1100 ausgeführten Gallensteinoperationen erzielten Erfolge genau berichten.

Ueber den Zeitpunkt, wann Sie die Operation vornehmen lassen sollen, mögen Ihnen folgende Winke dienen. Bei allen Entzündungen in der Gallenblase lassen Sie möglichst das akute Stadium vorübergehen und raten, wenn die Anfälle sich häufen, zur Operation im Stadium des Intervalls; also genau wie bei der Appendicitis. Liegt aber nach Ihrem Ermessen gangränöse oder eitrige Cholecystitis vor, so bringen Sie ohne Zaudern den Kranken in eine Klinik oder in ein gut geleitetes Krankenhaus; ebenso wenn Zeichen der Perforation auftreten. Bei akutem Choledochusverschluss ist bis auf Ausnahmen die Operation contraindicirt und doch werden mir in diesem Stadium relativ viele Patienten zugeschickt. Das liegt daran, dass hierbei die Schmerzen sehr intensiv sind und die Diagnose „Gallensteine“ wegen des auftretenden Icterus am leichtesten gestellt wird. Die meisten Patienten geben, wenn ihnen der Vorschlag einer Operation gemacht wird, sofort ihre Einwilligung. Es ist mir immer sehr unangenehm, wenn ich in solchen Fällen gegen den Willen der bis dahin behandelnden Aerzte handeln und die gewünschte Operation abschlagen musste; aber schliesslich „Aegroti salus suprema lex!“ Ich würde in Fällen, in denen Sie selbst

über die Notwendigkeit der Operation zweifelhaft sind, Ihnen raten, dem Patienten zu sagen, dass wegen der Vornahme und des Zeitpunkts der Operation der betreffende Chirurg selbst die Entscheidung zu treffen hat. Dann kommen Sie mit den Ansichten des betreffenden Chirurgen nicht in Kollision und die Kollegialität, die bei den ohnehin so häufig auseinandergehenden und sich scharf gegenüberstehenden Ansichten der Internen und Chirurgen arg gefährdet ist, wird auf diese Weise am besten gewahrt. Beim chronischen Cholechusverschluss ist der schmerzfreie Intervall der beste Zeitpunkt zur Vornahme des chirurgischen Eingriffs. Ueberhaupt wenn keine Schmerzen vorhanden sind, ist auch die Entzündung gewöhnlich sehr geringfügig und wenn wir in einem möglichst infektionsfreien Gebiet operieren, werden wir auch den besten Wundverlauf erzielen. Doch gibt es auch Fälle, wo die Koliken Schlag auf Schlag folgen und man eine schmerzfreie Zeit nicht abwarten kann: dann können wir die Operation nicht länger aufschieben, müssen aber bei der Vornahme der Operation durch eine absperrende Tamponade eine Infektion der Bauchhöhle nach Möglichkeit zu verhüten trachten. Bei der Bestimmung des Zeitpunktes der Operation ist also in erster Linie die betreffende Form der Gallensteinkrankheit ins Auge zu fassen und wer keine spezielle Diagnose stellen kann, kann auch in dieser Hinsicht kein massgebendes Urteil abgeben. Von den Schmerzen allein die Vornahme der Operation abhängig zu machen, ist grundfalsch; der Patient allerdings richtet sich bei seinem Entschlusse zur Operation oft nur nach dem Grad und der Dauer der Schmerzen; ob er Galle, Serum oder Eiter in der Gallenblase hat, ist ihm gleich: er will schmerzfrei sein. Der Arzt aber soll sich nach den pathologisch-anatomischen Vorgängen richten, die sich am Gallensystem abspielen und deshalb ist und bleibt ein Studium der pathologischen Anatomie der Cholelithiasis die Grundlage, auf der sich all' unsere Diagnostik und Indikationsstellung aufbaut. —

Ich denke, in völlig objektiver Weise gezeigt zu haben, was interne Medizin und Chirurgie auf dem Gebiete der Gallensteinbehandlung zu leisten vermögen; nunmehr ist es am Platze, die Indikationen zur internen und chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis festzustellen.

Dies ist nach dem Gesagten eigentlich recht einfach: Wollen wir die Krankheit heilen, so müssen wir operieren, begnügen wir uns mit dem Stadium der Latenz, so reicht in vielen Fällen die interne Behandlung aus. Wäre die Operation ein ganz ungefährlicher Eingriff, so würde man am besten immer operieren; aber da das nicht der Fall ist — mit 3% Mortalität müssen wir immer rechnen! — und die Gallensteinkrankheit als solche in sehr vielen Fällen auch ohne Operation einen günstigen Ausgang nimmt, wird man am besten folgende Indikationsstellung aufstellen: Wir behandeln medikamentös resp. abwartend die leichten akuten Entzündungen und von den chronischen alle diejenigen, welche Neigung zur Latenz zeigen. Die schweren akuten Infektionen und die chronischen, die nicht latent werden wollen, sind dem Chirurgen zur Operation zu überweisen. Mit anderen Worten: die einfache seröse Cholecystitis, der akute Choledochusverschluss, wenn er normal verläuft, d. h. wenn er mit Ausstossung des obturierenden Steines endigt, der sterile Hydrops der Gallenblase gehören dem Internen, das akute und chronische Empyem der Gallenblase, die phlegmonöse und perforative Cholecystitis, der chronische Choledochusverschluss, die chronisch recidivierende Cholecystitis dem Chirurgen. Die Sache liegt so einfach, dass man sich wundern muss, wie auf diesem Gebiet überhaupt noch Uneinigkeit herrschen kann. Und doch, wie weit gehen die Indikationen oft auseinander. Besonders die Indikationen zur Operation sind vielfach so weit gezogen worden, dass eine Mahnung, hierbei sich eine weise Einschränkung aufzuerlegen, mir recht angebracht erscheint. Gewissermassen als einführendes Wort oder als ein Motto möchte ich bei der Besprechung der Indikationen zum chirurgischen Eingriff bei der Cholelithiasis die beherzigenswerten Worte zitieren, die der exzellente deutsche Meister Ernst v. Bergmann in seinem klassischen Werke: „Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten“ niedergelegt hat: „Man ist heutzutage leicht geneigt, indem man den blutigen Eingriff für gefahrlos und irrelevant hält, aufzumeiseln und einzuschneiden, um nachzusehen, ob man nicht trotz aller Bedenken und Unsicherheit der Diagnose doch noch ein zu entfernendes Krankheitsprodukt findet, mit anderen Worten,

man ist geneigt zu wagen, ohne zu erwägen, was des Wagnisses Lohn und Endzweck sein soll. Ich glaube den Inhalt der Chirurgie nicht zu kürzen, wenn ich in den nachstehenden klinischen Studien zunächst die Bedingungen aufsuche, unter welchen der chirurgische Eingriff gute, ja die besten Chancen des Gelingens besitzt, und mich dann darauf beschränke, nur für diese Fälle die Operation zu empfehlen. Gewiss lasse ich dabei viele Fälle zur Seite, die durch einen glücklichen Griff noch hätten operiert werden können. Aber ich möchte dem Würfeln um das Glück, dem blinden Zufall nicht überlassen, was der ausschliessliche Erwerb einer kritisch gesicherten Erfahrung und strengen wissenschaftlichen Prüfung sein sollte. Wenn das Sichbesinnen zunächst nur auf ein Sichbeschränken führt, so ist es doch sicher, dass eine kluge Einschränkung das beste Mittel zum Reichtume ist und dass Verständnis, Vorsicht und planmässiger Erwerb allein den bleibenden Gewinn verbürgen. Ich hoffe auch für die Hirnchirurgie Vieles und Grosses, wenn ich zunächst nur wenige und ausgewählte Fälle ihrer Tätigkeit empfehle. Der Erfolg, dessen sie sich im engeren Kreise versichert, wird ihres Reiches Mehrer sein.“

Gewiss ist die Möglichkeit, durch operative Eingriffe zu helfen, auf dem Gebiete der Gallensteinchirurgie viel grösser wie auf dem der Hirnchirurgie; aber in Bezug auf die Indikationsstellung ist auch hier eine *weisse Beschränkung* nur dazu angetan, die Zahl der Erfolge zu vermehren und statt zweifelhafter „Besserungen“ volle und unangreifbare Erfolge zu erzielen. —

Schon seit einer Reihe von Jahren werden die Indikationen zu einer Gallensteinoperation sehr verschieden gestellt. Im allgemeinen kann man sagen, dass die inneren Aerzte meist sehr zurückhaltend sind, die Chirurgen sich aber gerade umgekehrt verhalten, d. h. für häufigeres Operieren stimmen.

So möchte z. B. Riedel am liebsten jeden Stein entfernen, ehe er in die tiefen Gallengänge gerät. Nach seiner Meinung ist die Beseitigung der Gallenblasensteine leicht, die der Choledochussteine schwer; man soll aus dem lokalen Leiden, der Entzündung der Gallenblase, kein allgemeines, die Cholangitis, werden lassen. Auch wegen der Möglich-

keit einer Carcinombildung in der durch die Steine gereizten Gallenblase ist Riedel ein Anhänger der Frühoperation.

Ganz rechts stehen solche Aerzte, die nur aus vitaler Indikation eingegriffen haben wollen, also bei Perforation der Gallenblase, bei akuter Cholecystitis schwersten Grades, bei septischer Cholangitis. Sie schieben die Operation so lange hinaus, bis es klar ist, dass bei längerem Zuwarten der tödliche Ausgang unausbleiblich ist. —

Zwischen diesen Extremen bewegt sich auf der goldenen Mittelstrasse jetzt wohl die Mehrheit der Aerzte. Sie verwerfen nicht die medikamentöse Behandlung und die Kur in Karlsbad und Neuenahr und raten zur Operation, wenn innere Kuren erfolglos waren, die Krankheit von vornherein so auftritt, dass nur eine Operation helfen kann (z. B. beim Empyem der Gallenblase), Erwerbsfähigkeit und Lebensfreude in höchstem Masse gestört sind.

Es ist verwunderlich, welche Unklarheit noch auf dem Gebiete der Indikationsstellung zum operativen Eingriff bei der Gallensteinkrankheit herrscht, und wie leicht manche Chirurgen diese wichtige Angelegenheit erledigen. So stand v. Winiwarter früher auf dem Standpunkt, dass man die Gallensteine operativ angreifen sollte, sobald die Diagnose gesichert sei (ich glaube, dass der vortreffliche Chirurg jetzt anderer Meinung ist), und „Mayo Robson operiert stets dann bei Gallensteinen, wenn ihre Gegenwart sich unangenehm bemerkbar macht“. So wenigstens lautet das Referat in der Münchener med. Wochenschrift 1903, Nr. 12; die Originalarbeit Mayo Robson's habe ich nicht eingesehen. Kocher sagt über die Indikationen zur Gallensteinoperation folgendes: „Die Indikationen zu Operationen an der Gallenblase werden sehr verschieden gefasst. Die Hauptindikation bildet die Cholelithiasis, und diejenigen Chirurgen fahren weitaus am besten, welche bei jeder Cholelithiasis ohne weiteres die Operation für indiziert halten. So erhält man schöne Resultate, und es ist zweifellos, dass eine Beseitigung der Steine in der Gallenblase wie in anderen Organen nur auf diese Weise rasch und sicher zu bewerkstelligen ist. Wir würden aber doch nicht soweit gehen, zu sagen, die Gallensteine gehören dem Chirurgen. Sie ge-

hören zunächst dem Patienten, und wenn er es vorzieht, sie zu behalten und Karlsbader Wasser dazu zu trinken, so ist das sein Recht, das bekanntlich auch von sehr operationslustigen Chirurgen in Anspruch genommen wird, wenn sie selber Gallensteine bekommen. Und wenn es ein Patient darauf ankommen lässt, die Steine per vias naturales sich unter Qual und Schmerz durcharbeiten zu lassen, so ist das ebenfalls sein Privatvergnügen. Aber dazu hat der Chirurg gegenwärtig sicherlich das Recht, einem Patienten mit Gallensteinen zu sagen, dass er durch Operation rasch und sicher von seinem Leiden geheilt und rascher und sicherer vor späteren Gefahren bewahrt werden könne, als mit jeder anderen Behandlung.“

Ich habe mich sehr gewundert, als ich diese Bemerkungen über die Indikationen zu Gallensteinoperationen in der Operationslehre von Kocher las. Mit demselben Rechte könnten wir doch auch sagen: auch der Kropf, der kranke Wurmfortsatz, die Blasen- und Nierensteine gehören zunächst dem Patienten, und wenn er es vorzieht, beim Kropf Jodkali einzunehmen, bei der Appendicitis Massage des Abdomens zu verwenden, bei Nierensteinen Urotropin zu schlucken und bei Magenkrebs Condurangowein zu trinken, so ist das sein Recht. Ich glaube nicht, dass Kocher solche Ansichten des Kranken billigt, jedenfalls kommen wir auf diese Weise nicht weiter. Es ist ja richtig, dass gerade bei der Cholelithiasis sehr oft der Patient selbst die Indikation zur Operation stellt und diese besonders von der Art der Schmerzen abhängig macht. Auch die soziale Stellung, die Auffassung, die der Mensch vom Wert der Gesundheit und des Lebens überhaupt hat, kommen dabei in Betracht. Wer gern arbeitet und sein Brot durch seiner Hände Arbeit verdienen muss, will gern gesund werden: ein solcher entschliesst sich eher zur Operation wie die reiche Frau, die den ganzen Tag auf der Chaiselongue liegt, sich schonen und von Karlsbad nach Neuenahr, von Tarasp nach Vichy reisen kann. Der eine sagt: „Lieber sterben, als ewig diese Koliken aushalten!“, der andere lässt sich Morphium einspritzen und entschliesst sich erst dann zur Operation, wenn das Leben in die höchste Gefahr gerät. Die menschlichen Naturen sind so verschieden geartet, dass man Leute findet, die wegen

einer Kolik von einer Operationsfreudigkeit ergriffen werden, die jeden in Erstaunen setzen muss, während andere wieder in ihrer Angst vor Narkose und Messer sich überhaupt nicht entschliessen können, zum Chirurgen zu gehen. Ich habe stets die Erfahrung gemacht, dass sich das schwache Geschlecht in dem Entschluss zur Operation stärker zeigt, wie der starke Mann! Ueber die Gründe dieses verschiedenen Verhaltens mag der Leser selbst nachdenken. Mit allen diesen Eigentümlichkeiten der Patienten müssen wir Aerzte natürlich rechnen; in erster Linie stellen wir aber die Indikationen zur Operation auf Grund der pathologisch-anatomischen Veränderungen, die sich am Gallensystem abspielen; wir sollen durch die Anamnese und durch unsere diagnostischen Fähigkeiten ergründen, ob Hydrops oder Empyem, Cholecystitis oder Cholangitis vorliegt, ob die Steine in der Gallenblase, im Cysticus oder Choledochus stecken, und wir werden in dem einen Falle operieren, in dem andern medikamentös behandeln. Wer also die Indikationen, nach denen Gallensteine Objekt chirurgischen Eingreifens werden, festsetzen will, muss vor allen Dingen wissen, wie die Cholelithiasis verläuft, er muss die pathologische Anatomie der Krankheit genau kennen. Wem solche Kenntnisse fehlen, der kann in dieser Frage nicht mitdiskutieren und sollte sich über die Indikationen zur Operation kein Urteil erlauben. Viele Aerzte sind, worauf ich schon oben hinwies, in dieser Beziehung nicht genau unterrichtet, weil sie nie Gelegenheit hatten, die pathologische Anatomie an der Leiche zu studieren; der Chirurg hat den Vorteil, dass er seine Kenntnisse, die er am Sektionstisch erworben hat, am Operationstisch erweitern kann. Er ist heutzutage ein besserer Kenner der pathologischen Anatomie der Cholelithiasis wie sein innerer Kollege. Und doch sehen wir oft genug, dass gerade Aerzte, die nie in ihrem Leben eine Gallensteinoperation gesehen und sehr selten zu einer Sektion Gelegenheit haben, in der Indikationsstellung das grosse Wort haben und sich ein Urteil erlauben, über welches der Chirurg als Kenner der pathologischen Anatomie der Cholelithiasis sich gar nicht genug wundern kann. Es ist ganz unglaublich, wie selten die richtige Diagnose in den einzelnen Fällen von Gallensteinen

gestellt und wie selten deshalb auch die richtige Entscheidung, ob Operation oder nicht, getroffen wird.

Das bezieht sich zunächst auf die akuten Entzündungen, die sich in der Gallenblase abspielen, auf die akute seröse Cholecystitis, auf die eitrige und gangränöse Form. In welchen von diesen Fällen sollen wir operieren?

Eine Cholecystitis kann leicht beginnen und schnell verschwinden, sie kann aber schwer endigen, d. h. der Gallenblaseninhalte kann eitrig werden, und auch ohne Perforation kann allgemeine Peritonitis (Potain), Toxicämie und Septicämie eintreten. Da man nun in keinem Fall vorher wissen kann, wie die Cholecystitis verlaufen wird, so hat Riedel genau wie bei der Appendicitis die frühe Operation empfohlen. Gegen diese Indikation lässt sich einwenden, dass die allermeisten Cholecystitisanfälle leicht verlaufen und nur wenige einen schweren Charakter annehmen. Die Regel ist Zurückgehen der entzündlichen Erscheinungen und deshalb kann man in der Regel bei Cholecystitis auch abwarten. Operiert man wie bei der Appendicitis alle Fälle, so wird man sehr viele operieren, die spontan zurückgegangen wären. Das wäre ja nun kein grosses Unglück, wenn die Cystostomie resp. Ectomie eine völlig ungefährliche Operation wäre. Aber sie ist das nicht, mit 2—3% Sterblichkeit muss man immer rechnen, und dann hat man auch nicht die Garantie, dass man bei akuter Cholecystitis sofort alle Steine entfernen kann. Ja man wird oft einen Stein im Ductus choledochus übersehen und durch eine Cystostomie eine komplette Gallenfistel schaffen, deren Beseitigung oft erst durch eine zweite sehr schwierige Operation (secund. Choledochotomie) möglich wird. Das ausnahmslose Operieren bei leichter Cholecystitis wird schliesslich schlechtere Dauerresultate geben, als wenn man den Anfall vorübergehen lässt und erst dann zum Messer greift, wenn die Cholecystitis chronisch wird und neue Anfälle den Patienten bestimmen, chirurgische Hilfe aufzusuchen. Die Fälle von eitriger Cholecystitis sind ausgenommen: hier wird man operieren.

Ich rate zu folgendem Vorgehen: Jeder Kranke mit Cholecystitis gehört ins Bett, bekommt bei intensiven Schmerzen Morphium und erhält heisse oder kalte Umschläge, wie er sie am besten verträgt. Lassen die Schmerzen nach, tritt

kein Fieber ein, bleibt der Puls langsam, geht die Geschwulst der Gallenblase, die infolge der excessiven Anfüllung derselben entsteht, nach 4—6—8 Tagen zurück, so ist kein Grund zur Operation vorhanden. Patient kann warten, bis weitere Anfälle kommen. Von ihrer Häufigkeit und von ihrer Dauer wird es dann abhängen, ob man operiert oder noch weiter wartet. Bleibt eines der Symptome der Cholecystitis nach 8 Tagen noch bestehen (Fieber, Schmerz, Gallenblasentumor), so operiere man.

Bei schwerer Infektion, die sich durch Kräfteverfall, Fieber, Pulsbeschleunigung, grossen Tumor, peritoneale Reizung (Icterus, Erbrechen) kundgibt, operiere man möglichst früh.

Man wird also bei akuter seröser Cholecystitis nur ausnahmsweise, bei eitriger und gangränöser immer operieren müssen.

Erlischt der Infekt in der Gallenblase, und bildet sich ein steriler Hydrops aus, der als Tumor imponiert, sonst aber keine Schmerzen oder Beschwerden macht, so wird man die Operation bei einem Arbeiter vornehmen, bei einem Menschen, der sich schonen kann, so lange aufschieben, bis sich Beschwerden geltend machen.

Ich würde auch einen keine Beschwerden machenden Hydrops, der meistens auf lithogenem Cysticusverschluss beruht, bei einem Menschen operieren, in dessen Familie nicht selten Krebs zu Hause ist, da durch den Reiz der Steine Ulcerationen und auf deren Boden Carcinome entstehen können.

Eine akute Cholecystitis kann nach Ausstossung sämtlicher Steine zu pericholecystischen Verwachsungen führen, die die Gallenblase in ihrer Entleerungsfähigkeit beeinträchtigen. Die Residualgalle neigt meist zu Infektionen und besonders bei Adhäsionen am Gallenblasenhals resp. Cysticus ist eine Stauung im Gallenblaseninnern und Neigung zu chronischer Cholecystitis an der Tagesordnung. Derartige Kranke leiden dauernd unter Schmerzen, die zwar nicht heftig zu sein brauchen, den Kranken aber das Leben im höchsten Masse verbittern. In diesen Fällen ist eine Operation am Platze; am besten nimmt man hier die Ectomie vor, die Cystostomie kann zwar selbst eine chronische Chole-

cystitis zur Ausheilung bringen, die Ectomie ist aber das sicherere Verfahren.

Geht die akute Cholecystitis in das chronische Stadium über, so werden wir von der Häufigkeit der Koliken, von der Dauer und Intensität der Anfälle und von der Erfolglosigkeit innerer Kuren die Entschliessung zur Operation abhängig machen. So gut wie eine chronische Appendicitis selten ausheilt, so gut wird eine chronische Cholecystitis immer wieder Beschwerden machen. Die Anfälle dabei sind weiter nichts als akute Verschlimmerungen des bestehenden chronischen Entzündungsprozesses. Nur unter ganz bestimmten Bedingungen wird auch einmal eine chronische Entzündung aufhören, wenn schliesslich die Schleimhaut jede Tendenz zur Reaktion verloren hat, oder aber der Gallenblaseninhalte durch eine gute Kommunikation sich in den Darm entleeren kann. Das ist aber nicht allzu häufig. Ganz im Gegenteil. Durch die Kommunikation wird erst recht der entzündliche Prozess in der Gallenblase unterhalten und kann sich sogar, wenn nicht der Cysticus dauernd und fest verschlossen ist, auf das Gallensystem resp. die Leber ausbreiten. Man stösst bei seinen Operationen nicht selten auf Gallenblasen-Darmfisteln, die man daher zerstören muss, wenn man den entzündlichen Prozess ausheilen will.

Die Indikationsstellung bei dem akuten und chronischen Choledochusverschluss ist im grossen und ganzen dieselbe wie bei den akuten und chronischen Entzündungen in der Gallenblase. Auch im Choledochus, genau wie in der Gallenblase, kommt es zu serösen und eitrigen Entzündungen, und wie man die akute Cholecystitis selten operiert, so wird man auch die akute Choledochitis nicht sofort operieren oder nur dann, wenn die Infektion sehr schwer ist und auf den Organismus einen sehr ungünstigen Einfluss hat. Zieht sich der Icterus in die Länge, hören die Schmerzen nicht auf, tritt völlige Appetitlosigkeit und Erbrechen ein, so wird man genau wie bei akuter Cholecystitis, die nicht schwinden will, operieren müssen. Auch in solchen Fällen besteht die Operation im Prinzip in der Ableitung des infektiösen Materials, in der Fistelbildung: der Hepaticusdrainage.

Wird der Prozess im Choledochus chronisch, so handelt man ebenso wie bei chronischer Cholecystitis, d. h. man

richtet sich im allgemeinen nach den Beschwerden des Patienten, muss aber dabei berücksichtigen, dass die Entzündung im Choledochus ein viel gefährlicherer Zustand ist wie die Entzündung in der Gallenblase, weil die Leber in Mitleidenschaft gezogen wird, und durch Icterus und Chölämie das Leben in grosse Gefahr kommt. Häufig wiederkehrende Koliken mit Icterus und Schüttelfrösten ohne Abgang von Steinen weisen darauf hin, dass der Stein keine Lust hat, die Wanderung aus dem Choledochus in den Darm anzutreten: er wird eben zu gross sein. Man warte nicht zu lange mit seiner Entfernung. Ich will es unterlassen, einen Zeitpunkt festzusetzen, wann man beim Choledochusverschluss spätestens operieren soll. Das kann nach Eintritt des Steines in den gemeinsamen Gallengang schon nach 8 bis 14 Tagen nötig sein, man kann damit 2 oder 3 Monate warten, und selbst bei zwölfjährigem Aufenthalt von Steinen im Choledochus bin ich einmal mit der Operation nicht zu spät gekommen. Im allgemeinen wird aber zu lange gewartet. Und daran ist nicht ganz unschuldig ein Vorgang der Natur, den diese lieber unterlassen sollte: die Bildung der Choledochus-Duodenalfistel. Steckt ein Stein längere Zeit im retroduodenalen Teil dicht vor der Papille, so arbeitet er sich dann und wann durch Usurierung des Choledochus und des Darmes in das Duodenum hindurch, und wird das Loch gross genug, so kann der Stein abgehen und andere dahinter steckende Konkremeente können denselben Weg einschlagen. Naunyn setzt grosse Hoffnungen auf dieses Vorkommnis. Man kann zwar dem Gallensteinranken, der eine solche Naturheilung durchmacht, gratulieren, aber sie ist verhältnismässig so selten, dass man nicht mit ihr rechnen soll. Wartet man darauf, so versäumt man die beste Zeit; denn die Operation ist, solange die Gallengänge noch nicht allgemein inficiert sind, recht ungefährlich und gibt keine grössere Mortalität wie 3 Prozent. So gut aber der Stein in das Duodenum durchbrechen kann, so gut kann er in die Bauchhöhle, die Pfortader perforieren; das Abwarten ist beim Choledochusstein wegen Eintretens schwerer Komplikationen (Thrombophlebitis purulenta, Cholangitis) sicher gefährlicher wie die Operation.

Ich stehe also im allgemeinen auf dem Standpunkt, dass

die akute Cholecystitis nur in Ausnahmefällen zu operieren ist, wenn sie ganz besonders heftig auftritt. Beim Choledochusstein, der seine Gegenwart durch lokale Cholangitis (Choledochitis) kundgibt, soll man aber frühzeitig operieren, und wenn man diese Vorschrift befolgt, wird man kaum mehr Todesfälle haben, als wenn man bei Gallenblasensteinen frühzeitig operiert. Hier wie dort beträgt die Sterblichkeit der Operation ca. 3 Prozent. Immer richte ich mich bei der Indikationsstellung nach den pathologisch-anatomischen Veränderungen, unter denen die Krankheit verläuft; ich richte mich nicht nach den Schmerzen (diese sind z. B. bei akutem Choledochusverschluss, der zunächst intern behandelt werden soll, sehr arg), ich trenne auch nicht wie Kuhn die leichten von den schweren Fällen, da oft der leichte Fall (chron. Choledochusverschluss) sofort operiert werden muss, während der schwere (Perforation mit Abkapselung) besser exspektativ behandelt werden soll. Ich richte mich also nach der Form, unter welcher die Krankheit verläuft, ob seröse oder serös-eitrige Cholecystitis, ob Cholangitis circumscripta oder diffusa vorliegt, und bemühe mich, pathologisch-anatomische Diagnosen zu stellen, soweit das überhaupt möglich ist.

Ich habe gelegentlich eines Vortrags auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad eine Reihe von Thesen über die Behandlung der Gallensteinkrankheit aufgestellt, die in zusammenfassender Weise fast alle in Betracht kommenden Punkte berücksichtigen und deshalb dem Praktiker nicht unwillkommen sein werden. Sie lauten:

1. Ich erkenne an, dass in vielen Fällen von Cholelithiasis eine Herbeiführung des latenten Stadiums durch Ruhekuren, Alkalien etc. gelingt und in einer Reihe von Fällen dauernden Erfolg hat. Besonders bei der sogenannten chronisch recidivierenden Cholecystitis vermag eine regelmässig in Karlsbad oder Neuenahr, auch zu Hause vorgenommene Ruhekur die Koliken derart zu mindern, dass kein Grund zu einer Operation vorliegt. Aber ich bezweifle, dass häufig eine wirkliche Heilung, d. h. eine Ausstossung sämtlicher Steine durch innere Kuren erzielt wird. Nach meiner Meinung darf es auch gar nicht unser Bestreben sein, die Steine abzutreiben; es ist viel richtiger, wenn wir dafür

sorgen, dass sie sich in der Gallenblase ruhig verhalten, und dass die entzündlichen Prozesse beseitigt werden. Der wochenlang fortgesetzte Gebrauch von heissen Umschlägen (am besten in Form der Thermophore) leistet neben Bettruhe und einer Trinkkur von Karlsbader Wasser in dieser Beziehung die besten Dienste.

2. Die Frühoperation im Sinne Riedel's, die Steine zu entfernen, solange sie noch in der Gallenblase stecken, ist undurchführbar und auch für die Mehrzahl der Fälle unnötig. Die akute Cholecystitis bedarf nur dann der Operation, wenn sie von vornherein sehr schwer auftritt, oder wenn der Fall sich in die Länge zieht und nicht alle Symptome (Gallenblasentumor, Schmerz, Fieber etc.) zurückgehen.

3. Wenn die Anfälle leicht verlaufen, zwischen denselben immer wieder völlige Latenz (absolute Unempfindlichkeit der Gallenblasengegend) eintritt, verzichte ich auf eine Operation.

4. Der akute Choledochusverschluss ist bis auf wenige Ausnahmen intern zu behandeln. Treten die cholangitischen Erscheinungen in den Vordergrund, und zieht sich der Icterus unter Verfall der Kräfte und absoluter Appetitlosigkeit in die Länge, so ist eine Operation zu erwägen.

5. Häufige Koliken ohne Icterus und ohne Steinabgang verlangen bei Schädigung des Allgemeinbefindens und Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und des Lebensgenusses die Operation.

6. Fälle mit Icterus und jedesmaligem Abgang von Steinen gehören den Internen; häufen sich die Anfälle, kommt der Patient sehr herunter, und ist keine Hoffnung auf völlige Ausstossung der Steine vorhanden, so ist die Operation am Platze.

7. Der Hydrops und das Empyem der Gallenblase und pericholecystitische Eiterungen gehören dem Chirurgen. In den wenigen Ausnahmefällen, bei welchen ein steriler Hydrops gar keine Erscheinungen macht, mag der Patient

seine geschwollene Gallenblase so lange mit sich herumtragen, bis Beschwerden sich einstellen und sich häufen.

8. Der chronische Choledochusverschluss soll bei Versagen einer gründlichen inneren Kur nicht zu spät chirurgisch behandelt werden.

9. Gallensteinranke, die dem Morphinium verfallen sind, müssen unter allen Umständen operiert werden. Während der Nachbehandlung bietet sich die beste Gelegenheit zur Morphiniumentziehung.

10. Die Behandlung des Gallenblasencarcinoms kann nur bei ganz frühzeitiger Operation einen dauernden Erfolg haben. Da aber jeder Mensch eine Frühoperation scheut und Spätoperationen keinen grossen Zweck haben, dürfte es nur selten gelingen, das Uebel vollständig zu heilen.

11. Kranke mit chronischem Icterus, der nicht auf Stein im Choledochus und unheilbaren Lebererkrankungen beruht, müssen spätestens 3 Monate nach Beginn des Icterus operiert werden, da nicht selten statt des vermuteten Carcinoms des Pankreaskopfes die heilbare Pankreatitis chronica interstitialis gefunden wird.

12. Der Entschluss zu einer Operation wird sowohl dem Arzt als auch dem Patienten leicht gemacht durch den Nachweis eines Gallenblasentumors, der geschwollenen Leber, durch Auftreten von Icterus und Fieber. Aber auch ohne lokalen Befund an Leber und Gallenblase dürfen wir bei hochgradigen andauernden, einer inneren Medikation unzugänglichen Beschwerden operieren. Man findet in solchen Fällen, besonders bei Männern, häufig Adhäsionen traumatischen Ursprungs ohne Steine.

13. Die Folgezustände der Cholelithiasis, die eitrige Cholangitis, der Leberabscess, die Perforationsperitonitis, der subphrenische Abscess, hochgradige Pylorus- und Duodenalstenosen, oft auch der Gallenstein-Ileus müssen chirurgisch behandelt werden.

14. Der Schlussparagraph endlich heisst: Allgemeine Indikationen zu einer Gallensteinoperation aufzustellen ist nicht gut möglich. Man muss von Fall zu Fall entscheiden. Männer, besonders fette, vertragen eine Operation schlecht. Frauen, die geboren haben, eignen sich gut zu einem chirur-

gischen Eingriff. Bei reichen Leuten ist die Indikation anders zu stellen als bei armen; aber dieser Satz ist nicht so zu verstehen, dass der Chirurg lieber die reichen Leute operiert, die ihm hohe Honorare zahlen, nein, umgekehrt, die Armen müssen häufiger operiert werden, weil sie nicht in der Lage sind, die Wohltaten einer Karlsbader Kur geniessen und streng nach den diätetischen Vorschriften des Arztes leben zu können. Auf diese soziale Indikation und auf die Forderung einer streng individualisierenden Behandlung habe ich schon in früheren Arbeiten hingewiesen und mich dahin ausgesprochen, dass man bei Diabetes, Arteriosklerose, chronischer Nephritis, Lungen- und Herzerkrankungen möglichst von einer Operation absehen soll.

Clemm bespricht meine Indikationsstellung und ist mit ihr im allgemeinen einverstanden; nur gegen These 9 wendet er sich scharf und sagt: „In einem gut geleiteten Sanatorium muss bei innerer Behandlung in dieser Beziehung der gleiche Erfolg zu erzielen sein, und es mutet eigenartig an, eine Verstümmelung am Menschen vorzunehmen, um ihn der Giftentziehung gefügig zu machen.“ Clemm scheint unter der Verstümmelung die Exstirpation der Gallenblase zu verstehen; aber diese hat in der Mehrzahl der Fälle schon die Natur verstümmelt, indem sie den Cysticus verschloss und so das Organ funktionsunfähig machte. Und dann soll mir mal Clemm ein Sanatorium nennen, in dem es gelingt, einem Menschen, der alle zwei oder drei Tage einen Gallensteinkolikfall hat, das Morphium zu entziehen. Das ist ganz unmöglich. Gibt man einem solchen Menschen kein Morphium, so rast und schreit er so lange, bis er doch ein Narkoticum bekommt. Das erlebe ich immer, sobald ich einen an Morphium gewöhnten Kranken operiere. Aber ich halte diese Kranken im Bett, ihre Laparotomiewunde verhindert sie am Aufstehen, ich kann ihnen Spritze und Morphium fortnehmen und sie genau überwachen lassen. Da gelingt mir die allmähliche Morphiumentziehung immer. Ich halte die in These 9 ausgesprochene Indikationsstellung für eine sehr wichtige, und besonders bei Leuten, die sich leicht in den Besitz des schmerzstillenden Mittels setzen können (Aerzte, Kranken-

wärter, Schwestern, Apotheker), kommt diese Indikationsstellung recht in Betracht.

Die Fälle, bei denen die Steine eine rein mechanische Rolle spielen, gehören zu den Seltenheiten. Der Stein im Ductus cysticus ist, sofern der Infekt in der Gallenblase erlosch, ein ziemlich harmloses Gebilde, wenn er auch ganz fest den Gang verschliesst. Der in solchen Fällen sich ausbildende Hydrops der Gallenblase ist oft völlig steril und bildet keine Indikation zur Operation, wenn der Tumor dem Kranken keine Beschwerde macht und dauernd unempfindlich bleibt. Ganz anders liegt es mit dem Stein in der Papille. Auch dieser kann festsitzen, wird aber, auch wenn die entzündlichen Erscheinungen erloschen sind, sehr oft einen Stauungsicterus hervorrufen, der mit der Zeit doch den Kranken in Gefahr bringt. Steine im Cysticus wie Steine in der Papille sind aber meist erst durch entzündliche Schübe dorthin gebracht, und somit ist der mechanische Verschluss fast immer das Endresultat der Entzündung. Während der Stein im Cysticus sitzen bleiben kann, wenn der Infekt in der Gallenblase völlig erlischt, wird der Stein in der Papille mit der Zeit doch durch die sich hinter ihm stauende Galle das Lebergewebe so alterieren, dass man ihn entfernen muss. So beugt man am besten der Entstehung der biliären Cirrhose vor.

Aus den obigen Auseinandersetzungen erhellt, dass es gar nicht nötig ist, die Indikationen zur Operation so weit auszudehnen, wie einige Chirurgen, besondes Riedel es tun. Operieren wir die absolut nötigen Fälle, d. h. das akute und chronische Empyem der Gallenblase, die häufig wiederkehrenden Anfälle von chronischer Cholecystitis, die jeder Therapie trotzten, den chronischen mit Icterus und Schüttelfrösten verbundenen Choledochusverschluss, so bietet sich für jeden Chirurgen ein so grosses und dankbares Arbeitsfeld, dass er ganz allein auf die Forderung der Frühoperation verzichtet. Dass verhältnismässig so wenig Gallensteinoperationen gemacht werden, liegt einfach daran, dass die Fälle nicht richtig diagnostiziert werden. Das erfahre ich fast täglich. Man ist erstaunt, wie

Leuchten der inneren Medizin mit Bestimmtheit Gallensteine ausschliessen, wo ein Empyem vorliegt, und oft genug kommt es vor, dass der typische chronische Choledochusverschluss mit Fieber, Schüttelfrösten und Icterus falsch ge- deutet wird. Wird die Diagnostik der Cholelithiasis mehr gepflegt wie bisher, so wird der Wunsch nach frühzeitiger Operation auch bei den „extremen“ Chirurgen verstummen, weil sie genug mit den Fällen zu tun haben, die eine Operation unter allen Umständen nötig haben.

Die meisten Chirurgen werden — des bin ich gewiss — den von mir aufgestellten Indikationen beipflichten; nur Riedel steht auf einem entgegengesetzten Standpunkt. Ich habe in einer Arbeit in der „Münchener med. Wochenschrift“ 1903, Nr. 16 und 17: „In welchen Punkten ich von Riedel's Ansichten über Gallensteinchirurgie abweiche?“ mir Mühe gegeben, meine Ansichten Riedel gegenüber geltend zu machen, und wenn ich auch bereits oben die Hauptpunkte in der Verschiedenheit unserer Ansichten hervorgehoben habe, so halte ich es doch bei der Wichtigkeit der Angelegenheit für geboten, in diesem Buche einiges aus jener Arbeit zu wiederholen, damit auch die, welche den damaligen Artikel nicht gelesen haben, sich selbst über die Verschiedenheit unserer Indikationsstellung ein Urteil bilden können. Riedel und ich haben von den deutschen Chirurgen wohl die meisten Gallensteinoperationen ausgeführt, und deshalb ist es gewiss von Interesse festzustellen, nach welchen Indikationen die Hauptvertreter der deutschen Gallensteinchirurgie zu operieren gewohnt sind. Wenn von den Anhängern der Frühoperation gesprochen wird, so nennt man meinen Namen immer neben dem Riedel's. Erst Kuttner wieder (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung Nr. 8) scheint anzunehmen, dass ich dieselben Indikationen vertrete wie Riedel, wenn er sagt: „Nach seinen günstigen Erfahrungen kann Fink die von Riedel und Kehr aufgestellten Indikationen zur operativen Behandlung des Gallensteinleidens in ihrem grossen Umfange nicht anerkennen.“ Welch' Unterschied zwischen den Indikationen Riedel's und den meinigen herrscht, das möchte ich noch einmal dem Leser recht eindringlich vorstellen. Ich sagte schon in der „Münchener med. Wochenschrift“ 1903 Nr. 16

und 17 folgendes: „Riedel legt — wenn auch nur in der Theorie — viel zu viel Gewicht auf die Grösse der Steine, wenn er sagt: Kleine Steine bedürfen der Operation nicht, weil sie von selbst abgehen können, grössere und grosse passieren die Gallengänge nicht oder nur unter grosser Gefahr für die Kranken, sie müssen rechtzeitig aus der Gallenblase entfernt werden, damit sie nicht in die tiefen Gänge hineingeraten oder die Gallenblasenwand durchbrechen.“ Riedel nimmt nur in 10 Proz. kleine, in 90 Proz. grosse Steine an, also müssten 90 Proz. operiert werden, wenn man die Kranken wirklich heilen will. Ich stand früher auf einem ähnlichen, wenn auch nicht so weitgehenden Standpunkt wie Riedel, und noch heute, wenn über Gallensteine debattiert wird, werden Riedel und ich als Vertreter der „Frühoperation“ genannt. Aber nur bis in die Mitte der 90er Jahre stimmte ich mit Riedel überein, ich habe mit der Zeit auf Grund eines eigenen grossen Materials meine Ansichten wesentlich geändert, ich bin jetzt in vielen Fällen mit einer Latenz der Steine zufrieden und verlange nur für bestimmte Formen der Cholelithiasis die Operation. Die Grösse der Steine spielt in der Indikationsstellung gewiss eine gewichtige Rolle (z. B. beim akuten und chronischen Choledochusverschluss); aber operieren wir nicht auch oft genug bei kleinen Steinen, wenn die Infektion hochgradiger Natur ist und eine Beseitigung derselben mit inneren Mitteln nicht gelingt? Bei meiner letzten Gallensteinoperation — der 178. Choledochotomie resp. Hepaticus-drainage — fand ich nur ganz kleine, erbsengrosse Steine im Choledochus. Der Icterus bestand schon seit Monaten, die Appetitlosigkeit war so gross, dass in kurzer Zeit das Körpergewicht um 40 Pfund zurückging und man bei der grossen Elendigkeit und Mattigkeit der Patientin recht gut an einen Leberkrebs denken konnte. Fürwahr, die Grösse resp. Kleinheit der Steine und ihre Durchgangsfähigkeit durch den Cysticus oder Choledochus, selbst nicht einmal die Anwesenheit der Steine (kann doch das Empyem der Gallenblase, ohne dass dabei Steine eine Rolle spielen, entstehen!) wird für uns Aerzte nicht immer massgebend sein, ob wir operieren oder nicht, und Riedel selbst bekennt sich zu dieser Anschauung, indem er sagt: „Genau ebenso

(er hat dabei die Appendicitiskranken*) im Auge) muss der Kranke mit akuter Cholecystitis in chirurgische Behandlung kommen, damit er, nicht dem Spiele des Zufalls ausgesetzt, sofort auf ungefährliche Weise von dem in seinen Folgen unberechenbaren Leiden befreit wird, gleichgültig, ob der Stein gross oder klein ist.“ Man sieht also, dass Riedel in praxi auf grosse oder kleine Steine keine Rücksicht nimmt: Die Entzündung der Gallenblase drückt ihm das Messer in die Hand, und diese Indikation lasse ich gern gelten. Nun ist aber nach Riedel der erste Anfall „immer eine Attacke von Cholecystitis“; also muss Riedel, wenn er in seinen Schlussfolgerungen konsequent ist, bei jedem Gallensteinkranken, der einmal eine Attacke durchgemacht hat, die Operation empfehlen. In der Tat tut er das auch; nicht nur bei der Cholecystitis schwerer Art, sondern auch „bei den leichteren Fällen von Cholecystitis würde er operieren, wenn er sähe, dass er eine glänzende Statistik bekäme“. Die erste Forderung finde ich noch einigermaßen gerechtfertigt; denn man soll bedenken, dass bei der Cholecystitis acutissima auch ohne Perforation eine Allgemeininfektion eintreten kann. Aus diesem Grunde habe ich von jeher die Operation bei der akuten, serös-eitrigen Cholecystitis empfohlen, aber ich habe das im Hinblick auf die Bekämpfung der Infektion getan; die Stein Entfernung, so angenehm sie für den Patienten auch sein mag, kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Ob grosse oder kleine Steine vorliegen

*) Riedel weist verschiedene Male auf die Appendicitis hin und vergleicht diese mit der Cholecystitis; gibt er auch zu, dass die Gefahr der Cholecystitis nicht so gross ist, wie bei der Appendicitis, so ist eine solche Gegenüberstellung von geringer Beweiskraft. Wie selten perforiert doch die Gallenblase (2 Proz. nach Riedel) und wie oft die Appendix? Fast immer spielt die Appendicitis sich nicht nur in der Höhle des Organs ab, sondern auch in der Wand, in der Umgebung; die Cholecystitis hat dagegen nur in wenigen Fällen einen so ausgesprochen progredienten Charakter. Wie selten finden wir bei der Cholecystitis den Eiterherd in der Peritonealhöhle, der bei der perforativen Form der Appendicitis kaum fehlt? Die Appendicitis ist gegen die Cholecystitis eine höchst gefährliche Erkrankung, während die letztere in der Mehrzahl der Fälle einen harmlosen Charakter hat. Wenn Riedel ein Anhänger der Frühoperation bei Appendicitis ist, so steht er zwar auch bei dieser Krankheit nicht ganz auf meinem Standpunkt, aber er steht doch nicht vereinzelt da; bei der Cholecystitis dürfte er völlig isoliert die Forderung der Frühoperation vertreten.

oder gar keine, ist höchst gleichgültig; Riedel aber greift zum Messer, indem er immer betont, man soll ein Tiefer-treten der Steine in den Choledochus verhüten. Gelingt es ihm nicht, die Operation im ersten Anfall auszuführen, dann empfiehlt er diese nach demselben. Einen zweiten und dritten Anfall will er gar nicht abwarten. Der wesentliche Unterschied zwischen der Indikationsstellung von Riedel und von mir ist also der, dass ich bei akuter Cholecystitis besonders auf den Grad der Entzündung, wie er sich durch die Schmerzhaftigkeit und Grösse des Gallenblasentumors, Beteiligung des Peritoneum und andere Momente kundgibt, Rücksicht nehme, während Riedel, der überhaupt die Infektion in den meisten Fällen leugnet und dafür seine Fremdkörperentzündung (Perixenitis) substituiert, ein Tiefer-treten der Steine verhüten will, damit nicht aus einem lokalen ein Allgemeinleiden werde.

Ob die Entzündung in der steinhaltigen Gallenblase infektiöser Natur ist oder nicht, ist noch nicht sicher entschieden; nach meiner Erfahrung ist aber keineswegs jede Kolik eine Attacke von Cholecystitis, obgleich ich der Entzündung, wie jeder weiss, der meine Publikationen gelesen hat, bei der Entstehung der Koliken die Hauptrolle zuer-kenne. Auch andere Momente, deren Erörterung ich mir hier sparen muss, können bei Abwesenheit von Steinen Koliken herbeiführen. Wie dem auch sei, ich stimme mit Riedel ganz darin überein, dass viel zu wenig Gallen-steinoperationen überhaupt ausgeführt werden, dass die ein-fache Cystostomie oder Cystectomy, „frühzeitig“ ausgeführt, technisch leichter ist wie eine Choledochotomie und He-paticusdrainage, und bin ganz seiner Meinung, dass die Ge-fahren der Krankheit im allgemeinen und speziell die des chronischen Choledochusverschlusses viel zu wenig gewür-digt werden. Aber weil dieser in so und sovielen Fällen einmal eintreten könnte — und der Choledochusverschluss chronischer Natur ist im Verhältnis zu den vielen Gallenstein-kranken (nach Riedel 2 000 000 im Deutschen Reich) ein relativ seltenes Ereignis —, ist es gewiss nicht gerecht-fertigt, jeden Fall von Cholecystitis zu operieren, um einer eventuellen Verlegung des Choledochus vorzubeugen. Die Cholecystitis ist die Vorläuferin des akuten Choledochus-

verschlusses gewiss in den meisten Fällen, sie kann Heilung herbeiführen, indem das entzündliche Sekret die Steine durch Cysticus und Choledochus in den Darm treibt. Schon aus diesem Grunde wäre es falsch, in jedem Fall von Cholecystitis zu operieren und eine Spontanheilung zu verhindern. Und dann, so unberechenbar das Gallensteinleiden auch ist, weder eine Cystostomie noch eine Cystectomy ist eine so absolut ungefährliche Operation, dass diese Anspruch erheben kann, eine prophylaktische Operation genannt zu werden. Können wir auch eine Infektion intra operationem durch tadellose Asepsis und Technik fernhalten, an Pneumonien, Embolien und an den Einwirkungen des Narkotikums werden wir immer ca. 1—2 Prozent der Operierten verlieren. Auch bei Riedel würden, wenn er die leichten Fälle von Cholecystitis operiert, nicht nur die Carcinösen zugrunde gehen, sondern auch dann und wann einmal ein nicht Carcinöser an einfacher Ectomie und Cystostomie. Zudem wollen wir nicht vergessen, dass in sehr vielen Fällen — sicher der Majorität — die Steine jahrzehntelang sich in der Gallenblase völlig ruhig verhalten können, dass kein zweiter oder dritter Anfall zustande kommt, und dass der Eintritt der Steine in den Choledochus, wie schon oben bemerkt, ein relativ seltenes Ereignis ist. Ueberall in der Medizin und Chirurgie sind wir gewohnt, mit der Regel und nicht mit der Ausnahme zu rechnen, und dementsprechend richten wir auch unsere Massnahmen ein. Riedel sagt ja selbst, dass nur 18 Prozent chronischen Choledochusverschluss bekommen, bei 70 Prozent die Gallensteine in der Blase sich latent verhalten können. Ich möchte übrigens hinter die Zahlen, mit denen Riedel so gern seine Ansichten beweist, ein dickes Fragezeichen machen. Riedel kann ihre Gültigkeit durch nichts erhärten, und ich glaube, dass die 18 Prozent chronischen Choledochusverschlusses viel zu hoch gegriffen sind. Sind die Zahlen aber richtig, so ist nur in 18 Prozent der Fälle eine Operation indiziert, und von den 70 Prozent, die Steine in der Gallenblase haben, nur bei denen, die nicht latent werden wollen, die Eiter in der Gallenblase beherbergen und sonstiges infektiöses Material. Wie viel das sind, weiss ich nicht, auf Schätzungen lasse ich mich nicht ein. Operieren wir bei akuter Chole-

cystitis, so müssen wir, wenn wir mit Riedel die sofortige Entfernung der Steine im Auge haben, auch auf die tiefen Gallengänge Rücksicht nehmen, obwohl Riedel das nicht für nötig hält. Nicht immer aber liegt, wie Riedel meint, ein „lokales Leiden“ vor. Ich habe oft genug bei akuter Cholecystitis mit Schlusstein operiert und dabei Steine im Choledochus angetroffen, ohne dass Icterus darauf hindeutete. Es ist nichts ganz seltenes — auch Riedel führt solche Fälle an —, dass die erste Attacke von Cholecystitis einen kleinen Stein in den Choledochus wirft. Operiert man in einem solchen Falle sofort, und nimmt man keine Rücksicht auf den tiefen Gang, so macht man eine unvollkommene Operation. Hat man cystostomiert, so wird später eventuell eine Choledochotomie nötig, und hat man ectomiert, so kann die Cysticusligatur nachgeben und grosses Unheil entstehen, wenn man, wie Riedel das gern tut, nicht tamponiert hat. Nimmt man aber Rücksicht auf den Choledochus und findet man den Stein, so wird man ihn nicht stecken lassen, sondern ihn herausschneiden. War er klein, und das ist meistens der Fall, so wäre er wahrscheinlich spontan abgegangen: man hat dann eine unnütze Operation vorgenommen. Aber diese wird in der Hand des erfahrenen Gallensteinoperators selten schaden, während sie von einem Arzt ausgeführt, der im Jahr nur 2 oder 3 Gallensteinoperationen macht, den Kranken in grosse Gefahr bringen wird. Das gibt auch Riedel zu, und deshalb möchte ich vorschlagen, die Indikation zur Operation bei der akuten Cholecystitis auf die Fälle zu beschränken, die mit peritonealer Reizung einhergehen und eine deutliche und schmerzhaftere Vergrösserung der Gallenblase aufweisen. Temperaturerhöhungen und Icterus sind wenig massgebend. Auch bei schwerer Infektion kann Fieber fehlen, und Icterus ist nicht immer ein Zeichen des Choledochusverschlusses, ja er kann vermisst werden, obgleich Steine in den Choledochus übergetreten sind. Die Operation soll man sofort, d. h. gleich nach gestellter Diagnose vornehmen, wenn Patient einen schwerkranken Eindruck macht. Ist der Tumor der Gallenblase nicht sehr schmerzhaft und gross, das subjektive Befinden des Kranken leidlich gut, so mag man abwarten und wird in den allermeisten Fällen erleben, dass,

wie Naunyn sagt, der Tumor sich rasch „verspurlost“. Verschwindet er nicht im Verlaufe von 8—14 Tagen, lassen die Schmerzen nicht gänzlich nach, leidet das Allgemeinbefinden unter der Appetitlosigkeit und dem Fieber, so ist der operative Eingriff ungefährlicher wie das Abwarten, man greife also zum Messer.

Will man bei akuter Cholecystitis sofort operieren, so muss man sich darüber klar sein, was man mit der Operation bezwecken will: Entfernung sämtlicher Steine aus Gallenblase und Hals derselben, damit sie nicht in die tiefen Gänge geraten, oder nur Beseitigung des meist infektiösen Inhalts der Gallenblase? Das erstere kann nur der erfahrene Chirurg, das letztere dürfte auch in den Händen des weniger in chirurgicis bewanderten Arztes gelingen. Im ersteren Fall wird die Ectomie mehr leisten wie die Cystostomie, im letzteren Fall wird die einfachere Fistelanlegung genügen.

Gleichgültig nun, ob man ectomiert oder cystostomiert, immer ist es zweckmässiger, wenn ein Patient, bei dem sich die Zeichen schwerer Cholecystitis geltend machen, in ein Krankenhaus transportiert wird, als dass er zu Hause bleibt, wo die Nachbehandlung, falls eine Operation nötig wird, auf die grössten Schwierigkeiten stösst. Konnte aber ein Transport nicht stattfinden — und meistens liegt das am Kranken, nicht am Arzt! —, so sei man darauf bedacht, die entzündlichen Erscheinungen zum Rückgang zu bringen, was in der Tat in der allergrössten Zahl der Fälle gelingt, nicht nur bei den leichteren Formen, sondern auch bei den mittelschweren. Man lasse den Kranken so lange liegen, bis völlige Ruhe im Gallensystem eingetreten ist. Ist das der Fall — und nun kommt der Hauptpunkt, in dem ich erheblich von Riedel abweiche —, ist auch nicht mehr die geringste Druckempfindlichkeit an der Gallenblase vorhanden, ist gar nichts mehr von einem Tumor zu fühlen, mit einem Wort, fühlt sich Patient wieder völlig gesund, dann befindet er sich eben im Stadium der Latenz, wie tausende und abertausende von Menschen mit Gallensteinen im Deutschen Reich, es ist gar keine Indikation zur Operation vorhanden, und Patient mag abwarten, bis neue Anfälle kommen. Von ihrer Häufigkeit, ihrer Art und Dauer sind

dann die weiteren Massnahmen abhängig. Kommt es zu der rezidivierenden chronischen Cholecystitis, so handle ich nach Indikationen, bei denen ich mit Riedel so ziemlich übereinstimme. Aber für die akute Cholecystitis kann ich das nicht behaupten, besonders der praktische Arzt vom Lande oder aus einer kleinen Stadt kann Riedel's Indikationsstellung überhaupt nicht durchführen. Und darauf müssen wir doch Rücksicht nehmen, ob eine in der Theorie ganz plausible Indikationsstellung sich auch in die allgemeine Praxis übersetzen lässt. Riedel ist deshalb selbst der Meinung, dass die „Frühoperation“ nur in grösseren Orten möglich ist, denn sie verlangt einen erfahrenen Gallensteinoperator. Die Dirigenten kleiner Hospitäler, für die das Riedel'sche Buch mitbestimmt ist, werden aber gewiss nicht eine solche Bezeichnung für sich in Anspruch nehmen wollen, und nur erfahrenen Gallensteinoperatoren sämtliche Kranke mit akuter Cholecystitis zu überlassen, geht auch nicht an; dann hätten diese bei der grossen Fülle des Materials gar keine Zeit, andere Operationen auszuführen. Soll aber der Indikationsstellung Riedel's völlig Genüge geleistet werden, dann müsste schon jeder Arzt eine Gallensteinoperation ausführen können. Da dieses Verlangen aus mehreren Gründen undurchführbar ist und bleiben wird, bleibt auch Riedel's Indikationsstellung ein frommer Wunsch, ganz abgesehen davon, dass fast kein Patient sich gleich bei der ersten Kolik den Bauch aufschneiden lässt.

Wenn ich Riedel's Vorschlag der sofortigen Operation bei akuter Cholecystitis nur auf die schwereren Fälle beschränkt wissen möchte, so soll man daraus nicht den Schluss ziehen, ich wäre der Ansicht, dass heutzutage vielleicht zu viel bei akuter Cholecystitis operiert werde. Gerade das Gegenteil ist der Fall, und ich habe oft in dieser Hinsicht selbst mit befreundeten Kollegen recht lebhaft Diskussionen gehabt: Ich stimmte für die Operation, und die anderen wollten nichts von derselben wissen. Auch bei akuter, serös-eitriger Cholecystitis wird wie bei allen anderen Formen der Cholelithiasis viel zu selten vom Messer Gebrauch gemacht. Das ist aber ebenso unrichtig, als wenn in jedem Falle operiert würde. Denn fast möchte ich glauben, dass man durch ein unterschiedsloses Operieren sämt-

licher Fälle von Cholecystitis mehr schaden wird, als wenn man sich nur die operationsbedürftigen aussucht. Auch wenn man wie Riedel ein erfahrener Gallensteinoperateur ist und über alle Einrichtungen einer modernen Klinik verfügt, halte ich das unterschiedslose Operieren aller Cholecystitisfälle noch lange nicht für gerechtfertigt. Ich habe doch nun auch genug Erfahrung in der Gallensteinchirurgie bekommen und die Mortalität auf die niedrigste Stufe gebracht; ich verfüge auch über ein Operationszimmer „mit Oberlicht“ und kann mich trotzdem nicht zu einer prophylaktischen Operation im Sinne Riedel's entschliessen, aus Gründen, die ich bereits oben angeführt habe und weiter unten noch ausführlicher erörtern werde. Ich mache vielmehr bei der akuten und — damit ich auch die chronische Cholecystitis und Cholangitis gleich erledige — bei den chronischen Formen der Cholelithiasis meine Indikationsstellung abhängig von dem Grade der Entzündung, von ihrer Dauer und Häufigkeit, vom Standort der Steine (Cysticus und Choledochus), von der Intensität und Art des Icterus, von dem Geschlecht und der Konstitution des Patienten, von seinem Beruf, vom Untersuchungsbefund und von dem bisherigen Verlauf der Krankheit (Fieber, Abmagerung, Erbrechen, Schmerzen, Morphiumgebrauch) und von vielen anderen Momenten. Meine Indikationsstellung ist, das gebe ich zu, ziemlich schwer zu erlernen, denn sie setzt voraus, dass der Arzt spezielle Diagnosen der einzelnen Formen der Cholelithiasis stellen kann. Riedel's Indikationsstellung hat den Vorzug, dass sie sehr einfach ist. Befolgt sie der Kranke, so braucht er gar nicht erst zum innern Arzt zu gehen, er kann gleich den Chirurgen aufsuchen. Und der Chirurg braucht sich den Kopf auch nicht lange zu zerbrechen; er operiert, sobald eine Attacke von Cholecystitis dagewesen ist und nicht gerade Icterus und Abgang kleiner Steine beobachtet wurde. Und auch die Studenten haben es gut, wenn sie eine solche einfache Indikationsstellung gelehrt wird, sie brauchen nicht viel zu lernen. Werden sie im Examen gefragt, wann bei Gallensteinen zu operieren ist, so antworten sie: Immer, sobald eine Attacke von Cholecystitis da war; nicht „wenn unter Icterus kleine Steine abgegangen waren und Ruhe eingetreten ist, oder wenn ein

grosser Stein per vias naturales abgegangen war, Patient sich dennoch nicht frei von Beschwerden fühlt“.*)

Obgleich mit der Besprechung der Riedel'schen Indikationsstellung bei Cholecystitis die Frage der prophylaktischen Operation so gut wie erledigt ist, muss ich doch über dieselbe noch einige Bemerkungen hinzufügen. Riedel stellt, wie wir schon oben sahen, die Forderung auf, man solle die Steine aus der Gallenblase entfernen, ehe sie in die tiefen Gänge geraten; er gründet diese Forderung auf die Harmlosigkeit der Gallenblasen- und Cysticussteine, ihre ungefährliche Entfernung einerseits und auf die Gefahren des chronischen Choledochusverschlusses und der grösseren technischen Schwierigkeit und höheren Sterblichkeit der Choledochotomie andererseits.

Gewiss ist der Aufenthalt der Steine im Choledochus mit grossen Gefahren verbunden, mit Gefahren, die auch die Operation nicht immer beseitigen kann. Ich erinnere nur an die Cholangitis diffusa, die Thrombophlebitis purulenta, den Leberabszess und die Pankreatitis. Diese Gefahren können bei jedem Menschen eintreten, der Gallensteine in seiner Blase beherbergt, denn bei jedem können die Steine in den Choledochus gelangen und sich dort dauernd niederlassen. Man müsste also, wie dies ja auch Riedel will, jeden Gallensteinranken operieren, man operiert dann auch solche, bei denen es nicht zum chronischen Choledochusverschluss gekommen wäre (nach Riedel 82 Prozent). Dagegen wäre ja nun nicht viel einzuwenden, wenn die Cystostomie resp. Cystectomy eine völlig ungefährliche Operation wäre. Dass sie dies nicht ist, habe ich bereits oben auseinandergesetzt. Wenn ich aber 2—3 Prozent Mortalität habe, finde ich nicht den Mut, eine prophylaktische Operation zu empfehlen. Denn die 3, die vom Hundert sterben, hätten vielleicht niemals einen Choledochusverschluss bekommen. „Aber dafür schützt man die übrigen 97 vor weiteren Gefahren“, höre ich Riedel einwenden. Das gebe ich zwar zu, wenn ich auch auf die nachträglichen Störungen durch Adhäsions- und Hernienbildung

*) Die Begründung dieser Contraindikation Riedel's ist auf p. 100 seines Buches nachzulesen.

als nicht zu leugnende unangenehme Beigaben unserer Laparotomien hinweisen muss, und ich würde gewiss für die Frühoperation Riedels stimmen, wenn es nicht Mittel und Wege gäbe, die Gefahren des Choledochusverschlusses ganz erheblich zu mildern. Ein solches Mittel ist in der Tat vorhanden und dieses heisst: Rechtzeitige operative Beseitigung des chronischen Choledochusverschlusses. Sobald der Stein in den Choledochus gelangt ist, — und wir können das fast in jedem Fall auf den Tag bestimmen! — dürfen wir den Patienten nicht aus dem Auge lassen, sondern müssen ihn auf die ernstesten Gefahren hinweisen, in die er sich begibt, wenn er nicht zur richtigen Zeit sich den Stein heraus schneiden lässt. Die Gefahren des Choledochusverschlusses sind wesentlich durch das lange Abwarten bedingt, es ist doch sehr selten, dass einmal ein akuter Verschluss zum Tode führt. Wartet der Chirurg nicht allzu lange mit der Operation (mehr als 3 Monate sollten, vom Eintritt der ersten Erscheinungen gerechnet, nicht vergehen, oft ist sogar noch früher eine Operation notwendig!), so ist diese, vorausgesetzt, dass man Hepaticusdrainage ausführt und tamponiert, nicht gefährlicher als 3 Prozent, also ebenso ungefährlich wie die Ectomie, die Operation, die Riedel zur Verhütung des Choledochusverschlusses bei dem ersten Anfall akuter Cholecystitis empfiehlt. Dabei hat sie den Vorzug, dass ihre Dauerresultate besser sind wie die nach einfacher Ectomie und Cystostomie, bei denen man leicht Steine im Choledochus übersieht. Ob Riedel bei einfacher Cystostomie oder Ectomie bessere Resultate hat wie ich, weiss ich nicht, da er in dieser Beziehung in seinem Buche keine näheren Angaben macht. Ich kann mir es aber kaum denken; denn jede Laparotomie — selbst die Probeincision — hat gewisse Gefahren, die wir auch dann nicht ganz aus der Welt schaffen, wenn wir ein völlig ungefährliches Narkotikum entdeckt haben werden. Wenn ich die Erfolge meiner letzten 100 Gallensteinlaparotomien betrachte, so möchte ich beinahe sagen: Mir ist es jetzt fast lieber, wenn ein Mensch kommt mit chronischem Choledochusverschluss, der noch nicht allzu lange besteht, als mit akuter Cholecystitis. Die Gallenblasen- und Cysticussteine machen mir oft mehr Sorgen und Arbeit wie die

Choledochussteine, und die Mortalität war unter den letzten 110 Gallensteinoperationen bei meinen Hepaticusdrainagen incl. Ectomie nicht grösser wie nach einfachen Cystostomien und Ectomien, im Gegenteil, sie war sogar geringer. Das mag allerdings nur ein Zufall sein. Jedenfalls haben mich meine Erfolge derartig ermutigt, dass ich den Uebertritt von Steinen in den Choledochus für kein grosses Unglück mehr halte. Das Unglück beginnt erst dann, wenn die Krankheit nicht richtig erkannt und falsch behandelt wird. Dann ist die Operation mit erheblichen Gefahren verbunden. Wir müssen also alle Hebel in Bewegung setzen, besonders beim chronischen Choledochusverschluss durch Stein, Aerzte und Kranke von der Notwendigkeit der operativen Behandlung zu überzeugen, und dürfen nicht nachlassen, gerade bei der Choledocholithiasis auf die Zwecklosigkeit und Gefährlichkeit lang fortgesetzter innerer Kuren, auch der Karlsbader Kur, hinzuweisen. Die Frühoperation beim chronischen Choledochusverschluss, nicht die Frühoperation der Gallenblasensteine durchzusetzen, sei unser aller Bestreben. Von der Notwendigkeit der Frühoperation bei Gallenblasensteinen lässt sich trotz der besten „Gallenrede“ und trotz der Demonstration der grössten Steine selten ein Patient überzeugen, während die Dringlichkeit der Entfernung der Choledochussteine man jedem klar machen kann. Dafür kann ich unzählige Beweise aus meiner Praxis beibringen. Der Stein im Choledochus kommt, wie ja Riedel selbst zugibt, selten zur Ruhe, während die Latenz der Gallenblasensteine, man kann sagen, fast die Regel bildet. Icterus, Fieber und Körpergewichtsabnahme sind aber so regelmässig wiederkehrende und auch für den Patienten so auffällige Erscheinungen des Choledochusverschlusses, dass der Arzt mit dem Vorschlag der Operation selten abgewiesen wird, während der Patient mit Gallenblasensteinen sich deshalb so schwer zur Operation entschliesst, weil immer wieder Zeiten kommen, in denen er sich völlig wohl fühlt, was beim chronischen Choledochusverschluss weit seltener beobachtet wird. Riedel wird mir in dieser Beziehung völlig Recht geben, und ich freue mich, feststellen zu können, dass ich mit ihm in der Indikation

zur Operation beim chronischen Choledochusverschluss ganz und gar übereinstimme.“ —

Hiermit beschliesse ich meine Ansichten über die Indikationen zur inneren und chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und gehe dazu über, Ihnen an der Hand von statistischen Tabellen über die von mir erzielten Erfolge bei meinen Gallensteinoperationen zu berichten. Jeder Arzt, der „Statistik macht“, soll sich des Wortes Billroth's erinnern: „Die Statistik ist wie ein Weib, ein Spiegel reinsten Wahrheit und Tugend, oder eine Metze, für jeden, zu allem zu gebrauchen.“

Der Wert der Statistik wird sehr verschieden beurteilt. Ich halte ihn für sehr gross, wenn man aus dem Billroth'schen Satz nur den ersten Vergleich sich zum Vorbild nimmt. Die reinste Wahrheit soll uns leiten, wenn man mit Zahlen den Wert der operativen Eingriffe beweisen will. Die Zahl meiner Operationen ist jedenfalls gross genug, um sie statistisch zu verwenden, damit jeder von den Erfolgen und Misserfolgen sich einen richtigen Begriff machen kann.

Sämtliche Kollegen, die mir von der Lektüre des Riedel'schen Buches berichteten, vermissten in demselben eine genaue Darlegung der erzielten Erfolge. Ich stellte ihnen vor, dass Riedel bei der Bezeichnung seines Buches „Die Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens“ gar keinen Grund hatte, über seine Erfolge mit Zahlen zu berichten, doch waren sie der Meinung, dass Sätze, wie: „Die Gallensteinoperation kann man bei richtiger Ausführung als ungefährlich bezeichnen“ etc. zu wenig Aufschluss gäben über die Gefahren der Operation. Auch die Bemerkungen Riedel's auf dem Chirurgenkongress 1904 bei Gelegenheit der Diskussion über die Choledochotomie mussten bei den Unkundigen den Glauben erwecken, dass eine Choledochotomie gar keine Schwierigkeiten bereite: „Bauch weit aufschneiden, Leber umkippen, dann liegt der Choledochus vor der Bauchwand,“ das war der Sinn der Worte Riedel's, die — ich möchte es fast befürchten — eine für die Patienten schädliche Wirkung hervorrufen können. Aber wie gross seine Sterblichkeit ist, das erfuhren wir bei dieser günstigen Gelegenheit wiederum nicht.

Ich will im Folgenden, um allen Einwendungen aus dem Weg zu gehen, an der Hand von Tabellen eine genaue Auskunft über die Sterblichkeit nach Gallensteinoperationen geben.

Im allgemeinen hört man immer wieder nicht nur im Kreise der Laien, sondern auch der Aerzte die Behauptung aufstellen: „Die Gallensteinoperation ist ein Eingriff, der auf Leben und Tod geht.“

Wenn von 100 Patienten 50 durchkommen und 50 sterben, so kann man mit Recht sagen: Die Operation geht auf Leben und Tod! Aber wenn man nach 100 Gallensteinoperationen, bei denen man keine Krebsbildung, keine diffuse Cholangitis antrifft, nur 2 oder 3 verliert, so ist eine solche Behauptung gewiss nicht am Platze.

Die meisten Gallensteinoperierten sterben nicht an der Operation, sondern trotz der Operation an ihrer Krankheit, weil diese einen bösartigen Charakter angenommen hatte und weil die Kranken — leider auch oft die Aerzte — sich zu spät zur Operation entschlossen hatten.

Die Chirurgie leistet heutzutage Erstaunliches, aber eine Leber, die sich wie ein Schwamm mit Eiter vollgesogen hat, vermag auch sie nicht wieder gesund zu machen, und ist die Gallenblase oder der Choledochus krebsig entartet, so hilft die beste Technik so gut wie nichts.

Handelt es sich aber nur um Eiterungen, die auf die Gallenblase beschränkt sind, sind die Steine aus dem Choledochus und Hepaticus mit den uns zu Gebote stehenden Mitteln entfernbar, kommen wir mit der Operation nicht gar so spät, so ist, wie wir weiter unten anführen werden, die Operation recht ungefährlich und beträgt kaum mehr wie 2—3% Mortalität. Ja, ich habe von den letzten 50 Hepaticusdrainagen nicht einen einzigen Kranken mehr verloren, vorausgesetzt, dass er nicht bereits mit Cholangitis septica in meine Behandlung trat.

Die Sterblichkeit meiner 1111 Gallensteinoperationen*) ist folgende:

*) Bis 31. XII. 05 1111, bis 20. III. 06 1132 Laparotomien.

1. 281 konservative Operationen (Cystostomie, Cystendyse, Cysticotomie) mit 5 Todesfällen =	1,8%	} bei Entzündung, Eiterung und Cholelithusstein*) 965 Fälle mit 57 Todesfällen = 6%.
2. 253 Ectomien mit 9 Todesfällen =	3,5%	
3. 237 Choledochotomien, resp. Hepaticusdrainagen mit 11 Todesfällen =	4,6%	
4. 194 gleichzeitige Operationen wegen gutartiger Komplikationen am Magen, Darm, Leber, Pankreas, mit 32 Todesfällen =	16,4%	
5. 146 gleichzeitige Operationen wegen bösartiger Komplikationen (Carcinom der Leber, der Gallenblase, des Choledochus, septischer oder diffuser eitriger Cholangitis) mit 123 Todesfällen =	84,2%	

Sa. 1111 Laparotomien mit 180 Todesfällen = 16,2% Mortalität

Unter Abzug von 4. und 5.
771 mit 25 Todesfällen = 3,2% Mortalität

Von den letzten 132 Gallensteinoperationen**) — ich rechne die auswärts operierten (Norden, Posadowo, Hamburg, Warschau, Nürnberg etc.) und die von meinen Assistenten ausgeführten Operationen nicht mit — starben 20. Davon waren 8 mit Carcinom behaftet, in 4 Fällen war schon anderweitig operiert worden und ich musste secundäre Operationen vornehmen, die unter der allerrünstigsten Asepsis zur Ausführung kamen. Schwer cholämisch waren 2 Kranke, 2 Patienten kamen schwer inficiert zur Aufnahme, nebenbei hatte der eine noch ein Duodenalulcus. Eine 71 jährige Patientin mit langbestehendem Icterus starb 21 Tage post op. an Inanition; bei einer sehr anämischen Patientin, die schon sehr lange an Koliken litt, musste neben der Ectomie und Hepaticusdrainage die Appendicectomy wegen chronischer Appendicitis und vielen Verwachsungen gemacht werden. Wenn man diese Fälle nicht mitrechnet, so bleiben übrig (von 114 Laparotomien) nur 2 Todesfälle. Diese 2 Todesfälle kommen auf Kosten der Narkose resp. des schweren Ein-

*) Nach der Einteilung Körte's.

**) 1001—1132 Gallensteinlaparotomie.

griffs und erfolgten durch Embolie der Pulmonalarterie und Herzschwäche.

Es beträgt also die Sterblichkeit der reinen Gallensteinoperation noch nicht ganz 2%.

Vergleicht man meine Resultate z. B. mit denen Körte's, so erhält man ungefähr folgende Zahlen.

Körte hat wegen Entzündung, Eiterung oder Chole-
dochusstein 238 mal, wegen einfacher Cholelithiasis 68 mal
und wegen gutartiger Komplikationen am Magen, Darm,
Leber, Pankreas ca. 21 mal mit 33 Todesfällen operiert.
Das sind 327 Laparotomien mit ca. 10% Mortalität.
Diese 327 Laparotomien entsprechen 965 Laparotomien
meiner ersten 4 Rubriken mit 57 Todesfällen = ca. 6% Mor-
talität. Die Gesamtmortalität beträgt bei Körte (wenn man
die im Anhang III—VII mitgeteilten wegen bösartiger Leiden
ausgeführten 93 Laparotomien mit 63 Todesfällen mitrech-
net) = ca. 23%. Bei mir beträgt die Mortalität 16,2%.
Doch muss ich darauf hinweisen, dass Körte bei seinem
grossen Krankenhausmaterial viel mehr desolate Fälle zuge-
wiesen bekommt (z. B. 11 operierte Gallensteinileusfälle mit
6 Todesfällen, 4 Peritonitistfälle mit 3 Todesfällen). Rechnet
man diese Fälle, die bei mir weniger häufig beobachtet sind,
nicht mit, so dürften unsere Gesamtergebnisse ungefähr die-
selben sein; bei den reinen Gallensteinoperationen
sind meine Erfolge etwas besser.

Man kann bei den meisten Patienten voraussagen,
ob sie ein Carcinom bei sich tragen und ob die Ent-
zündung sich noch auf die Gallenblase und den Chole-
dochus beschränkt oder ob sie bereits diffus die Leber
ergriffen hat. Deshalb ist man auch imstande, auf die
Frage des Patienten: „Wie gross sind die Gefahren der
Operation in meinem Falle?“ eine ziemlich genaue Ant-
wort zu geben. Kann man das Carcinom und die diffuse Cho-
langitis ausschliessen, so beträgt eben die Mortalität ca. 3%.
Hat man auf Grund der Anamnese und der Untersuchung
die Ueberzeugung gewonnen, dass zu der eigentlichen Gal-
lensteinoperation noch eine Operation am Magen etc. hin-
zugefügt werden muss, so hat der Kranke nur in 85% der
Fälle die Chance gesund zu werden und diagnostiziert man
ein Carcinom, so erwächst dem Chirurgen die Pflicht, ihm

resp. den Angehörigen die hohe Mortalität von 84% vorzuhalten.

Bei meinen 1111 Gallensteinlaparotomien kamen folgende 1910 Einzeleingriffe zur Ausführung:

Tabelle der Einzeleingriffe.

1910 Einzeleingriffe bei 1111 Laparotomien an 1033 Kranken
(22. 5. 1890 bis 31. 12. 1905.)

A. Eingriffe an den Gallenwegen selbst.

1. Einzeitige Cystostomie	327
2. Zweizeitige Cystostomie	12
3. Cysticotomie	117
4. Cysticolithotripsie nach Tait	1
5. Cysticectomy	12
6. Cystendyse (ideale Operation)	13
7. Extraperit. ideale Operation	2
8. Cystectomy (totale und partielle)	486
9. Choledochotomie (1 mal Choledochotripsie)	74
10. Choledochoplastik	3
11. Resection des Choledochus	3
12. Hepaticus- und Choledochusdrainage	214
13. Hepaticotomie	4
14. Choledocho-Duodenostomia externa et interna	23
15. Hepatico-Duodenostomie	2
16. Cysto-Gastrostomie	21
17. Cysto-Enterostomie	15
18. Cystico-Enterostomie	3
19. Hepato-Cholangio-Enterostomie	1
20. Gallenblasenfistelverschluss	14
21. Wiedereröffnung schon geschlossener Gallenblasen	12
22. Probeincision wegen Tuberkulose, Carcinom, Lues und Lösung von Adhäsionen als selbständige Operation	75

B. Eingriffe an Magen, Darm, Pankreas, Nieren, Leber etc., welche die Gallenstein- operationen komplizierten.

23. Laparotomie wegen Gallensteinileus	3
24. Laparotomie wegen Nachblutung (Ectomie)	1

25. Eröffnung von intraperitonealen, durch Cholelithiasis bedingten Abscessen	7
26. Herniotomien (Hernie der Linea alba, Bauchwandhernien)	14
27. Magenresektion	5
28. Gastroenterostomie	90
29. Pyloroplastik	29
30. Loreta's Divulsio pylori	1
31. Gastroanastomose	1
32. Excisio Ulc. ventric. et duodeni	3
33. Pylorus-Ausschaltung	1
34. Darmresektion	2
35. Entero-Enterostomie	26
36. Beseitigung von Fisteln zwischen Gallensystem und Intestinis	54
37. Appendicectomie	64
38. Einnähung und Excision von Pankreascysten	4
39. Incision von Pankreasabscessen	6
40. Einnähung eines Pankreascysten-Fistelganges in die Gallenblase	1
41. Ileocolostomie und Colostomie	3
42. Unterbindung der Art. hepatica (Aneurysma)	1
43. Omphalectomie	1
44. Netzplastik	9
45. Nephropexie (Wanderniere)	6
46. Nephrotomie (Eiterniere)	1
47. Leberresektion	16
48. Hepatopexie	115
49. Rippenresektion (Subphr. Abscess)	6
50. Leberechinococcus	6

Summa 1910 Einzeleingriffe.

Ich will dazu bemerken, dass die 1111 Gallensteinlaparotomien an 1033 Kranken vorgenommen wurden. Von diesen 1033 Kranken waren 228 männlichen und 805 weiblichen Geschlechts; es kommen also auf 4 gallensteinkranke Frauen 1 gallensteinkranker Mann. Der älteste Patient war 78 Jahre, der jüngste 11 Jahre, die meisten standen im mittleren Lebensalter (30—50 Jahre). Eine besondere Genugtuung ist es mir gewesen, dass ich 17 Aerzte, 13 Aerztfrauen und 10 Aerztemütter resp. Aerzteschwiegermütter von

ihren Steinen befreien durfte. Wenn eine Schwiegermutter — darauf wies ich schon in dem in Karlsbad gehaltenen Vortrag hin — auf den Rat ihres Schwiegersohnes sich wegen Gallensteinen operieren lässt, so ist das ein glänzender Beweis für das grosse Vertrauen, welches heutzutage der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit entgegengebracht wird.

Wie vorauszusehen war, hat die Cystostomie die besten Resultate gegeben; die Fistelanlegung ist die einfachste Operation, und da wir dieselbe meist nur bei Steinen in der Gallenblase und im Ductus cysticus vornehmen, so können wir von vornherein darauf rechnen, dass die Mortalität nach dieser Operation eine relativ geringe sein wird. In der Tat beträgt sie nicht mehr wie 2%. Diese 2% Mortalität werden bedingt wie bei jeder Laparotomie durch die Zufälligkeiten, welche die Narkose schafft (Pneumonie, Embolie, Herzschwäche), und durch den Eintritt von Komplikationen, die eben mehr dem Narcoticum wie der Operation als solcher zur Last gelegt werden müssen (z. B. Urämie bei Nephritis, Arteriosclerose, Myocarditis etc). — Derartige Todesfälle kommen auch bei der Ectomie vor, deren Mortalität ungefähr 3—4% beträgt. Dieser etwas höhere Prozentsatz der Mortalität ist weniger bedingt durch die technisch schwierigere Operation als vielmehr durch die geringere Widerstandsfähigkeit der Kranken, die bei der lange bestehenden Krankheit natürlich nicht ausbleiben kann. Eine wenig veränderte Gallenblase kann man ohne grosse Gefahr für den Kranken extirpieren und die Mortalität dieser Operation ist nicht viel grösser wie die der Fistelanlegung.

Auch die Choledochotomie an und für sich, d. h. die Incision des Choledochus ist keine besonders lebensgefährliche Operation. Ich hatte unter meinen ersten 50 Choledochotomien ca. 10% Mortalität und bei den letzten 150 Operationen nur noch 3%, — ein Beweis, wie die Erfolge bei hinreichender Uebung und Erfahrung immer besser werden. 3% Mortalität nach einer Choledochotomie ist sehr wenig, wenn wir bedenken, dass wir an Menschen operieren, die icterisch sind und von Entzündungen im Choledochus und in der Leber heimgesucht wurden, wenn wir weiterhin in Betracht ziehen, dass eine Choledochotomie viel länger dauert,

wie eine Ectomie, dass dabei das Einfließen von Galle in die Peritonealhöhle nicht immer vermieden werden kann und die Technik solcher Operation viel schwieriger ist wie die der Ectomie. Bei diesen 3% habe ich nicht ausser Acht gelassen die Fälle, welche durch komplizierende Lungen- und Herzaffektionen zugrunde gingen, z. B. einem 60jährigen Herrn aus Osnabrück, der an schwerer Myocarditis litt, aber wegen chronischem Choledochusverschluss unbedingt operiert werden musste und eine 70jährige Dame aus Nordhausen, die 21 Tage post op. an Inanition zugrunde ging. Die Besserung der Erfolge nach der Choledochotomie in den letzten Jahren spricht deutlich für den Nutzen der Spezialisierung auf chirurgischem Gebiete. Operationen, zu denen andere Chirurgen 2 auch 3 Stunden gebrauchen, bezwinde ich jetzt in 1 Stunde, und den Vorteil genießt der Kranke, der sich meiner Klinik anvertraut. Nicht weil ich etwa eine ganz besondere Anlage zum Chirurgen habe, sind meine Erfolge besser wie die anderer Operateure, sondern weil ich an einem grösseren Material durch Uebung und Erfahrung das schnellere Operieren erlernen, das bessere Orientieren mir aneignen konnte. Ich rühme mich nicht meiner guten Erfolge, ich rühme mich aber meines Fleisses, und seines „Fleisses darf sich Jedermann rühmen“, sagt Lessing. Dadurch, dass ich besonders in der Münch. med. Wochenschrift über meine Erfahrungen auf dem Gebiete der Gallensteinchirurgie berichtete und es durch anderweitige Veröffentlichungen bekannt wurde, dass ich mich ganz speziell mit Gallensteinoperationen beschäftige, wuchs mein Material von Jahr zu Jahr und ich hatte kürzlich die Freude, die 1000. Gallensteinoperation ausführen zu können. Durch die Mitarbeit tüchtiger Assistenten wurde es mir allerdings leichter gemacht, literarisch fleissig sein zu können, und ich verfehle nicht, diesen immer wieder meinen Dank auszusprechen für ihre aufopfernde Mühe und sorgfältige Unterstützung.

Die Unterstützung durch gewissenhafte Assistenten machte sich recht bemerkbar bei jenen Operationen, die durch komplizierende Erkrankungen am Magen und Darm besonders während der Nachbehandlung grosse Ansprüche an den Arzt stellen.

Die Gallensteinkrankheit ergreift recht häufig den Magen und das Duodenum, es kommt zu Pylorusstenosen, welche Pyloroplastiken und Gastroenterostomien erfordern. Wie die Gallenblase wird auch die Appendix coeci, das Pankreas infiziert, und Appendicectomien muss man oft zur Gallensteinoperation hinzufügen. Dadurch wird die Operation verlängert, die Gefahren steigen, und ca. 17% der Operierten gehen an der Dauer der Operation und an der Schwierigkeit des Eingriffs zugrunde. Peritoneale Infektionen spielen auch hier eine sehr geringe Rolle. Der Gallensteinranke, der magenkrank wird und nebenbei der Inanition verfällt, gleicht einer Maschine, deren Arbeitskraft erschöpft ist. Das Oel ist eingetrocknet, überall hapert's, und die oft recht schwierige Operation wird bei der geringen Leistungsfähigkeit des Organismus nicht mehr überwunden.

Wenn nun gar die Gallensteinkrankheit sich mit Carcinom der Leber, der Gallenblase, des Pankreas, des Choledochus, mit Pankreasnekrose, mit diffuser eitriger Cholangitis, Thrombophlebitis, Sepsis, Peritonitis kompliziert, dann müssen wir mit einer sehr hohen Sterblichkeit, ca. 85% rechnen. In solchen Fällen kommt nur ausnahmsweise einmal ein Patient durch. Aber ohne Operation wären sie schliesslich alle zugrunde gegangen, deshalb kann man sich schon freuen, wenn man von 100 solchen Todeskandidaten nur 5—10 durchbringt. Im Hinblick auf diese Fälle habe ich in meinem Karlsbader Vortrag das Wort Platen's zitiert: „So viel Mühe um ein Leichentuch!“ Clemm ist der Ansicht, dass man mit einfachem Zuwarten auf Selbsthilfe der Natur sicherlich nicht mehr geschadet hätte, wie mit solch' verzweifelten Eingriffen. Ich stimme Clemm nicht bei und halte ihm die Fälle von Resektion des carcinomatösen Choledochus und Unterbindung der Art. hepatica vor. Was hätte hier die Natur leisten können? Nur der Tod wäre der Abschluss dieser Krankheiten gewesen. Wenn ich von 100 Fällen, die sicher dem Tod verfallen sind, 5 gesund mache, dann ist das eine Leistung, auf die ich stolz bin.

Man sieht aus diesen Auseinandersetzungen, dass die Sterblichkeit in erster Linie von der Form der Gallensteinkrankheit abhängt, die den Chirurgen zum Messer greifen

lässt. Die Art der Operation spielt für den geübten Chirurgen keine so wesentliche Rolle, wenn man auch zugeben muss, dass die Dauer der Operation in Bezug auf die Prognose von grosser Bedeutung ist.

Körte hat deshalb ganz Recht, wenn er seine Fälle nicht nach der Operationsmethode, sondern nach der Art des Krankheitsprozesses, welche die Indikation zum Eingreifen bildet, gruppiert. „Es ist für die Prognose grundverschieden, ob man eine Cystectomie oder Cystostomie wegen einfacher chronischer Cholelithiasis, oder wegen akuter infektiöser Cholecystitis ausführt; ob bei einer Choledochotomie klare Galle oder getrübbtes infektiöses Sekret im Choledochus oder gar im Hepaticus vorhanden ist.“ Bei 30 Hepaticusdrainagen, die ich bei den Gallensteinkranken Nr. 950—1050 vornahm, fand ich 11 mal sehr infektiöse, trübe, in einigen Fällen sogar stinkende Galle. Von diesen 11 starben 5. Davon hatten 2 Lebersteine und septische Cholangitis, die 3 übrigen waren bereits schwer infiziert, als sie zur Operation kamen. Bei 19 war die Galle wenig verändert, davon ist keiner gestorben. Bei mehr oder weniger diffuser Cholangitis ergibt also die Hepaticusdrainage nur 50% Heilungen, bei geringfügiger, auf den Choledochus beschränkter Infektion war die Mortalität gleich Null. So sehen wir, dass bei Cholangitis diffusa septica die sonst so segensreiche Hepaticusdrainage ohne Erfolg bleiben wird und es ist deshalb gewiss angebracht, diese Fälle der Grabesrubrik der Carcinome zu überweisen.

Von dem Grade der Infektion, welche die Gallensteinkranken befallen hat, hängt also in erster Linie der Erfolg unserer Operationen ab. Bei den unkomplizierten Fällen ist die Mortalitätsziffer sehr gering und beträgt nicht mehr wie 3%. Doch will ich nicht verschweigen, dass, trotzdem von den Cystostomierten nur 1,8%, von den Ectomierten 3,5%, von den Choledochotomierten 4,6% starben, doch sehr viele Operierte, die schliesslich gesund wurden, recht „kritische Tage erster Ordnung“ durchmachen mussten; sehr bedrohliche Zustände (Bluterbrechen, Pulsbeschleunigung bis 150 Schläge, hohe Temperaturen etc.) stellten sich in relativ vielen Fällen (ca. 10%) ein, und nur einer gewissenhaften Nachbehandlung gelang es, die Patienten über Wasser zu

halten. Was hier meine Assistenten geleistet haben, ist geradezu bewundernswert, und der Patient sollte die Kunst der Nachbehandlung in der Tat höher schätzen wie die Kunst der Operation. Es gehört wirklich mehr Erfahrung dazu, bei der Nachbehandlung die richtigen Massnahmen herauszufinden, als bei der Operation die richtige Methode zu wählen. —

Ob wir in Zukunft viel bessere Resultate erzielen werden, ist mir fraglich. Es wird schliesslich alles darauf ankommen, nicht erst die schweren Folgezustände zur Ausbildung kommen zu lassen, die so sehr die Mortalität nach Gallensteinoperationen erhöhen. Es ist — da die Sterblichkeit der Cystostomie, Ectomie und Hepaticusdrainage ungefähr die gleiche (2—3%) ist — gewiss kein grosses Unglück, wenn ein Stein in den Choledochus rutscht, und die Riedel'sche Indikationsstellung, die Steine zu entfernen, ehe sie in die tiefen Gallengänge geraten, hat deshalb keinen grossen Wert, weil ihre Entfernung aus Gallenblase oder Choledochus im Hinblick auf die Sterblichkeit — einen geübten Operateur voraussetzt! — keinen grossen Unterschied mehr macht. Aber ist der Stein im Choledochus angelangt, so sollen wir nicht warten, bis sich diffuse Cholangitis und biliäre Cirrhose entwickelt, sondern sollen ihn beizeiten entfernen. Was ich also in der Münch. med. Wochenschrift gesagt habe, gilt noch heute: Nicht die frühzeitige Entfernung der Steine aus der Gallenblase brauchen wir anzustreben, sondern ihre rechtzeitige Entfernung aus dem Choledochus.

Gewiss geben Gallensteine in der Gallenblase oft genug die Indikation zur Operation ab, z. B. bei eitriger Cholecystitis oder beginnender Perforation, aber der Stein in der Gallenblase ist im Vergleich zu seinem Kollegen im Choledochus ein ziemlich harmloser Geselle. Ich würde ganz der Meinung Riedel's sein und den Stein aus der Gallenblase entfernen, wenn er in der Mehrzahl der Fälle in den Choledochus geraten sollte. Aber das ist nicht der Fall, und deshalb entferne ich den Stein aus der Gallenblase nicht aus dem Grunde, um ein Tiefertreten zu verhindern. Ich operiere bei Steinen in der Gallenblase bei heftigen Entzündungen,

die einer inneren Medikation trotzen und aus sonstigen Gründen, die ich bereits oben bei der Besprechung meiner Indikationsstellung auseinandergesetzt habe.

Ich will noch darauf aufmerksam machen, dass die Gallensteinoperation von einer Frau, die geboren hat, besser vertragen wird wie von einer Jungfrau mit straffen Bauchdecken, und dass Männer „lange nicht so viel aushalten“ wie Frauen. Die meisten Männer sind Verehrer des Alkohols und des Nikotins, ihr Herz ist oft nicht mehr intakt, sie brauchen mehr Chloroform, man muss viel mehr an der Bauchwand zerren, die sie spannen, sie haben keine Hepatoptose, es liegt alles tiefer, mit einem Wort: Bei den Männern ist die Operation in der Regel schwerer und auch gefährlicher wie bei den Frauen, das soll man bei der Indikationsstellung nicht vergessen.

Die frühzeitige Operation Riedel's würde, wenn sie allgemein zur Anwendung käme, d. h. auch von weniger geübten Chirurgen ausgeführt würde, mehr schaden als nützen. Gewiss wäre sie am Platze, wenn die traurigen Folgezustände, mit denen auch ich es so oft zu tun habe (Perforation, Cholangitis, Carcinom etc.), zur Regel gehörten. Sie sind aber in Anbetracht der kolossalen Häufigkeit der Cholelithiasis Ausnahmefälle, und für Ausnahmefälle kann man nicht eine in jedem Falle durchzuführende Frühoperation proklamieren. Bei der Appendicitis kann man schon eher sagen, dass die üblen Ausgänge nicht zu den Seltenheiten gehören. Die Appendicitis ist eine unberechenbare Krankheit, und da hat es noch Sinn bei einer Sterblichkeit von ca. 10% auch die übrigen 90 Fälle operativ zu behandeln, um einem tödlichen Ausgang vorzubeugen. Die Sterblichkeit der Cholelithiasis — wohlbemerkt nicht der latenten, sondern der aktuellen Form — beträgt aber gewiss nicht mehr wie 2—4%. Es wäre absurd, deshalb in jedem Falle zu operieren! Die Sterblichkeit der Choledocholithiasis ist schon bedeutend höher, ich schätze sie immerhin auf 50%; da hat es Zweck, eine chirurgische Behandlung einzuleiten, besonders wenn diese nur 3% Sterblichkeit hat und also die Erfolge innerer Kuren um 47% überragt.

Beim Carcinom der Gallenblase, welches bekanntlich

in vielen Fällen durch den Reiz der Steine entsteht, kann, das liegt auf der Hand, nur die frühzeitige Operation nützen. Aber gerade in diesen Fällen merkt der Träger fast nie etwas von seinen Steinen, er sucht erst dann Hilfe beim Chirurgen, wenn das Carcinom fertig, d. h. inoperabel ist. Der einzige Segen, den somit die frühzeitige Operation für die Behandlung des Gallenblasenkrebses entfalten könnte, wird durch die Symptomlosigkeit der begleitenden Cholelithiasis vereitelt. —

Auf einen Punkt will ich noch eingehen, den ich bereits oben berührt und in der Münchener medicin. Wochenschrift in einer Arbeit: „Wie gross ist heute die Mortalität nach Gallensteinoperationen? (1901 Nr. 23)“ erörtert habe; er betrifft den Unterschied der Sterblichkeit beim männlichen und weiblichen Geschlecht. Ich konnte damals an der Hand von 100 Operationen, die ich vom 1. 4. 1900 bis 16. 4. 1901 ausgeführt habe, feststellen, dass auf die 100 Laparotomien 75 Frauen und 25 Männer kamen, dass von den 25 Männern 10 = 40% und von den Frauen nur 6 = 8% starben. Diesen Unterschied hielt ich für die Indikationsstellung von grosser Bedeutung. Von 100 Operationen aus der letzten Zeit (950—1050) kamen auf 27 Männer 73 Frauen. Von den Männern starben 7 = 26%, von den Frauen 7%. Von den 7 gestorbenen Männern litten 5 an Krankheiten, die auch dem Messer des Chirurgen nicht weichen (Carcinom, Pankreasnekrose, Lebercirrhose etc.). — Wenn also das Verhältnis der gestorbenen Männer zu den gestorbenen Frauen auch nicht so in die Augen springend ist wie vor 3 Jahren, so ist die Sterblichkeit unter den Männern viermal grösser wie unter den Frauen. Worauf ist das zurückzuführen? Vor 4 Jahren gab ich darauf folgende Antwort: „Carcinome, z. B. am Pankreaskopf, scheinen bei männlichen Individuen häufiger vorzukommen, wie bei weiblichen. Weiterhin habe ich von jeher den Eindruck gehabt, dass selbst kräftige und robuste Männer die Narkose und das Hantieren in der Bauchhöhle viel schlechter vertragen als Frauen. Ich will auf die Gründe dieser Tatsache nicht näher eingehen, glaube indes, dass deshalb besonders das starke Geschlecht einer Laparotomie gegenüber sich so schwach verhält, weil es sich durch Nikotin und Alkohol

die Herzkraft in hohem Masse schädigt. Ich operiere lieber 5 Frauen als einen Mann und bin überzeugt, dass in dieser Beziehung mir erfahrene Laparotomisten beistimmen. Bei Männern kommt deshalb nur selten die soziale Indikation (Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit durch fortwährende Koliken), meistens nur die vitale Indikation (Empyem der Gallenblase, chronischer Choledochusverschluss durch Stein) in Betracht. Uebrigens will ich nicht versäumen, darauf hinzuweisen, dass von den männlichen Laparotomierten, die frei von Carcinom, diffuser eitriger Cholangitis waren — und ihre Zahl betrug im letzten Jahre 15 — kein einziger gestorben ist. Es läuft eben alles darauf hinaus, dass man mit der Operation nicht allzu lange wartet.“

Auch von den 22 nicht durch unheilbare Krankheiten komplizierten männlichen Gallensteinoperationen des letzten Jahres starben nur 2 Patienten, von denen einer schwer infiziert und geschwächt zur Operation kam, der andere 5 Wochen post op. an Nephritis zugrunde ging. Bei dem letzteren war die nicht steingefüllte Gallenblase wegen Verwachsungen entfernt und wegen chronischer Appendicitis die Appendix coeci reseziert worden.

Ich möchte diesen Bemerkungen noch hinzufügen, dass die Sterblichkeit bei Männern auch deshalb grösser ist, weil der Mann sich viel schwerer zur Operation entschliesst und mit ihr viel länger wartet wie die Frau. Er ist der Ernährer der Familie, und wenn er stirbt, ist das Unglück meist viel grösser, als wenn die Mutter der Familie entrissen wird. Und dann findet man bei Männern relativ viel häufiger neben der Cholelithiasis Lebercirrhose, die den Ausgang der Gallensteinoperation wesentlich beeinflusst. Im übrigen spielt wie gesagt der Nikotin- und Alkohol-Missbrauch bei der Prognose der Operation eine nicht zu unterschätzende Rolle. —

Bei der Beurteilung meiner Erfolge müssen schliesslich noch folgende Punkte berücksichtigt werden:

1. Ich habe immer erst dann operiert, wenn entweder eine innere Behandlung, vor allen Dingen Karlsbader Kuren erfolglos blieben, oder der Fall von vorneherein so schwer auftrat, dass nur eine chirurgische Behandlung in Frage kam (also z. B. beim Empyem der Gallenblase). Fast meine

sämtlichen Operationen waren sog. Spätoperationen. Wer frühzeitig zum Messer greift, wird natürlich bessere Erfolge haben, als wer fast nur mit Fällen von chronischem Choledochusverschluss, schweren Entzündungen und ausgedehnten Ulcerationen der Gallenblase zu tun hat.

Meine Gesamt mortalität beträgt ca. 16%, die der reinen Gallensteinoperationen nur 3%. Von 1000 Fällen, die Mayo operiert hat, waren 960 gutartig mit einer Sterblichkeit von 4%. 40 Fälle waren maligner Natur mit 22% Mortalität. Ich bin unter 1000 Fällen 129 mal auf bösartige Komplikationen gestossen und während Mayo in 573 Fällen mit der Cystostomie sich begnügte, habe ich diese Operation nur 275 mal vorgenommen. Man sieht, dass das Material der verschiedenen Gallensteinoperateure recht verschiedenartig ist und es ist deshalb nicht angebracht, zu sagen: „Während Mayo nur 5% Mortalität hatte, hat Kehr 16%.“ Mayo's Cystostomie-Sterblichkeit beträgt 2,4%, die meinige 1,8%, bei der Ectomie starben Mayo 4,3%, mir 3,2%. Die Choledochotomie ergab bei mir 5%, bei Mayo 11,7% Sterblichkeit. Diese Gegenüberstellungen zeigen, dass die Erfolge bei reinen Gallensteinoperationen, die ein geübter Chirurg ausführt, fast übereinstimmend sind.

2. Ich habe mir durch meine specialistische Beschäftigung mit der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis allmählich den Ruf eines Gallensteinoperateurs erworben. Zu einem solchen kommen aber fast nur die weitvorgesrittenen, die schwierigen Fälle: die leichten operiert jetzt jeder Chirurg, der auch sonst Bauchoperationen macht, die ganz komplizierten gehen zum Spezialisten. So habe ich in den letzten zwei Jahren sehr viele Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen ausgeführt; in meinem letzten Jahresbericht befanden sich unter ca. 120 Gallensteinlaparotomien 46 = fast 40% Hepaticusdrainagen. Auch sonst musste ich so viele schwierige Fälle operieren, wie sie eben nur ein Spezialist in Behandlung bekommt. Die Gallensteinkranken, die von weither — z. B. aus Russland — meine Klinik aufsuchten, repräsentierten in der Mehrzahl absolut desolante Fälle. Die Gallensteinkrankheit komplizierte sich mit Lebercirrhose oder Pankreasnekrose, meist steckte ein Carcinom dahinter, und so kam es, dass, je weiter der Patient wohnte,

um so gefährlicher die Operation sich gestaltete. Von den Gallensteinkranken aus Halberstadt und Umgegend stirbt selten einer; wurde ich nach auswärts zu einer Gallensteinoperation gerufen, so handelte es sich fast immer um nicht mehr transportable Fälle mit Cholämie oder Cholangitis. Dass man dabei keine hervorragenden Erfolge erzielen wird, ist von vorneherein klar. Es ist meist der Wunsch der Angehörigen, dass man den letzten Versuch, das Leben zu retten, nicht unterlassen soll: manchmal gelingt das, oft bringt auch die Operation keine Heilung mehr.

Von meinen Operierten wären sicher über kurz oder lang 60% an den Folgen der Krankheit gestorben, wenn ich nicht durch das Messer den Tod abgewendet hätte; sie litten an chronischem Choledochusverschluss mit Icterus und Schüttelfrösten und bargen in ihren Gallenblasen Eiter. Ich glaube also nicht zu viel zu sagen, wenn ich behaupte, dass ich in 60% aus vitaler Indikation operiert habe. In den übrigen Fällen hat meine Operation zwar keine augenblickliche Gefahr beseitigt, aber Arbeitsunfähige wieder arbeitsfähig gemacht und solchen, die das Leben recht satt hatten, die Freude am Leben wiedergeschenkt.

Es liegt auf der Hand, dass mit wachsender Uebung und Erfahrung meine Erfolge immer besser wurden, obgleich immer mehr schwere Fälle der Klinik zuzogen. So habe ich z. B. von meinen letzten 200 Gallensteinlaparotomierten,*¹) die ohne Carcinom und ohne septische Cholangitis zur Operation kamen und bei denen keine komplizierenden Eingriffe am Magen und Darm vorgenommen wurden, nur noch 3 verloren, davon nach 46 Hepaticusdrainagen keinen und nach 80 Cystostomien und Ectomien nur 2 (einen über 60 Jahre alten Mann an Pneumonie 14 Tage post op. und eine sehr elende Patientin mit hochgradiger Hepatoptose bald nach der Operation im Collaps). Es kommen also auf 126 reine Gallensteinoperationen nur 2 Todesfälle = 1,6% Mortalität.

Sehr bemerkenswert ist die Tatsache, dass die Ectomie in Verbindung mit der Cysticus- und Chole-

*¹) 800 bis 1000ste Gallensteinlaparotomie.

dochusspaltung und nachfolgender Hepaticusdrainage die besten Erfolge geliefert hat. Brüning (Klinik Pop-pert-Giessen) ist der Meinung, dass diese Operation „zu weitgehend sei, da die Grösse des Eingriffs mit seinen erhöhten Gefahren in keinem Verhältnis zu seinem Vorteile steht“. Ich muss dieser Ansicht widersprechen. Durch Hinzufügung der Cysticus- und Choledochusspaltung wird die Gefahr der Ectomie so gut wie gar nicht erhöht, aber wir gewinnen die grösste Sicherheit in der Entfernung der Steine. Ausserdem ist Brüning im Irrtum, wenn er annimmt, dass ich in jedem Fall den Choledochus incidierte. In bestimmten, oben angegebenen Fällen begnüge ich mich mit der einfachen Ectomie, und wenn ich die Hepaticusdrainage hinzufüge, so braucht der Kranke vor dieser Operation keine grössere Gefahr zu erwarten wie von der einfachen Ectomie.

Jedenfalls haben wir allen Grund, mit den augenblicklichen Erfolgen der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit zufrieden zu sein; wer von den unkomplizierten Gallensteinfällen, d. h. die frei von Carcinom oder diffuser Cholangitis zur Operation kommen, mehr als 5% verliert, operiert entweder nicht richtig, oder die Patienten sind zu geschwächt in seine Behandlung getreten. Das lange Abwarten, die immer wieder versuchte Kur in Karlsbad oder gar der Gebrauch von Geheimmitteln, die gerade bei der Gallensteinkrankheit leider eine so grosse Rolle spielen, müssen die Erfolge der Chirurgen verschlechtern, und die Misserfolge sind nicht dem Chirurgen beizumessen, sondern sind auf die vorher geübte und zu lange Zeit fortgesetzte innere Behandlung zurückzuführen.

Trotz dieser guten Operationserfolge gibt es noch recht viele Aerzte, die von einer chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis nichts wissen wollen, sogar direkt vor derselben warnen. Dabei handelt es sich besonders um solche Aerzte, die irgend einem inneren neuen Mittel zur Verbreitung verhelfen wollen. So lese ich in einem Reklameheftchen, welches die chemische Fabrik Stroschein mit Lobserhebungen über die Wirkung des Cholelysin angefüllt hat, folgenden Passus aus einem Artikel des Dr. Bolgar (Aerztliche Zentralzeitung 1904, Nr. 46—48): „Hat nun einerseits

die Chirurgie viel zur Aufklärung über die in so mancher Hinsicht noch ganz dunkle Krankheit beigetragen, so hat sie andererseits das Problem der erfolgreichen Therapie leider nicht gelöst. Es sind die Steine aus der Gallenblase entfernt worden, die inficierte Galle wurde durch Anlegung von Fisteln nach aussen abgeleitet und unschädlich gemacht, in verzweifelten Fällen wurde die Cystectomie versucht, wahre Wunderwerke chirurgischer Kunst wurden verrichtet, ohne dass man der Krankheit ihren Schrecken hätte nehmen können. Man konnte die Rezidive nicht verhindern und dies ist wohl der Hauptgrund, dass sich Aerzte und Patienten so schwer zu einer eingreifenden Operation entschliessen können, die nur eine relative Befreiung von dem quälenden Leiden zur Folge hat.“

Bei unseren Operationen spielt gewiss der augenblickliche Erfolg nicht die Hauptrolle; ein Dauererfolg muss erzielt werden, wenn wir unseren chirurgischen Eingriffen eine dauernde Stellung in der Behandlung der Cholelithiasis verschaffen wollen.

Als ich auf dem Chirurgenkongresse 1900 zum ersten Male über „Rezidive nach Gallensteinoperationen“ sprach, leitete ich meinen Vortrag mit folgenden Worten ein:

„Jeder Arzt spricht lieber von seinen guten als von seinen schlechten Erfolgen, und es ist verzeihlich, wenn der Chirurg sich nicht gern entschliesst, von den Schattenseiten der von ihm ausgeführten und empfohlenen Operationen zu berichten. Aber durch Schönfärberei und Verheimlichung von Irrtümern und Fehlern, die wir begehen, schaden wir der Entwicklung der Chirurgie mehr, als wenn wir offen und ehrlich die Misserfolge bekennen und den Gründen und den Mitteln nachspähen, die uns in den Stand setzen, solche in Zukunft zu vermeiden. Die Achtung unserer Kollegen vor der Leistungsfähigkeit der chirurgischen Kunst wird noch mehr wachsen, wenn wir uns nicht scheuen, auch die bösen und trüben Erfahrungen, die keinem erspart bleiben, mit ehrlicher Offenheit mitzuteilen. Nehmen wir uns auch in dieser Hinsicht ein Beispiel an dem unvergesslichen Theodor Billroth, der, wenn er von seinen kühnen und glänzenden Operationen sprach, niemals vergass, die Misserfolge hervorzuheben.“

Jeder von uns weiss, dass der augenblickliche Erfolg, den wir durch eine Operation erzielen, oft überraschend gut ist: Kranke, die schon mit einem Fuss im Grabe standen, blühen wieder auf, und der Chirurg ist beglückt, dass seine Arbeit von so herrlichem Erfolge gekrönt ist. Ich erinnere nur an den Segen, der in der Gastroenterostomie steckt, die wir wegen eines inoperablen Magencarcinoms vornehmen. Der Patient, der Wochen lang jede Speise wieder erbrach, bis auf das Skelett abgemagert war, verträgt schon zwei Wochen nach der Operation eine schwere Kost und nimmt häufig 30—40 Pfund an Körpergewicht zu. Ich erinnere weiter an die herrlichen Erfolge, die wir bei Gallenstein-kranken mit einer Sicherheit erzielen, welche uns die Gefahren und Schrecken der Narkose und des blutigen Eingriffs vergessen lässt. Der Kranke, der seit Wochen ein Empyem der Gallenblase bei sich trug, vor Schmerzen keine Nacht mehr schlief und in ängstlicher Weise jede Nahrungszufuhr mied, wird auf einmal durch den Gallenblasenschnitt von seinen Qualen befreit und erholt sich in kürzester Zeit. Aber wie in dem ersten Fall ein Dauererfolg unmöglich ist, weil ein Krebsleiden vorliegt, so tritt in dem zweiten Fall eine endgültige Heilung erst dann ein, wenn der Stein, der im Hals der Gallenblase das Einfließen der Galle in das Hohlorgan hemmte, bei Seite geschafft ist. Aber selbst dann, wenn die Gallengänge vollständig frei und all die ungebetenen Gäste herausgeschafft sind, kann der Dauererfolg ausbleiben, weil sich Beschwerden einstellen, die vom Patienten selbst unter allen Umständen, wenn auch oft ganz mit Unrecht als sogen. Recidive seiner Krankheit, d. h. als eine Neubildung von Steinen aufgefasst werden.“ —

Ich habe also mit klaren Worten auf die Notwendigkeit hingewiesen, nicht nur die augenblicklichen, sondern auch die Dauererfolge im Auge zu haben, und um so mehr war ich empört, als ich die Worte las, die Schürmayer im März d. J. niederzuschreiben sich erkühnte: „Sie (d. h. die „extremen“ Chirurgen) übersehen nur zu oft, dass ihre einzige Leistung darin beruht hat, den Patienten glücklich nach der Operation über die Folgen derselben hinauszubringen, sie schliessen ihre Statistik damit ab, wenn der überlebende Patient glücklich die Tore der chirurgischen

Klinik hinter sich hat.“ Man kann vermuten, dass Schürmayer, der angibt, von Haus aus selbst Chirurg zu sein, nach diesen Prinzipien gehandelt hat, und es ist deshalb ein Glück, dass er aus dem edlen Kreise der Chirurgen ausgeschieden und sich einer Behandlungsmethode hingegen hat, deren wahres Wesen ich bei den Indikationen zur Operation gründlich aufgedeckt habe. Bedauern aber wird kein Chirurg, dass er den Vertreter der „kombinierten Behandlung der Gallensteinkrankheit“ nicht mehr zu seinem Spezialkollegen rechnen darf. Wer solche falsche Gerüchte über die Tätigkeit der Chirurgen austreut, kann allerdings auf diesen Ehrentitel keinen Anspruch erheben.

Mir und keinem ernstem Gallensteinchirurgen ist es jemals eingefallen, etwaige Recidive zu vertuschen, ich habe immer betont, dass die guten augenblicklichen Erfolge bei der Wertschätzung einer Operation nicht massgebend, sondern in dieser Beziehung nur die Dauererfolge von Bedeutung sind.

Aber ich habe ebenso darauf hingewiesen, dass es Unrecht ist, wenn Aerzte alle nach einer Gallensteinoperation auftretenden Beschwerden in den grossen Topf der echten Recidive werfen, und dass es geboten ist, die verschiedenen Arten der Recidive voneinander zu trennen.

Zweckmässigerweise unterscheiden wir, worauf ich schon auf dem Chirurgenkongress 1900 hinwies, zwischen einem echten und einem unechten Recidiv. Zwar nennt Schürmayer solche Unterscheidungen „spitzfindige, müssige Erörterungen, wie sie von einigen extremen Chirurgen beliebt werden“, doch halte ich eine solche Auseinanderhaltung auch fernerhin für absolut nötig.

Bei einem echten Recidiv kommt es nach vollständiger Säuberung der Gallenblase und der Gallengänge von Concrementen wieder zu einer Neubildung von Steinen, während wir unter einem unechten Recidiv alle jene Beschwerden verstehen, die durch absichtlich oder unabsichtlich zurückgelassene Steine, erneute Entzündung der Gallenblase, Bildung von Adhäsionen, Entstehung von Hernien hervorgerufen werden.

Was das echte Recidiv anlangt, so freue ich mich, versichern zu können, bisher unter 1111 Operationen —

keinen einzigen Fall beobachtet zu haben, von dem man mit Sicherheit sagen kann, es handle sich um ein echtes Recidiv. Damit will ich nicht etwa behaupten, dass echte Recidive überhaupt nicht vorkommen. Der Eintritt eines echten Recidivs ist bei einem Gallensteinoperierten solange gewiss möglich, als noch die Gallenblase und die Gallengänge inficiert sind. Das lehren vor allem die Verbandwechsel nach der Hepaticusdrainage. Wenn man 14 Tage post op. den ersten Verbandwechsel vornimmt, das Rohr entfernt, so spült man oft kleine Körnchen heraus, die als „primäre Anlagen“ anzusehen sind. Es sind das weiche Bilirubinkalkkörner, die, wenn sie im Choledochus verweilen, die Neubildung von Steinen veranlassen. Wenn die Infektion nach fleissiger Aussprudlung des Ductus hepaticus erlischt, so hört auch die Bildung dieser primären Anlagen auf. Ich glaube bestimmt, dass die Bildung der Gallensteine an die Infektion gebunden ist und deshalb ist die Ectomie und die langdauernde Drainage und Spülung der Gallengänge die beste Methode, um vorhandene Steine zu beseitigen und ihre Neubildung zu verhüten. Wenn man die Gallenblase erhalten muss und nicht den Hepaticus ausspülen kann, so ist allerdings ein echtes Recidiv möglich. Aber ich habe, wie gesagt, einen sicheren Fall von echtem Recidiv bisher noch nicht erlebt.

Doch ich räume ein, dass die sichere Erkennung des echten Recidivs auf die grössten Schwierigkeiten stossen kann und eigentlich nur durch die zweite Laparotomie ermöglicht wird. Aber auch dann können die gefundenen Concremente noch von der ersten Operation herkommen! Die Diagnose des echten Recidivs ist eben genau so schwierig und oft unmöglich wie die der Cholelithiasis selbst. Wie oft nehmen wir Gallensteine an und stossen bei unseren Operationen nur auf Verwachsungen! Ich erinnere mich, dass ich in meiner Anfangstätigkeit auf dem Gebiete der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis oft erstaunt war, nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Gallenblase keine Steine zu fühlen, obgleich alle Symptome auf diese hinwiesen. Erst als ich lernte, dass nur nach Entfernung der Flüssigkeit aus der Gallenblase es uns möglich wird, die Concremente nachzuweisen, gewöhnte ich mich daran, in jedem Fall die

Gallenblase zu eröffnen und zu entleeren. Wie oft fühlte ich dann erst im Hals der Gallenblase oder im Cysticus den vermuteten Stein! Ich habe jüngst einen Herrn operiert, bei dem ein anderer Chirurg einige Jahre vorher eine Gallensteinoperation gemacht hatte: aber er fand, wie er mir schrieb, keine Steine. Trotzdem gingen kurze Zeit darauf häufig unter Icterus und Koliken solche ab. Als ich Anfang dieses Jahres eine zweite Laparotomie an dem Kranken ausführte, fühlte ich vor der Eröffnung der Gallenblase, die stark gefüllt war, auch keine Cholelithen. Als ich aber den Gallenblaseninhalte aspiriert hatte, fand ich viele Steine im Hals der Gallenblase und im Cysticus. Ich bin weit davon entfernt, dem ersten Operateur vorzuwerfen, dass er die Steine übersehen hat, und es ist ja nicht unmöglich, dass diese sich erst später nach der ersten Operation neugebildet haben. Aber wahrscheinlicher ist es doch, dass schon bei der ersten Operation Cholelithiasis bestand, der Operateur aber die Steine nicht fühlte, weil er die Gallenblase resp. den Cysticus aufzuschneiden versäumte. Jedenfalls setzt die Annahme des echten Recidivs voraus, dass die erste Operation vollständig und gründlich war. Da nun die bis vor kurzem gebräuchlichen Methoden, besonders die Cystostomie keine Gewähr dafür bieten, dass die Entfernung aller Steine gelungen ist, so wird bei den meisten Fällen, bei welchen eine zweite Operation Concremente aufdeckte, die Annahme die richtigere sein, dass es sich um zurückgelassene und nicht um neu gewachsene Steine handelt.*) Wo ich dagegen mit voller Gewissheit wusste, dass kein Stein zurückgeblieben war — und nach einer Cystectomie, kombiniert mit der Hepaticusdrainage kann man das fast sicher annehmen —, entpuppten sich die nach der Operation eintretenden Beschwerden als unechte, meist auf Adhäsionen beruhende Recidive.

Schon aus diesen kurzen Bemerkungen ersieht man,

*) Anfang November 1904 operierte ich einen Herrn, bei dem ein sehr gewiegter Chirurg zwar 2 walnussgrosse Steine aus der Gallenblase entfernte, den dritten ebenfalls walnussgrossen Stein — den Haupttattäter — aber im Choledochus zurückliess. Wer keine grosse Uebung im Abtasten des Choledochus hat, dem kann ein solches Missgeschick leicht passieren.

dass es recht schwierig ist, den Nachweis eines echten Recidivs mit voller Bestimmtheit zu führen, und leicht kann man, wenn man sich nicht der grössten Objektivität beflüssigt, in Versuchung kommen, ein unechtes Recidiv da vorzuschützen, wo in der Tat ein echtes vorliegt. Ich habe aber wirklich gar keine Veranlassung, solche Ausflüchte zu machen; denn zwei oder drei echte Recidive würden bei meinen zahlreichen Laparotomien keine grosse Rolle spielen, jedenfalls keinen verständigen Arzt bestimmen, auf die Segnungen der Gallensteinchirurgie Verzicht zu leisten. Schliesslich bin ich der Ansicht, dass wir uns nicht zu schämen brauchen, wenn wirklich einmal die Steine wieder wachsen sollten. Ich leugne doch nicht, dass wir Steine bei unseren Operationen zurücklassen, ja ich bekenne, dass das in ca. 4% meiner Operationen der Fall war, und jeder wird mir zugeben, dass daraus schon eher ein Vorwurf gemacht werden könnte. Warum sollten wir also ein Vorkommnis in Abrede stellen, an welchem wir völlig unschuldig sind? Wenn wir wegen Nephrolithiasis eine Niere aufschneiden oder aus der Harnblase einen Stein entfernen, — und niemand wird die Notwendigkeit solcher Operationen in bestimmten Fällen in Abrede stellen! — so verlangt doch kein Mensch, dass wir durch unsere chirurgischen Eingriffe einer Neubildung von Steinen auf ewig vorbeugen. Was aber für die Lithiasis der Harnwege billig ist, ist für die der Gallenwege recht! Unsere Macht geht eben nicht so weit, dass wir unter allen Umständen ein Wiederwachsen der Steine verhüten können, und es ist unbillig, vom Chirurgen zu verlangen, dass er in allen Fällen ideale Erfolge erzielt und unter allen Umständen einer erneuten Steinbildung vorbeugt. Uns Chirurgen fällt es doch gar nicht ein, von einer Karlsbader Kur eine vollständige Restitutio ad integrum zu fordern. Wir sind zufrieden, wenn das Leiden auf einige Zeit latent wird und die Anfälle nicht allzu häufig wiederkehren und sich abschwächen. Der innere Arzt kann von uns Chirurgen nur verlangen, dass wir sämtliche vorhandenen Steine entfernen und die Durchgängigkeit der Gallenwege wieder herstellen. Weitere Anforderungen müssen wir auf das Entschiedenste ablehnen, und es ist mehr Sache der inneren Medizin, nach erfolgter Operation dafür zu sorgen, dass keine neuen Steine

sich wieder bilden. Aus diesem Grunde schicke ich meine Patienten nach der Operation gern nach Karlsbad; denn Körperbewegung, Entlastung des Pfortadersystems, gründliche Reinigung des Darmes, Beseitigung der entzündlichen Vorgänge in den Gallenwegen sind die besten Mittel, um die Tendenz zur Steinbildung zu beseitigen. Aber auch dem Karlsbader Sprudel gelingt es nicht immer, die auf ihn gesetzten Hoffnungen und Erwartungen zu erfüllen.

Es gab eine Zeit, in der ich gern bei Wiederauftreten von Beschwerden an wieder gewachsene Steine glaubte und den Kranken solange zuredete, bis sie sich einer Relaparotomie unterwarfen. Gerade diese Fälle haben mir die Gewissheit geschenkt, dass ein Recidiv zu den grössten Seltenheiten gehören muss; was ich bei solchen Nachoperationen fand, waren keine Steine, sondern entzündliche Prozesse in der Gallenblase oder Abknickung des Cysticus durch Verwachsungen, pathologische Vorgänge, deren Bedeutung bei der Besprechung der unechten Recidive erörtert werden soll.

Jedenfalls ist die Furcht mancher Aerzte und vieler Kranken vor einem Wiederwachsen der Steine nach Operationen theoretisch zwar begründet, durch die praktischen Erfahrungen bisher aber gegenstandslos. Auch Riedel ist ganz meiner Ansicht, wenn er sagt (Penzoldt und Stintzing): „Recidive von Gallensteinen habe ich noch nicht gesehen; der Theorie nach sind Recidive ja nicht ausgeschlossen, in praxi fehlen sie; die Gallenblase wird eben durch die Drainage gesund und verliert die Neigung zur Steinbildung.“

Auch in den „Grenzgebieten“ hebt Riedel nachdrücklich hervor, dass er bisher kein echtes Recidiv gesehen habe. Er sagt dort folgendes: „Es ist nicht im Interesse der Kranken, immer wieder von der Gefahr des Recidivs von Steinen zu sprechen. Wo sind in praxi die Recidive, wenn der Gallensteinranke nach Entfernung der Steine richtig behandelt, d. h. die Gallenblase solange drainiert wird, bis sie gesund ist und bis jeder etwa versehentlich zurückgebliebene Stein entfernt ist? Seit 12 Jahren operiere ich Gallensteine, bis jetzt sah ich noch keinen Fall von Recidiv.“

Wohl aber kenne ich Komplikationen des Gallenstein-

leidens, die als Recidive gedeutet werden können, aber keine Recidive sind.

Es handelt sich in erster Linie um unvollständige und zwar um notwendigerweise unvollständig ausgeführte Operationen. Wenn gleichzeitig grosse Steine in der vereiterten, mit den umgebenden Organen verwachsenen Gallenblase und kleinere oder grössere im Duct. choled. stecken, so bleibt eben nichts anderes übrig, als zunächst die grossen Steine aus der vereiterten Gallenblase zu ziehen, die im Duct. choled. befindlichen stecken zu lassen, weil man doch absolut die Adhäsionen in diesen Fällen nicht lösen darf. Entschliesst sich dann der Kranke später nicht zur Choledochotomie oder ist letztere bei Verdacht auf kleine Steine kontraindiziert, so kann daraus bei neuen Attacken von Gallenstein-
kolik der allerschönste Fall von Recidiv nach Gallensteinoperation konstruiert werden; es handelt sich aber gar nicht um ein Recidiv, sondern um Steine, die bei der ersten Operation notwendigerweise stecken bleiben mussten.

Weiter: Extrahiert man bei obliteriertem Duct. cyst. Steine aus der Gallenblase und schliesst sich sodann die Schleimfistel nach einiger Zeit, sodass ein Hydrops vesicae ohne Steine restiert, so entwickeln sich auch in einem solchen Hydrops gelegentlich Attacken leichteren Charakters, weil ein so vollständig abgeschlossener Hydrops doch auch ein Fremdkörper ist; diese Attacken können als Symptome eines Recidivs von Gallensteinen gedeutet werden, obwohl letztere fehlen.

Vereinzelt kommt es auch vor, dass restierende Adhäsionen — bei eitrigen Prozessen in der Gallenblase dürfen dieselben selbstverständlich nicht gelöst werden — Schmerzattacken hervorrufen, die gar nicht von Gallenstein-
koliken zu unterscheiden sind. Alles dieses kommt vor, aber nur ausnahmsweise; jedenfalls handelt es sich dabei um kein Recidiv von Gallensteinen.

Würde aber jemals ein Recidiv eintreten, so wäre ja die mit der vorderen Bauchwand verwachsene Gallenblase so leicht zu eröffnen, und zwar extraperitoneal, dass überhaupt von Gefahr keine Rede sein könnte; nötig habe ich allerdings diesen Eingriff bis jetzt nicht gehabt, weil die von mir operierten Kranken frei von Recidiv blieben.“

Ausser Riedel hat Petersen an der Hand von 96 Operationen gezeigt, dass echte Recidive zu den grössten Seltenheiten gehören. Fall 44 seiner Statistik recidierte wieder, doch bin ich mehr geneigt, ein unechtes als ein echtes Recidiv anzunehmen, weil bei der Kleinheit der caviar-ähnlichen Steine ein Uebersehen leicht möglich war. Löbker erwähnt ebenfalls nichts von einem Wiederwachsen der Steine. Die Mitteilungen Schott's aus der Heidelberger Klinik beziehen sich auf 180 Operierte. 21 Recidive waren unechte, ein echtes Recidiv ist nicht beobachtet. Dieselbe Meinung vertritt W. Andrews.

Als ich im Jahre 1896 auf dem Chirurgen-Kongress einen Vortrag hielt: „Ein Rückblick auf 209 Gallensteinlaparotomien mit besonderer Berücksichtigung gewisser, anderweitig selten beobachteter Schwierigkeiten bei 29 Choledochotomien,“ machte Körte bei der Diskussion im Hinblick auf das Recidiv nach Gallensteinoperationen einige Bemerkungen, welche verdienen, wiederholt zu werden:

„Dann, glaube ich, müssen wir einen Punkt einmal zur Sprache bringen, wenn uns die inneren Mediziner nicht Vorwürfe machen sollen. Das ist die Frage: „Können wir die Gallensteinranken dauernd von ihren Beschwerden befreien?“ Da muss ich bekennen, dass nach meinen Erfahrungen und auch nach denen anderer Kollegen, mit denen ich über den Punkt gesprochen habe, in einem geringen Prozentsatz von Fällen ein Recidiv der Beschwerden vorkommt. — Ich möchte auf den Ausdruck „Beschwerden“ insistieren, ich will nicht sagen: ein Recidiv der Steine, denn das ist eine ausserordentlich schwierige Frage.

Wir wissen über die Art der Bildung der Gallensteine noch recht wenig und so gut wie gar nichts über die Zeit, die sie zu ihrer Entstehung brauchen. Es ist daher, wenn wir nach Entfernung von Gallensteinen später neue Konkreme antreffen, schwer zu sagen: Sind diese erst nach der Operation neu entstanden oder sind sie übersehen worden, weil sie an unzugänglicher Stelle lagerten, oder sind sie aus den Lebergallengängen nachgerückt? Alle diese Möglichkeiten können zutreffen. Nach unseren Erfahrungen an den Konkrementbildungen in anderen Organen (Nierenbecken, Blase) müssen wir die „Möglichkeit“ erneuter Konkrementbildung jedenfalls zugeben.

Ein fernerer Grund für das Wiederauftreten von Beschwerden nach der Operation kann liegen in dem Entstehen von Verwachsungen in dem Operationsgebiete.

Ich glaube, gegen diese Verwachsungen sind wir vorläufig ziemlich machtlos; denn wenn wir von neuem operieren und diese flächenhaften Adhäsionen trennen, dann gibt es ganz sicher wieder flächenhafte Verwachsungen. Wir haben noch kein Mittel, in der Bauchhöhle die Verklebung seröser Flächen zu hindern. Mit strangförmigen Verwachsungen ist es etwas anderes. Die können wir trennen und dadurch bedingte Beschwerden heilen. Ferner können Magen- und Duodenal-Katarrhe, die so oft mit Gallensteinleiden verbunden sind und vielleicht auch bei der Aetiologie eine Rolle mitspielen, nach geschehener Entfernung der Gallensteine von neuem auftreten und Beschwerden verursachen, die denen der Gallensteine ähnlich sind. Ich habe zwei- oder dreimal Kranke, die geraume Zeit nach Gallensteinoperationen wiederkamen mit der Angabe, sie hätten wieder die früheren Schmerzen, in das Krankenhaus aufgenommen und habe mich überzeugt, dass nach entsprechender Behandlung des Magens die Beschwerden völlig schwanden, und dass von Seiten der Gallenblase keine Beschwerden mehr bestanden, und auch keine Veränderungen des Organes nachweisbar waren. Wir werden durch die Tatsache, dass in einem geringen Prozentsatze von Fällen wieder Beschwerden aus einem der angeführten Gründe auftreten, uns in keiner Weise beirren lassen, in der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis, die eine sehr segensreiche Errungenschaft der Chirurgie darstellt, fortzufahren. Aber ich glaube, wir müssen auf diesen Punkt unsere Aufmerksamkeit ganz besonders richten. Denn nachdem die Indikationen und Wege des operativen Vorgehens jetzt ziemlich klargestellt sind, müssen wir darin weiter fortzuschreiten suchen, dass wir das Auftreten von neuen Beschwerden, wenn möglich, verhindern. Wir müssen uns darüber klar sein, woran es liegt; wie können wir es eventuell besser machen?"

Auch in seinem neuesten Werke: „Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber“ steht Körte auf dem Standpunkte, dass bei der Indikationsstellung, die jetzt fast allgemein geübt wird (Empyem der Gallenblase, Chole-

dochusverschluss etc.) die Frage nach der Möglichkeit der Recidive oder der Nachbeschwerden gar nicht in Betracht kommt. „Es handelt sich in erster Linie um die Abwendung grosser Gefahren. Ist das erreicht, so kann und muss der Patient, wenn es nicht anders geht, auch einige Nachbeschwerden in den Kauf nehmen — womit natürlich nicht gesagt werden soll, dass wir nicht alle Mittel aufbieten sollen, um Recidive und Nachbeschwerden nach Möglichkeit zu verhindern. Haben wir einen Patienten, der an eitriger Cholecystitis oder an Choledochussteinen und infectiöser Entzündung litt, mit Erfolg operiert, so ist er von schwerem Siechtum und Lebensgefahr befreit. Was nachkommt, ist eine spätere Frage. Im übrigen erreichen die Nachbeschwerden fast nie auch nur annähernd den Grad der vorher durch die Steine hervorgerufenen Schmerzen.“

Wenn somit Körte bei seiner Indikationsstellung, die auch völlig die meinige ist, den nach Gallensteinoperationen eintretenden Nachbeschwerden in Anbetracht der durch die Operation geschaffenen Vorteile keine grosse Bedeutung einräumt, so gibt er immerhin zu, dass er unter 313 Gallensteinlaparotomien 6mal echte Recidive gesehen habe. Ich habe seine Fälle genau durchgelesen und kann den Körteschen Schlussfolgerungen keineswegs zustimmen. Körte hält z. B. folgenden Fall für ein echtes Recidiv. „II. Fall Nr. 5. Operiert 24. 8. 91. Solitairstein im Cysticuseingang, taubeneigross, mit drüsiger Oberfläche, ohne Druckflächen. Gallengänge sicher frei. Cystostomie. Vernähung der Gallenblase mit Jodoformgazestreifen auf der Nahtlinie. 7 Jahre später begannen wieder Koliken, zuweilen mit Icterus (nicht zur Vorstellung zu bekommen). Dass hier ein Uebersehen eines Steines stattgefunden hat, halte ich für ausgeschlossen, auch spricht das lange Intervall dagegen.“ Woher weiss Körte, dass hier neue Steine vorliegen? Ebenso wenig beweisend für ein echtes Recidiv ist Fall I, 206, wo er Choledochotomie gemacht hatte, dabei aber nur die Gallenblase drainiert hatte. Bei einer zweiten Operation wurden Steine im Choledochus angetroffen, die nach Körte's Meinung neugebildet sein sollen. Auch diesen Fall wie Fall I, Nr. 203 kann man nicht mit völliger Sicherheit als „echtes Recidiv“ bezeichnen. Es ist von Körte gewiss sehr lobens-

wert, dass er alle seine Recidive so wahrheitsgetreu mitteilt, aber er scheint mir in der Annahme eines echten Recidivs denn doch zu weit zu gehen. Wenn Körte der Meinung ist, er könne mit Sicherheit nach einer Gallensteinoperation das Freisein der Gallenblase und Gallengänge aussprechen, so ist er eben im Irrtum. Der einzige sichere Fall von den Recidiven Körte's ist der Fall 146 auf p. 315. Diesen erkenne ich an, die übrigen sind nicht völlig beweisend.

Ich habe absichtlich nicht nur meine Beobachtungen und Erfahrungen, sondern auch die anderer Chirurgen wiedergegeben, damit wir ein möglichst klares Urteil über die Häufigkeit echter Recidive nach unseren Gallensteinoperationen bekommen. Es ist mir nach den gegebenen Darlegungen nicht recht klar, worauf Naunyn seine Behauptung begründen will, dass nach vollständig gelungener Operation wieder Steine wachsen können. Derartige Aeusserungen sind natürlich, wie Riedel ganz richtig sagt, nicht im Interesse des Kranken, weil dadurch sich mancher abhalten lässt, eine sehr notwendige Operation an sich vornehmen zu lassen.

Wenn also jetzt ein Kranker zu mir kommt mit dem Wunsche, durch eine Operation von seinen Gallensteinen befreit zu werden, und mich fragt, ob die Steine auch wiederwachsen können, so antworte ich ruhig auf Grund meiner Erfahrungen nach bestem Wissen und Gewissen auf diese Frage mit einem entschiedenen „Nein“. Wer ganz vorsichtig zu Werke gehen will, mag sagen: „Die Ansicht, dass Steine wieder wachsen, ist theoretisch wohl begründet, bisher nur von inneren Aerzten und einem einzigen Chirurgen (Körte) vertreten worden, während andere Operateure, die eine grosse Erfahrung auf dem Gebiete der Gallensteinchirurgie haben, ein richtiges Recidiv noch nicht beobachtet haben.“ Kommen wirklich Recidive vor, so sind sie die Folgen falscher Operationsmethoden (z. B. Cysten-*dyse*); bei der mit Ectomie kombinierten Hepaticusdrainage sind sie noch nicht beobachtet. Jedenfalls sind sie so selten, dass deshalb kein Grund vorliegt, die heute gültigen Indikationen einzuschränken.

Unsere Kranken können also sich in dem Punkte des

Wiederwachsens der Steine völlig beruhigen, und unsere inneren Kollegen sollten derartige Vorwürfe nur dann erheben, wenn sie bestimmt wissen, dass die erste Operation vollständig war.

Woher aber wollen sie das wissen? Sie führen doch selbst keine Gallensteinoperationen aus, und durch das Zusehen allein bekommt man kein Urteil, ob die Gänge völlig frei von Steinen sind. Deshalb sollten sie mit ihren Ansichten in Bezug auf das echte Recidiv etwas zurückhaltender sein und keine Behauptungen aufstellen, die sie nach meiner Meinung unmöglich beweisen können. — Wie vorsichtig man in der Annahme eines echten Recidivs sein muss, mögen die beiden folgenden Fälle beweisen. Ein angesehenener Chirurg hatte im Jahre 1895 eine sehr nervöse Frau cystostomiert und ihr mehrere Steine entfernt. Die Gallenblasenfistel war in 6 Wochen zugeheilt. Sie klagte aber trotzdem nach wie vor über Koliken, zumal ihr Arzt der Meinung war, dass sie nicht gründlich genug operiert sei. Sie kam anfangs 1900 zu mir mit der Bitte, unter allen Umständen noch einmal operiert zu werden. Ich fand auch erhebliche Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend und war sehr gespannt, ob die Furcht der Patientin und ihres Hausarztes begründet sei, dass wieder Steine gewachsen seien. Ich fand aber weiter nichts als eine in Adhäsionen eingebettete, normalwandige, helle, bakterienfreie Galle enthaltende Gallenblase und habe, um späteren Beschwerden vorzubeugen, die Gallenblase entfernt und den Hepaticus drainiert. Der Kranken geht es jetzt gut.

Der zweite Fall, von mir selbst operiert, ist von Klemperer-Karlsbad zu einer Mitteilung in der Prager med. Wochenschrift benutzt worden, um die Möglichkeit „echter“ Gallensteinrecidive einige Monate nach der Operation (Cholecystectomie) zu beweisen. In dem Fall, über den ich im 13. Jahresbericht meiner Klinik berichtete, konnte ich nur die Ectomie machen und musste wegen schlechter Narkose die Hepaticusdrainage unterlassen. Dass ich den Choledochus sondiert und leer vorgefunden habe, davon steht dort nichts. Aber selbst wenn ich sondiert hätte, ist der Beweis eines echten Recidives noch nicht erbracht. Es ist mir viel wahrscheinlicher, dass sich die Steine nicht neu-

gebildet haben, sondern, dass Patient Lebersteine hatte. Es ist wirklich nicht nötig, dass andere Aerzte meine Recidive veröffentlichen, das tue ich von ganz allein. Ich habe die Nr. 28 der Prager med. Wochenschrift 1903 erst am 15. Mai 1904 in die Hände bekommen und schon lange hatte ich in meinem Jahresbericht über dieses Recidiv der Frau Rechtsanwältin aus Schlesien berichtet. Recht beklagenswert ist aber, dass Klemperer in seiner Veröffentlichung die Behauptung: „der Choledochus wurde sondiert und leer vorgefunden“ auf Grund der Angaben der Patientin aufstellt. Es war mir gerade in diesem Fall unmöglich, den Choledochus wegen tiefer Lage und schlechter Narkose zu sondieren. Warum richtet der Kollege nicht an mich ein paar Zeilen, um über den Operationsbefund und die vorgenommene Operation Aufklärung zu bekommen? Ich hätte ihm gern Auskunft erteilt. Aber so geht der Fall durch alle Zeitungen*) als echtes Recidiv, hält so und so viel Patienten von der nötigen Operation ab und schädigt das Renommé der Gallensteinchirurgie. Dass auch ich persönlich davon Schaden habe, will ich gar nicht sagen; die vielen guten Erfolge, die ich habe, bringen mir immer mehr Gallensteinranke ins Haus, und die wenigen Recidive sind nicht mehr imstande, die Vorteile der operativen Behandlung in den Schatten zu stellen. Aber ich möchte doch meine schon oben ausgesprochene Bitte wiederholen: Wenn ein innerer Arzt über ein Recidiv nach einer Gallensteinoperation berichten will, so mag er sich mit den betreffenden Chirurgen in Verbindung setzen, damit er keine falschen Tatsachen verbreitet und dem betreffenden Operateur nicht Unrecht tut; auch ist es nötig, dass er genau die angeblich abgegangenen Steine untersucht.

Wie schwer sich eine solche Unterlassung rächt, mag jenes Recidiv beweisen, das unter dem Namen „Mohnkörnerrecidiv“ geradezu populär geworden ist.

Körte hatte am 27. November 1895 eine Patientin wegen Choledochusverschluss operiert und drei Steine ent-

**) Auch in dem Jahresbericht für Chirurgie von 1903 von Hildebrand ist über diesen Fall von L. Klemperer referiert, doch hat der Herr Referent selbst die Echtheit des „Rezidivs“ bezweifelt.

fernt. Im Jahre 1898, also 3 Jahre später, bekam sie wieder Beschwerden und ging nach Karlsbad. Dr. Herrmann leitete eine Kur ein, und nun gingen täglich grosse Mengen Steine ab, aber es waren, wie K ö r t e nachwies, keine Steine, sondern Mohnkörner.

In Karlsbad haben die Bäcker die Angewohnheit, auf das Frühstücksgebäck Mohnkörner zu streuen. Der Sprudel, der sonst nach den Ansichten der Laien und auch mancher Aerzte Steine auflöst, hatte über diese Mohnkörner keine Gewalt, sie widerstanden der Verdauungskraft des Darmes und gingen mit den Faeces ab. Es wäre wirklich sehr wünschenswert, wenn die Karlsbader Bäcker das Mohnkörnerstreuen unterliessen, damit nicht wieder solche Recidiv-Berichte (Herrmann, Mitt. aus den Grenzgebieten Bd. 4, p. 240) in die weite Welt hinausgehen.

Ueberhaupt soll man bei der Beurteilung chirurgischer Eingriffe immer daran denken, dass die schlechten Erfolge viel mehr besprochen werden wie die guten. Ein Recidiv, ob echt oder unecht, geht durch aller Mund, 99 glatte und einwandfreie Heilungen werden als etwas Selbstverständliches hingestellt. Ueber einen Todesfall redet man lange Zeit, der kommt auch in alle Zeitungen, gleichgültig, ob der Patient Gallensteine, Krebs oder Pankreasnekrose hatte: er ist unter allen Umständen an den Folgen der Gallensteinoperation gestorben. Wird der Patient durch die Operation gerettet, so wird von der Sache kein grosses Aufsehen gemacht. Aber wenn auch Laien so kritiklos die Resultate des Gallensteinoperators beurteilen, vom Arzte kann man doch verlangen, dass er in objektiver Weise die Erfolge und Misserfolge seiner chirurgischen Spezialkollegen zu beurteilen versucht.

Ich kann nicht behaupten, dass bei den Veröffentlichungen über Recidive nach Gallensteinoperationen die betreffenden Autoren objektive Kritik walten lassen. Da wird von Recidiven gesprochen, sobald Patient überhaupt wieder Schmerzen bekommt, die an Gallensteinkoliken erinnern; ein echtes Recidiv wird als sicher angesehen, sobald wieder einmal Steine abgehen usw. Als ich jüngst in Nürnberg zu einer Operation war, erzählte mir ein dortiger Kollege, dass

ein bekannter Karlsbader Badearzt schon 30 Fälle von Recidiven nach Gallensteinoperationen gesammelt habe und diese nächstens veröffentlichen werde. Ich bin neugierig, was das für Recidive sind; hoffentlich nimmt der betreffende Kollege meine Mahnung zu Herzen, nicht eher über Recidive zu berichten, als bis er mit dem Arzt, der die Operation ausgeführt hat, in Verbindung getreten ist, um über die Art der Operation Erkundigungen einzuziehen. Ich persönlich würde ihm gerne alle Einzelheiten zur Verfügung stellen, weil ich mir von gemeinschaftlicher Arbeit in der Frage des Recidivs nur einen Gewinn für die Wissenschaft versprechen kann. —

Noch mehr aber wie in den Köpfen der Aerzte spukt das „Recidiv“ in den Köpfen der Operierten.

Es ist geradezu lächerlich, was alles unter dem Namen „Recidiv“ geht, aber es ist ergötzlich, bei diesem Kapitel einige Augenblicke zu verweilen. Der trockene Ton statistischer Erhebungen erhält dadurch eine angenehme Anfrischung.

Wenn einmal, wie ich selbst beobachtet habe, ein Gallensteinoperierter wieder Magendrücken, nach Sauerkraut und Eisbein oder Thüringer Kartoffelklößen bekommt und ihm die Blähungen stocken, Migräne oder Intercostalneuralgie sich einstellen, so schiebt er das natürlich auf wiedergewachsene Steine. Eine richtige Hysterica behält oft ihre Koliken, gleichgültig ob man ihr die Gallenblase erhält oder entfernt, ob man den Choledochus verschliesst oder den Hepaticus drainiert. Will der Anfänger in der Gallensteinchirurgie einen recht guten Erfolg haben, so operiere er ja keine Hysterica. Der Vorwurf, dass die Operation nichts nützt resp. die Steine wieder wachsen, bleibt ihm sonst nicht erspart.

Ich hörte jüngst von einer Dame, der ich vor Jahren einen Cysticusstein entfernt hatte, dass sie wieder Koliken mit Steinabgang habe. Als ich sie später untersuchte, konnte ich feststellen, dass die Steine mit dem Urin abgegangen waren, dass also die durchgemachten Schmerzen Nierensteinkoliken waren.

Eine zweite Patientin, die ich operiert habe, war so nervös, dass man ihre Schmerzen im rechten Hypochondrium

wirklich einmal als „nervöse Leberkolik“ auffassen konnte. Als ich aber die Bauchhöhle eröffnete, fand ich die entzündete Gallenblase mit Steinen vollgepfropft, den Choledochus frei und durchgängig. Ich habe die Ectomie ausgeführt, aber trotz fieberfreiem und glattem Verlauf behielt die Kranke ihre Schmerzen und hat sie heute noch. Soll man in einem solchen Falle von einem Rezidiv sprechen? Ich habe nichts dagegen einzuwenden, wenn man sagt: „Auch die Operation hat nichts genützt.“ Bei der hochgradigen Nervosität der Patientin konnte ich von vornherein auf keinen glänzenden Erfolg rechnen. Die Operierte, die ich im Auge habe, berichtete mir, dass sie weder Icterus noch Steinabgang beobachtet, weder einen Bruch noch eine Fistel habe, dass an der Operationsstelle überhaupt alles in Ordnung sei, — trotzdem spricht man in der Stadt, in der sie lebt, von einem „Recidiv“ ihrer Krankheit.

Bricht nun gar einmal eine Fistel wieder auf, oder stösst sich aus der Bauchnarbe ein Seidenfaden ab, so heisst es gleich überall: „Die Operation hat nichts genützt, die Steine wachsen doch wieder.“

Als ich im Jahre 1898 in Karlsbad war, weilte gerade eine meiner Choledochotomierten in dem berühmten Badeort zur Nachkur. Eines Tages zeigte sich ein kleiner Abscess in der Bauchnarbe, welcher auf einen Seidenfaden zurückzuführen war. Nun erhob sich am Sprudel und Mühlbrunnen eine lebhafteste Diskussion über die Nachteile chirurgischer Therapie bei der Cholelithiasis, sodass ich mich hätte schämen müssen, der unglückliche Operateur des viel besprochenen Falles gewesen zu sein. Als schon nach 8 Tagen die Fistel wieder zugeheilt war, wurde dieser glückliche Ausgang dem heissen Sprudel, von dessen Heilkraft bei Wunden mir bis dahin nichts bekannt war, zugeschrieben.

Schon in früheren Arbeiten habe ich von Operierten erzählt, die glaubten, ein Recidiv ihrer Steinkrankheit zu haben und bei denen die Untersuchung für die wieder eingetretenen Schmerzen eine ganz andere Ursache ergab. Am instruktivsten in dieser Beziehung sind jene Fälle, bei welchen sich die Gallensteinkrankheit mit einem Magenleiden oder einer Appendicitis kombiniert. Begnügt man sich in einem solchen Falle mit der Beseitigung der Gallen-

steine, und treten dann von seiten des Darmes oder Magens wieder Beschwerden ein, so kann man sicher sein, dass der Patient auf den Chirurgen kein Loblied singt, im Gegenteil alle Schuld für die neuen Schmerzen auf eine schlechte Operation schiebt. Ich habe es mir deshalb zur Regel gemacht, etwaige Magenkomplikationen sofort mit zu beseitigen. Daher erklären sich auch die vielen Pyloroplastiken und Gastroenterostomien, welche bei Gelegenheit meiner Gallensteinoperationen zur Ausführung kamen. Erst jüngst habe ich einen Herrn operiert, bei dem ich nicht nur aus der Gallenblase einen haselnussgrossen Stein entfernte, sondern auch wegen chronischer recidivierender Appendicitis den Wurmfortsatz fortnahm und wegen eines Duodenalulcus eine Cholecystenterostomie und eine Gastroenterostomie in Verbindung mit der Braun'schen Entero-Entero-stomie ausführte. Der Patient ist vollständig genesen.

Das spassigste sogenannte Recidiv aber, welches ich erlebt habe, betrifft eine junge Frau, die erst kurze Zeit verheiratet war und in ihre Ehe die fürchterlichsten Koliken mitbrachte. Ich befreite sie von denselben durch eine Cystostomie. Glücklicherweise kehrte sie in die Arme ihres Gatten zurück, aber schon 3 Monate später schrieb mir der Arzt, dass ein Recidiv eingetreten sei: „Die Patientin klagt wieder über Magenschmerzen und Kreuzschmerzen, sie erbricht fast täglich und wird immer elender.“ Dann kam eine Pause, und das Magendrücken und Erbrechen hörte definitiv auf, als 6 Monate später die Frau ihrem Manne einen kräftigen Jungen schenkte. Seitdem blieb sie frei von Koliken. Derartige Recidive mögen häufiger beobachtet werden. — In der Tat könnte ich noch über manches Recidiv berichten, das den Leser in die fröhlichste Stimmung versetzen würde. Die Recidive sind aber oft mit so viel Schmerzen verbunden, dass es nicht angebracht ist, zu scherzen und zu spassen, sondern dass man allen Grund hat, die Klagen der Operierten recht ernst zu nehmen. — Ich tue das auch, und ich habe niemals in Abrede gestellt, dass die Gallensteinoperierten nach der Operation von den verschiedenartigsten Beschwerden befallen werden können. Ich habe selbst darauf aufmerksam gemacht, dass für die Patienten es gleichgültig sein kann, ob die Beschwerden als „echte oder unechte

Recidive“ aufzufassen sind. Ein Operierter verlangt, dass er überhaupt keine Schmerzen wieder bekommt, denn zu diesem Zwecke lässt er sich ja operieren!

Wir erreichen das durch möglichste Einschränkung der Indikationen für die Operation, durch eine gründliche Freilegung der Gallengänge, durch Einschränkung der Cystostomie, ausgiebigen Gebrauch der Ectomie womöglich in Verbindung mit der Hepaticusdrainage und Choledochusfege und durch manche Massnahmen, die bereits in den vorausgehenden Abschnitten erörtert wurden.

Trotzdem werden wir Recidive erleben, und ich hatte deshalb schon oft Gelegenheit, über solche zu berichten. Meine erste Umfrage bei meinen ersten 400 Operierten im Jahre 1900 führte zu folgenden Ergebnissen:

1. Steine hatte ich in 4% der Fälle zurückgelassen.
2. Hernien entstanden in 7%.
3. Adhäsionskoliken hatte ich in 11% und
4. Entzündungskoliken in 6% beobachtet.

Nicht jeder Arzt wird meinen damaligen Vortrag vom Chirurgen-Congress gelesen haben, sodass ich hier eine Erklärung abgeben muss, was ich unter Adhäsions- und Entzündungskoliken verstehe.

Durch unsere zahlreichen Operationen haben wir die Tatsache feststellen können, dass auch ohne Anwesenheit von Steinen durch entzündliche Prozesse in der Gallenblase und durch Zerrung der Adhäsionen besonders am Ductus cysticus kolikähnliche Zustände entstehen können. Es liegt auf der Hand, dass also ein Chirurg, der besonders die Cystostomie, die Fistelbildung kultiviert, mehr Entzündungs- und Adhäsionskoliken post op. beobachten wird, wie einer, der die Ectomie vorzieht. In der Tat hatte ich bei den ersten 400 Operierten in 17%, bei den letzten 500 — wie wir nachher sehen werden — nur in 5% Adhäsions- und Entzündungskoliken beobachtet, weil ich in den letzten Jahren die Cystostomie zugunsten der Ectomie eingeschränkt habe. —

Auf eine Art Recidiv habe ich schon in mehreren Arbeiten hingewiesen: auf das sogenannte Fadenrecidiv. Ich habe es sechsmal beobachtet. Früher schnitt ich

die Fäden, welche die Gallenblase an die Bauchwand fixierten, kurz ab, ebenso verfuhr ich mit der Abschliessungssutur des Ductus cysticus. Wenn aber solche Fäden in die Gallenblase oder in den Ductus choledochus sich abstossen, so kommt es, wenn die Entzündung noch nicht ganz erloschen ist, zu einer erneuten Inkrustation, zu einem Recidiv. Einmal habe ich sogar beobachtet, dass ein grösserer „Gazefussel“ sich in den Choledochus abgestossen und sich hier inkrustiert hatte. Man muss also dafür sorgen, dass die Gaze nicht fusselt und muss die Fäden lang lassen und nachträglich in toto entfernen. Seitdem ich dies tue, sind die Fadenrecidive weggefallen. Ausser mir haben Fadenrecidive beobachtet v. Hansemann und J. Homans.

Waren also die Dauerresultate bei den ersten 400 Operierten schon recht zufriedenstellend, so hat eine Nachfrage bei den letzten 500 Operierten im Februar 1904 ergeben, dass in jeder Beziehung eine wesentliche Besserung meiner Dauererfolge zu verzeichnen ist.

Von meinen letzten 500 Gallensteinlaparotomien lasse ich die letzten 50 unberücksichtigt, da die Beobachtungszeit zu kurz ist, um ein gültiges Urteil über den schliesslichen Erfolg zu gewinnen. Ich berücksichtige nur 450 Fälle. Davon starben in der Klinik 72 = 16% (davon 13% an komplizierendem Carcinom, Cholangitis etc., nur 3% an der eigentlichen Gallensteinoperation). Nachträglich, d. h. nach der Entlassung aus der Klinik starben noch 21, fast sämtlich an Carcinom, 2 an Tuberculosis pulmonum, 1 an Apoplexie, 1 an Suicidium etc. Es blieben also übrig 357 Operierte. An diese schickte ich Fragebogen und erbat mir über folgende Punkte Aufklärung:

1. Wie ist Ihr jetziges Befinden?
2. Haben Sie wieder einmal Koliken wie vor der Operation gehabt? Oder Darm- und Magenschmerzen? Wie oft, seit wann? Wo sassen die Schmerzen? Bitte um genaue Beschreibung derselben.
3. Haben Sie in der Narbe eine Fistel? a) Schleimfistel. b) Gallenfistel. Stört Sie diese Fistel?
4. Haben Sie einmal Gelbsucht gehabt, wie lange, mit oder ohne Schmerzen?

5. Haben Sie einen Bruch in der Narbe? Ist die Narbe fest oder weich, buchtet sie sich beim Husten vor? Haben Sie dadurch Beschwerden und welche? Tragen Sie eine Leibbinde und welche?

6. Sind einmal Steine nach der Operation abgegangen? Wie gross, wie oft? (Bitte die Steine, wenn vorhanden, ein-senden!) Wie sahen sie aus? Hat sie der Arzt als Gallen-
steine anerkannt?

7. Was haben Sie sonst zu bemerken? (Appetit, Ver-
dauung, Gewichtszunahme, Geburten etc.)

8. Da ich grossen Wert auf das Urteil Ihres Hausarztes lege, wäre ich ihm dankbar, wenn dieser hier seine Meinung äusserte.

Nur in 7 Fällen erhielt ich keine Antwort, während 350 genaue Antwort gaben.

Ich konnte in der Hauptsache folgendes feststellen:

1. Steine habe ich 9 mal zurückgelassen, also in 2,5% der Fälle, und zwar musste ich bewusst 5 mal Steine zurück-lassen, da die Verhältnisse an den Gallenwegen so kompli-ziert waren, dass ich die Operation nicht so gründlich aus-führen konnte, als ich selbst gewünscht hätte. Entweder war die Narkose mangelhaft, oder die Gallengänge lagen so tief, dass eine Ausräumung des Hepaticus und Chole-
dochus technisch geradezu unmöglich war. In einem kleinen Prozentsatz der Fälle kommt man trotz aller Uebung und Erfahrung nicht an das gewünschte Ziel, d. h. man muss Steine zurücklassen, wenn man nicht das Leben des Patien-ten aufs Spiel setzen will.

So musste ich z. B. bei einer Offiziersfrau wegen grosser Schwäche auf eine Ausräumung des Ductus choledochus verzichten und mich mit einer Cystostomie begnügen. Die kleinen im Choledochus zurückgebliebenen Steine, von denen ich hoffte, dass sie noch abgehen würden, taten mir aber diesen Gefallen nicht, sie blieben zurück und erregten neue Koliken. Die betreffende Patientin rät jetzt jedem Leidens-
genossen ab, sich operieren zu lassen, da ihr die Operation ja nichts genützt habe.

Unbewusst habe ich 4 mal Steine zurückgelassen, und zwar immer im Choledochus und Hepaticus, da die Sym-
ptome und der Befund ein Freisein der Gallengänge er-

warten liessen, während, wie der Verlauf bewies, das nicht der Fall war. 3 mal sind nachträglich Steine abgegangen, und seitdem fühlen sich die Kranken wohl und scheinen in der Tat endgiltig geheilt.

In einem Falle habe ich noch einmal operiert. Hier hatte ich ein Jahr vorher eine Hepaticusdrainage bei zahlreichen Steinen im Choledochus ausgeführt und dabei ein grosses Konkrement unfreiwillig zertrümmert. Es blieb einer der Trümmer zurück, inkrustierte sich und wuchs und verlegte die Papilla duodeni. Ich machte eine neue Hepaticusdrainage, entfernte den Stein und hoffe den Kranken nun definitiv geheilt zu haben. Ein Wiederwachsen der Steine habe ich bisher — bei mehr als 1100 Operationen — noch nicht beobachtet!

2. Von den 350 Operierten haben nur je einer eine Schleim- und eine Gallenfistel. In dem ersteren Fall liess ich bewusst den Stein im Cysticus zurück, da bei der grossen Tiefe des Cysticus eine direkte Incision technisch sehr schwer gewesen wäre. Patient, ein Offizier, ist aber ganz wohl, tut völlig seinen Dienst und ist mit dem Ausgang der Operation sehr zufrieden. Die Gallenfistel entstand nach einer Hepaticusdrainage bei vielen Steinen im Choledochus. Patient, bei dem während der Nachbehandlung zahlreiche Konkremente aus den Gallengängen herausgespült wurden, verlor leider die Geduld und verliess die Klinik, ehe ich darüber klar war, ob der Choledochus frei sei.

3. Hernien kamen nur 11 mal zur Beobachtung, also in 3%, und immer nur dann, wenn bei ausgedehnter Eiterung sehr reichlich tamponiert werden musste und die Patienten nach der Operation sehr bald wieder schwere Arbeit verrichteten. Aus dem letzten Grunde herrschen die Hernien bei den Männern vor. In keinem Falle sind aber die Beschwerden, die die Hernien verursachen, derartig, dass eine Radikaloperation der Hernien indiciert wäre.

4. Adhäsionskoliken sind in 12 Fällen und Entzündungskoliken in 5 Fällen beobachtet worden. Bei diesen 17 Fällen wurde 5 mal die Appendix coeci entfernt, wurden 3 Pyloroplastiken und 2 Gastroenterostomien ausgeführt, und 1 mal bestand eine hochgradige Hepatoptose. Ueber die Ursache der Adhäsionsbeschwerden werden wir in diesen Fällen also

niemals ins klare kommen. In 3 Fällen stellten sich die zuerst als Gallenkoliken gedeuteten Schmerzen als Nierenkoliken heraus (Steinabgang, Blut im Urin), und es wird auch anderweitig betont, dass Gallensteinranke auch zur Nephrolithiasis neigen.

Von den 350 Operierten hatten also nur 39 Grund zur Klage, also 11%, während 89% völlig geheilt wurden und den Erfolg der Operation gar nicht genug rühmen können.

Die allermeisten konnten meine Bitte, „der Hausarzt möge sein Urteil über den Erfolg der Operation abgeben,“ nicht erfüllen, „da sie seit der Operation einen Arzt nicht mehr nötig gehabt hätten“. Es war für mich eine grosse Freude, die ausgefüllten Fragebogen zu studieren und über meine Erfolge eine Zusammenstellung zu machen.

Gegen früher ist eine wesentliche Besserung eingetreten, denn statt in 4% der Fälle liess ich nur in 2,5% Steine zurück, Hernien hatte ich früher 7%, jetzt 3%, Adhäsions- und Entzündungskoliken statt in 17% nur in 5%. Die sehr auffallende Besserung hat verschiedene Gründe. Erstens war ich imstande, mit wachsender Uebung und Erfahrung die Operation schneller zu beendigen wie früher, und dann setzte ich an Stelle der Cystostomie häufiger die Ectomie, wodurch die Adhäsions- und Entzündungskoliken seltener wurden, und drittens übte ich statt der Choledochotomie mit Naht die Hepaticusdrainage, wodurch statt 15 bis 20% zurückgelassene Steine nur noch 2% beobachtet wurden.

So fordern also nicht nur die augenblicklichen Erfolge der Gallensteinoperation (mit nur 3% Sterblichkeit in Fällen, die frei von Carcinom und Cholangitis sind) zu einer Verallgemeinerung der chirurgischen Therapie beim Gallensteinleiden auf, sondern auch die Dauererfolge, die in ca. 90% den Kranken wieder völlig gesund und arbeitsfähig machen.

Ein Kollege hielt zwar „den Wert der Statistik nicht für so bedeutend, dass sie die Wissenschaft gerade in der Gallensteinfrage so sehr bereichern könnte“, gab aber zu, „dass sie für den einzelnen Arzt zu seiner Orientierung und zu seiner eigenen Kontrolle, aber auch nur dazu, unentbehrlich sei“. Demnach könnte ich die von mir angestellten Erhebungen für mich behalten und brauchte sie nicht zur Kenntnis aller Aerzte zu bringen. Ich glaube aber nicht,

dass die Ansicht des betreffenden Kollegen von vielen gebilligt wird. Nach meiner unmassgeblichen Meinung müssen alle Aerzte wissen, welche Dauererfolge die Gallensteinchirurgie aufzuweisen hat, damit sie sich selbst ein Urteil über die Güte des chirurgischen Eingriffs beim Gallensteinleiden bilden können. Hätte ich 10% echte Recidive, 20% Hernien und 30% Entzündungskoliken, so würde ich es keinem Arzt verdenken, wenn er weiterhin davon absieht, seine Gallensteinranken zum Chirurgen zu schicken; aber bei den oben mitgeteilten Resultaten wird mancher, der bisher von der Operation bei der Cholelithiasis nichts wissen wollte, seine Zurückhaltung aufgeben, der Gegner der Operation muss ihr Anhänger werden und wird bei den vortrefflichen Resultaten der Gallensteinchirurgie die Operation öfter empfehlen als bisher.

Bei der Beurteilung der Dauererfolge muss man sich bewusst sein, dass jede Laparotomie, gleichgültig, ob wir sie wegen Leber-, Magen- oder Darmkrankheiten vornehmen, von gewissen Störungen gefolgt ist, die wir überhaupt nicht aus der Welt schaffen können. Unserer Operation folgen eine Narbe und oft Verwachsungen. Die Narbe schmerzt zuweilen bei Witterungswechsel genau wie ein gut geheilter Knochenbruch noch lange Zeit. In der Narbe kann sich ein Bruch entwickeln und Störungen verursachen; wie oft das geschieht, haben wir oben gesehen. (3—7%.)

Nächst der Hernie fürchtet der Bauchchirurg am meisten die Verwachsungen, und man kann sagen, dass die Adhäsionsbildung in der Bauchhöhle der grösste Gegner der Bauchchirurgie ist. Die Adhäsionsbeschwerden kommen, wie ich bereits oben bemerkte, besonders nach Cystostomie vor und beeinträchtigen nicht selten den guten Erfolg der sonst gelungenen Operation.

Auffallend gross ist unter den Gallensteinbehafteten die Zahl der Hysterischen. Manche von diesen werden durch die Operation gesund, bei vielen nützt der Eingriff gar nichts, scheint sogar die hysterischen Beschwerden in erhöhtem Masse zurückkehren zu lassen.

Schliesslich bedenke man noch eins. Wenn ein von seinen Gallensteinen durch Operation Befreiter einmal Appendicitis bekommt oder sonst ganz unschuldige Darm-

koliken, oder wenn er sich nur den Magen verdirbt, dann fürchtet er sofort die Wiederkehr seiner alten Koliken und ist gern geneigt, derartige Beschwerden, die ja gar nichts mehr mit dem alten Leiden zu tun haben, mit der Operation in Verbindung zu bringen. So berichten einige Operierte über Darmschmerzen in der Gegend der Narbe und bringen diese Schmerzen in Verbindung mit der Operation, während die behandelnden Aerzte extra bemerken, dass sie der Ueberzeugung sind, dass diese Beschwerden mit dem ursprünglichen Leiden resp. mit der Operation gar nichts zu tun haben.

Ich habe diese Klagen der Operierten nicht unberücksichtigt gelassen, sondern sie trotzdem als Adhäsionsbeschwerden registriert, da ich der Meinung bin, dass man kaum ein sicheres und gültiges Urteil über den Ursprung der Schmerzen abgeben kann. Es ist ja sehr einfach, wenn man die bei Frauen auftretenden Schmerzen als hysterische bezeichnet. Ich will aber nicht zu den Chirurgen gehören, die dem Satze huldigen: „Was man nicht diagnostizieren kann, das sieht man als hysterisch an.“ Nur in den Fällen, in denen der ganze Verlauf vor und nach der Operation alle Kriterien der Hysterie aufwies, möchte ich an einen solchen Zustand glauben.

In den Fällen, wo neben der Gallensteinoperation Eingriffe am Magen (Pyloroplastik, Gastroenterostomie) oder Darm (Appendicectomy) vorgenommen wurden, kann man im Zweifel sein, woher die Schmerzen kommen.

Ich sehe wohl ein, dass die oben angeführten Dauererfolge sich noch in mancher Hinsicht ändern können. Oft kommt die Hernie erst nach 2 oder 3 Jahren; der übersehene Stein kann, wie wir wissen, Jahre ja Jahrzehnte lang sich latent verhalten und dann erst aus seiner Ruhe heraustreten und Beschwerden machen. Auch Adhäsionen brauchen erst nach vielen Jahren Störungen zu bereiten. Aber da ich nun bereits seit 16 Jahren Gallensteinchirurgie treibe, habe ich doch ein ungefähres Urteil über die endgültigen Erfolge mir bilden können und glaube nicht, dass diese erheblich schlechter werden, wie ich oben angegeben habe, d. h. dass weniger als 90% der Operierten völlig ihre Beschwerden los werden.

So komme ich auf Grund meiner Erfahrungen, die ich an 1133 Gallensteinlaparotomien sammeln konnte, zu folgender Erklärung: Die augenblicklichen und Dauererfolge nach Gallensteinoperationen sind so gut, dass gewiss kein Grund vorliegt, immerwieder den Gallensteinkranken vor dem Chirurgen zu warnen. Im Gegenteil, es muss Pflicht der wissenschaftlichen Aerzte sein, in Fällen, bei denen die innere Medikation versagt, die Vornahme eines chirurgischen Eingriffes zu erwägen und beim acuten und chronischen Empyem, bei chronischem Choledochusverschluss unter allen Umständen operieren zu lassen.

Die schon jetzt erzielten Erfolge haben die Berechtigung der operativen Behandlung der Cholelithiasis erwiesen. Wir Chirurgen sollten uns mit den errungenen Erfolgen aber nicht begnügen, sondern wir müssen auf diesem Gebiete weiterarbeiten, damit die Resultate noch besser werden. Wir werden das weniger dadurch erreichen, dass wir unsere aseptischen Massnahmen verbessern und die Technik auf eine höhere Stufe bringen. Gewiss lässt sich in dieser Beziehung noch viel tun: die Hauptsache aber wird sein, dass wir die Diagnostik der Cholelithiasis mehr und mehr ausbauen und die Indikationen verfeinern.

Die inneren Aerzte müssen in Gemeinschaft mit den Chirurgen gegen die Krankheit vorgehen und diese nicht nur nach dem augenblicklichen Stand beurteilen, sondern auch ihre etwaigen Gefahren, die später auftreten — Gelbsucht, Cholämie und Infektion — im Auge haben. Die Cholelithiasis ist, wenn man von dem latenten Stadium abieht, nicht so gefahrlos, als man allgemein annimmt; selbst solange die Gallensteinkrankheit noch im weissen Gewande kindlicher Unschuld dahinschreitet, sollten wir sie mit argwöhnischen Augen betrachten und den lauern den Feind nicht gering schätzen. Er verfügt oft über eine gewaltige Macht, die zu brechen nur vereinten Bemühungen gelingt. —

Ehe ich zum Schlusse meiner Ausführungen eile, möchte ich noch auf einige Punkte zurückkommen, von denen dieser und jener bisher zwar gestreift, aber noch nicht eingehend besprochen werden konnte.

Wenn wir die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis mit denen der internen vergleichen, so hat die operative besonders den Vorzug, dass sie nicht nur die Symptome beseitigt — Schmerz, Entzündung, Icterus usw. — sondern dass sie radikal die Steine und das steinbildende Organ, die Gallenblase entfernt: mit anderen Worten, der Chirurg ist in der Mehrzahl der Fälle imstande, eine wirkliche Heilung herbeizuführen. Ich möchte aber noch auf einen nicht zu unterschätzenden Vorteil hinweisen, von dem natürlicherweise bisher in keinem Lehrbuch die Rede ist; das ist der: die chirurgische Behandlung ist billiger wie die interne. Das klingt vielleicht etwas paradox, besonders wenn diesen Ausspruch ein Chirurg tut, dem man gern seine hohen Honorare nachrechnet.*) Und doch ist meine Behauptung richtig, wenigstens im Hinblick auf die hartnäckigen Formen der chronischen, recidiven Cholelithiasis und auf den chronischen Choledochusverschluss. Ein armer Gallensteinkranker, der der arbeitenden Klasse angehört, wird durch sein Leiden so viele Stunden und Wochen von der Arbeit abgehalten, dass er in seinem Verdienste sehr geschädigt wird. Lässt er sich fortgesetzt intern behandeln, so muss er im Laufe des Jahres sehr oft

*) Durch die Zeitungen ging jüngst eine Notiz, in der mir nachgesagt wurde, dass ich für meine Operationen unerschwinglich hohe Preise nähme. In Wirklichkeit liquidiere ich wie jeder anständige Chirurg bei Armen und Mittelsituierten sehr niedrig, oft begnüge ich mich mit der Vergütung der Auslagen an Verpflegung, Verbandzeug, Nachtwachen etc. Dass Kranke mit grossem Vermögen und hohen Einnahmen auch hohe Honorare bezahlen, versteht sich von selbst. Die Chirurgie ist eine Kunst, die für ihre Leistungen dieselben, ja höhere Honorare verlangen kann, wie das auf dem Gebiete anderer Künste, der Malerei, der Bildhauerkunst, der Gesangskunst längst üblich ist. Giebt es im Reiche der Chirurgie nicht auch Böcklin's, Lenbach's? Für ein totes Bild gibt der reiche Mann oft tausende, ja zehntausende von Mark; für die Erhaltung der Gesundheit, für die Errettung vom Tode sollte der Arzt aber nur ein niedriges Honorar verlangen dürfen? — Ich hielt diese Fussnoten-Bemerkung im Interesse der vielen armen Gallensteinkranken für nötig, die sich leicht durch Zeitungsklatsch abhalten lassen, meine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Von den reicheren Leuten haben die Verständigen gegen meine Grundsätze bisher nichts einzuwenden gehabt, die — anderen müssen eben belehrt werden. Ich habe nun dieses Buch nicht für Laien geschrieben; aber die Collegen, welche es lesen, werden hoffentlich meine Grundsätze billigen und auf ihre Patienten aufklärend einwirken. Dafür danke ich ihnen im Voraus.

ausspannen, Arzt und Apotheker so sehr in Anspruch nehmen, dass Lohnausfall, Arzthonorar und Apothekerrechnung im Laufe der Jahre ein grosses Kapital darstellen. Die meisten armen Kranken sind zwar Kassenkranke, d. h. sie haben Arznei und Arzt frei; aber wenn, wie das bei der Cholelithiasis recht häufig der Fall ist, aus einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit eine dauernde wird, die immer wiederkehrenden Koliken jede Lebensfreudigkeit zerstören, so befällt mit der Zeit den Kranken jene Verzweiflung, die die Willenskraft lähmt und die Schaffenslust in Frage stellt: Hunger und Elend, Siechtum und Tod sind das Ende, das nicht ausbleibt, wenn nicht ein operativer Eingriff den unseligen Folgen der Cholelithiasis vorbeugt.

Eine Operation kostet doch — auch in einer Privatklinik — dem armen Mann sehr wenig; meist bezahlt für ihn die Krankenkasse und muss er selbst für die Kosten aufkommen, so lässt doch jeder Chirurg in solchen Fällen die grösste Rücksicht walten. In 4—6 Wochen ist die Heilung nach der Operation so weit gediehen, dass die Entlassung des Patienten möglich ist. Der Operierte erholt sich noch 4 Wochen zu Hause und kann dann wieder arbeiten. Ist er gut operiert und kam er nicht gar zu spät zur Operation, so bleibt er auch gesund. — Auch die reichen Leute sparen bei einer operativen Behandlung des Gallensteinleidens selbst dann, wenn sie sich von einem Spezialisten auf diesem Gebiete operieren lassen, der „unerschwinglich“ hohe Honorare fordert. Man bedenke nur, was schon ein einmaliger Kuraufenthalt von 6 Wochen in Karlsbad kostet und wie oft diese und andere Kuren wiederholt werden müssen, bis der gewünschte Erfolg eintritt. Viele meiner Patienten waren 4—6—10 mal in Karlsbad, hatten in verschiedenen „Gallensteinsanatorien“ recht kostspielige Kuren durchgemacht und schliesslich Tausende von Mark ausgegeben, ohne „von ihrem Gelde etwas zu haben“. Wie die Armen, so vergeuden auch die Reichen oft eine Summe von Arbeitskraft, wenn sie allzulange mit inneren Kuren sich abgeben. Die Ruhe, die nötig ist, um eine Latenz herbeizuführen, dehnt sich oft auf Wochen und Monate aus und in dieser Zeit geht das gute Geschäft des Kaufmannes, die blühende Landwirtschaft des Oekonomen, die Praxis aurea des Arztes zurück. Der

finanzielle Ausfall ist oft so gross, dass die Opfer, die eine rasch helfende Operation fordert, dagegen als gering anzusehen sind. Würde ich nach dieser Richtung hin einmal bei meinen zahlreichen Operierten statistische Erhebungen anstellen, so würde sich bestimmt ergeben, dass die Kosten der Operation und der klinischen Verpflegung weit hinter der Summe zurückbleiben, die die Kranken bis dahin für alle möglichen und unmöglichen Kuren ausgegeben haben.

Ich will nicht weiter diese sozial-ökonomischen Ueberlegungen fortsetzen. Jeder von Ihnen wird mir aber darin zustimmen, wenn ich bei der Indikationsstellung zur Operation auf die sozialen Verhältnisse der Kranken die grösste Rücksicht nehme, d. h. wenn ich den Kranken, die auf ihre Hände Arbeit angewiesen sind, die Operation als die zweckmässigste Behandlung empfehle. „Ein unnütz Leben ist ein früher Tod!“ sagt Goethe. Der Gallensteinranke, der fortwährend Schmerzen hat und dadurch in seiner Erwerbsfähigkeit und seiner Lebensfreude gestört ist, ist mehr als krank, er ist fast tot: es entspricht einer vitalen Indikation, wenn wir in solchen Fällen zur Operation raten. —

Leider wird der Begriff der vitalen Indikation meist nur auf die Fälle von septischer Cholangitis oder diffuser eitriger Peritonitis infolge von Perforation der Gallenwege angewandt; überhaupt macht man sich von den Eingriffen des Chirurgen, von seinen Zielen und Zwecken oft eine ganz verkehrte Vorstellung.

Deshalb möchte ich an dieser Stelle noch einmal, um allen Einwendungen und Missverständnissen vorzubeugen, feststellen, welche Ziele die Gallensteinchirurgie heutzutage verfolgt. Ich knüpfe an die Worte Glaser's an: „Wenn die Cholelithiasis in Wahrheit ein konstitutionelles Leiden ist, dann ist ihre Behandlung Sache der internen Medizin! Konstitutionelle Krankheiten kann man nicht operativ heilen.“ Ich habe oben darauf hingewiesen, dass ich persönlich die Auffassung, dass die Cholelithiasis ein konstitutionelles Leiden ist, nicht teile, ich bin vielmehr zu der Ueberzeugung gekommen, „dass die Steinbildung an völlig lokale Verhältnisse gebunden ist“. Aber das ist Ansichtssache; die Verfechter der Lehre von der „Steindiathese“ haben so viele gewichtige Gründe ins Feld geführt, dass man

diese gewiss respektieren muss. Gesetzt nun den Fall, dass ich im Unrecht bin und dass doch die Krankheit ein konstitutionelles Leiden ist: der Gallensteinchirurgie verbleibt deshalb doch bei der Behandlung ein sehr umfangreiches Arbeitsfeld, wenn auch nicht im Sinne der Anhänger von der Lehre der Konstitutionsanomalie. Ich muss es immer wieder betonen: nicht gegen die Gallensteine als solche, d. h. gegen das Produkt der angenommenen konstitutionellen Erkrankung richten sich unsere Massnahmen, sondern erst gegen die Folgezustände dieses Produkts: gegen das Empyem, gegen die Cholämie, gegen das Carcinom. Wir wollen also — immer vorausgesetzt, dass die Lehre von der Konstitutionsanomalie die richtige ist — gar nicht die Diathese bekämpfen, sondern nur die Folgezustände dieser Diathese aus der Welt schaffen, gegen welche die innere Medizin einstweilen ohnmächtig ist und vorderhand wohl auch bleiben wird. Indem wir operieren, denken wir gar nicht daran, einem Wiederwachsen der Steine vorzubeugen und die Tendenz der Steinbildung aus der Welt zu schaffen: wir wollen nur gefährliche Zustände beseitigen, Siechtum und Tod verhüten, Erwerbsunfähigkeit und Lebensüberdruß forträumen. — Ich habe aber, wie gesagt, die Auffassung gewonnen, dass die Gallensteinbildung auf infektiöse Vorgänge, die sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle einzig und allein in der Gallenblase abspielen, zurückzuführen sind. Wenn wir also die Gallenblase entfernen, die Steine aus dem Choledochus herausschneiden und durch eine langdauernde Drainage die Infektion im Gallensystem zum Erlöschen bringen, so heilen wir die Krankheit im wahren Sinne des Wortes auch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Nur die wenigen Fälle, bei denen eine Steinbildung in den feinsten Lebergängen beobachtet wird, trotzen unseren Massnahmen und für diese mag die innere Medizin Mittel und Wege ersinnen, wie sie der abnormen Mischung der Galle entgegenarbeiten und die „Neigung der Konkrementbildung aus der Galle“ beseitigen soll. —

Meine Herren! Ich hoffe Ihnen mit meinen Auseinandersetzungen ein möglichst getreues Bild von dem der-

zeitigen Stand der Cholelithiasis-Therapie entworfen zu haben. Die Frage, wie sich die Behandlung der Gallensteinkrankheit in der Zukunft gestalten wird, ist schwer zu beantworten. Der grosse Meister Billroth hat einmal den Ausspruch getan: „Die innere Medizin muss chirurgisch werden!“ Wunderbarerweise hat keiner von den Internen darauf geantwortet: Die Chirurgie muss medizinisch werden. Und doch könnte ein solcher Zuruf auf die Chirurgen, die heute noch für die Frühoperation der Gallensteine eintreten, gute Anwendung finden. Für die chronisch recidive Cholecystitis, für das Empyem, für den chronischen Choledochusverschluss passt heutzutage andererseits wieder die Mahnung Billroth's: Die innere Medizin muss chirurgisch werden! Dieses Wort wird auch in Zukunft seine volle Geltung behalten, es müsste denn sein, dass wir mit Seruminjektionen die Infektionen im Gallensystem zu beherrschen lernen. Da nun aber die verschiedensten Mikroorganismenarten — Streptococcen, Staphylococcen, Bacterium coli, Typhusbacillus usw. — bei der Entstehung der Gallenwegsinfektionen eine Rolle spielen, so dürfte es schwer fallen, im speziellen Falle das richtige wirksame Serum herauszufinden. Probieren geht bekanntlich über Studieren, aber bei diesem Probieren dürfte der Patient recht schlechte Geschäfte machen. Und dann, wenn nicht zugleich der Stein aufgelöst wird, wird es kaum gelingen, die Infektion zu bekämpfen; und gelingt wirklich beides — Steinauflösung und Infektionsbeseitigung — welche Kräfte sollen den Schlamm der aufgelösten Steine fortschaffen? Dazu gehören gesunde Gallenblasenwände, eine kräftige Choledochusmuskulatur und eine reichlich strömende Galle. Die letztere herzustellen, dürfte noch am ehesten gelingen, aber eine ulcerierte Gallenblasenschleimhaut heilt nur unter Narbenbildung aus und solchen Gallenblasen fehlt einfach die Kraft, die gelösten Steinmassen in die Gallengänge fortzubewegen. Das einfachste wäre, wenn wir ein Mittel fänden, welches die Tendenz der Galle zur Steinbildung so beeinflusste, dass es überhaupt nicht zur Steinbildung kommt. Körte sagt in dem Vorwort zu seinem Werke: Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber: „Der grösste Fortschritt, den die Behandlung der Cholelithiasis in interner und chirur-

gischer Beziehung machen könnte, wäre die Erlangung der Erkenntnis, unter welchen Bedingungen die Ablagerung von Steinen aus der Galle erfolgt und wie sie zu hindern ist.“ Gewiss, wenn wir die Steinbildung verhindern könnten, dann wäre sowohl die innere wie chirurgische Behandlung der Cholelithiasis überflüssig. Ich aber glaube, dass, solange die Menschen Gallenblasen bei sich tragen, sich auch Steine darin bilden. Durch die vielen Ectomien züchten wir vielleicht in tausend und abertausend Jahren ein gallenblasenloses Geschlecht. Doch das ist Zukunftsmusik, die vorderhand für uns ebenso unverständlich ist, wie für die meisten Menschen die Parsifal- und Tristan-Musik des Meisters von Bayreuth.

Meine Herren! Die Behandlung der Cholelithiasis bietet schon heute dem Arzt ein reiches Arbeitsfeld und besonders der Arzt, der die Gallensteinkrankheit chirurgisch behandelt, kommt in die Lage, seine Kenntnisse zu mehren und recht viel zu lernen. Ich wies schon in der Einleitung meines Vortrages darauf hin, wie die pathologische Anatomie durch die Autopsien der Chirurgen mächtig gefördert worden ist. Die herausgeschnittenen Gallenblasen geben dem Arzt Veranlassung zu histologischen und mikroskopischen Studien; die Galle kann auf Mikroorganismen bakteriologisch untersucht werden. Die Schwierigkeit der Technik der Gallensteinoperationen macht den zaghaften Operateur zum mutigen Chirurgen; seine Fingerfertigkeit wird gesteigert, seine Entschliessungsfähigkeit mehr ausgebildet wie bei allen übrigen Bauchoperationen. Auch zu physiologischen Experimenten und Untersuchungen findet der Operateur reichlich Gelegenheit. Wir sind in der Lage, nicht nur die Menge der abgesonderten Galle festzustellen, sondern auch die Bedingungen kennen zu lernen, von denen der erhöhte resp. verminderte Gallenfluss abhängt. Und operieren wir zugleich am Pankreas, so werden wir auch über die Sekretion dieser Drüse belehrende Aufschlüsse erhalten. Ich erinnere in dieser Beziehung an die interessanten Beobachtungen Körte's, der bei einer Operation einer gutartigen Stenose des Duodenums den Pankreasgang für sich drainierte, das Pankreassekret auffing und auf seine Wirkungen hin genau untersuchen konnte. Wenn wir eine Gal-

lenfistel angelegt, d. h. eine Cystostomie gemacht haben, so können wir sehr lehrreiche Studien über die Menge der herausfliessenden Galle anstellen. Man kann beobachten, wie am Tage, solange der Mensch isst, fast gar keine Galle aus der Fistel herausfliesst. Sie wird eben sofort in den Darm abgesondert und dort zur Verdauung verwandt. In der Nacht indes fliesst sehr viel Galle durch die Fistel nach aussen in den Verband, weil der Mensch in der Nacht gewöhnlich nicht isst. Wenn man umgekehrt verfährt — d. h. am Tage fasten und in der Nacht essen lässt —, so verhält sich auch der Gallenfluss umgekehrt, d. h. in der Nacht ist er sehr mässig.

Ich habe viele Kollegen operiert, die ihre Gallenblase zu solchen Experimenten in liebenswürdiger Weise zur Verfügung stellten. In einer Privatklinik kann man derartige Versuche nur schwer anstellen und deshalb bin ich den betreffenden Kollegen besonders dankbar. Man hat diese Beobachtung dazu verwandt, um langsam sich schliessende Gallenfisteln schneller zur Heilung zu bringen. Man hat die Operierten alle 3 Stunden essen lassen und dadurch die Gallenblase gewissermassen trocken gelegt. Diese „Cure alimentaire des fistules biliaires“ von Jaboulay, Tixier und Patel ist auf die von mir schon vor vielen Jahren empfohlene Nachtmahlzeit zurückzuführen, die anfangs sehr bespöttelt, jetzt aber doch sich Geltung verschafft hat. Häufiges Essen führt also die Galle sofort in den Darm, die Gallenblase bleibt leer und so schliesst sich die Gallenfistel dabei, vorausgesetzt, dass sie richtig angelegt ist, d. h. keine Lippenfistel besteht. Ich habe auch, um ein zweites Beispiel zu erwähnen, in die Gallenblasen, die ich eingenaht, aber noch nicht völlig von den Steinen befreit hatte, Olivenöl, Cholelysin in grossen Mengen eingespritzt, um zu beobachten, ob die Steine irgendwie beeinflusst würden. Nach 14 Tagen bis 5 Wochen waren sie noch genau so fest und hart wie die andern Steine. Und da soll Cholelysin per os einverleibt, die Steine zum Erweichen bringen!

Die Experimente an Gallenfisteln sind, wie bekannt, für die Wirkung der sogenannten cholagogen Mittel häufig herangezogen worden. Da aber bei freiem Choledochus die meiste Galle sofort in den Darm geschafft wird,

sind die aus solchen Experimenten gezogenen Schlüsse durchaus nicht einwandfrei. Viel besser liegen die Bedingungen bei der Hepaticusdrainage, wenn das Rohr so eingeführt wird, dass sämtliche Galle nach aussen geleitet wird. In den ersten 5 Tagen nach der Operation ist der Gallenfluss gewöhnlich minimal, weil der Patient nur wenig Nahrung zu sich nimmt. Wenn er dann — nach dem ersten Stuhlgang — anfängt zu essen, steigert sich die Gallenabsonderung und erreicht oft eine tägliche Menge von 800 bis 1000 ccm.

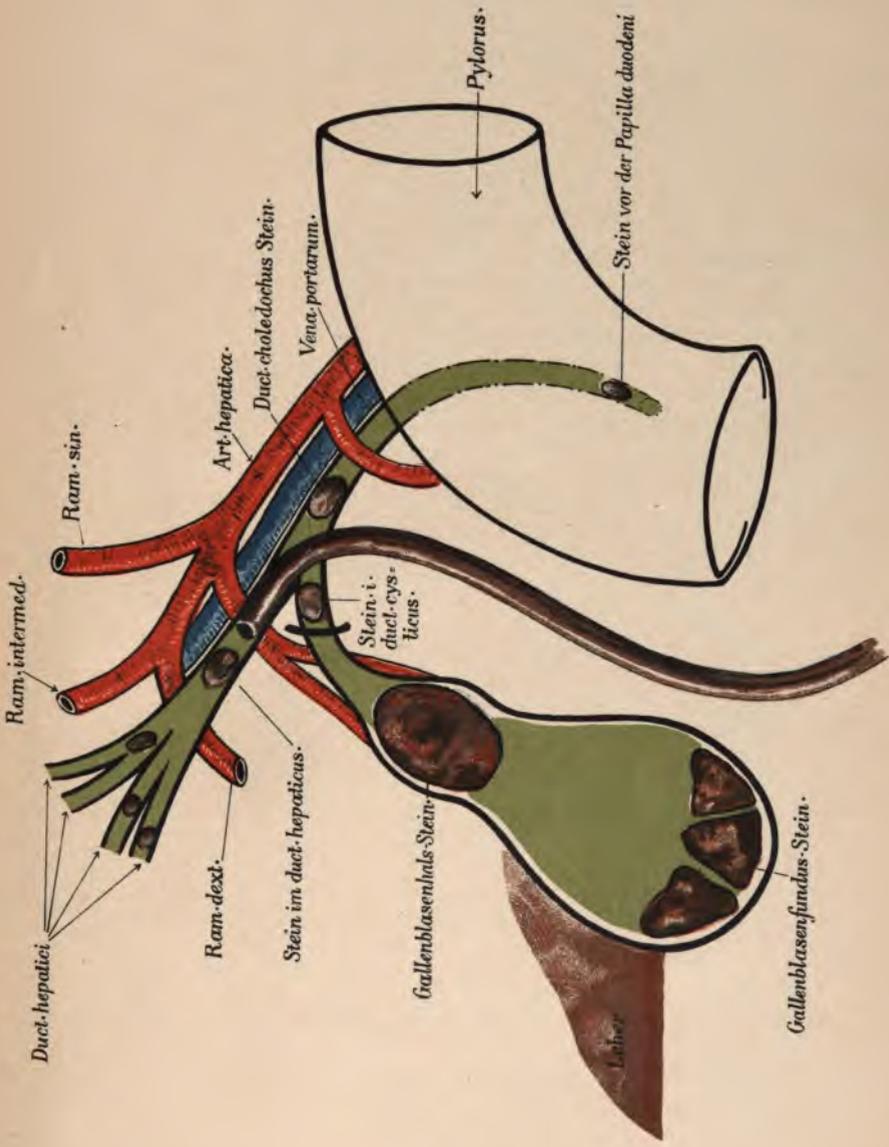
Bei solchen Hepaticusdrainierten habe ich nun eine Reihe von sehr interessanten Versuchen gemacht. Zuerst habe ich 8—14 Tage lang eine ganz bestimmte Kost verordnet. Punkt 8 Uhr bekamen die Operierten das erste Frühstück, bestehend in Kaffee, Milch und Buttersemmel, um 10 Uhr das zweite (Bouillon mit Ei, Brötchen mit geschabtem Fleisch oder Schinken). Um 1 Uhr folgte das Mittagbrot — täglich, wenigstens was die Menge anlangte, von derselben Art; um 4 Uhr wurde der Nachmittagskaffee und um 7 Uhr das Abendbrot eingenommen. Auch die Qualität und Quantität wie die Getränke wurden ganz genau vorgeschrieben. Bei dieser Ernährung, die tagein tagaus also dieselbe war — die Experimente wurden natürlich nur vorgenommen an Leuten, die guten Appetit hatten, fieberfrei waren etc. — wurde nun morgens nüchtern $\frac{1}{2}$ —1 Liter heisses Wasser dem Operierten verordnet und zwar 2 Tage Karlsbader Sprudel, dann 2 Tage Halberstädter Leitungswasser und dann wieder 2 Tage Karlsbader Sprudel und so fort, bis der Patient diese Experimente satt bekam und streikte. Aber manche haben doch 2—3 Wochen ausgehalten. Auch Arzneimittel (Olivenöl etc.) wurden auf ihre gallevermehrenden und galletreibenden Kräfte hin auf die Probe gestellt. Wenn ich Ihnen nun berichte, was bei diesem Experiment herauskam, so werden Sie lachen: es hat sich ergeben, dass das Halberstädter Wasserleitungswasser ein viel besseres, gallevermehrendes Mittel ist wie der Karlsbader Sprudel. Der Patient, der Karlsbader Sprudel trank, sonderte danach ca. 400 g Galle ab, der das Halberstädter Wasser trank 600—800 g. Es ist nur schade, dass unser Wasser gar so kalt aus der Erde hervorsprudelt; wenn es

von Natur heiss wäre, so würde ich nicht zögern, dasselbe als ein gallevermehrendes Mittel zu preisen und den Kranken, die keine Operation nötig haben, zu empfehlen. — Ich werde bei einer anderen Gelegenheit die Krankengeschichten der Operierten, die sich meinen Experimenten unterworfen haben, veröffentlichen. Ich bin natürlich weit davon entfernt, meinen Beobachtungen eine volle Beweiskraft beizulegen; sie sollen nur darauf hinweisen, wie schwierig es ist, über die Wirksamkeit der sogenannten Cholagoga sich Klarheit zu verschaffen. —

Meine Herren! Die Cholelithiasis bildet ein Grenzgebiet der Medizin und Chirurgie. Auf jedem Grenzgebiet kommt es nicht selten zu Reibereien und Streitigkeiten, die aber schnell beigelegt werden, wenn sonst zwischen den anstossenden Reichen Friede und Einverständnis herrscht. Innere Medizin und Chirurgie sind 2 Hauptmächte, deren Entwicklung in friedlicher Ruhe am besten gedeiht. Der Kampf, der bis vor kurzem auf dem Gebiete der Gallenstone-therapie zwischen diesen Hauptmächten der praktischen Heilkunde tobte, ist beigelegt: die Chirurgie hat ihre Forderung der Frühoperation bei Gallenblasensteinen aufgegeben, die Medizin überlässt der Chirurgie den chronischen Choledochusverschluss zu baldiger Operation. Nun mögen die Grenzkräfte den gegenseitigen Besuch der Nachbarn nicht mehr hindern: ein gegenseitiger Austausch unserer Beobachtungen und Erfahrungen soll fortan das Einverständnis fördern und unsere Eintracht festigen. Den grössten Nutzen daraus ziehen unsere Kranken, die vor Krankheit und Tod zu bewahren, unsere Lebensaufgabe ist. Die Stiftung dieses schönen Hauses, in dem wir heute weilen, ist schliesslich auch nur unter dem Zeichen des Friedens möglich gewesen. Tobt an unseren Grenzen der Krieg, dann würde der ärztliche Stand nicht diese Stätte gefunden haben, wo es ihm vergönnt ist, friedliche und segensbringende Arbeit zu verrichten. Möge dieser Fortbildungsstätte preussischer Aerzte in Zukunft derselbe Friede beschert sein, wie ich ihn der weiteren Entwicklung der Lehre, der ich meine Lebensarbeit gewidmet habe, auch fernerhin wünsche! —

Erläuterung.

Im Fundus der Gallenblase liegen 3 kantige Steine, im Hals ein grosser ovaler Schlussstein. Die beiden Gefässe, die wie eine Gabel den Hals der Gallenblase umspannen, sind die beiden Aeste der *Art. cystica*, die aus der *Art. hepatica* entspringt. Der schwarze Querstrich vor dem kleinen Stein im *Ductus cysticus* gibt die Stelle an, wo die Unterbildung des *Ductus cysticus* bei der Ectomie stattfindet. Ein Gummirohr ist einige Centimeter tief in den *Ductus hepaticus* vorgeschoben, um das Verfahren der *Hepaticus-Drainage* zu erläutern. Die übrigen Einzelheiten der Abbildung bedürfen keiner weiteren Erklärung.







LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

FEB 14 1917

SEP 4 1951

