

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin

der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

**Chirurgische Hernienbehandlung im Juliusspital zu
Würzburg im ausgehenden 19. Jahrhundert**

Inaugural – Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Franziska Kaufmann

aus Bissingen ob Lontal

Würzburg, Februar 2011

Referentin: Priv.-Doz. Dr. phil. Karen Nolte

Korreferent: Prof. Dr. med. Thomas Meyer

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 28.06.2011

Die Promovendin ist Zahnärztin

Meinen lieben Eltern.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Geschichte der Hernienbehandlung bis ins 19. Jahrhundert	16
3. Neue Möglichkeiten durch Anästhesie und Antisepsis	21
4. Hernien – Stand der Wissenschaft und verschiedene Methoden der Radikaloperation im ausgehenden 19. Jahrhundert	30
4.1 Stand der Wissenschaft im 19. Jahrhundert	31
4.2 Konservative vs. Chirurgische Hernientherapie: ihre Vertreter und beeinflussende Faktoren	40
4.3 Verschiedene Methoden der Radikaloperation im ausgehenden 19. Jahrhundert	47
4.4 Die Hernienbehandlung in der heutigen Zeit	55
5. Das Juliusspital zu Würzburg und die Würzburger Chirurgen des 19. Jahrhunderts	60
5.1 Geschichte des Juliusspitals bis ins 19. Jahrhundert	60
5.2 Das Juliusspital und seine Chirurgen im ausgehenden 19. Jahrhundert	70
6. Die Hernienbehandlung im Juliusspital 1883 und 1893 – ein Blick in die chirurgische Praxis	78
6.1 Quantitative Aspekte	78
6.2 Qualitative Aspekte	84
6.2.1 <i>Formaler Vergleich der Krankenblätter der Jahre 1883 und 1893</i>	84
6.2.2 <i>Inhaltlicher Vergleich der Krankenblätter der Jahre 1883 und 1893</i>	95
6.3 Operationstechniken – Ein Vergleich zwischen den handschriftlichen Krankenblättern und den publizierten Krankengeschichten	111

7. Schluss	122
8. Anhang	126
9. Literaturverzeichnis	227
Danksagung	
Lebenslauf	

1. Einleitung

„Auf dem Gebiete der Chirurgie schenkte man von jeher einer Behandlung der Hernien besondere Aufmerksamkeit. Bereits im römischen Altertum, im Mittelalter, dann in der Neuzeit wurde in dieser Richtung eine bedeutende Thätigkeit entfaltet. Das allgemeine Bestreben gipfelte darin, eine Methode zu ersinnen, zur Beseitigung eines Übels, welches jedenfalls in der Statistik der Leiden einen bevorzugten Platz einnimmt. Erklärlich wird das Interesse, welches gerade diesem Gebiete der Chirurgie entgegengebracht wurde dadurch, dass neben der Unannehmlichkeit einerseits die Arbeitskraft beeinträchtigt, andererseits eine drohende Einklemmung das Leben des Patienten gefährdeten. Man erfand im Laufe der Jahrhunderte die mannigfaltigsten Methoden, welche bald vollständig der Vergessenheit anheimfielen, bald in anderen Modifikationen wieder auftauchten.“¹

Dieses Zitat zeigt den Stellenwert der Hernien in der Geschichte als ein häufig auftretendes, die Lebensqualität stark einschränkendes und im schlimmsten Fall tödlich endendes Leiden. Auch die Verwendung des Begriffs „jeher“ deutet an, dass die Geschichte der Hernienbehandlung und damit auch die Geschichte der chirurgischen Therapieversuche der Hernien weit zurückreichen. Indem die Beeinträchtigung der Arbeitskraft angesprochen wird, zeigt sich außerdem der im 19. Jahrhundert vor allem durch die Bismarcksche Einführung der Krankenversicherungspflicht veränderte Stellenwert der Krankheit als ein Synonym für Arbeitsunfähigkeit.² Dementsprechend wurde auch der Heilungsbegriff anders als heute interpretiert: Beispielsweise wurden – wie später noch ausführlicher gezeigt

¹Schultze, Ferdinand: Radikal-Operationen der Hernien unter dem antiseptischen Dauerverbande. Inaugural-Dissertation, Würzburg 1885, S. 1.

²Vgl. Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Göttingen, 1985 S. 143ff., S.194ff.

wird – die Worte „geheilt“ und „arbeitsfähig“ synonym verwendet. Die Verwendung des Begriffs „Arbeitsunfähigkeit“ kann darauf zurückgeführt werden, dass ab 1883 zunächst nur Arbeiter zwangsversichert waren. Das heißt, der überwiegende Anteil der Personen, die nun auf Kosten der Krankenkassen die Dienste eines öffentlichen Krankenhauses nutzen konnten, war männlichen Geschlechts. Die daraus resultierende Unterrepräsentation von weiblichen Patienten wird ebenso Gegenstand der Untersuchungen im letzten Kapitel dieser Arbeit sein.

Außerdem wird auch das Problem der damals noch nicht vorhandenen Lösung respektive Heilung dieses Leidens in Form einer allgemein etablierten Operationsmethode angesprochen und zugleich angedeutet, wie mannigfaltig, aber dennoch erfolglos die verschiedenen Heilungsversuche in der lange zurückreichenden Geschichte der Hernientherapie waren. Alle im Zitat angesprochenen Aspekte sind somit für die Beschäftigung mit dem Thema Hernienbehandlung im ausgehenden 19. Jahrhundert von entscheidender Bedeutung und werden an entsprechender Stelle ausführlich dargestellt und herausgearbeitet.

Einführung in die Fragestellung

Die chirurgische Hernienbehandlung hat sich im Laufe des 19. Jahrhunderts stark verändert. Dazu trugen einerseits die Entwicklung wirksamer Narkosen, welche schmerzfreie Operationen ermöglichten und Fortschritte im Bereich der Asepsis/Antisepsis³ bei. Aber auch der seit dem Ende des 19. Jahrhunderts stattfindende Wandel des Krankenhauses zu einer von der breiten Bevölkerung akzeptierten zentralen Institution des sich im Fortschritt befindlichen Gesundheitswesens hatte Einfluss auf die im Krankenhaus durchgeführten Behandlungen.⁴

Ziel dieser Dissertation ist, sowohl die Lehre der Hernienbehandlung in Deutschland des 19. Jahrhunderts ganz allgemein anhand von zeitgenössischen Lehrbüchern zu skizzieren als auch speziell die Hernienbehandlung in Würzburg genauer darzustellen. Überlieferte Krankenblätter aus dem Juliusspital aus den Jahren 1883 und 1893 sind Ausgangspunkt für die Untersuchungen dieser Arbeit und ermöglichen einen exemplarischen Einblick in die chirurgische Praxis des Juliusspitals. Durch den glücklichen Zufall, dass zeitgenössische Publikationen existieren, welche zum Teil die im Original überlieferten Krankengeschichten enthalten, entsteht eine Querverbindung zwischen gelehrter Theorie und tatsächlich im Operationssaal durchgeführter Praxis.

Es wird untersucht werden, ob der damals theoretisch aktuelle Wissensstand sowie die universitäre Lehre auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt wurden. Des Weiteren soll dargestellt werden, wie das chirurgische Alltagsgeschäft aussah. Dabei werden mit Hilfe der in den zeitgenössischen Publikationen enthaltenen Statistiken sowohl quantitative Aspekte wie die Geschlechterrelation, die Häufigkeit der konservativen beziehungsweise operativen Behandlung und das Verhältnis zwischen Überlebenden und Verstorbenen untersucht, als auch qualitative Aspekte dargestellt und interpretiert: Hierzu zählt ein formaler Vergleich der Krankenblätter von 1883 und 1893 sowie die Gegenüberstellung und Interpretation stilistischer Merkmale, des Arzt-

³ Antisepsis = Maßnahmen zur Verminderung von Keimen; Asepsis = Keimfreiheit.

⁴ Vgl.: Spree, Reinhard: Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert, in: Spree, Reinhard; Labisch, Alfons (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett, New York, Frankfurt, 1996, S. 51-88.

Patienten-Verhältnisses, die Darstellung der Operateure, der antiseptischen Maßnahmen, der Arzneimittel und die Untersuchung des Heilungsbegriffs. Dadurch soll herausgearbeitet werden, wie sich das chirurgische Tagesgeschäft innerhalb dieser zehn Jahre verändert hat. Da die Überlieferung nur lückenhaft ist, können lediglich einzelne Aspekte qualitativ und stellvertretend aufgezeigt und interpretiert werden. Weil aber auch zeitgenössische Publikationen existieren, die Statistiken und zahlreiche Fallbeschreibungen der untersuchten Zeiträume enthalten, können auch verallgemeinernde Aussagen über Hernienoperationen um 1900 getroffen werden.

Im letzten Abschnitt sollen dann die zeitgenössischen Publikationen mit den entsprechenden überlieferten Krankenblättern insbesondere hinsichtlich der Operationstechnik – denn um diese ging es in den Publikationen hauptsächlich – verglichen werden. Hierbei sollen vor allem gegebenenfalls auftauchende Veränderungen, welche der Intention der Publikation dienlich waren, sowie sonstige Abweichungen von der Originalfassung herausgearbeitet und interpretiert werden.

Die Dissertation ist folgendermaßen aufgebaut: Im Anschluss an die Einleitung, welche die Beschreibung von Forschungsgrundlage und Methodik sowie die Beschreibung der Quellen umfasst, soll zunächst die Geschichte der Hernienbehandlung bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts skizziert werden. Danach folgt die Darstellung und Beschreibung der Entwicklung und des Einflusses von Anästhesie und Antisepsis, welche als große Neuerungen das Spektrum chirurgischer Maßnahmen im 19. Jahrhundert allgemein und auch im Bezug auf die sogenannte „Radicaloperation“ der Hernien stark erweitert haben. Anschließend wird ein Überblick über den zeitgenössischen Wissensstand sowie über die verschiedenen Möglichkeiten der chirurgischen Hernienbehandlung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts geboten. Dann soll noch ein kurzer Einblick in die Geschichte des Juliusspitals und vor allem in die Entwicklung des Juliusspitals zur Jahrhundertwende hin gegeben werden.⁵ Nach diesen einführenden Kapiteln folgt schließlich der Teil der Arbeit, welcher mit Hilfe der überlieferten Krankenblätter erarbeitet wurde und die Untersuchung der chirurgischen Praxis im Juliusspital sowie die genauere Untersuchung und Beantwortung der oben

⁵Anmerkung: Die Dissertation beschränkt sich weitestgehend auf Leistenhernien, da diese die häufigste Hernienart darstellen.

genannten Fragestellungen zum Ziel hat.

Forschungsgrundlage und Methodik

Forschungsliteratur

Eine Übersicht zur Geschichte der Krankengeschichte bietet „Historie der Krankengeschichte“ von Kurt Böhm, C.O. Köhler und Rainer Thome.⁶ Das Kapitel über die Geschichte der Hernienbehandlung wurde mit Hilfe des ersten Bandes aus der Reihe „Geschichte der operativen Chirurgie“ von Michael Sachs erarbeitet. Dieser Band liefert eine detaillierte Übersicht über die Entwicklung der operativen Chirurgie inklusive der Bruchoperationen.⁷ Eine geeignete Übersicht über die wichtigsten Reparationsmechanismen der Hernienchirurgie bis ins 21. Jahrhundert bieten die Artikel von Sachs, Damm und Enke sowie von Raymond C. Read und Stylopoulos/Rattner.⁸ Wichtige Informationen speziell zur Chirurgiegeschichte in Bayern als auch zu den Fortschritten im Bereich der Anästhesie und Antisepsis speziell in Bayern liefert das Buch von Maurer und Hartl aus dem Jahre 1960.⁹ Umfassendes Nachschlagewerk zur Entwicklung der Narkose stellt die Arbeit von Killian und Weese dar.¹⁰ Zum Thema Anti- beziehungsweise Asepsis existiert eine große Menge an Forschungsliteratur. Erwähnt werden soll jedoch Porter, welcher die Weiterentwicklung der Chirurgie durch den Einfluss von Narkose und Antisepsis sowie die Entwicklung dieser Neuerungen im 19. Jahrhundert aufzeigt.¹¹ Klaus-Dieter Thoman beschreibt sowohl Funktion und Zustand des allgemeinen deutschen Krankenhauses in der vorantiseptischen Ära, als auch die revolutionären Veränderungen, welche die Einführung anti- beziehungsweise aseptischer Maßnahmen in deutschen Krankenhäusern nach sich zogen.¹² Ausführliche

⁶ Böhm, Kurt; Köhler, C.O.; Thome, Rainer: *Historie der Krankengeschichte*, Stuttgart, New York, 1978.

⁷ Sachs, Michael: *Geschichte der operativen Chirurgie*, Band I: *Historische Entwicklung chirurgischer Operationen*, Heidelberg, 2000.

⁸ Sachs, Michael; Damm, M.; Enke, A.: *Historical Evolution of Inguinal Hernia Repair*, in: *World Journal of Surgery*, Frankfurt, 1997, S. 218-223; Read, Raymon C.: *Milestones in the history of hernia surgery: Prosthetic repair*, Rockville, Little Rock, 2003; Stylopoulos, Nicholas; Rattner, David W.: *The History of Hiatal Hernia Surgery*, Boston, 2005.

⁹ Maurer, Georg; Hartl, Hannelore: *Die Geschichte der Chirurgie in Bayern*, München-Berlin, 1960.

¹⁰ Killian, Hans; Weese, Hellmuth: *Die Narkose ein Lehr- und Handbuch*, Stuttgart, 1954.

¹¹ Porter, Roy: *Medizinische Versorgung im 19. Jahrhundert*, in: Porter, Roy (Hrsg.): *Die Kunst des Heilens*, Berlin, Heidelberg, 2003, S. 351-400, bes. S362ff.

¹² Thoman, Klaus-Dieter: *Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation*

Hintergrundinformationen zur Geschichte des Juliusspitals allgemein und speziell zur personellen und baulichen Entwicklung der chirurgischen Abteilung liefert Andreas Mettenleiters Medizingeschichte von 2001.¹³

Gedruckte Quellen

Das Kapitel über die Hernienbehandlung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde mittels zeitgenössischer Lehrbücher und Dissertationen erarbeitet. Informationen über den damaligen Wissensstand speziell in Würzburg lieferte Dr. Wenzel Linharts „Vorlesungen über Unterleibshernien“. Diese wurden 1866 als Kompendium veröffentlicht, entsprechen inhaltlich den 64 Vorlesungen, welche bereits im Sommersemester 1864 an der Universität Würzburg gehalten wurden und ermöglichen einen sehr ausführlichen Einblick in die zeitgenössische Würzburger Herniologie.¹⁴ Außerdem sei an dieser Stelle das „Handbuch der praktischen Chirurgie“ von Ernst von Bergmann genannt, welches ebenfalls einen Einblick in die zeitgenössische Chirurgielehre liefert. Da Bergmann von 1878-1882 als Chirurg im Juliusspital tätig war, kann davon ausgegangen werden, dass die in seinem Werk wiedergegebene Meinung in etwa der zeitgenössischen Lehrmeinung in Würzburg entspricht und auch aus seinen Erfahrungen dort resultiert.¹⁵

Handschriftliche/archivalische Quellen: Krankenblätter des Juliusspitals aus den Jahren 1883 und 1893

Bevor nun genauer auf die Krankenblätter des Juliusspitals aus den Jahren 1883 und 1893 eingegangen wird, soll vorweg ein kurzer Überblick über die Geschichte der

und Funktion des Krankenhauses, in: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett, New York, Frankfurt, 1996, S. 145-166.

¹³ Mettenleiter, Andreas: Das Juliusspital in Würzburg, Würzburg, 2001.

¹⁴ Linhart, Wenzel: Vorlesungen über Unterleibs-Hernien gehalten im Sommersemester 1864, Würzburg, 1866.

¹⁵ Bergmann, Ernst von; Bruns Paul von: Handbuch der praktischen Chirurgie, Band 3: Chirurgie des Bauches, Stuttgart, 1907.

Krankengeschichte geboten werden¹⁶: Die ersten Hinweise empirisch-rationalen Denkens im Bezug auf medizinische Dokumentation finden sich in der ägyptischen Medizin um 1600 v. Chr. Davon zeugt ein aus dieser Zeit stammender Papyrus, in welchem erstmals Verletzungen und Wunden systematisch geordnet und beschrieben sind. Die initiale Idee der medizinischen Dokumentation entstand folglich während der Pyramidenzeit in Ägypten. Diese zweite Phase der Geschichte der Medizin wird allgemein als archaische Medizin oder als Medizin der orientalischen Kulturen (Ägypten, Mesopotamien, Griechenland) bezeichnet.¹⁷ Auch erste Sektionsversuche und Beschreibungen von Anatomie und Physiologie finden sich in Griechenland etwa um das 6. Jahrhundert v. Chr. Sie gelten als Ursprung der dritten Phase der Geschichte der Medizin, der abendländischen Medizin. Erst durch die Dokumentation und den damit einhergehenden negativen Selektionsdruck, zum Beispiel durch die nun gegebene Möglichkeit der Kritik, konnten bestimmte Behandlungsmethoden als nicht wirksam erkannt und durch neue wirksamere Methoden ersetzt werden. Die Dokumentation war somit Akzelerator des Erkenntnisprozesses und Voraussetzung für die Entstehung der Empirie. Diese führte zusammen mit der Weiterentwicklung der Anatomie, Physiologie, Pathologie und der Arzneimittelkunde zur Etablierung einer regelmäßigen Behandlungstechnik, welche erstmals im Corpus Hippocraticum festgehalten wurde. Das Corpus Hippocraticum enthält in seinen beiden Büchern „Epidemien I und II“ auch die frühesten Überlieferungen deskriptiv-statistischer Krankengeschichten. Diese Beobachtungen wurden im Rahmen einer Bibliothek bis ins 1. Jahrhundert nach Christus ausgebaut und nach einiger Zeit auch durch Schriften anderer Autoren (neben Hippokrates) ergänzt. Das Corpus Hippocraticum dominierte nahezu ein Jahrtausend lang die Medizingeschichte und wurde erst durch die Einführung des Buchdruckes und der damit einhergehenden Möglichkeit der Vielfachdokumentation abgelöst. Es folgte die Phase der Scholastik, in welcher sich die Heilkunst in allen Fragen auf die alten Schriften von Aristoteles, Galen etc. berief, ohne selbst neue Erkenntnisse zu erlangen. Erst in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts

¹⁶ Die Informationen hierzu stammen aus: Böhm; Köhler; Thome, 1978.

¹⁷ Die erste Phase der Medizin wird als primitiv-magische Phase bezeichnet, in welcher die Heilkunst vorwiegend durch Medizinmänner ausgeübt wurde und diese Medizinmänner als einzige über Zugang zum Wissen von Krankheit, Leben und Tod verfügten und dadurch eine Monopolstellung innehatten.

fürten bahnbrechende Entdeckungen zu Zweifeln an den bisherigen „alten“ medizinischen Autoritäten und läuteten die Renaissance in der Medizin ein. Der kranke Mensch kehrte ins Zentrum des ärztlichen Wirkens zurück und die seit Hippokrates vernachlässigte Dokumentation in Form ausführlicher Krankengeschichten wurde wieder aufgenommen. Die meisten Ärzte dokumentierten ihre Fälle damals zunächst in Form von Tagebüchern. Diese waren jedoch weder standardisiert noch alphabetisch geordnet. Auch die Notwendigkeit zur Dokumentation von Krankengeschichten selbst war noch nicht allgemein anerkannt. Die entscheidenden Impulse dazu kamen aus England und später auch aus Wien, wo die Patientengeschichten sehr genau festgehalten wurden. Nach und nach fand diese Form der Dokumentation auch in Deutschland immer mehr Anhänger. Nach dem Vorbild der Wiener medizinischen Schule zeichnete sich außerdem ein Wandel in der Auffassung der Krankengeschichte ab: Die historische Sicht der Anamnese rückte in den Vordergrund, die Sequenz des Auftretens einer Krankheit wurde stets mit erfasst und aus der „Krankheitsgeschichte“ wurde schließlich eine „Krankengeschichte“. Ab Mitte des 18. Jahrhunderts fanden sich schließlich weit verbreitet standardisiert strukturierte Krankengeschichten, die Angaben zu Anamnese, Ursache, Verlauf, Status Praesens, Diagnose und manchmal auch Prognose und Indikation enthielten. Diese Krankengeschichten waren jedoch als fortlaufender Text ohne Überschriften oder sonstige optische Gliederungen geschrieben und auch die angehängten Sektionsberichte waren in dieser narrativen Form gehalten. Es handelte sich also im wahrsten Sinne des Wortes um „Geschichten“. Lange Zeit änderte sich nichts an dieser formalen Struktur der Krankengeschichten, welche damals in umfangreiche Bücher eingetragen wurden. Ab dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden zusätzlich strukturierte Haupt- beziehungsweise Aufnahmebücher geführt. Diese wurden für erste einfache, rein deskriptive Statistiken genutzt und bildeten somit den Ausgangspunkt der Epidemiologie, wie wir sie heute kennen. Das Eintragen von Krankengeschichten in Bücher wurde schließlich im letzten Quartal des 19. Jahrhunderts durch die Führung von Kranken- oder Journalblättern abgelöst. Dabei bekamen die Patienten bei jedem Aufenthalt fortlaufende Nummern zugeteilt und bei mehrfacher Aufnahme eines Patienten wurden alle bisherig

angelegten Krankenblätter herausgesucht und in das neu angelegte Krankenblatt eingelegt. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts folgte dann die Eintragung der Krankengeschichten auf Lochkarten, was aufgrund der nun erfolgenden maschinellen Auswertung einen weiteren Meilenstein in der Geschichte der medizinischen Dokumentation darstellte.

Im Rahmen dieser Dissertation dienten 23 aus den Jahren 1883 und 1893 überlieferte Krankenblätter der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals Würzburg als Ausgangspunkt für die Untersuchung der chirurgischen Praxis im ausgehenden 19. Jahrhundert.¹⁸ Diese Krankenblätter sind nicht vollständig überliefert. Befunde aus diesen lückenhaft überlieferten Quellen sind also nicht zu verallgemeinern. Dennoch dienen sie im Rahmen dieser Arbeit als zentraler Gegenstand zur genaueren Analyse und Interpretation. Insbesondere werden die Krankenblätter auf die Fragestellung hin untersucht, wie die chirurgische Praxis im Juliusspital aussah und ob diese in etwa der zeitgenössischen theoretischen Lehre entsprach beziehungsweise wo sich Unterschiede zwischen den chirurgischen Alltagshandlungen und den propagierten Lehrmeinungen auftraten. Auch können die archivalischen Krankengeschichten zum Vergleich mit publizierten Krankengeschichten herangezogen und die unterschiedlichen Darstellungen herausgearbeitet und interpretiert werden. Hierbei muss aber der Entstehungskontext und der zeitgenössische Gebrauch der Krankenblätter im Unterschied zum Entstehungskontext der publizierten Fälle berücksichtigt werden: Die Krankenblätter waren primär zum klinikinternen Informationsaustausch bestimmte „Gebrauchsmedien“. Sie waren zwar auch zur „kurzfristigen“ Überlieferung bestimmt, zum Beispiel, dass im Falle einer erneuten stationären Aufnahme eines Patienten dessen Krankengeschichte nochmals nachgeschlagen werden konnte. Deshalb wurden sie aufbewahrt und deshalb ist auch noch bis heute ein Teil überliefert. Jedoch bewegt sich diese Art der „Überlieferung“ in einer ganz und gar anderen historischen Dimension als die Überlieferung der Publikationen, welche neben der Tatsache, für eine größere Leserschaft geschrieben

¹⁸ Überlieferte Krankenblätter aus der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals aus den Jahren 1883 (Neun Krankenblätter) sowie 1893 (14 Krankenblätter). Im Folgenden werden die Krankenblätter mit Patientennamen und zugehörigem Jahr zitiert.

worden zu sein, tatsächlich zum Zwecke der Überlieferung im eigentlichen Sinne verfasst wurden. Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Art der durchgeführten Behandlung eventuell auch die Dokumentation und den Aufbewahrungsprozess der Krankenblätter beeinflusst haben könnte: Beispielsweise wurde die Krankengeschichte eines Patienten, der operiert wurde, vielleicht genauer dokumentiert und aufbewahrt (um diesen Fall später zu publizieren) als eine konservative Behandlung mittels Bruchband. Dies muss bei der Gegenüberstellung der operativ und konservativ behandelten Fälle berücksichtigt werden. Die handschriftlichen Krankenblätter waren also primär nicht zur Überlieferung und Interpretation für nachfolgende Generationen bestimmt. Sie sind also keine sogenannte „Traditionsquelle“ sondern vielmehr „Überreste“ der Vergangenheit, weshalb sich auch einige Unterschiede gegenüber den zeitgenössischen Publikationen ergeben: Einerseits können Unterschiede festgestellt werden, die aus heutiger Sicht der Intention der Publikation dienen und somit eventuell bewusst und gezielt in den Publikationen eingefügt wurden. Hierzu zählt zum Beispiel der Fall Maidhof¹⁹, welcher neben sieben weiteren Fällen in der Publikation über die Radikaloperation angeborener Hernien von August Grünewald geschildert wird.²⁰ Grünewald beschreibt die Narkose und die antiseptischen Maßnahmen wesentlich genauer als im Krankenblatt erwähnt und gibt an, dass der Bruch nicht durch ein Bruchband zurückgehalten werden konnte. Diese Aussage findet sich im Original nicht. Das heißt, entweder hatte der Autor zusätzliche Informationen, die im Krankenblatt nicht erwähnt werden, oder er hat diese Aussage zum Zwecke der Legitimation einer lebensgefährlichen Operation bei einem Kind eingefügt. Auch die Bezeichnung der Operationstechnik, wie später noch gezeigt wird, weicht in den Publikationen zum Teil von der in den Krankengeschichten geschilderten Technik ab. Neben diesen wenigen Aberrationen, welche man als „intentionale Veränderungen“ bezeichnen könnte, tauchen aber auch zahlenmäßig deutlich mehr Abweichungen vom Original auf, die nicht intentional begründet werden können. Diese sind wahrscheinlich eine Folge von Unachtsamkeiten, falscher Archivierung etc. Sie können als „zufällige Veränderungen“

¹⁹ Maidhof, Leopold, 1883.

²⁰ Grünewald, August: Ueber die Radicaloperation angeborener Hernien, Würzburg, 1885, S. 36f.

bezeichnet werden. Hierzu zählt beispielsweise die Tatsache, dass einige bis heute überlieferte Krankengeschichten in den zeitgenössischen Publikationen trotz deren Anspruch auf Vollständigkeit nicht erwähnt werden.

Die handschriftlichen Krankenblätter wurden also ursprünglich nicht zu dem Zweck geschrieben, zu welchem sie im Rahmen dieser Dissertation genutzt werden: Die Krankenblätter werden quasi gegen den Strich gelesen und auf die bereits eingangs genannten Fragestellungen hin untersucht. Der Aufbau der Krankenblätter des Jahres 1883 unterscheidet sich vom Aufbau derer des Jahres 1893: Die Struktur wird 1893 mehr und mehr durch die gegenüber 1883 deutlich zahlreicheren vorgedruckten Zeilen bestimmt. 1883 sind lediglich die Angaben zur Person und der Stichpunkt „Diagnose“ vorgegeben. In einigen Fällen sind sogar nur diese Kopfzeilen²¹ ausgefüllt, weshalb wohl einige Krankenblätter selbst ihren damaligen Zweck als möglichst vollständiges medizinisches Informationsdokument nicht erfüllen konnten. Welchen weiteren Einfluss die äußere Struktur der Krankenblätter auf ihren Inhalt hatte, wird später noch genauer untersucht werden. Geschrieben wurden die Quellen von medizinischem Personal des Juliusspitals, meist von den Ärzten, welche den jeweiligen Patienten behandelten. Neben dem Informationsaustausch dienten die Krankenblätter auch zunehmend der rechtlichen Absicherung des Arztes als schriftliche Dokumentation der Behandlung. Dies wurde vor allem im Rahmen der zunehmenden Emanzipation des Patienten gegenüber der Ärzteschaft und der rapiden Zunahme der Patientenzahlen sowie der damit einhergehenden Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses²² immer wichtiger. Keine explizite Aussage erlauben die Krankenblätter hingegen zu den allgemeinen Umständen des Krankenhausaufenthalts. Die Annahme, dass im ausgehenden 19. Jahrhundert vorwiegend Kranke aus unteren Gesellschaftsschichten im Juliusspital aufgenommen wurden, wird jedoch durch die in den Kopfzeilen aufgeführten Berufsbezeichnungen bestätigt. Neben „Tagelöhnern“²³ finden sich hier vor allem Handwerksberufe wie „Müller“²⁴ „Bauer“/„Oekonom“²⁵ oder „Steinhauer“²⁶.

²¹ Hier sind Name, Geburtsdatum, Beruf etc. des Patienten notiert.

²² Zunahme der Fluktuation, häufigere Wechsel des betreuenden Arztes etc. Zum Arzt-Patienten-Verhältnis siehe auch Kapitel: Die Hernienbehandlung im Juliusspital 1883 und 1893 – ein Blick in die chirurgische Praxis.

²³ Backmund, Anton, 1893; Lengder, Leonard, 1893.

²⁴ Moser, Josef, 1883.

²⁵ Fehser, Georg, 1893; Hörnig, Jakob, 1883.

Trotz der lückenhaften Überlieferung kann man aufgrund der Tatsache, dass in den 23 Krankenblättern ausschließlich handwerkliche, nicht-akademische Berufsbezeichnungen auftauchen, davon ausgehen, dass die Klientel des Juliusspitals zu dieser Zeit primär aus der sozialen Unterschicht stammte.²⁷ Auch die eingangs erwähnte Zwangsversicherung der Arbeiterschaft führte zu einer Zunahme der Patienten aus der Arbeiterschicht.

Es finden sich zwar vereinzelte Aussagen zu den sozialen Hintergründen der Patienten, diese narrativen Elemente sind jedoch lediglich Zeugnisse kleiner Sequenzen aus dem Leben dieser. Sie könnten Ansatzpunkt für eine vorsichtige Annäherung im Sinne einer sozialgeschichtlichen Betrachtung sein – was später bei der genaueren Untersuchung des Arzt-Patienten-Verhältnisses auch versucht wird. Dennoch waren und sind die Krankenblätter in erster Linie Informationsmedien, die neben Angaben zur Person die Befunde und die Operation dokumentierten. Daher sind sie gut geeignet, um die chirurgische Praxis, die Operationsmethoden, die Aspekte der Antisepsis und Narkose zu untersuchen. Für eine patientenzentrierte Analyse respektive sozialgeschichtliche Untersuchung sind sie jedoch weniger dienlich.

Ursache für den im Vergleich mit früheren Falldarstellungen geringeren sozialgeschichtlichen Inhalt ist der einschneidende Wandel, der sich ab 1800 in den medizinischen Falldarstellungen vollzogen hat.²⁸ „Informationsgehalt, Relevanz und Präzision“²⁹ nahmen zu, die subjektiven Patientenerzählungen verschwanden und wurden durch ärztliche Wahrnehmungen, Diagnostik und medizinische Befunde ersetzt. Jewson datiert die Veränderungen innerhalb der medizinischen Falldarstellungen in „The disappearance of the sick man from medical cosmology“ auf die Zeit zwischen 1770 und 1870. Er spricht von einer Verschiebung der „Personenorientierten Kosmologie“³⁰, bei welcher die Kranken selbst den medizinischen Ablauf

²⁶ Emmerich, David, 1883.

²⁷ Dazu muss der soziale Status der Berufsbezeichnungen im Kontext berücksichtigt werden.

²⁸ Nolte, Karen: Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte: Medizinische Fallberichte im 19. Jahrhundert, in: Sibylle Brändli-Blumenbach, Barbara Lüthi, Gregor Spuhler (Hrsg.): Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt/M. – New York, 2009, S. 33-61.

²⁹ Böhm, Kurt; Köhler, Claus Otto; Thome, Rainer: Historie der Krankengeschichte, Stuttgart, New York, 1978, S. 82.

³⁰ Jewson, ND: The disappearance of the sick man from medical cosmology, *1770-1870, in: Abrams, Philip (Hrsg.): Sociology - the journal of the British Sociological Association, Volume 10, Oxford, 1976, S. 225-244, bes. S. 232.

dominierten und im Rahmen welcher sich das Arzt-Patienten-Verhältnis auf Basis gegenseitiger Empathie gründete, hin zu einer „Objektorientierten Kosmologie“³¹, innerhalb welcher der Patient eine zunehmend passive, unkritische Rolle einnahm. Laut Karen Nolte dominierte bis in die 1850er Jahre hinein die narrative Form in den publizierten medizinischen Fallberichten und erst ab circa 1860 veränderten sich diese zusammen mit der Ablösung der Humoralpathologie durch neue Konzepte wie die Zellularpathologie und Bakteriologie – die „Laienperspektive“³² verschwand aus den Falldarstellungen.³³ Es vollzog sich nicht nur ein Wandel im internen Dokumentationssystem der Krankenhäuser, sondern auch die Fallpublikationen veränderten sich bezüglich Form und Inhalt. Die Krankengeschichten des frühen 19. Jahrhunderts weisen einen vielstimmigen Charakter auf und enthalten neben der ärztlichen Meinung auch konkurrierende Krankheitsdeutungen (der Patienten oder anderer Heilpersonen). Dieses von Nolte als „Vielstimmigkeit“³⁴ bezeichnetes Charakteristikum verschwindet sowohl aus den publizierten als auch aus den nicht publizierten Krankengeschichten in Deutschland, und zwar erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert.³⁵

Das Interesse an Krankengeschichten unter Historikern hat laut Risse und Warner bereits in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts stark zugenommen. In ihrem Artikel „Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History“ setzen sich Risse und Warner mit den im Umgang mit Krankenblättern auftretenden Möglichkeiten und Problemen auseinander. Für sie sind die Krankenblätter Schlüsseldokumente für das Verständnis der zeitgenössischen medizinischen Praxis. Sie ermöglichen zusammen mit anderen medizinischen Dokumenten wie ärztlichen Tagebüchern, Briefen, Notizen und Büchern die Rekonstruktion der sozialen und technischen Struktur des zeitgenössischen Heilens. Der größte Nutzen der Krankenblätter liegt laut Risse und Warner in der Möglichkeit, die Beziehung sowie die Unterschiede zwischen medizinischer Ideologie und tatsächlichem medizinischen Handeln herauszuarbeiten.

³¹ Ebd.

³² Nolte, 2009, S. 33.

³³ Nolte, 2009, S. 50.

³⁴ Ebd.

³⁵ Nolte, 2009, S. 56 f.

Sowohl die zeitgenössische medizinische Ideologie als auch das medizinische Verhalten können dabei nur mit gegenseitiger Berücksichtigung verstanden werden. Die Krankenblätter spiegeln aber auch die Wahrnehmungen und Interpretationen des zeitgenössischen medizinischen Personals wider, dessen individuelles Wissen deren Darstellung maßgeblich beeinflusste.³⁶

Auch Barbara L. Craig beschreibt die Rolle der Krankenblätter und deren Archivierung im Rahmen der Entwicklung moderner Krankenhäuser zwischen 1890 und 1840 anhand zweier Beispiele (London und Ontario). Laut Craig liefern die Krankenblätter aus erster Hand Informationen über die Entwicklung der administrativen, finanziellen und medizinischen Funktionen des Krankenhauses als auch über die Erfahrungen und Erlebnisse der Patienten. Dazu muss man aber nicht nur mit dem historischen Kontext, in welchem die Krankenblätter entstanden, vertraut sein, sondern sich auch mit der sich ändernden Struktur der Krankenblätter und der dahinter stehenden veränderten Einstellung zum Aufbewahren der Krankenblätter auseinandersetzen.³⁷

Bis dato existiert keine Publikation, die sich der chirurgischen Hernientherapie im Juliusspital des 19. Jahrhunderts ausführlich widmet. Auch gibt es bislang in der Forschungsliteratur keine Arbeit, welche überhaupt die chirurgische Hernienbehandlung in Deutschland im 19. Jahrhundert darstellt, untersucht und interpretiert. Diese Dissertation soll einen Beitrag zum Schließen dieses Forschungsdesiderats leisten und eine retrospektive Sicht in den Operationssaal der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals im 19. Jahrhunderts ermöglichen.

³⁶ Risse, Guenter B.; Warner, John Harley: Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History, in: Social History of Medicine, Jahrgang 52, 1992, S. 183-205, bes. S. 204.

³⁷ Craig, Barbara L.: The Role of Records and of Record-Keeping in the Development of the Modern Hospital in London, England and Ontario, Canada, c. 1890-c. 1940, in: Bulletin of the History of Medicine, Jahrgang 65, 1991, S. 376-397, bes. S. 382.

2. Geschichte der Hernienbehandlung bis ins 19. Jahrhundert

Ziel dieses Kapitels ist die weit zurückreichende Geschichte der Hernienbehandlung möglichst kurz und übersichtlich zu skizzieren um später etwas genauer auf die Hernienbehandlung im 19. Jahrhundert eingehen zu können. Vor diesem Hintergrund können außerdem in den nachfolgenden Kapiteln der theoretische Kenntnisstand der Herniologie sowie die verschiedenen Methoden der chirurgischen Hernientherapie im ausgehenden 19. Jahrhundert erläutert werden.

Vom römischen Enzyklopädisten Aulus Cornelius Celsus (1. Jahrhundert n. Chr.) stammt die älteste Beschreibung der operativen Behandlung von nicht inkarzierten Leistenhernien. In seinem Buch „De medicina libri octo“ beschreibt er Indikation, Technik und Komplikationen des Operationsverfahrens.

Bruchoperationen galten bis in die Neuzeit als gefährlich und führten häufig zum Tod des Patienten, weshalb sie von den meisten Chirurgen abgelehnt wurden.

Glüheisen, verschiedene Schwämme oder Pflaster mit ätzenden Substanzen getränkt und Torsion des Bruchsackes sind nur einige der im Laufe der Zeit angewendeten Methoden, welche zur Behandlung von Hernien eingesetzt wurden. Die Invaginationsmethode, bei welcher der Bruchsack freigelegt werden musste und bei der mit der Reposition gleichzeitig eine Sonde, die mit Nadeln befestigt wurde, eingestülpt werden musste, übten Bruchschneider des Mittelalters bis ins 16. Jahrhundert, in einzelnen Fällen sogar bis ins 18. Jahrhundert weiter aus. Bei all diesen Operationsversuchen wurde zumeist der Samenstrang verletzt, das heißt, die meist männlichen Patienten wurden kastriert oder der Darm verletzt, was damals einem Todesurteil gleichkam.³⁸

Die umherziehenden Bruch- und Steinschneider hatten wie die Wundärzte, Scherer und Barbieri keine akademische Ausbildung und übten ihr Gewerbe als Landfahrer auf Jahrmärkten und Kirchweihen aus, weshalb sie von akademisch ausgebildeten

³⁸ Schultze, 1885, S. 6ff. Grünewald, 1885, S. 20ff.

Mediziner als Scharlatane bezeichnet wurden.

Die Geschichte der Chirurgie im deutschen Raum war in ihren Anfängen keinesfalls gleichbedeutend mit der Geschichte der medizinischen Fakultäten oder ärztlichen Schulen: Die Aufgaben der Wundärzte, welche bis zur Aufhebung der Zünfte 1811 gleichzeitig Bader oder Barbiere waren, und der akademischen Mediziner waren strikt voneinander getrennt.³⁹ Dies war Folge des Konzils von Tours aus dem Jahre 1163, welches Akademikern den Verzicht auf chirurgische Praktiken vorschrieb. Hintergrund war, dass es während und nach chirurgischen Eingriffen oft zu Todesfällen gekommen war, was moralisch nicht mit dem geistlichen Amt der damals noch überwiegend klerikalen Ärzte zu vereinbaren war.

Die Chirurgie wurde dementsprechend als mindere Medizin bezeichnet und aus der universitären Lehre ausgeschlossen. Diese strikte Trennung blieb bis zum Ende des 18. Jahrhunderts erhalten.⁴⁰

Im 16. Jahrhundert gibt erstmals die auf 1559 und 1566 datierte Handschrift „Practica Copiosa“ von Caspar Stromayr, einem Lindauer Arzt, Auskunft über den damaligen Stand der Hernienchirurgie. Stromayr unterschied darin erstmals unterschiedliche Formen von Leistenbrüchen und die daraus folgenden therapeutischen Konsequenzen.⁴¹

Auch der berühmte französische Chirurg Pierre Franco unterschied 1556 zwischen einem hodenschonendem Operationsverfahren und einem Verfahren, bei dem der Hoden entfernt wurde. Er war auch der erste Wundarzt, der 1561 über die Operation einer inkarzerierten Hernie mit Eröffnung des Bruchsackes berichtete: Franco gilt somit als der Erfinder der Herniotomie.⁴²

Im 17. und 18. Jahrhundert wurden die meisten Bruchoperationen noch von umherziehenden Bruch- und Steinschneidern durchgeführt. Diese hatten lediglich eine wundärztliche Ausbildung und waren aus Schweineschneidern hervorgegangen.⁴³

³⁹ Vgl.: Huerkamp, Claudia: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland, in: Reinhard; Wehler, Hans-Ulrich; Winkler, August (Hrsg.): Geschichte und Gesellschaft – Zeitschrift für historische Sozialwissenschaft, 6. Jahrgang, Göttingen, 1980, S. 349.382, bes. S. 353.

⁴⁰ Eckart, Wolfgang: Geschichte der Medizin, Heidelberg, 2009, S. 178.

⁴¹ Sachs, 2000, S. 67f.

⁴² Gurlt, Ernst Julius: Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung Band 2, Hildesheim, 1964, S. 646ff.

⁴³ Grünewald, 1885, S. 27.

Auch sie verbanden mit jeder Operation zugleich die Kastration. In Deutschland löste eine Vorführung des Wundarztes Eisenbart (1661-1727) bei einem seiner Zuschauer – Lorenz Heister, welcher später Professor für Chirurgie und Anatomie an der Universität Altdorf wurde – derartige Empörung aus, dass dieser im Anschluss schrieb: „In solchem schlechten Zustand war damals noch die Arzneykunst, dass man in so grossen Städten einen Darmbruch nicht besser zu curieren wußte, als mit dem Verlust des Hodens der leidenden Seite; welches man aber nunmehr viel besser kan.“⁴⁴ Heister gehörte später zur ersten Generation der aus den Wundärzten hervorgetretenen Chirurgen mit universitärer Ausbildung und war der erste Wundarzt deutscher Abstammung, der an einer deutschen Universität wissenschaftlichen Rang erwerben konnte.⁴⁵

Die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert brachte in Deutschland das Ende des Kampfes um Gleichberechtigung zwischen Chirurgie und innerer Medizin mit sich. Die Chirurgie konnte sich nun als eigenes akademisches Lehrfach mit demselben Stellenwert wie die innere Medizin etablieren.⁴⁶ Zur gleichen Zeit wurden auch erstmals genauere anatomische Untersuchungen des Leistenkanals durchgeführt zum Beispiel von Astley Cooper, Franz Caspar Hesselbach und Antonio Scarpa. Diese waren Voraussetzung für den weiteren Fortschritt der operativen Therapie von Leistenhernien.

Zur Jahrhundertwende hin wurden erstmals Bruchpforten und Bruchhüllen bei Leisten- und Schenkelhernien beschrieben. Noch heute erinnert die Namensgebung einiger anatomischer Strukturen an ihre berühmten Entdecker.⁴⁷

1877 wurde dann vom Heidelberger Chirurgen Vinzenz Czerny erstmals ein brauchbares, anatomisch begründetes, operatives Verfahren zur Einengung der Bruchpforte veröffentlicht: Er verstärkte die Externusaponeurose durch Faszienverdopplung, ohne dabei die Aponeurose selbst zu eröffnen, was zu einer Einengung des Leistenkanals führte. Er führte also erstmals eine operative Verstärkung

⁴⁴ Sachs, 2000, S. 73f.

⁴⁵ Maurer; Hartl, 1960 S.10.

⁴⁶ Ebd.

⁴⁷ Z.B. Ligamentum Cooperi (= Ligamentum inguinale), welches 1809 erstmals von Astley Cooper, einem der führenden Chirurgen des Guy's Hospitals in London, beschrieben wurde oder Ligamentum Hesselbachii (=Ligamentum interfoveolare), welches 1814 nach dem Würzburger Anatom Franz Caspar Hesselbach benannt wurde.

der Vorderwand des Leistenkanals durch. Da diese Technik jedoch eine Rezidivquote von angeblich 30 Prozent hatte, wurde sie 1881 von Just Lucas-Championnière, einem Pariser Chirurgen, weiterentwickelt. Dieser setzte damals den Grundstein für das bis heute wichtigste Operationsverfahren: der Verstärkung der Hinterwand des Leistenkanals. Lucas-Championnière spaltete als Erster die Externusaponeurose und legte eine hohe Ligatur des Bruchsackes am inneren Leistenring an.⁴⁸

Weitere wichtige Beiträge zur Verstärkung der Hinterwand des Leistenkanals sind dem Chirurgen Eduardo Bassini (1844- 1924) zu verdanken. Bassini selbst wurde 1867 in einem Nahkampf am Coecum verletzt, woraus sich eine Kotfistel entwickelte. Aufgrund seines persönlichen Schicksals widmete er daher der Anatomie der Bauchdecke besondere Aufmerksamkeit. 1889 wurde von Bassini eine Schrift über „eine neue operative Methode zur Behandlung des Leistenbruchs“⁴⁹ herausgegeben, diese erschien 1890 erstmals in Deutsch, jedoch schlecht übersetzt. Entscheidender Inhalt dieser Schrift war, dass Bassini die Einzelknopfnah der „dreifachen Schicht“⁵⁰ aus Musculus obliquus externus, Musculus transversus abdominis und der Fascia transversalis empfahl. Diese dreifache Schicht sollte dann mit dem hinteren Band des Leistenkanals vernäht und somit eine wirksame Verstärkung der Hinterwand des Leistenkanals erzielt werden.⁵¹

Michael Sachs analysierte von der Antike bis ins 20. Jahrhundert etwa 35 unterschiedliche Operationsmethoden und zeigte, dass sich bis heute letztendlich zwei grundlegende Reparationsprinzipien entwickelt haben: Einerseits die Verstärkung der Vorderwand des Leistenkanals und die Einengung des äußeren Leistenringes und andererseits die Verstärkung der Hinterwand des Leistenkanals mit Einengung des inneren Leistenringes.⁵²

Auch das folgende Zitat aus dem Jahr 1891 zeigt, dass zum Ende des 19. Jahrhunderts die Bedeutung der Verstärkung der Bauchdecke bereits erkannt wurde. Gleichzeitig gibt die Aussage über Notwendigkeit der Entfernung des Bruchsackes – was aus

⁴⁸ Sachs; Damm; Enke, 1997, S. 218.

⁴⁹ Sachs, 2000, S. 76.

⁵⁰ Ebd.

⁵¹ Sachs, 2000, S. 76 ff.

⁵² Sachs, 2000, S. 83; Sachs; Damm; Enke, 1997, S. 218.

heutiger Sicht womöglich als nicht erwähnenswerte Selbstverständlichkeit erscheint – einen Hinweis auf die noch nicht allzu lange zurückliegenden, weniger aussichtsreichen Methoden der Vergangenheit:

*“Jede folgerichtige Radicaloperation der Hernien verfolgt den doppelten Zweck, erstens den Bruchsack zu beseitigen, zweitens die Bruchpforte zu verschliessen und die Bauchwand an dieser Stelle zu verstärken.”*⁵³

Die Entfernung und Beseitigung des Bruchsackes wurde seit Jahrhunderten mit mehr oder weniger großem Erfolg durchgeführt, doch erst an der Schwelle zum 20. Jahrhundert wurde erkannt, von welcher entscheidender Bedeutung die Verstärkung der Bauchdecke war und es wurden unterschiedliche Operationstechniken entwickelt und erprobt. Jedoch gab es zwei weitere Faktoren, die sowohl für die Weiterentwicklung der Hernienoperationen im Speziellen als auch für das gesamte operative Spektrum von entscheidender Bedeutung waren: die Anästhesie und die Antisepsis. Im nachfolgenden Kapitel soll daher ein Überblick über die Entstehung und Entwicklung dieser beiden Meilensteine der Medizingeschichte geboten werden.

⁵³ Visscher, Louis George: Beiträge zur operativen Behandlung der incarcerierten Hernien, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1891, S. 20.

3. Neue Möglichkeiten durch Anästhesie und Antisepsis

Im Laufe des 19. Jahrhunderts veränderte sich die Chirurgie dank zweier epochaler Neuerungen mehr als in den beiden vorausgegangenen Jahrtausenden. Im Rahmen der Emanzipation der Chirurgie vom blutigen Handwerk zur wissenschaftlichen Disziplin stieg auch das Ansehen der Chirurgen. Zuvor war die Chirurgie vor allem Notfallbehandlung und letzter Ausweg vor dem drohenden Tod gewesen. Ein Chirurg musste hauptsächlich schnell arbeiten, so dass die unerträglichen Schmerzen den Patienten nicht allzu lange quälten. Die zahlreichen Kriege und Schlachten zu dieser Zeit (zum Beispiel Waterloo 1825 und Napoleons Feldzüge 1792-1815) boten den Chirurgen zahlreiche Möglichkeiten, insbesondere Amputationen zu üben.

Trotz einiger Fortschritte wie zum Beispiel neuartiger Operationen (Entfernung von Rachenmandeln, Trepanation des Schädels, Entfernung von Ovarialzysten), schränkten Schmerz während und nach der Operation sowie postoperative Infektionen die Möglichkeiten Chirurgie stark ein.⁵⁴ Die beiden entscheidenden Neuerungen, welche diesen Problemen ein Ende setzten, waren die Anästhesie und die Antisepsis.

Die Anästhesie

Seit der Antike hatte man versucht, den Schmerz während einer Operation zu lindern: Opium, Alkohol sowie Bilsenkraut, Mohn, Mandragora (Alraunwurzel), Kokain und Cannabis sind nur einige Beispiele – somit ist sowohl die Allgemeinnarkose wie auch die lokale Anästhesie keine Erfindung der Neuzeit. Jedoch wurden sie erst im 19. Jahrhundert so weit entwickelt, dass sie schließlich standardmäßig und mit einer erheblich reduzierten Komplikationsdichte eingesetzt werden konnten.

Ab dem 16. Jahrhundert geriet die Narkose zunächst aufgrund gehäufter Todesfälle und Angst der Ärzte vor Bestrafung nahezu in Vergessenheit, lediglich vereinzelt gibt

⁵⁴ Porter, 2003, S. 362-367.

es Hinweise für die Verwendung von „schlafmachenden Mitteln“ wie zum Beispiel 1589 in Neapel bei Zahnschmerzen. Zu operativen Zwecken wurden diese jedoch nicht eingesetzt.⁵⁵

Im Jahre 1795 entdeckte der junge Humphry Davy in einem chemischen Laboratorium die schmerzlindernde Wirkung des bereits 1772 entdeckten Stickoxidul und taufte es aufgrund seiner Nebenwirkungen (Kichern und Schwindel) Lachgas. Davy wies darauf hin, dass Stickoxidul auch bei chirurgischen Eingriffen von Nutzen sein könnte, doch damit war die Sache zunächst wieder erledigt und das Stickoxidul geriet hinsichtlich seines medizinischen Nutzens wieder in Vergessenheit. Allerdings wurde das Lachgas zur Jahrmarktsattraktion und sogenannte „Lachgasparties“ wurden immer häufiger veranstaltet. 1844 wurde der Zahnarzt Horace Wells auf einem Jahrmarkt Zeuge der schmerzlindernden Wirkung des Lachgases und bot sich daraufhin als Versuchsperson für eine Zahnextraktion an: Diese verlief schmerzlos und Wells kündigte „eine neue Ära des Zahnziehens an“.⁵⁶ Er baute sogar einen eigens entwickelten Lachgasapparat. Seine erste Vorführung am General Hospital in Massachusetts schlug jedoch fehl, denn der Patient war ein fettsüchtiger Alkoholiker und daher schwer zu anästhesieren. Daraufhin erhielt Wells keinerlei Unterstützung mehr und wurde als Schwindler diffamiert.

Es fand sich jedoch schnell ein Ersatz: Äther wurde bereits 1540 vom deutschen Botaniker Valerius Cordus als „Oleum vitrioli dulce verum“ – als süßes Vitriolöl – entdeckt und 1730 in Äther umbenannt. Bereits ab 1740 wurde der Äther von Pearson zur Inhalationstherapie von Lungenkranken verwendet und 1842 verabreichte Crawford Long, ein Landarzt aus Danielsville, einem seiner Patienten Äther, um ihm eine Zyste am Hals zu entfernen.⁵⁷ Er war der erste Arzt, der den Ätherrausch zu praktischen, operativen Zwecken verwendete und hatte bis zum Jahr 1845 acht gut verlaufenden Äthernarkosen durchgeführt. Der wichtigste „Äther-Pionier“ war jedoch der Zahnarzt Thomas Green Morton aus Boston: Nach Versuchen an sich und seinem Hund entwickelte er ein neues Inhalationsgerät. Jedoch hatte Morton auch finanzielle

⁵⁵ Killian; Weese, 1954, S. 1-7.

⁵⁶ Porter, 2003, S. 368ff.

⁵⁷ Bock, Norbert: Zur Geschichte der Anästhesie in der abdominalen Chirurgie, Hamburg, 1979, S. 7f.

Interessen und setzte dem Äther einen Farbstoff hinzu, um zu behaupten, er habe ein neues Gas, das „Morton's Letheon“, erfunden. Dieser Betrug flog jedoch auf und auch Morton verlor das Vertrauen der Ärzteschaft.

Trotz alledem breitete sich die Äthernarkose in Europa aus und es wurden nach und nach auch größere Operationen unter Äthernarkose durchgeführt. Die Zeitungen titelten bereits: „Welch ein Glück! Wir haben den Schmerz besiegt!“.⁵⁸ In Deutschland war es Johann Ferdinand Heyfelder, Professor an der Universität Erlangen, welcher am 24.1.1846 den ersten Versuch einer Inhalation von Schwefeläther am Patienten vornahm. Er hatte sogar eigens ein Inhalationsgerät aus einer Schweineblase und einem Glasrohr konstruiert. Er mehrte seine Erfahrungen über die Wirkung der Narkose und führte, nachdem er etwa 100 kleinere Eingriffe unter Narkose durchgeführt hatte, seine erste größere Operation – eine Hernienoperation – durch. Seine Versuche führten dazu, dass kurz darauf auch Rothmund an der Klinik in München und von Bruns in Tübingen die Inhalationsnarkose einführten.⁵⁹

Jedoch hatte auch der Äther nicht nur Vorteile: Er reizte die Lungen, führte zu Erbrechen und auch der angeregte Speichelfluss wurde als unangenehm empfunden. Daher wurde unermüdlich nach neuen Substanzen gesucht und wichtigstes Ersatzmittel des Äthers wurde das 1832 entdeckte Chloroform.

Die eigentliche Entdeckung der Chloroformnarkose geht auf den Gynäkologen James Young Simpson zurück: Er testete um 1847 die Wirkung des Chloroforms an Gebärenden und verwendete es später für alle seine operativen Eingriffe.

Die Vorteile des Chloroforms waren die geringere benötigte Menge, die raschere und tiefere Narkose und die bessere Entspannung. Außerdem wurden die Atemwege nicht so stark gereizt und es war kein Inhalationsgerät von Nöten. Durch diese Vorzüge wandten sich die Chirurgen vom Äther ab und das Chloroform, eine viel giftigere Halogenverbindung, rückte an dessen Stelle.⁶⁰ An der Universität München führte Rothmund, kurz nachdem er 1857 seine erste Äthernarkose durchgeführt hatte, bald das Chloroform ein und die Zahl der jährlich durchgeführten Operationen stieg auf 500

⁵⁸ Porter, 2003, S. 370.

⁵⁹ Maurer; Hartl, 1960, S. 54f.

⁶⁰ Killian; Weese, 1954, S. 17f.

an, da nun Operationen nicht mehr nur unter dem Aspekt der schnellen Ausführbarkeit, sondern in erster Linie nach ihrer Zweckmäßigkeit ausgewählt werden konnten.⁶¹

1864 wurde in Großbritannien aufgrund von gehäuften Todesfällen unter Chloroformnarkose das erste englische Chloroformkomitee gebildet, welches die Giftigkeit des Chloroforms untersuchte und letztlich auch bestätigte. Auch das zweite englische Chloroformkomitee stellte erhebliche Nachteile und Gefahren wie Atemdepression und Herzstillstand fest und empfahl deshalb anstelle des Chloroforms die Verwendung des sogenannten „ACE-Gemisches“, welches aus einem Teil Alkohol, zwei Teilen Chloroform und drei Teilen Äther bestand.

Um die Jahrhundertwende wandte man sich dann wegen der nun gehäuft bekannt gewordenen Risiken der Chloroformnarkose von dieser ab und setzte wieder vermehrt den ungefährlicheren Äther ein.⁶²

Da eine Vollnarkose jedoch immer Gefahren barg und für kleinere Operationen keine tiefe Bewusstlosigkeit notwendig war, machte man sich außerdem auf die Suche nach lokal wirksamen Anästhetika. Cocablätter wurden in Südamerika schon lange verwendet und die wirksame Substanz, das Alkaloid Kokain, wurde 1859 von Niemann isoliert und auch als Zutat für Coca-Cola und andere Erfrischungsgetränke verwendet. Auch Sigmund Freud experimentierte mit Kokain und berichtete über dessen betäubende Wirkung. 1884 wurde das Kokain von dem Ophtalmologen Carl Koller in die Medizin eingeführt und ab 1885 als erstes Lokalanästhetikum von der Firma Merck synthetisiert.⁶³

Die Antisepsis

Die Anästhesie wurde somit für die Schmerzbekämpfung unersetzlich, jedoch packte sie das eigentlich Grundproblem der Chirurgie – die Infektion – nicht an den Wurzeln.

⁶¹ Maurer; Hartl, 1960, S. 55f.

⁶² Killian; Weese, 1954, S. 19; Bock, 1979, S. 10, 12.

⁶³ Porter, 2003, S. 371; Bock, 1979, S. 24f.

Zu dieser Zeit war man sich bereits bewusst, dass Schmutz und unhygienische Bedingungen an einer Infektion beteiligt sind, jedoch waren Hygiene und Sauberkeit relative, kulturabhängige Begriffe und es gab keine einheitlichen Hygienestandards.

Außerdem war man sich vor den Veröffentlichungen Robert Kochs nicht über die Mechanismen einer Infektion durch Bakterien und Sporen bewusst.⁶⁴

Operiert wurde damals noch auf Holztischen, die auf Sägemehl, welches das Blut aufsaugen sollte, standen. Die Operationskittel waren voller Blut und ob sich der Operateur, welcher oftmals direkt aus der Leichenhalle in den Operationssaal kam, vor der Operation die Hände wusch, ist unklar. Dies führte in der Geburtsklinik des Wiener Krankenhauses, welche sich in zwei Abteilungen gliederte, 1840 zu einem großen Sepsisproblem: In der ersten Abteilung, welche von Medizinstudenten betreut wurde, lag die Sterberate bei 29 Prozent, in der zweiten, von Hebammen betreuten Abteilung jedoch nur bei 3 Prozent. Dies brachte den jungen Assistenzarzt Ignaz Semmelweis auf einen Verdacht, welcher durch den Personaltausch beider Abteilungen bestätigt wurde: Die hohe Sterblichkeitsrate folgte den Medizinstudenten, welche oftmals mit verschmutzten Händen von Autopsien oder Untersuchungen kamen. Im Mai 1847 ordnete Semmelweis daher das Händewaschen mit Chlorwasser vor jeder Entbindung an und die Sterblichkeit ging daraufhin merklich zurück.⁶⁵

Vor 1860/1870 war die Gefahr im Krankenhaus an Blutvergiftung, „Hospitalbrand“⁶⁶ oder Kindbettfieber zu erkranken noch sehr viel höher als bei einer Operation oder Geburt zu Hause, weshalb selbst größere Operationen bei denjenigen, die es sich leisten konnten, zu Hause durchgeführt wurden. Das Krankenhaus war Pflege- und Aufbewahrungsstätte für mittellose Kranke.⁶⁷ Experten bezeichneten das Krankenhaus als Pforte zum Tod und einige forderten sogar, sie regelmäßig niederzubrennen und neu aufzubauen, um dem sogenannten „Hospitalismus“, Pyämie, Erysipel und anderen Infektionen vorzubeugen.⁶⁸

⁶⁴ Robert Koch gilt als Begründer der modernen Bakteriologie und Mikrobiologie. Er beschrieb als erster die Rolle von Krankheitserregern bei der Entstehung von Krankheiten und entdeckte den Erreger der Tuberkulose.

⁶⁵ Porter, 2003, S. 373.

⁶⁶ Als „Gangraena noscomialis“ oder „Wunddiphtherie“ bezeichnete „brandige“ Wundinfektion, die in überfüllten Krankenhäusern ein erhebliches Problem darstellte.

⁶⁷ Thoman, 1996, S. 146.

⁶⁸ Porter, Roy: Geschöpft und zur Ader gelassen - eine kleine Kulturgeschichte der Medizin, Frankfurt, 2006, S. 192.

In den 60er und 70er Jahren vollzog sich dann ein Wandel in den Krankenhäusern mit dem Ziel, die Mortalität herabzusetzen. Erstmals wurde die Krankenhausarchitektur als beeinflussender Faktor bei Infektionen untersucht. Rudolf Virchow empfahl Krankenstädte und Krankendörfer oder sogar eine Unterbringung in Privathäusern, um eine Isolierung der Kranken zu bewirken. Dieses Prinzip der „Krankenzerstreuung“ war 1860 bereits von einem russischen Chirurgen erfolgreich erprobt worden. Das heißt, noch 1860 sprach vieles für eine Dezentralisierung des Krankenhauses.

Diese Sichtweise änderte sich in den drei darauf folgenden Jahrzehnten völlig. Dazu trug vor allem die zweite epochale Revolution in der Chirurgie bei: die Einführung der Antisepsis durch Josef Lister. Bereits die griechischen Mediziner benutzten Essig und Wein zur Wundpflege und in Frankreich wurden Wunden in Jod gebadet. Demnach wurde auch die Antisepsis nicht im 19. Jahrhundert erfunden, jedoch entwickelte Lister eine wirksame Form derselben, die von nun an routinemäßig eingesetzt werden konnte.

Joseph Lister (1827-1912) wurde 1860 zum Professor für Chirurgie in Glasgow ernannt. Die dortige chirurgische Abteilung hatte große Probleme mit dem Wundfieber und Lister führte daher angeregt von Louis Pasteurs Werk einige Untersuchungen unter anderem an Fröschen durch, welche ihn erkennen ließen, dass in der Luft enthaltene Mikroben für den „Fäulnisprozess“ verantwortlich waren. Da Karbolsäure bereits gegen Typhus und gegen Infektionen von Rindern erfolgreich eingesetzt wurde, schloss Lister, dass Bakterien gegen sie empfindlich sein müssten. Seinen ersten Versuch machte er 1865, als er eine Fraktur mit einem in Karbolsäure und Leinöl getränkten Verband versorgte – die Wunde blieb infektionsfrei.

1867 veröffentlichte Lister erstmals seine Ergebnisse in der Wochenschrift Lancet. Er empfahl während der Operation die Wunde und alle Anwesenden mit Karbol-Sprühnebel zu bestäuben und danach einen mehrschichtigen, antiseptischen Verband aus Zinnfolie und saugfähiger Wolle anzulegen. Diese Technik vereinte somit Antisepsis, das Abtöten von Erregern in der Wunde und Asepsis, das Verhindern des Eindringens von Bakterien in eine Wunde. Insgesamt wurde diese als „Listern“ bezeichnete Methode in Europa und auch in Deutschland relativ schnell angenommen,

wenn es auch vereinzelt Widerpruch gab. So bestritt Robert Lawson, ein britischer Gynäkologe, noch immer die Existenz von Bakterien, bis in den 80er Jahren Robert Kochs Ergebnisse die von Lister ausgesprochenen Thesen bestätigten. Lister entwickelte seine Methode immer weiter, indem er zum Beispiel eine Maschine erfand, welche Karbolsäurenebel erzeugte.

Dies führte dazu, dass die Mortalitätsrate bei Amputationen von 45,7 Prozent auf 15 Prozent sank.

In der Münchner Klinik unter der Leitung von Johann Nepomuk Nussbaum (1829-1890) lag die Sterblichkeitsrate in den 70er Jahren noch bei fatalen 80 Prozent. Erst als sein Assistent Lindpainter die neue Methode aus Glasgow mitbrachte, sank die Sterblichkeit rapide ab.⁶⁹ Ab 1875 wurde dann Nußbaums ganze Abteilung „gelistet“, so dass er bald daraufhin folgendes ausrief: „Sehen Sie sich meine Abteilungen an, in denen noch vor so kurzer Zeit der Tod wütete. Ich kann nur sagen, dass ich und meine Assistenten und Krankenschwestern von Freude überwältigt sind und uns nur zu gerne all den Umständlichkeiten unterwerfen, die diese Behandlung mit sich bringt.“⁷⁰ Daraufhin setzte er sich außerdem für die allgemeine Einführung des antiseptischen Verfahrens ein und erhielt 1884 wertvolle Unterstützung, als das Reichsgericht Bayerns einen Arzt wegen fahrlässiger Tötung verurteilte, weil dieser unter Nichtbeachtung des antiseptischen Verfahrens behandelt hatte. Als Begründung für dieses Urteil gab das Gericht an, dass sich die Antiseptik nicht mehr im „Stadium der Experimente befinde, sondern eine mit Grund nicht mehr zu bestreitenden Regel der Heilkunde sei“.⁷¹ Die „Listerei“ wurde in Europa trotz des hohen Aufwandes in immer mehr Krankenhäusern mit Elan durchgeführt. Zu bekannten Verfechtern des „Listerns“ wurden auch Ernst von Bergmann, Just Lucas-Championnière, Theodor Billroth und Eduardo Bassini um nur einige bekannte Namen zu nennen.

Anders in Nordamerika: Dort stieß der Chirurg William Stuart Halsted auf so großen Widerstand unter seinen Kollegen, welche den Karbolnebel verabscheuten, dass man ihn und seine „Listerei“ in Zelte vor dem Hospital verbannte. Halsted war es auch, der

⁶⁹ Porter, 2003, S. 375ff.

⁷⁰ Porter, 2003, S. 376.

⁷¹ Maurer; Hartl, 1960, S. 72

1889 erstmals Gummihandschuhe einführte. Er selbst trug sie jedoch nicht.

Auch Lister operierte im Übrigen ohne Mundschutz und in Straßenkleidung. Einen Mundschutz verwandte erstmals der polnische Chirurg Johann von Mikulicz-Radecki im Jahr 1897. Bereits sieben Jahre zuvor bewies Robert Koch, dass Chemikalien bei der Sterilisation von Instrumenten weniger wirksam waren als Hitze, und die Bedeutung der Kontaktinfektion wurde nachgewiesen. Man wandte sich daher langsam vom Karbolspray ab, da es außerdem starke Hautirritationen hervorrief. Die Einführung von Mundschutz, Gummihandschuhen, Operationskitteln und die Abschaffung des Operationshöslees setzten die Infektionsraten weiter herab.⁷²

An die Stelle der Desinfektion, der Keimreduzierung, trat mehr und mehr die Sterilisation, also die Keimabtötung durch feuchte und trockene Hitze. Aus Antisepsis wurde Asepsis. 1886 wurde die Dampfsterilisation von Verbandstoffen allgemein eingeführt und die nicht vollständig sterilisierbaren Darmnähte (Catgut) wurden durch kochbare Seide ersetzt.⁷³ Außerdem wurden die Bettenzahlen in den Krankenhäusern reduziert, die Krankensäle gereinigt und allgemein die bauliche Situation der Krankenhäuser diskutiert. Ende der 70er Jahre galten Hospitäler, welche nur 15 oder 25 Jahre zuvor erbaut wurden, als veraltet, denn die Chirurgen dort waren noch gezwungen, septische und aseptische Eingriffe nacheinander in den gleichen Räumen vorzunehmen. Lüftung, Heizung und Wasserzufuhr sowie -abfluss waren unzureichend und in unmittelbarer Nachbarschaft befanden sich offene Fäkalkanäle und stehende Gewässer.⁷⁴ Außerdem nahm die Zahl der jährlich durchgeführten Operationen ab Mitte des 19. Jahrhunderts stark zu. Gründe dafür waren neben der Entwicklung der Narkose, der Fortschritt der Pathologie und die damit einhergehende Erkennung neuer Krankheitsbilder, was die Indikationsstellung für Operationen erweiterte. Aber auch die rasche Zunahme von Fabriken und Schwerindustrie führte zu einer Zunahme schwerer Verletzungen und somit zu einem Anstieg der Operationen. Ab 1900 erfüllten viele Operationsstätten die neuen Anforderungen wie Einrichtungen aus Metall, Reservoirs für Sublimatlösung und größere Operationssäle, welche aseptische

⁷² Porter, 2003, S. 377.

⁷³ Maurer; Hartl, 1960, S. 79ff.

⁷⁴ Thoman, 1996, S. 150.

Operationen ermöglichten. Zusätzlich tauchten ab 1896 die ersten Röntgengeräte, zum Beispiel am Münchner Klinikum, auf. Damit stellten Privatpraxen, private Heilanstalten, Bader und Landärzte, welche sich derartige Apparate nicht leisten konnten, bald keine Konkurrenz mehr dar. Auch für die wohlhabenden Bevölkerungsschichten wurde das Krankenhaus unverzichtbar.⁷⁵

Noch 1873 verkündete ein Londoner Chirurg: „Bauchhöhle, Brustkorb und Gehirn werden dem weisen und menschlichen Chirurg auf immer verschlossen sein“⁷⁶, doch dank Anästhesie und Asepsis standen diese Körperhöhlen bald weit offen.

⁷⁵ Maurer; Hartl, 1960, S. 82; Thoman, 1996, S. 153ff.

⁷⁶ Porter, 2003, S. 377.

4. Hernien – Stand der Wissenschaft und verschiedene Methoden der Radikaloperation im ausgehenden 19. Jahrhundert

Nachdem nun die Geschichte der Hernienbehandlung und die Entwicklung von Anästhesie und Antisepsis beschrieben wurden, soll das folgende Kapitel den Stand der Wissenschaft über Hernien und deren Behandlung im ausgehenden 19. Jahrhundert zusammenfassen. Dabei soll ein Überblick über die im ausgehenden 19. Jahrhundert in Lehrbüchern publizierten Lehrmeinungen geboten werden. Dies wird auch später für die Beantwortung der Frage, ob die aktuell gelehrte Theorie auch im Operationsaal praktische Anwendung fand, Ausgangspunkt sein.

Als Quellen dienten zeitgenössische Chirurgie-Lehrbücher, welche auch damals schon neben der Lehre im Hörsaal und am Krankenbett die wichtigste Quelle zur theoretischen Wissensaneignung eines Mediziners darstellten. Im Gegensatz zu heute gab es damals jedoch bei weitem keine so große Auswahl an verschiedenen Autoren und Lehrbüchern und auch die Frequenz der Neuerscheinungen war deutlich geringer, was dazu führte, dass das jeweils aktuellste Buch über einen viel längeren Zeitraum als heute als Standard-Werk galt und somit auch die Aktualisierung des Kenntnisstandes langsamer von Statten ging. Als besondere Quelle sollen hier noch einmal Wenzel Linharts Vorlesungen über Unterleibshernien erwähnt werden: Diese Vorlesungen wurden von Linhart selbst ab dem Sommersemester 1864 an der Universität Würzburg gehalten und zwei Jahre später veröffentlicht.⁷⁷ Sie stellten damals das wohl umfassendste Werk der Herniologie dar und ermöglichen eine Übersicht sowohl über den allgemeinen Stand der Wissenschaft zu Hernien als auch im Speziellen über die tatsächliche theoretische Lehre in Würzburg.

⁷⁷ Linhart, Wenzel: Vorlesungen über Unterleibs-Hernien gehalten im Sommersemester 1864, Würzburg, 1866.

4.1 Stand der Wissenschaft im 19. Jahrhundert

Anatomie

Ein Unterleibsbruch⁷⁸ kam laut Wilhelm Busch (1826-1881), welcher ein Schüler Bernhard von Langenbecks (1810-1887) und späterer Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn war, dadurch zustande, dass Eingeweide aus der Bauchhöhle durch eine Öffnung der Bauchwand hervortraten und dabei das Peritoneum vor sich hertrieben. Davon unterschied man den Prolaps, den sogenannten Vorfall, bei dem die Eingeweide frei, ohne Bedeckung, also zum Beispiel durch eine Wunde nach außen traten.⁷⁹ Als wesentlichen Bestandteile eines Bruchs galten erstens die hervorgetretenen Eingeweide (Bruchsackinhalt), zweitens das ausgestülpte Bauchfell (Bruchsack) und drittens die Bruchpforte, das heißt diejenige Öffnung, durch welche die Eingeweide hervorgetreten sind. Hinzu kommen die akzessorischen Hüllen, die Gewebsschichten, welche von der Bruchpforte an mit vorgedrängt werden, und somit auch je nach Bruchpforte variieren konnten.

Bruchsackinhalt konnte jedes in der Abdominalhöhle gelegene Organ sein. Meist jedoch fanden sich dort Teile des Dünndarms und/oder des Netzes⁸⁰, oftmals umgeben von seröser Flüssigkeit, dem Bruchwasser.⁸¹

Beim Bruchsack selbst wurde zwischen der Bruchsackmündung, das heißt der Stelle, an welcher die Ausstülpung begann und dem Bruchsackboden sowie dem Bruchsackkörper unterschieden. An der Bruchsackmündung befand sich häufig eine Verengung, welche man dann als Bruchsackhals bezeichnete. Für den eigentlichen Bruchsack wurden unterschiedlichste Formen beschrieben, wie zum Beispiel zylindrisch, konisch, vielen- oder sackförmig. Durch Einschnürungen und narbenartige Verdickungen konnten aber auch sanduhrförmige oder sogar mehrkammerige, rosenkranzförmige Bruchsäcke entstehen.⁸²

⁷⁸ Hernie, vom griechischen Wort für Zweig, Auswuchs, in: Tillmanns, Hermann: Lehrbuch der speziellen Chirurgie, Leipzig, 1892, S. 146.

⁷⁹ Busch, Wilhelm: Lehrbuch der topographischen Chirurgie, Berlin, 1869, S. 88.

⁸⁰ Omentum

⁸¹ Heitzmann, C. und J.: Compendium der chirurgischen Pathologie und Therapie, Wien, 1875, S. 558.

⁸² Linhart, 1866, S. 28.

Die Bruchpforte, so wurde beschrieben, bildet sich entweder aus natürlichen Öffnungen oder abnormalen Spalten der Bauchwand. Die verschiedenen Hernien wurden nach ihrer Bruchpforte eingeteilt. Wenn ein Bruch durch einen Kanal wie zum Beispiel den Leistenkanal hervortrat und in diesem liegen blieb, bezeichnete man dies als einen unvollkommenen oder interstitiellen Bruch.⁸³ Trat er jedoch vollständig durch den Kanal und lag unter der Haut, sprach man von einem kompletten Bruch.⁸⁴ Einige Autoren erwähnen außerdem die sogenannten „Fascia propria“, womit die Schicht zwischen der Haut beziehungsweise dem subkutanen Bindegewebe und dem Bruchsack gemeint war. Die „Fascia propria“ entsprach somit den oben erwähnten akzessorischen Hüllen, welche laut einigen Autoren mit zunehmender Entfernung von der Bruchpforte miteinander verschmelzen sollten. Nach dieser Einteilung besaß jede Hernie also vier Schichten: die Haut, das subkutane Bindegewebe („Fascia superficialis“), die „Fascia propria“ und den Bruchsack.⁸⁵

Nach ihrer Bruchpforte wurden die Hernien sodann wie folgt eingeteilt:

- *Leistenbruch* – *Hernia inguinalis*
- *Schenkelbruch* – *Hernia femoralis / Hernia cruralis*
- *Nabelbruch* – *Hernia umbilicalis*
- *Hüftlochbruch* – *Hernia ischiadica*
- *Scheidenbruch* – *Hernia vagina*
- *Mastdarmbruch* – *Hernia in recto*
- *Zwerchfellbruch* – *Hernia diaphragmatica*
- *innerer Bruch* – *Hernia interna*⁸⁶

Abweichend davon unterteilen manche Autoren die Hernien auch nach ihrem Inhalt in Enterocelen (Darmbruch), Epiplocelen (Netzbruch), Cystocelen (Blasenbruch) etc.⁸⁷

Obwohl sich in unterschiedlichen Lehrbüchern eine Vielzahl an Hernienarten finden, stimmen die Lehrmeinungen zu den häufigsten Brucharten – den Leisten- und

³⁰ Heitzmann, 1875, S. 559.

⁸³ *Hernia incompleta*

⁸⁴ *Hernia completa*

⁸⁵ Linhart, 1866, S. 37.

⁸⁶ bei einigen Autoren finden sich zusätzlich: Nabelschnurbruch - *Hernia funiculi umbilicalis*, Bruch des eirunden Loches (Foramen ovale) - *Hernia obturatoria*, Lendenbruch - *Herniae lumbales*, Bruch des Beckenbodens - *Herniae perineales*, Bauchbrüche und Bauchnarbenbrüche - *Herniae ventrales* etc.

⁸⁷ Busch, 1869, S. 90.

Schenkelbrüchen – weitestgehend überein.

Bei den Leistenbrüchen unterschied man, wie auch heute noch zwischen inneren und äußeren Leistenbrüchen. Der äußere Leistenbruch⁸⁸ dringt laut den Autoren an der äußeren Seite der Arteria epigastrica durch den hinteren Leistenring in den Leistenkanal. Der innere Leistenbruch⁸⁹ bildet sich an der Innenseite der Arteria epigastrica und dringt durch die mittlere Leistengrube in den Leistenkanal. Beide Leistenbrüche treten – darin stimmen die Lehrbuchmeinungen überein – durch den vorderen Leistenring nach außen, sofern sie nicht im Kanal liegen bleiben. Bei der Betrachtung der Bauchdecke und ihrem Peritonealüberzug von innen unterschied man auch damals schon drei Gruben: die Fovea inguinalis externa, media und interna, welche durch Falten (Plicae) und die Arteriae epigastricae beiderseits getrennt werden. Durch jede dieser drei Gruben konnten Hernien in den Leistenkanal eintreten. Hernien durch die Fovea inguinalis interna waren jedoch sehr selten. Deshalb wurde häufig nur eine Unterscheidung zwischen Hernien aus der Fovea inguinalis media, den so genannten Herniae inguinales internae und denen aus der Fovea inguinalis externa, den Herniae inguinales externae gemacht. Sie wurden durch die Arteria epigastrica getrennt. Lediglich Linhart bediente sich der Einteilung in Herniae inguinales internae, mediae und externae entsprechend der gleichnamigen Gruben. Praktisch zog diese abweichende Einteilung aber keine Konsequenzen bezüglich der Therapie nach sich.⁹⁰ Der äußere Leistenbruch konnte auch angeboren sein. Man bezeichnet dies als kongenitale Hernie oder Hernia congenita. Als Ursache dafür wurde angegeben, dass der innere Leistenring nicht durch Obliteration des Processus vaginalis peritonei verschlossen wurde – normalerweise sollte dies nach Abschluss des Descensus testis⁹¹ bereits vor der Geburt oder kurz danach geschehen. Für diesen Fall wurde beschrieben, dass der Processus vaginalis peritonei einen präformierten Bruchsack bildet. Die eigentliche Hernie soll jedoch meist später, manchmal sogar erst im

⁸⁸ Hernia inguinalis externa oder auch Hernia inguinalis lateralis

⁸⁹ Hernia inguinalis interna, Hernia inguinalis medialis, Hernia inguinalis directa

⁹⁰ Die moderne Klassifizierung der Leistenhernien unterscheidet zwischen direkten/medialen Leistenhernien, welche medial der epigastrischen Gefäße liegen, und lateralen/indirekten Leistenhernien, welche lateral der epigastrischen Gefäße liegen. Siehe hierzu: Kessler, Oliver; Fetzner, Ulrich; Schaps, Klaus-Peter: Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Heidelberg, 2008, S. 119ff.

⁹¹ „Hodenwanderung“: überwiegend fetal erfolgreicher Abstieg des Hodens vom Ort seiner embryonalen Anlage hinter der Niere durch den Leitenkanal in den Hodensack.

Erwachsenenalter entstehen. War der Eingang in den Leistenkanal aber durch Obliteration des Processus vaginalis verschlossen und es entstand trotz alledem ein Bruch, sprach man von einem erworbenen Bruch, einer Hernia acquisita. Innere Leistenhernien waren laut den Autoren immer erworben.⁹²

Leistenhernien traten sehr viel häufiger beim männlichen Geschlecht auf – bei beiden Geschlechtern konnten sich die äußeren Leistenhernien jedoch bis in den Hodensack beziehungsweise die großen Schamlippen absenken (Scrotal- beziehungsweise Labialhernie).

Der Schenkelbruch, welcher 1685 von Nicolas Lequin⁹³ entdeckt und erstmals namentlich als Hernia cruralis beschrieben wurde, tritt durch den sogenannten Schenkelkanal hindurch und unter dem sogenannten Ligamentum Pouparti hervor.

Für die Entstehung der Schenkelbrüche im Alter erwähnt Linhart das Schrumpfen der Lymphdrüsen⁹⁴ (solche befinden sich im Durchtrittsbereich der Schenkelbrüche) als Ursache. Auch hier werden interstitielle Brüche, also Hernien die im Schenkelkanal verbleiben, angeführt. Die Schenkelhernie trat den meisten Lehrbüchern zufolge bei Frauen häufiger auf als bei Männern, jedoch wird sie zahlenmäßig auch bei den Frauen durch die Leistenhernie übertroffen.⁹⁵ In diesem Zusammenhang sei eine von allen Chirurgen gefürchtete Anomalie der Gefäße erwähnt: der Totenkranz, die sogenannte Corona mortis. Bei dieser Anomalie findet sich eine besonders stark ausgeprägte Anastomose zwischen der Arteria epigastrica inferior und der Arteria obturatoria: Der Bruch ist somit allseits von großen Gefäßen umgeben, was die Risiken einer Operation deutlich erhöhte.⁹⁶

Bei den Brüchen werden auch verschiedene Zustände beschrieben: Die freien, reponiblen Brüche waren gegen Druck nicht schmerzhaft, vergrößerten sich, wenn der Patient aufrecht stand oder hustete, ließen sich aber, wenn sich der Patient in der horizontalen Lage befand zurück in die Bauchhöhle reponieren. Oftmals konnte der Finger des untersuchenden Arztes weit in den Bruchkanal vordringen, sobald der

⁹² Leser, Edmund: Die spezielle Chirurgie in 60 Vorlesungen, Jena, 1904, S. 394.

⁹³ Gurlt, Ernst Julius: Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung Band 3, Hildesheim, 1964, S. 732.

⁹⁴ sog. Rosenmüller'sche Lymphdrüse

⁹⁵ Linhart, 1866, S. 114; Heitzmann, 1875, S. 557.

⁹⁶ Bergmann; Bruns, 1907, S. 545.

Patient jedoch hustete oder sich aufrichtete, traten diese Geschwülste wieder unter die Haut in den außen liegen gebliebenen Bruchsack ein. Das Zurückweichen in die Bauchhöhle wurde außerdem durch ein gurrendes, gluckerndes Geräusch als Begleiterscheinung charakterisiert.⁹⁷

Die unbeweglichen, irreponiblen Brüche ließen sich oftmals durch Druck zwar verkleinern, aber nicht komplett in die Bauchhöhle zurückbringen. Manchmal konnte man durch Druck den Darminhalt in die Bauchhöhle zurücktreiben. Sobald dieser jedoch nachließ, kehrte der Inhalt wieder zurück an die Oberfläche. Als Ursachen für die Unbeweglichkeit wurden Hypertrophie der vorgelagerten Eingeweide, Verwachsung mit dem Bruchsack infolge entzündlicher Vorgänge, Verkleinerung der Bauchhöhle oder Einschnürung durch den Bruchsackhals angegeben. Sehr häufig war dies bei großen und lang bestehenden Brüchen zu finden.⁹⁸ Am häufigsten trat die Irreponibilität bei Leistenbrüchen, am seltensten bei Schenkelbrüchen auf.⁹⁹

Der gefährlichste Zustand aber war die Inkarzeration, die Einklemmung des Bruches: Insbesondere bei bestehenden, irreponiblen Brüchen bestand die Gefahr, dass Bruchpforte, Bruchsackhals und auch Bruchsackkörper die Gedärme einklemmten und sowohl der Darminhalt nicht mehr befördert werden konnte (Incarcio stercoralis) als auch die Blutversorgung der Gedärme im Bruchsack stranguliert wurde. Auslöser für die Einklemmung war eine Zunahme des Missverhältnisses zwischen Bruchsackgröße und Bruchsackinhalt, beispielsweise wenn sich durch eine große Anstrengung eine zusätzliche Darmschlinge in den Bruchsack drängte und nun auf die restlichen Gedärme im Bruchsack drückte.¹⁰⁰ Unterschieden wurde zwischen der akuten und der chronischen Einklemmung, je nachdem ob der Eintritt der Massen in den Bruchsack plötzlich (zum Beispiel durch einen Hustenstoß) oder allmählich erfolgte.¹⁰¹ Am häufigsten wurde der unnachgiebige Bruchsackhals als Ort der Einklemmung beschrieben. Seltener wurde eine Rotation des Netzes oder straffe extraperitoneale Bindegewebszüge als ursächlich angegeben.¹⁰²

⁹⁷ Heitzmann, 1875, S. 561.

⁹⁸ Ebd., S. 561.

⁹⁹ Linhart, 1866, S. 121.

¹⁰⁰ Heitzmann, 1875, S. 561.

¹⁰¹ Linhart, 1866, S. 129-130.

¹⁰² Heitzmann, 1875, S. 563.

Als Folgen der Einklemmung wurden beschrieben: Kotanhäufung in der eingeklemmten Darmschlinge, Blutstauung der Gefäße im Bruchsack, seröse Ausschwitzungen (diese bildeten das sogenannte Bruchwasser), Blutaustritt und schließlich Peritonitis (Bauchfellentzündung) und Gangrän (Gewebsnekrose) des Darms. Entweder bildete sich dann ein widernatürlicher After (Kotfistel), auch Anus praeternaturalis genannt, oder der Patient starb an den Folgen des Eintritts von Darminhalt in die Bauchhöhle.¹⁰³

Ätiologie

Die Hernien bildeten ein sehr häufig auftretendes Leiden: Im Durchschnitt – so wird angegeben – hatte jeder 20.-30. Mensch insbesondere der ärmeren, schwer arbeitenden Klasse einen Bruch. Sie kamen beim Mann häufiger vor (1:14,9) als bei der Frau (1:44,7).¹⁰⁴ Die Leistenbrüche traten am häufigsten auf (sieben Mal häufiger als Schenkelbrüche und 26 Mal häufiger als Nabelbrüche), wobei die Schenkelbrüche bei den Frauen zahlenmäßig überlegen waren.¹⁰⁵ Als Ursachen wurden der größere Leistenkanal beim Mann sowie das größere Becken, die stärkere Neigung zur Fettbildung und die weniger solide Bindegewebsbeschaffenheit bei der Frau angegeben. Rechtsseitige Brüche waren laut zeitgenössischer Lehre häufiger als linksseitige, sehr oft fand man auch auf beiden Seiten einen Bruch. Im ersten Lebensjahr war die Wahrscheinlichkeit einen Bruch zu erleiden hoch, ebenso wie ab dem 35. Lebensjahr.¹⁰⁶ Die geringste Wahrscheinlichkeit bestand nach Bergmann um das 15. Lebensjahr, nach Linhart um das achte bis neunte Lebensjahr herum.¹⁰⁷ Zusätzlich wurden von manchen Autoren (zum Beispiel Astley Cooper) regionale Häufungen wie zum Beispiel auf der Insel Malta angegeben. Laut Cooper litten wegen des heißen Klimas und des Bergsteigens fast alle Einwohner Maltas an einem Bruch.¹⁰⁸

¹⁰³ Linhart, 1866, S. 128-130.

¹⁰⁴ Bergmann; Bruns, 1907, S. 600.

¹⁰⁵ Tillmanns, Hermann: Lehrbuch der speziellen Chirurgie, Leipzig, 1892, S. 149.

¹⁰⁶ Leser, 1904, S. 389-429.

¹⁰⁷ Linhart, 1866, S. 115, Bergmann; Bruns, 1907, S. 600f.

¹⁰⁸ Linhart, 1866, S. 116.

Bei der Erklärung der Bruchentstehung standen sich die ältere Druck- und die modernere Zugtheorie gegenüber: Nach der Drucktheorie wurden durch die Erhöhung des intraabdominellen Drucks beispielsweise beim Husten oder Heben von schweren Lasten die Eingeweide und das Peritoneum nach und nach – selten plötzlich – durch Aponeurosen oder Stellen, welche beim Fötus noch offen waren und nun unvollständig oder gar nicht verschlossen waren, hindurch getrieben. Nach der Zugtheorie stand an erster Stelle die Bildung eines Bruchsacks, in welchen später durch eine Anstrengung die Eingeweide hinein getrieben wurden.¹⁰⁹ Die anatomische Hernie bestand hier also schon vor der Entstehung der eigentlichen, klinischen Hernie. Der Bruchsack selbst entstand wiederum durch Zug von Fettklumpchen, Lipomen oder Hodengeschwülsten sowie Divertikelbildung nach Schwund einer Lymphdrüse, durch Abbau des Fett- oder Bindegewebes im Alter oder bei Krankheit usw. Diese Ursachen ließen im Gewebe Lücken entstehen, in welche das Peritoneum trichterförmig hineingezogen und somit die Hernienentstehung begünstigt wurde.¹¹⁰ Außerdem wurde angegeben, dass der Bruchsack auch schon von Geburt an bestehen konnte, zum Beispiel bei oben bereits erwähntem nicht erfolgtem Verschluss des Processus vaginalis.

Symptome

Das erste Symptom, das bei einer Hernie zumeist deutlich erkennbar auftrat, war eine Geschwulst. Weitere Symptome werden sehr verschieden beschrieben, denn es musste unterschieden werden, ob es sich um einen freien, irreponiblen oder eingeklemmten Bruch handelte. Bei den freien Brüchen konnten Verdauungsstörungen, Übelkeit, Kolikschmerzen und Störungen der Defäkation auftreten. Oftmals hatten Menschen mit freien Brüchen aber auch überhaupt keine Beschwerden und bei denjenigen mit Beschwerden verschwanden diese, sobald der Bruch reponiert war.¹¹¹ Auch bei irreponiblen Brüchen wird berichtet, dass die

¹⁰⁹ Heitzmann, 1875, S. 558.

¹¹⁰ Ebd.

¹¹¹ Heitzmann, 1875, S. 560-562; Leser, 1904, S. 405.

genannten Symptome auftauchen. Wurde ein Bruch sich selbst überlassen, konnte er sich immer weiter vergrößern, bis sogar alle Gedärme aus der Bauchhöhle in den Bruchsack übergetreten waren.¹¹² Dann beobachtete man häufig Abmagerung und Schwächung des gesamten Organismus. Die schmerzhaftesten Symptome waren aber bei der Einklemmung zu beobachten: Es kam zum Erbrechen breiiger, nach Kot riechender Massen und im Stadium der Entzündung schließlich zur Enteritis und Peritonitis. Der Patient litt unter Obstipation, erbrach Mageninhalt, Galle oder Kot, der Puls war beschleunigt, aber schwach, das Gesicht blass und der Durst groß.

Im letzten Stadium wird beschrieben, dass die Schmerzen oftmals aufhörten, der Puls kaum noch fühlbar, die Haut kalt, die Augen eingesunken, die Extremitäten mit blauen Flecken bedeckt, die Nägel und Lippen blau waren und dass letztendlich kalter Schweiß ausbrach und der Patient verstarb.¹¹³

Diagnose

Als sichere Diagnose einer Hernie galt einerseits, wenn der Inhalt einer geschwulstähnlichen Auftreibung in die Bauchhöhle zurückgeschoben werden konnte oder aber wenn der Inhalt der Geschwulst eindeutig als Organ der Bauchhöhle identifiziert werden konnte.¹¹⁴ Fehlte eine Geschwulst, so war die Diagnose unmöglich.¹¹⁵ Ließ sich der Inhalt nicht reponieren, sollte man nach einem erkennbaren Zusammenhang mit der Bauchhöhle suchen, indem man zum Beispiel überprüfte, ob sich die Geschwulst bei Husten oder Anspannen der Bauchpresse veränderte. Ließen sich hier keine Rückschlüsse ziehen, so sollte versucht werden, den Inhalt der Geschwulst zu erkennen: der Darm hatte in der Regel eine ziemlich schlaffe, elastische Konsistenz und zeigte eine wechselnde Spannung je nach Darmaktivität. Nicht selten ließen sich peristaltische Bewegungen hervorrufen. Die Perkussion ergab tympanitischen Schall bei lufthaltigem Darm oder auch leeren Schall, wenn der Darm

¹¹² Man bezeichnet dies als Eventeration.

¹¹³ Heitzmann, 1875, S. 565.

¹¹⁴ Bergmann, 1907, S. 434.

¹¹⁵ Linhart, 1866, S. 131.

flüssigen oder festen Inhalt führte. Außerdem traten bei Repositionsversuchen wiederum begleitend „glucksende, gurrende oder kollernde“ Geräusche auf.

Das Netz ließ sich an seiner unregelmäßig gelappten Oberfläche erkennen. Es war entfaltbar und hatte eine leicht körnige Oberfläche, wenn bereits sekundäre Veränderungen eingesetzt hatten, oder eine glatte, weiche Oberfläche, wenn es noch unverändert war. Die Perkussion ergab bei reinen Netzbrüchen leeren Schall. Bei der Reposition wich das Netz nur langsam und ohne Geräuschbildung zurück. Bei Darm und Netz enthaltenden Brüchen (kombinierte/zusammengesetzte Brüche) ging laut Linhart zuerst der Darm, dann das Netz zurück. Die Erkennung anderer Organe machte meist größere Schwierigkeiten.¹¹⁶

Wollte man nun bei einer Leistenhernie unterscheiden, ob es sich um eine äußere oder innere handelte, so konnte man die Länge des Bruchhalses als Anhaltspunkt nehmen: Bei den meisten Brüchen, insbesondere wenn sie groß waren, konnte man jedoch nie mit Gewissheit sagen, ob es sich um eine innere oder äußere Leistenhernie handelte.¹¹⁷ Angeborene oder bis zum zehnten Lebensjahr auftretende Brüche sowie ausgesprochen schräg verlaufende Brüche wurden meist als äußere Leistenhernien diagnostiziert. Sie gelangten bei Vergrößerung fast immer ins Scrotum, während innere oft lange in der Leistenbeuge stehen blieben.¹¹⁸

Die Diagnose der kongenitalen Hernien war dann relativ sicher, wenn bereits von Geburt an eine Hernie bestand oder wenn bei einem Erwachsenen, der nie eine Hernie hatte, ganz plötzlich ein Bruch entstand und dieser sehr groß war und/oder gleich inkarzerierte.¹¹⁹

Bei der Femoralhernie lag die Geschwulst oder zumindest ihr größter Teil unter dem Ligamentum Pouparti. Außerdem fühlte man oft die Arteria femoralis an der Außenseite. Die Schenkelhernien waren meist rund und tauben-, hühner- oder maximal gänseeigroß. Sehr selten enthielten Femoralhernien nur Netz, meist enthielten sie Darm und gaben tympanitischen¹²⁰ Schall.

¹¹⁶ Bergmann, 1907, S. 435f.

¹¹⁷ Linhart, 1866, S. 139f.

¹¹⁸ Bergmann, 1907, S. 506ff.

¹¹⁹ Linhart, 1866, S. 105-117.

¹²⁰ Heller, langanhaltender Klopfeschall.

Therapie

Bei der Behandlung der Brüche war sowohl der Zustand des Patienten als auch der Zustand des Bruches selbst von entscheidender Bedeutung. In der Regel standen zwei grundsätzliche Therapiemöglichkeiten zur Auswahl: Falls möglich wurde der Bruch im Sinne einer konservativen Therapie wieder in die Bauchhöhle reponiert und das erneute Hervortreten durch ein Bruchband, auch Bracherium genannt, verhindert. War dies nicht möglich, so wurde meist zur operativen Therapie geschritten. Im Folgenden Abschnitt soll dargestellt werden, wann die konservative Therapie angewendet wurde, beziehungsweise welche Autoren diese Art der Versorgung propagierten, wann zur Operation geschritten wurde und welche Faktoren diese Entscheidung maßgeblich beeinflussten.

4.2 Konservative vs. chirurgische Hernientherapie: ihre Vertreter und beeinflussende Faktoren

Während Linhart und Heitzmann (1866 und 1875) die Operation der Hernien noch als „ultima ratio“ sahen, die nur durchgeführt werden sollte, wenn alle Repositionsversuche gescheitert waren und gleichzeitig ernsthafte Beschwerden auftraten, ist sie laut Bergmann im Jahre 1907 bereits bei nahezu allen Hernien und in fast jedem Lebensalter berechtigt.¹²¹ Dies zeigt, welcher großer Wandel sich im Bereich der Therapie der Hernien um die Jahrhundertwende zumindest theoretisch vollzogen haben muss. Zurückzuführen war dies maßgeblich auf die damaligen Verbesserungen und Neuerungen im Bereich der Antisepsis und Anästhesie sowie auf die Entwicklung neuer Operationsmethoden zur Radikalheilung der Hernien beispielsweise durch Kocher und Bassini.¹²² Sehr wahrscheinlich hatten aber auch die Erfahrung der Chirurgen beziehungsweise ihre Einstellung gegenüber neuen Methoden generell,

¹²¹ Heitzmann, 1875, S. 571.

¹²² Bergmann; Bruns, 1907, S. 447; Zur Antisepsis/Narkose sowie zu den unterschiedlichen Operationsmethoden siehe entsprechendes Kapitel.

sowie die von Universität zu Universität doch unterschiedlichen, vorherrschenden Lehrmeinungen einen Einfluss darauf, ob tendenziell konservativ oder operativ behandelt wurde.

Konservative Therapie

Die Autoren des ausgehenden 19. Jahrhunderts waren sich einig, dass man insbesondere bei freien Hernien zunächst versuchen sollte, diese zu reponieren und durch das Tragen eines Bruchbandes in ihrer Position zu fixieren. Das Bruchband war eine Art Gürtelsystem, das um Hüfte und Oberschenkel angelegt wurde. Es bestand im Wesentlichen aus einer Metallfeder, welche am Kopfende eine gepolsterte Pelotte¹²³ besaß und mit dem Schwanzende am Rücken des Patienten auflag. Die Kraft der Metallfeder war je nach Bruch variabel, meist zwischen ein und zwei Newton. Die Pelotte wurde im Bereich der Bruchpforte aufgesetzt und verhinderte so durch den Druck, den sie auf die Bauchwand ausübte, ein erneutes Hervortreten der Baucheingeweide. Die Bruchbänder für Leisten und Schenkelbrüche hatten zusätzlich einen Schenkelriemen, der von der Pelotte zwischen den Beinen hindurch zum Rücken zog um das Abrutschen des Bruchbandes nach oben zu verhindern. Ebenso war die Form der Pelotten dem jeweiligen Bruch angepasst: Sie bestanden aus Kautschuk, Leder, Metall oder Elfenbein. Später verwendete man auch mit Glyzerin, Wasser oder Luft gefüllte Pelotten wegen ihrer weicheren Adaption.¹²⁴ Das Bruchband sollte meist Tag und Nacht getragen werden, bei Brüchen ohne große Neigung zum erneuten Hervortreten konnte nachts ein schwächeres Bracherium (Bruchband) angelegt werden oder gar vollkommen darauf verzichtet werden.¹²⁵

Bei Kindern und jungen Erwachsenen konnte durch das ständige Tragen des Bruchbands laut einigen Autoren die „radicale“¹²⁶ Heilung eintreten, da sich durch noch folgendes Wachstum die Bruchpforten verengen oder sogar ganz verschließen

¹²³ Eine Art Polster oder Kissen, welches zur Kompression von Gewebe dient.

¹²⁴ Bergmann, 1907, S. 443; Leser, 1904, S. 406.

¹²⁵ Bergmann; Bruns, 1907, S. 445.

¹²⁶ Ebd.

konnten.¹²⁷

Das Zurückbringen eines Bruches in die Bauchhöhle wurde mittels der sogenannten Taxis (Reposition, Zurückverlagerung) erzielt: Dazu wurde der Patient in eine Rückenlage gebracht, eventuell die Hüftpartie leicht erhöht gelegt und die Beine angewinkelt. Oftmals ging der Bruch dann schon von selbst zurück, was man als negative Taxis bezeichnete. Falls dies nicht gelang, musste der behandelnde Arzt durch verschiedene Manipulationen versuchen, den Inhalt des Bruches in die Bauchhöhle zurückzubringen, man sprach dann von positiver Taxis. Dabei durfte keinesfalls zu viel Kraft angewendet werden, da sonst die Gefahr bestand, den oft schon geschwächten Darm zu verletzen. Auch bei bereits länger bestehender Entzündung und nachfolgendem Auftreten von Einklemmungserscheinungen sowie bei den kleinsten Anzeichen beginnender Gangrän wurde generell von der Taxis abgeraten.¹²⁸ Gelang die Taxis nicht, so versuchte man es mit Hilfe von warmen Bädern oder kalten Eisblasen, welche das Volumen der Darmgase verändern und somit ein spontanes Zurückgleiten der Organe ermöglichen sollten.¹²⁹ Ebenso wurden durch Diät, Klistiere und das Auflegen von Sandsäcken zur Kompression vorbereitende Maßnahmen getroffen, jedoch nur wenn der Zustand des Patienten dies noch erlaubte.¹³⁰

Adam Caspar Hesselbach empfahl 1838 noch den Aderlass als unterstützende Maßnahme, was aber im Kontext der damals vorherrschenden Humoralpathologie nicht verwundern darf.¹³¹

Die um die Mitte des 19. Jahrhunderts in Deutschland eingeführte Äther- bzw. Chloroformnarkose erleichterte die Taxis, da sie zur Erschlaffung der Bauchwände führte und der Patient weder aus Angst noch aufgrund von Schmerzen die Bauchpresse betätigen konnte.¹³² Als ungünstiger Fall, der während der Reposition eintreten konnte, wird die Scheinreduktion, auch Massenreduktion (Reduktion en masse, Reduktion en bloc) genannt: Dabei wird der Bruch zwar kleiner und weicht

¹²⁷ Ebd.

¹²⁸ Linhart, 1866, S. 207f.; Heitzmann, 1875, S. 570.

¹²⁹ Heitzmann, 1875, S. 570.

¹³⁰ Bergmann; Bruns, 1907, S. 441.

¹³¹ Hesselbach, A.K.: Handbuch der Chirurgie für das untergeordnete, ärztliche Personale, erster Band, Bamberg, 1838, S. 376.

¹³² Bergmann; Bruns, 1907, S. 474.

zurück, die Reposition scheint also gelungen, jedoch nehmen die Symptome des Patienten nicht ab. Ursache hierfür war, dass der Bruchsackinhalt samt Bruchsack nicht in die Bauchhöhle zurückgeschoben wurde, sondern zum Beispiel retroperitoneal zwischen die Bauchdecken hinein oder – bei komplizierteren Bruchsäcken mit mehreren Höhlen – nur in eine tiefere Höhle entwich. Geling es nachfolgend nicht, die Geschwulst wieder zum Vorschein zu bringen und richtig zu reponieren, bestand eine klare Indikation zur Operation.¹³³

Nach erfolgreicher Reposition sollte sofort ein geeignetes Bruchband oder übergangsweise auch ein geeigneter Verband angelegt werden. Das Bruchband musste dann aber meist lebenslänglich und insbesondere bei Tätigkeiten, welche die Bauchmuskulatur beanspruchten, getragen werden.

Chirurgische Therapie

Wollte man aber einen reponiblen Bruch dauerhaft heilen, ließ sich ein Bruch nicht mehr zurückbringen oder waren die Einklemmungserscheinungen bereits so weit fortgeschritten, dass die Taxis zu hohe Gefahren barg, so war die blutige Reposition, die sogenannte Herniotomie das Mittel der Wahl.¹³⁴ Dabei wurde zunächst das Operationsgebiet sorgfältig rasiert und desinfiziert (zum Beispiel mit Äther, Alkohol, Sublimat) und die Narkose eingeleitet. Dann wurden nach dem Hautschnitt zunächst alle, den Bruchsack bedeckenden Schichten gespalten und der Bruchsack freigelegt. Anschließend wurde der Bruchsack selbst eröffnet, etwaige Einschnürungen beseitigt, die Eingeweide im Bruchsack besichtigt und sofern sie noch keine Anzeichen einer Gangrän aufzeigten, in die Bauchhöhle reponiert. Zuletzt wurden Bruchpforte und Bruchsack verschlossen.¹³⁵

Insbesondere in der vorantiseptischen Zeit fürchtete man eine Eröffnung der Bauchhöhle. Daher versuchte man immer zunächst die Erweiterung der Bruchpforte

¹³³ Linhart, 1866, S. 219ff.

¹³⁴ Leser, Jena, 1904, S. 411.

¹³⁵ Bergmann; Bruns, 1907, S. 481.

und Reposition des Bruches ohne Eröffnung des Bruchsackes, dieser Eingriff wurde auch als Petit'sche Operation oder äußere Herniotomie bezeichnet. Nachteil dieser Methode war jedoch, dass man den Zustand der Eingeweide nicht beurteilen konnte und die Gefahr bestand, dass bereits im Stadium der Gangrän befindliche Därme reponiert wurden. Deshalb wurde mit der Einführung der Antiseptik im Rahmen einer Operation empfohlen, stets auch die Eröffnung des Bruchsacks mit Beurteilung der Eingeweide durchzuführen, was man dann als innere Herniotomie bezeichnete.¹³⁶

Zur Durchführung der Operation werden folgende Angaben gemacht: Der Hautschnitt sollte in der Gegend der Bruchpforte liegen und über dem größten Umfang der Geschwulst angelegt werden. Er sollte lang genug sein, um eine ausreichende Übersicht zu schaffen, jedoch möglichst kurz, um die spätere Heilung nicht unnötig zu erschweren. Bei der Freilegung des Bruchsackes sollten alle darüber liegenden Schichten möglichst gemeinsam getrennt werden, da die einzelne Spaltung aller Schichten eine zu große Verwundung darstellte. Der Bruchsack war meist daran erkennbar, dass Bruchwasser oder Eingeweide hindurchschimmerten. Die Eröffnung des Bruchsackes sollte, um den Darm nicht zu verletzen, am besten an einer Stelle erfolgen, wo Bruchwasser oder Netz sichtbar waren, indem man mit der Pinzette eine kleine Falte anhob und mit dem Skalpell einschchnitt. Dann sollte die Hohlsonde eingeführt werden und der Bruchsack weiter mit dem Messer oder der Schere gespalten werden.¹³⁷ Anschließend erfolgte die Beseitigung der Einschnürung: Hierzu finden sich unterschiedliche Angaben. Linhart empfahl, zunächst die unblutige Erweiterung zu versuchen. Dabei brachte man den Finger rotierend zwischen Eingeweide und einschnürende Stelle und drückte gegen letztgenannte. Führte dies zu keinem Ergebnis, konnte man versuchen einen scharfen Haken auf dem Finger einzuführen und durch einen starken Ruck die Einklemmung zu lösen. Erst wenn beide Versuche nichts bewirkten, sollte man zur blutigen Erweiterung schreiten und mit dem Messer vom Inneren des Bruchsackes aus die Einschnürung erweitern.¹³⁸ Zum Einschneiden sollte man auch ein speziell entwickeltes Messer, das sogenannte

¹³⁶ Linhart, 1866, S. 224; Tillmanns, 1892, S. 160.

¹³⁷ Bergmann; Bruns, 1907, S. 484.

¹³⁸ Linhart, 1866, S. 226.

Herniotom von Cooper, verwenden. In jedem Fall aber mussten die Gedärme durch den Finger vor der Schneide geschützt werden. Dazu wurde geraten, das Messer flach auf die Beugeseite des linken Zeigefingers zu legen, bis zur Bruchpforte vorzuschieben und erst dann die Schneide aufzurichten.¹³⁹ Anschließend sollten an mehreren Stellen seichte Einschnitte durchgeführt werden, man bezeichnete dies als multiples Débridement.¹⁴⁰

Bergmann empfahl die offen ausgeführte Spaltung, nicht vom Bruchsack ausgehend, sondern von außen. Der Vorteil dieser aktuelleren Methode war, dass neben der besseren Übersicht durch die Spaltung der Gewebe in einzelnen Schichten der sowieso schon geschädigte Darm nicht mehr übermäßig gequetscht und die Gefahr der Perforation somit gemindert wurde.¹⁴¹

In jedem Fall hatte man sich durch die Erweiterung nun auch den in der Einklemmung sitzenden Darm- oder Netzanteil zugänglich gemacht und konnte beurteilen, ob der Bruch ohne weiteres reponiert werden konnte. Einen ersten Anhaltspunkt dafür gab bereits das Bruchwasser: War es klar und serös, so konnte man auf einen gut erhaltenen Darm schließen. Enthielt es jedoch trübende Fibringerinnsel, deutete dies mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine bereits eingetretene Gangrän des Darmes hin.¹⁴² Der eingeklemmte Darm war dann meist schwarzbraun gefärbt, schlaff und die Oberfläche war glanzlos oder zeigte bereits schwarzgraue Flecken wie bei einem welken Blatt. In diesem Fall wurde empfohlen, den Darm nicht mehr zu reponieren. War der Darm lediglich durch das gestaute Blut leicht hyperämisch und dunkelrot gefärbt, erholte sich aber nach Entfernung der Einklemmung sichtlich und zeigte peristaltische Bewegungen, so sollte er reponiert werden.

Im Zweifelsfall sollte man laut Leser die Einklemmung lösen, den Darm 24 Stunden durch einige Nähte außerhalb der Bauchhöhle fixieren und abwarten, ob er sich unter einem aseptischen Verband erholte. Für den Fall, dass man den Darm nicht mehr reponieren durfte, gab es zwei Möglichkeiten: Entweder man entfernte den nekrotischen Teil und verband die beiden gesunden Enden mittels der „circulären

¹³⁹ Tillmanns, 1892, S. 160.

¹⁴⁰ Leser, 1904, S. 425.

¹⁴¹ Bergmann; Bruns, 1907, S. 458.

¹⁴² Bergmann; Bruns, 1907, S. 486.

Darmnaht“ oder man verband die beiden Darmlumina mit der Bauchwand und legte somit einen künstlichen Ausgang (Anus praeternaturalis) an. Natürlich sollte, wenn möglich, die erstgenannte Methode bevorzugt werden. Dabei musste allerdings gewährleistet sein, dass die Naht im gesunden Bereich angelegt werden konnte, da sie ansonsten einzureißen drohte.¹⁴³

Wollte man nach der Erweiterung der Bruchpforte nun den gesunden Darm zurückbringen, so sollte man zunächst versuchen, seinen Inhalt in Richtung Bauchhöhle zu schieben und oftmals folgte der Darm dann von selbst. Eventuell konnte man Gase durch einen kleinen Nadelstich zuvor entweichen lassen, die Verunreinigung des Operationsgebiets sollte jedoch unbedingt vermieden werden, da diese ebenso wie die Perforation des Darmes fast immer eine tödliche Peritonitis nach sich zog. War der Bruch reponiert, dabei gab es zu beachten, dass immer zuerst der Darm dann das Netz reponiert werden sollten, konnte man mit dem Finger in den Bruchkanal eindringen und überprüfen, ob der Bruchring an der Innenseite frei lag und sich dort nur bewegliche Därme befanden. Dadurch sollte eine mögliche Scheinreposition erkannt werden.¹⁴⁴

Auf die Reposition folgte schließlich der Verschluss des Bruchsackes und der Bruchpforte durch die sogenannte Radikaloperation. Nachdem man sich zum Ende des 19. Jahrhunderts bewusst geworden war, wie wichtig die Verstärkung der Bauchwand zur Verhinderung eines Hernienrezidivs war, versuchten zahlreiche Chirurgen Operationsmethoden zu ersinnen, welche diese Vorgabe erfüllen und die dauerhafte Heilung eines Bruches ermöglichen konnten. Die verschiedenen Methoden wurden um die Jahrhundertwende bezogen auf den Therapieerfolg immer vielversprechender. Die vier bekanntesten und am häufigsten angewendeten Methoden der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren die Methoden nach Czerny, Macewen, Bassini und Kocher.

¹⁴³ Leser, 1904, S. 427ff.

¹⁴⁴ Bergmann; Bruns, 1907, S. 487.

4.3 Verschieden Methoden der Radikaloperation im ausgehenden 19. Jahrhundert

Methode nach Vincenz von Czerny (1842-1916)

„Die im letzten Jahrzehnt am häufigsten angewandte Radikaloperation ist wohl die 1877 von Czerny vorgeschlagene.“¹⁴⁵ Entscheidender Vorteil dieser Methode gegenüber den bisherigen war, dass sie bei nahezu allen Leistenbrüchen, also auch bei irreponiblen anwendbar war.¹⁴⁶

Bergmann führt die Czerny'sche Operationsmethode als ein Beispiel der einfachsten Technik an: Nach Eröffnung des Bruchsacks und Reposition der Eingeweide unter antiseptischen Bedingungen löste man den Bruchsack aus seiner Umgebung und schloss ihn dann möglichst hoch oben durch Umschnürung ab.¹⁴⁷ Anschließend erfolgte der Nahtverschluss der Bruchpforte zunächst durch die sogenannte Miedernaht. Später empfahl Czerny stattdessen einzelne Knopfnähte. Bei beiden Methoden wurde der linke Zeigefinger zum Schutz der anatomischen Strukturen in den Leistenkanal eingeführt. Der Finger spannte die Pfeiler des äußeren Leistenrings und die Bruchpforte wurde von oben her mit drei bis sechs Nähten so vernäht, dass gerade noch die Kuppe des kleinen Fingers eindringen konnte und somit auch der Samenstrang nicht eingeengt wurde.¹⁴⁸ Es folgte die Exstirpation¹⁴⁹ des Bruchsackes bis zur Naht.¹⁵⁰ Der Bruchsackstumpf versenkte sich anschließend meist von selbst in der Wunde.¹⁵¹

Lediglich bei sehr großen adhären¹⁵²ten Bruchsäcken wandte Czerny zur Schonung von Hoden und Samenstrang eine modifizierte Technik an: Nach Reposition ließ er die Spaltränder des Bruchsackes mit Klemmpinzetten emporziehen, so dass man den

¹⁴⁵ Kannegiesser, Joachim: Die Erfolge der Bassini'schen Operation der Leistenhernien, Kiel, 1897, S. 6; Joachimczyk, Julius: Die Radicaloperation der Hernien nach Macewen, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1892, S. 16.

¹⁴⁶ Reintjes, Heinrich: Über die Bassini'sche Methode der Radicaloperation freier Leistenbrüche, Kiel, 1892, S. 8.

¹⁴⁷ Bergmann; Bruns, 1907, S. 531.

¹⁴⁸ Grünewald, 1885, S. 33; Krieg, Ferdinand: Ueber die Endresultate der Radicaloperationen angeborener Hernien, Inaugural- Dissertation, Würzburg, 1886, S. 13.

¹⁴⁹ Entfernung/Abtragung.

¹⁵⁰ Pickel, Otto: Die Radicaloperationen der Hernien und ihre Endresultate mit besonderer Berücksichtigung der Macewen'schen Operation, Inaugural Dissertation, Würzburg, 1894, S. 7.

¹⁵¹ Bergmann; Bruns, 1907, S. 531.

¹⁵² Mit der Umgebung verwachsen.

Bruchsackhals als quer verlaufenden Spalt auf Höhe des äußeren Leistenrings erkennen konnte. Von der Innenseite wurden dann die gegenüberliegenden seriösen Lippen des Spaltes mit Catgut¹⁵³ vernäht. Ließ man nun den Bruchsack los, zog sich die Nahtlinie bis zum inneren Leistenring zurück. Dann folgten Naht der Bruchpforte sowie Desinfektion und Drainage. Die Isolierung des Bruchsackhalses und die Ablösung des Bruchsackes sowie die Verstärkung der Bauchdecken im Verlauf des Leistenkanals unterblieben hier.¹⁵⁴

Czernys Patienten trugen zumeist im Anschluss an die Operation ein Bruchband. Da er nur den äußeren Leistenring, also die äußere Bruchpforte, einengte und nur die Vorderwand des Leistenkanals verstärkte, war die Rezidivrate noch relativ hoch.

Nach der gleichen Methode wie Czerny operierte auch der Schweizer Chirurg August Socin, welcher 1857 in Würzburg promoviert hatte¹⁵⁵: Er legte besonderen Wert auf eine möglichst hohe Ligatur des Bruchsackes, damit nach dessen Entfernung ein möglichst kurzer peritonealer Stumpf zurückblieb und nicht erneut das Entstehen einer interstitiellen Hernie begünstigt wurde.¹⁵⁶ Außerdem hielt er das Tragen eines Bruchbandes im Anschluss an die Operation für schädlich – als Grund dafür nannte er die durch den Druck des Bruchbandes erzeugte Narbenatrophie, was die Rezidivgefahr erhöhe.¹⁵⁷

Nur geringfügig von Czernys Methode unterschied sich die Operation nach Nussbaum¹⁵⁸: Er umnähte den Bruchsackhals möglichst hoch oben und schnitt den Bruchsack dann einen Zentimeter unterhalb der Naht ab. Die genähte Partie wurde dann möglichst weit in Bauchhöhle geschoben und darüber die Hautwunde vernäht.¹⁵⁹

Ein Verschluss der Bruchpforte erfolgte nicht. Dafür erzeugte Nussbaum an der Pforte

¹⁵³ Naht aus Schafsdarm.

¹⁵⁴ Joachimczyk, 1892, S. 16.

¹⁵⁵ Haberling, Wilhelm; Hübotter, Franz; Vierordt, Hermann: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 5, Berlin, Wien 1934, S. 327.

¹⁵⁶ Grünewald, 1885, S. 35.

¹⁵⁷ Becker, Hermann: Ueber die Radicaloperation von Hernien mit besonderer Berücksichtigung der Macewen'schen Operation, Bonn, 1891, S. 25.

¹⁵⁸ Johann Nepomuk von Nussbaum, Münchner Chirurg und Augenheilkundler, welcher Mitte des 19. Jahrhunderts auch in Würzburg unter Cajetan von Textor, dem damaligen Klinikleiter, tätig war. Siehe hierzu: Haberling, Wilhelm; Hübotter, Franz; Vierordt, Hermann: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 4, Berlin, Wien, 1934, S. 394.

¹⁵⁹ Hesse, 1884, S. 15.

mit dem Thermocauter einen Brandschorf, wodurch er eine feste Narbe erzielen wollte.¹⁶⁰ Ferdinand Schultze, der in seiner Dissertation anhand von im Juliusospital durchgeführten Operationen die beiden Methoden miteinander verglich, gab dem Czerny'schen Verfahren den Vorzug, da bei Nussbaum die Bruchpforte nicht vernäht wurde und somit nur eine der beiden an eine Radikaloperation gestellten Anforderungen erfüllt wurde.¹⁶¹ Jedoch hielt Schultze die Vernähung des Bruchsackes nach Nussbaum gegenüber der Abbindung nach Czerny für sicherer, da letztere leicht abgestreift werden konnte.¹⁶² Nach der Czerny'schen Methode operierten unter anderem auch Theodor Billroth (Berlin, später Zürich und Wien) und Hermann Maas (Würzburg).¹⁶³

Methode nach Sir William Macewen (1848-1924)

Im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts lief schließlich die Methode nach Macewen den obigen Methoden den Rang ab. William Macewen, ein schottischer Chirurg – neben seiner Hernienforschung auch ein Pionier auf dem Gebiet der Neurochirurgie – ging davon aus, dass bei den bisher üblichen Methoden an der inneren Öffnung des Leistenkanals ein Peritonealtrichter zurückbleibe, welcher in sich schon den Keim einer neuen, herniösen Ausstülpung berge.¹⁶⁴ Bei seiner Operationsmethode wurde zunächst ein Hautschnitt über dem Leistenkanal angelegt, dann wurde der Bruchsack freigelegt und allseitig bis zum inneren Leistenring isoliert. Anschließend wurde versucht, den Bruchsackinhalt zu reponieren. Erst wenn dies nicht gelang, wurde der Bruchsack eröffnet und der Inhalt entsprechend behandelt und reponiert.¹⁶⁵ Dann wurde der abgelöste Bruchsack durch eine fortlaufende Seiden- oder Catgutnaht

¹⁶⁰ Visscher, 1891, S. 21; Krieg, 1886, S. 12.

¹⁶¹ Vgl. Zitat Kapitel II: "Jede folgerichtige Radicaloperation der Hernien verfolgt den doppelten Zweck, erstens den Bruchsack zu beseitigen, zweitens die Bruchpforte zu verschliessen und die Bauchwand an dieser Stelle zu verstärken.", in: Visscher, 1891, S. 20.

¹⁶² Schultze, 1885, S. 45.

¹⁶³ Becker, Hermann: Die Herniotomien der Kieler Klinik vom Jahre 1877 bis 1880 mit besonderer Berücksichtigung der Radicaloperation, Inaugural-Dissertation, Kiel, 1880, S. 12.

¹⁶⁴ Pickel, 1894, S. 9.

¹⁶⁵ Pickel, 1894, S. 10.

(sogenannte Tabaksbeutelnaht) so zusammengefaltet, dass ein Gewebepolster, eine Art Kissen entstand. Dieses wurde als Pfropf an den inneren Leistenring geschoben und vernäht, dort sollte es verwachsen. Wichtig war, dass zuvor auch Peritoneum und Bruchsackhals mit dem Finger abgelöst wurden, so dass das Gewebekissen zwischen Bauchwand und Peritoneum geschoben werden konnte. Anschließend wurde die innere Wand des Leistenkanals mit der äußeren durch eine spezielle Matratzennaht vernäht – dafür hatte Macewen sogar spezielle Bruchnadeln entwickelt.¹⁶⁶ Macewen nannte diesen Vorgang „the restoration of the valved form of the inguinal canal“¹⁶⁷, er wandelte die Röhrenform des Leistenkanals in eine Klappenform um und wollte so eine flächenhafte Verwachsung der Wände erzielen.¹⁶⁸ Abschließend wurde die Hautwunde bis auf den unteren Wundwinkel geschlossen.¹⁶⁹ Zuletzt bestäubte er die Wunde mit Jodoform und legte einen sublimathaltigen Verband an.¹⁷⁰

Die meisten Patienten Macewens sollen nach der Operation ein wollenes Kissen ohne Federdruck in der Leistengegend zum Schutz getragen haben.¹⁷¹ Vorteil dieser Operationsmethode war, dass die Bauchwand im Bereich des inneren Leistenrings verstärkt wurde und dadurch, dass der Bruchsack vom Samenstrang gelöst wurde, das Leitband für ein Rezidiv verloren ging.¹⁷² Wenn sich bei kongenitalen Hernien der Samenstrang nicht vom Bruchsack lösen ließ, empfahl Macewen den ersteren durch zwei Längsschnitte abzulösen, indem er oberhalb des Hodens den Processus vaginalis quer durchschnitt. Der untere Teil des Bruchsackes diente dann zur Bildung einer Tunica propria des Hodens, der obere Teil wurde als Kissen formiert und in die Bauchhöhle verlagert.¹⁷³

1888 stellte Macewen auf der Versammlung der „British Medical Association“ ein Präparat eines vier Jahre zuvor durch ihn operierten Patienten vor: Bei diesem

¹⁶⁶ Genaue Nahtführung siehe: Joachimczyk 1891, S. 10ff.

¹⁶⁷ Macewen, William: In the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal peritoneal pad, and the restoration of the valved form of the inguinal canal, in: Ann. Surg. 4, 1886, S. 89-119.

¹⁶⁸ Pickel, 1894, S. 11; Joachimczyk 1891, S. 10; Für eine genaue Illustration der Macewenschen Technik siehe: Lauenstein, Carl: Ueber Macewens Radicaloperation der Hernien, in: Archiv für klinische Chirurgie Band 40, 1895.

¹⁶⁹ Bergmann; Bruns, 1907, S. 165.

¹⁷⁰ Sublimat ist ein quecksilberhaltiges Salz, welches desinfizierend wirkt.

¹⁷¹ Joachimczyk, 1892, S. 11.

¹⁷¹ Joachimczyk, 1892, S. 36.

¹⁷² Nothass, Franz: Ueber die Enderfolge von Radical-Operationen von Hernien, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1892, S. 21.

¹⁷³ Joachimczyk, 1892, S. 11.

Präparat war das Gewebskissen tatsächlich an Ort und Stelle verwachsen und verstärkte die Bauchwand.¹⁷⁴

Nach dieser Technik gab es unter 98 von Macewen Operierten nur ein einziges Rezidiv.¹⁷⁵ Haidenthaller hingegen berichtet von Störungen der Heilungsdauer, welche seiner Meinung nach durch eine Nekrose des Bruchsackes hervorgerufen wurden.¹⁷⁶ Außerdem gab er bei den Fällen aus der Wiener Klinik, die länger als zwei Jahre beobachtet wurden, eine Rezidivrate von 68,7 Prozent an.¹⁷⁷

Im Würzburger Juliusspital wurden von 1890-1894 mit dieser Technik bei 50 Radikaloperationen 40 Heilungen erzielt, neun Rezidive traten auf und in einem Fall konnte das Resultat nicht ermittelt werden.¹⁷⁸ In einigen Fällen wandte Macewen seine Technik auch bei Schenkelbrüchen an und verlagerte das Gewebskissen vor den inneren Schenkelring. Die tatsächlichen Ergebnisse der Macewen'schen Methode waren vermutlich schlechter, als von ihm propagiert, denn bereits um 1907 herum sah man die Macewen'sche Methode wieder als überholt an.¹⁷⁹

Methode nach Eduardo Bassini (1844-1924)

An die Stelle der Methode nach Macewen rückte die seit 1884 erprobte und schließlich 1888 veröffentlichte Methode von Eduardo Bassini aus Padua. Alle Neuerungen, die bis zur Vorstellung der Bassini'schen Methode veröffentlicht wurden, waren eigentlich nur geringfügige Modifikationen der Czerny'schen oder Macewen'schen Methode und konnten sich lediglich durch eine weiterentwickelte Anwendung der Antiseptik mit besseren Ergebnissen rühmen.¹⁸⁰

Bassinis Ziel war es, den von Natur aus schrägen Verlauf des Leistenkanals durch die

¹⁷⁴ Becker, 1891, S. 26.

¹⁷⁵ Pickel, 1894, S. 12.

¹⁷⁶ Nothass, 1892, S. 28.

¹²⁰ Joachimczyk, 1892, S. 29.

¹⁷⁷ Joachimczyk, 1892, S. 36.

¹⁷⁸ Pickel, 1894, S. 39.

¹⁷⁹ Bergmann; Bruns, 1907, S. 532. Inwieweit die Macewen'sche Technik im Juliusspital tatsächlich zum Einsatz kam, wird Thema des letzten Kapitels sein.

¹⁸⁰ Reintjes, 1892, S. 10.

Schichten der Bauchwand wiederherzustellen und gleichzeitig die Hinterwand durch eine möglichst feste Muskelschicht zu verstärken.¹⁸¹

Bassini legte dazu die Aponeurose des Musculus obliquus externus in der ganzen Länge vom äußeren Leistenring bis über den inneren Leistenring hinaus frei und spaltete sie dann in zwei Lappen, die nach oben und unten abgelöst wurden. Anschließend wurden Bruchsack und Samenstrang voneinander, aus ihren Verwachsungen und von ihrer Umgebung gelöst, der Bruchsack eröffnet und der Inhalt reponiert.

Es folgte die Torsion des Bruchsackes, Ligatur und Abtrennung unterhalb davon. Dann wurde der Samenstrang abgehoben und dahinter die neue Hinterwand des Leistenkanals gebildet, indem der Hinterrand des Leistenbandes mit der „dreifachen Schicht“ aus Musculus obliquus internus, Musculus transversus und der Fascia transversalis mittels Seidenknopfnähten vernäht wurde. Abschließend wurde der Samenstrang zurückgelegt und über ihm die zuvor getrennte Aponeurose des Musculus obliquus externus wieder verschlossen.¹⁸²

Durch die Verstärkung der Rückwand des Leistenkanals wurde die Austrittsstelle des Samenstrangs aus der Bauchhöhle (der innere Leistenring) um etwa einen Zentimeter nach lateral verlegt und die „dreifache Schicht“ wurde so eng vernäht, dass der Samenstrang gerade noch ohne Schnürung hindurchpasste. Auf diese Weise hatte Bassini vor der Veröffentlichung bereits über 262 Leistenhernien operiert: Es traten nur sieben Rezidive auf. Die Heilungsdauer betrug durchschnittlich nicht mehr als 20 Tage, wohingegen die Patienten bei Macewen noch vier bis sechs Wochen Bettruhe halten mussten.¹⁸³ Ein Bruchband musste anschließend nicht getragen werden.¹⁸⁴

Später veröffentlichte Bassini dann auch eine entsprechende Methode für die Operation von Schenkelhernien und operierte auch hier 54 Patienten mit Erfolg.¹⁸⁵

¹⁸¹ Bergmann; Bruns, 1907, S. 532.

¹⁸² Tillmanns, 1892, S. 166.

¹⁸³ Joachimczyk, 1892, S. 11.

¹⁸⁴ Bergmann; Bruns, 1907, S. 534.

¹⁸⁵ Pickel, 1894, S. 42.

Methoden nach Emil Theodor Kocher (1841-1917)

Die größte Konkurrenz für die Bassini'sche Methode stellten die von Kocher in Bern entwickelten und stetig verbesserten Operationen dar. Kocher präsentierte seine neue Methode der Radikaloperation erstmals 1892 im Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, später fand sie als Inhalt der zweiten Auflage seines Werks „Chirurgische Operationslehre“ (1894) weite Verbreitung.¹⁸⁶

Kochers Methoden zeichneten sich durch einfache, präzise Technik und gute Dauerresultate aus.¹⁸⁷ Bei seiner lateralen Verlagerungsmethode, welche sich auch bei Schenkelbrüchen anwenden ließ, führte man zuerst einen Schnitt parallel zum Poupart'schen Band aus und legte sich so den äußeren Leistenring und die Faszie des Musculus obliquus externus frei. Dann löste man den Bruchsack aus seiner Umgebung und vom Samenstrang ab und reponierte den Bruchsackinhalt mit oder falls möglich ohne Eröffnung desselben. Anschließend machte man lateral und oberhalb des inneren Leistenrings eine kleine quere Inzision in die Faszie des Musculus obliquus externus. Dort konnte man nun eine Zange einführen (Kocher konstruierte dafür eigens eine Kornzange), diese ging durch den Leistenkanal hindurch und fasste den Fundus des entleerten Bruchsackes, zog ihn durch den Leistenkanal zurück und aus der Inzision heraus. Der Bruchsack wurde stark nach oben außen gezogen, umschnürt und durch Umstechen fixiert. Dann wurde der zusammengefaltete Bruchsack auf die Fascie, also auf die Vorderwand des Leistenkanals gelegt und dort unter Schonung des Samenstranges vernäht.¹⁸⁸ Der Rest des Bruchsackes wurde abgeschnitten.

Anfangs empfahl Kocher noch die Torsion desselben, bevor er angenäht wurde, später verzichtete er wegen der Gefahr der Nekrose desselben darauf.¹⁸⁹ Den Leistenkanal verengte auch Kocher mittels mehrerer Nähte, welche den aufgelagerten Bruchsack mitfassten. Wie Czerny führte auch er zum Schutz der anatomischen Gebilde den linken Zeigefinger in den Leistenkanal ein.¹⁹⁰ Später entwickelte Kocher diese Methode

¹⁸⁶ Stulz, Otto: Ueber die Kocher'sche Radicaloperation der Hernien, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1897, S. 6f.

¹⁸⁷ Bergmann; Bruns, 1907, S. 536.

¹⁸⁸ Leser, 1904, S. 415.

¹⁸⁹ Kocher, Theodor: Chirurgische Operationslehre, Jena, 1894, S. 159.

¹⁹⁰ Stulz, 1897, S. 9.

weiter zur Invaginationsmethode, bei der er mit einer gebogenen Zange den Bruchsack von seiner Spitze an zurück bis zur Bauchhöhle schob und wiederum durch einen Schnitt nach außen führte, ligierte und vernähte.¹⁹¹ Als Vorteil gegenüber der Bassini'schen Methode führte Kocher vor allem die einfache Ausführung an, denn statt des Samenstranges wurde der Bruchsack verlagert. Außerdem unterblieb die Spaltung der Externusaponeurose, deren Naht bei Eiterung zu reißen drohte.¹⁹² Im Gegensatz zu Bassini verstärkte Kocher die Vorderwand des Leistenkanals. Die Hinterwand blieb unangetastet.

Während die laterale Verlagerungsmethode eine Rezidivrate von 3,6 Prozent hatte, erzielte Kocher mit seiner Invaginationsmethode eine Rezidivquote von nur noch 1,2 Prozent. Demgegenüber soll Bassinis Operationsmethode laut Hirschkopf – welcher im Übrigen ein Schüler Kochers war – eine Rezidivquote von 4,4 Prozent gehabt haben.¹⁹³

Im Anschluss an die Radikaloperation wurde die Wunde mit antiseptischen Lösungen gespült, diese durften allerdings nicht in die Bauchhöhle gelangen, eine Drainage gelegt, die Wundränder durch Knopfnähte geschlossen und ein komprimierender aseptischer Verband angelegt.¹⁹⁴ Zur Ruhigstellung des Darmes und zur Schmerzlinderung erhielt der Kranke meist Opiate (am besten in Form subkutaner Morphininjektionen). Bergmann riet bei früh durchgeführten und komplikationslosen Herniotomien aber bereits von der Opiumgabe ab. Lediglich wenn Störungen der Heilung zu befürchten seien, empfahl er bis zu vier Mal täglich 20 Tropfen Opiumtinktur zu verabreichen.¹⁹⁵ Bei reaktionslosem Verlauf soll die Heilung nach zwei bis drei Wochen eingetreten sein.¹⁹⁶

Zur Prognose sei erwähnt, dass Leser trotz Antisepsis eine Sterblichkeitsrate von sechs bis sieben Prozent und eine Rezidivrate von 30 Prozent angab.¹⁹⁷ Der Engländer John Wood hingegen soll bei 200 Operationen nur drei Todesfälle gehabt haben.¹⁹⁸

Da die überlieferten Krankenblätter aus den Jahren 1883 und 1893 stammen und

¹⁹¹ Bergmann; Bruns, 1907, S. 537.

¹⁹² Kocher, 1894, S. 159.

¹⁹³ Hirschkopf, Moritz: Zur Radicaloperation der Hernien, Inaugural-Dissertation, Leipzig, 1900, S. 40-43.

¹⁹⁴ Leser, 1904, S. 416-426.

¹⁹⁵ Bergmann; Bruns, 1907, S. 494.

¹⁹⁶ Leser, 1904, S. 416-426.

¹⁹⁷ Leser, 1904, S. 411.

¹⁹⁸ Tillmanns, 1892, S. 166.

sowohl Bassinis als auch Kochers Methode erst kurz zuvor veröffentlicht wurden, finden sich diese Methoden noch nicht in den Krankenblättern. Zeitgenössische Publikation zeigen jedoch, dass die Methode nach Kocher in Würzburg ab 1894 angewendet wurde.¹⁹⁹

Nachdem nun sowohl die konservative Therapie als auch das chirurgische Vorgehen des 19. Jahrhunderts aufgezeigt wurden, soll ein kurzer Ausblick auf heutige Therapieformen gegeben und untersucht werden, inwieweit sich diese von den historischen Methoden unterscheiden.

4.4 Die Hernienbehandlung in der heutigen Zeit

Auch heutzutage stellen die Hernien mit einem Anteil von ungefähr 20 Prozent am gesamtchirurgischen Patientengut noch immer ein sehr häufiges Leiden dar. Eine konservative Behandlung wird allerdings nur noch bei hochbetagten, multimorbiden Patienten durchgeführt.²⁰⁰

Die operative Hernientherapie hingegen stellt nach der Cholezystektomie²⁰¹ und der Appendektomie²⁰² den häufigsten Eingriff der Viszeralchirurgie dar.²⁰³ In Bezug auf die operative Therapie ist heutzutage die Implantation von Kunststoffnetzen von entscheidender Bedeutung, denn durch diese Netze, welche aus biokompatiblen und meist teilresorbierbaren Kunststoffen bestehen, konnte die Rezidivrate deutlich herabgesetzt werden. Prinzipiell unterscheidet man bei den operativen Verfahren zwischen anterioren, welche heutzutage nur noch bei Kindern und Frauen in gebärfähigem Alter erfolgen, und posterioren. Bei ersteren erfolgt meist keine Netzimplantation, da die Netze nicht mitwachsen können. Nachteil dieser Methode ist eine höhere Rezidivrate von etwa 5-10 Prozent. Zu diesen anterioren Verfahren gehört

¹⁹⁹ Stulz, 1897, S. 6ff.

²⁰⁰ Kessler; Fetzner; Schaps; 2007, S. 119ff.

²⁰¹ Entfernung der Gallenblase.

²⁰² Entfernung des Wurmfortsatzes (sog. „Blinddarmoperation“).

²⁰³ Nolte, Jochen Christian: Nervenirritation nach Leistenhernienreparation: retrospektive Studie zum Vergleich eines laparoskopischen mit konventionellen Operationsverfahren im 3-Jahres-Follow-Up, Düsseldorf, Hamburg, 2009, S. 5.

beispielsweise das Verfahren nach Shouldice²⁰⁴, welches 1945 veröffentlicht wurde und im Grunde genommen auf dem gleichen Prinzip wie die Bassini'sche Technik basiert. Die Operationstechnik wurde von dem kanadischen Arzt Edward Earle Shouldice (1890-1965) durch eine modifizierte Naht- und Präparationstechnik verbessert, weshalb sie die bis in die 1980er als Standardmethode angewendete Bassini'sche Methode verdrängte. Wie Bassini hatte auch Shouldice, welcher ab 1945 nur noch Hernien operierte, eine sehr geringe Rezidivrate.²⁰⁵ Neben der Methode nach Shouldice muss auch die Operationsmethode nach Chester McVay (1911-1987), welche eine Modifikation des Lotheisenschen Verfahren darstellt, erwähnt werden. Bei der Methode nach Georg Lotheisen (1868-1935) wurde nach Resektion des Bruchsackes und Versorgung des Bruchsackstumpfes eine Entlastungsinzision in die Rektusscheide gelegt und dann alle darüber liegenden Schichten (Musculus obliquus internus, transversus und Fascia transversalis) mit dem Ligamentum Cooperi (Ligamentum pubicum superius) durch eine Naht vereinigt und so eine Verstärkung der Hinterwand des Leistenkanals erzielt. Chester McVay modifizierte diese Methode dahingehend, dass er zusätzlich bei seiner letzten Naht im lateralen Leistenkanalabschnitt die dort befindliche Gefäßscheide mit aufnahm. Neu bei diesen beiden Methoden war, dass die Muskelschichten nicht wie bisher üblich mit dem Leistenband, sondern mit dem Cooperschen Band vereinigt wurden.²⁰⁶ McVay sah das Coopersche Band als geeigneter an, da es auch physiologisch einen Insertionspunkt für Muskelaponeurosen darstellt, während das Leistenband keinem Muskel als Ansatzpunkt dient.²⁰⁷

Zu den posterioren Verfahren zählen die totale extraperitoneale Leistenhernienreparation (TEP)²⁰⁸ und die transabdominale präperitoneale Netzimplantation (TAPP)²⁰⁹, welche beide erstmals auf dem Weltkongress für

²⁰⁴ Verstärkung der Leistenkanalhinterwand durch Dopplung der Fascia transversalis, die Spaltung derselben erwähnte Shouldice zu Lebzeiten übrigens nie in seiner Veröffentlichung. Lediglich in einem Bericht, welcher vier Jahre nach seinem Tod unter dem Titel „Shouldice repair for inguinal hernia“ im Journal „Surgery“ erschien, wurde die Spaltung erwähnt und ist seither offiziell Bestandteil der Operationsmethode. Siehe hierzu: Nolte, 2009, S. 8.

²⁰⁵ 0,8 Prozent. Siehe hierzu: Sachs; Damm; Enke, 1997, S. 220.

²⁰⁶ Durst, Jürgen; Rohen, Johannes: Bauchchirurgie, Stuttgart, New York, 1998, S. 386 ff.

²⁰⁷ Messmer, Felicitas: Karl Lang – Die Wissenschaftliche Publikation in ihrer medizingeschichtlichen Bedeutung – Bilder zur Geschichte der Chirurgie, München, 2008, S. 332 ff.

²⁰⁸ Total Extraperitoneal Patch.

²⁰⁹ Transabdominal Preperitoneal Patch.

endoskopische Chirurgie 1991 vorgestellt wurden. Bei beiden Techniken wird in Vollnarkose endoskopisch zur Verstärkung der Bauchwand ein Netz eingebracht. Sie unterscheiden sich im Prinzip aber dadurch, dass bei der TEP lediglich eine Bauchdeckenspiegelung erfolgt und das Netz durch einen kleinen Schnitt in der Nähe des Bauchnabels in die Bauchdecke zwischen Muskulatur und Peritoneum eingebracht wird, während bei der TAPP eine Laparoskopie (Bauchhöhlenspiegelung) erfolgt und das Netz dann vom Bauchraum aus auf das Bauchfell vor die Bruchpforte gelegt wird. Vorteil dieser Methode ist, dass die Hernie diagnostisch nochmals durch die Laparoskopie bestätigt werden kann und bei Bedarf auch noch die anderen Organe der Bauchhöhle untersucht werden können. Als Nachteil werden oft mögliche iatrogene Verletzungen der Bauchorgane durch die Laparoskopie angeführt.²¹⁰

Vergleicht man die modernen Operationsmethoden mit denen des 19. Jahrhunderts, so zeigt sich, dass die Methode nach Shouldice die größte Ähnlichkeit zu den historischen Methoden aufweist. Die Aufführung aller verschiedenen Operationstechniken und Modifikationen bis ins 21. Jahrhundert würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher wurden gezielt diejenigen ausgewählt, die sich auf die historischen Methoden zurückführen lassen. Die laparoskopischen Verfahren fanden Erwähnung, da sie als minimal-invasive Methoden eine völlig neue Form der Hernienbehandlung darstellen und die konventionellen Methoden als Standardmethode abgelöst haben.

Von entscheidender Bedeutung für die Entstehung dieser modernen minimal-invasiven Verfahren waren der Fortschritt im Bereich von Narkose und Hygiene, aber auch die Entwicklung monofiler Nylonfäden, Propylnetzen und Ähnlichem.²¹¹ Aber auch die Erfindung des Endoskops war wesentlich für die Weiterentwicklung der Operationstechniken: Der von Hermann von Helmholtz (1821-1894) 1850/1851 entwickelte Augenspiegel war das erste praktisch angewendete Gerät zur Einsicht in das Organinnere und wird daher als früher Vorläufer der heutigen Endoskope gesehen.²¹² 1806 gelang es dem Arzt Philipp Bozzini (1773-1809), mit seinem

²¹⁰ Nolte, Jochen Christian, 2009, S. 5ff.

¹⁵² Kessler, 2007, S. 119ff.

²¹¹ Siehe hierzu: Read, 2003 S.9f.

²¹² Toellner, Richard: Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 3, Salzburg, 1990, S. 1202.

Lichtleiter in verschiedene Körperhöhlen hineinzuschauen. Er führte mit diesem durch eine Kerze beleuchteten Gerät zunächst an Leichen, dann an Lebenden Rekto- und Kolposkopien durch. Etwa 50 Jahre später entwickelte der französische Arzt Antoine J. Desormeaux (1815-1882) den Bozzini'schen Lichtleiter weiter, indem er die Kerze durch eine deutlich hellere Gasbogenflamme ersetzte. Das Prinzip der Endoskopie wurde also bereits Mitte des 19. Jahrhunderts entdeckt und mehr oder weniger erfolgreich angewendet. Das eigentliche Geburtsjahr der modernen Endoskopie war jedoch 1897: Hier stellte der Dresdner Arzt Maximilian Nitze (1848-1906) seinen Blasenspiegel, das Zystoskop, vor, welches das erste starre Endoskop der heutigen Bauart war.²¹³ 1958 wurde das erste flexible Endoskop durch B. I. Hirschowitz entwickelt und im Jahr 1976 wurde das erste Desinfektionsgerät für dieselben erfunden.²¹⁴ Jedoch konnten auch diese Endoskope, da sie lediglich desinfizierbar waren, noch nicht für aseptische, laparoskopische Behandlungen eingesetzt werden, sondern dienten lediglich zur Untersuchung der Bronchien und des Verdauungskanals. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden geschlossene Körperhöhlen untersucht. Die erste Inspektion der Bauchhöhle führte Georg Kelling (1866-1945) 1901 an Hunden durch. Er erkannte, dass zur besseren intraabdominellen Übersicht die Auffüllung des Bauchraumes mit Luft von Vorteil war und arbeitete mit einem leicht modifizierten Nitze-Zystoskop. Neun Jahre später führte Hans Christian Jacobaeus (1879-1937) erste Laparoskopien und Thorakoskopien an Menschen durch. Es folgten viele Weiterentwicklungen wie zum Beispiel die CO₂-Insufflation, die Entwicklung verschiedener Trokarspitzen oder die Einführung der 135-Grad-Optik durch Heinz Kalk (1895-1973) 1929.²¹⁵

Nachdem nun die Geschichte der Hernienbehandlung, Entwicklung von Narkose und Antisepsis im 19. Jahrhundert sowie der Kenntnisstand der Herniologie im 19. Jahrhundert dargestellt wurden, soll jetzt ein Blick in das Juliusspital und dessen chirurgische Abteilung gewährt werden. Dazu werden zuerst die Geschichte des Spitals

²¹³ Gaßdorf, Michael: Technik, Indikation und Ergebnisse der laparoskopischen Adhaesiologie in Einkanaltechnik, Gießen, 2006, S. 4ff.

²¹⁴ Tholon, M.; Thofern, E.; Miederer, SE.: Disinfection procedures of fiberscopes in endoscopy departments, in: Endoscopy, Band 8, Nr.1, 1976, S. 24-29.

²¹⁵ Gaßdorf, 2006, S. 4ff.

und die baulichen Veränderungen grob skizziert sowie auch die Fortentwicklung der medizinischen/chirurgischen Lehre aufgezeigt. Danach soll genauer auf die Zustände und Entwicklungen des Juliusspitals und dessen chirurgischer Abteilung unter den jeweiligen Chirurgieprofessoren im ausgehenden 19. Jahrhundert eingegangen werden.

5. Das Juliusspital zu Würzburg und die Würzburger Chirurgen des 19. Jahrhunderts

5.1 Geschichte des Juliusspitals bis ins 19. Jahrhundert

In Zuge seiner christlichen Verantwortung legte Fürstbischof und Landesherr Julius Echter von Mespelbrunn am 12.03.1576 den Grundstein für den Bau des Juliusspitals. Zu dieser Zeit waren, trotzdem Würzburg eher zu den wohlhabenden Städten gehörte, Not und Armut weit verbreitet. Der 1573 zum Bischof gewählte Echter erkannte das Fehlen von Kranken- und Armenhäusern und ließ daher das Juliusspital errichten. Aus dem mittelalterlichen Gedanken der „pauperes Christi“²¹⁶ diente das Spital zunächst als Herberge „für allerhand Sorte Arme, Krancke, Unvermöglige, auch schatthafte Leuth, die Wundt und anderer Arzney notdürftig sein“²¹⁷, aber auch Pilger, Waisen und Findelkinder erfuhren die „humanitas hospitalis“.²¹⁸

Julius Echter gründete 1582 auch die Würzburger Universität, welche von Anfang an eine medizinische Fakultät besaß. Diese Doppelgründung zeugt vom weltoffenen, fortschrittlichen Sinn ihres Stifters. Am 10. Juli 1580 wurde das Spital eingeweiht und 1585 folgte die Vollendung des gesamten Baus, welcher im Stil der Renaissance errichtet worden war. Wilhelm Opilio wurde zum ersten Spitalarzt ernannt. Er war zugleich Leibarzt des Bischofs und musste die zunächst maximal 21 aufgenommenen Kranken täglich besuchen. Gleichzeitig erfüllte er auch noch den Zweck des Apothekers und hatte allerhand Medikamente zuzubereiten.²¹⁹ Es gab zunächst zwei allgemeine Krankensäle, zwei bis drei Zellen zur Behandlung von Patienten mit Syphilis, Zellen für Irre und Tobsüchtige sowie Räume für Insassen des Altersheims (sogenannte Pfründner). Am sogenannten „Armentische“ wurden täglich durchreisende Handwerksburschen und „Ortsarme“ mit einem Mittagessen versorgt. Das Spital selbst

²¹⁶ „Arme Christis“.

²¹⁷ Aus der Stiftungsurkunde des Juliusspitals aus dem Jahr 1579, in: Herrlinger, Robert: Das Juliusspital zu Würzburg - Jubiläumsbeilage der Münchener Medizinischen Wochenschrift, München, 1953, S. 1.

²¹⁸ Obdachgewährende Menschlichkeit.

²¹⁹ Gurlt, Band 3, 1964, S. 11.

unterhielt sich nahezu autark durch eigenes Mühlwerk, Backhaus, Küchen, Keller, Scheunen, Stallungen, Brunnen und Gärten. Außerdem gab es natürlich allerhand Unterkünfte für die Angestellten und eine Spitalkirche. Die Einkünfte des Spitals schienen durch Grundbesitz (Güter, Weinberge²²⁰ etc.), Verzicht des Herzogs auf Steuern und private Schenkungen langfristig gesichert.

Durch den 30-jährigen Krieg kam der Betrieb des Juliusspitals nahezu zum Erliegen und auch ein Brand im Jahre 1699 setzte dem Spital schwer zu. Von 1700-1714 wurde der Nordflügel des Juliusspitals jedoch wieder aufgebaut. Johann Philipp Franz von Schönborn, der Erbauer der Residenz, errichtete einen umfassenden Hortus botanicus und 1726/1727 wurde im Gartenpavillon des Spitals erstmals das „Theatrum anatomicum“ eröffnet, welches übrigens bis 1883, als die Anatomie in der Köllikerstraße eröffnet wurde, in Betrieb war. Um 1785 herum besaß die Klinik noch immer etwa vier Krankenzimmer: je eine medizinische und eine chirurgische Kurstube für Männer und Frauen, das heißt, die Verhältnisse hatten sich seit 200 Jahren kaum geändert. Der Internist hatte keinen eigenen Hörsaal und unterrichtete – sofern es ihm erlaubt war – direkt am Krankenbett.

1734 war es im Zuge einer Reorganisation zu einer Aufgabenteilung hinsichtlich des klinischen Unterrichts gekommen: zuvor hatte der amtsinhabende Professor die theoretische Chirurgie vorgetragen und der jeweilige Oberwundarzt des Juliusspitals hatte die Anatomie demonstriert und die Studenten ans Krankenbett geführt. Ab 1769 vereinigte Carl Caspar von Siebold beide Ämter in einer Person und ist somit der eigentliche Gründer der chirurgischen Klinik am Juliusspital.²²¹ Durch ihn wurde die Trennung zwischen Theorie und Praxis aufgehoben und die Akademisierung der Chirurgie vollzogen. Auch klinisch-chirurgischer Unterricht sowie Operations- und Präparationsübungen an der Leiche fanden in Würzburg vermutlich erst unter Siebold ab circa 1770 statt.²²²

Carl Caspar von Siebold wurde 1736 als Sohn eines Wundarztes in Nideggen an der Eifel geboren, nach dem Gymnasium promovierte er zum Baccalaureus der Philosophie

²²⁰ Unter anderem Würzburger Stein.

²²¹ 1791 erhielt sie den offiziellen Titel „chirurgisches Clinicum“; Eulner, Hans Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Stuttgart, 1970, S. 317.

²²² Gurlt, Band 3, 1964, S. 12.

und erfuhr eine fundierte chirurgische Ausbildung durch seinen Vater. Nachdem er anschließend zunächst am Militärspital in Wesel und dann im Siebenjährigen Krieg weitere praktische Erfahrungen sammelte, wurde er den „Chursächsischen“²²³ Truppen in Würzburg zugeteilt und schließlich zum Obergehilfen und zur rechten Hand des damaligen Oberwundarztes des Juliusspitals Georg Christoph Stang. Parallel zu seiner praktischen Tätigkeit schloss Siebold 1763 sein Medizinstudium ab und erhielt für sein exzellentes Examen vom damaligen Fürstbischof ein Reisestipendium nach Paris und Holland um sein Wissen weiter auszubauen. Im Gegenzug dazu verpflichtete er sich, anschließend in den Dienst des fürstlichen Hochstifts einzutreten. Nach seiner Rückkehr folgte Siebold also seinem Vorgänger Stang ins Amt als Oberchirurg und las von nun an viermal wöchentlich Anatomie und Chirurgie, während zuvor kaum viermal pro Monat eine derartige Vorlesung stattgefunden hatte. So lockte er als hervorragender Lehrer Studenten aus ganz Europa nach Würzburg. Ebenso rief man Siebold aus ganz Deutschland zu sich, wenn ein guter Chirurg benötigt wurde. Er erwirkte außerdem, dass von nun an wieder Protestanten in Würzburg studieren durften und dass die Niederlassung nichtakademischer Wundärzte im Hochstift verboten wurde. 1786 wurde unter seiner Leitung zur Erweiterung des Gartenpavillons ein Hörsaal im Spital gebaut, 1789-1793 der Hauptbau an der Juliuspromenade neu errichtet und mit Krankensälen ausgestattet und schließlich 1804 die Hauskapelle zum Operationsaal umgebaut. Siebold war außerdem sehr darauf bedacht, Ansteckungen und Seuchenausbreitung innerhalb seines ärztlichen Wirkungskreises zu verhindern: In einer Instruktion zur Verminderung von Ansteckungen sprach er von einer „specifique materie“ die einen „morbum homogenem“ hervorrufen könne und durch Luft, Berührung, Gegenstände oder Essen übertragen werde. Das große Problem der Kontakt-, Schmierinfektion wurde von ihm also bereits gegen Ende des 18. Jahrhunderts erkannt.²²⁴

1793 beklagte Siebold in einem Brief an einen Kollegen, dass es zu wenig Verletzte gäbe, an welchen seine 50 Studenten das Versorgen von Wunden unter seiner Aufsicht üben könnten. Bereits drei Jahre später bot sich jedoch die passende Gelegenheit:

²²³ Mettenleiter, 2001, S. 94.

²²⁴ Maurer; Hartl, 1960, S. 30.

nach der Schlacht bei Würzburg zwischen den österreichischen und französischen Truppen mussten Hunderte von Verletzten versorgt werden. Unterstützt wurde Siebold dabei nicht nur von seinen Schülern, sondern auch von seinem Sohn und ersten Spitalarzt Christoph sowie seinen beiden jüngeren Söhnen Barthel und Adam Elias, welche ebenfalls Medizin studierten und extra aus Jena anreisten.

Bald darauf zog sich der nun fast 70-jährige immer mehr aus dem Operationsaal zurück und überließ das Praktizieren seinem Nachfolger Barthel Siebold. Sein letztes Anliegen war die Erhaltung der Universität Würzburgs, denn nach der Säkularisation hatte die bayerische Regierung entschieden, nur „eine Universität ersten Ranges“ im katholischen Franken aufzubauen.²²⁵ Dass dieser Titel nicht nach Bamberg ging, war sein größtes Anliegen, welches er schließlich durch die Modernisierung des Spitals und der klinischen Ausbildung auch erreichte.

1798 erlag Siebolds Sohn Christoph der Schwindsucht und auch Siebold selbst erholte sich nach einem Schlaganfall nicht mehr und verstarb am 3. April 1807. Dank der sogenannten „Academia Sieboldiana“ aber hatte die medizinische Fakultät Würzburgs ihre erste Blütezeit erlebt.²²⁶

Ein langjähriger und treuer Mitarbeiter Siebolds war Franz Caspar Hesselbach, welcher 1783 zweiter chirurgischer Gehilfe wurde und dank Siebold 1788 zum anatomischen Prosektor ernannt worden war. Hesselbach hatte zwar das Gymnasium ohne Reifezeugnis verlassen, durfte aber unter Siebold trotzdem anatomische Vorlesungen und Präparierkurse abhalten – was dem Lehrstuhlinhaber Ignaz Döllinger sehr missfiel. Hesselbach erhielt dennoch 1807 die Ehrendoktorwürde und übernahm sogar kurz vor seinem Tod noch provisorisch die Stelle als Oberwundarzt.

Sowohl Franz Caspar Hesselbach als auch später sein Sohn Adam Caspar lieferten durch ihre Sektionsergebnisse und die daraus gewonnenen, anatomische Kenntnisse einen wichtigen Beitrag zur Chirurgiegeschichte. Insbesondere die Anatomie der Hernien hatte es ihnen angetan, weshalb noch heute Eponyme wie das „Hesselbach-Band“²²⁷ und die „Hesselbach-Hernie“²²⁸ an sie erinnern. Die Hernienchirurgie befand

²²⁵ Herrlinger, 1953, S. 3.

²²⁶ Mettenleiter, 2001, S. 94-104.

²²⁷ Ligamentum interfoveolare.

²²⁸ Hernie durch die Lacuna vasorum.

sich zu dieser Zeit in einem eher rudimentären Stadium: es wurden zumeist nur inkarzerierte Hernien, welche durch Taxis nicht reponiert werden konnten, operiert. Also nur, wenn das Leben des Patienten akut bedroht war, wurde das Risiko einer Operation gewagt. Während der Operation wurde auch lediglich der Bruchring erweitert, um den Bruchsack zu reponieren, und die Patienten mussten anschließend zeitlebens ein Bruchband tragen. Die gefährliche Eröffnung des Bruchsackes wurde von den meisten Chirurgen gemieden. Außerdem war der gelegentlich irreguläre Verlauf vor allem der Arteria obturatoria (sogenannte Corona Mortis) gefürchtet, da im Falle einer Verletzung dieser Gefäße zumeist keine Hoffnung mehr für den Patienten bestand. Franz Caspar Hesselbach beschäftigte sich während seiner Sektionen sehr ausführlich mit den Gefäßen der Leistenregion und veröffentlichte 1806 seine erste Publikation: „Anatomisch-chirurgische Abhandlung über den Ursprung der Leistenbrüche“. Hesselbach teilte hierbei die Leistenhernien je nach ihrer Lage zur Arteria epigastrica inferior bereits in innere und äußere Leistenbrüche ein. Außerdem prangerte er den mangelhaften Wissensstand seiner wundärztlichen Kollegen über Leistenhernien an. 1815 setzte er seine Ausführungen in „Neueste Untersuchungen über den Ursprung und das Fortschreiten der Leisten- und Schenkelbrüche“ fort. Erstmals beschrieb er nun auch Schenkelhernien und gab weitere Klassifizierungen der Leistenhernien an. Im gleichen Jahr erschien eine Publikation, welche ein „Instrument zur sicheren Entdeckung und Stillung einer beim Bruchsnitte entstandenen gefährlichen Blutung“²²⁹ vorstellte. Diesen sogenannten Arterienpresser mit einem Tast-Löffel zum Aufspüren der Blutung hatte Hesselbach selbst entwickelt.

Auch im Fachbereich der Herniologie folgte Adam Caspar Hesselbach seinem Vater und veröffentlichte 1819 sein Werk mit dem Titel „Die sicherste Art des Bruchsnittes in der Leiste“ und 1819 den Nachtrag „Über den Ursprung und Verlauf der unteren Bauchdeckenschlagader und der Hüftbeinschlagader“. Adam Caspar Hesselbachs erklärtes Ziel war es, den von seinem Vater erfundenen Arterienpresser unnötig zu machen, indem man durch die richtige Schnittführung eine Arterienverletzung von Anfang an vermied. In zahlreichen Operationen an Leichen und Lebenden hatte

²²⁹ Mettenleiter, 2001, S. 121.

Hesselbach verschiedene Schnittführungen erprobt und in seiner zweiten Publikation lieferte er schließlich die auf 32 Sektionsprotokollen basierende anatomische Grundlage für seine Operationsmethode. Später beschäftigte er sich außerdem noch mit der Femoralhernie und veröffentlichte zwei Zusammenfassungen, die all sein Wissen und seine Erfahrungen über die Herniologie enthielten. Aufgrund ihres fehlenden Gymnasialabschlusses war es aber sowohl Vater als auch Sohn verwehrt, Ordinarius der Chirurgie zu werden.

Von 1803 bis 1814 trug diesen Titel Johann Barthel von Siebold, dritter Sohn Carl Caspar von Siebolds. Er hatte unmittelbar die Nachfolge seines Vaters nach dessen Tod angetreten. Weil sich Siebold sehr für augenärztliche Eingriffe, insbesondere Staroperationen interessierte, richtete er 1802/03 das „Clinicum für Augenkrankheiten“ im Juliuspital ein. Kurz darauf wurde er zum ordentlichen Professor ernannt und übernahm zusammen mit seinem Vater, welcher sich nun mehr und mehr aus seinen Tätigkeiten zurückzog, die Leitung der chirurgischen Klinik und das Amt des Oberwundarztes. Ebenfalls 1803 gelang den Siebolds mit Unterstützung durch den Universitätskurator Graf Thürheim der Bau eines zeitgemäßen Operationssaales im Erdgeschoß an der heutigen Juliuspromenade.

Ein Jahr nach dem Tod Carl Caspar von Siebolds brachte das sogenannte Organische Edikt wichtige Neuerungen mit sich: Von nun an unterschied man zwischen Ärzten, Chirurgen und Wundärzten, sogenannten Chirurgen und Landärzten sowie Hebärzten oder Accoucheurs.²³⁰ Ärzte, Chirurgen und Wundärzte, welche auch als Chirurgen erster Klasse bezeichnet wurden, erhielten ihre Ausbildung an den medizinischen Fakultäten der Universität, wohingegen Landärzte, auch Chirurgen zweiter Klasse genannt, an besonderen Schulen zum Beispiel in München oder Bamberg unterrichtet wurden. Diese Baderschulen wurden 1843 abgeschafft und die Chirurgie durfte seitdem nur noch von universitär gelehrten Chirurgen ausgeübt werden. Außerdem war die Erlangung eines chirurgischen Dokortitels nur noch mittels medizinischer Promotion möglich.²³¹

1814 gab Siebold das Büchlein „Geschichte und gegenwärtige Einrichtung des

²³⁰ Entspricht der heutigen Hebamme.

²³¹ Mettenleiter, 2001, S. 131f.

Chirurgischen Clinicums im Julius-Spitale“²³² heraus, welches sehr anschaulich das Alltagsleben, die Ausstattung und die Patientenversorgung am Juliusspital aufzeigte. Unter anderem erfährt man, dass die hellen und geräumigen Krankenzimmer mit zwölf Einzelbetten ausgestattet waren, von denen eines von der aufsichtshabenden Krankenwärterin eingenommen wurde oder, dass die Kranken bei ihrer Aufnahme gebadet wurden und spezielle Bekleidung erhielten. Im zweiten Kapitel widmet sich Siebold den didaktischen Aufgaben der Universität und man erfährt, dass die Studenten des klinischen Abschnittes während der allmorgendlichen Visite Anwesenheitspflicht hatten – die etwas fortgeschrittenen „Praktikanten“ durften hierbei schon unter Aufsicht ärztlich-chirurgische Behandlungen vornehmen, wohingegen die „Auscultanten“ nur zusehen durften. Einmal im Semester hatten sich die „Cliniker“ einer schriftlichen sowie einer mündlichen Prüfung zu unterziehen. Bei neuen Patienten wurden stets eine ausführliche Anamnese und eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Auf dieser Grundlage wurden schließlich Diagnose, Prognose und ein detaillierter Heilplan erstellt. 1813 führte die Schlacht bei Hanau dazu, dass alle Würzburger Spitäler bis aufs äußerste mit Verwundeten gefüllt waren. Diese Gelegenheit nutzte Siebold zur Unterweisung seiner Studenten in der Wundversorgung, ebenso meldete sich Siebold für die Stelle als Stabswundarzt der Landwehr. Infolge der überfüllten Lazarette und durchziehenden Heere breiteten sich rasch Epidemien aus und 1814 kurz vor seinem 40. Geburtstag erlag Johann Barthel von Siebold selbst einer dieser Krankheiten: dem sogenannten Lazarettfieber (vermutlich Fleckentyphus).²³³

Eine Woche nach Siebolds Tod übernahm zunächst provisorisch Georg Anton Markard das Amt des Professors für Chirurgie. Markard war nach seinem Medizinstudium vier Jahre lang Siebolds Gehilfe gewesen. Jedoch stand es auch um seine Gesundheit nicht gut, weshalb seine Stelle provisorisch durch den aus München herbeigerufenen Wundarzt Cajetan von Textor besetzt werden sollte. Noch bevor dieser in Würzburg eintraf, verstarb Markard am 27. Januar 1816 in Folge einer Leberverhärtung.

Der 1782 im oberbayerischen Markt Schwaben geborene Cajetan von Textor studierte

²³² Mettenleiter, 2001, S. 134.

²³³ Mettenleiter, 2001, S. 125-143.

ab 1804 Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in Landshut und absolvierte nach seiner Promotion eine zweijährige Praktikantenzeit am Münchner Militärspital. Anschließend wurde ihm durch ein Stipendium der bayerischen Regierung eine medizinische Bildungsreise, welche ihn über Paris, Pavia, Neapel und Wien führte, ermöglicht. Danach kehrte er nach München zurück und übernahm 1812 die Stelle des zweiten Wundarztes. Mit 33 Jahren wurde er dann aufgrund seiner Berufserfahrung und seines operativen Geschickes nach Würzburg berufen. Besonderes Interesse hatte Textor an augenärztlichen und urologischen Eingriffen, seine größten Erfolge erzielte er in der Unfallchirurgie: sein „Textor-Schnitt“ wurde bei Resektionen oder Amputationen noch bis kurz vor dem zweiten Weltkrieg angewendet. Auch in seinem Engagement zur baulichen und organisatorischen Verbesserung knüpfte er an die Arbeit seiner Vorgänger an: 1821 setzte er den partiellen Umbau des Operationssaales im Portalbau um, vier Jahre später erreichte er, dass der Pfründner-Aufnahme-Saal, welcher die meiste Zeit leer stand, für medizinische Vorlesungen genutzt werden durfte.

Textors Vorgänger Carl Caspar und Barthel von Siebold hatten zwar sehr viel Wert auf eine fundierte praktische Ausbildung ihrer Studenten gelegt, jedoch hatten sie in all dieser Zeit kein einziges Lehrbuch veröffentlicht. Das Standardwerk „Anfangsgründe der Wundarzneikunst“ von August Gottlieb Richter war mittlerweile veraltet, weshalb Textor zunächst ein modernes Standardwerk der Operationslehre vom renommierten französischen Chirurgen Alexandre Boyer übersetzte und so seinen Studenten zugänglich machte. 1835 veröffentlichte Textor schließlich sein eigenes Chirurgiebuch mit dem Titel „Grundzüge zur Lehre der chirurgischen Operationen, welche mit bewaffneter Hand durchgeführt werden“.²³⁴

Die Wundarzneikunst hatte sich seit den Zeiten Carl Caspar von Siebolds nun endgültig zu einem eigenständigen Zweig entwickelt und stand nicht mehr im Schatten der inneren Medizin. Dank der „königlichen bayrischen Verordnung zur Reform des Medizinstudiums“ wurden seit 1843 im theoretischen Examen und in der praktischen Schlussprüfung des Medizinstudiums Chirurgie, Geburtshilfe und Medizin

²³⁴ Mettenleiter, 2001, S. 150ff.

gleichberechtigt geprüft und die Abschlusskandidaten mussten ihr chirurgisches Geschick anhand von praktischen Übungen an der Leiche beweisen.

Cajetan von Textor war es auch, der als Erster den neuartigen Schwefel-Äther-Apparat, nach amerikanischem Vorbild gebaut, in Gebrauch nahm. Textor setzte ihn bei ungefähr 80 Operationen ein und war begeistert von der Möglichkeit, nun Operationen unter Schmerzfreiheit oder zumindest Schmerzlinderung durchführen zu können. Robert von Welz, welcher den Apparat gebaut hatte, schickte ihn daraufhin zusammen mit einer Anleitung und dem Hinweis auf die erfolgreiche Erprobung im Juliusspital zum bayerischen König. Nach erneuter Prüfung durch das bayerische Ministerium wurde der Apparat schließlich allen Kliniken empfohlen.

In den letzten Jahren seiner Tätigkeit sah sich Cajetan von Textor zunehmender Kritik ausgesetzt: Insbesondere warf man ihm fehlende Flexibilität gegenüber den raschen Fortschritten in der Medizin vor. Auch die Studentenzahlen gingen zurück und Textor musste wegen Krankheit häufig vertreten werden. Mit 70 Jahren wurde er schließlich seines Amtes enthoben, er fand sich aber nur schwer mit seinem erzwungenen Ruhestand ab und starb am 7.8.1860 in seinem Haus in der Haugerpfarrgasse. Textor war einer der letzten Chirurgen der „alten Schule“ und prägte die Entwicklung des Juliusspitals fast ein halbes Jahrhundert lang, woran noch heute die Textorstraße in Würzburg erinnert.²³⁵

Die Nachfolge Textors trat mit gerade einmal 37 Jahren der in Prag geborene Adolf Morawek an. Er konnte dieses Amt aber nur ein Jahr besetzen, da er infolge einer „Lungenaffection“ an seinem 39. Geburtstag starb.

Um der chirurgischen Klinik am Juliusspital wieder zu neuem Glanz zu verhelfen, wollte die Fakultät für die Wiederbesetzung des vakanten Lehrstuhls einen fähigen ausländischen Chirurgen gewinnen. Ihr Favorit war Wenzel Linhart aus Wien. Dieser wurde sodann auch mit dem Bestellsdekret vom 24. April 1856 offiziell zum Professor der Chirurgie und zum Oberwundarzt ernannt.

Linhart wurde 1821 in Seelowitz (Mähren) als Sohn eines Wundarztes geboren und studierte ab 1838 in Wien Medizin. Im Jahre 1844 promovierte er zum Dr. med., ein

²³⁵ Mettenleiter, 2001, S. 147ff.

Jahr später zum Doktor der Chirurgie. Im Jahre 1853 folgte die Habilitation, kurz darauf verließ er die Chirurgische Klinik, um die Veröffentlichung seines Hauptwerkes „Compendium der chirurgischen Operationslehre“ (1856) vorzubereiten. 1856 folgte er schließlich dem Ruf der Würzburger Universität. Linhart galt zwar als Vertreter der konservativen Chirurgie, ihm wurde aber großes operatives Geschick zugesprochen. Bei den Studenten war er vor allem wegen seines netten Umganges beliebt, außerdem führte er den Studenten augenärztliche Operationen vor, um sie möglichst gut auf ihre praktische chirurgische Prüfung vorzubereiten. Seit 1858 schrieb die Studienordnung nämlich vor, dass im Rahmen der Abschlussprüfung mindestens eine Augenoperation verrichtet werden musste.

Während der Kriege 1866 und 1870/71 übernahm Linharts erster chirurgischer Assistent Adalbert Dehler die Vorlesungen, da Linhart selbst mit der Versorgung von Verwundeten in den Lazaretten beschäftigt war.

Der Fakultätskollege Alois Geigel erstellte Linhart 1877 ein Krankenattest mit der Diagnose „Neuralgien“, zwei weitere Kollegen schlossen sich dieser Diagnose an und stellten zusätzlich eine „Verschwärung der Zunge“ fest. Noch im Oktober desselben Jahres verstarb Linhart – vermutlich an einem rasch fortschreitenden Tumor der Zunge.²³⁶

Der Dekan der medizinischen Fakultät Eduard Rindfleisch berichtete dem Senat erst zwei Monate nach Linharts Tod von seinen Vorschlägen für die Neubesetzung des Lehrstuhls. Da die Berufung der drei führenden Chirurgen Langenbeck, Billroth und Thiersch aussichtslos war, hatte man sich zwischen Vincent Czerny, August Socin, Carl Hueter und Ernst von Bergmann für Letzteren entschieden. Dieser hatte sich auf eine schriftliche Anfrage hin bereit erklärt, im Falle seiner Berufung bereits zu Beginn des Sommersemesters anwesend zu sein. Im Februar 1878 unterzeichnete Ludwig II. die Ernennungsurkunde und am 29. April 1878 wurde in Würzburg einer der bedeutendsten Chirurgen, der je am Juliusspital gelehrt hatte, vereidigt.

Bergmann, welcher 1836 in Riga geboren wurde, studierte zunächst Medizin in Dorpat, wo er 1860 promovierte. Nur drei Jahre später habilitierte er sich und hielt an der

²³⁶ Mettenleiter, 2001, S. 165ff.

Dorpatener Universität unter seinem künftigen Schwiegervater Vorlesungen über Verbandslehre, Luxationen und Frakturen. Das Wissen darüber hatte er sich als Militärchirurg auf zahlreichen Feldzügen angeeignet. Außerdem leitete er in Dorpat die chirurgisch-ophthalmologische Ambulanz und beschäftigte sich intensiv mit den Grundlagen der Wundinfekte.

Obwohl sich Bergmann in einem Brief an seinen Kollegen Volkmann eher kritisch über die Bedingungen am Juliusospital äußerte („Das Material ist hier vortrefflich – allein die Klinik sehr alt und alles, was Lehrmittel genannt werden kann, fehlt gänzlich in geradezu unglaublicher Weise.“²³⁷), wählte er von den gleichzeitig aus St. Petersburg, Kiew und Würzburg eingehenden Berufungen das Juliusospital aus.

Bergmann nahm die vorgefundenen schlechten Bedingungen jedoch nicht hin und überzeugte Spitaldirektor Caspar Lutz von einigen, längst notwendigen Neuerungen: Instrumentarium und Operationsräume wurden erneuert, die längst veralteten Operationskittel aus schwarzen Wachs ersetzt, außerdem wurde eine detaillierte Dienstanordnung für alle Ärzte der Klinik erlassen. In seiner vierjährigen Tätigkeit führte Bergmann des Weiteren das „Listern“ in der Klinik ein und machte sich für einen Klinikneubau stark, konnte diesen aber während seiner Amtszeit (1878-1882) nicht mehr realisieren.²³⁸ Im Jahre 1882 entschloss sich Bergmann dann, die Nachfolge des verstorbenen Langenbeck in Berlin anzutreten und Würzburg musste sich von einem der besten Chirurgen der damaligen Zeit verabschieden.

5.2 Das Juliusospital und seine Chirurgen im ausgehenden 19. Jahrhundert

Nachdem Bergmann seinen Wechsel nach Berlin verkündet hatte, musste sich die medizinische Fakultät erneut mit Vorschlägen für die Besetzung der Chefarztstelle an den Senat wenden. Damit ließ sie sich wohl etwas Zeit, denn im Wintersemester 1882 teilen sich erneut, wie auch schon 1877 nach Linharts Tod, Ferdinand Riedinger (Chirurgische Klinik), Ottmar Angerer (Operationskus) und Andreas Rosenberger

²³⁷ Mettenleiter, 2001, S. 171.

²³⁸ Maurer; Hartl, 1960, S. 78.

(theoretische Chirurgie) die Chefarztstelle. Riedinger, welcher nun schon zum zweiten Mal provisorisch die Klinikleitung übernahm und sich natürlich auch darum bemühte, dieses Amt dauerhaft besetzen zu dürfen, hatte auch Unterstützung aus München: die medizinische Fakultät, welche schon seit langem verdächtigt wurde, bayerische Kandidaten zu benachteiligen, wurde vom Senat aufgefordert, die Ablehnung Riedingers schriftlich zu rechtfertigen. Julius Michels schrieb daraufhin im Namen der Fakultät eine Stellungnahme, in welcher Riedingers mangelnde Qualifikation unter anderem durch seine ungenügenden rhetorischen Fähigkeiten und der zu geringen Anzahl an Publikationen begründet wurde. Lieblingskandidat der Fakultät war der Freiburger Chirurg Hermann Maas, ein überzeugter Anhänger des Lister'schen Verfahrens. Er war es auch, den Bergmann für seine Nachfolge empfohlen hatte. Nachdem die Fakultät erneut eine Reihe von Empfehlungsschreiben vorgelegt hatte, wurde Hermann Maas trotz aller Vorbehalte des Senats am 10. März 1883 zum Ordinarius für Chirurgie und zum Oberwundarzt bestellt.

Hermann Maas, welcher am 3. Januar 1842 in Stargard (Pommern) geboren wurde, hatte in Greifswald und Breslau Medizin studiert, 1865 promoviert und arbeitete anschließend als Assistent in der Chirurgischen Klinik in Breslau unter Heinrich Middeldorpf. 1866 wurde ihm die chefarztliche Betreuung von über 1000 Verwundeten übertragen und er sammelte ausreichend kriegschirurgische Erfahrungen für seine Habilitation „Kriegschirurgische Beiträge aus dem Jahre 1866“.²³⁹ In dieser Schrift spricht er sich besonders für die Technik des Listerns in den Lazaretten aus. Er war also mit den Grundsätzen der Anti- und Asepsis bestens vertraut und suchte auch auf diesem Gebiet stetig nach möglichen Verbesserungen. Basierend auf seinen praktischen Erfahrungen setzte er sich für die Verwendung der essigsauren Thonerde – einem Antiseptikum – ein.²⁴⁰ Auch am deutsch-französischen Krieg nahm Maas 1870/1871 als Stabsarzt teil und veröffentlichte in dieser Zeit auch eine Reihe von experimentalchirurgischen und klinischen Arbeiten. 1878 folgte er dem Ruf nach Freiburg (Breisgau) und wurde dort Professor der Chirurgie. Fünf Jahre später erteilte ihn dann die Berufung nach Würzburg. In seiner Antrittsrede mit dem Titel

²³⁹ Mettenleiter, 2001, S. 177.

²⁴⁰ Michel: Gedächtnisrede auf Herrn Hofrath Professor Dr. Hermann Maas, Würzburg 20. November, 1886, S. 10.

„Unterricht in der chirurgischen Klinik“²⁴¹ am 12. April 1883 trat er für eine konsequente Erziehung zur Antiseptik ein. Nach ausgedehnten praktischen Versuchen mit dem Antiseptikum Sublimat führte Maas in der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals den sogenannten „Sublimat-Kochsalz-Dauerverband“ ein und vereinfachte dadurch die Wundbehandlung.²⁴² 1886 schrieb Hermann Maas, unter dessen Leitung bereits die chirurgische Abteilung des Freiburger Krankenhauses umgebaut worden war, einen Bericht an das Innenministerium und bat um eine Lösung der prekären hygienischen und räumlichen Situation im Juliusspital.²⁴³ Noch im selben Jahr erkrankte er jedoch an einer Pleuritis und Perikarditis und sein Assistent Albert Hoffa, welcher ihm aus Freiburg gefolgt war, musste ihn vertreten. Am 23. Juli, weniger als vier Jahre nach seiner Amtseinführung, starb Maas an einer Lungenembolie und konnte somit die angestrebte Klinikmodernisierung nicht mehr vorantreiben. In der Trauerrede, gehalten vom damaligen Rektor der Universität Prof. Dr. von Urlichs, wurde Hermann Maas als „umsichtiger Geschäftsmann“, „begeisterter Priester der Wissenschaft“ und „unvergleichlicher Lehrer“ mit „liebenswürdiger Natur und edlem Charakter“ verabschiedet.²⁴⁴

Sein zweiter chirurgischer Assistent Albert Hoffa, der sich 1886 habilitiert hatte, wandte sich später der Orthopädie zu. Er leitete außerdem eine Privatklinik in Würzburg, welche sich zunächst in der Sanderglaxisstraße, später dann in der Sieboldstraße befand, schrieb zahlreiche Lehrbücher und gilt als Begründer der „Zeitschrift für orthopädische Chirurgie“ sowie der „Deutschen Orthopädischen Gesellschaft“.²⁴⁵ Auch Ferdinand Riedinger, welcher nun schon mehrmals die provisorische Leitung des Juliusspitals übernommen hatte, erfuhr Maas' Unterstützung: 1883 wurde er durch einen Antrag von Selbigem und der Fakultät zum Extraordinarius ernannt. Riedinger eröffnete später in der damaligen Sandgasse die erste Privatklinik Würzburgs. 1916 wurde er mit über 70 Jahren zum Professor ernannt und mit zahlreichen Orden, unter anderem für die Reserve-Lazarett-Leitung im I.

²⁴¹ Michel, 1886, S. 11.

²⁴² Michel, 1886, S. 12.

²⁴³ Michel, 1886, S. 10.

²⁴⁴ Urlichs: Trauerrede gehalten am Grabe des k. Hofrates Prof. Dr. Hermann Maas, Würzburg 25. Juli, 1886, S. 1.

²⁴⁵ Buschinger, Nicolae: Albert Hoffa, Würzburg, 1971, S. 11.

Weltkrieg, ausgezeichnet. Im Alter von 71 Jahren starb Ferdinand Riedinger am 29. März 1918.²⁴⁶

Am 2. August 1886 richtete sich die Würzburger medizinische Fakultät wieder einmal an den Senat mit dem Vorschlag, den damaligen Königsberger Ordinarius Carl Schönborn für die Neubesetzung des chirurgischen Lehrstuhls in Betracht zu ziehen. Schönborn war als Schüler Wilms' und Langenbecks bekannt und hatte einige überaus hochwertige Veröffentlichungen aufzuweisen. Der gebürtige Breslauer hatte in seiner Heimatstadt, Heidelberg, Göttingen und Berlin Medizin studiert, trat 1883 nach seiner Dissertation als chirurgischer Assistent in das Krankenhaus Bethanien²⁴⁷ ein und führte seine Ausbildung bei Langenbeck am Institut für Chirurgie und Augenheilkunde in Berlin fort. 1870 konnte er sich in der Leitung dreier Berliner Krankenhäuser (Charité, Augustahospital und jüdisches Krankenhaus) beweisen, da Bernhard von Langenbeck und Heinrich Adolf von Bardeleben, welche zuvor diese Aufgabe erfüllt hatten, an die Front beordert wurden. Anschließend wurde Schönborn auf ausdrücklichen Wunsch Kaiserin Augustas an die Königsberger chirurgische Klinik berufen. 1886 wurde er schließlich in Würzburg offiziell vereidigt, gleichzeitig hatte er ausgehandelt, den bayerischen Hofratstitel zu erhalten.

Besonders erwähnenswert ist der während Schönborns Tätigkeit stattgefundene Neubau eines modernen Operations- und Hörsaalgebäudes. Bereits Bergmann und Maas hatten einen Neubau der Klinik gefordert. Nun kam es unter dem neuen Klinikdirektor Schönborn, welcher schon in Königsberg den Klinikneubau geleitet hatte, zumindest zur Errichtung eines neuen zweistöckigen Komplexes im Garten des Juliusspitals. Der bisherige Operationssaal war mit seinen nur 60 Quadratmetern den Zuhörerzahlen von über 160 Studenten nicht mehr gewachsen. Auch die eisernen Öfen, welche im Winter ein regelrechtes „Schwitzbad“ für die sich in der Nähe befindlichen Studenten erzeugten, sowie die räumliche Aufteilung und die hygienischen Bedingungen waren nicht mehr zu verantworten. Schönborn erinnerte in seiner Rede anlässlich der Eröffnungsfeier des neuen Operations- und Hörsaalgebäudes nochmals an die bisherigen Zustände, zum Beispiel, dass man sich

²⁴⁶ Mettenleiter, 2001, S. 175ff.

²⁴⁷ Krankenhaus in Berlin, welches heute ein Künstlerhaus ist.

am Tische – sobald zwei Operationen oder Verbandswechsel gleichzeitig stattfanden – kaum noch bewegen konnte, „ohne sich gegenseitig fortdauernd zu stoßen und zu hemmen“.²⁴⁸

Nach zweijähriger Bauzeit konnte also am 29. April 1890 das neu errichtete Gebäude eingeweiht werden: neben dem Operationssaal, welcher sich über zwei Stockwerke erstreckte und Platz für 222 Zuhörer bot, befand sich im Parterre die Poliklinik (3 Räume), ein Verbandstoffzimmer und seit 1892 ein neuartiger Sterilisationsapparat. Im ersten Stock waren Wartezimmer, Vorbereitungsraum, Operationssaal und das Zimmer Schönborns untergebracht. Im Obergeschoss wurde ein kleines chemisches Labor eingerichtet: infektiöses Material wurde aufgrund der steigenden hygienischen Anforderungen außer Haus untersucht. Im Jahre 1893 verfügte das Juliusspital über 215 Säle und Zimmer mit maximal 500 verfügbaren Betten. 81 Zimmer waren für Kranke reserviert, 27 standen für Pfründner zur Verfügung. Im selben Jahr wurden pro Tag im Durchschnitt neun Kranke aufgenommen und der Krankenstand lag im Durchschnitt bei 350 Personen. Im gesamten Jahre 1893 wurden insgesamt 3725 Kuristen verpflegt (1790 waren es noch 455, 1890 bereits 3195 gewesen). Verstorben sind im selben Jahr 310 Personen (252 Kuristen, 56 Pfründer, 2 Angestellte). Der ärztliche Stab bestand aus drei Oberärzten (Universitäts-Professoren), fünf Assistenzärzten, einigen universitären Assistenzärzten und zwei chirurgischen Heilgehilfen. Die Krankensäle waren im ersten und zweiten Stock des Vorderbaus, sie waren getrennt nach Geschlecht und befanden sich für medizinisch Kranke auf der rechten, für chirurgisch Kranke auf der linken Seite des Ganges.²⁴⁹ Auch die Wege von Kranken und Gesunden kreuzten sich nicht, denn erstere wurden über eine Brücke, die das neue Gebäude mit dem Fürstenbau verband, direkt in den Operationssaal geschoben. Die Studenten hingegen traten von der Gartenseite her ein. Die Wände des Saales waren mit abwaschbaren Ölfarben gestrichen und der Boden aus widerstandsfähigem Material. 1906 wurden ein aseptischer Anschlussapparat nach Krönlein und ein Lautenschläger'scher Kochsalzsterilisationsapparat angeschafft. Trotz aller dieser Neuerungen wurde der Ruf nach einem kompletten Klinikneubau, um mit

²⁴⁸ Buschinger, 1971, S. 8.

²⁴⁹ Schuler, G.M.: Führung durch das Juliusspital zu Würzburg, Würzburg, 1895, S. 24ff.

anderen modernen Krankenhäusern in Deutschland mithalten zu können, immer lauter. Auch personell kam es unter Schönborn zu Neuerungen: im Jahr 1900 beantragte er die Einstellung eines Assistenten eigens für die chirurgische Kinderabteilung. Dem Antrag wurde aufgrund der steigenden Zahl an Kindern unter den chirurgischen Patienten stattgegeben. Dies hatte zur Folge, dass erstmals ein zweiter Universitätsassistent namens Michael Brod als Leiter der Kinderabteilung eingestellt wurde. Schönborn hatte in seiner zwanzigjährigen Tätigkeit an einer schleichenden Herzerkrankung gelitten und starb schließlich am 6. Dezember 1910 an einer Lungenentzündung.²⁵⁰ Zwar hatten Schönborn und seine Vorgänger stets einen Klinikneubau gefordert, denn der „Kasten“, wie das Juliusspital damals spöttisch genannt wurde, konnte auf Dauer nicht mehr mit den fortschrittlichen Krankenhäusern im restlichen Land mithalten, aber letztlich konnten erst im Jahr 1921 unter Fritz König die neuen Räumlichkeiten in Grombühl bezogen werden.

Obwohl das Juliusspital auch Blütezeiten hatte und durch seine namhaften Professoren in der Vergangenheit zu den bekanntesten Spitälern in Deutschland gezählt hatte, geriet der mittlerweile über 300 Jahre alte Bau im 19. Jahrhundert gegenüber anderen modernen Hospitälern, wie zum Beispiel den neu gebauten Krankenhäusern „Friedrichshain“ in Berlin und „St. Jacobs-Krankenhaus“ in Leipzig zunehmend ins Hintertreffen. Diese Krankenhäuser waren entsprechend dem damals aktuellen Dezentralisierungsgedanken als Pavillon-Krankenhäuser nach dem Vorbild des berühmten Pariser Lariboisière-Pavillon-Krankenhaus gebaut oder als Lazarett-Krankenhäuser den nordamerikanischen Vorbildern nachempfunden. Es wurden eine Reihe bauhygienischer, sanitärer und räumlicher Maßnahmen zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen²⁵¹ getroffen. Beispielsweise wurde vom Aufbau künstlicher Ventilatoren abgesehen, welche noch keine Filtersysteme besaßen und so in den alten Krankenhaushochbauten zur Verbreitung von Krankheitserregern beigetragen hatten. Stattdessen wurden kleine flache Bettensäle errichtet, in denen alles für eine „natürliche Licht- und Luftzufuhr“ ausgerichtet war.²⁵² Nachteile dieser dezentralen

²⁵⁰ Mettenleiter, 2001, S. 179-189.

²⁵¹ Infektionen, die im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt hervorgerufen werden.

²⁵² Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum – Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln, 1988, S. 141ff.

Bauweise waren jedoch, dass die Kosten für den Bau und den Unterhalt teurer waren und mehr Personal benötigt wurde.²⁵³ Außerdem wusste man dank Robert Kochs Entdeckungen bald über die Mechanismen der Kontaktinfektion Bescheid und der alte Glaube an die „Luftinfektion“ war somit widerlegt. Nun stand die Vorbeugung der direkten Kontaktwege im Zentrum des Interesses. Deshalb versuchte man schon bald die Vorteile des Pavillonsystems mit einer kompakten Bauweise zu vereinen. Man legte die Pflegestationen wieder in mehrgeschossigen Blöcken übereinander und verzahnte sie durch Korridorgebäude, in denen sich unter anderem Verwaltung und Wäscherei befanden. Diese „Blockbauweise“ wurde in den Krankenhäusern in Lübeck (1885-1887), Worms (1886-1888) und Frankfurt (1885-1888) angewendet. Auch die Pavillons für die Chirurgie wurden nun wieder zweigeschossig gebaut: Der Glaube, dass die Heilungserfolge in der zweiten Etage durch aufsteigende „kontagiöse“ Luft schlechter wären, weshalb man zuvor die Chirurgie stets eingeschossig gebaut hatte, konnte sich also nicht lange halten. Die Tatsache, dass man beim Bau des Krankenhauses in Frankfurt zwei Operationsräume einplante, zeigt, wie sich der Wandel von der Antisepsis zur Asepsis vollzog. Zur Einhaltung der Asepsis waren nämlich mindestens zwei Operationsräume zur Trennung infektiöser Operationen von den übrigen nötig. Dieser Wandel vollzog sich zusammen mit der Einführung von Sterilisationsapparaten: Robert Koch zog bereits 1880 die Sterilisation mit heißem gesättigtem Wasserdampf der Heißluftdesinfektion vor. Das Universitätsklinikum Bonn benutzte als erstes ab 1882 einen derartigen Hochdruckdampfsterilisator, es folgten Köln, Berlin und Frankfurt (1886). Wie bereits erwähnt, verfügte das Juliuspital erst ab 1892 über einen Sterilisationsapparat: Er befand sich in dem 1890 errichteten Gebäude, in welchem sich auch der neue Operationssaal befand. Dieser Saal war zwar größer, aber es war nur ein Operationssaal und der erwähnte Grundsatz der Asepsis wurden somit nicht erfüllt. Dies und die im deutschlandweiten Vergleich doch sehr späte Einführung der Sterilisation zeigen, dass das Juliuspital im ausgehenden 19. Jahrhundert kein Prototyp des modernen Krankenhauses war, sondern, dass der lang geforderte Klinikneubau die längst überfällige und einzige Möglichkeit war, um das

²⁵³ Jetter, Dieter: Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800-1900), Darmstadt, 1977, S. 117ff.

Juliusspital wieder zu einer anerkannten und zukünftig überlebensfähigen Institution zu machen.²⁵⁴

²⁵⁴ Murken, 1988, S. 151ff.

6. Die Hernienbehandlung im Juliusspital 1883 und 1893 – ein Blick in die chirurgische Praxis

Ziel dieses Kapitels ist die Analyse und Interpretation der aus den Jahren 1883 und 1893 aus der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals überlieferten Krankenblätter. Die Untersuchungen gliedern sich dabei in quantitative und qualitative Aspekte: zu ersteren zählen Geschlechterrelation, die Relation zwischen Operation und Taxis sowie zwischen überlebenden Patienten und Patienten, die noch im Krankenhaus verstarben. Diese können mit Hilfe der in den zeitgenössischen Publikationen auftauchenden Statistiken untersucht und dargestellt werden. Bei den qualitativen Aspekten sollen die Krankenblätter der Jahre 1883 und 1893 hinsichtlich formaler und inhaltlicher Gesichtspunkte untersucht und gegenübergestellt werden. Dabei wird insbesondere überprüft werden, ob sich das chirurgische Tagesgeschäft innerhalb dieser zehn Jahre stark verändert hat und wenn ja, wie diese Veränderungen aus heutiger Sicht interpretiert werden können.

6.1 Quantitative Aspekte

Die Geschlechterrelation

Aufgrund ihrer geringen Anzahl lassen die überlieferten Krankenblätter allein keine quantitative Aussage zur Geschlechterrelation zu. Einen besseren Überblick darüber erhält man, indem man einen Blick in die zeitgenössischen Publikationen wirft und die darin enthaltenen Statistiken zum Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Patienten betrachtet: Ferdinand Schultze beschreibt in seiner Dissertation 19 Hernienoperationen, davon wurden sechs an Frauen durchgeführt. Jedoch bestanden fünf der sechs Hernien schon seit Jahren und waren nun akut eingeklemmt.²⁵⁵ Bei

²⁵⁵ Schultze, 1885, S. 21ff.

Franz Nothass hingegen finden sich unter den 82 von 1880 bis 1890 operierten Hernien 35 weibliche Patienten.²⁵⁶ Otto Pickel wiederum gibt an, dass unter den 53 Operationen (von August 1890 bis Januar 1894) nur 10 Frauen waren.²⁵⁷ Auch in der Dissertation von Moritz Hirschkopf von 1900 wird angegeben, dass von den 236 beschriebenen Fällen nur 36 Fälle an weiblichen Patienten vorkamen.²⁵⁸ Insgesamt war der Frauenanteil unter den Hernienpatienten im ausgehenden 19. Jahrhundert also sehr gering und es ist auch im Zeitraum von 1883-1893 keine Zunahme der weiblichen Patienten festzustellen. Im Gegenteil: finden sich in den Statistiken von Schultze (1885) und Nothass (1892) 31 beziehungsweise 42 Prozent Frauen, so sind es bei Pickel (1894) und Hirschkopf (1900) nur 18 beziehungsweise 15 Prozent.

Auch Reinhard Spree zeigt, dass bis zum Ersten Weltkrieg erheblich mehr Männer als Frauen das Krankenhaus aufsuchten. Begründet ist die Unterrepräsentation der Frauen im Krankenhaus in der damaligen Arbeitsmarktsituation und dem damit häufig einhergehenden, fehlenden Versicherungsstatus bei Frauen. Die Berücksichtigung von Familienmitgliedern durch die Krankenkassen galt nämlich erst ab 1932 als Regelleistung.²⁵⁹

Bei der Betrachtung von Hernien muss man außerdem berücksichtigen, dass Männer generell häufiger unter Hernien (vor allem Leistenhernien) litten und auch dadurch eine gewisse Erhöhung des Männeranteils begründet werden kann.²⁶⁰

Hinzu kommt, dass der Arzt bei der körperlichen Untersuchung von Hernien eine Region nahe des Intimbereiches untersuchen musste und da es sich ausnahmslos um männliche Ärzte handelte, kamen Frauen aus Scham oftmals nur im Falle äußerster Schmerzen Hilfe suchend in ein Krankenhaus. Die körperliche Untersuchung etablierte sich überhaupt erst im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung der Medizin im Laufe des 19. Jahrhunderts.²⁶¹ Claudia Huerkamp spricht dabei vom Wandel eines „vormodernen Bildungsberufes“ zu einer „modernen Profession“.²⁶² Die körperliche

²⁵⁶ Nothass, 1892, S. 10.

²⁵⁷ Pickel, 1894, S. 38.

²⁵⁸ Hirschkopf, 1900, S. 34.

²⁵⁹ Vgl.: Spree, 1996, S. 67f.

²⁶⁰ Bergmann; Bruns, 1907, S. 600 (Bruchhäufigkeit laut Bergmann; Bruns: Mann (1: 14,9) Frau (1: 44,7)).

²⁶¹ Vgl. auch: Lachmund, Jens: Der abgehorchte Körper – Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung, Opladen, 1997, S. 247ff, S. 250.

²⁶² Huerkamp, 1980, S. 349.

Untersuchung war bis ins 18. Jahrhundert hinein verpönt. Vor allem die bestehenden Schamgrenzen, die insbesondere dann sehr stark ausgeprägt waren, wenn ein Arzt einer Patientin derselben Schicht gegenüberstand, trugen zu ihrer langsam ablaufenden Verbreitung bei. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde die körperliche Untersuchung nach und nach Bestandteil des medizinischen Alltags. Huerkamp spricht in diesem Zusammenhang von der Etablierung einer „medizinischen Kultur“, in deren Bereich die Entblößung des weiblichen Körpers keine Verletzung der Schamgrenzen mehr darstellte.²⁶³ Diese Etablierung benötigte jedoch einen deutlich größeren Zeitraum als der rein technisch-medizinische Fortschritt, weshalb medizinische Ratgeber auch noch Ende des 19. Jahrhunderts empfahlen, die Untersuchung von Frauen und Mädchen nur in Gegenwart der Mütter oder Ehegatten vorzunehmen. Das Verhältnis zwischen männlichem Arzt und weiblicher Patientin war noch nicht so weit „entsexualisiert“, dass man eine „anständige Frau“ ohne „Aufpasser“ einem Arzt überlassen hätte. Dies war auch der Grund dafür, warum Frauen mit ihren Leiden wenn überhaupt lieber einen verheirateten Arzt aufsuchten. Auch der Anteil an von Ärzten durchgeführten Geburten betrug zu Beginn des 20. Jahrhunderts trotz der Denunziation der Hebammen durch die Ärzte nur 7 Prozent²⁶⁴. Insgesamt zeigt sich also, dass tatsächlich eine Unterrepräsentation des weiblichen Geschlechts bestand und dass diese vor allem in der Funktionsweise der Krankenkassen und den bestehenden Schamgrenzen begründet war.

Taxis vs. Operation

Bei Betrachtung der Krankenblättern aus dem Jahre 1893 fällt im Vergleich zu denen des Jahres 1883 auf, dass bei drei Patienten (Anton Backmund, Christoph Reitz und Conrad Weiller) die Taxis, also die Reposition des Bruches ohne eine Operation gelang und diese Patienten somit nach wenigen Tagen mit einem Bruchband oder im Falle Reitz mit einem speziellen Kompressionsverband des Beckens (sogenannte spica

²⁶³ Vgl.: Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Göttingen, 1985 S.156ff.

²⁶⁴ Anteil an den gesamten Geburten in Preußen.

coxae) entlassen werden konnten. Beim Patienten Gustav Dressel (1893), welcher ebenfalls nach sechs Tagen entlassen wurde, findet sich keine Angabe zur durchgeführten Therapie. Da aber angegeben wurde, dass die Hernie immer leicht zu reponieren war und der Patient nach so kurzer Zeit das Juliusspital verließ, wurde vermutlich auch hier erfolgreich die Taxis angewendet.

Lediglich wenn der Bruch eingeklemmt oder die Situation akut lebensbedrohlich war, wurde zur Operation geschritten. Ansonsten kann man aus den Krankenblättern schließen, dass Taxis und Anfertigung eines Bruchbandes bei reponierbaren Brüchen noch immer Mittel der Wahl waren.

Erstaunlicherweise findet sich unter den Krankenblättern des Jahres 1883 kein einziger Fall, bei dem die Taxis angewendet wurde. In acht von neun überlieferten Patientenbögen wurde zur Operation geschritten, der Patient David Emmerich verstarb bevor die Herniotomie durchgeführt werden konnte. Außerdem fällt bei Betrachtung der Beschreibungen, die sich in den Krankenblättern finden, auf, dass die Patienten im Jahr 1883 nur im äußersten Notfall (Einklemmung etc.) ins Juliusspital kamen und somit auch nicht mehr anders als durch den Versuch der Operation gerettet werden konnten. Aus heutiger Sicht lässt dies mehrere Vermutungen zu: entweder sind aus dem Jahre 1883 nur die Krankenblätter von Patienten, bei denen die Operation durchgeführt wurde, erhalten – vielleicht weil diese beispielsweise aus Forschungs- oder Publikationszwecken sorgfältiger aufbewahrt wurden. Oder Albert Hoffa, der Leiter der chirurgischen Abteilung, gehörte zu der Art von Chirurgen, die tendenziell rasch zur Operation schritten. Vielleicht war man auch aufgrund des schlechten Zustands der Patienten zur Operation gezwungen. Zeitgenössische Lehrbücher jedenfalls empfehlen auch noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts falls möglich, die Reposition durchzuführen und somit das Risiko einer Operation zu vermeiden.²⁶⁵

Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass, wenn beispielsweise die Reposition sehr einfach gelang, vielleicht gar kein Krankenblatt angelegt wurde und der Chirurg den Patienten nicht stationär aufnahm, sondern ihn schnell wieder nach Hause schickte.

²⁶⁵ Vgl.: Leser, 1904, S. 405ff.

Vorstellbar wäre dies insbesondere bei der Konstellation, dass ein möglicherweise unversicherter, bruchbehafteter Patient auf einen mildtätigen, nicht rein monetär ausgerichteten Chirurgen traf.

Da die zeitgenössischen Publikationen aus Würzburg nur die operierten Fälle beschreiben und keine Angaben zur Häufigkeit der Taxis machen, können oben genannte Mutmaßungen aus heutiger Sicht nicht mehr verifiziert werden. Jedoch zeigt die weitaus höhere Anzahl der in den Publikationen enthaltenen Patientenfälle, wie lückenhaft die Überlieferung ist.

Die Obduktion – Relation zwischen Überlebenden und Verstorbenen

Trotz aller Mühen hinsichtlich Asepsis und Medikamenteneinsatz überlebten nicht alle Patienten ihren Aufenthalt im Juliusspital. Beim Patienten Martin Rügner (1883) beispielsweise wird sowohl das „essigsäure Thonerdespray“²⁶⁶ verwendet als auch zusätzlich die Reinigung der Haut mit „Aether und anderen Desinfectionslösungen“ und das „gründliche Abspülen des Darmes sowie des gesamten Operationsgebietes“ erwähnt.²⁶⁷ Diese Prozedur soll sogar zweimal vor der Reposition erfolgt sein. Aber laut Krankenblatt waren bereits „peritonitische Vorgänge“ eingetreten, an deren Folgen der Patient dann auch kurz darauf verstorben sein soll. Hierzu erwähnenswert ist die Tatsache, dass bei allen Patienten, die 1883 verstarben (David Emmerich, Jacob Hörnig und Martin Rügner), eine „Atheminsuffizienz“ als Todesursache angegeben wurde.²⁶⁸

Die Sektionsbefunde ergaben jedoch manchmal noch viel mehr: Beim Patienten David Emmerich (1883) ist zu lesen, dass die „Trikuspidalklappe verkürzt und mit alten endoarthritischen Verdickungen besetzt [...]“, die linke sowie ein Teil der rechten Lunge komplett mit der Pleura verwachsen und mit „weizenkorngroßen Knötchen“ durchwachsen sind. Diese sollen laut Krankenblatt teils in „Verkalkung“, teils in

²⁶⁶ Die in Anführungszeichen gesetzten Zitate stammen aus den Krankenblättern (siehe auch Transkript im Anhang).

²⁶⁷ Martin Rügner, 1883.

²⁶⁸ Aus heutiger Sicht lässt sich dies durch die aufgrund des ad maximum gespannten Abdomens erfolgende Verschiebung des Zwerchfells nach oben erklären.

„Verkäsung übergehen“. Des Weiteren soll die Lunge „ödematös“ und „emphysematös“ gewesen sein. Der gangränöse Zustand des Darmes wird nur kurz gegen Ende des Berichtes erwähnt. Ein ähnliches Bild bietet sich beim Patienten Jacob Hörnig (1883): Hier wird zwar zuerst der Zustand des operierten Gebietes beschrieben, aber auch hier entdeckt der Obduzent „Altersverdickungen und harte Schwielen“ an den Muskeln des Herzens. Als Todesursache wird hier entgegen der einen Absatz zuvor genannten „Atheminsuffizienz“ eine „[...] Embolie der Arteria mesenterica superior“ angegeben.

Lediglich bei Martin Rügner (1883) wird als einziger pathologischer „Sectionsbefund“ die „Darmgangrän mit folgender Peritonitis“ angegeben. Vielleicht waren die beiden anderen Patienten tatsächlich auch stark herz- und lungenkrank, was für ihr Alter – 55 und 57 Jahre – sicher nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, und die Tatsache, dass der Tod dieser multimorbiden Patienten kaum aufhaltbar war, etwas stärker betont werden, um den Ruf des Operateurs nicht zu schädigen.

Bei drei von vier der 1893 verstorbenen Patienten finden sich beigefügte „Obductionsberichte“. Bei der Patientin Barbara Friedrich wurde der Vermerk „Obductionsprotokoll beiliegend“ durchgestrichen und der Vermerk „Obduction nicht durchgeführt“ darunter geschrieben.

Bei den anderen Patienten wurde eine Obduktion durch einen offensichtlich unabhängigen Obduzenten durchgeführt. Betrachtet man die in den Protokollen angegebenen Todesursachen, zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Patienten des Jahres 1883. Die Patientinnen Barbara Mark und Kunigunde Will (beide 1883) litten an zahlreichen zusätzlichen Organerkrankungen wie zum Beispiel der „fettigen Degeneration des Herzens“ oder „Pleuraverdickungen“. Beim Patienten Georg Fehser (ebenfalls 1883) war es bereits präoperativ zu einer Darmperforation gekommen, weshalb es auch hier für den Operateur kaum mehr möglich war, den Patienten zu retten.

Bei Betrachtung der im Original überlieferten Krankenblätter zeigt sich also ein relativ hoher Prozentsatz an Verstorbenen. Dies muss zunächst einmal im Kontext der Überlieferung interpretiert werden. Aus Gründen, die nicht zu ermitteln sind, wurde

nur ein geringer Anteil der Krankenblätter im Original überliefert, weshalb der relativ hohe Anteil an Verstorbenen auch Zufall sein könnte. Ein Blick in zeitgenössische Publikationen zeigt erwartungsgemäß viel niedrigere Sterberaten: bei Ferdinand Schultze finden sich unter 19 operierten Fällen nur drei tödlich ausgehende, bei Franz Nothass taucht unter 34 geschilderten Krankengeschichten kein einziger Todesfall auf und bei Pickel sind unter den 53 Patienten nur zwei, die verstarben.²⁶⁹ Dass diese Publikationen aber teilweise mit dem Ziel, die eine oder anderen Operationsmethode als überlegen darzustellen, beschönigt wurden, soll später noch aufgezeigt werden. Deshalb kann man vermutlich auch davon ausgehen, dass die veröffentlichten, zeitgenössischen Zahlen nicht vollständig richtig waren. Aus heutiger Sicht lassen sich somit keine sicheren Angaben mehr zur Sterberate der Patienten machen. Die Tatsache aber, dass viele Lehrbücher die Taxis empfehlen, zeigt, dass sowohl 1883 als auch 1893 die Hernienoperation noch keine sichere Standardoperation war und man sie, wann immer möglich, vermeiden wollte, um das Leben des Patienten nicht zu gefährden.

6.2 Qualitative Aspekte

6.2.1 Formaler Vergleich der Krankenblätter der Jahre 1883 und 1893

Betrachtet man die Krankenblätter aus den Jahren 1883 und 1893 im Vergleich, so fällt zunächst rein optisch ein deutlicher Unterschied auf. 1883 befand sich nur am Kopfteil der ersten Seite des vierseitigen Bogens mit der Überschrift „Krankengeschichte“ ein Vordruck. Hier mussten eine Krankenblattnummer²⁷⁰, „Name“ des Patienten, „Alter“, „Heimat“, „Stand“ sowie das „Aufnahme- und Entlassungsdatum“ und die „Diagnose“ durch den aufnehmenden Arzt eingetragen werden. Zehn Jahre später hingegen finden sich deutliche mehr Vordrucke, die eine klarere Strukturierung vorgeben.

1893 lässt schon die Überschrift der Krankenblätter „chirurgische Männerabtheilung“

²⁶⁹ Schultze, 1885, S. 26ff.; Nothass, 1892, S. 10; Pickel, 1894, S. 38f.

²⁷⁰ Manchmal wurde außerdem handschriftlich die Saalnummer hinzugefügt.

beziehungsweise „chirurgische Weiberabtheilung“ im Gegensatz zu 1883, wo die Überschrift „Krankengeschichte“ lautete, eine Geschlechtertrennung erkennen. Entsprechend dieser unterscheiden sich sodann auch die anamnestischen Fragestellungen innerhalb dieser ebenfalls vierseitigen Bögen. Zum Beispiel wurden bei Frauen Fragen zu Geburten, Lactation und Menstruation gestellt.

Außerdem musste oberhalb der Überschrift der Jahrgang, die Zimmernummer und die Nummer der Krankengeschichte eingetragen werden. Fand eine klinische Demonstration am Patienten statt, wurde auch dies am Kopf der ersten Seite vermerkt.²⁷¹

1883 gab es noch keinerlei vorgedruckte Vorgaben für „Anamnese“, „Status praesens“ und „Operation“; der Arzt, respektive Assistent konnte das Krankenblatt also relativ frei ausfüllen. Trotzdem zeigen auch hier die meisten Krankenblätter eine ähnliche Strukturierung. Die Ärzte unterteilten die Bögen in der Regel handschriftlich in Anamnese, Status Praesens, Operation/Herniotomie sowie die Beschreibung des postoperativen Zustandes des Patienten.

Wenn auch 1893 nicht alle Vorgaben ausgefüllt wurden, sind diese Bögen dennoch deutlich übersichtlicher und aufgrund der hohen Anzahl an Vordrucken, welche kommentiert werden mussten, auch insgesamt aussagekräftiger. Das Lesen wird außerdem erleichtert weil die Schrift der Krankenblätter aus dem Jahr 1893 mehr der heutigen gleicht – die Krankenblätter des Jahres 1883 hingegen sind noch hauptsächlich in Sütterlinddeutsch geschrieben. Aber auch die Vereinheitlichung von Anamnese und Befunderhebung durch spezifische Vorgaben hinsichtlich Fragestellung und Untersuchung stellt eine Weiterentwicklung hin zur moderneren und einheitlicheren Dokumentationsweise gegenüber den teils sehr unübersichtlichen Krankenblättern des Jahres 1883 dar. Die stärkere formale Normierung der Krankenblätter führte somit einerseits zu einer verbesserten Übersichtlichkeit, dass dadurch aber auch oftmals die Angaben des Patienten limitiert wurden, soll später aufgezeigt werden.

Wie sich auch aus den im Anhang beigefügten Beispielen von Krankenblättern

²⁷¹ Z.B. Georg Fehser, 1893; Barbara Friedrich, 1893.

erkennen lässt, mussten 1893 auf der ersten Seite Angaben zu „Name“, „Alter“, „Beruf“, „Wohnort“, „Heimat“, „Familienstand“, „Eintritt“, „Krankheit“, „Austritt“, „Status praesens beim Austritt“ und eine Bemerkung über „spätere Referenzen“ beziehungsweise den späteren „Wohnort“ und den dortigen „Hausarzt“ gemacht werden. Das heißt, man erhielt bereits hier in sehr übersichtlicher Form alle wichtigen Angaben zum Patienten. Insbesondere konnten „Status praesens beim Austritt“ und die Informationen über den späteren Wohnort dazu dienen, im Falle einer nachfolgenden Reevaluation oder Nachuntersuchung schnell die nötigen Angaben einsehen zu können.

Hinweise über mögliche „Einlagen“, wie zum Beispiel „Fieberkurven“ oder auch „Obductionsprotokolle“²⁷², wurden häufig per Hand ebenfalls auf der ersten Seite vermerkt.

Auf der zweiten Seite wurde dann die „Anamnese“ erfasst. Vordruckt sind auf den Blättern der „chirurgischen Weiberabtheilung“ folgende Punkte: „Hereditätsverhältnisse/Lebensweise“, „Menstruation“, „Datum und Verlauf der Geburten“, „Lactation“, „Vorausgegangene Krankheiten“, „Gesundheitszustand von Mann und Kindern“, „Beginn der jetzigen Erkrankung“, „Ursachen“, „Erste Symptome“ und „weiterer Verlauf/bisherige Behandlung“.

Bei den Krankenblättern der männlichen Patienten fehlen die Angaben zu „Menstruation“, „Lactation“ und „Geburt“, stattdessen wurde der „Gesundheitszustand von Frau und Kindern“ erfragt. Unter dem Stichpunkt „Hereditätsverhältnisse/Lebensweise“ finden sich 1893 Angaben über den Gesundheitszustand oder vorhandene Krankheiten bei den Eltern und/oder Geschwistern der Patienten. Zehn Jahre zuvor wurde die Heredität von Krankheitsbildern in keinem der überlieferten Krankenblätter erwähnt. Lediglich in einem Fall wird angeführt, dass „Eltern und Geschwister des Patienten gesund“ sind.²⁷³

Betrachtet man in diesem Zusammenhang zeitgenössische Lehrbücher des 19. Jahrhunderts, zeigt sich, dass die Vererbung von Hernien vor 1890 weitgehend unerwähnt bleibt. Selbst in dem sehr umfassenden Werk Wenzel Linhards zum Thema

²⁷² 1883 wurde noch einheitlich vom „Sectionsbefund“ gesprochen.

²⁷³ Maidhof, Leo, 1883.

Unterleibshernien wird die Häufung von Hernien innerhalb bestimmter Personengruppen mit vielen anderen Gründen erklärt, die Vererblichkeit wird nicht erwähnt.²⁷⁴ Einige Jahre später jedoch findet man in einem Lehrbuch zur „speciellen Chirurgie“ bereits geschrieben, dass in „einem Drittel aller Fälle Erblichkeit nachgewiesen ist“. Welche Mechanismen dabei genau eine Rolle spielen, wird dabei jedoch nicht erwähnt.²⁷⁵

Das Thema Vererbung war zwar schon seit der Vormoderne zentraler Bestandteil des medizinischen Interesses, aber die Regeln, nach welchen die Vererbung funktionierte, wurden erst ab dem Beginn des 20. Jahrhunderts entdeckt. Dass eine Frage zur Vererbung 1893 Aufnahme in den zentralen Fragenkatalog der Krankenblätter fand, dokumentiert die vermehrte Aufmerksamkeit, die der Vererbung gegen Ende des 19. Jahrhunderts gewidmet wurde, und ist gleichzeitig ein Symbol für den zu diesem Zeitpunkt ablaufenden Fortschritt im Bereich der Humangenetik.

Der österreichische Naturforscher Gregor Mendel veröffentlichte schon 1865 seine heute weltbekannten „Mendelschen Regeln“, welche er anhand von Kreuzungsexperimenten an Erbsen aufgestellt hatte. Damals blieben seine Ergebnisse jedoch von der Fachwelt relativ unbeachtet. Erst um 1900 wurden seine Versuche von dem Biologen Hugo de Vries, dem Botaniker Carl Correns und von Erich Tschermak, welcher ebenfalls Botaniker war, wieder entdeckt und bestätigt. Ab 1920 etwa bildete Mendels Arbeit die Basis der modernen Evolutionstheorie. Um 1893 war man sich noch nicht über die genauen Vorgänge und Mechanismen der Heredität bewusst, denn die Chromosomen wurden erst 1903 als Träger der Erbinformation erkannt. Aber man wusste, dass die von der Antike bis ins frühe 19. Jahrhundert reichende Präformationstheorie, nach welcher der gesamte Organismus im Spermium (Theorie der Animakulisten) beziehungsweise im Ei (Theorie der Ovulisten) vorgebildet sein soll, überholt war.²⁷⁶ Auch das Thema „vorausgegangene Krankheiten“ wurde 1883 bis auf einige Ausnahmen ignoriert – es wurde sich zumeist darauf beschränkt, die aktuelle Krankheits-Situation zu erfassen und zu beschreiben.

²⁷⁴ Linhart, 1866, S. 113ff.

²⁷⁵ Leser, 1904, S. 402.

²⁷⁶ Vgl: Hahn, Michael: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, in: Emminger, Hamid; Kia, Thomas (Hrsg.): Exaplan, das Kompendium der klinischen Medizin Band 2, München, 2005, S. 2582.

Auf der dritten Seite wurde 1893 der „Status Praesens“ erfasst. Vordruckte Punkte „allgemeines Aussehen“, „Haut“, „Lymphdrüsen“, „Subcutane Venen“, „Kopf“, „Hals“, „Brustorgane“, „Bauchorgane“, „Extremitäten“, „Genitalien“, „Verdauung“, „Urin“ und „Sitz der Erkrankung“. Außerdem findet sich hier am Ende der Seite der Vordruck „Diagnose“. Die Unterscheidung zwischen „Krankheit“ (auf Seite 1) und „Diagnose“ (auf Seite 3) ist bei den Hernienkrankenblättern unerheblich, da Krankheit und Diagnose einander entsprechen, bei einigen anderen Krankheitsbildern können sich Krankheit und aktuelle Diagnose jedoch unterscheiden.²⁷⁷ Diese genauere Differenzierung ist ein weiteres Produkt der fortschreitenden, immer spezifischer werdenden Dokumentationsweise.

Der letzte Stichpunkt auf Seite 3 lautet „Prognose“. Dieser wurde in keinem der untersuchten Patientenfälle ausgefüllt. Ob dies daran lag, dass Hernien aufgrund der hohen Rezidivgefahr tendenziell eine schlechte Prognose hatten, kann heute nicht mehr nachvollzogen werden. Ein Blick in die anderen überlieferten Krankenblätter des Juliusspitals zeigt aber, dass auch bei anderen Krankheitsbildern die „Prognose“ zumeist nicht kommentiert wurde.

1883 wurde der „Status Praesens“ ebenso erhoben, hier wird aber nur in wenigen Fällen auf weiterführende Befunde wie beispielsweise den „Ernährungszustand“ oder die „Haut“ eingegangen.²⁷⁸ Zumeist beschränkt sich die Befunderhebung nur auf die Hernie selbst. Zehn Jahre später werden all die oben genannten Punkte zumindest kurz mit einem Symbol (\emptyset ²⁷⁹) oder einem Kommentar (zum Beispiel „normal“²⁸⁰) versehen und geben somit einen deutlich ausführlicheren Überblick über den allgemeinen Gesundheitszustand der Patienten. Ausnahmen bildeten die Patienten Georg Fehser (1893) und Kunigunde Will (1893), bei welchen aufgrund des lebensbedrohlichen Gesundheitszustandes schnell gehandelt werden musste und somit keine Zeit mehr geblieben war, eben genannte Punkte zu kommentieren. Jedoch wurde auch dies im

²⁷⁷ Beispiel Krankheit: Krebs/aktuelle Diagnose: Lymphknotenmetastasen.

²⁷⁸ Emmerich, David, 1883; Maidhof, Leo, 1883, Rügner, Martin, 1883.

²⁷⁹ Dieses Symbol wurde verwendet, wenn kein auffälliger Befund vorlag.

²⁸⁰ Z.B. Dressel, Gustav, 1893, Legner, Leonard, 1893.

Krankenblatt vermerkt.²⁸¹ Häufig war die Hernie nicht das einzige Übel, unter dem die Patienten zu leiden hatten, sondern ein Lungen- oder Herzleiden führte zum Tod oder verschlechterte zumindest den Allgemeinzustand der Patienten derart, dass sie die Anstrengungen einer Operation nicht überlebten. Ein Beispiel dafür gibt das Krankenblatt der Patientin Barbara Mark (1893): Als Todesursache wird vom „Obducenten“ nämlich nicht die Hernie angeführt, sondern seine Diagnose lautete „Degeneration des Herzens, Emyem der Gallenblase und Abszess der Leber“.

Die letzte Seite des Bogens befasste sich schlussendlich mit der „Operation“. Besonders erwähnenswert ist hierbei, dass 1893 sowohl „Operateur“ als auch „Assistent“ namentlich genannt werden mussten. 1883 ist in keinem der überlieferten Krankenblätter der Name des Operateurs oder des Assistenten vermerkt. Man musste den Operateur also entweder durch die Handschrift respektive Formulierungsweise erkennen oder vom heutigen Standpunkt aus gesehen nach weiteren Quellen suchen, welche einen Hinweis auf ihn geben könnten.

Des Weiteren wurde 1893 das „Datum“ auf der Operationsseite vermerkt und auch die „Narcose“ verlangte einen einzeiligen Kommentar. Die restliche obere Hälfte der Seite stand dann für die Dokumentation der Operation zur Verfügung. Die zweite Hälfte befasste sich mit der „Beschreibung“ eines eventuell entnommenen „Präparats“: Es musste darüber Auskunft gegeben werden, ob es der „pathologischen Anstalt“ übergeben wurde oder ob das Präparat in der „Sammlung“ verblieb. Die Tatsache, dass diese Punkte Aufnahme in den festen Fragenkatalog fanden, weist auf die zunehmende Forschung im Bereich der Zellulärpathologie hin.

Im Fall der vorliegenden Krankenblätter kann nur einmal der Vermerk über ein entnommenes Präparat gefunden werden: Bei der Patientin Barbara Friedrich (1893) wurde der Bruchsack in die „Sammlung“ aufgenommen. Ansonsten nutzten die Chirurgen diesen Teil des Bogens um die postoperative Wundbehandlung und den weiteren Verlauf der Genesung der Patienten bis zur Entlassung zu beschreiben.

Wurde diese vierte Seite des Bogens ausgefüllt, fand also eine Hernien-Operation oder

²⁸¹ Beim Patienten Fehser: „Der grave Zustand des Patienten erlaubte keine nähere Untersuchung u wurde sofort zur Operation geschritten.“ bzw. Will: „Die Anamnese konnte wegen des graven Zustands der Pat. nicht mehr aufgenommen werden.“

zumindest eine Reposition beziehungsweise der Versuch einer Repostion (Taxis) statt. Sowohl bei einer Operation als auch bei durchgeführter unblutiger Taxis (zum Beispiel Patient Christoph Reitz, 1893) wurde alsdann zusätzlich handschriftlich der Vermerk „Operations-Journal“ (oft abgekürzt als „Op. J. No.“) mit einer zugeordneten Nummer auf dem Bogen hinterlassen. Also wurden die durchgeführten Operationen und Repositionen auch noch anderweitig dokumentiert und konserviert (Ausnahmen Patient Linus Röder, 1893 und Patient Johannes Schott, 1893). Insgesamt zeigt sich, dass im Jahr 1893 ein wesentlich höherer administrativer Aufwand betrieben wurde, was ja auch anlässlich der deutlich steigenden Patientenzahlen unerlässlich wurde.²⁸² Der Dokumentationsprozess wurde stärker standardisiert und normiert.

Einlagen

Auch die beigefügten Einlagen haben sich im Laufe der Zeit sehr verändert. 1883 ist lediglich bei einem Patienten (David Emmerich) ein auf einem gesonderten Blatt befindlicher „Sectionsbefund“ beigefügt. Bei den Patienten Jacob Hörnig und Martin Rügner (beide 1883) findet sich jeweils auf der dritten Seite ein sehr kurz gehaltener Kommentar zur „Section“. Es ist allerdings nicht ersichtlich, wer diese durchführte. 1893 findet man den Krankenblättern der verstorbenen Patienten Barbara Mark, Kunigunde Will, und Georg Fehser „Obductionsprotokolle“ beigefügt, welche, wie auf der ersten Seite des Bogens vermerkt wurde, von unterschiedlichen „Obducenten“ verfasst wurden: Dr. Weber, Dr. Ludeck und Hofrath Rindfleisch. Diese Berichte sind deutlich umfangreicher als die „Sectionsberichte“ des Jahres 1883. Im Falle der verstorbenen Patientin Barbara Friedrich (1893) ist allerdings kein „Obduktionsbericht“ überliefert und auch auf dem Krankenblatt findet sich kein Hinweis darauf, dass eine Obduktion durchgeführt wurde.

Betrachtet man die Krankenblätter des Jahres 1893, so entsteht zumindest der Eindruck, dass die Obduktion von einem unabhängigen Arzt durchgeführt wurde,

²⁸² Vgl. hierzu: Spree, 1996, S. 65.

welcher im Falle eines ärztlichen Operationsfehlers oder einer sonstigen Fehlbehandlung dieses auch hätte aufdecken können und den/die Verantwortlichen zur Rechenschaft hätte ziehen können. Ob Kunstfehler im Jahre 1893 im Juliusspital tatsächlich verfolgt oder sogar bestraft wurden, ist heute nicht mehr nachzuvollziehen. Der Begriff des Kunstfehlers als solcher entstand erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts, obwohl die Diskussion über ärztliche Behandlungsfehler die ganze Medizingeschichte durchzieht. Im Laufe des 19. Jahrhunderts waren viele Ärzte, so auch Rudolf Virchow, um eine genaue Definition des Begriffs Kunstfehler bemüht. Die Medizin wollte im Rahmen ihrer Ausdifferenzierung zu einem naturwissenschaftlichen anerkannten Fachgebiet klare Leitlinien schaffen und eine genaue Begriffsdefinition war somit zunächst nötig, um einen Verstoß überhaupt ahnden zu können.

Im Gegensatz zu heute gab es jedoch für die Ärzte damals aufgrund des paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnisses, auf welches später noch genauer eingegangen werden soll, meist keine Probleme (durch Anklage o.ä.) zu befürchten. Es fanden zwar um 1900 bereits einige spektakuläre Prozesse gegen Ärzte statt, diese wurden jedoch in der Regel von Patienten aus höheren Gesellschaftsschichten angestrengt und stellten eine noch seltene Ausnahme dar. Überlieferungen aus Österreich und Preußen aus dem ersten Drittel des 19. Jahrhunderts belegen, dass im Falle eines Kunstfehlers zumeist eine „Medizinalperson erster Instanz“ (Stadtphysikus) und in Zweifelsfällen eine „höhere medizinische Instanz“ (meist medizinische Fakultät) als eine Art Gutachter fungieren sollte. Ob dies auch noch gegen Ende des 19. Jahrhunderts in Würzburg so gehandhabt wurde, kann nicht nachvollzogen werden, aber da die Operateure im vorliegenden Fall ja selbst die zweite Instanz (medizinische Fakultät) darstellten, bleibt offen, wer im Falle eines von ihnen durchgeführten Fehlers über Schuld oder Unschuld entschieden hätte.²⁸³

Die heutzutage geläufige, wenn auch durchaus umstrittene Rechtsauffassung, dass ärztliche Eingriffe einen Akt der Körperverletzung darstellen, welcher nur aufgrund der vorherigen Einwilligung des Patienten erlaubt und somit nicht strafbar ist, bildete sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus. Demnach ist es auch nicht

²⁸³ Vgl. Gerabek, Werner; Haage, Berhard; Keil, Gundolf; Wegner, Wolfgang: Enzyklopädie Medizingeschichte, 2004, S. 814ff.

verwunderlich, dass sich in den Krankenblättern des Jahres 1893 noch keine schriftlichen Einwilligungen der Patienten finden. Zwar spielten bereits ab 1900 derartige juristische Überlegungen eine zunehmend große Rolle, die genaue Aufklärung des Patienten sowie die Einholung der Einwilligung desselben beziehungsweise des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen Patienten wurden jedoch erst Mitte des 19. Jahrhunderts fester Bestandteil des präoperativen Prozedere. Noch 1912 entschied das Kammergericht Berlin, dass ein Arzt nicht verpflichtet sei, den Patienten auf alle möglicherweise auftretenden nachteiligen Folgen einer Operation hinzuweisen, da dies den Patienten einerseits abschrecken könnte und ihn andererseits in „Angst und Erregung“ versetzen könnte und somit den Heilungsverlauf gefährden würde.²⁸⁴ Erst 1940 bekräftigte das Berliner Reichsgericht die Aufklärungspflicht, indem es einen Arzt verurteilte, welcher ohne Einwilligung des Patienten eine Brustamputation vorgenommen hatte.²⁸⁵ Der genaue Umfang der Aufklärung wurde damals noch dem Ermessen des Arztes überlassen, jedoch stellten Urteile wie dieses zusammen mit dem Ende des Dritten Reiches und den in diesem Zusammenhang bekannten schwersten Verstößen gegen die körperliche Unversehrtheit und gegen menschliches Leben überhaupt die Basis der modernen Rechtsauffassung über ärztliche Kunstfehler dar.²⁸⁶

1883 finden sich mit Ausnahme des Krankenblattes des Patienten David Emmerich, welches einen gesonderten „Sectionsbericht“ enthält, dessen Schrift im Übrigen nicht mit der Schrift im Krankenbogen übereinstimmt, nur sehr kurze Vermerke zur „Section“. Dabei entsteht teilweise das Bild, dass der Operateur womöglich zugleich auch die Rolle des Obduzenten einnahm, denn die Vermerke zur Obduktion weisen die gleiche Handschrift auf wie die restlichen Einträge im Krankenblatt.²⁸⁷ In keinem der Krankenblätter – auch nicht im Falle des etwas ausführlicheren „Sectionsberichtes“ beim Patienten Emmerich – finden sich Hinweise, die auf ein mögliches ärztliches

²⁸⁴ Vgl. Reichsgericht, III. Zivilsenat, Urteil vom 1. März 1912, Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen, Neue Folge 28 (1912), S.432-436, in: Maehle, Andreas Holger (Hrsg.): Ärztlicher Eingriff und Körperverletzung: Zu den historisch-rechtlichen Wurzeln des Informed Consent in der Chirurgie, 1892-1940, in: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen, Band 22, 2003, S. 183.

²⁸⁵ Vgl. Reichsgericht, III. Zivilsenat, Urteil vom 8. März 1940, Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen, in: Maehle, 2003, S. 183.

²⁸⁶ Maehle, 2003, S. 183ff.

²⁸⁷ Rügner, Martin, 1883 und Hörnig, Jacob, 1883.

Verschulden schließen lassen. Hierzu sollte man folgende Überlegung berücksichtigen: Für die Durchführung einer Obduktion sprachen verschiedene Gründe. Zum einen sollte herausgefunden werden, woran der Patient verstarb, zum anderen waren Obduktionen auch von wissenschaftlichem Interesse. Damit einher gingen – speziell bei Universitätskrankenhäusern – didaktische Pflichten: Die Studenten lernten anhand von Leichenöffnungen die Anatomie des menschlichen Körpers kennen. Als dritter Grund können rechtsmedizinische Faktoren angeführt werden, beispielsweise die Abklärung, ob ein ärztliches Verschulden nachzuweisen war oder nicht. Aus heutiger Sicht muss man zusätzlich berücksichtigen, dass Kunstfehler damals ein noch sehr viel heikleres und stärker tabuisiertes Thema waren als heute. Es konnte also nicht erwartet werden, dass ein Arzt einen begangenen Behandlungsfehler freiwillig zugab. Insbesondere auch deshalb, weil es mit Sicherheit keine großen Erfahrungen im Umgang mit Kunstfehlern gab, stellen diese auch heute noch ein oft tabuisiertes Thema in der Medizin dar. Aus welchem dieser Gründe die jeweiligen Obduktionen schlussendlich durchgeführt wurden, ist nicht klar. Da man heutzutage in einem Obduktionsbericht, der zum Zwecke der Aufdeckung eines ärztlichen Fehlers entstanden ist, sicher einen Hinweis („kein ärztliches Verschulden“ oder ähnliches) finden würde, kann man vermuten, dass die Obduktionen damals primär aus wissenschaftlichen und didaktischen Gründen durchgeführt wurden.

Eine zweite Art der Einlage findet sich 1883 bei den Krankenblättern der Patienten Valentin Kramer, Josef Moser, Martin Rügener, und Andreas Scheuring: Es sind die violettfarbenen „Temperatur-Tabellen“, in welche jeweils morgens und abends die Körpertemperatur der Patienten eingetragen wurde. Zusätzlich wurden manchmal der Operationstermin und/oder die Verbandswechsel eingetragen.

Zehn Jahre später findet man eine deutlich ausführlichere Einlage, die neben der Temperatur auch weitere Vital-Parameter erfassen sollte.²⁸⁸ Neben einer Temperatur- und Pulsskala, welche auf den weißen karierten Bögen als Kurven eingezeichnet wurden, konnten Respirationsfrequenz und Urinmenge, welche jedoch in keinem der überlieferten 14 Hernienfälle kommentiert wurden, eingetragen werden. Auch hier

²⁸⁸ Fehser, Georg; Friedrich, Barbara; Lengder, Leonard; Mark, Barbara; Reder, Stephan; Röder, Linus; Sauer, Franz und Schott, Johannes. Alle 1893.

wurden zumeist das Datum der Operation und die Verbandswechsel eingetragen. Im Temperaturschema kennzeichnete ein von Hand eingezeichneter roter oder blauer Strich 38° Celsius. Ob hiermit die Normtemperatur oder der Fieberbeginn gemeint war, ist nicht klar. Jedenfalls wurden von diesem Strich aus die Temperaturanstiege und -abfälle mit Tusche eingetragen. Heutzutage bezeichnet man die Temperatur eines Menschen als normal, wenn sie zwischen 36° Celsius und 38° Celsius liegt. Ab 38° Celsius spricht man unter Berücksichtigung der Tageszeit und des Messortes von Fieber.²⁸⁹ Auch wie das Fieber gemessen wurde, lässt sich anhand der Temperaturkurven heute nicht mehr mit Sicherheit erkennen, jedoch ist aufgrund der relativ hohen Temperaturangaben auf eine rektale Messung zu schließen. Noch bis Mitte des 19. Jahrhunderts gab es keine allgemein gültigen Angaben, wie das Fieberthermometer als „neues“ klinisches Instrument anzuwenden war.

Das instrumentelle Temperaturmessen setzte sich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts von allen anderen gebräuchlichen, klinischen Untersuchungsmethoden wie Auskultation oder Perkussion dadurch ab, dass diese immer noch in Abhängigkeit davon, welcher Arzt sie ausführte, einer gewissen Fehleranfälligkeit beziehungsweise einer oftmals individuellen Ausführbarkeit unterlagen. Das Fieberthermometer jedoch galt als „objektives“ Instrument, welches unabhängig von der menschlichen Fehleranfälligkeit die richtige Temperatur anzeigte. Durch die Temperaturmessung wurde ein neuer Darstellungsraum erschaffen, indem die bislang nur individuell empfindbaren Krankheitserfahrungen „kalt“ oder „warm“ auf die sichtbare Ausdehnung der Quecksilbersäule übertragen wurden. Somit entstand ein „objektiv“ erfassbarer Wert. Zuvor war es für Ärzte und medizinisches Personal schwer gewesen, fiebernden Patienten, die zitterten und froren, klar zu machen, dass ihre Temperatur erhöht und eine Kühlung nötig sei. Subjektiv empfanden die Patienten nämlich genau das Gegenteil, nämlich einen Temperaturabfall, weshalb ihnen kalte Wickel und andere Maßnahmen zur Temperatursenkung natürlich völlig widerstrebten. Außerdem war die Temperaturerfassung insbesondere nach Operationen wichtig um Entzündungsprozesse frühzeitig anhand von Temperaturerhöhungen erkennen zu

²⁸⁹ Vgl: Marino, Paul L: Infektionskontrolle auf der Intensivstation, in: Marino, Paul L.; Taeger, Kai (Hrsg.): Das ICU Buch – Praktische Intensivmedizin, München, 2005, S. 30f.

können. Das Thermometer erleichterte somit als scheinbar fehlerfreies, objektives Instrument den medizinischen Alltag.²⁹⁰

6.2.2 Inhaltlicher Vergleich der Krankenblätter der Jahre 1883 und 1893

Stilistische Merkmale

Nachdem die wesentlichen formalen Unterschiede aufgezeigt wurden, sollen die überlieferten Krankenblätter nun auf ihren Inhalt hin untersucht und verglichen werden. Zunächst soll dabei der Wiedergabestil ins Zentrum des Interesses rücken. Während um 1800 eher die subjektiven Wahrnehmungen der Patienten noch einen großen Raum in den Krankengeschichten einnahmen, also der Bericht der Patienten in indirekter Rede zum Teil wortwörtlich genau wiedergegeben wurde, verschwanden die narrativen Schilderungen im Laufe des 19. Jahrhunderts mehr und mehr aus der niedergeschriebenen Form. Auch dies ist eine Folge der durch die Vordrucke vorgegebenen zunehmenden Normierung der Krankenblätter.

Entsprechend dieser wurden die abgedruckten Stichpunkte abgehandelt, die entsprechenden Körperregionen untersucht und die Befunde nüchtern und knapp notiert. Außerdem versuchten auch die Ärzte selbst, ihre „Fälle“ weniger narrativ zu beschreiben, sondern eher die Position eines „objektiven“ und distanzierten Beobachters einzunehmen. Zu den sozialen Umständen der Patienten und zu deren persönlicher Geschichte wurde immer weniger notiert.²⁹¹

In den Krankenblättern aus dem Jahr 1883 finden sich noch einige Passagen, in denen der Stil ins Narrative übergeht – im Fall Jacob Hörnig (1883) lautet eine solche: „Pat. mit bleichem verstörtem Antlitz, klebrigem Schweiß auf der Haut, jammert über entsetzliche Schmerzen in der rechten Leistengegend.“

Ein weiteres stilistisch auffälliges Merkmal bilden Formulierungen wie Folgende: „Seit

²⁹⁰ Hess, Volker: Der wohltemperierte Mensch – Wissenschaft und Alltag des Fiebermessens (1850-1900), Frankfurt/Main, 2000, S. 70ff und S. 109ff.

²⁹¹ Vgl. auch: Nolte, 2009, S. 33-61.

10 Jahren will er schon einen linksseitigen Leistenbruch haben [...]“ (Patient Martin Rügner, 1883). Diese Relativierung macht die Distanzierung des Arztes als Experte von der Aussage des Patienten als Laien deutlich.

Ansonsten finden sich sowohl 1883 als auch 1893 nur wenige Passagen, in denen sich der Arzt durch ein „will gehabt haben“ oder „Patient behauptet“ deutlich distanziert.²⁹² Zumeist werden die Angaben der Patienten insbesondere zu Fragen wie der Entstehung der Hernie, der Dauer des Bestandes sowie der Schmerzqualität, welche vom Arzt selbst ja nicht nachgeprüft werden konnten, kommentarlos in indirekter Rede wiedergegeben.²⁹³

Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Art, wie über den Patienten als „Fall“ berichtet wird, lässt auch Rückschlüsse auf das damalige Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu. Die Hauptklientel, welche mit Hernien behaftet war und im Krankenhaus Hilfe suchte, stammte damals vor allem aus der körperlich schwer arbeitenden, gering verdienenden Bevölkerungsschicht – der sogenannten „Labouring poor“.²⁹⁴ Patienten, die es sich leisten konnten, suchten auch noch gegen Ende des 19. Jahrhunderts lieber privat niedergelassene Ärzte auf, anstatt sich in einer Klinik mit großen Krankensälen versorgen zu lassen.

Auch Aussagen wie „stupider Patient“ (Patient Martin Rügner 1883), „Trotzdem fragte P. keinen Arzt bis vor etwa 6 Wochen“ (Patientin Barbara Mark 1893) sowie “[...] sie vernachlässigte dieselbe, trug auch kein Bruchband.“ (Patientin Barbara Friedrich 1893) zeugen einerseits von einem eher hierarchischen Arzt-Patienten-Verhältnis, sind aber auch Belege dafür, dass die behandelnden Ärzte bei einigen Patienten eine mangelnde Compliance konstatierten und eine Infragestellung ihrer ärztlichen Autorität missbilligten.

Die Durchführung einer Operation verlangte im Jahre 1883 keine unbedingte

²⁹² Vgl. auch: Fissell, Mary E.: „The disappearance of the patient's narrative and the invention of hospital medicine“, in: French, R.; Wear, A. (Hrsg.): *British medicine in an age of reform*, London, New York, 1991, S. 91-101.

²⁹³ Zur Veränderung der medizinischen Falldarstellung vgl. auch Nolte, 2009, S. 33-61.

Legitimation durch den Patienten, sondern der Arzt entschied entsprechend des Zustandes des Patienten selbst, ob zu einer Operation geschritten wurde oder nicht. Nur einmal wird erwähnt, dass der Patient die „Beseitigung seiner Übel“ verlangte (Patient Valentin Kraemer 1883).

Dies stellte sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts oft noch ganz anders da: Um riskante Operationen zu rechtfertigen, betonten viele Chirurgen ausdrücklich den Willen der Patienten, die Operation durchführen zu lassen. Dies gab ihnen einerseits die Legitimation, lebensbedrohliche Operationen mit infauster Prognose durchzuführen, andererseits wurde dadurch das Arzt-Patienten-Verhältnis weniger hierarchisch sondern eher „freundschaftlich“ dargestellt, wodurch sich die Ärzte womöglich einen besseren Ruf unter der zahlenden „Kundschaft“ erhofften.²⁹⁵ Diese Darstellung entsprach in der Regel nicht dem tatsächlichen Verhältnis: Zum Ende des 19. Jahrhunderts zeichnete sich das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten vor allem durch eine zunehmende Professionalisierung der Ärzte und damit einhergehend durch eine vermehrte Hierarchisierung dieses Verhältnisses aus. Letztere war besonders im Krankenhaus aufgrund des Standesunterschiedes zwischen akademischen Ärzten und Patienten aus der arbeitenden Unterschicht stark zu spüren. Die zunehmende Professionalisierung der Ärzte beeinflusste das Verhältnis zum Unterschicht-Patienten weniger als das zur gehobenen Gesellschaft. Ersterer musste schon seit jeher aufgrund der Herrschaftsmomente innerhalb der Ständegesellschaft die Autorität des approbierten Arztes akzeptieren. Die gestiegene fachliche Kompetenz des Arztes führte vor allem bei der rational vergleichenden, wissenschaftsgläubigen Oberschicht zu einem Anstieg seines Ansehens. Der Arzt stand nun nicht mehr in einer Art patronageartigen Abhängigkeitsverhältnis zur Oberschicht, sondern dominierte durch sein Fachwissen das „Experte-Laie-Verhältnis“.²⁹⁶ Auch Jewson spricht hier von einer Verschiebung der Rolle des Patienten als zunächst dominierender Part, welcher das Arzt-Patienten-Verhältnis vor allem auf Basis einer gegenseitigen Empathie zustande

²⁹⁴ Vgl. hierzu: Spree, 1996, S. 71ff.

²⁹⁵ Nolte, Karen: Zeitalter des ärztlichen Paternalismus? Überlegungen zur Aufklärung und Einwilligung von Patienten im 19. Jahrhundert, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 25/2006, S. 59-89.

²⁹⁶ Vgl. auch: Huerkamp, 1980, S. 349ff.; Vgl. auch: Jewson, ND: *Medical Knowledge and the Patronage System in 18th century England*, in: Abrams, Philip (Hrsg.): *sociology - the journal of the British Sociological Association*, Volume 8, Oxford, 1974, S. 369-385.

kommen ließ, hin zu einer im Rahmen der Institutionalisierung und Professionalisierung der Medizin veränderten passiven Rolle als Patient, dessen Hauptfunktion es war, abzuwarten und zu dulden.²⁹⁷

Eine wichtige Rolle spielte hierbei auch der zunehmende Ausbau der Krankenkassen seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Dieser dehnte einerseits den Tätigkeitsbereich der Ärzteschaft in Bevölkerungsschichten aus, die sich den Arztbesuch zuvor wenn überhaupt nur sporadisch leisten konnten, andererseits ließ er eine Art Zwangscharakter im Arzt-Patienten-Verhältnis entstehen: Patienten mussten im Falle einer Erwerbsunfähigkeit eine entsprechende Bescheinigung durch den Arzt ausgestellt bekommen um Krankengeld zu erhalten. Außerdem drohten bei Missachtung der ärztlichen Anordnung oder beim Versuch der Täuschung („Simulanten“) zum Teil drakonische Strafen, was den Status des Kassenarztes nicht nur als medizinischen Betreuer, sondern auch als sozial disziplinierende Institution manifestierte. Andererseits erwarb der seine Beiträge regelmäßig zahlende Arbeiter so einen Anspruch auf medizinische Betreuung und das Arzt-Patienten-Verhältnis verwandelte sich in eine Dreiecksbeziehung zwischen Arzt, Kasse und Patient.²⁹⁸

Der Arzt war nun nicht mehr persönlicher Begleiter, der Hausbesuche durchführte und von der Wohlgesonnenheit der Reichen und Adligen abhängig war, sondern wurde immer mehr zur etablierten Institution, die man selbst aufsuchen musste und an deren Sprechzeiten sich Arm und Reich zu halten hatten.²⁹⁹

Gleichzeitig wurde vor allem im Krankenhaus einerseits durch die Zunahme an Patienten, andererseits auch durch die höhere Anzahl an beschäftigten Ärzten – vor allem im Rahmen einer zunehmenden Spezialisierungstendenz – die Beziehung zwischen Arzt und Patient immer unpersönlicher: Schon 1870 schrieb der Arzt Robert Volz: „Die Medizin ist thatsächlich, ist objektiv geworden. Es ist gleichgültig, wer am Bett steht, aber er muss verstehen, zu untersuchen, zu erkennen. Er tritt vor ein Objekt, welches er ausforscht, ausklopft, aushorcht, ausspäht, und die rechts und links liegenden Familienverhältnisse ändern gar nichts: der Kranke wird zum

²⁹⁷ Jewson, 1976, S. 225ff.

²⁹⁸ Huerkamp, 1985, S. 146.

²⁹⁹ Noack, Thorsten; Fangerau, Heiner; Vögele, Jörg: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, München, 2007, S. 32ff.; Huerkamp, 1985, S. 132ff.

Gegenstand.“³⁰⁰ Außerdem trug auch eine finanzielle Komponente zur wachsenden Anonymisierung der Patienten bei: Erhielt ein Arzt früher eine Pauschalsumme, für welche er einer Familie medizinisch betreute, so wurde nun jede medizinische Einzelleistung entsprechend der gültigen Gebührensätze der Krankenkassen abgerechnet. Dies führte dazu, dass alle weiterführenden Maßnahmen wie „Gespräche“ oder „Beratung in Lebensfragen“, für die keine entsprechende Medizinaltaxe abgerechnet werden konnte, aus dem ärztlichen Alltag verschwanden. Diese „Objektivierung“ von Kranken und deren Krankheitsbildern war zentraler Baustein bei der Entwicklung des modernen Arzt-Patienten-Verhältnisses.³⁰¹

Die Operateure

Wie bereits erwähnt, findet 1883 noch kein Operateur namentlich Erwähnung in den Krankenblättern. In der Dissertation von Ferdinand Schultze werden jedoch neben einigen anderen auch die Namen der Patienten David Emmerich, Josef Köhler, Valentin Kraemer, Leo Maidhof, Josef Moser, Martin Rügner und Andreas Scheuring erwähnt. Schultze gibt an, dass alle von ihm angeführten 19 Patienten, also auch die eben genannten, von Herrn Hofrath Dr. Maas persönlich operiert worden sein sollen.³⁰² Da sich in den handschriftlichen Krankenblättern jedoch unterschiedliche Handschriften finden, kann man davon ausgehen, dass die Bögen vermutlich nicht vom Operateur persönlich ausgefüllt wurden.

Einen Sonderfall stellt die Patientin Amalia Hedenus (1883) dar: Sie wurde bereits Anfang März aufgenommen und operiert. Hermann Maas trat seinen Dienst in Würzburg jedoch erst einen Monat später an. Das Krankenblatt dieser Patientin ist auch mit Abstand am spärlichsten ausgefüllt. Es lässt sich nicht nachvollziehen, wer hier die Operation durchgeführt hat. Laut Mettenleiter war in der Übergangszeit zwischen Bergmanns Abtritt und Maas' Antritt erneut Ferdinand Riedinger

³⁰⁰ Huerkamp, 1985, S. 160.

³⁰¹ Ebd., 1985, S. 132ff.

³⁰² Schultze, 1885, S. 46.

übergangsweise für die chirurgische Klinik zuständig.³⁰³ In dieser vermutlich etwas turbulenten Übergangszeit war für den jungen Riedinger möglicherweise zu wenig Zeit, neben den vielen Operationen auch noch umfangreiche Operationsberichte zu schreiben beziehungsweise zu diktieren.

Zehn Jahre später gestaltet sich die Recherche wesentlich einfacher. Hier finden sich als Operateure „Hofrath Schönborn“ (Patienten Georg Fehser, Barbara Friedrich, Leonard Lengder, Barbara Mark, Johannes Schott, und Kunigunde Will) und „Dr. Jungengel“ (Patienten Christoph Reitz, Franz Sauer und Conrad Weiller). Als Assistenten sind „Dr. Meyer“ (viermal), „Dr. Riese“ und „Dr. Mehlreter“ (je einmal) genannt. Dreimal wurde, trotzdem eine Operation stattfand (zweimal unter Jungengel bei den Patienten Christoph Reitz und Conrad Weiller sowie einmal unter Riese beim Patienten Linus Röder), nicht eingetragen, wer als Assistent fungierte.

Ebenso weisen die Krankenblätter des Jahres 1893 eine Reihe von unterschiedlichen Handschriften auf und es kann kein genauer Rückschluss gezogen werden, ob Arzt, Assistent oder vielleicht sogar Schwestern oder Studenten die Bögen ausfüllten. Bei den beiden von Jungengel operierten Patienten Christoph Reitz und Conrad Weiller (1893) fällt auf, dass die Krankenblätter jeweils zwei unterschiedliche Handschriften aufweisen. Die Tatsache, dass die größere und mit dickerer Feder geschriebene Schrift hier unter den wichtigeren Stichpunkten (Diagnose, Beschreibung der Operation) zu finden ist und im Falle des Krankenblattes des Patienten Conrad Weiller bestimmte Abschnitte, welche in der anderen Schrift geschrieben sind, sogar durchgestrichen und korrigiert sind, lässt vermuten, dass diese sehr markante Schrift die des Operateurs Jungengel selbst ist.

Auch einige der 1893 im Juliusospital operierten Fälle finden sich in einer zeitgenössischen Veröffentlichung wieder. Die Patienten Stephan Reder, Linus Röder und Franz Sauer tauchen in der Dissertation von Otto Pickel (1894) nebst 47 weiteren von 1890 bis Anfang 1894 von Schönborn nach der Macewen'schen Technik operierten Patienten auf. Außerdem findet sich unter diesen auch ein 45-jähriger Patient namens Johann Weiller. Da dieser wie auch der Patient Conrad Weiller, welcher zum damaligen

³⁰³ Mettenleiter, 2001, S. 176.

Zeitpunkt 70 Jahre alt war, aus Würzburg stammte, von Beruf Schiffer war und ebenfalls unter einer inkarzierten äußeren Leistenhernie rechts litt, könnte man hier, falls es sich hierbei tatsächlich um Vater und Sohn handelt, die retrospektive Diagnose einer familiär bedingten Veranlagung zur Leistenhernie stellen.³⁰⁴

Ein weiterer inhaltlicher Unterschied, der ein Beispiel für die weiterentwickelte Dokumentationsweise darstellt, ist die genauere Festhaltung des Todeszeitpunktes. Während 1883 zumeist nur ein Kreuz als Symbol für das Versterben eines Patienten und das Datum unter dem Punkt „Austritt“ vermerkt wurden, wird 1893 die genaue Todeszeit mit vermuteter Todesursache notiert. Das optisch signifikante Kreuz bleibt aber auch hier erhalten.

Asepsis/Antiseptik

Als nächstes soll genauer auf die Veränderungen im Bereich Hygiene, Antiseptik/Asepsis und Narkose eingegangen werden. Joseph Lister veröffentlichte seine Methode der antiseptischen Technik erstmals 1867 in der englischen Wochenschrift Lancet, ab 1875 war die Münchner Chirurgie unter Nussbaum die erste Abteilung, die komplett „listerte“. 1884 wurde per Gerichtsurteil festgelegt, dass die Antiseptik ein selbstverständlicher Bestandteil der Heilkunde war und dass die Vernachlässigung derselben eine Straftat darstellte. Auch in den Krankenblättern aus dem Jahr 1883 finden sich schon zahlreiche Hinweise auf die in Würzburg unter Maas betriebene Antiseptik. Laut Ferdinand Schultze legte Maas besondere Aufmerksamkeit darauf, dass diese peinlich genau betrieben wurde. In allen von ihm operierten Fällen soll ein „Sublimat-Kochsalz-Verband“ – der von Maas eingeführte sogenannte antiseptische Wundverband – angelegt worden sein. Verantwortlich für die Herstellung dieser Verbände war Maas' Assistent Albert Hoffa. In der Breslauer ärztlichen Zeitschrift veröffentlichte Hoffa im Jahre 1885 sein Vorgehen zur Herstellung der antiseptischen Verbände. Dabei wurden 36,0 Gramm Sublimat³⁰⁵ in einem Liter

³⁰⁴ Pickel, 1894, S. 13ff.

³⁰⁵ Quecksilber(II)-chlorid, welches zwar ein giftiges Salz ist, aber in starker Verdünnung antiseptisch wirkt und

heißen Wasser aufgelöst. Gleichzeitig löste man 3 Kilogramm Kochsalz in 10 Liter destillierten Kochwasser auf, dieses wurde anschließend zweimal durch ein Tuch gefiltert um die Lösung möglichst klar zu halten. Danach wurden beide Flüssigkeiten vermischt und 1200 Gramm Glycerin hinzugegeben. Die so entstandene Mischung verwendete Hoffa um damit 240 bis 250 Meter Gaze zu imprägnieren. Diese wurde dazu vorher eine halbe Stunde ausgekocht, in kaltem Wasser ausgewaschen und zum Trocknen an die frische Luft gehängt. So wurde die Stärke aus der Gaze entfernt und sie wurde geschmeidiger. Nach der Imprägnierung wurde sie erneut zum Trocknen aufgehängt und anschließend in Pergamentpapier eingewickelt und gelagert. Musste bei einem Patienten ein Verband angelegt werden, wurde die Wunde mit polsterndem „Protectiv“ und einigen „Compressen“ bedeckt und dann der Verband aus circa 6 Metern Gazestreifen um Hüfte und Schenkel gelegt.³⁰⁶ Der wichtigste Nutzen dieses Verbandes war, dass er Wundsekrete aufsog und die Wunde nach außen vor Infektionen schützte. Außerdem war er zwar elastisch und weich, übte aber trotz alledem eine leichte Kompression auf die Wunde aus. Bei Durchtränkung oder üblem Geruch wurde er gewechselt. Dieses soll immer unter „antiseptischen Cautelen“³⁰⁷ geschehen sein. Was damit genau gemeint ist, wird leider nicht erwähnt.

Auch unmittelbar vor der Operation wurden unter Maas Desinfektionsmaßnahmen durchgeführt: An der Operationsstelle wurde die Haut laut Schultze mit Seife gereinigt, rasiert und mit der 0,1-prozentigen Sublimatlösung „irrigiert“. Die Instrumente wurden in Carbolsäure³⁰⁸ desinfiziert. Auch das Catgut³⁰⁹ wurde nach zwei- bis dreiwöchiger Desinfektion in Sublimatlösung anschließend in desinfizierendem Carbolöl oder in Chromsäure aufbewahrt. Die Operation selbst wurde dann unter dem ebenfalls von Maas eingeführten „essigsauren Thonerdespray“ durchgeführt. Ferdinand Krieg, welcher unter Maas promovierte, gibt in seiner Dissertation an, dass zum Ende einer jeden Operation das Operationsgebiet mit 2,5-prozentiger essigsaurer Thonerdelösung

daher lange als Desinfektionsmittel bei Wunden eingesetzt wurde.

³⁰⁶ Schultze, 1885, S. 19ff.

³⁰⁷ Schultze, 1885, S. 51.

³⁰⁸ Phenol, welches erstmals Lister als Antiseptikum einsetzte - wurde wegen der hervorgerufenen Hautirritation bald durch andere Antiseptika ersetzt.

³⁰⁹ Nähte aus Schafsdarm.

abgespült wurde.³¹⁰

Da das Vorgehen für die Chirurgen selbstverständliche Praxis war, wurde es in den Krankenblättern nicht ausführlich beschrieben. Lediglich wenn es Abweichungen vom Standardprozedere gab, wurde dies kurz notiert. Beim Patienten Valentin Kraemer (1883) wurde „nach Rasierung und sorglicher Reinigung und Irrigation der Haut unter essigsauerm Thonerdespray [...]“ zur Operation geschritten. Im Anschluss an die Operation wurde das „Operationsgebiet mit 1-prozentiger Sublimatlösung irritiert“ und ein „antiseptischer Dauerverband appliziert“. Nach 5 und nach 8 Tagen wurde der Verband gewechselt, beim ersten Mal wegen „Durchtränkung“, beim zweiten Mal zum Zwecke der „klinischen Demonstration“. Beim zweiten Wechsel wurde aber kein neuer Verband angelegt, sondern stattdessen „Zinksalbe und Watte“ unter einem „Suspensorium“ (Bruchband) aufgetragen. Zinksalbe wurde als desinfizierende Wundsalbe verwendet, deren Wirksamkeit auf dem darin enthaltenen antiseptischen Zinkoxid beruhte. Des Weiteren hat Zinksalbe eine hohe Wasseraufnahmefähigkeit und wurde bei nässenden Wunden wegen des austrocknenden Effekts angewendet.³¹¹

Auch in der Temperaturtabelle des Patienten Valentin Kraemer (1883) sind die erwähnten Verbandswechsel eingezeichnet, ein Einfluss auf die Körpertemperatur ist jedoch nicht zu erkennen.

Bei dem erst 2 ½ jährigen Patienten Leo Maidhof (1883) wurde nach der Operation ebenfalls ein „antiseptischer Verband“ angelegt, da dieser aber von dem kleinen Patienten „beschmutzt“ wurde, wechselte man bei der postoperativen Wundversorgung zu „essigsaueren Thonerde-Compressen“, die zweimal täglich erneuert wurden. Da der Patient jedoch erhöhte Temperatur bekam und die Hoden und der Penis sehr stark anschwellen, wurde die Wunde mit Chlorzinklösung angeätzt. Vier Tage später ist laut Krankengeschichte die Schwellung völlig verschwunden und die Wunde war gut granuliert. Die Ätzung diente dazu, krankhaftes, infiziertes Gewebe zu zerstören und die Bildung neuen Gewebes in der Umgebung zu induzieren. Beim Patienten Josef Moser (1883) wurde sogar das Netz, welches im Bruch vorhanden war, mit 3-prozentiger Carbollösung abgespült und in die Bauchhöhle reponiert. Auch hier

³¹⁰ Krieg, 1886, S. 14.

³¹¹ Vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin, New York, 2007 S. 2106.

wurde der Verband gewechselt und zwar dreimal, wobei der erste Wechsel schon einen Tag nach der Operation stattfand. Die Verbandswechsel fanden also offensichtlich nicht nach einem strikten Schema nur an bestimmten Tagen post operationem statt, sondern wurden je nach der individuellen Situation des Patienten und dem Zustand der Wunde bedarfsgerecht durchgeführt.

Zehn Jahre später sind die Aussagen zu den durchgeführten anti- beziehungsweise aseptischen Maßnahmen im Gegensatz zu den restlichen Angaben spärlicher gehalten als 1883. In einzelnen Krankenblättern findet der Verbandswechsel Erwähnung – zweimal (Patienten Kunigunde Will, 1893 und Georg Fehser, 1893) taucht die Bezeichnung „A.V.“, was vermutlich für antiseptischer Verband steht auf. Im Fall des Patienten Fehser wurde die „Peritonealhöhle“ außerdem mit „Jodoformgaze abgeschlossen“. Einen Hinweis darauf, wie die Verbände hergestellt wurden und welche Wirkstoffe sie enthielten, findet sich nicht. Im Falle Fehser wird noch die „Magenausspülung mit warmen Wasser“ erwähnt. Ob diesem irgendein Stoff zur Keimabtötung beigemischt wurde, wird nicht erwähnt. Otto Pickel, welcher unter Schönborn promovierte, beschreibt in seiner Dissertation aus dem Jahre 1894 zwar die von Schönborn von 1890 an nach Macewen operierten Fälle (50 Stück), geht hierbei jedoch nicht auf die angewendeten Methoden der Anti- beziehungsweise Asepsis ein.³¹² Es werden lediglich der Verband, die Drainage und das Nahtmaterial erwähnt. Interessanterweise ist hier in manchen Fällen ein antiseptischer und in einigen anderen ein aseptischer Verband notiert – vermutlich wurde aber nicht zwischen den beiden Verbandsarten differenziert.

Das Juliussspital verfügte ab 1892 über einen neuartigen Sterilisationsapparat. Der seit 1890 in Deutschland beginnende Übergang von der Anti- zur Asepsis hätte also auch im Juliussspital theoretisch bereits stattfinden können. Inwieweit und vor allem welche Medizinprodukte in diesem Apparat aber sterilisiert wurden, kann heute nicht mehr nachvollzogen werden. Zusammen mit der Dampfsterilisation von Verbandstoffen fand auch ein Wechsel vom nicht sterilisierbaren Catgut hin zur sterilisierbaren Seide statt. Obwohl in den meisten Fällen (Patienten Barbara Friedrich, Leonard Lengder,

³¹² Vgl. Pickel, 1894 S. 13ff.

Barbara Mark, Franz Sauer und Kunigunde Will) Seide zumindest für die Knopfnähte der Haut angewendet wurde, zeugt die Tatsache, dass bei der Patientin Kunigunde Will das nicht sterilisierbare Catgut zum Abbinden des Bruchsackes verwendet wurde und anschließend mit dem Bruchsackstumpf in der Bauchhöhle versenkt wurde, davon, dass auch 1893 noch keine vollständige Asepsis während den Operationen umgesetzt wurde.³¹³ Laut Joachim Jochimczyk benutzte auch Macewen selbst Catgut zur Vereinigung der Wände des Leistenkanals und zum Verschluss der Wunde.³¹⁴

Arzneimittel

Ein weiterer inhaltlicher Aspekt, der anhand der Krankenblätter untersucht werden soll, ist der Einsatz unterschiedlicher Medikamente, beispielsweise zur Narkotisierung, zur Schmerzstillung oder zur Anregung des Kreislaufes.

Narkosemittel der Wahl war im Jahr 1883 das Chloroform. Ob es in reiner Form oder als sogenanntes ACE-Gemisch³¹⁵, wie vom englischen Chloroformkomitee empfohlen, verwendet wurde, ist nicht klar. Erwähnt wird der Begriff „Chloroformnarcose“ bei den Patienten David Emmerich, Valentin Kraemer, Josef Moser, Martin Rügner und Andreas Scheuring (alle 1883). Bei den restlichen Operationsberichten fehlt leider jeglicher Kommentar zur Narkose: Weder Verlauf der Narkose noch Reaktion oder Verträglichkeit bei den Patienten wurden dokumentiert.

Zur Schmerzstillung wurde 1883 das auch noch heute in vielfacher Form verwendete Opium (als sogenannte „tinctur opii“) eingesetzt. Dieses bekamen die Patienten (Jacob Hörnig, Josef Moser, Martin Rügner und Andreas Scheuring, alle 1883) oral und zwar alle zwei Stunden fünf Tropfen.

Neben seiner schmerzstillenden Wirkung wirkt Opium krampflösend, appetithemmend und antidiarrhoisch. In höheren Dosen hemmt Opium also die Verdauung, weshalb es bei Hernien sehr vorsichtig eingesetzt werden musste. Beim Patienten Josef Moser

³¹³ Catgut ist nicht zuverlässig sterilisierbar und wird daher heute nicht mehr verwendet.

³¹⁴ Jochimczyk, 1892, S. 23; Der Vorteil von Catgut war, dass es durch körpereigene Enzyme aufgelöst werden kann, also resorbierbar war. Heute verwendet man zuverlässig sterilisierbare Alternativen.

³¹⁵ Bestehend aus einem Teil Alkohol, zwei Teilen Chloroform und drei Teilen Äther.

erfolgte zum Beispiel erst nach Absetzen der Opiumtinktur der erste postoperative Stuhlgang und zwar acht Tage nach der Operation. Lediglich bei einem Patient (Martin Rügner) konnte durch die orale Gabe von Opium keine schmerzstillende Wirkung erreicht werden, da dieses wieder aufgestoßen („regurgiert“) wurde. Gegen die Schmerzen erhielt dieser Patient deshalb Morphin (Hauptalkaloid des Opiums) subkutan. Ansonsten werden in den Krankenblättern aus dem Jahre 1883 keine weiteren Medikamente erwähnt. Vermutlich standen dem Arzt auch nicht sehr viele Alternativen zur Auswahl, denn bis zum Ende des 19. Jahrhunderts bestand die Auswahl an Medikamenten, welche sich in der Vergangenheit als wirksam erwiesen hatten, hauptsächlich aus Inhaltsstoffen, welche aus Arzneimittelpflanzen isoliert wurden (zum Beispiel Morphin, Strychnin). Der Siegeszug der synthetisch hergestellten Pharmaka begann erst um den Jahrhundertwechsel, beispielsweise wurde die Acetylsalicylsäure erstmals 1899 von der Firma Bayer unter dem Namen Aspirin eingeführt.³¹⁶

Zehn Jahre später wurde die Narkose zwar besser dokumentiert – ein entsprechender Vordruck auf dem Bogen verlangte schließlich auch einen Kommentar dazu (zum Beispiel „Erbrechen von Koth“ im Falle des Patienten Georg Fehser). Welches Narkotikum aber verwendet wurde, wird nur im Fall der Patientin Kunigunde Will (1893) erwähnt. Diese hatte noch vor der Operation eine Morphiumeinspritzung bekommen und man wollte vermutlich Wechselwirkungen zwischen Chloroform und Morphin vermeiden. In ihrem Krankenblatt findet sich daher der Vermerk: „geringer Chloroformgebrauch“.

Im Allgemeinen fand in Deutschland zum Ende des 19. Jahrhunderts ein Wechsel vom giftigeren Chloroform wieder hin zum Äther statt – dieser Wandel hatte das Juliusspital bis dato offensichtlich noch nicht erreicht.

Zur Schmerztherapie wurden auch 1893 noch immer vorwiegend Opiate verabreicht – 1883 wurde die Dosis noch in Tropfen angegeben. 1893 nun wurden die Angaben bis auf drei Stellen hinter dem Komma genau (Vergleiche Patientin Barbara Mark) jedoch ohne Einheit (vermutlich Gramm) dokumentiert. Ein weiterer Unterschied ergibt sich

³¹⁶ Höllt, V.; Allgaier, C.: Analgetika, in: Hofmann, Franz; Aktories, Klaus; Forth, Wolfgang; Förstermann, Ulrich (Hrsg.): Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, München, 2005, S. 234.

in der Verabreichungsform. Bei der Patientin Barbara Friedrich (1893) beispielsweise wurde das Opiat rektal verabreicht (1883 orale Verabreichung).

Aber es findet sich noch eine weitere Stoffgruppe unter den im Jahre 1893 eingesetzten Medikamenten: Der Kampher wurde im Fall eines drohenden Kollapses (bei den Patienten Barbara Friedrich, Barbara Mark, Kunigunde Will und Georg Fehser, 1893) als Reizmittel zur Kreislaufanregung eingesetzt. Auffällig ist, dass der Kampher manchmal als sogenanntes *Oleum Camphoratum*³¹⁷ und auch einmal als *Campheralkohol*³¹⁸ bezeichnet wird. Vermutlich handelte es sich dabei um ähnliche Präparate oder zumindest erzielten beide Arzneimittel die gleiche Wirkung.

Verabreicht wurde der Kampher „per Injection“ und bei der Patientin Barbara Friedrich wurde wegen des drohenden Kreislaufkollapses zusätzlich die „Ordination“ gegeben, viermal täglich 0,1 (Gramm?) Digitalis zu verabreichen. Digitalis ist das Gift des Fingerhutes und wurde zur Steigerung der Herzfähigkeit eingesetzt (positiv inotrope Wirkung), jedoch ist auch die therapeutische Breite bei Digitalis sehr gering und es kann schnell zur Intoxikation kommen.³¹⁹ Dass 1893 bereits die teils gefährliche Wirkung des Fingerhutgiftes Digitalis bekannt war, zeigt ein Einblick in ein Handbuch zur klinischen Arzneimittellehre aus dem Jahr 1866: Der Autor Louis Posner beschreibt auch hier die zunächst anregende Wirkung des Digitalis auf das Herzerregungssystem, verweist aber auch auf die Gefahr einer Überdosierung, bei der es schließlich zu Lähmung und Tod kommen kann.³²⁰

Sowohl der Kampher als auch das Digitalis konnten aber in keinem der aufgetretenen Kreislaufkollapse den Tod der Patienten abwenden.

Das heißt, obwohl es in Anbetracht der überlieferten Krankenblätter so scheint, als hätte sich das Spektrum der angewendeten Medikamente erweitert, was aufgrund der geringen Anzahl der überlieferten Krankengeschichten nur vermutet werden kann, waren auch die 1893 eingesetzten Arzneimittel offensichtlich nicht in der Lage, einen einmal eingetretenen lebensbedrohlichen Zustand abzuwenden.

³¹⁷ Friedrich, Barbara; Mark, Barbara und Fehser, Georg. Alle 1893.

³¹⁸ Will, Kunigunde, 1893.

³¹⁹ Striebel, Hans W.: Die Anästhesie, Stuttgart, 2003, S. 492ff.

³²⁰ Posner, Louis: Handbuch der klinischen Arzneimittellehre, Berlin, 1866, S. 619f.

Der Heilungsbegriff

Ein publik gewordener durch den Operateur verschuldeter Tod hätte auch damals ganz sicher dem Ruf des Spitals stark geschadet, insbesondere weil noch viele Menschen große Angst davor hatten, sich überhaupt ins Krankenhaus zu begeben, geschweige denn sich operieren zu lassen. Deshalb war das Juliusspital auch darauf bedacht, einen möglichst großen Prozentsatz an „geheilten Patienten“ zu entlassen.

Inwieweit die Bezeichnung „geheilt“ dem heutigen Heilungsbegriff entspricht, lässt sich nicht genau sagen. Vermutlich musste ein Großteil der entlassenen Patienten noch länger als nur einen Monat mit den postoperativen Folgen – unter Umständen sogar mit einem Rezidiv – kämpfen. Für die Statistiken und den Ruf des Juliusspitals hingegen war die frühe Entlassung völlig „geheilte“ Patienten natürlich sehr günstig. Außerdem sei hier nochmals an die lückenhafte Überlieferung erinnert – die hier dargestellten Patientenfälle können keinen statistischen Anspruch erfüllen. Aus dem untersuchten Zeitraum sind zwar Aufnahmebücher erhalten, welche Namen und Aufnahme- sowie Entlassungsdatum aller Patienten im Juliusspital enthalten, jedoch wurde in diesen keine Diagnose notiert. Das heißt, speziell für die Aufenthaltszeit bei Patienten mit Hernien ist auch im Nachhinein kein statistischer Ansatz mehr möglich. Des Weiteren muss der Heilungsbegriff im Kontext der Zeit interpretiert werden. Heutzutage versteht man unter Heilung in der Medizin die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes unter Herstellung des Ausgangszustandes, die sogenannte „*restitutio ad integrum*“. Dieser Begriff berücksichtigt körperliche, psychische und soziale Aspekte. Auch der Begriff Gesundheit wird von der WHO aktuell als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen definiert.³²¹

Inwieweit sich der Heilungsbegriff 1893 vom heutigen unterscheidet, kann am Beispiel des Krankenblatts des Patienten Leonard Lengder gezeigt werden. Formulierungen wie „[...] Pat. hat bei Stuhlgang und Urinentleerung keine Beschwerden mehr. Stuhlgang und Wasserlassen selbst ist vollständig normal. Appetit und Verdauung ist regelmäßig

³²¹ Verfassung der World Health Organisation vom 25. Juni 2009.

und gut. Allgemeinbefinden ist ein Vortreffliches.“ sowie „[...] Pat. steht zum ersten Male auf.“ zeigen, dass sich der Heilungsbegriff lediglich auf den körperlichen Gesundheitszustand bezog. In einigen Fällen wird der Begriff „geheilt“ auch durch die Formulierung „völlig arbeitsfähig“ (Andreas Scheuring, 1883) oder durch eine angegebene Beschwerdefreiheit (Anton Backmund, 1893) ersetzt. Zwar werden auch heutzutage Patienten etwa in diesem Stadium aus dem Krankenhaus entlassen, jedoch wird der Begriff „Heilung“ oder „geheilt“ in diesem Zusammenhang nicht verwendet.

Als geheilt galt eine Person im 19. Jahrhundert also dann, wenn sie wieder in der Lage war, aufzustehen beziehungsweise ihren Beruf auszuüben. Entscheidenden Einfluss auf diese Begrifflichkeiten hatte auch die Entwicklung des gesetzlichen Krankenkassensystems: Zwar erhielt der Arzt einerseits durch den seit dem Reichsgesetz von 1883 für Arbeiter in Industrie und Gewerbe, die weniger als 2000 Mark jährlich verdienten, vorgesehenen Beitrittszwang eine gewisse Machtposition, dafür war er aber vom Kassenvorstand, welcher seinen therapeutischen Spielraum durch Kürzung der finanziellen Mittel stark einengen konnte, abhängig. Der Kassenarzt musste neben seinem rein medizinisch-ideologischen Interesse, den Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, nun auch die Interessen der Krankenkassen berücksichtigen. Bei diesem Spagat zwischen der Funktion als Arzt, der den hippokratischen Eid geleistet hat, einerseits und der als eine Art Angestellter der Krankenkassen andererseits ist es bei schlechter Finanzlage der Kassen vermutlich des Öfteren dazu gekommen, dass Kassenpatienten früher entlassen wurden als Privatzahler. Außerdem übten die Krankenkassen zunehmend Druck auf die Ärzteschaft aus, indem sie bei Verstößen mit Ausschluss drohten und durch das schnelle Auswechseln der Ärzte die Preise drückten. So kam es, dass die sogenannte „Kassenarztfrage“ zum Ende des 19. Jahrhunderts zum Kardinalproblem wurde und das ärztliche Handeln zunehmend auch von politischen Motiven beeinflusst wurde.³²²

Bemerkenswert ist auch, dass 1893 in sehr vielen Krankenblättern vermerkt ist, dass die Patienten (Anton Backmund, Conrad Weiller, Franz Sauer, Christoph Reitz und Leonard Lengder) das Spital auf eigenen Wunsch verlassen haben. Als „geheilt“

³²² Vgl. Huerkamp, 1985, S. 194ff.

wurden im Übrigen nur Patienten bezeichnet, bei denen auch eine Operation stattgefunden hatte, also war auch hier mit der Heilung eigentlich die „restitutio ad integrum“ gemeint. Bei angewendeter Taxis und Entlassung mit einem Bruchband wurde zu Recht nicht von einer „Heilung“ gesprochen.

Abweichend vom Heilungsbegriff, welcher sich auf den Gesamtzustand des Patienten bezog, wurde die Wundheilung zusätzlich gesondert beschrieben. Oftmals tauchen hierbei Begriffe wie „granulieren“ oder „Granulationsflächen“ auf oder die entstandene Narbe wird beschrieben. Granulations- und Narbenphase sind noch heute – wenn auch allgemeiner als Proliferations- und Regenerationsphase bezeichnet – Bestandteil der Wundheilungsphasen.³²³ Im Fall Valentin Kramer soll die Wunde sogar „primär“ verheilt sein. Als primäre Wundheilung bezeichnet man heute die komplikationslose Abheilung (ohne Infektion) exakt adaptierter Wunden, wohingegen bei der sekundären Wundheilung bestehende Defekte zuerst mit Granulationsgewebe aufgefüllt werden und dann unter Narbenbildung abheilen.³²⁴ Eine derartig genaue Unterscheidung wurde in den Krankenblättern aber nicht vermerkt. Dies kann durch die Tatsache erklärt werden, dass die genauen Vorgänge der Wundheilung sich erst um die Jahrhundertwende zu einer allgemein anerkannten Wundheilungstheorie, deren Grundzüge noch heute gültig sind, formierten.³²⁵

Berücksichtigt man die hygienischen Verhältnisse und das verwendete Nahtmaterial, so kann man davon ausgehen, dass nach der heutigen Definition von primärer und sekundärer Wundheilung zumeist letztere stattgefunden haben muss. Eine wirklich zuverlässige Vermeidung von Wundinfektionen war erst mit der Einführung der antibiotischen Therapie möglich.³²⁶

³²³ Vgl. Pschyrembel, 2007, S. 2083.

³²⁴ Hierner, Robert; Berger, Alfred; Wilhelm, K.: Defektdeckung im Bereich der oberen Extremität, in: Berger, Alfred; Hierner, Robert (Hrsg.): Plastische Chirurgie, Berlin, Heidelberg, New York, 2008 S.330f.

³²⁵ Schlathoelter, Michael: Geschichte der Theorie und Praxis der Wundheilung und Wundbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des 19. und 20. Jahrhunderts, Münster, 2005, S. 53.

³²⁶ Entdeckung des Penicillins 1925 durch Alexander Flemming, im zweiten Weltkrieg dann Einsatz von Sulfonamiden bei den deutschen Truppen und Massenproduktion des Penicillins für die amerikanischen Soldaten. Siehe hierzu: Schlathoelter, 2005, S. 68ff.; Vgl. auch: Lippert, Hans: Geschichte der Wundheilung, in: Lippert, Hans (Hrsg.) Wundatlas – Kompendium der komplexen Wundbehandlung, Stuttgart, 2001, S. 3-6.

6.3 Operationstechniken – Ein Vergleich zwischen den handschriftlichen Krankenblättern und den publizierten Krankengeschichten

Für das Überleben der Patienten entscheidend war erstens, ob überhaupt eine Operation durchgeführt werden musste oder ob lediglich die ungefährlichere Taxis erfolgreich angewendet werden konnte, zweitens, ob der Zustand des Patienten es ermöglichte, dass die Operation noch rechtzeitig zu seiner Errettung kam und drittens, ob der postoperative Wundverlauf durch antiseptische Maßnahmen so beeinflusst werden konnte, dass es im Nachhinein zu keiner Infektion der Wunde kam.

Daneben entschieden aber auch das Geschick des Operateurs und die von ihm angewendete Technik mit über das Schicksal der Patienten.³²⁷

1883 soll laut Schultze in allen von Albert Maas persönlich operierten Fällen (darunter David Emmerich, Josef Köhler, Valentin Kraemer, Leo Maidhof, Josef Moser, Martin Rügner und Andreas Scheuring) „abgesehen von geringen Abweichungen“ nach der Czerny'schen Methode operiert worden sein.³²⁸

In den Krankenblättern selbst findet sich aber nur ein einziges Mal der direkte Hinweis auf die Operationstechnik: „[...] der Bruchsack nach Czerny genäht.“³²⁹

Aber auch bei den übrigen operierten Fällen hielt man sich zumindest grob an das von Czerny vorgegebene Prozedere. Zur kurzen Erinnerung: Czerny band den Bruchsack möglichst hoch oben ab, verschloss dann die Bruchpforte bis auf eine kleine Öffnung für den Samenstrang und versenkte anschließend nach Exstirpation des Bruchsackes dessen Stumpf in der Bauchhöhle. Die Modifikation nach Nussbaum unterschied sich lediglich dadurch, dass der Bruchsackhals möglichst hoch umnäht wurde, aber keine Naht der Bruchpforte durchgeführt wurde. Welche Technik 1883 im Operationsaal des Juliusspitals wirklich zur Anwendung kam, soll nun genauer untersucht werden.

Im Fall David Emmerich (1883) wurden zwei „miteinander communicierende“ Bruchsäcke vorgefunden. Da die Darmschlinge, welche sich im zweiten befand, bereits dunkelbraun verfärbt war, wurde dieselbe außerhalb der Bruchhöhle unter der nicht

³²⁷ Laut Sachs/Damm/Enke war die individuelle Erfahrung des Operateurs sogar entscheidender als die Operationstechnik selbst (siehe: Sachs; Damm; Enke, 1997, S. 222 ff.)

³²⁸ Schultze, 1885, S. 44.

³²⁹ Köhler, Josef, 1883.

vernähten Haut belassen und die Operation nach Czerny nicht vollendet.

Der nächste Patient, bei dem die Radikaloperation durchgeführt wurde, war Josef Köhler. Hier wurde zunächst die geschlossene Reposition, das heißt die Reposition ohne Eröffnung des Bruchsackes, versucht. Da diese nicht gelang, wurde die „Radicaloperation nach Czerny“ angeschlossen. Auch bei den folgenden Patienten³³⁰ wird Czerny zwar nicht namentlich erwähnt, die beschriebenen Operationsschritte entsprechen aber genau seinem Verfahren. Beim Patienten Josef Moser erfolgte eine Kombination des Czerny'schen Verfahrens mit dem von Nussbaum. Es wurden sowohl Bruchpforte (Czerny), als auch Bruchsackhals (Nussbaum) vernäht. Beim Patienten Martin Rügner konnte die Operation ebenfalls wegen bereits beginnender „peritonitischer Vorgänge“³³¹ nicht beendet werden. Der Samenstrang war mit dem Bruchsack verwachsen, so dass dieser nicht entfernt werden konnte, es wurde lediglich die Bruchpforte mit einigen Stichen vernäht. Der „mißfarbige Darm“ soll sich zwar „unter den Händen“ zu einer „lividen Farbe erholt“ haben, dennoch überlebte auch dieser Patient die folgenden Tage nicht. Beim letzten vorliegenden Fall (Andreas Scheuring) wurde wieder genau gemäß Czerny verfahren, also sowohl die Exstirpation als auch Naht der Pforte und der Haut ausgeführt.

Somit kann die Aussage Schultzes bestätigt werden: Abgesehen von kleinen Ausnahmen, bei welchen der Operateur aufgrund des bereits stark fortgeschrittenen Krankheitszustandes der Patienten quasi zu einer Modifikation der Operationsmethode gezwungen war, hielt man sich im Großen und Ganzen an die Vorgaben Czernys.

Ab 1890 schließlich wurde laut Otto Pickel unter Schönborn „wo immer es irgend möglich war die Operationsmethode nach Macewens zur Anwendung gebracht“.³³² Hauptkennzeichen dieser Methode war, wie bereits erwähnt, das Zusammennähen des bis zum inneren Leistenring isolierten Bruchsackes zu einem Gewebskissen, welches sodann als Verstärkung zwischen Peritoneum und Bauchwand eingeschoben

³³⁰ Kraemer, Valentin; Maidhof, Leo; 1883.

³³¹ Unter einer Peritonitis versteht man die Entzündung des Bauchfells (Peritoneum).

³³² Pickel, 1894, S. 13.

wurde und gemäß der Idealvorstellung Macewens dort einwachsen sollte. Im Anschluss daran wurden die Wände des Leistenkanals über eine Matratzennaht miteinander vereinigt. Obwohl die Macewen'sche Methode von 1890 bis Anfang 1894 – ab hier soll nach Kocher operiert worden sein – offiziell die Standardmethode war, lässt sich aus den handschriftlichen Krankenblättern ein anderes Bild ablesen. Im Falle der Patientin Barbara Friedrich (Operation am 13.03.1892) wurde noch immer nach Czerny operiert. Von der Naht der Bruchpforte wurde abgesehen. Im nächsten Fall (Leonard Lengder) wurde zwar behauptet, es sei die Radikaloperation nach Macewen durchgeführt worden, es wurde aber weder die Bildung eines Gewebskissens noch die Vereinigung der Wände des Leistenkanals erwähnt. Stattdessen extirpierte man, „um die komplizierten Wundverhältnisse einfacher zu gestalten“, den „testis mit seinen Hüllen u. der tunica communis“– es wurde also eine Kastration durchgeführt. Leider finden sich hier keine Angaben über die Reaktion des Patienten, jedoch wird angegeben, dass der Patient diesen Eingriff überlebt hat und einen Monat danach zum ersten Mal aufstehen konnte. Bei der Patientin Barbara Mark (1893) wurde zwar eine Operation durchgeführt, die Patientin litt jedoch unter einer Nabelhernie. Da Macewen selbst seine Operationsmethode niemals für die Anwendung bei Nabelhernien beschrieben hatte, soll auf diese Operation hier nicht weiter eingegangen werden. Im Fall des Patienten Linus Röder wurde laut Pickel nach der Macewen'schen Methode operiert und der Bruchsack in typischer Weise „verlagert“. Anschließend soll die Bruchpforte mit zwei Silberdrähten vernäht und der untere Teil des Bruchsackes, wie von Macewen bei kongenitalen Hernien empfohlen, zur Tunica propria testis vernäht worden sein.³³³ Auch im entsprechenden Krankenblatt wird zwar ein „Schnitt nach Macewen“ vermerkt, die genaue Erwähnung der Gewebskissenbildung oder der Begriff der „Tabaksbeutelnaht“ finden sich aber nicht. Die Patientin Kunigunde Will litt unter zwei Cruralhernien. Obwohl Macewen sein Verfahren teilweise auch bei Schenkelbrüchen einsetzte, wurde diese Patientin im Juliusspital am 15.03.1893 nach dem Czerny'schen Verfahren operiert, auch wenn dieses vermutlich aufgrund seines veralteten Images nicht namentlich erwähnt wird.

³³³ Pickel, 1894, S. 33f.

Im Jahre 1893 waren die peritonitischen³³⁴ Vorgänge bei einem Patienten (Georg Fehser) bereits so weit fortgeschritten, dass auch hier entsprechend des „graven“ Zustandes eine Modifikation zum Einsatz kam. Ein Teil des Darmes wurde reseziert und der zu- und abführende Teil mit der Wunde vernäht. Die Tatsache, dass die Peritonealhöhle gar nicht mehr verschlossen wurde zeigt, dass der Operateur wohl während der Operation erkannte, dass keine Rettung des Patienten mehr möglich war und dass er deshalb die Operation im palliativen Sinne möglichst schnell beendete.

Insgesamt bleibt eher der Eindruck zurück, dass die Methode nach Macewen offiziell als Standardmethode angegeben wurde, vielleicht um den Ruf des Juliusspitals als Krankenhaus mit modernsten Techniken nicht zu gefährden. Offensichtlich wurde aber keine der vorliegenden Operationen haargenau wie von Macewen vorgegeben durchgeführt. Die Czerny'sche Methode war noch immer nicht aus den Köpfen der Chirurgen verbannt und wurde vermutlich erst ab 1894/95 mit der Einführung des Kocher'schen Verfahrens wirklich abgelöst.

Auch der Fall des zweieinhalbjährigen Leo Maidhof, welcher am 29.05.1883 im Juliusspital aufgenommen wurde, zeigt, wie unterschiedlich die Darstellungen der Patientenfälle hinsichtlich Umfang und Inhalt in den verschiedenen Publikationen waren. Die Krankengeschichte dieses Patienten findet sich in fünf Dissertationen, welche im Zeitraum von 1884 bis 1892 unter dem Referenten Hermann Maas erschienen sind (Ausnahme stellt die Dissertation von Franz Nothass dar: Sie erschien erst 1892 und somit unter Schönborn).³³⁵

Bei Carl Hesse (1884) stimmen Krankenblatt und Veröffentlichung exakt überein. Obwohl der Name sowie der Herkunftsort des Patienten nicht angegeben werden, dieser Fall also anonymisiert lediglich mit Angabe des Operateurs und des Alters des Patienten erschien, kann wegen der genauen Übereinstimmung des Wortlautes sowie der Datumsangaben sicher davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um die Darstellung des Falls Maidhof handelt.³³⁶

Ein Jahr später erscheint der Patient Maidhof erneut, diesmal sogar mit Angabe des

³³⁴ Entzündliche Vorgänge des Peritoneums (Bauchfells).

³³⁵ Hesse, 1884, S. 23; Schultze, 1885, S. 23; Grünewald, 1885, S. 36; Krieg, 1886, S. 17; Nothass, 1892, S. 12.

³³⁶ Hesse, 1884, S. 23; Schultze, 1885, S. 23.

vollen Namens und des Wohnortes (Unterafferbach) bei Ferdinand Schultze. Auch hier stimmt der Wortlaut bis auf kleine Abweichungen (zum Beispiel Chlorzink statt Chlorzinklösung) mit dem Original überein.³³⁷ Ebenfalls 1885 erschien unter Maas eine weitere Veröffentlichung: „Ueber die Radicaloperation Angeborener Hernien“ von August Grünewald, in welcher sich im Gegensatz zu den vorangegangenen doch einige inhaltliche wie auch den Umfang betreffende Abweichungen finden. Auch hier erfolgte keine Anonymisierung des Namens, Alters sowie Herkunftsorts der Patienten (diesmal aber Unteraschenbach – offensichtlich bereitete die Handschrift der Chirurgen auch den damaligen Doktoranden Probleme). Statt die Angaben über den Gesundheitszustand von Eltern und Geschwistern anzugeben, notierte Grünewald lediglich „aus gesunder Familie abstammend“. Auch die Angabe „Die bestehende Hernie hat Patient seit den ersten Lebensmonaten“ weicht vom Original ab, in welchem steht: „brachte sein Leiden mit auf die Welt“. Ob die Hernie angeboren war oder in den ersten Monaten erworben wurde, war aber entscheidend für die Untersuchung Grünewalds. Dieser gibt außerdem an, dass die Hernie nicht durch ein Bruchband zurückzuhalten war. Darüber findet sich in dem Krankenblatt kein Wort. In Anbetracht der Tatsache, dass hier eine lebensgefährliche Operation bei einem Kind durchgeführt wurde, kann man dies vielleicht als Versuch der Legitimation derselben ansehen. Die Diagnose stimmt bei Grünewald (sowie auch bei allen erwähnten Veröffentlichungen dieser Krankengeschichte) mit dem Original überein. Auf Angaben zum Status praesens verzichtet Grünewald gänzlich. Er geht gleich zur Kurzbeschreibung der Operation über und wählt auch hier andere Schwerpunkte als das Original: Zunächst erwähnt er die „Chloroformnarcose“ und das „essigsaure Thonerdespray“, diese Formulierungen tauchen beide im Original nicht auf. Auf der anderen Seite verzichtet er aber darauf, den „antiseptischen Verband“ sowie den Ersatz dessen durch „essigsaure Thonerdecompressen“ zu erwähnen. Die Beschreibung der Operationstechnik ist zwar knapper gehalten, stimmt aber inhaltlich einigermaßen mit den Angaben im Original überein. Mit Blick auf die Wundheilung finden sich in den unpublizierten Krankengeschichten aber teilweise andere Angaben

³³⁷ Schultze, 1885, S. 23.

als in den veröffentlichten Fallbeschreibungen – zum Beispiel gegen Ende der Beschreibung Grünewalds: „Die Wunde heilte unter einem Verbandswechsel per primam und so konnte Patient am 2. Sept. d. J. entlassen werden“. Tatsächlich mussten, wie bereits erwähnt, die Kompressen zweimal täglich erneuert werden, der Patient hatte Fieber und litt unter Ödemen und Schwellungen von Hoden und Penis. Außerdem hatte er nur mäßigen Appetit. Die Heilung erfolgte nach der heutigen Definition nicht primär (per primam intentionem), sondern unter starker Sekretion und Granulation. Die Tatsache, dass im Fall Maidhof die postoperative Wundheilung nicht optimal ablief, wurde hier also offensichtlich beschönigt.

Bei Ferdinand Krieg und Franz Nothass erscheint der Fall des Leopold Maidhof stark gekürzt in einer tabellarischen Zusammenstellung. Bei ersterem (1886) lässt sich erneut nur durch das angegebene Alter und die Übereinstimmung des Operationstermins schließen, dass es sich hierbei um den Patienten Maidhof handeln muss. Stimmige Angaben sind diejenigen zur Diagnose, der Operationsweise, sowie den postoperativen Komplikationen, hier in einer Spalte mit der Bezeichnung „Zufälle“ angegeben. Aber auch hier scheint der Autor entweder zusätzliche Informationen gehabt zu haben, da er angibt, die Hernie wäre durch ein Bruchband nicht zurückzuhalten gewesen, oder auch Krieg brachte diese Information zum Zwecke der Rechtfertigung der Operation mit ein. Ein weiteres Augenmerk ist auf die Spalte „Dauer der Heilung“ zu richten. Für Maidhof werden 22 Tage angegeben. Wie Krieg auf diese Zahl kommt, bleibt offen (Maidhof wurde am 29.5.1883 aufgenommen, am 2.7.1883 operiert und am 2.8.1883 entlassen).

Bei Franz Nothass taucht der Patient an erster Stelle in einer tabellarischen Zusammenstellung (angeblich) aller von 1880 bis 1890 (82 Fälle) im Juliusspital durchgeführten Radikaloperationen auf. Laut dieser Tabelle sollen im Zeitraum von 1880 bis Mitte des Jahres 1883 (erste Operation Patient Maidhof im Juli 1883) keine Hernien operiert sein worden. Ob dies stimmt, kann aus heutiger Sicht nicht verifiziert werden, da auch keine Krankenblätter mit Operationen aus der ersten Hälfte des Jahres 1883 überliefert sind.

Außerdem leitete seit 1886 Hofrath Dr. Schönborn die Chirurgische Abteilung, der

Patient Maidhof wurde aber noch von Hermann Maas operiert. Diese Dissertation ist mit dem größten zeitlichen Abstand zur tatsächlichen Operation und zusätzlich unter einem Referent, welcher nicht der Operateur war, erschienen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich auch hier Abweichungen von der handschriftlichen Dokumentation im Krankenblatt einschleichen konnten: Als Operationsverfahren gibt Nothass nämlich das Nussbaum'sche an, obwohl laut Krankenblatt nach Czerny operiert worden sein soll. Da Nothass in seiner Dissertation weder dem Czerny'schen noch dem Nussbaum'schen Verfahren den Vorzug gibt, ist diese Abweichung vermutlich auf eine Unachtsamkeit des Autors zurückzuführen. Unter dem Stichpunkt „Bemerkungen“ findet sich außerdem „Trägt kein Bruchband, trug überhaupt nie welches“. Diese Angaben aber, welche man heute vielleicht als „Reevaluation des Behandlungsergebnisses“ bezeichnen könnte, finden sich im Original nicht.

Wie aktuell diese Reevaluation zum damaligen Zeitpunkt war, das heißt, ob diese Information bereits kurz nach der Operation oder tatsächlich erst kurz vor Veröffentlichung der Dissertation und somit nahezu zehn Jahre später im Sinne eines Langzeitergebnisses eingeholt wurde, ist nicht klar.

Auch welche Ursachen den unterschiedlichen Darstellungsweisen zugrunde liegen, kann nicht genau gesagt werden. Es kann lediglich die Vermutung geäußert werden, dass die Krankengeschichten dem Zweck dienen sollten, die eine oder andere Operationsmethode als überlegen darzustellen. Diese Dissertation hat keinen statistischen Anspruch, die damaligen Veröffentlichungen hingegen enthielten Statistiken. Daher ist verwunderlich, warum immer nur einige ausgewählte Krankengeschichten publiziert wurden und andere der noch heute erhaltenen Fälle in keiner einzigen Dissertation trotz passendem Thema auftauchen. Die Tatsache, dass diese Krankenblätter bis heute erhalten sind, lässt vermuten, dass sie auch damals den Autoren der genannten Dissertationen vorlagen. Erwähnt wurden diese Fälle nicht, obwohl die Autoren angeben, alle innerhalb eines Zeitraumes operierten Fälle aufzuführen. Als Beispiel lässt sich die Patientin Kunigunde Will anführen, die am 15.03.1893 ins Juliusspital kam und an einer eingeklemmten Schenkelhernie operiert wurde. Möglicherweise erscheint diese Fallbeschreibung in keiner Publikation, da die

Behandlung nicht erfolgreich verlief: Die Patientin verstarb bereits zwei Stunden nach der Operation.

Die veränderten Darstellungen innerhalb der Publikationen stehen repräsentativ für die damalige gesellschaftliche Einstellung gegenüber Operationen im Allgemeinen und der Radikaloperation im Speziellen. So wurde in der Veröffentlichung über Radikaloperationen angeborener Hernien (August Grünewald) peinlich genau auf eine Legitimation für die Operation sowie auf eine genaue Beschreibung der Antisepsis geachtet. In dieser Publikation wurden acht Operationen vorwiegend an Kindern geschildert und alle konnten als „geheilt“ entlassen werden. Auch diese Fallbeschreibungen dienten vermutlich dazu, die insbesondere bei Kindern mit äußerster Skepsis betrachtete Operation zu rechtfertigen und die Sicherheit derselben zu betonen. Ein linear-chronologischer Zusammenhang zwischen den inhaltlichen Abweichungen der Veröffentlichungen und dem zeitlichen Abstand zur Operation lässt sich jedoch nicht herstellen.

Da nun die wesentlichen Unterschiede exemplarisch am Fall Maidhof aufgezeigt wurden, sollen der Vollständigkeit halber auch die anderen Fälle des Jahres 1883, die in zeitgenössischen Publikationen auftauchen, kurz genannt werden: Bei Carl Hesse wird auch die zweite 1883 bei einem Kind durchgeführte Operation erwähnt (Patient Josef Köhler). Auch hier hält sich Hesse genau ans Original.³³⁸ Bei Franz Nothass taucht als zweiter Fall neben Leo Maidhof der Patient Josef Moser auf. Auch hier soll dem Autor zufolge die Operation nach Nussbaum ausgeführt worden sein – dabei weicht Nothass' Beschreibung aber weniger vom Original ab als im Falle Maidhof: Das Krankenblatt zeigt, dass tatsächlich ein Kombinationsverfahren (Czerny-Nussbaum) angewendet wurde. Wie schon erwähnt, werden in der Publikation Ferdinand Schultzes abgesehen von den Patienten Hedenus und Hörnig alle Fälle der heute vorliegenden Krankenbögen beschrieben.³³⁹ In seiner Publikation hält sich Schultze weitgehend an die Vorgaben der Original-Niederschriften. Verständlicherweise, werden einige unwichtige Details etwas ausgespart. Lediglich die Tatsache, dass der Patient Jacob Hörnig, welcher im Gegensatz zur Patientin Amalia Hedenus mitten in

³³⁸ Hesse, 1884, S. 32.

³³⁹ Schultze, 1885, S. 21ff.

der Amtszeit von Hermann Maas operiert wurde, nicht auftaucht, macht stutzig. Ob dies daran liegt, dass er infolge einer Embolie verstarb, ergibt unter Berücksichtigung der Tatsache, dass auch die Patienten David Emmerich und Martin Rügner verstarben und trotzdem nicht verschwiegen wurden, keinen Sinn. Auch der Ansatz, dass die Patienten Rügner und Emmerich schon mehrere Jahre unter einem Bruch zu leiden hatten, ihnen somit eine gewisse Selbstverschuldung durch ihr spätes Erscheinen vorgehalten werden könnte, liefert keine schlüssige Erklärung dafür: Denn auch der Patient Hörnig gab an, bereits seit Jahren an dem Bruch zu leiden. Warum dieser also in Schultzes Statistik fehlt, bleibt schlussendlich offen.

Man könnte meinen, dass die Zahl der Veröffentlichungen im Rahmen der zunehmenden Ausdifferenzierung der Medizin zu einem naturwissenschaftlich anerkannten Fach und der steigenden Anzahl an Fachrichtungen vom Jahr 1883 bis zum Jahr 1893 deutlich angestiegen sein muss. Tatsächlich findet man aber nur eine einzige Dissertation, in welcher die Patientenfälle aus den von 1893 überlieferten Krankenblättern erscheinen.³⁴⁰ Ob es daran liegt, dass die Chirurgen von der Macewen'schen Operationstechnik nicht ganz überzeugt waren und/oder diese auch tatsächlich schlechtere Ergebnisse lieferte und deshalb weniger Veröffentlichungen auf diesem Gebiet erschienen, kann nicht festgestellt werden. Ein genereller Rückgang an Veröffentlichungen unter Schönborn ist jedenfalls nicht zu konstatieren. Dies könnte auch darin begründet sein, dass die Hernien nicht zu Schönborns bevorzugten Forschungsthemen gehörten: Seine persönlichen Publikationen beschäftigten sich nämlich bevorzugt mit der Trachealtamponade und den Kontrakturen.³⁴¹

Inwieweit sich Publikation und Original unterscheiden, soll am Beispiel des Patientenfalles Franz Sauer (1893) gezeigt werden. Zunächst einmal erfolgte auch bei Otto Pickel keine Anonymisierung der Patienten: Vollständiger Name, Alter, Beruf und Diagnose bilden die einleitenden Zeilen. Aber bereits hier tritt die erste interessante Abweichung auf: Sauer wird vom Bäckergehilfen (im Original) zum Bäcker und ist im Vergleich zum Originalkrankenblatt ein Jahr älter. Dies könnte die Vermutung nahe legen, dass im Abstand von einiger Zeit eine Nachuntersuchung einschließlich

³⁴⁰ Pickel, 1894, S. 31ff.

³⁴¹ Mettenleiter, 2001, S. 179.

Anamnese durchgeführt und nicht bloß aus den Krankenblättern abgeschrieben wurde. Diese Vermutung bestätigt sich tatsächlich einige Absätze später: Nach kurzer, aber inhaltlich richtiger Beschreibung der Operation findet man die Formulierung „Resultat nach 6 Wochen“ und etwas später „Resultat nach 9 Monaten“. Glaubt man Pickel, so wurden, sofern der Patient nicht verstarb, im Jahr 1893 Nachuntersuchung in der Regel sechs Wochen und neun Monate post operationem durchgeführt. Der wissenschaftliche Erkenntnisgehalt der veröffentlichten Statistiken hat sich somit deutlich verbessert, da zehn Jahre zuvor keine standardisierte Nachuntersuchung existierte und somit mögliche Todesfälle und Rezidive nach dem Austritt der Patienten nicht erfasst wurden.

Die Fallbeschreibungen bei Pickel sind viel kürzer und sachlicher gehalten: Status praesens, ausführliche Anamnese oder genaue Schritte der Operation werden nicht genannt, es geht lediglich darum, den Fall zum Zwecke der statistischen Auswertung kurz darzulegen. Aus der durch das vorgegebene Fragenschema der Krankenblätter bereits vorgefilterten aber noch subjektiven und einzigartigen Geschichte des Patienten wird nunmehr eine „objektive Fallnummer“. Dass dies 1893 bereits sehr viel stärker geschieht als noch 1883, zeigt sich sogar an der Überschrift der Bögen: Findet sich 1883 noch groß gedruckt die Überschrift „Krankengeschichte“, so rückt dieser Begriff 1893 als kleingedrucktes „Krankengeschichte No.:“ in die rechte obere Ecke des Bogens und steht somit symbolisch für das langsame Verschwinden der „Geschichte“ aus den Fallberichten.

Dieses bereits von der Psychologin Ulrike Hofmann-Richter dokumentierte Verschwinden der Biographien in Krankengeschichten zeigt sich also schon beim Vergleich der Krankenblätter des Jahres 1883 mit denen des Jahres 1893. Bei den Publikationen erfolgt darüber hinaus eine weitere Maskierung der bereits durch die Krankenbögen in ein Universalschema „gepressten“ Geschichten. Und auch hier ist im Laufe der Zeit eine Zunahme zu verzeichnen. Während Schultze noch nahezu jedes Wort aus der Originalniederschrift übernahm, gibt Pickel nur noch extrem wenige Details zum Patienten selbst an. Der Patient wird auch hier mehr und mehr zur

Fallnummer.³⁴²

³⁴² Hoffmann-Richter, Ulrike: Das Verschwinden der Biographie in der Krankengeschichte. Eine biographische Skizze, in: Bios. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History 2, 1995, S. 204-221.

7. Schluss

Die Krankenblätter der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals zu Würzburg aus den Jahren 1883 und 1893 können trotz der lückenhaften Überlieferung einen Einblick in das chirurgische Alltagsgeschäft bieten.

Auch der glückliche Umstand, dass zeitgenössische Publikationen vorliegen, welche die im Original überlieferten Fallbeschreibungen enthalten, gab Anlass, diese mit den Originalen zu vergleichen und etwaige Abweichungen im Kontext zu interpretieren.

Bei den quantitativen Aspekten ergab die Analyse der zeitgenössischen Publikationen, dass der Frauenanteil im Krankenhaus des ausgehenden 19. Jahrhunderts deutlich geringer war. Dies lag vor allem am häufig fehlenden Versicherungsschutz und an Schamgefühlen der Frauen gegenüber den ausschließlich männlichen Ärzten. Es zeigte sich, dass sowohl aus dem Jahr 1893 als auch aus dem Jahr 1883 mehrheitlich Krankengeschichten überliefert sind, in denen zur Operation geschritten wurde (1883 kein einziger Fall, bei dem die Taxis angewendet wurde). Ob dies daran liegt, dass die „Operationsakten“ einfach sorgfältiger aufbewahrt und somit eher überliefert wurden oder dass der Zustand der Patienten die Chirurgen zur Operation zwang, kann aus heutiger Sicht nicht mehr nachvollzogen werden. Die Tatsache, dass die zeitgenössischen Publikationen aus den besagten Jahren (1893, 1883) jedoch eine viel größere Anzahl an Krankengeschichten erwähnen, deutet aber wohl eher darauf hin, dass ein Großteil der Originale nicht überliefert wurde und dass vermutlich ein sehr hoher Prozentsatz an Patienten durch die Taxis behandelt und entlassen werden konnte.

Der formale Vergleich der zehn Jahre auseinander liegenden Krankenblätter und deren Einlagen zeigen die Endphase des Wandels des Krankenhauses von seiner alten Funktion als Armen- und Pfründnerhaus hin zu einer voll etablierten wissenschaftlich ausdifferenzierten Institution, deren Aufgabe es war, „heilbare“ Kranke zu behandeln.³⁴³ Zahlreiche Punkte, die 1893 Aufnahme in den zentralen Fragenkatalog

³⁴³ Elkeles, Barbara: Der Patient und das Krankenhaus, in: Spree, Reinhard/Labisch, Alfons (Hrsg.): Einem jeden

fanden, stehen symbolisch für den damaligen wissenschaftlichen Fortschritt in unterschiedlichen Fachgebieten und zeugen von einer gegenüber 1883 modernisierten Dokumentationsweise.

Inhaltlich schlug sich dies auch im veränderten Dokumentationsstil nieder, welcher im Vergleich zu 1883 im Jahr 1893 deutlich weniger narrativ, sondern deutlich „objektiver“ und distanzierter erscheint. Dazu trugen auch die Veränderungen im Bereich des Arzt-Patientenverhältnisses maßgeblich bei: Die zunehmende wissenschaftliche Ausdifferenzierung und die Spezialisierungstendenz führten zusammen mit den steigenden Patientenzahlen und der veränderten Organisationsstruktur des Krankenhauses zu einer „Entpersonalisierung“ des Arzt-Patienten-Verhältnisses.³⁴⁴ Dokumentiert wurden 1893 im Gegensatz zu 1883 auch die Namen der Operateure. Zehn Jahre zuvor finden sich unterschiedlichste Handschriften in den Krankenblättern und es ist kein eindeutiger Hinweis auf den Operateur zu finden: Daher ist man auf die zeitgenössischen Publikationen angewiesen, welche – zumindest bei einigen Patienten – den Namen des Arztes, welcher operierte angeben. Weniger Hinweise hingegen findet man 1893 zu den verwendeten Arzneimitteln, zur Narkose und zu den anti-/aseptischen Maßnahmen. Zehn Jahre zuvor wurden diese Stickpunkte deutlich umfangreicher dokumentiert. Dies bedeutet nicht, dass 1893 weniger Maßnahmen im Bereich der Asepsis oder des Arzneimitteleinsatzes durchgeführt wurden. Viel eher notierte man lediglich Abweichungen vom Standardprozedere. Auch die Aufnahme des Punktes „Kommentar zur Narkose“ in den Fragenkatalog des Jahres 1893 deutet auf ein standardisiertes Narkoseverfahren hin und machte somit eine genaue Beschreibung des eingesetzten Narkotikums überflüssig.

Einen weiteren Ansatzpunkt zur Interpretation bot die sowohl 1883 als auch 1893 auftauchende Formulierung „geheilt“, welche zur Untersuchung des im Unterschied zu heute veränderten Heilungsbegriffes im Kontext der Zeit anregte. Der Begriff der „Heilung“ war damals mit Beschwerdefreiheit beziehungsweise Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen. Insbesondere der zunehmende Ausbau des Krankenkassensystems

Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett, New York, Frankfurt, 1996, S. 360ff.

³⁴⁴ Vgl. auch: Jewson, 1976, S. 225ff.

trug dazu bei, dass die Patienten – wie im übrigen auch heute noch – entlassen wurden, sobald sie weitestgehend beschwerdefrei waren. Der Begriff „Heilung“ wird heute allerdings aufgrund seiner modernen, ganzheitlichen Bedeutung nicht mehr im Zusammenhang mit der Entlassung eines Patienten post operationem verwendet.

Zu einem weiteren zentralen Bestandteil der Untersuchungen wurde schließlich der Vergleich zwischen den überlieferten Krankenblättern und den zeitgenössischen Publikationen insbesondere hinsichtlich der Operationstechnik. Aber auch die Tatsache, dass einige im Original überlieferte Patientenfälle trotz des in den Dissertationen betonten statistischen Anspruchs nicht auftauchen, bot Anlass zur Diskussion. Ob diese Fälle nicht erwähnt werden, weil sie nicht zum gewünschten Ergebnis führten und somit eventuell eine Operationsmethode, deren Überlegenheit mit einer solchen Publikation dargestellt werden sollte, ins falsche Licht rückten, oder ob sie nur versehentlich vergessen wurden, kann nicht mehr nachvollzogen werden.

Auch beim Vergleich einiger ausgewählter Krankenblätter mit den Publikationen entsteht der Eindruck, dass die Veröffentlichungen teilweise zum Zwecke des gewünschten Ergebnisses leicht modifiziert wurden.

Wichtigstes Ergebnis bei der Untersuchung der Operationstechniken war, dass diese sich von 1883 bis 1893 – obwohl die offiziellen Angaben in den Publikationen andere sind – im Wesentlichen nicht verändert haben. 1883 war das Czerny'sche Verfahren offiziell Methode der Wahl und wurde in den Krankenblättern auch namentlich erwähnt und angewendet. 1893 geben die entsprechenden Dissertationen das Macewen'sche Verfahren an, bei genauerer Betrachtung der Krankenblätter zeigt sich aber, dass tatsächlich noch immer größtenteils nach Czerny operiert, dies jedoch nicht mehr namentlich vermerkt wurde.

Bei den zeitgenössischen Publikationen fällt außerdem auf, dass diese zur Jahrhundertwende hin zunehmend sachlicher gestaltet wurden und die Patienten-„Geschichten“ mehr und mehr verschwanden. Die Tatsache, dass sich in der Dissertation Pickels Angaben zu stattgefundenen Nachuntersuchungen finden, ist ein weiteres Zeichen für die Entwicklung zu einem der heutigen wissenschaftlich-medizinischen Arbeitsweise ähnelndem Vorgehen. Überraschend hingegen ist die

Tatsache, dass die Patientenfälle des Jahres 1883 in den Dissertationen teilweise (wie auch heutzutage) anonymisiert wiedergegeben werden³⁴⁵, die Fälle des Jahres 1893 bei Otto Pickel aber mit vollständigem Namen angeführt werden, was aus heutiger Sicht eher einen Rückschritt in Rahmen der Entwicklung zum modernen wissenschaftlichen Arbeiten darstellt.³⁴⁶

Schlussendlich zeigt sich, dass die überlieferten, handschriftlich verfassten Krankenblätter Zeitzeugen einer Ära des starken Wandels und Fortschritts im Bereich des Medizinalwesens sind und eine Sicht in den Operationssaal des Juliusspitals und auf die dort durchgeführte chirurgischen Praxis gewähren, welche ohne die Originalüberlieferungen vom heutigen Standpunkt aus nicht mehr zu rekonstruieren wäre.

³⁴⁵ Z.B. Patient Leopold Maidhof bei Schultze, 1885 S. 23.

³⁴⁶ Pickel, 1894 S. 13ff.

8. Anhang

Im Anschluss folgen nun die Transkripte der überlieferten Krankenblätter aus den Jahren 1883 und 1893. Vor diesen ist je ein exemplarischer Scan der Original-Krankenblätter sowie der zugehörigen Temperaturkurveneinlage abgedruckt.

In den Transkripten wurden Wörter, die nicht transkribiert werden konnten, durch „[...]“ gekennzeichnet. Sofern im Original nur eine Seite ausgefüllt war, wird aus Platzgründen lediglich diese Seite als Transkript abgedruckt.

Krankengeschichte.

Namen: Rügemer, Martin Alter: 48 J.
 Heimat: Obalemach Stand: Dienstknecht.
 Aufgenommen: 22. IX. 83. Entlassen: 4. X. 83. an Peritonitis
 Diagnose: Ulcera inguinal. incuri. cir. nach Darmgangrän.

Bonnt ist von dem stupiden, pfennsüchtigen Pat. zu fragen, wo er in frischen Jahren öfter Kranke gesehen, nicht anderen an einem von W. Lunge angefangenen Rott. Conf. Seit ca 10 Jahren will er schon immer leichtere Leistenbrüche haben, die sich stets gut zurückbringen ließ und ihm ohne Bruchband bei der Arbeit nicht hinderlich war. Seit gestern Morgen aber ist Pat. nicht mehr in Stand, denselben zurückzubringen, die Gefahr ist nicht abzusehen, seit vorgestern kein Stuhl, seit gestern frühstücker Erbrechen.

Anamnese.

Grüßlich gealterter Pat. von spärlichem Körperbau. Gesicht zu gelblich, unvollkommen angeordnet. Puls klein u. schwach.

Pat. sprach.

In der linken Scrotalsäcke eine nur äußerlich hervortretende bis in den Grund des Scrotums hinabreichende, röhrenförmige und unten abgedeckte, eine wohl u. flüchtig erscheinende Opfersäcke unempfindlich. Durch die Haut des Hodensackes deutlich fühlbare peristaltische Bewegung Percussionshall nicht besonders tympanitisch.

Operation

Keine Transparenz, Hohlraum frei unter der großen Gefäßwand, bzw. möglich zu fühlen.

Reposition nicht möglich.

Macht einen massiven Darm, unter ungr. Thrombose, im Chloroform arbeits, und sorgfältigem Aufsicht in Reinsicht der Kunst mit steriler Desinfic. Leisten der Hautschnitt über der Gefäßwand in ihrer ganzen Länge, Stabilität nur unvollständigen Befestigung der Durchtrennung der Bindegewebe liegen auf der Hohlraum, Fröpfung des mohl dicken, aber nicht sehr starken Bruchackes, Substanz von viel blutige / wasser Flüssigkeit.

Die ca. 15 Cm lange Dünndarmstielung freiprepariert bis zur Fröpfung des Bruchackes, von Farbe dunkelbraun am unfernen Stellen, bis zum Dunkelbraun werden nachfolgt.

Das normale Glanz der Serosa war nicht überall erhalten, sondern nur so liegen außer am obersten und untersten Ende einige feine Fibrinfäden, im Resultat peritonitischen Vorgänge.

Gegen hinten in diesem Befund lag außerdem eine normal große Leber ca. fingerlang u. = dick, 3 bis gebrochene Netzgürtel im Bruchacke vorgefunden.

Nach unvollständigen Fixierungen ^{der unvollständigen Bruchackes} zunächst nach oben in die freie Geröpfung des Bauches den Darm fixieren, die Pleura fallen intact, der misfarbige Darm wofelt bis unter den Rücken nicht zu einer nur mehr leichten Farbe. Zu Hofische wird eine Catgutstielung von, von unvollständiger nicht ächtigen dunklen Stellen verhalten, durch das Mesenterium geht u. muss an der gleiche, dort an den hinteren gelegten Hohlraum befestigt.

Darm in Netz wieder nun ganz reponiert, in es erst nach einer gewissen

von ihm ist die Bruchstelle nur ein wenig weiter war.
Nun einen Versuch, die Bruchstelle zu reponieren und die
der Narbenbildung mit dem Funiculus spermaticus abzuheben,
dann weiter. Es wird hier die Bruchstelle mit 3 Nähten (Cath-
gut) verschlossen, eine Gummidrainage in der ganzen Länge des
Schnittes eingeführt, die Haut mit Cathgut vernäht.

Gründliche Pflege des Darms vor der Reposition, sowie
der ganzen Operation gelichtet, umform als meistens in der Pföffe
der Operation. Antisept. Darmentbindung.

Entzündung am 2. Tag (5 Tropfen) Jucken Trüb. Opium
einmal nachmittags manchmal Abends an der Wunde und
in die Wunde, einigemal Abends. Puls 92, moll., Zunge feucht,
Temp. 36.8°.

29. IX. Allgemeines Wohlbefinden gut Temp. am Abend 37.4°. Puls 100. Zunge feucht,
Berechnung günstig, Wunde an, Abends geringe
Opiumtinktur wird fortgesetzt.

25. IX. Trotz fortgesetzter Wundbehandlung Jucken im Putz von 100 - 120.
Tympan. aufgetriebenes Abdomen, fast kontinuierliches Erbrechen,
nachdem das Aufsteigen. Dabei gut Putz, bis an Wunden
und Bier. Darmsanierung von Opiumtinktur, die sie an-
gänglich wird Morph. subcutan.

26. IX. **H**inter Spannung der Athmungsinsuffizienz wurde das ~~Abdomen~~
ad maximum gespannte Abdomen in die Zwerchfellhochlagerung
auf oben.

Lithonog als beginnende Darmgangrän mit secundärer
Peritonitis, Operationswunde primär nekrotisch, ohne Reaction.

Temperatur-Tabelle.

Name: *Brynn*

Datum	Früh	Abend
<i>22</i>	<i>Früh. 36.1</i>	<i>36.8. 92</i>
<i>23</i>	<i>37.1. 88.</i>	<i>37.4. 100</i>
<i>24</i>	<i>" 37.3. 100.</i>	<i>37.4. 120</i>
<i>25</i>	<i>" 37.6. 120</i>	<i>37.6. 128</i>
<i>26</i>	<i>† part. murt. 38.1°</i>	

Ev.

Zimmer No. 98.

Jahrgang: 1893.

Krankengeschichte No.:

Chirurgische Männerabtheilung.

Name: Lengler, Leonhard 1894
 Alter: 60 Jahre
 Beruf: Hegeldörner
 Wohnort: Wernfeld
 Heimath: Wernfeld
 ledig, verheirathet, verwittwet:
 Eintritt: den 16. XII. 93.
 Krankheit:

*Alte accretive Dickdarmhernie mit Fasercreatio,
 einer frischen Blinddarmhernie, Hydrocoele.*

Austritt: 29. I. 94.
 Status praesens beim Austritt: *Etwas unterhalb der Spina anterior superior R
 ausgehend verläuft eine, scharf abgegrenzte, bis zum unteren Becken hinreichend
 gebaute, dem Sirobimus, des Sirobimus selbst R. bis zum Grunde einer
 matten lineare Narbe. Diese Narbe ist mit der star angelegten
 Hauptnagel- oder Kautschuk- mit gelber der Perimeter gelegenen Par-
 tium vollständig frei vorzubehalten, ohne alle Stimmern
 Sie auch bei Hustenstößen über dem Processus des Abdomens nicht
 contractum. Beim Husten und der Spannung der Bauchpresse findet
 keine partielle Hervorwölbung der Narbe statt. Der Durchmesser des
 des Tumors colossal erweiterte, das des Sirobimus - hat 4,5 cm bereits
 stark retrahiert; ostens hängt noch ein großer Teil davon mit
 periton. der Bauch des Peritonäalhülschen. Die Tumoren sind stark
 gesträumelt und gefaltet. Das. hat bei Stuhlengang und Urin-
 entleerung keine Beschwerden mehr. Stuhlengang aus Wasserlassen
 selbst ist vollständig normal. Appetit mit Verdauung ist
 regelmäßig und gut. Allgemeinbefinden ist einflößend.*

*Pat. verlässt auf seinen Wunsch als vollständig geheilt
 das Spital. Anlegung eines Leistenbrunnens.*

Spätere Wohnung, Referenzen: Wernfeld
 Name des Arztes:

Anamnese.

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Vater und Mutter sind an Pneumonie
gestorben.

1 Bruder und 2 Schwestern sind an Pat. unbekannter Krank-
heit gestorben.

Vorausgegangene Krankheiten: Pat. will seit Jahren leugnerweise sein.
Vor 1/2 Jahre hat Pat. einen Stützgefäßbruch.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern:

Beginn der jetzigen Erkrankung: Im Alter von 15 Jahren trat Pat. beim

Ursachen: Ursachen: Neben eines Abscesses in der R. jugularis lagert eine
kleine Fischschuppe auf, die mit grossen Schmerzen begleitet war. Pat.
will bemerkt haben, dass der Schmerz bei kaltem Wetter stets aber bei stän-
der Arbeit stärker hervortrat. Im Ubrigen konnte er ihn von selbst
Erste Symptome: nicht berichten. Er hat sich damals allein mit
warmen Umschlägen behandelt, und erst im Alter von etwa 20 Jahren
in Krankenhaus aufgenommen, welches er stets bei schwerer Arbeit guttragen
Woh vor 1/2 Jahre hat er das Tragen des Bruchbundes unterlassen.
Die Fischschuppe nahm nach und nach an Grösse zu, bis sie etwa
die Grösse eines Hühnerkopfes erreichte. Während dieses letzten halben
Jahres hat Pat. wegen der Beschwerden die der Bruchschuppe hervor

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung: nur leichte Stuhlverstopfung, Körner-
Stuhl und flatul. wie auch des Wasserlassen sind immer gut gewesen
ebenso die Appetit. Plötzlich, am 15. XI. 90, vergrösserten sich
bei Pat. die Schmerzen in der R. jugularis, er konnte nicht
zu sich nehmen, hatte keinen Stuhlgang, keine flatul., Wasser-
lassen ging nicht länger; darnach kam noch am denselben Tage
ein schmerzhaftes (5-6 mal) Erbrechen. Pat. liess sich dieser
Bestwerden wegen mit der unerträglichsten Schmerzen halber
die in der darauf folgenden Nacht mit dem Messer in die
Wunde bringen.

Status præsens.

Allgemeines Aussehen: mässig genährt aussehend.

Haut: Tannentus mässig entwickelt.

Lymphdrüsen: nicht geschwellt.

Subcutane Venen: nicht dilatirt

Kopf: \emptyset .

Hals: normal.

Brustorgane: geringes Emphysem. Mässige Bronchitis.

Bauchorgane: \emptyset unten

Extremitäten: Muskulatur mässig entwickelt.

Genitalien: \emptyset .

Verdauung: für unsern Körper in Ordnung.

Urin: \emptyset .

Sitz der Erkrankung:

Das ganze Scrotum ist von einem reichlich mannkopfgrossen Tumor eingenommen, der oben von un-
veränderter, nur etwas geröteter Haut bedeckt ist. Unten finden
sich einige strahlige wenig verschiedene Narben. Der Pericrius
schall über d. Tumor ist oben tympanitisch unten gedämpft. Dant-
liches Fortsatz nach der Abdominalhöhle. Unmöglichkeit der
Reposition.

Diagnose:

Hernia inguinalis externa incarcerata R.

Hydrocele

Prognose:

Op. Loren Nr 637.

Operation.

Datum: 16. XII 93 Operateur: Hopf. Schaubert Assistent: Meyer

Narcose: ruhig, ohne Zwischenfall.

Beschreibung:

Nach lange fortgesetzten vorgeblichen Taxis versuchen wird zunächst zur Herniotomie externa geschritten. Es wird auf die Bruchstelle in-
cidirt und alle sich spannenden Gewebe bis auf den Bruchbeutel
durchschritten. Es gelingt jetzt einen kleinen Teil der Hernie
zurückzubringen. Da die Reposition nicht ganz gelingt und
ausserdem nicht beurteilt werden kann, wieviel alle irrepo-
nible Hernie u. wieviel noch herausgehoben ist, wird der
Hautschnitt nach unten auf das Peritonäum dilatirt und der
Bruchbeutel eröffnet. Es findet sich neben einer allen occiden-
talen liegenden Dickdarmhernie eine frühere eingeklemmte Darm-
darmhernie. Die ausgeschleimte Schlinge ist stark gerötet (Länge etwa
3/4 m). Die Reposition dieser Schlinge gelingt nach Zirkulärschnitt
des Bruchringes leicht. Die gewaschenen Dickdarm und Bruchbeutel
bestehenden Adhäsionen werden nun gelöst. Die Reposition des stark
geblähten Coecums gelingt erst nach längeren Versuchen. Um das Wied-
erfallen zu verhindern musste die Radicaloperation angeschlossen werden.
In diesem Zweck wurde zunächst der Bruchbeutel isolirt. Die neben der
Hernie bestehende Hydrocele wurde von der Wunde aus gespalten, mit
soderm die Brücke zwischen den beiden Hohlräumen, der Hernie einerseits
u. der Hydrocele andererseits, die aus der Tunica communis gelbes Ektar war
durchtrennt. Um die complicirten Wandverhältnisse einfacher zu
gestalten wurde sodann der Testis mit seinen Höhlen u. der
Tunica communis des Bruchbeutels exstirpirt. Radicaloperation
nach Maccewen. Drainage durch eine Contraincision am Grunde
des Scrotums. Seidenknopfnacht d. Haut. A. V.

Jan. 20/94. Verbandwechsel. Drainagen werden entfernt und 1 Teil

Beschreibung des Präparates: Der Nähte

20/93. Verbandwechsel. Entfernung der Nähte

20/93. Verbandwechsel. Anlegung eines Suspensoriums. Die

20/93. bis auf die Drainöffnung geheilte Wunde wird mit Jodoform-
collodium bestrichen.

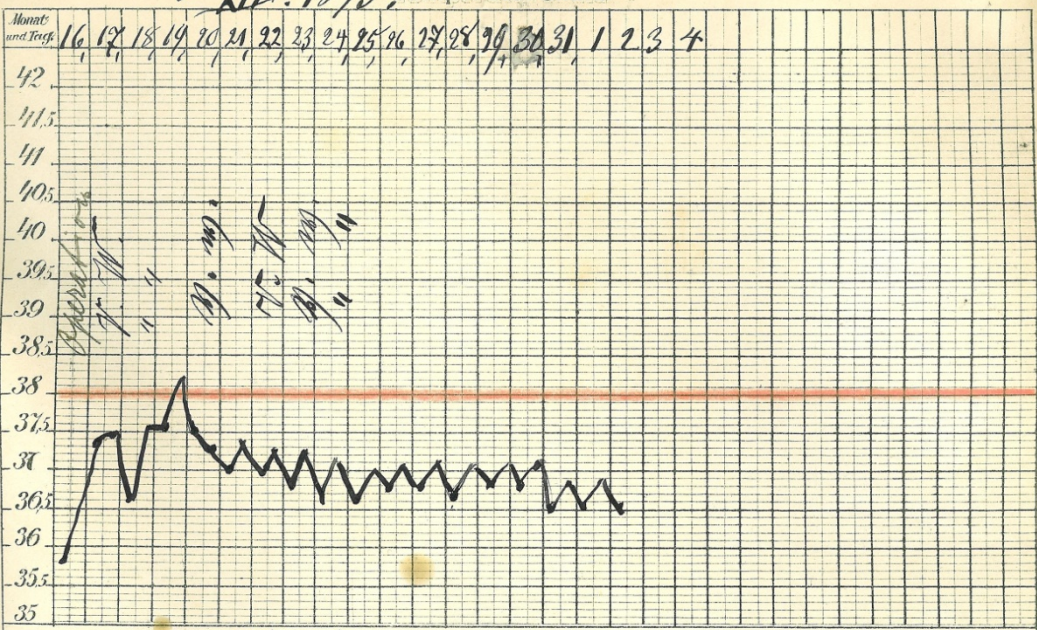
15/1 94. Pat. steht zum ersten Male auf.

Präparat entfernt.

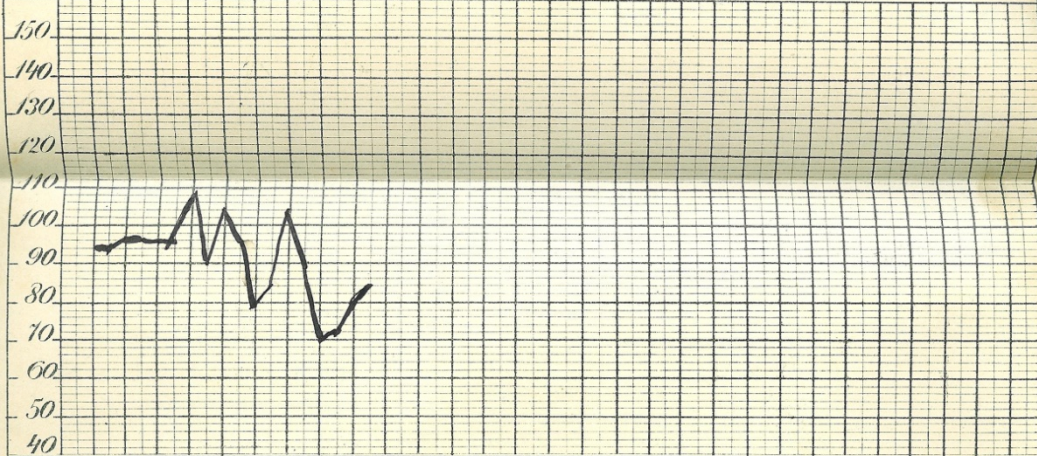
In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

NAME *Lewylna* XII. 1893. Temperaturskala. DIAGNOSE



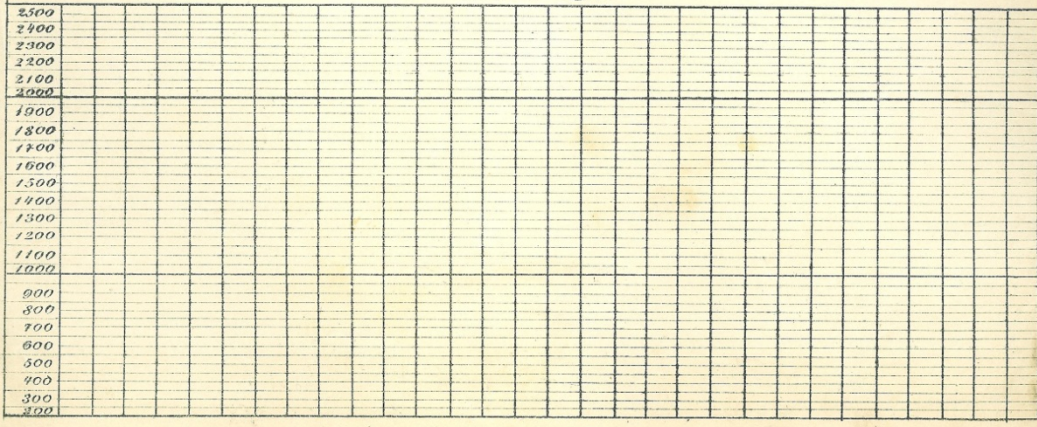
---++++ Pulsskala.



Respirations-Frequenz.

Morgens	22	20	26	26	30
Abends	26	22	25	34	36

Urinmenge.



Krankengeschichte

Namen: Emmerich, David **Alter:** 55J.
Heimat: Wüstenzell **Stand:** Steinhauer
Aufgenommen: 2.4.83 **Entlassen:** † 2.4.83 Herniotomie

Diagnose: Hernia inguinalis sin. Incarcerata properitonealis (en bissai)

Anamnese 2.4.: Pat. hat schon seit der Kindheit einen linksseitigen Leistenbruch.
Seit 3 Tagen bringt Pat. den Bruch nicht wieder zurück.

Stat. praes. 2.4.: Mäßig guter Ernährungszustand. Gesicht etwas cyanotisch, Puls klein, frequent, letzter Stuhl vor 2 Tagen, seitdem Erbrechen, zuletzt von brauner Farbe, ohne kothigen Geruch.

Herniotomie 2.4 Bruchgeschwulst etwa hühnereigroß. In Chloroformnarkose wird in der ganzen Länge der Geschwulst ein Hautschnitt geführt, die Fascienblätter und der Cremaster gespalten, der derbe ca. 3mm dicke Bruchsack eröffnet u aus demselben blutig seröse Flüssigkeit entleert, eine Darmschlinge findet sich nicht vor. Nach oben schließt sich an den ersten Bruchsack ein zweiter an u. communiciert mit ihm durch eine etwa kleinfingerdickehende Öffnung, durch welche hindurch man im zweiten dunkel gefärbte Darmschlingen erblickt.

Nach Durchschneidung des Zwischenringes, Durchschneidung der Fascie u der Bauchmuskeln ist der zweite Bruchsack frei eröffnet und die Bruchpforte kann debordiert werden.

Es zeigt sich, dass der zweite Bruchsack, der der größere, zwischen Fascia transversa u Bauchfell, der erste im Leistencanal belegen ist.

Die Darmschlinge sieht dunkelbraun aus, ist nirgends perforiert, wird aber der Vorsicht

halber außer der Bruchhöhle liegen gelassen u. zwar unter der Haut, die nicht vernäht, sondern nur mit Protectiv bedeckt wird.

Sublimat-Gaze Verband, Flanellbinden

Pat. der schon während der Narkose hörbare Rasselgeräusche hat, bekam später blutig, schaumige Sputa, bei äußerster Athemnoth und starb suffocatorisch.

2.4. †

Sectionsbefund

Die Leiche zeigt massive Todesstarre. Situs abdominalis nichts Abnormes. Bei Eröffnung des Pericards findet sich eine massive Menge einer hämorrhagischen Flüssigkeit. Bei Eröffnung des Herzens erweist sich die Trikuspidalklappe verkürzt und mit alten endoarthritischen Verdickungen besetzt. Die anderen Klappen normal. Die linke Lunge in ihrer ganzen Totalität mit der Pleura verwachsen, die Adhäsionen trennen sich schwer. Die ganze linke Lunge, sowohl Ober- als auch Unterlappen ist mit kleinen Weizenkorngroßen Knötchen besetzt, die in ihrer Mitte weich punctiert sind. Ganze Lunge bluthaltig, dabei starkes Oedem. Auch im Inneren finden sich die oben genannten Knötchen. Das Oedem ist besonders stark am Unterlappen. Der Unterlappen den rechten Lunge ist vollständig, und der mittlere zum Theil mit der Brustwand verwachsen, ebenso die Spitze des Oberlappens, der sich nur mit Substanzverlust trennen lässt. Ebenso ist der Unterlappen mit dem Diaphragma verwachsen. Dieselben Knötchen, die sich auf der linken Lunge finde, auch an der rechten, jedoch mehr am Oberlappen. Sie durchsetzten die ganze Lunge und gehen theils in Verkalkung theils in Verkäsung über. An der Lungenspitze findet sich dieser Proces am stärksten ausgesprochen und hat sich derselben eine hahselnussgroße P.. gebildet. Im Übrigen ist die Lunge lufthaltig, überall jedoch stark emphysematös. Im Bereich des Leistenkanal findet sich eine Öffnung, aus welcher eine dunkel gefärbte Darmschlinge hervorsieht. Bei der Herausnahme des Darms zeigt sich das Colon leer. Die vorher bemerkten Theile des Darms gehören dem Ileum an, welches durch den canalis inguinalis nach außen getreten war. Die anderen Theile des Ileums und Jejunums sind stark gefüllt. Bei der Eröffnung des Darms zeigt die Mucosa außer einem höheren Grade von Injectionen nichts Abnormes. Dagegen zeigen die erwähnten Stellen je 7 und 9 cm lange Parthien, die stärker gefärbt sind und im Stadium der beginnenden Gangrän sich befinden.

Nr. Diar. 98

Krankengeschichte

Namen: Hedenus, Amalia **Alter:** 6J.

Heimat: Bayreuth **Stand:** _____

Aufgenommen: 7.3.83 **Entlassen:** _____

Diagnose: Hernia femor.incarc. Pleurit. errud. dextr.

Pat. leidet seit 5 Tage an Erbrechen und heftigen Schmerzen in der r. Inguinalgegend. Dortselbst will sie schon öfters eine Femurwölbung bemerkt haben, welche jedoch sonst von selbst zurückging. Sonst war Pat. welche in relativ guten Verhältnissen lebt nie krank. Das Erbrochene riecht ziemlich stark kothig.

Stat. präs.: Bei der Besichtigung der schmerzhaften Parthie findet sich eine etwa ...-ei große pralle Geschwulst in d. Regio inguinalis. Die Percussion ergibt tympanitischen Schall. Die Geschwulst und Umgebung etwas geröthet. (Hernia incarc.) Repositinsversuche durch Taxis führen zu keinem Erfolg.

Op. Herniotomie mit Eröffnung des Bruchsackes.

Die Operationswunde heilte nach 4 Tagen primär. Da Pat. der Zwischenzeit ein Pleurit. errudat dextr. aquirierte wurde dieselbe auf die interne Abth. transferiert.

Krankengeschichte

Namen: Hörnig, Jakob **Alter:** 57 J.
Heimat: Unterleinach **Stand:** Oekonom
Aufgenommen: 14.12.83 **Entlassen:** 15.12.83 †

Diagnose: Hernia inguinal. dextra incarc. Embolia A. mesenterica sup.

Anamnese: Pat. der schon seit Jahren einen rechtseitigen Leistenbruch hat und stets ein Bruchband trägt, gibt an, vor einem Jahr schon einmal eine Einklemmung gehabt zu haben, die jedoch wieder zurückgebracht werden konnte. Vor einer halben Stunde ist ihm der Bruch unter großen Schmerzen wiederum ausgetreten und kann er ihn nicht wieder zurückbekommen.

Stat. praes. 14.12. Pat. mit bleichem verstörtem Antlitz, klebrigem Schweiß auf der Haut, jammert über entsetzliche Schmerzen in der rechten Leistengegend. Dortselbst eine über faustgroße pralle birnförmig in die rechte Scrotalhälfte hineinragende Geschwulst unter normaler Hautdecke, deren Basis an dem äußeren Leistenringe liegt. Percussion tympanitisch, Consistenz von elastischer Härte. Sie läßt sich durch Repositionsversuche auch in Schenkelbeugstellung, sowie nach einen warmen Vollbad nicht in die Bruchhöhle zurückbringen.

Opiumtinctur 5 Tropfen, zwischendurch wegen der heftigen Schmerzen 0,01... auf die Bruchgeschwulst eine Eisblase, einmalige Bestäubung mit dem.....um 9 Uhr N. Er wird beaufsichtigt, die Herniotomie ad usum clinicum auf den kommenden Morgen zu verschieben.

Bei der Abendvisite um ½ 6 Uhr N. ist die Hernie spontan zurückgegangen ohne dass auch nun der Kranke selbst etwas daran manipuliert hat. Pat. fühlt sich darauf

erleichtert klagt nun noch einen erträglichen Schmerz in der Nabelgegend.
Opiumtinctur wird fortgegeben.

15.12. Pat. der die Nacht über in unerträglichem Zustande verbracht hat, bekommt gegen Morgen zunehmende Athemnoth und Beängstigung. Um $\frac{1}{2}$ 7 V. ließen sich über der ganzen Lunge Rasselgeräusche wahrnehmen, Herztöne auscultatorisch nicht anzunehmen, Puls klein und sehr frequent. Abdomen aufgetrieben, Leberdämpfung verkleinert, der Leib nicht ad maximum gespannt, ist allen... auf Druck empfindlich, die hauptsächlichsten Schmerzen werden in die Nabelgegend localisiert, die Gegend der rechten äußeren Leistenrings schmerzlos.

Bis jetzt keine Temperatursteigerung aufgetreten. Opium und 2 Eisblasen in abdomine. Schu... öfter 2,0 Die anfangs als segt... Peritonitis nach Darmgangrän, er. = perforation, .. um als choi... aufgefassten Symptome gewinnen...durch eine um $\frac{1}{2}$ 11 Uhr V. entleerten weichlichen blutigen nicht übelriechenden Stuhl, dem bald ein zweiter copiöser.. nachfolgte eine sp.. Deutung: es wird eine Embolie der A. mesenterica sup. angenommen.

Puls schon seit 10 U. unfühbar, Kühle der Extremitäten, Durstgefühl des Pat. Brechneigung ohne wirkliches Erbrechen, zuletzt Atheminsuffizienz beschließen um $\frac{1}{2}$ N. den Krankheitsverlauf.

Die Section vom folgenden Morgen 11 Uhr V. findet einen auffallend vorgeschrittenen Fäulniszustand. Nach Eröffnung der Bruchdecke entleert sich eine tiefblutige Flüssigkeit in großer Menge. Das vorliegende Colon wie alle Darmschlingen stark aufgeblasen, hat eine bräunliche Farbe ist in seinen Wandungen ödematös, in den Capillaren und kleineren Venen staut das Blut, hie und da größere Haemorrhagien, im ganzen eine blutig ödematöse Durchtränkung, derselbe Bild bietet in ungefähr gleicher Länge(1Meter) das Ileum von der Valv. Bantini.. aufwärts. Das zugehörige Mesenter ödematös, blutig in... an mehrere H.Ilen ausgedehnter... Venenleib.. zu den f..schulendicken Ästen mit Blut gefüllt. Arterien leer.

Am Herzen Altersverdickungen, harte Schwielen an den Muskeln. An den den übrigen Organen nichts Abnormes. Der Darm war also in der von der Mesenterica sup. versorgten Strecke je.. von der Klappe auch auf- und abwärts in beginnender Gangrän begriffen, der Befund sprach- wie das klin. Bild – für eine Thrombose der Mesenterica sup. im Ileum des einem größerem Aste obwohl ein Thrombus nicht gefunden wurde.

Nr. Diar. _____

Krankengeschichte

Namen: Köhler, Josef **Alter:** 1 1/2

Heimat: Georgenzell **Stand:** _____

Aufgenommen: 5.7.83 **Entlassen:** _____

Diagnose: Herni. inguinal. ext. enteroepiploica incarcerated. stercoralis

Der Pflege-Vater gibt ...an, daß Pat. vor 3 Tagen der Bruch herausgetreten, wie das früher öfters geschehen, diesmal sei er aber nicht mehr zurückgegangen. Auch sei seitdem kein Stuhl mehr erfolgt.

Stat. praes. Ein sehr herabgekommenes, schlecht genährtes, rachitisches Kind, am Kopf und Rumpf mit Pemphig. benignus bedeckt.

In der L. Inguinalgegend zeigt sich eine übertaubeneigrosse Geschwulst mit normal aussehender Haut bedeckt, welche am annulus inguinal ext. beginnt u. sich bis in den Hodensack erstreckt. Beide Hoden sind zu fühlen, der L. hinter der Bruchgeschwulst, sein Samenstrang kann verfolgt werden.- die Geschwulst selbst fühlt sich prall elast. an.

Temper. normal – Erbrechen nicht vorhanden. Nach dem guten Schlaf zu schließen Schmerzen gering. -

Taxis Reposition gelingt nicht.

6.7. Herniotomie. Hautschnitt in der Längsrichtung des Bruchgeschwulst bis auf den Bruchsack, welcher die für congenitale Hernien charakteristische Dicke, Farbe und über demselben verlaufenden Fasern des M. cremaster zeigt. Nach Erweiterung der Bruchpforte gelingt die Reposition durch zwei leichte Einkerbungen mit dem

Herniotom nicht.

Desßhalb wird der Bruchsack eröffnet, wobei sich eine geringe Menge Bruchwasser von bräunlicher Farbe entleert. Die prolabierte mit Darminhalt gefüllte Darmschlinge lässt keine pathol. Veränderungen erkennen. Im Bruchsackhalse liegt an ihrer inneren Seite ein kirschkerngroßes Stück Netz mit vor.

Erweiterungdes Bruchhalses durch mehrere seichte Einkerbungen.

Vor der Reposition wird die Darmschlinge weiter herausgezogen um die Einklemmungsringe zu kontrollieren. Sie zeigen eine mäßige bläuliche Verfärbung, ohne das der Oberflächen-Glanz verschwunden wäre. - Reposition - Das vorgefallene Netz ist mit de, Bruchsackhals verwachsen. Der Reposition schließt sich gleich die Radicaloperation an. Mit 2 Näthen (Catgut) wird die Bruchpforte u. mit zwei weiteren nach Isolierung des Samenstrangs der Bruchsack nach Czerny genäht
Naht der Hautwunde Drainage- antisept Verb.

8.7 Da der Verband vom kleinen Pat. fortwährend schmutzig gemacht wird, wurde antiseptische, feuchte Compressen auf die Wunde gelegt.

Die Wunde heilt ohne Zwischenfall. Die für Secretabfluß offen gelassene Stellen granulieren.

2.8. Alles geheilt.-

Krankengeschichte**Namen:** Kraemer, Val. **Alter:** 27 J.**Heimat:** Gerolzhofen **Stand:** Kutscher**Aufgenommen:** 5.10.83 **Entlassen:** 30.11.83**Diagnose:** Hernia inguinalis sin. inflamata 9.11.83 Radicaloperation

Pat. war früher einmal wegen fract. mall. ext. sin. im Spitale. Im J. 65 wird dem Pat. eine Scophalöse Drüse am Halse entfernt. Anno 79 stürzt Pat. mit dem Pferde, wobei er sich am linken Knöchel (vü.....) verletzte. Gleich darauf bekam Pat. +/- ¼ Jahr lang Blutschein, weshalb er vom Militär entlassen wurde.

Am 3.10. hob Pat. eine schwere Last und merkte dabei einen plötzlichen Schmerz in der linken Leistengegend, er arbeitete zwar noch weiter, allein er fühlte nach dem Essen Schmerzen u. Brechneigung, dabei fühlte er sich krank.

9.11. In der linken Weichengegend dem Samenstrange folgend bis zum Leistenringe eine Geschwulst sichtbar, von länglicher Gestalt. Sie ist bei der Palpation schmerzhaft, fühlt sich zum Theile derb, zum Theile weich, denn, wenn man in der Gegend des äußeren Leistenringes zusammenkneift, fühlt man im unteren Theil gegen den Hoden zu Fluctuation; doch ist der letztere deutlich abzugreifen u. frei an der Geschwulst verschieblich. Die Geschwulst läßt sich durch streifende Bewegung nach der Bauchhöhle zu verkleinern, doch nicht ganz beseitigen. Dieselbe hat nur zuweilen deutlich tympanit. Percussionsschall. Pat. fühle beim Gehen sowie nach der Malzeit lebhaftere Schmerzen und verlangt auch die Beseitigung seiner Übel. Die in den vorhergehenden Wochen bestehende Röthung der Haut über der Geschwulst ist auf Eis völlig gewichen.

9.11. Operation

In Chloroformnarkose unter essigs. Thonerdespray wird nach Rasierung und sorglicher Reinigung u. Irrigation der Haut ein schräger Längsschnitt über die Geschwulst geführt und der Bruchsack freigelegt. Die A. epigastr. superfic. und einige Aa. scrotales, die in den Schnitt fielen werden doppelt ligiert. Nun wird der Versuch gemacht, den Bruchsackinhalt in die Bauchhöhle zu reponieren, was ziemlich schwer doch gelingt; dann der Bruchsack vom Samenstrang zu isolieren gesucht, dabei wird der erstere eröffnet. Nach Abbindung und u. Entfernung des unteren Theiles vom Bruchsack wird der äußere Leistenring durch 3 tiefgreifende Catgutnähte auf dem eingeschobenen Zeigefinger bis auf eine enge Passage für den Samenstrang vernäht, die Haut darüber mit Catgut bis auf den oberen und unteren Wundwinkel geschlossen und durch Irrigation des Operationsgebiets mit 1%er Sublimatlösung ein antisept. Dauerverband appliziert.

14.11. V.W. wegen Durchtränkung

Wunde primär verheilt bis auf den oberen und unteren Wundwinkel, wo noch schmale Granulationsflächen bestehen.

Völlig fieberloser Verlauf. In den ersten Tagen geringe Schmerzen an der Wunde u. von ihr in den linken Schenkel ausstrahlend.

17.11. V.W. zur klinischen Demonstration, Entfernung des Dauerverbandes, Zinksalbe und Watte auf die Wunde durch ein Suspensorium festgehalten. Pat. bleibt noch zu Bett, um die junge Naht nicht zu zerren.

30.11. Pat. mit Bracherium von et 1 Kilo Druck entlassen.

Nr. Diar. _____

Krankengeschichte

Namen: Maidhof, Leo **Alter:** 2 ½ J.

Heimat: Unterafferbach **Stand:** _____

Aufgenommen: 29.5.83 **Entlassen:** _____

Diagnose: Hernia inguinalis externa scrotalis mobilis congenita enterica.

Eltern u. Geschwister des Patienten sind gesund. Pat. brachte sein Leiden mit auf die Welt, war im Übrigen nie krank.

29.5.83 Stat. präsens: Pat. ist ein kräftiger, sehr wohlbeleibter seinem Alter gemäß entwickelter Knabe. Die Respirations- u. Circulationsorgane sind normal; Appetit sehr gut, Stuhl und Wasserlassen ohne Beschwerden, erfolgen häufig ins Bett.

In der rechten Leistengegend befindet sich eine ca. 2 faustgroße Geschwulst von elastischer Konsistenz; Der Inhalt lässt sich in die Bruchhöhle zurückdrängen, gibt tympanischen Ton. Der Hoden lässt sich leicht isolieren. Die Bruchpforte ist für 3 Finger gut durchgängig, sodaß die Eingeweide sofort nach ihrer Reposition wieder raustreten.

2.7. Radicaloperation. Der Samenstrang wird so gut als möglich isoliert; der Bruchsack wird zum Theil extirpiert, der Rest wird doppelt abgebunden, die Bruchpforte vernäht. dann Naht der Wunde, Drainage derselben durch den unteren Wundwinkel + antiseptischer Verband.

5.7. Patient beschmutzte den Verband, daher wird derselbe entfernt u statt dessen feuchte essigs. Thonerde Compressen aufgelegt, die täglich 2mal erneuert werden.

6.7. Beide Hoden sind stark geschwollen (Hydrocele acuta) der Penis ist stark ödematös. Die Wunde wird mit 5 % Chlorzinklösung geätzt. Die Temperatur schwankt zwischen 37,9 und 39,4; Pat. ist nachts unruhig, Appetit mäßig

10.7. Die Schwellung des Hodens ist völlig verschwunden, die Wunde granuliert gut, ziemlich starke Secretion aus der Drainage.

15.7 der obere Wundwinkel ist mit guten Granulationen ausgefüllt, die Wunde sonst lineär geheilt.

Entfernung des Drains; Patient ist fieberfrei.

1.8. Die Wunde ist vollständig zugeheilt; Etwa 2 Finger dick ist die Umgebung der Narbe fest u sehr konsistent anzufühlen.

Krankengeschichte

Namen: Moser, Josef **Alter:** 29 J.
Heimat: Altaching **Stand:** Müller
Aufgenommen: 30.9.83 **Entlassen:** 27.10. geh.

Diagnose: Hernia inguinalis incarcerated. dextra

Anamnese: Pat. ist früher öfters aber unerheblich krank gewesen. Seit etwa 7 Jahren hat Pat. einen rechtsseitigen Leistenbruch, den er beim Heben einer schweren Last erworben hat. Ein Bruchband hat Pat. nie getragen. Sein Bruch ist vor ca. 3 J. plötzlich eingeklemmt gewesen, aber im Juliusspitale wieder reponiert worden. Eine halbe St. Vor dem Eintritt hat Pat. sich mit dem Tragen von schweren Kisten beschäftigt einen Schmerz im Bruche verspürt, der sich stets steigerte. Brechreiz hat Pat. bisher nicht verspürt, es war ihm nur von den Schmerzen, sehr schwächlich' zu Muthe.

30.9. Stat. praes.: Blassaussehender Pat. mit verfallenden Gesichtszügen, klebrigem Schweiß, kleinem Pulse klagt ziehende Schmerzen in der R. Inguinalgegend. Dort eine pralle längliche Geschwulst, die vom äußeren Leistenring bis tief in die R. Hodensackhälfte sich hineinerstreckt. Hoden beidseitig frei zu fühlen. Die Geschwulst gibt tympanit. Percussionsschall.

Da die Repositionsversuche, die nicht forciert wurden, nicht zum Ziele führen wird nach Reinigung u. Rasierung des Operationsfeldes in Chloroformnarkose unter essigs. Thonerdespray ein Schnitt über die ganze Geschwulst geführt die Haut, Unterhaut, dann auf der Hohlsonde die Schichten des Bruchsackes gespalten, der Bruchsack zwischen zwei Pincetten eröffnet u. in seiner ganzen Ausdehnung auf der Hohlsonde gespalten. Es präsentiert sich nun- Bruchflüssigkeit war eigentlich nicht vorhanden- der Bruchinhalt, ein handlanges Stück Netz u. eine livide aussehenden Dünndarmschlinge.

Nach Einkerbung des Bruchringes namentlich nach oben u. außen Reposition des normalen Darmes und nach sorgfältiger Abspülung mit 3% Carbollösung auch des gesunden Netzes, Naht der Bruchpforte und des Bruchsackhalses mit Catgutknopfnähten, Extirpation des dünnwandigen Bruchsackes. Catgutnaht der Haut, Einführung einer Gummi-Drainage bis in die Gegend des Leistenringes . Sorgfältiges Berieselung mit 3% Carbollsg. antisept. Dauerverband.

Opiumtinctur 2 stündlich 5 Tropfen.

Am Abend normale Temperatur, doch noch Klagen über Schmerzen in der Gegend des Rippenbögen, guter Puls, noch etwas Brechneigung.

1.10 V.W. Wunde reactionslos. Umgebung verfärbt von Blut.....? – er blutete noch capillär beim Anlegen des WV.- namentlich Penis und Scrotum verfärbt und vom starken Drucke des WV. ödematös . Temp.37,0 Puls 100 kräftig

Abends : 37,6 "106 "

Schmerzen im Leibe. Pat. klagt über Harnverhaltung. Ein Versuch zu catheterisieren misslingt, man kommt mit dem Catheter in der Pars. membran. auf eine undurchgängige –wenigstens für No 3- Stictur die vermutlich von einer vor ca. 7 Jahren erworbenen Gonorrhoe herrührt. Eine Weile später, als man zur E... der Cathetersation den Verb. abnehmen will, hat Patunter stärkstem Drängen uriniert.

5.10.V.W. wegen Durchtränkung des Vb. Wunde in der oberen Hälfte reactionslos verklebt,

Sugillationen um Abdomen, Penis u. Scrotum weniger ausgedehnt, da immer noch etwas Ödem in der Gegend vorhanden, bleibt die Drainage noch liegen. Antisept. DV

Allgemeibefinden befriedigend, kein Fieber, Puls kräftig fr.... 100 i.v. M. doch noch immer Klagen über Schmerzen im Leibe, derselbe ist nicht sehr gespannt, trotz der langen Stuhlretention. Noch immer Opiumtinctur

8.10 Nachdem die Leibschmerzen geschwunden sind Weglassung der Opiumtinctur, worauf am gleichem Tag – also 8 post operationem – ein sehr harter Stuhl unter starkem Drängen erfolgt. Seit heute $\frac{3}{4}$ Kost, sonst nur flüssiges und weiche Nahrung.

9.10. V.W. Wunde bis auf die Drainagenöffnung verheilt. Oedem des Penis und Scrotum völlig resorbiert.

14.10 Pat ist zum ersten Male außer Bett. Allgemeinzustand vortrefflich.

17.10 Eine kleine Granulationsfläche wird genutzt u. mit ..??? bedeckt(?)

27.10 geh. Entlassen. Seine Strict... erweißt sich als strang u. Bundförmig, ohne fühlbare Cu....

Krankengeschichte**Namen:** Rügener, Martin **Alter:** 48 J.**Heimat:** Oberleinach **Stand:** Dienstknecht**Aufgenommen:** 22.9.83 **Entlassen:** † 26.11. an Peritonitis undDarmgangrän**Diagnose:** Hernia inguinalis incarcerated.

Soviel sich von dem stupiden, schwerhörigen Pat. erfragen läßt, ist er in früheren Jahren oft krank gewesen, unter anderem an einem vom L. Fuße ausgehenden Rohtlauf. Seit ca. 10 Jahren will er schon einen linksseitigen Leistenbruch haben, der sich stets gut zurückbringen läßt und ihm ohne Bruchband bei der Arbeit nicht hinderlich ward. Seit gestern Morgen ist der Pat. nicht mehr im Stande denselben zurückzubringen, die Geschwulst wurde schmerzhaft, seit vorgestern kein Stuhl, seit gestern häufiges Erbrechen.

Stat. praes. Frühzeitig gealterter Pat. von spärlichem Ernährungszustande. Gesichtszüge leidend, verfallen aussehend. Puls klein u. schnell. In der linken Scrotalhälfte eine vom äußeren Leistenringe bis in den Grund des Scrotums hinabreichende, dieses stark nach unten ausdehnend, eine prall u. fluctuierend sich anfühlende Geschwulst wurstförmig. Durch die Haut des Hodensackes deutlich sichtbare peristaltische Bewegung. Percussionsschall nicht sehr deutlich tympanitisch.

Keine Transparenz. Hoden frei unter der prallen Geschwulst beweglich zu fühlen. Reposition nicht möglich.

Operation: Nach einem warmen Bade unter essigs. Thonerdespray in Chloroformnarkose, nach sorgfältigem Rasieren und Reinigen der Haut mit Aether und

Desinfic. Lösungen, Hautschnitt über die Geschwulst in ihrer ganzen Länge, Unterbindung mehrerer Venen. Schichtweise Durchtrennung der Bindegewebslagen auf der Hohlsonde, Eröffnung des wohl dicken, aber nicht sehr derbwandigen Bruchsackes, Entleerung von viel blutig u. seröser Flüssigkeit, eine etwa 15 cm lange Dünndarmschlinge präsentiert sich nach Eröffnen des Bruchsackes, deren Farbe dunkelbraun an mehreren Stellen bis zum Dunkeblaurothen wechselte. Der normale Glanz der Serosa war nicht überall erhalten, vielmehr lagen auf der am schlechtesten aussehenden Schlinge einige frische Fibrinbeläge, ein Resultat peritonitischer Vorgänge. Gegen hinten und außen befindet sich außerdem eine normal aussehende ca. fingerlang- u dicke, 3fingerbreite Netzpartie im Bruchsacke vorgefallen.

Nach mehrfachen Einkerbungen der ringförmigen Bruchpforte namentlich nach oben und außen Hervorziehung der benachbarten Darmpartien, die Schnürstelle ist intact; der mißfarbige Darm erholt sich unter den Händen wieder zu einer nur mehr lividen Farbe. Zur Vorsicht wird eine Catgutschlinge da, wo noch einige verdächtige dunkle Flecken verliefen, durch das Mesenterium gelegt u. nach außen geleitet, dort an den später gelegten Hautnähten befestigt. Darm u. Netz wurden nun ganz reponiert, was erst nach einer größeren Erweiterung der Bruchpforte nach außen völlig möglich war. Von einem Versuche den Bruchsack zu extirpieren muss wegen der Verwachsung mit dem Funiculus spermat. Abstand genommen werden. Es wird bloß die Bruchpforte mit 3 Nähten (Catgut) verschlossen, eine Gummidrainage in der ganzen Länge des Schnittes eingeführt u. die Haut mit Catgut vernäht. Gründliches Abspülen des Darmes vor der Reposition, sowie des gesamten Operationsgebietes nochmals während und am Schluss der Operation. Antisept. Dauerverband. Erst größere denn 2 stdl. kleinere (5Tropfen) Gaben Tinct. Opii... Am Nachmittag manchmal Schmerzen an der Wunde und im Leibe, einige Male Erbrechen. Puls 92, voll, Zunge feucht, Temp 36.8°.

23.9 Allgemeinzustand gut Temp. am Abend 37.4°. Puls 100. Zunge feucht Brechneigung dauert an, Schmerzen gering. Opiumtinctur wird fortgesetzt.

25.9 Trotz fortgesetzt niederer Temperatur heute ein Puls von 100-128. Tympan. aufgetriebenes Abdomen. Fast kontinuierliches Erbrechen, verfallenes Aussehen. Dabei hat Pat. Eßlust, sogar Verlangen nach Bier. Darreichung von Opiumtinctur, da sie

regurgitiert wird Morph. Subcutan.

26.9 † unter Erscheinungen der Athemungsinsuffizienz durch das ad maximum gespannte Abdomen u. und die Zwerchfellverschiebung nach oben.

Section ergab beginnende Darmgangrän mit secundärer Peritonitis, Operationswunde primär verklebt, ohne Reaction.

Krankengeschichte**Namen:** Scheuring, Andreas **Alter:** 27 J.**Heimat:** Hesselbach **Stand:** Dienstknecht**Aufgenommen:** 7.12.83 **Entlassen:** geh. 12.1.84

Radicaloperat. 11.12.83

Diagnose: Hernia inguinalis dextra irreponib. accrecta

Anamnese: Pat. hatte in den 70er Jahren die Unterleibsentzündung, vor einem Jahre war er wegen Lyphdrüenschwellung der rechten Inguinalgegend im Juliusspitale No 84. Den Bruch der rechten Leiste will Pat. im 15. Jahre bekommen haben, wahrscheinlich durch schweres Heben, die bestimmte Ursache ist ihm nicht erinnerlich. Trotzdem er nie ein Bruchband trug, hat der Bruch ihm nie viel Beschwerden gemacht, war er einmal herausgetreten, so ging er immer wieder „auf einen scharfen Trank“ zurück, den ihm die Hausfrau reichte.

Am Morgen des 7.12. bemerkte Pat. wiederum ein Heraustreten des Bruches beim ..., sein Trunk that diesmal nicht seine Wirkung, Pat. kam am Abend ins Juliusspital, woselbst die Hernie nach ca. 10 stündigem Bestand reponiert werden konnte. Allein es blieb ein harter Strang zu fühlen, der mit dem Bruchsack verwachsenes Netz zu sein schien. Pat. gab der andauernden Schmerzhaftigkeit wegen u. zur Erlangung völliger Arbeitsfähigkeit die Radicaloperation zu.

Stat. praes. Bei dem sonst gesunden, kräftigen Mann sieht man in der Gegend des rechten Samenstranges bis ins Scrotum hinein einen Tumor unter normaler Hautdecke. Dieselbe fühlt sich derb an, gibt lauten Percussionsschall, läßt sich gut vom Samenstrang u. vom Hoden abgreifen, bei Repositionsversuchen keine Möglichkeit den Tumor in den Leistentunnel zurückzubringen, aus dem er mit einem derben stiele hervorkommt, man verschiebt denselben bei allen Versuchen nur unter der Haut.

11.12 Operation In Chloroformnarcose unter essig. Thonerdespray wird nach sorgfältiger Rasierung und Desinfection der Haut ein Schnitt über die Geschwulst geführt, die Bindegewebslagen, dann die Cremasterfasern, zuletzt der Bruchsack gespalten. Letzterer erweißt sich als sehr dick (2-3Mm) und derart mit dem unten liegenden Netze verwachsen, dass er nur hie u da noch Buchten übrig läßt, die mit klarem Bruchwasser gefüllt sind. Mit Zurücklassung eines Stückes Bruchsack wird der Rest desselben mit dem Netze vom Samenstrange u. seinem elastischen Venenstrang isoliert, was in diesem Falle leicht ausführbar , und der Bruchsack mit dem Netz und dem Stiele nach oben geschlagen u. nach einer Ligaturnaht mit 3 Catgutfäden am Stiele direct vor dem äußeren Leistenringe abgetragen. Der Stiel zog sich dennoch in die Bruchhöhle zurück. Nun wird der letztere im Winkeltheile seiner Schenkel durch drei Catgutnähte soweit verengert, dass der Zeigefinger nicht mehr eindringen konnte, der Funiculus spermat. aber noch bequemen Platz behielt. Darüber die Haut in der Mitte vernäht, oben und unten zum Abflusse der Secrete offen belassen u. und nach mehrfacher Irrigation mit 2/10% Sublimationslösung der antisept. Dauerverband angelegt.

13.12 V.W. Die Gegend der Wunde sieht gereizt aus, Schwellung der ganzen Hodensackhälfte, Pat. klagt viel Schmerzen an der Operationstelle. Temp. bis 38.5°, Puls 96.

19.12 V.W. Das Fieber hat sich seit dem 15.12 völlig verloren. Immer noch bestehen Schmerzen. Die Opiumtinctur, die der Pat. bisher 2stdl. in 5 Tropfen nahm, bleibt von heute weg. Ebenso beginnt Pat. consistentere Nahrung zu nehmen. Die Wunde ist wieder reizlos geworden und zum größten Theile vom oberen Winkel her verheilt, doch zieht ein fühlbar derber Strang über fingerdick vom Leistecanal zum Hodensack derselbe ist nicht schmerzhaft auf Druck.

27.12. V.W. Verheilung bis auf eine ganz kleine oberflächliche Granulationsfläche im unteren Wundwinkel. Der infiltrierte Strang ist zum größten Theile resorbiert. Pat.

bekommt rechtes deutsches schwachfederndes Bruchband.

12.1.84 und tritt am 12.1.84 als völlig arbeitsfähig aus.

Chirurgische Männerabtheilung

Taxis

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 98

Krankengeschichte No.:

Name: Backmund, Anton

Alter: 45

Beruf: Tagelöhner

Wohnort: Würzburg

Heimath: Veitshöchheim

ledig, verheiratet, verwittwet:

Eintritt: 3. Juni

Krankheit: Hernia inguin. et scrotalis L. Incarcerata Sch... pulmon. praecip. lat. dextr.
Nephritits

Austritt: 4. Juni

Status praesens beim Austritt: Auf seinen Wunsche verlässt Patient das Spital.

Die Hernie ist reponiert geblieben und macht keinerlei Beschwerden. Aufnahme auf die medie. Abtheilung lehnt Patient ab. Verlauf ...ohne Complication

Spätere Wohnung, Referenzen: Referenzen: Würzburg, Bronnbacherhof 3

Name des Arztes:

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise:

Vorausgegangene Krankheiten: Pat. entfernte sich, bevor der diensthabende Coassistent die Anamnese aufnehmen konnte

Gesundheitszustand von Frau und Kindern: Frau lebt und ist gesund.

Beginn der jetzigen Erkrankung: Beginn der Erkrankung: Seit 1872 hat Pat. eine linksseitige Scrotalhernie. Dieselbe ließ sich durch Bruchband gut zurückhalten. Seit Palmsonntag ist Pat. erkrankt an florider S..., dieselbe soll mit Pneumonie begonnen haben. Seit kurzer Zeit ließ Pat. das Bruchband weg, da es im Liegen genirte. Der Bruch trat einige Male heraus ließ sich aber leicht reponieren. Seit heute Morgen ist der Bruchsack wieder gefüllt. Kein Erbrechen; Heftige Schmerzen, die von dem Bruch nach dem Abdomen ausstrahlen. Keine flatus. Der behandelnde Arzt versuchte ohne Narcose vorsichtig die Taxis, kam aber nicht zum Ziel und schickt den Pat. ins Spital. Ankuft 5 Uhr N.M.

Ursachen:

Erste Symptome:

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung:

Status praesens

Allgemeines Aussehen: sehr heruntergekommenen,-aussehender Mann

Haut: Panniculus fast ø

Lymphdrüsen:

Subcutane Venen:

Kopf: Wangen stark eingefallen Schleimhäute blass

Hals:

Brustorgane: Ueber der rechten Lunge fast allenthalben Dämpfung. Mehrfach Tympanie mit Bronchialathmen etc. Große Cavernen

Bauchorgane: Viel Sputum, viel Bacillen. Spitzeninfiltration L.

Extremitäten: stark oedematös

Genitalien:

Verdauung:

Urin: viel Albumen;+ Epithelial...

Sitz der Erkrankung: kindskopfgroße, mäßig gespannte, sehr empfindliche Leistenscrotalhernie L. Abdomen nicht aufgetrieben, nicht empfindlich. Kein S... kein Erbrechen

Taxis in Narcose leicht. Narcose ruhig. Wattepelotte.

Diagnose: Shthisis(?) pulmon; Nephritis; Hernia inguin. L. extern. scrotalis incarcerat.

Prognose:

Chirurgische Männerabtheilung II

Jahrgang:

Zimmer No. 166

Krankengeschichte No.: 200

Name: Dressel, Gustav

Alter: 17

Beruf: Frieseurs-Lehrling

Wohnort: Würzburg

Heimath: Aub.

ledig, ~~verheiratet~~, ~~verwitwet~~:

Eintritt: 11.12.93

Krankheit: Hernia inguinalis externa L.

Austritt: 17.12.93

Status praesens beim Austritt:

Spätere Wohnung, Referenzen:

Name des Arztes

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Vater an unbekannter Krankheit, Mutter an Mamma carcinom gestorben. 1 Bruder ist an Diphtheritis gestorben. 2 Brüder leben und sind gesund.

Vorausgegangene Krankheiten: Im Alter von 1 ½ Jahren hat Pat. Diphtheritis und rothe Flecken gehabt.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern:

Beginn der jetzigen Erkrankung: Am 10.12.93 fiel Pat. infolge von Biergenuss vom Stuhle. Erst am nächsten morgen bemerkte er unterhalb des Nabels Schmerzen die sich beim Gehen und namentlich beim Husten vergrösserten. Er teilte seine Beschwerden dem Meister mit, dieser besichtigte die schmerzhafteste Stelle und nahm wahr, dass die linke Scrotalhälfte geschwollen war. Er wurde in das Spital geschickt und waren hier vorgenommene Repositionsversuche der Geschwulst von gutem Erfolg. Nach verschiedenen Repositionen ist die Geschwulst wieder spontan, wie Pat. angiebt, nach stärkeren Bewegungen herausgetreten.

Ursachen:

Erste Symptome:

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung:

Status praesens

Allgemeines Aussehen: blass und mässig genährt aussehend

Haut: Paniculus mässig entwickelt

Lymphdrüsen: wirkt geschwellt

Subcutane Venen: nicht dilatiert

Kopf: ø

Hals: normal

Brustorgane: Herz und Lungen auf Percussion und Auscultation

Bauchorgane: siehe unten

Extremitäten: Muskulatur schwach entwickelt

Genitalien: sh. unten

Verdauung: gut

Urin: Nichts pathologisches

Sitz der Erkrankung: An dem L.canalis externus tritt eine ...eigroße Geschwulst, die sich durch den canalis inguinalis verfolgen lässt und leicht zu reponieren ist, namentlich bei Husten und Stehen leicht hervortritt.

Chirurgische Männerabtheilung

E.v. Op. Journ. No. 593

Klin. Dem. d. 30.11.93

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 98

Krankengeschichte No.:

Name: Fehser, Georg

Alter: 66 J.,

Beruf: Bauer

Wohnort: Ekelshausen(?).

Heimath:

ledig, ~~verheiratet, verwittwet:~~

Eintritt: d. 30.11.93

Krankheit: Hernia inguinalis externa incarcerata

Austritt: † 30.11. 93 6 ¾ ab

Status praesens beim Austritt: Obductionsprotokoll beiliegend

Obducent: Herr Hofrath v. Rindfleisch 2.12.93

Einlage: 1 Curve Obductionsprotokoll

Spätere Wohnung, Referenzen:

Name des Arztes: Dr. Sattner

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise:

Eltern sind Pat. Unbekannter Krankheit gestorben. 2 Geschwister sind tot

Vorausgegangene Krankheiten: keine

Gesundheitszustand von Frau und Kindern:

Beginn der jetzigen Erkrankung: Vor 15 Jahren fiel Pat. aus einer Höhe von 2 Metern auf die Erde. Er verspürte sofort in der L. Inguinalgegend Schmerzen und nahm eine Geschwulst wahr, die er von Zeit zu Zeit reponieren konnte und zwar sehr leicht. Vor 8 und vor 2 Jahren, als die Geschwulst größer geworden, suchte er die Hilfe eines Arztes auf, welchem die Reposition ebenfalls leicht gelang. Am 26.11.93 trat nachdem Pat. angeblich gut gegessen und getrunken hatte, die Geschwulst wieder heraus. Pat. hatte immer Aufstossen und keinen Stuhl, auch die Winde gingen nicht mehr ab, und suchte er deshalb, obwohl die Schmerzen gering waren, am Dienstag die Hilfe eines Arztes auf. Die Geschwulst wurde abermals reponiert und warme Umschläge gemacht. Stuhl stellte sich nicht wieder ein, Aufstossen liess nicht nach. In der letzten Nacht traten zu diesen Beschwerden noch mehrmaliges Erbrechen (6-8 mal) hinzu, und suchte Pat. deshalb die Hilfe des Spitals auf.

Ursachen:

Erste Symptome.

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung:

Status praesens

Allgemeines Aussehen:

Der grave Zustand des Patienten erlaubte keine nähere Untersuchung u wurde sofort zur Operation geschritten.

Haut:

Lymphdrüsen:

Subcutane Venen:

Kopf:

Hals:

Brustorgane:

Bauchorgane:

Extremitäten:

Genitalien:

Verdauung:

Urin:

Sitz der Erkrankung: In der L. Inguinalgegend eine weiche, parallel mit der Längsseite dem ligamentum Poupartii verlaufende, das Ligamentum zum Theil deckende

Geschwulst, welche exquisit fluctuiert. Haut über der Geschwulst gerötet, teigig und ödematös. Die Geschwulst selbst ist auf Druck wenig schmerzhaft.

Diagnose: Hernia inguinalis externa incarcerata

Prognose:

Operation

Op. J. No. 593

Datum: 30.11.93

Operateur: Hofrath Schönborn

Assistent: Dr. Meyer

Narcose: mehrmaliges Erbrechen von Koth.

Beschreibung: Beschreibung: Längsincision über der Höhe der Geschwulst in der Länge von ca. 12cm. Das Unterhautzellgewebe ist mit Blutungen durchsetzt. Je mehr man in die Tiefe dringt, desto mehr verfärbt sehen die Gewebe aus. Die einzelnen Gewebsschichten werden vorsichtig auf d. Hohlsonde gespalten. Nach Eröffnung des Bruchsacks entleert sich zunächst eine sehr fötid riechende blutig seriöse Flüssigkeit u. darauf stinkender Eiter. Der Bruchsack wird gespalten und nun liegt an der lateralen Seite ein Stück Netz vor, medial davon eine gangraenöse, perforierte Darmschlinge. Der Bruchring wird dem Herniotom gespalten und die gangränöse Darmschlinge vorgezogen. Das zuführenden Darmende lässt sich leicht an der starken Injection der Gefäße erkennen. Oberhalb und Unterhalb der Perforation wird nun der Darm abgebunden u. ein ca. 12cm langes Stück reseziert. Das am Bruchsack adhaerente Netz wird ebenfalls abgebunden u. reseziert. Der Mesenterialstumpf des resezirten Darmstückes wird mit 1 Naht an die Bauchwand fixiert und nun zuführendes und abführendes Darmende in die Wunde eingenäht und auch unter sich vereinigt. Die Peritonealhöhle wird außerdem noch mit Jodoformgaze abgeschlossen. Durch ein in das zuführende Darmstück eingeführtes Schlundrohr entleert sich reichlich dünnflüssiger Stuhl. Die Sonde wird fixiert. Magenausspülung mit warmem Wasser. a.V.d. Wunde.

Bis zum Abend kein Erbrechen. Um 5 h wurde der Puls schlecht Injection von Ol. Camphorat. † 6 ¼ h ab.

Würzburg 2.11.1893

Obductionsbefund

Fehser, Georg 66 Jahre

Mässiger Grad von Totenstarre. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigen die vorliegenden Dünndarmschlingen eine beträchtlichen Grad von Erweiterg. und Rötg. durch Injection der serösen und subserösen Blutgefäße. Nähere Untersuchung ergibt, dass diese Abschnitte des Darmes oberhalb der perforierten Stelle des Darmes gelegen sind. Dieselbe liege ungefähr an der Grenze des Jejunum und Ileum. Das ganze Jejunum nimmt an der Erweiterg (Erschlaffg.) teil. Auch das Mesenterium zeigt hie und da starke Hyperaemie

Unterhalb der perforierten Stelle ist der Dünndarm ganz zurückgezogen und leer.

Die Spitze eines Tampons ragt bis in die Bauchhöhle. Faecalmassen finden sich nirgends ein der Bauchhöhle. Auch ist kein übler Geruch bemerkbar.

Schluss des Dictates!

Chirurgische Männerabtheilung

E.v.

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 104

Krankengeschichte No.:

Name: Fischer, Heinrich

Alter: 21 J.

Beruf: Tagelöhner

Wohnort: Leiter

Heimath: Leiter

ledig, ~~verheiratet, verwittwet:~~

Eintritt: 7. November 1893

Krankheit: Hernia inguinalis externa mobiles congenita R. Mangelhafter descensus testiculi R.

Austritt: 10.11.93

Status praesens beim Austritt: Nach Aufnahme des Status u 2tägiger Beobachtung behufs Abgabe eines Gutachtens verlässt Pat das Spital

Spätere Wohnung, Referenzen: Leider Aschaffenburg

Name des Arztes: ./

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Vater lebt u. ist gesund. Mutter soll an Kehlkopfschwindsucht gestorben sein. Vater heiratete zum zweiten Male. 2 Brüder aus erster Ehe und 2 Schwestern aus 2. Ehe leben und sind gesund.

Vorausgegangene Krankheiten: Keine

Gesundheitszustand von Frau und Kindern: Am 18. April 1893- 7h morgens verspürte Pat. beim Heben schwerer Eisenbahnschienen plötzlich einen stechenden Schmerz in der Lendenwirbelgegend und dabei hatte Pat. das Gefühl als ob in der R. Leistengegend abgeplatzt wäre. Trotz der heftigen Schmerzen arbeitete Pat. bis 11 ½ h. Beim Husten, Niesen u. R.. steigerten sich die Schmerzen. Pat. will mittags nichts haben essen können. Er suchte noch an demselben Tage die Hülfe eines Arztes auf, welcher in der Leistengegend einen Bruch constatierte u. ihm ein Bruchband verordnete. Trotz der Behandlung soll keine Linderung eingetreten sein. Die Schmerzen in der Lendenwirbelgegend, der Brust. Und Leistengegend sind dieselben geblieben und sollen diesselben beim Gehen.. sich von da auf das rechte Bein übertragen. Pat. will vermutlich in den unteren 7 Rippen der R. Seite große Schmerzen haben. Stuhlgang und Urinlassen will Pat. in den ersten acht Tagen nicht gehabt haben. Später soll bei der immer regelmäßig vor sich gegangen sein. Appetit soll seit dem Unfall immer schlecht gewesen sein.

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Ursachen:

Erste Symptome:

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung:

Status praesens

Allgemeines Aussehen: kräftiger gut entwickelter Mann

Haut: %

Lymphdrüsen: ohne Schwellungen

Subcutane Venen:

Kopf:

%

Hals:

Brustorgane: An Herz und Lungen durchaus normaler Befund

Bauchorgane: Leber bis zum Rippenbogen reichend. ef auch unten

Extremitäten: sehr kräftig entwickelte Muskulatur

Genitalien: frei

Verdauung: in Ordnung

Urin: frei

Sitz der Erkrankung: Rechtsseitiger leicht reponibler äußerer Leistenbruch. Der Pat reponiert d. Bruch selbst, jedoch nicht vollständig. Bei der Reposition rückt der Hoden mit herauf u. verschwindet in der Bauchhöhle. Der Testis selbst ist im Vergleich zum

anderen gering entwickelt. Wenn Pat. sich das Bruchband selbst anlegt, ist der Bruch nicht ganz reponiert u. die Pelotte drückt auf den testis.

Diagnose: Hernia inguinalis externa mobiles congenita R.
Mangelhafter Descensus testiculi R.

Prognose:

Chirurgische Weiberabtheilung

Jahrgang: 1893

klin. Demonstration 13.2.93

Zimmer No.127

Krankengeschichte No.:

Name: Friedrich, Barbara

Alter: 68 Jahre

Beruf: Weherswitwe(?)

Wohnort: Würzburg

Heimath: Pruelsdorf(?)

ledig, verheiratet, verwittwet:

Eintritt: 12.2.93

Krankheit: Hernia cruralis incarcerata L. Pneumonie

Austritt: † 15.2.93 5h Nachm.

Status praesens beim Austritt:

~~Obductionsprotokoll beiliegend Obducent:~~

Obduction nicht vorgenommen:

Praeparat d.R. Hüfte: Arthritis deformans. in der Sammlung.

Einlage: 1 Curve

Spätere Wohnung, Referenzen:

Name des Arztes:

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Vater starb an einem Schlaganfall Mutter an Pat. Unbekannter Krankheit. 2 Geschwister leben und sind gesund. 1 Bruder starben Pat. unbek. Krankheit.

Menstruation:

Datum und Verlauf von Geburten: Pat. Hat 8 normale Geburten durchgemacht

Lactation: Kinder alle selbst gestillt

Vorausgegangene Krankheiten: Pat. Hat verschiedene Pneumonien durchgemacht, sonst will sie immer gesund gewesen sein.

Gesundheitszustand von Mann und Kindern: Mann starb an einem Magenleiden. 4 Kinder gesund. 4 starben jung an Pat. Unbekannter Krankheit.

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Ursachen: Pat. leidet seit 4 Jahren an einer rechtseitigen Hernie, die in Folge von Heben eines schweren Gegenstandes entstanden sein soll. Dieselben machte jedoch Pat. weiter keine Beschwerden u. sie vernachlässigte dieselbe deshalb, trug auch kein Bruchband. Pat. giebt an, dass sie die Hernie immer reponieren konnte. Seit gestern Abend nun(7Uhr) bekam Pat. intensive Schmerzen in der Gegend der Hernie, sie versuchte die Reposition, die ihr jedoch nicht mehr gelang. Erbrechen hat Pat. Noch nicht gehabt, jedoch viel aufgestoßen. Letzten Stuhlgang gestern Vormittag.

Erste Symptome:

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung: Da nun die Schmerzen immer stärker werden, kommt Pat. Ins Spital.

Status praesens

Allgemeines Aussehen: Ziemlich abgemagerte P.

Haut: schlaff, welk, Paniculus stark atrophiert

Lymphdrüsen:

Subcutane Venen:

Kopf:

Hals:

Brustorgane: Mässiger Meteorismus. Durch die dünnen Bauchdecken sieht man die peristaltischen Bewegungen der Därme.

Bauchorgane:

Extremitäten: gering entwickelte Muskulatur R. unt. Extr. reele Verkürzung von ca. 2 cm starke Aussenrotation Beschränkung der Innenrotation sowie der Flexion.

Genitalien: nicht untersucht

Verdauung:

Urin: Eine Spur Albumen

Menstruation:

Sitz der Erkrankung: Unterhalb der Mitte des r. ligam. Poupartii liegt ein kleinflaustgrosse halbkugelige Geschwulst die von unveränderter leicht verschieblicher Haut bedeckt ist. Die Geschwulst ist auf Berührung sehr schmerzhaft. Sie ist hart. Sie lässt sich vom ligam. Poup. nicht scharf abgrenzen. Kein tympanitischer Percussionsschall. Die Geschwulst lässt sich nichtig die Bauchhöhle reponieren.

Ordination: Eisbeutel: Opium 0,01 per Rectum

13.2.93 Die Geschwulst ist viel weicher geworden und lässt sich auf Druck etwas verkleinern.

Diagnose: Hernia cruralis incarcerata R.

Prognose:

Operation

Op. Journ. No.115

Datum: 13.2.93

Operateur: Hofrat Schoenborn

Assistent: Mayer

Narcose: ohne Zwischenfälle

Beschreibung: Beschreibung: In der Narcose lässt sich die Geschwulst ohne besondere Schwierigkeiten bis auf einen kleinen Rest in die Bauchhöhle reponieren. Da es unsicher erscheint, ob dieser Rest nur aus Bruchsack besteht, oder auch Darm enthält wird die Radicaloperation angeschlossen.

Hautschnitt nach Erhebung einer Hautfalte ca. 10 cm lang. Zwischen 2 Pincetten wird auf den Bruchsack eingegangen u. dieser vorsichtig eröffnet. Er ist leer und es zeigt sich, dass der nach Reposition restierende Tumor ein kleines der Rückwand des Bruchsackes aufliegendes Lipom ist. Der Bruchsack wird in Verbindung mit dem kleinen Lipom stumpf aus der Umgebung gelöst und gestielt. Der Bruchsackhals wird thunlichst hoch abgebunden, der Bruchsack selbst abgetragen und der Stumpf durch die bequem für den kl. Finger durchgängig Bruchpforte reponiert. Der Bruchsack war verdickt und hatte den grossen Gefässen dicht aufgelegt. Von einer Naht der Bruchpforte wird Abstand genommen. Seiden Knopfnahat der Haut. Drain.

13.2.93 abends Es sind bereits Darmgase abgegangen. P. fühlt sich erleichtert. Wenig aufstossen. Kein Erbrechen.

14.2.93 Stuhlentleerung. Etwas erhöhte Temperatur, Hustenreiz. Abends über d. l. Oberlappen ausgesprochenes Bronchialatmen. Kein Sputum Diagnose:Pneumonie

15.2.93 Heftige Dyspnoe Resp. 48 Starke Cyanose Ordination Reizmittel stündl. 1Spritze Ol. Camphorat Alkohol. Digitalis 0,1 per dosi 4xtgl. Unwillkürliche

Urinentleerung. V.W. Entfernung des Drains. Abends 5h† .

Beschreibung des Präparates:

~~Präparat entfernt. —~~

In der Sammlung aufbewahrt. Bruchsack

~~In die pathol. Anstalt abgegeben.~~

Chirurgische Männerabtheilung

E.v.

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 89

Krankengeschichte No.:

Name: Lengder, Leonard

Alter: 66 Jahre

Beruf: Tagelöhner

Wohnort: } Wernfeld

Heimath: }

ledig, ~~verheiratet, verwittwet:~~

Eintritt: den 16.12.93

Krankheit: alte accrete Dickdarmhernie mit Incarceration einer frischen Dünndarmhernie, Hydrocele

Austritt: 29.1.93

Status praesens beim Austritt: Etwas unterhalb der spina anterior superior R ausgehendverläuft eine schräg über das ligamentum Poupartii nachgehende dem Scrotum, das Scrotum selbst R. bis zum Grunde einnehmende lineare Narbe. Diese Narbe ist mit der ihr angrenzenden Haut nirgends adhaerent und gegen die Darm... gelegen in Par-Tien vollständig frei verschieblich und ohne alle Schmerzen, die auch bei Hustenstössen oder beim Pressen des Abdomens nicht eintreten. Beim Husten und der Funktion nder Bauchpresse fiindet keine Hervorwölbung der Narbe statt. Der durch die Grösse des Tumors -kolossal erweiterte Sack des Scrotums- hat sich bereits stark retrahiert; indes hängt noch ein grosser Teil davon schlaff herunter. Die Haut des

herunterhängenden Scrotums ist stark geschrumpft und gefaltet. Pat. hat bei Stuhlgang und Urinentleerung keine Beschwerden mehr. Stuhlgang und Wasserlassen selbst ist vollständig normal. Appetit und Verdauung ist regelmäßig und gut. Allgemeinbefinden ist ein Vortreffliches.

Pat. Verlässt auf seinen Wunsch als vollständig geheilt das Spital. Anlegen eines Suspensoriums

Spätere Wohnung, Referenzen: Wernfeld

Name des Arztes:

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Vater und Mutter sind an Pneumonie gestorben
1 Bruder und 2 Schwestern sind an Pat. unbekannter Krankheit gestorben.

Vorausgegangene Krankheiten: Pat. Will seit Jahren lang erleidend(?) sein. Vor 1 Jahr hat Pat. Schlaganfall gehabt.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern:

Beginn der jetzigen Erkrankung: Im Alter von 15 Jahren trat bei Pat. beim Heben eines Dreschfliegels an der R. Inguinalgegend eine kleine Geschwulst auf, die mit grossen Schmerzen begleitet war. Pat. will bemerkt haben, dass der Bruch bei kaltem Wetter, stets aber bei schwerer Arbeit stärker heraustrat. Im übrigen konnte er ihn von selbst leicht reponieren. Er hat sich damals allein mit warmen Umschlägen behandelt. Und erst im Alter von etwa 20 Jahren ein Bruchband angeschafft, welches er stets bei schwerer Arbeit getragen. Erst vor ½ Jahre hat er das Tragen des Bruchbandes unterlassen. Die Geschwulst nahm nach und nach an Grösse zu, bis sie etwa die Grösse eine Kindskopfes erreichte. Während dieses letzten halben Jahres hat Pat. wegen der Beschwerden, die der Bruch ihm verursachte nur leichte Arbeit verrichten können! Stuhl und flatus wie auch das Wasserlassen sind immer gut gewesen, ebenso der Appetit. Plötzlich, am 15.12.93, vergrösserten sich bei Pat. die Schmerzen in der R. Inguinalgegend, er konnte nichts zu sich nehmen, hatte keinen Stuhlgang, keine flatus, Wasserlassen ging auch schwer.; Dazu kam noch an demselben Tage ein mehrmaliges (5-6 Mal) Erbrechen. Pat. Liess sich dieser Beschwerden wegen und der unerträglichen Schmerzen halber, die in der darauffolgenden Nacht nicht nachliessen in das Spital bringen.

Status praesens

Allgemeines Aussehen: mässig genährt aussehend

Haut: Panniculus mässig entwickelt

Lymphdrüsen: nicht geschwellt

Subcutane Venen: nicht dilatiert

Kopf: ø

Hals: normal

Brustorgane: geringes Emphysem. Mässige Bruchitits

Bauchorgane: sh. unten

Extremitäten: Muskulatur mässig entwickelt

Genitalien: s.u.

Verdauung: Bis zur jetzigen Erkrankung in Ordnung

Urin: frei

Sitz der Erkrankung: Das ganze Scrotum ist von einem reichlich mannskopfgrossen Tumor eingenommen, der oben von unveränderter, nur etwas geröteter Haut bedeckt ist. Unten finden sich einige strahlige wenig verschiebliche Narben. Der

Percussionsschall über d. Tumor ist oben tympanistisch unten gedämpft. Deutlicher Fortsatz nach der Abdominalhöhle. Unmöglichkeit der Reposition.

Diagnose: Hernia inguinalis externa incarcerata R. Hydrocele.

Prognose:

Operation

Op. Journ. No. 637

Datum: 16.12.93

Operateur: Hofr. Schoenborn

Assistent: Mayer

Narcose: ruhig, ohne Zwischenfall

Beschreibung: Nach lange fortgesetzten vergeblichen Taxisversuchen wird zunächst zur Herniotomia externa geschritten. Es wird auf die Bruchpforte incidiert und alle sich spannenden Gewebe bis auf den Bruchsack durchgeschnitten. Es gelingt jetzt einen kleinen Teil der Hernie zurückzubringen. Da die Reposition nicht ganz gelingt und außerdem nicht beurteilt werden kann, wie viel alte irreponible Hernie und wie viel frisch herausgetretene ist, wird der Hautschnitt nach unten auf das Scrotum dilatiert und der Bruchsack eröffnet. Es findet sich neben einer alten accreten lateral liegenden Dickdarmhernie eine frische eingeklemmte Dünndarmhernie. Die ausgetretene Schlinge ist stark gerötet (länge etwa $\frac{3}{4}$ m). Die Reposition dieser Schlinge gelingt nach Einkerbung des Bruchringes leicht. Die zwischen Dickdarm und Bruchsack bestehenden Adhäsionen werden nun gelöst. Die Reposition des stark geblähten Caecums gelingt erst nach längerem Versuchen. Um das Wiedervorfallen zu verhindern musste die Radicaloperation angeschlossen werden. Zu diesem Zwecke wurde zunächst der Bruchsack isoliert. Die neben der Hernie bestehende Hydrocele wurde von der Wunde aus gespalten, und sodann die Brücke zwischen den beiden Hohlräumen, der Hernie einerseits und der Hydrocele andererseits, die aus der tunica communis gebildet war durchtrennt. Um die komplizierten Wundverhältnisse einfacher zu gestalten wurde sodann der testis mit seinen Hüllen u. der tunica communis des Bruchsackes extirpiert. Radicaloperation nach Macewen. Drainage durch eine Contraincision am Grunde des Scrotums. Seidenknopfnaht d. Haut a.v.

Am 20.12.93 Verbandswechsel. Drains werden entfernt und ein Teil der Nähte

22.12.93 Verbandswechsel. Entfernung der Nähte

23.12.93 Verbandswechsel. Auflegung eines Suspensoriums. Die bis auf die Drainöffnung geheilte Wunde wird mit Jodoformcolloidum bestrichen.

15.1.94: Pat. steht zum ersten Male auf.

Beschreibung des Präparates:

Präparat entfernt.

In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

Chirurgische Weiberabtheilung

E.v.

Klin. Demonstrat. 18.5.93

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 127

Krankengeschichte No.:

Name: Mark, Barbara

Alter: 59 J.

Beruf: Bauersfrau

Wohnort: Euerfeld

Heimath: -

ledig, verheiratet, verwittwet:

Eintritt: 26.4.93

Krankheit: Hernia umbilicalis accreta

Insufficiencia cordis

Austritt: † 20.5. 1893 9 ¼ vorm.

Status praesens beim Austritt:

Einlage: 1 Temperaturcurve

1 Sectionsprotokoll

(Obducent: Herr Dr. Weber)

Spätere Wohnung, Referenzen:

Name des Arztes: Dr. Kreuz Dettelbach

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Mutter der P. starb an Magenkrebs, der Vater und 2 Brüder an Nervenkrankheit(Epilepsie), 1 Bruder starb an Lungensucht. 2 Schwestern leben, leiden an Epilepsie.

Menstruation: cehsiert seit 7 Jahren

Datum und Verkauf von Geburten: : P. hat 8 Puerperien durchgemacht. Bei der letzten brauchte sie die Hülfe 2 Aerzten.

Lactation:

Vorausgegangene Krankheiten: P. will nie krank gewesen sein.

Gesundheitszustand von Mann und Kindern: Mann und 7 Kinder P. leben und sind gesund.

Beginn der jetzigen Erkrankung: Die Krankheit der P. begann vor 13 Jahren nach ihrer letzten Entbindung. Sie bemerkte einen kleinen Knoten in der Nabelgegend, der langsam wuchs, aber keine Beschwerden machte. Vor 7 Jahren schwoll der Hals an und zugleich mit den Beschwerden am Hals stellten sich auch Schmerzen im Unterleib ein. Trotzdem fragte P. keinen Arzt bis vor etwa 6 Wochen. Den Rat desselben das Spital aufzusuchen befolgte sie damals nicht. Erst als die Schmerzen einen sehr hohen Grad annahmen, suchte sie Hülfe im Juliusspital.

Status praesens

Allgemeines Aussehen: Sehr pastöse Frau

Haut: enorm entwickelter Panniculus

Lymphdrüsen: ohne Schwellung

Subcutane Venen: Am Halse geschlängelt und dilatiert

Kopf: %

Hals: ein kleiner median sitzender Strumaknoten.

Brustorgane: kein auffallender Tiefstand der unteren Lungengrenze. Wegen des enormen Panniculus ist die Rippe nicht genau zu bestimmen. Lungengrenze fast gar nicht verschieblich. P. atmet mit heftigem Stridor. Percussionsschall überall voll und hell. Man hört über der ganzen Lunge Pfeifen und Rasselgeräusche.

Bauchorgane: Leber den Rippenbogen nicht überragend. Übriges s.u.

Extremitäten: Geringe Oedeme an den beiden unteren Extremitäten

Genitalien: nicht untersucht.

Verdauung:

Urin:

Menstruation:

Sitz der Erkrankung: In der Mitte des starken Hängebauches wölbt sich eine halbkugelige unregelmäßige höckerige Geschwulst von der Größe eines Kindskopfes vor. Der verstrichene Nabel liegt über dem I. u. Quadranten der Geschwulst. Die bedeckende Haut erscheint sehr dünn, ist stellenweise gerötet, stellenweise finden sich Excoriationen, die mit Borke bedeckt sind. Im subkutanen Gewebe liegt ein Netz dilatierter geschlängelnder Venen. Percussionsschall über dem Tumor fast überall tympanitisch. Geschwulst ist ganz weich anzufühlen u. lässt sich unter gurrenden Geräuschen nach allen Richtungen leicht comprimieren, jedoch ist die Compression der P. schmerzhaft. Es ist nicht möglich sie in die Bauchhöhle zurückzubringen.

Diagnose: Hernia umbilicalis permagna accreta

Prognose:

Operation

Operations-Journal N: 194

Datum: 18.5.93

Operateur: Hofr. Schoenborn

Assistent: Dr. Meyer

Narcose: ruhig, einmal durch Erbrechen gestört.

Beschreibung: Über der Geschwulst wird ein elliptisches Hautstück excidiert. Die Haut ist außerordentlich dünn, sodass beim ersten Schnitt sofort das Peritoneum eröffnet. Die Länge der angelegten Incisionswunde beträgt etwa 15cm. Die Hernia hatte sich in der Narcose zum Teil reponieren lassen und es lagen jetzt zunächst nur grosse Fettmassen vor. Diese Fettklumpen lagen in einer grossen Anzahl einzelner Taschen, die durch straffe bindegewebige Bänder voneinander geschieden waren. In diesen Taschen sind sie der Wandung fest adhaerent. Es werden eine grosse Zahl der Fächer nach doppelter Unterbindung durchtrennt und in der derselben Weise die Adhaesion in der Wandung gelöst. Es macht den Eindruck, als ob die einzelnen Kammerfächer ursprünglich als peritonitische Stränge in dem Bruchsack entstanden seien. Nachdem das Fett ringsum gelöst ist stellt es sich heraus, das er teils aus Netz besteht, teils von vergrößerten Apendicae epiploicae herrührt. In diesem Convolut findet sich nach Lösung aller Adhaesionen sowie Abtragung eines großen Netzstückes der processus vermiformis sowie ein großes Stück Colon, welches sich jetzt leicht durch die verhältnismäßig enge Bruchpforte reponieren lässt. Ob die Bruchpforte dem Nabelring entspricht lässt sich nicht mit Sicherheit sagen entscheiden. Die Bruchpforte hat ungefähr einen Durchmesser von 5 cm. Nach ihrem Rande ziehen von allen Seiten die oben erwähnten Zwischenwandungen der einzelnen Fächer hin. Diese werden dicht an der Bruchpforte abgetrennt und der Bruchsack, soweit möglich, herauspräpariert. Die Bruchpforte wird sodann mit Silbersuturen verschlossen.

Tief greifenden Silbernähte vereinigen dann mit breiter Fläche die Muskelschicht.

Unter dieser Nahtreihe wird ein Drain eingeführt, ebenso darüber und dann die Haut durch Seidenknopfnähte verschlossen.

Am Abend der Operation stieg die Temperatur bis auf 39,7° Pat. war sehr unruhig. Keine Druckempfindlichkeit des Abdomens. Kein Meteorismus. Sie hat nur am Anfang nach der Narkose erbrochen. Ordination 0,001 Morphium 0,1 Opium. Darauf war die Nacht ruhig. Am anderen morgen Temperaturabfall. Nachmittags ein heftiger Dyspnoetischer Anfall. Ordination wie gestern. Darauf eine ruhige Nacht. 20.5. Morgens plötzlich Collaps. Keine Cyanose. Puls fadenförmig. Ordination: Oleum Camphoratum.

Exitus 9 ¼ Uhr

Beschreibung des Präparates:

Präparat entfernt.

In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

1893

20.5.93

Z. No. 127

Obductionsprotokoll

Mark, Barbara. 59 Jahre alt

Obducent: Herr Dr. Weber

In der Medianlinie vom Nabel abwärts verläuft eine 15 cm lange frische Operationsnaht, am unteren Ende zwei Drains durchlassend. Aus dem einen quillt auf Druck eine rothbraune schmierige Flüssigkeit. Die Ränder der Hautwunde sind leicht miteinander verklebt.

Unter der Hautwunde ist die Muskulatur mit Silber genäht, darunter befindet sich das durch Naht vollkommen geschlossene Peritoneum. Im übrigen sind die Ränder der Bauchwunde nur mit Blutgerinnsel bedeckt, zeigen keine eitrigen oder ranzigen Beläge. Im Bereich des Colon transversum ist der das äußerst fettreiche grosse Netz und eine Anzahl sehr grosser apendices epiploicae blutig gefärbt und ganz leicht mit dem Colon verklebt. Auch die Serosa des letzten ist an dieser Stelle leicht gerötet, während die übrigen Darmschlingen keine auffällige Venenfüllung zeigen. Auch irgendwelche Trübungen oder Beläge sind nirgends im Peritoneum wahrzunehmen.

Herz: L. Ventrikel gut kontrahiert. Klappen intact. Die Wandung des R. Ventrikels ist fast vollständig von Fett gebildet. Am Endrand des R. V. sind zahlreiche gelbe Flecken zu erkennen. Die Muskulatur des L.V. ist ziemlich dick, aber mürb. Auf Flächenschnitten zeigt auch diese fettige Degenerationen.

Die Lungen zeigen äussere Hypostase und mässigen Ödems- nichts auffälliges. -

Ein Struma, welches die ganze Trachea auch nach hinten umfasst, reicht mit einzelnen Knoten unter das Sternum bis zum Aortenbogen.

Milz kaum vergrößert, braunrot, außerordentlich weich.

Magen und Darm nichts besonderes.

Leber braungelb. Die Gallenblase prall gefüllt durch zahlreiche Steine, aber den Lebertrand nicht überragend. Nach Durchschneiden der kaum verdickten Wand entleert sich neben den Steinen ein gelblicher fad riechender Eiter. Im Fundus der Gallenblase ist die Wand gegen die untere Leberoberfläche perforiert. Zwischen Leber und Gallenblase befindet sich eine vollkommen abgekapselte 2 M Stück grosse mit Eiter gefüllte Abscesshöhle. Vom gesunden Lebergewebe ist sie durch eine Bindegewebskapsel getrennt.

Nieren(beide) Kapsel trennt sich ohne Substanzverlust. Oberfläche gelbrot, Rinde etwas verbreitert. Gelbliche, leichte samtartige Trübung.

Geschlechtsorgane nichts Besonderes.

Gehirn äußerst stark.

Diagnose: Degeneratio plana cordis. Empyema vesicae fellea, abscessus hepatis.

Chirurgische Männerabtheilung

Klin. Demonstration 12.12.93

Jahrgang: 1894/94

Zimmer No. 162

Krankengeschichte No.: 70

Name: Reder, Stephan

Alter: 5 Jahre

Beruf:

Wohnort: } Wegfurt

Heimath: }

ledig, ~~verheiratet~~, ~~verwitwet~~:

Eintritt: 30.8.93

Krankheit: Hernia inguinalis congenita sinistri lat. (Operation nach Macewen)
Hypospadias II Grades

Austritt: 6.10.94

Status praesens beim Austritt: Penis in sehr guter Form. Orificium externum nicht ganz an der Spitze der Glans, sondern an der Mitte der Unterfläche.

[...]

Spätere Wohnung, Referenzen:

Name des Arztes

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Eltern leben beide und sind gesund.

Vorausgegangene Krankheiten: Pat. will früher sonst gesund gewesen sein.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern:

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Ursachen:

Erste Symptome:

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung: Die Hernie soll, auf Angabe der Eltern, seit Geburt des Kindes bestehen

Chirurgische Männerabtheilung

Jahrgang: 1893

Zimmer No. ~~104~~ 102

Krankengeschichte No.:

Name: Reitz, Christoph

Alter: 67 Jahre

Beruf: The[...]gient a.D.

Wohnort: } Würzburg

Heimath: }

ledig, verheiratet, verwittwet:

Eintritt: 3. März 1893

Krankheit: Hernia inguinalis externa scrotalis R. incarcerata.

Austritt: 9. März 1893

Status praesens beim Austritt: Auf seinen Wunsch verlässt Patient das Spital. Pat. trägt nunmehr ein Bruchband welches leidlich sitzt und den Bruch gut reponiert hält. Keine Beschwerden [...]und ohne Complication.

Spätere Wohnung, Referenzen: Würzburg

Name des Arztes:

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Beide Eltern sind an Altersschwäche gestorben. 5 Geschwister leben und sind gesund.

Vorausgegangene Krankheiten: 1887 litt Patient an Atmungsbeschwerden sonst will er nie krank gewesen sein.

Vor einem halben Jahre erlitt Pat einen Schlaganfall, von dem er sich allmähliche aber nicht vollständig erholte.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern: Frau und 3 Kinder leben und sind gesund.

Beginn der jetzigen Erkrankung: Vor 2 Jahren

Ursachen: Patient will durchs Heben eines schweren Gegenstandes sich sein Leiden zugezogen haben.

Erste Symptome: Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Im Stuhlgange und Gasabgange traten keine Störungen ein. Erst nach einem Jahr merkte Patient, dass der Stuhlgang träger wurde. Erbrechen hat er nie gehabt.

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung: Nach einem Jahre suchte Patient ärztliche Hülfe. Die Geschwulst war inzwischen erbsengroß geworden, verursachte jedoch keine Schmerzen. Das ihm vom Arzt verschriebene Bruchband trug er nur 14 Tage, später wieder von Zeit zu Zeit. 4 Wochen vor Aufnahme ins Spital vergrößerte sich der Bruch und verursachte ziemlich heftige Schmerzen, auch der Stuhlgang wurde unregelmäßig. Die vom Arzt unternommene Reposition misslang, und Patient suchte im Spital Hülfe.

Status praesens

Allgemeines Aussehen: Gut genährter Mann von gesundem Aussehen

Haut: schlaff; ziemlicher Panniculus

Lymphdrüsen: ∅

Subcutane Venen: an beiden Unterschenkeln mäßige Varicen

Kopf: Gesichtsfarbe etwas gelblich.

Hals: ∅

Brustorgane: Thorax faßförmig, Mäßiges Emphysem, sonst durchschnittlich

Bauchorgane: -

Extremitäten: R. wenig beweglich, L. Schwäche der oberen Extremität

Genitalien: durchschnittlich

Genitalien:

Verdauung:

Urin: frei, keine Retention

Sitz der Erkrankung: Gut faustgroße ...Leistenscrotalhernie R. Die Hernie ist relativ weich und wenig empfindlich. Abdomen nicht aufgetrieben. Kein Erbrechen. Geringer Singultus

Diagnose: Hernia inguinalis externa scrotalis R. incarcerat.

Prognose:

Operation

Op. J. No. 47

Datum: 3. März

Operateur: Jungengel

Assistent:

Narcose: ohne Zwischenfälle

Beschreibung: Taxis durch einige Griffe leicht. Wattepelotte. Spica coxae. Auf die Narcose keine Reaction. Tadelloser Verlauf. Neues Bruchband!

Beschreibung des Präparates:

Präparat entfernt.

In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

Chirurgische Männerabtheilung

Jahrgang: 1893

Zimmer No.164

Krankengeschichte No.: 34

Name: Röder, Linus

Alter: 10 Jahre

Beruf: Tagelöhnersohn

Wohnort: Pfahlbergstraße 6

Heimath: Würzburg

ledig, verheiratet, verwittwet: ledig

Eintritt: 13.11.1893

Krankheit: Hernia inguinalis congenita sin. lat. Incarcerata

Radicaloperation

Austritt: 21.12.1893

Status praesens beim Austritt: Über d. linken unteren Leistenring verläuft ein schräg nach unten verlaufender 6 cm lange ... Narbe. Inguinalkanal durch einen festen Pfropf verschlossen. Sehr.... des ...Hodens.....nicht.....[...]

Spätere Wohnung, Referenzen: Würzburg

Name des Arztes:

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: die Eltern des P. leben, seine Mutter ist, nach Angaben des P. lungenkrank u. liegt seit zwei Monaten im Spitale. Der Vater ist gesund.

Vorausgegangene Krankheiten: P. will von frühester Kindheit an einer Hernie gelitten haben.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern:

Beginn der jetzigen Erkrankung: 12.11.93

Ursachen:

Erste Symptome. P. hat gestern, den 12.11. ...um 5 Uhr zum letzten Male Stuhlgang gehabt, darauf Kaffee getrunken, worauf sich um sechs Uhr, eine Stunde später Erbrechen entwickelte. Im Laufe des gestrigen Tages hat er noch zweimal erbrochen. Die Nacht hat P. ruhig und fest geschlafen. Heute früh hat er Kaffee getrunken, worauf sich um 9 Uhr wieder Erbrechen einstellte.

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung:

Status praesens

Allgemeines Aussehen: kräftig gen...itztes R..., etwas matt

Haut: ...wirkt stark kollabiert.

Lymphdrüsen: nicht vergrößert

Subcutane Venen: 0

Kopf: 0

Hals: 0

Brustorgane: nichts abnormes

Bauchorgane: Leib wenig, nicht aufgetrieben, ohne Druckschmerzhaftigkeit

Extremitäten: 0

Genitalien: 0

Verdauung: s. Anamnese

Urin: kein Album.

Sitz der Erkrankung: Über link. Annul. Ing. ex. taubeneigroße, prall gesch..., auf Druck sehr empfindliche Geschwulst, die sich nicht reponieren lässt, Haut etwas gerötet. ...Eisbeutel. Morgens Geschwulst noch sehr schmerzhaft. Repos.-versuche nicht vorgenommen. Auf demtritt Reposition von selbst ein. Bruchband.

Diagnose: Hernia ing. cong. incarcerated. ... later.

Prognose:

Operation

Datum: 23.11.93

Operateur: Dr. Riese

Assistent:

Narcose: ohne Störung

Beschreibung: Schnitt nach Maecewen. Tunica vag. com. Sehr stark verdickt. Bruchsack von der Tunica vag. Propria gebildet. Ablösung des Sehnenstranges,...u lösen Umscheidung des Bruchsackes, ..des Hodens, Hode ist auch noch oben stark von d. tun. vag. Propr. Umschlossen [...]

Beschreibung des Präparates:

Präparat entfernt.

In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

Chirurgische Männerabtheilung

E.v.

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 98

Krankengeschichte No.:

Name: Sauer, Franz

Alter: 57 J.,

Beruf: Bäckergehilfe

Wohnort: } Mellrichsstadt

Heimath: }

ledig, verheiratet, verwittwet:

Eintritt: 8. September 93

Krankheit: Hernia inguinalis externa scrotalis mobilis accreta

Austritt: den 21.11.93

Status praesens beim Austritt: 10 cm lange lineare Narbe von der äußeren Öffnung des Leistenkanals R. schräg nach abwärts auf das Scrotum verlaufend. Die Narbe ist frei verschieblich und nirgends wo schmerzhaft. Bei Hustenstößen kein Andringen an die Interstina. Pat. ist ohne Bruchband als geheilt entlassen.

Pat. auf seinen Wunsch entlassen.

Spätere Wohnung, Referenzen: Mellrichsstadt

Name des Arztes:

Einlage: 2 Curven

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Vater tot an Pat. unbekannter Krankheit, Mutter † in W... 2 Schwestern †† an Blattern u. Typhus, 2 gesund.

Vorausgegangene Krankheiten: Vor ca. 10 J. eine „Verwiterung(?) der L. Hand“ ausgehend von einer complicierten Daumenfraktur, die Phlegmone griff über bis zum Ellenbogen.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern: Frau gesund, seine 11 Kinder gestorben sü..., 2 an Blattern, 9 an Diphtherie

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Ursachen: Vor $\frac{3}{4}$ Jahren bemerkte Pat. beim Husten oder „infolge Verschlagens der ... bei Stulverstopfung“ eine ... w....., ca. taubeneigroße Anschwellung in der R. Scrotalhälfte. Die Anschwellung war nicht schmerzhaft u. ging auch von selbst wieder zurück. Nach u. nach wuchs dieselbe bis zum jetzigen gänseeigroßen Umfang. Pat. kann sie selbst zurückbringen, auf Druck und Husten u besonders bei Stuhlverstopfung aber hat er ganz erhebliche Schmerzen. Auch das Wasserlassen verursacht ihm im letzten Falle Schmerzen. Er ließ sich infolge dieser Beschwerden ins Spital aufnehmen.

Incarcerationserscheinungen verspürte Pat. niemals.

Erste Symptome.

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung: den 9.11. Aufgestanden

Status praesens

Allgemeines Aussehen: kräftig genährt, gesund aussehend

Haut: Panniculus gut entwickelt

Lymphdrüsen: Cervicaldrüsen gering geschwellt

Subcutane Venen: nicht varicös

Kopf: Schleimhäute gut injiziert

Hals: ∅

Brustorgane:

Bauchorgane: nichts pathol. nachweisbar

Extremitäten: von gut entwickelter Muskulatur

Genitalien: she. unten

Verdauung: In Ordnung

Urin: normal

Sitz der Erkrankung: Die R. Scrotalhälfte präsentiert sich als eine ellipsenförmige, 3cm über die Raphe hinüberraagende, zum Abdomen sich verjüngende Geschwulst. Dieselbe ist nicht durchscheinend, bietet auscultatorisch nichts, percutorisch an ihrem zum Abdomen gelegenen.... tympanitischen Schall, fluktuiert nicht. Die hier vorliegende

Haut ist straff gespannt, so dass die Runzeln des Scrotums verstrichen sind, überall von ihrer Unterlage differenzierbar, nicht verfärbt, nicht-erhöht. Der Hoden und Nebenhoden, nur am Hodenschmerz erkennbar, lassen sich von ihr nicht abgreifen. Der Versuch die Geschwulst u die Bauchhöhle zu reponieren, gelingt unter einigen Schwierigkeiten (u. Schmerzen für den Patienten) unter gurrendem Geräusch. Nun mehr lassen sich Hoden u. Nebenhoden gut abtasten, der nicht verdickte Samenstrang gut verfolgen. Die apertura canalis inguinalis externa ist ellipsenförmig (ungefähr $2\frac{1}{2}$:1cm), ... diejenige der L. Seite $1\frac{1}{2}$:1 cm verkürzt.

Diagnose: Hernia externa inguinalis scrotalis mobiles accreta

Prognose:

Operation

Op. Journal No. 469

Datum: 28. September

Operateur: Dr. Jungengel

Assistent: Dr. Mehlretter

Narcose: ohne Zwischenfälle

Beschreibung: Reposition. Radicaloperation nach Mac Ewen.

Duplizierter (durch Verklebungen) Bruchsack vorsichtig incidiert u. Theil reseziert. Samenstrang stark aufgefasert u. mit dem Bruchsack verwachsen. Isolierung ziemlich schwierig, gelingt aber ohne Verletzung. Typische Versenkung des Bruchsackes. 1 Silberdraht durch die Bruchpforte. Ca 10 ligat. Seidenknopfnähte des Scrotums. 1 Drain.

29.9. Temp 39,4 Verband wird gewechselt. Wunde tadellos fort...1 ...- keine Ursache der Temperatursteigerung . Pat. klagt über Schmerzen, verursacht beim Gehen in der R. Inguinalgegend. Auf Lunge u. am Herzen nicht pathol. nachweisbar. Keine Geschwulst. Abends Temp. 39,0.

3.10 Entfernung des Drains und der Nähte

5.10 Verbandswechsel, Wunde bis auf 2 gut granulierende Stellen geschlossen. As. Verb.

16.10 Wunde vollständig geschlossen. Verband weggelassen

Beschreibung des Präparates:

Präparat entfernt.

In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

Chirurgische Männerabtheilung

Jahrgang: 1893/94

Zimmer No. 162

Krankengeschichte No.:

Name: Schott, Johannes

Alter: 3 J.,

Beruf:

Wohnort: } Schernow (?)

Heimath: }

ledig, ~~verheiratet~~, ~~verwitwet~~:

Eintritt: 12.10.93

Krankheit:

Austritt: 24.2. 1894

Status praesens beim Austritt: Hernia scrotalis utr. lat. cong. praec. sin.

P. zeigt in d. link. Ing. Gegend etwas oberhalb des annul. ing. ext. beginnend ein oberhalb des ... 8 cm lange herabziehende Narbe, die mit der Haut über der Unterlage(?) verschieblich ist. Im unteren Drittel derselben ist der mediale Rande der Narbe mit [...]

Spätere Wohnung, Referenzen:

Name des Arztes:

Chirurgische Männerabtheilung

vE

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 100

Krankengeschichte No.:

Name: Conrad Weiller

Alter: 70 J.

Beruf: Schiffer

Wohnort: } Würzburg
Heimath: }

ledig, verheiratet, verwittwet:

Eintritt: 7. Mai 93

Krankheit: Hernia inguinalis externa scrotalis R. incarcerata

Austritt: 8. Mai

Status praesens beim Austritt: Auf seinen Wunsch verlässt Patient das Spital. Hernie ist reponiert; dem Patienten wurde ein neues Bruchband angelegt, welches gut passt. Vollkommenes Wohlbefinden. Verlauf afebril und ohne Complication.

Spätere Wohnung, Referenzen: Würzburg

Name des Arztes:

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Vater an Bruch gestorben. Mutter an Altersschwäche. Zwei Geschwister an Altersschwäche und Lungenleiden gestorben. Ein Bruder lebt und hat auch eine Leistenhernie.

Vorausgegangene Krankheiten: P. erkrankte mit 42 Jahren 18 Wochen lang an Gicht, sonst will er immer gesund gewesen sein.

Gesundheitszustand von Frau und Kindern: Frau und 7 Kinder leben und sind gesund.

Beginn der jetzigen Erkrankung: P. gibt an dass er schon als Kind geringe Schmerzen an d. rechten Inguinalgegend habe, auf die er aber keine besondere Bedeutung gab. Vor 6 Jahren auf einer Schifffahrt auf d. Main war P. am Steuer und da er mit seinen Händen am Essen beschäftigt war (hatte ein Stück Brot und Weinglas in der Hand) musste er das Steuer mit seinem Knie führen. Plötzlich beim abducierten Beine musste P. niessen und fühlte sofort heftige Schmerzen an d. R. Leistengegend. Gleichzeitig merkte P. dass eine Erbsengroße Geschwulst an d. genannten Gegend entstanden war. Er liess sich sofort behandeln, und wurde von dem behandelnden Arzte mit einer Salbe eingerieben, auf diese Behandlung hin sind die Schmerzen etwas geringer geworden. P ging nachher sofort wieder an die Arbeit und musste immer, was bei seinem Berufe als Schiffer nicht zu vermeiden war schwere Sachen heben. Hat öfters Mehl. Und Getreidesäcke gehoben, Fässer, schwere Kisten und merkte dass allmählig die Geschwulst größer wurde, und auf das hin legte sich der P. ein Bruchband ein. Gestern war P. auf der Arbeit und fühlte plötzlich starken Schmerz, versuchte sofort die Hernie zu reponieren, da aber diese Versuche erfolglos geblieben sind und die Schmerzen nicht nachgelassen haben, suchte P. heute sofort das Spital auf.

Status praesens

Allgemeines Aussehen: Gut genährter Mann von gesundem Aussehen. Gut konserviert.

Haut: Panniculus mäßig, T.. der Haut relativ gut.

Lymphdrüsen: /

Subcutane Venen: an beiden Unterschenkeln varicös

Kopf: Gesichtsfarbe frisch

Hals: /

Brustorgane: Thorax fassförmig, außer mäßigem Emphysem ø

Bauchorgane: Siehe unten

Extremitäten: muskulös

Genitalien: ø

Verdauung: s. Anamnese

Urin: ø

Sitz der Erkrankung: ~~P. hatte eine~~ Kindskopfgrosse, äussere Leistenhernie R., ~~dieselbe~~ war prall gespannt, ~~und wurde heute in Narcose reponirt.~~

Die Hernie ist ins Scrotum deszendiert; Haut von normalen Aussehen. Hernie sehr gespannt und empfindlich; Abdomen nicht aufgetrieben, nicht empfindlich; kein Singultus oder Erbrechen. Keine Transpiration. Pulsqualität gut.

Diagnose: Hernia inguinalis ceter.. scrotalis incarcerata R.

Prognose:

Operation

Op. J.No. 179

Datum: 7. Mai

Operateur: Jungengel

Assistent:

Narcose: ohne Zwischenfälle.

Beschreibung: Taxis relativ leicht. Wattepelotte, auf die Narcose keine Reaktion.

Ordin. Neues Bruchband (von Rückert)

Beschreibung des Präparates:

Präparat entfernt.

In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

Chirurgische Weiberabtheilung

E.v.

Jahrgang: 1893

Zimmer No. 127

Krankengeschichte No.:

Name: Will, Kunigunde

Alter: 46 Jahre

Beruf: Bremsersfrau

Wohnort: Würzburg

Heimath: -

ledig, verheiratet, verwittwet:

Eintritt: 15. März 1893

Krankheit: Hernia cruralis luteris utriusque incarcerata

Austritt: † 15.3.93 7 ½ h ab. An Collaps

Status praesens beim Austritt: Obductionsprotokoll beiligened

Obducent: Hr. Dr. Ludeck

Spätere Wohnung, Referenzen:

Name des Arztes: Dr. Leisser Wzbg

Anamnese

Hereditätsverhältnisse, Lebensweise: Die Anamnese konnte wegen des schweren Zustands der Pat. nicht mehr aufgenommen werden.

Menstruation:

Datum und Verlauf von Geburten:

Lactation:

Vorausgegangene Krankheiten:

Gesundheitszustand von Mann und Kindern:

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Ursachen:

Erste Symptome: Pat. will seit 2 Tagen an Schmerzen im Unterleib und Erbrechen erkrankt sein. Ein zugezogener Arzt schickt sie sofort ins Juliusspital, nachdem sie vorher 2 Tage von einem anderen Arzt mit heißen Umschlägen auf den Unterleib behandelt worden war.

Weiterer Verlauf und bisherige Behandlung:

Status praesens

Allgemeines Aussehen: Leidend aussehende, cyanotische Patientin

Haut: Im Gesicht blaurot verfärbt, etwas schlaff, wenig Panniculus, Bauchhaut stark gerötet.

Lymphdrüsen: %

Subcutane Venen: %

Kopf: %

Hals: %

Brustorgane:

Bauchorgane:

s.u.

Extremitäten:

Genitalien:

Verdauung:

Urin:

Menstruation:

} wegen der sofort nötigen Operation nicht untersucht.

Sitz der Erkrankung: Beiderseits unter der Mitte des Ligamentum Poupartii entsprechend dem Verlauf der großen Gefäße findet sich je ein starker, walnussgroßer, harter auf Druck sehr schmerzhafter, von unveränderlicher Haut bedeckter Tumor. Der linke scheint etwas weniger schmerzhaft zu sein als der rechte. Die Geschwülste lassen sich nicht in die Bauchhöhle reponieren. Geringer Meteorismus. Heftiger Singultus. Starker Collaps. Puls kaum fühlbar

Diagnose:

Prognose:

Operation

Op. Journ. No. 146

Datum: 15.03.93

Operateur: Hofrath Schönborn

Assistent: Meyer

Narcose: Pat. Hatte vor ihrem Verbringen ins Spital eine Morphiumeinspritzung bekommen., daher sehr geringer Chloroformgebrauch.

Beschreibung: I. Operation R. Hautschnitt über der Höhe der Geschwulst nach Erhebung einer Hautfalte. 7 cm lang. Auf dem Bruchsack eine Lage blutig-seriös durchtränkten Fettes. Der Bruchsack ist sehr dünn und lässt sich nur schwer erkennen. Bei der Eröffnung zeigt sich, das absolut kein Bruchwasser vorhanden ist. Die vorliegende Dünndarmschlinge ist tief schwarzrot verfärbt. Die Bruchpforte ist sehr eng, sodass das Herniotom auf der Hohlsonde eingeführt werden muss. Nach Einkerbung der Bruchpforte nach vorne, lässt sich die Darmschlinge vorziehen. An einer Stelle etwas fibrinöse Auflagerung. Keine grau verfärbte Stelle. Deutlicher Schnürring. Nach der Reposition des Darmes wurde der Bruchsack stumpf aus der Umgebung gelöst, gut gestielt und thunlichts hoch abgebunden (Catgut). Versenken des Stumpfes. Keine Naht der Bruchpforte. Seidenknopfnahnt der Haut.1 Drain.

II. Operation L. Hautschnitt wie R. Auch hier findet sich eine ziemlich bedeutenden Fettschicht auf dem Bruchsack. Die Bruchsackwandung ist sehr dünn. Nach Eröffnung des Sackes entleert sich etwa 1 Esslöffel etwasens gefärbten Bruchwassers. Im Bruchsack liegt ein kleiner gewuchertes und verknotetes Netzstück das sich nicht reponieren lässt (an dieser Seite war vorher in der Narcose die Hernie teilweise reponiert worden). Das Netzstückchen wird nach vorheriger Unterbindung angetragen und der Stumpf durch die enge Bruchpforte reponiert. Stielung des Bruchsackes nach stumpfer Auslösung aus der Umgebung. Der Bruchsackhals wird

möglichst hoch abgebunden u. abgetrennt. Versenkung des Stumpfes. Keine Naht der Bruchpforte. Seidenknopfnahnt der Haut. A.V.

2 Stunden nach der Operation war Pat. Bereits Pulslos. Die aufgewandten Reizmittel (Campheralkohol) waren vergebens. Vorübergehend hob sich der Puls. † 7 ½ h
Temperatur normal.

Beschreibung des Präparates:

Präparat entfernt.

In der Sammlung aufbewahrt.

In die pathol. Anstalt abgegeben.

† 15. 03.93

Obd: 16.03.93

Kunigunde Will.

Rechter Vorhof und Ventrikel mit C gefüllt- kein speckartiges Gerinnsel. L. Ventrikel ist kontrahiert, enthält wenig Blut. R.V. ist stark mit Fett durchwachsen. Herzfleisch des I .V. fest und gute Farbe. L. Lunge zeigt Pleuraverdickungen, überall lufthaltig zeigt einen mäßigen Grad von Emphysem. Im Unterlappen kaum nennenswerte Hypostase.

Milz klein, schlaff von heller Farbe

L. Niere: mäßige hydronephrotische Ausbuchtung des Nierenbeckens

Uterus: Mähsig retroflectiert, sonst zeigen Beckenorgane nichts abnormes

Leber: nichts abnormes

Am Ileum findet man das incarcerierte Stück von etwa 6cm Länge am zuführenden Ende ein Einschnürungsring ein linsengroßes durch und durch gelbes Stück Darm. Colon stark gebläht. Dünndarm und Magen verhältnismäßig leer. Im Dünndarm auhserordentlich dünner Speisebrei. Von dem incarc. Darmstück aufwärts zeigt Darm peritoneale Injektion u hat leichten fibrinösen Belag.

Diagnose: Peritonitis acuta

9. Literaturverzeichnis

Archivalische Quellen

Überlieferte Krankenblätter aus der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals aus dem Jahr 1883.

Überlieferte Krankenblätter aus der chirurgischen Abteilung des Juliusspitals aus dem Jahr 1893.

Gedruckte Quellen

Becker, Hermann: Die Herniotomien der Kieler Klinik vom Jahre 1877 bis 1880 mit besonderer Berücksichtigung der Radicaloperation, Inaugural-Dissertation, Kiel, 1880.

Derselbe: Ueber die Radicaloperation von Hernien mit besonderer Berücksichtigung der Macewen'schen Operation, Bonn, 1891.

Bergmann, E.v.; Bruns P.v. : Handbuch der praktischen Chirurgie, Band 3: Chirurgie des Bauches, Stuttgart, 1907.

Busch, Wilhelm: Lehrbuch der topographischen Chirurgie, Berlin, 1869.

Grünewald, August: Ueber die Radicaloperation angeborener Hernien, Würzburg 1885.

Heitzmann, C. und J.: Compendium der chirurgischen Pathologie und Therapie,

Wien, 1875.

Hesse, Carl: Hernien-Radicaloperation bei Kindern, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1884.

Hesselbach, A.K.: Handbuch der Chirurgie für das untergeordnete, ärztliche Personale, erster Band, Bamberg, 1838.

Hirschkopf, Moritz: Zur Radicaloperation der Hernien, Inaugural-Dissertation, Leipzig, 1900.

Joachimczyk, Julius: Die Radicaloperation der Hernien nach Macewen, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1892.

Kannegiesser, Joachim: Die Erfolge der Bassini'schen Operation der Leistenhernien, Kiel, 1897.

Kocher, Theodor: Chirurgische Operationslehre, Jena, 1894.

Krieg, Ferdinand: Ueber die Endresultate der Radicaloperationen angeborener Hernien, Inaugural- Dissertation, Würzburg, 1886.

Lauenstein, Carl: Ueber Macewens Radicaloperation der Hernien, in: Archiv für klinische Chirurgie Band 40, 1895.

Leser, Edmund: Die spezielle Chirurgie in 60 Vorlesungen, Jena, 1904.

Linhart, Wenzel: Vorlesungen über Unterleibs-Hernien gehalten im Sommersemester 1864, Würzburg, 1866.

Macewen, William: In the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal peritoneal pad, and the restoration of the valved form of the inguinal canal, in: Ann Surg 4, 1886, S. 89-119.

Michel: Gedächtnisrede auf Herrn Hofrath Professor Dr. Hermann Maas, Würzburg 20. November, 1886.

Nothass, Franz: Ueber die Enderfolge von Radical-Operationen von Hernien, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1892.

Pickel, Otto: Die Radicaloperationen der Hernien und ihre Endresultate mit besonderer Berücksichtigung der Macewen'schen Operation, Inaugural Dissertation, Würzburg, 1894.

Posner, Louis: Handbuch der klinischen Arzneimittellehre, Berlin, 1866.

Reintjes, Heinrich: Über die Bassini'sche Methode der Radicaloperation freier Leistenbrüche, Kiel, 1892.

Schuler, G.M.: Führung durch das Juliusspital zu Würzburg, Würzburg, 1895.

Schultze, Ferdinand: Radikal-Operationen der Hernien unter dem antiseptischen Dauerverbande. Inaugural-Dissertation, Würzburg 1885.

Stulz, Otto: Ueber die Kocher'sche Radicaloperation der Hernien, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1897.

Tillmanns, Hermann: Lehrbuch der speziellen Chirurgie, Leipzig, 1892.

Urlichs: Trauerrede gehalten am Grabe des k. Hofrates Prof. Dr. Hermann Maas,

Würzburg 25. Juli, 1886.

Visscher, Louis George: Beiträge zur operativen Behandlung der Incarcerierten Hernien, Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1891.

Volz, Robert: Der ärztliche Beruf, Berlin, 1870.

Forschungsliteratur

Hirner, Robert; Berger, Alfred; Wilhelm, K.: Defektdeckung im Bereich der oberen Extremität, in: Berger, Alfred; Hirner, Robert: Plastische Chirurgie, Berlin, Heidelberg, New York, 2008, S.319-394.

Bock, Norbert: Zur Geschichte der Anästhesie in der abdominalen Chirurgie, Hamburg, 1979.

Böhm, Kurt; Köhler, Claus Otto; Thome, Rainer: Historie der Krankengeschichte, Stuttgart, New York, 1978.

Buschinger, Nicolae: Albert Hoffa, Würzburg, 1971.

Craig, Barbara L.: The Role of Records and of Record-Keeping in the Development of the Modern Hospital in London, England and Ontario, Canada, c. 1890 - c. 1940, in: Bulletin of the History of Medicine, Jahrgang 65, 1991, S. 376-397.

Durst, Jürgen; Rohen, Johannes: Bauchchirurgie, Stuttgart, New York, 1998.

Eckart, Wolfgang: Geschichte der Medizin, Heidelberg, 2009.

Elkeles, Barbara: Der Patient und das Krankenhaus, in: Spree, Reinhard / Labisch, Alfons (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett, New York, Frankfurt, 1996, S. 357-373.

Eulner, Hans Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Stuttgart, 1970.

Fissell, Mary E.: „The disappearance of the patient's narrative and the invention of hospital medicine“, in: French, R.; Wear, A. (Hrsg.): British medicine in an age of reform, London, New York, 1991, S. 91-101.

Gaßdorf, Michael: Technik, Indikation und Ergebnisse der laparoskopischen Adhaesiologie in Einkanaltechnik, Gießen, 2006.

Gerabek, Werner; Haage, Berhard; Keil, Gundolf; Wegner, Wolfgang: Enzyklopädie Medizingeschichte, 2004.

Gurlt, E.: Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung Band 2, Hildesheim, 1964.

Derselbe: Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung Band 3, Hildesheim, 1964.

Haberling, Wilhelm; Hübotter, Franz; Vierordt, Hermann: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 4, Berlin, Wien, 1934.

Dieselben: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, Band 5, Berlin, Wien 1934.

Hahn, Michael: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, in: Emminger, Hamid; Kia, Thomas (Hrsg.): Exaplan, das Kompedium der klinischen Medizin Band 2, München, 2005, S. 2562-2586.

Herrlinger, Robert: Das Juliusospital zu Würzburg- Jubiläumsbeilage der Münchener Medizinischen Wochenschrift, München, 1953.

Hess, Volker: Der wohltemperierte Mensch – Wissenschaft und Alltag des Fiebermessens (1850-1900) Frankfurt/Main, 2000.

Hoffmann-Richter, Ulrike: Das Verschwinden der Biographie in der Krankengeschichte. Eine biographische Skizze, in: Bios. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History 2, 1995, S. 204-221.

Höllt, V.; Allgaier, C.: Analgetika, in: Hofmann, Franz; Aktories, Klaus; Forth, Wolfgang; Förstermann, Ulrich (Hrsg.): Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, München, 2005, S. 219-244.

Huerkamp, Claudia: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland, in: Rürup, Reinhard; Wehler, Hans-Ulrich; Winkler, August (Hrsg.): Geschichte und Gesellschaft – Zeitschrift für historische Sozialwissenschaft, 6. Jahrgang, Göttingen, 1980, S. 349-382.

Dieselbe: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Göttingen, 1985.

Jetter, Dieter: Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800-1900), Darmstadt, 1977.

Jewson, ND: Medical Knowledge and the Patronage System in 18th century England, in: Abrams, Philip (Hrsg.): sociology - the journal of the British Sociological Association, Volume 8, Oxford, 1974, S. 369-385.

Derselbe: the disappearance of the sick man from medical cosmology, *1770-1870,

in: Abrams, Philip (Hrsg.): sociology - the journal of the British Sociological Association, Volume 10, Oxford, 1976, S. 225-244.

Kessler, Oliver; Fetzner, Ulrich; Schaps, Klaus-Peter: Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Heidelberg, 2007.

Killian, Hans; Weese, Hellmuth: Die Narkose ein Lehr- und Handbuch, Stuttgart 1954.

Lachmund, Jens: Der abgehorchte Körper – Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung, Opladen, 1997.

Lippert, Hans: Geschichte der Wundheilung, in: Lippert, Hans (Hrsg.): Wundatlas – Kompendium der komplexen Wundbehandlung, Stuttgart, 2001, S. 3-6.

Maehle, Andreas Holger: Ärztlicher Eingriff und Körperverletzung: Zu den historisch-rechtlichen Wurzeln des Informed Consent in der Chirurgie, 1892-1940, in: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen, Band 22, 2003, S. 178-187.

Marino, Paul L: Infektionskontrolle auf der Intensivstation, in: Marino, Paul L.; Taeger, Kai (Hrsg.): Das ICU Buch – Praktische Intensivmedizin, München, 2005, S. 33-47.

Maurer, Georg; Hartl, Hannelore: Die Geschichte der Chirurgie in Bayern, München-Berlin 1960.

Messmer, Felicitas: Karl Lang – Die Wissenschaftlichen Publikation in ihrer medizingeschichtlichen Bedeutung – Bilder zur Geschichte der Chirurgie, München, 2008.

Mettenleiter, Andreas: Das Juliusspital in Würzburg Band 3 Medizingeschichte, Würzburg, 2001.

Derselbe: Das Juliusspital in Würzburg, Würzburg, 2001.

Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum – Die Geschichte des Krankenhauses vom 18.Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln, 1988.

Noack, T.; Fangerau, H.; Vögele, J.: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, München, 2007.

Nolte, Jochen Christian: Nervenirritation nach Leistenhernienreparation: retrospektive Studie zum Vergleich eines laparoskopischen mit konventionellen Operationsverfahren im 3-Jahres-Follow-Up, Düsseldorf, Hamburg, 2009.

Nolte, Karen: Zeitalter des ärztlichen Paternalismus? Überlegungen zur Aufklärung und Einwilligung von Patienten im 19. Jahrhundert, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 25/2006, S. 59-89.

Dieselbe: Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte: Medizinische Fallberichte im 19. Jahrhundert, in: Sibylle Brändli-Blumenbach, Barbara Lüthi, Gregor Spuhler (Hrsg.): Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt/M. – New York, 2009, S. 33-61.

Porter, Roy: Medizinische Versorgung im 19. Jahrhundert, in: Porter, Roy: Die Kunst des Heilens, Berlin, Heidelberg 2000, 2003, S. 351-400.

Derselbe: Geschröpft und zur Ader gelassen – eine kleine Kulturgeschichte der Medizin, Frankfurt, 2006.

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin, New York, 2007.

Read, Raymon C.: Milestones in the history of hernia surgery: Prosthetic repair, Rockville, Little Rock, 2004.

Risse, Guenter B.; Warner, John Harley: Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History, in: Social History of Medicine, Jahrgang 52, 1992, S. 183-205.

Sachs, Michael: Geschichte der operativen Chirurgie, Band I: Historische Entwicklung chirurgischer Operationen, Heidelberg 2000.

Sachs, Michael; Damm, M.; Enke, A.: Historical Evolution of Inguinal Hernia Repair, in: World Journal of Surgery, Frankfurt, 1997, S. 218-223.

Schlathoelter, Michael: Geschichte der Theorie und Praxis der Wundheilung und Wundbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des 19. und 20. Jahrhunderts, Münster, 2005.

Spree, Reinhard: Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert, in: Spree, Reinhard / Labisch, Alfons (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett, New York, Frankfurt, 1996, S. 51-88.

Striebel, Hans W.: Die Anästhesie, Stuttgart, 2003.

Stylopoulos, Nicholas; Rattner, David W.: The History of Hiatal Hernia Surgery, Boston, 2005.

Tholon, M.; Thofern, E.; Miederer, SE.: Disinfection procedures of fiberscopes in

endoscopy departments, in: Endoscopy, Band 8, Nr. 1, 1976, S. 24-29.

Thoman, Klaus-Dieter: Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses, in: Labisch, Alfons und Spree, Reinhard (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett New York, Frankfurt, 1996, S. 145-166.

Toellner, Richard: Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 3, Salzburg, 1990.

Danksagungen

Herzlichen Dank...

- Frau Priv.-Doz. Dr. Karen Nolte für die freundliche Überlassung des Themas und die überaus kompetente und aufwändige Betreuung.
- Herrn Prof. Dr. Thomas Meyer für die Übernahme des Korreferats.
- meiner Familie und ganz besonders meinem Freund für die jederzeit tatkräftige Unterstützung, Hilfe und Beratung.
- Dr. Christoph Weißer für die Hilfestellung bei chirurgischen Fragen.
- Dr. Christoph Bauer und dem Juliusspital für die Bereitstellung der Krankenblätter.
- allen Mitarbeitern des Instituts für Geschichte der Medizin Würzburg.
- dem Personal des Stadtarchivs Würzburg.
- meiner Mutter Irene Kaufmann und meiner Schwägerin Katrin Kaufmann für das Korrekturlesen.
- Carmen Eisner für die Übernahme des Lektorats.
- meinen Kommilitonen und Freunden für die schöne Zeit sowohl während des Studiums als auch danach.