

Diese elektronische Lieferung darf gemäß Urheberrecht nur zum eigenen wissenschaftlichen Gebrauch oder für eine Lehrveranstaltung mit einem abgegrenzten Kreis von Unterrichtsteilnehmern verwendet werden. Nicht gestattet ist die Nutzung für eine öffentliche Wiedergabe oder für gewerbliche Zwecke. Ebenfalls untersagt ist die Aufnahme in ein elektronisches Archiv.

Heidelberger Jahrbuecher;
Jahrgang 12, 1968

150 JAHRE HEIDELBERGER CHIRURGIE

Von Fritz Linder

Schon in der Stiftungs-Urkunde unserer Universität war von Kurfürst Ruprecht I. unter den vier zu gründenden Fakultäten auch eine medizinische vorgesehen, die sich 4 Jahre später — im Jahre 1390 — mit einem ersten und einzigen Lehrstuhlinhaber konstituiert hat. Zu ihm traten im 15. und 16. Jahrhundert der zweite, dann der dritte planmäßige Professor der Medizin. Trotzdem ist in der langen und wechselvollen Geschichte unserer Alma mater nach zeitgenössischem Urteil Heidelberg für Jahrhunderte ein „locus medicinae vacuus“ geblieben. Allein Johann Conrad Brunner aus Diessenhofen am Rhein, der ab 1686 Anatomie, Physiologie und Botanik lehrte, hat sich durch die avantgardistische Errichtung eines experimentellen Laboratoriums ausgezeichnet und darin mit den bis auf den heutigen Tag bekannten Brunnerschen Drüsen des Zwölffingerdarms ebenso wie mit Studien über die Bauchspeicheldrüse Beachtliches geschaffen. Im Gefolge von Brunner finden wir auch einen nicht-akademischen Chirurgen P. Carre erwähnt, freilich nur in der nebenamtlichen Tätigkeit eines Aufsehers in dem für die damalige Wundarzneikunde sicher bedeutungsvollen Hortus medicus. Auch im 18. Jahrhundert hören wir, daß der Chirurgus, selbst noch kein vollpromovierter „Medicus purus“, dem Professor für Anatomie bei den weniger attraktiven Aufgaben seiner Amtstätigkeit behilflich war, dabei aber doch für seine tägliche Praxis nützliche Kenntnisse sammelte.

Diese bescheidenen Anfänge der Medizin im allgemeinen und der Chirurgie im besonderen sind nun aber keineswegs ein Heidelberger Spezifikum. Erst im 19. Jahrhundert — und zwar vorwiegend in seiner zweiten Hälfte — erfolgte der große Umbruch in der abendländischen Medizin, die sich von vielen rein empirisch gewonnenen Vorstellungen löste und in steigendem Maße den von ihr nicht selten entscheidend geförderten Naturwissenschaften zuwandte. Hand in Hand damit ging auch die Weiterentwicklung und Anerkennung der Chirurgie, der (wie auf dieser Abbildung 1 um 1800) zwar schon eine ganze Reihe von operativen Eingriffen zur Verfügung stand, ohne jedoch die dafür so wesentliche Herrschaft über Schmerz und Wundinfektion zu besitzen. Die hierfür notwendigen Fundamente von Narkose und Anti- bzw. Asepsis

* Akademische Rede, gehalten am 23. November 1967 bei der 581. Jahresfeier der Universität Heidelberg. Vor dem eigentlichen Fachvortrag wurde — unprogrammgemäß — zur Demonstration der Chirurgie von heute ein farbiger Operationsfilm gezeigt. Hierin wurde ein Aneurysma der linken Herzkammer abgetragen, während die Funktion des stillgelegten Herzens für die Dauer dieses Eingriffs von einem extrakorporalen künstlichen Kreislauf übernommen wurde.

sind erst zwischen 1846 und 1885 durch Morton, Lister, Bergmann, Neuber und manche andere zum Wohle unserer Patienten erarbeitet worden.

Für den Aufstieg der Heidelberger Medizin hat die Badische Neuordnung unserer Universität unter Großherzog Karl-Friedrich, dem die rechtsrheinische Kurpfalz



Abb. 1. Chirurgie um 1800

1803 zugefallen war, sicher wesentliche Voraussetzungen geschaffen. Während 1799 noch Franz Xaver Moser vom kurfürstlichen Regimentsarzt der Heidelberger Dragoner nach einer Not-Promotion zum keineswegs erfolglosen Ordinarius für Anatomie und Chirurgie avancieren konnte, wurde 1805 in gleicher Position aus Jena der wirkliche ordentliche Professor Jacob Fidelis Ackermann berufen, dem man ein besonderes Organisationstalent nachrühmt, das sich auch in den eigenen Weinbergen seiner Vaterstadt Rüdesheim bis ans Lebensende bewährt haben soll. Trotzdem scheiterte das von ihm beharrlich verfolgte Ziel eines akademischen Krankenhauses mit einer chirurgischen Abteilung offensichtlich an seiner zu geringen klinischen Reputation und war erst dem 1817 — also vor 150 Jahren — ausschließlich für Chirurgie berufenen Lehrstuhlinhaber M. J. Chelius beschieden. Da dieser 23jährige Professor in einer über 40jährigen Amtszeit als Begründer der Heidelberger Chirurgie einschließlich der Ophthalmologie besondere Verehrung verdient, seien hier einige Daten gestattet (Abb. 2). Schon der Vater Christoph war Geburtshelfer und Chirurg und kam gleichzeitig als Verwalter 1805 mit der von Mannheim nach Heidelberg auf dem Wasserwege verlegten Entbindungsanstalt in das Dominikanerkloster im Bereich der jetzigen Anatomie. Seine Mutter ebenso wie seine drei Schwestern waren ebenfalls in der Küche und Krankenpflege dieser ersten universitätseigenen Bettenstation tätig. Nach siebensemestrigem Studium war Chelius mit erst 18 Jahren fertiger Heidelberger Doktor der Medizin, ab 1812 Militärarzt in den so zahlreichen Feldzügen seiner Zeit. Nach Kriegsende kam er mit einem Landesstipendium zum Besuch namhafter Chirurgenschulen bis nach Wien und Paris. Antrittsvorlesung 1818 über die „Verbindung des Studiums von Innerer Medizin und Chirurgie“. Im gleichen Jahr nach passagerer

Unterbringung einer chirurgischen und internistischen Betten-Abteilung im Dominikanerkloster Eröffnung des akademischen Hospitals im eben abgetragenen Weinbrennerbau der Marstall-Kaserne mit seinem so oft begangenen Torweg. Durchaus modern, alle Disziplinen tatsächlich unter einem Dach, zusammen mit dem Internisten Con-



Abb. 2. MAXIMILIAN JOSEPH CHELIUS als junger Professor der Chirurgie (Kurpfälzisches Museum)

radi und dem Gynäkologen Naegele, einer besonderen Zierde der Fakultät. Im dritten chirurgischen Stock lag auch der Operationsaal, der nach sachverständigem Urteil seiner Zeit nichts zu wünschen übrig ließ und bis vor gar nicht langer Zeit als Direktorialtrakt des Archäologischen Institutes diente. Hier war es also, wo Chelius in eifriger Verfolgung der damaligen französischen und englischen Heroen unseres

Faches die moderne deutsche Chirurgie begründen half und sie mit Billroth's Worten auch akademisch salonfähig machte (Abb. 3 u. 4). Im Geleitwort zu seinen ersten Rechenschaftsbericht nach einem Jahr werden die Aufgaben der neuen Institution ganz klar in dreifacher Weise umrissen: 1. Heilung der Kranken, 2. Unterricht der Studieren-

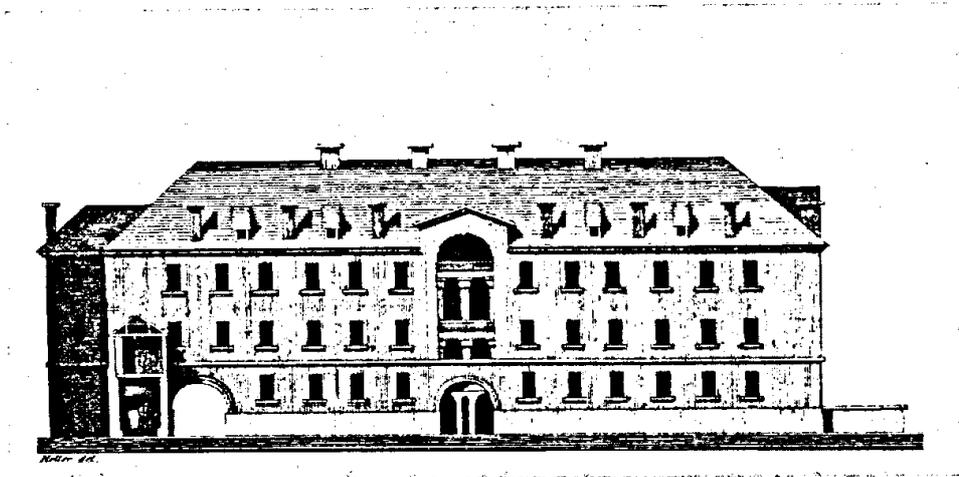


Abb. 3. Akademisches Hospital zu Heidelberg im jetzt abgerissenen Weinbrenner-Bau der Marstall-Kaserne

den und 3. Förderung der Wissenschaft. Heute können wir als 4. Aufgabe nur noch die Ausbildung der Ärzte hinzufügen, was damals aber bei nur einem einzigen Assistenten wohl nicht sonderlich betont zu werden brauchte.

Natürlich war der Operations-Katalog noch klein: im ersten Jahr 16 Eingriffe, davon fünfmal beim grauen Star, dazu Amputationen und Entfernungen äußerer Geschwülste. Ähnlich lag auch die Verteilung in den folgenden Jahrzehnten. Verletzungen, Knochenbrüche, Blasensteine, Krebse der Haut und Brustdrüse, aber auch Mißbildungen der Lippen und Kiefer stellten bei ständig steigender Patientenzahl das chirurgische Hauptgebiet dar. Welche großartige Kunstfertigkeit auf plastischem Gebiet bereits erreicht wurde, kann man nur mit Bewunderung an diesem 26jährigen Mann feststellen, der durch einen Schlag mit einer Hacke die Nase und große Teile seines Oberkiefers verloren hatte (Abb. 5). Tabu waren dagegen so gut wie alle Eröffnungen der Körperhöhlen, z. B. des Leibes oder des Schädels, weil hierbei das Risiko einer tödlichen Infektion fast 100% war. Daran konnte natürlich auch die seit 1852 regelmäßig angewandte Allgemeinnarkose mit Chloroform nichts ändern. Dagegen waren die Ergebnisse der Amputationen am Ober- und Unterschenkel (unter 24 nur ein Todesfall als offensichtliche Folge des tuberkulösen Grundleidens) so verblüffend gut, daß man diese in der vorantiseptischen Ära mit ihren berüchtigten Hospitalinfektionen allgemein bewundern mußte. Zu diesen operativen und ärztlichen Leistungen kam ein Lehrbuch der Chirurgie, das zwischen 1822 und 1857 8 Auflagen und 11 Übersetzungen in andere Sprachen erlebte. Kein Wunder, daß der Ruf der Heidelberger Chirurgie die Mediziner und Patienten, darunter mehrere gekrönte Häupter, von nah und fern in gleicher Weise anzog. Als dankbarer Patient spielte auch Chopin im schönen Hause von Chelius, das heute das Kurpfälzische Museum beherbergt.

Noch 1844 war es Chelius wegen der zunehmenden Raumnot gelungen, zusammen mit der Inneren Medizin in das frühere Jesuiten-Kollegium, das heutige Collegium

Academicum in der Seminarstraße, unter Vermehrung seiner Bettenzahl auf 40 umzuziehen (Abb. 6). Das Gebäude war durch den Auszug der Irrenanstalt, die hier von 1827 bis 1842 bereits von der Universität als Psychiatrische Klinik genutzt worden war, frei geworden.

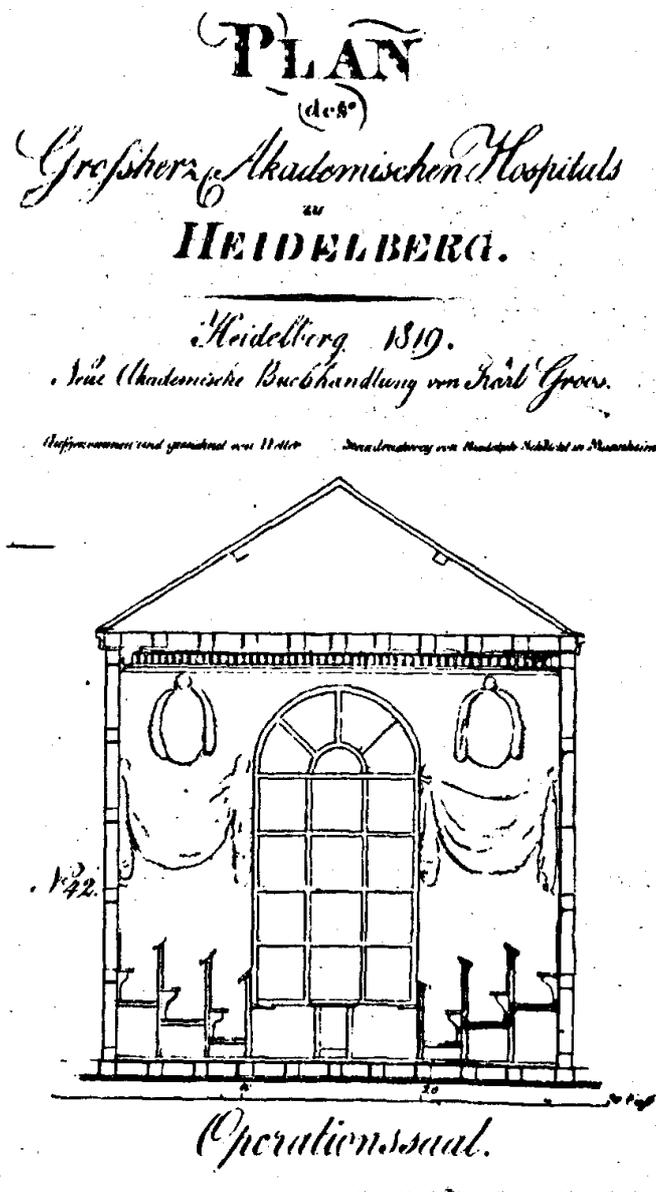


Abb. 4. Operations-Saal von CHELIUS im alten Weinbrenner-Bau

21 Jahre später (1865) hat sein Amtsnachfolger Karl Otto Weber aus Frankfurt/Main in einer bewegenden Denkschrift — unter dem Eindruck schwerer Infektionen — den Mangel an Luft, Licht und Wasser sowie die völlige Unzulänglichkeit der hygienischen Einrichtungen dieser ja nicht als Klinik gebauten Anstalt beklagt. Er ist so zum Initiator des nächsten akademischen Krankenhauses, unseres jetzigen Alt-Klinikums südlich des Neckars geworden, dessen ausgediente Bauten in jüngster Zeit durch ein Fakultäts-Memorandum hinreichend geschildert und erfreulicherweise auch an höchster Stelle des Landes als unerträglich anerkannt worden sind.

Weber erlebte nicht mehr den Baubeschluß der Großherzoglichen Regierung, da er schon 1857 nach fünf Heidelberger Semestern im 40. Lebensjahr einer im Dienst am Kranken erworbenen Diphtherie erlag. Es war dies eine besondere Tragik, da er mit



Abb. 5. Gesichtsplastik von CHELIUS 1829

dem feingeweblichen Rüstzeug der damals jungen Pathologischen Anatomie u. a. besonders erfolgreich über Probleme der Wundheilung gearbeitet und so nicht nur die für seine Heidelberger Berufung bedeutungsvolle Aufmerksamkeit von Helmholtz, sondern darüber hinaus auch die einer ihm zuströmenden neuen Chirurgen-Generation erregt hatte.

Mit Gustav Simon aus Darmstadt, dessen beruflicher Weg über Paris, Rostock und Berlin gegangen war, begann für Heidelberg eine hohe Zeit der urologischen und gynäkologischen Chirurgie. Glückte ihm doch 1869 die in der Welt erste erfolgreiche Entfernung einer Niere. Zuvor hatte er nicht nur die anatomischen Voraussetzungen der Operations-Technik studiert, sondern auch im Tierexperiment die Möglichkeit des Überlebens mit nur einer einzigen Niere geprüft. Die planmäßige Verfolgung dieses operativen Neulandes gipfelte in dem ersten internationalen Standardwerk über die „Chirurgie der Nieren“, dessen gedruckte Fahnen zum zweiten Band 1876 auf dem Schreibtisch seines Sterbezimmers lagen.

Einen Monat später (1. 10. 1876) wurde der durch den Krieg 1870/71 verzögerte Neubau des akademischen Krankenhauses im Bergheimerfeld eröffnet mit 150 inneren, 50 ophthalmologischen und 122 chirurgischen Betten (Abb. 7). Die Baukosten einschließlich der Pathologie, Verwaltung, Küche und Wäscherei hatten insgesamt 1,8 Millionen

Mark betragen. Hier wirkte ab 1878 Vincenz Czerny aus Trautenau im Riesengebirge und konnte während einer fast 30jährigen Amts-Tätigkeit durch den „wohl-tuenden Druck von Berufungen nach auswärts“ bei der Regierung die Erfüllung weite-

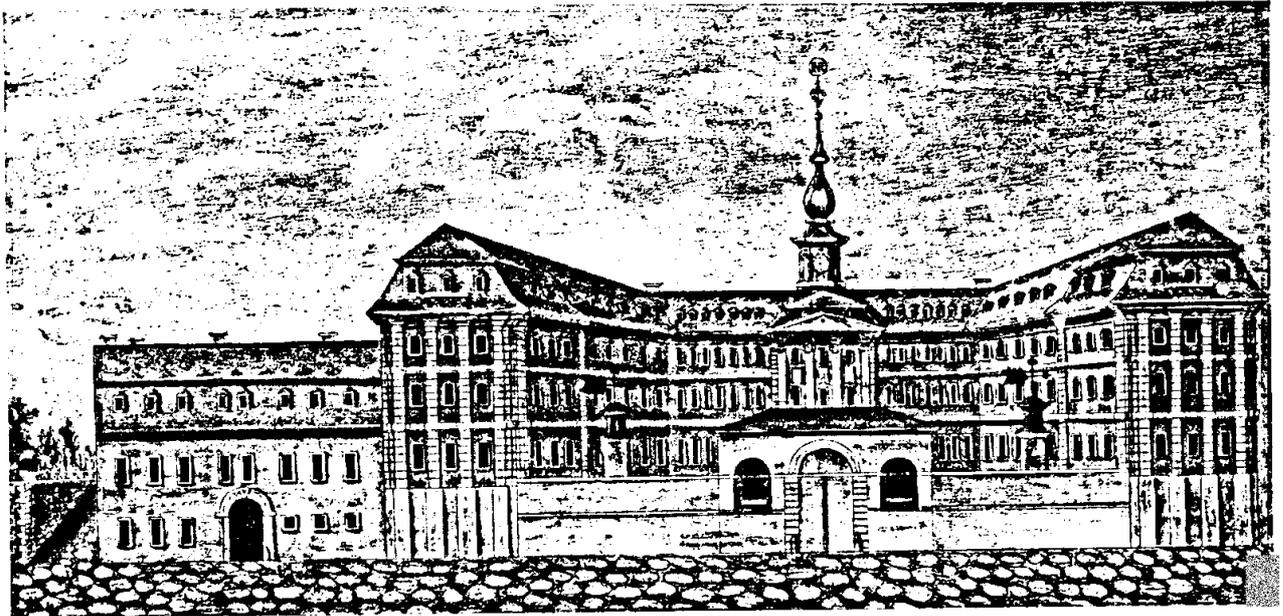


Abb. 6. Akademisches Krankenhaus im früheren Jesuiten-Kollegium, dem jetzigen Collegium Academicum, von 1844—1876

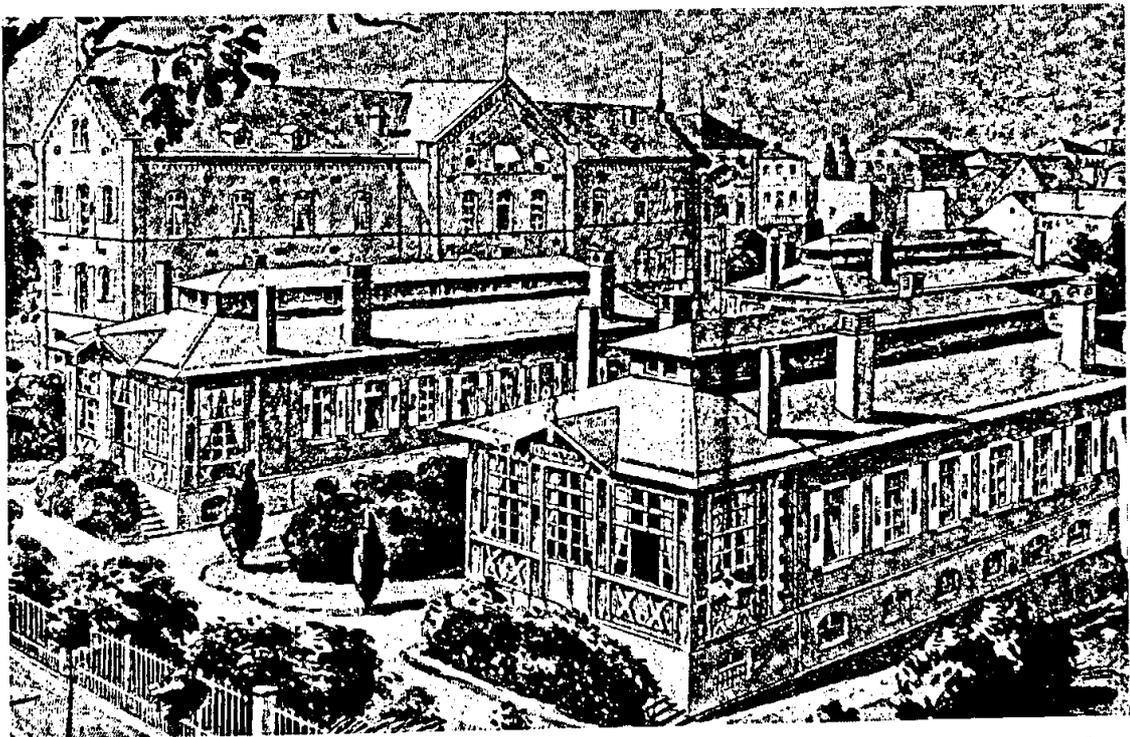


Abb. 7. Chirurgische Klinik des Akademischen Krankenhauses an der Bergheimerstraße (ab 1876)

rer vernünftiger Wünsche realisieren. Als Schüler des großen Billroth in Wien, den er auch in unserem Raum 1870 in einer freiwilligen Lazarett-Tätigkeit in Weißenburg und Mannheim unterstützt hatte (Abb. 8), war er schon mit 29 Jahren auf den Frei-

burger Lehrstuhl berufen worden. In Heidelberg war es sein Hauptverdienst, unter dem Schutz der Anti- und Asepsis im Zeitalter der aufkommenden Bakteriologie die operative Therapie der Bauchorgane (Magen, Milz, Gallenblase, Blinddarm, Dün-



Abb. 8. VINCENZ CZERNY (rechts) mit seinem Lehrer BILLROTH während ihres freiwilligen Einsatzes im Deutsch-Französischen Krieg

und Dickdarm sowie Uterus) eingeführt zu haben. Auch die Leistenbruch- und Kropf-Operationen, bis dahin ein Wagnis von nicht zu verantwortendem Risiko, wurden geläufige Eingriffe. Der letzte Schauplatz seiner technischen Großtaten, zu denen auch Kehlkopf- und Oesophagus-Resektionen gehörten, war der 1893 eingeweihte Operations-Saal, der jetzt in verändertem Gewande als Hörsaal der Hautklinik dient (Abb. 9).

Schon in seiner Frühzeit hatte sich Czerny auch experimentell mit Krebsfragen beschäftigt. Klinisch waren etwa ein Fünftel seiner Patienten Tumor-Kranke, denen damals, ebenso wie heute, das Skalpell nur in Frühfällen dauerhafte Hilfe zu bringen vermochte. Dies war für ihn der brennende Anlaß, die operative Krebstherapie durch neuaufkommende Methoden aus dem Gebiete der Chemie und der Strahlen-

heilkunde ergänzen zu wollen. Als Frucht seiner persönlichen Initiative und Reputation wurde im Jahre 1906 das Samariterhaus, später Czerny-Klinik genannt, mit einer klinischen und experimentellen Forschungs-Abteilung, eröffnet, dem er mit Dynamik noch ein volles Jahrzehnt vorstand.

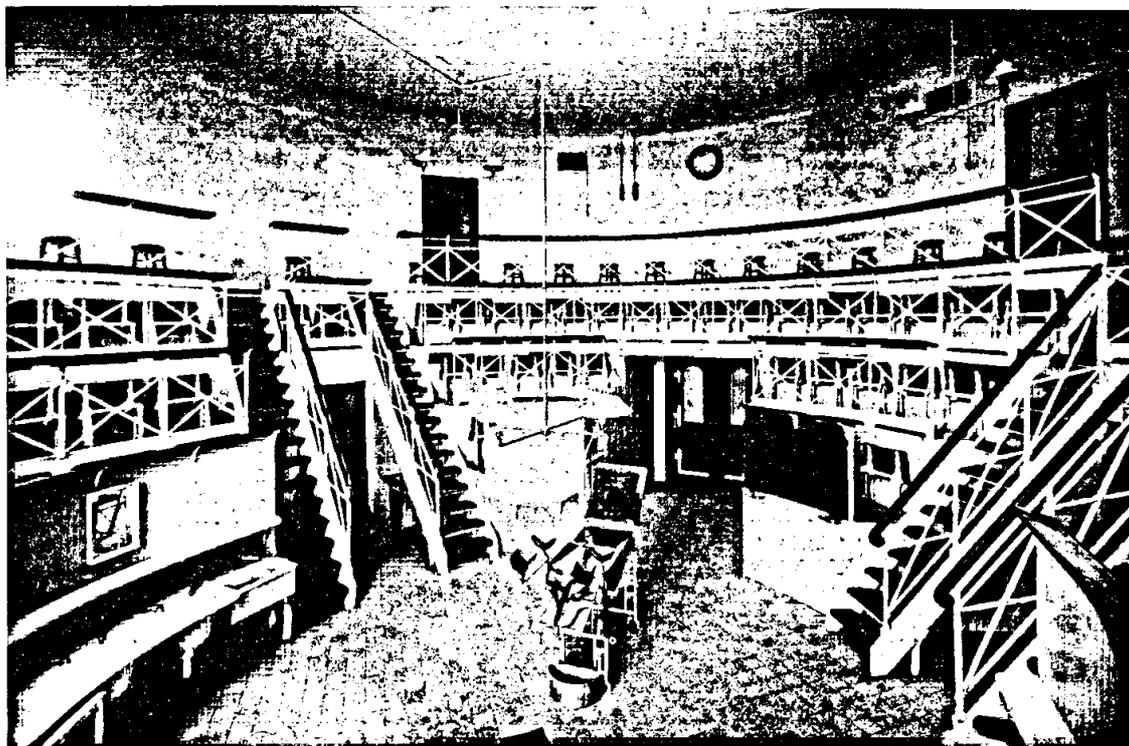


Abb. 9. Chirurgischer Operations-Saal unter VINZENZ CZERNY im jetzigen Hörsaal der Dermatologischen Klinik

Den beiden folgenden Lehrstuhlinhabern war nur eine relativ kurze Amtszeit beschieden. Albert Narath, ebenfalls Billroth-Schüler, dann vielversprechender Professor in Utrecht, gab aus Gesundheitsgründen schon mit 45 Jahren die Kliniksleitung ab. Max Wilms, Schüler von Trendelenburg in Leipzig, kam über Basel nach Heidelberg und hatte sich vor allem mit mikroskopischen Studien über die heute noch in der Welt nach ihm benannten Wilms-Tumoren der Niere ausgezeichnet. Sein an praktischer und literarischer Arbeit (sein Lehrbuch Wullstein-Wilms erlebte 6 Auflagen in 10 Jahren) reiches Leben endete 1918 im 51. Lebensjahr ebenfalls durch eine Diphtherie, die er sich bei der Operation eines kriegsgefangenen französischen Offiziers zugezogen hatte.

Schon unter Czerny wirkte auch Fritz Voelcker aus Speyer, der von 1898 bis 1920 schließlich als Dozent und Oberarzt nur zu oft die gesamte Verantwortungslast der Klinik getragen hatte, ehe er als Ordinarius nach Halle ging. Er soll hier einmal als Repräsentant einer großen verdienten Gruppe von markanten Oberärzten stehen, denen die Heidelberger Chirurgie Dank für ihre unermüdliche Arbeit in Lehre, Forschung und Klinik schuldet. Darüber hinaus hat er, in Selbstversuchen beginnend, Bahnbrechendes für die Beurteilung der Nierenfunktion (Chromocystographie, Pyelographie mit von Lichtenberg) geleistet und so gleichzeitig ein Musterbeispiel für den Beginn einer physiologisch-klinisch orientierten Chirurgie gegeben.

14 Tage nach dem überraschenden Tode von Wilms erhielt der Würzburger Ordinarius Eugen Enderlen, ein in Salzburg geborener Schwabe, den Ruf nach Heidelberg,

zu dessen Annahme es bei einem versprochenen Klinikneubau nur einer fünftägigen Überlegung bedurfte. Trotzdem war er in den folgenden 15 Jahren bis zur Emeritierung gezwungen, in der nach seinen eigenen Worten schlechtesten chirurgischen Klinik Deutschlands zu arbeiten, in der man nur zeigen konnte, wie es nicht sein solle. Dafür entschädigte ihn eine enge Kooperation mit anderen Kollegen der Fakultät, wie z. B. mit dem schon von Marburg her befreundeten Ludolf Krehl. Äußerste Konzentration der klinischen Arbeit erlaubte ihm, jeden Nachmittag ab 3 Uhr im experimentellen Laboratorium zu arbeiten und hier Probleme der Magenphysiologie, der Innervation des Herzens oder der Wärmeregulation nach Sympathicus-Eingriffen zu studieren. Hierbei entstanden mit mehreren Autoren aus anderen Kliniken wertvolle Arbeiten und fügten der von ihm meisterhaft beherrschten Exstirpations- und Amputations-Chirurgie neue operative Möglichkeiten mit funktioneller Zielsetzung hinzu. In gemeinsamen Untersuchungen mit dem Pathologen Borst hatte er bereits 1910 die technische Seite der Nierentransplantation gelöst, aber „angesichts so vieler Rätsel des lebendigen Körpers vor übermütigen Hoffnungen“ mit einer auch heute noch keineswegs vollständig überwundenen Skepsis gewarnt.

Es folgte Martin Kirschner, in Breslau geboren, lange Jahre Internist, dann Ordinarius in Königsberg und Tübingen. 1924 war ihm erstmals in der Welt die Entfernung eines sonst tödlichen Blutgerinnsels aus der Lungenschlagader geglückt. „Nicht die Operation, der Operateur rettet den Patienten!“ Wenn dieses Kirschner-Wort mit all seinem Selbstvertrauen für einen Eingriff gilt, dann wohl sicher für diese sogenannte pulmonale Embolektomie. Zahlreiche andere technische Meisterleistungen hat dieser rastlos schaffende Mann vollbracht. Da ist z. B. der Kirschner-Draht zum Spannen von Knochenbrüchen, der als „Kirschner-wire“ Allgemeingut der internationalen Medizin geworden ist. Auch die in den 30er Jahren aufkommende Chirurgie der Brusthöhle, die nach dem Schädel zuletzt unserem Fach operativ zugänglich geworden ist, hat er mit seiner Methode der einseitigen Lungenlappen-Exstirpation befruchtet. Daß für die temporäre Abschnürung der Lungenwurzel eine sogenannte „Rebschnur“ benutzt wurde, kann als erfolgreiche Anpassung eines Preußen an seine neue weinbautreibende Heimat gewertet werden.

Das dauerhafteste Denkmal hat sich Kirschner aber in Heidelberg — ebenso wie in Tübingen — durch den Neubau der derzeitigen Chirurgischen Klinik gesetzt, deren Planung bis ins Detail in mühsamer Kleinarbeit von ihm selbst gesteuert wurde. Nur einen Monat vor Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde die für ihre Zeit beispielhafte „Wunderklinik“ eröffnet (Abb. 10). Wunderbar nicht nur die Tatsache, daß die Baukosten samt Inneneinrichtung mit 5,4 Millionen veranschlagt und nicht überschritten wurden; noch mehr zu bewundern die Anlage und Weitläufigkeit der für 330 Betten geplanten und jetzt mit 450 Betten belegten Institution, die dank ihrer vorausschauenden Grundkonzeption neuerdings durch ein An- und Umbau-Projekt selbst den Anforderungen der jüngsten Ausweitung unseres Faches wieder voll wird entsprechen können. In dieser veränderten Form wird dann das jetzige Gebäude auch auf lange Sicht eine gute funktionelle Ergänzung zu dem dringlich benötigten Neuklinikum darstellen, das vorrangig in verschiedenen Stufen alle bisherigen Altkliniken auf dem Neuenheimer Feld aufnehmen soll. Es ist eine vielerorts gesicherte Erfahrung, daß nur engste räumliche Nachbarschaft zwischen den Kliniken einerseits mit der theoretischen Medizin, den Naturwissenschaften und dem hier ebenfalls befindlichen Deutschen Krebsforschungszentrum von K. H. Bauer dem Arzt und Forscher optimale Bedingungen

geben kann. Im Modell wird ein bereits weitgehend durchdachter Traum gezeigt, dessen Realisierung der Heidelberger Medizin einschließlich ihrer Chirurgie erstmals in unserer Fakultäts-Geschichte den zum Wohle des kranken Menschen auch notwendigen äußeren Rahmen geben soll.

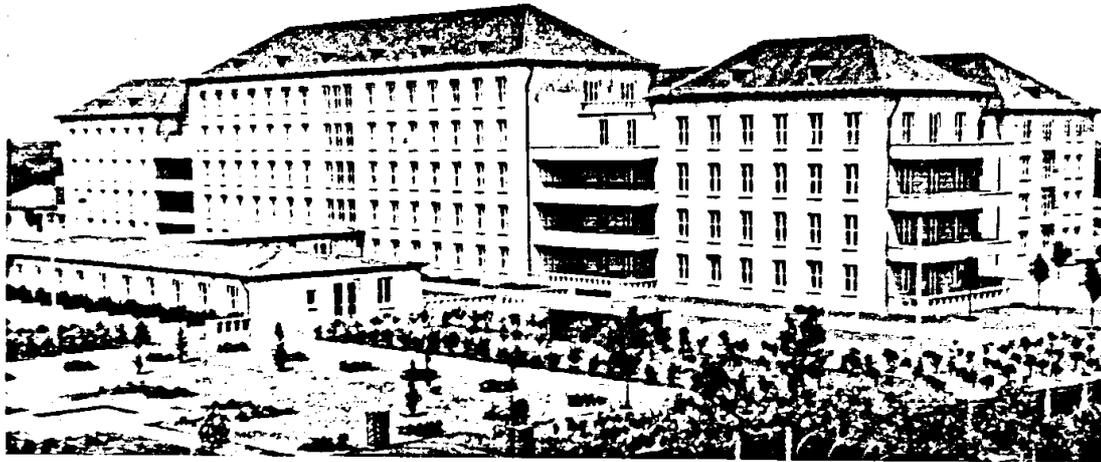


Abb. 10. Neue Chirurgische Klinik der Universität Heidelberg bei der Einweihung am 3. 7. 1939

Sehen wir noch einmal auf die Liste (Tabelle 1) der Heidelberger Lehrstuhlinhaber, so haben wir in schnellem Flug das untere Ende fast erreicht. Demut und Dankbarkeit verbindet uns mit den Männern, die der Heidelberger Chirurgie — trotz mancher persönlicher Enttäuschung — durch Talent und Fleiß, durch Opfer und Glück, gepaart mit höchstem Berufsethos, ihr Gepräge gegeben haben. Daß hierbei die Arbeitsbedingungen oft mehr als dürftig waren, läßt die erreichte Reputation nur noch größer erscheinen.

Tabelle 1. *Chirurgische Lehrstuhlinhaber der Universität Heidelberg*

1817—1864	Maximilian Joseph Chelius
1865—1867	Carl Otto Weber
1867—1876	Gustav Simon
1877—1906	Vincenz Czerny
1906—1910	Albert Narath
1910—1918	Max Wilms
1918—1933	Eugen Enderlen
1934—1942	Martin Kirschner
1943—1962	Karl Heinrich Bauer

Einer Absprache mit meinem verehrten Lehrer folgend, soll die Amtszeit von K. H. Bauer hier ausdrücklich ausgespart bleiben. Ich kann dies mit dem erleichternden Gefühl tun, daß seine Verdienste — nicht zuletzt auch um die Wiedergründung unserer Fakultät und Universität nach Kriegsende — ein nur zu bekanntes Ruhmesblatt in der Geschichte unserer Ruperto-Carola füllen. Unter bewußter Ausklammerung fachlicher Einzelleistungen muß aber eine Bauersche Tat hier doch zitiert werden. Es ist dies seine erfolgreiche Abwehr der wiederholt verfügten Beschlag-

nahme der Klinik durch die Besatzungs-Armee, die für die Chirurgie doppelt bedeutungsvoll wurde. Einmal, weil hierdurch der Zivilbevölkerung und vielen verwundenen Soldaten eine vorbildliche Behandlungsstätte erhalten blieb. Zum anderen bot aber auf lange Sicht das intakte Gebäude im zertrümmerten Deutschland einen besonders



Abb. 11. Operations-Saal der Chirurgischen Klinik Heidelberg während eines Eingriffs mit der Herz-Lungen-Maschine. Um das eigentliche Operations-Team sind die Anaesthesie-Gruppe, die elektronische Überwachungs-Anlage, die Operations-Schwester und die eigentliche Herz-Lungen-Maschine (unten links) zu sehen

geeigneten Rahmen, die Schäden einer 12jährigen wissenschaftlichen Isolation unter seiner Leitung zielstrebig zu reparieren und an der jüngsten internationalen Evolution unseres Faches wieder als vollwertiger Partner teilzunehmen.

Die erreichten Fortschritte der letzten 20 Jahre bestanden vor allem darin, daß der technische Operations-Akt selbst nur noch einen Teil des chirurgischen Heilplans darstellt, der durch eine funktionell ausgerichtete prä-, intra- und postoperative Behandlungsphase integriert wird. Ihre bekannten Stützen sind neben der modernen Anaesthesiologie Blutersatz, Ausgleich des Wasser- und Salzhaushaltes, gerinnungshemmende und -fördernde Medikamente, Chemotherapie, Hormone, Vitamine, künstliche Beatmungsgeräte und vieles andere. Hierdurch wurde es möglich, das Risiko bisheriger Operationen vom Neugeborenen- bis zum Greisenalter erheblich zu senken (belegt durch die Schenkelhalsnagelung bei einem 100jährigen Patienten) oder aber ihr Ausmaß (z. B. bei ausgedehnten Krebsen) durch die Mitnahme bereits befallener Nachbarorgane zu vergrößern. Ein weiteres Beispiel neuer Möglichkeiten ist der Ersatz großkalibriger Gefäße (Bauch- und Brust-Aorta) durch Kunststoff-Prothesen und schließlich die Chirurgie des Herzens, das heute als letztes Organ des menschlichen Körpers bei einer ganzen Reihe von angeborenen und erworbenen Fehlern ope-

rativ korrigiert werden kann (Abb. 11). (In einem Röntgenfilm wird das Bewegungsspiel künstlicher Herzklappen am Menschen demonstriert.)

Mit dieser Ausweitung ist aber auch die Notwendigkeit einer weiteren Spezialisierung gewachsen, wie sie schon früher in der Geschichte der Heidelberger Chirurgie be-

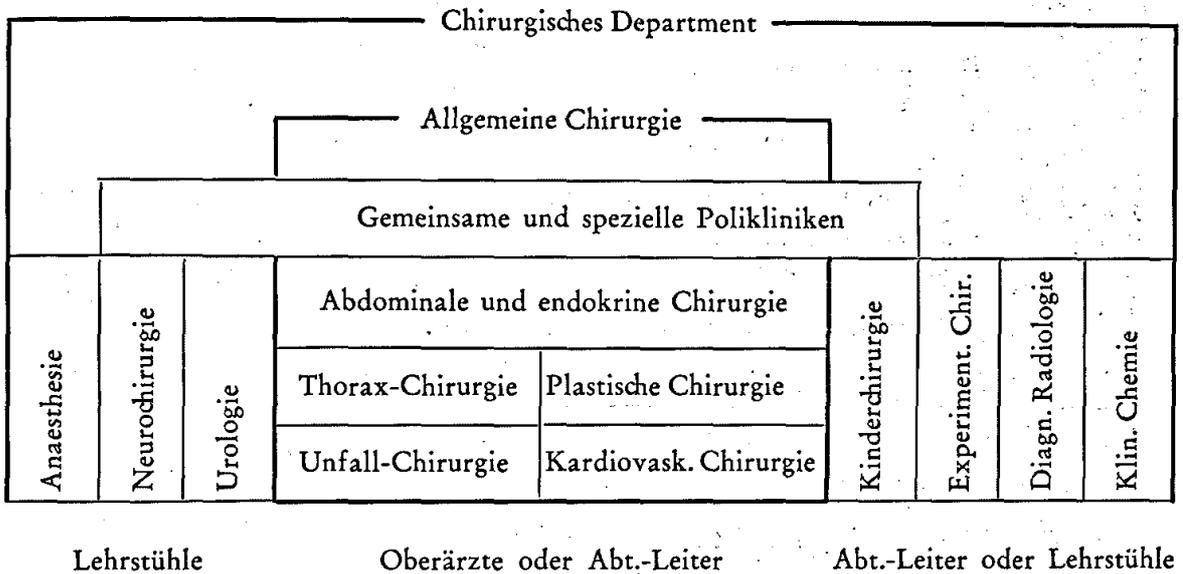


Abb. 12. Gegenwärtiger Aufbau des chirurgischen Departments der Universität Heidelberg

legbar ist und durch Sprossung und Abschnürung zur Entwicklung neuer eigenständiger Disziplinen geführt hat. Der Bogen spannt sich in den letzten 100 Jahren von der Ophthalmologie (1864) über die gynäkologische Chirurgie (1882), Otolaryngologie (1896) und Zahn- und Kieferchirurgie (1896 bzw. 1909) bis schließlich zur Orthopädie (1919) in Schlierbach. Daß sich hierbei schon infolge räumlicher Separierung weiter bestehende, fachliche Gemeinsamkeiten gelockert haben, mußte notgedrungen in Kauf genommen werden. Im Rahmen des gegenwärtigen chirurgischen Departments (Abb. 12) ist es daher das Ziel, den Zusammenhang einer in sich schon erheblich gegliederten Allgemeinen Chirurgie mit den verselbständigten Spezialisten (drei Ordinarien, drei Abteilungsleitern und einem allgemein-chirurgischen Polikliniker) zu erhalten und dadurch nicht nur der Lehre und Ausbildung, sondern ganz besonders dem Patienten ein Optimum an koordinierter Hilfe zu geben. Zu diesem auch ökonomisch günstigen inneren Zirkel tritt eine fruchtbare Integration nach außen. So kommen z. B. der Anaesthesie auch außerhalb der Chirurgie wesentliche Aufgaben in anderen Disziplinen zu. Ebenso bestehen enge Funktionskreise der allgemeinen und speziellen Chirurgie mit anderen Kliniken, wie z. B. Neurochirurgie — Neurologie, Urologie — Nephrologie mit einem gemeinsamen Transplantations-Programm, Bauchchirurgie — internistische Gastroenterologie, Herzchirurgie — Kardiologie, Gefäß-Chirurgie — Angiologie, Kinderchirurgie — Pädiatrie etc. Alle diese Gebiete haben ihre spezifischen Gemeinsamkeiten in Klinik und Forschung, wobei der letzte Anstoß zur interdisziplinären Integration nicht selten den neuen Möglichkeiten der operativen Therapie zu verdanken ist.

Welche personellen Rückwirkungen die Differenzierung unseres Faches in eineinhalb Jahrhunderten mit sich brachte, versucht schließlich die letzte Abbildung eindrucks-

mäßig zu vermitteln (Abb. 13). Sie zeigt einmal die ständige Vermehrung des ärztlichen Stabes auf jetzt insgesamt 77 Köpfe einschließlich der genannten vier Ordinarien, drei Abteilungsvorstehern und acht Oberärzten und akademischen Räten, zum anderen die überwältigende Zunahme des pflegerischen und medizinischen Hilfspersonals (Sekretä-

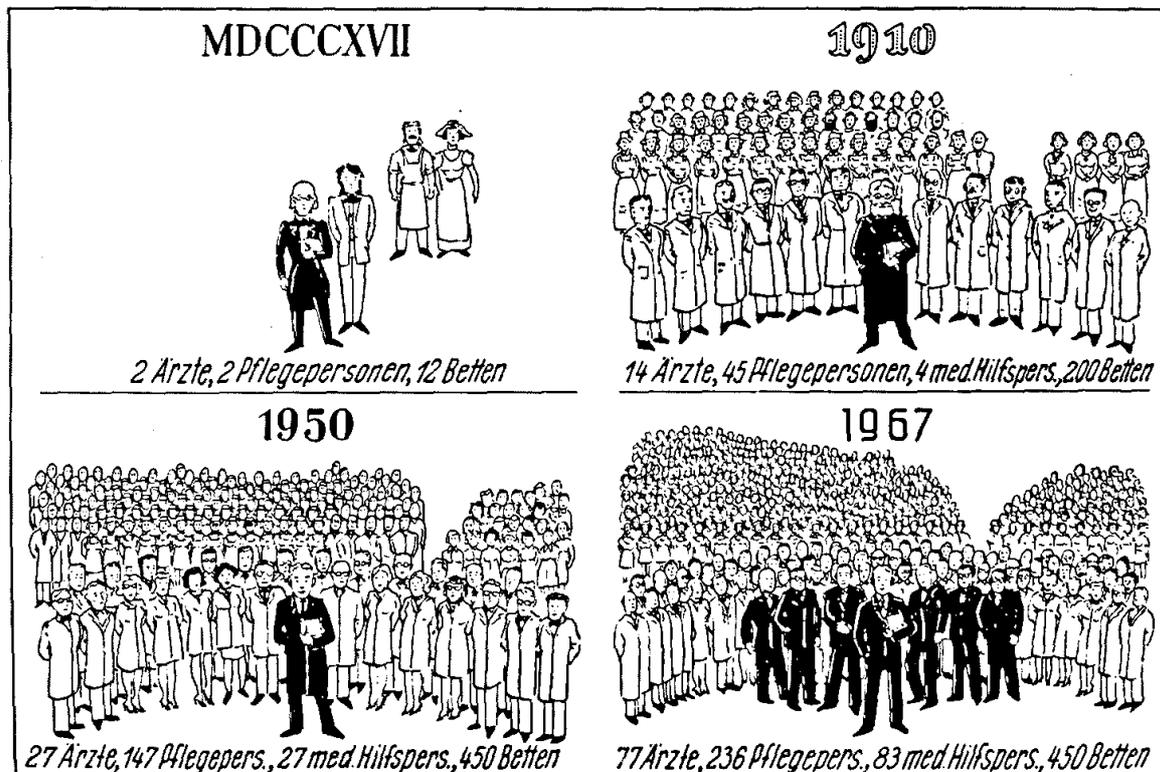


Abb. 13: Personeller Zuwachs der Heidelberger Chirurgie seit ihrer Gründung vor 150 Jahren

rinnen, technische Assistentinnen, Heilgymnastinnen etc.), die freilich alle zusammen im vergangenen Jahr fast 10 000 stationäre und 20 000 ambulante Patienten mit einer Operationszahl von über 12 000 zu betreuen hatten. Daß Pflegekräfte bei der heutigen differenzierten Therapie knapp sind, ist allgemein bekannt. Wichtig erscheint in der Zukunft eine weitere Vermehrung des nicht-akademischen medizinischen Hilfspersonals auch aus ökonomischen Gründen. Ihr vermehrter Einsatz sollte in der Lage sein, die Leistung der Ärzte, deren Wochenarbeit durchweg bis zu 60—80 Stunden erreicht, im täglichen Routineablauf zu erleichtern und dadurch ihren Nutzeffekt zu erhöhen. Bedenkt man die gleichen explosiven Tendenzen in der übrigen Medizin, dazu die erforderlichen apparativen und baulichen Aufwendungen, so kann man am Beispiel der Chirurgie das staatliche Investment nur dankbar anerkennen und den verantwortlichen Regierungsstellen für die planerischen Sorgen in der Zukunft unsere Sympathie und Mithilfe anbieten. Umsomehr als die 150jährige Geschichte der Heidelberger Chirurgie ja zu allen Zeiten gezeigt hat, wie sehr die Entwicklung stets hinter dem Soll der notwendigen Wünsche hinterherlaufen mußte.

Lassen Sie mich durch einen letzten Filmstreifen mit einem „chirurgischen Gleichnis“ schließen: Der Appetit wachsender Organismen wird in der Regel nicht nachlassen. Auch bei diesen drei an sich lebensunfähig gewesenen Kindern nicht, die infolge einer langstreckigen Oesophagus-Atresie praktisch ohne Speiseröhre geboren waren. Die

Mißbildung wurde in allen drei Fällen dadurch korrigiert, daß zwischen Halsabschnitt und Magen ein kurzes eigenes Dickdarmsegment zwischengeschaltet und so eine völlig normale Entwicklung erreicht wurde. In einer folgenden Trickzeichnung wird schematisch die operative Ausschaltung des rechten Kolon und die Anastomosierung, d. h. die Verbindung an den notwendigen Stellen, gezeigt. Durch die Röntgen-Kinematographie sieht man dann die Passage des Kontrastbreis auf seinem neu-geschaffenen Wege: von der Mundhöhle hinter dem Brustbein entlang an den Ort der eigentlichen Verdauungsarbeit, von wo dann der Gesamt-Organismus wiederum seine Energien erhält.

Trotz der aussichtslosen Fehlbildung hat auch hier die chirurgische Eigenschaft, Entschlußkraft und Handlung mit Optimismus zu paaren, nicht verzagt. Möge es unseren Verantwortlichen in ihrer natürlich ganz anders dimensionierten Situation ebenfalls gelingen, einen zusätzlichen Alimentations-Kanal für möglichst großkalibrige Subsidien zu schaffen. Dann wird auch die Heidelberger integrierte Medizin einschließlich ihrer Chirurgie mit noch größerem Enthusiasmus alles daran setzen, sich ihrer großen Vorgänger würdig zu erweisen.