

Große Operation*: „Du lieber Himmel, was haben wir ihm denn noch zu bieten?“

INTERN DR. X

Aufzeichnungen eines Arztes

3. Fortsetzung

Bis zu dem Augenblick, als ich nach Jahren dieses Tagebuch wieder las, war ich mir nicht darüber klargewesen, in welchem Maße die Gestalt von Dr. Nathan Slater meine ganze Medizinalassistentenzeit im Graystone Memorial Hospital beeinflusst hatte, und besonders die zwei Monate, die ich auf der Chirurgie I verbrachte.

Physisch war Slater nicht sehr eindrucksvoll: ein kleiner, drahtiger Mann mit einem Räubvogelgesicht und einer durchdringenden, nasalen Stimme, der eine seltsame Ähnlichkeit mit einem Fuchs hatte. Und doch überragte Nathan Slater alle anderen Ärzte, die ich dort getroffen hatte, um Haupteslänge.

Slater war mit Leib und Seele Chirurg, und einer der Besten seines Zeichens. In einer Beziehung war ich dadurch voreingenommen gegen ihn,

* Nierentransplantation, am Peter Bent Brigham Hospital in Boston. Rechts: Instrumentenschwestern; Mitte, unter der Operationsleuchte: Chirurg mit drei Assistenten; links: Narkoseschwester; im Hintergrund: Anästhesist.

Deutsche Rechte: Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knaur Nachf., München/Zürich.

denn ich hatte nicht das mindeste Interesse an einer chirurgischen Laufbahn, weder damals noch heute. Mir war er damals ein Rätsel, zuzeiten einfach bewundernswert, zuzeiten unerträglich.

Als Chefchirurg besaß er eine fast absolute Macht über die chirurgische Abteilung des Graystone (und eigentlich ebenso über die internistischen Abteilungen). Was Slater anordnete, wurde Gesetz. Man konnte es nicht gerade *gütig* nennen, wie er diese Macht ausübte, aber die Tatsache, daß er Ehrenhaftigkeit und Anstand und vor allem Zurückhaltung walten ließ, war ein Maßstab für sein Format.

Montag, 3. Oktober

Der Stationswechsel bringt hier die Dinge ein bißchen durcheinander. Laut Krankenhaus-Terminologie heißt das hier Chirurgie I. Intern wird sie auch „Slaters Station“ genannt, um sie von der Chirurgie II zu unterscheiden, die hauptsächlich von Dr. Arthur Emery und Dr. Matthew Meadows betreut wird. Anscheinend ist irgendein Krieg zwischen beiden im Gange, den ich noch nicht ganz verstehe.

Im Prinzip herrscht hier eine Art Hierarchie, etwa in dem Sinne, wie man

von den Patrizierfamilien Neuenglands sagt, daß die Lodges nur mit den Cabots sprechen und die Cabots nur mit Gott. Und auf das Graystone übertragen, ist Dr. Nathan Slater vermutlich Gott, abgesehen davon, daß Dr. Emery sich weigert, diese Tatsache anzuerkennen.

Als Medizinalassistent auf Chirurgie I ist es meine Aufgabe, zuerst Slaters Patienten zu betreuen und mich für ihre Operationen bereitzuhalten, und in zweiter Linie die Patienten von Dr. Leo Richards; wenn dann noch Zeit bleibt, werde ich Goodfellow für gynäkologische Operationen zur Verfügung stehen.

Slater macht allgemeine Chirurgie, aber hauptsächlich Bauchchirurgie, während Richards mehr Brust-, Herz- und Blutgefäßchirurgie macht. Aber da der Herzchirurg, der in dieser Gegend einen wirklichen Ruf genießt, im Kreiskrankenhaus operiert und Leo Richards noch nicht lange in der Graystone-Poliklinik ist, vermute ich, daß Richards nicht allzu viele Herzoperationen haben wird.

Ich ging zur chirurgischen Montagbesprechung runter, wo Dr. Calvin Cornell über Rückenmarksverletzungen sprach. Es war ganz interessant, aber ich konnte während seines Vortrags kaum die Augen offenhalten, ich war so

verdammt müde. Unter Aufwendung aller Willenskraft gelang es mir doch, interessiert dreinzuschauen.

Cornell ist ein großer, dürrer, leichenblasser Mann mit einem Totenkopfs Gesicht und Augen, die einen schlankweg durchbohren. Er ist der Neurochirurg der Poliklinik, überaus konservativ, und operiert nur, wenn es sich gar nicht vermeiden läßt. Außerdem habe ich gehört, daß er, wenn ihm ein Patient stirbt, eine Woche lang trüber Stimmung ist und mit niemandem redet.

Als es vorbei war, ging ich rauf zum fünften Stock. Ich hatte den vervielfältigten „OP-Plan“ schon, der immer abends für den nächsten Tag herausgegeben wird, aber das große Schwarze Brett im fünften Stock ist präziser; es führt die Chirurgen auf, die Art der Operationen, Zeit und Raum, wo sie stattfinden, MA und Assistenzarzt, die assistieren sollen.

Für Slater waren fünf Operationen angesetzt; ich war für zwei eingeteilt. Die eine wurde als Revision eines Anus praeter* bezeichnet, und die andere als Probelaparotomie — ein Bruchschnitt zu diagnostischen Zwecken.

Slater war mit seiner ersten Operation in Raum I im Gange; ich sollte Phil Barr, einem Assistenzarzt im ersten Jahr, bei dem Anus praeter assistieren, und Slater würde dann später kommen. Also wuschen Barr und ich uns, gingen in den Raum II und fanden den Patienten da schon narkotisiert vor. Oder vielmehr fanden wir einen komischen kleinen Bauch, der aus einem Haufen steriler Tücher hervorragte. Wir zogen uns die OP-Kittel und Handschuhe an, und dann kam eine Schwester aus dem Raum I herüber mit dem Bescheid, Dr. Slater wolle, daß Dr. Barr schon anfrage.

Also fummelte Barr eine Weile herum und sah dumm aus; schließlich packte er den Stier bei den Hörnern und machte einen Hauteinschnitt, beginnend 2,5 Zentimeter über der Anus-praeter-Öffnung, um diese herum und fünf Zentimeter weiter nach unten, und begann, die Faszie** freizulegen. Gerade in dem Augenblick kam Slaters Privatassistent Hank Ruggles herein und ging fast an die Decke; offenbar wollte Slater nichts als einen kleinen kreisförmigen Einschnitt um den Anus praeter herum, um ein paar Narbenbildungen zu lösen, und wollte ihn dann wieder zumachen.

Ruggles übernahm die Sache, murmelte was von einer einfachen Operation, die zu einer größeren aufgebaut wird, und schimpfte und schimpfte und schimpfte. Schließlich machten wir diesen Anus praeter wieder durchgängiger — Slater kam überhaupt nicht — und waren ungefähr um zehn damit fertig.

Der Patient, bei dem die Laparotomie gemacht werden sollte, war ein alter Mann von ungefähr siebenundsechzig, den Dr. Peterson an Slater überwiesen hatte. Chronischer Durchfall, dann Erbrechen und hin und wieder partieller Darmverschluß ohne Diagnose. Deshalb hatte Slater angeordnet, daß der alte Knabe gründlich untersucht werden sollte. Von innen.

Hank Ruggles und ich wuschen uns, und dann begann Ruggles, den Bauch des

* Anus praeter: künstlicher Darmausgang.

** Faszie: die Muskelhaut aus Bindegewebe und deren sehnenartige Fortsetzung.

Mannes aufzumachen, während ich die Hautgefäße abklemmte und Faszie und Muskeln zurückzog. Slater war immer noch nicht erschienen.

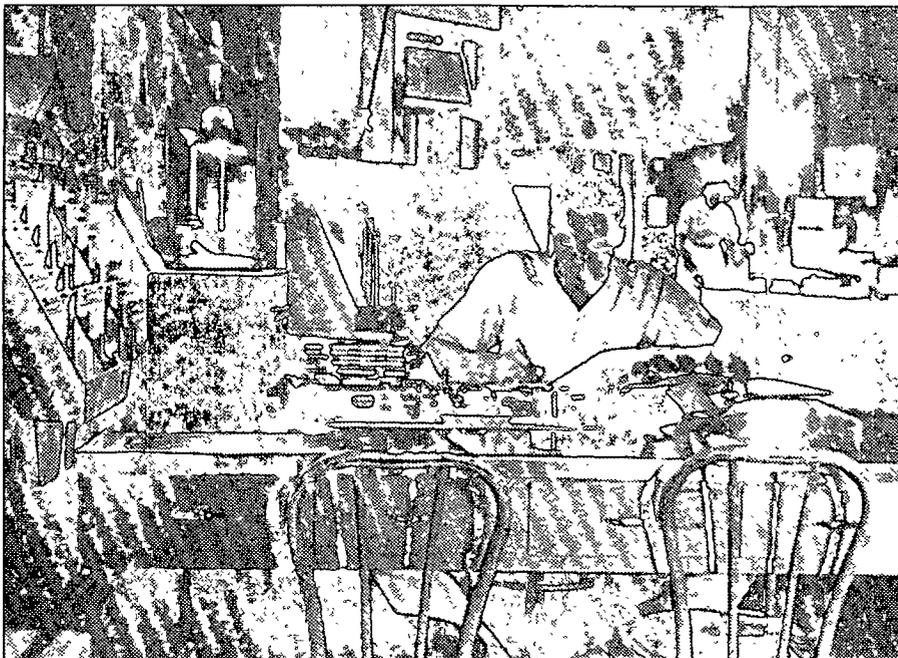
Wir kamen dann in die Bauchhöhle und fanden, daß er metastatische Krebsknoten in der Leber hatte, so machte sich Ruggles dran, den Primärtumor zu suchen. Er schien zu glauben, daß er in der Bauchspeicheldrüse sitzen würde, aber das Pankreas war in Ordnung. Dann fand er unten am Dunndarm überall kleine Krebsinseln. Der ganze Darm war vernetzt und verbacken mit dem Zeug; manche Schlingen sahen sogar brandig aus.

Während Ruggles da drinnen herumwühlte, kam Slater aus dem Nebenzimmer, steckte seine Hand rein und sagte: „Na, da haben wir's — jetzt wissen wir es.“ Er rief Dr. Peterson, er sollte auch einen Blick drauf werfen, da er sich ja Gedanken über die Diagnose machte.

Das Mißliche war nur, daß sie zu schnell schwanger wurde; im zweiten Monat war sie dick und rund bis zum Bauchnabel. Deshalb hatte Slater sie aufgemacht und eine riesige Zyste am Eierstock und ein Dysgerminom darinnen gefunden. Das ist ein sehr seltener und ungewöhnlicher Tumor, der entweder bösartig oder gutartig sein kann, was man aber nie genau weiß. Man kann ihn nur entfernen und abwarten, was geschieht.

Slater hatte die Patientin behandelt, als ob er bösartig wäre, und das ganze Becken ausgeräumt, aber jetzt war sie wieder da, weil sie weitere Gewächse im Bauch hatte und eine vergrößerte Milz sowie Rückenschmerzen und einen trockenen Husten.

Als ich den Aufnahmebericht machte, sah sie mir nach Krebs aus. Ein hübsches Mädchen, aber sie ist aschfahl, hat keinen Appetit und Gewichtsverlust. Mittwoch werden wir feststellen, was los ist, wenn Slater sie drannimmt.



Medizinalassistent beim Bearbeiten der Krankenblätter: Penibel, unpersönlich

Peterson fragte Slater, ob man chirurgisch etwas tun könne, und Slater antwortete: „Nein, es sei denn, Sie wollen ihn gänzlich ausweiden. Seine Passage ist von oben bis unten behindert, und ich glaube nicht, daß ich ihm das Leben auch nur um einen Tag verlängern kann.“

Wir waren mit diesem Fall etwa um halb zwei fertig und gingen zum Essen runter. Ann findet es entsetzlich, daß einer sich den Bauch voll Essen schlägt, nachdem er sich den ganzen Vormittag einen armen Alten angesehen hat, der von innen heraus verfault, aber wenn man drei oder vier Stunden hintereinander auf den Beinen gewesen war, dann ist man einfach hungrig.

Die einzige Neuaufnahme am Nachmittag war eine achtundzwanzigjährige Patientin von Slater, ein sehr seltsamer Fall. Im Januar setzte ihre Periode aus, und ihr Bauch wurde zusehends dicker. Ein Kaninchentest war positiv, so daß natürlich jedermann annahm, daß sie schwanger wäre.

Dr. Andy Case, der Mistkerl, kam rein und machte mich zur Schnecke, als ich den Aufnahmestatus dieser Patientin erhob. Ich konzentrierte mich ganz und gar auf diese unheimliche Beckengeschichte und hatte weder ein Herzgeräusch gehört noch eine lange Narbe auf ihrer Brust bemerkt.

Case fragte einfach: „Was für einen Herzfehler hat die Patientin Ihrer Ansicht nach gehabt, Herr Kollege?“, und ich wußte nichts zu sagen als „Nun, tja, hm...“, und er grinste mich an und meinte: „Passen Sie auf, daß Sie jetzt hier auf der Chirurgie nicht nachlässig werden.“

Das kann wirklich ein Problem werden — diese Nachlässigkeit. Chirurgische Aufnahmeberichte müssen fix gemacht werden, denn es können zehn oder zwölf am Tag sein, und ich kann sie erst erledigen, wenn ich aus dem OP komme. In der Hälfte aller Fälle untersucht man den Patienten nur, um sicher zu sein, daß er noch atmet. Aber so was hätte ich natürlich nicht übersehen dürfen, und es mußte ausgerechnet Case

sein, der mich dabei erwischte. Na, vielleicht merke ich mal etwas, das Case entgangen ist.

Mittwoch, 5. Oktober

Dienstag half ich Goodfellow bei einer Krampfaderunterbindung. Er hat es sich immer noch nicht abgewöhnt, während des ganzen Verfahrens zu reden, dies zu zeigen und auf jenes hinzuweisen.

Er schien mir einen furchtbaren Wirbel um eine harmlose kleine Operation zu machen, bei der einfach die Venen der Patientin abgeklemmt und unterbunden werden.

Post hoc: Im Laufe des Jahres kam ich dahinter, daß diese „harmlose kleine Operation“ die Patientin ein Bein kosten kann, sofern der Chirurg nicht „Wirbel“ macht, damit es richtig wird. —

Das ist hier ein überaus betriebsamer Operationsaal, obwohl zwischen den einzelnen Operationen sehr viel Zeit verlorengelht. Während der MA dabei hilft, den operierten Patienten in sein Zimmer zu bringen, müssen die Schwestern den OP sauber machen und für die nächste Operation vorbereiten, und der Anästhesist muß den nächsten Patienten raufholen und mit der Narkose beginnen. Das dauert ungefähr eine halbe bis eine Stunde.

In dieser Zeit sitzt man im Ärztezimmer herum, während der Assistenzarzt seinen detaillierten Operationsbericht für das im Krankenhaus verbleibende Krankenblatt diktiert.

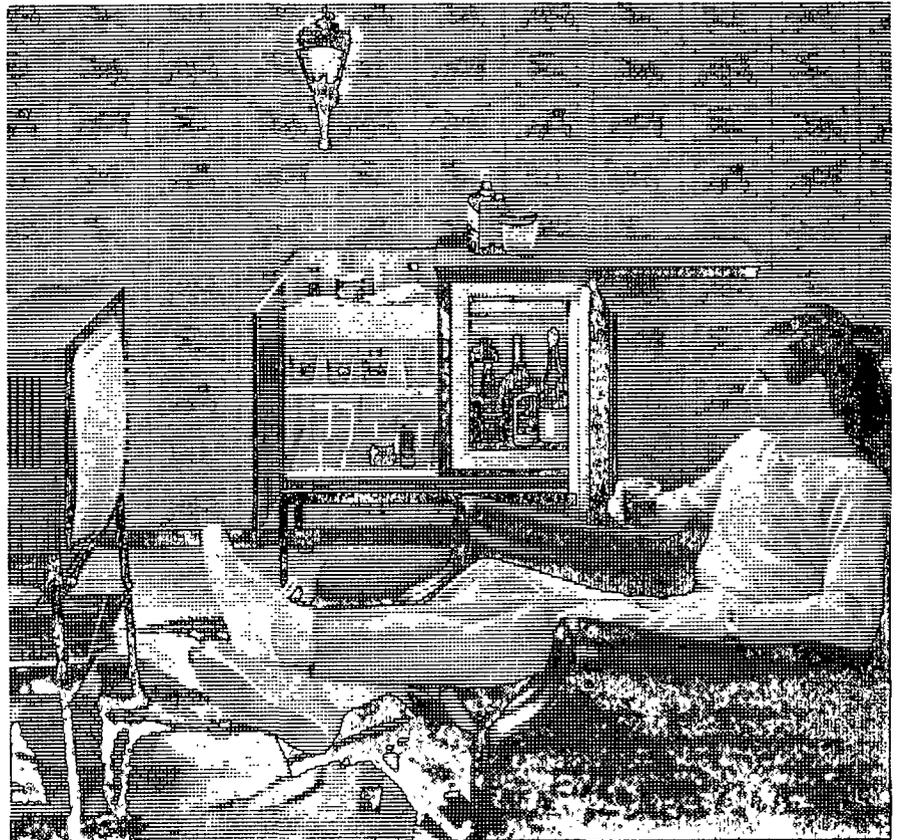
Es hat mich etwas überrascht, wie penibel man mit diesen Berichten ist. Sie müssen sofort nach der Operation diktiert und alles muß genau beschrieben werden, dann werden sie, wenn sie getippt sind, vom Chirurgen und nicht vom Assistenzarzt unterschrieben. Schließlich werden diese Berichte vom Archivkomitee des Krankenhauses überprüft.

Das gewährleistet exakte Berichte und vermindert die Zahl zweifelhafter Operationen, die gemacht werden. Wenn die Beschreibung des pathologischen Befundes in einem „OP-Bericht“ nicht mit dem Bericht des Pathologen über das zur Untersuchung hinuntergeschickte Gewebe übereinstimmt, dann wird auf die Diskrepanz hingewiesen, und der Chefchirurg schaltet sich ein.

Es gibt sogar eine noch listigere Sicherheitsmaßnahme: Ehe irgendein Chirurg, sogar Slater selbst, zum Messer greift, muß er seine „präoperative Diagnose“ in einem großen Buch eintragen, das im Gang vor dem OP ausliegt. Dann werden später in den Spalten daneben die postoperative Diagnose aus dem Operationsbericht und die pathologische Diagnose eingetragen.

Natürlich stellt sich oft heraus, daß die präoperative Diagnose falsch war, aber wenn jemand zu viele „akute“ Blinddärme herausnimmt, die der Pathologe als „normal“ befindet, dann muß dieser Chirurg früher oder später plausibel erklären, warum seine Diagnose so oft falsch ist, und er kann sein Recht, zu operieren, verlieren, wenn seine Erklärung dem Chefarzt nicht zusagt.

Post hoc: Merkwürdigerweise kann er auch zur Verantwortung gezogen werden, wenn er zu oft recht hat! Die Experten sagen, sofern nicht einer unter vier seiner Blinddarmberichte mit dem Befund „normal“ zurückkommt, ist er



Ihr Fernsehstar: die BOSCH Kühlbar

HMB 1266

Dieser Star hat am Fernseh-
abend erfrischende Köstlich-
keiten in nächster Nähe für
Sie bereit, so daß Sie nicht in
Küche und Keller hasten
müssen. Die BOSCH Kühlbar -
eine geschmackvolle Kombi-
nation von Bar und Elektro-
Kühlschrank -

ist auf Rollen beweglich.
Es gibt sie in
verschiedenen Holzarten
und Ausführungen.
Gegen Einsendung des Gut-
scheines erhalten Sie aus-
führliche Informationen
und Bezugsquellennachweis.

Anforderung

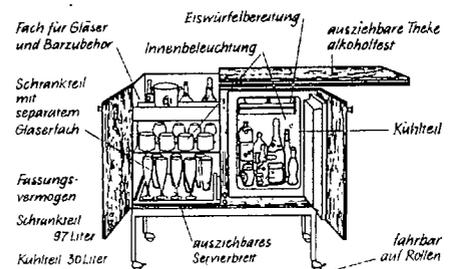
(Auf Postkarte kleben)
An Robert Bosch GmbH, Abt. WEB 3 Z 10 S
7 Stuttgart 1, Postfach 50

Senden Sie mir ausführliche Informationen
über die Bosch Kühlbar

Name _____

Ort _____

Straße _____



Für erfrischende Gastlichkeit

BOSCH
Kühlbar



Modell einer menschlichen Zelle*: „Abscheuliches und Mörderisches ist im Zimmer“

zu leichtfertig in Fällen von Bauchschmerzen; die Diagnose von Blinddarm-entzündung sei eben nicht so sicher.

Dasselbe gilt für Gynäkologen und Kaiserschnitte: Derjenige, der erheblich mehr als fünf Prozent seiner Entbindungen durch Sectio macht, läßt seinem Messer zuviel freien Lauf, aber derjenige, der einen zu kleinen Prozentsatz von Kaiserschnitten hat, nimmt gefährliche Risiken auf sich und entbindet Patientinnen von unten, die sicherheits- halber durch Sectio entbunden werden sollten.

Unter den neuen Patienten am Dienstag war eine Mrs. London, eine überaus beleibte Dame, die ein Fernsehprogramm über Brustkrebs gesehen hatte, und dann fühlte sie ihre gewaltigen Brüste ab und stellte einen Knoten in einer fest. Ihr Arzt fand außerdem vergrößerte Lymphknoten unterm Arm, und so ist sie zur Probeexzision vorgemerkt, obwohl Slater und alle anderen sicher sind, daß es Krebs ist und eine radikale Brustamputation notwendig sein wird.

Heute morgen um acht traf ich Hank Ruggles oben im OP. Das junge Mädchen mit dem Krebsverdacht kam als erste dran und lag schon in der Narkose, und Ruggles fing an und machte einen langen Bauchschnitt.

Als er sie offen hatte, rief er Slater herein; Slater tastete drinnen eine Zeitlang herum, schnitt einen Knoten heraus zum Gefrierschnitt und fand dann metastatisches Gewebe überall im Bauch. Chirurgisch ist da nichts zu machen.

Sie wird jetzt Röntgenbestrahlung bekommen, und Slater äußerte sich hoffnungsvoll und sagte, wenn das wirklich Dysgerminom ist, dann könnte es sich zurückbilden oder sogar ganz verschwinden, weil das eine Art Krebs ist, die sehr empfindlich gegen Röntgenstrahlen ist. Wenn es dagegen Chorionepitheliom ist (ein besonders bösartiger Krebs, der aus zurückgebliebenem Placentagewebe nach einer Fehlgeburt entstehen kann), dann ist sie schon jetzt so gut wie tot.

Sie sieht gewiß wie eine Krebskranke aus, obwohl ich nicht sicher bin, wieso man das dem Patienten eigentlich ansehen kann. Dieses Mädchen ist erst achtundzwanzig, aber sie ist irgendwie gezeichnet (siehe Kasten Seite 73).

* Etwa eine Million mal vergrößert.

Sie wirkt blaß, angestrengt, müde und sieht wirklich krank aus, obgleich sie sich nicht besonders schlecht fühlt, und ihre Haut hat eine ganz eigenartige Färbung, die für diese Krankheit charakteristisch zu sein scheint. Irgend etwas Abscheuliches und Mörderisches ist da bei einem im Zimmer, und manchmal scheint es, als könne man es riechen.

Als nächste hatten wir die dicke Dame mit dem Knoten in der Brust, Mrs. London. Das erwies sich als eine wirklich

Der Gefrierschnitt

ist ein diagnostisches Schnellverfahren, mit dessen Hilfe Gewebeproben innerhalb weniger Minuten untersucht werden können — noch während der Patient auf dem Operationstisch liegt.

Normalerweise nimmt die pathologische Untersuchung einer Gewebeprobe mehrere Stunden, Tage oder sogar Wochen in Anspruch. Beim Gefrierschnitt hingegen kann der Operateur — etwa bei Verdacht auf Schilddrüsen- oder Brustkrebs — einen vorläufigen histologischen Befund so gleich berücksichtigen.

Die Gewebeprobe, die der Chirurg entnommen hat, wird im pathologischen Labor mit Hilfe von Trockeneis oder Kohlendioxid-Gas tiefgefroren. Sodann werden hauchdünne Schnitte davon unter dem Mikroskop auf etwaige krankhaft veränderte Zellen untersucht.

Schon nach zehn bis 15 Minuten weiß der Chirurg das Ergebnis; so kann er notfalls den Eingriff sogleich fortsetzen. Hat die Gefrierschnitt-Untersuchung beispielsweise den Verdacht auf Schilddrüsen- oder Brustkrebs bestätigt, so wird der Operateur die Schilddrüse oder die befallene Brust mit den benachbarten Lymphknoten unverzüglich entfernen. Denn schon Stunden später könnten sich Krebszellen in andere Bereiche des Körpers ausgebreitet haben.

brutale Aufgabe; die Frau wog 225 Pfund, alles schwabbelig, und dann diese riesigen Brüste. Es bestand die Möglichkeit, daß wegen der großen Hautfläche, die mit der Brust entfernt würde, eine Hauttransplantation nötig würde, und deshalb mußte ich eine Spenderstelle am Bein mit chirurgischer Seife waschen.

Die Patientin ragte auf allen Seiten über den Tisch hinaus, und während ich an ihrem Bein schrubberte, bibberte ihr ganzer Körper, als ob er jeden Augenblick vom Tisch rutschen würde — und wenn das geschehen wäre, hätte niemand ihn halten können.

Sobald sie bereit war, machte Slater die ganze Operation. Zuerst nahm er den Tumor selbst mit einem Würfel des umgebenden Gewebes heraus und schickte ihn rüber zum Gefrierschnitt. Dann wechselten wir alle die Handschuhe und deckten die Patientin neu ab, weil Brustkrebs sich offenbar mechanisch aussäen kann, und wir wollten keinerlei Tumorzellen auf ein nicht befallenes Gebiet übertragen.

Der Befund des Gefrierschnitts kam 15 Minuten später, und es war Krebs. So begann Slater, diese riesige Brust und das umgebende Gewebe bis runter zum Brustkorb und in die Achselhöhle zu entfernen. Er brauchte ein paar Stunden, um all das Fett bis zu den Muskelschichten zu durchschneiden, und weitere zwei Stunden, um Brust und Muskeln von den Rippen zu lösen.

Ein Gefrierschnitt von einigen Lymphknoten in der Achselhöhle ergab auch Tumor, so daß wir beschlossen, den Lymphknoten innerhalb ihres Brustkastens nicht nachzugehen — das heißt, Slater beschloß das; bei diesen Fällen entscheidet keiner außer Slater. Schließlich hob er diese große Gewebsmasse in einem Stück heraus und bedeckte dann die bloßgelegte Thoraxwand wieder mit Haut.

Eine Hauttransplantation war nicht notwendig, um so besser. Das Ganze hatte so lange gedauert und so starken Blutverlust mit sich gebracht, daß Slater die Patientin keine Minute länger als nötig in der Narkose lassen wollte. Schließlich war um zwei alles fertig, und unten gab es ein eiliges Mittagessen.

Samstag, 8. Oktober

Die verschiedenen Operationen verschwimmen derart in meinem Gedächtnis, daß es mir schwerfällt, mich zu erinnern, was ich an den einzelnen Tagen getan habe. Ich habe hier fünf Minuten gegessen und mich zu erinnern versucht, wie der Donnerstagmorgen in der Chirurgie begann; an eine Operation am Donnerstag kann ich mich erinnern, aber nicht an die erste.

Zum Teil liegt die Schwierigkeit wohl darin, daß diese Arbeit so überaus unpersönlich ist. Man kann gelegentlich einen Patienten sehen, wenn er auf dem Weg zum OP ist, aber gewöhnlich wäscht man sich und geht in den OP und findet einen nackten vorbereiteten Bauch (der Plan verrät einem, was für eine Operation vorgesehen ist), aber den Patienten sieht man erst, wenn alles vorbei ist und die Tücher abgenommen werden — wenn überhaupt. Man bringt ihn wieder runter und in sein Bett, stürzt zurück in den OP und findet dort einen neuen Bauch, der einen anstarrt.

Erinnern kann ich mich an die Hiatushernie mit Dr. Leo Richards. Leo ist un-

gefähr vierzig, ein ulkig aussehender Mensch mit grauen Schläfen und schlechter Haltung und einem Affengesicht, aber bis jetzt scheint er mir der Liebenswürdigste und Normalste unter all den Chirurgen der Poliklinik zu sein. Immer hat er ein Bündel Zeitschriften unterm Arm. Er muß ständig lesen.

Roscoe sagt, er sei sehr umständlich und gründlich bei seinen Operationen; jeder Fall stellt eine anatomisch sorgfältige Sektion dar, und nichts entgeht ihm. Das einzig Mißliche ist, daß er jedesmal so lange braucht, daß es einem auf die Nerven geht.

Bei diesem Fall war sowieso anzunehmen, daß es lange dauern würde: Eine Hiatushernie ist ein Bruch im Zwerchfell, durch den der Magen teilweise oder gänzlich in die Brusthöhle gedrückt wird.

Entweder versucht man, eine Hiatushernie vom Bauch aus zu flicken und sich seinen Weg unter den Rippen zu

gern die Lunge wegzudrücken, während er und Barr bis zu den Ellbogen hineingehen, um an die Hernie zu kommen und sie zu flicken. Ich konnte nicht sehen, was er da drinnen machte, aber es schien mir Stunden zu dauern.

Einmal kriegte ich einen schönen Schreck. Richards bat mich, meine Finger etwas zu bewegen, um die Lunge etwas höher hinaufzubringen, und als ich das tat, dachte ich, der Patient hätte einen Schluckauf bekommen, weil ich so ein krampfartiges Zucken an meinen Fingerspitzen fühlte.

Dann wurde mir klar, daß es der Herzschlag des Patienten war; ich hatte sein Herz praktisch in der Hand.

So konnte ich mir die Anatomie der Brust ansehen, einer lebendigen, keiner toten. Die Lunge war hübsch rosa mit grauen Flecken, genau, wie eine Lunge aussehen soll, aber als ich sie beiseite drückte, da wurde der Teil, den ich zusammenpreßte, blaurot und ganz runz-

Dann wurde ich um halb fünf wieder gerufen, und das war ein schönes Beispiel dafür, wie sehr eine tüchtige Schwester einem Arzt helfen kann. Es handelte sich um einen Patienten von Lou Franklin, der vor anderthalb Monaten mit Brust- und Nackenschmerzen im Krankenhaus gewesen war und allen ein Rätsel aufgegeben hatte.

Franklin glaubte, daß er einen Infarkt hätte, aber nichts auf dem EKG deutete darauf hin. Dann dachte Franklin an ein Aneurysma dissecans — eine merkwürdige Krankheit, bei der das Blut unter Druck die Wandschichten einer großen Arterie auseinanderdrängt und einen falschen Kanal bildet —, aber niemand wollte ihm diese Diagnose abnehmen.

Ein Aneurysma dissecans zerstört nämlich die Arterienwand in ziemlich kurzer Zeit, der Patient verblutet innerlich und stirbt. Statt dessen schien dieser Mann gesund zu werden; seine Schmerzen hörten auf, und vor drei Wochen wurde er ohne Diagnose nach Hause geschickt.

Offenbar war es ihm bis heute morgen um zwei gutgegangen, aber dann setzten die Schmerzen wieder ein. Dr. Franklin hatte einen Hausbesuch bei ihm gemacht und ihm eine Spritze gegeben, anscheinend aber die Ursache der Schmerzen nicht ergründen können. Als sie nach zwei Stunden wieder auftraten, sagte er, der Mann solle ins Krankenhaus gehen, und er rief hier an, man solle ihm noch mal Morphinum geben und ihn ins Bett stecken.

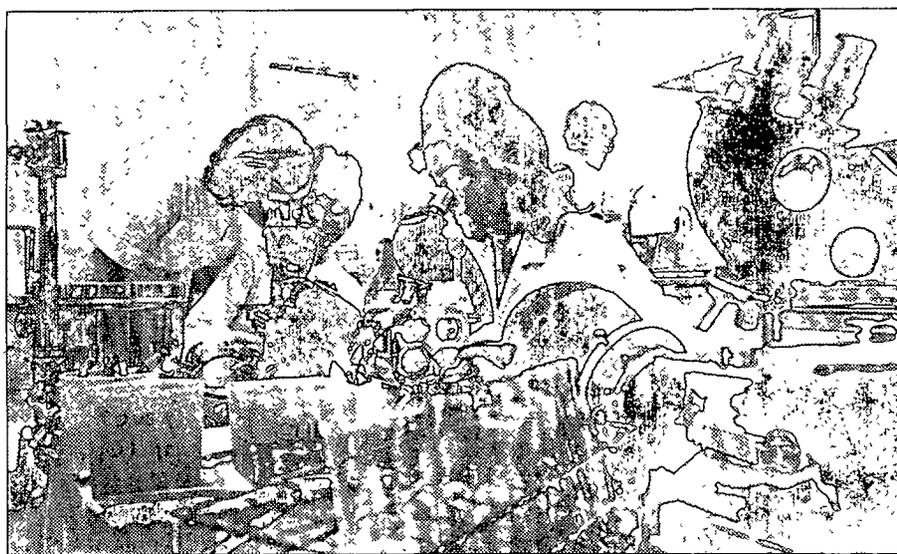
Er sagte sogar, man brauche den MA nicht extra aus dem Bett zu zerren, aber die Oberrnachtwache bemerkte zufällig, daß die Arme des Patienten verschiedene Farbe hatten; der eine war warm und rosa, der andere kalt und blau.

Ich hörte mir das an, stürzte nach oben und stellte in der ersten halben Minute fest, daß der Mann im rechten Arm und im linken Bein keinen Puls hatte. Im linken Arm und im rechten Bein war der Puls kräftig. Er hatte entsetzliche Schmerzen in der Brust und im Bauch, und jetzt begann ihm auch der blau angelaufene Arm weh zu tun.

Meine Diagnose war, daß Franklin recht gehabt hatte, daß der Mann vor sechs Wochen ein Aneurysma dissecans bekommen hatte, das sich jetzt erweiterte. Ich legte den Mann in ein Sauerstoffzelt und gab ihm genug Morphinum, um die Schmerzen zu bekämpfen, und die ganze Zeit dachte ich: Mein Gott, was für ein Aneurysma kann er bloß haben, das die Versorgung sowohl des rechten Arms als auch des linken Beins lahmlegt?

Nun, heute morgen bekam ich die Antwort. Ted van Wert war zur Konsultation beigezogen, sah sich den Mann an und stimmte meiner Diagnose zu. Auch vorher war er wohl schon Franklins Meinung gewesen. Leo Richards sah ihn sich an und meinte, er habe Blutgerinnsel in mehreren Arterien — eine Idee, über die van Wert nur höhnisch grinste.

Gegen Mittag war die allgemeine Ansicht, daß Richards recht hatte, und sie brachten den Patienten zum OP rauf zu einer Thrombektomie — einer sozusagen heroischen Operation, bei der die verstopfte Arterie geöffnet und das störende Blutgerinnsel herausgeholt wird, um



Medizinisches Labor*: „Passen Sie auf, daß Sie nicht nachlässig werden“

bahnen, oder man macht die Brust auf und kommt von oben ran, schiebt den Magen nach unten zurück durch die Bruchpforte, dann näht man den Bruch zu, so daß der Magen nicht wieder nach oben kommen kann.

Diesen Weg wählte Richards, so daß ich sah, wie ein Chirurg sich dranmacht, eine Brust zu öffnen. Man könnte denken, es wäre eine sehr kitzlige, mühevollen Arbeit. Ist es aber nicht.

Er nahm ein Messer und — wumm — hatte er den Mann mit einem Streich von vorn bis hinten zwischen zwei Rippen aufgemacht, es war ein Schnitt von etwa 35 Zentimeter Länge, und dann galt es Hunderte von Gefäßen zu erwischen und abzuklemmen. Er gab Barr und mir je eine große Handvoll Klemmen, und wir klemmten und klemmten.

Dann holte er sich ein großes häßliches Instrument, das 15 Zentimeter aus der achten Rippe rausfraß — krach —, und dann nahm er ein anderes Spielzeug, das wie ein kleiner Bagger aussah (Rippenspreizer nannte er es), und ehe man sich's versah, hatte er ein Loch von 35 Zentimeter Länge und 15 Zentimeter Breite in der Brust des Mannes.

Meine Aufgabe in diesem Augenblick war, mit einem Stieltupfer und den Fin-

* Am New England Deaconess Hospital in Boston.

lig. Sobald ich losließ, dehnte sie sich natürlich wieder aus und war auch wieder rosa. Aber gewöhnlich stellt man sich die Lunge nicht als ein lebendiges, schwammiges, luft- und blutgefülltes und sich bewegendes Organ vor.

Nun, Richards fummelte und fummelte, und plötzlich steckte jemand den Kopf zur Tür herein und sagte, in einem anderen Raum hätte jemand eine innere Blutung, die offenbar niemand finden konnte, und ob Richards kommen und es sich ansehen wollte? Zu meiner großen Verwunderung sagte Richards: „Gern, hier bin ich so gut wie fertig. Wollt ihr zwei ihn jetzt zumachen?“, und damit ging er.

So fing Barr am einen Ende des Schnittes an und ich am anderen, und wir machten dem Mann die Brust zu.

Später am Nachmittag ging ich hinunter und sah mir den Patienten an, ließ ihn sich hinsetzen und husten und machte eine Thoraxaufnahme, um mir selbst zu beweisen, daß sich diese Lunge wieder richtig ausdehnte, und ihm schien es gutzugehen. Ich weiß nicht, warum ich darüber so erstaunt bin; mir kommt es einfach unwahrscheinlich vor, daß jemand, in den ein solches Loch geschnitten wird, überhaupt noch lebt, und die Operation hatte immerhin fünf Stunden gedauert.

KEMDEX

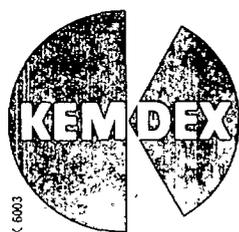
moderne Gebißreinigung
täglich ein Vergnügen ...



Zahnersatz braucht KEMDEX Frische

... durch aktiven Sauerstoff

Sie können es selbst beobachten: sowie Sie KEMDEX - Pulver oder Tablette - ins Glas geben, beginnt sofort starksprudelnd die Reinigung. KEMDEX dringt in alle Ecken und Winkel. Während Sie sich umkleiden und waschen, in etwa 15 Minuten, wird die Zahnprothese im KEMDEX-Bad rein und klar - wie neu.



Bitte überzeugen Sie sich selbst. Kaufen Sie noch heute KEMDEX bei Ihrem Fachhändler.

KEMDEX - moderne Gebißpflege
mit aktivem Sauerstoff

den Blutkreislauf wiederherzustellen. Richards und Barr machten ihn auf; ich war zu der Zeit unten beschäftigt, erhielt aber einen eiligen Ruf über die Suchanlage, ich sollte sofort kommen.

Der halbe ärztliche Stab war oben; van Wert sah hochmütig aus und Richards unglücklich. Richards hatte die große Arterie des blauen Arms freigelegt, und es war tatsächlich ein Aneurysma dissecans. Die Schichten der Arterienwand waren auseinandergedrängt, und der neue Kanal war so groß, daß er den natürlichen Durchfluß fast völlig verschloß. Es muß unten in der Aorta angefangen und sich bis in den Arm und ins Bein fortgesetzt haben. so daß wir nur das äußerste Ende der Veränderung sahen.

Sie mußten ihn wieder zumachen, denn es gibt nichts sehr Konstruktives, das man hätte tun können. Jetzt ist es nur noch eine Frage von Stunden, bis die geschwächte Arterienwand irgendwo in seinem Arm oder in der Brust oder im Bauch platzt, und dann ist es in ein paar Sekunden vorbei.

Mein erster Fall am Freitagmorgen war um 8.30 Uhr, so ging ich zur klinisch-pathologischen Besprechung, die abwechselnd mit den chirurgischen Besprechungen freitags um 7.15 Uhr stattfindet. Diese Besprechungen sind eine Art Ratespiel.

Einer von den ganz Schlaun stellt einen Problemfall aus seiner Krankenkartei vor - gewöhnlich was ganz Schwieriges und Ausgefallenes, für das er die Antwort weiß, aber sonst keiner. Dann versuchen die anderen, nach den gemachten Angaben eine Diagnose zu stellen. Das kann ein ziemlich hartes Exerzitium sein, wenn eine Gesellschaft gewitzter Ärzte dem Mann zu Leibe geht, der den Fall vorträgt, und zerpfückt, was er getan oder nicht getan hat.

Ted van Wert trug den Fall vor; sein Verstand ist ebenso scharf wie seine Zunge, aber er wurde ganz schön drangenommen, bis einer die Diagnose hatte.

Wie ich da so saß, mußte ich an all die Klagen denken, die man über untüchtige Ärzte hört, und ich fragte mich, wie viele Laien sich auch nur im Traum vorstellen können, daß sich ungefähr sechzig Ärzte dieser Stadt einzig und allein zu dem Zweck, um in Form und auf dem laufenden zu bleiben, einmal wöchentlich morgens um 7.15 Uhr hier freiwillig zusammenfinden.

Ich fragte mich, wieviel Laien auch nur die verschwommenste Idee haben, eine wie unglaublich verwickelte Sache es ist, eine medizinische Diagnose zu stellen, und wieviel Wissen und Verstand ein Mann wie Ted van Wert jedesmal einsetzen muß, wenn irgendein Trottel mit einer Triefnase in sein Sprechzimmer kommt. Nicht alle Ärzte sind so klug oder sorgfältig oder interessiert wie Ted, aber er ist auch keineswegs eine Ausnahme.

Die erste Operation nach der Besprechung war eine Magenresektion bei einem achtundsiebzigjährigen Mann. Ehe wir angingen, sagte Slater, es bestünde kein Zweifel, daß der alte Mann Krebs habe; die Frage sei nur, was noch zu machen sei.

Wir fanden einen riesigen Krebs von der Größe eines Baseballs, der die ganze obere Hälfte seines Magens versperrte, und trotz der eingeführten Magensonde war der Magen noch voll halbverdauter

Nahrung. Einige Lymphknoten hinter dem Magen waren auch befallen, aber es lagen keine Anzeichen vor, daß sich der Krebs auch auf Leber und Pankreas erstreckte.

Slater guckte und guckte und fummelte rum, dann seufzte er und sagte zu Hank Ruggles: „Na, Hank, was würden Sie tun?“ Hank zuckte die Schultern und meinte: „Lieber Himmel, dieser Mann ist achtundsiebzig. Was haben Sie ihm denn noch zu bieten? Ich würde eine Umgehungspassage um das Hindernis anlegen, so gut es geht, und schnell Schluß machen, ehe er auf dem Operationstisch stirbt.“

Und Slater sagte: „Na, da haben Sie nicht recht. Wenn wir das da drinnen lassen, hat er nicht die mindeste Chance, länger als drei Monate zu leben. Nehmen wir's raus, ist seine Chance, geheilt zu werden, eins zu einer Million.“



Operation*
„Krach, ein Loch in die Brust“

Deshalb werde ich es rausnehmen und alles, was in der Nähe befallen sein könnte - Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz, Darmteile und den ganzen Kram.“

Er sah den Patienten an und schüttelte den Kopf. „Ich weiß, das Risiko ist furchterlich groß. Der Mann überlebt vielleicht nicht mal die Operation, aber ich mache sie trotzdem. Wenigstens soll er für sein Geld eine Chance haben.“

Also machten wir uns dran an diese unendlich lange Prozedur, über vier Stunden dauerte es, und es ist ungefähr das härteste Stück Arbeit, das es in der allgemeinen Chirurgie geben kann. Slater ist schnell und geschickt, und für seine Verhältnisse war er relativ guter Laune, aber er ist schwer zu ertragen bei einer Operation wie dieser.

Heute hackte er zuerst mal auf dem Anästhesisten rum, der unter Abdecktüchern vergraben am Kopfende des Operationstisches saß und dem Patienten die Narkose gab. Slater fand, er bekäme nicht genug Sauerstoff. Ich ver-

* Lungenresektion am Veterans Administration Hospital in Providence (Rhode Island).

mute, daß das ein altbekanntes Thema bei Slater ist.

Er sagt dann: „Herr Kollege, hier unten ist das Blut zu dunkel. Sind Sie sicher, daß die Atemwege unbehindert offen sind?“ Und der Anästhesist antwortet dann: „Nun, hier oben sieht es ganz rosa aus, Herr Chefarzt.“

So geht es eine Weile, und dann sagt Slater unweigerlich: „Herr Kollege, vielleicht rufen wir Don Morehouse besser her“ (Don ist der Chef der Anästhesie-Abteilung), also geht jemand raus und schleift Don her, und Don fummelt am Narkoseapparat rum und tut so, als täte er was, und Slater sagt: „Vielen Dank, Don, jetzt sieht das Blut viel besser aus“, während es in Wirklichkeit genau wie vorher aussieht.

Wenn diese kleine Hürde — für den Augenblick — genommen ist, dann kommen die Operationsschwestern an die Reihe. Maggie Wren ist seine von ihm selbst ausgewählte OP-Schwester, eine hervorragende Kraft, die seit Jahren mit ihm zusammenarbeitet, aber bei jeder Operation ist es dieselbe Geschichte.

Diesmal legte er irgendwo tief unten im Bauch eine Seidennaht, und der Faden riß, deshalb fragte er Maggie: „Welche Stärke hat diese Seide? Ich wollte Viermal-Null.“ Und Maggie sagt: „Ja, es ist Viermal-Null.“

„Ach, sind Sie sicher, ist es nicht Dreimal-Null? Es kommt mir zu dick vor für Viermal-Null.“

„Nein, Herr Doktor, es ist Viermal-Null.“

„Zeigen Sie mir doch mal die Packung, wo es drin war. Es fühlt sich wie Dreimal-Null an!“

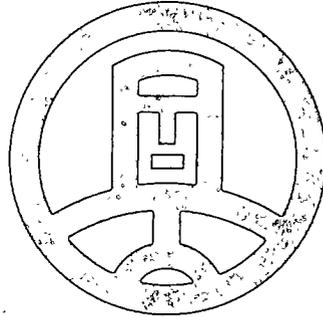
Also muß Maggie rumsuchen, und dann hält sie ihm die Packung unter die Nase, und tatsächlich, da steht Viermal-Null drauf. Und dann sagt Slater: „Na, das verstehe ich nicht. Es fühlt sich so dick an, mir kommt's wie Dreimal-Null vor.“

Und so geht es immerzu, solange er operiert. In diesem Fall hatte ich ein paar Haken zu halten, während er die Speiseröhre am Zwölffingerdarm annähte. Ich konnte nichts da drinnen sehen, weil er zwischen mir und dem Patienten war, und mir kam es unendlich lange vor, und er nähte und nähte und nähte.

Drei viertel Stunden lang war etwas da drinnen vorgegangen, über das er und Hank ganz aufgeregt waren, das ich aber nicht sehen konnte, und ich glaubte, er würde nie fertig. Als es schließlich vorbei war, taten mir die Beine so weh, daß ich kaum noch drauf stehen konnte, und dann mußten noch all diese kleinen Drahtnähte gemacht werden, ungefähr 135 an der Zahl, um den Mann wieder zuzumachen, und sie mußten genau so und nicht anders geknotet und abgeschnitten werden.

Dann sagte Slater: „Sehr schöner Fall, meine Herren, sehr interessant“, und stürmte los, um sich was anderes zu tun zu suchen. Ich konnte bloß noch zur Tür taumeln.

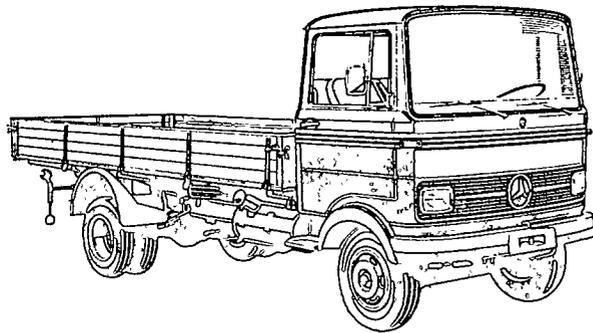
Allmählich kriege ich immer mehr Kleinigkeiten zu sehen, die für den Charakter dieses Mannes aufschlußreich sind. Heute hatte Maggie ein paar neue Nadelhalter, in denen gebogene Nadeln sehr schön fest sitzen. Ehe Slater kam, sah Hank sie und sagte: „Ach, das sind aber hübsche Nadelhalter.“ Und Maggie antwortete: „Ja, ich würde gern mehr



seit 1927

SELBSTFAHRER UNION

Autovermietung



Unser neuer Service: Lkw von 1 bis 4 t Nutzlast

Wenn Ihr eigenes Fahrzeug für das anfallende Ladegut zu klein ist, oder wegen Reparatur ausfällt, oder Transportspitzen zu überbrücken sind:
Deutschlands führende Autovermietung
hilft Ihnen bei der Lösung Ihrer Transportprobleme.

Wir vermieten VW-Transporter bis 1 t und Mercedes-Lkw bis 4 t Nutzlast* in 33 Städten.

* mit Ihrem Führerschein Kl. III dürfen Sie unsere Lkw bis 4 t Nutzlast fahren.

Verlangen Sie für Ihre Unterlagen
unsere Informationen MPI 3

Zentrale:
Hamburg 39, Bebelallee 72
Telefon 51 40 71
Telex 02 13246

davon besorgen, aber ich traue mich nicht, weil Dr. Emery sie auch mag.“

Ich fragte Hank, was das bedeuten sollte. Anscheinend können sich Dr. Emery und Slater nicht leiden; sie arbeiten Seite an Seite in derselben Klinik, aber sie hassen sich wie die Pest.

Emery war die Koryphäe der Poliklinik, bevor Slater als junger Anfänger dorthin kam; jetzt wird Emery allmählich alt, und Slater hat sich im ganzen Land einen Ruf erworben, wie ihn Emery niemals besaß, und sie sprechen kaum miteinander. Wenn Emery eine bestimmte Methode anwendet, dann wird Slater um alles in der Welt diese Methode nicht anwenden.

Zum Beispiel benützt Dr. Emery Seide, um das subkutane Gewebe zu schließen, also besteht Dr. Slater darauf, Draht zu benützen. Kürzlich hatte Slater an den Operationslampen in seinen beiden Räumen sterilisierbare Schraubgriffe anbringen lassen, damit er mit den sterilen Handschuhen hinauflangen und sich die Lampen richtig einstellen kann — das Licht ist natürlich nie richtig. Deshalb will Dr. Emery diese Dinger in seinem OP nicht haben und weigert sich sogar, in Slaters Räumen zu operieren. Wirklich, sie benehmen sich wie Kinder.

Dienstag, 11. Oktober

Der Patient mit dem Aneurysma starb Samstag nacht. Die Arterie platzte irgendwo in seiner Brust.

Die erste Operation am Montag morgen war ein alter Mann, bei dem Dr. Gillies Magenkrebs vermutete. Das stimmte auch, aber der Krebs hatte sich überallhin ausgebreitet, auch auf die Leber, so daß nichts übrigblieb, als die Diagnose zu stellen und ihn wieder zuzumachen.

Dann kam eine Frau dran, die Sonntag mit einem Knoten in der Brust aufgenommen worden war, den Slater zur Gewebsuntersuchung herausnehmen sollte. Der ganze OP war auf eine radikale Brustamputation vorbereitet, aber es stellte sich heraus, daß es eine große, gutartige Zyste war.

Das war sehr wohltuend nach all dem Krebs, den wir hier schon zu sehen bekommen haben. Man hat allmählich das Gefühl, daß jeder Patient, der zur Tür hereinkommt, mit dieser Krankheit geschlagen ist. Es gibt viele Brustknoten, die nicht krebsartig sind — die Mehrzahl stellt sich in der Tat als gutartig heraus —, aber in diesem Fall hier schien der Knoten so groß und vernarbt zu sein, daß jeder ihn für bösartig hielt. Die Frau hat also Glück gehabt.

Um halb sechs oder so tauchte Hank Ruggles auf, und wir wechselten den

* Am New York University Hospital.

Verband bei Mrs. London, der dicken Dame mit der radikalen Brustamputation. Ihr geht es gut; ihre Hauptpflege scheint im Augenblick zu sein, wie sie die verbliebene riesige Brust in ihrem Verband unterbringen kann.

Hank fragte sie mit völlig unbewegtem Gesicht, ob es ihr Schwierigkeiten mache, daß sie jetzt Schlagseite nach links hätte, wenn sie aufsteht.

Sie warf ihm einen wirklich bösen Blick zu, dann sah sie seine steinerne Miene und fing an zu kichern, und auch er ließ sich zu einem Lächeln herbei. Ich war froh, daß sie ein bißchen aufgemuntert wurde, sie war seit der Operation so still und traurig gewesen. Es freute mich auch, daß Hank unter seiner rauhen Schale doch Sinn für Humor hat.

Montag, 17. Oktober

Visite machen mit Slater ist wirklich eine sehenswerte Angelegenheit. Seine



Anästhesist bei Operation*: „Das Blut wird dunkel, Herr Kollege“

Patienten sind ziemlich gleichmäßig verteilt auf den dritten, zweiten und ersten Stock, und daher beginnt er in mörderischem Tempo im dritten Stock.

Einer seiner Knechte soll dann alle Fieberkurven im dritten Stock schon draußen und geordnet haben, so daß Slater, sobald er aus einem Zimmer herauskommt, schon die nächste Kurve in die Hand gedrückt und Namen und Zimmernummer des Patienten gesagt kriegt, und dann geht er über den Flur, klick, klick, klick wie ein General auf einer Schnellinspektion.

Wenn er zum letzten oder vorletzten Patienten im dritten Stock kommt, soll der Knecht schon wie ein Verrückter in den zweiten Stock sausen und die Kurven zusammenraffen, damit Slater die erste in die Hand bekommt, sobald er unten ist. Und genauso geht es dann mit den Patienten im ersten Stock. Auf diese Weise fegt Slater über die Flure

und sieht alle seine Patienten in dreißig Minuten. Und wenn der Knecht mit den Kurven nicht rasch genug zur Stelle ist oder sie durcheinander bringt, dann überschüttet ihn Slater, bis die Visite zu Ende ist, mit sarkastischen Sticheleien.

Mir kam die ganze Angelegenheit albern vor, und ich sagte das einmal zu Hank; warum rennt Slater rum und sieht sich diese Leute überhaupt an? Aber Hank sagte, Slater bringe bei seinen Visiten viel in Erfahrung, klinische Dinge, die er wissen müsse, und er sei eben so fix und aufmerksam, daß ihm nichts entginge — Urinausscheidung, Magensondendrainage, Temperatur, Atembeschwerden, alles nimmt er wahr.

„Vielleicht glauben Sie, daß er überhaupt nichts sieht, wenn er so herumrennt“, sagte Hank, „aber versuchen Sie nur, was auszulassen, dann stürzt er sich wie ein Habicht auf Sie, jedesmal. Er bringt es einfach nicht fertig, diesen Leuten Höflichkeitsbesuche abzustatten, das ist alles.“

Dann grinste er und fuhr fort: „Das ist meine Aufgabe, mir obliegt es, den gesellschaftlichen Kontakt zu pflegen. Für Slater ist Visite machen einfach eine chirurgische Angelegenheit und weiter nichts.“

Das Erstaunlichste ist, daß die Patienten das fressen. Sie vergöttern Slater buchstäblich; man könnte denken, er sei Christus persönlich.

Den ganzen Tag sitzen sie da und halten den Atem an und warten auf Dr. Slater, daß er zu ihnen kommen möge, und dann kommt er hereingestürzt und gewährt ihnen eine Audienz von ganzen fünfundzwanzig Sekunden, und es ist, als hätte Gott die Hand ausgestreckt und sie berührt.

Unter Slaters präoperativen Patienten war eine Frau mit einem rezidivierenden Brustkrebs und einer allgemeinen Aussaat des Tumors, seit Slater im Januar eine radikale Brustamputation vorgenommen hatte. Jetzt war vorgesehen, die weitere Ausbreitung zu verlangsamen.

Die Schwierigkeit war, daß sie außerdem herzkrank war und am Rande der Dekompensation stand, die van Wert rechtzeitig für die Operation unter Kontrolle zu bringen versucht hatte. Ich fand Sonntag abend, daß es recht riskant sei, sie zu operieren — völlig unregelmäßiger Puls, und sie mußte nach Luft schnappen, sobald sie sich bewegte.

Van Wert und Slater kamen beide, um sie anzusehen, und dann gab es eine große Auseinandersetzung wegen der bevorstehenden Operation.

Slater wollte, daß van Wert die Verantwortung für das chirurgische Risiko übernimmt, und van Wert, der findet, daß diese Art Operation bei wieder auftretendem Krebs sowieso ein Schlag ins Wasser wäre, wollte Slater die Verantwortung zuschieben.

Zuerst war es nur eine intellektuelle Diskussion über die relativen Vorzüge kühner chirurgischer Eingriffe bei hoffnungslosen Krebspatienten, aber schließlich kristallisierte sich heraus, daß Slater diese Frau nicht operieren wollte, sofern van Wert nicht die Garantie leiste, daß sie nicht auf dem Operationstisch an ihrer Herzkrankheit stürbe.

Van Wert wollte sich natürlich nicht darauf einlassen und keine wie auch

immer geartete Garantie übernehmen, und Slater wurde wütend. Er wiederholte immerzu: „Ted, diese Operation ist das einzige in der Welt, was wir der Frau zu bieten haben“, und van Wert war hartnäckig und sagte: „Tut mir leid, Nathan, ich bin kein Zauberer und habe keinen Zauberstab, den ich über dieser Frau hin- und herschwenken kann, und Sie müssen Ihre chirurgischen Risiken schon selbst übernehmen, der Teufel soll mich holen, wenn ich es täte.“

Dann schrieb er: „Ich halte eine Operation nicht für vertretbar, solange das Herzversagen der Patientin nicht unter Kontrolle ist“, setzte seinen Namen drunter und ging. Slater schimpfte und beklagte sich bei Hank und mir, dann ging er rein und sah sich die Patientin noch mal an, ließ noch ein EKG machen und schimpfte noch mehr, aber heute morgen schien es, als sei die Operation abgesagt.

Etwas ziemlich Ekelhaftes ereignete sich übers Wochenende. Ich war am Sonntagabend gegen zehn oben im zweiten Stock, als eine der Schwestern mittleren Alters, die von drei bis elf Dienst hat, in das Kurvenzimmer hereinstolperte und fast hingefallen wäre, als sie eine Kurve aus dem Ständer nehmen wollte. Ich hatte früher schon bemerkt, daß diese Frau manchmal torpelte.

Herring kam gerade vorbei, als die Frau sich am Tisch festhielt, um nicht zu fallen. Er nahm mich beiseite, als sie schon ein Stück den Flur entlanggegangen war, und sagte mir, diese Schwester sei rauschgiftsüchtig und wende immerzu alle möglichen Tricks an — sie bringt Morphium- oder Dolantinspritzen zu frisch operierten Patienten, gießt die Hälfte davon in eine Flasche für sich und injiziert dem Patienten nur die andere Hälfte, oder sie holt eine ganze Ampulle Dolantin, wenn nur eine halbe verordnet ist, und versteckt den Rest.

Anscheinend geht das schon eine ganze Zeit so, und sie hat einen ganz schönen Vorrat gehortet und kommt immer regelrecht aufgeputzt zum Dienst. Die Stationschwester im zweiten Stock hat es zuerst bemerkt und die Oberin verständigt, und auch die Ärzte sind verständigt worden, aber bisher hat man sie nicht ertappen können.

Später unterhielt ich mich mit Roscoe darüber beim Mitternachtsessen, als eine der Schwestern herunterkam; sie bestätigte diese Geschichte und sagte, die Frau ginge sehr raffiniert vor, und es sei schwer, sie zu schnappen, aber es gebe immer frisch operierte Patienten, die sich beklagen, daß ihre Spritzen nicht wirken, oder früher eine weitere verlangen, als sie eigentlich nötig haben sollten, und es ist praktisch unmöglich festzustellen, ob das auf die niedrige Schmerzschwelle des Patienten oder auf die simple Tatsache zurückzuführen ist, daß die letzte Spritze einfach ein wenig schwach war.

Ich fragte die Schwester, warum die Person denn nicht rausgeschmissen würde oder wenigstens jemand anderes die Medikationen gibt, und sie antwortete, die Oberin habe mit der Krankenhausverwaltung abgesprochen, sie erst mal so weitermachen zu lassen, solange es nicht zu schlimm würde, und zu versuchen, sie zu schnappen und dann anzuzeigen und ihr die Schwesternlizenz absprechen zu lassen. Sonst würde sie

* An der Boston University Medical School.



Ärzte-Besprechung*: Jeden Freitag Quiz

ANARCHIE IN DER ZELLE

Schleichend, ohne ein spürbares Anzeichen, nimmt jedes Krebsleiden seinen Anfang. In irgendeiner der 300 Billionen Zellen des menschlichen Körpers gerät das biochemische Bauschema in Unordnung: Die Zelle entartet zu ungehemmtem Wachstum.

Wieder und wieder teilt sich die Krebszelle, und alle Tochterzellen produzieren ihrerseits entartete Abkömmlinge; hemmungslos wuchernd, verdrängen sie die gesunden Zellen des befallenen Organs und wachsen in das benachbarte Gewebe ein. Schließlich überschwemmt der bösartige Zellklumpen den Organismus mit giftigen Abbauprodukten, sendet Teile von sich ab und entsendet sie über die Blut- und Lymphbahnen zu anderen Organen, so daß auch dort das Vernichtungswerk beginnt: Der Krebs bildet Tochtergeschwülste, sogenannte Metastasen.

Mindestens drei Millionen Erdbewohner, so ermittelte die Weltgesundheitsorganisation, sterben derzeit alljährlich an Krebs. Allein zwischen 1950 und 1960 stieg die Krebs-todesrate in der Welt um 20 Prozent.

Nach Herz- und Kreislaufkrankheiten sind bösartige Neubildungen die zweithäufigste Todesursache. An 160 000 Bundesbürgern — Männern, Frauen und Kindern — werden die Ärzte in diesem Jahr die Symptome eines der rund 120 bekannten Krebsleiden entdecken: in Lunge oder Brust, Mund, Magen oder Darm, Rückenmark oder Gehirn, auf der Haut oder im Blut. Jeder fünfte Westdeutsche stirbt an Krebs, alle vier Minuten einer. Jährliche Krebs-todesrate in der Bundesrepublik: 120 000 Menschen (das entspricht der Einwohnerzahl einer Großstadt wie Offenbach).

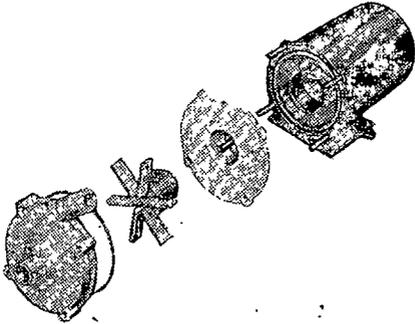
Allein in den Vereinigten Staaten werden gegenwärtig jedes Jahr 1,4 Milliarden Mark für Krebsforschung aufgewendet. Es gibt in den USA kein irgend Erfolg versprechendes Vorhaben auf dem Gebiet der Krebsforschung, das nicht hinreichend finanziert würde.

Aber noch immer ist die Zuversicht der Mediziner, das Leiden zu besiegen, gedämpft: „Die Wissenschaftler“, so zog der Heidelberger Krebsforscher Professor Hans Lettré Bilanz, „haben sich zu der Einsicht durchringen müssen, daß es den dramatischen Durchbruch zu einer Wunderdroge gegen den Krebs auf den bisher beschrittenen Wegen aller Voraussicht nach nicht geben wird.“

So sind nach wie vor Stahl und Strahl die unentbehrlichsten und am ehesten Erfolg versprechenden Waffen der Ärzte gegen Krebs: Die Operation, bei der die Geschwulst „tief im Gesunden“ (so die Lehrbuchformel) ausgeschnitten wird, und die Röntgen-, Elektronen- oder energiereiche Photonenbestrahlung, die Tumorgewebe tief im Körperinnern des Patienten zu zerstören vermag, haben Millionen von Krebskranken geheilt oder zumindest ihr Leben verlängert.

Entscheidend für die Heilungschancen ist, daß der Krebs, wo es möglich ist (zum Beispiel bei Brustkrebs), im frühesten Stadium entdeckt und behandelt wird. So werden gegenwärtig von je hundert Fällen von Brustkrebs nur 45 geheilt; durch frühzeitige Diagnose und sofort einsetzende Behandlung hingegen könnten, wie die Ärzte schätzen, jeweils 75 von hundert Brustkrebs-Patientinnen gerettet werden.

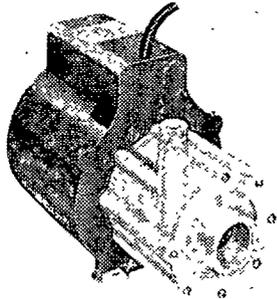
**SPRECHEN SIE GLEICH
MORGEN MIT IHREM
KONSTRUKTEUR
ÜBER DIESE PUMPEN!**



**ER SOLLTE SIE
KENNEN,
DIE „MD“-TYPEN
AUS DER REIHE:**



**PUMPEN OHNE
ACHSENDICHTUNG,
MAGNETGETRIEBEN,
VOLLEPOXIERT.
AUCH DIFFIZILE
MEDIEN, GETAUCHT
ODER FREISTEHEND
FÖRDERND.**



**ERSTMALIG AUF DEM
DEUTSCHEN MARKT,
BIETEN SIE VIELE
VORTEILE, ERMÖG-
LICHEN ES NEUE
WEGE ZU GEHEN.**

Grinewald

ABT. EPOMACS

**479 PADERBORN
TEL. 21321 - TELEX 9321202**

ihr Wesen immer weiter in Krankenhäusern treiben.

Mittwoch, 19. Oktober

Heute nach dem Abendessen traf ich Fred Olsen, Assistenzarzt im dritten Jahr, der von der Hochzeitsreise zurück ist. Eigentlich sollte er mein Chef sein und mich für Operationen und so einteilen. Er ist groß und schlank und wirkt zu liebenswürdig und normal, um Chirurg zu sein.

Vielleicht liegt es nur daran, daß er gerade erst geheiratet hat. Das war eine dieser Romanzen, die so sehr an ein schlechtes Fernsehstück erinnern, daß es zum Lachen ist: Tüchtiger junger Chirurg verliebt sich in bildschöne Schwester auf der chirurgischen Station, geheime Verlobung und dramatische Bekanntgabe nach der Hochzeit.

Das Komische ist nur, daß diese „typische Krankenhausgeschichte“ so gar nicht typisch ist. Fred war ungefähr der einzige unverheiratete Arzt hier; das Mädchen war Stationschwester im zweiten Stock und ungefähr die einzige gutaussehende Schwester im Krankenhaus — die meisten sind häßlich wie die Sünde — und außerdem eine gute, gewitzte und tüchtige Schwester. Wenn die Sache „typisch“ verlaufen wäre, dann hätte er eine Stenotypistin aus dem Büro unten geheiratet und sie irgendeinen Börsenmakler.

Dienstag abend wurde ich gerufen, um eine wirklich widerliche Ziege aufzunehmen, die typische reiche Amerikanerin, die wegen angeblich großer Schmerzen mit dem Flugzeug aus Mexiko gekommen war.

Als ich raufstürzte, um sie mir anzusehen, schienen ihre Beschwerden hauptsächlich darin zu bestehen, daß sie kein Einzelzimmer bekommen hatte.

Sie war ungefähr vierzig und fett und hatte genug Parfüm an sich, um einen Ochsen umzuwerfen. Ich mußte der Frau tatsächlich zehn Minuten gut zureden, bis sie mir überhaupt sagte, weshalb sie eigentlich hergekommen war.

Offenbar hatte sie früher mal einen Nierenstein gehabt und glaubte nun, sie hätte einen neuen Anfall. Sie war so feindselig, wie sie nur sein konnte, erklärte, sie habe über 3000 Kilometer zurückgelegt, um Dr. Slater zu sehen, und sie wollte Dr. Slater sehen und nicht so einen jämmerlichen Medizinalassistenten — zum Teufel noch mal.

Ich stand auf und ging raus, während ihr der Mund noch offenstand, und sagte der Schwester, sie sollte ihr alle drei Stunden Dolantin geben, wenn sie Schmerzen hätte, und ihren Urin auf Blut untersuchen.

Ich vermute, daß es eine bessere Methode gibt, mit Leuten dieser Art fertig zu werden, als nur wütend auf sie zu werden, aber ich kenne sie nicht. Man hört von vielen Leuten, daß sie diesen oder jenen Arzt nicht mögen; sie haben bestimmt keine Hemmungen, einem alles darüber zu erzählen. Oft wechseln die Patienten von dem Arzt, der ihnen nicht gefällt, zum nächsten über, ohne auch nur die Verabredung abzusagen. Aber ich glaube, daß die Leute die einfache und fundamentale Tatsache nicht begreifen, daß der Arzt sie vielleicht auch nicht mag.

Ann schnitt eine Frage an, über die ich etwas sagen sollte: Bei all diesen Berichten über Brustkrebs habe ich nicht erwähnt, was der Chirurg diesen Patientinnen vor oder nach der Operation sagt. Mrs. du Pré ist ein gutes Beispiel.



Patient nach der Operation, Arzt: „Jetzt wissen wir es“

Dr. Peterson hatte bei einer routinemäßigen Untersuchung eine Verhärtung in ihrer Brust gefunden. Er schickte sie zu Slater, der glaubte, dem Aussehen nach sei es wahrscheinlich maligne. Er redete ihr zu, ins Krankenhaus zu kommen, sobald er sie für eine Probeexzision vormerken könnte; sie wurde in der Tat drei Tage, nachdem das Ding festgestellt worden war, operiert.

Natürlich sagte ihr Slater nicht, daß er es bestimmt für bösartig hielt. Er sagte nur, daß, wenn so etwas auftauche, es fast immer gutartig sei, aber es müsse entfernt und untersucht werden wegen der vagen Möglichkeit, daß unter Umständen doch ein Krebs im Anfangsstadium drinstecke, und er wage bei derlei Dingen kein Risiko einzugehen.

Er beschrieb, wie die Probeexzision vor sich ginge — nur ein kleiner Einschnitt, eine einzige Nacht im Kranken-

haus und so; aber er sagte, falls es sich doch als maligne herausstellen sollte, dann wüßten sie es sofort, und solange sie noch unter Narkose sei, und für diesen Fall würde er gern freie Hand haben, gleich die ganze Brust zu entfernen, denn in einem solchen Fall würde er in ihrem Interesse nicht gern auch nur einen Tag verlieren.

Mrs. du Pré war widerstrebend damit einverstanden. Manche müssen eine Weile darüber nachdenken oder wollen eine zweite Meinung hören, und das ist absolut in Ordnung, aber in solchen Fällen betont der Chirurg die Möglichkeit, daß die Verhärtung Krebs sein könne, etwas stärker, denn es ist buchstäblich wahr, daß jeder Tag zählt und man sich den Tag nicht ausrechnen kann, an dem dieses Ding sich auszubreiten beginnt.

Wenn dann während der Operation der Gefrierschnitt Krebs zeigt, dann wird nicht nur die Brust entfernt, sondern man versucht auch festzustellen, ob er sich ausgebreitet hat oder nicht, indem man Lymphknoten aus der Achselhöhle und zwischen den Rippen und sogar innerhalb des Brustkorbs im Gefrierschnitt untersucht. Das ist ausschlaggebend dafür, ob nach der Operation Röntgenbestrahlung oder Hormontherapie oder was sonst empfohlen werden soll.

Mrs. du Pré war entsetzlich deprimiert und verängstigt, als sie aufwachte, und ich war gespannt, was Slater zu ihr sagen würde, wenn er sie das erste Mal nach der Operation sähe. Ich erlebte es bei der Visite am nächsten Morgen, und ich kann mir keine gütigere und rücksichtsvollere Art vorstellen.

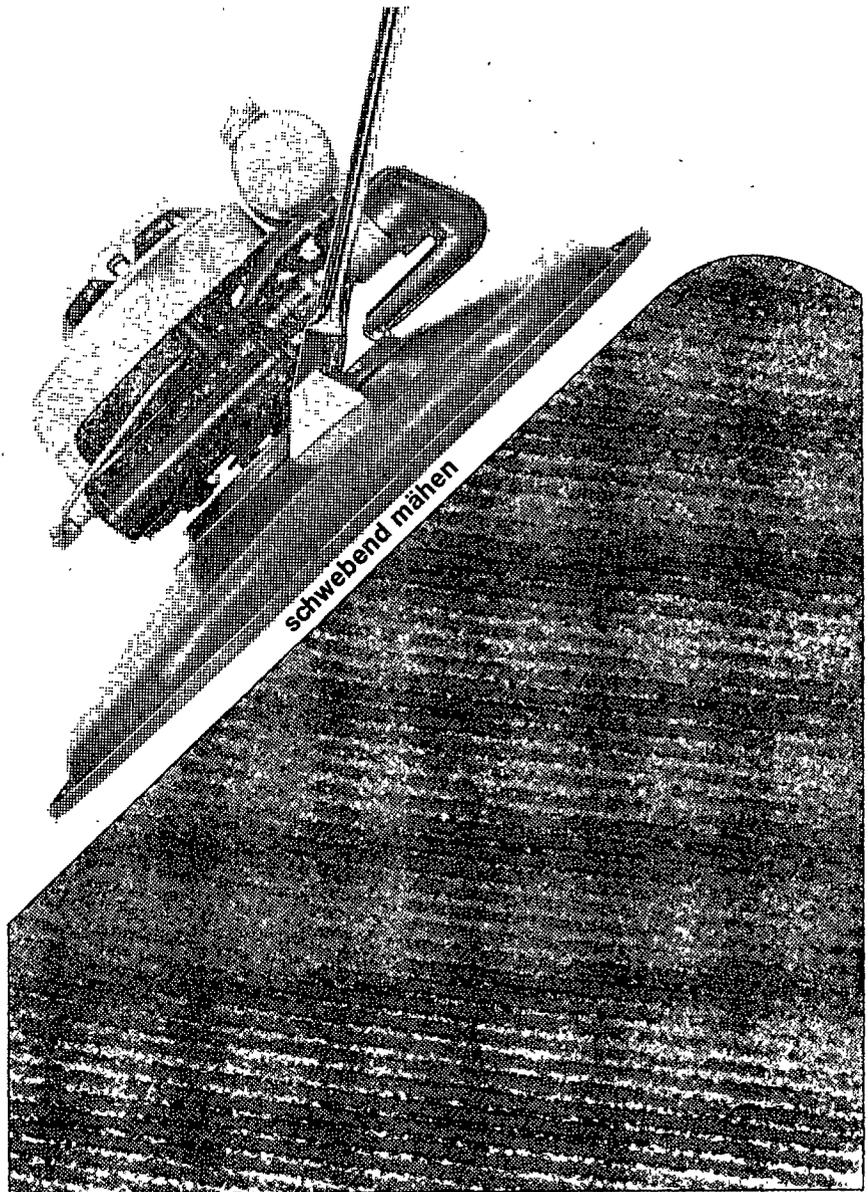
Er ging in ihr Zimmer, strahlte von einem Ohr zum anderen, schüttelte ihr die Hand wie einem lange verlorenen Freund, sah ihr direkt in die Augen und sagte: „Mädeleine, ich gratuliere! Wir haben da einen Tumor gefunden, aber wir haben ihn rechtzeitig gefunden und vollständig entfernt, und Sie sind geheilt.“ Keine dunklen Andeutungen, kein Wenn und Aber.

Nachher sagte Slater, in der Hälfte aller Fälle wisse er, daß er lüge, aber er hielt es für sehr wichtig, der Patientin das so zu sagen, ob nun Anzeichen für die Ausbreitung da waren oder nicht, und zwar nicht nur wegen des physischen und psychischen Schlages, daß die Brust nicht mehr da ist, sondern weil die Frauen wirklich Angst davor haben, einen unheilbaren Krebs zu haben, und die einzige Möglichkeit, ihnen diese Furcht zu nehmen, ist, ihnen schlankweg so überzeugend zu sagen, sie seien geheilt, daß sie es glauben.

Später, wenn sie wieder auf den Beinen sind, sei es immer noch früh genug, ihnen zu erklären, daß es etwas dauern könne, bis es sich als ganz bestimmt herausstellt, ob sie geheilt sind oder nicht; wenn man ihnen das gleich zu Anfang sagt, dann quält man sie in einem Augenblick, in dem sie keine Widerstandskraft haben.

IM NÄCHSTEN HEFT:

- Beschwerden über den „Gasmann“
- Ein Kunstfehler wird vertuscht —
- „Chirurgie wie am Fließband“ —
- „Dr. Slaters Seelenqualen“ —
- Schatten in der Lunge übersehen



FLYMO – der »schwebende« Motor-Rasenmäher!

Sie haben richtig gelesen. FLYMO ist der »schwebende« Motor-Rasenmäher. FLYMO, der neue Motor-Rasenmäher basiert auf den neuesten Erkenntnissen – er arbeitet nach dem modernen Luftkissen-System. Dieser Mäher »schwebt« im wahrsten Sinne des Wortes über Ihren Rasen – in immer gleichem Abstand. Deshalb ist er der ideale Mäher für den Rasen am Hang. Am Hang ist er jedem anderen überlegen, denn er ist einfach und leicht zu handhaben.

Sie können ihn sogar seitlich schwenken. Ohne Schwierigkeiten erreichen Sie selbst das Gras an den Kanten und zwischen Steinplatten.

FLYMO ist ein echter Fortschritt! Wenn Sie den anspruchsvollen, den außergewöhnlichen Motor-Rasenmäher suchen, dann ist der FLYMO richtig für Sie. Fragen Sie bei Ihrem Fachhändler nach ihm.



FLYMO – der »schwebende« Rasenmäher.

FLYMO