III. Ein Fall von Anosmie nach operativer Entfernung beider Eierstöcke.

Von Dr. Sigmund Gottschalk in Berlin.

Jeder Arzt kennt die mannigfachen Klagen einer Frau, welche in die Wechseljahre eingetreten ist: heisse Uebergiessungen, fliegende Hitze, Wallungen, unbegründete Schweisse, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Dys- und Paraesthesien u. s. w. bilden die Legion von Beschwerden, von welchen jede Frau mehr oder minder während dieser Zeit geplagt wird. In jedem einzelnen derartigen Fall, der zur Beobachtung kommt, drängt sich uns immer und immer wieder die Ueberzeugung auf von der ganz gewaltigen Rückwirkung, welche der Eintritt der Menopause bzw. das Aufhören der Ovulation nicht nur auf die Geschlechtsorgane, sondern auf den gesamten Organismus ausübt. Insbesondere scheint das Nervensystem unter der im Körper vor sich gehenden Umwälzung sehr zu leiden.

Wir kennen nachtheilige Folgen des Klimakteriums auf das centrale und periphere Nervensystem. Glücklicher Weise pflegen diese Störungen mit dem Klimakterium zu verschwinden, nur selten überdauern sie dasselbe.

Speciell machen sich nicht selten im Bereiche der höheren Sinnesorgane functionelle Störungen während der Wechseljahre bemerkbar. So berichtet Börner⁵⁾ über ganz eigenthümliche Alienationen des Geruches. Zwei Frauen hatten seit der Zeit der ersten Unregelmässigkeit der Menstruation die Empfindung, dass eine Menge Dinge nach schlechtem Fett rochen. Eine andere Leidensgefährtin verspürte während der Wechselzeit mit der Wiederkehr jeder Genitalblutung einen eigenthümlichen Brandgeruch, wie „nach brennenden Fetzen“.

Die Klagen über Geschmacksveränderungen sind noch häufiger; meist sagen diese Frauen, sie hätten einen „schlechten Geschmack“. Bei genauerem Zusehen wird man jedoch in diesen Fällen finden, dass weniger die eigentlichen Geschmacksnerven, als vielmehr der Geruchsnerv in seinen Functionen gestört ist, und deshalb nur der eigentliche „Wohlgeschmack, die Empfindung der sogenannten aromatischen Geschmäcke, herabgesetzt oder theilweise aufgehoben ist.

Seitdem durch das zielbewusste Vorgehen von Battey⁶⁾ und Hegar⁷⁾ die Castration ihr Bürgerrecht in der operativen Gynäko-

logie nicht nur erworben, sondern nunmehr 15 Jahre hindurch immer glänzender behauptet hat, weiss man, dass bei vorzeitigem Ausfall der Ovulation bzw. nach künstlichem Verluste der Eierstöcke genau dieselben körperlichen und geistigen Veränderungen im weiblichen Körper auftreten, wie zur Zeit des physiologischen Klimakteriums, oft noch in erhöhtem Maasse. Hegar gebührt wiederum das grosse Verdienst, hierauf zuerst in seiner klaren Weise die Aufmerksamkeit gelenkt zu haben, und jeder Operateur, welcher die Castration bei Frauen ausübt und seine Operationen nachher genau beobachtet hat, wird die Angaben Hegar's nur bestätigen können. In einer ausführlicheren Arbeit hat Glaevecke¹⁾ in neuerer Zeit an 30 Castrationsfällen der Kieler gynäkologischen Klinik die Rückwirkung der Castration auf den Gesamtorganismus studirt und ist zu dem, mit der bisherigen allgemeinen Erfahrung völlig übereinstimmenden Schlusse gekommen, dass die Castration ein künstliches Klimakterium entwickelt, welches in allen Punkten genau dem natürlichen gleicht.

So zahlreich nun die Fälle von Castration sind, so sehr sich gerade in letzterer Zeit Erfahrungen über diese Operation und deren Folgen gehäuft haben, so ist doch meines Wissens kein Fall bekannt geworden, in welchem das künstliche Klimakterium vollständig lähmend auf ein höheres Sinnesorgan gewirkt hat.

Die Beobachtung eines vollständigen Wegfalles des bis dahin gut ausgebildeten Geruchsvermögens, welche ich jüngst an einer von mir castrirten Virgo machen konnte, verdient ihrer Seltenheit wegen hier kurz mitgeteilt zu werden.

Am 8. März 1888 habe ich bei dem 36-jährigen Frä. G. die Castration ausgeführt. Patientin litt an einem über faustgrossen rechtseitigen, sehr weichen, intraligamentär sitzenden Myom, welches zu heftigen, unstillbaren Blutungen und lebhaften Schmerzen Veranlassung gab. Der Sitz und die relative Kleinheit der Geschwulst liessen mich von einer Entfernung des Myoms absehen, und ich beschränkte mich auf die Wegnahme beider Eierstöcke und eine partielle Resection der Eileiter, sodass das uterine Drittel der Eileiter in den Stümpfen zurückgelassen wurde. Beide Eierstöcke sind aber unversehrt und ganz entfernt worden; der rechte Eierstock war durch einen zur Cyste entarteten Follikel vergrössert, mit ihm war eine kirschengrosse Parovarialcyste abgebunden worden; das linke Ovarium bot nichts abnormes.

Die Heilung verlief ohne Störung, am 20. Tage nach der Operation konnte ich Patientin geheilt entlassen.

In den ersten Tagen nach der Operation war die typische uterine Blutung erfolgt; dann aber blieb die Periode 2 Monate aus. Patientin verlor auch ihre Beschwerden, sodass sie sich recht gut erholte.

Anfang Juli zeigte sich dann wieder eine mehrtägige menstruelle, jedoch schmerzfreie, Blutung. Dieselbe kehrte jetzt monatlich, regelmässig, und allmählich stärker werdend, wieder, sodass sie November und December 1888 acht Tage andauerte.

Im Januar und Februar 1889 zeigten sich neue Blutspuren. Die Periode blieb alsdann 8 Wochen, oft auch 10 Wochen aus, kurz, wurde im Verlaufe des Jahres 1889 sehr unregelmässig. Gleichzeitig bemerkte Patientin, dass ihre Haare sehr stark ausfielen; vergebens suchte sie bei bewährten Specialärzten gegen dieses Leiden Hilfe.

Im November 1889 trat alsdann eine 14-tägige, starke Blutung auf, welche mich veranlasste, eine Abrasio der Gebärmutter Schleimhaut vorzunehmen, da die andauernde Blutung den Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Mucosa uteri bei mir rege gemacht hatte. Die mikroskopische Untersuchung der ausgekratzten Schleimhautfetzen belehrte mich jedoch, dass dieser Verdacht unbegründet war, und nur gutartige entzündliche Veränderungen an der Schleimhaut vorhanden waren, wie wir sie so oft bei Myombildungen am Uterus treffen.

In der Narkose konnte ich gelegentlich der Auskratzung mich ferner davon überzeugen, dass das Myom auf Kleinapfelgrösse geschrumpft war.

Die Auskratzung wirkte sehr gut, die Blutungen stellten sich während des Jahres 1890 in 8—10 wöchentlichen Zwischenräumen, mittelstark und ohne Schmerzen ein, durchschnittlich von 6—8 tägiger Dauer. Freilich nahm Patientin eine ganze Zeit lang Ergotinipillen.

Gegen Ende des Jahres 1889, als die bis dahin noch regelmässig verlaufene menstruelle Blutung zuerst unregelmässig wurde, traten nach einander alle die gewohnten klimakterischen Erscheinungen auf. Besonders war Patientin in der ersten Hälfte des Jahres (1890) sehr von Hemicranie, Schlaflosigkeit, unbestimmten Muskelschmerzen und Wallungen heimgesucht. August d. J. (1890) kam Patientin zu mir mit Klagen über einen fixen Schmerz an der rechten Seite des Nackens und mit der Angabe, sie habe allmählich ganz den Geruch und den Geschmack verloren.

Bei Druck auf die rechte Seite des Nackens, etwa in der Höhe des 5. Halswirbels und dicht neben der Wirbelsäule, fand ich eine etwa 10 pfennigstückgrosse äusserst empfindliche Stelle, an der ich weiter nichts abnormes entdecken konnte.

Eine genauere Prüfung der Geschmacksempfindung zeigte, dass im Bereiche der Geschmacksnervenfaser keine Störung vorlag; denn die vier gewöhnlichen Qualitäten des Geschmackssinnes: „süss, sauer, salzig und bitter“ wurde von der Patientin empfunden. Auch die Tastempfindungen der Mundschleimhaut waren nicht herabgesetzt; Pfeffer rief die brennende Empfindung bei der Patientin hervor. Dagegen bezeichnete Patientin den Geschmack der Zwiebel mit süss; diese letztere Angabe brachte mich ohne

⁵⁾ Ernst Börner, Die Wechseljahre der Frau. Stuttgart, Enke 1886.

⁶⁾ Battey. Amer. Practit. 1875.

⁷⁾ A. Hegar, Die Castration der Frauen. Volkmann's klin. Vortr. 1878.

¹⁾ Glaevecke, Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits. Archiv f. Gynäkologie Bd. 35, 1889.

weiteres darauf, dass nicht der Geschmackssinn, sondern der Geruchssinn gelitten und die angeblichen Geschmacksstörungen auf functionelle Störungen seitens der Riechnervenfaser zurückzuführen seien. Bei genauerem Befragen gab Patientin nun auch ganz richtig an: „es fehlt mir das Aroma beim Essen.“

Es war nun von Interesse, festzustellen, ob die Geruchsempfindung nur herabgesetzt oder ganz und gar erloschen sei. Die Versuche, welche ich mit Moschus und Ammoniak zu diesem Zwecke anstellte, belehrten mich nun, dass es sich hier in der That um ein völliges Erlöschen der Geruchsempfindung handelte.

Wir haben es also mit einem Falle von Anosmie zu thun, die im Verlaufe eines künstlich herbeigeführten Klimakteriums aufgetreten war, ohne dass vorher irgendwie die Intensität der Geruchsempfindung gegen die Norm herabgesetzt war. Ich kenne die Kranke schon 4 Jahre und habe früher niemals Klagen über mangelndes Geruchsvermögen von ihr vernommen.

Die Fragen, welche ich mir jetzt vorlegen musste, waren: 1) Besteht irgend eine örtliche Erkrankung der Nasenhöhle, der Nasenschleimhaut oder eine pathologisch-anatomische Veränderung der Nn. olfactorii bezw. der Riechzellen? oder 2) handelt es sich um ein cerebrales Leiden? oder 3) liegt bloß eine functionelle Störung vor und steht sie im Zusammenhange mit dem künstlich herbeigeführten Klimakterium? Patientin wurde von zwei hiesigen Rhinologen untersucht; beide konnten keine krankhafte Veränderung der Nasenschleimhaut erkennen. Es lag kein mechanisches Hinderniss vor, welches den Zutritt von Riechstoffen zu der Regio olfactoria hätte behindern können. Keine abnorme Trockenheit der Schleimhaut, keine Schleimhautschwellungen wurden beobachtet.

Centrale Ursachen, wie Abscesse oder Tumor in der vorderen Schädelgrube, welche eine Druckatrophie der Nn. olfactorii hätten bedingen können, muss ich in Ermangelung irgend einer sonstigen Störung im Bereiche der Kopfnerven ausschliessen. Die Tastempfindung der Nasenschleimhaut ist nicht herabgesetzt, der Nervus trigeminus also nicht alterirt; es besteht keine Stauungspapille. Die Pupillen sind gleich weit und reagiren gut. Darnach dürfte ich die erste und zweite Frage wohl mit „nein“ beantworten und mich der Diagnose der Rhinologen anschliessen, dass eine rein functionelle Anosmie vorliege. Mit anderen Worten: die vorliegende Erkrankung ist dem grossen Gebiete der Neurosen einzuverleiben.

Ich komme damit zur Beantwortung der letzten Frage: Lässt sich diese Neurose als eine Folgeerscheinung der Castration bezw. des künstlichen Klimakteriums deuten? Dass die Kranke in das Klimakterium im Verlaufe des letzten Jahres eingetreten war, liegt ausser Zweifel; das seltenere und ganz unregelmässige Auftreten der menstruellen Blutung, die charakteristischen Allgemeinstörungen zeugen dafür.

Der fixe Schmerzpunkt an der Halswirbelsäule, die Kopfschmerzen, welche in letzterer Zeit im Vorderhaupte auftraten, das Ausfallen der Kopfhare sind gewiss als klimakterische Störungen im Bereiche des Nervensystems aufzufassen. Den beschriebenen Schmerzpunkt an der Halswirbelsäule kann man bei vielen Frauen während der physiologischen Wechseljahre finden. Das Ausfallen der Kopfhare führe ich auf eine Trophoneurose zurück.

Wir wissen, dass während des Klimakteriums sehr leicht Neurosen auftreten, auch bei Frauen, welche vorher niemals an Hysterie oder sonstigen nervösen Zuständen gelitten haben. Ferner ist bekannt, dass gerade der Geruchssinn von Veränderungen an den weiblichen Genitalien sehr leicht beeinflusst wird. Ich erinnere nur an die perversen und gesteigerten Geruchsempfindungen vieler schwangeren Frauen. In der Zeit, in welcher der Geschlechtsapparat in seiner vollsten Thätigkeit ist, der Schwangerschaft, scheint also leicht eine Hyperosmie reflectorisch ausgelöst zu werden. Es wäre, rein theoretisch betrachtet, deshalb auch von vornherein nicht wunderbar, wenn mit dem Erlöschen der Geschlechtsthätigkeit, mit der damit eingeleiteten Rückbildung der Genitalien, eine entgegengesetzte Rückwirkung auf den Geruchssinn sich geltend machte und eine Herabsetzung des Geruchsvermögens vorübergehend beobachtet würde.

Es ist vielleicht empfehlenswerth, in Zukunft hierauf mehr zu achten, als es bisher geschehen ist; wahrscheinlich dürfte dann diese rein theoretische Schlussfolgerung ihre thatsächliche Unterlage gewinnen.

Ich trage kein Bedenken, die von mir beobachtete Anosmie als eine Reflexneurose zu deuten, welche mit dem künstlich hervorgerufenen Klimakterium innig zusammenhängt und als eine Begleiterscheinung des letzteren aufzufassen ist. Auf welche Weise nun diese Neurose entstanden ist, in wiefern sie in dem Klimakterium ursächlich begründet ist, können wir ebenso wenig mit Bestimmtheit ermitteln, als wir die Einzelvorgänge kennen, welche sich während dieser wichtigen Lebensphase des Weibes in dem Körper abspielen. Dass Veränderungen von einschneidendster Bedeutung in den einzelnen Organen des Körpers während der Zeit des Erlöschens

der Geschlechtsthätigkeit vor sich gehen, ist zweifellos. Vielleicht darf ich dem Vorwurf, mich in speculative Betrachtungen zu verlieren, entgehen, wenn ich annehme, dass in dem Leben der einzelnen Zelle sich die Wechselzeit bemerkbar macht und sich hier vielleicht in einer veränderten Anordnung der Zellmoleküle kund thut. Ich möchte dementsprechend annehmen, dass in unserem Falle speciell in den Riechzellen diese molekulare Bewegung krankhaft gesteigert ist, so dass dieselben einer chemischen Einwirkung luftförmiger Stoffe unzugänglich geworden sind.

Es liegt nahe, die Hoffnung zu hegen, dass, entsprechend dem Verlauf sonstiger, mit den Wechseljahren einhergehender Neurosen auch in diesem Falle mit dem Ablaufe der klimakterischen Periode Besserung oder gar Heilung eintreten wird. Ich möchte daher die Prognose des Falles nicht ungünstig stellen. Inwiefern man etwa durch den constanten Strom die Wiederherstellung der Function beschleunigen kann, lasse ich dahingestellt. Die Kranke wird von einem Spezialarzt für Nasenkrankheiten jetzt in der Weise örtlich behandelt.¹⁾

Der vorliegende Fall scheint mir aber noch nach einer anderen Richtung bemerkenswerth, insofern er von neuem lehrt, dass selbst die totale Entfernung der Eierstöcke nicht sofort das Aufhören der menstruellen Blutung im Gefolge zu haben braucht, wenn es auch meist der Fall zu sein pflegt. Ich hebe noch einmal hervor, dass, obschon ich gewiss bin, kein Eierstocksgewebe zurückgelassen zu haben, und auch das Vorhandensein eines dritten Eierstockes verneinen kann, die menstruelle Blutung nach zweimonatlicher Pause noch ein Jahr lang ganz regelmässig in vierwöchentlichen Zwischenräumen ohne Ovulation vor sich gegangen ist. Erst dann wurden die Blutungen unregelmässig, wie im Beginne des Klimakteriums, und zeigen sich bis jetzt, also fast 3 Jahre nach der Operation, in grösseren Pausen wieder.

Nun weiss ich ja recht wohl, dass nach Hegar in solchen einzelnen Fällen möglicherweise entzündliche Vorgänge an den Stümpfen sich abspielen und den Reiz auf die Ovarialnerven auslösen können, der bis dahin von der Thätigkeit der Eierstöcke hervorgerufen wurde. Objectiv war ein solcher Process hier nicht nachzuweisen. Allein Lawson-Tait würde gewiss meinen Fall verwerten können zur Begründung seiner Theorie von der menstruellen Blutung, der ich mich freilich nicht anschliessen kann. Nach Lawson-Tait²⁾ ist die menstruelle Blutung an das Vorhandensein der Eileiter, nicht der Eierstöcke geknüpft. In meinem Falle war ja ein Stück der Eileiter zurückgeblieben. Dafür würde dann noch sprechen, dass ich in vier weiteren Fällen, in welchen ich aus der gleichen Anzeige Eierstöcke und Eileiter in toto entfernt habe, im unmittelbaren Anschluss an die Operation die Menopause eintreten sah.

Nun geht Lawson-Tait aber noch weiter und sagt, es genügt, die Tuben allein zu entfernen, ja, man braucht überhaupt auch die Eileiter nicht einmal wegzunehmen, sondern nur den Nerv, welcher zwischen Eileiter und Lig. rotundum uteri verläuft, zu zerstören, um das Aufhören der menstruellen Blutung zu erzielen.

Dieser letzteren Auffassung stehe ich vorläufig noch skeptisch gegenüber. Ich halte vor wie nach an dem Satze fest: „ohne Ovulation keine Menstruation“. Ich glaube aber, gestützt auf den hier mitgetheilten Fall, dass man den Eileitern bezw. den mit ihnen verbundenen Nerven jeglichen Einfluss auf das Zustandekommen der menstruellen Blutung vielleicht nicht absprechen kann, wenn derselbe auch erst in zweiter Linie in Betracht kommen und nur sehr schwer einwurfsfrei zu begründen sein dürfte.

¹⁾ Anmerkung bei der Correctur: Der Zustand hat sich inzwischen (innerhalb sechsmonatlicher Behandlung) wesentlich gebessert.

²⁾ Lawson-Tait, The surgical treatment of uterine myoma. The British medical Journal I./XI 1890 p. 1006.