VII.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ovariectomie in der Republik Chile.

Von

Dr. J. B. Ullersperger

vorm. Leuchtenberg. Leibarzt in München.

De la ovariectomia — Memoria de prueba para obtener el grado de licenciado en la Facultad de Medicina, por don E. Dessauer.*)

Es wurde diese Inaugural-Dissertation veröffentlicht in Annales de la Universidad de Chile, Aprilheft 1870. S. 119—131. Sie berichtet über die ersten in der Republik Chile verrichteten Ovariectomien.

Unser Verf. beginnt seine Inauguralschrift mit einem geschichtlichen Rück- oder Ueberblick. Er meint, die Ansicht der Praktiker in Betreff der Ovariectomie habe sich seit noch nicht gar so langer Zeit geändert. Die grössere Genauigkeit und Schärfe der Diagnose in Bezug auf Eierstockgeschwülste — dann die Modificationen und wesentlichen Fortschritte respective Verbesserungen in den Operationsmethoden und der Nachbehandlung haben dieser Operation ein weites Feld eröffnet, während einer der vorzüglichsten Gynäkologen der Neuzeit, Scanzoni, noch im Jahre 1856 die Ovariectomie für ein chirurgisches Wagestück erklärt und während 1857 Velpeau sich nicht zu ihren Gunsten ausgesprochen habe. Andere Praktiker warfen den Ovariectomisten vor, „sie hätten sich zum Werkzeug eines freiwilligen Selbstmordes hergegeben, indem sie dem Verlangen von Individuen, operirt zu werden, nachgegeben.“ Wieder andere Aerzte, und darunter Gynäkologen vom Fache, hätten ausgesprochen, um diese Operation zu legitimiren, müsse das Leben einer Kranken in absoluter Gefahr schweben — und um sie als rationell praktikabel zu machen, sei sie nur auf jene Fälle anwendbar, wo die Geschwulst von kleinem Volumen sei, wo die Exstirpation der Kranken noch ein längeres Leben

*) Santiago de Chile. Imprenta nacional. 1870. gr. 8°.

zu sichern vermöge. Noch andere endlich sprechen mit einem Worte aus: „um eine Hilfsleistung eintreten zu lassen, muss diese weniger gefährlich sein, als das Uebel selbst, was bei Exstirpation des Ovarium nicht der Fall sei.“

Die ersten Ovariotomien im Süden von Amerika wurden in Chile vorgenommen, nachdem der Norden bereits günstige Resultate errungen hatte. Den nächsten descriptiven Theil der Schrift mit Einschluss der unvollständigen Statistik übergehen wir, und schliessen gleich an, dass unser Verf. in Betreff der Nachbehandlung als Grundsatz hervorhebt: „Die erste Indication der Nachbehandlung bestehe darin, der Bauchfellentzündung und den Blutungen vorzubeugen, welche zuweilen aus dem Stumpfe des Pediculus Tumoris eintreten.“ Die vom Verf. eingebrachten praktischen Fälle sind folgende:

Jener der Gattin eines Ingenieurs, 30 Jahre alt, Mutter von 6 Kindern, darunter Zwillinge, schwächlicher Constitution, seit einem Jahre amenorrhöisch. Bereits vor Jahresfrist hatte sie in der linken Gegend des Eierstocks eine kleine Geschwulst gewahrt. Als sie in Behandlung trat, war schon Ascites, Oedema pedum vorhanden, der Bauch hatte den Umfang einer 9 Monate lang Schwangeren angenommen — die übrigen Zeichen der Symptomengruppe waren die den voluminösen Eierstockgeschwülsten eigenthümlichen. Man nahm die Punction vor und entleerte aus diesem linken Sacke ungefähr 20 Pfd. einer dünnen, gelblichen, eiweisshaltigen Flüssigkeit. Nun erst, nach gänzlicher Erschlaffung der Bauchdecken konnte man Eierstockgeschwulst beider Seiten durchfühlen — jene rechts zeigte sich weich, ohne Härte.

Am 14. October nahm nun Dr. Oswald Aichel die Ovariotomie vor. Zwei Zoll unter dem Nabel machte er in gerader Linie einen Einschnitt von 3 Zoll Länge. Es flossen wenigstens 10 Pfd. seröse Flüssigkeit ab und der rechte Tumor drängte sich in die Wunde. Nach geschehener Entleerung desselben durch die Punction, konnte er mit Leichtigkeit heraus genommen werden, — nirgends Verwachsung. Man schritt zur Unterbindung des Pedunculus, 2 Zoll dick, vermittelst eines dicken Fadens, welcher abgeschnitten wurde. Die Wundfläche ward kauterisirt und der Stumpf reponirt. Der linke Tumor musste von einigen Adhärenzen gelöst werden, was leicht geschah — nach geschehener Punction nahm man ihn heraus. Man hatte mit diesem Tumor schon mehr Anstand, denn er verlor darauf nur den dritten Theil seines Umfanges, war hart, consistent, knotig. Darauf führte der Operateur die ganze Hand in den Unterleib und alle Finger anlegend, nahm er ihn mit ziemlicher Kraft heraus, um damit zu starke Erweiterung des Einschnittes zu vermeiden. Den sehr kurzen Pedunculus unterband er nahe am Gebärmutterkörper mit dicken Faden, welchen man abschnitt und worauf der Stumpf kauterisirt und reponirt wurde. Der Einschnitt wurde mit einer gewundenen Naht geschlossen und am unteren Mundwinkel während der ersten 24 Stunden eine Gummisonde eingelegt. Die nächsten 3 Tage wurden kalte Ueberschläge aufgelegt — die Kranke bekam alle 2 Stunden 15 Tr. Laudanum, Fleischbrühe und Wein. Das Fieber blieb stets unbedeutend, der Puls variirte Morgens zwischen 100 und 105 — Abends zwischen 110 und 120 — die Schmerzen waren gering — kein Meteorismus — nach 10 Tagen liess das

Fieber vollends nach. Von nun an nahm die Kranke dreistündlich 10 Tr. Laudanum, ziemlich Fleischbrühe und Wein. Nach weiteren 15 Tagen bekam sie 10 Tr. Laudanum 3 Mal des Tages — und wieder nach Ablauf von 20 Tagen konnte sie aufstehen. Die Wunde war vernarbt.

Die Kranke, schmerzlos, fieberfrei, ass mit Lust, hatte regelmässige Entleerungen und ruhigen Schlaf, der rechte Tumor stellte eine kleine Cyste dar von 10 Zoll Durchmesser, von dünner Wand, innen zottig, 1 1/2 Linie dick, unilocular, dessen Inhalt bestand in einer blassgelblichen, klebrigen Flüssigkeit, sackbildend und von alkalischer Reaction.

Der linke Tumor war länglich, unregelmässig, ovalförmig-knotig — äusserlich von einer Farbe vom Gelben bis ins Dunkelfarbige — sein Inhalt bestand zum dritten Theile in einer dicken, dunkelgelben Flüssigkeit — der Rest war eine scirrhöse, knotig-harte, aber doch mit den Fingern zerreiszbare sackige Masse mit fadenziehendem Inhalte. Innen bestand er in einem warzenförmigen Gewebe, mit etwas weniger dicker Flüssigkeit gefüllt, von dunkelgelber Farbe. Die Innenfläche dieser festen Masse war mit kleinen Blasen bis zur Grösse einer Nuss besetzt, mit feinen durchsichtigen Wänden und seröse Flüssigkeit enthaltend. Nach Aichel's Angabe bestand der Tumor in einem Cystoid in carcinomatöser Entartung begriffen mit einem Diameter von 12 Zoll Länge und 8 Zoll Breite.

Die zweite Ovariectomie, in Chile verrichtet, nahm einen weniger günstigen Ausgang:

Eine Mutter von 10 Kindern, wovon noch 5 am Leben, guter Constitution, normalem Pulse, natürlicher Esslust, bedurfte, um Entleerung zu bekommen, stets der Nachhülfe von Klystieren. Sie hatte vor 10 Jahren in Folge eines Abortus viel Blut verloren, und bemerkte seit dieser Zeit die Bildung einer Geschwulst im linken Hypochondrium. Dennoch blieb die Menstruation regelmässig bis 10 Monate, bevor sie ärztliche Hülfe suchte. Von da an nahm die Geschwulst rasch zu. — Bei dem Examen ist sie unsicher, ob nicht Schwängerung stattgefunden hat? Die genaue Untersuchung stellt nun die Diagnose dahin: „Multiloculäres Cystoid, wahrscheinlich mit freiem Ascites begleitet.“ Man nahm die Ovariectomie am 14. Januar 1870 vor. Man hatte vor der Operation eine Punctio explorativa gemacht, wodurch eine grosse Quantität einer stinkenden dunkelrothen Flüssigkeit entleert wurde. Nun wurde ein Einschnitt gemacht vom Troicarstich an abwärts und 5 Zoll lang. Darauf stellte sich eine livide Geschwulst dar von allen Seiten mit vielen kurzen kleinen Gefässen fest adhärirend, anscheinend dem schwangeren Uterus ähnlich. Gleich beim ersten Versuche sie loszulösen, riss sie und wies eine grünliche Pulpa in Stücken nach. Es ward nöthig, alle Eingeweide von den Adhärenzen zu trennen bis zu den Gefässen, den Magen und die Leber, dann sie alle mit der Hand herauszunehmen. Nachdem so das Neoplasma mit einer ungeheuren Anstrengung losgelöst war, fand sich, dass der Pedunculus vom Fundus uteri ausging. Man exstirpirte ihn mit dem Ecraseur von Mathieu und kauterisirte den Stumpf energisch mit dem Glüh-eisen. Der Unterleib ward mit Schwämmen gereinigt. Die Wunde schloss man mit der Knopfnadt und hinterliess an ihrem unteren Winkel eine dünne elastische Sonde. Die Blutung war ganz unbedeutend und verlangte keine Ligaturanlegung. Bis hierher war die Operation glücklich abge-

laufen; allein unmittelbar darauf trat ein totaler Collapsus ein und die Kranke starb 2 Stunden nach Vollendung der Operation und Anwendung aller möglichen Analeptica. Der Tumor war ein Medullar-Cysten-Carcinom, weisslich, vom Fundus uteri hervorgehend, einige Höhlen enthaltend, voll von carcinomatösen Theilchen und einer serösen dunkeln, zersetzten Flüssigkeit. Eine Nekroskopie war nicht vorgenommen worden.

Der Berichterstatter formulirt daraus eine Folgerung, welche er als Rath für seine chirurgischen Fachgenossen einlegt: „Man mache vor der Operation schwieriger Fälle, ehe man die Statistik der Ovariectomie mit Todesfällen bereichert, eine Explorativpunction: wenn eine stinkende, zersetzte, livide oder etwas dunkelrothe Flüssigkeit ausfliesst, dann setze man die Operation nicht mehr weiter fort. Eine derartige Geschwulst, welche sich mit Leichtigkeit in kurzer Zeit vergrössern und wachsen kann, ist fast ohne Ausnahme bösartigen Charakters, und solche Tumoren sind eigentliche *Noli me tangere*.“

Er hatte kaum dieses neue Dogma für die Differential-Diagnostik der Eierstockgeschwülste angesprochen, als sich ihm auch schon Gelegenheit bot, dieses mit einem praktischen Fall zu erhärten. Im April 1870 ward er von seinem Collegen Dr. Don Enrique Yunge in Santiago eingeladen einer Punction beizuwohnen bei einem Ascites ovaricus. Vor 2 Monaten erst war an derselben Kranken die letzte Punction gemacht worden, — und schon war eine weitere wegen Oppression und Dyspnöe nothwendig geworden. Nach gemachter Punction, wodurch wenigstens 25 Pfd. einer dunkelrothen Flüssigkeit waren entleert worden, gewahrte man einen Tumor ovarii von ungefähr der Grösse eines Mannskopfes, beweglich in die rechte Bauchseite gelagert, von glatter, nicht knotiger Oberfläche, aus harten und Weichtheilen bestehend, schmerzlos — dabei Uterus in seiner natürlichen Lage und die innere Exploration zeigte nichts Abnormes.

Die Kranke war 42 Jahr alt, Mutter einer Tochter, und war stets gesund gewesen, nur war sie genöthigt, stets zu Abführmitteln zu greifen. Seit 2 Jahren hatte sich in ihrem Unterleibe eine Geschwulst zu bilden begonnen, die ihr viel Schmerz machte. Die Menstruation war stets regelmässig geblieben, ihr Körper aber abgemagert. Die Diagnose stellte man auf *Cystosarcoma multiloculare* am rechten Ovarium. Die Kranke wollte operirt werden, und obschon die Prognose zweifelhaft war, gab man nach, da der Tumor vollkommen beweglich, ohne Adhärenzen und von keinem bedeutenden Umfange war. Man bediente sich der Klammer von Spencer Wells und kauterisirte den Pedunculus. Die Operation machte am 4. Mai 1870 der Berichterstatter unter Assistenz der Doctoren Yunge und Schmitthenner, dann der Prof. Thevenot und Valderrama.

Zur Vermeidung von Erbrechen, welches das Chloroform zuweilen zur Folge hat, wandte man die örtliche Aetherisation an — man war jedoch wegen Erfolglosigkeit, wahrscheinlich wegen schlechter Construction des Apparates an die Anwendung des Chloroforms gebunden. Man begann mit einem Hauteinschnitte $3\frac{1}{2}$ Zoll lang in die Linea alba bis 4 Zoll unter den Nabel und erweiterte, indem man das Bauchfell einschneidet, die Wunde mit einem Knopf-Bistouri. Nachdem viele Flüssigkeit sich entleert, trat die Eiterstockgeschwulst vor die Wunde. Man nahm nun vermittelst des Troicart von Maissonneuve die Punction der Cyste vor

und entleerte ziemlich viel gelber, trüber, eiterförmiger Flüssigkeit. Darauf ward versucht mittelst der Zange von Musseux den Sack der Cyste herauszunehmen, allein der Einschnitt war enge und die Cyste hatte harte dicke Theile, so dass es nöthig wurde die Hand einzuführen, um den Sack heraus zu holen. Der Pedunculus, beiläufig 2 Zoll lang, wurde leicht in die Klammer eingeklemmt, abgeschnitten und kauterisirt. Man schloss die Wunde mit der umwundenen Naht, ohne dass jedoch die Nadel das Bauchfell ergriff, und legte den Pedunculus mit der Klammer in den unteren Wundwinkel ein. Beim Herausnehmen des Sackes gewahrte man zwei Darmschlingen mit kleinen Geschwülstchen und Plaques, rohen Miliartuberkeln gleichend. Der Blutverlust war unbedeutend — er betrug kaum 30 Grammen und die Operation mit allen ihren Vorbereitungen hatte nicht über fünf Viertelstunde gewährt. Der Tumor bestand aus einem Cystosarcoma multiloculare — einige der Cysten waren mit eiterförmiger Flüssigkeit gefüllt und mehrere sind durch ein Zapfengewebe vereinigt und an der Insertionsstelle des Pedunculus sass eine andere kleine Geschwulst von der Grösse eines Eies, bestehend aus einer Cyste mit käsiger Masse gefüllt. Man gab der Operirten etwas Wein mit Cognac und 15 Tropfen Laudanum, legte Oel-Fomente auf die Wunde. Nach 2 Stunden begann sie zu erbrechen, man setzte das Laudanum aus, welches dasselbe zu vermehren schien und gab Eis. Während der Nacht markirte der Puls 72 bis 76 Schläge — Erbrechen hielt an — man reichte der Kranken Eis und gefrorene Brühe — sie liess 3 Mal Urin und hatte eine gute Nacht. Am Morgen zählte der Puls 72 Schläge, die Wunde gut, die Kranke fühlte sich erträglich, doch hielt Erbrechen an, kein Schmerz im Leibe, kein Verlangen etwas zu sich zu nehmen. Man verordnete ihr sodann Chloralhydrat (4 Grm. in 6 Unzen Mixtur, gumm. zu einem Löffel voll alle halbe Stunden; das Erbrechen hatte schon auf den ersten Löffel voll aufgehört), und gab ihr gefrorene Brühe fort, welche sie gerne nahm. Von 10 Uhr Morgens an beschleunigte sich der Puls, die Füsse begannen kalt zu werden, der Leib sich aufzutreiben, jedoch ohne Schmerz. Nachmittags 4 Uhr war der Puls bereits bis 150 Schläge gestiegen, schwach und fadenförmig geworden, die Extremitäten waren eiskalt, während die Wunde gutes Aussehen behalten hatte. Ausser einigen Analeptics bekam sie ein Klystier mit Asa foetida — Erbrechen kehrte wieder. Bis 8 Uhr Abends war der Puls an den Radial-, Temporal- und Tibialarterien verschwunden, das Herz machte unzählige und unregelmässige Schläge — Oedem der Lungen — 5 Grm. Moschus alle halbe Stunden — auch ein Klystier ward beigebracht, — Alles vergebens — die Kranke war bis 5 Uhr des nächsten Morgen eine Leiche.

Die Nekroskopie nahm Dr. Enrique Yunge unter Assistenz von Middleton und Valderrama vor. Die Wunde hatte das beste Aussehen, war per primam intentionem fest geschlossen, der Pedunculus abgeklammert, gangränös. Die rechte Lunge frei, ohne Adhärenzen, aber ödematös — der Pleura-Sack enthielt 5 Unzen Serum. — Die linke Lunge rückwärts verwachsen, ödematös — am unteren Lappen Pneumonia hypostatica — mehr Serum als auf der rechten Seite. Im Herzbeutel 4 Unzen einer gelblicheren Serosität — Herz klein und sehr fett. Im rechten Ventrikel fest mit den Trabekeln und der Valvula tricuspidalis

zusammenhängend, beinahe die Arteria pulmonalis verstopfend und sich in diese bis auf einige Distanz hinein erstreckend, befand sich ein weisses Gerinnsel, hart und blutig an seinem Ende. Dasselbe zeigte sich im Atrium und in der Vena cava inferior — ersteres war sogar durch das Coagulum etwas erweitert — Vena cava superior ganz leer, ebenso der linke Ventrikel mit seinem Atrium. Im Unterleibe fand man 1 Pfd. Serum — das ganze Bauchfell zeigte sich schieferfarbig — die seröse Wand der Gedärme und das Mesenterium voll von hervorragenden Plaques, grauröthlich gefärbt — man fand sie von allen Grössen, von der einer Linse bis zu einem Peso — die grösseren davon waren kraterförmig und melanotisch. Ein verticaler Durchschnitt zeigte die Muskel- und seröse Haut völlig frei — keine dieser Plaques enthielt käsige oder eiterförmige Materie, wie man sie in Tuberkeln entdeckt. Magen und Eingeweide waren voll Gas. An der per primam unionem vernarbten Wunde adhärirte innen eine Darmschlinge, und an dieser Stelle liess sich eine leichte fibrinöse Exsudation gewahren. Am unteren Wundwinkel, wo der Pedunculus fest adhärirte, fand sich eine kleine Fistel vor, Serum vom Bauche durchlassend, in dem man auch nicht einen Tropfen Blut antraf. Zwischen dem linken Leberlappen, dem Magen und Colon transversum bestanden starke, alte Verwachsungen. Das Omentum majus war verkleinert und in dicke Ligamente degenerirt, an die rechte Wand angeklebt und voll von Geschwülstchen wie die Plaques des Bauchfells, jedoch globulöser. Die obere Oberfläche der Leber adhärirt fest mit dem Zwerchfelle und ist mit denselben Plaques bedeckt — im Uebrigen sehr hyperämisch — Galle dick, dunkelgrün gefärbt. Bloss die Darmschleimhaut fand sich etwas infiltrirt vor — Nieren gesund. Merkwürdig bleibt bei diesem Falle die rasche Vernarbung und der Mangel von Peritonitis; denn die schiefergraue Färbung des Bauchfells war Folge alter Phlogosen. Die Natur der Plaques war derartig, dass es schwer war einen Unterschied aufzustellen zwischen rohem Tuberkel und Carcinoma — es waren Uebergangsformen von einem ins andere mit primitiven mikroskopischen Elementen. Das Schwinden des Pulses war Folge der Kleinheit des Herzens und des fibrinösen Coagulum.

Verf. macht aus den 3 Fällen die praktische Folgerung, dass für den Ovarioto misten die Diagnostik mit der grössten Präcision herzustellen sei, dass die Leichtigkeit der Operation und die manuelle Geschicklichkeit des Operators wohlthätige Stützen zur Rettung solcher Unglücklichen werden können, deren Krankheitscomplex den Erfolg einer Ovariectomie begünstigt.

Wir selbst erlauben unserem Berichte einige Bemerkungen anzuhängen: Die erste Ovariectomie in Chile verrichtet ist Doppeloperation und von Erfolg gekrönt, und wir gewinnen eine Mortalitäts-Statistik von 1 : 2. Wir erachten aber nicht bloss in geschichtlicher Beziehung die vorgefundenen Ovariectomien aus den Chilener Universitäts-Annalen für berücksichtigungswerth; sondern wir glauben davon auch noch andere Anwendungen machen zu können. Bekanntlich schreiben die Operateurs selbst dem Klima Einfluss zu auf den Erfolg der Operation, so, dass Paris eine Zeit lang förmlich in Verruf stand, und man sogar corporativ die Frage aufwarf: „ob das Klima von Paris den Ovariectomien nachtheilig sich erweise, da es die ungünstigste Statistik aufstelle, während doch in Strassburg geradezu

das Gegentheil stattfindet. Zweitens hat Spencer Wells und mit ihm alle Ovariotonisten im Operationszimmer eine künstlich erhöhte Temperatur hergestellt, welche in Chile natürlich vorhanden ist.

Der grosse Unterschied der Individualitäten im Alter, in der Constitution, in ihrem ganzen physischen Inbegriffe — die unendliche Mannigfaltigkeit der klinischen Fälle, ihre Dauer und Complication lassen der Kunst und Wissenschaft noch zu ordnen und zu schlichten übrig. Dem moralischen Einwurfe der Nichtzulässigkeit der Ovariectomie wegen grösserer Gefahr, als jene des Tumor ovarii selbst, hat sie sich bereits entwunden. Die Controversen drehen sich nunmehr um die Indicationen. Sie richtig zu treffen, ist bereits Aufgabe der forschenden, prüfenden Wissenschaft geworden.

Wir liefern hier einen ethnopathischen Beitrag zur Ansammlung von Material zur Entscheidung der auf die Diagnostik influirenden Frage: „ob ethnische Verschiedenheiten und Racenverhältnisse auf Frequenz, Dauer, Gut- oder Bösigkeit und Complicationen, auf Verlauf und specielle Pathogenese der Ovariengeschwülste influiren?“

Da das Menstrual- und Parturitionsverhältniss unter ethnischen Bedingungen differirt, so wäre es denkbar und einer Prüfung zu unterstellen. Bei den Ovariengeschwülsten wird die Diagnose um so wichtiger, als sie uns in ihrer Verlängerung als Prognose entgegentritt. Eine weitere hier einschlägige Bemerkung ist: Die drei Chilener Ovariectomien sind in den bis jetzt bekannt wärmsten Gegenden verrichtet worden — heisser als Lissabon und die nordamerikanischen Gegenden; denn Lissabon liegt unter $38^{\circ} 42' 24''$ N. — $11^{\circ} 28' 42''$ W. bei einer Mitteltemperatur von $+ 16^{\circ} 4$ C. — während Chile $+ 25^{\circ} 23'$ bis $43^{\circ} 57'$ aufweist, bei einer Mitteltemperatur von 25° sogar an den Küsten.

Neben den Fortschritten auf den diagnostischen Gebieten liegt uns nicht minder ob, allenthalben Operations-, Behandlungs- und Nachbehandlungsmethoden im Auge zu behalten.¹