Ein Beitrag zur Battey-Hegar'schen Operation.

Exstirpation beider Ovarien mit gleichzeitiger Myomotomie.

Von

Ludwig Kleinwächter
in Innsbruck.

Von einer Operation, welche, wenn auch kaum vier Jahre alt, so doch bereits nahezu 100 Mal¹⁾ vorgenommen wurde, könnte man wohl annehmen, sie habe ihr Bürgerrecht erworben, und dennoch scheint es nicht ganz der Fall zu sein, wenigstens sprechen die Berichte der jüngsten Naturforscherversammlung für diese Ansicht. Befremdend bleibt es jedenfalls, dass trotz der günstigen Resultate, welche Hegar bei seinen zahlreichen Castrationen erzielte, ausführliche Mittheilungen von Seite anderer Operateure, namentlich solcher, welche bereits mehrere Male operirten, vollständig ausbleiben, da es doch im Interesse der Sache läge, wenn einschlägige Erfahrungen vor die Oeffentlichkeit kämen. Fast macht es den Eindruck, als sollte die Battey-Hegar'sche Operation in Deutschland dasselbe Schicksal erfahren, wie die Emmet'sche Lacerations-Ectropium-Operation, die zwar gleichfalls gemacht wird, von der man aber nichts hört.

Abgesehen von dem unmittelbaren Interesse, welches diese Operation erweckt, dem günstigen oder ungünstigen Ausgange, hat dieselbe noch nach einer anderen Richtung hin eine grosse Bedeutung. Sie allein ist es, welche einen dunklen Punkt der Pathologie, der bisher noch nicht beleuchtet wurde, mit der Zeit, wenn die Zahl der glücklich operirten Fälle grösser geworden sein wird, erhellen kann, ich meine die Hysterie, jenen Krankheitsprocess, der wohl seit der ältesten Zeit bekannt, dem aber bisher noch immer der reale Boden zu seiner Auffassung und Deutung fehlt. Wir stehen beinahe noch immer dort, wo sich die Alten befanden, ein variabler Symptomencomplex mit fehlender pathologisch-anatomischer Erklärung. Wenn

1) In Nr. 20 und 22 des gynäkologischen Centralblattes erwähnt Hegar, er habe die Castration bisher 42 Mal vorgenommen, ausserdem seien ihm 47 Fälle von anderen Operateuren bekannt. Seit der Publication dieser Mittheilung (27. September und 25. October 1879) operirte Schücking (Gynäkologisches Centralblatt Nr. 20) und ich. Ob ihm der Fall Lumnitzer's (Pester medicinisch-chirurgische Presse 1879, Nr. 23) bekannt war, weiss ich nicht. Die Zahl der bisher gemachten Castrationen würde daher, Hegar mit 42 Fällen ausgenommen, 49 bis 50, in Summa 91 bis 92 betragen.

hier wenigstens theilweise Licht geschaffen werden kann, so ist dazu die Exstirpation der Ovarien bestimmt, da diese Operation in gewissen Fällen erwiesenermassen die Hysterie radical zu beseitigen vermag. Bisher ist allerdings die Zahl der Fälle, wo dies erreicht wurde, eine noch zu geringe, um richtige Schlussfolgerungen ziehen zu können, aber ein jeder Beitrag zur Lösung dieser Frage ist ein nicht zu unterschätzender. Mag vielleicht bis jetzt in diesen Fällen der pathologisch-anatomische Befund der Ovarien noch ein negativer sein, in Zukunft wird er gewiss mit zur positiven Basis dienen, auf welcher fussend der Arzt in der Lage sein wird, die passenden Fälle zu sondern, welche nur mittels der Castration zu heilen sind oder einem weniger eingreifenden Verfahren weichen. Der Werth der anderen Indicationen zur Vornahme der Castration soll, wie später noch hervorgehoben werden mag, durch diese Auseinandersetzungen nicht verkleinert werden, sie haben gewiss auch ihre Berechtigung, die grösste Bedeutung aber ist der Hysterie zu vindiciren.

Leider bin ich nach dieser Richtung hin in der Lage, nur einen Beitrag liefern zu können, in welchem die hysterische Erkrankung, hervorgebracht durch eine Perioophoritis, nach Exstirpation der Ovarien wie mit einem Schlage beseitigt wurde. Der Fall war folgender:

Maria Hochmayer, eine 44jährige ledige Nullipara, litt seit Jahren schon an den ausgesprochensten, zwar allbekannten, aber schwer definirbaren hysterischen Beschwerden, Convulsionen, Algien, Gemüthsverstimnungen und dergleichen mehr. Bis auf einen in der Jugend überstandenen Typhus gab sie an, stets gesund gewesen zu sein. Die Menstruation trat zur richtigen Zeit ein, war immer normal und ohne besondere Beschwerden. Seit einem Jahre, nachdem die hysterischen Krankheitserscheinungen schon lange bestanden, litt sie an constanten Schmerzen in der linken Ovarialgegend, die angeblich des Nachts so heftig wurden, dass sie den Schlaf raubten. Seit derselben Zeit folgte jeder Menstruation durch zwei bis drei Tage hindurch ein wässriger, leicht bräunlicher Vaginalausfluss. Als Ursache dieser Schmerzen gab sie das Heben eines schweren Möbelstückes an. Seitdem sollen auch die hysterischen Beschwerden bedeutend zugenommen haben. Die Kranke litt ausserdem seit einigen Jahren schon an einer ziemlich bedeutenden Schwerhörigkeit, so dass man ziemlich laut zu ihr reden musste, um verstanden zu werden. Die Kranke wurde Jahre lang ambulatorisch behandelt und suchte auch die verschiedenen Abtheilungen unseres Krankenhauses Monate hindurch heim, ohne dass ihr Zustand irgendwie gebessert wurde. Um auch die jüngste unserer Kliniken, die vor einem Jahre eröffnete gynäkologische, nicht zu übergehen, kam die Kranke am 5. November zu uns.

Die Person war hager, im Gesichte, namentlich die Nase stark geröthet (Potatrix) und in gedrückter Gemüthsstimmung. Der Befund der Lungen und des Herzens normal. Im linken Hypochondrium, entsprechend dem Sitze des Ovarium, starke Schmerzen, die durch äusseren Druck zu excessiver Höhe gesteigert wurden.

Innerlich untersuchend, fand ich den Uterus normal gross und normal gelagert. Das linke Ovarium war zu einem mehrmals wallnussgrossen, dunkel fluctuirenden, elastischen, zwischen beiden Händen leicht beweglichen, unempfindlichen Tumor verwandelt. Das rechte sass an seiner normalen Stelle, war unbeweglich, eine Berührung desselben erregte die heftigsten Schmerzen.

Die klinische Diagnose lautete: kleines, in der Entwicklung begriffenes linksseitiges Kystom und Oophoritis oder Perioophoritis des rechten Ovarium als Ursache der constanten heftigen Schmerzen und wahrscheinlich letzte Ursache des hysterischen Processes.

Ich theilte der Person den Befund mit und schlug ihr als wahrscheinlichste radicale Behandlung die Exstirpation des schmerzhaften rechten Ovarium mit gleichzeitiger Herausnahme des cystös degenerirten vor, um der Entstehung eines Tumors vorzubeugen. Die Person, welche von der Erkrankung des rechten Ovarium keine Kenntniss hatte, acceptirte muthig sofort meinen Vorschlag.

Am 15. November 1879 menstruirte sie das letzte Mal, und am 22. nahm ich die Operation vor.

Anwesend waren folgende Herren: Professor Albert, Vorstand der chirurgischen Klinik, Sanitätsrath Dr. Lantschner, Dr. Maydl und Dr. Sulzenbacher, Assistenten der chirurgischen Klinik, Dr. Sartori, Assistent der gynäkologischen Klinik und die Studirenden von der Hoya und Lipburger.

Die antiseptischen Cautelen wurden auf das Strengste durchgeführt. Das Zimmer, welches durch einige Tage unbelegt blieb, wurde gehörig gelüftet und mit schwefeliger Säure gründlich desinficirt, Waschen der Arme und Hände mit 10%iger Carbolsäure, Einlegen der zu gebrauchenden Instrumente in eine gleich starke Carbollösung, Carbonspray 5% stark u. s. w.

Den Hautschnitt in der Linea alba machte ich etwa 7 cm lang. Die Blutung bei Durchtrennung der wenig fettreichen Weichtheile war unbedeutend. Nach Spaltung des schwer erkennbaren Peritoneum auf der Hohlsonde desinficirte ich noch einmal die linke Hand und führte dann deren Zeige- und Mittelfinger in die Bauchhöhle ein und suchte den Uterusgrund auf. Ich fand hierbei knapp hinter der Kuppe des mit dem Fundus direct nach oben sehenden Uterus ein mehr als kirschkerngrosses gestieltes Fibrom aufsitzend. Längs des oberen Uterusrandes und längs der linken Tube mit den Fingern nach aussen streichend, stiess ich auf ein etwa hühnereigrosses rundes, prall gefülltes, dünnwandiges, elastisches Gebilde, welches leicht beweglich zwischen Dünndarmschlingen lag. Beim Versuche, es herauszuleiten, glitt es mir aus den Fingern. Ich fasste dasselbe und führte gleichzeitig den rechten Zeige- und Mittelfinger in die Vagina, um mittels derselben den Tumor von da aus emporzudrängen. Auf diese Weise gelang es ohne besondere Mühe, die kleine Cyste herauszuleiten. Sie war mit dem abdominalen Ende der Tube verwachsen, letztere kleinfingerdick, stark gewunden, ihre Wände durch Flüssigkeit in ihrem Lumen bedeutend verdünnt. Etwa 7 cm weit von der Cyste fasste ich die Tube mit einer Sperrpincette und schnitt sie darüber ab,

wobei sich eine klare weingelbe Flüssigkeit entleerte, aber kein Tropfen Blut floss. Hierauf unterband ich den Tubenrest in toto mit einem starken Catgutfaden. Das rechte Ovarium sass an seiner normalen Stelle, war jedoch an dem dem Hilus gegenüberliegenden Rande der ganzen Länge nach an seiner Nachbarschaft angelöthet. Die Adhäsionen liessen sich ziemlich leicht mit dem Finger ablösen. Ich fasste hierauf das Ovarium zwischen beiden Fingern und brachte es mühsam bis in die Wunde. Mit der Hegar'schen Ovarialpincette gefasst, zog ich es vollständig hervor. Auch hier war, ebenso wie rechts, das Abdominalende der Tube ringsum mit dem Ovarium verwachsen. Auch diese Tube war stark hydropisch dilatirt und gewunden. Das Fassen, Durchschneiden und Unterbinden dieses Eileiters erfolgte wie rechts und gleichfalls ohne Blutverlust.

Nach Entfernung der Ovarien schritt ich zur Abtragung des Myomes. Der dünne Stiel wurde nach Vordrängen des Uterusgrundes mit der Scheere knapp abgeschnitten und hierauf legte ich zwei Catgutnähte an, um einer etwaigen Nachblutung vorzubeugen. Dann entfernte ich beide Sperrpincetten, nachdem ich die linke Tube zur Vorsicht noch in zwei Partien unterbunden.

Die Toilette des Peritoneum erforderte nicht lange Zeit. Das wenige Blut liess sich mit den Schwämmen vollkommen austupfen.

Geschlossen wurde die Wunde durch drei das Peritoneum in weitem Umfange fassende Silberdrahtnähte und vier oberflächliche Catgutknopfnähte. Die langen Ligaturfäden der unterbundenen versenkten Tubenenden kamen in den unteren Wundwinkel zu liegen. Zum Schlusse wurde ein typischer Lister-Verband angelegt. Die unter Chloroformnarkose vorgenommene Operation währte nicht ganz eine Stunde.

Nach Rückkehr des Bewusstseins trat ein mässiges Erbrechen mit Uebelkeit auf. Die Schmerzen im Unterleibe waren unbedeutend. Die Temperatur betrug am Abend 37,5, die Pulsfrequenz 80. In der Nacht wiederholte sich das Erbrechen noch einige Male.

23. November. Die Uebelkeiten und unangenehmen Folgen des Chloroformrausches währten den ganzen Tag. Die Schmerzen waren mässig. Die Temperatur und Pulsfrequenz war (8 Uhr früh, 1 Uhr Nachmittags und 6 Uhr Abends) folgende: 38, 88; 37,8, 84; 37,8, 84. Ohne mein Wissen wurde der Verband gewechselt.

24. November. Temperatur: 37,9, 38, 38,2; Puls: 88, 96, 100. Die Kranke klagte über starke Seitenschmerzen und Stechen in der linken Brust, welche ihr den Schlaf raubten des Nachts, deshalb eine subcutane Morphiuminjection am Abend. Die Schmerzen in der Wunde gering, jene, welche vom rechten Ovarium ausstrahlten, vollkommen geschwunden.

25. November. Temperatur: 37,8, 37,8, 38,2; Puls: 80, 86, 100. Des Nachts ziemlich gut geschlafen, das Seitenstechen nachgelassen, Allgemeinbefinden günstig, Unterleib nicht aufgetrieben.

26. November. Wegen angeblicher Schmerzen im Unterleibe wurde der Verband gewechselt. Die Wunde sah gut aus, die Stichkanäle der Catgutnähte eiterten stark, namentlich an einer Stelle,

so dass diese Naht entfernt wurde. Die Wundränder hafteten aneinander. Die Schmerzen rührten von zahlreichen kleinen Eiterbläschen um den unteren Wundwinkel herum her, die Folge der Einwirkung des Carbolsprays auf die nicht sehr gut rasirte Haut der Schamgegend. Der Unterleib eingefallen, unschmerzhaft. Allgemeinbefinden günstig. Das Seitenstechen aufgehört, keine physikalisch nachweisbare Ursache desselben zu finden. Temperatur: 38, 38,4, 38,2; Puls: 96, 100, 84.

27. November. Entsprechend der Stichöffnung einer Catgutnaht an einer umschriebenen Stelle des linken Wundrandes eine umschriebene Eiterinfiltration, diese Naht entfernt. Patientin klagte über ein Gefühl des Spannens von der linken Ovarialgegend her zum unteren Wundwinkel hinziehend. Allgemeinbefinden günstig, die Esslust fing an sich einzustellen. Temperatur: 38,4, 38,6, 38; Puls: 90, 100, 86. Leichte Schmerzen in der Wunde.

28. November. Die unterste Catgutnaht entfernt, da kein primärer Wundverschluss erfolgte. Nach Entfernung derselben klaffen die Wundränder, aber nur oberflächlich, auf etwa 3 mm von einander. In der Tiefe sah man die Wunde geschlossen und gesunde Granulationen aufschliessen. Die Schmerzen in der Wunde nachgelassen, Allgemeinbefinden günstig. Temperatur 38,2, 38,2, 37,8. Puls: 86, 80, 80.

29. November. Sehr gut zugebrachte Nacht. Die letzte Catgutnaht ging von selbst ab, ebenso die Ligaturfäden der versenkten Tubenenden. Der untere Wundwinkel oberflächlich klaffend, die Eiterinfiltration des Wundrandes im Schwinden begriffen. Allgemeinbefinden normal, Puls und Temperatur nicht über 80 und 38,2 ansteigend.

Patientin gab an, seit vier Tagen einen schmerzlosen Ausfluss aus der Vagina zu haben. Beim Touchiren fand ich nichts Abnormes, in der Scheide wenig dünne bräunliche Flüssigkeit.

30. November. Entsprechend der Entblössung des Körpers ein Carbolerythem der Haut. Der Verband nicht gewechselt. Allgemeinbefinden normal, ebenso Temperatur und Puls.

1. December. Erythem im Rückgange, Verband nicht gewechselt. Wohlbefinden.

2. December. Von nun an wurde der Verband ohne Carbol-spray gewechselt. Das Carbolerythem war beinahe geschwunden. Die drei Drahtnähte entfernt, worauf die Wundränder der ganzen Länge nach oberflächlich klaffen. Die Wunde selbst gut aussehend. Der Vaginalausfluss cessirt, Befinden normal.

3. December. 0,10 Calomel, darauf drei Stuhlentleerungen, ohne irgend welche Beschwerden. Von da an ging die Heilung ungestört vor sich und die Wunde schloss sich allmählig.

Der 13. December war der Tag, an welchem die Menstruation hätte eintreten sollen.

Am 12. December stellte sich abermals ein spärlicher, gelblich gefärbter Ausfluss ein, der einen Tag andauerte. Gleichzeitig befand sich die Frau unwohl, sie klagte über Congestionen gegen den Kopf

und die Brust und Unbehagen im Unterleibe, sowie über Uebelkeit und Neigung zum Erbrechen. Den nächsten Tag waren alle Beschwerden geschwunden.

Den 21. December verliess die Kranke genesen ihr Lager.

Der Freundlichkeit meines Collegen Herrn Schott, Professor der pathologischen Anatomie, welchem ich die exstirpirten Organe für seine Sammlung überliess, verdanke ich folgende Mittheilung über dieselben.

Das linke Ovarium, 116 g schwer, eiförmig gestaltet, 7,5 cm lang und 6 cm breit, ist in eine fluctuirende Cyste umgewandelt, deren oberem Rande der 7 cm lange äussere Theil der geschwellten und gerötheten Tube anhaftet. Die mässig erweiterte Tube ist bis zum Fransenende durchgängig und hier durch zarte Pseudomembranen, welche das Fransenende an die Oberfläche des degenerirten Ovarium fixiren, verschlossen. An der Rückseite des inneren Ovarialendes erkennt man noch zum Theile die Structur des ursprünglichen Organes aus der unebenen höckerigen Beschaffenheit der Oberfläche, welche sonst überall glatt ist und namentlich an den durchscheinenden Stellen von einzelnen zarten Gefässen durchsetzt erscheint. Die eröffnete Cyste ist einkammerig und enthält eine weingelb gefärbte, klare dünne Flüssigkeit. Ihre glatte Innenfläche zeigt stellenweise milchweiss gefärbte Bindegewebszüge, zumeist jedoch ein zartes Gefässnetz, wodurch die Wand blassroth gefärbt wird. Hier und da haften der Innenfläche hanfkorn-grosse Cystchen an. Entsprechend dem inneren Ende des Ovarium lagert, ausserhalb der erwähnten, noch eine etwa haselnuss-grosse, jedoch plattgedrückte Cyste an. Deren Wandungen sind gegen 1 mm dick, ihr Inhalt ist eine farblose, fadenziehende Flüssigkeit.

Mikroskopisch untersucht besteht die Cystenwand aus feinfasrigem, welligem Bindegewebe, welches von Blutgefässen in mässiger Zahl durchsetzt ist. Ihre Innenfläche erscheint mit polygonal geformtem Epithel ausgekleidet. Die einzelnen Zellen sind in fettiger Degeneration begriffen.

In der benachbarten kleineren Cyste ist das Epithel niedrig und cylindrisch.

Das rechte Ovarium ist 3,5 cm lang, 1 cm dick, seine Oberfläche reichlich durchfurcht. Das 8 cm lange äussere Tubenende haftet gleichfalls dem Ovarium an. Es bietet ähnliche Erscheinungen dar wie das linke; es ist geschwellt und geröthet. Sein Fransenende ist durch Pseudomembranen, deren Reste noch der Ovarialoberfläche anhängen, vollständig verschlossen. Am Halbirungsschnitte findet man die äusserste Schichte in der Ausdehnung von 2 mm mässig derb, während das übrige Gewebe weicher ist und hier und da eine blassgelbliche Färbung zeigt. Zunächst dem äusseren Rande befindet sich ein kleines Corpus luteum, am inneren Ende eine erbsen-grosse Cyste.

Der mikroskopische Befund bietet nichts Abnormes dar. Die oberflächlichste, verdickt erscheinende Schicht (die Albuginea) besteht aus parallelen Bindegewebsfasern. Unterhalb dieser kreuzen sich die

Bindegewebsfasern nach allen Richtungen hin. Die Stromaschicht, welche die Follikel enthält, zeigt zahlreiche spindelförmige Zellen. In der Nähe des Hilus, hin und wieder zunächst den Gefässen, findet man Pigmentanhäufungen.

Das Fibrom, von kugelter Form, hat einen Durchmesser von 1 cm. Es besteht aus Bindegewebe mit spärlichen Muskelfasern.

Hegar hält den Carbolspray bei dieser Operation wegen des gesunden, nicht verdickten Peritoneum für bedenklich. In meinem Falle wurde er gut getragen. Wenn im Verlaufe der Wundheilung ein Erythem auftrat, so lag der Grund darin, dass die späterhin beim Verbandwechsel benützte Lösung irrtümlich zu stark war oder unreine Carbolsäure in Verwendung kam, denn gleichzeitig traten auch auf anderen Kliniken Erytheme auf, und litten Aerzte, sowie Studierende an vorübergehenden leichten Eczemen der Hände.

Ich zog den Schnitt in der Linea alba den beiden Flankenschnitten deshalb vor, weil man dadurch eine überflüssige Verletzung der Muskeln und Gefässe vermeidet, abgesehen davon, dass man nachträglich nur eine Wunde vor sich hat, daher eher eine Heilung per primam virium intentionem erhoffen kann und leichter einer septischen Nacherkrankung ausweicht. Ist das eine Ovarium, wie in meinem Falle, cystös entartet, und genügt die eine Hand zur Elimination desselben nicht, so kann man dadurch sein Ziel erreichen, dass man die zwei Finger der anderen Hand in die Vagina führt und von da aus mittels eines Gegendruckes nachhilft. Allerdings darf diese Hand späterhin nicht mehr mit der Wunde in Berührung kommen. Will man beide Hände in Action behalten, so kann die erwähnte Manipulation von einem Assistenten besorgt werden. Die Herausleitung der Ovarien wurde wesentlich durch den Umstand erleichtert, dass beide Ovarien mit dem Fransenende der Tuben verwachsen waren. Dadurch wurde ein langer beweglicher Stiel gebildet, der sich mühelos bis vor die Wunde herausziehen und abbinden liess. Da die Gefahr einer etwaigen Nachblutung aus den Tubenstümpfen nicht nahe lag, versenkte ich sie, wodurch die Wundheilung gewiss beschleunigt wurde. Zur Beseitigung der constanten Schmerzen hätte wohl die Entfernung des linken Ovarium genügt; vielleicht wären danach schon die hysterischen Zustände geheilt worden, um aber einem Weiterwachsen der Cyste vorzubeugen, entfernte ich dieselbe. Die Operation wurde durch diesen relativ geringen Eingriff nicht wesentlich erschwert und eine radicale Heilung auch dieser Erkrankung erreicht. Ähnliche Beweggründe veranlassten mich, das kleine Myom abzutragen. Die Erfahrungen der neuesten Zeit lehren, dass dem Weiterwachsen solcher Neugebilde nicht immer durch die Exstirpation der Ovarien Einhalt geboten werde. Ich konnte das Myom um so leichter abtragen, als das Operationsfeld bequem zur Hand lang, das Gebilde klein war und eine Nachblutung aus der Anheftungsstelle desselben nicht möglich war, denn die zwei Catgutmähte schlossen die Wundstelle auf das genaueste.

Die Seitenschmerzen und das Stechen in der linken Brust deutete ich, da die Beschwerden binnen zwei Tagen schwanden und

kein stärkeres Fieber auftrat, als einen leichten, vorübergehenden Muskelrheumatismus.

Das Gefühl des Spannsens und leichten Schmerzes, welches sich angeblich von der linken Ovarialgegend zum unteren Wundwinkel hinzog, rührte wahrscheinlich von der in dieser Richtung hin gezerrten Tuba oder von deren Hydrops her. Letzterer verursachte ohne Zweifel auch den am 29. November constatirten Vaginalausfluss. Auch den am 12. December eingetretenen scheinbar menstrualen Ausfluss glaube ich als den letzten Erguss aus den hydroptischen Tuben ansehen zu können. Der ohne Zweifel um diese Zeit noch nachwirkende menstruale Reiz, der sich durch die Congestionen gegen Kopf und Brust, Unbehagen im Unterleibe, Kopfschmerzen, Uebelkeit und Brechreiz documentirte und auch von anderen Operateuren die erste Zeit nach Exstirpation der Ovarien beobachtet wurde, zog vielleicht eine peristaltische Bewegung oder eine Contraction der dilatirten Tuben und dadurch einen Abgang ihres flüssigen Contentum nach aussen nach sich.

Vom Erwachen aus der Narkose an war der constante Schmerz in der rechten Ovarialgegend geschwunden und kehrte bis jetzt nicht wieder zurück. Im Verlaufe der Wundheilung schwanden die hysterischen Erscheinungen gleichfalls zur Gänze, so dass ich wohl nicht fehl gehe, wenn ich deren früheren Bestand mit der dagewesenen Perioophoritis in Connex bringe. Die Zukunft muss es lehren, ob in derartigen Fällen die Exstirpation nicht durch eine blosse Durchtrennung der Adhaesionen zu ersetzen sein dürfte. Allerdings dürfte es schwer halten, während der Operation zu entscheiden, ob blos eine Perioophoritis oder eine solche complicirt mit einer Entzündung des Gewebes selbst besteht.

Die Person fängt jetzt, nicht ganz sechs Wochen nach der Castration, an blühend auszusehen. Die Gemüthsstimmung ist heiter. Die Person giebt an, wie „neugeboren“ zu sein, und sich schon seit Decennien nicht so wohl befunden zu haben wie jetzt. Die kupferige Röthe des Gesichtes und der Nase ist geschwunden, die Haut ist rein. Die Schwerhörigkeit hat sich in dem Grade gebessert, dass die Person den Pendelschlag der kleinen Zimmeruhr hört. Kurz gesagt, bis jetzt könnte der Erfolg der Operation nicht besser und vollständiger sein, als er dermalen ist.

Hegar stellt in seiner Monographie: „Die Castration der Frauen“, nachdem er die allgemeine Indication vorausgeschickt, folgende sechs Specialanzeigen auf.

- 1) Ovarialhernien mit Einklemmungserscheinungen und Entzündungen, sobald die Antiphlogose und Reposition vergeblich geblieben ist.
- 2) Intumescenz der Ovarien mit Irritationserscheinungen, vermehrter Schmerzhaftigkeit gegen Druck bei normaler Lage oder Dislocation in den Douglas, chronische Oophoritis und Perioophoritis, beginnende Cystendegeneration.
- 3) Zustände des Uterus, welche das Zustandekommen der men-

struellen Ausscheidungen unmöglich machen oder äusserst erschweren, während die Eierstöcke vorhanden sind und functioniren.

4) Atresie des Uterus oder der Scheide mit Zurückhaltung des Menstrualblutes bei Unmöglichkeit, die natürlichen Wege zu öffnen oder einen anderen Ausweg zu schaffen.

5) Chronische Entzündungsprocesse der Tuben, des Beckenbauchfelles und Parametrium, wenn auch nicht primär durch pathologische Processe im Ovarium entstanden, doch durch die Ovulation stets von neuem angeregt werden und recidiviren.

6) Erkrankungen des Uterus, wie insbesondere Fibromyome, chronische Infarcte, besonders solche mit schwer zu stillenden Blutungen verbundene, Retroflexionen und Antelexionen, überhaupt Erkrankungen des Organes, welche zu den in der allgemeinen Indication beschriebenen Consequenzen führen, sobald die gewöhnlichen anderen Mittel umsonst angewendet werden.

Am wenigsten wird wohl die sub 1) angezogene Indication in Betracht kommen, da ja Ovarialhernien an sich schon sehr selten sind, um wieviel mehr erst solche incarcerirte.

Häufiger wird die sub 4) erwähnte Indication Berücksichtigung finden. Mir selbst kam im October 1878 ein einschlägiger Fall unter die Hände.

Eine 36jährige Holzschnitzersgattin aus Wolkenstein (Grödner Thal) gebar 1875 und 1876 ohne besondere Schwierigkeiten. Im März 1877 wurde sie mittels einer schweren Operation von einer todtten Frucht entbunden. Ein Jahr später musste bei neuerlicher Geburt die Frucht stückweise entfernt werden. Die Frau erkrankte post partum und brauchte lange Zeit, bis sie wieder genas. Seit der letzten Geburt kann die Frau den Harn nicht mehr halten und menstruiert nicht mehr, doch stellen sich jedesmal zur Menstruationszeit Molimina ein. Die Beschwerden wurden immer bedeutender, so dass die Frau sich endlich bewogen fand, ärztliche Hülfe zu suchen.

Vom Damme war nur ein kleiner, kaum fingerbreiter Rest erhalten. Die hintere Vaginalwand war prolabirt und excoriirt. Etwa 2 cm oberhalb des Scheideneinganges, etwas nach rechts zu, fand man eine guldengrosse, in die Blase führende Oeffnung. Am oberen Ende der Fistelöffnung fühlte man deutlich einen Rest der vorderen Muttermundlippe, doch war diese mit dem Fistelrande so innig verwachsen, dass man nirgends eine in den Uterus führende Oeffnung fand. Der Uterus war auf die Grösse einer kleinen Faust vergrößert, hinter der Symphyse tastete man seinen Grund. Drängte man denselben herab, so merkte man deutlich, wie sich die Muttermundlippe senkte. Führte man den einen Zeigefinger in das Rectum, den anderen in die Vagina, so tastete man einen walzenförmigen, festen, nach rechts hinüberziehenden, in Narbengewebe eingebetteten Körper, der in den vergrößerten Uterus überging. Es liess sich mit Bestimmtheit sagen, dass dies die Cervicalportion war. Am blinden oberen Ende der kurzen Vagina fühlte man drei nach rechts hin streichende Narbenstränge, welche den Fornix bildeten. Das Becken war in der Conjugata vera mässig verengt.

Ich glaube keinen Fehlschluss zu machen, wenn ich diese Verwüstungen als Folge einer höchst fehlerhaften Geburtsleitung ansehe, bei der die Scheide und das untere Uterinsegment zerfetzt wurden.

Ein Verschluss der Blase war wegen der Grösse der Fistelöffnung und der Breite der angrenzenden Narbenstränge nicht möglich. Eine Eröffnung des Uterus von der Vagina aus hielt ich gleichfalls nicht für durchführbar. Die Blasenwand war mit dem Reste der Vaginalportion verwachsen, und es lag die Gefahr nahe, bei Anlegen des künstlichen Weges die Blase zu verletzen, ganz abgesehen von der Schwierigkeit, die lange, ihrer ganzen Länge nach verwachsene Cervix zu kanalisiren und in einem Narbengewebe zu operiren, dessen topographische Verhältnisse vollständig unbekannt waren.

Indicirt war hier wohl die Castration mit nachfolgender Kolpoplexis.

Ich unterliess aber trotzdem diese Operation, weil mir die Person mit ihren dicken, sehr fettreichen Bauchdecken als erstes Operationsobject nicht passend schien. Sollte sie mir, nachdem ich bereits einmal glücklich operirt, wieder zu Gesicht kommen, so würde ich jetzt den Eingriff vornehmen.

Die sub 6) mitgetheilte Specialindication möchte ich durch Aufnahme der Dysmenorrhoea membranacea in dieselbe erweitern. Als selbstverständlich sehe ich die Einschränkung an, nur ältere Individuen zu castriren, bei welchen die Fortpflanzung nicht mehr schwer in die Wagschale fällt. Jüngere Frauen wären ausgeschlossen, da ja bei diesem Leiden Schwängerung erfolgen und dadurch das Leiden vorübergehend behoben oder gebessert werden kann. Wer ältere Frauen an diesem Leiden Monate und Jahre lang vergeblich behandelt, wer es gesehen, wie diese unglücklichen Individuen alle vier Wochen an den schrecklichsten Schmerzen leiden, der wird gewiss dort, wo es auf die Fortpflanzung nicht mehr ankommt, diesen Vorschlag, hier zu castriren, ebenso annehmbar finden als jenen, die Operation bei ausgesprochener Hysterie, bei chronischen Entzündungen der Tuben, des Beckenbauchfelles und Parametrium, bei Retro- und Antelexionen des Uterus und dergleichen mehr zu machen.

Innsbruck, den 31. December 1879.

Berichtigungen zu Fischel: Parovarialcysten und parovarielle Kystome.

Bd. XV, S. 216, Z. 24 v. o. lies Terrier statt Tenier.

„ „ S. 218, Z. 4 v. o. lies Granulosaepithel statt Granulationsepithel.