

I. Ueber subacute Oophoritis, nebst einem durch die Oophorectomie geheilten Fall.

Von Hermann Löhlein.

Die Anschauungen von der klinischen Bedeutung der chronisch-entzündlichen Processe an den beiden wichtigsten Organen des Weibes, dem Uterus und dem Ovarium, haben im Lauf der beiden letzten Jahrzehnte mancherlei Wandlungen durchgemacht, die unser volles Interesse in Anspruch nehmen.

Was zunächst die chronische Metritis betrifft, so ist bereits mehrfach betont worden, dass der alte Begriff derselben und ihre weite Gebietsausdehnung in der gynäkologischen Klinik völlig unhaltbar geworden ist. Von dem Befund und den Symptomen, die ihr zugeschrieben wurden, ist der weitaus grössere Theil inzwischen als durch die Erkrankungen der Mucosa oder der Serosa uteri und der Ligamente, durch die abnorme Lage des Organs oder die Entwicklung von Neubildungen bedingt erkannt worden. Viele nervöse Störungen, für die der chronische Infarct verantwortlich gemacht wurde, sind inzwischen den Neurosen wiederzugeheilt worden. Und die Diagnose „chronische Metritis“ ohne weitere Hinzufügung, früher eine der bequemsten und geläufigsten, wird heutzutage in den gynäkologischen Journalen zum Mindesten nicht mehr besonders häufig verzeichnet. —

Auch chronische Oophoritis wird heute nicht mehr so freigebig auf Grund einer Reihe von klinischen Symptomen statuirt, wie es vordem geschah, namentlich auch Seitens der Engländer. Auch hier hat die Ausbildung der combinirten Untersuchung, namentlich auch der Rectalexploration, Reizzustände und Neubildungen an den übrigen Uterusanhängen, zumal den Tuben und den breiten, wie auch den sacro-uterinen Bändern, die früher häufig unter der Flagge der chronischen Oophoritis mitgeführt wurden, von denen der Eierstöcke zu differenziren und an den Ovarien selbst auch kleinere Geschwulstbildungen erkennen gelehrt. Ferner hat die exactere Palpation wie auch der Befund bei Laparotomien gezeigt, dass mit der Oophoritis und Perioophoritis combinirt ausserordentlich häufig hartnäckige Entzündungszustände an den Tuben und Ligamenten vorkommen, die ihre Entstehung denselben traumatischen oder bacteriellen Ursachen verdanken wie jene, und dass der Vorgang an den Eierstöcken eben nur ein Glied in einer Kette krankhafter Processe bildet, z. B. bei der chronischen Gonorrhoe des Weibes. Und endlich hat — ich verweise u. A. auf einen Vortrag Gusserow's, Charité-Annalen, IX. Jahrgang, — in neuester Zeit das häufige gleichzeitige Vorkommen und die wechselseitigen Beziehungen chronisch exsudativer Processe und kleiner Neubildungen an den Eierstöcken die verdiente Beachtung gefunden.

Immerhin sind wir auch jetzt noch in der Lage, zwar weniger oft, dafür aber um so präziser die klinische Diagnose reiner uncomplicirter Oophoritis zu stellen, wenn wir in Verbindung mit den charakteristischen Beschwerden der Kranken die Erscheinungen von diffuser Schwellung und scharf abgegrenzter Druckempfindlichkeit bei wiederholter Untersuchung völlig beschränkt auf das eine oder beide Ovarien vorfinden.

Je schärfer hierbei der krankhafte Process auf den Eierstock selbst beschränkt ist, um so berechtigter erscheint unter Umständen die Entfernung des kranken Organs. Selbstverständlich nur dann, wenn es sich um sehr ernste Beschwerden handelt, und wenn die übrigen Hilfsmittel der Therapie erschöpft sind. Die betreffende Operation wird man dann aber nicht „Castration“, noch weniger „normale Ovariectomie“ nennen dürfen, sondern Exstirpation des oder der chronisch entzündeten Ovarien. Denn Castration im

eigentlichen Sinn bedeutet eben Entfernung der Ovarien zur Einleitung (Anticipation) der Menopause, ohne Rücksicht darauf, ob das Ovarium gesund oder durch Entzündung oder Neubildung entartet ist.

Nach meiner Erfahrung und Kenntniss der Litteratur sind die Fälle, in denen die entzündliche Affection in dem angedeuteten Grade isolirt ist, sehr selten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, die als Castration, Battey's Operation, Entfernung der Uterusanhänge u. s. f. beschrieben worden sind, und in denen chronisch entzündete Ovarien entfernt wurden, handelte es sich entschieden nicht um isolirte Processe.

Schon der Umstand, dass es sich in dem hier mitzutheilenden Fall, gemäss dem klaren Befund bei der Operation und an den entfernten Ovarien, um eine ganz reine und uncomplicirte Oophoritis handelte, dürfte ihn mithin der Beachtung werth erscheinen lassen. Was mich jedoch noch im Besondern zur Publication veranlasst, ist der Umstand, dass der Entzündungsprocess hier einen ausgesprochen subacuten Charakter zeigte und als Ursache ausgesprochen werden musste für ein ausserordentlich hartnäckiges Fieber von remittirendem Typus, das zwar keine beträchtliche Höhe erreichte, aber doch die Kräfte der Kranken mehr und mehr consumirte.

Es handelte sich um eine jetzt 36jährige unverheirathete Lehrerin aus Pommern, die mit 14 Jahren zuerst menstruiert, von Anfang an Schmerzen bei den Menses auszuhalten hatte, besonders in der linken Seite. Später bestanden diese Schmerzen auch in der Zwischenzeit, besonders bei längerem Stehen; während der menstrualen Beschwerden trat ab und zu auch Erbrechen ein. — Schon vor 9 Jahren wurden, da Anteflexio constatirt war, in der Heimath der Patientin wiederholte „Sondeneinlegungen“ vorgenommen; später trug sie einen elfenbeinernen Intrauterinstift. Nach der letztgenannten Encheirese fühlte sich Pat. auf längere Zeit erheblich erleichtert.

Als sie sich im August 1884 vorstellte, gab sie an, dass sie sich nach mehreren Jahren befriedigenden Wohlbefindens im November 1883 plötzlich neue Beschwerden zugezogen habe. Nach einer Anstrengung, beim Wegschieben des Claviers, wobei sie mit der linken Seite des Unterbauchs sich gegen das Instrument stemmte, trat — 1½ Wochen nach den wie immer pünktlich abgelaufenen Menses — eine neue Blutung aus den Genitalien ein. An diese schloss sich fast ununterbrochenes Unbehagen an, das seit Februar 1884, von welcher Zeit an Messungen vorgenommen wurden, von geringem, remittirendem Fieber begleitet war (37,4 Morg., 37,8—38,2 Ab.). Sie hatte im Sommer 1884 das Soolbad Sulza besucht, wurde dann längere Zeit sehr genau auf der innern Klinik in Jena beobachtet und sehr sorgfältig gemessen. Hier soll man (nach Angabe der Patientin) wegen der Verlegung der subjectiven Beschwerden in das linke Hypochondrium und einer gegen Druck empfindlichen Stelle daselbst geneigt gewesen sein, die Ausbildung eines beschränkten pararenalen Abscesses als Ursache des Fiebers anzusehen.

Bei der Untersuchung fand ich keinerlei Organerkrankung bis auf diffuse Schwellung und mässige Empfindlichkeit des linken, geringere Verdickung des rechten Ovariums, Urin frei; Percussion und Palpation der Reg. renalis ergab kein positives Resultat.

Die folgenden Monate brachten keine Erleichterung, im Gegentheil ein weiteres Ansteigen der Temperatur und ausgeprägtere Schmerzempfindungen und Druckempfindlichkeit in der linken Seite des Abdomens. Ihr Gewicht, das früher 134 Pfund betragen hatte, war allmählich bis auf 119 Pfund heruntergegangen, ihre Arbeitsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigt, und ihre Stimmung durch die Erfolglosigkeit der gewissenhaft angewandten inneren und örtlichen Mittel stark deprimirt. Aus den mir vorliegenden Temperaturcurven, die ebenso wie die übrigen Angaben durch den behandelnden Arzt — der Herr College wird es verstehen, wenn ich Namen und Ort nicht nenne, — sorgfältig controllirt wurden, ergiebt sich, dass im September und October 1884 die Remissionen geringer wurden (Morg. 37,64, Abends 38,15), noch geringer jedoch im November und der ersten Hälfte des December, wo die Temperatur Morgens 38,1 Abends 38,3 im Mittel betrug, trotz mehrfach längere Zeit durchgeführten Chinin-Gebrauchs, neben Umschlägen, Jodapplication u. s. w.

Als sie daher Mitte December 1884 wieder nach Berlin kam, und ich bei wiederholter Untersuchung aller Organe wiederum auf die geschwellenen und isolirt schmerzhaften Eierstöcke mich angewiesen sah, zögerte ich nun nicht mehr, der Patientin, die dringend um Erlösung von ihrem von Woche zu Woche unerträglicheren Zustand bat, die Entfernung der Ovarien vorzuschlagen, eventuell nur des linken, das bis in die letzte Zeit vorzugsweise Ausgangspunkt der Schmerzempfindungen war.

Bei der Operation, welche durchaus glatt verlief, fanden sich

beide Ovarien derb, aufs Dreifache vergrößert, frei von Verwachsungen, das Epithel der Oberfläche meist erhalten; in der Mitte des rechten ein Haematom. Cirrhotische Beschaffenheit in Folge von Bindegewebswucherung mit nachfolgender Sclerisirung, die namentlich gegen die Albuginea hin auf Durchschnitten etagenweise ausgeprägt war. Tuben frei.

Unmittelbar nach der Operation sank die Temperatur. Nur am Abend des Operationstages erreichte sie noch 37,8, an den folgenden Tagen nur 37,5, vom 6.—10. Tage nur 37,1 am Abend. Am 12. Tag stand Pat. auf, am Ende der 3. Woche reiste sie nach Hause. Nach der Entlassung war die Temperatur anfangs etwas über der Norm, 37,7 im Mittel, so dass ich etwas zweifelhaft wurde bezüglich des erreichten Erfolgs. Indess im Februar 1885 betrug sie im Mittel Morgens 37,17, Abends 37,44. Im März und April wurden die Messungen nicht mehr ganz regelmässig fortgesetzt; aus den vorliegenden Aufzeichnungen ergab sich für diese Monate 37,2 als Morgen- und 37,4—5 als Abendtemperatur. Nur 2 mal, am 15. Januar und am 15. Februar, im Februar am Tage vor dem vergeblich erwarteten Eintritt der Menses, stieg das Thermometer im Laufe von 4 Monaten nach der Operation bis auf 38,0. Pulsfrequenz immer zwischen 66 und 76.

Die Menses traten genau 4 Wochen nach der Operation unter ähnlichen, wenn auch viel weniger lästigen Beschwerden als früher ein, dann stellten sich im Februar 1885 Cessationsbeschwerden ein, plötzliche Congestionen, lästige „Nervenschweisse“, wie Patientin schrieb u. s. w. Mehr und mehr aber traten diese Klagen zurück gegen das Gefühl wiedergewonnener Kraft und gehobenen Lebensmuthes. Die Menses kehrten immer unregelmässiger und spärlicher wieder, zuletzt, im Januar 1886, nur spurweise. Wenn auch ab und zu noch Sensationen an den alten Stellen geklagt werden, und wenn auch in der 2. Hälfte von 1885, im August, mehrmals kleine irreguläre Temperaturerhöhungen notirt wurden, so versichert doch die Patientin schriftlich und mündlich, dass sie sich gegen den früheren elenden Zustand ausserordentlich wohl und gesund fühle. Sie sieht blühend aus, wiegt jetzt (Juli 86) wieder 132 Pfund und hat seit October 1885 nur 1 mal (1. Februar 1886) 38,0 erreicht.

Der Grund, weshalb ich erst jetzt, anderthalb Jahre nach der Operation, die vorstehende Beobachtung mittheile, ist zunächst darin zu suchen, dass ich mich erst von dem dauernden Erfolg des Eingriffs bestimmt überzeugt haben wollte, nachdem ich eine kurze Zeit (S. O.) selbst zweifelhaft geworden war, — der Grund, weshalb ich sie weiteren ärztlichen Kreisen in dieser Wochenschrift vorlege, nachdem ich sie zunächst im Kreise von Fachgenossen (Centralbl. f. Gyn. 1885 No. 24 pag. 378) vorgetragen habe, darin, dass ich die Hoffnung hege, hierdurch vielleicht Anstoss zur Publication ähnlicher Beobachtungen zu geben.

Gleich nach der Operation legte mir der behandelnde Herr College die Frage vor, ob mir in der eigenen Thätigkeit oder in der Litteratur analoge Fälle von protrahirter Fieberbewegung im Anschluss an chronische Entzündungsvorgänge am Uterus und den Ovarien auch sonst aufgestossen seien. Er selbst habe in verschiedenen Fällen, die als phthisisverdächtig angesehen wurden, ohne dass sich phthisische Veränderungen an den Lungen entwickelten, und zwar bei jungen, an Dysmenorrhoe leidenden Mädchen, subfebrile Temperatursteigerungen bis zu mehrjähriger Dauer beobachtet, deren Grund ihm bis jetzt dunkel geblieben sei.

Ich musste ihm antworten, dass mir völlig analoge Krankengeschichten nicht bekannt seien; auch die übrigen Mitglieder der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin konnten sich bei der an meine Mittheilung sich anschliessenden Discussion solcher nicht erinnern. Wie alle Gynäkologen habe auch ich mehrfach perimetritische Processe von ausserordentlich protrahiertem Fieber begleitet gesehen. So habe ich u. A. jetzt eine Patientin, bei der ein im Anschluss an einen Abdominaltyphus aufgetretener linksseitiger perioophoritischer Process seit nunmehr anderthalb Jahren ein remittirendes Fieber verursacht, trotzdem bereits eine Perforation durch den Mastdarm stattgefunden hat, und trotzdem bereits die Laparotomie ausgeführt und die linksseitigen Anhänge exstirpirt wurden. Es sind mir auch einige Fälle begegnet, wo bei bestehender Oophoritis und Perioophoritis sowie Salpingitis regelmässig wiederkehrende Temperatursteigerungen ante menses stattfanden. Eine reine und isolirte subacute Oophoritis als Ursache so hartnäckiger Fieberbewegung, wie im mitgetheilten Fall, habe ich bis jetzt nicht gekannt; auch in den neusten Arbeiten über die Castration und über die Entfernung der Uterusanhänge habe ich vergebens darnach gesucht.

Es sind wohl Beobachtungen von hysterischem Fieber mitgetheilt (Debove), bei denen vielleicht etwas Aehnliches wie hier vorlag. Jedenfalls wird man jedoch sehr zuverlässige Untersuchung aller Organe, besonders auch der inneren Generationsorgane und sehr exacte

Angaben über deren Befund verlangen, wenn man einen hartnäckig durch Monate und Vierteljahre bestehenden Fieberzustand als durch Hysterie bedingt anerkennen soll.