

Ein kleiner Beitrag

zur

OVARIOTOMIE

von

Dr. med. Bockenheimer

pract. Arzt in Frankfurt a. M.

Tempora mutantur et nos mutamur cum illis.

Frankfurt a. M.

Christian Winter.

1876.

Sr. Hochwohlgeboren

Herrn Dr. med.

JOHANN CHRISTIAN GUSTAV LUCAE

Professor der Anatomie am Senckenbergianum zu Frankfurt a. M.

zu seinem

fünf und zwanzigjährigen Docenten - Jubiläum

am 18. August 1876

in Hochachtung und dankbarer Verehrung

gewidmet.

Hochgeehrtester Herr Jubilar!

Hochgeehrtester Herr Professor!

An Ihrem Jubeltage, hochgeehrtester Herr Professor, gestatten Sie mir, dass ich Ihnen eine kleine Arbeit, einen kleinen Beitrag zur Ovariectomie überreiche, mit der Bitte, die Kleinheit der Arbeit nicht zum Maassstab für meine Verehrung, Hochachtung und Liebe, die ich gegen Sie als meinen ersten Lehrer in der Anatomie hege, nehmen zu wollen; Sie wissen ja, dass meine Zeit durch meine practische Thätigkeit sehr in Anspruch genommen ist und ich schon im Voraus auf Ihre gütige Nachsicht rechnen und zählen musste. Heute nun, wo eine grosse Zahl Ihrer früheren Schüler vor Ihnen erscheint, um Sie zu Ihrem fünfundzwanzigjährigen Jubiläum als Docent der Anatomie am Senckenbergianum zu beglückwünschen, beseelt uns umsomehr das Gefühl aufrichtiger Dankbarkeit, als wir heute besser noch als früher zu beurtheilen im Stande sind, wieviel Dank wir Ihnen schulden für die ausserordentlich grosse und aufopfernde Mühe, mit der Sie uns durch Ihre

klaren und präzisen Vorträge in den wichtigsten Gegenstand der medicinischen Wissenschaften, in das Studium der Anatomie eingeführt haben. Heute tritt uns so lebhaft vor Augen, wie Sie, unermüdlich thätig in Ihrem Lehramte, immer bereit waren, zu belehren und zu demonstrieren, um Jeden, der noch irgend eine Frage, irgend einen Zweifel hatte, freundlichst zu unterweisen und auf den richtigen Weg zu leiten. Bei Ihnen sah man, dass es Ihnen eine Freude war, da Aufklärung zu geben, wo sie verlangt wurde, Ihre Anatomie ging Ihnen über Alles — hier war Ihr zweites Heim. — Heute sind wir auch noch besser wie früher zu beurtheilen im Stande, welche grosse Wichtigkeit das Studium der Anatomie hat; denn die Anatomie bildet die Basis für alle übrigen medicinischen Disciplinen. Anatomie, die von ihr nicht zu trennende Physiologie und die pathol. Anatomie sind die Grundpfeiler der Medicin, ohne deren Kenntniss keine innere Medicin, keine Chirurgie und Gynaekologie, keine Specialität, möge sie sein, welche sie wolle, denkbar ist. Erst als die pathol. anatomische Richtung im Vereine mit der physical. Diagnostik hauptsächlich von der Wiener Schule aus zur Ausbildung gelangte, begann die medicinische Wissenschaft eine rationelle Wissenschaft zu werden.

Wenn wir Ihnen heute unseren Dank aussprechen, so thun wir dies in klarer Erkenntniss und im vollen Bewusstsein von der Wichtigkeit des ersten anatomischen Unterrichts zur Einführung in das Studium der Medicin.

Ausser den Vorlesungen über Anatomie hatten wir auch noch Gelegenheit zu sehen, wie Sie selbst wissenschaftliche Fragen behandelten, die Art und Weise kennen zu lernen,

wie Sie selbst an wissenschaftliche Arbeiten herangingen, wie Sie ohne vorgefasste Meinung, unbefangen, gründlich forschend und prüfend dieselben aufnahmen. Ein grosser Theil Ihrer Werke, von denen ich nur auf

1. Dessen Inaugural-Dissertation. De Symetria et Asymetria cranii. Marb. 1839. 3 Tafeln.
2. Zur organischen Formenlehre mit 12 Tafeln. 1844.
3. Zur Architectur des Menschenschädels mit 32 Tafeln 1856.
 - a. Schädel abnormer Form. 18 Tafeln.
 - b. Schädel bekannter Personen. 14 Tafeln.
4. Der Pongo- und Orangschädel in Bezug auf Species und Alter. 1854.
5. Abbildungen der menschlichen Skelettheile als Unterlage zur matt geschliffenen Glastafel. 28 Tafeln gr. Fol.
6. Zur Morphologie der Raçenschädel. (Zwei Sendschreiben an den Akademiker C. E. v. Baer 1861 u. 1864 mit 24 Tafeln).
7. Hand und Fuss. Gratulationsschrift zum 50jähr. Doctorjubiläum von Dr. Salom. Friedr. Stibel, herz. nass. Hofrath. 1864.
8. Die Stellung des Humeruskopfes zum Ellenbogengelenk bei Europäern und Negern mit Holzschnitten. 1866.
9. Zur Anatomie des weiblichen Torso. Gratulationsschrift an C. E. v. Baer und Dr. Sömering. Tafel 12. 1868.
10. Der Fuss eines japanischen Seiltänzers mit 1 Tafel.
11. Schädel des japanischen Maskenschweins und der Einfluss der Muskeln auf dessen Form. 1870. 3 Tafeln.
12. Zur Morphologie des Säugethierschädels. 1872. 2 Tafeln.
13. Affen- und Menschenschädel in Bau und Wachsthum. 10 Taf. 1873. Gratulationsschrift an Geheimerath Dr. G. A. Spiess.
14. Die Robbe und die Otter in ihrem Knochen- und Muskel-Skelet mit 32 Tafeln 1873.

Von kleineren Abhandlungen :

1. Die Senckenbergische Anatomie. Bericht bis 1859.
2. Sam. Christ. Lucae, Prof. der Anatomie in Marburg. Manuscript. 1851.
3. Ueber die Launitz'sche Methode des anatomischen Unterrichts.
4. Die mattgeschliffene Glastafel zum Zeichnen beim demonstrativen Vortrag.
5. Ueber die Zeugungswege des weiblichen Känguruhs.
6. Skelet eines Mannes in statischen und mechanischen Verhältnissen. 1876. (Im Verein mit Hermann Junker publicirt).

7. Das Schwingen des Beins beim Gehen.
8. Die Morphologie der letzten 50 Jahre und die Bestrebungen der Senckenberg. naturf. Gesellschaft. 1874.
9. Erste Ertheilung des Tiedemann-Preises. 1875.
10. Zahnwechsel beim Menschen und Affen.

hinweisen will, hat Ihnen einen rühmlichen und anerkannten Namen in der Wissenschaft gesichert. Durch Ihre ausgezeichneten Vorträge über Zoologie, Anthropologie, Ihre anatomischen Vorträge für Künstler und Bildhauer haben Sie sich in den weitesten Kreisen Anerkennung, Ehre und Hochachtung verschafft. Ihre Vorlesungen gehörten, wie Sie wissen, immer zu den besuchtesten und beliebtesten. Auch als Freund und Rathgeber haben wir Sie schätzen gelernt und Ihre Rathschläge waren zuverlässig, denn ohne Scheu und ohne Hehl, ohne Interesse und Parteinahme hiess es bei Ihnen gerade aus und mitten durch; unbekümmert, welche Aufnahme Ihre Worte finden würden, sprachen Sie nach Ihrer wirklichsten und innersten Ueberzeugung. Wer bei Ihnen anklopfte, wusste, dass er gute Aufnahme finden und gut belehrt fortgehen würde.

So wünschen wir Ihnen denn heute, dass es Ihnen noch lange, recht lange vergönnt sein möge, Ihre schöne Wirksamkeit als Professor der Anatomie und Docent am Senckenbergianum fortzusetzen und dass Sie in Ihrem schönen Berufe, der Ihnen selbst lieb und theuer, noch viel, sehr viel Freude erleben möchten.

Frankfurt a. M., im August 1876.

Der Verfasser.

(S. 9)

Die Ovariectomie hat sich auch in Deutschland in den letzten zwei bis drei Decennien so viele Freunde und Anhänger erworben, dass sich jetzt wohl kaum noch eigentliche Gegner und Widersacher finden werden; denn selbst diejenigen, welche früher eifrig dagegen gekämpft, welche in dieser Operation nur ein kühnes Wagniss erblickt, das wohl ausnahmsweise von Erfolg begleitet sein kann, in den meisten Fällen aber den Patienten das Leben kostet, während bei palliativer, expectativer Behandlung, weniger eingreifendem operativen Verfahren dasselbe noch lange hätte erhalten werden können, haben sich, allerdings durch nicht hinwegzuläugnende Thatsachen gezwungen, zu einer anderen Anschauungsweise bekannt und sind statt früherer Gegner, Freunde dieser Operation geworden. Man fragt jetzt wohl erstaunt, wie war es möglich, dass sich erst sehr spät, nachdem in anderen Ländern, namentlich in England, Amerika und Frankreich sich die Operation bereits das Bürgerrecht erworben hatte, gerade in Deutschland diese Operation nicht in der Weise gewürdigt wurde, wie dies schon lange vorher in anderen Ländern der Fall gewesen und wie dies jetzt erst auch bei uns allerwärts sein dürfte?

Man hat diese Frage verschieden beantwortet, so hat man zunächst einige Autoritäten und Professoren dafür verantwortlich machen wollen, da sie statt zur Ovariectomie zu ermuntern, im Gegentheil von derselben abriethen und dabei in so grellen Farben auftrugen, dass ihre Zuhörer nothwendiger Weise eine gewisse Scheu vor dieser Operation haben mussten und sich nur äusserst schwer zu deren Ausführung entschliessen konnten. Es wäre also ein gewisser Bann gewesen, der auf dieser Operation lastete und den abzuschütteln nur Wenige den Muth haben konnten. So war namentlich v. Scanzoni

(S. 10)

dies vorgeworfen und ihm ein grosser Theil der Schuld aufgeladen worden, weil er, früher ein Gegner der Operation, durch seine Gegnerschaft auch anderen die Hände gebunden habe. Wir können diesem Vorwurfe nicht beistimmen, da es ja nicht v. Scanzoni allein, sondern wir können wohl sagen, die meisten Lehrer auf deutschen Hochschulen waren, welche dieselben Ansichten vertraten, diese Ansicht demnach eine herrschende war, wofür man einen Einzelnen nicht verantwortlich machen kann; ja im Gegentheil wäre es auffallend gewesen, wenn nach dem damaligen Stande und den damaligen Resultaten deutscher Operateure - die wahrlich nicht schlechter sein konnten - man ein anderes Urtheil als ein absprechendes gefällt haben würde, und halten wir es deshalb auch nicht für zutreffend, einen einzigen Vertreter der damals herrschenden Lehre herauszugreifen, um ihm alle Schuld aufzuladen, die rechtmässig vertheilt von Vielen getragen werden muss. Es handelt sich ja auch eigentlich nicht um die Frage, wer Gegner der Operation ist und war, sondern vielmehr warum so viele Gegner sein konnten. Warum haben denn gerade die erfahrensten und tüchtigsten Gynäkologen und Operateure*) sich negativ gegen diese Operation solange verhalten, und aus welchen Gründen kam die Abneigung gegen diese Operation? Hier ist es doch gewiss nicht von Entscheidung, dass der Eine oder der Andere einmal einen oder zwei tödtlich verlaufende Fälle hatte, sondern, sagen wir es gerade heraus, dass die Resultate dieser Operation in Deutschland überhaupt so schlecht waren, dass wohl Niemand Angesichts dieser Thatsachen sich dafür begeistern konnte. Wenn wir die Zusammenstellung von G. Simon aus dem Jahre 1858 von 64 theils ausgeführten theils unvollendeten Operationen betrachten, **) so erfahren wir,

*) Unter anderen auch Dieffenbach. **) Vergl. Scanzoni Lehrbuch der weibl. Sexualorgane.

(S. 11)

dass von den 64 in Deutschland gemachten Operationen 46 vollendet wurden, 16 dagegen unvollendet bleiben mussten, und hierzu noch 2 diagnostische Irrthümer kamen. Von den 46 vollendeten Operationen starben 35, und nur 11 wurden geheilt; von den unvollendeten starben 11 gleich nach der Operation, 1 wurde geheilt, bei 4 war nur ein vorübergehender Erfolg. Von den 2 bei irrthümlicher Diagnose ausgeführten Eröffnungen der Bauchhöhle kam 1 Fall durch, 1 starb; zusammengenommen war der Erfolg also: Von 64 Operirten wurden geheilt 13, gestorben 46, ohne wesentlichen und zweifelhaften Erfolg 5. Bei diesen Resultaten konnte man gewiss nicht daran denken, die Operation als empfehlenswerth hinzustellen, und es kann uns nicht Wunder nehmen, wenn die herrschende Ansicht sich gegen die Ovariectomie aussprechen musste, zumal noch anzunehmen war, dass noch einzelne nicht gelungene Operationen nicht zur Veröffentlichung gelangt waren, mithin die Resultate eher noch schlechter sein konnten. Wir müssen im Gegentheil das negative Verhalten gegen diese Operation als vollständig begründet ansehen, und es drängt sich nur noch die Frage auf, wie und woher es kam, dass die Resultate der in Deutschland vorgenommenen Ovariectomien im scharfen Gegensatz zu denen anderer Länder, namentlich zu denen von England und Amerika und schliesslich auch zu Frankreich standen. Die verschiedensten Gründe, die man hier angeführt hat, sind alle nicht stichhaltig; so glaubte man, dass einzelne Aerzte, nachdem sie eine Reihe Operationen gemacht, eine grössere Geschicklichkeit besässen, sodann wollte man in der Individualität der Patienten selbst den Grund für die besseren Resultate erblicken; sogar die Beschaffenheit des Klimas u. s. w. sollte eine Rolle spielen. Alles dieses trifft den wahren und wirklichen Grund nicht; der eigentliche Grund, warum die deutschen Resultate so schlecht waren, liegt einzig und allein darin, dass die Patienten meisten Theils zu spät zur

(S. 12)

Operation kamen, dass die Fälle so zu sagen in dem letzten Stadium, als sie schon als verzweifelte bezeichnet werden mussten, der Operation unterworfen wurden, dass in Folge der längeren Krankheit die Constitution schon sehr geschwächt war, die Patienten bedeutend heruntergekommen, oft im höchsten Grade anämisch und hydrämisch waren; Patienten, bei denen sich auch schon alle möglichen Complicationen, Verwachsungen der Cyste mit den Bauchdecken, mit dem Omentum, dem Uterus, den Därmen u. s. w. gebildet hatten, kurz Fälle, bei denen schon im Voraus eine schlechte Prognose zu stellen war, und von Anfang an nicht mehr viel gehofft werden konnte. Einigermassen von Einfluss mag vielleicht auch gewesen sein, dass das Publikum, da es so zu sagen immer nur ungünstige Resultate erblickte, kein grosses Zutrauen zu der Operation hatte, dieselbe solange als möglich verschob und nur dann von der Operation etwas wissen wollte, wenn die Beschwerden eben unerträglich geworden waren. Dazu kam auch noch, dass, ehe man zur Operation schritt, man nicht nur einmal, sondern wiederholt und öfters die Punktion vornahm, wodurch nicht nur die Patienten unnöthig geschwächt, sondern auch den Complicationen mit Verwachsungen Vorschub geleistet wurde. Auch heute leiden wir noch vielfach daran, dass nicht nur die Punktionen zu oft wiederholt, sondern dass auch viele Operationen in einem zu späten Stadium vorgenommen werden. Haben wir nun auf der einen Seite dargestellt, dass bis Ende der fünfziger Jahre die herrschende Ansicht in Deutschland gegen die Operation sich aussprach, so müssen wir jetzt hervorheben, dass die Ovariectomie doch immer nicht ganz ohne Freunde und Anhänger war, dass sich immer Vertheidiger gefunden haben, dass man diese wichtige Frage immer wieder auf die Tagesordnung gesetzt, dass bereits seit Anfang der sechziger Jahre ein Umschwung der Ansichten sich

(S. 13)

bemerkbar machte, dass es endlich gelang, den schweren Bann zu lüften, und dass, nachdem sich eine grössere Anzahl von Aerzten – wir wollen hier der grossen Verdienste von **Stilling** in Cassel, der immer ein Hauptförderer und Vertheidiger der Ovariectomie war und durch seine Publicationen und die neue Methode der extraperitonealen Behandlung des Stiels wesentliche Beiträge geliefert hat, von **Nussbaum** in München, von **Bruns, Martin, Veit, Spiegelberg, B. Schultze, Breslau, Grenser, v. Dummreicher, Winlechner, Kumar** (letztere 3 für Oesterreich), denen wir noch eine ganze Reihe anderer Autoren hinzufügen könnten, *) Erwähnung thun – aufgemuntert durch die Resultate des Auslandes, dieser grossen und wichtigen Frage eingehend bemächtigt hat, heute die Sache anders steht, so dass selbst die früheren Gegner, namentlich auch v. Scanzoni, eine andere Stellung zu dieser Frage genommen haben und statt der früheren Gegner Anhänger und Freunde derselben geworden sind.

Heute handelt es sich nicht mehr darum, ob Gegner oder Nichtgegner der Ovariectomie, denn diese Frage ist erledigt, sondern heute handelt es sich um Fragen der exacten Diagnose, um die Feststellung vorhandener Complicationen, um die Vervollkommnung des technischen Verfahrens bei Ausführung der Operation, und die Frage der zweckmässigsten Behandlung der Operirten. Heute wird man keine 5-6 Punctionen mehr vornehmen, ehe man sich zur Operation entschliesst; man wird mit der Operation nicht so lange warten, bis der Kräftezustand auf das Aeusserste herabgesunken ist, sondern man wird zu operiren suchen bei noch gutem Kräftezustande, in einem Stadium, wo man noch erwarten kann, dass die Operation gut ertragen werde, ehe sie schon unan-

*) Die erste Ovariectomie, welche in Frankfurt am Main mit vollständiger Heilung endete, wurde von mir im September 1867 ausgeführt.

(S. 14)

genehme Complicationen entwickelt, namentlich ehe sich schon stärkere Verwachsungen mit den Nachbarorganen gebildet haben können, ehe noch peritoneale Reizungen stattgefunden haben.

Den Fall, *) den ich in Nachstehendem veröffentliche, war his auf eine starke Verwachsung mit dem Omentum ein ziemlich reiner, die Grösse der Cyste allerdings eine beträchtliche, der Verlauf bis auf die Erscheinungen von Seiten des reponirten Omentums ein guter und normaler.

*) Die Ovariectomien, welche seit 1867 in meiner Privatklinik vorgenommen wurden, finden sich in den Jahresberichten der chir. Klinik verzeichnet, welche jährlich in dem Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt am Main erscheinen. Ebendasselbst finden sich auch meine auf der Klinik vollzogenen Resectionen und sonstigen grösseren Operationen aufgezählt und können daselbst nachgesehen werden. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nur um kurze Zusammenstellungen und kurze Mittheilungen, da der Raum für die Publication der einzelnen Anstalten ein beschränkter ist. Da dies nun aus der ganzen Haltung des Berichtes von Jedem sofort erkannt wird, war ich um so mehr erstaunt, als ich in dem Centralblatt für Chirurgie No. 1 vom Jahrgang 75, Pag. 12 ein Referat eines Herrn Dr. Krönlein fand, in welchem derselbe meist alles zu kurz oder, wie er sich

auszudrücken herausnimmt, zu dürftig findet. Dagegen wäre von meiner Seite an und für sich Nichts einzuwenden, wenn Herr Krönlein damit seinen Drang und Durst nach Wissen bekunden wollte, und wenn er nicht in diesem Referate in der plumpsten und unverschämtesten Weise lügen würde. Dass Herr Krönlein nicht lesen gelernt hat, kann ich doch nicht annehmen. Herr Krönlein hält es gar nicht der Mühe werth, beispielsweise auf die in diesem Berichte ziemlich in Extenso mitgetheilten beiden Fälle von Ovariectomie näher einzugehen, verschweigt also ziemlich die Hauptsachen und sagt dann in Bezug auf die Resectionen wörtlich (cf. pag. 12 in No. 1 des Centralblattes für Chirurgie, Jahrgang 75): »Bei der Nachbehandlung der Hüft- und Kniegelenkresectionen wendet Verf. die Linhart'schen Watteverbände an, »weil Gypsverbände nicht nur nichts nützen können, sondern sogar schädlich seien und alle übrigen Verbände an Schwerfälligkeit übertreffen« (!Ref.) Krönlein (**Berlin**).«

Herr Hofrath von Linhart wird sich wohl bei mir bedanken, dass ich nach seiner Methode bei Hüftgelenkresectionen seine Watteverbände anlege. Prof. v. Linhart bedient sich, gerade wie ich auch, der Extensionsmethode wie bei Coxitis. Es ist dies wohl auch jetzt das allgemein übliche, jedenfalls das rationellste Verfahren. Sehen wir in-

(S. 15)

Multiloculäre Ovarialcyste, Adhaesion mit der vorderen Bauchwand, starke Verwachsungen mit dem Omentum. Ovariectomie. Heilung.

Anamnese: Frau Theresia O. aus Schwanheim bei Frankfurt am Main ist 43 Jahre alt, als Kind war sie immer etwas schwächlich, im Ganzen jedoch gesund. Von eigent-

dess den Wortlaut meines Berichtes, aus dem Herr Krönlein sein Referat herausgelogen hat, genauer an, so wird man staunen und mit mir sich in Uebereinstimmung finden, dass ein derartiges Referat, wie das des Herrn Krönlein, unter aller Kritik ist. Ich sage in meinem Berichte wörtlich: »Zur Ausführung der Operation (Resection im Hüftgelenk) bedienen wir uns des einfachen über den Trochanter geführten Längsschnittes; in der Nachbehandlung wird das Bein mittelst des amerikanischen Extensionsverbandes fixirt, **ein weiterer Verband findet dabei nicht statt**, namentlich wenden wir keine Gypsverbände an, da dieselben nicht nur nichts nützen können, sondern sogar schädlich sind, **da sie die vielen sich bildenden Eiteransammlungen und Eitersenkungen verdecken und hierdurch** Veranlassung zu Pyaemie geben. Hierzu kommt noch, dass sich die Patienten in diesem einfachen Verbands viel wohler befinden, dass das Reinigen der Wunde viel besser bewerkstelligt werden kann und dass auch alle übrigen Verrichtungen des Patienten leichter zu besorgen sind, während der Gypsverband alle übrigen an Schwerfälligkeit übertrifft, namentlich wenn das ganze Becken und der Oberschenkel bis zum Knie eingegypst ist.«

In Bezug auf die Kniegelenkresectionen sage ich bei der Nachbehandlung: »Nach der Operation wurde das Bein in eine mit Watte ausgefüllte Beinlade gelegt; es ist dies ebenfalls dem (Gypsverbande vorzuziehen, wie überhaupt die Watteverbände, die sich seit Jahren in der Klinik von Prof. v. Linhart bewährt haben, wegen ihrer Einfachheit, leichten Handhabung, leichteren Zugängigkeit u. s. w. den Gypsverbänden bei Weitem vorzuziehen sind. Insbesondere gilt dies aber von dem Verbands nach der Kniegelenkresection; selbst wenn man ein breites Fenster anlegt, kann der Gypsverband nicht vollständig rein gehalten werden. Das Anlegen und Abnehmen des Gypsverbandes ist für die Wunde sehr unzutraglich und nicht zu vergleichen mit dem leichten Wechseln des Blechstiefels. Die Reinigung der Wunde kann leichter bewerkstelligt werden, alle sich bildenden Eitersenkungen werden sofort erkannt, auch ist das Wechseln des Verbandes für den Patienten und auch für die Wunde mit weniger Unannehmlichkeiten verbunden.« Dies sind meine Worte, und ich muss Angesichts dieser Entstellungen von Seiten des Herrn Krönlein auf sein Referat erwidern, dass wer sich nicht entblödet, mit einer solchen Arroganz und wirklich fabelhaften Unverfrorenheit absichtlich zu lügen, dahin gehört, wohin ihn R. Volkmann, (s. Herr Dr. R. U. Krönlein und seine Statistik v. R. Volkmann) schon einmal hingewiesen - nämlich vor die Thür. -

(S. 16)

lichen Krankheiten in ihrer Jugend erinnert sie sich nur der Masern. Im 15. Jahre trat ihre Periode ein, die sich meist regelmässig alle 4 Wochen wiederholte, ausnahmsweise auch schon nach, 3 1/2 Wochen sich einstellte. Der Blutverlust war mässig, zuweilen ging coagulirtes Blut ab, auch hatte sie vielfach über heftige Schmerzen zu klagen. Nach der Periode stellte sich meist Leukorrhöe ein, die einige Tage verschieden stark anhielt. Im 25. Jahre wurde sie von Scharlach befallen, welcher normal verlief und bei dem keine weiteren Complicationen aufgetreten sind; im Ganzen dauerte die Krankheit 14 Tage. Im 29. Jahre hat sich Frau O. verheirathet und kam 2 Jahre nach ihrer Verheirathung zum ersten Male mit einem gut ausgebildeten Knaben nieder. Die Entbindung war normal und auch das Wochenbett ging gut ohne Zwischenfälle vorüber. Ebenso verlief nach zwei Jahren das zweite Wochenbett normal und regelmässig. Das dritte Kind, welches nach abermals zwei Jahren geboren wurde, war etwas stärker, als die beiden ersten und war deshalb auch die Entbindung eine schwierigere. Zu einer Erkrankung im Wochenbett kam es nicht, doch hatte sich ein Prolapsus uteri gebildet, an welchem seit jener Zeit Frau O. leidet. Seit dieser Entbindung trat sodann die Periode nicht mehr regelmässig auf, kam anfangs erst nach 6 und 8 Wochen, später setzte sie zuweilen 1/4 Jahr aus. Seit 4 Jahren bemerkte Frau O. auf der rechten Seite eine Anschwellung, und da die Periode ungefähr 3/4 Jahre vollständig ausblieb, glaubte Frau O. guter Hoffnung zu sein. Statt dessen kehrte aber die Periode wieder zurück, wurde nun ganz unregelmässig, indem oft kürzere, meist aber sehr lange Pausen eintraten. Die bereits schon früher bemerkte Anschwellung nahm nun stetig zu, bis sie zur jetzigen Grösse sich herangebildet hat, dabei schien der Frau manchmal, als ob von Zeit zu Zeit eine Verkleinerung des Leibes eingetreten sei. In den letzten 6 - 8 Monaten ging die Ver-

(S. 17)

grösserung in rapider Weise vor sich, die bereits früher bestandene Leukorrhöe wurde stärker, und die Beschwerden, welche durch die Geschwulst im Leibe hervorgerufen wurden, nahmen so zu, dass die Frau in den letzten 14 Tagen in allen Bewegungen gehemmt war; der Urin wurde nur mit grosser Anstrengung entleert, der Prolapsus uteri trat stärker hervor, dabei fühlte sich Frau O. beengt, bedeutend schwächer, der Zustand wurde nach und nach unerträglich, die Stuhlentleerungen allein waren noch normal, Appetit dagegen mangelhaft. In den letzten Tagen Schwellung des linken Fusses.

Status praesens. Vier Monate vor Aufnahme in die Klinik hatte ich die Frau mit dem behandelnden Collegen Herrn Dr. med. Kobbelt in Schwanheim gesehen und untersucht, und ich konnte schon damals nach meiner Untersuchung mich der Ansicht des Herrn Dr. Kobbelt anschliessen, dass es sich um eine Ovarialcyste handle. Frau O. war nicht ganz abgeneigt, sich operiren zu lassen, doch waren ihre Beschwerden noch nicht der Art, dass sie sich schon zur Operation entschliessen konnte. Herr Dr. Kobbelt war mit mir vollständig einverstanden, dass man keine Punctionen vornehmen solle, um Verwachsungen möglichst hintanzuhalten, auch kamen wir überein, mit der Operation nicht solange zu warten, bis der Kräftezustand allzu sehr erschöpft sei. Bei Aufnahme in die Klinik am 8. Juni zeigte sich folgendes Verhalten. Frau O. ist im Ganzen mehr von schlanker Statur (mit Ausnahme des stark kugelig ausgedehnten Leibes), mittlerer Grösse, mässig starker Muskulatur, wenig entwickeltem Fettpolster der Haut, und mehr gracilem Knochenbau. Die Gesichtsfarbe ist blass, gelblich fahl, überhaupt sind die Erscheinungen von chlorotisch-anämischem Aussehen vorherrschend. Die Zunge ist etwas belegt, Mund- und Rachenschleimhaut sehr blass. Die Stimme ist rein

und hell, am Kehlkopf, an den Drüsen des Halses nichts Besonderes bemerkbar. Die Untersuchung der Brust-

(S. 18)

Organe ergab einen etwas hohen Stand des Zwerchfells, dieselben sind deshalb mehr nach oben geschoben, namentlich ist das Herz höher gelegen, Herzstoss im Ganzen etwas abgeschwächt, am deutlichsten an der Papilla mammalis zu fühlen. Die Herztöne sind rein, ohne Geräusche, die Herzdämpfung nicht vergrössert. Bei Percussion des Thorax zeigt sich rechts und links oben in der Reg. supra und infraclavicularis ein gleichmässig heller und voller Ton, der rechts bis zur 5.-6. Rippe reicht, wo bereits die Leberdämpfung beginnt, linkerseits normal, unter der Herzdämpfung tympanitischer Schall von dem etwas durch Gas aufgetriebenen Magen. Die Milz ist deshalb auch nicht mit Bestimmtheit heraus zu percutiren und ist jedenfalls nicht als vergrössert nachzuweisen.

Hinten am Thorax beiderseits bis zur Basis heller und voller Percussionston. Die Auscultation ergibt überall reines vesiculäres Athmungsgeräusch, nur auf der rechten Seite im unteren und mittleren Lungenlappen sind einzelne feuchte Rasselgeräusche wahrnehmbar, also ein leichter Catarrh der Bronchien, der offenbar durch den Hochstand der Leber und die Compression der Lunge bedingt war.

Bei Inspection des Leibes zeigt derselbe eine bedeutende Ausdehnung; dieselbe ist nach allen Richtungen vollständig gleich, eine besondere Erhöhung oder Erhabenheit, Unebenheit ist nicht wahrzunehmen. Abdominelle Athmung ist fast gar nicht vorhanden. Der Nabel ist verstrichen und wenig hervortretend.

Die Palpation zeigt Fluctuation über das ganze stark ausgedehnte Abdomen. Die Fluctuation ist an allen Stellen gleichmässig, auch ist es von keinem Unterschiede, ob man die beiden Hände beim Anschlagen nahe oder entfernt auflegt. Man konnte aus diesem Befunde annehmen, dass, wenn es sich in diesem Falle um eine Cyste handeln würde, dieselbe erstens sehr dünnwandig, und zweitens eine den ganzen

(S. 19)

Raum einnehmende Cyste sein musste. Weder bei flachem Auflegen der Hand, noch bei Hin- und Herstreichen wurde eine reibende Bewegung gefühlt. Die Auscultation des Abdomens ergab ein negatives Resultat, ein Uteringeräusch konnte nirgends vernommen werden, ebenso keine Pulsation und auch kein Reibungsgeräusch bei der In- oder Expiration.

Percussion. Direct unter dem Rippenbogen ist beiderseits links und rechts tympanitischer Schall, jedoch nur in unbedeutender Ausdehnung 2-3 Ctm. vernehmbar, der bei aufrechter Stellung nach unten etwas zunimmt. Ausser diesem ganz kleinen Zwischenraum von tympanitischem Schalle ist über den ganzen Leib bis zur Symphyse und bis in die Lumbalgegend rechts und links der Schall gedämpft. In der Rückenlage ist sowohl rechts als links in der Lumbalgegend selbst tympanitischer Schall; durch Lageveränderung nach der entsprechenden anderen Seite hin nimmt er sowohl rechts als links an Ausdehnung zu. Der tympanitische Schall in der Lumbalgegend, während der Patient in der Rückenlage verharrt, ist ein fast sicheres Zeichen, dass es sich nicht um Hydrops ascites handelt. Ebenso steht die

Form der Dämpfung convex nach oben im Gegensatz zu der Dämpfung bei Ascites, wo dieselbe eine concave Form annimmt. Auch ist bei freiem Hydrops bei Lageveränderung der Unterschied in der Dämpfung ein viel auffallenderer und grösserer, als wie es in diesem Falle war. Man konnte aus unserem Befunde nur schliessen, dass wenn es sich um eine Cyste handeln würde, dieselbe einige Verschiebbarkeit zulässt, mithin ausgebreitete Verwachsungen nicht allzu viel vorhanden sein konnten. Die Messung des Unterleibes ergab bei der vollständig kugeligen Ausdehnung:

Vom proc. xiph. bis zur Symphyse ... 58 Ctm.

Von der spin. il. ant. super dextr bis zur spin. il. ant. sup. sin. 62 »

(S. 20)

Von der Mitte des Rippenbogens linkerseits bis zur Mitte des lig. Poup. rechts ... 56 »

Von der Mitte des Rippenbogens rechterseits bis zur Mitte der lig. Poup. linkerseits ... 56 »

Die ganze Circumferenz um das Becken und um die grösste Ausdehnung des Leibes gemessen 105 »

Bei dem obigen Verhalten muss der Leib auf beiden Seiten eine vollständig gleichmässige Ausdehnung haben, während bei einer Differenz dieser beiden Linien die eine Seite eine grössere Ausdehnung als die andere haben muss. Die stärkere Ausdehnung erstreckt sich aber in den meisten Fällen immer nur auf den unteren Theil des Leibes und zwar meist auf den Theil, welcher den Ausgang der Erkrankung bildet. Würde z. B. die Messung von der Mitte des linken Rippenbogens bis zur Mitte des rechten lig. Poupartii 56 Ctm. ergeben, aber von der Mitte des rechten Rippenbogens bis zur Mitte des linken lig. Poupartii 60 Ctm., so wäre durch die grössere Ausdehnung dieser Linie anzunehmen, dass die linke untere Seite an Ausdehnung grösser ist, als die entsprechende rechte, und dies liesse den weiteren Schluss zu, dass die Ovarialgeschwulst auf der linken Seite ihren Anfang genommen. Bei umgekehrtem Verhältniss würde man denselben Schluss für die rechte Seite ziehen. Sind beide Ovarien erkrankt, so ist diese Methode natürlich nicht zu verwerthen, ebenso nicht, wenn, wie in dem vorliegenden Falle, keine Differenz durch die Messung nachweisbar ist. Durch die äussere Besichtigung allein ist bei der starken Ausdehnung des Leibes ein Unterschied nicht so leicht zu bemerken und zu übersehen, weshalb wir stets die Messung so vornehmen, wie es oben angegeben ist. Es soll indess nicht behauptet werden, dass es gerade für alle Fälle stimmt und nicht Ausnahmen vorkommen können.

Bei der Untersuchung per vaginam gelangt man zuerst

(S. 21)

auf den Prolapsus uteri, sodann auf ein Pessarium, das denselben zurückhalten sollte. Es gelang, die Reposition auszuführen, das Pessarium wurde entfernt, die vordere und hintere Fläche der Vagina waren stark aufgelockert und wulstig, ebenso die Vaginalportion. Der reponirte Uterus steht mit seinem Fundus nach vorn; sobald man den Muttermund passirt hatte, kam man in dem hinteren Laquear auf einen Tumor, welcher den Eingang in das Becken und zum Theil auch die Beckenhöhle ausfüllt. Sobald man die Finger entfernt, bildet sich durch den Druck der Geschwulst von oben sofort wieder der Prolapsus uteri. Die Geschwulst selbst fühlt sich gespannt an, bei stärkerem Drucke ist eine gewisse Elasticität,

jedoch keine deutlich bestimmte Fluctuation wahrnehmbar, wenn man zu gleicher Zeit an die Bauchdecken anschlägt. Während der Finger ruhig liegen bleibt, ein anderer College, Herr Dr. Küppers, eine Verschiebung der Geschwulst von den Bauchdecken aus vorzunehmen sucht, kann man eine solche nur in ganz geringem Grade wahrnehmen.

Bei der Untersuchung durch den Anus kommt man ebenfalls wie bei der Untersuchung durch die Vagina auf denselben Tumor und zeigten sich hier auch dieselben Verhältnisse. Eine Untersuchung durch den Anus mit der ganzen Hand in Chloroformnarkose nach Einschneidung des M. sphinctir ani wurde hier nicht vorgenommen, weil wir durch die Probepunction festgestellt hatten, dass die Cyste eine ziemlich dünnwandige war. Diese Untersuchungsmethode, welche von Prof. Simon angegeben und auch von Nussbaum empfohlen wird, halte ich bei Ovarialcysten, namentlich bei dünnwandigen und zusammengesetzten Cystoiden für sehr gefährlich, und würde ich für meinen Theil wenigstens bei dünnwandigen Cysten nicht wagen, dieselbe auszuführen, oder nur als ultimum refugium in Anwendung ziehen, weil durch das Eingehen mit der Hand die schon stark gespannten Cysten noch

(S. 22)

mehr sich spannen müssen und hierdurch leicht eine Berstung von einer oder mehreren Cysten entstehen könnte. Bei dem starken Drucke, der hier auf die Beckenorgane wirkte, und bei dem Umstande, dass wir annehmen konnten, es mit dünnwandigen Cysten zu thun zu haben, hätte jedenfalls ein grösseres Unheil entstehen können, als wir Nutzen von dieser Untersuchung gezogen hätten. Die Diagnose war ohnedies schon durch unsere übrige Untersuchungsmethode festgestellt, man hätte vielleicht noch eruiren können, dass die Geschwulst von dem linken Ovarium ausgeht. Es ist dies übrigens von keiner practischen Bedeutung für die Vornahme der Operation. Was die Angabe der Patienten betrifft, dass sie die Geschwulst auf der rechten oder auf der linken Seite zuerst gespürt haben, so sind dieselben ganz werthlos und lege ich auf diese wenn auch mit der grössten Bestimmtheit ausgesprochene Behauptung gar keinen Werth; in den meisten Fällen sind die Angaben falsch, wenn natürlich auch ohne Absicht der Patienten so angegeben. Es ist dies auch sehr begreiflich und lässt sich sehr leicht mechanisch erklären. Angenommen, das linke Ovarium ist erkrankt, so wird schon, noch ehe dasselbe eine grössere Ausdehnung einnimmt, ein gewisser Druck in den Nachbarorganen stattfinden und wird hauptsächlich auf den absteigenden Theil des Darms wirksam sein. Es findet nun eine Stauung nach oben zunächst bis zur Valvula Bauhini statt, die Patienten empfinden daselbst abnorme Erscheinungen, die rechte Seite scheint nicht nur, sondern ist auch wirklich in Folge dieser Stauung stärker aufgetrieben, und nun heisst es, man hat die Geschwulst zuerst auf der rechten Seite gespürt. Beginnt die Geschwulst aber wirklich auf der rechten Seite und nicht auf der linken, so ist der Patient eben nicht im Stande zu beurtheilen, ob die sich fühlbar machenden Symptome, abnorme Spannung, Druck, Schmerz, Aufgetriebenheit und Vergrösserung des Leibes von einer wirklichen Geschwulst

(S. 23)

oder durch einen allenfalls sich auf der linken Seite entwickelnden Tumor bedingt ist. Hat man sich also nicht selbst schon in einem frühen Stadium von dem Ausgangspunkte der Geschwulst überzeugt, so kann dies in späteren Stadien durch die Angaben des Patienten nicht festgestellt werden.

Der mit dem Catheter entleerte Harn ist von normaler Färbung und enthält kein Albumen. Durch die Explorativpunction wurde eine dicklich bräunliche Flüssigkeit entleert, die viel Albumen enthielt, bei Eindampfung und auch schon bei längerem Stehen eine leimartige Substanz darstellt, die bei der mikroskopischen Untersuchung epitheliale Gebilde und einzelne Fetttropfen zeigte. Zwischen die Finger gepresst zeigt dieselbe eine klebrige Beschaffenheit und konnte als die gewöhnliche Colloidflüssigkeit angesprochen werden. Bei dem Ein- und Ausstechen des Explorativtroicards achten wir immer auf den Widerstand, welchem das Instrument begegnet, und man kann dabei, wie auch in diesem Falle sich mehrere Collegen überzeugt haben, leicht wahrnehmen, wenn das Instrument die Bauchdecken passirt hat, wie dasselbe auf die Cystenwand übergeht, ebenso spürt man deutlich den Widerstand der Wand selbst und bemerkt den Moment, wenn das Instrument in die freie Cyste eindringt. Bei dem Ausziehen des Instruments fühlt man noch deutlicher, wenn die Cannüle die Wand der Cyste passirt; auch kann man den Moment deutlich wahrnehmen, wenn die Wand der Cyste von dem Instrumente verlassen wird, und wenn das Instrument wieder mit seiner Spitze von der hinteren Wand der Bauchdecken umgeben wird. Es ist dies sehr wichtig für die Beurtheilung, wie die Wand der Cyste beschaffen ist. In diesem Falle war der Widerstand sehr gering, die Zeit der Passage in und aus der Cystenwand sehr kurz, weshalb wir, wie sich dies auch gezeigt, auf eine mässig dickwandige Cyste geschlossen haben.

(S. 24)

Das linke Bein der Patientin ist etwas ödematös angeschwollen, namentlich um die beiden Knöchel des Unterschenkels ebenso der Fuss, diese Schwellung war erst in den allerletzten Tagen entstanden. An dem linken Beine finden sich ausserdem noch einige varicöse Venenausdehnungen, die indess der Patientin weder Schmerzen noch sonstige Unbehaglichkeiten verursacht haben. Das rechte Bein ist normal weder Anschwellung noch Varicen zeigend.

Diagnose: Schon durch die Inspection sahen wir eine abnorme Ausdehnung des Unterleibs, durch die Percussion, welche über das ganze Abdomen einen gedämpften Schall ergab, durch die Form der Dämpfung convex nach oben zu der Annahme einer Geschwulst berechtigt, welche, wie aus dem tympanitischen Schall direct unter dem Rippenbogen und einem gleichen in der Lumbalgegend zu schliessen, nicht mit der Leber oder der Milz in Zusammenhang stehen konnte und den Darm nach hinten gedrängt hatte; die Fluctuation, welche über dem ganzen die Geschwulst einnehmenden Raum deutlich zu fühlen, führte uns zur Annahme einer Cyste. Aus der gleichmässigen Fluctuation hätte man auf eine einzige grosse Cyste schliessen müssen, der Umstand jedoch, dass man bei der Untersuchung durch die Vagina und den Mastdarm nicht die geringste Fluctuation bei genauer Fixation der Geschwulst bemerkte, und dass auch eine Verschiebung von oben her nur sehr schwach wahrgenommen wurde, liess den weiteren Schluss zu, dass der untere Theil der Geschwulst, welcher in das Becken hineinragte, nicht von gleicher Beschaffenheit sei, und die Fluctuation dadurch aufgehoben war, weil die Fortpflanzung der Fibrationen unterbrochen sein musste. Dies konnte nur dadurch entstehen, dass sich in dem untersten Theil festere Massen, kleinere Cysten befanden. An eine solide Geschwulst im Becken konnte man deshalb nicht denken, weil

(S. 25)

die Geschwulst sich nicht hart und höckerig anfühlte. War schon so die Diagnose eines zusammengesetzten Cystoids gesichert, so hat dies durch die Probepunction zweifellos festgestellt werden können, da die mit Colloidflüssigkeit gefüllten Cysten immer mehrfächerig, die mit serösem Inhalt dagegen meist einfächerig sind. In Bezug auf die Dicke der Cystenwandung lies sich durch die Einführung des Probetroicards noch ausserdem feststellen, dass die Cyste keine sehr dickwandige sein konnte. Die Untersuchung des Urins vermochte nichts Abnormes nachzuweisen, und konnte deshalb auch von einer mit der Niere in Zusammenhang stehenden Geschwulst Abstand genommen werden; von Seiten der Harnorgane hat die Anamnese auch nur ergeben, dass in der letzten Zeit ein stärkerer Drang stattgefunden; nie hatte der Urin eine abnorme Veränderung gezeigt, die bei Nierenerkrankung sich durch Beimischung von Schleim, Eiter, Blut, Gries u. s. w. hätte documentiren müssen. Die Diagnose lautete demnach auf eine multiloculäre Ovarialcyste, wobei eine sehr grosse, das ganze Abdomen bis an den Rippenbogen ausfüllende Cyste und ein mit dieser im Zusammenhang stehendes grösseres Convolut kleinerer Cysten, das einen Theil des grossen und kleinen Beckens ausfüllte, vorhanden sein musste. Nach dem ganzen Verlaufe konnten stärkere Verwachsungen wenigstens mit der Bauchwand ausgeschlossen werden.

Prognose. Im Ganzen war das Befinden der Frau O. bis auf die letzte Zeit noch ein gutes gewesen, der Kräftezustand war noch nicht erschöpft, nach der Untersuchung und der Anamnese (peritoneale Reizerscheinungen waren eigentlich nie bis auf die letzten Tage aufgetreten) musste man annehmen, dass auch nicht gerade besondere Complicationen sich vorfinden würden; man konnte deshalb, soweit man überhaupt im Stande ist, ein Urtheil mit Wahrscheinlichkeit zu fällen,

(S. 26)

wohl annehmen, dass wenn die Operation, zu der sich Frau O. ganz freiwillig ohne Zureden, selbst nachdem man sie von der immerhin vorhandenen Gefahr derartiger Operationen unterrichtet hatte, entschlossen, vorgenommen würde, auch der Verlauf der Heilung ein günstiger sein dürfte, oder eigentlich, dass kein Anhaltspunkt sich vorfand, aus dem man vielleicht einen schlimmen Ausgang hätte erwarten können.

Operation. Bei Vornahme der Operation am 9. Juni d. J. hatten mehrere Collegen die Freundlichkeit, derselben beizuwohnen und mich bei der Ausführung zu unterstützen. Es waren dies ausser dem früher behandelnden Collegen Herrn Dr. med. Kobbelt in Schwanheim, die Herren Dr. med. Roberth, Prof. Dr. Leonhard, Dr. Küppers, Dr. Erwein aus Mainz, Dr. Triesch und Dr. Daube und die Assistenzwundärzte Herr Kohl und Herr Messner. – Mehrere barmherzige Schwestern waren damit betraut, die nöthigen Schwämme, Utensilien u.s.w. bereit zu halten und zu reichen.

Ehe wir zur Operation schritten, waschen sich alle Anwesenden im Vorzimmer die Hände in Carbolwasser, die Instrumente wurden ebenfalls in eine Carbollösung getaucht, das ganze Zimmer mittelst des Carbolsprays bestäubt. Die Temperatur des Zimmers wurde auf 25 Grad R. [31,25 C] gebracht und auf dieser Höhe während der ganzen Operation erhalten. Die Patientin behielt ihre wollenen Strümpfe an, ein wollenes nach vorn geschlitztes Beinkleid,

eine wollene Jacke, so dass nur der Leib zugänglich war. Patientin nahm die liegende Stellung mit herunterhängenden Beinen ein, so dass die Füße auf einem Stuhle aufstehen konnten. Die ganze Operationsgegend wurde gereinigt und mit Carbolwasser gewaschen. Während der ganzen Operation arbeitete der Spray mit 5 % Carbolsäurelösung. Nachdem die Patientin tief chloroformirt war, wurde zunächst die Urinblase entleert, sodann in der

(S. 27)

Linea alba ungefähr 3 Ctm. oberhalb der Symphyse ein 8 Ctm. langer Schnitt durch die Bauchdecken vollführt und die Fascien mit der Hohlsonde bis auf das Peritoneum gespalten. Nachdem einige kleinere Gefässe mit der Pincette gefasst und die Blutung gestillt war, wurde das Peritoneum eröffnet, während zwei Collegen die Freundlichkeit hatten, von der Seite die Bauchdecken gegen die Cyste anzudrücken. Nachdem die Cyste in die Wunde hereingepresst war, so dass die Schnittwunde der Bauchdecken genau sich an die Wände der Cyste anlegte, wurde der Troicard eingestochen, wobei sich die Colloidflüssigkeit dieser Cyste, wie bei der Probepunction entleerte. Nachdem beiläufig 20 Litres durch den Troicard abgeflossen, der Leib schon bedeutend zusammengefallen war, und der Strahl durch die Cannüle aufgehört hatte, suchte ich den Sack der Cyste zu fassen und hervorzuziehen, was aber nicht gelang. Ich ging deshalb mit zwei Fingern zur Untersuchung in die Bauchhöhle ein, nachdem ich dieselben in lauem Wasser mit Carbolsäure noch einmal vorher gereinigt, und fand eine ziemlich ausgedehnte Verklebung und Verwachsung der Cyste mit der vorderen B[a]uchwand. Ich suchte nun dieselbe seitlich zu umgehen, zu spannen und durch Vorschubung der beiden Finger zu lösen. Es gelang mir auf diese Weise mit einem Theil derselben; die Ausdehnung der verwachsenen Stellen war indess zu bedeutend, und ich sah mich genöthigt, den ursprünglich 8 Ctm. langen Bauchschnitt um noch 3 Ctm. zu erweitern, um mit der ganzen Hand eingehen zu können. So gelang es, die Cyste nach vorn frei zu machen und einen Theil derselben durch die Wunde durchzuziehen; es war indess nochmals ein Widerstand eingetreten, der dadurch bedingt schien, dass eine mannskopfgrosse Cyste sich vorgelagert hatte. Es wurde deshalb zur Punction dieser Cyste geschritten, deren Inhalt nicht mit dem der ersten Cyste gleich war, sondern mehr serös, von vollständig heller

(S. 28)

Farbe und ohne leimartige Beschaffenheit. Nach Entleerung dieser Cyste trat sodann eine andere bei dem Hervorziehen des Cystensackes ein, welche ebenfalls punctirt wurde und aus der ein colloidales, aber helles, dabei stark klebriges Fluidum entleert wurde. Durch Anziehung dieser letzteren Cysten gelang es ohne besondere Mühe, den grössten Theil des Cystoids aus der Bauchhöhle zu entfernen, einzelne kleinere Cysten wurden dabei noch punctirt, so dass der Stiel des Cystoids bereits entwickelt war. Dabei war die Hauptcyste noch in der Bauchhöhle und konnte durch mässigen Zug nicht entfernt werden. Ich legte deshalb die Klammer um den Stiel, der hinreichend lang war, so dass eine Spannung nicht eintrat; der Prolapsus uteri wurde nun auch reponirt, wodurch der Stiel noch nachgiebiger wurde. Nachdem ich das ganze Cystoid von seinem Pediculus getrennt, liess ich es durch einen Collegen in die Höhe emporhalten, während von Seiten zweier anderer Collegen die Bauchdecke während der ganzen Zeit gegen die Geschwülste angedrückt wurde. Ich suchte nun mich über die Lage der Cyste durch Eingehen mit dem Finger zu orientiren, fand dabei die Cystenwand nach allen Richtungen frei, und während ich einen Zug mit der anderen Hand

an der Cyste selbst ausübte, zeigte sich, dass dieselbe nach der rechten Seite ziemlich hoch nach oben fixirt sein musste. Ich hatte nun die Absicht, durch stärkeres Anziehen die verwachsene Stelle selbst etwas tiefer zu bringen, um sie dadurch dem Finger eventuell dem Messer zugänglich zu machen. Während ich jedoch in dieser Absicht vorging, löste sich die Cyste und lag nun vollständig entwickelt vor der äusseren Wunde; gleichzeitig jedoch ein Theil des Omentums, mit welchem der obere Theil verwachsen war. Während die Cystenwand daselbst vollständig glatt erschien, war das Omentum an verschiedenen Stellen eingerissen, und man kann deshalb annehmen, dass das Omentum, welches durch das Wachsthum

(S. 29)

der Cyste nach oben und auf die rechte Seite gedrängt war, eine Verwachsung mit der vorderen Bauchwand eingegangen, während das Netz gleichzeitig mit der Cyste verwachsen war und die Retention verhindert hatte.

Durch das Loslösen des Omentums entstand eine kleine Blutung in der Bauchhöhle, auch das Netz blutete an einzelnen Stellen. Als ich nun das Netz von der Cyste getrennt, entfernte ich die eingerissenen und zerfetzten Stellen des Omentums, nachdem ich vorher zwei Ligaturen mit carbolisirter Seide angelegt hatte. Eine Reposition des Netzes ohne vorherige Abtragung der eingerissenen Stellen schien mir um so weniger rathsam, als auch das Aussehen des vorliegenden Theils schon etwas missfärbig und verdickt war und dadurch leicht zu stärkerer Entzündung und Necrotisirung hätte Veranlassung gegeben werden können. Nachdem das Netz unterbunden und reponirt war, reinigte ich mit einer 2 % Carbolsäurelösung die Bauchhöhle von dem in sie eingedrungenen Blute, namentlich den Douglas'schen Raum und überzeugte mich, dass eine weitere Blutung nicht eingetreten war. Hierauf schloss ich die äussere Wunde, nachdem ich die Ligaturen des Omentums durch den oberen Wundwinkel nach aussen befestigt hatte und vorher noch unter der Klammer den Stiel, welcher durch den unteren Wundwinkel geleitet wurde, mit einem carbolisirten doppelten Seidenfaden in der Weise unterband, dass ich mit einer Nadel mitten durch den Stiel einstach und je einen Faden nach links und rechts zusammenzog und zusammenknüpfte. Diese Unterbindung des Stiels hat den Vortheil, dass man die Klammer nicht so lange liegen lassen muss, sondern schon am 2.-3. Tage entfernen kann. Die Schliessung der Wunde bewerkstelligte ich im Gegensatz zu früher in der Weise, dass ich drei tief liegende Suturen anlegte, welche das Peritoneum mit gefasst

(S. 30)

hatten. Ich habe früher letzteres nicht mit gefasst, allerdings hart am Rande desselben den Faden durchgezogen. Durch das Mitfassen des Peritoneums wird die hintere Bauchwunde besser geschlossen, die geringe Reizung des Peritoneums durch einen Faden ist bedeutungslos, die Peritonealfächen verkleben aber rascher, es erfolgt also auch ein schnellerer Schluss der Wunde, und im Falle sich zwischen den Bauchdecken Eiter bilden sollte, wird derselbe sich eher nach aussen zu entleeren gezwungen sein. Der Faden, welcher zur Schliessung der Wunde benutzt wurde, war ebenfalls carbolisirt. Findet eine Spannung der äusseren Wunde zwischen den tief gehenden Suturen statt, so werden in die Zwischenräume seichte Suturen gelegt. In diesem Falle legte ich noch vier Suturen an, nämlich zwei zwischen die drei tiefen Suturen und noch je eine ober- und unterhalb derselben. Nachdem die Wunde in dieser Weise geschlossen, wurde eine Reinigung der

Umgebung der Wunde mit Carbolwasser vorgenommen, die Theile wieder getrocknet, über die Wunde eine Comprese, in 3% Carbolsäure getaucht, aufgelegt und ein einfaches Handtuch von dem Rücken um den Leib befestigt. Die Patientin wurde sodann zu Bett gebracht und derselben zunächst Champagner verabreicht, ebenso kleine Eisstücke und die kräftigste Bouillon. Patientin war jedoch noch von der Einwirkung des Chloroforms etwas betäubt und es entstand bei dem jedesmaligen Versuche, ihr etwas einzufliessen, Brechreiz, weshalb man Anfangs von jeder Verabreichung abstehen musste.

Was das Anlegen einer Drainage durch das hintere Vaginalgewölbe und den Douglas'schen Raum betrifft, so habe ich dies in diesem Falle unterlassen, weil ich annahm, dass mit Ausnahme der geringen Laesion der vorderen Bauchwand durch das Lösen der Cyste und die geringe Reizung, welche

(S. 31)

das reponirte Netz hervorrufen konnte, zumal dasselbe vorher vollständig geglättet und die verdächtigen Stellen abgetragen worden waren, Nichts vorhanden war, was gerade eine stärkere reactive Entzündung hätte befürchten lassen müssen.

Verlauf nach der Operation. Im Laufe des ersten Nachmittags, die Operation war um 1 Uhr gemacht worden, entstand öfters Reiz zum Erbrechen, der auch mehrmals sich zum wirklichen Erbrechen steigerte. Im Uebrigen fühlte sich Patientin wohl, klagte nicht über den Leib und gab nur an, dass sie eine gewisse Leere verspüre. Die ihr dargereichten Getränke nahm sie nur in kleinen Quantitäten, da sie ihr Uebelkeit und Brechreiz verursachten. Es war wohl anzunehmen, dass diese Uebelkeit Chloroformwirkung war. Am Abend bei der Visite zeigte sich keine stärkere Auftreibung des Leibes, keine besondere Schmerzhaftigkeit. Der gleich nach der Operation aufgelegte Eisbeutel wird gut vertragen, verursacht kein Gefühl der Schwere, die Kühle wirkt auf den Leib der Patientin angenehm. Die Zunge ist nicht belegt. Puls 108, Arterie mässig stark gefüllt, Temperatur 38,0 C. Die Klammer ist der Patientin etwas lästig, der den Nachmittag einfach angelegte Verband wird nicht geöffnet, dagegen öfters der Spray in Anwendung gezogen. Das Athmen ist freier, bei tieferem Athmen kein Schmerz im Leibe, dagegen entsteht dabei etwas Hustenreiz. Die Stimme ist verhältnissmässig kräftig, das ganze Aussehen und der Gesichtsausdruck im Ganzen gut, Patientin fühlt sich selbstverständlich angegriffen und ermüdet, über die Lage klagt sie nicht, sie findet dieselbe gut. Im Laufe des Nachmittags war einmal Urin in normaler Weise erfolgt.

Ehe ich auf die einzelnen Punkte im weiteren Verlaufe näher eingehe, will ich die Tabelle über die Temperaturverhältnisse in den ersten Tagen vorausschicken, welche einen Ueberblick über den im Allgemeinen günstigen Verlauf geben.

(S. 32)

— 32 —

Temperatur:

Tag	Morgens 6 Uhr	Mittags 12 Uhr	Abends 6 Uhr	Nächts 12 Uhr	Datum
1	Die Operation fand um 1 Uhr statt		38,2	38,3	Juni 9.
2	37,5	38,6	39,0	38,4	» 10.
3	38,3	38,0	38,7	38,5	» 11.
4	38,3	39,0	38,4	38,0	» 12.
5	37,9	38,3	38,0	38,2	» 13.
6	37,8	37,8	38,0	37,5	» 14.
7	36,9	37,3	37,4	36,5	» 15.
8	37,3	36,5	37,2	36,7	» 16.
9	36,7	37,4	37,5	37,3	» 17.
10	36,2	37,4	37,0	37,0	» 18.

Wie schon aus dieser Tabelle zu ersehen, so trat nie eine excessive Steigerung des Fiebers ein, auch der Puls nahm keine stärkere Frequenz an, schwankte zwischen 104, 108, 112, so dass wir vom 10. Tage an die viermaligen Messungen einstellen liessen, und nur die Morgen- und Abendmessungen fortsetzten. In den ersten 3-4 Tagen trat immer noch zuweilen Brechreiz auf, der Leib war auch etwas aufgetrieben, durch die schlaffen Bauchdecken konnte man die einzelnen Darmwindungen deutlich unterscheiden. Der Leib ist indess nicht schmerzhaft, die Urinentleerung geht gut von statten, dagegen war die Stuhlentleerung etwas retardirt. Ich verordnete deshalb am 3. Tage einen Esslöffel Ol. Ricini, worauf indess bis zum 5. Tage keine Oeffnung erfolgte. Erst am 6. Tage erfolgte eine regelmässige Entleerung, doch mussten vorher einige Wasserclystire applicirt werden. Von da an gingen auch die Stuhlentleerungen immer am zweiten Tage regelmässig von Statten, die Bauchdecken, die faltig und runzelig nach der Operation dalagen, zogen sich nach und nach etwas zusammen, das Aufgetriebensein des Leibes nahm vollständig ab, der Schall über den ganzen Leib ist hell und

(S. 33)

tympanitisch; nur zwischen dem Nabel und der Spina ilei ant. sup. genau in der Mitte rechterseits fühlte sich eine kleine Härte durch, es war dies die Stelle, an welcher das reponirte Omentum sich gelagert hatte, was man deutlich sehen konnte, wenn man die Ligaturfäden leicht anzog; man sah denn, wie sich dieser sich härtlich anfühlende Theil mitbewegte. Wir werden darauf noch später zurückkommen und wollen nun zunächst die Wunde und den Stiel betrachten. Die Wunde war, wie mitgetheilt, durch 7 Hefte geschlossen, von welchen 3 tiefliegende das Peritoneum, 4 nur die oberflächliche Cutis der Bauchwand

gefasst hatten. Diese oberflächlichen Nähte wurden am 4. Tage entfernt, da eine vollständige Verklebung stattgefunden hatte; bereits am 7. Tage entfernte ich auch die tiefen Nähte, und es zeigte sich ein vollständiger Verschluss bis auf den unteren und oberen Wundwinkel, durch welchen die Ligaturfäden des Omentums (oben) und der Stiel (unten) gelegt worden waren. Die um den Stiel angelegte Klammer wurde am 2. Tage Abends entfernt, da eine Blutung wegen der doppelten Unterbindung und auch ein Ausgleiten nach unten wegen der Fixation an die Bauchdeckel nicht zu befürchten stand. Ich befestigte nämlich den Stiel immer noch einmal auf beiden Seiten mit der Bauchwand.*) Bereits am 5. Tage zeigte der Stiel eine vollständig nekrotische Beschaffenheit, um die Ligaturfäden ist dieselbe demarkirt, geht also nicht tiefer; in der Umgebung ist eine leichte Eiterung, und als am 7. Tage mit den beiden Ligaturen der Stiel mit Leichtigkeit entfernt wurde, blieb eine einfache granulirende etwas kraterförmige Wunde zurück; die Ligaturen, welche den Stiel seitlich fixirten, wurden zur gleichen Zeit entfernt. An diesen Stellen war in der Haut

*) Die Versenkung des Stiels nach Cauterisation desselben wende ich nur dann an, wenn der Stiel wegen Kürze nicht nach aussen befestigt werden kann oder dadurch eine zu starke Zerrung an demselben hervorgerufen wird.

(S. 34)

durch den Stichkanal der Suturen auf beiden Seiten eine geringe Eiterung entstanden. Die Wunde wurde von dem ersten Tage an täglich dreimal vollständig gereinigt und gesäubert, mit dem Spray irrigirt mit 2% Carbolsäurelösung ausgewaschen und mit einer Carbolsäurecompressen bedeckt, die durch ein einfaches Handtuch befestigt wurde. Der untere Wundwinkel mit dem Stiel bedeckte sich alsbald mit schönen und üppigen Granulationen und am 12. Tage war die Heilung perfect. Somit war also die ganze äussere Wunde in den Bauchdecken geschlossen, der Stiel in den unteren Wundwinkel eingeheilt, so dass nur noch der kleine Fistelgang an dem oberen Wundwinkel zurückblieb, durch welchen die Ligaturen von dem Omentum nach Aussen geleitet waren. Ein von Zeit zu Zeit angebrachter leichter Zug belehrte uns, dass zu dieser Zeit der Faden noch zurückgehalten wurde und sich noch nicht losgestossen haben konnte. Das Befinden der Patientin war ein sehr gutes, die Temperatur, die nur noch zweimal täglich gemessen wurde, blieb auf normaler Höhe, die Functionen gingen alle gut von Statten, namentlich war von Seiten des Darmkanals keine Erscheinung eingetreten, die zu irgend einer Befürchtung hätte Veranlassung geben können; der Leib war nicht aufgetrieben, Stuhlgang regelmässig, über das ganze Abdomen heller und tympanitischer Schall bis auf eine kleine Stelle, wo das Omentum anlag und man eine kleine Härte, wie bereits bemerkt, wahrnehmen konnte. Erbrechen war ebenfalls nicht mehr eingetreten, Patientin erhielt zwar hauptsächlich noch kräftige flüssige Nahrung und nur in geringer Menge leicht verdauliche weisse Fleischspeisen, dazu etwas Wein. Plötzlich, am Abend des 16. Tages, nachdem sich Frau O. den ganzen Tag wohl gefühlt hatte, stieg die Temperatur zu einer Höhe, wie sie früher nie beobachtet worden, blieb auch einige Tage erhöht und es war die Frage: Woher diese plötzliche Wendung nach dem günstigen Ver-

(S. 35)

laufe, den die Wunde genommen hatte? Konnte eine Indigestion die Ursache sein, war es eine Infection durch abgesperrten Eiter, war es irgend eine locale Entzündung, war es der Beginn einer Pyaemie, einer metastatischen embolischen Entzündung u. s. w. ? Ehe wir auf diese Frage eingehen, wollen wir die Tabelle über die Temperaturverhältnisse folgen lassen; wir

bemerken nur, dass während dieses Paroxysmus Eisaufschläge auf den Kopf, kalte Compressen auf Brust und Leib gemacht worden waren, auch ein stärkeres Laxanz und ausschliesslich Schleim- und Milchdiät verabreicht wurde.

Temperatur :					
Tag	Morgens 6 Uhr	Mittags 12 Uhr	Abends 6 Uhr	Nachts 12 Uhr	Datum
16	—	—	39 (10 Uhr Abends 40,2)	38,8	Juni 25.
17	38,0	38,3	38,6	37,6	» 26.
18	37,9	38,3	38,5	39,0	» 27.
19	38,7	38,3	39,5	38,0	» 28.
20	38,8	38,0	37,7	37,3	» 29.
21	37,6	37,3	36,7	36,8	» 30.
22	36,8	38,4	37,3	38,0	Juli 1.
23	37,8	37,3	37,4	37,2	» 2.
24	37,8	36,4	37,5	37,2	» 3.
25	36,4	37,5	—	—	» 4.

Von hier an war das Befinden wieder gut, Appetit stellte sich ein und es bleibt uns nur noch die Frage zu beantworten, wodurch diese plötzliche Verschlimmerung bedingt sein konnte. Wir hatten bereits erwähnt, dass von aussen durch die Bauchdecken an der Stelle, an welcher das reponirte Omentum lag eine härliche Stelle zu fühlen war; diese Stelle war anfangs nur ganz klein, nahm aber nach und nach an Ausdehnung zu, so dass die Härte etwa die Grösse der Vola manus betragen mochte. Der Percussionsschall war daselbst gedämpft; diese Stelle namentlich bei stärkerem Drucke

(S. 36)

empfindlich und man konnte alsbald eine undeutliche Fluctuation wahrnehmen. Nachdem auch schon äusserlich sichtbar diese Stelle noch weiter hervorgetreten und die Fluctuation in der Tiefe noch etwas deutlicher geworden war, so dass es für mich zweifellos blieb, dass es sich hier um einen tiefliegenden Abscess handeln müsse, ging ich mit dem Tenotom ungefähr soweit ein, bis ich glaubte, dass das Instrument die Bauchdecken passirt haben konnte. Bei dem Zurückziehen des Instruments quoll eine reichliche Masse Eiter heraus; eine Untersuchung mit der Sonde ergab jedoch, dass diese Eiterhöhle nach unten begrenzt war, so dass ich nicht mit der Sonde in die Bauchhöhle gelangte. Diese circumscripse suppurative Entzündung konnte deshalb nur so entstanden sein, dass das Omentum mit dem Peritoneum, wahrscheinlich wieder an der Stelle, wo auch schon vor der Operation die Verwachsung stattgefunden, eine Verwachsung stattgefunden, eine Verlöthung eingegangen hatte, so dass sich zwischen dem Peritoneum und dem Omentum eine Eiteransammlung bilden konnte. Es wurden nun einige Tage lang statt der kalten Aufschläge Cataplasmen aufgelegt, der Eiter täglich mehrmals durch Oeffnung der Wunde mittelst Einführung einer Sonde, und wenn es damit nicht gelang, durch das Tenotom entleert. Durch Irrigation mit Carbolsäurespray wurde

die Oeffnung rein gehalten, und während der Eiter sich durch mehrere Tage entleerte, lösten sich auch die Fäden, mit welchen das unterbundene Netz reponirt worden war. Die noch zurückgebliebene Fistelöffnung am oberen Wundrande schloss sich hierauf sofort, aus dem Omentalabscess entleerte sich nur noch klare seröse Flüssigkeit durch mehrere Tage, die dieser Stelle entsprechende Härte verschwand, bei selbst tiefem Druck war kein Schmerz mehr vorhanden; zu gleicher Zeit steigerte sich der Appetit, grössere Portionen mussten an Stelle der Schleim- und Milchkur treten,

(S. 37)

Patientin erholte sich sichtlich von Tag zu Tag, verliess gegen den 20. Juli bereits das Bett, schon nach einigen Tagen konnte sie im Zimmer auf- und abgehen, ebenso alsbald die Stiegen steigen, von Seiten der Unterleibsorgane war nicht die geringste Störung mehr vorhanden, so dass die Operirte am 1. August die Anstalt vollständig geheilt verliess. Bei einem Besuche, den ich ihr ganz in den letzten Tagen in ihrer Behausung in Schwanheim gemacht habe, fand ich sie wohlauf, munter und voller Freude.

Buchdruckerei der Frankfurter Neuen Presse Frankfurt am Main



Dr. med. Jacob Hermann Bockenheimer im Kreis seiner
Assistenzärzte und von hospitierenden Kollegen
im Pavillon des Gartens seiner Klinik in der Gutzkowstraße in
Sachsenhausen, ca. 1885