

# DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Dritter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

## I. Erster Fall von Ovariectomie in einem Act nach meiner Methode<sup>1)</sup> mit ungünstigen Complicationen und schlechter Prognose.

Von

Dr. B. Stilling,

Geheimen Sanitäts-Rathe in Cassel.

1877. Februar. Frau Kohlberg, aus Herstelle bei Carlshafen, eine grosse Blondine, mit kräftig entwickeltem Muskel- und Knochen-system, und von blühender Gesichtsfarbe, 49 Jahre alt, Mutter von drei noch lebenden, gesunden Kindern, erfreute sich in ihrer Jugend stets der besten Gesundheit; menstruirte vom 12. Lebensjahre an regelmässig, verheirathete sich im 22. Lebensjahre, ward im 23. Lebensjahre vom ersten Kinde mit der Zange entbunden; hatte zwei Jahre später ein übles Wochenbett, wurde darnach schwach und anämisch, gebrauchte mit Nutzen die Cur in Pymont; überstand die folgenden beiden Wochenbetten gut, hiernach aber folgten zwei üble Wochenbetten (in den Jahren 1857—1858), wodurch die Pat. sehr geschwächt wurde. Noch mehr geschah dies durch Kummer über den 1859 erfolgten Tod ihres Mannes. Sie verlor im 35. Lebensjahre die Menstruation, und seit dieser Zeit war Pat. lange leidend und schwach. Eine zweite Pymonter Cur im Jahre 1866 that keine guten Dienste. Pat. begab sich in die Behandlung des Herrn Dr. Kugelmann in Hannover, welcher die an der Vaginalportion vorhandenen Geschwüre (nach Aussage der Pat.) täglich ätzte. Pat. kehrte bedeutend gebessert nach Hause zurück, und blieb Jahre lang gesund. Im Jahre 1869 wurde Pat. von nächtlichen Schwindelanfällen, Erbrechen u. dgl. befallen, und es trat die Menstruation (nach 8 Jahre langer Cassation) wieder ein, sehr profus doch nicht regelmässig, meist alle 14 Tage. Später blieb die Blutung anhaltend. Pat. consultirte im Jahre 1872 den Geh.-Rath Veit in Bonn; derselbe liess Injectionen von Holzessig anwenden, wodurch eine bedeutende Besserung eintrat. Nach kurzer Zeit trat der alte Zustand wieder ein, doch minder heftig, und

<sup>1)</sup> Siehe No. 11 und 12 dieser Wochenschrift.

die Pat. befand sich dabei ganz leidlich. Nach einem Jahre hörte die Blutung von selbst auf. Im Jahre 1874 wurde Pat. wieder unwohl, Fluor albus trat ein. Die Kräfte minderten sich. Dieser Zustand dauerte bis zum Sommer 1876, wo Pat. eine bedeutendere Anschwellung ihres Unterleibs bemerkte; rechts war die Geschwulst dicker. Anfangs December erkrankte Pat. an heftigen Schmerzen im rechten Bein; ob Thrombose? Die ganze Extremität war mässig geschwollen. Nach 14 Tagen besserte sich die Geschwulst und ein gleiches Leiden trat an der linken Extremität auf. Nach 14 Tagen besserte sich auch dieses; jedoch wurde die Anschwellung des Unterleibs bedeutender; heftige Schmerzen im Unterleib gesellten sich dazu, und Pat. konnte das Bett nicht wieder verlassen. Pat. magerte ab und wurde blass. Dr. Amelung in Carlshafen diagnostisirte damals schon ein Cystovarium. Schlaf und Appetit schwanden, die Kräfte kamen sehr herunter. Mitte Januar 1877 sah ich die Pat. Im linken Theil des Abdomen, dessen Umfang in der Höhe des Nabels 110 Ctm. betrug, war deutliche Fluctuation vorhanden; undeutlich in der rechten Seite. Der Uterus war antrovertirt, lag horizontal über dem vorderen Laquear vaginae, die Sonde, die nur einging nachdem ihr eine starke Biegung gegeben war, zeigte den Uterus nicht merklich vergrössert. Die übrigen Organe des Unterleibs (und der Brust) schienen gesund. Die Exploratio per Rectum, die bimanuelle Untersuchung von hier und der Vagina aus, liessen auf ein Cystoid des rechten Ovariums schliessen.

Die Ovariectomie schien indicirt. Jedoch konnte bei dem heruntergekommenen Zustande der Pat., bei der Anwesenheit von hochgradiger Anschwellung des linken Ober- und Unterschenkels, bei den Schmerzen im Unterleib, die auf Verwachsungen schliessen liessen, keine günstige Prognose gestellt werden. Letztere wurde noch mehr getrübt durch den Umstand, dass zwei Schwestern der Pat. an Carcinoma mammae, und zwei Brüder an Herzkrankheiten gestorben waren. Sollte aber Etwas zur Heilung versucht werden, so blieb doch nichts Anderes, als das Wag-niss einer Ovariectomie.

Am 16. Februar begab sich die Pat. vom Krankenbette aus auf die Reise nach Cassel. Wider Erwarten ging das gut.

Am 22. Februar: Ovariectomie. Zugegen: Die HHrn. BDr.

Krause, Scheffer, Ruckert, Joost, Eysell und Stilling jun. aus Cassel, sowie Oberstabsarzt Dr. Kühne aus Hofgeismar und Dr. Amelung aus Carlshafen. Lister's Principien wurden strengstens befolgt. Nach dem (12—14 Ctm. langen) Einschnitt in die Bauchwand floss eine kaffeebraune Flüssigkeit aus, die im Cavo peritonaei frei circulierte; etwa  $1\frac{1}{2}$  bis 2 Liter. Der Tumor zeigte sich jetzt, und gleichzeitig das Netz, welches in grossem Umfang mit der vorderen Fläche des Tumors verwachsen war. Ein Theil der Adhäsionen ward mit den Fingern getrennt; Dann mit Spencer Wells Troikart die linke Hälfte des Cystoids angestochen, und 3—4 Waschnäpfe voll einer dunklen kaffeeähnlichen Flüssigkeit ausgeleert. Hiernach unter grosser Mühe die Adhäsionen der oberen und hinteren Fläche des Cystoids, dessen Wandungen sehr morsch und brüchig waren, mit den Fingern gelöst, und allmählig das ganze Aftergebilde aus der Bauchhöhle ausgehoben. Gedärme kamen in Sicht ohne vorzufallen. Die Blutung aus den getrennten Adhäsionen sehr bedeutend. Das Cystoid bestand aus dem entarteten rechten Ovarium. Der Stiel war kurz, membranös, breit, mit sehr dicken Blutgefässen versehen. Eine doppelte Darmsaitenligatur wurde angelegt, der Stiel kurz oberhalb derselben abgeschnitten und somit das Aftergebilde entfernt. Der Uterus zeigte sich zwar nicht auffallend vergrössert, jedoch dunkler roth als normal; an seiner oberen, hinteren und vorderen Fläche prominirten 7—8 erbsen- bis kirschengrosse weisse, halbkugelige Massen, anscheinend Fibroide. Das linke Ovarium konnte nicht in Sicht gebracht werden, weil es ganz tief und seitwärts adhärte. Die Pat. war äusserst erschöpft, und ich wagte daher nicht, die fibroiden Gebilde zu entfernen. Ich musste auf baldige Beendigung der Operation bedacht sein. Daher wurde alsbald die Bauchhöhle sorgfältig gereinigt. Eine geringe Blutung persistierte. Trotzdem wurden die Bauchwände mit 7—8 tiefen und 4—5 oberflächlichen Knopfnäthen (mit Darmsaiten) vereinigt, Lister's Occlusiv- und Compressivverband angelegt, und die in höchstem Grade erschöpfte Operirte in ein erwärmtes Bett gebracht. Dauer der Operation  $\frac{1}{4}$  Stunde.

Der Puls an den Extremitäten war  $1\frac{1}{2}$  Stunden nach der Operation noch nicht fühlbar. Heisse Steinkrüge erwärmten die Operirte so gut es möglich war. Einige Löffel Wein erquickten sie. Es trat wiederholtes Erbrechen ein. Abends 8 Uhr eine subcutane Morphin-Injection. Um 9 Uhr Application des Catheters, welcher nur etwa 90—100 Grm. Harn entleerte, der nicht hoch gestellt war. Puls schwach, 72; Temperatur  $36^{\circ}$  C. Die folgende Nacht verlief im Ganzen gut. Pat. erbrach wiederholt, blieb schlaflos, trank wenig.

Das exstirpirt Cystoid wurde dem Herrn Geh.-Rath Prof. Beneke in Marburg übersandt; derselbe hatte die Güte, darüber Folgendes mitzutheilen:

Marburg, den 25. Februar 1877.

„Die mir zugesandte Geschwulst ist ein zusammengesetztes Ovarialcystoid mit sehr beträchtlichen medullarcarcinomatösen Wucherungen auf der Innenfläche der primären und namentlich der secundären Cysten. Die letzteren sind zum Theil ganz mit markähnlicher Masse ausgefüllt. In der grössten Cyste, und auch in einer zweiten ansehnlich grossen, befinden sich grosse Mengen älterer Fibrincoagula, welche grösstentheils mit den eingeschlossenen Blutkörperchen eine fettkörnige Detritusmasse bilden,

aber noch ziemlich fest zusammenhängen. An der Wand dieser Cyste erheben sich, etwa 5 Mm. hoch nach dem Cystenraum zu, weiche, markähnliche, zum Theil wie Granulationen erscheinende Wucherungen, welche bei näherer Untersuchung ein sehr zartes, zum Theil papilläres Bindegewebsgerüst zeigen und wesentlich aus grosskernigen Rundzellen bestehen. In der Wand dieser Cyste, welche da, wo sich die Wucherungen am stärksten entwickelt haben, fast 1 Ctm. dick ist, befinden sich einzelne hirsekorn-grosse und erbsengrosse Cysten, überall aber ist das bindegewebige, stark entwickelte Stroma mit Carcinomzellen infiltrirt. Die Aussenwand der Cyste erscheint dabei ganz glatt. Die Markmasse, welche die kleineren haselnuss- bis taubeneigrossen Cysten fast gänzlich ausfüllt, verhält sich ganz ähnlich, wie die oben bezeichneten Wucherungen; auch hier erscheinen die Aussenwände der Cyste ganz glatt.

Ich bin gespannt, zu erfahren, wie der Fall verlaufen wird. Die Prognose scheint mir recht ungünstig. Es sind mir indess jetzt mehrere Fälle bekannt, in welchen, trotz der zweifellos carcinomatösen Wucherungen auf der Innenwand der Cysten, Heilung erfolgte und das Leben wenigstens noch eine längere Zeit erhalten wurde. Da an der Aussenfläche der Cystenmasse nirgends Wucherungen des Carcinoms wahrzunehmen sind, so darf man hoffen, dass dieselben auch noch auf kein anderes Organ übergegriffen haben, falls nicht bei der Resection der Geschwulst herausgefallene Carcinommassen nunmehr an irgend einem Theile der Peritonealhöhle einen Boden für ihre Fortentwicklung finden.

Beneke.“

Am 23. Februar, Morgens 9 Uhr. Habitus gut. Puls 72, Respiration 20 in der Minute, Temperatur  $36,4^{\circ}$  C. Urin mit dem Catheter entfernt, war hochgestellt, seine Menge gering, etwa 200 Grm. Schmerzen sehr mässig und nicht anhaltend. Zunge rein, Haut feucht. Abends 8 Uhr Temperatur  $37,4^{\circ}$  C., Resp. 20, Puls 98. Urin, mit Catheter, etwa 200 Grm., hochgestellt. Pat. schlummerte den grössten Theil des Tages, ist sehr blass, hat noch öfters Uebelkeiten; geniesst nur Flüssigkeiten, Bouillon, Wein, Selterser Wasser. Die Geschwulst des linken Ober- und Unterschenkels hat sich sehr bedeutend vermindert. Nachts nur wenig unterbrochener Schlaf.

Am 24. Februar. Morgens 6 Uhr wird wegen Schmerzen im Unterleibe ein Suppositorium mit 0,015 Morphinum acetic. gegeben. Um 9 Uhr befriedigender Zustand, Puls 98, Resp. 14—16 in der Minute, Temperatur  $37,4^{\circ}$  C. Pat. wird mit frischer Leibwäsche versehen und umgebettet. Urin heller; noch immer gering an Masse. Nachmittags traten von Neuem Schmerzen im Unterleib ein. Subcutane Injection von 0,02 Morph. acet. Hiernach mehrstündiger Schlaf und Wohlbehagen. Abends 9 Uhr befriedigender Zustand; noch immer Neigung zum Schlaf. Puls 100. Urin (mit Catheter) ziemlich hell, fast normal. Pat. schlief fast die ganze Nacht hindurch, liess wiederholt spontan Urin.

Am 25. Februar Morgens 9 Uhr: Habitus gut; Gesichtsfarbe minder blass als bisher. Nirgends Schmerzen. Puls 100, Resp. 16 in der Minute, Temp.  $37,4^{\circ}$  C. Pat. hat wiederholt gegähnt; aus der Vagina entleert sich Blut in geringer Menge. Das linke Bein und der Oberschenkel bedeutend angeschwollen. Sonst Alles gut. Pat. wird umgebettet. Nachmittags 4 Uhr fand ich die Pat. wieder weniger gut; sie hatte mehrmals Erbrechen gehabt, sah blass aus als am Morgen, fühlt

sich schlechter; hatte mehrmals spontan Urin gelassen. Ich machte eine subcutane Morphin-Injection.

Darnach wird der Zustand etwas besser. Doch blieb ein unangenehmes Gefühl im Magen, sehr saures Aufstossen. Abends 9 Uhr: Puls 102, Temperatur 37,4°C., Respirationen 14. Zunge rein. Die äusseren Schamlippen bedeutend ödematös angeschwollen. Pat. sagt, dass im Anfang ihrer Krankheit, und in jedem Wochenbette diese Anschwellung eingetreten wäre. Aus der Vagina entleert sich noch immer Blut. Der Urin wird mit dem Catheter abgelassen, weil seit 12 Stunden kein freiwilliger Harnabgang da war. Der ausfliessende Harn ist nicht hoch gestellt, doch etwas trübe, und seine Menge auffallend gering, etwa 109—120 Grm. Pat. sagt, dass sie nach dem Umbetten am heutigen Morgen ein leichtes Frösteln empfunden habe. Am Nachmittag hatte sie stark geschwitzt. Bis jetzt ist noch kein Flatus abgegangen und keine Stuhlentleerung erfolgt. Ich mache der Pat. eine subcutane Morphin-Injection (etwa 0,02). Darauf schief sie die ganze Nacht hindurch und befand sich

Am 26. Februar recht wohl. Noch immer geht Blut aus der Vagina ab. Sonst alles wie gestern früh. Puls 94, Respirationen 14, Temp. 37,4°C. Zunge rein, nirgends Schmerz. Tag gut. Abends subcutane Morphin-Injection. Nachts vortrefflicher Schlaf.

Am 27. Februar. Guter Zustand fortdauernd. Puls, Respiration und Temperatur wie gestern. Die Menge des spontan entleerten Harns vermehrt sich. Der Ausfluss aus den Genitalien ist nur gering und blassroth. Die Oedeme an dem Labii pudendi sehr gering. Es sind wiederholt Flatus abgegangen, aber noch kein Stuhlgang erfolgt. Der Unterleib ist sehr collabirt, weich. Nur durch Borborygmen entstehen zwischen durch Schmerzen. Der Appetit der Operirten sehr gut; sie geniesst, ausser Bouillon, ein gehrathenes Täubchen mit Behagen.

Am 28. Februar. Wie gestern. Der Abgang aus der Vagina ist wässrig, wird Abends wieder blutig. Pat. schläft — ohne Morphin-Injection, den grössten Theil der folgenden Nacht.

Am 1. März. Guter Zustand fortdauernd. Puls 104, Respiration 14 bis 16; Temperatur 37,8°C., da seit der Operation noch kein Stuhlgang erfolgte, wird ein gewöhnliches Klystier gegeben. Dasselbe wirkte aber nicht. Ausfluss aus der Vagina sehr gering. Patientin niesset heute zum 1. Male seit der Operation<sup>1)</sup>. Nachts guter Schlaf, ohne Morphin.

Am 2. März. Fortwährend alles gut. Puls 94, Temperatur 37,5°C. Respirationen 14. Noch kein Stuhlgang erfolgt. Nirgends Beschwerden. Aus purer Neugier öffne ich den Verband unter Spray. Gegenwärtig: Dr. Krause und Scheffer. Das Protective war an allen Punkten der unteren Fläche angeklebt an der Bauchhaut und konnte nur mit einiger Gewalt abgezogen werden. Aus mehreren Knopfnath-Stichpunkten hatten sich einige Tropfen Blut ergossen. Dieselben bildeten unter dem Schutztaffet dunkelrothe membranöse Fragmente, die aber ganz trocken waren. Nicht eine Spur von Wund-Secret, keine Spur von Eiter zeigte sich. Die Wunde war in ihrer ganzen Länge linear vernarbt. Die Wundränder und die Darmsaitenligaturen sahen ebenso aus, wie unmittelbar nach Anlegung der Bauchnath. Die gegenwärtigen Collegen waren mit

<sup>1)</sup> Ueber die semiotische Bedeutung des Niessens nach der Ovariectomie, resp. in schweren Krankheiten, habe ich mich, ebenso wie über die Bedeutung des Gähnens, in früheren Mittheilungen ausgesprochen.

mir ganz übereinstimmend der Ansicht, dass es am besten gewesen wäre, den Verband gar nicht zu untersuchen, noch weniger zu erneuern. Der so auffallend fest, wie Heftpflaster, an der Bauchhaut klebende Schutztaffet bot das sicherste Mittel der Immobilisirung der Bauchwundränder in ihrer ganzen Ausdehnung, und somit das beste Mittel zur Begünstigung der soliden Vernarbung per primam intentionem. Es wurde neues Protective u. s. w. auf die Narbe gelegt und der alte Verband alsbald wieder geschlossen, d. h. mittelst starken Handtuches fest gesteckt. Nachts 1 Uhr erfolgte ein reichlicher Stuhlgang, wonach Pat. etwas angegriffen war; sie schlief übrigens gut.

Am 3. März. Zustand ganz befriedigend. Ebenso am 4. März; in der Nacht erfolgte freiwilliger Stuhlgang. Der Ausfluss aus der Vagina hat aufgehört.

Am 5. März. Guter Zustand fortdauernd. Alle Functionen normal. Der Verband wird, um einem der anwesenden Aerzte den guten Zustand der Narbe zu zeigen, geöffnet, während Dr. Scheffer den Spray unterhielt. Die Narbe der Bauchwunde war durchaus linear, die Darmsaitenligaturen lagen noch unverändert, keine Spur von Eiter oder Wundsecret. Nachdem die Narbe inspiciert, neuer Schutztaffet aufgelegt worden war, wurde alsbald der Verband wieder geschlossen.

Am 6. März. Vortrefflicher Zustand. Pat. hat 3 Mal freiwillige Stuhlentleerung. Die Urin-Menge sehr beträchtlich.

Am 7. März. Der Verband wird, abermals unter Spray, geöffnet, da er sich ein wenig verrückt hat, weil er viel zu weit geworden ist. Die Bauchwunde ist an allen Punkten fest durch eine lineäre Narbe vernarbt. Die drei untersten Ligaturknoten haben ein wenig geeitert. Als ich mit einem Watte-Bäuschchen den Eiter wegstupfte, wurden zwei Darmsaitenligaturen (und zwar nur die äusserlich sichtbaren Theile derselben) mit weggewischt. Alle übrigen Ligaturen lagen noch, und keine Spur von Eiter zeigte sich daran. Die anwesenden DDr. Krause und Scheffer waren nun übereinstimmend der Ansicht, dass die Operirte geheilt betrachtet werden konnte. Es wurden sämtliche Mullbinden (des 1. Verbandes) weggenommen, die Narbe noch mit Lister's Schutztaffet und Gaze bedeckt, eine dicke Schicht Salicylwatte über den Unterleib hergelegt, und das Ganze mit einem Handtuche umgeben.

Am 8. März. Fortwährend alles gut. Da die Darmsaitenligaturen noch fest liegen, sich nicht durch Abwischen entfernen lassen, so schneide ich solche dicht neben dem Knoten durch und ziehe solche sämmtlich aus. Alle Darmsaitenstücke waren noch gerade so, wie unmittelbar vor der Anlegung, fest, drehrund, ohne jede Spur von Absorptions-Defecten. Dr. Krause suchte die 2—2½ Zoll langen Darmsaitenstücke zu zerreissen. Trotz grösster Gewaltanwendung gelang es nicht. Es geht hieraus hervor, dass man eine zu frühe Absorption von Catgut-Ligaturen durchaus nicht zu fürchten hat, dass man zur Vereinigung der Bauchwunde nach der Ovariectomie auch dünnere Darmsaiten nehmen darf, ohne Befürchtung, dass durch deren baldige Absorption die Bauchwundränder ihren Halt verlieren, oder die Vereinigung der Wundränder gefährdet werde.

Am 9. März. Aus der Vagina entleert sich Blut. Alle Schmerzen im Unterleibe sind geschwunden. Ebenso am 10. März. Am 11. März keine Blutung mehr.

In den folgenden Tagen hoben sich die Kräfte und das gute Aus-

sehen der Operirten immer mehr, und dieselbe ist als vollständig geheilt zu betrachten. Ueber das spätere Schicksal der Operirten werde ich seiner Zeit berichten.

---