

Zehn Castrationen.

Ein Beitrag zur Frage nach dem Werthe der
Castration.

(Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Stuttgart, November 1883.)

Von

H. Fehling.

Man dürfte sich vielleicht wundern, dass es in Europa Hegar, in Amerika fast zu gleicher Zeit Battey vorbehalten war, die eigentlich naheliegende Idee, durch Entfernung der normalen Keimdrüsen verschiedenartige Krankheitszustände der Sexualorgane zu heilen, praktisch auszuführen. Doch war es erst die antiseptische Methode, die eine öftere Ausführung der Operation auch in sonst noch nicht lebensbedrohlichen Fällen gestattete, wo vor Einführung derselben eine Eröffnung der Bauchhöhle fast frivol gewesen wäre. Seit der ersten Operation sind elf Jahre, seit der ersten Publication Hegar's sieben Jahre verstrichen, und doch sind wunderbarer Weise die seither ausgeführten Operationen zahlreich, aber doch nicht so zahlreich, wie man eigentlich erwarten sollte, und wie es wünschenswerth wäre, um allmählig zu einem endgültigen Schlusse über den Werth der Methode der Castration zu kommen. Ich gebe daher im Folgenden einen kleinen Beitrag zur Klärung der Frage. Was die Methode der Ausführung betrifft, so sind darüber ja wohl keine Zweifel und keine bedeutenden Verschiedenheiten mehr, wohl aber über die Indicationen zur Castration und die Erfolge derselben.

Als Indicationen für Ausführung der Castration wurden von Hegar folgende Gruppen aufgestellt: 1) Kleine Ovarialgeschwülste. 2) Kleincystische Follikel-Entartung und Stroma-Degeneration.

3) Uterusdefecte oder Mangel desselben bei normalen Ovarien und Atresien des Genitalkanals. 4) Fibromyome des Uterus. 5) Lageveränderungen und Hypertrophie des Uterus. 6) Chronische Entzündungen der Tuben und des Beckenbindegewebes u. s. w. Tauffer (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, IX. Bd.) stellt dazu eine weitere Gruppe auf: 7) Mit dem Geschlechtsleben der Frau zusammenhängende Geisteskrankheiten. Ich möchte diese Gruppe dahin erweitern: Mit den Sexualfunctionen zusammenhängende schwere Nerven- oder Geisteskrankheiten.

Ich stelle die beobachteten Fälle gruppenweise voran, um daran einige Betrachtungen über den erzielten Erfolg zu knüpfen. Der erste Fall gehört zu Gruppe 2.

1) Frau Gr. (schon beschrieben in diesem Archiv, Bd. XVII, S. 342, daher hier nur kurz recapitulirt), 31 Jahre alt, steril in 8jähriger Ehe; Anfälle von Ovarialneuralgie der heftigsten Art und typisch auftretend von der Mittelzeit an bis drei Tage ante Menses indiciren die Operation. Doppelseitige Castration 11. Juni 1880, die adhärente linke Tube theilweise mit entfernt, links Adhäsionen, rechtes Ovarium frei. Heilung ohne Reaction. Ovarien zeigen eine derbe Tunica albuginea, weniger Follikel als normal, einzelne kleincystös. Zuerst acht Wochen nach der Operation völlig Pause, dann folgen wieder atypische Anfälle von Ovarialneuralgie, zuweilen mit Blutungen. Seit einem Jahre gänzlich Menopause und nur selten noch ganz leichte Schmerzanfälle, so dass Patientin selbst sich als geheilt ansieht.

Weitaus die meisten Fälle gehören in die Gruppe der Fibromyome des Uterus; der Zeit der Operation nach geordnet sind es folgende Fälle.

2) Frau G. von hier (ebenfalls dieses Archiv, Bd. XVII, S. 342 ff. aufgeführt), 40 Jahre alt, hat ein Mal geboren; leidet an Menorrhagien infolge eines Fibromyoma uteri, das bis zum Nabel reicht. Vor der Operation (27. April 1880) war nur ein Ovarium gefühlt worden; es liessen sich jedoch bei der Operation beide leicht auffinden und entfernen. Der Verlauf, anfangs glatt, wurde hernach durch eine Pericystitis und Cystitis mit mässigem Fieber aufgehalten. Der Tumor schrumpft langsam, nach einem halben Jahre trat vorübergehend noch einmal ein kurzer Blutabgang ein, seither völlige Menopause.

3) Frau Br. von H., 34 Jahre alt, leidet seit mehreren Jahren an profusen Blutungen, wogegen Soolbäder ohne allen

Erfolg gebraucht worden waren. Hat zwei Mal geboren. Patientin sieht wachsbleich aus, ist mager, klagt viel Herzklopfen, kurzen Athem, Puls dünn und frequent. Die Untersuchung ergab einen ziemlich gleichmässig vergrösserten Uteruskörper, bis zwei Finger unter Nabelhöhe reichend, Uterinhöhle 5 cm zu lang, der Sonde nach ist hauptsächlich die vordere Wand verdickt, die Höhle liegt mehr nach hinten zu. Der Uteruskörper liegt dem vorderen Scheidengewölbe schwer auf, die Portio klafft, Lippen dick, excoriirt. Da ein submucöses Fibroid nicht auszuschliessen war, so wurde der Uterus dilatirt. Die Exploration in der Narkose ergab, dass es sich um ein breitbasiges interstitielles Fibroid handelte, das vom Os internum an der vorderen Wand bis zum Fundus hinaufreichte. Dicke der vorderen Wand circa 6 cm, der hinteren 1½ cm. Das rechte Ovarium fand sich seitlich in der Höhe der Cervix über dem Vaginalgewölbe, das linke lag mit dem Uteruskörper in die Höhe gerückt links hinten, beide beweglich. Nach der Dilatation langsame Erholung der sehr anämischen Patientin, deren Bauchdecken infolge der zu Haus angewandten Eisbehandlung des Abdomen ödematös hart infiltrirt waren.

8. Februar 1881 Castration; bei der Operation war die blasse Farbe des Blutes ganz auffallend. Ovarien leicht zu entfernen; es wurde, wie in allen Fällen, mittels des Déchamp durch das Mesovarium ein doppelter Seidenfaden durchgeführt und in zwei Partien geknotet, darüber dann noch eine Gesammtligatur, hierauf Abtragung mittels des Paquelin. Höchste Temperatur am zweiten Tage 38,6 in Vagina mit 100 Puls. Vom dritten Tage ab blutige Ausscheidungen aus der Vagina, am fünften Tage sogar Gerinnsel. Dieser Blutabgang dauerte vier Wochen lang fort bei stets subjectivem Wohlbefinden. Patientin erholte sich von da ab rasch, unter steter Verkleinerung des Uterus; Menses sind nie wiedergekehrt. Patientin ist jetzt (1883) dick, voll, blühend, und versieht wie früher ihren Beruf im Geschäfte.

4) Sch. von W., 37 Jahre alt, klagt seit zwei Jahren über profuse Menses, in jüngster Zeit mit dreiwöchentlichem Typus, achttägig, dabei Kreuzschmerzen und Kopfweh besonders bei und nach der Regel. In der Zwischenzeit starker Fluor. Seit einiger Zeit deutliche Zunahme des Leibes. Kräfteabnahme, Herzklopfen. Drei Monate vor der Aufnahme lag sie mit Fieber und Schmerzen in der rechten Unterbauchseite zu Bett. Aussehen der Patientin sehr blass, nicht kachektisch, Vulva geröthet, Vagina ebenfalls,

sondert reichlich dünnen Eiter ab. Portio klein, hart, geschlossen, Körper des Uterus ragt bis zum Nabel hinauf, Form ovoid, ähnlich der eines schwangeren Uterus, nur an einzelnen Stellen kleine Höckerchen an der Oberfläche. Untersuchung in der Narkose er giebt nur deutlich das rechte Ovarium, seitlich am oberen Theile der hinteren Uterinwand beweglich aufsitzend, das linke liess sich nicht abtasten. Operation 1. Juli 1881. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird das rechte Ovarium leicht aufgefunden und abgebunden. Viel mehr Schwierigkeit macht das linke, das seitlich tiefer am Uterus unterhalb der Linea innominata sitzt, der seitlichen Beckenwand dicht anliegend, wohin zu dringen für die Hand ziemlich schwierig war, da der Uterus das ganze Becken bis dicht an den Vorberg ausfüllte. Abtragung mittels Faden und Paquelin.

Höchste Vaginaltemperatur 38,0. Am dritten Tage, bei völliger Fieberfreiheit und einem ruhigen Puls von circa 60 bis 80 Schlägen, Aussetzen des Pulses mit hochgradiger Beengung und Collapserscheinungen. Auf Kampherinjection besser, ebenso am fünften Tage, dann unter reichlichem Blutabgange Besserung der Herzerscheinungen. Stand mit drei Wochen auf, wurde nach Ablauf der vierten Woche entlassen. Im weiteren Verlaufe blieb Patientin erst ein Vierteljahr frei von Blutungen, dann stellten sich einige Male in unregelmässigen Zwischenräumen theilweise starke Blutungen ein, dabei trat aber langsam eine deutliche Schrumpfung des Tumor ein; Herbst 1882 reichte derselbe deutlich nur noch bis drei Finger unter den Nabel. Patientin erholt sich zusehends dabei. Vom Juli 1882 ab (also ein Jahr post operationem) keine neuen Blutungen aus der Vagina mehr, wohl aber zuweilen Nasen- oder Darmblutungen. Patientin ist kräftig geworden und versieht ihren Dienst als Näherin.

5) H., 41 Jahre alt, Näherin, von Sch. Blutet schon seit einigen Jahren, kam zuerst 1880 in Beobachtung, wo ein kleiner Cervicalpolyp entfernt wurde. Trotzdem nahmen die Blutungen und dadurch die allgemeine Schwäche zu, während der Leib sich zugleich vergrösserte, so dass Pat. Aufnahme suchte. Bei der am 3. September 1881 vorgenommenen Exploration in Narkose fand sich die Portio mehr vorn stehend, lang, mässig dick, Os internum ziemlich geschlossen. Der Uteruskörper liegt retroflectirt, ist vergrössert, wie Ende dritten Monates der Schwangerschaft, durch ein interstitielles Fibroid, das in der linken und hinteren Seitenwand sitzt. Höhle nach rechts 3 cm zu lang; an der

hinteren Fläche des Tumor fühlt man vom Rectum aus deutlich einen kleinen subserösen Knoten. Beide Ovarien werden gefühlt, das rechte an der seitlichen Beckenwand, das linke mehr nach hinten.

6. Sept. 1881 Castration. Operationsverlauf glatt, rechtes Ovarium lässt sich leicht entfernen, linkes macht etwas mehr Schwierigkeiten. Unterbindung und Abtragung in der gewöhnlichen Weise. Im Verlaufe mässige Fieberbewegungen, ein Mal bis 39,2, Puls nie über 84. Vom dritten Tage ab Blutabgang aus Vagina, der sich gegen Ende der ersten Woche zu einem sehr hohen Grade steigert, aber ohne weitere Mittel aufhörte. Stand am 21. Tage auf und wurde in der vierten Woche entlassen.

In diesem Falle haben die Blutungen nicht aufgehört; dieselben treten bis heute noch ein, aber unregelmässig und nie mehr so stark wie vor der Operation. Der Tumor ist auch in diesem Falle wesentlich verkleinert. Der Uterus lässt sich jetzt leicht in Anteflexion stellen, während er vorher schwer den ganzen Raum des Beckens hinten ausfüllte. Eine seither vorgenommene Dilatation des Uterus zum Zwecke der Entfernung eines etwa in der Losstossung begriffenen submucösen Fibroids verlief resultatlos. Patientin hat an Gewicht zugenommen und sieht nicht mehr so anämisch aus.

6) Frä. E. E. von St., 33 Jahre alt. Leidet schon seit dem zwölften Jahre, vielleicht infolge von Ueberanstrengung in der Schule, an hartnäckigem Kopfweh; der Eintritt der Regel im 18. Jahre brachte anfangs nur Verschlimmerung, es entwickelte sich allmählig ein hochgradig nervöser Zustand, Patientin war unfähig viel zu leisten, leicht zum Weinen geneigt, beobachtete ängstlich ihren nervösen Zustand, so dass sich allmählig eine ausgesprochen hysterische Hypochondrie entwickelte. Häusliches Unglück verschlimmerte den Zustand, die Menses blieben ein Mal zwei Jahre ganz aus; daneben hochgradige Verstopfung und chronischer Magenkatarrh. Depressionszustände wechseln vielfach mit Erregungständen. Die Menses vierwöchentlich zweitägig ohne Schmerzen, dann nach dreitägiger Pause wieder ein bis zwei Tage lang; darauf acht bis zehn Tage lang schleimiger Fluor mit Verschlimmerung der Magensymptome, wodurch Patientin hauptsächlich herunterkommt.

Die erste Untersuchung circa ein Jahr vor der Operation zeigte die Vagina lang, eng, Portio dick, besonders die hintere

Lippe. Der Uteruskörper ist vergrössert, etwa so gross wie ein Uterus im dritten Schwangerschaftsmonate, durch eine dem hinteren oberen Theile des Körpers aufsitzende harte Geschwulst. Ausserdem eine kleine rundliche gestielte Geschwulst an der vorderen Fläche. Höhle weit, 3 cm zu lang; beide Ovarien gut ohne Narkose tastbar, rechtes hoch oben am Uterus, seitlich an der Linea terminalis, linkes näher dem Uterus und der vorderen Bauchwand. Wegen des nervösen Leidens gehört der Fall auch zu Gruppe 7. Es gab aber das Fibroid hier den Ausschlag zur Operation, da dasselbe rasches Wachsthum zeigte und dabei die wenn auch geringe Hoffnung bestand, dass der nervöse Zustand von der Operation günstig beeinflusst werden könnte.

Operation 9. December 1881. Fettreichthum der Bauchdecken mässig, Blutung mittel. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich der Tumor im unteren Wundwinkel; beide Ovarien liegen an den angegebenen Stellen und lassen sich auffallend leicht mit langem Mesovarium vorziehen. Abtragung wie gewöhnlich.

Verlauf ohne Reaction, höchste Temperatur 38,0 am fünften Tage. Vom sechsten Tage ab Blutabgang aus Vagina, aber weniger als in den anderen Fällen, doch sich langhinziehend, so dass Patientin erst vier Wochen danach aufstand. Langsame Erholung. Von Menses nie wieder eine Spur, Tumor ist bedeutend verkleinert. Psychisch ist nur eine theilweise sehr geringe Besserung zu constatiren.

7) Frau L. von M., 38 Jahre alt. Giebt an, die Regel sei seit einem halben Jahre 3—4wöchentlich erschienen, acht Tage anhaltend, mit starken Blutverlusten. Hat sieben Geburten und einen Abort durchgemacht; letzte Geburt vor fünf Jahren. Durch die Blutungen ist die Frau sehr in den Kräften herunter, war auch vor 14 Tagen fieberhaft erkrankt. In neuerer Zeit Urinbeschwerden. Sehr blasses Aussehen, mager, nicht kachektisch. Untersuchung in der Narkose ergab einen dicken Uteruskörper, stark anteflectirt; Fundus zwei Finger unter Nabel. Portio hart nach hinten, 1½ cm weit durchgängig, Ligamente straff gespannt, linkes Ovarium von normaler Grösse, ist vom Rectum aus in der Mitte zwischen Uterus- und Beckenwand zu fühlen. Rechtes Ovarium nicht deutlich vorher gefühlt.

22. Februar 1883 Castration, Operation glatt ohne Zwischenfall, Ovarien leicht zu finden, doppelte Abtragung, dann

Paquelin. Verlauf normal, höchster Stand am ersten Tage 38,2 in Vagina. In der ersten Nacht starke Dyspnoë, vom dritten Tage ab Blutabgang, der bis zum 14. Tage anhält; am achten Tage Nähte heraus; am 15. aufgestanden. Patientin hat seither keine Menses; ist kräftiger und dicker geworden.

8) Zur fünften Gruppe der Uterushypertrophie gehört folgender unvollendeter Fall:

Frl. E. von B., 34 Jahre alt. Patientin ist seit über acht Jahren schon leidend, seit drei Jahren in Behandlung wegen Lungen- und Magenkatarrhs, ist in dieser Zeit auch bedeutend abgemagert. Ein Jahr vor der Operation wurde vom Hausarzte in Consultation eine median gelegene Geschwulst in der Regio epigastrica festgestellt, wahrscheinlich mit flüssigem Inhalte, die allmählig wieder verschwunden sein soll. (Chronische abgesackte Peritonitis.) Periode früher regelmässig, war seit einem Jahre stärker geworden, mit anfangs 3wöchentlichen, später nur noch 14tägigen Pausen, jetzt nur 8—10tägige Pausen und darauf langdauernder selbst bis zu 20 Tagen dauernder Blutverlust. Die Untersuchung ergab: Portio wulstig dick, mit heiler Schleimhaut, Os geschlossen, Uteruskörper wesentlich grösser, dick, schwer, in Anteflexion, beweglich. Höhle um 1 cm verlängert. Rechtes Ovarium liegt dem Uterus dicht an, ist wenig beweglich, circa wallnussgross, linkes Ovarium liegt der seitlichen Beckenwand an, ist grösser als das rechte, druckempfindlich, scheint etwas beweglich. Auf Dilatation und Auskratzen der verdickten Schleimhaut geringe Besserung; Menstrualblutungen bleiben stark wie bisher, besonders lästig ist das häufige und starke, die Blutungen begleitende Kopfweh. Da die Blutungen und die chronische Hypertrophie des Uterus allen anderen Mitteln trotzen, so wird mit Einwilligung der Patientin zur Castration geschritten.

9. Juni 1881 Operation. Bauchschnitt. Nach Eingehen mit der Hand findet man das Netz überall mit Uterus und seinen Adnexen verklebt, so dass die Hand nicht frei zu den Ovarien gelangen kann; das Netz ist ebenso wie das Bauchfell von zahlreichen kleinen rundlichen Knötchen bedeckt. Ovarien selbst fast ganz unbeweglich. Unter diesen Umständen wird auf eine Vollendung der Castration verzichtet, da eine miliare Tuberkulose vorzuliegen schien. Heilung unter geringen Fiebersteigerungen. Ein Jahr später stellt sich Patientin wieder vor und giebt an, die Regel erfolge vierwöchentlich von fünftägiger Dauer, nicht zu stark,

sondern nur zuweilen wie schon vorher. Am fünften Tage zuweilen starkes Kopfweh. Sonst Befund wesentlich im gleichen.

Zu Gruppe 7 gehören folgende zwei Fälle.

9) Frl. M. J. von hier, 30 Jahre alt. Patientin ist circa seit ihrem 20. Jahre krank, bald nach dem Eintritt der Menses traten nervöse, allmählig hysterische Erscheinungen auf (Parese des einen Beines). Patientin ist das Kind einer Ehe von Geschwisterkindern. Allmählig steigerte sich die Reizbarkeit und die Missstimmung gegen einzelne Familienglieder so sehr, dass Patientin fünf Jahre lang in der Heilanstalt Winnenthal zubrachte; anfangs wurde dort nur allgemeine Behandlung, in den letzten zwei Jahren mit theilweisem Erfolge örtliche Behandlung der Gebärmutter eingeleitet. Patientin klagt über Schlaflosigkeit, Kopfweh, leichte Zuckungen. Appetit wechselnd. Zuweilen Obstipation. In der Zeit zwischen zwei Menstruationen wurde über Kreuzweh, Schmerzen in der linken Unterbauchgegend geklagt, diese Schmerzen steigerten sich jeweils mit dem Eintritte der Periode und bei derselben so, dass allgemeine psychische Reizbarkeit und Erregtheit mit hartnäckigem Kopfweh, Schlaflosigkeit, Gliederzuckungen, theilweise selbst maniakalischer Aufregung, Hallucinationen vorhanden waren. Bei der Regel waren die Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes am heftigsten.

Die Untersuchung ergab eine kleine conoide Portio mit engem Muttermunde; Uteruskörper in normaler Anteflexion, empfindlich, besonders bei Einführung der Sonde, die sonst leicht und normal tief eingeht. Rechtes Ovarium seitlich vom Uterus, freibeweglich, klein, linkes liegt näher am Uterus, höher, grösser als normal, schmerzhaft und nicht so frei beweglich.

Nachdem durch 2 $\frac{1}{2}$ Jahre lang die verschiedenste örtliche und allgemeine Behandlung angewandt worden war, ohne wesentliche Erfolge zu erzielen, wurde nach Consultation und im Einverständniss mit Herrn Obermedicinalrath von Reuss und Dr. Zeller, Director von Winnenthal, beschlossen, die Castration auszuführen, da zu erwarten stand, dass mit Wegfallen der Menstruation die vierwöchentlichen Verschlimmerungen des körperlichen und psychischen Befindens wegfallen müssten, und so allmählig Patientin wieder in einen normalen Zustand zurückkehren könnte.

3. November 1882 Castration. Der erste Act der Operation war wegen des dicken Fettpolsters sehr schwierig; die Dicke der

vorderen Bauchwand betrug circa 6 cm. Ovarium dextrum liess sich leicht an der rechten Seite finden und wenn auch etwas mühsamer als sonst bis ins Niveau der Bauchwunde vorziehen. Doppelte Ligatur und dann mit der Schere abgetragen. Das linke ist viel schwerer beweglich, bei seinem Hervorziehen müssen einzelne dünne strangförmige Adhäsionen durchrissen werden; Abtragung hier noch schwieriger, weil das Vorziehen kaum gelingt, daher nur abgebunden und mit der Schere abgetragen, kein Paquelin.

Temperatur am zweiten und dritten Tage 38,8; Puls nie über 90; vom vierten Tage ab Blutabgang aus Vagina, hört nach vier Wochen auf. Anfangs schien der Erfolg ein glänzender; nach langsamer Erholung im November und December 1882 wurde Patientin im Jahre 1883 sehr kräftig; konnte gut, ohne Schmerzen, bis zu zwei Stunden weit gehen, Schlaf gut, psychisches Verhalten normal, keine Schmerzen im Leibe. Da trat im Mai 1883 wieder eine Blutung ein, nach halbjähriger Pause, von da ab Verschlimmerung des Befindens, Schmerzen in linker Seite, Unvermögen und Unlust zu gehen, Schlaflosigkeit u. s. w. Seither sind unregelmässig Blutungen aufgetreten, jeweils mit lebhaften fast wehenartigen Schmerzen in linker Seite, einmal auswärts fünf Wochen lang anhaltend, wenn auch schwach, doch wurde gerade hierbei in Winnenthal constatirt, dass das psychische Verhalten ein weit besseres sei als früher. Die Untersuchung (October 1883) ergab links von dem entschieden geschrumpften Uterus eine taubeneigrosse elastische empfindliche Schwellung, die einmal bei einer Blutung deutlich grösser und sehr empfindlich war. Möglicherweise handelt es sich um eine Pyo- oder Haematosalpinx.

Eigenthümlich ist im vorliegenden Falle, dass nach dem anfänglichen Wohlbefinden mit dem erneuten Auftreten einer Störung im Unterleibe aufs neue Blutungen und die psychischen Störungen auftraten. Voraussichtlich handelt es sich nur um irreguläre Blutungen, wie in einzelnen der oben angeführten Fibroidoperationen, so dass die Hoffnung vorhanden ist, dass mit allmählichem Aufhören derselben völlige Heilung eintreten werde.

Ebenfalls zu Gruppe 7 gehört folgender Fall.

10) Frl. J. Oe. von B., 23 Jahre alt. Ist seit dem 17. Jahre krank. Die Menses traten schon im 13. Jahre ein, von Anfang an unregelmässig, bis zu zwölf Wochen aussetzend, nie stark, immer nur einige Tage anhaltend, und stets mit viel Schmerzen. Seit vier Jahren fast anhaltende Schmerzen in beiden Seiten des

Unterbauches, Fluor, später auch Schmerzen in den Beinen, Unvermögen zu gehen. Seit zwei Jahren täglich Brechen, angeblich nach jeder Nahrungsaufnahme, seit Januar 1882 hysteropileptische Anfälle bis zu einer halben Stunde dauernd; Patientin spürt circa 24 Stunden vorher eine Aura im Unterleibe. Patientin hat auch Säxinger consultirt, in letzter Zeit eine Kur in der Nervenheilanstalt des Dr. G. Fischer in Canstatt durchgemacht mit nur vorübergehender Besserung. Jetzt kommt der Anfall alle 4 bis 8 Tage mit $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ stündiger Dauer, mit starken klonischen Krämpfen, Opisthotonus, Bewusstsein theilweise aufgehoben, Pupillen weit, starr.

Patientin ist sehr anämisch, Herzaction ruhig, regelmässig, Lunge normal; abgesehen von chronischem Katarrh des Magens liess sich eine ernstere Erkrankung ausschliessen. Die Portio klein, hart, der Uteruskörper verdickt, anteflectirt, beweglich. Beide Ovarien liessen sich leicht palpieren, das rechte wallnussgross, wenig beweglich, das linke kleiner, sehr gut beweglich.

Castration 20. November 1882. Auch in tiefer Narkose waren die Bauchmuskeln bretartig gespannt und blieben es, so dass nur ein schmaler Spalt blieb zum Eingehen mit der Hand und Herausholen der Ovarien; Verwachsungen waren keine vorhanden. Das Abbinden und die Abtragung mit Paquelin bot dann weiter keine Schwierigkeit mehr.

Die Convalescenz war, trotzdem die Temperatur nur einmal in Vagina 38,2 erreichte, mehrfach gestört. Zuerst reichliches Brechen; am dritten Tage, bei sehr ruhigem Puls, Leib stark aufgetrieben, keine Winde ab; Tympanitis nimmt unter Aufstossen und Luftverschlucken in unangenehmer Weise zu, so dass, nachdem andere Mittel im Stiche gelassen, vorsichtige Einreibungen mit Oleum foeniculi angewandt wurden, worauf dann Winde abgingen. Erbrechen und Anfälle hörten mit dem Moment der Operation in der Klinik auf. Blutabgang aus der Scheide findet nicht statt, nur ein Mal Nasenbluten. Nach vier Wochen wird Patientin entlassen. Nach vier Wochen meldet sie, dass das Erbrechen der täglichen Mahlzeiten wiedergekehrt sei, auch wieder Schmerzen im Leibe. Die häuslichen Verhältnisse bringen es mit sich, dass sie eine todtkranke Schwägerin pflegt; den Abend nach dem Tode derselben bekommt sie wieder den epileptiformen Anfall, mit Verdrehen der Hände, aber Bewusstsein nicht ganz weg. Seit-her Zustand im gleichen. Menses nie wieder eingetreten.

Die theoretische Berechtigung der Castration hat Hegar sowohl an der Hand abnormer Befunde beim Menschen als durch die bei Thieren erzielten Erfolge klargestellt, so dass hierüber keine Worte zu verlieren sind. Praktisch ist sie berechtigt, wenn die erzielten Erfolge den theoretischen Voraussetzungen entsprechen. Vor allem gehört hierzu eine so sichere Beherrschung der Antiseptik durch den Operateur, dass ein Misserfolg durch Todesfall oder schwere septische Erkrankung nicht eintreten kann.

Während beim ersten Beginne der Operation (die Castrirte von Hegar starb an septischer Peritonitis) die Prognose immerhin noch zweifelhaft war, gehört es jetzt zur Regel, dass weitaus der grösste Theil der Operirten geheilt wird. Hegar hatte unter seinen 50 ersten Operirten 14 Proc. Todesfälle, andere Operateure zusammen mit 76 Operationen 22,3 Proc.; nach Angaben des Londoner Congresses 193 Fälle mit 18 Proc. Mortalität. Nimmt man dazu Tait 28 Fälle (gestorben 2), Tauffer 14 (gest. keine), Bardenheuer 13 (gest. 3), meine 9¹⁾ (gest. 0), so ergeben sich auf 114 Fälle 10,5 Proc. Mortalität.

Es ist wohl verständlich, dass die 114 von nur 5 Operateuren ausgeführten Castrationen ein besseres Resultat geben als 76 von einer grösseren Reihe verschiedener Operateure ausgeführte, 10% : 22,5%. Wahrscheinlich würde der Procentsatz ein noch geringerer sein, wenn mir die neueren Fälle Hegar's und die Gesamtsumme seiner Operationen bekannt wären. Immerhin ist der Procentsatz von 10,5 Proc. noch zu gross und sollte auf mindestens 5 Proc. herabgedrückt werden können, wenn man bedenkt, dass das gefährliche Moment der Ansammlung von Cystenflüssigkeit in der Bauchhöhle hier ganz wegfällt, dass die Adhäsionen gewöhnlich keine sehr bedeutenden sind, und dass bei genauer Ligatur kein starkes Nachsickern von Blut stattfinden kann, und somit das Nährmaterial für die etwa aus der Luft eingedrungenen Bacillen fehlt. Bei gehöriger Beherrschung der Antiseptik gehört also die Castration durchaus nicht mehr zu den lebensgefährlichen Operationen und verdient häufiger ausgeführt zu werden, wenn ein sicherer Erfolg erwartet werden kann.

Was nun den Erfolg betrifft, so muss unterschieden werden der Erfolg in Bezug auf das Wegfallen der Menstruation von dem in Bezug auf die Beseitigung der mit der Menstruation und Ovulation verbundenen Störungen, derentwegen die Castration unter-

1) Seither zwei weitere Fälle mit Erfolg operirt.

nommen wurde. In Bezug auf das Aufhören der Menses trat unter meinen neun vollendeten Fällen vier Mal sofort Menopause ein; drei Mal nach mehreren unregelmässigen Blutabgängen, nur in zwei Fällen dauern die Blutungen ein resp. zwei Jahre nach der Operation in allerdings nicht regelmässigen Zwischenräumen fort.

Vergleicht man hiermit die Resultate anderer Autoren, so hatte Tauffer unter zehn Fällen vier Mal sofort Menopause, drei Mal erst nach wiederholten Blutungen, drei Mal dauert eine regelmässige Periode fort. Auch Hegar giebt auf 41 gelungene Operationen an, dass nur 31 Mal völlige Menopause eintrat, acht Mal erst nach wiederholten Blutabgängen, nur ein Mal die regelmässige Menstruation weiter ging. Aehnliche Zahlen ergeben die Operationen Anderer.

Fragt man nach der Ursache hierfür, so kann eigentlich keine ganz bestimmte Antwort gegeben werden. Das Zurückbleiben eines dritten Eierstockes, was ja in wenigen Fällen beobachtet worden ist, wird wohl nur sehr selten die Ursache sein; eher muss manchmal zurückgebliebenes ovarielles Gewebe als Grund der regelmässig weiter dauernden Menstruation angesehen werden. Die zuweilen nach anfänglich 3—5 monatlicher Pause für sechs bis zwölf Monate wiederkehrenden atypischen Blutungen sind wohl als klimacterische, mit der Involution des Uterus zusammenhängende zu betrachten. Dieselben werden verständlich nach den neuesten Untersuchungen Leopold's (dieses Archiv, Bd. XXI, Hft. 3), wonach trotz regelmässiger Menstruation ein frisches Corpus luteum fehlen kann, wonach also theilweise die Blutung unabhängig von der Keimdrüse wäre.

Wesentlich davon zu trennen ist die Frage, in wie weit die Castration dem pathologischen Zustande, wegen dessen sie unternommen wurde, Abhülfe gebracht hat. Am hervorragendsten ist hier jedenfalls der Erfolg auf die Entwicklung der Uterusfibroide. Von meinen sechs wegen Uterusfibroid Castrirten ist bei fünf die Menopause sofort oder bald darauf eingetreten, mit deutlich nachweisbarer Schrumpfung des Tumor. Bemerkenswerth ist, dass in einem dieser Fälle trotz der noch circa ein Jahr lang auftretenden unregelmässigen Blutungen eine ganz wesentliche Verkleinerung des Tumor auftrat. In dem einen Falle, wo zur Zeit noch Blutungen vorhanden sind, ist ebenfalls der Tumor so wesentlich verkleinert, dass schon darin der Erfolg liegt und mit Sicherheit ein nicht zu fernes Aufhören der Blutungen angenom-

men werden kann. Nach Wiedow (Centralblatt für Gynäkologie 1882, Nr. 6) hatte Hegar bis zum Jahre 1882 21 Castrationen bei Fibromen, davon gestorben drei. Bei den übrigen 18 trat elf Mal Menopause sofort ein, sechs Mal allmähig. In einem von diesen Fällen wurde unter starken Blutungen ein halbes Jahr nach der Operation das in Losstossung begriffene Fibroid von mir enucleirt, worauf völlige Heilung eintrat.

In dem einen (zur zweiten Gruppe gehörigen) Falle von Castration wegen Ovarialneuralgie trat der Erfolg nur langsam, aber doch völlig befriedigend ein.

Anders steht es mit den Resultaten bei den Castrationsfällen aus der Gruppe 7: Nerven- und Geisteskrankheiten. Der eine meiner Fälle (Nr. 9) mit typischer psychischer Erregung bei jeder Menstruation war sechs Monate hergestellt, so lange keine Menses sich zeigten, seither kehren die alten Erscheinungen wieder. Doch ist zu hoffen, dass mit der Beseitigung der Tubenaffection, die als Ursache des Recidives anzusehen ist, wieder Heilung eintritt. Ein ähnlicher Fall findet sich bei Tauffer, wo auch die Tubenaffection die Heilung verzögerte. In Fall Nr. 10 sind die Erscheinungen von Seiten des Magens, besonders das tägliche Brechen, vor allem aber auch die hysteropileptischen Anfälle wiedergekehrt. Ich befinde mich hierin also im Widerspruche mit Tauffer, der die Hysteroepilepsie durch Castration für heilbar erklärt. Auch von den Fibroidfällen, wo Menopause und Schrumpfung eintrat, gehört einer (Nr. 6) hierher, insofern als die hysterischpsychischen Störungen nur wenig Besserung erfuhren. Der Vorschlag von W. Goodell, dass geisteskranke Frauen castrirt werden sollten, ist demnach ganz entschieden zurückzuweisen. Der Fall von spontaner Losstossung weist besonders darauf hin, dass wohl manche der nach Monaten erst auftretenden irregulären Blutungen bei Fibroiden auf langsame Schrumpfungsvorgänge zu beziehen sind. Bei den zur Gruppe 7 gehörigen zwei von Tauffer operirten Fällen blieb der Erfolg ebenfalls aus.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist es gewiss, wie Tauffer dies hervorhebt und Hegar wohl seither auch in der Praxis selbst geübt hat, nicht immer möglich, sicher beide Ovarien vorher zu fühlen. Unter meinen zehn Fällen konnte ich drei Mal nur eins vorher fühlen, und brauchte in einem Falle bei der Operation ziemlich lange, um das andere zu finden, in den anderen zwei Fällen machte das Aufsuchen keine Schwierigkeit.

Manchmal wird, wie in meinem einen Falle, der wahrscheinliche Sitz sich herausconstruiren lassen, nach sorgfältiger bimanueller Untersuchung und Anwendung der Sonde, so dass man bei der Operation den ungefähren Platz schon kennt, wo das betr. Ovarium zu finden ist.

Was die weitere Technik betrifft, so ist hier nicht viel hinzuzufügen. Zweckmässig ist, wie Hegar es thut, das vorläufige Annähen des Bauchfelles an die Haut, um, besonders bei sehr dicken Bauchdecken, das Hineinlaufen von Blut aus der Hautmuskulwunde in die Bauchhöhle zu verhindern. Zum Fassen des Ovarium genügen wohl fast ausnahmslos die Finger. Nach Abbinden der Ovarien mittels Déchamp ist das Abbrennen des Stieles mittels Paquelin entschieden sehr zweckmässig, um etwaige im Stiel noch befindliche Ovarialreste zu zerstören. Nur muss man sich hüten, den Fäden mit dem Thermocauter zu nahe zu kommen, wie mir in dem Falle Nr. 1 passirte. Einlegen einer Drainage nach der Operation ist gewiss blos in den allerseltensten Fällen nöthig, und stört den Heilungsverlauf in den glatten Fällen mehr, als es nützt, wie Bardenhauer's Fälle zeigen. Der Schluss der Bauchwunde erfolgt mittels tiefer, breit das Peritoneum mitfassender Nähte.

Die geradezu typische in den ersten Tagen schon auftretende Stauungsblutung erfordert gar keine weitere Behandlung und hört von selbst auf, auch wenn sie sehr stark ist. Man beobachtet dabei durchweg, wie auch Hegar angiebt, ein subjectives Wohlbefinden der Patientin, so dass sie neben reichlicher Urinausscheidung meist als ein günstiges Symptom anzusehen ist. Die späteren Erscheinungen bei der anticipirten Climax sind dieselben wie bei der physiologisch eintretenden: langsame Schrumpfung des Uterus sowie eventuell die bekannte Vaginitis des Klimacteriums, dabei Wallungen u. s. w. Weitere Nachtheile, speciell bei den Verheiratheten, Abneigung gegen den Mann oder gegen den Coitus, wurden nicht beobachtet.

Es verdient daher zweifellos die Hegar'sche Operation einen ständigen Platz unter den gynäkologischen Operationen, wesentlich in Fällen von raschem Wachstume von kleineren, höchstens bis zum Nabel reichenden Fibromyomen mit starken Blutungen. Besonders möchte ich dies betonen für die Fälle, wo schon im Beginne der 30ger Jahre rasches Wachstum und profuse Blutungen eintreten. Hier ist, wie die oben angeführten Erfahrungen

zeigen, die Castration eine relativ ungefährliche und doch überwiegend häufig erfolgreiche Operation, zu einer Zeit, wo die Exstirpation des Myom selbst viel bedeutendere Schwierigkeiten und Gefahren bietet. Allerdings bedingen, wie dies Schröder (Zeitschrift für Geburtshilfe, 8. Band) treffend hervorhebt, die Uterusfibroide nicht absolut die Operation wie die Ovarialkystome; man soll die Myomotomie nur unter ganz bestimmten Indicationen machen; niemand wird aber leugnen, dass die Castration eine viel ungefährlichere Operation ist als die Myomotomie, so dass man gewiss berechtigt ist, bei raschem Wachstume und starker Blutung, wenn andere Mittel im Stiche gelassen haben, dazu zu greifen, zu einer Zeit, wo die Totalexstirpation, besonders bei kleinen Tumoren, noch zu schwierig wäre.

Ueber weitere Indicationen, besonders die der Hegar'schen Gruppen 2, 5 und 6, müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden, ebenso über die Fälle der siebenten von Tauffer aufgestellten Gruppe. Gewiss hat Liebermeister (Klinische Vorträge, Nr. 236) recht, wenn er sagt, dass die Castration für Behandlung der Hysterie, wo sie nicht durch die Lokalerkrankung gefordert wird, zu verwerfen sei. Indess bestätigen ja alle Irrenärzte, wie eng vielfach der Zusammenhang von Affectionen der Sexualorgane mit psychischen oder hysterischen Erkrankungen ist. Entsprechend sehen wir auch viel häufiger als früher örtliche Behandlung bei Geisteskrankheiten eingeleitet. Es wird also Sache weiterer genauer Beobachtung sein zu entscheiden, in welchen Fällen von Hysterie oder periodischer Psychose Castration indicirt ist. Es werden dies am ehesten solche Fälle sein wie Nr. 9 wo die psychische Reizung genau an die Regel gebunden ist. Der vorläufige Misserfolg spricht mir noch gar nicht dagegen; vielmehr zeigt gerade das Wiederauftreten der Hysterie mit dem Auftreten der sexuellen Erkrankung die Bedeutung des Wegfalles der ovariellen Thätigkeit, ähnlich wie bei Tauffer. Ich möchte also nicht so ohne weiteres wie Liebermeister den Stab über die Castration bei hysterischen mit lokaler Erkrankung verbundenen Fällen brechen, muss es aber allerdings als grossen Missbrauch erklären, wenn, wie vielfach geschehen ist, nur einfach wegen Hysterie zur Castration gegriffen wird.
