



Ueber
Parotitis nach gynaecologischen Operationen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 27. März 1886

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Paul Berth

prakt. Arzt

aus Forst in Brandenburg.

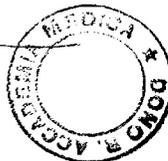


Opponenten:

Drd. **O. Dalmer**, prakt. Arzt.

Drd. **Fr. Schwerdtfeger**, prakt. Arzt.

V. Ulrich, cand. med.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1886.



Seinen lieben Eltern
und
seiner lieben Schwester Anna

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn wir die verschiedenen Arten von Entzündung der Parotis vom aetiologischen Standpunkte aus betrachten, so beanspruchen offenbar das geringste Interesse die zumeist der chirurgischen Behandlung anheimfallenden entzündlichen Affektionen dieser Drüse, welche entweder die direkte Fortsetzung eines entzündlichen Prozesses aus der Nachbarschaft darstellen, wie dies bei den Otitiden, der Caries der Schädelknochen, den Erysipelen des Kopfes, der Fall ist, oder die Folgen von Verletzungen oder der Anwesenheit von Fremdkörpern sind.

Viel mehr schon beschäftigte eine zweite Form von Entzündungen dieses Organs seit Alters her die Aerzte: Die nunmehr allgemein als spezifische Infektionskrankheit anerkannte epidemische Parotitis, der Mumps. Die Abzweigung weiterer Arten als idiopathische, rheumatische oder katarhalische Form ist heute kaum noch zulässig und wohl auch nicht nöthig, da die so bezeichneten Entzündungsformen der Parotis sich als sogenannte sporadische Fälle, welche aber mit der epidemischen Parotitis die gleiche Aetiologie gemein haben, entpuppen dürften, oder der nunmehr zu erwähnenden dritten Form angehören. Es ist dies die sekundäre oder metastatische

Parotitis, wie sie nach Typhus, Scharlach, sowie nach Puerperalfieber, Pyaemie, Ruhr, Pocken und anderen Infektionskrankheiten auftritt und vielfach litterarisch erwähnt ist.

Eine vierte Form ist in neuester Zeit zur Beobachtung gelangt, welche in den ihre Entstehung veranlassenden Momenten offenbar von den bisher genannten verschieden ist, ich meine die Parotitis nach Operationen an den weiblichen Genitalien. Die erste Veröffentlichung hierüber stammt von R. Möricke unter dem Titel: „Entzündung der Ohrspeicheldrüse als Komplikation von Ovariectomien“. Fünf Fälle sind es, von denen der genannte Autor wenigstens vier unter die neu zu gründende Rubrik bringen möchte.

Im Jahre 1885 beschrieb sodann H. Schröder einen Fall von Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariectomie als Dissertation. Zum Schluss bliebe nur noch eine Veröffentlichung aus Amerika zu erwähnen, nach welcher Goodell aufmerksam macht, „auf den Zusammenhang der Parotitis mit den Genitalorganen. Er sah einmal Parotitis als Theilerscheinung der Septikaemie unter 153 Ovariectomien, und zwar mit tödtlichem Ausgange. Aber er sah auch Parotitis dreimal nach solchen Operationen, sowie auch einmal nach der Operation des Cervixrisses ohne eine Spur von Septikaemie und ohne Einfluss auf den Verlauf.“

Die Reihe der Beobachtungen nach dieser Richtung hin zu vergrössern ist auch Zweck meiner Arbeit. In der gynaekologischen Klinik zu Greifswald wurde im

Sommer 1885 ein Fall von Entzündung der Parotis nach hoher Amputation des Cervix beobachtet, der nach dem bisherigen Schema nicht zu erklären ist. Die Erzählung dieses Falles, welchen mir Herr Geheimrath Pernice zur Veröffentlichung überliess, lasse ich sogleich folgen, um daran die aetiologischen Betrachtungen zu schliessen.

Frau R., 44 Jahre, aus Greifswald, wurde vom 16. Jahre an alle 4 Wochen regelmässig menstruiert. Die Regel war reichlich und dauerte gewöhnlich 4—5 Tage. Sechs Geburten und eine Frühgeburt boten nichts Abnormes. Seit einem Vierteljahr bemerkte Patientin starken mit Blut vermischten Fluor, zeitweilig Abgang reinen Blutes. Dazu gesellten sich Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Status praesens vom 24. VI. 85.

Patientin ist von schwächlichem Körperbau, blass, schlecht ernährt. Appetit und Allgemeinbefinden sind schlecht. Fieber ist nicht vorhanden. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt normale Lage des Uterus, Infiltration des linken Parametriums, Hypertrophie der Vaginalportion, Ulceration der hinteren Muttermundlippe. Letzterer Befund wird auch durch das Speculum bestätigt.

Diagnose: Carcinoma portionis vag. et parametr. sin.

Am 25. VI. wird in Narcose die blutige Amputation des carcinomatösen Cervix vorgenommen; eine vollständige Entfernung des Carcinoms ist nicht mehr möglich, da es links zu hoch ins Parametrium hinaufreicht. Die Blutung ist bedeutend, daher Tamponade mit Jodoformgaze.

Nach einer Stunde muss wegen starker Nachblutung die Gaze entfernt werden. Die dauernde Blutstillung erfolgt nunmehr mittels Liquor ferri sesqui chlorati und abermaliger Tamponade mit Jodoformgaze. Am Abend des Operationstages klagt Patientin über Schmerzen im Unterleib wie bisher; es tritt starkes Erbrechen auf. Fieber ist nicht vorhanden.

26. VI. Erbrechen, Durst, Appetitlosigkeit. Das Abdomen ist auf Druck nicht empfindlich. Temperatur Morgens 37,5, Abends 38,0.

27. VI. Erbrechen, Klagen über Schmerzhaftigkeit des Unterleibes sind nicht mehr vorhanden. Die Temperatur übersteigt 38,0 nicht.

28. VI. Schwellung der rechten Parotis. Temperatur Abends 39,0. Schmerzhaftigkeit des Unterleibes ist nicht vorhanden. Zunge stark belegt.

29. VI. Ganze rechte Gesichtshälfte stark geschwollen; das rechte untere Augenlid ist ödematös; das Schlucken ist schmerzhaft; grosser Durst, Appetitlosigkeit. Temperatur Morgens 38,0, Abends 38,5.

30. VI. Die Schwellung der rechten Gesichtshälfte ist unförmlich geworden und stark schmerzhaft. Das Abdomen ist schmerzlos. Temperatur 37,8–38,0.

1. VII. Die Schwellung geht zurück. Die letzten Tampons werden entfernt. Patientin befindet sich besser als gestern. Temperatur 37,5–37,5.

2. VII. Die Geschwulst wird kleiner; hinter dem Ohre bildet sich eine weichere Stelle aus.

3. und 4. VII. Die Fluctuation der weichen Stelle wird deutlich.

5. VII. Incision hinter dem Ohre. Entleerung einer mässigen Menge von Eiter. Verband mit Jodoformgaze.

7. VII. Patientin wird entlassen; die Geschwulst ist fast ganz zurückgegangen und das Aussehen der Wunde ein solches, dass für weitere aus dieser Complication resultirende Besorgnisse ein Anlass nicht mehr vorhanden ist.

An erster Stelle ist nunmehr die Frage zu untersuchen, ob unser Fall sich in eine der bis jetzt allgemein anerkannten und oben bereits aufgeführten Formen von Parotitis einreihen lässt. Da ich diese Frage zu verneinen gedenke, so werde ich im zweiten Theile die mir plausibel erscheinende Aetiologie dieser Art von Parotitis zu geben versuchen und das Verhältniss betrachten, welches unser Fall den bereits veröffentlichten analogen gegenüber einnimmt.

Näher einzugehen auf die erste Art der Entzündung der Ohrspeicheldrüse, welche wir als vorzugsweise einen chirurgischen Charakter tragende bezeichneten, ist differenzial-diagnostisch nicht nöthig. Denn eine Verletzung, Caries benachbarter Knochen, Otitis, in der Nähe befindliche Geschwülste, Obliterationen, Compression oder Verstopfung des ductus Stenonianus durch Speichelsteine und ähnliche mögliche ätiologische Momente konnten bei dem Interesse, welches der Fall von vornherein beanspruchte, nicht übersehen werden.

Grössere Schwierigkeiten schon bietet die Abgrenzung gegen die zweite Kategorie der Parotitis, den Mumps.

Denn einerseits ist ja der Mumps die epidemische Parotitis, ein Krankheitsprozess, über dessen Wesen man sich endgültig noch gar nicht geeinigt hat und andererseits werden in den von Seiten der Genitalien auftretenden Complicationen Verhältnisse geboten, welche eine Confundirung der Krankheitsbilder und der ätiologischen Momente nur allzu sehr begünstigen. Denn, dass bei der epidemischen Parotitis öfter Affectionen des Genitalapparates auftreten und gewissermassen nur eine Vervollkommnung des klinischen Bildes dieser Krankheit darstellen, ist bekannt. Wenn nun die Fälle von Parotitis, welche wir als eine in Wesen und Entstehung von den bisher bekannten verschiedene Species aufstellen wollen unter dem Titel: „Entzündung der Ohrspeicheldrüse als Complication von Ovariotomien“ und „Parotitis nach Operationen an den weiblichen Genitalorganen“ veröffentlicht werden, so ist nur natürlich, dass dieser in den Vordergrund gestellte Zusammenhang mit den Genitalorganen analoge Verhältnisse vortäuscht und die Objectivität der Untersuchung durch diesen voreingenommenen Standpunkt leiden muss. Deshalb möchte ich vorerst in möglichster Kürze die heutige Ansicht über das Wesen der Parotitis epidemica und speziell über die bei derselben auftretende sekundäre Erkrankung des Genitalapparates resümiren und an der Hand dieses Schemas unseren Fall differenzialdiagnostisch betrachten.

Da, wie bereits gesagt, eine übereinstimmende Ansicht über Aetiologie und Wesen der Parotitis epidemica bis heute noch nicht existirt, so werden wir vorerst die

ältere, jetzt so gut wie antiquirte Ansicht und im Anschluss daran die beiden neueren Hypothesen, von denen jede eine Reihe bedeutender Vertreter gefunden hat, erwähnen. — Vor wenigen Jahrzehnten konnte man bei der Erklärung dieser, wie so vieler anderer epidemisch auftretender Infektionskrankheiten der „atmosphärisch-kosmisch-tellurischen Einflüsse“ als eines ebenso dunklen, wie allgemein verbreiteten und schwer zu bekämpfenden Krankheitserregers nicht entbehren. Wenn nun auch mit einem Ausdruck, wie „kosmischer Krankheitsprozess“ nichts gesagt ist, und wir an eine direkte krankmachende Kraft von Witterungseinflüssen, Windrichtung, klimatischen Verhältnissen etc. ebensowenig glauben, wie an das geheimnisvolle Walten eines Krankheitsgenius, so können wir doch nicht verkennen, dass in dieser Auffassung Gedanken liegen, welche auch in unserer Theorie der contagiös-miasmatischen Krankheiten nicht zu entbehren sind. Aber die wechselnden atmosphärischen und tellurischen Zustände sind für uns nur Bindemittel zwischen dem eigentlichen krankmachenden Agens und dem Krankheitsprozess, indem sie den gleichsam schlummernden Infektionstoff wecken und seine Reproduktion und Verbreitung begünstigen. Bei der Parotitis epidemica ist es freilich von den genannten Factoren fast nur der Wechsel der Jahreszeit gewesen, welcher unverkennbar das Auftreten einer Epidemie begünstigte: Der Winter kann für unsere Breitengrade als die vom Mumps bevorzugte Jahreszeit bezeichnet werden. Nach den vielen Auseinandersetzungen über das Wesen der Parotitis epidemica,

die sich an diese Aera anschliessen, können nunmehr zwei Hypothesen als der Inbegriff der am meisten und mit Nachdruck und Erfolg vertretenen Ansichten gelten. Es ist die von Kocher und König entgegen der von Fehr und Leichtenstern. Kocher sagt: „Die Parotitis epidemica ist ihrem Wesen nach eine infektiöse, kontagiöse Schleimhauterkrankung. Zuerst und für gewöhnlich ergriffen wird die Schleimhautauskleidung der Mundhöhle. Die Stomatitis pflanzt sich nach den Speichelausführungsgängen fort, es entsteht Parotitis und Entzündung der übrigen Speicheldrüsen; sie pflanzt sich nach dem Rachen fort und Angina und Pharyngitis ist die Folge davon; sie setzt sich nach dem Tractus intestinalis zu fort und hieraus resultiren die so konstant dabei vorkommenden gastrischen und intestinalen Störungen. Das spezifische Gift gelangt aber auch zu einer Einwirkung auf die Schleimhaut der Harnwege, oder es entsteht Urethritis und Cystitis, von welcher secundär (per contiguitatem) die Orchitis sich herleitet.“ Königs Ansicht kann insofern mit der Kochers identificirt werden, als auch nach ihr die Parotitis ein localer Process sein soll. Die eventuelle sekundäre Uebertragung nach den Geschlechtsdrüsen lässt Kocher auf metastatischem Wege erfolgen. Wir sehen schon zwischen diesen beiden verwandten Thesen als tertium comparationis den Zusammenhang der Parotitis mit den complicirenden Organerkrankungen, in specie mit den Genitalien. Daher wollen wir im Anschluss hieran sofort die gegnerische Ansicht reproduciren, um auf der so gewonnenen Basis Stellung



nehmen und unseren Fall beurtheilen zu können. Fehr und Leichtenstern sind die Vertreter dieser zweiten Hypothese. Letzterer präcisirt seinen Standpunkt in seiner Abhandlung über Parotitis epidemica mit folgenden Worten: „Die epidemische Parotitis ist eine spezifische Infectionskrankheit in dem Sinne, dass sie durch die Infection des Organismus mit einem specifischen Gifte hervorgerufen wird, einem Gifte, das einmal und zwar seit den ältesten Zeiten vorhanden, unter dem Zusammenwirken geeigneter Bedingungen sich reproducirt, vermehrt und so auf viele Individuen am gleichen Orte gleichzeitig oder innerhalb einer gewissen zeitlichen Continuität einwirkt. Zwar kennen wir den der epidemischen Parotitis zu Grunde liegenden Infektionsstoff ebensowenig, als den der übrigen Infectionskrankheiten, aber keine Hypothese ist besser im Stande, alle Erscheinungen in der Art des Auftretens und der Verbreitung der Krankheit, sowie andere Punkte — wie Specifität, kontinuierliche Fortpflanzung der Krankheitsursache, Incubationszeit, Gesetz der Durchseuchung, typischer Verlauf, gleichzeitiges oder successives Erkranken mehrerer Organe, wie der Speicheldrüsen, der Hoden, der Lymphdrüsen, der Milz — zu erklären, als die Annahme eines specifischen, sich reproducirenden, vermehrenden und inficirenden Agens.“

Nachdem sich der Verfasser sodann der Frage zugewendet hat: „Gehört die Parotitis epidemica zu den rein miasmatischen oder zu den rein contagiösen Krankheiten, oder ist sie eine miasmatisch-contagiöse Krankheit?“, entscheidet er sich an der Hand von schwerwiegenden Grün-

den für die Contagiosität. In der Frage, ob es sich bei der Parotitis epidemica um eine lokale Infectionskrankheit handle, vielleicht um einen virulenten Catarrh der Schleimhautauskleidung der Speicheldrüsenkanäle bis in die Drüsenkörper hinein, oder ob wir es mit einer allgemeinen (constitutionellen) Infectionskrankheit zu thun haben, wobei die Parotitis nur eine Lokalisation, die wichtigste und am meisten in die Augen springende Aeusserung des in die Blut- und Säftemasse aufgenommenen Giftes ist, entscheidet sich Leichtenstern für jene Auffassung, welche die Parotitis epidemica als eine infectiöse Allgemeinerkrankung definirt, mit primärer und vorzugsweiser Lokalisation des Giftes in den Speicheldrüsen, besonders in der Parotis. Als Gründe dafür führt er an: die acht- bis vierzehntägige Incubationsdauer, die prodromalen Fieber- und Allgemeinerscheinungen, welche oft zu einer Zeit auftreten, wo weder subjective noch objective Anzeichen für eine Erkrankung der Parotis vorliegen, das Ergriffenwerden verschiedener Organe, wie der Parotis und der übrigen Speicheldrüsen, der Lymphdrüsen an verschiedenen Orten, der Milz (Milzschwellung), der Hoden (Orchitis); ferner die Immunität gegen ein zweimaliges Erkranken an Parotitis epidemica, der typische, von dem Grade der Lokalaffection unabhängige Fieverlauf mit Nachlass der Temperatursteigerung bei noch nicht vollendeter Rückbildung der lokalen, anatomischen Veränderungen.

Nach solcher Argumentation wird es uns gewiss nicht schwer werden, uns der Ansicht Leichtensterns anzu-

schliessen. Die Lehre von den Infectionskrankheiten, so weit sie bis jetzt gediehen ist, berechtigt uns nicht nur dazu, sondern die analogen Verhältnisse, welche in neuester Zeit für eine so grosse Reihe von Infectionskrankheiten festgestellt wurden, drängen uns zu dieser Annahme, welche freilich so lange noch hypothetisch bleibt, bis das letzte Glied in der Kette der Beweisgründe in der Auffindung und Züchtung der dem Mumps zukommenden specifischen Infectionsträger gefunden sein wird. Gilt dies schon für die Aetiologie der Mumpsepidemien, so müssen uns Symptomatologie und Verlauf der Krankheit in noch höherem Maasse von der Vortrefflichkeit dieser Hypothese überzeugen. Denn was liegt wohl näher, als die sekundären Organerkrankungen bei Parotitis epidemica als secundäre Lokalisationen des Infectionsstoffes aufzufassen, wie die Bronchitis für die Masern, die Nephritis für Searlatina! Die Erklärung, welche die Kocher'sche Hypothese für die secundäre Orchitis, Urethritis, für den Vulvo-Vaginalcatarrh, die Anschwellung der grossen Labien, die Entzündung der Ovarien zu geben versucht, klingt dem gegenüber gezwungen und geräth obendrein, wie Leichtenstern sagt, mit den Beobachtungsthatsachen, der Symptomatologie und dem gewöhnlichen Verlauf der Krankheit in die schwerste Collision. Warum die secundären Lokalisationen des Infectionsstoffes mit Vorliebe in dem Genitalapparat stattfinden, das freilich kann auch diese Hypothese nicht erklären. Aber wir sind auch nicht berechtigt, so hohe Anforderungen an dieselbe zu stellen, so lange wir uns auch bei den

meisten anderen Infectionskrankheiten mit den analogen Thatsachen zufrieden geben. Erhalten doch Masern, Scharlach, Typhus, Gelenkrheumatismus, dadurch erst einen typischen Character, dass wir gewöhnt sind, ganz bestimmte Organsysteme von dem specifischen Infectionstoffe ergriffen zu sehen. So wenig als wir bei Behandlung der Scarlatina ein Uebergreifen des Processes auf die Nieren verhindern können, ebenso wenig sind wir im Stande, bei der Behandlung der Parotitis die complicirenden Organerkrankungen zu beeinflussen. Und doch spielte und spielt wohl auch noch hier wie dort die Erkältung eine so grosse Rolle bei den sogenannten Nachkrankheiten. Wenn wir unseren Fall dem Mumps gegenüber differentialdiagnostisch vorurtheilsfrei betrachten wollen, so müssen wir uns von der Annahme eines „geheimen Rappports“, einer besonderen „Sympathie“ zwischen Genitalien und Parotis vollständig frei machen. „Vorstellungen dieser Art über Metastase und Sympathie sind mit unserem heutigen ärztlichen Denken nicht mehr vereinbar“, sagt Leichtenstern; und er kann dies mit um so grösserem Recht, als uns für die Parotitis epidemica die von ihm acceptirte und weiter ausgeführte Theorie von dergleichen Formeln erlöst. An dieser Annahme brauchen uns auch Fälle, in denen das Genitalleiden das Primäre ist, oder gar die „secundäre Affection“ ohne die primäre, die Parotitis, auftritt, nicht irre zu machen. Haben wir doch auch unsere Scarlatina sine exanthemate und sogar Nephritiden, also sogenannte Nachkrankheiten von Scharlach, welche wir als solche gelten lassen müssen ohne

eine scarlatinöse Infection objectiv nachweisen zu können. Absichtlich sprach ich bis jetzt einfach von secundären Erkrankungen des Genitalapparates, ohne näher auf die Häufigkeit derselben beim männlichen und weiblichen Geschlechte einzugehen. Denn ich bin mit Möricke vollständig einverstanden, wenn er sagt: „Auch beim weiblichen Geschlecht hat die epidemische Parotitis dann und wann secundäre Erkrankungen des Genitalapparates in ihrem Gefolge, die Angaben hierüber sind jedoch viel seltener. Es hat dies wohl nicht zum kleinsten Theil darin seinen Grund, dass eben das Befallenwerden der Bevölkerung niemals ein gleichmässiges ist, indem das männliche Geschlecht einen weit grösseren Prozentsatz liefert, als das weibliche. Allein nicht zu vergessen ist auch der Umstand, dass complizirende Orchitiden viel leichter und bequemer zu diagnosticiren sind, als Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane. Stets hält eine berechtigte Scheu die Frauen zurück, sich dem Arzte ohne zwingende Gründe zu entdecken.“

Wenden wir nunmehr diese Auseinandersetzungen auf unsern Fall an: Ob die Patientin schon einmal Mumps durchgemacht hatte, war nicht zu eruiern. Aber es bestand zu dieser Zeit weder in der Stadt Parotitis epidemica, noch war in der Anstalt seit langer Zeit ein solcher Fall vorgekommen. Auch ist bis jetzt in letzterer ein zweiter Fall nicht bekannt geworden. Die Stadt hatte Patientin Jahre lang nicht mehr verlassen und eine Spur einer indirekten Einschleppung des Infectionsstoffes ist ebenfalls nicht aufzufinden. Das Fehlen der

prodromalen Fiebererscheinungen, das plötzliche Auftreten, der rapide Verlauf, sprechen gegen, das Alter von 44 Jahren jedenfalls nicht für Mumps.

Es erübrigte nun noch, unseren Fall auf eine metastatische Form der Parotitis hin einer Prüfung zu unterwerfen. Von den Krankheiten, in deren Gefolge dieses Symptom auftritt, und welche ich bereits oben anführte, war keine vorhanden. Pyaemie aber, an welche wir bei argwöhnischer Untersuchung immer zuerst werden denken müssen, erscheint in dem Bilde, welches unsere Krankengeschichte liefert, vollständig ausgeschlossen. Denn das Erbrechen war jedenfalls eine Folge des Chloroforms, da es unmittelbar nach der Operation eintrat, die Schmerzen im Kreuz und Unterleib wurden durch die primäre Erkrankung, das Carcinom, hervorgerufen und trugen nach der Operation denselben Character wie vor derselben; die Temperatur überschritt am 2. und 3. Tage Abends 38,0 nicht. Erst am 4. Tage trat mit der Schwellung der rechten Parotis ein Fieber von 39,0 ein.

Ich trage daher kein Bedenken, nunmehr zu behaupten, dass unser Fall sich in keine der Formen von Parotitis einreihen lässt, deren Aetiologie wir bisher betrachtet haben. Unantastbar ist die Anamnese, was den Mumps anlangt, nicht, aber Einwendungen werden sich immer machen lassen, so lange wir es nicht mit idealen Fällen zu thun haben, sondern nur nach bestem Wissen und Willen die oft so mangelhaften Anamnesen ausnutzen können.

Haben wir es nun mit einem Krankheitsbilde zu

thun, welches ätiologisch mit den fünf von Möricke und dem einen von Schröder berichteten identisch ist?

Möricke sagt am Ende seiner Arbeit: „Zum Schluss möchte ich mir nochmals erlauben, Einwände, welche obige Mittheilungen als auf Irrthum basirend erklären könnten, zum Voraus zurückzuweisen. Es ist doch nicht bloß sonderbar, sondern überzeugend und muss selbst den grössten Skeptiker bekehren, dass diese Zufälle nur nach Ovariotomien zur Beobachtung kommen, dagegen nie nach anderen gynäcologischen Operationen, deren doch im Vergleich zur Ovariotomie bei unserem grossartigen Material unendlich viel mehr ausgeführt werden. Nie ist eine unserer anderweitig Operirten an Parotitis erkrankt.“ Und Schröder schliesst sich dieser Meinung sehr eng an mit den Worten; „— Deshalb ist es auch leicht begreiflich, dass nur nach Ovariotomie Parotitis beobachtet worden ist und nicht nach anderen gynaecologischen Operationen, als hohe und tiefe Amputationen des Cervix, etc.“

Daraus ist wohl zur Genüge ersichtlich, dass ein Anschluss an diese Fälle in dem Sinne jener Herren nicht möglich ist. In der That kann ich mich auch mit keiner von den beiden für die Aetiologie aufgestellten Thesen einverstanden erklären. Möricke stellt zwar eine strikte Behauptung darüber nicht auf, entscheidet sich aber doch für eine sympathische Entzündung. Dabei schwebt ihm aber wie die im unmittelbaren Anschluss citirten Fälle von Boye, Lynck einerseits und M. Peter andererseits demonstiren, immer ein sympathisches Verhältniss

zwischen Parotis und Genitalorganen, eine dunkle, geheime Verknüpfung zwischen diesen Organen vor. Und zwar lehnt sich diese Beziehung ausdrücklich an das Verhältniss, in welchem diese Organe bei der Mumpserkrankung stehen, an. Während also auf der einen Seite eine Differenzirung der fünf Fälle von der Parotitis epidemica angestrebt wird, werden auf der anderen schon wieder Anknüpfungspunkte mit hinübergenommen und gesucht, welche nothwendigerweise verwirrend wirken müssen. Warum sollen wir uns, um die in Rede stehenden Facta in Verbindung zu bringen, nicht einer Hypothese bedienen, welche genügend durch die neuen grossen Forschungen auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten begründet ist, statt auf einen Ausdruck zurück zu greifen, bei welchem wir uns keine definirbare Vorstellung machen können! Schröder lässt die Entzündung zu Stande kommen durch Einwanderung von Entzündungserregern von der Mundhöhle aus durch die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen bei sistirter oder wenigstens stark herabgesetzter Speichelsekretion. Soweit lässt sich nichts gegen diese Ansicht einwenden. Die Unterbrechung der Speichelsekretion aber lässt Schröder herbeigeführt werden „durch reflektorische Einwirkung infolge der Reizung der Baucheingeweide bei Eröffnung der Leibeshöhle.“ Zu Grunde liegen dieser Behauptung Thierexperimente von Pawlow aus dem Jahre 1883. Gegen diese Erklärung des Sistirens der Speichelsekretion lässt sich vielleicht im Wesen auch nichts einwenden; aber dieselbe verleitet Schröder zu der irrthümlichen Annahme, dass nur bei der Ovariectomie und

eventuell auch bei der Myomotomie eine solche Parotitis eintreten könne, weil nur bei diesen Operationen die erwähnte Reizung der Baueingeweide stattfindet. Nach diesem Schema würde sich unser Fall nicht erklären lassen.

Und doch können wir alle diese Fälle in dieselbe ätiologische Kategorie bringen, wenn wir den Grund für die zeitweilige Unterbrechung oder Verminderung der Speichelsekretion in der Nähe suchen. Die Narcotica lähmen die Speichelnerven, so dass eine Aufhebung der Sekretion bei grosser Trockenheit des Mundes folgt. Es bedarf also gar nicht der reflektorischen Einwirkung auf diese Drüsen auf komplizirter Bahn von den Baueingeweiden her, sondern wir können nach jeder Chloroformnarkose trocknen Mund mit Durstgefühl beobachten. Dazu kommt das apathische Verhalten nach der Operation, in welchem wegen der geringen Speichelsekretion Schluckbewegungen nicht ausgelöst werden, so dass die, wenn auch in geringem Masse, so doch immer noch vorhandene Mundhöhlenflüssigkeit günstige Verhältnisse für die Entwicklung der in der Mundhöhle immer vorhandenen Entzündungserreger bietet.

Ausserdem möchte ich darauf aufmerksam machen, dass wir es hier mit einer Patientin zu thun haben, welche Krebskachexie und der grosse Blutverlust bei der Operation in einen dekrepiden, elenden Zustand gebracht hatten, so dass trotz der relativen Geringfügigkeit des Eingriffes dadurch im Allgemeinbefinden Verhältnisse ge-

schaffen waren, welche denen nach der Ovariectomie ähnlich sind.

Diese Interpretation hat jedenfalls den Vorzug, einer grösseren Einfachheit, kann in jeder Beziehung des mystischen Hinweises auf einen Consensus, ein sympathisches Verhältniss, zwischen Parotis und Genitalorganen entbehren und ist endlich im Stande, für alle bis jetzt veröffentlichten derartigen Fälle eine Lösung zu geben. Denn der oben citirte Fall Goodells von Parotitis nach Operation des Cervixrisses dürfte wohl derselben Species angehören.

Was die Differenzialdiagnose der Fälle von Möricke anlangt, so ist es wohl am besten, wenn wir, wie es dieser Autor selbst thut, den ersten Fall als verdächtig ausschalten. Aber auch der zweite ist, was die Parotitis metastatica anlangt, jedenfalls nicht unanfechtbar. Damit blieben noch drei einwandfreie Fälle. Der von Schröder beschriebene Fall kann wohl nicht endgültig diesen angeereiht werden. Denn wenn Schroeder S. 30 sagt: „Ein Blick auf unsere Krankengeschichte lässt den Gedanken an metastatische Parotitis absolut nicht aufkommen“, so steht doch die Bemerkung S. 7 „Nachts vorher traten peritonische Erscheinungen auf, Erbrechen, erhöhte Pulsfrequenz, Anschwellung und heftiger Schmerz des Abdomen“ damit nicht in Einklang. Dazu kommt, dass, diese Peritonitis durch einen Tumor herbeigeführt wird, welcher deutliche Zeichen der Gangrän trägt. Ob somit der Gedanke an Parotitis metastatica ein Unrecht wäre, ist doch mehr als fraglich.

Auch mit der Therapie Schröders kann ich mich nicht einverstanden erklären. Denn bei jeder Parotitis auf alle Fälle eine möglichst frühzeitige Incision zu machen, ist eine etwas heroische Therapie, welche mit der Bedeutung der Affection nicht in Einklang steht. Die Incision wird gewiss noch zur rechten Zeit kommen, wenn man sie immer erst vornimmt, nachdem deutliche Eiterbildung constatirt ist.

L i t e r a t u r.

1. Centralblatt für Gynäcologie, Nr. 52. *Goodell*, Parotitis nach Operationen an den weiblichen Genitalorganen. (New-York med. Journ. 1885. Octob. 3, pag. 386.)
2. *Leichtenstern*, Parotitis epidemica in *Gerhard's* Handbuch der Kinderkrankheiten. B. II. S. 650.
3. *Schröder*, Ueber Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariectomien. Dissertation. Greifswald, 1885.
4. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäcologie, Bd. V, 1880. *R. Möricke*, Entzündung der Ohrspeicheldrüse als Complication von Ovariectomien.



Lebenslauf.

Ich, *Paul Berth*, Sohn des Hauptlehrers *Josef Berth* und seiner Ehefrau *Amalie*, geb. *Fichte*, wurde geboren am 14. Mai 1859 zu Forst in Brandenburg. Die Elementarbildung erhielt ich in der Schule meines Vaters. Von Ostern 1873 ab besuchte ich das St. Matthias-Gymnasium zu Breslau und verliess Ostern 1881 diese Anstalt mit dem Zeugniss der Reife. Hierauf bezog ich, um Medicin zu studiren, die Universität Greifswald, wo ich von dem damaligen Rektor magnificus, Herrn Prof. Dr. *Preuner* immatrikulirt und vom Dekan der medicinischen Fakultät, Herrn Prof. Dr. *Eulenburg*, in das Album der medicinischen Fakultät eingetragen wurde. Am 20. Februar 1883 bestand ich das Tentamen physicum, am 14. Januar 1886 das Staats-Examen und am 26. März 1886 das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Beumer, A. Budge, J. Budge, v. Feilitzsch, Gerstaecker, Grawitz, Grohé, Holtz, Krabler, Landois, Lämpricht, Loebker, Mosler, Münter, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schürmer, Schondorff, Schulz, Sommer, Strübing, Vogt, Weiland.

Diesen meinen verehrten Lehren spreche ich hiermit meinen Dank aus.

Herrn Geheimrath Prof. Dr. *Pernice*, welcher mir die Stelle des Unterarztes in seiner Klinik auf ein Jahr anvertraute, spreche ich speciell meinen herzlichsten Dank aus für die vielfache Begünstigung und Förderung meines Studiums und für die gütige Ueberweisung der vorstehenden Arbeit.

Thesen.

I.

Die Annahme, dass der sogenannte Reaktionsstoss bei der revolutio cordis zur Entwicklung des Spitzenstosses in irgend welcher Weise beitragen könne, ist ein physikalischer Irrthum.

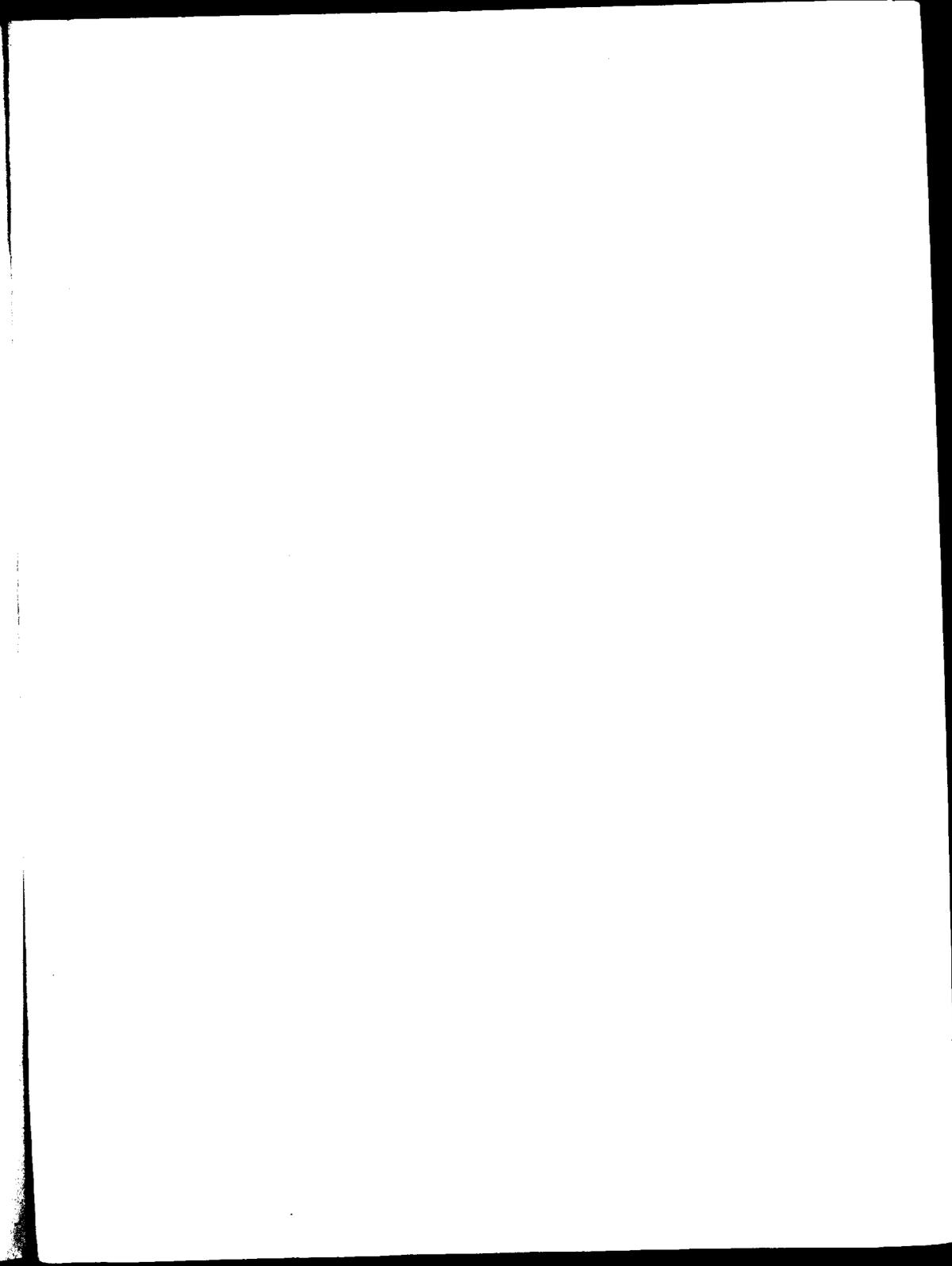
II.

Die lokale Behandlung der Lungen-Cavernen verdient eine grössere praktische Berücksichtigung.

III.

Das von Hoffmeier und Behm vorgeschlagene Verfahren bei Placentu praevia centralis lässt das Leben des Kindes in nicht zu verantwortender Weise ausser Acht und verdient nur in speciellen Fällen Berücksichtigung.





10998

26