



**Beiträge**  
zur  
**Castration des Weibes**  
bei nicht neoplastischen  
**Erkrankungen der Uterusanhänge.**

**Inauguraldissertation**  
vorgelegt  
der hohen medicinischen Facultät der Universität Bern  
von  
**Arthur Vogelsang**, aus Solothurn,  
Kurarzt in Schuls-Taraspe,  
prakt. Arzt in Lugano.

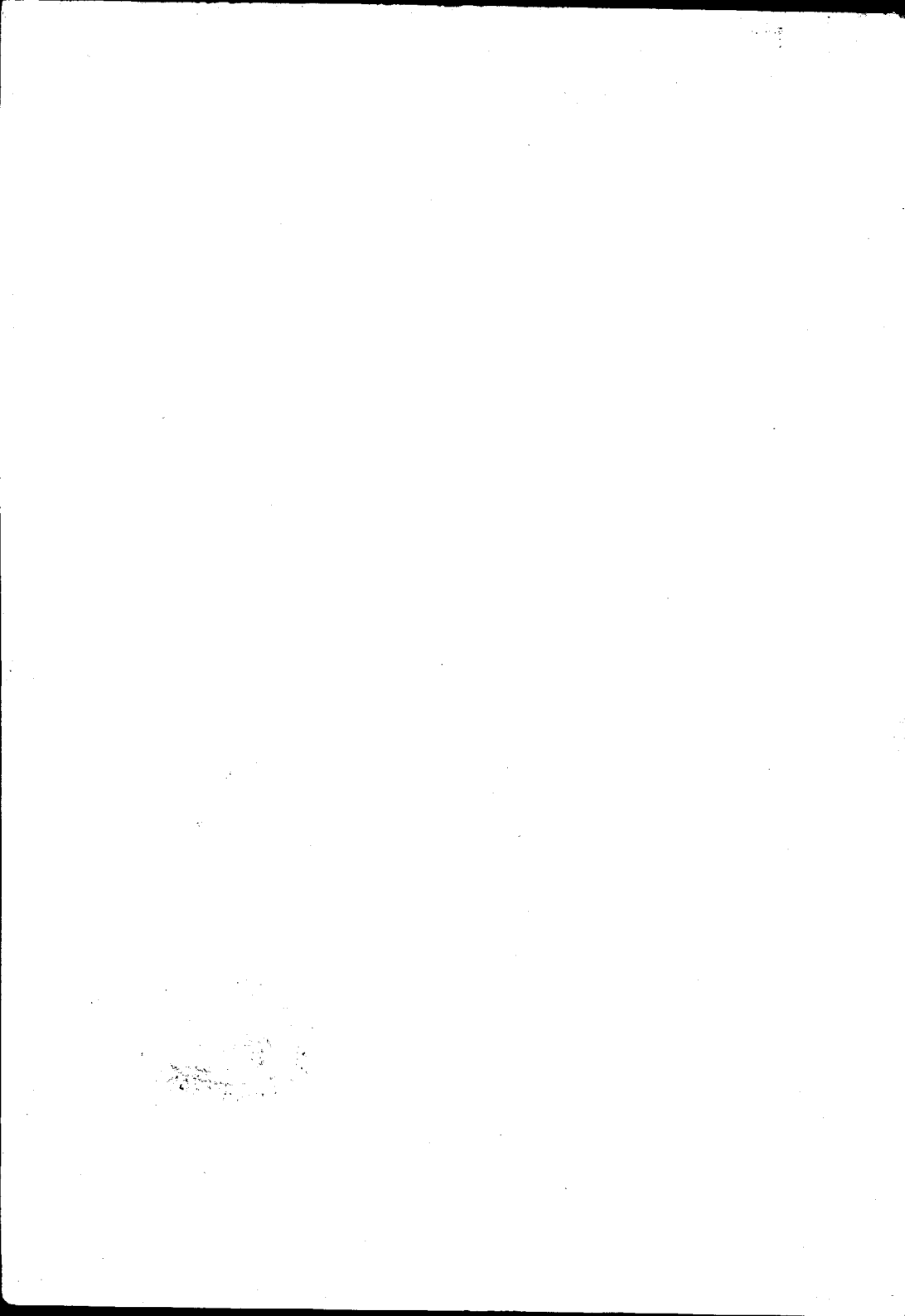
Auf Antrag des Herrn Prof. Dr. *P. Müller* von  
der Facultät zum Druck genehmigt.

Bern, den 2. März 1892.

Der Dekan: **E. Pflüger.**



Buchdruckerei Karl Stämpfli & Cie.  
1892.



# Beiträge

ZUR

# Castration des Weibes

bei nicht neoplastischen  
Erkrankungen der Uterusanhänge.

Inauguraldissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät der Universität Bern

von

**Arthur Vogelsang**, aus Solothurn.

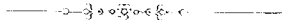
Kurarzt in Selnau-Tarasp,  
prakt. Arzt in Lugano.



Auf Antrag des Herrn Prof. Dr. *P. Müller* von  
der Facultät zum Druck genehmigt.

Bern, den 2. März 1892.

Der Dekan: **E. Pflüger**.



Bern.

Buchdruckerei Karl Stämpfli & Cie.  
1892.





Meinem lieben Bruder

Fernando Vogelsang

gewidmet.





# Beiträge

zur

## Castration des Weibes

bei nicht neoplastischen Erkrankungen der Uterusanhänge.

---

Die Castration hat das Bürgerrecht in der gynäkologischen Operationslehre erworben, doch sind ihre Indicationen und Erfolge noch nicht genügend klar gestellt. Dies gilt namentlich für das Gebiet jener Castrationen, die indicirt sind wegen nicht neoplastischer Erkrankungen der Uterusanhänge. Casuistische Beiträge dürften hier besonders nothwendig und willkommen sein.

Aus der Gesamtzahl der an der Berner geburts-hilflich-gynäkologischen Klinik seit 1879 ausgeführten Operationen wurden mir die diesbezüglichen Fälle zur Bearbeitung überlassen. Darunter befinden sich zehn Fälle, welche bereits 1883 von Herrn Prof. P. Müller in seinem Aufsatz: Beiträge zur operativen Gynäkologie (Deutsche Zeitschrift für Gynäkologie, Bd. XX), publicirt wurden. Sie gelangten trotzdem wieder zur Aufnahme in diese Arbeit, einestheils speciellerer Gesichtspunkte halber, und anderentheils wegen der längeren Beobachtungszeit, die sie uns

bieten und wodurch sie erneutes und ganz besonderes Interesse verdienen. An diese damals beschriebenen zehn Fälle reihen sich nun diejenigen an, welche seit der Zeit zur Operation gelangt sind (24); im Ganzen steht uns also ein Material von 34 Fällen zur Verfügung. Alle anderen Castrationsfälle, wie beispielsweise wegen Fibromyomen des Uterus, wegen Dislocationen der Ovarien, recidivirenden schweren Endometritiden, wegen Osteomalacie u. s. w., sollen hier bei dieser Arbeit keine Erwähnung finden. Bezüglich der Erfolge der Castration bei nicht neoplastischen Adnexerkrankungen des Uterus soll die Operation an unseren Fällen ohne jegliche Voreingenommenheit besprochen werden.

Der Indication nach können dieselben in folgende zwei Gruppen eingetheilt werden:

1. Castrationen bei chronischer Oophoritis oder cystöser Follikeldegeneration,
2. Castrationen bei circumscripiter Peritonitis, hervorgerufen durch Erkrankung der Tuben, der Ovarien oder auch des Uterus.

Es braucht kaum erwähnt zu werden, dass diese Operationen erst dann unternommen wurden, nachdem wiederholte eingreifende sonstige Behandlungsarten ohne Erfolg geblieben waren.

Die *Classification* der 34 Fälle ergibt:

Verheirathete . . . . .	15 = 44 %
Ledige . . . . .	19 = 56 %
Nulliparæ . . . . .	15 = 44 %
Primiparæ . . . . .	9 = 26 %
II- und Pluriparæ . . . . .	10 = 30 %

Die Altersgrenze beim Operationsdatum schwankt zwischen 21 und 41 Jahren:

Im Alter von 21 bis und mit 25 J. stehen	7 = 21 %
" " " 26 " " " 30 " "	14 = 41 %
" " " 31 " " " 35 " "	6 = 17 %
" " " 36 " " " 41 " "	7 = 21 %

Was die *genauere Diagnose* anbelangt, so ist dieselbe vor der Operation bekanntlich nicht so leicht zu stellen. Bei der Operation und nach dem durch die letztere gewonnenen Präparate lässt sich für unsere Fälle sagen, dass bei der Mehrzahl derselben die Erkrankung der Ovarien in den Vordergrund trat, in nicht weniger als 30 Fällen; im Gegensatz zu anderen Beobachtungsreihen waren die Tuben für sich allein seltener hochgradig erkrankt, im Ganzen in nur 7 Fällen (vide pag. 13 und 14). Die Entzündung des Peritoneums war häufig vertreten und war wesentlich wegen ihrer Recidivirungen bei der Indicationsstellung massgebend. Hingegen liessen sich Anomalien des Uterus der verschiedensten Art in allen mit Ausnahme eines einzigen Falles nachweisen (vide pag. 15 u. 16). Die Reflexwirkung auf das Centralnervensystem in Form der Hysterie treffen wir in 8 Fällen an. Sonstige bedeutendere Neurosen begleiten 5 Fälle von Adnexerkrankungen. Die Beobachtungs-

zeit nach der Operation erstreckt sich bei den älteren Fällen auf über 10 Jahre, und bis auf 4 Fälle datirt die Operation länger als ein Jahr zurück. Es lag für natürlich sehr daran, von den Operirten Auskunft über ihr Befinden seit dem Verlassen der Anstalt oder dem letzten dort eingelangten Berichte zu erhalten. Trotz meiner Bemühungen waren aber einige Frauen nicht mehr auffindbar oder nicht zu einer Antwort zu bringen.

Es liegt im Wesen dieser Leiden, dass die Anamnese meist jahre-, ja sogar jahrzehntlanges Bestehen derselben ergibt. Es wäre nicht unwichtig gewesen, *genau* zu wissen, welche therapeutischen Massnahmen in jener langen Zeit vor dem Eintritt in die Poliklinik oder Klinik angewandt wurden. Die Mehrzahl der Patientinnen kam indessen in's Spital mit Zeugnissen der behandelnden Aerzte versehen, die im Allgemeinen erkennen lassen, dass die als zweckmässig geltenden gynäkologischen Heilmethoden nicht versäumt wurden. Es ist wichtig, das zu constatiren, weil der Operateur daraus in vielen Fällen die Aussichtslosigkeit jeder anderen Therapie erweisen kann. Wo aber irgend welche Hoffnung auf Erfolg bestehen durfte, wurde die mit besserer Pflege und grösserer Ruhe verbundene Anstaltsbehandlung zu Hülfe genommen: Wochen, Monate, Jahre lang wurde oft die gynäkologische Therapeutik erschöpft.

Heisswasserinjectionen, allgemeine und örtliche Bäder, resorptionsbefördernde Medicamente, besonders Jod und Jodoform, kamen häufig zur Anwendung. Bei Meno- und Metrorrhagien versuchte man das Curettement mit nachfolgender Cauterisation der

Uterushöhle, innerlich gegen die heftigen dysmenorrhöischen Erscheinungen Bromsalze. In passenden Fällen wurden auch Electricität, Massage und Ichtyol angewandt.

Dass auch hierdurch schöne Erfolge in einer grösseren Anzahl von Fällen erzielt wurden, hatte zudem noch das Gute, dass die Indication zur Castration bei anderen Fällen um so vorsichtiger, zögernder und nur bei aller sonstigen Therapie trotzendes Fällen gestellt wurde. Der deutlichste Beweis hiefür ist die relativ geringe Anzahl der Fälle, 34, die sich auf mehr als ein Jahrzehnt hinaus erstrecken.

Treten wir nun etwas näher ein auf die

### **anatomische und ätiologische Grundlage**

unserer Fälle, so muss zum vornherein betont werden, dass sie zu einer genauen Erörterung dieses Gegenstandes nicht sehr geeignet sind. Es ist ja nicht gleichgültig, ob wir vor einer hartnäckig recidivirenden allgemeinen Adnexentzündung rein infectiösen Ursprungs stehen oder ob die schweren Symptome rein mechanischen Ursachen ihr Dasein verdanken. Was die Aetiologie anbetrifft, so ist die Anamnese aber leider ganz unzuverlässig. Die so häufige Ursache, die Gonorrhöe, ist beim weiblichen Geschlechte im Beginn oft schwer nachzuweisen. Treten dann noch im schleichenden Verlaufe der Krankheit Geburten, Abortus und damit Infectionen anderer Art hinzu, so ist es schwer, überhaupt nachzuweisen, ob etwas und wie viel der Gonorrhöe und was den anderen Krankheitsserregern zukommt. Die Hülfe, die wir von der pathologischen Anatomie erwarten, um die Differentialdiagnosen zu

stellen und einen klaren Einblick in das Wesen der Adnexerkrankungen zu bekommen, lässt uns bis jetzt meist im Stiche. Trotz der gründlichen Arbeiten von Hegar, Klebs, Klob, Buhlius, Nagel, Olshausen, Winckel, Ziegler, Prochownik, Freund, Petitpierre, v. Rosthorn u. A. sind doch die anatomisch-pathologischen Principien der Adnexerkrankungen für die Klinik und für den Arzt in der Praxis noch nicht recht werthbar geworden. Es ist unzweifelhaft, dass jetzt noch zur Beurtheilung derartiger Fälle die klinischen Symptome und Erfahrungen viel werthvoller sind als der anatomische Status. Der letztere gibt uns oft so wenig Aufschluss. Wie bereitet uns nicht so häufig die mikroskopische Untersuchung der entfernten Ovarien die grössten Enttäuschungen! Wir constatirten vor der Operation einen vergrösserten, schmerzhaften, unregelmässig gestalteten Eierstock, die Dysmenorrhöe, die lange Dauer des Leidens, der ganze Symptomencomplex, die Abwesenheit anderer hinlänglich bedeutender anatomischer Organveränderungen zwangen zur Diagnose Oophoritis chronica, und der pathologische Anatom diagnosticirt normale Ovarien, während die Grösse der Geschwulst wesentlich durch die Adhäsionen in der Nachbarschaft des Organs bedingt war.

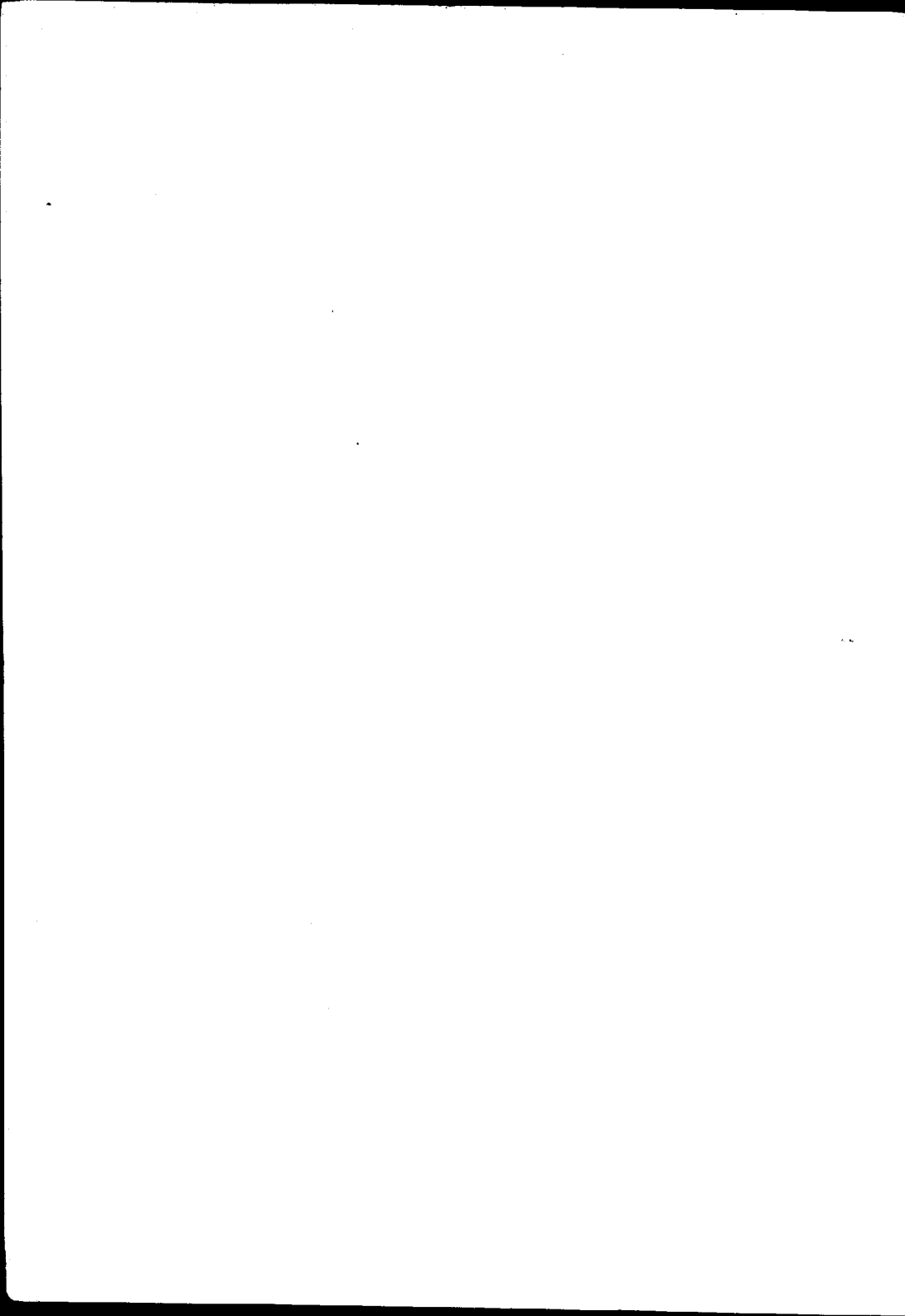
Man wird unwillkürlich zur Annahme gedrängt, dass es für die klinisch wohl nachweisbaren Adnexaffectionen sehr complicirte und sehr tiefliegende anatomische Veränderungen geben muss, die unserer Aufmerksamkeit und unsern diagnostischen Hilfsmitteln bis jetzt entgangen sind. Wie könnte man anders erklären, dass dieselben grob anatomischen Veränderungen der Sexualorgane bei den einen Fällen

sehr schwere, bei den anderen keine oder nur unbedeutende krankhafte Erscheinungen veranlassen? (Olshausen.) Auch die Unterscheidung zwischen den häufigsten Adnexerkrankungen: der chronischen Oophoritis und der kleincystischen Entartung der Ovarien, ist noch sehr schwankend, abgesehen davon, dass nach den Untersuchungen Nagels der kleincystische Zustand vielleicht nicht einmal den Namen pathologisch verdient.

Wenn wir makro- und mikroskopische Daten zu unsern Fällen in Berücksichtigung ziehen und mit dem vergleichen, was man gemeinhin mit obigen Begriffen bezeichnen will, so können wir der sogenannten Oophoritis chronica nur etwa 4 Fälle zuweisen, während die kleincystische Degeneration oder die folliculäre Hyperplasie Zieglers 12 oder 13 Fälle umfassen würde. Uebergänge zwischen den beiden Formen könnten auch wir constatiren, sowie auch zu jenem Krankheitsbilde, das wir mit dem Namen Hydrops folliculi bezeichnen. Was die Ursachen dieser Veränderungen anbetrifft, so zeigen auch unsere Fälle, dass die mannigfachsten, nahe- und fernliegenden Causalmomente hier in Betracht kommen, deren Aufzählung und specielle Prüfung in der Literatur einen grossen Platz einnimmt. Wenn wir unter unsern Fällen mehrere zählen, wo normale Ovarien unter ganz *pathologischer Umgebung* gefunden wurden, so beweisen wir ein Mal mehr, dass, trotz des dabei vorhandenen und anscheinend rein *oophoritischen* Symptomencomplexes, jeder anderen Affection in den weiblichen Beckenorganen zur Erklärung der Gesamterkrankung eine ganz specielle, nicht minder sorg-

fältige ätiologische Würdigung gebührt als der ovariellen Erkrankung selbst. Man hat sich bei dem Aufsuchen der Ursachen der Adnexerkrankungen übrigens durchaus nicht auf locale Erscheinungen beschränkt und sensuelle und geistige Einflüsse, die sich auf das Sexualsystem geltend machen, wohl berücksichtigt. Auch in unserer Beobachtungsreihe sind die ätiologischen Momente sehr verschiedenartige. Wir haben z. B. mehrere Male Gelegenheit, zu sehen, wie das ganze Heer der Beschwerden, die zur Castration führten, schon mit der ersten Menstruation eingesetzt hat. Es ist ja bekannt, dass *virgines intactæ* eben auch sehr ausgebildete Adnexerkrankungen entzündlicher Natur durchmachen können. Lawson Tait nennt hauptsächlich unzweckmässige Erziehung und Lebensweise als Ursachen eines von ihm häufig constatirten Zustandes junger Mädchen, den er mit „Hyperämie der Ovarien“ bezeichnet.

Unsere Fälle 23 und 24 geben als Grund ihres Leidens, und namentlich 24 anscheinend mit vollem Recht rein mechanische Ursachen an. Die Beschwerden begannen bei dieser Patientin vor 21 Jahren unmittelbar nach einem Fall von 5 m. Höhe. Zeichen von Gehirnerschütterung werden in der Anamnese deutlich aufgeführt. Die vorher regelmässigen und schmerzfreien, nicht zu starken Menses blieben von da an während 12 Monaten aus. Dann erschienen sie wieder, aber anders wie früher. Sie hatten heftige dysmenorrhöische Erscheinungen zur Folge, zu welchen sich später sehr ausgesprochene hysterische Symptome gesellten. Es sind in der Literatur öfters derartige Fälle zu finden, deren Aetiologie eine rein mechanische,



Stoss, Schlag, Fall etc., ist. Fall 23 zeigt auch diese ganz auffällige Aenderung in Termin und Typus der Menses nach mechanischem Insult. Auch Fälle 29 und 34 sind in dieser Hinsicht nicht uninteressant. Der letztere indess dürfte vielleicht begründeter auf Infektionskrankheit (Scharlach) zurückgeführt werden.

Wie wir schon angedeutet, sind aber in jedem einzelnen Falle die letzten Glieder in der Kette der Ursachen, von denen aus schliesslich der Symptomencomplex ausgelöst wird, nicht leichter zu finden als die ersten. Es ist ja natürlich, dass man im nervenreichen Keimorgan, dessen Entwicklung einen so mächtigen Einfluss auf den weiblichen Organismus ausübt, jene letzte Ursache gefunden zu haben glaubt, wenn es selbst irgendwie afficirt ist. Das ist es nun eben sehr häufig nicht, und logischerweise sollte man meinen, dass der Sitz des Leidens nicht in ein gesundes Organ verlegt werden könne oder in ein Organ, das relativ viel weniger afficirt ist, als andere in seiner Nachbarschaft. Gehen wir nun einzeln die Erkrankungen der Nachbarorgane durch und prüfen wir sie auf ihren ätiologischen Werth in der Erzeugung der schweren Symptome! Fragen wir uns vorerst, ob die Erkrankung der *Tube* überhaupt oder nur in den Fällen, wo sie anatomisch diejenige des Ovariums überwiegt, für den Mittelpunkt der Leiden erklärt werden kann. Lawson Tait, Sänger, Freund sind auf diesem Wege vorangegangen und haben der Tubenerkrankung im Gebiete der Adnexerkrankungen die dominirende Stellung angewiesen. Unsere Fälle ermächtigen uns nicht, jene Autoren zu unterstützen. Schon die Zahl der Eileiteraffectionen im Verhältniss



zu denjenigen des Ovariums in unserer Reihe ist niedriger als in jenen Zusammenstellungen, welche ebenfalls Gruppen von Erkrankungen der Anhänge umfassen. Aber auch der Intensität nach sind die Tubenläsionen unserer Patientinnen im Allgemeinen viel weniger schwer, als sie in jenen Publicationen aufgeführt werden. \*) Nach allen neueren Studien scheint die Pyosalpinx ihr Entstehen in den weitaus meisten Fällen der Gonorrhöe zu verdanken. (Sänger Zweifel, Nøggerath, Schmitt.) Wir können an unseren Patientinnen diese Anschauung unterstützen, soweit überhaupt die Diagnose Gonorrhöe mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit gestellt werden konnte. Jedenfalls gelangen wir zu dem Schlusse, dass die Eileiter, obwohl sehr wichtig bei der Verbreitung eines allfälligen Infectionsstoffes (Barth), doch nicht den Hauptherd des Symptomencomplexes der Adnexerkrankungen bilden und dass daher nicht jede kranke Tube eine Indication zur Castration abgeben darf, wie es eine Zeit lang bei einzelnen Chirurgen den Anschein hatte. Es ist gut, die Mahnung Winckels zu beherzigen, dass es denn doch noch ganz gute, nicht operative, Methoden gebe, einen sehr grossen Theil von Tubenaffectionen zu heilen oder wenigstens in mässigen Schranken zu halten. Ist aber einmal die Castration indicirt, so spricht kein Grund zur Erhaltung der Tuben, und gerade die Bedeutung, die wir oben in Bezug auf die Vermittelung des Krankheitsstoffes für sie betont haben, fordert zu möglichst

---

\*) v. Rosthorn findet unter 40 Castrationen wegen entzündlicher Adnexerkrankungen 36 Mal Tubenerkrankungen. In unserer Reihe von 34 Castrationen kommen sie 14 Mal vor.

ausgibiger Abtragung dieser Organe auf. Dieser Grundsatz galt auch für die 34 Castrationen, auf die wir uns hier stützen. Nur in seltenen Fällen wurden die Tuben zurückgelassen.

Eine grössere Rolle als den Tuben in unseren Krankheitsfällen sprechen wir den *Uterinaffectionen* und speciell den perimetritischen zu. Sie kommen in den schweren Fällen fast immer vor, sie sind schon sehr früh vorhanden, und *je nach dem Grade ihrer Intensität und Ausdehnung schwankt auch die Heftigkeit der Symptome im ganzen Leidensbild*. Dazu kommt, dass sie für die Weiterleitung des Infectiostoffes, oder die Unterhaltung der Krankheit überhaupt, eine viel grössere Wichtigkeit beanspruchen, als z. B. die Tubenaffectioren. Nach den grundlegenden Experimenten und Arbeiten Bunn's und Anderer, namentlich in Bezug auf die Lehre der Vitalität und Infectiungsweise der Gonococcen, der puerperalen und der Mischinfection, ist es nicht mehr nöthig, auf die eminente Bedeutung einer endometritischen oder metritischen oder perimetritischen Affection hinzuweisen. Aber wenn auch nur die mechanischen Einflüsse, welche die Erkrankung des Gestationsorgans bei Gravidität ausüben kann, gewürdigt werden, so ist damit schon gesagt, dass auch die Prädisposition zu Adnexerkrankungen, gerade durch die Uterusaffectioren, keine geringe ist. Der Leidensweg ist ja auch bei vielen unserer Patientinnen durch die Wegweiser: Gonorrhöeinfection (ohne sehr deutliche initiale Erscheinungen) oder Ueberanstrengung, Erkältung, Endometritis, Lageveränderung des Uterus, Abortus oder Frühgeburt, Wochenbetterkrankung,

Perimetritis, Adnexaffectionen, Castration, gekennzeichnet.

Mit dieser Beurtheilung der Uteruserkrankungen, dass das Krankheitsmoment im oder am Uterus sehr oft den Ausgangspunkt für das uns interessirende Leiden bilde, stehen wir übrigens nicht allein. (Gusserow hat in dieser Hinsicht sehr wichtige Erfahrungen publicirt. Schon früher wurden übrigens Versuche gemacht, einzig in den Affectionen des Uterus die Ursache und den Hauptsitz derjenigen Krankheiten zu finden, die wir anatomisch oder functionell mit dem Namen der Adnexitiden belegen. (Fontana, Gervis.) Die Thatsache, dass wir unter 34 Fällen 33, also 97 %, mit Gebärmutterleiden finden, hält uns zum vornherein von einer Unterschätzung derselben für unsere Fälle ab. Wenn wir noch beifügen, dass wir bei der Auswahl dieser Fälle diejenigen Castrationen nicht aufnahmen, wo das Krankheitsbild durch die schweren Uterincomplicationen *beherrscht* zu werden schien, so erscheint uns deren Bedeutung nur um so grösser.

Die Krankheiten der Gebärmutter in den 33 Fällen vertheilen sich auf

Retroversio . . . . .	10 Fälle
(wovon 1 Fall complicirt mit Metritis chronica, 1 mit Retroflexio, 1 mit Endometritis);	
Anteflexio . . . . .	9 „
(wovon 2 Fälle complicirt mit Metritis chronica, 1 mit Parametritis und Metritis und 1 mit Parametritis);	

Para- und Perimetritis . . . . .	8 Fälle
(wovon 1 mit Prolaps, 1 mit Retroversio, 1 mit Anteflexio);	
Endometritis . . . . .	5 „
Retropositio uteri . . . . .	2 „
(wovon 1 mit Perimetritis);	
Metritis chronica . . . . .	5 „
(1 mit Anteflexio und Parametritis, 1 mit Retroversio);	
Atrophia uteri . . . . .	2 „
(1 mit Anteflexio).	

Wir könnten auch in unserer Reihe Anhaltspunkte dafür finden, dass in gewissen Fällen ärztliche intrauterine Eingriffe die Adnexaffectionen plötzlich zu heftigem Ausbruche brachten oder sie doch sonst verschlimmerten.

Bei der Besprechung der Aetiologie darf man schliesslich nicht verschweigen, dass bei unserer Klasse von Patientinnen, die sich meist aus den unteren Klassen rekrutiren, das principiis obsta wenig zur Geltung kommt und dass daher gewisse Primäraffectionen hier eine Bedeutung erlangen, die sie sonst anderswo nicht haben würden. Die Noth zu arbeiten, Mangel an Pflege, Unverständnis und Sorglosigkeit machen auch die trefflichsten ärztlichen Rathschläge wirkungslos und liefern zur Castration reife Fälle, die unter andern Umständen es nicht geworden wären.

### **Symptome und Diagnose.**

Der Schmerz nimmt unter den Symptomen die erste Stelle ein. Er besteht am längsten und ist der

hartnäckigste Begleiter dieser unglücklichen Patientinnen. Fast ebenso constant sind die Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Erbrechen oder Brechneigung, Obstipation. Die Exuresc ist in den schwerern Fällen selten in Ordnung. Durch die gestörte Ernährung tritt körperliche Schwäche und geistige Depression ein. Die grossen Blutverluste führen zur Anämie. Die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems durchlaufen alle Grade der Nervosität bis zu schwerer Geisteskrankheit. Arbeitsunfähigkeit und -Unlust, Verstimmungen aller Art charakterisiren diese Affectionen. (Mordret und Andere.)

Ueberhaupt zeichnen sich unsere Fälle durch die Schwere ihrer Erscheinungen aus. Es sind zu meist in keiner Hinsicht leichte Fälle, weder subjectiv noch objectiv.

Wir können hier der Diagnose keine längere Besprechung widmen; ihre Stützpunkte sind zu be kannt, und was die Entscheidung anbetrifft, ob der einzelne Fall infectiöser, resp. gonorrhöischer oder puerperaler, Natur sei oder nicht, so liegen uns ganz ungenügende anatomisch-pathologische Hilfsmittel vor. Der gonorrhöische Symptomencomplex, wie ihn namentlich Sänger und Schwarz beschrieben haben, findet sich unter unsern Fällen häufig vor. Des letzteren Autors Behauptung, dass bei chronischer Gonorrhöe die Menses meist schwächer werden oder ganz abnehmen, kann ich indessen nicht unterstützen, viel eher das Gegentheil: sie dauern länger, die Intervalle werden kürzer, und die Blutungen sind profuser. Namentlich erschien auch mir zur Diagnose wichtig, fast wie ein Kriterium, die Chronicität des

gonorrhöischen Processes, der sich in an- und abschwellender Curve fortsetzt, Zeiten relativen Wohlsseins gestattet, dann aber wieder acute Steigerungen, recidivirende Unterleibsentzündungen hervorrufft und die Patientinnen an den Rand des Grabes bringt. In dubiosen Fällen sollte doch der Nachweis der Gonococcen versucht werden. (Schmitt.)

Wo die Tubenerkrankung allein oder als comitirende Affection nicht durch die Untersuchung nachgewiesen werden kann, gelingt es auch nicht, aus den Symptomen mit Sicherheit auf eine solche zu schliessen, und die Grösse der Tubenschwellung z. B. steht in keinem Verhältniss zur Heftigkeit der Erscheinungen. (Lewers, Meinert.) Dass übrigens eine frühzeitige Diagnose und demgemässes Handeln bei Pyosalpinx sehr wünschbar ist, beweisen die Fälle 1 und 29, wo zurückgebliebene eitergefüllte Tubenreste mit grosser Wahrscheinlichkeit das eine Mal letal endigende septische Peritonitis, das andere Mal eine sehr schwere Infection des Bauchfells mit Ileusercheinungen und Darmperforation, glücklicherweise mit günstigem Ausgang, herbeiführten. Die relativ unschuldige Natur des Tubeneiters will mir daher nicht so plausibel erscheinen, wie v. Rosthorn.

Wenn man aber noch so gut alle subjectiven Symptome berücksichtigte und mit dem jedes Mal mit *und* ohne Narkose gewonnenen Untersuchungsergebnisse verglich, so konnten doch gewisse Affectionen, gewisse Grade der Ausdehnung von Verwachsungen z. B., nicht diagnosticirt werden. Man findet ja in vielen Fällen die anatomischen Verhältnisse im Becken erst nach dem Laparotomieschnitt

so, dass die Castration nicht ausgeführt werden kann. Diese Irrthümer lassen sich nicht vermeiden; unsere heutigen Untersuchungsmethoden stehen noch nicht auf der Höhe des Ideals.

### **Zur Indication.**

Bezüglich der Indicationen unsere Fälle genau in das Schema Hegars einzureihen, will deshalb nicht recht gelingen, weil dieser Mitbegründer der Castration gesonderte Indicationen für die Ovarialerkrankungen und für diejenigen der Tuben aufgestellt hat, ebenso wie für die schweren Fälle von Lageveränderungen des Uterus. Da aber von unsern Castrationen viele auf zwei oder drei Indicationen passen, so hat es kein Interesse, eine Unterscheidung vorzunehmen. Die Angabe der Beschwerden, der Verlauf und der Status mögen in jedem einzelnen Falle für den Leser die Grundlage der Indication bilden, nach welcher operirt wurde.

Ich habe schon betont, dass unsere Fälle der Allgemeinindication Hegars genügen. Können wir auch die drei Battey'schen Fragen mit Ja beantworten?

1. Ist es ein schwerer Fall?
2. Ist er unheilbar durch irgend ein Heilmittel ausser dem künstlichen Climacterium?
3. Ist er heilbar durch das künstliche Climacterium?

Die erste Frage ist eine selbstverständliche Forderung. Die zweite ist zu absolut gefasst. Eine gut gestellte Dame, die sich alle möglichen Kuren, alle Schonung und Pflege angedeihen lassen kann und

ihr Brod nicht mit Arbeit verdienen muss, würde vielleicht nicht castrirt werden müssen wegen einer Krankheit, deretwegen heutzutage noch eine Frau aus den unteren Klassen, die um jeden Preis arbeitsfähig werden will, der Operation unterzogen wird. Die geforderte Wiederherstellung der ganzen oder theilweisen Arbeitsfähigkeit kommt in mehreren unserer Fälle sehr in Betracht. An die Stelle der zweiten Frage Batteys möchte ich daher lieber den Grundsatz Olshausens setzen: Wie stellt sich das Risiko zum Gewinn? Diese praktischere Frage sollte sich der Arzt nach allen Seiten hin beantworten.

Frage 3 ist falsch gestellt, seitdem man weiss, dass ein integrireder Bestandtheil des Climacteriums, die Menopause, zum Castrationserfolge nicht absolut nothwendig ist. Eine gute Illustration hiezu bietet ja Fall 29.

Da nun einerseits in der Allgemeinindication inbegriffen ist, alle anderen erreichbaren Hilfsmittel zu erschöpfen, bevor der Vorschlag der Castration gemacht werde, so möchte anderseits daraus gefolgert werden, dass dadurch ein Verbot frühzeitigen Operirens aufgestellt werde. Es ist ja richtig, man kann es auch eher verantworten, lange zu warten, als früh zu operiren, weil in diesem Falle der Zweifel berechtigt wäre, ob auch alle Heilmethoden ausgiebig angewandt worden seien. Wenn man aber die Jahre dauernden Beschwerden der Patientinnen, die zunehmende körperliche Entkräftung durch die meist profusen Blutungen, den trostlosen Ausblick in die Zukunft sieht und den sehnlichen Wunsch der Frauen vernimmt, endlich und um jeden Preis durch die

Castration von ihren Leiden erlöst zu werden; wenn ferner der Operateur überlegen muss, dass die fest gewordenen Exsudate und Verwachsungen die Möglichkeit der Entfernung der Keimdrüsen, jedenfalls aber deren Erfolg bei längerem Zuwarten sehr in Frage stellen, da wird die Operation nicht in die Ferne geschoben werden. In zweifelhaften Fällen aber den guten Mittelweg zu finden, resp. den richtigen Zeitpunkt, das wird den Erfahrungen und dem Takte des Gynäkologen überlassen bleiben müssen. Diese Erwägungen finden in unsern Krankengeschichten genügende Begründung.

Der Einwand der Verstümmelung, mit dem principiell der Castration entgegengetreten wird, ist schon oft und hinreichend widerlegt worden: auch die directe Gefahr des Eingriffs darf nicht überschätzt werden zu einer Zeit, wo vermöge aller Hilfsmittel der Technik in grössern Beobachtungsreihen und von mehreren Operateuren das 0 % der Mortalität erreicht worden.

Nicht alle Gruppen der zur Castration in Betracht kommenden Fälle bieten dieselben Schwierigkeiten der Indicationsstellung. Aber gerade die Mehrzahl unserer Patientinnen verursachte in dieser Beziehung die grössten Bedenken. Handelt es sich hier doch meist um Oophoritis und Perioophoritis, Krankheiten, deren Aetiologie so dunkel und so verschieden sein kann, deren Herd durch die Entfernung des kranken Ovariums und seiner nächsten Umgebung nicht einmal sicher getroffen wird; abgesehen davon, dass die pathologische Veränderung des Ovariums vorher nicht immer nachgewiesen werden kann. Wir können

nicht Winckel beistimmen, der die Sache kurz entscheidet: „Jede Castration, die nicht auf pathologischer Veränderung der Ovarien fussen kann, ist ein Fehler und eine Verirrung!“ Olshausen findet die Indication nirgends schwerer zu stellen, als bei Oophoritis und Perioophoritis, nicht nur wegen der unsichern Prognose, sondern weil dies zudem oft die technisch schwierigsten Fälle sind, die überhaupt vorkommen. Hier sind die Qualen am grössten für die Patientinnen und Abhülfe am dringendsten nöthig, hier aber auch treffen wir die meisten Misserfolge, so auch in unserer Beobachtungsreihe.

Die Complicationen, welche einen Theil unserer Fälle so ungünstig gestalteten, lagen in den mächtigen und schon sehr alt gewordenen Exsudaten, in den Pelveoperitonitiden, namentlich wenn sie gonorrhöischer Natur sind. Diese Exsudate können nicht mehr entfernt, im Gegentheil durch die operativen Massnahmen vielleicht von Neuem in Entzündungszustand versetzt werden. Oft bricht aus diesen Irritationsherden kürzere oder längere Zeit nach der Operation die ganze Reihe der Beschwerden von Neuem hervor (Hofmeier), auch wenn gar kein Rest von Ovarialgewebe oder Tuben im Becken zurückgeblieben ist. (P. Müller, Schmalfuss.)

Zwei unserer Fälle erregen unsere Aufmerksamkeit deswegen, weil deren Verlauf als Beweis angesehen werden könnte, dass die Indication nicht berechtigt war. Es sind die Fälle 9 und 27. Bei beiden wurde die Laparotomie gemacht, aber die Castration konnte der Verwachsungen wegen nicht ausgeführt werden. Der erste Fall wurde operirt

vor 9 Jahren, der andere vor einem Jahr. Beiden geht es nun bedeutend besser. Beim ersten vergingen allerdings noch mehrere Jahre bis zur günstigen Wendung, und diese ist wohl eher einem früh eintretenden Climacterium als etwa dem Platzen der Cysten zuzuschreiben, das bei der Operation unwillkürlich stattfand. Da Patientin in besseren Verhältnissen lebt, so ist Schonung und Pflege wohl auch in Rechnung zu ziehen. Schwieriger ist Fall 27 zu erklären. Die Frau litt noch  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Operation an den nämlichen Beschwerden, aber dann besserte sich ihr Zustand, und sie ist jetzt gut arbeitsfähig. Möge man mit Zuhilfenahme des Wundverlaufes den Fall so oder anders deuten, so ist doch sicher, dass wir durch ihn von Neuem zu grosser Vorsicht bei der Aufstellung der Indication ermahnt werden. Zwei andere Fälle, 12 und 28, sind ebenfalls nicht geeignet, zur Fortsetzung des dort betretenen Weges aufzumuntern. Es handelt sich beim einen Fall, 12, um hochgradige Hysterie bei beidseitiger chronischer Oo- und Perioophoritis. Beim anderen betraf es eine schwere Ovarialneurose, allerdings mit Anteflexio uteri complicirt. Beide Fälle hatten schlechten Erfolg und bestätigen somit die allgemeine Erfahrung, die sich gegen die Castration bei Neurosen ausspricht (Strahl, Willers u. A.), obwohl man berücksichtigen muss, dass vielleicht auch die Castration keine vollständige war. (Vide Operationsgeschichten.)

*Die Indication, zu operiren bei alten Oophoritiden und Perioophoritiden, complicirt mit schwereren Uterinerkrankungen, und besonders, wenn die Affection gonorrhöischen Ursprungs ist, muss möglichst eingeschränkt werden;*

das ist der Eindruck, den man vor Allem aus der Betrachtung unserer Fälle bekommt. Eine nähere Beleuchtung der Operationsgeschichten und der directen und fernern Folgen der Castration wird diese Folgerung noch besser begründen.

Es gibt ferner anscheinend schwere Fälle von Adnexerkrankungen, welche alle Anhaltspunkte zur Stellung der Indication „Wegnahme der Anhänge“ bieten und doch noch ohne dieses ultimum refugium zur Heilung gelangen können.

Neurosen und Hysterie sind nicht geeignet für das Heilmittel der Castration.

### **Die Operationsbedingungen,**

wie sie namentlich von Hegar aufgestellt worden sind, halten wir in unsern Fällen für erfüllt. Die erste Bedingung, „Abwesenheit acuter Entzündung“, ist übrigens selbstverständlich. Die Nähe des natürlichen Climacteriums war nicht vorhanden. Es wäre denn bei Fall 22 (41 Jahre alt), deren heftige Symptome aber dringend zum sofortigen Einschreiten aufforderten. 68 % der Patientinnen standen unter 31 Jahren, als sie zur Operation kamen.

Es wird häufig als eine Contraindication der Satz aufgestellt: Die Castration darf nur vorgenommen werden, wenn die Untersuchung vor der Operation ergibt, dass die Zustände im Abdomen die Vollendung der Castration zum vornherein sichern. Trotz unserer obigen Einschränkung der Indication glauben wir, diese Gegenanzeige sei nicht berechtigt, wenigstens in diesem Sinne nicht. Die Abtragung der Adnexe

erweist sich ja oft als unmöglich, aber erst *nachdem* der Laparotomieschnitt gemacht worden, während vorher durch die bimanuelle Untersuchung in Narkose durchaus kein Zweifel an der Vollendbarkeit der Operation aufkam. Wir constatiren anderseits in unserer Reihe Fälle, bei welchen die Castration trotz vorherigen Nachweises ganz ausgedehnter Verwachsungen verhältnissmässig leicht gelang. *Diese Gegenanzeige hat somit überhaupt erst eigentliche Geltung nach dem Laparotomieschnitt.*

Die Bedingung Hegars, dass man die Ovarien vorher gefühlt haben müsse, kommt hier bei unserer Art von Fällen weniger in Betracht. Uebrigens ist es wichtiger, zu wissen, nicht ob das Ovarium, das man entfernen will, eine anatomische Veränderung zeige, sondern sich zu versichern, dass es der physiologische Ausgangspunkt der Symptome sei. (Pozzi.)

### **Technik der Operation.**

Wo die Verhältnisse im Becken einfache waren, da wich die Technik nicht wesentlich von dem Schema ab, das Hegar und Kaltenbach und die meisten Lehrbücher angeben. Für die complicirteren Fälle lässt sich keine Norm aufstellen, der Operateur muss seine Methoden individualisiren.

In unserer Reihe kam überall der Medianschnitt in zwei Zeiten zur Anwendung. Zuerst wird das Abdomen der horizontal oder, wie bei unsern letzten Fällen, in Trendelenburg'scher Lage befindlichen, gut narkotisirten Patientin nur in einer Länge von circa 5—6 cm. geöffnet. Dieser Schnitt gilt als Probe-

incision, um von hier aus mittelst des palpierenden Fingers, eventuell auch der Inspection, und während ein Assistent mit Sonde oder manuell den Uterus der Incisionswunde entgegendrängt, sich ein Urtheil über die besondere Art und Weise der Ausführung oder überhaupt die Vollendbarkeit der Castration zu bilden. In schwierigen Fällen wurde geradezu die doppelte Untersuchung vorgenommen, die eine Hand in die Vagina eingelegt, die andere in die Abdominalhöhle. Vom Beckenkanal aus wurde, wenn nothwendig, der Inhalt des kleinen Beckens in die Höhe gehoben und der Bauchwunde entgegengedrängt. Je nach dem Resultat der Untersuchung und dem Bedürfniss der Technik wird nun der Schnitt verlängert, um das Ovarium und die Tuben zu fassen, sie von ihren Adhäsionen stumpf zu lösen und vor die Wunde zu bringen. Die Unterbindung des Stieles, der durch das ligamentum latum, vielleicht auch durch einige Adhäsionsstränge gebildet wurde, wird in zwei oder mehr Partien mit Seide vorgenommen. Eine Gesamtligatur aus Catgut oder Seide wird noch zu grösserer Sicherheit angelegt und der abgeschnürte Theil, der mit den Fingern oder einer Langenbeck'schen Klammer gefasst ist, mit der Scheere oder dem Thermo-kauter abgetragen. Der Stielstumpf wird kauterisirt (50 % Carbolsäure) oder durch den Paquelin mit Brandschorf bedeckt und versenkt. Wenn es der Verlauf der Operation indicirt, wird das Operationsfeld mit 4 % Borsalicylösung abgespült und hierauf die Wunde geschlossen.

Die Nahtmethode war nicht immer dieselbe. In den ersten Fällen kam eine einfache Seidennaht zur

Anwendung, sämtliche Schichten durchfassend, wie früher bei der Ovariectomie gebräuchlich. Später wurde das Peritoneum für sich mit Catgut genäht, die übrigen Schichten mit Seide. Dann wurde zur einfachen Naht zurückgekehrt, und in den letzten Fällen endlich wurde eine dreifache Naht angelegt, und zwar in folgender Weise:

Die erste Naht umfasst Peritoneum, Musculatur und äussere Haut (Seide);

die zweite Naht Peritoneum, Musculatur und Muskelscheide (Silberdraht);

die dritte Naht besteht aus Seidenknopfnähten zur genauen Vereinigung der äusseren Haut.

Früher wurde unter Carbolspray operirt, in der zweiten Hälfte der Fälle nicht mehr.

Verband und Nachbehandlung sind die bei Laparotomien überhaupt üblichen. Abweichungen von diesem Normalverfahren werden durch mancherlei Schwierigkeiten bedingt und sind sehr häufig: Die Straffheit der Bauchdecken, wie sie hauptsächlich bei Nulliparen vorkommt, namentlich der muscoli recti, und ein dickes Fettpolster sind unliebsame Zugaben, welche es oft nicht erlauben, die Bauchdecken so weit auszubiegen, dass die Ovarien und ihre Stiele über oder wenigstens in das Niveau der Wunde gebracht werden können (vide Fall 28). Andere Male verhindert die Kürze der Ligamente eine ausgiebige Stielbildung (Fälle 4, 24 u. a.). Bisweilen stören die mächtig sich hervordrängenden Darmschlingen oder Netzpartien diesen Theil der Operation. Die Hauptsumme der Gefahren und Schwierigkeiten aber liegt in den Adhärenzen. Die Organe sind dann so sehr

in den Exsudatmassen vergraben und fixirt, dass im Dunkel und in der Tiefe des Beckens operirt werden muss. Die Stielbildung ist schwierig und das Zurückbleiben von Tuben- oder Ovarialgewebe im Abdomen häufig. Mehr als  $\frac{1}{3}$  unserer Fälle war derartig complicirt. Die ganze Kunst des Operateurs und der Assistenz wird erfordert, wo die Anhänge unter sich und den umgebenden Darmschlingen wie in *einen* unentwirrbaren Knäuel verlöthet sind. (Fälle 26, 29, 33.)

Die Versorgung des Stielstumpfes wurde einmal ausnahmsweise so vorgenommen, dass man ihn in den unteren Wundwinkel einnähte (Fall 25). Eine Möglichkeit, die übrigens auch von anderen Autoren erwähnt wird, ist die Verwechslung einer Tube mit einer Darmschlinge (Fall 29), eine Verwechslung, die jedoch bei der Operation bei genauer Untersuchung sich wohl erklärte.

Unter unsern 35 Operationen (Fall 1 wurde zweimal operirt) konnten 3 nach der Probeincision nicht vollendet werden. Beide Ovarien und Tuben blieben im Abdomen. In 3 Fällen erlaubten die Verwachsungen nur eine einseitige Castration. In 7 weiteren Fällen lässt sich aus dem Operationsverlauf entnehmen, dass die Adhäsionen oder die zu kurzen Ligamente die vollständige Entfernung alle Ovarialgewebe so beeinträchtigten, dass wahrscheinlich Ovarialreste zurückgeblieben sind. Es ergab sich eben, dass die gonorrhöisch infectirten Fälle die schwierigsten Operationen verursachten, wenn, wie gewöhnlich, starke Verwachsungen vorhanden waren. Ueble Zufälle kamen keine vor, ausser in dem schon

erwähnten Fall 1 (vide Epikrise zu Fall 1 in der tabellarischen Uebersicht und pag. 19 des Textes).

Unsere Serie gibt kein casuistisches Material, andere Operationsmethoden zu besprechen. Partielle Tuben- und Ovarienexstirpationen (Martin) wurden keine gemacht, wenigstens nicht absichtlich; man liess da, wo es vorkam, auch nicht gesunde Gewebstheile zurück, so dass diese Fälle in dieser Hinsicht nicht verworther werden können.

Küstner bespricht sehr eingehend die methodische Trennung der Adhäsionen mit besonderer Berücksichtigung der complicirenden Erkrankungen des Uterus \*). In gewissen Fällen scheint ihm dieser Theil der Operation Hauptzweck der Laparotomie; eventuell nennt er die Herausnahme des Uterus wichtiger und nützlicher als die blosser Castration. Der Gedanke ist nicht neu. Battley erwähnt schon, dass er bei der Castration die Tuben und den Uterus entfernt habe, wenn er sie erkrankt gefunden, aber selbst die Herausnahme aller dieser Organe habe noch nicht sicher die Menopause zur Folge. Gram-

\*) Erst nach Schluss dieser Arbeit kam ich in den Besitz einer werthvollen kleinen Publication meines Freundes Butler-Smythe in London, welcher gegenüber der eine Zeit lang und theilweise jetzt noch allzu eifrig betriebenen Tendenz, gleich zu castriren, die methodische Lösung und Abtragung der Adhäsionen an den Ovarien und Tuben in den Fällen warm befürwortet, wo der Schmerz und die übrigen schweren Symptome nicht auf entartete Tuben oder Ovarien selbst, sondern mit grösster Wahrscheinlichkeit auf ihre Schädigung und Belästigung durch die Verwachsungen allein zurückgeführt werden können. Drei so behandelte Fälle beweisen durch ihren guten Erfolg die Berechtigung dieser conservativen Operation und ihrer Methodik.

(Conservative Treatment of Adherent but Functionally Active Ovaries and Fallopian Tubes by *Butler-Smythe*, Surgeon to the Samaritan Free Hospital in London. *Lancet*, Februar 1892.)

matikati, Glävecke u. A. erörtern die Folgen der Herausnahme der Anhänge sammt dem Uterus, und Péan, Jeannel, Reclus, Nélaton glauben, dass in vielen Fällen die Mitentfernung der Gebärmutter oder mindestens deren Lagecorrection indicirt sei, ein Beweis, welch grosse Bedeutung man den Uteruscomplicationen bei den die Castration indicirenden Leiden beimisst. v. Rosthorn weist 11 Fälle auf, in denen er und Lihotzky die Ventrofixation des Uterus machten, wo Retroflexion die Erkrankung der Anhänge complicirte. Ich glaube, dass in dieser Richtung die Castration einer Verbesserung und Vervollkommnung fähig ist. Obschon bei der Loslösung der Anhänge und der Stielbildung die bedeutendsten Adhäsionen getrennt werden, welche sonst geeignet wären, als Irritationseentren zu wirken, so werden doch jene, namentlich uterinen, Verwachsungen nicht berücksichtigt, welche vielleicht im Symptomencomplex eine Hauptrolle spielen. Es ist klar, dass dies methodisch geschehen müsste und dass die Beseitigung minder wichtiger Adhärenzen und Pseudomembranen das Operationsfeld nicht unnöthig vergrössern dürfte. Die Ablatio der Anhänge so nahe als möglich an ihrem Uterinansatze bildet ausser schon erwähnten Vortheilen auch den, dass dadurch mehr Adhäsionen, als sonst nöthig erschiene, gelöst werden müssen.

## **Folgen der Castration und deren Heileffecte.**

### **A. Directe Folgen.**

Unter 35 Operationen zählen wir 2 Todesfälle an Sepsis (1 und 11), darunter figurirt der eine in-

teressante Fall, wo bei der Wiederholung der Operation der cystisch ausgedehnte Tubenrest platzte, seinen eitrigen Inhalt entleerte und dadurch zum letalen Ausgang Veranlassung gab. Bei beiden Fällen ergab die Section eitrig Peritonitis. Eine Bronchitis mit nachfolgender Pneumonie und Pleuritis mit viel Hustenreiz störte schon in den ersten Tagen post operationem den Wundverlauf bei Fall 11. Der Fall muss nach dem Sectionsbericht entschieden als ein von den Genitalien ausgehender septischer Process gedeutet werden.

Der *Mortalitätsprocentsatz* von 5 % ist in Anbetracht der vielen sehr schweren Operationen nicht hoch. Zwar sind Beobachtungsserien von Bischoff und Fehling (Strahl), Bircher, Prochownik mit ähnlichen Indicationen ohne Todesfall publicirt worden. Wir sind es übrigens gewohnt, heute die schwierigsten Laparotomien gut heilen zu sehen.

Die *Prognose* der Operation richtet sich wesentlich nach der Schwierigkeit derselben. Dort, wo Ovarien und Tuben frei daliegen, relativ leicht der Bauchwunde genähert werden können, ist die Prognose eine äusserst günstige. Weniger günstig sind die Fälle, wo dieselben unter sich mit den Nachbarorganen und besonders mit den Gedärmen fest verwachsen sind und hier losgelöst werden müssen, wobei das Operationsfeld fast nur aus entzündeten Organen und Gewebsmassen besteht. Bei diesen Fällen ist die Prognose entschieden eine ungünstigere. Aehnlich verhält es sich bezüglich der *Morbidität*. Unter den hier noch in Betracht kommenden 33 Operationsfällen verliefen 25 glatt und heilten

per primam intentionem . . . . . = 75 %

7 Fälle heilten per secundam . . . . . = 21 %

Meist waren die letzteren nur Nahteiterungen, die allerdings in einem Falle zur Fistelbildung am Stichkanal führten. In Fall 2 litt die Patientin schon am 10. Tage nach der Operation an Decubitus. Die Untersuchung ergab diabetische Diathese, der wohl der frühzeitige Decubitus als auch dessen Tendenz zur Fistelbildung und sein jahrelanger Widerstand gegen alle therapeutischen Bemühungen zu verdanken ist. In mehrfacher Beziehung interessant ist Fall 29, wo nach einer sehr schwierigen Abtragung von Ovarien und Tuben mitten in einem verwachsenen Knäuel von Uterusadnexen und Darmschlingen im Wundverlauf sich eine adhäsive Peritonitis mit Ileuserscheinungen entwickelte. Das an der vorderen Bauchwand adhärente Darmstück perforirte und es bildete sich eine Darmfistel in der aufgebrochenen Laparotomienarbe. Trotz all der Operationsschwierigkeiten und der Wundverlaufscomplicationen zählen wir diesen Fall zu den erfolgreichsten in Bezug auf Heilung der die Operation indicirenden Beschwerden.

Fälle 25 und 26 zeigten cystitische Störungen, in einem anderen Falle bestand 2 Tage lang nach der Operation Retentio urinae und in einem weiteren begann am 5. Tag eine Lähmung der linken unteren Extremität. Die gleichzeitige starke Empfindlichkeit des linken Parametriums liess eine Nervencompression vermuthen. Nach 3 Tagen war die Lähmung verschwunden. Exsudat- oder Extravasatbildung um die Operationsstümpfe liess sich in mehreren Fällen constatiren. Gewöhnlich trat in den ersten Tagen

post operationem ein Ausfluss aus den Genitalien ein, bald schleimig serös, bald rein blutig, der wohl nur auf Reizung und Stauung in den Organen des kleinen Beckens zurückzuführen ist. In einem Falle wurde dieses Secret übelriechend. Dieselbe Frau bekam schon 4 Wochen nach der Operation ein Recidiv ihrer früheren Unterleibsentzündung. Fast alle Operirten hatten die ersten Tage Schmerzen im Unterleib, die oft sehr heftig — im vollen Gegensatz zu den Erfahrungen bei der Ovariatomic — aber doch nicht mit Temperaturerhöhungen verbunden waren. Zugleich wurde eine Hemmung der Darmperistaltik oft constatirt.

In den weitaus meisten Fällen war bei der Entlassung (3—5 Wochen post operationem mit gut sitzender Bandage) der Zustand der Patienten sehr befriedigend, und voreilige Optimisten würden vielleicht schon die definitive Heilung des Leidens proclamirt haben.

Wir hatten eine *Morbidität von circa 20 %*, ein Resultat, das für unsere Fälle ein sehr günstiges zu nennen ist.

### **B. Fernere Folgen.**

Wenn wir die 2 Todesfälle abziehen und die unvollendeten Castrationen, ferner diejenigen, von welchen eine weitere Auskunft nach der Entlassung aus der Anstalt nicht erhältlich war, oder wo dieselbe der Kürze der Beobachtungszeit halber keinen Werth hat, bleiben uns zur Prüfung des definitiven Heilerfolges 22 Fälle übrig. Die Zeit, die von der Operation bis zur letzten Controle verstrich, schwankt in den einzelnen Fällen von  $\frac{1}{4}$  bis zu 10 Jahren.

Unsere Totalergebnisse sind folgende:

als geheilt betrachten wir 9 Fälle . . .	= 41 %
als erheblich gebessert 6 Fälle . . . .	= 27 %
geringe Besserung zeigen 3 Fälle . . . .	= 14 %
vollständige Misserfolge sind 4 Fälle . .	= 18 %

Also in 82 % wirkte die Operation immerhin in günstigem Sinne.

Andere Operateure sind glücklicher gewesen. Croom zählt unter 14 Fällen von Salpingo-Oophoritis 5 Heilungen und 5 Male Besserung.

v. Rosthorn und Lihotzky haben 50 % ideale Heilerfolge; Bircher in Aarau hat 68 %.

Jakobs in Brüssel erreichte bei 31 wegen verschiedener Tubenaffectionen Operirten 77 % vollkommene Heilungen. Bei 27 Fällen, wo Oophoritis chronica und kleincystische Degeneration die Indication gaben, erreichte er sogar die 100 %!

Am französischen Chirurgencongress 1891 in Paris, der die Erörterung „der fernern Folgen der wegen nicht neoplastischer Erkrankungen der Uterusanhänge gemachten Castrationen“ als Discussionsthema gewählt hatte, wurden fast lauter sehr günstige Resultate mitgetheilt. Lawson Tait ist zwar von seiner frühern Begeisterung für die Hegar-Battcy'sche Operation etwas zurückgekommen und anerkennt, dass speciell bei unserer Art von Castrationsfällen die Erfolge derselben im Allgemeinen erst spät beurtheilt werden können und nicht so sehr günstige seien.

Terrillon erhielt bei 90 Fällen meist Tubenkranken 91 % Heilungen. Aehnliche Resultate berichten Bouilly, Richelot und Segond.

Von anderen Autoren hatte Skene Keith 78 % Heilungen nach Entfernung der erkrankten Uterusaanhänge.

Bischoff und Fehling verzeichnen 66,6 % Heilungen und 23,0 % Besserungen bei Oophoritis chronica und kleincystischer Degeneration.

Zweifel trennt in seiner Publication von 71 Salpingo-Oophorectomien die Operationserfolge nicht scharf von den indirecten oder definitiven Erfolgen und gibt uns somit kein Vergleichsmaterial.

Wenn man diese und andere Statistiken vergleicht, zeigt sich, dass die Entfernung der Ovarien und Tuben den besten Erfolg gibt bei eitrigen Tubenaffectionen und complicirender Ovarienerkrankung. In die zweite Linie kommen die Castrationen wegen chronischer Entzündung und kleincystischer Follikeldegeneration der Ovarien. Den schlechtesten Erfolg versprechen die Sexualneurosen, namentlich wenn sie nicht durch anatomische Läsionen der Annexen (Willers) ausschliesslich begründet sind.

Die meisten Beobachtungen und casuistischen Arbeiten leiden übrigens an zwei Mängeln. Erstens gehen sie nicht von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus; jeder Autor legt an seine Castrationen einen individuellen Massstab. Es werden häufig nur Symptome aus dem ganzen Krankheitsbild herausgegriffen, nach deren Aufhören oder Bestehenbleiben der Erfolg der Castration abgeschätzt wird. Der Eintritt des künstlichen Climacteriums, resp. das Cessiren der Menses, scheint Vielen als Erfolg zu genügen, während doch damit das ganze Heer von

Beschwerden sich oft nicht vermindert hat und bisweilen nach vollständiger Abtragung der Adnexe nicht etwa die Menses verschwunden sind, wohl aber ihre qualvollen Begleiterscheinungen. Man sollte vor jeder derartigen Operation in reiflicher Ueberlegung genau präcisiren, was und weswegen man wagt, um auch nachher durch den Vergleich mit dem wirklichen Erfolg ein sicheres, practisch verwerthbares Urtheil zu gewinnen (vide pag. 39 ff.). Zweitens gestatten sich viele Publicationen ein definitives Urtheil über den Schlusserfolg der Wegnahme der Anhänge zu einer Zeit, wo erst einige Wochen oder Monate seit der Operation verstrichen sind. Wie oft sehen wir, dass, abgesehen von den fast beschwerdefreien ersten vier Wochen (mit Ausnahme der ersten Tage) nach der Operation, noch Monate verstreichen, während welcher die Castrirten sich ganz wohl befinden, dass aber dann die Beschwerden wieder eintreten und andauern? An Stelle mehrerer anderer möge als Beispiel Fall 12 dienen. Prochownick zählt unter seinen 10 Castrationen wegen Neurosen mit anatomischer Grundlage drei Patientinnen auf, die bis  $\frac{3}{4}$  Jahre nach dem operativen Eingriff sich des Wohls zu erfreuen hatten, nachher aber über die alten Beschwerden klagten.

Es ist andererseits schon häufig und namentlich auch von Hegar und Battey auf die lange Uebergangszeit aufmerksam gemacht worden, die oft zwischen der Castration und der Befreiung der sie indicirenden Beschwerden liegt. In vielen Fällen (6, 13, 14, 16, 19) erstreckt sich diese Periode auf 3 bis 6 Jahre, nach welchen erst die Leiden nachliessen.

Nach unseren Beobachtungen sollte mindestens ein Jahr verfließen, bevor man eine castrirte Patientin mit annähernder Sicherheit als geheilt oder gebessert einträgt. In Fällen, wo der Erfolg nicht günstig zu sein scheint, darf man auch nach zwei und mehr Jahren die Hoffnung auf Besserung und Heilung nicht aufgeben. Die Fälle v. Rosthoru's und anderer neuerer Autoren mögen aus diesem Grunde später vielleicht auch bessere, jedenfalls aber sicherere Resultate ergeben als jetzt.

Nicht nur für die Operation, sondern auch für die Prognose des Leidensausganges muss wiederholt werden, dass die Resultate namentlich da verschlechtert werden, wo schwerere uterine Complicationen, Metritis und Perimetritis, hochgradige Flexionen, das Krankheitsbild belasteten.

Es bestehen bei den Castrationen wegen entzündlicher Affectionen der Anhänge nicht dieselben, relativ einfachen, anatomischen Verhältnisse, wie bei den rein neoplastischen Erkrankungen und den durch sie erzeugten Beschwerden, welche durch die Entfernung der Neubildung in der Regel glatt geheilt werden. Nachdem dort die Sexualerkrankung schon Jahre vorher entferntere Störungen verursacht, so ist es nun mit der Entfernung der erkrankten Adnexe nicht mehr gethan. Ueberhaupt erklären es für's Erste der innige anatomische und physiologische Connex der innern Genitalien unter sich, ferner die meist infectiösen Ursachen ihrer Erkrankung und die grosse Rolle, welche die Genitalien physiologisch im peripheren und centralen Nervensystem spielen, dass wir durch die Exstirpation eines Theils derselben,

wie auch Prochownick sagt, nur „ein Glied aus der ganzen Kette der Krankheitsbedingungen“ ausschalten, während namentlich der krankhaft gewohnte centrale Reiz fortldauert.

Es darf indessen zugegeben werden, dass wir mit der Entfernung der Adnexe jene indirecten Symptome in den meisten Fällen auch treffen und lindern. Sie wirkt auch insofern indirect günstig, als die Exsudate, und zwar neue und alte, welche sich in der Gegend der Exstirpationsstümpfe gesammelt hatten, nun nach der Castration viel leichter zur Resorption gebracht werden als früher, wo die beständige functionelle Irritation von Seite der Sexualorgane aller Behandlung das Gegengewicht hielt.

Dass die Erfolge nicht so günstige werden, wenn das Leiden schon sehr lange bestanden hat oder wenn schwere Neurosen dasselbe compliciren, haben wir oben schon erwähnt.

Unter den speciellen Folgen interessiren uns zuerst die *Menses*. Wir berücksichtigen sie nur an den 22 Fällen, die für die Beleuchtung der ferneren Folgen als Basis dienen. Die Menopause trat in 17 Fällen, = 77 %, ein. Es muss hier aber speciell darauf aufmerksam gemacht werden, dass überall da, wo die Menses wieder erschienen, die Operationsgeschichte die mehr oder weniger grosse Möglichkeit zulässt, dass aus technischen Gründen nicht alles Ovarialgewebe entfernt wurde. Die 5 Fälle mit Wiedererscheinen der Menses zählen drei ganz schlechte Resultate, also 75 % der vollständigen Misserfolge für alle 32 Fälle, eine Besserung und einen sehr guten Erfolg. Wir dürfen annehmen, dass

im Allgemeinen der Nichteintritt der Menopause ein schlechtes Resultat bedeutet. Ausnahmen sind ja wohl möglich, und wir zählen selbst eine solche, aber sie kommen nicht so oft und nicht so vollkommen vor, wie Lawson Tait behauptet, der seine Fälle, wo die Menses wieder eintraten, geradezu seine glücklichsten nennt. Gleyeucke fand als Durchschnittsergebniss aus den Fällen verschiedener Autoren in 86 % Menopause nach der Castration. Dieselben Gründe, die wir für die im Verhältniss zu einigen anderen Statistiken grosse Anzahl von Nichterfolgen überhaupt anführten, mögen es auch erklären, warum wir weit unter dieser Zahl stehen.

Vicariirende Menstrualblutungen gibt Fall 16 an: Patientin will hie und da, beim frühern Menstruationstermin, an Nasenbluten gelitten haben. Von zwei Fällen erfahren wir, dass bei Stuhlgang seit der Castration gewöhnlich etwas Blut abgeht.

Von allen Symptomen erhielt sich nach Wegnahme der Keimdrüsen am constantesten der Schmerz in seinen verschiedenen Localisationen, und namentlich häufig trat er in Verbindung mit jenen bekantem Gefühlsanomalien auf, denen man den Gruppennamen *molimina menstrualia* gegeben hat. Die Frauen litten namentlich zur Zeit der früheren Menstruationstermine an plötzlichen und häufigen Schweissausbrüchen, Gefühl von heissen Uebergiessungen, Wallungen, Druckgefühl und Ziehen im Unterleib, allgemeiner Unbehaglichkeit; die Frauen haben den Eindruck, als ob die Menses kommen sollten. Diese Empfindungen können jeweilen mehrere Tage dauern. Im Vergleiche zu den früher beständigen Schmerzen

dürfen die Frauen diesen Ueberrest nicht zu hoch anschlagen.

Hie und da wird nach längerer Zeit angegeben, dass die Bauchnarbe schmerzhaft geworden; es ergibt dann bisweilen die Untersuchung, dass eine Hernie sich in derselben gebildet hat, trotz der prophylaktischen Bandage, die immer angeordnet wurde. Diese störende Folgeerscheinung der Narbenhernie constatiren wir indess nur 3 Mal, d. h. in 9% der Fälle (17, 19, 27).

In einem Falle (8) bestand noch 6 Jahre post operationem übelriechender Ausfluss aus den Genitalien, und zugleich wurde ein Milztumor constatirt (ohne Leukämie), der noch vorhanden ist.

Sonst aber beobachtet man, dass nicht sowohl neue Erscheinungen in den alten Symptomencomplex oder an dessen Stelle trafen, sondern dass nur die alten Beschwerden weniger heftig wurden oder theilweise oder ganz verschwanden.

Die Schrumpfung des Uterus z. B. wird als ein ganz constantes Resultat der Castration betrachtet. Ganz genaue Messungen, die z. B. denjenigen Glævecke's entsprechen, konnten nicht gemacht werden. Aber als sicher ergab sich, dass die Schrumpfung nicht so bald nach der Operation auftrat, wie z. B. Bircher fand.

Die Wirkung auf den Ernährungszustand, im Sinne der Entwicklung grösseren Fettansatzes — des Embonpoint — fällt bei unseren Patientinnen durchaus nicht auf. Man musste mit viel gutem Willen nach diesem Symptome suchen. Subjectiv wollen nur sehr wenige Patientinnen etwas Derartiges bemerkt haben. Möglich, dass die ärmlichen Verhältnisse, in denen viele von ihnen leben, einen gesunden Fettansatz

überhaupt nicht gestatten. Uebrigens würde sich die Kräftigung des Körpers aus dem Ausfall der das Allgemeinbefinden niederdrückenden Beschwerden und der oft vorhandenen schwächenden profusen Menstrualblutungen genügend erklären.

Die heikle Nachfrage nach der Libido sexualis führte zu keinem genauen Resultat. Im Allgemeinen zeigte es sich, dass die Ergebnisse den gründlichen Untersuchungen Glævecke's entsprechen, und ferner, dass es eben sehr viele Frauen gibt, die in dieser Beziehung durch die Castration nichts zu verlieren haben. Das Wollustgefühl und der Geschlechtstrieb sind in vielen Fällen nicht aufgehoben, sondern nur abgeschwächt, bei den meisten aber doch erloschen.

Da ich mich vorzugsweise auf briefliche Mittheilungen der Castrirten stützen muss, wage ich nicht, definitiv in jedem einzelnen Falle die psychischen Veränderungen abzuschätzen. Eine deprimirte Gemüthsstimmung ist sicherlich keine häufige Folge der Castration. Die diesbezüglichen Anfragen ergaben im Gegentheil, namentlich bei den vollständigen Castrationen, eine gegen früher gehobenere Stimmung.

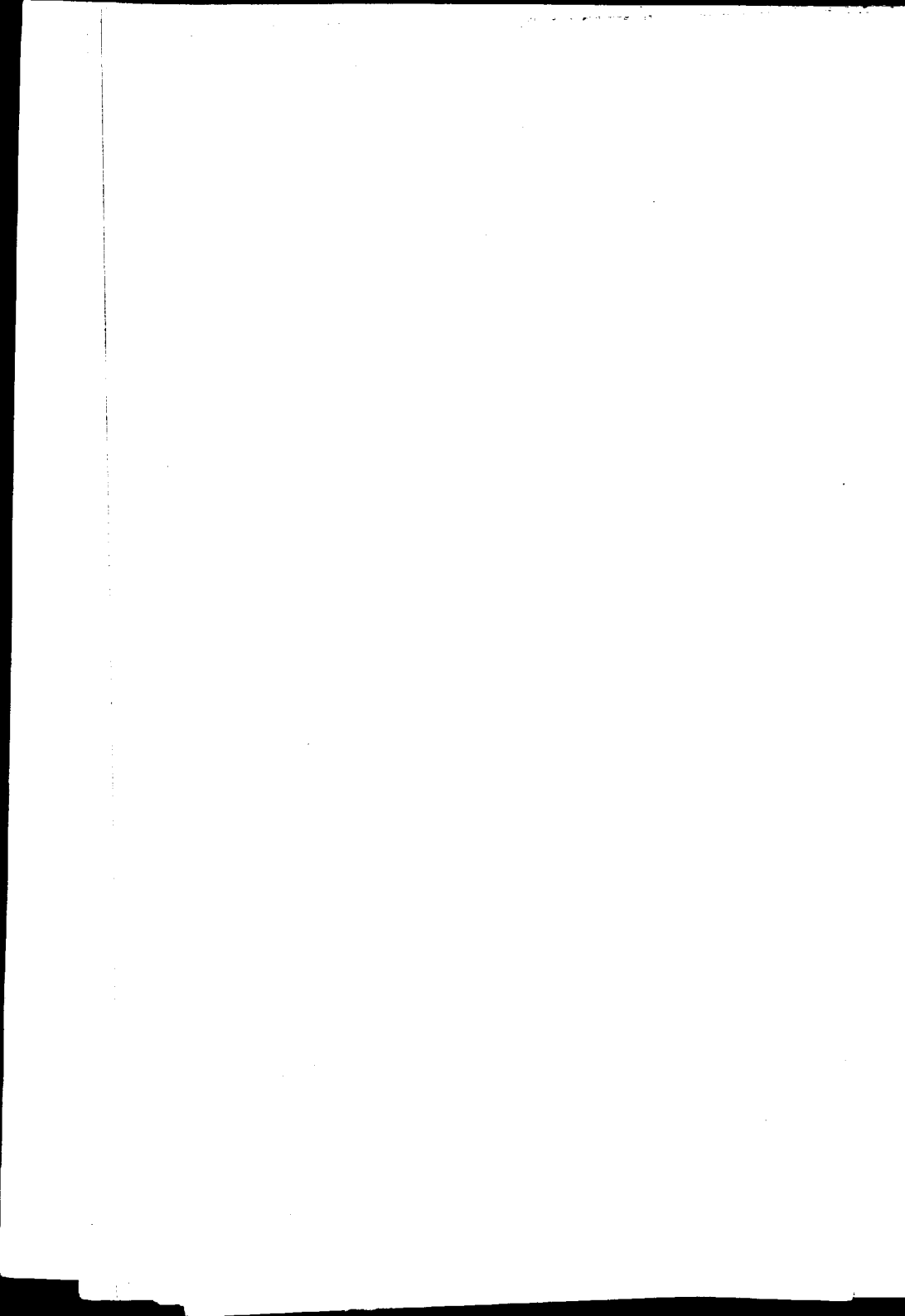
Wo ich selbst beobachten konnte, schienen mir die körperlichen und seelischen Attribute der Weiblichkeit keine bedeutende Veränderung erfahren zu haben. Man überzeugt sich eben, dass die Castration des Weibes bei Weitem nicht die alterirende Wirkung auf die Operirten ausübt, wie man nach Analogie beim Manne voraussetzen dürfte. Dies soll aber bei der Abwägung der Indicationen nicht massgebend werden, vielmehr mahnen die zahlreichen, offen eingestandenen Misserfolge zur Vorsicht und strengen

Prüfung jedes einzelnen Falles. Die Waagschale des Risico's muss schwer belastet werden. Ein gesunder Pessimismus ist hier sehr nothwendig und nützlich. Das „ne medicus noccat“ darf durch die schönsten Erfolgstatistiken nicht unterdrückt werden. Dann, aber auch erst dann, gehört der Castration des Weibes eine Bedeutung, die ihr besonders durch Diejenigen nicht streitig gemacht werden sollte, die kein besseres Heilmittel an ihre Stelle zu setzen im Stande sind.

Zum Schlusse erstatte ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. P. Müller, für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten und die freundlichen Rathschläge während der Abfassung dieser Arbeit meinen besten Dank.

*Bern*, im October 1891.

---



## Literatur.

- Hegar.** Die Castration der Frauen, in Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 136—138.  
— Centralblatt für Gynäkologie. 1879. Nr. 22.  
— Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten etc. Stuttgart 1885.  
— Zur Begriffsbestimmung der Castration. (Centralblatt für Gynäkologie. 1887.)  
— und **Kaltenbach.** Die operative Gynäkologie. 1881. etc.
- A. Martin.** Artikel „Castration“ in Eulenburs Real-Encyclopädie.
- Olshausen.** Die Krankheiten der Ovarien. (Billroths Handbuch der Frauenkrankheiten. II.) Stuttgart 1886. 2. Aufl.
- Winckel.** Die Pathologie der weiblichen Sexual-Organen. 1881.  
— Handbuch für Frauenkrankheiten. 1890.
- Buhlius.** Die kleineystische Degeneration des Eierstocks. Freiburg 1889.
- Ziegler.** Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 6. Auflage. 1890.
- Nagel.** Beitrag zur Anatomie gesunder und kranker Ovarien. Archiv für Gynäkologie. Bd. XXXI.
- Prochownick.** Beiträge zur Castrationsfrage. Archiv für Gynäkologie. Bd. XXIX. 1887.
- Freund, Wilh. Alex.** Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. Volkmann'sche Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 323.
- Petitpierre.** Ueber das Eindringen von Granulosazellen durch die Zona pellucida menschlicher Eier. Berner Inaugural-Dissertation. 1890.
- von Rosthorn.** Ueber Erkrankungen der Eileiter. Wien 1891.  
— 40 Fälle von Abtragung und Entfernung der Auhänge der Gebärmutter. Archiv für Gynäkologie. 1891.
- Tait, Lawson.** Traité des maladies des ovaires. Französische Uebersetzung von A. Ollivier. 1886.  
— Diagnose und Behandlung der chronischen Oophoritis. British medical Journal. 1882. Nr. 1126. Citirt im Centralblatt für Gynäkologie. 1883.  
— Compte rendu du Congrès français de chirurgie. 1891. etc.
- Hart and Barbour.** Manual of Gynecology, fourths edition, 1890.

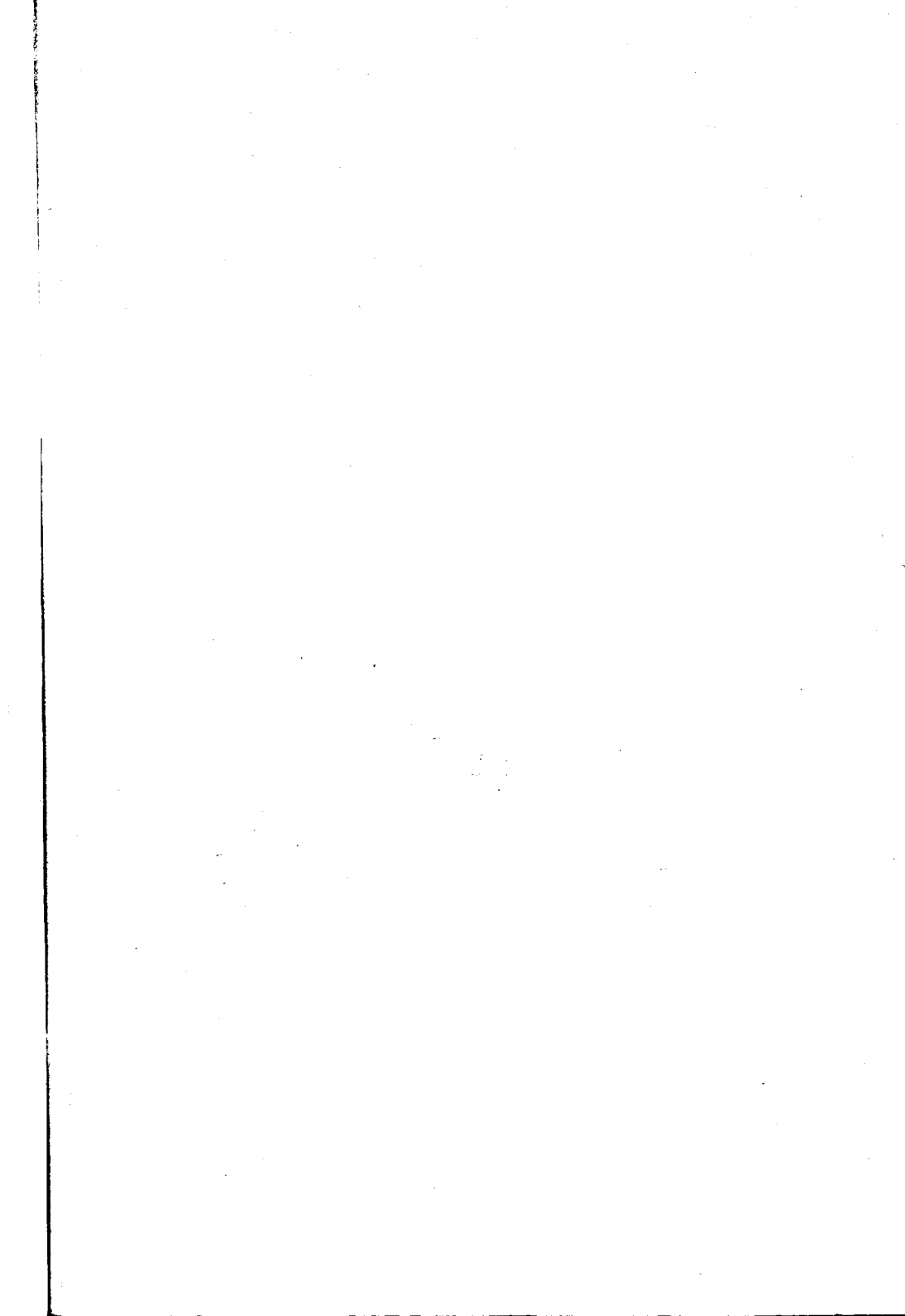
- Sänger.** Ueber gonorrhöische Erkrankung der Uterusadnexe und deren operative Behandlung. Verhandlungen der gynäkologischen Section der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg 1884.
- Ueber die Beziehungen der gonorrhöischen Infection zu Puerperalerkrankungen. Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. München 1886.
- Verhandlungen der gynäkologischen Section der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Magdeburg 1887.
- Nöggerath.** Verhandlungen der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, etc., 1887.
- Ueber latente und chronische Gonorrhöe. (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1887.)
- Zweifel.** Ueber Salpingo-Oophorectomien. Archiv für Gynäkologie. 1891.
- Schmitt, A.** Zur Kenntniss der Tubengonorrhöe. Archiv für Gynäkologie. Bd. XXXV. 1889.
- Lewers, Arthur.** On the frequency of pathological conditions of the Fallopian tubes. (Transactions of the obstetrical society of London.) 1888.
- Barth,** in „Gazette médicale de Paris“, 1890 (citirt im Centralblatt für Gynäkologie, 1890).
- Bumm.** Ueber Mischinfection bei Gonorrhöe der weiblichen Sexualorgane. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 49. 1887.)
- Gusserow.** Ueber die Exstirpation von Tubensäcken. (Verhandlungen der gynäkologischen Section der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin 1886.)
- Fontana.** Beitrag zur Lehre der Oophoritis chronica. Inaugural-Dissertation. Zürich 1883.
- Gervis, Henry.** Ueber chronische Oophoritis. British medical Journal 1883; citirt im Centralblatt für Gynäkologie 1883.
- Schwarz.** Die gonorrhöische Infection beim Weibe. Volkmann'sche Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 279.
- Meinert.** Verhandlungen der gynäkologischen Section der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin 1886.
- Mordret.** Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites. Thèse de Paris. 1890.
- Batley.** Die Endresultate der Batley'schen Operationen seit 1872. Journal of the American medical association 1887, citirt im Centralblatt für Gynäkologie 1888.
- Hofmeler.** Grundriss der gynäkologischen Operationen. 1891.

- Müller, P.** Beiträge zur operativen Gynäkologie, in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XX.
- Stählin.** Ueber Castration bei Fibromyomen des Uterus, in „Festschrift zu Dr. Kappeler's Jubiläum etc.“ 1889.
- Schmalfluss.** Zur Castration bei Neurosen. Archiv für Gynäkologie, Bd. XXVI.
- Willers.** Ueber die Berechtigung der Castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem. Inaugural-Dissertation. Freiburg 1887.
- Strähl.** Beiträge zu den Anzeigen der Castration. Inaugural-Dissertation. Basel 1888. (Fälle von Bischoff und Fehling.)
- Pozzi.** Traité de gynécologie. Paris 1890.
- Küstner.** Die Behandlung complicirter Retroflexionen und Prolapse, besonders durch ventrale Operationen. Volkmann'sche Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Nr. 9. 1890.
- Grammatikati,** im Journal für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten, Nr. 5, 1889 (russisch); citirt im Centralblatt für Gynäkologie. 1889.
- Glævecke.** Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus anderseits. Archiv für Gynäkologie, Bd. XXXV. 1889.
- Péan,** in Gazette des hôpitaux, 1886.
- Bircher.** Gynäkologische Mittheilungen. Die Castration des Weibes. Aarau 1887.
- Compte rendu du Congrès français de chirurgie à Paris, 1891.** Des suites éloignées de la castration pour affections non-néoplastiques des annexes de l'utérus, dans les Annales de gynécologie et obstétrique. Tome XXXV. Avril 1891. (Jeannel, Jacobs, Bouilly, Le Dentu, Terrillon, Richelot, Segond, Spencer, Wells, Lawson Tait, etc., etc.)
- Croom.** Entfernung der Uterusanhänge (American Journal of the medical association, 1889), citirt im Centralblatt für Gynäkologie, 1889.
- Skene Keith.** 23 Fälle von Entfernung der erkrankten Uterusanhänge (Edinburgh medical Journal, 1887), citirt im Centralblatt für Gynäkologie, 1888.





11892A



Nummer, Name, Stand, Eintritt.	Alter.	Menses früher.	Schwangerschaften und deren Verlauf.	Beschwerden, Krankheitserscheinungen etc.	Status beim Eintritt.	Verlauf und Behandlung klinisch und poliklinisch bis zur Operation.
1. B.-Z., R., Magd. (13. VI. 78.)	25 Jahre.	Seit 16. J. menstruiert, immer unregelmässig 8 Tage dauernd, mit Schmerzen im Kreuz und Unterleib, Blutung immer bedeutend.	III-para. Vor 3 Jahren, December 1874, Frühgeburt im 7. Monat. Kind starb nach 14 Tagen. Seither 2 Aborte je im 3. Monat. 1. Frühling 1876. 2. Winter 1877.	Litt öfters an fluor albus. Seit einigen Wochen leidet Patientin an heftigen Schmerzen im Unterleib, besonders zur Zeit der Menses. Brechneigung, hie und da Erbrechen. Hysterische Erscheinungen.	Dammscheidenfistel. Uterus ziemlich hart, etwas vergrössert. Länge mit Sonde, 7 <sup>cm</sup> , anteflectirt. Das rechte Ovarium nussgross, sehr empfindlich; das linke Ovarium normal gross, schmerzhaft auf Druck.	Juni 1878 bis Mai 1879. Menses alle 2 Wochen, langdauernd. Schmerzen exacerbiren vor und während derselben, stechend, besond. links. Grosse Schwäche, zeitweilig Ueblichkeit, Brechneigung, Erbrechen, Diarrhöe. Bepinselung des Scheidengewölbes mit Jodtinctur. Bromkali vor und nach Menses.
2. S.-M., Hausfrau. (11. I. 78.)	30 Jahre.	Mit 14 Jahren normal menstruiert, 8 Tage dauernd, nie schmerzhaft.	II-para. Normale Geburten u. Wochenbetten.	Seit 3 Jahren Krämpfe, Kreuzschmerzen bei der Menstruation, welche nur mehr 1½ Tage dauert. Kopfschmerzen, Erbrechen. Die Schmerzen kommen schon 8 Tage vor Eintritt der Menses schnürend, gegen After ausstrahlend, heftigen Stuhl drang bewirkend. Beim Höhepunkt Ausstrahlen in Rücken, Kopf. Schwindel, Ueblichkeit, Erbrechen. Während Menses Nachlassen der Beschwerden, treten dann wieder heftig 8—14 Tage lang auf. Durch Bewegung bessern sich Schmerzen ein wenig. Obstipation. Reponirbare Cruralhernien. Zucker im Harn zu wiederholten Malen nachgewiesen.	Uterus retroponirt. Nach rechts und hinten derbe Stränge um das Ovarium. Linkes Ovarium normal.	Wurde früher jahrelang wegen dieser Beschwerden an einem Bezirksspital poliklinisch erfolglos behandelt.
3. St., E., puella publ. (6. V. 79.)	33 Jahre.	Mit 13 Jahren menstruiert, 4-wöchentlich, schmerzhaft am Tage des Eintritts.	0-para.	Vor ½ Jahr Dilat. colli ut. zur Hebung einer spitzwinkligen Anteflexio und der Dysmenorrhöe. Menses ganz unregelmässig. Seit 14 Tagen Blutung und wehenartige Schmerzen. Vor 1 Jahr luëtische Augenerkrankung.	Uterus gänseeigross, antevertirt, hinter und links dem Uterus eigrosser, verschieblicher Tumor, unregelmässig beschaffen. Uterus schmerzhaft, parametritische Veränderungen. Nach links hinter dem Uterus ein rundlicher, schwer beweglicher Tumor mit unregelmässiger Oberfläche.	Blutung dauert fort bis Ende Juni. Bei Wiedereintritt, November 1879, heftige Bauchschmerzen, starke Blutung. Behandl. symptomatisch. Liquor ferri-Einspritzung, Ergotin etc. etc.
4. H., M., Landarbeiterin. (3. VIII. 80.)	26 Jahre.	Mit 17 Jahren unregelmässig menstruiert.	0-para.	Als Kind schwächlich, scrofulös, chlorotisch. Vor ½ Jahre begannen die Beschwerden. Starke Schmerzen im Unterleib, Ueblichkeiten, heftige Dysmenorrhöe. Retentio urinæ, fluor albus. Vergebliche gyn. Behandlung.	Retroversio uteri, Vergrösserung beider Ovarien, deutlich höckerige Oberfläche derselben.	Keine Besserung.
5. H.-L., S., Fabrikarbeiterin. (27. XII. 81.)	36 Jahre.	Seit 14. Jahr unregelmässig menstruiert.	VIII-para. Immer normal geboren. 1. Geburt vor 15 Jahren, letzte vor 3 Monaten.	Litt lange Zeit an Blutarmuth. Seit 4 Jahren Dysmenorrhöe, Unterleibsschmerzen auch in den Intervallen. Schwindel, Brechneigung, Obstipation, Hysterie.	Retroversio uteri und Verdickung derselben, schwer beweglich. Starke Vergrösserung beider Ovarien. Links hinten vom Uterus Stränge.	Keine Besserung.
6. J., L. E., Magd. (27. III. 81.)	29 Jahre.	Menses seit 20. Jahr unregelm. schmerzhaft.	I-para. Normale Geburt.	Seit Geburt im October 1880 klagt Patientin über stechende Schmerzen in der linken Seite und Kreuz, Dysmenorrhöe, Erbrechen, Kopfschmerzen.	Anteversio uteri. Sondenlänge 7 <sup>cm</sup> . Beide Ovarien vergrössert, schmerzhaft.	Verschlimmerung des Leidens trotz Anstaltsbehandlung.
7. K.-B., E., Krämerin. (20. VI. 82.)	35 Jahre.	Seit 17. Jahr ziemlich stark, aber schmerzlos menstruiert bis zum 25. Jahr.	III-para. 1. Geburt vor 6 Jahren, normal. 2. Geburt vor 5 Jahren. Im Wochenbett Gebärmutterentzündung. 3. Geburt normal, vor 3 Jahren.	Seit 10 Jahren Dysmenorrhöe. Seit der letzten Geburt beständig Schmerzen und Krämpfe im Unterleib. Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen. Ende Mai 1882 heftige Unterleibsentzündung.	Anteflexio uteri. Zu beiden Seiten beschränkt bewegliche Tumoren, mit buchtigen Hervorragungen.	

Operationsbericht.	Status im Abdomen.	Directe Folgen.	Fernere Folgen und Verlauf.	Erfolg in Bezug auf Indication.	Besondere Bemerkungen, Berichte über mikrosk. Untersuchung, Section etc.	Dauer der Beobachtung.
Operation 1. Mai 1879. Chloroform-Narkose, Median-Bauchschnitt, etc. Lösung der Adhäsionen. Abtragung beider Ovarien. 2. Operation 1. Februar 1880. Entfernung eines haselnussgrossen Tumors links. Rechts nichts zu entdecken.	Rechtes Ovarium adhärent. Linkes Ovarium mit der Tube verwachsen.	Ad 1. Operation. In den ersten Tagen heftige Schmerzen und Krämpfe in Kreuz und Magen-gegend, Erbrechen. 14 Tage nach Operation Molimina menstrua, Nasenbluten, blutige Sputa, verschwinden nach 4 Tagen ohne Genitalblutung. Wundverlauf günstig. Ad 2. Operation. Stechen, Brennen und Ziehen im Unterleib, Erbrechen, Fieber, Puls schwach. Exitus am 3. Tag nach Operation.	Ad 1. Operation. In der ersten Zeit nach Entlassung Verdauungsbeschwerden. Congestionen nach Kopf, Schwindel, Gefühl, wie wenn Menses kommen sollten. Menses am 22. Juni, profus schmerzhaft. Untersuchung in Narkose: Rechts vom Uterus erbsengrosse, undeutliche Resistenz. Links vom Uterus ovale, nussgrosse, bewegliche Geschwulst. Menses und Beschwerden dauern fort bis Ende Januar 1880.	Ad 1. Operation: Kein Erfolg. Ad 2. Operation: Exitus lethalis.	Epikrise: Bei der 1. Operation haben sich offenb. rechtsseitige Adhäs. der rechten Tube unter sich und mit dem Netz gebildet, welche beim Zerren des Uterus in der 2. Operation die Tube gequetscht und den Austritt von eitrigem Inhalt aus derselben in die Bauchhöhle veranlasst haben. Mikrosk. Untersuchung des bei der 2. Operation excid. Tumors: Ovarialgewebe. Sectionsbefund: Salpingitis, Perisalpingitis, Peritonitis purulenta.	Von der 1.—2. Operation: 9 Monate.
August 1880. Abtragung des linken und rechten Ovariums sammt Tuben.	Das rechte Ovarium liegt tief in den Falten des Douglas.	Wundheilung gut, am zehnten Tage Decubitus, vorübergehend Zucker im Harn.	Beschwerden werden nach circa 4 Jahren ziemlich besser. Uterus retroponirt, auf Druck etwas mehr Resistenz als rechts, Decubituswunde besteht noch 1888. Im Jahre 1891, z. Z. der frühern Menses, Krämpfe und Schmerzen im Bauch, periodisches Erbrechen. Nie mehr Blutungen. Arbeitsfähig.	Besserung.	—	11 Jahre.
Dezember 1880. Castrationsversuch.	Beide Ovarien in grossen Exsudatmassen verwachsen, nicht herauszunehmen.	Wundverlauf günstig.	Bis März 1890 noch sehr heftige dysmenorrhöische Beschwerden, atypische starke Blutungen.	—	—	9 $\frac{1}{2}$ Jahre.
3. Februar 1881. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Cystöse Entartung der Ovarien, sehr kurze Stiele. Keine Verwachsungen.	Wundverlauf günstig.	Nach einigen Wochen Exsudat, das bald zurückging. Hier und da noch heftige Schmerzen, die aber später verschwinden. Seit 1884 verheirathet. Wöchentlich wiederkehrende Kopfschmerzen. Befinden sonst sehr gut.	Sehr gut.	—	10 Jahre.
5. März 1882. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Cystöse Degeneration der Ovarien.	Günstig.	Bis Juli 1882 gut, seit 14 Tagen Magenbeschwerden, Athemnoth. Allgemeinbefinden nicht gut.	Besserung.	—	4 Monate.
10. Mai 1882. Loslösung und Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Verwachsung des Netzes und des linken Ovariums. Das rechte weniger verwachsen.	Günstige Wundheilung. Rechts neben Uterus ein rundlicher, nussgrosser Tumor constatirt (Tubenrest).	Die ersten 2 Monate ging alles gut, dann Wiedererscheinen der alten Beschwerden, namentlich z. Z. wo sonst die Menses auftraten. Im Jahre 1884 kein Tumor mehr, Besserung, die vorwärts schreitet bis 1891. Menses nie wieder. Gutes Befinden, gut arbeitsfähig.	Recht gut.	—	9 Jahre.
4. Juni 1882. Abtragung des linken Ovariums mit Tube. Beim Herausnehmen desselben platzte in der Abdominalhöhle eine Cyste. Das rechte Ovarium kann der Verwachsungen wegen nicht herausgenommen werden.	Linkes Ovarium cystös degenerirt. Tube erweitert, enthält eine zähe, grünliche Masse. Rechtes Ovarium durch Stränge fixirt.	Wundverlauf günstig.	Im Juli Wiedereintritt der Menses, stark, schmerzhaft, doch viel weniger Beschwerden als früher. Während 6 bis 7 Monaten Befinden gut, nachher die frühern Beschwerden. Nach 6 Jahren Menses und Beschwerden spärlicher.	Bedeutende Besserung.	—	9 Jahre.

<p>8. A., A. B., Magd. (7. XI. 82.)</p>	<p>39 Jahre.</p>	<p>Mit 19 Jahren menstruiert, unregelmässig, schmerzhaft. Seit letzter Geburt regelmässig.</p>	<p>II-para. 1. vor 8 Jahren, normal. 2. vor 5 J. Im Wochenbett erkrankt an Bauchentzündung. 3 Monate krank.</p>	<p>Seit 6 Monaten starke, menstruelle Blutungen, dabei Schmerzen und Krämpfe im Abdomen, auch in der Zwischenzeit. Kopfschmerzen.</p>	<p>Retropositio uteri, Uterus druckempfindlich. Nach rechts hinten ein mittelgrosser, schwer beweglicher Knoten. Links, weiter vorn, ein klein eigrosser, unregelmässiger Tumor, leichter beweglich.</p>	
<p>9. P.-Sch., F., Hausfrau. (5. XII. 82.)</p>	<p>34 Jahre.</p>	<p>Seit der Geburt im Jahre 1872 Menstruation unregelmässig.</p>	<p>I-para. Im Wochenbett Gebärmutterentzündung.</p>	<p>Dysmenorrhöische Beschwerden und Menorrhagien seit mehreren Jahren. Die Schmerzen verschwinden auch in der Zwischenzeit nicht. Kopfschmerzen, fluor albus, starke Obstipation, früher auch Dysurie.</p>	<p>Perimetritische Verwachsungen. Vergrösserung und Verwachsung beider Ovarien, die schwer beweglich und sehr druckempfindlich sind.</p>	
<p>10. Z.-Sch., E., Magd. (12. III. 80.)</p>	<p>24 Jahre.</p>	<p>Seit der Geburt vor 3 Jahren Menses langdauernd, unregelmässig, stark.</p>	<p>I-para. Hat normal geboren.</p>	<p>Seit 1 Jahre Menses von Schmerzen begleitet. Starke Menorrhagien. Fluor, Wasserbrennen, Obstipation. Durch die fortdauernden Blutverluste sehr erschöpft. Früher wurde sie an Parametritis und ruptura cervicis behandelt.</p>	<p>Retroversio und Retroflexio des nach rechts gelagerten, schwer beweglichen Uterus. Linkes Ovarium sehr tief stehend, verwachsen, vergrössert.</p>	<p>Dilatatio cervicis, Curettement und Cauterisation des Uterusinnern. Ergotin.</p>
<p>11. B., M., Magd. (3. VII. 83.)</p>	<p>34 Jahre.</p>	<p>Mit 17 Jahren menstruiert, regelmässig schwach, seit 2 Jahren immer mit Schmerzen verbunden.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Schmerzen cessiren nicht während der Zwischenzeiten. Seit 1 1/2 Jahre Schmerzen bei der Arbeit, besonders in der linken untern Bauchgegend. Spannungsgefühl. Obstipation.</p>	<p>Uterus mobil, etwas nach rechts und hinten gelagert. Linkes Ovarium vergrössert, rechtes kleiner, descendirt.</p>	<p>Mannigfache gynäkologische Behandlung ohne Erfolg.</p>
<p>12. B.-B., M., Hausfrau. (3. II. 85.)</p>	<p>28 Jahre.</p>	<p>Mit 21 Jahren regelmässig menstruiert. Seit ihrer Verheirathung vor 4 1/2 Jahren Menses mit Schmerzen und Krämpfen verbunden.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Seit 4 Jahren schwer krank. Heftige Dysmenorrhöe. Schmerzen im Unterleib und Beinen. Wurde an Gebärmutterknickung behandelt. Starke Obstipation. Schwere hysterische Erscheinungen. Morphinistin geworden.</p>	<p>Anteflexio des beweglichen Uterus. Beide Ovarien schwer beweglich, das rechte um das Dreifache vergrössert, das linke weniger.</p>	<p>Keine Besserung in Anstaltsbehandlung.</p>
<p>13. A., E., Landarbeiterin. (10. I. 84.)</p>	<p>24 Jahre.</p>	<p>Seit 16 J. regelmässig, aber schmerzhaft menstruiert.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Seit 1 Jahre schwere Dysmenorrhöe, beständige Schmerzen im Unterleib. Hartnäckige Obstipation. Hysterische Erscheinungen.</p>	<p>Uterus anteflectirt, nach rechts geneigt. Beide Ovarien vergrössert, beweglich.</p>	<p>Zustand bessert sich nicht in Anstaltsbehandlung.</p>
<p>14. Schw., S., Kindermagd. (1. V. 85.)</p>	<p>23 Jahre.</p>	<p>Menses seit 16. Jahr, die ersten 5 Jahre unregelm. Immer schmerzhaft.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Seit Jahren heftige Dysmenorrhöe. Schmerzen im Bauch und Kreuz und Erbrechen begleiten die Menses, Schmerzen am heftigsten vor, schwächer nach Anfang der Menstruation. Seit 3 Jahren Zwischenzeiten nicht mehr schmerzfrei. Unerträglicher Druck in der Magengegend. Obstipation. Seit 10. Jahr epileptische Anfälle. Vielfach, auch gynäkologisch behandelt.</p>	<p>Retroversio uteri. Beide Ovarien vergrössert, beweglich.</p>	<p>Anstaltsbehandlung keine Besserung.</p>

6. Dezember 1882. Linkes Ovarium und Tube wird abgetragen, das rechte wird nur unterbunden und dann versenkt.	Uterus nach hinten fixirt. Ovarien verwachsen, cystös degenerirt. Beide Tuben dilatirt.	Wundverlauf günstig. In drei Wochen entwickelt sich faustgrosses Exsudat rechts im Douglas, links frei, doch schmerzhaft.	Am 27. März 1883 Exsudat verkleinert. Schmerzen, Ausfluss aus den Genitalien. November 1885 Status idem; ein Milztumor ragt über den untern Rippenrand vor. Mai 1888 Schmerzen in der Bauchnarbe. Januar 1889 Schmerzen im Unterleib noch sehr stark, heftig stinkender Ausfluss. Milztumor vergrössert bis unterhalb Nabel, Uterus klein, Scheide senil verengt. Rechts und links vom Uterus knollige, diffuse Verdickungen. März 1890 Menses seit Operation nie mehr. Blutuntersuchung negativ. Milztumor unverändert.	Gering.	—	7 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Jahre.
9. December 1882. Beim Versuch, das rechte Ovarium aus den Exsudatmassen zu befreien, platzen mehrere Cysten, so dass das Ovarium sich verkleinert, aber nicht beweglich wird. Es wird der Verwachsungen wegen von einer Entfernung der beiden Ovarien abgesehen. Castrationsversuch.	Rechtes Ovarium eigross, in Exsudatmassen eingeschlossen. Linkes Ovarium ebenso, aber normal gross.	Wundverlauf günstig (einige Nahteiterungen).	1883 ändert sich Status wenig. Mai 1891. Die Blutungen und Schmerzen sind seit einigen Jahren geringer geworden.	Besserung.	—	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Jahre.
5. März 1883. Die Cyste liess sich schwer von der Beckenwand lösen. Möglich, dass Reste vom linken Ovarium zurückgeblieben sind. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Links vom Uterus apfelgrosse dünnwandige Cyste, mit der Beckenwand verwachsen. Uterus nach allen Seiten hin verwachsen. Unterhalb der Cyste das linke Ovarium und die geschwellte Tube. Rechtes Ovarium tief und verwachsen.	Wundverlauf günstig.	Nach circa 4 Monaten wieder Menorrhagien und Schmerzen alle 3—4 Wochen. Januar 1884 Dilatation und Curettement des Uterus. 1885 Endometritis, mehrmalige Auskratzen etc., Diarrhöen, Schmerzen. Bis 1891 Menorrhagien und Beschwerden gleich geblieben.	Keiner.	—	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Jahre.
24. November 1883. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Ovarien nicht verwachsen, vergrössert, cystös entartet.	Ungünstig. Heftige Bronchitis und Husten verursachen Zerrung der Wunden. Nach einigen Tagen Pneumonie. Exitus am 9. Tage post op.	—	—	Das linke Ovarium enthält eine grosse Cyste und darin eine kleinere mit gallertigem Inhalt. Schwund des Ovarialgewebes. Sectionsbericht: Vereiterung der Bauch- und Ovarialwunden. Beschränkte Pleuritis. Pneumonia lobul.	9 Tage.
18. Februar 1885. Beide Ovarien und Tuben abgetragen, möglich, dass wegen Unmöglichkeit guter Stielbildung ein Rest des linken Ovariums zurückgeblieben.	Beide Ovarien in Exsudatmassen, das rechte ganz an der Beckenwand fixirt.	Wundverlauf gut. Bei Entlassung 23. März 1885 links und hinten ein nassgrosser Knoten.	<sup>1</sup> / <sub>2</sub> Jahr lang post operationem guter Gesundheitszustand. Dann die alten Beschwerden wieder. Menses wie früher. Seit Ueberstehen von Scharlach im April 1891 Befinden wieder besser.	Keiner.	—	6 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Jahre.
19. Februar 1885. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Nichts Besonderes.	Wundverlauf günstig. Bei Entlassung gutes Befinden.	Im Jahre 1885 noch keine bedeutende Besserung. Es ist der Patientin fast alle Tage so, als ob sie die Menses bekommen sollte. Gewöhnlich geht beim Stuhlgang Blut ab. Im März 1886 klagt Patientin über Schwindel und Ohrensausen, geringe Besserung. Status idem 1887. Retroversio uteri. Mai 1891: Seit 2 Jahren Befinden gut, nie mehr Menses seit Operation. November 1889 nach Amerika ausgewandert.	Gut.	—	6 Jahre.
15. Mai 1885. Abtragung beider Ovarien, die Tuben werden zurückgelassen.	Ovarien vergrössert, mit Cysten durchsetzt.	Wundverlauf günstig.	Im Juli desselben Jahres Schmerzen in der Narbe und im Unterleib überhaupt. Oeffteres Erbrechen. Keine Menses mehr. 1886 und 1888 status idem, Uterus retrovertirt, atrophisch, rechts undeutliche Verdickungen. 1891 epileptische Anfälle alle 2—3 Monate. Seit 2 Jahren (4 Jahre post operationem) stetige Besserung. Jetzt gut.	Gut.	—	6 Jahre.

15. B.-M., A., Hausfrau. (20. I. 86.)	29 Jahre.	Seit 12. Jahr regelmässig menstruiert.	V-para. 4 Geburten normal. 2. Geburt Zwillingsabort im 5. Monat. Letzte Geburt Jan. 1885.	Seit der letzten Geburt immerwährend wiederkehrende Schmerzen im Leib und im Kreuz. Im Juni 1885 angeblich Unterleibsentzündung, Dysmenorrhöe. Stechende Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes.	Uterus vergrössert, hart. Rechte Seite stark druckempfindlich. Ovarium leicht vergrössert; links Empfindlichkeit.	Klagt trotz Narcoticis beständig über Schmerzen. Keine Nachtruhe.
16. M.-C., J., Hausfrau. (2. IX. 85.)	22 Jahre.	Seit 14. Jahr regelmässig, stark.	I-para. Normale Geburt.	Patientin klagt in der letzten Zeit über Schmerzen im Unterleib, namentlich links. Obstipation. Heftige Dysmenorrhöe. Menorrhagien. Arbeitsunfähig.	Anteflexio uteri. Rechtes Ovarium eigross, schwer beweglich, perimetritische Verwachsungen zwischen demselben und Uterus. Linkes Ovarium ebenfalls in Exsudatmassen.	Schmerzen und Menorrhagien werden stärker; gynäkologische Behandlung erfolglos.
17. C., E., Ladentochter. (19. V. 86.)	33 Jahre.	Mit 12. Jahr menstruiert, unregelmässig.	I-para. Geburt vor 4 $\frac{1}{2}$ Jahren, verlief normal. Stand auf am 7. Tage u. bekam am 8. Fieber und Schmerzen i. Unterleib. Lag während 1 Monat krank.	Seit jener Geburt nie mehr ganz erholt. Schmerzen auf beiden Seiten des Unterleibes. Appetit, Stuhlgang, Exurese gestört. Heftige Dysmenorrhöe. Arbeitsunfähig.	Anteflexio uteri. Links hinter ihm das von Exsudatmassen umgebene, schwer bewegliche Ovarium. Rechtes Ovarium vergrössert, durch deutlich fühlbaren Strang mit Uterus verbunden.	Status idem.
18. E., F., Handarbeiterin. (2. V. 87.)	27 Jahre.	Mit 19 Jahren menstruiert, von Anfang an unregelmässig und schmerzhaft, meist sehr stark.	0-para.	Schmerzen bei der Regel steigern sich bis zum Eintritt derselben und lassen dann allmählich nach. Patientin ist durch ihr jahrelanges Leiden sehr heruntergekommen, nervös, arbeitsunfähig. Obstipation. In der letzten Zeit Schmerzen continuirlich. Vielfache gynäkologische Behandlung.	Virginaler Uterus. Rechtes Ovarium von normaler Grösse. Links wallnussgrosse Resistenz aus bleistift dickem Strang (Tube) und Ovarium bestehend.	—
19. U., M., Magd. (2. V. 87.)	30 Jahre.	Seit 16. Jahr regelmässig, ziemlich stark und schmerzhaft menstruiert.	I-para (normale Geburt und Wochenbett vor 4 Jahren).	Seit jener Geburt wachsende Schmerzen im Unterleib, namentlich zur Zeit der Menses. In einem Spital wurde Patientin wegen „Geschwüren an der Gebärmutter“ operirt. Amputation der vaginal-Portion. In Bezug auf ihre Beschwerden erfolglos.	Vaginal-Portion fehlt fast vollständig. Ovarium rechts normal, links in eine eigrosse, platte, verschiebbare Masse verwandelt.	—

21. Februar 1886. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Tuben an ihren Fimbrienenden geschwollen. Ovarien nicht vergrößert.	Günstiger Verlauf. Bei Entlassung, Mitte März, schmerzfrei.	Mai 1886. Beidseitig noch Druckempfindlichkeit. Bei Druck auf Uterus Schmerzen in Nabelgegend. Cohabitation früher schmerzhaft, jetzt schmerzlos. Januar 1889. Seit 1 Jahr zeitweise Schmerzen im Kreuz und Unterleib, besonders nach körperlichen Anstrengungen und nach dem Essen.	Besserung.	Mikrosk. Befund: Normale Ovarien. (Herr Prof. Langhans.)
24. Februar 1886. Lösung der Adhäsionen und Abbindung der Ovarien und Tuben ganz nahe am Uterus.	Starke Verwachsungen der Anhängel unter sich und mit ihrer Umgebung. Beide Ovarien cystös. Beide Tuben verdickt.	Wundverlauf günstig. Am 5. Tage nach Operation zeigte sich eine Lähmung der linken untern Extremitäten, zugleich linke Parametritis, sehr empfindlich. Nach 3 Tagen verschwand beides. Bei Entlassung am 12. März besteht noch etwas bräunlicher Ausfluss.	Mai 1886 noch hie und da Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, namentlich z. Z. der frühern Menstruations-Termine. Nie mehr Menses. Hie und da Nasenbluten noch 1887. Uterus nicht verkleinert. Februar 1888 hie und da kolkartige Schmerzen im Abdomen. Gut arbeitsfähig.	Wesentliche Besserung.	Mikrosk. Befund der Tuben Pyosalpinx incip. (Herr Prof. Langhans.)
10. Juli 1886. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Beide Ovarien vergrößert.	Wundverlauf günstig. Während 2 Tagen retent. urinae. Bei der Entlassung (29. Juli 1886): Links vom Uterus bewegliche Exsudate, rechts weniger. Befinden gut.	October 1886. Brennende Schmerzen links im Abdomen. Hernie in der Bauchnarbe. Fluor albus. Obstipation. Im Januar 1887 Schmerzen zu beiden Seiten des Uterus, kann nicht mehr gehen. Uterus beweglich, 6 <sup>cm</sup> lang, normal. Rechts undeutliche, schwer abgrenzbare Massen, links empfindlich. Nie mehr Menses. Liess sich 2 Mal wegen Narbenhernie operiren, dabei wurde das erste Mal Uterus in die Bauchwunde eingenäht. Molimina menstrualia z. Z. der frühern Regeln noch im J. 1891. Fühlt sich jetzt viel besser.	Wesentliche Besserung.	
26. Mai 1887. Abtragung von Ovarien und Tuben.	Linkes Ovarium vergrößert.	Wundverlauf ungestört. Nach dem Aufstehen leichtere Schmerzen zu beiden Seiten der Gebärmutter. Bei Entlassung (18. Juni 1887) Wohlbefinden.	Circa 4 Monate lang Wohlbefinden, dann typische Anfälle von Unwohlsein; sehr starke Schmerzen links im Unterleib. Kopfcongestionen. Alle 2—4 Wochen 4—5 Tage dauernde Gefühle als ob Menses eintreten sollten. In der letzten Zeit continuirliche Schmerzen. Uterus retroponirt und anteflectirt, klein. August 1890: Status idem. Mai 1891: Immer noch typische Unwohlseinsperiode mit Sehstörungen. Schmerzen geringer. Gut arbeitsfähig.	Gut.	Mikrosk. Untersuchung der Ovarien ergibt nichts Abnormes.
4. Juni 1887. Beide Ovarien und Tuben abgetragen.	Rechtes Ovarium erscheint normal, linkes vergrößert.	Wundverlauf günstig. Im Wohlbefinden entlassen am 20. Juni 1887.	Im August desselben Jahres die gleichen Schmerzen wie früher, arbeitsunfähig. Innere Untersuchung ergibt nichts Abnormes. Mai 1891: Nie mehr Menses seit Operation, doch Molimina menstrualia, namentlich im ersten Jahre nach Operation. Die Schmerzen haben mit der Zeit nachgelassen. Anämie; Nervosität; Hernie in der Wundnarbe. Arbeitsfähig.	Besserung.	Mikrosk. Befund: Stroma u. Follikelapparat in beiden Ovarien normal, im linken Ovarium ein grösserer Tumor, aus Spindelzellen bestehend, vielleicht sarkomatös. (Herr Prof. Langhans.)

Nummer, Name, Stand, Eintritt.	Alter.	Menses früher.	Schwangerschaften und deren Verlauf.	Beschwerden, Krankheitserscheinungen etc.	Status beim Eintritt.	Verlauf und Behandlung klinisch und poliklinisch bis zur Operation.
20. H., A. M., Magd. (6. III. 83.)	25 Jahre.	Mit 14 Jahren regelm. menstruiert, Menses stets von Schmerzen und Krämpfen begleitet.	0-para.	Seit October 1882 beständige Schmerzen im Unterleib, zugleich sind die Menses schwächer geworden. Heftige Dysmenorrhöe. Vor Eintritt derselben Angstgefühl, Nasenbluten, Harndrang und Wasserbrennen, Fluor seit Jahren. Die Beschwerden verschlimmern sich zusehends. Allgemeinbefinden hat stark gelitten. Psychische Alteration (melancholische Verstimmung). Mannigfache, jahrelange, gynäkologische, auch Spitalbehandlung.	Im Mai 1887 Retroversio uteri, linkes Ovarium von doppelter Grösse, rechtes Ovarium vergrössert, sehr beweglich.	Erfolgreiche gynäkologische Spitalbehandlung. Ovarien sind beidseitig grösser geworden.
21. W.-M., Rentière. (22. V. 88.)	30 Jahre.	Mit 15 Jahren regelmässig menstruiert.	III-para. 1. Geburt vor 10 Jahren spontan. 2. Geburt. Nach langer Eisenbahnfahrt Abortus im 3. Monat. 3. Geburt im Juli 1881. Frühgeburt im 9. Monat.	Im April 1881 (während der letzten Schwangerschaft) erste Zeichen der gegenwärtigen Krankheit, stechende Schmerzen in der Ileoecölgegend. Ausstrahlen in Kreuz, Rücken und rechtes Bein. Ueblichkeiten. Bei Geburt prolapsus ut., starke Blutungen. Placentarlösung künstlich. Im Herbst 1886 Peritonitis. Kleines Recidiv derselben im Frühjahr 1887. Immer Schmerzen in Ileoecölgegend. Jahrelange spezialistische Behandlung wegen Oophoritis und Metritis. Wanderniere.	Beide Ovarien vergrössert und druckempfindlich. Uterus gross, schmerzhaft, fixirt. Ren mobil.	—
22. N.-P., E., Hausfrau. (22. V. 88.)	41 Jahre.	Mit 18 Jahren regelmässig menstruiert.	XI-para. Die 3 letzten Geburten schwer; 2 Quer- und eine Fusslage. 1. Geburt 1865, letzte 1883. Seit der letzten Geburt Schmerzen in der Gebärmutter.	Wegen der im letzten Wochenbett erworbenen Unterleibs-erkrankung wurde sie 1883 3 Monate in einem Spital behandelt. Im Jahre 1884 wahrscheinlich durch ihren Mann gonorrhöisch inficirt, bildete sich in der Folge eine Cyste der linken bartholinischen Drüse, die im December desselben Jahres in der Anstalt entfernt wurde. Nach der kleinen Operation zeigte Patientin acute Alteration der Psyche. Grosse Aufregung, dann schwere melancholische Depression. Irrenanstalt. Im Jahre 1888 Wiedereintritt wegen heftiger Unterleibs- und Kreuzschmerzen.	Beide Ovarien vergrössert, auf Druck sehr empfindlich, das rechte etwas grösser, noch beweglich, descendirt, nach hinten gelagert, linkes schwer beweglich. Schwielen, Narben im Cav. Douglasii.	Keine Besserung durch gynäkologische Anstaltsbehandlung.
23. D., E., Nähterin. (8. XI. 88.)	28 Jahre.	Mit 16. Jahr regelmässig menstruiert. Seit sie vor 4 Jahren eine Last hob und dabei die Empfindung hatte, als ob etwas im Unterleib zerrissen wäre, tritt die Menstruation mit anderm Typus, profuser und schmerzhaft auf.	0-para.	Heftige Dysmenorrhöe, Anämie in Folge der Menorrhagien. Die Schmerzen verschwinden auch in der Zwischenzeit nie ganz.	November 1888. Uterus normal gross, nach rückwärts geneigt, etwas descendirt. Sonde gleitet schwer durch äussern Muttermund. Uterushöhle empfindlich. Nachbarschaft normal. Januar 1889 (Wiedereintritt) Anteflexio uteri. Ovarium rechts etwas vergrössert, diffuse Resistenz in der Umgebung.	8 Tage nach Auskratzung des Uterus (November 1888) plötzlicher Nervenfall mit heftigen Zuckungen der Extremitäten. Bewusstsein soll aufgehoben gewesen sein. Aehnliche Anfälle wiederholten sich noch dreimal, aber schwächer. Fast ununterbrochene Schmerzen im Kreuz und Unterleib.
24. R., M., Schneiderin. (3. X. 89.)	39 Jahre.	Menses mit 14 Jahren regelmässig, ohne Schmerzen.	0-para.	Mit 18 Jahren erlitt Patientin Fall in die Tiefe von 5 Meter mit Bewusstlosigkeit, Zittern am ganzen Körper. Die Menses cessirten nun während 12 Monaten. Dann kamen sie wieder, aber mit grossen Schmerzen und sehr stark. Während 3 weiteren Monaten litt sie an heftigen Convulsionen. Später wurden die Menses wieder unregelmässig, setzten oft aus. Patientin will dabei an deren Stelle Blutungen aus dem Munde und starke Magenschmerzen gehabt haben. Gedächtniss sei schwach geworden. Während 10 Jahren Chlorose und Nervosität. Jetzt heftige Dysmenorrhöe, hartnäckige Obstipation, Exurese oft schmerzhaft. Vor 4 Jahren Scharlach und Diphtheritis. Patientin wurde vor 3 Jahren auswärts wegen Uterusleiden behandelt.	Uteruslage und -grösse normal. Sonde gleitet schwer durch Cervix. Rechts und links nach hinten vom Uterus flache Resistenz. Ovarium rechts wenig vergrössert, nach links nicht zu ermitteln.	—



Operationsbericht.	Status im Abdomen.	Direkte Folgen.	Fernere Folgen und Verlauf.	Erfolg in Bezug auf Indication.	Besondere Bemerkungen, Berichte über mikrosk. Untersuchung, Section, etc.	Dauer der Beobachtung.
28. Juni 1887. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Beide Ovarien vergrössert, Oberfläche von warziger Beschaffenheit, Consistenz fest.	Leichte Temperatursteigerungen während der Wundheilung, jedoch ohne erkennbare Ursache.	Im August 1887 Allgemeinbefinden gut, keine Blutungen mehr, klagt hie und da über Eingeschlafensein der oberen Extremitäten, Oedeme der Beine und Rückenschmerzen. Appetit gut, Stuhlgang und Exurese in Ordnung. Februar 1889: Besserung hält an. Uterus atrophirt.	Bedeutende Besserung.	Mikrosk. Untersuchung der Ovarien: Uncomplicirte (einfache) Hyperplasie des Stroma's, keine kleineren Follikel in der Rinde. (Herr Prof. Langhans.)	1 <sup>2</sup> / <sub>3</sub> Jahre.
23. Mai 1888. Abtragung beider Ovarien und Tuben.	Rechtes Ovarium vergrössert, linkes deutlich cystös entartet.	Gute Wundheilung. Am 4. Juni klagt Patientin über Kopfschmerzen und Schmerzen in der rechten Hüfte, ähnlich denen vor der Castration. Aeusserlich und innerlich nichts Abnormes. Bei Entlassung am 19. Juni 1887 sind die Symptome noch dieselben.	—	?	Mikrosk. Untersuchung der Ovarien ergibt gleichmässige Hyperplasie des Stroma's und der Follikel. (Herr Prof. Langhans.)	3 Wochen.
31. Juli 1888. Abtragung beider Ovarien und Tuben. Am linken Ovarium konnte nur ein sehr kurzer Stiel gebildet werden, der vielleicht noch Ovarialgewebe einschloss.	Beide Ovarien verwachsen, das linke mehr als das rechte. Die rechte Tube ist hypertrophisch.	Wundheilung gut. Bei Entlassung am 28. September war das Leiden bedeutend gebessert.	—	?	Mikrosk. Untersuchung ergibt chronische Oophor. gonorrh. beider Ovarien. (Herr Prof. Langhans.)	2 Monate.
31. Januar 1889. Beide Ovarien und Tuben werden abgetragen.	Nichts Besonderes. Rechtes Ovarium vergrössert.	Wundverlauf günstig.	Mai 1891. Seit Operation keine Menses, keine Schmerzen, keine Nervenzufälle mehr. Patientin hat an Embonpoint zugenommen, ist zu schweren und leichten Arbeiten fähig, fühlt sich völlig gesund.	Sehr gut.	Mikrosk. Untersuchung: Stroma normal. Sehr wenig Follikel. (Herr Prof. Langhans.)	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Jahre.
12. October 1889. Ovarien und Tuben abgetragen. Wegen Mangel der Stiele war die Unterbindung schwer und die Abtragung alles Ovarialgewebes unsicher.	Die Ovarien waren zu runden Tumoren entartet und sassens fest längs des Uterus.	Wundverlauf günstig.	Im November 1890 Menses regelmässig, verstärkt. Rechts und hinten ein kleiner, nussgrosser, empfindlicher, unregelmässiger Knoten, links undeutliche Resistenz. Curettement und Cauterisation des Uterusinnern. Mai 1891: Grosse Schwäche und Nervosität. Hitze wallungen und häufige Schweisse. Exurese nicht schmerzlos. Nach der Operation soll sie <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Jahr lang gut arbeitsfähig gewesen sein. Im Allgemeinen jetzt Besserung.	Besserung.	—	1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Jahr.



<p>25. P.-J., M., Schneiderin. (3. X. 89.)</p>	<p>27 Jahre.</p>	<p>Menstruation mit 15 Jahren regelmässig, stark.</p>	<p>I-para (vor 4 Jahren, Abort im 3. Monat).</p>	<p>Nach dem Abort blieb Patientin 12 Monate lang in einem auswärtigen Spital, angeblich wegen Darmentzündung. Seit dem Abort heftige Dysmenorrhöe. Beständige Schmerzen in der linken untern Bauchgegend. Obstipation abwechselnd mit Diarrhöe. Exurese brennt, häufiger Drang.</p>	<p>Uterus etwas vergrössert. Im Douglas liegt nach links zu eine schwer abgrenzbare, schwer bewegliche und schmerzhafte Resistenz, die sich an Uterus anschliesst und bis an die Beckenwand geht. Linkes Ovarium schwer durchzufühlen. Rechtes Ovarium deutlich zu erkennen, normal.</p>	<p>Unbedeutende Besserung (unter anderen Methoden auch elektrische Behandlung während 5 Wochen).</p>
<p>26. G.-H., R., Hausfrau. (20. II. 90.)</p>	<p>39 Jahre.</p>	<p>Im 17. Jahr menstr., stark, schmerzhaft.</p>	<p>III-para. 1. und 2. Geburt und Wochenbett normal. 3. Geburt Abort im 2. Monat.</p>	<p>Seit 6 Jahren viel Kopf- und Rückenschmerzen. Perioden stärker als früher, Menorrhagien. Weisses Fluss. Stuhlgang, Exurese gestört. Seit letztem Jahr grosse Schwäche, Blässe und Abmagerung.</p>	<p>Uterus nicht vergrössert, Cervix und Uterinhöhle eng. Rechts und links vom Uterus je ein eigrosser, unregelmässiger Tumor von fester Consistenz und verschwommenen Umrissen. Tumor rechts etwas weiter vom Uterus entfernt und leichter beweglich als links.</p>	<p>—</p>
<p>27. R.-Schw., A., Nähterin. (21. II. 90.)</p>	<p>36 Jahre.</p>	<p>Menses mit 18 Jahren, schwach, regelmässig, oft mit starken Schmerzen.</p>	<p>I-para (Abort im 5. Monat vor 14 Jahren, Wochenbett soll gut verlaufen sein).</p>	<p>Seit der Geburt im Jahre 1876 beständige Schmerzen im Kreuz und in der untern Bauchgegend. Aerztlich behandelt mit Incis. or. ut. ext. und Pessar besserten sich die Schmerzen, die nur mehr vor Eintritt der Regel (2 Tage) vorhanden waren. Seit Neujahr 1890 nach Erkrankung an Influenza heftige Beschwerden. Menses alle 14 Tage 8 Tage lang profus, zugleich starke Schmerzen im Kreuz und Bauch, die auch in den Intervallen nicht cessiren.</p>	<p>Geringe Retroversio uteri. Nach rechts und hinten ein klein eigrosser Tumor von wechselnder Consistenz und Oberfläche, etwas beweglich, links vom Uterus und noch mehr nach hinten ein ähnlicher Tumor, noch weniger beweglich als rechts. Strangartige Massen im Douglas.</p>	<p>Anfangs Besserung, später wieder die nämlichen Beschwerden.</p>
<p>28. K., F., Kammerfrau. (15. IV. 90.)</p>	<p>29 Jahre.</p>	<p>Seit 20. Jahr Menses, unregelmässig bis zum 26. Jahre, seither regelmässig, stark.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Seit 1 1/2 Jahren heftige Dysmenorrhöe. Schmerzen am stärksten vor Eintritt der Menses, dauern an bis nach denselben und verschwinden nie ganz. Stechen in der rechten Seite des Unterleibes. Starker Fluor. Hin und wieder Herzklopfen und Schmerzen im Rücken, längs der Wirbelsäule. Längere gynäkologische Behandlung erfolglos.</p>	<p>Anteflexio uteri. Beide Ovarien fühlbar, nicht vergrössert.</p>	<p>—</p>
<p>29. G.-A., M., Hausfrau. (2. V. 90.)</p>	<p>21 Jahre.</p>	<p>Menses mit 14 Jahren regelmässig, stark. Verheirathet seit Januar 1889.</p>	<p>0-para.</p>	<p>14 Tage nach der Hochzeit hob Patientin eine schwere Last. Einige Stunden später Schmerz im Unterleib. Von da an Menses unregelmässig, 2—4 wöchentlich, verbunden mit Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Schmerzen beim Uriniren und Stuhlgang. Mässiger Fluor albus. Patientin ist nur kurze Zeit in den Intervallen schmerzfrei.</p>	<p>Uterus anteflectirt, vergrössert. Nach rechts am Ansatz der Tube Tumor von Haselnussgrösse. Nach rechts und hinten das vergrösserte Ovarium von unregelmässiger Form, hinter und neben ihm mehrere kleinere, bewegliche Knoten. Linkes Ovarium stark vergrössert, unregelmässig, weniger beweglich als das rechte.</p>	<p>—</p>
<p>30. O.-T., K., Hausfrau. (5. II. 91.)</p>	<p>37 Jahre.</p>	<p>Menses seit 15 Jahre regelmässig.</p>	<p>X-para. Die 5. Geburt Zange (von den andern nichts bemerkt).</p>	<p>Die Periode ist seit der 5. Geburt stärker geworden. Im Herbst und Winter 1890 zwei Mal angeblich „Blüddarm-entzündung“. Seitdem heftige Schmerzen im Leib. Unregelmässigkeit in der Periode, Fluor. Aerztliche gynäkologische Behandlung erfolglos.</p>	<p>Uterushöhle 6<sup>cm</sup> lang, Körper weich, atrophisch, oberhalb der Symphyse durchzufühlen. Nach rechts davon apfelgrosse Resistenz, aus 3 Theilen bestehend: mittlerer eigross, scharf abgegrenzt, in der Richtung von vorn nach hinten flach, ziemlich tief im Douglas. Rückwärts davon 2. Masse, schwer abgrenzbar, 3. Masse, von der gleichen Beschaffenheit, liegt vor dem eiförmigen festen Tumor 1. Der letztere ist verschieblich, weniger die andern. Links nichts Besonderes.</p>	<p>—</p>

<p>25. November 1889. Nach einigen Schwierigkeiten wegen der Verwachsungen werden rechtes Ovarium und Tube abgetragen. Beim Versuch den linken Tumor herauszuziehen, platzte derselbe. Die grosse Cyste war nicht aus der Tiefe des Douglas herauszubringen, sie wurde gespalten, mit Jodoform-Gaze ausgestopft und in den untern Wundwinkel eingenäht. Die linke Tube abgetragen mit dem Rest des Tumors.</p>	<p>Nach rechts Ovarium und Tube mit Darm in einen Knäuel verwachsen. Rechtes Ovarium vergrössert, rechte Tube verdickt und verlängert. Links findet sich faustgrosse Geschwulst aus einer grössern und mehreren kleinern Cysten bestehend, daneben die kolbig verdickte Tube. Das linke Ovarium bildet einen Theil der Wand der grössern Cyste.</p>	<p>Wundheilung per secundam int. Abdomen nicht schmerzhaft. Geringe Cystitis. Schmerzen in den Leistengegenden.</p>	<p>Im Januar 1890 Influenza. Im Juni 1890 immer noch die nämlichen Schmerzen in der Gegend der Blase und den beiden Listen, besonders links. Menses sind wieder eingetreten, sehr stark, 3-wöchentlich, je 8 Tage dauernd. Palpation links neben Operationsnarbe intensiv schmerzhaft. Uterus antevortirt, um das Doppelte vergrössert, ziemlich weich, schmerzhaft. Rechts frei. Links und hinten vom Uterus eigrosse, schmerzhafte, nicht verschiebliche Resistenz. Mai 1891: Beschwerden wie früher. Menses ebenso.</p>	<p>Keine Besserung.</p>	<p>Mikrosk. Befund: Schleimhaut der Tuben zeigt ziemlich ausgedehnte Verwachsung der Falten, im Uebrigen Bild der chronischen Salpingitis. Gonococcenfärbung negativ. Das zugehörige Ovarium sehr klein, enthält einige grössere und sehr wenig kleinere Follikel. (Herr Prof. Langhans.)</p>	<p>1 1/2 Jahr.</p>
<p>22. Februar 1890. Vor der Eröffnung des Abdomens Curettement des Uterus. Der Tumor rechts liess sich schwer aus dem Becken herausbringen. Ebenso links. Beidseitig musste die Unterbindung und Abtragung tief in der Beckenhöhle vorgenommen werden.</p>	<p>Rechter Tumor tief hinten im Becken aus vergrössertem Ovarium und verdickter Tube bestehend. Links besteht der Tumor, der mit dem Ovarium verwachsen, aus verklebten Darmschlingen und vergrösserter Tube und Ovarium.</p>	<p>Wundverlauf gut. Leichter Blasenkatarrh.</p>	<p>Mai 1891: Menses erscheinen nie wieder. Blutarmuth immer noch vorhanden, ebenso Kopf- und Rückenschmerzen, aber alles geringer.</p>	<p>Besserung.</p>	<p>Mikrosk. Befund: Vergrössertes Ovarium mit zahlreichen grossen Follikeln von 2-5 mm Durchmesser, daneben nur ganz wenig kleine Follikel, keine Lymphzellen-Infiltration im normalen Stroma. (Herr Prof. Langhans.)</p>	<p>1 1/4 Jahr.</p>
<p>28. April 1890. Nach Eröffnung des Abdomens zeigt sich, dass die Exstirpation der Ovarien unmöglich ist.</p>	<p>Die beiden Tumoren fest in Exsudatmassen verwachsen.</p>	<p>Wundheilung per secundam int. Bei der Entlassung am 10. Juni 1890 Allgemeinbefinden gut. 2 Fisteln in der Hautwunde.</p>	<p>Mai 1891: Das erste halbe Jahr nach der Operation noch grosse Beschwerden, Menses alle 3 Wochen 8 Tage lang, arbeitsunfähig, dann allmälige Besserung, jetzt gut arbeitsfähig, Hernie neben der Narbe.</p>	<p>Besserung.</p>	<p>—</p>	<p>1 Jahr.</p>
<p>3. Mai 1890. Beide Ovarien und Tuben werden abgetragen.</p>	<p>Aufsuchen der Ovarien wegen Dicke und Straffheit der Bauchdecken etwas schwierig. Das lig. lat. des rechten Ovariums sehr kurz und gespannt.</p>	<p>Wundheilung per secundam. Stichkanäle eiterten ein wenig.</p>	<p>Ende Mai wieder dieselben Beschwerden. Eintritt der Menses ohne Veränderung des Allgemeinbefindens. Im Juli Uterus anteflectirt, etwas vergrössert. Im August und October Status idem.</p>	<p>Kein.</p>	<p>Mikrosk. Befund: Ovarien zeigen normales Gewebe. (Herr Prof. Langhans.)</p>	<p>1/2 Jahr.</p>
<p>29. Mai 1890. Die Ovarien konnten nur in der Tiefe des Beckens unterbunden und abgetragen werden. Es war sehr schwierig, die Adhäsionen zu lösen. Von der linken Tube konnte überhaupt nur die Hälfte herausgeschafft werden. An dem linken Stumpf lag ein rundlicher wurmförmiger Körper, von dem sich bei der Operation nicht sagen liess, ob es eine verwachsene Darmschlinge oder der Ueberrest der Tube sei.</p>	<p>Die Adnexe beidseitig stark verwachsen unter sich und in der Tiefe des Beckens. Tuben ausgedehnt und verlängert.</p>	<p>Im Wundverlauf entwickelte sich eine adhäsive Peritonitis mit Ileuserscheinungen, Darmfistel, Perforation des adhärenen Darmes. Perforation der Laparotomienarbe.</p>	<p>Mai 1891. 4 Monate lang erschienen keine Menses mehr, dann kamen sie regelmässig wieder, von Schmerzen begleitet, die indessen sehr gering sind. Arbeitsfähigkeit und Allgemeinbefinden sehr gut. Fistel völlig geheilt.</p>	<p>Sehr gut.</p>	<p>Mikrosk. Befund: Tuben fast vollständig von Granulationsgewebe ausgefüllt. Vom Lumen nur einige Spalten übrig, in denen Eiterkörperchen sich finden. (Herr Prof. Langhans.)</p>	<p>1 Jahr.</p>
<p>9. Februar 1891. Ovarien und Tuben werden freigelegt, abgebunden und abgebrannt.</p>	<p>Linkes Ovarium klein eigross. Mittlere Partie des Tumors rechts bildete das rechte Ovarium, hintere Partie alte Blutgerinnsel; vordere Partie stark verdickte und geschlängelte Tube mit dem Ovarium fest verwachsen.</p>	<p>Wundheilung p. p. i. Am 3. Tag wird der schleimige, braune Ausfluss aus der Scheide stinkend. Entlassung mit Wohlbefinden am 28. Februar 1891.</p>	<p>Mai 1891. Bis 4 Wochen nach Operation ganz günstig, dann soll wieder Unterleibsentzündung eingetreten sein, welche Patientin sehr schwächte. Häufig starke Schweisse. Menses traten nie wieder ein.</p>	<p>?</p>	<p>Mikrosk. Befund: Ovarien, Stroma normal, einige grosse Follikel, sehr wenig kleine Follikel. (Herr Prof. Langhans.)</p>	<p>1/4 Jahr.</p>

<p>31. U., M., Magd. (14. X. 89.)</p>	<p>21 Jahre.</p>	<p>Seit 15. Jahr menstruiert, sehr unregelm., profuse Menses, schmerzhaft. Als Kind Darmentzünd. und Rothlauf.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Seit 5 Jahren sogenannte Nervenzufälle. In verschiedenen Spitälern behandelt worden. Auch in Augenklinik angeblich wegen zeitweiser Erblindung. Während der Anfälle Besinnungslosigkeit. Schmerzen in Kopf, Rücken, Unterleib. Dysmenorrhöe. Obstipation, Fluor albus. Wiedereintritt im Januar 1891. Dysmenorrhöe stärker geworden, Schwindel, Kopfschmerzen, Uebelkeiten.</p>	<p>Hymenalring geröthet, leicht blutend. Im Scheidengewölbe Rauigkeiten. Uterus normal gross, stark anteflectirt. Sonde gleitet schwer durch den retrovertirten Cervix. Ovarium rechts hinten, tiefstehend, beweglich, etwas vergrössert. Linkes Ovarium hoch, vergrössert.</p>	<p>In der Zeit zwischen erster und zweiter Anstaltsbehandlung hat sich Patientin wohl befunden, arbeits tüchtig. Nach 1/2 Jahr traten wieder Beschwerden ein; hysterische Convulsionen.</p>
<p>32. H., E., Magd. (20. IX. 90.)</p>	<p>30 Jahre.</p>	<p>Menses seit 19. Jahre, stark, ohne Molimina.</p>	<p>I-para. Geburt norm., ebenso Wochenbett.</p>	<p>Kurz nach Wiedereintritt der Menstruation, nach der vor 2 Jahren durchgemachten Geburt, Schmerzen in Kreuz und Unterleib, welche seither immerwährend andauerten, ohne in Folge der Menses erheblich zu variiren. Fluor. Nie Wasserbrennen.</p>	<p>Status September 1890. Uterus retrovertirt. Rechtes Ovarium nichts Besonderes. Linkes Ovarium nach vorn gelagert, das linke lig. sacro-uterinum gespannt. Status März 1891. Rechtes Ovarium 3—4 Mal so gross. Linkes Ovarium noch einmal so gross, daneben geschlängelte Resistenz. Douglas und rechtes Ovarium sehr druckempfindlich.</p>	<p>Die übliche gynäkologische Behandlung erfolglos.</p>
<p>33. Sch., R., Magd. (21. IV. 91.)</p>	<p>25 Jahre.</p>	<p>Menses kamen im 16. Jahre. Anfangs sehr unregelmässig.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Patientin hat als Kind von 10 Jahren Typhus durchgemacht, wihl 5 Mal Pneumonie mit Blutspucken durchgemacht haben, im Verlauf von 4—5 Jahren. Nach Eintritt der Menses chlorotisch. Seit 20. Jahr Menses regelmässig, aber sehr schmerzhaft geworden. Schmerzen in Bauch und Kreuz. Der Blutverlust wurde grösser. Sie wurde poliklinisch behandelt. Jetzt starker Fluor albus mit Brennen an den äussern Genitalien, Schwäche, Dysmenorrhöe.</p>	<p>Uterus retrovertirt und descendirt. Sonde dringt 6<sup>cm</sup> ein. Auf der vorderen Fläche des Uterus klein eigrosser cystenartiger Tumor, der bei Bewegung des Uterus nach rechts weicht.</p>	<p>Gynäkologische Behandlung in Anstalt ohne Erfolg.</p>
<p>34. M., A., Magd. (4. XI. 90.)</p>	<p>27 Jahre.</p>	<p>Mit 16 Jahren regelmässig menstruiert, zieml. stark, ohne Molimina.</p>	<p>0-para.</p>	<p>Patientin hat vor 2 Jahren Scharlach durchgemacht. Ihr jetziges Leiden führt sie auf Mai 1889 zurück, wo sie während der Periode harte Arbeit verrichtete und dabei einen plötzlichen, heftigen Schmerz im Unterleib verspürt haben will. Von da an Menses unregelmässig, von Schmerzen besonders im rechten Hypogastrium und im Kreuz begleitet, die auch in den Intervallen nicht völlig aussetzen. Grosse Schwäche, Ueblichkeiten, Arbeitsunfähigkeit.</p>	<p>Uterus retrovertirt. Rechtes Ovarium schmerzhaft, vergrössert, linkes ebenso, doch nicht so empfindlich, beide noch beweglich. Nach vorn vom Uterus, rechts im Scheidengewölbe, fühlt man einen strangartigen Körper: die Tube.</p>	<p>Keine erhebliche Besserung in Anstaltsbehandlung.</p>

7. Februar 1891. Ovarien und Tuben abgetragen.	Beide Ovarien vergrössert, zeigen grosse Anzahl erweiterter Follikel. Das rechte Ovarium riss am Hilus ein und zeigt dort dickeres, derbes Bindegewebe.	Wundverlauf gut. Bei der Entlassung (28. Februar 1891) keine Schmerzen, Uterus etwas seitlich verschoben, an der Stelle der Ovarien nichts zu erkennen.	Ende März schwache Blutung, sonst aber keine Menses mehr. Molimina bei den Menstruationsterminen. Bisweilen noch heftige Kopfschmerzen. Seit Operation viel Herzklopfen und starke Blutwallungen gegen den Kopf.	Patientin schätzt die Operation bis jetzt erfolgreich.	Mikrosk. Befund: Follikelapparat sehr stark entwickelt, Stroma normal.	1/4 Jahr.
30. März 1891. Ovarien und Tuben werden abgetragen.	Rechtes Ovarium stark vergrössert, nicht adhärent, zeigt eine nussgrosse und viele kleinere Cysten. Tube geschwellt. Linkes Ovarium stark adhärent.	Wundverlauf gut. Bei der Entlassung am 17. April 1891 Nachbarschaft des Uterus frei. Befinden gut.	—	?	Mikrosk. Befund: Ovarien vergrössert. Stroma normal, zahlreiche collab. Follikel und corp. alba. Wenig grosse und keine kleinern Follikel. Die Wand der coll. Follikel besteht aus einer breiten Schicht von polyedrischen Zellen. In dieser Schicht ein Netzwerk von feinen Gefässen. Die Innenfläche der Follikel ist ausgekleidet von einer ein- und mehrschichtigen Membrana granulosa. In der Tube keine Veränderungen.	2 Monate.
9. Mai 1891. Abtragung von Ovarien und Tuben.	Beckenorgane und Gedärme, besonders rechts, mit einander verwachsen, Loslösung war sehr schwierig. Ueber den Tumor verlief eine daumendicke, geschlängelte Masse, welche für einen Darm gehalten werden musste, sich aber als Tube erwies. Das Ovarium wurde fast ganz von einer Cyste eingenommen, welche beim Herausnehmen platzte. Linkerseits ähnlich. Beide Ovarien degeneriert.	Wundverlauf günstig. Bei der Entlassung am 6. Juni in der Umgebung des Uterus nichts zu fühlen, doch noch dieselben Symptome. Auf der Lunge pneumonische Reste.	—	?	Mikrosk. Befund: Wucherung und Verästelung der Schleimhautpapillen der bedeutend verdickten Tuben. Die Axe der Papille von reichlichen Rundzellen durchsetzt; an einzelnen Stellen schwillt sie stark an und zeigt das typische Bild eines Tuberkels mit Riesenzellen etc. Vereinzelt centrale Nekrosen. In Ovarien keine Veränderungen.	1 Monat.
4. December 1890. Abtragung der Adnexe wie gewöhnlich. Bei der Abtragung mit Thermocauter ereignete es sich, dass am linken Wundrand die Haut etwa fünf frankenstückgross verschorft wurde.	Beide Ovarien vergrössert, Oberfläche mit kleinen Cysten besetzt.	Wundheilung günstig. An der verschorften Stelle per sec. intent. Bei der Entlassung, 28. Januar 1891, Allgemeinbefinden gut.	Wiedereintritt 6. Februar 1891. Patientin hat vor 2 Tagen plötzlich Fieber bekommen und Schmerzen im Bauch. Auf der rechten Seite bleistiftdicker, sehr empfindlicher Strang, links Douglas empfindlich, ohne Resistenz. Nach 5 Wochen kein Fieber mehr, gebessert. Rechts immer noch auf Druck schmerzhaft. Menses nie mehr eingetreten. (Juni 1891.)	?	Mikrosk. Befund der Ovarien. Dicke Albuginea, Stroma normal, keine Lymphkörperinfiltration, ziemlich viel kleine, wenige grosse Follikel, viel collab. Follikel. Anatomisch liegt keine Entzündung vor.	1/2 Jahr.

2/10/18