



Ueber
Castration wegen Epilepsie
bei
infantilem Uterus.

Inaugural-Dissertation

der
Medicinischen Facultät zu Jena
zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

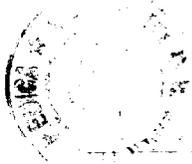
Walter Lutsch,

Arzt.

Jena,

Druck von B. Engau.

1889.



Genehmigt von der medizinischen Fakultät auf Antrag des
Herrn Geh. Hofrath Prof. Dr. B. S. Schultze.

Jena, den 14. Juli 1889.

Prof. **Gärtner**,
d. Z. Dekan.

Die Castration ist erst seit 17 Jahren praktisch in die Medicin eingeführt und während dieser Zeit in Bezug auf ihre Indicationen vielfach Gegenstand von Besprechungen gewesen, so dass dieselben im allgemeinen recht gut bestimmt und begrenzt sind bis auf die letzte, von Hegar 1878 noch gar nicht als solche angeführte: die Neurosen als Indication zur Castration.

Wir lassen, bevor wir in die Erörterung derselben eintreten, einen Fall folgen, welcher am 26. Nov. 1888 von Herrn Geh. Hofrat Schultze operirt wurde, und wo es sich neben einer Entwicklungshemmung im Sexualapparate um clonische Muskelkrämpfe mit Bewusstseinsstörungen handelte, die seit 6 Jahren bestanden, diese waren also als epileptische zu bezeichnen. Es sei gleich hier bemerkt, dass dieselben sich nicht unter das Schema der Hystero-Epilepsie bringen liessen, weil wir hierunter eine Epilepsie verstehen, die als Teilerscheinung der Hysterie einhergeht, von deren mannigfaltigen Symptomen keins zur Beobachtung kam; erwähnt sei aber auch, dass diese verschiedenen Krampfformen in ihrer chirurgischen Dignität durchaus noch nicht getrennt werden müssen oder können¹⁾.

1) Leppmann, Arch. f. Gynäkologie XXVI. 1885. p. 57.

Fall:

A. B., Landwirthstochter, 20 Jahre alt.

Aufnahme am 19. X. 88.

Der Bericht ihres Arztes lautete:

Ueberbringerin dieses Briefes ist eine Patientin, welche ich schon mehrere Jahre lang beobachtet habe. Dieselbe litt seit dieser Zeit an heftiger Hystero-Epilepsie verbunden mit Amenorrhoea. Ich habe in dieser Zeit alle mir bekannten Hilfsmittel versucht; Injectionen in uterum, Hirud. ad port. vaginal., Scarificationen derselben, Chloralhydrat, schliesslich Electricität (Faradisiren des Cavum uteri). Alles blieb ohne Erfolg. Ich suche die Ursache der Hystero-Epilepsie und der Amenorrhoea in einer Entzündung der Ovarien. Ich fühle dieselben im hinteren Scheidengewölbe seitwärts als etwa apfelgrosse höckerige Tumoren, welche bei combinirter Untersuchung ziemlich empfindlich sind. Als Ultimum refugium habe ich der Kranken die Castration vorge schlagen.

Die Anamnese lautete:

Patientin war als Kind angeblich gesund. Seit dem 14. Jahre traten alle 3 bis 4 Wochen heftige Krämpfe auf, in den letzten 2 Jahren, stellen sie sich alle 14 Tage ein. Die Krampfanfälle, während welcher Patientin das Bewusstsein vollständig verliert, treten meist des Nachts auf; wenn Patientin des Morgens erwacht, fühlt sie sich matt und schläft bald wieder ein, ihre Angehörigen teilen ihr dann die Ereignisse der Nacht mit. Meist ist es alle 14 Tage bloss eine Nacht, doch öfter auch zwei hintereinander, in denen Krämpfe stattfinden.

Einige Tage liegt Patientin stets im Bett. Auch am Tage kommen während dieser Zeit Krampfanfälle vor, doch dauern diese bloss kurze Zeit. In der Zwischenzeit ist Patientin arbeitsfähig. Seit zwei oder drei Jahren sollen die Anfälle von einem 2 tägigen rötlichen Ausflusse begleitet sein. (Derselbe wurde in der Klinik nicht beobachtet).

Beschwerden: Periodisch wiederkehrende Krämpfe.

Status praesens vom 20. X. 88:

Mittelgross; schlank; Panniculus adiposus mässig; Muskulatur kräftig; Haare blond, gewellt; Pupillen mittelbreit; gleich; reagiren auf Licht; Iris graublau; sichtbare Schleimhäute bleich; Zähne gut; Hals mittellang, schlank; Mammæ klein, Leberdämpfung am oberen Rand der sechsten Rippe in der Parasternallinie, Spitzenstoss im fünften Intercostalraum, Herztöne rein, Lungen gesund. Nennengeräusch über beiden Supraclaviculargruben. Abdomen im Niveau des Thorax, Nabel eingezogen, Linea alba schwach pigmentirt, Percussionstympanitisch. Palpation der rechten Seite etwas schmerzhaft. Vulva schliesst gut, Frenulum erhalten, Hymen zeigt bis auf die Basis reichende Einrisse. Portio in der Spinallinie, sehr kurz, Muttermund grübchenförmig. Cervix schlank, Uterus sehr klein, auf 4 cm Cavum zu schätzen, schlank, sehr dünn, anteponirt, dextroponirt. Bewegung des Cervix schmerzlos, nach rechts etwas behindert, linkes Parametrium wenig empfindlich, vor der rechten Articulatio sacroiliaca ein Tumor, etwas grösser als ein normales Ovarium, etwas druckempfindlich. Linkes Ovarium vor der Articul. sacroil. gelegen.

Sonde 4 passirt 5 cm. In der Knicellenbogenlage zeigt sich der Muttermund grübchenförmig, keine Erosionen.

Die Krämpfe werden am 26. X. erwartet. Am 28. X. abends 9 Uhr, nachdem Patientin eine Weile geschlafen, beginnt ein Krampfanfall, etwa 15 Minuten dauernd. Patientin dreht die Hände im Kreise herum, krümmt sich im Bett zusammen, Zuckungen; musste von einer ihrer Zimmergenossinnen gehalten werden. Schnarrende Respiration. Schaum vor dem Munde, starker Sch weiss. Die ganze Nacht wirft Patientin sich unruhig im Bett umher. Heute ist sie sehr matt und angegriffen, weiss von gestern Abend nichts.

Am 29. X. Abends wiederholte sich der Anfall, aber schwächer.

31. X. Während der Visite ein sehr schwacher Anfall, bei dem Patientin in Bewusstlosigkeit verfiel, sie konnte nicht sprechen. Nach etwa 7 Minuten reagirt sie auf Anruf mit ihrem Namen. Pupillen weit, reagiren auf Licht.

1. XI. *Narcose.* Der Uterus ist infantil, nicht grösser als bei einem Kinde. Per rectum und vaginam: links wenig, rechts stärker eine Verdickung der Ligamenta lata in der Höhe der Douglas'schen Falten. Linkes Ovarium frei beweglich im Douglas'schen Raume gelegen, etwa doppelt so gross in allen Durchmesser als ein normales, etwas lang gestreckt. Rechtes Ovarium nahe der Beckenwand, nicht eben so frei beweglich, anscheinend etwas grösser als das linke. Das linke Ovarium ist grösser als der Uterus.

Bei der klinischen Vorstellung am 2. XI. ergab die Sondirung des Cavum uteri 5 cm. .

Am 7. XI. trat wieder ein Anfall auf, gleich nach dem Bade.

Am 20. XI. abends 11 Uhr und am 21. XI. morgens traten Anfälle auf. Diese hatten nach den Beobachtungen der übrigen Kranken ganz den Character wie die früher beschriebenen. Gewöhnlich beginnt ein solcher Anfall mit Hustenstößen, allgemeiner Unruhe, die sich in zwecklosen Bewegungen der Extremitäten documentirt; vor dem Munde steht sehr viel Schaum; die Patientin wirft die Decke weg, versucht sich zu setzen, weiss nichts von sich und der Umgebung und stösst einige unarticulirte Laute hervor; die Augen sind geschlossen, der Puls klein.

Nach den üblichen Vorbereitungen zur Laparotomie durch Bäder, Abführmittel, Scheidenausspülungen u. s. w. wurde die Castration am 26. XI. vorgenommen. Der Bäuchschnitt fiel gerade so lang aus, dass vier Finger eingehen konnten. Nach Eröffnung des Peritoneums wurde zuerst Tube und Ovarium der rechten Seite unterbunden und entfernt und der Stumpf der Ligamente umsäumt. Mit einem Stilet wurde ein Faden durch den Stiel gestochen und nach beiden Seiten ligirt unter Mitfassen von etwas Pérít. am Rande, um das Abgleiten zu verhindern. Ein Faden wurde nachher noch als Gesammligatur benutzt. Einige Gefässe der Schnittfläche wurden gleich unterbunden. In gleicher Weise wurde links vorgegangen. Da es fast gar nicht geblutet hatte;

liess sich beim Austupfen des Douglas'schen Raumes nur wenig rosarotes Blut aus den Schwämmen ausdrücken.

Die Ovarien waren von glatter Oberfläche, etwa dreimal so gross als normal. Makroskopisch nichts abnormes. Ein kleines gelbes Pünktchen erwies sich mikroskopisch als Fett.

Die Ovarien wogen nach der Operation 12,0 u. 18,0 Gramm. Die Spirituspräparate, welche ich sah, zeigten makroskopisch folgendes: Das rechte war 5 cm lang, an der breitesten Stelle $3\frac{1}{2}$ cm breit, 2,1 cm hoch. Die Oberfläche war uneben, ohne Rauhigkeiten. Auf dem Durchschnitte hirsekorn- bis linsengrosse, mit Substanz ausgefüllte Hohlräume von runder oder unregelmässiger Gestalt. Das linke war 5 cm lang, 3 cm breit; 1,9 cm hoch, ebenfalls kleine zum Teil leere Hohlräume enthaltend.

An beiden Ovarien die Fimbrienden der Tuben hängend. Die mikroskopische Untersuchung ergab eierhaltende, aber keine geplatzten Follikel.

Am 26. XI. klagte Patientin bei normaler Temperatur über starke Schmerzen im Leibe, weshalb mehrmals mittlere Gaben Opium verabreicht wurden, wonach Schlaf erfolgte. Patientin brach nicht, die Pupillen reagierten gut auf Licht, die Zunge war feucht, der Leib weich, nicht druckempfindlich. Puls 110 bis 116. Am 27. hatte Patientin um 3 Uhr einen kurzen Anfall mit Bewusstseinsverlust. Die Augen wurden verdreht, ebenso die Hände, Schaum stand vor dem Munde; Kaubewegungen. Patientin merkte erst an dem Schaume, den sie sich darnach abwischte, was vorgefallen. — Um

6 Uhr wiederholte sich ein Anfall von 1 Minute, wobei neben Augenverdrehungen der Kopf stark zum Nacken gebeugt wurde. Am 28. brach Patientin nach einer schlaflosen Nacht viel und klagte über Schmerzen in der Wunde. Es gingen aber Winde ab, die Zunge war feucht, der Leib weich, nicht druckempfindlich; der Urin wurde spontan entleert. Am 29. fühlte sich Patientin nach gutem Schlaf sehr wohl und genoss etwas Taube. Am Abend brach sie öfter, ebenso am 30. morgens: anfangs die abends genossene Suppe und Wein, dann Schleim. Stechen in der Wunde, sonst keine Schmerzen. Viel Durst, wenig Appetit, Zunge mässig feucht, Leib weich, nicht druckempfindlich, nur spärlich Abgang von Flatus. Der Puls war von 106 des Vortages auf 144 gestiegen! Es wurde Wein, Opium, Digitalis verordnet. Patientin schlief und fühlte sich abends wohl, der Puls war trotz der Frequenz (138) voll, Temperatur wenig gestiegen (37,8).

Am 1. Dec. ging der Puls auf 114 herab, die Temperatur blieb mässig gesteigert. Es erfolgte ziemlich fester Stuhlgang ohne Beschwerden. Patientin zeigte Appetit. Am 2. erbrach Patientin trotz öfterer Opiumgaben, seit Mittag wiederholt recht reichlich unter Schmerzen und Kollern im Leibe und Stechen an der Wunde. Stuhlgang oder Flatus gingen nicht ab. Am 3. zeigte sich nach öfter unterbrochener Nachtruhe und bei subjectivem Wohlbefinden die Zunge wenig feucht, die Lippen aufgesprungen, der Leib weich, nicht aufgetrieben, Schmerzhaftigkeit nur an der Wunde. Es bestand Foetor ex ore. Magnesia usta. — Die Temperatur

stieg auf 38,8. Daher wurde abends die Wunde revidiert: Die 3. Peritonealsutur zeigte gerötete Umgebung und war auf Druck schmerzhaft. Nach Entfernung der Suturen entleerte sich bei der Incision in die mit einem Eiterpfropf ausgefüllten vorderen Stichkanäle dicker, nicht riechender Eiter. — Am 4. sank daher die Temperatur auf die Norm. Beim Verbandwechsel wurden die Oeffnungen des vereiterten Stichkanals mittelst Incisionen erweitert. Es entleerte sich eine grosse Menge blutigen Eiters. Es wurde Jodoformdocht eingelegt, der sich indessen bald als hinderlich für die Passage des Eiters erwies. Am 5., also am 10. Tage nach der Operation, wurden alle Suturen entfernt und die beiden Oeffnungen noch weiter incidirt. Auch einige andere kleine Stichkanäle entleerten ein wenig Eiter. Am 6. zeigte sich die Infiltration bedeutend zurückgegangen, die Secretion gering. Am 12. trat nachts ein Krampfanfall auf, ganz wie die früher beschriebenen. Anfangs Hüsteln, Unruhe, zwecklose und jeder Absicht entbehrende Bewegungen der Extremitäten, Abwerfen der Decke, Opisthotonus, Stöhnen, Schaum vor dem Munde, Bewusstlosigkeit. Am 13. früh wurde wieder ein leichter Anfall beobachtet. Wieder fehlte das Bewusstsein. Patientin schien nicht so angegriffen wie früher. Bei der letzten Revision am 21. XI. zeigte sich die Bauchnarbe 9,5 cm lang, nirgends eine Entzündung oder Druckempfindlichkeit. Die Portio stand weit vorn, im Becken war nichts abnormes zu fühlen.

Der Begriff der Castration der Frauen und im organischen Zusammenhange damit die Aufstellung von

Indicationen für dieselbe hat in seiner historischen Entwicklung mancherlei Umwandlungen erfahren. Wenn wir von allen aus ethischen [Wierus¹⁾] oder socialen Gründen vorgenommenen Castrationen absehen, so nahm man die Entfernung von Ovarien, welche an und für sich nicht derartig erkrankt waren, dass ihre Exstirpation nötig gewesen wäre, oder die vielleicht sogar normal waren, früher mehrfach als Teiloperationen bei anderen Eingriffen z. B. bei ihrer Lagerung in Bruchsäcken (Pott, Esmarch²⁾) vor. Köberlé entfernte sie 1869 bei Befestigung der Ligamenta lata in der Bauchwunde.

Ein neues Stadium war die Aufstellung von Indicationen für die Castration und die zweckbewusste Vornahme derselben. Sie wurde schon 1823 von Blundell bei Dysmenorrhoea und Inversio uteri empfohlen, wenn alle anderen Mittel zur Beseitigung der Erkrankung erschöpft wären.

Die erste Castration im neueren Sinne wurde von Hegar am 27. Juli 1872 bei Dysmenorrhoea und Ovarialneuralgia ausgeführt. Das Stroma fand sich degenerirt, ausserdem kleincystische Follikelentartung. Tod durch Peritonitis.

Kurz darauf, am 17. August 1872 nahm Battey in Rome (Georgia) eine „normal ovariectomy“ vor. Ihm folgten viele Amerikaner (Lawson Tait, Marion Sims), welche die Operation die Battey'sche nannten.

1) Diemenboeck. Anatomie corp. hum. Utrajecti 1672. lib. I. De ventre inf. p. 225.

2) Archiv f. Gynäkologie XII, p. 132.

In Deutschland war es besonders Hegar, welcher die Castration des öfteren empfahl und wiederholentlich ausführte. Er vertritt im Gegensatze zum Autor der „normal ovariotomy“ die Ansicht, dass irgend welche pathologische Veränderungen des Ovariums, des Uterus oder seiner Adnexa¹⁾ gewöhnlich vorhanden sind in Fällen, wo man zur Indication der Castration gelangt und stellt für den „Collectivbegriff“²⁾ Castration in seinem Sinne d. h. Entfernung gesunder oder nur unbedeutend erkrankter oder vergrößerter Ovarien entsprechend der historischen Entwicklung eine Reihe von allgemeinen und besonderen Indicationen auf. Noch 1887³⁾ hält Hegar an der historischen Definition zur Vermeidung zu grosser Verwirrung fest, da sich weder nach dem erstrebten klinischen Zwecke (Entfernung von direct Reizerscheinungen hervorrufenden Ovarien, andererseits indirect durch Herbeiführung der anticipirten Klimax), noch nach der anatomischen Veränderung der Eierstöcke neue Partial-Definitionen abgrenzen lassen.

Batthey⁴⁾ selber erklärte 1887 sich energisch gegen den Ausdruck „normal ovariotomy“.

I. Hegars⁵⁾ allgemeine Indicationen sind, vorausgesetzt, dass mildere therapeutische Eingriffe zu keinem Resultate führten: Anomalien und Erkrankungen.

1) Centralbl. f. Gynäkologie III, p. 530. 1879 u. Centralbl. f. Gynäkologie 1887. p. 698.

2) Castrat. b. Neurosen 1885. p. 12.

3) Centralbl. f. Gynäkologie 1887. p. 700.

4) Am. Journ. of Obstetr. 1887. p. 1039.

5) Die Castr. der Frauen in Volkmanns klin. Vortr. 1878.

- 1) mit unmittelbarer Lebensgefahr,
- 2) solche, welche den Tod in nicht zu langer Zeit zur Folge habe würden,
- 3) solche, welche eine Beschäftigung der Patientin unmöglich machen oder sie zum Siechtum führen.

II. Besondere Indicationen:



- 1) Ovarialhernien mit Einklemmungserscheinungen, sobald Repositionsversuche vergeblich sind (Pott, Es-march),
- 2) Intumescenz der Ovarien mit Irradiationserschei-nungen, von vermehrter Schmerzhaftigkeit gegen Druck bei normaler Lage oder Dislocation in den Douglas. Chron. Oophoritis und Perioophoritis, be-ginnende Coccygodynie.
- 3) Zustände des Uterus, welche das Zustandekommen der menstrualen Ausscheidung unmöglich machen oder äusserst erschweren, während die Eierstöcke vorhanden sind und funktioniren.
- 4) Atresie des Uterus oder der Scheide, welche die Excretion des Menstrualblutes hindern.
- 5) Chronische Entzündung der Tuben, des Becken-bauchfells und des Parametriums, welche, wenn auch nicht primär durch pathol. Processe im Ova-rium entstanden, doch durch die Ovulation stets von neuem angeregt werden und recidiviren.
- 6) Erkrankungen des Uterus, wie insbesondere Fibro-myome, chronische Infarkte, besonders solche mit schwer zu stillenden Blutungen, Retroflexionen und Anteflexionen u. s. w.
- 7) Als neue Indication gab Tauffer an: Mit dem

Gemüthsleben zusammenhängende Geisteskrankheiten, oder, wie es in der Fassung von Fehling heisst: Schwere Neurosen, die mit den Sexualorganen zusammenhängen. Hegar¹⁾ fügte in Bezug auf Neurosen seinen allgemeinen Indicationen hinzu: wenn das Leiden die psychische Gesundheit entschieden gefährdet und den Lebensgenuss unmöglich macht.

Bedingung ist ihm die Möglichkeit der Fortschaffung der Neurosen oder eines integrierenden Factors, ohne dessen Beseitigung an eine Heilung nicht gedacht werden kann. Andererseits betrachtet Hegar die Castration für contraindicirt bei Neurosen²⁾, wenn keine anatomischen Veränderungen der Geschlechtsorgane bestehen, denn obgleich auch bei gesundem Geschlechtsapparat durch die Menstruation Schwankungen in Neurosen hervorgebracht werden können und durch diese zeitliche Coincidenz ein Zusammenhang derselben mit der Sexualsphäre bewiesen zu sein scheint, so ist derselbe doch zu nebensächlich und locker, um auch hier einen heilsamen Effect der Castration erwarten zu können.

Als Beispiel für die aus unmotivirten derartigen Indicationsstellungen erwachsenden Verluste führt er vier Castrationen von Olshausen mit schlechtem Resultate an. Auch Spiegelberg (1879) war in gleicher Weise erfolglos.

Demgegenüber steht nun wieder Schröder,³⁾ indem er erklärt, dass ebenso wie man gesunde Ovarien

1) Zeitschrift f. Geb. u. Gynäkologie I. Jan. 1884.

2) Centralbl. für Gynäkologie III, p. 530. 1879.

3) Zeitschrift f. Geb. u. Gynäkologie XIII, 325.

entfernt, um eine Rückwirkung auf Uterusmyome zu erzielen, man — theoretisch gefolgert — auch gesunde Ovarien entfernen kann, um eine Neurose zur Heilung zu bringen, da celatante Beispiele den günstigen Einfluss der Menopause auf Neurosen zeigen. Die Erfahrung allein, nicht theoretische Ausführungen hätten darüber zu entscheiden. Im Anschluss daran führt er (von seinen 10) 4 durch mehrere Jahre nach der Castration beobachtete Fälle an, in welchen allgemeine Neurosen allerdings dauernd beseitigt sind, und die dadurch bemerkenswert sind, dass die Ovarien keine Anomalien zeigten.

Es fragt sich nun für uns hauptsächlich, ob der so vielfach angenommene und a priori eminent wahrscheinliche Zusammenhang zwischen gewissen Neurosen und der Sexualsphäre wirklich bewiesen ist und in welcher Ausdehnung er besteht.

Ruscheweyh¹⁾ hat sich mit der Geschichte dieses Gegenstandes beschäftigt und kommt zu dem Schlusse, dass die Ovarie nicht nur eine Erscheinung der Hysterie und Hystero-Epilepsie sei, sondern auch allen Psychosen zukomme; dass die Melancholien die häufigsten Ovarien aufweisen, und dass unter den Fällen mit reiner Ovarie 41% mit Störungen behaftet sind, die grösstenteils auf Affectionen in der vasomotorischen Sphäre (Sympathicus) zurückzuführen sind.

Schon früh hatten die Aerzte beobachtet, dass Erkrankungen gewisser Organe (z. B. Lunge) auf die

1) H. Ruscheweyh: Ueber die Bedeutung der sogenannten Ovarialhyperästhesie. Jan. 1886.

Psyche keinen nachtheiligen Einfluss haben, dagegen Magen und Genitalleiden sehr oft mit psychischen Verstimmungen einhergehen. Den aus diesen Beobachtungen gezogenen Consequenzen entspricht der Name Hysterie = Mutterweh für eine Krankheit, von der Hegar 1885 sagte: Die Ansicht, dass Hysterie stets mit Genitalleiden zusammenzubringen sei, ist veraltet. Ruscheweyh teilt in seiner Arbeit die Ansichten der französischen Autoren mit, die sich mit dem Zusammenhange zwischen Ovarialschmerz und Neurosen und mit künstlicher Erzeugung durch Druck auf die als Sitz der Neuralgie in Anspruch genommenen Ovarien beschäftigten. Charcot gelang es nun mehr als seinen Vorgängern, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit dieser Symptome hinzulenken. Er unterscheidet drei Phasen der Aura, welche man künstlich erzeugen kann, und nach ihm sind alle Symptome von Ovarialschmerz bis zu den grossen Krampfanfällen mit Bewusstseinsverlust nur Teilerscheinungen gewisser Formen von Hysterie. — Von deutschen Autoren trat Holst¹⁾ entschieden für Charcot ein. Es gelang ihm, in einer Reihe von Fällen durch Druck die grossen hysterischen Anfälle — ohne Charcots Aura — hervorzurufen, sowie durch energische Compression der Ovarialgegend einen spontan entstandenen Anfall zu coupiren. Holst entscheidet sich bezüglich des Organs, von dem die Erscheinungen ausgehen, auf Grund der Charcot'schen Untersuchungen

1) Ueber das Verhältniss einzelner nervöser Symptome zur Gynäkologie. Arch. für Psych. u. Nervenkr. XI, No. 38. 1818.

an der Leiche für die Ovarien. Oophoritis sei nicht immer nachweisbar, der Schmerz sei ein rein nervöser.

Landau¹⁾ stellte 1883 eine Patientin vor, die an allen Charcot'schen Symptomen (Hemianaesthesia, Paresen fast aller Gehirnnerven links, auf der anaesthetischen Seite das schmerzhaft Ovarium), also an ovarieller Hysterie in Charcots Sinne litt. Das Ovarium war zu einem freibeweglichen, nicht entzündlichen Tumor degenerirt und zweifellos die Ursache des Schmerzes. Landau exstirpirte es daher, fand aber, dass sämtliche hysterischen Symptome dieselben blieben, die Empfindungen in der linken Ovarialgegend sich sogar noch steigerten. Landau schloss daraus, dass es sich hier um eine rechte Neuralgie des Ovariums handelte, dessen Entfernung ebensowenig wie die Extraction eines Zahnes bei einer Trigemimusneuralgie die Schmerzen und deren Localisation²⁾ an der Peripherie verhindern könnte, überhaupt habe die Ovarie als solche zur Hysterie keine Beziehungen, am allerwenigsten sei sie Grund der Hysterie. Man solle daher nie wegen Hysterie als solcher, aber auch nicht bei blosser Hyperästhesie der Ovarien castriren.

Prochownick³⁾ wirft Landau vor, in der Ausbeutung dieses allerdings in allen a priori gehofften Vorteilen negativen Resultates viel zu weit gegangen zu sein, denn es sei unbillig, bei einer Frau mit bald vierzigjähriger Anamnese sofort Heilung zu verlangen. „Diese 32jährige Patientin bot nämlich schon seit dem

1) Berlin. klin. Wochenschr. 20. No. 40.

2) Journ. des soc. scient. 1885. No. 28. (Aehnlich Terrier).

3) Archiv für Gynäkologie 29. 1887.

15. Jahre im Anschluss an einen Steinwurf gegen die linke Stirnseite und eine diesem folgende Gehirnentzündung schwere nervöse und hysterische Symptome dar. Es liegt wohl auf der Hand, dass im vorliegenden Falle auch der begeistertste Anhänger der Castration nicht mehr als eine Besserung der mechanischen Beschwerden und allenfalls einen Nachlass der von dem berührten Dermoid ausgehenden Schmerzen erwartet haben würde“. Bei Gelegenheit der Landau'schen Vorstellung sprach sich Schröder dahin aus, dass Charcot sich geirrt haben müsse, da ein wirklicher Druck auf die Ovarien nur bei combinirter Untersuchung möglich sei, im übrigen aber möchte er da, wo ein deutlicher Zusammenhang mit dem Geschlechtsleben bestehe, in dem einen oder andern Falle, wo es indicirt erscheine, das Geschlechtsleben lahm zu legen, die Castration nicht von der Hand weisen. — Gusserow teilte mit, dass er bei sehr tiefliegenden, leicht zugänglichen Ovarien die Charcot'sche Wirkung nicht constatiren konnte. Allein dies vereinzelt negative experimentelle Ergebnis kann durchaus nicht sofort zum Beweis dafür erhoben werden, dass kein Zusammenhang zwischen den Ovarien und der Neurose vorhanden sei (Gusserow giebt nicht einmal an, ob die Patientin überhaupt nervöse Anfälle hatte), drängt vielmehr zu einer vermittelnden Stellung, wie sie Hegar¹⁾ einnimmt, indem er sagt: Die künstliche Erzeugung oder Unterdrückung der Neurosen durch mechanische Einwirkung auf einen Punkt des Genitalapparates hat

1) Hegar, Castr. bei Nervösen.

nur einen bedingten Wert für den Nachweis des Ursprunges. So gut wie ein anderer Reiz eine Neurose auslösen kann, die durch einen Reiz im Sexualapparate erzeugt worden ist, ebenso gut kann ein Reiz, der von diesem ausgeht, einen nervösen Anfall hervorrufen, welcher primär von einem Reiz in irgend einem andern Körperteil angeregt ist. Dasselbe gilt von der Unterdrückung des Anfalls durch stärkere Einwirkung. Immerhin ist die Sache in Verbindung mit anderen Indicien von Wert.

Einen viel gravirenderen Einwand als Gusselow hatte Westphal¹⁾ anzuführen, welcher sah, dass bei einer Kranken mit hysterischem Coma ein Druck auf die Ovarien von der Vagina aus während dieses Zustandes ohne jede Reaction blieb, während ein Druck von aussen auf die Bauchdecken in der Ovarialgegend sofort ein schmerzhaftes Verziehen des Gesichtes der Kranken zur Folge hatte.

Jolly²⁾ läugnet das häufige Vorkommen von Ovarien bei Hysterie und stellt sie mit Hyperaesthesien anderer Fälle auf eine Stufe. — Ebenso skeptisch sind Strümpell, Israel³⁾ und Seeligmüller⁴⁾. — Mendel⁵⁾ ferner theilte einen Fall von Hysterie bei einem männlichen Individuum mit Schmerz in der Ovarialgegend mit.

1) Berl. klin. Wochenschr. 1878. No. 30.

2) Jolly. Hysterie in Ziemssens Handbuch 1877. S. 524.

3) Israel, Berl. klin. Wochenschrift 1880. No. 17.

4) Seeligmüller, Centralbl. f. Gynäkologie V. 1881. pag. 57.

5) Mendel, Deutsche med. Wochenschr. 1884. p. 242.

Es wird Niemand einfallen zu behaupten, dass dieser Mensch an Ovarie litt: Seine Keimdrüse befand sich eben im Scrotalsack. Mendel glaubt, dass der Schmerz rein myalgischer Art sei und vom Musc. abd. obl. ausgehe.

Einen ähnlichen Fall beobachtete Charcot bei einem Knaben von 13 Jahren und machte darauf aufmerksam, dass beim männlichen Geschlechte eine der Ovarie entsprechende Reizbarkeit des Hodens auftrete, und Debove¹⁾ und Gueffroy berichten ebenfalls über sogenannte Ovarie bei hysterischen Männern. —

Marie²⁾ endlich sah bei sechs an Chorea leidenden Knaben 2mal Ovarie, bei 27 Mädchen 22 mal; und Ruscheweyh berichtet, dass in der Jenenser psychiatrischen Anstalt sich 4 junge und 2 erwachsene männliche Individuen mit exquisiter Ovarie befanden.

Aus diesen Gründen aber, wie Charcot, die Hodenschmerzhaftigkeit der Ovarie vollständig gleich zu stellen oder schliessen zu wollen, dass ebenso wenig wie die Hoden die Ovarien Grund für die Neurosen seien, mit allen practischen Consequenzen quoad castrationem, ist denn doch zu weit gegangen, wie denn Hegar darauf aufmerksam macht, dass alle aus der Parallelstellung des an der Körperoberfläche sich befindenden Hodens mit dem in sehr gefährlicher Nachbarschaft

1) Société médic. des hôpitaux de Paris. — Neurol. Centralblatt III, 335.

2) Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham. Le progrès méd. 3. 86. Deut. med. Wochenschrift No. 29. 1886.

wohnenden Ovarium resultirenden Ansichten absurd seien.

Andererseits sollte man aber nicht jede Schmerzhaftigkeit in der Beckengegend als vom Genitalapparat ausgehend betrachten und daran denken, dass nach Goltz (Pflügers Archiv) im Lendenmark eine Centralstelle für alle vom Genitalapparat, Blase und Mastdarm kommenden Nerven liegt, deren krankhafte Erregung von irgend einem Punkte sehr leicht zu falschen Projectionen in der Peripherie führen kann.

Dass man doch immer wieder die Geschlechtsorgane, besonders die Ovarien als Sitz der Hysterie in Anspruch genommen hat, erklärt sich historisch aus der früheren Auffassung der Hysterie als einer nur den Frauen eigentümlichen Krankheit und aus den mangelhaften Untersuchungsmethoden. Das numerische Uebergewicht der an Hysterie leidenden Frauen spricht sehr für jene ältere Auffassung und wir können dieselbe beibehalten, wenn wir überlegen, dass ja die Keimdrüse (primärer Geschlechtscharakter) allein nicht bestimmend für den Geschlechts-Typus zu sein braucht, weil der mächtige temporäre Einfluss des Vorhandenseins der Ovarien in der Pubertät auf die anatomischen und physiologischen Verhältnisse des weiblichen Körpers nach Beendigung der Entwicklung sich mindert und dann jeder Teil des erwachsenen weiblichen Körpers an den eigentümlichen functionellen Neurosen dieses Geschlechts teilnehmen kann.

Die hier gegebenen, ziemlich weitläufigen Ausführungen über den Zusammenhang gewisser nervöser

Symptome mit den Sexualorganen beziehen sich zwar nicht bloss auf die uns hauptsächlich interessirenden Krampf-Formen, sondern zum Theil auch auf locale Symptome der Beckengegend (cf. Hegars Lendenmarksymptome), sind aber wegen der historischen Entwicklung des Kampfes gegen Charcots summarisches Verfahren, bei dem alle hysterischen Symptome zu dem grossen Sammelbegriffe Ovarialhysterie gehören und auch dann für solche zu beweisen sind, wenn sie mit Wegfall aller übrigen einzeln auftreten, z. B. Krampf-Formen für sich oder Ovarialneuralgie für sich, hier zusammenhängend erörtert worden. Die angeführten und noch anzuführenden Aeusserungen der Autoren über die hysterischen Krämpfe dürfen auch auf die epileptischen ausgedehnt werden, da bis jetzt in Bezug auf ihre chirurgische Dignität durchaus noch keine Scheidung¹⁾ vorgenommen ist und bei der unbestimmten Abgrenzung der Krankheitsbilder und der geringen Anzahl der operirten Fälle auch noch kaum in Aussicht steht. Für uns haben diese Ansichten pro et contra sehr viel mehr als bloss den Wert theoretischer Speculationen, da jeder Operateur seine Ansichten ins Practische übersetzt und die Probe auf sie gemacht hat. Die Resultate der Castrationen bei Neurosen waren daher je nach der strengeren oder weiteren Indicationsstellung verschieden.

Landau (-Remak's) Fall, ebenso die von Ols-
hausen und Schröder sind bereits erwähnt.²⁾

1) Leppmann, Arch. f. Gynäkologie XXVI. 1885. p. 57.

2) Pester med.-chir. Presse No. 473. Königl. Gesellschaft der
Aerzte zu Budapest.

Tauffer¹⁾ castrirte eine Patientin mit hysterischer Verrücktheit und Erscheinungen von Nymphomanie, verbunden mit Spinalirritation und Hyperästhesie der Ovarien. Resultat: Erfolg, dann Recidive, schliesslich dauernde Heilung. Dieselbe Operation vollzog er an einer Kranken, die an klimakterischer Psychose litt, beginnender Dementia, — 5 Monate nach der Operation vollkommene Dementia.

Tauffer resumirt: Die mit dem Sammelnamen Hysterie bezeichneten Symptome sind, richtig analysirt, oft auf Ovarialerkrankungen zurückzuführen. Ob sie aber durch Castration heilbar sind, bleibt fraglich. Sein zweiter Fall bot entschieden keine strikte Indication zur Castration; sie war ein Versuch mit, wie a priori anzunehmen, negativem Resultat. — Mit wechselndem Erfolg operirte ebenfalls Bircher 3 Mädchen mit Ovarialneuralgien, melancholischen Zuständen und hysterischen Erscheinungen. In allen 3 Fällen zeigten die Ovarien cystische Degeneration. Erfolg: im ersten Falle noch nach 2 Jahren andauernd, im zweiten kein vollständiger, im dritten erhebliche Besserung. Bircher zieht daraus den Schluss, dass nur, wenn die Hysterie eine ovarielle ist, d. h. die Ovarien krank sind, und bei prognostischer Würdigung der Complicationen (Erkrankung anderer Organe des Sexualapparates) die Ovarialneuralgie und Hysterie Indication zur Castration sei und frühzeitig und richtig ausgeführt das radicalste und

1) Zeitschrift für Geb. u. Gynäkologie 1883. Band IX, Heft 1.

2) Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. 1885. — Neurol. Centralblatt III, p. 500.

meist auch einzige Mittel für das fragliche Leiden sei. Ein Hauptnachdruck ist gewiss in diesem Schlusssatze auf die Würdigung der Complicationen zu legen, wie schon Hegar betont hat. Wenn man auch auf baldigen Erfolg rechnet, so ist auch das nicht allzulange Hinausschieben der Operation von Wichtigkeit, denn es ist klar, dass Erkrankungen des Nervensystems, ursprünglich durch Störungen im Geschlechtsapparate hervorgerufen, bei längerer Dauer zu einer gewissen Selbständigkeit gelangen und sich nicht mehr durch Entfernung der Causa morbi beeinflussen lassen, eine Pathogenese, die sich unendlich oft im menschlichen Körper wiederholt. — Ganz negativ war die Castration¹⁾ in einem Falle von Binswanger mit Hysteria major, wo die Castration wegen heftiger Ovarie und von dort ausgehender sensibler und motorischer Erscheinungen ausgeführt wurde. Der ganze hysterische Symptomencomplex und die Ovarie besteht noch heute. — Michelsen²⁾ war glücklicher: Die Patientin, bei welcher durch Berührung der Ovarialgegend Ructus entstanden, und die an hochgradiger Hyperästhesie, Krämpfen und Contracturen litt, befand sich 10 Monate nach der Castration ohne Beschwerden. — Flechsig³⁾ berichtet über eine erfolgreich castrirte Frau mit Hysteria major, Hemi-anaesthesia sin. und enormer Druckempfindlichkeit in

1) Ruscheweyh 1886. p. 15.

2) Centralblatt für Gynäkologie 1883. VII, No. 38, pag. 601.
Ein Fall von hochgradiger Hysterie durch Castration geheilt, von Heilbrun.

3) Neurol. Centralbl. No. 19 u. 20.

der unteren Bauchgegend. Nach der Palpation war die Diagnose gestellt auf chronische Parametritis mit Ausgang in narbige Schrumpfung und secundärer Zerrung des linken Ovarium. Dasselbe zeigt nach der Entfernung Atrophie und folliculäre Degeneration, welche letztere auch rechts vorhanden war. Nachdem lange Zeit die nervösen Erscheinungen mit wechselnden Pausen gedauert, trat endlich dauernde Heilung ein¹⁾ *).

1872 Hegar: Unerträgliche Neuralgia. Castration. Tod durch Peritonitis.

1872 Hegar: Molimina mit Kopfweh, epileptische Convulsionen und vicariirende Blutungen. Castration. Protrahirte Heilung.

1874 Gilmore: Uterusatrophie. Amenorrhoea. Congestion zum Gehirn mit Krämpfen. Heilung durch Castration.

1876 Peaslee: Epilepsie. Castration. Tod durch Peritonitis.

1877 Battey: Epilepsie, bleibt bei unvollständiger Exstirpation.

1878 Engelmann (St. Louis M./O.): Epilepsie. Castration. Tod durch Peritonitis.

1879 Battey: 2 Fälle von Hystero-Epilepsie. Völlige Genesung.

1879 Tact: Epilepsie. Heilung durch Castration. Gedächtnis gebessert.

1) Litteratur für die Fälle bis 1880: Paul Osterloh, Schmidt's Jahrbücher 180, p. 206.

*) In den folgenden Mitteilungen machen nur die Fälle mit Krampfformen Anspruch auf Vollständigkeit.

1879 Braun¹⁾ (-Wien): Hystero-Epilepsie. Amenorrhoea. Nach 5 Monaten noch kein Anfall.

1878 Hegar: 24jährige Nullipara mit rudimentärem Uterus bicornis und zwar funktionirenden, aber cystisch entarteten Ovarien. Patientin litt an Hysteroepilepsie, später an reiner Epilepsie. Castrirt durch Peaslee. Tod durch Peritonitis.

Werth-Esmarch: Halbseitenlähmung durch Castration geheilt.

1879 theilte Martin bei der Naturforscherversammlung zu Baden-Baden 3 Fälle mit, 2 mal bei fehlender Blutung mit periodischen Krämpfen, mit völliger Genesung resp. Besserung durch Castration, 1 mal bei mangelhaftem Uterus mit Genesung.

Spiegelberg²⁾ 1879: Hystero-Epilepsie. Castration. Krämpfe verschlimmert.

1880 Kleinwächter³⁾: Hysterie mit Convulsionen. Heilung durch Castration.

1880 Bruntzel: Hystero-Epilepsie im höchsten Grade. Zustand verschlimmert. Resumé: „Zur Castration eignen sich nur die leichteren Fälle von ovarieller Hysterie und auch diese nur im Anfange der Krankheit“.

1883 J. H. Carstens⁴⁾. 3 Fälle:

1) 24jährige Patientin mit Hystero-Epilepsie. Noch nach 3 Jahren Heilung. Nur während 3 Monate nach der Operation zur Zeit der Menses Erkrankung.

1) Wien. med. Wochenschr. 1879. XXIX, 30.

2) Breslauer ärztl. Zeitschr. 1879, No. 23.

3) Arch. f. Gynäkologie Bd. XVI, Heft 1. Ibidem.

4) Amer. Journ. of obstetr. 1883. p. 266.

2) Ovarialgie. Hystero-Epilepsie mit Bewusstseinsverlust. Durch Castration verschwanden Schmerzen und Convulsionen, traten aber nach $\frac{1}{2}$ Jahr wieder auf.

3) Hystero-Epilepsie. Uterus infantil. Heftige Convulsionen oft mehrmals täglich. Castration. Tod nach 30 Stunden.

Resumé: „Battey's Operation hat nicht nur Berechtigung, ihre Unterlassung ist bei Gefahr des Kranken, wenn andere Mittel erfolglos, sogar ein Verbrechen“.

1884 Fehling¹⁾: Castration in einem Falle von Hystero-Epilepsie. Nach 8 Wochen Recidive der Anfälle. Resumé: „Ich befinde mich im Widerspruche mit Tauffer, welcher die Hystero-Epilepsie durch Castration für heilbar erklärt“.

1884 Walton²⁾: Krämpfe, Hemianaesthesien, Flexibilitas cerea der unteren Gliedmassen. Noch ca. 3 Monate nach der Castration erhebliche Besserung.

1884 auf dem Kongresse zu Kopenhagen³⁾ gaben eine Reihe von Autoren ihre Ansichten über die Castration bei Neurosen zur Kenntnis.

1884 Montgomery⁴⁾: Excision der Uterusanhänge als Heilung der menstruellen Epilepsie. — Castration ohne Erfolg.

1885 Montgomery⁵⁾: Fall von Entfernung der Uterusanhänge wegen menstrueller Epilepsie. Nach 6 Wochen der alte Zustand.

1) Arch. f. Gynäkologie XXII, p. 441.

2) Boston med. and surg. journ. 1884, p. 529 u. 542.

3) Centralbl. f. Gynäkologie VIII, p. 594.

4) New-York med. journ. 1884, p. 649.

5) Am. journ. of obstetr. 1885, p. 152.

1885 Schramm-Dresden¹⁾): Zwei Castrationen wegen wirklicher Epilepsie, die in beiden Fällen seit dem Eintritt der Menstruation und im menstruellen Typus aufgetreten waren. Ovarien normal. 1. Fall: In einem halben Jahre keine Anfälle. 2. Fall: Mehrere Wochen nach der Operation noch kein Anfall.

1885 Schwarz²⁾): Heftige Ovarialneuralgie mit epileptischen Anfällen. Es lassen sich von den druckempfindlichen Ovarien weder Neuralgien noch epileptische Krämpfe auslösen. Operation wegen Schmerzen. Angenehmer Nebeneffect: Epileptische Anfälle seltener. Hempel glaubt, dass hier eine Gelegenheitsursache fortgeschafft sei, und dass das seltenere Auftreten der Anfälle ein dunkles, nicht auf Rechnung der Operation zu setzendes Factum sei.

Schmalfuss³⁾) (Hegars Material): 14 Kranke mit allgemeinen Schmerzen, vasomotorischen Störungen. Menstruatio vicaria, Kehlkopf-, Magen-, Darmkrämpfen mit epileptiformen Anfällen wurden von Hegar operirt. Geheilt sind 10, bei 4 die allgemeinen neuropathischen Zustände gebessert. — Speciell Krampfformen: Fall 22: Krämpfe geheilt. Fall 26: Bewusstlosigkeit, nachher krampfhaftes Weinen. Besserung. Fall 27: Hysterische Krämpfe, kamen nicht wieder. Fall 29: Selten allgemeine Krampfanfälle, kehrten nicht wieder.

1) Centralbl. f. Gynäkologie VIII, No. 45.

2) Hempel, Ueber Indicationen der Castration der Frauen. Göttingen 1885.

3) Arch. f. Gynäkologie 1885. XXVI, p. 1.

1885 Leppmann¹⁾: 3 Fälle mit Krämpfen:

- 1) kein Erfolg,
- 2) teilweiser Erfolg,
- 3) zur Zeit unentschieden.

Leppmann giebt an, dass wegen Krampfformen allein nur 20–30 Fälle operirt wurden und dass man sich zur Castration wegen Hystero-Epilepsie häufiger als bei reiner Epilepsie entschloss, weil man die Hysterie für wandelbarer hielt und deshalb mehr im Bereich therapeutischer Beeinflussung liegend als Epilepsie. Aber schon die verschiedenen Uebergangsformen zwischen Hysterie und Epilepsie legen dem Arzte den Gedanken nahe, wenn pathologische Veränderungen im Sexualapparate gefunden werden, zu castriren und die Versuche (Battley) wurden von Erfolg gekrönt, sodass Leppmann in der That in Bezug auf die chirurgische Dignität keinen Unterschied zwischen Hysterie und Epilepsie finden kann. Was den ursächlichen Zusammenhang zwischen den Ovarien und den Krämpfen betrifft, so macht er darauf aufmerksam, dass bei prädisponirten Individuen schon durch die normale Menstruation Epilepsie ausbrechen kann, um so leichter aber bei Dysmenorrhoea, vicariirender Menstruation oder Entwicklungshemmungen und andern pathologischen Sexualempfindungen. Der relativ ungünstige Erfolg berechtigte jedenfalls nicht, die Epilepsie, soweit sie im Zusammenhange mit dem Sexualeiden stehe, von den Indicationen zur Castration zu streichen.

1) Arch. f. Gynäkologie 1885. XXVI, p. 57.

1886 Joël Hyde¹⁾: Fall von Hystero-Epilepsie. Heilung.

Chiari-Florenz²⁾: 2 Fälle von Hystero-Epilepsie. Chiari hält die Ovariosalpingektomie für nützlich.

1886 Freund³⁾ teilt einen Fall von ovarieller Hysterie mit, geheilt durch Entfernung des dermoiden Tumors.

Ebendort berichtet Landau über drei weitere Fälle von Ovarie: Castration ohne jeden Erfolg auf die Schmerzen.

1886 Sims⁴⁾: Hystero-Epilepsia, periodisch wiederkehrend und Dysmenorrhoea. Nach 2 Jahren noch Heilung.

Ibidem ein zweiter Fall: „Hegar'sche Operation“ wegen Epilepsie. Heilung.

1886 Battley⁵⁾: von 9 Patientinnen mit Oophoro-Epilepsie 9 geheilt.

1887 Forel-Zürich⁶⁾: Hysterie (keine Krämpfe, nervöse Belastung, Notzuchtversuch) nicht durch Castration geheilt. (Das war von vornherein zu vermuten).

1887 Terrier⁷⁾: Castration wegen heftiger Schmerzen und hysterischer Anfälle (keine Krämpfe). Heilung.

1) New-York med. journ. 1885, p. 431.

2) Annali di ostetricia 1885. Nov.-Dec.

3) Tagebl. der 59. Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte zu Berlin 18—24 Sept. 1886.

4) Amer. journ. of obstetr. 1886. April.

5) Am. journ. of med. sciences 1886, p. 455.

6) Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte 1886, No. 17.

7) Revue de chirurgie 1887, No. 1.

1887 Lawson Tait¹⁾: Ein Fall von Hystero-Epilepsie erfolgreich durch Entfernung der erkrankten Uterusanhänge (mit Ovarien) geheilt. Nach 4 Monaten kein Recidiv.

1887 Borakowsky-Kiew²⁾: Fall von Castration bei Hystero-Epilepsie. Besserung.

1887 Prochownick³⁾: Fall 8: Hysterische Krämpfe. Guter Erfolg der Castration.

1888 Johannowsky. (Prager med. Wochenschr. No. 4 u. 5). Castration — beide Ovarien etwas vergrößert — brachte Befreiung von quälenden örtlichen Beschwerden und zahlreichen hysterischen Erscheinungen.

1888 Lec. (Amer. journ. of obstetr. 1888. April). Entfernung der Anhänge des Uterus wegen Hystero-Epilepsie. Exitus 4 Tage nach der Operation.

Die Resultate der Castration wegen Neurosen sind also sehr wechselnd gewesen und Neurosen als solche können, auch wenn aus den periodisch wiederkehrenden Anfällen mit grosser Sicherheit auf einen Zusammenhang der Neurose mit dem Geschlechtsapparat geschlossen werden kann, auch wenn die Ovarien als vergrößert und schmerzhaft nachgewiesen werden, bei ganz exacter Indicationsstellung als bestimmende Motive zur Operation doch in Bedenken gezogen werden*).

1) The Lancet 1887, p. 1213.

2) Centralbl. f. Gynäkologie 12. p. 63.

3) Arch. f. Gynäkologie XXIX. 1887.

*) Leppmann freilich nimmt keinen Anstand, die an Epilepsie leidenden Frauen schon deshalb zur Castration zu empfehlen, weil sie zweifellos nur schwer belasteten Kindern das Leben geben

Denn setzen wir, dass die Prognose quoad vitam bei Extirpation kleiner, nicht verwachsener Ovarien eine relativ gute sei*) so nehmen wir der Patientin durch

würden („pathologisches Fideicommiss“), und William Goodell (Am. Journ. of Insanity 1882, 1—4) spricht etwas bedingt die Meinung aus, die Sanitätspolizei solle durch Castrirung geisteskranker Männer und Frauen die Geisteskrankheiten fernerhin unmöglich machen.

*) Hegar¹⁾ giebt 1879 an bei Castration 16,6% Mortalität.

Nach Fehling²⁾ hatte

Hegar unter den ersten 50 : Tote 14 %.

Andere unter 76 : „ 23 %.

Tauffer unter 14 : Tot keiner.

Bardenheuer unter 13 : „ 3.

Fehling unter 11 : „ keiner.

1879 Simpson³⁾: Unter 4 Castrationen kein Todesfall.

1880 Battey⁴⁾: Von 15 sind 2 tot = 13,3 %, und zwar bei Vaginalschnitt. Bei Laparotomie 35 $\frac{1}{3}$ % Mortalität.

1887 Battey⁵⁾: 22 % Mortalität für die complete, 9 $\frac{1}{2}$ % für die incomplete Operation.

1882 Tauffer⁶⁾ giebt den Procentsatz unvermeidlicher Mortalität schon 1882 als unter 10 % an und jedenfalls wird Fehling's Forderung, die Mortalitätsziffer auf 5 % herabzudrücken, einst erfüllt werden.

1885 Tauffer⁷⁾: Unter den nun auf 17 angewachsenen Fällen kein Todesfall.

1885 Martin sah bei den als Castration anzusprechenden Formen keinen Todesfall.

1) Centralbl. f. Gynäkologie III, p. 530.

2) Arch. f. Gynäkologie XXII, p. 441.

3) Brit. med. Journ. 24. Mai 1879.

4) Brit. med. Journ. 3. April 1880.

5) Centralbl. f. Gynäkologie V, p. 405.

6) Wien. med. Zeitschr. 1882, No. 22 und Zeitschr. f. Geb. u. Gynäkologie 1883. Bd. IX, Heft 1.

7) Wien. med. Woch. 1885, No. 3—8.

die Entfernung der Genitalien doch jede Möglichkeit der Conception, ein Zustand, der von so grossem Einfluss auf die sociale Stellung und den psychischen Zustand der meisten Frauen ist, dass man sogar, um die Conceptionsfähigkeit zu erhalten, so weit gegangen ist, bei erkrankten Ovarien mit Zurücklassung der gesunden Teile nur die offenbar erkrankten wegzunehmen. —

Wenn Schultze sich in unserem Falle zur Operation entschloss, so waren weder die typisch entstandenen Krampfanfälle als solche, noch der Befund an den adhäsionsfreien, wenig vergrösserten, mässig schmerzhaften, kaum der Gefahr der Axendrehung ausgesetzten Ovarien Grund für die Operation, sondern das durchschlagende Moment war die Feststellung des infantilen Uterus. Wenn man sich nun vorstellt, dass ein solcher Uterus, welcher die Menstruation nicht besorgen kann, allein Grund der nervösen Störungen sein kann (Leppmann)¹⁾, wozu oft schon der Eintritt normaler Menstruation hinreichend ist, so könnte man auf den Gedanken gebracht werden, mit „Umgehung des Umweges“ über die Ovarien die Uterusexstirpation vorzunehmen, und in der That spricht Péan²⁾ von einer „castration utérine“ in Fällen, wo er den Sitz der nervösen Be-

1887 Prochownik³⁾ gibt 5 % an.

1887 Léopold⁴⁾ hatte unter 45 Castrationen 4 Todesfälle = 8,8 %.

1) Arch. f. Gynäkologie 1885. XXVI, p. 57.

2) Gaz. des hôp. 1886. No. 145.

3) Arch. f. Gynäkologie 1887.

4) Centralbl. f. Gynäkologie 1887. p. 709.

schwerden vom Uterus ableiten kann. Allein es ist eine von den Erfahrungen bei Uterusfibromen herübergenommene Thatsache, dass die Entfernung der Ovarien auf die vom Uterus ausgehenden Beschwerden einen heilsamen Einfluss ausübe durch den „anticipirten Klimax“ (Hegar).

Hier ist es zweckmässig, an den merkwürdigen Zusammenhang zwischen den einzelnen Teilen eines Drüsenapparates zu erinnern: nicht blos, dass bei Exstirpation einer Drüse der Ausführungsgang obliterirt, sondern wir haben bei der Exstirpation des Ductus nasolacrymalis sogar ein Beispiel dafür, dass die Secretion der Glandula lacrymalis sich erheblich verringert. Es darf uns daher kein Wunder nehmen, dass nach der Castration der Uterus, wie festgestellt, bedeutend schrumpft, und die von ihm bis dahin ausgegangenen Erscheinungen sistiren.

Las Casas dos Santos¹⁾ versteht unter Uterus foetalis einen Uterus, welcher in der Entwicklungsstufe stehen geblieben ist, die er im 6. bis 9. Fruchtmontat einnimmt. Die einzige Veränderung des Uterus von der Geburt bis zum Beginn der Pubertät besteht nach ihm in dem Schwunde der Plicae palmatae im Corpus, welche nur eine Längsfalte übrig lassen. Ist dies geschehen, wird aber das Missverhältnis zwischen einem langen, mit verhältnismässig dicker Muscularis versehenen Cervix und einem kleinen Corpus, das oft $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ Gesamtlänge ausmacht, nicht zu Gunsten des letzteren geändert, so

1) Zeitschr. f. Geb. u. Gynäkologie XIV, 180.

haben wir es mit einem infantilen Uterus zu thun. Der Uterus ist (Santos) oft bei normalen Genitalien und Körperbau mangelhaft entwickelt. In den Tuben trifft man bei Uterus infantilis selten Anomalien, desto öfter, aber nicht notwendig in den Ovarien, so Mangel, rudimentäre Anlage, zungenförmige, gelappte Gestalt, Mangel Graaf'scher Follikel; Scheide und äussere Genitalien meist normal.

In der Berliner Frauenklinik wurden 18 Fälle von infantilem Uterus gefunden, davon bei 11 auch Chlorose; 3 menstruirten regelmässig, aber schwach, 2 unregelmässig.

In der Literatur finden sich ausdrücklich mit der Bezeichnung „Uterus infantilis“ folgende Fälle:

1842 Tiedemann¹⁾: Uterus infantilis 19 Linien lang, davon 12 für den Hals.

Kussmaul: 2 Zoll langer Uterus; davon 15 Linien auf den Hals; ferner Uterus 24 Linien lang, davon 18 für den Hals.

Virchow²⁾ (über Chlorose und Endocarditis):

1) Uterus infantilis $1\frac{3}{4}$ Zoll lang. Hydropische Follikel.

2) Uterus infantilis, Ovarien klein, derb.

1878 Stadtfeld-Kopenhagen³⁾: Uterus infantilis 1 Zoll lang.

1) H. Tiedemann: Ueber die stellvertretende Menstruation. Würzburg 1842.

2) Beiträge zur Geb. und Gynäkologie der geburtshüfl. Gesellschaft. Band I, 328.

3) Gyn. og obstetric. Meddelelser utgiven af Professor Howitz II, 1. 24.

1880 Bruggisser¹⁾: Infantiler Uterus. Amenorrhoea. Ovariale Dysmenorrhoea. Ovarien kleincystisch. Völlige Herstellung durch Castration.

1881 Faber-Dorpat, 1883 Fenyköry-Wien, endlich 1887 Prochownick²⁾ erwähnen je einen Fall von Uterus infant. In dem letzteren wurde wegen einer Neurose und Psychose castrirt und völlige, stets fortschreitende Besserung erzielt.

1883 Carstens³⁾: (Fall 3): Hystero-Epilepsie. Kranke 33 Jahre alt. Uterus infantil. Heftige Convulsionen. Castration. Nach 30 Stunden tot.

Wenn nun im allgemeinen die Diagnose des Uterus infantilis gestellt wird (Santos) bei

1) enger kurzer Scheide, 2) kleiner Vaginalportion, 3) auffallend kleinem Uterus und schlaffem Uteruskörper mit kräftigem Hals und 4) einer durch die Sonde festgestellten Uteruslänge von 3 bis 5 cm, so würde 3) und 4) in unserem Falle die Diagnose sichern. Ob es nun ein fötaler oder infantiler Uterus ist, bleibt in praxi gleichgültig, beide sind direct keiner Behandlung zugänglich.

In unserem Falle nun waren nach dem Bericht des behandelnden Arztes bereits alle nur erdenklichen Versuche zur Heilung gemacht worden mit ganz negativem Erfolg, und die Castration wurde nun als ultimum refugium in Aussicht genommen.

1) Schweiz. Corresp.-Blatt XX, 8. 1880.

2) Arch. f. Gynäkologie XXIX, Fall 10.

3) Amer. Journ. of Obstetr. 1886. p. 266.

Unter welchen Bedingungen man einen therapeutischen Erfolg von derselben erwarten kann, ist in den Schlusssätzen der Operateure, die vor die gleiche Frage gestellt wurden, ausgedrückt.

Die meisten verlangen den Nachweis, dass pathologisch-anatomische Veränderungen der Sexualorgane vorhanden sein müssen und dass der Beweis geführt werde, dass diese Veränderungen Grund zur Neurose seien, wobei Hegar 1885 ausdrücklich bemerkt, dass es nicht notwendig sei, dass die Veränderungen allein die Neurosen erzeugen müssten. Es fehlen uns nun allerlei überzeugende Gründe für den Beweis des Zusammenhanges, wie sie Hegar¹⁾ angiebt, z. B. die von den Genitalnerven aufsteigende Aura, die sich „etappenartig weiter und weiter fortsetzende Ausbreitung der Neurose, das Erscheinen derselben lediglich auf der Körhälfte des erkrankten Ovariums (Hemianaesthesia), der Wechsel zwischen entfernten Erscheinungen mit Genitalsymptomen (Prädilectionsstellen: Magen, Schlund, Kehlkopf, Brust, Schilddrüse, Trigeminus), es fehlt ein ausgesprochener Iliacalschmerz, es fehlt ein gewisses zeitliches Verhältnis zwischen Neurose und gewissen Phasen des Geschlechtslebens, z. B. Unterbrechung durch Schwangerschaft, dessen Vorhandensein besonders überzeugend wäre. Dass wir keine künstliche Erzeugung und Hemmung hervorbringen können, kann uns ziemlich gleichgültig sein, denn dergleichen auslösende Momente, wie Druck auf die Ovarien, sind nach dem

1) Hegar, Castration bei Neurosen. 1884.

Gesetze der stellvertretenden Reize beim Stabilwerden einer Neurose auch in ganz anderm Sinne ausgeübte Massage und sogar Eiterung in Bauchwunden (Hegar) durch ihr Einwirken auf die bereits afficirten oder primär erkrankten Centra. Ferner wurden durch Druck auf die Ovarien keine Anfälle bei unserer Patientin erzeugt.

Auch die von Hegar als sehr wertvoll angegebene Genese durch Druck oder Zerrung der Ovarien nach Entzündungsvorgängen im kleinen Becken darf wohl kaum in unserem Falle angenommen werden, da thatsächlich beide Ovarien frei beweglich gefunden, trotz ihrer die Norm überschreitenden Grösse Raum genug hatten im Becken und im Innern keine druckerzeugenden Schrumpfungsercheinungen boten, endlich die Verdickung der Lig. lata nicht bedeutend war.

Dennoch giebt es für uns zwei sehr überzeugende Beweise, nämlich die so typisch einsetzenden ersten Anfälle und der Ausschluss anderer Ursprungsarten der Neurose.

Wir haben ein Mädchen vor uns, welches frei ist von jeder psychischen und nervösen Belastung. Sehr häufig findet man ja bei Frauen mit gewissen Neurosen in der Familie Defecte psychischer oder körperlicher Art (Deformitäten des Sceletts, „das Scelett im Hause“), z. B. Syndactylie, Polydactylie, Prognathismus, Cretinismus, oft so verteilt, dass ein Mitglied diesen, das andere jenen Mangel zeigt, ein Befund, der beim gleichzeitigen Bestehen eines Sexualeidens in der causalen Verwertung desselben äusserst zur Vorsicht mahnt. Von alledem

ist hier nicht die Rede. Wenn wir andererseits sehen, dass bei diesem bis zu seinem 14. Jahre ganz gesunden Mädchen in der Zeit, wo die ersten Menses zu erwarten waren, nicht diese, sondern heftige Krämpfe auftreten und dass dieses überraschende Ereignis sich von Monat zu Monat vier Jahre hindurch wiederholt, wenn wir bestimmt behaupten können, dass nicht eine ganz zufällige Verspätung der Menses vorliegt, sondern dass wir nach dem Befund auf die Hoffnung ordentlicher Menstrualblutungen verzichten müssen, wenn angegeben wird, dass in den letzten zwei Jahren die Anfälle von einem schwach rötlichen Ausflusse begleitet waren, so dürfen wir ohne grosse Kühnheit annehmen, dass die mangelhafte Menstruation Grund der Krämpfe gewesen ist. So handgreifliche Beweise für den Zusammenhang, wie ihn Hegar in einem Falle führen konnte, wo durch vicariirende Anschwellung der Schilddrüse Congestionen zum Kopfe und dadurch Krämpfe hervorgebracht wurden, können nicht verlangt werden. Wir begnügen uns mit einem Wahrscheinlichkeitsbeweis ersten Ranges. — Dass die Neurose einen andern Grund haben sollte, ist nicht anzunehmen. Angeschuldigt werden fehlerhafte Erziehung, schwere Leiden, z. B. Typhus, Diphtherie, Blutverluste, endlich Angewöhnung von Excitantien (Cigarette, Morphium). Von allen diesen Dingen war bei diesem Mädchen nicht die Rede. Auch ist nicht anzunehmen, dass Coitus interrupti vor dem 14. Jahre stattgefunden haben oder Onanie den Anstoss zur Neurose gegeben hätte. Also auch die Exclusionsmethode bestärkt uns in unserer Ansicht.

Ob nun die nicht zum Abschluss gelangende Funktion der Ovarien die Entwicklungshemmung des Uterus herbeigeführt hat, oder ob beide Mängel Folgen eines von vornherein gestörten Wachstums der Genitalien sind, oder endlich (Hegars Cöeffecte) auch mit beiden gleichzeitig das Nervensystem schlecht beanlagt wurde (es wäre dies das erste Mal in der Familie!) bleibt eine offene Frage. Vom pathologischen Standpunkt ist die Berechtigung der Castration durch den Zusammenhangsbeweis der Neurose und der Störungen im Geschlechtsapparate evident.

Man kann annehmen, dass Patientin nie concipirt haben würde, weil der gleichzeitige Grund für die Amenorrhoea und die sicher anzunehmende Sterilität darin liegt, dass der Uterus zu gering war, als dass man von ihm die Entwicklung zu einem genügenden Fruchthalter mit nur einigermaßen Wahrscheinlichkeit erwarten könnte, obgleich bei der so verwandten Hypoplasie des Uterus die Regel der Sterilität nach Pfa u¹⁾ ausnahmsweise durchbrochen werden kann, und obgleich wir wissen, dass Schwangerschaft selbst nach vollständiger Entfernung der Gebärmutter erfolgte. (Hegar.)

Den Einwand, dass bei extrauterinen Schwangerschaften die sich z. B. zu Fruchthaltern entwickelnden Tuben gewiss nicht kräftiger in ihren Wandungen sind als unser Uterus, ist hinfällig, denn erstens ist bei rudimentärem Uterus selten oder gar nicht Gravidität

1) Ueber congenitale Hypoplasie des Uterus v. S. v. Forster, Erlangen 1875. p. 27.

beobachtet worden, und zweitens ist die Prognose bei extrauteriner Schwangerschaft eine so schlechte, dass man Conceptionsunfähigkeit für das geringere Uebel ansehen kann.

Die der Castration vorgeworfene Behauptung, sie sei verstümmelnd, war hinfällig; diese Verstümmelung bestand schon, ehe das Messer in die Hand genommen wurde, und somit ständen der Castration in unserm Falle sociale Bedenken nicht im Wege, zumal die Cohabitationsmöglichkeit und Geschlechtslust ja noch immer so gut wie vorher bestehen wird. Ja, da Geschlechtsinn durch den Befund an den äusseren Genitalien erwiesen ist, und durch den sexualen Verkehr¹⁾ die Mollimina, wenn vorhanden, gesteigert werden, so müsste dieser Umstand um so mehr ein Grund zur Entfernung der Ovarien sein. Wir können von diesen sagen, sei waren überflüssig, mochten sie nun funktioniert haben, wie a priori nach ihrer Grösse, ihrer anscheinenden Normalität, endlich aus dem Umstande, dass die ersten epileptischen Attaquen sich in vierwöchentlichen Intervallen einstellten, nicht auszuschliessen war, oder mochten sie geschlechtlich unthätig sein, wie durch den pag. 8 mitgetheilten Befund erwiesen ist.

Die Exstirpation in unserm Falle war nach 6 jährigem Bestehen der nervösen Erscheinungen und nachdem diese bereits atypisch geworden waren, nur als ein Versuch zu betrachten mit zweifelhafter Prognose quoad

1) Max Strauch: Zeitschrift für Geb. und Gynäkologie XV, p. 138 und Kleinwächter, Arch. f. Gynäkologie 1881. XVII, p. 475.

restitutionem, aber als ein Versuch, „gerechtfertigt“ (Schröder) durch die gute Prognose quoad vitam, die Unmöglichkeit der Conceptionsvernichtung, und im höchsten Masse indicirt durch den elenden Zustand der Patientin, welche an Arbeit und Lebensgenuss absolut gehindert, bei dem progressiven Character des Leidens sehr traurigen psychischen Folgezuständen entgegengegangen wäre.

Wir genügen dabei sowohl den Anforderungen Hegars, welcher pathologisch-anatomische Veränderungen des Sexualapparates bei Castration fordert, als auch den viel strengeren Winckels, welcher nachweislich erkrankte Ovarien für nötig erachtet.

Prochownick¹⁾ behauptet, dass Winckels Standpunkt der Indicationsstellung unzweckmässig oder jedenfalls unzeitgemäss beschränkt sei, da es bei dem jetzigen Standpunkt der Kenntnis des Zusammenhanges pathologischer Zustände der Ovarien und deren klinischen Folgen eine Unmöglichkeit ist, sich bei nicht besonders vergrösserten Eierstöcken ein Bild von deren Zustande zu machen, wie er dies allerdings in Zukunft von richtiger Verwertung der Befunde hofft („Zukunftsmusik“, Hegar).

Die Operation ging ohne wesentliches Hindernis von statten. Da es von einigen Autoren für vorteilhaft gehalten wird, möglichst kleine Bauchschnitte zu haben, so sei erwähnt, dass der unserige nur 9 cm lang war, ein Vorteil, der sich aus der genauen vorherigen Ab-

1) Arch. f. Gynäkologie 29. 1887.

tastung der Ovarien ergab. In Bezug auf Hegars Bemerkung, dass es das beste sei, die Uterusanhänge, wenn sie gesund seien, überhaupt unberührt zu lassen, sei nur erwähnt, dass die äusseren Enden der Tuben im Zusammenhange mit den Ovarien entfernt wurden. Die Fiebererscheinungen während der Nachbehandlung rührten von einer accidentiellen Eiterung in den Stichkanälen her, und es ist nach ihrer schnellen Beseitigung durch Incision der inficirten Stichkanäle nicht anzunehmen, dass irgend welche Veränderungen innerhalb des Peritonealraumes vorhanden gewesen sind, welche die als Ursache zu Misserfolgen angeführten Vorgänge, z. B. Verwachsung des Stieles mit Därmen, Ausstossung der Schnürstücke, chronische peritonitische Reizungen oder Entzündungen im Bindegewebe des Beckens, hätten nach sich ziehen müssen. Ob die Entzündung in der Narbe geeignet ist, einen neuen Reiz zur Auslösung der Anfälle zu bilden, bleibt trotz Leppmann und Hegar, die ähnliches erlebten, immerhin zweifelhaft.

Dass, wie es Battley erging, die Epilepsie wegen eines zurückclassenen Ovarialrestes bestehen blieb, ist bei uns ausgeschlossen. Wir könnten aber annehmen, dass die Veränderungen im Nervensystem noch fort-dauerten oder dass die im Körper durch den anticipirten, wie beim physiologischen Klimax hervorgerufenen Umwälzungen¹⁾ einstweilen Grund genug zum Ausbruch neuer Anfälle gegeben hätten. Jedenfalls müssen wir lange Zeit warten, ehe wir etwas über den Enderfolg²⁾

1) Menzel, Arch. f. Gynäkologie XXVI.

2) Tauffer, Wien. med. Zeit. 1882. No. 22.

der Operation aussagen, da ja in dem Falle von Tauffer auch erst spät dauernde Heilung eintrat, dieselbe Erfahrung machte auch Falz¹⁾, Flechsig²⁾ und Carstens³⁾.

Batthey⁴⁾ spricht ebenfalls die Ansicht aus, dass bis zur wirklichen Heilung oder wesentlichen Besserung zuweilen grosse Zeiträume verstreichen, und nur bei Epilepsien sich das Endergebnis früher einzufinden pflegt. Im grossen und ganzen glaubt Batthey⁵⁾ doch trotz der häufigen Misserfolge, bei der Schwere des Leidens vor der Operation in den meisten Fällen die Zahl der günstigen Endergebnisse nicht für klein halten zu dürfen. Ein ähnlicher Procentsatz bei Carcinomoperationen würde einen ungeheueren Erfolg haben.

Von den üblichen Stauungsblutungen nach der Ovarienexstirpation konnte natürlich nicht die Rede sein, da immer Amenorrhoea bestanden hatte.

1) Westph. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. (Berl. klin. Woch. No. 21. 1884).

2) Neurol. Centralbl. III. No. 19 u. 20.

3) Amer. journ. of obstetr. 1883, p. 266.

4) Amer. journ. of med. sciences 1886, p. 445.

5) Journ. of the Amer. med. assoc. 1887, p. 567.



13909

13909