



Ein Beitrag zur Behandlung von
Ovarial- und Parovarialcysten
von der Scheide aus vermittelst incision.

Inaugural-Dissertation

ZUR

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 9. Juli 1881,

Mittags 12 $\frac{1}{2}$ Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Louis Halter

aus Anclam.

Opponenten:

H. Groeschner, pract. Arzt.

C. Goeke, cand. med.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1881.



Die Erfolge der Ovariectomie sind in den letzten Jahren mit allgemeiner Anwendung der a- und antiseptischen Methode so gute geworden, dass diese Operation fast alle andern sonst gegen Ovariencysten gebräuchlichen verdrängt hat. Wenn nun aber Martin z. B. sagt: „Jeder Ovarientumor, welcher sich nicht lediglich als Product einer vorübergehenden Schwellung durch acute oophoritis erweist, muss durch die laparotomie entfernt werden,“ so heisst dies doch zu weit gegangen, da auch sonst noch Verhältnisse auftreten, welche eine andere Behandlungsweise verlangen. Abgesehen von der Punction, welche meist nur zu diagnostischen Zwecken, selten zur Radikalheilung uniloculärer Cysten mit dünnem, eiweissarmem Inhalt gemacht wird, ist es namentlich die incision, welche noch in einigen Fällen zur Heilung von ovarialen und parovarialen Cysten in Anwendung kommt und dieselbe auch verdient. Man unterscheidet die Incision von den Bauchdecken und die Incision von der vagina aus. Die Incision von den Bauchdecken wird meistens nur noch als Nothbehelf gemacht, wenn wegen zu ausgedehnter und straffer Adhäsionen oder des Nichtvorhandenseins eines Stils halber die exstirpation nicht

möglich war, die incision von der vagina aus aber hat auch heute noch Berechtigung als primäeres Verfahren. Angeregt durch einen Fall von vag. Incision, dessen Beobachtung und Veröffentl. ich der Güte des Herrn Gehr. Prof. Pernice verdanke, lasse ich zunächst die Krankengeschichte des betreffenden Falles folgen, will dann die Berechtigung der incision in unserm speciellen Falle, sowie das Operations- und Nachbehandlungsverfahren dabei besprechen, und will zuletzt die Indikationen auseinanderzusetzen versuchen, welche uns überhaupt zur vag. incision bestimmen dürfen.

Krankengeschichte der Frau L.

aufgenommen in die Anstalt am 19./2. 81,

operirt am

31./3. 81.

Pat. 44 J. alt, regelmässig menstruiert, hat 8 mal geboren. Im October 1880 überstand Pat. ein gastrisches Fieber, im November traten Unbequemlichkeiten im Unterleibe ein; es wurde eine allmählig anwachsende Geschwulst bemerkt, die aber wenig incommodirte. Im Jahre 81 stand der tumor etwa zwischen Nabel und Symphyse in der Mitte, uterus, nach vorn und rechts gedrängt, kaum über dem rechten Schambeinast leicht abgetastet werden. Im Douglas'schen Raum war der tumor deutlich fühlbar, ragte bis zur hintern Muttermundslippe herab, und konnte zwischen cervix und tumor der untersuchende Finger nicht vorgeschoben werden. Die Geschwulst war beweglich, fluctuirend, ohne alle Härten. Seit Ende Januar ohne sonstige Veranlassung Fieber, das bis zu 39,5 stieg, dabei Empfindung eines steten Drängens

im Becken, wegen angeblichen Vorfalles der hintern Scheidewand wurde von einer Hebamme ein pessar eingeführt. Dabei Schmerzen beim Uriniren, dasselbe erfolgte jedoch spontan. Die beiden letzten Regeln waren mit starken Koliken verbunden, nicht stark. Seit 4 Wochen jede Nacht heftige Schweisse.

stat. praes. vom 20./2. 81.

Tumor 2 Finger breit über dem Nabel, breit 13 cm., hoch 18 cm., beweglich von rechts nach links, stark elastisch, ohne irgend weiche Härten. Links und rechts über dem tumor tympanitischer Schall. Empfindlichkeit des tumors selbst gering, zur linken Seite mehr, rechts sehr gering. Die Messung ergibt einen Umfang von 75 cm. in Nabelhöhe

80 cm. zwisch. Nabel und Symph.

73 cm. über dem Nabel.

Spina bis Nabel links 17 cm.

„ „ „ rechts 18 cm.

Symph. bis Nabel 16 cm.

„ „ proc. xiph. 31 cm.

Vom uterus zum tumor zieht sich ein Strang, den man 5—6 cm. lang verfolgen kann, auf Druck ist derselbe empfindlich.

Innerlich: Scheide weich, locker, portio vag. nach rechts gegen die symphyse gedrängt, tumor füllt das hintere Becken ganz aus, fühlt sich derb elastisch an, ist durch äusseren Druck von oben nach unten etwas zu bewegen. Rechts ein straffes Band zu fühlen, das sich nach dem tumor hinzieht. — Reichliche Mengen blutigen Schleims auf dem untersuchenden Finger.

Zur Sicherstellung der Diagnose — es würde als das wahrscheinlichste ein parovarialer tumor angenommen — wird am 20./2. 81 eine Punction des tumors gemacht mit dem Dieulafoy, welche etwa $\frac{1}{2}$ Liter einer trüben, grünlich gelben, nicht fadenziehenden, eitrigen Flüssigkeit ergab; auch die mikroskopische Untersuchung ergab einen reichlichen Eitergehalt. Kurze Zeit nach der Punction traten heftige Schmerzen ein im Unterleib, die mit Collapserscheinungen verbunden waren. Extremitäten und Nase kalt, Puls fiel von 108 auf 72. Eisblase, Morphium, Sect. Nachmittags schwanden die heftigen Schmerzen, Temp. 38,4 P. 96; auch keine Auftreibung des Bauches wahrnehmbar.

Abends nochmals Morphiuminjectionen wegen erneuter Schmerzen erforderlich.

Nachts ist Pat. sehr unruhig, wenig Schlaf.

Am 21. und 22. II. bleiben die Symptome eben dieselben, gelegentlich Schmerzen; doch nur eine Morphiuminj. täglich nöthig, dagegen trieb das abdomen, namentlich das colon transversum bedeutend auf, so das man die Geschwulst wegen der starken Spannung nicht palpiren konnte; auch gegen Druck, namentlich in den beiden Hypochondrien, Empfindlichkeit. Zunge trocken und belegt, Appetit nicht vorhanden; durch pulv. Liq. cp. und Clysmata täglich mässige Stuhlentleerung.

T. M. 38,1, A. 38,4

Am 23. II. klagt Pat. bei sonst gleichem Befinden über starkes Sodbrennen; gegen 11 Uhr erbrach

sie grünen Schleim und wässrige Flüssigkeit: Eisblase, Natronlösung. Abends Morphium.

24. II. T. M. 37,6. A. 37,8

Pat. fühlt sich bedeutend wohler, abdomen weniger aufgetrieben. Stuhlgang reichlich, mit geringen Schmerzen verbunden.

Am 25. II. ist Pat. lebhafter, schmerzfreier, Zunge feucht. Nachmittags 5 mal Stuhlentleerung, Abends Morphium.

T. M. 37,8. A. 38,2.

26. II. Die Auftreibung des Bauches ist völlig geschwunden. Pat. fühlt sich bedeutend wohler, hat mit Appetit gegessen und klagt auch bei stärkerem Druck nicht über Schmerzen im Unterleib. Die deshalb ermöglichte Palpation ergibt rechts vom tumor ein ziemlich consistentes exsudat, dessen Höhe etwa 4, Breite 6 cm. beträgt. Ueber das Zustandekommen desselben wird angenommen, dass nach der Punktion ein Theil des Inhaltes in die Bauchhöhle eingesickert sei und vermöge seiner eitrigen Beschaffenheit locale Peritonitis veranlasst habe.

Es werden Priessnitzsche Umschläge applicirt, und wird je am dritten Tage ein Bad gegeben. Das Allgemeinbefinden der Pat. ist dabei ein immer mehr befriedigendes. Appetit ist leidlich, Stuhlgang aber nur auf Puly, Liq. oder Clysmata, Schmerzen im abdomen treten nur selten und in geringem Grade auf. Die Temperatur erreicht bis zum 16. März nicht 38,0.

Mit dem 18. März beginnt eine Exacerbation mit einer stetigen Abendtemperatur zwischen 38,2 bis

38,6. Pat. fühlt sich wiederum viel matter, Appetit ist sehr gering, Zunge stets belegt, meist trocken, das abdomen durch Gase stark aufgetrieben: am linken obern Rand des tumor ist an einer circumscripten Stelle starke Empfindlichkeit. Pat. hat, auch wenn sie nur das Geringste zu sich genommen, bei sehr reger, auch äusserlich deutlich wahrnehmbarer Peristaltik fortwährend ein quälendes Gefühl von Ziehen und Zerren an der Geschwulst. Eine genauere Untersuchung lässt eine Verklebung des Darmes mit dem tumor mit Gewissheit annehmen, da eine Entfernung des sonst überall leicht beweglichen, durch die Bauchwand deutlich markirten Darmes an der Höhe der Geschwulst nicht möglich ist. Stuhlgang ist weder durch grössere Gaben von pulv. Cur., noch durch Rheumpillen zu erreichen: es wird deshalb Morgens und Abends ein Clysmata gegeben, wonach regelmässig eine Stuhlentleerung eintritt.

22. III. Pat. hat die Nacht sehr ruhig geschlafen, auch durch 0,015 Gr. Morphium in Inject. sistirten die Schmerzen, welche gegen Morgen sehr heftig wurden, nur auf kurze Zeit. Es gehen reichlich Darmgase ab; gegen Abend bricht Pat. zweimal und fühlt sich sehr elend.

A. T. 39,3.

P. 120.

24. III. Wenngleich Pat. gestern und heute auf Morphium den grössten Theil der Nacht geschlafen hat, und das Erbrechen nicht wiedergekehrt ist, so ist das Allgemeinbefinden dennoch sehr schlecht. Auch ist zwar die Temperatur bedeutend gefallen;

23. III. M. 37,6 A. 38,8

24. III. M. 37,5 A. 38,4

aber die Zunge ziemlich trocken und belegt.

Appetit ist sehr gering, der Darm stark durch Gase aufgetrieben, bei der regen Peristaltik schmerzhaft. Morgens und Abends Clysmata.

28. III. Eine Aenderung im Allgemeinzustande der Pat. ist bis heute noch nicht eingetreten. Die localen Erscheinungen am tumor nehmen zu, starke Empfindlichkeit bald auf der Höhe, bald zu beiden Seiten der Geschwulst: ein Wachsen derselben ist nicht zu constatiren, ebensowenig eine Veränderung in der Consistenz.

T. M. 37,7, A. 38,6, P. A. 96.

29. III. Pat. fühlt sich äusserst matt und elend. Appetit fehlt ganz, und wird nur wenig Bouillon und Wein vertragen, der Bauch ist sehr stark aufgetrieben, die Schmerzhaftigkeit besonders an der linken Seite des tumor sehr stark. Das exsudat rechterseits ist nicht palpibar. Die percussion des tumor lässt eine bedeutendere Zunahme desselben nicht nachweisen, von der Höhe der Geschwulst lässt sich indessen eine breite Darmschlinge nach oben verschieben, so dass die percussion als nicht vollständig massgebend erscheinen dürfte.

T. M. 37,9, A. 38,8, P. 108.

30. III. T. M. 37,6, A. 38,9, P. 120. —

Da der Kräftezustand der Pat. in den letzten Tagen zusehends abgenommen, wird die Operation am 31. III. und zwar unter a- und antiseptischen Cau-

telen vorgenommen. Es wird von einer Laparatomie abgestanden, weil nach dem lange beobachteten Verlaufe die Diagnose auf eine in Vereiterung begriffene paravariale, ungestielte Cyste zu stellen war, deren Entfernung vom Bauche aus in prognostischer Hinsicht namentlich deshalb weniger günstig erschien, weil die Darmschlinge an der vordern Wand eine Verletzung wenigstens nicht ganz unmöglich erscheinen liess.

Nachdem Patientin chloroformirt, und wenig Urin mit dem Katheter entleert war, werden zunächst die äussern Geschlechtstheile mit 3% Carbolsäurelösung gereinigt und die Scheide mit einer gleich starken Lösung ausgespült. Auf dem gewöhnlichen Untersuchungsstuhle wird durch vordern und hintern Scheidenhaken und zwei Seitenhebel ein hinreichend deutliches Bild des Scheidenhintergrundes erreicht. Mit 3 Kugelzangen, von denen eine die hintere Muttermundlippe stark nach vorn zog, während die beiden andern, in möglichster Entfernung von einander in die hintere Scheidenwand eingeklemmt, diese bei stärkerem Zug straff anspannten, war es möglich, ein genügend grosses, unschwer zugängliches Operationsfeld herzustellen. Mit einem Scalpell wurde nunmehr in der Richtung von vorn nach hinten eine incision von er. 5—6 cm. Länge gemacht, und die Oeffnung mit der Kornzange in die Breite gedehnt. Sofort entleerte sich eine grau-grünliche, jauchige, übelriechende, anfangs dünnflüssige, dann mit dicken Flocken vermischte Eitermasse, welche durch Druck auf die Cyste vom abdomen aus möglichst vollständig entleert wurde und im Ganzen etwa

einen Liter betrug. Es wurde eine Canüle in die Höhle eingeführt und mit 2% Carbonsäurelösung so lange irrigirt, bis eine Verfärbung der abfliessenden Flüssigkeit nicht mehr zu erkennen war. Alsdann wurde die Wand der Cyste mit Haken tief herabgezogen und mit 5 gebogenen Nadeln und starken Seidenfäden mit der Scheidenwand vernäht, und so eine directe Communication der Cyste mit der Scheide gesichert. Mittelt Kornzange wird endlich ein Drainrohr, das an dem in die Cyste ragenden Theil mit einem durchlöcherichten Querbalken versehen ist, eingeschoben, kurz vor den äusseren Geschlechtstheilen abgeschnitten, und die Oefnung mit feuchter Salicylwatte bedeckt. Durch einen Salicyl-Juteverband wird darauf ein möglichst vollständiger Verschluss der Geschlechtstheile hergestellt.

Die ganze Operation nahm $\frac{3}{4}$ Stunden in Anspruch, die Narkose verlief ohne besondere Störungen Puls 60, geringe Collapserscheinungen: eine Stunde nach der Operation Puls 72 und voller.

Stat. praes. vom 1. April.

Pat. hat den grössten Theil der Nacht ohne Morphinum geschlafen, Zunge trocken und stark belegt. Allgemeinbefinden nach Angabe der Patientin bedeutend besser als vor der Operation. Auf der das Drainrohr schliessenden Watte geringe Mengen gelben, dünnen Eiters. Es wird 3 mal täglich durch das Drainrohr ein Liter einer er. $1\frac{1}{2}$ % lauwarmen Carbolösung irrigirt, kalt wurde dieselbe nicht vertragen.

2. IV. Im Befinden keine Aenderung; Zunge trocken und belegt. Wegen Schmerzen bei sehr reger Peristaltik Tr. Opii simpl. gtt. XII. Secretion wie gestern, 3 mal täglich Ausspülung der Cyste.

T. M. 37,1 A. 37,3.

3. IV. Pat. hat die ganze Nacht geschlafen und fühlt sich sehr gekräftigt. Appetit gut. Zunge feucht, mit wenig Belag. Secretion geringer, deshalb nur 2-malige Ausspülung.

T. M. 36,8 A. 37,4.

5. IV. Allgemeinbefinden gut; tumor vom abdomen aus noch zu palpiren, ohne Schmerzhaftigkeit. Das Drainrohr wird durch ein neues ersetzt, welches nur 3 Oeffnungen unterhalb des Querbalkens hat, so dass keine derselben in die Scheide hineinragt. Stuhlgang auf ein Clysm.

T. M. 36,5 A. 37,2.

9. IV. Es wird der Drain entfernt und die irrigation mit einem Catheter à double courant vorgenommen, um die Incisionswunde zur Zusammenziehung zu bringen. Die Nadeln werden herausgenommen.

Pat. klagt gegen Abend über Schmerzen im obern Theile des über der symphyse fühlbaren tumors.

T. M. 37,6 A. 37,8.

Zweimalige Ausspülung der Cyste.

12. IV. T. M. 37,8 A. 38,7.

Heftige Schmerzen auf der Höhe der wieder deutlicher palpibaren Geschwulst, Pat. wird auf dem Untersuchungsstuhl mittelst Scheidenhaken genauer untersucht und constatirt, dass die Incisionswunde sich

stark zusammengezogen hat. Bei der Dehnung mit der Koruzange wird eine Menge verhaltenen, theils dünnflüssigen, grösstentheils aber dickflockigen Eiters entleert, durch tiefen Eindruck von oben auch die letzten Reste. Die Cyste wird mit einer $\frac{1}{2}\%$ Carbol-lösung irrigirt, und durch einen (gewöhnlichen) elastischen Katheter eine Spritze (etwa 120,0) einer Jod-Jodkalilösung (1:3) injicirt und nach kurzem Belassen in der Cyste wieder entleert. Der Inhalt der Cyste beträgt cr. 175 ccm.

13. IV. Die Reaction nach der Jodapplikation war sehr gering, ausser einem geringen brennenden Gefühle hatte Pat. keinerlei Beschwerden. Allgemeinbefinden gut, ebenso Appetit. Stuhlgang erfolgt auf pulv. Liq. comp. und Clysm. Zweimalige Ausspülung mit dem Katheter à double courant.

T. M. 36,9, A. 37,4

17. IV. M. 37,7, A. 40,2

Starke Empfindlichkeit im untern abdomen, Appetitlosigkeit, Zunge trocken und belegt.

18. IV. Bei der Untersuchung ergibt sich wieder eine Retention einer Menge flockigen Eiters. Es wird nochmals in gleicher Weise wie am 12. April eine Jod-Jodkaliinjection von gleicher Menge und Stärke gemacht, und darnach die Cyste mit 1% Carbol-lösung irrigirt.

T. M. 38,5, A. 37,6.

19. IV. Pat. klagt über keinerlei Schmerzen, Cyste vom abdomen aus nur noch schwer zu palpiren, ohne Empfindlichkeit.

T. M. 37,2. A. 37,6

22. IV. Die Cyste fasst noch ca. 150 ccm., ist vom abdomen aus nur noch kaum abzutasten. Es wird nur eine einmalige Ausspülung gemacht. Pat. erholt sich zusehends: Appetit ist gut, Stuhlgang meist ohne pulv. Liq. comp. und Clysm.

T. M. 37,2. A. 37,5.

2. V. Die Incisionsöffnung ist nur noch mit einem dünnen, elastischen Katheter durchgängig; da eine geringe Schmerzhaftigkeit bei tiefem Druck auf das abdomen eingetreten ist, so wird nach Entleerung geringer Eitermassen nochmals eine Jodinjction gemacht, die ebenfalls ohne Reizerscheinungen verläuft. Der Cysteninhalt beträgt noch ca. 120,0 Gr.

3. V. Pat. fühlt sich sehr wohl, ist 2 Stunden ausser dem Bett gewesen, ohne dadurch besonders geschwächt zu sein. Der Appetit ist gut, das Gesicht verliert seine fahle Blässe, und hat Pat. keinerlei Schmerzen.

T. M. 36,3. A. 35,8.

Von diesem Tage ab erholt sich Pat. immer mehr: am 7. V. ist sie zum ersten mal in frischer Luft; das anfangs etwas beschwerliche Gehen wird leichter, so dass Pat. mehrere Stunden oder auch den ganzen Tag ausser dem Bette ist. Die Cyste wird täglich einmal ausgespült und wird der Inhalt immer geringer. Am 12. V. beträgt derselbe nur noch 70 Kbcm. Die Temperatur erreicht vom 3. V. ab niemals 37,0, sondern steigt nur — 36,8 als Maximum.

Durch Familienverhältnisse ist Pat. gezwungen,

am 24. V. die Anstalt zu verlassen. Die Cyste fast an diesem Tage ca. 35 cbcm. Die Incisionswunde ist nur für einen sehr feinen, elastischen Katheter durchgängig. Pat. ist im Stande, eine Stunde lang ohne Beschwerden zu gehen, und wird angewiesen, die Cyste noch eine Zeit lang von einem Arzte ausspülen zu lassen, falls sich irgend welche Beschwerden wieder einstellen sollten.

Dieser unserer Fall zeichnet sich, abgesehen von seinem günstigen Verlaufe dadurch aus, dass bei demselben von Anfang an die Diagnose auf eine parovariale, ungestielte Cyste gestellt wurde, und dass bei derselben ein bisher wenig geübtes Operationsverfahren in Anwendung kam. Die Diagnose auf ungestielte parovariale Cyste konnte in diesem Falle ganz gut gemacht werden, da alle Symptome, wie sie durch einen weit ins lig. latum bis zum cervix ja bis unter das cavum Douglasii sich entwickelnden tumor gemacht werden, vorhanden waren:

- 1) liess sich der tumor deutlich durch Druck von oben tiefer ins Becken hineindrücken.
- 2) war der uterus nach der ziemlich typischen Stelle oberhalb des rechten Schambeinastes in die entgegengesetzte Seite gedrängt.
- 3) konnte der Finger zwischen cervix und tumor nicht vorgeschoben werden, oder was dasselbe sagen will, der cervicaltheil des uterus schien direct in den tumor überzugehen.

Nicht immer aber sind diese Symptome alle, oder auch nur einzeln in ausgesprochener Weise vorhanden,

deshalb ist auch bis jetzt der parovariäre Character einer Cyste meistens erst bei der Ovariectomie entdeckt worden. Weil nun in unserm Falle gleich die Diagnose zu stellen war, wurde die ovariectomie unterlassen, welche sonst, da die Punktion eine Vereiterung der Cyste ergab, sofort gemacht worden wäre. Schon bei einer nicht vereiterten parovariären Cyste ist die extirpation, wenn sie, wie in unserm Falle, ungestielt ist und breit mit dem uterus in Verbindung steht, etwas Missliches, auch Olshausen räth in seinem Werke über „Ovarienkrankheiten“ nicht dazu. In unserm Falle aber war sie absolut contraindicirt, da neben der breiten Verbindung mit dem uterus erstens Vereiterung der Cyste mit localer Peritonitis bestand, zweitens eine Darmschlinge, welche oben am tumor mit demselben verwachsen lagerte, bei der Ablösung leicht hätte verletzt werden können. Auch die Annäherung des tumors nach excision eines Stückes seiner Wandung an die Bauchwunde, welche von Schroeder und namentlich von P. Mueller in einigen Fällen statt der Ovariectomie gemacht wurde, erschien gefährlich, da bei abdomineller incision der eiternden Cyste und Trennung der frischen peritonealen Verklebungen und exsudate eine Infection der Bauchhöhle nur schwer wäre zu vermeiden gewesen; auch lassen die Resultate, welche man mit der Schroeder-Mueller'schen Methode erreicht, noch zu wünschen übrig. Da aber wegen des seit dem 17. März aufgetretenen hectischen Fiebers eine Entleerung der Cyste nothwendig, und diese mit grösster Wahrscheinlichkeit als uniloculäre

Cyste anzusprechen war, schien die Eröffnung von der vagina aus mittelst der oben beschriebenen Operationsmethode das Richtigste zu sein. Vergleichen wir den Erfolg dieser Operation mit den Erfolgen der Mueller'schen, fällt das Resultat zu Gunsten unserer aus. P. Mueller hat ausser einem Todesfalle an sept. Periton. einen sehr schweren Fall zu verzeichnen, der durch Thrombose der r. Vena cruralis (Beckenphlegmone?) und Kommunikation des einen ureters mit dem Wundtrichter an den Rand des Grabes kam. In den übrigen 4 Fällen war der Erfolg zwar besser, aber es kam im ersten Falle die Heilung fast gänzlich erst zu Stande nach 3 Monaten, im 2. Falle trat Heilung erst nach 112 Tagen ein, im 3. Falle nach 85 Tagen, im 4. Falle wurde Drain herausgen. erst am 70. Tage, und erst später trat Heilung ein.

Ausserdem bestand in fast allen seinen Fällen im Anfang heftiges Eiterresorptionsfieber (wohl wegen mangelhaften Abflusses des Eiters aus der Bauchwunde). In unserem Falle dagegen trat nur zu 2 Malen Fieber auf, und zwar, als man unvorsichtiger Weise die Oeffnung in der Scheide sich hatte zu stark zusammenziehen lassen. Fast völlige Heilung war schon nach 55 Tagen eingetreten.

Die Eröffnung der Cyste von der vag. aus wurde, wie schon kurz einmal erwähnt, nach einem bis jetzt wenig geübten Operationsverfahren gemacht. Gewöhnlich wird sonst bei der vag. Eröffnung von Ovarial- und Parovarialcysten nach Scanzoni mit einem 10 Zoll langen, ziemlich starken troicart ohne Aus-

einanderzerren der Scheide, allein unter Leitung von 2 Fingern der linken Hand, in der Mitte des hintern Scheidengewölbes eine Punktion, ev. höchstens noch die Erweiterung dieser Punktionsstelle mit einem Messer, namentlich mit dem von Scanzoni angegebenen gemacht. Selten incidirte man frei, ohne vorherige Punktion. Die freie Incision und Vernähung der nöthigenfalls mit Haken herabgezogenen Cyste mit der Scheide ist, soweit meine literarischen Kenntnisse reichen, bis jetzt nur von Noeggerath in New-York gemacht worden; dieser vernähte mit Silberdraht, in unserm Falle geschah dieselbe mit carbolisirter Seide.

Da die Vernähung der Cyste mit der Scheidenwand erst in so wenigen Fällen (6 von Noeggerath, 1 von Pernice) gemacht ist, kann man sich noch nicht bestimmt darüber aussprechen, ob dieselbe sicher, wie sie es soll, die Bauchhöhle vor Infection von der vag. her schützt; in unserm Falle wurde dieser Schutz erreicht.

In unserm Falle wurde die Operation unter Anwendung a- und antiseptischer Cautelen gemacht, das ist meines Wissens ebenfalls bisher nur von Noeggerath geschehen, aber Noeggerath führte die aseptische Methode nicht so weit durch, wie es in unserm Falle geschah, denn er bedeckte die Scheidenöffnung nicht mit einem aseptischen Verbands. (Und dies wurde zu Anfang bei unserer Patientin gemacht.)

Noeggerath hatte bei Anwendung seines Verfahrens unter 6 Fällen 2 mal tödtlichen Verlauf.

Wodurch diese Todesfälle bedingt wurden, ist in den mir zu Gebote stehenden Quellen nicht angegeben, doch möchte ich behaupten, dass bei richtiger Anwendung der asept. Methode sich in der Regel Todesfälle, bedingt durch sept. Infection und periton. Entzündung, vermeiden lassen. Zu den a- und antiseptischen Cautelen aber gehört namentlich das vorherige Reinigen und Desinfiziren der Scheide, der Hände und Instrumente, das Arbeiten unter Carbolspray, der nach der Operation anzulegende Lister'sche Verband und die täglich vorzunehmenden desinfizirenden Ausspülungen der Tumorhöhle in der Nachbehandlung. Es ist nicht denkbar, dass unter Beobachtung dieser Massregeln die Incision mit Vernähung ein ungünstigeres Resultat geben sollte, als die einfache Punktion mit ev. Incision, wie sie Scanzoni übte, und dieser hat unter 23 Fällen nur 6 mal acute Vereiterung und Verjauchung der Cysten gehabt, aber in diesen noch keinen durch den Tod verloren. In unserem Falle hat sich die antiseptische Methode insofern bewährt, als keine Verjauchung der Cyste oder peritonitis aufgetreten ist. Die Eiterung aus dem tumor konnten wir aber durch unsere Massnahmen nicht aufheben, dasselbe thut auch nicht nöthig, da eine mässige Eiterung zur Heilung der Cysten durch Granulationen nothwendig zu sein scheint. Deshalb kann aber, sobald Verwachsung der Cysten mit der Scheidenwand in Folge der Annäherung zu Stande gekommen ist, der asept. Occlusivverband fortgelassen werden. Das geschah auch in unserm Falle.

Grosses Gewicht ist jedenfalls bei vag. incision auf eine recht breite Eröffnung und genügend langes Liegenbleiben des Drains zu legen, resp. ist nach Herausnahme des Drains sorgfältig eine gewisse Grösse der Oeffnung im Anfang zu erhalten, da, wie auch unser Fall deutlich zeigt, die Oeffnung in der Scheide sich bald so zusammenzieht, dass eine retention der oft dickflockigen Eitermasse eintritt. Anfangs bei noch grosser Höhle sind mehrmals am Tage, später wenigstens noch einmal täglich Ausspülungen des Cystenraumes mit desinfizirenden Flüssigkeiten vorzunehmen. Dadurch wird Stagnation und Zersetzung des Cystensecrets unmöglich gemacht.

Was die in unserm Falle gemachte Drainirung anbelangt, ist dieselbe ein altes Verfahren. Geübt wurde sie zuerst von J. Henckel 1760. 80 Jahre später brachte Schwabe diese Behandlungsweise wieder auf, nach ihm wurde die vag. Drainirung von Kiwisch und Scanzoni unter allen Gynaekologen am häufigsten vorgenommen.

Die Jodapplication, welche in unserem Falle 3 mal gemacht wurde, dachte man sich früher als besonders wirksam bei ovarieneysten, auch in neuerer Zeit will Boinet zur Heilung uniloculärer Cysten überhaupt nur die Jodinjction angewandt wissen; die Erfahrungen Anderer haben aber gezeigt, dass den Jodinjctionen nur eine desinfizirende und reizende Wirkung zukommt, wie sie auch vielen andern Injectionsflüssigkeiten eigen ist. Zur Ausspülung eröffneter Cysten aber können dieselben immer mit Vortheil angewendet werden. Bei

Durchführung der in unserm Fall angewandten Behandlungsweise werden meiner Meinung nach günstigere Resultate erreicht werden, als bei dem alten nicht asept. Verfahren der puncture mit bloß *ev. incision*. Weniger leicht nämlich wird Peritonitis eintreten und der Cysteninhalte wird vollständiger abfließen können. Ein endgültiges Urtheil über unser Verfahren lässt sich bei der geringen Anzahl der Fälle, im Ganzen 7, allerdings noch nicht geben. Statistisch würden wir finden, dass (nach Noeggenrath) beim alten Verfahren unter 48 Fällen 34 mal, also in 71 % Heilung eintrat. Von den 7 antiseptisch Behandelten starben 2, das giebt eine Heilung von 72 %. Diese Resultate stehen noch ziemlich hinter der Ovariectomie zurück, doch wird sich die Statistik jedenfalls günstiger gestalten, wenn nur ganz bestimmte, geeignete Fälle von ovar. und parov. Cysten mit *vag. incision* und dann nach der von uns empfohlenen Methode behandelt werden. Wir können unter den passenden Fällen 2 Hauptgruppen unterscheiden; die erste umfasst diejenigen Cysten, bei welchen die Operation die Radicalheilung, die zweite diejenigen, bei welchen sie vor Allem die Beseitigung augenblicklicher lebensgefährlicher Complicationen bezweckt. Bevor wir auf diese einzelnen Fälle näher eingehen, seien uns noch einige Worte über gewisse allen Scheidenwunden bis jetzt eigenthümliche Verhältnisse gestattet.

Ein Hauptunterschied zwischen *vag.* und *abdom.* Wunden ist bis jetzt, dass die Abhaltung der Entzündungserreger von abdominalen Wunden in unserer,

die Abhaltung derselben von vaginalen Wunden ausser unserer Macht steht, oder doch nur mittelst sehr complicirter Operationsmethode möglich ist. Auch Herr Prof. Olshausen sagt in seinem Werke über „Krankheiten der Ovarien“: „Jedenfalls ist es eine technisch noch nicht gelöste und vielleicht nicht lösbare Aufgabe, die Vaginaldrainage mit einem allen Anforderungen entsprechenden antiseptischen Occlusivverbande zu vereinigen. Könnte man selbst die Application des Drain noch ohne Gefahr der Infection vornehmen, so würde eine solche doch längs des Drain von der vagina aus sich hinterher vollziehen können und dies um so sicherer, wenn, wie nicht selten nach der Ovariectomie, eine Pseudomenstruation eintritt und zum Heerd für Zersetzungsprozesse wird.“ Ausser einer Menstruation würden noch gewöhnliche Scheiden- und Uterinkatarrhe ebenfalls die Infection von der Scheide aus bewirken können. Diese Möglichkeit einer Infection trotz aseptischer Massregeln beschränkt das Gebiet der vaginalen Incisionsmethode ganz erheblich. Zwar können wir durch asept. Cautelen und die Verwähnung der Cystenwand schlimme Formen von peritonitis und die Verjauchung der Cysten verhüten, eine schon bestehende Eiterung können wir aber, wie unser Fall lehrt, nicht aufheben, ebenso wird das Entstehen von Eiterung in der Cyste, wenn vorher noch keine da war, von uns nicht verhindert werden können.

Da also bei vag. incision die Cysten immer nur auf dem verhältnissmässig recht langwierigen und unangenehmen Wege der Eiterung zur Heilung kommen,

kann dieselbe bei den günstigen Resultaten der Ovariectomie nur da zum Zwecke der Radicalbeseitigung in Anwendung und Frage kommen, wo die Ovariectomie wegen gewisser Beschaffenheiten der Cysten contraindicirt ist. Contraindicirt ist aber die Ovariectomie bei ausgebreiteter Verwachsung der Cysten mit dem hintern Scheidengewölbe und den Seitenwänden des kleinen Beckens. Es kommt bei der Exstirpation dieser tumoren leicht zu stärkerer Blutung und zu Anreissung der Blase oder des Darms, die vag. incision ist aber grade wegen dieser Verwachsung ungefährlicher. Die Verwachsung bei vollkommener Verwachsung fällt natürlich fort. Aber noch nicht alle derart im Becken fest-sitzenden tumoren passen für vag. incision, denn da nach derselben die Cyste immer nur durch Eiterung heilt, würde ihre Anwendung bei sehr grossen tumoren durch die grosse und lange dauernde Eiterung gradezu lebensgefährlich sein; als ungefähre höchste Grösse, welche die Cysten niemals überschreiten dürfen, ist die eines uterus im 7. Schwangerschaftsmonate anzusehen. Auch dürfen nur monoculaere, niemals multiloculaere tumoren auf diesem Wege angegriffen werden, da bei der vag. incision und drainage nicht alle Cysten-räume eröffnet und verödet werden können, bei den uniloculaeren muss durch die Probepunction ein dünner, eiweissarmer Inhalt nachgewiesen sein, weil man sich trotz sorgfältiger Untersuchung sonst öfter in der Diagnose irren wird. Da ausserdem die unilocularen mit eben angegebenen Inhalt öfter schon nach blosser Entfernung durch punctum heilen, ist vor der incision

stets die puncture zu versuchen. Nur bei Dermoiden ist von Anfang an die incision zu machen, da durch blosser Puncture diese niemals vollständig entleert und geheilt werden können.

Contraindicirt ist ferner die ovariectomie bei Cysten, welche, vom ovarium oder parovarium ausgegangen, sich in das lig. latum hinein und noch weiter zwischen peritoneum und Beckenorganen entwickelt haben, wenn sie, wie dies meist der Fall ist, ungestielt sind. Diese gewöhnlich nur als „parovariale“ bezeichneten tumoren haften meist mit breiter Basis am uterus und können sich unter dem peritoneum des cavum Douglasii zum rectum sogar anus hin, oder unter Entfaltung des lig. infundibulo-pelvicum zu den Muskeln der fossa iliaca, ja zum mesocolon descendens und mesocoeum hin entwickeln und bieten deshalb der exstirpation grosse, ja unüberwindliche Schwierigkeiten. Da nun auch bis jetzt die abdominale incision mit theilweiser excision der Cystenwand keine recht günstigen Resultate liefert, eignen sich diese tumoren, wenn sie die nothwendigen oben ausgesprochenen Anforderungen in Bezug auf Unilocularität und Grösse erfüllen und sie, wie fast immer, unmittelbar dem Scheidengewölbe aufliegen, zur vag. incision. Wo in diesen Fällen der tumor das peritoneum des cavum Douglasii nicht genügend abgehoben hat, oder derselbe nicht mit dem hintern Scheidengewölbe verwachsen ist, und deshalb bei der incision das Bauchfell verletzt wird, ist immer die Annäherung zu bewerkstelligen. Vielleicht wird auch in Zukunft von den

Meisten bei allen solchen tumoren die Annäherung an die Bauchdecke bevorzugt werden, ob diese aber wirklich bessere Resultate liefern wird, wie die von uns in den geeigneten Fällen empfohlene vag. incision und Annäherung, ist mir sehr fraglich. Denn bei der vag. incision wird die Cyste an ihrem tiefsten Punkte eröffnet, der Abfluss des Eiters findet vollständiger und ungehinderter statt, die desinfizirenden Ausspielungen können gründlicher gemacht werden als bei abdominaler Incisionsöffnung. Namentlich hat aber die vag. Eröffnung Vorzug vor der abdominalen, wenn Eiterung oder Jauchung in der Parovarialcyste mit oder ohne lokale peritonitis besteht. Eröffne ich hierbei die Bauchhöhle von vorn, setze ich den grössten Theil des peritoneums der Gefahr septischer Infection aus, während der Eiter aus der Höhle nur unvollkommen entleert wird, eröffne ich die Cyste an ihrer tiefsten Stelle von der vag. aus, wird im ungünstigen Falle nur das peritoneum des kleinen Beckens von Entzündung ergriffen werden, während der Eiterabfluss aus der Höhle sehr ungestört von Statten geht. Aber auch die Entzündung des Beckenperitoneums wird sich bei sofortiger Vernäherung und antiseptischen Massregeln meistens nicht einstellen. Wenigstens spricht unser Fall, der wegen solcher Verhältnisse operirt wurde, und wo als weitere Contraindikation der Ovariectomie und abdominalen Drainage noch die Adhaerenz einer Darmschlinge an der Höhe des tumor dazu kam zu Gunsten dieser Annahme. In Bezug auf Grösse und Unilocularität muss freilich auch die eiternde

Cyste den vorhergestellten Anforderungen entsprechen, sonst kann trotzdem die vag. incision nicht vorgenommen werden, sondern ist, wemngleich unter schlechteren Chancen die Ovariatomic oder Annähung der Cyste an die Bauchwunde nach incision eines Stückes zu versuchen. — Einen anscheinend berechtigten Einwand kann man uns gegen die vag. incision bei parovarialen Cysten, sowohl eitrigen, wie nicht eitrigen machen, nämlich, dass wir, wenn wir nicht den Bauchraum öffnen, auch nie genau sagen könnten, ob eine Cyste des parovarimus ein- oder mehrkammrig sei. Es sind von Atlee, ebenso von Ahlfeld je 2 Fälle beschrieben worden, wo auf dem Boden der anscheinend vollständig unilocularen Cyste noch eine kleinere faustgrosse sass. Vielleicht würde bei der vag. incision nun wohl Eröffnung der kleinen aber nicht der grossen Cyste erfolgen, die Eiterung der kleinen Cyste würde sich aber bald der grossen mittheilen, und durch Verhaltung des Eiters in dieser würden hektisches Fieber, vielleicht Tod erfolgen. Solche Fälle von vorhandenen kleinen Cysten auf dem Grunde der grossen kommen aber erstens selten vor, zweitens wird man aus der Quantität der ausströmenden Flüssigkeit, welche der Grösse dieser entsprechen muss, beurtheilen können, welche Verhältnisse man vor sich habe. Entsteht wegen geringer Menge der herauskommenden Flüssigkeit Verdacht auf solche Umstände, führe man den Zeigefinger im Nothfalle einen an der Spitze mit einem carbolisirten Wattebausch versehenen elastischen Katheder behutsam in die Cystenöffnung ein und man

wird sich orientiren, auch bei etwa vorhandener 2ter Cyste die Wandung derselben fühlen und dann durchbrechen können.

Doch kehren wir zurück zu den Contraindicationen der Ovariectomie, um daraus Indicationen für unsere vag. incision zu schöpfen. Contraindicirt ist die Ovariectomie ausser bei parovarialen, vereiterten Cysten auch bei gewöhnlichen, ovarialen, uniloculären und multiloculären, vereiterten tumoren, wenn dieselben mit dem hintern Scheidengewölbe oder den Beckenwänden in ausgedehnter Verbindung stehen. Von diesen tumoren sind, wie bis jetzt schon immer, die multiloculären und die über die oben bestimmte Grösse hinausgehenden uniloculären von der Behandlung mit vag. incision u. s. w. auszuschliessen und müssen wohl oder übel trotz eigentlich bestehender Contraindication vom Bauche aus angegriffen werden, nur uniloculäre, nicht über die Grösse eines uterus im 7ten Monat der Schwangerschaft hinausgehenden eignen sich zur vag. incision. Haben wir aber diesen eben genannten Anforderungen entsprechende tumoren vor uns, brauchen wir von der vagin. incision auch dann nicht zur ovariectomie überzugehen, wenn neben der Vereiterung oder Jauchung im Cystenraume zugleich noch circumscripte peritonitis mit exsudation besteht; auch bei den vereiterten parovarialen Cysten habe ich schon gesagt, dass bei partieller peritonitis die vag. incision noch gerechtfertigt ist. Zwar befinde ich mich mit diesen Aussprüchen etwas in Widerspruch mit dem grossen Ovariectomisten Keith, welcher sagt, dass bei

Entzündung und Jauchung von Cysten mit Peritonitis stets die Ovariectomie zu machen sei, doch ist es wohl immerhin gerechtfertigt, wenn man eine wenig umfängliche *circumscribed peritonitis* von der allgemeinen sondert. Bei der *circumscribed peritonitis* bei sonst zur *vag. incision* geeigneten Fällen ist ruhig diese zu machen; nach Entleerung des Eiter- und Jaucheherdes wird in der Regel das *circumscribed peritonitische exsudat* von selbst oder auf Application von Priessnitz'schen Umschlägen u. s. w. verschwinden, wie dies auch in unserm Falle geschehen ist. Nur selten wird das *circumscribed exsudat* vereitern und nach dem *peritonealcavum* durchbrechen. Wenn dies aber geschehen sollte, kann dann durch die Laparotomie immer noch Hilfe geleistet werden. Ist dagegen die *peritonitis* eine allgemeine oder partielle in den Fällen, wo *vag. Eröffnung* der Cysten nicht indicirt ist, muss sofort laparotomirt werden, denn nur auf diesem Wege kann dann der Grund der Entzündung beseitigt werden, und mit Recht sagt Palmer (Cincinnati): „Die Ovariectomie während allgemeiner peritonitis und Entzündung der Cyste ist nicht nur als hülfebringendes Mittel zu empfehlen, sondern als fast einzige Rettung der sonst unrettbar verlorenen Patienten dem Arzte zur Pflicht zu machen.“

Bis jetzt haben wir als eine der ersten Bedingungen für *vag. incision* festgehalten, dass ein *monoculaerer tumor* vorhanden sei, es giebt aber auch Fälle, welche uns wegen sehr bedrohlicher, lebensgefährlicher Erscheinungen zur *vag. incision* bestimmen,

wenn auch wirklich polycystische tumoren vorliegen. Diese Fälle werden gegeben durch im kleinen Becken liegende und entweder eingeklemmte oder die Geburt behindernde cyst. tumoren. Bei Einklemmung im kleinen Becken tritt Peritonitis, unstillbares Erbrechen, vollständige retention von Urin und faeces ein. Bei Behinderung der Geburt durch Eierstockscysten kann ebenfalls peritonitis, dann aber auch ruptur des uterus, ruptur der Cyste, Vereiterung oder lebensgefährliche Haemorrhagie in denselben entstehen, und die Geburt kann zu einem Ding der Unmöglichkeit werden. Hier müssen wir durch unsere Therapie Abhülfe schaffen, resp., wenn wir zeitig genug gerufen werden, schon prophylactisch thätig sein. In beiden Fällen werden wir zunächst die puncture machen, ist dieselbe aber wegen dermoider oder polycystischer Natur des tumors nicht von Erfolg, werden wir zur incision unter aseptischen Cautelen schreiten. Sind keine adhaesionen da, ist die Vernähung des tumors, wenn irgend Zeit dazu übrig bleibt, zu machen. Sollten wir einen polycystischen tumor mit Erfolg geöffnet haben, wäre nach der Geburt und dem Wochenbett noch die abdominele ovariectomie zu machen, in den übrigen Fällen wird bei der von uns angegebenen Nachbehandlungsmethode in der Regel die Heilung erfolgen und keine weitere Operation nöthig sein.

Da die Therapie der dermoide in den Lehrbüchern gewöhnlich gesondert abgehandelt wird, möchte ich über deren Behandlung von der vagina aus vermittelst incision noch speciell einige Worte sagen.

Spencer Wells und Andere haben bei der exstirpation von dermoiden gute Erfolge erzielt, unter 20 Fällen sind z. B. Spencer Wells nur 2 gestorben. Genesung mithin = 90 %. Wegen dieser günstigen Erfolge der Ovariectomie sind auch die dermoide nur mit vag. incision zu behandeln, wenn die vorher aufgeführten Bedingungen, unter denen wir die vaginale incision für gerechtfertigt hielten, bei ihnen zutreffen. Ein vereitertes dermoidkystom, welches nicht zugleich im Becken adhaerent ist, ebenso dermoide, welche die Grösse eines uterus im 7. Monat der Schwangerschaft überschreiten, contraindiciren unter allen Umständen die vag. incision. Sind sie aber verwachsen mit den Wänden des kleinen Beckens, oder vereitert und zugleich verwachsen, oder sind sie eingeklemmt, oder behindern sie die Geburt, und sind sie zugleich nicht zu gross, sind sie mit vag. incision zu behandeln. Da nun dermoide häufig vereitern, verwachsen u. s. w. wird die vag. incision bei ihnen besonders häufig angewandt werden dürfen. In der Litteratur finden sich manche Fälle von auf diesem Wege glücklich behandelten dermoiden, so auch je 2 von Simon Thomas und C. Braun. Beide operirten ungefähr auf dieselbe Weise. Zur Illustrirung ihres Verfahrens und der Erfolge desselben will ich kurz die beiden Fälle von Braun anführen:

1) Franz. Kase . . . 1877, mit typhusähnlichem Fieber und einer kindskopfgrossen, elastischen Geschwulst im linken lig. latum, aus der durch Probepunktion Fettemulsion und Haarfilz entleert wurde.

Incision durch die vagina, Entleerung zahlreicher Haarbüschelfilze mit dem Zeigefinger, drainage, wöchentlich einmal Auswaschung mit Jodtinctur brachte die Cyste binnen Kurzem zur Verheilung.

2) Frau Wei 1879, sehr abgemagert, mit Fieber und einer mannskopfgrossen Dermoidcyste. Nach vag. Punction, incision und Ausspülungen mit K. hypermang. folgte Reconvalescenz, wenngleich spärlicher Eiterabgang noch lange bestand.

Wenn nun diese beiden Autoren bei verhältnissmässig mangelhaftem Verfahren schon gute Erfolge erzielten, lässt sich dies um so mehr bei dem von uns empfohlenen Operations- und Nachbehandlungsverfahren hoffen.

Fassen wir noch einmal kurz die Indicationen zusammen, welche uns zu einer vag. incision auffordern. Es sind 1) Fälle, welche die Ovariectomie contraindicirt erscheinen lassen:

a) uniloc. ovariale tumoren, von höchstens der Grösse eines 7monatlichen uterus, mit dünnem, eiweissarmen fluidum, welche ausgebreitet verwachsen sind mit dem kleinen Becken und dem Scheidengewölbe

b) uniloc., parovariale tumoren von der vorher angegebenen Grösse, dem ebenfalls schon angegebenen fluidum, wenn sie ungestielt sind, namentlich aber, wenn sie vereitert und vielleicht sogar mit Darmschlingen adhaerent sind.

c) vereiterte unilocale, ovariale Cysten von höchst. der angegebenen Grösse, wenn sie ausgebrei-

tete und feste adhaesionen im Becken besitzen. Locale Peritonitis ist keine Contraindication.


2) wenn lebensgefährliche Complicationen eintreten, dies ist der Fall

bei im kleinen Becken liegenden und entweder eingeklemmten oder die Geburt verhindernden tumoren.

Als Anhang ist das Verhalten bei dermoiden besprochen.

Ich glaube, dass bei Festhaltung der aufgestellten Indicationen und der empfohlenen Behandlungsweise die vag. incision mindestens ebenso günstige Resultate liefern wird, als die ovariectomie. Von den 7 bis jetzt antiseptisch behandelten Fällen der vag. incision lässt sich freilich kein Rückschluss machen, nehmen wir aber die Resultate nicht aseptisch ausgeführter vag. Punctionen und Incisionen und die Resultate nicht aseptisch ausgeführter Ovariectomien, ergibt sich keine Differenz zu Ungunsten der vag. incision, vielmehr endeten von 174 in Deutschland zur nicht aseptischen Zeit ausgeführten Ovariectomien 50% tödtlich, während von 48 Fällen vag. Punction und Incision nur 29% starben. Hiergegen kann man den Einwand machen, dass Spencer Wells trotz Nichtanwendung der Asepsis 74,7, Keith sogar 84,6 Genesungen auf's 100 hatte, wir können aber auch mit Recht sagen, dass, wenn Specialisten wie Spencer und Keith die vag. incision cultiviren wollten, auch die Resultate dieser Operation sich bedeutend verbessern würden. Es möchten dann doch noch Mittel und Wege gefunden

werden, welche Herstellung völliger aseptis auch in Scheidenwunden ermöglichten und die zugleich bequem anwendbar wären. Bis jetzt ist ganz vollständ. aseptis nur auf umständlichem Wege zu erreichen. Erreichbar ist sie aber immerhin schon geworden durch den von A. Schucking angegebenen, von Andern modifizirten Apparat zur permanenten Irrigation. Arbeiten wir unter Carbolspray, desinfiziren wir den ganzen Genitalkanal mit 3% Carbolsäure, wenden wir nach der Operation die permanente Irrigation mit Desinfizientien an, so wird nach dem Urtheile von Lister, der grössten Autorität auf diesem Gebiete, eine vollkommene aseptis unserer operativen vaginalen Wunden geschaffen. Bei einem solchen vollständig aseptischen Verlaufe und richtiger Auswahl geeigneter Fälle wird die vag. incision dann sogar noch günstigere Resultate erreichen, wie die ovariectomie, weil sie eine lange nicht so bedeutende Verletzung setzt, weil der Operirende mit der Bauchhöhle entweder gar nicht oder doch höchstens mit dem untern Abschnitte derselben in Berührung kommt, und weil die Operation überhaupt nur bei kleineren tumoren, welche also noch keine hochgradige Erschöpfung bedingten, zur Anwendung kommen soll. Sollte eine bequeme und vollkommene asept. Behandlungsweise der vag. incision gefunden werden, würde sich auch das Feld dieser Operation noch etwas vergrössern.



Lebenslauf.

Louis Johannes Emil Halter, geboren den 15. Februar 1858 zu Anclam, Sohn des Ackerbürgers J. Halter ebendasselbst. evang. Confession, wurde Ostern 1866 in die Sexta des dortigen Gymnasiums aufgenommen, war 2 Jahre lang Schüler der Prima desselben und wurde Ostern 1876 mit dem Zeugniß der Reife entlassen. Er studirte Medicin, 1 Semester in Berlin, 3 weitere in Marburg, 5 in Greifswald, in Marburg bestand er das tent. phys. 1878. Anfang Februar 1881 trat er in die med. Staatsprüfung ein und beendete dieselbe am 24. Mai 1881. Bald darauf bestand er das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

in Berlin: Peters, Braun, Hartmann, Helmsholtz.

in Marburg: Lieberkuehn, Nasse, Kuelz, Zincke, Melde, Greef,

in Greifswald: Mosler, Eulenburg, Grohé, Pernice, Schirmer, Hueter, Limpricht, Vogt, Preuschen, Eichstedt, Schueller, Arndt, Haeckermann, Beumer.

Thesen.

I.

Die Ovariectomie ist bei Vereiterung von Ovariencysten mit allgemeiner Peritonitis dem Arzte zur Pflicht zu machen.

II.

Die Excision des Schankers ist bei noch nicht zu langem Bestande und geeignetem Sitze desselben andern Behandlungsweisen vorzuziehen.

III.

Die Splenectomie wegen leucaemischer Milztumoren ist nicht gerechtfertigt.

1115

