

M



Über Resectio ovarii.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät
der Königlichen Universität Greifswald

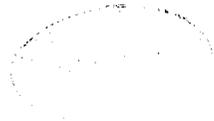
vorgelegt

von

Johannes Birch

Assistenzarzt in Barby

am 14. August 1907.



Greifswald

Druck von Julius Abel, Königl. Universitätsbuchdruckerei

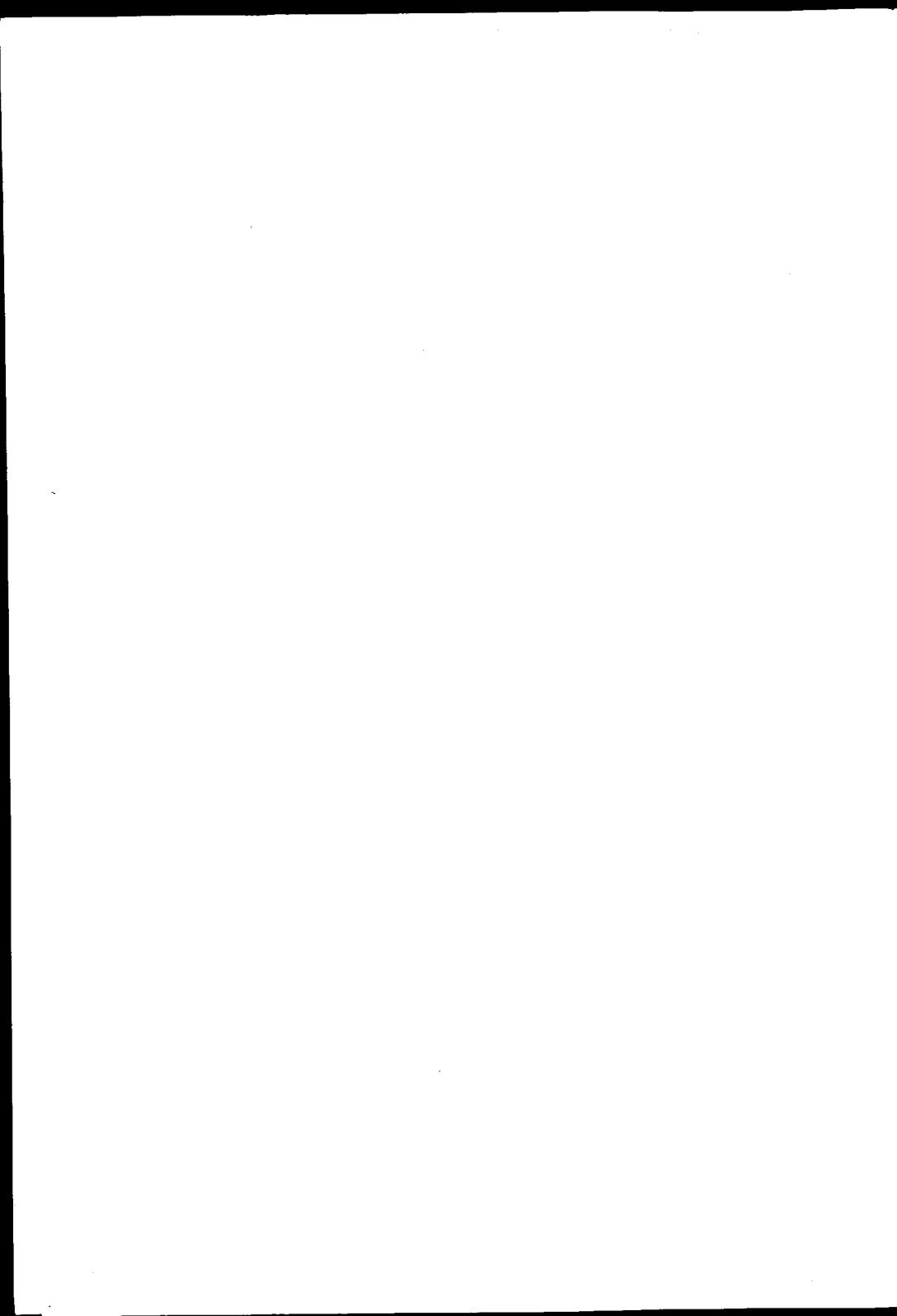
1907.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät
der Königlichen Universität Greifswald.

Dekan: Professor Dr. Bleibtreu.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Martin.

Meinen lieben Eltern.



Die *Resectio Ovarii*, d. h. die Entfernung des Eierstockes bis auf einen Rest functionsfähigen Gewebes wurde zuerst mit Vorbedacht von Schröder ausgeführt. Er entfernte am 30. X. 1879 bei einer 30jährigen Frau durch Laparotomie das völlig entartete rechte Ovarium, excidirte aus dem dreifach vergrößerten linken Ovarium eine Dermoidcyste und vernähte den Ovarialstumpf. Hierdurch kam er einem Wunsche der Patientin nach, die, wenn irgend möglich, nicht beide Eierstöcke verlieren wollte. Der Heilungsverlauf war ein glatter, die Frau menstruirte weiter.

Als Schröder dann 1884 in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie sieben Fälle dieser Art skizzirte, ohne dass bei einer Patientin nach der Operation eine Conception erfolgt war, konnte bereits A. Martin über vier analoge Fälle berichten, ja der erste Fall von A. Martin war bereits schon vor dem Schröder'schen operiert und bald darauf Conception eingetreten. Schröder begründete diese Methode damit, dass ihm die Erhaltung der Menstruation und, wie er sich ausdrückte, die vielleicht oft nur theoretische Möglichkeit einer Conception bei jungen Mädchen und Frauen zu wichtig erscheine, andererseits wolle er von dieser Operation Abstand nehmen beim Vorhandensein vieler Kinder und bei Verdacht auf maligne Entartung. Beide, Schröder und A. Martin, haben sich dann bemüht, wenn irgend tunlich, Teile der Keimdrüse zu erhalten. 1885

konnte S c h a t z über einen ähnlichen Fall berichten. Das linke Ovarium hatte er vollständig, das rechte bis auf einen kleinen Rest entfernt, dennoch blieb die Menstruation erhalten und es trat ausserdem eine normale Schwangerschaft ein.

So aussichtsvoll diese Operationsmethode war, so schien sie dennoch nur wenig Nachahmung zu finden, jedenfalls ist in den folgenden Jahren in der Literatur darüber nichts enthalten. Erst im Mai 1888 konnte A. M a r t i n einen neuen Fall derart anführen, in dem die Operierte in den nächsten Tagen ihre Niederkunft erwartete. Auch bei dieser Gelegenheit empfahl A. M a r t i n auf Grund seiner Erfahrungen ein möglichst konservatives Operieren bei Ovariectomien; nur evident Krankes wollte er entfernt wissen mit Rücksicht auf die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit und im Hinblick auf die nicht unerheblichen Beschwerden, die durch den plötzlichen Klimax bedingt sind. Ebenso lehrten die Mitteilungen G l a c v e c k e s, dass die Erhaltung, wenn auch nur kleiner Reste der Keimdrüse, in Fällen, wo die totale Entfernung für den Erfolg nicht durchaus notwendig ist, anzustreben ist. J e n t z e r erörterte ebenfalls die Frage, ob bei Entfernung eines Ovarialkystoms das andere Ovarium auch exstirpiert werden soll, wenn es nur oberflächliche geringe Erkrankung zeigt. Er kam zu dem Resultat, man solle bei jeder Ovariectomie das zweite Ovarium genau prüfen, ist dasselbe nur leicht erkrankt, so soll es nach der Methode von S p e n c e r W e l l s, S c h r ö d e r oder A. M a r t i n behandelt, nicht exstirpiert werden. 1891 hat auch O l s h a u s e n sich zu ihren Gunsten bekannt, er liess durch M a t t h a e i sechs Fälle von Ovarialresection veröffentlichen. Auf der einen Seite befand sich meist ein Dermoid, auf der anderen beginnende Geschwulsterkrankung; die stärker befallene Seite wurde radikal operiert, die andere resectirt. Bei allen Patientinnen war die Heilung glatt verlaufen, die Menstruation blieb erhalten, Recidive traten nicht ein und alle Kranken bis auf eine, die

ledig blieb, concipirten. Matthaei bezeichnet die Indication als gegeben:

1. bei Fällen, in denen zahlreiche grössere Retentionscysten vorhanden sind, wenn man annehmen muss, dass die einfache Punktion derselben zur Heilung nicht genügend ist;
2. bei Dermoidcysten;
3. mit äusserster Vorsicht bei glandulären proliferierenden Cystomen gutartigen Charakters.

Contranidicirt ist das Verfahren nach Matthaei:

1. bei bestehender maligner Ovarialerkrankung, sowie bei dem geringsten Verdacht auf die Existenz einer solchen;
2. bei Frauen, die entweder im Klimakterium sich befinden oder schon nahe vor demselben stehen.

In Fällen maligner Erkrankung will er auch das andere gesund aussehende Ovarium entfernt wissen, weil das Vorkommen maligner Neubildungen in beiden Ovarien verhältnissmässig häufig ist.

In verschiedenen Schriften trat auch Pozzi energisch für konservative Chirurgie ein. Er sagt 1893, „bei Hydrosalpinx dagegen mit kleincystischer Degeneration der Ovarien, bei diffuser Ovaritis, wobei zugleich der Pavillon der Tube noch offen ist, und bei Sclerose ist die Erhaltung von Ovarialgewebe dringend wünschenswert, da selbst bei Zurücklassen kleiner Keimdrüsenreste die Fortpflanzungsfähigkeit erhalten ist“. Er konnte im Anschluss daran über 12 Fälle berichten, von denen 6 ignipunktiert, 6 reseziert waren, alle heilten sie bis auf eine Hysterica, von einer Gravidität war bisher nichts bekannt. 1897 konnte er über seine Erfolge an einem grösseren Material melden. Unter 62 derart behandelten Fällen mussten sich 8 später noch einer Radikaloperation unterziehen; von 48, die später noch beobachtet werden konnten,

erklärten sich 33 für völlig geheilt, 7 hatten keinen wesentlichen Vorteil und 12 waren wieder schwanger geworden. Auch bei dieser Veröffentlichung empfahl Pozzi die Resection oder Ignipunktur bei gutartiger Neubildung, bei kleinen Cysten mit serösem Inhalt, bei Dermoidcysten und bei chronischer Oophoritis. In demselben Sinne sprachen sich Routh, Masscy, Delangre und Baldy aus. Donnet konnte gelegentlich einer Untersuchung der Endresultate der Ignipunktur und Resection an den Ovarien unter 22 Fällen 4mal Gravidität beobachten. Nach ihm soll das konservative Verfahren bei Oophoritis diffusa und Degeneratio sclero-cystica angewandt werden. Warm treten für diese Methode auch Chr. Martin, Abraschekwitz und Johnson ein, letzterer besonders bei entzündlichen Erkrankungen. Einen eingehenden Beitrag zur erhaltenden Behandlung der Ovarien gab Goldspohn, der als Indikation dazu kleincystische Entartung und gutartige Tumoren angibt. Er stützt sich dabei auf drei solche Fälle, wo die Menses stets eintraten und das Befinden gut war. In der Besprechung zu diesem Vortrage stimmen Frederik und Cumston entschieden Goldspohn bei. Grant führt einen diesbezüglichen Fall an: Eine 34jährige II. para hatte im letzten Wochenbett vor drei Jahren eine umschriebene septische Peritonitis durchgemacht. Bei der Laparatomie wurden die erkrankten linken Adnexe entfernt, aus dem cystischen orangegrossen rechten Ovarium wurde die Cyste herausgeschnitten, Wunde vernäht, Ovarialrest mit Tube versenkt; die Heilung verlief glatt, Menstruation war regelmässig, nach einigen Monaten trat Schwangerschaft ein. Auf Grund dieses Falles befürwortete auch Grant warm das konservative Verfahren. Bereits vor ihm hatte sich Gersuny in einer umfangreichen Arbeit „Über partielle Exstirpation des Ovarium“ für die konservative Methode erklärt. Er sagt, dass in gewissen Fällen von Ovarialtumoren die teilweise Erhaltung des Ovarium nicht nur ohne Nachteil für die

Kranken, sondern sogar zu ihrem Vorteil möglich ist. Und wo sich dies so verhält, haben die Kranken das Recht, von uns zu verlangen, dass wir sie nicht kastrieren. Nach seiner Ansicht genügt es, bei einfachen Cysten und bei Dermoiden die blossе Ausschälung der Geschwulst vorzunehmen und einen Ovarialrest zu erhalten. Zum Beweise für die Richtigkeit seiner Ansicht führt er drei Fälle noch an, in denen er das eine Ovarium extirpiert, das andere reseziert hatte; es trat glatte Heilung ein und später erfolgte Gravidität. Auch Boldt hatte einen Fall beschrieben, der für die Schröder-Martinsche Methode sprach. Ein 22jähriges Mädchen mit Dysmennorrhoe hatte eine bis zum Schwertfortsatz reichende Geschwulst. Die Laparatomie ergab ein multilokuläres Cystom des einen Ovarium und ein Dermoid des anderen, ersteres wurde extirpiert, letzteres reseziert; der Heilungsverlauf war ein glatter.

Boyd bespricht ausführlich die geschichtliche Entwicklung erhaltender Behandlung an den Adnexen. Nach ihm ist für die Erhaltung der Tätigkeit des Eierstockes von Wichtigkeit, dass nicht zu grosse Teile des Organs entfernt werden. Angezeigt ist diese Behandlung im allgemeinen:

1. bei gutartigen Neubildungen,
2. bei chronischer Oophoritis und cystischer Entartung,
3. bei Haematom des Ovarium und Tube,
4. bei Entzündungen nach Ablauf der stürmischen Erscheinungen und bei Fehlen von Eiter,
5. die Anzeige erhaltender Behandlung wird zeitlich begrenzt durch die Menopause.

Noch die neueste Literatur enthält eine Reihe von Schriften, die für die erhaltende Behandlung eintreten. So empfiehlt sie z. B. Dunning und namentlich dann, wenn bei Entfernung des einen Ovarium in dem anderen sich nur eine mässig grosse Cyste oder mehrere kleine oder ein ein-

zernes kleines Haematom befinden. Die Besprechung seiner Ausführungen fand fast allgemeine Billigung. Fast denselben Standpunkt vertraten Boursier, Fargas auf dem internationalen Kongress zu Madrid, Tiedemann in einer Dissertation und Pantzer. Nach Tiedemann soll bei bösartigen Tumoren stets auch das andere Ovarium entfernt werden, bei gutartigen dann, wenn die Kranke dem Klimakterium nahe ist. Endlich noch bringt Charcot einen Fall zur Veröffentlichung, der dem von Grant ähnelt. Im April 1903 war einem Mädchen wegen eines Kystoms das eine Ovarium exstirpiert, das andere wegen eines Dermoides reseziert; der Heilungsverlauf war ein glatter und bereits im März 1904 erfolgte eine normale Entbindung.

Wie kam es nun, dass trotz der vielen Vorzüge — die Frauen behielten ihre Menses, viele hatten geboren, die manchmal geradezu furchtbaren Beschwerden eines vorzeitigen Klimax blieben ihnen erspart — die Methode von vornherein eine grosse Zahl von Zweiflern und Gegnern hatte? Hatte man sich doch nicht gescheut, dies Verfahren eine Künstelei zu nennen. Eine Reihe von Gynaekologen zweifelte an den Vorzügen dieser Methode wegen der Möglichkeit eines Recidivs an dem Ovarialreste. Diese Möglichkeit hat auch A. Martin nicht als ausgeschlossen bezeichnet. sagt er doch selbst 1884: „Das Bedenken des Recidives resp. der erneuten Erkrankung des hinterlassenen Restes ist gewiss nicht unberechtigt. Es muss um so gewichtiger erscheinen, als die wiederholte Operation immer recht misslich ist.“ Gelegentlich der 4. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Bonn, wo A. Martin auf Grund der Erfahrungen an 21 Fällen warm für seine Methode eintrat, konnte er berichten, dass er unter diesen Fällen nur 2mal ein Recidiv zu operieren hatte, während sämtliche übrigen, bis auf einen Todesfall, sich wohl fühlten und 5mal Gravidität eingetreten war. Die Gegner des Martin'schen Verfahrens bemühten sich nun, Fälle von Recidiven bekannt zu machen.

So veröffentlichte Fischer einen solchen, wo wegen chronisch entzündlicher Erkrankung beide Tuben und Ovarien bis auf ein anscheinend normales haselnussgrosses Stück des rechten Ovarium entfernt waren und bereits ein Jahr nach der Operation eine faustgrosse Cyste aus dem Ovarialreste hervorgegangen war. Ihm schloss sich Ehrenfest an, der einige Beispiele aus der amerikanischen Literatur lieferte, wo der Ovarialrest später durch einen neuen Eingriff entfernt werden musste. Auch umfangreiche Arbeiten über die an derselben Person vorgenommenen Laparatomien hatten ergeben, dass nicht selten der Anlass zu einem neuen Eingriff ein zurückgelassener entarteter Ovarialrest war. Gerade D. v. Velits war es, der hierauf besonders aufmerksam machte. Dabei stützte er sich auf die Waldeyer'sche Anschauung über die Entstehung des Dermoids im Ovarium und glaubte, dass die Ovarien consensuelle paarige Organe seien, dass also die in einer sich entwickelnden, in jeder Richtung gutartigen Geschwulst in der anderen die Neigung hervorrufe, dass in derselben nach längerer Zeit — zufälligerweise — ein ähnlicher oder histologisch verschiedener oder sogar bösartiger Tumor sich entwickeln könne. Zum Beweise führte er einige solcher Fälle an. Hierin stimmt ihm aber auch A. Martin bei. In dem Artikel „Der Eierstock“ sagt er gelegentlich der Erkrankungen beider Ovarien, „bei allen malignen Neubildungen, inkl. die papillären Adenokystome, ist mit Rücksicht auf deren ausgesprochene Neigung zu doppelseitiger Erkrankung die Entfernung des eventuell gesund erscheinenden anderen Ovarium berechtigt, gleichviel, in welchem Lebensalter die Kranke steht“ und an einer anderen Stelle: „wohl aber scheint mir die Frage sehr ernstlich zu erwägen zu sein, ob man Ovarien, in denen schon kleine Kystome sich zeigen oder überhaupt solche Organe, die mit erkrankten Tuben in einem erkrankten Peritoneum liegen, zurücklassen darf; ich bin geneigt, darauf mit Nein zu antworten.“

Es kam aber noch eines hinzu, was die Recidive den Operateuren so unangenehm erscheinen liess, es war das die technische Schwierigkeit eines neuen Eingriffs, die entstand durch die häufigen Verwachsungen der alten Laparotomie-narbe mit Netz, Darmschlingen oder Adnexen und die durch den neuen Bauchschnitt erhöhte Möglichkeit der Entwicklung von Bauchhernien mit deren üblen Folgeerscheinungen.

Hierin musste nun in gewisser Beziehung ein Wandel eintreten, als durch die Einführung der vaginalen Operationsmethode durch *Dührssen*, *Mackenrodt*, *A. Martin* u. a. ein grosser Teil von Resectionen von der Vagina aus vorgenommen werden konnte. Die Erfahrung hatte gezeigt, dass dieser Eingriff von den Kranken vielfach weit besser überstanden wurde, ausserdem blieben ihnen die gefürchteten Folgeerscheinungen einer Laparotomie-narbe erspart.

In der neuesten Auflage seines Werkes „Pathologie und Therapie“ führt *A. Martin* als Indication zur Resection der Ovarien an: „Hydrops folliculi, Haematoma folliculare, Oophoritis chronica, insbesondere bei Totalexstirpation des myomatösen Uterus, um dadurch die Ausfallserscheinungen, wenn nicht auszuschliessen, so doch erheblich zu mildern. Bei Neubildungen kann nach ihm die Resection höchstens durch das dringende Verlangen nach der Erhaltung der Conceptionsfähigkeit als gerechtfertigt anerkannt werden, solange als es sich um Kystadenoma pseudomucinosum oder Embryombildung handelt.

Dass *A. Martin* auch in der neuesten Zeit mit seiner Ansicht betr. die konservative Operationsmethode nicht allein dasteht, beweist eine These *Hofmiers*, die *Polano* in seiner Schrift anführt: „Über die Dauererfolge der Ovariectomie, besonders bei anatomisch zweifelhaften Geschwülsten.“

Es heisst darin: „Da die Entfernung des zweiten, bei der Operation noch gesund erscheinenden Ovarium für viele Frauen eine schwere Schädigung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes bedeutet und die Gefahr einer gemeinen Erkrankung des zweiten Ovarium tatsächlich nicht so sehr gross ist, so kann dasselbe — nach genauer Prüfung seiner anatomischen Beschaffenheit und Erwägung der Verhältnisse des Einzelfalles — unbesorgt zurückgelassen werden bei sorgfältiger noch einige Jahre fortgesetzter Kontrolle des Gesundheitszustandes.“

Anbei ein Verzeichnis der Fälle von Ovarialresektion, die in der Greifswalder Universitäts-Frauenklinik in der Zeit vom 30. Oktober 1900 bis Ende Juni 1906 operiert worden sind.



Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
1	Frau Friederike L. 34 J. 30 X. 1900.	I. M.: mit 21 J. L. M.: vor 14 Tagen regelmässig.	P.: 1 vor 5 J. mit Kunsthülfe. A.: 2 Okt. 1899 und Jan. 00 in der Klinik.	Seit 14 Tagen Schmerzen im Unterleib und nach dem Kreuz ausstrahlend.
2	Frau Hedwig L. 29 J. 1. XI. 00.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 3 Wochen regelmässig.	P.: 0. A.: 0.	P. will eine Gebärmutter- knickung haben, seit 5 Jah- ren nach einem Falle beste- hend. Ringbehandlung ohne Erfolg. Zuweilen ist das Gefühl des Herausdrängens vorhanden.
3	Frau Anna Th. 35 J. 29. XI. 00.	I. M.: mit 14 J. L. M.: bis Febr. 00 stets regelmässig, darauf plötzl. starke 10 Wochen andau- ernde Blutung, als- dann 8 Wochen Pau- se. Mitte Sept. stell- ten sich die Menses wieder ein, dauern 12—14 Tage und sind regelmässig.	P.: 2 ohne Kunsthülfe, letzter Zwillinge vor 6 $\frac{1}{4}$ J.	P. klagt über Schmerzen im Kreuz und nach rechts hin ausstrahlend. Sie will in letzter Zeit magerer gewor- den sein.

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Introitus vaginae mittelweit, Scheidenwände aufgelockert, Muttermund für einen Finger durchgängig; Uterus vergrößert und weich. Adnexe frei.	Abrasio, Colpotomie, Resectio Ovarii sinistri, Colporrhaphie ant. et post. Emmet. Vaginifixur.	glatt	Fibrom der linken ala vesper-tilionis an Stelle der Morgagnischen Hydattide. Sehr starke Perioophoritis.	
Uterus zieml. gross, retroflectiert; links ein hühnereigrosser prall elastischer Tumor, wahrscheinlich dem linken Ovar angehörend, zu fühlen.	Abrasio. Der Uterus zeigt auf seiner Hinterwand pelzartige zottige perimetritische Beläge. Bei der Hervorleitung sieht man eigentüml. glänzend. Gerinnsel, das einem geplatzt. Follikelbalge, und zwar des linken Ovars, entstammt Resection des Balges, und bleibt so viel Material zurück, wie zu einem normal. Ovarium gehört. Das Ovarium ist ödematös. Vernähung.	glatt		Das Allgemeinbefinden ist gut, Frau L. sieht blühend u. stark aus, sie klagt aber über starke alle 14 Tage auftretende Blutungen Uterus normal gelegen, nicht druckempfindlich.
Introitus vaginae weit, Portio gross u. massig. Uterus in normaler Lage. Rechts u. links ein gut hühnereigrosser prall elastischer Tumor fühlbar.	Abrasio. Resection des rechten Ovariums bis auf einen kleinen Rest. Colporrhaphie.	glatt		

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
4	Frau Auguste R. ?	I. M.: mit 13 J. L. M.: vor 8 Wochen regelmässig.	P.: 1 im Okt. 1898 ohne Kunsthülfe. A.: O.	Krampfartige linksseitige Unterleibsbeschwerden, seit 6 Wochen mit Blutungen verbunden. Um Weihnachten Abgang fester Stücke. Menses nicht ausgeblieben.
	7. I. 01.			
5	Frau Martha S. 31 J.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 14 Tagen. Seit der Verheirathung regelmässig u. sehr blutreich.	P.: 5. Letzter vor 5 J. mit Kunsthülfe (Wendung), afebril.	Seit einem Jahre bestehen ziehende Schmerzen im Unterleibe. Gebärmutter-senkung besteht nach einem Wochenbett vor 9 Jahren. Gelblich-weisslicher Ausfluss, besonders stark vor und nach den Menses.
	26. I. 01.			
6	Frau Friederike G. 44 J.	I. M.: mit 13 J. L. M.: augenblicklich. In letzter Zeit unregelmässig.	P.: 12 spontan ohne Kunsthülfe, afebril, letzter vor 5 J. A.: 1 febril im 4. Monat.	P. hat Beschwerden durch Gebärmutter-senkung, seit 18 Jahren vorhanden und durch zu frühes Aufstehen post partum verursacht. Bei der Arbeit grosse Schmerzen im Unterleibe. Weisslich-gelblicher Ausfluss.
	27. I. 01.			
7	Frau Louise G. 42 J.	I. M.: mit 15 $\frac{1}{2}$ J. L. M.: vor 3 Wochen, regelmässig, ohne erhebliche Beschwerden.	P.: 5. 2 mit Kunsthülfe, 3 immat. Letzter vor 3 $\frac{1}{2}$ J. A.: 1. Mens I.	P. klagt über weissen Fluss, Drängen u. Senkungsgefühl nach unten seit dem letzten Partus, ferner über Schmerzen im Kreuz, sie will nicht arbeiten können.
	27. II. 01.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Introit. vagin. mässig weit. Uterus normal gelegen. Links ein gut fingerdicker hart. knollig. Strang zu fühlen, dem das vergrösserte Ova- rium anliegt. Rechte Adnexe o. B.	Resection des linken Ovariums, Graviditas tubaria sinistra. Vaginifixur.	glatt		
Introitus vaginae sehr weit, vordere u. hin- tere Scheidenwand descendiert. Uterus leicht retroflectiert. Adnexe o. B.	Abrasio. Colpotomie. Exstirpatio Adnex. dextr. et Tubae sin- istrae. Resectio Ovarii sinistri.	glatt	Der resecierte Teilst cystisch entartet.	
Die hintere und vordere Scheidenwand ist descendiert. Der Uterus liegt retro- flectiert. Adnexe o. B.	Abrasio. Auf dem linken Ova- rium ein breitbasig aufsitzend. Fibrom, erbsengross, wird aus dem Ovarium keilförmig exidiert.		Nach der chirur- gischen Klinik verlegt wegen Otitis u. menin- gitischen Reiz- erscheinungen. Fibroma Ovarii sinistri.	
Introitus und Vagina weit, vordere u. hin- tere Scheidenwand drängen vor. Der grosse Uterus, retro- flectiert, lässt sich in Narkose aufrichten, scheint allseitig ver- wachsen zu sein. Adnexe o. B.	Abrasio. Cystisch erweitertes linkes Ovarium wird reseciert. Die vordere Muttermunds- lippe wird ampu- tiert.	glatt		

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
An d. Labien Ekzem, Portio schwer aufzufinden u. nach rechts verzogen. Uterus und Adnexe nicht bestimmt zu tasten, wohl aber vom anderen Scheidengewölbe eine starke Resistenz. Abdomen rundlich, links stärker als rechts aufgetrieben. Der Tumor ist hart. Fluctuation nicht nachweisbar.	Laparotomie. Vom link. Ovarium keine Spur. Uterus sehr in die Länge gezogen. Tumor wird z. Teil enucleiert und lässt sich v. Uterus trennen. Supravaginale Amputatio Uteri. Ein kleiner Zipfel des rechten Ovariums bleibt absichtl. zurück.	glatt	Adenokystoma papilliferum partim carcinomatosum Ovarii sinistri.	
Scheide weit u. glatt, Portio narbig, Muttermund für einen Finger durchgängig. Uterus anteflectiert. Statt der linken Adnexe ein apfelgross. druckempfindlicher Tumor zu fühlen. Rechte Adnexe verdickt und gleichfalls druckempfindlich.	Abrasio, Colpotome. Link. Ovarium vergrößert, m. Schwielen bedeckt, narbig verwachs., klein cystisch entartet. Die Sacto-salpinx pur. sinistr. reisst ein. Rechtes O. 10,0:4,0 cm lang, in viele Schwielen gebettet, enth. zahlreiche Follikel, der grössere Teil wird reseziert.	glatt bis auf vereinzelte Blutungen.	Sacto-salpinx purulenta sinistri.	
Äussere Genital. o. B. Hymen eingerissen. Uterus anteflectiert, klein. Muttermund f. einen Finger durchgängig. Linke Adnexe o. B. Recht. Ovarium wallnussgross, cystisch, beweglich.	Abrasio, Colpotome. Von d. recht. cystisch degenerierten, hühnereigrossen Ovarium werden $\frac{2}{3}$ reseziert. Linke Adnexe o. B.	glatt	Vor nicht ganz 7 Monaten war an P. eine Abrasio weg. Endometritis interstitialis vorgekommen; damals war das r. Ovar. nur wenig vergrößert.	

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
11	Frau Auguste E. 35 J. 21. XII. 01.	I. M.: mit 14 J. L. M.: seit d. letzten Partus, vor einem halben Jahre, hat sie sich noch nicht eingestellt, sonst regelmässig alle 3 Woch. mit sehr starken Kreuzschmerzen.	P.: 7 ohne Kunst- hülfe. A.: 0.	P. klagt seit dem letzten Partus über Schmerzen im Unterleibe, die links stärker als rechts sind. Beim Liegen besteht Schwindelgefühl, ausserdem ist Ausfluss vorhanden.
12	Frl. Caroline H. 22 J. 9. IV. 02.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 1 $\frac{1}{2}$ Mon., alle 4 Wochen mit starkem Blutabgang und erhebl. Kreuzschmerzen.	P.: 0. A.: 0.	P. klagt über trägen Stuhlgang und über Schmerzen in beiden Unterleibsseiten.
13	Frau Johanna D. 31 J. 20. IV. 02.	I. M.: mit 19 J. L. M.: vor 8 Tagen, alle 3—4 Wochen.	P.: 3. A.: 8.	P. klagt über wehenartige Schmerzen und starke Blutungen stets nach d. Menses, dabei soll aus der Scheide Eiter abgehen.
14	Frau Bertha M. 38 J. 28. IV. 02.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 3 Woch., regelmässig.	P.: 5, der erste mit Kunsthülfe (Fusslage.)	P. klagt über Schmerzen im Kreuz und Unterleibe, seit 4 Monaten bestehend. Es ist auch starker Fluor vorhanden.

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Beiderseit. tiefe Portioeinrisse bis ins Scheidengewölbe, Erosionen an d. Portio. Adnexe scheinbar normal, doch spannt P. schr.	Abrasio. Resection d. Hälfte des cystisch degenerierten link. Ovariums. Vaginifixur. hintere Colporraphie nach Hegar.	Heilungsverlauf etw. verzögert durch eine starke Cystitis, sonst aber glatt.		
Uterus anteflectiert u. frei bewegl. Linke Adnexe in ein, hühnereigrossen druckempfindlich. Tumor verwandelt. Hinten links Schwielen zu fühlen. Rechte Adnexe druckempfindlich.	Abrasio. Exstirpation der linken Adnexe — Tube gut fingerdick — u. der rechten Adnexe bis auf einen klein. Rest Ovarialgewebe.	Abgesehen v. einer Angina und Bronchitis glatt.		
Portio aufgelockert, der etwas vergrösserte Uterus nach rechts verlagert. Die Aa. uterinae pulsieren. In beiden Parametrien schmerzhaft Resistenzen.	Abrasio. Das linke Ovarium enthält eine apfelgrosse Cyste, die entfernt wird, wobei ein Rest vom Ovarialgewebe erhalten bleibt.	glatt		
Portio narbig u. mit Erosionen bedeckt. Uterus vergrössert und retrovertiert. Rechte Adnexe o. B. Linke Adnexe bild. einen apfelgrossen Tumor.	Abrasio. Linkes Ovarium bildet einen kindskopfgrossen cystischen Tumor, der zum grössten Teil reseziert wird. Vaginifixur.	glatt		

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
15	Frl. Anna A. 28 J. 6. V. 02.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 14 Tagen.	P.: 2, letzter vor 1 Jahre. A.: 3, letzter vor 9 Wochen mit Fieber.	Seit dem letzt. Abort Schmerzen in d. linken Unterbauchseite u. im Kreuz, die zeitweilig so stark werden, dass P. nicht arbeiten kann. Es besteht eitriges Ausfluss.
16	Frl. Auguste L. 19 J. 29. VIII. 02.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 6 Wochen, früher regelmässig, jetzt unregelmässig.	P.: o. A.: o.	Seit fast 5 Monaten Schmerzen in der rechten Unterleibseite u. im Kreuz. Nach solch. Schmerzanfällen soll Eiter im Stuhlgang sein.
17	Frau Wilhelmine B. 40 J. 5. IX. 02.	I. M.: mit 13 J. L. M.: vor 7 Wochen, regelmässig.	P.: 8 spontan. A.: 1 vor 10 Jahren.	P. klagt seit 6 Wochen über starke Blutungen aus den Genitalien und seit 3 Tagen über Schmerzen im Kreuz.

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Portio wulstig, mit Erosionen bedeckt und bläulich verfärbt. Uterus weich, vergrößert u. dextrovertiert. Aa. uterinae pulsier. Linke Tube zweifingerdick. Rechte Adnexe vergrößert.	Abrasio. Aus dem linken Adnextumor entleert sich Pus u. Blutvagula. Linkes Ovarium bleibt zurück, rechtes wird reseziert.	Anfangs fieberhaft durch Bildung ein. linksseitigen Exsudat., das sich aber am 16. Tage entleert, worauf die Temperatur z. Norm zurückkehrt u. glatte Heilung eintritt.	Graviditas tubaria sinistra. Endometritis interstitialis.	
Vagina eng. Uterus anteflectiert. Linke Adnexe o. B. Rechte Adnexe vergrößert.	Abrasio. Colpotome. Linker Adnextumor bis auf einen kleinen Rest Ovarialgewebe reseziert.	Puls am Tage post operat. 100, am 3. Tage 140. Dabei beschleunigte Atmung und Erbrechen. Am 4. Tage Exitus.	Bakt. Sektion: Bact. coli. Sektionsbefund: Peritonitis septica. Im Rectum 4 u. 12 cm oberhalb des Anus zwei alte Löcher in das Carum uterorectale führend. Endometrit. miliaris tuberc., Endosalpingitis mil. tuberc. dextra. In d. linken Tube Tuberkulose nicht nachweisbar.	
Scheide weit. Uterus retroflectiert, lässt sich nicht aufrichten. Von d. Scheide sind nach rechts Stränge zu fühlen.	Abrasio. Colpotome. Vom linken Ovarium wird eine ein-kammerige hühner-eigrosse Cyste reseziert.	glatt	Endometritis glandularis hypertrophica.	

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
18	Frau Ernestine M. 49 J.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 2 Tagen, regelmässig alle 3 Wochen.	P.: 5, letzter vor 7 Jahren. A.: 0.	P. klagt seit 8 Tagen über Schmerzen in der linken Unterbauchseite, die bei Be- wegungen stärker werden, seit dieser Zeit auch Blu- tungen.
	20. X. 02.			
19	Frau Minna P. 30 J.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 14 Tagen, regelmässig alle 4 Wochen.	P.: 3, der letzte mit Kunsthilfe, (Querlage). Das Wochenbett dau- erte darnach 2 Monate. A.: 0.	Seit der letzten Entbindung vor 6 Jahren klagt P. über schmerzhaft. Druck im Mast- darm, d. stets zwischen zwei Menses auftritt und 2 Tage anhält und ferner über Fluor albus.
	9. I. 03.			
20	Frau Dorothea G. 44 J.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor 4 Wochen, regelmässig, in den letzten 6 Monaten übelriechend.	P.: 2 ohne Kunst- hilfe, beide fe- bril. A.: 0.	P. klagt darüber, dass seit den letzten 6 Monaten die Regel stärker und übel- riechend geworden ist. Es soll Abgang von Stücken erfolgt sein und dabei sollen Schmerzen im Kreuz be- standen haben.
	18. II. 03.			
21	Frl. Minna B. 23 J.	I. M.: mit 18 J. L. M.: vor 14 Tagen, unregelmässig.	P.: 0. A.: 0.	P. klagt über seit 4 Monaten bestehende bald brennende bald stechende Schmerzen in der linken Unterbauch- seite und im Kreuz, ausser- dem sind Ausfluss, Harn- drang und Schmerzen beim Urinieren vorhanden.
	3. III. 03.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Scheide weit, Uterus gross, beweglich, retrovertiert, Erosionen an der Portio. Adnexe o. B.	Abrasio probat. Exstirpatio des linken Ovarium, Resection des rechten bis auf $\frac{1}{3}$ seiner Grösse, ein Teil der Ampulle bleibt zurück. Exstirpatio uteri.	glatt	Endometritis glandularis hypertrophica et interstitialis.	
Erosionen an der Portio. Uterus retroflectiert, lässt sich wegen grosser Schmerzhaftigkeit nicht aufrichten.	Abrasio. Aus dem rech. Ovarium wird eine apfelgross. Follikelcyste reseziert.	glatt		
Rupt. perinei invertata. Descensus vag. ant. Ektropium der vorderen Cervicalschleimhaut. Die Adnexe sind wegen starker Spannung nicht zu fühlen.	Abrasio. Enucleation von zwei Myomen. Beide sehr veränderte Ovarien werden abgetragen, wobei links ein geringer Rest Ovarialsubstanz übrig bleibt.	Bis auf eine kleine Temperatursteigerung glatt.		
Vulva geschlossen. Portio zapfenförmig. Muttermund spaltförmig. Beide Adnexe in einen druckempfindlichen Tumor verwandelt. Gonococcen-Nachweis unsich., vereinzelt Diplococcen.	Abrasio. Schuchardt. Beide Adnexe werden abgetragen bis auf einen Rest keimhaltig. Gewebes im rechten Ovarium.	Heilungsverlauf durch hohes Fieber kompliziert, doch am 29. Tage geheilt entlassen.	Am rechten Adnexstumpf noch ein Exsud. vorhanden.	

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
22	Frau Helene D. 48 J. 5. V. 03.	I. M.: mit 12 J. Seit 6 Jahr. unregelmässig mit monatlangen Unterbrechungen.	P.: 12 spontan ohne Fieber. A.: 3.	Seit 5 Monaten besteh. starke Blutungen verbunden mit Schmerzen im Unterleib u. Kreuz, dabei Schlaflosigkeit und Appetitmangel.
23	Frau Ida B. 39 J. 2. VI. 03.	I. M.: mit 14 Jahren, L. M.: vor 10 Tagen, unregelmässig.	P.: 12, darunter 2 mal Zwillinge, letztere vor zwei Jahren fieberfrei. A.: 1.	Es bestehen Schmerzen im Kreuz und Unterleibe, die bei der Arbeit stärker werden, sie sind seit 1 Jahre vorhanden.
24	Frau Bertha R. 31 J. 24. VII. 03.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 8 Tagen, regelmässig.	P.: 0. A.: 0.	P. klagt seit 8 Wochen über Schmerzen in der linken Unterbauchseite, die in das Bein und Kreuz ausstrahlen und zur Zeit der Menses stärker werden. Cohabitation ist seit der Ehe (vor 5 Jahr.) sehr schmerzhaft.
25	Frau Minna F. 34 J. 2. VIII. 03.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 7 Wochen stets regelmässig.	P.: 3 spontan. A.: 0.	Seit 4 Jahren sehr übel riechenden Ausfluss. Seit drei Jahren grosses Schwächegefühl und Unfähigkeit zu schwerer Arbeit.

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Portio hinter d. Symphyse. Im hinteren Douglas eine gut cocussnussgrosse weiche Masse, die mit d. vergösserten Uterus nur in loser Verbindung steht.	Morcellement d. Myome. Exstirpatio d. Uterus. Exstirpation beid. Adnexe, wobei vom rech. Ovarium etwa d. Hälfte zurückbleibt. Drainage.	Ganz leichtes Fieber bis 37,9°, am 29. Tage entlass.	In der Vagina eine quer verlaufend. Narbe.	
Descensus vag. ant. Uterus retroflektiert durch Narbenstränge fixiert. Adnexe scheinbar o. B.	Abrasio. Uterus mit Schwielen bedeckt. Rechtes Ovarium hühnereigross, mit Cysten durchsetzt, es wird bis auf ein wallnussgrosses, gesund aussehendes, Stück reseziert.	Bis auf eine Temperatursteigerung glatt		
	Abrasio wegen Verwachsungen d. Uterus mit den Adnexen sehr schwierig. Exstirpation der linken Adnexe. Im rechten Ovar. mit blut. Inhalt gefüllte Cysten, die bis auf ein gesund aussehendes Stück reseziert werd. Die rechte Tube ist geschwoll., sieht sonst aber gesund aus.	Leichtes Fieber, sonst glatt.	Cysteninhalte kulturell negativ. Links ein klein. Stumpfinfiltrat.	
Abrasio, dabei Perforatio uteri. Platzen ein. hühnereigrossen Follikel-Cyste im rechten Ovarium. Resection des Balges und Vernähung der Perforationsöffnung an der Hinterwand des Uterus.	Leichter Descensus der vagina. Uterus retrovertirt, in perimetritische Schwielen eingebettet. Die Adnexe erscheinen verdickt. Starker Fluor.	Am 2. Tage leichtes Fieber, sonst glatt.		Frau F. ist bis auf geringen Fluor albus gesund.

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
26	Frau Martha S. 36 J.	I. M.: mit 18 J. L. M.: vor 8 Wochen regelmässig.	P.: 8. A.: 2. 1 im III., 1 im V. Monat.	Vor 8 Wochen plötzlicher Schmerz im Unterleib, seitdem kurze Anfälle mehr nach rechts hin. Nach dem Coitus stets reichlicher Blutabgang.
27	Frl. Emma B. 18 J. cf. Fall 10. 25. XI. 03.	I. M.: mit 13 J. L. M.: seit 5 $\frac{1}{2}$ Monaten reichl. Blutungen.	P.: 0. A.: 0.	P. klagt über Kreuzschmerzen und allgemeine Mattigkeit. Bis vor 5 $\frac{1}{2}$ Monaten hatte die Regel ausgesetzt, seit jener Zeit ist sie wieder eingetreten und mit höchstens Stägigen Unterbrechungen beständig.
28	Frau Wilhelmine W. 41 J. 3. I. 04.	I. M.: mit 13 J. L. M.: seit 5 Wochen fast andauernd, früher stets regelmässig.	P.: 4 ohne Kunst- hülfe. A.: 3.	P. klagt über seit 5 Wochen fast ununterbrochen bestehende Blutungen. In fast pulslosem Zustande ist sie von ihrem Arzte in die Klinik geschickt.
29	Frau Marie E. 35 J. 03.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor 5 Wochen regelmässig mit reichl. Blutabgang.	P.: 6 spontan, ohne Kunsthilfe. afebril. Letzter vor 2 $\frac{1}{2}$ J. A.: 0.	Seit dem letzten P. Schmerzen im Kreuz und Unterleibe, Ohnmachtsanfälle und Herzklopfen. Seit der Ehe besteht Fluor albus.

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Stinkender gelber Ausfluss. Descensus vag. ant. et post. Portio und Collum stark verdickt. Beide Adnexgegenden sehr druckempfindlich.	Abrasio Im linken Ovarium eine taubencigrosse Cyste, aus der sich Dermoidbrei entleert; das Ovarium wird bis auf einen Rest functionsfähigen Gewebes reseziert.	Zeitweilig hohes Fieber, am 34. Tage entlassen.		
Das linke Ovarium ist vergrössert und stark druckempfindlich.	Abrasio. Der grösste Teil des hühnereigrossen cystisch entarteten linken Ovariums wird abgetragen, es bleibt ein Rest functionsfähigen Gewebes übrig. Die rechten Adnexe bilden einen Stumpf.	glatt	Endometritis glandularis mit sehr reichlich. Haemorrhagien. Links v. Uterus noch eine geringe, nicht druckempfindl. Resistenz.	
Cervicalkanal für einen Finger durchgängig, bei Berührung Blutabgang. In der Gegend des linken Ovariums ist ein hühnereigrosser weicher fluctuierender Tumor zu fühlen.	Abrasio. Der Cystensack des linken Ovariums ist geplatzt, das Ovarium wird bis auf einen grossen Stumpf reseziert.	Fieberhafter Verlauf.		Das Befinden d. Frau W. ist andauernd ein gutes. Sie geht regelmässig d. Arbeit nach.
Descensus vag. post. Erosionen an der Portio. Adnexe scheinbar o. B.	Uterus 9 cm lang, Abrasio ergibt reichliche hypertrophische Schleimhaut. Im linken Ovarium wird eine hühnereigrosse Cyste reseziert.	glatt		

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
30	Frau Caroline P. 41 J. 03.	I. M.: mit 17 J. L. M.: seit 2 Jahren sind die Menses, die früher regelmässig waren, unregelmässig, u. stärker geworden.	P.: 5 ohne Kunst- hülfe. Letzter vor 9 Jahren m. einem 3 Monate langen fiebrh. Wochen- bett. A.: 0.	Seit dem letzten Wochenbett bestehen Schmerzen in der linken Unterbauchseite und häufigere und stärkere Blu- tungen.
31	Frau Agnes K. 23 J. 14. VII. 04.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 14 Tagen regelmässig.	P.: 2 afebril ohne Kunsthülfe. A.: 0.	Pat. klagt über Kreuz- und Unterleibsschmerzen, die seit dem ersten Partus vor 4 Jahren bestehen sollen und zur Zeit der Menses stärker wurden.
32	Frau Wilhelmine N. 46 J. 2. VIII. 04.	I. M.: mit 19 J. L. M.: augenblickl. unregelmässig.	P.: 5 afebril ohne Kunsthülfe. A.: 1.	Seit 2 Jahren bestehen sehr starke Blutungen, die seit 14 Tagen ununterbrochen sind.
33	Frau Bertha E. 34 J. VIII. 04.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor 4 Tagen regelmässig.	P.: 4 spontan, ohne Kunsthülfe, afe- bril, letzter vor 6 Jahren. A.: 0.	Seit 10 Wochen Schmerzen in der linken Unterbauch- seite und Drängen nach unten.

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Descensus vag. post. Uterus vergrößert u. druckempfindlich. In der Gegend der rechten Adnexe ein prallelastischer Tu- mor zu fühlen. Lin- ke Adnexe o. B.	Abrasio. Fundus ute- ri mit vascularisier- ten, perimetritischen pelzartigen Pseudo- membranen bedeckt. Resection einer hüh- nereigrossen Folli- kelcyste mit gelbl. klarem Inhalt aus d. rechten Ovarium.	glatt		
Uter. retroflectiert u. anscheinend fixiert. Linke Adnexe deut- lich abzutasten, rech- te nicht. Im Douglas schwammige Mas- sen zu fühlen, er- selbst sehr druck- empfindlich.	Abrasio. Im rechten Ovarium eine wall- nussgrosse Cyste m. einmalten Follikel- haematom. Die grössere Hälfte des Ovariums wird re- secirt. Vaginifixur.	Anfangs ho- hes Fieber, später glat- ter Verlauf.		
Uterus anteflectiert, reicht bis drei Quer- finger unterhalb des Nabels. Pulsieren d. Aa. uterinae nicht deutlich.	Uterus 12 cm lang. Abrasio. Die Hin- terfläche des Uterus ist mit starken peri- metritischen Schwie- len bedeckt. Ex- stirpatio des Uterus und der Adnexe. Vom linken Ovari- um bleibt ein Stumpf am Stiel.	fieberhaft		Subjektives Be- finden vorzügl., Kräftezust. ge- bessert, Narbe noch etwas dick. Becken frei.
Descensus vag. ant. et post. Linke Ad- nexe o. B. Rechte Adnexe erscheinen verdickt.	Uterus 6 $\frac{1}{2}$ cm. Ab- rasio. Rechtes Ova- rium enthält eine kleinhühnereigrosse Cyste mit bernstein- farbiger klarer Flüs- sigkeit. Die Cyste wird resecirt.	fieberhaft		Frau E. will noch genau die glei- chen Beschwer- den haben, wie vor der Opera- tion, dagegen kann sie ihre volle Arbeit verrichten, was sie vorher nicht konnte.

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
34	Frau Marie B. 35 J.	I. M.: mit 13 J. L. M.: vor 8 Tagen regelmässig.	P.: 2, der zweite mit Kunsthülfe, vor 13 J. (Quer- lage). A.: 2, beide mit Kunsthülfe.	Schmerzen in der linken Un- terbauchseite. Seit etwa 10 Monaten Anschwellung des Leibes, dabei reich- licher Ausfluss.
	9. IX. 04.			
35	Frau Auguste L. 43 J.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor 1 $\frac{1}{2}$ J. früher regelmässig.	P.: 6, letzter mit Kunsthülfe, Wochenbett 14 Tage lang. A.: 0.	P. klagt über Gebärmutter- senkung.
	14. IX. 04.			
36	Frau Adolphine G. 49 J.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 8 Tagen regelmässig.	P.: 2 spontan, afebril. A.: 0.	Seit einem Jahre zunehmende Schmerzen im Kreuz und Unterleib, seit derselben Zeit Brechreiz und Abmage- rung.
	14. XI. 04.			
37	Frau Katharina B. 34 J.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 8 Tagen regelmässig.	P.: 5 afebril, ohne Kunsthülfe. A.: 0.	Seit 5 Monaten bestehen Schmerzen in der rechten Bauchseite und Urindrang. Vor 8 Wochen hatte Pat. eine 3tätige Regel, darauf 3 Tage Pause in der Blutung und alsdann 5 Wochen lang Blutabgang trotz ärztlicher Behandlung.
	17. XI. 04.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Geringer Descensus der Vagina. Uterus wenig vergrössert, anteflectiert. Adnexe wegen Adipositas nicht durchzutasten.	Uterus 10 cm. Abrasio ergibt reichliche Schleimhaut. Uterus in starke Adhäsionen eingebettet, desgl. die linken Adnexe. Rechtes Ovarium cystisch entartet. Eine hühnereigrosse, mit bernsteinfarbiger klarer Flüssigkeit angefüllte Cyste wird reseziert. Vernähung.	fieberhaft		
Totalprolaps des Uterus und der Scheide. Adnexe scheinbar o. B.	Abrasio. Uterus 9 cm, nirgends adhären. Eine hühnereigrosse Cyste im rechten Ovarium mit serösem Inhalt wird reseziert, der Stumpf vernäht.	Bis auf eine leichte Temperatursteigerung fieberfrei.		
Prolaps der Vagina, Retroflexio uteri. Gastro-Enteroptosis.	Abrasio. Abtragen einer taubeneigrossen Follikel-Cyste im linken Ovarium. Vernähung des Stumpfes.	glatt	Nach 5 Wochen Ad Internos wegen d. Klagen d. Pat. über Enteroptosc. Uterus anteflectiert, Adnexe o. B., gute Plastik.	
Uterus retrovertiert, vergrössert und etwas weich. Hinter dem Uterus eine das kleine Becken ausfüllende derbe Masse die die Adnexe einzuschliessen scheint.	Abrasio. Aus dem rechten Ovarium wird eine hühnereigrosse Cyste reseziert, der Stumpf vernäht.	fieberhaft		Frau B. ist wieder völlig arbeitsfähig.

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
38	Frau Minna T. 44 J.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 14 Tagen regelmässig.	P.: 9, darunter 1 × Forceps afebril. A.: 0.	Seit 10 Wochen bestehen im Anschluss an eine Er- kältung Schmerzen in der Blasengegend, ausserdem Urindrang, doch werden nur geringe z. T. blutig verfärbte Mengen entleert.
	29. XII. 04.			
39	Frau Marie P. 28 J.	I. M.: unbekannt. L. M.: vor 3 Wochen. Seit einem Viertel- jahr sehr unregel- mässig, mit starkem Blutverlust und Schmerzen.	P.: 4 afebril. A.: 0.	Pat. klagt über Schmerzen im Leibe, dabei soll der Bauch stärker geworden sein, sonst will sie abge- magert sein. Menses blie- ben nicht aus.
	4. I. 05.			
40	Frau Elise C. 33 J.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor einigen Tagen, regelmässig.	P.: 1 spontan, afe- bril vor 8 J. A.: 0.	Seit etwas über einem Jah- re Schmerzen in der linken Unterbauchseite, bes. beim Heben und bei Beginn der Menses. In letzter Zeit sind die Beschwerden schlimmer geworden.
	16. I. 05.			
41	Frau Emma N. 28 J.	I. M.: mit 16 J. L. M.: vor 8 Tagen, regelmässig.	P.: 5 afebril. A.: 1 vor 1 ³ / ₄ Jah- ren vom Arzte ausgeräumt. afebril.	Seit dem Aborto bestehen Rückenschmerzen und das des Drängens nach unten.
	10. II. 05.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Descensus vag. post. Uterus anteflectiert, fühlt sich verdickt an. Es besteht Cys- titis.	Abrasio. Uterus se- nil morsch. Im lin- ken Ovarium einige Follikelcysten, Re- section der Wände, Vernähung.	fieberfrei	Cystitis ist aus- geheilt.	
Leib aufgetrieb., hat einen Umfang von 106 cm, in ihm ist einfluctuirender Tu- mor zu fühlen. Ute- rus liegt hinter der Symphyse. Adnexe nicht zu tasten.	Der Tumor geht vom rechten Ovarium aus und wird ab- getragen. Das gänseeigrosse linke Ovarium wird in seinem peripheren Teil reseziert, der Rest noch functions- fähigen Gewebes fortlaufend vernäht.	glatt	Am Resections- stumpf ein klei- nes Exsudat.	
Vagina relativ eng, Uterus spitzwinklich anteflectirt. Rechte Adnexe o. B. Lin- ke Adnexe vergrö- ssert und druckem- pfindlich.	Uterus 9 ¹ / ₂ cm, seine Hervorleitung sehr erschwert durch die perimetritisch. Ad- häsionen und die Brüchigkeit des Ge- webes. Linke Ad- nexe sehr verwach- sen. Resection ein- er hühnereigrossen Follikelcyste aus d. linken Ovarium mit grünlich brauner Flüssigkeit. Vernä- hung. Stomatoplas- tik rechts.	Anfangs fe- bril, da sich ein Exsudat bildete. Nach dessen Ver- eiterung und Durchbruch glatter Ver- lauf.		
Descensus vaginae. Retrofectio uteri. Endometritis und Perimetritis.	Abrasio. Resection des rechten Ovari- ums, wobei eine der normal. Grösse ent- sprechende Masse zurückbleibt. Vagi- nifixur.	glatt		

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
42	Frau Christine F. 35 J.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor 3½ Woch. Bis auf die letzten Mens. regelmässig, die letzten dauerten 2½ Wochen.	P.: 7 afebril, letz- ter vor 3 J. A.: 3.	Seit d. letzt. Regel Schmer- zen in den Geschlechtsteilen und Druck in der Blasen- gegend.
	10. III. 05.			
43	Frau Meta F. 26 J.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 4 Wochen regelmässig, seit d. Abort sehr blutig.	P.: 5 spontan, afebril. A.: 1 vor 11 Woch.	Pat. klagt über Schmerzen in der rechten Unterbauch- seite, die in ihrer Stärke wechseln. Seit 4 Wochen mehrfach starke Blutungen.
	13. III. 05.			
44	Frau Emilie D. 43 J.	I. M.: mit 16 J. L. M.: vor 3 Wochen regelmässig.	P.: 3 spontan afebril. A.: 1 im 3. Monat mit grossem Blut- verlust u. langem Krankenlager.	Pat. klagt über häufige und starke Blutungen in letzter Zeit und über das Gefühl des Herausdrängens.
	14. III. 05.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Descensus vaginae ant. et post. Uterus retroflect., lässt sich leicht aufrichten. Adnexe o. B.	Uterus 9 cm. Abrasio. Resection der Wand einer wallnussgrossen Follikelcyste im linken Ovarium und Vernähung.	glatt		
Descensus vag. ant. Uterus anteflectirt. Die rechten Adnexe bilden einen hühnereigrossen Tumor. Die linken Adnexe sind auch vergrössert, aber weniger druckempfindlich.	Abrasio. Exstirpation der rechten Adnexe. Die rechte Tube hühnereigross, platzt und entleert rahmigen, nicht überreichenden Eiter. Linke Tube auch geschwollen, wird in dem grössten Teil des linken Ovariums entfernt.	febril	Im Eiter kurze Stäbchen, Coli-gruppe.	Nach Ansicht d. Arztes hat sich d. Befinden der Pat. bedeutend gebessert. Die noch bestehende Schwäche will er auf die mangelh. Schonung post operat. zurückführen. Das Körpergewicht hat bedeutend zugenommen.
Totalprolaps der Vagina. Corpus Uteri in Retroflexionsstellung. Adnexe tastbar nicht verändert.	Uterus 14 cm, davon fallen 8 auf das Collum. Eine hühnereigrosse Follikelcyste u. ein Haematoma folliculare im linken Ovarium werden reseziert. Excision des hinteren Perineauxesis, dabei Eröffnung d. Rectumdivertikels.	Anfangs febril.	Rectumfistel hat sich geschlossen.	Das Befinden d. Frau D. ist ein sehr gutes. Hint. Scheidenwand ist wenig vorgewölbt, Uterus normal gelegen. Bei der Menstruation sind keine wesentlich. Beschwerden vorhanden

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
45	Frau Minna L. 42 J.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor 4 Wochen regelmässig alle 3 bis 4 Wochen.	P.: 1. afebril vor 23 J. A.: O.	P. klagt über Kreuzschmerzen, die sie beim Aufstehen hindern und über nach der Symphyse ausstrahlende Schmerzen. Sie hat das Gefühl, als ob sie etwas Lebendiges im Leibe hätte, ähnlich den Kindesbewegungen.
	15. III. 05.			
46	Frau Auguste Z. 35 J.	I. M.: mit 18 J. L. M.: vor 8 Tagen regelmässig.	P.: O. A.: O.	Seit 10 Wochen stechende Schmerzen in der Magen-gegend, dabei Luftbeklemmung und Kopfschmerzen. Z. Z. der Menses das Gefühl, als ob das Blut nicht herauskäme.
	25. IV. 05.			
47	Frau Anna W. 29 J.	I. M.: mit 16 J. L. M.: vor 3 Wochen regelmässig bis zum 18. Lebensjahre, von da ab unregelmässig mit starkem Blut- verlust.	P.: O. A.: O.	Pat. klagt über Schmerzen im Kreuz und Unterleib, seit 5 Jahren bestehend.
	25. V. 05.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Descensus vaginae ant. et post. Uterus verdickt hart und retrolectiert, lässt sich wegen strangartiger Verwachsungen nicht aufrichten. Adnexe scheinbar o. B.	Uterus 9 cm, retroflectirt. Abrasio. Hervorleiten wegen Verwachsungen sehr schwierig, in die die rechten Adnexe eingebettet sind. Sie werden mit der Tube, die in eine Sactosalpinx verwandelt ist, exstirpiert. Linke Tube auch Sactosalpinx wird abgetragen. Linkes Ovarium zur Hälfte reseziert.	febril nach Bildung eines rechtsseitig. Exsudats.		Frau L. soll sich langsam erholt haben.
Vulva klapft wenig, Scheide eng. Uterus anteflectirt. Portio virginell. Adnexe scheinbar o. B.	Abrasio. Linke Adnexe, mit dem Netz verwachsen, lassen sich leicht lösen, dabei reisst das linke Ovarium ein, eine haselnuss-grosse Cyste wird entfernt, die Wundränder geglättet u. vernäht.	glatt		
Portio virginell. Uterus klein, retroflectiert, lässt sich leicht aufrichten. Linkes Ovarium auf dem Boden des Douglas scheinbar fixiert.	Abrasio. Schuchardt. Aus d. linken Ovar. wird eine grosse Cyste reseziert und vernäht.	Anfangs glatt. Am 15. Tage post operat. febril durch starke Cystitis.	Die Menses sind ziemlich regelmässig und mit Schmerzen verbunden. Objektiver Untersuchungsbefund ergibt nichts von Bedeutung. Druck auf den Uterus und die Adnexe schmerzlos.	Es bestehen zur Zeit stärkere linksseitige Unterleibsschmerzen, vereinzelt treten Schwindelanfälle auf.

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
48	Fräulein Ida Sp. 17 J. 24. V. 05.	I. M.: mit 12 J. L. M.: z. Z. blutend, sehr unregelmässig mit starkem Blut- verlust.	P.: 0. A.: 0.	Pat. klagt über starke, sie sehr schwächende Blut- verluste.
49	Frau Marie B. 35 J. 21. VI. 05.	I. M.: mit 17 J. L. M.: vor 6 Monaten, früher regelmässig, seit der letzten Re- gel nicht mehr men- struiert.	P.: 5 spontan, afebril. A.: 1 vor 2 Jahren.	Pat. klagt über Ausbleiben der Regel und Schmerzen im Unterleibe, ausserdem will sie sehr abgemagert sein und an Durchfällen leiden.
50	Frau Frieda L. 32 J. 20. VIII. 05.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 2 $\frac{1}{2}$ Mo- naten, sonst regel- mässig.	P.: 2 1 mal Forceps, febril. A.: 1 vor 5 Woch.	Vor 5 Wochen Abort mit anschliessendem Curette- ment, dennoch weiterer Blut- abgang. Passarbehandlung erfolglos.
51	Frau Ulrike D. 39 J. 12. VIII. 05.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 4 Monaten regelmässig.	P.: 6 spontan. A.: 0.	Seit dem letzten Partus vor 5 Jahren Gebärmuttervor- fall, Ringbehandlg. brachte keine Besserung. Schmer- zen im Kreuz, Drängen nach unten. Brennen und Jucken an den Genitalien.

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Rechte Adnexe o. B. Links ein kleinapfelgrosser Tumor vom Ovarium [?] ausgehend.	Uterus 8 cm. Abrasio. Linkes Ovarium ein kleinapfelgrosser cystischer Tumor, der beim Platzen teerartiges Blut entleert. Resection der Wand.	febril	Links ein nicht druckempfindliches Exsudat.	
Descensus vag. ant. et post. Uterus verdickt u. anteflectiert. Adnexe o. B.	Abrasio. Resectio einer apfelgrossen, eine seröse Masse entleerenden Follikelcyste aus d. linken Ovarium. Vernähung d. Stumpfes.	afebril		
Uterus weich, vergrössert, retroflectiert, lässt sich aufrichten. Links vom inneren Muttermund ein kleinapfelgross. Tumor. Adnexe nicht sicher abzutasten.	Uterus 9 $\frac{1}{2}$ cm. Abrasio. Linkes Ovarium enthält eine gut hühnereigrosse Follikelcyste, sie wird reseziert und vernäht.	afebril		Frau L. klagt, abgesehen von leicht. Schmerzen in d. Narbe, b. Anstrengungen u. b. Witterungswechsel über keinerlei Beschwerden. Der Uterus und Adnexe befinden sich in normaler Lage.
Portio zerklüftet. Uterus gross. Adnexe nicht deutlich zu fühlen, scheinen in Schwielen eingebettet zu sein.	Uterus 8 cm. Abrasio. Das rechte Ovarium enthält eine gut hühnereigrosse Cyste mit bernsteinfarbigem Inhalt; sie wird reseziert, der Rest vernäht.	afebril, leichte Cystitis		

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
52	Frau Margarete K. 26 J.	I. M.: mit 13 J. L. M.: vor 8 Tagen unregelmässig.	P.: 0. A.: 0.	Seit dem 17. Jahre Schmerzen im Unterleibe auf Senkung zurückgeführt. Zeitweilig Ringbehandlung. Seit 14 Tagen wieder starke Schmerzen in beiden Unterleibseiten und Ziehen im Kreuz.
	19. X. 05.			
53	Frl. Viktoria K. 26 J.	I. M.: mit 14 J. L. M.: vor 14 Tagen regelmässig.	P.: 1 ohne Kunst- hülfe, afebril. A.: 0.	Pat. klagt über Schmerzen im Kreuz und Unterleib.
	24. X. 05.			
54	Frau Caroline S. 40 J.	I. M.: mit 16 J. L. M.: vor 8 Tagen, regelmässig u. mit reichlichem Blutab- gang.	P.: 5 spont., ohne Kunsthülfe, zwei- ter febril, letzter vor 5 Jahren. A.: 1 vor 4 Jahr.	Seit mehreren Jahren Schmerzen im Unterleibe, die in letzter Zeit wehenartig geworden sind.
	15. XII. 05.			
55	Frau Caroline M. 48 J.	I. M.: mit 13 J. L. M.: vor 8 Tagen regelmässig u. sehr stark.	P.: 6 afebril, ohne Kunsthülfe, letz- ter vor 9 Jahren. A.: 5 2 mal m. Kunst- hülfe, 1 mal fe- bril vor 12 Jahr.	Seit 8—9 Jahren Senkungs- beschwerden u. Schmerzen im Kreuz und Unterleib.
	19. XII. 05.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
	Uterus $0\frac{1}{2}$ cm. Abrasio. Schuchardt, Das r. Ovarium hühnereigross enthält einige taubeneigrosse Follikel und Oberflächen-Fibrome in seinem proximalen Teile. Resection d. Ovariums bis auf $\frac{1}{3}$ seiner Grösse.	afebril		
Uterus anteflectiert von normal. Grösse u. Konsistenz. Linke Adnexe vergrössert und druckempfindl.	Abrasio. Resection einer grossen gelappten Follikelcyste i. linken Ovarium, deren klarer Inhalt sich in Menge von 40—50 cm in den Douglas ergossen hat.	afebril	Adnexstumpf noch druckempfindlich.	
Uterus vergrössert, anteflectiert. Muttermund für ein. Finger durchgängig, im Innern des Uterus ein Polyp zu fühlen. Linke Adnexe o. B. Im rechten Ovarium ein hühnereigrosser Tumor.	Colpotome. Im rechten Ovarium eine hühnereigrosse Cyste, sie wird bis auf einen kleinen Rest reseziert. Ebenso am linken Ovarium eine Cyste, sie wird ausgeschnitten, der Wundrand vernäht.	Da Puls und Temperatur sehr hoch sind, 48 Std. post. operat. Laparatomie Trotzdem bleibt andauerndes Erbrechen. Am 17. Tage Exitus.		Section; Lungenödem, linksseitig. Pleuritis, allgem. Peritonitis. Uterusnaht z. T. auseinanderge- wichen. Anaemie d. übrigen Organe.
Descensus vag. ant. et post. Uterus retroflectiert, lässt sich aufrichten. Adnexe scheinbar o. B.	Uterus 10 cm. Abrasio. Auf der Hinterwand d. Uterus zahlreiche perimetritische Schwielen. Die Wandungen zweier Follikelcysten aus dem rechten Ovarium werd. reseziert.	afebril		Das Befinden d. Frau M. ist nach Aussage des Arzt. eingutes.

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
56	Frau Bertha M. 31 J.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor 14 Tagen regelmässig und 8 Tage andauernd.	P.: 1 afebril. A.: O.	Seit dem 23. Jahre Unterleibsbeschwerden, die bald stärker, bald schwächer sind und öfters ganz verschwinden. Seit einem Jahre sind sie beständig.
	26. II. 06.			
57	Frau Auguste B. 34 J.	I. M.: mit 12 J. L. M.: vor 14 Tagen regelmässig.	P.: 3 1 Forceps, 2 mal febril. A.: O.	Pat. klagt über beständige Schmerzen in der rechten Unterbauchseite.
	20. III. 06.			
58	Frau Ida R. 29 J.	I. M.: mit 15 J. L. M.: vor wenigen Tagen, regelmässig.	P.: 3, ohne Kunst- hilfe, letzter vor 28 Jahren. A.: O.	Heftige Schmerzen im Unterleibe mit bräunlichem Ausfluss, dabei Herzklopfen, Schlaflosigkeit u. Schüttelfrost.
	26. III. 06.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
Portio zapfenförmig, Uterus vergrössert, anteflectiert. Ad-nexe scheinbar o.B. Im hinteren Scheidengewölbe links v. Uterus strangförmige druckempfindl. Resistenzen.	Die Hervorleitung d. Uterus macht weg. d. viel. Verwachsung. grosse Schwierigkeit. Die linke Ad-nexe, auch i. Schwielen eingebettet, werden mit ein. Tubenwinkeladenom extirpiert, desgl. die rechten, — auch hier ein Tubenwinkeladenom — bis auf einen Rest funktionsfähig. Ovarialgewebes.	Anfangs febril durch Exsudatbildung, später glatt.	Lumbal- anaesthesie. 0,8 Stovain (10 ⁰ / ₀).	
Rechts eine grosse Ovarialcyste z. föhl.	Abrasio. Das rechte Ovarium ist in eine orangegrosse Cyste verwandelt, die in d. Farre-Waldeyerschen Linie reseziert wird.	Anfangs febril, später glatt.		Das Befinden d. Frau B. ist leider kein gutes. Stets wird sie von heftigen Schmerzen in beiden Seiten d. Unterleibes gequält — Die Parametrien u. die Narbe sind druckempfindlich. Im rechten Parametrium eine derbe Resistenz, d. linke Ovar. ist vergrössert u. sehr druckempfindl.
Uterus anteflectiert u. klein. Beide Ovarien, bes. rechte, vergrössert u. druckempfindlich. Im hinteren Scheidengewölbe sind Stränge zu fühlen.	Abrasio. Rechte Ad-nexe in Schwielen gebettet. Im rechten Ovarium platzt eine gänseeigross. Cyste. Resect. in der Farre-Waldeyerschen Linie und Vernähung.	afebril		Das Befinden d. Frau R., besonders die Unterleibsbeschwerden, sind im allgemeinen besser. Der Untersuchungsbefund bietet nichts Besonderes. Es bestehen neuralg. Beschwerden in Brust u. Armen.

Nr.	Name u. Alter	Verhalten d. Menses	Partus	Klagen der Patientin
59	Frau Anna A. 48 J.	I. M.: vor 13 J. L. M.: vor 4 Monaten unregelmässig.	P.: 3 ohne Kunst- hilfe, letzter vor 28 Jahren.	Pat. klagt über seit zwei Monaten bestehende an- dauernde Blutungen, vorher waren sie m. Unterbrechun- gen vorhanden.
	23. IV. 06.			
60	Frau Emilie A. 22 J.	I. M.: mit 17 J. L. M.: seit 4 Wochen andauernd, sonst regelmässig.	P.: 1 ohne Kunst- hilfe, afebril. A.: 0.	Seit 10 Tagen bestehen Blu- tungen mit wehenartigen Schmerzen, Stücke sind nicht abgegangen.
	13. VI. 06.			
61	Frau Caroline J. 54 J.			Pat. kommt, um das in hie- siger Klinik diagnostizierte Corpuscarcinom operieren zu lassen.
	20. VI. 06.			

Untersuchungs- befund	Operation	Heilungs- verlauf	Sonstige Bemerkungen	Spätere Nachrichten
In Narkose: Links vom Uterus ein das Becken ausfüllender cystischer Tumor, vielleicht v. linken Ovarium ausgehend.	Abrasio. Die Cyste entleert haemorrhagische Flüssigkeit, der Balg wird reseziert u. vernäht.	afebril		Frau A. befindet sich bis auf eine geringe Schwäche in den Beinen wohl und besorgt ihre Häuslichkeit ohne Mühe. Die Blutungen sind regelm., aber nicht so stark als früher.
Uterus beweglich, etwas n. rechts verlagert u. derb. Rechte Tube etwas verdickt. Adnexe sonst o. B.	Abrasio ergibt reichlich hypertrophische Schleimhaut. Uterus u. Adnexe i. Schiel. eingebettet. Rechte Adnexe typisch abgebund. Link. Ovarium zertrümmert; wird bis auf einen Rest reseziert. Linke Tube atretisch abgebunden.	afebril		
Uterus retroflectiert, vergrößert, schwer beweglich im klein. Becken.	Schuchardt. Uterus nicht verwachsen. Unterbindung und Ablösung d. beiden ligg. lata. Rechte Adnexe ganz entfernt. Linkes Ovarium bis auf einen klein. Rest reseziert.	Leichtes Fieber.		

Die Durchsicht dieser 59 Fälle ergibt nun Folgendes:

Ein auffallender Unterschied zwischen rechtsseitiger und linksseitiger Ovarialerkrankung ist nicht festzustellen, da 26 mal das rechte und 32 mal das linke Ovarium beteiligt ist. In einem Falle, Nr. 54, war die gleichzeitige Resection an beiden Keimdrüsen erforderlich.

Wichtiger erscheinen mir die anatomisch-pathologischen Veränderungen, die die Resection notwendig machten.

Es finden sich 42 mal kleincystische Degenerationen der Ovarien, 14 mal Oophoritis chronica, 2 mal ein Fibrom der Ovarien, darunter 1 mal mit Follikelcysten kompliziert. Die gleiche Veränderung findet sich in einem Falle von Haematoma folliculare.

Todesfälle sind nur 2 mal zu verzeichnen, Nr. 16 und Nr. 54. Die Sektion ergab im ersteren eine Endometritis miliaris tuberculosa und eine Endosalpingitis miliaris tuberculosa dextra, ausserdem führten zwei alte Fistelgänge vom Rectum in das Cavum utero-rectale. Ich bin daher nicht geneigt, diesen Fall von Exitus dem operativen Eingriffe zuzuschreiben. Die andere Patientin erlag einer septischen Peritonitis, nachdem 48 Stunden post operationem per vaginam eine Laparotomie vorgenommen war.

Was die chirurgisch-technische Seite unserer Fälle anbelangt, so wurde die Resection 2 mal durch Laparotomie ausgeführt, beide Male mit glattem Heilungsverlaufe und 57 mal von der Vagina aus, darunter ein Fall, wo 48 Stunden p. operationem wegen beginnender Peritonitis noch die Laparotomie erforderlich war. Ziehen wir hiervon noch Fall 6 ab, wo Patientin zur chirurgischen Klinik verlegt werden musste, so haben von den vaginal Operierten 54 den Eingriff glatt überstanden. Darunter war der Heilungsverlauf 40 mal ganz fieberfrei, 4 mal kam es zur Exsudatbildung, nach dessen Durchbruch die Körperwärme regelrecht wurde, sonst war Cystitis, Bronchitis etc. die Ursache des Fiebers. Nur in 6 Fällen war bei der Entlassung Druckempfindlichkeit des Adnexstumpfes oder ein kleines Stumpfsudat festzustellen.

Ist dies Ergebnis an sich schon erfreulich, so erscheint der Erfolg noch um so grösser, wenn man bedenkt, dass unter den vaginal Operierten doch auch manche waren, die von den Gegnern dieser Methode per laparotomiam operiert wären und dass auf diese Weise viele Patientinnen nicht nur vor einem bedeutend gefährlicheren Eingriffe bewahrt geblieben, nein, ihnen auch die nicht zu selten auftretenden Beschwerden einer Bauchnarbe erspart geblieben sind. Erwähnenswert ist noch, dass 4 mal der Schuchardt'sche Hilfsschnitt angewendet ist.

A. Martin hält das konservative Verfahren in seiner „Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten“ für indicirt bei Follikelhaematomen, kleincystisch entarteten Follikeln und dann, wenn durch Erhaltung auch nur eines kleinen Theiles des Ovarium die Ausfallerscheinungen, wenn nicht ausgeschlossen, so doch gemildert werden können. Von letzterem Gesichtspunkte aus sind folgende 14 Fälle zu beurteilen. Bei 9 davon handelte es sich um Exstirpation der Adnexe auf der einen und Resection des Ovarium auf der anderen Seite, unter diesen Patientinnen waren 7 im Alter unter 40 Jahren und 2 zwischen 40 und 45 Jahren. Bei den übrigen 5 Fällen war Totalexstirpation mit Erhaltung eines kleinen Ovarialrestes vorgenommen, sie waren im Alter zwischen 46 und 54 Jahren. Das entspricht der von A. Martin oft betonten Erfahrung, dass gerade solche Frauen, welche im Anfang des Klimakteriums stehen, nach der Entfernung beider Ovarien ganz besonders schwer unter den Ausfallerscheinungen zu leiden haben.

Von grossem Werte musste es sein, Erkundigungen über das spätere Befinden der Operierten einzuziehen und an der Hand dieser Resultate das Martin'sche Verfahren auf seine Berechtigung zu prüfen. Leider war es mir mit Rücksicht darauf, dass der grösste Teil der Patientinnen der ländlichen Bevölkerung angehört und seinen Wohnsitz häufig wechselt, trotz des grössten Entgegenkommens der Herren Kollegen aus der Praxis nur in 15 Fällen möglich, einen brauchbaren Bescheid zu erhalten.

Derselbe war in 11 Fällen (No. 2, 25, 28, 32, 37, 43, 44, 45, 50, 55, 59) ein in jeder Beziehung günstiger, die Patientinnen fühlten sich subjektiv wohl, konnten ohne Beschwerden ihre Häuslichkeit versehen, der eventuell durch den Hausarzt erhobene Untersuchungsbefund bot nichts Besonderes, von einer eingetretenen Gravidität oder einem erfolgten Partus wurde nichts mitgeteilt. Die Veranlassung zum chirurgischen Eingreifen war bei diesen Fällen 8 mal eine Follikelcyste — einmal mit Haematoma folliculare kompliziert — gewesen und dreimal war Oophoritis chronica — darunter zweimal mit doppelseitiger Sactosalpinx verbunden — die Ursache gewesen. Bei diesen Frauen war dreimal eine rechtsseitige, fünfmal eine linksseitige und dreimal (No. 32, 43, 45) eine doppelseitige Ovarialresection vorgenommen. Unter den letzteren drei Fällen sind zwei darum bemerkenswert, weil die Frauen im Alter von 42 und 46 Jahren stehen und sich bei ihnen Dank der Operationsmethode keine klimakterischen Beschwerden eingestellt haben.

Als gebessert insofern, als die Beschwerden nachgelassen haben oder die Frauen ihre Arbeit verrichten können, sind anzusehen Fall 33, 47 und 58, darunter handelte es sich zweimal um eine Follikelcyste, einmal um Oophoritis chronica mit einer Follikelcyste kompliziert.

Ohne Erfolg war die Operation im Falle 57 gewesen, es hatte eine Resection einer rangyronen Follikelcyste im rechten Ovarium stattgefunden, eine Besserung war dadurch nicht eingetreten, die Frau hatte nach wie vor die gleichen heftigen Beschwerden.

Es sei mir zum Schluss vergönnt, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Rat Professor Dr. A. Martin für die Anregung zu dieser Arbeit und Herrn Professor Dr. Jung für die Förderung bei derselben meinen ehrerbietigsten Dank zu sagen.



Literaturverzeichnis.

- Gersung: Über partielle Exstirpation des Ovarium. Centralbl. f. Gynaek. 1900.
- Fischer: Zur Frage der Erhaltung von Ovarialresten. Centralbl. f. Gynaek. 1901.
- Ehrenfest: Cystenbildung in Ovarialresten. Centralbl. f. Gynaek. 1902.
- Dunning: Conservative Operations upon the Ovarys.
- Glaevecke: Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verlust der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits.
- Jentzen: De l'ovariotomie pratiquée deux fois sur une malade.
- v. Velits: Über die an derselben Person wiederholten Laparotomien.
- Bond: Some remarks of certain pathological conditions of the ovaries associated with menorrhagie. The Lancet.
- Routh: The conservative treatment of disease of the uterine appendages. The brit. gyn. journal. Vol. 37.
- Matthaei: 6 Fälle von Ovarialresection aus der Olshausen'schen Klinik. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. B. 31.
- Pozzi: De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. Revue de gyn. et de chirurg. 1897.
- Sherwood-Dume: Conservative of the ovary. Ann. of Gyn. Vol. 11.
- Ch. Martin: On the conservative surgery of the ovary. Brit. med. Journ.
- Abraschekwitz: De la résection partielle et de l'ignipuncture dans les affections salpingo-ovariennes.
- Johnson: The conservative treatment of the diseased ovary. Americal Journ. of Obstr. Vol. 39.
- Goldspohn: The value of conservative treatment of the uterine appendages.
- Grant: Conservative surgery of the Ovaries and Tubes. Amer. gyn. Journ. 1902.
- Tiedemann: Über die Indication der Entfernung des zweiten Ovarium bei Tumorbildung des anderen. Dissertation 1901.
- Boussier: Des Opérations conservatives dans les ovarites scléro-kystiques. Rev. de Gyn. 1904.
- Boyd: Conservative surgery of the Tubes and Ovaries. Journ. of Obstr. and Gyn. Brit. Empire 1904.
- Dunning: Conservating Operation upon the Ovary. Amer. Journ. of Obstr. 1904.
- A. Martin: Krankheiten der Eierstöcke.
- Resectio Ovarii.
 - Krankheiten der Eileiter.
 - Prognose der Ovariotomie.
 - Der Eierstock.
 - Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.
-

Lebenslauf.

Johannes Karl Georg Birch wurde als ältester Sohn des Kreissekretärs Conrad Birch und seiner Frau Anna, geb. Bahls, am 28. Januar 1877 zu Stettin geboren. Seine Vorbildung erhielt er auf der Barnimschule und dem Marienstiftsgymnasium zu Stettin, sowie auf dem Gymnasium zu Anklam, das er im Herbst 1898 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er besuchte vom Herbst 1898 bis Ostern 1902 die Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin und von Ostern 1902 bis Herbst 1903 die Universität Greifswald.

Seine Lehrer waren:

In Berlin: v. Bergmann †, Engelmann, Engler, Fischer, Gerhardt †, Hertwig, Klemperer, Lesser, Lexer, Michaelis, Schwendener, H. Virchow, R. Virchow †, Waldeyer, Warburg †.

In Greifswald: Beumer, Bier, Jung, Löffler, A. Martin, Moritz, Müller †, Peiper, Ritter, Schirmer, Schulz, Strübing.

Während seiner Studienzeit war er auf den Kliniken der Herren Professoren Bier, Martin, Moritz und Schirmer als Famulus tätig.

Die staatliche Approbation als Arzt wurde ihm am 6. Juli 1904 erteilt. Seiner Militärpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. Oktober 1904 bis 31. März 1905 beim Grenadier-Regiment König Friedrich Wilhelm IV. (1. Pommerschen) Nr. 2 und diente im Anschluss daran als einjährig-freiwilliger Arzt und Unterarzt d. Res. bis zum 11. November 1905. Von da ab war er als Assistenzarzt bei praktischen Ärzten bis auf den heutigen Tag mit einer kurzen Unterbrechung tätig. Durch A. K. O. vom 13. Februar 1906 wurde er zum Assistenzarzt d. Res. befördert. Sein Examen Figurorum machte er am 6. September 1906.

14315

