



BEITRAG ZUR LEHRE VON DER OVARIOTOMIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE,
WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM DONNERSTAG, 11. APRIL 1878,

12 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD



EMIL HEEDFELD

PRACT. ARZT

AUS WESTFALEN.



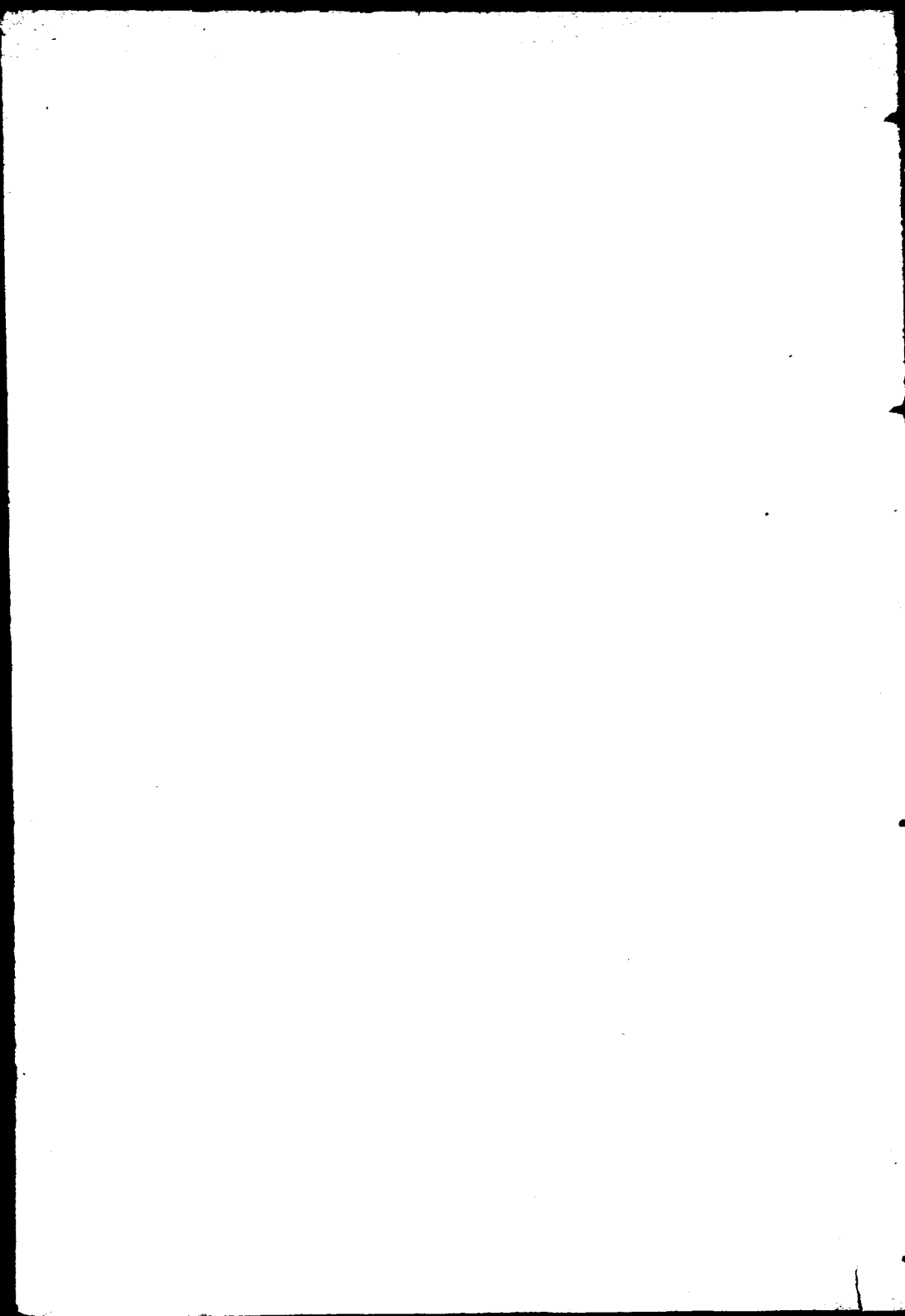
OPPONENTEN:

DRD. W. KRAGE, PRACT. ARZT.

M. KLÖSTERHALFEN, CAND. MED.



GREIFSWALD,
DRUCK VON CARL SELL
1878.



SEINEN

LIEBEN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Während im Alterthum und Mittelalter die Exstirpation der Eierstöcke an Frauen fast ausschliesslich zu unmoralischen Zwecken ausgeführt wurde, verfolgt die moderne Ovariectomie den Zweck, mehr oder weniger geschwächte und herabgekommene Individuen von hoffnungslosen Leiden und dem gewissen Tode zu retten. — Obschon der Gedanke einer vollständigen Heilung durch die Exstirpation der Ovarialtumoren schon im Jahre 1685 von Scharkopf ausgesprochen und nach ihm diese Frage vielfach discutirt wurde, so beginnt die eigentliche Geschichte der Ovariectomie doch erst mit Ephraim M. Dowell, der zuerst diese Operation im Jahre 1809 zu Kentucky mit glücklichem Erfolge ausführte. Nach ihm ist Nathan Smith zu nennen, der 1821

in Norwich glücklich operirte; ferner Alban Smith 1823. Ihnen schliessen sich verschiedene Namen von Männern an, die bald in diesem, bald in jenem Erdtheile, sei es mit günstigem, sei es mit ungünstigem Erfolge operirten. Im Allgemeinen ist jedoch aus den ersten fünfzig Jahren dieses Jahrhunderts über diese Operation nicht viel zu berichten. So hat Th. Safford Lee eine Zusammenstellung aller vom Jahre 1809—1846 operirten Fälle gegeben, welche von John Clay erweitert wurde und diese ergab:

Vollendete Ovariotomien:	395.	Genesen:	212 = 54%
Partielle Exstirpationen:	24.	„	10
Exstirpation eines andern Tumors statt Ovarialtumor:	13.	„	3
Unmögliche Exstirpation, wegen Adhärenzen:	82.	„	58

Summa der Fälle 514. Genesen: 287 = 51,1%

Der eigentliche Aufschwung dieser Operation knüpft sich an die Namen von Atlee, Spencer Wells, Baker, Brown, Köberle, Keith, welche sowohl für die Sicherstellung der Diagnose, als auch für die Ausführung der Operation sich nach der verschiedensten Richtung hin bedeutende Verdienste erwarben, und so die Operation selbst zum Gemeingut aller Aerzte machten.

Köberle besonders gebührt das Verdienst, auf die verderblichen Wirkungen von in der Bauchhöhle zurückgelassenen Secreten aufmerksam gemacht und die Entfernung derselben sowohl durch Drainage, als durch Wiedereröffnung der Bauchhöhle anempfohlen zu haben. Ihm schloss sich Marson Sims an, welcher die Drainage nach unten durch den Douglassischen Raum verlegte.

Schliesslich trat Lister im Jahre 1867 mit seinem Prinzip der primären Desinfection der Wundflächen hervor, und dieses Prinzip verschaffte sich auch bei der Ovariectomie Eingang und erzielte so gute Erfolge, dass heutzutage die Todesfälle fast auf ein Minimum reduziert sind, vorausgesetzt, dass die antiseptische Behandlung auf das Strengste bei der Operation durchgeführt wird.

Wenn wir die Erfolge vergleichen, die vom Geh. Rath Prof. Dr. Pernice vor und nach Einführung der antiseptischen Behandlung bei der Ovariectomie erzielt wurden, so lässt sich ein bedeutender Unterschied nicht verkennen. Denn während vor 1874 die meisten Operationen einen lethalen Ausgang hatten, waren die Erfolge nach Einführung der Asepsis so zufriedenstellend, dass sie nur zur Fortsetzung aufmuntern konnten. —

So sind 3 Fälle in der Dissertation vom Herrn Dr. Lemke beschrieben, die ein klares Zeugnis

dafür ablegen, dass unter Fernhaltung aller Infectionstoffe die Eröffnung der Bauchhöhle ein fast harmloser Eingriff zu nennen ist.

Der erste Fall betraf eine Frau von 43 Jahren, die durch ihre Krankheit sehr herabgekommen und elend geworden war. Die Operation verlief verhältnissmässig leicht, bedeutendere Adhäsionen waren nicht vorhanden und der Heilungsverlauf war ein derartiger, dass Patientin nach 18 Tagen als geheilt entlassen werden konnte. Fiebererscheinungen hatten sich während der ganzen Zeit nicht eingestellt.

Im zweiten Fall war Patientin 37 Jahre alt und von kräftigem Körperbau. Neben vielem freien Bauchwasser ergab die Operation nicht eine Ovarien-cyste, sondern wie sich später herausstellte, ein bedeutendes Fibrosarcom, wodurch der Bauchschnitt noch um 1 Ctm. über den Nabel verlängert werden musste. Auch in diesem Falle erreichte die Temperatur nur einmal und zwar am dritten Tage die Höhe von 38,2, hielt sich im Uebrigen in normalen Grenzen und das Befinden der Patientin war derartig, dass sie nach 14 Tagen das Bett verlassen konnte.

Der dritte Fall verlief ebenso günstig. Patientin von kräftigem Körperbau, war 36 Jahr alt. Die Operation beförderte eine vom Parovarium ausgehende einkammerige Cyste von 12 Kilogramm Gewicht.

Nach 20 Tagen war Patientin hinreichend gekräftigt, das Bett zu verlassen. Während dieser Zeit überstieg die Temperatur niemals 38°.

Im Folgenden möchte ich diesen drei genannten Fällen noch zwei anreihen, die sich in der Dissertation vom Herrn Dr. Zscheile beschrieben finden, die ebenfalls unter strengster Asepsis und Klammerbehandlung einen günstigen Verlauf nahmen.

Im ersteren Falle handelte es sich um eine kräftige Frau von 28 Jahren. Bei der Operation zeigten sich feste Verwachsungen des Tumors mit dem Netze; der Tumor selbst war eine zweikammerige Ovarialcyste von 27 Pfd. Fiebererscheinungen waren allerdings während der ersten 9 Tage nach der Operation vorhanden, von da ab jedoch vollständige Apyrexie und Entlassung nach 26 Tagen.

Der zweite Fall betraf eine Frau von 31 Jahren. Bei der Operation entstand ein bedeutender Vorfall des Netzes, welcher reponirt wurde. Niemals trat im Heilungsverlauf Fieber auf, nach 19 Tagen war Patientin ausser Bett und konnte als geheilt betrachtet werden.

Diesen wirklich glänzenden Resultaten möchte ich einen kürzlich operirten Fall anreihen, der ebenso günstig verlief und dessen Veröffentlichung mir der Herr Geh.-Rath Prof. Dr. Pernice gütigst gestattete.

Frau Mens, 46 Jahre alt, aus Vorwerk bei Lassin, wurde am 18. Februar 1878 in die hiesige

geburtshülfliche Klinik aufgenommen. Nach ihrer Angabe wurde sie in ihrem 14. Lebensjahre zum ersten Male menstruirt. Die Menses blieben stets regelmässig; waren von 3—4 tägiger Dauer; jedoch äusserst spärlich und schmerzhaft. In ihrem 22. Lebensjahre wurde sie zum ersten Male schwanger und gebar leicht und ohne Kunsthülfe ein jetzt noch am Leben befindliches Kind. Mit 27 Jahren verheirathete sie sich und gebar nur noch einmal. Seit 10 Jahren verspürte sie eine allmählig zunehmende Anschwellung ihres Unterleibes, die jedoch in den ersten 3 Jahren so geringfügig war, dass sie andern nicht auffiel. Die Menstruation blieb erst in den letzten 10 Monaten ganz fort und mit dem Verschwinden derselben nahm auch die Schwellung des Abdomen auffällig zu. Eigentliche Schmerzen verspürte Patientin nur in den letzten 6 Wochen in der linken Inguinalgegend, namentlich beim Sitzen. Auch stellte sich in den letzten Tagen mässiges Oedem der untern Extremitäten, vorzugsweise in der Gegend der Malleolen ein. Im Uebrigen war ihr Allgemeinbefinden stets ein gutes, der Appetit nur mässig, die Abmagerung nur gering. Fiebererscheinungen haben sich nie eingestellt. Durch ihren Zustand jedoch geängstigt und auch in mancher Hinsicht behindert, stellte sie sich in der hiesigen geburtshülflichen Klinik vor und bot folgenden:

Status praesens am 18. II. 78.

Patientin von mittelgrosser, kräftiger Statur und gesundem Aussehen zeigt nur einen geringen Grad von Abmagerung.

Das Abdomen ist stark aufgetrieben, zeigt eine geringe Pigmentirung der Linea alba und alte Schwangerschaftsnarben. Abwärts vom Nabel, der eine kleine Hernie erkennen lässt, sind die Bauchdecken stark oedematös.

Bei der Palpation sind nirgends festere Knollen im Tumor wahrzunehmen, überall ziemlich starke Elasticität. Im oberen Theil des Abdomen, wo das Oedem der Bauchdecken fehlt, lässt sich geringe Fluctuatio constatiren; sowie beim tiefen Respiriren eine geringe Verschiebbarkeit des Tumors.

In der Regio hypochondriaca dextra und weiter nach abwärts bis in die Ileolumbalgegend (lin. axill.) ergiebt die Percussion einen tympanitischen Schall, ebenso 3 Finger breit unter dem Nabel.

Der Umfang des Abdomens beträgt in der Gegend zwischen Processus ensiformis und Nabel 122 Ctm.

Der Umfang des Abdomens in der Nabelgegend beträgt 130 Ctm.

Der Umfang des Abdomens zwischen Nabel und Symphyse beträgt 130 Ctm.

Die Entfernung der Symphyse vom processus ensiformis misst 47 Ctm.

mit Eisenchlorid betupft, die Klammer selbst mit carbolisirter Leinwand gepolstert und die ganze Wundfläche mit Protectio und zehnprozentiger Salicyljute verbunden.

Die ganze Operation wurde unter Spray ausgeführt und dauerte $\frac{5}{4}$ Stunden.

Heilungsverlauf.

Gleich nach der Operation klagte die Patientin über heftigen Durst; sehr angegriffen war sie nicht. Sie erhält etwas Wein mit Wasser, später Eisstückchen in den Mund.

Im Laufe des Nachmittages verspürte sie Brennen in der Wunde und heftige Kreuzschmerzen. Koliken waren nicht vorhanden.

Die Temperatur betrug am Abend 37,2, P. 115.

Immer ist noch starker Durst vorhanden. Die Zunge ist mässig feucht; von der Narcose haben sich keinerlei üble Nachwirkungen gezeigt.

26. II. Die Nacht wurde schlaflos, jedoch ziemlich schmerzfrei verbracht; während derselben trat zu verschiedenen Malen die Neigung zum Erbrechen ein. Der Durst ist noch immer sehr heftig; Zunge trocken. Pat. genießt am Morgen $\frac{1}{2}$ Tasse Kaffee. Im Laufe des Tages trat für mehrere Stunden ruhiger Schlaf ein. Die Schmerzen sind gering, das Allgemeinbefinden gut.

- Morgens 9 Uhr: P. 110, T. 37,2,
Abends 7 „ P. 108, T. 37,3.
27. II. Morgens: P. 108, T. 37,2,
Abends: P. 110, T. 36,8.

Die Nacht wurde theilweise schlafend verbracht. Am Morgen ist die Haut mit leichtem Schweisse bedeckt. Appetit gering. Zunge feucht. Schmerzen im Abdomen fast gar nicht vorhanden. Im Laufe des Tages stellt sich leichter Drang zum Stuhl ein, sie erhält deshalb 15 gtt. Tct. opii. Am Abend wird Pat. umgelagert.

28. II. Morgens: P. 100, T. 36,5.
Abends: P. 108, T. 36,8.

Patientin hat während der Nacht gut geschlafen; ihr Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet. Appetit gut; Zunge feucht, nach hinten etwas belegt. Durst mässig.

1. III. Morgens: P. 90, T. 37,0,
Abends: P. 96, T. 37,2.

Patientin hatte während der Nacht, durch einen Traum erschreckt, ziemlich starke Beängstigungen, die jedoch auf ihr Allgemeinbefinden am Morgen keinen Einfluss erkennen liessen. Im Uebrigen status idem, wie gestern.

2. III. Morgens: P. 100, T. 36,8,
Abends: P. 120, T. 36,9.

Patientin hatte während der Nacht wenig, im Laufe des Tages jedoch gut geschlafen. Allgemeinbefinden gut. Appetit gut. Reichliche Transpiration.

Unter Spray wurde am Morgen der erste Verbandwechsel vorgenommen. Dabei wurden 10 der oberflächlichen Suturen entfernt, die nächsten an der Klammer blieben liegen. Mit Ausnahme einer ganz kleinen Stelle war überall prima intentio eingetreten; nirgends Eiterung. — Am Stiel nichts besonderes.

3. III. Morgens: P. 108, T. 36,5,
Abends: P. 96, T. 36,6.

Der Zustand der Patientin ist heute in jeder Beziehung zufriedenstellend. Den Urin hat Pat. heute zum ersten Male ohne Katheter entleert.

4. III. Morgens: P. 95, T. 36,5,
Abends: P. 104, T. 36,4.

Heute fand der zweite Verbandwechsel unter Spray statt und sämtliche noch vorhandene Suturen wurden entfernt. Die Wunde ist überall vereinigt.

An der Klammer zeigt sich eine stärkere Secretion, sie scheint sich lösen zu wollen. Da bisher bei der Patientin noch kein Stuhlgang eingetreten, so erhält sie 2 Esslöffel Ol. Ricini, die jedoch bis

zum Abend ohne Erfolg waren. — Der Urin musste wieder mit dem Katheter entleert werden. Da sich der Verband am Abend etwas verschoben hatte, so dass ein Theil der Klammer frei lag, so wird eine Partie Jute mit Heftpflaster darauf befestigt.

5. III. Morgens 36,6 T., P. 90. Patientin hat während der Nacht sehr gut geschlafen. — Zunge am Morgen etwas trocken. Allgemeinbefinden gut. Defaecation noch nicht eingetreten.

6. III. Pat. ist fieberfrei. Puls normal. Stuhlgang trat heute Morgen ein. Appetit ist gut. Beim heutigen Verbandwechsel findet sich der Stiel ziemlich stark secernirend und etwas riechend. Die Klammer löst sich etwas.

Am 7. und 8. Februar ist keine Veränderung bei der Patientin eingetreten, ihr Allgemeinbefinden ist sehr gut, ebenso ihr Appetit. Der Stiel löst sich mehr und mehr.

Ebenso ist in den nächsten Tagen status idem.

Am 12. wird die Klammer mit der Scheere entfernt. Keine Blutung. — Zweimal täglich wird ein frischer Carbol-Watte-Verband angelegt.

Am 13. III. hat sich der Wundtrichter bereits vollständig gereinigt, so dass bei der beginnenden Ueberhäutung schon am 14. März die Salbenbehandlung mit Unguent. basilic. begonnen werden kann. — Ihr Kräfte-Zustand hatte schon während des Heilungsverlaufes bedeutend zugenommen, so dass

Patientin am 15. März das Bett verliess und als geheilt betrachtet werden konnte.

Wenn auch die angeführten Fälle in der Hinsicht günstig lagen, dass sie von erschwerenden Complicationen frei waren, so muss doch dieser rasche und fieberlose Heilungsverlauf in sämmtlichen Fällen zum grossen Theile der minutiösesten Reinlichkeit und der Abhaltung aller septischen Stoffe zu Gute kommen. Seitdem man diese Wahrnehmung in der hiesigen geburtshülflichen Klinik gemacht, wird auch auf alle Personen und Gegenstände, die etwa während der Operation mit der Patientin in Berührung kommen sollten, die grösste Aufmerksamkeit verwendet. Alle Instrumente kommen neu gereinigt und geschliffen vom Instrumentenmacher und werden erst gebraucht, nachdem sie 24 Stunden lang in zehnprozentiger Carbolsäure - Lösung gelegen. Ebenso liegen alle etwa zum Gebrauch kommenden Schwämme sowohl während der ganzen Operation, als auch schon 24 Stunden vorher stets in 5 procentiger Carbollösung.

Das Zimmer, in dem die Operation vorgenommen werden soll, wird auf das peinlichste von jedem Schmutze gereinigt und durch fortwährende Thätigkeit mehrerer Spray's schon einige Stunden vorher mit carbolisirter Luft angefüllt. —

Die Patientin selbst erhält am Tage vorher ein warmes Bad und vollständig neue Wäsche, um auf

diese Weise vor jeder Infection sicher zu sein. Der Operateur, sowie seine Assistenten sind nur mit Hemd und Hose gekleidet; die Hände hat jeder gehörig mit $2\frac{1}{2}$ % Carbollösung tüchtig zu waschen. Zudem ist es jedem Betheiligten zur Pflicht gemacht, einige Tage vorher jeden Infectionsort, etwa den Operationscursus oder sonstige in Zersetzung begriffene Praeparate aufs sorgfältigste zu meiden.

Beim Beginn der Operation wird das Abdomen der Patientin mit $2\frac{1}{2}$ % Carbollösung abgewaschen und während derselben sind stets 2 Spray's in Thätigkeit, die mit $2\frac{1}{2}$ % Carbollösung gefüllt sind. Zur Aushülfe stehen zwei neue bereit, wenn einer versagen sollte.

Die Toilette des Peritoneums wird auf das Sorgfältigste vorgenommen; jeder Tropfen Blut oder Serum mit neuen carbolisirten Schwämmen aufgetupft und einer derselben während der Anlegung der ersten Suturen liegen gelassen, um auf diese Weise jede Spur von zersetzungs-fähigen Stoffen zu entfernen.

Die Versenkung des Stieles wird in der hiesigen Klinik niemals vorgenommen, um gegen alle Gefahren gesichert zu sein, welche dieselbe mit sich bringt.

Als Deckverband wird der modificirte Lister'sche Verband angewandt, der aus Protectio und 10 % Salicyljute besteht. Flanellbinden decken in Circeltouren Wunde und Verband.

Gerade so, wie die Operation, muss auch die Nachbehandlung nach strengsten Regeln der Asepsis vor sich gehen. Jeder Verbandwechsel findet unter Spray statt, und nur carbolisirte Finger sind mit der Abnahme und Anlegung des Verbandes beschäftigt.

Bettwäsche, Bettdecken sind vollständig neu, um vor jeder Infection gesichert zu sein.

Die Patientin selbst erhält ihr eigenes Zimmer.

In ähnlicher Weise verfährt Carl Schroeder und er sagt in einem Berichte über 50 Lister'sche Ovariötomien in der klinischen Wochenschrift vom 18. März 1878:

„Operirt man in dieser Weise, so bekommt man über die Verletzungen des Peritoneum ganz andere Anschauungen. Man überzeugt sich, dass dem Peritoneum in exquisitem Masse die Eigenschaft zukommt, Entzündungen zu localisiren.

Man kann mit dem Peritoneum anfangen was man will; man kann es zerschneiden, in Stücke reissen, zerquetschen, verbrennen, abreissen, niemals kommt es zu dem classischen Bilde der allgemeinen Peritonitis, stets verkleben die lädirten Flächen mit den benachbarten Theilen des Peritoneum. Das Bild, welches wir als allgemeine Peritonitis kennen, ist das der septischen Peritonitis.

Hält man die Infectionsstoffe ab, so ist die Eröffnung der Peritonealhöhle ein durchaus ungefährlicher, ja ein ziemlich gleichgültiger Eingriff; selbst nach sehr schwierigen Operationen, die lange dauerten und bei denen das Peritoneum in ausgedehnter Weise insultirt wurde, fehlt fast jede Reaction. Der Puls allein ist häufig etwas erregt 90—100.“

So ungefährlich und segensreich unter diesen Massregeln die Ovariectomie verläuft, so verderblich und fast immer tödlich ist sie, wenn inficirende Stoffe eingewirkt haben.

Dr. Georg Wegner sagt darüber in seinen chirurgischen Bemerkungen über die Peritonealhöhle*):

„Wenn durch einen sehr grossen, lange bestehenden Tumor eine erhebliche Dehnung und Herabsetzung der Elasticität der Bauchwandungen stattgefunden hat, so muss nach der Ovariectomie bei der Schlaffheit der collabirenden Bauchdecken ein sehr viel geringerer, wahrscheinlich gar kein positiver Druck im Abdomen herrschen. Folge davon ist Entspannungshyperämie, weiterhin starke Transsudation Seitens der ganzen Fläche der so mächtig ausgedehnten Serosa, mit eventuellem blutigen Nachsickern aus den zerrissenen Gefässen der Adhäsionen, die der Retractilität entbehren und bei dem mangelhaften Druck

*) G. Wegner: Langenbeck's Arch. XX. 1876. pg. 51.

durch die sie berührenden Theile nicht verschlossen werden. Es tritt also in den ersten Stunden eine je nach den Verhältnissen grosse Menge von rein seröser oder serös-sanguinolenter Flüssigkeit in den Bauchraum ein. Dieses an sich leicht resorbirbare Fluidum würde unter günstigen Spannungsverhältnissen bald aufgesogen werden und verschwinden, bei der aus den angegebenen Gründen aber erfolgten Herabsetzung der Resorption wird es nicht fortgeschafft, sondern stagnirt. Nun ist blutiges Serum unter allen fäulnissfähigen Flüssigkeiten wohl die fäulnissfähigste; bei der gewöhnlichen Methode der Operation, also ohne Asepsis — sind Luft und mit ihr Fäulniserreger in die Wunde eingetreten, die nothwendige Folge also ist, dass die stagnirende Flüssigkeit sich zersetzt und sich um so intensiver zersetzt, als in Bezug auf Qualität der Nährflüssigkeit, Temperatur, constante Bewegung für Entwicklung niedriger Organismen kaum günstigere Verhältnisse gedacht werden können. Jetzt ist der für das zukünftige Schicksal der Wunde und der Patientin entscheidende Schritt geschehen: während in den guten Fällen die grosse Peritonealwunde durch prima intentio geschlossen wird, haben wir es hier von jetzt ab mit einer fauligen Wunde zu thun, welche im Allgemeinen alle Gefahren einer faulenden Höhlenwunde überhaupt mit sich bringt, im Besondern aber noch

die, welche die kolossale Ausdehnung der secernirenden ebenso wie der resorbirenden Fläche bedingt.

Wie bei vielen andern operativen und sonstigen Verletzungen, so sind es gerade die Vorgänge in den ersten Stunden, welche für den- weitem Verlauf von bestimmendem Einfluss sind. In dem Masse, als sich die intraperitoneale Spannung wiederherstellt, tritt jetzt, unterstützt von der wiedereingetretenen Peristaltik des Darmes, die Resorption der Abdominalhöhle in ihr Recht, und da das Object der Aufsaugung zersetzte blutig-seröse Flüssigkeit ist, da ferner dieselbe auf den bekannten Wegen sofort in das Blut übergeführt wird, so beherrscht Septicaemie die Scene. Und zwar Septicaemie in vollem Sinne des Wortes, sowohl decomponirte Flüssigkeit, als auch niedrige Organismen treten in die Lymphgefäße und in das Blut ein. Wenn der Tod an Septicaemie manchmal erst nach fünf, sechs oder mehr Tagen eintritt, so ist dies wohl in manchen Fällen zu erklären gerade durch die verlangsamte Resorption, wie sie Folge geringer Spannung ist.

Nicht zu übersehen ist, dass mit dieser schlimmen Wendung zur Jauchung auch ein ähnliches Schicksal den etwa abgebundenen und versenkten Stiel trifft. Die von der Circulation durch die Ligatur abgetrennte Masse des Stieles wird fernerhin nicht mehr von normalem serösen Transsudat ernährt, sondern, umspült von faulender Flüssigkeit

wird sie selbst in den Fäulnißprozess mit hineingezogen und liefert ihrerseits neues Nährmaterial für die Entwicklung der Fäulnißpilze.“

Und so liegt auch in diesen letzten Worten Wegners die indirecte Aufforderung, bei der radicalen Heilung der Ovarialtumoren extraperitoneal vorzugehen.

Wenn nun auch verschiedene Autoren der Meinung sind, dass die Asepsis bei der Klammerbehandlung nicht durchgeführt werden könnte, so beweisen die im Vorhergehenden gegebenen Beispiele, in denen sämtlich die Klammer in Anwendung kam, zur Genüge, wie irrig deren Meinung ist. Die Antisepsis wird auch fernerhin bei der Klammerbehandlung ihre segensreiche Wirkung nicht versagen. Die Mortalität auf 10 %, ja 5 % herabsetzen und so die radicale Heilung eines lebensgefährlichen Leidens mit geringer Gefahr bewerkstelligen lassen.

Lebenslauf.

Wilhelm, Eduard, Emil Heedfeld, geboren den 15. Juni 1853 zu Münster in Westfalen, Sohn des Regierungshaupt-Kassen-Kassirers Anton Heedfeld und dessen Ehefrau Gertrudis, geb. Zurhorst katholischer Confession, genoss seinen ersten Unterricht in einer Elementarschule seiner Vaterstadt und besuchte darauf das Paulinische Gymnasium ebendasselbst. Am 8. August 1873 von dort mit dem Zeugniß der Reife entlassen, bezog er Michaelis desselben Jahres die Universität Greifswald, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Hier wurde er von dem derzeitigen Rector Herrn Prof. Dr. Ahlwardt immatriculirt und von dem damaligen Dekan Herrn Prof. Dr. Mosler in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Am 27. Juli 1875 bestand er das Tentamen physicum und bezog zu Michaelis desselben Jahres die Universität Würzburg, wo er gleichzeitig als Einjährig-Freiwilliger im 9. bayerischen Infanterie-Regiment „Wrede“ diente. Ostern 1876 verliess er Würzburg und kehrte wieder nach Greifswald zurück. Am 10. December 1877 begann er die medicinische Staatsprüfung und beendete dieselbe am 20. März 1878. Das Examen rigorosum bestand er am 4. April desselben Jahres.

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

In Greifswald:

Arndt, Budge, v. Feilitzsch, Grohé, Häckermann, Haenisch, Krabler, Hueter, Landois, Limpricht, Mosler, Münter Pernice, v. Preuschen, Schürmer, Sommer, Vogt.

In Würzburg:

Gerhardt.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen wärmsten Dank aus; zu ganz besonderem Danke verpflichtet fühlt er sich Herrn Prof. Dr. Hueter, in dessen Klinik er vom 1. Juli 1877 bis zum 1. Januar 1878 als Unterarzt zu fungiren das Glück hatte.

THESEN.

I.

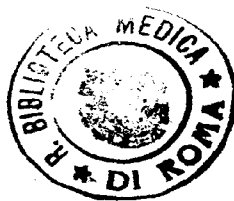
Die Lister'sche Ovariectomie ist heutzutage der ungefährlichste Eingriff zur radicalen Heilung von Ovarialtumoren.

II.

Die Gelenkentzündungen der Hüfte sind im kindlichen Alter in überwiegender Mehrzahl primär osteale Entzündungen.

III.

Der Ursprung der Melanaemie ist vorzugsweise auf die Milz zurückzuführen.



14786

1966/2m