Gewiß wird die Lumbalanästhesie wie als Anästhesiemethode so auch als Mittel gegen den Ileus Versager aufweisen. Ist doch, wie eingangs erwähnt, ihre Wirkung auf die Darmbewegungen schon in normalen Fällen individuell verschieden. Zu eigenen günstigen Erfahrungen mit dieser Methode kommen aber auch solche anderer Operateure, die durch meinen Prager Vortrag im Jahre 1919 angeregt, sie bei Ileus erfolgreich anwendeten. Auch *A. Mayer* berichtet über zwei durch Lumbalanästhesie geheilte Fälle von postoperativem Ileus.

Diskussion.

Herr *Mayer-Tübingen*: Die Mitteilungen des Herrn *Wagner* müssen besonders das Interesse derjenigen Operateure erwecken, die Lumbalanästhesie anwenden. Als ich vor über Jahresfrist im Kreise der oberrhein. Gesellschaft darüber sprach, da wurde mir kaum geglaubt, daß so oft nach Lumbalanästhesie Stuhl abgehe. Vielleicht können nun die Ausführungen des Herrn *Wagner* vermehrte Aufmerksamkeit auf diese Dinge lenken. Wenn aber Herr *Wagner* meint, die Lumbalanästhesie eigne sich nur bei analytischem und *nicht* bei Strangulationsileus, so möchte ich nur erwähnen, daß ich 2 Fälle von spastischem Ileus mit Lumbalanästhesie heilte. Die Erklärung ist nicht leicht, ich will hier nicht darauf eingehen. Dagegen möchte ich bitten, daß wir bei Anwendung der Lumbalanästhesie dem Verhalten des Darmes *vor, während und nach* der Operation vermehrte Aufmerksamkeit zuwenden. Wir haben dabei die so wichtige Gelegenheit, eine Art *experimentelle* Erfahrungen zu sammeln über das Kapitel des vegetativen Nervensystems, über dem noch so viel Dunkel liegt.

Herr *Benthln-Königsberg*: Wir haben die Lumbalanästhesie bei allen Peritonitiden angewandt und stets die gleichen Beobachtungen gemacht wie Herr *Wagner*. Wir haben nie Gelegenheit gehabt, die Enterostomie zu machen und haben die Lumbalanästhesie deswegen in den Behandlungsmodus der Peritonitis aufgenommen.

91. Herr G. A. Wagner-Prag: Zur Behandlung des Kreuzschmerzes.

In den Fällen, in denen der Kreuzschmerz durch chronisch schrumpfende Entzündung der Pars posterior des Retinaculum bedingt ist, kommt, wenn alle konservativen Behandlungsverfahren versagt haben, und der Kreuzschmerz andauernd intensiv ist, die operative Behandlung in Betracht. Die von *L. Fränkel* angegebene Operation bei Parametritis posterior: Durchtrennung der Sacrouterinligamente und ihrer Umgebung per laparotomiam und Einlagerung eines resezierten Netzlappens in die Wunde, wurde an der Prager deutschen Frauenklinik ausgeführt. In einem solchen Falle mußte zwei Jahre später wegen komplizierter Extrauterin gravidität der Uterus mit den Adnexen exstirpiert werden. Man hatte so Gelegenheit, den vor zwei Jahren transplantierten Netzlappen makroskopisch und histologisch zu untersuchen. Es ließen sich noch deutlich Fettläppchen erkennen, sie erschienen gequollen und leicht zerreiblich, die vordere Rectalwand, an die der Lappen fixiert worden war und die bei der ersten Operation vollkommen

normal gewesen war, zeigte entzündliche Infiltration. Mikroskopisch erwies sich das Netzgewebe entzündlich infiltriert, enthielt Haufen von Lymphocyten und Plasmazellen, zum Teil war es durch Granulationsgewebe ersetzt. Solches bildete auch die Verbindung zwischen Netzlappen und Uterus, dessen Muskulatur vollkommen unverändert war.

Der Vortragende hat ein anderes, einfacheres Verfahren der Operation der Parametritis posterior angewendet, indem er auf vaginalem Wege die Sacrouterinligamente und das umliegende Gewebe durchtrennte und zur Verhütung der Wiederverwachsung der schwierigen Bindegewebspartien Appendices epiploicae der vorderen Rectalwand als Isolierungsmaterial verwendete. Von einem queren Schnitt unterhalb des Fornix posterior vaginae wurde die Scheidenwand bis an das Collum uteri abpräpariert, die hintere Muttermundslippe nach vorn aufwärts gezogen und die sich anspannenden harten Gewebsmassen scharf durchtrennt, bis der Uterus vollkommen frei beweglich war. Dabei wurde der *Douglassche* Raum eröffnet und die Sacrouterinligamente vollkommen durchtrennt. Von der *Douglaswunde* aus Revision der Adnexe. Lange fettreiche Appendices epiploicae, deren Basis unmittelbar oberhalb der *Douglas*tasche an der vorderen Rectumwand war und die aus der *Douglas*lücke herausgequollen waren, wurden bis an ihre Wurzel herausgezogen, dort bei Verschuß der *Douglas*lücke mit Serosa umsäumt, so daß sie extraperitoneal gelagert waren, mit dem Rectum aber in Verbindung blieben. Nun wurden sie breit über der Insertion der Sacrouterinligamente an der hinteren Collumwand mit feinen Catgutnähten fixiert, in die subperitoneale Bindegewebswunde gut ausgebreitet, die Scheidenwunde über ihnen geschlossen. Dauer der Operation 10—12 Minuten. Die Patientinnen standen nach zwei Tagen auf. Die quälenden Kreuzschmerzen, die allen konservativen Behandlungen, auch intensiven Badekuren getrotzt hatten, die auch bei dauernder Bettruhe nicht geringer geworden waren, waren nach der Operation mit einem Schlage verschwunden. Der Erfolg ist, wie wiederholte Nachuntersuchungen bis nach 1½ Jahren zeigten, vollkommen, sowohl was das restliche Verschwinden der Schmerzen als die Beweglichkeit des Uterus anbelangt. Die Operation wurde in mehreren Fällen von isolierter Parametritis posterior stets mit gutem Erfolge ausgeführt. In einem Falle (sehr magere Patientin) waren die Appendices epiploicae sehr dürrig und doch immerhin lang und dick genug, um über die uterinen Stümpfe der Sacrouterinligamente fixiert werden zu können. Sollten sie einmal vollkommen atrophisch sein, dann könnte ein isolierter Fettlappen (etwa vom Mons veneris) in die Bindegewebswunde transplantiert werden.

Durch die von Vortragendem ausgeführte vaginale, in wenig Minuten sehr leicht ausführbare Operation, lassen sich Fälle hartnäckigster

Kreuzschmerzen, wenn diese durch Parametritis posterior bedingt sind, rasch und dauernd heilen und der Ausspruch *P. H. Jungs*, daß die chronischen Beckenbindegewebsentzündungen einer operativen Therapie nach der Natur der Sache unzugänglich seien, trifft, was die Parametritis posterior anbelangt, nicht mehr zu. Die *L. Fränkelsche* wie auch die einfachere von Vortragendem ausgeführte Operation vermögen Fälle prompt zu heilen, bei denen jede konservative Therapie versagt hat.

Diskussion.

Herr **Kehrer-Dresden**: Die sog. Parametritis posterior mit ihren charakteristischen Symptomen wird heute noch vielfach unrichtig beurteilt. Sie ist in einem sehr hohen Prozentsatz aller Fälle auf chronisch-sexuelle Störungen, auf Dyspareunie und exzessive Masturbation zurückzuführen und eine Teilerscheinung der chronischen Induration des Uterus, des „Dyspareunie-Uterus“, wie ich sage. Beweise dafür sind, daß die beiden pathologisch-anatomischen Veränderungen in ihrer Zunahme bei mehrmonatiger Beobachtung feststellbar sind und daß sie wieder verschwinden, wenn es gelingt, die Vita sexualis in normale Bahnen zu lenken, bzw. die psychischen Hemmungen derselben auszuschalten. Das hat man bisher nie berücksichtigt. Daher die vielen Mißerfolge der Behandlung: der Hyperämisierungsmethoden, der Antipyrin- und Novocaininjektionen, der Sakralanästhesie u. a. m. Wozu also noch ein operatives Verfahren im Sinne der Fett-Interposition, gleichgültig ob dasselbe von oben oder von unten vorgenommen wird.

Herr **Thaler-Wien**: Ich hatte vor einem Jahre Gelegenheit, die von *Wagner* bei Parametritis posterior vorgeschlagene vaginale Operation an einem schweren Falle von Parametritis posterior, bei dem alle üblichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg zur Anwendung gekommen waren, vorzunehmen. Ich konnte mich dabei von der überaus einfachen und schönen Technik dieser Operationsmethode überzeugen. Die Frau wurde von ihren quälenden Beschwerden befreit und ist es bis heute. Der Uterus blieb in guter Beweglichkeit. Trotz zahlreicher Fälle von Kreuzschmerzen, die nach dieser Operation zur Beobachtung kamen, blieb es aber bei uns bis jetzt bei diesem einen Falle von Ligamentdurchschneidung und Fettinterposition, da in allen anderen Fällen keine Indikation zu dieser Operation erblickt werden konnte. Es dürfte sich demnach um einen nur ausnahmsweise in Betracht kommenden Eingriff handeln.

Herr **Mansfeld-Budapest**: Bei Revision seines Krankenhausmaterials fand sich Anaesthesia sexualis resp. Dyspareunie in 40%. In 75% dieser Fälle war Retraktion der sacrouterinen Bänder nachzuweisen. Dies spricht für die Auffassung *Kehrer's*, daß dieses Symptom mit Störungen des Sexuallebens und Empfindens zusammenhängt.

Herr **Wagner-Prag** (Schlußwort): Es gibt eine schrumpfende *Parametritis post.*, warum sollte auch gerade nur die Pars posterior des Beckenbindegewebes von einem solchen ausgenommen sein. Nur für diese recht häufigen Fälle, in denen alle anderen Verfahren, auch die psychotherapeutischen, versagt haben, kommt die vorgeschlagene Operation in Betracht.

Lumbalanästhesie. Die beiden Fälle des Herrn *Mayer* zeigen Fälle von post-operativem Ileus, dieser ist nicht immer spastischer Natur, sondern erzeugt durch Erregung der Hemmungsnerven. So ist der Effekt bei diesen ganz analog dem der Wirkung der Lumbalanästhesie bei Peritonitis — eine Lähmung der gereizten Hemmungsnerven. — Die Lumbalanästhesie ist bei Peritonitis, so glänzend ihr

Erfolg auf den gelähmten Darm ist, nicht ungefährlich aber wegen der zu den Splanchnici sich sammelnden Rami communicantes. Die Splanchnicilähmung hat gleichzeitig eine Gefäßwandlähmung der Abdominalgefäße zur Folge. Sie fürchten wir ja bei der Peritonitis, das plötzliche Abströmen großer Blutmengen in dies Gefäßgebiet schafft Schwankungen im Blutdruck, die für das Herz gefährlich werden könnten. Sie sind es, die gerade bei Hochschwangeren mit den enorm erweiterten Gefäßen des Bauchraumes, in welche übergroße Mengen Blutes bei Lähmung der Gefäßwände einströmen können, die Lumbalanästhesie gefährlich machen.

92. Herr Haendly-Bonn: Die Ursache der „Kreuzschmerzen“ bei Frauen.

Über die Ursachen der Kreuz- und Rückenschmerzen bei Frauen herrscht noch keine Klarheit und Einigkeit. Auf der einen Seite (*Mathes*) werden diese Beschwerden in der Hauptsache als Ermüdungsschmerzen bei asthenischen Frauen mit Enteroptose, auf der anderen Seite als die nach außen projizierten Sensationen im Bereich des vegetativen Nervensystems (*Novak*) aufgefaßt, die durch Veränderungen an den Genitalorganen bedingt sind. Infolgedessen wird zur Beseitigung der Rückenschmerzen zunächst eine, unter Umständen operative Behandlung der Genitalveränderungen für notwendig erachtet, während *Mathes* Operationen vor allem der Retroflexio uteri für unnötig hält und eine Heilung auf andere Weise anstrebt. Auf seltene Ursachen (Lockerung der Beckengelenke usw.) gehe ich hier nicht ein.

Um Klarheit über die Bedeutung der beiden Auffassungen zu gewinnen, habe ich 500 meiner Krankengeschichten durchgesehen. Unter 500 Frauen klagten 128 = rund 25% über Rückenschmerzen. Bei ihnen fand sich:

- 78 mal eine Enteroptose,
- 15 mal eine Retroflexio uteri oder ein Descensus vaginae mit oder ohne Beteiligung des Uterus,
- 20 mal entzündliche Veränderungen an den Adnexen oder den Douglasfalten,
- 4 mal eine ein- oder doppelseitige Ischias,
- 4 mal eine Gravidität,
- 3 mal handelte es sich um eine Hystero-Neurasthenie bei asthenischem Habitus.

Unter den 78 Fällen von Enteroptose fand sich außerdem noch

- 28 mal eine Retroflexio uteri,
- 2 mal kombiniert mit Descensus vaginae,
- 1 mal kombiniert mit Ischias und Parametritis post.,
- 1 mal kombiniert mit einer Salpingitis,
- 1 mal kombiniert mit einer Parametritis post.,