DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Dreiundzwanzigster Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.

Lichtensteinallee 3.

Am Karlsbad 5.

Seeburgstr. 31.

INHALT.

I. Aus der gynäkologischen Universitätsklinik in Freiburg i. B.: Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells. Von Geh. Rath Prof. Dr. A. Hegar.

II. Zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblichen Urethra. Von Dr. H. Wohlgenuth in Berlin.

III. Zur Lehre von den Arbeitsparesen an den unteren Extremitäten. Von Dr. H. Kron in Berlin.

IV. Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald: Drei Fälle von fieberhaftem infectiösem Icterus. (Fortsetzung.) Von Assistenzarzt Dr. B. Leick.

Aus der ärztlichen Praxis: Ueber Carcinom des Larynx. Von Dr. E. Schmidt in Meissen.

Feuilleton: Wiener Brief.

Standesangelegenheiten: Nochmals die Zuständigkeit der Landesgesetzgebung zur Errichtung ärztlicher Ehrengerichte. Von Staatsanwalt Dr. Appellius in Celle. — Aus der Sitzung des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine.

Correspondenzen und Erwiderungen: Nachtrag zu dem Aufsatz: „Ueber subcutane Chininsalzinjectionen und über den Einfluss des Antipyrins auf Chininum hydrochloricum.“ Von Prof. Dr. C. G. Santesson in Stockholm. — Ueber die nächsten Aufgaben zur Erforschung der Verbreitungsweise der Phthise. Von Dr. C. Wissmann in Gelsenkirchen. — Zur Impftechnik. Von Dr. Weichardt in Altenburg.

Paul Gueterbock †. Von Prof. Dr. Jul. Wolff in Berlin.

Kleine Mittheilungen.

I. Aus der gynäkologischen Universitätsklinik in Freiburg i. B.

Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells.¹⁾

Von A. Hegar.

Vor elf Jahren habe ich in einer kleinen Schrift „Genitaltuberkulose des Weibes“ auch das vorliegende Thema erörtert. Die durch weitere Erfahrungen gewonnene Ueberzeugung von der relativen Häufigkeit des Leidens bestimmt mich, noch einmal darauf zurückzukommen. Auch glaube ich einige neue, nicht unwichtige Gesichtspunkte gewonnen zu haben. Die Kürze der mir heute zugemessenen Zeit lässt eine eingehende Darstellung nicht zu, welche von meinem Assistenzarzt, Herrn Dr. Alterthum, baldigst gegeben werden wird. Ich muss mich begnügen, das Wichtigste der Genese, Diagnose und Therapie hervorzuheben.

Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells kommen zwar isolirt vor, doch sind sie so häufig verbunden, dass ihre gemeinsame Betrachtung gerechtfertigt erscheint.

Je nach der Entstehung kann man eine ascendirende und eine descendirende Form unserer Erkrankung unterscheiden. Bei der ascendirenden Form dringt das Gift in den Sexualschlauch ein und geht von da nach oben. Die Bacillen stammen aus den Stuhlgängen der an Darmtuberkulose leidenden Personen, oder sie waren durch die Finger und Instrumente von Aerzten und Hebammen eingeführt, was besonders leicht geschehen kann, wenn diese selbst phthisisch sind, oder sie gelangen vielleicht mit dem Samen der an Hodentuberkulose leidenden Männer in die Genitalien. Ob der Samen phthisischer Männer, deren Sexualapparat gesund ist, Bacillen enthalte, ist nicht völlig ausgemacht, da die Untersuchungsergebnisse sich sehr widersprechen.

Wo der pathologische Process nach Aufnahme des Giftes in die Geschlechtswege beginne und wie er sich weiter verbreite, ist nicht vollständig klar. Das septische Gift dringt in Abschrüfungen und Wunden der Schleimhaut ein, gelangt in das paravaginale und parametranale Bindegewebe und von da ins Peritonäum und zum Tubentrichter. Rudolf Maier hat nachgewiesen, dass die puerperale Entzündung des Eileiters gewöhnlich vom Trichter aus ihren Anfang nimmt und also von einer Peritonitis ausgeht. Nur selten ist diese die Folge einer vom Uterus aus durch die Tube zum

¹⁾ Klinischer Vortrag, gehalten auf dem Oberrheinischen Aerztetag am 22. Juli 1897.

Bauchfell fortschreitenden Entzündung. Ob der erstere Weg, wie von den Eitererregern, so auch von den Bacillen eingehalten wurde, ist nicht festgestellt, jedoch nicht unwahrscheinlich, wie ich dies bereits in meiner oben erwähnten Abhandlung ausgeführt habe, wenigstens für die nicht seltenen, nach Geburt und Wochenbett auftretenden Genitaltuberkulosen, welche zuweilen ganz acut verlaufen. Eine dritte Verbreitungsweise ist viel besprochen worden. Man nahm an, dass die Spermatozoen, welche vermöge ihrer Eigenbewegung den Strom der Flimmercilien zu überwinden vermögen, die an ihnen anklebenden Bacillen in die Tube und selbst bis in das Peritonealcavum fortschleppen. Damit könnte man auch eine generative Entstehung der Tuberkulose erklären, da das Spermatozoon das Gift auch auf das zu befruchtende Ei überzuführen vermag. Eine eigentliche Vererbung wäre das allerdings nicht, wenigstens nicht nach der Definition unserer modernen Biologen, welche Eigenschaften oder Zustände nur dann als vererbt betrachten, wenn sie vermöge der Constitution des Keimplasmas von den Vorfahren auf die Nachkommen übergehen.

Erhebliche Bedenken lassen sich gegen eine Salpingitis und eine generative Tuberkulose derartigen Ursprungs erheben. Einsteilen können wir nicht bestimmt behaupten, dass der Samen phthisischer Personen Bacillen enthalte. Ist aber die Keimdrüse erkrankt, so büßen die Spermatozoen leicht ihre Bewegungsfähigkeit ein und taugen auch wohl kaum mehr zur Befruchtung. Weitere Beobachtungen und Experimente müssen über diese in verschiedenen Beziehungen sehr wichtigen Fragen entscheiden. Eine generative Entstehung der Tuberkulose wird übrigens von den meisten Autoren ganz geleugnet.

Viel bekannter sind uns die Verhältnisse bei der descendirenden Form unseres Leidens. Wir wissen, dass Bacillen ausserordentlich leicht aus dem erkrankten Darm in den Bauchfellsack gelangen, und die schönen Versuche Pinner's haben dargethan, dass kleine Körperchen, wie z. B. die feinen Partikel der chinesischen Tusche, sehr rasch aus dem Abdomen in das Becken geschwemmt und dann vom Tubarostium aus durch die Flimmercilien in die distaleren Abschnitte des Sexualschlauchs befördert werden. Weigert hat bei schwerer Darmtuberkulose fast stets Tuberkelknötchen im Beckenbauchfell vorgefunden.

Auch von tuberkulösen Geschwüren des Mastdarms, des S. romanum, der in das Becken herabhängenden Dünndarmschlingen kann gelegentlich eine Infection der adhärennten Tube und des Beckenbauchfells ausgehen. Zweimal fanden wir eine stark vergrößerte, verkäste Mesenterialdrüse mit einem tuberkulösen Pyosalpinx, beziehungsweise hochgradig tuberkulösem Ovarium verwachsen.

Die groben Formveränderungen sind bei den Entzündungen des Eileiters ziemlich gleich, ob nun eine Tuberkulose oder eine Gonorrhoe oder eine primäre Eiterinfektion zu Grunde liegt. Man sieht bei allen die bekannten Anschwellungen in Gestalt einer Wurst, einer Keule oder Retorte, oder eines Rosenkranzes; das letztere besonders häufig bei der Tuberkulose. Der Eileiter ist dabei nicht selten zusammengerollt, wobei der Eierstock in der Mitte der Windung oder mehr an einer Seite der gewöhnlich sehr unregelmässigen Geschwulst liegt, deren einzelne Abschnitte durch Adhäsionen verbunden sind. Oft umhüllt ein Exsudat in verschiedenen dicker Schicht und in grösserem oder geringerem Umfang das Ganze. Die Oberfläche ist glatt oder mit halbkugeligen Erhabenheiten, den Abtheilungen des Rosenkranzes, versehen. Nicht selten fühlt man eine mit härteren, erbsengrossen Hervorragungen versehene Stelle, die Peripherie des Eierstocks. Auch die Consistenz ist verschieden, je nach der Anwesenheit oder dem Fehlen eines umhüllenden Exsudats, und je nachdem die Auftreibungen des Eileiters aus festem Gewebe bestehen oder Claustra mit flüssigem oder käsigem Inhalt darstellen.

Der Eileiter kann seine gewöhnliche Lage behaupten; meist ist diese jedoch verändert. Die Geschwulst tritt in den Douglas herab und kann ihn tief herabtreiben, oder sie liegt weniger tief in den seitlichen Abschnitten des hinteren Beckenraumes, an den Seitenrändern der Gebärmutter, sehr selten vorn in der Excavatio vesicouterina. Zuweilen schlägt sich die erkrankte Tube über die hintere Fläche des Uterus oder selbst nach Art einer Guirlande gerade über den Fundus nach der andern Seite. Ist die Geschwulst umfänglich, so ragt sie oft über den Beckeneingang empor; ebenso wenn der Uterus durch Erkrankung oder puerperalen Zustand vergrössert ist. Man findet dann die Geschwulst zu einer oder zu beiden Seiten der Mittellinie, oft sich bis in die Nähe der Darmbeingrube erstreckend, doch von dieser meist noch gut isolirbar. Doch kann auch der lateralste Theil des Tumors, der geschlossene und aufgetriebene Trichter, bis in die Darmbeingrube reichen, wo er dann vor die Articulatio sacroiliaca zu liegen kommt.

Die Tubengeschwulst ist durch Adhäsionen, welche, je nach der Zeitdauer des Processes, locker oder fest, zuweilen selbst nur mit dem Messer trennbar sind, an ihre Nachbarschaft befestigt, an die hintere Fläche des Uterus, den Mastdarm, die hinteren Platten der Ligamenta lata, auf dem Boden des Douglas, seitlich an die Parietalserosa; oft bestehen aber auch Verbindungen mit höher gelegenen Organen, einer Dünndarmschlinge, dem Processus vermiformis, dem Netz, und vor allem mit dem Splanchnicum und dessen Mesenterium.

Die Darmverwachsungen sind sehr bedeutungsvoll, da sie zu Secundärinfektionen Anlass geben. Giftige Keime treten auch ohne eigentliche Perforation durch die verwachsene und pathologisch veränderte Darmwand hindurch. Häufiger mag freilich die Mischinfection vom Sexualschlauch her durch Gonococcen und Eitererreger bewerkstelligt werden. Ist einmal so etwas eingetreten, so haben wir bald Pyosalpinx, Cavernen in der zerfallenen Tubenwand, Jaucheherde in der Umgebung, abgekapselt durch Pseudomembranen und verwachsene Gedärme, Ovarialabscesse, nachträgliche Perforationen in den Darm. Dann kommt es auch nicht selten zu massenhaften entzündlichen Infiltrationen ins Bindegewebe, so dass das ganze Becken wie mit einer erstarrten Masse ausgegossen erscheint, welche hie und da einen kleineren oder grösseren Eiterheerd enthält und die Organe, wie Uterus, Mastdarm, Blase, so eng umschlossen kann, dass deren Grenzen oft kaum zu unterscheiden sind. Sie sehen diese Verhältnisse sehr deutlich an den schönen Beckenquerschnitten Dr. Sellheim's. Die Patientin, von welcher die Präparate stammen, war vor drei Jahren in unserer Klinik aufgenommen, wo die Tuberkulose diagnosticirt wurde. Sie wurde entlassen, da die Erscheinungen nicht sehr schwerer Art waren. Als sie in diesem Jahre wieder eintrat, war sie in einem äusserst elenden Zustande. Höchstwahrscheinlich ist die starke Exsudatbildung die Folge einer Infection vom Mastdarm aus, welcher, wie Sie an dem einen Schnitt sehen, eine Perforation zeigt.

Die hier in möglichster Kürze geschilderten anatomischen Verhältnisse bieten nichts Charakteristisches für die Diagnose der Tubentuberkulose und können sich ähnlich bei der gonorrhoeischen und eitrigen Salpingitis vorfinden. Ein Umstand ist jedoch bemerkenswerth. Gewöhnlich findet man bei Salpingitis den an den Uterus angrenzenden Abschnitt des Eileiters frei von Auftreibungen. Er kann sogar bei bedeutender Erkrankung der übrigen Theile die normale Dicke einer Rabenfederspule behalten, oder gleichmässig bleifederdick und dabei sehr hart sein. Bei Tuberkulose finden wir nun gerade den Isthmus, ja selbst die interstitielle Partie der Tube, also die Pars keratina des Uterus, knotig aufgetrieben. Ich habe dies schon früher als ein diagnostisches Zeichen angegeben, welches Tuberkulose wahrscheinlich mache und leicht bei der Untersuchung festgestellt werden könne. Einen höheren Werth

habe ich ihm nicht beigelegt. Insbesondere habe ich nicht behauptet, dass es bei anderen Formen stets fehle, obgleich ich es nie bei ihnen beobachtet habe. Allein die Erfahrung eines Einzelnen kann hier nicht maassgebend sein. Noch weniger habe ich gesagt, dass es bei tuberkulöser Salpingitis stets vorkäme, und selbstverständlich kann auch einmal eine Verwechslung mit einem kleinen Fibrom und Adenofibrom vorkommen. Die meisten diagnostischen Merkmale haben ja keinen absoluten Werth und sind so wenig unfehlbar wie die Menschen, welche sie feststellen. Wir können uns häufig nicht mit einem Zeugen begnügen, sondern müssen mehrere zur Feststellung eines Thatbestandes herbeizuschaffen suchen und ausserdem oft noch per exclusionem vorgehen. Wenn Andere gerade bei Gonorrhoe die Knoten am Isthmus vorgefunden haben, so beruht dies auf Täuschung. Die Tuberkulose kann recht wohl übersehen werden oder so ausheilen, dass nur eine genaue mikroskopische Untersuchung, und diese nicht immer, die Quelle des pathologischen Processes zu entdecken vermag. Ich muss hier auf die Mittheilungen von Prof. Bulius auf dem diesjährigen Gynäkologencongress in Leipzig verweisen, wo er diesen Gegenstand ausführlich besprach und die entgegengesetzten Ansichten Chiari's und Schauta's widerlegte.

Ein zuverlässigeres Zeichen für die Peritonitis tuberculosa wird durch folgendes Verhältniss gegeben. Man fühlt bei der Exploration durch Scheide oder Mastdarm kleine Knötchen von der Grösse eines Hanfkorns, einer Erbse, Bohne oder noch umfänglicher an der hinteren Fläche des Uterus, im Douglas, an der hinteren Platte der Ligamenta lata, am hinteren Abschnitt der seitlichen Beckenwand, längs der Articulatio sacroiliaca, längs der Douglas'schen Falte, im paravaginalen Gewebe. Die kleineren Anschwellungen sind entweder hart und dann klein, oder sie sind fest, selbst etwas weich, markig. Sie können in grosser Anzahl vorhanden sein, so dass die Fingerspitze auf der ergriffenen Fläche wie über ein Reibisen hinfährt; oder sie sind wenig zahlreich, und man findet sie dann besonders in der Douglas'schen Falte, 1—2 cm vom Uterus entfernt. Zuweilen lassen sie sich auf ihrer Unterlage verschieben. Sie sitzen entweder dem Bauchfell auf, oder sie befinden sich im Bindegewebe und gehören dann geschwellten Lymphdrüsen an. Leider lässt sich dies nicht stets unterscheiden. Doch spricht ihre Gegenwart auf der hinteren Fläche des Uterus, im Douglas, an der hinteren Platte der beiden Mutterbänder für den Sitz auf dem Peritonäum; liegen sie längs der Articulatio sacroiliaca, in der Douglas'schen Falte, also im Verlauf der wichtigsten Lymphgefässstränge, so spricht die Wahrscheinlichkeit für subperitonealen Sitz. Sicher ist das, wenn man sie entfernt vom Bauchfell trifft. So palpirt man sie kürzlich sehr gut im paravaginalen Gewebe, an dem Seitentheile der Vagina, nach vorn von der Spina ischii, bei einem puerperalen Abscess zwischen den Platten des rechten Mutterbandes.

Sitzen die Knötchen auf dem Bauchfell auf, so können Metastasen von Sarkom, Carcinom, papillärem Eierstockcystom zur Täuschung führen; vielleicht auch noch ganz kleine Fibrome oder isolirte entzündliche Verdickungen der Serosa, welche jedoch nie in grösserer Anzahl zu fühlen sind. Kleine, harte Knötchen in grösserer Anzahl sind fast sicher als tuberkulös zu deuten; nur bei einer papillären Geschwulst des Ovariums habe ich etwas ähnliches gefühlt. Gewöhnlich sind die Metastasen der bösartigen Neoplasmen am Bauchfell umfänglich, selbst von der Grösse einer Nuss und mehr; doch kommt dies auch bei Tuberkulose vor. Meist lässt sich bei den Tumoren der primäre Heerd und dadurch die Diagnose feststellen.

Sitzen die Knötchen nur im Bindegewebe, sind sie also durch geschwellte Lymphdrüsen gebildet, so können sie durch bösartige Neoplasmen, durch Tuberkulose, septische, eitrige, wohl auch durch syphilitische Infection hervorgerufen sein. Die differentielle Diagnose ist dann nur durch die begleitenden Erscheinungen ermöglicht.

Eine ganz eigenthümliche Täuschung kann dadurch entstehen, dass der in Länge ausgezogene oder auch sehr verbreiterte und verflachte Eierstock einer Geschwulst, etwa einer Parovarialcyste, einer Sactosalpinx aufsitzt und nun die oft sehr zahlreichen vorspringenden kleinen und grösseren Follikel oder kleinen Fibrome und Papillome sich wie Tuberkelknötchen anfühlen.

Man sollte erwarten, dass die Diagnose durch Untersuchung der durch Curettement des Cavum corporis uteri entfernten Schleimhautstückchen häufig möglich sei. Obgleich wir fast jedesmal von diesem Hilfsmittel Gebrauch gemacht haben, ist uns dies doch nur einmal gelungen. Sie sehen hier den durch abdominelle Total-exstirpation entfernten Uterus mit Eierstöcken und den tuberkulös erkrankten Tuben. Die Tuberkulose liess sich in der Mucosa uteri durch die histologische Untersuchung leicht feststellen. Durch die Untersuchung ausgekratzer Schleimhautstückchen ist die Genitaltuberkulose überhaupt noch selten constatirt worden. Sippel theilt einen Fall mit (Deutsche medicinische Wochenschrift 1894, No. 52).

Tuberkulöse Affectionen anderer Organe, wie der Lungen, der Knochen, werden den Verdacht erregen müssen, dass eine im Becken sich abspielende Entzündung den gleichen Ursprung habe, besonders wenn sich für diese keine andere Infection nachweisen lässt. Tuberkulose des Darms und des abdominalen Bauchfells macht es wahrscheinlich, dass eine bestehende Salpingitis und Pelvipерitonitis derselben Quelle entspringe.

Vielfach wird unsere Aufmerksamkeit durch die Reste früherer Erkrankungen, geheilter oder scheinbar geheilter, latenter Tuberkulosen erweckt, wie durch Narben, herrührend von Eiterungen in Drüsen und Knochen, Hornhautflecken, Drüsenanschwellungen. Wissen wir durch die Anamnese oder durch Beobachtung, dass in früheren Jahren Darm und Peritoneum in ihrem abdominalen Theil erkrankt waren, so hat dies eine grosse Bedeutung. Bisweilen fühlen wir auch harte, geschwellte Mesenterialdrüsen und haben in ihnen die Beweisstücke für das frühere Leiden.

Neben oder auch ohne diese Zeichen der ausgeheilten oder latenten Tuberkulose lassen sich sehr gewöhnlich die Einwirkungen des überstandenen infectiösen Processes auf den ganzen Organismus beobachten: Störungen in der Ernährung und Entwicklung von weit verbreiteter Art, wie sehr graciler Knochenbau, schwaches Fettpolster, schlechte Muskulatur, anämische Zustände. Mehrere unserer Kranken waren Jahre lang an Chlorose behandelt worden, und bekanntlich hat schon Trousseau vor Verwechselung der latenten Tuberkulose mit Bleichsucht gewarnt. Bei anderen fiel uns ein eigenthümliches, leicht bläuliches Colorit auf, obgleich die Lungen intact waren, so dass diese Erscheinung wohl einer Schwäche der Circulation, vielleicht einer schlechten Ernährung der Gefässwand zugeschrieben werden musste. Auch ein eigentlicher Habitus phthisicus wurde beobachtet, durchscheinende Haut, glänzende Augen, hellrothe Färbung der Wangen, auch hier ohne Affection der Respirationsorgane. Uebrigens befanden sich unter unseren Patienten einige, welche anscheinend eine gute Constitution besaßen, vor ihrer Erkrankung gesund und nicht belastet waren.

Die Salpingitis wie die Pelvipерitonitis tuberculosa stellen selbst einen nicht ganz geringen Beitrag zu der latenten Form der Krankheit, und dieser Umstand giebt Gelegenheit zur Feststellung einer Thatsache, welche nicht unwichtig ist. Der Einfluss der tuberkulösen Infection auf die Bildung der Entwicklung des Organismus im ganzen ist hinlänglich gekannt und gewürdigt; nicht gekannt ist jedoch ein lokaler Einfluss der Art, dass der Krankheitsheerd die Entwicklung der benachbarten, besonders der mit ihm in Functionsgemeinschaft stehenden, der correlativen Organe, hemmt. So haben wir in unserer verhältnissmässig geringen Anzahl von Beobachtungen drei Kranke mit infantilem und sehr kleinem Uterus, von welchen zwei, obgleich schon über die Pubertät hinaus, nie menstruiert hatten. Eine dieser war gut genährt, im allgemeinen nicht in ihrer Entwicklung zurückgeblieben, so dass man nicht etwa den Infantilismus des Uterus einem über den ganzen Körper verbreiteten Infantilismus hätte zuschreiben können. Die Tuberkulose der Tuben war ausgeheilt, wenigstens in einen Zustand der Indolenz getreten. In der Kindheit war eine allgemeine Peritonitis vorhanden gewesen.

In einem vierten Fall bestand ein Defect der Scheide, und von dem Uterus war nur ein bogenförmiges Rudiment vorhanden. Die Entwicklungsstörung fällt also in eine sehr frühe Periode des Fötallebens, und wir haben hier, abgesehen von dem durch Phthise erfolgten Tod der Mutter, keinen Anhaltspunkt, welcher uns zur Annahme einer so frühen Fötaltuberkulose bei unserer Patientin berechnete, zumal die Infection der Frucht während der Schwangerschaft nach dem heutigen Stand unseres Wissens jedenfalls als sehr selten anzunehmen ist. Hier ist also die Tuberkulose auf einen bereits rudimentären Sexualapparat gepfropft. Wir werden auf diese merkwürdige Beobachtung noch einmal zurückkommen müssen.

Man sieht viele Reste überstandener Tuberkulosen bei Untersuchung von Kranken und bei Sectionen, gelegentlich auch bei Operationen, und viele andere Reste werden ohne Zweifel übersehen oder verschwinden auch vollständig. Von einem Theil dieser Ueberbleibsel lässt sich sicher annehmen, dass sie aus frühester Kindheit stammen, in welcher sie bekanntlich auch leicht Infectionen herbeiführen, schon deswegen, weil viele Gelegenheit durch die engen Berührungen mit phthisischen Eltern, Verwandten und Pflegerinnen, durch die Nahrung, durch die Gewohnheit der Kinder, alles in den Mund zu nehmen, gegeben ist. Erwägt man dies, so kann man wohl zu der Annahme kommen, dass keine spezifische Disposition, wie man sie sich in dem Habitus phthisicus ausgeprägt denkt, existire, sondern dieser einfach die Folge einer früheren abgelaufenen oder noch latent bestehenden Infection sei. Eine Disposition allgemeinerer Art ist sicher anzunehmen, d. h. ein durch ursprüngliche Anlage oder äussere Schädlichkeiten, wie schlechte Körperpflege, mangelhafte Ernährung, animi pathemata u. a.

hervorgebrachter Schwächezustand, welcher die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzt und ihn zur Aufnahme der Infectionsstoffe geeignet macht. Allein das ist eben noch keine spezifische Disposition, wie man sie sich bei dem Habitus phthisicus vorstellt, d. h. eine Beschaffenheit des Körpers, welche zur Aufnahme eines bestimmten Virus, des Bacillus, zu dessen Ansiedlung und Proliferation ganz besonders geeignet ist.

Als seiner Zeit einige Operateure berichteten, sie hätten infolge eines diagnostischen Irrthums die Laparotomie gemacht, das ganze Peritoneum mit Knötchen bedeckt gefunden, daher nach Entfernung des Transsudats die Bauchhöhle rasch wieder geschlossen und dann, statt des erwarteten Todes, Besserung und selbst Genesung gesehen, war man sehr erstaunt. Auch zweifelte man an der Richtigkeit der Mittheilung, nahm einen Irrthum an und wollte insbesondere nicht an den von jenen Chirurgen behaupteten tuberkulösen Charakter der Krankheit glauben. Da damals noch eine sogenannte Peritonitis granulosa nicht bacillären Ursprungs allgemein angenommen wurde, so war eine Erklärung gegeben.

Weitere Mittheilungen anderer Aerzte, welche nun wissenschaftlich und absichtlich bei Peritonitis tuberculosa das Abdomen geöffnet und Erfolge gesehen hatten, machten schliesslich alle Zweifel verstummen. Eine Ursache für die günstige Wirkung war freilich schwer zu finden. Man suchte sie in den veränderten Verhältnissen des intraabdominellen Druckes, in der Entfernung reizender, giftiger Stoffe des Transsudats, in dem eingeführten Jodoform. Dagegen sprachen die guten Erfolge, welche durch die Incision bei trockener Peritonitis und ohne Einführung des Jodoforms erzielt worden sind. Die Erklärung, nach welcher eine dem Einschnitt folgende frische Exsudation den Nutzen bewirke, ist durch nichts gestützt. Man kam schliesslich auf ganz abenteuerliche Gedanken! Das in den Bauch eindringende Sonnenlicht sei das heilende Agens, und man musste dafür sorgen, dass auch die Sonne gehörig auf das Peritoneum scheine.

Dies Problem erhält nun ein neues Ansehen durch Beobachtungen und Experimente, welche eine Spontanheilung der Peritonitis und Salpingitis darthun. Experimente an Kaninchen beweisen, dass die Neigung der bacillären Bauchfellentzündung zur spontanen Heilung sogar recht gross ist. Das scheint, wenn auch vielleicht nicht in gleichem Grade, bei der Tubentuberkulose ebenso zu sein. Verkalkungen der Neubildung werden schon frühzeitig bemerkt, und Prof. Bulius wird Ihnen einige Präparate davon vorlegen. Auch sieht man rosenkranzförmige, harte, mit der Nachbarschaft verwachsene, oft von schwierigen Exsudatschichten umgebene Tubenschwellungen. Die Knoten bestehen aus festem Bindegewebe oder aus mit Käse gefüllten Hohlräumen, welche von der derben, schwierigen Wand umgeben sind. Ob freilich in diesen Gebilden stets vollständig Sterilität vorhanden sei, ist eine andere Frage. Gross ist die Gefahr wohl nicht, dass noch Nachschübe von so alten, indolenten Heerden erfolgen.

Die vollständige spontane Ausheilung unserer Erkrankung scheint mir eine so wichtige Thatsache, dass ich hier einige Beobachtungen anreihe, von welchen die zweite bereits bei Besprechung der Entwicklungsstörungen durch Tuberkulose kurz Erwähnung fand.

Eine etwa 30 Jahre alte, geraume Zeit verheirathete Dame consultirte mich wegen leichter dysmenorrhöischer Beschwerden, hauptsächlich aber wegen ihrer Sterilität. Der Mann war vollständig gesund und hatte nie Gonorrhoe gehabt. Die Dame selbst stammt aus einer durchaus gesunden und kräftigen Familie. Sie selbst will mit Ausnahme einer schweren Bleichsucht vor etwa zehn Jahren stets gesund gewesen sein und insbesondere nie eine entzündliche Affection des Unterleibes überstanden haben, ist aber klein, von gracilem Knochenbau, schwacher Muskulatur, sehr mässigem Fettpolster und hat ein leicht bläuliches Colorit. Der Uterus liegt in Retroflexion und ist durch Adhäsionen fixirt; die Eierstöcke sind ebenfalls wenig beweglich. In der Unterbauchgegend war eine taubeneigrosse, äusserst bewegliche Geschwulst von fester Consistenz zu fühlen. Ich bin nun durchaus nicht der Ansicht, dass man gegen die Sterilität stets ärztlich einschreiten solle, sondern glaube, dass viele sterile Frauen am besten steril bleiben und dass dies für sie selbst, für die in Frage kommenden Kinder und für die übrige Menschheit gut sei. Einem Züchter fällt es nicht ein, mit Fehlern des Generationsapparates oder anderer wichtiger Organe, oder mit Constitutionsanomalien behaftete Thiere zur Nachzucht zu verwenden, besonders wenn noch Erblichkeit mitspielt. Beim Genus homo setzt man sich ohne weiteres über diese Regel des gesunden Menschenverstandes hinweg. Leiden Frauen an Krankheiten, welche durch die Fortpflanzungsvorgänge verschlimmert werden, oder an Beckenfehlern, welche die Geburt sehr erschweren, oder an sehr bedeutenden, durch wiederholte Niederkunft, elende Verhältnisse, Kummer und Sorgen herbeigeführten hochgradigen Schwächezuständen, so empfiehlt man die Verhinderung der Conception, die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, oder

schneidet Stücke aus den Eileitern heraus. Bei anderen Frauen, welche beträchtliche Lokalfehler, nicht mehr ganz zu beseitigende Structuranomalien der Generationsorgane haben, oder deren ganze Constitution von vornherein schlecht angelegt ist oder Noth gelitten hat, sucht man die vorhandene Sterilität zu beseitigen, selbst zuweilen durch Eingriffe, welche wieder Fehler und oft nicht unbeträchtliche Structurveränderungen hervorbringen. Eine Beseitigung der Sterilität scheint mir nur dann berechtigt, wenn die Uebertragung von Krankheiten, Gebrechen, Constitutionsanomalien auf das Kind ausgeschlossen ist und der mütterliche Organismus, besonders sein Sexualapparat, eine derartige Beschaffenheit besitzt, dass weder Mutter noch Kind durch Schwangerschaft und Geburt Noth leiden.

Im vorliegenden Falle liess ich mich leider durch das Drängen der Frau bewegen, von dieser Regel abzugehen, worauf sich dann deren gute Begründung sehr klar documentirte. Als ich das Abdomen geöffnet hatte, suchte ich zuerst nach der kleinen beweglichen Geschwulst im Hypogastrium und erkannte sie als eine stark vergrösserte, verkäste, theilweise verkalkte Mesenterialdrüse im Mesenterium des S. romanum, aus welchem ich sie ausschälte. Die umfangreichen Adhäsionen des Uterus und der Ovarien wurden gelöst und die Ventrofixation gemacht — hoffentlich wird die Frau nicht concipiren! Der Organismus ist offenbar durch die früher überstandene Tuberkulose geschädigt; möglicherweise besteht noch ein weiterer Heerd, von welchem ein Nachschub ausgehen kann, und dieser wird sicherlich durch eine Schwangerschaft gefördert. Mutter und Kind sind endlich gewissen Gefahren durch die jedenfalls nicht mehr ganz intacte Structur und die auch nicht normale Lagerung und Befestigung des Uterus ausgesetzt. Doch dies nebenbei! Diese Beobachtung wurde hier deswegen aufgeführt, weil sie zeigt, wie schleichend beträchtliche tuberkulöse Processe verlaufen, und weil sie eine, wie mir scheint, noch nicht gewürdigte Ursache für die oft schwer erklärlichen Verwachsungen und Adhäsionsstränge im Bauch und Becken enthüllt. Die Annahme, dass hier eine ausgeheilte Pelvipерitonitis tuberculosa vorliegt, wird wohl kaum einem Zweifel begegnen.

Der zweite Fall liefert einen noch viel besseren Beweis für die Ausheilung einer sehr hochgradigen Peritonitis tuberculosa und zeigt auch, wie vorsichtig man mit der Prognose bei diesen Erkrankungen sein muss. Ein Mädchen, 15 Jahre alt, wurde vor etwa sieben Jahren von ihren Verwandten auf die Klinik gebracht. Die Kranke war abgemagert, hatte starkes Fieber, einen trommelartig aufgetriebenen Bauch mit sehr reichlichem Transsudat. Die Mutter war an Phthise gestorben. Der Fall erschien mir so hoffnungslos, dass ich den Angehörigen riet, das Mädchen wieder mit nach Hause zu nehmen. Der Bauch wurde nicht geöffnet und das Transsudat nicht entleert. Eine Untersuchung der Sexualorgane wurde nicht ausgeführt, da kein Grund dazu vorlag.

Nach sieben Jahren kam die Person wieder in die Klinik, zu meinem Erstaunen gut genährt, von kräftigem Knochenbau. Nur war die Haut durchscheinend, die Augen glänzend, die Wangen hellroth gefärbt. Der Unterleib war nicht aufgetrieben. Die Periode war noch nie erschienen, und die Beschwerden im wesentlichen die, welche man als Molimina menstrualia bezeichnet. Die jetzt ausgeführte Untersuchung ergab vollständigen Defect der Scheide, bogenförmiges Rudiment der Gebärmutter, welches beiderseits in einen etwa haselnussgrossen Körper endete, von welchem dann rosenkranzförmige Schwellungen nach den Seiten und nach hinten liefen. Die vergrösserten Eierstöcke waren deutlich neben den kleineren Knoten der Tuben erkennbar. Nachdem Patientin noch ein Vierteljahr beobachtet und verschiedene Mittel vergeblich versucht worden waren, wurden die kranken Organe durch Laparotomie entfernt. Das Resultat der eingehenden anatomischen Untersuchung wird von Herrn Dr. Alterthum mitgetheilt werden. Hier bemerke ich nur, dass es sich um eine fast ausgeheilte Tubertuberkulose handelt. Das Bauchfell erschien, abgesehen von den zahlreichen Adhäsionen der Eierstöcke und Tuben, gesund. Erstaunt über diese relativ geringen Spuren der früheren Entzündung, ging ich nach Wegnahme der Uterusanhänge noch weiter mit der Hand ein und entdeckte in der Tiefe des Douglas zwei harte, etwa linsengrosse Knötchen, von welchen ich eines entfernte. Es zeigte sich ganz verkalkt und liess kein Gewebe mehr deutlich erkennen. Die rudimentäre Beschaffenheit des Uterus und der Defect der Scheide schliessen die ascendirende Form der Erkrankung aus. Diese kann wohl nur vom Darm ausgegangen sein. Die erste knotige Anschwellung des Eileiters findet sich in der Nachbarschaft des durch den Rest des abgeschnittenen Ligamentum rotundum gekennzeichneten Uterusrudimentes, bis in dessen Nähe das Gift also vom Trichter aus vorgedrungen ist.

Ich bin nicht der Meinung, dass alle die guten Erfolge, welche man der Laparotomie bei Peritonitis zuschreibt, der spontanen

Heilungstendenz zu verdanken seien; dazu sind die Resultate doch zu ausgeprägt und treten, was besonders von Bedeutung ist, zu rasch nach der Operation ein. Allein diese spielt doch keine ausschliessliche und grosse Rolle mehr, als man anzunehmen fügt gut fand. Sicherlich sind schon viele hochgradige Peritonitiden bacillären Ursprungs von selbst geheilt, von leichteren Formen ganz abgesehen. Bei unserem Urtheil über den Werth des chirurgischen Eingriffs und bei der Stellung der Indicationen müssen wir jene Tendenz zur spontanen Heilung daher berücksichtigen.

Ganz frische Fälle kommen selten zur Beobachtung. Doch habe ich zwei Kranke gesehen, bei welchen ich guten Grund hatte, die bestehende Entzündung für tuberkulösen Ursprungs zu halten. Das gewöhnliche lokale Verfahren und eine streng durchgeführte allgemeine Behandlung führten zur Genesung. Dagegen sah ich aber auch entschieden günstigen Erfolg nach operativem Eingreifen, wenn auch nicht bei einem ganz frischen Fall, doch bei einem starken Nachschub des Processes. Bei der Patientin bestand schon mehrere Jahre hindurch ein Krankheitsheerd in dem linken, mit dem S. romanum verwachsenen Eileiter. In der letzten Zeit waren stärkere Reizerscheinungen im Abdomen aufgetreten, und bei dessen Eröffnung fand ich das sehr blutreiche Peritonäum parietale et viscerale mit kleinen, glänzenden rothen Stippchen besetzt. Links alter tuberkulöser Pyosalpinx. Rechts frische tuberkulöse Salpingitis. Die Sache verlief sehr günstig, und die vor der Operation vorhandenen peritonealen Reizerscheinungen verschwanden. Weitere Erfahrungen sind nöthig, ehe man bestimmte Regeln für die Behandlung der frischen Erkrankungen aufzustellen vermag.

Dagegen lässt sich wohl bestimmt sagen, dass man bei alten, indolenten Formen des Leidens von der Operation abstehe solle, wenn nicht direkt andere, nicht mit der Tuberkulose zusammenhängende Erscheinungen, wie in dem oben angeführten Fall das Uterusrudiment, einen chirurgischen Eingriff nöthig machen. Man findet bei so alten Affectionen sehr feste, selbst harte, unbeweglich adhärenzte, meist nicht sehr umfängliche, oft rosenkranzförmige Schwellungen bei gleichzeitig starrer Beschaffenheit der Bänder, Gegenwart von Schwielen und festerem Infiltrat des Bindegewebes. Eine Recrudescenz des Processes ist von jenen Schwellungen wohl nur selten zu fürchten. Auch sind die Beschwerden und Erscheinungen nicht in causalem Zusammenhang mit der Tuberkulose, sondern mit deren Folgen und Complicationen, wie Narben, Schrumpfung, Einbettung der Gefässe und Nerven in schwieliges Gewebe, Immobilität und Functionsstörungen der Organe. Durch die Operation wird leider oft keine oder eine nur vorübergehende Beseitigung dieser Beschwerden erzielt.

Die schon eine Zeit lang bestehenden Entzündungszustände, welche trotz zweckmässiger Behandlung keine entschiedenen Fortschritte zur Besserung machen, bilden das Hauptfeld für die operative Thätigkeit; hier soll man auch nicht lange warten, da secundäre Infectionen leicht zu Stande kommen, die Operationen schwieriger werden und ihre Resultate weniger günstig sind.

Die Technik unterscheidet sich nicht viel von der Salpingotomie bei anderen Formen. Nur sollte stets der abdominelle Weg gewählt werden, da man nur dabei imstande ist, die Ausbreitung des Processes zu übersehen und die Geschwülste ohne zu grosse Quetschung, Abklauberei, Ausdrücken des Inhalts herauszukriegen. Ich habe deshalb auch den mässig vergrösserten tuberkulösen Uterus mit den Tuben, welchen ich Ihnen hier zeige, nach dem Freund'schen Verfahren entfernt. Bei der vaginalen Methode hätte man kein so schönes Präparat erhalten, was aber wesentlich ist, auch die kranken Theile nicht so sauber und glatt heraus schneiden können. Die Reconvalescenz ist so ohne alle Störung verlaufen, wie man es bei der vaginalen Exstirpation nicht besser sehen kann.

Aus dem Vorhergehenden können Sie entnehmen, welche grosse Rolle die Lehre von den Infectionskrankheiten in der Gynäkologie spielt. Sie haben aber auch in unseren klinischen Stunden Gelegenheit gehabt, sich von den innigen Beziehungen zu überzeugen, welche zwischen unserem Fach und der Lehre von der normalen Entwicklung und den Entwicklungsstörungen, der Biologie, der Neuropathologie und Psychiatrie bestehen. Ein guter Gynäkologe muss auch ein guter Arzt sein und zu einer Specialität, wie etwa die Zahnheilkunde, Ohrenheilkunde, eignet sich — Gott sei Dank — die Gynäkologie durchaus nicht. Nur die operative Richtung, welche sie seit mehreren Decennien verfolgte, leistete ihrem Betriebe als Specialität so grossen Vorschub. Ohne Zweifel hat jene Richtung uns gewaltig weiter gebracht und auch die wissenschaftliche Ausbildung unseres Faches gefördert. Unsere Kenntnisse über die krankhaften Processe in der Schleimhaut des Sexualschlauchs, über die gutartigen und bösartigen Neubildungen, über pathologische Veränderungen des Ovariums und des Eileiters und anderes mehr sind erheblich bereichert worden, und zwar durch Forschungen, welche ihren Anstoss durch das Bestreben erhielten,

jenen Affectionen operativ beizukommen. Alles hat aber seine Zeit, und das zu lange Verfolgen einer bestimmten Richtung in ausschliesslicher Weise bringt wenig Früchte mehr und wird auch am Ende langweilig. Operationen vermögen ja pathologische Processe häufig zum Stillstand zu bringen, ihre Producte zu beseitigen, auch wohl Ersatz zu geben für insufficiante oder verloren gegangene Körpertheile. Aber ein vollständig normaler Gesundheitszustand wird dadurch leider nur in den selteneren Fällen herbeigeführt. Unserem stets im Auge zu behaltenden, wenn auch nie ganz erreichbaren Endziel, der Herstellung einer gesunden, kräftigen und widerstandsfähigen Frauengeneration kommen wir sicherlich nur auf einem andern Wege näher. Dies wird dadurch ermöglicht, dass wir unsere specialistischen Tendenzen mehr zurücktreten lassen und in engere Verbindung mit den vorbereitenden Fächern und den übrigen Hauptdisciplinen der Medicin setzen und vor allen Dingen in engster Verknüpfung mit der Geburtshilfe bleiben.