Verhandlungen der gynäkologischen Section der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg. September 1889.

Berichtet von

Dr. Hugo Bonde,

erster Assistent der Frauenklinik in Heidelberg.

1. Sitzung: Mittwoch, den 18. September 1889, 2¹/₂ bis 4 Uhr.

Vorsitzender: Hegar (Freiburg). Schriftführer: Bonde (Heidelberg), Freund jun. (Strassburg).

1) Martin (Berlin): Erläuterung von Präparaten.

a. Graviditas tubaria sinistra.

Die durch Laparatomie exstirpirte Tube mit submucösem Hämatome, welches nur durch eine enge Oeffnung mit dem Lumen der Tube in Verbindung steht, stammt von einer 37jährigen VIIpara.

b. Wegen Endometritis glandularis polyposa chronica von der Scheide aus exstirpirter prolabirter Uterus.

Bei einer 49jährigen VIpara, welche seit dem 30. Jahre an Menorrhagien, seit einem Jahre an Metrorrhagien litt, war die Operation wegen der Grösse des Uterus sehr schwer. In dem eröffneten Cavum uteri fand sich ein Ulcus carcinomatosum.

c. Wegen Carcinom und Myom von der Scheide aus exstirpirter Uterus.

Bei der 48jährigen IIIpara war die Operation sehr schwierig, weil das Collum vom Corpus abriess, und letzteres hinter den Darm-schlingen verschwand. Convalescenz glatt. Martin knüpft hieran einige Bemerkungen über die Technik der Exstirpatio uteri vaginalis. Nach seiner Ansicht ist es gleichgültig, ob der Uterus nach vorn oder nach hinten umgestülpt, oder nicht umgestülpt in der Führungssache des Beckens herabgeleitet wird. Die Stümpfe näht er ins Scheidengewölbe ein, ausschliesslich mittels Juniperus-Catgut.

d. Durch Laparatomie exstirpirter Uterus, in welchem sich ein Fötus von vier Monaten in Steisslage, ein grosses Myoma corporis und zwei Myomata colli von Hühnereigrösse finden.

Das Präparat stammt von einer 37jährigen Frau, welche einmal abortirt hatte. Die Operation wurde wegen schwerer Oppressionserscheinungen und der Unmöglichkeit einer normalen Geburt vorgenommen. Glatte Convalescenz.

e. Grosses Myoma cysticum mit endotheltragenden Cysten.

Das Präparat stammt von einer 51jährigen Nullipara und wurde durch Laparatomie gewonnen. Zur Technik der Myomotomie bemerkt Redner, dass er wegen der Unbequemlichkeiten in der Nachbehandlung von der extraperitonealen Stielbehandlung abgekommen sei. Die Infektionsgefahr von Seiten des Collum umgeht er dadurch, dass er letzteres jetzt von der Bauchseite aus entfernt, was früher von der Vagina aus geschah. Zur Vermeidung von Verwachsungen an der vorderen Bauchwand legt er einen mit sterilisirtem Oele getränkten Schwamm während der Operation unter die Bauchwunde.

Besprechung.

Löhlein (Giessen) hat zwei Mal wegen Hämatosalpinx operirt. Ob derselben Eileiter-Schwangerschaft zu Grunde liegt, kann oft nur durch Serienschnitte erwiesen werden. Ferner weist er auf die Entstehung von Carcinoma aus chronisch entzündlichen Vorgängen des Uterus unter Anführung eines Falles hin.

W. A. Freund (Strassburg) theilt im Anschlusse an den ersten Martin'schen Fall schon jetzt den Fall von Eileiter-schwangerschaft mit, welcher als besonderes Thema im Verzeichnisse der angekündigten Vorträge aufgeführt ist. Er hat in ziemlich kurzer Zeit drei Mal Gelegenheit gehabt, in acuter Indication schwangere Eileiter wegen Bauchblutung zu entfernen. In den beiden ersten Fällen war die Diagnose sicher; in beiden hat v. Recklinghausen mit Aufwendung grosser Mühe die Frucht aufgefunden. Der dritte Fall betraf eine mehrgeschwängerte Person, welche nach fünfwöchentlicher Menostasis unter den Zeichen schwerster Anämie zusammenbrach. Die Laparatomie liess die rechte Tube als Quelle der Blutung erkennen. Dieselbe und die linke, in ihrem äusseren Abschnitte bis zu Bohnengrösse olivenförmig aufgetriebene Tube wurden entfernt. v. Recklinghausen wies nach, dass die rechte Tube durch ein myxomatös entartetes, sehr junges Ovulum usurirt war. Ein Drittheil desselben steckt in einer ovalen, glattrandigen Oeffnung; der Rest liegt in

der Eileiterhöhle, hart an dem apoplektisch durchsetzten mütterlichen Theile (Serotina). Dem Redner ist nicht bekannt, wenn auch dunkel erinnerlich, dass ein Fall von myxomatöser Entartung einer Eileiterfrucht bereits beschrieben ist. Der Fall ist von principieller Wichtigkeit, weil er eine bisher unbekannte Ursache der frühzeitig erfolgenden Berstung bez. Usur aufdeckt. Der kindliche Eileiter stellt, wie Redner in dem Vortrage der v. Volkmann'schen Sammlung über Tubenerkrankungen nachgewiesen hat, die bisher einzig anatomisch nachgewiesene Ursache von Seiten der Mutter zur frühzeitigen Berstung dar. — Alle drei Fälle sind glatt geheilt.

Kehrer (Heidelberg) erwähnt eine unter Czerny ausgeführte experimentelle Arbeit von Stern (Frankfurt), nach welcher Fette und Oele peritoneale Verwachsungen nicht verhindern, wohl aber Bestreichen mit Collodium sich als wirksam erwies.

Hegar beschuldigt für die Entstehung peritonealer Verwachsungen und den häufig daran sich anschliessenden Ileus ausser der Einwirkung infectiöser Stoffe namentlich: den festen Druck auf den Bauch durch den Verband und die Verabreichung von Morphinum und Opium nach der Operation. Er sorgt nach Laparatomien bereits am zweiten oder dritten Tage durch Lavements oder Abführmittel für Stuhlgang. Bezüglich der Diagnose des beginnenden Carcinoma corporis glaubt er, grösseren Werth auf den klinischen Verlauf als auf mikroskopische Untersuchung legen zu müssen.

2) W. A. Freund: Ueber Operation complicirter Uterusvorfälle.

Freund hat neue Erfahrungen über den Uterusvorfall durch Untersuchungen der Douglas'schen Tasche gewonnen. Dieselbe macht einen extrauterinen Entwicklungsgang durch, vermöge dessen sie, die beim Neugeborenen bis in die halbe Höhe der Scheide reicht, immer flacher wird. Diese Abflachung geht Hand in Hand mit den Lage- und Gestaltveränderungen der übrigen Beckenorgane. Redner scheinen einige klinische Beobachtungen darauf hinzuweisen, dass bei allgemeiner infantiler Entwicklungshemmung der Becken- und Bauchorgane eine tief ausgebuchtete Douglas'sche Tasche Anlage zu herniöser Vortreibung und weiterhin zu Prolaps der Becken- und Bauchorgane abgebe. Ein solcher Fall ist folgender:

Eine Jungfrau zeigte den höchsten Grad von Prolaps mit Eventration von Blase und Gebärmutter und einer ungemein grossen, mit

Därmen gefüllten Douglas-Hernie. Nachdem die gewöhnlichen Behandlungsweisen durchaus fruchtlos gewesen waren, wurde in Erfüllung der zwei Anzeigen: 1) der Fixirung des Uterus in annähernd normaler Stellung, 2) der Verödung des Douglas — Bruchsackes — folgende Operation ausgeführt: Nach breiter halbmondförmiger Eröffnung des Douglas'schen Raumes vom hinteren Scheidengewölbe aus, nach Zurückbringung der Därme wurde die hintere Portio supravaginalis uteri in der Höhe des Retractorenvorsprunges mit einer Nadel breit durchstoichen und mittels einer Seidenschlinge unterhalb des Vorberges, rechts vom Mastdarme, an das hintere Blatt der Douglas'schen Tasche angenäht. Hierauf wurden die sich jetzt in breiten Falten bequem vorwölbenden Seitentheile der Tasche, links mit Vermeidung des Mastdarmes, durch weit umfassende Nähte zusammengeschnürt. Dann wurde der Grund des Douglas'schen Raumes breit geöffnet, die obere Wunde des Scheidengrundes geschlossen, endlich der Bruchsack mit Thymolgaze ausgestopft. Nach Entfernung derselben verödete der Sack von Tag zu Tage und bildete schliesslich eine derbe, fast kinderhanddicke Säule. Da weiterhin der atrophische Beckenboden durch kein Mittel (Massage, Gymnastik, Strychnininjectionen) wieder herzustellen war und beim Herumgehen und Stuhldrange die massige Säule sich vordrängte, so wurde die Kolporrhaphia anterior und die Verlängerung des Dammes mit bestem Erfolge ausgeführt. — In derselben Weise wurde ein zweiter, schon vielfach operirter Fall von Prolaps und endlich ein Fall von beweglicher, durch Ringe nicht zurückzuhaltender Retroflexio uteri behandelt. Alle Fälle machten ungestörte Genesung durch.

Diese Operation eignet sich nur für Fälle mit weit ausgedehntem Douglas'schem Raume. Bei Retroflexio im besonderen wird es sich empfehlen, die Befestigung des Uterus unterhalb des Vorberges vom Bauche her auszuführen.

Besprechung.

Hegar erwähnt einen Fall von Prolaps, in dem der Tiefstand des Douglas'schen Raumes und die Anwesenheit von Darmschlingen in demselben erst nach der Kolporrhaphie erkannt wurde, indem durch Mitfassen eines Darm- oder Netzstückes in die Naht Erscheinungen von Ileus herbeigeführt wurden. Die Kranke war schlecht narkotisirt und presste stark während der Operation. Nach Lösung der Naht schwanden die Symptome und die Kranke genas.

Die Ursache für Tiefstand des Douglas'schen Raumes liegt nach Hegar nicht nur in angeborenen Verhältnissen, sondern kann auch durch Anspannung der Bauchpresse bedingt sein. Bei Personen mit erschlafftem Bauchfelle beobachtet man, ohne dass Prolaps besteht, mitunter eine eigenthümliche Antepositio uteri und einen sehr weiten Douglas'schen Raum. — Die Fälle von

grossen Prolaps sind selbst nach operativer Herstellung eines guten Beckenbodens schwer zu heilen; für diese dürfte sich das Freund'sche Verfahren: die Anheftung der Gebärmutter in der Gegend des Vorberges eignen.

W. A. Freund deutet den von Hegar angegebenen Befund (Antepositio u. s. w.) als ein Fortbestehen des Fötalzustandes. Einen von Martin angeregten Vorschlag, dem neuen Verfahren die Kolporrhaphie gleich anzuschliessen, stimmt Freund zu.

2. Sitzung: Donnerstag, den 19. September, 8 bis 12 Uhr.

Vorsitzender: Freund sen. (Strassburg). Schriftführer: Bonde, Freund jun.

3) Baumgärtner (Baden-Baden): Vorlegung eines durch Laparatomie gewonnenen Fibromyoma uteri.

Die Geschwulst ist über 5 kg schwer, sass subserös und war zwischen die Platten des Ligamentum latum dextrum hineingewachsen. Extraperitoneale Stielbehandlung. Nach Abstossung der nekrotischen Stumpftheile am 17. Tage wurde der Wundtrichter angefrischt und durch Secundärnaht geschlossen.

4) Wenz (Heidelberg): Vorlegung eines Uterus puerperalis subseptus.

Wenz erklärt einen durch supravaginale Amputation nach Cervixruptur bei der Geburt gewonnenen Uterus subseptus. Die Zerreissung war nach Wendung und Ausziehung des in der rechten Hälfte der Gebärmutter in erster Schädellage befindlichen Kindes bei Aufstimmung des Kopfes auf die rechte verengte Hälfte eines schräg verengten Beckens entstanden. Der Riss verlief genau in der Verlängerung des Septum an der Grenze, wo die durch Apposition einer subserösen Muskelschicht wesentlich verdickte rechte Hälfte der Gebärmutter mit der dünnen linken zusammenstiess. Redner leitet aus diesem anatomischen Verhalten der Cervix eine besondere Anlage derselben zur Berstung ab und wirft die Frage auf, ob nicht die Risse bei engen Becken weniger durch allgemeine als vielmehr durch ungleichmässige Dehnung der Cervix verursacht würden, welche mehr oder weniger grosse Unterschiede zwischen den Elasticitätsverhältnissen benachbarter Cervixpartien hervorrufen müsse.

Besprechung.

Kaltenbach (Halle) erwähnt mit Bezug auf die Anlage einen Fall von Selbstzerreissung der Gebärmutter im Beginne der Geburt,

bei welcher nach einer früheren Entbindung die ganze vordere Wand des Collum nekrotisch zu Grunde gegangen war.

5) Kehrer: Krankenvorstellung.

a. 21jähriges Mädchen, bei welcher am dritten Tage nach Oophorektomia sinistra Erscheinungen von Darmverschluss eintraten und deshalb eine Dünndarmfistel angelegt wurde. Letztere wurde nach vergeblichen Versuchen mit directer Anfrischung der Bauchdeckennarbe und vorheriger Darmnaht durch die Dieffenbach'sche Methode wieder geschlossen. b. 32jährige Frau, bei welcher vor mehreren Monaten wegen nicht zu hebender Retroflexio uteri und bedeutender Beschwerden die Ventrofixatio vorgenommen worden war. Dieselbe leidet an häufigem Harndrange. Hinweis auf die möglichen Folgen dieser jedenfalls sehr zu beschränkenden Operation.

6) Kaltenbach: Erläuterung von Präparaten.

a. Uterus mit Fibrom des Corpus und Carcinom des Collum, durch Exstirpatio vaginalis gewonnen. b. Tuberöses Sarkom des Collum uteri. Exstirpatio uteri vaginalis. Kranke lebt, ist gesund. c. Tuberöses Sarkom des Corpus uteri. Exstirpatio uteri vaginalis, schwierig wegen Verwachsungen im Douglas'schen Raume. Kranke ging fünf Monate nach der Operation unter Erscheinungen von Ureterencompression zu Grunde. Diffuse Sarkomknoten in der Bauchhöhle. d. Akardiacus. Vor Geburt desselben gingen mehrere Knöchelchen ab. e. Uterus einer Schwangeren im achten Monate, welche sich aus einem geplatzten Varix verblutete. Langes Collum. f. Uterus einer Schwangeren, welche 14 Tage vor dem Ende Eklampsie bekam und ohne Geburtserscheinungen an Herzschwäche zu Grunde ging. Verkürztes Collum (Entfaltung desselben in der Schwangerschaft). Eihäute über dem Os internum in festem Zusammenhange mit der Gebärmutterwand.

Besprechung.

Freund weist auf die schlechte Prognose der Sarkome des Collum uteri, welche er schon bei Mädchen von 14 Jahren beobachtete, hin.

Kaltenbach kann dies aus anderen Erfahrungen bestätigen.

7) Kaltenbach: Zur Pathogenie der Placenta praevia.

Die Aetiologie der Placenta praevia ist uns ziemlich genau bekannt, weniger dagegen die Pathogenie derselben. Zur Klärung der Frage brauchen wir Präparate von Placenta praevia im Zusammenhange mit der Gebärmutterwand aus frühen Schwangerschaftsmonaten. — Der erste derartige Fall wurde von Hofmeier in Halle erläutert und führte sofort zu einer überraschend einfachen Erklärung der Placenta praevia als Placentarentwick-

lung innerhalb der Reflexa des unteren Eipoles. Ein weiteres Präparat desselben Forschers bot ähnliche Verhältnisse. Redner zeigt ein drittes Präparat vor, eine carcinomatöse Gebärmutter vom Beginne des vierten Schwangerschaftsmonates, welches die Hofmeier'sche Auffassung bestätigt.

Eine primäre Insertion des Eies direct über dem inneren Muttermunde erscheint undenkbar. Ein Ei, welches höher oben keinen Halt fand, findet ihn noch weniger an dieser Stelle, da es hier durch den andauernden Absonderungsstrom oder durch Zusammenziehungen nach aussen geführt würde. Die Reflexa müsste sich rings um den Rand des Muttermundes erheben und nach oben um das Ei herumschlagen, das ganze Ei von unten nach oben wachsen, was noch nicht beobachtet ist. Selbst wenn das Ei nahe am inneren Muttermunde sich einpflanzt, muss sich stets zunächst unterhalb des Eies ein Reflexawulst um dasselbe nach oben herumschlagen.

Eine Entwicklung von Placentargewebe innerhalb der Reflexa erscheint entwicklungsgeschichtlich leicht verständlich und kommt sogar bei der Entwicklung der normalen Placenta vor. Die endgültige räumliche Ausdehnung der Placenta wird nicht nur durch Verbreiterung und grösseres Flächenwachsthum der Serotina, sondern auch dadurch bedingt, dass sich am Rande der ursprünglichen Serotina chorionhaltige Reflexatheile an der gegenüberliegenden Vera anlagern.

Der Zweck für das Fortbestehen von Chorionzotten innerhalb der Reflexa liegt in den Stoffwechselbedürfnissen des Eies. Das fötale Herz erhält die Blutströmung in einem Theile der innerhalb der Reflexa liegenden Chorionzotten dann aufrecht, wenn die typische Placentarentwicklung, sei es durch Atrophie oder durch Hyperplasie des Endometrium mit Hypersecretion, gestört ist. Damit kommt es zur Ausbildung einer abweichend grossen, meist dünnen Placenta, welche als praevia erscheint, wenn sich eben Placentargewebe innerhalb der Reflexa des unteren Eipoles gebildet hat. Die Placenta praevia erscheint daher als Theilerscheinung eines Ausgleichsvorganges, durch welchen der fötale Organismus sein Sauerstoff- und Nahrungsbedürfniss deckt.

Eine andere Art von Nothbehelf, wie sich ein in seiner Placentarentwicklung gestörtes, schmalbasiges Ei die nothwendige Flächen- und Gefässberührung mit mütterlichem Gewebe sichern kann, besteht darin, dass die Placenta über die Umschlagsstelle

der Reflexa hinaus in die Vera hinein sich entwickelt. Wir bekommen dann die pilzförmig mit ihren Rändern überwallende Placenta, welche klinisch so häufig unter dem Bilde der marginata erscheint. Das bekannte häufige Zusammentreffen von Placenta praevia und marginata ist somit leicht verständlich.

Dass in dem einen Hofmeier'schen und im vorliegenden Falle die theilweise Placenta praevia sich gerade bei Carcinoma uteri vorfand, ist auf die hier fast stets vorhandene Endometritis corporis zurückzuführen. Auch von dieser Seite aus erweist sich die Endometritis als das für Aetiologie und Pathogenese der Placenta praevia vorherrschende ursächliche Moment, welches theils direct, indem es zu ursprünglich tiefer Insertion des Eies führt, theils indirect, indem es zu Vergrößerung der Placentaranlage führt, die Placenta praevia verschuldet.

Besprechung.

Hofmeier (Würzburg) ist der Ansicht, dass andere Abweichungen, wie Placenta velamentosa, Placenta succenturiata, ebenso wie die Placenta praevia zu erklären sind. Er spricht sich gegen die teleologische Auffassung aus, dass das Nahrungsbedürfniss des Fötus die Ausdehnung der Placenta bedinge. Man kann sich dies einfach durch die Endometritis erklären, indem in der Peripherie die Ernährungsverhältnisse günstigere sind.

Hegar meint, dass die verdickte Stelle am Uebergange der Decidua serotina in die Decidua reflexa keine Rolle bei der Entstehung der Placenta praevia spielt. Ferner weist er auf den Einfluss der Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane, auf die Ausbildung der Placenta hin.

8) Hofmeier: Ueber den Einfluss von Veränderungen der Decidua serotina auf die Ernährung des Kindes.

Hofmeier will die Veränderungen der Decidua in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, welche oft nicht sehr auffallend sind, aber bei grösserer Ausdehnung den ganzen Ernährungsvorgang des Kindes beeinflussen können, besprechen. Er macht auf die vielfache Erfahrung aufmerksam, dass am Ende der Schwangerschaft, oder auch vorzeitig Kinder geboren werden, welche der Zeit der Schwangerschaft durchaus nicht zu entsprechen scheinen. Er hebt ferner hervor, dass man nicht selten gerade solche Kinder extrauterin verhältnissmässig leicht fortkommen sieht. Es werden mehrere

Beispiele derart des Näheren angeführt, in denen eine genauere mikroskopische Untersuchung der Placenta eine mehr weniger weitgehende Durchwachsung derselben durch die Decidua serotina ergab. Diese Veränderungen der Serotina sind wohl meist als entzündliche aufzufassen, deren Ursache in örtlichen oder constitutionellen Leiden zu suchen sein wird. Dass sie von erheblichem Einflusse auf die Ernährung des Fötus sein können, scheint besonders bei der Auffassung wohl erklärbar, dass normalerweise das mütterliche Blut frei zwischen den Chorionzotten strömt. Es theilt nur Küstner in seiner Abhandlung in dem Müller'schen Handbuche eine von ihm und Ackermann gemachte Beobachtung mit, in welcher der Tod des Kindes auf ausgedehnte Infarctbildungen zurückgeführt wird. Auch forensisch scheint die Sache nicht ohne Bedeutung, da es recht schwer sein wird, den Reifezustand eines Kindes zu beurtheilen, wenn man nicht zugleich die Placenta sieht. Das leichte Gedeihen solcher Kinder nach der Geburt wird darauf zurückgeführt, dass die Organe zur Verdauung der Nahrung besser geeignet sein können, als bei zwar schwereren, aber nicht ausgetragenen Kindern.

Schliesslich legt Hofmeier eine Anzahl von Zeichnungen und mikroskopischen Schnitten vor, welche das directe Einmünden der Uteroplacentargefässe in den intervillösen Raum beweisen.

9) Klein (Würzburg): Ueber die Entstehung der Placenta marginata.

Vortragender gelangte durch Untersuchung reifer Placenten und solcher Eier, die aus der ersten Schwangerschaftszeit stammen, zu einer von den bisherigen Anschauungen abweichenden Erklärung über die Entstehung der Placenta marginata. Er führt einen Theil derselben auf eine meist entzündliche Verdickung der Randcircumflexa, welche das Ei ringförmig einschnürt und eine Falte bildet, die schliesslich nach aussen umgeklappt wird, zurück. Die Placenta circumvallata ist danach die Vorstufe der Placenta marginata. Der weisse Ring kann von unten her durch die Decidua subchorialis beträchtlich verstärkt werden. (Erläuterung durch Zeichnungen und Wandtafeln.)

Gewisse Formen der Placenta marginata, die sich durch einen nur schmalen, weit nach aussen liegenden und dünnen Ring kennzeichnen, sind vielleicht so entstanden zu denken, dass die Zotten in früherer Zeit von der Serotina aus die angrenzende Vera vorbuchten, nicht aber in sie hineinwuchern. Dann trifft die Erklärung

von Schultze, Schatz, Kaltenbach und Anderen zu, dass der Randwulst der Placenta marginata von Vera und Circumflexa überdeckt ist. Bekanntlich hat auch der erste Beschreiber dieser Form von Placenta, Kölliker, diesen Ring als Vera plus Circumflexa bezeichnet. Weitere Einzelheiten und Gründe für die abweichende Erklärung, welche der Vortragende an der Hand von Abbildungen darlegt, sollen ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht werden.

Besprechung.

Kaltenbach hält für gewisse, wenn auch nicht alle Formen der Placenta marginata die Erklärung aufrecht, dass die Zotten in die Vera centrifugal eindringen, da die schmal bemessene Serotina nicht Raum genug für dieselben biete.

Hofmeier wirft dagegen ein, dass dann der Randwulst nur aus Decidua bestehen müsste, welche von Zotten durchwuchert wäre, oder dass letztere die Vera breit spalten müssten. Ersteres sei an Präparaten nicht nachweisbar, letzteres an und für sich schwer denkbar.

Klein giebt für die Placenta marginata mit dünnem Ringe und schmalem Randwulste die Möglichkeit der von Kaltenbach betonten Entstehungsweise zu, erinnert aber daran, dass ein wirkliches tiefes Eindringen der Zotten in und unter die Vera ein so aggressives Vorgehen wäre, wie es ihnen nach anderen Erfahrungen nicht zukomme. Wachsen die Zotten von der Serotina aus am Placentarrande gegen die Vera hin, so erhebt sich diese wuchernd über die Zottenmasse, kann aber dann nicht mehr als Vera, sondern muss als Circumflexa bezeichnet werden. Denn Vera, welche von der Gebärmutterwand aus auf das Ei übergeht, werde Circumflexa genannt.

10) Steffek (Würzburg): Ueber den weissen Infarct der Placenta.

Die bisher aufgestellten Theorien über die Entstehung des weissen Infarctes der Placenta leiden daran, dass sie sich nicht verallgemeinern lassen. — Die einzige sichere Methode, um über die Bestandtheile und Entstehung des Infarctes ins Klare zu kommen, besteht in Zerlegung der Infarcte in Serienschnitte. Es wiederholen sich stets drei mikroskopische Bilder: 1) erscheinen Infarcte als ein vollkommen homogenes streifiges Gewebe; 2) als ein netzförmiges Gebilde, indem die Netzbalken ebenfalls aus einem homo-

genen Gewebe bestehen, während in den Lücken des Netzes Zellen und Zellreste liegen; 3) als veränderte Decidua. Bei Zerlegung randständiger Infarcte sieht man deutlich, dass das homogene Gewebe nichts Anderes als Decidua ist; man kann genau verfolgen, wie die normale Decidua alle Veränderungen durchmacht, bis sie zu dem homogenen Gewebe wird, das früher stets für Fibrin gehalten wurde. Noch deutlicher kann man diese Veränderungen der Decidua an kleinsten Infarcten studieren, die gewöhnlich mitten in der Placenta zu finden sind. Es gelingt leicht, dieselben vollständig in Serienschnitte zu zerlegen, und es ergibt sich aus den Bildern mit aller Bestimmtheit, dass ein solcher Infarct stets primär in der Decidua entsteht.

Gegen diese deciduale Entstehung scheinen die Infarcte zu sprechen, die central dicht unter dem häutigen Chorion liegen. Es gehörte dazu vor Allem der Nachweis, dass Decidua die ganze Dicke der Placenta durchsetzt und zu den sogenannten Fibrinknoten auf der fötalen Fläche hinzieht. Beides wird bekanntlich bestritten. Eine Serie von 120 Schnitten durch einen subchorialen „Fibrinknoten“ zeigte Redner jedoch, dass in der That in einer vollkommen normalen und reifen Placenta deciduale Zapfen bis zum häutigen Chorion hinziehen und dort das bisher so benannte Fibrin bilden. Redner behauptet daher, dass ein Infarct nur da in der Placenta entsteht, wo sich Decidua befindet und dass er zusammengesetzt ist aus veränderter Decidua und veränderten Zotten. Das Primäre ist stets eine Entartung der Decidua. Hatte dieselbe benachbarte Zotten umspinnen, so gehen auch diese unter, sobald die Decidua verodet ist.

Besprechung.

Fehling (Basel) glaubt, dass es für die Frage der Entstehung der Infarcte wichtig ist, ob sie normalen oder pathologischen Placenten angehören.

Steffeck hat seine Untersuchungen meist an normalen Placenten angestellt und ist der Ansicht, dass es für die Untersuchung der Entstehung des Infarctes unwesentlich sei, ob dieselben normalen oder pathologischen Placenten angehörten.

Hofmeier stimmt den Ausführungen von Steffeck bei und ist der Meinung, dass die Placentarcysten ebenfalls auf solche Deciduaveränderungen zurückzuführen sind.

11) Flothmann (Ems): Zur Diagnose und Therapie von Blutungen, die durch die Gebärmutter strömen und ihren Sitz in einer Haematokele retrouterina haben.

Redner berichtet über einen Fall von Haematokele retrouterina, welche durch Platzen eines Eileiterfruchtsackes entstanden war und bei welcher durch Rückwärtsströmung Blutungen aus der Gebärmutter erfolgten. Die Heilung wurde durch Incision von der Scheide aus erzielt. Redner giebt an, durch die Wunde des Hämatokelesackes in den geplatzten Eileiter und durch diesen mit der Sonde in die Gebärmutter vorgedrungen zu sein.

Besprechung.

Fehling führt die uterinen Blutungen bei Hämatokele auf primäre oder secundäre Erkrankungen der Gebärmuttersschleimhaut zurück. Er nahm in einem Falle Ausschabung der Gebärmutter vor und fand Endometritis interstitialis.

Czempin bemerkt, dass das Blut aus der Gebärmutter gestammt haben kann. Er hat wiederholt unter dem Einflusse einer plötzlichen Exsudation, namentlich bei Parametritiden, heftige Blutungen aus den Geschlechtstheilen, unabhängig von der Menstruation beobachtet.

Freund spricht seine Ueberzeugung aus, dass Flothmann nicht den Eileiter von dem Hämatokelesacke aus sondirt habe.

12) Bumm (Würzburg): Ueber die Aetiologie der septischen Peritonitis.

Man bezeichnet im Gegensatze zu der nicht infectiösen, gutartigen Peritonitis, welche durch mechanische, chemische und thermische Reize entsteht und zu fibrinösen Ausschwitzungen und Verklebungen der Serosablätter führt, diejenigen Formen der Bauchfellentzündung als septische, welche durch gewisse — septische — Mikroorganismen hervorgerufen werden. Der Ausdruck „septische Peritonitis“ ist ein ausserordentlich geläufiger und könnte es danach scheinen, als ob die Krankheit eine wohlgekannte sei. Sieht man jedoch genauer zu, fragt man, was denn diese septische Peritonitis eigentlich für eine Ursache und Entstehung habe, so zeigt sich, dass Genauerer noch nicht bekannt ist. Jedenfalls haben nicht alle septischen Bauchfellentzündungen denselben Ursprung, sondern muss man verschiedene wohl charakterisirte Formen auseinander halten.

Vortragender möchte auf Grund seiner Untersuchungen folgende Formen unterscheiden: 1) Die Streptococcenperitonitis, bedingt durch das Eindringen der Wundstreptococcen in die Bauchhöhle. Die eiterige Absonderung zeigt infectiöse Eigenschaften. Diese Form findet sich regelmässig bei der Bauchfellentzündung der Wöchnerinnen. 2) Die Operationsperitonitis. Bei derselben findet man nicht einen bestimmten Mikroorganismus als Ursache der Entzündung, sondern die übelriechende Absonderung enthält ein Gemisch von Bakterien. Es handelt sich um eine faulige Zersetzung im Bauchfellsacke, hervorgerufen durch Keime, die bei der Operation gelegentlich eingedrungen sind, vom gesunden Bauchfelle ohne Schaden zu thun vernichtet wurden, durch ungünstige Wundverhältnisse aber in gewissen Fällen zur Wirkung gelangen und faulige Zersetzung herbeiführen können. Der fauligen Absonderung des Bauchfelles kommen keine eigentlich infectiösen Eigenschaften zu. Der bakteriologische Standpunkt ist einzig geeignet, zum Ausgangspunkte einer Eintheilung der verschiedenen Formen von Peritonitis zu dienen. Man erhält danach folgende Formen:

1) Die nicht infectiöse — gutartige — Peritonitis, die ohne Mitwirkung von Mikroben durch mechanische, chemische u. s. w. Reize entsteht.

2) Die septische Peritonitis, verursacht durch Mikroorganismen: a) Streptococcenperitonitis; b) putride Peritonitis nach Operationen, Perforationen des Darmes u. s. f.

3) Specifische Entzündung des Peritoneum, bedingt durch die Einwirkungen specifischer Keime. Hierher gehört vor allem die tuberkulöse Peritonitis, nicht aber die gonorrhoeische. Der gonorrhoeische Eiter wirkt, wenn er rein in die Bauchhöhle kommt, als aseptischer Fremdkörper und führt in der Regel nur zu fibrinöser gutartiger Entzündung, indem die specifischen Keime der Gonorrhoe nur auf Schleimhäuten schädliche Wirkung entfalten, in der Serosa dagegen ohne weiteres zu Grunde gehen.

Besprechung.

Löhlein glaubt, dass die von Bumm aufgestellten beiden Formen der septischen Peritonitis sich nicht so streng auseinander halten lassen.

Kehrer erwähnt, dass er die von Bumm gewählte Eintheilung der Peritonitis bereits in dem Handbuche von Müller, Artikel: Peritonitis, durchgeführt, d. h. eine suppurative, septische

und putride Form, mit Unterabtheilungen, je nach der Eintrittsweise der Bakterien, unterschieden habe.

Hegar ist der Ansicht, dass die klinischen Bilder der septischen Peritonitis durch die beiden von Bumm aufgestellten Formen nicht ausgefüllt werden. Er hat ganz acut verlaufende Fälle beobachtet, in denen keine Streptococcen nachweisbar waren. Er weist noch auf eine seiner Ansicht nach nicht genügend gewürdigte Infectionsquelle bei Laparatomen, nämlich die Wäsche, hin. Schliesslich macht derselbe darauf aufmerksam, dass bei der Schwere der Infection örtliche und constitutionelle Verhältnisse eine grosse Rolle spielen, indem z. B. eine von derselben Quelle inficirte Wöchnerin in 24 Stunden unter den schwersten Erscheinungen zu Grunde gehen, eine andere eine leichtere Parametritis durchmachen kann.

Battlehner (Carlsruhe) führt an, dass er nach Darmperforation bisweilen einfach fibrinöse Peritonitiden beobachtet habe.

Bumm erklärt dies durch Abkapselung.

Fehling erwähnt noch, dass er im Anschlusse an Bumm's Arbeiten über die Aetiologie der Parametritis auch Untersuchungen angestellt habe, indem er ebenso wie Bumm mit einer Nadelkanüle von der Vagina aus das Exsudat ansaugte. Bei einem alten parametritischen Exsudate fand er keine Streptococcen. Trotzdem möchte er sich nicht gegen Bumm's Ansicht aussprechen, glaubt vielmehr, dass die Streptococcen zu Grunde gegangen waren.

3. Sitzung: Donnerstag, den 19. September, 2 bis 4 Uhr.

Vorsitzender: Müller (Bern). Schriftführer: Bonde, Freund jun.

13) Kaltenbach: Vorstellung eines Falles von Ventrofixatio uteri.

Da die Bauchdecke wegen ausserordentlicher Dünnhheit keinen genügenden Befestigungspunkt bot, wurde nach Durchtrennung derselben bis auf das Bauchfell und Andrängen des Gebärmuttergrundes gegen die vordere Bauchwand von der Vagina aus die Gebärmutter an das Bauchfell und ferner mit Drahtsuturen an das Periost der Symphyse befestigt. Die Kreuzschmerzen schwanden sofort, die Menses wurden schwächer und befindet sich die Frau gegenwärtig vollkommen wohl.

14) Kehrer: Ueber Osteomalakie.

Die Krankheit kommt in gewissen Orten und Landstrichen, wie an den Ufern des Rheines und seiner Nebenflüsse (in Heidelberg hat Redner in acht Jahren 30 Osteomalakische gesehen), ferner im Orlona-Thale in Oberitalien u. s. w. verhältnissmässig häufig, anderwärts, wie in der Mark Brandenburg, Sachsen, Ungarn u. s. w., sehr selten vor. Sie ist den chronischen endemischen Krankheiten (Lepra, Beri-Beri u. s. w.) zuzurechnen und vielleicht, wofür das herdartige Auftreten in einzelnen Knochen, die Art der Knochenzerstörung (erst Entkalkung, dann Einschmelzung der abgetödteten Knochentheile) zu sprechen scheint, auf die Wirkung osteolytischer Bakterien zu beziehen. Jedenfalls sind weitere Untersuchungen auf diesen Punkt zu richten. Empfänglich sind jedenfalls Frauen in einer späteren Schwangerschaft, Wochenbett und Lactation. Schlechte Ernährung, feuchte Wohnung und andere Schädlichkeiten sind nach Kehrer's Beobachtungen in etwa $\frac{1}{3}$ der Fälle auszuschliessen. Ob eine Familien- oder Stammesanlage besteht, ist fraglich.

Unter den Erscheinungen ist Schmerz bei Druck auf die erkrankten Knochen, bei activen und passiven Bewegungen das Wichtigste. Erst nach längerer Dauer und oft erst nach wiederholten Anfällen entsteht Verkürzung des Körpers, besonders des Rumpfes, mit Annäherung des Brustkorbes und Beckens und Hängebauch, tiefe Lendenaushöhlung und Kreuzbeinknickung. Das Becken knickt zuerst in sagittalem Sinne zusammen und wird platt (dem entsprechend ist der Geburtsmechanismus mit vorderer Scheitelbeinlage); später rücken die Pfannenböden nach innen zu (Schnabelform der Schoossbeine, Spitzbogen- oder Ω -Form des Schoossbogens), dann entsteht die charakteristische Verkürzung des Trochanterenabstandes, was eine Abknickung der aus den drei queren Aussenmaassen des Beckens gebildeten Curve zur Folge hat (Redner zeigt eine Anzahl solcher Curven). Ausser am Brustkorbe (Verbreiterung der Basis, Tonnenform, Knickung des Brustbeins, Dorsalkyphose und Skoliose) kommen auch Haltungsveränderungen und Verbiegungen der unteren Gliedmaassen vor; obere Gliedmaassen, Hals und Kopf bleiben meist verschont.

Charakteristisch ist der Verlauf. Viele Monate, selbst Jahre dauernde Anfälle wechseln mit Ruhezeiten, worin die Locomotions-, überhaupt Arbeitsfähigkeit allmählig zurückkehrt und nicht blos Stillstand der Knochenerweichung, sondern wirkliche

Heilung, d. h. Wiedererneuerung des Knochens eintritt, was Redner an mehreren sklerosirten, aber stark geknickten Becken erläutert. Tritt keine neue Schwangerschaft ein, so ist die Heilung, viel öfter als man annimmt, eine endgültige, so dass die Kranken schmerzfrei sind und ihre frühere Thätigkeit wieder aufnehmen. Redner kennt Fälle, in denen die Erkrankung vor zwei Jahrzehnten begann und die Frauen sich, abgesehen von den Folgen der Skeletveränderungen, ganz wohl fühlen. Durch Sorge für gute Wohnung, Nahrung und Kleidung, sowie durch länger fortgesetzten Gebrauch warmer Voll-, zumal Soolbäder, lässt sich in einer Reihe von Fällen Heilung erzielen. Doch gestatten leider die Verhältnisse öfters nicht die Durchführung dieser Maassnahmen. Castration zur Heilung der Knochenkrankheit, von Fehling vorgeschlagen, hat Redner bis jetzt nicht ausgeführt.

Im Anschlusse an seinen Vortrag stellt Redner fünf Kranke mit Osteomalakie vor.

1. Fall. (Holzmann.) Vier Geburten, letzte vor 6 Jahren. Osteomalakie seit drei Jahren. Jetzt Brustkorb, Wirbelsäule und Becken schmerzhaft, Gang schwankend und schwerfällig; dabei Retroflexio uteri. Zehn Salzbäder haben die Schmerzen wesentlich gebessert. 2. Fall. (Eckert.) 41 Jahre, gut genährt. 9 Geburten, letzte beiden durch Perforation und nachfolgende Wendung beendet; letzte 1889. Bedeutende Beckenenge; jetzt wieder arbeitsfähig. 3. Fall. (Sommer.) 47 Jahre, zart, blass. Sieben Geburten, vorletzte künstliche Frühgeburt, letzte natürlich. Erkrankte in vierter Schwangerschaft 1883. $\frac{3}{4}$ Jahre nach letzter Geburt wieder bewegungsfähig. Becken mässig verengt. 4. Fall. (Schmitt.) 47 Jahre, gut genährt. 14 Geburten. Bei der letzten Wendung eines lebenden Kindes. Leidet seit 1874 an Osteomalakia, geht schwerfällig, hat Knochenschmerzen. Starke Krümmungen der Wirbelsäule, bedeutende Abnahme der Körperlänge, starke Beckenenge. 5. Fall. (Wagner.) 37 Jahre, zart, blass. 7 Geburten; letzte beiden durch Abort künstlich beendet. Der letzte Abort im vierten Monate mittels Bougie (in Knieellenbogenlage durch zweiklappigen langen Spiegel eingeführt) am 9. September 1889 eingeleitet. Im Wochenbette Lochiometra. Rechtsstellung und Hochstand der Gebärmutter. Becken höchstgradig geknickt. Leidet seit 1871 an Osteomalakie. Kann seit mehreren Jahren wieder gehen und arbeiten; in der jüngst unterbrochenen Schwangerschaft kein Rückfall.

Battlehner hat verschiedene Fälle von Osteomalakie nach Eintreten der Klimax und sehr gute Erfolge von anhaltender Leberthranbehandlung (vier bis 6 Esslöffel täglich) gesehen.

Fehling ist auch der Ansicht, dass die Osteomalakie in gewissen Gegenden endemisch vorkommt. Der Anschauung, dass ein Mikroorganismus die Ursache der Erkrankung ist, kann er nach seinen therapeutischen Erfolgen nicht beistimmen. Er hat bereits in sieben Fällen wegen Osteomalakie die Castration vorgenommen. Die starke Hyperästhesie der Knochen schwand darauf zum Theile schon nach 24 bis 48 Stunden, und zwar zuerst am Brustkorbe, später am Becken. Er stellte in obigen Fällen eine ganz ausserordentlich starke Hyperämie der Eierstöcke fest und glaubt deswegen, dass es sich bei der Osteomalakie um eine reflectorische Trophoneurose, ausgehend von functionellen Störungen der Eierstöcke, handle. Im Anschlusse an letzteren Befund hat er neuerdings Versuche mit Ergotin angestellt, die indess noch nicht zum Abschlusse gekommen sind. Als auffallende Thatsache führt er noch an, dass die meisten Osteomalakischen sehr viele Kinder haben.

Kehrer bemerkt, dass er nur an die Möglichkeit einer Infectionskrankheit gedacht, jedoch dies nicht behauptet habe. Es seien jedenfalls genaue bakteriologische Untersuchungen nöthig. Das plötzliche Aufhören der Knochenschmerzen nach der Castration oder anderen therapeutischen Eingriffen lasse sich auch durch Veränderungen der Säfte, überhaupt des Nährmaterials erklären, welches die hypothetischen Mikroorganismen fordern. Es sei ja möglich, dass sich der Chemismus der Gewebe nach Wegfall der Eierstöcke ändere.

Löhlein giebt auch ein endemisches Vorkommen zu. Trotz des grossen Materiales der Berliner Polikliniken und der oft ungünstigen hygienischen Verhältnisse seien in Berlin in vielen Jahren nur zwei Fälle von Osteomalakie beobachtet worden.

Müller hat auch zwei Mal nach Castration wegen Osteomalakie einen sehr günstigen Erfolg gehabt. Er betont noch die Schwierigkeit der Entscheidung, wann man castriren solle.

Fehling erwähnt noch einen von Winckel und einen von Hoffa durch Castration geheilten Fall.

15) Kehrer: Ueber einige Unterrichtsmittel.

Redner zeigt 1) einen Apparat zur Erläuterung des Standes und der Richtung des Scheidentheiles. Es ist ein oben offener Glaskasten, über welchem eine der Cervix entsprechende Röhre am Kugelgelenk und querem und senkrechtem Stabe beweglich befestigt ist. Zweck ist, den Schülern durch wechselnde Ein-

stellung der Röhre die beiden Begriffe: Stand und Richtung des Scheidentheils klar zu machen.

2) Zur Uebung des Tastgefühls an leblosen Gegenständen werden 8 cm im Geviert messende Tastplatten benutzt, theils aus Zinkblech mit erhabenen Punktreihen (Buchstaben und andere Figuren darstellend), theils Thonplatten mit vertieften Figuren (Pflanzen- und Thierabdrücke u. dgl.), theils Gypsplatten mit erhabenen Figuren (positive Abdrücke der Thonplatten). Fünf solcher Tastplatten werden in einen längeren Kasten eingeschoben, dessen Vorderwand aus Leder besteht und fünf Löcher zum Einführen des Fingers hat. Mit dem linken Zeigefinger wird untersucht, die rechte Hand zeichnet den Befund auf Papier. Zweck dieser Uebungen, welche in einem besonderen Tastcursus vorgenommen werden, ist, das Tastgefühl der Studirenden zu entwickeln, bevor sie an die den Betheiligten lästige, schmerzhaft und nicht ganz ungefährliche Untersuchung von Schwangeren und Kranken herantreten, also möglichste Schonung der letzteren.

3) Apparat zur Ermittlung der geeignetsten Form der Stiletspitzen unserer Troikarts. Sieben Troikartstilets mit verschiedenen geformten Spitzen wurden zu den Versuchen benutzt, und zwar unter einer Wagschale befestigt, durch aufgelegte Gewichte durch eine darunter auf einem Tischchen hohl aufgespannte, 2 mm dicke Gummimembran durchgepresst und das Gewicht, wie die zur Perforation erforderliche Zeit aufgezeichnet. Das Ergebniss vieler Versuche ist, dass die Lanzenform am leichtesten elastische Membranen durchbohrt, dann folgen die ungleich vierseitige Stiletspitze mit zwei spitzen Seitenkanten, für die Praxis am meisten zu empfehlen wegen des cylindrischen Stiletkörpers; hierauf die dreiseitige und in abnehmender Brauchbarkeit die gleichseitig-viereckige, die zweikantige und querübergewölbte, die schreibfederförmige und konische Spitze.

Weiterhin werden Wachsangüsse der Harnblase, durch Injection in die Harnröhre von Schwangeren-Leichen gewonnen, mit hinteren seitlichen Eindrücken des Kindsschädels versehen, ferner ein Blechgefäß mit oben querelliptischer, unten geradelliptischer Oeffnung und einem zugehörigen Kreuz von dickem Drahte zur Erläuterung der Achsendrehung des Schädels und Rumpfes beim Durchgange durch den Beckencanal, endlich die von Redner gezeichneten, in den beiden Geburtssälen aufgehängten physiologisch- und pathologisch-geburtshülflichen und gynäkologischen Wandtafeln erklärt.

16) v. Herff: Ueber Todesursachen nach Laparatomie.

Redner will die selteneren Todesursachen besprechen und von der häufigsten, der septischen Infection, absehen. Zunächst weist er auf die von Seiten des Herzens drohenden Gefahren hin, auf die primäre Fettentartung des Herzmuskels, sowie dessen

braune Atrophie. Ausser diesen, schon von früher stammenden Herzveränderungen kommen die durch langdauernde Chloroformnarkose und in manchen Fällen vielleicht zugleich durch Mitwirkung unserer Antiseptica bedingten in Betracht. Charakteristisch für diese subacute Vergiftung ist, dass der Tod unter dem Bilde zunehmenden Verfalles in 12 bis 24 Stunden oder auch später eintritt. Strassmann wies nach, dass diese regressiven Vorgänge am Herzen unter der Einwirkung einer langen Chloroformnarkose sich besonders dann leicht entwickeln, wenn der Körper anderweitig geschwächt ist, wie es durch mangelhafte Ernährung oder durch starken Blutverlust während der Operation bedingt sein kann.

Von Seiten der Lungen kommen vor allem die vorwiegend bei älteren und geschwächten Personen auftretenden Bronchopneumonien in Betracht. Die Untersuchungen Frey's haben dargethan, dass dieselben nicht, wie früher angenommen, auf Erkältungseinflüsse, sondern auf Einathmung infectiöser Massen zurückzuführen sind. Weiter lehrte die Erfahrung, dass diese Bronchopneumonien bei Operirten nur unter Hinzutreten besonderer, ungünstiger Verhältnisse entstehen. Solche finden sich zunächst in der geschwächten Herzthätigkeit, wodurch Veranlassung zur Hypostase gegeben wird, auf deren Boden sich alsdann die eingeathmeten Spaltpilze besonders leicht zu entwickeln scheinen. Weiter kommt hier erschwertes Aushusten in Betracht. Den Dämpfen des verbrennenden Chloroforms glaubt er für die Entstehung von Bronchopneumonien wenig Werth beilegen zu müssen.

Eine dritte Gefahr droht den Laparatomirten von Seiten der Nieren. Redner glaubt, dass man die hierher gehörigen Fälle in solche trennen muss, bei welchen die Nieren bereits vor der Operation erkrankt sind, und in solche, bei welchen die krankhaften Veränderungen mit der Operation direct zusammenhängen. Nach Kaltenbach's Erfahrungen kann namentlich bei vorher schon bestehender interstitieller Nephritis oder Pyelonephritis, also Krankheiten, welche der Diagnose oft nicht unerhebliche Schwierigkeiten bieten, rascher Tod unter Erscheinungen des Verfalles eintreten. Es scheint, dass unter der schädlichen Einwirkung des Chloroforms oder der Antiseptica sich hier das noch gesund gebliebene Nierengewebe rasch verändert.

Schliesslich weist Redner noch darauf hin, dass ein Theil unserer Antiseptica bei besonders veranlagten Personen ebenfalls

rasch Tod unter den Erscheinungen des Verfalles herbeiführen kann. Am gefährlichsten in dieser Beziehung sind das Jodoform und das Sublimat.

Besprechung.

Kaltenbach erwähnt einen Fall von Ovariectomie bei einer 74jährigen Frau, welche sich in den ersten 36 Stunden nach der Operation vollkommen wohl befand, dann rasch verfiel und starb. Die Section ergab Arteriosklerose und Schrumpfnieren.

Hegar mahnt zur Vorsicht in der Annahme der Fettentartung des Herzmuskels durch Chloroform, da andere Dinge, wie namentlich septische Infection, ähnliche Erscheinungen machen können. Er ist von der Aethernarkose wegen des ungünstigen Einflusses auf die bei der Operation Betheiligten (Kopfwahl, Migräne) abgekommen. Für den Kranken hat die Aethernarkose wegen der weniger unangenehmen Nachwirkungen und ihres unter Umständen günstigen Einflusses auf die Herzthätigkeit einen entschiedenen Vorzug vor der Chloroformnarkose. Bronchopneumonie beobachtete er bei Aethernarkose ebenso häufig, wie bei Chloroformnarkose. Dieselbe tritt nicht allein bei geschwächten Personen und nach lange dauernden Operationen ein. Neben einer Empfänglichkeit durch vorausgegangene Bronchitis spielt die Einathmung von Mageninhalt dabei eine Rolle. Nierenkrankheiten sind nach seinen Erfahrungen eine der schlimmsten Complicationen bei Chloroformnarkose. Er beobachtete eine Kranke, welche wegen Vaginismus in Narkose untersucht wurde und nach drei Tagen unter unstillbarem Erbrechen zu Grunde ging. Bei der Section fand sich Schrumpfnieren.

Fehling liess längere Zeit nach der Chloroformnarkose regelmässig den Urin untersuchen und fand meist Albumin, oft auch Cylinder darin. Offenbar werden durch das Chloroform Reizzustände in der Niere herbeigeführt, welche bei schon bestehender Nierenerkrankung tödtlich werden können.

Kaltenbach sah eine Wöchnerin, bei welcher wegen engem Becken 24 Stunden vorher das Kind perforirt worden und welche dabei 1½ Stunde in Chloroformnarkose gehalten wurde, plötzlich verfallen. Bei der Section fand sich nur hochgradige Fettentartung des Herzmuskels.

Klein berichtet über einen Fall von Myomotomie aus der Würzburger Klinik, wo die Kranke bei bestehender Anurie wenige Tage nach der Operation unter Verfallserscheinungen zu Grunde

ging. Bei der Section fand sich neben alten nephritischen Herden eine frische Nephritis. Offenbar war bei der schon vorher bestehenden Nephritis hier auch das Chloroform die mittelbare Todesursache.

Müller führt an, dass die Aethernarkose den Nachtheil habe, dass die Athmung sehr krampfhaft werde und man dadurch sowohl beim Untersuchen wie beim Operiren behindert werde. Vom Chloroform hat er keine unangenehmen Einwirkungen beobachtet.

17) Löhlein: Die Bedeutung der Exfoliatio mucosae menstrualis.

Wie die alte Bezeichnung Decidua menstrualis aufgegeben wurde, sobald die Erkenntniss durchgedrungen war, dass der fragliche Vorgang mit häufig wiederholten Aborten in sehr früher Zeit nichts zu thun habe, so sollten auch die Namen Dysmenorrhoea membranacea und Endometritis exfoliativa besser in Wegfall kommen.

Der Name Exfoliatio mucosae menstrualis vermeidet jede Vorentscheidung in Bezug auf Aetiologie und Symptome und schliesst doch die häufig damit verwechselten Abgänge von Gerinnseln, wahren Deciduen, Scheidenepithelfetzen u. s. w. bestimmt aus.

Löhlein hat unter 3000 Privatkranken (in der Poliklinik wird der Vorgang überall viel seltener eingeschrieben und viel schwieriger genügend verfolgt) 25 Mal Gelegenheit gehabt, die Exfoliatio genau und durch einen längeren Zeitraum zu verfolgen.

Die zahlreichen mikroskopischen Präparate, die im Anschlusse an die von Wyder, C. Ruge, V. Meyer gegebenen Befunde untersucht wurden, ergaben für die Aetiologie keine befriedigende Erklärung, jedenfalls keinen gemeinsamen Anhalt. Man sah sich auf die klinischen Thatsachen zurückverwiesen. Die Anamnese liess das Leiden 6 Mal auf puerperale und nichtpuerperale Para- und Perimetritiden zurückführen. 4 Mal trat es im Anschlusse an Abort auf, worunter 2 Mal nach schlecht abgewartetem Abortus imperfectus mit lange dauernden Nachblutungen. 4 Mal wurden Erkältungen und Ueberanstrengungen während der Menses mit Unterdrückung derselben angeklagt, 1 Mal der auch in anderen Erkrankungen zu Tage tretende Einfluss einer sehr feuchten Wohnung (Neubau). 2 Mal schloss sich das Leiden an eine Endometritis recens an. Endlich ist hervorzuheben, dass unter den 25 Kranken zwei Schwesternpaare waren, bei denen sich ziemlich früh und ohne zufällige Veranlassung die Erscheinung

entwickelte, sowie eine Kranke mit besonders typisch entwickelten Häuten, deren Mutter bestimmt versicherte, dass sie selbst genau dieselben Abgänge lange Jahre hindurch bemerkt, während dieser Jahre aber drei Mal glücklich geboren habe.

Die anatomische Anlage dazu, dass die menstruale Blutung nicht wie gewöhnlich durch Diapedesis auf die Schleimhautoberfläche erfolgt, und zwar ohne Verletzung derselben oder doch nur mit geringer Abblätterung von Epithelschollen, sondern mit Abhebung einer recht ansehnlichen Gewebsschicht vor sich geht, scheint demnach nicht ausschliesslich erworben, sondern auch ererbt vorzukommen.

Die pathologische Wichtigkeit der Erscheinung wird im allgemeinen überschätzt. Ihr Einfluss auf das Allgemeinbefinden pflegt gering zu sein; wo er erheblicher zu Tage tritt, sind wohl meist die complicirenden Entzündungen Schuld daran. Wo die Exfoliation sich ausbildet, nachdem bereits Entbindungen vorausgegangen waren, sind die Schmerzen bei der Menstruation meist gering. Wo sie bei Nulliparae auftreten, sind sie fast immer durch die geeigneten Eingriffe (blutige Erweiterung des Canalis cervicalis, Abrasio) zu beseitigen. Beschwerden von solcher Heftigkeit, dass nach erfolgloser Anwendung der übrigen Therapie die Castration in Frage kommt, sind wohl nur da vorhanden, wo ernstliche Erkrankungen der Gebärmutteranhänge gleichzeitig bestehen.

Besonders erwünscht ist ein bestimmterer Anhalt darüber, wie weit die Empfängnissfähigkeit der Kranken durch die Exfoliation beeinträchtigt wird. Der Vortragende stellt in dieser Hinsicht die Prognose günstiger, als die Mehrzahl der Forscher. Von seinen 25 Kranken haben 6 empfangen, nachdem die Erscheinung bei ihnen zweifellos festgestellt war; von diesen haben 5 mehrmals geboren, die 6. befindet sich in der Mitte ihrer ersten Schwangerschaft. Die Zahl erscheint gross, zumal wenn man bedenkt, dass die Frauen mit menstrualer Exfoliation so häufig gleichzeitig perimetritische Vorgänge, Lageveränderungen u. s. w. darbieten. In 3 (von den 6) Fällen war der Empfängniss die Ausschabung vorausgegangen. Eine Neigung zum Aborte konnte Löhlein nicht feststellen.

Völlige Heilung des Leidens in dem Sinne, dass nach jahrelangem Bestehen dasselbe nunmehr bereits über Jahresfrist ganz wegblich, war nur einmal zu beobachten. Monatelanges Aussetzen

der Exfoliation oder doch eine sehr beträchtliche Verkleinerung der Abgänge wurde durch Abrasio mit nachfolgenden intrauterinen Injectionen meistens erreicht.

4. Sitzung: Freitag, den 20. September, 2—4 Uhr.

Vorsitzender: Battlehner, später Kehrer. Schriftführer: Bonde, Freund jun.

18) Krevet (Mühlhausen): Das Verhalten der Aerzte zu den Hebammen bei dem jetzigen Stande der Antisepsis.

Redner erörtert die üble Lage des praktischen Arztes, mit antiseptisch nicht geschulten Hebammen zu arbeiten. Um die Hebammen allgemein entbehrlich zu machen, müsste der Arzt durchschnittlich 100 Geburten jährlich leiten. Da dies nicht möglich ist und der Arzt nach wie vor die regelwidrigen Geburten aus den Händen der Hebamme erhält, so hat Niemand mehr als er das grösste Interesse daran, dass die Hebammen in der Antisepsis geschult werden. Das wichtigste Moment, der Hebamme das Verständniss für Antisepsis zu erhalten, ist das Beispiel des Arztes. Es ist wünschenswerth, dass die Hebammen oft Gelegenheit haben, unsere antiseptischen Maassregeln zu sehen. Die Hebamme soll deshalb bei jeder Geburt zugegen sein. Wir entgehen so auch dem Vorwurfe, dass wir die materielle und sociale Lage der Hebammen schädigen. Die hierdurch geschaffene Achtung und das Vertrauen zum Arzte wird die Hebammen ferner vor dem Fehler bewahren, dass sie, wenn nöthig, die Herbeiziehung des Arztes hinausschieben oder hintertreiben. Strenge Aufsicht und Auswahl wird den Stand bessern. Zum Schlusse zeigt Redner eine von ihm angegebene Hebammentasche.

19) Thiem (Cottbus): Erfahrungen über die vaginale Ligatur nach Schücking und Vorschläge zu einer Abänderung derselben.

Bei der lebhaften Erörterung über die operative Behandlung der Retroflexio uteri in den letzten Jahren möchte Redner — auf eigene Erfahrungen gestützt — die vaginale Ligatur nach Schücking, welche auf dem besten Wege sei, vergessen oder vielmehr gar nicht beachtet zu werden, empfehlen. Dieselbe besteht darin, dass vermittelt einer von der Gebärmutter aus an-

gelegten Ligatur die Gebärmutter an die vordere Scheidenwand befestigt wird, wobei das Organ in starke Anteflexionsstellung gebracht wird. Redner erläutert die bereits von Schücking ausführlich beschriebene Technik der Methode an schematischen Zeichnungen.

Er hat es zweckmässiger und leichter gefunden, die in den Cervicalcanal eingeführte Nadel uneingefädelt durch den Gebärmutterkörper und das Scheidengewölbe hindurchzustossen. Anstatt eines Jodoformstiftes, welchen Schücking wegen Quetschung der Blase durch den Katheter einführt, spült er mit einer schwachen Thymollösung aus. Findet sich am zweiten Tage dem Urin noch Blut beigemischt und nehmen die Harnbeschwerden zu, so ist zu befürchten, dass die Blase angestochen ist, und es muss der Faden entfernt werden. Letzteres ist Schücking unter 42 Fällen 3 Mal, Redner unter 14 Fällen 1 Mal begegnet, ohne dass weitere nädtheilige Folgen daraus entstanden. Wenn die Lageänderung der Gebärmutter und der Blase gleichzeitig geschieht, ist diese Complication nach seinen weiteren Erfahrungen sicher zu vermeiden. Auf Freund's Vorschlag lässt er, anstatt wie früher 10—14 Tage, den Faden 6—8 Wochen liegen. Durch das Einschneiden in die Plica vesico-uterina entsteht eine flächenhafte Verwachsung. Bezüglich der Frage, ob die Anheftung der Gebärmutter im empfängnissfähigen Alter wegen Gefahr des Aborts zulässig sei, ist für ihn ebenso wie bei anderen gynäkologischen Operationen der Grad der Beschwerden maassgebend.

Infolge des Zuges von Verwachsungen kann der Erfolg der Operation vereitelt werden. Redner hat deshalb bei angehefteter Retroflexion die Schücking'sche Methode noch in der Weise abgeändert, dass er das eine Fadenende nicht zum äusseren Muttermunde herausführt, sondern noch einmal in der vorderen Wand des Collum durchsticht. Bei Knüpfung der Fadenenden wird dann nur das Corpus uteri an die vordere Scheidenwand angeheftet, die Cervix bleibt nach hinten gerichtet. Es entsteht so mehr eine Anteversio, keine Anteflexio. Für Fälle von stärkerem Prolaps scheint die vaginale Ligatur nicht geeignet zu sein.

Besprechung.

Löhlein fragt nach dem Dauererfolge bei den Operirten.

Thiem erwidert, dass Schücking Frauen habe, die sich über zwei Jahre nach der Operation noch vollkommen wohl befinden.

20) Bayer (Strassburg): Ueber die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und die Behandlung von Cervixstricturen durch den constanten Strom.

Bayer unterscheidet die gynäkologische von der geburts-helflichen Anwendung des Galvanismus. In gynäkologischen Fällen verwerthet man namentlich die modificirenden Wirkungen des Stromes. In der Geburtshülfe handelt es sich dagegen um die contractionsanregende Wirkung des Galvanismus. Deshalb labile Ströme mit Unterbrechungen, gegebenen Falles Volta'schen Alternativen oder intermittirendes Galvanisiren. Meist genügen schwächere Ströme (bis zu 20—25 M. A.); grosse positive Elektrode; die Oberfläche der Kathode so gross, als es die Canalisation der Cervix erlaubt.

Die Wirkungen sind: 1) Auflockerung und Erweiterung des Mutterhalses; schon deshalb ist der constante Strom wenigstens als vorbereitende Methode bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt, ferner zur Vorbereitung eines rigiden und unentfalteten Collum auch bei natürlichem Geburtseintritte zu empfehlen. Zu diesem Zwecke eignen sich stabile Ströme besser. 2) Erzeugung von Contractionen. In dieser Beziehung ist zu untersuchen: a. ob der constante Strom ein Wehenmittel ist, und wenn dies, b. ob er eine zuverlässige Methode der künstlichen Frühgeburt darstellt.

Zu a. Vortragender hat keinen Fall gesehen, in welchem es nicht möglich war, durch den constanten Strom Wehen zu erzeugen. Von anderer Seite beobachtete Misserfolge bezieht er auf Trägheit der Gebärmutter. Er glaubt, hier habe die Elektrizität einen gewissen diagnostischen Werth und empfiehlt, vor der Anwendung anderer Methoden zunächst die Gebärmutter mit dem constanten Strome auf ihre augenblickliche Erregbarkeit zu prüfen. Zu b. Die auf galvanischem Wege erzeugten Wehen können wieder zur Ruhe kommen. Daher sind lange Pausen zwischen den einzelnen Sitzungen unzweckmässig. Vortragender empfiehlt deshalb statt der Sonderelektrode einen kleinen Schwamm, der durch einen dünnen, in einem Drainagerohre steckenden Draht mit der Leitungsschnur verbunden ist, in die Cervix einzuführen und dort liegen zu lassen. Das periodische Aufsetzen der Anode auf die Bauchdecken in Intervallen von zehn bis fünf Minuten kann dann in Abwesenheit des Arztes zeitweilig die Hebamme besorgen. Wo wegen mütterlicher Lebensgefahr ohne Rücksicht

auf das Kind operirt wird, fallen die Vortheile der Elektrizität weg und man macht gegebenen Falles besser nach gewaltsamer Erweiterung der Cervix den Eihautstich.

Trotz regelmässiger Weenthätigkeit macht die Geburt zuweilen doch keinen Fortschritt. Dies liegt häufig dann an einer mangelhaften Entfaltung des Collum. Bei derselben reicht die contractionsfähige Muskulatur bis unter die Eispitze, bez. den vorliegenden Theil herab; man fühlt in der Wehe eine Zusammenziehung, eine „physiologische Stricture“. Dieselbe kann zu einer Muskelleiste sich verdünnen, wenn die unteren Theile der Cervix sich zuerst auflockern und erweitern. Durch abnorme Reizungen wird aus der physiologischen eine „spastische“ Stricture. Gerade bei der künstlichen Frühgeburt besteht eine Anlage dazu, weil hier der Mutterhals häufiger mangelhaft entfaltet ist. Da es hier in erster Linie auf die Auflockerung, also auf die modificirenden Wirkungen des constanten Stromes ankommt, empfiehlt sich die stabile Anwendung, bis die Stricture verschwunden ist.

Vortragender empfiehlt also die stabile Anwendung der Elektroden, wo es auf die Auflockerung der Gewebe und auf die beruhigende Wirkung des Stromes ankommt, das intermittirende Galvanisiren dagegen, wo man Contractionen erzeugen will, und zwar: 1) zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, namentlich wo der Mutterhals noch wenig vorbereitet ist (bei normaler Ausbildung des unteren Abschnittes und guter Vorbereitung des Collum hat der constante Strom keine wesentlichen Vortheile vor anderen Methoden); 2) zur Vorbereitung eines unentfalteten und unnachgiebigen Mutterhalses auch bei natürlichem Eintritte der Geburt; 3) zur Beseitigung von Cervixstricturen.

21) Bröse (Berlin): Ueber einige Anwendungsweisen des Faradi'schen Stromes in der Gynäkologie.

Der Faradi'sche Strom wurde zuerst von Tripier in der Gynäkologie angewendet. Apostoli fand neue Methoden der Anwendung auf die Gebärmutter und die übrigen Organe des weiblichen Beckens, bestimmte Anzeigen und geeignete Abänderungen der inducirten Ströme für die gynäkologische Elektrophotherapie. Ströme, welche von secundären Rollen mit dickem und kurzem Drahte geliefert werden, wirken vor allem erregend auf die Muskulatur der Gebärmutter, lösen Zusammenziehungen aus, wie man aus den starken wehenartigen Schmerzen, welche bei geeigneter intrauteriner Anwendung, sei es nun mittels der uni-

polaren oder bipolaren Methode, auftreten, erkennen kann. Ströme, welche von secundären Rollen eines dünnen und sehr langen Drahtes erzeugt werden, wirken ausserordentlich schmerzstillend und beruhigend, antiphlogistisch. Man kann zu diesem Zwecke einen Pol in die Scheide einlegen, den anderen auf die Bauchdecken in Gestalt möglichst grosser Platten (um möglichst starke Ströme anwenden zu können) anlegen, oder einen Pol in die Gebärmutter einführen. Vortragender hat dann gewöhnlich die Anode des Oeffnungsstromes in die Geschlechtstheile eingeführt. Vorzuziehen ist aber die sogenannte bipolare intrauterine Methode, weil sie bequemer auszuführen, schmerzloser und von besserer Wirkung ist. Es werden beide Pole in einer sondenförmigen Elektrode vereinigt und in die Gebärmutter eingeführt. Die vaginale Methode ist nur da anzuwenden, wo sich die Einführung einer Sonde in die Gebärmutter überhaupt verbietet, bei acuten und subacuten Entzündungen und in der Schwangerschaft; sonst aber ist die intrauterine bipolare Methode zu gebrauchen. Die bipolare vaginale Methode konnte Bröse nicht prüfen, da ihm eine brauchbare Elektrode fehlte.

Was die Anwendung des Faradi'schen Stromes zu therapeutischen Zwecken anbetrifft, so sind die Untersuchungen über den Zusammenziehungen erregenden Strom noch nicht abgeschlossen. Doch ist zu hoffen, dass er bei der Subinvolution, sowie bei der Uterusatrophie und der Amenorrhoe sehr nützlich sein wird. Dagegen ist der auf die Sensibilität wirkende Strom einer genauen Untersuchung unterzogen worden. Der Strom wirkt ausserordentlich schmerzstillend. Vor allem lassen sich alle vom Eierstocke ausgehende Schmerzen durch ihn in den meisten Fällen mit voller Sicherheit dauernd beseitigen. Erforderlich dazu sind möglichst starke Ströme, welche übrigens sehr gut vertragen werden, und möglichst lange Sitzungen. Die Zahl der Sitzungen, welche nöthig sind, um dauernde Erfolge zu erzielen, schwankt sehr. Manche Fälle wurden in 4, manche erst nach 35 Sitzungen geheilt. Von 25 Fällen von Oophoritis und Perioophoritis sind 21 dauernd von ihren Beschwerden befreit, 4 gebessert.

Nicht ganz so günstig, aber doch in vielen Fällen von über-raschendem Erfolge begleitet, ist die Anwendung des Faradi'schen Stromes bei den Ueberbleibseln der Peri- und Parametritis. Auch hier werden zwar die anatomischen Verhältnisse nicht geändert, aber die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit schwinden.

21 Fälle von chronischer Peri- und Parametritis wurden mit dem inducirten Strome behandelt; von diesen wurden 10 ganz von ihren Beschwerden befreit, 4 bedeutend, 4 etwas gebessert. Bei 3 Fällen wurde ohne jeden Erfolg elektrisirt. Unter diesen 21 Fällen waren verschiedene mit sehr heftigen Beschwerden; bei den meisten waren schon alle übrigen Mittel der gynäkologischen Therapie vergebens versucht, so dass die Elektrizität das letzte Hilfsmittel war. Bei 2 Fällen waren von anderer Seite schon durch Laparatomie die Anhänge exstirpirt, ohne dauernden Erfolg. Es kehrten die Beschwerden wieder und wurden in beiden Fällen dieselben durch die elektrische Behandlung beseitigt. Um grössere begrenzte Exsudate zur Aufsaugung zu bringen, muss man den galvanischen Strom anwenden. Sehr dürfte es sich empfehlen, die Faradisation mit den anderen gynäkologischen Heilmethoden, mit der Hydrotherapie und der Massage, zu verbinden.

Besprechung.

Bröse: Um Wehen zu erregen oder die künstliche Frühgeburt einzuleiten, dürfte sich der galvano-Faradi'sche Strom empfehlen. Dieser wurde von de Watteville in die Medicin eingeführt und besteht darin, dass man in die Kette des galvanischen Stromes einen Faradi'schen so einschaltet, dass der Oeffnungsstrom des Faradi'schen Stromes in derselben Richtung verläuft, wie der galvanische. Bei dieser Stromanordnung kann man ausserordentlich erregend auf die Muskulatur wirken. Besonders, um die glatten Muskelfasern muskulöser Hohlorgane, wie des Magens, des Darmes, zur Zusammenziehung zu bringen, benutzt man am besten den galvano-Faradi'schen Strom. Bröse hat mit günstigem Erfolge Versuche zur Heilung der chronischen Stuhlverstopfung gemacht mittels des galvano-Faradischen Stromes. Man muss dazu sehr grosse Elektroden (400 qcm) nehmen, die eine auf den Bauch, die andere auf die Lumbalgegend legen und möglichst starke Ströme anwenden (bis zu 50, 60 M. A.). Bröse ist der Ueberzeugung, dass man auf diese Weise auch sehr leicht auf die Muskulatur der schwangeren Gebärmutter wirken kann. Es fragt sich allerdings dabei, wie das Kind die starken Ströme vertragen wird. Man wird sie jedenfalls vorsichtig mittels des Rheostaten allmählig verstärken und wieder abschwächen müssen.

Bayer beobachtete bei Gebrauch des elektrischen Stromes eine Zunahme der kindlichen Herztöne und Kindsbewegungen; er erwähnt, dass Walcher das Absterben eines Kindes durch Nabel-

schnurumschlingung auf letzteres zurückführte. Er glaubt nicht, dass durch die von Bröse angegebene Anwendungsweise der Elektroden Darmzusammenziehungen hervorgerufen werden. Bröse erwidert darauf, dass die Ströme nur genügend stark sein müssten.

Kehrer berichtet über einen Fall von parametran entwickeltem Uterusmyom, bei welchem nach einmaliger Anwendung des galvanischen Stromes Seitens eines mit der elektrischen Behandlung vertrauten Fachgenossen eine tödtliche Peritonitis infolge Platzens einer vorher nicht erkannten Pyosalpinx eintrat.

Nach Schluss der Sitzung Rundgang durch die Klinik.

5. Sitzung: Sonnabend, den 21. September, 9 bis 11 Uhr.

Vorsitzender: Schauta (Prag). Schriftführer: Bonde, Freund jun.

22) H. W. Freund: Ueber den normalen und abnormen Wanderungsmechanismus der wachsenden Eierstocksgeschwülste.

Vortragender versucht die vielen sich widersprechenden Angaben über die Art, wie eine wachsende Eierstocksgeschwulst aus dem kleinen Becken in den Bauch steigt und wie sich dabei die Organe der Beckenbauchhöhle verhalten, zu sichten und kommt zur Aufstellung eines normalen und eines abnormen Wanderungsmechanismus. Ein Beispiel für den normalen Vorgang stellt die wachsende schwangere Gebärmutter. Dieselbe sinkt im ersten Zeitraume einfach nach dem Gesetze der Schwere tief ins Becken, in der weiteren Entwicklung im Bauche nach vorn an die Bauchwände heran, dieselben vorwölbend. Ebenso sinkt eine Eierstocksgeschwulst im ersten Zeitraume tief ins kleine Becken, so dass sie hinter und seitlich von der Gebärmutter liegt. Die Stielgebilde verlaufen dann immer an der vorderen Geschwulstfläche und sind nicht gedreht. Die Harnblase hat einen ausgesprochenen Cervixzipfel und überragt den Schooskamm. Unter 200 Fällen der Strassburger Frauenklinik fand Freund dies Verhältniss bei neun kleinen Eierstocksgeschwülsten sieben Mal, ein Mal bestand eine pathologische Retroflexion, ein Mal Prolaps.

Wächst die Eierstocksgeschwulst durch die obere Beckenöffnung in die Bauchhöhle, so fällt sie ganz wie die schwangere Gebärmutter nach vorn an die Bauchwand und entwickelt sich an dieser

weiter. Dadurch wird die Gebärmutter nach hinten gedrängt, kommt also hinter die Geschwulst zu liegen. Die Stielgebilde verlaufen in diesem Zeitraume selbstverständlich an der hinteren Geschwulstoberfläche und sind normalerweise jedesmal gedreht. Denn eine kugelige Geschwulst, die an einer Stelle angewachsen ist und an Widerstände heransinkt, muss sich bei letzterem Acte ein- oder mehrmals drehen. Die Harnblase ist in diesem Zeitraume charakteristisch central eingedrückt, so dass sie den Schooskamm kaum oder gar nicht überragt. Von diesem regelmässigen Mechanismus sind eine Reihe abweichender Vorgänge abzutrennen.

Der regelmässige Wanderungsmechanismus kann nicht Platz greifen ohne die angegebene Wanderung der Beckenorgane. Setzt irgend eines der angeführten Momente aus, so erfolgt ein abweichender Mechanismus. Von solchen führt er an: 1) Die Eierstocksgeschwulst ist unbeweglich. (Intraligamentäre Entwicklung, Verwachsungen im Douglas'schen Raume.) 2) Die Gebärmutter ist unbeweglich (Perimetritis, umgebende Papillome, Carcinome, Myome oder bösartige Geschwülste in der Gebärmutter; Schwangerschaft). 3) Bei doppelseitigen Geschwülsten kann eine die andere an der normalen Wanderung verhindern. 4) Die Bauchdecken sind straff und unnachgiebig oder übermässig stark entwickelt. Dies ist die häufigste Abweichung. Sie betrifft meist Nulliparae, ledige oder steril verheirathete Personen. Hier ist die Geschwulst verhindert, nach vornüber zu fallen, sich an der Bauchwand zu entwickeln und dieselbe vorzuwölben. Dann stellt der hintere Theil der Bauchhöhle den weitesten Raum dar, in dem sich dann auch die Geschwulst entwickelt. — In erheblicher Weise giebt sich diese Abweichung bei Personen mit kindlichem Habitus zu erkennen, bei denen die Bauchdecken straff, die Wirbelsäule wenig gebogen, die Gebärmutter auffallend nach vorn gestellt und der hintere Abschnitt der Bauchhöhle weit ist. In allen diesen abweichenden Fällen liegt die Gebärmutter vor der Geschwulst, meist stark nach oben gerückt. Die Stielgebilde verlaufen an der vorderen Geschwulstwand, meist nicht gedreht. Die Harnblase überragt mit spitzem Cervixzipfel, der bei kindlichen Personen nicht selten in einen fortbestehenden Urachus ausläuft, die Symphyse. In solchen Fällen kann sie verletzt werden.

23) Fehling: Zur Methode der Prolapsoperationen.

Vortragender will Misserfolge zur Sprache bringen, die gelegentlich einmal jeder Operateur erlebt. Diese entstehen einmal

dadurch, dass man sich angewöhnt hat, die Kolporrhaphia anterior als kleine Hilfsoperation zu betrachten. Bedenkt man die Entstehungsart der meisten Vorfälle, so ist es nöthig, bei der Kolporrhaphia anterior eine möglichst ausgiebige Ausschneidung der Schleimhaut vorzunehmen. Ferner ist es falsch, bei grossen Vorfällen in einer Sitzung Amputatio der Portio, Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineorrhaphia vorzunehmen. Dann können die letzten beiden Operationen nicht ausgiebig genug gemacht werden, weil die seitliche Schleimhautbrücke sonst zu schmal bleibt. Das bei zweizeitiger Operation nothwendige längere Bettliegen (vier bis fünf Wochen) ist im Interesse des Erfolges sehr nützlich; nur bei längerer wagerechter Lagerung können die Bauchfellfalten und der Bauchfellüberzug der Blase und der Gebärmutter sich infolge ihrer Elasticität wieder genügend verkürzen, um, unterstützt durch die Scheidenverengung, wieder die Gebärmutter genügend in der Höhe zu halten.

Ein zweiter Punkt, welcher die Misserfolge mitbedingt, ist der, dass die frische Wunde der Kolporrhaphia anterior nicht die genügende Ruhe bei der Heilung hat.

Vortragender schlägt daher vor, entsprechend der von Freund und Martin angegebenen Operation für die Kolporrhaphia posterior, statt einer Kolporrhaphia anterior eine Kolporrhaphia anterior duplex auszuführen, wobei der am meisten gefährdete mittlere Lappen stehen bleibt. Nach Amputation oder Keilexcision der Portio führt er zwei parallele Schnitte in der Mitte der vorderen Scheidenwand (1 bis $1\frac{1}{2}$ cm von einander entfernt), welche er gegen den Scheideneingang etwas schräg auslaufen lässt; von der von dem Scheidentheile ebenfalls 1 bis $1\frac{1}{2}$ cm entfernten Spitze aus wird dann beiderseits ein zweiter Schnitt so geführt, dass ein ovaler Scheidenlappen auf jeder Seite umschnitten wird, dessen Achsen gegen den Scheidentheil hin mässig zusammenlaufen. In einer zweiten Sitzung wird dann die Kolpoperineorrhaphie vorgenommen. Ist hierbei der vordere Scheidenwulst noch etwas vorstehend, so macht man zuvor noch eine schmale Kolporrhaphia anterior mediana. Vortragender hat 16 Mal in dieser Weise in letzter Zeit operirt.

24) P. Müller: Ueber ventrale Fixation des prolabirten Uterus.

Vortragender hatte diese Operation seinerzeit zur Hebung von Vorfällen vorgeschlagen, bei denen weder mechanische Stützmittel

noch Vaginaloperationen das prolabirte Organ zurückhalten konnten. Er widerlegt die gegen diese Operation vorgebrachten Bedenken. Das Leiden sei keineswegs, wie man angiebt, ein leichtes; die Trägerinnen desselben gehören überwiegend der arbeitenden Klasse an und seien neben grossen Beschwerden Erwerbsunfähigkeit sehr häufig die Folge des Leidens. Dagegen sei die Operation keine schwere. Es wird nur eine wenige Centimeter lange Oeffnung angelegt und dieselbe sofort durch den hereingeschobenen Gebärmutterkörper geschlossen. Auch die theilweise Abtragung des letzteren sei nicht belangreich, da wir es meist mit Frauen zu thun haben, die steril und der klimakterischen Zeit nahe sind, oder dieselbe bereits hinter sich haben. Auch der Einwand, dass man in anderen Verfahren, besonders in der Kolporrhaphie, schon Mittel zur Beseitigung des Leidens habe, ist nicht stichhaltig, da die Erfahrung lehrt, dass trotz vollkommen gelungener Operationen derart die Prolapse sich früher oder später wieder herausbilden.

Vortragender hat deshalb in einer Reihe von zwölf Fällen, wo entweder andere Verfahren im Stiche liessen oder die Untersuchung eine so hochgradige Erweiterung und Erschlaffung der Geschlechtstheile ergab, dass voraussichtlich Kolporrhaphien nicht zum Ziele geführt hätten, die ventrale Fixation mit und ohne Abtragung des Gebärmutterkörpers vorgenommen. Der Erfolg war jedoch keineswegs den Erwartungen entsprechend. Nur in ganz wenig Fällen wurde hierdurch die Lageveränderung ganz beseitigt. In einigen Fällen verlängerte sich die angeheftete Cervix so beträchtlich, dass ebenfalls auf diese Weise wieder Prolapsus vaginae eintrat. Das Gleiche kam auch auf die Weise zu Stande, dass die Befestigungsstelle in die Bauchwand trichterförmig eingezogen wurde, oder die Verbindungsstelle lang ausgezogen wurde. Auch vollständige Loslösung des Gebärmutterstumpfes mit vollständiger Wiederherstellung des Vorfalles wurde beobachtet. In einem Falle blieb zwar der Vorfall gehoben, aber es bildete sich ein starker Bauchbruch heraus, der später durch Abtragung des Sackes zu heben versucht werden musste. — Der Erfolg war demzufolge nur ein sehr mässiger und selten ein vollkommener; häufig sind Nachoperationen, wie Kolporrhaphien, nothwendig.

Besprechung.

Kehrer erwähnt mehrere von ihm operirte Fälle, in denen er, wie Fehling, zwei Spindeln mit dazwischen liegender Schleimhautbrücke aus der vorderen Scheidenwand ausschnitt. Im März

1. J. wurde ein Vorfall nach zweimaliger erfolgloser Kolporrhaphie durch Exstirpatio uteri totalis geheilt. Jetzt ist kein Vorfall mehr vorhanden und die Frau vollkommen arbeitsfähig.

Hofmeier vermindert die durch die wechselnde Blasenfüllung bedingten Schwankungen in der Spannung der Wunde durch Seitenbauchlage nach der Operation. Er stimmt den Vorschlägen Fehling's bei. Für Fälle, wo der Vorfall durch Erschlaffung der Bauchfellbefestigung hervorgerufen wird, sind nach seiner Meinung die plastischen Operationen von schlechtem Erfolge und hält er dann Pessare noch für nothwendig. In Zukunft dürfte hier die Freund'sche Operation am Platze sein. Die Ventrofixatio hat nach seinen Erfahrungen, welche sich auf Gelegenheitsoperationen Schroeder's beziehen, nicht zum Ziele geführt.

Freund spricht sich gegen die Häufung der verschiedenen Operationen in einer Sitzung und gegen die viel verbreitete Ansicht aus, dass „gut operiren“ in „schnell operiren“ bestehe. Zur Erreichung eines günstigen Erfolges sei nach einer breiten Kolporrhaphia anterior eine Kolporrhaphia posterior fast unmöglich. Der Vorschlag Fehling's ist ihm sehr sympathisch, weil nach seiner Erfahrung der Werth der plastischen Operationen danach zu beurtheilen ist, inwieweit dieselben das Ziel der Wiederherstellung des früheren Zustandes im Auge haben. Jede Operation, welche die Columnae beseitigt, sei nicht zu billigen, weil Theile aneinander gebracht würden, welche nicht aneinander passten und die natürliche Faltung der Scheide verloren würde. Die Ventrofixatio wegen Prolapsus oder Retroflexio hat er nur als Gelegenheitsoperation ausgeführt, aber nie Erfolg davon gesehen. Die Fixatio an der vorderen Bauchwand blieb gleich seinen Erfahrungen bei der Myomotomie mit extraperitonealer Stielbehandlung nicht dauernd. Seine Methode der Anheftung der Gebärmutter unter dem Vorberge sei nur bei weitem Douglas'schen Raume von der Scheide aus bequem ausführbar. Bei engem Douglas'schen Raume und Retroflexio dürfte nach seinen Versuchen an Leichen die Anheftung der Gebärmutter an der Retractorenstelle von der Bauchseite aus nicht schwieriger sein, wie die Ventrofixatio.

Müller legt auch grossen Werth auf die Wiederherstellung möglichst normaler Verhältnisse, d. h. ausser auf normale Weite auch auf normale Länge der Scheide. Er vernähte deswegen in einigen Fällen von Kolporrhaphia anterior das angefrischte Oval in querer Richtung.

Kehrer: Nach seinen Erfahrungen kann man bei streng antiseptischem Verhütungsverfahren und Nähen mit Catgut die Kolporrhaphia anterior und posterior mit günstigem Erfolge in einer Sitzung ausführen. Er hat in den letzten Jahren bei grösseren Vorfällen fast immer die beiden Kolporrhaphien nebst Keilausschneidung der Muttermundslippen in einer Sitzung vorgenommen. Gegenwärtig liegen drei in dieser Weise operirte Kranke in der Klinik, bei denen die Heilung ungestört durch erste Vereinigung verlaufen ist. Ausserdem hat er bei Myomotomien mit extraperitonealer Stielbehandlung noch mehrere Jahre nach der Operation den Stumpf an der vorderen Bauchwand befestigt gefunden.

Baumgärtner erwähnt einen Fall, in dem acht Jahre nach totaler Uterusexstirpation wegen Prolaps der Scheidenvorfall rückfällig geworden sei.

Fehling spricht sich auch gegen die Sucht des Schnelloperirens aus. Er hat zwei Mal die Ventrofixatio wegen Prolaps nach vorausgegangener Kolporrhaphie, und zwar mit gutem Erfolge vorgenommen. Es wurden dabei die Gebärmutter bis zur Gegend des inneren Muttermundes, sowie beide Eierstöcke entfernt. In einem weiteren Falle, in dem ein ungewöhnlich weiter Douglas'scher Raum vorhanden war, trat Rückfall ein durch Einziehung des Stumpfes.

P. Müller hat drei Mal Totalexstirpation wegen Vorfall ausgeführt. Ein mit Carcinom verbundener Fall verlief tödtlich, bei den beiden anderen trat wieder Senkung des Scheidengewölbes ein, welche einmal durch Kolporrhaphie, das andere Mal durch Pessar beseitigt wurde.

Czempin: Nach seinen Erfahrungen in der Martin'schen Klinik kann bei Gebrauch des Catguts die Prolapsoperation in einer Sitzung ausgeführt werden.

Schauta: Durch die von Freund vorgeschlagene Methode angeregt, wird man in Zukunft bei dem Uterovaginalprolaps grössere Aufmerksamkeit darauf richten, ob die Douglas'sche Tasche weit herabreicht. Er glaubt, dass letzteres häufiger sei, als bisher angenommen wurde. Er resecirte in einem derartigen Falle, in dem der Douglas'sche Raum unbeabsichtigt eröffnet wurde, die Tasche und vernähte den Douglasstumpf. Letzteres dürfte für Fälle mittlerer Grösse vielleicht ins Auge zu fassen sein.