

**XVIII. Fünfter Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Breslau  
25.—27. Mai 1893.**

3. Sitzung am 27. Mai.

1. Vor Beginn der dritten Sitzung führt Herr Mackenrodt (Berlin) eine **Vaginofixation des retroflectirten Uterus** nach seiner Methode aus. Darauf folgen:

2. **Demonstrationen:** Herr Winter (Berlin) demonstriert ein nach seiner Angabe zusammengestelltes **geburtshülfliches Instrumentarium**, in dem alles vorhanden ist, um die Instrumente in der Wohnung der Kreissenden unmittelbar vor der Entbindung auszukochen. Ein ähnliches Instrumentarium demonstriert Herr Abel (Leipzig).

Herr Fehling (Basel) demonstriert a) den Gipsabguss der äusseren Genitalien des von ihm beschriebenen **Hermaphroditismus femininus externus**; b) einen Eierstock, von einer **Myomoperation** stammend, von

17 cm Länge bei normaler Form, Dicke und Structur; c) ein Präparat einer **Tubengravidität**, bei der das periphere Ende der Tube in einen derbwandigen Sack verwandelt war, an welchem die äussere Oeffnung sammt Fimbrien nicht nachweisbar waren. Die aufgeschnittene Tube zeigte tuberöses, subchoriales Hämatom des Eies.

Herr A. Martin (Berlin) zeigt ein Präparat von **Eierstocksschwangerschaft**. Dieselbe 1871 diagnosticirt; das Kind starb ab, die Frau erkrankte an Peritonitis, erholte sich aber wieder. Nach 17 Jahren erkrankte sie an Carcinoma colli. Durch die Laparotomie wurde zunächst der Fruchtsack entfernt, dann die übrigen Adnexe mit dem Uterus. Patientin genas. — Als dann wurden noch drei Präparate von Ovarialtube, complicirt mit Schwangerschaft vorgelegt. Zuletzt ein solches von Stieltorsion der geschwängerten Tube.

Herr Säger (Leipzig) legt Zeichnungen und Präparate von **peritubaren Hämatocelen** vor und bespricht dabei die Organisation derselben. Er unterscheidet eine diffuse und eine geschwulstartige, solitäre Hämatocèle; die letztere kann aus der ihre Kapsel umgebenden lockeren Zwischenschicht immer gleich einer allseitig verwachsenen Cyste ausgeschält werden. Die Kapsel ist die „erstarrte Rinde“ des Blutergusses. Vortragender empfiehlt bei Hämatocelen wegen Tubenaborts und Tubenruptur die active Behandlung, nachdem der durch die acute Blutung bedingte Shok vorübergegangen ist, und Tube und Hämatocèle sich abgekapselt haben. Durch die präventive Abklemmung der Vasa spermatica und uterina, so wie durch die Tampondrainage nach Mikulicz lassen sich die seither gefürchteten Gefahren primärer und secundärer Blutung sicher beherrschen. In den letzten 15 Monaten hat Vortragender allein zehn Fälle von frühzeitiger Tubenruptur, completum und incompletum Tubenaborts, sowie einen Fall von Tubenmole theils mit diffuser, theils mit solitärer Hämatocèle operirt und glatt zur Heilung gebracht.

Herr Olshausen (Berlin) demonstriert einen **Uterus  $\frac{3}{4}$  Jahre nach überstandenen Kaiserschnitt**. Vom Fundus gehen drei dünne Adhäsionsstränge nach dem Netz. Von der Schnittnarbe der vorderen Wand sieht man nur den obersten Theil als Vertiefung von 4 mm Länge. Zur Naht wurde Catgut benutzt; Vortragender gebraucht dasselbe jetzt immer statt Seide mit bestem Erfolge.

Herr Gebhard (Berlin) demonstriert **Culturen von Bacterium coli commune**, welche er aus sieben Fällen von Tympania uteri gezüchtet hat. Das Bacterium coli commune entwickelt auch in nicht zuckerhaltigem Nährboden reichlich und regelmässig Gas. Die Infection vom Darm aus bei langdauernden Geburten ist wahrscheinlich.

Herr Prochownik (Hamburg) bespricht die **Schede'sche Silberdrahtnaht der Bauchwunden** und ihre Erfolge zur Verhütung und Behandlung der Bauchbrüche; er legt vier diesbezügliche beweisende Präparate von Schede vor.

Herr Gottschalk (Berlin) demonstriert a) Präparate von **Sarkom des Chorion**. Dem Vortrage liegt ein neuer Krankheitsprocess zugrunde, über welchen Gottschalk schon in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Berl. klin. Wochenschr. 1893 No. 4 und 5) zum Theil berichtet hat. Im unmittelbaren Anschluss an einen Abort hatte sich eine sarkomatöse Erkrankung der Placentarzotten entwickelt, welche von Gottschalk, mikroskopisch diagnosticirt, mit Erfolg durch die vaginale Uterusexstirpation bekämpft worden war. Trotzdem stirbt Patientin sieben Monate nach der geglückten Operation infolge multipler Metastasen in beiden Lungen, rechter Niere, Milz und Gehirn. Diese Metastasen sahen schon makroskopisch aus wie Placentargewebe und bestanden in voller Uebereinstimmung mit der Primärgeschwulst aus sarkomatösen Zotten, die ausschliesslich auf dem Wege der Blutbahn nach den genannten Organen verschleppt worden waren. Das klinische Krankheitsbild gleicht demjenigen des Sarcoma deciduale Säger's (Decidua maligna). Auf der anderen Seite ist die Krankheit der destruirenden Molenbildung nahe verwandt, nur dass sie kein Myxom, sondern eine exquisit maligne, rein zellige Neubildung der Placentarzotten darstellt.

b) Ein **fünf Pfund schweres Lithopaedion**, welches er mit glattem Erfolge von einer 54-jährigen Patientin durch die Laparotomie gewonnen hat. Dasselbe ist über 30 Jahre getragen worden und machte jetzt so stürmische Incarcerationserscheinungen, dass die Operation unumgänglich war. Dieselbe war durch zahlreiche Adhäsionen sehr erschwert. Das Steinkind ist gut erhalten. Der Fall hat noch das Besondere, eine reine Form von Ovarialgravidität zu repräsentieren.

4. Herr Dührssen (Berlin): Demonstration eines Falles von **Hydrorhoea uteri gravidii**. Dührssen zeigt eine achtmonatliche Frucht nebst Nachgeburt, an welchen deutliche Compressionserscheinungen seitens der retinirten Flüssigkeit fühlbar sind. Die Placenta überragt nämlich, ohne dass eine Margobildung vorhanden, den kleinen Eisack pilzförmig bis zu 6 cm Breite. Der Eisack zeigt nur einen der Placenta gegenüberliegenden Riss. Der Schädel des Kindes, welches ganz leicht in Steisslage geboren wurde und eine Stunde lebte, ist sehr stark von beiden Seiten her zusammengedrückt, so dass der gerade Durchmesser verlängert, die queren ganz bedeutend verkleinert sind. Die Placenta ist gross, eigenthümlich gequollen, zerreiblich, von blassrother Farbe und mit einem dicken Ueberzug bedeckt. Das Chorion ist stellenweise von Decidua entblösst, die Decidua, soweit sie vorhanden ist, stark verdickt, lässt sich in zusammenhängender Membran abziehen, wobei die ebenfalls verdickte Decidua reflexa zurückbleibt. Die Farbe der Decidua ist dunkelroth und weist, wie eine Decidua in den ersten Monaten, zahlreiche, deutlich sichtbare Oeffnungen auf. An dem aufgestellten mikroskopischen Präparat sieht man eine starke Wucherung der Deciduazellen, wie bei einer Decidua in den ersten Monaten, dazwischen kleinzellige Infiltrationen und Züge faserigen Gewebes. Dieses Grundgewebe zeigt sich nun ziemlich gleichmässig von theils runden, theils spaltförmigen Oeffnungen durchsetzt, welche theilweise nur ganz dünne Septa zwischen sich lassen. Die Wand dieser Hohlräume lässt hier und dort ganz abgeplattete Epithelien erkennen. Die

Decidua zeigt somit ausgesprochene entzündliche Veränderungen. Die Hohlräume ist Dührssen geneigt, theilweise für Lymphgefässe zu halten, welche die abgesonderte Flüssigkeit, die wie verwässerte Milch aussah, geliefert haben. Leider ist die Flüssigkeit in der Schwangerschaft weder mikroskopisch noch chemisch untersucht. Dieser Fall ist mithin geeignet, in weiteren Fällen dieser Art zu Untersuchungen anzuregen, ob es sich nicht manchmal um eine Lymphorrhoea uteri gravidii handeln mag. Was die Anamnese anlangt, so hatten sowohl die Eltern als auch der Mann der Frau Lues. Die Geburt des ersten Kindes, welches ein Jahr alt ist, erfolgte ebenfalls drei Wochen zu früh, und vor dem typischen Blasensprung ging mehrmals Wasser in grösserer Menge ab. Von der Mitte der zweiten Schwangerschaft stellte sich Wasserabgang ein, der täglich, bald nur tropfenweise, bald in grösserer Menge (20–30 g) erfolgte. Dührssen sah die Patientin einmal im siebenten Monat der Schwangerschaft und konnte constatiren, dass der Uterus kugelig und für die Zeit der Schwangerschaft ungewöhnlich gross war. Die Vergrösserung beruhte auf einer Ausdehnung des Uterus durch die angestaute Flüssigkeit. Letztere drückte andererseits auf den Eisack und hemmte dessen gleichmässige Ausdehnung, wie auch diejenige des kindlichen Schädels.

Herr E. Fraenkel (Breslau) demonstriert a) einen **bisher noch nicht beschriebenen Fall von Erkrankung der Portio**. Derselbe betrifft eine 34-jährige Wittwe, II-Para (letzte Entbindung vor zwölf Jahren; diese und Wochenbett ohne Besonderheiten, Menstruation regelmässig, schwach), die wegen Fluors die Hülfe der Poliklinik aufsuchte. Es zeigte sich bei sonst normalem Genitalbefunde eine breite Erosion beider Muttermundslippen, die mit einem fest haftenden, dicken, weissen Belage versehen war und sich rau und körnig anfühlte. Das Ganze machte im ersten Augenblick den Eindruck eines tiefen Lapis- oder Chlorzinkätzschorfes. Indess versicherte die sonst glaubwürdige Patientin, dass sie schon seit sechs Wochen keinen Arzt consultirt, und dass ihr dieser nur ganz schwache Borsäurealuninjectionen verordnet habe. Auch blieb der dicke, weisse, ätzenschorfartige Belag während einer jetzt mehr als zweimonatlichen Beobachtung und bei ganz indifferenter Behandlung (Scheidenausspülungen von abgekochtem Wasser) sich völlig gleich. An den Stellen, wo Probeexcisionen und Abkratzen gemacht worden waren, erneuerte er sich im Laufe von 14 Tagen vollständig wieder; nur an den Stellen, wo nach der Abkratzung der Pacquelin aufgesetzt worden war (an der hinteren Muttermündlippe) trat normales Portioepithel an seine Stelle. Der mikroskopische Befund der excidirten Stückchen ergab folgendes: Das Portioepithel ist bis auf das doppelte verdickt und zeigt zwei ungefähr gleich starke Schichten, die obere (im Querschnitt) der unteren wellenförmig aufgelagert. Die Grenze der unteren Schicht und des darunter liegenden Bindegewebes ist, wie diese untere Schicht selbst, normal. Die obere Schicht, keinerlei Färbung annehmend, ist fast homogen; im Zupfpräparat waren Plattenepithelien mit undeutlichen Kernen zu sehen. An anderen Stellen ist das Epithel von der Unterlage abgehoben; an noch anderen fehlt es. Das darunter liegende Bindegewebe ist an den Stellen der Läsion des Epithels, besonders da, wo dasselbe fehlt, stark injicirt; an diesen Stellen reicht es bis an das Niveau des angrenzenden Epithels. Auch Mykosis der Portio, mit der der weisse Belag eine gewisse Aehnlichkeit hat, lässt sich durch die mikroskopische Untersuchung ausschliessen. Die bacteriologische Untersuchung ergab in Schnitten und Culturen ein negatives Resultat. Der ganze Befund, den Vortragender nirgends anderweitig beschrieben gefunden hat, kann nur als eine chronisch entzündliche Reizung des Bindegewebes der Portio mit Wucherung und Nekrose (dieses wegen der mangelnden Tinctionsfähigkeit) der darüber liegenden Plattenepithelschichten gedeutet werden. Der Process scheint sich auf die Aussenfläche der Portio zu beschränken; Vortragender hat bisher, um die Demonstrationsfähigkeit des Falles zu erhalten, die Cervixspaltung resp. keilförmige Excision grösserer Stücke nicht vorgenommen.

Herr v. Winckel (München) hält den Fall für Colpitis gummosa, die von ihm zuerst im Jahre 1878 im Centralblatt für Gynäkologie beschrieben worden ist.

Herr Fraenkel (Breslau) erwidert darauf, dass eine gewisse makro- und mikroskopische Aehnlichkeit zwischen dem Winckel'schen und seinem Falle allerdings vorhanden sei, dass aber bei Winckel nach seiner eigenen Darstellung die Affection auf den ersten Blick den Eindruck eines colossalen Scheidencroups machte, und dass es sich um membranöse Auflagerungen ausschliesslich auf die Scheidenmucosa handelte, während in dem Falle des Vortragenden die Scheide ganz frei war, und es sich mehr um Einlagerungen in die Schleimhaut der Portio handelte. Therapeutisch widerstand der Winckel'sche Fall jeder, auch der stärksten Ätzung, während in dem hier demonstrierten Falle die Anwendung des scharfen Löffels mit folgender Thermokauterisation genügte, um die Wiederkehr zu verhüten. Aetiologisch bestand in dem Winckel'schen Falle Verdacht auf Lues, während der des Vortragenden keinerlei Anhalt dafür bot. Es dürfte also auch die Bezeichnung Colpitis gummosa, ganz abgesehen von der ausschliesslichen Localisation an der Portio, für den Fall des Vortragenden nicht zutreffend sein.

b) Den in der Discussion über Adnexoperationen von ihm erwähnten, durch wiederholte Punctionen und Ausspülungen **geheilten Fall von complicirter Pyosalpinx dextra**; dieselbe war nach der Scheide und dem Mastdarm durchgebrochen, und die Patientin durch andauerndes Fieber und die profusen Eiterabgänge in so kachectischem Zustande, dass zunächst von der, wegen der Kachexie und der allseitig festen Verwachsungen des Eitersackes prognostisch höchst ungünstigen Exstirpation desselben Abstand genommen werden musste. Nach dreimaliger Punction und Ausspülung des Sackes mit 4% Borsäurelösung besserte sich im Verlaufe von vier Monaten der Zustand derartig, dass Patientin bei bestem Allgemeinbefinden schmerzfrei und wieder vollkommen arbeitsfähig ist. Zuerst schloss sich die Fistel nach dem Mastdarm, dann die nach der Vagina; der rechtsseitige, sehr verkleinerte Tumor fühlt sich nur noch wie eine derbe parametranne Schwielen

an. Die Menstruation, die monatelang ausgesetzt hatte, ist regelmässig und ohne Beschwerden wiedergekehrt. In diesem Zustande wird Patientin der Versammlung vorgestellt.

Herr Viertel (Breslau) spricht über **Cystoskopie** und die Einübung derselben an von ihm construirten Phantommen mit den Nitzsche'schen Instrumenten.

Herr Alexander (Berlin) zeigt **cystoskopische Photogramme**.

Mit dem Ausdruck des Dankes seitens Herrn Olshausen's an die Herren Zweifel und Schauta für ihre Referate und an den Vorsitzenden Herrn Fritsch für die umsichtige Leitung des Congresses wird derselbe geschlossen.

E. Fraenkel (Breslau).