

Verhandlungen der vierten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Bonn vom 21. bis 23. Mai 1891.

Berichtet

von

Dr. J. Donat, Leipzig.

1. Sitzung, den 21. Mai, Vormittags 9 Uhr.

Der Vorsitzende, Herr Geheimrath Gustav Veit, eröffnet die Versammlung mit einem Vortrage über Menstruation, Ovulation und Conception.

Nach diesen einleitenden Ausführungen gedenkt der Vorsitzende des herben Verlustes, welchen die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie mit dem Hinscheiden des Professors Karl v. Braun in Wien erlitten, und bittet die Anwesenden, sich zum ehrenden Gedenken des Verstorbenen von ihren Sitzen zu erheben. Dasselbe geschieht später zur Ehrung des in Berlin verstorbenen Mitgliedes Carsten, dessen Tod der Vorsitzende erst während der Versammlung erfahren hatte.

Hierauf wurde der geschäftliche Theil erledigt, zunächst die Deckung eines Fehlbetrages von 745 Mark, gelegentlich des internationalen Congresses in Berlin entstanden, genehmigt und als nächster Versammlungsort nach Einladung des Herrn Fritsch Breslau festgesetzt. Gewählt werden als Vorsitzender: Fritsch, in den Vorstand: G. Veit (Bonn), Chrobak (Wien), Dohrn (Königsberg); als Kassirer: Schatz (Rostock); als Schriftführer: Pfannenstiel (Breslau).

1) Dohrn (Königsberg), Referent: Der Betrieb der praktischen Geburtshülfe unter Privatverhältnissen.

Mit der Einführung der Antisepsis sind in der geburtshülflichen Praxis im Allgemeinen nicht die Erfolge erzielt worden, welche man erhoffte. In manchen Gebieten Deutschlands hat

zwar die Sterblichkeit der Wöchnerinnen abgenommen, in anderen ist sie unverändert geblieben. Die Besprechung der Wege, auf welchen es in Zukunft möglich sein wird, die puerperale Sterblichkeit zu verringern, würde zu weit führen, Redner will nur zwei Hauptfragen herausgreifen: 1) bis wohin ist die Sterblichkeit herabgesunken, und 2) inwieweit ist die Thätigkeit des Arztes daran betheiligt?

Zur Beantwortung der ersten Frage hat Dohrn die Berichte einzelner Länder und Städte, sowie die der deutschen Entbindungsanstalten zusammengestellt und die Zahlen der verschiedenen Jahrgänge zur besseren Uebersicht graphisch aufgezeichnet. (Die Curven werden herumgereicht.) Die graphischen Aufzeichnungen über die Sterblichkeit der Wöchnerinnen umfassen für Preussen den Zeitraum 1816—1880, für Berlin 1878—1887, Hamburg 1873—1879, Königreich Sachsen 1883—1889, Grossherzogthum Baden 1873—1887, die deutschen Entbindungsanstalten 1877—1885. Ausser Sachsen und Baden weisen die Tabellen eine allmälige Verminderung der Sterblichkeit nach; im Königreiche Sachsen ergiebt die Tabelle erst eine Steigerung, dann ein Sinken, zuletzt jedoch wieder eine Zunahme der Todesfälle; auch im Grossherzogthume Baden ist eine Besserung der Sterblichkeit trotz Einführung der Antisepsis nicht erreicht worden. Im Ganzen sind die Vortheile, welche man von der Einführung der Antisepsis erhoffte, nicht bedeutend.

Betreffs der zweiten obigen Frage, inwieweit die Thätigkeit der Aerzte an der Sterblichkeit im Wochenbette betheiligt ist, muss zunächst daran erinnert werden, dass 95 Proc. aller Geburten die Hebammen allein besorgen. Der Einfluss der Aerzte ist trotzdem ein recht erheblicher, denn es lässt sich nachweisen, dass die Zahl der operativen Entbindungen seit der Einführung der Antisepsis und im Vertrauen auf sie im Ganzen und Grossen zugenommen hat. Hegar's Statistik der Jahre 1870—1888 zeigt ein rasches Ansteigen der operativen Fälle. Verweisend auf diese Statistik und diejenige anderer Länder, z. B. Sachsens, führt Vortragender im Weiteren aus, dass durch unberechtigtes und vor-eiliges Operiren durch die Aerzte oft geschadet wird, dass die Antisepsis beim geburtshülflichen Operiren noch nicht so unbedingt zuverlässig und auch noch nicht so sehr Gemeingut der Aerzte geworden ist, dass die Vermehrung der geburtshülflichen Operationen in der Privatpraxis gerechtfertigt wäre. Die Zunahme

der Todesfälle nach operativen Geburten ist dafür der beste Beweis. In neuester Zeit ist man sogar noch weiter im Operiren gegangen, indem die Erfolge der Antisepsis in der Gynäkologie auf die Geburtshilfe übertragen wurden. Redner warnt entschieden davor, ebenso vor dem Entbinden ohne Hebammen, wie es viele Aerzte in ihrer Praxis eingeführt haben. Der Arzt hat bei Geburten, die sich in die Länge ziehen, nicht immer die nöthige Zeit, deren natürlichen Verlauf bis zu Ende abzuwarten und die Gefahr eines frühzeitigen operativen Eingriffes liegt dann sehr nahe. Zudem wird der Stand der Hebammen dadurch betroffen. Der Arzt soll guten Hebammen, die im Einzelfalle noch besondere Vorschriften von ihm erhalten können, die Geburt überlassen, er soll nicht mit Wartefrauen, zumal ungenügend vorgebildeten, entbinden. Zum Schlusse warnt Redner nochmals vor dem „zuviel-Operiren“ und erinnert an den Ausspruch Boër's, der seiner Zeit bestätigte, dass die Zahl der künstlichen Geburten abgenommen hatte „zu Gunsten der Frauen“.

Ahlfeld (Marburg), Correferent, beantwortet aus dem gestellten Thema die Frage, wodurch der Unterschied in Sterblichkeit und Erkrankungen zwischen Anstaltspraxis und privater herbeigeführt wird und wie dem abzuhelpen sei.

Zunächst ist der Begriff des Puerperalfiebers kein einheitlicher, er ist im Gegentheile in den letzten Jahren immer unbestimmter geworden. Redner verweist auf die jüngsten Verhandlungen der geburtshülflichen Gesellschaft in Berlin. Nach seiner Meinung bedeutet jede Steigerung der Temperatur im Wochenbette über 38° schon eine puerperale Erkrankung. Ohne darauf weiter einzugehen, stellt Ahlfeld fest, dass seit dem Bestreben, die grösste Reinlichkeit bei der Untersuchung und Entbindung der Frauen walten zu lassen, sich die Gesundheitsverhältnisse erheblich gebessert haben. Trotz der grössten Sauberkeit beim Entbinden kommen immer noch vereinzelte tödtliche Fälle und solche von schweren Wochenbettserkrankungen vor, die auf Selbstinfection zurückzuführen sind. Die Bakteriologie entscheidet hier noch nicht, die Statistik muss herangezogen werden, nicht nur die der Anstalten, sondern auch die aus der Privatpraxis. Redner legt nun der Versammlung eine Statistik über 2000 Geburtsfälle aus der Marburger Entbindungsanstalt vor, welche seit sieben Jahren einheitlich durchgeführt worden und zuverlässig ist.

Die Gesamtsterblichkeit betrug 0,7 Proc. (14 Fälle); davon

entfallen auf nicht puerperale Fälle 4, auf puerperale, nicht septische 3 (Eklampsie), auf puerperale, septische Erkrankungen 7 Todesfälle. Von diesen kamen 2 inficirt in die Anstalt, 2 erlagen dem Kaiserschnitte, 3 erkrankten während der jedesmal langdauernden Geburt, sind als „in der Anstalt inficirt“ bezeichnet. Es handelte sich um Einleitung der künstlichen Frühgeburt; die Frauen wurden weder von Schülerinnen, noch von Studenten untersucht, sondern nur vom Director und dem die Geburt leitenden Assistenten, welche dabei subjective Antisepsis wie bei Laparatomien streng durchführten.

Schwere und mittelschwere puerperale Erkrankungen kamen in 38 Fällen vor (1,90 Proc.), davon waren 29 Erstgebärende, von den Erkrankungen überwiegen die Parametritis und die Endometritis in je 16 Fällen. In 15 der 38 Fälle wurde von Studenten nicht untersucht, in 11 Fällen wurde operirt, davon 4 Mal in der Nachgeburtszeit. Einige Parametritiden schlossen sich an tiefe Cervixrisse an, 5 der Erkrankten hatten Gonorrhoe.

Die Schlüsse, welche Ahlfeld aus dieser Statistik zieht, fasst er in folgender Weise zusammen:

Auf Grund vorstehender Statistik, auf Grund früherer Beobachtungen und experimenteller Arbeiten möchte ich folgende Sätze aufstellen:

- I. Unser Material bietet den Beweis, dass bei der in unserer Anstalt gebräuchlichen Prophylaxe Infectionen mit Finger und Instrumenten ausgeführt zu den Seltenheiten gehören, dass die Infection von aussen während des Geburtsactes für unsere Anstalt nicht die Bedeutung hat, die man ihr, selbst für Anstalten, allseitig beilegt, dass vielmehr abnorme Vorgänge bei der Geburt es sind, welche eine Disposition zur Aufnahme des deletären Giftes herbeiführen.
- II. Die leicht zu desinficirenden äusseren Partien des Genitalschlauches, trotzdem sie den ersten Ansturm bei einer Untersuchung auszuhalten, trotzdem sie am häufigsten Geburtsverletzungen zu erleiden haben, wurden am seltensten inficirt, während die der Desinfection schwer oder unzugänglichen Stellen des Genittractus bei erfolgter Verletzung am leichtesten inficirt wurden.
- III. Obwohl ohne Zweifel in der Praxis ausserhalb der Gebäranstalten die meisten Todesfälle und schweren Erkan-

kungen auf eine nicht genügend ausgeführte Desinfection zurückzuführen sind, so ist es doch nicht richtig, das Heil ausschliesslich in der geburtshülflichen Antisepsis zu suchen, sondern die guten Erfolge in den Entbindungsanstalten sind auch zum Theile die Folgen einer umsichtigeren, naturgemässeren Leitung der Geburt und des Wochenbettes.

Ferner unterbreitet Ahlfeld den Aerzten folgende Vorschläge, um auch in der Geburtshilfe unter Privatverhältnissen, unter Benutzung der Erfahrungen der Entbindungsanstalten, gesundheitliche Erfolge zu erzielen, die letzteren nahe kommen:

A. Allgemeine hygienische Maassnahmen:

- 1) Belehrung des Publikums durch Schrift und Wort, Besserung der allgemeinen Körperpflege.
- 2) Gründung von Unterkunftshäusern für Industriebezirke und Landgemeinden.
- 3) Gründung von Frauenvereinen für das platte Land.
- 4) Bessere praktische Ausbildung der angehenden Aerzte.
- 5) Besserung des Hebammenwesens.

B. Specielle hygienische Maassnahmen:

- 1) Einführung einer einfachen, nicht complicirten Desinfectionsmethode, auch in der Armenpraxis brauchbar.
- 2) Seltene innere Untersuchungen.
- 3) Obligatorische Anwendung des Thermometers bei langdauernden Geburten.
- 4) Einfache Vorschriften für die Reinigung der Wöchnerinnen und Verpflichtung für Hebammen, zweimal täglich den Thermometer einzulegen und dessen Ergebnisse aufzuzeichnen.

C. Die Ansteckungsfähigkeit (Disposition) vermindernde Maassregeln:

Unter den wichtigsten hierher gehörigen Punkten nenne ich:

- 1) Naturgemässe Leitung der Nachgeburtsperiode, i. e. abwartende Methode.
- 2) Bekämpfung der Atonia uteri durch äussere Mittel.
- 3) Schliessung aller Wunden der äusseren Genitalien durch die Naht.
- 4) Einschränkung der Operationsfrequenz.
- 5) Bei zweifellos abgestorbenen Kindern sind schwere Zangen und Wendungen, eingreifende geburtshülfliche Operatio-

nen überhaupt zu unterlassen; statt dessen Perforation und Embryotomie.

- 6) Die Zange muss als ein gefährliches Instrument angesehen werden. Statt dessen Geburtsstuhl, Ritgen's oder ein ähnlicher Handgriff.
- 7) Tamponade bei Placenta praevia zu vermeiden; statt dessen combinirte Wendung (Braxton-Hicks).
- 8) Im Wochenbette Unterstützung der Zusammenziehung des Uterus.
- 9) Einschreiten beim Beginn einer Erkrankung hat Aussicht auf Erfolg.

An diese Schlüsse und Vorschläge anknüpfend, erläutert Redner noch im einzelnen deren Berechtigung durch eine Reihe von mitgetheilten Beispielen, hebt besonders die Wichtigkeit der richtigen Leitung einer Geburt hervor und betont zum Schlusse, dass die Disposition zur Infection bei Schwangeren und Gebärenden bisher noch nicht genügend gewürdigt und festgestellt worden ist. Schwangere und Gebärende sind überhaupt leichter zu inficiren, sonst kämen doch bei den Hunderttausenden von Untersuchungen nichtschwangerer Frauen viel mehr Erkrankungsfälle vor, zumal bei diesen die Antisepsis bei der Untersuchung meist viel zu wünschen übrig lasse.

2) Döderlein (Leipzig): Ueber Scheidenabsonderungen und Scheidenkeime.

Redner knüpft an das eben Gehörte an und hofft, dass, wenn auch die Bakteriologie über die Genese des Puerperalfiebers bisher noch nicht entschieden hätte, dies doch der Zukunft vorbehalten bleibe. Er habe bereits auf dem vorjährigen internationalen Congress in Berlin über seine Untersuchungen über die in der Absonderung der Scheide vorkommenden Spaltpilze vorgetragen, habe die Untersuchungen fortgesetzt und beendet und sei heute in der Lage, die endgültigen Ergebnisse derselben der Versammlung mitzutheilen. Er wollte nachweisen, ob die das Puerperalfieber erzeugenden Keime stets bei der Geburt oder im Wochenbette von aussen in die Geschlechtstheile eingeführt werden, oder ob dieselben schon vorher in denselben anwesend sind; das entscheidet, ob die inneren Genitalien Kreissender desinficirt werden müssen oder nicht. Zunächst hält Döderlein an der Theilung der Scheidenabsonderung in eine gesunde und krankhafte fest, entgegen Steffek; er untersuchte 156 Schwangere und fand in 88 Fällen gesunde, in 68 Fällen krankhafte Absonderung. Beide

lassen sich scharf trennen, die vaginale von bekannter Reaction, die pathologische mit der nie fehlenden Anwesenheit anderer Krankheitszeichen (Vaginitis granulosa, Condylome, Erosionen). Die gesunde Absonderung ist stark sauer, die Säurequelle liegt in den Bacillen, welche vorwiegend in derselben enthalten sind; dieselben wachsen nur bei 37° C., am besten auf Agar-Agar und Blutserum; die Strichculturen, von denen Döderlein Photogramme vorzeigt, sind sehr feine. Ausser diesen Bacillen wurde ein Hefepilz gefunden, den Döderlein als Soorpilz ansieht. Pathogene Coccen wurden nie nachgewiesen, dieselben finden auch nach den diesbezüglichen Versuchen keine Lebensbedingungen in der gesunden Absonderung.

In der krankhaften, eitrigen Absonderung konnte Vortragender in 47 Fällen 6 Mal den *Streptococcus pyogenes* züchten, der sich bei Thieren virulent erwies. Daneben ist dieselbe meist schwach sauer, in ausgesprochenen Fällen neutral oder alkalisch, enthält zahlreiche Eiterkörperchen und viele Mikroorganismen, besonders Coccen. In solcher Absonderung liegt eine der Infektionsquellen des Puerperalfiebers, hier kann durch häufiges, unvorsichtiges Untersuchen ein Verschleppen der Keime in die Gebärmutter stattfinden. Solche Frauen müssen daher innerlich desinficirt werden; am besten wird man versuchen, schon in der Schwangerschaft die Keime unschädlich zu machen.

Von 51 Wöchnerinnen, bei denen Döderlein in der Schwangerschaft eitrige Absonderung in der Scheide gefunden hatte, zeigten 20 Temperatursteigerungen im Wochenbette, 6 erkrankten auf längere Zeit, eine davon starb an Puerperalfieber. Diese 6 Frauen waren alle während der Geburt innerlich untersucht worden.

Von 70 Frauen aus derselben Beobachtungszeit, welche gesunde Scheidenabsonderung in der Schwangerschaft gezeigt hatten, erkrankte, obwohl auch sie untersucht waren, keine; 26 zeigten vorübergehende Temperatursteigerung, gestörtes Wochenbett ohne nachweisbaren Krankheitsherd.

Es erkrankten also auf Grund der bisherigen Beobachtungen von den Kreissenden nur solche, welche eitrige Scheidenabsonderung haben und innerlich untersucht sind, jedoch können bei diesen leichtere Erkrankungen auch dann auftreten, wenn eine innere Berührung derselben während der Geburt oder im Wochenbette nicht stattgefunden hat. Für die Praxis ergibt sich hiernach die Gefährdung der Gebärenden durch die innere Unter-

suchung. Redner weist zum Schlusse noch darauf hin, dass man danach streben müsste, die regelmässige saure Reaction der Scheidenabsonderung der Schwangeren künstlich herzustellen, um damit eine weitere Besserung der Erkrankungen im Wochenbette zu ermöglichen.

Besprechung. Fritsch (Breslau) bemerkt zu der ersten der Schlussfolgerungen Ahlfeld's, dass die Möglichkeiten der Infection sehr zahlreich sind; man kann andere Quellen, als Finger und Instrumente nicht ausschliessen. Schluss III kann er voll und ganz bestätigen, die Desinfection muss immer vollkommener gemacht werden. Endlich ist nicht genug Werth zu legen auf die von Ahlfeld betonte sorgfältige Leitung der Nachgeburtsperiode.

Hegar (Freiburg) spricht „pro domo“, für sein Heimathland Baden. Dasselbe weist allerdings eine grössere Sterblichkeit im Wochenbette auf, als Preussen, aber in Baden ist die Statistik eine bessere. Dieselbe besorgt in Preussen der Standesbeamte, der nicht danach fragt, ob der Todesfall auch im Wochenbette eingetreten ist. Ausserdem ist in Preussen die Dauer des Wochenbettes nicht bestimmt. Ob dasselbe neun Tage oder drei Wochen dauert, ist doch ein Unterschied. In Baden besorgt die Statistik der Bezirksarzt nach dem Todtenscheine und jeder Todesfall wird in Beziehung zum Wochenbette controlirt. Deshalb ist Badens Statistik in Bezug auf die vorliegende Frage sicherer. Seit 40 bis 50 Jahren haben dort die Todesfälle nicht abgenommen, in Preussen ist die Abnahme seit 1874 eingetreten, vorher, kurz nach dem Kriege, war eine Zunahme nachzuweisen, ganz so wie nach dem Befreiungskriege in den Jahren 1816 und 1817. Die Antisepsis hat bis 1874 nicht viel genutzt, dann plötzlich trat rasche Abnahme der Sterblichkeit in Preussen ein, weil seitdem die Erhebung eine andere wurde. Bis dahin lag dieselbe in den Händen der Geistlichen, die einen besseren und leichteren Einblick in die Verhältnisse ihres Bezirkes, ihrer Gemeinde hatten, da war die Statistik eine gründlichere, als nachher in den Händen der Standesbeamten. In Berlin ist die Sterblichkeit eine geringere als im übrigen Lande; die Gründe sind dieselben, die Controlle ist ungenügend.

Schatz (Rostock) berichtet, dass die Statistik in Mecklenburg eine möglichst gute ist, jeder Fall von Kindbettfieber wird gemeldet, um Epidemien zu verhüten. Die Hebammen in Mecklenburg sind nicht besser und nicht schlechter als früher. Er be-

urtheilt dieselben nach ihren Erfolgen. 1 Fall auf 1000 Geburten ist inficirt. Auch er warnt vor vielem und unnöthigem Eingreifen bei der Geburt.

Leopold (Dresden) nennt Sachsens Statistik ebenfalls eine gute; es werden für das Wochenbett sechs Wochen gerechnet, dadurch werden viele Fälle als puerperale erkannt, deshalb ist die Sterblichkeit gestiegen. Durch die sehr streng genommene Meldepflicht der Hebammen ist eine gute Controle derselben möglich. Er vertheidigt im weiteren den Werth der äusseren Untersuchung, beschränkt die innere auf die pathologischen Geburten mit operativen Eingriffen. Auch in der Privatpraxis soll von Hebammen und Aerzten das Hauptgewicht auf die äussere Untersuchung gelegt werden. Eine innere Desinfection hält er nicht für nöthig, die Hebamme darf in der Privatpraxis die Scheide nicht ausspülen.

Fehling (Basel) giebt Ahlfeld Recht in seinen Bestrebungen, die Ausbildung und die Controle der Hebammen betreffend. Die Statistik von 16 Jahren aus der Baseler Klinik ergibt eine Abnahme der Sterblichkeit. Die obligatorische Anzeigepflicht darf sich nicht blos auf die Todesfälle im Wochenbette erstrecken, sondern auch auf die Erkrankungen in demselben. Das Land muss dazu in kleinere Kreise getheilt werden, die Aerzte müssen gewonnen werden, in ihrem Bezirke mitzuwirken an der besseren und gründlicheren Durchführung der Statistik. Betreffs der inneren Untersuchung giebt er zu, dass dieselbe in der Praxis möglichst zu beschränken sei; in Kliniken, in Lehranstalten dagegen ist sie nicht zu entbehren; mindestens zwei Mal muss dort bei jeder Geburt innerlich untersucht werden, woher sollten sonst die Studirenden und Schülerinnen sich ein Bild von dem Geburtsvorgange machen lernen? Die Zange hält er nicht für ein so gefährliches Instrument, besonders nicht die „typische“, bei der „atypischen“ ist es etwas Anderes, doch ist letztere in Kliniken exercitii causa zu gestatten, dann lernt der Student eher, in welchen Fällen er dieselbe in der Praxis nicht anlegen soll.

Dührssen (Berlin): Die Erfolge der antiseptischen Geburtsleitung sind in der Klinik und Poliklinik besser als in den Privatverhältnissen, aber in letzteren wird es möglich sein, bei strenger Handhabung der Antisepsis und besserer Ausbildung der Aerzte gleich günstige Erfolge zu erzielen. Obwohl er selbst gegen eine Vielgeschäftigkeit in der Geburtshülfe ist, muss er

doch sagen, dass in vereinzelt Fällen noch zu wenig und zu selten operativ eingegriffen wird. Ohne weiter auf dieselben, welche ja aus seinen früheren Aussagen genügend bekannt sind, einzugehen, bemerkt er nur noch die Fälle von Tamponade der Gebärmutter bei Atonie und schweren Blutungen. Er giebt zu, dass dieselbe vielleicht nicht in allen Fällen bestimmt angezeigt war und andere Mittel bei anderen Operateuren vielleicht auch zum Ziele geführt hätten, trotzdem ständen die günstigen Erfolge der Tamponade fest.

Meinert (Dresden) macht auf Missstände in der Praxis aufmerksam, die sich darauf beziehen, dass manche Hebammen oft und gern zu gewissen Geburtshelfern schicken, von denen sie wissen, dass dieselben viel und frühzeitig operiren. Daraus erfolgt nicht selten ein Schaden für die Gebärenden. Zu den Ausführungen Ahlfeld's bemerkt er noch, dass ein Theil der schweren Erkrankungen im Kindbette auf Zerreißung von alten Eiterherden in den Anhängen der Gebärmutter bei der Geburt zurückzuführen sind.

Martin (Berlin): Dass Entbindungen von Aerzten allein mit Unterstützung eines geschulten Wartepersonales geleitet werden, ist sein Ideal. Seine eigenen Erfahrungen und die bekannten der englischen Collegen bestätigen voll den Nutzen dieser Einrichtung. Er ist deswegen nicht der Ansicht Dohrn's, er entbindet allein mit Wartefrau, untersucht möglichst wenig und hat bisher eine operative Beendigung der Geburt sehr selten nöthig gehabt. Allerdings giebt er zu, dass die Zahl solcher Entbindungen eine geringe ist, er will aber hiermit fragen, worauf Dohrn seine Behauptungen stützt. Gegen Hegar bemerkt er, dass dessen Zweifel an der genauen Statistik, speciell betreffend Berlin, nicht bewiesen sind. Das Material, welches den Standesbeamten zur statistischen Bearbeitung vorliegt, sind die von Aerzten ausgestellten Todtenscheine. Die Schlüsse, welche aus dem Referate gezogen werden können, sind mancherlei, sie betreffen auch die bessere Ausbildung des Hilfspersonales. Betreffs der Studierenden muss für ein grösseres Arbeitsfeld gesorgt werden, sie müssen mehr als bisher Gelegenheit erhalten, die praktische Geburtshülfe eingehender zu lernen. Das können sie in Kliniken allein nicht, die Polikliniken ermöglichen es viel eher, dass der Studirende und angehende Arzt eine genügende Erfahrung und Sicherheit im Operiren erlernt.

P. Müller (Bern) stellt den Erfolgen der Baseler Klinik, betreffend die abnehmende Sterblichkeit im Wochenbette, die statistischen Erhebungen aus den Landkreisen der Schweiz gegenüber; hier ist die Sterblichkeit seit 1874 eine gleiche geblieben, mit der Einführung der Antisepsis in die Geburtshülfe ist es also nicht besser geworden. Zudem laufen bei der Statistik früher und jetzt noch viele falsche Angaben mit unter. Schreckte früher die Sepsis, so jetzt die Antisepsis; unterblieb früher die Meldung eines inficirten Falles der Infection wegen, so unterbleibt sie jetzt nicht selten aus Furcht vor dem Vorwurfe mangelhafter Desinfection. Die Ausführungen Leopold's sind auf die Privatpraxis nach seiner Meinung nicht zu übertragen.

Frommel (Erlangen) hat früher die prophylaktische Desinfection der Gebärenden in seiner Klinik streng durchgeführt und gute Erfolge aufzuweisen, jetzt desinficirt er die Kreissenden nur äusserlich und lässt, trotzdem viel untersucht wird, die Scheidenausspülungen weg. Die Erfolge sind die gleichen geblieben.

J. Veit (Berlin) empfiehlt, in der Geburtshülfe nur das zu thun, was unbedingt nothwendig ist, innerliche Untersuchungen sind nur bei pathologischen Geburten nöthig. In Kliniken sollte im Anfange des Unterrichtes der Studirenden nur die innere Untersuchung geübt werden, und sobald dieselben genügend vertraut sind mit den Veränderungen des innerlichen Befundes, muss mit voller Sorgfalt die äussere Untersuchung erlernt werden, sie genügt dann für normale Geburten vollständig. Die Verbesserung der Sterblichkeit in Anstalten ist ganz sicher bewiesen.

L. Landau (Berlin) stimmt mit Dohrn betreffs der Entbindung mit Wartefrauen vollkommen überein, der Stand der Hebammen wird dadurch zu sehr gefährdet und schliesslich vollständig zu Grunde gerichtet.

Dohrn (Schlusswort) vertheidigt gegen Martin seine Ansicht über die Entbindung durch Aerzte, da zunächst dieselben nicht die genügende Zeit haben, den natürlichen Verlauf der Geburt abzuwarten und, um nicht Zeit zu verlieren, oft vorzeitig operiren; viele haben dabei schlechte Erfolge, wie er bestimmt weiss. Betreffs der Statistik erkennt er Hegar's Einwurf wohl an, hält dem aber entgegen, dass seit 1874 die Einzelvorschriften der Hebammen und die Beaufsichtigung derselben besser und schärfer geworden sind.

Ahlfeld (Schlusswort) will noch bemerken, dass das Puerperalfieber, wie er aus eigenen Nachforschungen feststellen kann, sehr selten in Epidemien übergeht. Wenn man die Todesfälle aus der Praxis einer Hebamme durchsieht, so kann meist nachgewiesen werden, dass zwischen den einzelnen Todesfällen oft eine lange Zeit liegt, in welcher keine Erkrankung vorkam. Die Meldung betreffend muss er sagen, dass dieselbe auf dem Lande unmöglich schnell besorgt werden kann.

3) Kehrer (Heidelberg): Nachbehandlung der Laparatomie.

Jede Operation macht eine Reihe von Entwicklungszuständen durch, die Methoden derselben werden verbessert und mehr und mehr vereinfacht. So hat auch die Laparatomie ihre einzelnen Entwicklungsabschnitte, und noch gegenwärtig wird weiter versucht, die Gefahren während und nach der Operation abzuhalten und zu beseitigen. Die Sterblichkeit ist ganz wesentlich beschränkt worden; Todesfälle, welche der Operation an sich zur Last fallen, sind selten. Redner erinnert an die infolge von Herzlähmung eintretenden Todesfälle nach Myomoperationen, an die Fälle, in denen Geschwulstinhalt in die Bauchhöhle floss, welcher nicht vollständig zu entfernen war, an den Chloroformtod und die Aspirationspneumonie. In der Vereinfachung der Laparatomie ist ausserordentlich viel geleistet worden, ebenso in der Beseitigung der Rückstände derselben. Redner bespricht dann weiter die Frage, wie man verhüten könnte, dass Eiter, Blut, Inhalt, bezw. Theile von Geschwülsten, von Krebs, Sarkom, von Darminhalt u. s. w. während der Operation in die Bauchhöhle geräth, bezw. wie diese Theile wieder vernichtet werden. Gewöhnlich nimmt man Schwämme, Gaze u. a., um dieselben wieder zu entfernen, ab- und auszutupfen. Ihm ist ein Fall erinnerlich, wo bei einer Ovariectomie wegen Sarcoma ovarii Geschwulsttheile in die Bauchhöhle gelangten und wieder entfernt wurden. Die Heilung erfolgte, aber schon nach wenigen Wochen zeigten sich hämorrhagische Sarkomknoten in der Bauchnarbe. Das Bauchfell war in diesem Falle gesund gewesen. Hier handelte es sich also um eine Infection der Bauchwunde während der Operation. Für alle solche Fälle, wo man einen Uebertritt des Geschwulst Inhaltes bezw. dessen Gefährlichkeit für das Bauchfell fürchtet, empfiehlt Kehrer, um den Stiel der Geschwulst in Form einer Manschette einen wasserdichten Stoff zu legen und den so gebildeten Trichter

mit Compressen auszufüllen. Dadurch geräth der etwaige Inhalt der Geschwulst zunächst in den Trichter und kann mit diesem nach Abbindung und Durchschneidung des Stieles nach aussen.

Weitere Nachtheile der Laparatomie sind die nach derselben auftretenden Verwachsungen. Nach Thomson's Untersuchungen sollen möglichst keine Antiseptica in der Bauchhöhle zurückgelassen werden, auch ist der Stumpf nicht zu streng antiseptisch zu behandeln. Die Frage, wie man frühzeitig die Bildung von Verwachsungen verhindert, könnte damit beantwortet werden, dass man frühzeitig die Darmthätigkeit anregt, sich bewegende Darmschlingen bieten weniger Gelegenheit zu Verklebungen. Theoretisch ist das richtig und könnte man davon einen Nutzen erwarten; es fragt sich nur, wie sich der Darm bald nach der Laparatomie verhält. Nach derselben besteht Atonie der Därme, aber nach Versuchen, die Redner in seiner Klinik angestellt hat, fand er, dass schon am ersten, mehr noch am zweiten Tage nach der Operation, nach Einnahme von Ricinusöl oder einem Infusum Sennae zwei oder mehrere Male Stuhl erfolgte; es lässt sich also frühzeitige Peristaltik erzielen. Endlich handelt es sich bei Laparatomie noch um Herstellung einer festen Bauchnarbe, die nur schwer dehnbar ist und deshalb das Entstehen von Bauchbrüchen verhindert. Er empfiehlt bei starker Verbreiterung der Linea alba, Theile derselben zu reseciren und die Wundränder bei enger Naht breit zu fassen. Dadurch entsteht eine feste Narbe.

4) Fritsch (Breslau): Behandlung der Exsudate.

Vortragender geht in seinen Ausführungen auf die operative Behandlung der acuten, im Wochenbette auftretenden Fälle von Parametritis ein und hält einen operativen Eingriff für gerechtfertigt trotz der im ganzen günstigen Vorhersage der Erkrankung. Er erinnert an das lange Kranksein, an die dabei nicht selten auftretenden Durchbrüche des Eiters in die Blase und den Darm, an die Ueberreste der Erkrankung, die endlich entstehenden parametritischen Narben. Das Bestreben, hier die Krankheitsdauer abzukürzen, ohne dadurch der Frau zu schaden, die Folgen der Erkrankung, Schwielen, Narben, Verwachsungen, Verlagerungen zu verringern bzw. zu verhüten, ist gerechtfertigt.

Die Furcht, bei der Eröffnung der Exsudate von der Scheide aus zu tief zu schneiden, im Dunkeln zu operiren, ist gewiss nicht gerechtfertigt. Redner entwirft in Kürze das klinische Bild der Parametritis und verlangt eine genaue Beobachtung der Bil-

dung des paracervicalen Eiterherdes. Die Diagnose ist dann leicht zu stellen, am Ende der zweiten und in der dritten Woche ist der Tumor gut zu fühlen und sein Inhalt im Nothfalle durch den Probecinstich zu bestimmen. Durch ihn allein wird der Fall jedoch nicht geheilt, man muss den Eiterherd breit eröffnen. Die Kranke wird in Steissrückenlage gebracht, mittels Simon'scher Spiegel das Operationsfeld frei gelegt und der paravaginale Raum eröffnet. Ein Herabziehen des Scheidentheiles, etwa zur Erleichterung der Operation, wäre dabei ein Fehler, da sonst das Exsudat, welches oberhalb der Fascie des Levator ani liegt, schwerer erreichbar wird. Zur Vorsicht kann man auch erst den Einstich machen und dann, an der Canüle entlang gehend, einschneiden und bis zu Fingerweite eröffnen. Der Urether kann dabei kaum verletzt werden, der liegt seitlich und vorn, die Arteria uterina liegt höher und wird zudem durch das Exsudat nach oben gedrängt. Dann wird die Höhle mittels eines doppelläufigen Katheters unter geringem Wasserdrucke ausgespült, der Rand des Exsudates an die Scheidenwand angenäht und die Fäden lang gelassen zur Leitung des Spülrohres bei der Nachbehandlung. Dieselbe besteht in häufigen Ausspülungen, nicht in Gazetampnade, auch nicht in Drainage. Fritsch fand in solchem Eiter immer Streptococcen.

2. Sitzung, Nachmittags 2 bis 4 Uhr.

5) Hofmeier (Würzburg), Referent: Die Diagnose des Carcinoma corporis uteri.

Auf Grund früherer Untersuchungen und derjenigen von fünf neuen Fällen neben einer Reihe ihm zur Verfügung gestellter Präparate will Redner seine Ansichten über das Corpuscarcinom darlegen. Er giebt zunächst eine Erklärung des Begriffes Carcinom im Anschlusse an die Lehren von Waldeyer, Ziegler und Anderen und wünscht eine Trennung des Carcinoms vom malignen Adenom, indem er ersteres als atypische epitheliale Neubildung anerkennt. Nach den Untersuchungen von Ruge-Veit geht der Krebs des Gebärmutterkörpers von den Drüsen aus, nicht selten ist es aber auch das Oberflächenepithel, von dem die Wucherungen ausgehen. Redner beschreibt hier einige Präparate, welche dieses Vorkommen bestätigen, und giebt die Unterschiede der Entwicklung an. Die Schleimhaut zeigt hochgradige Veränderungen, während darunter die Drüsen gesunde Beschaffenheit haben. Da-

bei kommen Wucherungen in die Tiefe, in das interacinöse Bindegewebe vor. Der eigentliche Drüsenkrebs entsteht meist aus einem Adenoma, ob immer, ist wahrscheinlich, lässt sich aber noch nicht sicher nachweisen. Es kommt also zunächst zu einer bedeutenden Vermehrung der Drüsen, dann zu weiteren epithelialen Wucherungen, die, allmählig vordringend, die Gebärmutter zerstören. Die Drüsen dringen direct in die Uterussubstanz ein und durch die in der Umgebung des krankhaften Vorganges entstehende kleinzellige Infiltration zerfällt die Muskulatur leichter. Der Vorgang geht also von der Oberfläche der Drüsen aus, beschränkt sich lange auf diese und dringt dann erst in die Tiefe. Die Diagnose erst nach festgestellter Durchwucherung der Muscularis zu stellen, ist also unerfüllbar, die Untersuchung der Schleimhaut genügt dazu.

Hierauf geht Redner zur Besprechung der klinischen Erscheinungen über, unter denen das Carcinoma corporis auftritt. In erster Linie werden die Nulliparen betroffen und diejenigen, welche wenige Geburten durchgemacht haben, häufiger werden Frauen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre davon befallen. Redner glaubt, dass hier der Krebs schon lange besteht, bevor er erkannt wird, dass mancherlei Krankheitserscheinungen bestehen, welche darauf hinweisen. Zuerst treten Blutungen auf, jauchiger Ausfluss viel später; charakteristisch sind die schon von Simpson angegebenen Schmerzanfälle. Dies sind Uteruskoliken, die mit Vorliebe bei enger Cervix auftreten. Ihr Fehlen beweist nichts. Der Untersuchungsbefund bietet nichts Besonderes, die von Schroeder bezeichneten Buckeln in der Gebärmutter sind nicht sicher zu verwerthen. Das Innere der Gebärmutter liefert schon bessere Hilfsmittel zur Diagnose. Neben dem oft leichten Eindringen der Sonde ist die mikroskopische Untersuchung ausgeschabter Schleimhautstückchen ausschlaggebend für die Diagnose. Die anatomische Diagnose ist der einzig sichere Weg, hier die Entscheidung zu treffen, sie ist unbedingt nothwendig. Hofmeier geht hier auf die vielbesprochenen Einwände gegen dieses Untersuchungsverfahren ein, besonders darauf, dass verlangt wird, Schleimhaut und Muskulatur zusammen zu untersuchen. Die Diagnose lässt sich aus Schleimhautstücken allein sicher stellen. Bei Endometritis kommen, zumal bei dicken Schnitten, Stellen vor, die schwer zu deuten sind, dabei ist aber das ganze Drüsenepithel gleichmässig unter Wahrung des Cylinderzellencharakters verändert; bei Krebs ist die Veränderung ungleichmässig und der Charakter der

Zellen verändert. Zuletzt erklärt Hofmeier das Adenoma malignum nach Ruge-Veit-Wyder. Die Annahme der Bösartigkeit des Adenoms ist berechtigt; es ist möglich, die Diagnose zu stellen auch ohne Zusammenhang der Schleimhaut mit der Muskulatur. Mit glandulärer Endometritis ist eine Verwechselung möglich, hier ist nicht genug Werth auf Durchsicht der Präparate bei schwacher Vergrößerung zu legen. Die Drüsenhöhlungen sind weit, die Drüsen liegen nie eng aneinander, sie geben ein ganz anderes Bild als das Adenoma malignum. Zum Schlusse stellt Redner die wichtigsten Punkte betreffs der Diagnose des Körperkrebses in Form einiger Thesen zusammen.

Leopold, Correferent: Vortragender geht in seinen Darlegungen ebenfalls von der mikroskopischen Diagnose des Krebses aus. Er hat 78 vollständig herausgenommene Gebärmütter der Untersuchung unterziehen lassen, in 44 Fällen sass die Neubildung unterhalb, in 27 oberhalb des inneren Muttermundes. Vergleichsweise wurden noch 7 wegen anderer Krankheiten ausgeschnittene Uteri zur Untersuchung herangezogen. Von jedem Präparate wurden drei Würfel (Schleimhaut und ungefähr 3 mm dicke Schicht Muscularis) entnommen, aus der Portio vaginalis, aus der Gegend des inneren Muttermundes und aus dem Körper. Redner beantwortet im Weiteren, gestützt auf das vorliegende Material, die Frage, wie der Krebs unterhalb des inneren Muttermundes entsteht, von wo das Carcinoma der Portio und das der Cervix ausgeht und ob eine Trennung dieser Krebsarten berechtigt und möglich ist, bespricht ferner die Veränderungen der Körperschleimhaut beim Krebse der unteren Abschnitte der Gebärmutter und endlich die Entstehung des Carcinoma corporis uteri. Unter Vorlegung von Abbildungen einschlägiger Präparate weist er den Zusammenhang des Gebärmutterkrebses mit dem Epithel der Schleimhaut nach, bestätigt die Lehre von Waldeyer-Thiersch u. A., dass der Krebs eine atypische epitheliale Neubildung ist, und versucht nachzuweisen, dass eine Trennung des Krebses der Portio und des Collum unzweckmässig, ja unmöglich ist. Der Krebs geht meist vom Epithel der Portio, selten von dem der Schleimhaut der Cervix aus. Bei vielen Krebsen der Cervix kann man den Zusammenhang mit dem Plattenepithel des Scheidentheiles nachweisen. Betreffs des Verhaltens der Körperschleimhaut bei Krebs des Scheidentheiles ist nachzuweisen, dass dieselbe chronisch entzündet ist. Sarcoma wurde nicht nach-

gewiesen, in zwei Fällen handelte es sich vielleicht um beginnendes Carcinoma.

Betreffs des eigentlichen Krebses des Gebärmutterkörpers unterscheidet Leopold drei Gruppen: a) Sprossenbildung der Drüsen, Gefässneubildung und Epithelwucherung (Epithelquasten) und — entgegen Hofmeier — Eindringen der Sprossen in die Muscularis mit Auflösung derselben; b) der Krebs dringt in die Tiefe, die Oberfläche zerfällt theilweise; c) der Krebs schreitet bis zur Serosa vor. Fragt man nun, was die Epithelzelle zur Wucherung treibt, so liegt die Ursache derselben vielleicht in einer Erkrankung dieser selbst oder ihres Protoplasma. Hier ist der Anknüpfungspunkt zu weiteren Forschungen. Die Blutungen im Klimakterium sind vielleicht hierauf zurückzuführen oder auf Atheromatose der Gefässe und Brüchigkeit derselben.

Die Bezeichnung „Adenoma malignum“ ist unzweckmässig, das Adenoma ist eine gutartige Drüsenneubildung, wird aber letztere atypisch, verdrängt sie das Nachbargewebe, so handelt es sich um Carcinoma und bezeichnet man dasselbe am besten mit Carcinoma epitheliale papillare corporis uteri. Damit fällt das Adenoma malignum.

Betreffs der Symptome ist Leopold mit dem Referenten gleicher Meinung, was Alter der Betroffenen, Blutungen, Schmerzen angeht. Einen grossen Werth legt er auf die Ergebnisse der Untersuchung mittels der Sonde. Das meiste Gewicht ist aber auf mikroskopische Untersuchung ausgeschabter Stückchen zu legen, wobei der Nachweis von Sprossenbildung in den Drüsen, Gefässneubildung, Zerstörung der Muskelfasern maassgebend ist.

Zum Schlusse fasst Vortragender die Ergebnisse seiner Forschungen ebenfalls in kurzen Sätzen zusammen.

In der nun folgenden Besprechung ergreift zunächst Th. Landau (Berlin) das Wort: Es ist ein Unterschied, ob man es mit einem ausgeschnittenen Präparate zu thun hat, oder mit Stückchen, welche, durch Auskratzung gewonnen, zum Zwecke der Diagnose einer malignen Erkrankung des Uteruskörpers zur Untersuchung vorliegen. Hofmeier hat nur Thatsachen vorgebracht, die für das ausgeschnittene Präparat Bedeutung haben.

Soweit es sich um die ausgesprochenen Veränderungen des fertigen Krebses handelt, ist über die Deutung der pathologischen Producte, selbst für die Stückchendiagnose, eine Discussion nicht nöthig, weil diese Fragen längst erledigt sind. Die weiteren

Folgerungen des Herrn Hofmeier aber, die er aus dem ausgeschnittenen Präparate für die Verwendung der Stückchendiagnose zieht, diese muss ich auch heute noch bestreiten, und das sind im Wesentlichen die Punkte, welche die Fragen der Entstehung des Krebses, den sogenannten beginnenden Krebs betreffen. Alle für den „beginnenden“ Krebs angegebenen Structurbilder halten einer eingehenden Kritik schon darum nicht Stand, weil sie nicht einmal Begleiterscheinungen aller Krebse sind, und ganz besonders, weil sie auch bei den gutartigsten Vorgängen angetroffen werden können. Gewiss kommen im Carcinoma häufig genug Bilder vor, in denen man Drüsen sieht, deren Innenfläche gewuchertes Epithel bedeckt, gewiss kann man namentlich bei dickeren, oder gar die Drüsen tangential treffenden Schnitten Polymorphie der einzelnen Epithelien wahrnehmen. Aber all diese Veränderungen in den Drüsen, soweit sie nicht Kunsterzeugnisse sind, finden sich gelegentlich in der Schleimhaut, bei Myom, namentlich aber bei den gutartigen Corpuspolypen. Kommen aber selbst derartige Vorgänge um und in dem Bezirke eines Krebses vor, so fehlt bis jetzt noch jeder Beweis, dass diese Structurbilder an den Drüsen Vorstufen der Krebse sind, und darum darf man nicht, wie dies noch heute Hofmeier mit aller Schärfe betont hat, aus dem blossen Nebeneinander auf das Auseinander schliessen.

Liegt es denn nicht auf der Hand, dass das Carcinom einen ungeheuren nutritiven und formativen Reiz auf seine gesamte Umgebung ausübt? Wer bestreitet die Wirkung der Neubildung auf das Bindegewebe, das von Entzündungserzeugnissen oft wie überschwemmt, wie erdrückt aussieht? Liegt es nun nicht nahe anzunehmen, dass der Krebs ebenso auch auf das Epithelgewebe der Nachbarschaft einwirkt und dass er in den einzelnen Epithel-elementen ebenfalls nutritive und formative Störungen veranlasst?

Und wenn wir, wie schon bemerkt, ganz dieselben Veränderungen am Epithelgewebe bei absolut gutartigen Vorgängen wahrnehmen können, was berechtigt uns dazu, dieselben als eine Vorstufe des Krebses anzusprechen? Nichts!

Unbeschadet der Anerkennung des Waldeyer-Thiersch'schen Standpunktes in der Genese des Carcinoms aus dem Epithel erscheint es uns sogar noch im hohen Grade fraglich, ob die Zellen im Carcinom überhaupt noch Epithelien sind, so sehr sie ihnen auch morphologisch gleichen mögen.

Gleichviel jedoch, wie das Carcinom und aus welchen Zellen dasselbe sich bilden mag, bis jetzt besitzen wir keine charakteristischen Kennzeichen für die Carcinomzellen oder für einen spezifischen Erreger des Krebses, der wahrscheinlich in ihnen steckt, so dass wir uns nur an das heutige Structurbild halten müssen.

Dass die Ablehnung der Structurbilder des „beginnenden“ Krebses nicht bloß eine Auffassung speculativer Natur darstellt, sondern dass sie eine hohe praktische Bedeutung hat, lässt sich am sinnfälligsten bei der Abschätzung des Werthes einer Erosion an der Portio erkennen.

In ihnen finden wir ja auch häufig genug Bilder, die alle Kriterien des beginnenden Krebses, wie sie von Ruge entwickelt sind, darstellen: Wucherung der Drüsenepithelien u. s. w. Und doch werden sich nur Wenige finden, die in einer Erosion einen „beginnenden Krebs“ annehmen, weil Erosionen zeitlebens Erosionen bleiben können oder ausheilen, und weil andererseits das Carcinom in Scheidentheilen der Gebärmutter auftritt, die niemals mit Erosionen behaftet waren oder nicht mehr Erosionen tragen, so z. B. die senilen atrophischen Portionen alter Frauen. Ganz das Nämliche gilt für die Veränderungen des Drüsenepithels im Endometrium.

Inwieweit ein vorhandener Krebs im Corpus Nebenproducte setzen kann, das beweist nach meiner Ansicht die von Herrn Hofmeier herungereichte Zeichnung Benckiser's sehr schlagend. Hier sehen wir nämlich neben einem unbestrittenen Carcinom im Corpus die Oberfläche der Nachbarschaft so verändert, dass die Epithelien ihren Charakter als Cylinderepithelien verloren haben und sich in Plattenepithelien umgewandelt haben. Und doch wäre es ein Trugschluss, aus einem ausgekratzten Partikelchen oder einem Stückchen dieser Stelle auf das Vorhandensein eines Krebses schliessen zu wollen. Denn diese Plattenepithelbildung ist nichts als eine Begleiterscheinung, sie kommt als eine absolut gutartige Erkrankung, als Ichthyosis mucosae uteri ohne Carcinom vor.

Was das Adenom betrifft, so können wir diesen Begriff noch nicht entbehren. Dasselbe Carcinom zu nennen, wenn es zerstörend und klinisch bösartig ist, dürfen wir solange nicht, als wir die klinisch malignen Geschwülste noch nach der histologischen Structur anatomisch eintheilen und neben Carcinom vom Sarcom,

Chondrom u. s. w. sprechen. Denn sonst müssten wir alle diese Neubildungen, die doch histologisch so differente Charaktere haben, wie es in früheren Zeiten üblich war, gleichfalls Krebs nennen.

Ein Paradigma von reinem zerstörenden Adenom, ohne die mindeste Andeutung von Alveolenbildung, haben wir aus unserer Klinik zur Demonstration mitgebracht. Die Neubildung hatte bereits die Portio überschritten, war auf den Scheidengrund übergegangen und hatte eine deutliche Metastase von etwa Erbsengrösse im Corpus, im Metrium gemacht. Erst bei mikroskopischer Durchmusterung konnte der wahre Charakter der Neubildung als Adenom ermittelt und die Annahme eines Carcinoms oder einer Mischgeschwulst eines Carcino-Adenom ausgeschlossen werden. Das Endometrium selbst zeigt nur die Zeichen der Entzündung, selbst da, wo die Schleimhaut über der Metastase in der Muskulatur liegt, so dass Auskratzen uns nicht den geringsten Anhalt für eine Neubildung im Körper gegeben hätte.

Die Charaktere, die im Allgemeinen dem malignen Adenom gegenüber den gutartigen zugesprochen werden, kann ich jedoch nach unseren Erfahrungen nicht als durchweg gültige anerkennen. Das Schwinden der Stützsubstanz zwischen den einzelnen Drüsen-schläuchen ist im sicher ausgesprochenen bösartigen Adenom ebensowenig constant, wie die Aufhebung der normalen Drüsen-form. Ebensowenig sind die Epithelformen immer unter sich und von der normalen Form des Epithels des Standortes verschieden. Vielmehr charakterisirt sich anatomisch und klinisch das zerstörende Adenom in den von Williams und uns beobachteten Fällen nur durch die Metastasenbildung, d. h. beim zerstörenden Adenom des Uterus sind grosse Strecken der Muskulatur von einer Neubildung ersetzt und zerstört, die unter dem Mikroskop sich als drüsenartige Schläuche in ausserordentlicher Menge erweisen.

Dass unter diesen Bedingungen die Diagnose der zerstörenden Adenome aus einem ausgekratzten Stückchen ebenso schwer ist, wie sie am ausgeschnittenen Präparat leicht ist, liegt auf der Hand.

Glücklicherweise besitzen wir eine Reihe anderer Hilfsmittel zur Erkenntniss junger maligner Neubildungen im Endometrium, vor allem die von L. Landau empfohlene directe Palpation der Gebärmutterinnenfläche nach Dilatation mit Jodoformmullstreifen u. a. m., welche uns die Unvollkommenheit der mikroskopischen Diagnostik verschmerzen lassen. (Selbstbericht.)

J. Veit wendet sich gegen die Ausführungen Leopold's, besonders dagegen, dass in genannten Fällen der Krebs vom Plattenepithel des Scheidentheiles ausgegangen sein solle; die Eintheilung des Corpus- und Cervix-Carcinoms sei dieselbe wie die seinige, aber auch letzteres müsse vom Carcinoma portionis getrennt werden.

Löhlein (Giessen) nimmt die Eintheilung der Carcinome der Gebärmutter nach Ruge-Veit an und berichtet im Anschluss an die Bemerkungen Hofmeier's über einen lange Jahre hindurch von ihm beobachteten Fall, in welchem er anfangs wegen interstitieller Endometritis und Blutungen die Ausschabung vornahm. Elf Jahre hindurch blieben bei der inzwischen ins Klimakterium gekommenen Frau die monatlichen Blutungen bestehen, und zuletzt wurde Adenoma malignum an ausgeschabten Stückchen diagnosticirt. In einem anderen Falle, der ebenfalls anfangs als Endometritis interstitialis angesehen wurde, entstand später ein Carcinoma corporis. Löhlein weist darauf hin, dass sich bösartige Veränderungen der Gebärmutter-schleimhaut lange Jahre hindurch halten können, bevor sie einen schnell zerstörenden Charakter annehmen.

Zweifel (Leipzig) erinnert betreffs des Carcinoma papillare Leopold's an einen Fall von Erkrankung der Tubenschleimhaut; auch hier zeigte sich die Sprossenbildung, die Papillen hingen mit dem Epithel zusammen. Der Fall wurde als Krebs gedeutet.

Abel (Berlin): Durch die Besprechung des Carcinoms an der Portio vaginalis seitens des Referenten Leopold sind wir von dem eigentlichen vorliegenden Thema, welches die Diagnose des Carcinoms des Gebärmutterkörpers zum Gegenstande hat, etwas abgekommen. Nur in Bezug auf dieses letztere möchte ich auf einige Punkte näher eingehen. Wenn ich erwäge, was bei der ziemlich ausgiebigen Erörterung dieses Themas zu Wege gebracht ist, so finde ich, dass zwar einige anatomische Mittheilungen, so das Entstehen des Carcinoms aus dem Oberflächenepithel des Endometrium, Seitens Hofmeier's recht interessant waren, dass wir aber in Bezug auf die Frage der Diagnose dieser Erkrankung nicht einen Schritt vorwärts gekommen sind. Denn es kann nicht scharf genug betont werden, wie dies auch der Vorredner schon gethan hat, dass wir die Betrachtung des herausgeschnittenen oder durch die Section gewonnenen Präparates, welches uns einen

Ueberblick über alle in Frage kommenden Theile bietet, streng von der Untersuchung und Beurtheilung der minimalen Partikeln trennen müssen, welche uns eine Auskratzung liefert.

Als Hofmeier zu Beginn seiner Mittheilungen sich auf den streng anatomischen Standpunkt stellte und mit Waldeyer die Trennung zwischen Carcinom und Adenom aufrecht erhalten wissen wollte, sowie die Bezeichnung „malignes und benignes Adenom“ verwarf, hoffte ich, dass sich hieraus aufklärende Schlüsse für die Diagnose ergeben würden. Leider hat dann später Hofmeier selbst die Begriffe durch die Wiedereinführung des sogenannten „Drüsenkrebses“ verwirrt, und ich möchte mir gleich hier die Frage an den Herrn Referenten erlauben, was er als „Drüsenkrebs“ aufgefasst wissen will, da meiner Ansicht nach diese Bezeichnung anatomisch nur auf eine aus drüsigem und carcinomatösem Gewebe zusammengesetzte Mischgeschwulst Anwendung finden kann.

Ich bin vollkommen damit einverstanden, dass wir den streng anatomischen Standpunkt, wie er in den Lehren von Waldeyer ausgedrückt ist, auch in unserem Specialgebiete aufrecht erhalten und habe dies in meinen mit meinem Freunde, Herrn Dr. Theodor Landau, gemeinschaftlich verfassten Arbeiten wiederholt ausgedrückt. Den unklaren Begriff des „Drüsenkrebses“ aber hat Waldeyer niemals eingeführt, sondern hält an der Scheidung zwischen Carcinom und Adenom ganz streng fest.

Danach definiren wir ein Carcinom als eine Neubildung, welche aus einem bindegewebigen Stroma besteht, in dem mit grossen polymorphen, epithelioiden Zellen gefüllte Alveolen eingelagert sind, und welche schrankenlos durch verschiedene Gewebe zerstörend hindurchwuchert. Das bindegewebige Stroma ist nicht immer nur festes Bindegewebe, wie z. B. bei den Scirrhen der Mamma, sondern es ist gewöhnlich am Uterus stark kleinzellig infiltrirt, so dass häufig, besonders auf dickeren Schnitten, ein verschwommenes Durcheinander von kleinen Zellen und Krebsalveolen entsteht. Sind letztere sehr klein, so können sie unter Umständen von der kleinzelligen Infiltration verdeckt werden.

Im Gegensatze hierzu ist das Adenom eine Neubildung, welche sich aus Epithelschläuchen mit mehr oder weniger Zwischengewebe zusammensetzt, und welche, immer denselben drüsenschlauchähnlichen Typus wiederholend, schliesslich das ganze Nachbargewebe völlig vernichtet und schrankenlos die Muskulatur des Uterus

bis zur Serosa durchbricht und selbst bei dieser nicht Halt macht. Wir wissen nun, dass an der Uterusschleimhaut Hyperplasie der Drüsen, d. h. Vermehrung der Zahl der Drüsen, so hochgradig werden kann, dass das Stützgerüst fast ganz verschwindet und ein mit Cylinderepithel bekleideter Hohlraum neben dem anderen liegt. Hierbei nehmen die Drüsen die verschiedensten Formen an, bald sind sie erweitert, bald sind sie so stark vergrößert, dass schon bei schwacher Vergrößerung ein Drüsenquerschnitt das ganze Gesichtsfeld einnimmt, bald invaginieren sie sich und bilden Epithelschläuche, die ohne Ordnung durcheinanderliegen. Die klinische Erfahrung lehrt aber, dass solche Drüsenwucherungen durchaus gutartiger Natur sein können. Wir wissen sehr wohl, dass sie unter Umständen auch bösartig sind und die Muskulatur zerstören, auf einem ausgekratzten Schleimhautstückchen aber finden wir nicht genügende Kriterien für die Entscheidung, ob die Drüsenhyperplasie gutartig ist oder nicht, sondern sehen die einzige Möglichkeit zur Begründung der Diagnose „destruierendes Adenom“ und der Betrachtung des Verhaltens der Neubildung zur Muskulatur. Ist diese letztere durch das Adenom auf grossen Strecken vernichtet, so sind wir erst im Stande, diese Diagnose zu stellen. Aus diesem Grunde kann ich auch der Zeichnung, welche Hofmeier als „malignes Adenom“ an die Tafel angeheftet hat, nicht ansehen, ob es eine einfache gutartige oder destruierende Neubildung ist.

Anders ist es mit dem Carcinom. Wenn wir aus einem Uterus markige Massen auskratzen, und sich bei der mikroskopischen Untersuchung herausstellt, dass dieselben überhaupt nicht mehr aus den Bestandtheilen der Uterusschleimhaut bestehen, sondern die Structur zeigen, welche wir oben als Carcinom definirt haben, dann ist damit ein Zweifel über die Diagnose nicht vorhanden. Hat die Neubildung indessen noch nicht die ganze Schleimhaut zerstört, sondern finden wir noch Uterusdrüsen erhalten, dann werden wir die Diagnose aus den Krebsmassen zu stellen haben, welche im interglandulären Gewebe liegen und die Drüsen Grenzen vernichten. Häufig kommt es nun vor, wenn wir diese ausgesprochenen carcinomatösen Vorgänge im Endometrium finden, dass die Epithelien der in der Nachbarschaft liegenden, von der Neubildung aber noch nicht ergriffenen Drüsen in Wucherung gerathen, dass sie sich von verschiedenen Seiten der Drüse entgegenwachsen und selbst feste Epithelbrücken innerhalb des Drü-

senlumens bilden; eine Erscheinung, wie wir sie aber auch bei ganz gutartigen Vorgängen, z. B. Polypen des Endometrium, zu beobachten Gelegenheit haben, und welche wir uns als secundär durch den Reiz der Neubildung und die vermehrte Blutzufuhr entstanden denken. Ohne die typischen Krebsnester im Zwischengewebe und ohne den Durchbruch der Drüsengrenze (also schrankenloses Durchwuchern des Carcinom durch verschiedene Gewebe), allein aus der Wucherung der Epithelien innerhalb der Drüsen den Beginn eines Krebses in einem ausgekratzten Stückchen diagnosticiren zu wollen, halten wir für unmöglich, und wir stehen nach wie vor auf dem Standpunkte, dass wir derartige Epithelwucherungen, solange sie auf die Drüse beschränkt bleiben, nicht als Krebs auffassen. Mithin können wir Hofmeier's zweite, als Carcinoma Endometrii bezeichnete Abbildung, sofern wir allein ein derartiges Bild in einem ausgekratzten Stückchen finden, als Krebs nicht anerkennen. Hofmeier hat bei seiner Besprechung der mikroskopischen Diagnose die Verhältnisse so dargestellt, als wäre es leicht, aus der Betrachtung des ausgekratzten Stückchens unter dem Mikroskope nun sofort eine über jeden Zweifel erhabene Diagnose zu stellen. Wir glauben indessen nach dem, was wir hier ausgeführt haben, dass dies doch nicht so ganz einfach ist und dass wir bisher dem frühesten Stadium des Carcinoms und damit auch dieser Diagnose gegenüber vor einer ungelösten Frage stehen. (Selbstbericht.)

II. Tag. 3. Sitzung, Vormittags 8 bis 12 Uhr.

Demonstrationen.

6) Kaltenbach (Halle): Hilfsmittel des gynäkologischen Unterrichtes.

Die Unmöglichkeit, dass alle Zuhörer sich an der palpatorischen Untersuchung gynäkologischer Krankheitsfälle betheiligen können, die Schwierigkeit für dieselben, von entfernteren Plätzen aus Alles sehen zu können, und die Nothwendigkeit, das Interesse am Unterrichte trotzdem wach zu halten, bringen es mit sich, Hilfsmittel für den Unterricht zu ersinnen, welche das Lernen und Verstehen erleichtern. Kaltenbach stellt zu diesem Zwecke gewisse, immer wiederkehrende Krankheitserscheinungen in Form von Temperaturcurven graphisch dar, vor allem

Menstruation und pathologische Blutungen. Anamnestiche Angaben über erstere sind schwer zu behalten, Abweichungen derselben ebenfalls. Er zeichnet daher mit rothen Strichen den zeitlichen Verlauf solcher Blutungen in die Tabelle und deutet die Stärke derselben durch verschiedene Länge des Striches an. So wird die Darstellung des Krankheitsfalles für den Lehrer, das Verständniss desselben für den Studenten erleichtert. Man liest schliesslich solche Blutungscurven wie die bekannten der Temperatur und des Pulses ab. Einträge lassen sich noch ausserdem beifügen. Redner zeigt solche Curven von unvollständiger Fehlgeburt, von Blutungen bei Geschwülsten, von verzögerter Rückbildung der Gebärmutter, von Blasenmole, Endometritis fungosa, Eileiterschwangerschaft u. a. Auch für den praktischen Arzt ist es leicht und wichtig, sich solche Curven einzuzeichnen.

7) v. Rosthorn (Wien) zeigt das Präparat eines Falles von Schwangerschaft in einer Tubo-ovarialcyste. Der Sack hatte einen Durchmesser von 20 cm; in der Wand wurden Follikel nachgewiesen. An der Oberfläche des Sackes verlief die Tube in einer Länge von 25 cm.

Ferner legt v. Rosthorn zwei Präparate von Eileiterschwangerschaft vor.

8) Leopold erläutert ebenfalls Präparate von ektopischer Schwangerschaft. In einem Falle war dieselbe ausgetragen, das Kind lag in Steisslage, der Fruchtsack liess sich vollständig entfernen, die Gebärmutter musste aber mit abgetragen werden.

9) Fehling legt eine Reihe von Gebärmutterpräparaten vor, zunächst zwei Fälle von Carcinoma corporis.

Fall 1: 36jährige Frau, Ausschabung und Stückchenuntersuchung liess zunächst die Diagnose nicht sicher erscheinen; nach fünf Monaten fand sich schon ein weit vorgeschrittener Krebs.

Fall 2 betraf eine 61jährige Frau mit Carcinoma corporis in nekrotischem Zerfalle; hier war der enge starre Mutterhals besonders auffallend, gewaltsame Untersuchung mittels der Sonde würde hier Schaden angerichtet haben.

Fall 3: Gebärmutter einer Schwangeren, die infolge unstillbaren Erbrechens starb. Die im fünften Monate der Schwangerschaft befindliche injicirte Gebärmutter zeigt noch nicht die Bildung eines „unteren Abschnittes“.

In Fall 4 war die Bildung eines unteren Gebärmutterabschnittes wahrnehmbar.

Fall 5 zeigt den Gefrierdurchschnitt der Gebärmutter einer unter der Geburt verstorbenen Eklamptischen. Hier ist der „untere Abschnitt“ zurückgezogen. Die Muskulatur an der Placentarstelle, an der vorderen Wand stärker als sonst entwickelt.

10) Eberhardt (Köln): Fall von früh vereiterter Ovarialschwangerschaft.

11) Freund jun. (Strassburg) erklärt zunächst ebenfalls ein Präparat von Tubenschwangerschaft aus dem zweiten Monate und weiter sechs Fälle von Zerreissung der Gebärmutter während der Geburt unter kurzer Angabe der Geburtsgeschichte. In drei Fällen wurde der Riss nach Eröffnung der Bauchhöhle genäht, zwei Frauen genasen, eine starb; die übrigen drei Fälle, in denen nicht genäht wurde, sind der Blutung erlegen.

Endlich erläutert Freund noch zwei wegen Myoma von der Scheide aus entfernte Uteri.

12) Leopold spricht an der Hand von Beispielen über die Art der Einbettung des Eies bei Eileiterschwangerschaft; das Ei legt sich zwischen die Falten der Schleimhaut. In einem Falle war das Ei auf der Fimbria ovarica eingebettet, es kam hier zur Bauchschwangerschaft.

Bevor die weiteren Vorträge beginnen, erhält Hofmeier das Schlusswort zu der gestern nicht beendeten Besprechung über Krebs. Hofmeier kann auf Einzelheiten nicht ausführlich eingehen, hält aber zunächst Leopold's Eintheilung für nicht verständlich. Die Verwerthung der Sonde zur Stellung der Diagnose ist ja zweckmässig, aber unsicher. Das Adenoma muss als solches bestehen bleiben. Redner fragt Leopold, wie er denn die Zerstörungen bei Adenoma nennt. Die Befunde von Abel-Landau erkennt er in Bezug auf deren Unterscheidung nicht an, er wiederholt noch einmal, was er als Drüsenkrebs bezeichnet.

Leopold (Schlusswort) setzt gegenüber J. Veit die Entstehung der Carcinoma portionis nochmals auseinander. Betreffs der Sonde hat er nicht gemeint, dass durch sie allein die Diagnose möglich ist und dass sie immer sicher entscheiden wird, auch hält er Vorsicht beim Sondiren für selbstverständlich. Endlich bittet er, das Wort „Adenoma malignum“ ganz aufzugeben, was damit bezeichnet wird, ist eben ein Carcinoma.

Abel legt eine Reihe mikroskopischer Präparate zur Begründung seiner Ansichten vor.

13) Schatz: Ueber den intraabdominellen Druck und die wandernden Bauchorgane,

Seit seiner Arbeit über den intraabdominellen Druck sind nicht viele weitere Erfahrungen über denselben gewonnen worden. Die Wichtigkeit der Kenntnisse desselben ist zwar anerkannt worden, weiter ist man aber nicht gekommen. Die Untersuchungen Weisker's sind fehlerhaft und kommen zu ganz falschen Ergebnissen. Redner kommt hier nur kurz auf dieselben zu sprechen, will aber von neuem das Interesse der Gynäkologen für den intraabdominellen Druck wachrufen, zumal mit letzterem die Lehre von den wandernden Bauchorganen eng zusammenhängt, und diese Abweichungen kommen gerade dem Gynäkologen oft zu Gesicht. Schatz versteht unter den wandernden Bauchorganen nicht nur die Nieren und die Milz, sondern alle in der Zwerchfellkuppel liegenden Eingeweide, also auch Leber und Magen. Letztere treten auch oft tiefer, wenn auch nicht so tief wie die Nieren. Es fragt sich nun zuerst: warum sitzen die Organe gewöhnlich in der Zwerchfellkuppel fest? und dann: warum wandern sie? Die erstere Ursache liegt weder in einem positiven abdominalen Drucke, noch in den Befestigungen der Organe, sondern darin, dass die viel kräftiger befestigten Därme nicht nach oben können. Die Ursache der Wanderung der in der Zwerchfellkuppel liegenden Organe hängt mit einer unter gewissen Umständen vorkommenden Verkleinerung, Verengerung der Kuppel zusammen, dadurch werden das eine oder das andere der Organe herausgedrängt, weil sie nun keinen Platz mehr haben. Häufiger tritt die Leber tiefer, seltener der Magen. Die Verengerung der Zwerchfellkuppel kommt zu Stande durch Verkleinerung des Bauchinhaltes, also bei Bauchbrüchen oder Hängebauch, bei Fettmangel oder Enterostenose. Ist so der Bauch zu wenig gefüllt, so fehlt die Stütze für die Eingeweide in der Zwerchfellkuppel; dieselben treten dann tiefer, und zwar um so mehr, wenn körperliche Anstrengung, Husten mitwirken, den Bauch zu entleeren.

Die Behandlung besteht nicht in einem einfachen Zurückbringen der Organe in ihre frühere Lage; es ist nothwendig, die Zwerchfellkuppel wieder grösser zu machen, d. h. den Brustkorb dauernd mehr in Inspirationsstellung zu bringen. Das wird zunächst durch Bettlage erzielt; da dieselbe aber nicht dauernd einzuhalten ist, muss durch geeignete, jedem einzelnen Falle angepasste Bandagen der Bauch so gestützt werden, dass wie beim Liegen

eine entsprechende Inspirationsstellung des Brustkorbes eintritt. Pelotten für die Nieren dabei anzubringen, ist ebenso unzweckmässig, wie nach seiner Meinung das Annähen der Nieren. Schatz verbindet ein querovales concaves Bauchschild durch lose um das Becken herumgehende Federn mit einer Kreuzpelotte. Die Federn müssen von verschiedener Länge und Federkraft sein, ebenso muss man eine ganze Anzahl von Schildern und Kreuzpelotten besitzen, um dieselben dem Einzelfalle genau anzupassen. Dem Bandagisten ist dies nicht zu überlassen. Redners Erfolge dieser Behandlung sind günstige.

14) Löhlein: Vorhersage und Behandlung der puerperalen Eklampsie.

Nach früheren Zusammenstellungen hat Vortragender die Sterblichkeit an Eklampsie bei 103 Fällen auf 32 Proc. berechnet. Um neben eigenen Beobachtungen auch anderes Material zu sammeln, hat er an alle grossen Kliniken Deutschlands Fragebogen, die Eklampsie betreffend, gesandt und vermag dadurch über eine grosse Zahl von Fällen Auskunft zu geben.

Unter 52328 Geburten wurde 325 Mal Eklampsie beobachtet, davon kam in der Charité in Berlin 1 Fall auf 67 Geburten, in den drei Wiener Kliniken 1 : 318; unter den Pflinglingen der Anstalten im Allgemeinen trat die Erkrankung 1 Mal bei 330,02 Geburten auf. Von obigen 325 Eklamptischen starben 63 an der Eklampsie, 14 an anderweitigen Verwicklungen. Das ergibt eine Sterblichkeit von 19,38 Proc., also einen bedeutenden Fortschritt gegenüber früheren Zahlen und trotz der Schwere der Fälle. Die Sterblichkeit ist von einem Drittel auf ein Fünftel der Fälle gesunken. Erstgebärende, welche nach der Geburt befallen waren, zeigten die niedrigste Sterblichkeit (11,6 Proc.), Mehrgebärende, vor der Geburt erkrankt, die höchste (29,4 Proc.).

Unter den angegebenen Nachkrankheiten stehen obenan 13 Fälle von Psychosen, von denen 9 geheilt wurden, 5 Pneumonien, 3 Pleuritiden, 22 Fälle von Nierenstörungen (11 Mal Nephritis chronica).

Betreffs der Behandlung haben die letzten Jahre keine Neuerung gebracht. Die bakteriologischen Untersuchungen waren ohne Ergebniss. Es überwiegen die operativen Eingriffe (71,1 Proc.): 108 Zangenoperationen, 19 Wendungen, 13 Verkleinerungsoperationen, 2 künstliche Aborte, 7 Kaiserschnitte, darunter

5 an der Todten, 1 an der Sterbenden, 1 an der Lebenden, letzter mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind.

Die Anzeige zum Kaiserschnitte bei Eklampsie ist sehr schwierig zu stellen, die Operation kommt nur bei Hochschwangeren und im Beginne der Geburt in Frage. Bei frühzeitiger Ausführung wird allerdings das Kind gerettet, ob auch die Mutter bleibt fraglich, da ja in manchen Fällen auch die Beendigung der Geburt, bezw. die Entleerung der Gebärmutter die Anfälle nicht aufhält. Redner würde also die Sectio caesarea für berechtigt halten in den Fällen, in welchen das Kind sicher noch lebt, aber durch die Fortdauer der Anfälle bedroht ist, während bei der Mutter trotz Anwendung der bewährten Narkotica die letzteren nicht nachlassen, wenn Athmung und Blutkreislauf bedenklich gestört sind und Ikterus auftritt.

Zum Schlusse hebt Redner den Nutzen der Morphinbehandlung hervor, und zwar in der von Gustav Veit empfohlenen Weise mit grossen Gaben. Löhlein hat das Morphin immer bevorzugt und ersieht aus den Fragebogen, dass dasselbe in 8 Kliniken angewendet wird, welche damit eine durchschnittliche Sterblichkeit von 13,8 Proc. gegenüber der Gesamtsterblichkeit von 19,38 Proc. erzielten. Die Zahlen sind allerdings viel zu klein, um berechnete Schlüsse zu gestatten.

15) Schmorl (Leipzig): Pathologisch-anatomische Befunde bei Eklampsie. (Selbstbericht.)

Bei 15 Fällen von Eklampsie fand Schmorl ausser den schon bekannten Nierenveränderungen beständig mehrfache Nekrosen in der Leber, welche er nach ihrem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten in hämorrhagische und anämische einteilt. Bei der Mehrzahl der Fälle waren im Gehirne Blutungen, bei 5 Fällen Nekrosen im Pankreas und im Herzfleische nachweisbar. Ferner wurden bei sämtlichen Fällen Parenchym-Embolien gefunden, welche theils aus der Leber, theils aus der Niere und der Placenta ihren Ursprung genommen hatten. Endlich konnten bei vier von eklamptischen Müttern stammenden Kindern schwere parenchymatöse Veränderungen in den Nieren nachgewiesen werden, welche Redner ebenso wie die im mütterlichen Organismus gefundenen Nekrosen auf einen im Blute enthaltenen giftigen Stoff vorläufig noch unbekannten Ursprunges zurückführt.

Besprechung: Kaltenbach hält den Kaiserschnitt bei

Eklampsie nur in ganz aussergewöhnlich schweren Fällen für gerechtfertigt.

Eberhardt weist auf den Uebergang des Morphium auf das Kind hin. Es sind Fälle bekannt, in denen grosse Mengen Morphium, bei Eklampsie verabreicht, das Kind vergiftet haben.

Gusserow (Berlin) behandelt die schweren Fälle von Eklampsie auch mit Morphium, hält die Sectio caesarea in gewissen, allerdings schwer zu bestimmenden Fällen als „vielleicht“ von Erfolg, möchte aber dagegen nach dem Vorgange von Dührssen in Fällen schwerster Art auf natürlichem, künstlich erweitertem Geburtswege zu entbinden vorschlagen. Zwei verzweifelte Fälle sind dadurch gerettet worden.

Chrobak (Wien) hält eine eingehende Besprechung über die vorliegende Frage nicht für zeitgemäss. Zunächst muss allerdings Stoff gesammelt werden, derselbe genügt aber dann noch nicht zur Erklärung der Eklampsie, die bisher noch auf schwachen Füßen ruht. Ihm selbst ist bei seinen langjährigen vielfältigen Beobachtungen Eklamptischer immer aufgefallen, welchen günstigen Einfluss das Absterben des Kindes auf den Verlauf der Anfälle ausübte. Er hält die Eklampsie für eine Vergiftung und glaubt, dass die Quelle des Giftes im Kinde liege. Betreffs der Behandlung hat er früher das Morphium bevorzugt, ist aber in letzter Zeit zum Chloroform zurückgekehrt. Den Kaiserschnitt zu machen, hält er für die äusserste Hülfe. Ein Fall ist in seiner Klinik operirt worden. Es ist bei der Eklampsie die Vorhersage ausserordentlich schwierig, und kaum zu bestimmen, ob für diesen und jenen Fall der Kaiserschnitt geeignet sei.

P. Müller hat in seiner Klinik ebenfalls in einem Falle den Kaiserschnitt ausgeführt. Es handelte sich um eine 26jährige Erstgebärende, bei welcher trotz des bereits abgestorbenen Kindes die Anfälle schwerer und schwerer wurden. Er hoffte dieselben durch Beendigung des Geburtsactes aufzuhalten. Das gelang auch, es trat kein Anfall mehr ein, die Kranke starb aber bald darauf im Coma. Die Section ergab chronische und frische Nephritis. Trotz dieser Erfahrung hält er den Kaiserschnitt doch für berechtigt, und zwar in der Schwangerschaft, zumal bei Erstgeschwängerten, wenn die Geburt noch nicht eingetreten ist, die Schwere und Häufigkeit der Anfälle das Leben bedrohen und die üblichen Gegenmittel versagen.

Löhlein (Schlusswort) giebt für die letztgenannten Fälle die Berechtigung des Kaiserschnittes zu, kann aber aus dem ihm vorliegenden Materiale keinen Fall herausfinden, wo er sich dazu verstanden hätte. Nach dem, was er heute gehört, ist er in seiner Zurückhaltung eher bestärkt worden.

Schmorl verzichtet auf ein Schlusswort, legt aber eine Reihe mikroskopischer Präparate zur Ergänzung und zum Verständnisse seiner Mittheilungen aus.

16) Fehling: Beobachtungen über Geburtsmechanismus.

Fehling hält zunächst den Nutzen, welchen die genaue Untersuchung von Gefrierdurchschnitten verstorbener Gebärenden für die Lehre vom Geburtsmechanismus erbracht haben, für erheblich, betont aber, dass auch die klinischen Untersuchungen werthvoll sind, und berichtet über solche aus seiner Klinik.

Die Lage der runden Mutterbänder an der Gebärmutter zur Diagnose der Kindeslage zu verwerthen, ist nicht in allen Fällen richtig. In 90 Proc. der I. Schädellage liegt das linke runde Band allerdings nach vorn, das wird aber nicht durch die Kindeslage bedingt, sondern durch die Lage der Gebärmutter überhaupt. Nach Schroeder's Untersuchungen wird der Längendurchmesser der Gebärmutter in der Geburt verlängert; das kann Redner bestätigen. Die Zunahme des Querdurchmessers ist ebenfalls nachweisbar. Ueber den Sagittaldurchmesser sind die Meinungen noch verschieden, zumal hier die Messung eine unbestimmte ist, derselbe kann jedoch nicht auch zunehmen. Das ist auch an Durchschnitten zu erkennen, der sagittale Durchmesser verkleinert sich allmählig.

Weiter wird immer behauptet, die Gebärmutter ziehe sich am Kinde in die Höhe. Das kann aber nicht sein, da dieselbe unten befestigt ist. Das in die Höhe Steigen des Uterus ist durch die Dehnung des unteren Abschnittes und des Mutterhalses bedingt.

Schroeder hat dann behauptet, dass die Streckung des Kindes durch den Contractionsring zu Stande käme. Für letzteren möchte Redner lieber die Bezeichnung Grenzring einführen, zumal, wie die meisten Gefrierdurchschnitte zeigen, eine erhebliche Zusammenziehung im Gebiete des Ringes nicht vorhanden ist. Die Streckung des Kindes geschieht weit über dem Grenzringe. Betreffs des

Einflusses der Schultern auf die Drehung des Kopfes, wie er von Olshausen angenommen wurde, bestätigten seine eigenen Untersuchungen, entgegen den Einwänden von Zweifel, diese Lehre. Die Drehung erfolgte in verschiedener Höhe des Geburtscanales, sie beginnt auch nicht erst nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes, sondern nach dem Wasserabflusse. Besonders bei Erstgebärenden lässt sich der Einfluss der Schulterdrehung auf die des Kopfes leicht nachweisen, auch bei Zangenoperationen kann man diese Beobachtung öfters machen.

Endlich betont Redner noch das häufigere Aufsteigen der Gebärmutter nach ihrer Entleerung in die rechte Mutterseite, auch bei I. Schädellage. Der Einfluss der runden Mutterbänder, welche die Gebärmutter nach vorn ziehen, ist also in der Nachgeburtszeit nicht so bedeutend.

17) Kaltenbach: Zur Mechanik der Austrittsbewegung.

Der Grund des verschiedenen Durchtritts des Kopfes bei der Geburt liegt in den verschiedenen Formen desselben. Die maximalen Durchtrittsebenen bei Hinterhaupts-, Vorderscheitel-, Gesichts- und Stirnlage verhalten sich wie 100 : 106,5 : 107,4 : 109,2. Hinterhauptslagen verlaufen aber auch dann günstiger, wenn das Planum suboccipito-frontale bei grossen Früchten dasselbe Maass erreicht, wie die maximalen Durchtrittsebenen bei ungünstiger Kopfhaltung. Der Grund für die Geburtserschwerung bei einzelnen Einstellungsweisen des Schädels liegt in der Halswirbelsäule des Kindes, welche beim Austritte des Kopfes aus dem Becken am meisten betheiligt ist. Je ausgiebiger die Beweglichkeit der Wirbelsäule der Frucht ist, um so leichter wird die Austrittsbewegung derselben von statten gehen. Redner macht hier in Kürze anatomische und physiologische Angaben über die fötale Wirbelsäule. Alle Richtungen deren Beweglichkeit können beim Durchtritte des Kindes in Anspruch genommen werden: Beugung, Streckung, seitliche Neigung, Drehung um die Längsachse und sogar mehrere Bewegungsarten zugleich. Die Hals- und Lendenwirbel werden am meisten beim Mechanismus herangezogen, sind auch am freiesten beweglich. Nach Untersuchungen an Gefrierdurchschnitten vertheilt sich die Beugung und Streckung des Halses auf alle seine Wirbel; ferner wurde die Grösse der Excursion des vorliegenden Kindestheiles an Durchschnitten und lebenden Neugeborenen gemessen. Bei Hinterhauptslagen, auf deren

Mechanismus Kaltenbach nun näher eingeht, beträgt letztere 120 bis 130°. Die Austrittsbewegung erfolgt hier als Streckung. Bei der Vorderscheitellage, günstiger Gesichts- und Stirnlage erfolgt sie als Beugung. Die Beugung beträgt bei diesen Lagen 35 bis 40°, 120 bis 130° und 75°. Bei ungünstiger Gesichtslage müsste die Austrittsbewegung als weitere Streckung, die nicht möglich ist, erfolgen, deshalb bleibt die Geburt hier stehen. Die Geburt bei Gesichts- und Stirnlagen ist noch dadurch erschwert, dass die convex nach vorn gebogene Halswirbelsäule unter dem Widerstande des Dammes erst noch durch eine vollkommene Geradestreckung hindurchgehen muss, bevor sie die verkürzte Beugehaltung erreichen kann. Redner erläutert dies an Gefrierdurchschnitten.

Bei der Geburt in Beckenendlage tritt eine seitliche Abbiegung der Lendenwirbelsäule ein, dieselbe beträgt 30°. Auch beim Schulterdurchtritte wird die Biegsamkeit der Wirbelsäule in Anspruch genommen. Bei Riesenkindern mit geringer seitlicher Beweglichkeit der Wirbelsäule kann der Schulterndurchtritt sehr erschwert sein. Im Weiteren erörtert Redner, welche entscheidende Rolle die Biegsamkeit der Wirbelsäule bei der Selbstentwicklung, bei der Geburt *conduplicato corpore*, bei Anenkephalen, Doppelmissbildungen, bei fötaler Leichenstarre und *Rhachitis congenita* spielt. Es ist deshalb nöthig, dass die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer auf die Wichtigkeit dieser Lehren gelenkt wird, und ist daraus ersichtlich, welche Bedeutung die zweite Cardinalbewegung, die Drehung des Schädels um die senkrechte Fruchtachse, hat. Der Kopf kann bei der geringen seitlichen Beweglichkeit der Halswirbelsäule nicht im queren Durchmesser aus dem Becken austreten, er muss in eine Stellung gebracht werden, bei welcher er in sagittaler Ebene Beuge- oder Streckbewegung auszuführen vermag.

18) J. Veit: Ueber Hämatosalpinx.

Mit der Häufigkeit der Operationen wegen erkrankter Tuben sind die Fälle zahlreicher geworden, in denen man die Tube mit Blut ausgefüllt fand, ohne dass ein Verschluss des Genitalcanales irgendwo aufzufinden war. Hier muss man fragen, ob es sich um einen Tubenabort — Tubenmole (Retention des Eies in der Tube) oder um echte Hämatosalpinx handelt. Mit letzterer bezeichnet Redner nur die Fälle, in denen a) die Tube durch eine in

sie erfolgte Blutung ausgedehnt ist, oder in denen b) die Tube, bevor die Blutung erfolgte, schon ausgedehnt war. Veit legt einen Fall, ähnlich dem im Lancet von Sutton veröffentlichten vor, in welchem es sich um eine Hämatosalpinx handelte, entstanden durch Drehung einer Hydrosalpinx. Andere Ursachen der Hämatosalpinx sind Neubildungen oder Traumen, die aber sehr selten sind. Da bis jetzt kein Fall von innerer Ueberwanderung des Eies bekannt ist, so muss bei einer Eileiterschwangerschaft das Ende der Tube, die abdominale Oeffnung derselben, stets offen sein. Der Nachweis der Zotten bei der Tubenmole ist im Allgemeinen nicht das einzige Merkmal der Schwangerschaft. Ist eine Hämatosalpinx aus anderem Grunde entstanden, so ist der Verschluss des Tubenendes die Vorbedingung für jede stärkere Ausdehnung. Die Beschaffenheit des Fimbrienendes ist daher das entscheidende Merkmal für die Entstehung der Hämatosalpinx bzw. der Tubenmole und des Tubenabortus. Unter Vorlegung einzelner Präparate bespricht Veit endlich eine Form von Hämatosalpinx, welche bei Atresie des Genitalcanales vorkommt, ebenso bei Missbildungen der Tube, und erläutert an Beispielen die Entstehung des Tubenverschlusses besonders bei infectiöser Peritonitis.

19) Wiedow (Freiburg): Das deforme Becken, ein Degenerationszeichen.

Bei chronisch Kranken lassen sich oft Entwicklungsstörungen nachweisen, deren Erkennen jedoch nicht immer leicht ist. Redner fand solche in 20 Proc. seiner Kranken. Bisher ist dies Vorkommen von Aerzten zu wenig beachtet worden, ein Organ wird bei der Behandlung oft zu sehr berücksichtigt, andere dabei leicht übersehen. Freund hat schon auf die Häufigkeit des engen Beckens bei Entwicklungsstörungen in anderen Organen hingewiesen, auch die Psychiater schliessen aus Abweichungen eines Organes auf die anderer. Redner möchte hier die Bedeutung des deformen Beckens für das Erkennen anderer angeborener Störungen hervorheben. Dieselben sind oft leichter Art: unregelmässige Schädelbildung, mangelhaftes Knochenwachsthum, schlechte Entwicklung der Gebärmutter oder der äusseren Geschlechtstheile; andererseits findet man bei Crétins deforme Becken, bei Personen mit Struma. Die Beckenanomalie ist also ein Glied in einer ganzen Kette von Veränderungen und entsteht durch Schädigungen, welche intra- oder extrauterin den Gesamtorganismus treffen. Als Ursachen

desselben nennt Redner die Syphilis, Rhachitis, Skrophulose, mangelnde Ernährung, Chlorose u. s. w.

Die Behandlung bietet nicht viel Aussicht, die Prophylaxe ist wichtiger; durch sie wird es in manchen früh erkannten Fällen möglich sein, Besserung zu erzielen.

20) A. Martin: Die Ergebnisse der Ovarial- und Tubenresection.

Seit Hegar die Operationen an den Anhängen der Gebärmutter begründet hat, sind sehr viele Fälle operirt worden, viele auch mit Erfolg. Die Endergebnisse der Operationen sind jedoch noch nicht genügend gewürdigt worden. Dieselben im Einzelfalle nach längerer Zeit festzustellen, ist nicht leicht, auch würden die Erfahrungen eines Operateurs nicht genügen. Martin stellt daher zunächst den Antrag, aus der Mitte der Versammlung einen Ausschuss zu wählen, welcher durch Aussendung von Fragebogen eine Sammel-forschung über diesen Gegenstand anstellen soll. Aus dem so entstehenden grossen Materiale lassen sich dann nicht nur die Ausgänge der Fälle besser beurtheilen, sondern es ist auch eher möglich, Anzeigen zur Operation aufzustellen.

Ueber die grosse Häufigkeit der Erkrankungen der Anhänge herrscht eine Stimme, zugleich muss aber hervorgehoben werden, dass die Erkrankungen auf beiden Seiten nicht immer gleichartig sind, dass es möglich ist, in manchen Fällen etwas von den Anhängen zu erhalten. Schon früher haben Schroeder und er selbst auf die Wichtigkeit dieser Befunde hingewiesen und er hat auch seitdem immer darauf geachtet und sich bestrebt, in geeigneten Fällen erhaltend zu verfahren. Verweisend auf seine ersten in der Sammlung der Volkmann'schen Vorträge veröffentlichten Erfahrungen und die Vorschläge von Skutsch gelegentlich des letzten Congresses in Freiburg, nennt Martin noch den Fall von Zweifel, in welchen er die Ursache des ungünstigen Ausganges nicht der Operationsweise zur Last legen möchte. Winckel bezeichnet, um andere Operateure noch anzuführen, die Resection als ideale Operationsweise, Landau verwirft dieselbe.

Seine weiteren diesbezüglichen Fälle hat Martin im Anschlusse an die früheren kurz zusammengestellt und überreicht der Versammlung zwei Tabellen, die eine über 21 Fälle von Ovarialresection und die andere über 24 Tubenresectionen, auf welche er im Folgenden näher eingeht. Es interessirt zunächst,

dass von den 21 ersteren Fällen einer an acuter septischer Peritonitis vier Tage nach der Operation starb, in allen anderen Fällen trat ungestörte Heilung ein. Die Periode war in den meisten Fällen regelmässig wieder eingetreten, in einigen mit Schmerzen und meist weniger stark. Eine 26jährige Kranke, bei welcher das rechte, in ein Cystom verwandelte Ovarium weggenommen war, hat noch drei Mal geboren, eine andere noch zwei Mal; bei dieser war nur ein Theil des linken Eierstockes zurückgelassen worden; eine vierte Kranke hat ein Mal fehlgeboren, eine fünfte, bei welcher das linke Ovarium nebst Tube und rechts ein pflaumengrosser Follikel aus dem Eierstocke entfernt war, hat noch ein Mal geboren. In einigen Fällen ist Perimetritis und Oophoritis als späterer Befund verzeichnet; im Ganzen sind die Enderfolge nicht so befriedigend, da doch die Beobachtungen beweisen, dass neue Erkrankungen in den zurückgebliebenen Resten eintreten können. Betreffs der zweiten Tabelle über 24 Tubenresectionen ist zu bemerken, dass auch von diesen Fällen einer an Sepsis tödtlich verlief; die Periode nach der Operation war in den meisten Fällen verändert, schmerzhaft, unregelmässig. In einem Falle war Schwangerschaft eingetreten, jedoch im dritten Monate von selbst unterbrochen. Das spätere Befinden der Operirten war wechselnd, die einen waren geheilt, bezw. gebessert, andere hatten eine Reihe, zumal perimetritischer Beschwerden, in einem Falle musste wegen kleincystischer weitergehender Entartung der Reste des linken Eierstockes nach vier Jahren zum zweiten Male operirt werden. Sind auch hier die Endergebnisse nicht glänzend, so rechtfertigen doch einige derselben den Versuch, sich auf die Tubenresection in geeigneten Fällen zu beschränken, vor allem dann, wenn man die Fähigkeit zur Empfängniss erhalten will. Zur Beurtheilung aller solcher partieller Operationen gehört aber eine längere Beobachtungszeit; die von Redner vorgelegten Erfahrungen sind zwar nicht reichhaltig, aber doch genügend, um auf dem eingeschlagenen Wege fortzufahren.

In der Besprechung erwidert zunächst Zweifel, dass in seinem Falle die Peritonitis durch den Inhalt der Tube bedingt war, derselbe enthielt Eiter. Die Martin'sche Tubenresection ist verwerflich, wenn man nicht sicher ist, dass der Tubeninhalt fehlt oder doch ungefährlich ist. Ist letzteres der Fall, so sind weitere Versuche nach dem Vorgange Martin's berechtigt.

Hegar spricht sich im Ganzen gegen Martin's Vorschläge aus und berichtet im Anschlusse an Fall 8 der Ovarialresectionen,

bei welchem das linke Ovarium entfernt und aus dem rechten ein wallnussgrosses Cystom resecirt war, über eine ungünstige eigene Beobachtung. Er entfernte ein bösartiges Cystom, das andere Ovarium sah verdächtig aus, wurde aber zurückgelassen. Die Frau hat nachher geboren, dann aber einen Rückfall bekommen. Die Tubenresection betreffend sind die Fälle viel zu verwickelt, um sich aus der Tabelle ein genaues Bild in Kürze davon zu machen.

Skutsch (Jena) hat seiner Zeit vorgeschlagen, Oeffnungen in die Tube zu machen, nicht dieselbe zu reseciren. In seinem Falle ist eine Schwangerschaft nicht eingetreten, die Möglichkeit dazu war aber vorhanden. Er fordert zu weiteren Versuchen auf, nur scheint ihm die Bezeichnung „Resection der Tube“ nicht recht geeignet.

4. Sitzung, den 22. Mai, Nachmittag 2 bis 4 Uhr.

Fortsetzung der Besprechung über Resection:

Chrobak giebt zu bedenken, dass infolge des erhaltenden Verfahrens das Entstehen der Extrauterinschwangerschaft begünstigt werden kann.

L. Landau (Berlin) erklärt sich ebenfalls gegen die Resection und verweist auf seine „diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen über Tubensäcke“, welche er bei Gelegenheit des internationalen Congresses in Berlin vorgetragen hat.

Leopold greift die Fälle Martin's an, in denen es sich um Punction des Ovarium, bzw. grösserer Follikel gehandelt hat. Hier kann man nicht von Resectionen sprechen. Er will deshalb diese Fälle ganz von der Tabelle ausschliessen. Betreffs der Tubenresection steht er auf Chrobak's Standpunkte; ganz abgesehen davon, dass die Zahl der dazu geeigneten Fälle sehr gering sein wird, ist es ausserdem nöthig, betreffs der Berechtigung der Operation klarer zu werden. Er selbst geht lieber radical vor und entfernt die Anhänge vollständig.

P. Müller punctirt die kleinen Cysten des Ovarium und brennt sie nachträglich mittels Pacquelin aus.

Schatz hat einmal die Operation der Ovarialresection unabsichtlich gemacht, indem ein Stück des Eierstockes zurückblieb. Später trat Schwangerschaft ein.

Martin hält gegenüber Hegar und Leopold seine Operationsweise aufrecht. Letzterem erwidert er noch, dass er bei

grossen Follikeln nicht nur punctirt, sondern immer deren Wand resecirt. Dass Extrauterinschwangerschaft eintritt, glaubt er nicht; ist die Tube überhaupt durchgängig, so tritt regelmässige Schwangerschaft ein. Bei zweifelhaftem Inhalte der Tube ist deren vollständige Entfernung nothwendig. Schliesslich ersucht er die Versammlung, die verhandelte Frage einer wohlwollenden Prüfung zu unterwerfen und bei vorkommenden Fällen die Operation einmal auszuführen.

An der nun folgenden Besprechung über Martin's Antrag, eine Sammelforschung betreffs der Enderfolge der Operationen der Anhänge durch einen zu wählenden Ausschuss anzustellen, betheiligen sich J. Veit, Gusserow, Leopold, Frommel, Hegar und der Vorsitzende. Es wird schliesslich des Letzteren und Frommel's Vorschlag angenommen, welcher dahin geht, die Angelegenheit in Form eines „Berichtes“ in der nächsten Versammlung in Breslau zu verhandeln und im Einzelnen das Thema und dessen Umfang dem neugewählten Vorstande zu überlassen.

21) Hofmeier: Die Beschaffenheit der Ovarien bei Myomen und die Wirkung der Castration.

Durch die Lehren Hegar's sind die Fälle von Myomen, für deren Heilung die Castration vorgeschlagen wird, bestimmt abgegrenzt und die Erfolge, welche in den geeigneten Fällen durch diese Operation erzielt wurden, haben mehr und mehr befriedigt. Redner will die klinische Seite dieses Themas nicht weiter erörtern, stellt aber fest, dass die Castration die Krankheit heilt, und theilt die anatomischen Erfahrungen mit, welche diese Heilung erklären.

Nach Hegar fällt durch die Castration der Reiz der Ovulation fort und die Zufuhr von Blut. Redner sieht jedoch in vielen Fällen nur die letztere Ursache als Heilung bringend an. Er hat drei Fälle von interstitiellen Myomen wegen schwerer Blutungen operirt, zwei Fälle durch Castration, einen durch Total-exstirpation. In den ersteren Fällen war nach gewisser Zeit die Geschwulst nicht mehr nachweisbar. Die Ovarien dieser Frauen zeigten senile Schrumpfung, in einem Ovarium war keine Spur von Eibildung mehr, im anderen fanden sich nur einzelne Follikel, in weiter untersuchten Fällen fehlte ebenfalls die Eibildung. Das beweist, dass die Abschneidung der Blutzufuhr zur Geschwulst oft die alleinige Ursache des Rückganges derselben ist, es fragt

sich daher, ob man in solchen Fällen nicht blos die Arteria spermatica zu unterbinden braucht.

22) Bulius (Freiburg i. Br.): Die Beschaffenheit der Ovarien bei Fibromyomen.

Redner hat 50 diesbezügliche Fälle untersucht und eine Reihe regelmässig vorkommender Veränderungen der Eierstöcke bei Myomen in der Gebärmutter nachweisen können. Die Ergebnisse der Untersuchungen, über welche er in seinem Vortrage eingehend berichtet, fasst er zum Schlusse desselben wie folgt zusammen: 1. Bei Fibromyomen sind die Eierstöcke verändert; 2. das Stroma ist verdichtet und vermehrt; 3. die Gefässe sind verändert; 4. die Follikel zeigen kleincystische Entartung; 5. die Primordialfollikel gehen zu Grunde.

23) Krukenberg (Bonn): Ueber das Flimmerepithel der Gebärmutter nach Castration.

Nach einleitenden Bemerkungen über die bisher erschienenen Untersuchungen über das Flimmerepithel der Eileiter und Gebärmutter, wonach im Kindesalter nur erstere das genannte Epithel besitzen, während dasselbe in der Gebärmutter Schleimhaut erst mit der Geschlechtsreife auftritt und wonach im späteren Klimakterium das gesammte Flimmerepithel untergeht, berichtet Krukenberg die Ergebnisse eigener Untersuchungen. Dieselben sollten erforschen, ob auch nach der Castration das Flimmerepithel in der Gebärmutter zu Grunde geht. Da bei der castrirten Frau im Endometrium meist schon vor der Operation bestehende Entzündungen vorhanden sind, wobei das Flimmerepithel meist verloren geht, konnte hier das Material zur Untersuchung nicht entnommen werden. Es wurden deswegen die Versuche an französischen und deutschen Kaninchen angestellt. Bei ersteren flimmern auch die Gebärmutterhörner, bei letzteren nur der Mutterhals. 7 Monate nach der Castration blieb die Gebärmutter Schleimhaut unverändert, auch behielt das Organ das gleiche Gewicht, nach 9 bis 10 Monaten nahm letzteres ab, und gleichzeitig ging das Flimmerepithel in der Gebärmutter und den Eileitern zu Grunde. Die Ursache des Schwundes der Cilien liegt für die Tuben in dem Verschlusse des abdominalen Endes derselben; für die Gebärmutter ist dieser aber nicht von Einfluss; hier muss es erst zur Atrophie des ganzen Organes kommen, damit schwinden auch die Flimmerhaare. Die Castration hat also einen Einfluss auf das Verschwinden des

Flimmerepithels der Gebärmutter, aber erst nachdem dieselbe atrophisch geworden ist.

24) P. Müller: Ueber das Fibromyom im Klimakterium.

Vortragender fasst seine Bemerkungen über obiges Thema dahin zusammen, dass bisher über das Schwinden der Myome im Klimakterium nicht ganz richtige Ansichten herrschten. Er möchte nicht zu grosse Hoffnungen betreffs der Verkleinerung dieser Geschwülste in der postmenstrualen Zeit hegen. Redner hat das ihm zugegangene klinische Material gesichtet und im Ganzen 229 Fälle von Myomen beobachtet, 109 wurden nach dem 45. bis 50. Lebensjahre aufgenommen. Während nun in manchen Fällen ein Kleinerwerden der Geschwulst nachgewiesen werden konnte, sind z. B. von 34 gut beobachteten Fällen 9 nach Aufhören der Periode weiter gewachsen; andere gleiche Geschwülste, die während der Klimax auftraten, wuchsen auch weiter und einige sind noch lange nach der Klimax zum Wachsthum gekommen. Müller berichtet über zwei derartige Fälle, die im 56. und 79. Lebensjahre Wachsthumerscheinungen zeigten. Es ist also nicht so weit her mit dem unbedingt günstigen Einflusse des Klimakterium auf das Wachsthum der Geschwülste und deshalb rathsam, nicht zu „abwartend“ zu verfahren.

Besprechung: Werth (Kiel) fasst die Wirkung der Castration anders auf, als Hofmeier, er sieht in der Beseitigung der Eierstöcke vor allem einen atrophirenden Einfluss. Mit dem Wegfalle der Periode wird auch die Ernährung der Geschwulst beeinflusst. Die Atrophie bleibt aber aus, wenn die Blutungen fort dauern. Die Ausführungen Lawson-Tait's über diese Frage sind nicht zu brauchen und nicht zu erörtern.

Benckiser (Karlsruhe) hatte Gelegenheit, die Gebärmutter einer Frau $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Castration zu untersuchen. Die Länge derselben hatte vor derselben 8 cm betragen und seitdem um 2 cm abgenommen, die Wand war dünner geworden, das Flimmerepithel fehlte. Ferner fand sich eine Gefässveränderung in der Gebärmutter nach Art der von Leopold bezeichneten Atheromatose; Redner selbst möchte dieselbe als Arteriitis obliterans bezeichnen, die im klimakterischen Alter häufig vorkommt. Nach Thoma tritt Endarteriitis nach Ausschaltung eines beträchtlichen Theiles des Capillarkreislaufes ein und hierin erkennt man die Folgen der Castration.

Fehling ist mit P. Müller nicht gleicher Meinung, das 45. Jahr ist nicht die Grenze des Klimakterium, dasselbe tritt ein, wenn Ovulation und Menstruation aufhören.

Veit hat auch grosse Myome bei älteren Frauen noch wachsen gesehen, er erwartet einen Stillstand bezw. Rückgang der Geschwulst nicht vor dem 50. bis 54. Jahre. Ein späteres Wachstum hängt von der Blutzufuhr aus anderen Blutbahnen ab.

Leopold erinnert daran, dass Menstruation auch ohne Ovulation vorkommt. Diese Fälle müssen erst klargestellt werden; jedenfalls geht so viel daraus hervor, dass die Menstruation ein „physiologisches Factum“ ist.

Fritsch: Bei verschiedenem Materiale bilden sich verschiedene Ansichten aus, so auch in dieser Frage. Nach seinen Erfahrungen bringt die Castration die Heilung der Myome mit sich, ebenso wie das Klimakterium dieselben heilt. Tritt nach demselben noch Wachstum ein, so handelt es sich gewöhnlich um cystische Veränderungen in der Geschwulst, worauf geachtet werden muss. Er richtet sich bei der Behandlung bezw. der Operation der Myome nach dem vorliegenden einzelnen Falle und macht auch einmal die Martin'sche Enucleation.

Hofmeier (Schlusswort) will nicht behauptet haben, dass die Atrophie der Ovarien bei Myomen regelmässig gefunden wird, sondern nur, dass Atrophie vorkommt und dass man in solchen Fällen mit der Unterbindung der Blutzufuhr allein auskommt. An den von Werth hervorgehobenen trophischen Einfluss der Eierstöcke kann er nicht glauben.

P. Müller (Schlusswort) verwahrt sich dagegen, dass er das 45. Lebensjahr als den Anfang des Klimakterium bezeichnet habe. Er möchte nur noch betonen, dass Myomoperationen bei Frauen in geschlechtsreifen Jahren gute Erfolge nach sich ziehen.

25) Gustav Klein (Würzburg): Entwicklung und Rückbildung der Decidua. (Selbstbericht.)

Die Veränderungen, welche die Mucosa uteri bei extra- und intrauteriner Schwangerschaft, sowie die Mucosa tubae bei Eileiterschwangerschaft erfährt, betreffen — wenn man von den Gefässen absieht — vor allem: a. das Oberflächen- und Drüsen-Epithel, b. das interstitielle Bindegewebe.

Entwicklung der Decidua. Sowohl das Oberflächenepithel (Hofmeier-Benckiser's Atlas, Fall 4, Uterus gravidus des zweiten Monates) als das Drüsenepithel (hierin stimmen

alle Forscher überein) wird cubisch bis platt; der Quer- kann den Höhen-Durchmesser der einzelnen fast stets nur einschichtigen Epithelien um das Drei- bis Vierfache übertreffen, ja die Epithelien können vollständig eine Endothelform annehmen.

Dieses Niedrigerwerden des Epithels ist nicht Folge des Druckes, denn es findet sich 1. im Uterus auch bei Tubenschwangerschaft und es fehlte 2. im abgeschlossenen, vollgebluteten Horne eines Uterus bilocularis, dessen Drüsen durch den hohen Inhaltsdruck fast parallel der Oberfläche angepresst waren, während das Epithel cylindrisch geblieben war. Das Niedrigerwerden des Uterus- und Tuben-Epithels wurde bisher nur noch in drei Fällen beobachtet: bei Drüsencarcinom des Gebärmutterkörpers (Hofmeier); bei Ichthyosis uteri, wobei es jedoch zugleich vielschichtig wird; bei Salpingitis (Martin, Orthmann). Andererseits findet es sich aber stets bei extra- und intrauteriner Schwangerschaft am Uterusepithel und bei Tubenschwangerschaft am Tubenepithel. Es ist also kennzeichnend für bestehende und bis zu einem gewissen Zeitpunkt (etwa vier Wochen) vorher abgelaufene Schwangerschaft.

Die Deciduazelle ist dagegen nicht kennzeichnend für Schwangerschaft, denn sie findet sich ausser bei dieser auch bei Endometritis (Veit), bei Dysmenorrhoea membranacea (Leopold), bei Phosphorvergiftung (Overlach). Ferner sind in den ersten Schwangerschaftsmonaten nicht an jeder Stelle der Uterusmucosa schon Deciduazellen vorhanden.

Die Abstammung der Deciduazellen wird auf 4 Quellen zurückgeführt:

1. auf die weissen Blutzellen (Hennigs, Ercolani, Langhans, Meyer);
2. auf die bindegewebigen Rundzellen der Schleimhaut (Leopold, Waldeyer, Wyder, Orthmann, Heintze);
3. auf das Drüsenepithel des Corpus uteri (Friedländer, Frommel, Ayers; Gottschalk lässt diese und die zweite Möglichkeit offen); auf das Tubenepithel (Frommel);
4. auf das Cervixepithel (Overlach).

Gegen die Abstammung von den weissen Blutzellen sprechen die zahlreichen neuen Arbeiten (Grawitz, Ziegler, Orth u. A.), welche eine Umbildung der weissen Blutzellen in fixe Gewebszellen überhaupt bestreiten. Die Abstammung vom Drüsenepithel

des Corpus und vom Tubenepithel ist nicht nachgewiesen, sondern von den betreffenden Forschern mehr als Vermuthung hingestellt. Die Abstammung vom Cervixepithel ist nur von Overlach beschrieben; lässt sich auch der verneinende Beweis, dass dem nicht so sei, schwer erbringen, so lässt sich der Beweis, dass die Deciduazellen vom Bindegewebe abstammen, um so leichter stützen; denn man sieht 1. alle Uebergangsformen von den bindegewebigen Rund- zu Decidua-Zellen; 2. besitzen letztere stellenweise sichtbare Faserfortsätze, welche in das Fasergerüst des Bindegewebes auslaufen und aus dem sie sich nicht ohne Verletzung des Fasergerüsts auspinseln lassen; 3. kommen Deciduazellen auch bei Endometritis, entfernt von den hochcylindrischen Drüsenepithelien, vor. Zwischen den Deciduazellen findet man stets Rundzellen, aus welchen sich später das Bindegewebe der Mucosa wieder bildet; sie können deshalb als Ersatzzellen bezeichnet werden. Die Entwicklung der Decidua ist am Anfange des zweiten Monates in der Hauptsache beendet.

Rückbildung der Decidua. Schon vom fünften Monate an werden die Deciduazellen schlechter färbbar, die Zellgrenzen und die Umrisse der Zellkerne weniger scharf; gegen Ende der Schwangerschaft sind die Deciduazellen grossentheils kaum erkennbar, die Kerne in körnigem Zerfall, die Zellumrisse verwischt; es findet also in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft eine langsame Nekrose (Nekrobiose) der Decidua (Serotina, Vera und Reflexa) statt, wenn auch einzelne Stellen der Serotina noch besser erhaltene Deciduazellen zeigen. Diese nekrotischen Theile lassen mittels Aethers, Osmiumsäure u. s. w. nur ganz vereinzelt Fett nachweisen; es ist also in der Hauptsache nicht eine Verfettung, sondern anscheinend Coagulations-Nekrose. Das ganze Ei ist deshalb am Ende der Schwangerschaft von einem nekrobiotischen Mantel umgeben: vielleicht eine der Ursachen des Eintrittes der Geburt (Huwé, Naegele, Simpson, Friedländer).

Die Rückbildung der Decidua kann nach zwei Typen erfolgen:

1. Regelmässiger Typus; nach regelrechter Geburt wird der grösste Theil der Decidua ausgestossen; aus den besonders zwischen den obersten Zügen der Muscularis tief eingebetteten Ersatzzellen und Drüsengründen erneuert sich das interstitielle Bindegewebe, das Drüsen- und Oberflächen-Epithel. Die zurückbleibenden Deciduazellen werden theils im Puerperium abgestossen, theils aufgesogen.

2. Typus; hauptsächlich nach Fehlgeburten, bei nicht ausgestossener Decidua des Uterus nach geplatzter Tubenschwangerschaft u. s. w.: die ganze oder Theile der Decidua bleiben in der Gebärmutter oder dem Eileiter an Ort und Stelle zurück. Die nekrotischen Deciduazellen werden aufgesogen, die Ersatzzellen wuchern lebhaft und bilden das Zwischengewebe. Die Drüsenepithelien werden cylindrisch (vielleicht aus Epithel-Ersatzzellen unter Abstossung des cubischen bis niedrigen Epithels). Noch vier bis fünf Wochen nach der Fehlgeburt oder geplatzter Tubarschwangerschaft (Hämatokele) kann man an der ausgeschabten Schleimhaut der Gebärmutter stellenweise niedriges Epithel und Deciduazellen finden (von Belang für die Diagnose). Die Rückbildung zur regelmässigen Schleimhaut ist etwa vier bis sechs Wochen nach der Geburt vollendet.

Zusammenfassung der Ergebnisse:

1. Das Niedrigerwerden des Oberflächen- und Drüsen-Epithels des Corpus uteri und der Tube ist kennzeichnend für Schwangerschaft; es ist nicht Folge des erhöhten Druckes.

2. Die Deciduazellen gehen aus den Rundzellen des Bindegewebes, nicht aus dem Epithel hervor; sie sind nicht sicher kennzeichnend für Schwangerschaft.

3. Langsam verlaufende Nekrose (Nekrobiose) der Decidua ist vielleicht eine der Ursachen des Geburtseintrittes, indem das Ei dadurch zum Fremdkörper wird. Die Nekrose ist in der Hauptsache nicht eine Verfettung, sondern anscheinend Coagulationsnekrose.

26) Skutsch: Die Behandlung der chronischen Endometritis.

Redner will hier nicht eine neue Behandlungsweise dieser Erkrankung vorschlagen, sondern nur einige Punkte erörtern, welche sich auf die grossen Verschiedenheiten der Anschauung in der Frage der chronischen Endometritis beziehen. Die Grundbedingung für eine richtige Behandlung der Erkrankung ist die richtige Diagnose derselben. So sicher begründet dieselbe pathologisch-anatomisch ist, so herrscht trotzdem darüber in der Praxis noch wenig Klarheit, die klinischen und anatomischen Bilder werden vielfach untereinander geworfen. Klinisch sind zwei Formen der Endometritis streng zu trennen, die hämorrhagische und die katarrhalische, erstere mit regelmässigen, meist atypischen Blutungen, letztere mit der krankhaften Menge und Beschaffenheit

der Absonderungen. Die Behandlung der ersteren Form besteht in Ausschabung der Schleimhaut, Entfernung ausgesprochener Wucherungen und nöthigenfalls nachträglicher Aetzung. Die vorherige Erweiterung der Gebärmutter zum Zwecke ihrer Austastung mit den Fingern ist rathsam.

Die zweite Form der Endometritis wird nicht immer richtig gewürdigt, neben dem Katarrh des Mutterhalses wird derjenige des Körpers oft vernachlässigt. Redner geht hier näher auf die von B. S. Schultze empfohlene Methode ein. Der Probetampon, welcher die Absonderung aus der Gebärmutter auffangen soll, ist wohl berechtigt. Ist Eiter an demselben, so muss man eine Endometritis purulenta annehmen. In der Praxis kommt es nicht darauf an, zu wissen, ob der Eiter aus der Cervix oder aus der Höhle kommt, da in jedem Falle die ganze Schleimhaut der Gebärmutter behandelt werden muss. Dabei führt keines der bisherigen Verfahren allein in jedem Falle zum Ziele und es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten, die verschiedenen Formen der eitrigen Endometritis aufzuklären, dann werden sich für die einzelnen derselben bestimmte Behandlungsarten herausfinden lassen.

Im Weiteren berichtet Redner über die Erfahrungen der Behandlung der Endometritis an der Jenenser Klinik. Dieselbe bestand in methodischen Ausspülungen nach vorausgegangener Erweiterung, sobald dieselbe nöthig war. Schultze benutzte zu letzterer Laminariastifte, seine Schnabelsperre und in jüngster Zeit metallene konische Dilatatoren, welche Vortragender zeigt; dieselben sind von Eisen angefertigt und haben Centimetertheilung. Zuerst wird mit 3 proc. Sodalösung ausgespült, später Carbol, Sublimat, essigsäure Thonerde, Lysol u. a. benutzt.

Einfache Katheter sind zur Spülung besser als die nach Fritsch-Bozeman hergestellten. In neuester Zeit wurde zur Erweiterung der Gebärmutter Jodoformgaze verwendet, womit neben der Erweiterung auch eine Drainage bewirkt wird und eine gleichzeitige Einwirkung des Jodoforms auf die kranke Schleimhaut. Diese Behandlung mit Ausspülungen zu verbinden, hat sich sehr bewährt. Ausschabung ist selten nothwendig, nach derselben ist die eben genannte Behandlung eine Zeit lang fortzuführen.

III. Tag. 5. Sitzung, Sonnabend, d. 23. Mai, Vorm. 8 bis 12 $\frac{1}{2}$ Uhr.

27) Sänger zeigt einen tragbaren Operationstisch, welchen er aus England bezogen hat. Derselbe ist aus leichtem Holze hergestellt, lässt sich zusammenlegen und ist einfach zu verpacken. Er ist sowohl zu Laparatomen, als zu plastischen Operationen zu benutzen. Auch die Beckenhochlagerung lässt sich leicht einrichten. Der Tisch steht fest und hält schwere Lasten aus. Der Preis ist 170 Mark. (Zu beziehen von Maw & Thompson, London, Aldersgate Street.) Die bisherige Verwendung desselben bestätigte seine Vorzüge.

Im Anschlusse daran zeigt Sänger auch noch einen sterilisierbaren Blechkasten, der sämmtliche zu Laparatomen oder zu anderen gynäkologischen Operationen nöthigen Instrumente und Verbandmittel u. s. w. enthält und ebenfalls leicht fortzutragen ist. Für Operationen ausserhalb der Klinik empfiehlt sich derselbe besonders.

28) Gottschalk (Berlin) berichtet über einen von ihm glücklich operirten Fall von Pyosalpinx mit Durchbruch des Eiters durch die untere Tubenwand in das angewachsene Ovarium und in die Bauchhöhle. Wegen acuter eitriger Peritonitis wurde 42 Stunden nach dem Durchbruche die Laparatomie gemacht. Es erfolgte Heilung.

Redner zeigt das Präparat, die Tube ist in einen grossen, dickwandigen Eitersack verwandelt, beide Ausführungsgänge sind verklebt. Zwei Gänge führen in einen Ovarialabscess, der an einer Stelle eingerissen war, und durch seinen Inhalt die Bauchfellentzündung hervorgerufen hatte.

Ferner legt Gottschalk ein Präparat einer Tuboovarialcyste vor, welches bereits in der geburtshülflichen Gesellschaft in Berlin gezeigt wurde (vergl. Centralblatt für Gynäkologie 1891, Nr. 19).

29) Kocks (Bonn) hat eine einfache Hochlagerungsvorrichtung hergerichtet, welche an jeden beliebigen Tisch anzuschrauben ist. Sie dient dazu, das Becken zu befestigen, wobei die Darmschaufeln als Angriffspunkt dienen. Durch eine Schraube kann dann das Becken beliebig bis auf 30 bis 35 cm erhöht werden.

Ferner legt Kocks das Muster seiner Achsenzugzange

vor, Hebel- und Ringpressare, welche zur leichteren Einführung in die Scheide, zumal bei Nulliparen, im Ringbogen eine 3 bis 4 cm weite Lücke haben, durch welche es ermöglicht wird, den Ring schonender durch den engen Scheideneingang durchzuführen.

Weiter zeigt Kocks ein dreiarmiges Dilatatorium und seine bereits bekannten Zangen zur Abklemmung der Ligamente bei der Totalexstirpation.

30) Pfannenstiel (Breslau) hat ein interessantes Präparat mitgebracht, einen Uterus mit verdickter Wandung, dessen Oberfläche mehr oder weniger dicht besetzt ist mit zahlreichen Cystchen, welche mit einschichtigem Flimmerepithel ausgekleidet sind. Dieselben Cystchen fanden sich auch auf der linken Tube; ein grösserer Knoten an der rechten Seitenfläche der Gebärmutter zeigte in seinem Inneren ebenfalls 6 bis 8 kleine Cysten von gleicher Beschaffenheit. Redner geht sehr genau auf die mikroskopische Untersuchung dieser Gebilde ein, legt auch Präparate vor und hat durch seine Studien nachgewiesen, dass diese Flimmerepithelcysten von der Oberfläche eines Ovarium herkommen, an welcher ganz ähnliche Cystchen gefunden wurden. Vortragender hat derartige Bildungen schon öfter an der Oberfläche der Eierstöcke gefunden und fasst sie als beginnende Neubildung auf. Es handelt sich im vorliegenden Falle um Metastasen der letzteren vom Ovarium auf die Gebärmutter.

31) Frank (Köln) hat drei osteomalakische Frauen, bei welchen er nach dem Porro-Kaiserschnitte die Inversion des Stumpfes nach der Scheide gemacht hat, kommen lassen, um den Heilerfolg zu zeigen. Er bespricht in Kürze das von ihm empfohlene, bereits bekannte und als höchst einfach bezeichnete Verfahren und fordert zu Versuchen mit demselben auf.

32) Frommel zeigt zwei Geschwülste, die er vor einigen Tagen von einer schwangeren Gebärmutter entfernte. Es handelt sich um zwei Myome, ein grosses, cystisches, welches sich leicht abbinden liess, und ein kleineres, dessen Stielversorgung ausserordentlich schwer war. Die Frau hatte kurz nach der Operation eine Fehlgeburt im sechsten Monate und starb bald darauf infolge einer Nachblutung aus dem Stumpfe. Frommel wird in einem gleichen Falle die supravaginale Amputation vorziehen.

33) v. Rosthorn (Wien) spricht über die Entstehung von Tuboovarialcysten und legt unter anderen ein Präparat vor,

in welchem es sich um vielfache Myome der Gebärmutter und doppelseitige kindskopfgrosse Tubo-ovarialcysten handelt.

34) Kehler spricht über die Fortleitung der kindlichen Herztöne und berichtet über Versuche an Neugeborenen, welche den Nachweis bezweckten, auf welche Strecken sich die kindlichen Herztöne durch Wasser und thierische Gewebe (Muskel, Leber, Fett) fortpflanzen. Redner setzt das Kind in einen Holzkasten — den er vorzeigt — und füllt denselben mit blutwarmem Wasser. „An der Vorderwand des Kastens ist in der Höhe des Herzens eine mit Wasser gefüllte und nach aussen durch eine Membran verschlossene Röhre angebracht. Die kindliche Brustwand wird an die Vorderwand des Kastens angelegt und dann durch Röhrenverschiebung festgestellt, auf welche Entfernung die Herztöne durch Wasser fortgeleitet werden. Es ergab sich, dass dies auf durchschnittlich 14 cm möglich ist. Eine nahezu gleiche Fortleitungsgrenze zeigen thierische Gewebsplatten, welche man auf die Brustwand auflegt. Da nun auf solche Strecken sich die Föetalherztöne durch Fruchtwasser und Kindes-theile nicht zum Ohre des Horchenden fortpflanzen, so folgt daraus, dass in den Gebärmutter- oder Bauchwänden der Lebenden akustische Widerstände enthalten sind, von denen Kehler vermuthet, dass sie in dem Blutkreislaufe gegeben seien.“ (Selbstbericht Kehler's siehe: Centralblatt für Gynäkologie 1891, Nr. 23.)

35) Sänger: Ueber Deciduome.

Ueber echte Neubildungen der zur Decidua graviditatis umgewandelten Mucosa uteri, für welche Rudolf Maier die Bezeichnung Deciduome einführte, sind die bisherigen Ansichten unsicher und anfechtbar. Es sind als Neubildungen der Decidua beschrieben worden: 2 Fälle von R. Maier, 9 Fälle von Küstner und 1 Fall von Klotz (Innsbruck). Betreffs der Maier'schen Fälle ist Vortragender anderer Ansicht; im ersteren hält er die 9 cm lange, 3 cm dicke, gelappte Geschwulst, welche bei einem Abortus im sechsten Monate vor dem Eie ohne Blutung ausgestossen wurde, für die hyperplastisch veränderte Decidua eines zweiten Eies, eine deciduale Mole. Auch der zweite Fall ist als deciduale Neubildung nicht genug begründet, zumal nicht bewiesen ist, ob Schwangerschaft bestanden hat. In den Fällen von Küstner handelte es sich 6 Mal um verhaltene Reste entzündlich und regressiv veränderter Decidua, 3 Mal um Endome-

tritis glandulo-interstitialis polyposa, deren Beziehung zum Deciduum darin bestand, dass drei Monate, ein und vier Jahre vor der Ausräumung der Gebärmutter eine Fehlgeburt vorherging. In dem Falle von Klotz wurde zwei Jahre nach der letzten Entbindung wegen starker Blutungen eine gänseeigrosse, schwammige, breitgestielte Geschwulst entfernt, die Klotz als Adenom, Redner als Deciduum ansieht.

Einen völlig neuen Typus decidualer Geschwülste, das maligne, metastasirende Deciduum oder deciduale Sarkom hat Redner vor zwei Jahren zuerst beschrieben. (Centralblatt für Gynäkologie 1889, Nr. 8.) Pfeifer hat aus dem pathologischen Institute in Prag seitdem einen gleichen Fall bekannt gemacht (Prager medicinische Wochenschrift 1890, Nr. 26) und bezeichnet ihn als „Deciduoma malignum“. Chiari fasst 3 früher veröffentlichte, als Krebs aufgefasste Neubildungen nach vorausgegangenen Geburten jetzt gleichfalls als Deciduome auf. Redner geht auf diese nun vorliegenden 5 Fälle genauer ein, beschreibt deren Entstehung und mikroskopisches Verhalten, hebt besonders hervor, dass es sich um eine ganz und gar aus Deciduazellen bestehende, bösartige, metastasirende Neubildung des puerperalen Uterus handelt, um ein aus Deciduazellen aufgebautes Sarkom, und wünscht den Neubildungen den Namen „Sarcoma deciduo-cellulare“ oder allenfalls „Deciduo-Sarcoma“ zu geben. Nach den Fällen Chiari's wird in Zukunft das primäre Carcinom des Corpus uteri post partum besonders nach der Richtung hin zu prüfen sein, ob es sich um die eben beschriebene Neubildung handelt. Aetiologisch wird der wahrscheinlich infectiöse Charakter des Sarcoma deciduo-cellulare damit begründet, dass die Geschwülste Aehnlichkeit haben mit Mycosis fungoides der Haut (Rindfleisch), sowie mit den bisher beobachteten Fällen infectiöser Erkrankung des Endometrium. Sänger hofft, dass weiter gefundene und eingehend untersuchte Fälle seine Darlegungen bestätigen werden.

Während des Vortrages theilte Hegar mit, dass der erste, von R. Maier beschriebene Fall aus seiner Praxis stamme und dass er die Deutung Maier's aufrecht erhalte. Die Frau sei ein halbes Jahr später an Carcinoma uteri gestorben.

Sänger bedauert, dass davon nichts in Maier's Arbeit steht und dass nicht bekannt ist, welche Form des Carcinoma hier vorgelegen hat.

36) P. Müller: Das Deciduoma malignum. Vortragender beobachtete in letzter Zeit eine Kranke, welche durch starke Blutungen hochgradig blutarm und schliesslich urämisch geworden war. Eine die Gebärmutter schnell ausdehnende Geschwulst wurde als Blasenmole erkannt und entfernt. Anfangs war der Verlauf ein guter, die Anämie verlor sich nicht, in der Gebärmutter fanden sich nach kurzer Zeit Wucherungen von Decidualgewebe, welche weiter und weiter wuchsen. Schliesslich bildeten sich Knoten in der Scheide, und es trat an den Folgen des Blutverlustes der Tod ein. Die metastatischen Knoten waren nicht Carcinom. Redner verweist auf die nächst dem erscheinende ausführliche Beschreibung des Falles von Langhans (Bern).

Besprechung: J. Veit berichtet über ähnliche Beobachtungen und nimmt an, dass es sich in solchen Fällen um Einbettung des Eies in eine kranke Schleimhaut der Gebärmutter handelt. Diese ist der Ausgangspunkt der Neubildung, möge dieselbe Carcinom oder Sarkom sein.

Kaltenbach macht darauf aufmerksam, dass nach Myxom des Eies Fälle bekannt sind, in denen Kachexie noch Sarkomentwicklung mit Metastasen beobachtet wurde.

Sänger meint gegen J. Veit, es müsste dann die innere Auskleidung der Gebärmutter krank sein, was in seinem Falle nicht nachgewiesen wurde. Er hält an seinen Ansichten fest, dass es sich in genannten Fällen um Deciduom handelte.

Müller hält ebenfalls daran fest, dass es sich um Wucherungen der Decidua handelt und dass weder Sarkom noch Carcinom vorgelegen hat.

37) Dohrn: Die gonorrhoeische Erkrankung der Mundhöhle bei Neugeborenen.

Der erste Fall dieser Erkrankung wurde in der Königsberger Klinik im Januar d. J. beobachtet. Bei einem acht Tage alten ausgetragenen Kinde zeigten sich auf den Kieferrändern, dem Zungenrücken und dem hinteren Gaumen erodirte, graugelb belegte Stellen. Die Mutter war gonorrhoeisch und das Kind hatte ausser der Erkrankung der Mundschleimhaut Ophthalmoblennorrhoe. In den zur Untersuchung ausgeschnittenen Schleimhautstückchen fanden sich Gonococcen, welche an den erodirten Stellen durch die Interstitien der Zellen in die Tiefe gedrungen waren. Züchtungsversuche stellten die bakteriologische Diagnose

ausser Zweifel. Eine Behandlung wurde nicht eingeleitet, der Fall heilte nach vier Wochen, ohne dass dabei die Ernährung des Kindes Einbusse erlitten. Seitdem sind vier weitere Fälle beobachtet, deren Diagnose und Verlauf das Gleiche ergab.

Redner glaubt, dass solche Erosionen schon früher oft beobachtet worden sind, dass aber seine Fälle die ersten waren, in welchen der spezifische Charakter der Erkrankung erkannt wurde, und dass damit der Beweis geliefert wird, dass die Mundschleimhaut gonorrhöisch erkranken könne. Das Eindringen des Giftes wird ermöglicht durch die bei Neugeborenen leicht entstehenden mechanischen Verletzungen der Schleimhaut besonders an den Kiefernändern.

38) Wertheim (Prag): Zur Lehre von der Gonorrhoe.

Neuere Arbeiten von Touton, Dinkler und Jadassohn haben festgestellt, dass die Gonococcen im Stande sind, in geschichtetes Pflasterepithel einzudringen. Bumm dagegen stellte die Lehre auf, dass der Gonococcus Neisser nur in Cylinder-epithel einzudringen vermöge, und schloss damit die Möglichkeit einer Gonococcen - Peritonitis aus. Menge behandelte diesen Streitpunkt in seiner in der Zeitschrift für Geburtshülfe erschienenen Arbeit und lässt die Frage noch unentschieden. Redner hat nun durch Thierversuche erprobt, ob die Gonococcen unter den Bedingungen wie die gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen eine Peritonitis hervorrufen können. Zunächst versuchte er die Reinzüchtung der Gonococcen und forschte weiter, ob die im Eiter der gonorrhöischen Tuben gefundenen Gonococcen noch virulent sind. Er fand 1. dass sich der Gonococcus mittels des Plattenverfahrens auf menschlichem Blutserum als Nährboden leicht und bequem züchten lässt; 2. die so gewonnenen Culturen erzeugen bei Uebertragung auf die menschliche Harnröhre den echten Tripper; 3. menschliches Blutserum ist der beste Nährboden, auf thierischem Blutserum und Agar-Agar wachsen ebenfalls wenn auch kümmerliche Culturen, selbst bei directer Aussaat gonorrhöischen Eiters; 4. gut entwickelte Culturen sind selbst nach vier bis fünf Wochen durch Ueberimpfung auf neues menschliches Blutserum fortzuzüchten, falls sie vor Austrocknung bewahrt werden; 5. die Virulenz geht durch die Züchtung auf künstlichem Nährboden nicht verloren; 6. das Wachsthum des Gonococcus ist bei Entziehung des Sauerstoffes bedeutend stärker, als bei Zutritt

des Sauerstoffes. Ferner gelang Redner die Reinzüchtung der Gonococcen aus dem Tubeneiter bei gonorrhöischer Salpingitis; auch konnte aus den gewonnenen Culturen ein typischer Harnröhrentripper erzeugt werden.

Betreffs der Frage der Peritonitis kam Vortragender zu folgenden Ergebnissen: Durch Versuche mit *Staphylococcus pyogenes aureus* und *Streptococcus pyogenes* stellte er fest, dass, wenn dieselben sammt dem festen Nährboden in die Bauchhöhle der Thiere gebracht wurden, fast immer tödtliche Peritonitis die Folge war, während die Einbringung relativ bedeutender Mengen von Bacillenculturen meist schadlos ertragen wurden. Diese Erfahrung übertrug Wertheim auf die Versuche der Erzeugung einer Gonococcen-Peritonitis, indem er unter völliger Asepsis linsengrosse Stücke der Reincultur sammt Nährboden in die Bauchhöhle brachte. Von den Versuchsthieren — weisse Mäuse, Meerschweinchen, Kaninchen, Ratten, Hunde — zeigten sich die ersten am empfänglichsten. Deshalb wurden sie benutzt und dabei zugleich durch Einbringung von gleich grossen Stückchen sterilen menschlichen Blutserum bei einer gleichen Anzahl von Thieren entschieden, ob nicht die Fremdkörperreizung allein die Ursache der etwa auftretenden Peritonitis sei. Redner geht im Weiteren auf die Ergebnisse dieser Versuchsreihen ein, aus denen hervorgeht, dass durch die Gonococcen eine echte Entzündung des Peritoneum hervorgerufen wird. Auch die jedesmalige Züchtung einer Gonococcen-Reincultur aus dem peritonealen Belage beweist, dass die Peritonitis nicht durch ein anderes Bakterium erzeugt wurde. Weiter ergaben die Untersuchungen, dass die Gonococcen nicht nur in Plattenepithel einzudringen vermögen, sondern auch in das Bindegewebe, und dass sie sich hier, den Gewebs- und Lymphspalten folgend, in ähnlichen Zügen und Haufen verbreiten, wie die anderen pyogenen Mikroorganismen.

Im Folgenden geht Redner auf die von anderer Seite betonte Mischinfection bei auftretenden tiefen Entzündungen im Verlaufe gonorrhöischer Erkrankungen ein und bezweifelt, dass diese in allen Fällen zu Stande kommt. Es ist ihm niemals gelungen, im Tubeneiter neben den Gonococcen irgend welche anderen pyogenen Bakterien aufzufinden. Folglich kann die Infection mit Gonorrhoe zu einer secundären Infection nicht disponiren, wie von Bumm, Zweifel u. A. behauptet wurde. Zum Beweise dafür versuchte Wertheim, wie sich der vom Gono-

coccus erschöpfte Nährboden zur Ernährung der pyogenen Bakterien (Streptococcen und Staphylococcen) eigene. Erstere gingen überhaupt nicht an, letztere viel spärlicher als auf frischem menschlichen Blutserum.

Daraus geht hervor, dass nur in denjenigen Fällen von Mischinfection gesprochen werden darf, in welchen andere pyogene Bakterien neben den Gonococcen gefunden werden. Schliesslich berichtet Redner noch über zwei jüngst untersuchte Fälle von Ovarialabscess, welche lediglich durch den Gonococcus Neisser bedingt waren, so dass man also in Zukunft puerperale und gonorrhoeische Ovarialabscesse unterscheiden muss. (Referat wurde nach dem zur Verfügung gestellten Vortrage angefertigt.)

39) Bumm (Würzburg): Ueber die Bedeutung der gonorrhoeischen Infection für die Entstehung schwerer Genitalaffectionen bei der Frau.

Seit den grundlegenden Arbeiten Nöggerath's ist die Bedeutung der gonorrhoeischen Infection bei der Frau mehr und mehr gewürdigt worden, die wissenschaftliche Diagnose wurde aber erst mit der Entdeckung des Gonococcus durch Neisser gesichert. Seit mehr als zehn Jahren hat sich Vortragender mit dem Studium der gonorrhoeischen Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane beschäftigt und ist nun in der Lage, die Ergebnisse seiner Untersuchungen mitzuthellen:

Die Gonorrhoe ist auch bei der Frau eine Oberflächenerkrankung, die Coccen dringen nur in das Epithel bis zum Bindegewebe vor, nicht in dieses selbst. Das zuerst durch Eiterung abgestossene Epithel wird bald ersetzt, wird aber dichter nach Art des Pflasterepithels. Dann dringen die Coccen nicht mehr ein, sie vermehren und halten sich nur im Secrete.

Mit septischen Vorgängen haben die Gonococcen nichts zu thun, aber die septischen Keime finden im gonorrhoeischen Secrete einen günstigen Nährboden. Kommt es also zu septischen Vorgängen, so handelt es sich um Mischinfection.

Der Hauptsitz der Gonorrhoe ist die Harnröhre der Frau und die Cervix uteri. Unter regelmässigen Verhältnissen bleibt die Infection auf die Cervix beschränkt, d. h. es dringen die Coccen nicht selbständig über den inneren Muttermund hinaus. Und doch schliesst sich nicht selten eine gonorrhoeische Erkrankung auch der Gebärmutterhöhle an. Während der Menstruation kommt es, zumal bei stärkeren Bewegungen, zuweilen zu einem

Rückströmen des Blutes, womit Keime aus dem Cervixsecrete in die Höhle gelangen können. Weiter kann es beim Coitus, beim Sondiren, bei intrauteriner Behandlung zur Infection des Cavum uteri kommen, endlich auch häufig im Wochenbette. Auch von der Gebärmutterhöhle aus ist eine Weiterverbreitung der Infection durch mechanische Verhältnisse bedingt.

Redner erörtert das häufige Vorkommen der gonorrhoeischen Erkrankung des Cavum uteri und der Tuben und betont die dadurch hervorgerufenen dauernden und schweren Krankheitserscheinungen.

Um eine richtige Vorstellung von der Häufigkeit der schweren gonorrhoeischen Infection zu bekommen, müssten alle Fälle, die leichtem — welche sich wegen geringer oder fehlender Beschwerden selten einer Behandlung unterwerfen — und die schweren längere Zeit hindurch beobachtet werden. Wäre dies der Fall, so würde wahrscheinlich die Zahl der schweren Erkrankungen, in denen Cavum uteri und Tuben inficirt sind, geringer sein, als jetzt angenommen wird. Bei 53 gleichmässig durch fünf Monate beobachteten Fällen fand Bumm in 75 Proc. nur die Cervix, in 15 Proc. das Cavum uteri und in 3,5 Proc. die Tuben inficirt.

40) Sänger: Prophylaxe der gonorrhoeischen Infection.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Nothwendigkeit, prophylaktische Maassregeln gegen die gonorrhoeische Infection zu ergreifen, erinnert Redner an die Bestrebungen in Frankreich, die Prophylaxe der Syphilis betreffend. Fournier stellte hierfür drei Forderungen auf: bessere Regelung der Prostitution, bessere Behandlung der Krankheit und bessere Erkennung seitens der Aerzte. Diese Forderungen möchte Vortragender für die Prophylaxe der Gonorrhoe ebenfalls stellen und formulirt im Folgenden seine diesbezüglichen Vorschläge:

I. Maassregeln zur Verhütung der Infection selbst:

1. Strengere Ueberwachung der offenen, durchgreifende Verfolgung der heimlichen Prostitution als Hauptquellen der Infection.
2. Längere Dauer der Behandlung von inficirten Prostituirten durch gynäkologisch geschulte Aerzte.

3. Obligatorischer Gebrauch von Sublimatspülungen der Scheide zum wenigsten seitens solcher Prostituirten, welche aus der Behandlung entlassen sind.

4. Statt des früheren, auch von Haussmann gemachten Vorschlages der Einträufelung einer 2proc. Höllensteinlösung in die männliche Harnröhre post coitum impurum, besser Sublimatwaschungen.

5. Zweckmässige und längere Behandlung gonorrhöisch inficirter Männer, Hinweis auf die Folgen der Krankheit für die Frau, Verbot zur Heirath vor Heilung der Erkrankung.

II. Prophylaxe für Kinder.

Mit gonorrhöischem Ausflusse behaftete Mütter, besonders der ärmeren Klassen, sind auf die Möglichkeit der Uebertragung der Krankheit auf Kinder (Mädchen) aufmerksam zu machen. Strenge Absperrung erkrankter Kinder, besonders in Krankenhäusern.

III. Maassregeln zur Heilung der leichten, Verhütung der schweren Formen gonorrhöischer Infection beim Weibe.

1. Bei Nichtschwangeren: Energische Behandlung der leicht zugängigen erkrankten Theile (Vulva, Urethra), spitze Condylome sind abzutragen, vereiterte Bartholini'sche Drüsen sind vollständig auszurotten. Die Scheidenabsonderungen müssen durch Spülungen und Auswaschungen (Sublimat) häufig entfernt werden. Excochleationen der Schleimhaut der Gebärmutter bei Gonorrhoe sind verboten, die Aetzbehandlung darf nicht übertrieben werden (wegen Stenosenbildung). Bei Nulliparen mit engem Cervicalcanale ist derselbe erst mit Laminariastiften zu erweitern und durch Glasröhren offen zu halten. Bei Erkrankungen der Anhänge ist wochenlange Bettruhe die beste Behandlung; nur wenige Fälle erfordern operative Behandlung (Laparatomie).

2. Bei Schwangeren sind Sublimatausspülungen zu verbieten, dagegen soll die Scheide oft durch den Arzt mit Seifenwasser ausgewaschen und im Mutterspiegel mit Sublimat ausgetupft werden. Zur Ausspülung ist Chlorzink oder Creolin zu verwenden. Die weitere Prophylaxe betrifft die Verhütung der Ophthalmoblennorrhoe beim Kinde, die Vorbeugung des Uebergreifens der gonorrhöischen Infection auf das Corpus uteri und die Anhänge im Spätwochenbette, die Verhütung gonorrhöisch-septischer Mischinfection in der ersten Zeit nach der Geburt.

Zum Schlusse bittet Vortragender, wenn nach Martin's Vorschlage das Thema „Salpingo-Oophorektomie bei Adnexerkrankungen“ auf die nächste Tagesordnung gesetzt wird, die Frage

mit zu erörtern, welchen Antheil die gonorrhoeische Infection an der Entstehung dieser Erkrankungen hat.

41) Bumm: Ueber puerperale Endometritis.

(Der Vortrag erscheint ausführlich im nächsten Hefte des Archivs.)

42) Dührssen: Zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis.

Der Vortrag erscheint in Kürze ausführlich in diesem Archiv.

43) Korn (Dresden): Das Verhalten der Gebärmutter nach wiederholten Kaiserschitten.

Vortragender berichtet über drei Wiederholungen des Kaiserschnittes, dabei über eine zum dritten Male operirte Frau. In einem Falle war die Gebärmutterwunde mit Silberdraht, im zweiten mit Catgut, im dritten mit Seide genäht worden. Ueber das Verhalten der Narbe bei diesem verschiedenen Nahtmateriale gab die Beobachtung folgenden Aufschluss: die dünnste Narbe hinterliess die Silberdrahtnaht, die festeste die Säger'sche Naht mit Seide.

Jedenfalls ist es aber möglich, die Gebärmutterwunde so fest zu vernähen, dass bei späteren Schwangerschaften und Geburten nachtheilige Folgen aus der vorausgegangenen Operation nicht entstehen.

Durch die Beobachtung der von ihm operirten Frauen ergab sich weiter, dass die Menstruation in der Regel durch die Operation nicht beeinflusst wurde. Anders die Wehentätigkeit. Die Wehen waren bei der nächsten Geburt regelmässig, aber äusserst heftig und schmerzhaft, so dass sehr frühzeitig die Anwendung schmerzstillender Mittel nöthig war. Endlich glaubt Redner aus seinen Befunden und Beobachtungen den Schluss ziehen zu können, dass die Gefahr der Zerreissung der Gebärmutter im Verlaufe der Narbe bei späteren Geburten sehr gering ist, vielleicht ganz ausgeschlossen werden kann, wenn nach den Säger'schen Angaben genäht wurde.

44) Schatz: Einfluss der bestehenden Ureterfistel auf die Harnabsonderung.

Bei einer 33jährigen Frau mit engem Becken, bei welcher die siebente Entbindung vor 4½ Monaten durch die Ausziehung des sehr grossen Kindes mittels „hoher Zange“ beendet worden war, stellte sich freiwillige Harnabsonderung durch die Scheide ein. Schatz fand eine Ureterenscheidenfistel, 2 cm rechts von der

Portio vaginalis in die Scheide mündend. Die Fistel sass in einer Narbe, welche einem tiefen Risse durch das Parametrium entsprach, wobei der Harnleiter mit durchgerissen war. Der Harn, der aus der Blase abging, hatte eine andere Beschaffenheit als derjenige, welcher gesondert aus der Fistel aufgefangen wurde. Bei gleicher Menge hatten die beiden Flüssigkeiten ein verschiedenes Aussehen und verschiedenes specifisches Gewicht: 1030 bis 40 (Blase) : 1003 bis 1006 (Fistel, bezw. rechte Niere).

Bei fünfwöchentlicher Beobachtung blieb der Befund derselbe, trotz Bewegung der Frau, Anwendung von Medicamenten und Einlegung eines Dauerkatheters in die Blase. Die Ursache dieser verschiedenen Concentration des Harns konnte nicht nachgewiesen werden. Schatz blieb bei der Diagnose einer Ureterenfistel und leitete auf operativem Wege dieselbe zunächst in die Blase. Er legte gleich vor der Ureterfistel eine Blasenscheidenfistel an, umschnitt dann beide Fisteln unter Erhaltung eines breiteren Epithelstreifens um und zwischen den Fisteln und vereinigte die gewonnene Wundfläche in der Richtung beider Fisteln. Eine Zeit lang gingen nun beide Urinarten gemischt durch die Harnröhre ab; nach vier Wochen war aber eine Nachoperation einer wieder entstandenen kleinen Fistel in der Scheidenwunde nöthig, welche dauernde Heilung brachte. In einem bald darauf beobachteten zweiten Falle von Ureterenscheidenfistel, welche nach einer Totalexstirpation entstanden war, wurden wieder beide Urinarten gesondert aufgefangen und zeigte der durch die Fistel abgehende Harn eine geringere Concentration (1024 : 1012). Vortragender glaubt, dass die Veränderung der Nierenausscheidung Folge der Fistel war und hält es daher für nothwendig, in solchen Fällen, um einer Erkrankung der Niere vorzubeugen, die Ureterenfisteln in die Blase zu leiten.

45) Frommel: Zur Histologie der Milchdrüse.

Nach anatomischen Untersuchungen an der Milchdrüse von Katzen, Meerschweinchen und weissen Mäusen ist es nothwendig, zwei Vorgänge bei der Milchbildung auseinander zu halten: die Fettbildung und die Kernvermehrung aus der Epithelzelle. Bei trächtigen Thieren wird aus dem Protoplasma der Epithelzelle Fett geliefert, die Kerne der Zellen werden nach unten oder an die Zellwand gedrängt und platt gedrückt, die ganze Zelle füllt sich mit den austretenden Fetttröpfchen. Das Protoplasma ist dann wie ausgefrantzt, an den Franzen treten die Fetttröpfchen aus.

Redner erläutert das Gesagte durch mikroskopische Bilder. Mit der eintretenden Lactation beginnen Vorgänge am Kerne der Epithelzelle, welcher bisher unverändert blieb. Der Kern theilt sich in 4 bis 6 einzelne Kerne, die einzelne Epithelzelle wird grösser, ihr Fasergerüst verändert sich und schliesslich werden die Kerne aus der Epithelzelle ausgestossen, gehen zu Grunde oder werden der sich ausscheidenden Milch beigemischt. Es entsteht also bei der Lactation zunächst die Fettbildung aus dem Protoplasma der Zelle und dann ausserordentlich starke Vermehrung der Kerne mit Ausstossung des Kernmaterials in die Drüse und damit in die Milch.

46) Freund (Sohn) (Strassburg): Erfahrungen mit dem elektrischen Schröpfkopfe (Selbstbericht).

Vortragender stellt zunächst fest, dass die Beziehungen zwischen den Brüsten und den schwangeren Genitalien hauptsächlich durch das Blut vermittelt werden, dass sie aber bei bestimmten Reizen auch durch die Nerven hergestellt werden können. Es gelang ihm, durch genügend starke Reizung der Mamillae mit dem constanten Strome jedesmal bei Schwangeren Zusammenziehungen der Gebärmutter auszulösen. Diese Erfahrungen und die Scanzoni's, der mit grossen, auf die Brüste aufgelegten Schröpfköpfen Wehen zu erregen im Stande war, versuchte Freund praktisch zu verwerthen. Er stellte einen elektrischen Schröpfkopf her (bereits beschrieben im Centralblatte für Gynäkologie 1890, 26), mit welchem es immer gelingt, bei Schwangeren Wehen anzuregen. In zehn Fällen mit 144 Versuchen sah Mollath (Wiener medicinische Blätter 1891, 12—15) keinen Misserfolg. Die sichere Wirksamkeit der Methode steht demnach fest.

Freund hat zunächst den elektrischen Schröpfkopf nur als wehenbeförderndes Mittel empfohlen in Fällen, wo absolute oder hochgradige Wehenschwäche besteht. In dieser Hinsicht wirkt die Methode unübertroffen gut. Den früher veröffentlichten Fällen des Vortragenden schliessen sich die Erfahrungen Amann's bestätigend an, der von der Anwendung des Schröpfkopfes auch in der dritten Geburtsperiode und im Wochenbette gute Erfolge sah. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wurde der Schröpfkopf in der Strassburger Klinik fünf Mal, zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt ein Mal angewendet. Die Erfolge waren in allen Fällen vortrefflich in Bezug auf Erweckung der Wehentätigkeit, Auflockerung der Cervix und Erweiterung derselben. Weiterhin war kein Einfluss des Schröpfkopfes auf die Geburt zu

erzielen. Die bisherigen Erfahrungen berechtigen zu weiteren Versuchen.

47) Gläser (Breslau): Ueber das Dermatol, ein Ersatz des Jodoforms.

Dieses neue Mittel, ein trockenes Antisepticum, von Heinz und Liebrecht erfunden und geprüft, wird in den Farbwerken vormals Meister Lucius & Brüning in Höchst hergestellt. Es wurde in der Breslauer Klinik angewendet und berichtet Redner über die dabei gemachten Erfahrungen. Das Mittel wirkt bei granulirenden Wunden sehr gut, da es die Absonderung vermindert und einen festen Schorf ohne Reizung macht. Jodoform- und Heftpflasterexzeme wurden sehr schnell gebessert. Versuche bei Thieren fielen so aus, dass das Mittel schliesslich auch intra-abdominal ohne Nachtheil angewendet wurde. Es ist keineswegs ein Universalmittel, aber als Ersatz des Jodoforms ganz gut verwendbar. Nach seiner chemischen Zusammensetzung ist es eine Verbindung aus Gallussäure und Wismuthoxyd. Nach experimentellen Untersuchungen lassen sich die Eigenschaften des Dermatols dahin zusammenfassen: es ist ungiftig, reizlos, wirkt antiseptisch, ist haltbar und sterilisirbar und als Wundheilmittel billiger als das Jodoform.

48) Kumpf (Wien): Die manuelle Behandlung der fixirten Retrodeviationen des Uterus nach Thure-Brandt.

Redner ist bei Brandt in die Schule gegangen, war Anfangs strenger Anhänger desselben, hat aber allmählig auf Grund seiner Erfahrungen dessen Methoden abgeändert. Er verlangt für die Massage zunächst genaue und sichere Detaildiagnosen und sichere Beherrschung der Technik. Unter Hinweis auf eine nächst dem erscheinende ausführliche Arbeit berichtet er in Kürze über seine bei 82 Fällen (70 Retrodeviationen) gewonnenen Erfahrungen und Erfolge, welche im Ganzen günstige und befriedigende sind.

49) Kocks (Bonn): Ueber den Zusammenhang des Müller'schen Ganges mit den Vornieren.

50) Derselbe: Ueber die Correlation des Wachsthumes der rudimentären Organe und ihres Mutterbodens.

Da beide Vorträge als Referate in Kürze nicht verständlich genug wiederzugeben sind, so verweist Referent auf die kurzen Berichte des Vortragenden im Centralblatte für Gynäkologie 1891,

Nr. 24, oder auf die später erscheinenden Sitzungsberichte der Gesellschaft.

51) Derselbe: Zur Kenntniss und chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.

Kocks operirte eine Kranke wegen eines Ergusses in die Bauchhöhle. Tuberkel auf dem Bauchfelle und den Därmen waren nicht zu finden und doch glaubt Redner, dass es sich um einen tuberkulösen Erguss gehandelt hat, ohne Bacillen in demselben gefunden zu haben. Wie bei Knochentuberkulose am Knie in Kniegelenken tuberkulöse Ergüsse ohne directes Eindringen von Bacillen entstehen können, ebenso bewirkt manchmal ein tuberkulöser Herd in der Nähe des Peritonealraumes einen Erguss in denselben, durch collaterale Hyperämie oder durch Toxine. Betreffs der Behandlung solcher Ergüsse durch die Laparatomie ist noch zu bemerken, dass die häufig eintretenden Rückfälle ausbleiben, wenn man die Bauchwunde nicht ganz schliesst, sondern dieselbe am unteren Wundwinkel offen lässt und drainirt.

52) v. Wild (Cassel): Ueber Fetthernien. (Selbstbericht.)

Vortragender berichtet über zwei von ihm operirte Fälle von Netz-Fetthernien, deren eine am Nabel, die andere oberhalb desselben in der Mittellinie sass. Beide waren während der ersten Schwangerschaft entstanden und hatten sehr heftige Beschwerden verursacht, welche durch die Operation beseitigt wurden.

Im ersten Falle, bei einer 38jährigen IIIpara hatte der Nabelbruch seit 16 Jahren bestanden und seit 10 Jahren Beschwerden gemacht: heftige Magenschmerzen, welche sich gewöhnlich beim Essen oder kurze Zeit nach demselben von selbst einstellten oder auch durch bestimmte Körperbewegungen, Heben der Arme, Sitzen auf niedrigen Stühlen, hervorgerufen wurden. Häufiges Aufstossen nach dem Essen belästigt die Kranke sehr. Bei der Operation fand sich eine klein-apfelgrosse Fettmasse zwischen Haut und Fascie, eine ebenso grosse zwischen letzterer und dem Bauchfelle, so dass der Bauchinhalt sanduhrförmig gestaltet war; der fingerdicke Stiel führte durch einen Ring des Peritoneum in die Bauchhöhle. Abtragung der Fettmasse, Vernähung des Bauchfelles und der Fascie, Schluss der Wunde durch tiefe und oberflächliche Nähte. Gute Heilung. In den nächsten Monaten verschwanden auch allmählig die nervösen Beschwerden. Vortragender betont, dass angesichts dieses Falles auch für die Netzhernien am Nabel dieselbe Forderung aufgestellt werden müsse, wie sie von

den Chirurgen wiederholt für die Nabelbrüche, welche Darm-schlingen enthalten, aufgestellt sei, dass sie nämlich möglichst früh operirt werden.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 28 jährige II para, welche seit der vor vier Jahren erfolgten ersten Geburt an Magenschmerzen litt. Während der zweiten Schwangerschaft waren die Schmerzen verschwunden, kehrten nach derselben aber wieder zurück und nahmen an Heftigkeit immer mehr zu. Diätcuren der verschiedensten Art blieben erfolglos. Bei der Untersuchung fand sich nur eine auf leichten Druck empfindliche Stelle in der Mittellinie etwa 3 cm oberhalb des Nabels; keine Hervorwölbung, keine Veränderung beim Husten u. s. w. Da sich durch den Versuch nachweisen liess, dass die Kranke schwer verdauliche Speisen — nach deren Genuss angeblich immer Schmerzen auftraten — in grosser Menge vertragen konnte, wenn sie in flacher Rückenlage verblieb, da sich weiter herausstellte, dass die Schmerzen durch Heben der Arme, durch längeres Gehen, Sitzen ohne Corset hervorgerufen wurden, so wurde die Diagnose auf eine mechanische Ursache der Schmerzen, auf eine Netzeinklemmung gestellt. Bei der Operation fand sich an genannter Stelle eine 5 cm lange, 3 cm breite und auf $\frac{3}{4}$ cm Höhe zusammengedrückte Fettmasse unter der Fascie, zwischen dieser und dem Peritoneum, welche sich stumpf aus ihrer Umgebung herauschälen liess und mit einem fingerdicken Stiele durch einen faltigen runden Ring des Bauchfelles in die Bauchhöhle führte. Operation wie im ersten Falle und fieberlose Heilung der Wunde. Die Frau hat niemals mehr über die früheren Beschwerden, trotz reichlicher körperlicher Bewegung, geklagt.

v. Wild hat in der Literatur nur einen Fall von properitonealer Fetthernie in der Medianlinie beschrieben gefunden (Sänger, Centralblatt für Gynäkologie 1890, Nr. 27). Dort fand sich diese Hernie neben einer des Nabels und war noch durch hühnereigrosse Hervorwölbung kenntlich gemacht. Eine ohne objectiven Befund operirte Hernie dieser Art scheint bisher nicht beschrieben zu sein. Vortragender glaubt annehmen zu dürfen, dass sich die Fälle dieser Art mehren werden, wenn bei Beurtheilung der beschriebenen Beschwerden die Möglichkeit des Bestehens eines solchen Bruches berücksichtigt und dessen Heilung auf operativem Wege versucht wird.

53) Walcher (Stuttgart): Die Veränderlichkeit der Conjugata.

Der Vortrag erscheint später ausführlich in diesem Archive.

54) Winter (Berlin): Die Ergebnisse der hohen Amputation bei Carcinom.

Die von Schroeder vorgeschlagene hohe Amputation der Cervix bei Carcinoma erkennt Redner als wohlberechtigte Operation bei beginnendem Krebse des Scheidentheiles an. Aus den Beobachtungen der Operirten geht hervor, dass nach der Operation sowohl Empfängniss möglich ist, als auch die Geburt gut verläuft. Mechanische Dysmenorrhoe kommt kaum danach vor, in den gewiss seltenen Fällen ist dieselbe leicht zu beseitigen. Die Endometritis hat nicht die ihr zugesprochene Bedeutung. Die Einwände von Schauta sind nicht stichhaltig. Der Hauptgrund aber, diese Operation in eben beginnenden Krebsfällen der Totalexstirpation vorzuziehen, ist ihre Ungefährlichkeit gegenüber der letzteren. Von den Operirten sind, wie aus den kurzen Angaben des Vortragenden zu entnehmen ist, 35,7 Proc. länger als zwei Jahre, bez. dauernd gesund geblieben.

Nach Schluss der Sitzungen spricht Chrobak (Wien) Namens der Versammlung dem Vorsitzenden herzlichen Dank aus.
