

operativer Eingriffe und schließlich ein für den Augenblick und für die Zukunft zufriedenstellendes Resultat erreicht wird, so verdienen meines Erachtens diese Methoden den Vorzug.

Unter dem Gesichtswinkel dieses dominierenden therapeutischen Leitsatzes betrachtet, bin ich überzeugt, daß jede Nachprüfung von berufener Seite zu dem Ergebnis führen wird, daß das von mir beschriebene Heilverfahren nicht nur frei ist von irgendwelchen Schädlichkeiten, Nachwirkungen oder unangenehmen Nebenerscheinungen, sondern daß es in vollstem Maße die Bedingungen erfüllt, die man von alters her als Maßstab an eine gute Behandlungsmethode angelegt hat, den Grundsatz des Cito, tuto et jucunde.“

107. Herr Hoehne-Greifswald: Zur Frage der weiter vorgeschrittenen Tubargravidität.

Hoehne zeigt an Diapositiven die Besonderheiten von 3 Fällen *weiter vorgeschrittener Tubargravidität*.

Im *ersten Fall* handelt es sich um eine nicht unterbrochene Graviditas ampullaris der rechten Tube im 4. Monat mit lebender Frucht bei *parametranem Sitz der Placenta*. Nach Ansiedelung des Eies im Anfangsteil der Ampulle, nahe dem Ostium abdominale, hatte das Chorion frondosum die untere Tubenwand durchwachsen und sich im *lateralen Teil des Lig. lat. und im rechten Parametrium bis zur Beckenwand* ausgebreitet. Einzelne Kotyledonen erstreckten sich bis unter den rechten Ureter und mußten von hier und von der seitlichen Beckenwand entfernt werden.

Ohne Intervention des Operators hätte sich diese Gravidität zweifellos weiter entwickelt, es sei denn, daß durch eine Kollision mit den großen Beckengefäßen dem Leben der Frucht ein Ende bereitet wäre.

Im *zweiten Fall* hatte sich das Ei im medialen Abschnitt der Ampulle der rechten Tube, und zwar ebenfalls in der unteren Wand eingenistet. Hier hatte aber keine Durchwachsung der unteren Wand stattgefunden, sondern es war bei reiner tubarer, nicht intraligamentärer und parametraner Placentaentwicklung ein Weiterwachsen erfolgt. Dabei war die obere Wand der enorm gedehnten Tube weit aufgebrochen, und der unverletzte Eisack hatte sich bei dem weiteren Wachsen immer mehr in die Bauchhöhle hinein vorgeschoben, bis die nicht unterbrochene, fortschreitende Gravidität im 7. Monat bei lebender Frucht operativ beseitigt wurde. Nach Durchtrennung von Netz- und Darmadhäsionen ließ sich der mit seiner Placenta in der Tube verankerte Eisack stielen und vom Uterus und vom Lig. lat. abtragen.

Im *dritten Fall* endlich, der noch aus meiner Kieler Zeit (Direktorat Werth) stammt, hatte sich der Foetus in dem *unverletzt gebliebenen tubaren*

Fruchtsack bis fast zur Reife entwickelt, war dann abgestorben und erst $\frac{1}{4}$ Jahr nach dem eigentlichen Endtermin der Gravidität entdeckt und entfernt worden. Auch in diesem Fall ließ sich der tubare Fruchtsack stielen und von dem Lig. lat. abtragen.

Im zweiten und dritten Fall war die Frucht innerhalb des unverletzten Eisackes immer mehr durch die Raumbeugung zusammengekrümmt worden. Solcher Platzmangel hat bei den davon betroffenen Früchten im Gegensatz zu den frei in der Bauchhöhle wachsenden Früchten mannigfache Verkümmierungen und Verunstaltungen des fötalen Körpers zur Folge.

Vorbedingung für die ungestörte Weiterentwicklung der Extrauterin-schwangerschaft ist die sichere und feste Verankerung der Placenta. Diese ist am leichtesten möglich, wie das *Lichtenstein* richtig betont hat, bei mesosalpingealer bzw., wie es *Lichtenstein* ausgedrückt hat, basiotroper Eininsertion, mag nun ein Durchwachsen der unteren Wand und ein Eindringen der Zottenkomplexe in das Lig. lat. und in das Parametrium stattfinden oder nicht. Sitzt nur das Chorion frondosum bzw. die Placenta fest, so ist es für die Weiterentwicklung der Schwangerschaft und für die Erhaltung der Frucht irrelevant, ob der Fruchtsack standhält oder berstet, und ob die Eihüllen vorzeitig springen oder nicht. Bleibt der Eisack unverletzt, so gerät die Frucht infolge der Raumbeugung allmählich immer mehr in eine Zwangslage, die zu Deformitäten verschiedenster Art führt.

108. Herr Novak-Wien in Gemeinschaft mit Herrn Eisinger: **Über Versuche zur Erzeugung einer künstlichen Extrauterin-Gravidität bei *Mus decumanus*. Zugleich ein Beitrag zur experimentellen Parthenogenese bei Säugetieren.**

Die Ätiologie der Extrauterin-Gravidität ist bekanntlich trotz vielfacher Forschungen nicht genügend geklärt. Deshalb schien es uns wünschenswert, der Bedeutung eines in sehr vielen Fällen nachweisbaren ätiologischen Faktors, eines Hindernisses in der Leitungsbahn des Eies, auf experimentellem Wege nachzugehen, wie dies schon vor uns von *Tainturier*, sowie von *Mandl* und *Schmit* ohne Erfolg versucht wurde. Wir wählten zum Versuchstier die weiße Ratte, weil bei ihr das Ovarium in einer geschlossenen Ovarialkapsel liegt, aus der es nur einen Ausgang, den Weg in die Tube, gibt. Bindet man das Uterushorn ab, dann muß das Ei in der Ovarialkapsel oder in der Tube bleiben. Die Ratten wurden kurze Zeit, meist einige Stunden nach dem Begattungsakt operiert, indem der Uterus entweder auf einer oder auf beiden Seiten unterhalb der Einmündungsstelle der Tube fest ligiert wurde.

Eine Ansiedlung des Eies in der Tube konnten wir ebensowenig wie