

Verhandlungen der gynäkologischen Section der 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Baden-Baden.

I. Sitzung am 19. September 1879.

Vorsitzender: Hegar (Freiburg).

Schriftführer: Fehling (Stuttgart) und Cohnstein (Heidelberg).

1) Hegar: Demonstrationen von Lehrmitteln und Operirten.

Redner theilt seine Erfahrungen mit über 42 von ihm ausgeführte Castrationen; über diese Zahl kann er besonders deswegen verfügen, weil er glaubt, dass die Indication zu dem Eingriffe viel häufiger sich findet, als er selbst vor einigen Jahren noch annahm.

Er theilt die Fälle in fünf Gruppen.

Zu der ersten Gruppe gehören 13 Fälle von kleinen Geschwülsten. Der anatomische Charakter derselben ist verschieden, ihre Grösse höchstens die einer Billardkugel; ihrer Technik und Indication nach gehören sie zur Castration.

Dieselben können sehr nahe am Uterus sitzen und Veranlassung zur Verwechselung mit Fibromen geben. Man unterscheidet sie durch die Punction, oder wenn man mit dem Finger von der Scheide zwischen Tumor und Uterus in die Höhe geht, so trennt man Adhäsionen und fühlt dies unter dem Finger.

Zwei Operirte starben, bei acht gelang die Beseitigung aller Beschwerden, bei dreien war die Heilung eine unvollständige, dieselben behielten noch Schmerzen.

Die zweite Gruppe umfasst 12 Fibrome; davon starben 3 an Septichämie, bei 6 trat Schrumpfung des Tumors und Menopause ein (drei dieser Fälle vorgestellt), 3 Fälle sind erst vor einer Zeit operirt, die für ein Urtheil noch zu kurz ist.

Die dritte Gruppe bilden fünf Fälle von chronischer Oophoritis; 1 Todesfall, 3 vollkommene, 1 unvollkommene Heilung.

Die vierte Gruppe enthält fünf Fälle von Uterusaffectionen, Infarcten u. s. w.; 1 Todesfall, 2 vollständige Heilungen; zwei Fälle sind erst vor kurzer Zeit operirt.

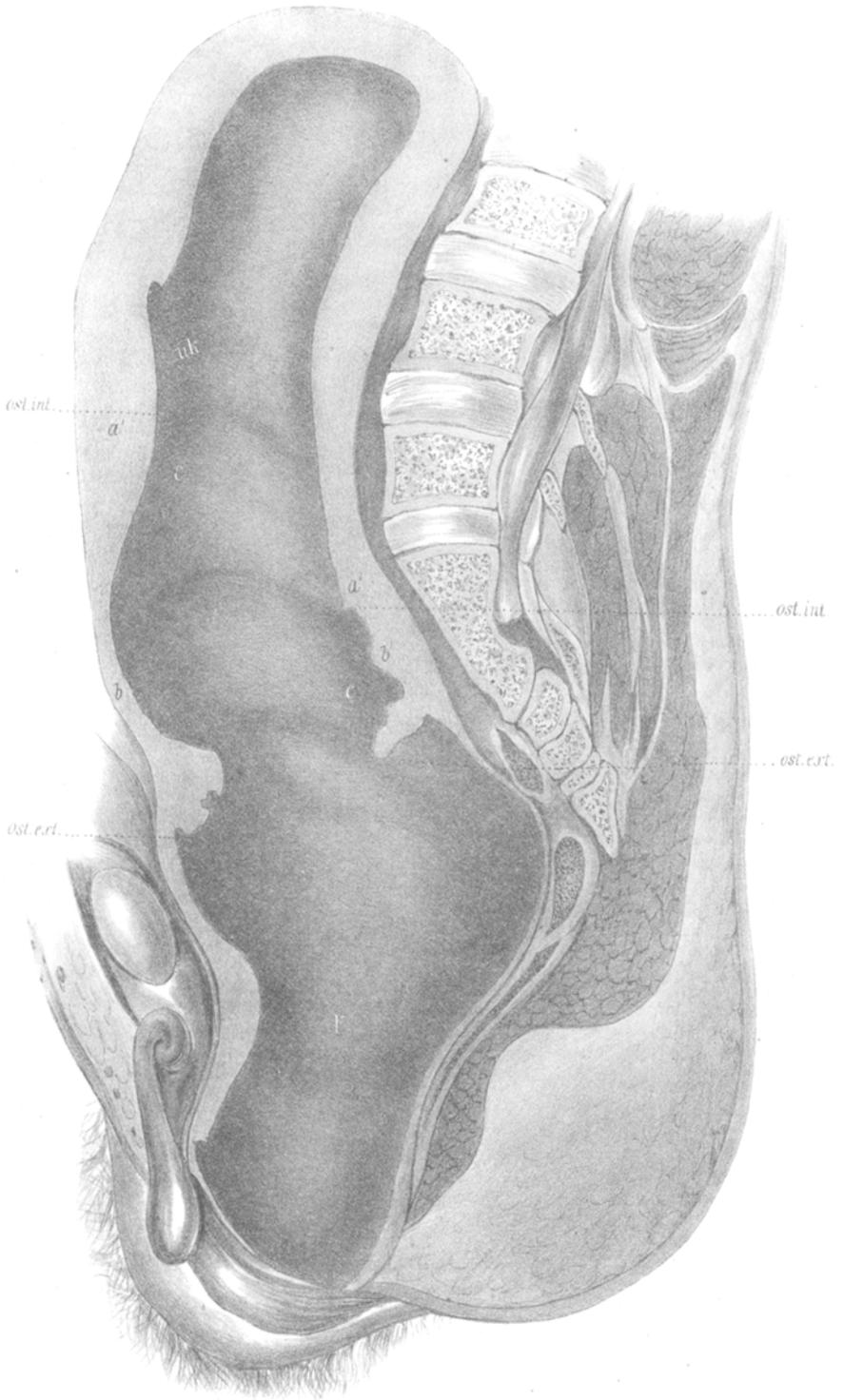
In die fünfte Gruppe fallen sieben Fälle, die wegen chronischer oder recurrirender Entzündung der Uterusanhänge operirt wurden. Hiervon starb kein Fall, 3 Mal wurde völlige Heilung erzielt, 1 Mal Besserung mit Menopause, 1 Mal mit fortbestehender typischer Blutung; 2 Fälle sind noch neu. Diese Gruppe ist für die Operation am ungünstigsten, weil in Folge der chronischen Entzündungen die Ovarien sich schlecht hervorziehen lassen.

Die Mortalität seiner Fälle überhaupt beträgt 16,6%, während die 47 ihm aus der Literatur bekannten eine solche von 32% haben. Für die Beurtheilung der Operation ist sein Material massgebender als das von verschiedenen Operateuren und unter verschiedenen Verhältnissen. Von den sieben Todesfällen fallen 4 auf Septichämie, darunter der erste, wo die Antisepsis von ihm noch nicht so streng durchgeführt wurde; 3 Mal erfolgte der Tod durch Ileus.

21 Mal erfolgte vollständige Heilung, 1 Mal temporäre, 6 Mal entschiedene Besserung; die neuen Fälle sind hierbei nicht mitgerechnet.

Die Castration bestätigt das alte Gesetz der Abhängigkeit der Menstruation vom Ovarium. Unter 30 Fällen trat 26 Mal Menopause ein, 3 Mal bestanden ganz unregelmässige Blutungen und nur ein Mal eine typische fort.

Betreffs der Indication ist Redner der Meinung, dass die Operation nur bei anatomischer Basis gerechtfertigt ist. Da einerseits die Operation nicht ohne Lebensgefahr, andererseits directe Lebensgefahr nur in seltenen Fällen vorhanden ist, so soll man durch andere Mittel zunächst Heilung versuchen. Wenn diese aber fehlschlagen — die Zahl der Fälle, in denen dies geschieht, ist nicht ganz gering —, so ist die Indication zur Castration gegeben; z. B. durch hochgradige Störungen der Menstruation, Blutungen, heftige Schmerzen und consensuelle Reflexsymptome



Dr. J. Heitzmann del. 1875

(Husten, Aphonie, steter Harndrang, Erbrechen, Asthma, Krampferscheinungen u. s. w., Dinge, welche die Patientin am Leben verzweifeln lassen).

Was schliesslich die Technik anbelangt, so befolgt er ein antiseptisches Verfahren, jedoch ohne Spray; denselben hält er für die Castration direct für nachtheilig, da hier nicht, wie bei der Ovariectomie, die Cyste die Bauchhöhle gleichsam abschliesst, sondern die Flüssigkeit vom Spray vielmehr leicht auf die Eingeweide und in die Bauchhöhle gelangt; hierdurch wird die Peristaltik zweifellos angeregt und der Erfolg beeinträchtigt.

Der Bauchschnitt muss relativ grösser sein als bei der Ovariectomie, weil die Bauchdecken nicht gedehnt sind; für gewöhnlich wird ein Schnitt genügen, durch den man mit zwei bis drei Fingern gelangen kann, will man indess mit der ganzen Hand eingehen, so wird man den Schnitt bis über den Nabel verlängern müssen.

Das Entgegendrängen von der Scheide aus ist nicht sehr zu empfehlen, weil man dadurch leicht die Antisepsis stört. Besondere Sorgfalt soll man auf die Sicherung der Ligatur verwenden, da die Retraction der Ligamente eine ganz beträchtliche ist. Nur wenn die Tube krank ist, wird auch diese entfernt; sind Varicen im Ligamentum latum, so werden diese mit dem Ligamentum herausgenommen, weil sie selbständig Symptome machen können.

Bei der Bauchnaht soll man immer reichlich das Peritoneum mitfassen.

Hierauf wurden sechs genesene Patientinnen vorgestellt.

Discussion:

Schröder (Berlin): Er habe nur zwei Mal diese Operation ausgeführt; ein Mal bei einer Geisteskranken (Nymphomanie) mit günstigem Erfolge, das andere Mal bei einem Fibrom; der Tumor nahm anfangs ab, bald aber wieder zu. Bei der Entfernung der Ovarien unterbinde man die ernährenden Gefässe des Tumors, und deswegen käme er zur Schrumpfung. Bei einer unausführbaren Operation habe er einmal eine Adhäsion mit dem Netze unterbunden und darauf sei eine fast vollkommene Rückbildung des Tumors erfolgt.

Aus anderen Indicationen könne er sich nicht entschliessen, die Castration bei geschlechtsreifen Frauen zu machen, da er sie immerhin für eine Verstümmelung halte.

Fig. 3.

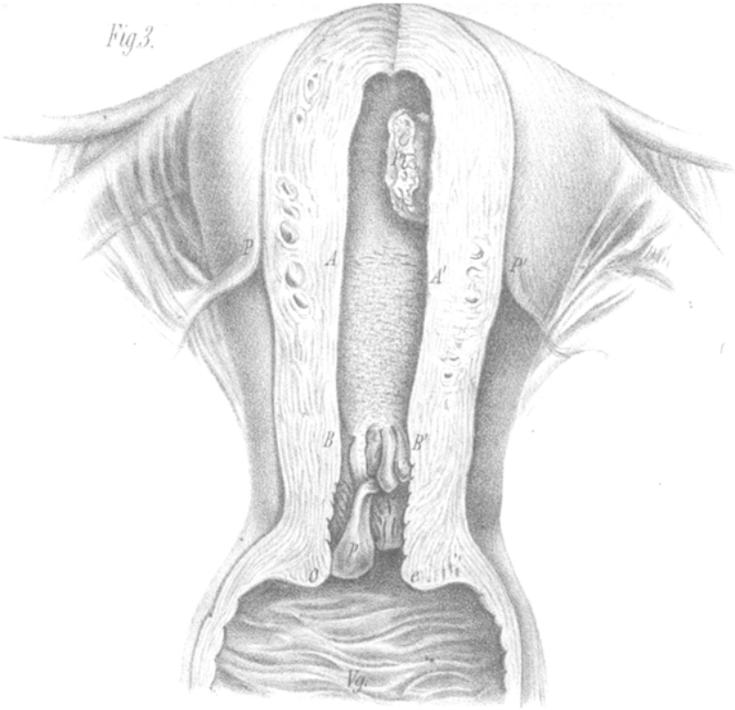
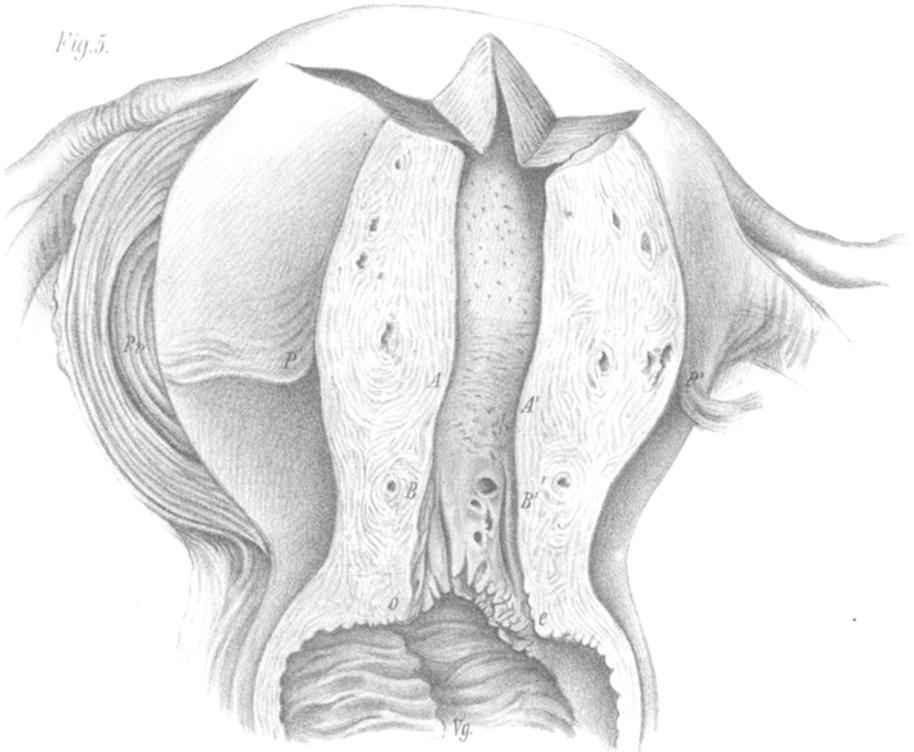


Fig. 5.



Den Schnitt mache er so gross, dass er mit der Hand eingehen könne, und operire nie ohne Spray, weder das eine noch das andere halte er für schädlich.

Freund (Strassburg) hat 4 Fälle operirt, 1 Todesfall; 3 Mal bei Fibrom, 1 Mal bei Hysteroepilepsie. Menopause trat immer, Schrumpfung nur 2 Mal ein.

v. Langenbeck (Berlin): Eine wichtige Indication habe man vergessen, nämlich die bei Scheidenmangel. Einen solchen Fall habe er operirt. Bei einer verheiratheten Frau — Menstruation und Coitus erfolgten durch die Blase — die an hysteroepileptischen Convulsionen litt, liess sich per rectum ein kleiner Uterus und nur rechts ein Ovarium fühlen. Er machte einen 5 cm langen Flankenschnitt 3 cm rechts vom Rectum und entfernte das Ovarium; den Stiel versorgte er mit Catgut, indessen trat eine Blutung aus dem Peritonealüberzuge ein, weil der Catgut das Peritoneum leicht durchschneidet. Die Krämpfe hörten vom Moment der Operation an auf, die Menses traten noch zwei Mal ohne Schmerzen ein.

Martin (Berlin) hat 3 Mal operirt; 2 Mal bei fehlender Blutung mit periodischen Krämpfen; beide Mal Menopause und Heilung resp. Besserung. Im dritten Falle waren bei mangelhaft entwickeltem Uterus und Amenorrhoe seit einem Jahre heftige Schmerzen aufgetreten; Genesung und Heilung. Dadurch, dass er den Stiel nicht en masse, sondern in zwei Portionen unterbindet, vermeidet er das Ableiten der Ligatur. Den Spray hält er bei der Castration nicht für schädlich.

Müller (Bern) hat 3 Mal die Operation gemacht; 2 Mal bei grossen Fibromen kam er nicht zum Ziele, 1 Mal bei Neuralgie erzielte er Heilung. Diese letzte Patientin blutet seit kurzer Zeit wieder, aus welchem Grunde, lässt sich jetzt nicht sagen.

Zur Erleichterung der Operation solle man den Uterus mittels einer eingeführten Sonde an die vordere Bauchwand drängen.

Czerny (Heidelberg) hat von 3 Fällen einen an Sepsis verlor, einen ohne Erfolg operirt, vom dritten quoad operationem Genesenen lässt sich wegen der Kürze der Zeit noch nichts Bestimmtes sagen.

Hegar: Er habe den Einwand der Lebensgefahr, den er sich oft selbst gemacht, erwartet. Die Verstümmelung des Weibes sei nur eine illusorische, denn die mit den betreffenden Leiden behafteten Frauen hätten ihre Ovarien nicht mehr nöthig; zudem

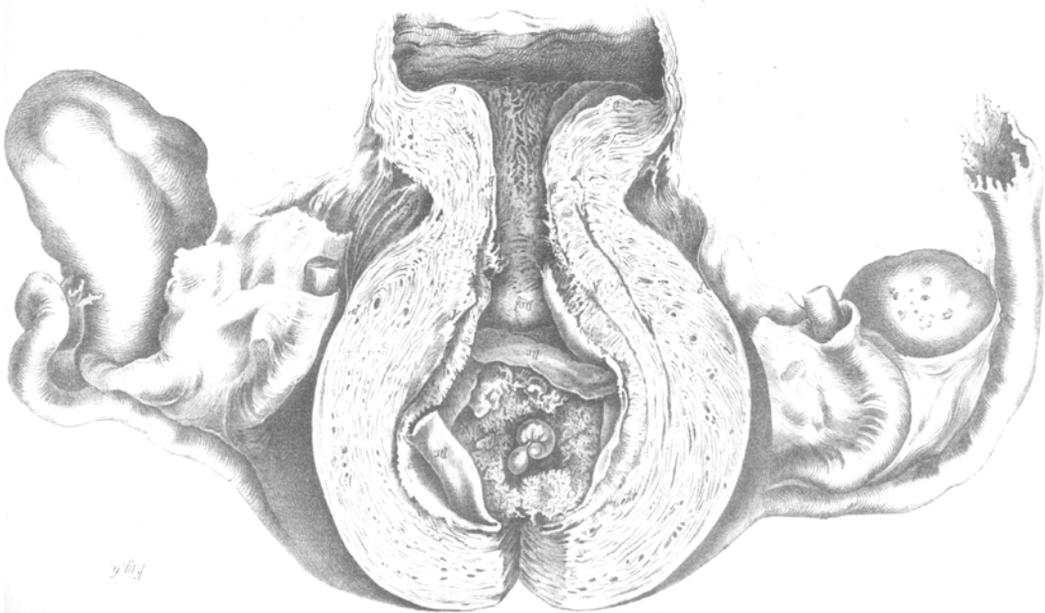


Fig. 6

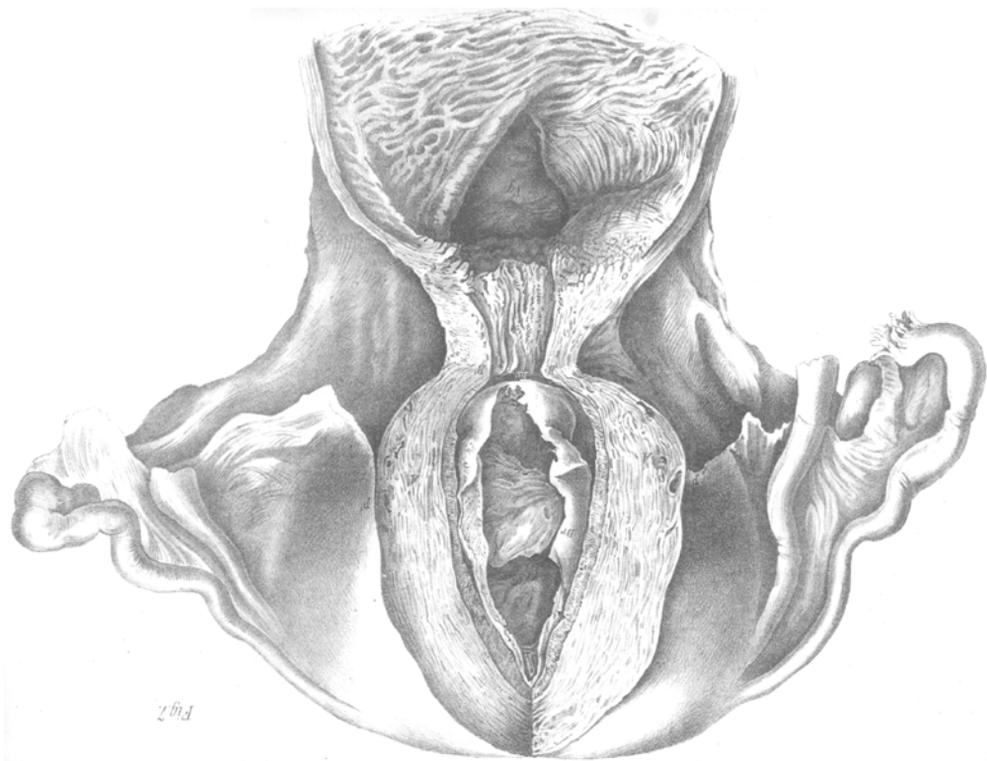


Fig. 7

habe er von der Castration noch nie einen ungünstigen psychischen Einfluss (Melancholie) auf die Frau gesehen, wie es beim Manne vorkommt.

Bei grossen Fibromen sei der Erfolg der Castration zweifelhaft, da diese in ihrer Ernährung selbständig seien. Ein kleiner Bauchschnitt sei einem grösseren immer vorzuziehen, beim Flankenschnitt könne man ja die Wunde ohnehin nicht so gross machen, um mit der ganzen Hand eingehen zu können.

Schröder bemerkt, dass er wohl häufig Gelegenheit gehabt habe, den Spray bei Laparotomien ohne grosse Tumoren zu gebrauchen und ihm nie irgend welcher Nachtheil dabei aufgefallen sei.

(Hieran schloss sich eine Demonstration zahlreicher Lehrmittel, besonders aus dem Gebiete der Geburtshülfe; Nachmittags wurden im städtischen Krankenhause 3 Castrirte und 3 wegen Vorfalls operirte Frauen vorgestellt.)

2) Freund (Strassburg): Ueber Echinococcus im weiblichen Becken.

Redner hat 18 Fälle von Echinococcus im kleinen und grossen Becken beobachtet; 10 Mal wurde derselbe durch die Section erwiesen, die übrigen Male durch Punction resp. Operation. Fast alle sind ihm in Schlesien vorgekommen, wo man nächst Island dem Echinococcus am häufigsten begegnet.

Dieses reiche Material gestattet ihm und veranlasst ihn, das, was bisher durch seine Rarität den Operateur überraschte und in Verlegenheit setzte, pathologisch, diagnostisch und therapeutisch zu präcisiren.

Zu diesem Zwecke stellte er sich sechs Fragen, die er unter Vorlegung von Präparaten und Abbildungen beantwortete.

1) Welches ist der Sitz des Echinococcus im Becken?

Primär findet er sich im Zellgewebe, rechts und links vom Rectum, im grossen Becken im Mesocolon, stets subserös und im Knochen, besonders im Os sacrum und Os pubis. Secundär gelangt er ins Becken durch Senkung aus höher gelegenen Organen.

2) Welche Wege wandert er, wenn er wächst?

Seine Vergrösserung ist ähnlich der eines parametritischen Exsudates oder eines Tumors im Ligamentum latum; er dehnt die Blätter des Peritoneum nach oben und von einander. Nach unten senkt er sich auf den Levator ani und drängt denselben

bis auf den Beckenboden. Bei noch weiterem Wachstume verlässt er das Becken durch seine natürlichen Oeffnungen, wie z. B. Foramen ischiadicum majus, Foramen ovale, unterhalb des Ligamentum Poupartii u. s. w.

3) Wie verhalten sich die Eingeweide?

Rectum, Uterus, Blase, Vagina werden entweder einfach verdrängt, z. B. der Uterus verlängert, bei Seite gedrückt, auf der einen Seite ausgehöhlt, oder diese Organe werden an einer nackten, vom Peritoneum nicht bekleideten Stelle usurirt und durchbrochen. Hier ist das Peritoneum dann sehr verdickt; dasselbe wird fast nur im Mesocolon durchbrochen, und daher stammen hauptsächlich die frei in der Bauchhöhle beobachteten Echinococcen.

4) Welches sind die Ausgänge des Echinococcus, wenn er sich selbst überlassen bleibt?

Er entleert sich nach aussen direct oder durch die ad 3) genannten Organe; hierbei tritt häufig der Tod ein. Im anderen Falle bleibt er stationär, und man findet ihn zufällig bei der Section.

5) Wie gelangt man zur sicheren Diagnose des Echinococcus?

Derselbe ist am besten durch die Palpation und durch seinen Sitz zu erkennen. Besonders zu warnen ist vor der naheliegenden Punction, nach der Freund zwei Mal den Tod eintreten sah. Am meisten Gefahr hat die Punction vom Rectum aus, weil dadurch am leichtesten der ganze Sack verjaucht und eine allgemeine Sepsis herbeigeführt wird.

6) Welche Therapie ist zu empfehlen?

In den meisten Fällen wird man die Laparotomie machen müssen, den Tumor öffnen, dessen Wandungen an die Ränder der Bauchwunde annähen, alles Entfernbares entfernen und darauf drainiren.

Redner referirte hierauf noch kurz einen von ihm beobachteten bemerkenswerthen Fall. Er hatte beschlossen, die Ovariectomie zu machen bei einem linksseitigen Ovarientumor; im Epigastrium hatte er ausserdem deutliches Hydatidenzittern constataren können. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich nun, dass in den linksseitigen Ovarialtumor ein Echinococcus des grossen Netzes hereingebrochen war. Im Mesocolon fand sich noch ein Echinococcus, dessen Ueberzug zur Hälfte schon so dünn

war, dass es nur eines leichten Schnittes bedurfte, um ihn hervorquellen zu lassen.

Zum Schlusse demonstirte Redner noch eine Anzahl vorzüglich gefertigter und conservirter Präparate von Echinococcen im Becken.

Discussion:

Battlehuer (Carlsruhe): Bei einem 16jährigen Mädchen war nach einem Falle eine Anschwellung am rechten Oberschenkel bemerkbar geworden. Da der Puls an der Arteria poplitea erloschen war und die Diagnose auf ein Aneurysma der Arteria cruralis gestellt wurde, so machte man eine Incision, um die Arterie zu unterbinden. Die hierbei entleerte Flüssigkeit enthielt reichliche Blasen und machte einen Echinococcus zweifellos. Es erfolgte Heilung; er ist der Meinung, das dieser Echinococcus aus dem Becken hervorgekommen ist.

Schröder fand bei einer beabsichtigten Ovariectomie einen fast frei vor dem Uterus sitzenden Echinococcus; derselbe liess sich bis auf wenige an den Därmen haftende Theile entfernen.

Hegar bemerkt zur Diagnose, dass er einmal einen Echinococcus, der mit Fieber verlief, für einen parametritischen Abscess gehalten habe; indess lasse sich jener von diesem durch kugelige Abgrenzung nach oben und durch das an anderer Stelle abgehobene Bauchfell unterscheiden. Betreffs der Therapie ist er auch gegen die Punction und für eine weite Oeffnung mit Drainage. Bei der Operation habe man sich wohl zu hüten vor den Gefässen, die in der Umgebung solcher Geschwülste sehr erweitert sind.

3) Fehling (Stuttgart): Ueber pathologische Beckenformen beim Fötus. (Mit Demonstrationen.)

Entgegen der bisherigen Methode, aus der fertigen Form des engen Beckens Schlüsse auf dessen Entstehung zu machen, versucht der Vortragende durch Untersuchungen an pathologischen Becken Neugeborener den intrauterin und extrauterin wirkenden Factoren gesondert näher zu treten. Die bisher von ihm beim Fötus beobachteten pathologischen Becken theilt er in fünf Gruppen.

1) Allgemein verengte Becken; bei Früchten fast gleicher Entwicklung, z. B. Zwillingen. Ein Einfluss der Mutter ist wahrscheinlich, weniger der des Vaters. Es würde sich empfehlen,

Messungen an Neugeborenen vorzunehmen, um den erblichen Einfluss des mütterlichen Beckens auf das kindliche nachzuweisen, wie derselbe für andere Verhältnisse bekannt ist.

2) Platte Becken, eine auch beim Fötus sehr häufige Form; sie kommt zu Stande durch geringere Entwicklung der Pars pelvina des Os ileum. Ein Grund dafür ist nicht hinreichend bekannt, durch Last kann sich Vortragender nicht alles erklären, er glaubt, dass viel Anlage dabei ist.

3) Runde Becken; dieselben sind sehr selten bei normalen Früchten. Nur ein Mal von ihm beobachtet bei einem frühreifen Mädchen, Pars pelvina ossis ilei besonders stark entwickelt. Nicht so selten ist diese Beckenform bei Missbildungen mit Spina bifida, weil bei diesen die Kreuzbeinflügel sehr schmal sind.

4) Querverengte Becken, auch bei Spina bifida beobachtet.

5) Dreieckige Becken, eine seltene Form; die Pfannengegend eingebogen wie bei Osteomalacie, Pars pelvina ossis ilei sehr gering entwickelt, enorme Querspannung des Beckenausganges. Eines dieser Becken entstammte einem weiblichen Amelus; indessen ist die dreieckige Form keine typische für den Amelus, da von anderen bei diesen platte und auch querverengte Becken gefunden sind. Dieselbe Querspannung im Beckenausgange aber fand Vortragender bei angeborener Luxation und Verkümmern der unteren Extremitäten.

Zum Schluss weist Vortragender auf die Wichtigkeit weiterer Untersuchungen zur Prüfung der gegenwärtigen Beckenlehre hin, und demonstriert darauf die dem Vortrage zu Grunde liegenden 18 Fötalbecken.

Discussion:

J. Veit (Berlin) hat ein Becken bei einem Neugeborenen mit Spina bifida und Hydrocephalus beobachtet, welches er als kyphotisch bezeichnen möchte. Doppelte angeborene Luxation und querverengter Beckeneingang.

Küstner (Jena) macht auf das Skelett eines männlichen Amelus in der Meckel'schen Sammlung aufmerksam, welches noch nicht beschrieben ist.

Carl Ruge (Berlin) spricht sich entschieden für Erblichkeit bei vielen Formen aus. Bei Messungen solle man nicht vergessen, wie leicht das Becken von Neugeborenen verschiebbar sei; er habe nach schwieriger Extraction häufig asymmetrische Becken gesehen.

Hegar möchte bei weiteren derartigen Untersuchungen nicht das Becken allein, sondern das ganze Skelett betrachtet wissen. (Demonstration von drei Skeletten.)

4) Cohnstein (Heidelberg): Ueber Praedilectionszeiten der Schwangerschaft (siehe dieses Heft S. 220).

Discussion:

Kugelman (Hannover) spricht über habituelles Absterben der Früchte.

C. Ruge: Der Grund des habituellen Absterbens der Früchte sei doch ungemein häufig Syphilis. Mit der Erklärung der aus der Statistik ersichtlichen Coincidenz der Geburtstage solle man doch sehr vorsichtig sein, da hierbei sehr verschiedene Factoren in Frage kämen.

Ploss (Leipzig) meint, dass die Erklärung für eine Praedilectionszeit der Schwangerschaft nicht in der Beschaffenheit des einen Individuums, sondern in der Beschaffenheit der im Jahre wiederkehrenden Verhältnisse zu suchen sei, wie dies die Statistik vieler Länder nachweise.

Jägerschmidt (Petersthal) erzählt von einer ihm bekannten Frau, die vier Mal im Januar geboren hat; ein Mal hat sie abortirt, das normale Ende auch dieser Schwangerschaft würde in den Januar gefallen sein.

II. Sitzung am 19. September.

Vorsitzender Hildebrandt (Königsberg).

5) Leopold (Leipzig): Experimenteller Nachweis der äusseren Ueberwanderung der Eier.

Bei Tubarschwangerschaft oder Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn beim Menschen hat man mehrmals das Corpus luteum verum an dem auf der entgegengesetzten Seite liegenden Ovarium gefunden. Diese Thatsache wurde mit Hülfe der Ueberwanderung des Eies von einem Eierstocke zur entgegengesetzten Tube durch die Bauchhöhle erklärt; eine Erklärung, die bisher nur Hypothese war und nicht ganz allgemein angenommen wurde.

Um diese Hypothese thatsächlich zu beweisen, stellte Redner folgenden Versuch an. Er machte bei vier weiblichen Kaninchen unter antiseptischen Cautelen die Eröffnung der Bauchhöhle, entfernte auf der einen Seite das Ovarium, unterband die andere

Tube doppelt und durchschnitt sie. Die Thiere waren vor und nach der Operation, die sie sehr gut überstanden, wochenlang isolirt und wurden dann mit dem Männchen zusammengebracht. Das Resultat war ein überraschendes, zwei von ihnen wurden schwanger und warfen.

Die Möglichkeit der äusseren Ueberwanderung der Eier ist damit also factisch bewiesen.

Discussion:

Küstner (Jena) hat dieselben Versuche an Meerschweinchen gemacht, jedoch ohne Erfolg; ein Theil seiner Thiere erlag dem Eingriffe, der andere wurde nicht schwanger. Er gratulirt Leopold zu dem gelungenen Experimente.

6) Martin (Berlin): Ueber Prolapsusoperationen:

Zweifel an der Dauerhaftigkeit der durch die Operation erlangten Resultate sind nach Vortragendem es besonders gewesen, die die alte Behandlung mit Pessarien bis jetzt in höherer Gunst stehen liessen, als es dieselbe verdient. Nach den heute von Herrn Hegar demonstrirten Fällen wird die Dauerhaftigkeit wohl Niemand mehr in Zweifel ziehen.

Da aber weder die Methode nach Simon (Bildung eines derben Septum rectovaginale, welches als Postament den Uterus stützen soll), noch die von Hegar (Bildung einer derben, straffen hinteren Scheidenwand, welche die Inversion der Scheide und damit den Vorfall des Uterus verhütet), noch die von Bischoff (Abknickung des Scheidenrohres gegen die Uterusaxe durch Lappenbildung in der hinteren Scheidenwand und Vernähung des Lappens an die seitlichen Scheidenwände) ihm völlig befriedigende Resultate gab, so versuchte er ein von den bisherigen abweichendes Verfahren, durch das auch die von ihm als nothwendig erkannte Straffheit der hinteren Scheidenwand erzielt, aber nirgends die Theile übermässig gespannt wurden.

Er umschneidet die Columna rugarum posterior von unten und beiden Seiten, schneidet an den Seiten dieses Wulstes Dreiecke von einer dem Vorfalle entsprechenden Grösse aus, die ihre Basis am Introitus haben. Dann frischt er die hintere Commissur des Scheideneinganges Uförmig an. Die Wundränder der seitlichen Scheidenanfrischungen werden an den derben Wulst der hinteren Scheidenwand angenäht und dadurch eine durch zwei derbe, zur Verheilung vermöge ihrer anatomischen Verhältnisse gut disponirte

Narben gestraffte und durch die Gewebsheranziehung verdickte hintere Scheidenwand gebildet. An diese schliesst sich dann die Vereinigung der U-förmigen Anfrischung der hinteren Commissur der Labien an, ähnlich wie bei einer Episiorrhaphie.

Diese Methode lässt sich leicht ausführen, den Blutverlust kann man sogar besser controliren, weil man die Anfrischung in Absätzen vornehmen kann. Besonders gut werden die bei der Hegar'schen Methode leicht vorkommenden Zerrungen der Wundränder vermieden und dadurch die Chancen für die Vereinigung derselben beträchtlich günstiger.

Redner hat 60 Mal bei Prolapsus operirt, davon einen Fall an Septichaemie verloren. 15 Mal führte er die Colporrhaphia anterior aus; 3 Mal keine Heilung, 4 Mal vollkommene Heilung, 8 Mal war die Ueberhäutung eine ungenügende, später trat Narbendehnung ein. 20 Mal machte er die Colporrhaphia posterior nach Hegar, 8 wurden nicht geheilt, 12 heilten gut, indessen leiden von diesen nach etwa einem Jahre drei Frauen (Arbeiterinnen) wieder an Vorfallsbeschwerden. Bei fünf nach Bischoff Operirten konnte er nur 2 Mal Heilung erzielen, 3 Mal wurde der ausgelöste Lappen gangränös.

Nach seiner Methode hat er bisher fünf Fälle operirt; ein Misserfolg bei einer alten Frau, 1 Mal heilten nur die Scheidenwände; 3 Mal war das Resultat ein sehr gutes; nach fast einem Jahre haben sich noch keine Beschwerden wieder gezeigt.

(Discussion bis nach dem nächsten Vortrag verschoben.)

7) Müller (Bern): Ueber operative Behandlung des Prolapsus uteri.

Er operirte drei Fälle von sehr starkem Prolapsus uteri und erreichte dreimal vollkommene Heilung.

1) Vorfall des Uterus mit besonders grosser Cystocele; der Scheideneingang war so weit, dass man bequem die geschlossene Faust einführen konnte. Er nähte den Uterus an das hintere Scheidengewölbe ohne irgend welchen Erfolg. Darauf entschloss er sich zu seiner neuen Methode: Er führte die Sonde in den Uterus, drängte denselben an die vordere Bauchwand und incidirte in dieselbe, so dass der Uterus hervorkam. Er legte denselben in eine Wells'sche Klammer und trug ihn ab.

2) An diesem Falle hatte er mit günstigstem Erfolge die Colporrhaphia anterior ausgeführt, und dennoch war nach anderthalb

Jahren der alte Zustand wieder eingetreten; dasselbe Verfahren wie ad 1).

3) Hier hatten andere Aerzte mehrmals eine Colporrhaphia versucht, immer ohne Erfolg; dasselbe Verfahren.

Abgesehen von einem geringen Bauchbruche in einem Falle war das Resultat ein sehr günstiges, die Retention der Genitalien war nahezu vollkommen (zwei Mal unbedeutende Cystocele). Er bemerkt ausdrücklich, dass die Operation nur dann anzuwenden ist, wenn die übrigen nicht zum Ziele geführt haben.

Discussion:

Nieberding (Würzburg) hat 12 Mal nach Hegar operirt; nur ein Fall ist gar nicht geheilt, trotz viermaligen Versuches; sieben vollkommene Heilungen. Er legt tiefe und oberflächliche Nähte, diese sollen das Klaffen der Wundränder, jene die Spannung vermeiden.

Laaser (Memel) hat ebenfalls vier Fälle nach Hegar mit Erfolg operirt.

Hegar sagt, dass er mit seiner Methode eine Wiederherstellung der natürlichen Verhältnisse beabsichtige; er habe 136 Fälle operirt, und seine Resultate seien günstig. Die Ursachen des Misserfolges liegen meist in der Nichterreicherung der Prima intentio; auch ihm sei dieselbe bei Colporrhaphia anterior bisweilen ausgeblieben. Jetzt mache er es meist so, dass er mit Klemmpincetten Falten aufhebe, einen Faden durchziehe und dann erst abschneide. Bei der Colporrhaphia posterior werde die Spannung oft dadurch verschuldet, dass man zu weit und ungleich anfrischt oder ungleich näht; Entspannungsnähte könne man entbehren.

Ueber Müller's Verfahren wolle er sich kein Urtheil erlauben, es sei die Gefahr doch ziemlich gross, und der Erfolg nicht immer sicher, die Adhaesionen lockern sich wieder.

Müller bestreitet das Nachgeben des Stumpfes; ein Vortheil seiner Methode liege noch darin, dass das Gewicht des Uterus durch Abtragen desselben entfernt werde.

Lossen (Heidelberg): Es komme darauf an, durch die Colporrhaphia anterior und posterior einen stützenden Ring zu schaffen, ähnlich einem Mayer'schen Pessar. Er habe deswegen beide Operationen immer — 9 Mal — in einer Sitzung ausgeführt;

Prima intentio habe er nie vermisst. Auch er warnt vor zu grossen Anfrischungen.

Czerny empfiehlt zur Fortschaffung der Coagula eine permanente Irrigation während der Operation.

Bandl (Wien): Damit man die Gefahr, vor der Hegar warnt, vermeide, soll man bei der Anfrischung sich nach den Hymenalresten richten, die immer deutlich zu sehen seien.

Schröder bemerkt, dass er seit zwei Jahren unter permanenter Carbolirrigation operire, das Operationsfeld sei immer rein und die antiseptischen Cautelen würden dadurch noch am besten erfüllt.

Hildebrandt (Königsberg) operirt nach Hegar, legt in die Scheide Catgutligaturen, aussen Draht; die Scheide macht er so eng, dass er nur noch mit der Sonde hinein kann. Betreffs der Misserfolge bei der Vereinigung glaubt er, dass dieselben daher kommen, weil man oft in nicht ganz gesundem Gewebe operire. Das Gewebe ist häufig elephantiasisch und blutet wenig auf der Schnittfläche; ein solches ist nicht geeignet zur Vereinigung.

8) Bandl: Zum Verhalten des Collum am nicht schwangeren Uterus.

(Der Vortrag ist in diesem Hefte gedruckt, siehe Seite 237.)

9) C. Ruge (Berlin): Ueber das untere Uterinsegment.

Der gravide Uterus ist nach v. Hoffmann aus Lamellensystemen zusammengesetzt zu denken, die sich dachziegelförmig decken und vom Peritoneum ihren Verlauf nehmen. Der Bau wird dadurch complicirter, dass sich zwischen den Lamellen ziemlich regelmässige Verbindungen finden. Es entstehen auf diese Weise rhomboide Figuren, die im graviden Uterus einen sehr grossen Längendurchmesser, einen fast verschwindenden Querdurchmesser haben: die Wand des graviden Uterus bekommt durch diese Anordnung eine lamelläre Schichtung. Bei der Contraction des Uterus verkürzen und verdicken sich die Seiten der Rhomboide, und der Querdurchmesser wird beträchtlich grösser, der Längendurchmesser sehr viel kleiner.

Bei weiterer Contraction verschwindet durch die starken Verziehungen die Structur der Wand bald, und man hat eine scheinbar unentwirrbare Masse vor sich.

Dadurch, dass die Muskellamellen im unteren Theile des Uterus, wo sie sich an das locker anhaftende Peritoneum ansetzen, sehr viel geringer an Zahl und überhaupt schwächer sind, entsteht bei der Contraction ein Ueberwiegen des Corpus und des Fundus über diesen unteren Abschnitt, der dadurch gehindert wird, sich entsprechend zusammenzuziehen. Das „untere Uterinsegment“ bleibt gedehnt und selbst einige Stunden nach der Ausstossung des Kindes lamellair.

An dem Punkte, wo sich die feste Anheftung des Peritoneum findet, d. h. wo die stärkeren und zahlreicheren Muskellamellen beginnen, entsteht bei der Contraction ein Vorsprung (Contractionswulst, Schröder), den Bandl als inneren Muttermund bezeichnete. Je stärker die Widerstände bei der Ausstossung des Kindes waren, je grösser dem entsprechend die Muskelarbeit des Uterus war, desto gedehnter ist das untere Uterinsegment.

Bald nach der Geburt beginnt dieser Abschnitt sich ebenfalls zusammenzuziehen, allmählig dieselbe Beschaffenheit wie die übrige Uteruswand anzunehmen.

Aehnliche Vorgänge wie in der Gravidität lassen sich bei grossen Myomen nachweisen; auch hier ist der Uterus lamellair.

Der Uterus ist ein Organ, das sich im Wachstum (gravid, Myom) nach ganz bestimmtem, anatomisch geordnetem Bau entfaltet.

Discussion:

Leopold hält an der Bestimmung nach dem Befund der Schleimhaut fest; das Stück vom Contractionsring abwärts bis zum Os internum sei stets mit Körperschleimhaut resp. Decidua bekleidet.

Küstner: Das von Leopold Gesagte bestätigten auch seine eigenen Präparate. Beim infantilen oder auch jungfräulichen Uterus finde man häufig, dass die Falten über das zweifellose Os internum hinaufgehen. Auch die mikroskopische Grenze sei nicht immer eine scharfe, sondern der Uebergang der Uterusschleimhaut in die der Cervix häufig ein sehr allmählicher.

Bandl bemerkt zur Entgegnung von Ruge, das Os internum beim jungfräulichen Uterus, über dessen Lage man nicht zu streiten braucht, falle genau mit der festen Haftstelle des Peritoneums zusammen; da nun der bei der Geburtsthätigkeit sich bildende „Contractionsring“ nach Ruge auch an dieser Haftstelle

aufetre, so sei es zweifellos, dass der unter diesem Wulst liegende Abschnitt zum Collum gehöre.

Ruge: Die Ansatzstelle am Peritoneum schwanke, seine anatomischen Beweise wären eigentlich nicht widerlegt, er billige die Ansicht von Leopold und meine auch mit Küstner, dass die anatomische Grenze auf der Schleimhaut oft nicht sehr scharf sei.

Müller will den schwangeren, noch nicht in der Geburtsthätigkeit begriffenen Uterus und den gebärenden unterschieden wissen.

III. Sitzung am 20. September.

Vorsitzender: Schröder.

10) Müller: Ueber äussere Harnleiterfisteln.

Zwei Fälle, in denen der Harnleiter mit der Oberfläche des Körpers communicirte, sind in der Literatur bekannt, der von Simon und der von Nussbaum.

Redner machte die Ovariectomie bei einer ziemlich bedeutenden Geschwulst im linken breiten Mutterband; der Uterus war nach vorn und rechts verdrängt, der untere Pol der Geschwulst ragte tief ins Becken. Da die völlige Exstirpation unmöglich war, so konnte er nur das Meiste abtragen und den Rest in die Bauchwunde einnähen. Bis zum zehnten Tage war der Verlauf günstig, dann bildete sich aber in der Tiefe eine Urinfistel, die zum Harnleiter führte. Zur Nierenexstirpation konnte er sich nicht entschliessen; er versuchte, den Ureter wieder mit der Blase in Verbindung zu bringen durch Herstellung einer Communication des Trichters mit der Blase. Dadurch hatte er eine äussere Blasenfistel geschaffen, nun versuchte er den Trichter zu überdecken und zu schliessen. Diese Operation musste er mehrmals wiederholen; jetzt besteht noch eine ganz kleine Fistel, die sich bald und leicht schliessen lassen wird.

Discussion:

Hegar: Der erste Fall dieser Art sei von Nussbaum operirt. In einem eigenen Falle suchte er den Ureter in die Blase wieder einzuheilen; durch die Dehnung wurde das Lumen desselben beträchtlich verringert. Bei der äusseren Wunde gelang

ihm auch nicht die Heilung per primam, indessen wurde sie nach einiger Zeit vollkommen geschlossen.

11) Kaltenbach (Freiburg): Ueber Perineoplastik.

Dem Redner stehen 33 nach derselben Methode operirte Fälle von Perineoplastik zu Gebote, von denen Hegar dreissig, er selbst drei ausgeführt hat. Die Verletzungen waren mit Ausnahme eines Falles (Trauma) bei der Geburt entstanden und es war seit ihrem Entstehen und dem Auftreten der sie begleitenden Symptome, Incontinentia alvi et flatus, oft lange Zeit, bis zu 26 Jahren, verstrichen. Die Mehrzahl der Fälle war sehr schwer, mehr als die Hälfte war von anderen schon vergebens operirt. Keine von denselben hatte einen Scheiden- oder Uterusvorfall, der meist wegen der besonders starken Narben nicht erfolgt.

Die Lappenoperationen sind besonders empfohlen bei frischen Fällen, wo der hintere Vaginallappen bereits vorgebildet erscheint. Weil das Gewebe des Lappens aber bald nach der Geburt succulenter ist als später, so zeigt derselbe meist grosse Neigung, sich zu retrahiren oder an den Rändern zu nekrotisiren, und begünstigt dadurch das Entstehen von Rectovaginal- und Dammfisteln. Ob diese Art der Operation besser sei mit Rücksicht auf eine nachfolgende Geburt, darüber besitzt man noch zu wenig Erfahrung.

Die Freund'sche Methode, welche sehr gute Resultate liefert, hält Redner wegen der breiten Anfrischungen für nicht immer anwendbar. Ob durch dieselbe Scheidenstenosen sicherer als bei der triangulären Vereinigung vermieden werden können, ist nach den Erfahrungen, die Martin bei seiner ähnlichen Anfrischungsmethode gemacht, hat, fraglich.

Die trianguläre Vereinigung, zuerst von Dieffenbach angegeben, lieferte in den 33 Fällen (von Hegar und Kaltenbach) so gute Resultate, dass Vortragender das Problem der Dammplastik dadurch für gelöst hält. Nur zwei Mal machte sich wegen einer Rectovaginalfistel eine Nachoperation nöthig; Rectalfisteln haben sich immer von selbst geschlossen. Betreffs des Verhaltens bei nachfolgenden Geburten sei ihm nur ein Fall bekannt geworden, wo ein grösserer Riss erfolgte; von einer die Cohabitation störenden Verengerung der Scheide habe er nichts gehört.

Wichtig für das Gelingen der Operation ist Folgendes: Alles Narbengewebe ist zu entfernen, die Wundränder seien gleichmässig;

in der Vagina soll die Spitze höher hinaufgehen als im Rectum, dadurch, dass jene Spitze nicht dieser gegenüber liegt, werden am besten Rectovaginalfisteln vermieden. Im Allgemeinen wird jede Nadel, die eingelegt ist, sogleich geknüpft, man hat dabei bessere Zeit, die Ränder zu glätten und zu coaptiren. Besonders sind freie Lücken zu vermeiden; den Dammnähten darf man nicht zu viel zumuthen; Entspannungsnähte sind nicht nöthig, indess sind Zapfennähte für den Damm bei starker Spannung zu empfehlen. Für das Rectum wird Seide, sonst Silber zum Nähen verwendet. Die Durchtrennung des Sphincter nach zwei Seiten ist fast immer bei dem straffen, neugebildeten After vorzunehmen. Vom 3. bis 4. Tage sind Abführmittel zu reichen; Katheter und Vaginaldouchen nur unter besonderen Verhältnissen angewandt.

Die eigentliche Schmetterlingsfigur der Anfrischung behält man nur bei Rissen bis zu einer gewissen Tiefe; geht derselbe hoch hinauf in das Septum rectovaginale, so erhält man zwei fast in sagittaler Ebene liegende Dreiecke, deren Spitze nach oben und zum Kreuzbeine sieht.

Bei Rissen, die höher als 4 cm ins Rectum hinauf gehen, werden die seitlichen Anfrischungen bereits sehr schmal und es genügt hier eine nach der Scheide hin zu knüpfende Naht, um das Septum rectovaginale in genauen Contact zu bringen. Weiter unten wird wie gewöhnlich nach drei Seiten (Scheide, Rectum, Damm) genäht.

Bei ganz grossen Verletzungen mag man in einzelnen Absätzen operiren.

Weil man die trianguläre Vereinigung selbst bei den grössten Verletzungen anwenden kann und durch sie mindestens gleich günstige Resultate wie durch andere Methoden erhält, verdient dieselbe den ersten Platz in der Perineoplastik.

Die verschiedenen Methoden der Anfrischung und des Nähens wurden an Wandtafeln demonstrirt.

Discussion:

Freund glaubt nicht, dass die Columna rugarum posterior reisst, es sei denn durch Instrumente. Wenn man alte Dammrisse betrachte, so seien sie entweder gabelförmig oder gingen auf der rechten Seite hinauf; die Spitze der Columna rugarum sei nach unten und rückwärts gezogen, so dass diese die obere Grenze des Mastdarmrisses bilde; weil sie hierbei auch nach der

Seite gebogen sei, so glaube man, dass sie fehle. — Gute Operateure könnten eben auf verschiedenen Wegen zu guten Resultaten kommen, es wäre aber wünschenswerth, eine Methode zu geben, die ohne wesentliche Erschwerung der Technik in ihren Resultaten sicher wäre.

Die dreieckige Anfrischung gebe eine starke, bei der Cohabitation und der Geburt hinderliche Verengerung; man übernehme bei dieser und den ihr ähnlichen Methoden die *Columna rugarum posterior* und erhalte dadurch die Spannung. Wenn er nach seiner Methode im Mastdarm und in der Scheide genäht habe, so liege alles schon so aneinander, dass die Dammnähte kaum noch nöthig wären und dann von einer Spannung gar nicht mehr die Rede sein könne.

Hildebrandt hat mit der Hegar'schen Methode schlechte Resultate gehabt, der Damm schloss sich zwar, konnte aber einer folgenden Geburt nicht Widerstand leisten. Er macht grosse Anfrischungen und hat eine besondere Art, die Nähte zu legen, wodurch er eine Spannung nur in einer Richtung hat.

Veit (Berlin) hat drei Mal gute Resultate gehabt nach einer der Langenbeck'schen Lappenoperation ähnlichen Methode, die sich noch durch ihre kurze Dauer empfiehlt.

Bandl ist derselben Ansicht wie Freund, dass der Dammriss sich fast immer auf der einen oder anderen Seite der *Columna rugarum* hinauf erstreckt; man müsse eben diese Narbe einschneiden, um den Misserfolg zu vermeiden; er habe vier Mal operirt und jedesmal Heilung gehabt, habe dabei besonderes Gewicht auf die Dammnähte gelegt.

Hegar: Er könne nicht zugeben, dass die Spannung und Verengerung der Scheide bei seiner Methode so gross werde, wie die Vorredner sagen. Ebenso wenig schienen ihm die Dammnähte so grosses Gewicht zu erfordern. Man solle eben die Dammnähte nicht zu tief legen, damit sie die Scheidennähte nicht mitfassen, weil man dadurch sehr leicht Damm- und Rectovaginalfisteln erhalte.

Martin hat zwei alte und einen frischen Fall nach Freund operirt; die Anfrischung sei nicht schwierig und die Operation nicht langdauernd. Zwei Fälle vollkommen geheilt, im dritten heilte nur der Darm und ein Stück vom Damm, das übrige nicht; er empfiehlt das Freund'sche Verfahren.

Kaltenbach entgegnet Freund, dass er sich erinnere, den Riss auch in der Mitte der Columna rugarum gesehen zu haben. — Beim Nähen sei es gleichgültig, ob man die Fasern des Sphincter ani direct fasse und vereinige oder ob dieselben sich an eine feste Narbe inseriren.

12) Baumgärtner (Baden-Baden): Ein Fall von doppelseitigem parametritischem Abscesse.

Redner spricht Eingang von einem einseitigen parametritischem Abscesse, den er unter dem Ligamentum Gimbernati eröffnete; die Patientin starb.

Der doppelseitige parametritische Abscess betraf eine Patientin, bei der linkerseits schon vor 1½ Jahren ein Durchbruch nach dem Damme stattgefunden hatte; von der einen zur anderen Seite war Fluctuation zu erkennen. Die linke Seite wurde von der Scheide aus eröffnet, Eiter mit Gasen entleerten sich; Ausspülung, Drainage. Der rechten Seite konnte er nicht von unten beikommen und öffnete deswegen die Bauchhöhle. Das vordere Blatt des Ligamentum latum dextrum war abgehoben und lag dicht an der vorderen Bauchwand; der Sack wurde angenäht und dann punktiert, die Oeffnung betrug 4 cm. Nachdem er eine Gegenöffnung nach der Scheide geschaffen, wurde drainirt. Auf dieser Seite erfolgte nach etwa vier Wochen, auf der linken Seite nach fünf Wochen Heilung. Die Patientin, welche sehr abgemagert gewesen war, erholte sich ausgezeichnet. Dennoch stellte sich nach einigen Monaten ein Recidiv auf der linken Seite ein, wo früher der Durchbruch in den Darm gewesen war; nach achttägiger Drainage hörte die Secretion wieder auf. Jetzt, nach 1½ Jahren, soll sie wieder einigen Eiterausfluss haben.

Discussion:

Kugelman sagt, er wäre immer mit einem palliativen Verfahren ausgekommen ohne einen solchen operativen Eingriff, zu dem er niemals den Muth haben würde; erzählt noch einige Fälle.

Schröder hält nach Incisionen das Zurückbleiben von Abscessen für häufig, die mehr unbequem als gefährlich sind.

13) Küstner: Ueber die Häufigkeit des angeborenen Plattfusses.

Redner stellt an die Spitze seines Vortrages den Satz, dass der Plattfuss eine relativ häufige Affection sei, eine Behauptung,

mit der er sich im Widerspruche mit den bisherigen Annahmen der Chirurgen befindet. Er fand unter 150 sonst wohlgebildeten, ausgetragenen Neugeborenen 13 mit einem oder zwei exquisiten Plattfüßen (8,5 ‰), oder unter 300 Füßen Neugeborener 15 Plattfüße (5 ‰).

Für die Diagnose, ob Plattfuss oder nicht, lassen sich die Sohlenabdrücke der Neugeborenen nicht verwerthen, denn diese fallen alle unterschiedslos so aus, wie die von Plattfüßen Erwachsener, entbehren alle der einer Wölbung entsprechenden Ausbiegung an der Grosszehenseite; es besteht aber am Neugeborenen keine Fusswölbung. (Demonstration von Sohlenabdrücken auf berusste Glastafeln). Redner verzeichnete als Plattfüße nur solche, welche folgende Charaktere besaßen:

1) Exquisite Convexität der Sohle. Wegen dieser Convexität macht der Fuss einen sehr langen Eindruck, ein Eindruck, der sich durch Vergleich mit dem eventuell normal gebildeten anderen Fusse vermittels des Bandmaasses zur Objectivität erheben lässt.

2) Entsprechend der Convexität der Sohle ist das Dorsum pedis concav zusammengebogen; auch findet sich hier eine sehr starke Hautfaltenbildung, wogegen die unter normalen Verhältnissen sehr stark ausgebildeten Falten der Sohle ausgeglättet, verstrichen erscheinen.

3) Am Unterschenkel, nach aussen von der Crista tibiae, in der Muskelgruppe tibialis anticus und extensores, findet sich eine mehr weniger tiefe Delle, in welche hinein der Fuss mit dem Rücken sehr gut passt.

4) Eine kürzere, aber nicht tiefere Delle findet sich hart vor dem Malleolus externus, solche Delle findet sich auch an normalen Kinderfüßen, dann aber nie so tief wie an den Plattfüßen.

5) Die normale Haltung des Fusses ist stark pronirt, abducirt und meist sehr stark dorsalflectirt. Liegt das Kind im warmen Bade, so legt sich der Rücken des Fusses spontan in die Delle am Unterschenkel (nach aussen von der Crista tibiae) hinein.

Der Eindruck, welcher sich nach vorn zu vom Malleolus externus findet, stellt nun nichts anderes dar, als einen tiefen Knick im vorderen Fortsatze des Calcaneus; es finden sich hier dieselben Verhältnisse wie beim normalen Erwachsenen. Der Calcaneus zeigt, was die Dicke seines vorderen Fortsatzes betrifft, dieselbe Auskehlung, Gracilität im Vergleich zum Corpus, die sonst unter normalen Verhältnissen der Erwachsene zeigt. Analoger Weise

hat auch das Gelenkval des Talus für das Os naviculare von vorn betrachtet eine schräge Stellung und nicht eine liegende, wie sonst beim Neugeborenen.

Diese Eigenthümlichkeiten bleiben im extrauterinen Leben bestehen, wie Redner an zwei Kindern bis zum dritten resp. vierten Monate beobachtet hat.

Was die Genese betrifft, so macht Redner fast ausschliesslich Druckverhältnisse von Seiten des Uterus während der Gravidität geltend. Er verwendet zur Beweisführung die sub 2) angeführte Faltenbildung und glaubt aus derselben schliessen zu dürfen, dass der erste Anstoss zur Deformität frühestens im 7. bis 8. Graviditätsmonat zu suchen sei. Er weist auf Fehling's Untersuchungen hin, durch die dargethan ist, dass eine sehr geringe Fruchtwassermenge (wenige hundert Gramm) ausserordentlich häufig sei. Unter solchen Verhältnissen genügt die Fruchtwassermenge nur, um die Lücken und Spalten zu füllen, um welche die Form des zusammengekrümmten Fötus von der Ovoidform des Eies abweicht. Nur unter solchen Verhältnissen können an der Oberfläche gelegene Theile die Spuren des intrauterinen Druckes tragen, was nicht der Fall sein könnte, wenn bei reichlicher Fruchtwassermenge der Fötus in einen schützenden Mantel von Fruchtwasser eingehüllt wäre.

Prognose und Therapie betreffend, hält Redner für nöthig, letztere während des ersten Lebensjahres einzuleiten; dies sei insofern die günstigste Zeit, als in ihr einmal der Fuss vom Uterusdruck entlastet ist, andererseits ihm eine Belastung von Seiten des Körpergewichtes nicht zugemuthet wird.

14) Czerny (Heidelberg): Zur Hysterotomie.

Redner ist der Meinung, dass auch bei der Hysterotomie der intraperitonealen Behandlung des Stieles die Zukunft gehört, obwohl seine Erfolge noch nicht zur Zufriedenheit ausgefallen sind. Acht Mal hat er die Hysterotomie ausgeführt; hierunter sind zwei complicirte, für sich zu betrachtende Fälle. In diesen war die Versorgung des Stieles eine extraperitoneale; der eine starb im Collapsus nach der Operation, der andere erst nach 2 $\frac{1}{2}$ Monaten an secundärem Lungencarcinom.

In den übrigen sechs Fällen gaben Fibromyome, fünf etwa mannskopf-grosse durch Blutungen, ein 13 Pfund schweres durch seine Grösse, die Indication zur Hysterotomie. Viermal extraperitoneale Behandlung mit Liegenlassen des Ecraseur, zwei wurden geheilt,

zwei starben, die eine an Vereiterung der rechten Niere — der Ureter war durchgängig —, die andere am dritten Tage an Sepsis. Zwei Mal wurde die Versenkung des Stieles gemacht; im ersten Falle, weil die Vagina bei einer jungfräulichen Person sehr knapp und wenig dehnbar war. Er verwandte eine elastische Ligatur, deren Enden er abschnitt, und drainirte prophylaktisch. Am 10. Tage Tod an Peritonitis; der Stiel war nekrotisch.

Im zweiten Falle operirte er ganz nach Schröder, überdeckte also den Stiel mit Peritoneum. Der Verlauf war ganz fieberlos, Patientin konnte am 22. Tage das Bett verlassen.

Obwohl nun von beiden gleichviel gestorben sind, so ist er dennoch nach den Sectionsbefunden veranlasst, sich für die Versenkung auszusprechen. Bei der extraperitonealen Versorgung ist der Raum vom Stiele abwärts bis zur Symphyse besonders gefährlich; derselbe wird nur manchmal durch die Blase ausgefüllt, gelangen in denselben Darmschlingen, so kommen sie schlecht wieder heraus. Wenn sich ferner in diesem Raume ein Exsudat ablagert, so kann bei der Nähe des Stieles leicht Sepsis eintreten.

Seinen ersten Fall mit Versenkung meint er durch einen Kunstfehler verloren zu haben; wenn er das Peritoneum darüber gelegt hätte, würde die Nekrose nicht haben eintreten können.

(Discussion nach dem folgenden Vortrage.)

15) Schröder: Zur Technik der Exstirpation von Abdominaltumoren.

Redner ist auch der Meinung, dass die intraperitoneale Behandlung weit besser sei, aber die jetzige Manier entspreche noch nicht allen Anforderungen; der Stiel, sobald er dicker ist, wird zu stark zusammen gezogen und das Zerren des Peritoneums habe immer etwas Bedenkliches.

Bei grossen, breitbasigen Tumoren unterbindet er zuerst die vier zuführenden Gefässe und schneidet dann den Tumor aus. Die Unterbindung der Arteria spermatica (mit der Vena spermatica) gelingt leicht, schwieriger ist die der Arteria uterina; um dieselbe zu sehen, muss man den Uterus meist etwas emporziehen und dabei verliert sie oft die Pulsation. Er umsticht sie an dem mittleren Theile der Cervix. Darauf lässt sich der Uterus fast blutlos ausschneiden, der Stumpf wird mit Peritoneum übernäht; die den Ligamentis latis entsprechenden Wundränder liegen ausgezeichnet an einander.

Dieses Verfahren wandte er einmal bei einer Freund'schen Operation an; die Blutung war mässig und kam aus der einen Arteria uterina, wahrscheinlich weil der erste Knoten noch nicht fest genug angezogen war, als er den zweiten darüber legte. Patientin starb an demselben Tage an der Schwere des Eingriffes, die Verhältnisse waren ganz besonders ungünstige gewesen.

Nach derselben Methode operirte er bei einer Myomotomie; es war hierbei noch nöthig, die beiden Ligamenta rotunda zu unterbinden. Dann liess sich der ganze den Nabel überragende Tumor ohne alle Blutung ausschälen; Heilung.

Auch zwei Ovarientumoren mit sehr breitem Stiele behandelte er so, um die Massenligaturen zu vermeiden.

Discussion:

Hegar bezweifelt, dass das von Schröder eingeschlagene Verfahren bei grossen Tumoren immer möglich sei, weil die Gefässe ausserordentlich erweitert sein können; bei kleineren Tumoren aber ziehe er die Castration der Exstirpation vor. Um bei extraperitonealer Behandlung den Uebergang der Sepsis vom Stiele auf das Bauchfell zu verhüten, glaubt er ein gutes Mittel gefunden zu haben, indem er den Stumpf in einer beträchtlichen Entfernung mit Bauchfell umhüllt.

Den Stiel aseptisch zu erhalten, sei beim Lister'schen Verfahren oder der permanenten Irrigation schwer; es liesse sich aber durch eine mehrmalige Bestreichung mit Chlorzinklösung erreichen.

Müller hat 17 Hysterotomien gemacht und meist — 14 Mal — die extraperitoneale Methode angewandt, mit deren Resultaten er sehr zufrieden ist.

Spencer Wells (London): Bei der Ovariectomie habe ihn, der so lange die extraperitoneale Behandlung geübt hat, die Antisepsis veranlasst, zur intraperitonealen Methode überzugehen, die ihm ausgezeichnete Resultate gäbe, von seinen letzten 78 Ovariectomien seien ihm nur 6 gestorben. Auch bei der Hysterotomie ziehe er die intraperitoneale Behandlung vor; bei Fibromen sei ja meist kein eigentlicher Stiel vorhanden; um nun einen sogenannten Stiel zu schaffen, lege er um die Basis des Tumors eine grosse Klammer, die er fest anziehe, trage darüber die Geschwulst ab und nähe das Peritoneum mit einer fortlaufenden Naht zusammen.

Schröder: Ob bei ganz grossen Tumoren sein Verfahren gar nicht passe, dazu besitze er noch zu wenig Erfahrung;

jedenfalls ginge es immer, wenn im Körper und Fundus die Fibrome sässen. Wenn er einmal die Bauchhöhle eröffnete, so würde er immer das Fibrom entfernen, und nur dann die Castration ausführen, falls er ersteres nicht könnte. Die Entfernung von kleineren Fibromen habe eben auch eine gute Prognose.

Hégar: Er billige auch nicht die Castration bei ganz grossen Tumoren, sondern nur bei kleinen.

IV. Sitzung am 22. September, Vormittags.

Vorsitzender: Freund.

16) Holzer (Franzensbad): Ueber permanente Irrigation der Vagina mit Demonstration.

Redner ist der Ansicht, dass die gewöhnlichen Irrigationen der Scheide wegen ihrer kurzen Dauer und weil sie nicht alle Stellen treffen, zu wenig Einfluss auf die Theile haben. Um also eine längere und allseitige Einwirkung zu erhalten, construirte er mehrere Specula aus Hartgummi, von denen die beste Art etwa folgende Form hat. Die ganze Figur ist eine cylindrische, ähnlich dem Ferguson, das äussere Ende ist geschlossen und trägt zwei kleine Ansatzröhren, eine Ein- und eine Ausflussöffnung. Die erstere ist mit dem Irrigator, die andere mit einem Schlauch verbunden, der in ein am Boden stehendes Becken führt. Die Wandungen des Cylinders sind nur am Anfange solide, weiter einwärts tragen sie grosse Fenster.

Bei der Anwendung des Apparates kann die Patientin ruhig auf dem Rücken liegen und dieselbe stundenlang ohne Beschwerden ertragen. Weil das Speculum immer mit Wasser gefüllt ist, befindet sich die Portio in einem permanenten Wasserbade, was er für gewisse Erkrankungen derselben für sehr wichtig hält. Um Entzündungen zu mindern und Entzündungsproducte zur Resorption zu bringen, möchte er dieses Verfahren besonders empfehlen.

Neugebauer (Warschau) lobt das Verfahren, glaubt aber, dass die Flüssigkeit mehr den Uterus als die Vagina treffe.

Holzer entgegnet, dass die vier Fenster die Hälfte der Vagina blosslegen.

17) Winckel (Mühlheim): Ein osteomalacisches Becken.

Das vorgelegte Becken stammt von einer 34 Jahre alten Frau, die stets gesund gewesen und nicht an Rachitis gelitten hatte. Seit dem 16. Jahre war sie regelmässig menstruirt, seit dem 21. Jahre verheirathet. Nach der fünften Geburt litt sie an Gliederschmerzen (feuchte Wohnung) und bekam die ersten Zeichen der Osteomalacie. Die nächsten beiden Geburten verliefen noch wie die früheren spontan, bei der achten wurde sie mittels Forceps entbunden, das schon merklich verengte Becken gab nach. Die letzte, neunte Schwangerschaft war Ende Juli eingetreten, Mitte December erste Kindsbewegung, am 25. April früh Wehenanfang. Aerztliche Hülfe wurde erst in Anspruch genommen, als es zu einer Frühgeburt zu spät war. Der mühsam eingeführte Finger konnte kaum das Kind erreichen; 10 Uhr Abends erfolgte der Blasensprung. Am 26. April, 10 Uhr früh, wurde unter antiseptischen Cautelen die Sectio caesarea ausgeführt und ein lebender Knabe entwickelt. Der Uterus wurde nicht genäht, nur die Bauchwunde, über die ein Verband nach Lister gelegt wurde. Tod am 8. Tage an Peritonitis; die Bauchwunde fast ganz per primam, der Uterus ganz geheilt.

Das Becken hat eine exquisit osteomalacische Form; das Promontorium ist den beiden Pfannengegenden auf 3 cm genähert; der Beckenausgang ist ebenfalls beträchtlich verengt; die Symphyse schiebt sich nach aussen. An dem rechten Os ileum hat eine vollständige Aufsaugung des Knochens und eine Uebereinanderschiebung von Knochenlamellen stattgefunden; ausserdem finden sich mehrfach Infractioenen.

18) C. Ruge: Ueber Aetiologie und Anatomie der Endometritis.

Vortragender betont die Disposition des höheren Alters, die Zeit vor und nach der Cessation der Menstruation, zu entzündlicher Schleimhautaffection; die häufigen unregelmässigen Blutungen beruhen meist auf entzündlichen Affectionen: über 50 Proc. der an Endometritis leidenden und zur Behandlung kommenden Frauen sind über 40 Jahre alt. — Ferner sind bei Myomen die Blutungen nicht auf den Tumor, sondern auf entzündliche Schleimhautwucherungen zu beziehen.

Anatomisch müssen die einzelnen Formen, die Endometritis glandularis, interstitialis, unterschieden werden, nicht der Bequemlichkeit halber, sondern weil die glanduläre Form besonders im

höheren Alter vorkommt und eine üblere Prognose giebt, während die interstitielle in jedem Alter vorkommt. In der feinen Structur kommen zahlreiche Verschiedenheiten von der gewöhnlichen Form vor. Neben den acuten Formen sind chronische zu unterscheiden, die sich durch derberes, faseriges Stroma vor dem stark kleinzellig infiltrirten acuter Formen auszeichnen. Von den Endometritiden sind die Formen nach Abort zu trennen, die sich anatomisch durch ihr sich durchfilzendes Stroma von den übrigen, wie durch die oft stark unregelmässigen Drüsenformen unterscheiden.

Die interstitielle Form kann in Sarcom, die glanduläre in Adenom (Carcinoma glandulare) übergehen.

- Discussion:

Schröder hebt die grosse praktische Bedeutung der Wucherung der Uterusschleimhaut hervor. Auch ohne Dilatation kann man mittels des kleinsten Simon'schen Löffels Schleimhaut aus der Körperhöhle zur mikroskopischen Untersuchung erhalten. Er hält die Form, bei der die Drüsen wie Knäuel durch einander gewickelt liegen, stets für maligner Natur; wenn ihre Entwicklung auch langsam gehe, so bleibe doch nach einigen Jahren das Carcinom nicht aus.

19) Lippert (Nizza): Ueber galvanische Behandlung der Uterusdeviationen.

Redner trägt ein eigenes Verfahren mit vielen Einzelheiten bei den verschiedenen Affectionen vor. Bei Knickungen des Uterus verwendet er eine Sonde, die er Anfangs nur bis zum Os internum einführt, und setzt den anderen Pol bei Retroflexio auf den Nabel, bei Anteflexio auf die Kreuzbeingegend; nach jeder etwa 3—5 Minuten dauernden Sitzung legt er einen Glycerintampon ein und ordinirt eine halbe Stunde Ruhe. Wucherungen an der Portio behandelt er mit Elektrolyse.

20) Freund: Erfahrungen über totale Uterusexstirpation.

Redner hat fünf Heilungen nach seiner Operationsmethode selbst gehabt; von diesen Frauen ist eine am Recidiv nach $\frac{3}{4}$ Jahren, eine zweite an Pleuritis nach fünf Monaten gestorben; eine dritte hat acht Monate nach der Operation ein Recidiv in der Bauchwunde bekommen. Zwei Patientinnen sind jetzt noch, $1\frac{1}{2}$ resp. $2\frac{3}{4}$ Jahre nach der Operation, gesund. Genesungen, die von anderen Operateuren erzielt, sind ihm noch sieben bekannt. Die

Zahl aller bisher veröffentlichten Fälle beträgt 24. Hieraus nun einen Schluss auf die Mortalität der Operation zu ziehen, wäre wohl sehr gewagt, da alle günstig verlaufenen Fälle gewiss schon¹⁾, mancher ungünstige aber nicht veröffentlicht ist.

In neuester Zeit, seit Ende vorigen Jahres, hat er drei Mal operirt und alle Kranken verloren: ein Fall in Erlangen auf der Klinik von Zweifel am vierten Tage durch Peritonitis; ein Fall in Berlin auf der Klinik von Schröder nach 12 Tagen unter den Erscheinungen eines acuten Magendarmkatarrhs, nachdem die ersten acht Tage ausgezeichnet verlaufen waren und der Erfolg schon gesichert schien; ein Fall in Strassburg auf seiner Klinik am Shok; eine beginnende Peritonitis hatte zur Operation gedrängt.

Ein Fall in Breslau konnte wegen besonders ungünstiger Verhältnisse nicht vollendet werden. Da die Bauchwunde in drei Wochen vollkommen geheilt war, machte er die Exstirpation von der Scheide aus; aber schon nach zwei Monaten machte sich ein Recidiv bemerkbar.

Auffallend ist ihm, dass die ersten Fälle so günstig waren und später so viele schlimm abliefen. Ihm möchte scheinen, dass die Operateure unvorsichtiger geworden sind in der Wahl der Fälle und leicht abgehen von der Methode. Fast ein Jahr hat er sich vorbereitet durch Untersuchung von Becken, manche andere haben das nicht gethan; jeder von denen, in deren Gegenwart er operirt hat, wird ihm bezeugen, dass ihm nie etwas Unangenehmes passirt ist.

Zur Technik bemerkt er, dass er den Uterus jetzt nicht mehr durchsticht und mit der Schlinge hervorzieht, weil, wenn der Körper weich ist, der Faden leicht durchschneidet und die Krebsjauche dann ins Peritoneum läuft. Er bedient sich einer gefesterten Klammer, die etwa so gross wie der Uterus ist, und erhält dadurch eine fast vollständige Blutleere. Die Därme lässt er zurückhalten durch einen mit einem rechtwinkligen Griff versehenen Rahmen, der mit Gummi überzogen ist. Ob man an Stelle der untersten Ligatur die Unterbindung der einzelnen Gefässe setzen kann, erscheint ihm zweifelhaft. Die oft angefochtene Peritonealnaht möchte er absolut nicht aufgeben. Bei der Frage, ob man ein Drainrohr in das Becken einlegen soll oder nicht,

1) Bardenheuer (Cöln) hat sechs Mal die totale Uterusexstirpation, zwei Mal genau nach Freund, vier Mal mit einer Modification — Offenlassen der Bauchscheidenöffnung — gemacht und nur zwei Fälle verloren. Ref.

entscheidet er sich dahin, dass er für gewöhnlich es nicht thun wolle.

Die Indication möge man niemals weiter stellen, weil die Sache es erlaubt; das Menschenfleisch ist nicht wohlfeiler, weil es krebsig ist. Zu knapp werde dieselbe leicht dadurch gestellt, dass man die Schwierigkeiten der Operation überschätze und ihren Werth unterschätze. Schwierig ist die Operation allerdings, er habe sie aber schon von Mehreren glatt ausführen sehen. Betreffs des Werthes fügt er ein, dass man nicht ein Wachsen der günstigen Resultate, wie bei der Ovariectomie, erwarten dürfe; ein Vergleich mit ihr sei deswegen unzulässig, weil bei ihren Erfolgen den Umschwung besonders die Antisepsis hervorgerufen hat, eine Chance, die der Uterusexstirpation schon von vornherein zu statten gekommen ist. Indessen ist der Erfolg der Operation ein ausgezeichneter; sofort mit der Operation sind die Patientinnen von den Schmerzen befreit und wenn ein Recidiv kommt, so bleibt es immer schmerzlos. Es haben nämlich alle Personen, die an einem wuchernden, die Cervix verschliessenden Krebse leiden, Hydro- oder Pyometra, und weil der Uterus sich bemüht, sich seines Inhaltes zu entledigen, die unerträglichen Schmerzen; wenn dieses nicht ist, können Patientinnen an Uteruscarcinom sterben, ohne Schmerzen zu haben; so erklärt sich die Wirkung der Operation. (Dass ein Ergreifen des Plexus ischiadicus u. s. w. auch noch Schmerzen macht, versteht sich von selbst.)

Als Contraindication möchte er einen abnorm grossen Panniculus adiposus hinstellen; er brauchte einmal in einem solchen Falle 1½ Stunden zum Bauchschnitt. Das Beckengewebe war auch so voller Fett, dass der Uterus wie eingepolstert war; die Operation musste er deswegen unterbrechen.

Dies war der schon Anfangs erwähnte Fall, an dem er nachher die Exstirpation von der Scheide aus gemacht hatte und schon nach zwei Monaten ein Recidiv erhielt. Deswegen möchte er die Indication so präcisiren, dass man entweder den Uterus ganz herausnimmt oder bloß palliativ behandelt.

Discussion:

J. Veit: Sein geheilter, jetzt 13 Monate alter Fall hat möglicherweise ein Recidiv; Blutungen sind aufgetreten und ein kleiner Tumor ist im Scheidengewölbe zu fühlen, den er früher für einen entzündlichen gehalten hat.

Das Drüsencarcinom hält er für viel verderblicher als das vom Bindegewebe ausgehende; bei dem ersteren würde er kaum wagen, die Exstirpatio uteri zu machen; er hebt überhaupt die Bedeutung des Studiums der Uteruscarcinome hierfür hervor.

Müller hat zwei gut ausgewählte Fälle streng nach der Freund'schen Methode mit unglücklichem Ausgange operirt. Die lange Dauer der Operation, das Aussenliegen der Därme — in einem Falle etwa 3 Stunden —, Chloroform, Blutungen sind der sogenannte Shok, an dem auch seine Patientinnen gestorben sind. Aber trotzdem würde er durchaus nicht anstehen, diese Operation wieder zu versuchen.

Nengebauer räth partielle Exstirpation mit der galvanocaustischen Schlinge, weil dabei keine Blutung stattfindet.

Hegar betont besonders zwei Uebelstände, das Aussenliegen der Därme und die Blutungen. Es lasse sich nicht leugnen, dass die Gesamtligatur nicht den nöthigen Schutz gewährt; er habe damit auch Unglück gehabt. Er glaube aufmerksam machen zu müssen, auf eine Quelle der Blutung, die bisher nicht bekannt war. Neben dem Uterus, in der Gegend der Arteria uterina, giebt es einen sehr starken Venenplexus, der ganz besonders stark bei Fibromen entwickelt zu sein pflegt. Wenn man nun die Arteria uterina unterbinden will, so kann es vorkommen, dass man diesen Venenplexus nicht ohne Gefahr durchstechen kann. Er würde dafür sein, die Unterbindungen nach dem Ausschneiden einzeln zu machen; um die blutenden Stellen gut blosszulegen, solle man mit einer Fadenschlinge das Peritoneum und das hintere Scheidengewölbe sich heraufziehen.

Betreffs der Drainage ist er der Ansicht, dass, wenn man alles so weit offen hat, sie auch dann ausführen und dem Secret den Abfluss gestatten solle; zweckmässig wäre ein Rohr nach jeder Seite, in die Gegend der Ovarialstümpfe, einzulegen.

Battlehner ist auch für Drainage.

Freund: Dass die untere Ligatur nicht festhalte, habe auch er gesehen; aber die Venen comprimire sie immer und die Arteria uterina könne man leicht allein unterbinden.

C. Ruge: Jedes Carcinom, das über dem äusseren Muttermunde entstehe, wuchere nach innen weiter, jedes andere nach der Scheide zu; diese anatomische Unterscheidung sei äusserst

wichtig. Die letzte Art sei eben von unten zu entfernen; sie mache der Freund'schen Operation die schlechte Prognose.

Schröder hält es für entschieden falsch, den Uterus entweder ganz oder gar nicht zu entfernen; er hält nur diejenigen Carcinome, welche die Cervixschleimhaut und den Uterus ergriffen haben, für die totale Exstirpation geeignet. Das Carcinom der Portio vaginalis sei gar kein Uteruscarcinom, sondern ein Scheidencarcinom, es gehe auf die Scheide fort und nur selten in den Uterus.

Die einfache Amputation hat er in nahezu 200 Fällen ausgeführt, ohne einen Todesfall zu haben. Von 16, bei denen er die supravaginale Excision gemacht hatte, starben zwei an Sepsis. Er erreichte dadurch eine ganze Reihe von Heilungen; fünf Fälle sind über zwei Jahre ohne Recidiv.

Auch bei Körpercarcinom brauche man nicht den ganzen Uterus herauszunehmen, man könne die Cervix darin lassen; dadurch werde die Gefahr der Operation ausserordentlich verringert. Die Schleimhaut der Cervix könne man der Sicherheit wegen noch excidiren. Für die totale Uterusexstirpation blieben nach seiner Meinung nur die Carcinome übrig, welche über dem äusseren Muttermunde entstünden und bald in den Uterus übergingen.

Freund: Auch er betrachte das Carcinom der Portio (Epitheliom, Blumenkohlgewächs) als eine Contraindication, aber er halte die anderen Operationen auch nicht für recht, es scheine ihm im Gegentheil die Amputation resp. supravaginale Excision das Recidiv noch zu beschleunigen.

21) Neugebauer: Ueber Elytrorrhaphia mediana.

Redner spricht über ein von ihm seit dem Jahre 1870 geübtes neues Operationsverfahren zur Beseitigung des Gebärmuttervorfalls, welches darin besteht, dass aus der medianen Partie der vorderen und hinteren Wand der Vagina, aber unter Umständen auch wohl aus der vorderen Muttermundlippe und der hinteren Vaginalwand ein oblonges, etwa 4 cm langes und $1\frac{1}{2}$ —2 cm breites Stück der Schleimhaut ausgeschnitten und die eine von den so erhaltenen beiden Anfrischungsflächen mit der anderen durch die blutige Naht vereinigt wird. Es entsteht in Folge dessen eine den Vaginalkanal in der Richtung von vorn nach hinten durchsetzende mediane Substanzbrücke, welche die Gebärmutter am Wiederherfallen hindert.

Redner hat diese Operation bis jetzt mit dem besten Erfolge in neun Fällen angewendet und glaubt sie namentlich für solche alte Fälle von Gebärmuttervorfall empfehlen zu dürfen, in denen die Rima vulvae sehr stark klafft und ihre beiden Seitenwände nicht oder doch nur unter stärkerer Zerrung der Theile an einander herangezogen werden können, und daher die Episiorrhaphie sei es für sich allein, sei es in Verbindung mit der Elytrorrhaphia posterior, nicht ausführbar ist.

In die vorbereitende Commission für die Versammlung in Danzig wurden die Herren Abegg (Danzig), Hildebrandt (Königsberg), Müller (Bern) gewählt.

Dr. Schütz,

I. Assistent an der geburtshülflichen Klinik zu Leipzig.

Berichtigung.

Im letzten Hefte dieses Archivs (XV, 1), S. 145, Z. 3 von unten ist statt „Hagemann“ zu lesen: „Alfred Wolff“.
