

Sitzungen der Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin.  
Sitzung am 8. December 1874.

Vorsitzender Herr Louis Mayer.

Herr E. Küster demonstirt ein der Leiche entnommenes Präparat von carcinomatösen Geschwülsten beider Ovarien.

Eine 57 jährige, sonst gesunde, seit 4 Jahren nicht mehr menstruirte Wittve bemerkte seit 2 Jahren Schwellung des Unterleibes, seit  $\frac{1}{2}$  Jahr Bildung von Knoten am Nabel und am Brustbein. Im October a. c. kam sie ins Augusta-Hospital, um sich operiren zu lassen. Der am Sternum fest anhaftende Knoten erweckte bei Berücksichtigung eines von Storer mitgetheilten Falles von secundärem Nabelkrebs bei Krebs des Eierstocks den Verdacht, dass es sich auch hier um Krebs handle, und bewog den Vortragenden, die Ovariectomie abzulehnen und nur die Punction zu machen. Drei in kurzen Zwischenräumen von 4 und 12 Tagen gemachte Punctionen entleerten reichliche Flüssigkeitsmengen mit starkem Eiweiss und Cholestearingehalt, die letzte auch peritoneales Exsudat. Nach der Entleerung waren noch feste Tumoren in der Bauchhöhle zu erkennen. 16 Tage nach der dritten Punction führte Collapsus den Tod herbei.

Die Section ergab zunächst das ganze Bauchfell besetzt mit kleinen flachen Knötchen von weisslichem Durchschnitt. Das rechte Ovarium stellt ein mannskopfgrosses vielfichriges Kystom dar, während das linke Ovarium aus einer grösseren und einer kleineren Cyste mit compacteren Wandungen besteht. Der Uterus trägt ein kindskopfgrosses, gestieltes, von der Gegend des inneren Muttermundes ausgehendes Fibröm, und ist ausserdem in seinem Fundus von vielfachen kleinen Myomen durchsetzt. Die innere Oberfläche beider Tumoren des linken Ovariums ist theils mit verästelten Papillen theils mit Höckern besetzt, welche im Innern Alveolen enthalten, welche wiederum mit Epithelzellen angefüllt und mit Papillen ausgekleidet sind. Besonders tritt der alveoläre Bau an den Knoten des kleinen compacteren Tumors hervor. Dieselbe Structur zeigen die Knoten des Bauchfells, der Tumor am Nabel, und besonders der Tumor am Brustbein, welcher so grosse Hohlräume enthält, dass sie zuerst für Abscesse angesehen werden konnten. Der aus Epithelzellen bestehende Inhalt liess jedoch auch sie als Krebsalveolen erkennen.

Wahrscheinlich hatten sich zuerst das Myom, dann (vor 2 Jahren?) die Kystome, und zuletzt die Carcinome, schliesslich das am Nabel, entwickelt. Vor der Entstehung des letzten hätte eine Operation von Erfolg sein können, doch ist bei der Mangelhaftigkeit der bisherigen Resultate eine frühzeitige Operation, selbst bei Verdacht auf Carcinombildung kaum zu empfehlen. Herr Eggel, welcher die Kranke anfänglich in Behandlung hatte, giebt die zu verschiedenen Zeiten gewonnenen Maasse des Leibesumfangs an. Bäder und Gebrauch von Krankenheiler Salz hatten anfänglich eine geringe Abnahme bewirkt.

Auf die Frage des Herrn Kaufmann, ob und wann die Operation bei kleinen Tumoren zu machen sei, erwidert Herr Küster, dass er stets abwartete, bis grosse Beschwerden einträten, dass er dann die Operation vorschlägt aber nicht zurede.

Auch Herr L. Mayer spricht sich für möglichst langes Abwarten aus, da ja die Tumoren oft lange Zeit hindurch ertragen würden und selbst Gravidität zulassen.

Dem gegenüber weist Herr Küster darauf hin, dass nach statistischen Erfahrungen das Leben bei Ovarialtumoren durchschnittlich nicht über 2 Jahre erhalten blieb, so dass man doch nicht auf ihre Unschädlichkeit allzusehr vertrauen dürfe. In Betreff der Verwachsungen sei die Diagnose sehr schwer, da auch grosse Schmerzhaftigkeit nicht sicher auf dieselben schliessen lasse, sie aber umgekehrt ohne vorausgegangene Schmerzen vorhanden sein könnten. Er habe aber auch operirt in einem Falle, wo er Verwachsungen erwartet habe: vor dem Tumor verlief eine Darmschlinge quer von einer Seite zur andern; nach der Punction blieb das Verhältniss dasselbe; hätte keine Verwachsung bestanden, so hätte die Darmschlinge nach oben entweichen müssen. Er incidirte nun in die

Cyste, räumte sie von innen heraus, und führte durch den tiefsten Punkt ein Drainagerohr. Später ergah sich der Uebelstand, dass man hierbei nicht wissen kann, ob man alle Cysten eröffnet, und in der That wurde dieselbe Operation hier zum zweiten Mal an einer andern Cyste nöthig. Von dieser bestehen jetzt noch 2 Fistelkanäle, doch ist nach der Erfahrung E. Martin's zu erwarten, dass auch diese heilen. Bei unvollständigen Verwachsungen würde er selbst die Cystenwand an die Bauchwand annähen.

Herr Eggel bestätigt unter Anführung mehrerer Fälle die Unsicherheit der Diagnose auf Verwachsungen.

Sitzung am 12. Januar 1875.

Vorsitzender: Herr Wegscheider.

I. Auf Vorschlag des Vorsitzenden wird beschlossen, das Stiftungsfest mit einer einfachen Sitzung zu feiern.

II. Der Secretair kündigt an, dass der Contract mit der Hirschwald'schen Buchhandlung über den Verlag der „Beiträge“ abgelaufen sei, und dass die Buchhandlung von jetzt ab eine pecuniäre Beihilfe von Seiten der Gesellschaft verlange, wenn die Beiträge fortgesetzt werden sollten. Die Beschlussfassung wird auf eine der nächsten Sitzungen verschoben.

III. Herr Schroeter theilt eine Beobachtung mit von „Blasennole neben gut erhaltenem Ei“.

Eine 29jährige gesunde Frau, Mutter mehrerer Kinder, war wieder gravida seit Mitte Juli 1874. Am 21. September stellten sich Blutungen ein, welche von da ab häufig wiederkehrten, dabei beständige Brechneigung und häufiges Erbrechen. Am 7. Decemher begannen Wehen, welche zunächst ein Stück einer Mole, dann einen 4monatlichen Foetus mit normaler Placenta, und zuletzt den Rest der Mole zu Tage förderten. Letztere erwies sich als Traubennole mit Blasen bis zu Haselnussgrösse. Das Wochenbett verlief ohne Störung.

Derselbe liefert ferner einen „Casuistischen Beitrag zur Retention abgestorbener Früchte“.

Eine schon mehrmals rechtzeitig entbundene Frau war wieder schwanger seit Mitte Februar 1874. Am 23. September glitt sie mehrere Stufen einer Treppe hinab; 8—10 Tage später stellten sich Fröste und allgemeines Unbehagen ein, und hörten die Kindsbewegungen auf. Nach weiteren 4 Wochen wurde das macerirte Kind geboren.

IV. Herr Wegscheider berichtet über einen Fall von rascher Entwicklung grosser Medullarcarcinome der Ovarien und der Retroperitonealdrüsen. Die Frau erkrankte vor mehreren Jahren an Fibroide des Uterus mit heftigen Blutungen. Dann entwickelte sich innerhalb eines Jahres eine grosse Menge einzelner, beweglicher z. Th. sehr grosser Tumoren in der ganzen Bauchhöhle, welche schnell zu Marasmus und zum Tode führten. Die Section erwies sie als Medullarcarcinome neben genuinen Fibroiden des Uterus.

Daran schliesst der Vortragende die Mittheilung eines Falles von Medullarcarcinome der Wirbelsäule bei einer 34jährigen Frau, welche dabei concipirte, niederkam und das Kind sogar nähren konnte.

V. Herr Kaufmann berichtet die Geschichte einer sehr schwierigen Geburt eines Kindes mit einer grossen Encephalocoele, welche ihren Sitz an der Stirn hatte.

Sitzung am 16. Februar 1875.

Vorsitzender Herr Wegscheider.

Herr Prof. Freund (Breslau) legt eine Reihe von Durchschnitten des weiblichen Beckens im normalen und pathologischen Zustande und in verschiedenen Richtungen vor, welche besonders die Structur und Verbreitung des Bindegewebes zwischen den Organen, sowie dessen Bedeutung für die normalen Functionen und seine Veränderungen durch krankhaften Process demonstrieren.

Herr Wegscheider stellt das von Herrn Wernich in der Sitzung am 25. November 1873 schon einmal vorgeführte Kind mit grossem Coecygealtumor vor. Das Kind ist in seiner sonstigen physischen und geistigen Entwicklung in normaler Weise vorgeschritten. Der Tumor hat sich während einer leichten katarrhalischen Erkrankung im vorigen Herbst bis über die Hälfte verkleinert.

Sitzung am 9. März 1875.

Vorsitzender Herr Louis Mayer.

I. Herr Orth demonstirt folgende Präparate.

1. Ein Carcinoma recti, welches die Rectovaginalwand zerstört hat. Der Cervix uteri ist, wahrscheinlich durch secundäre Schwellung der Schleimhaut der Scheide und des Cervix verschlossen, der Uterus durch retinirte Flüssigkeit bis zur Grösse einer starken Faust angedehnt. Die Ligg. lata sind hier, umgekehrt wie bei der Schwangerschaft, verkürzt.

2. Diphtheritis der Scheide bei einem Kinde von 1 Jahr 11 Monaten. Der Schlund war nicht afficirt, dagegen Nieren, Leber und Mesenterial-

drüsen geschwellt, Hämorrhagien im Mesenterium und Netz. Wahrscheinlich waren die Genitalien zunächst verletzt und dann diphtheritisch erkrankt.

3. Anteflexio uteri bei einem ganz jungen Kinde, bedingt durch zwei abnorme straffe Plicae im Douglas'schen Raum.

4. Lateropositio uteri bedingt durch ungleiche Länge der Ligg. lata. Bei solchen Lageveränderungen des Uterus beobachtete der Vortragende häufig zugleich die von Virchow als für Chlorose charakteristischen Veränderungen der Gefässe. Letztere kommen aber auch bei männlichen Individuen vor. So zeigt der Vortragende ein Stück aus der Aorta eines 3jährigen Knaben, welches eine stark gefaltete Intima zeigt.

II. Herr Lehnerdt berichtet über einen Fall von Fibrom des Uterus als Gehurthshinderniss. — Steissgehurt. Tod der Wöchnerin an Septicämie. Eine 38jährige, vor 11 Jahren einmal entbundene Frau concipirt zum 2. Mal im Mai 1874. Im 5. Monat wird im kleinen Becken ein die ganze rechte Hälfte ausfüllender, fester, empfindlicher Tumor constatirt, welcher bis zum Ende der Schwangerschaft unverändert bleibt. Am 2. Februar beginnt die Geburt mit dem Blasensprung, der Uterus liegt stark schief von oben rechts nach unten links, hier unten ein grosser Kindstheil fühlbar, Herztöne deutlich rechts. Der Tumor im Becken ist prall, nach der Mitte zu anscheinend etwas weicher, kaum etwas beweglich, die Port. vag. ganz hoch oben gegen den linken horizontalen Schambeinast gedrängt. Ein grosser Kindstheil vorliegend; die Raumbeschränkung so gross, dass in keiner Richtung ein Durchmesser von nur 2 Zoll übrig bleibt. Angeordnet wurde nur anhaltende linke Seitenlage. Erst am 4. Februar stellten sich leise Wehen ein. Am folgenden Tage ergab die Untersuchung, dass der Tumor sich ein wenig erheben liess. Am 6. Februar wurden die Wehen kräftiger, und als am Abend dieses Tages untersucht wurde, war der Tumor aus dem kleinen Becken herausgetreten, der Muttermund nach rechts gerückt, ein grosser Kindstheil (der Steiss) eingetreten. Die Geburt ging nun rasch vorwärts und wurde durch die Extraction beendet. Nach der Entbindung war der Tumor rechts neben dem Uterus deutlich durchzufüllen. Am 3. Tage begann mit einem Schüttelfrost eine septicämische Peritonitis, welche am 8. Tage zum Tode führte. Dabei blieb der Uterus anfangs schmerzfrei, die Lochien waren nicht foetide, der Tumor dagegen sehr empfindlich. Die Section ergab allgemeine Peritonitis, die Innenfläche des Uterus nicht erkrankt, in der linken Wand desselben einen bohnergrossen mit Eiter gefüllten Lymphraum, Phlegmone periuterina. Auf der Aussenfläche 3 subseröse nussgrosse Fibrome. Der 12 Cm. lange, 6—7 Cm. breite Tumor ist ein Fibroid, welches durch einen 1 Cm. langen Stiel mit dem Uterus in der Gegend der rechten Tube zusammenhängt und ausserdem durch bindegewebige Stränge mit der Beckenfascie an der Linea innominata verwachsen ist. Im Innern ist der Tumor in seiner rechten Hälfte erweicht. Bei der völligen Abwesenheit diphtheritischer Prozesse wäre es wohl möglich, dass der Tumor mit Veranlassung gegeben hätte zur Entwicklung spontaner Septicämie.

Herr Orth ist der Ansicht, dass der ansteckende Stoff doch stets von Aussen eingedrungen sein müsse, dass er aber die äusseren Theile intact lassen, und erst im Innern haften könne.

Herr Louis Mayer ist geneigt, bei so grossen Tumoren, wenn die Reposition nicht gelingt, weder zu punctiren noch Kephalothrypsie zu versuchen, sondern gleich den Kaiserschnitt zu proponiren.

III. Der Vorsitzende theilt mit, dass die Hirschwald'sche Buchhandlung den weiteren Verlag der Beiträge von der Bedingung abhängig mache, dass jedes Mitglied der Gesellschaft ein Exemplar kaufe. Zu dem Zweck erscheint die Erhöhung des Beitrages um 1 Thlr. ausreichend. Der Antrag auf Erhöhung wird nach kurzer Discussion einstimmig angenommen.

Sitzung am 13. April 1875.

Vorsitzender Herr Wegscheider.

Herr E. Küster berichtet über eine 28 Jahre andauernde Extrauterinschwangerschaft, und Beendigung derselben durch Extraction des Foetus durch das Rectum.

(Der Fall ist in der Gesellschaft für Gynäkologie theilweise bereits mitgetheilt.) Die jetzt 57jährige Patientin ist zwei Mal, mit 20 und mit 22 Jahren rechtzeitig entbunden, 7 Jahre später (1847) concipirte sie wieder, und befand sich während der ganzen folgenden 9 Monate ebenso wie in den beiden früheren Schwangerschaften. Am rechtzeitigen Ende verlor sie plötzlich eine grössere Menge blutigen Wassers während einiger Minuten, Wehen traten nicht ein, die Kindsbewegungen hörten allmählig auf. Nach 4 Wochen traten die Menses wieder wie gewöhnlich ein. Der Leib blieb stark, und fing erst nach 4 Jahren zugleich mit allgemeiner Abmagerung der Patientin an abzuschwellen. 10 Jahre nach jenem Ereigniss bekam sie eine schwere Unterleibsentszündung, dabei einen Abscess im rechten Schultergelenk und sehr foetiden Auswurf. Die letzten 4 Wochen dieser Krankheit verbrachte sie im Hedwigs-Krankenhaus. Ein Jahr später wurde sie hier wieder kurze Zeit wegen Schmerzen in der rechten Hüfte behandelt. Von da ab war sie gesund bis auf ein

gastrisches Fieber Anfang des Jahres 1873. Im Frühjahr 1874 erkrankte Patientin von Neuem mit heftigen Leibscherzen, Diarrhoe und Tenesmus. Im Juni dieses Jahres gingen zuerst kleine Knochenstückchen ab, und wurden deren in der Königl. Entbindungsanstalt, wo Patientin damals behandelt wurde, circa 50 gesammelt. Als sie im Anfang dieses Jahres im Augusta-Hospital wegen Diarrhoe Aufnahme suchte, fand man den Uterus nach vorn gedrängt durch einen faustgrossen knolligen Tumor. Aus dem Rectum floss foetide Flüssigkeit. 2 Zoll über dem After fand sich im Rectum ein 5 Groschen grosses Loch, und in demselben ein Knochen. Derselbe wurde sofort extrahirt, und nach und nach alle vorhandenen Knochen. Grössere Schwierigkeit machten allerdings die Schädelknochen. Entfernt wurden auf diese Weise alle Extremitätenknochen ausser Händen und Füssen, die meisten Rippen und alle Kopfknochen. Die Knochen entsprachen an Grösse dem Ende des 8. Monats. Die starke Eiterung wurde durch Einspritzungen mit Carbolsäure gemässigt, besteht aber noch, während der Tumor beseitigt, das Loch im Rectum geschlossen ist. Während in den andern Fällen die Lithopäden entweder bis aus Lebensende im mütterlichen Leibe zurückgehalten wurden, oder schon nach kürzerer Zeit abscedirten, zeichnet dieser Fall sich dadurch aus, dass nach so langer Zeit, nach 28 Jahren, noch ein Durchbruch zu Stande kam. Ein actives Verfahren war jedenfalls angezeigt; unter ähnlichen Umständen wäre selbst bei fehlender Perforation eine Incision vom Rectum aus gerechtfertigt.

Es schliesst sich an diesen Vortrag auf Anregung des Herrn Wegscheider eine kurze Discussion über die Ausführbarkeit und den Werth der Simon'schen Rectaluntersuchung mit ganzer Hand, wobei Herr E. Küster sich dahin ausspricht, dass eine Untersuchung des kleinen Beckens, z. B. zur Erkennung zweifelhafter Ovarialgeschwülste, leicht ausführbar sei, dass aber beim weiteren Hinaufführen der Hand ein genaues Palpiren durch die Einklemmung derselben sehr erschwert werde. Herr Goldschmidt hat das Verfahren mehrmals ohne bedeutende Schwierigkeit ausgeführt, während Herr Lehnerdt wiederum die Gefahr der Zerreiung des Darms und die grosse Schwierigkeit der Operation hervorhebt und dieselbe auf die äusserste Nothwendigkeit beschränkt sein möchte.

Sitzung am 11. Mai 1875.

Vorsitzender Herr L. Mayer.

Herr Solger trägt vor:

Ueber ein bisher nicht erkanntes Hinderniss der Reposition des retroflectirten schwangeren Uterus. Der Vortragende bespricht zunächst die bekannten Repositionshindernisse, die gefüllte Blase, übermässige Ausdehnung der Bauchhöhle durch Darminhalt, Verwachsungen und bereits weit vorgeschrittene Längenzunahme des Uterus. In einem Fall der letzteren Art gelang die Reposition durch starkes Abwärtsziehen der Port. vag. mit einer Zange. Einmal als reichlicher Darminhalt die Reposition verhinderte, erfolgte letztere spontan nach starkem Erbrechen. Solche Fälle sind indess selten, da die Wegsamkeit des Darms bis zum After selten aufgehoben ist.

Theoretische Betrachtungen ergeben, dass der retroflectirte Uterus die hintere Scheidenwand nach unten verdrängen muss, dass ferner ein Druck gegen denselben, wenn die Scheide luftleer ist, ein Nachrücken der unterhalb des Fundus gelegenen Weichtheile, mit Inbegriff des Damms zur Folge haben muss. Ein Druck, welcher die Weichtheile aufs Aeusserste höbe, und dann noch den Fundus über die Conj. erhöbe, müsste mehr als 100 Pfund betragen.

Der Vortragende beobachtete nun folgenden Fall: Bei einer zum 4. Mal schwangeren Frau reponirte er den retroflectirten Uterus 3 Mal ohne Mühe. Am Ende des 4. Monats gelang die Operation nicht. Als er nun bei Sims'scher Seitenlage eine Zange einführte, und die Branchen zum Fassen der Port. vag. spreizte, erfolgte plötzlich die Reposition spontan. Es war ihm danach wahrscheinlich, dass durch das plötzliche Einströmen von Luft in die Vagina der intraabdominelle Druck überwunden wurde, resp. dass nun ein negativ intraabdomineller Druck hergestellt war. So gelang es auch in einem zweiten Fall, wo blosser Druck den Fundus nur ganz vorübergehend hob, die Reposition durch Einführung von 2 Fingern und Spreizen derselben zu bewirken. Der Vortragende empfiehlt deshalb allemal die Operation in Knieellenbogenlage vorzunehmen, und dabei durch Abheben der hintern Scheidenwand Luft in die Vagina eindringen zu lassen.