



Beitrag zur Pathologie der Fallopischen Tuben.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 16. März 1892,

Nachmittags 1½ Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Anton Schlüter

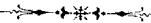
aus Westfalen.

Opponenten:

Herr Dr. jur. von Schaetzel, cand. med.

Herr Drd. med. Oscar Altendorf.

Herr Josef Wolff, cand. med.

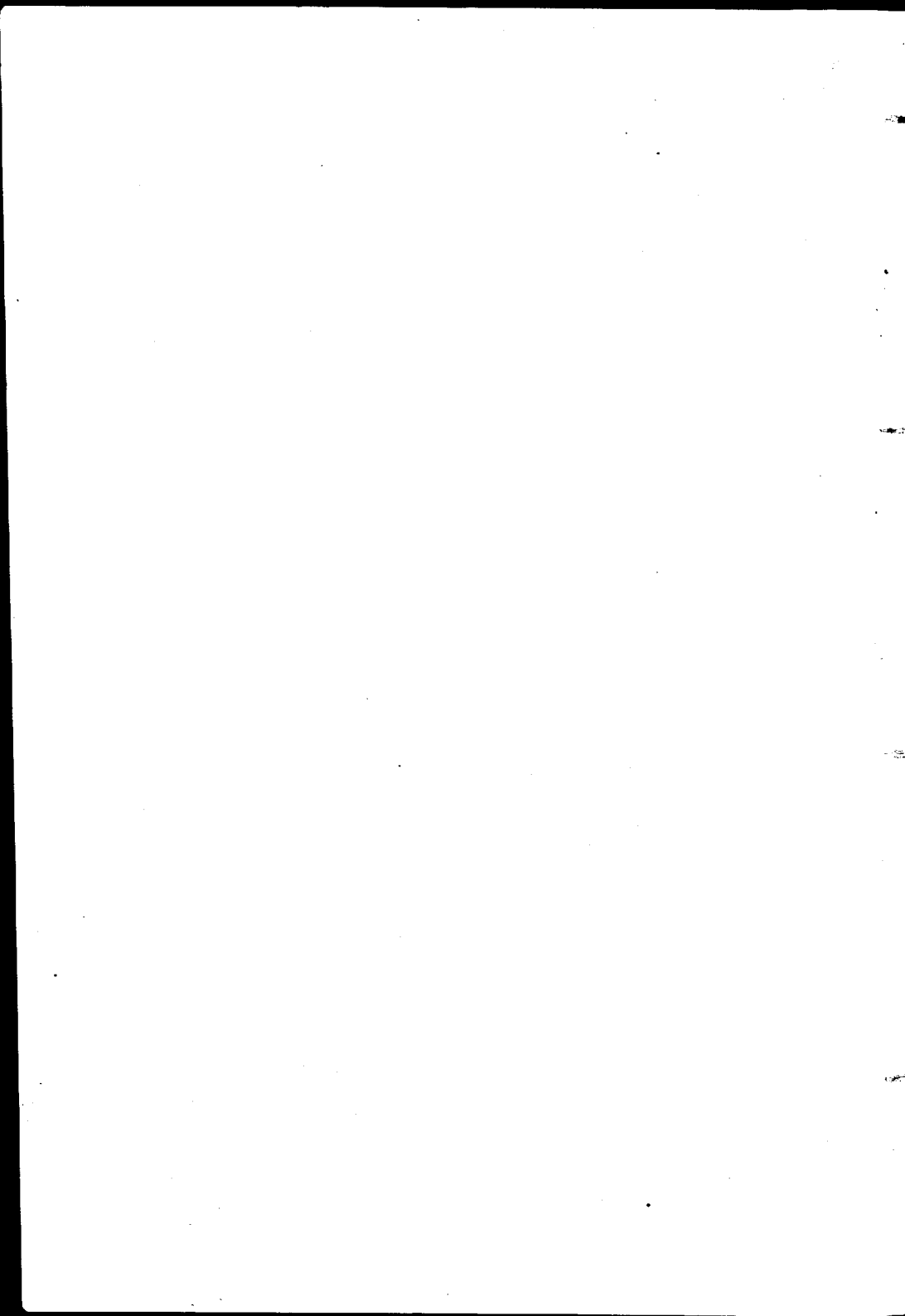


Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1892.





Seinem lieben Vater

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die pathologischen Processe in den Fallopischen Tuben sind von der schwerwiegendsten Bedeutung sowohl hinsichtlich der normalen Function des weiblichen Geschlechtsapparates, als auch hinsichtlich der Gefahren, welche durch dieselben dem Gesamtorganismus erwachsen können. Trotzdem haben die Eileitererkrankungen in der gynäkologischen Litteratur in früherer Zeit weniger Berücksichtigung gefunden, und erst in neuerer Zeit hat man damit begonnen, Aufklärung in das bisherige Dunkel zu bringen.

Der Grund für die mangelhafte Berücksichtigung ist wohl lediglich in den bei weitem schwierigeren Verhältnissen zu suchen, unter denen man früher zu arbeiten hatte, während der Jetztzeit die Erfahrungen der zur hohen Blüte gelangten pathologischen Anatomie und besonders die vollendeten und fast gefahrlosen Operationsmethoden zur Seite stehen und das Arbeiten ganz bedeutend erleichtern. So ist denn auch der bisher stiefmütterlich behan-

delten Tubenpathologie in den letzten Jahren ihr Recht geschehen, indem sie vielfach Gegenstand von Abhandlungen in gynäkologischen Fachschriften und Dissertationen geworden ist. Bevor wir aber die Pathologie der Tuben als ein vollständig klares Gebiet vor uns liegen haben, wird es noch vieler Arbeit und geraumer Zeit bedürfen, denn noch manche Irrtümer sind aufzudecken und zu berichtigen, und noch manches Neue ist dem Alten hinzuzufügen.

Es sei mir nun im Nachfolgenden gestattet, durch Veröffentlichung eines in der hiesigen Frauenklinik beobachteten und nachträglich zur Sektion gekommen Falles, einen kleinen Beitrag zu diesem Unternehmen zu liefern.

Krankengeschichte.

Die Krankengeschichte des mir vom Herrn Geheimen Medicinalrat Prof. Dr. Pernice zur Veröffentlichung gütigst überwiesenen Falles ist folgende:

Anamnese.

Unsere Patientin ist die 40 Jahre alte Frau E. aus Tuetz. Dieselbe fühlte sich bis zu ihrem 14. Lebensjahre stets vollständig gesund. In ihrem 15. Jahre stellte sich die erste Menstruation ein, welche

von da an regelmässig alle 4 Wochen erfolgte und jedesmal 3 Tage andauerte. Der Blutabgang war stets ein reichlicher und mit Schmerzen verbunden. Die letzte Regel war vor 3 Wochen und zwar von 4tägiger Dauer, im Übrigen wie gewöhnlich. Patientin hat weder eine Geburt noch einen Abort durchgemacht. 8 Tage vor Pfingsten dieses Jahres erkrankte sie plötzlich, nachdem sie sich während der Zeit unmittelbar vorher sowie sonst während ihres ganzen Lebens stets der besten Gesundheit erfreut hatte. Zu der erwähnten Zeit stellte sich bei ihr starkes Drängen nach unten ein ohne bekannte Ursache. Im Laufe der nächsten 14 Tage traten Kreuzschmerzen ein und häufiger Drang zum Urinieren, letzteres unter sehr schmerzhaften Erscheinungen. Sie wurde bettlägerig. Gegen die gleichzeitig bestehende Verstopfung verordnete der behandelnde Arzt eine Arznei und warme Umschläge aufs Abdomen. Der Zustand besserte sich hierauf und Patientin konnte wieder aufstehen, fühlte sich aber zu der Verrichtung ihrer gewöhnlichen häuslichen Arbeiten völlig unfähig. Auch blieben Verstopfung und schmerzhafter Urindrang bestehen. Die Schmerzen nahmen in weiterer Folge an Intensität zu und schienen der Patientin selbst

mit einer zunehmenden Verdickung ihres Abdomen im Zusammenhang zu stehen. Blutungen fehlten. Patientin stellte es völlig in Abrede, jemals während dieser ganzen Zeit Fieber gehabt zu haben, erst als sie in Agone lag, wurde das häufige Auftreten hoher Temperaturen durch die Mitteilung ihres Arztes in Erfahrung gebracht. Vor 3 Wochen wurden die Schmerzen so stark, dass sie von da an das Bett hüten musste. Am 4. X 91 wurde sie in die hiesige Kgl. gynaekologische Klinik überführt.

Status praesens.

Die Patientin sieht noch leidlich kräftig aus. Die sichtbaren Schleimhäute zeigen normale Färbung. Respiration etwas beschleunigt, 19 in einer Minute, ebenso Herzaktion, 96 Pulsschläge in einer Minute. Geräusche nicht vorhanden. Der Bauch ist etwas aufgetrieben. Alte Striae sind nicht bemerkbar. Der Nabel ist eingezogen. Unterhalb des Nabels ragt der Leib etwas stärker hervor als oben. Der Umfang des Bauches über dem Nabel beträgt 77 cm. Zwischen Nabel und Symphyse 83½ cm. Spina links 19 cm, Spina rechts desgleichen. Bei der Palpation zeigt sich der ganze Bauch empfindlich, am stärksten in der Gegend zwischen Nabel und Symphyse. Man kann dort einen Tumor palpieren, der nach links sich

ungefähr 4 Finger breit, nach rechts 3 Finger breit in den Bauch ausdehnt und nach oben nahezu bis zum Nabel reicht. Derselbe ist überall glatt und gleichmässig prall gespannt und zeigt in der Mitte undeutliche Fluctuation. Rechts und links neben dem Tumor und über demselben ist deutlich tympanitischer Perkussionsschall. Bei der Punktion der Geschwulst entleert sich reiner Eiter. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters zeigt, dass die Eiterkörperchen grösstenteils in Fettmetamorphose übergegangen sind. In und zwischen den einzelnen Zellen finden sich Streptococcen. Bei der inneren Untersuchung findet man die Vaginalportion sehr tief stehend und stark hypertrophisch. Der ganze Uterus liegt unbeweglich in eine feste, sich hart und glatt anfühlende Exsudatmasse eingebettet, die namentlich nach den Seitenteilen und nach hinten deutlich fühlbar ist. Der Uterus selbst ist bimanuell nicht zu palpieren. Die Portio ragt als ein derber Zapfen in die Vagina herunter, Narben an ihr sind nicht vorhanden. Orificium externum relativ eng. Die Einführung der Uterussonde ergiebt einen normal langen und normal liegenden Uterus. Nach dieser Untersuchung wird gleich eine Probepunktion gemacht. In den nächsten Tagen stellt sich Fieber

ein. Die Höhe desselben giebt die unten stehende Tabelle an. Das Abdomen zeigt hochgradige Empfindlichkeit bei Berührung. Auch bei ruhiger Bettlage hat Patientin heftige, nach dem Zwerchfell zu sich ausbreitende Schmerzen. Zunehmender Meteorismus. Der Puls ist klein und hat 130–160 Schläge in der Minute. Das Fieber erreicht dabei, wie aus der Tabelle ersichtlich, nur geringe Höhe, als Maximum 38,6° Weiterhin stellen sich Petechien der Haut von Linsen bis 3-Markstückgrösse ein, an den Nates in der Glutealgegend und um die Schamhaare gelegen. Ein Ring von Haemorrhagien der Haut von Stecknadelkopfgrösse umgiebt den Nabel und erstreckt sich bis zur Skapularlinie beiderseits. Von der Laparotomie wird unter diesen Umständen vorläufig Abstand genommen.

21. X. Patientin erbricht die aufgenommene an Menge äusserst geringe Nahrung, sowie durch Galle gefärbten Schleim. Es stellen sich ferner zahlreiche unwillkürliche Kothentleerungen ein.

25. X. Die Petechien der Haut verblassen mehr und mehr. Der Puls ist klein, jagend. Kräfteverfall.

27. X. Stercorales Atmen. Trachealrasseln. Hochgradiger Kräfteverfall. Puls von 170 Schlägen.

Respirationsfrequenz 24 in einer Minute. Exitus 3 $\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags.

Temperaturen.

9. X.	10. X.	11. X.	12. X.	13. X.	14. X.	15. X.	16. X.	17. X.	18. X.	19. X.
37,1 ⁰	37,2 ⁰	37,4 ⁰	37,1 ⁰	37 ⁰	37,2 ⁰	37,9 ⁰	38 ⁰	37,5 ⁰	38 ⁰	37,2 ⁰
38,1 ⁰	38 ⁰	37,6 ⁰	37,3 ⁰	37,5 ⁰	38,3 ⁰	38,3 ⁰	32,7 ⁰	37,7 ⁰	38,1 ⁰	37,7 ⁰

20. X.	21. X.	22. X.	23. X.	24. X.	25. X.	26. X.	27. X.
37,3 ⁰	37,6 ⁰	37,4 ⁰	37,8 ⁰	37,7 ⁰	38,6 ⁰	38,3 ⁰	37,3 ⁰
37,7 ⁰	37,7 ⁰	37,6 ⁰	38 ⁰	38,5 ⁰	38 ⁰	38,5 ⁰	

Klinische Diagnose.

Exsudat von Kindeskopfgrösse mit Verbreitung nach oben zu, 3 cm unterhalb des Nabels. Allgemeine Peritonitis.

Section am 28. X. 91.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich das Peritoneum etwa in der Höhe des Nabels bis abwärts zur Symphyse mit Bauchdecke verwachsen. Stand des Zwerchfells links und rechts am oberen Rand der IV. Rippe. Am rechten unteren Rippenbogen findet man gleichfalls umfängliche Verwachsungen.

Bei Eröffnung der Brusthöhle collabiren die Lungen, bedecken den Herzbeutel nur sehr wenig. Der Herz-

beutel enthält nur wenig Flüssigkeit. Im rechten Vorhofe finden sich zahlreiche Speckgerinnsel. Die übrigen Herzhöhlen sind leer. Die venösen Ostien sind für 2 Finger durchgängig. Die arteriellen Klappen schliessen bei Wassereinguss. Die Muskulatur des Herzens misst rechts etwa 6 mm, links etwa 16 mm; ist etwas anämisch. Die Papillarmuskeln zeigen an der Spitze bindegewebige Verödungen. Die Aorta misst über der Klappe $6\frac{1}{2}$ mm. Die Länge des Herzens 8 cm.

Die linke Lunge zeigt in ihren hinteren Particeen reichliche, jedoch leicht ablösbare Verwachsungen beider Pleurablätter. Fremder Inhalt im Cavum Pleurae linkerseits nicht vorhanden. An der hinteren Fläche des Unterlappens zeigt die Pleura eine leichte Trübung, ist aber sonst glatt und glänzend. Das Parenchym überall lufthaltig. Von der Schnittfläche lässt sich eine ziemliche Menge schaumiger, mit Blut untermischter Flüssigkeit abstreifen. Die rechte Lunge zeigt in ihrem oberen und unteren Abschnitte ziemlich umfängliche Verwachsungen, die sich jedoch leicht lösen lassen. Im Cavum Pleurae findet sich eine nicht unerhebliche Menge einer gelblichen, etwas getrübten Flüssigkeit. Die Pleura zeigt am Unterlappen einige punktförmige Haemorrhagien. Der

untere Theil des Unterlappens fühlt sich derb an. Die Pleura zeigt an ihrer Berührungsfläche mit dem Zwerchfell einen zarten Fibrinbelag, auf dem Durchschnitt lässt sich im Ober- und Mittellappen reichliche ödematöse Flüssigkeit abstreifen.

Das grosse Netz ist sowohl mit den darunter liegenden Dünndarmschlingen, als auch mit der Bauchwand verklebt. Nach dem Becken zu geht die Verklebung in eine vollständige Verwachsung über. Die Oberfläche des kleinen linken Leberlappens ist mit eitrig-fibrinösen Exsudat behaftet. Rechts besteht zwischen Leber und Diaphragma kolossale Eiteransammlung. Es wird zunächst der Magen freigelegt. Dabei entleert sich so reichlicher Eiter aus dem kleinen Netz, dass zur Feststellung eines etwa vorhandenen Magengeschwürs zuerst Oesophagus, Magen und Leber im Zusammenhange entfernt werden. Im Magen und Duodenum steht reichlicher, intensiv galliger Inhalt. Im Magen ausserdem eine zähe Schleimschicht. Von einer Ulceration ist nichts wahrzunehmen. Die Magenschleimhaut grauweiss. Leber klein, etwas atrophisch, Acini klein, braun. Im Duodenum ebenfalls galliger Inhalt. Schleimhaut blass. Bei dem Versuch, die Darmschlingen von einander zu lösen, stösst man auf zahlreiche Abscesse und



Eiterinfiltrationen im Bereich des Dünndarms. Die Dünndarmschlingen sind mit Gas aufgetrieben, die Wandungen stark verdickt, teils durch frische Haemorrhagien rot, teils durch ältere Blutungen schiefrig gefärbt. Aus der Beckenhöhle entleert sich eine grosse Quantität von klarer, hellgelber Flüssigkeit, während hier die Adhaesionen durch Gewalt gelöst werden. Hinter der Symphyse lagert eine dickwandige, mit serösen Eiterklumpen erfüllte Abscessshöhle, die die Grösse einer Mannesfaust erreicht. Fettgewebe zwischen Blase und Symphyse unverändert. Zwischen Kreuzbein und Rectum stösst man auf altes Narbengewebe, doch ist eine Herauslösung hier leichter, als in der rechten Ileocoecalgegend, wo eine Loslösung des Proc. vermiformis von den benachbarten Organen in keiner Weise zu bewerkstelligen ist. Die Harnblase, welche eine ziemliche Menge klaren Urins enthält, wird nun entfernt. Die erwähnte dickwandige Abscessshöhle ist hinter ihr vernehmlich und auf der linken Seite gelegen. Die Schleimhaut der Harnblase ist anaemisch, unverändert. Der Uterus ist stark aus seiner Lage gedrängt, anscheinend um seine Längsachse gedreht. Beim Aufschneiden zeigen sich ausser den narbigen Verwachsungen zwischen Uterus und Blase zahlreiche Abscesse

vor dem Rectum. Die linke Tubenmündung führt unmittelbar in den mehrfach erwähnten dickwandigen Eitersack, der anscheinend einer äusserst stark erweiterten und verdickten linken Tube entspricht. Von den Ovarien ist beiderseits nichts mehr darzustellen. Der Processus vermiformis ist so eng, dass eine Sonde nicht eindringen kann, und sein Abgang vom Coecum ist nur durch eine kleine Schleimhautfalte angedeutet. Nieren anämisch, Rectum intakt.

Anat. Diagnose.

Pyosalpinx sinistra. Perimetritis et Peritonitis chronica fibrosa et fibrino-purulenta recens. Pleuritis dextra recens. Atrophia hepatis et lienalis. Hydronephrosis dextra.

Epikrisis.

Fragen wir uns nun, wie ist der pathologische Prozess in der Tube entstanden. Die älteste und bekannteste Ursache ist in einer Wochenbettinfection gegeben. Der infectiöse Process schreitet hier vom Endometrium auf die Tuben über und kann hier zur Pyosalpinx führen. Diese Möglichkeit ist in unserem Falle vollständig ausgeschlossen, denn Patientin machte weder einen Partus, noch einen Abortus durch. Ist nun diese erste und wichtigste Möglichkeit ausgeschlossen, worin haben wir dann die Ent-

stehungsursache zu suchen? Zweifel sagt in seinem Aufsatz: „Über Salpingo-Pophorectomie“ (Archiv für Gynäkologie B. XXXIX): „Man hat früher, wenn man sich nicht anders zu helfen wusste, von einer „kryptogenetischen Peritonitis“ gesprochen.“ Er sagt ferner: „Es gab eine Zeit, wo jede Tripper-entzündung auf dem Bauchfelle eine „kryptogenetische Peritonitis“ war und es giebt heute noch genug Ärzte, bei denen sie es ist, wenn der schuldige Ehemann frech leugnet.“

Dass es ausser der Wochenbettinfection und abgesehen von der später zu behandelnden gonorrhoeischen Infection noch andere Entstehungsursachen für Pyosalpinx giebt, zeigt Zweifel durch folgenden in seinem bereits erwähnten Aufsatz beschriebenen Fall. Es handelt sich in diesem Falle um eine Virgo intacta von 21 Jahren, die in ihrem 17. Lebensjahre einen schweren Typhus durchgemacht hatte. Während die Periode, die mit dem 13. Jahre aufgetreten, bis zum Typhus stets in Ordnung gewesen war, hörte sie nach der Krankheit $\frac{3}{4}$ Jahre ganz auf. Es blieben ferner bei dem Mädchen in der rechten Seite des Leibes Schmerzen zurück, die allmählich stärker wurden. Der consultirte Arzt constatirte eine Geschwulst, die bis zum Nabel reichte

und sich prallelastisch anfühlte und diagnosticirte ein Ovarialkystom. Es wurde die Laparatomie gemacht, und es stellte sich heraus, dass der Tumor links aus der stark verdickten, ziemlich fest verwachsenen Tube bestand. Rechts fand man ein cystisch entartetes Ovarium und eine gesunde Tube. Für uns ist nur der Befund an der linken Tube von Wichtigkeit. Die Untersuchung des Eiters an der linken Tube zeigte Streptococcen. Die Patientin gab vor, dass ihr Leiden nach dem Typhus begonnen habe. Zweifel bestätigt diese Anschauung, weil sich im Anschluss an den Typhus ein Abscess im Leibe bildete, der nach dem Mastdarme durchbrach und deutet den Fall folgendermassen: Er nimmt an, dass aus einem Typhusgeschwüre des Darmes eine „Spontaninfection“ oder eine Invasion von Streptococcen zu Stande gekommen sei. Der Abscess kam trotz des Durchbruches nicht zur Heilung. Von diesem Abscesse aus scheinen die Coccen ihren Weg in die Tube genommen und diese zum Felde ihrer destruirenden Thätigkeit gemacht zu haben. Aber auch dieser Fall findet auf den unsrigen keine Anwendung. Man findet ferner in der Litteratur Fälle, wo Tuberkulose als Ursache der Tubeneiterung angeführt wird, in einem anderen Falle fand man den Fraenkel-

schen *Diplococcus* im Tubeneiter vor und endlich beschreibt Zemann einen Fall von *Pyosalpinx* mit *Actenomyces* als Ursache. Aber alle diese Entstehungsursachen sind für den vorliegenden Fall nicht zutreffend.

Als letzte Entstehungsursache bleibt uns nun noch eine gonorrhoeische Infection, combinirt mit *Streptococc*einfektion, also eine Mischinfection. In der Mehrzahl der Fälle wird man hierauf zurückkommen müssen. Zwar liess sich in unserem Falle nicht direkt feststellen, ob die Patientin früher eine Gonorrhoe durchgemacht, auch fand man keine Gonococcen im Eiter des Tubensackes, aber weder das Eine noch das Andere ist von Bedeutung. Denn was den ersten Punkt betrifft, ist es ja zur Genüge bekannt, dass nichts schwieriger auf anamnestischem Wege festzustellen ist, als eine venerische Erkrankung, da in den meisten Fällen eine solche Möglichkeit frech geleugnet wird.

Was nun den zweiten Punkt anbetrifft, dass keine Gonococcen im Eiter nachgewiesen wurden, so ist auch dieses kein Beweis gegen die Annahme einer gonorrhoeischen Infection. Denn in der Mehrzahl der Fälle konnten dieselben nicht nachgewiesen werden, obschon unzweifelhaft eine Infection durch dieselben festgestellt war. Dieser Umstand beruht

darauf, dass die Processe chronischer Art sind und die Gonococcen schliesslich in ihren eigenen Stoffwechselprodukten zu Grunde gehen.

Die Annahme, dass in einer sehr grossen Anzahl von Fällen von Pyosalpinx die Entstehungsursache einer vorhergehenden gonorrhoeischen Erkrankung zuzuschreiben sei, gewann an Festigkeit durch die Untersuchungen Noegerath's „die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlechte“ Bonn 1872. Archiv für Gynaekologie B. XXXIX. Heft 3. Er behauptet, dass die Gonorrhoe, welche man bis dahin für eine ziemlich ungefährliche Krankheit gehalten, sowohl beim Manne als auch beim Weibe latent vegetire, d. h. eine Zeit lang keine Symptome zeige, dann aber wieder rückfällig werden könne, und dass sie besonders für das weibliche Geschlecht von den schwerwiegendsten Folgen sein und hartnäckige, ja unheilbare Verwüstungen anrichten könne und beim Manne sowohl wie beim Weibe eine dauernde *functio laesa* hinterlasse. Diese Behauptung stiess anfangs auf grossen Widerspruch, fand aber später durch die Arbeiten verschiedener Gynäkologen und besonders durch die bahnbrechenden Entdeckungen von Robert Koch, die Mikroorganismen auf festem Nährboden zu züchten, Aufklärung und Bestätigung.

Als schlagenden Beweis für die Häufigkeit der Gonorrhoe als Ursache für Pyosalpinx gibt Zweifel in seinem schon mehrfach erwähnten Aufsätze an, dass er von allen Ehemännern der an Pyosalpinx erkrankten Frauen mit einer einzigen Ausnahme das Zugeständnis erhalten habe, dass sie früher am Tripper gelitten hätten. Einer von denselben war 11 Jahre verheiratet und hatte den Tripper 2 Jahre vor der Ehe durchgemacht und nie mehr das Geringste gespürt. Die Möglichkeit einer neuen Infektion wurde auf das Entschiedenste geleugnet. Seine Frau litt Jahre lang an einer einseitigen, höchst schmerzhaften Pyosalpinx.

Wie kommt nun durch die Gonococcen eine Pyosalpinx zu Stande? Man nimmt an, dass dieselben nur die Eingangspforten eröffnen, indem sie die Epithelien zerstören. Besonders ist dies von Meyer & Säger für die Erkrankungen des Wochenbetts behauptet worden. Aber auch für Erkrankungen ausserhalb des Wochenbetts kann diese Annahme die Erklärung liefern. Bekanntlich beherbergt die Scheide zahlreiche Mikroorganismen, die ihre Wirksamkeit normaler Weise nicht entfalten können, sondern erst dann, wenn durch Verletzungen und den dadurch bedingten Verlust der schützenden Epitheldecke oder auf die vorherer-

wähnte Weise eine Eingangspforte für sie geschaffen ist.

Es bliebe nun noch zum Schlusse die Frage zu erörtern: „Wie haben wir uns das Entstehen der Peritonitis zu denken: dass dieselbe in unserem Falle secundär und nicht primär ist, beweist die Beschaffenheit der Tubenwandung, die durch den chronischen Process hochgradig verdickt, ist und dass die Verwachsungen in ihrer nächsten Umgebung derber und fester, infolgedessen älter sind, als die übrigen Verwachsungen in der Bauchhöhle.

Man kann nun entweder annehmen, dass die Gonococcen in die Bauchhöhle ausgewandert sind und einen Reiz auf das Peritoneum ausgeübt haben, daher die Verwachsung des Abdominalendes der Tube mit dem anliegenden Bauchfell, und daher die bindegewebigen Narbenstränge in der weiteren Umgebung. Hiergegen spricht allerdings die Aussage der Bacteriologen, dass die Gonococcen auf dem Bauchfelle zu Grunde gehen. Eine weitere Möglichkeit giebt die Annahme, dass der Eitersack der Tube an einer Stelle geplatzt und so ein Teil seines eitrigen Inhaltes in die Bauchhöhle gelangt ist, und dass hierdurch eine Peritonitis und ausgedehnte Verwachsungen zu Stande gekommen sind. Die Section ergibt nun zahl-

reiche Verwachsungen und Verklebungen als Produkt einer chronischen Peritonitis und als direkte Todesursache eine akute purulente Peritonitis. Letztere ist wohl als Folge der Punction, wodurch von neuem Tuben-eiter in die Bauchhöhle gelangt ist, anzusehen.

Zum Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle meinem hochverehrten Herrn Lehrer, Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Pernice, für die freundliche Ueberweisung des Themas und die Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Fritsch: Frauenkrankheiten.

Ziegler: Pathol. Anatomie.

Archiv für Gynaekologie. Bd. XXXIX. Heft 3.

Lebenslauf.

Anton Schlüter, kathol. Confession, Sohn des Lehrers Ferd. Schlüter und dessen Ehefrau Gertrud Schlüter, geb. Schaefer, wurde am 18. Mai 1867 zu Bleiwaesche, Kreis Büren, Prov. Westfalen, geboren. Seine erste Schulbildung erhielt er in der Schule seines Vaters, der inzwischen nach Wewelsburg, Kreis Büren, Prov. Westfalen, versetzt war. Seine Gymnasialstudien machte er auf dem Gymnasium zu Paderborn und Brilon, wo er Ostern 1887 das Abiturienten-Examen bestand. Von hier begab er sich nach Paderborn um sich an der dortigen theolog.-philos. Fakultät dem Studium der Theologie zu widmen. Im Winter 1887 genügte er seiner Militärpflicht mit der Waffe. Während dieser Zeit entschloss er sich, zum Studium der Medicin überzugehen. Er wurde Ostern 1888 bei der medic. Fakultät zu Greifswald eingeschrieben. Ostern 1889 ging er nach Leipzig, wo er im Frühjahr 1890 die ärztliche Vorprüfung machte. Ostern 1891 kehrte er nach Greifswald zurück. Dem Tentamen medicum unterzog er sich am 1. März und dem tentamen rigorosum am 7. März 1892.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

in Greifswald:

Arndt. Gerstaecker. Grawitz. Helferich. Heidenhain. Landois.
Limpricht. Loeffler. Mosler. Oberbeck. Peiper. Pernice.
v. Preuschen. Schirmer. Schmitz. Schultz. Solger. Sommer. Strübing.

in Leipzig:

Birch-Hirschfeld. His. Ludwig. Leuckhardt. Kurschmann.
Kasch. Krehl. Thiersch. Wislicenus. Zweifel.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern sagt der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank.



Thesen.

I.

Bei Pyosalpinx ist die Salpinx indiciert.

II.

Bei Conjunctivitis granulosa ist Bepinselung mit starker Sublimatlösung sehr zweckmässig.

III.

Bei Mammacarcinom sind in jedem Falle die Lymphdrüsen der Achselhöhle mit zu entfernen.



11534

29501 - 10