



Ein Fall von Sectio caesarea
bei Carcinom der Portio und Vagina.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Freitag, den 13. Oktober 1893

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Georg Klütz

aus Loitz i. Pomm.



Opponenten:

Herr Dr. med. Franz Martens, z. Z. Einj. Freiw. Arzt.

Herr Dr. med. Hermann Mellendorf, Assistenzarzt d. chir. Poliklinik.

Herr Dr. med. Max Baatz.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1893.





Seiner teuren Mutter
und dem Andenken seines unvergesslichen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit.

gewidmet

vom

Verfasser..

Während im allgemeinen das Vorkommen von Uteruscarcinomen nicht gerade zu den Seltenheiten gehört, so erregt doch vorliegender Fall, der mir durch die Güte des Herrn Geheimrats Professor Dr. Pernice zwecks einer Dissertation zur Verfügung gestellt wurde, besonderes Interesse, weil die betreffende Patientin wegen Gravidität durch die Sectio caesarea entbunden wurde.

Bevor ich jedoch auf vorliegenden Fall näher eingehe, sei es mir gestattet, erst einige Worte über den Uteruskrebs im allgemeinen und dann über seine Beziehungen zur Schwangerschaft und zur Geburt zu sagen. —

Bekannte Thatsache ist es, dass das Carcinom überhaupt beim weiblichen Geschlecht bedeutend häufiger vorkommt, als beim männlichen, und hierzu trägt besonders das überaus häufige Auftreten des Carcinoms an der Mamma, am Uterus und in der Scheide bei, wo bei schon länger bestehender Krankheit meistens keine Abhülle mehr geschaffen werden kann und die schrecklichen Folgen unausbleiblich sind. Erinnern wir uns an die Blasen-Scheiden- und Scheiden-Mastdarmfisteln und jene Thatsache, die fast bei jedem etwas länger bestehendem Uterus-Carcinom zu constatieren ist, die Compression und Dilatation der Ureteren und die dadurch bedingte Hydronephrose mit all ihren Folgen.

Eine der unheilvollsten und verderblichsten Complicationen des Carcinoms stellt nun meines Erachtens die Gravidität dar.

Glücklicherweise gehört das gleichzeitige Vorkommen von Carcinoma uteri mit Gravidität zu den am seltensten beobachteten Erscheinungen, wie statistische Forschungen oft genug bewiesen haben.

Nach C. H. Stratz's Zusammenstellung kamen an der Berliner Universitäts-Frauenklinik in 10 Jahren von 1876—1886 unter 1034 Carcinomkranken nur 12 Complicationen mit Gravidität vor, also nur 1,16 % sämtlicher Fälle, während bei den in derselben Zeit beobachteten 17832 Geburten nur 7 mal die Diagnose auf Carcinom gestellt werden konnte, also 0,039 %; d. h. auf ca. 10000 Geburten kommen etwa 4, die mit Carcinom compliciert sind.

Der Grund für das seltene Vorkommen von Carcinom mit Gravidität ist wohl vornehmlich darin zu suchen, dass das Carcinom meist erst nach den 40-er Jahren auftritt, in einem Alter, in welchem die Conceptionsfähigkeit nicht mehr allzu häufig zu sein pflegt, da nach Gusserows Angaben Geburten nach dem 38. Lebensjahre immerhin selten sind.

Andrerseits muss man auch wohl annehmen, dass schon bestehender Krebs öfters das Eintreten der Schwangerschaft nicht zustande kommen lässt. — Ueberhaupt kann man nach dem einstimmigen Urteile aller Geburtshelfer und Gynaekologen mit Recht behaupten, dass die Conception nur bei völligem Intactsein der Uterusschleimhaut, welche ja den Nährboden für das befruchtete Ei darbietet, erfolgen kann, es sich also in den Fällen nur um eine nicht weit vorgeschrittene Affection der Vaginalportion oder der Cervix handeln kann. Wenn nun bei dem im Anfang

begriffenen Carcinom die Conception erfolgt ist, so wird durch die erhöhte Säftezufuhr zum Uterus die Krebswucherung und zugleich der Zerfall der neugebildeten Massen so gesteigert, dass das Uebel während der Gravidität rapide Fortschritte macht.

Worin bestehen nun die Gefahren, welche das mütterliche Leben bedrohen bei der Complication mit Gravidität? Ist es ferner überhaupt möglich, dass die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen kann? Beantworten wir die letzte Frage zuerst.

Cohnstein, gestützt auf 134 Fälle, giebt an, dass die Schwangerschaft mehr als doppelt so häufig ihr normales Ende als eine vorzeitige Unterbrechung erfahre. Unter 100 Fällen kam es 68 mal zur Geburt am normalen Schwangerschaftsende, zur spontanen Frühgeburt und zum Abort je 15 mal.

Tritt Gravidität bei erst im Anfangsstadium sich befindendem Carcinom ein, so kann dieselbe ohne erhebliche Nachteile für Mutter und Kind ihr normales Ende erreichen. Es erfolgt eine normale Geburt vornehmlich dann, wenn nur eine Muttermundlippe und zwar besonders dann, wenn die hintere allein krebsig afficiert ist, wie die Statistik beweist. Dabei kann, wie Gusserow anführt, entweder die erkrankte Partie an der Ausdehnung des Muttermundes Anteil nehmen oder das vollständige Verstreichen der gesunden Lippe hinreichend Raum für den Durchtritt des Kopfes geben. Sind dagegen beide Muttermundslippen oder der grössere Teil der Portio vaginalis überhaupt erkrankt — damit kommen wir zur Beantwortung unserer ersten Frage — so kann die Geburt sehr selten spontan von statten gehen, weil der Widerstand, den die festen starren infiltrierten Teile dem vorliegenden Kindsteil entgegen setzen, bei der oft bestehenden Wehen-

schwäche, einer Folge der mit dem Fortschreiten des Carcinoms Hand in Hand einhergehenden Consumption der Kräfte, meistens unüberwindlich und somit eine Dilatation der unteren Gebärmutterabschnitte nicht zu erreichen ist.

Fälle sind bekannt, wo die Frauen, nachdem sie mehrere Tage gekreisst hatten, schliesslich an Erschöpfung unentbunden starben; in anderen seltneren Fällen haben die Wehen, nachdem sie zur rechten Zeit aufgetreten waren, wieder aufgehört, und der tote Foetus wurde längere Zeit im Uterus zurückgehalten (in einem von Menzies beschriebenen Falle bis zum 17. Schwangerschaftsmonat, wo der Tod der Mutter an Peritonitis erfolgte.)

Auch der Blasensprung soll nach Cohnstein ungemein häufig schon sehr frühzeitig eintreten. Dies wird vielleicht durch Rauigkeiten im Cervicalcanal und nicht durch die Wehenkraft allein verursacht. Natürlich ist der vorzeitige Wasserabfluss als etwas sehr Ungünstiges zu betrachten, einmal weil der vorliegende Kindsteil den Muttermund nicht so gut wie die noch intacte Fruchtblase ausdehnen kann und zweitens, weil dadurch die Prognose für das Kind bei längerer Dauer der Geburt verschlechtert wird. Bestanden schon Schmerzen vor der Geburt, so werden dieselben durch die Geburtsarbeit gesteigert.

Blutungen sind auch keine Seltenheiten bei der Geburt, besonders bei Blumenkohlgewächsen. Scanzoni beobachtete einen Fall, wo die Blutung so heftig war, dass sie durch gar kein Mittel gestillt werden konnte und der Tod der Kreissenden noch vor der Ausschliessung des Kindes erfolgte. Auch sind sehr heftige Blutungen bei Aborten beobachtet worden.

Es kann eben unter solchen Verhältnissen, wo

dem vorliegenden Kindsteil durch die starre Infiltration der Gewebe mit krebsigen Massen, oder was seltener ist, durch die Grösse der Geschwulst, ein mechanisches Hindernis entgegensteht, für gewöhnlich die Geburt nur durch tiefe Einrisse der erkrankten Teile, die bis in das Cavum peritonei gehen können, oder unter vollständiger Zertrümmerung der Krebsmassen vor sich gehen und nur unter grossen Gefahren für das Leben der Mutter und des Kindes beendet werden.

In diesen Fällen tritt der Tod der Mutter, wenn nicht noch rechtzeitig durch operative Eingriffe Hülfe geschaffen wird, sehr häufig infolge von Uterusruptur oder profusen Blutungen, deren Stillung im carcinomatös degenerierten Gewebe oft eine Unmöglichkeit ist, ein, während das kindliche Leben durch die lange Dauer der Geburt sehr gefährdet ist.

Hat die Mutter die Geburt glücklich überstanden, so lauern im Wochenbett auf sie unzählige andere Gefahren: Sehr viele gehen gleich nach der Geburt an Erschöpfung zu Grunde; andere sterben im Verlaufe des Wochenbettes infolge der durch die Zermalmung der Krebsmassen und durch die entstandenen Einrisse bedingten Infection an septischer Peritonitis oder Pyaemie.

Ist dagegen die Geburt leicht und spontan von statten gegangen, ohne dass erhebliche Verletzungen der mütterlichen Weichteile, welche den Infections-erregern leichten Eingang verschaffen, erfolgt sind, so hat man auch andererseits die Frauen sich wieder erholen und erst in längerer oder kürzerer Zeit ihrem Leiden erliegen sehen.

So fand Cohnstein unter 126 Müttern 54, die sich erholten, während 72 den Folgen der Geburt

erlagen. Von 126 Kindern waren 74 tot geboren, resp. bei der Operation zu Grunde gegangen.

Es stimmen die Erfahrungen darüber ziemlich überein. Von den schon oben von C. H. Stratz in den 10 Jahren beobachteten 7 Fällen von Carcinoma uteri mit Gravidität starben, wie er in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie anführt, 4 Mütter unmittelbar nach der Geburt, die übrigen an den Folgen derselben; von den Kindern kamen 4 lebend zur Welt. — Chantreuil sah von 60 Frauen 25 an der Geburt und 35 an progressivem Carcinom nach der Geburt zu Grunde gehen.

Bevor ich nun auf die Therapie von Uteruscarcinom bei Complication mit Gravidität, über die vielfach hin und her gestritten wurde, eingehe, sei es mir gestattet, jetzt zunächst unsern Fall, der am 1. Juli d. J. in hiesiger Frauenklinik von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice mit Erfolg operiert wurde, mitzuteilen.

Anamnese: Patientin ist das 25jährige Dienstmädchen Franziska Chelminska aus Zrnicki, Kreis Snin, Provinz Posen. Ihre Mutter ist an Typhus gestorben; ob ihr Vater noch lebt, vermag sie nicht anzugeben. Sie selbst hat vor ca. 7—8 Jahren Typhus abdominalis durchgemacht und will sonst nie ernstlich krank gewesen sein. Die Menstruation trat mit 13 Jahren zuerst auf, kehrte regelmässig alle 3 Wochen wieder, dauerte 3—4 Tage und war bald schwach, bald stark.

Patientin ist Mutter von 4 Kindern, zwei Knaben und zwei Mädchen, die teils die Brust nahmen, teils durch die Flasche ernährt wurden. Die drei letzten Male wurde sie in hiesiger Klinik entbunden.

Bei der letzten Entbindung am 27. VII. 92 wurden

schon Veränderungen an der Portio bemerkt. Dieselbe war $2\frac{1}{2}$ cm lang, mit alten Narben versehen; stark verdickte Vegetationen konnte man rechts fühlen, die den Verdacht auf carcinomatöse Wucherungen erregten. Deshalb wurde ihr bei der Entlassung geraten und dringend ans Herz gelegt, sich in 6—8 Wochen wieder vorzustellen, um konstatieren zu können, ob die Verdickungen zugenommen hätten. Da sie sich wieder in Dienst begab, so hat sie den ihr erteilten Rat ausser Acht gelassen. Sie concipierte wieder und will ihre letzte Regel am 1. Oktober vorigen Jahres gehabt, die ersten Kindsbewegungen Anfang März wahrgenommen, unsichere Schwangerschaftszeichen überhaupt nicht bemerkt haben. —

Von Weihnachten vorigen Jahres an nun traten 8 Tage lang anhaltende, ziemlich starke Blutungen auf, die sich nach Stillstand von ca. 8 Tagen immer wiederholten. Dieser Zustand dauerte bis zum April d. J. Dann hörten die Blutungen auf, um später nach Verlauf von 3 Wochen sehr stark wieder zu beginnen. Patientin war durch die Blutverluste sehr geschwächt und liess sich deshalb am 29. IV. 93 in die hiesige Universitäts-Frauenklinik von neuem aufnehmen.

Patientin ist eine mittelgrosse Person von starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und mässigem Fettpolster. Ihre Brüste sind gering entwickelt, schlaff und gelaftet. Die Warzen sind prominent, der Warzenhof livide verfärbt, Montgomerysche Papillen deutlich wahrzunehmen, auf Druck wird Serum und Colostrum entleert.

Die Masse des Beckens sind folgende:

Diam. spin. 22 cm, Conj. ext. $18\frac{3}{4}$ cm,
Diam. crist. 27 cm, Conj. int. geschätzt auf $9\frac{3}{4}$ cm.

Das Abdomen der Patientin ist wenig vorgetrieben, der Umfang beträgt in Nabelhöhe $95\frac{1}{2}$ cm, zwischen Nabel und Symphyse 93 cm. und zwischen Nabel und Proc. xiph. 92 cm. Der Nabel ist verstrichen, die Linea alba schwach pigmentiert, es sind alte und neue Striae deutlich zu erkennen. Der Fundus uteri steht etwas über der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiph. Der ganze Uterus liegt mehr nach rechts, förmlich auf der rechten Beckenschaufel auf.

Die äussere Betastung des Beckens ergibt links einen grösseren und resistenteren Teil, den Rücken, der deutlich von links unten nach rechts oben über den Nabel hinaus bei nicht contrahiertem Uterus zu verfolgen ist. Kleine Teile kann man oben rechts deutlich fühlen, bisweilen sogar anschlagen sehen. Ein grosser, runder Teil, der Kopf, steht fest im Beckeneingang. Der Foetalpuls ist links von der Mittellinie, vielleicht 2 Finger breit unter dem Nabel deutlich, in einer Frequenz von 150—160 Schlägen in der Minute, zu hören. Uteringeräusche sind rechts etwas stärker als links wahrzunehmen.

Die äusseren Genitalien sind normal, livide verfärbt, das Frenulum fehlt, Carunculæ myrtiformes sind vorhanden. Es besteht bisweilen schleimig blutige Secretion.

Die innere Untersuchung ergibt folgende Resultate: Der Scheideneingang sowie die Scheide sind weit und aufgelockert, verhältnismässig kurz. Man gelangt mit der Fingerspitze in der Scheidenachse direct auf eine vorspringende harte, vielfach höckerige, zum Teil noch mit tiefen Narben durchzogene Partie, die man mit dem Fingerglied noch ziemlich deutlich umfahren und daher als stark vergrösserte, pilzförmige Portio deuten kann. Es handelt sich um eine carci-

nomatöse Neubildung der Portio, und die Infiltrationen sind von der vorderen Muttermundlippe schon auf den oberen Teil der vorderen und rechten Scheidenwand übergegangen. Es bestehen links und fast in der Mitte zwei tiefere Einziehungen, und ist daher der äussere Muttermund nicht zu erkennen.

Da wegen des Uebergriffes des Carcinoms auf die Scheidenwand eine Heilung der Mutter durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt und nachfolgender vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen des mit Sicherheit zu erwartenden Recidivs vollständig ausgeschlossen erscheint, so wird hiervon Abstand genommen, um am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft wenigstens das Kind durch einen Kaiserschnitt am Leben erhalten zu können.

Während ihres weiteren Aufenthaltes in hiesiger Klinik befand sich Patientin im Monat Mai leidlich wohl, im Juni klagte sie ab und zu über Luftmangel und Atembeschwerden. — Vom 19. Juni an erbrach Patientin täglich, und zwar immer nachmittags, am 30. erfolgte früh Erbrechen. —

Gegen 6 Uhr Abends stellten sich die ersten leichten Wehen ein, welche in Zwischenräumen von etwa einer Viertelstunde wiederkehrten, jedesmal aber nur kurze Zeit dauerten. Gegen Mittag des 1. Juli wurden die Wehen häufiger — alle 5 Minuten etwa eine Wehe — und stärker. Bei der innern Untersuchung findet man ein typisches Carcinom, welches das ganze Scheidengewölbe einnimmt. Die Cervix hat sich etwas geöffnet, ist für einen Finger durchgängig, etwa 3 cm lang und von äussert rigider Beschaffenheit. Der touchierende Finger gelangt bis auf den vorliegenden Kopf. Da die Wehen gut sind, ein weiteres Abwarten nicht nur zwecklos, sondern



sogar gefährlich erscheint wegen der damit verbundenen Gefahr einer drohenden Uterusruptur am Ansatz der carcinomatösen Infiltrationen der Cervix, so wird alles für die Ausführung des Kaiserschnittes vorbereitet. —

Operation am 1. Juli nachmittags 2¹/₂ Uhr.

Nach der üblichen Desinfection und Lagerung der Kreissenden auf den gewöhnlichen Operationstisch beginnt die Operation in Chloroformnarcose. Es wird in der Medianlinie ein Schnitt gemacht, der links vom Nabel beginnt und bis ca. 4 Querfinger breit oberhalb der Symphyse endet. Schichtenweise werden Fascie und Muskeln getrennt. Bei Durchtrennung der letzteren wird bereits das Peritoneum eröffnet. Die Eröffnung wird zwischen zwei Fingern hoch gefasst und in der Ausdehnung des Bauchschnittes durchtrennt. Der Bauchschnitt selbst wird, da er ungenügend lang ist, noch bis etwa 4 cm über den Nabel hinaus verlängert. Durch denselben wird der Uterus vor die Bauchwunde gewälzt. Um ein Vorfallen der Därme zu hindern, wird die Bauchwunde hinter dem Uterus durch eine provisorische Seidennaht geschlossen. Um die Cervix uteri wird ein Gummischlauch lose herumgelegt, der gegebenen Falls eine etwa eintretende Blutung durch festes Zuziehen zum Stehen bringen kann. Der Uterus selbst wird nun vorn in der Medianlinie durch einen etwa 16 cm langen Schnitt eröffnet, welcher nach einander die einzelnen Schichten der Uterusmuskulatur durchtrennt. Die Blutung ist hierbei ziemlich beträchtlich, wird aber durch manuelle Compression der Cervix fast ganz unterdrückt. Es zeigt sich, dass gerade die Ansatzstelle der Placenta getroffen ist. Dieselbe wird rasch abgeschält, die Blase in der linken Seite gesprengt und das gut entwickelte Kind sofort herausgeholt und abgenabelt.

Das Kind, leicht asphyktisch, schreit bald mit kräftiger Stimme und wird darauf einer Wärterin zur weiteren Besorgung übergeben. Der Uterus ist während der Zeit mässig contrahiert, die Placenta und die Eihäute lassen sich vollständig und leicht aus dem Cavum uteri herausholen. Die Dicke der Uteruswand an der vorderen Seite beträgt zwischen 3 u. 4 cm.

Je 1 cm von einander entfernt werden alsdann Seidenligaturen angelegt, welche Peritoneum sowie die ganze Muscularis uteri fassen, oberhalb der Mucosa dagegen aus- und eingestochen werden. Nachdem sämtliche angelegt sind, werden die Fäden unter möglichst genauer Vereinigung des Peritoneums fest verknüpft. Darnach wird die manuelle Compression der Cervix ausgesetzt, die Blutung ist nur sehr gering, der Uterus ziemlich gut contrahiert. Zwischen den 12 oben genannten tiefen Seidennähten werden zur genaueren Vereinigung des Peritonealüberzuges 14 oberflächliche feinere Seidenligaturen gelegt und sofort geknüpft. Die Fäden werden alsdann kurz abgeschnitten und der Uterus nach Entfernung der provisorischen Ligatur in die Bauchhöhle versenkt. Die Bauchhöhle wird mittelst Schwämmen von etwa eingeflossenem Blute gereinigt; es folgt dann Vernähung des Peritoneum parietale durch eine fortlaufende Catgutnaht. Eine ebensolche vereinigt die durchtrennte Fascie. Tiefe und oberflächliche Seidenligaturen vereinigen in möglichst genauer Weise die äusseren Bauchdecken. Es folgt Bestreuung der Wunde mit Jodoform, Verband mit Jodoformgaze, Sublimatwatte, Wickelverband.

Die Narcose war andauernd eine gute, der Puls verhältnismässig kräftig. Die Dauer der Operation betrug alles in allem 35 Minuten. — Kurz nachher

tritt eine leichte Blutung aus der Scheide auf, die durchaus keinen bedrohlichen Charakter hat. Der Uterus ist andauernd gut contrahiert. —

Wochenbett: Der Verlauf des Wochenbettes war ein durchaus zufriedenstellender. Die Pulsfrequenz bewegte sich zwischen 60 und 90 Schlägen in der Minute. Die Temperatur betrug am Abend des Operationstages 37.1, am nächsten Morgen 38.0, abends 38.5, am dritten Tag morgens 38.1 und abends 38.2. Von da ab bis zu dem Tage der Entlassung war die Temperatur stets normal und bewegte sich zwischen 36.2 und 37.8. — In der ersten Nacht schlief Patientin garnicht, doch war das Sensorium stets frei, auch stellte sich für die Folgezeit bald sehr guter Schlaf ein.

Die Respirations- und Circulations-Organen der Wöchnerin zeigten während ihrer Gravidität und auch während des Wochenbettes durchaus normale Verhältnisse. — Von Seiten der Verdauungsorgane sei noch bemerkt, dass Patientin, da bis zum 6. Tag kein Stuhlgang erfolgte, einen Einlauf bekam und darauf einen dünnen Stuhl entleerte. Diese Einläufe wurden dann täglich gemacht und so der Stuhlgang bewirkt. — Die Harnentleerung erfolgte immer spontan. Der Stand des Muttergrundes war am 3. Tag in Nabelhöhe, der Uterus bildete sich normal zurück und war am 18. Tag zur normalen Grösse zurückgekehrt. Die äusseren Geschlechtsteile sind normal, Lochia cruenta und serosa sind sehr wenig vorhanden, doch ist stets etwas wässriger Ausfluss da. Brüste und Brustwarzen, ebenso Haut und Bewegungsorgane sind normal. Es kamen wegen des allgemein guten Befindens im Wochenbette keine besonderen Verordnungen in Anwendung.

Am 6. Tage wurde der Verband gewechselt und

kann man sich der Annahme nicht erwehren, dass dieselben Einflüsse den Cretinismus machen, welche auch die Strumose erzeugen. Virchow kam durch die Untersuchung der Cretinenphysiognomie, welche in weit auseinander liegenden Gegenden eine überraschende Ähnlichkeit bietet, auf die Schädelbasis. Er fand hier eine Verkürzung des Schädelgrundes, welche durch Synostose der drei Schädelwirbel (es occipitales, sphenoides anterius und posterius) bedingt war, mit welcher dann eine mangelhafte Entwicklung des Gehirns entweder sekundär oder gleichzeitig zusammenfällt. Diese Synostose weist nach ihm auf irritativen meist sogar entzündlichen Ursprung hin und man kann daher nicht umhin bei congenitalen Spuren dieser Art auf fatale Reizungen zurückzugehen. Insofern stehen sich der congenitale Kropf und die congenitale Synostose gleich und man kann dieses Zusammentreffen nicht zu auffällig finden, wenn man bedenkt, wie nahe an den Schädelgrund die Schilddrüse bei Neugeborenen reicht.

Alle diese Erörterungen können bei unserem Falle zur Erklärung seiner Aetiologie nicht in Frage kommen. Hier in Pommern ist der Kropf überhaupt selten; nirgends findet sich eine Gegend, in der er endemisch auftritt. Auch die Heredität fällt, wie wir aus der Anamnese ersehen, als aetiologisches Moment fort; unser Fall gehört zu den seltenen Fällen von congenitaler Struma, die nicht hereditär sind. Die Frage vom congenitalen Kropf steht mit der seiner Heredität überhaupt in engster Beziehung, ja fällt vielleicht in der grössten

Mehrzahl der Fälle damit zusammen. Denn congenitaler Kropf ohne Erbliehkeitsanlage scheint wenigstens bei der sporadischen Struma selten zu sein. Macht man dagegen geltend, dass geringere Grade von Anschwellungen leicht übersehen und unzweifelhaft häufig unbeobachtet geblieben sind, so trifft ja dieser Mangel nicht nur die congenitale Struma ohne hereditäre, sondern auch die mit erblicher Anlage. Es existieren nur vereinzelte Beobachtungen von angeborenem sporadischen Kropf ohne Vererbung wie der Fall von Buob (ein Kind, von kropffreien Eltern stammend, kommt mit einem hühnereigrossen, hufeisenförmigen Kropf auf die Welt). Gerade aber die Seltenheit solcher Mitteilungen scheint den Schluss zu erlauben, dass der congenitale Kropf nur ausnahmsweise nicht hereditär ist. Wie sich dieses Verhältnis in den endemischen Formen gestaltet, ist für jetzt offene Frage. Wir stossen bei diesen auf die Schwierigkeit, dass in Kropfgegenden nicht nur die Eltern und Kinder, sondern das Kind selbst schon im Mutterleibe unter dem Einfluss aller jener schädlichen territorialen Verhältnisse steht, welche die Kropfbildung zu erzeugen vermögen. Wenn gleich daher bei angeborenen endemischen Kröpfen darüber diskutiert werden kann, ob das allgemeine kropferzeugende Moment gewissermassen selbstständig auf das Kind im Mutterleibe wirke oder ob sich die Anlage von Mutter auf Kind fortpflanze, so sprechen immerhin, wenigstens vorläufig die sporadischen Fälle von Struma congenita zu Gunsten der letzteren Annahme. Heredität des spora-

dischen Kropfes ist, wie wir von Virchow erwähnt finden, auch bei Thieren z. B. beim Pferde sicher erweisen.

Müssen wir somit den endemischen Strumismus und die Heredität als Aetiologie für die Entstehung unseres congenitalen Kropfes ausser Betracht lassen, so müssen wir doch unser Augenmerk noch auf etwa vorhandene lues, für welche die mehrfach vorgekommenen Abortus sprechen, richten. Wir wissen sehr wohl, dass auch im frühesten Kindesalter die Schilddrüse zum Heerde konstitutionell syphilitischer Erkrankung werden kann, allein im vorliegenden Falle bieten weder Eltern noch die Frucht selbst die geringste Zeichen für lues dar, sodass wir davon absehen müssen, den Kropf von der lues abhängig zu machen. Ist unser Fall also einerseits seiner dunklen und wohl kaum aufklärbaren Aetiologie wegen geeignet, weiteres Interesse zu erregen, so dürfte er andererseits als ein neuer Beitrag zu der immerhin nicht laugen Beobachtungsreihe von Fällen congenitaler Struma nicht unwerth sein der Vergessenheit entrissen zu werden.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Grawitz für die Überlassung des vorliegenden Falles meinen tiefempfundenen Dank zu sagen.

Litteratur.

Handbuch der Pathologie von Virchow.

Virchow, Die krankhaften Geschwülste.

Würzburger medizinische Zeitschrift.

Buob, du goître congénital.

Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten.

Hierokles, Ein Fall von tumor colli congenitus.

Zeitschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten.

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynakologie.

Ziegler, Pathologische Anatomie.



Lebenslauf.

Verfasser, Max Johann Karl Kochs, wurde am 1. Januar 1871 als Sohn des Försters Ludwig Kochs und seiner Ehefrau Philippine geb. Poggendorf zu Jarmshagen, Kreis Greifswald, geboren. Seinen ersten Schulunterricht erhielt er im elterlichen Hause. Ostern 1880 kam er auf das Gymnasium zu Greifswald, welches er Michaelis 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er bezog die Universität Greifswald, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Am 1. August 1891 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 10. August 1893 das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Ballowitz, Grawitz, Helferich, Holtz, Landois, Krabler,
Limpricht, Löffler, Mosler, Overbock, Pernice, v. Preuschen, Peiper,
Schirmer, Schmitz, Solger, Sommer, Strübing, Schulz.

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



Thesen.

I.

Eine ärztliche Überwachung der Laienmassage ist dringend wünschenswert.

II.

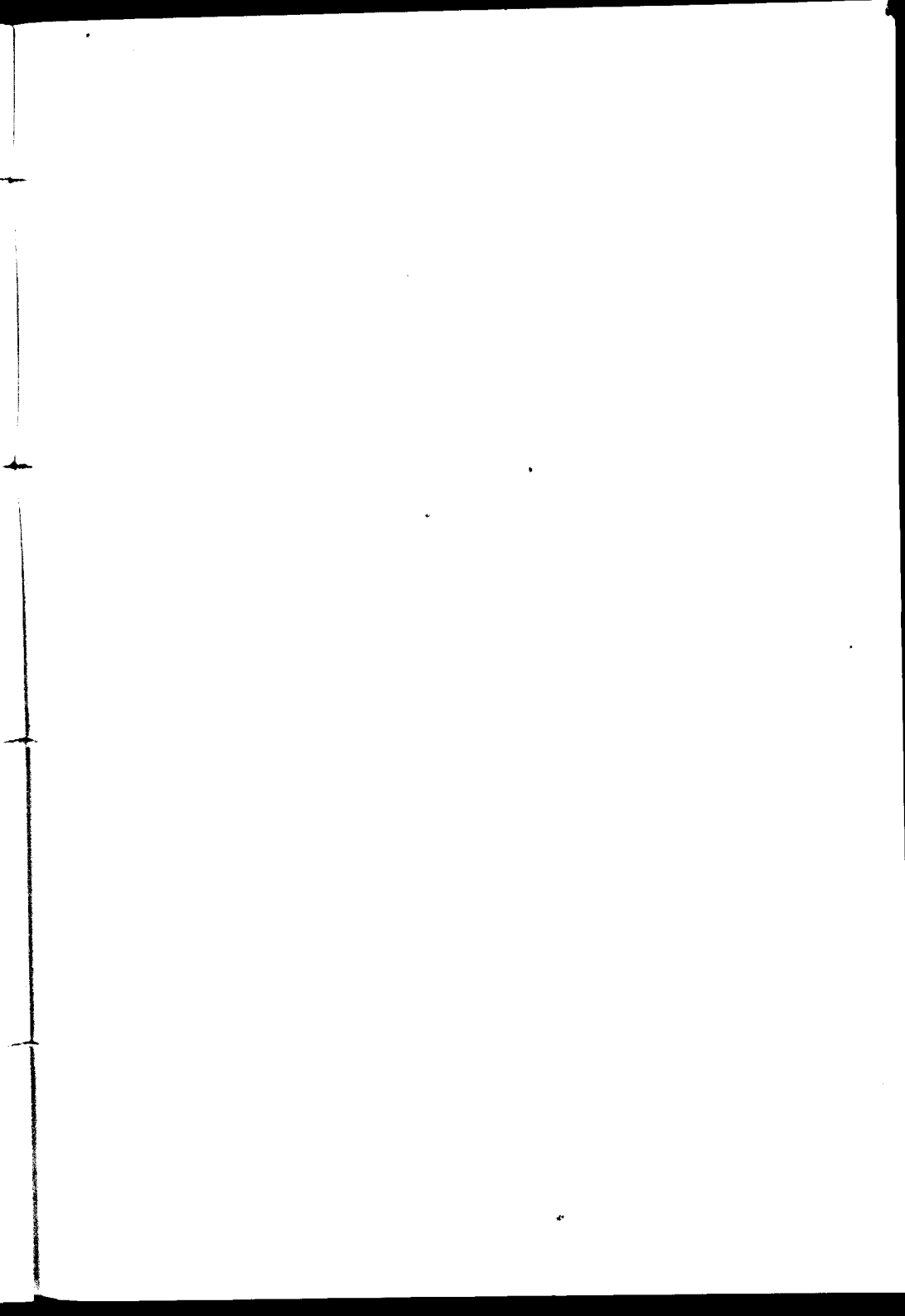
Bei Exstirpation von grösseren Tumoren des Gesichts ist es zu empfehlen, die Plastik erst in zweiter Sitzung folgen zu lassen.

III.

Bei Blutungen post partum ist die Jodoformgazetamponade als das sicherste Mittel anzusehen.



16657



20564 -