

19) **Vogt** (Zwickau): demonstriert: 1) Ein riesiges Lymphangiom bei einem Neugeborenen an der Brust. 2) Ein Hämangiom bei einem Neugeborenen, welches fast die ganze eine Halsseite umfaßt. 3) Angeborene Hautdefekte an den Unter- und Oberschenkeln bei einem Neugeborenen an ziemlich symmetrischen Stellen. Ferner Fälle mit ausgedehnten Hautdefekten am Schädel und am Skrotum,

Diese angeborenen Hautdefekte sind nicht etwa Folgen von Verwachsungen mit dem Amnion, sondern doch wohl Keimschädigungen irgendwelcher Art.

20) **Schubert** (Beuthen): Appendektomie als ätiologischer Faktor von Gallenerkrankungen

(Erschienen im Zbl. Gynäk. 1935, Nr 38.)

21) **H. H. Schmid** (Reichenberg): Blinddarmentzündung und Schwangerschaft

Die Erkennung des Leidens kann in manchen Fällen leicht, in anderen außerordentlich schwierig sein. Verschiedene diagnostische und differentialdiagnostische Einzelheiten werden durch die Schwangerschaft geändert. Bedeutungsvoll ist die Hochdrängung des Blinddarmes in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft; wenn es zu einer Entzündung und Eiterung in der Umgebung des Wurmfortsatzes kommt, so bestehen viel schlechtere Aussichten auf Begrenzung dieses Vorganges als außerhalb der Schwangerschaft. Vor allem aber ist die Wehentätigkeit und die Verkleinerung der Gebärmutter nach Ausstoßung ihres Inhaltes vielfach die Veranlassung, daß ein bis dahin örtlich beschränkter Eiterherd, der seinerseits wieder die Wehentätigkeit bewirkt hat, nun seinen Inhalt in die freie Bauchhöhle ergießt. Darum ist, wenn einmal die günstigen ersten 48 Stunden verstrichen sind, bei allen nicht ganz leichten Fällen in der Schwangerschaft unbedingt die Operation als kleineres Übel anzusehen gegenüber dem Zuwarten, wie es außerhalb der Schwangerschaft nach Ablauf der ersten 48 Stunden mit Recht vielfach geübt wird. Bei leichten Fällen genügt die einfache Appendektomie zu jeder Zeit der Gravidität. Am Ende der Schwangerschaft und bei Eiterbildung außerhalb des Wurmfortsatzes, besonders wenn die Wehentätigkeit schon begonnen hat oder sich voraussichtlich nicht verhüten läßt, z. B. falls die schwangere Gebärmutter an der Bildung der Abszeßwand mit beteiligt ist, erscheint die Entleerung der Gebärmutter nach Freilegung des Eiterherdes weniger gefährlich als das Abwarten der spontanen Geburt. Hierfür stehen drei Wege zur Verfügung: 1) Isthmische Schnittentbindung; die theoretisch große Gefahr der Infektion der Placentastelle ist praktisch nur selten eingetreten. 2) Porrosche Operation; dabei wird das Gebärorgan geopfert. 3) Verfahren nach Pankow: Appendektomie, provisorische Tamponade der Wunde; vaginale Schnittentbindung; Revision der Bauchwunde und endgültige Drainage des Eiterherdes. Der Schnitt für die Appendektomie soll in der zweiten Hälfte der Gravidität möglichst weit oben und außen angelegt werden. Die Blinddarmentzündung in der Schwangerschaft dürfte in den letzten Jahren nicht so selten geworden sein, wie Jerlov meint, weil bis vor kurzem etwa die Hälfte der Graviditäten durch Abtreibung ein vorzeitiges Ende gefunden hat, die Appendicitis also vielfach aus diesem Grunde nicht in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auftreten konnte.

Aussprache. **Redenz:** Die akute Appendicitis ist in der Schwangerschaft eine besonders gefährliche Komplikation. Wir haben uns genötigt gesehen, in besonders schweren Fällen von gangränöser perforierender Appendicitis in den letzten Monaten der Schwangerschaft gleichzeitig mit der Appendektomie die

Schwangerschaft zu unterbrechen, bzw. den Uterus auf vaginalem Wege zu entleeren. Zunächst wird die Appendektomie ausgeführt, provisorisch der Bauch verschlossen, dann auf vaginalem Wege die Sectio ausgeführt und im letzten Akt die Laparatomiewunde drainiert und verschlossen. Die Frage, ob in den allerdings seltenen, schweren Fällen perforierender Appendicitis die Schwangerschaft unterbrochen werden soll, ist für uns von besonderem Interesse. Während im allgemeinen die Gravidität vor allem in den frühen Monaten erhalten bleiben kann, pflegen wir sie in sehr schweren Fällen zu unterbrechen, nachdem wir mehrfach bei Erhaltung der Schwangerschaft septischen Abort und Exitus oder andere schwere Folgen erlebt haben. Als wirksamen Faktor sprechen wir bei diesem Vorgehen die mit der Entleerung einsetzende natürliche Involution des Uterus an. Die besondere Gefahr der akuten Appendicitis in der Gravidität wird von allen Autoren betont. (Sardy macht bei mit allgemeiner Peritonitis einhergehender Appendicitis vom 7. Monat ab die vaginale Sectio, Bazala errechnet eine Mortalität von 28—80% während der Gravidität, gegen 5,8% bei Appendicitis außerhalb der Gravidität. Er unterbricht bei perforierter Appendix und macht vom 7. Monat ab die vaginale Sectio. Fatyol ist der gleichen Meinung.)

Knaus: Der Verlust eines Falles von Appendicitis in der Schwangerschaft unter besonders eindrucksvollen Umständen bestimmte mich schon seit meiner frühesten Assistentenzeit, auch nur beim geringsten Verdacht auf Appendicitis bei Schwangeren sofort zu operieren. Seit jener Zeit habe ich 3 weitere Fälle operiert, keinen davon verloren und jedesmal die Schwangerschaft erhalten. Frühdiagnose und Unterbleiben jeglicher Drainage sind entscheidend für den vollen Erfolg.

Schäffer: Wir haben im letzten Vierteljahr an der Hoheisel'schen Klinik kurz hintereinander 3 Fälle von Appendicitis im Wochenbett erlebt. Bei einer Pat. handelte es sich um einen Abort im 3. Monat, bei der zweiten Pat. um eine Frühgeburt im 7. Monat, bei der dritten Pat. um eine ausgetragene Schwangerschaft. Es war hier die Diagnose besonders schwer, da die Annahme einer Adnexitzündung sehr nahe lag. Die gastrointestinalen Symptome standen jedoch so im Vordergrund, daß wir uns zum Eingriff entschlossen. Zwei Frauen konnten gerettet werden.

Bauer (nicht eingegangen)

Schubert: Wie Herrn Bauer scheint auch mir die Notwendigkeit einer Entleerung des graviden Uterus nicht vorzuliegen. Sie bietet meines Erachtens keine Vorteile, wenigstens nicht bei weit vorgeschrittener Gravidität. Entleert man den Uterus, so findet gerade in den ersten Tagen nachher infolge der Involution eine erhebliche Verkleinerung desselben statt, welche auch dann die frischen Verklebungen um den Abszeß zerstört. Tritt eine spontane Entleerung des Uterus nach der Appendektomie nicht ein, so würde man durch die forzierte Beendigung der Gravidität das Gefahrenmoment nur unnütz vergrößern.

Schultze-Rhonhof: Die Appendicitis in der Gravidität ist glücklicherweise doch ein relativ seltenes Ereignis, und wenn der Herr Vortr. heute über ein derartig großes Material berichten kann, so besitzt er fraglos eine ungewöhnlich große Erfahrung. Und doch möchte ich mich auf Grund der eigenen Erfahrung der Ansicht der Herren Schubert und Bauer anschließen, d. h. mich hinsichtlich der Gravidität für ein konservatives Verhalten aussprechen. Selbstverständlich muß eine Appendicitis in der Schwangerschaft sofort angegangen werden, doch soll die Gravidität selbst nach Möglichkeit unberührt bleiben. Die Gefahren der allgemeinen Peritonitis infolge Sprengung von Adhäsionen durch den sich rasch verkleinernden,

entleerten Uterus bestehen wohl nur dann, wenn dieses Ereignis vor der Appendektomie erfolgt. Nach operativer Versorgung dürften die Gefahren einer spontanen oder artefiziellen Entleerung und damit Verkleinerung des Uterus wohl ziemlich gleich groß sein, ganz abgesehen davon, daß bei dem kombinierten Vorgehen besondere Infektionsgefahr durch die Ausräumung droht, die doch der soeben noch am Wurmfortsatz arbeitende Operateur ausführt. Die Differentialdiagnose ist gewiß oft sehr schwer. Ich glaube aber nicht, daß die Leukocytenzahl und das Differentialleukocytenbild uns viel Aufschluß geben können. In der Schwangerschaft bestehen an sich erhöhte Leukocytenwerte, besonders dann, wenn gleichzeitig eine Pyelitis besteht. Auch die Linksverschiebung bei den weißen Blutzellen ist der Gravidität an sich eigentümlich. Gewisse Rückschlüsse gestattet vielleicht das Temperaturverhalten. Steile Temperaturanstiege auf hohe Werte sprechen mehr für Pyelitis, besonders wenn sie, wie oft, von einem Schüttelfrost begleitet sind; bei der Appendicitis dagegen findet sich im Beginn häufig eine relativ geringe Temperatursteigerung. Natürlich ist auch das nicht gesetzmäßig.

Schlußwort. **Schmid:** Die Frage von Redenz, ob bei Eiterung neben dem Wurmfortsatz in der ersten Hälfte der Schwangerschaft eine Unterbrechung derselben am Platze sei, wird sich erst beantworten lassen, wenn mehr Beobachtungen darüber mitgeteilt sein werden; ganz schwere Fälle von Peritonitis dürften mit und ohne Unterbrechung verloren sein. Der Fall von Knaus beweist deutlich die verhängnisvolle Einwirkung der Wehentätigkeit auf die Appendicitis durch den so raschen, tödlichen Verlauf binnen weniger Stunden nach der spontanen Fehlgeburt. Die Appendicitis im Wochenbett bereitet namentlich in den ersten Tagen außerordentliche diagnostische Schwierigkeiten. Es ist richtig, daß auch im Wochenbett noch eine weitere Verkleinerung der Gebärmutter eintritt, doch verteilt sich diese Verkleinerung auf eine Reihe von Tagen. Die Hauptgefahr der Geburt, Früh- oder Fehlgeburt liegt eben darin, daß durch die rasche Verkleinerung unmittelbar nach Ausstoßung der Frucht schützende Verwachsungen gesprengt werden können; dies gilt natürlich auch für die schon operierten Fälle, bei denen die Unterbrechung der Schwangerschaft der Operation nach einigen Stunden oder Tagen folgt. Die in der Schwangerschaft physiologische Linksverschiebung des neutrophilen Blutbildes erreicht niemals so hohe Grade wie die Linksverschiebung bei fortschreitenden Entzündungsvorgängen; leider gestattet dieses sonst ausgezeichnete Hilfsmittel aber nicht, etwa im Wochenbett einen appendicitischen Vorgang von einer puerperalen Infektion zu unterscheiden, sondern es ist nur ein Hinweis darauf, daß eben eine Entzündung oder Eiterung im Körper vorhanden ist.

22) **Geller** (Breslau): Größere Lebenssicherheit beim Kaiserschnitt
(Erschienen im Zbl. Gynäk. 1935, H. 41.)

Aussprache. **Schultze:** Aus dem reichhaltigen Material des Herrn Geller ergibt sich, daß zwei Dinge die Mortalität beeinflussen: die Infektion und die Narkose. Wir können nicht auf dem extremen Standpunkt stehen, daß jeder Infektionsverdächtige oder leicht infizierte Fall von vornherein vom Kaiserschnitt auszuscheiden ist, dann werden wir die Möglichkeit des Kaiserschnittes für die Geburtshilfe nicht erschöpfen können. Die Indikation zum Kaiserschnitt ergibt sich sehr häufig erst dann, wenn lange genug abgewartet ist und der Fall nicht mehr als ganz sauber betrachtet werden kann. Daß in solchen Fällen der extraperitoneale Kaiserschnitt wesentlich bessere Ergebnisse zeitigt, geht klar aus Herrn Geller's Zahlen hervor. Ich habe mich immer darüber gewundert, daß Franz in seiner Operationslehre so scharf die Vorzüge des extraperitonealen Kaiserschnittes bei infizierten