

werden musste, habe ich keinerlei unangenehme Folgen der Hebostomie gesehen; sämtliche Mütter wurden völlig geheilt mit tadellosem Gehvermögen entlassen.

Die Sectio caesarea suprapubica habe ich 10 mal ausgeführt, 1 mal nach Veit, 3 mal nach Latzko, 6 mal nach Döderlein mit 100 Proz. lebender Kinder und 100 Proz. lebenden Müttern, nur eine Mutter starb  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Operation an einer Bauchdecken-Blasenfistel, die nach der Sectio zurückgeblieben war und eine Steinbildung mit Eiterung und Sepsis hervorgerufen hatte; ein ungeübter Assistent hatte bei der Naht des Uterusinzision die Blase nicht gut zur Seite gehalten und so wurde sie von der Nadel geritzt; diese Wunde, obschon sofort in 2 Etagen genäht, heilte nicht und hinterliess die genannte Blasenbauchdeckenfistel.

Unsere Hauptaufgabe muss natürlich sein, die Ursachen des engen Beckens, vor allem die Rachitis, zu verhüten, durch einen energischen Mütter- und Säuglingsschutz, Ermöglichung und Erzwingung des Selbststillens und gesunde Aufzucht; da wir aber damit nicht alle engen Becken aus der Welt schaffen werden, sollen wir alle solchen (besonders wenn sie unter 9 cm Conj. vera liegen) an Kliniken überweisen, wo alles daran gesetzt werden muss, alle Mütter lebend und gesund zu erhalten und möglichst vielen Kindern das Leben zu erhalten.

Sitzung vom 14. März 1911.

Herr Kreisarzt Med.-Rat Dr. **Balsler**: **Aerztliches und Rechtliches über die Verminderung der Geburtenzahl und die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.**

Vortr. gibt einen Ueberblick über die zunehmende Verminderung der Geburtenzahl im Kreise Mainz und bespricht deren Ursachen, die einerseits im Ueberhandnehmen der Anwendung antikonzeptioneller Mittel (Okklusivessare, besonders Uterinpressare, Coitus interruptus etc.) und andererseits im Zunehmen der vorzeitigen Unterbrechung der Gravidität durch den Arzt liegen; daneben spielt natürlich die schwer zu bekämpfende verbrecherische Abtreiberei der „weisen Frauen“ und anderer Kurpfuscher eine wichtige Rolle. Vortr. macht auf die gesundheitschädlichen Wirkungen mancher Prohibitivmassregeln (z. B. der Uterinpressare, des Coitus interruptus) aufmerksam und verurteilt es als nicht standeswürdig, wenn ein Arzt gewohnheitsmässig und in grösserem Umfang antikonzeptionelle Prozeduren anrät oder ausführt. Ebenso oder noch mehr ist jedoch die leider nicht zu verkennende Laxheit in der Indikationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft zu tadeln, insbesondere verurteilt B. die sogen. Indicatio socialis scharf unter eingehender Darlegung auch der rechtlichen Verhältnisse bezüglich dieses Aktes.

## Aerztlicher Verein München.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 5. April 1911.

Herr **Mann**: **Beobachtungen bei Genickstarre.** (Erscheint in der Münch. med. Wochenschr.)

Herr **F. Schlagintweit**: **a) Ueber Phosphaturie, eine chirurgisch-klinische Studie.** (Erschien in der Münch. med. Wochenschr. 1911, No. 27.)

**b) Bericht über 250 Blasensteinoperationen.**

Zur Aetiologie des Blasensteins liess sich an dem von mir und meinem Bruder in München und Bad Brückenau operierten Krankematerial nichts ermitteln. Wenn wir von Ausländern absehen, so kamen die meisten Steinpatienten zu uns aus der Gegend von Thüringen und aus Gegenden südlich der Donau bis zu den Alpen. 247 männliche, 3 weibliche Patienten (1 Phosphatstein nach schwerer septischer Pyelozystitis, 1 kleines Phosphat nach anderwärts gemachter Nephrolithotomie, wahrscheinlich ehemaliger Ureterstein, der übersehen wurde, 1 kastaniengrosses Urat). Der jüngste Patient war 7, der älteste 86 Jahre alt. 230 Steine waren Urate, bei keinem derselben konnte Herkunft aus der Niere mit Sicherheit ausgeschlossen werden. 15 Phosphate waren wohl fast alle sekundär nach Prostatahypertrophie, tabischer Zystitis, nach Pyelitis. 3 Phosphate an eingewanderten Nähten, 1 Phosphat um einen Kotbröckel bei Fistel, 1 um einen Bleistift mit Metallhülse in der Blase eines 76 jährigen Mannes.

Dieser Patient hatte seit 8 Monaten Miktionsdrang alle  $\frac{3}{4}$  Stunden. Zystoskopie unmöglich, aber deutlich grosser Stein zu fühlen. Urin alkalisch. Lithotripsie in Narkose. Unmöglichkeit, den Stein zu drehen oder seinen Kern zu zermalmern. Dazwischen Zystoskopie: länglicher Fremdkörper mit kanellierter Metalloberfläche, schief quer in die Blasenwände beiderseits eingespiesst, teilweise noch mit Phosphatkruste überzogen. Mit dem Lithotriptor kam auch noch ein roter Faden heraus! Sectio alta kann bei dem dekrepiden Zustand und Alter des Patienten nicht angeschlossen werden. Nach dem Erwachen wird dem alten Sünder ordentlich der Text gelesen, dass er uns nicht vor Beginn der Operation von dem Fremdkörper Mitteilung machte. Nach anfänglichem Leugnen gibt er zu, vor 10 Monaten (!) einen Bleistift mit Metallhülse an einem roten Faden in die Harnröhre eingeführt zu haben. Patient verlässt erzürnt die Anstalt und wird nach einigen Tagen im Krankenhaus durch Sectio alta von seinem Bleistift befreit. Die Lage der Steine war meist rechts.

Die Grösse war sehr verschieden. Kleine, durch Aspiration entfernbare, sind überhaupt nicht mitgerechnet, die grössten waren

nicht selten Urate von  $6\frac{1}{2}$ —7 cm Durchmesser. Einmal fanden sich 4 Urate von Hühnereigrösse.

Subjektiv geklagte Symptome: Ausstrahlende Schmerzen in der Gliedspitze, Blutharn beim Gehen, geringerer Drang beim Liegen, Unterbrechung des Harnstrahls fanden sich in 2—3 Fällen gar nicht, diese Steine wurden durch Zufall gefunden.

Die Untersuchung geschah selten mit der Steinsonde, fast immer mit dem Zystoskop, dessen Grössentäuschung mit zunehmender Erfahrung schwand. In dem zitierten Falle der 4 hühnereigrössten Steine wurden nur 2 erkannt, weil sie direkt auf dem Prisma lagen. Wenn ein kirschgrosser Stein auch beim Drehen des Instruments auf dem Prisma liegen bleibt, kann man ihn ebenso gut für apfelgross ansprechen. — Bei komplizierter Passage benützten wir eine von mir bei Windler-Berlin gefertigte elastische metallene Steinsonde. Bei schonungsbedürftigen Patienten mit sehr gutem Erfolge die Röntgenphotographie, auch zur Nachschau nach der Operation.

War der Stein gefunden, so wurde baldmöglichst die Operation ohne jede weitere Vorbereitung ausser Bad und Darmentleerung angeschlossen.

Wahl der Operation: Von vornherein zur Sectio alta entschlossen waren wir nur in folgenden 4 Fällen.

1. Bei einer Bottinischen Operation, die wegen eines Divertikelsteines bei geöffneter Blase gemacht wurde. Steinentfernung und Erfolg des Bottini vollkommen.

2. Wegen Unmöglichkeit, bei einem Steinrezidiv den Lithotriptor einzuführen.

3. Bei einem 7 jährigen Knaben mit Phosphatstein um ein Kotbröckel bei Blasen-Mastdarmfistel.

4. In einem Falle mit gleichzeitig zu machender Prostataktomie nach Freyer.

Bei Prostatahypertrophie mit Stein werden wir wohl von nun ab immer dem Patienten die Sectio alta mit Prostataktomie nach Freyer vorschlagen, besonders da die Lithotripsie bei stärkerer Prostatahypertrophie, namentlich Mittellappentwicklung, weder leicht ist, noch immer so glatt verläuft wie sonst.

Gezwungen zur Sectio alta im Verlaufe der Lithotripsie waren wir 2 mal.

In dem einen Falle waren statt der 2 zystoskopisch erkannten sehr grossen Steine deren 4 vorhanden, die Sitzung wurde endlos und da sie in Narkose war, schlossen wir die Sectio alta an.

Im zweiten Falle hatte ich nach einigen Versuchen, den Stein zu fassen, den Eindruck, als ob er zu hart wäre, auch Erschütterung mit Hammerschlägen hatte keinen Erfolg. Man beschliesst Sectio alta. Wie ich versuche den Lithotriptor herauszuziehen, bemerke ich, dass sich derselbe nicht mehr schliessen lässt, das Maul muss 4 cm weit offen stehen, lässt sich also unmöglich so durch die Harnröhre ziehen. Das Schloss ist vollkommen tadellos, nichts ist zerbrochen. Wir vermuteten, dass sich ein Stück des vermeintlichen harten Steins so im weiblichen Teil festgebissen hat, dass es weder zertrümmert, noch durch Drehen des ganzen Instruments um die Längsachse herausgeworfen werden kann. Nach Sectio alta zeigt sich jedoch, dass nichts zwischen dem Gebiss ist, trotzdem lässt es sich nicht schliessen. Hätte ich nun das Instrument durch die Sectio alta-Wunde herausgeschoben und genau betrachtet, so hätte ich die Ursache gefunden, ich zog aber der Abkürzung halber vor, es aussen am Griff anzufeilen, abbrechen und durch die Sectio alta-Wunde herauszuziehen, was sehr leicht gelang. Erst beim sorgfältigen Abspülen fand sich die Ursache: Ein winziger Splitter des ganz korrekt angebrochenen, durchaus nicht zu harten Steins war in die Rinne keilförmig unter den männlichen Teil geraten und dort, namentlich durch die Hammerschläge, festgekeilt worden. Sectio alta musste ich machen, das Instrument aber hätte ich nicht zerstören müssen, wenn ich es zu der Blasenwunde herausgeschoben und mit einem spitzen Instrument den Splitter aus der Rinne gekratzt hätte. Ich hätte es dann sofort schliessen und auf dem natürlichen Weg entfernen können. Der Verlauf dieses aufregenden Falles war vorzüglich. Meister Collin, der mir das Instrument gratis reparierte, schrieb mir, es sei ihm niemals von einem derartigen Versager etwas bekannt geworden. Ich hätte, meint er, nach jedem Fassen des Steins das Instrument völlig schliessen sollen, er hat aber auf meine Veranlassung das Knie des männlichen Teiles nun anders geschliffen, so dass sich nichts mehr darunter keilen kann.

Als Instrumente benutzten wir solche verschiedener Grösse mit dem französischen Schloss von Reliquet, in letzter Zeit auch Lithotriptoren nach Bigelow-Nitze von Löwenstein-Berlin. Die Entfernung der Trümmer geschah stets mit doppelaugigen Evakuationskathetern und dem Aspirateur nach Guyon. Mehrere Male machten wir vor der Einführung die Meatotomie oder die interne Urethrotomie nach Maisonneuve, einmal entfernte ich einen Stein durch eine Blasenfistel, was genau so leicht ging, wie von der Harnröhre aus.

Die Lagerung geschah stets auf dem Operationstisch mit einem 12 cm hohen Polsterkeil als Beckenstütze. Zweimal versuchte ich ohne jeden erkennbaren Vorteil die Zertrümmerung in Knieellenbogenhaltung des Patienten, in der Meinung, die Steine und Trümmer an der vorderen oberen Wand besser fassen zu können.