

Diss. Köln 1943. — v. Mikulicz-Radecki, Ureteren-Katheterismus und Pyelitis gravidarum. Zbl. Gynäk. 26 (1934): 1506. — Ders., Schwangerschaftsunterbrechung wegen Pyelitis gravidarum, eigentlich wegen Pyelonephritis. Zbl. Gynäk. 38 (1934): 2264. — Ders., Ureteren-Dauer-Katheterismus und Pyelitisbekämpfung. Zbl. Gynäk. 31 (1937): 1841. — Ders., Schwere Formen der Pyelitis e graviditate. Z. Ur. 22 (1938): 721. — Naujoks, Zur Prognose der Pyelitis gravidarum. Zbl. Gynäk. 47 (1924): 2581. — Ders., Die Aussichten für das Kind bei Pyelitis der Mutter. Zbl. Gynäk. 21 (1925): 1136. — Ders., Pyelitis intra partum. Münch. med. Wschr. 11 (1925): 433. — Ders., Die Behandlung der Pyelitis gravidarum mit Tonephin. Dtsch. med. Wschr. 9 (1932): — Ders., Fortschritte in der Therapie der Graviditätspyelitis. Ftschr. Ther. 11 (1932): 333. — Ottow, Schwangerschaftsunterbrechung aus urologischer Indikation. Thieme, Leipzig 1939. — Philipp, Pyelitis und Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Zbl. Gynäk. 31 (1937): 1820. — Seitz, Die schweren und gefährlichen Formen der Pyelitis ex und in graviditate. Münch. med. Wschr. 1930: 1137. — Stoeckel, Pyelitis gravidarum in Gynäk. Urologie i. Handbuch der Gynäk. v. Veit-Stoeckel, Bd. 10, 1. Teil, S. 549—666 (dort auch das gesamte in- und ausl. Schrifttum).

(Anschrift des Verf.: Köln-Lindenthal, Kerpener Str. 32)

Aus der Deutschen Universitäts-Frauenklinik Prag (Vorstand: Prof. Dr. H. Knaus)

Gicht und Schwangerschaft¹⁾

Von Hermann Knaus

Wenn ich heute in die Lage komme, zu dieser Frage einen Beitrag zu liefern, so beschreibe ich damit ein bisher leer gebliebenes Blatt der deutschen medizinischen Wissenschaft. Denn weder im internen, noch im geburtshilflichen Schrifttum findet sich eine Erwähnung über das Verhalten der Gicht in der Schwangerschaft, sondern nur Henri Vignes weist in seinen „Maladies des femmes enceintes“, II. Bd., Seite 146, ohne eigene Erfahrungen gesammelt zu haben, mit wenigen Zeilen auf Garrod (1867) hin, der festgestellt hatte, daß die Gicht relativ selten bei menstruierten Frauen auftreten würde, und der selbst mehrere Fälle von lebhafter Entzündung des metatarsophalangealen Gelenkes der großen Zehe während der Schwangerschaft beobachtet hatte. Wie nun dieses offenbar sehr seltene Zusammentreffen von Gicht und Schwangerschaft von mir erkannt und verfolgt werden konnte, möge der nachstehende Bericht über die Schwierigkeiten der Entdeckung dieses Leidens an zwei jungen Frauen dartun.

Am 10. VII. 1940 wurde mir von meinem ehemaligen Assistenten Dr. Hajek, Freiwaldau, die 22jährige sehr gut genährte, 79 kg schwere Frau H. W., Tochter eines Fleischers, wegen Beschwerden zugewiesen, die offensichtlich mit dem monatlichen Zyklus in Beziehung standen. Denn seit dem Auftreten der Menstruationen im 13. Lebensjahr kam es bei der Patientin in der Zeit vor und während der Menstruation zu beträchtlichen schmerzhaften Schwellungen beider Kniegelenke, rechts stärker als links, die nach der Menstruation wieder

¹⁾ Nachträglich Herrn Geheimrat Prof. Dr. L. Seitz zum 70. Geburtstage gewidmet.

zurückgingen und im Intermenstruum zur Beschwerdefreiheit führten. Die Patientin ging wegen dieses Leidens zum Arzt, der ihr zunächst Gummistrümpfe verordnete, die aber keine Besserung des Zustandes zu erzielen vermochten. Nachdem die Patientin geheiratet hatte, versprach sich der behandelnde Arzt eine günstige Beeinflussung dieses offenbar ovariell gesteuerten Leidens durch die Schwangerschaft. Mit 19 Jahren wurde die Patientin gravid, und während dieser 1. Schwangerschaft verschwanden die seit der Menarche zyklisch wiederkehrenden Schwellungen und Schmerzen in den Kniegelenken tatsächlich vollkommen. Doch schon beim Eintreten der ersten Menstruationen nach der Geburt kehrte das alte Leiden wieder und beeinträchtigte die Patientin sehr in ihrer Arbeitsfähigkeit. Deshalb wandte sich die Patientin an das Krankenhaus in Freiwaldau (Ostsudeten), wo die Kniegelenke punktiert und hernach für drei Wochen in Gipsverbänden ruhiggestellt wurden. Aber auch diese Therapie brachte keinen Erfolg. Da die Schwellungen und Schmerzen ständig an Stärke zunahmen, wurden die Kniegelenkspunktionen ambulant wiederholt, ohne damit die Patientin von diesem hartnäckigen Leiden zu befreien. Bereits im darauffolgenden Jahre wurde die Patientin zum 2. Male gravid, was zur Folge hatte, daß genau so wie während der 1. Schwangerschaft auch diesmal alle pathologischen Erscheinungen an den Kniegelenken ausblieben und die Patientin gänzlich beschwerdefrei war. Dieser glückliche Zustand hielt aber wieder nur bis zum Auftreten der ersten Menstruation post partum an, um hernach von verstärkten Kniegelenksbeschwerden abgelöst zu werden. Nachdem sich jede bisher angewandte Maßnahme als erfolglos erwiesen hatte, wurde die Patientin von ihrem Arzte mit 10 Injektionen von Progynon B oleosum behandelt, aber auch ohne Erfolg. So kam diese seit Jahren von einem anscheinend unbeeinflussbaren Leiden allmonatlich gequälte Patientin in die Klinik, in der sie genauestens untersucht und der Sitz dieser offensichtlich endokrinen Störung festgestellt werden sollte.

Bei der Aufnahme in die Klinik zeigten beide Kniegelenke dieser Patientin deutliche Schwellungen, die eben — letzte Menstruation 20. VI. 1940 — täglich an Umfang zunahmen. Am 15. VII. setzte die Menstruation und damit in den folgenden Tagen eine wesentliche Verschlechterung ein, die mit mächtigen teigigen Schwellungen und starken Schmerzen am 20.—21. VII. ihren Höhepunkt erreichten. Dabei waren weder Fieber, noch eine entzündliche Rötung an den aufgeschwollenen Gelenken vorhanden. Bis zum 24. VII. waren diese starken Schwellungen und Schmerzen so weit abgeklungen, daß die Patientin am 25. VII. bei bestem Wohlbefinden aus der Klinik mit den folgenden Weisungen entlassen werden konnte. Für eine gynäkologische Behandlung bestand kein Anlaß, da ein ganz normaler Befund an den Genitalorganen erhoben wurde. Auch die Röntgenbilder der Kniegelenke, die vor, während und nach dem Anfall gemacht wurden, ergaben normale Verhältnisse an Knochen und Gelenkspalt, so daß ein Kniegelenkserguß ausgeschlossen werden konnte. Das pathologische Geschehen saß also nicht im Gelenk, sondern war offenbar um das Gelenk herumgelagert und täuschte nur bei der Mächtigkeit der Schwellungen einen synovialen Erguß vor. Da damit ein das Gelenk deformierender Prozeß ausgeschlossen werden konnte, wurden der Patientin Cehasol-

Burow-Umschläge und Kurzwellenbestrahlungen der Gelenke empfohlen. Während ihres Aufenthaltes in der Klinik vom 10.—25. VII. 1940 konnten die von der Patientin selbst gemachten Beobachtungen wohl bestätigt, das Leiden aber ursächlich nicht geklärt werden.

Am 12. II. 1941 kam nun eine zweite Patientin, die 31jährige Frau D. M. eines Militärbeamten zum 1. Male in meine Sprechstunde und klagte über genau dieselben Kniegelenksbeschwerden, wie sie mir von der ersten Patientin noch lebhaft in Erinnerung waren. Die für das Leiden wesentliche Anamnese reichte zurück bis zum Jahre 1932, in dem die Patientin zum 1. Male wegen Menstruationsstörungen und Rötung, Hitze und starker Schmerzen im rechten Knie zwei Ärzte in Dresden aufsuchte. Es wurden ihr drei Tage lang Bettruhe verordnet und Einreibungen des Kniegelenkes mit homöopathischen Mitteln gegeben, wonach alle Beschwerden sofort verschwanden. Ein halbes Jahr später, im März—April 1933, wurde das rechte Knie wieder dick, sehr schmerzhaft und bewegungsunfähig. Die weitere Therapie, die, wie der folgende Bericht zeigen wird, entsprechend den verschiedenen Ansichten der insgesamt 21 befragten Ärzte und 2 Naturheilkundigen sehr mannigfaltig war, bestand in Pulvern, Einreibung mit Jodex, Kräutertee und Pistyankompressen, alles ohne Erfolg. Daraufhin wurden 6 Injektionen mit Pflanzeneiweiß gegeben, die erhöhte Temperaturen auslösten und nach einem Krankenlager von 11 Wochen eine deutliche Besserung erzielten. Im Juni 1933 wurden der Patientin die Tonsillen als fragliche Infektionsquelle entfernt. Nachdem das rechte Knie im 2. Halbjahr 1933 wieder sehr geärgert hatte, wurde die Patientin im Frühjahr 1934 an den Chirurgen Prof. Grunert gewiesen, der das Kniegelenk zweimal punktierte, das rechte Bein 2 Wochen lang in Gips legte und hernach viele Wochen mit Heißluftbädern behandelte, ohne eine Besserung zu erzielen. Im Sommer 1934 trat zum 1. Male neben dem dicken steifen Knie eine sehr schmerzhaftige Schwellung an der rechten Hand auf, die nach Pyramidon wieder zurückging, ohne den krankhaften Zustand des Kniegelenkes zu beeinflussen. Daraufhin wurden die Zähne röntgenisiert und als Folge davon ein Zahn mit einer schlechtgefüllten Wurzel und Goldkrone extrahiert. Im März 1935 wurde ein Streckverband angelegt, Heißluft und Massage angewandt und damit ein Abschwellen des aber schmerzhaft gebliebenen Knies herbeigeführt. Im Mai gebrauchte die Patientin die Kur in Bad Schmeckwitz, wo ihr Moor- und Schwefelbäder verabreicht wurden; minimale Besserung. Von einem Naturheilkundigen erhielt die Patientin Präparate, die erfolglos blieben. Im Herbst 1935 suchte die Patientin Professor Brauchle auf, der ihr eine bestimmte Diät, Heilserumumschläge und schwedische Gymnastik verschrieb, was eine starke Verschlimmerung des Zustandes zur Folge hatte. Dann wurde sie an Professor Warnekros gewiesen, der einen Zusammenhang des Leidens mit den Genitalorganen vermutete und ihr Fango- und Paraffinpackungen des Knies und Ultra-kurzwellenbestrahlungen der linken Adnexe verordnete, woraufhin eine leichte Besserung eintrat. Ein anderer Arzt empfahl ihr eine blasenziehende Paste, die für eine Zeit Linderung der Beschwerden brachte. Im Frühjahr 1937 kam es zu einer bedeutenden Verschlimmerung des Knies, das nun mit Blutegeln geschröpft wurde; dieselben führten wohl zu einem starken Blutverlust und Entkräftung der Patientin, aber nicht zu einer Besserung des Leidens. Ein Natur-

heilkundiger erzielte mit biochemischen Mitteln und Radiumsalbe Arrhama eine erfreuliche Besserung, aber nur von kurzer Dauer. Deshalb wurde Geheimrat Professor E. Payr in Leipzig zu Rate gezogen, der das Knie punktierte und Phenolkampferinspritzungen ins Gelenk und hernach Röntgentiefenbestrahlungen vornahm. Die mit dem Punktat angesetzten Kulturen und der Meer-schweinchenversuch erwiesen sich für Tuberkulose als negativ. Nach zusätzlichen Höhensonnenbestrahlungen, passiven Bewegungen des Knies und Einhaltung einer gewissen Diät war der Zustand bis Ende 1937 wesentlich gebessert und das rechte Knie fast schmerzfrei. Mit der Menstruation im Januar 1938 traten auch am linken Knie entzündete schmerzhafte Stellen auf, und gleichzeitig schwoll über Nacht das rechte Knie in einem Maße an, wie es seit dem Frühjahr 1937 nicht mehr der Fall war. Gegen Ende der Menstruation nimmt die Schwellung des Knies wieder ab, so daß auch Professor Payr einen Zusammenhang des Leidens mit den Unterleibsorganen für möglich hält. Im Februar 1938 wird neuerlich eine Eierstockschwellung links festgestellt und daher Bäder verordnet. Im August 1938 fuhr die Patientin zu Dozent Dr. Buschbeck nach Würzburg, der ihr das in klinischer Erprobung gefundene Progynon C nahelegte zu nehmen. Die Patientin reiste jedoch zunächst nach Schwäbsich-Hall, um dort Solbäder zu gebrauchen, die zuerst zu einer Verschlechterung des Knies, dann aber zu einer anhaltenden Besserung desselben führten. In Schwäbisch-Hall riet ihr Dr. Kiebler als erster zu einer Schwangerschaft. Im Januar 1939 wurde das Knie mit der Menstruation wieder ganz schlecht; dagegen angewandte Ultratiefenbestrahlungen erwiesen sich als vorteilhaft. Am 2. II. 1939 nahm die Patientin zum 1. Male Progynon C, 2 Pillen täglich, ein, die ein schwerstes Krankheitsgefühl mit Erbrechen, Durchfällen und Schmerzen im Leib auslösten. Vom 5. Tag des Einnehmens wurde das Knie bedeutend besser und kam schließlich völlig in Ordnung. Bei der darauffolgenden Menstruation keinerlei Beschwerden, weshalb die Patientin prophylaktisch vom 10.—20. Tag des Zyklus wieder Progynon C einnahm, um hernach abermals von ärgstem Übelsein befallen zu werden. Das Knie jedoch hielt sich weiterhin in vorzüglichem Zustande. Da sie das Progynon C nicht mehr vertragen konnte, verschrieb ihr Dozent Buschbeck das Scheringsche Oestradiolglukosid, das keinerlei Nebenwirkungen hervorrief, aber das Knie wieder vorübergehend schmerzhaft werden ließ. Am 22. IX. 1939 stellte Professor Eufinger eine linksseitige chronische Eierstockentzündung fest und erklärte damit auch die Rückfälle der Kniegelenksentzündung. Als letzte Hilfe rieten Professor Eufinger und ein anderer Arzt zur Schwangerschaft. Anfang 1940 kam es zur empfohlenen Schwangerschaft, in der das Knie tatsächlich gleich ganz normal und schmerzfrei wurde und so blieb bis über die am 6. X. 1940 erfolgte Entbindung mittels Forzeps. Professor Eufinger stellte nach Ablauf eines ungestörten Wochenbettes einen ganz normalen Genitalbefund fest und prophezeite eine dauernde Ausheilung des Knies. Am 5. I. 1941 kam es zur 1. Menstruation post partum und damit zu einem Schmerzanfall in beiden Knien, die sich nach einigen Tagen wieder besserten, aber sich mit Einsetzen der nächsten Menstruation am 4. II. abermals so verschlechterten, daß sich die Patientin auf Empfehlung Professor Eufingers am 12. II. an mich wandte.

Ich hatte nun die Gelegenheit, diese Patientin bis Ende Juli 1941 zu beobachten, das Auftreten und Verschwinden der sehr schmerzhaften Gelenkschwellungen zu verfolgen und sie wiederholte Male genauestens zu untersuchen. An den Unterleibsorganen konnte ich keinen krankhaften Befund erheben. Da sich das Leiden monatelang nur auf das rechte Kniegelenk beschränkte und stets vor und zur Zeit der Menstruation mit großen Schmerzen aufflammte, ließ ich am 14. V. während eines Anfalles durch Professor Dr. A. Beutel eine Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenkes durchführen und folgenden Befund erheben: „Am rechten Kniegelenk finden sich geringgradige arthritische Veränderungen im Sinne von kleinen Zackenbildungen. Die Kapsel, die rechts vorgewölbt und wesentlich dicker ist als links, ist deutlich sichtbar. Auch die Schnittaufnahmen lassen keinen Anhaltspunkt für eine Destruktion gewinnen.“ Da sich der Zustand des Kniegelenkes zunehmend verschlechterte, besorgte ich auf Drängen der Patientin das nicht im Handel befindliche Progynon C, das nach einer privaten Mitteilung von Dr. Hohlweg (Schering, Berlin), 15-mal so wirksam ist wie Oestradiol und offenbar wegen seiner erhöhten Wirksamkeit der Patientin seinerzeit so gut geholfen hatte. Doch stellte sich schon nach den ersten Dragées ein solches Übelsein ein, daß die Patientin außerstande war, dieses Hormonpräparat weiterzunehmen. Mitte Juni kam es nun zu einem Ereignis, das endlich den wahren Charakter dieses Leidens erkennen ließ: Eine akut aufgetretene, äußerst schmerzhaft entzündliche Schwellung und Rötung des metakarpophalangealen Gelenkes des rechten Zeigefingers. Dieser Anfall war in seiner Art und Lokalisation so typisch für Gicht, daß an dem Vorliegen einer uratischen Diathese als Ursache des seit 10 Jahren bestandenen Gelenkleidens nicht mehr gezweifelt werden konnte. Diese Diagnose fand noch darin ihre Bestätigung, daß das sofort angewandte Novatophan eine unmittelbare Linderung der Schmerzen brachte und diese Attacke in kurzer Zeit spurlos wieder vorübergehen ließ. Mit dieser Diagnose entließ ich die Patientin aus meiner Behandlung und riet ihr, sich weiterhin von einem Internisten untersuchen und beraten zu lassen.

Die Patientin kehrte nun nach Dresden zurück und begab sich dort zu Professor Dr. Grote, der sich nach seinen Untersuchungen der Auffassung vom Vorliegen einer uratischen Diathese anschloß, ohne jedoch eine vermehrte Harnsäure im Blute nachgewiesen zu haben. Die nachher noch befragten Professor Dr. Eufinger, Dresden, und Dozent Dr. Buschbeck, Würzburg, vertraten die Ansicht, daß als Ursache dieses so hartnäckigen Leidens nur eine innersekretorische Störung in Frage kommen könnte. Auffallend war noch, daß sich die Patientin während eines 2wöchigen Aufenthaltes in Oberbozen, also in einer Höhenlage, trotz üppigster Ernährung besonders wohl fühlte. In der folgenden Zeit wechselte ihr Zustand sehr stark, es kam zu schweren Entzündungen sogar an beiden Kniegelenken, an den Zehen und Fingern, bald wieder zur Beschränkung des Leidens nur auf das rechte Kniegelenk.

Im Jahre 1942 wurde die Patientin von befreundeter Seite auf die Hormon-Ichtoterpan-Pillen, hergestellt von der Bykopharm Arzneimittelfabrik in Frankfurt a. M., aufmerksam gemacht und ihr geraten, dieses Präparat einmal zu versuchen. Die daraufhin eingetretene und anhaltende Wirkung war verblüffend. Selbst das rechte Knie scholl ganz ab und unterschied sich kaum mehr vom

linken Knie, und die oft so heftigen Gelenkschmerzen verschwanden vollständig, so daß die Patientin ganz beschwerdefrei die Treppen auf und nieder laufen konnte.

Nachdem ich im Juni 1941 an dieser zweiten Patientin den wahren Charakter dieses chronischen Gelenksleidens erkannt hatte, veranlaßte ich die Wiederaufnahme der ersten Patientin in die Klinik, um an dieser die noch ausstehenden Untersuchungen auf Gicht durchführen zu lassen. Die Patientin kam nun tatsächlich am 18. IX. 1941 in meine Klinik, wurde am 20. IX. von der Medizinischen Klinik, Professor A. Rühl, übernommen und dort bis zum 7. X. genauestens auf ihren Stoffwechsel untersucht. Das Ergebnis dieser internen Untersuchung lautete auf uratische Diathese, zumal die Harnsäure nach völlig purinfreier Diät mit 5,33 mg% (bei Kontrolle 4,70 mg%) stark erhöht war. Damit erschien meine Auffassung von der Natur dieses Leidens auch von berufener Seite bestätigt und mein Standpunkt berechtigt, daß es sich bei der auffallenden Übereinstimmung der Symptomatologie in beiden von mir beobachteten Fällen um dieselbe Störung handeln mußte.

Als therapeutische Maßnahme wurde von der Medizinischen Klinik eine Tonsillektomie veranlaßt, da die Patientin an einer chronischen Halsentzündung litt und diese als eine fokale Beeinflussung des Leidens mit in Betracht gezogen wurde; ferner wurde die Patientin mit Eigenblutinjektionen behandelt und ihr Novatophan und Colchicin vor und während der Menstruation verschrieben. Diese Behandlung hatte zur Folge, daß der Zustand im allgemeinen wesentlich gebessert wurde, die Schwellungen und Schmerzen der Kniegelenke, welche die Patientin vor der Behandlung oft viele Tage ins Bett gefesselt hatten, so weit wieder zurückgingen, daß die Patientin fortlaufend arbeitsfähig wurde. Das Leiden wurde aber in seinen objektiven und subjektiven Erscheinungen erst dann nahezu ganz behoben, als auch diese Patientin auf meine Empfehlung hin die Hormo-Ichtoterpan-Pillen einzunehmen begonnen hatte. Damit scheint in diesen beiden Fällen von uratischer Diathese, die mit ihrer ungewöhnlichen Lokalisation der Gelenksaffektionen die Ärzte so viele Jahre irregeführt hatte, das Hormo-Ichtoterpan als einziges Mittel eine befriedigende und anhaltende Wirkung herbeigeführt zu haben.

Wenn man die vorzügliche Darstellung des Krankheitsbildes der uratischen Diathese, wie sie uns R. Schmidt (Med. Klinik 1938, 48 u. 49) gegeben hat, liest, dann weitet sich der Blick für dieses krankhafte Geschehen, mit dem sich nach meinen jüngsten Erfahrungen auch jeder Frauenarzt vertraut machen soll. Denn faßt man nach Schmidt den Begriff „uratische Diathese“ im Sinne früherer Ärztegenerationen möglichst weit, dann ist die Gicht keine äußerst seltene, sondern im Gegenteil eine sehr häufige Erkrankung. „Würden wir uns nämlich darauf beschränken“, so hebt Schmidt hervor, „nur solche Fälle als Gicht bzw. uratische Diathese anzusprechen, bei welchen sich in akuter Weise entzündliche Prozesse im Metakarpophalangealgelenk der großen Zehe einstellen, der Harnsäurespiegel beträchtlich erhöht ist, Harnsäureablagerungen im Sinne von Tophi am Ohre oder an anderen Stellen sich nachweisen lassen, dann werden wir rasch zur Erkenntnis gelangen, daß Gicht bzw. uratische Diathese eine enorm seltene Erkrankung ist, und wir hätten dann für sehr viele klinisch sich sehr markant manifestierende Krankheitszustände, die mit der

„Großzehngicht“ in engem Zusammenhang stehen und Äquivalente darstellen, überhaupt keine Bezeichnung.“ So kann zum Beispiel nach den Erfahrungen der Klinik Professor Schmidt ein erhöhter Blutharnsäurespiegel für die Diagnose der uratischen Diathese natürlich ein wichtiges Symptom sein; doch spricht ein negativer Befund und ganz besonders ein einmalig erhobener negativer Befund durchaus nicht gegen die Diagnose einer uratischen Diathese. Alle diese wertvollen Erfahrungen eines großen Klinikers finden in den beiden von mir beobachteten seltenen Ausdrucksformen der uratischen Diathese ihre volle Bestätigung.

Was nun die Pathogenese der uratischen Diathese anbelangt, so hat Schmidt seine höchst beachtenswerte Anschauung darüber wie folgend niedergelegt: „Da sowohl für die diabetischen Erkrankungen als auch für gewisse Formen der Adipositas endokrine Störungen vollkommen sicher festgestellt sind, halte ich auch für die Gicht die Annahme endokriner Störungen für die naheliegendste und wahrscheinlichste Hypothese, wobei ich vor allem an das dienzephal-hypophysäre System, andererseits aber auch an Schilddrüsenstörungen, und zwar mehr nach der Minusseite, also in der Myxödemrichtung orientiert, denken möchte.“ Diese Ansicht von einer endokrinen Störung als Ursache der Gicht erscheint mir gestützt einmal durch die Tatsache, daß in den beiden von mir beobachteten Fällen die gichtischen Anfälle eine bestimmte zeitliche Beziehung zur Menstruation aufweisen, und ferner noch viel mehr durch die sehr interessante Erscheinung, daß bei beiden Frauen im Verlaufe von drei Schwangerschaften alle Symptome der vor- und nachher qualvollen Gicht restlos verschwanden. Diese Beobachtungen über das Verhalten der uratischen Diathese in der Gravidität könnten die weitere Erforschung dieses Leidens richtunggebend beeinflussen und dazu beitragen, die bisher wenig befriedigende Therapie der Gicht wirkungsvoller zu gestalten.

(*Anschrift des Verf.: Prag II, Beethovenstr. 39*)

Parametritis posterior

Von Prof. Dr. Ed. Martin, Wuppertal

Die nachfolgende Veröffentlichung soll den Nachweis erbringen, daß es nicht berechtigt ist, den von unseren Vorfahren geprägten Krankheitsbegriff „Parametritis posterior“ mehr oder weniger fallenzulassen und ihn, wie es zur Zeit den Anschein hat, nach dem Vorgange von Martius (Verh. dtsh. Ges. Gynäk. 25. Vers., Arch. Gynäk. Bd. 166) durch „Parametropathia“ zu ersetzen. Für eine Reihe von Fällen ist an der entzündlichen Erkrankung der hinteren Strahlenbündel des Beckenbindegewebes mit deren Folgezuständen festzuhalten. Hier besteht die Endsilbe itis zu Recht.

Beim Studium des Schrifttums, soweit es mir zugänglich war, fällt auf, daß mikroskopische Untersuchungen über die histologische Beschaffenheit der hinteren Strahlenbündel, der sog. Ligg. sacro-uterina (Ligg. s.-u.) nur ver-