

müssen schon in seiner Persönlichkeit gegeben sein. Diese sind in erster Linie Menschenkenntnis, die Kunst, Menschen zu behandeln, und die intuitive Fähigkeit des einfühlenden Verstehens in unsere Mitmenschen. Methodisch ausgebauten Hilfen einer Psychotherapie müssen der besonderen Persönlichkeit des Arztes angepaßt sein, und darüber hinaus muß der Arzt es verstehen, den Anforderungen entsprechend, die die Persönlichkeit des Pat. an ihn stellt, zu individualisieren. Das Schwören auf ein starres Dogma widerspricht den primitivsten Grundlagen, die wir von jeder Psychotherapie fordern müssen. Als Voraussetzung bei dem Pat. müssen wir Vertrauen fordern, das teils an die Persönlichkeit des Arztes gebunden ist, teils verstärkt wird aus dem zu ihm gehörigen autoritativen Hintergrund. Erst mit dem Ausbau methodischer Psychotherapie begannen die Gefahren, die solche Methoden immer in der Hand des Unerfahrenen und Unausgebildeten haben werden. Gerade die Tatsache, daß diese psychotherapeutischen Methoden von Persönlichkeiten geschaffen wurden, die mit besonderen intuitiven Fähigkeiten ausgestattet waren, denen insbesondere die Kunst, auf seelischem Wege zu heilen, gegeben war, zeigt uns, daß diese großen Psychotherapeuten ihre Methodik im Laufe ihrer praktischen Arbeit gewannen, nicht aber als Produkt erlernter Dogmen. Das große Anwendungsgebiet der Psychotherapie des Arztes schlechtweg ist das Leidenserlebnis des Kranken. Die Korrektur und Beeinflussung seiner Stellungnahme zur Krankheit erfordert individuelle Behandlung, an diese Aufgabe können wir nicht mit dogmatischen Methoden herangehen. Bei zu weit gesteckten Zielen besteht für den Nichtfachmann nicht nur die Gefahr des Übersehens einer in sein Gebiet fallenden organischen Erkrankung, sondern die ebenso große Gefahr des Verkennens des psychischen Zustandes, des Übersehens einer beginnenden psychischen Erkrankung oder doch solcher psychopathologischer Störungen, die eine besondere Behandlung durch den Fachmann erfordern.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Göttingen.

Direktor: Prof. Dr. K. Reifferscheid.

Ein Fall von Uterusperforation mit schwerer Verletzung und nachfolgender ausgedehnter Resektion des Dünndarms¹.

Von

Dr. P. Schugt.

Wenn bei der Ausräumung des Uterus mittels Curette oder gar Abortzange eine Perforation übersehen wird, so sind häufig schwere Nebenverletzungen der Bauchorgane die Folge, ganz besonders wenn mit der Abortzange gearbeitet wurde. Mit ihr kann man fassen und ziehen, und sie ist schuld daran, daß, wie Bumm gesagt hat, die schwersten Perforationsverletzungen durch Ärzte gesetzt werden. Die spitzen Instrumente der Abtreiber sind in dieser Hinsicht viel ungefährlicher.

Der im folgenden mitgeteilte Fall von ungewöhnlich schwerer Perforationsverletzung verdient deshalb besonderes Interesse, weil fast der ganze Dünndarm

¹ Demonstration in der Göttinger Med. Gesellschaft vom 20. XI. 1924.

reseziert werden mußte und damit — bedauerlicherweise — sozusagen ein seltenes, insbesondere für die Physiologie der Verdauung bemerkenswertes Experiment gemacht werden mußte.

Ein auswärtiger Arzt schickte der Göttinger Frauenklinik die 30jährige Pat. mit der Mitteilung zu, daß er den Uterus wegen Abortes habe ausräumen wollen. Er habe im Krankenhaus in Narkose unter den üblichen Vorsichtsmaßregeln mit Hegarstiften dilatiert, wobei die Blutung gering gewesen sei. Nach Gebrauch der Curette und Abortzange »sei der Darm vorgefallen«. Er reponierte den Darm und überwies die Frau der Klinik. Hier kam die Pat. in leidlichem Allgemeinzustand an und wurde sofort operiert (Prof. Dietrich, 30. III. 1924). Bei der Laparatomie fand sich im Bauch wenig flüssiges Blut (kulturell konnte später darin Coli nachgewiesen werden). Der Dünndarm war kollabiert, und bei näherer Besichtigung zeigte sich, daß er vom Jejunum abwärts bis zur Ileocaecalklappe in $5\frac{1}{2}$ m Länge vollkommen vom Mesenterium abgerissen war. Er wies ferner drei für eine dicke Sonde durchgängige Öffnungen auf; am unteren Abschnitt des Ileum fehlte in $\frac{1}{2}$ m Länge der Serosaüberzug vollkommen. Zurzeit keine Blutung aus dem Mesenterium. Das ganze Darmstück wurde reseziert und der Jejunumstumpf ins Colon ascendens Seite-zu-Seite eingepflanzt.

Es zeigte sich weiter, daß das Corpus uteri intakt war und offenbar noch das Ei enthielt, daß aber die Cervix links vom äußeren bis zum inneren Muttermund aufgerissen war. Die federkiel dicke, unverletzte Art. uterina verlief am vorderen Rißbrande und war unverletzt. Da es sich um eine komplizierte Verletzung handelte und das Parametrium breit eröffnet war, wurde der Uterus exstirpiert. Die Bauchhöhle wurde primär geschlossen.

Der weitere Verlauf war durch eine Pneumonie und Cystitis kompliziert. Die Pat. konnte aber nach 6 Wochen in leidlichem Allgemeinzustand entlassen werden.

Damit war nun die Frau zwar zunächst mit dem Leben davongekommen; aber es fragte sich: wie wird es ihr weiterhin gehen, wie wird sich ihre Verdauung gestalten?

Sie erhielt nach der Operation zunächst gemischte breiige Kost. Die ersten 3 Wochen bestand starker Durchfall, dann wurde der Stuhl fester und regelmäßiger. Nach 6 Wochen hatte sie in 14 Tagen 2 Pfund abgenommen. Zu Hause konnte sie sich gut ernähren, nahm auch Nährpräparate, Plasmon und Tropon. Sie bekam aber angeblich wieder häufige Durchfälle, insbesondere mußte sie nach jeder Nahrungsaufnahme oder noch während der Mahlzeit zur Stuhlentleerung gehen. Außerdem klagte sie über Schmerzen im Oberbauch nach dem Essen und Blähungsbeschwerden. Dabei stellte sich ein stark gesteigerter Appetit, ja sogar Heißhunger ein, unter dem sie sehr zu leiden hatte.

4 Monate nach der Operation konnten wir die Frau kurze Zeit nochmals zur Beobachtung in die Klinik aufnehmen. Sie hatte inzwischen 3 Pfund zugenommen. Während der Beobachtung hatte sie nur 2—3mal täglich breiigen Stuhlgang. Der Heißhunger bestand noch, und sie nahm häufig kleine Nahrungsmengen zu sich. Außerdem hatte sie noch ab und zu Schmerzen im Oberbauch.

Von Wichtigkeit und Interesse war eine Prüfung der Magen-Darmfunktion. Der Magen zeigte eine geringe Subazidität. Bei der Röntgenuntersuchung passierte der Kontrastbrei in 7 Stunden bis zur Ampulle. Nach der Schmidt'schen Probekost war der Stuhl breiig, homogen, ohne grobe Nahrungsreste. Mikroskopisch fand sich sehr viel Fett, wenig Muskelstückchen, keine Stärke. Am stärksten litt also die Fettverdauung, weniger die Eiweißverdauung, gar nicht die Kohlehydratverdauung. Das gleiche Verhalten der Verdauung wurde in allen anderen

daraufhin untersuchten Fällen von ausgedehnter Dünndarmresektion festgestellt. Solche Pat. müssen also wenig Fett, reichlich Eiweiß und Kohlehydrate in der Kost erhalten. Da durch den Ausfall des Dünndarms der Abbau der Peptone und Polypeptide zu Aminosäuren eine stärkere Einbuße erleiden mußte, so gaben wir mit der Nahrung das aminosäurehaltige Nährpräparat Kalodal (Heyden) zu.

Am 26. I. 1925 stellte sich die Frau uns zum letzten Male vor. Sie war in überraschender Weise dicker geworden und hatte 5½ Pfund an Gewicht zugenommen. Sie klagte in der Hauptsache noch über Blähungsbeschwerden nach Genuß von Kartoffeln und Gemüse und über allgemeine Schwäche.

Es fragt sich nun, welche Erfahrungen man bisher über die Bedeutung ausgedehnter Dünndarmresektionen für den Organismus hat. Es sind ungefähr 52 Fälle von ausgedehnten Dünndarmresektionen veröffentlicht, und sie lehren mit wenigen Ausnahmen, daß der Verlust von höchstens 3 m oder ungefähr der Hälfte des Dünndarms auf die Dauer vertragen wird. Der Vergleich der zahlreichen Fälle untereinander wird dadurch erschwert, daß die Länge des resezierten Darmstücks vielfach in absoluten Zahlen angegeben wird. Es kommt jedoch nicht auf die absolute, sondern auf die relative Darmlänge an. Denn der Dünndarm ist bei verschiedenen Menschen ganz verschieden lang, je nach Körpergröße, Alter, Lebensweise, Rasse u. a. Die verschiedenen anatomischen Lehrbücher geben daher die Länge des Dünndarms ganz verschieden mit 2–10 m an, und Messungen an Lebenden bei der Operation haben ergeben, daß der Dünndarm bei einem Menschen doppelt so lang wie beim anderen sein kann. Es kommt daher offenbar weniger darauf an, wie lang der entfernte, sondern vielmehr darauf, wie lang der zurückbleibende Darmteil ist.

Von den Extremen abgesehen ist das Verhältnis zwischen Darmlänge und Körpergröße einigermaßen fest, und dieses gibt einen zwar nicht völlig sicheren, aber ungefähren Anhaltspunkt für die Abschätzung der Länge des Darmes. Insbesondere gibt Beneke an, daß auf je 100 cm Körperlänge 387,5 cm Dünndarm ohne Duodenum zu rechnen sei. Wir mußten wegen Zeitersparnis auf eine direkte Messung des ganzen Dünndarms in unserem Fall verzichten. Berechnen wir nach dem von Beneke angegebenen Verhältnis die Länge des gesamten Dünndarms bei unserer Pat., so ergaben sich etwa 5,80 m. Demnach hätte die Frau ungefähr 95% ihres Dünndarms verloren.

Die Prognose ist aber nicht nur von dem Umfang der Darmverstümmelung abhängig, sondern auch noch von dem Geschlecht, dem Alter, dem Kräftezustand und von der richtigen Ernährung der Pat. Keineswegs kann man als Regel hinstellen, daß höchstens die Hälfte des Dünndarms entfernt werden darf, ohne daß dadurch stets die Fortdauer des Lebens unmöglich werde. Das lehrt unsere Pat., deren Operationstag sich bald jährt, ferner das Beispiel eines 52jährigen Mannes, dem Dörffler wegen eines Volvulus 5,60 m oder 96% des Dünndarms resezierten mußte und der sich nach 6½ Jahren ganz wohl befand. Auch ein 18jähriges Mädchen, dem 5,30 m seines Dünndarms bei einem Abtreibungsversuch vom Mesenterium abgerissen worden waren und von Fiedler reseziert werden mußten, ist nach über 2½ Jahren völlig gesund und hat sogar 20 Pfund an Gewicht zugenommen, obwohl sie als Arbeiterin nicht in den günstigsten Verhältnissen lebt. (Briefliche Mitteilung des Operateurs vom 9. IX. 1924.)

Immerhin hat man Veranlassung, in jedem Falle solcher ausgedehnter Dünndarmresektion mit der Prognose für die Dauer vorsichtig zu sein. Denn eine Beobachtung aus der Literatur zeigt, daß noch nach Jahren schwere Verdauungsstörungen auftreten können. Eine 61jährige Frau, der 5,40 m oder 79% ihres

Dünndarms reseziert werden mußten, befand sich 1 Jahr lang ganz wohl, dann setzten unstillbare Durchfälle ein, die nur durch die Darmresektion zu erklären waren (Fall Denk-Brenner), und nach 2½ Jahren starb die Frau an Marasmus. Wir werden daher unsere Pat. weiter in Beobachtung behalten müssen.

Literatur:

- 1) Albu, Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1909. Nr. 9; Berliner klin. Wochenschr. 1901. Nr. 50.
- 2) Delkerkamp, Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. CXV. Hft. 1.
- 3) Denk-Brenner, Wiener klin. Wochenschr. 1907. Nr. 52.
- 4) Denk, Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1911. Nr. 22.
- 5) Doerfler, Zentralblatt f. Chir. 1923.
- 6) Fiedler, Zentralblatt f. Gyn. 1923. Nr. 4.
- 7) Flechtenmacher, Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1916. Nr. 3.
- 8) Flint, Zentralblatt f. Chir. 1912. Nr. 37.
- 9) Landois-Rosemann, Lehrbuch d. Physiologie d. Menschen. 14. Aufl.
- 10) Lieblein, Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. XXIII. Hft. 1.
- 11) Lotheisen, Zentralblatt f. Chir. 1923. Nr. 6.
- 12) Müller, Zentralblatt f. Gyn. 1917. Nr. 13.
- 13) Richter, Zentralblatt f. Gyn. 1917. Nr. 2.
- 14) Schmidt, Klinik der Darmkrankheiten.
- 15) Soyesima, Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1911. Bd. CXII.
- 16) Wildegans, Deutsche med. Wochenschr. 1923. Nr. 42. (Literatur über Uterus-perforation).

Aus der Pathol.-anat. Abteil. des Rudolf Virchow-Krankenhauses Berlin (Dr. Christeller) und der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg a. L. (Prof. Zangemeister).

Über die Normalmaße des mit Weichteilen ausgekleideten weiblichen Beckens.

Von

Dr. Ludwig Litten,

Volontärassistent am Pathol. Institut d. Rud. Virchow-Krankenhauses, Berlin.

Das Bedürfnis nach grundlegenden Untersuchungen über die Maße des mit Weichteilen ausgekleideten normalen weiblichen Beckens ist neuerdings aufgetaucht, nachdem Zangemeister¹ darauf hingewiesen hat, daß die für die praktische Geburtshilfe so überaus wichtigen Ausmaße des weiblichen Beckens und ihre Beziehungen zueinander nur relativ unsicher bekannt sind. Es beruht dies darauf, daß unsere Kenntnisse zum Teil auf Messungen an der Lebenden beruhen, welche naturgemäß mit einer gewissen Ungenauigkeit behaftet sind, zum Teil auf Messungen am skelettierten Becken, wie sie uns von den Anatomen übermittelt worden sind. Es muß immerhin als recht auffällig bezeichnet werden, daß das geburtshilflich wichtigste aller Beckenmaße, die Conj. vera des Beckeneingangs, in den meisten geburtshilflichen Lehr- und Handbüchern insofern unrichtig angegeben ist, als dieses Maß an der Lebenden, d. h. an dem mit Weichteilen ausgekleideten Becken, um etwa 6 mm kleiner ist, als gewöhnlich angenommen wird (11 cm), obwohl bereits Goenner² das richtige Maß ermittelt und veröffentlicht hat. Wenn aber feststeht, daß die Conj. vera normalerweise im Mittel nur

¹ Zentralblatt f. Gyn. 1922. S. 1395.

² Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XLIV. S. 310.