

Gallensteinerkrankungen, Magen- oder Duodenalgeschwüren. Mit Operationen beweglicher Nieren solle man sehr zurückhaltend sein.

Herr Semon:

Herr Winter unterscheidet bei der Wanderniere zwischen der anatomischen Abnormität und dem klinischen Krankheitsbild; erstere sei sehr häufig, letzteres sehr selten. Als spezifische Symptome der Wanderniere betrachtet er nur ziehende Schmerzen in der Nierengegend, namentlich beim Arbeiten, Hochlangen, Seitenlagerung und gelegentlich auftretende, lebhaft Schmerz anfälle mit starker Druckempfindlichkeit der Niere, welche bei starker Dislokation derselben wohl auf plötzlicher venöser Stauung durch Abknickung der Venen beruhen. Für die Retention der Niere erscheint ihm die Glénardsche Binde geeigneter, als die Ostertagsche.

2. Herr Hammerschlag (Königsberg i. Pr.): **Indikationen und Methoden der Sterilitätsbehandlung.** Nach einleitender Erklärung definierender Begriffe wird die Einteilung der Sterilität nach Schenk gegeben. In den weiteren Ausführungen werden alle diejenigen Zustände beiseite gelassen, welche naturgemäß Sterilität erzeugen müssen, wie Mißbildung und Unterbildung der Genitalien, schwere Veränderungen von Tuben und Ovarien. Nach physiologischen Vorbemerkungen wird dann die Lehre von der Stenose des äußeren und inneren Muttermundes behandelt, weiter die Bedeutung der Lageveränderungen des Uterus und der Einfluß des nervösen Apparates. Bei dem letztgenannten Punkt wird die Libido sexualis besonders betont. Die Einteilung der Dyspareunie nach Maßmann wird hier gegeben. Der Vaginismus sei entweder als primäre Neurose (Hysterie) oder als erworbene Neurose reflektorischer Natur aufzufassen. Bei der Besprechung der Therapie wird vor allem auf die Wichtigkeit der Spermauntersuchung hingewiesen. Die verschiedenen Operationsverfahren der Dilatation und Diszision der Cervix werden erörtert; in der Königsberger Universitäts-Frauenklinik wird das Verfahren nach Chrobak angewandt. Bei geringer Ausdehnung der Vagina wird Tamponade derselben empfohlen, bei mangelhafter Bildung des Uterus der konstante Strom und Massage. Die Therapie der nervösen Formen der Sterilität sei eine allgemeine, eventuell unter Zuhilfenahme von Hypnose und Suggestion. Die operative Behandlung des Vaginismus wird besprochen und schließlich die Methode und Anwendung der künstlichen Befruchtung erwähnt.

Diskussion: Herr Pincus (**Ueber Azoospermie**): Pincus knüpft an bezügliche Bemerkungen im Referate Hammerschlags an und bespricht, unter Berücksichtigung der Literatur und besonders an der Hand eigener Beobachtungen:

a) Die Wichtigkeit und Unerläßlichkeit der Spermauntersuchung zur Klarstellung des Anteils beider Geschlechter an der Sterilität in der Ehe;

b) Die ethische Seite der Angelegenheit, indem er die Frage stellt, ob man das Ergebnis der Untersuchung dem Manne oder beiden Ehegatten mitteilen solle.

ad a) weist er darauf hin, daß trotz der grundlegenden Untersuchungen Kehrsers und Fürbringers und trotz der zuverlässigen anatomischen Untersuchungen von Simmonds nicht nur eine verhängnisvolle Differenz in den Anschauungen fortbestehe, sondern auch im Verfolge dieser Anschauungen vielfach in der Praxis gefehlt werde. Kehrer fand in etwa 30% seiner Fälle die Azoospermie als alleinige Ursache der Sterilität, und Fürbringer fand unter 600 Männern steriler Frauen 83,3% Azoospermie, resp. erhebliche Oligospermie. Pincus fand in seiner Privatpraxis unter 483 Fällen von Sterilität in der Ehe 58mal (= 12,8%) Azoospermie — in 19 dieser Fälle waren die Frauen wegen der „Sterilität“ bereits mehrfach behandelt worden —, 37mal (= 8,2%) dauernde Oligospermie, 13mal (fast 3%) Nekrospermie — letztere sämtlich mit Lues in der Anamnese. Er erklärt seine günstigeren Zahlen durch das notorisch seltener Vorkommen von Epididymitis in der Privatpraxis — nach Neißer etwa 10% gegenüber 39% der Klinik. Nachdem Pincus eingehend die Kautelen der Spermauntersuchung besprochen, weist er darauf hin, daß die anamnestischen Angaben der Männer über Einseitigkeit der Epididymitis nur mit Vorsicht zu verwerten seien, da schon geringe, klinisch kaum bemerkbare, entzündliche Vorgänge im Samenstrange zur Sterilität genügen. Deshalb erklärt er auch die Betastung der Testikel und die zuweilen geübte, direkte Untersuchung der Testikel auf Spermatozoen mittels Pravazscher Spritze für wertlos; entscheidend sei nur die mikroskopische Untersuchung der Ejakulationsflüssigkeit. Sie sei nicht nur absolut notwendig, sondern ihre Unterlassung vermöge im konkreten Falle bei einseitiger Behandlung der Frau auch eine Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung zu begründen.

ad b) tritt Pincus auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, also nicht bloß theoretischer Erwägungen, dafür ein, daß man im Falle unheilbarer Azoospermie mit Vorsicht und Taktgefühl beide Ehegatten über die Sachlage aufklären müsse und begründet seine

Stellungnahme näher. Im besonderen weist er darauf hin, daß die Aufklärung stets nur dann erfolgen dürfe, wenn man die Individualität beider Ehegatten kennen gelernt habe. Deshalb solle die Aufklärung Aufgabe des Arztes sein, welcher die wahre Sachlage zuerst ergründet hat. Und aus diesem Grunde müsse derselbe sich durchaus die Beobachtung sichern. Ist einseitig (vom Manne) das Berufsgeheimnis gefordert worden, so müsse man zur Verhütung ehelicher Tragödien auch dem Manne einen Hoffnungsstrahl lassen.

Herr Rosinski berichtet über drei Beobachtungen von mechanischer Behinderung der Cohabitation; in zwei von diesen Fällen wurde mit Erfolg der Hymen exstirpiert.

Herr Ginzberg bespricht einen den Rosinskischen Beobachtungen analogen Fall, sowie einen Fall von Azoospermie aus seiner Praxis. Im letzteren Fall war vor Klarlegung des wahren Sachverhaltes die Frau mehrfach wegen der Sterilität behandelt worden.

Herr Winter sucht bei der Diagnose und Behandlung der Sterilität zunächst die männliche Sterilität durch die Spermauntersuchung auszuschließen. Das Sperma soll unmittelbar post coitum im Gummicondom dem Arzt zur sofortigen mikroskopischen Untersuchung überbracht werden. Winter fand in ungefähr 33% seiner Fälle Azoospermie. Eine Behandlung des Weibes, wenn der Mann nicht vorher als gesund befunden worden ist, erklärt er nur ganz ausnahmsweise aus besonderen Gründen für zulässig. Nach Erledigung der Diagnose bezüglich des Mannes untersucht Winter systematisch, wenn nötig in Narkose, bei der Frau jeden Teil der Geschlechtsorgane. Er bespricht dann diejenigen Fälle von Vaginismus, bei welchen trotz normaler Weite und fehlender Empfindlichkeit des Introitus vaginae die Immissio penis unmöglich ist wegen jedesmaliger, bei Annäherung desselben entstehender, reflektorischer Krämpfe des Constrictor cunni und Levator ani. In einem solchen Fall, welcher mehrfach von anderer Seite vergeblich behandelt war, hat er den Ehemann, welcher Arzt war, veranlaßt, seiner Gattin jedesmal vor dem Coitus eine Morphiuminjektion zu machen; das Resultat war normale Cohabitation und bald darauf eintretende Gravidität. Ferner erörtert Winter noch die Konzeptionserschwerung durch seitliche Verschiebung des Uterus infolge von retrahierender Parametritis; er hat in solchen Fällen nach Dehnung des verkürzten Parametrium nicht selten Konzeption eintreten sehen. Das häufigste Hindernis für die Konzeption, namentlich bei der polnisch-jüdischen Rasse, fand er in einer ausgebildeten Stenose des Os externum. Schließlich bespricht Winter noch die bei der Diagnose der Sterilität in Betracht kommenden nervösen Störungen; er empfiehlt hier eine geeignete Allgemeinbehandlung, auch Badekuren, besonders in Franzensbad.

Herr Hammerschlag hält es im Gegensatz zu Pincus nicht für wünschenswert, bei Azoospermie beide Ehegatten voll aufzuklären; er will der Frau gar nichts mitteilen, dem Mann aber jedenfalls einen Hoffnungsschimmer lassen. Die Folge der Aufklärung beider Teile werde zu leicht die Zerstörung der Familie, beim Mann bisweilen auch ein Suicidium sein. Ginzberg gegenüber bemerkt er, daß ohne voraufgehende Spermauntersuchung die Frau nur dann behandelt werden dürfe, wenn bei ihr eine für die Sterilität in Betracht kommende Veränderung vorliegt und der Mann nicht erreichbar sei.

3. Herr Rosinski (Königsberg i. Pr.): **Ueber die Schwierigkeit der Schwangerschaftsdiagnose bei fibromatösem Uterus.** An der Hand eines durch Operation gewonnenen Präparates und unter Mitteilung einiger weiterer Fälle bespricht Rosinski die Schwierigkeiten der Schwangerschaftsdiagnose bei gleichzeitig vorhandenem Myom; Fehldiagnosen kämen besonders dann leicht vor, wenn die Amenorrhoe fehlt. Unter den anamnestischen Angaben erscheinen ihm in solchen Fällen zwei Symptome von besonderer Bedeutung: plötzliche Zunahme des Leibesumfangs und beträchtliche, sich steigernde Schmerzen im Becken, vor allem in der Blasengegend, bzw. direkte Blasenbeschwerden.

Diskussion: Herr Winter bestätigt, daß die Schwierigkeiten der Diagnose unübersteigliche sein können. Auflockerung der Portio vaginalis und eines bestimmten Abschnittes im Myomkomplex wiesen auf die Schwangerschaft hin; das sicherste Zeichen sei jedoch schnelle Vergrößerung der Tumoren.

Herr Unterberger hat in den meisten seiner Fälle aus der Weichheit der graviden Corpuswand gegenüber den festeren Myomknoten die Diagnose stellen können; auch ihm fielen die plötzliche Zunahme der Schmerzen bei Eintritt der Gravidität und die frühen Blasenbeschwerden öfters auf.

4. Herr Hammerschlag und Herr Zangemeister (Königsberg i. Pr.): **Cystoskopische Demonstration** a) eines Falles von intraperitonealer Ureterimplantation in die Blase; b) eines Falles von **beiderseitiger Ureterverdoppelung**.

Der erste Fall betraf eine 36jährige Frau, welche bei ihrer siebenten Entbindung infolge von Wendung und Exstruktion durch