

**VORTRÄGE UND
ABHANDLUNGEN
ZUR TOKOLOGIE
UND GYNÄKOLOGIE**

Published @ 2017 Trieste Publishing Pty Ltd

ISBN 9780649778959

Vorträge und Abhandlungen zur Tokologie und Gynäkologie by Dr. Heinrich Lahs

Except for use in any review, the reproduction or utilisation of this work in whole or in part in any form by any electronic, mechanical or other means, now known or hereafter invented, including xerography, photocopying and recording, or in any information storage or retrieval system, is forbidden without the permission of the publisher, Trieste Publishing Pty Ltd, PO Box 1576 Collingwood, Victoria 3066 Australia.

All rights reserved.

Edited by Trieste Publishing Pty Ltd.
Cover @ 2017

This book is sold subject to the condition that it shall not, by way of trade or otherwise, be lent, re-sold, hired out, or otherwise circulated without the publisher's prior consent in any form or binding or cover other than that in which it is published and without a similar condition including this condition being imposed on the subsequent purchaser.

www.triestepublishing.com

DR. HEINRICH LAHS

**VORTRÄGE UND
ABHANDLUNGEN
ZUR TOKOLOGIE
UND GYNÄKOLOGIE**

Inhalt.

1. Acardiacus	1
2. Hydromeningocoe, inversio vesicae urinae	14
3. Hemicephalus, spina bifida, hernia funiculi umbilicalis, degeneratio cystica funiculi umbilicalis	19
4. Die Verbreiterung des mittleren Bezirkes eines Rohres durch Einschaltung von Collateralröhren vermindert die Strömungswiderstände	25
5. Die Wirkung der einfachen Schwankungen auf die Wiederbelebung scheinotdter Neugeborener	34
5. Uterusstricturen und der doppelte Handgriff bei schwierigen Wendungen	47
7. Ein Beitrag zur Lehre vom Einfluss der Geburt auf die Circulationsverhältnisse am Fruchtkörper. (Kritische Bemerkungen zur Abhandlung »die Entstehung der Gelbsucht neugeborener Kinder« von Birch-Hirschfeld)	58
8. Pymont, ein Frauenbad	73
9. Ein kleeblattförmiges Pessar	94

I.

Acardiacus.

(hierzu Tafel I.)

Die mumificirte rothbraune Frucht ist 8,5 cm. lang, 2,5 cm. breit und misst im graden Durchmesser, etwa in der Mitte der Fruchtlänge 3,5 cm. Die vordere Fläche erscheint mehr gestreckt, die Rückenfläche stark convex, und von den Seiten her ist die ganze Frucht abgeplattet.

Der Kopf zeigt sehr unvollkommene Schädelbildung. Am Gesicht sind Nase, Mund und äussere Ohren deutlich erkennbar. Der Hinterkopf setzt sich von der Halswirbelsäule ab, eine deutliche Trennung des Gesichtes aber von der vorderen und seitlichen Fläche des Rumpfes ist nicht vorhanden. Obere Extremitäten fehlen gänzlich, untere Extremitäten ebenfalls, nur springt von der rechten Seite her aus dem Schwanzende ein etwa 1 cm. langer und 2 mm. dicker Extremitätenstumpf hervor, der an seinem Ende in eine etwa 3 mm. lange rechtwinklig abgeknickte Fussbildung übergeht. An der Spitze der letzteren undeutliche Zehentheilung.

Nahe dem unteren Rumpfende an der vorderen Fläche inserirt sich der unterbundene Rest des Nabelstranges stark S förmig gekrümmt. Derselbe lässt deutlich zwei starke, prallgefüllte, schwarzbraune Gefässe erkennen, von denen das grössere 1 cm., das kleinere 6 mm. Durchmesser zeigt.

Bei Entfernung der Haut und anhaftenden Weichtheile, deren Gewebe nicht mehr zu differenziren sind, zeigen sich namentlich auf der Rückenfläche mehrere 1 cm. und darüber im Durchmesser haltende Hohlräume, in welchem 0,5 mm. dicke rothbraune Fibrinplatten frei gelagert gefunden werden.

Nach möglichster Freilegung des Skelettes zeigt sich

1) am Thorax eine *fissura sterni*. Die beiden Brustbeinhälften haben einen Abstand von 1,3 cm., ihre Länge beträgt ungefähr 12 mm. Sämmtliche Rippen sind vorhanden und sind in ihren hinteren seitlichen Theilen verknöchert. An ihrem knorpeligen vordern Theil sind der 3., 4. und 5. Zwischenrippenraum sehr erheblich und in unregelmässiger Form erweitert. Parallel etwa der zweiten Rippe lagern links und rechts Gebilde, die als Anlagen der *Claviculae* zu deuten sein dürften, die dem Brustbein inserirende Hälfte derselben ist verknöchert.

2) Das Becken der Frucht ist nur in seiner rechten Hälfte theilweis gebildet. Man erkennt den verknöcherten Theil des Hüftbeinkörpers, und diesen bogenförmig umfasst von einer Knorpelmasse, welche der Hüftbeinschaukel entspricht. An dem vorderen unteren Theil des Hüftkörpers inserirt ein Knorpel, der 6 mm. breit sich etwa 8 mm. weit nach vorn und abwärts erstreckt, mit diesem verbunden ist ein Knochen von 8 mm. Länge, oben 2 mm., unten 1,5 mm. dick, dem sich der bereits beschriebene Extremitätenstumpf, welcher über die Hautoberfläche hervorragte, ansetzt. Alle diese Theile sind eingebettet in ein festes Bindegewebe, das eine Art Beckenhöhle nach unten begrenzt und namentlich auch die ganze linke Hälfte der Beckenwand bildet.

3) Am Kopf ist die vollkommen verknöcherte *Squama occipitis* in einem Winkel von 60° vornüber geknickt und zeigt eine nach vorn klaffende Längsfissur. Die Schläfenbeine beiderseits sind knorpelig. Stirnbeine und Scheitelbeine fehlen, die beiden Unterkieferhälften stark entwickelt und verknöchert, jedoch vorn unverbunden. Der Raum der Schädelhöhle ist von einem etwa 6 mm. dicken schwartigen Gewebe angefüllt. Nur im vorderen Theil findet sich eine gut erbsengrosse Höhle, die mit atheromatösem Brei angefüllt ist.

3) Die ganze Thorax- und Abdominalhöhle ist mit einem Convolut dicker Gefässschlingen angefüllt, von andern Organen ausser dem rudimentären Herzen ist nichts vorhanden.

Einige bindegewebige Stränge ziehen sich an einzelnen Stellen in geringer Mächtigkeit zwischen den Gefässschlingen hindurch.

Verfolgen wir die Gefässe von dem kleineren Gefäss des Nabelstranges beginnend, so wendet sich dieses, 6 mm. dick, alsbald rechtwinklig gegen die linke Seite der Wirbelsäule etwa in der Höhe des 4. Lendenwirbels, knickt hier rechtwinklig nach oben um, nachdem es einen 2 mm. langen Recessus unten gegen das Becken gebildet hat, und verläuft in schwacher Schlängelung neben der Wirbelsäule nach aufwärts. In diesem Verlauf ist der Durchmesser des Gefässrohrs 7 mm., im oberen Viertel sich auf 5 mm. verjüngend. Vor den oberen Halswirbeln biegt das Gefäss nach vorn und abwärts um, theilt sich hierbei in 2 Aeste, deren rechter 3 mm., der linke 4 mm. Durchmesser hat, und beide Aeste verlaufen vor ihrem Stamm gerade nach abwärts. In der Höhe des oberen Brustbeinendes tritt eine Wiedervereinigung zu einem kurzen Stamm ein, der alsbald in den oberen hinteren Theil der Herzanlage einmündet. Als Herz dürfen wir wohl eine unregelmässige, buchtige Erweiterung des Gefässgebietes bezeichnen, die ihre Lage gerade innerhalb der *fissura sterni* hat. Die hintere Oberfläche dieses unregelmässig würfelförmigen Bezirkes ist gleichmässig convex, die vordere Fläche zeigt sich durch eine ziemlich tiefe Längsfurche in zwei Abschnitte getheilt, von denen der rechte um etwa 3 mm. stärker nach vorn vorspringt als der linke. In der unteren Hälfte der vorderen Wand des rechten Abschnittes findet sich an einer kaum linsengrossen Stelle Kalkablagerung. Von dem linken Abschnitt des Herzens zweigt sich vorn unten links ein 3 mm. dickes Gefäss ab, das sich in schwacher Schlängelung an das linke Schläfenbein begiebt und hier fest inserirt. Im Uebrigen geht der linke Abschnitt des Herzens in ein 1 cm. weites Gefäss über, das, sich allmählich auf 6 mm. verjüngend, quer unter der Herzanlage nach rechts zieht und dann neben der rechten Herzhälfte nach aufwärts steigt bis zum oberen Ende der rechten Brustbeinhälfte. Hier spaltet sich das Gefäss in einen 3 mm. dicken vorderen, und einen 6 mm.

dicken seitlichen Ast, und gleichzeitig mündet hier an der Theilungsstelle von oben her ein etwa 1,5 mm. dickes Gefäss ein. Jene beiden wenden sich in kurzer Biegung nach abwärts. Der schwächere Ast verläuft hinter der rechten Brustbeinhälfte, ziemlich fest mit derselben verwachsen, nach abwärts gegen den Nabelstrang. Der stärkere füllt den ganzen Raum der rechten Thorax- und Abdominalhöhle mit mehrfachen starken Windungen aus. Das Kaliber dieses Gefässes ist dabei zwischen 6—8 mm. schwankend. Mit der letzten Krümmung füllt es die Beckenhöhle vollkommen aus und steigt aus dieser gegen den Nabelstrang, sich auf 5 mm. verjüngend, wieder auf, um sich hier mit dem schwächeren Ast zum gemeinschaftlichen dickeren Gefässstamm des Nabelstranges zu verbinden. Dort, wo die letzte Krümmung in die Beckenhöhle hinab beginnt, etwa in der Mitte der Lendenwirbelsäule zweigt sich aus der hinteren Wand des Gefässes ein kurzer Stamm von 3 mm. Dicke ab, der sich alsbald in einen rechten und linken Zweig theilt, welche beide gegen die Seiten der Lendenwirbelsäule verlaufen und hier fast inseriren, linkerseits, nachdem kurz vor der Insertion eine nochmalige Spaltung in 2 Aeste eingetreten war. Ausser den so beschriebenen Gefässen finden sich nur ganz winzige Abzweigungen, die eine Verbindung mit dem Fruchtkörper herstellen. Die Wandungen sämtlicher Gefässe und des Herzens sind stark verdünnt und zeigen durchgehends gleichen Befund und gleiche Dicke, 0,1—0,2 mm. Der Inhalt der sämtlichen prallgefüllten Gefässe ist geronnenes Blut.

Zum Verständniss des Gefässbefundes im Allgemeinen dürfte zunächst folgendes gelten:

Die Entwicklungsstörung im Gefässsystem datirt offenbar aus einer sehr frühen Zeit. Das mangelhaft entwickelte Gefässsystem mit seinem primitiven Character hat aber die mangelhafte Entwicklung des Fruchtkörpers bis in den 4.—5. Schwangerschaftsmonat ermöglicht. Für dieses Alter der Frucht spricht der Entwicklungsgrad der überhaupt gebildeten Theile.

Nach dem 4.—5. Monat ist darauf die Frucht abgestorben

und allmählich mummificirt. Das Gefässsystem in seinen grösseren Aeften ist aber wegsam geblieben und hat bis zur Geburt eine flüssige Blutsäule umschlossen, so dass nach der Geburt eine Unterbindung des Nabelstranges nöthig befunden wurde. Die Folge der über den Tod der Frucht andauernden Wegsamkeit der Gefässe ist nun gewesen, dass die letzteren eine abnorme Ausdehnung erfuhren. An dieser Ausdehnung betheiligen sich ausser den Hauptstämmen nur wenige zum Fruchtkörper verlaufende Zweige. Die Mehrzahl der sich von den Hauptstämmen abzweigenden Gefässe ist unter zunehmender Ausdehnung der letzteren unwegsam geworden, comprimirt, durch die unausbleibliche Zerrung später vom Hauptstamme getrennt und so allmählich unter der Mumification spurlos geschwunden. So erklärt sich vor allem der Befund am arteriellen Bezirk des Systems, der gar keine Abzweigungen mehr erkennen lässt, und doch müssen solche bestanden haben, so lange die Frucht lebte und wuchs.

Was nun die specielle Deutung des Gefässbefundes betrifft, so scheint mir kurz Folgendes das Richtige zu sein.

Der aus der rechten vorderen Herzhälfte entspringende kurze Gefässstamm ist der truncus arteriosus, der sich alsbald in den Arcus aortae und die Arteria pulmonalis spaltet. Diese beiden vereinigt bilden den nach abwärts verlaufenden Stamm der Aorta, der in die eine, wahrscheinlich linke Arteria umbilicalis übergeht. Der kurze Recessus am Ende der Aorta deutet auf den obliterirten rechten Spaltungsast des Aortenrohrs. — Die im Nabelstrange einfache vena umbilicalis spaltet sich in die schwächere v. umbilicalis dextra und die stärkere sinistra. Das in die letztere einmündende kleinere Gefäss ist die omphalomesenterica mit einem Aste der mesenterica. An der Stelle, wo beide vv. uu. sich wiedervereinigen, mündet von oben als ein schwacher Stamm die jugularis dextra, von der nur ein kurzer Stumpf erhalten ist, ein. Das vom linken Schläfenbein zum linken unteren Theil des Herzens laufende Gefäss ist die jugularis sinistra. Wie weit die unteren Theile der beiden jugulares etwa als ductus Cuvieri anzusprechen sind, bleibt fraglich. —

Der zwischen den Einmündungsstellen der beiden *venae umbilicales* und *jugularis dextra* einerseits und *jugularis sinistra* andererseits gelegene einfache weite Gefäßstamm ist als der diesen sämtlichen venösen Gefäßen gemeinschaftliche Venensinus anzusprechen, welcher bei normaler Entwicklung später in den Bereich des Vorhofes gezogen wird und an unserm Präparat allerdings eine abnorme Verlängerung erfahren hat.

Zur Rechtfertigung vorstehender Deutung bemerke ich, dass mir im Bereich des venösen Systems zunächst die *ven. jugularis sinistra* und *ven. umbilicalis dextra* keinen Zweifel an der Deutung zuzulassen scheinen. Erstere ist in ihrem normalen Verlauf vom Schläfenbein bis zum *ostium venosum* des Herzens zu verfolgen, letztere zeigt einen ebenso normalen Verlauf, indem sie unmittelbar der rechten Brustbeinhälfte inserirt und hinter dieser zum *ostium venosum* des Herzens sich biegt. Zweifelhafter möchte schon die Deutung der *umbilicalis sinistra* erscheinen. Diese zeigt eine abnorme Länge und ist abnorm geschlängelt. Indessen spricht für sie die Abzweigung von der *vena umbilicalis dextra* und ihre Wiedervereinigung mit derselben. Dass sie ihre Lage ebenfalls mehr nach rechts angenommen hat, ist zum Theil wohl ein Effect der starken Ausdehnung der linksgelegenen Aorta, dann aber rückt sie auch normaliter allmählich von links mehr nach rechts hinüber. Ist somit die Deutung der *umbilicalis sinistra* ebenfalls begründet, so scheint mir weiter die Bestimmung der *omphalo mesaraica* und der sich von dieser wieder abzweigenden *mesaraica* sich von selbst zu ergeben. Dass die beiden letzteren zu den Seiten der Lendenwirbelsäule am Stamm des Fruchtskörpers fest inseriren, somit zur Ernährung des unteren Rumpfes verwendet zu sein scheinen, darf bei dem totalen Mangel der *venae cardinales* deshalb wohl nicht befremden, weil in diesem frühen Stadium Anastomosen feinsten Art sicherlich zwischen dem Gebiete der Cardinalvenen und dem der *omphalo mesaraica* bestanden haben, die dann die vollkommene Annectirung des ersteren Bezirkes seitens des letzteren vermittelten. Dass die