

Zl: 4 4 5 3 7-I-1/1937

Wien, am 10. Jänner 1938.

Hochschulassistent Dr. Siegfried TAPFER,  
Habilitation für Geburtshilfe und  
Frauenheilkunde.  
z. Zl: 897/1 M.D. vom 16. XI. 1937.

An

das Dekanat der medizinischen Fakultät der Universität

in

Innsbruck.  
-----

Ich erteile dem Beschlusse des Professorenkollegiums der  
medizinischen Fakultät der Universität in Innsbruck auf Zu-  
lassung des Hochschulassistenten Dr. Siegfried T a p f e r  
als Privatdozenten für Geburtshilfe und Frauenheilkunde an  
der genannten Fakultät die Bestätigung.

./.

Die Beilagen des Berichtes folgen im Anschluss mir Aus-  
nahme des curriculum vitae und des Vorlesungsprogrammes zur  
weiteren Veranlassung mit der Aufforderung zurück, die Perso-  
nalstandestabelle des Dr. Tapfer anher vorzulegen.

Der Bundesminister:

PERNOLD  
Dekanat med. Facultät Innsbruck

Praes. 12. 1. 38 Nr. 897/2

Für die Richtigkeit  
der Ausfertigung;

*J. J. J.*

*O. S. P.*

*Rang*



Innsbruck, am 9. Juni 1937.

An das Professorenkollegium  
der medizinischen Fakultät

in Innsbruck.

Das Gesuch des Dr. Siegfried T a p f e r um Erteilung der venia docendi für das Fach der Gynäkologie und Geburtshilfe, das dem gefertigten Ausschuß in der Sitzung des Professorenkollegiums vom 24. Mai 1937 zur Berichterstattung übertragen wurde, ist den gesetzlichen Anforderungen entsprechend belegt. Aus dem dem Gesuch beigeschlossenen Lebenslauf ergibt sich, daß der am 9. Juli 1900 in Neumarkt geborene Gesuchsteller sein Studium in Innsbruck mit der Promotion zum Dr. universae medicinae am 20. XII. 1924 abschloß.

Dr. Tapfer verfügt über eine ausgezeichnete Vorbildung. Das Jahr 1925 widmete er seiner Ausbildung in pathologischer Anatomie bei Professor Maresch in Wien. 1926 war er an der chirurgischen Klinik des Geheimrats Payr in Leipzig tätig. 1927 begann er seine geburtshilflich-gynäkologische Ausbildung als Hilfsarzt an der Innsbrucker Universitäts-Frauenklinik bei Prof. Eymmer. 1928 und 1929 war er als Assistent an der Landes-Frauenklinik in Erfurt bei Obermedizinalrat Kayser angestellt. Seit 1929 ist er als Assistent an der Innsbrucker



Universitäts-Frauenklinik tätig, wo er seine geburts-  
hilflich-gynäkologische Ausbildung unter Prof. Eymer, Prof.  
Zacherl und mir erwarb. Vom November 1935 bis Mai 1936  
hat er die Universitäts-Frauenklinik in Innsbruck nach  
dem Scheiden Prof. Zacherls stellvertretend geleitet.  
Es kann festgestellt werden, daß Berichterstatter die  
Klinik in vollkommen geordnetem Betrieb und ausgezeichnetem  
Zustand vorgefunden hat. Dr. Tapfers Studentenvorlesungen,  
die er während dieser Zeit abgehalten hat, waren mustergiltig  
in Fassung und Aufbau.

Dr. Tapfer hat sich ein umfangreiches Wissen in der  
Geburtshilfe und Gynäkologie erworben, seine Indikations-  
stellung zu Operationen ist klar, immer sachlich begründet.  
Stets hält er sich streng an die logische Indikationsstellung.  
Dr. Tapfer ist ein vorzüglicher Diagnostiker und ein sehr  
gewandter Operateur. Seine gute Diagnostik, strenge Anzeige-  
stellung, seine ausgezeichnete und vorsichtige Operations-  
technik offenbart sich in den stets guten Operationserfolgen.

Dr. Tapfer hat eine Reihe von klinischen und  
theoretischen Arbeiten veröffentlicht. Seine ersten Unter-  
suchungen (1.) betrafen die Thrombosen und tödlichen Embolien  
an der Innsbrucker Frauenklinik in den Jahren 1919 bis 1929.  
Dabei wurde festgestellt, daß die Thrombosen nach Geburten  
zwar häufiger, tödliche Embolien aber seltener vorkommen als  
bei gynäkologischen Fällen. Eine Zunahme der Thrombosebereit-  
schaft an der Innsbrucker Klinik in der Nachkriegszeit ließ  
sich nicht aufzeigen. Es wurden die verschiedenen Umstände,  
welchen auf die Thrombosebildung ursächlicher Wert zugestanden  
werden muß, untersucht. Nur bei den Infektionen konnte ein  
nicht zu verkennender Zusammenhang mit der Thrombose erkannt  
werden.

Seine zweite Veröffentlichung (2.) ist eine bakterio-  
logische Untersuchung. Dr. Tapfer beschrieb erstmalig einen



Fall von Mastitis durch Infektion der Brustdrüsen mit echten Diphtheriebazillen. Im Zusammenhang mit diesem Fall wird ein Ueberblick über die Diphtherie bei Mutter und Kind in geburtshilflichen Fällen gegeben.

Die dritte Publikation betrifft die Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Morbus Addisonii (3.). Bisher waren im Schrifttum nur vier derartige Fälle durch Leichenöffnungen geklärt und bekannt geworden. Im Zusammenhang damit wird die Wahl der Behandlungsmethoden besprochen und die Aussichten für Mutter und Kind werden erörtert.

Umfangreiche zusammen mit Haslhofer durchgeführte Versuche über hormonale Weiterstellung des Beckens (4.) brachten als Ergebnis eine Vertiefung unserer Kenntnis über die Vorgänge, die sich am Becken des Meerschweinchens während der Schwangerschaft abspielen und die zur Weiterstellung führen. Wichtig erscheint in dieser, sich über 2 Jahre erstreckenden und durch reiche Vergleichsreihen gegen Fehldeutungen gesicherte Untersuchung die Beweisführung für die hormonale Natur dieser Vorgänge, die auf einer spezifischen Wirkung des Follikelhormons beruht. Diese Versuche haben auch praktische Bedeutung: denn sie gewähren Einblick, wieso es bei spontanen und operativen Entbindungen zur Zerreißung der Beckengelenke kommen kann.

In der fünften Schrift, die zusammen mit Just veröffentlicht ist, wird ein kapilläres Hämangiom des Beckenbindegewebes (5.) (das im Cavum recti gelegen war) zum erstenmal beschrieben.

Eine weitere mit Dr. Dittrich herausgegebene Darlegung befaßt sich mit der Spondylolisthesis (6.). Als Ursache für das Wirbelgleiten wird teils ein angeborener Spalt in der Interarticularportion des 4. oder 5. Lendenwirbels, teils ein erworbener Spalt als chronische Umbauzone angegeben. Sowohl mikroskopische wie röntgenologische Bilder



wiesen mehr darauf hin, daß es sich um Strukturveränderungen im Knochenbau handelt, die durch tägliche Arbeitsleistungen unter falschen funktionell mechanischen Bedingungen entstehen. Das spondylolisthetische Becken verrät sich schon bei der äusseren Untersuchung dadurch, daß der Unterschied zwischen dem Abstand der Darmbeinkämme und dem der Rollhöcker auffallend klein ist. Während der Schwangerschaft ist die Gefahr des Wirbelgleitens bei der Spondylolyse oder bei noch nicht abgeheilter Spondylolisthesis größer als im nichtschwangeren Zustand. Eine Behandlung mit Stützlieder wird daher notwendig.

Eine siebente Veröffentlichung betrifft die Nierentätigkeit des Ungeborenen (7.). Durch Tierversuche wird nachgewiesen, daß die Nieren des Ungeborenen zumindest in der letzten Zeit der Schwangerschaft regelmässig tätig sind. Die fetale Blase wird aber nur verhältnismässig selten in die Amnionhöhle entleert. Die mütterliche Niere springt nötigenfalls für die kindliche ein und diese kann jene unterstützen.

Die nächste mit Prof. Zacherl gemeinsam erschienene Arbeit behandelt die Hormontherapie in der Gynäkologie und ihre Grundlagen (8.). Nach einem allgemeinen Ueberblick über das Zusammenspiel der inkretorischen Drüsen wird auf die gynäkologischen Krankheitsbilder, die für die Hormontherapie in Betracht kommen und auf deren Behandlungsmöglichkeiten näher eingegangen.

Ein Bericht über die Zangenentbindung an der Toten mit lebendem Kind (9.) betrifft die Frage der Entbindungsverfahren an der sterbenden und toten Frau. Bisher waren nur vier Zangenentbindungen an der Toten bekannt. Bloß zwei Veröffentlichungen stammen aus Universitätskliniken. Den vielen 100 Kaiserschnittoperationen stehen diese wenigen Entbindungen per vias naturales gegenüber. Die innere Untersuchung muß auch bei der Toten über das anzuwendende



Entbindungsverfahren entscheiden. Die Indikationsstellung wird erörtert und auf die juristischen Fragen hingewiesen, die bei Operationen an Sterbenden und Toten von Wichtigkeit sind.

Die Habilitationsschrift behandelt den hormonalen Einfluß der Frucht auf die Geburt(10.) An der Tatsache, daß bei den Säugern nach Ablauf einer bestimmten Tragzeit aus dem Fruchthalter ein "Fruchtbeweger" wird, sind besonders zwei Fragen beachtenswert. Erstens welche Umstände bewirken es, daß die Schwangerschaftsdauer zeitlich so fixiert ist, daß mit einiger Sicherheit ihr Ende im Vorhinein errechnet werden kann und zweitens welche Kräfte leiten nach Ablauf der Tragzeit die Geburt ein. Zweck vorliegender Arbeit war, die Art der Kräfte ausfindig zu machen, welche die Geburt einleiten. Sind erst einmal diese Kräfte bekannt, dann wirft diese Erkenntnis auch einiges Licht auf die erste Frage.

Die Anregung zur Arbeit gab folgende klinische Erfahrung: Gar nicht so selten wäre mehrere Tage vor dem zu erwartenden Geburtstermin die Einleitung der Geburt erwünscht. Nach welchen von den angegebenen Behandlungsvorschriften, aber auch in verschiedener Reihenfolge und Menge, wehenanregende Mittel verabreicht werden mögen, es gelingt um so weniger die Geburt ohne operativen Eingriff einzuleiten, je weiter die Schwangerschaft vom normalen Geburtstermine entfernt ist. Die Gebärmutter behält während der Schwangerschaft ihren Inhalt unvergleichlich länger als irgendein anderer Hohlmuskel, der aus glatter Muskulatur besteht. Ja die Gebärmutter trägt nicht bloß die Frucht, sondern verteidigt sie auch noch gegen Eingriffe, die sie ihr zu entreißen trachten. Dieser Erfahrung steht folgende gegenüber: Stirbt die Frucht während der Schwangerschaft ab, so kommt die Geburt gewöhnlich in nicht allzu langer Zeit von selbst in Gang. Die Spontanausstossung einer toten Frucht ist die



Regel. Aus diesen klinischen Beobachtungen entstand die Arbeitshypothese, die Frucht könnte die Quelle von Hemmstoffen sein. Es wurde untersucht, ob es möglich ist, durch fetales Serum dem Uterus eines nichtschwangeren Tieres Einflüsse zu übermitteln, welche ihn gegenüber Hypophysenhinterlappenhormon weniger empfindlich machen als es der unbehandelte ist. Es stellte sich heraus, daß fetales Serum tatsächlich imstande ist, die Tätigkeit des Uterus zu hemmen. Im Laufe dieser Untersuchungen zeigte es sich aber auch, daß eine Gebärmutter während des Oestrus, also während des Follikel einflusses am schwersten zu hemmen ist. Die früheren Versuche Dr. Tapfers hatten ergeben, daß während der Schwangerschaft das Follikalin, das ja das spezifische Hormon für die Weiterstellung des Beckens ist, in steigender Wirksamkeit vorhanden ist. Die Geburt wird demnach durch ein Kräftespiel zwischen hemmenden und fördernden Einflüssen ausgelöst. Die Frucht ist die Quelle von Hemmstoffen, welche die Schwangerschaft schützen, aber auch während der Geburt dafür sorgen, daß die Wehen nicht Formen annehmen, die das Leben der Frucht bedrohen könnten. Während der Schwangerschaft mehren sich allmählich auch Stoffe, welche die Gebärmuttertätigkeit fördern. Ein derartiger Stoff ist das Follikelhormon. Gebärmutterwachstum, Beckenerweiterung durch besondere Wachstumsvorgänge sind anatomische Erfolge dieses Hormons und auf dem Höhepunkt dieser Erscheinungen setzt die Geburt als funktionelle Leistungsausserung ein.

Die Arbeiten Dr. Tapfers befassen sich also mit den verschiedensten Teilgebieten der Geburtshilfe und Gynäkologie. Es sind aber auch die Grenzwissenschaften: pathologische Anatomie, experimentelle Pathologie, Bakteriologie, Hormonlehre, welche zu der Geburtshilfe und Gynäkologie vielfach in Beziehung stehen, in seine



wissenschaftlichen Untersuchungen einbezogen.

Zusammenfassend erachtet der Ausschuß die Habilitationsschrift und die anderen wissenschaftlichen Arbeiten als gediegene Grundlage, Dr. Tapfer die *venia docendi* für das Fach der Geburtshilfe und Gynäkologie übertragen zu können. Der Ausschuß hat die Ueberzeugung, daß Dr. Tapfer die *venia docendi* zu Nutzen der wissenschaftlichen Forschung und des Unterrichtsbetriebes der Fakultät auszuüben befähigt ist und beantragt daher, den Bewerber "zu dem weiteren Habilitationsverfahren" zuzulassen.