

ziert, als Resultat derselben sieht man, „wie die schwersten Symptome der Krankheit mit Blitzesschnelle vergehen“.

Aus den ähnlichen Erfahrungen meiner Abteilung führe ich folgende Fälle an:

Kind 2½ Monate alt. W. Vitja. 20. 9. 33 erkrankt. Erbrechen, häufiger, flüssiger Stuhl, trockene Zunge, Entwässerung. Eingefallene Augen. Apathie. Gewichtsverlust an einem Tage — 20,0. Toxikose. 21. 9. Zustand verschlechtert. Gewichtsverlust 80,0. 22. 9. Gewichtsverlust 140,0, derselbe nimmt zu bis zum 30. 9. Am 30. 9. wurde das schwerkranke Kind vom Otiater untersucht (Dr. O. W. Aschkenasi): Leichte Hyperämie des rechten Trommelfells, Radiärgefäße injiziert. Parazentese: Eiter. Am folgenden Tage beträgt der Gewichtsverlust 30,0. 2. 10. Kind ist, was den Allgemeinzustand betrifft, nicht wiederzuerkennen. Alle Anzeichen der Toxikose sind vergangen. Das Gewicht + 20,0. Im weiteren regelmäßige Zunahme des Gewichtes. Genesung. Aus dem rechten Ohr Eiter.

Kind 5 Monate alt. F. Augustine. Gewicht 4370. 27. 10. 33. Temperatur 39,0. Erbrechen, flüssiger Stuhl. Gewichtsabnahme um 130,0. 28. 10. Temperatur 38,0. Erscheinungen der Intoxikation dauern fort; Gewichtsabnahme an einem Tage 170,0. Weiter Verschlechterung des Allgemeinbefindens. 30. 10. Temperatur 38,5. Leichte Rötung und Vorwölbung beider Trommelfelle. Beiderseitige Parazentese. Eiter aus beiden Ohren. 31. 10. Temperatur 37,0. Alle Zeichen der Intoxikation verschwanden. Das Gewicht nimmt andauernd zu und am 15. 11. beträgt die Zunahme bereits 250,0. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Eiterung dauert noch an.

Ich beschränke mich auf die Beschreibung dieser zwei kurzen Auszüge aus der Anzahl ähnlicher Krankengeschichten. Könnte man sich diese rasche Heilung der Intoxikation erklären, wenn man annehmen müßte, daß das Ohr der Ort einer sekundären Infektion oder die lokale Aeußerung einer allgemeinen Infektion sei? Nur durch die Liquidierung des Hauptherdes der Intoxikation — der Urquelle — kann man sich das völlige Verschwinden aller Erscheinungen der Intoxikation und die schnelle Wiederherstellung des Allgemeinzustandes erklären. Und wir erhalten, indem wir dem Eiter aus dem Ohr Abfluß verschafften, indem wir parazentesierten oder bei Befallensein des Warzenfortsatzes diesen aufmeißelten, unverzüglich den gewünschten Effekt. Somit bestätigt die klinische Erfahrung des Praktikers die theoretische Voraussetzung.

Zweifellos ist somit, daß die eitrige Entzündung des Mittelohres der Säuglinge in einer ganzen Reihe von Fällen die Erscheinungen einer allgemeinen Intoxikation hervorrufen kann, welche durch Unschädlichmachung der ursächlichen Erkrankung vorübergeht.

Es lassen sich natürlich sekundäre Ohraffektionen in schweren Intoxikationsfällen, die entweder auf hämatogenem Wege oder durch direkte Ausbreitung der Infektion von dem Nasenrachen entstanden sind, bei bedeutender Schwächung des gesamten Organismus, nicht leugnen. Jedoch auch in diesen Fällen ist ein rechtzeitiges Erkennen und eine richtige Behandlung der Otitis von zweifelloser Bedeutung.

Daher ist es von äußerster Wichtigkeit, bei allen fieberhaften Erkrankungen des Säuglings, wenn die Ursache der Temperaturerhöhung nicht mit völliger Sicherheit festgestellt werden kann, insbesondere bei Darmerkrankungen und speziell, wenn diejenigen Ohrsymptome, von denen wir bereits sprachen, vorliegen, zu rechter Zeit eine genaue otoskopische Untersuchung vorzunehmen.

Es ist äußerst wichtig, so scheint es, daß die Technik der

Otoskopie von jedem Kinderarzt beherrscht werde. Eine Ansicht, die nicht von mir zuerst vertreten wird.

Eine rechtzeitige Otoskopie gibt uns, falls eine Ohraffektion vorhanden ist, die nötigen Hinweise und der daraufhin erfolgende sofortige Eingriff ergibt ein befriedigendes Resultat.

Anders werden sich die Resultate darstellen, wenn die Allgemeinerscheinungen in ihrer Entwicklung den Kulminationspunkt erreichen werden. Hierher gehören auch die Streitigkeiten über den Nutzen oder die Nutzlosigkeit der Parazentese.

Die Parazentese ist in berufener Hand kein schwerer Eingriff und, wie die Erfahrung lehrt, keiner, der irgendwelche nachteiligen Folgen zeitigt. Es ist besser, in unklaren Fällen die Parazentese lediglich zu diagnostischem Zweck auszuführen, worauf Krassnig besteht, als den Kranken mit einem Eiterherd im Ohr sich selbst zu überlassen, bis schließlich der wohlthätige kleine Eingriff zu spät kommt und sich dann als ungenügend erweist.

Welche Schlüsse hätten wir also zu ziehen?

1. Otitiden des Säuglingsalters sind eine häufige Erkrankung.
2. Diese Art Otitiden bleiben vielfach undiagnostiziert.
3. Bei jeder fieberhaften Erkrankung des Säuglings, wenn die Ursache der Temperaturerhöhung nicht mit voller Sicherheit festgestellt werden kann, sollte es Regel sein, die Ohren des Kindes zu untersuchen.
4. Bei allen Darmerkrankungen, die nicht auf Nährschäden beruhen, ist die Otoskopie obligatorisch.
5. Man muß als feststehend ansehen, daß ein Zusammenhang zwischen den Darmintoxikationen nicht alimentären Charakters und den Eitererkrankungen des Mittelohrs besteht, wobei in der Mehrzahl der kombinierten Fälle die Affektionen des Ohres als Ausgangspunkt der Infektion anzusehen ist.
6. Es ist zu wünschen, daß jeder Pädiater die Technik der Otoskopie beherrscht.

#### Schrifttum:

1. Schilow K. N.: Zur Bedeutung des konstitutionellen Momentes der Ohrerkrankungen im Kindesalter. *Klin. Detskich Bolesty* 1927, S. 143. — 2. G. Claus: *Z. Hals- usw. Heilk.*, Bd. 26, S. 143. — 3. Schengelidze: *Arch. Kinderheilk.* 1891. — 4. Eitelberg: Ein Beitrag zur Bougierung der Ohrtrompete. *Z. Ohrenheilk.*, Bd. XIII, S. 132. — 5. Alexander: Die Ohrerkrankheiten im Kindesalter. — 6. Friedenberg: *Blaus Ber.*, Bd. 10, S. 149. — 7. Preysing: Otitis media der Säuglinge, 1904. — 8. Weiß: *Aetiolog. u. Path. der Otitis media i. Säuglingsalter*, 1900. — 9. Gomperz: *Path. u. Ther. d. Mittelohrentzündungen i. Säuglingsalter*, 1906. — 10. Wreden: *Otitis media neonatorum*, *Mschr. Ohrenheilk.*, 1868. — 11. Kossel: Ueber die Mittelohrentzündungen der Säuglinge. — 12. Tröltzsch: *Handb. d. Kinderheilk.*, von Gerhard. — 13. Ponfick: *Berl. klin. Wschr.* 1897, 38—39. — 14. Gruber: *Mschr. Ohrenheilk.* 1868, VI. — 15. Gomperz: *Mschr. Ohrenheilk.* 1894, V. — 16. Gomperz: *Zbl. Ther.* 1894, V. — 17. Gomperz: *Mschr. Ohrenheilk.* 1897. — 18. Steiner: *Otitis media d. Säuglinge u. ihre Folgen*, *Prager med. Wschr.* 1898. — 19. Göppert: Die Ohrerkrankungen des Kindes, 1914. — 20. Finkelstein: *Lehrb. d. Säuglingskrankh.*, 1905. — 21. Finkelstein: *Diagnostik u. Symptome d. Otit. med. im Säuglingsalter*, *Dtsch. Praxis*, 1898. — 22. Hartmann: *Einwirkung der Otitis media d. Säuglinge a. d. Verdauungsapparat*, *Z. Ohrenheilk.*, Bd. 34. — 23. Floyd: *Maseet Mastoidit, simulating „Alimentary Intoxication“*, *Amer. Arch. of Otolaryng.*, 1925. — 24. Lyman: *Mastoiditis a cause of Gastrointestinal Disturbances in Infants*. — 25. Mariott: *Observation concerning the Nature of Nutritional Disturbances*. — 26. Helwig u. Dixon: *Amer. Arch. of Otolaryng.*, 1930. — 27. Wischart: *J. amer. med. Assoc.*, Vol. 95, Nr. 15, 1930. — 28. Maybaum: *Amer. Arch. of Otolaryng.*, 1932. — 29. Oreviceanu, Herovici et Grauberg: *Bull. Soc. Pédiatr. Paris*, 1932. — 30. Kypdamota M. D.: *Zur Frage der Aetiologie der toxischen Dyspepsien*, *Shurn. po isutscheni. rannewo detsk. wosr.* 1930. — 31. Stenger: *Die akute Mittelohrentzündung*, *Handb. Denker u. Kahler*. — 32. Krassnig: *Die Säuglingsotitis und ihre Komplikationen*, *Arch. Ohrenheilk.*, Bd. 130, H. 4.

## Für die Praxis.

### Der Abortus.

Von Geh.-Rat Dr. Dörfler, Weißenburg i. B.

Eine med. Zeitschrift für den Praktiker muß sich leider heute noch mehr als vor 5 Jahren mit dem Abortus befassen. Der Abortus ist als ein Zeichen unserer vorgeschrittenen Entartung eine so allfällige Krank-

heit im ärztlichen Praxisleben geworden, daß jeder Arzt jederzeit mit demselben beschäftigt werden kann und wissen soll, wie er sich bei dessen verschiedenen Verlaufsarten verhalten soll. Wenn einmal wieder eine Zeit kommen sollte, in

der wir von einem sichtbaren Abnehmen oder gar Verschwinden dieser Verfallserscheinung reden dürften, so könnte dies meines Erachtens nur dann der Fall sein, wenn unsere neue, prächtige, kräftig zupackende Reichsregierung sich an die Ausrottung gerade dieses, allen Bestrebungen des Volkswiederaufbaues hohnsprechenden Volksübels mit aller Kraft heranmachen würde. Zweifellos wird dies auch jetzt schon von den leitenden Persönlichkeiten unserer Reichsleitung mit allem Ernst erwogen und ich hoffe sehr, daß hier mit drakonischer Strenge vorgegangen wird. Ich sehe in dem Umstande, daß heute schon in manchen Städten die Zahl der Abgänge die der rechtzeitigen Geburten überwiegt den Beweis, daß in der Tat das vergangene, eben hinter uns liegende Zeitalter bis in sein Innerstes krank war, und daß nur durch eine vollständige geistige Umkehr unseres Volkes, in dem es zum wahrhaftigen, gottgebundenen Christentum in seiner Masse zurückfindet und zurückgeführt wird, diese alle Bestrebungen zur Rassenbewegung über den Haufen werfende Volksseuche auszurotten imstande ist. Da aber eine solche geistige Umstellung eine längere Zeitspanne benötigt, die für unser Volksemporkommen viel zu lange ist, können wir nicht der drakonischen Maßnahmen entbehren, von denen ich oben geredet habe. Als Mann des praktischen Lebens bin ich der Ansicht, daß erstens die **Anzeigepflicht** für jeden Arzt, für jedes Krankenhaus und für jede Hebamme, ja für jeden Haushaltungsvorstand gesetzlich eingeführt werden müßte. Wie spielt sich denn heute die ganze Abortussache in Wirklichkeit ab und warum genügen die bisher bestehenden gesetzlichen Vorschriften in keiner Weise zur Eindämmung des Uebels? Eine Frau oder ein Mädchen kommt in unsere Sprechstunde und will Auskunft haben, ob das Ausbleiben der Regel bei ihr eine Schwangerschaft bedeute. Nun — die Sache stimmt! Das eine oder andere Mädchen fragt unter Tränen, ob es „hier kein Mittel“ gäbe. „Nein, hier gibt es kein Mittel.“ Einem so getäuschten Mädchen wird der Arzt mit allem Mitleid und Ernst Trost und Zuversicht zusprechen; kaum sind 2—3 Wochen vergangen, werden wir zur gleichen Kranken gerufen, weil „sie mehr oder weniger stark blute und Leibscherzen habe“. Der Abortus ist im Gang. Ursache allermeist unbekannt. Entweder wird dann in den nächsten Tagen die Frucht mit Plazenta resp. Fruchtsack spontan ausgestoßen und alles ist erledigt oder die Blutung ist so stark, daß sie einen Eingriff des Arztes erfordert. Manuelle Entleerung des Uterus oder Ausschabung des Uterus macht der Sache ein Ende. Alles ist erledigt. Alles schweigt. Die Abortierende, weil sie aus Furcht vor Strafe schweigen muß, die Hebamme, wenn sie zugegen, weil „das ja alle Tage vorkommt“, der Arzt, weil er nicht schwören kann, daß der Abortus durch einen Eingriff von dritter Hand erfolgt ist und weil er schweigen muß. Ich glaube gelesen zu haben, daß im deutschen Reich so alle 5—6 Minuten ein keimendes Leben vernichtet wird. Wie ganz anders würde sich die Lage gestalten, wenn alle die oben aufgeführten Personen gegen hohe Strafe gesetzlich gezwungen wären, in jedem Fall von Abortus Anzeige bei dem Amtsarzt oder sonst einer Behörde zu erstatten. Wenn in jedem Stadtviertel und auf jedem Dorf nur einmal im Jahre ein Gendarm auftauchen und Nachforschungen halten würde, um seiner Behörde Sachdienliches berichten zu können — wie segensreich und aufrüttelnd würde dies wirken. Ich war einmal zu meiner Belehrung 3 Jahre Amtsarzt und habe in meinem Bezirke sofort die Meldepflicht von jedem Todesfall eines Säuglings, der gestorben war, ohne daß ärztlicher Rat eingeholt wurde, eingeführt. Wenn dann bei mangelnder Begründung des Versäumnisses nur einmal ein Gendarm in dem betr. Dorf bei den betr. Leuten erschien, war sofort das ganze Dorf auf den Wert eines neugeborenen Kindes aufmerksam gemacht und für alle Zeiten unter diesem sanften Zwang für eine ordentliche Versorgung der Säuglinge gewonnen. Ich zweifle nicht, daß beim Abortus die segensreiche Wirkung des Eingreifens der Polizeigewalt auch nicht ausbleiben würde. Es gibt keine bessere und nachhaltigere

Christianisierung und Hebung der Kultur bei großen Teilen unseres Volkes, als daß der Staat seinen kräftigen Arm der Kirche gerade auf diesem Gebiete leiht, ja mit ihren Bestrebungen Arm in Arm geht. Weiter — es ist unglaublich, daß auch in einer kleinen Stadt mit übersichtlicher, ja persönlich bekannter Einwohnerzahl und Art die sog. Abtreiber oder Abtreiberinnen jahraus jahrein ihr lichtscheues Handwerk verrichten können, ohne daß der Verbrecher oder die Verbrecherin überhaupt gekannt wird. Sollte es wirklich unmöglich sein, solche Persönlichkeiten bei der Häufigkeit des Vorkommens herauszubringen und der verdienten Strafe zuzuführen? Ich traue unserer Regierung die Kraft und den Willen zu, spielend das fertig zu bringen, worin der Staat bisher gänzlich versagt hat. Dann, meine ich, müßten die Strafen für diese Abtreiber kräftig erhöht und verschärft werden und hohe Zuchthausstrafe in jedem Falle solche Verbrecher treffen. Nun aber genug über diese, meines Erachtens hochwichtige volkspolitische Sache. Ich glaube, daß die Ausrottung der Abortusseuche für den Aufbau unseres Volkstums viel mehr bedeutet als die große und begrüßenswerte Mühe, die auf Hebung unseres Volkstums verwendet wird. Ich glaube, daß die sittliche Hebung des Volkes einen mächtigen Auftrieb erhalten wird, wenn Gottesfurcht unter Führung unseres beispielgebenden Kanzlers wieder die Bedeutung in unserem Volke sich erobert und behält, wie sie als die tiefste und beste Grundlage einer richtigen Gesinnung unserem armen Volke zu gönnen wäre.

Ich mache mir im Folgenden bei Besprechung des Abortus die **Einteilung** zu eigen, wie sie Wagner-Berlin in Kirschners Operationslehre, fünfter Band, in klassischer Form aufgestellt hat. Wir unterscheiden darnach den Abortus imminens, den Abortus im Gang und den inkompletten Abortus. Es ist gut, sich diese Einteilung immer vor Augen zu halten, damit man im einzelnen Fall alle Möglichkeiten vor Augen hat. Von Abortus imminens sprechen wir, wenn wir annehmen zu dürfen glauben, daß das Ei noch lebt und dabei aber plötzlich eine Blutung einsetzt. Man soll sich ja hüten, so lange die Möglichkeit der Erhaltung der Schwangerschaft besteht, operativ einzugreifen. Gar nicht selten bluten die schwangeren Frauen in den ersten Monaten der Schwangerschaft, ohne daß ein Abortus einzutreten braucht. Nach Wagner entsteht die Blutung entweder aus der Decidua parietalis unterhalb des Eies, das damit mit seiner Haftstelle und Lebensmöglichkeit gar nicht in Frage kommt oder dadurch, daß sich einzelne Chorionzotten aus der Decidua basalis, der Haftstelle des Eies, lösen, ohne daß das Gros der Chorionzotten beeinträchtigt wird. Natürlich kann das Ei auch so trotz Blutung weiterwachsen und kann die Schwangerschaft erhalten bleiben. Diesen Abortus imminens, d. h. diese Schwangerschaftsblutung der ersten Monate ohne Unterbrechung der Schwangerschaft, erleben wir natürlich kaum beim artefiziellen Abort oder der Fruchtabtreibung, sondern meist bei verheirateten Frauen die gerne ein Kind haben wollen; hier wird unsere erhaltende Tätigkeit erst recht wertvoll. Wenn keinerlei Wehen verspürt werden und die Untersuchung einen geschlossenen Muttermund und eine dem Schwangerschaftsmonat entsprechende rundliche Konfiguration des Uterus ergibt, so können und müssen wir uns bemühen, die Blutung ohne Abortus vorübergehen zu lassen. Es ist sicher, daß solche Gebärmutterblutungen häufig von selbst zum Stillstand kommen, da sie eben in der Tat keine Abortusblutung sind, sondern nur Blutungen aus einer schwangeren Gebärmutter aus anderen Ursachen.

Daß man bei jeder Gebärmutterblutung in den ersten Monaten der Schwangerschaft auch sofort an eine Extrauterinschwangerschaft denken muß, habe ich in einem Aufsatz über Extrauterin gravidität mit Nachdruck hervorgehoben. Die Möglichkeit dieser Ursache ist es, die es uns auch zur Pflicht macht, in solchen Fällen doch eine vorsichtige, aber sicher aufklärende Untersuchung per vaginam vorzunehmen. Die Behandlung solcher drohender Aborte hat

sich auf Bettruhe für 3—4 Wochen. Verbot des Koitus und fortgesetzte kleine Opiumdosen zu beschränken. Jeder Arzt kennt zahlreichste Fälle von Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft, wo es so gelingt die Blutung zum Verschwinden zu bringen und die Schwangerschaft zu erhalten und alles zum guten Ende zu führen.

Der Abortus im Gang ist allermeist schon durch alarmierendere Symptome dem erfahrenen Arzte kenntlich. Verdächtig ist es schon, wenn es sich um eine Kranke handelt, die einige Wochen vorher zur Orientierung unsere Sprechstunde aufgesucht hat. Wenn der Abortus im Gange ist, fehlen auch Wehen, also Leib- und Kreuzschmerzen selten; gewöhnlich ist auch der Abgang von Blut massiger und bei mehrmonatlicher Gravidität durch Vorausabgang wässriger oder schmutzig-bräunlicher Ausscheidungen angekündigt. Wenn ich das sichere Gefühl habe, daß ein wirklicher Abortus im Gange ist, untersuche ich im Hause der Kranken überhaupt nicht. Hier kann man nur mit größerem Aufwand an Zeit und Sorgfalt eine ungefährliche d. h. aseptische Untersuchung vornehmen; untersucht man unter nicht ganz günstigen Verhältnissen dennoch, so hat man den Vorteil des aseptischen Verlaufes des Abortus aus der Hand gegeben und das eigene Gewissen belastet. Halte ich eine innere Untersuchung durchaus für notwendig, dann untersuche ich per rektum mit behandschuhtem Finger. Ist ein Abortus im Gang, so gibt es nur zwei Möglichkeiten, entweder die Frucht mitsamt dem Ei wird von selbst einzeln oder im ganzen geboren oder die Frucht und ein Teil des Eies resp. der Plazenta wird geboren, das übrige geht nicht ab, sondern gibt Veranlassung zu andauernder Blutung. Im ersteren Falle erübrigt sich jeder Eingriff zum Segen der Kranken, im letzteren Falle muß man zur Entleerung des Uterus entweder auf manuelle Weise oder mit Instrumenten schreiten und den großen aseptischen Apparat aufziehen. Prinzipiell erledige ich aus Bequemlichkeit und aus Gründen der Asepsis den Eingriff im Krankenhaus. Hier bin ich meiner Asepsis, aber auch meiner Erfolge sicher. So sind wir schon beim Abortus incompletus angelangt.

Der nicht vollständige Abort ist die Art des Abgangs, die unseren ärztlichen Beistand am häufigsten erfordert. Es blutet — die Frucht ist angeblich abgegangen. Es befindet sich also, wenn richtig beobachtet das ganze Ei resp. die ganze Plazenta, wenn der Abgang vom Eileiter resp. Plazentateil nicht bemerkt oder mit Blutgerinnsel verwechselt worden ist noch ein Teil derselben im Uterus. Darum blutet es. Es besteht kein Zweifel, daß man in der Klinik bequem zuwarten kann, ob nicht doch noch die ganze oder teilweise Plazenta oder das Ei von selbst abgeht oder nicht. Man ist dort auch bei Zunahme der Blutung jederzeit in der Lage einzugreifen und die Reste und damit die Blutung zu beseitigen. Dieses schonende, zuwartende Verhalten ist in der Praxis nicht zu empfehlen. Wir sind nicht jederzeit in der Lage über die richtige Assistenz zu verfügen und jederzeit ganz aseptische Verhältnisse für den nun notwendig werdenden Eingriff zu garantieren. Selbstverständlich wird der weitab von einem Krankenhaus wohnende Arzt, wenn die Blutung bedrohlich wird, unter allen Umständen den Abort beenden müssen. Dies kann entweder digital oder instrumentell geschehen, digital aber nur dann, wenn der Muttermund für den Finger durchgängig ist so weit, daß der Finger bis zum Fundus uteri emporgeführt und der Uterus über den tastenden Finger herübergedrückt werden kann. Wer die **Ausschabung** nicht beherrscht, tut gut zu sehen, daß er mit dem Finger in die Uterushöhle eingehen und die Nachgeburt entfernen kann. Wer die Kürette nicht beherrscht, beherrscht erst recht nicht die Abortuszange und muß eventuell mit Ausräumung in Narkose mit dem Finger fertig zu werden suchen. Hat er sich mit dem eingeführten, oft krampfhaft von dem Uterus umschlossenen Finger überzeugt, daß er alles entfernt hat — an der Rauigkeit der Plazentastelle muß er sich nicht stoßen — so hat er jedenfalls auf ungefährlichstem Wege den Abort zu gutem Ende

gebracht. Da für mich als Chirurgen jeder operative Eingriff im Privathaus wegen der durch die unvollkommene Umgebung bedingten Schwierigkeiten der Asepsis und Technik ein Horror ist, habe ich mir seit Jahren angewöhnt, einen inkompletten, d. h. operatives Eingreifen meist erfordernden Abortus niemals zu Hause zu untersuchen, sondern in jedem Falle in mein Krankenhaus überzuführen. Tamponade der Scheide ist total verpönt und sollte nur von dem ganz unerfahrenen und hilflosen Arzt, der jeder Technik entbehrt angewandt werden. Wer Tamponade der Scheide anwendet, begibt sich für den möglicherweise jederzeit notwendig werdenden operativen Eingriff des Vorteils der relativen Immunität des Scheidenrohres; besonders wenn der Tampon und sei er auch aus Jodoformgaze, über 24 Stunden liegt ist er ein Brutherd von Bakterien, dessen nachfolgende Auswirkung wir nicht abzuschätzen vermögen. Meines Erachtens soll die Tamponade ganz aus der Behandlung des Abortus verschwinden. Ist nicht untersucht, wie in meinen Fällen und nicht tamponiert, so kann man getrost, besonders in einem gut eingerichteten Krankenhaus, an die operative Beendigung des Abganges herangehen. Für den Arzt, der die Verblutung fürchtet und jeden weiteren Blutverlust auf dem Transport zum Krankenhaus vermeiden zu müssen glaubt und deshalb seine Zuflucht zur Tamponade nimmt, möge die Regel gelten, nur nach vorheriger Reinigung der äußeren Geschlechtsteile im Quedbett oder noch besser auf einem Tisch auf dem Wege der Rinne des hinteren Scheidenspekulums und unter Leitung des Auges den Inhalt einer ganzen Dührssenschen Jodoformgazetamponadenbüchse unter stärkster Anspannung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes zum Zwecke der Kompression der Art. uterina einzupressen. Noch besser gelingt diese Anspannung des Scheidengewölbes durch 5—6 eigroße Wattekugeln, die mit Jodoformgaze umwickelt sind und mit großer Kraft sich gegen das Scheidengewölbe anpressen lassen. Nur erfordern diese Einzeltampons besondere Sorgfalt in der aseptischen Herstellung und Einführung. Wie gesagt, kommt bei mir keine Tamponade in Frage, weil alle Fälle von Abortus, die beendet werden müssen, in das Krankenhaus zur operativen Beendigung eingeliefert werden. Die Aerzte unserer Stadt pflegen überall da, wo wegen Unsauberkeit des Raumes und der Menschen draußen die Operation zu gefährlich ist, ebenso zu handeln.

Ist die Kranke einmal im Krankenhaus eingeliefert, wird der Abortus, der nicht mehr aufzuhalten ist, in jedem Fall sofort und zwar instrumentell erledigt. Kann man das ganze aus der erweiterten Zervix herausschauende Ei fassen, so wird es mit der Winterschen Abortzange leicht und glatt entfernt und damit der Eingriff beendet. Allermeist liegen die Dinge aber so, daß Ei- resp. Plazentateile im Uterus liegen und entfernt werden müssen. Da es dem Geübten immer gelingt mit oder ohne Hegarsche Dilatatorien, die ja allermeist geradezu bis zur genügenden Dicke in die Uterushöhle hineinfallen, die Uterushöhle genügend in einer Sitzung zu erweitern, gebrauche ich niemals die Tamponade der Zervix oder gar einen Laminariastift, der nur für die großen Kliniken paßt. Ich bin noch immer mit den Hegarschen Metaldilatatorien zum Ziele gelangt. Natürlich muß man stets unter der Leitung des Auges und der sterilen, am besten wegen des besseren Gefühls hier ausnahmsweise unbehandschuhten Hand diese Instrumente gebrauchen. Nach Einführen des hinteren und vorderen Scheidenspekulums — Haare sind rasiert, Haut mit Benzin und Jod und die Scheide durch vorherige gründliche Auswaschung mit in Lysoform- oder Sagrotanlösung eingetauchten Wattebäuschen so gut als möglich desinfiziert — faßt eine mehrzinkige solide Uterusfaßzange die vordere Muttermundlippe verlässlich und fest, das vordere Scheidenspekulum wird entfernt und mittels der Uterusfaßzange der Muttermund bis in die Scheidenöffnung herabgezogen. Nun berühren die in den Uterus einzuführenden Instrumente während der ganzen Operation die Scheidenwand nicht oder

kaum. Hegarsche Metalldilatorien werden nun nach vorheriger orientierender Einführung durch Uterussonde nur bis zu der Dicke in die Gebärmutterhöhle eingeführt, daß zu große Gewaltanwendung und so ein Zervixriß sicher vermieden wird. Nun wird durch Küretten, von denen man sich verschiedene Größen vorrätig halten muß, die Uterusinnenfläche so lange zart aber zielsicher bearbeitet, bis keine Spur Eireste oder Fruchtteile mehr vorhanden sind und die knirschende Uterusinnenwand allenthalben hart und polsterlos gefühlt wird. Die Kürette, sei sie scharf oder stumpfrandig, muß mit leichter Hand und immer mit Sorge vor der Perforation gehandhabt werden. Die geübte Hand fühlt auch beim schlaffen Uterus die Wandgrenze deutlich durch; sollte sich die Kürette wirklich einmal ins „Uferlose“ verlieren, so besteht die Gefahr der erfolgten Perforation; dies ist ein Signal, daß man sofort die Kürettage beenden und auch von einer Ausspülung der Uterushöhle absehen soll; wären ja noch Reste der Plazenta zurückgeblieben, so muß man diese zunächst der spontanen Ausstoßung überlassen. Bei normal verlaufener Kürettage spült man mit dem Uteruskatheter die Höhle mit heißem, sterilem Wasser oder schwächster Sargrotanlösung aus bis die oft anfangs nicht unbedeutende Blutung steht oder so unbedeutend ist, daß sie der Kranken nicht schaden kann. Blutet es sehr stark weiter, trotzdem man überzeugt ist, daß alles entfernt ist, schabt man am besten noch — einmal an einer weichen und uneben sich anfühlenden Stelle der Uterusinnenwand nach und ist oft erstaunt, daß noch ein ganzes erkleckliches Stück Plazenta zurückgeblieben und so entfernt ist. Nun steht die Blutung plötzlich ganz. Steht sie nicht so, wie wir es wünschen, so wird man gut tun, in diesem Ausnahmefalle die Uterushöhle für 24 Stunden mit der Uterussonde und unter Leitung des Auges mit Jodoform- oder Vioformgaze auszustopfen. Nun zieht sich der Uterus fester zusammen; nach 24 Stunden wird der Tampon, der zum leichteren Finden bis an den Scheideneingang herabgeführt ist, durch Zug entfernt. Je jünger die Schwangerschaft, um so leichter läßt sich die Uterushöhle von ihrem Blutung verursachenden Inhalt befreien. Wenn es sich um einen Abortus bereits des 3. oder 4. Schwangerschaftsmonats handelt, kann es manchmal sehr stark bluten — das Blut spritzt aus dem Muttermund wie aus einer großen Arterie geradezu heraus — man soll sich dadurch nicht schrecken lassen, ruhig weiter arbeiten bis das Werk getan und nur bei nicht aufgehörender Blutung so stark die Uterushöhle ausstopfen, daß die Gaze wirklich den Uterus zur Zusammenziehung veranlaßt. Ich habe noch niemals bei diesem Verhalten eine Frau an einer Abortusblutung verloren. Diese stärkere Blutung des Abortus im 3. oder gar 4. Monat lehrt uns, daß wir versuchen sollen, nach dieser Zeit womöglich das Ausstoßen der Frucht und der Nachgeburt der Natur zu überlassen und wenn schon doch einmal eingegriffen werden soll, die nun ja leichter auszuführende digitale Ausräumung, die uns ja auch gleich zeigt, ob alles entfernt ist, an Stelle der Kürettage zu setzen.

Ich habe keine Erfahrung über die in der Literatur immer wiederkehrende schwere Verletzung des Uterus durch Kürette etc., bei denen es erlebt wurde, daß der Uterus perforiert und Netz oder Darm plötzlich vor der Scheide erscheinen und beweisen, welch ein großes Unglück dem betr. Arzte nun passiert ist. Ist einmal das Unglück geschehen, so kann nur schleunigste Laparotomie, Darmnaht oder Darmresektion oder Uterusnaht oder Uterustotalexstirpation das Leben retten. Wer mit der Kürette nicht umgehen kann — und das muß gelernt sein — der soll sich freilich, wenn irgend möglich, an die digitale Ausräumung am besten in Aethernarkose halten. Da kann dem gewissenhaften Arzte nichts für ihn Nachteiliges passieren, wenn er sich dabei auch manchmal abmühen muß, bis er die Operation mit der Ueberzeugung beenden kann, daß alles entfernt ist. Zurückgebliebene Abortusreste melden sich sogleich dadurch an, daß die Blutung eben nicht ganz

aufhört und immer wiederkehrt. In solchen Fällen muß eben die Ausschabung nochmals ausgeführt werden.

Wenn man noch so geübt ist im Gebrauch der Kürette, passiert es dem Arzte, der grundsätzlich Laminaria oder erweiternde Vortamponade nicht anwendet, daß er trotz aller Sorgfalt einmal die halbe Plazenta zurückläßt, obwohl nach dem Gefühl der kürettierenden Hand er der festen Ueberzeugung gewesen war, daß der Uterus leer gewesen. Die Kürette muß in diesen Fällen zweifellos immer über die fest-sitzende und sich nicht weich anfühlbare Plazenta oder das Ei hinweggerutscht sein. Ich habe es sogar einmal erlebt, daß der Operateur glaubte, durch die Kürette die blutende Ursache entfernt zu haben, und daß darnach ein gesundes Kind, das aus der Zeit vor der Auskratzung gezeugt war, am richtigen Termin geboren worden ist. Das kann dem Kliniker, der durch Laminaria die Zervix ordentlich erweitert, nicht so leicht passieren. Ein so merkwürdiges Erlebnis ist aber so außerordentlich selten, daß es einem Arzt im Leben wohl nur einmal oder überhaupt nicht vorkommen wird.

Zusammenfassend möchte ich also sagen, daß für den gewöhnlichen Abortus incompletus, bei dem wegen der Blutung eingegriffen werden muß, für den Arzt, der mit der Kürette zu arbeiten versteht, die instrumentelle Reinigung der Uterushöhle das schonendste und immer ausführbare Verfahren darstellt, besonders wenn er den Eingriff in einem wohl eingerichteten Krankenhaus ausführen kann. Dem Ungeübten muß man die digitale Ausräumung dann empfehlen, wenn er leicht oder auch mit einiger Mühe den Finger in die Uterushöhle einführen kann. Gelingt ihm dies nicht, so schiekt er die Kranke am besten zur raschen Erledigung in das nächste, heute ja überall vorhandene, gut eingerichtete Krankenhaus.

In den letzten Jahren wurde viel von den Gynäkologen darüber gestritten, wie man sich bei dem infizierten, also mit Fieber einhergehenden, mehr oder weniger septischen Abort zu verhalten habe. Manche Kliniker treten hier für die zuwartende Behandlung ein. Wir Praktiker dürfen froh sein, daß wir in diesen Fällen keine Kliniker, die ja zu jeder Stunde ihren Entschluß ändern können, sind. Wir müssen rasch und verlässlich dem Zustande ein Ende machen, und zwar in einer Sitzung, da langes Herumwarten draußen zu kostspielig und zu gefährlich ist. Ich empfehle daher jeden septischen Abort sofort durch Ausräumung des Uterus aktiv zu beenden. Auch hier ist die Kürette das richtige Instrument. Es ist richtig, daß nach Ausräumung des septischen Abortus der Ausschabung einmal ein Schüttelfrost mit eintretender ein- oder zweistündiger Temperatursteigerung folgen kann, das schadet meines Erachtens aber nichts. Nach 2mal 24 Stunden kehrt allermeist die Temperatur zur Norm zurück und die ganze Sache ist erledigt. Ich bin immer, bei großer Erfahrung auf diesem Gebiete, mit einem solchen Verhalten gut gefahren.

Aus der Univ.-Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Erlangen. (Stellvertretender Direktor: Privatdozent Dr. H. Richter.)

### Die akute Mittelohreiterung bei Residuen.

Von Helmuth Richter.

Wir lernen den Begriff der „akuten Mittelohreiterung bei Residuen“ und seine große praktische Bedeutung am besten nach Voranstellung einer kurzen Uebersicht der verschiedenen Typen der Mittelohrentzündung bzw. -eiterung verstehen. Wir unterscheiden bekanntlich die Otitis media acuta von der chronischen Mittelohreiterung mit folgenden Untergruppen:

1. akute Mittelohrentzündung (bzw. -eiterung).
  - a) Katarthalsche (= „genuine“) Form. Hierbei entsteht nach spontaner oder künstlicher Perforation (Para-

zentese!) des Trommelfells eine vollständige Restitutio ad integrum (ohne sichtbare Narbenbildung).

b) Akut-nekrotisierende (= „sekundäre“) Form bei oder nach schweren Allgemeinerkrankungen (Scharlach, Diabetes etc.). Sie führt immer zu einer größeren zentral gelegenen Perforation des Trommelfells, und zwar der Pars tensa, manchmal zum Totaldefekt desselben. Die Perforation kann sich bei Verschwinden der akuten Erscheinungen in diesem Falle verschieden verhalten: Entweder sie heilt aus und dann nur durch Bildung einer Narbe oder sie bleibt als trockene zentrale oder totale Durchlöcherung des Trommelfells bestehen. Narbe oder persistierende Perforation bezeichnen wir als Residuen (d. h. Rückstände einer akut-nekrotisierenden Mittelohreiterung).

## 2. Chronische Mittelohreiterung.

Wie W. Brock treffend schrieb (Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 795 u. Nr. 20, S. 838, 1931), ist für ihre Feststellung „nicht die Dauer der Eiterung, sondern die Persistenz einer ihrer Lage, Form und Größe nach sehr variablen Trommelfellperforation“ maßgebend.

a) Otitis med. chron. mit zentraler (oder totaler) Perforation des Trommelfells. Sie ist wohl fast immer auf die unter 1 b genannte akut-nekrotisierende Mittelohreiterung zurückzuführen, wenn wir auch höchst selten diesen Uebergang fortlaufend beobachten können. Sie ist — von ganz vereinzelt Ausnahmen abgesehen — ungefährlich und verursacht keine lebensgefährlichen Komplikationen.

b) Otitis med. chron. mit randständiger Perforation der Pars tensa oder Perforation der Membrana Shrapnelli. Sie ist infolge Bildung des Cholesteatoms, so lange sie nicht behandelt wird, stets eine Gefahr für das Leben ihres Trägers.

Nach dieser absichtlich etwas schematisierten Darstellung der Mittelohreiterungstypen erfassen wir ohne weiteres den Begriff der „akuten Mittelohreiterung bei Residuen“ (a. M. b. R.). Jeder Mensch, der früher einmal oder öfters an einer akuten oder auch an einer chronischen Mittelohreiterung litt, kann erneut an einer akuten Mittelohrentzündung erkranken. Jeder Träger einer harmlosen trockenen zentralen Perforation kann an einer frischen Otitis med. acuta dieses Ohres erkranken. Das ist die akute Mittelohreiterung bei Residuen. Man findet für sie in der ohrenärztlichen Literatur die Bezeichnung „akute Exazerbation einer chronischen Eiterung“ oder „akutes Rezidiv“, weil das betroffene Ohr früher schon einmal erkrankt war. Beide Ausdrücke sind irreführend, denn 1. weiß man nicht, ob eine akut-nekrotisierende oder chronische Eiterung die bleibende Perforation hervorgerufen hat, 2. kann man sich unter dem allein an die Vorgeschichte gebundenen Begriff der „Aufflackerung“ nicht allzu viel vorstellen und 3. handelt es sich ja gar nicht um eine „Aufflackerung“ oder ein „Rezidiv“ der gleichen (früheren) Erkrankung, sondern um eine selbständige, neue, akute Mittelohreiterung.

Wenn man in einem solchen Falle einer a.M.b.R. eine gründliche Anamnese aufnimmt, so erfährt man schon hierbei den akuten Charakter der Ohreiterung (beschränkte Dauer, oft schmerzhafter Beginn, plötzlicher Anfang, zuweilen Fieber, allgemeines Krankheitsgefühl, Pulsieren im Ohr etc.). Tut man das aber nicht oder ist man durch Indolenz oder Hinfälligkeit des Kranken daran gehindert, so kann der Kranke sehr leicht einem verhängnisvollen Irrtume zum Opfer fallen. Dann besteht nämlich die Gefahr, daß der untersuchende Arzt diese Mittelohreiterung mit einer chronischen Mittelohreiterung mit zentraler Perforation verwechselt! Da wir nun wissen, daß eine chronische Mittelohreiterung

mit zentraler Perforation harmlos ist (s. die Uebersicht), so beurteilt der Untersucher bei mangelhafter Anamnese oftmals auch die a.M.b.R. als eine gefahrlose Erkrankung, bei der der Zeitfaktor keine Rolle spielt. Diese Erfahrungstatsache hat mich veranlaßt, im Interesse unserer kranken Volksgenossen eindringlich auf die Notwendigkeit hinzuweisen, durch sorgfältige Anamnese, lokale und Allgemeinuntersuchung die Zahl der Verwechslungen einer a.M.b.R. mit der harmlosen chronischen Mittelohreiterung mit zentraler Perforation zunehmend zu verringern. Ich könnte eine große Anzahl von Beobachtungen anführen, die beweisen, daß selbst mancher Fachkollege die a.M.b.R. verkennt.

Während die chronische Mittelohreiterung mit zentraler Perforation tatsächlich fast immer — auch unbehandelt — ohne ernststen Schaden für den Kranken besteht, ist die a.M.b.R. genauso zu beurteilen wie jede genuine akute Otitis media. Sie bedarf dauernder Beobachtung, denn auch sie kann — sei es unter Vermittlung eines Empyems oder ohne solches — zu schwersten, das Leben gefährdenden Komplikationen führen. Hier möchte ich auf die wertvolle Arbeit W. Bocks über die Entstehung der Komplikationen bei der akuten Mittelohrentzündung (Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 795, 1931) verweisen.

Die Bedeutung des Gesagten wird sich noch besser einprägen, wenn ich darauf hinweise, daß sich z. B. unter den in den Jahren 1929—1934 von uns behandelten 20 Kranken mit otogenem Hirnabszeß 4 Menschen befanden, bei denen diese lebensgefährliche Komplikation im Verlauf einer a.M.b.R. (zentrale Perforation) entstanden war. Davon starben 3 Kranke an der von dem Abszeß ausgegangenen Meningitis, weil sie unter Verkenntung der Sachlage zu spät zur Operation kamen. Aus der Vorgeschichte des einen geheilten Kranken können wir die Tragik des weiter oben dargestellten Irrtumes geradezu ablesen. Deshalb sei sie in Kürze berichtet:

Johann M., 33 J. alt. 6 Wochen vor Klinikaufnahme Ohrschmerzen r. 2 Wochen später Ohrenschmerzen und Klopfen r. Fachärztliche Untersuchung. 5 Tage vor der Aufnahme Ohreiterung r. Wußte angeblich nichts von früherer Erkrankung. Aufnahme am 13. 8. 1929: Im r. Gehörgang geruchloser Eiter (hämol. Streptok.). Senkung der oberen Gehörgangswand. R. Trommelfell verdickt, rot mit großer nierenförmiger zentraler Perforation. Warzenteil leicht druckempfindlich. Temp. 38 Grad. Gehör vorhanden. Kopfschmerzen r. — Bei der Operation fand ich zwei Empyeme. Das eine im Bereich des Tegmens hatte zu einer extraduralen Eiterung der mittleren Schädelgrube geführt, als deren Folge eine Fistel der pachymeningitisch veränderten Dura mater und angrenzend ein großer Schläfenlappenabszeß (hämol. Streptok.) gefunden wurde. — Am 10. 12. 1929 wurde der Kranke mit erhaltenem Gehör geheilt entlassen. Er versieht auch jetzt noch seinen Dienst als Bahnbeamter.

Die große, zweifellos ganz alte, zentrale Perforation des r. Trommelfelles hatte auch in diesem Falle dazu geführt, daß der akute Charakter der Eiterung übersehen wurde, trotzdem er aus der Anamnese dieser stark gekürzten Krankengeschichte ohne weiteres hervorgeht. Das Beispiel zeigt uns ferner, daß der Verlauf vollkommen dem einer gewöhnlichen genuinen akuten Mittelohreiterung entspricht, die bekanntlich im allgemeinen bei längerer Dauer als 3—4 Wochen immer den Verdacht auf Empyembildung und damit drohende Gefahr erwecken muß.

Die Beachtung der beschriebenen grundlegenden Wesensverschiedenheit zwischen der „akuten Mittelohreiterung bei Residuen“ und der fast immer harmlosen chronischen Otitis media mit zentraler Perforation kann zweifellos manches Unglück verhüten. Dementsprechend hat mich die praktische Erfahrung veranlaßt, im Interesse unserer kranken Mitmenschen erneut und eindringlich auf diese bedeutungsvollen Unterschiede hinzuweisen.