

No. 13), welcher bei Gonorrhoe als Ursache von weitgehenden Störungen im Uterus und in den Adnexorganen zur äußersten Vorsicht in der Anwendung radikaler Operationen mahnt und, wenn bei akuter fieberhafter Reaktion und hohem Leukocytenbefund operiert wird, die einfache Entleerung des Eiters von der Scheide aus mit Drainage als das günstigste Verfahren empfiehlt. Mit dieser Methode hat Seligmann die besten Resultate gehabt, nicht bloß bei Fällen gonorrhöischen, sondern auch puerperalen Ursprungs.

Daß auch Martin sich jetzt zu so konservativen Anschauungen bekenne, käme wohl daher, daß die Folgeerscheinungen der Operation nicht immer so gut seien, wie man wohl anzunehmen scheine. Andererseits sei man mit der Ansicht, die Kolpotomie solle überhaupt nicht gemacht werden, zu weit gegangen. Verwunderlich seien die großen Unterschiede in der Anzahl von operierten Fällen bei Operateuren, die hier in Hamburg ungefähr das gleiche Material hätten. Seligmann möchte daher fragen, wie viel entzündliche Adnextumoren die Herren überhaupt in der fraglichen Zeit behandelt hätten. Bei entzündlichen Adnextumoren müsse man sich vor allem fragen, ob nicht konservative Behandlung zum Ziele führet. Ist ein chirurgischer Eingriff nötig, so kommt zweitens Eiterentleerung nach unten und Drainage in Betracht. Ist Exstirpation der Eitergeschwülste notwendig, so sei die Prüfung der Frage wichtig, ob die Entfernung von unten ohne Gefahr schwerer Komplikationen gemacht werden könne. Bei älteren, größeren Geschwülsten, eventl. mit Verwachsungen mit Därmen etc., sei die Laparotomie die Operation der Wahl, die wegen der Uebersichtlichkeit dann auch die weniger gefährliche Operation als die Kolpotomie sei.

Herr Kümmell glaubt, daß die Erfahrung und technische Schulung des Einzelnen maßgebend bleiben wird für die Wahl der Operation, ob Unterleibsgeschwülste durch Eröffnung der Bauchdecken oder auf vaginalem Wege zu beseitigen sind. Wenn auch Herr Grube durch seine Ausführungen gezeigt habe, daß auf vaginalem Wege manches zu erreichen sei, und dies von verschiedenen Kollegen bestätigt sei, so schienen doch die meisten darin übereinzustimmen, daß die Indikation zum vaginalen Eingriff eine immerhin beschränkte sei. Als die vaginale Laparotomie empfohlen wurde, habe Kümmell eine Anzahl derartiger Operationen ausgeführt und sich allerdings überzeugt, wie relativ leicht die Entfernung kleiner Tumoren gelingt, andererseits aber den Eindruck erhalten, daß dieses Operationsverfahren niemals den Ueberblick und das sichere, allen Verhältnissen und Zufällen gewachsene Handeln gewährleiste wie die freie Eröffnung der Bauchhöhle. Bei einer durch Uebung erlangten guten Technik fielen die vom Vortragenden geschilderten, der Methode anhaftenden Mängel zum größten Teil fort und würden durch die unbestrittenen Vorteile jedenfalls wesentlich übertriffen. Das Gebiet der Laparotomie sei mehr und mehr erweitert, z. B. auf schwere Fälle von carcinomatösem Uterus, auf die Exstirpation des Rectumcarcinoms, welches früher durch eingreifende Voroperation am Knochen entfernt sei. Bei letzterer Erkrankung habe sich die Operation zu einer typischen mit weiterer Indikation gestaltet, indem durch Laparotomie das Rectum und Colon gelöst und nach Schluß der Bauchhöhle von unten die Operation mit Erhaltung des Sphincter vollendet werde. Kümmell hat 3160 Laparotomien, im letzten Jahre über 400, ausgeführt: Operationen des Magens 361, des Darms 286, der Leber und Gallenblase 292, der Appendix inkl. Peritonitis 954, tuberculöser Peritonitis 88, verschiedene Laparotomien (Ileus, Probelaparotomie etc.) 421; an den weiblichen Sexualorganen 758, unter diesen: Pyosalpinx 250, Extrauterin gravidität 83, Ovariectomie 340, Myomata uteri 105, Ventrofixatio uteri 53, Uterusexstirpationen 27.

Durch peinliche Asepsie und Anwendung mehrfacher Etagennähte seien die Bauchhernien eine Seltenheit geworden, abgesehen natürlich von den Fällen, wo tamponiert werden mußte. Auch die subjektiven Beschwerden nach der Operation seien entschieden nicht schwerer als diejenigen nach vaginalem Eingriff, wenn nur die Technik richtig ausgebildet und ausgeübt werde. Dazu gehöre eine gute Narkose (bei Scopolamin 0,005, Morphin 0,01 braucht nur wenig Chloroform und Aether gegeben zu werden und Erbrechen gehört zu den Ausnahmen); dazu gehöre ferner schnelles Arbeiten. Der Ueberblick werde wesentlich erleichtert durch Beckenhochlagerung. Bei den 250 von Kümmell ausgeführten Salpingotomien wäre nur in verschwindend kleiner Anzahl die Beschreitung des vaginalen Weges möglich gewesen. Bei den kleinen Tumoren sei konservativ verfahren. Kümmell gibt zu, daß auch bei kleineren Tumoren operativ eingegriffen werden müsse, wenn nicht nur die sozialen Verhältnisse, sondern auch die Patienten selbst drängen. Doch diese Fälle würden immerhin die Ausnahme bilden. Für schwerere Fälle von Extrauterin gravidität mit größerer Blutung sei die Eröffnung der Bauchdecken jedenfalls das schnellste und sicherste Verfahren. Kümmell glaubt, daß der vaginale Weg nur für eine bestimmte und beschränkte Anzahl von Krankheits-

fällen reserviert bleibe und daß er eine technisch gut ausgeführte Laparotomie nicht zu ersetzen vermöge.

Herr Grube betont im Schlußwort nochmals die großen Vorzüge der vaginalen Methode, besonders die geringe Mortalität: 1½%. Die Laparotomiestatistik von Zweifel sei eine ganz vereinzeltete Erscheinung; die von Rose sei durchaus anzuerkennen, aber nur klein. Es gäbe keine Laparotomiestatistik über ein auch nur annähernd so großes Material wie die von A. Martin veröffentlichten 1000 Fälle von vorderer Kolpotomie mit 15 Todesfällen (1½%). Die Mortalitätsziffer von Rieck und Grube sei die gleiche wie die von A. Martin, ihrem verehrten Lehrer, und dürfe darum wohl als konstant betrachtet werden. Es läge Vortragendem durchaus fern, kritiklos jeden Fall der vorderen Kolpotomie zuzuführen, im Gegenteil: es fänden sowohl in erster Linie das konservative Verfahren und weiterhin auch der hintere Scheidenleibschnitt stets in passenden Fällen Verwendung. Für den letzteren seien aber lediglich Ovarialcysten, die tief im kleinen Becken lägen, geeignet. Selbstverständlich werde eine Anzahl von Fällen immer der alten Laparotomie vorbehalten bleiben. Die Indikation, ob von unten oder von oben, sei in Narkose fast immer mit Sicherheit zu stellen. Eine Operationstechnik wie die vordere Kolpotomie, die geringere Mortalität habe als alle anderen, erweitere wesentlich die Operationsindikation und komme somit dem Kranken zugute.

Vortragender geht dann noch näher auf die einzelnen Diskussionsredner ein, indem er besonders die Herren, die über eigene Erfahrungen in der vorderen Kolpotomie nicht verfügen, bittet, dieser vorzüglichen Methode, die einen der größten Fortschritte in der operativen gynäkologischen Technik bedeute, ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden und Versuche in größerem Umfange anzustellen. Sie würden dann schon bekehrt werden; denn das Auffällige an der ganzen Diskussion sei, daß für die vordere Kolpotomie mehr oder minder bedingt alle Redner gesprochen hätten, die diese Operationsmethode auch wirklich auszuüben pflegten, gegen sie nur diejenigen, die praktische Erfahrungen über sie nicht hätten.

## V. Ost- und Westpreußische Gesellschaft für Gynäkologie.

Sitzung am 28. Januar 1905 in Königsberg i. Pr.

Vorsitzender: Herr Winter; Schriftführer: Herr E. Schroeder.

1. Herr Schütze (Königsberg i. Pr.): **Zur Frage des Peritonealverschlusses nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus nebst Bericht über 56 ausgeführte Operationen.** Der Vortragende bespricht die Methoden des Abschlusses des Peritoneums nach vaginaler Totalexstirpation und kommt unter Berücksichtigung der Literatur und seiner eigenen Erfahrungen zu dem Resultat, daß im Prinzip der sofortige Verschluß des Peritoneums mittels Catgutnaht die beste Methode sei. Drainiert wird nur, wenn es zwingende Gründe verlangen (Darmverletzungen, Eiterungen, Blutungen aus gelösten Adhäsionen). Schütze ist seit 1898 Anhänger der Methode des Nahtverschlusses. Er berichtet über 56 von ihm ausgeführte Operationen (43 Carcinome, 13 benigne Erkrankungen des Uterus, meist Myome), darunter vier Todesfälle, gleich 7,14% Mortalität, ein Exitus an Sepsis, einer an Pneumonie, zwei an Lungenembolie. In 66,1% der Fälle fieberfreie Rekonvaleszenz. Zur Narkose wurde v. Billrothsche Mischung verwendet. Als Nahtmaterial diente v. Bergmannsches Catgut. In den meisten Fällen ist der Schuchardtsche Hilfsschnitt ausgeführt worden. Operationsdauer im Mittel 35—45 Minuten. Nachblutungen nie beobachtet. Sekundäroperationen wegen Darmkomplikationen sind nicht notwendig geworden.

2. Herr Puppe (Königsberg i. Pr.): **Ueber kriminellen Abort.** Puppe berichtet über die während seiner gerichtsarztlichen Tätigkeit auf diesem Gebiet von ihm gesammelten Erfahrungen. Seine 28 Fälle teilt er in zwei Gruppen: diejenige der professionellen und diejenige der gelegentlichen Abtreiber. Die letzteren arbeiten nach Puppe wesentlich medikamentös. Die Gruppe der professionellen Abtreiber sei besonders bemerkenswert. Die Öffentlichkeit erfahre von ihren Mitgliedern durch die bekannten Zeitungsinserate, in welchen „Rat und Hilfe in allen Frauenleiden, in diskreten Angelegenheiten“ und dergleichen zugesichert wird. Häufig werden Helfershelfer und Helfershelferinnen in dieser oder jener Weise verwandt, wofür Puppe einige Beispiele anführt. Manche Abtreiber machten gewissermaßen Schule, indem sie andere das Handwerk regelrecht lehrten. Abtreiber und Abtreiberinnen sind, ähnlich wie ein großer Teil der Kurfürscher, vielfach vorbestraft. Die Methoden der professionellen Abtreiber sind im allgemeinen mehr manuelle. Puppe schildert dann, wie von der Kriminalpolizei in Berlin — von dort stammt die größere Zahl seiner Beobachtungen — die Abtreibungen aufgespürt werden; die erste Handhabe bieten die ständigen Annoncen in den Tageszeitungen. Nicht selten wur-

den die Abtreiber infolge des ganz erstaunlichen Mangels von Diskretion von seiten des weiblichen Geschlechts verraten.

Was die Art der Abtreibung anbetrifft, so handelte es sich 16 mal um die Anwendung äußerer Abtreibungsmittel und siebenmal um die Anwendung innerlicher Abortiva; in den restierenden fünf Fällen lagen nur Denunziationen vor, für welche die ärztliche Untersuchung der betreffenden Frauen keine Stütze ergab. Unter den zuerst genannten 16 Fällen handelte es sich zweimal um Eihautstich, bezw. um Anbohrung des Eies durch den Muttermund und 14 mal um Injektion von Flüssigkeiten in die Geschlechtsteile. Der eine Fall von Anbohrung des Eies ereignete sich im Gefängnis: eine Puppe als schwanger bekannte Frau brachte im vierten Monat den Abort durch Einführen von Holzstäben, bezw. einer Korsettstange in den Uterus zustande. Puppe erörtert nebenbei die Frage, ob er in diesem Fall berechtigt oder verpflichtet war, Anzeige zu erstatten; er hielt sich dazu für verpflichtet, da es sich nicht um ein ihm anvertrautes Privatgeheimnis, sondern um eine verbrecherische Handlung, welche ihm kraft seines Amtes als Gefängnisarzt bekannt geworden war, gehandelt habe. In einem der Fälle von Puppe erstattete ein Arzt gegen seine Patientin die Anzeige wegen Frucht-Abtreibung; ein solches Vorgehen sei zweifellos ein unbefugtes. — In dem andern von Puppe beurteilten Fall von Frucht-Abtreibung durch Eihautstich hatte ein professioneller Abtreiber Harnröhrenbougies in den Uterus eingeführt; bemerkenswert ist, daß der Abort erst 14—15 Tage danach eintrat. Unter den vierzehn Fällen von Einspritzung in die Geschlechtsteile findet sich einmal eine höchst geschickte Kombination mit anderen Maßnahmen: eine Masseuse ließ möglichst heiße Vollbäder nehmen, im Bade machte sie heiße Einspritzungen in die Scheide, und an das Bad schloß sich eine intensive „Dickdarmmassage“ an, angeblich wegen Stuhlverstopfung. Die Denunziation erfolgte durch eine Person, welche 18 solche Prozeduren erfolglos durchgemacht hatte; verurteilt wurde nur die Denunziantin; die andern in dem Fall in Betracht kommenden Personen wußten durch geschickte Ausreden Freisprechung zu erzielen. In andern Fällen wurden neben den Einspritzungen in die Geschlechtsteile Bähungen der Genitalien durch heiße Dämpfe, Fußbäder und interne Abortiva, wie Wachholderextrakt, Kamillen, Aufkochung von ungebrannten Kaffeebohnen und dergleichen mehr, verwandt. Die Einspritzungen geschahen mit kaltem oder lauwarmem Wasser, häufig aber auch mit Seifenlösungen. Von den in Anwendung gekommenen Instrumenten demonstriert Puppe eine Kollektion, welche ihm zu diesem Zweck von der Berliner Kriminalpolizei zur Verfügung gestellt ist; es sind größere und kleinere zinnerne Spritzen von dem Typus der alten Klistierspritzen, aber meist mit langen, biegsamen Ansatzröhren, weiter Gummiballons mit über fingerlangem Mundstück. Verwandt wurden ferner auch Irrigatoren, an deren Schlauch wahrscheinlich ein weiblicher Katheter angesetzt wurde. Puppe glaubt, daß die Einspritzungen nur dann von Erfolg begleitet sind, wenn ein Teil der Flüssigkeit durch den Muttermund zwischen Eihaut und Uteruswand gelangt; dieser Annahme entsprechend trat der gewollte Effekt nur dann ein, wenn die Einspritzungen mit Schmerzen verbunden waren. Durch schmerzlose Injektionen wurde in seinem Beobachtungsmaterial die Schwangerschaft nie unterbrochen. Bei den Einspritzungen mußten die Frauen meist eine kauernde oder sitzende Stellung einnehmen; dieser Maßnahme der Abtreiber spricht Puppe eine gewisse Zweckmäßigkeit zu, da auf diese Weise während der Manipulationen der Uterus zweifellos tiefer tritt. Im Gefolge der Injektionen entstand einmal eine langdauernde Sepsis, in zwei Fällen trat der Tod ein. In dem erstgenannten Fall wurde ärztlicherseits ein Riß im Gebärmutterhals festgestellt; der eine Todesfall ereignete sich unmittelbar im Anschluß an eine Einspritzung mittels Gummiballons, wahrscheinlich infolge von Luftembolie. Der zweite Todesfall hatte als Ursache eine schnell verlaufende Sepsis. Puppe führt dann noch aus, daß Abtreiber und Schwangere vor dem Gericht eine ganze Reihe von zum Teil nicht widerlegbaren Einwänden machen, um sich der Strafe zu entziehen, und dadurch in der Tat bisweilen Freisprechung erzielen.

Von internen Abortivmitteln sind Puppe folgende vorgekommen: Aloe, Bleiessig, Zimttropfen, Lebensbaumtee, Sabinattee, Saffranpulver, Kamillen und amerikanische Penny royal pills, welche ein von Hedeoma pulegioides herstammendes ätherisches Öl enthalten. Puppe teilt dann noch einige bei Angeschuldigten gefundene Rezepte von Abtreibern mit. Abort trat nur in einem Falle ein bei einer Frau, welche wahrscheinlich im ganzen etwa 12 g Bleiessig zu sich genommen hatte; aber auch hier sollten nebenbei Einspritzungen in die Geschlechtsteile gemacht sein.

Diskussion: Herr Seydel wundert sich, daß unter den Fällen von Puppe so selten der Tod eingetreten ist. Unter den von ihm als Gerichtsarzt gemachten Beobachtungen sei der Tod relativ häufiger gewesen, was wohl daran liege, daß in seinen Fällen meist septisch infizierte Instrumente zur Anwendung gekommen seien.

In einem Falle führte Einspritzung von Holzessig in die Gebärmutter in fünf Tagen zum Tode. Seydel bespricht noch eine Reihe von inneren Frucht-Abtreibungsmitteln und hebt Bernsteinöl als für Ostpreußen von besonderer Bedeutung hervor.

Herr Winter führt aus, daß der Gerichtsarzt und der Geburtshelfer den Gegenstand von verschiedenen Seiten ansehen; der erstere gehe vom Abtreiber, der letztere von der Abortierenden aus. Dem Geburtshelfer biete die Diagnose des kriminellen Abortes zunächst Schwierigkeiten. Der Abgang eines nicht mehr intakten Eies sei nicht zu verwerten. Wichtiger schon sei die Infektion beim Abort; aber nur die Infektion im mütterlichen Gewebe sei verdächtig, nicht die Zersetzung im abortierten Ei. Der wichtigste Anhaltspunkt sei jedoch die Verletzung des abortierenden Uterus, welche am häufigsten an der hinteren Wand des Genitalkanales gefunden werde. Winter führt dann zwei eigene Fälle an. Verdächtig waren Winter auch in einigen Fällen beobachtete, eigentümliche Hautverletzungen an dem bei der Ausstoßung vorangehenden Fötalteil. Von den Methoden der Abtreiber hält Winter die Einführung von Instrumenten in den Uterus für sehr unzuverlässig; nur dann erfolge einigermaßen sicher der Abort, wenn das Ei verletzt werde, und das sei mit Sicherheit erst von der Mitte der Schwangerschaft an möglich. Die Toleranz des Uterus illustrieren zwei von Winter beobachtete Fälle: in dem einen wurde im zweiten bis dritten Schwangerschaftsmonat der Uterus erfolglos zehn- bis zwölfmal faradisiert; in dem anderen war der Uterus sogar ausgekratzt worden, und die Frau trug doch aus. Heiße Scheidenspülungen hält Winter im allgemeinen für ungeeignet, einen Abort zu erzeugen. Bezüglich der Frage der Anzeige glaubt Winter, daß die Abortierende Anspruch auf die ärztliche Diskretion hat; als Leiter eines staatlichen Instituts handelt er dieser Ansicht entsprechend, solange die Abortierende lebt; nur wenn sie stirbt, bringt er prinzipiell den kriminellen Abort zur Anzeige.

Herr Rosinski hat bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt oft eine enorme Toleranz des Uterus gesehen. Er hat auch einen Fall beobachtet, in dem durch die Ausschabung des im dritten Monat graviden Uterus seitens eines Arztes der Verlauf der Schwangerschaft gänzlich alteriert wurde.

Herr Hammerschlag lernte bei einer Gerichtsverhandlung die Technik einer Abtreiberin (Hebamme) kennen. Diese legte der auf einer Matratze gelagerten Patientin einige Kissen auf den Leib, damit ihre Manipulationen nicht gesehen werden konnten, und führte dann eine Sonde in die Genitalien. Um das Ei sicher zu treffen, wartete sie immer bis zum vierten Monat der Gravidität.

Herr Beneke hebt hervor, daß selbst der pathologisch-anatomische Nachweis des kriminellen Abortes in tödlich verlaufenen Fällen große Schwierigkeiten haben könne. Er berichtet genauer über zwei von ihm seziierte Fälle. In dem einen fanden sich an der hinteren Uteruswand mehrere nicht perforierende Einrisse und, davon ausgehend, eine Peritonitis. Bei der anderen Frau war durch eine Abtreiberin eine eiserne Stange in die Genitalien eingeführt worden, und es ergab sich eine doppelte Perforation des Fundus uteri, sowie frische eitrige Peritonitis.

Herr E. Schroeder hat ebenfalls eine Patientin zu behandeln gehabt, bei welcher trotz einer im zweiten Monat der Gravidität durch einen Arzt in der Provinz ausgeführten Uterusausschabung die Schwangerschaft das normale Ende erreichte. Sichere Fälle von kriminellen Abort hat er nicht gesehen. Nach der großen Zahl der in seine Behandlung kommenden suspekten Fälle hat er aber den Eindruck, daß es in Königsberg viele geschickte Abtreiber geben muß. Er glaubt, daß die Abtreiber im allgemeinen sondenähnliche Instrumente in den Uterus einführen; danach tritt seiner Ansicht nach der Abort nicht so häufig durch eine Verletzung des Eies ein, als vielmehr infolge einer langsam sich entwickelnden Infektion.

Herr Zangemeister spricht sich Seydel gegenüber dahin aus, daß die Prognose krimineller Aborte im allgemeinen nicht besonders schlecht sei. Der Gerichtsarzt bekomme eben hauptsächlich die letal verlaufenen Fälle zu sehen. Auch Zangemeister hat eine Patientin beobachtet, bei der trotz Sondierung und Uterusausschabung seitens eines Arztes und im Gefolge entstehender schwerer, eitriger Endometritis die Gravidität erhalten blieb.

Herr M. Semon weist auf die unzuverlässige Wirkung der sogenannten „inneren Abortiva“ hin. Deswegen bevorzugten die Abtreiber, den Aerzten folgend, operative Maßnahmen. Der Eihautstich werde weit öfter beabsichtigt als erreicht. Der kriminelle Abort werde weit häufiger versucht und ausgeführt, als man gemeinhin annehme; die ohne ernste Erkrankung abgelaufenen Fälle blieben meist im Verborgenen. Semon fragt Puppe, ob ihm etwas Positives über die Wirkung der Bierhefe als Abortivum bekannt sei. Für die große Toleranz des graviden Uterus hat Semon bei Gelegenheit einer Vesicofixation ein Beispiel erlebt; er sondierte dabei den Uterus (Patientin war drei Wochen vorher zum letzten

Male menstruiert) und perforierte ihn. Die stark blutende Perforationsöffnung mußte durch mehrere Nähte verschlossen werden. Wegen der Sukkulenz und Hyperämie entstand der Verdacht auf eine ganz junge Gravidität, welche Annahme durch den Verlauf bestätigt wurde; die Schwangerschaft verlief ungestört.

Herr Köstlin führt als Beispiel dafür, was der Uterus aushält, einen Abort an, bei welchem er eine abgebrochene Häkelnadel in der hinteren Uteruswand eingespießt fand; das Wochenbett verlief trotzdem glatt. Von einer Hebamme ist ihm bekannt, von anderen vermutet er, daß sie mit Milchglasspeculum und Sonde Abtreibungsversuche machen. Köstlin erwähnt noch, daß zurzeit in Danzig ein Prozeß gegen einen Abtreiber schwebt, der so unvorsichtig war, Buch zu führen und nun eine ganze Reihe Frauen mit ins Verderben stürzen dürfte. Des weiteren spricht Köstlin sich dahin aus, daß Anzeigen, welche zum Verbrechen lockten, wie „Rat und sichere Hilfe in diskreten Angelegenheiten“ aus den Zeitungen verschwinden müßten. In Danzig wurde erfolglos versucht, den Polizeipräsidenten hiergegen zum Einschreiten zu bestimmen. Schließlich fragt Köstlin Puppe, ob nicht § 218—220 StGB. zweckmäßig dahin abgeändert werden könnten, daß die Schwangere straffrei ausgehe; dann würde das Berufsgeheimnis der Anzeige gegen eine Abtreiberin nicht im Wege stehen.

Herr Zander fragt, ob künstliche Verletzungen der Eihäute ausheilen könnten; bei Vögeln sei es möglich, die Eihäute ohne Beeinträchtigung der Weiterentwicklung der Keime zu eröffnen.

Herr Puppe antwortet Semon, daß ihm Erfahrungen über Bierhefe nicht zu Gebote stehen. Die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen abtreiberischer Manipulation und Eintritt des Aborts will Puppe auch dann noch bejaht wissen, wenn mehrere Wochen verflossen sind; er beruft sich dabei in erster Linie auf einen Fall von Fritsch, bei dem erst drei Wochen nach dem Eihautstich der Abort eintrat. Puppe führt dann noch des genaueren aus, wie in der Praxis die Angeschuldigten wegen versuchter Abtreibung zur Verantwortung gezogen werden, wenn der ursächliche Zusammenhang nicht mit Sicherheit nachzuweisen ist. Bezüglich der Anzeige eines kriminellen Abortes durch den behandelnden Arzt erklärt Puppe sich mit dem Standpunkt von Winter einverstanden.

3. Herr Scholtz (Königsberg i. Pr.): **Prinzipien der Gonorrhoebehandlung.** Scholtz ist Dermatologe und will als solcher versuchen, darzulegen, wie weit sich die beim Manne gewonnenen Prinzipien auch auf die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe übertragen lassen. Er erklärt von vornherein seine Erfahrungen bezüglich der weiblichen Gonorrhoe für lückenhaft und erhofft Ergänzung seiner Ausführungen durch die Diskussion. Nach Entdeckung des Gonococcus sei von Neißer in die Behandlung der Gonorrhoe eine ätiologische, antibakterielle Therapie eingeführt, und diese Behandlung sei in den letzten zehn Jahren durch Einführung neuer geeigneter Präparate so vervollkommen worden, daß nun ein vollkommener Umschwung in der Behandlung der Gonorrhoe des Mannes eingetreten sei. Nach genaueren Darlegungen über die dabei befolgten Grundsätze kommt Scholtz zu dem Schluß, daß es nur wenige bakterielle Erkrankungen gebe, die wir so prompt durch unsere Therapie zu beeinflussen und zu heilen vermögen, wie die akute Gonorrhoe des Mannes; Komplikationen kämen sehr selten vor, und man habe eigentlich nur noch Rezidive nach Aussetzen der Kur zu fürchten. Die Bedingungen des Erfolges bei der Behandlung des Mannes werden dann noch ausführlich erörtert; es wird hervorgehoben, daß auch durch die besten Antigonorrhoea, wie Pro-targol, Argonin, Ichthyol, Ichthargan, die Gonococci nicht nach wenigen Injektionen sämtlich abgetötet werden, daß daher auf die systematische Durchführung der Behandlung außerordentlich großer Wert zu legen sei. Ein etwaiges frühzeitiges Aussetzen der Injektionen um wenige Tage bedinge sofort eine solche Verschlimmerung, daß die Kur von neuem begonnen werden müsse. Scholtz führt dann weiter aus, daß, im Gegensatz zur Pars anterior, in der Pars posterior urethrae die Verhältnisse für die Therapie bei gonorrhöischer Erkrankung erheblich ungünstiger liegen, und bespricht die einzelnen anzuwendenden Maßnahmen. Dank dem einfachen Bau der Schleimhaut der Pars posterior seien die Erfolge immerhin befriedigende. Die Erkrankungen der Prostata und der Nebenhoden werden nur kurz gestreift.

Bei der dann folgenden Besprechung der weiblichen Gonorrhoe bemerkt Scholtz zunächst, daß seine Erfahrungen sich nur auf Urethral- und Cervicalgonorrhoe und Vulvovaginitis von Kindern beziehen. Die Ursache des divergierenden Standpunktes, welchen die meisten Dermatologen in der Frage der weiblichen Gonorrhoebehandlung den Gynäkologen gegenüber vertreten, sieht Scholtz hauptsächlich in dem verschiedenen Material, welches beiden zur Verfügung steht, und in dem Ziel, welches sie bei der Behandlung im Auge haben müssen. Bei den Gynäkologen handele es sich um verheiratete Frauen, bei denen vor allem für einen günstigen Ver-

lauf der Krankheit zu sorgen sei und die Infektionsgefahr wenig in Betracht komme; bei den Dermatologen seien es fast ausschließlich öffentliche oder geheime Prostituierte, jedenfalls Patientinnen, bei denen es in erster Linie darauf ankomme, die Infektiosität möglichst schnell zu beseitigen oder wenigstens zu verringern. Daher betonten die Dermatologen den Gonococcennachweis, während die Gynäkologen den klinischen Symptomen eine größere Bedeutung beilegen. Scholtz meint auch, daß die Gynäkologen bei ihren gewissenhafteren, verheirateten Patientinnen durch expektative, symptomatische Behandlung wahrscheinlich etwas bessere Resultate erzielen als die Dermatologen bei ihrem Material unter gleichem Regime. Jedenfalls sei eine Annäherung der beiderseitigen Ansichten durch gemeinsame Arbeit sehr wünschenswert.

Im einzelnen glaubt Scholtz, daß bei der Gonorrhoe der weiblichen Harnröhre die gleichen Prinzipien wie bei der Behandlung der akuten männlichen Gonorrhoe Anwendung finden müssen, wenn auch die Verhältnisse ungünstiger lägen, infolge des Faltenreichtums der weiblichen Urethra, des leichten Nachgebens des Schließmuskels und der Schwierigkeit, die Injektionen nicht von der Patientin selbst ausführen lassen zu können. Dafür vertrage aber die weibliche Urethra stärkere Konzentrationen der Antigonorrhoea als die männliche. Jedenfalls ist es Scholtz stets gelungen, die Erkrankung schnell günstig zu beeinflussen; zur definitiven Ausheilung sei allerdings, wie beim Manne, eine systematische Kur von einigen Wochen nötig. Die aktive Behandlung sei wichtig nicht nur in Rücksicht auf die Infektionsgefahr, sondern besonders deswegen, weil durch sie am sichersten ein Aszendieren der Gonorrhoe verhindert werde. Das sei von großer Bedeutung, da in fast der Hälfte aller frischen Gonorrhöefälle die Urethra allein erkrankt sei. Nach den größeren Statistiken seien bei der akuten Gonorrhoe die Urethra in 90—100%, die Cervix nur in etwa 40% der Fälle erkrankt; dafür werden als Belege die Angaben von Steinschneider, Seifert und Bumm angeführt. Die spontane Ausheilung der Urethralgonorrhoe hält Scholtz nicht für übermäßig häufig und beruft sich hierfür wieder auf Bumm. Eine etwa außerdem vorhandene Gonorrhoe der Cervix soll natürlich ebenfalls behandelt werden. Ebenso müßten para-urethrale Gänge und die Bartholinischen Drüsen berücksichtigt werden. Die akute Gonorrhoe der Vagina will Scholtz ebenfalls nach den Prinzipien der Behandlung der männlichen Gonorrhoe behandelt wissen. Bei Cervix und Uterus lägen die Verhältnisse für die antibakterielle Behandlung weit ungünstiger; die Applikation der Medikamente sei ohne Einführung von Instrumenten nicht möglich, bei den Manipulationen aber seien die erkrankten Organe allerlei Schädlichkeiten ausgesetzt; der Faltenreichtum verhindere eine gleichmäßige Wirkung des Medikaments. Starkätzende Medikamente seien wahrscheinlich mehr schädlich als nützlich. Im akuten Stadium der Cervixgonorrhoe sei daher eine aktive, lokale Behandlung nicht indiziert; im subakuten und chronischen Stadium hingegen trete die antibakterielle Behandlung, am besten in Form von Auswischungen, wieder in ihr Recht, doch müsse sie streng systematisch durchgeführt werden. Scholtz hat damit gute Erfolge erzielt und nur sehr selten dabei ein Fortschreiten der Infektion auf Corpus und Tuben erlebt. Bei der Uterusgonorrhoe müsse man, entsprechend den größeren Schwierigkeiten der Applikation der Medikamente, mit der antibakteriellen Behandlung noch vorsichtiger und zurückhaltender sein. Für die Adnexerkrankungen fehlten Analogien beim Manne.

Diskussion: Herr Rosinski glaubt, daß wir in der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe noch weit von dem Erreichbaren entfernt sind, daß wir aber auch niemals dieselben Erfolge erzielen werden wie die Andrologen. Das liege erstens daran, daß der Gynäkologe sehr selten die Gonorrhoe im akuten Stadium zur Behandlung bekomme, und zweitens an den ungünstigeren anatomischen Verhältnissen beim Weibe. Nur bezüglich der Urethralgonorrhoe ist er der Ansicht, daß diese leichter ausheile als beim Manne.

Herr Hammerschlag weist darauf hin, daß die von Scholtz geforderte systematische Behandlung sich beim Weibe garnicht durchführen lasse, da sie stets durch die Menstruation unterbrochen werde, während welcher die Gonococci gerade die allerbesten Chancen für ihr Weiterwachsen haben. Er bemerkt noch, daß er von den Hefepreparaten keinerlei Erfolge bei der Gonococcibehandlung gesehen hat.

Herr Winter begrüßt den von Scholtz in seinem Vortrag gemachten Versuch mit Freuden, hält aber im allgemeinen die Übertragung der aktiven Behandlungsmethode der männlichen Gonorrhoe auf die weiblichen Genitalien für sehr bedenklich, und zwar in erster Linie wegen der Verschiedenheit im Bau der männlichen und weiblichen Genitalien. Der einfach gebildete, zylindrische Urethralkanal beim Manne könne vor der örtlichen Behandlung leicht vom gonorrhöischen Eiter durch den Urinstrahl be-