

wünschte Nebenerscheinungen traten nicht auf. Nach 8 Tagen fand sich bei 12 Frauen ein Reinheitsgrad I, bei 10 Frauen Reinheitsgrad II. In 3 Fällen war es zu einer leichten Reizung der Schleimhaut gekommen mit Reinheitsgrad III. Auch nach 14 Tagen fanden sich die gleichen Ergebnisse. Die Reizung der Schleimhaut bei den 3 Frauen war ohne sonstige Behandlung wieder abgeklungen. Die Tampons waren nie Medikamententräger.

So sahen wir also auch bei Fluor Gutes, selbst in Fällen, bei denen Kokken und Leukozyten nachgewiesen worden waren. Bei Reinheitsgraden I–II möchten wir für diese Fälle die Anwendung der Tampons weiterer klinischer Nachkontrolle empfehlen. Das gilt besonders für Frauen mit einer vegetativen Dystonie, welche im Rahmen einer Pelvipathie über Ausfluß klagen. Es erscheint wichtig, daß das ständige Fluorgefühl, welches diese Frauen immer wieder auf die Genitalsphäre hinweist und sie dadurch einer Behandlung wenig zugänglich macht, beseitigt wird. So ist es vielleicht nicht abwegig, wenn man von der zeitweiligen Verdeckung des Symptomes eine Besserung erhofft, merkt doch eine Frau einen liegenden Tampon überhaupt nicht, während die Vorlagen stets empfunden werden können. Wir möchten daher das Tragen der Tampons als unterstützendes Moment bei der Fluortherapie der Pelvipathiekranken erwähnen. Schließlich entschlossen wir uns noch, die Tampons bei 2 Patientinnen mit einer postoperationen Blasenfistel anzuwenden. Die Frauen konnten das Bett kaum verlassen. Nach einigen Versuchen mit Tampons waren sie in der Lage, täglich mehrere Stunden auf zu sein. Es mußte allerdings ein zweistündiger Wechsel vorgenommen werden. Trotzdem kam es nicht zu einer Reizerscheinung oder Infektion.

Zusammenfassung

Günstige Erfahrungen mit der intravaginalen Tamponbehandlung zum Auffangen des Sekretes bei Blutungen nach afebrilem Abort und bei Fluor im Rahmen von Pelvipathie. Obwohl eine Anwendung der Tampons bei Abortblutungen nicht empfohlen wird, ergibt sich aus diesen Erfahrungen, daß die Tampons zum Auffangen des Menstrualsekretes gesunder Frauen nun empfohlen werden können.

Schrifttum

Benthin, Med. Klin. 1950, 1205. — Esser, Med. Klin. 1950, 1207. — Lüttge, Münch. med. Wschr. 1951, 1. — Naujoks, Med. Welt 1951, 7. — Weiß, Med. Klin. 1951, 450. — Tagungsbericht der Niederrhein.-Westf. Ges. f. Gynäkologie in Essen 18./19.11.1950.

Schlußwort

**zur Erwiderung von H. Knaus auf meinen Beitrag:
Die Knaussche Lehre und ihre Beziehung zu Notzuchtkonzeptionen
(Zbl. Gynäk. 1951, Heft 10)**

Von Dr. Paul Schrank

Kritik an wissenschaftlichen Arbeiten, ihrer Methodik und den daraus gezogenen Schlüssen ist nicht nur wichtig, sondern auch notwendig. Polemik im wissenschaftlichen Streit ist manchmal unvermeidbar und hat ihr Gutes insofern, als in ihr das Temperament und der Charakter des Verfassers besonders deutlich zum Ausdruck kommen. Ich aner-

kenne jede sachliche Kritik, ja auch sachliche Polemik, wenn sie wirklich bei der Sache bleibt.

Was ich an der Knausschen Kritik meiner mit Koch publizierten Arbeit (Z. Geburtsh. 1949, 130, 200) wie auch an der Erwiderung von Knaus auf meinen Beitrag nicht anerkennen kann, ist die Unsachlichkeit und das Abschweifen vom Thema zu persönlichen Dingen. Knaus hat sich zudem durch die namentliche Veröffentlichung des Menstruationskalenders meiner Frau einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht schuldig gemacht, die nach deutschem wie auch nach österreichischem Recht als ungesetzlich bezeichnet wird. Diese Tatsache besteht, und es wird Knaus nicht gelingen, die Aufmerksamkeit des Lesers von ihr abzulenken durch Zitate alter Briefe und neuerliche Anspielungen auf mein privates Schicksal, das mit dem Thema nichts zu tun hat und übrigens für die Allgemeinheit völlig uninteressant sein dürfte. Soweit ich die Fachliteratur überblicke, hat es bisher noch keinen Präzedenzfall einer solchen Vermischung wissenschaftlicher Argumentation mit persönlicher Indiskretion gegeben. Knaus darf daher für sich das fragwürdige Prioritätsrecht in Anspruch nehmen, sich im wissenschaftlichen Streite einer Waffe bedient zu haben, die weder gentlemanlike noch legal ist. Ein Ruhm, den ihm wohl niemand streitig machen möchte.

Anschr. d. Verf.: Jun 410, Posadas (Misiones), Argentinien.

Aus der Med. Universitätsklinik Göttingen
(Direktor: Prof. Dr. R. Schoen)

Knochenmarkversagen und Schwangerschaft

Dr. E. Fritze und Dr. G. Martius

Folgende Beobachtung gibt Veranlassung, den Beziehungen zwischen Blutbildung und Schwangerschaft erneut nachzugehen:

Eine 26jährige Frau, die bisher 28tägig regelmäßig menstruiert hat, bekommt im Oktober 1948 nach einer 5wöchigen Pause eine besonders starke und länger als gewöhnlich — 8 Tage — dauernde uterine Blutung, begleitet von starkem Nasenbluten. Die Blutungen wiederholen sich im folgenden Monat, nach weiteren 8 Wochen treten Zahnfleischblutungen auf, die schließlich im April 1949 zur Krankenhausaufnahme führen. Neben Blutungen aus dem Zahnfleisch und der Nase findet sich eine intakte Gravidität im 6.—7. Monat sowie eine geringe Lebervergrößerung. Blutbild: normochrome Anämie mit 20% Hämoglobin, 1 Mill. Erythrozyten, Aniso- und Poikilozytose, Leukopenie von 1400 mm³ mit relativer Lymphozytose (8% stabkernige, 39% segmentkernige, 1% eosinophile Leukozyten, 52% Lymphozyten). Die Thrombozyten sind auf 15 000 vermindert, die Blutungs- und Gerinnungszeit ist mäßig verlängert. Hämolytische Zeichen bestehen nicht. Die Körpertemperatur ist subfebril, dem Harn sind Erythrozyten beigemischt. Im weiteren Verlauf wird die Milz eben tastbar und bei anhaltenden Blutungen der Allgemeinzustand immer schlechter. Da die Behandlung mit Bluttransfusionen, Leberpräparaten, Eisen, Vitaminen und Kalzium ohne jeden Erfolg bleibt, wird die Kranke schließlich der medizinischen Klinik überwiesen. Blutbefund der hochgradig dyspnoischen und tachykarden Kranken bei der Aufnahme: 14% Hämoglobin, 0,9 Mill. Erythrozyten, 1600 Leukozyten (17% stabkernige, 14% segmentkernige Leukozyten, 64% Lymphozyten, 5% Monozyten), 5⁰/₁₀₀ Retikulozyten, 10 000 Thrombozyten, Hämatokritwert 10,02%; die Blutungszeit ist auf 18 Min. verlängert, die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit maximal beschleunigt. Im Knochenmark findet sich das