

unterstützen und ihm schließlich zum Siege verhelfen. Dadurch werden die Grundsätze der chirurgischen Behandlung entzündlicher Prozesse einheitlicher werden und die widersprechenden Ansichten über einfache oder eingreifendere Verfahren im Einzelfalle sich ausgleichen. Wenn ich mir erlaube, in diesem Vereine das Referat vom chirurgischen Standpunkt aus zu übernehmen, so habe ich es deshalb getan, weil ich das Interesse für diese Art der Blutuntersuchung noch mehr fördern möchte. Die ungeahnte Entwicklung der biologischen Wissenschaften hat uns eine Fülle von Problemen und Aufgaben gebracht. Wenn auch unter diesen die Phagozytose und Leukozytose nur einen kleinen Teil bedeuten, so spiegelt sich doch in dem Blutbilde bei dem Kampfe gegen die Infektion so viel Interessantes ab, daß wir dem Vorgange der entzündlichen Leukozytose weiter Beachtung schenken müssen, zumal wir dadurch für unsere klinische Beobachtung und unsere Therapie nur Nutzen haben können.

Herr Grawitz (Schlußwort) stellt fest, daß das, was er gesagt habe, nicht bekämpft worden sei. Es ist ihm aber aufgefallen, daß von den Herren Chirurgen, die hier das Wort genommen, alle einen außerordentlich optimistischen Standpunkt der Frage gegenüber eingenommen haben. Er seinerseits habe auf die großen Schwierigkeiten bezüglich der Leukopöse im allgemeinen und speziell bei der Leukozytose hingewiesen, über welche wir im gegebenen Einzelfalle allzu wenig orientiert sind, und dementsprechend möchte er zum Schluß ein wenig Wasser in den Wein der Chirurgen, die hier gesprochen, gießen, insofern es doch schließlich eine „chirurgische Leukozytose“ in dem Sinne, wie es hier hervorgehoben worden ist, nicht gibt. Bei allen diesen Fällen von Peritonitis und sonstigen abdominalen Erkrankungen liegt es doch so, daß zunächst meist der innere Kliniker entscheiden muß, ob überhaupt eine Operation in Frage kommt, und da muß Grawitz nach seinen Erfahrungen sagen, daß er, je mehr er sich mit dem Verhalten der Leukozyten beschäftigte, zu der Überzeugung gekommen ist, daß bei diesen Zahlen kein gesetzmäßiges Verhalten vorhanden ist, da zu viele Faktoren einwirken können, welche die Leukozyten in einer ganz unberechenbaren Weise beeinflussen können. Der Standpunkt des Referenten ist demgemäß der, daß das Symptom der Leukozytose nur im Verein und Einklang mit dem Gesamtbefund für die Diagnose mit Vorsicht verwertet und eine therapeutische Direktive nach der operativen Richtung hin nicht durch das Verhalten der Leukozyten allein gegeben werden kann.

(Schluß des Protokolls folgt.)

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin.

Sitzung am 20. Januar 1911.

Vorsitzender: Herr Broese; Schriftführer: Herr Strassmann.

1. Herr Wolff-Eisner (als Gast): Tuberkulose und Schwangerschaft; die Bedeutung der neuen Auffassung der Tuberkulinwirkung für die Praxis.

Bei der Frage, ob Tuberkulose durch Schwangerschaft verschlimmert wird, ist es notwendig, zwischen aktiver und inaktiver Tuberkulose zu unterscheiden. Vortragender bespricht die Methoden, die für diese Unterscheidung zur Verfügung stehen. Die Tuberkulinreaktionen können aus zwei Gründen negativ ausfallen, erstens beim Nichtvorhandensein von Tuberkulose, zweitens bei prognostisch ungünstiger Tuberkulose. Die Entscheidung ist meist leicht, jedoch gibt es Fälle, bei denen diese Differentialdiagnose schwer zu stellen ist. Dies gilt besonders von einer oft verkannten Form der Tuberkulose, die Wolff-Eisner als kachektisierende bezeichnet und in ihrer klinischen Erscheinungsform kurz beschreibt. Entschließt man sich zur Unterbrechung der Schwangerschaft, so ist dies zweifellos um so besser, je früher es geschieht. Bei Herbeiführung der künstlichen Frühgeburt sind die Resultate nicht günstig, doch besteht in der Einleitung der Frühgeburt oft die einzige Chance, eine Patientin zu retten. Gegen die Kastrierung hat Vortragender die größten Bedenken. Die Tubexzision ist eine gute Sterilisierungsmethode, da sie die Ausfallerscheinungen ausschließt; man sollte sie jedoch nur in seltenen Fällen anwenden. Künstlicher Abort ist bei aktiver Tuberkulose fast unbedingt indiziert, bei inaktiver ist die Entscheidung schwierig. Der Vortragende hält es für absolut fehlerhaft, wie Martin und andere fordern, erst starke Verschlimmerung abzuwarten, weil sonst der Erfolg des Prozesses gefährdet wird. Weil nach Ansicht des Vortragenden positive Konjunktivalreaktion aktive Tuberkulose anzeigt, hält er beim positiven Ausfall die Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts für gegeben; bei negativem Ausfall dann, wenn die Diagnose der aktiven Tuberkulose auf andere Weise gesichert ist. In letzterem Falle besteht große Gefahr. Der Grund für den negativen Ausfall der Tuberkulinreaktion bei Sichertuberkulösen, auf dessen ungünstige prognostische Bedeutung 1908 zuerst Teichmann und Vortragender hingewiesen haben, liegt begründet in einem Abfall

des Tuberkulintiters. Dieser Titer fällt ab nach Aufnahme großer Tuberkulindosen (von außen oder vom Herde), bei Infektionskrankheiten und drittens bei Schwangerschaft, welche in gewissem Sinne biologisch einer Infektionskrankheit gleichgesetzt werden kann. Fällt im Verlauf einer Tuberkulose spontan der Tuberkulintiter ab, so ist bisher ein Wiederanstiegen nicht beobachtet, und der Abfall ist daher prognostisch ungünstig. Nach Infektionskrankheiten und Gravidität kann der Titer wieder ansteigen, der Abfall hat daher hier nicht die absolut infauste Bedeutung, doch macht er es erklärlich, warum bei Infektionskrankheiten und Schwangerschaft Tuberkulose so oft propagiert. Vortragender glaubt durch diese Theorie die Gefahr, die in der Komplikation von Schwangerschaft und Tuberkulose liegt, erklären zu können. Da der Abfall des Titers das erste Zeichen für den Eintritt ungünstiger Verhältnisse ist, so sieht er hierin die eventuelle Indikation zur Einleitung des Aborts. Endometritis und habitueller Abort, die trotz lokaler Behandlung nicht weichen wollen, beruhen sehr häufig (wenn Lues ausgeschlossen ist), auf Tuberkulose (nicht lokaler, sondern einer an anderen Stellen des Körpers lokalisierter Tuberkulose).

2. Herr Dützmann: Einzeitige Operationsmethode des künstlichen Abortes und der Tubensterilisation bei Gravidität und Tuberkulose.

Herr Dützmann betont, daß die wiederholte Einleitung des Aborts, wie sie bei tuberkulösen Frauen häufig nötig ist, die Patientinnen körperlich und seelisch im hohen Maße schädigt. Er hat oft beobachtet, daß die Frauen sich nach der Sterilisation auffallend erholen, da die Angst vor neuer Schwangerschaft und wiederholten Aborten fortfällt. Um nun einerseits die doppelte Narkose zu ersparen und gleichzeitig mit der Entfernung der Frucht die Konzeptionsfähigkeit zu beseitigen, hat Vortragender ein Verfahren angegeben und bereits auf dem Petersburger Kongreß vorgetragen, durch das es gelingt, Ausräumung und Sterilisation auf einen Eingriff zu reduzieren, ohne, wie Bumm vorschlägt, den graviden Uterus samt den Adnexen zu extirpieren, ein Vorschlag, der nach seiner Ansicht viel zu weit geht. Das Verfahren Dützmanns ist folgendes: Colpotomia anterior, Hervorziehen des Uterus mit Kugelzange ohne Gewalt; Längsschnitt durch die Vorderwand des Uteruskörpers; Ausräumung nach vorheriger Verabfolgung von zwei Spritzen Secacornin; Ausschabung der Decidua, Einführung eines Drainagestreifens von dem inneren Muttermund nach dem äußeren; doppelseitige Tubensterilisation (Durchtrennung der Tuben etwa 2 cm von der Uteruskante entfernt, Verschuß der Tubenlumina mit Katgut und Versenkung in das Ligamentum latum). Durch vesikofixierende Ligaturen oberhalb des oberen Wundwinkels wird die Uteruswunde extraperitoneal gelagert. Verschuß der Uteruswunde mit Knopfnähten. — Diese Methode erfüllt alle Bedingungen; sie ist einfach und ungefährlich; die Sterilisation ist sicher, der Blutverlust äußerst gering. Dützmann hat nach dieser Methode elf tuberkulöse Frauen operiert; sie sind in allen Fällen prompt genesen, beschwerdefrei und zeigen einen normalen Unterleibsbeefund. Vortragender warnt vor zu konservativem Verhalten gegenüber der Schwangerschaft Tuberkulöser. Ist Tuberkulose nachgewiesen, und macht sich ein Rückgang im Allgemeinbefinden bemerkbar, so ist die möglichst zeitige Unterbrechung der Schwangerschaft unter allen Umständen angezeigt.

3. Herr v. Bardeleben: Vaginale Korpus-Exzision bei tuberkulösen Schwangeren.

v. Bardeleben hat in den letzten vier Jahren an der Hand von etwa 800 Fällen die Beziehungen von Schwangerschaft und Tuberkulose eingehend studiert. In 112 dieser Fälle bestanden Erscheinungen einer klinisch manifesten, aktiven Lungentuberkulose, welche ein Eingreifen notwendig machten. Es wurde 52 mal der künstliche Abort eingeleitet, 18 mal der Uterus extirpiert und in 42 Fällen eine Exzision des Corpus uteri vorgenommen. An zahlreichen Tabellen versucht Vortragender nachzuweisen, daß in beiden Fällen die Verschlimmerung der Tuberkulose und des Allgemeinbefindens auf einen schädigenden Einfluß seitens des puerperalen Uterus zurückzuführen sei, und daß in solchen Fällen durch Hinwegnahme des Uterus unter Erhaltung der Adnexe die Prognose um das Sechsfache gebessert werde. Um die nachteilige Wirkung des puerperalen Uterus auszuschalten und gleichzeitig den übrigen Indikationen (Fortschaffung der Frucht und Sterilisation) gerecht zu werden, empfiehlt v. Bardeleben die vaginale Fundus- oder Corpusexzision, ein Verfahren, das ungefährlich sei und nach keiner Richtung hin zu Schädigungen oder Ausfallerscheinungen führe. Je nach Ausbreitung und Intensität der tuberkulösen Prozesse in den Lungen unterscheidet v. Bardeleben Indikationen ersten und zweiten Grades. Die bei den Fällen von künstlichem Abort gemachten Erfahrungen zeigten, daß bei den Fällen ersten Grades der künstliche Abort bis zum zweiten, allenfalls dritten Monat genügt, daß dagegen jenseits des dritten Monats und in allen Fällen zweiten Grades, gleichviel in welchem Graviditätsmonat, sich der künstliche Abort als vollständig unzureichend erwies. Es ergab sich für beide Kategorien zusammen eine Mortalität von 36 % und eine weiter fortschreitende Verschlimmerung von 33 %. An der Hand von Temperatur- und Gewichtskurven, die