

Diskussion. Herr Preysing (Köln a. Rh.) hält es für falsch, aus dem Bazillenbefund zu entscheiden, ob der primäre Verschuß der Wunde angezeigt ist oder nicht. Redner will die Indikation zu primärem Verschuß nur gegeben sehen bei den verschleppten Fällen von akuten Mittelohreiterungen. — Herr Kümme (Heidelberg) warnt vor fester Tamponade der Wundhöhle; lose Einführung eines Jodoformgaze-streifens zur Offenhaltung des unteren Wundwinkels trägt zur Verkürzung der Behandlung bei. — Herr Piffel (Prag) verlangt als Vorbedingung obiger Nachbehandlung peinliche Entfernung alles Krankhaften, einschließlich der Spitze des Warzenteils, erster Verbandwechsel nach drei bis vier Tagen, dann jeden Tag. (Schluß folgt.)

Freiburger medizinische Gesellschaft. Offizielles Protokoll.

6. außerordentliche Sitzung am 30. Mai 1911.

Vorsitzender: Herr de la Camp; Schriftführer: Herr Schridde.
(Schluß aus No. 25.)

Diskussion zum Vortrag von Herrn Pankow: Lungen-tuberkulose und Schwangerschaftsunterbrechung.

Herr Aschoff: Wie alt sind die an Tuberkulose verstorbenen Kinder geworden, da man daraus einen gewissen Anhalt für die Entscheidung der placentaren oder extrauterinen Infektion gewinnen kann? Bezüglich des Burmschen Vorschlages über die Extraktion des graviden Uterus wäre zu bedenken, ob nicht durch die ausgedehnte Bauchwunde und Ruhigstellung der Bauchmuskulatur die Zwerchfellatmung ungünstig beeinflußt würde. Diese Beeinflussung der Zwerchfellatmung ist wohl eine der wichtigsten Ursachen, warum gerade in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft die Lungentuberkulose so große Fortschritte macht. Für Gravidität und besonders Puerperium kommt allerdings auch die stärkere Säftedurchströmung des ganzen Organismus in Betracht, wie man ja auch so häufig im höheren Alter bei Ausbreitung eines Karzinoms auf das Lymphknotensystem ein frisches Aufflackern der Tuberkulose beobachtet.

Herr Bulius fragt an, welchen Zeitraum nach der Geburt der Vortragende als Wochenbett für die Todesfälle angenommen hat. Er steht im übrigen auf dem Standpunkt des Vortragenden bezüglich der Indikation.

Herr Hildebrandt hält in Anbetracht der unbestimmten Prognose der Tuberkulose die Pankowschen Zahlen nicht für beweisend genug, um daraufhin die Unterbrechung der Gravidität im ersten Stadium generell zu empfehlen. Hildebrandt will im ersten Stadium stets von Fall zu Fall entscheiden.

Herr Küpferle: Im Gegensatz zu der Auffassung des Herrn Hildebrandt möchte ich hier nochmals hervorheben, daß gerade der Mangel einer nur einigermaßen sicheren Prognosestellung bei der manifesten Tuberkulose uns veranlaßt, eine Unterbrechung der Schwangerschaft, d. h. die Ausschaltung des den Tuberkuloseprozeß ungünstig beeinflussenden Faktors möglichst frühe vorzunehmen und eben nicht längere Zeit abzuwarten. Denn aus den von Herrn Pankow mitgeteilten Zahlen geht klar hervor, daß das abwartende Verhalten den günstigen Zeitpunkt für eine Unterbrechung der Schwangerschaft verstreichen läßt, und daß man eben bei späterem Entschluß zum operativen Eingreifen unter erheblich ungünstigeren Verhältnissen sich befindet, d. h. daß der Nutzen des Eingriffes eben durch das späterhin meist weiter fortgeschrittene Leiden mehr in Frage gestellt wird. Was die verfeinerte Diagnosestellung betrifft, so ist diese gewiß für die inzipiente Tuberkulose von nicht zu unterschätzender Bedeutung. So liefert uns die Röntgenuntersuchung z. B. wertvolle diagnostisch ergänzende Befunde bezüglich Lokalisation, Art der Ausbreitung des Krankheitsprozesses (Beteiligung mediastinaler und bronchialer Lymphdrüsen), aber auch sie hilft uns bezüglich der Prognose kaum weiter. Die verschiedenen Methoden (Kutan- und Konjunktivalreaktion, Komplementbindung) haben bisher für die Prognosestellung durchaus keinerlei praktische Bedeutung erlangt. Es erscheint deshalb die von uns aufgestellte Forderung, die Schwangerschaft bei manifester Tuberkulose (d. h. bei Vorhandensein deutlich subjektiver Beschwerden und ausgesprochenem Objektivebefunde) ohne längeres Zuwarten zu unterbrechen, als durchaus gerechtfertigt.

Herr Krönig: Herrn Hildebrandt möchte ich folgendes erwidern: Gewiß kann man auch bei dieser Arbeit den Einwand erheben, daß die Zahl der Fälle nicht groß genug ist, um endgültig bindende Schlüsse daraus zu ziehen. Ich glaube aber, pro domo hervorheben zu dürfen, daß bisher in der Literatur noch kein Material beigebracht ist, welches auch nur annähernd eine so große Anzahl von Fällen einschließt, und welches so einheitlich und lückenlos beobachtet ist, wie dieses Material der Freiburger Frauenklinik. Wir haben uns seit Jahren bemüht, methodisch alle Fälle von Schwangerschaft zu untersuchen, und nur so ist es gelungen, so große Zahlen beizubringen. Gewöhnlich basieren die Schlußfolgerungen aus anderen Arbeiten, auf kaum 20 bis 30 Fällen, oder aber es sind Landesstatistiken herangezogen, welche die großen Fehler der Sammelstatistik in sich tragen. Pankow und Küpferle

haben in ihrer Arbeit auch nicht behauptet, daß sie nun definitiv die Frage gelöst hätten, sondern sie haben nur aus ihrem Beobachtungsmaterial die sich folgerichtig ergebenden Schlüsse gezogen. Darnach aber können wir es unter keinen Umständen mehr zugeben, daß man eine in der ersten Hälfte der Schwangerschaft beobachtete manifeste Tuberkulose im Sinne Fraenkels, weiter expektativ beobachten und nur dann unterbrechen soll, wenn die Beobachtung eine Verschlimmerung ergibt. Gerade aus der Arbeit von Pankow und Küpferle ergibt sich die große Gefahr des zuwartenden Verfahrens. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist die Verschlechterung oft so rapide, daß wir dann mit einer Unterbrechung der Schwangerschaft zu spät kommen. Vor allem aber ist jede Prognosestellung während der Schwangerschaft deshalb unmöglich, weil die Verschlechterung oft erst im Wochenbett einsetzt, und wir uns dann bei unglücklichem Ausgang für die Mutter den Vorwurf machen müssen, nicht rechtzeitig die Schwangerschaft unterbrochen zu haben. Die Resultate bei der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft sind so außerordentlich günstig für die Mutter, daß sie das scheinbar radikale Verfahren in jedem Fall von manifester Tuberkulose zu unterbrechen rechtfertigen. Es ist zuzugeben, daß manche Früchte geopfert werden. Aber der Verlust ist einmal deswegen nicht so groß, weil sowohl aus der Literatur wie aus der Arbeit von Pankow und Küpferle sich ergibt, daß Frauen mit manifester Tuberkulose in der ersten Hälfte der Schwangerschaft in einem großen Prozentsatz der Fälle spontane Schwangerschaftsunterbrechung in der zweiten Hälfte erfahren. Es werden also entweder lebensunfähige oder lebensschwache Kinder in einem großen Prozentsatz der Fälle geboren. Schließlich aber ist auch das Schicksal der reifen Kinder manifest tuberkulöser Mütter, wie wir soeben gehört haben, kein sehr ermutigendes, da ein großer Prozentsatz der Kinder schon innerhalb des ersten Lebensjahres zugrunde geht, und zwar erschreckend oft an Tuberkulose. Wir glauben uns bei dieser schlechten Prognose der Kinder auf den Standpunkt stellen zu sollen, bei der Kombination von Tuberkulose und Schwangerschaft in erster Linie das Leben der Mutter zu berücksichtigen. Es ist zuzugeben, daß man über diesen Standpunkt anderer Meinung sein kann, und wir wissen, daß ja der katholische Ritus im Interesse des Kindes einen derartigen Standpunkt rundweg ablehnt.

Herr Killian fragt, ob das Pankowsche Material auch Fälle von Kehlkopftuberkulose enthält, und was sich bei diesen ergeben hat.

Herr de la Camp weist auf die Veränderungen des Atemtypus der Wirbelsäulenstatik und der Blutversorgung der Lungen während der späteren Monate der Schwangerschaft hin. Zwerchfellhochstand, der veränderte thorakale Typus der Atmung, das Auftreten der sogenannten anämischen Geräusche am Herzen (funktionelle Pulmonalstenose) sind als Folge der Gravidität Zeichen dieser vorübergehenden mechanischen Disposition für die Entstehung resp. Ausbreitung einer Lungenspitzenphthise bei einem vordem chronisch latent oder manifest tuberkulösen Individuum. Infolge dieser komplizierten dispositionellen Momente ist eine Prognosestellung zu Anfang der Gravidität trotz aller klinischen verfeinerten Hilfsmittel nicht möglich. Der Unterbrechung der Schwangerschaft während der ersten Monate bei einem sicher manifest verlaufenden tuberkulösen Individuum ist deshalb bedingungslos zuzustimmen.

Herr Krönig: Auf die Frage, wie wir uns nach Unterbrechung der Schwangerschaft verhalten hätten, möchte ich erwidern, daß wir selbstverständlich bestrebt waren, für eine gewisse längere Spanne Zeit eine erneute Gravidität zu verhüten. Wir haben dieses erzielt entweder durch Empfehlen antikonzepzioneller Mittel, bei Frauen mit mehreren Kindern durch die temporäre Sterilisation, und schließlich haben wir neuerdings den Versuch gemacht, die Frauen temporär zu sterilisieren durch Röntgenstrahlen. Die antikonzepzionellen Mittel werden von den Frauen niederer Stände meistens so ungeschickt gehandhabt, daß Konzeption nicht ausbleibt. Die operative Sterilisation hat den großen Nachteil, daß die Frauen dauernd steril sind, denn die Versuche, die operativ verschlossene Tube wieder zu eröffnen, sind ja nur manchmal von Erfolg begleitet gewesen, aber im allgemeinen ist der Erfolg doch nicht ermutigend. Mit den Röntgenstrahlen ist es uns gelungen, durch genaue Dosierung junge Frauen bei Erhalten der Menstruation zu sterilisieren. Allerdings reichen unsere Beobachtungen erst bis zu einem Zeitraum von zwölf Monaten zurück. Vor allem haben wir zurzeit den Beweis noch nicht erbracht, daß sich die Eibildung später so regeneriert, daß nach einem Zeitraum von wenigen Jahren von neuem Konzeption erfolgt. Dies wird erst die Zukunft lehren.

Herr Pankow (Schlußwort): Diejenigen Mütter, welche im Anschluß an die Geburt gestorben seien, seien nicht zumeist schon in den ersten Wochen, sondern zum großen Teil erst nach zwei bis sechs Monaten oder erst nach einem Jahre ad exitum gekommen. Die Tuberkulosen der Kinder waren zumeist Lungentuberkulose. Auf die Kehlkopftuberkulose war Pankow absichtlich nicht eingegangen. Er hat vier Fälle beobachtet, alle vier sind gestorben. Es decken sich also die Resultate mit den schlechten Erfolgen, über die an einem großen Material auch Kuttner, Glass und Kraus berichtet haben.

Redigiert von Dr. G. Mamlock.