

der Kranken nach, ob das Fructulet gut liegt. Es kann vorkommen, dass Krämpfe des Uterus zum Teil aus der Zervix ausgestossen haben. In selteneren Fällen erweiter man vor dem Einlegen die Zervix mit den dünnsten Nummern Hegar, event. im Chloräthylrausch.

Niemand habe ich eine Infektion, Fieber etc. gesehen. Es herrscht in (auch unter den Fachkollegen) eine grosse Scheu vor intrauterinen Einlagen. Diese geht so weit, dass man sogar die Sondierung jetzt als gefährlich ablehnt. Ja, wenn man den Uterus fest zupstopft, muss er — und damit der Gesamtorganismus — unangenehm darauf reagieren: Wer wird eine Wundhöhle, Fistel etc. fest zupstopfen! Man muss für Abfluss der Sekrete sorgen. Wer z. B. solide Laminariastifte einlegt, die den Uterus fest verschliessen, wird leicht schon nach kurzer Zeit Krämpfe, Temperatursteigerungen sehen. Das sind Resorptionserscheinungen. Ich benutze stets durchlöcherne Laminariastifte von der Firma Braunschweig in den zugeschmolzenen, mit Alkohol gefüllten Glasröhrchen. Nach Einlage eines solchen Stiffes sieht man regelmässig sofort etwas Blut oder Schleim aus dem Kanal fliessen. Genau so beim durchbohrten Fructulet. Es fliessen ebenso die Uterinsekrete nach aussen ab, wie die Spermaflüssigkeit nach oben. Nur in dem Falle ist jede intrauterine Manipulation strikt zu verwerfen, in dem irgendwelche entzündliche Erscheinungen am Uterus oder in seiner Umgebung bestehen. Niemals einen Laminariastift oder Fructulet bei empfindlichen oder gar entzündlichen Adnexen einlegen! Andererseits hinwiederum wagt man es, um die Durchgängigkeit der Tuben zu konstatieren, vermittels einer Art Radfahrpumpe Luft in den Uterus und in die Bauchhöhle zu blasen! Dies Verfahren konnte auf dem letzten Gynäkologenkongress in Innsbruck vorgeführt werden⁶⁾. Wann wird der erste Todesfall sich ereignen! Wer aber hinwiederum in der Grössstadt in diesen abtreibungskranken Zeiten Tag für Tag erlebt, was an intrauterinen Eingriffen von seiten der Unberufenen geschieht, und wie relativ selten eine üble Folge erscheint, der wird mit mir vor der „Toleranz des Organismus“ bewundernd stehen. Wieviele Seifenspülungen des Uterus direkt nach der Kohabitation geschehen Nacht für Nacht von den Frauen! Habe ich doch dieser Tage einen Laminariastift aus der Zervix einer medizinischen Studentin entfernt, den ihr Bräutigam — ein Student der technischen Hochschule — hineinpraktiziert hatte und mit dem er glücklich die bestehende Schwangerschaft unterbrach, ohne jedwede üble Nachwirkung!

Es ist also an dem, dass der Arzt mit gründlicher Vorbildung an jeden einzelnen Fall herantritt. Seine Kenntnisse und sein Gefühl müssen ihm sagen, was er in jedem einzelnen Falle tun darf und was er unterlassen muss. Das aber kann am besten der sich einfühlende Hausarzt. Der praktische Arzt muss und soll die sog. kleine Gynäkologie (die ich vielmehr die grosse und weite Frauenkunde nennen möchte) beherrschen. Ihm werden die kinderwünschen Frauen sich vielfach mehr erschliessen, als dem ihnen unbekanntem Spezialisten. Er auch soll und kann die Behandlung der unfruchtbaren Frauen recht wohl übernehmen. Auch mit meinem Verfahren. Immerhin mag er sich noch in Einzelheiten Rat beim Facharzt erholen, wie ich sie gerade deshalb so ausführlich angeben habe (s. auch meine erste Arbeit: M.m.W. 1920 Nr. 51, die eine eingehende Darlegung der Technik enthält).

Es wird notwendig sein, dass von anderen Seiten auch über mein Verfahren berichtet wird. Ein Kollege, dessen eigene Frau sich meiner Behandlung — leider erfolglos — durch mich unterzieht und der mit anderer Seite Kinder gezeugt hat, hat hinwiederum in seiner Klientel 4 erfolgreiche Fälle mit meiner Methode gesehen, wie er mir berichtete.

Meine bisher als unangreifbar dargelegten 9 erfolgreichen Fälle sind scheinbar wenig. Aber sie sind genauestens beobachtet, sie stammen nur aus meiner Privatpraxis, die naturgemäss weit hinter dem „Material“ der grossen Kliniken zurücksteht. Aber ich beanspreche dafür, dass sie sorgfältig ausgewählt und beobachtet sind, dass ich (in vielleicht übertriebener Selbstkritik) manchen recht wohl noch als erfolgreich anzuführenden Fall nicht angeführt habe, weil er nicht ausschliesslich durch mein Vorgehen erklärt werden könnte. Dazu kommt, dass die Zahl der kinderwünschen Frauen in bedauerlichem Missverhältnis steht zu denjenigen, die das Gegenteil erstreben in diesen kindermörderischen Zeiten. Jeder Arzt aber, der das Glück hat, durch mein Verfahren einer Frau zu einem Kinde zu verhelfen, wird darin für sich und für diese eine Befriedigung finden, wie sie in unseren unbefriedigenden Zeiten gar selten geworden ist!

Aus der Krankenanstalt des Bayer. Landesvereins vom Roten Kreuz, München. (Leit. Arzt: Priv.-Doz. Dr. Hans Albrecht.)

Die Behandlung des fieberhaften Aborts.

Von Dr. Hans Albrecht.

Der „fieberhafte Abort“ stellt in chirurgischem Sinne eine infizierte Wundhöhle dar, in welcher keimdurchsetztes Material (Blutkoagula, Eihaut- und Plazentafetzen) unter ungünstigen Abflussbedingungen, dagegen besonders günstigen Möglichkeiten zur Fortleitung der Infektion in die mütterlichen Blut- und Lymphbahnen zurück-

gehalten ist. Theoretisch müsste deshalb eine nach chirurgischen Grundsätzen durchgeführte Behandlung eine möglichst schnelle und vollständige Entfernung des infektiösen Materials, sowie die Schaffung günstiger Abflussbedingungen für die Wundhöhle erstreben. Die besonderen Eigentümlichkeiten der uterinen Wundhöhle aber und die mit der Ausräumung verbundene mechanische Zerrung und Schädigung des entzündeten Organs und seiner peritonealen und bindegewebigen Umgebung bedingen für die aktive Behandlung virulenter Streptokokkeninfektionen eine erhöhte Gefahr. Aus dieser Ueberlegung hatte sich vor 17 Jahren der Streit zwischen aktiver und konservativer Behandlung des fieberhaften Aborts entwickelt, der heute in der Frage gipfelt, ob es eine bakteriologische Indikation für die Behandlung des fieberhaften Aborts gibt oder nicht.

Für den Verlauf des fieberhaften Aborts bestehen 3 Möglichkeiten: Handelt es sich nur um saprophytäre Keime oder avirulente Infektionen, so wird der Verlauf beim aktiven und konservativen Verfahren gleich günstig sein, nur hat das aktive Verfahren den Vorzug der Abkürzung des lokalen Infektionsprozesses. Zweitens besteht die Möglichkeit einer hochvirulenten Infektion mit grösster Aggressivität der Keime — dies sind die Fälle, die als foudroyante Sepsis bzw. Peritonitis in kurzer Zeit zum Tode führen, gleichgültig ob wir aktiv oder konservativ behandeln. Die wichtigste dritte Gruppe wird durch jene Fälle virulenter Infektionen dargestellt, bei denen der Organismus Zeit und Kraft hat, den Kampf aufzunehmen und der Infektion lokale und allgemeine Abwehrmassnahmen entgegenzustellen. Für diese Fälle entsteht die verantwortungsvolle Frage: Ist der Nutzen der aktiven chirurgischen Behandlung grösser als die mögliche Schädigung und Gefahr, die in der aktiven Behandlung virulenter Infektionen des Uterus gelegen ist? Es lässt sich diese Frage nicht durch theoretische Spekulationen, sondern nur durch praktische Erfahrung beantworten. Von entscheidender Bedeutung sind hier die Ergebnisse Schottmüllers und Heberers, welche übereinstimmend bei einer grossen Anzahl aktiv behandelte septischer Aborte vor der Ausräumung im Blute hämolytische Streptokokken nachweisen konnten, die nach der Ausräumung des infektiösen Abortrestes prompt aus dem Blute verschwanden, zugleich mit dem sofortigen Abklingen der schweren lokalen und allgemeinen Infektion. Nach diesen Befunden muss die Gefahr der Zurücklassung des infektiösen Materials im Uterus einleuchten. Die in der uterinen Wundhöhle zurückgehaltenen Eihaut- und Plazentaresten stellen einen ausgezeichneten Nährboden dar, in welchem sich die Keime relativ geschützt vor der Abwehr des Organismus ungestört anreichern können, um dann wie aus einer unversiegbaren Quelle durch die Lymph- und Blutbahnen in den mütterlichen Organismus vorzudringen, solange der Abortrest im Uterus verbleibt.

Die Feststellungen Schottmüllers und Heberers sind deshalb von besonderer Wichtigkeit, weil sie den Tatsachenbeweis erbrachten für die durch Frankl und Hüsey, Hamm, Bondi, Missler und andere längst theoretisch begründete Auffassung, dass es eine bakteriologische Indikation für die Behandlung des fieberhaften Aborts nicht gibt, dass also der infizierte Abort praktisch ebenso zu behandeln ist wie die übrigen infizierten Wundhöhlen. Der Streit über aktive und konservative Wundbehandlung erinnert in vielen Punkten an die Debatte im Anfang des Krieges über aktive oder konservative Wundversorgung. Die Meinungsverschiedenheit beim fiebernden Abort ist auch deshalb so schwer auszugleichen, weil in einer grossen Anzahl von Fällen, eben den harmlosen Infektionen, beide Verfahren zu gleich günstigem Ergebnis führen können. Das Hauptargument der Vertreter der konservativen Richtung ist die Tatsache, dass in seltenen Fällen bei hochvirulenten Infektionen sich an die Ausräumung ein rascher deletärer Verlauf anschliessen kann. Dabei wird offenbar durch unseren Eingriff der Einbruch der hochvirulenten Keime in den mütterlichen Organismus befördert, ähnlich wie dies der Fall sein kann nach operativer Entfernung infizierter Polypen und submuköser Myome. Bei diesen schweren und unglücklichen Zufällen, für welche uns auch die kriegschirurgische Erfahrung analoge Beispiele gegeben hat, müssen wir annehmen, dass es den hochvirulenten Keimen auch ohne unser Zutun früher oder später gelingen wäre, sich den Einbruch in den Organismus zu erzwingen. Jedenfalls würde es auf Grund der nunmehr von Schottmüller und Heberer auch für den fieberhaften Abort festgestellten bakteriologischen Tatsachen unseren chirurgischen Erfahrungen über die Vorgänge in den infizierten Wundhöhlen widersprechen, wenn wir bei besonders virulenten Keimen eine abwartende Haltung einnehmen wollten.

Meine folgende Statistik umfasst die Ergebnisse einer prinzipiell durchgeführten aktiven Behandlung des fieberhaften Aborts während eines 10-jährigen Zeitraumes an der 2. Gyn. Univ.-Klinik München. Mein verstorbener Lehrer Amann vertrat den Standpunkt, bei jedem fieberhaften Abortus ohne Berücksichtigung der bakteriologischen Indikation das infektiöse Material aus der Uterushöhle zu entfernen.

I.

878 afebril eingelieferte Aborte.

Sämtliche aktiv behandelt.

Fieberfreier Verlauf in 819 Fällen = 93,3 Proz.

Fieberhafter Verlauf in 59 Fällen = 6,7 Proz.

eintägiges Fieber 41 = 4,6 Proz.

mehrtägiges Fieber 18 = 2,1 Proz.

⁶⁾ Graff: Zur operativen Behandlung der Sterilität. W.kl.W. 1922 Nr. 35.

Komplikationen (Parametritis, Exsudat) 5 = 0,57 Proz.
 Perforationen 4 = 0,45 Proz.
 (sämtlich geheilt, eine durch Laparotomie).
 Todesfälle 0.
 Morbidität 6,7 Proz.

II.

201 fieberhafte Aborte.

Sämtliche aktiv behandelt.

Nach Ausräumung:

Sofortige Entfieberung in 150 Fällen = 74,62 Proz.
 davon 71 Fälle seit 24—48 Stunden fiebernd
 davon 34 Fälle seit 3—4 Tagen fiebernd
 davon 45 Fälle seit 5 Tagen bis 3 Wochen fiebernd.
 Morbidität mit Ausgang in Heilung in 43 Fällen = 21,38 Proz.
 (fiebrichter Verlauf)
 und zwar noch 1 Tag Fieber in 14 Fällen = 6,96 Proz.
 mehrtägiges Fieber in 29 Fällen = 14,42 Proz.
 (Komplikationen in 5 Fällen = 2,49 Proz.)
 Mortalität in 5 Fällen = 4 Proz.
 Gesamtmorbidität 51 Fälle = 25,38 Proz.

III.

1 in schwerstem Allgemeinzustand nach Abort eingelieferte Fälle.

7 Fälle schwerster Sepsis (nicht ausgeräumt): 5 gestorben, 2 geheilt.

13 Fälle mit diffuser Peritonitis:

ohne Laparotomie kurz nach der Einlieferung 6 gestorben,
 in 7 Fällen Laparotomie und Ausräumung, davon 5 gestorben,
 2 geheilt.

1 Fall an Verblutung kurz nach Einlieferung gestorben
 (Sektion keine Verletzung).

Die erste Tabelle zeigt, dass die Ausräumung beim afebrilen Abort ungefährlich ist. Die Morbidität beträgt 6,7 Proz., entspricht also genau der von Halban an 4900 Fällen beobachteten Morbidität von 6,2 Proz. (Temperatursteigerung über 38 Grad im Anschluss an die Ausräumung).

Fieberhafte Aborte (Temperatur über 38 Grad) beobachteten wir in 201 Fällen. Die Tatsache, dass im Anschluss an die Ausräumung in 75 Proz. sofortige Entfieberung erfolgte, erweist die Bedeutung der Entfernung des infektiösen Materials aus dem Uterus. Halban fand unter 1972 fieberhaften Aborten in 60 Proz. sofortige Entfieberung nach der Ausräumung. Wichtig ist der Hinweis darauf, dass in einem Fünftel unserer Fälle das Fieber vor der Ausräumung bereits 4 Tage bis 3 Wochen lang bestanden hatte. Rechnen wir zu den Fällen sofortiger Entfieberung noch die mit nur 1 tägigem Nachfieber hinzu, so haben wir im ganzen 82 Proz. mit sehr günstigem Verlauf im Anschluss an die Ausräumung.

Was die Technik der Ausräumung beim fieberhaften Abort betrifft, so geschah sie durchwegs nach genügender instrumenteller Erweiterung (bei weiter fortgeschrittener Schwangerschaft, falls die Erweiterung ungenügend war, durch die Hysterotomia anterior) mit Abortfazzange, Abortlöffel, grosser stumpfer Kürette oder Bürstenskürette unter digitaler Kontrolle. Der Streit zwischen den Anhängern der digitalen und instrumentellen Ausräumung dürfte müssig sein: Der Erfolg hängt nicht vom Finger und nicht vom Instrument ab, sondern von der Erfahrung und Gewandtheit des Operierenden, zudem hat uns Heberer gezeigt, dass die in tiefer Narkose mit geübtem Finger ausgeräumten Streptokokkenaborte genau so günstig verliefen wie die kürettierten Aborte von Schottmüller. Wir ziehen die instrumentelle Ausräumung deshalb vor, weil wir es bei sonstiger operativer und geburtshilflicher Tätigkeit zu gefährlich erachten, die Finger mit den hochvirulenten Keimen eines septischen Abortes zu beladen.

Ausspülungen der Uterushöhle nach der Ausräumung haben wir nie vorgenommen, doch glaube ich, dass es falsch ist, wenn derjenige, der gewohnheitsmässig nicht spült, die Spülung aus irgendwelchen Gründen verdammt: In der Hand des Geübten wird sie ebensowenig Unheil anrichten können, wie die digitale Ausräumung. Wenn die Spülung auch hinsichtlich antiseptischer Wirkung ebensowenig erreichen wird, als das Abwaschen eines Erysipels, wie Bum sagt, so ist sie doch das schonendste Mittel zur mechanischen Entfernung der Abortreste und Blutkoagula.

Mit diffuser eitriger Peritonitis wurden 13 Fälle eingeliefert; 6 davon waren bei der Einlieferung bereits hoffnungslos und starben unbehindert nach wenigen Stunden. Bei 7 Fällen konnte der Versuch einer operativen Hilfe noch gewagt werden, in 2 Fällen mit Erfolg. Wenn auch in der Mehrzahl der diffusen Peritonitiden bei septischem Abort der letale Ausgang durch die operative Behandlung nur beschleunigt wird, so ist es doch falsch, diese deshalb durchwegs als nutzlos abzulehnen. Es lässt sich nie mit Sicherheit voraussagen, ob nicht doch der eine oder andere Fall gerettet werden kann. Allerdings muss die Operation möglichst rasch erledigt werden und soll nur beschränkt werden auf Vernähung allenfallsiger Verletzungen, Ausspülung und Drainage. Die Totalexstirpation verschlechtert nach unseren Erfahrungen die Prognose. Aethereingussungen haben wir in 2 Fällen versucht, aber keinen Erfolg davon gesehen. Was wir durch die Operation leisten können, kann nur Entlastung und Sorge für Abfluss sein, der Enderfolg wird bestimmt durch das Verhältnis von Virulenz der Keime zu Widerstandskraft und Abwehrmassnahmen des Organismus.

Bezüglich der Anwendung intravenöser Kollargolinjektionen bei Sepsis habe ich bereits in einer früheren Arbeit berichtet, dass sie bei schweren septischen Infektionen so gut wie stets versagt, aber in einer Reihe offenbar leichterer Fälle im direkten Anschluss an die Kollargolinjektion eine kritisch eintretende Heilung beobachtet. Das gleiche gilt von den übrigen Silberpräparaten, Dispargen, Fulmargen und Argochrom. Auch Trypaflavin haben wir in schweren Fällen ohne Erfolg versucht, desgleichen die von Lindig so sehr gerühmte Caseosan bei den schwersten Fällen, denen wir seine Hilfe wirklich gebraucht hätten, im Stich ließen. Die Wirkung der Abwehrmassnahmen des Organismus zu unterstützen kommt nach unseren Erfahrungen nur eine ungewisse Wirkung der Ueberrennen Fällen, wo sie ihre Heilkräft bewähren sollten, versagen. Auf Grund unserer Erfahrungen halten wir an der Infiziertenzeugung fest, dass es beim fieberhaften Abort wie bei jeder Wundhöhle das Richtige ist, nach chirurgischen Grundsätzen schonender handeln, das heisst, das infektiöse Material baldigst in es zu tragen. Weise zu entfernen und für Abfluss nach aussen Sorge zu er Gewiss werden die Heilungsziffern auch bei konservativer Behandlung den der aktiven Behandlungsmethode nur wenig. Infektionen nicht nachstehen, weil ja die aussichtslossten schweren Infektionen immer nur einen geringen Bruchteil ausmachen. Der Vorteil der aktiven Behandlung ist die Abkürzung der fieberhaften Scheidung in und die Vermeidung unnötiger Blutverluste. Die Entscheidung diesem Streite dürfte durch die mehrfach erwähnten Ergebnisse Hebers und Schottmüllers gefallen sein: Wenn es in so vielen Fällen schwerer Streptokokkeninfektionen, bei denen Streptokokken im Blut nachgewiesen wurden, gelang, die Infektion durch die Ausräumung des septischen Materials mit einem Schlage zu kupieren, so bedarf es meines Erachtens keines weiteren Beweises, dass die möglichst frühzeitige Entleerung des Uterus die beste Behandlungsmethode des septischen Abortes sein muss. Voraussetzung für den Erfolg der Ausräumung ist, dass sie von geübter und erfahrener Hand ausgeführt wird, da sie häufig grössere Schwierigkeiten und Gefahren bietet als eine Laparotomie.

Zur Kenntnis des „Icterus catarrhalis“.

Von Dr. Folke Lindstedt, Dozent der inneren Medizin, Stockholm.

Während des Frühlings 1921 trat im Seraphimerlazarett in Stockholm eine Iktusepidemie auf. Durch freundliches Entgegenkommen der Herren Direktoren der 1. chirurgischen Klinik, Prof. G. Ekehorn, und der 2. medizinischen Klinik, Prof. H. Chr. Jacobaeus, wurde mir Gelegenheit geboten, diese Epidemie näher zu erforschen. Diese Epidemie scheint mir von grossem Interesse für unsere ganze Auffassung der Natur des Krankheitsbildes des „Icterus catarrhalis“ zu sein und bestätigt übrigens in verschiedener Hinsicht diejenigen Ansichten, die ich in einer früheren Arbeit¹⁾ schon hervorgehoben habe.

Diese Epidemie umfasste, soweit ich es ermitteln konnte, folgende sechs Fälle:

Fall 1. 57-jähr. Knabe, der seit dem 2. XII. 1920 in der chirurgischen Abteilung wegen Spondylitis tbc. mit Gipsbandage behandelt wurde. Die Temperatur war während der ersten zwei Krankheitsmonate abgefallen, aber gleichmässig (am Abend 37,4—37,8°). Der Kranke war dann ausser Bett und die Temperatur wurde nicht weiter gemessen, bis zum 9. III. 1921, wo der Kranke über Uebelbefinden und Mattigkeit klagte. Die Temperatur, die bei der Untersuchung 38° zeigte, stieg am Abend bis 39,2°. Keine Ursache des Fiebers konnte nachgewiesen werden. Am folgenden Tage fühlte sich der Kranke schon besser. Temperatur am Morgen 38,3°, am Abend 38°. Der Kranke war dann wieder relativ wohl und die Temp. zeigte für den Kranken normale Höhe (s. o.). Am 13. III. trat aber im Zusammenhang mit erneuter Temperatursteigerung (38,5°) wieder Verschlimmerung mit Erbrechen ein, sowie Anzeichen von Icterus. Schon am folgenden Tage fühlte sich der Kranke besser und die Temp. war wieder normal. Der Icterus wurde aber deutlicher und die Fäzes „grauweiss“. Nach einer Dauer von 12—14 Tagen war der Icterus wieder verschwunden.

Fall 2. 77-jähr. Knabe, der seit dem 6. XII. 1920 wegen Coxitis tbc. in dem Bett neben dem seines Spielkameraden behandelt wurde und dessen Zeit neben dem seines Spielkameraden, Fall 1, stand. Am 18. IV. fühlte sich der Knabe, der bis zu dieser Zeit ausser Bett war, unwohl, bekam Erbrechen und klagte über Schmerzen im Bauch. Die Temp. Zeit nicht gemessen worden war, zeigte nun 37,0°, am Abend Leberrand war 2—3 cm unterhalb des Rippenbogens palpatorisch empfindlich. Ausserdem war die Haut leicht ikterisch. In Urin kein Albumen, aber Gallenfarbstoff. — Nach Betruhe schwanden die objektiven Symptome. Der Icterus aber wurde deutlich und dauerte ungefähr eine Woche. Die Fäzes waren niemals acholisch. Die Temp. des ganzen Krankheitsverlaufs keine Abweichungen von der normalen Kurve.

Fall 3. 77-jähr. Knabe, der seit dem 25. X. 1920 in demselben Saal neben den zwei genannten Knaben lag und wessica behandelt wurde. (Alle die drei Knaben, Fall 1—3, lagen also nebeneinander.) Der Kranke wurde am 6. IV. 1921 als gesund in seine Heimat entlassen. Bei der späteren Nachforschung erzählte mir die Mutter (s. Fall 4), dass der Knabe nach seiner Heimkehr während der ersten 10 Tage völlig gesund gewesen war. Am 16. IV. wurde er aber plötzlich erkrankt. Die Temp., die am selben Abend bis 39,4° stieg, war schon am folgenden Tage

¹⁾ F. Lindstedt: Arkiv för inre Medicin (Nord. med. H. 6 (Deutsch). Ark.) 1919, 51.