

Bucura), Gynergen gegeben wurde, ist wohl anzunehmen, dass eine kombinierte Wirkung beider Mittel hier nicht in Frage kommt. Im übrigen verweise ich auf meine Erwiderung auf die Arbeit von Guggisberg in der „Schweiz. med. Wschr.“.

Gerade aus der Arbeit von Lützenkirchen, die das Präparat bei Nachgeburtsblutungen in der Höchstdosis von 1,0 ccm warm empfiehlt, von der Verwendung in der Ambulanz zur Behandlung gynäkologischer Blutungen auf Grund ihrer Erfahrungen aber abrät (ob sie auch hier 1,0 ccm als Höchstgabe verwendet hat, ist, da nähere Angaben fehlen, nicht zu ersehen), geht, die Erfahrungen anderer Autoren bestätigend, hervor, dass die Dosierung und Indikationsbreite des Präparates noch keineswegs feststeht, jedenfalls aber enger bemessen ist, als die Fabrik (siehe meine Arbeit) angegeben hat. Mein seinerzeitiger Satz, dass das Gynergen „... zwar sehr wirksam, aber ein zumindest in der jetzigen Dosierung keineswegs unschädliches Mittel ist“, findet also seine volle Bestätigung.

### Zur intrauterinen Behandlung.

(Bemerkungen zu der Arbeit von Max Nassauer in Nr. 14 der M. m. W. 1924.)

Von Dr. Pust-Jena.

Nassauer stellt in seiner Erwiderung auf die Arbeit von Dietrich über das Fructulet (Nr. 5/1924 M. m. W.) das Thema der „intrauterinen Behandlung“ allgemein zur Debatte und zitiert eine Aeusserung von mir in dem Sinne, als ob ich den intrauterinen Methoden extrem das Wort redete und die „Scheu davor nicht begriffe“. Das veranlasst mich zu folgender Warnung: auf Grund recht ausgedehnter Erfahrungen lehne auch ich fast jede intrauterine Behandlung als gefährlich ab. Noch Leopold machte Auswischungen der Uterushöhle nach manchen Ausschabungen mit liqu. ferri sesquichlorati (!). Ich sah danach langdauernde Amenorrhöen, Sterilität, üblen Fluor, sehr heftige, blitzartige „Tubenkoliken“ (eigentlich sind es wohl akute peritoneale Reizungen). Dasselbe passiert nach Formalinwaschungen, Jod, Protargol u. ä. Diese Erlebnisse, das schlagartige Zusammenbrechen sofort nach der Behandlung wird m. E. jeden Praktiker schnell und gründlich von diesen Methoden abbringen. Auch die Dampf- und Heisswasserbehandlung des Cavum uteri dürfte wohl verlassen sein. Nur bei septischem Abort resp. Partus sieht man häufig auffallend günstige Resultate von Alkoholspülungen ( $\frac{1}{3}$  l Spiritus  $\frac{2}{3}$  l heisses Wasser). Hier sind sie zuweilen offenbar von lebensrettender Wirkung. Im übrigen gibt es m. E. für alle nicht fieberhaften, nicht gonorrhöischen Erkrankungen des Endometriums nur eine schonende Behandlung: die Kürette. In geübter Hand kann sie richtig indiziert und dosiert werden. Auch eine gelegentliche äusserst seltene und sehr vorsichtige Sondierung des Uterus richtet wohl kaum je Schaden an.

Ganz anders aber verhält sich die gesunde Gebärmutter. Wer eine grosse Erfahrung hat über alles, was als Schutzmittel verkauft und von Laien und Aerzten eingesetzt wird, der muss sich immer wieder wundern, was alles das gesunde Uteruscavum verträgt. Form und Material dieser Modelle sind ungezählt: vom Elfenbein, Knochen, Celluloid, Gold, Silber, Aluminium zum Glas, Holz, Gummi findet sich alles Denkbare. Zahlreich sind die in den ärztlichen Vereinen demonstrierten Fälle von Perforation und anderen Schädigungen, aber sie bilden doch nur einen verschwindenden Bruchteil der wirklichen Applikationen. Leichtere Schäden, wie verlängerte und verstärkte Blutungen und Ausfluss werden als kleineres Übel gerne in Kauf genommen. Somit muss ich in dieser Beziehung und mit diesen sehr starken Einschränkungen Nassauer beipflichten, wenn ich auch wünschte, dass sein „Fructulet“ wesentlich kleiner gebaut wäre (meines Erachtens genüge die knappe Hälfte).

Ueber die Wirkung kann man wohl theoretisch debattieren (ich möchte sie etwa in der Richtung einer Dauerdilataion suchen), entscheidend aber ist die Praxis und nur bei völlig gesunden Fällen, deren Feststellung aber durchaus nicht leicht ist. Ja, gerade das ist m. E. das beste Kriterium: verträgt ein Cavum uteri ein solches Instrument einige Zeit, dann ist es gesund, sonst nicht. Den harten Intrauterinpressaren wird nachgesagt, dass sie nicht mit Sicherheit eine Schwangerschaft verhüten, und dann als Abortivum wirken. Auch dieser theoretische Einwand trifft auf Nassauers „Fructulet“ nicht zu, da es ja bald entfernt wird, jedenfalls früher als eine Gravidität von ihm erreicht werden könnte. Wer vor einer intrauterinen Methode der künstlichen Befruchtung zurückschreckt, mag einen Versuch nach folgender Methode machen: Coitus condomatus; Ueberfüllen des Spermas in eine Celluloidkapsel (nicht Metall! Dieses wirkt spermatozid), Andrücken der gefüllten Kapsel an die Portio, wo sie 24 Stunden bleibt und das Sperma in innige Berührung mit dem Schleimpfropf bringt. Diese Methode eignet sich m. E. für alle die Fälle, in denen der Schleimpfropf aus topographischen Gründen (Hochstand der Portio, Retroflexio usw.) nicht oder nicht genügend mit dem Sperma im hinteren Scheidengewölbe in Berührung kommt. Führt diese Methode nicht zum Ziele, dann kann getrost und trotz aller theoretischen Bedenken ein Versuch mit einer intrauterinen Methode (Döderlein) oder mit dem Fructulet gemacht werden. Die gesunde Gebärmutter verträgt es sicher. „Gesund“ ist aber nur die Gebärmutter, welche nicht nur menstruell gesund ist, ohne Erosion, ohne Fluor, sondern bei der auch der Schleimpfropf funktionell, d. h.

bakteriell intakt ist. Hier liegt der Kernpunkt der Frage: die bakterielle Kraft des Schleimpfropfes ist enorm. Sie vorher richtig einzuschätzen erfordert grosse Erfahrung. Wir haben an meiner Klinik in 21 Fällen aus dem Zervikalschleim, welcher den Silkworm-Intrauterinpressaren nach 3monatlichem Liegen anhaftete, Abstriche gefertigt im 1., 2., 3. cm vom äusseren Muttermund ab gerechnet: wir fanden Pankows Befunde bestätigt und konnten sie für diese Materie erweitern. In 16 Fällen war die 1. Probe, in 7 Fällen die 2. und nur in 1 Fall die 3. Probe (beim Herausnehmen?) keimhaltig. Die Tingierbarkeit, also wohl auch die Virulenz, nahm nach oben zu ab. Hier liegt also der Kernpunkt der intrauterinen Methoden: Wird die mechanisch und bakteriell abschliessende Wirkung des zervikalen Schleimpfropfes nicht gestört, so ist die Methode brauchbar, sonst nicht. Deshalb muss z. B. ein Dauerpressar möglichst aus organischem Material bestehen; ein Fructulet darf das nicht, da die kolloidale Quellung das Sperma arretieren würde. Beim organischen Schutzpressar ist das aber beabsichtigt.

Darum gehören alle intrauterinen Methoden nur in die Hände sehr vorsichtiger Aerzte.

Abweichend von Nassauer, der von den Zervikalstäbchen nicht viel hält, möchte ich die Indikationen folgendermassen einteilen:

1. Vaginal: Pulver, Hefe, „Vaginalbäder“ (Auswischen der Scheide mit 2 proz. Höllesteinlösung), Tabletten, Globuli gegen reine Scheidenkatarrhe; Ichthyol, Thigenol, Kampfer, Salizyl, Glycerin usw. in die Scheide nur als Resorptionsstelle für chronische Parametritiden und Salpingoophoritiden.

2. Zervikal: reine Zervikalgonorrhoe: Kapselbehandlung in Kombination mit Arthigon u. a., Proteinkörpertherapie, lokaler Aetzung und als unübertreffliche Gonorrhoe prophylaxe. Nicht gonorrhöische Zervikalkatarrhe: Kapselbehandlung ev. in Verbindung mit Stäbchen (Spuman, Delegon usw.). Nassauers Verdienst um die Trockenbehandlung in hohen Ehren, aber Zervix und Kavum werden nicht von ihr beeinflusst.

3. Intrauterin: nur Kürette bei Endometritis, Alkoholspülung bei Sepsis, als Schutzmittel allenfalls ein organisches Silkwormpressar, bis es bessere extrauterine Methoden gibt, als Abflussröhrchen bei rezidivierender puerperaler Sekretverhaltung; Fehlingsches Röhrchen für kurze Zeit; Befruchtungsversuch mit Fructulet, falls Kapselmethode versagt. Tubendurchblasung mit Vorsicht und exakter Auswahl<sup>1)</sup>.

Diagnostisch: Abgrenzung der Fluorarten m. E. nur mit den Zelloidkapseln<sup>2)</sup> möglich: davor ist Scheidenkatarrh, dahinter zervikaler oder endometritischer Katarrh. Menstruationsstörungen sprechen für Endometritis.

Im übrigen: keine chemischen Mittel in das Kavum. Bei gesundem Endometrium sind sie überflüssig, bei krankem gefährlich und schädlich. In die kranke Gebärmutter gehört auch kein mechanisches Mittel, kein Pressar, kein Röhrchen, kein Fructulet. Die gesunde verträgt sie, wenn der zervikale Schleimpfropf nicht beeinträchtigt ist. Das im Einzelfall vorher richtig einzuschätzen, erfordert grosse Erfahrung. Wir dürfen aber gerade bei der gynäkologischen Technik nicht vergessen, dass die dem Medizinstudenten auf der Universität übermittelte technische Ausbildung eine minimale ist. Darum: Einschränkung und Vorsicht gegenüber allen intrauterinen Methoden mit den wenigen, oben skizzierten Ausnahmen.

### Für die Praxis.

#### Behandlung der Spätsyphilis.

Von L. v. Zumbusch, München.

So einfach und klar die Indikationsstellung bei der rezenten Syphilis, mag sie nun im primären oder sekundären Stadium sein, ist, so schwierig kann die Frage, ob und wie behandelt werden soll, in Fällen sein, wo die Infektion lange zurückliegt.

Im Frühstadium ist das Ziel, den befallenen Organismus dauernd spirochätenfrei zu machen, mit allen Mitteln anzustreben: Bei primärer (seronegativer) Lues wird dies mit einer energischen Abortivkur erreichbar sein, mit 5–6 g Neosalvarsan und Quecksilber, ev. Wismut. Bei jeder Lues, die schon einmal, wenn auch nur kurze Zeit, positive Wassermannreaktion gezeigt hat, darf die Behandlung nicht eher eingestellt werden, als bis mindestens zwei Sicherheitskuren durchgeführt sind, die schon ohne klinische Symptome und ohne positive Seroreaktion begonnen worden sind. Nach Beendigung der Kuren ist in allen diesen Fällen eine regelmässige klinische und serologische Kontrolle durch mehrere Jahre notwendig.

Bei der Spätsyphilis, worunter alle Fälle zu verstehen sind, deren Krankheitsdauer etwa 5 Jahre oder mehr beträgt, liegen nun die Dinge durchaus nicht mehr so einfach, es wird daher hier sehr oft ohne Ziel und Zweck gehandelt.

Im folgenden soll nun versucht werden, mit möglichster Deutlichkeit zu schildern, was man zweckmässig in derartigen Fällen unternimmt. Dazu ist es in erster Linie notwendig, die mannigfachen Formen der Spätsyphilis zu ordnen und einzuteilen, um sich dann darüber klar zu werden, was man im einzelnen Fall anzustreben hat und wel-

<sup>1)</sup> cf. Lörincz: Zbl. f. Gyn. 1924, 19.

<sup>2)</sup> Bezugsquelle: Medico-Jena, Kommand.-Ges.