

bei akuten Abdominalerscheinungen — vorher konservativ vorbereitet wurden. Von diesen sind 21 geheilt entlassen und in laufender Kontrolle, 4 nur gebessert — nicht geheilt —, da sie die konservative Nachbehandlung nicht durchhielten und frühzeitig die Behandlung abbrachen.

Aus der Tatsache, daß von 36 Adnextuberkulösen 25 operiert wurden, mag schon zu ersehen sein, daß wir eine selektive Therapie treiben. Von diesen 11 konservativ behandelten Patientinnen mit Genitaltuberkulose an den Adnexen, am Peritoneum und am Endometrium in Kombination wurden 6 geheilt, 2 gebessert — davon 1 frühzeitig die Klinik verlassen — und 3 nicht geheilt. Diese 3 gingen nur nach kurzfristiger Anbehandlung nach Hause, da sie von weither durch die LVA eingewiesen waren und den Wunsch hatten, wieder in ihre Heimat zu kommen.

Es bedarf damit keiner Frage, daß die konservative Behandlung der Genitaltuberkulose mit den neuen antituberkulösen Mitteln zusätzlich zu der Wirkung unserer sonstigen konservativen Methoden ihre wertvolle Bedeutung hat. Die reine Endometritis tuberkulosa darf heute als seltenstes Objekt für die aktive chirurgische Therapie angesehen werden. Wir haben jedenfalls einen Versager durch die intrauterine Behandlung kombiniert mit der Allgemeinbehandlung nicht erlebt.

Insgesamt wurden von 54 Tuberkulösen 41 = 75,9% geheilt, davon 21 operativ unter Vor- und Nachbehandlung mit antituberkulösen Mitteln und 20 rein konservativ. Dabei ist hervorzuheben, daß wir nach Möglich-

keit so konservativ wie möglich operieren und immer versuchen, ein Ovar zu erhalten. Das ist jetzt unter dem Schutz der modernen antituberkulösen Mittel möglich geworden. 7 = 12,9% Patientinnen wurden gebessert, — 3 nicht durchbehandelt — und 6 = 11,2% blieben ungeheilt — davon haben alle 6 die Klinik frühzeitig verlassen und die Behandlung nicht durchgehalten.

Aus dieser Aufstellung mag zu ersehen sein, daß eine rein chirurgische Einstellung zur Genitaltuberkulose der Frau wie sie Knaus schildert, nicht mehr berechtigt ist. Insbesondere bietet die intrauterine konservative Behandlung der isolierten Endometritis tuberkulosa kombiniert mit der Allgemeinbehandlung sehr gute Erfolgsaussichten. Die konservative Therapie mit den modernen antituberkulösen Mitteln vermag wertvolles zu leisten und oft notwendige Operationen zu fördern. Mit der zusätzlichen konservativen Behandlung werden auch die Resultate der Operationen wesentlich verbessert. Es muß von Fall zu Fall versucht werden, ob es möglich ist, rein konservativ auszukommen. Diese Forderung besteht immer bei jungen Frauen. Es soll noch einmal besonders betont werden, daß die konservative Therapie mit den Chemotherapeutica und Antibiotica alle bisherigen bekannten und erprobten konservativen Maßnahmen bei der Tuberkulosebehandlung einschließt.

Literaturverzeichnis

1. Philipp: Die Genitaltbk. der Frau, Dtsch. Med. Wschr. 1953, 637.
2. Kirchhoff: Die Genitaltbk. der Frau, Dtsch. Med. Wschr. 1953, 899.

Aus der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung (Vorstand: Prof. Dr. H. Knaus) des Städtischen Krankenhauses Wien-Lainz

Zur kausalen Therapie der weiblichen Genital- und Peritonealtuberkulose

Schlußwort

Von Hermann Knaus

Wer die oben zitierte Arbeit von H. Albers in der „Geburtsh. u. Frauenhk.“ liest, muß den Eindruck gewinnen, daß ihr Autor in der konservativen Behandlung der Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane mit Chemotherapeutika und Antibiotika die Therapie der Wahl dieses Leidens sieht. Diesen Standpunkt hat Herr Albers in dem von mir angeführten Satz seiner Arbeit besonders klar zum Ausdruck gebracht, nach dem man seine nachträgliche Mitteilung gewiß nicht erwarten konnte, daß er von 36 Adnextuberkulösen dennoch 25 operiert habe. Denn in seiner von mir zitierten Arbeit finden sich keine Zahlen oder Hinweise, die eine so hohe Frequenz seines operativen Vorgehens hätten annehmen lassen können. Aber auch in seinen „Kritischen Erwägungen“ zu meiner Arbeit betont Herr Albers, daß der von mir eingenommene, rein chirurgische Standpunkt heute nicht mehr vertretbar sei, da es auch mit konservativen Maßnahmen gelinge, die weibliche Genital- und Peritonealtuberkulose zu heilen.

Dieser Streit der Meinungen über den Wert der konservativen und operativen Behandlungsmethoden kann sehr leicht geschlichtet werden, wenn zunächst Klarheit über den Begriff der Heilung der weiblichen Genital- und Peritonealtuberkulose geschaffen wird. Herr Albers spricht bereits von einer Heilung dieses Leidens, wenn die Kranken symptomlos werden oder wenn die Tbc. endometrii histologisch nicht mehr nachweisbar ist. Hingegen vertritt ich die Ansicht, daß man erst dann von einer Heilung der weiblichen Genital- und Peritonealtuberkulose sprechen darf, wenn ihr primärer Herd gänzlich erloschen ist, d. h. wenn die Eileitertuberkulose histologisch nicht mehr festgestellt werden kann. In diesem Zusammenhang erinnere ich an meine Beobachtung einer Frau, bei der die Genitaltuberkulose 26 Jahre hindurch mit Ausnahme der dadurch bedingten Sterilität symptomlos war, also aus-

geheilt schien, bis sie nach dieser langen Latenzzeit in Form einer Tbc. endometrii wieder in Erscheinung trat und nach weiteren 6 Jahren die Entwicklung großer, spezifisch entzündlicher Adnextumoren bedingte. Oder Albers eigene Erfahrung mit der „erfolgreichen“ Behandlung der Tbc. endometrii: „Nach im ganzen 3mal 0,3 g Conteben intrauterin und 4 g per os war im Endometrium die Tuberkulose verschwunden. Die intrauterine Applikation wurde zur Sicherheit noch 2mal mit 0,3 g durchgeführt, dann, am 76. Behandlungstag, die Laparotomie vorgenommen und das Genitale abdominal exstirpiert. Es fand sich histologisch im Endometrium und im Myometrium, das serienweise in Stufen geschnitten wurde, keine Tuberkulose mehr. Die Tuben, die Ovarien und das Peritoneum wie das Netz waren ausgedehnt mit einer miliaren Aussaat von Tuberkeln besät, trotzdem 10 g Conteben und 300 Tbl. Para-Aminosalizylsäure verabfolgt waren“. Dieser Befund kann doch nicht als Beweis einer Heilung der weiblichen Genital- und Peritonealtuberkulose durch Tuberkulostatika angeführt werden, sondern spricht vielmehr eindeutig dafür, daß es mit diesen Mitteln nicht gelingt, den genitalen Focus, nämlich die Tubentuberkulose, zur Ausheilung zu bringen, von der immer wieder das Endometrium und das Peritoneum sekundär erkranken können. So falsch es ist zu glauben, daß mit der Abheilung tuberkulöser Geschwüre in der Harnblase die Tuberkulose aus dem Harnsystem beseitigt sei, ebenso verhängnisvoll für die Kranke ist die irrtümliche Annahme des Arztes, er habe mit der örtlichen Bekämpfung der Tbc. endometrii die Genitaltuberkulose geheilt. Da sich in beiden Organsystemen die Tuberkulose stets deszendierend ausbreitet und es ebensowenig eine isolierte Tbc. endometrii wie eine isolierte Tbc. vesicae gibt, muß der Ausgangsherd der Tuberkulose behandelt werden, der im Harnapparat stets in der Niere und im weiblichen Genitalsystem stets in den

Eileitern sitzt. Und da die Affinität des Tuberkelbazillus zur Mucosa tubae ampullaris so groß ist, daß alle konservativen Maßnahmen, wie ich in einer späteren Arbeit beweisen werde, zu seiner Bekämpfung in diesem von ihm bevorzugten Organ versagen, sehe ich in der rechtzeitigen Exstirpation der tuberkulös erkrankten Ei-

leiter die einzige Möglichkeit für eine wirkliche Ausheilung der weiblichen Genital- und Peritonealtuberkulose.

Literaturverzeichnis

Knaus, H.: Med. Klin. 1953, 549; und 1954, im Druck; Wien. klin. Wschr. 1953, 404; Wien. med. Wschr. 1953, 687; Med. Mschr. 1953, 672.

THERAPEUTISCHE RUNDSCHAU

Erfahrungen in der Behandlung der Hypertonie mit Rivadescin werden von *H. Runck*, Ludwigshafen-Mundenheim, mitgeteilt (Ärztl. Sammelbl. 1954, 130).

Rivadescin ist ein Präparat aus der indischen Droge *Rauwolfia serpentina* mit standardisiertem Alkaloidgehalt. Im wesentlichen kommt ihm eine adrenolytische, spasmolytische und sedative Wirkung zu. Im allgemeinen werden 3mal täglich 1 Dragée verordnet. Die Verträglichkeit, besonders wenn die Dragées nach den Mahlzeiten eingenommen werden, ist gut. Bei Cerebralsklerose muß die Dosierung einschleichend erfolgen.

Hautschutz zur Verhütung von Berufsekzemen. Von *K. H. Schuster* und *E. Wolff*, Hamburg (Z. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1954, 211).

Zur Behandlung und Verhinderung von Berufsekzemen wird eine Salbe, die vornehmlich Eiweiß und Fett enthält, in dünner Schicht auf die trockene Haut aufgetragen. Die Hautschutzsalbe Ederma (Merz u. Co., Frankfurt a. M.) hat sich sehr gut bewährt.

Zur Behandlung der Scabies und Pediculosis mit Mitigamal berichtet *K. Scheunemann*, Berlin-Rudow (Z. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1954, 213).

Mitigamal (BHC-Creme) enthält nach Angabe der Farbenfabriken Bayer in neutraler, fettfreier Grundlage 0,5% des äußerst wirksamen Insektizids, einem Isomer des Benzol-Hexa-Chlorid (BHC). Mitigamal ist geruchlos und beschmutzt die Wäsche nicht. Es wird vom Kopf bis zur Zehenspitze abwärts der ganze Körper eingerieben. Der Juckreiz verschwindet sehr bald. Das Präparat soll möglichst 3 Tage auf der Haut verbleiben.

Über Behandlung des Erbrechen nach Operation und aus anderer Ursache mit einem neuen Antiemeticum berichten *S. J. Loenecken* und *G. Ressel*, Chirurg. Univ.-Klinik Göttingen (Chirurg 1953, 204).

Zur Prophylaxe wird 30 Minuten vor der Operation 1 Suppositorium Vomex A gegeben, noch während der Narkose kurz vor dem Erwachen werden ferner 1 mg/kg Körpergewicht Vomex A intravenös injiziert. Die Dosis kann wiederholt werden, falls es nach Stunden erneut zu Übelkeit kommen sollte. Auch Erbrechen nach Röntgenbestrahlung, Lumbalanästhesie, nach Medikation von Sulfonamiden und Antibiotika sowie nach *Commotio cerebri* läßt sich durch Vomex A gut beeinflussen. Bei Patienten, die unter Erbrechen und Nausea bei Autofahren leiden, genügt oft 1 Tablette, um die Beschwerden auszuschalten. Leichte Müdigkeit kommt als einzige Nebenwirkung zur Beobachtung.

Über Erfahrungen mit dem antibiotischen Leukocillase-Puder berichtet *E. Schubert*, München, Dillstr. 1/2 (Z. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1954, 214).

Bei Pyodermien, Intertrigo, infizierten Hautwunden, Verbrennungen I. und II. Grades, bei *Ulcus cruris*, Analfissuren und Rhagaden ist die Verwendung von Leukocillase-Puder indiziert. Die Wundflächen werden rasch ausgetrocknet und dank der fermentativen Reinigung der erkrankten Partien kommt eine schnelle Regeneration zustande. 100 g Puder enthalten 100 000 I.E. Penicillin und 15 E Trypsin in steriler, resorbierbarer Milchsüßzuckergrundlage.

Weitere Erfahrungen mit der Dihydratichysterinbehandlung des habituellen Spätabortus. Von *E. Tscherne* und *O. Röml*, Klagenfurt, Landeskrankenhaus (Geburtsh. u. Frauenhk. 1954, 353).

Der habituelle Spätabortus wird häufig durch eine latente Tetanie ausgelöst. Im Beginn der Schwangerschaft ist eine Behandlung mit Progesteron ausreichend,

in den späteren Schwangerschaftsmonaten ist dagegen eine hochdosierte Dihydratichysterinbehandlung (AT 10 oder Calcamin, 3mal täglich 25 Tropfen) zur Erhaltung der Schwangerschaft erforderlich.

Über Thromboembolieprophylaxe im Wochenbett berichtet *J. Kahn*, Städt. Frauenklinik, Wiesbaden (Geburtsh. u. Frauenhk. 1954, 355).

Vom Tage der Geburt an bis zur Beendigung des Wochenbetts sollten 2mal täglich 12 Tropfen Venostasin verabreicht werden. Bei besonders gefährdeten Patientinnen werden täglich 2 ccm intravenös injiziert. Auch Venostasin Suppositorien stehen zur Verfügung. Durch die Therapie ist zwar eine völlige Verhütung von Thromboembolien nicht gegeben, aber eine Beeinflussung ist unverkennbar. Vor allem aber war der Verlauf eventueller Thromboembolien ausgesprochen milde und in keiner Weise besorgniserregend.

Steigerung der Nierendurchblutung unter Nikotinsäureeinwirkung. Von *H. Kuck*, Hospital zum Heiligen Geist, Köppern i. T. (Med. Klin. 1954, 371).

Bei Nierenerkrankungen, Gefäßerkrankungen mit Nierenbeteiligung, angiospastischer Hypertension, Herzkompensation (allerdings erst im Augenblick, da die Diurese unter der üblichen Therapie eine Steigerung erfahren hat) kann unter dem Einfluß von Nikotinsäureamid (Niconacid) eine Steigerung der Durchblutungsgröße und der Glomerulusfiltratmenge der Niere erreicht werden. Es ist eine relativ hohe Dosierung erforderlich. Sie beträgt 75–125 mg, bei Nierenerkrankungen noch höhere Dosen. Sehr günstig ist eine intravenöse Tropfinfusion (200 mg auf 200 ccm). Tabletten, die sich auch zur ambulanten Behandlung eignen, sind etwas höher zu dosieren als die Injektionen. Hersteller: Dr. A. Wander GmbH., Osthofen (Rhss.).

Zur Pathogenese und Therapie diffuser Leberentzündungen berichtet *K. Stenz*, Kreiskrankenhaus II, Bad Berneck (Med. Klin. 1954, 374).

Bei akuter und chronischer Hepatitis wird Cholompin als Spasmolytikum und Cholekinetikum empfohlen. Chelidonium, Menthol, Thymol, Curcuma, Boldo sind die wichtigsten Bestandteile des Präparates (L. Heumann u. Co., Nürnberg).

Über lokale Heparinbehandlung bei Thrombosen berichten *R. Gottlob* und *R. May*, Chirurg. Abt. d. Kaiser-Franz-Joseph-Spitals, Wien (Wien. Med. Wschr. 1954, 211).

Durch Applikation von Heparin am Ort der Erkrankung kann eine höhere Heparinkonzentration erreicht werden. Dadurch ist es möglich, mit weniger Heparin und einer kürzeren Behandlungsdauer auszukommen. Auch bei Blutungsgefahr ist eine lokale Heparinbehandlung möglich. Die Injektion erfolgt beispielsweise als Dauertropf in eine oberflächliche Fußvene oder oberhalb des Knöchels unter die Achillessehne oder als intraspongöse Infusion in den Kalkaneus. Es werden die Depotpräparate bevorzugt.

Über die Behandlung der unspezifischen Synovitis des Kniegelenkes mit intraartikulären Brufalgin-Injektionen berichtet *W. Bayer*, Garmisch (Münch. Med. Wschr. 1954, 258).

3 ccm Brufalgin (Brunnengraber, Lübeck) und 4 ccm 1%ige Novocainlösung werden nach Punktion intraartikulär injiziert. Die Methode ist bei voller Wahrung der Asepsis gefahr- und schmerzlos. Brufalgin stellt eine wässrige Lösung von 10% Aminophenazon und 5% Kalzium- und Natriumsalze der Salizylsäure dar.