

Die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des Kantonsspitals Aarau in den ersten 4 Jahren ihres Bestehens

Autor(en): **Hüssy, Paul**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Mitteilungen der aargauischen Naturforschenden Gesellschaft**

Band (Jahr): **17 (1925)**

PDF erstellt am: **15.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-172039>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des Kantonsspitals Aarau in den ersten 4 Jahren ihres Bestehens.

Von Dr. Paul Hüssy.

Anfangs 1921 wurde die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung der kantonalen Krankenanstalt in Aarau eröffnet und die Leitung dem Schreiber dieser Zeilen anvertraut. In der Zeit von anfangs 1921 bis Ende 1924 fanden 1547 Geburten statt und wurden 1610 Operationen ausgeführt, ein deutliches Zeichen für die Notwendigkeit der Station, aber auch ein reiches Betätigungsfeld für wissenschaftliche Rück- und Ausblicke. Es soll der Zweck dieser Arbeit sein, auf einzelne wichtigere Fragen aktuellen Inhalts näher einzugehen. Es ist zweifellos für den Leiter einer solchen Spitalabteilung sehr reizvoll, die angewandten Methoden und therapeutischen Maßnahmen nach einiger Zeit einer Kritik und übersichtlichen Betrachtung zu unterziehen. Selbstverständlich muß sich jeder Chefarzt zu Beginn seiner Tätigkeit gewisser Richtlinien seines Handelns bewußt sein, von denen er auch bei etwaigen Rückschlägen nicht abgehen darf, bevor er nicht ein größeres Beobachtungsmaterial hat sammeln können. Zeigt sich nach längerer Dauer ein Mangel gewisser Behandlungsmethoden, dann darf und muß er seine Ansichten korrigieren und zu andern Maßnahmen übergehen, unter ausgiebiger Berücksichtigung der einschlägigen Weltliteratur und der Diskussion an Fachkongressen.

Im folgenden sei es mir gestattet, einzelne besonders interessante Fragestellungen anhand des in den 4 Jahren gesammelten Beobachtungsmaterials aufzuwerfen und daraus die entsprechenden Lehren zu ziehen. Eine der vornehmsten Pflichten jeder Frauenabteilung bleibt die Verhütung des Kindbettfiebers. Denken wir an die Zeiten vor *Semmelweis* zurück, so überkommt uns ein Grauen, wenn wir die ungeheure Zahl der damals in den Kliniken an Puerperalsepsis verstorbenen Frauen feststellen, welche die Fortpflanzungstätigkeit mit dem Tode bezahlen mußten. Durch jahrzehntelange bakteriologische, serologische und hygienische Studien ist es endlich

gelingen, die Mortalitätsziffer auf ein Minimum herunterzudrücken, ja bei richtiger Leitung einer Anstalt sollte es heute möglich sein, in den Spitälern das Auftreten des Würgengels Puerperalfieber ganz zu verhindern. Da das Kindbettfieber fast ausschließlich durch eine Einschleppung von Fremdkeimen in die Scheide der Gebärenden hervorgerufen wird, so wird man alles daran setzen müssen, das wichtigste Erfordernis der Noninfektion zu erreichen. Auf den ersten Blick scheint das in der allgemeinen Praxis leichter erreichbar zu sein, als in einer Klinik, da die letztere auch Unterrichtszwecken gewidmet ist und deshalb die Kreißenden häufiger untersucht werden, als bei einer Hausgeburt. Das sicherste Mittel, um ein Puerperalfieber mit Bestimmtheit zu vermeiden (die sogenannten Selbstinfektionen gehören zu den allergrößten Seltenheiten. Es kommt eine solche Spontaninfektion höchstensfalls einmal unter 10000 Geburten vor), wäre die Forderung, eine gebärende Frau überhaupt nur äußerlich zu untersuchen. Diese äußere Untersuchung genügt auch tatsächlich in den meisten Fällen, wie auch *Kupferberg* betont und wird auf meiner Abteilung in etwa der Hälfte der Geburten allein, ohne innere Exploration, durchgeführt. Sie gelingt bei einiger Übung fast immer, ja sogar über die Weite des äußern Muttermundes kann man sich nach dem Vorgehen von *Unterberger* meist restlos orientieren, ohne die vaginale Untersuchung zu Hilfe zu nehmen. Auch im Hebammenunterrichte dringe ich deshalb auf genauestes Einüben der äußern Untersuchung Schwangerer und Gebärender und lasse die Schülerinnen überhaupt niemals vaginal untersuchen. Kommt man mit der äußern Untersuchung allein nicht zum Ziele, so steht die rektale Exploration noch zur Verfügung, die zwar nicht so leicht durchzuführen ist, wie man nach einigen Autoren glauben könnte, die aber bei einiger Erfahrung die weit gefährlichere vaginale Untersuchung ersetzen kann und muß.

Wenn auch insbesondere *Labhardt* gewisse berechnete Bedenken gegen die rektale Untersuchung vorgebracht hat, so ist sie doch der vaginalen vorzuziehen, namentlich bei Studenten und Hebammenschülerinnen. Seitdem in der Krankenanstalt Aarau die Hebammenwiederholungskurse wieder eingeführt wurden, ist zweifellos im Kanton das Puerperalfieber bedeutend seltener geworden, was nicht nur auf die striktere Desinfektion, sondern auch auf die Einübung der rek-

talen Untersuchung zurückzuführen ist, die von den Hebammen nachher nicht ungern angewandt wird. Selbstverständlich soll damit, namentlich für die Ärzte, die vaginale Untersuchung nicht ganz ausgeschaltet werden, was durchaus nicht wünschenswert wäre, weil nur damit eine feine und absolut sichere Diagnostik gewährleistet ist. Will man aber diese Methode anwenden, dann ist genaueste Desinfektion unbedingt notwendig und zwar ist das Verfahren nach *Ahlfeld* weitaus das beste, wie sich im Laufe der letzten Jahrzehnte einwandfrei gezeigt hat. Die Einwendungen, die immer wieder dagegen vorgebracht werden, neuerdings von *Füth*, sind keineswegs stichhaltig, und in allen Kliniken, in denen diese einfache Alkoholdesinfektion gebraucht wird, sind die Resultate glänzende, wie insbesondere von *Herff* in zahlreichen Arbeiten dargetan hat. *Ahlfeld* hat sich damit ein unsterbliches Verdienst erworben. Trotzdem verwenden wir an unserer Anstalt für jede vaginale Untersuchung nach gründlichster Vorbereitung der Hände noch sterile Gummihandschuhe. So ist nach menschlichem Ermessen jedwelche Gefahr ausgeschaltet. Daß trotzdem nicht alle genitalen Fiebersteigerungen verhindert werden können, ist merkwürdig, aber Tatsache. Selbst vollkommen ununtersuchte Frauen können Temperaturen bekommen, die lediglich auf leichte Infektionen der Genitalwunden zurückzuführen sind. Es wird niemals eine Klinik geben, welche die Morbidität ganz ausschalten wird können. Ich gebe nun eine kurze Übersicht über die Verhältnisse unserer Geburtsabteilung in den zur Diskussion stehenden vier Jahren.

1921: Gesamtmorbidität durch Genitalerkrankungen	8,8 %
Gesamtmorbidität ohne Geburtssteigerungen	7,2 %
Anstaltssterblichkeit an Kindbettfieber	0 %
1922: Gesamtmorbidität durch Genitalerkrankungen	11,6 %
Gesamtmorbidität ohne Geburtssteigerungen	10,5 %
Anstaltssterblichkeit an Kindbettfieber	0 %
1923: Gesamtmorbidität durch Genitalerkrankungen	8,2 %
Gesamtmorbidität ohne Geburtssteigerungen	7,9 %
Anstaltssterblichkeit an Kindbettfieber	0 %
1924: Gesamtmorbidität durch Genitalerkrankungen	8,1 %
Gesamtmorbidität ohne Geburtssteigerungen	7,7 %
Anstaltssterblichkeit an Kindbettfieber	0 %

Wie aus dieser Übersicht hervorgeht, ist unter den 1547 Geburten glücklicherweise kein Fall von Kindbettfieber zu ver-

zeichnen, auch die Morbidität ist verhältnismäßig gering und beträgt im Durchschnitt 8—9 %. Dabei handelt es sich aber vorwiegend um 1—2tägiges Fieber, das keine weiteren Folgen hatte. Das Material der geburtshilflichen Abteilung in Aarau umfaßt im Gegensatz zu andern Kliniken einen ziemlich hohen Prozentsatz von pathologischen Fällen, da vor allem diese den Spital aufsuchen; so fanden durchschnittlich 30—40 Kaiserschnitte und 20—30 Zangenoperationen statt. Trotzdem ist die Morbidität eine relativ geringe, ein glänzender Beweis für den Wert des *Ahlfeld'schen* Desinfektionsverfahrens. Ein Gebrauch von Gummihandschuhen bei vaginalen Untersuchungen und sämtlichen operativen Eingriffen ist aber dennoch angezeigt, um die Forderung der Noninfektion (zu der natürlich auch das Freibleiben von Berührung infektiöser Quellen gehört) in ihrer striktesten Form aufrecht zu erhalten. So wird sich die Morbidität auf das überhaupt mögliche Minimum herabdrücken lassen und kann das Kindbettfieber, außer der Selbstinfektion, ganz vermieden werden.

Ich komme nunmehr auf den Kaiserschnitt zu sprechen. In den 4 Jahren wurden 132 Kaiserschnitte ausgeführt und außerdem 12 Operationen nach Porro. Der Operation selbst sind zwei Frauen zum Opfer gefallen, beide an paralytischem Ileus, eine jedoch deshalb, weil der Eingriff unter ungünstigen Verhältnissen gemacht werden mußte. Die Fruchtblase war schon mehr als 24 Stunden gesprungen, die Frau mehrfach vaginal untersucht. In diesem Zustande kam sie in die Klinik. Da sie absolut ein lebendes Kind wünschte, so wurde, allerdings mit großen Bedenken, die Sectio caesarea ausgeführt. Die Patientin war außerdem abnorm fett und hatte ein schwaches Herz, so daß der letale Ausgang leider nicht aufgehalten werden konnte. Rechnen wir diesen Todesfall trotzdem zu den durch den Eingriff selbst verursachten, so beträgt die Mortalität nicht ganz zwei Prozent. Im zweiten Falle war der Ileus bedingt durch eine allgemeine Asthenie und einen Status thymico-lymphaticus. Zwei Frauen starben wegen eines Herzfehlers, welcher die Indikation zum Kaiserschnitte abgegeben hatte. In beiden Fällen war schon eine schwere Dekompensation in der Schwangerschaft vorhanden gewesen und trotz Ausschaltung des Geburtstraumas und Ausführung der Operation in Lokalanaesthesie war der traurige Ausgang nicht zu ändern. Es zeigt dies wiederum deutlich, daß die Komplikation eines Vitium cordis

mit einer Gravidität als ernstes Ereignis zu taxieren ist, was ich mit *Freund*, *Traugott* und *Kautsky* gegenüber *Fromme*, von *Jaschke* und neuerdings *Frey* energisch betonen möchte. Kein Zufall ist es, wenn in beiden Todesfällen eine Mitralkstenose vorlag, welche meiner Meinung nach als ganz besonders gefährlich erscheinen muß. Die einte Frau litt außerdem an hochgradiger Myokarditis, wie eine andere, bei der allerdings nicht die Sectio caesarea, sondern die Hysterotomia anterior gemacht wurde, ebenfalls erfolglos. Ein so geschädigtes Herz hält eine Belastungsprobe, wie sie durch eine Schwangerschaft gegeben ist, meistens nicht aus, selbst bei bester interner Behandlung. Die Forderung bei Mitralkstenose frühzeitig die Gravidität zu unterbrechen, ist deshalb gewiß nicht unberechtigt. Es wurde auch in allen Fällen dazu geraten, der Eingriff aber abgelehnt. Eine andere Frau starb an einer Grippepneumonie, die schon zur Zeit des Kaiserschnittes, in allerdings leichtem Grade, bestand. Unglücklicherweise hatte die Patientin ein so enges Becken, daß ein anderer Eingriff gar nicht in Frage kam. Des fernern konnten zwei schwere Eklampsien durch den Kaiserschnitt nicht mehr gerettet werden, obgleich die Resultate mit dieser Methode sonst gute sind. Von 18 Eklampsien, die zur Beobachtung gelangten, konnten durch Kombination von Schnellentbindung und Stroganoff 16 zur Abheilung gebracht werden. Die Mortalität beträgt also nur 11%, bei dieser schweren Komplikation ein nicht ungünstiges Resultat, das uns dazu ermutigt, auf dem eingeschlagenen Wege fortzufahren, den auch *Bumm* stets angeraten hat und *Stöckel* neuerdings ebenfalls befürwortet. Auch *Labhardt* und *Walthard* treten für den Kaiserschnitt bei Eklampsie ein. Die abwartende Therapie (Zweifel-Lichtenstein) scheint weniger günstige Ergebnisse zu zeitigen. Es wird wohl mit keiner Behandlungsmethode gelingen, die Sterblichkeit auf 0% herunterdrücken, da bei ausgedehnten Leberzerstörungen und Hirnblutungen die Erhaltung des Lebens aussichtslos erscheint. Bezeichnenderweise hatten wir beide Todesfälle nacheinander im gleichen Jahre, nachdem wir vorher eine Serie von 14 gut verlaufenen Beobachtungen zu verzeichnen hatten. Bei der Behandlung der Plazenta praevia durch Kaiserschnitt hatten wir ebenfalls einen unglücklichen Ausgang zu beklagen. Die Frau hatte zu Hause schon sehr viel Blut verloren, der Transport dauerte sehr lange und schließlich kam sie so anaemisch in die Anstalt, daß kaum mehr

Hoffnung auf Erfolg vorhanden war. Die Patientin starb denn auch kurze Zeit nach der Operation an der schweren Anaemie. Sie litt außerdem an chronischer Nephritis, wie die Obduktion ergab. Eine Bluttransfusion konnte leider aus äußern Gründen nicht gemacht werden. Angesichts der Nierenerkrankung ist es übrigens fraglich, ob sie Nutzen hätte bringen können. Beim vorliegenden Fruchtkuchen ist aber die Sectio caesarea doch die weitaus beste Behandlungsmöglichkeit, und man muß sich nur wundern, wenn es immer noch Autoren gibt, die sich dagegen sträuben. Die Monographie *Hitschmann's* ist in dieser Beziehung direkt unverständlich. Allerdings, eine Vorbedingung ist unbedingt nötig: Die Frauen müssen ununtersucht und nicht tamponirt in die Anstalt eingeliefert werden. Sonst kann für einen günstigen Ausgang keineswegs garantiert werden. Sicher gibt es auch andere Methoden, die zum Ziele führen können, wie die Wendung und die Metreuryse, aber bei diesen Verfahren ist die kindliche Mortalität eine ungleich viel größere als beim Kaiserschnitte. Daß aber auch auf das foetale Leben heutzutage Rücksicht genommen werden muß, das ist wohl selbstverständlich. Bei einer richtig gemachten Sectio caesarea ist die kindliche Sterblichkeit fast gleich 0, ein Grund mehr, alle Bedenken gegen diese segensreiche Operation fallen zu lassen. Wir führen deshalb bei Plazenta praevia prinzipiell den Kaiserschnitt aus und stoßen dabei weder bei den Ärzten noch bei den Patientinnen auf Widerstand. In den 4 Jahren wurden 39 Kaiserschnitte wegen vorliegenden Fruchtkuchens ausgeführt, eine einzige Frau ist gestorben. Es ist der eben beschriebene Fall, der keineswegs der Operation zur Last gelegt werden darf, im Gegenteil trotz der Sectio caesarea gelang die Rettung nicht mehr. Der üble Ausgang ist also abhängig von der Komplikation selbst und von dem starken Blutverluste, der nicht beizeiten behoben werden konnte. Alle Kinder, die nicht schon vor der Geburt abgestorben waren, kamen mit dem Leben davon. Daraus ergibt sich mit Sicherheit, daß die Sectio caesarea die beste Behandlung der Plazenta praevia darstellt und durch kein anderes Verfahren mehr verdrängt werden kann. Die meisten Kliniken schliessen sich heutzutage dieser Ansicht an. Als Hauptdomäne des Kaiserschnittes haben demnach gegenwärtig das enge Becken, die Plazenta praevia und die Eklampsie zu gelten. Was das verengte Becken anbetrifft, so gibt es nunmehr keine relative und absolute Indikation mehr. Im Inter-

esse des Kindes ist selbstredend auch dann die Schnittentbindung zu wählen, wenn eine Perforation noch möglich wäre. In einer Anstalt ist die letztere Operation unter keinen Umständen mehr angezeigt, es sei denn, es handle sich um eine abgestorbene Frucht. Ja selbst der sogenannte prophylaktische Kaiserschnitt ist heutzutage in den Fällen indiziert, wo trotz scheinbar normalen Beckens schwere Geburten mit kindlichen Todesfällen stattgefunden hatten. Das gleiche gilt für die übertragenen und für die Riesenkinder. Ein großer Vorteil besteht darin, daß der Kaiserschnitt auch am wehenlosen Uterus ausgeführt werden kann. Blutungen sind nicht mehr zu fürchten, da eine intravenöse Injektion von Hypophysenextrakt jede Gefahr raschestens beseitigt. Manche Autoren haben Angst, es könnte dann eine Stauung des Lochialsekretes im Wochenbette eintreten, was nach meinen Erfahrungen nicht zutrifft, so daß ich mit *Baisch* dieses Vorgehen nur empfehlen kann. Die Verbesserung der Technik in den letzten Jahren hat dazu beigetragen, den Kaiserschnitt zu einer der lebenssichersten Operationen zu machen, so daß dieser Eingriff nicht mehr gefährlicher ist, als eine Appendektomie à froid. Die weitaus wichtigste Neuerung besteht in der Verlegung des Uterusschnittes vom Corpus in den cervikalen Teil, den Dehnungsschlauch, es ist die Sectio cervicalis. Damit kann man mit Sicherheit Infektionen, Rupturen und nachherigen Ileus vermeiden. *Walthard* geht sogar so weit, selbst fiebernde Schwangere nach dieser Methode zu operieren, was ich mich allerdings, trotz der glänzenden Resultate dieses Autors, noch nicht getrauen würde. Bei manifester Infektion schließe ich an den Kaiserschnitt die supravaginale Amputation des Uterus an und bin damit bis jetzt gut gefahren. Die einzige Frage ist die, ob man auch bei Plazenta praevia den Schnitt tief legen soll oder nicht. *Walthard* tritt bei dieser Komplikation für den corporealen Kaiserschnitt ein, während *Labhardt*, *Guggisberg* und *Jung* auch dabei den cervikalen Schnitt empfehlen. Eine eigene Beobachtung, wo nach einer Sectio caesarea transperitonialis cervicalis wegen Plazenta praevia in der zweiten Schwangerschaft eine Narbenruptur eintrat, scheint die Befürchtungen *Walthard's* zu rechtfertigen. Der Fall wurde von meinem Schüler *Müller* eingehend in der Monatsschrift für Geburtshilfe beschrieben. Das Sammeln von weitem einschlägigen Beobachtungen ist jedenfalls notwendig, um die Sachlage endgültig zu klären. In der Literatur sind bis

jetzt 7 Rupturen nach transperitonealem cervikalem Kaiserschnitt bekannt geworden. Eine weitere umstrittene Frage ist die, ob der transperitoneale oder der extraperitoneale Weg eingeschlagen werden soll. Durch die bekannten bakteriologischen Untersuchungen *Walthard's*, sowie durch die guten Ergebnisse an vielen Kliniken scheint der Streit zugunsten des transperitonealen Vorgehens entschieden zu sein. In der Literatur tritt eigentlich nur noch *Küstner* für den extraperitonealen Kaiserschnitt ein. Die neuern Arbeiten, wie z. B. diejenigen von *Martius*, *Müller* und *Huber* empfehlen aber auf Grund der *Walthard'schen* Versuche und klinischen Erfolge fast einhellig die Sectio transperitonealis cervicalis. Es ist anzunehmen, daß es nunmehr auch dabei bleiben wird. Wir sind ebenfalls mit dieser Methode außerordentlich zufrieden, wie unsere Resultate es dartun.

Eine große Rolle in der Geburtshilfe spielt in der letzten Zeit der Kampf um die *Kielland-zange*. Von einigen Kliniken, wie Zürich, München (*Weber*) und andern wärmstens empfohlen, wird das Instrument von andern abgelehnt (Bern, Basel, Königsberg u. a.), wenigstens was den Gebrauch in der allgemeinen Praxis anbelangt. Die Gegner des neuen Modells befürchten eine laxere Indikationsstellung und die Wiedereinführung der so gefährlichen hohen Zange. Ich persönlich, so sehr ich auch die Vorzüge der neuen, genial konstruierten Zange anerkenne, schlage mich doch vorläufig auf die Seite der Gegner des Instrumentes. Ich kann nicht finden, daß gegenüber den alten Modellen wesentliche Vorteile bestehen sollen, auch ist der Gebrauch der *Kielland-zange* nicht leicht und erfordert große Übung, welche sich diejenigen nicht aneignen können, die an die frühern bewährten Modelle gewöhnt sind. In der Literatur hat sich am schärfsten, aber auch am eingehendsten und klarsten der Altmeister der Geburtshilfe, *Wyder* gegen die *Kielland-zange* geäußert. Er hat insbesondere in überzeugender Weise dargetan, daß es sich bei dem neuen Modelle keineswegs um eine Achsenzugzange handeln könne. Damit fällt ihre Verwendung als hohe Zange ohne weiteres dahin, als einfache Ausgangszange hat sie vielleicht vor der Nägele-zange einige Vorteile, die aber gewiß nicht ausschlaggebend sind. Etwas hat allerdings das Modell vor den andern Instrumenten voraus, sie kann stets biparietal angelegt werden, was im Interesse des Kindes einen unbestreitbaren Vorteil bedeutet. Trotzdem sind aber schwere Verletzungen des kindlichen Kopfes bekannt ge-

worden, die aber wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen sind, daß die Indikation zur Operation nicht richtig gestellt wurde. Endgültig ist der Streit wohl noch nicht entschieden, und man wird weitere Erfahrungen abwarten müssen, bevor man sich definitiv für oder wider die *Kielland*-zange entschliesen wird.

Nachdem ich nunmehr die aktuellsten geburtshilflichen Fragen besprochen habe, gehe ich noch zu einigen Problemen aus der Frauenheilkunde über. Seit mehr als 10 Jahren wogt die Meinungsverschiedenheit um den Wert der Strahlentherapie hin und her. Noch immer sind die Gemüter nicht zur Ruhe gelangt, und es herrscht eigentlich größere Unklarheit denn je. Beginne ich mit den benignen Erkrankungen, so steht einzig außer allem Zweifel die günstige Beeinflussung der klimakterischen Blutungen. Da leistet entschieden die Röntgenbestrahlung großes, insbesondere bei den Methoden von *Seitz-Wintz* und *Warnekros*. Welches Vorgehen vorzuziehen ist, kann nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Ich persönlich bevorzuge die Methode nach *Seitz-Wintz* und bin damit sehr zufrieden. Allerdings läßt sich die Amenorrhoe damit nur selten in einer einzigen Sitzung erzielen, was wohl noch mit technischen Mängeln zusammenhängt, die bis jetzt nicht behoben werden konnten. Zu bedeuten hat dies aber für den Enderfolg nichts. Es sei aber darauf hingewiesen, daß keine Bestrahlung vorgenommen werden soll, ohne vorhergehende Curettage oder Austastung des Uterus. Wird dies unterlassen, so können maligne Tumoren oder auch submuköse Myome übersehen werden, die sich nicht zu dieser Therapie eignen. Was nun die Myome anbetrifft, so sind dabei trotz gegenteiliger Mitteilungen in der Literatur die Resultate nicht so gute. Das hat vor kurzem eine Diskussion zu einem Vortrage von *Schultheiß* über postklimakterische Myomkomplikationen in der oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe in Baden-Baden gezeigt. Während *Opitz* und *Menge* sehr für die Bestrahlung einstanden, äußerten sich *Labhardt*, *Freund* und *Schultheiß* eher skeptisch. Zur Röntgentherapie eignen sich eigentlich nur wenige Myome, nämlich intramurale, nicht allzu große, deren hervorstechendstes oder einziges Symptom die Blutungen bilden. Kontraindiziert sind Tumoren mit submuköser Entwicklung, subseröse oder sehr große Myome, die zu Raumbeschränkung die Veranlassung sind. Aus diesen Gründen ist bei mindestens der Hälfte der Fälle eine

Operation vorzuziehen, die allerdings gewisse Gefahren hat. Bei keinem andern gynäkologischen Eingriffe hat man so das Gespenst der Embolie zu fürchten, wie gerade hier. Unter 82 Fällen verlor ich 2 Frauen an Lungenembolie, trotzdem ich sie vor der Operation mehr als 14 Tage intern vorbehandelt hatte. An der Operation selbst ist aus einer andern Komplikation dagegen keine weitere Patientin gestorben. Auch durch die frühzeitige Bewegung der Patienten läßt sich wohl die Emboliequote nicht mehr herunterdrücken. Zu den von *Walthard* vorgeschlagenen Turnübungen habe ich mich noch nicht entschließen können, glaube auch nicht, daß sie entscheidenden Nutzen haben werden. Als Methode der Wahl ziehe ich die supravaginale Amputation der Totalexstirpation aus technischen Gründen vor und stehe damit auf dem gleichen Standpunkte wie *Labhardt*, *von Ott*, *Pestalozza* u. a., währenddem *Walthard*, *Opitz* u. a. die Total-exstirpation bevorzugen. Stumpfsudate oder schwerere Komplikationen habe ich nie zu Gesichte bekommen, ebenso kein Carcinom am zurückbleibenden Cervixstumpfe, was allerdings im Bereiche der Möglichkeit läge, aber selten zu sein scheint. Der vaginale Weg, wenigstens bei größern Tumoren, ist offenbar nicht der richtige, da er in diesem Falle wenig übersichtlich und kompliziert erscheint. Er kommt einzig in Betracht bei submucösen Myomen, die sich leicht ausschälen lassen, wobei dann der Uterus erhalten bleibt. Außer bei den Myomen und klimakterischen Blutungen kommt die Röntgenbestrahlung noch in Frage bei juvenilen Blutungen und bei der Amenorrhoe. Blutungen in der Menarche sind etwas relativ häufiges und schwer zu bekämpfen. Sie sind im allgemeinen gewiß nicht direkt lebensgefährlich, aber doch etwas lästiges und schwächendes. Kommt man mit medikamentösen und hydrotherapeutischen Maßnahmen nicht zum Ziele, dann steht uns heutzutage glücklicherweise die Milzbestrahlung ($\frac{1}{3}$ H. E. D., event. dreimal, in Abständen von je 14 Tagen) zur Verfügung, die von *Nürnbergger*, *Vogt* u. a. in die Gynaekologie eingeführt worden ist. Wie wir uns des öftern überzeugen konnten, hat sie ausgezeichnete Resultate und kann sehr empfohlen werden. Die Heilung der Mädchen läßt gewöhnlich nicht lange auf sich warten. Bei der Amenorrhoe kommt dagegen die Röntgenreizbestrahlung der Ovarien ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ H. E. D. auf jeden Eierstock) in Betracht, die häufig das einzige Mittel darstellt, um eine Menstruation hervorzurufen. In verschiedenen Fällen gelang es

uns, eine langdauernde Amenorrhoe auf diese Weise endgültig zu beseitigen, nachdem vorher alle internen Mittel, wie Ovoidol, Agomensin etc. versagt hatten. In leichtern Graden oder bei Oligo- und Opsomenorrhoe mögen meist die erwähnten Präparate genügen, bei vollkommenem Fehlen der Menstruation dagegen fällt kaum etwas anderes in Betracht als die Reizbestrahlung der Eierstöcke. Bei schweren Mißbildungen wird naturgemäß auch diese Therapie nutzlos sein. In einer Beobachtung sahen wir nach der Röntgenbehandlung eine Gravidität auftreten, die normal ausgetragen wurde. Das Kind zeigte gar keinen Schaden, womit wohl die Bedenken, die von verschiedenen Seiten geäußert worden sind, hinfällig werden dürften. Der Fall ist von meinem Assistenten *Meiner* im Zentralblatt für Gynaekologie publiziert worden, da er eine große Seltenheit darstellt bis jetzt, insbesondere mit Rücksicht auf das Alter der Patientin, das zur Zeit der Bestrahlung bereits 33 Jahre erreicht hatte. Die hauptsächlich von *Flatau* empfohlene Reizbestrahlung wird wohl in Zukunft zum ständigen Rüstzeug des Gynaekologen gehören müssen. Wenn ich nunmehr zur Strahlenbehandlung der malignen Tumoren übergehe, so muß ich gleich von vorneherein bemerken, daß der ursprünglich vorhandene Enthusiasmus leider nahezu vollkommen wieder verschwunden ist. In Betracht fallen fast ausschließlich die Cervixcarcinome des Uterus, da der Korpuskrebs auch von den ferverntesten Anhängern der Strahlentherapie operiert wird und zwar mit so gutem Erfolge, daß kein Grund besteht, bei dieser Erkrankung die Operation fallen zu lassen. Anders verhält es sich leider beim Halskrebs, bei dem auch mit der ausgedehntesten Operation nur auf eine Dauerheilungsquote von 20 Prozent zu rechnen ist. Die vor etwa 10 Jahren eingesetzte Begeisterung für die Strahlentherapie ist deswegen durchaus begreiflich, und es ist traurig, sagen zu müssen, daß sie lange nicht das gehalten hat, was man von ihr erwartet hatte. Es konkurrieren miteinander die Radium- und die Röntgenbestrahlung. Die letztere ist so ziemlich verlassen worden und wird eigentlich nur noch von *Seitz* und *Wintz* empfohlen. Die Berliner Klinik unter *Bumm*, die anfänglich große Hoffnungen auf diese Therapie gesetzt hatte, ist unter dem Eindrucke schlechtester Ergebnisse reumütig zur Operation zurückgekehrt. Wenn eines der größten Frauenspitäler Europas zu dieser Ansicht gelangt, so muß man wohl annehmen, die Röntgenbehand-

lung des Uteruscarcinoms werde allmählig wieder von der Bildfläche verschwinden. Auch ich habe niemals eine günstige Wirkung sehen können und bevorzuge deshalb die Radiotherapie. Ich verwende die Radiumemanation des Genfer Institutes und habe damit ab und zu recht gute Erfahrungen gemacht. Zum mindesten muß das Radium als glänzendes Palliativmittel angesehen werden, das über mehr oder weniger lange Zeit die unangenehmen Symptome vollkommen zum Verschwinden bringt. Ob Dauerheilungen damit zu erzielen sind, ist immerhin fraglich, aber nicht ausgeschlossen, sah ich doch selbst in Basel 2 Frauen über viele Jahre recidivfrei. In Aarau hatte ich bis jetzt weniger Glück, indem meist schon nach wenigen Monaten lokale oder entfernte Metastasen aufgetreten sind, welche dann den Tod der betreffenden Patientinnen herbeiführten. Aus diesem Grunde konnte ich mich deshalb bis anhin auch nicht entschließen, leicht operable Carcinome ausschließlich der Bestrahlung zu unterwerfen, auch verzichte ich auf eine Nachbestrahlung nach Operation, da ich davon, entgegen andern Erfahrungen, keinen Erfolg gesehen habe, im Gegenteil häufig eine Verkürzung der Lebensdauer. Beachtung verdient hingegen die von *Mayer*, sowie neuerdings von *Walthard* und *Fürst* vorgeschlagene Vorbestrahlung der Carcinome, da auf diese Weise die Hauptgefahr einer Operation, die Peritonitis, mit Wahrscheinlichkeit verhindert werden kann.

Bei der Operation spielt die Frage nach der Methode nach wie vor eine wesentliche Rolle. Viele Kliniken ziehen wegen der Übersichtlichkeit und der Möglichkeit radikaleren Vorgehens den abdominellen Weg nach *Freund-Wertheim* vor, der aber bedeutend größere Gefahren bietet, als der vaginale, in der Methodik nach *Schauta*. Die primäre Operationsmortalität der *Wertheim'schen* Operation beträgt mindestens 10—15 % in den besten Händen. Der vaginale Eingriff fordert dagegen viel weniger Opfer und der Vorwurf der Gegner, daß bei diesem Vorgehen die Dauerheilungsquote eine wesentlich niedrigere sei, besteht seit der gründlichen Arbeit *Egli's* aus der Basler Klinik (*Labhardt*) nicht mehr zu Recht. Logischerweise ist daher die *Schauta'sche* Operation unbedingt vorzuziehen. Ich mache sie ausschließlich und hatte bis jetzt in Aarau unter 32 Operationen (14 Cervix- und 18 Corpus-Carcinome) keinen Todesfall zu beklagen. Die Operabilitätsziffer ist im Kanton Aargau ziemlich hoch. In den 4 Jahren gingen der Abteilung

27 Cervix- resp. Portiocarcinome und ein Scheidencarcinom zu 14 Fälle, also gerade 50 % erwiesen sich noch als operabel. Im Gegensatz zu andern Statistiken, namentlich aus Deutschland, muß man sich davon noch relativ befriedigt erklären. Immerhin hätten auch die andern 50 % noch rechtzeitig kommen können, wenn im Publikum nicht eine unglaubliche Indolenz gegen die ersten Krebszeichen herrschen würde. An den Ärzten liegt es sicherlich nicht, sondern an den Frauen selbst, wenn sie von ihrem Krebsleiden nicht mehr geheilt werden können. Würden sie ganz frühzeitig in richtige Behandlung treten, und die einzig richtige Behandlung ist die Operation, dann könnten viel mehr krebssranke Frauen geheilt werden. Beginnende Carcinome bleiben fast ausnahmslos über viele Jahre oder auch dauernd recidivfrei. Alle Fälle, die ich anno 1921 operierte, sind bis jetzt geheilt geblieben, währenddem zwei Frauen von 1922 und eine von 1923 bereits Recidive bekommen haben. Alle diese Fälle waren aber schon an der Grenze der Operabilität, beim einten war das Carcinom schon sehr nahe an die Rectumwand gewuchert, so daß ich mir eine Resektion der vordern Mastdarmwand überlegen mußte. Ich machte das dann leider doch nicht, und gerade an dieser Stelle entwickelte sich der Recidivtumor. Von den Corpuscarcinomen sind alle bis an eines geheilt geblieben (von 18 Fällen). Die einzige verstorbene Frau war erst nach viele Monate dauernden Blutungen in unsere Behandlung getreten und hatte schon zur Zeit der Operation peritoneale Metastasen, wie sich bei der Obduktion zeigte. Die Ovarialcarcinome eignen sich durchaus nicht zur Bestrahlung, wie von fast allen Autoren zugegeben wird. Hier bleibt also ebenfalls nur eine Operation, die meistens allerdings technisch nicht allzu schwer ist, aber leider sehr häufig auch nutzlos. Das hängt einmal damit zusammen, daß die Eierstockskrebse in der Mehrzahl der Fälle nur Metastasen eines Primärtumors im Intestinaltraktus sind und dann damit, daß sie leicht peritoneale Kontaktmetastasen auf dem Peritoneum veranlassen. So findet man dann nicht selten eine Carcinose des ganzen Peritoneums und des Netzes. Immerhin hat ein Eingriff den Vorzug, die Patientinnen wenigstens für einige Zeit zu entlasten. Ob eine Nachbestrahlung mit Röntgenstrahlen hier noch Nutzen stiften könnte, bleibe dahingestellt. Ich persönlich habe keinen Erfolg gesehen. Immerhin wird dies versucht werden müssen. Bei allen unsern Fällen

traten sehr rasch Recidive ein, resp. ein explosionsartiges Wachstum der bereits vorhandenen Metastasen. Allerdings handelte es sich fast ausnahmslos um weit vorgeschrittene Fälle, wo von vornherein wenig Hoffnung auf Heilung bestand. Die Operation wurde einesteils aus diagnostischen Gründen ausgeführt und dann, um die Frauen zu entlasten und psychisch zu heben, was auch meist gelungen ist. Am Eingriffe selbst ist keine Frau gestorben.

Eine sehr wichtige Frage ist die Behandlung der Uterus- und Scheidenprolapse, die in unserm Kantone auffallend häufig sind. Das hängt wohl mit der starken körperlichen Beanspruchung zusammen, die der Bauernberuf mit sich bringt. Gewiß sind Zangenoperationen in dieser Beziehung verderblich, aber ich habe viele Vorfälle gesehen, bei denen durchaus leichte und normale Geburten vorangegangen waren und manchmal nicht einmal viele. Das konstitutionelle Moment spielt hier offenbar eine größere Rolle, als man früher anzunehmen geneigt war. Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist es schwer, die richtige Operationsmethode zu finden. Ich persönlich bin der Meinung, mit einer eingreifenden Prolapsoperation sollte auch die Unterbindung der Fertilität verbunden werden, wenn einige lebende Kinder vorhanden sind. Man kann einer Frau nicht zumuten, sich nach jeder Geburt wieder operieren zu lassen. Entweder man wählt ein Vorgehen, das dauernden Erfolg verspricht oder man macht überhaupt nichts! Das ist eine gewiß berechtigte Forderung. Eine der besten Operationsmethoden ist zweifellos die Exohysteropexie nach *Kocher* in der Modifikation nach *Labhardt* (Fixation des Fundus an der Rectusmuskulatur). Diese Ventrifixur muß aber mit einer ausgiebigen Kolporrhaphie kombiniert werden. Es ist ohne weiteres verständlich, daß nach einem solchen Eingriffe fernere Geburten ausgeschlossen sind, so daß eine Tubensterilisation unumgänglich notwendig wird. Das hat aber keine allzugroße Bedeutung, da es sich doch meistens um ältere Frauen handelt, die sich in der Nähe des Climakteriums befinden. Die Ventrifixur nach *Doléris* oder nach *Alexander-Adams* genügen bei stärkerem Descensus oder sogar Prolaps des Uterus keineswegs, wie ich mich früher des öfters überzeugen konnte. Die Levatornaht, wie sie an einigen Kliniken in Deutschland geübt wird, gibt gewiß ganz gute Resultate, ist aber nicht notwendig und sicherlich nicht ungefährlich (Trom-

bose- und Emboliegefahr). Das gleiche gilt von der Interpositio vesico-vaginalis nach *Schauta-Wertheim*. Wir machen in allen Fällen nur die altgewohnte Kolpoperineorrhaphie nach *Hegar-Kaltenbach* und eine vordere Kolporrhaphie mit Blasenraffung nach *Kelty*, die ausgezeichnete Ergebnisse zeitigt. Nach dem beschriebenen Vorgehen habe ich 129 Fälle operiert und bis jetzt kein Recidiv gesehen. Auch in der Poliklinik in Basel habe ich mich stets von dem guten Dauerresultate dieser Operationsmethode überzeugen können. Alle Frauen waren bis jetzt mit dem Erfolge sehr zufrieden. Eine Patientin ist bedauerlicherweise gestorben und zwar an einer Herztrombose. Es handelte sich um eine ältere Frau, bei der vielleicht ein einfacherer Eingriff angezeigt gewesen wäre. Bei Greisinnen empfiehlt es sich, die Kolporrhaphia mediana nach *Lefort-Neugebauer* oder die noch einfachere Operation nach *Labhardt* auszuführen, beides Eingriffe, die mit Leichtigkeit in Lokalanästhesie zu machen sind und gute Dauerresultate haben. Bei großen Prolapsen bin ich neuerdings dazu übergegangen, die vaginale Hysterektomie zu machen, da diese Operation sehr gut vertragen wird und viel rascher erledigt ist, als die Kombination von Kolporrhaphie und Exohysteropexie. Vor allem *Hofmeier* ist stets für diese Methode eingetreten, und es scheint mir, mit Recht. Gewiß kann später manchmal eine Scheidensenkung eintreten, aber diese belästigt die Patientinnen, die an den Prolaps gewöhnt sind, gar nicht. Die Rekonvalescenz nach der vaginalen Uterusexstirpation ist eine so glatte und rasche, daß diese auch technisch leicht durchzuführende Operation nur empfohlen werden kann. Die Frauen leiden dabei viel weniger als nach Laparotomien.

Sehr umstritten ist heutzutage die Frage, ob die Retroflexio uteri mobilis operiert werden soll oder nicht. Mit *Aschner* bin ich der Meinung, man dürfe auch hier nicht schematisch vorgehen. Es gibt zweifellos sehr viele Knickungen der Gebärmutter, die gar keine Beschwerden verursachen und deshalb auch keiner Behandlung bedürfen. In andern Fällen genügt eine geschickt durchgeführte Psychotherapie. Es bleiben aber doch immer noch Patientinnen übrig, die nicht anders, als durch Operationen zu heilen sind und sich nachher auch dauernd wohl befinden. Direkt indiziert ist ein Eingriff bei einer Sterilität, wobei eine Retroflexie uteri mobilis oder fixata gefunden wird. Seitdem ich die Leitung der gynaekologischen

Abteilung in Aarau übernommen habe, gelang es in 9 Fällen eine länger dauernde Unfruchtbarkeit auf diese relativ einfache Art und Weise zu heilen, einmal bei einer 40jährigen Frau, die viele Jahre kinderlos verheiratet gewesen war. Über ähnliche günstige Erfahrungen hat seinerzeit *Herzog* aus dem Frauenspital Basel (*Labhardt*) berichtet. Als Methode der Wahl ist die Ventrifixur nach *Doléris*, *Menge* oder *Alfieri-Guggisberg* zu betrachten, währenddem die *Alexander-Adam'sche* Operation nicht befriedigen kann, da bei ihr die Kontrolle des Auges fehlt und auch die Appendix nicht leicht nachgesehen werden kann. Nur wenn man die *Alexander-Operation* mit einer Laparotomie kombiniert, wie *Labhardt* es macht, dann hat sie ihre Berechtigung, aber sie bietet dann keine Vorteile gegenüber den andern Methoden und ist technisch nicht so einfach, und ungefährlich, wie man oft glaubt. Die Bedenken, die kürzlich *Markus* gegen die lageverändernden Operationen vorgebracht hat, kann ich nicht teilen, insbesondere habe ich nach sorgfältig durchgeführter Ventrifixur in den angegebenen Methoden noch nie einen Ileus gesehen, der nur eine Folge der alten Verfahren nach *Czerny-Leopold* und *Ohlshausen* ist. Auch bei hochgradiger Dysmenorrhoe und anhaltenden Kreuzschmerzen, wo keine andere Grundursache zu finden ist, dürfte die operative Beseitigung der Retroflexio angezeigt sein. Der rein nihilistische Standpunkt scheint mir nicht richtig zu sein und verliert unter dem Einfluß der Konstitutionsforschung ohne Zweifel an Boden.

Eine große moralische Belastung jeder Frauenklinik stellt die Frage nach der Indikationsstellung zum artefiziellen Aborte dar. Es bleibt da nichts anderes übrig, als eingehende Beratung mit dem Hausarzte und mit einem Fachkollegen. Den Standpunkt von *Frank* und *Kupferberg*, welche die Unterbrechung einer Gravidität ganz ablehnen, kann ich nicht teilen und zwar weder aus medizinischen, juristischen noch ethischen Gründen. Gewiß soll man sehr streng denken, aber wenn ein genügender Grund vorhanden ist, dann darf man auch nicht zögern, den Eingriff auszuführen. Es nützt wirklich nicht viel, wenn Mutter und Kind einer Schwangerschaft zum Opfer fallen, und solche Vorkommnisse erhöhen auch nicht das Ansehen des Ärztstandes in den Augen des Publikums. Ich will hier nicht näher auf die Indikationsstellung eingehen, die in unzähligen Literaturarbeiten präzisiert worden ist und möchte nur be-

tonen, daß wir ungefähr auf dem gleichen Standpunkte stehen, wie *Winter*. Dasselbe gilt für die Sterilisation, bei der man aber zweifellos weitherziger denken darf, da bei dieser Operation kein Leben geopfert wird. Wenn beim artefiziellen Aborte selbstredend die soziale Indikation nicht in Frage kommen kann, so ließe sich vielleicht bei der Unfruchtbarmachung ab und zu darüber diskutieren. Schon manches Kind hat sein Leben dem Umstande zu verdanken, daß der Abort abgelehnt, aber dafür die Sterilisation nach der Geburt versprochen wurde. Medizinische Gründe müssen auch hierbei ausschlaggebend sein, aber sie brauchen nicht so streng und genau abgewogen zu werden, wie beim künstlichen Aborte. Immerhin dürfen reine Bequemlichkeitsmomente niemals entscheidend ins Gewicht fallen, das ist ja selbstverständlich. Hat man sich zur Unterbrechung einer Schwangerschaft entschlossen, dann muß gleichzeitig natürlich auch die Sterilisation vorgenommen werden. Das ist eine durchaus logische Forderung, wie *Labhardt* von jeher betont hat. Der gegenteilige Standpunkt, den z. B. *Doederlein*, *Muret*, *Ludwig* u. a. vertreten, ist sicherlich nicht gerechtfertigt. Wir führen beide Operationen immer in derselben Sitzung aus, nach dem Vorschlage von *Sellheim*, obgleich wir nicht mehr die Originalmethode dieses Autors benützen. Wir machen den sogenannten «kleinen Kaiserschnitt» und schließen die Tubensterilisation an, wobei wir die Methode nach *Labhardt* oder eine ähnliche bevorzugen. Mit diesem Vorgehen konnten wir bis jetzt recht gute Ergebnisse erzielen. Die Operation wird gut ertragen, und die betreffenden Frauen sind meist schon in 10—14 Tagen wieder einigermaßen arbeitsfähig. Warum *Doederlein* vor diesem einfachen Eingriffe warnt, ist mir unerklärlich. Ich sah noch nie weder eine Peritonitis noch eine Nachblutung. Die Ausräumung des Eies von der Vagina her kann ich dagegen keineswegs empfehlen, namentlich wenn die Schwangerschaft schon die 8. Woche überschritten hat. Auch dem Geübtesten können dabei Verletzungen des Uterus passieren; die zwar meistens nicht viel zu bedeuten haben, wenn man sie sofort erkennt, die aber doch nicht angenehm sind und unter Umständen zu eingreifenden weiteren Eingriffen die Veranlassung sind. Das ist mit ein Grund, warum künstliche Aborte nur in einer Klinik durchgeführt werden sollten. Das Volkswohlministerium in Sowjetrußland hat mit Recht diese Forderung zum Gesetze erhoben, eine große Wohltat für die

Frauenwelt, die Beachtung und Nachahmung verdient, wenn man sich natürlich auch nicht damit wird einverstanden erklären dürfen, daß in Rußland der Abort bis zum dritten Monate frei gegeben worden ist. Das ist und war stets ein Zeichen niedergehender Kultur und arger Korruption. Wir Ärzte müssen uns mit allen Mitteln gegen solche Versuche wehren, da sie eine schwere Schädigung der öffentlichen Moral und Gesundheit bedeuten.

Zum Schlusse möchte ich noch auf die große Zahl von Peritoneal- und Adnextuberkulosen hinweisen, die ich hier im Kanton Aargau angetroffen habe. Viele Formen von Sterilität sind auf diese Erkrankung zurückzuführen, die nicht selten sonst fast ganz symptomlos verläuft, so daß die Patientinnen einzig wegen ihrer Kinderlosigkeit in ärztliche Behandlung gelangen. Es ist eigentlich merkwürdig, daß in einem Landkanton diese Art der Tuberkulose häufiger ist, als in einer Stadt wie Basel, wo doch die hygienischen Verhältnisse zum mindesten nicht bessere sein können. Vermutlich hat das Nebelklima des Aaretals eine gewisse, nicht zu unterschätzende Bedeutung. Auch Lungen- und Knochentuberkulose scheinen in unserer Gegend ein recht häufiges Vorkommen zu sein. Die Behandlung der Adnextuberkulose ist im allgemeinen eine recht dankbare Aufgabe. Bei fieberfreien Fällen führt eine schonend ausgeführte Operation (event. nur Probelaparotomie), nebst Quarzlampenbestrahlung und nachfolgender Heilstättenkur von etwa drei Monaten meist zur Heilung. Wir machten ausgezeichnete Erfahrungen mit der Nachbehandlung unserer Patientinnen im aargauischen Sanatorium *Barmelweid*, das unter der sehr sachkundigen Leitung von *W. Jost* steht. Das scheint zu beweisen, daß es weniger auf die Höhe, als auf nebefreie Lage und namentlich auf einwandfreie Verpflegung und ärztliche Beobachtung ankommt. Selbst fiebernde Kranke können auf diese Weise nicht selten noch eine Ausheilung erwarten. Ich erinnere mich an ein 16jähriges Töchterchen, das vom Hausarzt mit infauster Prognose uns zugewiesen wurde. Es hatte seit Wochen höchste Temperaturen und war zum Skelett abgemagert. Probelaparotomie, Quarzlampenbestrahlung und eine Kur von einigen Monaten in der aargauischen Heilstätte hatten den erfreulichen Erfolg, daß das Töchterchen nunmehr vollkommen beschwerdefrei und geheilt seiner Beschäftigung nachgehen kann. In den 4 Jahren hatten wir glück-

licherweise keinen Todesfall zu beklagen und fast alle Patientinnen haben sich recht gut erholt. Die Kombination von Operation und Heilstättekur scheint demnach die richtige Therapie zu sein, die in relativ kurzer Zeit die Arbeitsfähigkeit wieder garantiert.

Aus dieser kurzen Übersicht, die nur einzelne Probleme streifen konnte, geht hervor, welch großes und wichtiges Beobachtungsmaterial durch die Hand der Chefärzte einer größeren Anstalt geht. Gründliche wissenschaftliche Bearbeitung der gesammelten Erfahrungen nützt nicht nur dem Heimatlande, sondern auch einem weitem Publikum. Der Wert eines großen Spitals liegt nicht nur in der sachkundigen Verpflegung der Patienten, sondern auch in der wissenschaftlichen Auswertung medizinischer Beobachtungen. Gerade dieser letztere Punkt wird im Publikum zu Unrecht oft verkannt und doch spielt er für die Fortschritte der Heilkunde die größte Rolle. Die wissenschaftliche Bedeutung einer Anstalt liegt in exakt geführten Krankengeschichten und ausführlichen Jahresberichten. Nur so können sich die Chefärzte selbst kontrollieren und gegebenenfalls auch kritisieren. Aber auch die Assistenzärzte erwerben sich damit ein großes Verdienst um den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft.
