

### Berliner Medizinische Gesellschaft, 15. V. 1935

Vor der Tagesordnung. *v. Bergmann*: Nachruf auf A. Goldscheider (vgl. den O.-A. in Nr. 26 S. 1053).

*Gesenius*: Die Gefährlichkeit der Intrauterinpressare. Nach Demonstration der verschiedenen, heute in allen medizinischen Geschäften aber auch in Drogerien und Gummiwarenhandlungen ohne weiteres erhältlichen Intrauterinpressare wird eine Tabelle vorgeführt, welche die durch die Stift-, Silk- und Ringpressare verursachten, in der Literatur bekanntgegebenen schweren Schädigungen und Todesfälle gesammelt enthält. Es entfallen von den insgesamt 445 Schädigungen und 41 Todesfällen 346 Schädigungen und 37 Todesfälle auf die Stiftpressare, welche ja auch am längsten im Gebrauch und am meisten verbreitet sind. Ist ihre Verwendbarkeit zur Verhütung der Konzeption wie zur Beseitigung eingetretener Schwangerschaft doch im Publikum nur allzu bekannt.

Diese Kasuistik wird bereichert um 5 Fälle aus der Wagnerschen Klinik. Nur eine der Frauen kam ohne Dauerschädigung davon. Bei der zweiten mußte die Gebärmutter entfernt werden. Zwei Frauen starben; bei beiden brach die jauchige Infektion des Unterbauches unter Zerstörung der Muskulatur durch die Haut des Oberschenkels durch. Die letzte Patientin, eine 35jährige, vorher gesunde Frau, Mutter dreier Kinder, erkrankte vor 2 Jahren auf das schwerste infolge einer durch einen Gräfenberg-Ring erzeugten Infektion des Beckens. Die körperlich und seelisch schwer geschädigte Frau steht noch in ambulanter Behandlung der Klinik. Da der den Gräfenberg-Ring einlegende Arzt diesen für „unschädlich“ erklärt hatte, die Patientin aber durch ihre lange Krankheit auch pekuniär schwer geschädigt war, stellte sie an den Vortragenden die berechtigt erscheinende Frage nach der Arzthaftung.

An Hand der unbefriedigenden Diskussion dieses Fragenkomplexes in der D. m. W. 1933, S. 507 und 858 (*Schröder*, Kiel, *Ebermayer*, Leipzig, *Gänßbauer* Nürnberg) wird auf die Schwierigkeiten und die Unhaltbarkeit der bisherigen Situation näher eingegangen. Nach Fühlungnahme mit dem Reichs-Justizministerium wird der Ärzteschaft, welche ja heute so gut wie geschlossen die Verwendung von Intrauterinpressaren ablehnt, nahegelegt, den einzig Erfolg versprechenden Weg zu beschreiten: d. h. das Einlegen von Intrauterinpressaren als eine „fahrlässige Handlung“ anzuerkennen. Nur hierdurch läßt sich die für uns Ärzte beschämende Tatsache aus dem Wege räumen, daß die deutsche Frau und Mutter einer vermeidbaren und daher unerlaubten Gefährdung weiter ausgesetzt bleibt, obwohl doch gerade sie nach der Auffassung des Führers als die wichtigste Staatsbürgerin zu betrachten ist.

BESPRECHUNG. *Schneider*: Wir haben an der Universitäts-Frauenklinik (Geh.-Rat *Stoekel*) schon häufig Graviditäten bei liegenden Intrauterinpressaren beobachtet. Vor kurzem suchten uns deswegen wieder 2 Frauen auf, die eine war im 3., die andere im 4.—5. Monat gravide. Bei beiden ergab die Röntgenkontrolle einen im Uterus liegenden Silberspiralring *Gräfenbergs*. Vor 14 Tagen hat bei uns eine Frau spontan entbunden, bei der vor etwa 1½ Jahren draußen ein Gräfenberg-Ring eingelegt wurde. Nach dem Partus ergab die Besichtigung der Plazenta einen interessanten Befund: Man sah, etwa 2—3 cm vom Rande der Plazenta entfernt, den im Chorion eingebetteten Ring. — Verschiedene Beschwerden, Adnexentzündungen und Blutungen sahen wir bei Intrauterinpressaren häufig, im vorigen Jahr auch eine Extrauterin gravidität (Tubarruptur). Die Frau wurde völlig ausgeblutet zu uns zur Operation eingeliefert. Drei Monate vorher draußen Einlegung eines Silkwormringes.

Die Gesellschaft faßt die Entschließung, der Reichsregierung zu empfehlen, die Intrauterinpressare zu verbieten. Der Vorsitzende der Ärztekammer, *Löllke*, erklärt sich bereit, die Entschließung an das Reichsgesundheitsamt weiterzuleiten.

Tagesordnung. *Umber* und *Reschke*: Prognose und Behandlung großer Ulkusblutungen vom internen und chirurgischen Standpunkt aus. (Vgl. die O.-A. in dieser Nr.)

BESPRECHUNG. *v. Bergmann*: Ich stimme in den Bedenken, die gegen den Wert einer Statistik, in ganz verschiedenen Kranken-

häusern vorgenommen, geäußert werden müssen, mit den Vortragenden überein, ja möchte sie noch stärker betonen. Wie grenzt z. B. der Chirurg und Kliniker die „deutliche“ Ulkusblutung ab nach dem Gesichtspunkt „schwere“ und „leichtere“ Blutung? Das Hämoglobin z. B. gibt keinen genügenden Maßstab; es ist ergänzend zu betonen, daß ein Sinken des Hämoglobins gerade auch vorkommt, wenn die Blutung steht, indem Gewebswasser verdünnend die Flüssigkeitsmenge des Blutes ersetzt. Ich habe auch meine früher ganz ablehnende Einstellung, bei großen gefährlichen Blutungen zu operieren, geändert, seit die Methodik der ganz großen Transfusionen fast unbedenklich geworden ist und damit die Gefährlichkeit der großen Resektion während der großen Blutung wesentlich geringer wurde. Dennoch ist die Schwierigkeit der Indikationsstellung zum Eingriff ungeheuer groß, wie *Umber* selbst es an 2 Beispielen illustriert hat, bei denen der Chirurg den Eingriff als aussichtslos ablehnte und die Kranken doch durchgekommen sind. Nach den Zahlen der Umberschen Statistik kommen etwa im großen Erfahrungsgut seiner Westender Abteilung 3 Todesfälle jährlich an Ulkusblutung vor. Diese Zahl kann vielleicht noch kleiner werden, wenn man strengste Nahrungsbeschränkung mehrere Tage durchführt, sich so spät wie möglich zu Infusionen entschließt und erst recht periphere Kreislaufmittel nicht gibt, alles, was den Blutdruck hebt und die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes steigert, wird dem Fortbestand der Blutung oder ihrer Erneuerung Vorschub leisten. Es ist auffallend, daß, je ängstlicher in der Hauspraxis der behandelnde Kollege ist und je früher er den Kreislauf behandelt, um so häufiger die Blutung sich wiederholt. Von einer Gastroenterostomie bei großer Blutung kann man kaum etwas erwarten. Blutmengen im Magen sammeln sich leichter an, wenn irgendwelche Opiate gegeben werden, die den Pylorus schluß fördern, den Magentonus und die Peristaltik herabsetzen; man solle sie tunlichst vermeiden. So wird eine zurückhaltende Therapie die Letalität bei konservativer Behandlung eher noch senken. Jedenfalls ist es ausgeschlossen, daß solche Zahlen herauskommen könnten, wie sie in einigen englischen und auch deutschen Arbeiten ausgerechnet sind; von 20—60% Todesfällen. Es erscheint *v. Bergmann* die Indikation zur Transfusion häufiger gegeben, aber doch ungemein selten zur Operation während des Fortbestehens lebensbedrohlicher Blutungen. Die Unglücksfälle des Verblutens werden bei dieser Einstellung auch in großen Krankenhäusern nur ganz vereinzelt sich in einem Jahr ereignen, und zwar dann, wenn ein großes Gefäß arrodiiert ist, was leider der inneren Diagnostik nicht erkennbar ist.

*Schöne*: Eine Eiswasserspülung kann gelegentlich lebensrettend wirken. Bei der Bluttransfusion im Rahmen der konservativen Behandlung beschränke ich mich zunächst wenn möglich auf 300—400 ccm. Diese Menge kann genügen, um einmal die notwendigste Blutmenge zu ersetzen und um außerdem eine blutstillende Wirkung, falls diese überhaupt erreichbar ist, zu erzielen. Größere Bluttransfusionen verstärken die jeder Bluttransfusion innewohnende Gefahr, die Blutung erst recht anzufachen. Die Aussichten der Operation des schwerblutenden Magengeschwürs haben sich gebessert: 1. durch bessere Beherrschung der Technik, 2. durch die Anwendung der örtlichen Betäubung, 3. vor allem durch die Möglichkeit der Anwendung sehr großer Bluttransfusionen vor, während und nach der Operation. Es sterben mehr Menschen an Magengeschwürsblutungen als wir früher geglaubt haben; eine Anzahl davon sind durch die Operation zu retten. Die Indikationsstellung wird erschwert durch mehrere Faktoren der Unsicherheit: 1. Immer wieder einmal kommt ein für verloren gehaltener Kranker unoperiert durch. 2. Die Schwere des operativen Eingriffs ist vorher nicht genau abzumessen. 3. Die Blutung kann aus anatomischen Gründen unstillbar sein (z. B. Arteria hepatica). 4. Die Quelle der Blutung kann unauffindbar sein. Alles in allem liegen die Dinge heute so, daß der Chirurg sich der Verantwortung für das Schicksal eines Kranken mit einer schweren Magengeschwürsblutung nicht mehr entziehen sollte. Dringend zu warnen ist aber davor, an solche Operationen ohne strengste Indikationsstellung und ohne vollständige Beherrschung der operativen Technik heranzugehen.