

Die Verantwortlichkeit der Abortbehandlung.

Von Hugo Sellheim.

(Schluß.)

Man muß bei der Empfehlung der Technik einer Operation, die unter Umständen jeder macht, eben nicht immer an einen kühl abwägenden, gewandten Operateur, sondern auch an den mehr oder weniger gut geschulten Praktiker denken. Alle Vorschriften, die glauben, der ständigen oder wenigstens immer und immer wieder ausgeübten Kontrolle durch den Zeigefinger entbehren zu können, verführen zu einem gewissen Leichtsinne. Die Verführung fällt auf einen fruchtbaren Boden, und zwar bei dem Ungeübten auf den der Unkenntnis von Gefahr, bei dem Geübten mehr auf den einer Ueberschätzung seines Könnens.

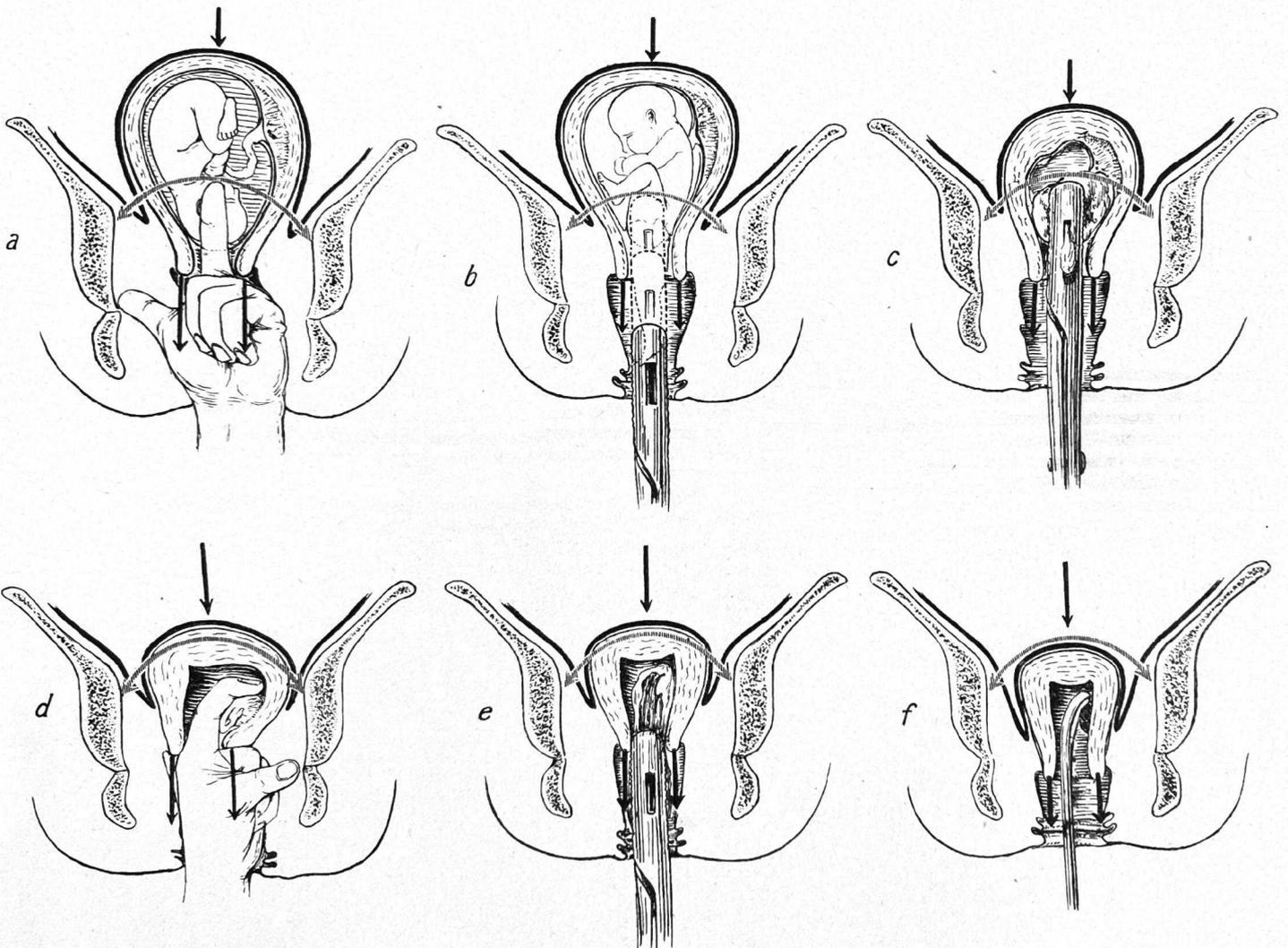
Es gibt nur eine Vorschrift, die vor diesen Bedenken schützen kann. Man teile den abortierenden Uterus ein in eine Zone gefahrlosen und eine Zone gefahrvollen Operierens. Die Grenze liegt da, wo der kontrollierende Zeigefinger nicht mehr hinreichen kann (Fig. 3 a bis f).

vor und womöglich nach jedem Einführen („intermittierende Zeigefingerkontrolle“), wenn nicht — wo die Halsweite es irgend zuläßt, und was viel besser ist — sogar während der Einführung und während des Zugreifens des Instrumentes selbst („permanente Zeigefingerkontrolle“). Jedenfalls darf die Zange nur an der vorher mit dem Zeigefinger ausgesuchten und als ungefährlich erkannten Stelle innerhalb der „Zeigefingerreichweite“ zupacken (z. B. Fig. 3c).

Dieses Abgrenzen der gefahrlosen Zone gegen die gefährliche ist natürlich um so weiter gesteckt, einen je bequemeren Zugang man sich zur Uterushöhle verschafft hat. Doch will ich nicht die ganze Technik der Abortausräumung besprechen. Mir kommt es hier zunächst nur auf die Feststellung der Grenzen der in das Instrument selbst hineinverlegten Gefühlskontrolle an.

Bewegt man sich nur innerhalb der Region unmittelbar oberhalb des genügend erweiterten Uterushalses als in einem nach allen Seiten ausladenden Raume, in dem man alles, was man mit der Zange packt, vorher genügend mit dem Oberrutachter Zeigefinger betastet hat — hält man sich also

Abb. 3a bis f. Grenzen der Gefühlskontrolle.



Allmähliches Einrücken der zu entfernenden Teile aus der Zone gefährlichen in die Zone ungefährlichen Operierens bei der Abortausräumung. — Respektierung der Gefahrzone unter der permanenten oder wenigstens intermittierenden Gefühlskontrolle während der Ausräumung. — Klettern auf der Stelle mit zwei Abortzangen unter Einschaltung der Gesichtskontrolle, sobald ein Teil im Muttermund sichtbar wird. — Sorge für promptes Nachrücken der Uteruswand, um die räumliche Orientierung in der enger gestellten Uterushöhle mit fester werdenden Wänden durch präliminäre Gaben von Kontraktionsmitteln. — Der gestrichelte Bogen bezeichnet die Grenze zwischen dem Bereich gefahrlosen und gefährlichen Operierens. Der Pfeil am Uterusfundus veranschaulicht den Druck von oben, die Pfeile an der Portio vaginalis den Zug nach unten zur Erleichterung der Ausräumung.

Auch in unserem Falle wird „Maß genommen“, aber zuverlässiger als beim Ausmessen mit der Zange und mit dem in Zentimeter eingeteilten Instrument selbst. Die zulässige Reichweite der Zange über dem inneren Muttermund wird von unten nach oben, nicht mit dem Instrument, sondern mit dem Zeigefinger festgestellt. Die Fingerkontrolle erfolgt im Laufe der Operation immer wieder von neuem,

innerhalb des „Zeigefingerkontrollbezirks“ —, so gewinnt man die Möglichkeit, durch sukzessives und im Notfall stückweises Herausziehen des Inhaltes, den Uterus vollständig und gefahrlos in einer bis zu gewissem Grade typischen Weise zu entleeren. Höher als wenig über den inneren Muttermund zu gehen, ist absolut unnötig. Das untere Ende des Eies, der Frucht, der Plazenta kann man,

nachdem diese Gebilde gehörig mit dem Zeigefinger mobilisiert sind, mit der Abortzange unter Leitung und Kontrolle des Zeigefingers immer im unteren Uteruspole ganz ungefährlich packen und ins Bereich des Auges mittels Spiegelhilfe herunterziehen. An dem einmal gefaßten Ende ist es ein Leichtes, das ganze Ei, die ganze Frucht und die ganze Plazenta herauszuziehen wie eine Decke, die man an einem Zipfel erwischt hat. Das läßt sich mit einem Taschentuchzipfel, den man in die Trichteröffnung eines Milchglasspekulums einführt, leicht vormachen. Natürlich kann die gepackte Materie einmal abreißen, weil sie zu brüchig oder die Öffnung, durch die man sie nach außen zerren will, zu eng ist. Dann braucht man unter Leitung des Zeigefingers nur nachzufassen, um die Ausräumung erneut unter Leitung des Auges zu vollenden.

Zur Durchführung der Operation empfiehlt sich sehr das Klettern mit zwei Abortzangen auf der Stelle (Abb. 5). Es kann in Anwendung gebracht werden, sobald die mit der Zange unter Gefühlkontrolle herausgezogenen Teile (z. B. ein Bein, Fig. 3b, der untere Plazentarrand, Fig. 3e) im äußeren Muttermund erscheinen. Das Verfahren stellt nichts weniger Wichtiges und prinzipiell Bedeutsames dar, als die Einschaltung der Kontrolle des Auges unter Mithilfe des Spiegels bei der Abortbehandlung, sobald es irgend möglich ist.

Die Ausräumung gelingt besonders leicht, wenn man prinzipiell als ersten, unerläßlichen Akt der Abortausräumung eine Vorbereitung des Uterus, den man in Angriff nehmen will, durch eine gehörige Gabe Ergotin, Pituitrin oder Gynergen vorangehen läßt. Auf diese Weise gerät unter der fortschreitenden Entleerung immer mehr von dem Uterusinhalt prompt aus der gefährdeten in das Bereich der gefahrlosen Zone (Fig. 3a bis f). Man hat bei umsichtigem Verfahren gar nicht nötig, sich aus dem gefahrlosen in den gefährlichen Bezirk zu begeben. Zudem rückt die Uteruswand immer näher und wird immer dicker und fester, so daß man nach solch etappenweiser Entleerung unter guter Mitwirkung der von vornherein verabreichten Kontraktionsmittel etwa dem Fingerdruck nicht weichende kleine Reste aus der, ihre ursprüngliche dreieckige Gestalt wieder gewinnenden Uterushöhle und von der dicker und härter werdenden Uteruswand (Fig. 3f) wegen der nunmehr wiedergewonnenen besseren Orientierung unter Gefühlkontrolle gefahrlos auch mit der Kürette entfernen kann.

Das von dem Finger geleitete, entsprechend groß gewählte (Bumm) Ausschabungsinstrument findet besonders nach solcher Wandvorbereitung sich ungefähr mit derselben Sicherheit wieder zurecht wie im nichtschwangeren Uterus.

Mir lag hier nur daran, durch diese drei Beispiele zu zeigen, daß die Kontrolle durch das in die Instrumente selbst hineinverlegte Gefühl bis zu gewissem Grade unsicher und trügerisch ist. Darauf gesetzte übertriebene Hoffnungen können leicht gefährlich werden.

Ich fasse zusammen: Will man die dem intrauterinen Gebrauche von Instrumenten anhaftende Gefahr bannen, so darf die Sicherung durch das mittels des Werkzeuges selbst ausgeübte Fühlen nicht überschätzt werden.

Soweit irgend möglich, ist eine „unentwegte“ oder wenigstens „unterbrochene“ Kontrolle durch ein dem Zugriff des Instrumentes unmittelbar vorausgehendes und nachfolgendes direktes Fühlen mit dem Finger auszuüben.

Durch frühzeitige Gabe von Kontraktionsmitteln ist eine prompte Zusammenziehung der Uteruswand im Gefolge der etappenweisen Entleerung anzustreben, weil in der verkleinerten Höhle mit ihren festeren Wänden die räumliche Orientierung und die Gefühlkontrolle, die direkte sowohl als auch die indirekte, verbessert wird.

Schließlich soll der Gesichtssinn, soweit es geht und sobald es möglich ist, zur Kontrolle herangezogen werden.

In Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Tastsinnsüberwachung können die Behandlungsvorschriften gar nicht präzise genug gefaßt werden.

Wenn man als Gutachter genötigt ist, zu entscheiden,

ob eine Körperverletzung oder gar ein Todesfall auf Fahrlässigkeit des behandelnden Arztes oder einen unglücklichen Zufall zurückzuführen ist, darf man nicht seine eigene Meinung allein als richtig ansehen. Man muß auch alles berücksichtigen, was dem Praktiker als nachahmenswert in einer uferlosen und oft recht wenig kritikvoll gehaltenen Literatur in die Hände fällt.

Vielen Schriftstellern der medizinischen Presse scheint es gar nicht bewußt zu werden, welche Verantwortung man mit einer „Veröffentlichung“ auf sich läßt. Jeder, der schreibt, wird unbewußt zum Lehrer seiner Leser. Gute Lehren vertausendfachen den Nutzen, schlechte vertausendfachen den Nachteil.

Man empfindet es als eine gewisse Ungerechtigkeit, daß man in Fällen, die unglücklich ausgehen, statt des Arztes, der den verführerischen Lehren gefolgt ist, nicht jenen Autor, der ihn durch seine Lehren verführt hat, zur Verantwortung ziehen kann. Man fühlt sich bewegt, ihn — in Anlehnung an die Fassung des Gesetzesparagrafen — einer Fahrlässigkeit in Anbetracht der besonderen Aufmerksamkeit, zu der er als Lehrer seinen Lesern gegenüber sich hätte verpflichtet fühlen müssen, zu ziehen.

Der letzte Grund für solche in der Praxis sich als unheilvoll erweisende Empfehlungen ist ein rein menschlicher. Der Autor ist in dem Augenblick, in dem er seine Lehren niederschreibt, in dem guten Glauben befangen, daß er das, was er sich in langjähriger Uebung und in besonderer Beschäftigung mit einem Gegenstand an Geschicklichkeit mühsam erworben hat, auch auf jeden anderen ohne weiteres in Anwendung bringen oder bei ihm voraussetzen dürfe. Es handelt sich also hier um nichts anderes als um die Ueberschätzung bei der Uebertragung eines Gefühls⁴⁾.

Nun noch ein Wort zur Einübung einer empfehlenswerten Abortbehandlung, um die Verantwortung, die den Arzt in der Praxis erwartet, tragbar zu gestalten.

Die Abortbehandlung gehört wohl zu den verantwortlichsten geburtshilflichen Eingriffen, wenn sie heutzutage bei der Häufigkeit und der Schwierigkeit der Situation nicht überhaupt der verantwortlichste ist. Bei dieser Sachlage mutet es etwas eigenartig an, daß wir andere Operationen wie Zange, Wendung, Exstruktion, Verkleinerung des Kindes etc. am Phantom einüben, während ähnliche Vorübungen bei der Abortbehandlung nicht oder so gut wie nicht gemacht werden.

Ich bin in der Lage, einen vollständigen Operationskurs als Ergänzung der gebräuchlichen Phantomübungen nach dieser Richtung hin zu inszenieren⁵⁾. Es bedarf dazu nur geringer Umstände. Die Vorrichtungen können ohne weiteres nach Anbringung von einigen Knöpfen in jedes geburtshilfliche Übungsphantom eingeknüpft werden.

Ich unterscheide für den Phantomunterricht zwei Arten der Abortbehandlung, welche, sofern man von den ganz frühen Fällen, die durch Kürettage zu erledigen sind, abieht, die Extreme darstellen. Beim Abort in der frühen Zeit kann man nach gehöriger Erweiterung, unter Herunterziehen des Uterus an der Portio mittels einer doppelkralligen Faßzange und starkem Herunterpressen des ganzen Organes durch die äußere Hand mit ein oder höchstens zwei Fingern in die Uterushöhle eindringen, durch Verschieben der Uteruswand an den Fingerspitzen das angeklebte oder auch nur lose darin liegende Ei ringsherum ablösen und dann, teils durch Druck von außen oder Zug von unten herausbefördern (Abbildung 4). Dazu dient ein kleiner, in das Schultzev. Winkelsche oder ein ähnliches Phantom einzuknüpfender, puerperaler Lederuterus, der von oben geladen, zugeknüpft und damit gebrauchsfertig ist. Die Zugänglichkeit zum Uterusinnern kann durch einen Gummiwürger beliebig verstellt und dadurch die Aufgabe leichter oder schwerer gestaltet werden. Immerhin ist die Ausräumung des Uterus in diesem frühen Stadium der leichtere Fall.

Als anderes Extrem wähle ich den Abort in vorgeschrittener Zeit der Schwangerschaft.

⁴⁾ Hugo Sellheim: Grenzen der Gefühlkontrolle bei intrauteriner Anwendung von Instrumenten. Zbl. f. Gyn. 1924 Nr. 27 S. 1448.

⁵⁾ Hugo Sellheim: Die Notwendigkeit und Möglichkeit, die Studierenden in den gewöhnlichen Blutstillungsmethoden der Nachgeburtsperiode und in der Abortbehandlung etc. praktisch auszubilden. Kongr. d. D. Ges. f. Gyn. in Wien, 1925.

sagen wir gegen Ende des dritten Monats. Die Abmessungen des Uterusmodells sind derart, daß die Fötusgruppe gerade knapp darin gedreht werden kann. Der Eingriff wird zu einem typischen zu gestalten gesucht. Gerade die Aufstellung eines bestimmten Programmes und seine exakte Durchführung garantieren dem Anfänger einen glatten Verlauf, wenn man in der Praxis auch ab und zu Neigung haben wird, von einer strengen Bindung an bestimmte Regeln abzuweichen.

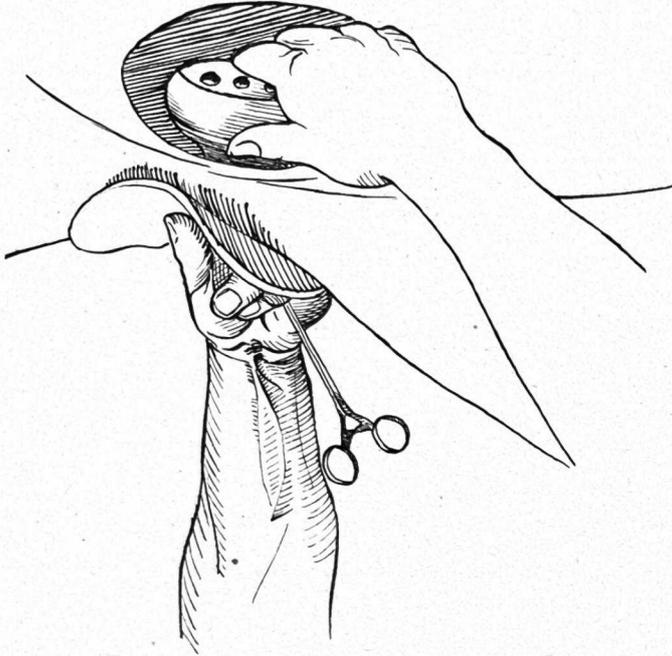


Abb. 4. Phantom für die Einübung der Abortausräumung in früher Zeit der Schwangerschaft.

Zuerst wird das Ablassen des Fruchtwassers markiert, dann erfolgt die Wendung der Frucht, nachdem man sich die Füße herausgesucht hat, auf einen Fuß. Die Puppe ist gut für das Tasterkennen von Hand, Fuß, Rippen und Kopf eingerichtet. An dem hervorgeholten Fuß wird gezogen. Folgt die Frucht im ganzen, so ist es gut, folgt sie nicht, dann muß eine systematische Verkleinerung erfolgen. Die Knochen werden gewissermaßen numeriert. Durch fortgesetzten Zug wird schließlich das eine Bein am Beckenansatz ausgerissen. Dann kommt das zweite. Es folgen der eine Arm, der andere Arm. Das Becken wird mit dem Finger zerquetscht, was am Phantom nur markiert werden kann, und herausgezogen. Die Eingeweide werden ausgeweidet, am Phantom auch nur anzudeuten. Dann wird die Schulterbreite entfernt. Wenn der Kopf sich nicht damit gleichzeitig extrahieren läßt und abreißt, so wird er durch den Finger zerquetscht (am Phantom zu markieren) und dann für sich herausgezogen.

Auch an diesem größeren Phantom ist die Zugänglichkeit zur Uterushöhle durch einen Gummiwürger nach Belieben verstellbar. Man kann in dieser Richtung viel Abwechslung schaffen.

Dann wird die Plazenta gelöst, an der vorliegenden Ecke gefaßt und entfernt. Dazu benutzt man am besten ein kleineres Modell, da ja der Lederuterus die nach der Entfernung der Frucht eintretende Verkleinerung nicht mitmachen kann. Um mehrere Schüler hintereinander die Plazentalösung vornehmen zu lassen, kann die Nachahmung des Mutterkuchens auch in den abknöpfbaren und so auswechselbaren Fundus des Fruchthalters eingelegt oder angeklebt werden.

Zu all diesen Manipulationen empfiehlt sich, wenigstens für die Schlußphase, die Anwendung der Abortzange — oder besser gesagt — von zwei Abortzangen (Abb. 5).

Es fällt vielleicht auf, daß ich das Wort „Abortzange“ bei den Uebungen der Schüler so dreist in den Mund nehme. Ich habe aber auch gar keinen Grund, mich davor zu scheuen. Die Abortzange, d. h. ein sehr kräftiges, nach Art der

Schultzeschen Myomzange gebautes Instrument, ist ein ausgezeichnetes und völlig ungefährlicher Behelf, wenn man sie nur, wie ich das vorschreibe, lediglich unter Gefühlskontrolle benutzt und, sobald es geht, die Gefühlskontrolle mit der noch viel sichereren Kontrolle des Auges vertauscht (Abb. 5), wie ich das oben ausgeführt habe. Das Klettern auf der Stelle mit zwei Abortzangen (Abb. 5), von denen — natürlich

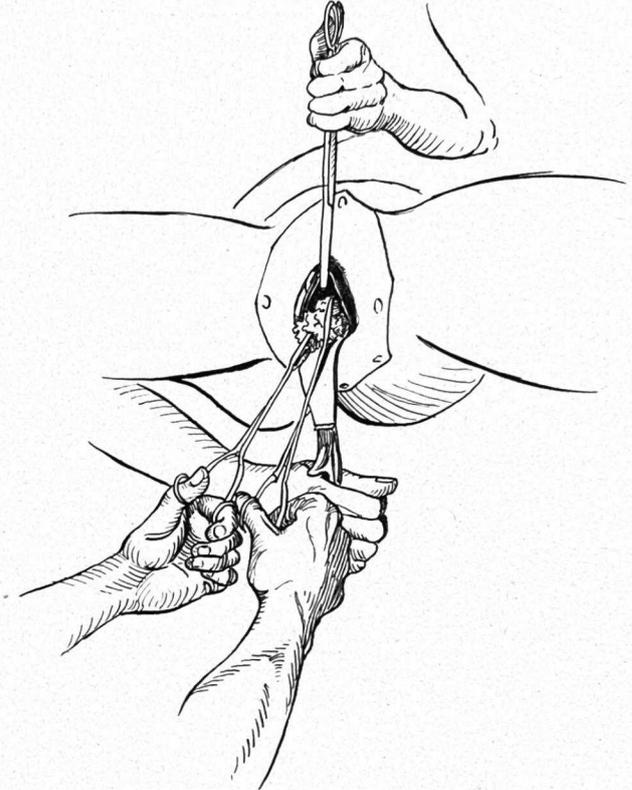


Abb. 5. Einübung der Entfernung der gelösten Plazenta unter Kontrolle des Auges „durch Klettern auf der Stelle mit zwei Abortzangen“.

unter Kontrolle des Auges — in dem im Spiegel freigelegten Muttermund, die eine immer etwas höher angesetzt wird als die andere, ist eine ganz vorzügliche Methode, mit der man sich die Extremitäten, den Rumpf und Rumpfinhalt, den Kopf und die Nachgeburt nach und nach gänzlich gefahrlos für die mütterlichen Teile herauszieht. Sobald man beim etwaigen Abreißen von neuem zupacken will, muß man sich immer durch Nachtasten mit dem Finger überzeugen, was man faßt. Man darf die Zange nur schließen, wenn der Zeigefinger als Kontrolleur daneben liegt oder — wenn es sehr eng hergeht — die vorher zuverlässig ausgesuchte Stelle eben verlassen hat.

Hartnäckig sitzenbleibende Reste von Plazenta können, wenn sie dem Fingerdruck nicht weichen, von der in der Einwirkung der vorläufigen Gabe von Kontraktionsmitteln prompt nachgerückten, verhärteten und verdickten Uteruswand im Notfall mit der großen Kürette entfernt werden. Auch das läßt sich am Phantom einigermaßen naturgetreu imitieren.

Nach der Schlußaustastung, welche die Uterushöhle leer finden muß, wobei die natürliche Rauigkeit der Plazentalstelle einen nicht irreführen darf, wird ausgestopft (Abb. 6).

Die Embryopuppe ist so konstruiert, daß die Extremitäten und auch der Rumpf bei stärkerem Zug abreißen und immer wieder mit einigen Stichen angenäht werden können⁶⁾.

Diese zweite Uebung ist absichtlich der schwierigsten Situation, die den Arzt bei der Abortbehandlung treffen kann, nachgebildet, nicht als ob der Arzt sich nicht alle

⁶⁾ Die Phantome werden von der Firma Köhler, Halle a/S., Gr. Steinstraße, geliefert. Man braucht nur an dem „äußeren Genitale“ des Schultze-v. Winckelschen oder eines ähnlichen Phantoms an den geeigneten Stellen Knöpfe anzunähen, um die puerperalen Genitalien ohne weiteres einknöpfen zu können.

Mühe geben sollte, durch Abwarten unter Herbeiführung einer möglichst bequemen Zugänglichkeit zum Operationsfelde sich die Aufgabe so leicht als möglich zu gestalten, sondern um ihn für den Notfall auch mit der allerschwierigsten Technik vertraut zu machen. Was ihm dabei möglich ist, gelingt ihm erst recht unter leichteren Bedingungen.

Schließlich erwähne ich noch zwei Phantome, die ich nicht weiter zu erläutern brauche. Einen abortierenden Uterus mit einer Perforation an typischer Stelle an der hinteren Körperwand und eine Nachbildung eines nichtschwangeren Uterus zwecks Einübung von Sondierungs-, Erweiterungs- und Ausschabungshandgriffen, an denen allerdings noch fortwährend verbessert wird. Man kann mit der Kürette als Beweis für die richtig vollzogene Arbeit eine Nachbildung des Endometriums in einzelnen Schnitzeln herausbefördern.

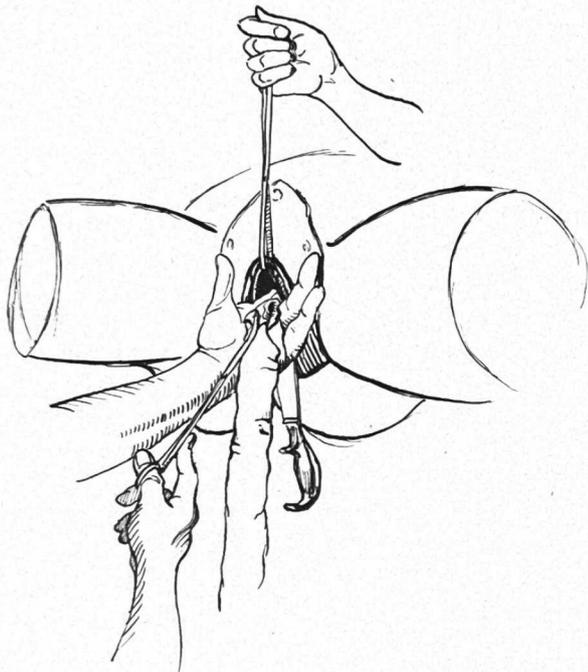


Abb. 6. Einübung der Tamponade des Uterus. Vordere Muttermundslippe vorgezogen, Tamponbüchse zwischen den Knien, linke Hand als aseptischer Streifenleiter, rechte Hand packt das Ende des einzuführenden Streifens, so daß die Spitze der Tamponadenzange — mit mehreren Lagen Gaze umhüllt — ungefährlich gestaltet ist.

Es ist ja nicht alles, was man für die Praxis braucht, das man in diesem erweiterten Phantomunterricht lernen kann; es ist aber immerhin schon recht viel und besser als gar nichts. Meine Erfahrung geht dahin: die Studierenden waren bei diesen Übungen immer sehr interessiert, wohl aus dem richtigen Gefühl heraus, daß ihnen hier etwas geboten wird, was sie gut gebrauchen können, und der geburts-hilfliche Lehrer schließt solche Kurse mit dem befriedigenden Gefühle ab, daß er doch einiges dazu beigesteuert hat, den angehenden Aerzten den schwierigen Schritt in die geburts-hilfliche Praxis zu erleichtern, indem er ihnen die Verantwortlichkeit vor allen Dingen in der Abortbehandlung, in der sie in letzter Zeit so wesentlich gestiegen ist, durch seine Lehren und praktischen Vorübungen besser tragen hilft.

Ist auch die Verantwortlichkeit der Abortbehandlung größer geworden, so scheint mir ein Ausgleich doch möglich. Wir können unseren Unterricht den vermehrten Schwierigkeiten der Praxis durch eine Verschärfung der unsere operativen Eingriffe stets begleitenden Gefühlskontrolle und durch eine fleißige Einübung der Ausräumetechnik entsprechend anpassen. Das Problem ist noch nicht völlig gelöst. Wir ringen noch damit, aber einige Griffe sind uns dabei doch schon gelungen. Sie geben uns den Mut und die Hoffnung, auch noch mit den bestehenden Schwierigkeiten fertig zu werden. Das gilt sowohl für die Aertztausbildung als auch für die Aertztefortbildung.

Paul Guder.

Es erscheint mir nicht unbescheiden, wenn einmal an dieser Stelle auch über einen der tüchtigsten Aerzte aus der Zahl der praktischen Aerzte ein Nachruf veröffentlicht wird, wie es sonst nur bei hervorragenden Männern der Wissenschaft üblich ist. — Ein solcher, sich über das Niveau erhebender und hervorragender Mensch und Arzt war Paul Guder.

Paul Guder, der am 7. Dezember 1925 im 71. Lebensjahre starb, war, im Jahre 1881 approbiert, nach erfolgreicher Assistentenzeit, wo er Schüler von Flechsig und Binswanger war, an verschiedenen Heilanstalten tätig und ließ sich dann in Laaspe in Westfalen als praktischer Arzt nieder, wo er im folgenden Jahre zum Königl. preußischen Kreisarzt für den Kreis Wittgenstein ernannt wurde. — Sein ärztliches Arbeitsfeld war ein sehr umfangreiches und vielseitiges. Neben seinen großen allgemeinärztlichen Praxis, die ihn bis in die oft sehr weit entlegenen und schwer erreichbaren Dörfer des gebirgigen Wittgensteiner Landes (Sauerlandes) führte und an sein geburts-hilfliches und chirurgisches Können und an seine diagnostische Begabung oft große Anforderungen stellte, hatte er einige Jahre später durch seine kassenärztliche Tätigkeit und durch sein Amt als Bahnarzt ein weiteres Gebiet, hier besonders für seine sozialen Bestrebungen, hinzugewonnen. Die Bevölkerung des Kreises Wittgenstein und der Stadt Laaspe hatte für ihre Bedürfnisse in Guder, dessen Arbeit von wirklich ärztlich humanem Geist durchdrungen war, einen verständnisvollen Berater. Er ließ seine dienstliche Stellung, seine wissenschaftlichen Bestrebungen und seine organisatorischen Fähigkeiten sich stets zum Nutzen der Bevölkerung auswirken, sei es in der Fürsorgetätigkeit, sei es für Schulen, sei es für die hygienischen Bedürfnisse der Gemeinden. In letzteren fehlte z. B. bei seinem Dienstantritt noch recht viel an hygienischen Einrichtungen; so sind auf seinen Antrag während seiner Dienstzeit allein 28 Wasserleitungen gebaut worden. Sein umfassendes Wissen, seine Kritik und seine Urteilskraft ließen ihn in der Verfolgung des einmal als richtig Erkannten nicht erlahmen; seine Erfahrung auf vielen Gebieten, seine stete wissenschaftliche Fortbildung machten ihn für Genossenschaften und Regierung zu einem anerkannten Gutachter.

Immer war Guder bemüht, sich wissenschaftlich weiterzubilden, er blieb in Konnex mit der Wissenschaft; besonders pflegte er die Verbindung mit den Instituten und Kliniken der nahe gelegenen Universität Marburg. Diese Verbindung nutzte er zum Nutzen seiner Kranken. Guder war stets bemüht, seinen Kranken die Vorteile einer Krankenhausbehandlung zu verschaffen, und tat dies oft mit größter Energie und oft unter persönlichen Opfern. Er ließ Kranke aus den entlegensten Gebirgsdörfern in die Marburger Kliniken transportieren. Dieses Verhalten erkennt besonders rühmend der frühere hervorragende Direktor der chirurgischen Universitätsklinik in Marburg an. Herr Geheimrat Prof. Dr. Ernst Küster schreibt in seinem Buche: „Zwei Schlußjahre klinisch-chirurgischer Tätigkeit“ 1909 (Berlin, Aug. Hirschwald), als er auf S. 215 das weit ablehnendere Verhalten der Landbevölkerung gegen Operationen und die hierdurch veranlaßten Schwierigkeiten in der Behandlung verschleppter und zu spät operierter Fälle betont, daß gerade in der Überwindung solcher schwieriger Verhältnisse Guder eine nie erlahmende Energie, selbst unter persönlichen Opfern gezeigt habe. — Daß Guder die Ausführung von Operationen in seinem Hause und selbst in entlegenen Ortschaften, hier oft unter den primitivsten Verhältnissen ermöglichte, ist bekannt; die Aerzte der chirurgischen Klinik in Marburg waren ihm hierbei stets bereite Helfer. Ein ganz besonderes Verdienst hat sich Guder dadurch erworben, daß er den Kliniken der Universität Marburg Kranke zuwies und dem anatomischen und dem pathologischen Institut stets von seinen Sektionen reichliches Material zuschickte. Die Universität Marburg (Lahn) hat die großen Verdienste Guder's um die Universität, um die medizinische Wissenschaft und die Kliniken dadurch anerkannt, daß sie ihn zum Ehrenbürger der Universität Marburg ernannte.

Guder hat sich verschiedentlich wissenschaftlich betätigt; er war früher Spezialist auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin. Sein im Jahre 1881 erschienenes Kompendium der gerichtlichen Medizin (Abels Medizin, Lehrbücher, Verlag Joh. Ambros. Barth, Leipzig) war früher ein viel gebrauchtes, durch seine klare Schreibweise und gute Disposition ausgezeichnetes Buch. — Ein anderes von ihm bearbeitetes Gebiet betrifft den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose (Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge VII, 1894). Die land- und forstwirtschaftlichen Unfälle im Kreise Wittgenstein hat er durch Franz Fischer 1901 in einer Dissertation zusammenstellen lassen. — Eine von Guder in Angriff genommene historische Darstellung auf dem Gebiete der Irrenanstalten ist leider nie zum Abschluß gekommen, obgleich er gerade auch anerkannter Fachmann durch seine irrenärztliche Tätigkeit war.

Guder stellte sich auch in den Dienst des ärztlichen Vereinswesens; er war für Zusammenfassung und Zusammenschluß der Aerzte, um eine für den ganzen Stand nützliche Arbeitsgemeinschaft zu erzielen.

Die Hochhaltung kollegialer Gesinnung war eine seiner vornehmsten Bestrebungen. Infolgedessen war Guder eine weit über den Kreis seiner praktischen Tätigkeit nicht nur bei der Bevölkerung, sondern auch in großen Aertztekreisen bekannte und angesehene Persönlichkeit. Er war Gründer und Vorsitzender des Aertztevereins