

Aus dem Krankenhause St. Göran in Stockholm.
(Klinik Prof. E. Welander.)

Über die Gonorrhoe der Frau.

Eine statistische Studie.

Von

Selim Birger,

I. Assistent der Klinik.

Bekanntlich gibt es gegenüber der Auffassung von der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe zwei Richtungen; die eine, die man die gynäkologische nennen könnte, befürwortet wenigstens in akuten Fällen eine mehr konservative hygienisch-diätetische Behandlung, während die andere, zu der die Mehrzahl der Venerologen zu rechnen ist, meint, daß eine mehr oder weniger kräftige Lokalbehandlung der Gonorrhoe der Frau das einzig richtige sei.

Diese Prinzipfragen bei der Gonorrhoebehandlung haben dadurch eine noch größere Bedeutung erhalten, daß die Frage nach der Berechtigung der sanitären Überwachung der Prostitution und Besichtigung von Frauen, welche beruflich Unzucht treiben, eng zusammenhängt mit der Frage, ob die Gonorrhoe durch rationelle Krankenhauspflege im allgemeinen geheilt werden kann oder nicht.

Die Vertreter dieser beiden einander widersprechenden Ansichten haben als Beweismaterial für die Richtigkeit ihrer Auffassung Statistiken vorgeführt, welche zu einander so widersprechenden Resultaten gelangen, daß neues Material, bei welchem besonderes Gewicht auf regelmäßige Gonokokkenuntersuchungen gelegt wird, für die Entscheidung diesbezüglicher Fragen nötig zu sein scheint.

Unter solchen Umständen habe ich das zuvorkommende Anerbieten Professor Edvard Welanders, mich für eine statistische Erörterung des für schwedische Verhältnisse großen Materiales im Krankenhause St. Göran zu bedienen, wo ich seit März 1909 selbst Gelegenheit gehabt habe, die einzelnen Fälle zu verfolgen, dankbar angenommen.

Das untersuchte Material.

Das Krankenhaus St. Göran ist das einzige Krankenhaus in Schweden, wo eine größere Anzahl nichtprostituierter Frauen wegen Gonorrhoe behandelt wird.

Die Patientinnen in St. Göran bestehen vorwiegend aus unverheirateten Frauen, und nur irrtümlicherweise sind einzelne besichtigungspflichtige Frauen aufgenommen worden.

In der nachstehenden Darlegung sind nur „reine“ Fälle von Gonorrhoe mitgenommen worden, demnach ist die zahlreiche Gruppe von Frauen, die gleichzeitig sowohl wegen Syphilis als Gonorrhoe behandelt wurden, ausgeschlossen worden. Ob dies Verfahren beobachtet worden ist oder nicht, geht gewöhnlich aus den Arbeiten der meisten Autoren nicht hervor, aber um Schlußfolgerungen über die Zeit für die Krankenhausbehandlung der Gonorrhoe ziehen zu können, müssen selbstredend diese Fälle ausgeschlossen werden, da es oft der Verlauf der Syphilis-symptome und die Behandlung derselben und nicht die Gonorrhoe ist, die für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes bestimmend wird.

In gleicher Weise sind Fälle von gleichzeitiger Augen- und Genitaliengonorrhoe ausgeschlossen worden, da die erstere gewöhnlich für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes bestimmend gewesen ist.

Wenn dieselbe Frau bereits im selben Jahre wegen Gonorrhoe wieder aufgenommen worden ist, ist nur das erste Mal berücksichtigt worden, um nicht den gleichen Fall mehrmals mitzählen zu lassen.

Abweichend von den meisten anderen Autoren habe ich auch Fälle von Gonorrhoe bei Frauen bis einschließlich der Altersgrenze von 10 Jahren mitgenommen und diese als eine besondere Gruppe besprochen. Die Gonorrhoe dieser Mädchen

unter 11 Jahren bietet natürlich in vielem ganz andere Verhältnisse dar als bei der geschlechtsreifen Frau, die Cervix ist nur ausnahmsweise mitinteressiert, und für die Beurteilung des Auftretens von Rezidiven fällt die vielleicht größte Fehlerquelle, nämlich die Reinfektion durch neue Koitus, weg. In einigen der Fälle dürften jedoch auch die Frauen unter 11 Jahren reinfiziert worden sein. Die Frauen bis einschließlich 10 Jahre betragen 151 von sämtlichen 591 Fällen.

Die Statistik umfaßt die Jahre 1904—1910, doch haben für letzteres Jahr nur die Fälle mitgenommen werden können, die am 20./XI. aus dem Krankenhause entlassen waren.

Die in den Jahren 1898—1903 in St. Görän behandelten Fälle von Gonorrhoe bei erwachsenen Frauen sind Gegenstand einer statistischen Studie von Almkvist¹⁾ gewesen, so daß die nachstehende Statistik gewissermaßen als eine direkte Fortsetzung der seinigen angesehen werden kann, selbst wenn ich unter anderen Gesichtspunkten als den von Almkvist angelegten mein Material zu beleuchten gesucht habe.

Das Material dürfte dadurch einen recht großen Wert haben, daß regelmäßige Gonokokkenuntersuchungen gemacht worden sind²⁾. Außer bei der Aufnahme sind Proben aus Urethra und Cervix gewöhnlich mindestens einmal in der Woche untersucht worden, zur Zeit der Entlassung häufig mehrmals in der Woche oder täglich. Da während der ersten Jahre Proben aus dem Rektum nur ausnahmsweise untersucht worden sind, hat die Anzahl Fälle, wo eine mikroskopische Untersuchung von Rektalproben gemacht wurde, mit jedem Jahre zugenommen, und während der letzten drei Jahre (1908—1910, vergl. Tab. I) ist so gut wie immer auch eine Probe aus dem Rektum entnommen worden, gleichzeitig mit den Urethral- und Cervikalproben.

Tabelle I zeigt, daß unter sämtlichen 591 Fällen in 93·2% (551 Fälle) die Urethra angegriffen war, in 87·6% die Cervix (517 Fälle) und in 18·4% (109 Fälle) die Bartholinischen Drüsen. Von den 336 Fällen, wo eine mikroskopische Untersuchung gemacht wurde, sind in nicht weniger als 58·3% (196 Fälle

¹⁾ Nordisk Tidskrift for Terapi, III, Nr. 12.

²⁾ In St. Görän sind solche seit 1898 vorgenommen worden.

von 336) Gonokokken im Rektum vorgefunden worden. Macht man einen Unterschied zwischen den erwachsenen Frauen und Frauen unter 11 Jahren, so erhalten diese Ziffern ein etwas anderes Aussehen. Von Interesse ist es auch, Almkvists Ziffern aus demselben Krankenhause während der nächstvorhergehenden Jahre zu vergleichen.

Tabelle I. Übersicht sämtlicher Fälle.

J a h r	Anzahl Fälle	Gonorrhoe			
		Urethra	Cervix ¹⁾	Rektum ²⁾	Bartho- linische Drüsen
Frauen:					
1904 { Erwachsene unter 11 Jahren	52 } 65 13 }	51 13	43 13	2 (3) 4 (6)	17 —
1905 { Erwachsene unter 11 Jahren	52 } 77 25 }	49 25	48 25	9 (14) 6 (11)	19 —
1906 { Erwachsene unter 11 Jahren	74 } 104 30 }	74 30	70 30	10 (19) 10 (17)	15 1
1907 { Erwachsene unter 11 Jahren	75 } 89 14 }	68 14	68 14	17 (22) 4 (6)	20 —
1908 { Erwachsene unter 11 Jahren	73 } 103 30 }	59 30	54 30	26 (56) 25 (29)	16 —
1909 { Erwachsene unter 11 Jahren	57 } 80 23 }	51 23	42 23	29 (57) 18 (23)	13 —
1910 { Erwachsene unter 11 Jahren	57 } 73 16 }	48 16	41 16	24 (57) 12 (16)	8 —
Summa	591 davon 151 unter 11 Jahren ³⁾	551 = 93·2%	517 = 87·6%	196 v. 336 auf Rektal- gon. unter- suchten Fällen = 58·3%	109 = 18·4%

¹⁾ Bei Frauen unter 11 Jahren Vagina.

²⁾ Die Ziffern in Parenthese geben an, in wie vielen Fällen laut den Krankenjournalen eine mikroskopische Gonokokkenuntersuchung vorgenommen worden ist.

³⁾ Diese 151 Frauen unter 11 Jahren hatten folgendes Alter: unter 1 Jahr 1, 1—2 Jahre 14, 2—3 Jahre 36, 3—4 Jahre 30, 4—5 Jahre 19, 5—6 Jahre 13, 6—7 Jahre 6, 7—8 Jahre 12, 8—9 Jahre 3, 9—10 Jahre 8, 10—11 Jahre 9.

	Anzahl Fälle	Urethra	Gonorrhoe in:		Bartholinischen Drüsen
			Vagina	Rektum	
1904—1910					
Frauen unter					
11 Jahren	151	151 = 100%	151 = 100%	79 = 78.1% ¹⁾	1 = 0.7%
Erwachsene			Cervix		
Frauen	440	400 = 90.9%	366 = 83.2%	117 = 51.3%	108 = 24.5%

Vergleichshalber werden die entsprechenden Ziffern aus Almkvists Statistik angeführt:

	Anzahl Fälle	Urethra	Gonorrhoe in:		Bartholinischen Drüsen
			Cervix	Rektum	
1898—1908					
Erwachsene					
Frauen	238	221 = 92.9%	158 = 66.4%	9 = 3.7% ²⁾	70 = 29.4%

Augenfällig bei einem Vergleich zwischen Almkvists Statistik für die Jahre 1898—1903 und der während der Jahre 1904—1910 ist die bedeutend höhere Ziffer der letzteren für die Cervikalgonorrhoe (83.2% gegen 66.4%), möglicherweise läßt sich die Steigerung dadurch erklären, daß 1904—1910 zahlreichere Gonokokkenuntersuchungen vorgenommen worden sind.

Sowohl die Urethral-, als auch die Cervikal- und die Rektalgonorrhoe ist während der Jahre, welche die Statistik umfaßt, hauptsächlich mit 2% Albarginbazillen lokal behandelt worden, in einigen wenigen Fällen (in den Jahren 1907—1908) sind Ameisensäure, Wasserstoffsuperoxyd oder Cervikalsaugung angewendet worden.

Fälle von ausschließlicher Harnröhrengonorrhoe. Bei Frauen unter 11 Jahren sind in allen Fällen sowohl die Urethra als auch die Vagina angegriffen gewesen, bei den erwachsenen Frauen ist in 42 Fällen Harnröhrengonorrhoe allein vorgekommen, demnach in 9.5%. Diese Fälle verteilen sich auf die einzelnen Jahre 1904—1910 mit respektive 8, 1, 4, 3, 11, 9 und 6 Fällen.

¹⁾ Von auf Rektalgonorrhoe untersuchten.

²⁾ Von sämtlichen Fällen.

Die Rektalgonorrhoe.

Für die Beurteilung der Rektalgonorrhoe ist die Statistik von St. Göran von besonders großem Interesse.

Obwohl die ersten Fälle von Rektalgonorrhoe bereits von Hecker 1789 beschrieben werden, ist dieser Gonorrhoe-komplikation erst während der allerletzten Jahre in größerem Umfange Beachtung geschenkt worden.

Neuberger und Borzecki erwähnen 1894 9 Fälle von Rektalgonorrhoe, und in einigen späteren Statistiken hat sich die Rektalgonorrhoe der Frau als eine verhältnismäßig gewöhnliche Komplikation herausgestellt. So fand Bär (1896) Rektalgonorrhoe in zirka 33%, Flügel (1905) in etwa 20%, Demeter (1904) in 17·2% und Huber in 24·5% der untersuchten Fälle, während Mucha sie nur in 10·8%¹⁾ konstatieren konnte.

In einer 1909 veröffentlichten Untersuchung erwähnt endlich Eichhorn, daß er bei 235 untersuchten Frauen in 30·6% Rektalgonorrhoe angetroffen habe.

In seiner Statistik aus dem Krankenhause St. Göran 1898—1903 erwähnt Almkvist, daß bei 238 erwachsenen, an Gonorrhoe leidenden Frauen Rektalgonorrhoe nur in 9 Fällen oder 3·7% beobachtet worden sei.

Prüft man meine Statistik (vgl. Tabelle I), so findet man auch, daß die Rektalgonorrhoe während der ersten Jahre sehr selten gewesen ist, so z. B. 1904 bei 52 erwachsenen Frauen nur in 2 Fällen, aber eine nähere Prüfung der Primärangaben (der Krankenjournalen) zeigt unzweifelhaft, daß diese niedrigen Ziffern darauf beruhen, daß, wenigstens nach den Notizen in den Krankenjournalen zu urteilen, nur eine winzige Anzahl Fälle während der ersten Jahre auf Gonokokken im Rektum untersucht worden ist, so 1904 nur 3 von sämtlichen 52 Gonorrhoeefällen. In Tabelle I ist daher auch für jedes Jahr angegeben, wie viele Frauen tatsächlich auf Rektalgonorrhoe untersucht worden sind.

¹⁾ Vgl. Eichhorns Zusammenstellung in „Dermatologische Zeitschrift“ 1909, S. 140.

Werden demnach nur die Fälle berücksichtigt, wo eine mikroskopische Untersuchung von Proben aus dem Rektum bewerkstelligt worden ist, d. h. in 336 Fällen, so sind in diesen Gonokokken im Rektum in 196 Fällen, d. h. in 58·3% angetroffen worden.

Bei den untersuchten Frauen ist die Rektalgonorrhoe weit gewöhnlicher bei Frauen unter 11 Jahren als bei geschlechtsreifen Frauen, oder bei ersteren in 73·1% (79 von 108) und bei letzteren in 41·3% (117 von 228 Fällen). Die höchste Prozentzahl für Rektalgonorrhoe zeigt das Jahr 1908, wo von 29 Frauen unter 11 Jahren 25 oder 86·2% Rektalgonorrhoe hatten.

Da diese Ziffern bedeutend höher sind als diejenigen früherer Autoren und sich die Häufigkeit der Rektalgonorrhoe möglicherweise als von einer für den Krankenhausaufenthalt im allgemeinen spezifischen Ursache herrührend denken ließe, habe ich die sämtlichen Fälle von Rektalgonorrhoe bei Mädchen unter 11 Jahren in den Jahren 1908 und 1910 durchgemustert und gefunden, daß unter den 25 Fällen 1908 die Rektalgonorrhoe in 16 Fällen oder 64% bereits an demselben Tage konstatiert werden konnte, wo die Patientinnen in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Bei den übrigen 8 Fällen dauerte es respektive 10, 11, 13, 14, 44, 55, 58 und 95 Tage, bevor Gonokokken zum erstenmale im Rektum nachgewiesen wurden. Gleichermaßen hatten 1910 von 12 Mädchen unter 11 Jahren mit Rektalgonorrhoe bereits bei der Aufnahme 10 oder 83·3% Gonokokken im Rektum, und bei den übrigen 2 wurden Gonokokken respektive 9 und 21 Tage nach der Aufnahme nachgewiesen.

Von 24 erwachsenen Frauen mit Rektalgonorrhoe 1910 hatten 15 oder 62·5% Gonokokken im Rektum bereits bei der Aufnahme, und bei den übrigen 9 Fällen wurden sie nach respektive 3, 3, 11, 15, 31, 42, 38, 43 und 49 Tagen nachgewiesen.

Bestimmte Schlußfolgerungen über die Rektalgonorrhoe als eine frühe oder relativ späte Komplikation lassen sich natürlich nicht ziehen ohne eine kritische Prüfung von Anamnese etc. in jedem einzelnen Falle, aber daß das Rektum in einer

so großen Anzahl Fälle bereits bei der Aufnahme von Gonorrhoe angegriffen war, spricht natürlich dafür, daß die Rektalgonorrhoe häufig eine frühe Komplikation ist.

Schon aus dem vorstehend Gesagten von der großen Frequenz der Rektalgonorrhoe geht hervor, daß die Statistiken¹⁾ — und zwar gilt dies von dem größeren Teil der Statistiken, die bei den Diskussionen wegen der Behandlung und Prognose der Gonorrhoe zu Rate gezogen worden sind, welche nur die Urethral- und die Cervikalgonorrhoe (sowie die in den Bartholinischen Drüsen) berücksichtigt haben, wo aber keine oder nur unvollständige Untersuchungen gleichzeitig auf Rektalgonorrhoe gemacht worden sind — in hohem Grade irreleitend werden müssen, sowohl wenn es sich um die Zeit handelt, welche erforderlich ist, um die weibliche Gonorrhoe zu heilen, als auch bei Schlußfolgerungen betreffs der Anzahl Rezidive. Das Material von St. Göran leidet natürlich außer für die letzten Jahre an den gleichen Mängeln.

Es ist natürlich, daß bei einer Patientin, wo die Rektalgonorrhoe übersehen ist, die Behandlungsdauer bedeutend verlängert werden kann durch wiederholte Rezidive vom Rektum aus, wo die Gonokokken ungestört leben und sich vermehren können, ohne Gegenstand einer lokalen Behandlung zu werden.

In gleicher Weise ist es sicher, daß während der Jahre, wo keine Rektaluntersuchungen auf Gonorrhoe vorgenommen wurden, eine Menge Patientinnen als gesund entlassen worden sind, während sie in Wirklichkeit mit im Rektum noch vorhandener Gonorrhoe entlassen wurden, und wenn sie später mit Gonorrhoe wiedergekommen sind, ist dieses der unwirksamen Lokalbehandlung zur Last gelegt und so aufgefaßt worden, als käme sie von den als gesund angesehenen Urethra und Cervix anstatt von dem Rektum her, das die ganze Zeit über Gonokokken in sich barg.

¹⁾ So wird in den statistischen Studien über die Gonorrhoe der Frau, welche in den letzten Jahren von verschiedenen schwedischen Autoren publiziert sind, die Rektalgonorrhoe gar nicht erwähnt, noch weniger Wert darauf gelegt, welche Bedeutung sie für den ganzen Verlauf der Gonorrhoe haben kann.

Man prüfe nur den Bericht über nachstehenden langsamen Fall von Gonorrhoe. Als die Patientin zum zweitenmale in das Krankenhaus aufgenommen wurde (den 16./I. 1909), wurden Gonokokken zum letztenmale in Urethra und Vagina den 10./III. angetroffen, aber noch 3 Monate später, den 10./VI., fanden sich Gonokokken im Rektum. Wären nicht Rektalproben genommen worden, so wäre sie aller Wahrscheinlichkeit nach während dieser Zeit als gesund entlassen worden (vgl. die Zeit vom 10./III.—10./VI.) und mit Rezidiv zurückgekommen, das als von Urethra oder Cervix herkommend gedeutet worden wäre, während in Wirklichkeit Gonokokken die ganze Zeit über im Rektum vorhanden waren. Der Fall zeigt auch, wie hartnäckig und chronisch die Rektalgonorrhoe sein kann. Das Mädchen wurde den 7./VII. 1909 nach 5 negativen Proben entlassen (doch fanden sich Eiterzellen im Rektum, darauf deutend, daß der Prozeß nicht ausgeheilt war) und kam den 21. desselben Monats mit Rezidiv zurück (Gonokokken in Urethra und Rektum), wurde wieder entlassen den 28./IX. nach 6 negativen Proben im Verlaufe eines Monats (auch jetzt war noch Eiter im Rektum vorhanden), kam aber am 16./IX. mit Rezidiv zurück (nur Gonokokken im Rektum). Mehrere ähnliche Fälle könnten angeführt werden.

S. L., 10 Jahre alt, aufgenommen den 7. Oktober 1908.

	Urethra	Vagina	Rektum
1908, Oktober 7 . . .	+	+	+
" 15 . . .	+	+	+
" 22 . . .	+	+	+
" 29 . . .	+	+	?
November 5 . . .	+	+	+
" 12 . . .	+	+	+
" 18 . . .	+	+	+
" 26 . . .	+	+	+
Dezember 3 . . .	+	+	+
" 10 . . .	+	+	+
" 17 . . .	+	—	—
" 24 . . .	+	—	—
" 31 . . .	+	—	+
1909, Januar 9 . . .	—	—	—
" 14 . . .	—	—	—
" 27 . . .	—	—	+

		Urethra	Vagina	Rektum
Januar	29 ¹⁾ . .	—	—	—
Februar	16 . . .	+	+	+
"	25 . . .	+	+	+
März	4 . . .	+	+	—
"	10 . . .	+	+	—
"	18 . . .	—	—	+
"	25 . . .	—	—	—
April	1 . . .	—	—	+
"	8 . . .	—	—	—
"	15 . . .	—	—	+
"	22 . . .	—	—	+
"	29 . . .	—	—	—
Mai	6 . . .	—	—	—
"	13 . . .	—	—	+
"	20 . . .	—	—	—
"	27 . . .	—	—	—
Juni	3 . . .	—	—	+
"	10 . . .	—	—	+
"	17 . . .	—	—	—
"	23 . . .	—	—	—
Juli	1 . . .	—	—	—
"	6 . . .	—	—	—
"	7 ²⁾ . .	—	—	(Eiter)
"	21 . . .	+	—	+
"	29 . . .	—	—	+
August	5 . . .	—	—	—
"	12 . . .	—	—	—
"	19 . . .	—	—	—
"	26 . . .	—	—	—
"	27 . . .	—	—	—
"	28 ³⁾ . .	—	—	(Eiter)
Septemb.	16 . . .	—	—	+
"	23 . . .	—	—	+
"	30 . . .	—	—	—
Oktober	7 . . .	—	—	—
"	14 . . .	—	—	—
"	21 . . .	—	—	—
"	28 . . .	—	—	—
November	2 . . .	—	—	—
"	3 . . .	—	—	—

¹⁾ Wird nach dem Epidemischen Krankenhause entlassen wegen Diphtherie; kam den 16. Januar 1909 wieder.

²⁾ Als gesund entlassen den 7. Juli 1909, doch im Rektum noch Eiter vorhanden. Wieder aufgenommen den 21. Juli 1909.

³⁾ Als gesund entlassen den 28. August 1909, wieder aufgenommen den 16. September 1909.

Hierzulande dürften nur ausnahmsweise Rektaluntersuchungen sowohl an den im Krankenhaus behandelten Prostituierten als auch an den besichtigungspflichtigen Frauen vorgenommen werden, und das Gleiche scheint von den meisten anderen Krankenhäusern oder Abteilungen zu gelten, wo weibliche Gonorrhoe behandelt wird.

Meines Erachtens kann nicht scharf genug betont werden, welcher große Mangel hierin liegt, da spätere Statistiken, z. B. Eichhorn 1909, zeigen, daß die Rektalgonorrhoe in 29·2% selbst bei „Prostituierten und polizeilich eingelieferten Personen“ zu finden ist (bei nicht Prostituierten in 31%).

Angesichts dieser hohen Prozentzahlen von Rektalgonorrhoe in St. Göran muß man sich natürlich fragen, teils worauf es beruhen kann, daß die Gonorrhoe in einer so großen Anzahl Fälle auf das Rektum übertragen worden ist, teils wie eine unzweifelhaft so gewöhnliche Komplikation im allgemeinen so gut wie ganz hat übersehen werden können?

Die Anamnese gewährt in keinem der Fälle eine Stütze für eine Infektion des Rektums durch Analkoitus, und selbst wenn eine solche Übertragung bei den erwachsenen Frauen vorgekommen ist, ist sie ja speziell bei den Frauen unter 11 Jahren ausgeschlossen. Man braucht indessen nur eine Frau mit einem reichlichen gonorrhoeischen Ausfluß zu sehen, die einige Stunden in Rückenlage zugebracht hat, um die großen Möglichkeiten für eine Übertragung der Gonorrhoe auf das Rektum zu erkennen. Der zähe, eitrige Ausfluß aus den Geschlechtsteilen liegt nämlich oft herabgeflossen, so daß er den Anus ganz bedeckt. Selbstredend ist, daß die Reinigung nach der Defäkation auch zu einer Übertragung der Gonorrhoe auf das Rektum wird beitragen können.

Mir scheint, als ob die Bewegungen des Analsphinkters bei der Defäkation hierbei auch eine recht große Rolle spielen könnten. Teile des Anus, welche, wenn der Sphinkter kontrahiert ist, nicht mit dem gonorrhoeischen Eiter in Berührung kommen können, werden, wenn der Sphinkter sich bei der Defäkation auftut, herausgerollt und nach derselben wieder innerhalb des Sphinkters, nun vielleicht mit gonorrhoeischem Eiter bestrichen, hineingezogen. Daß noch manche andere,

mehr zufällige ätiologische Momente, wie Einführung von Lavementrohr etc., in einzelnen Fällen für die Übertragung eine Rolle spielen können, ist natürlich.

Was die zweite Frage anbelangt, warum die Rektalgonorrhoe so häufig ganz oder in der Mehrzahl der Fälle übersehen wird, so dürfte die Erklärung darin liegen, daß sie in gewöhnlichen Fällen so unbedeutende subjektive Symptome gibt. Nur selten hört man, daß die mit Rektalgonorrhoe behafteten Frauen über Jucken oder Schmerzen von der Analgegend her, Beschwerden bei der Defäkation etc. klagen oder selber eitrigen Ausfluß aus dem Rektum bemerkt haben, vielmehr liegen in der Regel gar keine subjektiven Symptome vor. Vereinzelt sieht man doch bei der Untersuchung reichliche Eitermassen aus dem Anus ausfließen, im gewöhnlichen Falle dürfte dahingegen eine Ansammlung des Eiters in größerer Menge durch die Defäkationen verhindert werden.

Nimmt sich das klinische Bild der Rektalgonorrhoe im allgemeinen so aus, so ist leicht zu verstehen, daß sie übersehen worden ist, und daß Proben vom Rektum nur genommen worden sind, wo stärkere subjektive Symptome, wie sie bisweilen in sehr akuten Fällen auftreten, vorgelegen haben, oder wo der reichliche Eiterfluß aus dem Rektum Anlaß gegeben hat, eine Rektalgonorrhoe zu argwöhnen.

Die Gonorrhoe in den Bartholinischen Drüsen ¹⁾

(vergl. Tabelle II).

Die gonorrhoeische Bartholinitis hat sich in Übereinstimmung mit dem, was zuvor bekannt ist, als eine recht gewöhnliche Komplikation bei den erwachsenen Frauen herausgestellt, da sie in 24·5% der Fälle (108 von 440 Fällen) aufgetreten ist. Almkvist fand Bartholinitis während der Jahre 1898—1903 in 70 von 238 Fällen, d. h. in 29·4%.

In 30·6% von sämtlichen Bartholinitisfällen ist sie doppelseitig aufgetreten, in den Fällen, wo sie einseitig war,

¹⁾ Hierin sind auch die Fälle einbegriffen, wo die Gonokokken in den Ausführungsgängen oder in den Höhlen der eitrig geschmolzenen Drüsen noch gelebt haben.

ist sie entschieden gewöhnlicher (44·4% der sämtlichen Fälle) auf der linken Seite gewesen als auf der rechten (25%).

Tabelle II. Das Vorkommen von Gonorrhoe in den Bartholinischen Drüsen bei erwachsenen Frauen.

J a h r	Sämtliche Fälle von Gonorrhoe	Gonorrhoe in den Bartholinischen Drüsen		Bartholinitis		
		Anzahl	%	sinistra	dextra	bilateralis
1904	52	17	32·7	2	7	8
1905	52	19	36·5	12	2	5
1906	74	15	20·3	8	1	6
1907	75	20	26·7	5	8	7
1908	73	16	21·9	7	6	3
1909	57	13	22·8	8	2	3
1910	57	8	14·0	6	1	1
	440	108 = 24·5%		48 = 44·4%	27 = 25%	33 = 30·6%

Nach den Krankenjournalen zu urteilen, scheinen die Bartholinitiden im allgemeinen den Verlauf der Krankheit nicht verlängert zu haben, da nur in einzelnen Fällen Gonokokken in den Bartholinitiden länger vorhanden gewesen sind als anderswo, so in einem Fall 1905, wo die Patientin am 29. Juli mit Gonokokken in Urethra, Cervix und doppelseitiger Bartholinitis aufgenommen wurde. Seit dem 29. September waren die Urethra und seit dem 21. Oktober die Cervixproben gonokokkenfrei, aber am 30. November waren noch Gonokokken in den Bartholinischen Drüsen vorhanden.

Nur in zwei Fällen ist Bartholinitis bei Frauen unter 11 Jahren aufgetreten, das Alter der Patientinnen war resp. 2½ Jahre und 9 Jahre.

Notizen über paraurethrale Gänge finden sich in einigen Fällen, und in ein paar Fällen haben sie auch die Dauer der Krankheit etwas verlängert, sind aber nach kräftiger Lokalbehandlung gonokokkenfrei geworden.

Periproktale Abszesse sind auch in einigen Fällen von Rektalgonorrhoe aufgetreten, in einem derselben, der spontan durchbrach, wurden Gonokokken angetroffen.

Unter den hier erwähnten Fällen sind gonorrhöische Arthritiden oder Tendovaginitiden bei den 440 erwachsenen Frauen in 21 Fällen oder in 4·8% notiert worden und dürften in mehreren Fällen den Krankenhausaufenthalt verlängert haben (vgl. p. 57).

Nicht ohne Grund ist ja die Schwangerschaft „eine Blütezeit der Gonorrhoe“ genannt worden und das reichliche Lochialsekret, die aufgelockerten und hyperämischen Gewebe, das offen stehende Orificium internum etc., alles trägt zur Ausbreitung des Prozesses bei. Aborte auf gonorrhöischer Basis sind auch beschrieben worden.

Unter den untersuchten 440 Fällen ist bei 31 Gravidität konstatiert worden, und von diesen haben 8 oder 1·8% der sämtlichen Fälle (25·8% der graviden) abortiert. In den vier Fällen, wo Notizen über das ungefähre Alter des Fötus vorhanden sind, ist dieses respektive 1 bis 2 Mon., 3—4 Mon., 2—3 Mon., 4 Mon. und 8 Mon. gewesen. Nach den Krankenjournalen ist es unmöglich zu entscheiden, welche Rolle die Gonorrhoe, und welche Rolle die Lokalbehandlung der Uterusgonorrhoe bei Hervorrufung des Aborts gespielt hat.

Die Behandlungsdauer für Frauen unter 11 Jahren

(vergl. Tabelle III).

Die kürzeste Pflegezeit für die als mutmaßlich gesund entlassenen Frauen unter 11 Jahren ist 28 Tage, die längste 296 Tage. Von den Durchschnittszahlen für jedes Jahr ist 58·5 die niedrigste Ziffer und 107·8 Tage die höchste Durchschnittsziffer für den Krankenhausaufenthalt.

Die Durchschnittszahl für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes für alle als gesund entlassenen 127 Fälle in den Jahren 1904—1910 ist 80·4 Tage.

Weit lehrreicher als Tabelle III mit den Durchschnittsziffern ist die nachstehende Zusammenstellung, aus welcher

erhellt, wie viele Tage für die Behandlung im allgemeinen erforderlich gewesen sind:

Behandlungsdauer Anzahl Tage	Anzahl Fälle unter 127 Frauen unter 11 Jahren	Anzahl Fälle unter 440 erwachsenen Frauen
Unter 20 Tage 0}	Behandlungsdauer	2} Behandlungsdauer unter
20—30 2}	unter 1 Monat 2 = 1·6%	12} 1 Monat 14 = 4·8%
30—40 5}		22}
40—50 8}	1—2 Monate 31 = 24·4%	32} 1—2 Monate 88 = 30·0%
50—60 18}		34}
60—70 15}		46}
70—80 10}	2—3 Monate 36 = 28·3%	43} 2—3 Mon. 110 = 37·5%
80—90 11}		21}
90—100 15}		23}
100—110 8}	3—4 Monate 31 = 24·4%	17} 3—4 Monate 48 = 16·5%
110—120 8}		8}
120—130 9}		9}
130—140 6}	4—5 Monate 21 = 16·5%	7} 4—5 Monate 21 = 7·1%
140—150 6}		5}
150—200 4}	4 = 3·2%	8} 8 = 2·7%
über 200 2}	2 = 1·6%	4} 4 = 1·4%

Tabelle III. Behandlungsdauer für als wahrscheinlich gesund entlassene Frauen unter 11 Jahren.¹⁾

J a h r	Anzahl Fälle	P f l e g e z e i t		
		kürzeste	längste	Durchschnittswert
1904	10	59	138	98·4
1905	23	50	175 (219)	106·9
1906	25	35	137 (296)	83·4
1907	10	36	103	67·3
1908	27	49	167	63·5
1909	20	37	144	84·6
1910	12	98	94	58·5
Durchschnittswert der Pflegezeit für alle 7 Jahre (127 Fälle) = 80·4 Tage				

¹⁾ Um nicht eine unverhältnismäßig große Steigerung der Durchschnittszahl zu erhalten, sind 1 Fall 1905 von 219 Tagen und 1 Fall 1906 von 296 Tagen mit einer Pflegezeit von 200 Tagen in Anrechnung gebracht worden; werden diese Fälle mitgerechnet, so wird die Durchschnittszahl für 1905 107·8 und für 1906 87·7 und der Durchschnittswert für alle Jahre 81 Tage.

Die Anzahl der Frauen unter 11 Jahren, welche als gesund entlassen wurden, und wo Rektalgonorrhoe nicht hat konstatiert werden können, ist zu klein, um daraus eine Schlußfolgerung darüber ziehen zu können, ob die Rektalgonorrhoe im allgemeinen die Dauer der Krankheit verlängert hat.

Die Behandlungsdauer für erwachsene Frauen (vgl. Tabelle IV und die Zusammenstellung, p. 57).

Die kürzeste Pflegezeit für die als wahrscheinlich gesund entlassenen erwachsenen Frauen ist 17 Tage, die längste 299 Tage. Von den Durchschnittszahlen für die einzelnen Jahre ist die von 1910 am niedrigsten mit 66·3 Tagen und 1907 am höchsten mit 86·8.

Die Durchschnittszahl für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes für alle als gesund entlassenen 293 erwachsenen Frauen 1904—1910 ist 73·8 Tage. Almkvist fand, daß für die Jahre 1898—1903 die Durchschnittszahl für als gesund entlassene Frauen, die an Gonorrhoe in verschiedenen Formen gelitten, 64 Tage war, während sie für Frauen, welche nur wegen Harnröhrengonorrhoe behandelt wurden, erheblich niedriger oder 48·6 Tage war. Auch für die Jahre 1904—1910 ist die Pflegezeit für die als gesund entlassenen ausschließlich ¹⁾ an Harnröhrengonorrhoe leidenden Frauen (23 Fälle) bedeutend kürzer als die allgemeine Durchschnittspflegezeit (73·8 Tage), nämlich 64 Tage.

Die Krankenjournale gewähren keine Handhabe zu entscheiden, in welchem Maße die Adnexentzündung in einigen Fällen die Pflegedauer verlängert hat. Für die Fälle, die an gonorrhöischer Tendovaginitis oder Arthritis gelitten haben, steigt die Pflegedauer bedeutend, nämlich auf die Durchschnittszahl 116·5 Tage (durchschnittliche Pflegedauer für sämtliche Fälle 73·8 Tage), doch ist die kürzeste Dauer 29 Tage, die längste aber 230.

Vergleicht man die durchschnittliche Pflegedauer teils für die als gesund entlassenen, die an anderen Gonorrhoeformen

¹⁾ 5 derselben waren jedoch mit Bartholinitis kompliziert.

als Rektalgonorrhoe gelitten haben, mit denen, welche an Rektalgonorrhoe allein oder als Komplikation gelitten haben, so zeigt sich, daß die Rektalgonorrhoe den Krankenhausaufenthalt bedeutend verlängert hat.

Tabelle IV. Behandlungsdauer für als wahrscheinlich gesund entlassene erwachsene Frauen.¹⁾

J a h r	Anzahl Fälle	P f l e g e d a u e r		
		ktürzeste	längste	Mittelwert
1904	29	30	153	71·4
1905	42	25	159	79·8
1906	48	19	198	70·4
1907	53	32	197 (299)	86·8
1908	51	20	175 (230)	72·8
1909	36	17	176	6·90
1910	34	28	127 (210)	66·3
Durchschnittswert der Pflegedauer für alle 7 Jahre (293 Fälle) = 73·8 Tage.				

	1908	1909	1910
Durchschnittliche Pflegedauer für nicht an Rektalgonorrhoe leidende	64·8 Tage	64·3 Tage	57·3 Tage
Durchschnittliche Pflegedauer für an Rektalgonorrhoe leidende	87·4 „	75·6 „	80·6 „
Durchschnittliche Anzahl Tage mehr für Rektalgonorrhoe	22·6 „	11·3 „	23·3 „

Die Rezidive bei Frauen unter 11 Jahren (vergl. Tabelle V).

Für die Beurteilung der Anzahl der Rezidive habe ich mich nur an die Untersuchungen zu halten gehabt, die in der

¹⁾ Um nicht eine unverhältnismäßig große Steigerung der Durchschnittszahl zu erhalten, sind 1 Fall von 299 Tagen und 1 von 296 im Jahre 1907, sowie 1 Fall von 230 im Jahre 1908 und 1 Fall von 210 Tagen 1910 mit einer Pflegedauer von nur 200 Tagen in Anrechnung gebracht worden.

klinischen Abteilung in St. Görán vorgenommen worden sind, und bin demnach nicht wie Almkvist die Journale der Polikliniken oder betreffs der erwachsenen Frauen die Register der Prostitutionsabteilung im Krankenhause Eira durchgegangen.

Tabelle V. Das Vorkommen der Gonorrhoe rezidive bei Frauen unter 11 Jahren.

J a h r	Anzahl behandelte Fälle	Bei der Entlassung wahr- scheinlich gesund	Bei der Entlassung nicht völlig gesund oder krank	Von den als gesund Entlassenen später beobachtet	
				gesund	krank
1904	13	10	3	0	5
1905	25	23	2	5	4
1906	30	25	5	6	3
1907	14	10	4	3	2
1908	30	27	3	6	6
1909	23	20	3	6	5
1910	16	12	4	4	3
	151	127 = 84.1%	24 = 15.9%	30 = 51.2%	28 = 48.8%
		von sämtlichen 151 Fällen.		von später beob- achteten 58 Fällen.	

Die Angehörigen der Kinder sind, soweit es möglich war, stets in St. Görán ermahnt worden, mit ihnen wiederzukommen für erneute Untersuchungen auf Gonokokken, aber die Mehrzahl von denen, die wiedergekommen sind, sind natürlich solche, bei denen verdächtiger Ausfluß wieder aufgetreten ist. Von sämtlichen 151 Fällen wurden 127 als mutmaßlich gesund entlassen. Die übrigen 24 wurden nach kürzerem oder längerem Krankenhausaufenthalt auf Wunsch der Eltern oder Vormünder gebessert oder ungebessert entlassen, und 22 von ihnen hatten bei der Entlassung immer noch Gonokokken.

Von den 127 als gesund Entlassenen sind 58 oder 45.6%, später von neuem in das Krankenhaus aufgenommen worden wegen Gonorrhoe oder anderer Krankheit oder haben sich dort

einzig und allein zur Untersuchung vorgestellt, ob sie fortdauernd gonokokkenfrei waren. Gewöhnlich sind sie während der nächsten Wochen oder Monate zurückgekommen. Fälle, wo später als 2 Jahre nach der Entlassung Rezidiv aufgetreten oder die Patientin zur Untersuchung wiedergekommen ist, sind nicht mitgerechnet worden.

Von den 58, welche wiedergekommen sind, haben sich 30 oder 51·2% gewöhnlich bei wiederholten Gonokokkenuntersuchungen als gesund erwiesen, während 28 oder 48·8% Gonorrhoe gehabt haben. Die Wahrscheinlichkeit dafür, daß der größere Teil der Mädchen unter 11 Jahren, welche Rezidiv gezeigt haben, nach St. Göran zurückgekommen ist, dürfte ziemlich groß sein, da es das einzige Krankenhaus ist, wo sie hier in Stockholm Pflege erhalten können. Die Anzahl der bekannten Rezidive beträgt demnach 22% von sämtlichen als gesund Entlassenen. Einige von diesen sind sicher später bei erneuter Krankenbehandlung definitiv gesund geworden.

Für eine Beurteilung des Wertes der Lokalbehandlung und der Krankenhauspflege der Gonorrhoe sind diese Ziffern, wenschon es sich um eine geringe Anzahl Fälle handelt, von weit größerem Interesse als die entsprechenden Zahlen für die erwachsenen Frauen. Während es bezüglich dieser letzteren stets unmöglich sein wird zu entscheiden, wie viele von den sog. Rezidiven von einer neuen Infektion durch Koitus herrühren, und wie viele wirkliche Rezidive der als ausgeheilt angesehenen Gonorrhoe sind, dürfte es bei den Frauen unter 11 Jahren nur ausnahmsweise vorgekommen sein, daß eine Reinfektion auf die eine oder andere Art stattgefunden hat. Eine der schwersten Fehlerquellen bei der Beurteilung des Effektes der Behandlung ist damit nahezu ganz eliminiert, und die Gesundheitsziffer 51·2% ist demnach vermutlich eine wirkliche Minimalziffer.

Die Rezidive bei erwachsenen Frauen (vergl. Tabelle VI).

Von den 440 erwachsenen Frauen sind nicht weniger als 147 oder 33·4% nach längerer oder kürzerer Zeit auf eigenen Wunsch gegen den Rat des betreffenden Arztes als gebessert oder immer noch krank entlassen worden, und 117 hatten bei der Entlassung noch Gonokokken. Die Prozentzahl der als nicht gesund entlassenen erwachsenen Frauen ist demnach mehr als doppelt so groß wie die (15·4%) für Frauen unter 11 Jahren.

Tabelle VI. Das Vorkommen der Gonorrhoe rezidive bei erwachsenen Frauen.

J a h r	Anzahl behandelte Fälle	Bei der Entlassung wahr- scheinlich gesund	Bei der Entlassung nicht völlig gesund oder krank	Von den als gesund Entlassenen später beobachtet	
				gesund	krank
1904	52	29	23 ¹⁾	0	0
1905	52	42	10 ²⁾	4	6
1906	74	48	26 ³⁾	5	7
1907	75	53	22 ⁴⁾	11	3
1908	73	51	22 ⁵⁾	6	6
1909	57	36	21 ⁶⁾	4	1
1910	57	34	23 ⁷⁾	1	1
	440	293 = 66·6% von sämtlichen 440 Fällen	147 ⁸⁾ = 33·4% von sämtlichen 440 Fällen	31 = 56·4% von später beob- achteten 55 Fällen	24 = 43·6% von später beob- achteten 55 Fällen

Von den als gesund entlassenen 293 Fällen sind nur 55 oder 19·1% (von den Frauen unter 11 Jahren dagegen 45·6%)

¹⁾ 21 von diesen hatten bei der Entlassung noch Gonokokken.

²⁾ 7 " " " " " " " " "

³⁾ 20 " " " " " " " " "

⁴⁾ 18 " " " " " " " " "

⁵⁾ 20 " " " " " " " " "

⁶⁾ 14 " " " " " " " " "

⁷⁾ 17 " " " " " " " " "

⁸⁾ 117 " " " " " " " " "

später auf Gonorrhoe untersucht worden. Eine sehr kleine Anzahl hat sich zu erneuten Gonokokkenuntersuchungen eingefunden, die übrigen sind wegen Gonorrhoe rezidiv, Lues, Hautkrankheiten oder aus anderer Ursache in das Krankenhaus wieder aufgenommen worden. Hier, wie früher, sind nur diejenigen, die innerhalb wenigstens 2 Jahren nach der Entlassung wiedergekommen sind, mitgenommen worden. Im allgemeinen sind wiederholte Gonokokkenuntersuchungen an den zur Gruppe „Gesunde“ gerechneten gemacht worden.

Von diesen 58, welche wiedergekommen sind, waren 31 oder 56·4% gesund, während 43·6% Rezidiv oder Gonorrhoe infolge neuer Infektion hatten.

Die Anzahl bekannter Rezidive beträgt demnach bei den 293 als gesund entlassenen 8·2%, während wenigstens 10·8% sich nach der Entlassung gesund gezeigt haben.

Almkvist hat eine ähnliche Untersuchung für die in den Jahren 1898—1903 in St. Göran gepflegten Gonorrhoe-fälle ausgearbeitet und ist zu fast ganz gleichen Prozentzahlen gekommen wie ich. Von 238 Fällen wurden 217 als gesund entlassen, und von diesen wurden später 64 Fälle untersucht, davon waren 59·4% (in meiner Statistik 56·4%) gonokokkenfrei, während 40·6% (43·6% in meiner Statistik) Gonokokken darboten.

Zusammenfassung.

Die vorstehende Statistik zeigt, daß bei den wegen Gonorrhoe aufgenommenen Frauen, wo auch das Rektum auf Gonokokken untersucht wurde, in 58·3% Rektalgonorrhoe gefunden wurde (in 41·3% von 228 erwachsenen Frauen und in 73·1% bei 108 Frauen unter 11 Jahren).

Die Gonorrhoe-statistiken, welche sich auf Fälle gründen, wo keine mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken im Rektum gemacht wurde, müssen auf Grund der großen Frequenz

der Rektalgonorrhoe irreleitend werden und können nicht mit Bestimmtheit als Beweis für die Heilbarkeit oder Nichtheilbarkeit der Gonorrhoe angewendet werden, da manche der Rezidive sich durch die übersehene Rektalgonorrhoe erklären lassen.

Daß 51·2% der Frauen unter 11 Jahren und 56·4% der erwachsenen Frauen, welche ins Krankenhaus zurückgekommen sind, sich als gesund erwiesen haben, spricht mit Bestimmtheit für den großen Wert der Lokalbehandlung.
