

Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenkunde

# Die Abtreibung

---

Eine medizinisch-soziologische Studie in bildlichen  
Darstellungen für Ärzte, Juristen und Soziologen

von

**Universitäts-Professor Dr. W. Liepmann,**

Direktor des Deutschen Instituts für Frauenkunde

Mit 24 teils mehrfarbigen Tafeln  
nach Originalen von M. Simons-Wendland

**Arztebücherei**  
des städt. Krankenhauses  
Siloah Hannover

Verlag von

**Urban & Schwarzenberg**

Berlin N 24  
Friedrichstraße 105B

1927

Wien I  
Mahlerstraße 4

Alle Rechte, einschließlich des Rechtes der Übersetzung in die russische Sprache, vorbehalten.

Printed in Germany.

Copyright 1927 by Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien.

## Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Zum Geleit . . . . .	1
I. Frequenz und Art der Aborte . . . . .	3
II. Die Sterblichkeit am Abort . . . . .	6
III. Die Ursachen der Gefahr . . . . .	6
IV. Krankheitsbewegung und Sterblichkeit von infizierten Aborten . . . . .	8
V. Krankheitsbewegung und Sterblichkeit bei Abort-Verletzungen . . . . .	10
VI. Art und Sitz der Verletzung an der Hand unserer Fälle. . . . .	12
Gruppe 1: Verletzungen außerhalb des Bauchfelles . . . . .	12
Gruppe 2: Verletzungen des Bauchfelles . . . . .	14
Die Heilungsaussichten bei diesen Verletzungen . . . . .	18
VII. Zur Psychologie der Aussagen der Ärzte und Patientinnen . . . . .	19
VIII. Rückblick und Ausblick. . . . .	20
Nachtrag . . . . .	23

---



## Zum Geleit.

Seitdem Kriegsnot und Verelendung breitetester Massen das innerste Gefüge des deutschen Volkes erschütterten, hat sich der Schrei nach dem Kinde, nach der Zukunft, in das Gegenteil verkehrt.

An den Grenzen unseres Vaterlandes, in Rußland, sind die gesetzlichen Schranken, die das keimende Leben schützen, gefallen, und auch bei uns in Deutschland und anderen Ländern sind große Parteien und nicht die schlechtesten Köpfe unserer Volksgemeinschaft der Ansicht, daß die Reform des Strafrechtes in diesem Punkte einer grundlegenden Wandlung bedürfe.

In diesem Milieu und in dieser wetterschwangeren Atmosphäre zieht das Gespenst der Abtreibung seine unheimliche Straße; mordet Mütter und Kinder, läßt langsam aber unaufhaltsam in den Seelen unserer Frauen den heiligsten Wunsch zur Mutterschaft erlöschen, tötet um den vergänglichen Wert besseren Erdenlebens höchsten Zukunftsgedanken, mordet Familie und Staat.

Jedes keimende Leben, das verhindert oder vernichtet wird, kann durch neues Erwachen des Mutterwillens — theoretisch wenigstens — durch neues Werden ersetzt werden; der Schaden am Volkskörper würde so unter besseren Lebensbedingungen der Heilung entgegensehen können.

Unrettbar verloren für Familie, für Volk und Zukunft sind die Frauen, die der Abtreibung und ihren Gefahren zum Opfer fallen.

Allen denen, denen es ernst ist um diese Gefahr, sollen diese Zeilen in Wort und Bild die Augen öffnen, sollen ihnen zeigen, wie in unseren Tagen das Gespenst des Kindbettfiebers, das S e m m e l w e i ß als Retter der Frauenwelt und der Zukunft bannte, abgelöst wird durch das

### Gespenst der Abtreibung.

Immer wieder als Sachverständiger vor Gericht, im Gespräch mit Parlamentariern und Frauenrechtlerinnen aller Schattierung, fand ich einen Optimismus über diese Gefahr, der in keinem Verhältnis steht zu den Tatsachen, die durch den Bau der Unterleibsorgane gegeben sind.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft ist auch für den Geübtesten in jedem Falle ein schwerer und sorgenreicher Eingriff. Das hängt mit den anatomischen Verhältnissen zusammen, die unsere Blätter eindringlich zu zeigen sich bemühen wollen.

Ein glatter Leibschnitt in der Klinik ist heute nahezu als lebenssicher zu bezeichnen. Auge und Hand wirken zusammen, der Keimschutz ist leicht aufrecht zu halten.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft spielt sich blind im Innern der Gebärmutter ab, deren Wände verdünnt, erweicht, deren Zugänge fest verschlossen sind. Blind wüten in zartesten Gebilden — mittelalterlicher Chirurgie vergleichbar — scharfer Löffel, Zange, Quellstift und Brecheisen (Dilatator).

Der Keimschutz aber, der im Operationssaal bei den großen Operationen nahezu völlig zu sichern ist, wie wir gesehen haben, versagt beim Operieren durch die Scheide, wie jeder Laie schon einsehen wird, vollkommen. Wie die Mundhöhle, so ist auch die Scheide keimbesiedelt, um so mehr, als auch durch die mangelnde Hygiene weitester Volksschichten in bezug auf ihren Genitalapparat, auf die noch einzugehen sein wird, außer ungefährlichen Keimen, gefährliche Keime in dem Sekret der Scheide ihre Wohnstätte gefunden haben.

Und wenn dann diese zarten Gebilde zerreißen, wenn mit dem Leben des Keimlings die Mutter ihr Leben läßt, oder, um sie zu retten, in jungen Jahren der Zukunft weiterer Mutterschaft beraubt wird, dann staunen nicht nur die Laien, sondern auch die, die es wissen mußten, die Gerichtsärzte; messen dem Armen, der vor den Schranken des Gerichts steht, alle Schuld, alle Fahrlässigkeit zu, ohne zu wissen, daß im Dunkel der Nacht niemals geklärt und niemals entdeckt, unzählige Frauen auf gleiche Weise diesen naturgegebenen Verhältnissen zum Opfer fallen.

Wer als Richter, Sachverständiger, Gesetzgeber und immer sonst mit diesen Fragen, die an die Wurzeln der Zukunft eines jeden Volkes rühren, sich beschäftigen will, der lerne erst die Gefahr erkennen, bevor er Urteile faßt und vielleicht durch Optimismus und Humanität bewogen, größeren Schaden stiftet.

Die Gefahr erkennen — heißt sie vermeiden. Und wer an der Hand unserer Bilder, die von der Künstlerhand von Frau Prof. Simons, aus dem Material meiner Sammlung und der des Deutschen Instituts für Frauenkunde (soweit nicht anders bemerkt), hergestellt sind, die Gefahr erkannt hat, die täglich den besten unserer Frauen droht, wird schauernd die Grenzen unsers Könnens begreifen.

## I. Frequenz und Art der Aborte.

Entsprechend den im Geleitwort gegebenen Ursachen ist die Zahl der Aborte in Deutschland dauernd so gestiegen, daß man mit Recht von einer „Abort-Seuche“ sprechen kann.

Aus dem reichen vorliegenden Material nur wenige, aber absolut einwandfreie Beispiele.

Tabelle I (siehe umseitig) zeigt das Ansteigen der Aborte in der Vorkriegszeit von 1898—1913 an dem gut durchstudiertem Material der Wiener Klinik (Bettina-Pavillon, Prof. L a t z k o).

In der Nachkriegszeit ist das Verhältnis der Aborte zu den Geburten von 60% noch auf 70% gestiegen (Hamburger Statistik), d. h. auf 2 Geburten kommt etwas mehr als 1 Abort.

Noch erschreckender werden diese Zahlen, wenn man versucht, sie auf ganz Deutschland zu beziehen.

Tabelle II (siehe umseitig). 1911 errechnete B e n t h i n 240000 Aborte, 1923 schätzt sie H e y n e m a n n auf mindestens 500 000.

Das sind Ziffern, die selbst den ruhigsten Statistiker erschauern lassen, denn alle die 500 000 Frauen kommen in Lebensgefahr, und die Möglichkeit von nachfolgenden Frauenkrankheiten ist so groß, daß man wohl sagen kann, daß 50% aller Frauenkrankheiten ihre letzte Ursache in einem vorangegangenen Abort haben. Daß eine große Zahl von Frauen nach Aborten steril wird, sei hier noch eindringlichst erwähnt.

Was nun die Art der Aborte anbelangt, so hat man zu unterscheiden zwischen Spontanaborten und künstlichen, meist kriminellen Aborten.

Spontanaborte sind solche, die durch Erkrankung des Eies oder durch Erkrankungen der Mutter von selbst zustande kommen.

Künstliche und kriminelle Aborte sind solche, die künstlich herbeigeführt werden. Wie selten im großen und ganzen Spontanaborte sind, lehrt folgende

Statistik, in der nur die Frauen angeführt sind, die selbst die willkürliche Unterbrechung der Schwangerschaft zugegeben haben.

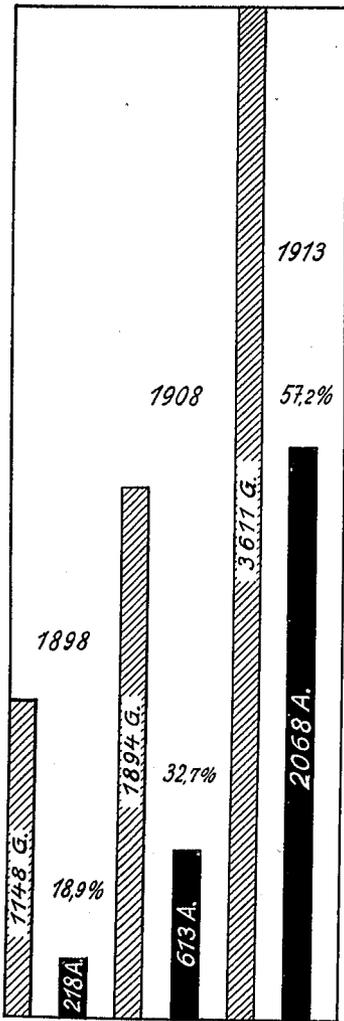


Tabelle I.

Ansteigen der Aborte in der Vorkriegszeit 1898—1913  
(nach Latzko).



Tabelle II.

1911: 240000 Aborte  
(Benthin).

1923: 500000 Aborte  
(Heynemann).

Von 100 Aborten sind nach Angabe der Frauen willkürlich, d. h. künstlich herbeigeführt:

- Bumm'sche Klinik (Schäfer) . . . . . 89%
- Münchener Frauenklinik (Nürnberg) . . . . . 66%
- Hamburger Klinik (Heynemann) . . . . . 70%.

In Wirklichkeit dürfte von 100 Aborten nur einer wirklich spontan erfolgen. Der Spontanabort gehört zu den Seltenheiten.

Während des Druckes dieser Arbeit entnehmen wir der Denkschrift des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt über den Gesundheitszustand in Preußen im Jahre 1924 folgende Mitteilung:

„Um die Zahl der Früh- und Fehlgeburten zu ermitteln, hat die Medizinalabteilung des Wohlfahrtsministeriums eine Umfrage bei sämtlichen Hebammen und Krankenhäusern Preußens veranstaltet. Sie hatte folgendes Ergebnis:

	Zahl der							
	Früh- und Fehl- geburten	Todes- fälle	Früh- und Fehl- geburten	Todes- fälle	Früh- und Fehl- geburten	Todes- fälle	Früh- und Fehl- geburten	Todes- fälle
	1921	1921	1922	1922	1923	1923	1924	1924
Universitäts-Kliniken . .	3501	53	3667	49	3906	41	4073	55
Hebammenlehranstalten	1509	38	1389	33	1344	27	1610	38
Krankenhäuser . . . . .	35391	832	36232	777	35690	804	40487	864
Hebammen . . . . .	22194	237	22978	235	24330	267	27149	266
	62595	1160	64266	1094	65270	1139	73319	1223

Die Zahl der Fehlgeburten nimmt also von Jahr zu Jahr zu. Die meisten dieser Früh- und Fehlgeburten sind ohne Zweifel auf Abtreibung zurückzuführen. Die Zahl der Abtreibungen ist nach den Berichten überall groß.“

Das auffallende Ergebnis, daß die geringste Zahl der Todesfälle bei den Hebammen zu buchen ist, erklärt sich aus der Tatsache, daß die gefährdeten Fälle von seiten der Hebammen den Krankenhäusern überwiesen werden. Weit schwieriger ist die durchgehend zu bemerkende Tatsache zu deuten, daß die Sterblichkeit in den Universitätskliniken die geringste, in den Hebammenlehranstalten die höchste Ziffer darstellt.

Außerdem sei noch auf die Arbeit von *Nevermann* aus dem Gesundheitsamt Hamburg (Zentralbl. f. Gynäk. 1926, Nr. 47, S. 3022) verwiesen, in der *Nevermann* allein für Hamburg die Zahl der Fehlgeburten auf etwa 12000 berechnet und ausdrücklich darauf hinweist, daß diese Zahlen noch erschreckender wirken, wenn wir uns des Schlüssels von *Schottelius* bedienen, der im Jahre 1919 auf zwei Geburten ein Abort, während jetzt *Nevermann* auf drei Geburten zwei Aborte errechnete, d. h. bei einer Geburtenzahl, die wir dem Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich 1926, S. 29, allerdings für das Jahr 1924 entnehmen, von

1313625 Geburten  
875750 Aborte. (!)

## II. Die Sterblichkeit am Abort.

Nach der Berechnung von Benthin (Königsberg) und Schottelius (Hamburg) ist die Gesamtsterblichkeit am Abort auf 2% berechnet. Die Sterblichkeit am fieberhaften Abort allein beziffert Benthin auf 9 bis 10%, Dietrich auf 4%.

Da ein großer Teil der an Abort sterbenden Frauen unter verkappter Diagnose gebucht wird, aus Gründen, die hier offensichtlich sind, dürfte man die Gesamtsterblichkeit am Abort mit 5% nicht zu hoch veranschlagen.

Die Sterblichkeit am Kindbett ist in Deutschland in der allgemeinen Praxis 0,5%, in den Kliniken 0,1%, d. h. die Sterblichkeit an den Aborten ist 10 mal so hoch wie die Sterblichkeit am Kindbett in der allgemeinen Praxis und 50 mal so hoch wie die Sterblichkeit am Kindbett in den Kliniken.

Berechnen wir die Todesfälle an Aborten auf unsere Statistik, Tabelle II, für ganz Deutschland, so müßten wir auf 500000 Aborte im Jahr 25000 Todesfälle rechnen.

**Diesem furchtbaren Sterben ein Ziel zu setzen ist für den Staat, der in sich noch Zukunftswillen trägt, dringendste und wichtigste Aufgabe. Legen wir aber die Nevermannsche Statistik zugrunde, so käme die geradezu erschütternde Zahl von**

**43782 Todesfällen (!)**

**zur Berechnung.**

## III. Die Ursachen der Gefahr.

Wer aufmerksam die nach der Natur gezeichneten Präparate unserer Sammlung an der Hand des sie begleitenden Textes durchstudiert, wird leicht in der Lage sein, sich selbst ein Bild der Gefahr zu machen. Von Hohlorganen, Blase, Mastdarm, Darm und Bauchfell umgeben, nur durch dünne, zerreißliche Gewebsmassen von diesen getrennt, muß jede Verletzung von Scheide und Gebärmutterwand zu schwersten lebensbedrohenden Komplikationen führen. Diese Verhältnisse treten so sinnfällig auf den Tafeln I—IV uns entgegen, daß sich weitere Besprechungen erübrigen. Tafel V, VI und VII zeigen, wie mit der allmählichen Entwicklung der Schwangerschaft die Wandstärke der Gebärmutter an Dicke abnimmt und dadurch immer mehr und mehr die Gefahr der Zerreißung bei Eingriffen erhöht wird. Noch besser als diese Abbildungen zeigt uns Tafel VIII die Verhältnisse. Dieses Präparat, das von einer Gebärmutter im 2. bis 3. Monat herrührt, ist nach der prachtvollen Methode des Prosektors des Rudolf Virchow-Krankenhauses Dr. Christeller in dem Laboratorium des Deutschen Instituts für Frauenkunde hergestellt. Von dem künstlich gefrorenen Präparat ist ein 0,04 mm dicker Schnitt angefertigt, der die geschilderten Verhältnisse der Wandverdünnung aufs deutlichste zeigt. Aber abgesehen von der Wandverdünnung tritt durch eine

seröse Durchtränkung (Saftvermehrung im Gewebe) eine Weichheit der Organe ein, die für die Schwangerschaft charakteristisch ist.

Während so der den Keimling umschließende Anteil der Gebärmutter sich mehr und mehr verdünnt und erweicht, bleibt der Halskanal, der die Verbindung zwischen Gebärmutterhöhle und Scheide darstellt, von festen Gewebmassen eng umschlossen. Wie es unmöglich ist, zu einem verschlossenen Geldschrank zu gelangen, wenn man keinen Schlüssel dazu besitzt, und wie man nur durch das Sauerstoffgebläse unter Vernichtung der Substanz ihn seines Gehaltes berauben kann, so ist begreiflicherweise ebenso der gewaltsame Zugang zum Ei mit Quetschungen und Zerreißen zu mindesten des Halskanals, bei falschem Weg aber auch der Nachbarorgane, unvermeidlich.

Ist diese Gefahr schon bei normaler Lage und normalem Sitz der Organe, wie die anatomischen Verhältnisse zeigen, riesengroß, so wächst sie ins Uferlose, wenn Lageveränderungen oder eine falsche Eiansiedlung, die nicht nur im Gebärmuttergrund, wie normal, sondern auch im Eileiter, am Eierstock und in der Bauchhöhle erfolgen kann, sie komplizieren.

Zu allen diesen durch die Anatomie gegebenen Gefahren kommt schließlich noch eine nicht zu unterschätzende Gefahr hinzu, die in der erhöhten Empfänglichkeit des weiblichen Körpers in der Schwangerschaft gegenüber Spaltpilzen (Bakterien) besteht. Diese erhöhte Empfänglichkeit gegenüber Fremdkeimen in der Schwangerschaft ist ja auch die Ursache des Auftretens von Kindbettfieber, ohne daß von irgendeiner außenstehenden Person die Fremdkeime eingeführt werden können, nämlich in den Fällen, in denen weder Untersuchung noch Hilfe von Hebamme und Arzt bei der Geburt stattgefunden haben.

Bei den Aborten aber, bei denen, wie wir gesehen haben, nahezu 99% bewußt in Gang gebracht werden, können durch Hunderte von Manipulationen von Frauen selbst und dritten Personen Keime in das Innere der Scheide und weiter in die Gebärmutterhöhle gelangen, um so mehr, als die Hygiene der Unterleibsorgane in Deutschland sich in einem nahezu mittelalterlichen Zustand befindet. Eine Rundfrage von mir bei 100 Frauen der arbeitenden Klasse und des Mittelstandes ergab, daß ein besonderes Gefäß (Bidet) zur Reinigung der Geschlechtsorgane, z. B. nach dem Unwohlsein, ihnen unbekannt ist. Die Reinigung erfolgte in Waschküchen, in denen Gesicht und Hände vom größten Schmutz der Arbeit befreit wurden, in einzelnen Fällen sogar in dem, wie mir gesagt wurde, vorher gereinigten Nachtgeschirr oder Kücheneimer. Prüft man aber die Verhältnisse in den ersten Hotels und Pensionen Deutschlands und bei dem in den besten Bedingungen sich befindenden Hauspersonal, so findet man ganz genau die gleichen Verhältnisse. An alles wird gedacht, nur nicht an die Hygiene der für die Zukunft und Gesundheit dienenden wichtigsten Organe.

Nun könnte man denken, daß desinfizierende Spülungen diesem Übelstande wehren, aber dem ist nicht nur nicht so, sondern im Gegenteil. Wie es kein Mundwasser gibt, daß die Keime der Mundhöhle zerstört, wenn es nicht so

stark ist, daß es auch die Mundschleimhäute angreift, so gibt es auch kein Desinfektionsmittel für die Scheide; und die unsicheren schaden mehr den natürlichen Verhältnissen, die eine gewisse Vernichtung der Keime durch die angeborenen Schutzkräfte besitzen, als daß sie irgendwelchen Sinn haben.

Schließlich kommt als oft übersehenes und außerordentlich gefährliches Moment hinzu, daß gerade in der Hauptzeit der Aborte, d. h. im 3. Monat, der Geschlechtsverkehr in gewohnter Weise stattfindet. Durch diesen aber werden Eitererreger auch von nichtkranken Männern in die Scheide eingeführt, die unschädlich sind, so lange sie nicht in die Gebärmutterhöhle und in verletzte Gewebe gelangen, die schwere Blutvergiftungen erzeugen können, wenn letzteres der Fall ist. Wie diesbezüglich der beim Verkehr übertretenden Keime die Verhältnisse in Wirklichkeit liegen, lehrt eine Arbeit, die ich gemeinsam mit Dr. H i k m e d an mehreren Hundert gesunden Männern im Jahre 1909 vorgenommen habe und bei denen in 75% sich im Vorhautsack Fieber erregende Keime (Streptokokken) vorfanden.

So also ist das anatomische und bakteriologische Milieu, auf dem sich alle nun folgenden Manipulationen abspielen und jetzt wird es auch begreiflich sein, warum wir mit einer Sterblichkeit von 25 000 Frauen zu rechnen haben.

B e n t h i n und H e y n e m a n n errechnen allein, daß 10% aller Aborte fiebernd, d. h. auf diese oder jene Weise infiziert sind. Das wären von 500 000 = 50 000 Fälle. Daß die Sterblichkeit dieser fiebernden Fälle doppelt so hoch ist wie die der nicht fiebernden, wird nach dem Gesagten kein Wunder nehmen.

So gliedern sich nach den wissenschaftlichen Grundlagen ungezwungen die Krankheits- und Todesfälle nach Aborten in zwei große Gruppen, nämlich in solche, die durch die Infektion geschädigt werden oder zugrunde gehen und in solche, die durch anatomische Verletzungen erkranken oder sterben.

#### IV. Krankheitsbewegung und Sterblichkeit von infizierten Aborten.

Der infizierte Abort ohne Verletzung der Gewebe wird im wesentlichen, wie wir gesehen haben, durch mangelnde Hygiene, Verkehrsinfektion und durch die gewerbsmäßigen Abtreiber verursacht. Es gibt keine größere Klinik in Deutschland, deren Krankheits- und Sterblichkeitsziffer nicht durch die Einlieferung infizierter Aborte aufs schwerste belastet wird. Das sind die Fälle, die in der Statistik exakt bekannt und festgestellt sind. Im Hause, draußen, sterben diese Fälle meistens unter der verkappten Diagnose: Grippe, Lungenentzündung, Herzschwäche, und entziehen sich so vollkommen der Erfassung durch den Statistiker. Ich möchte nur an zwei Fälle aus meiner Praxis diesbezüglich erinnern. In dem einen Fall wurde ich zu einer Blinddarmoperation nach Detmold gerufen. Ich fand eine Frau im schwersten Zustand einer Bauchfellentzündung, mußte die Operation

ablehnen, stellte alsdann aber durch die Untersuchung fest, daß 8 Tage vorher eine Abtreibung stattgefunden hatte, durch die die Bauchfellentzündung bedingt war. Die Patientin starb am selben Abend. Als Diagnose wäre ohne die Konsultation „Blinddarmrentzündung“ auf dem Totenschein zu finden gewesen. Ein zweiter Fall, der in meinem Geburtshilflichen Seminar Aufnahme gefunden hat (Verlag von A. Hirschwald, 4. Auflage, 1924), betrifft ein junges Mädchen, das mit Kopfschmerz, Schüttelfrost und hohem Fieber erkrankt ist. Der hinzugerufene Ohrenarzt stellte eine Mittelohrentzündung fest. Das Mädchen wird operiert. Neue Schüttelfröste treten auf. Das Mädchen stirbt. Bei der Sektion, die danach vorgenommen wird, da das Mädchen in einem Krankenhaus starb, findet man als Ursache des Fiebers einen infizierten Abort. Im Totenschein hätte sich ohne Transport des Mädchens „Eitrige Mittelohrentzündung“ als Todesursache gefunden.

Berücksichtigt man diese Verhältnisse, die sich niemals ändern werden, weil sie sich nicht ändern können, weil einerseits nirgend mehr von den Patientinnen verschwiegen wird als in diesen Fällen, andererseits der beschäftigte Praktiker manche Diagnose, ohne es zu wollen, übersieht, und drittens, weil in schuldhaften Fällen dem Täter nicht gut zugemutet werden kann, sich selbst dem Staatsanwalt zu stellen, so kommt man ohne weiteres zu dem Ergebnis, daß die Zahl von 10% aller fieberhaften Aborte nach Benthin in Wirklichkeit mehr als das Doppelte übersteigt. Ganz traurig sieht die Krankheitsbewegung und Wiederherstellung nach solchen Fällen, die nicht tödlich enden, aus. Wochen-, ja monatelanges Krankenlager ist das normale. Die völlige Wiederherstellung ist noch wesentlich schlechter als beim nicht infizierten Abort. Entzündungen der Eileiter und der Schleimhäute von Scheide, Gebärmutter und des Beckenbauchfelles bleiben zumeist zurück, und im Anschluß an den bestehenden Ausfluß sind dauernde Sterilität und die Ansiedlung des Eies an falscher Stelle (Bauchhöhlen-Schwangerschaft) die weiteren traurigen Folgen. Rechnet man hierzu aber noch ein Moment, das in diesem Zusammenhange nur kurz erwähnt werden soll, das aber gerade von mir in zahlreichen Arbeiten als außerordentlich wesentlich immer und immer wieder betont wurde, die Erschütterung des seelischen Gleichgewichts und die dadurch bedingte Konzentration auf das Genitale, so sind die Folgen des fieberhaften Aborts als wahrhaft dramatisch zu bezeichnen.

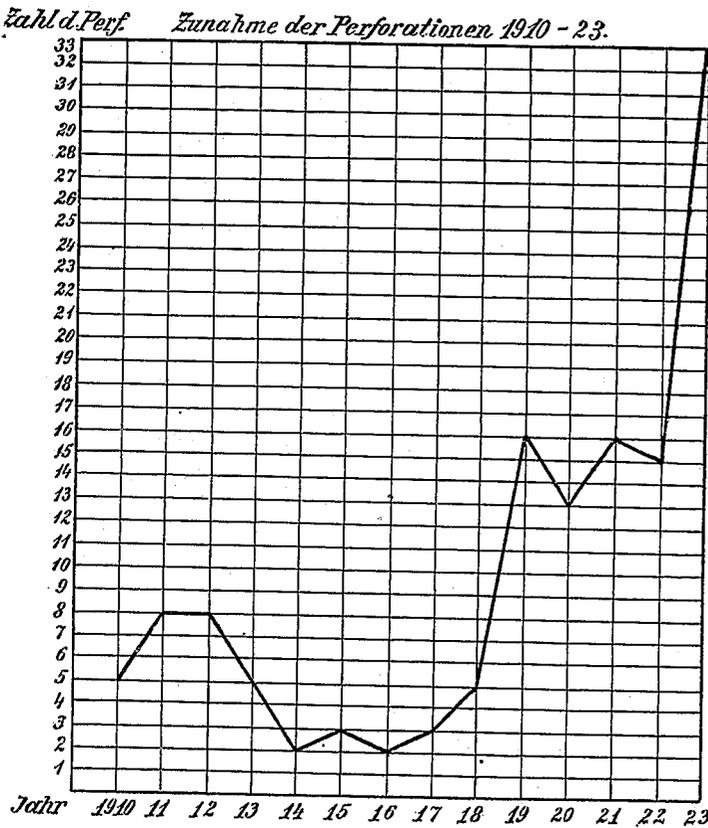
Die Fälle dieser Gruppe von häufig fahrlässiger Körperverletzung mit tödlichem Ausgange kommen selten aus den geschilderten Gründen vor den Strafrichter; und da wir es hier mit an sich keimbesiedeltem Operationsfelde zu tun haben, wie wir sahen, wird es für den Sachverständigen in den meisten Fällen unmöglich sein, die Einschleppung der Keime durch eine bestimmte Person zu beweisen.

Ganz anders liegen die Tatsachen in der zweiten Gruppe der Fälle, die wir nunmehr zu besprechen haben.

## V. Krankheitsbewegung und Sterblichkeit bei Abort-Verletzungen.

Waren beim infizierten Abort die Abtreiber und die Frauen selbst in den meisten Fällen die Ursache des dramatischen Ausgangs, so sind es bei den Verletzungen nach dem Urteil von Latzko, Schauta, Bumm, Koblanck, Heynemann und Peham-Katz, dem ich mich vollinhaltlich anschließe (vergleiche hierzu meine Arbeiten „Medizinische Klinik“ 1922, Nr. 34, 35 und 40 und „Ergebnisse der gesamten Medizin“, Bd. IV, S. 597), die praktizierenden Ärzte.

Es war eine Tat, als Bumm am 14. Januar 1921 in der Sitzung der Gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin, in der seiner Wesensart ganz entsprechenden



Offenheit, aussprach, daß schwere Verletzungen der Gebärmutter und der Därme beim Abort mit in erster Linie von Ärzten und nicht von gewerbsmäßigen Abtreibern verursacht werden; für uns, die wir uns ein genaues Bild der naturgegebenen Schwierigkeit des Operationsfeldes gemacht haben, nicht mehr etwas besonders Wunderbares. Ich habe selbst schon immer und immer wieder betont, daß eine Bauchhöhlenoperation in guter Klinik einfacher ist als die Behandlung des Aborts, der für den draußen wirkenden Arzt stets eine schwierige und gefährliche Angelegenheit ist. Aber

besser als Worte mögen die Tatsachen sprechen. Bumm berichtet über 12 Gebärmutterverletzungen durch Ärzte mit schweren Eingeweideverletzungen, Koblanck aus dem Rudolf Virchow-Krankenhaus in Berlin über 39 beobachtete Gebärmutterdurchstoßungen, von denen 29 durch Ärzte verursacht sind. C. L. Herbig hat in den Staatlichen Krankenanstalten und Privatkliniken Hamburgs in den Jahren 1910 bis 1923: 134 Gebärmutterdurchstoßungen bei Abort festgestellt und die dauernde Zunahme der Verletzungen in beistehender Kurve erläutert. Jeder, der diese Kurve sieht, wird durch die Tatsachen erschüttert. — Erschütternder aber ist,

daß von diesen 134 Gebärmutterdurchstoßungen 93 durch Ärzte, 5 durch Abtreiber und 22 durch die Frauen selbst hervorgerufen worden sind. In 14 Fällen war der Urheber der Durchstoßung nicht zu ermitteln. Unter unsern 20 Fällen, die wir nachher in Wort und Bild erläutern wollen, sind 18 durch Ärzte hervorgerufen. In einer von mir und W e l s aus der Literatur der Jahre 1907 bis 1922 zusammengestellten Sammelstatistik konnten wir 266 Fälle von Gebärmutterdurchstoßung namhaft machen, von denen mindestens 151, wahrscheinlich 155, sicher von Ärzten verursacht sind. Ebenso wie wir ist H e y n e m a n n der Meinung, daß diese in der Literatur niedergelegten Fälle nur ein verschwindender Bruchteil der wirklich vorkommenden Gebärmutterverletzungen sind, da alle tödlich ausgehenden Fälle begreiflicherweise, wenn sie nicht in Kliniken enden, verschwiegen werden. Einer weiteren Begründung für diese traurige Tatsache bedarf es für uns nicht mehr.

P e h a m und K a t z betonen ausdrücklich an der Hand von 100 eigenen Fällen in ihrem neuen Werk (Die instrumentelle Perforation usw., Verlag von J. Springer, Berlin 1926) folgendes: „Die von Jahr zu Jahr wachsende Gefahr der ärztlichen Uterusperforationen (Gebärmutterdurchstoßungen) für die betroffenen Frauen und nicht zuletzt auch für die Ärzte, wirft auch ihre Schatten über die gangbaren Lehrbücher unseres Faches.“ — „Nach alledem ist es keine Übertreibung, von der Uterusperforation (Gebärmutterdurchstoßung) durch Ärzte als einem Zustandsbilde der letzten 30 Jahre etwa zu sprechen, das namentlich im Hinblick auf die schweren und lebensgefährlichen, ja oft tödlichen Verletzungen der Nachbarorgane von Jahr zu Jahr an Bedeutung zugenommen hat.“ Unter ihren 100 Fällen von Gebärmutterdurchstoßung sind sicher 70 von Ärzten gemacht worden.

Wenn wir bedenken, daß die einfachsten Operationen bei gutem Licht, guter Assistenz in eigens dazu hergerichteten Operationsraum stattfinden, daß nach den Operationen die Patienten in sorgsamster Beobachtung und Pflege verbleiben, und daß diese Operationen im keimfreien Operationsfeld, übersichtlich von geschulten Kräften ausgeführt werden . . . und wenn wir demgegenüber sehen das tatsächliche Bild der Praxis, der Sprechstunde des Arztes, in der in drangvoller Eile und Enge, ohne genügend Licht und Assistenz, oft heimlich unter dem Druck der Gesetze, am gefährlichsten Objekt und keimbeladen diese Manipulationen stattfinden, wenn wir weiter bedenken, daß die so behandelten Frauen oft zu Fuß nach Hause gehen, dann begreifen wir, daß es in Rußland das erste war, als man an dem Paragraphen des Strafgesetzes rührte, die Forderung zu stellen:

„Aborte und Schwangerschaftsunterbrechungen  
gehören in die Klinik.“

Aber hierzu soll erst später Stellung genommen werden, und wir wenden uns jetzt der Art und dem Sitz der Verletzungen selbst zu.

## VI. Art und Sitz der Verletzung an der Hand unserer Fälle.

Entsprechend unserer anatomischen Vorbetrachtungen ist es ohne weiteres klar, daß die Verletzungen in mehrere große Gruppen zerfallen müssen, nämlich:

1. in solche, die außerhalb der Leibeshöhle, d. h. außerhalb des Bauchfelles gelegen sind, und
2. in solche, die das Bauchfell verletzen; ferner
3. in solche, die außer dem Bauchfell noch andere lebenswichtige Organe in Mitleidenschaft ziehen; schließlich
4. besonders seltene Fälle, die gesondert besprochen werden müssen.

Ziehen wir zunächst wieder die Statistik zu Rate, so berichtet C. L. Herbig in seiner erwähnten Arbeit,

zu Gruppe 1: 26 Fälle von Verletzung des Bindegewebes neben der Gebärmutter;

1 Fall von Verletzung des Halskanals;

zu Gruppe 2: keinen Fall;

zu Gruppe 3: 25 Fälle von Darmverletzungen, 6 Fälle von Gekröseverletzungen;

2 Fälle von Netzverletzungen;

2 Fälle von Eierstockverletzungen;

2 Fälle von Eileiterverletzungen.

In der Sammelstatistik von mir und Wels wurde in den 266 beschriebenen Fällen 55 mal der Dünndarm und 25 mal der Dickdarm verletzt.

Ich habe nun geglaubt, zum besseren Verständnis der die Allgemeinheit aufs äußerste berührenden Angelegenheit, gestützt auf das bereitwilligste Entgegenkommen des Verlages, an der Hand unseres Materials und desjenigen des Deutschen Instituts für Frauenkunde, durch ein bildliches Material, das durch die Schönheit der Zeichnung (Frau Prof. S i m o n s) und durch Wiedergabe in Kupfer mir besonders gut ausgefallen scheint, praktisch und überzeugend zu wirken.

### **Gruppe 1: Verletzungen außerhalb des Bauchfelles.**

(Fall 1.) Der erste Fall, den wir auf Tafel IX dargestellt haben, betrifft eine Ehefrau von 39 Jahren, F. H., J.-Nr. 526, die mit hohem Fieber und Schüttelfrost eingeliefert wurde und am nächsten Tage starb. Mit der bekannten Spritze mit langem Ansatz waren ihr vor 4 Tagen Injektionen von einer Abtreiberin in die Gebärmutter gemacht und, da diese nicht wirkten, am nächsten und übernächsten Tage wiederholt. Die Abbildung zeigt für jeden deutlich erkennbar, wie die Vorderwand des Halskanals der Gebärmutter bis zur Blase von der spitzen Spritze zerrissen und bis dicht zur Blasenwand zerstört ist. An dieser Stelle drangen die tödlichen und zur schnellen Blutvergiftung führenden Keime ein, denen ein blühendes Menschenleben, Ehefrau, 1 Kind, zum Opfer fiel. Die Patientin gab außerdem an, schon früher 2 mal kriminelle Aborte ohne Schädigung ausgeführt zu haben.

(Fall 2.) Der zweite Fall, Tafel X, betrifft ebenfalls eine Ehefrau, nämlich die Frau eines Schutzmannes, Namens A. S., 37 Jahre alt. Sie hat 2 Knaben und 6 Mädchen geboren, von denen 2 gestorben sind. Sie wird von ihrem Hausarzt, dem sie Blutungen vortäuscht, ausgekratzt. Bei der Erweiterung des Gebärmutterhalses tritt plötzlich eine schwere Blutung auf, die den Arzt veranlaßt, sie meiner Klinik zu überweisen. Unsere Tafel X zeigt deutlich, wie durch das brecheisenähnliche Instrument die ganze rechte Seite des Halskanals abgesprengt ist und das herausströmende Blut, soweit es keinen Abfluß durch die Scheide und durch die Wunde hat, das Bauchfell zu einer mannskopfgroßen Geschwulst emporhebt und ablöst. Der sofort vorgenommene Leibschnitt, bei dem die Gebärmutter, die ja völlig zerrissen war, herausgenommen werden mußte, rettete der Frau das Leben. Sie konnte am 20. Krankheitstage gesund die Klinik verlassen.

(Fall 3.) Ein ähnlicher Fall wie der geschilderte wurde von mir in meiner Privatklinik behandelt. Es war hier eine ähnliche Zerreißung durch eine Abtreiberin erfolgt. Der mich konsultierende Arzt hatte diese Verletzung sofort festgestellt und die Patientin meiner Klinik überwiesen. Es handelte sich um die 29jährige verheiratete A. S. Vorangegangen ist eine Geburt vor 7 Jahren und 2 Aborte. Der Befund bei dem sofort vorgenommenen Leibschnitt ist der gleiche wie auf Tafel X. Am unteren Nierenpol befindet sich, außerhalb des Bauchfells gelegen, ein Stück Nachgeburt, das nach Durchstoßung des Halskanals mit der zur Abtreibung benutzten Seifenspritze bis dorthin geschleudert ist.

(Fall 4.) Nicht minder interessant ist ein weiterer Fall, den wir auf Tafel XI darstellen. Hier wurde ich von einem Kollegen in eine Privatklinik gerufen, zu der ledigen S. A., 22 Jahre alt, aus Kopenhagen. Weil es mal geblutet haben soll, hat er bei ihr die Unterbrechung der Schwangerschaft eingeleitet. Er gibt an, mit den metallenen Erweiterungsstiften, die wir zweckmäßig immer als „Brecheisen“ bezeichnet haben, bis Nr. 12 und schließlich Nr. 17, wie auf unserer Figur ersichtlich ist, den Halskanal erweitert zu haben. Als er Nr. 17 einführte, hatte er das Gefühl, auf falschem Wege zu sein. Auf mehrfaches Befragen, ob irgendwelche Manipulationen in der Gebärmutter vorgenommen seien, wird dies verneint und nochmals betont, daß, nachdem er das Gefühl einer Verletzung gehabt habe, nichts unternommen sei, als eine Ausfüllung der Scheide mit Gaze. Da die Patientin in einem nahezu sterbenden Zustand mit einem Puls, der kaum fühlbar, 140 Schläge aufweist, angetroffen wird, so wird versucht, durch Schnittentbindung von der Scheide her die Verletzung bloßzulegen, um die Frau zu retten. Hier bietet sich ein Bild, wie es unsere Tafel XI deutlich zeigt. Der Arzt ist mit dem Brecheisen (Dilatator) links von der Gebärmutter abgewichen und in das Bindegewebe, d. h. in dieselbe Stelle wie in dem vorigen Falle, tief hineingelangt, ohne das Bauchfell zu verletzen. Es gelingt durch Schnitt das Innere der Gebärmutter freizulegen und es bietet sich hier ein Bild, dessen Beschreibung sich durch die Darstellung auf Tafel XI erübrigt. Dieses Bild ist psychologisch außerordentlich interessant. Ohne es zu wissen, ist durch den Arzt die Situation so

dargestellt worden, daß man annehmen mußte, er wäre gar nicht in die Gebärmutterhöhle gelangt, während gerade Keimling und Nachgeburt, die sich noch in der Gebärmutterhöhle befinden, die größten Zerreißen zeigen.

Es handelt sich hier um ein bekanntes psychologisches Phänomen. Die Aussagen der Ärzte sind in solchen Fällen niemals objektiv, obwohl dem helfenden Arzt gegenüber ein Verschweigen irgendeiner Tatsache nicht am Platze ist und eher der Patientin schaden als nützen kann. Nach Freilegung der Gebärmutter selbst und Entfernung der zerrissenen Frucht und Nachgeburtsteile, nach breiter Freilegung und Drainage des Wundgebietes selbst, erholt sich zunächst die Patientin, um endlich am 13. Krankheitstage gesund die Klinik zu verlassen.

Solche Verletzungen, die mehr oder minder tief, wie wir gesehen haben, die Substanz des Halskanals vernichten, habe ich in den 26 Jahren meiner klinischen Tätigkeit über 100 gesehen. Passieren sie in der Klinik, so sind sie ungefährlich; in der Sprechstunde des Arztes und bei nicht sorgsamer Pflege können sie, abgesehen von der Blutungsgefahr, als Eintrittspforte für Fremdkeime tödlich wirken.

### **Gruppe 2: Verletzungen des Bauchfelles.**

(Fall 5.) Hier sehen wir auf Tafel XII, Figur 1, ein Beispiel dargestellt, wie es in seiner Einfachheit auch dem Geübtesten passieren kann. Es handelt sich um die ledige E. N., 20 Jahre alt, bei der aus Gründen, die sich unserer Kenntnis entziehen, die Schwangerschaft unterbrochen werden sollte. Nach Erweiterung mit den Metallinstrumenten dringt der Arzt so tief in die Gebärmutter mit dem Ausschabeinstrument (Curette) ein, daß er die Überzeugung hat, eine Verletzung der Gebärmutterwand verursacht zu haben. Er steht, wie es richtig ist, von allen Manipulationen ab und bringt die Frau sofort ins Krankenhaus. Hier Leibschnitt. Es bietet sich das Bild, das wir auf Tafel XII, Fig. 1, sehen. Am Gebärmuttergrund rechts eine Öffnung, die gerade eine Sonde durchgehen läßt. Da eine Infektion bei dem uns bekannten Arzt nicht anzunehmen ist, wird die Öffnung übernäht, die Patientin verläßt am 12. Tage gesund die Klinik bei fortbestehender Schwangerschaft, die 13 Tage später allerdings durch Abort in unserer Klinik ein Ende fand.

Auf derselben Tafel XII, Fig. 2, ist der Durchtritt des Instruments durch die Verletzung dargestellt.

(Fall 6.) Mir selbst ist in der Privatpraxis ein solcher Fall einfacher Durchstoßung der Gebärmutter vorgekommen. Frau Fr. kommt mit Temperatursteigerung zu mir und beichtet mir, daß sie abgetrieben habe. Die sofort vorgenommene Untersuchung ergibt eine kleine Verletzung des Gebärmuttergrundes. Daraufhin sofortiger Leibschnitt, bei dem sich herausstellt, daß, wie auf Tafel XII, Fig. 1, dargestellt, nur statt einer sich zwei kleine Durchstoßungsverletzungen befinden. Ich lasse es dahingestellt, ob beide Verletzungen von der Abtreibung herrühren, oder, wie ich es damals angenommen habe, die eine von der Untersuchung mit der Sonde gekommen ist.

Die verletzten Stellen werden genäht und die Patientin verläßt gesund am 21. Tage die Klinik und erfreut sich heute noch des besten Wohlbefindens. Sie ist verheiratet und Mutter von vier Kindern.

Ganz anders gehen die Fälle aus, wenn die diagnostische Kunst des Arztes versagt oder sein Verantwortungsgefühl ihn nicht zwingt, sofort klinische Hilfe aufzusuchen, die, wie wir sehen, allein das Leben retten können.

(Fall 7.) Die 17 Jahre alte ledige G. M. wurde ins Krankenhaus eingeliefert und starb bei der Aufnahme. Drei Tage vorher soll eine Ausschabung vom Arzt vorgenommen sein und zwar in der Sprechstunde. Das Mädchen ist nach Hause gegangen. Der Arzt wurde alsdann zwei Tage später gerufen und schickte sie nach Verlauf eines weiteren Tages, um 10 Uhr abends, in die Klinik. Die Sektion ergibt das auf Tafel XIII dargestellte Bild.

Man sieht auf der oberen Abbildung den stark durchstoßenen, mit blutig-eitrigem Belag versehenen Gebärmuttergrund und sieht die Verletzung auf dem Durchschnitt Tafel XIV noch deutlicher. Nicht die eingetretene Verletzung, sondern die nachfolgende Blutvergiftung hat hier ein junges Menschenleben, das zu erhalten gewesen wäre, getötet.

(Fall 8.) Tafel XV zeigt ein in anderer Klinik operiertes Präparat einer schweren Gebärmutterzerreißung von ärztlicher Seite im oberen Teil, bei der, wie ich in Erfahrung gebracht habe, die Frau bei rechtzeitiger Operation ebenfalls gerettet wurde.

(Fall 9.) Einen ganz ähnlichen Fall, ledige Modezeichnerin H. S., 22 Jahre, konnten wir in unserer Klinik beobachten. Hier war vom Arzt wegen Nierenbeckenentzündung die Schwangerschaft unterbrochen worden, der Versuch aber, wie die Patientin angab, aufgegeben, weil ein Loch in ihrer Gebärmutter entstanden sei. Bei sofortigem Leibschnitt findet sich eine 50-Pfennigstückgroße Öffnung in der vorderen Fläche der Gebärmutter, dicht an der Grenze zur Blase, aus der Gazefetzen herausragen. Herausnahme der zerfetzten Gebärmutter. Die Patientin verläßt am 11. Tage geheilt die Klinik.

(Fall 10.) Tafel XVI, Fig. 1—2, zeigt einen von mir operierten Fall, bei dem der untere Teil der Gebärmutter völlig ausgerissen ist. Dieser Fall ist interessant, weil er gewissermaßen den Übergang bildet zu den nächstfolgenden Gruppen mit gleichzeitiger Verletzung von Nebenorganen.

Es handelt sich um die 25 jährige Ehefrau L. H. Sie hat zwei Kinder, will keine weiter haben und der Arzt leitet aus diesem Grunde die Unterbrechung ein und glaubt bei der Erweiterung des Halskanals eine Verletzung gemacht zu haben. Er weiß nicht wo die Frucht ist und liefert am nächsten Tage die Frau in die Klinik ein. Dort wird die Verletzung einwandfrei diagnostiziert und es stellt sich heraus, das folgendes passiert ist (siehe Tafel XVI, Fig. 2). Der Arzt hat tatsächlich den Halskanal zersprengt und ist dann durch das Loch und das Bindegewebe neben der Gebärmutter bis ins Bauchfell vorgedrungen, dieses zerreißend und Stücke der Beckenmuskulatur abschabend. Es

stellt sich weiter heraus, daß das Ei sich noch unberührt in der Gebärmutterhöhle befindet. Zum Zwecke der Blutstillung sofortiger Leibschnitt und Herausnahme der Gebärmutter. Die Frau verläßt am 14. Tage gesund, aber ihrer Fruchtbarkeit beraubt, die Klinik.

(Fall 11.) Auf Tafel XVII, Fig. 1, ist ein anderen Ortes beobachteter Fall dargestellt, bei dem durch Eingehen mit einer Zange zwecks Herausbeförderung des Eies eine zweimarkstückgroße Öffnung entstanden ist. Er wurde anderen Ortes operiert und ist gesund geworden.

(Fall 12.) Fig. 2 zeigt einen ebenfalls anderen Ortes operierten Fall, bei dem ein Stück Gekröse durch das entstandene Loch hindurchgerissen wurde. Der Fall wurde anderen Ortes operiert und ist gesund geworden.

(Fall 13.) In dem folgenden Fall, Tafel XVIII, Fig. 1, wird eine weit schwerere Verletzung gezeigt, in der ein großes Stück Dünndarm in die Wunde der Gebärmutter hineingezogen ist. Auch dieser Fall wurde anderen Ortes behandelt und durch Darmnaht gerettet.

Hierbei ist zu bemerken, daß Darmverletzungen etwas ganz gewöhnliches sind, und es sei hier an einen von A. Mueller publizierten Fall erinnert, in dem in der Sprechstunde der Arzt solange den Dünndarm vorzog, bis er merkte, daß der Leib der mageren Patientin immer dünner wurde. Jetzt wurde der Darm von dem Arzt zurückgeschoben, obwohl er schon in dem Schmutzkasten des Operationsstuhles gelegen hatte. Mueller hat die Länge des Darmes auf  $5\frac{1}{2}$  m festgestellt (vgl. hierzu Liepman und Wels, Medizin. Klinik 1922, Nr. 40).

(Fall 14.) Daß auch andere Organe als der Darm bei solchen Verletzungen vorgezogen werden können, zeigt Tafel XVIII, Fig. 2. Dieser Fall ereignete sich bei einem Abort, den ich während meiner Zeit als Oberarzt an der Charité in der Klinik leitete und der von einem der Ärzte, die dort ausgebildet wurden, ausgeräumt werden sollte. Der Arzt ging mit dem Finger anstatt in die Gebärmutter in die hintere Scheide ein, durchbohrte sie und zog einen Eierstock hervor. Die Verletzung wurde sofort bemerkt, nunmehr der Abort regulär ausgeräumt und die Patientin konnte am 8. Tage entlassen werden.

Die nun folgenden Fälle sind Besonderheiten, die eine besondere Besprechung erfordern und keine Gruppeneinteilung vertragen.

(Fall 15.) Tafel XIX zeigt ebenfalls einen Fall meiner Charitézeit, ein Unikum. Hier ist der Arzt bei der Ausräumung eines Abortes mit 4 Fingern seiner Hand, wie die untenstehende Skizze auf derselben Tafel zeigt, durch die erweichte Gebärmutter gedrungen. Die Patientin ist ihrer Verletzung erlegen.

(Fall 16.) Auf Tafel XX ist ein Fall dargestellt, der mir vom Kollegen Behrend aus Stettin freundlich zur Verfügung gestellt wurde, bei dem der Arzt bei Ausräumung einer Fehlgeburt im 6. und 7. Monat die ganze Gebärmutter herausgerissen hat. Die Frau starb bei der Einlieferung in die Klinik des Herrn Dr. Behrend an Verblutung.

Wenn diese beiden letzten Fälle auch zu den größten Seltenheiten gehören, so beweisen sie das eine doch schlagend, das eine, das von mir immer wieder betont wurde: daß die schwangere Gebärmutter ein Organ von so großer Weichheit ist, daß stets die äußerste Vorsicht am Platze sein muß. Die Behandlung der schwangeren Gebärmutter ist schwieriger, als ein Leibschnitt.

(Fall 17.) Besonders kraß ist der auf Tafel XXI bei mir während meines Urlaubes in der Kriegszeit beobachtete Fall, der auch in meinem Geburtshilflichen Seminar, 4. Auflage, Verlag von A. Hirschwald, Aufnahme fand.

Eine junge Frau, die sich im Kriege verlobt hatte, war schwanger geworden. Sie suchte zuerst eine Hebamme auf, die durch Spülungen und Massage einen Abort hervorrief. Stark blutend ging sie zu einer zweiten Hebamme, bei der sie Aufnahme fand. Diese zog einen Arzt zu, der am nächsten Tage die Gebärmutter, die im 4. bis 5. Monat schwanger war, ausräumte. Da der Halskanal nicht genügend erweitert war, sollten die Fruchtteile mit der Abortzange entfernt werden. Als die Frau von einer Ohnmacht in die andere fiel, wurde sie in meine Klinik gebracht, in der ich, damals noch auf die Aussagen der in begreifliche Erregung befindlichen Ärzte vertrauend, die Gebärmutter von unten entfernte. Der Arzt gab mir nämlich als sicher an, daß alle Fruchtteile entfernt und keine Darm- oder Netzverletzung vorgekommen seien. Die Patientin stirbt am 5. Tage nach der Operation. Die Sektion ergibt das Bild wie es unsere Tafel XXI zeigt. Vom untersten Teil des Dünndarms bis zu seiner Einmündungsstelle in den Dickdarm sind 60 cm abgerissen, Kot befindet sich im Bauchraum. Der zerrissene und unregelmäßig verletzte Kopf des Kindes sowie Stücke der Nachgeburt sind durch die fünfmarkstückgroße Verletzung der Gebärmutter, die sich an der rechten Seite des Gebärmuttergrundes befindet, in die Bauchhöhle hinausgetrieben. Bei dem Herumarbeiten im Dunkeln hatte der Arzt also zuerst Stücke vom Gebärmuttergewebe herausgerissen, schließlich Darm mitgefaßt, diesen vom Gekröse abgerissen und dabei den Darm geöffnet, so daß Kot austrat. Die zerrissenen Stücke der Nachgeburt und der Frucht traten dann aus dem Loch ebenfalls in die Bauchhöhle über. Psychologisch interessant ist es, daß der Arzt in keiner Weise im klaren war, wie er das Unheil angerichtet hatte. Die Frau wäre wahrscheinlich zu retten gewesen, wenn ich an Stelle der Operation von der Scheide her sie, wie jetzt immer, durch Leibschnitt operiert, den Darm genäht und die Frucht entfernt hätte.

(Fall 18.) Tafel XXII. Ganz ähnlich ist ein weiterer von mir beobachteter Fall. Es handelt sich um die ledige J. W., 38 Jahre alt. Nachdem der Arzt zur Unterbrechung der Schwangerschaft mehrmals Quellstifte gelegt hatte, will er mit Instrumenten die Frucht ausräumen, fördert aber keine Frucht zutage. Die Frau verfällt, bekommt einen Puls von 130 und wird von mir sofort operiert. Bei Eröffnung der Bauchhöhle kommt man auf reichliche Blutmassen, die stark stinken. Die Därme sind stark gebläht. Zwischen den Blutmassen liegt die verfaulte Frucht, deren unteres Ende so abgerissen ist, daß die Därme hervor-

treten. An der vorderen Wand der Gebärmutter ist eine gut zweimarkstückgroße Öffnung. Die Darmwand ist in einer 50-Pfennigstückgroßen Stelle verletzt und blutig verändert. Trotz aller Maßnahmen stirbt die Patientin am Tage der Operation.

(Fall 19.\*) Tafel XXIII ist ein ganz ähnlicher Fall, der vom Arzt als infizierter Abort in meine Klinik eingeliefert wurde. Er teilte mir mit, daß die Gebärmutter leer wäre und eine Entzündung die Ursache des Fiebers sei. Nach dem ganzen Eindruck der Frau nahm ich sofort eine Verletzung der Gebärmutter an. Eine genaue Untersuchung kann aber eine solche nicht feststellen. Der Zustand der Patientin verschlimmert sich immer mehr und mehr und sie stirbt drei Tage nach dem Eingriff. Die Sektion ergibt das auf Tafel XXII dargestellte Bild.

In der rechten Seite der Gebärmutter befindet sich ein gut fünfmarkstückgroßes Loch, das aber durch die aus demselben herausgetretene Nachgeburt so verschlossen wird, daß die Unmöglichkeit, die Verletzung bei der Untersuchung zu finden, erklärt wird. Die Frucht befindet sich innerhalb der Bauchhöhle neben großen vereiterten Blutmassen. Auch in diesem Falle waren die Angaben des Arztes direkt irreführend. Auch in diesem Falle hätte vielleicht eine sofortige Operation, trotz der schweren Infektion, die Patientin retten können.

(Fall 20.) Gewissermaßen als Anhang mag der auf Tafel XXIV dargestellte Fall Erwähnung finden. Hier ist das Unglück nicht durch eine Verletzung, sondern durch eine Fehldiagnose zustande gekommen. Es handelt sich um die Ehefrau H. W., 31 Jahre alt, die noch niemals Kinder geboren hatte. Sie hatte die Hilfe des Arztes wegen leichter Blutungen aufgesucht und ist von diesem, weil er eine Schwangerschaft annahm, ausgeschabt worden. Tatsächlich bestand auch die Schwangerschaft, aber nicht am normalen Sitz, sondern in der Bauchhöhle. Bei der Ausschabung zerriß die die Frucht umgebende Hülle. Es trat eine innere Blutung auf, die so stark war, daß trotz der Operation die Patientin nicht zu retten war, obwohl eine unserer Schwestern in opferwilliger Weise als Blutspenderin ihr noch Blut von sich überführen ließ. Tafel XXIV gibt das Bild wieder, das sich bei der Operation darbot. Es zeigt den normalen Eileiter und den normalen Eierstock der rechten Seite und auf der linken Seite die zwischen Dickdarm und Gebärmutterwand in der freien Bauchhöhle liegende Frucht.

### **Die Heilungsaussichten bei diesen Verletzungen.**

Nachdem wir so an Hand von besonders typischen Fällen uns ein klares Bild der zum Teil furchtbaren Verletzungen beim Abort gemacht haben und gleichzeitig sahen, daß selbst die schwersten Fälle, wenn sie schnell in die Hand des Operateurs und in klinische Pflege kamen, gerettet werden konnten, wollen wir noch kurz auf Grund der Statistik die Heilungsmöglichkeiten beleuchten.

\*) Vgl. auch Fall 20 bei dem ebenso das Fehlen von Fruchtteilen den Arzt auf das Unrichtige seiner Diagnose hätte bringen können.

Von den mehrfach geschilderten 134 Gebärmutterverletzungen, die Herbig zusammengestellt hat, konnten 99 = 73,9% geheilt werden, 35 = 26,1% sind gestorben.

In der aus der Literatur von mir und Wels zusammengestellten Statistik von 266 Fällen sind 165 geheilt = 62%, 83 gestorben = 31,2%, doch ist dabei zu berücksichtigen, wie auch Heynemann betont, daß im allgemeinen mehr Neigung besteht, günstig verlaufene Fälle zu veröffentlichen als schlecht ausgegangene.

Eines geht aber aus den Tatsachen und den geschilderten Ergebnissen klar hervor, daß die Heilung um so sicherer ist, je keimfreier die Verletzung gemacht ist und je eher sachverständige Hilfe herangezogen wurde. Die Fälle, die starben sind meist

1. infizierte, und
2. wurde vielfach zu spät oder gar nicht von dem Täter die Ursache festgestellt.

(Fall 21.) Was hierbei vorkommen kann, lehrt ein Fall, in dem ich vor kurzem als Sachverständiger tätig war, in dem ein alter Arzt, der über eine große Praxis verfügt, die dreifache Durchstoßung der Gebärmutter und die bis zum Bauchfell gehende Zerreißung, entsprechend unserer auf Tafel X dargestellten Fälle, erst merkte, als nach fünfstündigem Warten die Frau tot war.

## VII. Zur Psychologie der Aussagen der Ärzte und Patientinnen.

Die Aussagen der Ärzte sind, wie wir schon an einer Reihe von Fällen sahen, ein besonders interessantes Kapitel der Psychologie der Aussagen überhaupt. Unter den schwierigen Verhältnissen, in denen sich der praktische Arzt befindet, wenn er nach dem bestehenden Gebrauch es für richtig erachtet, solche Operation in der Sprechstunde vorzunehmen, tritt mit dem Augenblick der Gefahr ein Zustand völliger Verwirrtheit nahezu mit Sicherheit auf. In dem Augenblick, wo der Mensch in solchen Momenten mit der Gefahr für ein Menschenleben selbst seine eigene Existenz bedroht sieht, ist es ohne weiteres verständlich, wenn ihn die ruhige Überlegung verläßt. Ich kenne erprobte Operateure, die im Augenblick der Blutung völlig ihre Fassung verlieren; und nun stelle man sich den Praktiker in der Engigkeit seines Raumes, ohne Hilfe, ohne Assistenz, bei ungenügender Beleuchtung in einem solchen Falle vor, wo gleichzeitig mit einer enormen Blutung schwere Allgemeinsymptome der Patientin eintreten in höchste Erregung versetzen.

Da kann man von einem Verschulden nicht mehr sprechen, sondern man muß diesen Zustand menschlich begreifen können. Nicht am Arzt liegt die Schuld, sondern an der Institution. Würde es jedem gewissenhaften Arzt zur Pflicht gemacht werden, sei es auf gesetzlichem oder anderem Wege, solche

Operationen in der Klinik, unter geeigneter Assistenz, unter der Bereitschaft eines erprobten Operateurs zu machen, so würde statt der Erregung ruhige Sicherheit ihm die Hand führen.

Ebenso unsicher und irreführend sind die Aussagen der Patientinnen selbst. Ich erinnere zunächst an den Fall aus Detmold und an den Fall des jungen Mädchens mit Mittelohrentzündung. Beide haben die Abtreibung selbstverständlich gewußt. Aber Scham und Angst wegen des gesetzlich verbotenen Eingriffs hinderte sie, sich dem Arzt anzuvertrauen. Wie weit dieses nicht selten zum Tode führende Schweigen geht, lehrt ein Fall, der sich gerade in der mir unterstellten Klinik augenblicklich befindet.

Die Frau eines Angestellten, Mutter zweier Kinder, geht zu einem Abtreiber ohne Wissen des Mannes. Der Abtreiber verletzt dabei ihre Gebärmutter und als die Frau das merkt, sagt er, das sei davon gekommen, daß sie sich nicht ruhig verhalten habe. Die Frau will nunmehr die Klinik aufsuchen. Der Abtreiber rät ihr aber davon so dringend ab, daß sie diesen Vorsatz aufgibt. Acht Tage darauf kommt sie mit Schüttelfrost und in hoffnungslosem Zustande zur Einlieferung. Auch jetzt sagt sie nichts auf Befragen, sondern gibt an, daß der Abort von selbst gekommen sei. Erst kurz vor ihrem Tode offenbart sie sich ihrem Manne, der uns diesen Vorfall mitteilte.

Das sind hoffnungslose Tragödien. Denn wenn man auch bei jedem Abort an eine Abtreibung denken sollte, ist man nicht berechtigt, wenn eine Verletzung nicht nachweisbar ist, wie in diesem Fall, an eine solche zu denken und sein Handeln danach einzurichten.

Aber ich bin der festen Überzeugung, daß wir der Frau, wenn sie unmittelbar nach der Verletzung mit der Angabe derselben zu uns gekommen wäre, auch hätten helfen können.

Welche Folgerungen wir aus der Psychologie der Aussagen zu ziehen haben, wird das nächste Kapitel erweisen.

## VIII. Rückblick und Ausblick.

Aus den psychologischen Betrachtungen, die wir soeben beschlossen haben, geht schon das Ziel unseres Weges klar hervor. Wir haben im langsamen Weiterschreiten, vorbei an den 25 000 Leichenkreuzen der auf dem Felde der Fruchtbarkeit gefallenen Frauen Kenntnisse gesammelt, die hoffentlich kommenden Generationen ebenso nützen werden, wie die Erkenntnis Semmelweis' vom Kindbettfieber Millionen und aber Millionen das Leben gerettet hat.

Es ist nicht anzunehmen, daß in nächster Zeit die Frequenz der Aborte, die, wie wir gesehen haben, weit über 500 000 beträgt, abnehmen wird. Solange die weltanschauliche Einstellung der Frau zu diesen Fragen nicht anders wird,

solange der Kindersegen weder von Staat noch Gemeinde genügend berücksichtigt wird, und solange die wirtschaftliche Not, besonders der Unehelichen, nicht aufhört, kann ich mir nicht gut eine Abnahme der Abtreibungsseuche vorstellen.

In diesen Fragen versagt der Sport, der sich so erfreulich auf das männliche Geschlecht auswirkt, vollständig. Es mehren sich die Fälle, wo Frauen, die ihren Körper in weiblichen Sportvereinen stählen, die Schwangerschaft als eine lästige Unterbrechung ihrer sportlichen Betätigung empfinden und nun gerade durch die Sportleidenschaft zur Abtreibung gelangen.

Es wäre wahrhaftig an der Zeit, daß Reich, Staat und Gemeinden sowie jede gemeinnützige Veranstaltung, möge sie kommen von wo sie wolle, anstatt große Mittel für die Aufzucht und Pflege der zum Teil konstitutionell minderwertigen Säuglinge aufzubringen, sich der Mütter erinnerten, ihrer Not steuerten und sich ganz anders als bisher dieser Frage annähmen. Jede neugegründete Frauenklinik ist in diesem Sinne als Fortschritt zu bezeichnen und auf alle erdenkliche Weise zu fördern. Hierbei soll nicht unerwähnt bleiben, daß es in großen Städten, so auch in Berlin, Krankenhäuser gibt, in denen das schwierige und genugsam als schwierig gekennzeichnete Gebiet dem Internisten oder Chirurgen überlassen bleibt, obwohl doch genügend Fachärzte für Frauenheilkunde ausgebildet und vorhanden sind, um diese wichtigen Stellen auszufüllen.

Es war ein großes Verdienst des leider zu früh verstorbenen Ordinarius der Berliner Universität, F r a n z, daß er in seinem letzten hervorragenden Werk in seiner Einleitung folgende Worte sprach:

„Ich lese oft unter den Namen von Ärzten als schmückende Beiwörter „Chirurg und Frauenarzt“ und wundere mich, wie viele es zu geben scheint, die meinen, beide großen Fächer zu beherrschen. Ich habe alle Mühe, mit der Gynäkologie allein fertig zu werden.“

Dieser Ausspruch deckt sich mit allen meinen Veröffentlichungen, in denen ich schon seit Jahren darauf hinweise, daß es ein Unding ist, daß hier und auf dem Lande Entbindungsanstalten, Abort-Stationen und Gynäkologische Stationen von Chirurgen besetzt werden.

Man hat viel davon gesprochen, daß eine bessere Ausbildung der Studenten in den Kliniken und in dem praktischen Jahr hier eine Besserung schafft.

Ich habe diese Hoffnung aufgegeben. Man mag in Vorlesungen, man mag in Büchern (vgl. mein Geburtshilfliches Seminar) die Gefahren des Abortes noch so eindringlich predigen, die Not des Tages wirft alle auf der Universität und im praktischen Jahr gefaßten Vorsätze über den Haufen. Um so mehr über den Haufen, als es eine gefahrlose Technik für die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht gibt. Man bedenke doch nur: Unter den 20 von mir als Beispiel in diesem Buch angeführten Fällen sind 18 von Ärzten ausgeführt und von diesen

18 sind nur zwei junge, unter zwei Jahren praktizierende Herren, während die übrigen alte erfahrene Praktiker sind, die 10 Jahre, drei sogar über 20 Jahre praktizieren. Außerdem ist jede gewaltsame, noch so schonend ausgeführte Erweiterung des Halskanals, das haben wir genugsam besprochen, auch für den Geübtesten mit Gefahren verbunden. Wer sich für die Einzelheiten der Technik interessiert, wird in den von mir herangezogenen Arbeiten reichliche Gelegenheit finden, sich darüber zu informieren.

Ohne die drakonische Bestimmung, daß es verboten ist, in der Sprechstunde Aborte zu behandeln, ohne die drakonische Bestimmung, daß es verboten ist, so behandelte Frauen auf der Straße herumlaufen zu lassen, bis sie mühselig und beladen ihre Wohnung finden, wird das Sterben kein Ende nehmen.

Hierzu erinnere ich noch ausdrücklich an ein Wort von P e h a m - K a t z in ihrem zitierten Werk, S. 90:

„Wenn die Verletzung in der Sprechstunde des Arztes gesetzt wird, dann ist die ganze Handlung durch einen gewissen Leichtsinn, oder gar in bewußter Verschleierung, eine kriminelle Operation, und damit ist schon jener Umstand in die Beurteilung des Falles gebracht, von der sich Richter und Sachverständige nicht freimachen können und auch gar nicht freizumachen haben.“

Solange aber die Sprechstunden-Operation nicht verboten ist, kann man meines Erachtens nicht auf diesem drakonischen Standpunkt von P e h a m - K a t z stehen. Zu meiner größten Freude lese ich, dank dem Entgegenkommen von Prof. W a l t h a r d, Zürich, daß er durch seinen Oberarzt Dr. F r e y die gleiche Ansicht vertritt (Schweizerische Med. Wochenschr., 56. Jahrg., Nr. 24):

„Der Eingriff muß, damit er dem Stande unseres heutigen Wissens gerecht wird, in der aseptischen Operationsanlage eines Krankenhauses von einem operativ geschulten Arzte durchgeführt werden.“

Was in Rußland nur schwer möglich ist, weil es an genügend Kliniken fehlt, ist in Deutschland möglich. Dem großen Jammern leerstehender Privatkliniken wäre mit einem Schlage abgeholfen; wenn dort dem praktischen Arzt ein Unfall passiert, ist Hilfe jedenfalls eher zur Stelle, als in der Sprechstunde. Das Ideal freilich wäre es, wenn die Abortbehandlung, besonders aber die weit gefährlichere Unterbrechung der Schwangerschaft, gesetzmäßig nur in Kliniken ausgeführt werden dürfte (vgl. hierzu auch F l e c h t e n m a c h e r, Zentralbl. f. Gynäk., 1926, Nr. 44).

Dann wird mit einem Schlage die Sterblichkeit sinken.

Zum Schluß die nationalökonomische Seite dieser Frage.

Wenn wir bedenken, daß von den 500 000 Frauen 50% = 250 000 Frauen Nachkrankheiten haben, die teils ambulante, teils klinische Behandlung erfordern, und wenn ich, um ganz milde zu rechnen, nur klinische Behandlung von 30 Tagen als Norm nehme (ich bemerke, daß die klinische Behandlung des Aborts bei der

Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin in der Norm 22 Behandlungstage beträgt), so würde bei den jetzigen Krankenhauskosten von 5.70 M. pro Tag, für den Einzelfall 171.— M., für die Gesamtheit eine Summe von etwa 52 750 000 M. herauskommen, eine Ziffer, die keineswegs, wenn man Arzt- und Apothekerrechnung hinzurechnet, der Wirklichkeit auch nur annähernd gleichkommt.

Dieser Verlust an Nationalvermögen auf der einen Seite, das entsetzliche Sterben von 25 000 Frauen auf der anderen Seite, muß zu Konsequenzen führen. Man stelle sich doch nur einmal vor, welche Aufregung in Staat und Reich entsteht, wenn, wie jüngst in Hannover, eine Typhusepidemie 200 Menschen hinwegrafft. Welcher Apparat wird aufgeboten, welche Geldmittel stehen sofort zur Verfügung!

Und hier sollte Reich und Staat und öffentliches Gewissen versagen, wenn es sich um 25 000 tote Mütter und die Zukunft des Volkes im wahrsten Sinne des Wortes handelt?

---

### Nachtrag.

Während des Druckes dieser Arbeit kamen in unserer Klinik noch 3 weitere Perforationsfälle zur Beobachtung; der erste entspricht völlig dem Bilde, das auf Tafel XII wiedergegeben ist. Er wurde konservativ behandelt und am siebenten Tage geheilt entlassen. Der 2. und 3. Fall entspricht völlig dem auf Tafel XVI, Figur 2, dargestellten Bilde. In dem einen Fall wurde die Verletzung mit dem Finger, in dem anderen mit dem metallnen Erweiterungsstift (Brecheisen) ausgeführt. In dem ersten Fall nahm der Arzt an, daß es sich um eine Doppelbildung der Gebärmutter handele, im zweiten Falle stellte der Arzt sofort selbst die Diagnose der schweren Verletzung. Der erste Fall, der durch einen positiven Streptokokken(Eitererreger)befund kompliziert war, befindet sich noch in zweifelhaftem Zustand in der Klinik; bei dem anderen konnte die Frau durch rechtzeitige Operation, obwohl die Uterina (Gebärmutterschlagader) verletzt war, gerettet werden. Wir haben somit über 23 Fälle berichtet, von denen 21 durch Ärzte verursacht sind.

In demselben Verlage und vom gleichen Verfasser  
sind außerdem erschienen:

- Atlas der Operations-Anatomie und Operations-Pathologie der weiblichen Sexualorgane** mit besonderer Berücksichtigung des Ureterverlaufes und des Suspensions- und Stützapparates des Uterus. In 40 Tafeln. Zweite, vermehrte Auflage. geb. RM 48.—
- Psychologie der Frau.** Versuch einer synthetischen, sexualpsychologischen Entwicklungslehre, in zehn Vorlesungen, gehalten an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Mit 10 Abbildungen im Text und 2 Tafeln. Zweite, umgearbeitete Auflage. RM 6.—, geb. RM 7.20
- Der geburtshilfliche Phantomkurs.** In 165 Federzeichnungen für Ärzte und Studierende. RM 4.80, geb. RM 6.—
- Gynäkologische Psychotherapie.** Ein Führer für Ärzte und Studierende in 10 Vorlesungen. Mit 4 Kunstbeilagen von Richard Fuhr und 20 Abbildungen im Text. RM 7.50, geb. RM 9.30
- Nicht Wissen — Weisheit.** Kosmisch-biologische Gedanken in schwerer Zeit. RM —.45

**Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenkunde.**

In Vorbereitung befinden sich:

II. Der Tod im Kindbett.

III. Gefahr der Geschwulstbildung für das Weib.

---

Im Verlage von **A. Hirschwald**, Berlin:

Das geburtshilfliche Seminar. 4. Auflage. 1924.

Der gynäkologische Operationskursus. 4. Auflage. 1924.

Tabellen zu klinisch-bakteriologischen Untersuchungen für Chirurgen und Gynäkologen.

---

Im Verlage von **Robert Federn**, Wien, Porzellangasse 27:

Anatomical Tables von **William Smellie**, in Faksimiledruck neu herausgegeben.

---

Im Verlage von **Siegfried Seemann**, Berlin:

Grundriß der Gynäkologie. 3. Auflage. 1921.

---

In der **Union Deutsche Verlagsgesellschaft**, Stuttgart:

Die Frau, was sie von Körper und Kind wissen muß. 20. Tausend. 1921.

---

Im Verlag von **Quelle & Meyer**, Leipzig:

Weltschöpfung und Weltanschauung. 2. Auflage. 1926.

# Tafel I

## Die äußeren und inneren Geschlechtsorgane der Frau.

Die Abbildung zeigt zunächst die äußeren Geschlechtsorgane der Frau und zwar

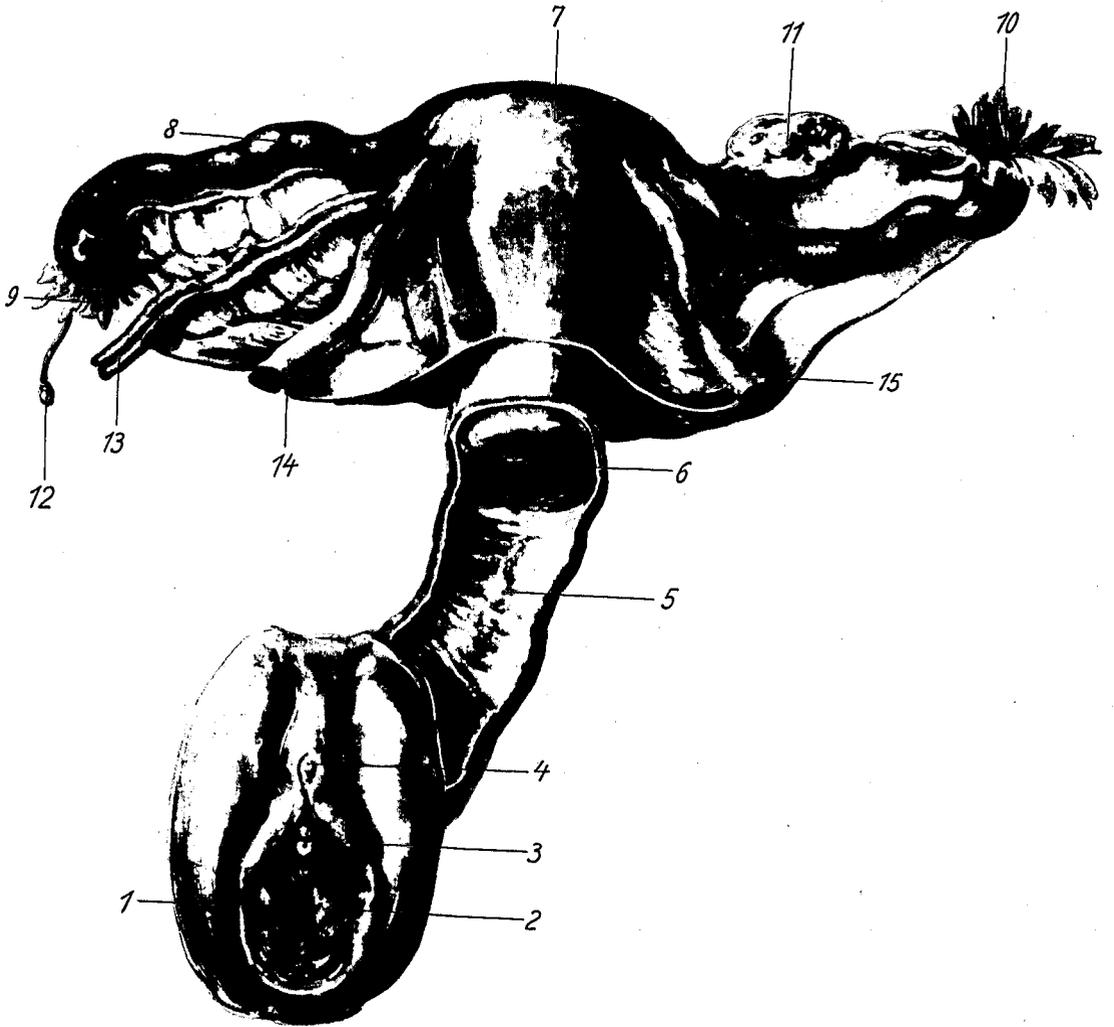
- 1 den Eingang in die Scheide,
- 2 die Reste des Jungfernhäutchens,
- 3 die Harnröhrenöffnung und
- 4 den Kitzler.

Die inneren Organe der Frau sind

- die Scheide,
- die Gebärmutter,
- die Eileiter und
- die Eierstöcke.

Die Scheide (5) ist aufgeschnitten. Man sieht in ihr die quer verlaufenden Runzeln. Sie öffnet sich nach unten in die äußeren Geschlechtsorgane und wird nach oben abgeschlossen durch den Muttermund, den man durch Einlegen von Spiegeln, wie auf Tafel XVIII Fig. 2 dargestellt, sichtbar machen kann. Bei unserer Figur (6) ist die vordere und hintere Muttermundlippe zu sehen. Zwischen beiden befindet sich der Eingang in die Gebärmutterhöhle. Diese reicht bis zum Gebärmuttergrund (7). Von dort gehen nach beiden Seiten die Eileiter ab, von denen der rechte mit 8 bezeichnet ist. Verfolgen wir die Eileiter weiter, so kommen wir an die Muttermundtrompete (9). Das ist die Öffnung des Eileiters zur freien Bauchhöhle, die mit Seeanemonen ähnlichen Fransen besetzt ist und deshalb auch das Fransende des Eileiters heißt (10). Dadurch, daß sich die Eileiter frei nach der Bauchhöhle öffnen, ist die Frau allen Erkrankungen des Bauchfells, so z. B. der Blinddarmentzündung, leichter zugänglich als der Mann, dessen Bauchhöhle allseitig verschlossen ist. 11 zeigt den nach oben geschlagenen Eierstock der Frau als mandelförmiges Organ, 12 einen unwichtigen, häufig vorkommenden Anhang der Eileiter, 13 die der Gebärmutter zuströmenden und längs des Eileiters verlaufenden Gefäße, 14 und 15 das rechte und linke runde Mutterband.

Die genaue Betrachtung dieser Abbildung ist für das Verständnis aller weiteren Abbildungen unerlässlich.



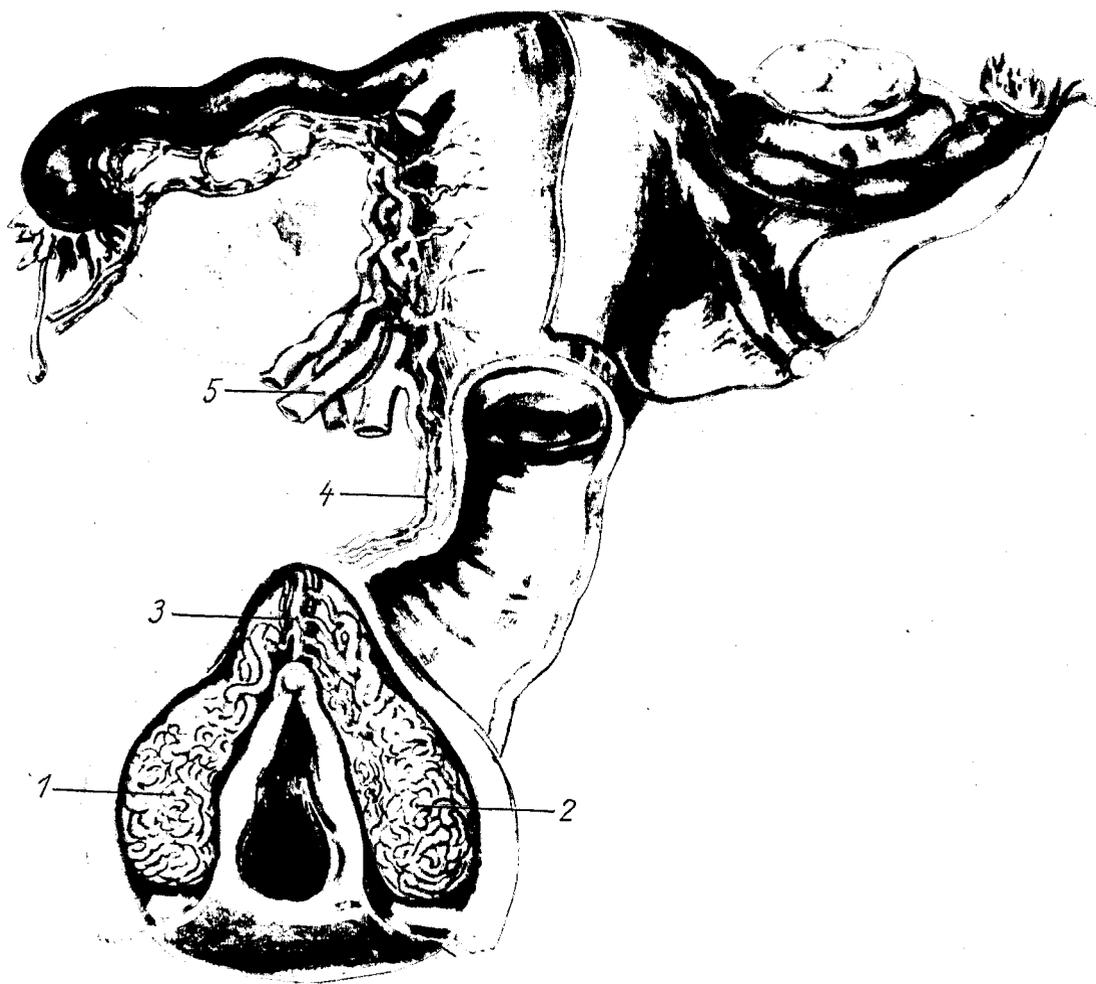


## Tafel II

## Die Blutversorgung der äußeren und inneren Geschlechtsorgane der Frau.

Tafel II ist dasselbe Präparat wie das auf Tafel I dargestellte, nur sind die die Gebärmutter versorgenden Gefäße, die das Blut ihr zuführen (die Arterien: rot) und die das verbrauchte Blut wieder fortführen (die Venen: blau) injiziert und auspräpariert und dadurch kenntlich gemacht.

Wir sehen zunächst an den äußeren Genitalien, wie ein dichtes Venengeflecht den Eingang zur Scheide umgibt (1 und 2). Wir sehen die zuführenden und abführenden Gefäße (3), wir sehen ferner Gefäße an der Scheide (4) und die enorme Entwicklung der Arterien und Venen (5), die die Gebärmutter versorgen, und deren Entwicklung deshalb so stark ist, weil sie in der Schwangerschaft der heranwachsenden Frucht Blut, d. h. Nährstoff und Sauerstoff, zuführen müssen. Hier sei schon darauf hingewiesen, wie gefährlich jede durch stumpfe Gewalt bedingte Zerreißung dieser Stellen für die Frau sein muß.





# Tafel III

## Längsdurchschnitt durch ein weibliches Becken.

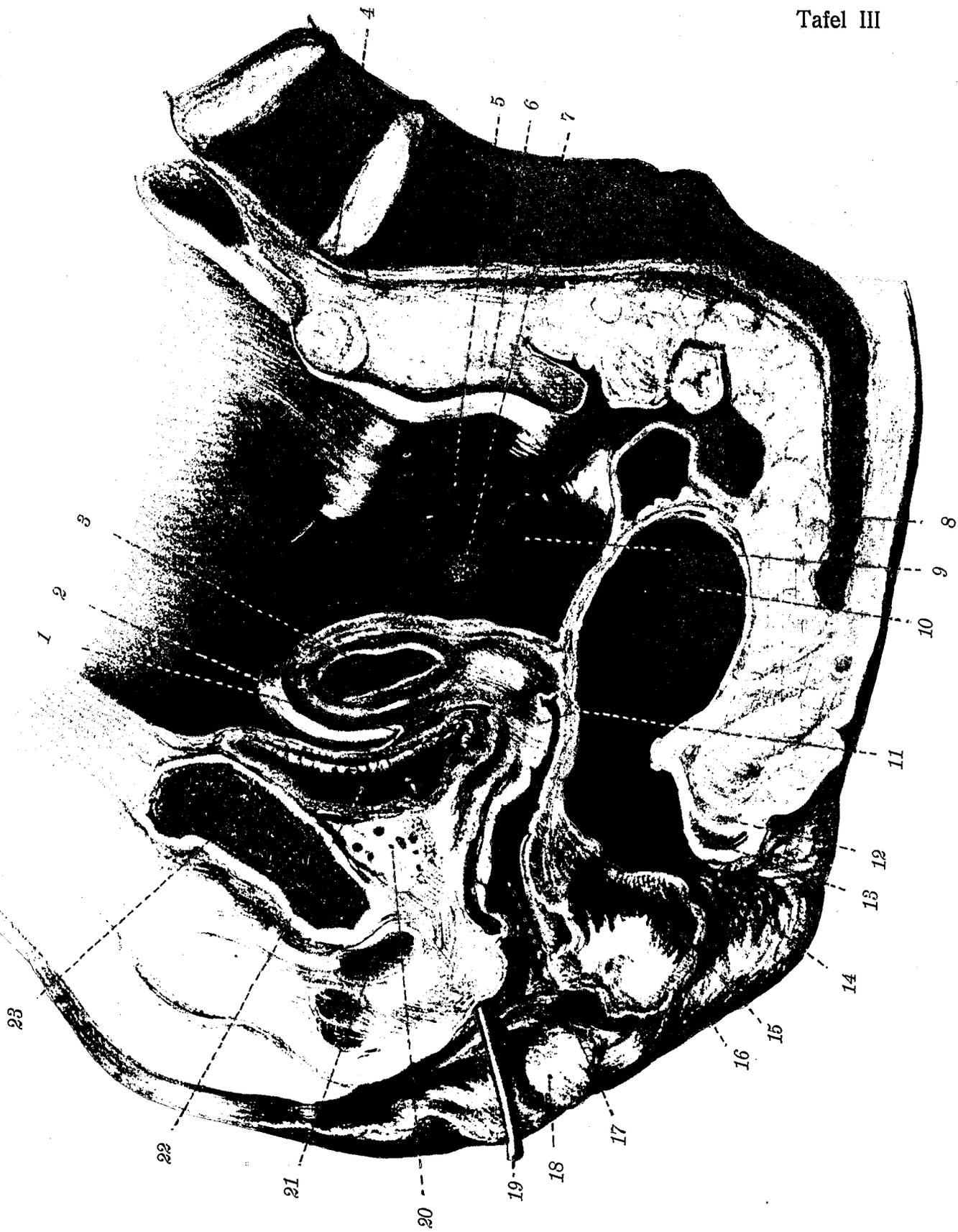
Tafel III stellt ein natürliches Präparat unserer Sammlung dar, das von einer Frau stammt, die im Alter von 28 Jahren als Mehrgebärende während der Menstruation gestorben ist. Das Präparat ist, wie leicht ersichtlich, längs durchschnitten und gibt auf diese Weise einen Einblick in die Lage der von Tafel I und II her bekannten äußeren und inneren Geschlechtsorgane. Man sieht, wie die Gebärmutter (2), nach vorn über die Blase (22) zur Schoßfuge (23) geneigt, sich in normaler Lagerung befindet. Die Scheide (17) ist eng, der Mastdarm (10) mäßig gefüllt.

Die übrigen auf dem Präparat vermerkten Organe sind aus der Zeichenerklärung ohne weiteres verständlich.

### Zeichenerklärung.

- |  |   |
|--|---|
| 1 Umschlagstelle des Bauchfelles von der Blase kommend auf die Vorderfläche der Gebärmutter; | 11 Gebärmutterhals mit vorderer und hinterer Lippe;   |
| 2 Gebärmuttergrund;  | 12 Hebemuskel des Afters;                             |
| 3 Die menstruierende Schleimhaut der Gebärmutter;  | 13 Schließmuskel des Afters;                          |
| 4 Vorberg der Becken-Wirbelsäule;  | 14 After;   |
| 5 Fransende des Eileiters (Muttermundstropfete);   | 15 wie bei 13;  |
| 6 Gekröse des unteren Dickdarms;   | 16 Damm;  |
| 7 Rechter Eierstock;   | 17 Scheide;   |
| 8 Steißbein;   | 18 Rechte, kleine Schamlippe;                         |
| 9 Ausbuchtung des Bauchfells hinter der Gebärmutter;   | 19 Sonde in der Harnröhre, bis in die Blase reichend; |
| 10 Mastdarm in mittlerer Füllung;  | 20 (Venen)durchschnittene Gefäße;                     |
|  | 21 Der Kitzler;                                       |
|  | 22 Harnblase;   |
|  | 23 Schamfuge.   |

Die Abbildung ist Liepman n, Gynäkologischer Atlas, II. Auflage, (Urban & Schwarzenberg) entnommen.





## Tafel IV

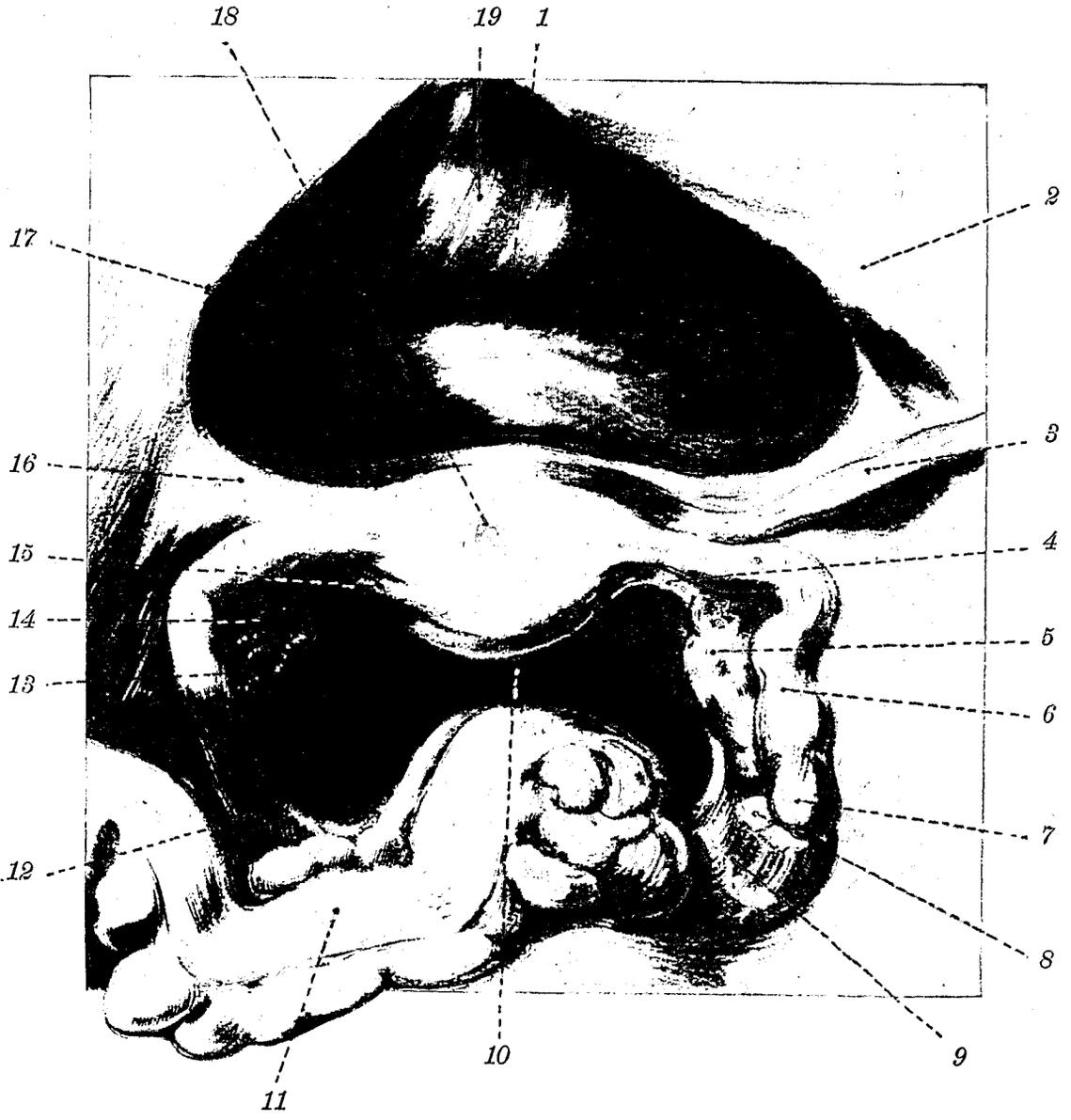
## Einblick in ein weibliches Becken.

Tafel IV gibt einen Einblick in den Beckenraum, wie er sich dem Operateur nach eröffneter Bauchhöhle bietet. In der Mitte (18) sehen wir den Gebärmuttergrund, von dem nach beiden Seiten die Eileiter (rechter Eileiter 6) abgehen. Hinter dem Eileiter rechts sehen wir den Eierstock (5), vor der Gebärmutter (18) die Blase (19), hinter der Gebärmutter den Mastdarm (11). Die Gebärmutter ist so allseitig von dem empfindlichen Bauchfell und den beiden Hohlorganen, Blase und Mastdarm, gefährlich nahe umgeben.

### Zeichenerklärung.

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1 Umschlagstelle des Bauchfelles von der Blase zur Gebärmutter; | 10 Hohlraum hinter der Gebärmutter; |
| 2 Bauchfell der Beckenwand;                                     | 11 Mastdarm;                        |
| 3 Rundes Mutterband;  | 12 Eileiter-Bauchband;              |
| 4 Band des Eierstocks;  | 13 und 14 Linker Eileiter;          |
| 5 Rechter Eierstock;  | 15 Eileiterband;                    |
| 6 Eileiter;   | 16 Rundes Mutterband;               |
| 7 Ende des Eileiters;   | 17 Becken-Bauchfell;                |
| 8 Fransenende des Eileiters;                                    | 18 Gebärmuttergrund;                |
| 9 Eileiter-Beckenband;  | 19 Blasenscheitel.                  |

Die Abbildung ist Liepmann, Gynäkologischer Atlas, II. Auflage, (Urban & Schwarzenberg) entnommen.

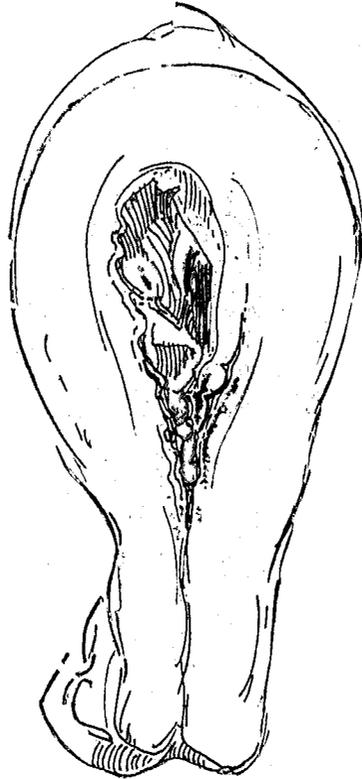




## Tafel V

## Schwangerschaft im 1. Monat.

Tafel V zeigt ein Präparat unserer Sammlung von einer durchschnittenen schwangeren Gebärmutter im 1. Monat. Man kann noch nicht deutlich die einzelnen Teile der Frucht und der Eianhänge unterscheiden.





# Tafel VI

### Schwangerschaft im 3. bis 4. Monat.

Hier sehen wir, wie eine allmähliche Verdünnung der Wand der Gebärmutter, soweit sie Frucht und Eihülle sowie den Mutterkuchen umschließt, eintritt. — Wir erkennen deutlich den Kopf, die Hände und die Füße der Frucht und die Nabelschnur. Wir sehen ferner die Gebärmutter verschlossen durch den Halskanal, der gerade einer feinen Sonde den Durchgang ermöglicht.





## Tafel VII

## Schwangerschaft im 5. Monat.

Hier sehen wir den weiteren Fortschritt der Schwangerschaft bei gleichzeitig weitergehender Verdünnung der Gebärmutterwand. Frucht, Nabelschnur und Nachgeburt sind deutlich erkennbar. Der Halskanal ist durch einen in der Schwangerschaft bestehenden Krebs, der zur Herausnahme dieses Präparats den Anlaß gab, krankhaft verändert.





# Tafel VIII

Durchschnitt durch eine Schwangerschaft  
im 2. bis 3. Monat  
nach der Methode von Christeller.

Originalgröße 9 : 13,5, Vergrößerung 13,5 : 20.

Dieses Präparat ist nach der Methode von Dr. Christeller hergestellt. Es hat eine Wanddicke von 0,04 mm und zeigt deutlicher als die voranstehenden Präparate die Auflockerung und Verdünnung der Gebärmutterwand bei gleichzeitigem kompaktem Verschuß der Gebärmutterhöhle durch den Halskanal.

**Zeichenerklärung.**

- 1 Der Mutterkuchen;
- 2 Die Nabelschnur;
- 3 Der verschlossene Halskanal;
- 4 Die verdünnte, aufgelockerte Gebärmutterwand;
- 5 Der Keimling (Embryo);
- 6 Die mit Fruchtwasser gefüllte Gebärmutterhöhle.





## Tafel IX

## Verletzung des Halskanals bei einer Abtreibung mittels Spritze.

Wir sehen die von der Frucht entleerte durchschnittene Gebärmutter samt Eileiter und Eierstock. An der Vorderwand die Blase (vergleiche hiermit die normalen Verhältnisse auf Tafel III). An der Vorderwand des Halskanals sehen wir eine schwere Verletzung, die zum Tode der 39jährigen Ehefrau geführt hat (Fall 1).

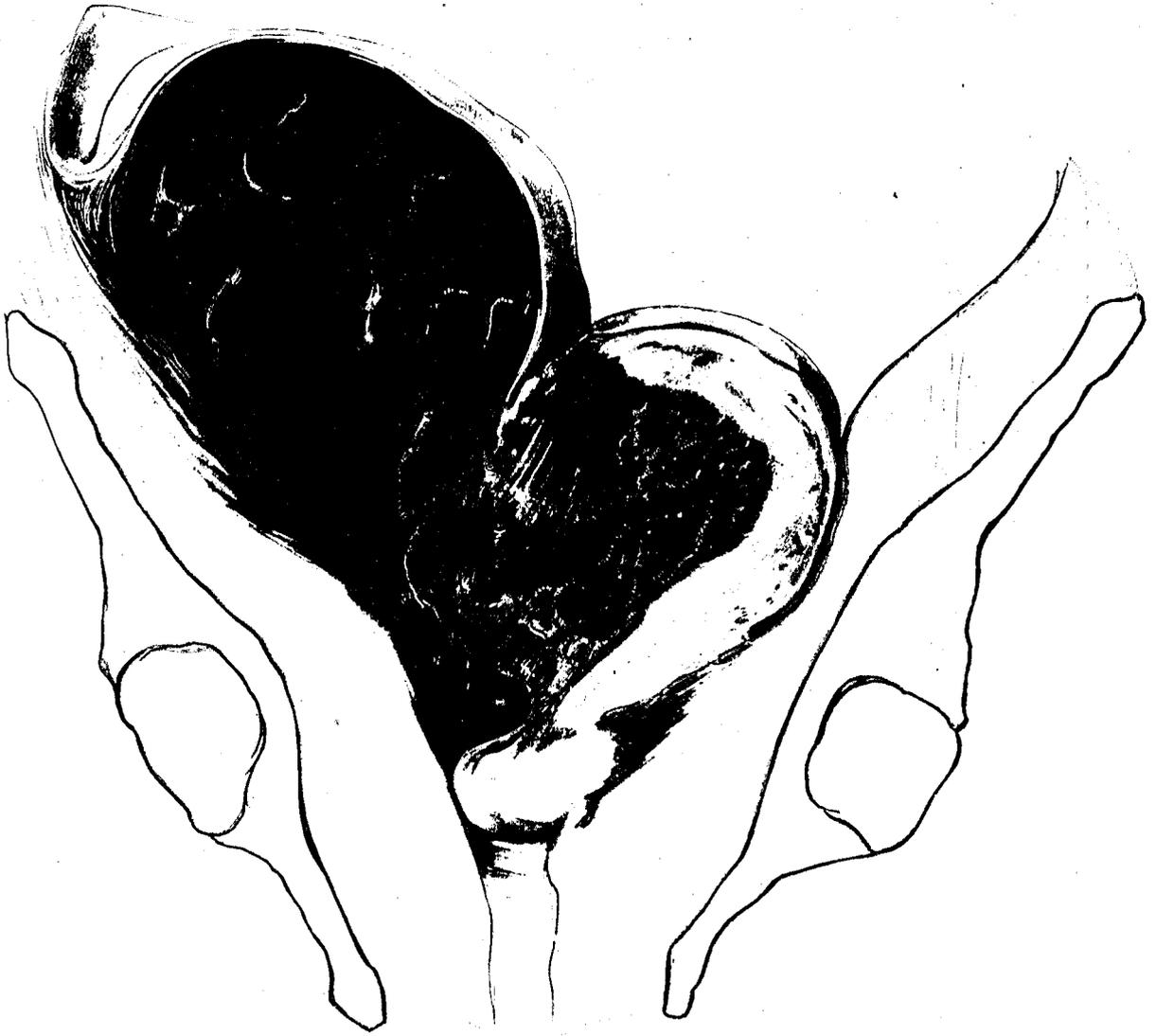




Tafel X

**Völliges Abreißen der seitlichen Wand des Halskanals  
mit schwerer Blutung bei gewaltsamer Abtreibung  
durch Instrumente.**

Während auf der linken Seite der Halskanal erhalten ist, sieht man ihn auf der rechten Seite völlig abgerissen. Im Innern der Gebärmutter erkennt man deutlich die Reste der Nachgeburtssteile. Man sieht, wie die Blutung das Bauchfell in weiter Ausdehnung von der Beckenwand abgehoben hat (Fall 2).





# Tafel XI

**Schwere Verletzung des Halskanals bei gewaltsamer  
Eröffnung der Gebärmutterhöhle mittels eines Er-  
weiterungsstiftes (Dilatator) und Zerstückelung der  
Frucht durch Anwendung einer Abortzange.**

Das Instrument ist nach links abgewichen, hat sich einen falschen Weg gesucht und dabei den Halskanal völlig zerrissen. Außerdem ist die Zange durch den engen Halskanal in die Gebärmutterhöhle eingedrungen und hat Frucht und Nachgeburt in greulichster Weise zerrissen (Fall 4).



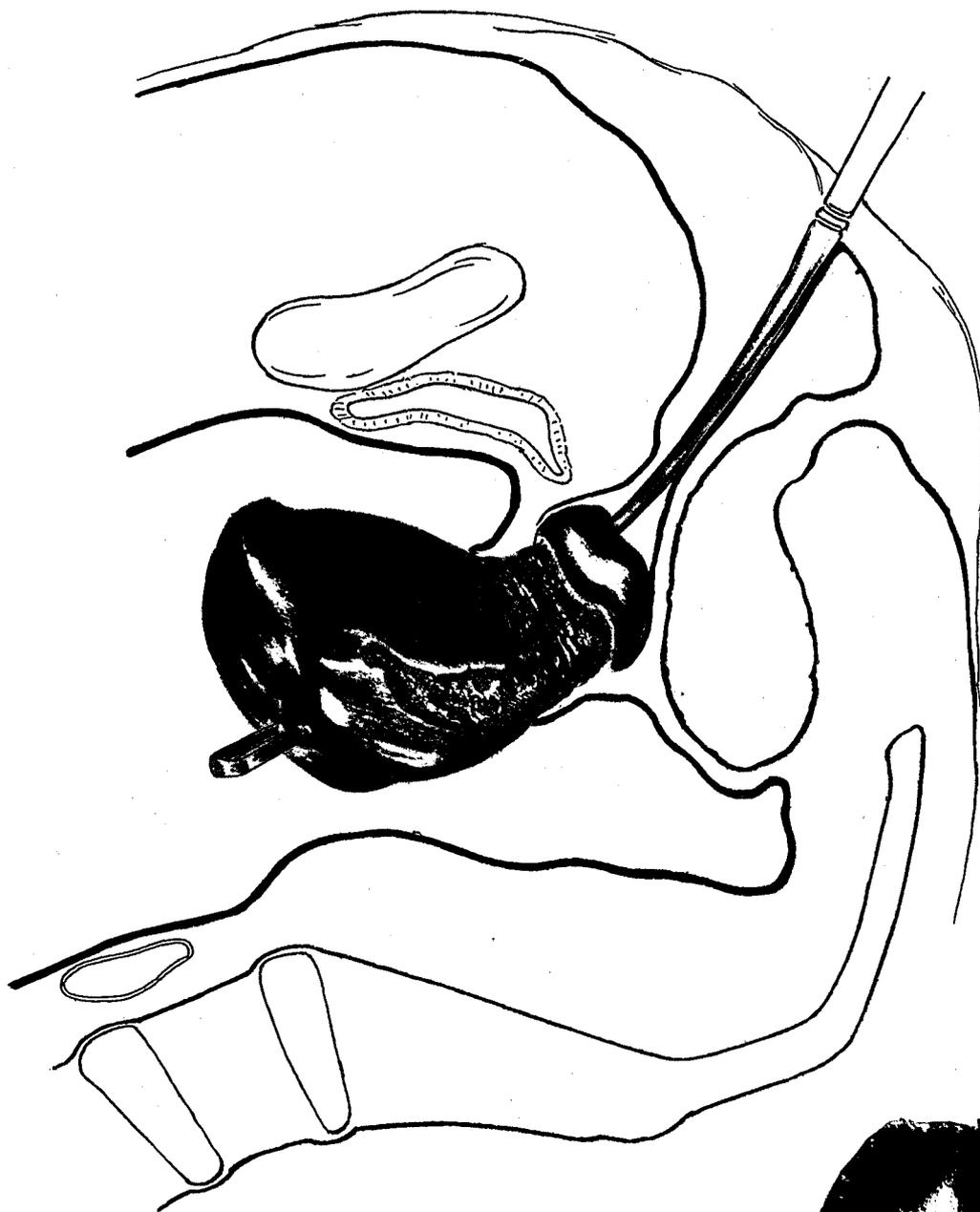


# Tafel XII

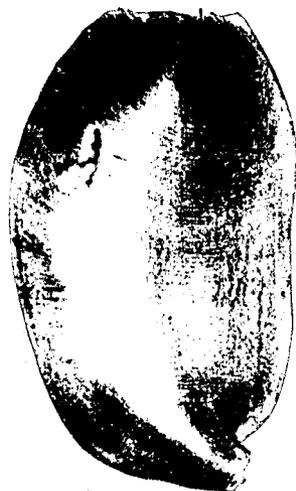
Figur 1 und 2

## Verletzung des Gebärmuttergrundes.

Figur 1 zeigt den Gebärmuttergrund mit einer kleinen, bis ins Bauchfell reichenden Verletzung durch ein Instrument. Die daneben stehende Figur 2 zeigt den Vorgang mit dem in das Präparat hineingezeichneten Instrument (Fall 5).



Figur 2



Figur 1



# Tafel XIII

## Hochgradige Verletzung des Gebärmuttergrundes.

Tafel XIII zeigt eine gut markstückgroße zerrissene Öffnung in dem Gebärmuttergrund, die durch ein zur Abtreibung benutztes grobes Instrument hervorgerufen ist. Dieses Präparat ist auf Tafel XIV noch im Durchschnitt dargestellt (Fall 7).

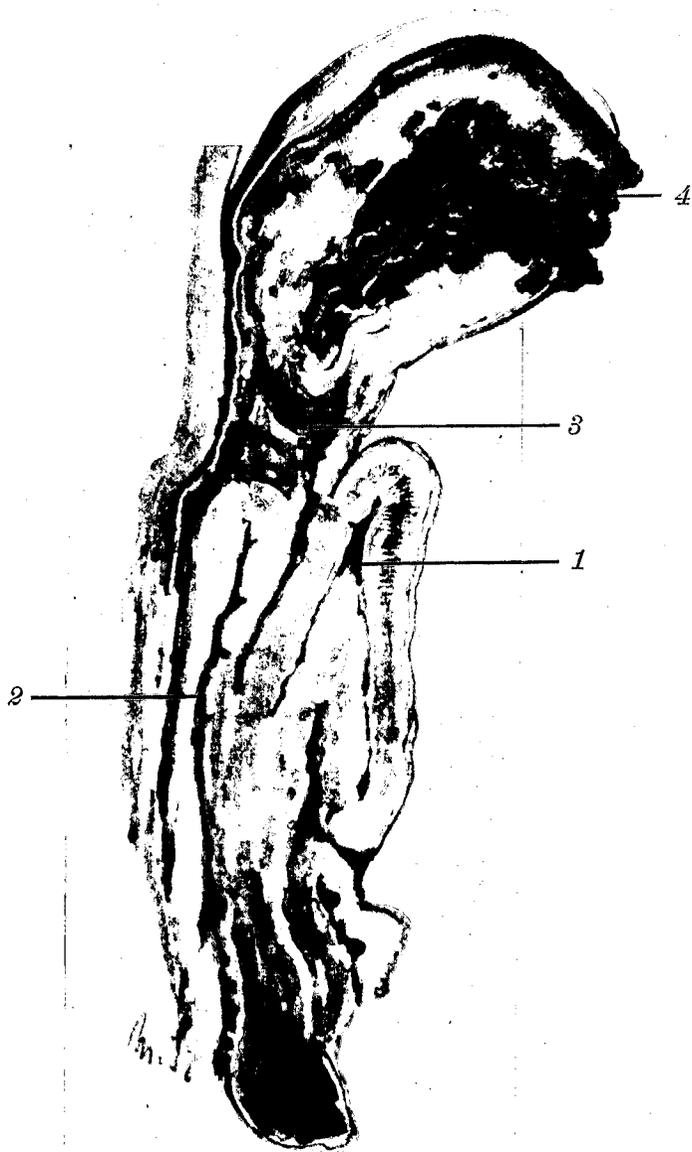




# Tafel XIV

**Dasselbe Präparat wie Tafel XIII im Durchschnitt.**

Man sieht vorn, Nr. 1, die Blase, an sie anlehnend 2, die Scheide, und den noch verschlossenen Halskanal 3 und die große, im Gebärmuttergrund befindliche schwere und zum Tode führende Verletzung 4 (Fall 7).

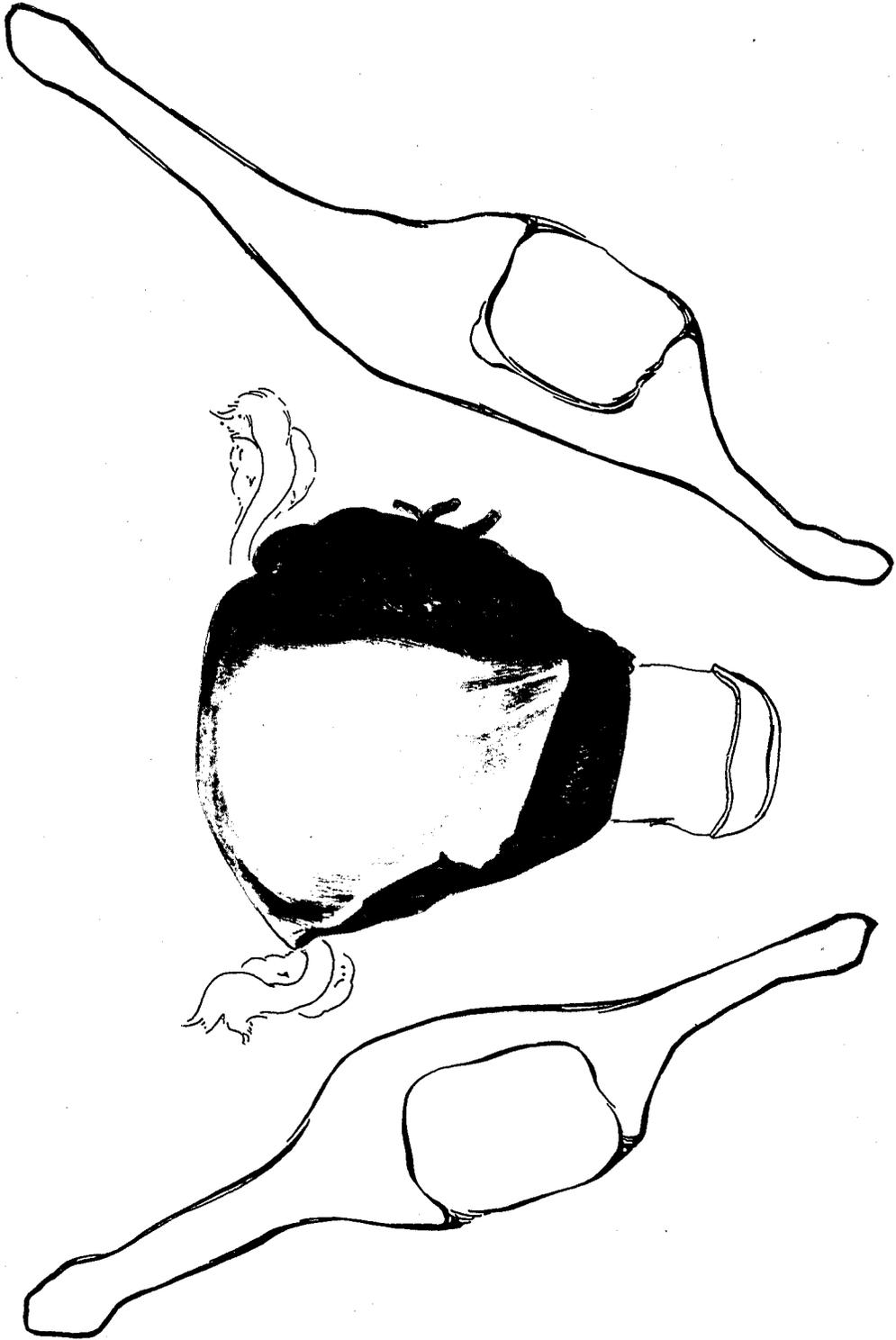




# Tafel XV

**Durch Instrument bei der Abtreibung zersprengte  
Gebärmutterwand.**

Man sieht auf der linken Seite die Gebärmutterwand vollständig zersprengt und die einmündenden Gefäße zerrissen (Fall 8).



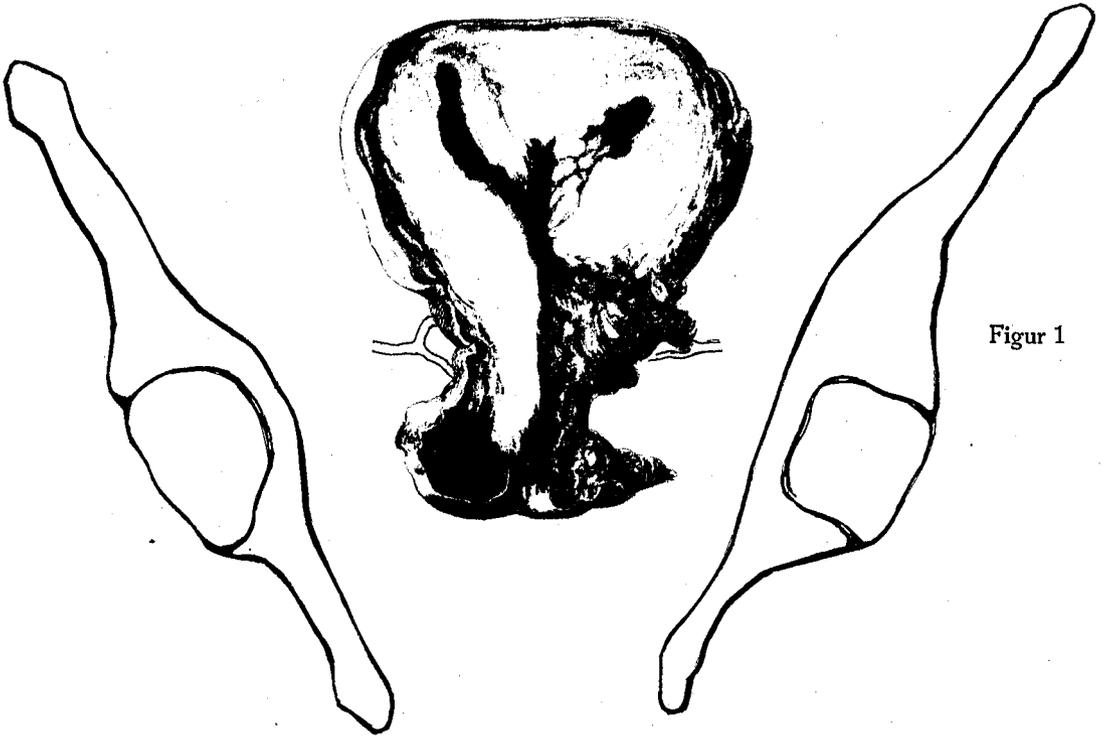


# Tafel XVI

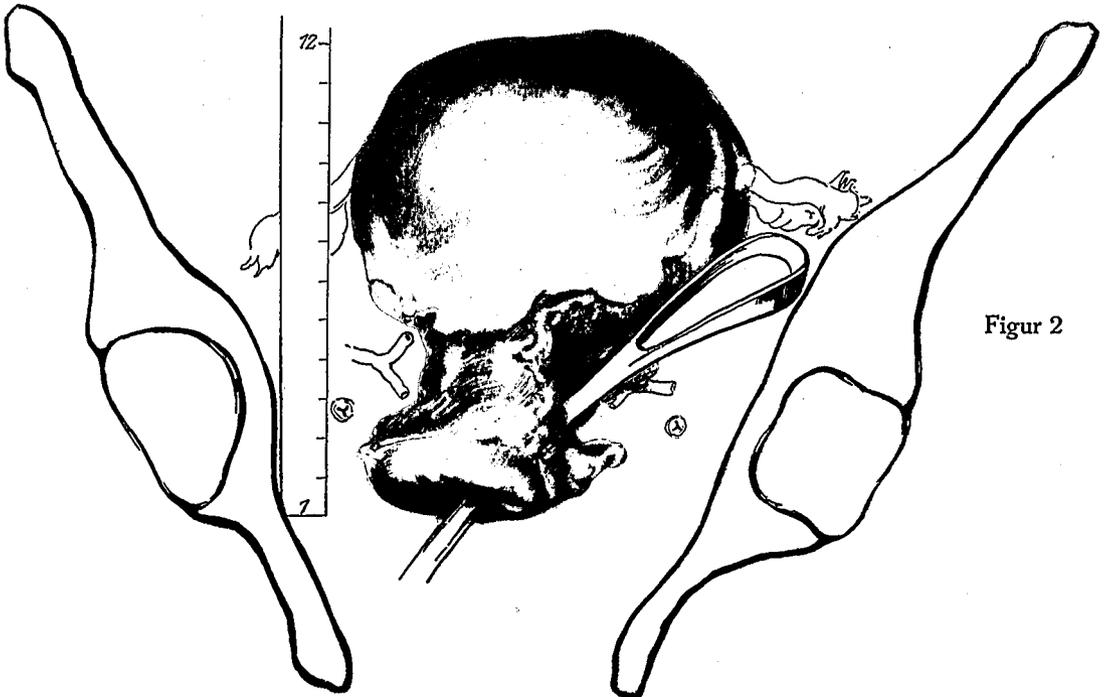
Figur 1 und 2

## **Schwere Zerreißung des Halskanals bei gleichzeitiger Verletzung des Bauchfells.**

Hier ist die Verletzung in 2 Abschnitten erfolgt. In Fig. 1 dargestellt eine uns schon bekannte völlige Zerreißung des Halskanals. Als der Arzt diese Zerreißung nicht merkt (Fig. 2), geht er durch das so entstandene Loch mit dem Instrument ein und reißt durch das Bauchfell hindurch Muskelfetzen von der Beckenwand (Fall 10).



Figur 1



Figur 2



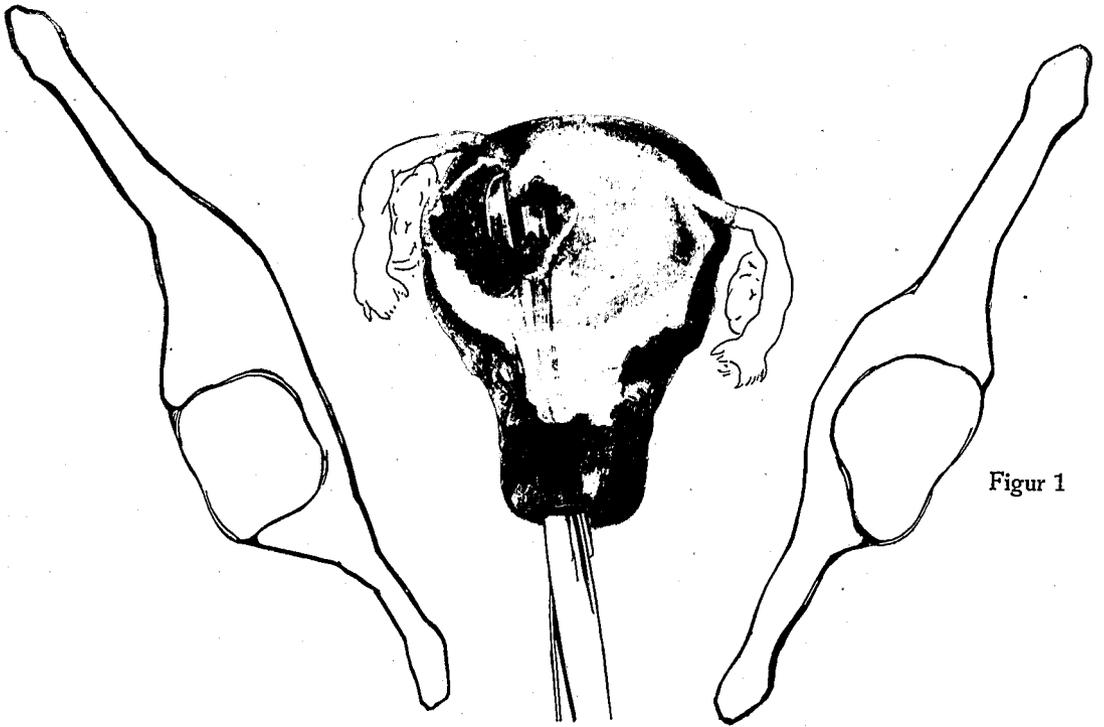
# Tafel XVII

Figur 1 und 2

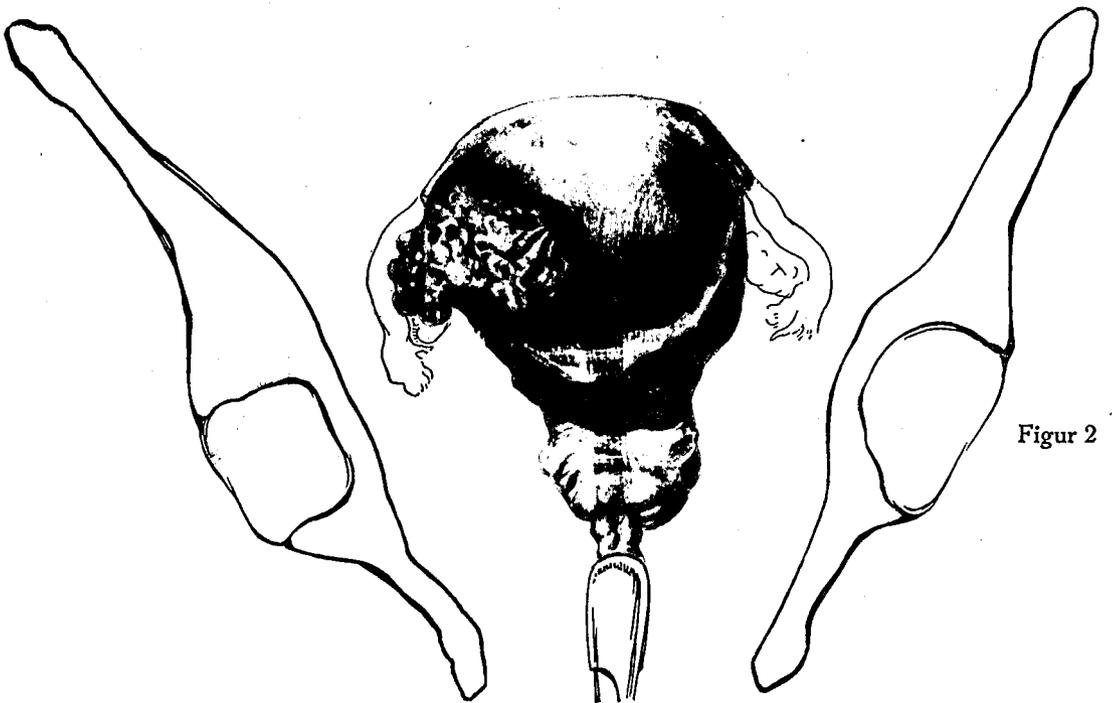
## Das Herausreißen von Gebärmutterwand und umliegenden Organen durch die Abortzange.

Figur 1 zeigt, wie die im Blinden arbeitende Abortzange Stücke der Gebärmutterwand herausreißt (Fall 11).

Figur 2 zeigt, wie das Instrument durch das entstandene Loch ein Stück Gekröse hindurchreißt (Fall 12).



Figur 1



Figur 2



# Tafel XVIII

Figur 1 und 2

## Herausreißen von Darmstücken und Eierstock durch die Abortzange.

Figur 1 zeigt das Herausreißen eines etwa 26 cm langen Stückes Dünndarm (Fall 13).

Figur 2 das Herausreißen eines Eierstockes bei der Ausräumung des Abortes. Man sieht gleichzeitig in dieser Abbildung, wie durch die Scheidenspiegel der Muttermund sichtbar gemacht werden kann. Man sieht ferner den weißglänzenden herausgerissenen Eierstock hinter der hinteren Muttermundlippe in der Scheide liegen (Fall 14). Vgl. hierzu *Liepmann*, Das Geburtshilfliche Seminar, IV. Auflage (Hirschwald).



Figur 1



Figur 2



Tafel XIX

## **Mehrfache schwere Verletzung der Gebärmutter durch die Hand des Operateurs bei der Ausräumung.**

Dieser Fall ist eine große Seltenheit. Wie unsere Skizze zeigt, sind durch brüskes Vorgehen die Finger des Operateurs mehrfach durch die Wand der Gebärmutter gedrungen (Fall 15).

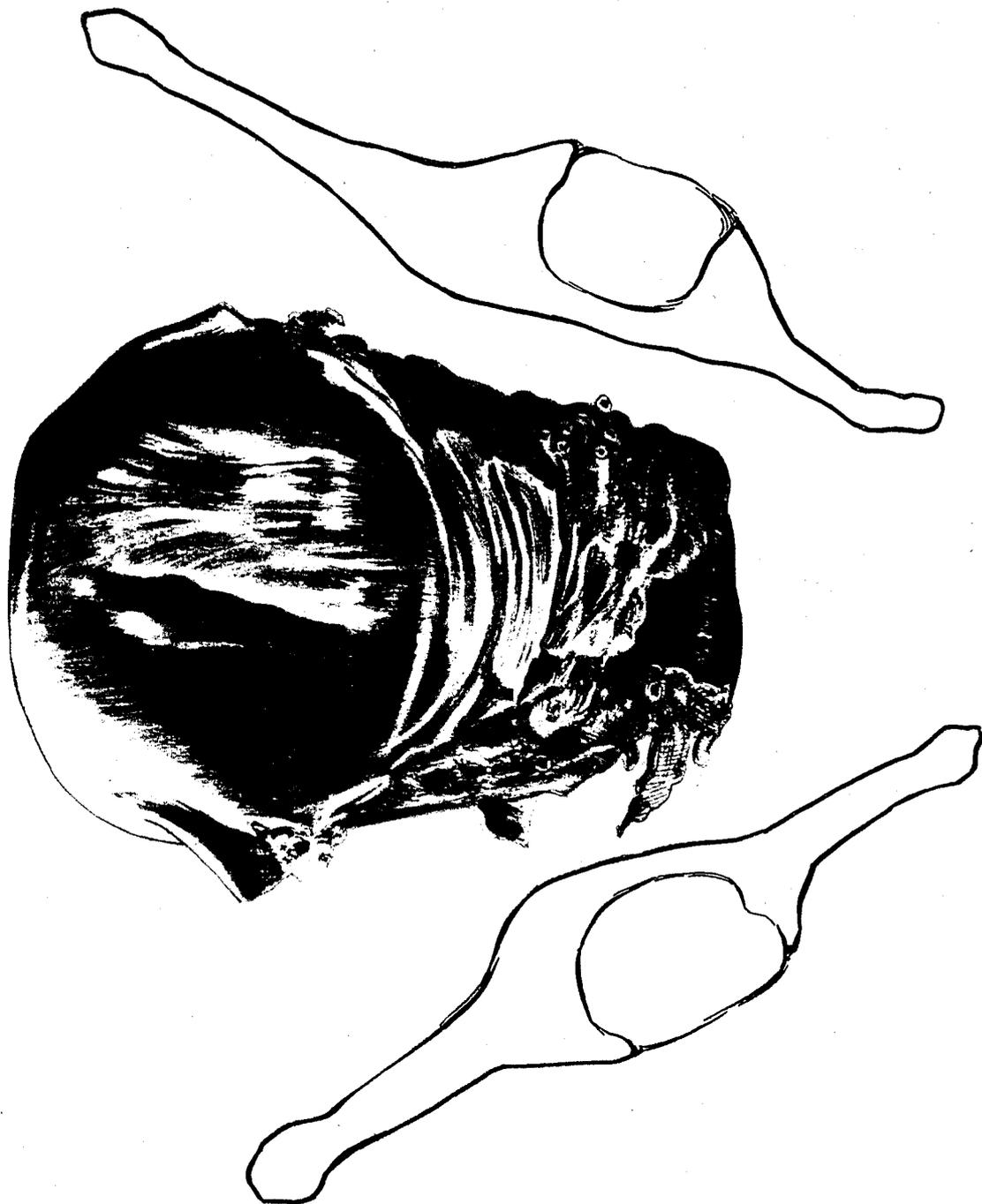




Tafel XX

## Bei der Ausräumung der Nachgeburt völlig herausgerissene Gebärmutter.

Dieser ebenfalls sehr seltene Fall ist mir von auswärts freundlichst zur Verfügung gestellt. Es wurde hier bei der Ausräumung der Gebärmutter anlässlich einer Fehlgeburt im 6. bis 7. Monat, wie ersichtlich, die ganze Gebärmutter herausgerissen (Fall 16).





# Tafel XXI

**Schwere Verletzung der Gebärmutter. Austritt von  
Nachgeburt und Frucht in die freie Bauchhöhle.  
Abreißen einer ganzen Darmschlinge vom Gekröse.**

Man erkennt unschwer die vergrößerte Gebärmutter, in deren Grunde sich eine große Öffnung befindet, durch die Nachgeburt und Frucht in die Bauchhöhle getreten sind. Auf dem Stück der Nachgeburt rechts sieht man den Blinddarm lagern. Die Abortzange reißt eine große Darmschlinge in die Öffnung der Scheide herab. Man sieht das blutende, abgerissene Gekröse (Fall 17).





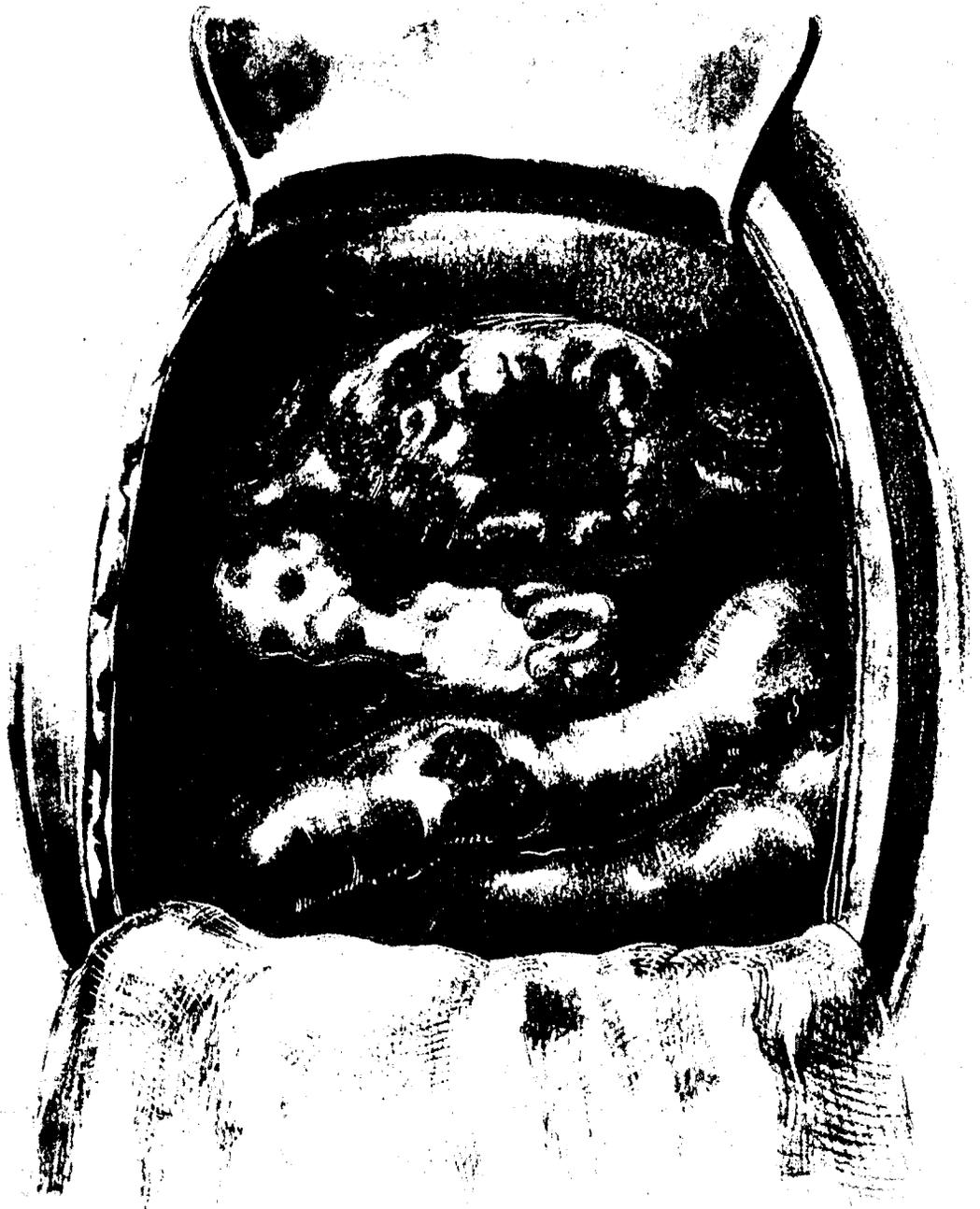
Tafel XXII

**Große Verletzung des Gebärmuttergrundes.  
Austritt der zerstückelten Frucht in die Bauchhöhle.  
Verletzungen des Darms.**

Unsere Abbildung zeigt das Bild der Verwüstung, wie es sich bei der Operation darbot. Im Gebärmuttergrund eine gut zwei-markstückgroße zerfetzte Wunde. Der Bauch voll Blut gefüllt. Zwischen Darmschlingen und Gebärmuttergrund die halbverfalte Frucht, deren unteres Körperende abgerissen ist.

Darüber eine Darmschlinge, auf der man in der Mitte eine deutliche, schon brandig werdende Wunde feststellen kann.

Am oberen Rande des Bildes sieht man den Bauchspiegel, am unteren Rande des Bildes das zum Abdecken der unteren Partien benutzte Bauchtuch (Fall 18).





Tafel XXIII

**Ausreißen eines Stückes der Gebärmutterwand.  
Austritt der Nachgeburt und Frucht in die freie  
Bauchhöhle.**

Man sieht, wie die Nachgeburt durch die große, von der Abortzange herrührende, Verletzung in der Gebärmutterwand mitsamt der Frucht in die freie Bauchhöhle austritt (Fall 19).





Tafel XXIV

## Bauchhöhlenschwangerschaft, die, nicht erkannt, durch Zerreißung zum Tode führte.

Hier wurde eine Schwangerschaft angenommen, eine Auskratzung gemacht und durch die Erstterung das in der Bauchhöhle angesiedelte Ei zum Platzen gebracht. Die Frau verblutet sich in die Bauchhöhle.

Man sieht die Gebärmutter mit einem Faden nach oben gehalten; an beiden Seiten die Eileiter und die Eierstöcke. Rechts wird deutlich vor dem Eileiter das runde Mutterband sichtbar. Hinten sieht man den Mastdarm. Zwischen Mastdarm und linkem Eileiter sieht man den geborstenen Fruchtsack des in der Bauchhöhle angesiedelten Eies. Man erkennt deutlich den Keimling, dessen Kopf, Auge, Hände und Füße sowie Nabelschnur entwickelt sind (Fall 20).

