

Ibrügger, Verblutungstod bei Abortus

руки и кистозной опухолью. Этиология случая 5 остается невыясненной. Терапия: 2 раза брюшное кесарево сечение, 2 раза высокое наложение щипцов, при чем погиб один ребенок. Один раз имелась гибель переносного ребенка при угрожающем разрыве матки. В этом случае была произведена краниотомия и краниоклазия.

Summary: The high positio antero-posterior of the head. The reasons for the high positio antero-posterior of the head were: In the cases I, III and IV the abnormal form of the head with transversally oval Planum suboccipito-bregmaticale together with a rachitically flat, in case I a generally contracted pelvis. In case II prolapse of the arm and a cystic tumour, pelvis and head being normal. Case V remains unexplained aetiologically. Therapy: Twice Sectio caesarea abdominalis, twice development by means of the high forceps, one child dying. Another child also died, a rupture of the uterus being imminent (craniotomy und cranioclasm).

Résumé: La haute position antéro-postérieure de la tête. La haute position antéro-postérieure de la tête est occasionnée: dans les cas I, III et IV par la déformation du crâne avec espace sous-occipito-bregmatical de forme ovale dans le diamètre transverse; lescas III et IV présentaient aplatissement rachitique, le premier cas un rétrécissement général du bassin. Bassin et crâne normaux dans le 2ième cas, proci-dence du bras et tumeur cystique. Cas V reste étiologiquement obscur, thérapeutique: 2 fois opération césarienne abdominale. 2 fois forceps au détroit supérieur du bassin par lequel un enfant périt. Une fois mort lente de l'enfant porté au delà du terme avec rupture menaçante de l'utérus (craniotomie et cranioclasie).

Schrifttum

Haupt, Z. Geburtsh. 86. — Lork, Zbl. Gynäk. 1927, Nr. 27. — Martius, Z. Geburtsh. 76. — Neumann, Arch. Gynäk. 135. — Panek, Zbl. Gynäk. 1915, 448. — Schumacher, Mschr. Geburtsh. 77. — Weinzierl, Med. Klin. 1923, Nr. 18; Zbl. Gynäk. 1923, 266; Z. Geburtsh. 86.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Rostock
(Direktor: Prof. Dr. H. H. Schmid)

Verblutungstod bei Abortus

Von Dr. med. A. Ibrügger, Assistenzarzt der Klinik.

Jedem Gynäkologen ist geläufig, daß schwere und schwerste Anämien zum Bild des Abortus in allen Phasen gehören können, werden die Frauen doch häufig blutüberströmt, manchmal völlig kollabiert oder mit dem ominösen Gähnen eingeliefert. Immer wieder aber ist man erstaunt, wie schnell sich selbst erheblich ausgeblutete Frauen nach Beseitigung der Blutungsquelle erholen und schon am nächsten Tag ein ganz normales Aussehen zeigen. Mittelstrass konnte beispielsweise von einer Frau berichten, bei der infolge hochgradiger Anämie bei Fehlgeburt eine tagelang anhaltende Amaurose auftrat, die sich aber nach zwei Bluttransfusionen nach einigen Tagen zurückbildete (Hgb. 25 %). Vielleicht ist es gerade die Technik der Infusion von isotonischen Flüssigkeiten, die in den letzten beiden Jahrzehnten immer mehr verbessert werden konnte, und die Bluttransfusion, die eigentlich erst nach dem ersten Weltkrieg immer mehr Allgemeingut geworden ist, die die Gefahr der Verblutung immer geringer haben werden lassen. Wie eminent selten aber der Tod an Verblutung bei Fehlgeburten ist, ergibt sich schon aus der Tatsache, daß die Anzahl erfahrener Frauenärzte nicht klein ist, die einen solchen Fall niemals erlebt haben. So ist auch erklärlich, daß gerade jüngere Ärzte und Studenten der Ansicht zuneigen, die Möglichkeit einer Verblutung sei fast ausgeschlossen. Tatsächlich ist man erstaunt, wie wenig Fälle eines derartigen Ereignisses im Schrifttum beschrieben sind; sie

finden sich nur vereinzelt, mehr oder minder ausführlich beschrieben oder in Statistiken eingestreut. Nicht vergessen sollte man aber die Mühe, die oft angewandt werden mußte, um den letalen Ausgang abzuwenden, wie es in den Veröffentlichungen von Puppel und Hellendall zum Ausdruck kommt, wo nur noch die suprazervikale Amputation des Uterus Hilfe bringen konnte.

Die außerordentliche Seltenheit von Todesfällen durch Verblutung führte 1920 Neu dazu, die Fragestellung seines Aufsatzes, ob der Gefahr der Verblutung bei der Indikation zur Beendigung des Abortes irgendeine Bedeutung beizumessen sei, zu verneinen. Er hatte bei dem Frankfurter Material von 1914–1920 nicht einen Fall erlebt, und nur die Fälle von Jaschke und Bondy waren ihm bekannt. Seine Ansicht teilten damals Unterberger, Traugott und Hegar. Die gleiche Auffassung vertrat kurz darauf Missler (zit. nach Bass). 1926 stellte Heynemann im Handbuch von Halban-Seitz 6 Fälle zusammen und warnte ausdrücklich davor, die Blutung beim Abortus zu unterschätzen. Schon 2 Jahre später konnte Federlin außer den 6 von Heynemann angeführten Fällen noch auf Veröffentlichungen von Kiefer, Hammerschlag, Heinsius und Oing mit je 1, Latzko und Bass mit je 2 und P. Schneider sogar mit 3 Fällen hinweisen, wozu noch 1 Fall von ihm selbst kam. Mandelbaum berichtete ebenfalls kurz darauf über ein derartiges Ereignis bei einem 19jährigen Mädchen. In kurzer Zeit wurden also eine ganze Reihe derartiger Fälle bekannt, so daß Federlin schon zu der Ansicht kam, man könne von Seltenheiten eigentlich nicht mehr sprechen. Überblickt man nun das Schrifttum der letzten 20 Jahre, soweit es mir zur Verfügung steht, so muß man allerdings feststellen, daß in dieser Zeit kein derartiger Fall mehr veröffentlicht wurde; es schien, als wäre die Gefahr der Verblutung völlig gebannt.

Daß aber doch hin und wieder ein solches Ereignis eintreten kann, obwohl alle modernen Mittel zur Bekämpfung der Verblutung zur Verfügung standen, beweist ein Fall, über den wir – leider – in der Lage sind zu berichten. Seine Veröffentlichung soll daran erinnern, daß die Möglichkeit der Verblutung auch heute noch gegeben ist.

Es handelte sich um eine 35jährige Frau, die 4 Geburten und 1 Fehlgeburt hinter sich hatte. Angeblich war sie nie ernstlich krank gewesen. Letzte Regel 28. 11. 1946. Am 6. 3. 1947 traten abends um 21 Uhr wehenartige Schmerzen im Unterleib auf, die von einer heftigen Blutung mit großen Blutklumpen begleitet waren. Einlieferung in die Klinik gegen Mitternacht. Befund: Äußeres Genitale und Oberschenkel mit Blut beschmiert, in der Vagina große Blutkoagula, Portio tiefstehend, weich. Im Zervikalkanal, der für zwei Finger passierbar ist, fühlt man Teile des Fetus. Uterus etwas nach rechts geneigt, entspricht einer Gravidität im 4. Monat. Adnexe und Parametrien o. B. Keine Temperatur. Da die Blutung bei der Aufnahme nur gering war und die Frau keine Merkmale einer stärkeren Ausblutung aufwies, wurden zunächst Kontraktionsmittel gegeben, um die spontane Ausstoßung in die Wege zu leiten.

In den frühen Morgenstunden des 7. 3. trat eine heftige Blutung auf (ca. 500 ccm). Die Patientin kollabierte, der Befund war im wesentlichen unverändert. Nunmehr wurde eine instrumentelle Ausräumung mit der Abortzange vorgenommen, wobei ein 16 cm langer Fet und die Plazenta schnell entfernt werden konnten; auch dabei blutete es ziemlich erheblich. Erst nach mehrfacher Darreichung von Hypophysin und Orasthin kam die Blutung zum Stillstand. Indessen war die Frau jedoch so ausgeblutet (Hgb. 25 %), daß eine sofortige Bluttransfusion von 400 ccm gruppen-

gleichen Blutes notwendig wurden. Im Anschluß daran wurden 700 ccm Periston intravenös infundiert. Die Patientin reagierte auf die Bluttransfusion mit einem Schüttelfrost und machte bis zum Mittag trotz laufender Applikation von peripheren und zentralen Kreislaufmitteln einen sehr schlechten Eindruck. Dann trat eine leichte Besserung des Befindens ein, der Puls wurde kräftiger; um 19.30 h jedoch trat plötzlich der Exitus letalis ein. Die Sektion ergab eine starke Anämie aller Organe; kein Anhalt für Embolie; Uterus völlig entleert. Der Gesamtblutverlust ließ sich nicht schätzen.

Epikritisch ist zu diesem Fall zu bemerken, daß es verabsäumt wurde, den Grad der Ausblutung durch Bestimmung des Hgb.-Gehaltes festzustellen, zumal bekannt war, daß die Frau schon draußen reichlich Blut verloren hatte. Aber schon der Hinweis darauf hätte genügen sollen, den Abort sofort zu beenden, zumal es sowieso nur selten vorkommt, daß eine Fehlgeburt in den ersten Monaten der Gravidität vollständig ausgestoßen wird, so daß man meist doch gezwungen ist, eine Nachräumung vorzunehmen. Eine Gegenindikation zur operativen Beendigung durch Temperaturerhöhung war hier ja nicht gegeben.

Es soll hier nicht die Frage aufgeworfen werden, ob man den unvollständigen Abort konservativ oder operativ behandeln soll. Diese Frage erscheint beim afebrilen Abort auch nicht von solcher Bedeutung zu sein wie bei der Komplikation durch Temperaturerhöhung, wo wir durchaus die expektative Behandlungsweise bejahen und uns nur in verzweifelten Fällen einer foudroyanten Blutung zur operativen Behandlung entschließen. Es muß aber hervorgehoben werden, daß es nicht so sehr auf die Stärke der Blutung ankommt, wie sie sich dem Arzt bei der ersten Inspektion darbietet, sondern auf den Zustand der bereits bestehenden Anämie (Bass), denn bei einer stark ausgebluteten Frau, deren Kreislauf gerade noch die Blutmenge mit der noch eben zum Leben notwendigen Sauerstoffmenge enthält, genügt schon eine minimale zweite Blutung, um den Tod herbeizuführen. Colmeiro Laforet teilt daher die Aborte in zwei Gruppen ein, in eine mit leichter und in eine mit schwerer Anämie. Die erste Gruppe behandelt er nach Heynemann mit Chinin und Hypophysenhinterlappenpräparaten, um zunächst die spontane Ausstoßung abzuwarten. Die andere Gruppe wird sofort einer operativen Behandlung zugeführt. Im allgemeinen besteht wohl darüber kein Zweifel, daß die Indikation zum sofortigen Eingreifen durch Blutung und hochgradige Anämie gegeben ist; diese Ansicht teilen auch alle Vertreter der konservativen Behandlung. Der beste Beweis dafür ist ja, daß der Verblutungstod beim Abort so eminent selten ist. Es ist unverantwortlich abzuwarten, bis bedrohliche Zeichen wie Kollaps oder dauerndes Gähnen auftreten. Gerade das Gähnen, ein Symptom, das viel zu wenig bekannt ist, verdient größte Beachtung, denn es ist der Ausdruck einer akuten motorischen Reizung des gesamten Mittelhirns bis zur Medulla oblongata infolge hochgradiger Sauerstoffnot. H. H. Schmid hält in diesem Zustand bei akuter Blutung eine sofortige Bluttransfusion für unbedingt erforderlich.

Es erscheint mir nicht unerlaubt, eine Parallele zur Blutung unter und nach der Geburt zu ziehen, denn wie dort sind auch die Verblutungstodesfälle beim Abort wohl meist auf Atonie und Placenta praevia oder cervicalis (Wolters) zurückzuführen. Werden auch dabei große Blutverluste manchmal erstaunlich gut getragen, so sieht man auch dort häufig, wie nach scheinbarer Erholung nach schwerem Blutverlust eine kleine Nachblutung genügt, um den Tod herbeizuführen. Dieses Bild, das allen Geburtshelfern geläufig ist, sollte auch bei der Abortblutung nicht unterschätzt werden.

Der spezielle Grund der Verblutung ist bei unserer Patientin nicht erwiesen. Für einen kriminellen Eingriff bestand kein Anhalt. Konstitutionelle Hinweise, die auf einen hypoplastischen Gefäßapparat schließen ließen, bestanden ebenfalls nicht. Dieses Moment hielt Bass wegen seiner engen Beziehung zum Status thymo-lymphaticus und der dadurch bedingten Resistenzschwäche gegen Schädigungen verschiedenster Art für wesentlich. Dagegen kann man einwenden, daß es sich bei den meisten Veröffentlichungen um Mehrgebärende handelte, bei denen eine Störung der Geburt bis dahin nicht aufgetreten war.

Zusammenfassung

Es wird über eine 35jährige Multipara mit afebrilem, in Gang befindlichem Abort berichtet, die trotz Ausräumung, Bluttransfusion und aller zur Verfügung stehenden Mittel nicht gerettet werden konnte. Die Sektion ergab einen Verblutungstod.

Bei der Beurteilung der Frage des aktiven oder zuwartenden Verhaltens bei der Entleerung des abortierenden Uterus ist die Stärke der Blutung und der Zustand der Anämie entscheidend. Jeder Abort mit hochgradiger Anämie muß sofort ausgeräumt werden, sei er febril oder afebril.

Краткое содержание: **Ибрюггер. Смерть от крови потери выкидыше.** Автор сообщает о случае 35-и летней повторнородящей с безлихорадочным начавшимся выкидышем, которую, несмотря на освобождение матки от содержимого, переливание крови и принятие всех соответствующих мероприятий, все-же не удалось спасти. На вскрытии была обнаружена смерть от потери крови.

При обсуждении вопроса об активном или консервативном лечении выкидыша степень потери крови и анемии являются решающими. При всяком выкидыше с сильной анемией, будь он фербильным или афебрильным, следует немедленно произвести аборт.

Summary: **Death caused by hemorrhage in connection with abortion.** Report on a 35 year old multipara with an afebrile going abortion who in spite of curetting, blood transfusion and all other disposable means could not be saved. The section revealed mortal bleeding.

As to an active or expectant procedure at the evacuation of the aborting uterus, it is decisive to know the extent of the hemorrhage and the state of the anaemia. Every abortion with a high-grade anaemia must be at once curetted, be it febrile or afebrile.

Résumé: **Mort par hémorrhagie dans un cas d'avortement.** Rapport du cas d'une multipare de 35 ans, qui au cours d'un avortement afebrile, malgré évidentement, transfusion de sang et application de tous les moyens disponibles, ne put être sauvée. L'autopsie révéla mort par hémorrhagie.

Dans la question critique: traitement actif ou expectant lors de l'évidement de l'utérus avortant, la force de l'hémorrhagie et l'état de l'anémie sont décisifs. Tout avortement avec forte anémie doit être évacué immédiatement, qu'il soit fébrile ou afebrile.

Schrifttum

Bondy, Z. Geburtsh. **70**, 417 (1912). — Baß, Zbl. Gynäk. **1927**, 18, 1119. — v. Dongen, Ber. Gynäk. **36**, 842 (1926). — Colmeiro Laforet, Rev. españ. Obstetr. **20**, 441 (1935). — Federlin, Zbl. Gynäk. **1927**, 48, 3068. — Handron, Münch. med. Wschr. **1922**, 350. — Hellendall, Zbl. Gynäk. **1924**, 7a, 324. — Hense, Z. Geburtsh. **62**, 304 (1924). — Heynemann, in Halban-Seitz, Bd. 7, 1, 576 (1926). — v. Jaschke, Z. Geburtsh. **67**, 656 (1910). — Kiefer, Z. Geburtsh. **92**, 633 (1928). — Mamen, ref. in Ber. Gynäk. **36**, 843 (1925). — Mandelbaum, Zbl. Gynäk. **1927**, 32, 2041. — Mittelstrass, ref. in Ber. Gynäk. **37**, 231 (1938). — Neu, Münch. med. Wschr. **1920**, 1350. — Oing, Zbl. Gynäk. **1927**, 13, 789. — Pribram, Zbl. Gynäk. **1921**, 41, 1483. — Puppel, Mschr. Geb. **62**, 217 (1923). — Schmid, H. H., in Halban-Seitz, Bd. 8, 1, S. 327 (1926). — Schneider, P., Zbl. Gynäk. **1926**, 51, 3264. — Traugott, Med. Klin. **1913**, II, 1067. — Wolters, Zbl. Gynäk. **1924**, 12, 672.

Zwei weitere Fälle von Hüssy (Schweiz. med. Wschr. **1941**, II, 1283) und ein Fall, den Thomsen aus der Klinik Hamburg-Eppendorf mitteilte (Z. Geburtsh. **1947**, 2, 119) wurden dem Verf. erst nach Fertigstellung der Arbeit bekannt.