

nur so erklärt werden, daß der Kopf sich in I. Schädellage — Hinterscheitelbeineinstellung im Beckeneingang — befunden hatte. Die beiden Druckmarken stammten vom Promontorium und der Symphyse und entsprachen den beiden Enden des squamoparietalen Kopfdurchmessers, mit dem bekanntlich beim plattkrachitischen Becken der lateral-flektierte Kopf in asynklitischer Einstellung dem Beckeneingang fest aufliegt. Die Entfernung der beiden Druckpunkte betrug 9,5 cm, mit dem Tasterzirkel gemessen. Hieraus durfte man schließen, daß die *Conjugata vera* ziemlich genau diese Größe gehabt haben muß, also eine Beckenverengerung I. Grades vorlag.

Ohne Zweifel war die vordere Muttermundslippe zwischen Kopf und Symphyse eingeklemmt gewesen. Wie aber war ihre Abreißung zustande gekommen?

Die Vordrängung und Abreißung der vorderen Muttermundslippe durch den Kopf ließ sich nur so deuten, daß die sehr starken Wehen, welche der Injektion von Physormon folgten, dem noch nicht vollständig erweiterten Muttermund keine Zeit ließen, sich vor dem wichtig andrängenden Kopf zurückzuziehen. Dazu kommt, daß die Kreißende vorzeitig mitpreßte, d. h. zu einer Zeit, als sich die Leitstelle noch oberhalb der Interspinallinie befand.

Für die Praxis folgt aus dieser Beobachtung, bei der Geburt beim engen Becken vor der Injektion eines Wehenmittels der möglichen Einklemmung der vorderen Muttermundslippe zwischen Kopf und Symphyse möglichst Achtsamkeit zu schenken und die eingeklemmte Lippe bei der digitalen Untersuchung von Rektum oder Vagina aus unmittelbar vor der Injektion des Hypophysenpräparats zurückzuschieben und so lange zurückzuhalten, bis einige starke Wehen den Kopf in den unteren Raum des Beckens vorgetrieben haben.

Was die Therapie der entstandenen Geburtsverletzung anbetrifft, so vertritt Füh den Standpunkt, daß bei unvollständigem Abreißen der Cervix die operative Entfernung am besten ist. Im Falle Brünner wurde der abgerissene Lappen angenäht; doch stieß sich ein großer Teil später ab, und nur der Rest heilte an. Der Fall zeigt, daß die Heilungsaussichten dann gering sein werden, wenn das Gewebe an der Abrißstelle durch lang anhaltenden Druck so schwer geschädigt wurde, daß man beinahe von Nekrose sprechen kann. Deswegen entschlossen auch wir uns, das Gewebstück abzutragen. Es hatte eine Größe von 6,5 : 3,5 : 2,5 cm.

Aus der Klinik für Geburtshilfe der 2. Moskauer Staatsuniversität.

Direktor: Prof. E. Kurdinowsky.

Geburten nach künstlichem Abort¹.

Von Dr. X. Bronnikowa, Assistent der Klinik.

Klein (Woronesh) und Atzerodt (Klinik von Prof. v. Jaschke) haben in der vorliegenden Frage nach einer Methodik gearbeitet — sie vergleichen summarisch den Prozentsatz der Komplikationen während der Geburt nach und ohne vorausgegangene Aborte. Sie sind zu diametral entgegengesetzten Schlüssen gekommen. Klein fand eine größere Zahl von Komplikationen nach Aborten, Atzerodt

¹ Mitgeteilt auf dem VIII. Allrussischen Gynäkologenkongreß in Kiew, Mai 1928.

verneint vollkommen den schädlichen Einfluß des Abortes auf die nachfolgenden Geburten.

Lankowitz, der die Frage mehr detailliert bearbeitete, kommt zur Folgerung, daß der Abort auf Geburten Erstgebärender ungünstig wirkt.

Da wir der Methodik eine große Bedeutung zusprechen, bemühten wir uns, als Basis unserer Arbeit ein Material zu gewinnen, welches die Möglichkeit gab, mit größter Klarheit den Einfluß des künstlichen Abortes aus der Reihe der anderen Faktoren, welche ihn verdunkeln, auszuschneiden:

- 1) Wir nahmen nur Erstgebärende.
- 2) Es wurden nur solche Personen in Betracht gezogen, bei welchen weder in der Anamnese, noch bei der objektiven Untersuchung allgemeine (Tuberkulose, Lues u. a.) oder lokale (gynäkologische) Erkrankungen festgestellt werden konnten.
- 3) Frauen mit Deformationen des Skeletts, mit Beckenveränderungen (enge, unregelmäßige Becken) kamen nicht in das Material.
- 4) Arbeiterinnen, welche mit industriellen Giften arbeiten, wurden ausgeschlossen.

Als Material dienten 1470 Geburtsgeschichten (1926—1927) Erstgebärender (653 nach vorausgegangenen Aborten und 717 ohne solche).

Zur Schätzung der Rolle der Konstitution boten die Geburtsberichte keinen Anhalt.

Die Fragen, die wir uns gestellt hatten, berühren:

- 1) die mittlere Dauer der normalen Geburt (wobei wir unter normal solche Fälle verstanden, wo die Geburt spontan, ohne irgendeinen Schaden für die Mutter und die Frucht verlief). Nur durch Dammriß komplizierte Geburten zählten wir zu normalen;

- 2) die Zahl und den Charakter der Komplikationen während der Geburt und dem Puerperium, als auch der erwiesenen Hilfsmittel;

- 3) den Einfluß a. auf die Frucht (als Kriterium wurde ihr Gewicht genommen) und b. auf die Nachgeburt (ihr Gewicht) als Organ des Stoffwechsels der Frucht.

Die Hauptresultate sind in einer Reihe von Tabellen dargestellt.

Die Tabelle I zeigt die Dauer der normalen Geburten. Es wird die Geburtsdauer bei Frauen ein und desselben Alters (20—30 Jahre und 30—40 Jahre) bei gleichem Gewicht der Frucht verglichen. Frauen im Alter unter 20 Jahren sind ihrer geringen Zahl wegen nicht angeführt.

Wir sehen, daß die Geburten bei jungen und bei älteren Frauen nach Aborten im Mittleren $1\frac{1}{2}$ —7 Stunden länger als bei den entsprechenden Kontrollfällen dauern.

Das Studium der Eigenheiten des Geburtsverlaufs zeigt, daß der Prozentsatz der pathologischen Geburten im allgemeinen nach Aborten mehr als 2mal größer ist als bei den Kontrollierenden (13,8%, 6,8%).

Die Tabelle II zeigt den Charakter der Komplikationen, welche während der Geburt eintraten und ihre prozentuale Beziehung zu der betreffenden Gruppe und zu den Kontrollfällen. Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, kommt von den einzelnen Komplikationen die atonische Blutung nach Abort fast 2mal, Placenta accreta 3mal, Schwäche der Geburtswehen 4mal häufiger als bei den Kontrollfällen vor.

Der ungünstige Einfluß des künstlichen Abortes zeigte sich auch im Puerperium (s. Tabelle III) durch Vergrößerung des Prozentsatzes der Erkrankungen nach Aborten fast um 2mal im Vergleich mit den Kontrollfällen. Von den einzelnen

Tabelle I.
Geburtsdauer (normale).

Alter der Mütter	Gewicht des Kindes	Abortierende						Nicht Abortierende (Kontrolle)		
		mit 1 Abort		mit 2—5 Aborten		mit 6—10 Ab. und mehr		Im Mittleren	Zahl der Fälle	Dauer der Geburt
		Zahl der Fälle	Dauer der Geburt	Zahl der Fälle	Dauer der Geburt	Zahl der Fälle	Dauer der Geburt			
bis 20 Jahre	2800 bis 3200	3	22 St. 10 Min.	—	—	—	—	—	65	15 St. 14 Min.
	3200 bis 3600	7	18 —	—	—	—	—	—	32	15 10
	3600 bis 4000	2	16 —	—	—	—	—	—	39	15 44
	4000 u. höher	1	19 —	—	—	—	—	—	7	21 43
20—30 Jahre	2800 bis 3200	94	18 St. 30 Min.	52	19 St. 30 Min.	1	19 St. — Min.	19 St. — Min.	179	17 St. 36 Min.
	3200 bis 3600	159	17 30	64	19 —	1	19 —	18 30	180	15 44
	3600 bis 4000	63	19 30	33	13 —	—	—	17 20	90	15 24
	4000 u. höher	37	25 —	5	20 30	—	—	25 —	45	25 —
30—40 Jahre	2800 bis 3200	12	15 St. 40 Min.	10	21 St. 54 Min.	3	20 St. 2 Min.	18 St. 30 Min.	13	13 St. — Min.
	3200 bis 3600	6	17 30	3	20 10	2	23 30	20 23	7	19 30
	3600 bis 4000	2	22 30	2	9 45	—	—	—	8	9 10
	4000 u. höher	1	18 —	—	—	—	—	—	3	21 —

Tabelle II.
Komplikationen während der Geburt.

Benennung der Komplikationen	Zahl der Fälle												
	Abortierende						Nicht Abortierende (Kontrolle)						
	mit 1 Abort			2—5 Aborte			6—10 Aborte			Absol. Zahl	%	bis 20 Jahre	20 bis 30 Jahre
	bis 20 Jahre	20 bis 30 Jahre	30 bis 40 Jahre	bis 20 Jahre	20 bis 30 Jahre	30 bis 40 Jahre	bis 20 Jahre	20 bis 30 Jahre	30 bis 40 Jahre				
Ruptura perin.	5	70	16	—	32	6	—	—	1	130	19,7	27	168
Atonische Blutungen	1	19	2	1	21	2	—	—	—	46	7	8	21
Placenta accreta	—	3	—	—	4	2	—	—	—	9	1,4	—	3
Wehenschwäche	—	8	—	—	5	—	—	—	—	13	1,9	3	—
Frühe Lösung der Placenta	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	0,2	—	—
Im ganzen											30,2	199	248
Nach Abzug der Rupturen											10,6	69	35
												—	34,5
													4,9

Komplikationen (siehe Tabelle III) nach Aborten prävalieren Endometritis und Lochiometra.

Der Prozentsatz der angewandten Hilfsmittel nach Aborten (Tabelle IV) ist fast 3mal größer als bei den Kontrollfällen. Im einzelnen kamen Zangengeburt 10mal häufiger vor. Die manuelle Lösung der Placenta und die manuelle Untersuchung des Gebärmuttercavums wurden jede 10mal häufiger angewandt. Der Prozentsatz der Anwendung des Credé'schen Handgriffs ist fast 3mal größer (von einer subjektiven Aufstellung der Operationsindikationen nach Aborten kann keine Rede sein, da das große klinische Material durch die Hände nicht eines, sondern mehrerer Ärzte geht).

Die Resultate, die sich auf den Einfluß des künstlichen Aborts auf das Gewicht der Frucht beziehen, sind in der Tabelle V angeführt. Es ist ersichtlich, daß das Gewicht der Frucht nach Aborten geringer ist als bei den Kontrollfällen, wobei nach vielen Aborten diese Differenz noch schärfer ausgeprägt ist. Die Gewichtsschwankungen der Frucht lenken um so mehr die Aufmerksamkeit auf sich, da das Gewicht der Frucht an und für sich eine stabile Größe, welche sogar dem Einfluß solch eines Faktors, wie das Hungern der Mutter, standhält, darstellt (Ruge, Momm, Thirch, Mosmer, Hesse, X. Bronnikowa).

Wodurch erklärt sich die Gewichtsverringering der Frucht im Zusammenhang mit dem künstlichen Abort?

Es ist möglich, daß hier die Nahrungsstörung durch die lokalen Veränderungen in der Gebärmutter neben dem möglichen Einfluß der Störung des Stoffwechsels bei der Mutter (?) eine Rolle spielt. Einer endgültigen Erklärung enthalten wir uns, da wir dafür noch nicht genügend objektive Resultate besitzen.

Die Tabelle VI zeigt, daß

1) in allen vier Gruppen (Gruppen dem Gewicht der Frucht nach) das mittlere Gewicht der Nachgeburt nach Aborten über dem Gewicht der Kontrollfälle prävaliert, und daß

2) mit der Vergrößerung der Zahl der Aborte das Gewicht der Placenta ebenfalls unveränderlich wächst.

Als Erklärung dieser auf den ersten Blick paradoxen Tatsache drängt sich der Gedanke auf,

Tabelle V.
Gewicht der Frucht.

Alter der Mutter	Abortierende												Nicht Abortierende (Kontrolle)		
	mit 1 Abort			mit 2—5 Aborten			mit 6—10 Aborten			über 10 Aborte			Im Mittleren	Zahl der Fälle	Gewicht der Frucht
	Zahl der Fälle	Gewicht der Frucht	Zahl der Fälle	Gewicht der Frucht	Zahl der Fälle	Gewicht der Frucht	Zahl der Fälle	Gewicht der Frucht	Zahl der Fälle	Gewicht der Frucht					
bis 20 Jahre	16	3339	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3339	158	3465
20—30 »	441	3350	143	3332	1	3250	2	3025	2	3025	3	3283	3340	527	3445
30—40 »	25	3347	22	3320	—	—	3	3283	3	3283	3	3283	3334	32	3344

Tabelle VI.
Gewicht der Nachgebur.

Alter der Mutter	Gewicht der Frucht	Abortierende						Nicht Abortierende (Kontrolle)		
		mit 1 Abort		mit 2—5 Aborten		mit 6—10 Aborten und mehr		Im Mittleren	Zahl der Fälle	Gewicht der Placenta in g
		Zahl der Fälle	Gewicht der Placenta in g	Zahl der Fälle	Gewicht der Placenta in g	Zahl der Fälle	Gewicht der Placenta in g			
20 Jahre	2800 bis 3200	3	598	—	—	—	—	—	65	546
	3200 bis 3600	7	630	—	—	—	—	—	32	599
	3600 bis 4000	2	659	—	—	—	—	—	39	638
	u. höher	1	650	—	—	—	—	—	7	755
20—30 Jahre	2800 bis 3200	94	563	52	580	—	—	571	179	559
	3200 bis 3600	159	598	64	643	1	625	625	180	594
	3600 bis 4000	63	661	33	691	1	550	676	90	629
	u. höher	37	734	5	766	—	—	750	45	726
30—40 Jahre	2800 bis 3200	12	607	10	675	3	680	641	13	516
	3200 bis 3600	6	630	3	633	2	715	631	7	560
	3600 bis 4000	2	730	2	740	—	—	735	8	672
	u. höher	1	720	—	—	—	—	720	3	655

daß die relative Vergrößerung des Nachgeburtsgewichts, als Äußerung des Kampfes ums Dasein der Frucht, welche in dem Uterus nach Aborten in schlechtere Bedingungen versetzt ist, zu gelten hat.

Die oben angeführten Tatsachen überzeugen uns, daß der künstliche Abort, welcher bei einer gesunden Frau ohne sichtbare Komplikationen verläuft, bei darauffolgenden Geburten aber einen ungünstigen Einfluß ausübt.

Literatur:

- 1) Klein, Münch. med. Wschr. **1927**, Nr 9.
 - 2) Atzerodt, Zbl. Gynäk. **1927**, Nr 43.
 - 3) Lankowitz, Geburtshilfe und Gynäkologie **1926**, Nr 1 (russ.).
-

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

Nordostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie.

Festsitzung zur Feier des 25jährigen Bestehens der Gesellschaft im großen Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik in Königsberg i. Pr. am 28. Januar 1928.

Vorsitzender: Zangemeister; Schriftführer: Unterberger.

Der Ehrenvorsitzende, Herr Winter, ergreift das Wort zu einem Festvortrag, in dem er den äußeren Werdegang der Gesellschaft schildert.

Die zweite Festrede hält Herr Unterberger. Er gedenkt der Toten und entwirft ein Bild von dem, was die Gesellschaft in den ersten 25 Jahren ihres Bestehens wissenschaftlich geleistet hat. Ganz besonders werden die großen Verdienste Winter's hervorgehoben.

Herr Zangemeister gibt alsdann einen Überblick über die Leistungen der letzten 25 Jahre auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Demonstrationen:

Fink (Königsberg i. Pr.): Demonstration einer gut kindskopfgroßen Cyste von der Cervix, die als Abkömmling von einem Gartner'schen Gang aufgefaßt wird.

(Erscheint als Originalartikel in diesem Zentralblatt.)

Zangemeister: Demonstrationen.

I. Präparat eines Fötus von 25 cm Länge und 320 g Gewicht (Kopf-Steißlänge 15 cm). Außer Kontrakturen an den Extremitäten und Klumpfüßen zeigt die Frucht eine helmartige Erhöhung des knöchernen Schädeldaches, welches außerordentlich hart ist. Die anatomische Untersuchung (Prof. Heiss) hat bisher ergeben, daß das gesamte Knochensystem außerordentlich hart und weitgehend entwickelt ist, so daß die Knochen, die sich in jenem Alter mit der Schere schneiden lassen, durchgesägt werden müssen. Das Röntgenbild ergibt Knochenschatten, welche einer reifen Frucht entsprechen. Dies zeigt sich besonders schön, wenn man eine Röntgenphotographie betrachtet, auf der ein gleichgroßer Abortföt neben der Mißbildung aufgenommen worden ist. Absolut weiße Knochenschatten der letzteren, schwache Knochenschatten einer entsprechend großen Normalfrucht. Außerdem hat die Untersuchung ergeben, daß sich Fett und Haut verhalten wie bei einem reifen Kind. Abgesehen davon, besteht noch ein ausgesprochener Mangel an Muskulatur an beiden Oberschenkeln.