

39—41. — 24) Schottmüller, Zentralbl. f. Bakt. Bd. LXII. — 25) Sigwart, Arch. f. Gyn. Bd. LXXXVII. — 26) Traugott, Ztschr. f. Geb. Bd. LXVIII. — 27) Warnekros, Archiv f. Geb. Bd. XCVII.

IV.

Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate.

Von

Dr. Grete Ehrenberg, Berlin.

Ich kann mich der Ansicht nicht verschließen, daß Fruchtabtreibungen aus unbegründeter Furcht vor Schwangerschaft bei weitem häufiger versucht werden, als die Veröffentlichungen in der einschlägigen Literatur ergeben. Die meisten Fälle, diejenigen nämlich, bei denen der Eingriff ohne operative Hilfe im Privat- oder allgemeinen Krankenhause überstanden wird, sieht der praktische Arzt, der nicht Gelegenheit zu ihrer Veröffentlichung nimmt. Ich verfüge z. B. vom letzten Jahre über drei Fälle, die ich lediglich auf Anregung von Neugebauer (Zentralblatt 1912, Nr. 4) hiermit zur Kenntnis bringe:

Fall 1 erscheint mir deswegen von besonderem Interesse, weil er wieder einmal den Beweis erbringt, wie hoch der Faktor »der individuellen Widerstandskraft des kranken Organismus« zu veranschlagen ist.

Ein 20jähriges Dienstmädchen, das vor etwas über 1 Jahre ihren ersten Partus durchgemacht hatte, kommt in größter Erregung in meine Poliklinik. Die letzte Menstruation sei vor 6 Wochen gewesen, seit 14 Tagen habe sie wiederholt Schmerzen im Unterleibe, auch seien »Stücke« abgegangen. Die Untersuchung ergibt einen kleinen festen Uterus und geringen Blutabgang aus der Cervix. Adnexe sind in Ordnung. Das Mädchen wird beruhigt, kommt aber am anderen Tage wieder. Die Schmerzen seien heftiger geworden, es seien wieder größere Blutstücke abgegangen, und sie fühle sich krank. Eine erneute Untersuchung zeigt den inneren Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig und geringen trübblutigen Ausfluß. Da Pat. auch objektiv einen kranken Eindruck macht, eine Temperatur von 37,6 und einen Puls von 104 Schlägen hat, wird noch am selben Nachmittag in einer Privatklinik die Abrasio vorgenommen, bei der sich der Uterus als leer, seine Mucosa jedoch entzündlich verdickt erweist. An der linken Tubenecke findet die Curette plötzlich keinen Widerstand und gleitet in die Bauchhöhle. Zu gleicher Zeit kollabiert Pat., erholt sich aber schnell. Von einer weiteren Abrasio nehme ich nun Abstand. Pat., mit geschlossenen Beinen ins Bett gebracht, erhält Eisblase auf den Leib bei flüssiger Diät. Noch in der Nacht sank die Temperatur und betrug am nächsten Tage 36,8 bei 84 Pulsschlägen. Auf eindringliches Ermahnen gibt das Mädchen zu, sich auf Rat ihrer Tante heiße Spülungen mit Seifenwasser in die Gebärmutter gemacht zu haben; sie habe dreimal kräftig zugestoßen und große Schmerzen dabei empfunden. In den drei folgenden Tagen meiner Beobachtung bleibt Temperatur und Puls normal, Pat. ist schmerzfrei. Dann entzieht sie sich meiner weiteren Behandlung, begibt sich, in der Annahme, ihre Schwangerschaft bestände noch fort, in die Behandlung eines Kollegen und läßt sich zum zweiten Male auskratzen. Da sie seit dieser Zeit Schmerzen hat, ganz besonders aber deshalb, weil sie eine Anzeige von mir oder aus der Klinik befürchtet, sucht sie mich 17 Tage später wieder auf. Der Uterus ist gegen früher vergrößert, aber fest, der Muttermund geschlossen, das linke Parametrium diffus verdickt. Sie hatte am 5. Tage nach der wiederholten Auskratzung die Klinik verlassen und geht seitdem ihrer gewohnten Beschäftigung nach. Nach weiteren

13 Tagen konsultiert mich Pat. von neuem; sie leide seit ein paar Tagen an eitrigem Ausfluß, dessen Geruch ihr sehr unangenehm sei. Beim Entfalten der Scheide dringt im Schwall überaus übelriechender, rahmiger Eiter daraus hervor, und aus der klaffenden Cervix läßt sich ein mindestens 2 m langer, morscher Gazestreifen herausziehen, der das ganze Zimmer mit unerträglichem Geruch erfüllt. Ich habe das Mädchen seitdem noch oft gesehen; sie hat nie so unter ihrem Zustande gelitten, daß sie ihre Arbeit unterbrechen mußte, trotzdem ihre Dienstherrschaft ihr eine Erholungspause angeboten hatte. — Die Menstruation trat erst nach $\frac{1}{4}$ Jahre auf Ovaraden in längeren Pausen und spärlich wieder ein. Die Adnexen waren vor 8 Wochen, als ich Pat. zuletzt sah, normal und die Parametrien frei.

Bei dem zweiten Falle handelt es sich um ein 21jähriges junges Mädchen, die noch nicht geboren hatte. Da die Menstruation einige Tage über die Zeit ausgeblieben war, hatte sie sich, von ihrer Schwangerschaft überzeugt, Einspritzungen mit heißem Seifenwasser gemacht. Einen Widerstand, wie sie annahm, den Eingang in die Gebärmutter, hatte sie zwar durch kräftiges Zustoßen überwunden, aber gleich danach heftige Leibkrämpfe bekommen und war seitdem — 20 Stunden später — nicht imstande, Urin zu lassen. Temperatur bei 112 Pulsschlägen 38° . Die Bauchdecken sind gespannt, bei leisestem Druck schmerzempfindlich, doch besteht kein Meteorismus. Im vorderen Scheidengewölbe diffuse schmerzhaftige Schwellung; der touchierende Finger gleitet über eine ca. hirsekorngroße Vertiefung hin, die überaus schmerzhaft, deren Beschaffenheit aber nicht genauer festzustellen ist, da aus äußeren Gründen eine Spekulumuntersuchung unmöglich ist. Auf Zureden läßt Pat. reichlich hellen, unverdächtigen Urin, und bei Ruhelage mit Eisblase und flüssiger Diät werden die quälenden Schmerzen geringer. Die Temperatur fällt am nächsten Tage auf 37° und ist am zweiten normal, auch der Urin kann spontan entleert werden. Am 5. Tage stellt sich die Periode ein und nimmt den gewohnten Verlauf.

Fall 3 betrifft eine den besseren Ständen angehörige Dame, die seit ihrem ersten schweren Partus in ständiger Angst vor erneuter Gravidität lebt. Da die Menses seit 7 Wochen ausgeblieben sind, macht sie, um die vermeintliche Schwangerschaft zu unterbrechen, intra-uterine Spülungen. Diese Spülungen und dabei auftretende Schmerzen gibt sie aber erst zu, als bei ihr wegen Temperaturerhöhung und Blutabgang die Abrasio vorgenommen und eine Perforation entdeckt wird. Pat. war am 2. Tage fieberfrei und menstruierte vom 3. Tage ab in normaler Weise.

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Breslau.

Sitzung vom 12. Juni 1912.

Vorsitzender: Küstner; Schriftführer: L. Fraenkel.

1) Markus demonstriert einen stielgedrehten Parovarialtumor einer Wöchnerin, die unter der Fehldiagnose Appendicitis operiert wurde. Die Punktion, die ein polynukleäres Exsudat ergeben hatte, ließ M. glauben, daß er es mit einem perityphlitischen Prozeß zu tun hatte. Die Laparotomie, die seitlich ausgeführt wurde, förderte nun einen stielgedrehten Parovarialtumor mit starker entzündlicher Exsudation ringsherum zutage. Es ist eine ein-kammerige, ganz intraligamentär liegende Cyste, von der sich Tube und Ovar deutlich differenzieren lassen. Die lang ausgezogene Tube zieht über den ganzen Tumor hinweg, das Fransenende der Tube umkreist in großem Bogen den oberen Pol des Tumors. Das Ovar ist ebenfalls lang gedehnt und mit in den Stiel hineingezogen. Die mikroskopische