

Geburt erholten sich die kindlichen Herztöne. Das Kind kommt lebensfrisch zur Welt und zeigt keine Asphyxie.

8) Eine Pituitrindosis von 1 ccm erwies sich als vollkommen genügend. Die halbe Dosis, sowie auch mehrmalige kleinere Gaben haben eine schwächere Wirkung. Die maximale Einzeldosis, die noch einen guten Erfolg hatte, betrug 1,3 ccm.

9) Wiederholungsgaben sind immer wirksam. Die 2. Gabe in der Wirkungszeit der ersten oder nach derselben gegeben, ruft immer einen neuen Anstieg hervor.

10) Die Pituitrinwirkung beginnt ungefähr 3—7 Minuten nach der Einspritzung. Die Injektionsstelle (Oberarm, Oberschenkel, Bauchdecken) spielt dabei keine Rolle.

11) Die Wirkungsdauer einer Pituitringabe (1 ccm) beträgt ungefähr 1 Stunde.

12) Die Nachgeburtsperiode wie auch das Wochenbett verlaufen in der Regel ohne Komplikation. Die Placenta war immer spontan ausgestoßen. Atonia uteri bei Pituitrinanwendung ist nie beobachtet worden.

13) Herz- und Nierenkrankheiten scheinen eine Kontraindikation gegen Pituitrinanwendung abzugeben.

14) Die Injektion geschieht vollkommen schmerzlos.

Unsere Beobachtungen über Pituitrinwirkung setze ich noch fort, um über einige interessante, wichtige Einzelheiten Aufklärung zu schaffen.

Zum Schluß möchte ich noch betonen, daß die Pituitrinanwendung in den frühesten Stadien der ersten Periode und bei vorhandener oder zu erwartender Rigidität des Muttermundes mit größter Vorsicht geschehen soll. Die in der Literatur verzeichneten Fälle von gefährlichen Strikturen (Hamm [13], White [14], Voigt [15], Rieck [16]) sind durch unsere Untersuchungen bestätigt worden.

Literatur.

- 1) Bell, Brit. med. journ. 1909. Dezember.
- 2) Klotz, Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 21. p. 1119.
- 3) Frankl-Hochwart und Fröhlich, Archiv f. experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. LXIII. Hft. 5 u. 6. p. 346.
- 4) Oliver und Schäfer, Journ. of physiol. Vol. XVI—XVIII.
- 5) Pal, Wiener med. Wochenschr. 1909. Nr. 3. p. 137.
- 6) de Bonis, Zentralbl. f. Physiologie 1909. Nr. 6.
- 7) Falta, Wiener med. Wochenschr. 1909. Nr. 29.
- 8) Foges und Hofstätter, Zentralbl. f. Gynäkol. 1910. Nr. 46. p. 1500.
- 9) Hofbauer, Zentralbl. f. Gynäkol. 1911. Nr. 4. p. 137.
- 10) Cahn, Die Bedeutung des Pituitrins für die Geburtshilfe. Inaug.-Diss., Freiburg, 1911.
- 11) Fühner, Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 16. p. 852.
- 12) Hahl, Prakt. Ergebnisse d. Geburtsh. u. Gynäkol. 1912. IV. Jhg. Hft. 2. p. 241.
- 13) Hamm, Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 2. p. 77.
- 14) White, Brit. med. journ. 1910. I.
- 15) Voigts, Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 46. p. 2286.
- 16) Rieck, Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 15. p. 816.

IV.

Abtreibungsversuch bei fehlender Schwangerschaft, zugleich ein Beitrag zum Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung.

Von

Dr. Fr. Thomä in Lüdenscheid.

Der Aufforderung v. Neugebauer's, zu obigem Thema Material beizubringen (Nr. 4, 1912 d. Zentrbl.), sind bisher Sigwart (in Nr. 16) mit 4, Jung

(in Nr. 31) mit 2 und Sippel (in Nr. 34) mit 1 Fall nachgekommen, während Klauer (in Nr. 11), Knoop (in Nr. 14) und Jung (in Nr. 31) je 1 Fall von Abtreibungsversuch bei Tubargravidität. berichten; Knoop erwähnt auch noch einen derartigen Fall von Mainzer. Die Wichtigkeit der ganzen Frage erhellt schon aus der hohen Mortalität. Rechnet man zu der ersten Gruppe — Abtreibungsversuch bei fehlender Gravidität — die 15 Fälle v. Neugebauer's hinzu, so starben von zusammen 22 Fällen 6, was einer Mortalität von 27,3% entspricht, während von den acht Fällen der zweiten Gruppe, vier von v. Neugebauer hinzugerechnet, drei starben, was sogar 37,5% Mortalität ergibt.

Einen Fall der ersten Gruppe, der in mehrfacher Hinsicht Interesse erweckt, konnte ich kürzlich beobachten.

Die 23jährige Fabrikarbeitsfrau A. N. hat zweimal normal geboren, zuletzt vor 5 Monaten. Die Menses traten bei der stillenden Pat. nach dem letzten Partus zum erstenmal vor $4\frac{3}{4}$ Wochen auf. Da eine neue Schwangerschaft befürchtet wurde, löste der Ehemann in einem knappen Tassenkopf Wassers einen gehäuften Kaffeelöffel eines weißen, zu antikonzeptionellen Zwecken gebrauchten Pulvers auf und spritzte ihr diese Flüssigkeit mittels einer Gummiballspritze mit langem, metallendem »Uterinansatz« unter mehrmaligem kräftigen Zusammendrücken des Ballons »tief in die Scheide« ein. Pulver und Spritze hatte er, wie er angab, von einem Arbeitskollegen in der Fabrik gekauft, der diese Instrumente dort vertreibe. Während bzw. direkt nach der Injektion brach die Frau unter außerordentlich heftigen Leibschmerzen und Kollapserscheinungen zusammen, so daß der aufs höchste erschrockene Mann sofort zum nächsten Arzt schickte, der mich dann zuzog.

Ich fand, etwa 1 Stunde nach dem Eingriff, eine laut jammernde Frau mit verfallenem Gesichtsausdruck. Temp. 36° , Puls 44, sehr klein. Hypogastrium außerordentlich druckempfindlich. Hinter der Portio fühlte man das hintere Scheidengewölbe durch einen etwa walnußgroßen, äußerst empfindlichen, weichen Tumor vorgewölbt. Sonstigere genauere Feststellungen waren wegen der enormen Schmerzhaftigkeit nicht zu machen, auch größere Verletzungen nicht zu finden. Während der Untersuchung mehrmaliges Erbrechen. Nach diesem Befund nahm ich an, daß die Vorwölbung hinter der Portio durch Injektion des Pulvers zwischen Douglasperitoneum und Scheidenschleimhaut nach Perforation der Cervix entstanden sei, andererseits deutete aber der Allgemeinstatus auf eine Peritonealverletzung hin, so daß ich die Pat. in meine Klinik transportieren ließ und sofort laparotomierte.

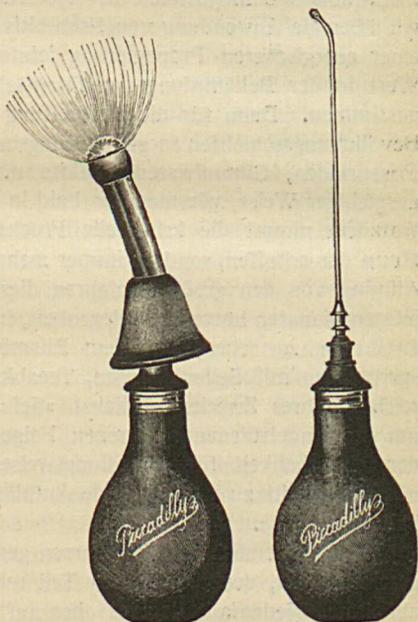
Dabei bot sich folgender Befund. Darmschlingen und parietales Peritoneum waren im Hypogastrium hochrot injiziert, und zwar nahm die Injektion nach dem Uterus hin zu, der wie die Tuben tiefbläulichrot war. Im Gegensatz dazu war das Peritoneum des hinteren Douglas völlig normal. Das Interessante war, daß die abdominalen Tubenostien am meisten, dann Tuben, Uterus und anliegende Darmschlingen mit weißlichen, krümeligen Auflagerungen bedeckt waren, die unschwer als die Reste des injizierten Pulvers zu erkennen waren. Eine Uterus- oder sonstige Verletzung war nicht vorhanden. Nach gründlicher Säuberung der Därme und der Beckenorgane von dem anhaftenden Pulver durch ausgiebige Kochsalzpülung Schluß der Bauchhöhle. Da ich die Natur des Pulvers nicht kannte und von dem Depot hinter der Portio eine Verätzung des Rektums usw. befürchtete, spaltete ich noch die hintere Scheidenwand über der Vorwölbung und entfernte auch dort die Pulverreste. Dabei ließ sich in der hinteren Cervixwand, dicht oberhalb des Orif. ext., die Perforationsöffnung feststellen, durch die

das Pulver zwischen Douglasperitoneum und Scheidenwand injiziert war. Spaltung der hinteren Lippe bis zur Perforationsöffnung und Wundversorgung. — Die Rekonvaleszenz verlief völlig glatt. Pat. menstruierte seither einige Male völlig normal.

Wie aus dem Operationsbefund hervorgeht, hatte der Ehemann also einmal eine subperitoneale Cervixperforation gemacht, dann aber, anscheinend durch das mehrfache Zusammendrücken des Gummiballes, den Rest des Pulvers ziemlich heftig in den Uterus injiziert, von wo es auf die bekannte Weise durch die Tuben in die Bauchhöhle gelangt war. Das dazu benutzte Instrument war ein Gummidruckballon nach Art der bekannten ladie's-friend-Spritze, auf den sich außer dem Scheidenrohr auch ein ca. 20 cm langes, dünnes, metallenes Rohr aufschrauben ließ; auf dem beigegebenen Prospekt war dieses Rohr direkt als Piccadilly-Frauentusche mit »Uterinrohr« bezeichnet (s. nebenstehende Abbild.) und sollte offensichtlich nur Abtreibungszwecken dienen. Das benutzte Pulver war nach Ausweis des hiesigen städtischen Untersuchungsamtes Kalialaun.

Die Tatsache, daß derartige, ziemlich raffiniert konstruierte Abtreibungsinstrumente und -mittel von Fabrikarbeitern, die sozusagen als Agenten der diese Dinge fabrizierenden Firmen fungieren, an ihre Arbeitskollegen vertrieben werden, zeigt mit aller Deutlichkeit, wie tief die Kenntnis derartiger Manipulationen bereits in die weitesten Schichten der Bevölkerung gedrungen ist. Die überall bemerkbare Zunahme der Fehlgeburten, namentlich auch der schwer fieberhaften, kann da nicht weiter wundernehmen, noch weniger auch die ja jetzt aktuelle Abnahme der Geburten, die neben der ausgedehnten Anwendung der Prohibitivmittel sicher vor allem auf die Zunahme der kriminellen Fruchtabtreibung zurückzuführen ist.

Über die Bekämpfung der kriminellen Abtreibung haben sich an diesem Ort Brun (1912, Nr. 22) und Hirsch (1912, Nr. 30) bereits ausgelassen. Daß hier mit Gesetzen nicht viel auszurichten ist, darin ist Hirsch ohne weiteres zuzustimmen. Trotz der schweren, in § 219 StrGB. angedrohten Zuchthausstrafen werden Instrumente wie das oben genannte in Fabriken, ja in Drogen- und Instrumentengeschäften öffentlich verkauft. Und wie schwer es ist, gar einen berufsmäßigen Abtreiber gerichtlich zu belangen, ist ja bekannt. Deshalb sind auch die v. Winckel'schen Vorschläge (s. bei Hirsch), die Hirsch treffend »eine polizeiliche Kontrolle der Frau während der ganzen Zeit ihrer Fortpflanzungstätigkeit« nennt, völlig undurchführbar, und wenn sie es nicht wären, so würde doch der enorme Aufwand an Mitteln in keinem Verhältnis zu dem erzielten Gewinn stehen. Mit Zwangsmaßregeln kann man dem Übel eben nicht beikommen. Wohl aber meine ich, im Einverständnis mit Brun und im Gegensatz



zu Hirsch, daß von einer systematischen Aufklärung des Publikums über die großen Gefahren der Abtreibung im Laufe der Zeit eine Abnahme dieser bedauerlichen Erscheinung zu erwarten ist. Die Erfahrungen beim Uteruskarzinom haben uns ja die günstigen Erfolge solcher Belehrungen gezeigt. Und wenn Hirsch befürchtet, daß dadurch die Kenntnis dieser Dinge in Kreise getragen werde, die noch nichts davon wüßten, so irrt er meines Erachtens. In den Städten wenigstens und unter der Fabrikbevölkerung braucht wohl im großen und ganzen niemand mehr über die Möglichkeit der Abtreibung aufgeklärt zu werden, ebensowenig wie über die Anwendung von Prohibitivmitteln. Auch wenn Brun und Hirsch einer energischeren Propagierung letzterer seitens der Ärzte einen erheblichen Wert in der Bekämpfung der Fruchtabtreibung beilegen, kann ich dem nicht zustimmen. Denn für die Verbreitung der Kenntnis derartiger Mittel in allen Bevölkerungsschichten sorgen Zeitungsinserte, Geschäftsprospekte und -reisende, Friseurläden, Gummiwarengeschäfte u. dgl. meiner Meinung nach bereits in ausgiebiger Weise, wie man das bald in jeder Sprechstunde erfahren kann. Und trotzdem nimmt die kriminelle Fruchtabtreibung nicht ab, wie Hirsch und Brun das erhoffen, sondern immer mehr zu, weil eben das große Publikum keine Ahnung von den großen Gefahren dieser Manipulationen hat. Gerade in den letzten Monaten hatte ich Gelegenheit, in vier oder fünf Fällen den unglaublichen Leichtsinns zu sehen, mit dem Ehemänner ihren Frauen alle möglichen Einspritzungen mit Seifenlösungen, Teeabkochungen usw. machen, wie sie zur Erreichung ihres Zwecks möglichst »tief« und »unter starkem Druck« eingehen, um bei eingetretenen schlimmen Folgen entsetzt ihre völlige Unkenntnis von der Gefährlichkeit ihrer Handlungsweise zu bekennen. Ich meine, da kann vernünftige, nicht zu weit gehende Aufklärung nur Nutzen, jedenfalls aber keinen Schaden stiften.

Was sonst noch an Maßnahmen gegen die kriminelle Fruchtabtreibung vorgeschlagen ist, deckt sich zum Teil mit den Vorschlägen gegen die Geburtenabnahme. Jedenfalls liegt es aber auf der Hand, daß da mit kleinen Mitteln, wie dem Verbot diesbezüglicher Zeitungsinserte, Abgabe von Prohibitivmitteln nur auf ärztliches Rezept hin usw., nichts erreicht werden kann. Nur großzügige Maßnahmen, wie gründliche Wohnungsreformen, Regulierung der Lebensmittelpreise und Hebung der wirtschaftlichen Lage überhaupt, weitgehende Steuererleichterungen für kinderreiche Ehepaare, materielle Sicherstellung der Mutter während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit, hauswirtschaftlicher Unterricht und gesundheitliche Belehrung unserer jungen Mädchen könnten vielleicht eine Besserung in diesen Verhältnissen herbeiführen.

Wenngleich mir auch das noch fraglich erscheint gegenüber der gewaltigen und noch immer zunehmenden Verbreitung der Fruchtabtreibung und des Präventivverkehrs, und damit auch der weiteren Abnahme der Geburten, — einer Erscheinung, die man fast als ein gewissermaßen natürliches Ergebnis unserer Kulturentwicklung aufzufassen geneigt ist. Denn schon Sadler, Carey und Spencer haben gezeigt, daß mit steigendem Wohlstand die Geburtenzahl abnimmt, und ein Blick auf unser Nachbarland Frankreich wie auf das alte Rom lehren uns dasselbe. Der Staat wird aber heute keine Lex Julia et Papia Popaea mehr erlassen, wie es ja überhaupt zweifelhaft erscheint, ob gegen solche Kulturfolgen durch Gesetze etwas zu erreichen ist. Zumal es sich um ein so heikles Gebiet und eine so höchstpersönliche Angelegenheit des Menschen handelt. Auch mehren sich in neuester Zeit wieder die Stimmen derer, die in dem Geburtenrückgang keine Gefahr für unseren Staat, sondern, wenigstens in rassenhygienischer Be-

ziehung, sogar einen Fortschritt erblicken. Indem eben bei kleinerer Kinderzahl auf individuelle Erziehung und Heranbildung mehr Sorgfalt verwandt werden kann als bei größerer, und somit dann allmählich ein tüchtigeres Geschlecht heranwachsen könnte als es das heutige ist.

Neue Bücher.

- 1) **W. Liepmann** (Berlin). Atlas der Operationsanatomie und Operationspathologie der weiblichen Sexualorgane in 35 Tafeln. Berlin, A. Hirschwald, 1912.

Der Atlas, der Orth und Waldeyer gewidmet ist, bildet eine Ergänzung des »gynäkologischen Operationskurses« von L. und umfaßt 35 Tafeln, die fast alle in natürlicher Größe dargestellt sind. Die ersten 14 Tafeln behandeln die »Operationsanatomie«, Tafel 15 und 16 den Status post abortum und in puerperio, die übrigen Tafeln einzelne Objekte der »Operationspathologie«. Der in einem kleinen Heft beigegebene Text ist kurz, sachlich und erfreulicherweise nicht auf Sensation gestimmt. Die Beschriftung und Bezeichnung der Tafeln ist unter Waldeyer's Kontrolle in lateinischer Sprache gegeben. Der Verf. betont in seinem Vorwort selbst, daß ohne diese wertvolle Unterstützung ein korrektes Latein nicht zu garantieren gewesen wäre. Ich glaube, die Zeit liegt leider nicht mehr fern, wo man auf eine internationale Verständigungsmöglichkeit durch die lateinische Sprache wird verzichten und sich zu mehrsprachigen Erläuterungen (deutsch, französisch und englisch) wird entschließen müssen. Nicht nur werden die Gelehrten, die ein korrektes Latein schreiben können, immer seltener; auch die Fähigkeit, lateinische Ausdrücke zu verstehen, nimmt mehr und mehr ab, seit ein großer Teil der Medizin Studierenden ohne humanistische Schulbildung ist.

Bis ein derartiges Tafelwerk in einer so hervorragenden Ausführung vollendet vorliegt, ist eine große und angestrenzte, wissenschaftliche und technische Arbeit notwendig, die nur bei zäher Ausdauer, großen Opfern an Zeit und Geld und wirklicher Freude an wissenschaftlicher Betätigung zu leisten ist. Dazu kommt, daß der wissenschaftliche Wert wie der buchhändlerische Erfolg solcher Bildwerke letzten Endes von der Qualität der Reproduktionstechnik abhängt, an die wir heutzutage sehr hohe, manchmal vielleicht schon übertrieben hohe Anforderungen stellen. Und deshalb sei besonders hervorgehoben, daß die Ausstattung und die Wiedergabe der Präparate als hervorragend bezeichnet werden müssen. Besonders gut gefallen mir die Darstellungen der normalen anatomischen Verhältnisse und unter ihnen wiederum besonders die Tafeln 3—9, auf denen Muskulatur und Fascien des Beckenbodens eine ganz vortreffliche Illustration erfahren haben. Über Operationspathologie typische Objekte zur Verarbeitung zu erhalten, ist sicherlich sehr schwer. Viele von den darauf bezüglichen Tafeln sind jedenfalls recht gut und sehr instruktiv. Dazu gehören die Abbildungen über Prolaps (Tafel 19—21), nur hätte Tafel 21 die gleiche, nicht die umgekehrte Beckenlage, wie Tafel 19 und 20, zeigen sollen. Auch haben sich auf Tafel 19 und 21 zwei Druckfehler eingeschlichen, durch die der Ureter als Urethra bezeichnet wird. Ebenfalls sehr schön sind die Tafeln über vorgeschrittenes Cervixkarzinom bzw. über Karzinometastasen (30—33), über Uterus myomatosus gravidus (29) und über Ovarialcyste im Douglas (27). Weniger gut finde ich den stielgedrehten Ovarientumor. Wenn es nicht darunterstände, würde man die Stiel-drehung wohl nicht erkennen. Auch Tafel 28 (Myome), Tafel 25 (hypertrophische Ovarien), Tafel 11 (Retroversio in Beckenhochlagerung) zeigen keine besonders