

Zentralblatt für Gynäkologie

begründet von HEINRICH FRITSCH

herausgegeben von

WALTER STOECKEL in Kiel.

36. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIOUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 44.

Sonnabend, den 2. November

1912.

Inhalt.

- Originalien: I. H. H. Schmid, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. — II. A. Mueller, Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Oxycyanatintoxikation vom Peritoneum aus. — III. M. Schwab, Puerperalfieber und häusliche Geburtshilfe. — IV. Kuntzsch, Erwiderung zum Problem des Vakuumhelmes.
- Berichte: 1) Bericht über den III. deutschen Kongreß für Säuglingsfürsorge.
- Neueste Literatur: 2) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXXI. Hft. 3.
- Puerperalfieber: 3) Hirst, 4) Hüsey, 5) Schmidlechner, 6) Kalledey, 7) Dopple, 8) Jordan, 9) Doktor, 10) Andérodias und Loubat, 11) Wolfsohn, Puerperalfieber.
- Narkose und Anästhesie: 12) Jonen, Narkose bei Spontangeburt. — 13) Stocker Jr., Anästhesie in der Gynäkologie. — 14) Tischauer, 15) Beer, 16) Salzberger, Skopolamin-Morphium. — 17) Eckert, Abnahme und Reparation der Merkfähigkeit. — 18) Billeus, Sakralanästhesie. — 19) Nussbaum, Narkosenlähmungen.
- Allgemeine Geburtshilfe: 20) Veit, 21) Joussévitch, 22) Schendrowitch, Blutuntersuchungen. — 23) Hoffström, Stoffwechseluntersuchungen. — 24) Bornstein, Behandlung der Zähne — 25) Martin, Schwangerschaftserbrechen. — 26) Helme, Nachgeburtsblutungen. — 27) Künzer, Diätetik des Wochenbetts.
- Neugeborenes: 28) Hirsch, 29) Liebmann, Behandlung des Nabelschnurrestes. — 30) Wechsler, Nabelschnurklemme. — 31) Katzenellenbogen, Ophthalmoblennorrhöe. — 32) Cantley, Fieber. — 33) Litwin, Schädelblutungen. — 34) Rössing, Deformitäten der Nase. — 35) Zimmermann, Belastungsdeformitäten. — 36) Haller, Skoliose. — 37) Rentoul, Fraktur in utero. — 38) Behrens, Struma congenita. — 39) Hummel, Hydrops congenitus.
- Ovarium: 40) Schlekele, Innere Sekretion. — 41) Jaeger, Corpus luteum-Extrakt. — 42) Russell, Ovarialschmerzen. — 43) Pozzi u. Bender, Ossifikation in Ovarium und Tube. — 44) Derbaremdiker-Zarchl, 45) Gutclardi, 46) Dingels, Ovariengeschwülste. — 47) Eieke, Pyovarium.

I.

Aus der k. k. deutschen Universitäts-Frauenklinik in Prag.

Vorstand: Prof. Dr. F. Kleinhaus.

Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate.

Von

Dr. Hans Hermann Schmid,

I. Assistenten der Klinik.

Kurze Zeit, nachdem v. Neugebauer (Zentralblatt 1912, Nr. 4, p. 100) eine Zusammenstellung von 15 Fällen unter obigem Titel publiziert hatte, hatte ich Gelegenheit, zwei einschlägige Fälle zu operieren. Dieselben unterscheiden sich aber von den durch v. Neugebauer gesammelten und von den seither durch Sigwart (Zentralblatt 1912, Nr. 16, p. 500), Jung (Nr. 31, p. 1019) und Sippel (Nr. 34, p. 1097) mitgeteilten dadurch — und dies ist auch der Grund für ihre Veröffentlichung —, daß es sich beide Male um einen myomatösen Uterus handelte, an welchem die Abtreibungsversuche vorgenommen wurden, ohne daß Gravidität vorlag. Auch unter den von Percheval (Des manoeuvres abor-

tives chez les femmes qui ne sont pas enceintes, Thèse de Paris 1911) zusammengestellten 16 Fällen findet sich kein analoges Vorkommnis, obwohl dabei die verschiedenartigsten Verletzungen und Vergiftungen angeführt werden, unter anderem auch die Ruptur einer graviden Tube.

1) Frau Ch. D., 28 Jahre alt, wird am 19. II. 1912 der Klinik von dem kurz zuvor konsultierten Arzte mit der Diagnose »Abortus incipiens? Peritonitis« zugewiesen. Am 17. II. hatte eine Genitalblutung begonnen, seitdem hohes Fieber, ein Schüttelfrost, heftige Bauchschmerzen, Erbrechen, Aufstoßen. Letzte Menses vor 6 Wochen. Menses in den letzten Jahren alle 2—3 Wochen, reichlich, bis zu 14 Tagen dauernd. Zwei normale Geburten, die letzte vor 9 Jahren; kein Abortus.

Schweres Krankheitsbild; Temp. 39,6°, Puls 150; innere Organe ohne Besonderheiten; Eiweiß im Harn stark positiv. Abdomen stark aufgetrieben, sehr schmerzhaft, diffus druckempfindlich, besonders in der unteren Hälfte. Keine Flankendämpfung. Allenthalben intensive reflektorische Muskelspannung. Heftiger Brechreiz. — Mäßig starke Blutung von dem Genitale, geringe livide Verfärbung, geringe Auflockerung von Vagina und Portio. Im Muttermunde ein 2 cm langer Schleimpolyp, welcher im Spekulum keine Nekrose erkennen läßt. Corpus uteri und Adnexe wegen Meteorismus und Schmerzhaftigkeit nicht tastbar. Douglas äußerst druckempfindlich.

Diagnose: Peritonitis diffusa purulenta, Ausgangspunkt wahrscheinlich das Genitale; Gravidität bzw. Status post abortum nicht sicher festzustellen.

19. II., 6 Uhr p. m. Sofortige Operation in Äthertropfnarkose. Mediane Laparotomie. Dünner Eiter frei in der Bauchhöhle. Darmschlingen düsterrot injiziert, keinerlei Verklebungen. Appendix frei, nur auf der matten Serosa einzelne Fibrinbeläge wie am übrigen Darne. Bei ganz geringer Beckenhochlagerung quillt dicker, gelbbrauner Eiter aus dem kleinen Becken hervor. Uterus einer 3monatlichen Gravidität entsprechend vergrößert, unregelmäßig geformt durch multiple Myome, von denen ein hühnereigroßes und drei kirschengroße suberös sitzen. Intramurale Myome stellen härtere Partien in dem sonst weichen, blauviolett verfärbten Uterus dar. Adnexe akut entzündlich verändert, sonst frei, kein Eiter aus den Tubenostien. Sorgfältiges Austupfen des Eiters, Spülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Enterotomie im Coecum wegen Unmöglichkeit der Reposition der meteoristisch geblähten Darmschlingen, welche nach ausgiebiger Gasentleerung und Übernähungen der kleinen Darmwunde leicht gelingt. Bei nochmaliger Revision des Uterus zeigt sich links im Fundus nahe dem Tubenabgange ein 5 mm langer und 2 mm breiter, mißfärbig belegter Substanzverlust, aus welchem etwas Eiter hervorquillt. Es wird angenommen, daß es sich um das abdominale Ende eines durch Perforation des Uterus infolge krimineller Eingriffe entstandenen Kanales handelt. Um die Quelle der Peritonitis fortzuschaffen, bleibt nicht anderes übrig, als den Uterus zu entfernen. Totalexstirpation des Uterus mit den linken Adnexen, Belassung des rechten Ovarium. Peritonisierung des Operationsfeldes. Drainage durch die Vagina und zwei durch besondere Inzisionen nahe der Spina ant. sup. jederseits herausgeleitete dicke Gummidrainen. Nochmalige Kochsalzspülung. Bauchdeckennaht in Etagen.

Am aufgeschnittenen Präparate findet sich an der verdächtigen Stelle ein kirschengroßes, intramurales Myom in Nekrose. Uterusschleimhaut etwas verdickt, stellenweise eiterig belegt, kein Zeichen einer bestehenden oder vor kurzem überstandenen Gravidität.

Pat. reagiert nach dem Erwachen aus der Narkose auf Anruf, wird bald wieder somnolent, Puls 120. Fowler'sche Lage durch Erhöhung des Kopfendes des Bettes.

11 Uhr p.m. Puls 150, klein; Atmung oberflächlich, 48. Pat. bei Bewußtsein. Intravenöse Kochsalzadrenalininfusion 1200 ccm, Puls danach wesentlich besser.

20. II., 1 Uhr a. m. Bewußtlosigkeit. Zunehmender Verfall. Kampfer.

3 Uhr 15 a. m. Exitus letalis.

Obduktion (Dr. Roman). Fibrinös-eiterige Peritonitis. Degeneration des Herzens, der Leber und der Nieren. Milztumor. Endotheliom der Dura. Ödem der Lungen. Emphysem der Magenschleimhaut mit hämorrhagischen Erosionen. Defekt des Uterus der linken Adnexe und der rechten Tube nach Operation. — Im Peritonealeiter Streptokokken in Reinkultur. Im Herzblut Streptokokken und Welch-Fraenkel'sche Bazillen.

Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß in diesem Falle von unberufener Hand Manipulationen vorgenommen wurden, welche zur Infektion des Uterus bzw. des intramuralen Myoms geführt haben, das dann ins Peritoneum durchgebrochen ist. Die Infektion und Verjauchung eines so kleinen intramuralen Myoms infolge einer anderen Ursache erscheint zumindest nicht wahrscheinlich und ist an sich schon eine große Seltenheit. Dagegen hielt sich die Pat. infolge des Ausbleibens der Menses durch 6 Wochen für gravid und wollte offenbar die vermutete Gravidität beseitigen lassen, wenn auch ein derartiger Eingriff nicht direkt zugestanden wurde. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Uterus ergab das vollständige Fehlen der für Gravidität charakteristischen Veränderungen.

2) Frau A. T., 34 Jahre alt, wird am 25. II. in die Klinik gebracht wegen beginnenden Abortus. Sie war angeblich bis zum 23. II. gesund gewesen und erkrankte an diesem Tage plötzlich unter äußerst heftigen Bauchschmerzen. In der folgenden Nacht wiederholtes Erbrechen. Keine Genitalblutung. Fieber, Mattigkeit, schweres Krankheitsgefühl. Am 24. II. Zunahme der Schmerzen und des Erbrechens. Letzte Menses vor 10 Wochen. Früher immer regelmäßig alle vier Wochen, mäßig stark. Kein Partus, kein Abortus. Niemals Ausfluß. Mit 22 Jahren Blinddarmentzündung und Bauchfellentzündung. Sonst bis auf Kinderkrankheiten gesund gewesen.

Schwer krank aussehende Frau; halonierte Augen; rissige, trockene Lippen, trockene Zunge; Aufstoßen; kein Erbrechen. Temperatur 38,8°, Puls 132. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Abdomen gleichmäßig meteoristisch aufgetrieben, allenthalben druckempfindlich, am stärksten über beiden Inguinalgegenden; reflektorische Muskelspannung, aber nicht brettharte Spannung des ganzen Abdomen. Freie Flüssigkeit nicht nachweisbar. Derzeit keine Blutung aus dem Genitale; livide Verfärbung; Vagina und Portio aufgelockert; Portio schlank, konisch, 2 cm lang, etwas tieferstehend, Muttermund grubchenförmig; Corpus uteri (wegen des Meteorismus nur von der Vagina aus undeutlich tastbar) einer ca. 3monatlichen Gravidität entsprechend vergrößert, anteflektiert, deszendiert; Parametrien frei; Douglas etwas herabgedrängt, druckempfindlich. Ein Substanzverlust an Vagina und Portio nicht nachweisbar.

Diagnose: Pelvipерitonitis acuta, Grav. mens. III.

Da der Entzündungsprozeß auf das Beckenperitoneum begrenzt zu sein scheint, besteht derzeit keine Indikation zu einem chirurgischen Eingriffe. Eine Entleerung des Uterus erscheint noch weniger indiziert, da der Krankheitsprozeß sicher seine Grenzen schon überschritten hat. Es wird mit Wahrscheinlichkeit angenommen, daß es sich um einen Fruchtabtreibungsversuch mit folgender Infektion handelt.

Unter absoluter Bettruhe, Eisbeutel, Diät, Digalen usw. bessert sich der Zustand zunächst. Temperatur und Schmerzhaftigkeit nehmen ab, der Meteorismus besteht weiter. Stuhlentleerung auf Öklysmen hin. Der Puls bessert sich von Tag zu Tag, kein Erbrechen, wenig Aufstoßen. Am 1. und 2. III. diarrhoische Stühle; Opium. — 4. III. Mäßig starker Meteorismus. Abdomen nicht druckempfindlich. Allgemeinbefinden gut; kein Stuhl, kein Erbrechen. — 5. III. Abgang von spärlichen Flatus, aber keine Stuhlentleerung trotz Klysmen. Keine Schmerzen, kein Erbrechen, keine sicht- oder fühlbare Peristaltik. — 6. III. Bauchumfang im Gleichen. Zunge trocken. Puls kräftig. Allgemeinbefinden gut. Kein Stuhl, spärliche Flatus; hoher Einlauf ohne Erfolg. Rektalbefund: Weite, leere Ampulle; Resistenz im Douglas ohne besondere Schmerzhaftigkeit.

1 Uhr p. m. Erbrechen von fäkulent riechender Flüssigkeit, ca. $\frac{1}{4}$ Liter (erstes Erbrechen seit Beginn der ileusverdächtigen Erscheinungen). Wegen des nunmehr sicheren Ileus, welcher wahrscheinlich durch Adhäsionen im Douglas bedingt sein dürfte (für Peritonitis kein Anhaltspunkt), wird nach Magenausheberung, welche ebenfalls fäkulente Flüssigkeit ergibt, sofort in Lumbalanästhesie operiert. Keine Beckenhochlagerung. Medianschnitt. Dünndarmschlingen stark gebläht, livid verfärbt. Serosa an den freien Schlingen glatt und glänzend, kein Exsudat im oberen Teile der Bauchhöhle. Handbreit über der Symphyse beginnen Verklebungen der Därme untereinander und mit der vorderen Bauchwand. Rechts unten entleert sich aus der Tiefe trotz vorsichtigen Vorgehens plötzlich übelriechender, gelbgrüner Eiter, welcher ausgetupft wird. Ursache des Ileus noch nicht zu finden, daher weitere Lösung von Darmschlingen. Drei weitere Abszesse oberhalb des Uterus und der Blase und zwischen den verklebten Dünndarmschlingen werden eröffnet und ausgetupft. Uterus für die Palpation derb, vergrößert, enthält mehrere bohnen große, subseröse Myome, scheint nicht gravid zu sein. Ursache des Ileus noch immer unklar. Coecum und Flexur stark gebläht, also muß das Hindernis noch tiefer liegen. Stumpfe Lösung von Strängen im kleinen Becken; einer derselben ist von der rechten Tube gebildet, die links vor der Flexur adhärent ist. Bei der Lösung entleert sich aus dem Ostium abdominale gelber Eiter. Unmittelbar nach Beseitigung dieses Hindernisses Abgang von Flatus und diarrhoischem Stuhl per anum in reichlicher Menge. Spülung mit 20 Litern Kochsalzlösung. Plötzlicher Kollaps, Atemstillstand, weite Pupillen. Transdiaphragmatische Herzmassage, künstliche Atmung. Respiration kommt gleich wieder in Gang, bleibt aber oberflächlich. Sauerstoff, Digalen, Drainage des Douglas von zwei Flankenschnitten aus; rasche Bauchdeckennaht; unmittelbar danach Exitus letalis.

Obduktionsbefund (Doz. Dr. Lucksch). Allgemeine Peritonitis nach Strangulation des Darmes. Meteorismus und Verwachsungen desselben. Tonsillitis. Degeneration der Organe. Myome des Uterus, Hämorrhagie der Uterusschleimhaut, Lungenatelektase. »Scheide gewöhnlich weiß, blaß. Uterus im Korpus etwas vergrößert, anteflektiert, von außen mit Bindegewebslamellen überzogen. In der vorderen Wand des Korpus sitzt eine walnußgroße, weißliche, nach oben zu ablösbare und mißfärbige Geschwulst. Adnexe mit der Umgebung verwachsen.«

Bakteriologische Untersuchung:

- 1) Im Ausstrich der Peritonealflüssigkeit ziemlich lange Ketten grampositiver, runder Kokken und Häufchen grampositiver, runder Kokken.
- 2) Im Ausstrich von der linken Tonsille runde Kokken in Ketten, grampositive, schlanke und dicke Bazillen.
- 3) Im Herzblut (Kultur) spärliche Streptokokken.

Histologischer Befund: 1) Uterusschleimhaut: unter dem Epithel Ansammlung von roten Blutkörperchen (entsprechend einem menstruirenden Uterus); kein Anhaltspunkt für Gravidität. 2) Uterustumor: Fibromyom.

Nachträglich wurde eruiert, daß Pat. am Beginne ihrer Erkrankung bei einer Hebamme war, welche eine 3monatliche Gravidität konstatiert haben soll und ihr dann zwecks Unterbrechung derselben eine »Einspritzung in die Gebärmutter« machte. Dabei waren schon die äußerst heftigen Bauchschmerzen aufgetreten, doch konnte Pat. noch im Wagen nach Hause fahren; in der folgenden Nacht verschlimmerte sich dann das Krankheitsbild.

Es handelt sich also auch hier um einen Fruchtabtreibungsversuch, ohne daß Gravidität vorlag. Bemerkenswert ist ferner das Fehlen eigentlicher peritonitischer Symptome in den letzten Tagen bei so ausgedehnten Veränderungen. Auch bestanden keine deutlichen Symptome einer allgemeinen Septikämie. Die Indikation zum operativen Eingriff war lediglich durch den Ileus gegeben.

Unter den Fällen von Percheval, v. Neugebauer (die Fälle von Brindeau und Chirié und von Fieux kommen in beiden Publikationen vor), Sigwart, Jung, Sippel und den beiden hier mitgeteilten, im ganzen unter 38 Fällen, kam es 24mal zur Heilung, 14mal führte die Erkrankung zum Tode, also in 37% der Fälle.

Es wäre entschieden zu begrüßen, wenn auch auf dem Gebiete der Fruchtabtreibung die Aufklärung weiter verbreitet würde, wie es mit Erfolg beim Uteruskarzinom geschehen ist, wenn die Frauen nicht nur mit den Gefahren der Eingriffe gegen das keimende Leben bekannt gemacht würden, sondern wenn sie auch erfahren, daß nicht jedes Ausbleiben der Regel gleichbedeutend ist mit der gefürchteten Schwangerschaft, ganz abgesehen von der Möglichkeit eines Abtreibungsversuches bei bestehender Extra-uterin-Gravidität, auf welche bereits v. Neugebauer hingewiesen hat, und wofür noch einzelne Beispiele mitgeteilt wurden von Klauber (d. Zentralblatt 1912, Nr. 11, p. 325), Knoop (Nr. 14, p. 431), Mainzer und Jung; über mehrere solche Fälle hatten schon vorher Guerdjikoff (Ann. de gyn., oct. 1908) und Aubert (Gyn. Helvet. 1911, Frühlingausgabe p. 113) berichtet.

II.

Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Oxycyanatintoxikation vom Peritoneum aus.

Von

Dr. Arthur Mueller in München.

Der Anregung Neugebauer's (1912, Nr. 4) folgend, möchte ich den in zwischen veröffentlichten Fällen¹ versuchter Fruchtabtreibung bei vermeintlicher Schwangerschaft einen weiteren hinzufügen.

Eine 34jährige Dame, welche zwei mit Nierenanomalien behaftete Kinder (Verwandtenehe) geboren hatte, glaubt, ohne daß irgendwelche Symptome dafür gesprochen hätten, wieder konzipiert zu haben. Da sie immer in der Angst lebt, wieder ein krankes Kind zu gebären und hierdurch und durch andere Umstände nervös geworden war, gerät sie in solche Aufregung, daß sie den Entschluß faßt, die Schwangerschaft zu beseitigen.

¹ Zentralblatt 1912: 1) Klauber Nr. 1, 2) Sigwart Nr. 16, 3) Sippel Nr. 34.