

Trotz der geringen Mengen von Chinin vermissen wir faßt niemals Meconium in Fruchtwasser. Eine Schädigung des Kindes trat niemals ein. Alle Kinder kamen lebensfrisch zur Welt, trotzdem bei Steigerung der Schmerzen gegen Ende der Geburt fast regelmäßig Narkose à la reine verabfolgt wurde. Andere Narkotika haben wir nicht gegeben.

Aus der Privat-Frauenklinik Dr. Grossmann in Bremerhaven

Interruptin

Von Dr. med. Hans Grossmann

Nach einigen Mißerfolgen ist die Begeisterung für den Salbenabort arg im Schwinden begriffen. Nur Hannes¹ setzt sich neuerdings wieder für die Methode ein. Er verlangt mit Recht die besondere Beachtung der Technik. Welcher Technik? Meines Wissens ist noch nie von einer anderen Technik als der von der herstellenden Firma angegebenen, die Rede gewesen.

Von Anfang an erschien mir die Vorschrift über das anzuwendende Mengenverhältnis von Interruptin zur Herbeiführung des Salbenabortes bedenklich. (Im ersten Monat 10 ccm, im zweiten 20 ccm, im dritten 30 ccm usw.) Die Quantitäten dem Schwangerschaftsalter anzustaffeln erscheint beinahe willkürlich, und entspricht sicher nicht der therapeutischen Wirkungsbreite des Mittels, da die Wehen-erregbarkeit des Uterus sich nicht nach seinem Größenverhältnis richtet.

Zum anderen stimmte mich die Forderung bedenklich, durch eine so große Mengenapplikation den intrauterinen Druck mit einem Mittel zu steigern, das die Eigenschaften besitzt embolische und toxische Wirkungen zu entfalten.

Ich habe bei 29 Interruptinapplikationen im dritten bis fünften Schwangerschaftsmonat immer nur 10 ccm angewendet, und damit vollen Erfolg, Abortbeendigung innerhalb 36 Stunden, erzielt. Anwendung niemals ambulant, sogar unter Vermeidung der Umlagerung, also im Querbett, zur Beendigung von Ab. incipiens und zur Interruptio.

Dabei sind mir keine unliebsamen Zwischenfälle vorgekommen und ich glaube, daß sich mit dieser Verwendungsweise des Mittels sein Gefahrenquotient herabsetzen läßt. Im ersten und zweiten Schwangerschaftsmonat führe ich nach wie vor die einzeitige Dilatation und Kurettag aus. Und auch den Salbenort beende ich grundsätzlich mit Kurettag.

Daß das Salbenverfahren gegenüber den anderen Methoden der künstlichen Schwangerschaftsabbruchung vom dritten Monat an erhebliche Vorteile besitzt ist zweifellos. Jedoch kann man sich nicht scharf genug gegen eine Methodik aussprechen, die vom Hersteller aus durchsichtigen Gründen propagiert, mit ungenügender Nachprüfung Eingang in die Therapie sucht.

Nachtrag bei der Korrektur: Die interessanten Tierversuche von Haselhorst² haben inzwischen gezeigt, welcher Weg eingeschlagen werden muß. Die Feststellung der Toxizität erhöht die Bedeutung der Tatsache, daß die bisherige Technik eine ungenaue Dosierung anwandte. Vorbedingung für die Anwendung eines Mittels muß die restlose Klärung seiner sämtlichen pharmakologischen Eigenschaften sein.

¹ Zbl. Gynäk. 1932, Nr 15.

² Zbl. Gynäk. 1932, Nr 17.

Aus der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses der Jüdischen Gemeinde in Berlin. Leit. Arzt: San.-Rat Dr. Karl Abel

Pandigal und der Kauffmann'sche Diureseversuch vor großen gynäkologischen, besonders Myomoperationen

Von Karl Abel

Je besser der Kräftezustand einer Pat. ist und je besser das Herz funktioniert, um so günstiger ist die Operationsprognose quoad vitam. Schon allein durch die Ausschaltung eines großen, blutreichen Tumors werden erhebliche Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des Herzens gestellt. Je mehr daher das Herz und der Gesamtorganismus durch das lange Bestehen der Geschwulst oder durch intensivere Blutungen gelitten haben, um so vorsichtiger wird man bei den sehr großen Geschwülsten das Für und Wider der Operation in Erwägung ziehen müssen. Hierbei kann man zu dem Resultat kommen, daß eine Operation nicht mehr möglich ist, weil die Chancen, daß die Pat. dieselbe überstehen wird, zu gering sind.

Während wir früher in der Beurteilung über die Leistungsfähigkeit des Herzens nur auf unsere klinische Beobachtung und Erfahrung und die physikalische Untersuchung angewiesen waren, also immerhin auf etwas subjektives, haben wir jetzt einen fast sicheren objektiven Maßstab hierfür durch den Kauffmann'schen Diureseversuch, der für die operative Gynäkologie meines Erachtens von allergrößter Bedeutung ist.

Ich wundere mich, daß bei einer solchen wichtigen Entscheidung nicht auch von anderer Seite auf die Bedeutung dieses Versuches aufmerksam gemacht ist, obgleich ich wiederholt in Wort und Schrift darauf hingewiesen habe. Ja, vielen Gynäkologen ist der Versuch vollständig unbekannt. Dabei ist seine Ausführung denkbar einfach. Die Grundlage des Kauffmann'schen Diureseversuches ist der Vergleich der Ausscheidungsmengen von Wasser in bestimmten Zeitabschnitten unter einmal in der Mitte des Versuches geänderten Lagebedingungen des Körpers. Von Quincke wurde zur Besserung und Entlastung der Herztätigkeit bei Kreislaufstörungen die Hochlagerung des Unterkörpers angegeben, die als Quincke'sche Lagerung bekannt ist. Es wird verglichen die Menge ausgeschiedener Flüssigkeit bei normaler Lage und Quincke'scher Hochlagerung. Bei völlig intaktem Kreislaufsystem finden wir keinen oder nur einen ganz geringen Unterschied, hingegen bei der geringsten Störung, die wohl immer mit latenten Ödemen in den unteren Extremitäten einhergeht, eine beträchtliche Vermehrung der ausgeschiedenen Flüssigkeitsmenge bei der Hochlagerung. Der Versuch gestaltet sich praktisch folgendermaßen:

Um 7 Uhr früh werden die während des ganzen Versuches nüchternen Pat. aufgefordert Wasser zu lassen und erhalten 150 ccm Tee zu trinken, der ungesüßt und möglichst dünn sein soll. Dann müssen sie stündlich urinieren und bekommen nach jedesmaligem Wasserlassen wieder 150 ccm Tee zu trinken. Die Dauer des Versuches erstreckt sich über 6 Stunden bis 13 Uhr, die letzten 150 ccm Tee trinken die Kranken um 12 Uhr. Während der ersten 3 Stunden wird horizontale Lage eingenommen, in den letzten 3 Stunden Quincke'sche Lagerung durch Unterstellen von 25 cm hohen Bettklötzen unter das Fußende des Bettes. Die stündlich gelassene oder durch Katheter entnommene Urinmenge wird gemessen. Zur Beurteilung des Ausfalles werden die Urinmengen der Vor- und Nachperiode jede für