

22894

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

BEGRÜNDET VON DR. PAUL BÖRNER
SCHRIFTFLEITUNG

* GEH. SAN.-RAT PROF. DR. JULIUS SCHWALBE *
* PROF. DR. R. VON DEN VELDEN / DR. P. WOLFF *
BERLIN W 30 / VIKTORIA-LUISE-PLATZ 1

VERLAG GEORG THIEME / LEIPZIG / ANTONSTRASSE 15

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der in dieser Zeitschrift zum Abdruck gelangenden Beiträge sowie ihre Verwendung für fremdsprachliche Ausgaben vor

NUMMER 11 * * FREITAG / DEN 15. MAERZ 1929 * * 55. JAHRGANG

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Göttingen.

ABORTBEHANDLUNG¹⁾.

Von Prof. H. Martius, Direktor der Klinik.

In Aerztekursen pflegt jetzt an den Gynäkologen die Bitte heranzutreten, die Behandlung der Fehlgeburten zum Gegenstand einer Besprechung zu machen, und ich möchte zuerst die Frage erörtern, wie es kommt, daß dieses therapeutische Thema neuerdings gerade so aktuell geworden ist, obgleich doch die Abortbehandlung stets — zum größten Teil wenigstens — in den Händen der praktischen Aerzte lag, ohne daß es früher zu so großen Schwierigkeiten kam wie jetzt. Da muß sich also irgend etwas geändert haben, und es liegt auf der Hand, den Grund für die Veränderung der Situation in dem Abortmaterial selber zu suchen. In der Tat hat sich das Abortmaterial in den letzten Jahren sehr erheblich verändert, zunächst quantitativ! Gemessen an der Zahl der ausgetragenen Schwangerschaften hat die Abortzahl bekanntlich eine sehr erhebliche Aufwärtsbewegung durchgemacht. Während vor dem Kriege in Deutschland nach den Angaben verschiedener Autoren auf etwa 6 Entbindungen ein Abort gerechnet wurde, verhalten sich die genannten Zahlen nach v. Jaschke im Jahre 1920 bereits wie 4:1. Im Jahre 1927 mußte man dagegen nach Heyemann bereits mit annähernd einem Abort auf 3 Geburten rechnen, was einer Gesamtzahl von Fehlgeburten von 500 000 im Jahre entsprach. Seitdem haben die Geburten weiter abgenommen, und die Fehlgeburten haben sich noch vermehrt, sodaß man augenblicklich, wenn man bedenkt, daß die jungen Aborte zum großen Teil ohne ärztliche Hilfe verlaufen und gar nicht gezählt werden können, wohl nicht fehlgeht, wenn man die Abortzahl mit mindestens 1 auf 2 Geburten annimmt.

Aber in der Zunahme des Abortmaterials allein läßt sich keineswegs die Erklärung für eine derartige Zunahme der Schwierigkeiten in der Abortbehandlung finden, wie wir sie vor uns haben.

Das Wesentliche ist vielmehr die qualitative Veränderung des Abortmaterials, die durch die Zunahme der kriminellen Aborte wieder ihre eindeutige Erklärung findet. Wie viele von allen vorkommenden, früh- und vorzeitigen Unterbrechungen einer Schwangerschaft als artifiziell und damit auch meistens als kriminell aufzufassen sind, ist aus begreiflichen Gründen schwer feststellbar. Es gibt aber Abortstatistiken, z. B. eine in der Bummschen Poliklinik von Schaefer aufgestellte, in denen die von den Patientinnen selber zugegebenen Abtreibungen bis 89% der Fälle ausmachten, sodaß man also annehmen muß, daß in Wirklichkeit die Zahl der spontanen Aborte noch weniger beträgt als 10%.

Der Arzt muß also praktisch bei fast jedem Abort damit rechnen, daß schon irgendein Eingriff vorangegangen ist und darin, daß ein spontan in Gang gekommener, durch irgendeine innere Ursache bedingter Abort an sich schon viel leichter zu verlaufen pflegt als ein künstlich von außen hervorgerufener Abort, liegt nun die Erklärung dafür, daß wir in der Abortbehandlung einer ganz neuen und viel schwierigeren Situation gegenüberstehen als früher, auch abgesehen davon, daß man bei den kriminellen Aborten stets mit einer Verletzung oder einer schon vorhandenen Infektion zu rechnen hat.

Ich möchte mich nun bei der Ableitung der praktischen Regeln,

die ich Ihnen für die Abortbehandlung geben will, von diesen durch die vielen Abtreibungen geschaffenen Schwierigkeiten leiten lassen, wobei dann die Frage zu erörtern sein wird, wieweit überhaupt noch die Abortbehandlung außerhalb eines Krankenhauses durchgeführt werden kann und darf.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß wir im allgemeinen bei jeder Behandlung eines im Gang befindlichen Abortes bestrebt sein müssen, die Gebärmutter möglichst schnell, möglichst schonend und sicher vollständig zur Entleerung zu bringen.

Die Erfüllung der Forderung, die Gebärmutter zu entleeren, muß aber bei einer gewissen Anzahl von Abortfällen mit Rücksicht auf die Gefahren des aktiven Vorgehens zunächst wenigstens ganz zurückgestellt werden, nämlich bei den komplizierten Aborten, d. h. also bei denjenigen Fällen, bei denen eine vorhandene Infektion bereits die Grenzen der Gebärmutter überschritten hat, also eine Adnexitzündung oder eine Entzündung des Beckenbindegewebes vorhanden ist.

Alle Autoren sind sich darüber einig, daß alle Abortfälle mit tastbaren Entzündungen im kleinen Becken abwartend zu behandeln sind, da durch jeden Eingriff und sogar durch die Anwendung von wehenregenden Mitteln die Infektionskeime in die Blutbahn oder in die freie Bauchhöhle verschleppt werden können, und eine Peritonitis oder Sepsis entstehen kann. Eine operative Entleerung der Gebärmutterhöhle kommt bei den komplizierten fieberhaften Aborten nur dann in Betracht, wenn eine bestehende uterine Blutung nicht mehr weiter mit angesehen werden kann, was glücklicherweise nur selten der Fall ist.

Wir haben allerdings kürzlich wieder eine derartige lebensbedrohliche Abortblutung bei bestehender frischer, tastbarer Adnexitzündung erlebt, sodaß wir uns entschließen mußten, der nähergelegenen Gefahr der bedrohlichen Anämie Rechnung zu tragen und die Gebärmutterhöhle mit größter Schonung, d. h. in diesem Falle rein instrumentell auszuräumen. Wir werden später sehen, daß sonst auch bei dem bloßen Verdacht einer Ausbreitung der Infektion auf die Umgebung der Gebärmutter die aktive Abortbehandlung nicht mehr als berechtigt angesehen werden kann.

Andererseits sind sich alle Autoren darüber einig, daß bei unkomplizierten, fieberfreien Abortblutungen die Ausstoßung des Schwangerschaftsproduktes dem Uterus meistens nicht ganz allein überlassen werden kann, wenn man den Patienten unnötige Schmerzen und unnötigen Blutverlust ersparen will, daß also im allgemeinen die Ausräumung der Gebärmutter bei diesen Fällen durchgeführt werden muß.

Meinungsverschiedenheiten über die Art der Abortbehandlung, was die Frage des exspektativen oder aktiven Verhaltens des Arztes anbetrifft, bestehen jedoch immer noch bei den unkomplizierten fieberhaften Fehlgeburten, auf die ich zunächst eingehen will.

¹⁾ Fortbildungsvortrag für praktische Aerzte in Kassel am 18. XI. 1928.

Bei derartigen Fällen ist bekanntlich besonders unter der Führung von Winter (Königsberg) der früher allgemein üblichen sofortigen Ausräumung das expektative Verfahren gegenübergestellt worden. Während man früher bestrebt war, gerade wegen des Fiebers die Gebärmutter möglichst schnell von dem putriden Abortmaterial zu befreien, ähnlich wie eine Eiterverhaltung im Gewebe durch Spaltung des Abszesses zur Entleerung gebracht wird, hat Winter die Regel aufgestellt, daß die Ausräumung des Abortes im fieberhaften Stadium zu unterlassen und erst 4—5 Tage nach der Entfieberung vorzunehmen sei, falls bis dahin die spontane Ausstoßung nicht stattgefunden hat. Doch rät Winter, auch nicht länger als 5 Tage auf die Entfieberung zu warten, immer vorausgesetzt, daß die bestehende Blutung nicht vorher schon zum Eingreifen zwingt.

Winter hat seine Anschauung, daß man durch die sofortige Ausräumung des bereits als infiziert anzusehenden Uterus mehr schadet als nützt, durch großzügig angelegte Statistiken²⁾ zu stützen gesucht. Ich möchte hier die vielen seitdem in der gynäkologischen Literatur niedergelegten Zahlen nicht wiederholen, sondern nur erwähnen, daß Winter bei 1048 abwartend behandelten Fällen eine Mortalität von 1% und bei 6512 aktiv behandelten fieberhaften Aborten eine Mortalität von 2,9% zusammengestellt hat, daß also demnach tatsächlich die aktiv behandelten Fälle um ein Geringes schlechter dastehen als die abwartend behandelten Fälle. Demgegenüber gibt es aber viele Einzelstatistiken mit noch günstigeren Resultaten bei aktiver Behandlung der Aborte, z. B. die von Warnekros aus der Berliner Klinik mitgeteilte mit 0,5% Mortalität bei 1000 sofort ausgeräumten Fällen.

Wenn man das gesamte zur Verfügung stehende, sehr umfangreiche Zahlenmaterial überblickt, so ergibt sich jedenfalls das Eine mit Sicherheit, daß die abwartende Behandlung des fieberhaften Abortes, wie sie von Winter empfohlen und eingeführt worden ist, keine Verschlechterung der Resultate, was die Sterblichkeitszahlen anbetrifft, gebracht hat, daß aber andererseits, vorausgesetzt, daß die aktive Abortbehandlung in geübter Hand liegt, durch das abwartende Verfahren auch keine wesentliche Verbesserung der Ergebnisse eingetreten ist.

In dieser Beziehung führen beide Verfahren zu annähernd gleichen Resultaten. Demgegenüber muß aber zugegeben werden, daß die abwartende Behandlung mit dem Nachteil der längeren Krankheitsdauer belastet ist, während durch die Ausräumung vor der Entfieberung und durch das der Ausräumung meistens folgende Abfallen des Fiebers der Patientin Schmerzen, Blutverlust und Krankheitstage erspart werden.

Wir möchten aus dem Vorliegenden und den nunmehr bereits über 17 Jahre hin in der Literatur über diese Frage gesammelten Erfahrungen den Schluß ziehen, daß wir die Entscheidung über die abwartende oder aktive Behandlung beim fieberhaften unkomplizierten Abort von der sich im Einzelfall bietenden Situation abhängig machen dürfen, d. h., daß wir bei den technisch leicht ausräumbaren Fällen, bei denen die Erweiterung des Halskanals bereits begonnen hat, gut tun, wenn wir in schonender Weise, ohne Rücksicht auf das bestehende Fieber baldigst die Entleerung der Gebärmutter herbeiführen, daß wir uns aber andererseits dazu berechtigt fühlen, bei noch vollständig erhaltenem Halskanal erst die Entfieberung abzuwarten, um die infizierte Gebärmutter nicht gewaltsamen Erweiterungs- und Ausräumungsmanipulationen aussetzen zu müssen. Jedenfalls kann sich der praktische Arzt, wenn ihm bei der gewaltsamen Ausräumung eines fieberhaften Abortes ein Unglück passiert und er dafür zur Rechenschaft gezogen wird, heutzutage nicht mehr darauf berufen, daß er wegen des bestehenden Fiebers zum sofortigen Eingreifen gezwungen gewesen sei. Eine derartige Begründung kann nach den Winterschen Feststellungen keine Gültigkeit mehr haben.

Wir sehen also, daß wir für die Klinik einer gemäßigten aktiven Therapie des fieberhaften Abortes das Wort reden, und es fragt sich nun, welche Schlüsse der Arzt, der im Privathaus oder in der Sprechstunde einen fieberhaften Abort zur Behandlung erhält, aus dem Gesagten ziehen soll. Da möchte ich Ihnen den Rat geben, wie ihn auch v. Franqué u. a. wiederholt gegeben haben, im Privathaus überhaupt die Behandlung eines fieberhaften Abortes, sowohl die konservative Behandlung als auch die aktive abzulehnen, es sei denn, daß der Halskanal schon auf Fingerdurchgängigkeit erweitert ist und das sich präsentierende Ei ohne weiteres herausgestreift werden kann. Bei nicht erweitertem Halskanal befindet sich der praktische Arzt aber in diesen Fällen immer einer schwierigen Situation gegenüber. Denn das Abwarten bis zur Entfieberung ist im Privat-

haus mangels genügender Ueberwachung der Patientin und besonders mit Rücksicht auf die immer vorliegende Möglichkeit einer plötzlich auftretenden Blutung nur schwer zu verantworten, und auch nach einer einfachen Ausräumung kann es, wenn der Uterus einmal infiziert und, was man heutzutage in der Zeit der Abtreibungsseuche niemals ausschließen kann, vielleicht auch schon verletzt ist, doch gelegentlich einmal zu einem schlechten Ende kommen, das dann gar zu leicht dem behandelnden Arzt in die Schuhe geschoben wird, während es in Wirklichkeit auf die weiter zurückliegende Abtreibung zurückgeht.

Wir haben hier also schon eine wichtige Schlußfolgerung aus der in den letzten Jahren eingetretenen qualitativen Verschlechterung des Abortmaterials gezogen, indem wir uns genötigt sehen, zu fordern, daß die fieberhaften Aborte, bei denen die Erweiterung des Halskanals erst herbeigeführt werden muß, in ein Krankenhaus gehören.

Wenn ich nun zu der Besprechung der Ausräumungstechnik selber übergehe, so tritt sofort die alte und immer wieder neu zu stellende Frage auf, sollen wir digital oder instrumentell ausräumen?

Auch diese Frage hat man statistisch zu lösen versucht. In einer großen Sammelforschung ist Dietrich beispielsweise zu dem Resultat gekommen³⁾, daß die instrumentelle Ausräumung mit 3,4% Mortalität der digitalen mit 5,9% Mortalität überlegen ist. Diese Zahlen beziehen sich auf fieberhafte Aborte. Winter errechnete die beiden entsprechenden Zahlen mit 2,6% für die kürettierten Frauen und 3% für die digital ausgeräumten. Winter hält die Ausräumung mit großer stumpfer Kürette für schonender als die digitale Ausräumung⁴⁾.

In dem Material der Bonner Frauenklinik wurde unter Fritsch instrumentell, also mit Kürette und Abortzange ausgeräumt und eine Mortalität von 2,5% erreicht. Unter v. Franqué wird die digitale Ausräumung bevorzugt und führte zu einer Mortalität von 1,9%. Es ergab sich also kein wesentlicher Unterschied. In einer neueren russischen Arbeit von Kallnikoff⁵⁾ sind 1000 ärztlicherseits künstlich herbeigeführte Schwangerschaftsunterbrechungen zusammengestellt, die prinzipiell nur instrumentell und nicht digital behandelt wurden und ohne irgendwelche ernstliche Komplikationen und ohne Todesfälle verliefen.

Aber alle diese Zahlen sagen uns deshalb nur wenig, weil sie an einem Material gewonnen wurden, das in der Hand spezialistisch geübter Frauenärzte lag. Bei dem unter weniger günstigen Arbeitsbedingungen stehenden außerklinischen Abortmaterial liegen die Dinge gleich ganz anders. Da finden wir die rein instrumentelle Behandlung des Abortes sofort belastet durch die immer wieder vorkommenden Fälle von Verletzungen der Gebärmutter, die uns in unserer Gutachtertätigkeit jetzt so oft beschäftigen, Verletzungen, die bei der manuellen Ausräumung der Gebärmutter viel leichter zu vermeiden sind. Außer durch die Uterusperforationen wird das instrumentelle Vorgehen belastet durch die unvollständigen Ausräumungen, bei denen also mehr oder weniger große Eiteile übersehen werden und zurückbleiben. Mit Rücksicht auf diese Fälle fordern Engelmann u. a. immer wieder, daß die instrumentelle Ausräumung ganz verschwinden solle.

Meines Erachtens kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die rein instrumentelle Erledigung der Abortausräumung, die ohne jede Quetschung und bimanuelle Knetung des aufgelockerten und leicht verletzlichen Organs zur Ausführung gelangt, das weitaus schonendere Verfahren ist, wenn Perforation und Unvollständigkeit mit Sicherheit vermieden werden.

Diese Sicherheit ist aber aus leicht verständlichen mechanischen Gründen in vielen Fällen bei dem rein instrumentellen Vorgehen nicht gewährleistet, sodaß wir die digitale Hilfe bei der Ausräumung doch nicht ganz entbehren können.

Bei den Regeln, die ich nun zu formulieren versuche, muß man die Fehlgeburten nach dem Zeitpunkt des Abortes im Verlauf der Gravidität einteilen.

Was zunächst die frühzeitigen Aborte anbetrifft, so ist bei ihnen die Größe des Schwangerschaftsproduktes im Verhältnis zu der Dicke der Gebärmutterwand noch so gering, daß wir uns bei der Ausräumung ohne die Gefahr der Perforation und ohne die Gefahr der Unvollständigkeit mit einem gewöhnlichen Kürettement begnügen können. Ich möchte als obere Grenze, die für die einfache Kürettenausräumung in Betracht kommt, die 9. Woche der Schwangerschaft oder bei unvollständigem Abort eine noch bestehende Vergrößerung der Gebärmutter, die dem Anfang des 3. Schwangerschaftsmonats entspricht, bezeichnen.

Wir werden also bei den frühen Aborten so vorgehen, daß wir

²⁾ Siehe Zbl. Gynäk. 1923 Nr. 38.

³⁾ Arch. Gynäk. 1923, 120. — ⁴⁾ Zbl. Gynäk. 1923 Nr. 38 S. 1498. — ⁵⁾ Mschr. Geburtsh. 1928, 80.

mit den Hegarschen Dilatoren den Halskanal bis zur Durchgängigkeit für mindestens Hegar 14 dilatieren und die Eiteile oder Abortreste mit der stumpfen Kürette herausstreifen, um dann mit einer kleineren Kürette noch nachzukürettieren. Ich halte es auch nicht für bedenklich, diese Aborte im allgemeinen in einer Sitzung zu erledigen.

Bei rigidem und noch weitgehend erhaltenem Halskanal ist es allerdings besser, auch in dieser Zeit der Schwangerschaft die Dilatation mit einem Laminariastift einzuleiten. Das Einlegen eines Quellstiftes hat nicht nur den Vorteil, daß dadurch die Dilatation bis zu einem gewissen Grade herbeigeführt wird, sondern auch noch darüber hinaus, daß durch Hyperämie und ödematöse Durchtränkung des Zervixgewebes die weitere instrumentelle Erweiterung der Zervix erleichtert wird, besonders, wenn man die Wirksamkeit der Laminariadilatation durch eine Hypophysin-Chininkur, wie sie im einzelnen unten noch näher zu besprechen sein wird, unterstützt.

Das sind alles Dinge, die auch im Privathause unter Wahrung einer strengen Asepsis durchzuführen möglich sind. Viel schwieriger liegt die Situation, wenn die 9. Woche der Schwangerschaft überschritten ist, oder wenn es sich nicht etwa nur um die Entfernung kleiner Abortreste von einem im übrigen spontan erledigten Abort handelt. Die Fehlgeburten von der 10.—16. Woche stellen oft an die Geschicklichkeit des behandelnden Arztes die größten Anforderungen. Bei diesen Fällen kann die oben geforderte Sicherheit der Vermeidung einer Verletzung und der Vermeidung der Unvollständigkeit instrumentell allein nicht gewährleistet werden.

Wie sinnlos es ist, durch den noch nicht genügend erweiterten Halskanal hindurch mit der Kürette oder der Abortzange den Abort im 4. Monat, bei dem die Frucht bereits eine Länge von 16 cm hat, ausräumen zu wollen, wird uns in der Klinik immer wieder vor Augen geführt durch die vielen zur Behandlung kommenden unvollständig ausgeräumten Fälle, bei denen Frucht- oder Nachgeburtsteile oder die ganze Plazenta oder die ganze Frucht zurückgeblieben sind. Das Instrument verirrt sich förmlich in der weiten schlaffen Höhle der Gebärmutter, balgt sich gewissermaßen, wie es Sellheim genannt hat, mit dem Gebärmutterinhalt herum und ist so ungeeignet wie nur möglich, das erstrebte Ziel zu erreichen. Dabei kommt es dann oft vor, daß entweder nur die fötale Fläche der noch anhaftenden Plazenta kürettiert wird oder die Kürette sorgfältig die ganze Uterusinnenwand abkratzt, während sich das Schwangerschaftsprodukt selber an die Rückseite der Kürette legt und sich so der Feststellung und Ausräumung entzieht.

Die genannten Schwierigkeiten sind um so größer, je enger der Halskanal noch ist, und damit komme ich auf den Punkt, der meiner Ansicht nach bei der ganzen Abortbehandlung als der wichtigste anzusehen ist und in dem die meisten Unterlassungssünden vorkommen, nämlich auf die Frage, wie die genügende Erweiterung des Halskanals durchzuführen ist.

Die Regel lautet, daß bei jeder Abortausräumung von der 9. Woche der Schwangerschaft an unbedingt der Halskanal mindestens auf Fingerdurchgängigkeit erweitert werden muß. Nur dem eingeführten Finger ist es möglich, sich in der Gebärmutterhöhle sicher zurechtzufinden. Auch mit dem behandschuhten Zeigefinger kann man leicht die noch vorhandenen Ei- und Nachgeburtsteile abtasten und die Plazenta, soweit sie noch nicht gelöst ist, von der Wand abschälen, indem die äußere Hand den Gebärmuttergrund dem inneren Finger entgegenbringt.

Dabei hat es sich als sehr nützlich erwiesen, sofern die Gebärmutterwand schlaff ist und ausweicht, bei Beginn der Austastung eine Spritze Hypophysin intravenös zu geben, wodurch die mechanischen Ausräumungsbedingungen mit einem Schlage oft sehr wesentlich verbessert werden.

Von mancher Seite wird nun auch gefordert, daß die Gebärmutter nicht nur digital ausgetastet, sondern auch digital ausgeräumt werden soll. Diesen Ratschlag halte ich nicht für gut, da für das Herausbefördern des Schwangerschaftsproduktes wiederum der Finger nur als ein sehr schlechtes Instrument angesehen werden kann und selbst bei tatkräftiger Unterstützung durch die äußere Hand eine derartige Ausräumung nur unter starker Quetschung des Gewebes möglich ist. Ich rate vielmehr, nachdem man mit dem Finger den Uterus ausgetastet hat, ihn durch eingeführte Instrumente, und zwar zuerst durch die Abortzange und dann diese durch die große stumpfe Kürette zu ersetzen und mit den Instrumenten das herauszubringen, was der Finger getastet oder gelöst hat.

Auch halte ich es nicht für nötig, die genannten Instrumente mit Rücksicht auf die Vermeidung von Verletzungen, wie es auch von vielen Autoren gefordert wird, nur neben dem eingeführten Finger zu benutzen. Finger und Instrumente haben sich vielmehr abzuwechseln, indem durch die Zeigefingerkontrolle immer wieder festgestellt wird,

was noch herausbefördert werden muß, und ob es sich in leichter Erreichbarkeit für die Instrumente befindet.

Es fragt sich nun, warum in der Praxis von der Befolgung dieser so einfach erscheinenden Regel, also der Empfehlung der durch die Zeigefingerkontrolle unterstützten instrumentellen Ausräumung immer wieder abgesehen wird, was erfahrungsgemäß der Fall ist. Auch dafür ist die Erklärung leicht zu geben und besteht darin, daß die Erweiterung des Halskanals für Fingerdurchgängigkeit ihrerseits oft nicht unerhebliche Schwierigkeiten macht, wenigstens dann, wenn man sie einzeln zu bewerkstelligen sucht.

Sie sehen also, daß wir immer wieder auf die Frage hingeleit werden, wie erziele ich die Erweiterung des Halskanals, eine Frage, die in der umfangreichen Abortliteratur hinter der anderen Frage, ob digital oder instrumentell unter Leitung des Fingers ausgeräumt werden soll, unberechtigterweise viel zu sehr in den Hintergrund tritt. Es ist meiner Ansicht nach nicht von so großer Bedeutung, ob man zur Herausbeförderung der Schwangerschaftsteile ein Instrument oder den Finger oder beides benutzt, wenn nur genügend erweitert ist. Und bei der instrumentellen Ausräumung geschehen nur deshalb so häufig Verletzungen, weil sie bei nicht genügend erweitertem Halskanal versucht wird, ohne welche die digitale Ausräumung gar nicht in Betracht kommt.

Um nun die für die ungefährliche Abortausräumung notwendige Erweiterung der Weichteile schonend herbeizuführen, muß man etwas zu Hilfe nehmen, was dem in der Sprechstunde oder im Privathause Fehlgeburten behandelnden Arzt oft nicht zur Verfügung stehen kann, nämlich die Zeit. Der Gang der Dinge ist in der Praxis meiner Erfahrung nach immer wieder derselbe. Da der Praktiker im Interesse aller Beteiligten bestrebt ist, die Abortausräumung in einer Sitzung zu erledigen, muß er die noch nicht vorhandene Erweiterung des Halskanals gewaltsam mit Metaldilatoren herbeiführen. Dabei erfüllt er entweder die oben gestellte Forderung, bis zur Fingerdurchgängigkeit zu erweitern, wobei dann leicht stumpfe Verletzungen des Halskanals unter Umständen bis in das Parametrium hinein entstehen, oder er schreckt schließlich vor den geplanten ausreichenden Erweiterungsversuchen des Halskanals zurück und sieht sich dann genötigt, doch instrumentell durch den zu engen Halskanal hindurch die Ausräumung zu erzwingen, wobei nur eine Gefährdung der Patientin durch eine andere abgelöst wird.

Ich habe oben schon erwähnt, daß es auch bei frühen Aborten oft ratsam ist, die Metaldilatation durch die Laminariadilatation vorzubereiten. Noch vielmehr rate ich Ihnen aus den genannten Gründen, bei späteren Aborten sich die Unterstützung durch die Zeit zugutekommen zu lassen. Auch dabei kann ein Laminariastift bei noch engem Halskanal benutzt werden. Wenn der Halskanal schon etwas klafft und besonders bei stärker blutenden Aborten ist eine feste Scheidentamponade oder noch besser die Zervixtamponade mit Jodoformgaze das geeignetste Mittel, die natürlichen Kräfte zur Ausföhrung der Erweiterungsarbeit heranzuziehen, Gedankengänge, wie sie auch der von Zangemeister empfohlenen Streifendrainage des abortierenden Uterus zugrundeliegen. Sowohl durch die Quellstifte als auch durch die Tamponade werden Wehen angeregt, und das Zervixgewebe wird aufgelockert. Wenn man dann nach etwa 12 Stunden — länger möchte ich nicht empfehlen, die Tamponade liegen zu lassen — nachsieht, liegt oft das inzwischen schon gelöste Ei hinter dem Tampon und kann mit Leichtigkeit entfernt werden. Die genannte natürliche Erweiterungsarbeit wird von uns jetzt regelmäßig unterstützt durch eine Hypophysin-Chininkur, die folgendermaßen zur Durchführung gelangt:

Nachdem die Tamponade einige Stunden gelegen hat, erhält die Patientin mit halbstündigen Pausen 4mal $\frac{1}{4}$ Spritze Hypophysin intramuskulär und gleichzeitig jedesmal eine Zimmersche Chininbohne von 0,25 Chininum muriaticum, wodurch es fast immer prompt zur Auslösung von Wehen kommt.

Nach einer solchen Vorbereitung ist dann die geforderte Fingerdurchgängigkeit entweder schon vorhanden oder durch weitere Dilatation mit Hegarstiften gefahrlos zu erzielen.

Aus dem Gesagten geht hervor, wie wir uns bei der Abortbehandlung die natürlichen Austreibungskräfte der Gebärmutter zunutze machen. Auf diese Weise wird die Ausräumung erleichtert und unter der Voraussetzung, daß auch draußen diese Art der schonenden Abortbehandlung unter Zuhilfenahme der Zeit wirklich zur Durchführung gelangt, ist gegen die häusliche Abortbehandlung gar nichts einzuwenden. Andererseits sollte aber der immer wieder vorgebrachte Einwand, daß eine solche Ausnützung der natürlichen Wehentätigkeit dem praktischen Arzt draußen wegen Zeitmangel unmöglich sei, nicht dazu führen, von den genannten Regeln abzugehen, sondern dazu, daß die Patientin in Krankenhausbehandlung übergehen muß.

Soviel über die Behandlung der Aborte in den mittleren Monaten. Was die noch späteren Fehlgeburten anbetrifft, so ist bei ihnen, darüber braucht kein Wort verloren zu werden, die Ausnutzung der Naturkräfte in noch höherem Maße nötig. Die Aborte nach der 16. bis 20. Woche pflegen sich oft ohne wesentliche Blutungen abzuspülen. Dabei kommt man dann gewöhnlich auch mit einer Hypophysin-Chininkur aus, um die spontane und vollkommene Ausstoßung des Schwangerschaftsproduktes herbeizuführen.

Allerdings empfehle ich, auch nach anscheinend vollständiger Ausstoßung des Schwangerschaftsproduktes, wenigstens bis zum 5. Monat einschließlich, den durch Hypophysin zur guten Zusammenziehung gebrachten Uterus mit einer großen stumpfen Kürette noch nachzukürettieren, da sonst leicht Nachblutungen entstehen, die durch kleine, an der Wand anhaftende Plazentarreste unterhalten werden.

Die scharfe Kürette gehört dagegen nicht in den abortierenden Uterus hinein, auch nicht in den frühen Monaten der Schwangerschaft, und ich möchte an dieser Stelle auch bei den jüngeren Aborten davor warnen, die Innenwand der Gebärmutter mit einem scharfen Instrument, womöglich bis zum sogenannten Muskelton, abzukratzen, wie es im Uebereifer oft geschieht. Dabei werden dann leicht nicht nur die dezidualen Teile des Endometriums entfernt, sondern auch die Basalis schwer geschädigt, und Verödungen der Gebärmutter mit Sterilität können die Folge sein, oder auch bei wiedereintretender Gravidität abnorme Insertionen der Plazenta, wie Placenta praevia und andere Störungen der Nachgeburtsperiode.

Was die Frage der Narkose bei der Abortbehandlung anbetrifft, so halte ich sie bei jeder Aborträumung für ratsam und bei jeder Austastung des Uterus sogar für notwendig. Denn durch die ohne Narkose vorhandene Abwehr der Bauchdecken wird das Zusammenarbeiten der äußeren Hand mit dem im Uterus befindlichen Finger, das, wie Sellheim sagt, „Sichverstehen der beiden Hände“, sehr erschwert. Der Wunsch des außerhalb des Krankenhauses tätigen Arztes, ohne Narkose auszukommen, ist ein Grund mehr dafür, daß die Austastung des Uterus mit dem Finger so oft unterlassen wird.

Meine Ratschläge sind beeinflusst von dem Ernst der Situation, der wir uns in der Klinik tagtäglich bei der Einlieferung von ungünstig verlaufenden Abortfällen gegenübersehen. Es ist immer mißlich, wenn dem in der allgemeinen Praxis tätigen und wirtschaftlich kämpfenden Arzt als letzte Weisheit der Rat gegeben wird, die Patientin aus der eigenen Behandlung in die Klinik oder in ein Krankenhaus zu überweisen. Das klingt dann leicht allzu billig und bequem. Aber soweit den Frauen in den Krankenhäusern besser geholfen werden kann als draußen, müssen sie eingeliefert werden. In diesem Sinne hat sich auch L. Frankel kürzlich in einem sehr lesenswerten Artikel in der Deutschen medizinischen Wochenschrift geäußert, indem er die Frage der häuslichen und klinischen Geburtshilfe und die Frage der häuslichen und klinischen Abortbehandlung vom Standpunkt des sachverständigen Begutachters aus erörtert. Wir müssen uns darüber klar werden, welche in der Klinik als gut erkannten Maßnahmen bei der Abortbehandlung auch im Privathaus oder in der Sprechstunde durchgeführt werden können. Das ist, wie ich glaube klargemacht zu haben, nicht nur von der Ausbildung, Geschicklichkeit und Übung, über die der praktische Arzt verfügt, sondern in viel höherem Maße von der Zeit abhängig, die er der Abortbehandlung widmen kann. Da beides aber, Übung und zur Verfügung stehende Zeit, keine festen Größen sind, kann man auch zu allgemeingültigen Regeln über die Frage: häusliche oder klinische Abortbehandlung? nicht gelangen. Einen Vorwurf wird man aber dem Arzt machen müssen, der nur deshalb, weil er den Abortfall aus irgendeinem Grunde aus der häuslichen Behandlung nicht abgeben will, von den bestehenden und allgemein anerkannten Regeln abweicht, nur weil sie ihm draußen nicht durchzuführen möglich sind.

Die Grenzen der geburtshilflichen Tätigkeit des praktischen Arztes¹⁾.

Von Dr. Wilhelm Boecker in Lüdenscheid.

Wenn ich es heute unternommen habe, über die Grenzen der geburtshilflichen Tätigkeit des praktischen Arztes zu Ihnen zu sprechen, so veranlaßt mich dazu der Umstand, daß sich in der Literatur der letzten Jahre, besonders des verflossenen, unzweifelhaft eine Richtung zeigt, die dahin strebt, die Geburtshilfe mehr und mehr in Klinik und Krankenhaus zu verlegen. Es wird die Forderung aufgestellt, daß jede regelwidrige Entbindung der klinischen Behandlung zugeführt werden muß. Ueber die Begrenzung dieses Begriffes gehen

die Meinungen auseinander. Die extremsten Anhänger der Klinikentbindung gehen so weit, daß sie jede Zange und jede Wendung der Hand des Praktikers entzogen wissen wollen. Wenn auch von anderer klinischer Seite der Tätigkeit des praktischen Arztes bedeutend weitere Grenzen gezogen werden, so vermisse ich doch in der Literatur eine Zusammenfassung eines einheitlichen Materials aus der Allgemeinpraxis.

Winter (Königsberg) hat an die praktischen Aerzte Ostpreußens eine Umfrage gerichtet, in der um Mitteilung aller geburtshilflichen Eingriffe aus dem Jahre 1928 gebeten wird. Ferner wird gefragt, ob die Aerzte mit der Universitätsvorbildung ausgekommen seien, ob sie da Lücken empfunden hätten oder ob noch eine anderweitige Ausbildung erfolgt sei. Diese Rundfrage Winters ist mit die Veranlassung zu meinem heutigen Vortrage geworden.

Daß bei einer solchen Zusammenstellung nur ungeschminktes und lückenloses Material verwertet werden darf, ist selbstverständlich. Das meinem Vortrage zugrundeliegende Material enthält meine sämtlichen Entbindungen von meiner Niederlassung am 1. X. 1911 bis zum 31. XII. 1928, umfaßt also einen Zeitraum von 17¼ Jahren. Da ich während des ganzen Krieges eingezogen war, gehen 4¼ Jahre ab, sodaß genau 13 Jahre gerechnet werden müssen. Ich habe nun vom ersten Tage ab über meine sämtlichen Entbindungen genau Buch geführt, mein Material kann daher den oben gestellten Anforderungen in jeder Beziehung genügen. Die Zahl der Geburten in den 13 Jahren beträgt genau 400, ist also auch groß genug, um eine Antwort auf die gestellte Frage zu gestatten.

Von den 400 Fällen will ich zunächst diejenigen kurz erwähnen, bei denen ich während der Geburt lediglich eine Untersuchung vorgenommen habe, bei der aber sonst nicht der geringste Eingriff vorzunehmen war. Die weitere Leitung der Entbindung blieb in der Hand der Hebamme. Die Zahl dieser Fälle beträgt 33. Bei den übrigen 367 Entbindungen kam irgendein ärztliches Handeln in Frage. Lassen Sie mich zunächst die Zahlen anführen:

Zangen 96, Episiotomie 65, Dammschnitt 237, Crédé 143, manuelle Lösung 27, Wendung bei Querlage 27, verschleppte Querlage 2, Placenta praevia 4, Beckenendlagen 18, Zwillinge 3, Perforationen 11, Zerstückelungen 3, Blasen Sprengung 12, Zervixspaltungen 4; bei einem dieser Fälle war weitgehendes Abschieben der Blase notwendig, sodaß man berechtigt wäre, von einer Sect. caesar. vagin. zu sprechen; Tamponaden 2, enges Becken 39, hintere Scheitelbeineinstellung 2, vordere 5, Gesichtslage 2, Stirnlage 3, tiefer Querstand 1, Metreuryse 2, Mißbildungen 9, Wendung wegen engen Beckens 3, Phlegmalba dol. 1, Varix- und Klitorisblutungen 4, großer Vaginalpolyp als Geburtshindernis 1, spontane Lösung der Symphyse 1.

Was das Schicksal von Mutter und Kind anlangt, also die Hauptfrage, so sind 33 Kinder gestorben, von den Müttern 2, davon eine durch die Geburt, die andere an Kehlkopf- und Lungentuberkulose einige Tage nach der Entbindung. Ein Kind erlitt bei der Entwicklung seiner Beckenendlage einen Oberschenkelbruch, der im Streckverbande ohne Verkürzung oder Funktionseinschränkung verheilt ist. Ein Kind erkrankte an schwerstem Tetanus, der durch intrakranielle und intralumbale Injektion von Tetanusserum bei gleichzeitiger Umspritzung des Nabels geheilt ist (Z. ärztl. Fortbildg 1926 Nr. 16).

Das Lebensalter der Mütter zeigt einen auffallend hohen Prozentsatz von alten Erstgebärenden:

14 waren 30, 7 31, 11 32, 2 33, je 3 34, 35, 36, 4 37, 2 38, 4 39 und 1 43 Jahre alt.

Die jüngste Mutter zählte 15 Jahre. Recht hoch ist auch die Zahl der engen Becken, die mit 39 fast 10% des Gesamtmaterials ausmachen.

Reichlich groß erscheint auf den ersten Blick die Zahl der zerstückelnden Eingriffe. Dies erklärt sich zum Teil daraus, daß ich verschiedentlich von Kollegen zu solchen Operationen zugezogen wurde. Was die Indikation zu diesen wenig schönen und unbefriedigenden Eingriffen betrifft, so mußte die Perforation 3mal wegen Hydrozephalus vorgenommen werden, 6mal wegen engen Beckens bei totem Kinde, 1mal aus demselben Grunde bei lebendem, 1mal wegen Entbindung von duplicato corpore. Die 3 Zerstückelungen hatten folgende Ursache: 2mal wegen verschleppter Querlage mit Armvorfall; der 3. Fall bot ein absolutes Geburtshindernis in Gestalt eines kleinf Faustgroßen Vaginalpolypen, der ziemlich hoch saß; die Entwicklung des Kindes gelang erst nach Wendung, Exenteration, Kleidotomie und Perforation des nachfolgenden Kopfes.

27mal war die manuelle Lösung der Plazenta erforderlich. Ich stehe auf dem Standpunkte, daß die Gefährlichkeit dieses Eingriffes im allgemeinen überschätzt wird. Alle 27 Fälle sind fieberfrei verlaufen. Ich halte es für weniger bedenklich, wenn bei einwandfreier Asepsis die manuelle Lösung vorgenommen wird, als wenn mit großer Kraft, ja grober Gewalt der Uterus zusammengepreßt wird. Ich kann mir nicht denken, daß derartige Manipulationen für den puerperalen Uterus gleichgültig sind.

Wenn meine 4 Fälle von Placenta praevia, davon 2 totaler, glücklich ausgegangen sind, so weiß ich selbst, daß ich dabei Glück oder

¹⁾ Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte in den Kreisen Altena und Lüdenscheid.