

5) Wolf: Bericht über die bisher gemachten klinischen Erfahrungen mit der intrauterinen Salbenapplikation zur Einleitung des indizierten Abortes

Es wurden 10 Fälle mit Interruptin und 2 mit dem Leunbach'schen Provokol behandelt. Einführung geschieht beim Interruptin mit Spezialspritze, das Provokol wird direkt aus der Tube mit einem entsprechenden Uterinansatz instilliert. Die Einführung konnte immer ohne Dilatation des Cervicalkanals und ohne Vorziehen und Anhaken des Uterus durchgeführt werden. Irgendwie beängstigende Zeichen, wie starke Schmerzen, Kollaps usw., von denen berichtet worden ist, konnten bei der Instillation der Salbe in unseren Fällen nicht beobachtet werden. Nach der Einführung der Paste halten die Frauen etwa 4 Stunden Bettruhe mit leichter Beckenhochlagerung und nach weiteren 2—4 Stunden können die Frauen aufstehen und umhergehen. Nach 10—12 Stunden setzt meist eine mäßige Wehentätigkeit ein, die bei Bedarf durch Chininmedikation verstärkt werden kann. Im Durchschnitt nach 20 Stunden erfolgt die Ausstoßung der Frucht in mehreren Fällen zusammen mit der Placenta. Bei Schwangerschaften, die älter als 2 Monate sind, ist die Ablaufszeit meist etwas kürzer. Wo die Ausstoßung der Placenta nicht zusammen mit dem Fet erfolgte, dauerte die Nachgeburtsperiode meist nur etwa 15—20 Minuten. Der Gesamtblutverlust beträgt nach unseren Beobachtungen im Durchschnitt nur etwa 100—200 g. Die Schmerzhaftigkeit der Wehen ist keinesfalls größer als bei den Spontanaborten. 1 Stunde nach Ausstoßung der Placenta, während welcher Zeit nie eine stärkere Blutung beobachtet wurde, wurde bei jedem Fall die Portio eingestellt und mit der Kornzange und dem Abortlöffel die gelöst im Cavum liegenden Gewebsbröckel und Koagula entfernt. Um uns ein Bild von der Vollständigkeit der Eiablösung zu schaffen, wurde in jedem Fall eine Curettage mit scharfer und stumpfer Curette vorgenommen und das Geschässel histologisch untersucht. Diese Untersuchungen erbrachten das sehr interessante Ergebnis, daß lediglich in einem einzigen Falle choriale Elemente ausgeschabt worden sind. Bei den übrigen Fällen konnte trotz genauester Durchmusterung nur Decidua, Blut und Fibrin, gelegentlich auch einige Muskelbündel, nie jedoch choreales Gewebe aufgefunden werden. Nach der Curettage erhielten die Frauen $\frac{1}{2}$ ccm Gynergen prophylaktisch. Die Wochenbetten verliefen, obwohl niemals Sekalepräparate weitergegeben wurden, vollkommen normal; die Frauen konnten nach 4—5 Tagen beschwerdefrei entlassen werden.

Einen einzigen Fall konnte man als bedingten Versager der Salbentherapie auffassen; hier war auch am 4. Tage nach der Instillation keine rechte Wehentätigkeit in Gang gekommen, auch nicht nach wiederholten Chiningaben, so daß man sich (mehr aus äußerlichen Gründen) zur Einlegung eines 4 kg-Metranoikter entschloß. Nach 17 Stunden war der Muttermund auf Fingerdurchgängigkeit erweitert. Der Metranoikter wurde entfernt, und nach weiteren $7\frac{1}{2}$ Stunden wurde endlich der 23 cm lange Fet im intakten Eihautsack zusammen mit der Placenta ausgestoßen. Blutung oder Fieber sind trotz der mehrfachen Manipulationen am Uterus und häufigen Untersuchungen nicht eingetreten, was der stark bakteriziden Wirkung des Interruptins, die von allen Seiten auf Grund experimenteller Prüfung hervorgehoben wird, zugute gehalten werden muß.

Es ist nicht angängig, auf Grund unserer mikroskopischen Untersuchungen, deren Ergebnisse immerhin auffällig sind, schon die Frage zu entscheiden, ob die Methode im weitesten Sinne als eine »operationslose« bezeichnet werden kann, d. h., daß der künstliche Abort immer ein vollständiger sein wird, und daß den

Frauen die Nachcurettage erspart werden kann, dazu ist auch die Zahl der Beobachtungsfälle zu gering. Wichtig ist, daß wir auf Grund unserer Beobachtungen haben feststellen können, daß die Methode als Einleitung des Abortes gut ist und empfehlenswert erscheint. In fachkundiger Hand bietet sie keinerlei Schwierigkeiten und erscheint auch ziemlich gefahrlos.

(Erscheint ausführlich in der Mschr. Gynäk.)

Diskussion. Guthman: Wir haben die Salbe zwar nicht selbst verwendet, konnten aber in einem Falle deren Wirkung beobachten. Es handelte sich um eine Gravidität von 8 Wochen, die wegen einer progredienten tuberkulösen Augenerkrankung der Frau unterbrochen werden mußte. Der Uterus hatte die einer 2monatigen Schwangerschaft entsprechende Größe. Bei der Ausräumung zeigte sich, daß der Uterus leer war; nur einige Deciduabröckel wurden noch herauscurettiert. Nachträglich stellte sich heraus, daß vor 6 Tagen vom praktischen Arzt außerhalb die Paste (Provokol) intrauterin appliziert worden war. Es hatte dann in den nächsten Tagen geblutet und Stücke waren abgegangen. Der Abort hatte sich also tatsächlich durch die Pasteneinspritzung erledigt. Der Verlauf hinterher war vollkommen fieberfrei und ohne Störungen. Wir sind auf Grund dieser Erfahrung entschlossen, in geeigneten Fällen einen vorsichtigen Versuch mit dem Provokol zu machen.

Neufeld: Bei insgesamt 8 Schwangerschaftsunterbrechungen (5 klinische und 3 ambulante) mittels intrauteriner Salbeninjektion war das Resultat durchaus zufriedenstellend. Die seinerzeit von mir geäußerten Befürchtungen, die Salbe könnte in die Tuben gelangen, sind durch die praktischen Erfahrungen und durch Röntgenaufnahmen Leunbach's widerlegt worden. Die Ausstoßung der Frucht erfolgte jedesmal in toto ohne Komplikationen, so daß eine Cuttage nicht notwendig war. Besonders hinweisen möchte ich auf meinen ersten Fall, bei dem ich eine Schwangerschaftsunterbrechung bei bestehender Gonorrhöe vornehmen mußte. Bei bestehender Gonorrhöe muß die Curettage, wenn irgend möglich, vermieden werden; daher erschien mir dieser Fall als erster Versuch besonders geeignet, und ich konnte nicht nur einen komplikationslosen Verlauf, sondern auch ein Verschwinden der Gonokokken feststellen. Ob es sich hierbei um einen Zufall handelt, oder ob die in der Salbe verarbeiteten chemischen Stoffe dafür verantwortlich zu machen sind, bleibt dahin gestellt. Die Salbe, die ich benutze, habe ich im Prinzip nach dem Rezept Leunbach's herstellen lassen, modifiziert durch Zusatz von Chinin und Perikain bzw. Novokain. Sie ist wesentlich billiger als die fabrikmäßig hergestellten Salben.

Hannes: Ich möchte mir erlauben, noch einige Ausführungen zu machen und dabei einiges von dem, was Herr Wolf ausgeführt hat, zu unterstreichen. Nie haben wir bei unseren Fällen — es sind bisher 12 an der Zahl — irgendwelche drängende bzw. bedrohliche Symptome gesehen, keine starke Blutung, keinen Schok, keinen Kollaps, keine Infektion. Wie Herr Neufeld andeutete, ist es theoretisch nicht von der Hand zu weisen, daß die instillierte Salbe nach den Tubenostien ab- bzw. einfließen könnte, und gerade deswegen scheint es mir wichtig, bei der Instillation der Salbe die Portio nicht anzuhaken und vorzuziehen, weil dabei meines Erachtens durch die Spritzeninstillation es sehr viel eher möglich ist, die Salbe mit einem viel höheren, vorwärts treibenden Druck einzuspritzen, als wenn die Einführung, wie Herr Wolf ausführte und empfahl, ohne Fixation der Portio ausgeführt wird. Aus ähnlichen Überlegungen heraus scheint mir auch die ja namentlich in Rußland geübte Instillation von Jodtinktur zum Zwecke der Aborteinleitung

weit differenter als die Salbe. Was die Ausschabung bei unseren Fällen anlangt, so habe ich dieselbe nicht so aus therapeutischen als vielmehr aus diagnostischen Gründen machen lassen, und, wie Herr Wolf schon ausführte, sprechen unsere histologischen Befunde dafür, daß im allgemeinen die Salbe ganze Arbeit macht, d. h., daß choreale Elemente in dem Geschabsel nicht mehr nachweisbar sind. Die von Herrn Neufeld mit der Salbenapplikation bei Abort und Gonorrhöe gemachten Erfahrungen haben wir sehr häufig auch bei der reinen instrumentellen Ausräumung gemacht, sie schadete den betreffenden Frauen nicht, und mehrfach war nach Ablauf des Wochenbettes, ohne daß irgendwelche weitere uterine Behandlung vorgenommen war, die Gonorrhöe als geheilt zu betrachten.

Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg

Sitzung vom 8. Mai 1931

Vorsitzender: Herr Deseniss;

Schriftführer i. V. von Herrn Geppert: Herr Hans Nevermann

1) Herr Heesch: Demonstration

a. Verblutungstod einer reifen Frucht unter der Geburt infolge eines Vas aberrans, welches neben der Placenta beim Eihautriß rupturiert ist.

b. Hypernephrommetastase in der Scheide.

Aussprache. Herr Otto hat ebenfalls zwei Fälle von Hypernephrommetastase in der Scheide gesehen. Der primäre Tumor sitzt immer an der Niere, auch wenn er zunächst nicht nachzuweisen ist.

2) Herr Otto: Fistula cervico-vaginalis laqueatica als Ursache für Cervixruptur sub partu

35jährige, gesunde Erstgebärende wird im 7. Schwangerschaftsmonat vom Hausarzt zur Voruntersuchung geschickt mit der Angabe, daß bei ihr eine genitale Mißbildung vorliege. Die Untersuchung bestätigte die Annahme nicht, sondern ergibt folgenden Befund: An der Hinterwand der Cervix, etwa $1\frac{1}{2}$ cm vom äußeren Muttermund entfernt, eine bohnen große, narbig veränderte Gewebspartie mit einer zentralen, kaum erbsengroßen Fistelöffnung, die mit dem Cervicalkanal in Verbindung steht. Lange konische Portio mit grubchenförmigem, glattem äußerem Muttermund. Nach diesem Befund handelt es sich bei der Pat. um eine typische Scheiden-Cervixfistel mit folgender interessanter Anamnese: Seit 10 Jahren kinderlos verheiratet, aber vor 8 Jahren eine Fehlgeburt im 3. Monat, die nach 3tägigen, sehr heftigen und schmerzhaften Wehen spontan und komplikationslos verlief. Auch später völlig beschwerdefrei, Regel sogar im Gegensatz zu früher seitdem ohne Schmerzen, nur blieb eine erwünschte neue Schwangerschaft aus. Ein deswegen konsultierter Arzt stellte als Ursache der Sterilität einen doppelten Muttermund fest. Erst 8 Jahre nach der Fehlgeburt hat die Frau zum zweiten Male konzipiert und diesmal die Schwangerschaft bis fast zum normalen Ende ausgetragen. Der Geburtsverlauf gestaltete sich folgendermaßen: Die Frau wurde mit vorzeitigem Blasensprung und kräftigen Wehen eingeliefert. Der Aufnahmebefund ergab I. Schädellage, Cervix, besonders im Bereich der Hinterwand, bereits stark gedehnt, Fistelöffnung einmarkstückgroß, mit glatten, scharfen Rändern. Portio noch als kurzer Zapfen erhalten. Äußerer Muttermund fingerdurchgängig. Es wurde zunächst abgewartet in der Hoffnung, daß unter dem Einfluß der guten Wehen der äußere Muttermund