

cipitatus (Rohleder), Orgasmus sine ejaculatione (Marcuse).

Mir schien die im Titel angeführte Bezeichnung „Impotentia generandi ejaculatoria“ als die weitumfassendste, indem sie darauf hinweist, dass die Impotenz nicht durch fehlende Erektion, abwesenden Orgasmus oder wirklich bestehenden Aspermatismus bedingt ist und dass sie, zur Gruppe der Generationsimpotenz gehörend, nicht als Kohabitationsimpotenz oder Impotentia coeundi aufgefasst werden kann. Die Frau wird jedenfalls solch' einen Partner als potent bezeichnen, sie wird auch seinen Orgasmus wecken und bei fehlender Ejakulation ihn auf den zum Bewusstsein des Mannes nicht immer gelangenden Aspermatismus eventuell aufmerksam machen.

Literatur s. bei Fürbringer: 1. Nothnagels Spezielle Pathologie u. Therapie 19, 3; 2. D.m.W. 1922 Nr. 18.

Aus der Pester Hebammenanstalt.
(Direktor: Prof. Dr. Josef Lovrich.)

Die konservative Behandlung des Abortus.

Von Josef Lovrich.

Im Jahre 1913 begann ich bei der Abortusbehandlung Versuche in konservativer Richtung anzustellen und überzeugte mich von deren Zweckmässigkeit. Die aktive Behandlung führt bei einer grossen Zahl infektiöser Fälle zu schweren Komplikationen, Verletzungen, oft sogar zum Tode. Ich habe mich lange mit dem Gedanken getragen, eine solche Methode auszuarbeiten, die auch vom praktischen Arzte gut durchgeführt werden kann und die ungefährlicher ist als die aktive Behandlung.

In dieser Frage beeinflusste mich auch der Umstand, dass wir noch immer nicht festzustellen vermögen, ob die Infektion sich nur innerlich in der Gebärmutterhöhle ausgebreitet, oder ob sie sich schon parauterin eingenistet hat. In solchen Fällen, wo absolut keine klinischen Anzeichen auf Infektion hindeuteten, haben wir bei aktiver Behandlung äusserst schwere Komplikationen gesehen. Alltägliche Erfahrungen lehren, dass das Hervorrufen des Abortus durch unbefugte Hände — welche leider fast immer im Dunkeln bleiben — schwere Fiebererscheinungen und Schüttelfrost mit sich bringt, in welchem Zustande dann die Kranken nicht nur auf die Hilfe des Arztes, sondern auf Aufnahme in eine Klinik angewiesen sind. Solche Fälle bringen dem Arzte oft unangenehme Ueberraschungen. Wenn nun bei schon vorhandener Infektion, ob mit oder ohne klinischen Anzeichen, der Arzt auf infektiösem Gebiete oder in dessen Umgebung aktive Eingriffe vornimmt, so ist die infektiöse Ausbreitung fast unvermeidlich und unaufhaltsam treten die Symptome der Sepsis, Pyämie oder gar die tödliche Peritonitis auf. Häufig wird der behandelnde Arzt für diesen unglücklichen Ausgang verantwortlich gemacht, welchen doch andere verursacht haben; einzig und allein aus dem Grunde, weil dieser Arzt als letzter die Behandlung der Kranken übernommen hat.

Durch diesen Gedankengang geleitet, gab ich 1914 in der Pester gynäkologischen Sektion meine ersten Berichte über die konservative Behandlung der Fehlgeburten heraus. Bei nicht sehr grossem Material behandelte ich während 9 Jahren 324 Fehlgeburten, ausschliesslich mit der konservativen Methode. Selbst die schwersten Fälle inbegriffen, hatte ich an Todesfällen nur 3 zu verzeichnen. Wenn ich nun dazu die in den letzten 9 Jahren vorgekommenen 120 künstlichen Aborte rechne, wobei wir den immer wegen schwerer Krankheit mittels Blasenstich eingeleiteten Abort den Kräften der Natur überliessen, und niemals eine Kranke verloren haben, so kann ich mit ruhigem Gewissen die konservative Behandlung dem praktischen Arzte anempfehlen.

Unser Verfahren ist folgendes:

Wir geben bei Abortus (incipiens oder incompletus) Chinin; in den ersten 24 Stunden nicht mehr als 1 g. Laut der Herffischen Methode geben wir später Chinin mit Veronal in gleichem Quantum, und zwar halbstündlich eine Dosis von ½ g. Oder wir verteilen 1 g in 5 Pulver mit gleichem Quantum Veronal in Dosen zu 0,2 g, welche wir gleichfalls halbstündlich verabreichen. Verschiedentlich geben wir auch im Anfange eine Dosis zu 0,4 g und später halbstündliche Verabreichungen von Dosen zu 0,2 g. Beginnt nun das Chinin Schmerzen auszulösen, so geben wir Hypophysenextrakte.

Wir verwenden nur zuverlässig gute Hypophysenpräparate (ungarisches Glanduitrin, Pituitrin oder Pituglandol). Wenn stärkere Blutung einsetzt, geben wir im Zeitraume von 10—15 Minuten 3 bis 4 intravenöse Hypophysininjektionen. Dabei müssen wir bemerken, dass bei nicht gestörter Schwangerschaft weder das Chinin noch das Hypophysin einzeln oder zusammen irgendwelche wehenerregende Wirkung hat. Wir haben böse Erfahrungen mit schlechtem Kriegschinin und Kriegshypophysenextrakten gemacht.

Unsere Statistik lautet:

Zahl der Aborte	324
Primiparae	83 (ca. 25 Proz.)
Pluriparae	241 (ca. 75 Proz.)
1. Monat	21 (6,48 Proz.)
2. Monat	80 (24,69 Proz.)

3. Monat	66 (20,37 Proz.)
4. Monat	54 (16,66 Proz.)
5. Monat	47 (14,50 Proz.)
6. Monat	41 (12,65 Proz.)
7. Monat	15 (4,63 Proz.)
Inziptens	212 (65,43 Proz.)
Inkomplett	112 (34,56 Proz.)
Bei der Aufnahme schwer fiebernd, mit jauchigem Ausfluss	26 (8,02 Proz.)
fiebernd	34 (10,49 Proz.)
subfebril (37,5—38)	60 (18,52 Proz.)
Bei der Aufnahme fieberfrei	192 (59,26 Proz.)
fieberfrei, aber vorher fiebernd gewesen	12 (3,70 Proz.)
sicher kriminalgerichtlich gemeldet	5 (1,54 Proz.)
Chinin gaben wir in	170 (52,47 Proz.)

Der Abort war durchschnittlich in 38 Stunden nach der ersten Dosis Chinin beendet.

0,5 g Chinin gaben wir in	4 Fällen (2,35 Proz.)
1,0 „ „ „ „ „	70 „ (41,20 Proz.)
1,5 „ „ „ „ „	26 „ (15,30 Proz.)
2,0 „ „ „ „ „	37 „ (21,76 Proz.)
3,0 „ „ „ „ „	60 (8,82 Proz.)
4,0 „ „ „ „ „	7 „ (4,12 Proz.)
4,5 „ „ „ „ „	1 Fall (0,58 Proz.)
5,0 „ „ „ „ „	4 Fällen (2,35 Proz.)
6,0 „ „ „ „ „	4 „ (2,35 Proz.)
10,0 „ „ „ „ „	1 Fall (0,58 Proz.)
12,0 „ „ „ „ „	1 „ (0,58 Proz.)

zusammen in 170 Fällen.

Chineconal gaben wir in (kleinste Dosis 0,2 g, grösste Dosis 4,0 g)	66 Fällen (20,37 Proz.)
Glanduitrin (kleinste Dosis 1 ccm, grösste Dosis 29 ccm)	122 „ (37,65 Proz.)
Pituitrin (kleinste Dosis 1 ccm, grösste Dosis 11 ccm)	23 „ (7,13 Proz.)
Chinin (allein) (der Abort war in durchschnittlich 18 Stunden beendet)	51 „ (15,74 Proz.)
Glanduitrin (allein) (Beendigung des Abortes in 12 Stunden, durchschnittlich 1,5 ccm)	8 Fällen (2,46 Proz.)
Pituitrin (allein) (gegeben wurde 1 ccm)	1 Fall (0,31 Proz.)
Pituglandol (allein) (binnen 24 Stunden beendet)	2 Fällen (0,62 Proz.)
Hypoglandin (allein)	1 Fall (0,31 Proz.)
Chinin + Glanduitrin	77 Fällen (23,77 Proz.)
Chinin + Pituitrin	20 „ (6,17 Proz.)
Chinin + Pituglandol	6 „ (1,85 Proz.)
Chinin + Hypoglandin	11 „ (3,39 Proz.)
Spontane Beendigung unter 324 Aborten, bei denen wir gar nichts verabreichten in	64 „ (19,70 Proz.)

Auffallend gut ist das Schicksal derjenigen Kranken, die im Fieberzustande aufgenommen wurden. In 2—3 Tagen verschwand die Temperaturerhöhung sowie der böse Ausfluss, und der Puls der Kranken sank auf das Normale. Es ist ein unbeschreibliches Gefühl der Ruhe und Sicherheit, wenn der Abort ohne Komplikation durch Schüttelfrost oder Peritonitis abläuft. Solche, welche Fiebernde oder in infektiösem Verdachte stehende Kranke neuerdings aktiv zu behandeln wünschen, wollen wir darauf aufmerksam machen, dass wir noch immer keine sicheren klinischen Anzeichen haben, welche die schwache Virulenz der infektiösen Keime beweisen würden. Ich selbst werde nie das Gefühl der Unsicherheit vergessen, welches mich in der Geburtsabteilung der Poliklinik bei den vielen tausenden durch aktiven Eingriff behandelten Kranken erfasste, wenn es sich um einen infektiösen oder im Verdachte der Infektion stehenden Abort handelte. Der Hauptvorteil der konservativen Behandlung besteht darin, dass man damit keinen aktiven Schaden anrichten kann. Sein Nachteil hingegen ist, dass man dadurch den Verlauf des Abortes verlängert und hauptsächlich der Umstand, dass sich die schwangere Frau solange nicht ruhig fühlt, bis sie nicht von der Schwangerschaft gänzlich befreit ist. Darum finden wir nicht nur in den Ärzten, sondern in den Frauen selbst die grössten Gegner der konservativen Behandlung. Mit dieser Behandlungsmethode wünsche ich durchaus nicht denjenigen Fachmännern entgegenzutreten, die durch ihre grosse Technik, Umsicht und Erfahrung die Kranken vor schweren Komplikationen und vor allem vor Verletzungen durch aktives Vorgehen zu behüten wissen. Der Triumph der konservativen Behandlung ist das gute Wochenbett. Wir verzeichneten bei unseren Abortwöchenerinnen in 268 Fällen kein Fieber = 82,7 Proz. Einmal Fieber = 18 Fälle = 5,6 Proz., und längeres Fieber = 28 Fälle = 8,64 Proz. Leichtere Erkrankungen beobachteten wir in 4 Fällen = 1,23 Proz. Schwere Erkrankungen in 3 Fällen = 0,92 Proz. Von den Verstorbenen = 0,9 Proz. ist eine nach 9 Tagen an Pyämie, eine nach 4 Tagen an Peritonitis verschieden. Bei letzterer musste wegen Blutung die aktive Behandlung angewendet werden. Die dritte starb nach 20 Tagen auch an Peritonitis. Ich muss betonen, dass abgesehen von 1—2 Tamponaden und der erwähnten aktiven Behandlung, Eingriffe nicht gemacht wurden. Bei Aborten mit Blutungen ist eine aktive Behandlung nicht notwendig, da ja derartige Blutungen von der Plazentalösung stammen, zu deren Entfernung aus der Gebärmutter der Hypophysenextrakt genügt.