



26

Ein Beitrag

zur Lehre von der

künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft



Der hohen medicinischen Facultät zu Bern

als

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

von

Oskar Bernhard

Diplomirter Arzt in Samaden.



Auf Antrag des Herrn Prof. Dr. Müller von der Facultät zum Drucke genehmigt.

Bern, den 13. März 1888.

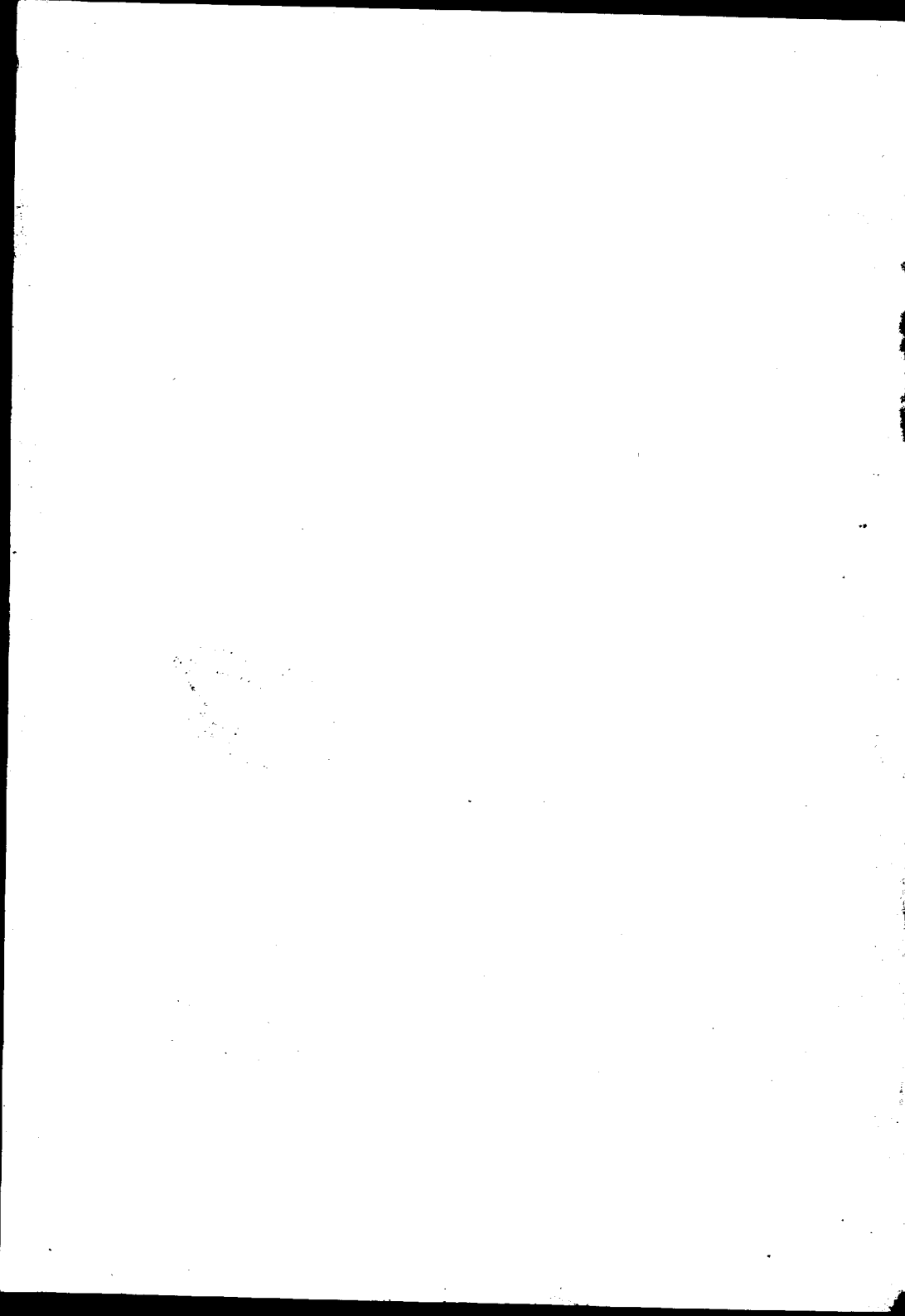
Der Decan: **Dr. H. Kronecker.**



Samaden

Buchdruckerei Simon Tanner

1888.



Ein Beitrag
zur Lehre von der
künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft



Der hohen medicinischen Facultät zu Bern
als

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

von

Oskar Bernhard

Diplomirter Arzt in Samaden.



Auf Antrag des Herrn Prof. Dr. Müller von der Facultät zum Drucke genehmigt.

Bern, den 13. März 1888.

Der Decan: Dr. H. Kronecker.



Samaden

Buchdruckerei Simon Tanner
1888.

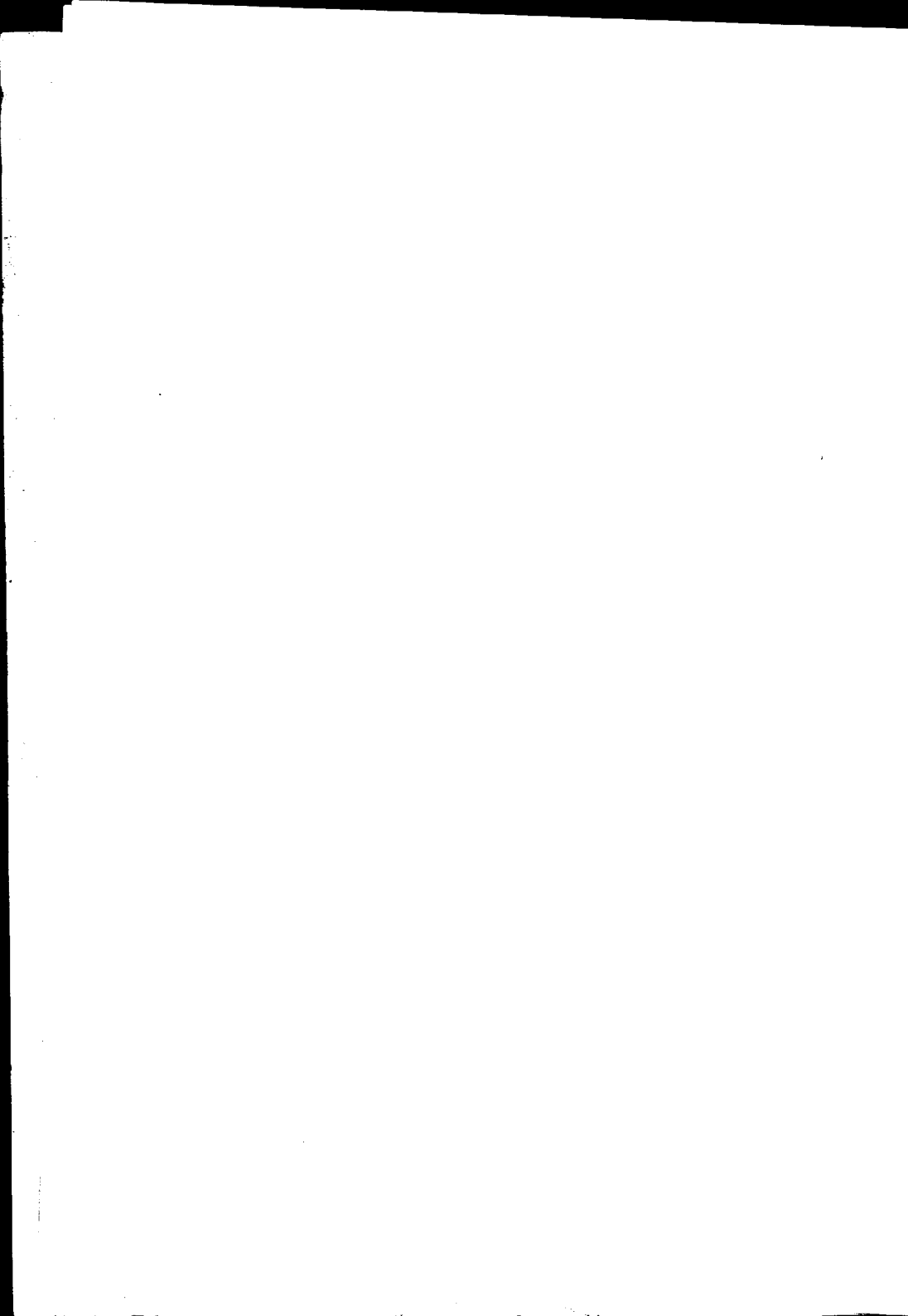


Ein Beitrag

zur Lehre von der

künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft





Im Anschluss an die Inauguraldissertation von Herrn Fritz Hubler aus dem Jahre 1885, worin er die *wegen Beckenenge* in den Jahren 1867—84 auf der Berner geburts-hülflich-gynäkologischen Klinik eingeleiteten Frühgeburten veröffentlichte, will ich auf Anregung meines hochverehrten Lehrers, Herrn Prof. Dr. P. Müller, diejenigen Fälle von künstlicher Frühgeburt einer genauern Betrachtung unterziehen, welche im Zeitraume von 1867 bis 1886 ebenfalls in der kantonalen bernischen Entbindungs- und Frauenkrankenanstalt *wegen Erkrankung der Mutter* ausgeführt wurden und zugleich auch die im gleichen Zeitraume hier eingeleiteten *künstlichen Abortus* besprechen.

Beide Themata, künstliche Frühgeburt und Abortus artificialis, bieten viel Analoges. Dennoch will ich, einmal weil die beiden Operationen in Bezug auf einen sehr wesentlichen Punkt, die persönliche Verantwortlichkeit des Arztes, weit auseinandergehen, zweitens einer bessern Uebersicht zu Liebe die künstliche Frühgeburt getrennt vom künstlichen Abortus behandeln.

A. Künstliche Frühgeburt.

Wenn wir die Indicationen zur künstlichen Frühgeburt in zwei grosse Gruppen eintheilen, wobei die Operation entweder eine prophylaktische Massregel oder

ein Rettungsmittel ad hoc ist, so fiel bis in die jüngsten Tage der Löwenantheil der ersten zu und vor Allem natürlich den Beckenanomalien. Als die Engländer gegen Mitte des letzten Jahrhunderts sich für die künstliche Frühgeburt aussprachen, so hatten sie nur das enge Becken im Auge. Dabei blieb es Jahre lang. Der Rath der Frau Justine Sigemundin (1690), die Blutung bei Placenta praevia dadurch zu stillen, dass man durch den vorliegenden Mutterkuchen hindurch die Eihäute eröffne, war der Vergessenheit anheimgefallen. Erst in den dreissiger Jahren dieses Jahrhunderts begann man die Indicationen zu erweitern. In Deutschland arbeitete dafür E. v. Siebold, in Frankreich Stolz. Im Jahre 1836 suchte dessen Schüler Ferniot in seiner These: *Existe il d'autres cas que le retrecissement du bassin, qui puisse autoriser l'accoucheur à provoquer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse?* nachzuweisen, wie die künstliche Frühgeburt auch indicirt sei, wenn das mütterliche Leben durch Krankheiten bedroht ist. Die Sache hat sich geklärt und es bilden heutzutage die Erkrankungen der Mutter eine wichtige Indication zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Obenan bleibt bis dato zwar die Beckenge. Während Hubler über 67 Fälle verfügt, kann ich unter den in einem Zeitraume von 20 Jahren auf hiesiger Klinik eingeleiteten Frühgeburten nur 5 Fälle finden, wozu Krankheiten der Mutter die Indication boten. Fügen wir noch die nach Abschluss von Hubler's Statistik ausgeführten Frühgeburten hinzu, so verhält sich für die Berner Entbindungsanstalt die Indication: Enges Becken zu Erkrankungen der Mutter wie 15 : 1. Vielleicht verändert sich dies Verhältniss mit der Zeit sehr und tritt das enge Becken als ein Grund zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt immer mehr zurück. Antisepetik und vervollkommnete Operationstechnik haben den früher so sehr gefürchteten Kaiserschnitt in ein milderes Licht ge-

stellt. Wenn vor dem antiseptischen Zeitalter, vor der modernen chirurgischen Schulung, eine Genesung nach der Sectio Caesarea eigentlich fast nur als eine Ausnahme betrachtet werden konnte und 80 % der Mütter dem verhängnisvollen Schnitte erlagen, so gehört jetzt der günstige Ausgang sozusagen zur Regel. Berechnet ja neuerdings Credé¹⁾ die Mortalität nach Kaiserschnitt überhaupt auf 28 %; für die specielle Indication «Beckenenge» auf nur 17,5 %. Dann die gute Prognose des Kaiserschnittes für das Kind! Nach Michaelis wurden alle Kinder lebend geboren, wenn vor oder gleich nach dem Blasensprung operirt war.²⁾ Wenn wir das mütterliche und kindliche Leben in einem Tiegel verschmelzen, so ist das Endresultat des Kaiserschnittes für das gewonnene Produkt, den Allgemeinbegriff Mensch, sogar ein besseres, als das der künstlichen Frühgeburt. Fragt man sich da nicht unwillkürlich: Sollen wir von nun an noch aus **prophylaktischen** Gründen eine künstliche Frühgeburt einleiten; dürfen wir in Zukunft noch perforiren; sind diese beiden Eingriffe noch gerechtfertiget, seitdem der Kaiserschnitt, der die Chancen bietet, Mutter und Kind zu retten, so viel von seiner Gefahr verloren hat?

Mit der Lösung dieser Frage hat sich Dr. Th. Wyder in Berlin in seiner Abhandlung: «Zur Indicationsstellung der Sectio Caesarea, Perforation und künstlichen Frühgeburt», Vortrag, gehalten in der gynäkologischen Sektion der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden, einlässlich beschäftigt.³⁾ Indem er an der Hand von statistischen Zahlen Sectio Caesarea, Perforation und künstliche Frühgeburt in Concurrenz treten lässt und die drei Operationen kritisch beleuchtet,

1) Arch. f. Gynaek., B. XXX.

2) Schroeder, «Lehrbuch der Geburtshülfe», 7. Aufl., pag. 362.

3) «Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte», XVII. Jahrg., 1887, Nr. 21.

kommt er zum Schlusse, dass heutzutage der Kaiserschnitt die beiden Letzteren noch nicht ersetzen könne. Denselben an deren Stelle setzen zu wollen, sei noch verfrüht. «Dies wird erst dann geschehen dürfen, aber dann auch im vollsten Masse, wenn, wie zu erwarten steht, die Mortalität bei diesen Operationen gleich gross geworden ist. Bis dahin muss uns das Leben der Mutter, das eine weit grössere sociale Rolle spielt, als das des Kindes, in unseren therapeutischen Principien bestimmen.»

Wird also die Berechtigung der künstlichen Frühgeburt bei *Beckenenge* auch heute noch anerkannt, um so mehr noch soll es der Fall sein, wenn diese Operation das Mittel sein soll, *eine lebensbedrohende Erkrankung von der Mutter abzuwenden*. Erst wenn einmal der innere Mediziner uns kräftigere Heilmethoden zeigt, womit wir ernste Leiden der Mutter, wie Nephritis, Krankheiten der Circulations- und Respirationsorgane etc., so mit Erfolg bekämpfen können, dass wir das Ende der Schwangerschaft getrost abwarten dürfen, erst dann haben wir das Recht, die künstliche Frühgeburt auch als **curative** Operation aufzugeben.

Treten wir nun speciell auf die uns vorliegenden 5 Fälle ein. Unter diesen bildeten die Indication zu künstlicher Frühgeburt:

- 1 Mal Hydramnios,**
- 1 Mal Lungenemphysem mit drohender Erstickung,**
- 1 Mal Retroflexio uteri gravidi mit drohender Ruptur,**
- 2 Mal Nephritis mit drohender, resp. vorhandener Uræmie.**

Bei hochgradigem *Hydrops amnii* ist die Berechtigung zur künstlichen Entbindung wohl unbestritten. Einerseits bringt er der Mutter viele Beschwerden und grosse Gefahren, anderseits kann bei ihm erfahrungsgemäss auf die Erhaltung eines gesunden, lebenskräftigen Fœtus selten gerechnet werden.

Ich will unsern einschlägigen Fall anführen:

Anna Elisabeth Wegmüller, 30 Jahre alt, I. Gravida, mittelgross, kräftig gebaut, wird den 6. Juli 1868 in die Anstalt aufgenommen. Letzte Menstruation Ende Dezember. Der Unterleib ist bedeutend ausgedehnt, von kugeliger Form, die Haut gleichmässig gespannt. Grösster Umfang 110,5 cm. Deutliche Fluctuation. Fundus uteri ein Querfinger unter dem Proc. xyphoid., Rippenbogen auseinander getrieben, Kindestheile nur in der Seitenlage zu spüren. Bei der innern Untersuchung fühlt man keine Kindestheile, Herztöne der Frucht nicht zu hören. Der Urin enthält kein Albumen. Die Ausdehnung des Abdomens nimmt stets zu, dazu gesellen sich Stauungshydrops am Mons veneris und an den unteren Extremitäten, sowie intensive Respirationsbeschwerden. Es wird deshalb die Einleitung der künstlichen Frühgeburt beschlossen. Am 21. Juli Morgens werden die Eihäute mit der Uterussonde punctirt; das Fruchtwasser fliesst in reichlicher Menge ab (20,5 kg). Nach der Punction liegt ein Kopf vor. Den 23. Juli wird der Forceps angelegt. Bei der Entwicklung dieses Kindes stellt sich der Fuss eines zweiten vor; dasselbe wird 45 Minuten später spontan geboren. Beide Kinder, Knaben, kommen todt zur Welt. Erste Frucht, 40 cm Länge und 1900 g Gewicht, zeigt Oedeme und Ascites. Zweite Frucht, 37,5 cm lang und 1100 g schwer.

Die Mutter stirbt 22 Tage post partum. Autopsie ergibt: Endometritis et Phlebitis purulenta.

Beiläufig sei hier darauf hingewiesen, dass sowohl dieser Fall als der später sub künstlicher Abortus (Tabelle B Nr. 1) erwähnte, die Erfahrung, es komme Hydramnios mit Vorliebe bei Zwillingschwangerschaft vor, bestätigt.

Der zweite Fall betraf also *Dyspnoë magna ex Emphysem*. Hierbei können wir durch Entleerung des Uterus die drohende Gefahr von der Mutter abwenden, indem wir damit zweien Indicationen Genüge leisten. Erstens vergrössern wir die Respirationsfläche, da nach der Operation die Excursionsfähigkeit der Lungen selbstverständlich bedeutend gebessert wird; andererseits heben wir eine drohende Insufficienz der Herzkraft, indem wir zugleich den rechten Ventrikel entlasten. In solchen Lagen halte ich die künstliche Einleitung der Frühgeburt für un-

bedingte Pflicht. Sie war denn auch in unserm Falle Mutter und Kind zum Segen ausgeführt:

Elisabeth Demmler, 21 Jahre alt, Landarbeiterin, von kräftigem Körperbau, Primipara, wird den 30. April 1869 aus dem äussern Krankenhause, woselbst sie an Luës behandelt wurde, in hiesige Klinik gebracht. Schwanger im letzten Monate, zeigt sie alle Symptome hochgradigsten Luft Hungers. Die Untersuchung ergibt hochgradiges Emphysem, an welchem Patientin laut Anamnese schon Jahre lang litt. Wegen drohender Suffocation wird alsbald der Farnier'sche Dilatator eingeführt. Nach dessen Entfernung wird die Blase gesprengt. Und 4½ Stunden später wird spontan ein Knabe geboren von 45 cm Länge und 2025 g Gewicht. Derselbe kam scheinotdt zur Welt, wurde aber durch künstliche Respiration in's Leben gerufen. Die Mutter machte im Wochenbette einige leichte Schüttelfröste durch. Den 25. Mai werden Mutter und Kind gesund entlassen.

Der jetzt zur Sprache kommende Fall bedarf keiner längern kritischen Betrachtung. Da eine *drohende Uterusruptur* angenommen werden musste, so resultirte natürlich ungesäumtes Handeln von selbst. Kommt überdies bei diesem Beweggrunde das Schicksal des Kindes gar nicht in Betracht, da dessen Leben, wenn es zur Ruptur käme, ohnehin verloren wäre:

Elise Schärer, 27jährige Primipara, von gutem Körperbau und leidlichem Ernährungszustande, findet den 29. April 1879 Aufnahme. Sie wurde mit 14 Jahren menstruir. Menses vierwöchentlich, vier Tage dauernd, reichlich. Letzte Regeln Mitte Dezember 1878. Die Schwangerschaft verlief schon von Anfang an mit allerlei Beschwerden: Appetitlosigkeit, sehr häufiges Erbrechen, heftige Kreuz-, Bauch- und Leistenschmerzen. Schon seit Januar wechseln bei ihr Diarrhoe und lästige Verstopfung ab. Eine Untersuchung am 3. Mai ergibt einen deutlichen cystischen Tumor im hintern Scheidengewölbe, fast bis zum Nabel reichend. Keine Kindestheile, keine Herztöne, dagegen links unten Uteringeräusch. Patientin klagt über schmerzhafte Krämpfe. Der Urin zeigt viel weisslichen, trüben Bodensatz, aus Eiterkörperchen bestehend. Da wiederholte Untersuchungen weder kleine Theile, noch Herztöne nachweisen können, so wird die Möglichkeit einer Molenschwangerschaft in's Auge ge-

fasst. Erst den 21. Juli fühlt man kleine Theile. Der 2. August verschafft uns nun Klarheit:

Fundus uteri reicht bis zum Nabel. Dasselbst zeigt er in der Mitte eine ganz deutliche spaltenförmige Einsattelung. Ein kleineres Horn erstreckt sich nach rechts bis zur Thoraxapertur; ein grösseres linkes reicht noch höher hinauf. Uterus bicornis retroversus, dessen eintes Horn, das linke, Fruchthälter ist. Die Herztöne sind in des linken Leistenegend zu hören. Am 4. August: der Schwangern geht es schlecht, die heftigsten Schmerzen von wehenartigem Charakter quälen die Frau. Oefftere subcutane Morphiinjektionen vermögen keine Erleichterung zu verschaffen. Von der grössten Angst gepöngt wirft sie sich unruhig hin und her. Die Ligamenta sind andauernd sehr gespannt. Man befürchtet Uterusruptur und entschliesst sich, die Geburt einzuleiten. Morgens 8 Uhr werden Laminariastäbe in den Cervix eingeführt; Abends 5 Uhr nimmt man sie heraus und legt einen Catheter ein; derselbe fällt nach drei Stunden heraus. Die ganze Nacht hindurch dauern kräftige Wehen an. Den 5. August Morgens 7 Uhr 40 springt die Blase. Der Kopf dreht sich mit dem Hinterhaupt nach vorn und tritt tiefer. Um 1 Uhr 50 Nachmittags tritt er unter Beihülfe zweier in's Rectum eingeführter Finger durch. Das Kind, ein Mädchen von 44 cm Länge und 1700 g Gewicht wird asphyktisch geboren und kann nicht wieder belebt werden. Die Herztöne waren bis unmittelbar vor der Geburt deutlich in der linken Leistenegend zu hören.

Im Wochenbett ist Patientin sehr erschöpft, hat viel Kopfschmerzen, grosses Angstgefühl, Dyspnoe, Hallucinationen und öfters Erbrechen. Temperaturen sind immer niedrig, Puls frequent; die Frau sieht sehr eingefallen aus und verbreitet einen ekelhaften, aasartigen Geruch. Sie collabirt den 12. August Nachmittags und stirbt noch den gleichen Abend. Sectionsergebniss: Retroversio uteri bicornis; Endometritis, Salpingitis, Oophoritis et Peritonitis septica.

Vielleicht dürfte folgender Fall aus meiner Privatpraxis, der seiner Zeit im «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte»¹⁾ veröffentlicht wurde, ebenfalls hieher zu rechnen sein:

Montag den 16. Januar 1888 wurde ich zu Frau B.-Sch. in B. gerufen. 26jährige Mehrgebährende von kleiner, ordentlich kräft-

¹⁾ XVIII. Jahrg., 1888, Nr. 6.

tiger Statur. Sie stammt aus sonst gesunder, jedoch etwas neuropathisch veranlagter Familie. Als Mädchen hat sie eine Peritonitis durchgemacht und nachher wiederholt an schwerer Chorea gelitten. Erste Menses mit 16 Jahren. Sie hat zweimal geboren, schwer, doch ohne Kunsthilfe. Nach der zweiten Geburt Mastitis, welche zur Atrophie der rechten Brustdrüse führte. Letzte Menstruation Ende Mai. Die Frau erwartet ihre Niederkunft in der zweiten Woche März. In der Schwangerschaft wurde sie mehrmals von hysteroepileptischen Anfällen heimgesucht. Sonntag den 15. Januar bekam sie heftige, wehenartige Schmerzen. Dieselben dauerten fast unaufhörlich fort und wurden nachgerade unerträglich. Meine Untersuchung (Montag Nachts) ergibt: Fundus uteri steht gut drei Querfinger breit über dem Nabel. Frucht in Kopflage, zweiter Stellung. Herztöne handbreit unter dem Nabel in der Linea alba zu hören. Der Uterus neigt stark nach der rechten Seite. Abdomen sehr empfindlich. — Scheide aufgelockert. Straffer Strang rechts. Die Vaginalportion hängt als ca. $1\frac{1}{2}$ cm langer, weicher Wulst in die Scheide hinein. Oreficium externum für einen Finger geöffnet; *innerer Muttermund geschlossen*. Digitalexploration äusserst schmerzhaft. Dreiste Morphiumdosen und wiederholte Anwendung von Chloroform verschaffen der Frau nur momentane Ruhe. Eine zweite Untersuchung zeigt grosse Spannung der Ligamenta rotunda, namentlich des rechten. Unterhalb des Nabels zeigt sich deutlich der Contractionsring. Der quere Einschnitt fällt selbst der Hebamme auf. Eine Verwechslung mit der Harnblase bleibt ausgeschlossen. Diese war kurz vorher mittelst des Catheters entleert worden. Ich hatte also allen Grund, eine *Uterusruptur* zu befürchten und entschloss mich daher zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Nach Dilatation des Cervix führe ich, da ich gerade kein Bougie zur Hand hatte, einen Katheter ein (Dienstag Vormittags 10 Uhr). Damit keine Luft eintrete, füllte ich denselben mit Sublimatwasser und verschloss dann das Ende mit einem Salicylwattetampon. Bald nach Application des Catheters ändert sich der Zustand der Frau, die Krämpfe hören allmähig auf und machen geordneten Wehen Platz. Um 3 Uhr Nachmittags desselben Tages wechselte ich den Catheter. Beim Versuche, den neuen zwischen Uterus und Eihäuten gehörig in die Höhe zu schieben, perforirte er die Blase, und ich lasse durch ihn das Fruchtwasser, zumal ich durch den für einen Finger durchgängigen Muttermund die Nabelschnur vorliegend fühle, nur ganz langsam abfliessen. Die Nabelschnur zieht sich zurück und es liegt jetzt der Kopf vor. Die Wehen dauern fort, aber die Geburt will keine rechten Fortschritte machen. Die folgenden drei Tage lege

ich, mittlerweile in den Besitz von Bougies gelangt, successive stärkere Bougies ein. Donnerstag Nachmittags zeigt sich der Cervix fast ganz verstrichen. Der noch etwas wulstige Muttermund ist für zwei Finger durchgängig. So bleibt es trotz Wehentätigkeit bis Freitag den 20. Januar früh. Da die Herztöne der Frucht schlechter geworden sind und auch die Frau sehr heruntergekommen ist, forcire ich die Geburt. Morgens 5 Uhr wird der Muttermund mittelst einer langen gebogenen Scheere an drei Orten seicht eingeschnitten. Morgens 6³/₄ Uhr hat sich der Muttermund so weit erweitert, dass sich die Löffel der Zange durchbringen lassen. Circa ¹/₄ Stunde später gelingt die Extraction. Das Kind, ein Knabe von 42¹/₂ cm Länge und **1610 g Gewicht** lebt. Kopfumfang 29 cm. Die Haut ist faltig, voll Runzeln. Die Fingernägel stehen noch weit zurück. Das Scrotum ist leer. Das Kind macht einen elenden, greisenhaften Eindruck. Nach der Geburt erhält die Frau einige Secalepulver à 0,4 g. — Lösung der Placenta mit dem *Credé*'schen Handgriff 8¹/₄ Uhr. Nachher kleine intrauterine Sublimat-injection 1,0 : 2000.

Die Mutter machte ein durchaus afebriles und gutes Wochenbett durch und besorgt jetzt wieder ihre Hausgeschäfte.

Das Kind erkrankte an Icterus, war aber relativ immer merkwürdig lebhaft und saugt ganz kräftig. Für gehörige Warmhaltung wurde natürlich zweckmässigst gesorgt. Dem stets in warme Tücher eingehüllten kleinen Wesen spendet ein grosser Engadiner Kachelofen fortwährend strahlende Wärme. Nach 10 Tagen wog das Kind 1850 g; es hat also täglich 24 g zugenommen. Seither habe ich es nicht mehr gesehen; es soll ihm aber gut gehen.

Nach den von *Ahlfeld* aufgestellten Durchschnittszahlen ¹⁾ würde das Kind bei der Geburt der 30. Woche entsprochen haben. Nehmen wir die letzte Menstruation als Ausgangspunkt für die Berechnung des Alters, so erhalten wir die 31—32. Woche.

Was bei diesem Fall hauptsächlich interessant, ist das sehr geringe Gewicht. Nach der oben erwähnten statistischen Arbeit von Fritz Hubler wog von 67 Fällen das leichteste gedeihende Kind 1970 g, also doch bedeutend mehr als das unsrige.

Wegen *Nephritis* wurde auf unserer Klinik in der vorgelegten Periode von 20 Jahren zwei Mal die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Diese Indication ist wohl

¹⁾ Schröder: «Lehrbuch der Geburtshilfe», 7. Aufl., pag. 55.

die am Allgemeinsten anerkannte. Alle bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass jenes Leiden sich durch Fortbestand der Schwangerschaft stetig verschlimmert und, abgesehen von plötzlichen fürchterlichen Zufällen, mit welchen es wie ein Damoklesschwert das mütterliche Leben gefährdet, gerne zur unheilbaren chronischen Nephritis ausartet. Ferner ist durch eine grosse Anzahl von diesbezüglichen Fällen erwiesen, dass durch die Unterbrechung der Schwangerschaft auch die böse Krankheit gehoben worden ist. Unsere Resultate reihen sich bestätigend an:

Dällenbach, Anna B., 29jährig, II. Gravida im achten Monat, wird den 14. Juli 1879 aus dem Inselspitale, woselbst sie längere Zeit ohne jeglichen Erfolg an Scharlachmephritis behandelt worden war, wegen zunehmenden Hydropses und Verdacht auf Uraemie (hartnäckiges Erbrechen, heftige Kopfschmerzen) in die Gebäranstalt dislocirt, behufs Vornahme der künstlichen Entbindung. Dieselbe wird durch die Krause'sche Methode eingeleitet. Nach 48 Stunden erfolgt die Geburt eines asphyktischen Kindes das nicht mehr zum Leben zurückgerufen werden kann. Die Mutter hingegen macht ein glückliches Wochenbett durch. Die Symptome der Nierenaffection verschwinden und 17 Tage post partum zeigt der Urin nur noch eine kleine Spur von Albumen. Patientin fühlt sich sonst recht wohl und wird entlassen.

Ein anderer Fall zeigt so manches Interessante, dass ich ihn einer detaillirten Mittheilung würdig halte:

Schaedeli-Reufer, Anna, wird den 16. November 1884 von ihrem Arzte mit der Diagnose: „Nephritis interstitialis“ in hiesige Anstalt geschickt. Klinische Vorstellung vom 17. XI Anamnese: Die Frau ist zum ersten Male schwanger. Letzte Menstruation Mitte Mai, Eintritt der Kindesbewegungen Mitte September. Das Befinden während der Gravidität war bis vor vier Wochen gut. Damals bekam Patientin kurzen Athem. Am 5. November schwellen ihr die Füsse an, nachher das Gesicht und die Hände, später nahm die Wassersucht mehr und mehr zu. Am 12. November musste sie sich zu Bette legen und wurde noch am selben Tage von fünf urämisch-eklamptischen Anfällen heimgesucht. Solche Anfälle wieder-

holten sich nun alle Tage; Patientin klagt auch über rasche Abnahme der Schärfe. Status: 39jährige, mittelgrosse, kräftig gebaute Hausfrau. Gesicht etwas gedunsen. Oedeme der Beine, Arme und Bauchdecken. Kein Ascites, mässiger Hydrothorax. Ueber den Lungen feuchtes, grossblasiges Rasseln. Die Herzdämpfung ist leicht verbreitert; lebhaft Herzaction, Töne rein, der Puls voll und gespannt. Spärliche Urinmenge, viel Eiweiss und reichliche hyaline Cylinder. Sensorium frei, aber Klagen über heftige Kopfschmerzen, Schlafsucht. Die Frau steht, den Ergebnissen der Lokaluntersuchung nach zu urtheilen, in der 28—30. Schwangerschaftswoche. Die Herztöne der Frucht sind etwas frequent.

Am 19. November wird die Einleitung der künstlichen Frühgeburt versucht mittelst Elektrizität. Täglich dreimalige Anwendung des constanten Stromes von 20 Elementen während 10 Minuten mit viernmaligen Wendungen des Stromes. Anode auf dem Fundus uteri, Kathode im vordern Scheidengewölbe. Am 24. November Abends klagt Patientin über Sehstörungen (Skotome) und gibt an, seit zwei Tagen keine Kindesbewegungen mehr zu fühlen. Herztöne verschwunden. Da die Beschaffenheit der Vaginalportion trotz energisch angewandeter Elektrizität sich gleich geblieben ist und Uteruscontractionen nicht wahrzunehmen sind, wird nun am 23. November, 5 Uhr Abends, ein Katheter eingeführt. Den 26., 27. und 28. November werden die Bougies erneuert. Den 27., Morgens, traten die ersten Wehen ein, welche immer häufiger wurden. Dabei hat sich das Allgemeinbefinden gebessert, das Kopfweh ist fast ganz verschwunden. Kein Erbrechen und keine Krämpfe mehr. Die Oedeme, bis auf die der äussern Genitalien, haben stark nachgelassen. Den 29. November wird der Katheter definitiv entfernt und die Geburt sich selbst überlassen. Die Wehen werden jetzt spärlicher. Die Geburt erfolgt den 2. Dezember Abends ohne besondere Ereignisse. Todtfauler Foetus von der 28. Woche. Knabe, 41 cm Länge und 1520 g Gewicht. Hochgradiger, allgemeiner Hydrops, grosse Blutarmuth des ganzen Leichnams. Falsche Knoten am Nabelstrang.

Das Wochenbett gestaltete sich gut; Oedeme sind nur mehr gering; der Urin wird reichlicher, Eiweissgehalt spärlich, keine Cylinder im Harn. Den 11. Dezember Nachts klemmt sich die Wöchnerin beim Drängen auf dem Nachtstuhl eine schon seit einem Jahre bestehende rechtsseitige Leistenhernie ein. Taxisversuche misslingen, und es wird dann Nachmittags von Herrn Dr. Paul Niehans die Herniotomie gemacht. Die Operation verlief sehr günstig; Wundheilungsverlauf ungestört. Während des weitem Aufenthaltes wird

das Befinden der Patientin immer besser; sie wird den 22. Januar 1885 entlassen.

Nach ihrem Austritte soll die Frau zusehends gesundet haben, bekam auch zweimal ihre Menses, bis sie Mitte April wieder schwanger wurde. Neu geschürt, facht die im Erlöschen begriffene Nephritis wieder auf und vollendet diesmal rasch ihr Zerstörungswerk. Den 13. Oktober 1885 bringt man die Frau in moribundem Zustande auf die Klinik. Sie stirbt noch denselben Abend ohne geboren zu haben. Eine Section wird nicht vorgenommen, sondern die Leiche mit Chromsäure injicirt behufs Härtung und Herausnahme des schwangern Uterus mitsammt dem Ei.

Gehen wir nun zur Schlussbesprechung über und sehen wir uns die auf hiesiger Klinik gewonnenen Resultate etwas näher an. Ueber die Zeit der Einleitung, die Dauer der einzelnen Geburten, die zur Anwendung gebrachten Methoden und eventuellen Complicationen verweise ich auf die am Schlusse meiner Arbeit beigegebene tabellarische Uebersicht.

Es wurden 6 Kinder geboren; davon kamen 3 todt, 3 asphyktisch zur Welt. Zwei davon konnten nicht belebt werden; ein Kind gelang es in's Leben zurückzurufen und wurde dasselbe gesund aus der Anstalt entlassen.

Wir haben also eine Mortalität der Kinder von 83,3 %. Allerdings keine ermuthigende Zahl! Doch aus diesen fünf Fällen lässt sich zum Glück keine Statistik machen; sie sollen nur einen Beitrag zu einem künftigen statistischen Ganzen liefern. Wollen wir zu einem richtigen Kriterium gelangen, so müssen wir die einzelnen Fälle genau in Erwägung ziehen. So kommt aber die Sache in ein anderes Licht. Den Tod von 4 Früchten finden wir in der Erkrankung der respectiven Mütter hinreichend begründet. Bei einem einzigen Kinde ist dieser Grund nicht anzunehmen, sondern war offenbar *Debilitas vitæ* vorhanden (Fall von *Retroversio*). Die wegen Beckenanomalien vorgenommene künstliche Frühgeburt muss

natürlich für die Lebenschancen des Kindes bessere Resultate ergeben. Hubler's Statistik zeigt demnach auch eine Kindermortalität von nur 54 %, eine neuere Wyder's von nur 48 %. Bei dieser Indication haben wir es gewöhnlich mit sonst gesunden Müttern zu thun. Der Einfluss eines missstalteten Beckens auf die Lebensfähigkeit des Foetus ist, wenn überhaupt angenommen, gewiss sehr gering zu taxiren; anders hingegen eine schwere Krankheit der Mutter.

Mütter haben wir zwei verloren, beide an septischer Infection; eine davon in noch voraseptischer Zeit. Wir haben also eine Mortalität der Mütter von 40 %. Ich lasse die Frage, ob diese beiden Frauen heute mit unserem um mehrere kräftige Mittel verstärkten antiseptischen Arzneischatze auch verloren gewesen wären, offen.

Die Hauptgefahr bei der künstlichen Unterbrechung der Gravidität liegt gewiss in der septischen Infection, namentlich wegen des dabei gewöhnlich so potrahirten Geburtsverlaufes, der vielen Untersuchungen und wiederholten manualen und instrumentalen Eingriffe. Eine scrupulöse Anwendung der Antiseptik sollte aber auch die längst dauernden Geburten gefahrlos gestalten. Je länger sie dauern, desto unverdrossener und pedantischer sollen wir unsere Hände und Instrumente, sowie die Genitalien der Kreissenden aseptisch halten. Dann wird es uns fast stets gelingen, auch in der Privatpraxis mit ihren so häufig hygieinisch schlechten Räumen die Sepsis zu bannen. Es wird der Zukunft vorbehalten sein, die Gefahren der künstlichen Frühgeburt auf ein Minimum zu beschränken.

Bei den übrigen drei Müttern ist die unmittelbare Lebensgefahr durch die künstliche Frühgeburt sofort ge-

hoben worden und konnten dieselben sehr gebessert entlassen werden. Es genügt dies, um die Einleitung der künstlichen Frühgeburt eine berechnete Operation zu nennen.

B. Künstlicher Abortus.

Im Vorhergehenden haben wir gesehen, wie es vor der Vornahme der künstlichen Frühgeburt, einem Eingriffe, der die Erhaltung des kindlichen Lebens erhoffen lässt, schon reichlicher Ueberlegung bedarf. Wie mehr noch, wenn diese Hoffnung wegfällt, wenn wir genöthigt sind, im Interesse der Mutter das Kind zu opfern! Dürfen wir uns da wundern, wenn bis in unsere Zeit unter den geburtshülflichen Autoritäten die grössten Meinungsverschiedenheiten über die Berechnung des künstlichen Abortus herrschen?

Während Schröder auf der gewiss humanen Anschauung basirend, dass «das Leben der Mutter, von dem der Regel nach das Glück und oft genug auch die Existenz eines ganzen Hausstandes, sowie das geistige und körperliche Wohl einer ganzen Kinderschaar abhängen, einen unendlich viel höhern Werth, als das Leben eines ungeborenen Kindes habe», für die Indicationen des Partus præmaturus artificialis etwas weitere Grenzen zieht, so wollen Andere diesen Punkt ganz ausser Acht lassen und stellen den Grundsatz obenan: Das Leben der Frucht steht dem der Mutter vollständig gleich. Ahlfeld möchte bei der Ueberlegung vor der Operation nur die wissenschaftlichen Punkte in die Wagschaale gelegt wissen. Er und Cohnstein sprechen sich sehr entschieden für Einschrän-

kung des artificiellen Abortus aus und meinen, es werde damit viel gesündigt.¹⁾

Es liegt nicht im Rahmen meiner Arbeit, mich auf alle möglichen Indicationen einzulassen. Ich beschränke mich lediglich auf die einzelnen Fälle unserer Klinik. Ihre Zahl ist sechs.

Ein Mal wurde der künstliche Abortus aus **prophylaktischem** Grunde ausgeführt wegen absoluter Gebärmöglichkeit in Folge:

Osteomalacie.

Fünf Mal lagen **curative** Gründe vor und zwar:

- 2 Fälle mit der Diagnose: Hydramnios;**
- 1 Fall von starkem Emphysem mit bedrohlichen Erscheinungen bei Osteomalacie;**
- 1 Fall von unstillbarem Erbrechen mit hochgradiger Inanition;**
- 1 Fall von abgestorbener Frucht.**

Darf man aus **Prophylaxis** für die Mutter die Frucht tödten? Das ist eine Frage, welche die Fachleute sehr verschieden beantworten. Schröder bejaht sie ohne Weiteres. Spiegelberg hält bei *absoluter Beckenenge* den künstlichen Abortus ebenfalls für erlaubt, knüpft aber die Bedingung daran, er solle nur dann ausgeführt werden, wenn die Schwangere den Kaiserschnitt voraussichtlich nicht überstehen werde. Eine in meinen Augen unglücklich gewählte Maxime hat Ahlfeld diesbezüglich aufgestellt.²⁾ Er sagt daselbst: «Ich für meine Person würde bei absoluter Beckenenge den künstlichen Abortus nur dann ausführen, wenn die Schwangere bislang absolut keine Kenntniss von ihrem Gebärmvermögen hatte und nach Auseinandersetzung der Sachlage sich für den Abort entscheidet; würde dieselbe aber dann zum

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. XVIII, pag. 318.

²⁾ Arch. f. Gyn., B. XVIII, pag. 309.

zweiten u. s. w. Male mit dem gleichen Anliegen kommen, so würde ich die Ausführung verweigern». Wenn Ahlfeld das will, so muss er, um consequent zu sein, noch weitergehen und sagen: Ich perforire auch nur das erste Mal. Ich glaube, kein Arzt hat die Berechtigung, einer Frau den Coitus abzusprechen oder, wenn sie seinem Befehle nicht gehorcht, ihr die beste Hülfe zu versagen, einfach weil ihre natürlichen Geburtswege kein lebensfähiges Kind durchlassen. Der Arzt soll Helfer sein!

Das Beste, was wir heutzutage einer solchen Frau leisten können und leisten sollen, wenn sie nicht aus Liebe zu dem Wesen, das sie im Schoosse trägt, sich freiwillig dem Kaiserschnitte, dessen Gefahren ihr nicht verhehlt, sondern vorher offen mitgetheilt werden müssen, unterzieht, ist der künstliche Abortus. Noch Niemand hat an Hand grosser Zahlen den Beweis geliefert, dass die Sectio Caesarea gleich, geschweige denn weniger gefährlich sei. Erst wenn einmal dieser Tag gekommen ist, haben wir das Recht, von der Schwangeren zu verlangen, sie solle sich dem Kaiserschnitte unterwerfen; dann erst darf für solche Fälle der künstliche Abortus aus der Reihe der geburtshülflichen Operationen ausgeschaltet werden.

Unser einschlägiger Fall, Liechti-Schöni, eine 28jährige Näherin (Tabelle B Nr. 2), verlief letal. Die Osteomalacie hatte die Frau in einen Zustand von so hochgradigem Marasmus gebracht, dass sie 30 Stunden nach der Operation demselben erlag. Die Section ergab: osteomalacisches Becken, sehr starke Anaemie, Milztumor, Verfettung der inneren Organe.

Von den vorliegenden **curativen** Gründen bedürfen die Fälle von *Hydramnios* und *Emphysem* nach dem, was wir schon oben sub «künstl. Frühgeburt» gesagt haben, keiner weitem Ausführungen. Gehen diese Krankheiten mit stürmischen Erscheinungen einher, die das mütterliche Leben in plötzliche Gefahr bringen, so ist der künst-

liche Abortus ebenso gerechtfertigt, wie die künstliche Frühgeburt.

Einen von diesen Fällen will ich hier näher mittheilen; er hat zu einer falschen Diagnose und somit auch zu einer falschen Therapie verleitet. Da nicht Hydramnios, sondern ein *Kystoma ovarii* vorlag, ist der künstliche Abortus natürlich nicht am Platze gewesen, sondern hätte die Ovariectomie Hülfe bringen sollen.

Hirter-Niederhäuser, Rosina, 30 Jahre alt, Hausfrau, wird den 20. November 1882 aufgenommen. Hat zu Hause dreimal spontan geboren. Die Menses sind mit 17 Jahren eingetreten, vierwöchentlich, 3—4 Tage andauernd. Letzte Menstruation Ende Mai. Die Frau klagt über stets zunehmende Dyspnoë. Status vom 20. November 1882: Abdomen sehr stark ausgedehnt, Bauchdecken etwas oedematös! Peripherie des Leibes in der Nabelgegend 115 cm. Fast das ganze Abdomen ist ausgefüllt von einem Tumor von elastischer Consistenz und rundlicher Form. Nach oben reicht er bis zum Proc. xyphoideus; nur in den seitlichen und hintern Partien ergibt die Percussion Darmton. Ueber dem ganzen Tumor fühlt man bei der geringsten Berührung deutliche Fluctuation. Kindestheile sind nicht nachzuweisen, nur links und vorn scheint eine etwas härtere Partie als anderswo zu sein, welche dem Rücken des Kindes entsprechen könnte. Herztöne der Frucht sind nirgends zu hören. Die innere Untersuchung ergibt: Scheide aufgelockert. Portio vaginalis 2 cm lang, der äussere Muttermund bildet eine Querspalte; Cervix ist trichterförmig, der innere Muttermund geschlossen; überall stösst man auf den gleichen elastischen Tumor. Im vordern Scheidengewölbe trifft man in demselben auf einen apfelgrossen, ballotirenden Körper (Steiss oder Kopf?). Wegen der starken Ausdehnung des Unterleibes und weil die Athembeschwerden lebensgefährdend werden, wird, nachdem die Diagnose auf Schwangerschaft mit Hydramnios gestellt worden war, der künstliche Abortus eingeleitet.

Den 23. November wird behufs Punction der Eihäute die Sonde bis auf etwa 10 cm eingeführt; doch vergeblich. Nun Bougie, worauf schwache Wehen eintreten. Am 24. wird ein Pressschwamm eingelegt und die Scheide mit drei Schwämmen tamponirt. Bei einer folgenden Untersuchung fühlt man deutlich Hand und Kopf, ungefähr dem fünften Monat entsprechend. Derselbe ist noch hoch über dem Beckeneingang. Es wird nun mit der Kornzange die Blase angerissen, worauf etwa 200 g Fruchtwasser abfliessen. Bei den nun

stärker werdenden Wehen konstatirt man, dass nur derjenige Theil, welcher früher als Rücken imponirt hatte, sich kontrahirt; der ganze übrige Tumor bleibt weich und elastisch! — Den 26. November wird, da die Geburt nun genügend fortgeschritten ist, der linke Fuss (zweite Steisslage) heruntergeholt und extrahirt. Bei der Extraction des Kopfes durch den Prager Handgriff wird der Muttermund sichtbar und muss reponirt werden. Die Nachgeburt erfolgt 5 Minuten später. Der Foetus, ein tochter Knabe, 880 g schwer, entspricht dem fünften Monat. Gewicht der Placenta 330 g. Die Mutter fühlt sich nach der Geburt wohl und sehr erleichtert. Wochenbett gut. Zurückgeblieben ist ihr allerdings der weichelastische grosse Tumor, der sich nun als Ovarialeyste entpuppt. Den 11. Dezember wird die Frau in die gynaekologische Abtheilung transferirt und dort mit Glück von ihrem Tumor befreit.

* * *

Beim andern Falle: Hofer-Gründer, Marianna (Tabelle B Nr. 1). 35jährige Landarbeiterin, IX. Gravida im 6. Monat, handelte es sich um einen excessiven *Hydrops amnii*. Leibumfang 120 cm. Schwere Beeinträchtigung der Respiration. Verdauungsstörungen. Schlaflosigkeit. Es wurde wegen diesen Beschwerden der künstliche Abortus ausgeführt. Zwillingsgeburt. Kinder entsprachen der 24. Woche. Die Frau erholte sich rasch und konnte nach 12 Tagen gesund aus der Anstalt entlassen werden.

* * *

Bei der Patientin mit *Emphysem und Bronchitis*, der osteomalacischen Frau Kocher-Krieg, 40 Jahre alt (Tabelle B Nr. 4), war der Erfolg des künstlichen Abortus ebenfalls ein guter. Bald nach der Operation liessen die intensiven Beschwerden nach und besserte sich der Zustand der Frau bedeutend. — Die Frau concipirte bald später wieder. Bei dieser neuen Schwangerschaft konnte der artificielle Abort vermieden werden und wurde dann in der 32. Woche ebenfalls auf unserer Klinik die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Diesmal boten nicht das Emphysem und die Bronchitis, deren Symptome mittlererweile sich gebessert hatten, die Indikation; sondern die osteomalacischen Veränderungen des Beckens. Es figurirt desswegen diese Frühgeburt nicht sub A unter meinen Fällen von künstlicher Frühgeburt.

Als eine weiter uns zu Grunde liegende Indication ist die *Hyperemesis* zu besprechen, gegen welche wohl

am meisten der künstliche Abortus als Heilmittel verlangt wird. Manche Autoren möchten diese Indication zwar nicht mehr gelten lassen. Olshausen¹⁾ hat noch keinen derartigen Fall gehabt, der ihm die Einleitung des Abortus nöthig gemacht hätte. Ahlfeld²⁾ konnte in seinen 3 Fällen, Dank «glücklich gewählter diätetischer und medicamentöser Anordnungen», die Operation mit Erfolg vermeiden. Günstig sind in dieser Hinsicht namentlich die Fälle, wo das habituelle Erbrechen erst in späten Schwangerschaftsmonaten sich einstellt. Für kürzere Zeit die Kräfte durch Fleisch-Pankreas-Klystiere oder andere ernährende Klysmata zu erhalten, wird wohl öfters gelingen. Hingegen sind die Methoden der künstlichen Ernährung durch den After noch keineswegs so vollkommen, um dadurch einen Menschen dauernd am Leben zu erhalten. Wenn die Hyperemesis kurz nach der Conception auftritt, die höchsten Grade erreicht, jeder Behandlung trotz, die Patientin in einen gefährlichen Grad der Erschöpfung bringt, wie bei unserem Falle, so ist der artificielle Abortus gewiss gerechtfertigt, zumal er hier schon einmal Hilfe gebracht hat und uns ein anderes Mal die Natur mit ihrem rettenden Beispiel vorangegangen ist. Breisky³⁾ möchte den künstlichen Abortus bei unstillbarem Erbrechen auf von Haus aus schwächliche Frauen mit ererbten Krankheitsanlagen, namentlich Tuberculose, gerne beschränkt wissen. Machen wir aber nicht so oft die Beobachtung, dass auch hereditär nicht Belastete, wenn ihr Körper durch langwierige Krankheiten (z. B. Typhus, Syphilis) auf's äusserste geschwächt worden ist, leicht tuberculöser Infection anheimfallen? Kann nicht ebensogut eine sonst gesunde Frau aus

¹⁾ Archiv für Gynäkologie, 18. Bd., II. Heft.

²⁾ Ebendasselbst.

³⁾ Prager Zeitschrift der Heilkunde, III. Bd., 4. Heft.

stärker werdenden Wehen konstatiert man, dass nur derjenige Theil, welcher früher als Rücken imponirt hatte, sich kontrahirt; der ganze übrige Tumor bleibt weich und elastisch! — Den 26. November wird, da die Geburt nun genügend fortgeschritten ist, der linke Fuss (zweite Steisslage) heruntergeholt und extrahirt. Bei der Extraction des Kopfes durch den Prager Handgriff wird der Muttermund sichtbar und muss reponirt werden. Die Nachgeburt erfolgt 5 Minuten später. Der Foetus, ein tochter Knabe, 880 g schwer, entspricht dem fünften Monat. Gewicht der Placenta 330 g. Die Mutter fühlt sich nach der Geburt wohl und sehr erleichtert. Wochenbett gut. Zurückgeblieben ist ihr allerdings der weichelastische grosse Tumor, der sich nun als Ovarialeyste entpuppt. Den 11. Dezember wird die Frau in die gynaekologische Abtheilung transferirt und dort mit Glück von ihrem Tumor befreit.

* * *

Beim andern Falle: Hofer-Gründer, Marianna (Tabelle B Nr. 1). 35jährige Landarbeiterin, IX. Gravida im 6. Monat, handelte es sich um einen excessiven *Hydrops amnii*. Leibumfang 120 cm. Schwere Beeinträchtigung der Respiration. Verdauungsstörungen. Schlaflosigkeit. Es wurde wegen diesen Beschwerden der künstliche Abortus ausgeführt. Zwillingengeburt. Kinder entsprachen der 24. Woche. Die Frau erholte sich rasch und konnte nach 12 Tagen gesund aus der Anstalt entlassen werden.

* * *

Bei der Patientin mit *Emphysem und Bronchitis*, der osteomalacischen Frau Kocher-Krieg, 40 Jahre alt (Tabelle B Nr. 4), war der Erfolg des künstlichen Abortus ebenfalls ein guter. Bald nach der Operation liessen die intensiven Beschwerden nach und besserte sich der Zustand der Frau bedeutend. — Die Frau concipirte bald später wieder. Bei dieser neuen Schwangerschaft konnte der artificielle Abort vermieden werden und wurde dann in der 32. Woche ebenfalls auf unserer Klinik die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Diesmal boten nicht das Emphysem und die Bronchitis, deren Symptome mittlererweil sich gebessert hatten, die Indikation; sondern die osteomalacischen Veränderungen des Beckens. Es figurirt desswegen diese Frühgeburt nicht sub A unter meinen Fällen von künstlicher Frühgeburt.

Als eine weiter uns zu Grunde liegende Indication ist die *Hyperemesis* zu besprechen, gegen welche wohl

am meisten der künstliche Abortus als Heilmittel verlangt wird. Manche Autoren möchten diese Indication zwar nicht mehr gelten lassen. Olshausen¹⁾ hat noch keinen derartigen Fall gehabt, der ihm die Einleitung des Abortus nöthig gemacht hätte. Ahlfeld²⁾ konnte in seinen 3 Fällen, Dank «glücklich gewählter diätetischer und medicamentöser Anordnungen», die Operation mit Erfolg vermeiden. Günstig sind in dieser Hinsicht namentlich die Fälle, wo das habituelle Erbrechen erst in späten Schwangerschaftsmonaten sich einstellt. Für kürzere Zeit die Kräfte durch Fleisch-Pankreas-Klystiere oder andere ernährende Klysmata zu erhalten, wird wohl öfters gelingen. Hingegen sind die Methoden der künstlichen Ernährung durch den After noch keineswegs so vollkommen, um dadurch einen Menschen dauernd am Leben zu erhalten. Wenn die Hyperemesis kurz nach der Conception auftritt, die höchsten Grade erreicht, jeder Behandlung trotz, die Patientin in einen gefährlichen Grad der Erschöpfung bringt, wie bei unserem Falle, so ist der artificielle Abortus gewiss gerechtfertigt, zumal er hier schon einmal Hilfe gebracht hat und uns ein anderes Mal die Natur mit ihrem rettenden Beispiel vorangegangen ist. Breisky³⁾ möchte den künstlichen Abortus bei unstillbarem Erbrechen auf von Haus aus schwächliche Frauen mit ererbten Krankheitsanlagen, namentlich Tuberculose, gerne beschränkt wissen. Machen wir aber nicht so oft die Beobachtung, dass auch hereditär nicht Belastete, wenn ihr Körper durch langwierige Krankheiten (z. B. Typhus, Syphilis) auf's äusserste geschwächt worden ist, leicht tuberculöser Infection anheimfallen? Kann nicht ebensogut eine sonst gesunde Frau aus

¹⁾ Archiv für Gynäkologie, 18. Bd., II. Heft.

²⁾ Ebendasselbst.

³⁾ Prager Zeitschrift der Heilkunde, III. Bd., 4. Heft.

stärker werdenden Wehen konstatiert man, dass nur derjenige Theil, welcher früher als Rücken imponirt hatte, sich kontrahirt; der ganze übrige Tumor bleibt weich und elastisch! — Den 26. November wird, da die Geburt nun genügend fortgeschritten ist, der linke Fuss (zweite Steisslage) heruntergeholt und extrahirt. Bei der Extraction des Kopfes durch den Prager Handgriff wird der Muttermund sichtbar und muss reponirt werden. Die Nachgeburt erfolgt 5 Minuten später. Der Foetus, ein todtter Knabe, 880 g schwer, entspricht dem fünften Monat. Gewicht der Placenta 330 g. Die Mutter fühlt sich nach der Geburt wohl und sehr erleichtert. Wochenbett gut. Zurückgeblieben ist ihr allerdings der weichelastische grosse Tumor, der sich nun als Ovarialcyste entpuppt. Den 11. Dezember wird die Frau in die gynäkologische Abtheilung transferirt und dort mit Glück von ihrem Tumor befreit.

* * *

Beim andern Falle: Hofer-Gründer, Marianna (Tabelle B Nr. 1), 35jährige Landarbeiterin, IX. Gravida im 6. Monat, handelte es sich um einen excessiven *Hydrops amnii*. Leibesumfang 120 cm. Schwere Beeinträchtigung der Respiration. Verdauungsstörungen. Schlaflosigkeit. Es wurde wegen diesen Beschwerden der künstliche Abortus ausgeführt. Zwillingengeburt. Kinder entsprachen der 24. Woche. Die Frau erholte sich rasch und konnte nach 12 Tagen gesund aus der Anstalt entlassen werden.

* * *

Bei der Patientin mit *Emphysem und Bronchitis*, der osteomalacischen Frau Kocher-Krieg, 40 Jahre alt (Tabelle B Nr. 4), war der Erfolg des künstlichen Abortus ebenfalls ein guter. Bald nach der Operation liessen die intensiven Beschwerden nach und besserte sich der Zustand der Frau bedeutend. — Die Frau concipirte bald später wieder. Bei dieser neuen Schwangerschaft konnte der artificielle Abort vermieden werden und wurde dann in der 32. Woche ebenfalls auf unserer Klinik die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Diesmal boten nicht das Emphysem und die Bronchitis, deren Symptome mittlerweile sich gebessert hatten, die Indikation; sondern die osteomalacischen Veränderungen des Beckens. Es figurirt desswegen diese Frühgeburt nicht sub A unter meinen Fällen von künstlicher Frühgeburt.

Als eine weiter uns zu Grunde liegende Indication ist die *Hyperemesis* zu besprechen, gegen welche wohl

am meisten der künstliche Abortus als Heilmittel verlangt wird. Manche Autoren möchten diese Indication zwar nicht mehr gelten lassen. Olshausen¹⁾ hat noch keinen derartigen Fall gehabt, der ihm die Einleitung des Abortus nöthig gemacht hätte. Ahlfeld²⁾ konnte in seinen 3 Fällen, Dank «glücklich gewählter diätetischer und medicamentöser Anordnungen», die Operation mit Erfolg vermeiden. Günstig sind in dieser Hinsicht namentlich die Fälle, wo das habituelle Erbrechen erst in späten Schwangerschaftsmonaten sich einstellt. Für kürzere Zeit die Kräfte durch Fleisch-Pankreas-Klystiere oder andere ernährende Klysmata zu erhalten, wird wohl öfters gelingen. Hingegen sind die Methoden der künstlichen Ernährung durch den After noch keineswegs so vollkommen, um dadurch einen Menschen dauernd am Leben zu erhalten. Wenn die Hyperemesis kurz nach der Conception auftritt, die höchsten Grade erreicht, jeder Behandlung trotz, die Patientin in einen gefährlichen Grad der Erschöpfung bringt, wie bei unserem Falle, so ist der artificielle Abortus gewiss gerechtfertigt, zumal er hier schon einmal Hilfe gebracht hat und uns ein anderes Mal die Natur mit ihrem rettenden Beispiel vorangegangen ist. Breisky³⁾ möchte den künstlichen Abortus bei unstillbarem Erbrechen auf von Haus aus schwächliche Frauen mit ererbten Krankheitsanlagen, namentlich Tuberculose, gerne beschränkt wissen. Machen wir aber nicht so oft die Beobachtung, dass auch hereditär nicht Belastete, wenn ihr Körper durch langwierige Krankheiten (z. B. Typhus, Syphilis) auf's äusserste geschwächt worden ist, leicht tuberculöser Infection anheimfallen? Kann nicht ebensogut eine sonst gesunde Frau aus

¹⁾ Archiv für Gynäkologie, 18. Bd., II. Heft.

²⁾ Ebendasselbst.

³⁾ Prager Zeitschrift der Heilkunde, III. Bd., 4. Heft.

gesunder Familie im Höhestadium der Inanition nach lange gedauerter Hyperemesis tuberculös werden?! Diese Gefahr, dann in vielen Fällen das directe Dahinsiechen, den Tod nach langen, qualvollen Leiden, können wir vermeiden; der Mutter ihre volle Gesundheit und Lebensfrische wiederschenken, wie so viele Beispiele lehren, wenn wir die Schwangerschaft unterbrechen. Warum sollen wir der gequälten Mutter die Rettung vorenthalten, um ein ohnehin zweifelhaftes foetales Leben schonen zu wollen? Nein, seien wir menschlich! Ich lasse unsern Fall sprechen:

Schmalz-Cuenin, Henriette, kommt den 25. Dezember 1884 in die Klinik. Patientin ist 27 Jahre alt, Hausfrau. Sie gibt an, in ihrer Jugend immer gesund gewesen zu sein. In der Familie keine Tuberculose. Erste Menstruation mit 12 Jahren, regelmässig vierwöchentlich wiederkehrend, stark, 5—8 Tage lang dauernd und mit Kreuzschmerzen verbunden. Die Frau hat viermal normal geboren. Erste Geburt im Alter von 19 $\frac{1}{2}$ Jahren (1878); letzte normale Geburt 1882. Seither folgten zwei Aborte; der erste im Januar 1884, im zweiten Monat, durch Herrn Dr. Moll in Biel wegen Hyperemesis künstlich eingeleitet. Der zweite erfolgte spontan in der sechsten Woche, den 5. August 1884. Wieder war unstillbares Erbrechen vorhanden gewesen. Beide Male ist sofortige Besserung eingetreten. Während der jetzigen Schwangerschaft die nämlichen Krankheits-symptome. Drei Wochen nach der Conception — genau so verhielt es sich früher — tritt Erbrechen und Frösteln ein. Das Erbrechen beginnt schon Morgens vor dem Frühstücke. Seit zwei Wochen kann Patientin absolut keine Nahrung mehr bei sich behalten. Alles Genossene, selbst das Eiswasser, wird sofort erbrochen. Absolut kein Appetit; Ekelgefühl, Kopfschmerzen und Herzklopfen, lebhaft Schmerzen im Magen. Stuhlgang sehr retardirt. Auch der Schlaf ist sehr gestört und die Frau furchtbar heruntergekommen. Status: Gravidität im zweiten Monat, unstillbares Erbrechen, wesshalb der künstliche Abortus eingeleitet wird. Am 16. Dezember Morgens wird ein Pressschwamm eingelegt, der am Abend erneuert wird. Am 17., Morgens, ein neuer Pressschwamm; Abends ein Laminaria-stift. Am 18., Morgens, ein anderer Laminariastift; den Tag über geht etwas Blut ab; am Abend wird der Stift entfernt. Cervical-canal ist durchgängig; das Ei bereits theilweise gelöst und beweglich.

Tamponade der Scheide. Am 19. Dezember Morgens Entfernung des Tampons. Das Ei liegt in Fetzen dahinter. Mit dem scharfen Löffel werden einige Reste entfernt, dann die Uterushöhle leicht ausgekratzt und einige Tropfen 50 % Carbollösung injicirt. Mässige Blutung durch eine Fisblase auf's Abdomen gestillt. Ei vom zweiten Monat. Schon mit dem 17. Dezember hat das Erbrechen aufgehört. Patientin zeigt Appetit und erhält Milch, Suppe, Bouillon, Gemüse. Am 22. Dezember: Patientin hat bereits ein frisches Aussehen. Am 30. Dezember: die Frau wird heute entlassen, es geht ihr sehr gut. Uterus retroflectirt, ziemlich hart, etwas vergrössert. — Herr Dr. Moll in Biel war so freundlich, mir über das fernere Schicksal der Frau zu berichten:

„Im Jahre 1886 wurde die Frau wieder schwanger. Anfangs Februar stellte sich neuerdings heftiges Erbrechen ein, so dass ich am 18. März gerufen wurde. Ich fand die Frau wieder sehr schwach und trostlos. Alles wurde erbrochen, auch das Eis. Am 19. März perforirte ich die Eihäute und führte gleich nachher ein elastisches Bougie Nr. 9 ein. Am 20. März Wiedereinführung des Bougies. Am 21. März englischer Katheter Nr. 12 und am 24. März manuelle Entfernung des ganzen Eies, einer Frucht von circa 6 Wochen. Aseptischer Verlauf, ohne jegliche Blutung. Die Frau leidet an Retroversio uteri; das Organ ist ausserordentlich beweglich.“

Als Pendant zu diesem Falle schliesse ich noch einen Abortus artificialis an, der von oben genanntem Herrn Dr. Moll und Herrn Prof. Dr. Müller gemeinschaftlich behandelt worden war. Herr Dr. Moll macht mir darüber folgende Mittheilung:

Frau B., 19 Jahre alt, seit ungefähr einem halben Jahre verheirathet, hat in frühern Jahren mehrfache Bronchitiden durchgemacht: sonst gesund, Herz und Nieren frei. Am 29. August 1881: Gravida ungefähr im zweiten Monat. Ab und zu Erbrechen und Kopfschmerzen. 5. September: Erbrechen und Kopfschmerzen nehmen trotz allen therapeutischen Mitteln zu. Bromkalium, Morphinum, Cerium und Eis nützen nichts. Am 24. Oktober: hochgradige Entkräftigung. 25. Oktober: Punction der Fruchtblase durch Herrn Prof. Dr. P. Müller mit einer Uterussonde. 28. Oktober: da die körperliche Schwäche bei Fortdauer des Erbrechens immer drohender wurde und keine Wehen sich einstellten, führte Herr Dr. Moll Morgens früh einen elastischen Katheter ein. Um 4 Uhr Abends

erfolgte der Abortus. Schwierige manuelle Lösung eines Placentarrestes sofort nach Abgang der Frucht. Die Blutung wurde so auf ein Minimum beschränkt. Das Erbrechen blieb von da an aus. Den 2. Dezember konnte die Frau das Bett verlassen. Wie schwer krank sie eigentlich gewesen, beweist Folgendes: Es dauerte ein volles Jahr, bis sich ihr Gedächtniss wieder in mässigem Umfange eingestellt hatte. Ueber die letzten Wochen der Gravidität, über den Vorgang des Abortus und die dabei beteiligten Personen wusste sie gar keine Auskunft zu geben. „Je ne sai pas“ war ihre stereotype Antwort auf alle diesbezüglichen Fragen.

Die Dame machte im Sommer 1882 eine Kur in St. Moritz. Eine gynaekologische Behandlung war nicht nöthig. Eine Lageanomalie des Uterus oder eine Flexion existirt nicht. Sie hat sich ausgezeichnet erholt und seither zwei ausgetragene, lebende Kinder spontan geboren. Erbrechen soll nur einige Male im Beginn der Schwangerschaft vorhanden gewesen sein.

Es erübrigt mir noch, unseren letzten Fall zu besprechen. Der künstliche Abortus wurde bei dieser Frau ausgeführt wegen *totdfauler Frucht*. Diese an und für sich nicht häufige Indication wird verschieden beurtheilt. Da es in solchen Fällen früher oder später doch von selbst zur Ausstossung des Eies kommen würde, so wollen manche Autoren sich eines Eingreifens enthalten und womöglich den spontanen Abortus abwarten.

Schröder¹⁾ äussert sich folgender Massen: «Nicht ebenso unzweifelhaft ist die Berechtigung zur Einleitung des künstlichen Abortus, wenn die Mutter sich nicht in augenblicklicher Gefahr, die nothwendig abgewendet werden muss, befindet, sondern wenn die Verhältnisse so sind, dass ihr Leben im weitem Verlauf der Schwangerschaft oder erst unter der Geburt bedroht ist.» Die grosse Mehrzahl der Geburtshelfer hält obige Indication aber aufrecht, denn es bietet die Retention abgestorbener Früchte mitunter doch beträchtliche Gefahren. Entweder

¹⁾ Schröder, «Lehrbuch der Geburtshülfe», 7. Aufl., pag. 245.

— es sind dies zwar Seltenheiten — kann sie den Grund bilden zu septischer Infection, oder sonst durch langwierige und äusserst schwächende Metrorrhagien das mütterliche Leben absolut in Gefahr bringen. Wie von einem intakten abgestorbenen Ei eine septische Infection ausgehen kann, ist allerdings sehr räthselhaft und wurde noch keine genügende Erklärung dafür gegeben. Breisky¹⁾ theilt uns aber zwei Fälle von Dr. Johannowsky mit, wobei letzterer einmal bei einer acut, ein anderes Mal bei einer chronisch verlaufenden Septicæmie, in Folge Resorption von der todtten Frucht aus, durch den künstlichen Abortus rasche Genesung erzielte. Bei unserem hierher gehörenden Fall bestimmte potralirter, sanguinolenter Ausfluss den künstlichen Abortus einzuleiten. Die Hauptschwierigkeit bei der Indication «Retention des abgestorbenen Eies» ist natürlich die Festsetzung, ob das Ei auch wirklich abgestorben ist. Jedenfalls bedarf es genauer Beobachtung, welche, wenn uns nicht gefährliche Blutungen zu raschem Handeln zwingen, eventuell über einige Wochen sich erstrecken sollte. Breisky²⁾ erzählt von mehreren selbsterlebten Fällen, in denen die Annahme des Abgestorbenseins des Eies sehr wahrscheinlich war und trotzdem bei zuwartendem Verhalten die Schwangerschaft ihren regelmässigen Verlauf nahm. Bei einer seiner Klientinnen hatte in der ersten Zeit nach der Conception während mehr denn 6 Wochen «ein dauernder Abgang von braunem, durch verändertes extravasirtes Blut gefärbtem Sekret unter dem Eindrucke des Stillstandes im Wachsthum des Uterus» stattgefunden. Es wurde aber weiter zugewartet; die Blutung hörte allmähig auf und circa 6 Monate später gebar die Frau spontan einen ausgetragenen kräftigen Knaben.

¹⁾ Prager Zeitschrift für Heilkunde, Band III, IV. Heft.

²⁾ Ebendasselbst.

Nach diesen Abschweifungen will ich zur Mittheilung unseres Falles übergehen:

Akermann-Frank, Elisa, ist 33 Jahre alt, Hausfrau. Als Kind war sie stets gesund; bekam die ersten Menses mit dem 14. Jahre, sie waren nachher regelmässig vierwöchentlich und 3—4 Tage andauernd, stark, ohne Beschwerden. Sie hat sechsmal geboren. Die zweite Geburt wurde wegen Wehenschwäche mittelst der Zange beendet, Kind todt geboren. Die sechste Geburt war wieder eine schwierige; der Arzt konstatarie eine Querlage; missglückte Wendungsversuche; darauf folgte eine spontane Herausbildung einer Steisslage und hernach spontane Geburt; das Kind lebt. Sämmtliche Kinder wurden gestillt und zwar 4—6 Monate lang. Letzte Menstruation der Frau am 25. Dezember 1884. Bis Anfang April blieb Patientin gesund. Zu dieser Zeit bekam sie Harnbeschwerden, sie konnte nur einige Tropfen Urin entleeren und hatte dabei die heftigsten Schmerzen. An einem Abend bekam Patientin so heftige Schmerzen im Unterleibe, dass sie eine Hebamme rufen liess. Letztere konstatarie, dass sich die Gebärmutter heruntergelassen habe und auf den Harnkanal drücke. Der herbeigerufene Arzt reponirte dann auch den retrovertirten Uterus. Während mehrerer Tage schwellen die äussern Genitalien sowie die ganze Unterbauchgegend an, welche Anschwellung jedoch nach aufgelegten Kataplasmen zurückging. Der Harn musste noch während dreier Tage mit dem Katheter genommen werden. Von da an ging es wieder gut bis vor sechs Wochen, wo ein braungefärbtes Wasser aus den Genitalien ausfloss; das dauerte zwei Tage an; nachher floss mehr röthlich gefärbtes Blutwasser und zwar bis in die letzten Tage. Vor 14 Tagen ging nach Untersuchung seitens einer Hebamme zwei Tage lang ziemlich viel Blut ab, welche grössere Blutung nach einer kalten Einspritzung und nach Tamponade der Scheide stand.

Am 25. Juni 1885 tritt Patientin wegen dieser Blutverluste in unser Spital ein. Status vom 26. Juni Morgens: die Grösse des Uterus entspricht dem 4—5. Schwangerschaftsmonat. Der äussere Muttermund ist gut für einen Finger durchgängig, der innere lässt mit Leichtigkeit eine dicke Uterussonde durchtreten. Es wird sofort ein Pressschwamm eingelegt. Um 4 Uhr Nachmittags treten die ersten Wehen auf; um 5 Uhr wird ein neuer Pressschwamm eingelegt. Die Wehen werden sehr kräftig; wegen Temperatursteigerung bis auf 40° wird um 9 Uhr Abends der Pressschwamm entfernt. Der Muttermund ist handtellergross. Der Foetus ist auf den Beckenboden heruntergetreten. Um 9 Uhr 30 Minuten Geburt des Foetus;

dieser ist faultodt, stark macerirt. Eine Viertelstunde nachher werden energische Expressionsversuche gemacht, welche misslingen. Da der Muttermund sich sehr fest um die Placenta schmürt und die Frau nicht blutet, wird von einer manuellen Entfernung abgesehen und $\frac{3}{4}$ Stunde zugewartet; dann kann die Placenta um 10 $\frac{3}{4}$ Uhr Abends exprimirt werden. Ein Stück der lederartig dicken Eihäute wird nachträglich manuell entfernt. Keine Blutung; der Uterus wird mit 2 Liter Sublimat 1:2000 ausgespült, eine Eisblase auf's Abdomen gelegt und Secal. corn. à 1,0 zweimal verabreicht.

Am 27. Juni: Allgemeinbefinden der Patientin ist recht gut, hat normale Temperaturen und Puls. Der Uterus ist gut contrahirt, der Ausfluss spärlich, röthlich. Es werden täglich drei Sublimatinjectionen in die Uterushöhle gemacht. Am 8. Juli steht Patientin auf und fühlt sich dabei wohl. Am 12. Juli wird sie entlassen. Ihr Befinden ist vollkommen gut. Kein Ausfluss aus den Genitalien und keine Schmerzen. Die Vaginalportion ist tiefstehend, nach vorn gerichtet. Os externum für die Fingerspitze durchgängig, nach links ein kurzer Einriss. Uterus retrovertirt und leicht retroflectirt, sein Körper etwas vergrössert im hintern Scheidengewölbe zu fühlen. Den 6. Oktober 1885: Patientin zeigt sich wieder. Es geht ihr sehr gut, sie hat keinerlei Beschwerden, Status wie früher.

Wir wollen auch hier wieder die erzielten Ergebnisse überblicken. Unter den 6 klinischen Fällen von künstlichem Abortus haben wir einen Todesfall zu beklagen, nämlich die Frau mit dem osteomalacischen Becken und dem allgemeinen schweren Marasmus; diesen Fall brauchen wir bei einer Statistik nicht zu verwerthen — das elende Leben wäre auch ohne unsern Eingriff in kürzester Zeit verloren gewesen.

Bei den übrigen 5 Frauen verlief die Operation ohne jeglichen Nachtheil für dieselben, so dass wir behaupten dürfen, und wir werden dazu auch durch andere grössere statistische Zahlen ermuntert:

Der künstliche Abortus, mit allen antiseptischen Cautelen ausgeführt, ist eine beinahe gefahrlose Operation.

Bei unsern Fällen war der Erfolg 4 Mal ein eklatant günstiger: zweien Frauen brachte er Heilung von schweren

Leiden (Hydramnios und Hyperemesis), einer anderen Mutter bedeutende Besserung (Emphysem, Bronchitis); einmal wurde die Operation in Folge falscher Diagnose überflüssig unternommen (Kystoma ovarii), und einmal verschonte er eine Frau vor Verblutung (todtfaule Frucht).

Meine Ansichten betreffs der Berechtigung des artificiellen Abortus habe ich schon gelegentlich der Besprechung der vorher erwähnten einzelnen Indicationen ausgeführt. Ueber weiter noch Gewünschtes gibt die auch hier beigefügte Tabelle Aufschluss.

Ich schliesse meine Arbeit und sage:

„Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist in vielen Fällen nicht nur erlaubt, sondern geradezu Pflicht des Arztes; denn sie ist oft, ja sehr oft ein Postulat der Humanität!“

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. P. Müller, spreche ich für seine gütige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank aus.





Tabellarische Uebersicht zu A (künstliche Frühgeburt)

N ^o	Contr.-Nn.	Name	Alter	Grav.	Frühere Geburten	Indication: Krankheit der Mutter	Zeit der Einleitung	Methode	Verlauf	Dauer	Wochenbett	Ausgang für das Kind	Ausgang für die Mutter
1	1868. Kl. 106	Wegmüller, Anna Elisa	30	I		Hydrannios	7. Monat	Punktion der Eihäute mit Sonde	2 Früchte: I. 1. Hh.-Lage. Zange II. 1. Steisslage, spontan	2 Tage	Endometritis et Phlebit. pur.	1. Frucht: 40 cm, 1900 g 2. „ 37,5 „ 1100 g beide todt geboren	Exitus 22 partum
2	1869. Kl. 67	Demler, Elisabeth	24	I		Starke Dyspnoe ex Emphysem. pulm.	10. Monat	Dilatator Tarnier's	1. Hh.-Lage, spontan	18 Stdn.	Febris	45 cm, 2025 g, scheinodt. belebt und gesund	Gebessert 6 Tage p
3	1879. Kl. 77	Schärer, Elisa	27	I		Retroversio uteri grav. bicornis. Wegen Verdacht auf Uterusruptur.	32. Woche	Laminaria Katheder	1. Hh.-Lage, spontan	30 Stdn.	Endometritis et Periton. sept.	44 cm, 1710 g, asphyktisch geboren, kann nicht belebt werden	Exitus 7 partum
4	1879. Kl. 110	Dällenbach, Anna Barb.	29	II	1. Geburt normal	Nephritis ex scarlatina. Uraemia incip.	32.-33. Woche	Katheder	1. Hh.-Lage, spontan	2 Tage	normal	45 cm, 1910 g, asphyktisch geboren, kann nicht belebt werden	Gebessert 6 Tage p
5	1884. Fr. 163	Schädeli-Reufer	39	I		Nephritis ex gravid.	29.-30. Woche	5 Tage vergeblich const. Strom von 20 Elementen. Dann an weiteren 5 Tagen Katheder	1. Hh.-Lage, spontan	6 Tage <small>nach Eintritt der ersten Wehen</small>	Operation einer Hernia incarcer.; sonst ordentlicher Verlauf	Tod des Foetus constatirt 9 Tage ante partum; todtfaule, hydropische Frucht, 41 cm, 1520 g. Entspricht circa der 28. Woche	Gebessert 6 Tage p

Anhang: 1 Fall aus meiner Privatpraxis

—	—	Frau B.-Sch. in B.	26	III	2 Geburten schwer, doch ohne Kunst-hilfe	Drohende Uterusruptur	31.-32. Woche	Katheder	2. Hh.-Lage; Accouchement forcé; Zange	3 Tage	normal	42 $\frac{1}{2}$ cm, 1610 g, lebt und gedeiht gut	günstig
---	---	--------------------	----	-----	--	-----------------------	---------------	----------	--	--------	--------	---	---------

Tabellarische Uebersicht zu B (künstlicher Abortus).

Nr.	Contr.-Nr.	Name	Alter	Grav.	Vorausgegangene Geburten	Indication für künstlichen Abortus	C. v.	Zeit der Einleitung	Methode	Verlauf	Dauer	Beschaffenheit der Frucht	Mutter
1	1880. Fr. 11	Hofer-Gründer	35	9	Alle 8 normal; grosse Kinder	Hydramnios	—	24. Woche	Punction der Eihäute mit Troikart	2 Früchte. I. duplicato corp. II. in 2. Steissl. geboren, beide spontan	6 Stunden	Früchte entsprechen der 24. Woche	Günstiger Verlauf. heilt entlassen 14 post abortum
2	1882. Fr. 77	Liechti-Schöni	27	4	3 normal	Osteomalac. Becken; hochgrad. Anaemie; Bronchitis	—	6. Monat	Katheder	I. Steisslage Extraction	20 Stunden	entspricht dem 6. Monat	† 30 Stunden post ab unter Temperatur gerungen. <i>Inanition</i>
3	1882. Fr. 162	Hirter-Niederhäuser	30	4	3 normal	Grav. cum Kystoma ovarii. Starke Spannung des Abdomens. Dyspnoe. <i>Diagnose: Hydramnios</i>	—	5. Monat	Bougie; Pressschwamm Tamponade vaginae. Eihautriss mit Kornzange	II. Steisslage Extraction	3 Tage	entspricht dem 5. Monat	14 Tage post abortum in die gynaekologische Abtheil. transferirt, daselbst mit Kornzange operirt
4	1883. Fr. 55	Kocher-Krieg	40	12	8 normal, 2 Abortus. 11. Geburt: künstl. Frühgeburt in der 32. Woche	Osteomalac. Becken; starkes Emphysem. Bronchitis	8	Beginn des 5. Monats	Katheder	Expression des Foetus sammt Placenta durch Druck von Aussen	5 Tage	entspricht dem Beginn des 5. Monats	Befund am Entlassungstage: die Frau nicht gehen. Zustand im Uebrigen gut
5	1884. Gyn. Abth. 15. XII	Schmalz-Cuenin	27	7	4 normal; 1 künstlicher, 1 spontaner Abortus	unstillbares Erbrechen, Inanition	—	2. Monat	Pressschwamm, Laminariastift, Tamponade	Ei hat sich ohne Weiteres gelöst	4 Tage	Ei vom 2. Monat	10 Tage post abortum entlassen. Es geht Frau sehr gut. Uterus retroflectirt, ziemlich hart, etw. vergrößert
6	1885. Fr. 154	Akermann-Frank	33	7	4 normal: 1 Zange u. 1 Wendung	totffaule Frucht. Blutungen	—	4—5. Monat	Pressschwamm und Tamponade	spontan	10 Stunden	totffaule, 4—5. Monat	Günst. Verlauf, wird 12 Tage nach dem Abort entlassen

Anhang: 1 Fall von Dr. Moll in Biel mit Prof. Dr. P. Müller.

—	—	Frau B.	19	1		Hyperemesis. Inanition	—	2. Monat	Punction der Fruchtblase. Katheter	spontan	3 Tage	entspricht dem 2. Monat	Erholt sich allmählich, später 2 Kind. au
---	---	---------	----	---	--	------------------------	---	----------	------------------------------------	---------	--------	-------------------------	---

10253

8851

