



Über
Blutungen nach dem Abortus.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von

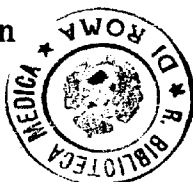
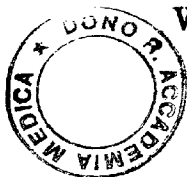
Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen
vorgelegt
von

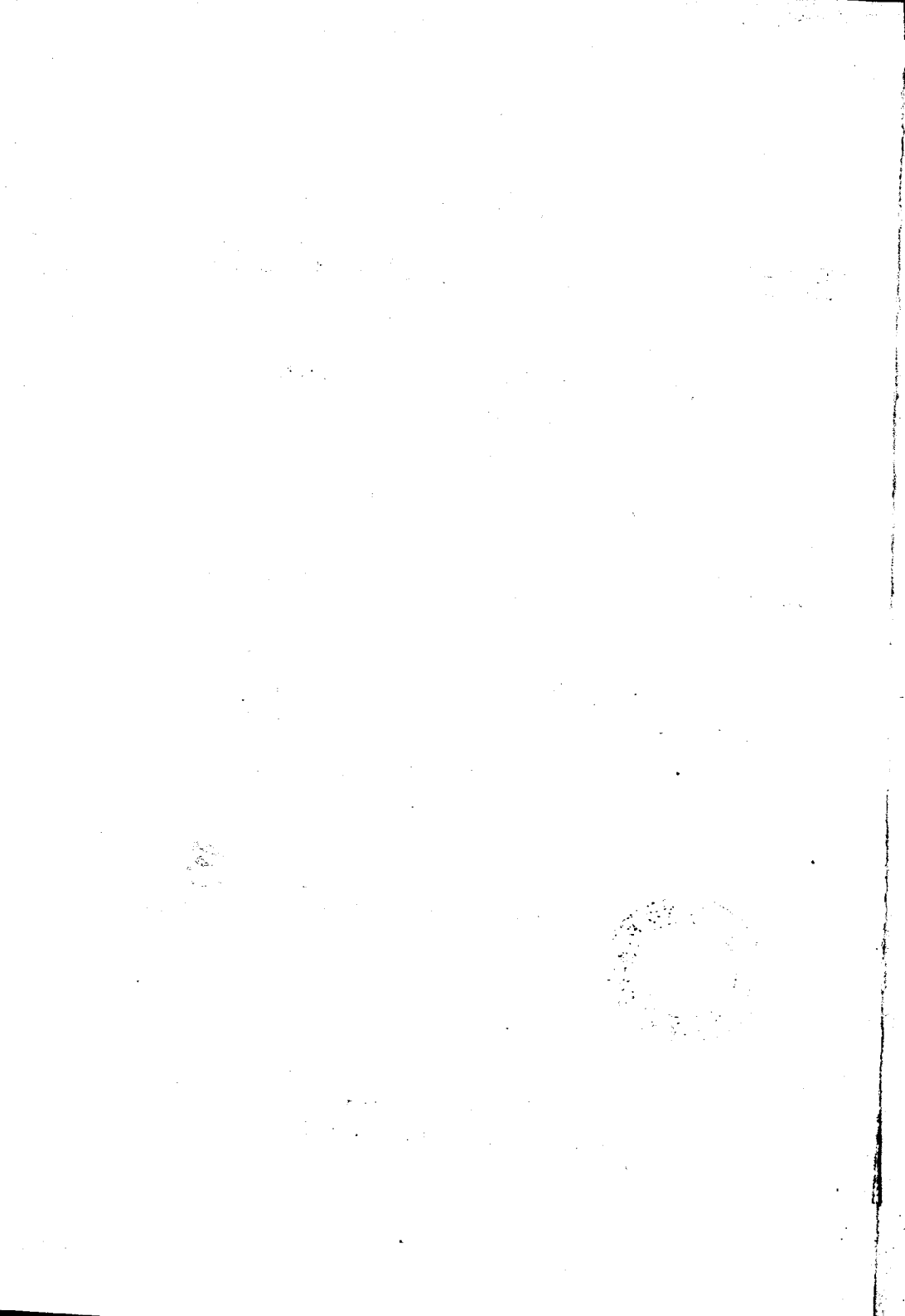
Wilhelm Zitzmann

approb. Arzt aus Ludwigsburg.



Tübingen, 1892.

Verlag von Franz Pietzcker.



Über
Blutungen nach dem Abortus.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

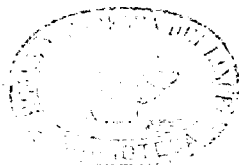
Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Wilhelm Zitzmann

approb. Arzt aus Ludwigsburg.



Tübingen, 1892.

Verlag von Franz Pietzcker.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. von Säxinger, spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die g  ttige Überlassung des Materials, dem Herrn Assistenzarzt Dr. Winternitz für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank aus.

In der Reihe derjenigen Affektionen, welche dem praktischen Arzte und dem Spezialisten auf dem Gebiete der Gynäkologie am häufigsten zur Behandlung kommen, nehmen unstreitig einen der ersten Plätze ein die nach dem Abortus auftretenden Erkrankungen der Gebärmutter, respektive deren hervorstechendste Symptome: die Blutungen nach dem Abortus.

Die Häufigkeit des Abortus an und für sich — 1. Abortus kommt nach Busch auf 5,5, nach Hegar auf 8 rechtzeitige Geburten — giebt uns bei den Verhältnissen, wie sie bei den niederen Ständen und auf dem Lande herrschen, eine Erklärung für das häufige Vorkommen der Erkrankungen nach dem Abortus.

Die Frauen der niederen Stände und die Frauen auf dem Lande (auch manche Frau der besseren Stände darf sich hiemit getroffen fühlen!) nehmen eine Fehlgeburt ihrer Indolenz oder ihrer Unwissenheit entsprechend meist sehr leicht, zuweilen vermeidet man auch sachverständige Hilfe aus finanziellen Rücksichten oder aus Angst vor unangenehmen Entdeckungen. Mag der Grund sein, welcher er wolle, soviel steht fest, dass sehr viele, und wohl die meisten Aborte bei derartigen Frauen verlaufen, ohne dass die Frauen es der Mühe wert finden, einen Arzt oder auch nur eine Hebamme rufen zu lassen. Andererseits ist nicht zu bestreiten, dass mancher Abortus von der Hebamme oder sogar vom Arzte zu oberflächlich genommen und falsch resp. zu nachlässig behandelt wird, indem der Arzt oder die Hebamme sich nicht klar werden über die üblen Folgen

nicht oder nicht richtig behandelter Aborte, die eine reiche Quelle von Gefahren für die Frau mit sich bringen. Da die Eihäute in den früheren Monaten der Schwangerschaft fester als bei rechtzeitigen Geburten an den Uteruswänden haften, so bleiben in der grössten Mehrzahl solcher Fälle von nichtbehandelten Fehlgeburten Eireste zurück, während in der Regel, wenn der Frau bei Abort verständiger Rat zur Seite steht, Verhaltung von Eiresten nicht eintritt. (Veit, Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie 1879.)

Da die Rubrik der Metrorrhagien post abortum auch in den Journalen der hiesigen gynäkologischen Klinik eine nicht untergeordnete Rolle spielt, habe ich in der beigegebenen Tabelle die seit 10 Semestern hier zur Beobachtung gekommenen Fälle zusammengestellt.

Diese entweder gar nicht oder nicht richtig behandelten Fälle von Abortus also sind es, die besonders mehr oder minder schwere Folgen für die Frau nach sich ziehen, bestehend in anhaltenden Blutungen aus den Geschlechtsteilen, Blutungen, die sich entweder sofort an den Abortus anschliessen, oder erst 1—3 Wochen nach demselben, gewöhnlich zur Zeit der nächsten Menstruation, auftreten, mit geringen Pausen fortbestehen und die Frau nicht selten durch hochgradige Anämie mit ihren Folgen schwer gefährden.

Als Ursache der Blutungen nach Abortus finden wir bei der Untersuchung Wucherungs- und Neubildungsprozesse am Endometrium. Diese bestehen erstens in der Bildung von Placentar- resp. Decidual-Polypen oder sog. fibrinösen Polypen (Polypöse Hämatome des Uterus. Virchow). Diese Placentar- oder fibrinösen Polypen entstehen nach Fränkel (Archiv für Gyn. II) nur bei vorläufiger Erweiterung des Uteruskavum; zu-

rückgebliebene Eireste oder Reste der Placenta bilden den Grundstock, an welchem sich die hervorquellenden Blutmassen niederschlagen und gerinnen, „Stalaktitenbildung in Tropfsteinhöhlen vergleichbar“. Aber — wenn auch weniger häufig — selbst nach vollständigem Abort, d. h. nach vollständiger Abstossung des Eies und der Placenta können sich Gerinnsel an hervorragenden Thromben und Rauigkeiten der Placentarstelle niederschlagen, ähnlich wie die sog. Herzpolypen bei Endocarditis. Die niedergeschlagenen Gerinnsel „organisieren“ sich, indem die Placentar- seltener auch bloss Decidualreste — weiter von der Uteruswand aus ernährt werden, und von da das Bindegewebe in den Fibrinniederschlag hineinwuchert. Das der Uteruswand ansitzende Stück wird allmählich dünn ausgezogen, das ganze bekommt so die Form eines Polypen und hängt in die Uterushöhle herein. Infolge von Zerrung des Stiels des Polypen durch Uteruskontractionen kommt es zu den bekannten, oft erst Wochenlang nach dem Abortus beginnenden Blutungen.

Als weitere Veränderungen des Endometriums nach Aborten führen wir die Endometritis an, wie sie nach Abortus gefunden wird, deren vornehmstes Symptom ebenfalls starke Blutungen sind. Diese, anfangs diskontinuierlich, sich noch an den Turnus der Menstruation haltend, werden später mehr kontinuierlich oder treten in unbestimmten Zwischenräumen auf. Bezüglich ihrer Aetiologie und teilweise auch bezüglich ihres Wesens, bildet die Endometritis einen vielumstrittenen Punkt in der Gynäkologie. Auf den Streit etwas einzugehen, glaube ich nicht vermeiden zu können, einerseits, weil die Frage der Aetiologie nicht ohne Bedeutung ist für die Therapie dieser Affektion, andererseits, weil der Beweis erst geführt werden muss, dass die Endometritis wirklich auch

Folge des Abortus ist, oder sonst in ätiologischem Zusammenhang mit Aborten steht, da sonst die Endometritis als nicht in den Rahmen der Arbeit gehörig ausser Betracht gelassen werden müsste.

Genannter Affektion wurde zuerst gedacht im Jahre 1850 von Récamier, ihrer erwähnt auch Goldschmidt in seinen Thèses de Strassbourg (1854) und Rouyer, welche einen Einfluss von Abort und Geburt auf dieses Leiden annahmen; letzterer beschrieb 11 Fälle von „hyperplasierender Endometritis“, darunter 4 Fälle nach einem Abort. Die Krankheit blieb wenig beachtet, geriet bei den Franzosen bald in Vergessenheit, während sie in Deutschland noch gar nicht gekannt war, bis sie 1875 von Olshausen genauer beschrieben wurde als „chronische, hyperplasierende Endometritis“ (Archiv für Gyn. VIII.). Zugleich wendet sich Olshausen ganz energisch gegen die Behauptung Goldschmidt's und Rouyer's, dass Geburt und Abortus eine Disposition zu der Krankheit abgeben. Desgleichen verwirft Olshausen auch die von andern aufgestellte Theorie, dass die Fungositäten sich von der Placentarstelle aus entwickeln und von da weiterschreiten. Olshausen, dessen Behauptung sich auf Beobachtung viel grösseren Materials als die Goldschmidt's stützte, verwirft demnach jeden ätiologischen Zusammenhang von Abortus (resp. Geburt) und Endometritis chronica hyperplastica seu fungosa in dem Sinne, dass Endometritis die Folge von Abortus sei. Auf Olshausen's Seite stellt sich Veit (Zeitschrift für Geb. und Gyn. XI), der leichtere Formen von Endometritis annimmt, welche im nichtschwangeren Zustand keine Symptome machen, dagegen nach erfolgter Conception zu dem bekannten Krankheitsbild der Endo-

metritis und im Laufe der ersten Monate der Schwangerschaft zum Abortus führen.

Hienach sollte also das Primäre die Endometritis sein, und diese dann erst den Abort veranlassen, nicht, wie vorher nach Goldschmidt und Rouyer angenommen worden, umgekehrt.

Durch entzündliche Verdickung der Decidua (Endometritis decidua [Veit] Deciduom [Küstner]) werde ein festeres Haften der Chorionzotten bewirkt, die Decidua vera selbst werde nicht richtig abgestossen, sie wuchere um die verhaltenen Chorionteile weiter und bewirke das bekannte Bild der Blutungen nach Abort (Veit in Volkmanns Sammlung klin. Vorträge). Dem gegenüber wurde nun, nicht ohne Recht, geltend gemacht, dass bei bestehender Endometritis chronica Conception überhaupt nicht eintreten könne, da das Ei nirgends auf dem erkrankten, gewucherten Endometrium einen passenden Ort zum sich Einbetten finden könne. Die daraufhin angestellten genaueren Beobachtungen ergaben aber doch die Möglichkeit einer Conception bei leichteren Formen von Endometritis (Veit). Die verschiedenen Ansichten, sowohl diejenige, welche Endometritis allein als Ursache des Abortes annimmt, als die, welche Endometritis hyperplastica ausschliesslich als Folge des Aborts ansieht, haben heutzutage wenige Vertreter. Weitans die meisten neueren Lehrbücher der Gynäkologie stellen sich, wie immer in Fällen, wo sich zwei Ansichten, beide auf gründliche und genaue Beobachtungen gestützt, gegenüberstehen, in die Mitte zwischen beide Ansichten, auf einen Standpunkt, wie er Veit und Olshausen gegenüber von Bischoff und Brennecke (Archiv für Gyn. XX) eingenommen wird. Bischoff sucht den Streit dadurch zu schlichten, dass er die Endometritis chronica hyper-

plastica s. fungosa Ols hausens in 4 Formen einteilt, deren zweite folgendermassen beschrieben ist: „Die zweite Form schliesst sich unmittelbar an Aborte, besonders mit zurückgebliebenen Placentarresten, an, sie stellt die deciduale Form dar, die Diagnose kann schon aus der Anamnese mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden“. Brennecke unterscheidet ebenfalls:

1) Eine Endometritis fungosa, bei der die Periode 2—4 Wochen über den normalen Termin ausbleiben kann und dann in verstärktem Masse auftritt. Dabei weist er den Verdacht auf Abort von der Hand, wegen des mikroskopischen Befunds, und glaubt, dass die Patientin an primären Störungen der Funktion der Ovarien litt, welche durch abnorme menstruelle Congestion den normalen Turnus der Menstruation alterieren.

2) Eine Endometritis fungosa, die sich an Aborte anschliesst; dabei werden nach Brennecke die oft monate- und jahrelang anhaltenden Blutungen nicht allein durch zurückgebliebene Placentar- oder Eihautreste, sondern in ebensovielen Fällen durch ganz oder teilweise zurückgebliebene Decidua vera unterhalten. Brennecke fand in mehreren solchen Fällen monatelang nach dem Abort inselförmig oder ziemlich gleichmässig stark verdickte Mucosa im Cavum uteri, welche mikroskopisch der Decidua vera ähnlich waren.

Küstner wies bei Endometritis fungosa in einzelnen Fällen Chorionzotten nach; auch Ruge berichtet, dass in einzelnen Fällen die Affektion mit vorausgegangenem Abortus in Zusammenhang zu bringen sei. Brennecke glaubt in den meisten Fällen an die Möglichkeit einer spontanen Rückbildung der zurückgebliebenen Decidua vera, in relativ häufigen Fällen jedoch wandle sie sich in ein abnormes persistierendes Gewebe um, das zu

verschiedenen Störungen, besonders zu köpösen Blutungen Anlass gebe. Brennecke's sämtliche Fälle von Endometritis decidualis lassen sich auf nicht oder unzweckmässig behandelte Aborte zurückführen.

Im Wesentlichen stimmen nun die neueren Lehrbücher mit den letztgenannten Anschauungen überein.

A. Martin (Path. und Therap. der Frauenkrankheit. Leipzig 1887) nennt eine Endometritis post abortum die Form, welche entsteht durch unvollkommene Abstossung der Decidua; dadurch kommt es zur Bildung von Inseln decidualer Epithelmassen mit Entwicklung kleinzelliger Schleimhautwucherung in der Umgebung (nach Ruge). Von diesen Inseln aus verbreiten sich die entzündlichen Processe über die ganze Schleimhaut. Nach Winckel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1889) spielt besonders die Zersetzung der retinierten Decidual- und Eireste eine Rolle bei der Entstehung der Endometritis post abortum.

Schröder endlich (Lehrbuch der Geburtshilfe 11. Auflage) erwähnt eine Endometritis post abortum, die nach ihm dadurch entsteht, dass rückständige Decidualstücke von dem sich wiederbildenden Endometrium umwuchert werden und einen formativen Reiz auf die neue Schleimhaut ausüben, welche zu hyperplastischer Bildung angeregt wird. Schröder glaubt nun, wie Brennecke, an die Möglichkeit der spontanen Rückbildung der zurückgebliebenen ganzen Decidua; wenn aber die Schleimhaut, statt zur Restitutio ad integrum zurückzukehren, in entzündliche Wucherung übergeht, oder wenn die Rückbildung an verschiedenen Stellen verschieden rasch vor sich geht, so bilden sich Deciduainseln, um welche herum starke entzündliche Wucherung der Schleimhautzellen stattfindet. Diese entzündlichen Wucherungszustände nennt Schröder Endometritis post abortum.

Er denkt sich demnach dreierlei Möglichkeiten der Entstehung der Endometritis.

Die Ergebnisse des Streites können wir wohl dahin zusammenfassen, dass die Gynäkologen der neuesten Zeit die Endometritis fungosa Olshausens in mehrere Formen zerlegen, deren eine die Endometritis post abortum bildet.

Dass es von Bedeutung ist, namentlich wegen der Therapie, auf welche Seite der Streitenden man sich stellt, wird jedermann leicht einsehen. Nimmt man mit Olshausen eine primäre Endometritis fungosa an, welche nachher zum Abortus führt, so muss man bei jedem Abortus, den man zur Behandlung kommt, mit Sicherheit darauf rechnen, dass die entzündete und darum fester haltende Decidua oder Teile derselben zurückbleiben, und deshalb nach jedem Abort sofort den Uterus ausräumen; ebenso werden alle, welche die Möglichkeit einer spontanen Rückbildung der Decidua bestreiten, nach jedem Abort die eventuell zurückgebliebene Decidua zu entfernen suchen müssen. Schreibt man ferner mit Winckel der Zersetzung der retinierten Eireste eine besondere Bedeutung zu, so wird man nach dem Abort mit anhaltenden desinfizierenden Irrigationen vorgehen. Anders die Anhänger von Veit, Schröder und Brennecke: sie dürfen, wenn die ganze Decidua rückständig ist, auf eine Restitutio ad integrum hoffen, resp. abwarten, ob Blutungen eintreten.

Den Standpunkt, den wir nun bei dem Streite einnehmen, können wir dahin angeben, dass wir in allen den Fällen von Abortus, in welchen sich anders eine Ursache für den Abort nicht finden lässt (Tod der Frucht durch fieberhafte Erkrankungen der Mutter, traumatische Einflüsse, Cervixrisse etc. etc.), eine zuvor dagewesene,

bis da aber symptomlos verlaufene Endometritis annehmen, ebenso bei habituellem Abort. —

Bekommen wir als Ärzte eine Frau in Behandlung, die mit Bestimmtheit angiebt, z. B. seit 4 Wochen öfters stärkeren Blutabgang aus den Genitalien gehabt, vor 14 Tagen etwa abortiert zu haben, und seither wiederum häufig an stärkeren Blutungen zu leiden, so wird jeder Arzt die Blutungen sofort mit dem Abort in Zusammenhang bringen wollen. Ehe er nun aber eine bestimmte Therapie einleitet, muss er vor allem durch genaue Untersuchung und sich allein auf den objektiven Befund stützend andere Erkrankungen ausschliessen und zwar solche, die zu zufälligen uterinen Blutungen Anlass geben könnten, wie Typhus, Pocken, Skorbut, Septicopyämie und andere Infektionskrankheiten, sowie schlecht kompensierte Herzfehler. Solche Fälle werden aber den Arzt nicht lange über das Wesen und die Ursache der Blutungen im Unklaren lassen, und von solchen und ähnlichen Fällen wollen wir daher des Weiteren absehen.

Es existiert nun aber ferner eine relativ grosse Anzahl von gynäkologischen Affektionen, die ebenfalls infolge ihrer Menorrhagieen und Metrorrhagieen die Frau zum Arzte führen und von letzterem ohne vorherige genaue äussere und innere Untersuchung leicht mit den Blutungen nach Abort verwechselt werden könnten. Man wird mir allerdings einwerfen: „Das sind doch aber keine Blutungen nach Abort!“ „An diese dürfen wir doch nur denken, wenn ein Abort vor entsprechender Zeit erfolgt war!“ Dieser Einwand ist meiner Ansicht nach vollständig berechtigt, allein, eben die Frage, ob wirklich ein Abort vorhergegangen ist oder nicht, muss sich der Arzt in den meisten Fällen selbst beantworten, denn die Frauen, besonders die der niederen Stände, zuweilen aber



auch die der besseren Klassen, wissen selbst oft nicht, ob sie schwanger waren, geschweige denn, dass sie abortiert haben, von den Fällen, in welchen der Arzt durch Lügen oder Schweigen über den wahren Sachverhalt zu täuschen gesucht wird, ganz abgesehen. Wie oft findet man in dem Journal die Anamnese einfach darin bestehend: „Die Periode war früher immer regelmäßig, blieb dann 1—3 Monate aus, kam hierauf stark wieder, hielt länger an, war mit wehenartigen Schmerzen verbunden, und (vielleicht) giengen auch neben dem Blut Fetzen und Klumpen ab, seitdem blutet die Frau mit kurzen Pausen, zugleich war ein übelriechender Ausfluss vorhanden“. Von einem Abort wird gewöhnlich nicht das mindeste erwähnt. In solchen Fällen lässt uns die Anamnese sofort einen Abort vermuten, allein gesichert kann die Diagnose erst werden durch den entsprechenden Befund (Abortreste im Uterus oder Endometritis) und durch Ausschluss andrer Affektionen.

Von den hier in Betracht kommenden Affektionen sind zu nennen:

1) Die chronische Endometritis (ohne vorhergegangenen Abort); sie führt zu den stärksten und anhaltendsten Blutungen, zuweilen ist noch eitriger Ausfluss dabei, und während der Blutungen oft starke lokale Schmerzen. Diese Affektion ist schwer scharf zu trennen von der Endometritis post abortum; als differentialdiagnostisch von Bedeutung kann man jedoch hervorheben, dass die Endometritis ohne Abort mehr den Charakter von verlängerten und reichlichen Menstrualblutungen hat, während bei Endometritis post abortum die Blutungen anhaltender kontinuierlicher oder nur durch kurze Pausen getrennt sind. (Heinricius, Archiv für Gyn. XXVIII.)

2) Schleimpolypen; sie können durch Palpation leicht diagnostiziert werden.

3) Fibröse Polypen lassen sich wie die interstiellen und submucösen Fibrome bei Untersuchung des Cavum uteri mit dem Finger leicht diagnostizieren.

4) Carcinom; dieses geht ebenfalls mit Blutungen einher, wenn einmal Zerfall der Geschwulst eingetreten ist. Ausserdem ist der Befund gewöhnlich ein so charakteristischer, dass Zweifel an der Diagnose nicht wohl auftreten. Für Carcinom spricht weiter das entsprechende Alter, die oft intensiven Schmerzen und der charakteristische fötide Geruch des Ausflusses, der die Diagnose zuweilen schon par distance stellen lässt. Das Leiden hat ferner einen raschen Verlauf und ist verbunden mit Cachexie. Sicherheit gewährt neben dem Touchierbefund die mikroskopische Untersuchung herausgekratzter Massen.

5) Sarkom; dabei ist der Uterus vergrössert, die Geschwulstmassen dringen von der Portio heraus, es ist zuweilen fötider Fluor vorhanden, auch tritt ebenfalls bald Cachexie ein.

6) Chronischer Uterusinfarkt; auch hier treten Blutungen und Schmerzen auf; diese steigern sich aber gewöhnlich zur Zeit der Menstruation und lassen nach etwa 8 Tagen mit Ablauf der Periode wieder von selbst nach; die innere Untersuchung ergibt einen vergrösserten, schlecht involvierten Uterus, welcher zur Stellung der Diagnose genügen kann. Die eventuelle Eröffnung des Cavum uteri und Abtastung desselben mit negativem Ergebnis sichern die Diagnose.

7) Retroflexio uteri; hiebei tritt Stauung des Blutes wegen gehinderter Circulation ein, wodurch die Menstruation sehr profus wird und öfters über 14 Tage

sich hinzieht, verbunden mit Uteruskoliken. Der Umstand, dass die Blutung an den Turnus der Menstruation sich hält, sowie der charakteristische Touchierbefund ermöglichen die Stellung der richtigen Diagnose.

Kommt eine Frau zu uns mit der oben schon angeführten charakteristischen Anamnese, Ausbleiben der Periode durch Monate, dann plötzlich starkes Auftreten derselben, wehenartige Schmerzen, mehr oder weniger kontinuierliche Blutungen, so finden wir unsern Verdacht auf Abortus bestätigt, sobald wir nach Eröffnung des Cervicalkanals und Eingehen mit dem Finger Decidua-fetzen, Fungositäten an der Placentarstelle, Polypen oder sonst Unebenheiten und Rauigkeiten an der Uteruswand fühlen. Zugleich kann uns der Geruchssinn über das Vorhandensein von Zersetzungs Vorgängen der Placentar- und Eireste, der Blutkoagula etc. Aufschluss geben (cfr. Nr. 17, 26, 27, 30, 36 unsrer Tabelle).

Das Aussehen der Frauen selbst finden wir je nach Dauer und Intensität der Blutungen und der intrauterinen Zersetzungs Vorgänge blass, mehr weniger anämisch, zuweilen fiebernd (cfr. Nr. 17, 20, 29, 36, 39). Namentlich machen oft noch jüngere Frauen, die vorher das Bild einer strotzenden Gesundheit boten, durch ihren elenden, in physischer und oft auch in psychischer Hinsicht sehr herabgestimmten Zustand einen recht bedauernswerten Eindruck, so dass man selbst staunen muss, wie bitter sich eine scheinbar leichte Unterlassungssünde von seiten der Frau oder des Arztes in vielen Fällen rächt (cfr. Tabelle Nr. 27).

Andrerseits müssen wir hier auch wieder der zuweilen kaum glaublichen Indolenz mancher Frauen gedenken, die nicht eher zu bewegen sind, sich in ärztliche oder klinische Behandlung zu geben, bis sie dem Verblutungstod

nahe oft kaum mehr fähig sind, sich einer energischen Therapie zu unterziehen. Auch in unsrer Tabelle finden sich wenige Fälle, wo die Blutungen erst seit Tagen bestanden (Nr. 8, 16, 17). In den meisten Fällen datieren sich die Blutungen auf Wochen und Monate zurück, von der 2. Woche an; Blutungen von 5—10 Wochen Dauer sind gar nicht selten (cfr. Nr. 6, 12, 20, 21, 22, 25, 34, 37); unerklärlich findet man aber, wie manche Frauen 5, ja $6\frac{1}{2}$ (!) Monate bluten können, ehe sie sich entschliessen, ärztliche Hilfe zu suchen (cfr. Nr. 11, 39). Dass in den letztgenannten Fällen nicht schon schwerere Erscheinungen als Folge von Zersetzungs Vorgängen platzgegriffen hatten, muss uns wundern, und dass solche Frauen noch mit Erfolg einer Therapie unterzogen werden konnten, macht der hier geübten, unten näher zu beschreibenden, Behandlungsweise alle Ehre. Lethal verlief nur ein Fall (Nr. 27), da eine Wiederholung eines Eingriffs verweigert wurde, und die septischen Prozesse rasch um sich griffen.

Bei der Untersuchung fand man fast in allen Fällen den Uterus vergrössert. Das Bestehen einer Endometritis wurde nur relativ selten beobachtet (Nr. 12, 15, 21, 33, 35). Meist waren Placentarpolypen oder Deciduareste vorhanden, welche die Blutungen verursachten. Die Untersuchung des Uteruskavums wurde gewöhnlich mit dem Finger vorgenommen. War der Cervix für den Finger nicht durchgängig, so wurde derselbe mit laminaria dilatirt. Konnte die Dilatation aus irgend einem Grunde nicht gemacht werden, so wurde die Diagnose bei uneröffnetem Cervix mit der Sonde gestellt.

Die Grösse der Eihautreste resp. Polypen variierte von kleinen Fetzen bis Walnuss- oder gar Gänseeigrösse (cfr. Nr. 11, 14, 19, 20, 27, 28).

Von den in der Tabelle aufgezählten 39 Fällen erfolgte der abortus:

im 1.—2. Monat: 9mal (Nr. 2, 8, 12, 19, 21, 26, 34, 38, 39),
 " 3. " 20mal (1, 7, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 20, 22,
 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 35, 37),
 " 4. " 3mal (Nr. 5, 11, 24),
 " 5. " 1mal (Nr. 6).

Die Monatszahl ist nicht angegeben in 5 Fällen (Nr. 3, 4, 14, 15, 28). Also weitaus die Mehrzahl der Fehlgeburten fällt in den dritten Monat.

Heinricius (Arch. f. Gyn. XXVIII), der in einer Tabelle 63 Fälle aufzählt, in welchen das Curettement gemacht wurde infolge von uterinalen Blutungen, giebt in 20 Fällen von den 63 Abort als ätiologisches Moment für die Blutungen an. Von diesen 20 Aborten fallen auf den

1.—2. Monat: 5,
 3. " 6,
 4. " 2,
 5. " —.

Nicht angegeben sind die Monatszahlen in 7 Fällen.

Weckbecker-Sternefeld (München. Arch. f. Gyn. XX) zählt 100 Fälle auf, wo das Curettement ausgeführt wurde. Darunter waren 54 wegen Abortus unter dem sechsten Monat teils prophylaktisch direkt nach dem Abortus, teils wegen rückständiger Eihantreste und Blutungen ausgeschabt worden. Die Aborte fanden statt

im 1.—2. Monat in 12 Fällen,

" 3. " " 28 "
 " 4. " " 8 "
 " 5. " " 6 "

Was die Zahl der Aborte bei der einzelnen Frau

anlangt, so abortierten von den in unserer Tabelle angeführten Fällen

28 Frauen je 1mal (1. 2. 4. 6. 7. 8. 11. 12. 14. 16. 17. 18. 20. 21. 22. 23. 24. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 33. 34. 36. 38. 39).

4 Frauen je 2mal (Nr. 5. 9. 15. 19).

3 " " 3mal (Nr. 3. 13. 37).

1 Frau 4mal (Nr. 35) und 1 Frau 5mal (No. 25).

Nach der Tabelle von Heinricius abortierten

13 Frauen je 1mal,

3 " " 2mal,

3 " " 3mal,

1 Frau 4mal.

In der Tabelle von Weckbecker-Sternefeld ist die Zahl der Aborte der einzelnen Frau nicht angegeben. Beiläufig bemerkt sei, dass von Heinricius und Weckbecker in Fällen wiederholten Aborts als Ursache desselben Endometritis angegeben wird, eine Ansicht, der wir in jeder Beziehung ohne Bedenken beipflichten.

Nach diesen kurzen statistischen Bemerkungen haben wir uns nun zu wenden an die Therapie. Frägt man uns, ob es eine Therapie giebt, die im Stande ist, auf einfache gefahrlose Weise die Frauen, die an genannten eine reiche Quelle von Gefahren bietenden Zuständen nach Abortus leiden, dauernd von ihrem Übel zu befreien, so dürfen wir, ohne desshalb anmassend scheinen zu müssen, mit „ja“ antworten. In der hiesigen gynäkologischen Klinik ist seit Jahren eine Therapie in Anwendung, die trotz ihrer Einfachheit, aber bei peinlichster Antiseptik, die besten Erfolge, die überhaupt zu erwarten sind, erzielt. Da die hier geübte Therapie infolge ihrer Einfachheit ohne jegliche Assistenz ausgeführt werden kann, so dürfte sie sich auch

bei Privatärzten, besonders Landärzten, sehr bald einbürgern, soweit dies nicht schon geschehen ist. Ich lasse die Beschreibung folgen:

Als das wesentlichste Moment der Therapie gilt auch bei uns natürlich die Prophylaxis, d. h. es wird bei jedem zur Behandlung kommenden Abort darauf gesehen, dass keine Eireste oder Placentarreste zurückbleiben. Besteht Verdacht auf Retention solcher Reste, so wird sofort nach Ausstossung des Eies unter den peinlichsten antiseptischen Kautelen das Uteruskavum mit dem Finger abgetastet, und alle etwa retinierten Bestandteile mit dem Finger entfernt. Die Blutung steht, wenn dies in exakter Weise ausgeführt worden ist, fast sofort.

Kommt dagegen eine Frau, bei welcher der Abort schon vor Tagen, Wochen oder gar Monaten erfolgt war, eine Frau, die seit dem Abortus an Menorrhagieen und Metrorrhagieen leidet und bei der die Untersuchung im Uterus rückständige Eihaut- und Placentarreste oder bestehende Endometritis post abortum ergeben hat, so kommt, vorausgesetzt, dass ein Eingriff genehmigt wird, hier folgende Therapie zur Anwendung:

Bezüglich der Zeit des Eingriffs, als welche einige Autoren die Zeit kurz nach der Menstruation empfehlen, gilt hier eben die Regel, dass man operiert, sobald man die Diagnose entsprechend gestellt hat. Entschieden zu warnen ist davor, dass man, wie häufig geschieht, die Frauen durch innerlich gegebene Medikamente oder Jodpinselungen des Uterus versucht zu heilen; die Frauen sind dadurch unnötig lange hingehalten ohne irgend welche Besserung ihres qualvollen Zustandes, da die Blutungen nicht nachlassen, bevor die Reste vollständig entfernt sind:

Als Vorbereitung zum Eingriff bekommt die Patientin ein Klystier, um dadurch einem etwaigen Stuhlgang nach Einlegung des Stifts vorzubeugen. Die Lagerung der Frau ist der Operationsstuhl. Die Einleitung einer Narkose wird von uns nicht für nötig befunden, da der Eingriff wenig schmerzhaft ist, die Frauen gewöhnlich ruhig halten und ferner für manche schon stark verblutete Frauen die Narkose nicht unbedenklich wäre. Die Assistenz wird dadurch auch entbehrlich, was namentlich für den alleinstehenden Arzt von Wert ist.

Nun folgt eine genaue Reinigung der äusseren Genitalien mit Bürste und Seife, etwaige lange und durch Blut und Sekret verklebte Schamhaare werden abgeschnitten, zuletzt die äusseren Genitalien mit 1⁰/₁₀₀ Sublimatlösung desinfiziert. Die Reinigung der Scheide erfolgt durch eine gründliche Douche ebenfalls mit einpromilliger Sublimatlösung. Ist der Cervix für den Finger nicht durchgängig, so wird er durch Einlegen eines Laminaria-Stiftes, zuweilen auch durch Hegar'sche Pflöcke erweitert. (Pressschwamm kommt hier nimmer zur Anwendung.)

Vor Einlegen eines Laminariastiftes bestimmt man die Lage und Stellung des Uterus mit der Sonde, biegt dem Uteruskavum entsprechend den gut ausgekochten Stift und führt ihn, nachdem man die Portio vaginalis durch das Cusco'sche Speculum sich gut freigelegt hat, den Stift ein. Dieser bleibt 12 bis 14 Stunden liegen, und dann ist gewöhnlich der Cervix und der innere Muttermund für den Finger passierbar. Ist dies, wie es in seltenen Fällen vorkommt, nicht der Fall, so wird ein zweiter Laminariastift eingeführt auf die gleiche Weise. Nach genügender Erweiterung wird der Uterus mittelst des Uteruskatheters ausgespült mit einpro-

milliger Sublimatlösung. Man geht mit dem Finger ein, stülpt sich den Uterus, durch Druck von aussen auf die Bauchdecken, wie einen Handschuh über den Finger und kann so das ganze Endometrium abtasten. Es wird nun mit dem Finger ausgeräumt alles, was sich auf diese Weise lösen lässt.

In vielen Fällen genügt der Finger, um alles zu lösen, wo nicht, nimmt man die Kornzange oder die Curette; die Kornzange eher bei Polypen und Eihaut- resp. Deciduafetzen, die Curette eher bei fungösen Wucherungen. Bestimmte Indikationen für das eine oder andere Instrument sind nicht angegeben. Das Manöver wird so lange fortgesetzt, bis alles ausgeräumt ist, und der nachtastende Finger allorts glatte Uteruswand fühlt. Dies zu erreichen erfordert oft grosse Geduld und Anstrengung von seiten des Operateurs, allein, wenn man mit der Methode Erfolg haben soll, muss sie auch gründlich ausgeführt werden (cfr. Nr. 28 i. d. Tabelle: „nach 1½ständiger schwerer Arbeit“ gelang es erst den Uterus ganz zu räumen). An die Operation schliesst sich wiederum eine desinfizierende Uterus- und Scheiden-douche (1‰ Sublimatlösung) an, erstere mit dem Uteruskatheter ausgeführt, hierauf soll, wenn möglich, Bett-ruhe gehalten werden. Um den Uterus zu Contraktionen anzuregen, werden nach jedem derartigen Eingriff Secalepräparate gegeben. Werden die Patientinnen ambulant behandelt, oder kann man sie in den nächsten Stunden nicht beobachten, so schliesst man eine Tampnade mit Jodoformgaze an, was sich für den Privatarzt, der keine Zeit hat, bei dem einzelnen Fall lange zu verweilen, stets empfehlen dürfte. Empfehlenswert ist es auch, einige Tage lang nach dem Eingriff einen Eisbeutel auf den Bauch zu geben. — Eine Ausnahme von

dieser Behandlungsweise macht Fall Nr. 12, wo Dilatation mit Laminaria nicht gestattet worden war und deshalb nur mit liquor ferri geätzt wurde. Bei Fall Nr. 7 hörten die Blutungen, vielleicht infolge von Bettruhe und Secalegaben, spontan auf.

Nach dem Evidement wird hier nicht, wie auf manchen andern Kliniken, jedesmal noch geätzt oder gebrannt, sondern nur in seltenen Fällen, wo besondere Indikationen dazu vorhanden sind, wird mit liquor ferri oder Jodtinktur nachgeätzt.

Wir sehen hieraus, dass die Methode, wie sie hier geübt wird, den Arzt nicht an unumstössliche, unabänderliche Regeln und ihm sozusagen die Hände bindet, sondern dem eigenen Ermessen und Gutdünken des Arztes weiter Spielraum gelassen ist, ob er z. B. mit dem Finger oder mit Kornzange und Curette vorgehen will, ob er nachher ätzen will, ob er ambulant oder im Hause der Patientin behandeln will.

Die glänzenden Resultate, die hier mit der einfachen Methode erzielt werden, und die wir am besten aus der beigegebenen Tabelle ansehen, sprechen am beredtesten für unsre Therapie. Heilung folgte allen Ausräumungen des Uterus insofern, als die oft langdauernden Blutungen aufhörten. Nur in einem einzigen Fall (Nr. 27) waren Recidive eingetreten und der Verlauf war lethal; ob nicht, wenn eine wiederholte Ausräumung gestattet worden wäre, dieser Ausgang hätte abgewandt werden können, muss dahingestellt bleiben; annehmen dürfen wir es.

Vergleichen wir nun die in der hiesigen Klinik geübte Therapie in einzelnen Punkten mit der andrer Gynäkologen, so finden wir keinen, der ganz dasselbe Operationsverfahren hätte, der eine glaubt hier, der

andre dort etwas verbessern zu können; im Prinzip jedoch sind die meisten neueren Gynäkologen einig mit uns. Ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der Therapie der Ausräumung des Uterus mag hier folgen:

Récamier *) war der erste, der die Curette anwandte zum Ausschaben des Uterus und zwar bei chronischer hyperplastischer Endometritis, und da diese Erkrankung anfangs auf Abort zurückgeführt wurde, so blieb auch später, als die Theorie des Zusammenhangs zwischen Endometritis und Abort in dem Sinne von Gottschick und Rouyer (s. vorn) keine Geltung mehr hatte, die Therapie bei Blutungen nach Abort wesentlich dieselbe wie die bei Endometritis, was aus den meisten Berichten und Tabellen erhellt. Mit Récamier's Verfahren konnten sich seine Landsleute selbst nicht befreunden in der ersten Zeit, sie nannten dasselbe roh, barbarisch, dazu höchst gefährlich. Diese Abneigung erklärt sich aus dem Récamier eigenen, brüskten Operieren. In der That perforierte Récamier den Uterus in 3 Fällen, glücklicherweise ohne schlimmere Folgen für die einzelnen Frauen. Gosselin, Trouseau, und Nonat verteidigten zwar die Curette, allein Costilhes, Becquerel und Aran, besonders die beiden letzteren brachten es als energische Gegner der Curette doch dahin, dass von 1860 an in Frankreich das Curettement sehr eingeschränkt wurde. Später, besonders in den 70er Jahren, fand die Curette wieder warme Verteidiger, doch auch die Zahl ihrer Gegner ist nicht gering, und in der neueren diesbezüglichen französischen Litteratur (cfr. Jahresbericht f. Geb. und Gyn. v. Frommel) stellt sich der Zahl der curettierenden fran-

*) Heinricius, Arch. f. Gyn. 28.

zösischen Gynäkologen eine eben so grosse Zahl gegenüber solcher, die noch heute das Ätzen mit festen, flüssigen, pulverförmigen Ätzmitteln oder das ferrum candens und den Galvanokauter der Curette vorziehen.

In Deutschland traten gegen die Récamier'sche Curette C. Braun und Scanzoni auf, darum fand sie in Deutschland zunächst keinen Eingang. Olshausen (1875) half der Curette in Deutschland auf, und in den neueren Lehrbüchern hat sie allgemein Eingang gefunden, nachdem man von übermässig häufigem Gebrauch der Curette abkommend, auch hierin die goldne Mittelstrasse einzuschlagen sich bestrebt hat.

Die geringen Vorteile vor andern Verfahren, resp. die Nachteile, welche der Curette deren Gegner zuschrieben und -schreiben, widersprechen teils den Erfahrungsthatfachen, teils beruhen sie auf unrichtiger Anwendung des Instruments: so wird einem vorsichtigen Operateur eine Perforation der Uteruswände nicht leicht vorkommen, ebenso wird es einem solchen bei einiger Ausdauer auch in fast allen Fällen gelingen, den gnazen Uterus zu räumen — auch die von manchen so gefürchteten und zuweilen wirklich auch schwer zu erreichenden Tubenwinkel —; ferner entbehrt nach neueren Erfahrungen der Vorwurf einer der Frau durch die Curette erzeugten gewissen „Verstümmelung“ allen Grundes. Der Uterus wird zwar seiner Schleimhaut beraubt, allein diese regeneriert sich wieder, und die Frauen bleiben nicht, wie die Gegner der Curette behaupten, steril; nein, die Frauen konzipieren nicht nur nach dem Curettement, sondern Frauen, die vor dem Curettement 3- oder 4mal nacheinander abortiert hatten, gebären nach demselben wieder am normalen Ende der Schwangerschaft. Zum Beweis des Gesagten diene ein Bericht

von Benicke (Zeitschr. f. Geb. und Gyn.) über 10 Fälle von Conzeption nach dem Curettement; ferner ein Bericht von Heinrichius über 16 Fälle von Conzeption nach genannter Operation. Düvelius berichtet sogar 60 Fälle von Conzeption nach derselben. Diese Beweise mögen genügen, um die Befürchtung einer „Verstümmelung“ unbegründet erscheinen zu lassen.

Nachdem nun der Streit bezüglich Curettierens oder Nichtcurettierens zu Gunsten des ersteren entschieden war, stritt man sich darüber, ob man vorher den Cervix dilatieren soll, um mit dem Finger selbst nachzufühlen, resp. operieren zu können, oder ob man mit der Curette durch den unerweiterten Cervix durchgehen und so den Uterus auskratzen soll. Wir stehen auf demselben Standpunkte, wie auch Schultze und Veit, dass der Cervix immer vorher zu dilatieren sei, da man sonst mit der Curette „im Dunkeln tappt“, wie Veit ganz richtig sagt, und man nie sicher weiss, ob man alles Krankhafte entfernt hat, obwohl von anderer Seite behauptet wird, dass man schon am Widerstand, den die Curette am gesunden Gewebe findet und am schabenden Geräusch, das man hören soll, einen zuverlässigen Anhaltspunkt in dieser Beziehung habe. Nun wird aber niemand bestreiten, dass man mit dem Finger jedenfalls genauer nachfühlen und namentlich kleinere Reste besser entdecken kann, als mit der Curette oder Sonde, und davon hängt ja der Erfolg der ganzen Therapie ab, dass alles, auch die kleinsten Reste erkrankter Schleimhaut, entfernt werden.

Der gegen die Einführung des Fingers erhobene Einwand grösserer Infektionsgefahr fällt bei der peinlichen Antisepsis, wie sie in der hiesigen Klinik geübt wird, vollständig ausser Betracht, was auch unsere Journale beweisen. Spiegelberg (Lehrbuch der Geburtshilfe 1882)

scheint in dieser Hinsicht auch auf unsrem Standpunkte zu stehen; er schält manuell ab, was sich auf diese Weise entfernen lässt. Hofmeier (Grundriss der gynäkologischen Operationen 1888) hält eine Dilatation des Cervix behufs Abtastung mit dem Finger nicht allgemein für nötig. Ohne Dilatation mit der Curette operieren Boeters (Berlin), Sternefeld (München). Schwarz (Halle) operiert manuell bei offenem, mit der Curette ohne vorherige Dilatation bei geschlossenem Cervix. Die Frage, ob Narkose oder nicht, haben wir schon früher beantwortet, und die Gründe dazu angegeben. Auch in diesem Punkte sind die Gynäkologen noch lange nicht einig. Nach Veit hängt die Anwendung der Narkose von Nebenumständen ab, ob eine Frau ruhig oder unruhig, empfindlich oder unempfindlich ist. Auf diesen Standpunkt dürfen wir uns ohne Bedenken stellen; auch wir werden natürlich nervöse, sich sehr unruhig gebärdende Frauen eher narkotisieren, als dass wir riskieren, bei einer raschen Bewegung der Frau mit der Curette durch die Uteruswand in die Bauchhöhle zu fahren.

Die von Fehling und Boeters — welche beide in jedem Falle die Narkose machen — angegebenen Vorteile des Operierens in der Narkose (Entspannung der Bauchdecken, leichteres Herabdrücken des Uterus) sind nicht bedeutend genug, um die in vielen Fällen bedenkliche Narkose uns rätlich erscheinen zu lassen, wir müssen eben die Widerstände durch entsprechend kräftigere Handgriffe zu überwinden suchen.

Eine vielbesprochene und von Verschiedenen verschieden beantwortete Frage ist ferner die betreffs der Nachbehandlung des Evidements des Uterus, ob nemlich eine Ätzung, resp. Cauterisation dem Evidement folgen soll. Hier wird im Allgemeinen diese Frage

mit „Nein“ beantwortet, es folgt dem Evidement gewöhnlich nur eine Sublimatirrigation, keine Ätzung; in Fällen aber, wo resistente diffuse Granulationen vorhanden sind, wird mit Jodtinktur oder Liquor ferri, mit der Playfair'schen Sonde auf Watte eingeführt, nachgeätzt. Sonst wird es nicht für nötig befunden, und kann, wie der Erfolg zeigt, wegb bleiben.

Die von vielen gepriesenen Cauterisationen mit Paquelin oder Galvanokauter sind neuerdings auch milderer Mitteln gewichen; sie sollten nach dem Curettement die Blutung stillen und etwa noch vorhandene Reste zerstören.

Alle die Ätzmittel, welche sonst noch angewandt werden, aufzuzählen, liegt ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit.

Wir sind überzeugt, dass unsere Resultate gegenüber denen anderer Kliniken in Beziehung auf die Therapie nach Abortus in keiner Weise nachstehen, und dass unsere Therapie, die die Vorzüge der Einfachheit, des schonenden Vorgehens, sowie des guten Erfolgs in sich vereint, sich jeglichen Versuchs, den der Privatarzt mit derselben macht — geschickte Hand und Achtsamkeit vorausgesetzt —, stets wert zeigen wird. Wie dankbar werden dem Arzte alle die Frauen sein, die er auf diese einfache Weise von langdauernden, oft das Leben gefährdenden und die Freude am Leben verderbenden Beschwerden befreit, und denen er in wenigen Tagen ihre frühere Gesundheit und Lebensfreude wiedergeschenkt hat!

Tabelle

der vom Sommersemester 1887 bis Wintersemester 1891/92 in der hiesigen gynäkologischen Klinik zur
Behandlung gekommenen Fälle von Metrorrhagien nach Abortus.

Laufende Nro.	Name.	Alter.	Wie oft geboren?	In welchem Mon. abort?	Blutet seit wann?	Temp. b. d. Aufn.	Therapie.			Erfolg.	Bemerkungen.
							Laminariastift	Kornzange oder Curette.			
							1mal	2mal			
1	T. B.	43 J.	XI. p.	3. Mon.	3 Woch.	—	1	—	—	gut.	Retroflectierter 9 cm langer Uterus.
2	Chr. B.	36 J.	II. p.	2. Mon.	8 Tage.	—	—	—	Kornzange und manuell.	keine Blutung mehr	Uterus schon geöffnet.
3	Ch. E.	43 J.	IX. p. 3 abort.	—	3 Woch.	—	1	—	Curette	gut	Uterus spitzwinkl. anteflectiert, vergrössert, weich, Fundus nach links.
4	K. R.	32 J.	II. p.	—	2 Woch.	—	1	—	manuell	gut	
5	K. B.	38 J.	VIII. p. 2 abort.	4. Mon.	unregelm. seit 8 Wochen	—	1	—	Kornzange und Curette, nachher Tamponade.	gut	D. Uter. mit unvorschen, zottigen Tumoren angefüllt, vergrössert. 3 taubeneigrosse Stücke herausgeschafft.
6	K. K.	30 J.	I. p.	5. Mon.	5 Woch.	—	1	—	Curette	keine Blutung mehr	Uterus 7½ cm, retroflect.
7	M. H.	33 J.	III. p.	3. Mon.	10 Woch. intermitt.	—	Blutungen hören b. Bettruhe und Secale auf			geheilt	Ut. anteflectiert, matsch, 7,8 cm
8	F. K.	38 J.	VII. p.	1. Mon.	einig. Tage	—	—	—	manuell	geheilt	Uterus offen, gross, Placentarreste.
9	A. Sp.	40 J.	III. p. 2 abort.	3. Mon.	11 Woch.	—	1	—	manuell	gut	Uterus vergrössert, retroflectiert.
10	Chr. E.	43 J.	IX. p. 3 abort.	—	3 Woch.	—	1	—	Curette, Priessnitz	gut	
11	J. G.	35 J.	VIII. p.	4. Mon.	5 Mon.	—	—	—	manuell	gut	Uterus anteflect., vergrössert, Cervix für den Finger durchgängig, Cavum rauh, hübnereigrosser Tumor.
12	C. M.	44 J.	VII. p.	2. Mon.	6 Woch.	—	—	—	Liquor ferri Playfair, weil Eröffnung m. lam. nicht gestattet.	gut	Uterus antefl., vergrössert, Cavum durch Sonde rauh zu fühlen.
13	A. D.	32 J.	V. p. 3 abort.	3. Mon.	14 Tage	—	1	—	Curette	gut	Ut. 7 cm gross, anteflect. Im Fundus höckerige Unebenheiten zu fühlen.
14	A. Sch.	22 J.	I. p.	—	10 Tage	—	—	—	Curette	gut	Uterus sehr gross, Cervix offen und durchgängig, Walnussgrösse Polyp.
15	A. L.	38 J.	XII. p. 2 abort.	—	14 Woch.	—	1	—	manuell	gut	Uterus 7,5 Cavum uteri rauh.
16	Ch. B.	42 J.	VI. p.	3. Mon.	4 Tage	—	—	—	Curette, Liquor ferri Playfair, Tamponade	gut	Uterus sehr gross, 10 cm, Cervix f. d. Fing. durchgäng., Fundus uteri rauh.
17	M. St.	36 J.	2 Abort.	3. Mon.	einige Tage	38°C.	1	—	manuell	gut	Uterus 2faustgross, stinkender Ausfluss.
18	C. Sch.	39 J.	IX. p.	3. Mon.	3 Mon.	—	1	—	Kornzange, Curette Eisbeutel.	gut, blutet nicht mehr	Uterus gross, 2Markstückgrosse Reste.
19	J. H.	32 J.	III. p. 2 abort.	2. Mon.	10 Tage	—	—	—	Kornzange, Tamponade	gut	Uterus retrovertiert, Cervix durchgängig, Nussgrosses Stück Placentarrest steckt i. Cervix, auch im Cavum Reste.
20	B. R.	34 J.	IX. p.	3. Mon.	5 Woch.	38,5°C.	1	—	manuell, intranterine Thymolirrigation, Tamponade	gut	Uterus anteflect. sehr gross, höckerige Placentarpolypen, Eihautfetzen.

Lan- fende Nro.	Name.	Alter.	Wie oft geboren?	In welchem Mon. abort?	Blut seit wann?	Temp. b. d. Aufn.	Therapie.		Erfolg.	Bemerkungen.	
							Laminariastift 1 mal	2mal			Kornzange oder Curette.
21	A. B.	49 J.	V. p.	2. Mon.	6 Wochen	—	1	—	Curette, Liqueur ferri Playfair Tamponade	gut	Uterus 10 cm. Im Cervix haselnussgrosse Polypen Granulationen auf dem En- dometrium.
22	C. B.	45 J.	IX. p.	3. Mon.	7 Woch.	—	1	—	Kornzange u. Curette	gut	Im Cavum uteri zahlreiche Placentar- polypen und Eireste.
23	A. M.	20 J.	II. p.	3. Mon.	einige Tage	37,0°C.	—	—	manuell	gut	I. Uterus grosse Placentarreste, ungef. 5 Markstückgross. Cervix f. d. Ring. offen.
24	A. M.	30 J.	III. p.	4. Mon.	4 Woch.	—	1 lam. Tupelo	—	manuell	gut	Uterus gross anteflectiert.
25	F. K.	38 J.	I. p. 5 abort.	3. Mon.	6 Woch.	—	1	—	manuell	gut	Muttermund offen, aber nicht für den Finger durchgängig, Uterus antef. 9 cm.
26	L. J.	30 J.	II. p.	3. Mon.	3 Woch.	37,9	1 lam.	—	Kornzange, Curette Tamponade	gut	Ut. weich, faustgross, äuss. Muttermund durchgängig, innerer nur f. d. Spitze des Zeigefingers, haselnussgross. Plac- Polyp. i. Fundus, stark übelriechender Ausfluss.
27	G. D.	24 J.	II. p.	3. Mon.	10 Woch.	norm.	1	—	Kornzange, Curette	Recidiv lethal	Ut. sehr gross, descendiert, anteflectiert, I. cavum Rest der Placenta, seit 14 Tagen übelriechender Ausfluss. Wie- holter Eingriff verweigert.
28	R. St.	43 J.	XI. p.	3. Mon.	10 Woch.	norm.	—	—	Uterus nach 1 1/2 Stünd. schwer. Arbeit ausge- räumt manuell n. Korn- zange	gut	Uterus gross antev., Muttermund offen, weicher, kugliger Tumor von Gänse- grösse, das Ei scheint noch i. Uterus, Ei entleert, Reste entfernt.
29	Th. V.	31 J.	IV. p.	—	14 Tage	38,4	—	—	manuell, Kornzange, Tamponade	gut	Uterus sehr gross, descend. Cervix durch- gängig. I. Fundus nussgrosse Pla- centarpolyp.. Nach Untersuchung in der Klinik sehr schwere Blutung.
30	K. R.	36 J.	IV. p.	3. Mon.	3 Woch.	—	1	—	Kornzange und Curette	gut	Uterus anteflectiert, rechts vorne und ob. i. Cavum. Placentarpolypen, etw. übelriechender Ausfluss.
31	A. W.	25 J.	II. p.	3. Mon.	4mal stark i. 4 Mon.	—	1	—	Curette, Tamponade	gut	Uterus retrovert., nicht bes. gross. Am Endometrium fetzige Unebenheiten.
32	C. R.	22 J.	2 ab.	?	9 Woch. Diskonti- nuierlich.	—	—	—	Stuhlgang d. sal. therma- geordn. Blutung. stehen.	gut	Uterus etwas vergrössert, antef.
33	E. K.	18 J.	—	3. Mon.	3 Woch. unregelm.	37,5	—	—	Kornzange, manuell, Eisbeutel	gut	Uterus anteflect., hart, offen, Verdick- ungen a. Endometr., keine Abort- reste nachzuweisen.
34	M. M.	28 J.	IV. p.	2. Mon.	5 Woch.	—	1	—	Kornzange	gut	Uterus anteflect. Placentarpolyp.
35	E. F.	30 J.	III. p. 4 abort.	3. Mon.	4 Woch.	—	1	—	Curette, Tampon, Ich- thyolplayfair	Recidiv beseitigt.	Uterus anteflect., Endometrit. Recidiv m. Curette behandelt. Folgd. Jod- tincturätzung, dann geheilt.
36	K. B.	41 J.	XI. p.	2. Mon.	14 Tage	38,6	1	—	Kornzange	gut	Uterus anteflect., übelriechend, Ausfluss, zahlr. Placentarreste entfernt. Anä- mische Patientin.
37	F. Sch.	42 J.	VI. p. 3 abort.	3. Mon.	8 Woch. m. Schmerz.	—	1	—	Kornzange	gut	Zahlreiche Placentarreste.
38	M. B.	27 J.	II p.	1—2 Mon.	3 Woch.	—	1	—	Kornzange	gut	kleintaubeneigrösses, bewegliches Ei i. Uterus.
39	M. K.	31 J.	V. p.	2. Mon.	6 1/2 Mon.	38,2	—	2 lam.	Kornzange und manuell	gut	Uterus weich, blutende Tumoren im Cavum, entfernte Placentarreste nicht übelriechend.



Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

25714.