



Beitrag
zur Behandlung des Abortus.

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,
welche
nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät
der Königl. Universität zu Greifswald

am
Freitag, den 29. Juni 1894
Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Franz Prütz

aus Meckl.-Strelitz
praktischer Arzt.

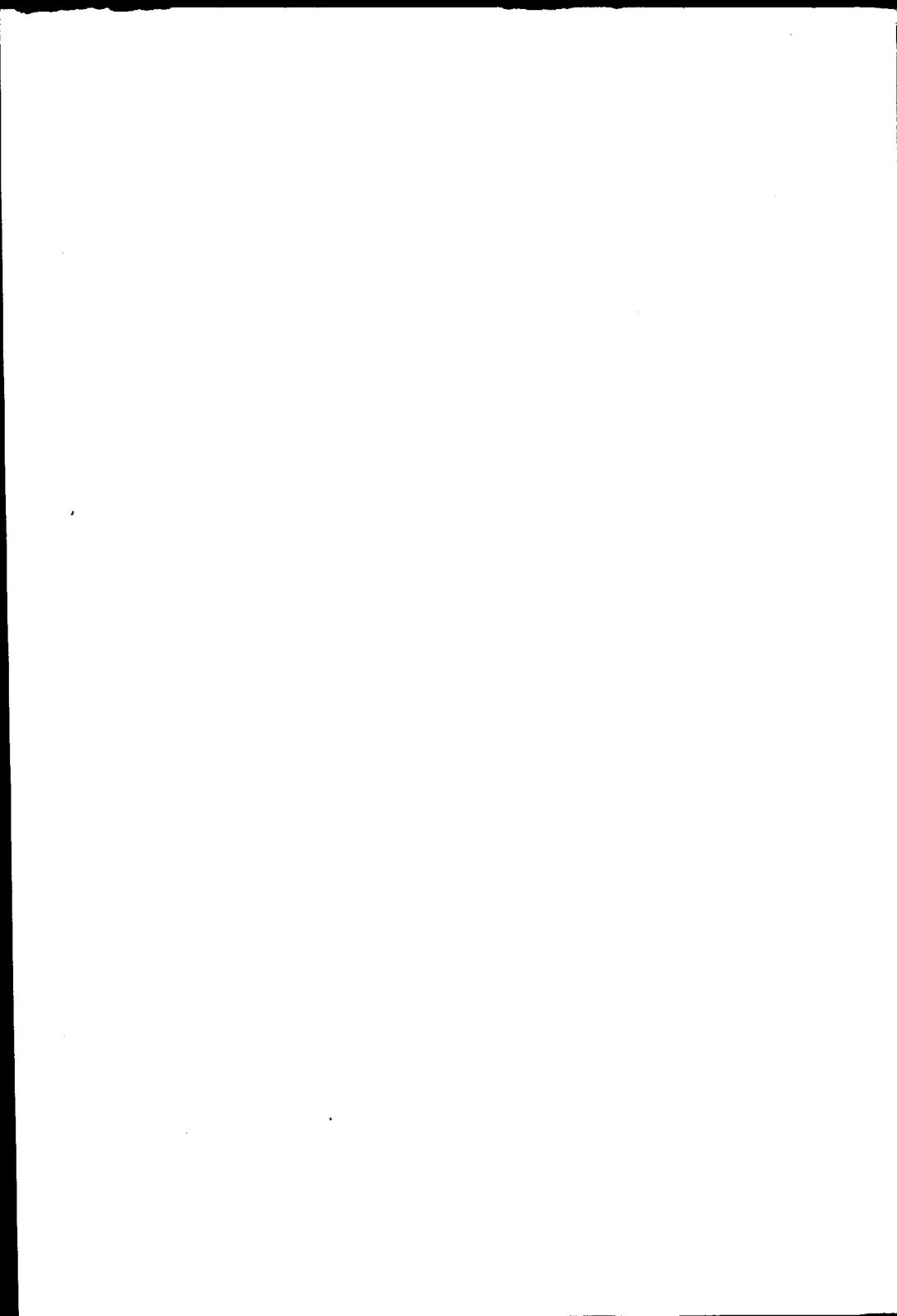


Opponenten:

- Dr. Schollmüller, Assistent am hygienischen Institut.
- Dr. Fröhlich, " " " "
- Dr. Bürger, Assistent an der medic. Klinik.

Greifswald.
Druck von F. W. Kunike.





Dem Andenken
seiner theuren Mutter

gewidmet

vom

Verfasser.



Bei der Durchsicht der Statistiken der einzelnen gynäkologischen Kliniken, in denen uns Aufschluss über den Verlauf des Wochenbettes nach Abortus gegeben wird, werden wir überrascht durch die glänzenden Erfolge, die fast überall ausnahmslos erzielt werden. Todesfälle, für welche der Abortus als direkte Ursache angeführt werden könnte, sind nur äusserst selten zu verzeichnen. Trotzdem nun allgemein diese günstigen Resultate erreicht werden, hat man sich doch bis heute noch nicht über die Behandlung der Aborte definitiv einigen können. Im Gegenteil! Gerade auf diesem Gebiete haben sich unter den Gynäkologen die widersprechendsten Ansichten herausgebildet. Auch auf der geburtshülflichen Gesellschaft der Gynäkologen ist es wiederum zu einem ausgedehnten Meinungsaustausch über die Behandlung der Aborte gekommen. Vor Allem ist die Frage eingehend erörtert worden, ob die Anwendung von Instrumenten, hauptsächlich der Kornzange, zur Entfernung von Resten der Placenta oder der Eihäute nötig sei oder nicht.

Dieser Streit hat mich nun veranlasst, die hier in der Greifswalder Klinik und Poliklinik übliche Be-

handlungsweise etwas eingehender zu beleuchten und eine Statistik aufzunehmen von den Fällen, die in den Jahren 1881—1894 hier zur Behandlung gekommen sind.

Bei der Behandlung von Aborten wird hier in der Greifswalder Klinik und Poliklinik von vorneherein auf die Verwendung von allen Instrumenten zur Entfernung von Resten der Placenta oder Eihäute verzichtet. Das einzige Instrument, welches eventuell einmal zur Anwendung kommt, ist die Kornzange. Wenn sich nämlich das Abortivei nicht durch Expression herausbefördern lässt, so wird die Kornzange unter Leitung zweier Finger eingeführt und das Ei mit derselben extrahiert. Dieser Fall bildet aber auch die einzige Ausnahme. Sonst gilt die Regel: Sobald sich herausgestellt hat, dass der Abort nicht mehr aufzuhalten ist — als Zeichen hierfür gilt heftige Blutung mit Abgang von Gerinseln, Wehenschmerzen oder Öffnung des Muttermundes — so wird, nachdem vorher die äusseren Geschlechtsteile gründlich desinficirt sind und die Scheide sorgfältig mit einer 2%igen Carbolsäure durchgespült ist, sofort zur Tamponade der Scheide geschritten, um hierdurch Contractionen des Uterus hervorzurufen und so die natürliche Loslösung des Eies zu bewerkstelligen. Gleichzeitig stillt diese Tamponade auch die bestehende Blutung und sichert gegen die Erneuerung einer solchen. Die Ausführung der Tamponade selbst besteht darin, dass man zuerst ein Milchglasspekulum einführt und dann lange Streifen von Jodoformgaze hineinschiebt, bis die Scheide voll-

ständig austamponirt ist. Die Tampons werden nach 6 Stunden entfernt. Gewöhnlich findet sich dann das Ei hinter den Tampons, oder es ist doch wenigstens bis in den Cervicalkanal getreten, aus dem es sich dann leicht entfernen lässt. Ist dies nicht der Fall, so wird die Tamponade wiederholt und zwar solange bis der Cervicalkanal für zwei Finger durchgängig ist; gewöhnlich genügen hierzu zwei bis drei Wiederholungen. Es wird dann der Zeigefinger mit dem Mittelfinger der rechten Hand eingeführt und das Ei mit diesen erst vollständig losgeschält, ehe man zur Expression desselben schreitet, da sonst sehr leicht Eireste in der Uterushöhle zurückbleiben können, die dann sehr leicht die Veranlassung zu erneuten Blutungen werden. Diese letztere Operation wird, sobald man es mit empfindlichen Personen zu thun hat, nur in Chloroformnarkose ausgeführt. Nach dieser Ausräumung der Uterushöhle wird eine gründliche Durchspülung mit 2 %iger Carbollösung vorgenommen und dann die ganze Uterushöhle mit Jodoformgaze austamponirt. Die Tampons bleiben 24—48 Stunden liegen.

Sollten bei der Ausschälung des Eies doch Decidua-reste zurückgeblieben sein und dadurch Nachblutungen bedingt werden, so enthält man sich doch jedes instrumentellen Eingriffs zur Entfernung dieser Decidua-fetzen. Man versucht ebenfalls diese Reste manuell zu entfernen und macht dann antiseptische Ausspülungen mit nachfolgender Tamponade mit Jodoformgaze.

Sogar wenn septische Erscheinungen auftreten sollten, welche der Greifswalder Klinik und Poliklinik glücklicherweise in den letzten 13 Jahren erspart geblieben sind, würde man sich doch nicht dazu verstehen, seine Zuflucht zu dem scharfen Löffel oder der Curette zu nehmen. Auch in einem solchen Falle würde man zu der schon vorher angegebenen Behandlung schreiten, vielleicht mit der Modification, dass die antiseptischen Ausspülungen etwas häufiger wiederholt würden.

Über die Resultate, welche die Greifswalder Klinik und Poliklinik mit dieser Behandlungsweise erzielt hat, wird die nachfolgende Statistik Aufklärung geben.

N ^o	Name	Alter	Fr. Geburten	Schwangerschaftszeit	Behandlung	Erfolg.
1	Fr. Wessling	41 J.	6	Anfang des IV. M.	Manuelle Entfernung der Placentarreste. Tamponade.	Blutung steht Geheilt entlassen.
2	Fr. Ross	37 J.	6	III. M.	Tamponade durch 24 Stunden, manuelle Ausräumung.	Geheilt entlassen.
3	Fr. Schröder	32 J.	5	II. M.	Manuelle Entfernung der Placentarreste.	Geheilt entlassen.
4	Fr. Raub	31 J.	4	III. M.	Kein Eingriff wegen der nur geringen Blutung nötig.	Geheilt entlassen.
5	Fr. Mertens	42 J.	12	III. M.	Tamponade durch 6 Tage. Dann manuelle Entfernung der Deciduareste. Das Ei war schon vorher ausgestossen. Erst nach 6-tägiger Tamponade ward der Cervicalkanal durchgängig.	Nach der Ausräumung stand die Blutung. Patientin geheilt entlassen.

N ^o	Name	Alter	Fr. Geburten	Schwangerschaftszeit	Behandlung	Erfolg.
6	Fr. Conrad	42 J.	10	III. M.	Tamponade. Manuelle Entfernung der Placentarreste.	Geheilt entlassen.
7	Fr. Schultz	33 J.	6	II. M.	Das Ei ragt aus dem äussern Muttermund hervor, daher sofortige manuelle Entfernung, obwohl Blutung nur unbedeutend.	Geheilt entlassen.
8	Fr. Metzling	39 J.	8	III. M.	Tamponade. Manuelle Entfernung.	Geheilt entlassen.
9	Fr. Kolbe	48 J.	12	9. Woche	Kein Eingriff nötig.	Geheilt entlassen.
10	Fr. Barnow	27 J.	3	IV. M.	Tamponade. Manuelle Entfernung.	Geheilt entlassen.
11	Fr. Dambold	44 J.	10	11. Woche	Manuelle Entfernung des Eies, welches schon im Cervix lag.	Geheilt entlassen.
12	Fr. Schulz	36 J.	7	3. Woche	Manuelle Entfernung des aus dem äusseren Muttermund ragenden Eies.	Geheilt entlassen.
13	Fr. Boi	34 J.	3	III. M.	Manuelle Entfernung des Eies.	Geheilt entlassen.
14	Fr. Hagenow	30 J.	2	II. M.	Das Ei lag in der Vagina und wurde fortgenommen. Die Decidua fehlte. Muttermund und Cervix geschlossen. Daher Tamponade. Nach 4 Stunden lag hinter den Tampons die Decidua.	Geheilt entlassen.
15	Fr. Barnow	25 J.	4	III. M.	Tamponade. Manuelle Ausräumung.	Geheilt entlassen.
16	Fr. Wahl	24 J.	3	III. M.	Entfernung des aus dem äusseren Muttermund hervorragenden Eies. Tamponade.	Geheilt entlassen.
17	Fr. Pabst	35 J.	5	II. M.	Manuelle Entfernung der Reste der Decidua.	Geheilt entlassen.

N ^o	Name	Alter	Fr. Geburten	Schwangerschaftszeit	Behandlung	Erfolg.
18	Fr. Stöber	26 J.	2	IV. M.	Manuelle Entfernung. Tamponade.	Geheilt entlassen.
19	Fr. Labahn	34 J.	5	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
20	Fr. Borchardt	39 J.	1	III. M.	Manuelle Entfernung der Decidua-Reste.	Geheilt entlassen.
21	Fr. Parusel	34 J.	7	III. M.	Manuelle Entfernung des aus dem äussern Muttermund hervorragenden Eies. Tamponade.	Geheilt entlassen.
22	Fr. Lerchenstein	32 J.	4	II. M.	Wegen starker Blutung Tamponade. Nach 12 Stunden Tampons entfernt, das Ei hinter denselben.	Geheilt entlassen.
23	Fr. Prochnow	23 J.	2	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
24	Fr. Pollin	32 J.	3	IV. M.	Entfernung des in der Vagina liegenden Eies.	Geheilt entlassen.
25	Fr. Klöfkorn	30 J.	3	III. M.	Manuelle Entfernung der Placentarreste. Tamponade.	Geheilt entlassen.
26	Fr. Zornow	28 J.	3	III. M.	Manuelle Entfernung der Deciduaefetzen.	Geheilt entlassen.
27	Fr. Streck	34 J.	5	II. M.	Manuelle Entfernung des Eies. Tamponade.	Geheilt entlassen.
28	Fr. Drings	38 J.	7	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
29	Fr. Wolff	40 J.	0	II. M.	Cervicalkanal leicht durchgängig. Manuelle Entfernung der Eireste. Tamponade.	Geheilt entlassen. Geheilt entlassen.
30	Fr. Zillmann	32 J.	3	4. Woche	Manuelle Entfernung der Decidua. Tamponade.	
31	Fr. Hinz	17 J.	0	7. Woche	Manuelle Entfernung der Eireste.	Geheilt entlassen.
32	Fr. Schmidt	29 J.	3	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.

Nr.	Name	Alter	Fr. Geburten	Schwangerschaftszeit	Behandlung	Erfolg.
33	Fr. Schmasson	37 J.	7	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
34	Fr. Ehmke	30 J.	5	IV. M.	Manuelle Entfernung. Tamponade.	Geheilt entlassen.
35	Fr. Stoll	43 J.	6	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
36	Fr. Schumacher	45 J.	6	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
37	Fr. Hausmann	40 J.	10	II. M.	Tamponade. Manuelle Entfernung der Deciduareste.	Geheilt entlassen.
38	Fr. Schröder	46 J.	13	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
39	Fr. Brandt	24 J.	3	III. M.	Manuelle Entfernung.	Geheilt entlassen.
40	Fr. Jahnke	20 J.	1	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
41	Fr. Heideu	38 J.	6	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
42	Fr. Drugs	38 J.	11	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
43	Fr. Henneberg	29 J.	5	III. M.	Manuelle Entfernung des Abortiveies. Tamponade.	Geheilt entlassen.
44	Fr. Hacker	27 J.	4	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
45	Fr. Prochnow	28 J.	4	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
46	Fr. Blomendahl	32 J.	4	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
47	Fr. Cobrow	37 J.	9	III. M.	Manuelle Entfernung.	Geheilt entlassen.
48	Fr. Schops	39 J.	9	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
49	Fr. Vierow	39 J.	5	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
50	Fr. Trapp	26 J.	1	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
51	Fr. Mahnke	31 J.	2	III. M.	Manuelle Lösung der Placentarreste in Narkose.	Geheilt entlassen.

N ^o	Name	Alte	Fr. Geburten	Schwangerschaftszeit	Behandlung	Erfolg.
52	Fr. Krause	32 J.	0	III. M.	Manuelle Entfernung. Tamponade.	Geheilt entlassen.
53	Fr. Hoth	44 J.	13	III. M.	Manuelle Entfernung der Placentarreste.	Geheilt entlassen.
54	Fr. Kruse	21 J.	0	IV. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
55	Fr. Österreich	29 J.	3	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
56	Fr. Schull	26 J.	3 Aborte	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
57	Fr. Loof	32 J.	5 u. 1 Abort	III. M.	Manuelle Entfernung der Deciduaereste.	Geheilt entlassen.
58	Fr. Heuer	43 J.	9	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
59	Fr. Schuldt	28 J.	4	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
60	Fr. Dorbczynsky	36 J.	6	IV. M.	Manuelle Entfernung. Tamponade.	Geheilt entlassen.
61	Fr. Anders	29 J.	4	III. M.	Manuelle Entfernung in Narkose.	Geheilt entlassen.
62	Fr. Arendt	40 J.	11	II. M.	Manuelle Entfernung.	Geheilt entlassen.
63	Fr. Westering	26 J.	0	III. M.	Manuelle Ausräumung.	Geheilt entlassen.
64	Fr. Markmann	36 J.	5	II. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
65	Fr. Stubbe	25 J.	2	IV. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
66	Fr. Dettmann	43 J.	7	III. M.	Manuelle Entfernung.	Geheilt entlassen.
67	Fr. Mörlner	32 J.	5	III. M.	Manuelle Ausräumung.	Geheilt entlassen.
68	Fr. Bink	20 J.	1	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
69	Fr. Martens	28 J.	4	IV. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
70	Fr. Hausmann	45 J.	13	III. M.	Manuelle Ausräumung.	Geheilt entlassen.

№	Name	Alter	Fr. Ge- burten	Schwanger- schaftszeit	Behandlung	Erfolg.
71	Fr. Wos- lewsky	21 J.	1	II. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
72	Fr. Buchert	28 J.	2	III. M.	Manuelle Entfernung der Abortreste in Narkose.	Geheilt ent- lassen.
73	Fr. Hesse	27 J.	2	III. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
74	Fr. Schätz- chen	27 J.	5	VI. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
75	Fr. Burchardt	39 J.	6	III. M.	Manuelle Ausräumung.	Geheilt ent- lassen.
76	Fr. Lorenz	27 J.	3	III. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
77	Fr. Wulff	29 J.	3	III. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
78	Fr. Trapp	27 J.	2	IV. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
79	Fr. Hopp	39 J.	5	III. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
80	Fr. Burwitz	29 J.	0	III. M.	Manuelle Entfernung der Deciduaeste.	Geheilt ent- lassen.
81	Fr. Henke	37 J.	12	II. M.	Manuelle Ausräumung in Narkose.	Geheilt ent- lassen.
82	Fr. Wahl	37 J.	9	IV. M.	Manuelle Lösung der Pla- centa.	Geheilt ent- lassen.
83	Fr. Dreblow	33 J.	2	II. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
84	Fr. Ott	28 J.	5	IV. M.	Manuelle Lösung der Pla- centa.	Geheilt ent- lassen.
85	Fr. Gielow	28 J.	12	IV. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
86	Fr. Krull	27 J.	1	III. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.
87	Fr. Otto	32 J.	5	VI. M.	Manuelle Ausräumung.	Geheilt ent- lassen.
88	Fr. Reimann	24 J.	3	III. M.	Manuelle Entfernung der Placentarreste.	Geheilt ent- lassen.
89	Fr. Hartwig	35 J.	3 u. 1 Abort	III. M.	Tamponade.	Geheilt ent- lassen.



N ^o	Name	Alter	Fr. Geburten	Schwangerschaftszeit	Behandlung	Erfolg.
90	Fr. Breudecke	26 J.	2	IV. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
91	Fr. Schmidt	23 J.	1	IV. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
92	Fr. Hoefler	28 J.	11	II. M.	Manuelle Ausräumung.	Geheilt entlassen.
93	Fr. Hartwig	35 J.	3 u. 2 Aborte	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
94	Fr. Mittermeier	21 J.	2	III. M.	Manuelle Lösung der Abortreste in Narkose.	Geheilt entlassen.
95	Fr. Witt	40 J.	12 u. 3 Aborte	III. M.	Tamponade	Geheilt entlassen.
96	Fr. Dahmer	43 J.	4	III. M.	Manuelle Entfernung der Placenta.	Geheilt entlassen.
97	Fr. Paruse	37 J.	16	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
98	Fr. Witt	42 J.	12	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
99	Fr. Höfler	35 J.	10	III. M.	Tamponade.	Geheilt entlassen.
100	Fr. Vierk	43 J.	10 u. 3 Aborte	II. M.	Ausräumung in Narkose.	Geheilt entlassen.
101	Fr. Wielert	42 J.	9	III. M.	Ausräumung in Narkose.	Geheilt entlassen.
102	Fr. Reimer	38 J.	2	III. M.	Ausräumung in Narkose.	Geheilt entlassen.
103	Fr. Weiss	39 J.	4	III. M.	Tamponade der Scheide. Nach Entfernung der Tampons lag das Ei dahinter.	Geheilt entlassen.
104	Fr. Modochowski	37 J.	7	III. M.	Zweimalige Tamponade. Dann Ausräumung in Narkose.	Geheilt entlassen.

Aus der vorliegenden Statistik ersehen wir also, dass die in der hiesigen Klinik und Poliklinik erzielten Resultate in jeder Beziehung als Glänzende zu be-

zeichnen sind. Todesfälle infolge von Abort sind hier in den letzten 13 Jahren überhaupt nicht zu beklagen. In den Fällen, wo Blutungen, bedingt durch Retention von Placentarresten, auftraten, genügte die manuelle Ausräumung und Tamponade der Uterushöhle, um dieselben zum Stehen zu bringen. Jedenfalls hat niemals eine zwingende Notwendigkeit vorgelegen, die Curette, den scharfen Löffel oder gar die Kornzange zur Entfernung von Abortresten in Anwendung zu bringen.

Wenn uns nun schon die in hiesiger Klinik und Poliklinik erreichten Resultate dazu führen müssen, dem expectativen Verfahren bei der Behandlung des Abortus das Wort zu reden, so werden wir noch mehr in unserer Ansicht bestärkt, wenn wir hören, wie eine Reihe von Gynaekologen, gestützt auf langjährige Erfahrung, sich zu der Frage über die instrumentelle Entfernung von Abortresten stellen.

Budin spricht auf Grund einer Zusammenstellung von 210 Aborten mit 46 Placentarretentionen — Material der Maternité und Charité von 3 Jahren — die Ansicht aus, dass die Retention der Nachgeburt bei Aborten garnicht so gefährlich sei, als man gewöhnlich annehme. Es kam nur zweimal leichte Haemorrhagie vor, dreimal traten septische Erscheinungen auf; dieselben schwanden aber rasch bei antiseptischer Behandlung; es starb nur eine Kranke an Pneumonie.

Was die Therapie betrifft, so verwirft er jeden instrumentellen, ja sogar auch manuellen Eingriff als zu gefährlich. Bei Blutungen wird tamponirt, bei

septischen Symptomen wird zweistündlich eine antiseptische Ausspülung mit 2—3%iger Carbollösung oder 0,05%iger Sublimatlösung vorgenommen.

Winckel macht Front gegen die neuerdings von verschiedenen Seiten empfohlenen „hyperactiven“ Behandlungsmethoden des Abortus, namentlich gegen die allzuhäufige Anwendung der Curette. Er liefert den Beweis, dass man auch ohne Curette und sogar auch ohne häufige digitale Ausräumung des Uterus gute Resultate erzielen kann. Von 52 abortierenden Frauen hat er keine einzige verloren, nur 4 blieben länger als 13 Tage in der Anstalt. Die Curette wurde niemals angewandt, die manuelle Lösung in 7 Fällen vorgenommen.

Im allgemeinen soll man auch bei Abort die Austossung des Eies der Natur überlassen. Nur bei Fieber oder starken Blutungen oder Jauchungen ist das Ei möglichst bald wegzunehmen. Die Wegnahme geschieht schonender und sicherer mit den Händen durch Expression und Ausschälung des Eies nach vorheriger gründlicher Ausspülung des Uterus. Die Anwendung des Curettement bei allen Fällen von Abortus ist verwerflich. Die ganz oder teilweise zurückgebliebene Decidua erfordert dieselbe auch nicht. Bei vorjauchtem Ei sind nach manueller Entfernung der grösseren Teile nicht leicht abzulösende kleinere durch häufige antiseptische Ausspülungen des Uterus unschädlich zu machen und nach und nach zum Abgang zu bringen.

Stratz giebt als allgemeine Regel an, die Patientin

möglichst zu schonen. Die Therapie muss um so activer sein, je grössere Gefahren der Patientin drohen. Er empfiehlt Anfangs Tamponade der Scheide und des Cervix nach vorheriger genauer Desinfection. Bei bedenklicher Blutung oder Auftreten von Fieber wird das Ei manuell entfernt. Der von anderen empfohlenen Ausschabung des Uterus nach vollendeter Entfernung der Abortreste tritt er entschieden entgegen.

In ähnlicher Weise treten auch Winter, Viber, Fochier, Maggrier, Démelin und andere mehr für das expectative Verfahren bei der Behandlung des Abortus ein.

Wenn man aber, wie doch die Erfahrung aller dieser Gynaekologen lehrt, ohne die Anwendung von Instrumenten zu dem gewünschten Ziele gelangen kann, so ist dies ein nicht zu gering anzuschlagender Vorteil. Denn abgesehen davon, dass man die Wandung des weichen puerperalen Uterus leicht lädiren kann, läuft man auch noch Gefahr, dieselbe zu perforieren. Eine Peritonitis ist natürlich dann meistens die unausbleibliche Folge, wodurch das Leben der Patientin selbstverständlich in die äusserste Gefahr gebracht wird.

Wie lädirbar aber der puerperale Uterus nach Abort ist und wie oft er in der That schon, bei nicht gerade geschickter Anwendung von Instrumenten, hauptsächlich der Kornzange, perforirt worden ist, zeigen eine Reihe von Fällen, die bei der geburts-hülflichen Gesellschaft zur Sprache gebracht worden sind.

So veröffentlicht Herr Oberstabsarzt Alberti-Potsdam einen Fall von Perforation des Uterus mit Vorfall des Darms und Einklemmung desselben nach Curettement.

Derselbe betraf eine 32jährige Frau, die 5 Mal geboren hatte, zuletzt vor 6 Jahren. Da der hinzugerufene Arzt jauchige Abortreste annahm, beschloss er das Curettement, ging mit dem Roux'schen Löffel ein und wollte darauf die eventuell gelösten Gewebsetzen mit der Polypenzange entfernen, zog aber Darm hervor. Er tamponirte sogleich die Scheide rings um den vorliegenden Darm und ordnete die Überführung ins Krankenhaus an; A. führte hier — etwa 3 Stunden nach geschehener Perforation — die Laparotomie aus. Dabei zeigte sich, dass eine Dünndarmschlinge durch einen etwa 3 cm. langen Riss dicht vor der rechten Seitenkante in den Uterus gelangt und am innern Muttermund so eingeklemmt war, dass sie erst nach tiefem Einkerbten des letzteren beweglich wurde und herausgezogen werden konnte. Die hervorgezogene Schlinge war 17 cm. lang, gebläht, zum grössten Teil stark gerötet und an der Schnürfurche von blauschwarzer Färbung. Der Uterus war an der Rissstelle äusserst weich und dünn. Der Wundverlauf war sehr günstig, da Patientin nur an den beiden ersten Abenden leicht fieberte, doch frei von peritonitischen Erscheinungen blieb. Nach 4 Wochen stellten sich heftige und anhaltende Blutungen ein, welche eine erneute Curettage nötig machten; letztere förderte weiche endometritische Schleimhautwucherungen zu

Tage. Aus gleicher Ursache musste nach Verlauf von 6 Wochen noch einmal curettirt werden — diesmal mit nachfolgender Jodtinctur. Patientin blieb seitdem völlig gesund; — doch hat sie nicht mehr concipirt.

Wenn nun auch im vorliegenden Fall das Leben der Patientin erhalten ist, so können wir dies doch nur als Ausnahme ansehen. Bei allen sonst berichteten Fällen, in denen es sich um Perforation der Uteruswandung und Hervorziehen von Darmschlingen mit der Kornzange handelt, sind nicht so glückliche Resultate zu verzeichnen.

So berichtet Herr Veit über einen Fall von Perforation, bei welchem Patientin an Peritonitis zu Grunde ging.

„Bei einer Placentarverhaltung hatte ein Arzt an 3 aufeinander folgenden Tagen den Versuch gemacht, manuell den Rest zu entfernen. Es gelang ihm dies nicht; vielmehr begann die Patientin zu fiebern, und, um sicher zum Ziele zu gelangen, versuchte er, mit der Kornzange den Inhalt des Uterus hinauszuziehen. Hierbei zog er eine Darmschlinge in die Scheide hinein; er rief mich eiligst hinzu, und etwa eine Stunde nach dem Ereignis sah ich die Patientin. Die Reposition der Schlinge von der Scheide aus gelang auf keine Weise. Bei der combinirten Untersuchung fühlte ich vom Rectum aus an der hinteren Wand des Uterus die Stelle der Perforation dadurch sich kennzeichnen, dass Stränge nach dem Uterus verliefen. Ich eröffnete den Douglas'schen Raum; die Reposition gelang erst, nachdem ich die an der hinteren Wand

sitzende Perforation des Uterus nach unten erweitert hatte. Die Uterusinnenfläche war verjaucht, die Blutung aus der Incision stark; deshalb exstirpirte ich den Uterus vaginal. Es gelang dies bei dem puerperalen Zustand der Gewebe in wenigen Minuten. Die Darmschlinge hüllte ich in Jodoformgaze ein. Die Patientin starb jedoch an septischer Peritonitis.“

Auch Gusserow, Olshausen und andere mehr wissen von ähnlichen Fällen zu berichten. Alle haben sie das gemeinsam, dass zuerst die Uteruswandung mit der Curette oder dem scharfen Löffel laedirt worden ist. Sodann wurde mit der Kornzange eingegangen, um die abgekratzten Fetzen zu entfernen. Hierbei wurde der schon laedirte Uterus perforirt und Dünndarmschlingen oder das Omentum hervorgezogen. Leider ist aber auch in allen Fällen der gleiche traurige Ausgang zu verzeichnen.

Ziehen wir nun das Facit aus dem Vorhergehenden, d. h. betrachten wir die ausnahmslos günstigen Resultate, die das expectative Verfahren bei Abortus zu verzeichnen hat und sehen daneben die Fälle, deren traurigen Ausgang allein der nicht gerade geschickte Gebrauch von Instrumenten vor allem der Kornzange herbeigeführt hat, so müssen wir uns dem ab sprechenden Urtheil, welches hauptsächlich das letztere Instrument von Olshausen, Gusserow, Veit und anderen mehr gefunden hat, voll und ganz anschliessen.

Wenn Martin trotzdem auf dem Standpunkt stehen bleibt, dass dies Urtheil über die Kornzange,

die sich ihm seit mehr als 20 Jahren als ein sehr brauchbares Instrument bewährt hätte, nicht gerechtfertigt sei, so ist das eine Ansicht, die wohl kaum Eingang in die allgemeinen ärztlichen Kreise finden wird. Er selbst giebt zu, dass es auch ihm hin und wieder passirt sei, dass er die Uteruswandung perforirt und dann eine Darmschlinge hervorgezogen habe. Immer aber habe er dies sofort erkannt und den Darm rechtzeitig ohne Nachteil für die Kranke leicht reponirt. Das ist eine so hervorragende Technik, dass sie nicht Jedem zugemuthet werden kann.

Da wir aber beim Abortus unsere therapeutischen Massnahmen so einrichten müssen, dass jeder praktische Arzt dieselben leicht befolgen kann, so scheint es ohne weiteres klar zu sein, dass vor der Anwendung der Kornzange auf das äusserste gewarnt werden muss. Aber auch die anderen Instrumente, wie Curette und scharfer Löffel, die, wie doch die Erfahrung so vieler Kliniker lehrt, vollständig entbehrlich sind, aber nicht ohne Gefahr für die Patientin angewandt werden können, sollten in der ärztlichen Praxis keine Verwendung bei der Entfernung von Abortresten mehr finden.

Auch an dieser Stelle möge es mir noch gestattet sein, Herrn Geheimrath Professor Dr. Pernice für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Jahresbericht für Geburtshülfe und Gynaekologie	I. p.	87.
„	„	II. p. 111.
„	„	III. p. 138.
„	„	IV. p. 151.
„	„	V. p. 143.
„	„	VI. p. 123.
Centralblatt für Gynaekologie.		

Vita.

Als Sohn des Domänenpächters Carl Prütz zu Gross-Daberkow in Mecklenburg-Strelitz geboren, erhielt ich — Franz Hermann Louis Axel Prütz — meinen ersten Unterricht bei dem Pfarrer meines Geburtsortes. Mit meinem 12ten Lebensjahr kam ich auf das Gymnasium zu Neustrelitz, wo ich drei Jahre blieb. Dann kam ich auf das Gymnasium zu Friedland in Mecklenburg und erlangte hier Ostern 1888 das Zeugnis der Reife.

Um mich dem Studium der Medicin zu widmen, besuchte ich die Universitäten Jena, Würzburg, Berlin und Greifswald. In Würzburg beendete ich im Sommer-Semester 1891 das Tentamen physicum, die Approbation als practischer Arzt erhielt ich hier in Greifswald am 11. Mai dieses Jahres. Das Tentamen rigorosum machte ich am 9. Juni.

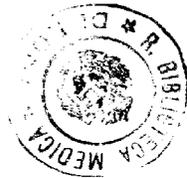
Während meiner Studienzeit besuchte ich die Collegien folgender Herren Professoren:

Ballowitz, Bardeleben, Biedermann, Fick, Fürbringer, Grawitz, Helferich, Klemperer, Kunkel, Langerhans, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Röntgen, Schirmer, Stöver und Strübing.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern erlaube ich mir auch an dieser Stelle nochmals meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

1. Die Exeision des Primäraffectes bei Syphilis ist zwecklos.
2. Die Hypertrophie der Fousillen bei Lues erklärt sich aus ihrem histologischen Bau.
3. Die Kornzange ist als Instrument zur Ausräumung von Abortresten nicht verwendbar.



16488

26584