

Aus der Universitäts-Frauenklinik Marburg (Lahn).  
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Kehrer.

### Verblutungstod nach Abortus.

Von

Dr. med. Margarethe Oing,  
Assistenzärztin der Klinik.

Die Frage, ob sich Frauen beim febrilen oder afebrilen Abortus verbluten können, ist oft angeschnitten worden. Es gilt allgemein die Regel, daß die Hämorrhagie in den weitaus meisten Fällen mit dem Sinken des Blutdruckes, der dem starken Blutverlust folgt, von selbst zum Stehen kommt und der Verblutungstod beim Abortus extrem selten ist, so selten, daß eine Reihe von Anhängern der konservativen Therapie in einer starken Blutung keine Indikation gegen das expektative Verhalten sehen und die Gefahr der Verblutung für geringer halten als die Gefährdung der Frau durch das aktive Vorgehen bei bestehender Infektion. In der Literatur wird immer wieder auf die Mitteilung von A. Hegar, daß er in mehr als 40jähriger gynäkologischer Tätigkeit keinen Verblutungstod infolge Abortus in den ersten Monaten erlebt habe, und auf eine statistische Veröffentlichung Unterberger's hingewiesen, daß in dem Zeitraum von 1886—1909 in Mecklenburg-Schwerin bei einer Bevölkerung von etwa 600 000 Einwohnern kein Todesfall an Verblutung nach Abortus vor dem 5. Monat nachzuweisen war.

Ein solcher Verblutungstod ist in der Tat so selten, daß bis zum Jahre 1913 Traugott nur den einzigen von Bondy 1912 mitgeteilten Fall erwähnte, den Bondy selbst als reinen Herztod bei schwerer Anämie und als einen der seltenen Fälle, wo die Blutung nach Abortus lebensgefährliche Stärke erreicht hat, bezeichnet. 1920 und 1921 berichteten Missler und Pribram über je einen Verblutungstodesfall, die in der v. Jaschke'schen Klinik vorgekommen sind. 1921 wurde von Kermauner über eine Verblutung nach Abortus im 4. Monat berichtet. Auch Latzko hat die Beobachtung derartiger Fälle erwähnt. 1922 folgte eine Veröffentlichung Handorn's über einen einzigen während 13 Jahre an der Heidelberger Frauenklinik beobachteten Fall von Verblutungstod bei einer 46jährigen XIVgravida nach Abortus im 4. Monat.

1923 berichtete Albrecht über einen Verblutungsfall aus der Ammann'schen Klinik als den einzigen unter 1100 Abortusfällen. 1924 teilte Laemmle — ohne nähere Angaben — zwei Fälle von Tod infolge außerordentlichen Blutverlustes nach Fehlgeburt mit. Die Sektionsbefunde — soweit die Berichte darüber vorhanden sind — ergaben einheitlich eine hochgradige Anämie aller Organe; nur bei dem Bondy'schen Falle wurde daneben ein ausgesprochener Herzbefund festgestellt.

Wir sind nun in der Lage, einen neuen Fall hinzuzufügen:

Es handelte sich um eine 38jährige Frau, die 3mal geboren hatte. Sie war nach Aussagen des Vaters stets gesund und hatte bis zum Tage der Erkrankung schwere Feldarbeit leisten können. Über die Menses, das erste Auftreten derselben, den Ablauf der Periode und die letzte Regel konnten wir keine Angaben erhalten.

Die Pat. wurde am 3. IX. d. J. abends 11 Uhr 45 Min. mit dem Kranken-transportauto in die Klinik gebracht. Der einweisende Arzt berichtete, daß er am Morgen zu der stark blutenden Pat. gerufen worden wäre und, da der Muttermund noch vollkommen geschlossen gewesen sei, die Scheide fest tamponiert hätte. Am Spätnachmittag von neuem zu der Frau geholt, habe er dieselbe in sehr schlechtem

Zustande inmitten einer großen Blutlache liegend, mit kleinem und frequentem Puls vorgefunden. Der Tampon habe im Bett gelegen, sei vermutlich von der Pat. selbst oder von einer anderen Person entfernt worden. Durch vaginale Untersuchung habe er festgestellt, daß der Cervicalkanal noch nicht für den Finger durchgängig gewesen sei. Da unter diesen Umständen und bei den denkbar ungünstigsten häuslichen Verhältnissen eine Ausräumung des Uterus unmöglich gewesen sei, habe er sofort die Überbringung in die Klinik angeordnet und, um einer neuen Blutung auf dem Transport vorzubeugen, die Scheide fest tamponiert.

Bei dem Herausheben aus dem Krankenauto fiel zunächst auf, daß die Unterlagen stark blutig durchtränkt waren, es hatte also bei dem fast drei Stunden langen Transport noch eine erhebliche Nachblutung stattgefunden. Demzufolge kam die Frau bei uns völlig ausgeblutet an und machte sofort den Eindruck einer Moribunden. Die Hautfarbe war gelblich-fahl, die sichtbaren Schleimhäute bläulich-weißlich verfärbt. Der ganze Körper fühlte sich vollkommen kalt an. Es bestand ausgesprochener Lufthunger, Nasenflügelatmen. Die Pat. warf sich unruhig auf der Bahre hin und her, klagte über unerträgliches Durstgefühl und verlangte große Mengen zu trinken. Die Temperatur betrug 36,2°. Der Puls war unregelmäßig, aussetzend und so klein und frequent, daß er kaum gefühlt, geschweige denn gezählt werden konnte. Der Blutdruck ließ sich weder palpatorisch, noch auskultatorisch bestimmen. Der Hämoglobingehalt war auf 27% gesunken. Der allgemeine Kräftezustand der über mittelgroßen Frau war relativ gut, Muskulatur gut entwickelt. Ernährungszustand ausreichend. An Herz und Lungen konnte kein krankhafter Befund erhoben werden.

In Anbetracht des sehr bedrohlichen Zustandes der Pat. entschloß man sich, um die Quelle der Blutung schnellstens zu beseitigen, den Uterus sofort auszuräumen. Man hatte auch kurz in Erwägung gezogen, zur Verhütung eines neuen Blutverlustes, der eventuell bei oder nach der Entfernung der retinierten Eiteile auftreten könne, den Uterus abdominell in Lumbalanästhesie zu extirpieren. Jedoch wäre die Pat. bei einem solchen Eingriff zweifellos auf dem Operationstisch geblieben. Auch war anzunehmen, daß bei der Ausräumung infolge der ungeheueren Anämie eine stärkere Blutung aus dem Uterus nicht mehr möglich sein würde.

Nach Entfernung der blutig durchtränkten, teilweise ausgestoßenen Tamponade fiel bei der SpekulumEinstellung sofort die sehr beträchtliche Anämie der Scheide und der Portio vaginalis auf. Die Schleimhaut schien völlig blutleer zu sein, hatte einen weißlich-bläulichen Farbton angenommen. Es blutete nicht mehr.

Eine vaginale Untersuchung fand eine weite, dehnbare Scheide, einen übermannsfaustgroßen, weichen, anteflektierten Uterus, eine quergespaltene, plumpe Portio. Durch den Cervicalkanal gelangten zwei Finger bequem in die Korpushöhle, so daß mit Leichtigkeit Reste von Placentagewebe digital entfernt werden konnten. Von einer Frucht war nichts mehr zu entdecken. Anschließend an die Austastung wurde nach Bestimmung der Sondenlänge des Uterus (9 cm) eine Ausschabung der Gebärmutterhöhle mit größter Curette vorgenommen, dann der Uterus mit Jodtinktur gründlich ausgewischt und mit in Jodtinktur getränkter Gaze fest tamponiert. Auf eine Doppelspritze Secacornin kontrahierte sich der Uterus gut. Bei dem ganzen Eingriff verlor die Pat. kaum ein paar Tropfen Blut.

Unmittelbar nach der Operation erhielt die Pat. eine Transfusion von 300 ccm Blut einer Hausschwangeren, die derselben Blutgruppe angehörte wie die Empfängerin, mit 700 g physiologischer NaCl-Lösung vermischt. Gleichzeitig wurden reichlich Exzitantien gegeben. Doch erholte sich die Pat. nur ganz vorübergehend. Kaum  $\frac{1}{2}$  Stunde später trat wieder ausgesprochener Lufthunger auf. Der Puls

wurde wieder klein und fadenförmig, war schließlich nicht mehr fühlbar. Die Unruhe der Pat. nahm zu, so daß sie kaum im Bett gehalten werden konnte. Trotz reichlicher Gaben von Kardiazol, Koffein, Strophanthin und trotz Autotransfusion verschlechterte sich der Zustand sehr schnell, so daß um 2 Uhr 55 Min. der Tod eintrat.

Bei der Obduktion wurde eine hochgradige Anaemia universalis festgestellt. An allen inneren Organen, besonders auch am Gefäßsystem und am Herzen wurden keine pathologischen Veränderungen gefunden, auch keine Verletzungen der Genitalorgane.

Es handelte sich demnach um eine gesunde, sich in genügendem Ernährungs- und Kräftezustand befindliche Frau, die lediglich an Verblutung bei einem spontanen Abortus im 3. Monat zugrunde ging.

Diese Beobachtung lehrt wiederum, daß auch ohne Erkrankung des Herz- und Gefäßsystems und ohne andere Momente, die dem Organismus eine verminderte Widerstandsfähigkeit verleihen würden, eine Frau durch eine starke Blutung bei Abortus in den ersten Monaten in unmittelbare Lebensgefahr gebracht werden, ja sogar daran zugrunde gehen kann. Höchstwahrscheinlich hätte die Frau noch gerettet werden können, wenn nach der zweiten großen Blutung am Nachmittag ein sofortiger Eingriff möglich gewesen wäre.

**Nachtrag bei der Korrektur.** Während der Drucklegung erschien im selben Zentralblatt 1926, S. 3264 eine Arbeit von Paul Schneider aus der Klinik Halban, in der ebenfalls über zwei Todesfälle durch Verblutung bei Abortus berichtet wird. Ebenso möchte ich auf den Sitzungsbericht der Berliner gynäkologischen Gesellschaft vom 26. II. 1926 hinweisen. (Dieses Zentralblatt 1926, S. 2214—2218.)

## Die Entwicklung der Sozialgynäkologie und Frauenkunde.

Von

Dr. A. Niedermeyer in Schönberg (Oberlausitz).

Langsam aber stetig gewinnt eine Forschungsrichtung in der Gynäkologie an Boden, deren erste Vorläufer sich zwar längere Zeit zurückverfolgen lassen, die aber als System ein Kind der neuesten Zeit ist und in gewissem Sinne eine neue Ära einzuleiten scheint: Die Frauenkunde. Da sich bereits das Interesse der Öffentlichkeit diesem »neuen Fache« zuzuwenden beginnt, erscheint es angebracht, sich über die bisherige Entwicklung dieses Faches vom Beginn der ersten systematischen Forschung bis zur Gegenwart Rechenschaft zu geben.

Rein sprachlich deckt sich das Wort »Frauenkunde« völlig mit dem Worte »Gynäkologie« (*γυναικο-λογία*) und stellt lediglich dessen wörtliche Übersetzung dar. Wenn es trotzdem im Laufe der Zeit einen besonderen Sinn und Inhalt gewonnen hat, so müssen wir uns fragen, welches dieser besondere Inhalt ist, der es von dem der Gynäkologie unterscheidet und wie es zu diesem Inhalt gekommen ist.

Die Gynäkologie ist als selbständige Wissenschaft noch jüngeren Alters. Das »heroische Zeitalter« der Chirurgie hat auch die Großtaten der operativen Gynäkologie gezeitigt. Lag noch vor kurzem die Ausübung der Gynäkologie überwiegend in den Händen der Chirurgen, so hat sich doch die Gynäkologie ihre Existenzberechtigung als selbständiges Spezialfach für alle Zeit erstritten und es darf wohl