

Zweitens berichtet Votr. über eine eigenartige Form des Drüsenschwundes, die bisher noch nicht beschrieben wurde. Sie ist dadurch charakterisiert, daß die betreffenden Drüsenschläuche viel heller erscheinen als die umgebenden Drüsen, das Protoplasma zeigt unregelmäßige Aufhellungen, die Basalmembran und die Membrana limitans interna schwinden, die Kerne der Epithelien bleiben bis zuletzt erhalten, und sie sind schließlich nicht mehr von dem Kern der Stromazellen zu unterscheiden. Von der entzündlichen Drüsenatrophie (R. Schröder, A. Seitz) und von der partiellen Drüsenatrophie v. Graff's und Novak's muß diese Form des partiellen Drüsenschwundes scharf geschieden werden. (Näheres siehe Virchow's Archiv Bd. CCLIV, S. 525.)

4) Herr Heynemann: Zur Technik der Abortausräumung. (Erscheint in diesem Zentralblatt.)

Aussprache. Herr Schottmüller begrüßt es, daß Herr Heynemann zur Technik der Abortausräumung Stellung genommen und sich prinzipiell für die instrumentelle Behandlung entschieden hat.

Wenn dieser Standpunkt zur Geltung kommt, wird ein gewisser Widerspruch beseitigt, der bisher obwaltete, indem nämlich von Vertretern der wissenschaftlichen Gynäkologie die digitale Ausräumung gelehrt, während von vielen selbst oft instrumentell behandelt wurde.

Die Erfahrungen, die S. seit seiner letzten Publikation<sup>1</sup> gemacht hat, entsprechen den damals mitgeteilten günstigen Resultaten (Mortalitätsziffer 0,35% bei 3200 mit Curettage behandelten Aborten i. c.)<sup>2</sup>.

S. findet die Zahl der Fälle, bei denen nach der Sammelstatistik des Herrn Heynemann gelegentlich einer instrumentellen Abortausräumung eine Uterusperforation erfolgte, verhältnismäßig gering. Berücksichtigt man weiter, daß von diesen jedenfalls die größere Zahl durch Laparatomie zur Ausheilung kommt, und daß demgegenüber die durch digitale Entleerung des Uterus herbeigeführten letalen Infektionen ganz sicher zu einer wesentlich höheren Mortalität führen, so ist auch damit bewiesen, daß die Curettage unbedingt als das schonendere und günstigere Verfahren anzusehen ist.

Wie S. schon früher betont hat, wird eine etwaige Perforation ohne weiteres und ganz offensichtlich dem vom Arzt eingeschlagenen Verfahren zur Last gelegt; während bei der einem Eingriff und eben mit viel größerer Häufigkeit der digitalen Ausräumung folgenden Infektion der ursächliche Zusammenhang weniger klar zutage tritt.

Was nun insbesondere die Technik der Curettage anlangt, so vermeidet S. grundsätzlich jedes Eingehen mit dem Finger in den Uterus, sowohl vor wie nach der Curettage, um eine Verschleppung der in jeder Scheide vorhandenen pathogenen Keime (*Streptococcus putrificus*) auf das Endometrium zu vermeiden. Ganz zweifellos ist die Infektionsgefahr bei instrumenteller Behandlung aus naheliegenden Gründen geringer. Man lernt aber mit der Curette genau so gut tasten wie mit dem Finger. — Eine Re-Curettage wegen Retention ist an S.'s Klinik nur ganz ausnahmsweise nötig geworden, und zwar nur dann, wenn angehende Ärzte aus didaktischen Gründen zur Behandlung der Aborte herangezogen worden sind. Eine Perforation erfolgte unter 5300 Fällen einmal (Heilung)

<sup>1</sup> Das Problem der Behandlung infizierter Aborte. Münchener med. Wochenschr. 1921. Nr. 22. S. 662—664.

<sup>2</sup> Fritz Stein, Die aktive Behandlung fieberhafter Aborte in ihrem Einfluß auf Fieber-, Blutungs- und Behandlungsdauer. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXIV.

S. übt aber nicht unbedingt eine aktive Therapie, vielmehr eine expektativ aktive aus, insofern er unter allen Umständen eine spontane Erweiterung der Cervix bis zur Durchgängigkeit für eine breite Curette abwartet. — Tatsächlich ist in den letzten 10 Jahren niemals, trotz der operativen Behandlung von 5300 Aborten die Cervix instrumentell erweitert worden. Gerade in diesem schonenden Verhalten neben der instrumentellen Therapie sieht S. den Grund für seine günstigen Resultate.

Weiter ist damit bewiesen, daß tatsächlich bei jedem Abort von einer Dilatation überhaupt und insbesondere von der gefährlichen brüskten Abstand genommen werden kann.

Auf die Frage des Herrn Seeligmann erwidert S., daß an seiner Klinik unter ganz gleichen Voraussetzungen früher bei den digitalen Ausräumungen eine Mortalität von 7,4 bzw. 3% (l. c.) bestand, gegenüber einer solchen von 0,35% jetzt.

Sucht man nach den Gründen, warum bei den im Hause behandelten Fällen von Aborten häufiger eine Perforation erfolgt, so sind dafür verschiedene Gründe verantwortlich zu machen:

1) Unerfahrenheit des Arztes in der Handhabung und in der Auswahl der Curette. Hier kann nur eine bessere Ausbildung der Studenten an den Universitäten oder Krankenhäusern Wandel schaffen.

2) Unzweckmäßige Lagerung der Pat. Die Ausräumung soll grundsätzlich nur auf einem Tisch bei guter Beleuchtung und einwandfreier Einstellung der Portio vorgenommen werden.

3) Verletzungen und unvermeidliche Infektionen bei der Dilatation der Cervix.

Eine zwingende Indikation für die Dilatation gibt es nicht, wie S.'s Erfahrungen beweisen.

Das Wichtigste ist jedenfalls, die Ärzte darauf aufmerksam zu machen, daß nicht jeder beginnende Abort mit Rücksicht auf mäßige Blutung oder Fieber sofort ausgeräumt werden muß.

Darüber hinaus kürzt aber die von S. geübte expektativ-aktive instrumentelle Methode die Blutungs-, Fieber- und damit Behandlungsdauer der Aborte im Vergleich mit anderen Verfahren ab (vgl. Stein l. c.).

Jedenfalls wird die allgemeine Durchführung der Behandlung des Abortes mittels Curettage einer größeren Zahl von Frauen das Leben erhalten als das bei digitaler Behandlung bisher möglich war.

Herr Köhler befürchtet, daß die Perforationsstatistik, die Herr Heyne mann für 1923 gab, im Jahre 1925, wenn es so weitergeht, weit überholt würde. In 2 Monaten wurden drei durch Ärzte hervorgerufene Perforationen behandelt (Nachtrag: bis 15. III. stiegen die Fälle auf fünf!). Die Hauptschuld ist darin zu suchen, daß Schwangerschaften von 3 und noch höheren Monaten ohne genügende Erweiterung des Cervicalkanals in einer Sitzung ausgeräumt werden (vier von den fünf Fällen).

Was die Abortbehandlung betrifft, so hält K. ein starres Schema für unrichtig. Er glaubt, daß jeder einzelne Abort individuell behandelt werden muß. Während K. bei inkompletten fieberhaften Aborten jegliche Dilatation des Cervicalkanals vermeidet und nur bei geöffnetem Cervicalkanal curettiert, scheut er sich nicht, bei fieberfreien Fällen mit Hegarstiften zu dilatieren und dann zu curettieren. Sind Föt und Placenta im Uterus, so sucht K. ebenso wie Herr Heyne mann, die Spontanentleerung durch Darreichung von Wehenmitteln zu erreichen. Ist die ganze Placenta retiniert, dann nimmt K. bei fieberfreien Fällen die digitale

Ausräumung vor, während bei fieberhaften Fällen die Spontanausstoßung durch Wehenmittel erstrebt wird. Nach dieser rein individuellen Behandlungsweise wird seit 2 Jahren in Barmbeck gearbeitet und sind die denkbar günstigsten Resultate erzielt worden.

Herr Seeligmann weist darauf hin, daß Herr Schottmüller in einer früheren Arbeit einen wesentlich höheren Prozentsatz der Mortalität angegeben hat, als dem von ihm heute mitgeteilten entspricht (Erwiderung des Herrn Schottmüller vgl. oben). In der Praxis liegen die Verhältnisse naturgemäß viel ungünstiger als in einem Krankenhaus. Bei länger dauernder Blutung verlangen die Pat., daß aktiv eingegriffen wird, während in der Klinik ohne Rücksicht eine spontane Eröffnung abgewartet werden kann.

Herr Rösing gibt zu, daß die rein instrumentelle Behandlung des Abortes in logischer Konsequenz chirurgischer Eingriffe die gegebene Methode ist, aber andererseits muß auch betont werden, daß es doch gerade die Instrumente sind, die zu Perforationen Veranlassung geben. Ein großer Teil aller Verletzungen ereignet sich bei Untersuchungen von Schwangerschaften. Ist gegen Dilatierung mit Hegar.

Herr Deseniss verfügt über ein Material von 670 Aborten; von diesen sind 2 bei instrumenteller und 2 bei manueller Ausräumung gestorben. Gegen das rein instrumentelle Vorgehen in jedem Falle hat D. Bedenken und erinnert an die von fast allen Gynäkologen vom Fach (Schule Döderlein) geforderten Grundsätze.

Herr Probst: Auf unserer Abteilung im Krankenhause St. Georg liegen augenblicklich vier Perforationen, die etwa in einem Zeitraum von 3 Wochen erfolgt sind. Zwei davon sind angeblich bei beginnenden Aborten im 4. Monat von Ärzten gemacht worden, offenbar, weil die Ausräumung bei nicht erweitertem Cervicalkanal vorgenommen wurde. Bei der ersten war mit der Winter'schen Abortzange das linke untere Uterinsegment bei unverletzter Fruchtblase perforiert und der Dünndarm verletzt. Beim zweiten Fall war die Perforationsöffnung bei normal liegendem Uterus merkwürdigerweise 1 cm oberhalb der vorderen Muttermundslippe gelegen und ebenfalls mit der Abortzange der unverletzte Darm vorgezogen worden. Die dritte Pat. war draußen wegen Abortes und Nachblutung bereits zweimal curettiert worden in einem Zwischenraum von 4 Wochen. Die letzte Ausschabung lag 3 Wochen zurück. Die Pat. blutete weiter und hatte bei der Einlieferung nur noch 30% Hämoglobin. Bei erneuter Austastung wurden noch minimale Partikelchen gefunden. Trotz besonderer Vorsicht glitt die Curette durch den rechten Tubenwinkel in die Bauchhöhle. Der defundierte Uterus gab die Erklärung dafür. Im rechten Tubenwinkel war durch die drei Curettagen die Muskulatur unter dem peritonealen Überzug völlig abgekratzt. Bei der vierten Pat. war vor 1 Jahr eine Totalexstirpation gemacht und der Arzt hatte der Pat. erklärt, er wolle »die Wucherungen und katzenzungenförmigen Gebilde von dem Gebärmutterstumpf entfernen«, wobei die Vaginalwand durchbohrt wurde. Ob es sich in diesem Falle um ein Versehen des Arztes oder um eine beabsichtigte Entfernung von Granulationen zur Untersuchung auf Malignität gehandelt hat, konnten wir bisher noch nicht feststellen. Die Pat. sind alle außer Gefahr.