

scheinlichkeit, daß die Infektion ohne schwere Funktionsstörung zum Ablauf gebracht und früher oder später eine Konzeption noch erreicht werden kann, eine große. Es kommt unter solchen Umständen vor allem darauf an, das Aszendieren des Prozesses in das Cavum uteri, resp. in die Tuben zu verhindern. Deshalb ist jede intrauterine Therapie, und überhaupt alles, was mechanisch reizend auf die Genitalien wirken könnte, zu vermeiden. Manche Frau verdankt ihre Sterilität nicht der Gonorrhoe, sondern dem Laminariastift oder der Sonde des Arztes, welche die Keime aus der Cervixhöhle in den Uterus und bis zu den Tuben weiterbefördert haben. Da die Infektion besonders zur Zeit der Menses leicht aszendiert, ist kurz vor, während und nachher Ruhe und Vorsicht am Platz. Ist dann unter leicht desinfizierenden Scheidenspülungen die Gonorrhoe nach einigen Monaten in ein chronisches Stadium getreten, so verläuft sie oft unter dem klinischen Bilde eines profusen und äußerst hartnäckigen Cervicalkatarrhes. Es wird ein zähes, eitrig-schleimiges Sekret, das den Cervix völlig verstopft und die Konzeption ausschließt, in Form großer Klumpen entleert. Spülungen und Aetzungen erweisen sich, selbst wenn sie lange und energisch fortgesetzt werden, als wirkungslos. Unter solchen Umständen, wie übrigens auch bei ähnlichen nicht gonorrhoeischen Cervixkatarrhen steriler Frauen, hilft nur ein Mittel: die breite Spaltung des Muttermundes und der Portio bis zum Scheidenansatz, wodurch die Schleimhaut gut bloßgelegt und der vorher gestaute Abfluß frei gemacht wird. Oft genügt die Diszision allein, um die Absonderung zu beseitigen, in anderen Fällen muß eine kauterisierende Behandlung der bloßgelegten Mucosa noch nachfolgen. Eine intrauterine Behandlung habe ich bei Gonorrhoe nur sehr selten nötig gefunden, weil die gonorrh. Endometritis corporis in der Regel spontan zur Ausheilung kommt.

Aber auch wenn die Infektion bereits bis in die Tuben aszendierte, ist noch nicht alles verloren. Die gonorrhoeische Entzündung der Tubenschleimhaut führt zunächst nicht zur Zerstörung des Gewebes und zur Ausbildung von Eitersäcken, sondern nur zu einer Schwellung der Mucosa, zwischen deren Falten sich eine dünne Eiterschicht findet. Der aus dem Ostium abdominale abfließende Eiter bewirkt in der nächsten Umgebung des Tubentrichters eine fibrinöse Entzündung der Serosa. Diese Veränderungen können ohne spätere Funktionsstörung ausheilen. Ich habe bereits früher einen Fall beschrieben, in welchem nach zweifelloser Salpingitis gon. Schwangerschaft eintrat, und habe seitdem einen zweiten, ganz ähnlichen Fall erlebt. Die Behandlung besteht bei frisch aszendierter Tuben-Gonorrhoe in 6—8 wöchiger Bettruhe, wobei anfangs Eis, später heiße Einpackungen zur Anwendung kommen. Die Schleimhautentzündung bildet sich dabei, nachdem die Gonococci im Tubeneiter abgestorben sind, was oft sehr rasch geschieht, zurück, der Eiter wird resorbiert, und der ganze Prozeß endet, ohne daß ein bleibender Verschuß am Tubenlumen oder an der Fransenöffnung entsteht.

Bleiben an den Adnexen Verhärtungen zurück, die auf Verwachsung der Tubenostien und Einbettung der Ovarien in fibrinöse Membranen schließen lassen, so kann, wenn genügend Zeit seit dem letzten Anfall von Pelveoperitonitis verflossen ist, die Massage angewendet werden und lassen sich auch damit noch, wie ich einmal gesehen habe, Erfolge erzielen. In einem Falle gelang es ferner, den Eintritt der Gravidität dadurch herbeizuführen, daß durch die Laparotomie die rechten, fest miteinander verwachsenen und mit Eiterherden durchsetzten Adnexe entfernt, die linken aber aus ihren Adhäsionen freigemacht wurden.

Wo die Schleimhaut der Tuben durch Eiterung zerstört ist und aus den Tuben wirkliche Eitersäcke geworden sind, kann selbstverständlich an eine Behandlung zur Beseitigung der Sterilität nicht mehr gedacht werden. Solche Zustände bilden sich aber nur bei langdauernder Vernachlässigung aus, wenn durch fortgesetzte Schädigungen der natürliche Heilungsvorgang immer wieder unterbrochen und der gonorrhoeische Prozeß stets aufs neue zum Aufblähen gebracht wird.

## Der künstliche Abort.

Von Heinrich Fritsch in Bonn.

Nach dem deutschen Strafgesetzbuch § 218—220 wird jeder bestraft, der die Schwangerschaft vorsätzlich unterbricht. Eine Ausnahme wird vom Gesetz nicht gemacht. Somit wäre der künstliche Abort überhaupt nicht erlaubt.

Und doch führen wir ihn aus; nämlich dann, wenn ein Notstand vorliegt, das heißt: wenn das Fortschreiten der Schwangerschaft das Leben der Schwangeren gefährdet, wenn wir somit gezwungen sind, den künstlichen Abort als eine therapeutische Maßregel zu betrachten. Griffe der Arzt nicht ein, so würde die Mutter in der Schwangerschaft sterben. Ja, so paradox es klingt: es wäre möglich, einen solchen Arzt nach § 222 anzuklagen, das heißt deshalb, weil er durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht hätte. Denn der Arzt hätte die Aufmerksamkeit aus den Augen gesetzt, zu der er vermöge seines Berufes besonders verpflichtet war. Ja es gingen zwei Leben zugrunde, während bei Unterbrechung der Schwangerschaft zwar das eine Leben, das des Kindes, geopfert wird, das andere aber, das der Mutter, erhalten bleibt. Der Vorteil bei Unterbrechung der Schwangerschaft ist also klar. Niemand kann sich dieser Logik verschließen.

Nun fragt es sich aber: Können wir denn ganz sicher wissen, daß durch Fortschreiten der Schwangerschaft das mütterliche Leben geopfert wird? Wenn zum Beispiel die Schwangere an Phthise leidet, so ist allerdings das Leben in Gefahr. Aber die Schwangere stirbt nicht an der Schwangerschaft, sondern an Phthise. Es kann immerhin bezweifelt werden, daß die Schwangere die Schwangerschaft nicht übersteht wird.

Wie so oft in der Medizin, hat man zwei Arten der Beantwortung bei solchen Fragen: eine, die vom prinzipiellen Standpunkt ausgeht. Hier gibt es stets ein Wenn und Aber. Keine Behauptung bleibt ohne Widerrede. Die andere Beantwortung erfolgt vom individualisierenden Standpunkt aus. Es wird die Frage beantwortet: Was ist für die Patientin, die soeben Rat und Hilfe verlangt, das Beste? Diese Frage läßt sich nach sorgfältiger Analyse der individuellen äußeren und inneren Verhältnisse fast immer so beantworten, daß eine Widerrede für den Verständigen unmöglich ist.

Im Prinzip möchte ich die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht unter die „Mittel gegen die Tuberculose“ aufnehmen. Es gibt kaum eine Krankheit, die bei der gleichen causa peccans so verschiedenartig verläuft. Bei florider Tuberculose, eingeleitet durch Haemoptoe, verlaufend mit hohem Fieber, tritt mitunter nach vier Wochen der Tod ein, und andere Fälle ziehen sich jahrzehntelang mit zeitweiligem Stillstande hin.

Daß eine intercurrente Schwangerschaft freilich als cumulierend schädigendes Moment wirkt, ist festgestellt. Aber auch ein künstlicher Abort hat viele Gefahren. Die seelische Erregung und Depression, die oft mit der Erwägung und dem Entschlusse verbunden sind, der Blutverlust, das sich anschließende Kranklager, die Entbehrung der frischen Luft bei der Bettruhe, die Verschlechterung des Appetits, die Verringerung der Nahrungsaufnahme, die nicht immer zu vermeidenden puerperalen Komplikationen sind oft Etappen zur Verschlimmerung. Diese drei Wochen bringen die Kranke mehr herunter als Monate der Schwangerschaft.

Sehr oft glaubte ich einer phthisischen Schwangeren mehr zu nützen durch Ablehnung als durch Ausführung des Abortes. Bei sorgfältiger Leitung der Schwangerschaft, Entfernung aller schädigenden Momente, richtiger Hygiene und Diätetik, namentlich gut überwachte Ueberernährung gelang es, die Verhältnisse so günstig zu gestalten, daß dann nach glücklich beendeter Schwangerschaft die Tuberculose, nunmehr richtig behandelt, zur Heilung kam. Oder es war doch wenigstens die als Dogma angenommene Verschlechterung des Zustandes durch die Schwangerschaft und Geburt nicht zu beweisen.

Und wenn man sagt, bei armen Frauen ist eine gute Leitung der Schwangerschaft und eine Ueberernährung unmöglich, so ist dies zwar richtig. Aber wenn dann nach glücklich verlaufenem Abort die Patientin wieder in die ungünstigen äußeren Verhältnisse gelangt, schwer arbeiten muß, sich nicht rationell ernährt, sich nicht schonen kann oder will, so ist auch kein Vorteil vom Abort zu beweisen. Tritt aber dann die gehoffte und versprochene Besserung nicht ein, so ist die geistige Depression, die als schädigendes Moment bei der Phthise eine wichtige Rolle spielt, um so größer.

Im großen und ganzen also möchte ich mich gegen den künstlichen Abort bei Phthise erklären. Auch halte ich ein Argument, das so oft für den künstlichen Abort bei Phthise ins Feld geführt wird, für falsch. Es wird gesagt, daß das Kind, hereditär belastet, doch nicht alt wird. Dies ist nach

meinen Erfahrungen nicht richtig. Kann man das Kind von der Mutter entfernen, sodaß es nicht durch Kontakt infiziert wird, so entwickelt es sich gut. Schon den alten Aerzten fiel es auf, daß tuberkulöse Mütter, trotz schlechter Ernährung, fortwährenden Hustens und hohen Fiebers große Kinder gebären; daß aber Kinder, deren Mütter schnell im Puerperium starben, sich gut und gesund entwickelten, während Kinder, die in der Pflege nicht schwerkranker tuberculöser Mütter verblieben, viel mehr in Gefahr waren, bald tuberculös zu erkranken.

Ich muß es aber zugeben, daß bestimmte Verhältnisse, namentlich Komplikationen, in manchen Fällen den künstlichen Abort vorteilhaft erscheinen lassen. Ein solcher Fall, wo auch ich den Abort jüngst einleiten mußte, war mit fortwährender Uebelkeit, Erbrechen und Appetitlosigkeit kompliziert. Es war absolut nicht möglich, die Ernährung zu heben. Erst nach Entleerung des Uterus fing die Patientin an zu essen und zu verdauen.

Aber im allgemeinen habe ich in 30jähriger Praxis von der Einleitung des künstlichen Aborts bei Phthise wenig Gutes gesehen.

Recht schwierig ist auch eine bestimmte Indikation bei Hyperemesis. Hysterie, Unfolgsamkeit der Patientin, Unvernunft, schlechte Erziehung, seelische Verstimmung, Todesfurcht oder auch nur Genuß- und Vergnügungssucht, Abneigung gegen die Unbequemlichkeit der Schwangerschaft und Simulation geben so verwickelte Situationen, daß es oft recht schwer ist, den Fall richtig zu beurteilen.

Ich habe einen Fall behandelt, wo die Patientin die Einleitung des künstlichen Abortes verlangte, weil die Schwangerschaft ihr höchst ungelegen eingetreten war. Sie erbrach fortwährend und sah jammervoll elend aus. In Gemeinschaft mit einem inneren Kliniker wurde jede mögliche Therapie angewendet. Bettruhe, Isolierung, subcutane Salzwasserinfusionen, die kompliziertesten Nährlösungen — keines der modernen Nährpräparate blieb unversucht. Das Erbrechen dauerte tags und nachts an. Wir konstatierten in vier Wochen eine sukzessive Körpergewichtsabnahme von 135 auf 98 Pfund! In dieser Gewichtsabnahme erblickten wir eine exakte Indikation. Der Abort wurde eingeleitet. Er verlief günstig. Die Patientin hatte ihren Willen durchgesetzt, sie lachte uns aus und erklärte, daß, wenn sie gewollt hätte, sie das Erbrechen hätte vermeiden können. Mit größter Energie, wie es ja bei Hysterischen nicht selten ist, durch Hungern und absichtliches Erbrechen hatte die Patientin ihren Zweck erreicht.

In einem anderen Falle hatte ich die Patientin vor drei Jahren von Zwillingen entbunden, sie starb beinahe an einer Nachblutung und verlangte mit dem Hinweis darauf und auf die lange sich anschließende körperliche Schwäche den Abort. Ich lehnte ab. Nach 14 Tagen erhielt ich einen Brief des Hausarztes, der mir mitteilte, daß er auf meine Veranlassung hin den künstlichen Abort glücklich eingeleitet und durchgeführt hätte. Auf mein Verlangen schickte er mir den Brief, in dem ich angeblich zugestimmt hatte. Er war gefälscht, und mein Brief war unterschlagen! „Der Rest war Schweigen.“

Wie oft haben mir Patientinnen gesagt: „Wenn Sie es nicht wollen, so finde ich schon jemand, der es tut.“ Und wie manche Patientin sah ich danach wieder mit Exsudaten und anderen Krankheiten! Und manche sah ich auch nicht wieder oder auf dem Sterbebette mit foudroyanter Peritonitis! Eine energische, verzweifelte Frau ist zu allem fähig!

Aber es wäre falsch, zu leugnen, daß es eine perniziöse Hyperemesis gibt, unabhängig von Hysterie oder dem Willen der Schwangeren. In solchen Fällen kommt es zu Fieber, zu Icterus, zu einem solchen Kräfteverfall, daß der Tod bevorsteht. Wer hier nicht eingreifen wollte, würde unrecht handeln, er würde fahrlässig ein Menschenleben, das gerettet werden kann, zugrunde gehen lassen. Im individuellen Falle wird es gewiß möglich sein, klar zu sehen, schon deshalb, weil die Schwangere sich wochenlang gegen den Vorschlag, ihr das Mutterglück zu rauben, mit allen Kräften sträubte.

Oft liegen auch die Verhältnisse so, daß wir mehrere Indikationen haben, z. B. Phthise mit Hyperemesis, wobei dann selbstverständlich jede Behandlung der Tuberculose unmöglich ist, ehe nicht das Erbrechen aufhört.

So habe ich einmal bei einer Komplikation von Morbus Basedowii mit florider Lues den Abort eingeleitet.

Carcinoma uteri oder vaginae ist keine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Es muß in späteren Monaten bis zum Kaiserschnitt gewartet, in früheren Monaten der Uterus von oben oder von unten exstirpiert werden.

Von den engeren Becken ist nur beim osteomalacischen der künstliche Abort rationell. Man schließt dann, sobald der

Abort überstanden ist, die Kastration an. Da der Uterus nach dem Abort sehr weich ist und die Ligaturen und Suturen am Uteruswinkel leicht durchschneiden, so ziehe ich die vaginale Totalexstirpation des schwangeren Uterus nebst Ovarien vor. Wenn die Schwangere etwa in die „Entfernung der Gebärmutter“ nicht einwilligt, so kann man ihr nachgeben, den Abort einleiten und eventuell später die Kastration durchzusetzen suchen.

Die Schwierigkeiten der Einleitung des künstlichen Aborts werden von Laien und auch von Aerzten unterschätzt. Man hört oft die Ansicht vertreten, es könne in einer Sitzung der Uterus gleich völlig entleert werden. Ich warne vor diesem Beginnen aufs nachdrücklichste. Die Decidua, die verdickte Uterusschleimhaut, haftet bei intaktem Ei in den ersten drei Monaten ebenso fest wie die Uterusschleimhaut im nichtschwangeren Zustande. Daß sie etwa abzuziehen sei, wie die Eihäute am Ende der Schwangerschaft, ist eine Fabel. Sie läßt sich bei frischem Ei nur mit der Curette gewaltsam stückweise abstreifen. Dabei ist die Blutung eine ganz enorme, so stark, daß nicht selten die Manipulation unterbrochen werden mußte, um durch Tamponade das Leben zu retten. Es bleiben dann Massen zurück, der Muttermund schließt sich wieder, wenn er gewaltsam dilatiert war, es kommt zu Fieber, es muß zwei- bis dreimal „operiert“ werden, und der Eingriff ist schließlich viel gefährlicher als das Fortbestehen der Schwangerschaft.

Man muß erst das Fruchtwasser ablassen, das Ei zum Absterben bringen und abwarten. Dann trennt sich bei der starken Verkleinerung des Uterus und der Wehen die Decidua ab. Treten Wehen bald ein, was nicht immer der Fall ist, so beschleunigt sich der Vorgang. Oft dauert es aber auch tagelang, bis die Eihäute sich völlig gelockert haben. Erst dann ist das Ovulum leicht zu entfernen.

Ich empfehle deshalb recht vorsichtig und langsam vorzugehen. Mein Verfahren ist das folgende:

Die Schwangere wird wie zu einer großen vaginalen Operation vorbereitet: Abführmittel, Sitzbad, desinfizierende Spülungen. In Simscher Seitenlage sorgfältige Auswaschung der Scheide und des zugänglichen Teils der Cervix mit Sublimatlösung. Freilegung der Portio. Einlegung eines Laminariastiftes. Nach 24 Stunden Entfernung des Stiftes, Sondierung, Ablassen des Fruchtwassers. Einschleiben eines Gazestreifens, der reichlich mit Ichthyolglyzerin 1:10 getränkt ist. Da nach Abfluß des Fruchtwassers viel Raum vorhanden ist, so gelingt es, ziemlich viel Gaze in die Höhle zu befördern. Der Gedanke, Glycerin anzuwenden, stammt nicht von mir. Das Glycerin wurde von Frank auch zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt vorgeschlagen, aber von andern für gefährlich befunden. Liegt der Glycerintampon in der Eihöhle, so ist eine gefährliche Resorption gewiß ausgeschlossen. Der Reiz des Ichthyolglyzerins wirkt aber durch die Eihäute hindurch und reizt zu Wehen. Das Ichthyol scheint ebenfalls stark reizend zu wirken. Fast stets treten bald Wehen ein, und eine Temperaturerhöhung beweist, daß der Foetus abgestorben, respektive die Eihäute gelöst sind. Die Temperatur steigt oft bis zu 39°. Man muß nicht ängstlich sein und etwa meinen, es sei dies infektiöses Fieber. Das ist nicht der Fall. Im Gegenteil ist diese Temperaturerhöhung von guter Prognose betreffs der Lösung der Decidua.

Auch jetzt noch darf man den Abort nicht beschleunigen, sondern muß ruhig abwarten. Bei Multiparen ist 24 Stunden nach Einlegung des Glycerinstreifens das Ovulum unter lebhaftem Wehenschmerz in die Scheide geboren, sodaß man es in toto wegnehmen und den Uterus ausspülen kann. Bei Primiparen mit engem Muttermunde kann das Ovulum, obwohl völlig gelöst, den äußeren Muttermund mitunter nicht leicht passieren. Dann entfernt man es in Narkose mit der Abortzange. Die Cervix ist meist so weich, daß dies möglich ist. Doch sah ich auch Fälle, wo ich Inzisionen machen mußte.

Wird der nun gänzlich entleerte Uterus ausgespült, so hört auch das Fieber sofort auf.

Allerdings dauert der ganze Vorgang bei dieser Methode drei Tage, aber ein unangenehmer Zwischenfall kann nicht gut vorkommen. Die Prozedur ist ungefährlich und der Blutverlust nicht groß. Eine Tamponade der Uterushöhle nach Entfernung des Eies ist nicht notwendig, da der völlig entleerte Uterus nicht blutet, namentlich dann nicht, wenn man starke Dosen Secale oder Ergotin als Nachbehandlung verabreicht.