

Zwei Fälle von Gebärmutterdurchbohrungen auf krimineller Basis.

Von

Dr. Georg Katz, Frauenarzt in Berlin-Friedenau.

Solange es außereheliche und eheliche Schwängerungen gibt, gibt es Abtreibungen. Solange die Welt existieren wird, werden die Frauen, die ihre Leibesfrucht loswerden wollen, stets Mittel und Wege finden, sich von dem unerwünschten Ballast zu befreien — allen Gesetzen zum Trotz. Selbst drakonische Bestimmungen können nicht abschreckend wirken. Wer abtreiben will, treibt ab, ob Arbeiterfrau, ob Frau der oberen Zehntausend. — Wenn die Abtreibung unter gewissen Bedingungen erlaubt wäre, würden weniger Frauen ihr junges Leben durch den Eingriff lassen müssen, als dies jetzt geschieht. Es ist ein offenes Geheimnis, und wir Frauenärzte, die wir die Folgen zu sehen bekommen, wissen darüber zu berichten, daß es leider auch Ärzte gibt, deren Haupteinnahmen in der Vornahme unerlaubter Eingriffe bestehen, und deren Klientel nur aus Frauen besteht, die den betreffenden Arzt zu diesem Zweck konsultieren. Das spielt sich dann so ab, daß die Frauen oder Mädchen weder nach ihrem Namen, noch nach ihrer Adresse gefragt werden, sondern je nach der Länge der Schwangerschaft entweder sondiert werden, oder daß ihnen ambulant! ein Laminariastift eingelegt wird, der den gewünschten Erfolg zeitigt, aber leider auch oft üble Folgen nach sich zieht, wie Perforationen, Sepsis oder dergleichen. — In unserer jetzigen Zeit kann man die Frau oder das Mädchen begreifen, denen infolge der erschwerten sozialen Lage oder wegen der »Schande« ein Familienzuwachs unerwünscht ist. Man kann also die soziale Indikation unter diesen Gesichtspunkten gelten lassen, und man kann das Gesetz als hart und ungerecht empfinden, das trotz alledem dem Arzt die Hände bindet und die Frau dem berufsmäßigen Abtreiber in die Arme treibt, ihr so oft dauernden Schaden an ihrer Gesundheit zufügen läßt und sie vor der Zeit krank und siech macht. Denn diese Frauen finden jederzeit den Arzt oder die Hebamme, die ihnen helfen. — Wohl jeder beschäftigte Frauenarzt wird mit mir in der Sprechstunde bei Ablehnung des künstlichen Aborts die Worte gehört haben: »Wenn Sie es eben nicht machen, gehe ich zu einem anderen, und der macht es bestimmt!« Wie viele Frauen habe ich nach solchen Eingriffen mit bösen Infektionen, schweren Adnexerkrankungen, septischen Para- und Perimetritiden wiedergesehen, wo es oft wochenlangere Behandlung und oft schwerer Laparatomien bedurfte, um sie wieder leidlich gesund zu machen.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, der Aufhebung oder Beibehaltung des § 218 usw. das Wort zu reden. Im Interesse des Staates soll er meines Erachtens bestehen bleiben, sicher aber ist, daß die jetzige Fassung einer Änderung bedarf, in dem Sinne, daß die soziale Indikation berücksichtigt wird.

In 14 Tagen sind in meine Klinik zwei Fälle eingeliefert worden, die beide aus derselben Quelle stammen, böse zugerichtet waren, und die nur durch schnelles, radikales Eingreifen dem Tode entronnen sind.

Fall 1: Am wurde Frau nachmittags 2 Uhr in meine Klinik eingeliefert. Ein junger Kollege, der den Transport übernommen hatte, gab mir die Anamnese. — Frau X. befand sich am Ende des 4. Monats der Schwangerschaft, hatte sich zu Dr. X. begeben, der ihr für solche Fälle empfohlen war und ihr auch sofort seine Hilfe zusagte. Nach unvollkommener Erweiterung des Cervicalkanals wurden mit der Abortzange langdauernde Versuche gemacht, die Frucht

und die Placenta zu entfernen. Natürlich mußte bei der Größe des Fötus im Gegensatz zu der Enge des Cervicalkanals das Bemühen »fruchtlos« bleiben. Nach langer Zeit gelang es dem Arzte, mit dem Abortlöffel Netzteile bis vor die Scheide zu ziehen. Nun erkannte er die Perforation. Sein »Assistent« brachte die Frau in meine Klinik. Pat. war bei vollem Bewußtsein, der Zustand war ein äußerst verzweifelter: Schwerste Anämie, spitze Nase, bretthart gespannter Leib, Puls kaum zu fühlen (140), Temperatur 39,6°, kalter Schweiß auf der Stirn. Äußerste motorische Unruhe. Sofortige Laparatomie. Sie ergab einen schlimmen Befund. Die Bauchhöhle ist mit einer großen Blutmasse angefüllt. Nach deren teilweiser Entfernung wird der Ende des 4. Monats gravide Uterus sichtbar, von dessen Verfassung die Zeichnung des gehärteten und verkleinerten Präparates nur eine

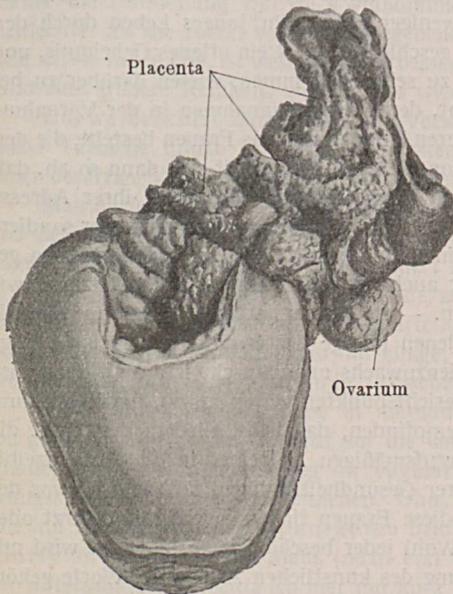


Fig. 1.

Hintere Ansicht des perforierten Uterus.

schwache Vorstellung gibt (Fig. 1.) Der Fundus breit aufgerissen, Teile der Placenta herausragend, das große Netz teilweise zerrissen und zerfetzt, in die Uterushöhle hineinragend und trotz des riesigen Blutverlustes noch leicht blutend. Zwischen den Därmen und dem Blute schwimmen, allenthalben in der Bauchhöhle verstreut, die einzelnen Teile des Fötus: die Beine, mehrere Rumpfteile und unter der Leber der Pat. der Kopf. Darmverletzungen sind glücklicherweise nicht vorhanden. Es wird die supravaginale Totalexstirpation vorgenommen, das große Netz noch teilweise reseziert, teils genäht. Kurz vor der Naht des Peritoneums wird noch zwischen den Därmen ein losgerissenes Stück des fötalen Thorax entdeckt. Schluß der Bauchwände in Etageennaht ohne Drainage, Hexeton und Kochsalzinfusion. Puls nach der Operation kaum fühlbar (160 Schläge). Am 3. Tage normale Darmtätigkeit, Puls 100. Ungestörte Rekonvaleszenz. 10 Tage nach der Operation wird die Pat. primär geheilt aus der Klinik entlassen.

Fall 2. Der zweite Fall stammt aus derselben ärztlichen Quelle. — Das Eigenartige des Falles besteht darin, daß die Perforation 4 Tage dem behandelnden Arzt, der sie herbeigeführt hatte, verborgen blieb, da bis zum 4. Tage keinerlei Reaktionen auftraten, und der Arzt bei der Abrasio nicht gemerkt hatte, daß er den Uterus nicht weniger als 3mal perforiert hatte. Am 4. Tage nach seiner »Operation« traten bei der Pat. stürmische Erscheinungen peritonealer Reizung auf: Erbrechen, starke Schmerzhaftigkeit des Leibes, Meteorismus, Stuhl- und Blähungsverhaltung, Temperaturanstieg auf 39,5°, Pulsfrequenz von 130.

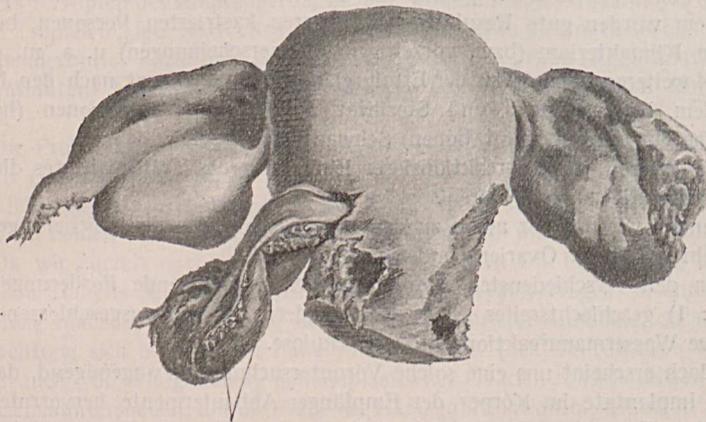
Da entschloß sich der Arzt, die sofortige Überführung der Pat. in meine Klinik vorzunehmen, indem er mir telephonisch bei der Anmeldung erklärte, daß diesmal eine Perforation völlig ausgeschlossen wäre, sondern daß es sich um eine Endo-

Der Fundus breit aufgerissen, Teile der Placenta herausragend, das große Netz teilweise zerrissen und zerfetzt, in die Uterushöhle hineinragend und trotz des riesigen Blutverlustes noch leicht blutend. Zwischen den Därmen und dem Blute schwimmen, allenthalben in der Bauchhöhle verstreut, die einzelnen Teile des Fötus: die Beine, mehrere Rumpfteile und unter der Leber der Pat. der Kopf. Darmverletzungen sind glücklicherweise nicht vorhanden. Es wird die supravaginale Totalexstirpation vorgenommen, das große Netz noch teilweise reseziert, teils genäht. Kurz vor der Naht des Peritoneums wird noch zwischen den Därmen ein losgerissenes Stück des fötalen Thorax entdeckt. Schluß der Bauchwände in Etageennaht ohne Drainage, Hexeton und Koch-

metritis post abortum handelte. Beim Antransport mit dem Krankenwagen erlitt die Pat. einen derartigen Kollaps, daß ich glaubte, eine Leiche würde in die Klinik gebracht. — Nach 5 ccm Kampfer und intravenöser Digalen-Kochsalzinfusion leichte Erholung. Der Befund war ähnlich dem der ersten Pat. Diagnose: Perforationsperitonitis.

Sofortige Laparotomie in leichter Äthernarkose.

Befund: Völlige Überdachung eines Konvoluts von Dünn- und Dickdarmschlingen, zwischen denen grünlichgelber, stinkender Eiter hervorquillt. Vorsichtiges Vordringen bis zum Uterus. An der Hinterfläche desselben und im hinteren Douglas die Flexura sigmoidea fixiert durch Blut- und Granulationsmembranen, ebenfalls von stinkendem Eiter umgeben. Oberhalb des Orificium internum drei zerfetzte Uteruslöcher, aus deren größtem Placentarreste in die Bauchhöhle hängen (Fig. 2). — Supravaginale Totalexstirpation mit beiden Adnexen. Ein-



Placenta

Fig. 2.

Hintere Ansicht des perforierten Uterus.

gießen von 100 g Äther in die Bauchhöhle, deren Schluß durch Etagnahrt ohne Drainage in der üblichen Weise erfolgt. Glatte Wundheilung. 12 Tage nach der Operation entlassen.

Die beiden beigegefügt Bilder veranschaulichen deutlich die wüsten Zerstörungen, die durch die Perforationen herbeigeführt waren. — Glücklicherweise sind beide Frauen, von denen die erste im Alter von 30, die zweite im Alter von 25 Jahren stand, mit dem Leben davongekommen. — Die eintretenden Ausfallserscheinungen wurden mit bestem Erfolge mit Injektionen von Oroglandol behandelt.

Interessant ist es, daß die beiden schwer infizierten Fälle ohne Drainage primär heilten, während es doch jedem Operateur passiert, daß bei reinen Fällen und bei Beobachtung peinlichster Asepsis öfter Stumpfxsudate oder Bauchdeckenabszesse die Wundheilung stören, so daß man vielleicht zweifeln könnte, ob unsere Anschauungen von Asepsis bei Operationen trotz vorgeschrittener Kenntnis der Bakteriologie richtig sind, oder ob nicht doch Einflüsse eine Rolle spielen, die sich unserem Wissen noch entziehen.