

MEYER - RÜEGG

KOMPENDIUM DER
FRAUENKRANKHEITEN

VIERTE AUFLAGE

62076

KOMPENDIUM
DER
FRAUENKRANKHEITEN

EIN KURZES LEHRBUCH FÜR ÄRZTE
UND STUDIERENDE

VON

DR. MED. HANS MEYER-RÜEGG
PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE
AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

MIT 163 TEILS FARBIGEN FIGUREN

VIERTE, UMGEARBEITETE AUFLAGE

Julius Springer
1923



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1921

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil

	Seite
I. Die gynäkologische Untersuchung	1
Die Untersuchung mit dem Mutterspiegel	11
Die Untersuchung mit der Sonde	18
II. Die Menstruation	20
III. Das Klimakterium	30
IV. Die Störungen der Menstruation:	
1. Amenorrhöe	32
2. Menorrhagie	34
3. Dysmenorrhöe	37
Dysmenorrhöea membranacea	43
V. Die Sterilität	45
VI. Konzeptionsverhütung	49

Spezieller Teil

I. Die Erkrankungen der äußeren Geschlechtsteile

Anatomische Vorbemerkungen	52
I. Abnorme Gestaltung der äußeren Geschlechtsteile	59
II. Entzündung der äußeren Geschlechtsteile	61
III. Neubildungen und Geschwülste an den äußeren Geschlechtsteilen	65
IV. Hauterkrankungen an den äußeren Geschlechtsteilen	72
V. Verletzungen der äußeren Geschlechtsteile	79
VI. Dammdefekte	82

II. Die Erkrankungen der Harnwege und des Mastdarms

I. Die Erkrankungen der Harnröhre	91
II. Die Erkrankungen der Blase	93

Anatomische und diagnostische Vorbemerkungen	93
1. Blasenkatarrh	98
2. Reizbare Blase	101
3. Blasenschwäche	102
4. Geschwülste und Fremdkörper der Blase	103
5. Die Erkrankungen der Harnleiter	103
6. Nierenbeckenentzündung	104
III. Die Erkrankungen des Mastdarms	105

III. Die Erkrankungen der Scheide

Anatomische Vorbemerkungen	109
I. Vaginitis	111
II. Vaginismus	117
III. Die Verletzungen der Scheide	118
IV. Fremdkörper in der Scheide	119
V. Die Scheidenfisteln	120
1. Die Harnscheidenfisteln	120
2. Die Kotscheidenfisteln	120
VI. Die Geschwülste der Scheide	128

IV. Die Erkrankungen des Uterus

Anatomische Vorbemerkungen	132
I. Die Lageveränderungen des Uterus	138
1. Antelexio uteri	139
2. Retroversio-flexio uteri	143
Retroflexio fixata	159
3. Prolapsus vaginae et uteri	160
4. Inversio uteri	173
II. Die Metro-Endometritis	177
A. Die Metro-Endometritis colli	178
B. Die Metro-Endometritis corporis	193
1. Die akute Metro-Endometritis	193
2. Die chronische Metro-Endometritis	194
III. Die Neubildungen des Uterus	211
1. Fibro-Myome	211
2. Karzinome	227
a) Carcinoma cervicis	227
b) Carcinoma corporis	241
3. Sarkom	244
a) Sarcoma cervicis	244
b) Sarcoma corporis	244
4. Das Chorionepitheliom	247

V. Die Erkrankungen der Eileiter

Seite

Anatomische Vorbemerkungen	251
I. Die Entzündung der Eileiter	259
II. Die Neubildungen der Eileiter	272
Die Krankheiten der Lig. rotunda	272

VI. Die Erkrankungen der Eierstöcke

I. Die Entzündung der Eierstöcke	274
II. Bluterguß in die Eierstöcke	277
III. Die Neubildungen der Eierstöcke	278
1. Zystische Tumoren	278
a) Follikelzysten und Zysten des Corpus luteum	278
b) Zystome	280
c) Dermoidzysten	285
d) Parovarialzysten	287
2. Solide Geschwülste der Eierstöcke	299
a) Fibromyome	299
b) Sarcome	300
c) Carcinome	300
d) Teratome	302
IV. Lageveränderung der Eierstöcke	302
1. Hernien der Eierstöcke	302
2. Senkung der Eierstöcke	302

**VII. Die Entzündung des Beckenbindegewebes
Parametritis**

Anatomische Vorbemerkungen	305
a) Parametritis acuta	306
b) Parametritis chronica	313
Anhang. Neubildungen im Beckenbindegewebe	314

VIII. Die Entzündung des Beckenbauchfells

Perimetritis	316
------------------------	-----

IX. Die Blutergüsse im Becken

I. Haematocele retrouterina	320
II. Haematoma pelvis	326

Narkose an. Dabei hüte man sich aber, zu derb zu drücken, weil sonst allfällig bestehende Entzündung frisch angefaßt werden und Eiterherde durchbrechen könnten.

Die Untersuchung mit dem Mutterspiegel.

Die Scheide zu öffnen und zu entfalten und die Portio vaginalis sichtbar zu machen, gibt es röhrenförmige und rinnenförmige Mutterspiegel (Spekula).

Die röhrenförmigen Spekulen werden aus Holz, Glas, Porzellan, Zelluloid, Metall hergestellt. Am besten dient das Fergussonsche Spekulum: ein vorn schräg abgeschnittenes, hinten

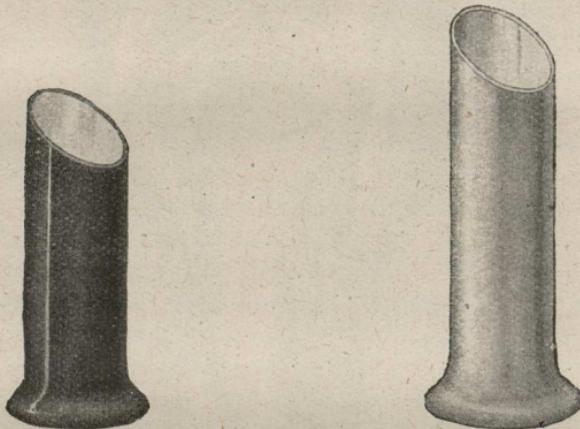


Fig. 3. Fergusson-Spekulum.
12 und 15 cm lang.

trompetenartig erweitertes Glasrohr (Fig. 3), welches mit einer Spiegelmasse belegt und darüber mit einer Lack- oder Zelluloidschicht überzogen ist. — In ihm erscheinen die Scheidenwände und die Portio am besten beleuchtet. Dagegen wird der Mantel durch Chemikalien leicht angegriffen, so daß er abbröckelt; auch verträgt er das Auskochen nicht. Milchglasspiegel zeigen diese Nachteile nicht; jedoch beleuchten sie nur sehr matt. — Man suche sich dünnwandige Spiegel aus, damit das Lumen möglichsie Weite besitze; man achte auch darauf, daß sie genau zylindrisch und nicht konisch, d. h. an dem einen oder andern Ende enger seien. — Die gewöhnliche Länge der käuflichen Röhrenspegel beträgt 15 cm; ein 2—4 cm kürzeres

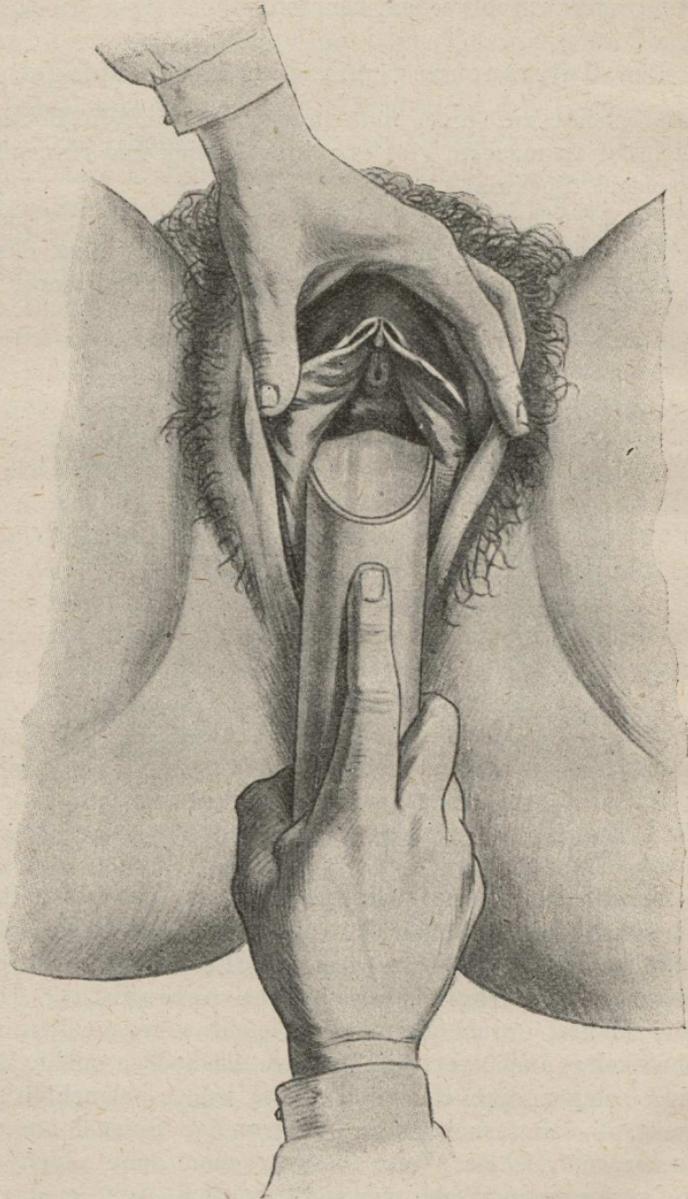


Fig. 4 zeigt, wie das Fergussonsche Spekulum in den Introitus vaginae eingesetzt und unter Schonung der Harnröhre eingeführt wird.

Spekulum ist jedoch vorzuziehen und bei nicht zu großen und fettleibigen Frauen auch völlig ausreichend.

Beim Einführen faßt man den am vorderen Drittel mit einer Salbe bestrichenen Spiegel voll in die rechte Hand, so daß der Zeigefinger auf der kürzeren Wand, der Länge nach ausgestreckt, und mit seiner Spitze etwa 3 cm weit vom Rande entfernt liegt; dann setzt man den vorspringenden Rand, während die linke Hand den Introitus vaginae spreizt, tief auf die hintere Scheidenwand auf (Fig. 4), drängt sie samt dem Damm durch kräftigen Druck so stark nach hinten, daß der vordere Umfang der Spiegelöffnung leicht und ohne Verletzung unter der Harnröhrenmündung weg in die Scheide hineingleitet. Es ist nötig, daß man dabei die Harnröhre genau sieht und deshalb das hintere Ende des Spiegels stark senkt; erst wenn der vordere Rand unter ihr durch ist, wird der Spiegel in die Scheidenachse gebracht. Rotierende Bewegung erleichtert das Einführen. Auch beim weiteren Verschieben und zur Einstellung der Portio ist das Drehen von Vorteil. Gelingt die Einstellung, trotz guter Entfaltung der Scheidungsgewölbe, zuerst nicht, so glaube man ja nicht durch noch tieferes Einschieben des Spiegels zum Ziele zu gelangen; im Gegenteil; wahrscheinlich ist man — besonders mit dünnen Spiegeln — schon an der Portio vorbei in ein seitliches Scheidengewölbe geraten und muß den Spiegel wieder eine Strecke weit zurückziehen, um sie in die Öffnung zu bekommen. Geht die Richtung der Portio sehr stark nach hinten, so stellt sie sich öfters erst dann richtig ins Spekulum ein, wenn man sie mit einem Haken hineinzieht. — Die Scheidenschleimhaut übersieht man am besten bei langsamem Zurückziehen des Spekulum.

Man benütze stets ein möglichst weites Spekulum, um gut und viel zu sehen. Dabei gibt natürlich die Weite und Empfindlichkeit des Introitus den Ausschlag. Drei Größen sind stets vorrätig zu halten.

Kontraindiziert ist die Einführung des Spekulum bei stark ulzerierenden, weit ausgebreiteten Karzinomen der Cervix und Scheide wegen Verletzungen der brüchigen Wandungen und Blutungen; bei akuten Entzündungen in der Nähe der Scheidengewölbe; bei frischen Blutergüssen in der Umgebung des Uterus. Bei Verengerung der Scheide durch Narben oder im Klimakterium muß wegen der Gefahr von Zerreißen mit größter Sorgfalt vorgegangen werden.

Rinnenspekula werden in verschiedensten Modifikationen hergestellt.

Das einfache entenschnabelförmige Spekulum nach Sims (Fig. 5) dient ausschließlich dazu, den Damm zurückzuhalten. In Rückenlage wird es allerdings nur dann seinen Zweck erfüllen, d. h. einen Einblick in die Scheide gewähren, wenn zugleich die vordere Scheidenwand durch eine besondere Platte abgehalten wird. Es ist eigentlich nur für die Anwendungen in „Simsscher Seitenlage“ oder in Knieellenbogenlage bestimmt.



Fig. 5. Sims'sches entenschnabelförmiges Spekulum.

Die Simssche Seitenlage ist in Fig. 6 dargestellt. Die Frau liegt auf ihrer linken Seite, Wange auf dem Kissen, linker Arm hinten am Rücken, so daß die linke Brustseite auf dem Lager aufruht. Die Beine sind in den Knien gebeugt und stark an den Leib angezogen, und zwar das rechte etwas mehr als das linke, so daß das rechte Knie über dem linken der Unterlage aufliegt. Das Abdomen mit seinem Inhalte fällt jetzt nach links oben, auch die Beckeneingeweide folgen, so daß

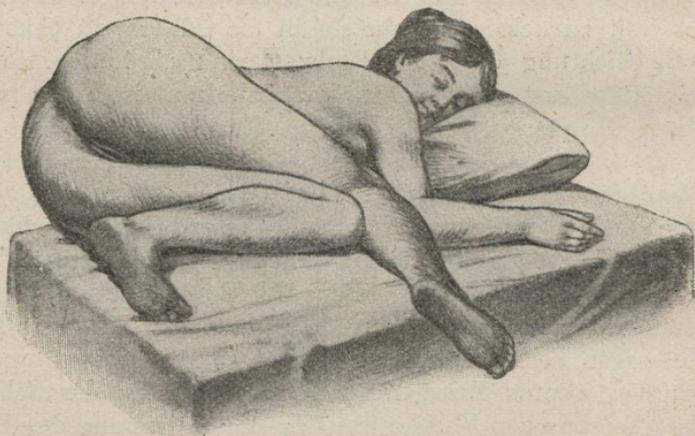


Fig. 6. Simssche Seitenlage.

die Beckenhöhle entleert wird. Sobald nun mit dem Spekulum der Damm zurückgezogen und die Scheide geöffnet wird, dringt

Luft ein und bläht den Scheidenschlauch auf. Allfällig noch gebliebene Falten werden mit einem spatelartigen Instrument, dem Depressor, zurückgehalten.

In noch stärkerem Grade fällt der Eingeweidesack nach dem Zwerchfell und den oberen Bauchgegenden zu bei Knieellenbogenlage (Fig. 7). Das Gesicht liegt dabei dem Kissen auf, die obere Brustgegend ebenfalls. Unten ruht der Körper auf den Knien, welche aufgestellt sind, so daß der Steiß möglichst hoch zu liegen kommt. Öffnet man jetzt mit dem Spiegel die Scheide, so wird sie sofort durch die aspirierte

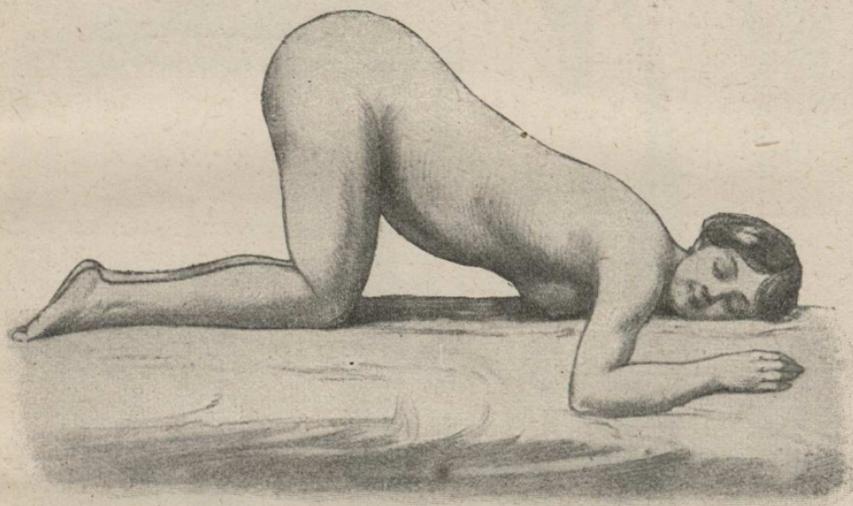


Fig. 7. Knieellenbogenlage.

Luft aufgebläht und kann vortrefflich übersehen werden. Die eingesaugte Luft entweicht jeweilen bei der Umlagerung mit flatusartigem Geräusch. — Auch Rektum und Blase können auf ähnliche Weise in Knieellenbogenlage mit Luft aufgebläht werden, wenn man den After bzw. die Harnröhre öffnet. —

Das Simonsche Spekulum (Fig. 8) besteht aus einer Rinne und einer Platte mit Griffen. In Steißbrückenlage oder auf dem Querbette wird zuerst die Rinne in die Scheide eingeführt und damit Damm und hintere Scheidenwand nach abwärts gezogen; die Platte dient zum Abheben der vorderen Wand;

zwischen beiden Instrumenten erscheint dann die Portio. — Verschiedene Größen der Rinnen und Platten können nach zweckmäßigster Herstellungsart in rascher Weise auf je einem Halter befestigt werden. —

Die hintere Rinne kann, wie das entenschnabelförmige Spe-

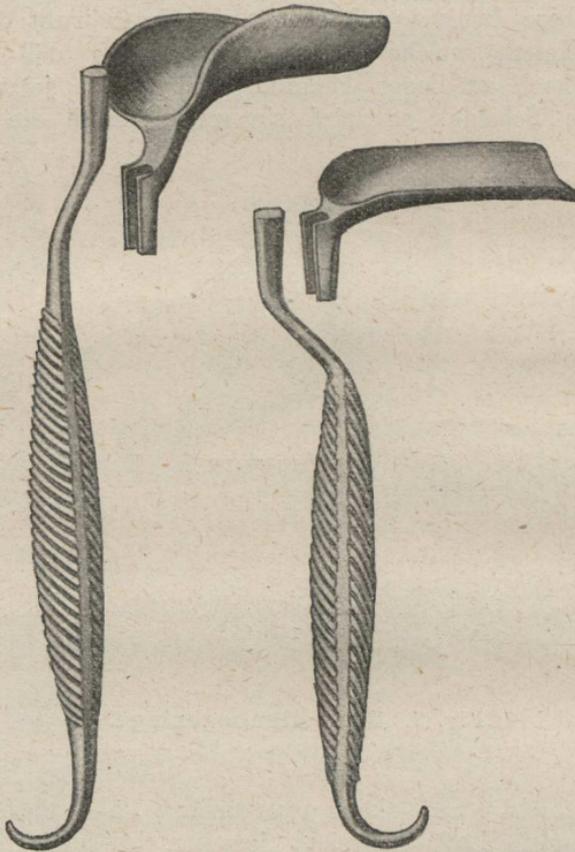


Fig. 8. Simonscher Rinnenspiegel mit keilförmigem Einsatz des Halters.

kulum bei allen intravaginalen oder intrauterinen Eingriffen gebraucht werden.

Eine praktische Modifikation stellt das Neugebauersche Spekulum dar, welches aus zwei Rinnen besteht, von denen die eine in der anderen läuft (Fig. 9).

Die zwei-, (Fig. 10) drei-, vierklappigen Spekula werden mit geschlossenen Klappen eingeführt; nach der Öffnung, die gewöhn-

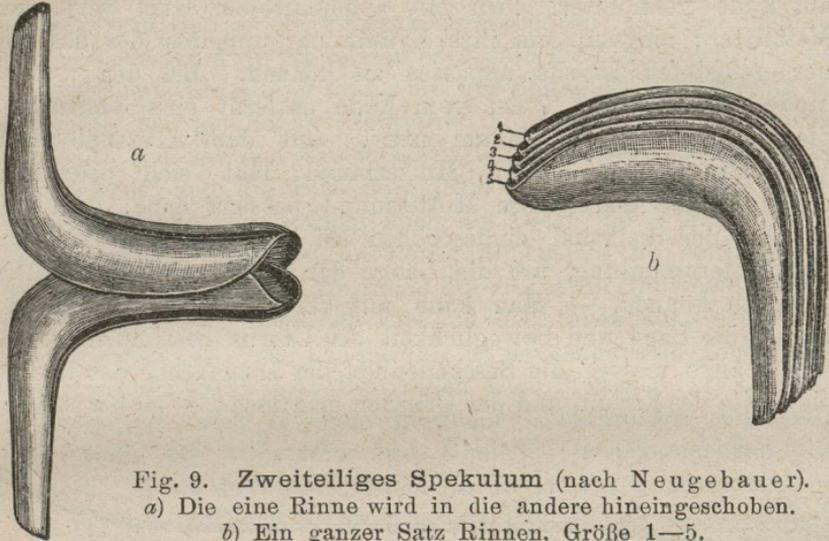


Fig. 9. Zweiteiliges Spekulum (nach Neugebauer).

a) Die eine Rinne wird in die andere hineingeschoben.

b) Ein ganzer Satz Rinnen, Größe 1—5.

lich durch Schrauben bewerkstelligt wird, spreizen sie die Scheidengewölbe auseinander. Sie halten sich von selbst; aber die Ein-

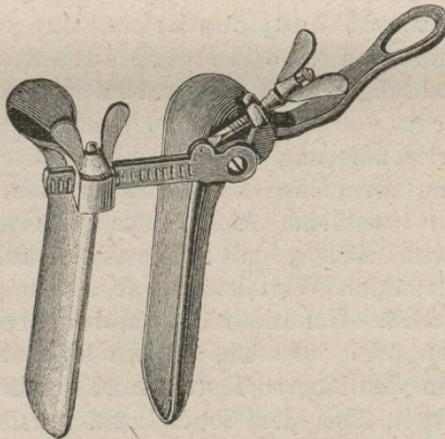


Fig. 10. Zweiklappiges Spekulum (nach Trélat).

Die Rinnen bleiben beim Öffnen parallel.

sicht ist eine beschränktere und die Einstellung der Portio meist schwieriger; sie muß fast stets mittels Haken vorgezogen werden.

Die Untersuchung mit der Sonde.

Die Uterussonde (Fig. 11) ist ein etwa 30 cm langer, dünner, am Ende geknöpfter, vorn mit abgeplattetem Griff versehener Metallstab; biegsam, um ihre Krümmung ungefähr der des vorher getasteten Uterus anpassen zu können. Bei den meisten Modellen bezeichnet 7 cm vom Ende entfernt eine Verdickung die Normallänge des Cavum uteri. Aus dem Abstände dieser Verdickung vom äußern Muttermund läßt sich beurteilen, ob die Sonde den innern Muttermund passiert habe, oder erst in den Zervikalkanal eingeschoben sei. Häufig trägt sie eine Zentimereinteilung, um die Länge der Uterushöhle direkt ablesen zu können. — Man kann mit der Sonde in zweifelhaften Fällen die Lage und Beweglichkeit des Uterus bestimmen, ferner seine Länge messen, die Beschaffenheit der Innenfläche des Uterus, die Weite des Kavum und der Orifizien ergründen. — Schwanger-

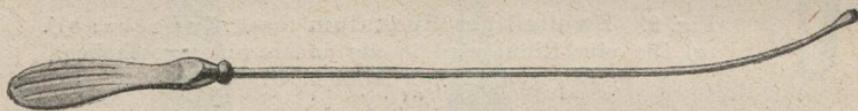


Fig. 11. Uterussonde ohne Zentimereinteilung.

schaft und akute entzündliche Erkrankungen des Uterus und seiner Umgebung, sowie virulente Katarrhe, ebenso zerfallende Neubildungen und Abortresten müssen dabei ausgeschlossen sein.

Da bei der Sondierung kleine Schleimhautverletzungen nie mit Sicherheit zu vermeiden sind, müssen stets Sonde, Hände, Portio desinfiziert werden. Am besten reibt man die Sonde vor dem Gebrauch tüchtig mit einem in Alkohol oder Äther oder Benzin getränkten Wattebausch ab, wenn die Gelegenheit zum Auskochen fehlt. Um Infektion von der Scheide aus sicherer auszuschalten, empfiehlt es sich, durchs Spekulum die Sonde wenigstens bis an den inneren Muttermund hinaufzuschieben, und hierauf den Spiegel über der Sonde zurückzuziehen. — Ohne irgendwelche Kraftanwendung, spielend leicht sie zwischen den Fingern haltend, muß sie durch Senken des Griffes über das Orificium uteri internum hinaufgeschoben werden. Erleichtert wird das Eingleiten dadurch, daß man die Sondenkürmung zuerst nach hinten richtet, dann den Griff, in einem Kreisbogen

drehend, senkt. — Alle Schwierigkeit wird gewöhnlich beseitigt, wenn man im Spekulum die vordere Muttermundslippe anhakt und herabzieht. — Hat man den Sondenknopf bis an den Fundus vorgeschoben, so kann man die Länge des Kavum direkt ablesen oder, falls die Portio nicht sichtbar ist, oder eine Einteilung fehlt, mit der Spitze des Zeigefingers das Orificium an der Sonde markieren und nach dem Herausziehen messen. Die auf den Bauchdecken leicht aufliegende Hand kann den Uterus und die ihm durch die Sonde mitgeteilten Bewegungen fühlen; sie vermag auch die Dicke der Uteruswand zu taxieren, doch ist dabei an Perforationsgefahr zu denken. Bei einiger Übung ist man imstande durch Tastung mit dem Sondenknopfe ein Urteil über den Zustand der Innenfläche des Uterus zu bekommen. — Die Sondierung ist bei schonender Ausführung wenig empfindlich; doch bekommen viele Frauen mit gesteigerter Erregbarkeit, auch bei ganz gesunder Gebärmutter, kolikartige Schmerzen, oft verbunden mit Übelkeit, ja Ohnmachtsanfällen danach. Wohl zu unterscheiden davon ist der Zerrungsschmerz, der bei vorhandenen peritonitischen Adhäsionen dann entsteht, wenn man dem Uterus mit der Sonde stärkere Bewegungen mitteilt.

Der Gebrauch der Sonde kann durch gute bimanuelle Untersuchung auf ein Minimum eingeschränkt werden. Sie ist in unkundigen Händen ein gefährliches Instrument. Viele Fälle von Endometritis und Salpingitis haben nach Sondierung, infolge Einschleppung virulenter Keime, ihren Anfang genommen; zahlreiche Aborten sind in unbeabsichtigter Weise durch sie hervorgerufen worden. Schon öfters ist Durchbohrung des Uterus vorgekommen. Besonders leicht und widerstandslos dringt die Sonde nach Geburt oder Abort durch die Wand des puerperalen Uterus hindurch. Perforation hat zwar in der Regel, wenn man sie sofort erkennt, keine Gefahren im Gefolge; bei mangelhafter Antisepsis aber können böse Komplikationen entstehen. Man merkt eine erfolgte Perforation daran, daß die Sonde ungehindert bis zum Griff eingeschoben werden kann. In solchem Falle zieht man sie zurück und vermeidet jeden weiteren Eingriff. Die Sonde kann auch durch das Ostium tubae in die Tube und bis in die Bauchhöhle vordringen, ein Ereignis, das gewöhnlich ebenfalls ohne Folgen abläuft. —

seiner Einfachheit und Harmlosigkeit beliebig oft, bis zum Gelingen, wiederholt werden. Injektion des Sperma in die Uterushöhle ist wegen der Reizungs- und Infektionsgefahr nicht anzuraten; überdies kann dabei nicht die ganze Menge einer Ejakulation verwendet werden.

VI

Konzeptionsverhütung

Rein medizinische Gründe: die Sorge um Gesundheit und Leben seiner Schutzbefohlenen, können es dem Arzte zur Pflicht machen, Schwangerschaft zu verbieten und den Leuten in ihrem Bestreben das Verbot durchzuführen, mit Rat und Tat beistehen. Gebärungsmöglichkeit sowie Krankheiten, welche durch Schwangerschaft und Geburt bedenkliche Verschlimmerung erleiden, besonders wenn dabei auch das Kind wenig Aussicht auf normale Entwicklung hat, sind Anlässe, Konzeption zu verhüten. Unter den bezüglichlichen Krankheiten sind zu nennen: Tuberkulose, Herzfehler, welche nicht kompensiert sind oder bei vorausgegangener Schwangerschaft und Geburt die Frau an den Rand des Grabes brachten, ferner Nephritis mit Herzveränderungen, jedesmalige lebensgefährliche atonische Blutungen in der Nachgeburtszeit, dann Osteomalazie, Karzinom, perniziöse Anaemie, Lepra, Lues, Psychosen,

Aber auch Überlegungen nationalökonomischer Art dürfen mitsprechen; selbst verständigen Gründen für Beschränkung reichlichen Kindersegens rein privater Natur darf sich der Arzt nicht verschließen. Die Frage spielt in manchen Familien eine sehr ernste Rolle. Man erwäge wohl die Verhältnisse, bevor man sich mit der bloßen Empfehlung von Enthaltensamkeit begnügt. Es kommt ja vor, daß das Kohabitationsverbot zuverlässig befolgt wird. Ehe die Frau sich aber entschließt, ihrem Manne durch Versagung des Beischlafs Anlaß zu Untreue zu geben, nimmt sie die Gefahr einer Schwangerschaft auf sich. — Unter diesen Umständen sind wir genötigt, entweder konzeptionshindernde Mittel anzuwenden oder zu sterilisieren. Da die Sterilisation niemals eine absolut gefahrlose Operation ist und da sie zudem die Fortpflanzungsfähigkeit für immer vernichtet, so können nur streng wissenschaftliche Gründe medizinischer Art sie rechtfertigen. Viele Frauen werden auch nie ihre Einwilligung dazu geben. — So sind wir denn,

wie widerlich es uns sein mag, nicht selten in die Zwangslage versetzt, konzeptionshindernde Mittel anzuraten. Die Kenntnis derselben ist schon so tief ins Volk eingedrungen, daß die Leute auch von sich aus uns darum angehen, und wir nicht gut tun, sie einfach zu versagen. Zahlreiche Heilkünstlerinnen sind zu sehr bereit, sich dieser Sache, welche doch ausschließlich ins Sprechzimmer des Arztes gehört, zu bemächtigen und Mißbrauch damit zu treiben.

Mit würdigem Ernste und in kurzer Rede behandle der Arzt den delikaten Gegenstand. — Nie versäume er es aber, in seiner gedrängten Auseinandersetzung zwei Punkte zu betonen: 1. daß kein einziges der bekannten konzeptionsverhindernden Mittel unbedingten Schutz gegen Empfängnis biete, 2. daß sie sämtlich, auf die Länge angewendet, schädlich wirken. —

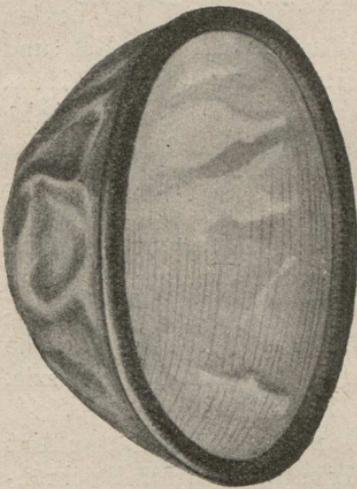


Fig. 19. Okklusivpessar.

Das unschädlichste, am sichersten die Konzeption verhindernde Mittel, der Kondom, wird von den meisten Ehemännern nur ungerne gebraucht. — Scheidenspülungen nach dem Koitus mit Wasser, dem etwas Essig oder ein leichtes Desinfiziums zugesetzt ist, können in richtiger Weise ausgeführt, nichts schaden; jedoch werden sie häufig den bereits in den

Zervikalkanal eingedrungenen Spermatozoen nichts mehr anzuhaben vermögen. — Ein in der Größe gut gewähltes Pessarium occlusivum (Fig. 19) gewährt, wenn der Arzt es richtig eingelegt hat, fast absolut sicheren Schutz vor Empfängnis. Von Laienhänden eingeführt, gleichviel ob mit oder ohne sogenannten „Einführer“, liegt es sehr oft falsch. Ihm haftet die unangenehme und häufig gefährliche Eigenschaft an, daß es die Sekrete des Uterus im Scheidengewölbe zurückhält, dadurch Infektion des Endometrium, also die Entstehung von Metro-Endometritis, begünstigt. Frauen mit Scheiden- oder Uteruskatarrhen dürfen es von vornherein nicht tragen; andere sollten es jeweilen nach einer Woche

entfernen oder nur mit längeren Unterbrechungen sich einlegen lassen, so daß sie es z. B. in einer Zwischen-Menstruationszeit tragen, in der anderen nicht. — Das Einlegen von komprimierten Schwämmchen, die jedesmal an einem Faden wieder herausgezogen werden, gewährt nicht mehr Sicherheit als von Laienhänden eingeführte Pessarien; zudem ist ein solcher Gegenstand stets voller Bakterien. — Noch weniger Schutz gegen Konzeption bieten die mit verschiedenen Medikamenten beladenen Vaginalkugeln. — Gänzlich abraten soll man vom Coitus interruptus. Er kommt fast der Masturbation gleich und übt auf die Länge unbedingt einen schädlichen Einfluß auf das Nervensystem von Mann und Frau aus. —

Die Sterilisation. Sie muß eine operative sein; Röntgenbestrahlung ist in ihrer Wirkung unberechenbar und unzuverlässig. — Ausführung per Laparotomiam oder per vaginam. Vorziehen des Uterus und Neigung nach einer Seite. Keilförmige Exzision des Tubenwinkels, Vernähung und Peritonisation. Abtrennung eines Stückes der Tube und Vernähung der Wunde mit Versenkung des Stumpfes ins Lig. latum. Dasselbe anderseits. — Noch einfacher ist es, die Tube etwa 1 cm vom Uterus entfernt zu durchtrennen, das uterine Ende zu übernähen, dagegen das andere Schnittende mit der Pinzette vorzuziehen, sein Peritoneum 1—2 cm weit zurückzustreifen; dann das vorgezogene Tubenstück abzuschneiden und den sich retrahierenden Stumpf mit Peritoneum zu übernähen.

Recht oft wird die Sterilisation angeschlossen an künstlichen Abort durch Uterusschnitt, wie er z. B. bei ausgesprochener Tuberkulose angezeigt ist.
