III. Aus der geburtshülflichen Poliklinik zu Heidelberg. Zur Therapie des Abortus.

Von Dr. Rudolf Kuppenheim, I. Assistenten der Frauenklinik.

Ueber die Indicationen, wie über die Art und Weise des operativen Eingreifens bei Retention von Eiresten nach Abortus sind sowohl die Rathschläge unserer Handbücher als auch das Verhalten der Praktiker in manchen Punkten von einander abweichend. Dass wir, wenn sich nach einem Abortus Fieber oder stinkender Genitalausfluss eingestellt hat, manuell oder instrumentell eingreifen, um die Uterushöhle von ihrem zersetzten Inhalt zu befreien und dann zu desinficiren, hält jeder Geburtshelfer für selbstverständlich, vorausgesetzt, dass keine entzündlichen Prozesse in den Adnexen des Uterus bestehen. Geben sich die zurückgebliebenen Eireste durch Metrorrhagieen zu erkennen, so ist hier das Verhalten schon ein verschiedenes. Abgesehen von der ungleichen Beurtheilung der Grösse eines Blutverlustes, erwarten die einen die Ausstossung der Eireste von den Naturkräften, was die anderen durch Kunsthilfe befördern zu müssen glauben. Treten Zeichen hochgradiger, vielleicht gar cerebraler Anämie ein, so begnügen sich die einen mit der Tamponade, meist nur der Vagina; die anderen, wohl vorwiegend jüngere oder mit der modernen gynäkologischen Technik vertraute Aerzte, halten auch schon bei mässiger Blutung einen Eingriff für indicirt, räumen die Uterushöhle aus und bewahren so die Patientin vor weiterem Blutverlust. Deuten aber nach stattgefundenem Abortus zunächst weder Fieber oder putride Lochien, noch Blutung auf Retention von Eiresten, so rath Winckel¹⁾, mit der Entfernung derselben zu warten, bis eines der genannten Symptome eintritt. Schröder²⁾,

Olshausen¹⁾, Fritsch²⁾, Veit³⁾ u. a. dagegen legen bei der Abortustherapie auf die vollständige Entfernung des Eis, speciell auch der ganzen Decidua, grosses Gewicht. Das Verhalten der Praktiker ist in der grossen Mehrzahl zunächst ein expectatives.

Wenn ich es unternehme, auf Grund von 84 Fällen von unvollständigem Abortus, welche während der letzten 7 Jahre in der hiesigen geburtshülflichen Poliklinik zur Behandlung gekommen sind, meine Ansicht über die zweckmässigste Therapie desselben zu äussern, so bin ich mir bewusst, nur einen kleinen Beitrag zur Lösung dieser Frage zu liefern; für die Ueberlassung des Materials bin ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Hofrath Kehrler, Dank schuldig.

Von den 84⁴⁾ Fällen kommen auf den zweiten und dritten Schwangerschaftsmonat: 58, auf den vierten: 12 und auf den fünften und sechsten: 14. Die Behandlung, auf deren Details unten näher eingegangen werden soll, bestand zunächst in der digitalen Ausräumung des Uterus, welche allerdings in einem Theil der Fälle wegen der Enge des Cervicalcanals nicht möglich war; darauf folgte in der Mehrzahl das Curettement, und zwar unter den 58 Fällen der ersten 3 Monate 40 mal, unter den 12 weiteren 6 mal und unter den 14 letztgenannten 6 mal. Um gewisse Punkte der Behandlung zu begründen, gebe ich zunächst einige Notizen über den Verlauf der Wochenbetten.

Hierbei will ich 7 Fälle vorwegnehmen, in welchen je eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,0—39,5 erfolgte und in vorzeitigem Aufstehen oder sonstigem undiätetischen Verhalten der Wöchnerin ihre Erklärung fand. Diese 7 Wöchnerinnen verliessen, ebenso wie weitere 70, nach ganz normalem Verlauf am 9. Tage völlig gesund das Bett.

In 7 Fällen schloss sich eine mehr oder minder schwere Erkrankung an. Bei einer Wöchnerin nach Abortus im dritten Monat traten mehrmals geringe Nachblutungen ein, welche nach Verabreichung von Secale sistirten. Eine zweite Wöchnerin, ebenfalls im dritten Monat, zeigte 8 Tage lang Temperatursteigerungen bis 39,3, ohne nachweisbaren localen Erkrankungsherd. Bei diesen beiden war der Uterus nur manuell ausgeräumt worden. Ein 3tägiges Fieber von 38,0—39,0 kam bei einer Wöchnerin zur Beobachtung, bei welcher nach Abortus im dritten Monat Deciduarestes manuell und mit der Curette entfernt worden waren. Unglücklicher verlief ein 4. Fall. Wegen Blutung bei Abortus im zweiten Monat war die Frau von einem Arzt ohne vorausgeschickte Desinfection der Vagina tamponirt worden; 4 Tage darauf kam dieselbe fiebernd (T. 39,7, P. 144) in poliklinische Behandlung, nachdem mehrere Schüttelfröste aufgetreten waren. Manuell und mit der Curette wurden Eihäutereste entfernt und danach eine intrauterine Sublimatausspülung gemacht; die Temperatur fiel nicht ab, die Krankheit dauerte vielmehr an, und die Wöchnerin starb 6 Tage später an acuter Sepsis (Section verweigert). Unter den 12 Fehlgeburten im vierten Monat kam eine Puerperalerkrankung vor, und zwar bei einer fiebernd (39,6) in Behandlung gekommenen Patientin. Die Deciduarestes wurden manuell und durch das Curettement entfernt, und dann die Uterushöhle mit 90% Carbolsäure geätzt, worauf die Temperatur abfiel und vom 2. Tage ab normal blieb. Am 9. Tage erkrankte die Wöchnerin, die am 6. Tage das Bett verlassen hatte, unter Schüttelfrost und hohem Fieber (40,4) wieder, und es bildete sich ein den Douglas'schen Raum ausfüllendes pelveoperitonitisches Exsudat, welches im Verlauf von 4 Wochen zur Resorption gelangte; die Behandlung bestand nach dem Fieberabfall in Sitzbädern und heissen Scheidenspülungen.

Schliesslich bleiben noch 2 Wochenbettserkrankungen zu erwähnen, welche sich an Fehlgeburten im V. Monat anschlossen. Der erste Fall betraf eine fiebernd in poliklinische Behandlung gekommene Patientin. Der Fötus war, nachdem bereits vor 4 Tagen Fruchtwasser abgeflossen war, putrid und wurde leicht an den Füssen extrahirt; die adhärenste Placenta und die Eihäute mussten manuell entfernt werden, hierauf intrauterine Sublimatausspülung; das Fieber dauerte noch 8 Tage lang unter Putrescenz der Lochien an. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 33jährige IV. Gebärende mit Placenta praevia centralis. Im Laufe von 3 Tagen wurde mehrmals die Scheidentamponade nothwendig, und am 3. Tage unter Durchbohrung der Placenta ein Fuss herabgeleitet, worauf die spontane Ausstossung des Fötus einige Stunden später erfolgte. Placenta und Eihäute mussten manuell gelöst werden und, da sie unvollständig waren, wurden die Reste mittels Nachgeburtssange, Polypenzange und Curette entfernt, darauf intrauterine Carbolausspülung. Am 2. Tage des Wochenbettes stellte sich hohes Fieber ein; es kam zur Bildung einer doppelseitigen Parametritis, welche abscedirte und nach Incision der Abscesse beiderseits über dem Poupart'schen

¹⁾ Schröder's Lehrb. X. Aufl.

²⁾ Fritsch, Klin. d. geb. Operat. IV. Aufl.

³⁾ Veit, Versch. Schwangerschafts- und Geb.-Störungen, Müller's Handbuch.

⁴⁾ s. Nachtrag.

¹⁾ Winckel, Lehrb. d. Geb.

²⁾ Schröder, Lehrb. d. Geb. VIII. Aufl.

Band, nach 4 monatlicher Krankheit, zur Heilung gelangte. Cervixrisse waren nicht entstanden, und über die Quelle der Infection ein Urtheil nicht abzugeben; die Patientin war während des 3tägigen Kreissens ausser von dem behandelnden Arzt von der Hebamme und abwechselnd von zwei Praktikanten öfters explorirt worden.

Wir hatten also, um kurz zu resumiren:

Schwanger- schafts- monat	Zahl der Fälle	Digitale Aus- räumung	Leichte Erkrankung	Schwere Erkrankung	Curette- ment	Leichte Erkrankung	Schwere Erkrankung
II. u. III.	58	18	2	—	40	1	1 ¹⁾
IV.	12	6	—	—	6	—	1 ¹⁾
V. u. VI.	14	8	1	—	6	—	1

Die Art und Weise der digitalen Ausräumung war folgende: Nach vorausgeschickter Ausspülung der Vagina, des Cervicalcanals und, wenn möglich, auch des Uterus, mit 3%iger Carbol- oder 0,25%iger Sublimatlösung wurde der Zeigefinger zur Lösung der Eireste in den Uterus eingeführt, während die freie Hand den letzteren von oben her dem operirnden Finger entgegenschob; genügte der Zeigefinger nicht, so wurde der Mittelfinger eingeführt, während ersterer sich quer in's Scheidengewölbe legte; nach Beendigung der Operation abermals intrauterine und vaginale Ausspülung. Das Curettement wurde in den letzten Jahren bei Fehlgeburten im II. und III. Monat principiell angeschlossen, bei solchen in späteren Monaten dann, wenn der Finger nicht mit Sicherheit die vollständige Entfernung der Decidua feststellte oder aus sonstigen Gründen der Verdacht der Decidualverhaltung vorlag.

Das Curettement wurde stets in Sims' Seitenlage und nach sorgfältigster Desinfection des zugängigen Genitalcanals, einschliesslich des Gebärmutterhalses, ohne Narcose unter Anwendung der Récamier'schen Curette vorgenommen, wobei auf die Abschabung der Eihautreste in dicht neben einander liegenden parallelen Streifen unter besonderer Berücksichtigung der Tubenecken Werth gelegt wurde.

Die Thatsache, dass bei den 3 Fällen schwerer Puerperalerkrankung die Curette angewendet worden war, könnte mit meinen weiteren Auseinandersetzungen im Widerspruch stehen. Indessen ist der erste Fall mit den Erscheinungen septischer Infection in Behandlung gekommen; bei der zweiten ebenfalls schon fiebernden Wöchnerin fiel nach dem Curettement die Temperatur ab, und erst am 9. Tage setzte unter entzündlichen Erscheinungen eine neue Steigerung wieder ein, so dass die Annahme gerechtfertigt erscheint, dass das Gift bereits vor der Ausräumung des Uterus das Endometrium überschritten hatte und durch irgend eine Veranlassung (Aufstehen am 6. Tage) von neuem wirkte; eine Inoculation des Infectionstoffes durch die Curette auf bisher gesunde Theile hätte wohl eine frühzeitigere Reaction zur Folge gehabt. Auch im 3. Falle ist die Curette kaum als Ursache der Erkrankung anzusprechen; zum mindesten könnten die sehr häufigen Explorationen, welche sich bis auf das untere Uterinsegment mit seiner der Placenta praevia entsprechenden reichen Gefässentwicklung und Gefässzerreissung erstreckten, sowie die wiederholte Tamponade in gleicher Weise beschuldigt werden.

Weiter könnte der relativ günstige Verlauf unserer nur durch manuelles Eingreifen behandelten Fälle für dieses als das bessere Verfahren sprechen. Allein hierfür ist die Zahl der Fälle zu klein und beweist nichts gegenüber der ausserordentlich grossen Anzahl der an unvollständige Fehlgeburten sich anschliessenden Endometritiden und Metritiden, welche fortwährend den Gynäkologen beschäftigen.

Sehr oft ist, namentlich in den ersten 3 Monaten, die manuelle Ausräumung des Uterus dadurch erschwert, dass zwar die Cervix den Finger gerade noch passiren, demselben aber zu Manipulationen nicht genügend Spielraum lässt, um die losgelösten Massen nach aussen zu entfernen, abgesehen davon, dass in solchen Fällen nicht alle Eireste vom Finger abgelöst werden können; hier ist das Curettement an Platze. Dass die manuelle Ausräumung nicht in allen Fällen ausreicht, ist übrigens allgemein anerkannt; ebenso steht fest, dass in vielen Fällen, in welchen man annimmt, alle Eireste entfernt zu haben und nach der manuellen Ausräumung das Uterusinnere glatt findet, man beim Curettement durch mehr oder minder reichliche Deciduumassen oder bei Unterlassung desselben noch nach Tagen und Wochen durch eine starke Metrorrhagie überrascht wird, die manchmal im Hinblick auf die geringe Menge der zurückgebliebenen Decidua unverhältnissmässig gross ist. Einen sehr eclatanten Fall erlebten wir vor kurzem. Eine Frau wurde 3 Wochen nach einer Fehlgeburt im III. Monat, bei der nach Angabe des Arztes das Ei vollständig ausgestossen und das Wochenbett normal verlaufen war, von einer abundanten Metrorrhagie befallen und in

hochgradig anämischem Zustand angetroffen. Die Cervix war für den Finger nicht durchgängig, und beim Curettement wurde ein kaum 10pfennigstückgrosses Deciduaetzchen entfernt; die Blutung stand sofort, und die Frau hat sich rasch erholt.

Als weitere Beobachtung möchte ich anführen, dass, wenn es auch zuweilen während des Curettements ziemlich stark blutete, nach demselben die Blutung fast immer sofort zum Stehen kam, während nach der manuellen Ausräumung allein ein stärkeres oder schwächeres Blutsickern gesehen wurde; ferner dass nach dem Curettement der Lochialfluss geringer war als nach der blossen manuellen Ausräumung.

Wenn ich erwähne, dass in keinem einzigen Falle zur Dilatation der Cervix geschritten wurde, so möchte ich diesen Umstand als besonderen Vorzug des Curettements hervorheben. War die Cervix für den Finger nicht durchgängig, und das waren stets Fälle im II. und III. Monat, so wurde ohne Dilatation das Curettement vorgenommen; für eine schmale Curette war die Cervix stets durchgängig, und die Verwundung der letzteren und die Infectionsgefahr durch den Quellstift wurde auf diese Weise vermieden. Schwarz¹⁾ empfiehlt ebenfalls, von der Cervixdilatation, allerdings nur bei Zurückbleiben geringer Reste, abzusehen. Ein weiterer Vorzug des Curettements ist die Möglichkeit der beinahe schmerzlosen Ausführung. Lässt man der manuellen Ausräumung das Curettement nachfolgen, so liegt kein Grund vor, die erstere so zu forciren, dass sie Schmerzen bereitet und die Narcose erforderte. Und gerade bei Fehlgeburten, wo wir in vielen Fällen die Frauen in hochgradiger Anämie finden, ist die Entbehrlichkeit der Narcose ein nicht zu unterschätzender Vortheil; für den allein operirenden Praktiker kommt hier auch noch die Entbehrlichkeit einer weiteren Assistenz in Betracht.

Die Gefahr der Perforation des Uterus durch die Curette wird entschieden überschätzt; in all' unseren Fällen, ebenso in den zahlreichen Curettements, welche in der Klinik vorgenommen werden, ist dieses Ereigniss niemals eingetreten, obwohl eine Reihe von Operationen von älteren Praktikanten ausgeführt worden sind. Selbstredend muss der Operateur die Gefahr kennen, ebenso wie er die der Zangenoperation, Wendung etc. kennen muss. Wer vorsichtig zu Werke geht und nach genauer combinirter Untersuchung und Sondirung die Curette, nur von Daumen und Zeigefinger geführt, sanft in den Fundus uteri schiebt, wird sich die genannte traurige Erfahrung sparen können. Ich möchte dies betonen, weil infolge des unglücklichen Berliner Falls sich bei manchen praktischen Aerzten eine übertriebene Furcht vor der Curette entwickelt hat.

Was die Sims'sche Seitenlage anlangt, so ist dieselbe für die Patientinnen weitaus angenehmer als die Rückenlage mit gespreizten Oberschenkeln, weil man als Assistenz nur einer Person zum Halten des Spiegels bedarf. Dem Vorwurf, dass bei der Seitenlage eine combinirte Untersuchung und demgemäss eine Controlle von aussen unmöglich ist, wäre erstens zu erwidern, dass ja bei principiell vorgenommenem Versuch der digitalen Ausräumung eine genau orientirende combinirte Untersuchung vorangeht. Zweitens möchte ich hinzufügen, dass ich 2mal, nach Fehlgeburten im IV. und VI. Monat, in Seitenlage unter völliger Erschlaffung der Bauchdecken manuell durch combinirtes Verfahren Placentar- und Eihautreste leicht entfernt habe, nachdem in Rückenlage die Bauchpresse die Operation unmöglich gemacht hatte.

Bezüglich der möglichen Folgen des Curettements für spätere Conception sei noch erwähnt, dass wir 2mal Gelegenheit hatten, Frauen, welche früher bei Abortus mit der Curette behandelt worden waren, rechtzeitig niederkommen zu sehen, eine Bestätigung der von Schultze, A. Martin u. a. gemachten Beobachtung, dass das Curettement keinerlei Folgen für die spätere Conceptions- und Gestationsfähigkeit nach sich zieht. Wie mir scheint, erklärt sich dies durch die Untersuchungen Dührssen's²⁾, der gezeigt hat, dass durch die Curette die Decidua in der normalen Trennungsschicht, der Alveolarschicht, abgelöst wird.

Es erübrigt noch die Aufzählung weiterer therapeutischer Maassnahmen. Dem Curettement, wie der manuellen Ausräumung des Uterus wurde in der Mehrzahl der Fälle eine intrauterine Carbol-, in wenigen eine Sublimatausspülung nachgeschickt. In 6 Fällen, welche inficirt in Behandlung kamen, wurde nach dem Curettement die Uterushöhle mittels einer mit Watte umwickelten Sonde oder Polypenzange nach dem in Müller's Handbuch von Herrn Hofrath Kehrer (Krankheiten des Wochenbettes) geschilderten Verfahren mit 90%iger Carbolsäure geätzt, worauf das Fieber abfiel und das Wochenbett vom 2. Tage ab normal verlief; in einem 7. ebenso behandelten bereits erwähnten Fall schloss sich ein pelveoperitonitisches Exsudat an. Bei einer weiteren Anzahl von Fällen wurde die Aetzung mit concentrirter Carbolsäure prophylaktisch angewendet,

¹⁾ Schwarz, Zur Behandl. d. Fehlgeb. Samml. klin. Vortr. No. 241.

²⁾ Arch. f. Gyn. Bd. XXXI. H. 2.

¹⁾ Kamen fiebernd in Behandlung.

namentlich wenn von anderer Seite schon Eingriffe erfolgt waren oder die Fälle hinsichtlich der Reinlichkeit bei der vorausgegangenen Behandlung unsicher schienen. Diese Carbolätzungen haben noch den Vortheil, dass sie auf die Uteruscontractionen und eine etwa bestehende Endometritis günstig zurückwirken, welches letzteres nach Veit von dem blossen Curettement nicht gilt. Vom Bestreichen des Uterusinnern mit Eisenchlorid, was früher zuweilen nach dem Curettement vorgenommen wurde, nahm man in letzter Zeit Abstand, wesentlich in Hinsicht auf die Thatsache, dass die dabei entstehenden Eisenalbuminate ein gutes Substrat für Zersetzungs Vorgänge abgeben, und dass wir jetzt in der Einführung von Jodoformgaze nach Dührssen ein besseres und einfacheres Mittel zur Stillung der Blutung haben. Eine stärkere Blutung nach Ausräumung des Uterus wurde in unseren Fällen nicht beobachtet und die Uterustamponade in keinem Falle nothwendig. Die Nachbehandlung im Wochenbett bestand ausser 8tägigem Bettarrest in Scheidenspülungen und Verabreichung von Secale.

Ich möchte also auf Grund obiger Erörterungen das active Verfahren beim unvollständigen Abortus dem expectativen entschieden vorziehen, und zwar soll dasselbe in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten in der manuellen Ausräumung und dem Curettement bestehen. In den späteren Monaten wird man in vielen Fällen mit der manuellen Ausräumung zum Ziel kommen und namentlich die Placenta immer manuell, Reste derselben allenfalls mit der Nachgeburts- oder Polypenzange entfernen; die Curette gleitet, wie von verschiedenen Autoren erwähnt wird und wohl jeder schon selbst erfahren hat, über die Innenfläche der Placenta weg, ohne einen Angriffspunkt zu finden. Oft aber werden wir noch die Curette zu Hülfe nehmen, um zurückgebliebene Deciduareste zu entfernen. Speciell nach Fehlgeburten im IV. Monat hatten wir öfters Gelegenheit, mit der Curette noch ziemlich dicke Deciduamassen auszuräumen und so Dührssen's¹⁾ Angaben zu bestätigen, welcher bei einem Abortus im IV. Monat eine 6 mm dicke Decidua vera durch die Curette entfernte.

Die Anhänger des expectativen Verfahrens mögen bedenken, dass, abgesehen von den vielen Fällen von Subinvolution, Metritis und Endometritis nach Fehlgeburten, sehr oft nachträglich wegen Blutung oder beginnender Fäulniss der zurückgebliebenen Eireste ein Eingreifen nöthig ist und dies dann unter weit ungünstigeren Bedingungen als gleich im Anfang, unter den Erscheinungen der Anämie und Sepsis, geschieht.

Nachtrag: Während der Drucklegung dieser Arbeit wurde noch in weiteren 16 Fällen von Abortus im zweiten bis vierten Monat das Curettement, und in einigen auch die Carbolätzung vorgenommen; die Fälle nahmen sämmtlich einen glatten Verlauf.