Aus der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.

Ueber seltenere Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft infolge innerer Krankheiten.

Von **M. Hofmeier.**

Es ist hier durchaus nicht meine Absicht, in ausführlicher Weise auf das auch für die interne Medizin äußerst wichtige und interessante Kapitel über den Einfluß der Schwangerschaft auf innere Krankheiten und die daraus sich ergebenden geburtshilflichen Indikationen einzugehen. Ich möchte vielmehr nur an der Hand einiger konkreter Fälle und Beobachtungen in unserer Klinik aus der letzten Zeit einen Beitrag zu einigen der seltener vorkommenden bezüglichliche Komplikationen geben. Denn bevor wir nicht den inneren Zusammenhang und die wahre Ursache der Beeinflussung gewisser interner Erkrankungen durch die Schwangerschaft klarer durchschauen, sind wir eben einfach auf die Erfahrungstatsachen angewiesen, um die schwerwiegende Frage zur Entscheidung zu bringen, wie weit etwa eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft den Verlauf der Krankheit günstig beeinflussen kann. Können wir uns auch bei einigen der in Betracht kommenden pathologischen Zustände wohl gewisse theoretische Vorstellungen darüber machen, worin der eventuell schädigende Einfluß der Schwangerschaft oder der günstige ihrer Unterbrechung liegen kann, so fehlt uns bei anderen doch vorläufig jedes Verständnis hierfür. Man ist ja heute sehr geneigt, für alle diese Dinge gewisse toxische Einflüsse verantwortlich zu machen, die von der Schwangerschaft an sich oder dem Schwangerschaftsprodukt ausgehen sollen. Nur darf man nicht vergessen, daß Beweise irgend welcher Art hierfür bis jetzt nicht vorliegen.

Im Prinzip wird es natürlich bei der Entscheidung der praktischen Frage zunächst immer unsere Aufgabe sein, zu versuchen, eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft soweit hinauszuschieben, bis das zu erwartende Kind lebensfähig ist. Da dies aber leider im Interesse der Mutter nicht immer zu verantworten ist, müssen wir uns auch gelegentlich zum künstlichen Abort entschließen: ein Entschluß, der übrigens nach meiner Erfahrung dem Geburtshelfer meistens verantwortlicher erscheint und schwerer fällt als dem internen Mediziner.

Ich beginne mit der Besprechung einiger Fälle von chronischer Nephritis. Obgleich bei dieser Form der Nierenkrankung die Gefahr der Eklampsie relativ gering ist, so ist die Berechtigung zur Unterbrechung der Schwangerschaft, unter Umständen auch schon in früheren Monaten, unzweifelhaft gegeben durch die gelegentlich außerordentlich schweren Störungen des Allgemeinbefindens. Sie ist um so sicherer gegeben, da bei diesen schweren Störungen etwa 60 % der Kinder doch intrauterin absterben und zugrunde gehen. Gerade das Auftreten dieser schweren und schwersten Zirkulationsstörungen schon in frühen Monaten und ihre Andauer auch nach dem intra-

uterinen Absterben des Kindes und der ganz überraschend günstige Einfluß der Unterbrechung der Schwangerschaft auf das Allgemeinbefinden beweisen nach meiner Ansicht überzeugend, daß es sich hierbei weder um einfach mechanische Beeinflussungen der Organe durch den wachsenden Uterus, noch um chemische oder toxische Einflüsse aus dem fötalen Stoffwechsel handeln kann, da dieser letztere bei den in Frage kommenden Schwangerschaftszeiten doch kaum eine Rolle spielen könnte. Ich führe einige Beobachtungen kurz an, die erstens den außerordentlich verschlimmernden Einfluß der Schwangerschaft und zweitens den äußerst eklatanten Erfolg ihrer künstlichen Beendigung erweisen.

Fall 1. Frau Sch., 43 Jahre alt, I-para (19. Juli 1903); letzte Menstruation angeblich 15. Dezember, also Ende des siebenten Schwangerschaftsmonats; seit Ende Mai starkes, zunehmendes Oedem sämtlicher Extremitäten, seit drei Wochen zunehmende Dyspnoe, vor drei Tagen zu Hause eklamptische Anfälle mit Bewußtlosigkeit und starker Cyanose. Transport der Kranken in die Anstalt von ziemlich weit her und unter den äußersten Schwierigkeiten. Eine sehr große, robuste Frau, sehr bedeutende Oedeme an allen Extremitäten, der Vulva, der Bauchwand; Ascites, pleuritische Ergüsse; Patientin ist so dyspnoisch, daß sie nur in sitzender Stellung schlafen kann; Respiration 30, Urinmenge 300 g, spezifisches Gewicht 1028, Eiweiß etwa 25‰; reichlich gekörnte Zylinder und verfettete Epithelien. Bei entsprechender Behandlung — Digitalis, Kampher, Milchdiät, Wildunger — besserte sich in den nächsten Tagen der Zustand insofern, als die Urinmenge auf 1500—2000 g stieg, das spezifische Gewicht auf 1013—100 g, der Eiweißgehalt auf 2—3‰ herunter ging und der dyspnoische Zustand erlaubte, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt vorzunehmen, die wegen der Oedeme der Vulva und der straffen Gewebe der 43jährigen I para ganz besonders schwierig war. Laminaria, Metreuryse führten nach zwei Tagen zur spontanen Geburt eines etwas mazerierten Kindes. Die Oedeme der Extremitäten verschwanden nun sehr schnell, der Ascites erst im Laufe der nächsten drei Wochen, die cerebralen Symptome (Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen) gingen recht langsam zurück, ja es kam sogar wiederholt zu kleinen urämischen Anfällen. Der Gesamtzustand besserte sich aber allmählich doch so, daß am 2. September 1903 die Patientin gesund entlassen werden konnte mit noch etwa 1/4‰ Eiweiß.

Zwei Jahre nachher stellt sich die Patientin uns gelegentlich in scheinbar blühendem Zustand wieder vor und teilt mir jetzt (III. 1906) mit, daß sogar die Nieren vollkommen wieder gesund sein sollen. Anstrengende körperliche Arbeit kann sie aber nicht verrichten, ohne leicht zu ermüden, und bedarf „kräftiger Ernährung und eines guten Rotweins.“

Fall 2. 17. November 1904. A. K., 28 Jahre alt; II-para. Eine normale Geburt am 20. September 1903; jetzt gravida mens. VII; während der ersten Schwangerschaft viel Herzklopfen, Kopfschmerzen, Blutandrang zum Kopf; jetzige Schwangerschaft soll bis vor sechs Wochen normal gewesen sein, dann angeblich „Rheumatismus“, Eiweiß im Urin; seit 14 Tagen kann Patientin nicht mehr gut sehen, seit drei Tagen heftige Kopfschmerzen und Erbrechen, Urin gering und trüb; am Anfang der Schwangerschaft geschwollene Füße.

Status: Geringe Oedeme an den Füßen, Gesicht etwas gedunsen, handbreiter Ascites; Patientin klagt über starken Kopfschmerz, sehr unruhig, kann niemand erkennen, hat angeblich seit 24 Stunden keinen Urin gelassen. In der Blase nur wenige Kubikzentimeter eines trüben, dunklen Urins, der beim Kochen sofort erstarrt; mikroskopisch: zahlreiche Nierenepithelien, granulierte, hyaline und epitheliale Zylinder, spärliche rote Blutkörperchen.

Trotz sofort eingeleiteter, energischer Diät in den nächsten 24 Stunden nur 10 cm dunklen Urins; Status eher verschlechtert, mehrmaliges Erbrechen. Entleerung des Uterus so schnell und schonend wie möglich durch die Hysterotomia anterior, die auch sehr schnell zum Ziel führte und ein bereits abgestorbenes, leicht mazeriertes Kind zutage förderte. Schon in den ersten 24 Stunden stieg die Urinmenge auf 300 ccm; spezifisches Gewicht 1005 g, Eiweiß 3‰; Kopfschmerz läßt sehr schnell nach. Schon am zweiten Tage besserte sich das Sehvermögen, die Urinmenge stieg schnell auf 2000 g; nach 14 Tagen subjektives Wohlbefinden, nach vier Wochen konnte Patientin mit völlig verheilter Narbe, in gutem Wohlbefinden entlassen werden; der Urin enthielt noch 1‰ Eiweiß und granulierte sowie epitheliale Zylinder.

Die Patientin ist allerdings schon 4—5 Monate später unter den Erscheinungen der Nephritis gestorben. Bei der Sektion fand sich die Diagnose der chronischen Nephritis mit Herzhypertrophie durchaus bestätigt.

Fall 3. 13. Februar 1903. M. J., 26 Jahre alt; I-para; mittelgroße, kräftige Person; soll vor einem Jahr an einer Nierenentzündung und Wassersucht erkrankt gewesen sein. Letzte Menstruation Oktober 1902.

Urinmenge 300, spezifisches Gewicht 1022, Eiweiß 3—4‰, spärliche Zylinder. Starke Oedeme der ganzen unteren Extremitäten, Ascites und Hydrothorax nicht nachzuweisen. Wegen der Aussichtslosigkeit, bei den schon jetzt bestehenden groben Störungen das Ende der Schwangerschaft zu erreichen, Einleitung des künstlichen Aborts durch Tamponade der Cervix mit Glyzeringaze und Metreuryse; nach zwei Tagen spontane Geburt eines lebenden, 200 g schweren und 16 cm langen Foetus.

Trotzdem die Urinmenge jetzt schnell bis 1500—2000 g stieg und vorübergehend das spezifische Gewicht auf 1004 sank, blieb die Eiweißmenge die gleiche, 3—4‰, auch das spezifische Gewicht stieg wieder auf 1020, während von neuem Oedeme an den großen Labien, am Schamberg, im Gesicht sich neben einem starken Ascites ausbildeten. Die Kranke wurde auf ihren Wunsch nach zehn Tagen in die Heimat entlassen.

Patientin stellt sich auf unsere Veranlassung jetzt (März 1906) wieder vor; sie gibt an, seit eineinhalb Jahren ganz amenorrhöisch zu sein und noch eineinhalb Jahre nach der Entbindung einen dicken Leib gehabt zu haben (Ascites?), sie sieht anämisch, gelblich aus, an beiden Beinen bis über die Kniee starke Oedeme, Urin spärlich, enthält 7‰ Eiweiß, zahlreiche granulierte Zylinder und Nierenepithelien; Patientin kann nur leichte Hausarbeit verrichten.

In den beiden ersten Fällen war also der verschlimmernde Einfluß der Schwangerschaft ein solcher gewesen, daß die Patientinnen in einem fast hoffnungslos erscheinenden Zustand schon in die Klinik kamen, in einem Zustand, der auch fast jedes geburtshilflich-operative Eingreifen aufs äußerste erschwerte. In beiden Fällen dauerte die Verschlimmerung des Gesamtbefindens an, trotzdem die Kinder bereits intrauterin abgestorben waren, während gewöhnlich angenommen wird, daß mit dem Fruchttode die schlimmen Erscheinungen zurückgehen. Daß unter solchen Umständen die Entleerung des Uterus so schnell und so schonend wie möglich vorzunehmen ist, lehrte der fast augenblickliche Erfolg in den beiden ersten Fällen. Welcher Weg zu diesem Zweck zu wählen ist, soll hier nicht weiter erörtert werden. Es wird dies von den subjektiven Verhältnissen des einzelnen Falles wesentlich mit abhängen. In dem zweiten Fall führte uns die Dührssensche Methode der Hysterotomia anterior sehr schnell zum Ziele. Aber die Schwierigkeiten aller operativen Eingriffe bei so vorgeschrittenen Krankheitszuständen geben uns einen strikten Hinweis in der Richtung, daß man es eben nicht so weit kommen lassen soll, bevor man sich zu einem Eingriff entschließt. Warum der Erfolg in dem dritten Fall gegen unsere Erwartung so unvollkommen war, ist schwer zu erklären. Vielleicht war die Degeneration in den Nieren doch schon zu weit vorgeschritten oder die kompensatorische Herztätigkeit ungenügend, wofür ja auch das bereits sehr frühzeitige Auftreten der schweren Symptome spricht.

Vor sehr schwierige Entscheidungen kann man als Geburtshelfer gelegentlich durch die Komplikation von Schwangerschaft mit Herzfehler gestellt werden. Daß bei kompensiertem Herzfehler die Schwangerschaften meistens ungestört verlaufen, ist zwar ebenso zutreffend wie der Umstand, daß bei un kompensiertem Fehler die Einleitung der Frühgeburt die Gefahr für die Frauen nicht viel verringert. Denn diese Gefahr besteht hauptsächlich in den gesteigerten Ansprüchen an das Herz durch alles, was mit dem Geburtsakt zusammenhängt, und in den plötzlichen Druckschwankungen, welche mit der schnellen Entleerung des Uterus zusammenhängen. Es wird also immer Sache des Einzelfalles hierbei sein, zu überlegen, wie man durch geeignete Leitung der Entbindung diese Gefahr am besten beseitigt oder wenigstens verringert. Wir waren vor einiger Zeit vor eine, durch die begleitenden Komplikationen besonders schwierige Aufgabe dieser Art gestellt, welche infolgedessen auch eine ungewöhnliche Lösung gefunden hat.

24. Oktober 1904. Fr. W., 32 Jahre alt, I-para; gravida Ende des zehnten Monats; vor sieben Jahren und vor drei Jahren Gelenkrheumatismus; gibt später an, bereits zu Hause leichte dyspnoische Anfälle gehabt zu haben. Einfach plattes Becken mit Conj. diag. 9 1/4—9 3/4; Uterus arcuatus, Querlage; wiederholte, beunruhigende An-

fälle von Dyspnoe und Cyanose mit Herzklopfen. Am Herzen starkes, diastolisches Geräusch; Oedem an den Füßen und großen Labien. Bei geeigneter Behandlung (Digitalis, Bettruhe etc.) besserte sich der Zustand subjektiv, um sich sofort wieder zu verschlechtern, so wie die Patientin aufstand.

3. Dezember 1904. Sectio caesarea mit Amputation des Uterus, Ovarien bleiben zurück. Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes. Rekonvaleszenz ungestört; Patientin stellt sich am 7. März 1906 wieder vor; sie fühlt sich vollkommen wohl, nur bei schwerer Arbeit Herzklopfen und Dyspnoe. Der Befund am Herzen ist unverändert.

Die Lösung der Entbindungsfrage in diesem Falle durch die Ausführung des Kaiserschnittes nach Porro ist gewiß eine ungewöhnliche. Aber nach längerer Ueberlegung schien mir in der Tat dieser zuerst zurückgewiesene Gedanke für Mutter und Kind schließlich die relativ günstigste Aussicht zu bieten. Querlage bei älteren Erstgebärenden mit engen Genitalien bei Uterus bicornis stellt an sich schon eine äußerst ungünstige Komplikation dar. Die weitere Erschwerung durch die beträchtliche Beckenverengung schien mir bei den schon mehrfach aufgetretenen bedrohlichen Anfällen von Kompensationsstörung eine so üble Prognose für eine Geburt auf natürlichem Wege zu bieten, daß ein schnell und mit Entfernung des Uterus ausgeführter Kaiserschnitt kaum größere Gefahren zu involvieren schien, bei gleichzeitig sicherem Erfolg für das Kind. Den Uterus habe ich in diesem Falle mitgenommen, um eine wiederholte Schwangerschaft zu verhüten und zugleich das Wochenbett möglichst zu vereinfachen. Der beabsichtigte Erfolg für Mutter und Kind wurde so auch vollkommen erreicht.

Daß Diabetes mellitus bei Schwangeren nicht selten sei, heißt es zwar noch in der neuesten Auflage des Lehrbuchs von Olshausen-Veit. Dies ist aber doch kaum zu treffend, wie uns ein Blick in die einschlägige Literatur lehrt. Denn man kann ganze Jahrgänge der Frommelschen Jahresberichte oder des Zentralblattes für Gynäkologie durchblättern, ohne nur das Wort „Diabetes“ zu finden, und die etwaigen Mitteilungen beziehen sich fast immer nur auf einzelne Beobachtungen.

Die einzigen, auf ein etwas umfassenderes Beobachtungsmaterial sich stützenden Abhandlungen der letzten 20 Jahre von Lecorché¹⁾ und von Patridge²⁾ enthalten auch im wesentlichen nur Zusammenstellungen aus der Literatur unter Hinzufügung einzelner eigener Beobachtungen. Auch die ausführliche Abhandlung von Kleinwaechter³⁾ enthält trotz reichlichem anderweitigen Material nur eine einschlägige Beobachtung,⁴⁾ ebenso die ausführlichere Arbeit von M. Graefe.⁵⁾

In dem großen Handbuch der Geburtshilfe von Winckel fehlt überhaupt Diabetes als Komplikation von Schwangerschaft und Geburt.

Dieses seltene Vorkommen erklärt sich aber auch wohl ungezwungen dadurch, daß zunächst Diabetes beim weiblichen Geschlecht überhaupt seltener vorkommt als beim männlichen (1:3) und dann meist in den späteren Lebensjahren. Außerdem aber führt Diabetes ähnlich wie andere konstitutionelle Erkrankungen zuweilen zu einer ausgesprochenen Atrophie der weiblichen Genitalien, worauf ich schon vor vielen Jahren (Berliner klinische Wochenschrift 1883, No. 42) aufmerksam machte: eine Beobachtung, welche seitdem wiederholt bestätigt wurde (s. Lesse, Graefe u. a.). Alles dies erklärt die Seltenheit der Komplikation. Alle Autoren stimmen nun darin überein, daß das Zusammentreffen von Diabetes mit Schwangerschaft ein sehr unheilvolles ist, vielleicht mit aus dem Grunde, weil der bei jugendlicheren Individuen auftretende Diabetes überhaupt die ausgesprochen schwere Form zu zeigen pflegt. Besonders, wie es scheint, trifft dies zu in den Fällen, in welchen die Krankheit tatsächlich erst während der Schwangerschaft zum Ausbruch kam, d. h. wo nicht bereits vorher diabetische Frauen schwanger wurden. Ein großer Teil der Frauen und ein großer Teil der Kinder (von letzteren etwa die Hälfte) gehen während der Schwangerschaft und Ge-

burt zugrunde, sodaß durch diese Erfahrungen entschieden der Entschluß, die Schwangerschaft frühzeitig zu unterbrechen, durchaus nahe gelegt wird. Denn da eben ein so großer Teil dieser Kinder doch verloren ist und der Zustand der Schwangerschaft den Diabetes jedenfalls ungünstig beeinflusst, wenn nicht gar hervorruft, so wird, besonders in frühen Monaten, die Entscheidung nicht schwer fallen können. Ein Teil der Autoren spricht sich auch direkt dafür aus, da eben nach Beendigung der Schwangerschaft nicht selten ein ausgesprochener Rückgang der Erscheinungen festzustellen war und ein großer Teil der Kinder ebenso wie bei der Nephritis infolge von vorzeitigem Absterben oder Frühgeburt doch verloren ist. Andere Autoren (z. B. Kleinwaechter) sind allerdings entgegengesetzter Ansicht, indem sie bei der völligen Ungewißheit des Erfolges, bei der Möglichkeit, daß doch die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen kann und bei der eventuellen Gefahr aller operativer Eingriffe bei diabetischen Personen durchaus zu einer abwartenden Behandlung oder nur dann zu einem Eingriff raten, wenn besondere Komplikationen vorliegen. Es wird wohl auch kaum möglich sein, allgemein gültige Regeln aufzustellen, sondern es muß wesentlich von den Verhältnissen des Einzelfalles, der Schwere der Erscheinungen und der Zeit der Schwangerschaft abhängen, was man am besten tun soll. Die Gefahr des Eingriffes als solchen wird bei streng aseptischer Durchführung, ohne Narkose heute kaum eine erhebliche Kontraindikation abgeben dürfen. Im Prinzip aber sollte daran festgehalten werden, die Unterbrechung der Schwangerschaft auch in früher Zeit, eventuell nicht zu lange hinauszuschieben. Wir hatten kürzlich Gelegenheit, eine solche Entscheidung in folgendem Falle zu treffen:

26. Februar 1906. Frau Kl., 33 Jahre alt, VI-para; alle früheren Geburten im wesentlichen normal und spontan, die letzte 1. Juli 1905, danach wegen Thrombophlebitis acht Wochen bettlägerig; letzte Menstruation am 1. September; seit fünf Monaten quälender Durst, Abmagerung etc., seit zwei Monaten wegen Diabetes in ärztlicher Behandlung. Patientin abgemagert, elend, stark dyspnoisch. Urinmenge 1½–2½ Liter, spezifisches Gewicht 1025–1028, Zuckergehalt 3½%, kein Aceton.

Nachdem sich während einiger Tage der Beobachtung trotz entsprechender Behandlung der Zustand nicht nur nicht besserte, sondern bedrohlich zu verschlimmern schien, Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Metreuryse, dann Entleerung von 2–3 Liter Fruchtwasser von grünlich strohgelber Farbe; spezifisches Gewicht 1008–1009, das Fruchtwasser enthielt nach der im hiesigen chemischen Institut (Prof. Medicus) ausgeführten Analyse 0,165% Traubenzucker (Dextrose). Geburt erfolgte schnell und ohne Zwischenfall, Kind fristtot, dem 7. Monat entsprechend. Trotz aller angewendeten Mittel verschlechterte sich das Befinden der Patientin aber andauernd, und vier Tage nachher ging sie im Coma zugrunde. Der Urinbefund blieb ziemlich der gleiche (3½% Zucker), Aceton wurde nicht gefunden.

Der Verlauf des Falles scheint ja auf den ersten Blick denjenigen recht zu geben, welche die Unterbrechung der Schwangerschaft als zwecklos verwerfen. Denn im Gegensatz zu der sofort sichtbaren Einwirkung bei der Nephritis schritt hier der Krankheitsprozeß unentwegt fort, auch nach der Entleerung des Uterus. Aber ich möchte doch glauben, daß diese Deutung nicht richtig ist und daß man nur den Schluß daraus ziehen sollte: nicht zu lange zu warten. Die ersten Erscheinungen der Erkrankung sind hier jedenfalls schon sehr früh in der Schwangerschaft aufgetreten und haben sich sehr schnell gesteigert. Die Aussichten, unter diesen Umständen ein lebendes Kind zu erzielen, sind ganz gewiß äußerst gering. Die meistens wie auch in diesem Falle mit starkem Hydramnios verbundene Schwangerschaft steigert unter allen Umständen die Beschwerden der schon ohnedies leidenden Frau und schadet wahrscheinlich dauernd. Demgemäß ist meiner Meinung nach das einzig Rationelle: möglichst schnelle und möglichst schonende Entleerung des Uterus. Sie kann nur nützlich sein und darf nicht schaden.

„Bei Myelitis und Schwangerschaft darf in keinem Fall ein kausaler Zusammenhang mit Sicherheit angenommen werden“, sagt Meyer-Ruegg in dem betreffenden, von ihm bearbeiteten Kapitel in dem II. Bande, Teil III des Winckelschen

1) Annales de Gynec. 1886. — 2) Revue internationale de medecine et de Chir. 1896. — 3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 38. — 4) S. a. den ausführlichen Sammelbericht über Diabetes von Lesse. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 15. — 5) Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde etc. Halle 1897.

Handbuches. Und tatsächlich ist es ja auch sehr schwierig, sich ein klares Bild darüber zu machen, in welcher Weise die Schwangerschaft die Myelitis beeinflussen sollte. Ganz so einfach liegen nun aber doch die Verhältnisse nicht. Wenn man in der vortrefflichen Monographie von Hoesslin: „Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter“, Berlin, Hirschwald 1905, die einschlägige, mit großer Sorgfalt gesammelte Literatur durchsieht, so kann man sich dem Eindruck doch nicht verschließen, daß die Schwangerschaft zu gewissen Rückenmarkserkrankungen zum Teil in einem kausalen, zum Teil jedenfalls in dem Verhältnis eines verschlimmernden Faktors steht.

Ich war im Laufe des letzten Sommers, d. h. vor dem Erscheinen des Hoesslinschen Buches ebenfalls vor die Frage gestellt, bei einer jungen Person mit ausgesprochener Myelitis, die sich auf der innern Abteilung des Juliusspitals befand, den künstlichen Abort einzuleiten.

4. Juli 1905. M. J., 21 Jahre alt; I-para. Letzte Menstruation am 15. März 1905; Patientin, bisher stets gesund, bemerkt die ersten Erscheinungen ihrer Erkrankung seit Ende Mai; Aufnahme im Juliusspital Diagnose: Myelitis ascendens.

Von hier wurde sie uns Anfang Juni zugeschickt zur Beurteilung der Frage, ob die Schwangerschaft zu unterbrechen sei. Ich konnte mich damals nicht dazu entschließen, da ich mir keinen Erfolg hiervon glaubte versprechen zu können, und riet, den Erfolg der eingeleiteten Behandlung zunächst einmal abzuwarten. Die Lähmungserscheinungen schritten aber unaufhaltsam vor, sodaß nicht nur die Beine völlig gelähmt wurden, sondern auch der linke Arm. Dabei völlige Inkontinenz der Blase und des Mastdarms; großer, gangränöser Decubitus auf dem Kreuzbein. Dabei bestand hohes Fieber und traten Anfälle von Atemnot auf. Bei der rapide fortschreitenden Verschlimmerung war klar, daß mit der Unterbrechung der Schwangerschaft keinesfalls etwas verloren war. Die aseptische Durchführung des künstlichen Abortes war allerdings jetzt sehr erschwert, gelang aber mit Laminaria, Metreuryse, manueller Placentarlösung ohne Zwischenfall. Der 25 cm lange Foetus machte einige Minuten hindurch Atembewegungen.

Am 12. Tage wurde Patientin ins Juliusspital wieder überführt, wo der vorher andauernd sich verschlechternde Zustand sich nun andauernd soweit besserte, daß sie fieberfrei wurde, Arme und Beine nicht nur wieder bewegen, sondern voll gebrauchen konnte. Auch der kolossal groß gewordene Decubitus heilte zum großen Teil aus, Stuhl und Urin konnten wieder gehalten werden, die Sensibilität an den Extremitäten wurde wieder normal.

Im Oktober bildeten sich aber dann neue dekubitale Geschwüre über den Trochantern und an den Fersen, Patientin fieberte von neuem und magerte hochgradig ab und starb vier Monate nach Unterbrechung der Schwangerschaft, zum Teil wohl infolge einer septischen Infektion von den gangränösen dekubitalen Geschwüren aus.

Wenn also auch schließlich in diesem Fall der schlimme Ausgang nicht hat verhindert werden können, so war der günstige Einfluß der Unterbrechung der Schwangerschaft doch ganz eklatant und offensichtlich, und ich habe es sehr bereut, mich nicht schon vier Wochen vorher dazu entschlossen zu haben. Vielleicht wäre es dann garnicht zur Bildung dieses schweren Decubitus gekommen, der den ganzen Zustand später so übel beeinflusste. Jedenfalls wird man den Gedanken eines gewissen Zusammenhanges zwischen der Gravidität und der Myelitis nicht mehr vollkommen abweisen können und dementsprechend handeln müssen.

Vor die schwierigste Entscheidung kann man als Geburtshelfer dann gestellt werden, wenn es sich bei einer Schwangerschaftspsychose um die Abwägung der Frage handelt, ob mit Rücksicht auf die Psychose die Schwangerschaft zu unterbrechen ist oder nicht. Die Entscheidung ist deswegen schwierig, weil die Grenze zwischen der normalen und anormalen psychischen Funktion bei schwangeren Frauen an sich schon oft verwischt und labil ist. Die Schwangerschaftspsychosen äußern sich nach Siemerling¹⁾ am häufigsten in der Form der Melancholie, in schlimmeren Fällen mit Selbstmordgedanken. Wenn diese Zustände auch wohl meist auf einem vorher bereits dafür disponierten Boden entstehen und wenn auch die Prognose aller dieser im Anschluß an die

Generationsperiode auftretenden psychischen Störungen nicht schlecht ist (nach Siemerling 58% geheilt, resp. gebessert, 24% ungeheilt, 16% gestorben), so ist es doch im einzelnen Fall sehr schwer, zu entscheiden, wie sich eben der Verlauf gestalten wird. Besonders bedenklich könnten wohl in dieser Beziehung die Fälle von rezidivierender Psychose erscheinen, welche nach Siemerling allerdings selten sind. Aber gerade solche Beobachtungen geben uns doch wieder einen bestimmten Fingerzeig in der Richtung, wie ungünstig eben durch die Schwangerschaft der labile Gesundheitszustand derartig disponierter Frauen beeinflusst wird. Daß wir hieraus gelegentlich die Berechtigung entnehmen können, die Schwangerschaft künstlich zu unterbrechen, wird gewiß zugegeben werden müssen, wenn der selbstverständlich sehr dringlich zu gebende Rat, neue Schwangerschaften zu vermeiden, doch nicht befolgt wird. Siemerling, Jolly, Winkel¹⁾ u. a. stimmen hierin überein, wenn auch letzterer den sehr beherzigenswerten Rat gibt, sich hierzu nur nach vorheriger Beratung mit mehreren Kollegen, am besten natürlich mit einem Psychiater von Fach, zu entschließen. Ich war vor einigen Jahren in der Lage, bei einer Dame aus bester Familie, bei welcher jedenfalls äußere Sorgen ebenso wenig wie der Wunsch nach Beseitigung der Schwangerschaft an sich eine Rolle spielen konnten, diese Frage zu entscheiden.

17. Januar 1897. Fr. v. St. 29 Jahre alt; III-para; letzte Geburt vor 2½ Jahren; Kinder normal und gesund; Menstruation stark und etwas unregelmäßig, zuletzt 5. Oktober; Patientin ist hereditär schwer belastet, zwei Onkel und eine Tante von ihr sind geisteskrank; die Mutter „hysterisch“. Von Jugend auf scheu und zurückgezogen, glaubt sie sich überall im Wege, ihren Kindern eine schlechte Mutter zu sein. Auch ist sie sehr vergeßlich und hat nach jeder Entbindung an geistiger Spannkraft verloren. Besonders nach der letzten, 2½ Jahre zurückliegenden Schwangerschaft, nach welcher sie längere Zeit hindurch viel Blut verlor, war sie zeitweise tief melancholisch. Der Zustand verschlimmerte sich vor 1½ Jahren erheblich, als sie infolge des verzögerten Eintritts der Periode an eine neue Schwangerschaft glaubte. Seit dem Eintritt der jetzigen Schwangerschaft ist der Zustand wieder wesentlich verschlimmert: Patientin ist schlaflos, wird andauernd von trüben Gedanken und der Furcht einer völligen psychischen Erkrankung gequält. Nach vorherigem Einvernehmen mit den beiden früher behandelnden Ärzten leitete ich darauf den künstlichen Abortus ein, wobei ich dem Ehemann erklärte, daß ich mich hierzu schwerlich noch einmal wieder bereit finden lassen würde und daß eben neue Schwangerschaften durchaus vermieden werden müßten.

Wie ich jetzt aus einer freundlichen Mitteilung des betreffenden Hausarztes ersehe, hat die Patientin später ihr psychisches Gleichgewicht vollkommen wiedergewonnen, und bemerkenswerterweise sind bei einer später doch wieder eingetretenen Schwangerschaft die psychischen Depressionszustände nicht wiedergekehrt: ein Beweis dafür, daß es eben durchaus nicht die Furcht vor den Beschwerden der Schwangerschaft an sich war, was ihren psychischen Zustand früher so ungünstig beeinflusst hatte.

1) Graviditäts- und Puerperalpsychose. Deutsche Klinik Bd. VI.

1) Handbuch. Bd. II.