

# Zur Therapie des Abortus febrilis

Von Werner Lüttge.

Aus der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt und Frauenklinik  
Bamberg. Direktor: Prof. Dr. W. Lüttge.

Vortrag, gehalten in der Physikalisch-medizinischen Sozietät zu Erlangen  
am 20. Januar 1942.

Die Behandlung der fieberhaften Fehlgeburt neigt sich fast ausschließlich der konservativen-exspektativen Richtung zu: Die führenden Lehrbücher raten weitgehendst zu konservativem Vorgehen. Benthin<sup>1)</sup> spricht von „dem glücklicherweise überwundenen aktiven Standpunkt“. Rupp<sup>2)</sup> stellt fest, daß „die Behandlung der fieberhaften Fehlgeburt sich in Deutschland immer mehr in einer Linie bewege: soweit keine Indikation zur sofortigen Ausräumung besteht, wird abgewartet“.

Dennoch darf die Diskussion über den febrilen Abort so lange nicht zur Ruhe kommen, als wir diese geradezu katastrophalen Ergebnisse haben: Dreiviertel Millionen Fehlgeburten haben wir nach Haselhorst<sup>3)</sup> jährlich in Deutschland. Nach Heynemann<sup>4)</sup> ist „der infizierte, kriminelle Abort in den Frauenkliniken größerer Städte längst zur häufigsten Todesursache geworden“. Nach seiner Schätzung sind wohl sicher 10% der Aborte als fieberhaft anzunehmen. Nach Stöckel<sup>5)</sup> war an der Kieler Klinik das Verhältnis von febrilen zu afebrilen Aborten früher sogar 52 : 48, jetzt 32 : 68. Die Mortalität beträgt nach

---

1) Benthin, W., Therapie der Frauenkrankheiten. 1934, Urban Schwarzenberg.

2) Rupp, H., Die Behandlung der fieberhaften Fehlgeburt. 1938, ref. Ztrbl. f. Gyn., 1939 Nr. 23.

3) Haselhorst, Die Behandlung des Abortes in Klinik und Praxis. Med. Welt 1938 Nr. 21.

4) Heynemann, Th., Fehlgeburt und Frühgeburt. Im Handbuch Halban Seitz. Urban Schwarzenberg, 1927, VII 1.

5) Stöckel, W., Lehrbuch der Geburtshilfe. Fischer, Jena 1941.

Dietrich<sup>6)</sup> 4%, nach v. Jaschke<sup>7)</sup> 4—5%, nach Benthin<sup>8)</sup> sogar 9—10%. 54% sollen zur dauernden Sterilität führen<sup>9)</sup>. Benthin<sup>10)</sup> schreibt: „Etwa ein Drittel der mit Aborterscheinungen eingewiesenen Frauen waren fieberhaft erkrankt. Ein Viertel, genau 24%, wiesen mehr oder minder gefahrvolle Komplikationen auf . . . Von den mit parauterinen Infektionsprozessen komplizierten Fällen gingen sogar ein Drittel zugrunde. Lediglich 31% der Genesenden konnten arbeitsfähig entlassen werden. Dabei ist dieses schauerliche Ergebnis beim Vergleich mit Resultaten anderer noch günstig zu nennen. Betrug doch die Mortalität bei komplizierten Fällen der Sammelstatistik von Winter sogar 47,5%!“

Gibt es irgendein Krankheitsbild — außer malignen Geschwülsten —, was nur annähernd solche unglaublich schlechten Resultate hat?

Die exspektative Einstellung in der Abortbehandlung kann doch wohl nur ein Notbehelf sein; sie widerstrebt unserem ganzen medizinischen Empfinden. Niemals wieder gibt es Situationen, wo wir als Arzt mit gebundenen Händen dabeistehen und zulassen, daß tagtäglich der Organismus von Keimen überschwemmt wird, obgleich wir den Ausgangspunkt der Infektion kennen. Es ist bekannt, daß gerade das abgestorbene Plazentagewebe einen ganz besonders guten Keimboden für die Bakterien abgibt. Als Fundamentalsatz gilt in der Medizin das jahrtausendalte Wort: *ubi pus ibi evacua!* Und in der Abortbehandlung glauben wir, uns über dies Axiom hinwegsetzen zu dürfen? Bei dem Material der Hallenser Universitäts-Frauenklinik wurde von meinem Lehrer Sellheim dem Vorschlag Winters folgend prinzipiell die exspektative-konservative Behandlungsmethode eingeschlagen: ganze Säle der septischen Station lagen wochen- und monatelang mit fieberhaften Patientinnen, welche fast zum Skelett abmagerten. Und wenn sie schließlich mit dem Leben

---

6) Dietrich, cit. nach Heynemann l. c.

7) v. Jaschke, Rud., Lehrbuch der Geburtshilfe. Springer Verlag 1935.

8) Benthin, cit. nach Heynemann l. c.

9) Vgl. Gaethgens, Aktive oder konservative Behandlung der fieberhaften Fehlgeburt? Med. Welt 1938 Nr. 14.

10) Benthin, W., „Ergebnisse und Richtlinien der Therapie des fieberhaften Abortes. Med. Klinik 1941 Nr. 6.

davongekommen und abgefiibert waren, dann wurde nach einigen Tagen ausgeräumt mit dem Effekt, daß die Temperaturzacken wieder hinaufschnellten. Als dann Sellheim nach Leipzig kam, wurde die exspektative-konservative Behandlungsmethode wieder aufgegeben: die Aborte wurden aktiv ausgeräumt. In der Geburtshilfe kennt man die Gefahren der Placentarretention, man weiß, daß Placentarreste so schnell als möglich entfernt werden müssen, soll es nicht zu Blutungen oder schweren septischen Infektionen kommen. Und in der Abortbehandlung glaubt man, sich abwartend verhalten zu dürfen? Bei Fieber unter der Geburt sind wir an der schnellen Geburtsbeendigung interessiert. Und beim Abort soll das Gegenteil richtig sein? Beginnende Temperaturen sind ein Zeichen, daß schon viel kostbare Zeit verloren, daß es aber meistens noch nicht zu spät zum Handeln.

Lassen wir den Streit, ob exspektativ oder aktiv, letzten Endes einen Streit um Worte, denn auch beim exspektativen Vorgehen muß eines Tages — sofern es inzwischen nicht zu spät geworden — aktiv ausgeräumt werden. Je später aber der Abort ausgeräumt wird, um so fester sitzen die Placentarreste dem Uterus auf und können oft nur digital vollständig entfernt werden. Wenn man glaubt, daß der Körper während des langen Siechtums Gelegenheit hatte, genügend Abwehrkräfte zu sammeln, so ist das durch Tatsachen nicht belegt. Der Organismus ist inzwischen im Gegenteil tage-, wochen- oder sogar monatelang den Bakterien und Toxinen ausgesetzt und infolgedessen schwer geschädigt. Die aktive Ausräumung bleibt nicht erspart.

Je früher wir ausräumen, um so widerstandsfähiger ist der Organismus, je leichter die Technik.

Bei Durchsicht der Literatur sucht man vergeblich nach dem Faktor „Zeit“, nach der Notwendigkeit der Beschleunigung. Auch die Anhänger der aktiven Therapie beobachten 1—2 Tage vor Stellung der Indikation, um eine entzündliche Komponente der Adnexe als Gegenindikation der Ausräumung nicht zu übersehen<sup>11)</sup>. Durch dieses Abwarten geht aber kostbare Zeit gerade im kritischen Stadium abermals verloren. Der

---

11) Vgl. Heynemann l. c., S. 629 und 630, ferner Haselhorst l. c.

Faktor „Zeit“ spielt in der Medizin eine große Rolle. Das wissen wir aus der Geburtshilfe, wie bald protrahierte Geburten fieberhaft werden und infolgedessen zur Beendigung drängen. Die Schnelligkeit der Keimaszendenz kennen wir weiterhin bei den Fällen, wo bei längerem Blasensprung der Kaiserschnitt unmöglich wird. Jeder Laie weiß, daß bei Blinddarmentzündung Eile geboten ist. Daß bei der Diphtherie Hilfe nur im Beginn der Erkrankung möglich, ist auch in Laienkreisen selbstverständlich. Und beim Abort sollten andere Gesetze herrschen? Hier eilt es dem Publikum nur bei starker Blutung.

Vor vier Tagen wurde eine Patientin aus den sogenannten gebildeten Kreisen pulslos eingeliefert mit hoher Temperatur. Der Fötus war bereits vor acht Tagen abgegangen. Auf die Frage, weshalb sie nicht eher gekommen, antwortete der Ehemann — die Frau war nicht vernehmungsfähig —, man habe gehofft, es würde sich von allein ausstoßen! Ein Fall von vielen.

Winter und Walthard<sup>11)</sup> vertreten die Ansicht, daß durch das Abwarten beim fieberhaften Abort so gut wie nie ein Schaden hervorgerufen wird. Demgegenüber bin ich der Ansicht:

Je länger die Infektion intrauterin belassen, um so verheerender wirkt es sich auf die Nachbarorgane aus; chronische Parametritis, Adnexitis und Sterilität sind die Folge. Die Schwere der Unterleibsentzündung und ihrer Irreperabilität steht im direkten Verhältnis zur Länge der Zeit, wie die mazerierte infizierte Frucht im Körper bleibt. Aus den meisten nicht infizierten Aborten kann man durch längeres Liegenlassen künstlich einen fieberhaften Fall züchten und weiter kann man die Entwicklung einer sekundären Infektion der Adnexe und Parametrien verfolgen beim fieberhaften Abort durch längeres Zuschauen (exspectare!). Die Schnelligkeit der Keimaszendenz geht nicht in Tagen, sondern in Stunden vor sich. Ihr zuvorzukommen muß unser ganzes Streben sein. Es ist ein Wettlauf mit den Bakterien. Deshalb ist Eile geboten, deshalb sollte man ausräumen bei der Diagnose Abort ohne Zeitverlust. Weshalb sollte es nicht gelingen, durch Aufklärung in Ärzte-, Hebammen- und Laienkreisen die Notwendigkeit der Dringlichkeit zu erreichen? Würden alle Aborte baldmöglichst zur Ausstoßung ge-

---

11) Vgl. Heynemann l. c., S. 629 und 630, ferner Haselhorst l. c.

bracht, gäbe es nur noch einen Bruchteil von fieberhaften Fehlgeburten der heutigen Statistik. Alles längere Abwarten, jeder Zeitverlust zu diagnostischen Zwecken (Anlegen von Blutkulturen, Beobachtung etwaiger entzündlicher Komponenten) kompliziert den Fall.

Die sehr große Literatur über den febrilen und septischen Abort ist überreich an großen Zahlen von Statistiken, die Technik ist seit Hegars Zeiten dieselbe geblieben. Wenn bisher die Resultate nicht befriedigten, so liegt dies m. E. sowohl an dem zu späten Zeitpunkt der Ausräumung als auch an der Technik. Diese variiert an den einzelnen Kliniken außerordentlich: einzeitiges oder zweizeitiges Ausräumen, anschließend intrauterine Spülung, Tamponade werden verschieden gehandhabt.

Ein weiteres neues Moment in der febrilen Abortbehandlung möchte ich zur Diskussion stellen: Wenn es nun schon mal zur Mazeration und Infektion des Uterusinhalt gekommen, dann muß es unser Ziel sein, den Organismus von diesem jauchigen Inhalt zu befreien. Läßt sich die Technik noch verbessern? Der aktiven Ausräumung wirft man vor, daß dadurch intrauterin Wunden gesetzt werden und daß es durch die Ausräumung erst recht zur Aussaat der intrauterinen Keime kommt. Wir müssen infolgedessen versuchen, diese Aussaat weitgehend, wenn nicht vollständig unmöglich zu machen. Machen wir operativ einen Hautschnitt, eine Laparotomie, so ist vorherige Desinfektion eine Selbstverständlichkeit. Die Keime beim fieberhaften Abort sind jedoch weit virulenter und werden beim Manipulieren in der nicht desinfizierten Uterushöhle noch leichter in Gefäße und Gewebe einmassiert. Um dieses zu verhindern, wird man der Ausräumung eine Desinfektion des Uterusinhalt vorausschicken müssen. Es genügt nicht, aseptisch in dem verjauchten Gebiet zu arbeiten, wir müssen vor dem Eingriff Antisepsis treiben!<sup>12)</sup> Erkennt man diesen Gedanken-

---

12) In der gleichen Richtung bewegen sich folgende Bestrebungen: Bei der exspektativen Therapie empfiehlt Benthin (vgl. Stöckel l. c.) Einführen von Kohlestäbchen in den Uterus, Winter C. (Die operative Geburtshilfe, Halban-Seitz VIII, 2, S. 457) rät zu einer ausgiebigen Uterusspülung und zwar vor und nach der Ausräumung mit 1% Kresolseifenlösung, um so viel Keime als möglich zu entfernen. Nach seiner Ansicht ist „eine Desinfektion

gang als richtig an, dann ist es von untergeordneter Bedeutung, welches Desinfektionsmittel wir nehmen, ob verdünnte Jodlösung oder Lysoform oder Sagrotan etc. Als bestes Desinfektionsmittel hat sich mir eine heiße Alkoholspülung bewährt. Die Alkoholspülung ist nichts Neues, neu dürfte bei der aktiven Therapie nur die Spülung vor der Ausräumung sein. Wichtig ist die richtige Temperatur der Lösung: durch die Hitze kommt es zur maximalen Kontraktion des Uterus und der Gefäße, zur Verkleinerung des Wundbettes, wodurch eine artefizielle Keimverschleppung erschwert oder gar unmöglich gemacht wird. Der Alkohol in der angegebenen Konzentration in Kombination mit der Hitze desinfiziert ausgezeichnet. Und schließlich ist notwendig, nach der Ausräumung den früheren Sitz der Placenta mit seinen durch die Ausräumung gesetzten Wunden einer Desinfektion zu unterziehen. Zu diesem Zweck wird jetzt nochmals eine intrauterine, heiße Alkoholspülung vorgenommen. Nach Haselhorst<sup>13)</sup> „haben sich intrauterine Spülungen, Ätzungen und Tamponaden nach der Ausräumung als überflüssig, wenn nicht sogar als schädlich erwiesen. Derartige Maßnahmen sind wohl heute überall verlassen“. Der Wert der heißen Alkoholspülung bei allen intrauterinen Manipulationen (Curetten, Aborten, manuellen Placentalösungen<sup>14)</sup> ist jedoch gar nicht hoch genug einzuschätzen. Diese Maßnahme hat nur Vorteile und keine Nachteile, ganz besonders beim Abortus febrilis.

Die Technik gestaltet sich infolgedessen folgendermaßen: Jodierung des Muttermundes. In Eunarkonnarkose Aufstößeln mit Hegar, soweit es ohne Forcierung möglich ist. Heiße Alkoholspülung ( $\frac{1}{2}$  Liter 48°, 50%) mittels Rücklaufkatheter. Injektion direkt in die Portio von 1 ccm Pituglandol. Instrumentelle Ausräumung, fällt nötig digital. Und dann wiederum heiße Alkoholspülung mit  $\frac{1}{2}$  Liter. Tamponade, welche nach 12 Std. gezogen wird, unter Applikation von 1 ccm Ergotin subcutan. Für die nächsten zwei Tage bekommt Pat. Eisblase auf den Leib. Secale für die nächsten zehn Tage erforderlich.

der Uterusinnenfläche mit Alkohol oder Jodtinktur unnötig, ebenso ein Ausdampfen des Uterus mit Äther (Warnekros), weil die oberflächlichen Keime bald eliminiert werden und die tieferliegenden nicht erreicht werden“.

13) Haselhorst l. c.

14) Lüttge, W., Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Med. Klinik 1940 Nr. 39.

Unsere Resultate waren folgende:

In den Jahren 1934 mit 1941 wurden insgesamt 786 Aborte, davon waren 41 fieberhaft (über 38<sup>0</sup> axillarer Messung), von diesen wurden 37 durch Curette beendet.

Insgesamt waren also nur 5,22% aller Aborte fieberhaft.

Der Durchschnittsaufenthalt bei fieberhaften Aborten betrug nur 9,8 Tage, Operationstag mitgerechnet, während der Durchschnittsaufenthalt in der Klinik bei den sonstigen Aborten, die Eingriffe notwendig machten, ca. 8 Tage beträgt.

Von den 786 Aborten einschließlich der fieberhaften hatten wir bei einer ungereinigten Statistik keine Mortalität, keine Morbidität außer einer Pat., welche erst am 21. Tag geheilt entlassen werden konnte.

Auffallend ist der geringe Prozentsatz von febrilen Aborten gegenüber der Gesamtzahl. Wenn diese Zahl in der Literatur bis 52% beträgt, so in unserem Zahlenmaterial nur 5,2%. Vielleicht wäre die Zahl der febrilen Aborte größer, wenn mit der Ausräumung jedesmal länger gewartet worden wäre. Vielleicht spielt dabei auch eine Rolle, daß bei unserer Klientel weitgehend Landbevölkerung sich befindet und sehr wenig anoperierte Fälle dabei waren. Daß die Patientinnen mit dem febrilen Abort im Durchschnitt bereits am 9. Tag, also nur einen Tag später als die Pat. mit Fehlgeburt ohne Febrilität, zur Entlassung kommen konnten, dürfte gerade in der jetzigen Kriegszeit besonders wertvoll sein. Der Temperaturabfall war innerhalb der folgenden 12—24 Std. meistens schlagartig zur Norm. Als Beispiel seien einige Kurven angeführt: (Siehe folgende Seiten.)

Wenn heute beim febrilen Abort nur noch die exspektativ konservative Richtung herrscht, so sind die Erfahrungen unserer namhaftesten Autoren, die sich für das aktive Vorgehen aussprachen, allzu schnell vergessen: Asch, Baumm, Bumm, Fehling, L. Fraenkel, Frank (Altona), v. Franqué, Halban, Holzbach, Keller, O. Küstner, A. Mayer, Peham, Polano, Sänger, Sellheim, Schmidt (Bremen), Stoeckel, Straßmann, Warnekros, F. Weber, P. Zweifel<sup>15)</sup>. Döderlein<sup>15)</sup> nannte die konservative Therapie

---

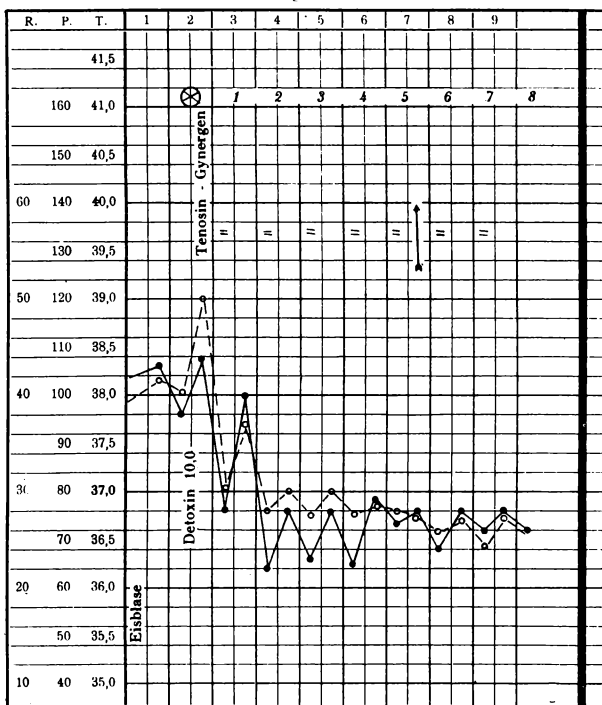
15) cit. nach Heynemann l. c.

Fall 1:

Diagnose: Abortus inkompl. febrilis.

Jahr 1941

Nr. 551



Diagnose: Fieberhafter Abort.

Anamnese: Letzte Regelblutung vor 8 Wochen. Leichte Blutung seit ca. 3 Wochen, am Tag der Aufnahme starke Blutung. Temperatur seit 4 Tagen vor Aufnahme (39<sup>5</sup>).

Therapie: 1 Tag nach Aufnahme Spontanausstoßung des Eisackes mit 1 cm langer Frucht; foetid. Wegen Blutung: Cürette, heiße Alkoholspülung, leichte Tamponade.

„eine verhängnisvolle Irrlehre“! Auch Dörfler<sup>16)</sup> rät, den septischen Abort sofort durch Ausräumung des Uterus aktiv zu beenden: „Ich bin immer, bei großer Erfahrung auf diesem Gebiet, mit einem solchen Verhalten gut gefahren.“

16) Dörfler, H., Weißenburg, Für die Praxis. Lehmann, München 1935.

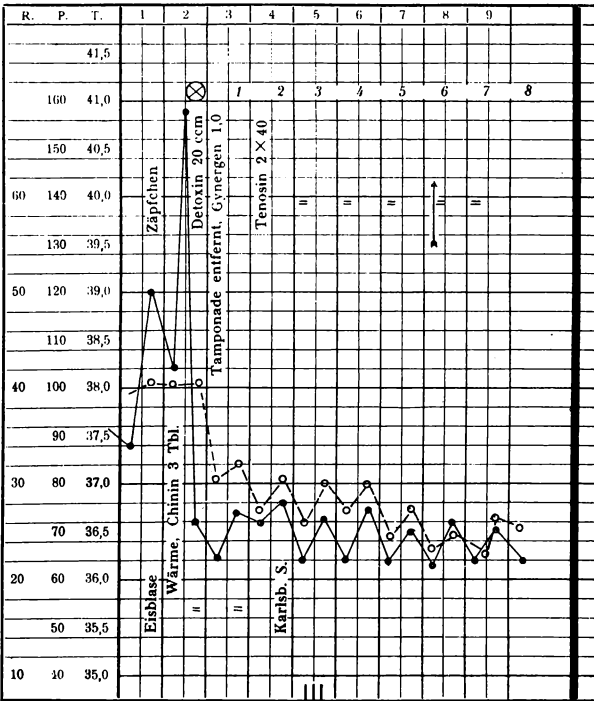


Fall 2:

Diagnose: Im Gang befindl. Abort. M. V. (krimin.).

Jahr 1940

Nr. 150



Diagnose: Hochfebriler krimineller Abort M. IV.

Anamnese: Letzte Regelbl. Ende Nov. 39. Vor Aufnahme am 2. 4. 40, wie festgestellt, krimineller Eingriff mit spitzem Instrument, der die Frucht stark beschädigte. Am Aufnahmetag Temperatur: 39°. Wehen. Blutung. Am 3. 4. 40 Spontangeburt der Frucht. Plazenta folgt nicht.

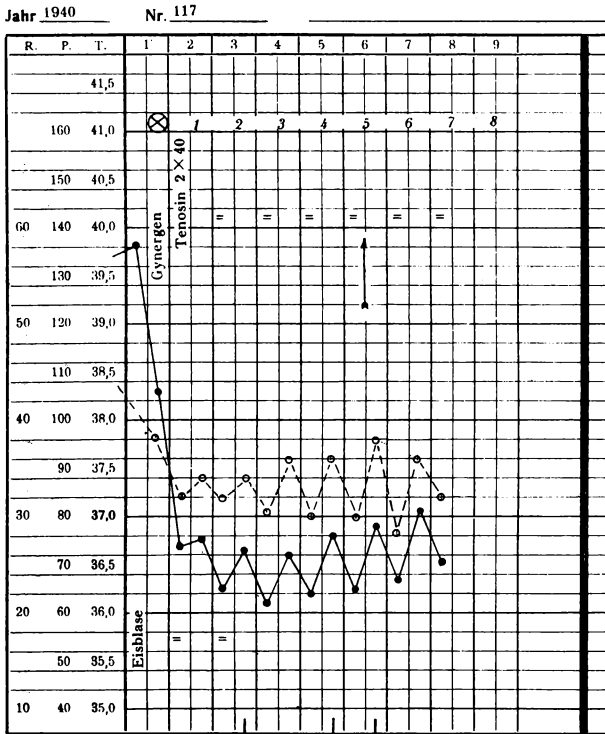
Therapie: Digitale Lösung und Nachcurette. Heiße Alkoholspülung, leichte Tamponade. Am 11. 4. 40 Entlassung.

Zusammenfassung.

1. Im Gegensatz zur heute herrschenden expektativen Richtung rät Verfasser zur aktiven Ausräumung und vertritt die Ansicht, daß der Faktor „Zeit“ mehr berücksichtigt werden muß: Je schneller ausgeräumt wird, um so besser. Jeder Tag, jede Stunde ist kostbarer Zeitverlust. Die Aszendenz der Keime

Fall 3:

Diagnose: Abortus febrilis. M. III. (incompl.)



Diagnose: Abortus incompl. febrilis.

Bei Aufnahme Temperatur: 39<sup>8</sup>. Puls: 148.

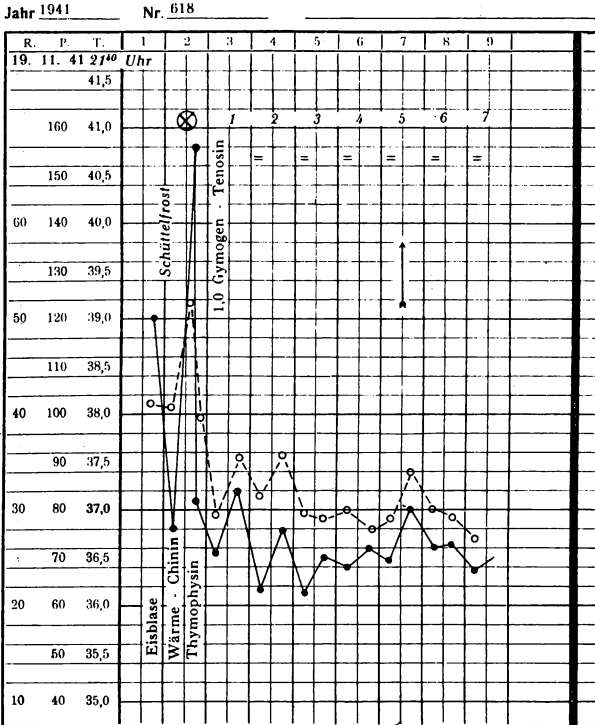
Therapie: Nach Traubenzuckergabe i. V. sofortige Cürette, heiße Alkoholspülung, leichte Tamponade.

ist um so gefährlicher, je länger wir zuwarten. Die Schwere der Verheerung steht im direkten Verhältnis zum Abwarten. Je länger zugewartet wird, um so schwerer ist der angerichtete Schaden, um so irreparabler die Morbidität, um so größer die Mortalität. In der Prophylaxe liegt auch hier die beste Therapie.

2. Zur Herabminderung der Gefährlichkeit des intrauterinen Eingriffs beim Abortus febrilis macht Verf. den Vorschlag, v o r

Fall 4:

Diagnose: Sept. Abort. M. III. (Cürette nach Spontan-  
ausstoßung).



Diagnose: Sept. Abort M. II

Bei Aufnahme Temp.: 39°. Puls: 104. Nach einigen Stunden  
Schüttelfrost und Temp.: 40°. Starke Blutung. Jetzt Cervical-  
abort. Hb.: 48 %.

Therapie: Wärme, Chinin, Thymophysin. Da Weiterblutung heiße Alkohol-  
spülung, Abrasio, heiße Alkoholspülung, leichte Tamponade.  
Detoxin.

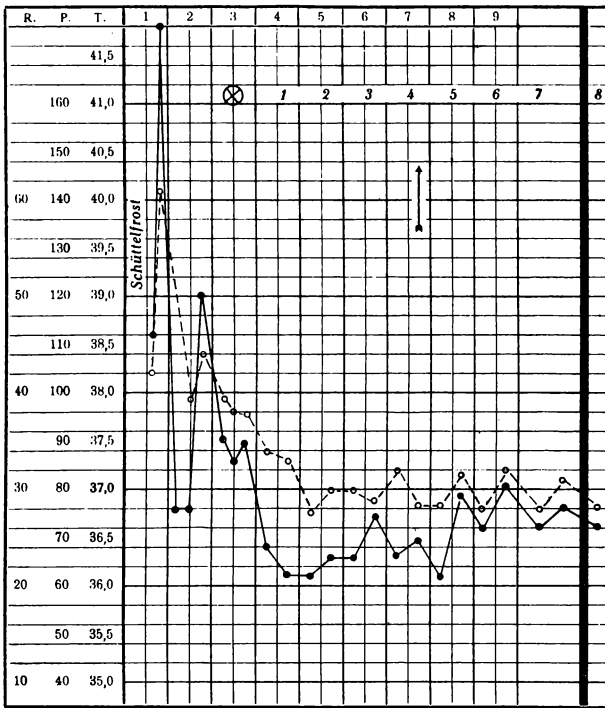
der Ausräumung Uterushöhle und -inhalt zu desinfizieren ent-  
sprechend den Gesetzen der chirurgischen Antisepsis. Es genügt  
nicht, aseptisch in dem verjauchten Gebiet zu arbeiten, wir  
müssen vor dem Eingriff Antisepsis treiben!

Fall 5:

Septischer Abort.

Jahr 1942

Nr. 141



Diagnose: Sept. Abort mens. III, Pelveoperitonitis.

Anamnese: Klinikaufnahme einer 39jähr. Patientin am 28. 2. 42. 3 Tage vor Aufnahme Schüttelfröste. Aufnahmebefund: Temp. 38<sup>6</sup>, Puls 108, Blutsenkung 45/92, Zunge sehr trocken, Erbrechen; allgemeine Défense über Abdomen. Uterus vergrößert entspr. Grav. mens. III, weich, Muttermund Fingerkuppe einlegbar; Cervix stark aufgelockert. Foetider blutiger Ausfluß. Adnexe und Parametrien frei. Kurz nach Klinikaufnahme Schüttelfrost mit 41 Temp.

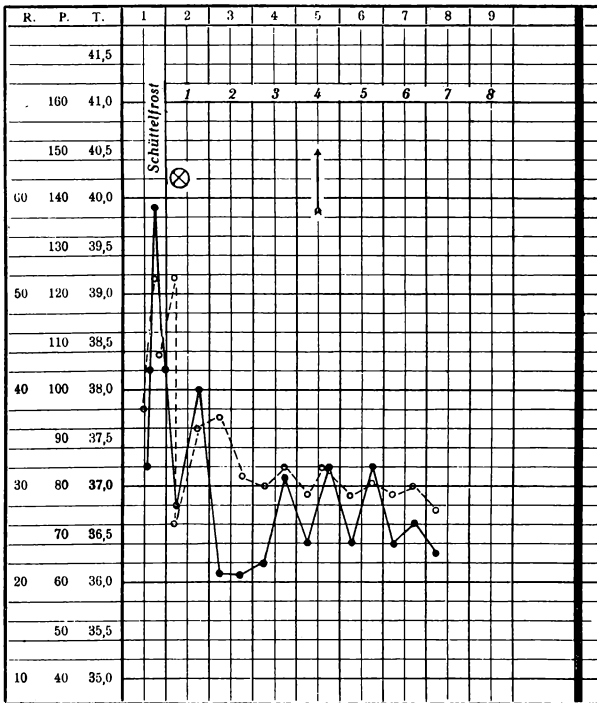
Therapie: Eisblase, Cardiacs, Detoxin. Am 1. 3. 42 Abendtemp. 39<sup>0</sup>, Frösteln, Brechreiz, Défense unverändert. Zunehmend foetide dunkelrote Scheidenabsonderung. Jetzt Beschleunigung des Abortes durch Wärme, Thymophysininj. etc. Am 2. 3. 42 instrumentelle Beendigung des Abortes, nachdem eine Spontanausstoßung nicht erfolgt war: Nach Alkoholspülung digitale Austastung und Cürettage, wobei sehr foetide Plazentateile (histologisch: Abortreste mit Entzündung) entfernt werden. 2. Alkoholspülung, leichte Tamponade. Abfieberung am nächsten Tag. Fieberfrei und völliges Wohlbefinden am 4. Tag nach Eingriff. Entlassung am 10. 3. 42 nach ungestörtem Heilverlauf, also 8 Tage nach Eingriff.

Fall 6:

Septischer Abort.

Jahr 1941

Nr. 506



Diagnose: Sept. Abort mens. V.

Anamnese: 42 jähr. X para (12. Schwangerschaft). Aufnahme am 22. 9. 41. Seit 8 Tagen Blutung nach Anstrengung. Bei Aufnahme Blutung, Foetid. Temp.: 38<sup>2</sup>. Uterus vergr. entspr. Grav. mens. V—VI, weich; Cervix aufgelockert, kurz; 18 Uhr Schüttelfrost, der sich 20 Uhr wiederholt (Temp. 39<sup>2</sup>). Wässerig-blutiger Fluor.

Therapie: Beschleunigung des Abortes durch Wärme, Chinin etc. Am 23. 9. früh 3 Uhr leichter Schüttelfrost, Puls 124, geringe Wehentätigkeit, leichte Blutung. 8<sup>30</sup> Uhr Spontanausstoßung eines mazer. 25 cm langen Foeten. Blutverlust etwa 400 gr. Placenta folgt nicht. Jetzt starke Cyanose bei stetem Frieren der Pat. Nach Stützen des Kreislaufes Beendigung des Abortes durch digitale Placentalösung und Cürettage, vor und nach Cürette heiße Alkoholspülung, leichte Tamponade. Nb.: Placenta maximal foetid. Tags darauf bei gutem Wohlbefinden entficcoert. In den folgenden 3 Tagen subfebrile Temp. von 37<sup>1</sup> bis 37<sup>3</sup> ax., dann fieberfrei. Am 7. Tag nach Eingriff Entlassung.

# ZOBODAT - [www.zobodat.at](http://www.zobodat.at)

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Sitzungsberichte der Physikalisch-Medizinischen Sozietät zu Erlangen](#)

Jahr/Year: 1942

Band/Volume: [73](#)

Autor(en)/Author(s): Lüttge Werner

Artikel/Article: [Zur Therapie des Abortus febrilis 1-13](#)