Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.
Der Einfluß von Asepsis und Infektion auf die Technik der Entbindung durch Schnitt.¹⁾

Von Hugo Sellheim.

M. H.! Der zuverlässigste Gefährte im Kampfe gegen eine Schädlichkeit ist ein gesunder Körper. Während dieser etwas leistet und verträgt, ist eine geschwächte Gesundheit der gefährlichste Gegner jeder Zumutung an den Organismus.

Diese Sätze, auf die Geburtshilfe bezogen, führen zu zwei Problemen der Operationstechnik:

1. Zur Ausnutzung der vollen Gesundheit des

¹⁾ Vortrag auf der 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln a. Rh.

mütterlichen Organismus für die Technik der Operation, um das Kind zu retten, ohne der Frau zu schaden.

2. Zur höchsten Rücksichtnahme auf die geschwächte Gesundheit, bei welcher vom Kinde gerettet wird, was noch zu retten ist.

In erster Lösung liegt die Richtschnur der Behandlung aseptischer Fälle; in der zweiten die Behandlung für solche infizierter Art.

Zum Schaden der Sache wurden die beiden Probleme konfundiert, weil man gewohnt ist, daß das zweite aus dem ersten im Verlaufe der Geburt sich entwickelt. Das ideale Ziel war eine der gesunden und kranken Mutter angepaßte Entbindungsmethode.

Nach den praktischen Erfahrungen mit geburtshilflichen Operationen, einschließlich der subkutanen Beckenspaltung und suprasymphysären Entbindung nach Frank, darf man wohl behaupten, daß eine Methode noch nicht gefunden ist, welche bei unreinen Fällen Vorteile bietet, ohne bei reinen etwas zu verderben. Trotz aller Fortschritte in der Wundbehandlung aseptischer und infizierter Gewebe sind wir im Suchen nach einer Universalbehandlung gesunder und kranker Geburtsfälle stehen, also rückständig geblieben. Deshalb darf es auch nicht wunder nehmen, daß in jeder Richtung eine dem genannten Fortschritt entsprechende Höchstleistung fehlt. An der Zeit ist es, die großen Verbesserungen unserer Technik für das unbefriedigte praktische Bedürfnis auszubeuten.

Ich bin über jene unzeitgemäße Universalmethode hinweg zum Kultivieren zweier Operationsgrundsätze, der für aseptische und für infizierte Fälle gekommen.¹⁾ Wenn gleich ich zugestehe, daß unsere Diagnostik zweifelsohne noch nicht imstande ist, eine zuverlässige Trennung aseptischer und infizierter Geburten festzulegen, so bedürfen zwecks ersprießlicher Weiterentwicklung die Grundsätze der Operationstechnik einer durchgreifenden Revision. Eine Technik vermag sich nur frei zu bewegen und alle Vorteile auszunutzen, wenn sie mit klaren Vorbedingungen arbeitet. Also entweder Asepsis oder Infektion. Zuerst zur Asepsis.

Am klassischen Kaiserschnitt findet sich merkwürdigerweise kaum eine Spur jener modernen Bestrebungen, die Operationen unter dem Schutze der Asepsis schonender zu gestalten. Der Kaiserschnitt ist heute eine fast ebenso rücksichtslose Operation wie im Mittelalter: Schnitt in den Unterleib und Uterus, an der empfindlichsten Stelle; in einem Zuge, so, wie es dem Operateur am bequemsten ist, ohne Rücksicht auf den Blutverlust. Wo bleiben da unsere Prinzipien von bedächtiger Durchtrennung der Bauchdecken, vom behutsamen Abschließen der Bauchhöhle, von Vermeidung funktionell wertvoller Organabschnitte, vom Blutsparen, von Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials? Fast spurlos vorübergegangen sind sie an unserer wichtigsten geburtshilflichen Operation.

Der Glaube an die Vollkommenheit des klassischen Schnittes war durch den ungeheuren Fortschritt, welchen uns Sänger durch die exakte Uterusnaht gebracht hat, stark befestigt worden. Der Erfolg war gewaltig. Wie meist, so war auch hier der Errungenschaft Folge eine alsbald einsetzende und fortwährende behagliche Zufriedenheit mit dem Erreichten; jene Zufriedenheit, welche keinen mit weiteren Verbesserungen hervortretenden Störenfried aufkommen läßt.

Kein Wunder, daß der Kaiserschnitt ins Hintertreffen kam. Durch Ausbildung des vaginalen Kaiserschnittes und durch Wiederaufnahme und Vervollkommnung der operativen Beckenerweiterung erwuchs dem klassischen Kaiserschnitt eine umso schärfere Konkurrenz, als die um ihre Existenz ringende künstliche Frühgeburt gleichfalls Fortschritte machte. Den neuen Operationen und dem Verbesserungsbestreben der alten waren alle Vorteile moderner Operationstechnik in die Wiege gelegt und kamen ihnen unmittel-

¹⁾ Sellheim, Der extraperitoneale Uterusschnitt, Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 5, Sellheim, Weiteres vom extraperitonealen Uterusschnitt, Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 10 und Sellheim, Die Entbindung durch die „Uterusbauchdeckenfistel“, Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 20 und die folgenden Ausführungen.

bar zugute. Vieles, was trotz großer technischer Schwierigkeiten beim vaginalen Kaiserschnitt und trotz der sonst gebräuchlichen Regeln zuwiderlaufenden Malträtierung der Gewebe bei der Hebosteotomie geleistet wird, läßt sich nur durch den Schutz der Asepsis erklären. Wenngleich die Zukunft erst zeigen muß, ob die rasch zu Ansehen gelangten Konkurrenzverfahren bei Verallgemeinerung ihrer Anwendung halten, was sie in den Händen gewandter und mit allen Hilfsmitteln ausgestatteter Operateure versprechen, so können wir aus dieser Entwicklung schon heute lernen, daß bei Wahrung der Asepsis die puerperalen Gewebe viel vertragen und daß kompliziertere Verfahren beim Setzen und Vereinigen der Verwundungen zulässig sind, sobald wir dafür eine größere Rücksicht auf die Restitutio ad integrum einzutauschen vermögen. Wenden wir diese Lehre auf den Kaiserschnitt an, dann finden wir manches der Verbesserung dringend bedürftig.

Der Kaiserschnitt fällt aus dem Rahmen der allgemein beliebten Anlehnung der Kunsthilfe an den natürlichen Vorgang heraus. Er trifft nicht jenen Ort, auf welchen die Natur uns selbst deutlich hinweist, indem sie durch Dehnung die Stelle präpariert, wo ein die Zerreißen nachbildender Schnitt am besten angebracht werden kann. Man lädiert auffallenderweise das Zentrum des Brut- und Gebärrapparates, statt, wie es natürlich wäre, dessen Ausführungsgang. Diese Rücksichtslosigkeit ist umso verwunderlicher, als der natürliche Schutz von Hals und Isthmus durch stetig fortschreitende Verlagerung ins Beckenbindegewebe in dem Maße steigt, wie diese Teile ihrer Funktion als Ausführungsgang in Schwangerschaft und Geburt näher rücken. Die Verletzung des Uterus wird zweifellos geringer, sobald man sie in den physiologisch minderwertigeren und durch das Bestreben der Natur mehr geschützten Teil verlegt.

Die Narbe paßt nach ihrer Struktur und ihren physikalischen Eigenschaften viel besser zur Funktion des Uterushalses als zu der des Körpers.

Nächst den mechanischen Bedingungen, welche uns auf den Ausführungsgang des Uterus als Prädispositionsstelle für den Entbindungsschnitt hinweisen, läßt sich in dieser Gegend auch der Blutverlust auf das geringste Maß beschränken. Während man in Chirurgie und Gynäkologie mit jedem Tropfen Blut haushält, ist man mit Unrecht in diesem Punkte bei der Geburtshilfe lässiger, weil man mit der Einstellung des Organismus auf einen gewissen Blutverlust rechnet — und mit der Verrechnung wuchert. Wenn man Blut sparen will, muß man sich die von Haus aus gefäßärmste Stelle aussuchen und der Placenta aus dem Wege gehen.

Im nicht graviden Zustand ist der Uterushals schwächer durchblutet als der Körper. In der Schwangerschaft wächst dieser Unterschied infolge mächtiger Entfaltung der placentaren Blutbahnen. Während sich im Körper das allseitig anastomosierende, enorme Blutgefäßsystem entwickelt, bleibt der Uterushals gefäßarm. — Die Mitte des Uterusaussührungsganges entspricht am meisten den auch für die Geburtshilfe nicht zu verachtenden Anforderungen an Blutersparnis bei der Operation.¹⁾

Nur bei pathologischem Sitz des Mutterkuchens im Isthmus und Hals kollidiert dort der Entbindungsschnitt mit der durch die Placentarinsertion gesteigerten Blutgefäßentwicklung, ähnlich wie beim Schnitt in den Körper. Die Geburt bei vorliegendem Mutterkuchen ist eine solche Verdrehung der normalen Verhältnisse, daß bei dem Widerstreit der Funktionen nur die Unterbindung jeglicher normalen Geburtstätigkeit den besten Erfolg für Mutter und Kind verspricht. Trifft der Entbindungsschnitt in den Ausführungsgang auf die Placenta, so wird gerade durch

die Freilegung des fehlerhaften Placentarsitzes die adäquate Behandlung in Szene gesetzt.²⁾

Die Verlegung des Schnittes vom druckerzeugenden Apparat in den Ausführungsgang und vom blutigsten Teil des Uterus in den unblutigsten hat den großen Vorteil, daß man die Bauchhöhle umgehen kann. Die eigentümlichen Zurüstungen in der Umgebung von Isthmus und Hals zum Zweck des Schutzes dieser Teile während der bevorstehenden Funktion als Ausführungsgang sorgen dafür, daß in Schwangerschaft und Geburt Platz genug ist, den Schnitt extraperitoneal anzubringen. Wer daran zweifelt, lasse sich durch die Proben mit dem Dührssenschen vaginalen Kaiserschnitt und Bumms Hysterotomia anterior überzeugen.

Der vaginale Weg ist weder bequem, noch reicht er für alle Fälle aus. Der Zugang von oben ist vorzuziehen. Der extraperitoneale Charakter der Operation kann dabei gewahrt werden.

Das extraperitoneale Vordringen vom Bauchfell bis zum Uterushals richtet sich nach den physiologischen Schwankungen im Verhalten des Bauchfelles zur Blase, worüber im Zweifelsfalle ein Blick durch ein kleines Guckloch im Peritoneum am oberen Blasenrand sofortigen Aufschluß gibt.

Bei starker „Ueberwanderung“²⁾ des Blasenperitoneums auf den Uterus kommt man durch Abziehen des Bauchfelles von der Blase ohne weiteres auf den Uterushals und kann bequem durch Abschieben des Bauchfelles nach oben und der Blase nach unten ein genügendes Stück des Uterusaussührungsganges für den sagittalen Einschnitt freilegen.

Bei geringer „Ueberwanderung“ des Bauchfelles von der Blase auf den Uterus umschneidet man nur den der Blase fester anhaftenden Bauchfellappen, läßt ihn sitzen und vernäht den dadurch entstandenen Defekt der Plica vesico-uterina.

Daß man den Pfannenstielschen Querschnitt nicht schon längst allgemein für jede Art des Kaiserschnittes in Anwendung gebracht hat, ist der letzte Beweis für das Zurückbleiben der geburtshilflichen Operationstechnik hinter der gynäkologischen. Im Bunde mit dem extraperitonealen Uterusschnitt scheint der Pfannenstielschnitt berufen, auch in der Geburtshilfe dem abdominalen Weg wiederum den Vorrang vor dem vaginalen Operieren zu gewinnen, wie ihm das in der Gynäkologie gelungen ist.

Der abdominale extraperitoneale Uterusschnitt (Sectio uteri extraperitonealis abdominalis) gestattet alle Methoden der Entbindung an einigermaßen legitimer Stelle, in natürlicher Weise und beliebigem Tempo, sowohl bei der Ausführung jedes, als auch der Aufeinanderfolge aller Akte. Die Geburt nach dem extraperitonealen Uterusschnitt gleicht von allen Entbindungsarten am meisten einer solchen per vias naturales und hat in diesem Punkte noch vor der Geburt nach Beckenspalung voraus, daß man die Entwicklung des Kindes jeden Augenblick ungestraft zu beschleunigen vermag.

Der schonenden Wegbahnung beim extraperitonealen Uterusschnitt entspricht eine exakte Wiederherstellung der verwundeten Teile. Die schlaffen Ränder der Uteruswunde lassen sich mit Nähten genau und zart verknöten. Es ist genügend Gewebe vorhanden, um die erste Nahtreihe, wie bei der Darmnaht, mit einem fortlaufenden Faden zu überwallen. Die Naht liegt in dem Teile des Uterus, welcher während des Wochenbettes am ruhigsten steht. Sie kann vermöge Ausschaltung aller störenden Einflüsse mit bestem Gewissen aus resorbierbarem Material gefertigt werden.

Die nach oben geschobene Plica vesico-uterina wird auf den Uterushals herunter- und die nach unten geschobene Blase hinaufgenäht. Das präperitoneale Bindegewebslager kommt durch feine Heftnähte mit der Unterfläche der Recti in Kontakt. Der Bauchdeckenverschluß ist zuver-

1) Sellheim, Anatomisches zum Uterusschnitt mit Demonstrationen, Verhandlung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Sitzung am 22. März 1908 in Baden-Baden. Hegars Beiträge für Geburtshilfe und Gynäkologie 1908, Bd. 13, H. 2, S. 321.

1) Sellheim, Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt, Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 40.

2) Sellheim, l. c. Hegars Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1908, Bd. 13, H. 2, S. 321.

lässig. Schlaffe Bauchdecken mit Diastase der Recti können dadurch höchstens verbessert werden. Verfährt man nach meiner Vorschrift, so ist nach der Operation alles wieder beim Alten.

Die Wöchnerin unterscheidet sich in Verlauf, Entlassungsbefund, Arbeitsfähigkeit, Uterusfunktion nicht wesentlich von einer Frau nach spontaner Niederkunft.

Nach Ausführung von mehr als 20 derartigen Operationen glaube ich, daß der extraperitoneale Uterusschnitt das erste der eingangs gestellten technischen Probleme löst, mindestens, so weit sich bis jetzt seine primären Resultate übersehen lassen.

Wir nutzen die Gesundheit des mütterlichen Organismus für die Technik der Operation aus und

retten das Kind, ohne der Mutter den geringsten Schaden zuzufügen. Gegenüber dem klassischen Kaiserschnitt wird durch die etwas umständlichere, aber dafür behutsamere Behandlung der Gewebe bei Verwundung und Reparatur der Insult der Operation herabgesetzt. Die vom Operateur zu leistende Garantie für die Asepsis berechtigt zur Wahrung dieses Vorteiles.

Nun zur Kehrseite: Bei der Behandlung infizierter Geburtsfälle müssen wir unsere Ansprüche von vornherein niedriger schrauben, weil bei Infektion unter der Geburt mütterliches und kindliches Leben schon sehr an Wert und Kraft eingebüßt haben, selbst wenn es gelänge, alle Behandlungsprinzipien anzuwenden, welche für infizierte oder der Infektion ausgesetzte Gebiete empfehlenswert sind. Jetzt

Uebersicht über die mit extraperitonealem Uterusschnitt und ähnlichen Verfahren behandelten Geburtsfälle der Tübinger Frauenklinik.

No.	Personalnotizen	Indikation zur Geburtsbeendigung	Entbindungsart	Resultat:	
				Mutter	Kind
1	H. F., 30jährige V-para, plattrachitisches Becken, Conjugata vera 7,2 cm.	Unüberwindliches Hindernis. Placenta praevia.	Transperitonealer Uterusschnitt nach Pfannenstielschem Querschnitt.	Gesund entlassen.	Gesund entlassen.
2	C. E., 37jährige I-para, plattrachitisches Becken, Conjugata vera 7,25 cm.	Unüberwindliches Hindernis. Bronchitis.	Extraperitonealer Uterusschnitt. Einfaches Abziehen des Bauchfells von der Blase.	do.	do.
3	K. G., 42jährige III-para, plattrachitisches Becken, Conjugata vera 8,3 cm. Früher Hebosteotomie.	Unüberwindliches Hindernis.	do.	do.	do.
4	V. H., 30jährige V-para, plattrachitisches Becken, Conjugata vera 8,4 cm. Früher Sectio caesarea.	do.	do.	do.	do.
5	B. H., 28jährige II-para, allgemein verengtes, plattes Becken mit Spuren von Rachitis, Conjugata vera 9,8 cm.	Unüberwindliches Hindernis. Drohende Uterusruptur. Infiziert.	Versuch, einen Scheidenbauchschnitt anzulegen. Extraperitonealer Uterusschnitt. Umschneidung und Sitzlassen des der Blase fester anhaftenden Bauchfellappens, Schließen der Plica vesico-uterina.	Tod am 7. Tage an fortschreitender Sepsis.	do.
6	M. L., 33jährige I-para, Vitium cordis, starke Struma, Zufälligkeitsbefund: Placenta praevia.	Lebensbedrohlicher Zustand. Dyspnoe infolge von Vitium cordis und Struma in der Schwangerschaft.	do.	Gesund entlassen.	do.
7	M. K., 42jährige XI-para, Placenta praevia.	Placenta praevia.	Extraperitonealer Uterusschnitt. Längsschnitt durch die Bauchdecken, Versuche mit Veits Vorschlag und Versuche zur Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel.	do.	do.
8	K. E., 40jährige III-para, plattrachitisches Becken, Conjugata vera 7,8 cm. Früher Symphyseotomie.	Unüberwindliches Hindernis. Infiziert oder Infektionsverdächtig (10 tägige, vergebliche Entbindungsversuche), Fieber.	Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel. Am 18. Tage Sekundärnaht.	do.	do.
9	C. P., 35jährige V-para, Placenta praevia.	Placenta praevia.	Extraperitonealer Uterusschnitt. Umschneidung und Sitzlassen des der Blase fester anhaftenden Bauchfellappens, Schließen der Plica vesico-uterina.	do.	do.
10	V. R., 40jährige XI-para, Placenta praevia. Früher vaginaler Kaiserschnitt wegen Placenta praevia.	do.	do.	do.	do.
11	E. T., 34jährige III-para, Queriage bei Placenta praevia.	do.	do.	do.	do.
12	J. B., 43jährige IX-para, allgemein verengtes, plattrachitisches Becken, Conjugata vera 7,5 cm.	Unüberwindliches Hindernis und Nabelschnurvorfal.	do.	do.	do.
13	C. R., 35jährige I-para, starke Kyphoskoliose, Eiweiß im Urin, Herzschwäche, Dyspnoe, Eklampsie.	Herzschwäche, Dyspnoe, Eklampsie in der Schwangerschaft.	do.	Tod am Tage nach der Operation an Eklampsie.	do.
14	K. H., 30jährige V-para, Anfang des VIII. Schwangerschaftsmonats. Meningitis purulenta.	Versuch zur Rettung des Kindes in Agone der Mutter im VIII. Monat der Schwangerschaft.	do.	Exitus während der Operation, Meningitis acuta purulenta praecipue convexitatis (Pneumococcen).	Asphyktisch, wurde zum Atmen, aber nicht zum Schreien gebracht. Sektion: Sepsis, Pneumococcen, Strepto- und Staphylococcen in Peritonealfüssigkeit u. Blut.
15	K. G., 21jährige I-para, Ende des IX. Schwangerschaftsmonats, Eklampsie.	Eklampsie im IX. Monat der Schwangerschaft.	do.	Exitus 23 Stunden nach der Entbindung an Eklampsie.	Gesund entlassen.
16	K. S., 35jährige VI-para, jauchendes, diphtherisches Geschwür der vorderen Muttermundslippe unter der Geburt.	Infektionsgefahr, jauchendes diphtherisches Geschwür der vorderen Muttermundslippe. Schlechte Herzöne des Kindes.	Zuerst Versuch des Ritgenschen Scheidenbauchschnittes, dann typische Franksche suprasymphysäre Entbindung, Resektion der vorderen Muttermundslippe, Drainage der Wunde.	Gesund entlassen.	Kind frisch tot vor der Eröffnung des Uterus durch Zuziehen eines Knotens der Nabelschnur erstickt.
17	A. S. 35jährige IX-para, Placenta praevia.	Placenta praevia.	Extraperitonealer Uterusschnitt. Umschneiden und Sitzlassen des der Blase fester anhaftenden Bauchfellappens, Schließen der Plica vesico-uterina.	do.	Gesund entlassen.
18	A. R., 27jährige IV-para, allgemein verengtes, plattes, rachitisches Becken, Conjugata vera 7,5 cm.	Unüberwindliches Hindernis.	do.	do.	do.
19	K. S., 39jährige IV-para, Placenta praevia.	Placenta praevia.	do.	do.	do.
20	M. H., 20jährige I-para, allgemein verengtes, plattes, rachitisches Becken, Conjugata vera 5,5 cm.	Unüberwindliches Hindernis.	do.	do.	do.
21	G. R., 37jährige II-para, plattrachitisches Becken, Conjugata vera 8 cm.	do.	do.	Gesund, zurzeit noch in der Klinik.	Gesund, zurzeit noch in der Klinik.

Bemerkungen. Alle übrigen Mütter und Kinder wurden vollkommen gesund entlassen. — Die gestorbenen Mütter und Kinder waren Todeskandidaten, von denen man sagen kann, daß sie mit oder ohne jede andere Behandlung wahrscheinlich ebenso gut hätten zugrunde gehen müssen; außer dem Falle von septischer Infektion, bei dem man die Mutter vielleicht durch die Perforation des Kindes, Mutter und Kind vielleicht durch die Entbindung nach Anlegung einer Uterusbauchdeckenfistel hätte retten können.

sind nicht nur die Kampfesmittel unzuverlässig, sondern auch der Preis ist unsicher.

Ehe man sich unter diesen trostlosen Umständen entschließt, den Preis ganz fahren zu lassen und das lebende Kind durch die Perforation abzutöten, ist es nicht mehr als menschlich, nach einer Operation zu suchen, welche vom Kinde rettet, was noch zu retten ist, ohne die gefährdete Mutter weiter zu schädigen. Die Versuchung, für das Kind einiges zu tun, wird um so größer, je geringere Aussichten die Frau hat, wiederum Mutter zu werden. Ich wenigstens wurde durch einen solchen Fall angeregt, den Versuch zur Lösung des Problems einer derartigen Operation zu machen. Ich brachte es nicht übers Herz, das Kind zu perforieren und die Mutter auf eine spätere Schwangerschaft zu vertrösten, nachdem die Erwartungen der schon 40jährigen Kreißenden sowohl durch eine frühere, unglückliche Zangen- geburt als auch durch eine spätere gleichfalls unglücklich verlaufende Symphyseotomie bitter getäuscht waren und sie diesmal nach zehntägigen vergeblichen Entbindungsversuchen fiebernd in meine Behandlung kam.

Keine der Operationsmethoden, welche man heutzutage bei unüberwindlichem Mißverhältnis zwischen Geburtsobjekt und Geburtskanal zur Rettung des Kindes unternehmen könnte, trägt der rücksichtslosen Hintansetzung aller anderen Heilungsbedingungen hinter die Vermeidung der Expansion der Infektion genügend Rechnung. Beim klassischen Kaiserschnitt stehen Bauchwunde und Bauchhöhle offen. Bei der Porrooperation ist es nicht viel besser. Bei der suprasymphysären Entbindung von Frank, bei dem extraperitonealen Kaiserschnitt von Veit und bei meinem extraperitonealen Uterusschnitt sucht man zwar die Bauchhöhle abzuschließen, macht aber dafür das Beckenbindegewebe um so breiter auf. Bei der Beckenspaltung rückt man im günstigen Falle die technisch schlecht versorgte Weichteilwunde der Mutter etwas von dem infizierten Genitaltractus weg. Dafür gibt man jedoch den Infektionserregern um so länger Gelegenheit zur Gefährdung des Kindes.

Ich habe mich damit befaßt, die Technik des extraperitonealen Uterusschnittes, der in der besprochenen Form nur für reine Fälle einen Fortschritt bedeuten kann, auch nach der entgegengesetzten Seite für die Behandlung unreiner Fälle auszubilden. Ich halte es nach meinen Versuchen für durchführbar, die fiebernde Kreißende durch eine möglichst kleine Verwundung unter einem ziemlich weitgehenden Schutze der Bauchdeckenwunde, der Bauchhöhle und des Beckenzellgewebes zu entbinden, ohne das Leben des Kindes im geringsten zu bedrohen.

Die Operation besteht im Anlegen einer „Uterusbauchdeckenfistel“, durch welche die Entbindung vor sich geht.¹⁾

Wenn die Fistel nicht von selbst heilt oder von selbst nicht gut heilt, so führt die Vernähung der abgespaltenen Uterusränder und die Schichtnaht der Bauchdecken schließlich doch noch eine vollständige Wiederherstellung der Mutter herbei. Bedenkt man, daß diese Notoperation den Zweck hat, das kindliche Leben zu retten, ohne jenes der Mutter mehr zu gefährden, so ist der Ausgang immerhin noch günstig zu nennen. Daher scheint mir bei dem jetzigen, wenig befriedigenden Stand der Angelegenheit dieses Verfahren wohl weiteren Versuches wert.

Diese Ausführungen waren einseitig, weil sie die Technik zum Ausgangspunkt nahmen. Ich sprach nur davon, daß die Asepsis gewahrt oder die Infektion manifest geworden ist. In Wirklichkeit liegt dazwischen noch das uns am meisten Kopfzerbrechen machende Feld der zweifelhaften Fälle. Zur Behandlung nach dem alles versprechenden Prinzip für aseptische Fälle ist es zu spät. Um sich zur Behandlung nach dem rücksichtsloseren Prinzip für infizierte Fälle zu entschließen, ist es noch nicht spät genug.

Sowohl bei zweifelhaften wie bei infizierten Fällen liegt die Zukunft in der Prophylaxe. Wer als

verantwortlicher Geburtsleiter es zur Infektion kommen läßt, hat es sich selbst zuzuschreiben. Der die prekäre Situation vermeidende Weg liegt auf der Hand. Die Entscheidung zur Entbindung durch Schnitt gehört spätestens in die Geburtszeit vor dem Bankrott der natürlichen Organisation. Nur um diese Zeit stehen uns noch Methoden zur Verfügung, die wir mit gutem Gewissen ausführen dürfen und mit welchen wir ohne Schaden für die Mutter das Kind zu retten vermögen, — später nicht mehr. Wem es mit dem heute so viel traktierten Schlagwort vom „Mutterschutz“ und der „Säuglingsfürsorge“ ernst ist, kann aus dieser Beleuchtung eines der traurigsten Kapitel der Geburtshilfe die Lehre ziehen und erkennen, wo ein wirksamer Hebel angesetzt werden muß.

Eine weitsichtige Leitung der Geburt nimmt von vornherein auf etwaige Kunsthilfe Rücksicht, indem sie bei dem Verbrauch der mütterlichen und kindlichen Kräfte sich der größten Sparsamkeit befleißigt und die Asepsis möglichst lange zu wahren sucht. Geübter Beobachtung gelingt es, den Bankrott des natürlichen Betriebes zu prophezeien, ehe man ihn zu erleben braucht.

Die frühzeitige Vorhersage der Insuffizienz der natürlichen Organisation verlegt den Operationstermin noch in die Zeit vor der Krisis, in welcher beide in der Trennung begriffenen Organismen für das Ueberstehen des Geburtsinsultes in voller Rüstung sind und der Arzt für die Asepsis garantieren kann. Wir sind durch diese Verschiebung der Indikationsstellung in der Lage, mehr Mütter und mehr Kinder zu erhalten. In der „Antizipation der Indikationsstellung“ steckt die Wurzel für einen gesunden Konservatismus der Geburtshilfe, während der falsche Konservatismus so lange schont, bis durch Warten geschadet ist. Rechtzeitig zu operieren, ist die Pflicht und die Kunst. Schlimmer als das „Zu Früh“ ist der am anderen Extrem liegende Fehler, das „Zu Spät“.

Nur wenige sind heute unabhängig und in der glücklichen Lage, einen weitschauenden Geburtsbeistand leisten zu können. Die meiste Geburtshilfe der Praxis wird nicht vom Arzte allein besorgt. Diese muß nach kurzfristigeren Grundsätzen handeln, weil sie oft erst in Aktion treten kann, wenn der Bankrott der natürlichen Organisation schon da ist. Ein Ruf nach Kunst erschallt erst, nachdem etwas verfahren ist.

Der Mißerfolg bleibt nicht aus und weist immer wieder darauf hin, daß wir an der Verbesserung der Geburtsleitung arbeiten müssen. Die unabhängige und unbeschränkte Geburtshilfe des Klinikers kennt keine Furcht vor dem Kaiserschnitt und geht auch nicht mehr mit schlechtem Gewissen an diese Operation, während bei abhängiger und beschränkter Geburtshilfe der allgemeinen Praxis in diesem Punkte auch für den hinzugerufenen Kliniker alles so ziemlich beim alten geblieben ist.

Durch die schlechten Resultate der zu spät und unter ungünstigen Umständen ausgeführten Operationen wird der wahre Segen der Kunsthilfe verdunkelt. Dieses Geschick teilt die Geburtshilfe mit der Hilfe bei einer andern schweren Prüfung der Frauenwelt, beim „Gebärmutterkrebs“. Hier wie dort ist man gewohnt, Mißerfolge unterschiedslos auf die Unzulänglichkeit des Heilmittels zu schieben, während der eigentliche Grund derselben darin zu suchen ist, daß eine an und für sich vielversprechende Methode zu spät angewandt wird. Die Misere in der Behandlung des engen Beckens und des Carcinoms suchen wir nach zwei Prinzipien zu bessern. Vor allem sinnen wir auf Mittel zu möglichst frühzeitiger Erkenntnis des Unheils und zu rechtzeitiger Abhilfe desselben. Erst in zweiter Linie trachten wir nach einem Ausbau der Operationstechnik für die verschleppten, verzweifelten Fälle.

Der Eingeweihte bleibt sich dieser doppelten Kampfweise immer bewußt und sieht im zweiten Bestreben einen Notbehelf, welcher leider nur zu oft sich als unzuverlässig erweist, während der weniger kritische Beobachter gerade darin einen Rettungsanker für die höchste Not erblickt und dadurch zu übertriebenen Hoffnungen verführt wird. Der Agitation für

¹⁾ Sellheim, Die Entbindung durch die „Uterusbauchdeckenfistel“. Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 20.

den Kern unserer Heilbestrebungen gereicht dieses nur zum Schaden.

Resultate. Es wurden außer dem typischen extraperitonealen Uterusschnitt während der Ausbildung der Technik ausgeführt je einmal:

transperitonealer Uterusschnitt nach Pfannenstielschem Querschnitt;

Versuch des Ritgenschen Scheidenbauchschnittes;

Versuch eines Scheidenbauchschnittes von der Mitte aus;

Versuch mit Veits Längsschnitt durch die Bauchdecken und durch das Peritoneum parietale und viscerales;

Vorversuch zur Bildung einer Uterusbauchdeckenfistel;

Franksche suprasymphysäre Entbindung;

Entbindung durch Uterusbauchdeckenfistel.

Es wurde operiert wegen:

Unüberwindlichem Hindernis bei engem Becken 9 mal;

Placenta praevia 7 mal;

Eklampsie 2 mal;

Vitium cordis und Dyspnoe bei Struma 1 mal;

Infektionsgefahr bei jauchendem Geschwür der Portio 1 mal;

Agone bei Meningitis purulenta 1 mal.

Es wurde operiert in:

Aseptischen Fällen 17 mal;

Infizierten oder infektionsverdächtigen Fällen 4 mal

(Infektion bei langer Geburtsdauer 2 mal, Infektionsgefahr bei jauchendem Geschwür der Portio 1 mal, Infektion nach Pneumococcen etc., bei Meningitis 1 mal).

Es wurde operiert nach früher vorausgegangenen Operationen:

Klassischem Kaiserschnitt 1 mal;

Vaginalem Kaiserschnitt 1 mal;

Hebosteotomie 1 mal;

Symphyseotomie 1 mal.

Es starben:

Mütter 4;

(2 an Eklampsie, 1 an Meningitis, 1 an fortschreitender Sepsis).

Kinder 2 (1 an Erstickung infolge Zuziehung eines wahren Knotens der Nabelschnur, 1 an intrauteriner Pneumococceninfektion).