Aus dem Frauenspital in Basel (Stadt). Zur Frage der Opferung des lebenden Kindes zum Vorteil der Mutter.

Von Otto v. Herff.

Kürzlich habe ich gegenüber J. Veit¹⁾ im Interesse der Mutter eine Lanze für Opferung des lebenden Kindes, die ja zumeist durch Perforation zu erfolgen pflegt, eingelegt, allerdings in recht bedingter Weise.²⁾ Nur als äußersten Notbehelf erachtete ich diesen Eingriff als gerechtfertigt, ganz umgehen könne man ihn leider nicht. Wohl aber wäre es bei einigem guten Willen möglich, die Zahl der Opferungen lebender Kinder weitgehend zu vermindern, und ich erwähnte als ein vorbeugendes Hilfsmittel dazu die künstliche Frühgeburt. Daß ich persönlich bei einer stattlichen Anzahl von Geburtsfällen, die nicht allzusehr hinter den 8000 von J. Veit angeführten, zurückstehen, noch nicht in die Lage gekommen bin, ein lebendes Kind bei Beckenenge zu perforieren, habe ich als einen besonderen glücklichen Zufall erklärt; die nächste Stunde kann mich ja in diese traurige Notwendigkeit bringen! Auf andere Weise, zum Beispiel bei der Behandlung der Blutungen bei Placenta praevia durch Einleiten eines Beines in den Mutterhals, etwa durch frühzeitige Wendung, habe ich ja leider schon genug Kinder opfern müssen. Ganz ferne mußte es mir daher liegen und liegt es mir heute noch, jene zahllosen Geburtshelfer, die schon in obige Lage gekommen sind, wie Baisch³⁾ sich ausdrückt, „einer großen Rückständigkeit zu zeihen“.

Zur vorbeugenden Umgehung der Perforation des lebenden Kindes bei Beckenenge habe ich, wie gesagt, in der gleichen Arbeit am Schlusse auch der künstlichen Frühgeburt mit einigen Worten gedacht. Gegen diesen Hinweis wendet sich nun Baisch mit Nachdruck, aber mit Bemerkungen, die mir sehr

anfechtbar und als geeignet erscheinen, bei Fernerstehenden die Sachlage, wenn auch gewiß unbewußt, zu verschleiern und zu verwirren.

Unter anderem wird bemerkt:

„Da er (das heißt v. Herff) aber nicht angibt, wie sich nach seinen Erfahrungen dabei (das heißt bei der künstlichen Frühgeburt) die Mortalität der Kinder stellt, läßt sich über die tatsächlich nur durch die vergleichende Statistik zu ermittelnde Leistungsfähigkeit dieser Operation nicht urteilen.“

Nun, diese Zahlen, die Baisch vermißt, sind längst gegeben und in den Arbeiten von de Reynier und von Hunziker, die im Jahre 1904 in den auch der Tübinger Klinik sehr nahestehenden Hegarschen Beiträgen zur Geburtshilfe und Gynäkologie erschienen sind, niedergelegt. Gewiß, die medizinische Literatur, vor allem die der Geburtshilfe und Gynäkologie, ist in das Ungeheure gewachsen. Eines Mannes volle Kraft würde bei voller Tagesarbeit nicht hinreichen, sie auch nur flüchtig zu übersehen.¹⁾ Dennoch huldige ich der — wenn auch vielleicht veralteten — Ansicht, daß man wenigstens von einem Privatdozenten der Geburtshilfe füglich erwarten könnte, daß er die wenigen Schlußsätze dieser Arbeiten hätte zuvor ansehen sollen, ehe er auf diesem Gebiete solche Bemerkungen macht.

Weiter heißt es:

„Der Dauererfolg (das heißt der künstlichen Frühgeburt) ist es, der hier allein entscheiden könnte, und der ist unberechenbar. Wir können nicht zahlenmäßig ausdrücken, welche Nachteile das zu früh geborene Kind dadurch erlitten hat, daß ihm die letzten Wochen der intrauterinen Entwicklung geraubt wurden.“

Nun, eben dieser erwähnte Hunziker hat in jener Arbeit den, wie ich glaube, vollgültigen Beweis, der durch sehr sorgfältige, in jeder Beziehung einwandfreie Untersuchungen, welche auch auf die jeweilige Familiensterblichkeit zurückgeführt wurden, gestützt wird, geliefert, daß von den künstlich Frühgeborenen kaum mehr späterhin gestorben sind als von den Kindern, die rechtzeitig zur Welt gekommen sind. Denn der geringe Unterschied von 4,8 % mehr Todesfällen im ersten Lebensjahre fällt nach der mathematischen Wahrscheinlichkeit noch vollständig innerhalb der Fehlergrenzen, die solchen kleinen Zahlen notwendigerweise innewohnen. Ich gebe hier eine Tabelle nach Hunziker wieder, wie ich sie in einem klinischen Vortrag über künstliche Frühgeburt, der soeben in der Volkmannschen Sammlung erschienen ist (No. 386), zusammengestellt habe. Was den allgemeinen Gesundheitszustand und die Entwicklung anbelangt, so wurden wesentliche Verschiedenheiten nicht gefunden. Leider konnte nur auf Nervenkrankheiten, Rachitis und andere irgendwie bemerkenswerte Krankheiten genauer geachtet werden. Es ergab sich, daß von einer besonderen Häufigkeit von Rachitis nicht die Rede sein kann, daß insbesondere von Little'scher Krankheit und anderen spastischen Zuständen gar nichts konstatiert werden konnte.

Lebensschicksal von 300 im Frauenspital Basel (Stadt) geborenen Kindern, berechnet auf die jeweilige Familiensterblichkeit:

Bezogen auf:	Spontan- geburten	Künstliche Frühgeburt	Bezogen auf:	Spontan- geburten	Künstliche Frühgeburt
Lebend geboren . . .	106	97	Lebend entlassen, respektive zehn Tage alt geworden . . .	88	75
davon leben mindestens ein Jahr alt noch	72 = 67,9 %	60 = 61,9 %		72 = 81,8 %	60 = 80,0 %
davon starben im ersten Lebensjahre . . .	29 = 27,3 %	35 = 36,1 %		11 = 12,5 %	13 = 17,3 %
davon starben später . . .	5 = 4,7 %	2 = 2,1 %		5 = 5,7 %	2 = 2,7 %

Durch die künstliche Frühgeburt wurden in Basel sicher 20,0 % mehr Kinder dauernd am Leben erhalten!

1) Sind diese Zustände der medizinischen Literatur höchst bedauerlich, so sind jene der medizinischen Kritik oft genug geradezu traurig — wesentlich bedingt durch den Umstand, daß die Kritiker vielfach noch sehr jung sind. Als typisches Beispiel mag erwähnt werden — die Namen tun ja nichts zur Sache — daß in einer Kritik der Arbeit de Reyniers nicht nur Bedenken erhoben werden, die die Arbeit widerlegt sondern es wird behauptet, daß ein Verlust von 12,5 % der Kinder bei der künstlichen Frühgeburt ein hoher sei. Durch diese eine Bemerkung verrät sich der Kritiker nicht nur als bar jeder Erfahrung auf diesem Gebiet, sondern auch als noch so jung, daß ihm die Sterblichkeitsstatistiken der gangbarsten Lehrbücher vollständig unbekannt geblieben sind. Und solche Kritiken werden zur Orientierung des Gros der Aerzte geschrieben! Da tut es doch not, hier Wandel zu schaffen! (Wir legen Wert darauf zu konstatieren, daß diese Kritik nicht in unserer Wochenschrift erschienen ist. D. Red.)

1) v. Herff, Münchener medizinische Wochenschrift 1904, No. 44. — 2) J. Veit, Münchener medizinische Wochenschrift 1904. — 3) Baisch, Die Unentbehrlichkeit der Perforation des lebenden Kindes. Deutsche medizinische Wochenschrift 1904, Bd. 30, S. 1882.

Wie kann man gegenüber solchem tatsächlichen, vielfach auf Augenschein beruhenden Material, gewonnen fast ganz aus den ärmeren Kreisen der Bevölkerung, deren Frauen mit der Not des Lebens zu kämpfen haben, immer wieder das alte Märchen von der besonderen Gefährdung der durch künstliche Eingriffe frühgeborenen Kinder bringen und von unberechenbaren Dauererfolgen sprechen? Vereinzelte üble Erfahrungen in Großstädten mit unzureichenden Wohlfahrtseinrichtungen für uneheliche Kinder können doch nicht als maßgebend für andere Gesellschaftsschichten und andere Orte angesehen werden!

Immerhin, Baisch bemüht sich, noch einen prinzipiellen Einwand gegen meinen Vorschlag der Anwendung der künstlichen Frühgeburt zu erheben. Er lautet:

„Durch die künstliche Frühgeburt beraubt man sich gerade der Fälle, die für Symphyseotomie und Kaiserschnitt die allergünstigsten sind. Man hat es gerade bei diesen Patientinnen völlig in der Hand, Sectio caesarea und Hebotomie unter den denkbar vorteilhaftesten Bedingungen zu machen, indem man den Frauen, wie wir dies regelmäßig mit Erfolg getan haben, den Rat gibt, kurz vor dem rechtzeitigen Ende der Gravidität die Klinik aufzusuchen.“

Nun, das ist gewiß hochmodern gesprochen, der chirurgischen Aera der Geburtshilfe völlig würdig, auch für manche Andere als Baisch vielleicht geeignet, die Aufmerksamkeit gewisser Regierungen, die den Wert eines akademischen Lehrers nach seinen operativen Neigungen beurteilen, wie schon geschehen, zu erregen! Man erwirbt sich vielleicht so, um teilweise mit A. Martin zu reden, das Recht, zu den vorwärtstrebenden, modern chirurgischen Geburtshelfern gerechnet zu werden, und kommt nicht in Gefahr, als veraltet und rückständig gescholten, ins Hintertreffen gedrückt zu werden! Ich allerdings bin noch so altväterisch gesinnt und bin noch dazu stolz darauf, daß mir das Wohl und Wehe meiner Kreißenden und Kranken weit über meine auch nicht geringe Operationslust geht, daß ich noch immer die höchste und schönste Aufgabe eines denkenden Geburtshelfers darin suche, den Frauen eben die Schrecken, Gefahren und die oft recht leidensvolle Heilungszeit dieser großen Eingriffe tunlichst zu ersparen. Ja, ich scheue mich auch nicht, es laut auszusprechen, daß ich mich oft frage, ob ich einen beabsichtigten Eingriff bei meiner eigenen Frau ausführen lassen würde, und erst nach Beantwortung dieser Frage meinen Entschluß fasse. Und ich glaube sicher zu gehen und weiß es aus großer Erfahrung, daß zahlreiche Männer, vor allem auch Aerzte, die ihre Frauen wirklich lieben, bei der Wahl zwischen künstlicher Frühgeburt, Kaiserschnitt und Schambeinschnitt, geschmackvoll Hebotomie genannt, ganz besondere seltene Fälle ausgenommen, nicht im geringsten schwanken, die künstliche Frühgeburt zunächst zu versuchen. Ganz genau so wählen in der Regel nach meiner Erfahrung die Frauen, sofern ihnen ehrlich in klarer und nüchterner Weise die zahlenmäßige Prognose dieser Operationen, in verständlicher Weise, und das ist sehr wichtig, auseinandergesetzt wird. Und ganz gewiß mit vollem Recht! Die Wahl kann ja nicht anders ausfallen, selbst wenn es nicht gelingen sollte, die Sterblichkeit der künstlichen Frühgeburt, einer Operation, die sicherlich noch verbesserungsfähig ist, unter das zurzeit geltende eine Prozent durch Verbesserung der Methoden herabzudrücken. Denn eine solche Sterblichkeit von 1% steht noch weit unter der des Kaiserschnittes und des Schamfugenschnittes. Diese beträgt sicherlich auch in den geübtesten Händen und bei sorgsamster Auswahl der Fälle und bei Abzug der vorher infizierten Fälle bestenfalls beim Kaiserschnitt nicht unter 4% und beim Schamfugenschnitt nicht unter 5%, das heißt nach Baischs Forderung nur für solche Elitefälle mit strengstem Ausschluß aller Kreißenden, bei denen irgendwelche suspekten Eingriffe oder auch nur Untersuchungen vorausgegangen und das Fruchtwasser schon längere Zeit abgeflossen war.¹⁾ Die Sterblichkeit nach Schambeinschnitt ist zurzeit wegen zu geringer Anzahl von Fällen noch nicht einmal schätzungsweise bekannt. Für andere Verhältnisse berechnet J. Veit die Sterblichkeit nach Kaiserschnitt auf 5–10%, die nach Schamfugenschnitt auf 7%, und mit einer solchen wird man im allgemeinen mehr zu

rechnen haben als mit obigen Elitefällen. An diesen Tatsachen ändern ganz vereinzelt, von ganz besonderem Glücke begünstigte Operationsserien wie die von Zweifel nichts.

Allerdings, und darin gebe ich Baisch ohne weiteres vollkommen recht, die Prognose ist für das Kind bei beiden Eingriffen günstiger als bei der künstlichen Frühgeburt. So wird man da, wo es ganz besonders auf das Leben des Kindes ankommt, erstere Operation sicher vorziehen.

So hatte ich, um ein Beispiel zu geben, jüngsthin einer 41-jährigen Erstgebärenden mit stark coxalgisch schrägverengtem, dazu rachitischem Becken, die erst nach mehrjähriger Ehe endlich empfangen hatte, zahlenmäßig klargelegt, daß sie mit einem gewissen Risiko von so und so viel Prozent ihres Lebens bei Wahl des Kaiserschnittes eine um so und so viel Prozent größere Aussicht auf ein lebendes Kind als mit der künstlichen Frühgeburt haben wird. Der Schambeinschnitt konnte ja nicht in Frage kommen. Die Frau wie ihr Mann haben sich angesichts des höheren Alters und der damit gegebenen geringeren Wahrscheinlichkeit auf weitere Nachkommenschaft — und das ist das, was diesen Fall als Ausnahmefall charakterisiert — für den Kaiserschnitt entschieden. Doch wäre sie beinahe der Gefahr des Ileus — Fundalschnitt — erlegen.

Der Unterschied in der Kindersterblichkeit dieser drei Eingriffe ist übrigens garnicht so groß. Berechnet man doch für den Kaiserschnitt 7% Verluste an Kindern und für den Schamfugenschnitt rund 10% (Pinard 13%, Bar 9,4%). Nach der künstlichen Frühgeburt entlasse ich gegenwärtig rund 83% Kinder, deren weiteres Schicksal nachgewiesenerweise ein sehr günstiges ist. Ich muß also mit einem Verlust von rund 17% rechnen, günstige und ungünstige Fälle eingerechnet. Während ich also bei der künstlichen Frühgeburt gegenüber dem Kaiserschnitt etwa 10% mehr Kinder, gegenüber dem Schamfugenschnitt etwa 7% mehr Kinder verliere, habe ich auf der anderen Seite den großen Vorteil, voraussichtlich kaum 1% der Mütter infolge der Operation sterben sehen zu müssen, gegenüber den im besten Falle drei- und fünffach größeren mütterlichen Verlusten der beiden anderen Operationen. Mich dünkt, daß die Rechnung sehr einfach ist! Wer größeren Wert auf das mütterliche Leben legt, der muß sich bei logischem Denken zurzeit der künstlichen Frühgeburt zuwenden; wer das Hauptgewicht auf die Zahl der lebenden Kinder legt und es für eine Hauptaufgabe des Geburtshelfers hält, möglichst viel große Operationen zu machen, trotzdem dabei vier- bis fünfmal mehr Mütter sterben, der ziehe den Kaiserschnitt oder den Schambeinschnitt vor. Da nun in meinen Augen der Gewinn von im besten Falle 10% mehr Kindern einen Verlust von wenigstens 3–4% mehr Müttern nicht entfernt aufwiegt, so muß ich notgedrungen ein warmer Anhänger der künstlichen Frühgeburt sein und auch bis auf weiteres bleiben. Es liegt ferner auf der Hand, daß man bei dem Vorschlage der möglichen Eingriffe einer Frau mit engem Becken gegenüber die Wertigkeit dieser drei Eingriffe zahlenmäßig und in verständlicher Form, nicht aber etwa mehr oder weniger verblümt und in allgemeinen Redensarten verschleiert auseinandersetzen muß, sofern man dieses mit gutem und reinem Gewissen tun und sich keiner Selbsttäuschung schuldig machen will, eine Notwendigkeit, die ja auch Baisch erwähnt. Auch gibt es genug Frauen, die den größten Wert auf eine leichte Geburt legen, in Fällen, in denen überhaupt Kaiserschnitt und dergleichen mehr garnicht in Frage kommt.

Bei der künstlichen Frühgeburt kommt es ja auch wesentlich darauf an, den Frauen langdauernde, schmerzhaftes Geburten, Zangen, Wendungen etc. zu ersparen, und das, meine ich, ist auch der Mühe wert und es verlohnt sich schon aus diesem Grunde, die Frühgeburt einzuleiten. Ich fürchte aber, daß ich mit dieser Empfehlung nicht überall auf Verständnis rechnen kann. Diese Fälle bilden natürlich die bei weitem größte Anzahl — die Fälle, in denen die großen Eingriffe in Frage kommen, sind ja recht selten —, und an erstere muß man ja auch bei einer Besprechung der künstlichen Frühgeburt vornehmlich denken.

Indessen, sobald mir von irgend einer Seite an einem genügend großen Materiale von Hunderten von Fällen — denn mit weniger als hundert läßt sich nun einmal wegen der großen Fehlergrenzen keine Statistik machen — der Beweis

1) Siehe auch Whitridge Williams, Obstetrics 1903, S. 403.

geliefert wird, daß die mütterliche Sterblichkeit beim Kaiserschnitt wie beim Schambeinschnitt höchstens 1% beträgt, gleich der bei der künstlichen Frühgeburt, daß beide Eingriffe eine schmerz- und beschwerdefreie Heilung gleich jedem andern Wochenbette gewährleisten, daß sie keinerlei dauernde Nachteile für die Frau mit sich bringen, daß es gelingt, eine solche Naht der Gebärmutter zu erfinden, daß die, wenn auch seltene Gefahr der Narbenzerreißung bei einer weiteren Geburt ausgeschlossen werden kann: ja, dann verspreche ich, der Erste zu sein, der die künstliche Frühgeburt in der Behandlung des engen Beckens fallen lassen und den Leitsatz Baischs unterschreiben wird: „Die künstliche Frühgeburt — damit stimmen wir mit Pinard vollkommen überein — ist tatsächlich eine heutzutage nicht mehr berechnete Operation, die der Geschichte der Geburtshilfe anzugehören verdient.“

Ich habe mich von jeher ganz besonders gern mit der geburtshilflichen Operationslehre beschäftigt, sie namentlich nach der Richtung zu vereinfachen und darzustellen versucht,¹⁾ wie sie die Bedürfnisse des praktischen Arztes und nicht die der Klinik erfordert. Weil nun einmal doch und hoffentlich auch stets diesen Ärzten und nicht den Kliniken das Gros der geburtshilflichen Operationen in einem Lande zufällt und zu fallen muß, so muß ich ganz besonders von diesem Standpunkte aus jenen Leitsatz von Baisch, den ich unmöglich als eine Phrase ansehen kann, im Interesse der Hunderttausende, ja Millionen von Gebärenden, denen so vorzüglich geleitete Kliniken, wie zum Beispiel die von Tübingen eine ist, nicht zur Seite stehen, auf das allerschärfste als falsch und unheilvoll zurückweisen. Ich muß wieder und wieder, selbst auf die Gefahr hin, von einigen als veraltet und rückschrittlich gescholten zu werden, — und ich weiß, daß es moderne chirurgische Geburtshelfer gibt, die über ihre Gegner so reden — betonen: Die künstliche Frühgeburt ist sowohl vom rein geburtshilflichen Standpunkte aus als auch von dem des Mitgeföhles mit jenen Frauen, denen ein ungünstiges Schicksal ein enges Becken beschert hat, ein durchaus berechtigter Eingriff, eine in jeder Beziehung segensreiche Operation, deren Ausmerzung einen bedenklichen Rückschritt in der Behandlung des engen Beckens bedeuten würde.