IV. Ueber chirurgische Fortschritte in der Geburtshülfe.¹⁾

Von Prof. Dr. A. Dührssen in Berlin.

Von dem grossen Gebiet der Chirurgie haben sich im Laufe der Zeit manche Disciplinen abgetrennt und mehr oder weniger selbständig gemacht, ja zum Theil sich der Chirurgie zeitweise zu ihrem Schaden entfremdet. Zu diesen Disciplinen gehört auch die Geburtshülfe.

Die Geburtshülfe ist in ihrem operativen Theil ein Zweig der Chirurgie. Sie wurde in Deutschland bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts, in Frankreich zu einer früheren Zeit ausschliesslich von Chirurgen geübt und gelehrt. So ist Ambroise Paré als der Wiederhersteller der Wendung auf die Füsse zu betrachten; so wurde der erste Kaiserschnitt an der Lebenden im Jahre 1610 von dem Chirurgen Trautmann in Wittenberg ausgeführt, so wurde die Symphyseotomie von dem französischen Wundarzt Sigault erdacht und im Jahre 1777 gemacht; so stellte Heister im Jahre 1719 die Geburtshülfe als integrierenden Theil der Chirurgie in seinem Lehrbuch dar.

Trotz dieser grossen Verdienste der Chirurgen um die Geburtshülfe ward ihnen seitens der Geburtshelfer von Fach nur wenig Dank zu Theil. So spricht Siebold in seinem „Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe“ wiederholt von den „schmachvollen Fesseln“, in welchen die Geburtshülfe von der Chirurgie gehalten wurde, so wird als abschreckendes Beispiel der Augsburger Wundarzt Deisch erwähnt, welcher allerdings mit den zerstückelnden Operationen grossen Missbrauch getrieben hat.

Natürlich musste bei diesen Gesinnungen eine Entfremdung zwischen der Chirurgie und der Geburtshülfe eintreten. Merkwürdiger Weise aber besteht diese Entfremdung heutzutage noch in weiten Kreisen fort. Infolgedessen geräth ein Geburtshelfer, der bei manchen geburtshülflichen Operationen mehr Rücksichtnahme auf allgemeine chirurgische Regeln verlangt, sehr leicht in den Verdacht, unnöthig oft den natürlichen Gang der Geburt unterbrechen zu wollen, und ohne nähere Kritik der von ihm auf-

¹⁾ Vortrag, gehalten in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 22. Juni 1896.

gestellten Indicationen werden derartige Bestrebungen sehr häufig mit dem bequemen Schlagwort „furor operativus“ abgethan. Entschieden ist hierdurch die Entwicklung der Geburtshülfe verzögert worden.

Betrachten wir nur die Entwicklung der Geburtshülfe in den letzten drei, sowohl für die Chirurgie als für die Geburtshülfe so bedeutsamen Jahrzehnten, so ist zunächst der Umstand hervorzuheben, dass die Entdeckung eines Semmelweiss, welcher das Puerperalfieber als Wundinfektionskrankheit erkannte und die Mittel zu seiner Verhütung angab, dass ferner die Einführung der Lister'schen Antisepsis in die Geburtshülfe zunächst einen ausserordentlich geringen Einfluss ausübte. Während die operative Gynäkologie — und zwar wesentlich unter Führung oder Mitwirkung hervorragender Chirurgen — einen glänzenden Aufschwung nahm, beharrte man in der Geburtshülfe auf dem Satz, dass die Geburtshülfe in ihrem operativen Theil ein im wesentlichen abgeschlossenes Fach darstellte. Gefährlich war das Beginnen, auch nur leise an den altherwürdigen Ueberlieferungen zu rütteln! Psychologisch erklärte sich diese Scheu durch die schlechten Resultate, welche das operationsfreudige, vorantiseptische Zeitalter eines Osiander aufzuweisen hatte, und die ihm folgende Reaction, die zur Anerkennung der conservativen Grundsätze von Boer und Wigand führte. In dem letzten Decennium hat sich nun aber diese etwas langsame Entwicklung beschleunigt, so dass wir von einer chirurgischen Aera der Geburtshülfe nicht mit Unrecht reden können; und zwar ist diese schnellere Entwicklung der Thätigkeit der chirurgisch geschulten Gynäkologen zu verdanken.

Nach diesen Prämissen sei es mir gestattet, in grossen Zügen die heutigen chirurgischen Bestrebungen und Fortschritte der Geburtshülfe in ihrer Berechtigung und Bedeutung klar zu stellen.

Ich beginne zunächst mit der Behandlung gewisser Schwangerschaftsstörungen, und zwar mit einem alltäglichen Vorkommnis, der Behandlung des Abortus. Unter dem Schutze der Antisepsis hat sich hier die active Methode viele Freunde erworben; eine Methode, die in Fällen, wo der Abort nicht mehr aufzuhalten ist, die Entleerung des Uterus, sei es mit der Curette, sei es mit dem Finger, bewirkt. Indessen erfordert diese Behandlung eine gewisse Übung und Erfahrung, und doch ist es gerade für diese Fälle, die hauptsächlich dem praktischen Arzt zufallen, gewiss wünschenswerth, das Verfahren so einfach und ungefährlich wie möglich zu gestalten. Ein solches einfaches Verfahren ist die ja schon längst geübte Scheidentamponade, die aber in vielen Fällen nicht zum Ziele führt. Viel wirksamer ist in diesen Fällen die feste Tampnade des Uterus mit Jodoformgaze und der Scheide mit Watte, die nicht nur die Blutungen stillt, sondern als Fremdkörper energische Wehen auslöst, welche in den meisten Fällen binnen 24 Stunden den ganzen Uterusinhalt austreiben oder wenigstens den verschlossenen Cervix so weit dilatiren, dass man bequem mit dem Finger die Eitheile herausholen kann. Dieses Verfahren ist ungefährlich, wenn mit keimfreier Hand und keimfreien Instrumenten keimfreies Material in den Uterus hineingebracht wird, wie man es sich auf meine Anregung hin heutzutage leicht aus jeder Apotheke verschaffen kann.

Mit Stolz dürfen wir auf die Erfolge blicken, welche wir in der Behandlung der Tubarschwangerschaft errungen haben. Viele Frauen, welche bei expectativer Behandlung in Folge innerer Blutungen zugrunde gingen, werden heutzutage, selbst wenn sie sich in extremis befinden, durch die schnelle Exstirpation der graviden Tube gerettet. Grosse Verdienste um die Förderung dieser Frage haben sich Werth, Frommel, Veit, Martin, Olshausen, Gusserow und Andere erworben. Heutzutage steht man wohl ziemlich allgemein auf dem Standpunkt von Werth, jede intacte Tubarschwangerschaft als bösartige Neubildung zu betrachten und sofort zu exstirpiren und ebenso jede rupturirte Tube sofort zu exstirpiren, falls die Bildung einer Hämatocele nicht zu constataren ist. Gegen die Laparotomie bei geplatzter Tubarschwangerschaft hatte man früher das Bedenken der grossen Anämie der Patientinnen. Indessen lässt sich bei solchen Anämischen die zu befürchtende Shokwirkung der Laparotomie dadurch beseitigen, dass man entweder nach dem Vorschlag von Wyder unmittelbar vor der Operation eine subcutane Infusion von physiologischer Kochsalzlösung vornimmt, oder dass man an Stelle der ventralen Laparotomie die von mir angegebene vaginale Laparotomie setzt. Ich habe in 11 Fällen die gravis Tube per vaginam exstirpiren können — zweimal mitsammt dem Uterus — und keinen Todesfall erlebt. Unter 18 Laparotomien bei Tubarschwangerschaft hatte ich dagegen zwei Todesfälle zu beklagen, einen in Folge der Narkose vor Beginn der Operation, einen zweiten Todesfall in Folge anämischer Nekrose der Bauchwunde mit Darmvorfall acht Tage nach der Operation.

Die Auffassung der Tubarschwangerschaft als bösartiger Neubildung führt mich zu der Behandlung der Tumoren in der

Schwangerschaft. Nach Olshausen's und Schroeder's Vorgang sind wohl alle Gynäkologen und Geburtshelfer darin einig, jeden Ovarialtumor in der Gravidität sofort zu exstirpiren, um die gefährlichen Complicationen dieser Tumoren unter der Geburt, resp. im Wochenbett zu beseitigen. Anders steht es mit der Behandlung der Myome in der Schwangerschaft. Hier liegt die Gefahr der Unterbrechung der Schwangerschaft viel näher, und man ist nach der letzten Arbeit von Hofmeier bezüglich der Behandlung der Myome in der Schwangerschaft wohl wieder auf einen etwas conservativeren Standpunkt zurückgekehrt. Jedenfalls lässt sich diese Frage nur von Fall zu Fall entscheiden, und gewiss hat jeder Operateur Fälle aufzuweisen, wo selbst die Enucleation von Corpusmyomen die Schwangerschaft nicht unterbrochen hat.

Dagegen scheint mir eine generelle Entscheidung über die Behandlung der Uteruscarcinome in der Schwangerschaft möglich. Hier möchte ich dafür plaidiren, jedes operable Uteruscarcinom sofort zu exstirpiren, und zwar in der Weise, dass man zunächst durch den vaginalen Kaiserschnitt ein lebendes Kind entwickelt und dann gleich hinterher den Uterus per vaginam exstirpirt.

Sehr erfreuliche Erfolge hat auch die Castration bei Osteomalacie, die ja wesentlich eine Krankheit der Schwangerschaft ist, aufzuweisen. Wir verdanken diese Operation Fehling. Für den Chirurgen interessant ist die von Seeligmann mitgetheilte Beobachtung, dass im Anschluss an die Castration durch die rein chirurgische Maassregel eines Streckverbandes ein ausserordentlich günstiger Einfluss auf das deformirte Skelett gewonnen werden kann.

Das osteomalacische Becken führt mich auf einen von Olshausen operirten Fall, der ein Unicum darstellt. Es handelte sich um eine Retroflexio uteri gravidum incarceratione bei Osteomalacie. In Folge der starken Beckenverengung war eine Reposition des Uterus nicht möglich, und so machte denn Herr Olshausen mit gutem Erfolge die vaginale Exstirpation des graviden Uterus.

Eine ähnliche atypische Operation habe ich einmal in der Schwangerschaft ausgeführt und dadurch ein für die Fortdauer der Schwangerschaft bestehendes Hinderniss beseitigt. Es handelte sich um eine Frau, die dreimal abortirt hatte und nun im zweiten Monat ihrer Schwangerschaft zu mir kam. Ich diagnosticirte bei ihr in der linken Uterushälfte ein Myom, dessen Entfernung ich beschloss, weil ich eben dieses Myom als Ursache der vielen Aborte ansprechen musste. Erst bei der Incision des Uterus stellte es sich heraus, dass es sich nicht um ein Myom handelte, sondern um einen Uterus septus, dessen linke leere Uterushälfte ich eröffnet hatte. Von dieser Incision aus resecurte ich dann das Septum, entfernte dabei natürlich auch das vorhandene Ovulum und vernähte die Uterus- und Bauchwunde. Die Patientin genas glatt, wurde sehr bald wieder schwanger und befindet sich, wie ich kürzlich von ihr brieflich hörte, im achten Monat einer ganz ungestört verlaufenden Schwangerschaft.

Wende ich mich jetzt zu den chirurgischen Massnahmen, die unter der Geburt in den letzten Jahren in Anwendung gekommen sind. Welche alte Operation ist der klassische Kaiserschnitt, und doch wieder eine wie moderne Operation! Wie gross war seine Mortalität, wie erschreckend gross durch fast drei Jahrhunderte hindurch, weil man es für überflüssig und zwecklos hielt, den puerperalen Uterus zu nähen — und wie gering ist heutzutage die Mortalität dieser heroischen Operation geworden, nachdem Sänger gezeigt hat, dass die chirurgische Nahttechnik sich in ganz derselben Weise auch auf den puerperalen Uterus anwenden lässt! Und doch ist neuerdings dem klassischen Kaiserschnitt in einer wiederauferstandenen Operation, in der Symphyseotomie, eine Concurrenzoperation erwachsen. Freilich konnte die Symphyseotomie gute Resultate erst seit Einführung der Antisepsis in die Geburtshülfe geben, und thatsächlich sind die Resultate in der Hand einzelner Operateure, die über grössere Reihen von Operationen verfügen, wie z. B. Zweifel, ganz ausgezeichnete. Eine dritte Concurrenzoperation, die, wie ich hoffe, den klassischen Kaiserschnitt in manchen Fällen unnöthig machen wird, ist der vaginale Kaiserschnitt, den ich auf dem letzten Chirurgen-Congress bekannt gegeben habe.

Bezüglich der Symphyseotomie will ich nur eine chirurgisch interessante Thatsache noch hervorheben. Ein Nachtheil der Symphyseotomie besteht in der Bildung eines Schlottergelenks, welches naturgemäss die Patientinnen sehr am Gehen hindert. Diesem üblen Ereigniss beugte Frank (Köln) dadurch vor, dass er unmittelbar im Anschluss an die Symphyseotomie einen osteoplastischen Verschluss des klaffenden Gelenks herbeiführte, dadurch dem Beckenring seinen Halt wiedergab und ausserdem eine Erweiterung des Beckens erzielte.

Bezüglich der Behandlung der Uterusruptur will ich mich ebenfalls ganz kurz fassen, weil ich auch darüber schon auf dem letzten

Congress gesprochen habe. Ich hoffe, dass die Resultate der operativen Behandlung der Uterusruptur sich durch die vaginale Exstirpation des Uterus bessern werden. Ich hatte ja Gelegenheit, auf dem Chirurgen-Congress ein Präparat eines derart mit Erfolg operirten Falles von Uterusruptur vorzulegen.

Wenden wir uns nunmehr zu den alltäglichen geburtshülflichen Operationen, so sind auch hier noch manche Verbesserungen im chirurgischen Sinne zu erzielen. In manchen Fällen wird der Stillstand der Geburt und die hieraus resultierende Gefahr für Mutter und Kind durch eine mangelhafte Erweiterung des Muttermundes und Rigidität des Beckenbodens bedingt. Natürlich wird hierdurch auch eine operative Entbindung bedeutend erschwert; es kommt zu multiplen Quetschungen und Zerreissungen, wodurch die Prädisposition zum Puerperalfieber gegeben ist. Auch der infolge der vermehrten Widerstände erforderliche, abnorm starke Zangendruck führt häufig den Tod des Kindes herbei oder bewirkt wenigstens eine Schädigung der geistigen Entwicklung desselben. Eine auf meine Veranlassung vor einigen Jahren verfasste Dissertation hat über diesen Punkt überraschende Aufschlüsse gegeben. Der betreffende Verfasser, Herr Dr. Küntzel, fand in der hiesigen Idiotenanstalt 27 Fälle, wo entschieden die Idiotie allein auf eine abnorm lange Dauer der Geburt, beziehungsweise eine schwere operative Entbindung zurückzuführen war.

Diese beiden Nachtheile lassen sich nun durch Incisionen des Muttermundes, Incision des Damms, Incision der Scheide vermeiden. Diesen ausgiebigen Incisionen bei derartigen Hindernissen der Weichtheile stehen indessen noch manche Geburtshelfer ablehnend gegenüber.

Bezüglich der Scheidenincision oder der Scheidendammincision, wie ich sie genannt habe, darf ich wohl eine ganz kurze Abschweifung auf das Gebiet der Gynäkologie machen und bemerken, dass ich diese Scheidendammincision bereits im Jahre 1891 zur vaginalen Exstirpation grosser oder fixirter carcinomatöser Uteri angegeben habe. Es ist das ein Verfahren, welches vollständig mit dem später veröffentlichten sogenannten Schuchardt'schen Verfahren identisch ist.

Auch die Uterustamponade zur Beseitigung atonischer Nachblutungen hat noch einzelne Gegner.

Die Mehrzahl der Geburtshelfer erkennt allerdings an, dass wir in der Uterustamponade ein fast sicheres und ungefährliches Mittel zur Beseitigung dieser oft lebensgefährlichen Blutungen haben, und erkennt ferner an, dass die Wirksamkeit eine noch grössere ist als die der chirurgischen Tamponade für Höhlenwunden, weil die geburtshülfliche Tamponade nicht blos durch die Compression, sondern auch durch die Erzeugung von kräftigen Wehen die Blutungen stillt. Uebrigens will ich natürlich zugeben, dass in einzelnen Fällen schwerster Nachblutungen auch die Uterustamponade nicht zum Ziele führt. Ich habe selber erst kürzlich einen derartigen Fall erlebt, wo ich mich genöthigt sah, den Uteruskörper durch Laparotomie zu exstirpiren. Es ist dies der zweite auf diese Weise mit Erfolg behandelte Fall. Der erste Fall stammt von Koffer in Wien. Aber sicherlich gehören diese Fälle, wenn man sich der Uterustamponade bedient, zu den alleräussersten Seltenheiten.

Was die Behandlung des Wochenbetts anbelangt, so sind hier operative Bestrebungen besonders in der Bekämpfung des Puerperalfiebers zu erwähnen. Gewissermassen prophylaktisch hat man bei Beckenenge und zersetztem Uterusinhalte nicht den klassischen Kaiserschnitt, sondern die Porro-Operation, die Entfernung des Uteruskörpers mit seinem bedenklichen Inhalt vorgenommen. Fritsch exstirpirte in einem solchen Fall den ganzen uneröffneten Uterus mit sammt dem Kind. Die Patientin genas.

Im Wochenbett sind eine Reihe von vaginalen oder auch ventralen Uterusexstirpationen bei Sepsis, Saprämie und Pyämie gemacht worden. Mit Erfolg operirten in derartigen Fällen B. S. Schultze in Jena, Sippel und Landau. Geh. Rath v. Winckel machte ferner in einem Falle von puerperaler eitriger Peritonitis mit Erfolg die Laparotomie und Ausspülung der Peritonealhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung. Besonders der Fall von Landau kann einen ermutigen, bei scheinbar ganz aussichtslosen Fällen von Sepsis, beziehungsweise Pyämie mit allgemeiner Peritonitis den Uterus als den ursprünglichen Krankheitsheerd zu entfernen, ähnlich wie der Chirurg bei progredienter Sepsis als ultimum refugium das erkrankte Glied amputirt. Andererseits ist hier wieder die Indicationsstellung eine sehr schwierige, denn wir sehen auch gelegentlich die desolatesten Fälle ohne Eingriff genesen oder wenigstens die allgemeinen peritonitischen Erscheinungen soweit zurückgehen, dass wir später durch einfache Incision von Beckenabscessen oder durch Exstirpation von Eitertuben oder Ovarialabscessen den Fall zur Heilung bringen können.

Einfacher ist die Indicationsstellung in den Fällen, wo es sich von vornherein um locale Eiterungen handelt, und gewiss ist es,

wie Fritsch betonte, richtig, parametritische Exsudate schon frühzeitig, schon von der zweiten Woche ab, zu incidiren. Auch die Gefahr der Vereiterung der Beckensymphysen ist nicht so gross, wie man früher annahm, wenn man eben nur frühzeitig incidirt.

Was ferner die von Frankreich und Wien aus empfohlene Behandlung des puerperalen Uterus durch das Curettement anbelangt, so glaube ich sicher, dass wir bei Endometritis putrida durch die Entfernung der fauligen Decidua die Saprämie coupiren und dadurch die Patientinnen zu heilen vermögen. Schwierig ist in diesen Fällen die richtige Diagnose. Handelt es sich nicht um eine Endometritis putrida, sondern um eine Endometritis septica mit Ansiedelung von Streptococcen oder Staphylococcen in der Decidua, so zerstören wir durch das Curettement den schützenden Granulationswall, und die Streptococcen vermögen nunmehr in die geöffneten Lymphbahnen einzudringen und aus der localen eine allgemeine Sepsis zu erzeugen.

Hiermit wäre ich zu der Bacteriologie gelangt, ohne die die moderne Geburtshilfe und Chirurgie nicht denkbar wäre. Hierüber zum Schluss noch wenige Worte. Wenn wir Geburtshelfer alle Ursache haben, der Chirurgie, aus der unser Fach hervorgegangen ist, dankbar zu sein, so sind wir im Verein mit der Chirurgie der Bacteriologie zum höchsten Danke verpflichtet. Die Bacteriologie in ihrer durch Robert Koch geschaffenen Methode hat die Bedingungen unserer chirurgischen Erfolge klargestellt, sie hat uns mit der Asepsis beschenkt. Sie hat den Wirkungskreis unserer operativen Eingriffe ins Ungemessene erweitert, sie hat aber auch zugleich die operative Thätigkeit, wenigstens in der Chirurgie, beschränkt, seit durch das Behring'sche Heilserum die Häufigkeit der Tracheotomie herabgesetzt ist.

Auch wir Geburtshelfer dürfen wohl hoffen, dass die Bacteriologie in nicht allzu ferner Zeit unsere operative Thätigkeit, soweit sie sich wenigstens auf die Heilung des Puerperalfiebers erstreckt, einschränken wird. Hoffentlich ist die Zeit nicht mehr fern, wo es der Bacteriologie gelingt, durch ein entsprechendes Serum die Sepsis ohne operativen Eingriff mit Sicherheit zu heilen. Anläufe dazu sind schon gemacht worden. Dem glücklichen Erfinder werden sicherlich Geburtshelfer und Chirurgen die gleiche Dankbarkeit entgegenbringen!