Aus der Dührssen'schen Privatklinik für Frauenkrankheiten.

Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie.

Von

Prof. A. Dührssen.

Nachdem ich im Jahre 1896¹⁾ einen Fall von vaginalem Kaiserschnitt beschrieben und im Jahre 1898²⁾ denselben zum zweiten Male ausgeführt habe, veröffentliche ich jetzt den dritten von mir operirten Fall. Zwar hat sich die Operation schon das Bürgerrecht in der Geburtshülfe erworben, indessen ist zwecks Gewinnung einer präzisen Statistik und Indicationsstellung, die nach meinen Anschauungen bislang allzusehr eingeschränkt wird, noch die Veröffentlichung jedes einzelnen Falles erforderlich.

25. 5. 1900. Anamnese: Die 31jährige Frau N. stammt aus einer tuberculösen Familie. Ihre Mutter ist mit 50, 3 Geschwister sind mit 20—25 Jahren an Lungentuberculose gestorben. Pat. litt von jeher an Athemnoth, vor 5 Jahren wurde bei ihr ein Lungenkatarrh festgestellt, der sich bis in die letzte Zeit in Husten und Brustschmerzen äusserte. Ihr Vater wollte sie nicht heirathen lassen, weil er infolge der Erfahrungen mit seinen anderen Kindern befürchtete, dass Pat. in der Ehe an Tuberculose zu Grunde ginge.

Pat. heirathete dennoch Mai 1899. Letzte Menstruation November 1899. Seit dem 18. 5. 1900 schwellen Füße, Hände und Gesicht an. Herr Dr. Herrmann (Rixdorf) constatirte am 24. 5. Nephritis und verordnete Bettruhe und Milchdiät. Am 25., nachmittags 5 Uhr, bekam Pat. einen eklamptischen Anfall, um 6¹/₂ Uhr einen

1) Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin 1896. Karger.

2) Volkmann's Sammlung klin. Vortr. N. F. No. 232. Berliner klin. Wochenschr. 1899. No. 6.

zweiten, worauf sie bis 8 $\frac{1}{2}$ Uhr abends 3 cg Morphinum subcutan erhielt. Trotzdem erfolgte noch ein dritter Anfall während des Transports zur Klinik, wo sie um 9 $\frac{1}{4}$ Uhr anlangte.

Status: Sehr grosse, kräftige, fett- und muskelreiche Blondine, mit stark gedunsenem Gesicht, Oedemen der Beine, der Bauchhaut und der Labien. Der Puls ist beschleunigt, aber kräftig, die Athmung stertorös. Pat. ist völlig bewusstlos, reagirt aber auf leichte Reize durch Abwehrbewegungen und unverständliches Lallen. Urin erstarrt beim Kochen. Fundus uteri steht in Nabelhöhe, Frucht in 1. Querlage, der Cervicalcanal ist völlig erhalten, für 1 Finger durchgängig, seine Wand rigide.

Wehen sind nicht vorhanden.

Therapie: 9 $\frac{1}{2}$ abends Sectio caesarea vaginalis in Chloroformnarkose, welche einen beginnenden Anfall unterdrückt.

Die Portio wird mit einer breiten hinteren Platte eingestellt, seitlich mit 2 Kugelzangen gefasst und bis in den Introitus herabgezogen. Ein mit der Scheere angelegter Querschnitt durchtrennt das vordere Scheidengewölbe und das darüber gelegene derbe Fascienblatt, worauf sich stumpf die vordere Cervixwand in grosser Ausdehnung frei legen lässt und bis zum inneren Muttermund in der Medianlinie gespalten wird. Hier fassen 2 weitere Kugelzangen die Wundränder, die alsbald durch 2 Catgutzügel ersetzt werden. Nunmehr wird die Cervixincision nach oben in das untere Uterinsegment hinein fortgesetzt und die in der entstandenen Oeffnung sichtbar werdende Blase gesprengt. Nach Abnahme der Portiokugelzangen und Entfernung des Spiegels wird durch combinirte Wendung — es konnte nur die halbe Hand in die enge Vagina eingeführt werden — ein Fuss heruntergeholt und die Frucht extrahirt. Nur die Entwicklung des Kopfes machte einige Schwierigkeit, die aber sofort durch eine Verlängerung des Uterusschnitts um ca. 1 $\frac{1}{2}$ cm gehoben wurde.

Nach geschehener Abnabelung wurde sofort die Placenta mit einigen Fingern gelöst und der schlaffe Uterus mit dem Jodoformgazestreifen der Büchse I ausgestopft. Es folgte die Durchlegung von 6 Catgutknopfnähten durch die Uteruswunde, die extraperitoneal lag, wobei der unterste Theil der Portio nicht versorgt wurde, um keinen zu engen Muttermund zu schaffen.

Nunmehr trat eine stärkere Blutung aus dem Uterus auf, die auf beginnende Retraction des Uterus und hierdurch bedingte Auspressung des Bluts aus dem Gazestreifen geschoben wurde — und in der That liess sich jetzt, trotzdem ein breiter, direkt in den Uterus eingeführter vorderer Spiegel das schnelle Einführen grosser Gazemassen gestattete, lange nicht der ganze Streifen der Büchse I einführen, und die Blutung stand definitiv.

Nach Knotung der angelegten Nähte wird der quere Scheidenschnitt durch einige Catgutknopfnähte geschlossen, und durch eine kleine mediane Lücke ein Jodoformgazestreifen zwecks Drainage des antecervicalen Hohlraums eingeführt.

Die Scheide wird noch mit einem Wattetampon ausgefüllt und ein Dammriss 1. Grades durch einen fortlaufenden Catgutfaden geschlossen.

Der Blutverlust aus den angelegten Schnitten war gering, der ganze Blutverlust nicht grösser, als bei einer normalen Geburt.

Das Kind, ein Mädchen, lebte 1½ Stunden. Seine Maasse waren folgende:

Länge	34	cm
Kopfumfang	25	"
Diameter bitemp.	6	"
„ bipariet.	7	"
„ fronto-occip.	8,5	"
„ mento-occip.	10	"
Das Gewicht betrug	800	g.

26. 5. morgens. Pat. hat wegen Unruhe 2mal je 0,02 g Morphinum subcutan erhalten, ein Anfall ist nicht mehr dagewesen, ebenso wenig irgend eine Blutung. Das Sensorium ist frei, die Wöchnerin klagt nur über Durst. Zunge dick geschwollen, zerbissen. Puls kräftig, Temperatur normal. Uterus ragt als steinharte Kugel nur 4 Finger breit über die Symphyse in die Höhe.

Entfernung sämtlicher Watte- und Gazestreifen.

28. 5. Gestern und heute erhielt Pat. wegen Unruhe je 0,02 Morphinum subcutan.

29. 5. Puls noch andauernd beschleunigt, 100—108. Unter Milchdiät haben die Oedeme und das Albumen bedeutend abgenommen, so dass der Urin nur noch eine leichte Trübung zeigt. Auch die Zunge ist fast ganz abgeschwollen.

Vom 30. an trat Fieber ein, welches durch eine katarrhalische Pneumonie bedingt war.

Am 5. 6. konnte ich, von einer Reise zurückgekehrt, folgenden Befund aufnehmen: Pat. klagt nur über Vollsein auf der Brust und Husten. Temp. 38,5, Puls 115, kräftig, geringe Dyspnoe, geringes, nicht blutig gefärbtes Sputum. Links hinten unten leichte Dämpfung von Handbreite, das Athemgeräusch ist hier durch leicht klingende Rasselgeräusche völlig verdeckt. Sonst hört man über der ganzen linken Lunge und der rechten Lungenspitze mittelblasiges, nicht klingendes Rasseln.

Uterus nur noch wenig vergrössert, anteflektirt, sondert kein Secret mehr ab. Sämtliche Wunden sind per primam geheilt, auch die nicht vernähte Wunde an der Portio. Die Narben an der Portio und im vorderen Laquear sind kaum mehr fühlbar.

6. 6. Pat. wird auf ihren Wunsch mit Krankenwagen nach Hause geschickt und der weiteren Behandlung des Herrn Dr. Herrmann übergeben.

Wie mir Herr College Herrmann freundlichst mittheilte, bildete sich nach der Entlassung auch rechts eine Pneumonie aus. Nach einer Woche liess das Fieber nach, jedoch wurde die Herzschwäche so bedeutend, dass Pat. derselben am 17. 6. abends erlag, nachdem die Temperatur unter 36 gefallen war, und sich wieder Eiweiss und Oedeme eingestellt hatten.

Schwere Eklampsie in der Schwangerschaft habe ich, als ich mich erst theoretisch mit dem vaginalen Kaiserschnitt beschäftigte, schon als Indication für den vaginalen Kaiserschnitt aufgestellt¹⁾. Speciell in den ersten 7 Monaten der

1) Allgem. Deutsche Aerztezeitung. 1. April 1895. No. 7 u. 8.

Schwangerschaft stirbt, wie ich statistisch nachgewiesen, das Kind stets in Folge der Eklampsie ab, man darf also ohne Rücksicht auf das Kind die Schwangerschaft in solchen Fällen sofort unterbrechen — und dies ist die zweckmässigste Therapie, da eine rasche operative Entleerung des Uterus in tiefer Narcose nach meiner grossen Statistik¹⁾ die Eklampsie in 93,75 pCt. beseitigt. Die tiefe Narcose ist wesentlich, um nicht durch die locale Reizung auf reflectorischem Wege neue Anfälle auszulösen.

Da sich bei völlig erhaltener, geschlossener und rigider Cervix die vaginale Entleerung des Uterus mit den bekannten Methoden nicht mit der nöthigen Schnelligkeit ausführen liess, so hat man nach dem Vorgang von Halbertsma²⁾ in diesen Fällen vielfach den classischen Kaiserschnitt gemacht. Doch hoffe ich noch die Zeit zu erleben, wo der classische Kaiserschnitt für Fälle von schwerer Eklampsie durch den vaginalen Kaiserschnitt völlig verdrängt sein wird. Denn bei jedem neuen Fall von vaginalem Kaiserschnitt ist man immer wieder freudig von der Leichtigkeit und Eleganz seiner Ausführung überrascht.

So machte in dem berichteten Fall — trotzdem nur ein Assistent und eine ungeübte Wärterin assistirten — die Einstellung der Portio und des vorderen Laquear durch ein kurzes, breites, hinteres Spiegelblatt nicht die geringsten Schwierigkeiten, ebenso wenig nach Spaltung des vorderen Laquear die Freilegung der vorderen Cervixwand, für, welche nicht einmal die Einführung eines vorderen Blattes erforderlich war.

Die Blutung aus der Uteruswunde war nur unbedeutend und wurde zunächst durch stärkeren Zug an der Portio, später durch 6 Catgutknopfnähte gestillt. Diese die Wunde vereinigenden Nähte waren nach Entleerung des Uterus — ebenfalls wieder ohne vorderes Spiegelblatt — sehr leicht und schnell anzulegen.

Die Extraction des Kindes war eine ungemein leichte und schnelle. Wenn das Kind auch nicht reif war, so lässt sich nach meinen Erfahrungen auch ein reifes Kind ebenso leicht entwickeln, wenn man in analoger Weise das hintere Scheidengewölbe

1) Dieses Archiv. Bd. 43.

2) Centralblatt f. Gynäk. 1890. Beilage S. 84.

und die hintere Uteruswand spaltet, bis die Hand bequem durch die gesetzte Oeffnung in den Uteruskörper eindringen kann.

Der Verlauf war seitens der Beckenorgane ein absolut normaler — wie bei einer spontanen Geburt. Die eingetretene Pneumonie bewies nachträglich, dass der Fall ein schwerer war und rechtfertigte das eingeschlagene rasche Entbindungsverfahren, welches die Eclampsie prompt beseitigte. Der 23 Tage nach der Operation und dem Aufhören der Eclampsie eingetretene Tod war durch die Exacerbation einer chronischen, zweifellos tuberculösen Lungenaffection bedingt. In der Statistik des vaginalen Kaiserschnitts bei Eclampsie ist dieser Fall als geheilt anzusehen.

Der überaus günstige Verlauf des berichteten Falles erregt aufs Neue mein lebhaftes Bedauern darüber, dass ich in einem ganz ähnlichen Fall aus äusseren Gründen den vaginalen Kaiserschnitt nicht ausführen konnte. In diesem Fall von Schwangerschaft im 8. Monate bei wirklicher Nepritis chronica trat schon nach dem zweiten Anfall Lungenödem ein. Die enge, durch eine frühere, von anderer Seite vorgenommene Zangenextraction narbig degenerirte Cervix liess zwar die Perforation, aber nicht die Durchführung des Cranioclasten zu. Ich machte daher die combinirte Wendung mit einem Finger, die ich vor der Perforation auch schon, aber ohne Erfolg, versucht hatte, weil ich den herabgeschlagenen Fuss mit dem einen Finger nicht durch die rigide Cervix herunterziehen konnte. Nach der Wendung war, wieder wegen der narbigen Cervix, eine sofortige Extraction nicht möglich. So erforderten diese mühsamen Eingriffe viel Zeit und eine längere Narcose. Der vaginale Kaiserschnitt hätte ohne Perforation die Entbindung in 5 Minuten ermöglicht und vielleicht die Pat. gerettet. Leider war es Nacht und auch wegen des Lungenödems ein Transport der Pat. in die Klinik nicht mehr möglich. Andererseits war der erste Anfall so leicht und das Sensorium der Pat. so rasch wieder frei, dass irgend ein eingreifendes Entbindungsverfahren, welches hier allein in Frage kommen konnte, nicht indicirt schien, vielmehr die Hoffnung berechtigt war, dass die sofort eingeleitete Morphin- und Bädetherapie einen weiteren Anfall verhindern würde.

So zeigte dieser Fall wieder einmal den tückischen Charakter und die prognostische Unberechenbarkeit der Eclampsie — Momente, die mich schon früher die Forderung aufstellen liessen, den ersten

eclamptischen Anfall als striete Indication zur Entbindung zu betrachten. —

Seit meiner ersten Publication über den vaginalen Kaiserschnitt sind nun schon 5 Jahre verflossen, und ich habe in dieser Zeit in der Literatur eine ganze Reihe von Fällen gefunden, wo man den classischen Kaiserschnitt gemacht hat und den vaginalen Kaiserschnitt hätte machen sollen und können. Speciell bei Eklampsie ist nach der Zusammenstellung von Hillmann¹⁾ 40 Mal der classische Kaiserschnitt ausgeführt worden. In dem von ihm aus der Jenenser Klinik mitgetheilten Fall war allerdings der vaginale Kaiserschnitt in Erwägung gezogen, aber verworfen worden wegen der mit ihm verknüpften grossen Läsion der Beckenorgane. Dass diese Läsion sowohl momentan als auch späterhin eine viel geringere ist, als nach dem classischen Kaiserschnitt, lehrt der Verlauf des berichteten als auch meines ersten Falles, in welchem ich später Schwierigkeiten hatte, meinen Zuhörern die zarten Narben an der Portio und im vorderen und hinteren Scheidengewölbe überhaupt zu demonstrieren — Narben, die ferner bei Gelegenheit einer späteren Geburt der Erweiterung des unteren Uterinsegments nicht das geringste Hinderniss entgegengesetzten.

So möchte ich den classischen Kaiserschnitt nach den bisher mit dem vaginalen Kaiserschnitt gewonnenen, ausserordentlich günstigen Erfahrungen nur für die Fälle von engem Becken mit einer Conjugata vera unter $7\frac{1}{2}$ —8 reserviren, dagegen bei allen von den Weichtheilen ausgehenden schweren Geburtshindernissen und bei ernster Lebensgefahr für Mutter oder Kind, die bei geschlossener und nicht dilatabler Cervix auftritt, den vaginalen Kaiserschnitt empfehlen. Wer einmal einen classischen und einen vaginalen Kaiserschnitt gesehen hat, wird sicher zugeben, dass die erstere Operation die ungleich einfachere und ungefährlichere ist — letzteres aus dem Grunde, da sie sich ganz extraperitoneal abspielt und da auch die atonische Nachblutung, die bei beiden Methoden auftreten kann, sich bei dem vaginalen Operationsgebiet viel schneller durch Uterus-tamponade beseitigen lässt. Es erwies sich bei dem hier beschriebenen Fall als sehr zweckmässig, durch die grosse in den Uteruskörper führende Incisionsöffnung einen breiten Spiegel ein-

1) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. X. H. 2.

zuführen, auf dessen glatter Fläche rasch grosse Massen Jodoformgaze in den Uteruskörper eingebracht werden konnten, die, nachdem der Uterus durch die erste Tamponade zur Contraction gebracht war, eine feste Dauercontraction und Retraction des Uterus in der Weise unterhielten, dass nicht die geringste Blutung mehr auftrat und von jeder Secalदारreichung abgesehen werden konnte.

Der classische Kaiserschnitt bei Eklampsie ist eine Ausnahme, die ultima ratio in verzweifelten Fällen. Im Allgemeinen ist die Therapie der Eklampsie eine allzu expectative, und es offenbart sich hier noch in der modernen Geburtshilfe der kleinliche, ängstliche Geist einer vergangenen Generation, die nach dem kleinsten Eingriff Kindbettfieber entstehen sah und für die daher ein möglichst expectatives Verhalten naturgemäss geboten war. Ich bin auch durchaus für die expectative Behandlung der normalen Geburt, aber für energisches Handeln bei Lebensgefahr für Mutter oder Kind, um beiden das Leben zu erhalten! Dieses energische Handeln vermisse ich vielfach, an seiner Stelle begnügt man sich häufig mit halben Maassnahmen, denen dann gewöhnlich mindestens das Kind zum Opfer fällt. Und doch haben wir in der Antisepsis und Asepsis ein Mittel in die Hände bekommen, welches die blutige Erweiterung der weichen Geburtswege zu einem harmlosen Eingriff umwandelt und welches es gestattet, die Entbindung ohne Gefahr für die Mutter und ohne Schädigung für das Kind in schonender Weise vorzunehmen.

Man wird mir entgegenhalten, dass diese Errungenschaften voll und ganz nur in Kliniken ausgenutzt werden können — dann aber frage ich, warum versucht man in den Kliniken nicht den vaginalen Kaiserschnitt bei schwerer Eklampsie, nachdem gemäss meinen Empfehlungen der vaginale Kaiserschnitt bei Carcinom des schwangeren Uterus so ausgezeichnete Resultate gegeben hat. Warum fällt man, wie das Olshausen-Veit'sche Lehrbuch der Geburtshilfe es thut, ein so abfälliges Urtheil über den vaginalen Kaiserschnitt, trotzdem dem einen Autor, Olshausen, eigene Erfahrungen zu Gebote standen, die dieses Urtheil unbegründet erscheinen lassen? Wenn die Lehrbücher eine gewisse Zurückhaltung gegenüber neuen Methoden bewahren, so ist das ganz richtig, dann muss aber diese Zurückhaltung sich auch auf die Enthaltung von scharfen Kritiken erstrecken, die positiv falsch sind.

Uebrigens ist in Holland, von wo die Empfehlung des classischen Kaiserschnitts bei Eklampsie ausging, auch der vagi-

nale Kaiserschnitt bei Eklampsie bereits ausgeführt worden, wie Kouwer¹⁾ in der niederländischen gynäkologischen Gesellschaft berichtete.

44jährige Xipara, seit 10 Tagen Kopfschmerzen, nach dem 4. Anfälle mit Cheyne-Stokes in die Klinik gebracht; im 6. Monate der Gravidität neuer Anfall. Keine Herztöne. Or. int. geschlossen. Puls klein und frequent. Pat. moribund.

Als letztes Mittel wurde Hysterotomia vaginalis anterior gemacht, das perforirte²⁾ Kind extrahirt, Placenta manuell entfernt. Operation ausserordentlich leicht und mit geringem Blutverlust. 18 Std. später Exitus im Coma.

Section: Herz hypertrophisch, Hämorrhagien in der Leber; Nieren: trübe Schwellung. Lungen ödematös, mit Embolien von Lebersubstanz.

In der Discussion bemerkt Selhorst, er würde das Accouchement forcé mit dem Ballon von Champetier de Ribes vorgezogen haben, was Kouwer mit Recht für einen viel gefährlicheren und zeitraubenden Eingriff erklärt.

Die Behandlung der Eclampsie ist entschieden noch das Schmerzenskind der modernen Geburtshülfe. Fritsch³⁾ erklärt in seinem Ueberblick, dass die Therapie dieser Affection in den letzten 25 Jahren gar keine Fortschritte gemacht und dass die gepriesene Behandlung mit Narcoticis manchen Eclampsietod verschuldet habe, während Olshausen und Veit in dem Schröder'schen Lehrbuch (13. Auflage) gerade die Morphinbehandlung sehr rühmen und die von mir bei Eclampsie empfohlenen tiefen Cervixincisionen auf Grund unrichtiger, aus meinen Arbeiten gezogenen Schlussfolgerungen verwerfen. Die genannten Autoren sagen diesbezüglich Folgendes: „Wenn Dührssen neuerdings wiederholt eine sehr active Behandlung anrath, so wollen wir nicht das Interessante dieser Versuche leugnen; wenn er aber in seinem Resumé dahin gelangt, dass das gewaltsamere Entbindungsverfahren zwar die Anfälle zum Aufhören bringt, aber doch keine besseren Resultate ergiebt, als das bisherige Abwarten bis zu besonderen Indicationen, und wenn er deshalb trotzdem seine Methode principiell empfiehlt, so können wir darin nur eine dringende Mahnung erblicken, den oben ausgesprochenen (expectativen) Grundsätzen zu folgen und nicht wegen

1) Centralbl. f. Gyn. 1900, No. 19. S. 505.

2) Anm. Die Perforation verzögert in solchen Fällen unnöthig die Entbindung und ist bei genügender Länge des Uterusschnittes überflüssig (Dührssen).

3) Die Gynäkologie und Geburtshülfe des letzten Vierteljahrhunderts. Deutsche med. Wochenschr. 1900. No. 1.

des einmaligen Auftretens von eclamptischen Convulsionen schwere geburtshülfliche Operationen vorzunehmen.“

Zur Berichtigung dieser Auslassungen diene Folgendes: In diesem Archiv Bd. 42 steht der erste Theil meiner Arbeit, betitelt „Ueber die Behandlung der Eklampsie“, während Olshausen-Veit nur den 2. Theil meiner Arbeit (Archiv f. Gynäk. Bd. 43), betitelt „Ueber Eklampsie“ berücksichtigen. In dem ersten Theil habe ich nun über 6 Fälle schwerer Eklampsie berichtet, in welchen die Entbindung mittelst tiefer Cervixincisionen die Eklampsie beseitigte und alle Kinder lebend zur Welt brachte. Nur 1 Kind, welches in Folge sehr protrahirter Geburt schon vor dem Ausbruch der Eklampsie im Absterben war, starb bald nach der Geburt in Folge massenhafter Aspiration von Meconium. Sämmtliche Mütter genasen. In dem zweiten Theil berichte ich über weitere 194 Fälle, die seit 1880 in der geburtshülflichen Klinik der Charité beobachtet und in der bisher üblichen Weise mit Narcoticis und eventueller späterer Entbindung — also nicht nach meinen Grundsätzen — behandelt worden waren. Diese Fälle konnten natürlich keine besseren Resultate aufweisen, als die ebenso behandelten in anderen Statistiken. Diese Fälle, die garnicht nach meinen Methoden behandelt sind, können daher unmöglich zum Beweis dafür angeführt werden, dass meine Methoden nichts taugen. Dies thun aber Olshausen und Veit. — Immerhin konnte ich aus meiner Statistik den Schluss ziehen, dass die operative Entleerung des Uterus in tiefer Narcose die Eklampsie in 93,75 pCt. der Fälle, die spontane Entleerung die Eklampsie dagegen nur in 78,9 pCt. beseitigte, und dass die Sterblichkeit an Eklampsie trotz der angewendeten unvollkommenen Entbindungsmethoden bei operativer Entleerung des Uterus geringer als nach spontaner Geburt war. Es war daher eine logische Schlussfolgerung, dass eine möglichst gleich nach dem ersten eclamptischen Anfall ausgeführte ungefährliche Entbindungsmethode die Eklampsie mit grosser Sicherheit beseitigen und ausserdem ein lebendes Kind erzielen würde. Als eine solche für Mutter und Kind ungefährliche Methode hatte ich an der Hand eines grösseren Materials die tiefen Cervix- und Scheidendammeinschnitte schätzen gelernt, und ihre Anwendung bei den oben erwähnten 6 Fällen von Eklampsie rechtfertigte durchaus meine Erwartungen.

Sollte nun hingegen der beliebte Einwand der zu geringen Zahl der Fälle erhoben werden, so betone ich, dass ich auch später stets

dieselben günstigen Resultate mit der Methode in Fällen von Eclampsie und anderen Fällen erzielt habe, und berufe mich weiter auf die gewichtigen Erfahrungen Zweifel's, denen der genannte Autor schon in der Vorrede der 4. Auflage seines Lehrbuchs der Geburtshülfe (1895) mit folgenden Worten Ausdruck verleiht:

„Wesentlich sind 3 Abschnitte von hervorragender praktischer Bedeutung, in denen eine grundsätzliche Aenderung der in diesem Buch niedergelegten Lehren zum Ausdruck kommt. Nachdem ich Jahre lang einer expectativen Behandlung der Eklampsie gefolgt war und seit der versuchsweisen Anwendung der activen Behandlung (seit Januar 1893) weit bessere Erfolge erzielt wurden, als früher, erachte ich es für eine Pflicht, die frühere Lehre aufzugeben und für die neue active Behandlung, wenn auch in gemässigter Form, einzutreten, weil ich mir nicht denken kann, dass bei den Zahlen, über die ich verfüge, der Zufall sein Spiel getrieben habe. Wenn auch die Aufgabe für den Praktiker grösser, verantwortungsvoller wird, kann dies nicht davon abhalten, eine Behandlung zu empfehlen, wenn dieselbe sich als nützlicher erwies.“

Im Text (S. 431) werden dann meine Grundsätze mit ausführlicher Begründung vorgetragen und nur die Scheidendamm-einschnitte als überflüssig und für später nachtheilig verworfen.

Natürlich geht es auch ohne diese — nur ist die Entbindung schwieriger und führt leicht zu uncontrollirbaren Einrissen der Scheide und des Damms; zudem hat eine gut genähte Scheiden-incision thatsächlich nicht die geringsten nachtheiligen Folgen.

Sehr beachtenswerth ist übrigens noch der Rath Zweifel's, die tiefen Cervixincisionen zwischen zwei vorher angelegten Klemmen vorzunehmen. Die kleine Operation selbst wird hierdurch sehr erleichtert und einer Blutung vorgebeugt, zumal, wenn man die Klemmen noch einige Minuten nach der Durchschneidung liegen lässt.

Auch Schauta erklärt in der 2. Auflage seines Lehrbuchs der gesammten Gynäkologie (II. Theil, S. 48): „Ich selbst kann mich (bezüglich der Therapie der Eklampsie) den Ausführungen Dührssen's im Allgemeinen vollkommen anschliessen.“

Auch Fritsch hat sich früher ganz ähnlich geäußert, womit ich seinen jetzigen pessimistischen Standpunkt in der Therapie der Eklampsie nicht recht zusammenreimen kann. Er sagt nämlich in der 5. Auflage seiner Klinik der geburtshülflichen Operationen hierüber Folgendes:

„Günstiger (als beim Kaiserschnitt) liegen die Verhältnisse bei

dem Dührssen'schen Vorschlag, der mit allgemeinen Redensarten leider zu sehr angegriffen und verdächtigt ist. Man muss bedenken, dass die Scheide im obersten Theil sehr erweiterungsfähig ist. Ist also der Uterus künstlich erweitert — der obere Theil der Scheide wird das Kind passiren lassen! Und einen grossen Einschnitt in den Damm wird Niemand fürchten.“

„Nun ist aber gerade bei den Primiparen, die wesentlich in Frage kommen, das untere Uterinsegment, das den Kopf aufgenommen hat, schon völlig erweitert. Es ist nur der unterste Theil, die Portio, die den Widerstand bildet. Wer fürchtet die Portio völlig zu durchschneiden zu anderen Zwecken? Bekannt ist ausserdem, dass z. B. bei einer Incision auf einer Seite die andere sehr weit aufreisst, wenn der eine Schnitt nicht tief genug angelegt ist. Wird also genau die Dührssen'sche Vorschrift befolgt, d. h. werden 4 grosse Schnitte bis an das Scheidengewölbe gemacht, so ist die Gefahr der Blutung nicht gross. Die Uterina kann nicht verletzt werden, sie liegt viel höher, und selbst die kleinen Rami vaginales bleiben unverletzt, weil die Vagina unverletzt bleibt. Diese Wunden bei antiseptischem Verlauf sind nicht gefährlich. Noch weniger dürfte man — falls die Vulva zu grossen Widerstand entgegensetzt — die Einschnitte in die äusseren Geschlechtstheile scheuen. Da doch feststeht, dass, wie ich es schon unter anderer, dem damaligen Stande der Wissenschaft entsprechender Begründung auseinandersetzte, jeder fernere Anfall Gefahren bedingt, so wird stets das Verfahren das richtige sein, das den Uterus am schnellsten entleert.“

„Man hat Jahre lang für die beste Methode die Behandlung ausschliesslich mit Narkoticis angesehen. Ich will nicht entscheiden, wie viele Fälle von Eklampsie dieser Behandlung zum Opfer gefallen sind! Aber widersinnig ist es doch, einem schon vergifteten Organismus immer neue Gifte massenhaft zuzuführen! Ich bin fest überzeugt, dass manche Eklamtische einem Gemisch von Urämie, Morphinum, Chloral, Chloroform-Vergiftung und Anämie zum Opfer fiel! Auch die Therapie mit heissen Bädern ist intra partum nicht sicher. Sie ist die souveräne Behandlung der Urämie in der Schwangerschaft. Sie ist geeignet, Eklampsie zu verhüten, aber nicht zu heilen. Nur die Therapie ist rationell und gut, die den Uterus bald entleert. Und ich bin überzeugt, dass wenn erst Dührssen's Methode viele Anhänger gefunden hat und man principiell nicht zu lange wartet, dass dann auch von allen

Seiten über gute Erfolge berichtet wird! Dem Kaiserschnitt ist diese Methode ganz zweifellos vorzuziehen. Er ist viel gefährlicher. Er ist eine Hospitaloperation, während die Dührssen'schen Einschnitte auch vom praktischen Arzt auszuführen sind.“

Nach Beschreibung meiner Methode sagt Fritsch zum Schluss:

„Die Gefahr der Atonie des Uterus bei schneller Entleerung ist eine mehr theoretische Befürchtung. — Tritt eine Nachblutung ein, so wird die dabei nothwendige Therapie eingeleitet.“

Als wirksamste Therapie bei atonischen Nachblutungen empfiehlt Fritsch gleichfalls meine Methode der Uterustamponade mit sterilisirter Jodoformgaze, indem er unter Anderem sagt: „Jedenfalls ist die Methode wirksam und hat keine unangenehmen Nebenwirkungen oder schlechte Folgen. Wer diese Methode tadelt oder sie für unwirksam erklärt, verschliesst sich der Wahrheit.“

So sieht man, dass auf Grund sorgfältiger Vertiefung in meine Lehren dieselben vielfach seitens der hervorragendsten Fachgenossen Anerkennung gefunden haben. Diesen Lehren liegt vor Allem auch eine grössere Rücksicht auf die Erhaltung des kindlichen Lebens zu Grunde, als sie in dem Schröder'schen Lehrbuch zu Tage tritt. Hier heisst es: „Wegen des Verhaltens des Kindes soll man sich im Allgemeinen nicht zu Entbindungsversuchen entschliessen, da die Prognose für dasselbe doch nicht günstig ist.“ Das ist sie doch nur, wenn man sich zu lange expectativ verhält, weil dann das Kind durch die behinderte Sauerstoffaufnahme während der Anfälle und dem Uebergang der Eklampsietoxine und der narkotischen Mittel in sein Blut asphyctisch wird. Hat man also eine ungefährliche Entbindungsmethode — wie die tiefen Cervixincisionen es thatsächlich sind — so ist es nicht nur der Mutter, sondern auch dem Kinde gegenüber ein Unrecht, sie nicht anzuwenden.

Wenn Olshausen und Veit infolge missverständlicher Auffassung schon gegen die tiefen Cervixincisionen bei Eklampsie sind, die doch erst zur Anwendung kommen können, nachdem schon Wehen dagewesen sind und die supravaginale Partie der Cervix auseinander gezogen haben, so ist es kein Wunder, wenn sie den vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie ganz verwerfen. Es sei mir gestattet, ihre diesbezüglichen Bemerkungen (S. 317) anzuführen und dann kritisch zu beleuchten:

„Ist die Portio noch ganz erhalten und der Cervicalkanal nicht durchgängig, so giebt es gar keine Indication, welche eine

sofortige Entbindung auf natürlichem Wege rechtfertigte, hier wäre das Verfahren selbst unmittelbar lebensgefährlich. Weder Eklampsie noch Blutungen, noch andere Complicationen können unter solchen Umständen die Operation entschuldigen. Auch beim Tode der Mutter ist ein lebendes Kind hier nur durch den Kaiserschnitt post mortem zu erhalten.“

„Vielleicht ist es zweckmässig, es direct auszusprechen, dass unter diese im Allgemeinen nicht indicirten und daher nicht nachahmenswerthen Operationen auch der vaginale Kaiserschnitt Dührssen's fällt; ist hier die Indication in dem ersten von Dührssen publicirten Fall schon zweifelhaft, so ist die Wahl des Zeitpunktes der Operation vor Eintritt jeder Wehenthätigkeit sehr bedenklich, und dass eine Patientin zufällig gesund blieb, beweist nichts weder für Indication noch Wahl der Zeit. Wir sind bereit, in dem vaginalen Kaiserschnitt für ganz ausnahmsweise Verhältnisse, wie sie z. B. bei Carcinom in der Gravidität, aber auch da nur selten vorkommen, ein geeignetes Hülfsmittel zur Operation des Carcinoms zu begrüssen, aber es würde zu Missverständnissen führen, wenn man diese Operation unter die gewöhnlichen geburtshülflichen Operationen aufnehmen wollte oder wenn man nun zugeben wollte, dass ohne jede vorbereitende Wehenthätigkeit, ohne jede Erweiterung des oberen Theils des Cervicalkanals dieser Eingriff berufen wäre, dem Accouchement forcé einen grösseren Wirkungskreis zu geben.“

Die Statistik¹⁾ des vaginalen Kaiserschnitts hat mittler-

1) Anm. Mit den in dieser Arbeit erwähnten Fällen habe ich 22 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt gesammelt, 16 wegen Carcinom des schwangeren Uterus, 2 wegen Eklampsie, 2 wegen Cervixstenose, 1 wegen unstillbaren Erbrechens bei Hydramnion und narbigem Collum, 1 wegen schweren Herzfehlers bei einer Moribunden. Von den 16 Fällen, die sämmtlich mit der vaginalen Exstirpation des Uterus verbunden wurden, starben 3. Es starb ferner der Kouwer'sche Fall von Eklampsie (s. S. 555) und der Fall von Herzfehler — und zwar beide an der Grundkrankheit, welche die Indication zur Operation abgab. Auch bei den anderen 3 Todesfällen war der kachektische Zustand die Ursache des Todes, nicht die Operation — oder, wenn man durchaus die Operation für den ungünstigen Ausgang verantwortlich machen will, so kann hierfür nur die zweite Operationsphase in Betracht kommen, bei welcher es sich um die Eröffnung der Bauchhöhle und die Exstirpation des carcinomatösen Uterus handelte. Soviel können wir sagen, dass die erste Operationsphase, die für das vorliegende Thema der Eklampsie allein in Betracht kommt, also die einfache Entleerung des Uterus, unter guten klinischen Verhältnissen eine ungefährliche Operation darstellt, welche auch am Ende der Schwangerschaft die Entwicklung eines lebenden Kindes ermöglicht. Denn

weile gezeigt, dass die Combination des vaginalen Kaiserschnittes mit der sofort angeschlossenen vaginalen Uterusexstirpation bei Carcinom des schwangeren Uterus ungefährlich ist, und dass der vaginale Kaiserschnitt allein, wie er für die Eklampsie in Frage kommt, einen harmlosen Eingriff darstellt, da er sich ganz extraperitoneal abspielt. Wenn ich sage „harmlos“, so gilt diese Bezeichnung allerdings nur, wenn man die Uterustamponade bei Atonie höher einschätzt, als die genannten Autoren es thun. Ohne dieses sofort nach Entleerung des Uterus angewandte Hilfsmittel wird man allerdings wohl gelegentlich einen Verblutungstod nach vaginalem Kaiserschnitt erleben, den ich dann aber nicht auf das Conto meiner Methode zu schreiben bitte. Bei dieser bilden Entleerung des Uterus durch vaginalen Kaiserschnitt und sofort angeschlossene Placentarlösung nebst Uterustamponade ein organisches Ganze.

Die Prämisse der angeführten Kritik ist also nicht richtig: Das Verfahren des vaginalen Kaiserschnitts ist nicht lebensgefährlich — folglich wäre es ein Unsinn, das Verfahren bei Eklampsie, Blutungen und anderen lebensgefährlichen Complicationen, die bei geschlossener Cervix auftreten, nicht anzuwenden, sondern die Hände in den Schooss zu legen und Mutter und Kind zu Grunde gehen zu lassen. Uebrigens widersprechen die Autoren sich selbst: Denn thatsächlich sind in der Olshausen'schen Klinik 3 vaginale Kaiserschnitte mit nachfolgender vaginaler Uterusexstirpation wegen Carcinoms in der Schwangerschaft mit Erfolg ausgeführt worden. Damit ist also doch eine Indication anerkannt, wegen deren es gerechtfertigt erschien, ohne jede vorbereitende Wehenthätigkeit, ohne jede Erweiterung des Cervicalkanals die Schwangere durch vaginalen Kaiserschnitt zu entbinden. Anstatt der S. 560 mitgetheilten gewundenen Anerkennung desselben in einer Anmerkung,

bei 9 zu diesem Termin unternommenen vaginalen Kaiserschnitten kam nur ein Kind, welches von vornherein und meiner Ansicht nach unnöthiger Weise perforirt wurde, todt zur Welt. Die Literatur dieser Fälle habe ich in meinem Artikel: „Vaginaler Kaiserschnitt“, in der Encyklopaedie der Geburtshülfe und Gynäkologie von v. Herff und Sänger angeführt. In dieser Zusammenstellung fehlt nur die Quellenangabe eines Falles von Solowij:

Solowij, Einige Bemerkungen über den Gebärmutterkrebs und seine Behandlung während der Schwangerschaft und Geburt. Przegląd lekarski. No. 2. 1900. Ref. in der Lit.-Beilage der Deutschen med. Wochenschr. 1900. No. 11. Ein bezüglicher Fall wurde durch „vaginalen Kaiserschnitt“ mit gleichzeitiger Entfernung des Uterus operirt. Genesung.

wäre es logischer und den Thatsachen entsprechender gewesen, den ersten Satz folgendermaassen zu gestalten:

„Ist die Portio noch ganz erhalten und der Cervicalkanal nicht durchgängig, so giebt es nach unseren Erfahrungen nur eine Indication, welche eine sofortige Entbindung auf natürlichem Wege (durch den vaginalen Kaiserschnitt) rechtfertigt, nämlich das Carcinom des schwangeren Uterus. Sollte diese Operation sich weiterhin als ungefährlich erweisen, so wäre ihre Anwendung bei Eklampsie, Blutungen und anderen lebensgefährlichen Complicationen in Erwägung zu ziehen.“

Was nun noch die Bemängelung der Indication in meinem ersten Fall (einem Fall von Vaginofixation nach der alten Methode) anlangt, so ist darauf zu erwidern, dass ich unter dem Eindruck eines analogen, kurz vorher beobachteten Falles stand, wo gerade die Wehentätigkeit zu sehr schlimmen Complicationen geführt hatte. Jenen ersten Fall habe ich übrigens am 27. November 1899 wieder entbunden. Da diesmal wesentlich günstigere Verhältnisse vorlagen, so konnte ich die Dilatation durch einen Ballon von Champetier de Ribes erzielen, um dann die Wendung und Extraction eines lebenden Kindes aus Querlage zu bewerkstelligen.

Uebrigens möchte ich noch auf eine Ausdrucksweise in dem Kapitel über Carcinom des schwangeren Uterus des Schröder'schen Lehrbuchs hinweisen, welche zu Missverständnissen führen muss. Olshausen und Veit sprechen hier von „der Entbindung durch tiefe Cervixincisionen, welche Operation Dührssen als vaginalen Kaiserschnitt bezeichnet.“

Unter tiefen Cervixincisionen verstehe ich — und meine Definition derselben ist allgemein angenommen — etwas ganz Anderes — nämlich nur die Durchschneidung des vaginalen Cervixtheils, der Portio vaginalis, nach völliger Erweiterung des supravaginalen Cervixtheils. Bei dem vaginalen Kaiserschnitt wird dagegen nicht nur die Cervix ganz durchtrennt, sondern auch noch das untere Uterinsegment resp. der Uteruskörper eingeschnitten. Hierzu ist zunächst die Durchtrennung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes und die Abschiebung der Blase sowie des vorderen und hinteren Douglasperitoneums vom Uterus nöthig: Dies sind lauter Manipulationen, die man unter der Bezeichnung „tiefe Cervixincisionen“ nicht vermuthen kann. Der Name „vaginaler Kaiserschnitt“ bringt es dagegen prägnant zum Ausdruck, dass es sich um eine Concurrenzoperation des classischen Kaiserschnittes handelt.

Letzterer wird von Olshausen und Veit für gewisse Fälle von Eklampsie concedirt. In dieser Concession äussert sich auch wieder der hyperconservative Zug in der Geburtshilfe, aber nach einer anderen Richtung hin, indem man starr auch an lebensgefährlichen Operationen festhält, obgleich bedeutend ungefährlichere Eingriffe zur Verfügung stehen, deren Ungefährlichkeit, wie beim vaginalen Kaiserschnitt, nicht nur schon durch die bisherige Statistik, sondern auch durch den Vergleich mit ähnlichen gynäkologischen Operationen (Hysterotomia anterior vaginalis bei submucösen Myomen nach Doyen) festgestellt worden ist.

Um falschen Auslegungen vorzubeugen, z. B. der, als ob ich nun in jedem Falle von Eklampsie den vaginalen Kaiserschnitt empfehle, betone ich, dass man bei den meisten Fällen von Eklampsie in der ersten Geburtsperiode mit einfacheren Methoden zum Ziel kommt — bei Erstgebärenden mit verstrichener Portio mit den von mir angegebenen tiefen Cervixincisionen, bei Mehrgebärenden mit dehnbarer Cervix mit der mechanischen Dilatation durch einen Kolpeurynter oder noch besser den Ballon von Champetier de Ribes resp. Müller. Alle diese Methoden dienen dem von mir zuerst aufgestellten Grundsatz, bei mangelhaft erweitertem Muttermund die gefährdete Mutter nicht unter Opferung ihres Kindes (durch Perforation) zu retten oder das gefährdete Kind einfach absterben zu lassen — sondern in schonender und ungefährlicher Weise den Muttermund zu erweitern, um die Entbindung von einem lebenden Kind zu ermöglichen. Dass dieser Grundsatz, der allerdings erst durch die moderne Asepsis in die Praxis eingeführt werden konnte, von manchen Geburtshelfern immer noch nicht gewürdigt wird, lehrt eine Verhandlung in der hiesigen geburtshülflichen Gesellschaft¹⁾, über die sich sicher der selige Osiander gefreut hat, da ein Redner eine Statistik mit 40,9 pCt. Zangenentbindungen producirt. Bei dieser Gelegenheit erklärte ein anderer Redner es für richtiger, bei mangelhaft erweitertem Muttermund das gefährdete Kind absterben zu lassen, als die Entbindung auf die Gefahr eines Cervixrisses hin zu wagen. Solche Cervixrisse werden aber gerade durch die verschiedenen von mir empfohlenen Dilatationsmethoden vermieden — allerdings, falls Incisionen nöthig sind, nur durch tiefe, d. h. bis zum Scheidenansatz reichende

1) Zeitschr. f. Geb. 42. Bd. 3. H.

Cervixincisionen. Diese Cervixincisionen sind von mir zuerst gemacht und beschrieben worden — oberflächliche Cervixincisionen hat man schon früher gemacht, und zwar, wie ich Bröse gegenüber hervorheben möchte, schon vor Schröder. Sie sind aber absolut zu verwerfen, weil sie den Muttermund nur mangelhaft erweitern und daher bei der Extraction des Kindes sehr leicht weiterreissen. Genau dasselbe gilt auch für die von mir eingeführte tiefe Scheidendammincision¹⁾, bei welcher der Levator ani durchtrennt wird. Sie ist *toto coelo* von den früher schon geübten Dammincisionen verschieden und kommt event. auch als Voroperation zum vaginalen Kaiserschnitt in Betracht, um bei enger Vagina und hochstehender Cervix letztere frei zu legen. In meinem zweiten Fall²⁾ von vaginalem Kaiserschnitt habe ich sie mit dem besten Erfolg angewandt.

So bin ich allmählich, von dem chirurgischen Princip ausgehend, dass Geburtshindernisse seitens der mütterlichen Weichtheile am rationellsten durch genügend grosse Incisionen beseitigt werden, zu dem vaginalen Kaiserschnitt gekommen, der binnen weniger Minuten zu jeder Zeit der Schwangerschaft und Geburt die Entbindung von einem lebenden Kinde (falls das Kind überhaupt lebensfähig ist) ohne Eröffnung der Bauchhöhle gestattet und es z. B. bei Carcinom des schwangeren Uterus ermöglicht, nach geschehener Entbindung binnen weniger Minuten die vaginale Exstirpation des Uterus zu vollenden.

Ich bin daher überzeugt, dass in einem geburtshülflichen Rückblick auf die ersten 25 Jahre des neuen Jahrhunderts auch der vaginale Kaiserschnitt den ihm gebührenden Platz finden wird.

1) Wie auch Zweifel bemerkt, wird diese Incision bei vaginalen Hysterectomien ganz zu unrecht als Schuchardt'sches Verfahren bezeichnet, da ich diese Combination schon mehrere Jahre vor Schuchardt angewandt und empfohlen habe.

2) Samml. klin. Vortr. N. F., N. 232.