No. 33.

Berlin, den 13. August 1908.

34. Jahrgang.

Alte und neue Geburtshilfe.

Klinischer Vortrag.

Von H. Fritsch in Bonn.

Wenn man heut über geburtshilflich-operative Therapie spricht, so beginnt der Vortrag meist mit dem Hinweis, daß das 19. Jahrhundert bis in das letzte Jahrzehnt kaum etwas Neues geschaffen habe. In der Tat liegen im vorigen Jahrhundert die Hauptfortschritte in der Geburtshilfe auf andern Gebieten. In der Entwicklungsgeschichte, der Anatomie der Einidation, in der Physiologie der Schwangerschaft und Geburt, namentlich im Verständnis des Geburtsmechanismus sind wir ein erhebliches Stück vorwärts gekommen. Ebenso darf nicht vergessen werden, daß die modernen Anschauungen über Puerperium und Puerperalfieber, Antisepsis und Prophylaxe aus dem vorigen Jahrhundert stammen.

Betreffs der Operationen aber ist die obige Ansicht richtig. Wer heut, nur ausgestattet mit den Lehren von Oslander und Boër, normale Geburten leitet, z. B. eine Zange oder Wendung und Extraktion machen wollte, würde es ebenso gut können wie wir, die wir die sogenannten Errungenschaften des 19. Jahrhunderts erworben haben. Nur die Cranioklasie wurde verbessert. Credé's Lehre von dem Kephalothryptor, der bis 1870 eine große Rolle spielte, und die Braunsche Methode der Cranioklastextraktion bedeuteten immerhin einen großen Fortschritt.

Streng genommen war die Braunsche Methode mehr eine Modifikation uralter Verfahren. Die Smelliesche Schere kam wieder in Gebrauch und verbannte die Trepane, der Cranioklast war ein verbesserter „Entenschnabel“, ein Instrument, das, abgesehen vom Kompressions- oder Fixierungsapparat des Cranioklastes, auf den gleichen Prinzipien beruht. Die Achsenzugzangen, die, wie ich es von Anfang an glaubte, sich nie in die Praxis einbürgerten, sind fast schon vergessen. Und die Aenderungen betreffs des Kaiserschnittes waren wesentlich die Folge der durch die Antisepsis besseren Prognose und der modernen Anschauungen über Asepsis.

Will man das Facit ziehen, so sind jedenfalls Antisepsis, Asepsis, Prophylaxe des Puerperalfiebers die Haupterrungenschaft des 19. Jahrhunderts. Wichtig genug, um voll Stolz auf die geleistete Arbeit und den Nutzen für die Menschheit zurückzublicken.

Namentlich zwei Regeln standen, als wir Aeltere geburtshilfliche Therapie lernten, unumstößlich fest:

1. daß bei engem Muttermunde abzuwarten sei. Erweiterung und Erweiterungsfähigkeit des Muttermundes war Bedingung zu allen entbindenden Operationen;
2. daß das enge Becken ein gegebener Faktor sei, an dem nichts geändert werden konnte.

Unter Accouchement forcé verstand man einen Eingriff, bei dessen Schilderung alle Autoren wiederholten, daß ja nichts Forciertes dabei sein dürfe. Nur wenn der Muttermund erweiterungsfähig sei, sei es erlaubt einzugehen und zu entbinden. Die großen Einrisse, die so leicht zum Blutungstode und zu puerperalen Infektionskrankheiten führten, kannte man sehr gut, fürchtete sie und riet stets, sie zu vermeiden. Jedenfalls kontraindizierte ein enger Muttermund jede schnell entbindende Operation. War z. B. beim engen Muttermunde die pulsierende Nabelschnur vorgefallen und blieb die Reposition erfolglos, so ließ man das Kind sterben angesichts der Unmöglichkeit, die Entbindung vorzunehmen. Und blutete es heftig bei Placenta praevia, war aber der Muttermund hart und eng, die Cervix lang, so hatte man nichts als die Tamponade. Daß diese aber kein sicheres Hilfsmittel war, wußte jeder vielbeschäftigte Geburtshelfer. Wer konnte sich rühmen, in jahrzehntelanger Praxis trotz aller Sorgfalt, Ueberlegung und Aufmerksamkeit nicht mitunter eine Frau bei Placenta praevia verloren zu haben?

Wir wußten auch schon lange, daß bei Eklampsie die schnelle Entleerung des Uterus indiziert war. Das ist seit 100 Jahren gelehrt. Ich habe schon vor 30 Jahren bei kleinerem Kinde im achten Monat der Schwangerschaft bei Multiparen mit engem Muttermunde die Perforation und Extraktion mit dem Entenschnabel (der Stein-Mesnardschen Knochenzange) ausgeführt und den kleinen Kopf durch den engen Muttermund herausgezogen. Handelte es sich aber um eine Primipara mit engem Muttermunde, so hatten wir nur die Therapie mit Morphinum und Schwitzmitteln. Daß aber diese gerade bei schweren Fällen leider so oft versagte, war ja unser aller Ueberzeugung.

Aehnlich lagen die Verhältnisse bei Fieber. Schon vor 20 Jahren habe ich betont, daß der Vorteil der Cranioklastextraktion gerade darin lag, daß man mit diesem Instrumente viele Stunden eher als mit dem Kephalothryptor die Geburt ungefährlich beenden konnte, weil der vom Cranioklast erfaßte, sich verkleinernde, sich zuspitzende Kopf, langsam

hervorgezogen, den Muttermund dilatierte, wie es bei der spontanen Geburt unter Wehenwirkung nicht anders geschah. Aber bei engem Muttermunde, namentlich einer Primipara, wagte niemand einzugreifen. Und mit Recht, denn die Blutungen aus den Einrissen waren höchst gefährlich. Wie manche Frau ist verblutet, weil die Zange zu zeitig angelegt oder am Bein zu zeitig extrahiert wurde!

Auch bei Querlagen gab es Fälle, wo der Muttermund sich bei vorzeitigem Abflusse des Fruchtwassers nicht erweiterte und man im Zweifel war, wie man handeln sollte.

Die Fälle aber, die am meisten die schnelle Entleerung des Uterus erforderten, waren stets die Eklampsien. Halbertsma hatte sogar den Mut, den Kaiserschnitt zu wagen. Auch andere, seinem Beispiel folgend, haben die großen Gefahren des Kaiserschnittes immer noch für geringer geachtet als die der Eklampsie. Die Erfolge waren nicht gut. In der Praxis hat sich diese Methode nie eingebürgert. Man stelle sich nur vor, daß der Arzt einem Ehemann den Kaiserschnitt bei Eklampsie vorschlägt und dabei nicht einmal versprechen kann, daß die schrecklichen Anfälle nicht wiederkehren, daß auch die Aussichten für die Mutter zweifelhaft seien. Trotz der großen Besserung in der Prognose ist immer noch der Kaiserschnitt die gefährlichste Laparotomie. So gefährlich, daß ja manche Operateure ihn überhaupt nicht machen wollen, wenn nur einmal außerhalb der Klinik unkontrolliert untersucht ist. Auch ich habe bei im ganzen recht guten Resultaten des Kaiserschnittes ebenso wie andere unerklärliche Fälle von Sepsis beim Kaiserschnitt erlebt und deshalb niemals gewagt, ihn bei Eklampsie zu machen.

Ein gewisser Fortschritt lag in dem Vorschlage von Mäurer, der in Koblenz praktischer Arzt war. Er hat zuerst aus dem Kolpeurynter einen Metreurynter gemacht und die Dilatation des Uterus mit dem in den Uterus geschobenen und aus ihm herausgezogenen Kolpeurynter empfohlen. Diese Methode der Erweiterung war sehr einleuchtend. Sie ist allseitig akzeptiert und so viel beschrieben, angewendet und modifiziert, daß man den Erfinder Mäurer vollständig über alle neuen Vorschläge vergessen hat.

Daß aber auch damit ein enger, fester Muttermund nicht erweitert werden konnte, steht ja fest. Ich habe Fälle gesehen, wo zwei Tage lang der Schlauch des stark belasteten Kolpeurynters aus dem Uterus heraus hing, ohne daß der Muttermund nachgab. Die Methode ist ein recht gutes Unterstützungs- und Hilfsmittel, vermag aber gewiß nicht den engen Muttermund einer Primipara ohne Wehentätigkeit genügend zu erweitern. Auch die Bossische Methode, von der es einige Zeit schien, daß sie herrschend werden würde, scheint, wenigstens in Deutschland, langsam verlassen zu werden. Neulich las ich in einer Publikation, es sei dabei kein Verblutungstod vorgekommen. Das ist falsch. Ich habe selbst bei großer Vorsicht mit dem Instrument eine Frau durch Verblutung aus einem großen Einriß verloren. Auch an anderen Orten ist dergleichen vorgekommen. Ich nehme gewiß nicht mit Unrecht an, daß auch diese schönen und sinnreich konstruierten Instrumente bald nur noch eine historische Bedeutung haben werden.

Nein — alle diese Methoden, wenn sie auch ein Beweis des Strebens der Geburtshelfer nach der Erreichung einer den Durchtritt des Kindes gestattenden Erweiterung des Muttermundes waren, stellten doch nur unzulängliche Versuche dar.

Ohne allen Zweifel hat Dührssen hier das große Verdienst, die Therapie in ganz neue Bahnen gelenkt zu haben. Er hat zuerst zielbewußt den operativen Weg der Entbindung bei engem Muttermunde beschlossen. Mag er Vorläufer in diesem Bestreben gehabt haben, mag sich die Methode so ändern, daß schließlich von dem ersten Vorschlag Dührssens wenig übrig bleibt, das muß ihm heute zugegeben werden, daß der erste Gedanke einer rein operativen Methode, der Eröffnung mit dem Messer, Dührssen gebührt!

Dührssen schuf eine Statistik, die ihm bewies, daß in der Mehrzahl der Fälle die Eklampsie glücklich endete, wenn der Uterus entleert war. Ich speziell bin gegen alle diese Statistiken außerordentlich mißtrauisch. Auch Dührssens Zahlen lassen sich anzweifeln. Andere fanden andere Zahlen. Günstige

Fälle werden publiziert, ungünstige bleiben oft unbekannt. Wer hat denn Interesse, die Unglücksfälle bekannt zu geben, namentlich dann, wenn vielleicht ein durch äußere Verhältnisse unvermeidbarer Fehler gemacht ist? Nur die Anstalten sind verpflichtet, die Resultate rückhaltlos zu veröffentlichen, der Privatarzt nicht. Ihm fehlt oft Zeit und Lust dazu; er hat auch zu geringe Zahlen. Es ist außerordentlich belehrend, sich mit befreundeten Kollegen die Erlebnisse aus der Praxis, namentlich der Landpraxis zu erzählen. Wie mancher Kollege hat da die interessantesten und wichtigsten Fälle erlebt. Sie werden aber nicht publiziert und können nicht gut publiziert werden, weil meist die Verhältnisse eine exakte Beobachtung ganz unmöglich machten. Was ist aber eine Statistik, die nur Ungenaueres bringen kann? Nach meinen Beobachtungen — und ich werde dieselben in einer Arbeit niederlegen lassen — wird die Prognose der Eklampsie nach Entleerung des Uterus bei weitem nicht so günstig, wie es Dührssens Statistik schildert.

Aber das wird niemand leugnen, daß bei der Behandlung der Eklampsie die Entleerung des Uterus obenansteht, daß sie vor allem erstrebt werden muß. Es fragt sich aber dann: was ist gefährlicher, die entbindende Operation oder das Abwarten? Diese Frage kann nur beantwortet werden, wenn man sich fest entscheidet, nach dem einen Prinzip oder nach dem anderen zu handeln. Sagt man: in leichten Fällen warte ich, in schweren Fällen entbinde ich operativ, so ist dies falsch! Denn welcher Fall von Eklampsie ist leicht, welcher schwer? Der leichte Fall kann bald ein schwerer werden und der schwerste glücklich enden. Vielmehr muß man sagen: jahrelang habe ich abgewartet, wie man es nennt „exspektativ medikamentös behandelt“. Die Resultate befriedigten nicht. Nunmehr von einem bestimmten Termin an wird die frühere Methode aufgegeben, es wird prinzipiell, sobald die Diagnose „Eklampsie“ feststeht, auf irgend eine vom Befunde abhängige Weise sofort operativ entbunden. Dann muß sich ja nach ein paar Jahren zeigen, was besser ist, namentlich wenn nur die Resultate einer Klinik verglichen werden, wenn also die Verhältnisse im allgemeinen die gleichen bleiben.

Wer in dieser Weise an die Behandlung der Eklampsie herantritt, wird allmählich zu der Ueberzeugung kommen, daß Dührssen in mancher Beziehung recht hat. Die Prognose war erheblich besser bei allen Fällen, die zeitig zur Behandlung kamen. Ob sie sich auch erheblich bessert bei Fällen, wo schon viele Anfälle stattgefunden haben, ist sehr die Frage.

Die erste Methode Dührssens, die er auch selbst durch eine bessere Methode längst ersetzt hat, bestand darin, daß mehrere Einschnitte in den Muttermund gemacht wurden. Dies habe ich auch anfangs nach Dührssen getan. Dabei gab es dann häßliche Narben. Der Uterus blieb oft fixiert, der Mastdarm ebenfalls, die auf Schrumpfung und Verwachsungen zurückzuführenden Beschwerden machten öfters eine Frau fast arbeitsunfähig.

War das untere Uterinsegment einer Primipara recht stark verdünnt und ausgezogen, so ging es in der Tat oft ohne große Blutung ab. Aber bei langer, röhrenförmiger Cervix, wo man leicht in die Parametrien gelangte, hatte man große Not, den Verblutungstod zu vermeiden. Das erlebten auch andere, und somit waren es nicht viele Geburtshelfer, die den alten Dührssenschen vaginalen Kaiserschnitt machten und machen wollten.

Es würde zu weit führen, hier alle Vorschläge und die sich daran anknüpfenden Prioritätsstreitigkeiten zu zitieren. Es gibt ja heutzutage wahre Prioritätstiger, die keine Arbeit schreiben können, ohne wieder einmal „ihre Rechte zu wahren“. Diese bitte ich im voraus um Entschuldigung.

Meines Erachtens hat das größte Verdienst, die Methode verbessert, die Operation zu einer typischen, leichten, sicheren, erfolgreichen gemacht und durch eine große Reihe von Operationen die Leistungsfähigkeit bewiesen zu haben: Bumm. Seine Methode stellt keine großen Anforderungen an die Geschicklichkeit des Geburtshelfers. Auch die Verblutungsgefahr ist gering. Und nach der Heilung ist oft ein wunderbares gutes Resultat zu konstatieren. Ich habe Fälle gesehen, wo in der Tat eine Narbe gar nicht mehr zu fühlen, höchstens noch zu sehen war.

Bei dieser Methode bildet den Anfang die große Damm-inzision, gewöhnlich der Schuchardtsche Schnitt genannt. Die Priorität dieses Schnittes gebührt aber ganz sicher B. S. Schultze in Jena, der diesen Schnitt lange vor Schuchardt empfahl, ausführte, beschrieb und publizierte.

Dieser Schnitt muß sehr groß sein, so groß, daß nunmehr nach Einsetzen des hinteren Speculums die vordere Vaginalfläche nach Herabziehen der Portio dem Auge und dem Messer so zugänglich ist wie eine Dammwunde. Ohne diesen Schnitt ist die Operation bei einer Nullipara kaum möglich. Das Blut, was man aus dem Schnitt verliert, spart man reichlich dadurch, daß nun die Operation an der vorderen Vaginalwand viel leichter, schneller und sicherer gemacht werden kann.

Die spritzenden Gefäße im Dammschnitt werden gefaßt, es sind fünf bis sechs. Die Blutung wird auch durch den starken Druck des Speculums gestillt. Nun wird die vordere Vaginalwand sagittal getrennt. Man schneidet quer über der Portio, nicht zu breit, nur so breit, daß man die beiden Falten, welche seitlich beim Anstraffen gut zu sehen sind, abbinden kann. Dies ist notwendig, weil hier Arterien verlaufen. Selbst bei einer Nichtschwangeren kann durch Blutung aus einer dieser kleinen Arterien die Frau in Verblutungsgefahr kommen. Noch mehr eine Schwangere.

Macht man aber den Querschnitt zu breit, so verliert die Portio an Halt und Festigkeit. Faßt man die Hälfte der zerschnittenen Portio an, so reißt sie leicht ab oder ein. Dann ist eine exakte restitutio in integrum durch die Naht schwer möglich. Es ist hier ein Unterschied zwischen den Fällen, wo viele und wo noch keine Wehen gewirkt haben. Diese Wehen lockern, wie das ja allbekannt ist, die Portio auf, durchrücken sie serös. Es ist also das Gewebe viel weicher und zerreiblicher, wo starke Wehen schon dagewesen sind. Deshalb ist es nicht gut, der Portio durch großen Querschnitt den Halt und die Festigkeit zu rauben. Ja, mancher Operateur verzichtet überhaupt auf den Querschnitt.

Nun macht man den Längsschnitt von der Mitte aus an der Portio bis oben an den Harnröhrenwulst. Die Blase wird abgeschoben, was oft bei Tiefstand des Kopfes etwas Schwierigkeiten bereitet. Mir fiel schon vor 20 Jahren, als ich die Totalexstirpation des hochschwangeren Uterus bei Carcinoma uteri machte, auf, wie leicht gerade bei Schwangeren sich die Blase vom Uterus trennen läßt. Auch bei dem Frankschen cervicalen Kaiserschnitt beobachtete man diese auffallend leichte Trennung.

Nun wird die Cervix sagittal mit der Schere gespalten. Man setzt in das Ende des Schnittes die Collinsche Zange immer höher ein und schneidet weiter bis an den festen Ansatz des Peritoneums. Die Peritonealhöhle darf nicht eröffnet werden. Zieht man die Schnitte auseinander, so ist der Eingang in den Uterus frei. Das Kind wird extrahiert, wie es am leichtesten geht. War das Fruchtwasser abgeflossen, so steht bei normalem Becken meist der Kopf so, daß er mit der Zange gefaßt werden kann. Sprengte man die Blase erst bei der Inzision, so gelingt leichter die Wendung, die auch beim engen Becken gewählt werden muß. Es ist ziemlich gleichgültig, wie man das Kind entwickelt, wenn es nur schnell geht. Die Placenta ist gewöhnlich sehr leicht zu entfernen. Während die Inzision mit fortlaufender Naht, natürlich mit Catgut wieder geschlossen wird, reibt der Assistent den Uterus und macht ein paar subkutane Ergotinjectionen. Auch die Vagina wird genäht und in ihrer Lage wieder auf der Cervix befestigt. Dies geht alles sehr schnell. Sämtliche spritzenden Gefäße werden gut abgebunden. War die Damm-inzision genügend groß, so ist der Ueberblick ein guter. Zuletzt wird erst in der Tiefe die Dammwunde aneinandergebracht, dann wird die Vaginalwand von oben nach unten fortlaufend genäht. Es ist mir immer aufgefallen, wie gut dieser Schuchardtsche Schnitt in allen Fällen heilt. Daß er sich eiternd wieder völlig geöffnet hätte, habe ich weder bei einer Wöchnerin noch bei einer Nichtschwangeren nach vaginalen Operationen gesehen. Immer verheilen diese Schnitte tadellos. Bei unsicherer Asepsis kann man noch spülen, bei Blutung tamponieren. Meist ist es nicht nötig. Die Blutung steht bei exakter Naht völlig. Nebenverletzungen sind selten. Es kann wohl einmal das Peritoneum

an der festen Anheftungsstelle einreißen, wenn der Kopf des Kindes zu groß ist. Ich habe auch einmal eine Blasenscheidenfistel gemacht, die später schwer zu heilen war. In diesem Falle war der vordere Schnitt nicht primär geheilt.

Nun die Frage: Hat man stets gute Erfolge betreffs der Eklampsie? Denn die fieberhaften Erkrankungen bei schlechter Heilung oder vorheriger Infektion haben natürlich mit der Eklampsie nichts zu tun. Es ist das Wichtigste: wie steht es mit dem Erfolg in bezug auf die Eklampsie? Ist der Erfolg absolut sicher? Nein, gewiß nicht!

Die Tatsache, daß es eine puerperale Eklampsie gibt, beweist, daß sicherer Erfolg unmöglich ist. Ich habe, wie jeder andere, Fälle erlebt, wo erst nach glatter Geburt, bald oder Stunden nach der Geburt eine schwere Eklampsie ausbrach, die dann zum Tode führte. Ebenso ist es bekannt, daß in etwa 10, nach anderen nur in 5 oder 4% der Fälle nach der Geburt die Eklampsie nicht aufhört, daß entweder die Anfälle weitergehen oder daß das Coma nicht aufhört, bis der Tod eintritt. Also absolut gut ist die Prognose durch den vaginalen Kaiserschnitt nicht geworden. Die Prognose hängt von manchen Umständen ab, die mit der Operation an sich nichts zu tun haben.

Es ist, wie oben angedeutet, ein großer Unterschied, ob man zeitig oder spät die therapeutische Aktion beginnt. Es ist, wie alle Autoren hervorheben, ein sehr großer Unterschied, ob man gleich nach dem ersten Krampfanfall resp. nach sehr wenigen Anfällen operiert, oder ob erst nach stundenlangem Verlauf, nach vielen Anfällen operiert werden kann. Wird sofort eingegriffen, so sind die Resultate betreffs der Eklampsien sehr gut, wird erst operiert, nachdem alle interne und externe Therapie erschöpft und resultatlos geblieben ist, so sind die Resultate schlecht. Deshalb muß man, wie oben schon erwähnt, eine prinzipielle Stellung zu dieser Frage einnehmen. Entweder ringt man sich von den alten Anschauungen, vielleicht widerstrebend und schwierig los, operiert prinzipiell sofort nach dem ersten Anfall, oder man bewahrt seine alten Anschauungen — dann aber soll man lieber nicht operieren, man diskreditiert nur die neue Methode. Ein ultimum refugium ist der vaginale Kaiserschnitt sicher nicht. Entweder sofort operieren oder überhaupt nicht! Schon in der Hebammenlehranstalt müßten gerade daraufhin die Hebammen unterwiesen werden, daß sie beim ersten Anfall so schnell als möglich den Arzt rufen und die Angehörigen gleich auf den notwendigen Transport in die Klinik resp. in ein Krankenhaus vorbereiten.

Ich hatte gerade in diesem Sinne den zusammengerufenen Hebammen einen Vortrag gehalten. Viel genutzt hat es nicht. Oft waren leider zwischen dem ersten Anfall und der Operation in der Klinik mehrere verhängnisvolle Stunden verlaufen.

Betreffs der Prognose bei Eklampsie ist es also ein großer Unterschied, ob an einer Hausschwangeren sofort nach dem ersten Anfall der vaginale Kaiserschnitt vollzogen wird, oder ob eine Frau aus der Stadt erst nach einer ganzen Anzahl von Anfällen in ihrer Wohnung oder während des Transports in die Klinik gebracht wird. Dann ist schon Leber und Gehirn verändert, und Heilung war, wie ja die Sektion oft nachweist, überhaupt unmöglich!

Aber, wenn man auch nicht sichere Heilung und stets guten Erfolg versprechen kann, so ist man doch sicher berechtigt zu sagen: diese Therapie, die Methode von Dührssen, der vaginale Kaiserschnitt mit Bummscher Technik, die sofortige operative Entleerung des Uterus ist jetzt die beste und aussichtsvollste Behandlung bei Eklampsie, vorausgesetzt daß sofort und schnell operiert werden kann.

Ewig feststehende Regeln gibt es in der Therapie überhaupt nicht. Es ist ja möglich, daß das Gift der Eklampsie und damit auch das Gegengift gefunden wird. Möglich ist es, fleißig genug wird seit 50 Jahren daran gearbeitet. Allein es ist noch nicht gefunden. Wir müssen noch empirisch und symptomatisch behandeln. Erfahrung und Statistik zwingt uns zu der Annahme, daß der vaginale Kaiserschnitt heute die beste Methode der Behandlung bei frischer Eklampsie darstellt.

Wie steht es nun mit der Decapsulation der Nieren?

Sie gleichzeitig mit dem Kaiserschnitt zu machen, ist gewiß falsch. Das wäre ja das größte Mißtrauensvotum gegen den Kaiserschnitt. Dann lieber allein die Decapsulation! Man muß doch erst den Erfolg der Entleerung des Uterus abwarten! Daß die Zunahme der Urinmenge von prognostisch guter Bedeutung ist und daß die vollkommene Anurie ungünstige Aussichten eröffnet, ist all- und altbekannt. Daß die Urinmenge nach der Geburt meist zunimmt, ist stets beobachtet. Aber wenn sie nun nicht zunimmt? Es ist klar, daß bei starker Schwellung der Niere in der Kapsel Blut nicht mehr hineinfließen kann, daß also die Diurese unmöglich wird. Für diese Fälle ist der geniale Gedanke Edebohls gewiß richtig. Die Erfahrung hat seine Theorie bestätigt. Nach der Decapsulation nahm meist sofort die Urinmenge zu. Hat man also 8—12 Stunden gewartet, blieb die Entleerung des Uterus auf den Abgang des Urins erfolglos, ist kein Urin in der Blase, besteht dabei tiefes Coma, oder kehren die Anfälle wieder, so ist man gewiß berechtigt, mit der Decapsulation den letzten Versuch zu machen, der Patientin das Leben zu retten. Allerdings tritt oft nicht sofort nach der Entleerung des Uterus der Urinabgang ein, wohl aber nach 6—8 Stunden. Es ist also gewiß gerechtfertigt, stundenlang zu warten. Aber wenn nach 8 Stunden Urin nicht vorhanden ist, so wird bei Fortbestehen des Coma die Prognose sicher so ungünstig, daß jeder Weg beschritten werden muß und darf, das Leben der sonst sicher Verlorenen zu retten.

Sollte die Erfahrung lehren, daß die Resultate schlecht sind oder sich nicht bessern, so wird man vielleicht von dieser Therapie wieder Abstand nehmen. Vorläufig aber ist der Versuch gewiß gerechtfertigt.

Der Eingriff erscheint a priori größer, als er es in der Tat ist. Es liegen bei einer frisch Entbundenen die Verhältnisse sehr günstig. Ist der übliche Schnitt gemacht, so gelingt es gewiß leicht, durch Druck von den schlaffen Bauchdecken aus die Niere nach der Wunde hinzudrücken. Das Luxieren der Niere nach außen ist nicht notwendig. Erblickt man die dunkle Niere in dem hellen Fett, so macht man mit dem Messer in die Kapsel einen kleinen Schnitt von $\frac{1}{2}$ cm. Aus diesem Loche spritzt bei starker Schwellung das dunkle Blut förmlich heraus. In dies Loch führt man nun das Scherenblatt ein und schneidet nach beiden Seiten die Kapsel bis an die Enden der Niere durch. Die Kapsel klafft, man schiebt sie leicht mit dem Finger über die Niere hinweg. Man tupft das Blut ab und vernäht die Hautwunde bis auf ein kleines Loch für den Drainagestreifen. Gerade der Umstand, daß man das Fett nicht abzuschieben, die Niere nicht zu isolieren oder zu luxieren hat, erleichtert sehr die Operation und bewirkt, daß man schnell fertig wird, wenig Blut opfert und in der Tiefe keine komplizierten Wundverhältnisse und Sekretretention schafft.

Ob die Decapsulation eine häufige Anwendung verdient, wird ja die Statistik lehren. Vorläufig steht fest, daß in der Tat bei stockendem Urinabgang jedesmal nach der Decapsulation reichliche Diurese eintritt. Das bezwecken wir. Damit müssen wir vorläufig zufrieden sein. Aber ob die Prognose der Eklampsie wirklich besser wird, muß sich erst zeigen.

Ob man den vaginalen Kaiserschnitt auch noch in andern geburtshilflichen Fällen machen wird, muß ebenfalls die Zeit lehren. Daß es Fälle gibt, wo er gerechtfertigt erscheint, dürfte unbestritten sein. Nehmen wir z. B. einen nicht ungewöhnlichen Fall. Die Kreißende hat ein weites Becken. Bei der ersten Geburt hatte der Arzt zu lange gezögert und schließlich ein Kind mit der Zange entwickelt, das nicht wiederbelebt werden konnte. Bei der zweiten Geburt war das Kind bei Steißlage extrahiert. Das Kind war während der schwierigen Armlösung abgestorben. Nun kam ich zur dritten Geburt. Es bestand eine Querlage mit vorzeitigem Wasserabfluß. Der Muttermund war auffallend hart und eng. Er blieb auch eng, denn das Wasser war vor 36 Stunden abgeflossen, Wehen hatten gefehlt, die Schulter stand hoch. Was war nun zu machen? Sollte man warten, bis die Schulter herabstieg? Dann war der Uterus eng, und man riskierte eine Uterusruptur. Und wendete man nach Braxton Hicks, um ganz langsam zu extrahieren, so starb auch das dritte Kind! Wollte man

aber sofort entbinden, dann riskierte man einen großen Einriß! Ich habe damals das letztere riskiert und das Kind gerettet — aber beinahe die Mutter durch Blutung verloren.

Wäre es nun in solchem Fall nicht viel richtiger, den vaginalen Kaiserschnitt zu machen? Dabei legt man die Wunde da an, wo sie ungefährlich ist, man weiß, wo sie sich befindet, man übersieht sie gut, man kann sie nähen und eine Blutung verhindern. Reißt aber die Cervix bei gewaltsamer Extraktion, so wissen wir nicht, wo sie reißt und wie tief sie reißen wird. Döderlein hat in solchem Falle den vaginalen Kaiserschnitt mit gutem Erfolge gemacht und gewiß logisch und richtig gehandelt.

Auch bei Placenta praevia ist der vaginale Kaiserschnitt empfohlen. Welcher erfahrene Praktiker muß nicht zugeben, daß er trotz aller Sorgfalt und Aufmerksamkeit Kreißende an Verblutung verloren hat? Auch hier kann man zu einer Zeit, wo noch wenig Blut geopfert ist, die Kreißende schnell entbinden. Ich habe mich im Vertrauen auf die alte Therapie noch nicht zum vaginalen Kaiserschnitte bei Placenta praevia entschließen können. Namentlich deshalb nicht, weil ich das Kind nicht so hoch bewerte als die Mutter. Aber ich gebe gern zu, daß mir der vaginale Kaiserschnitt auch hier gerechtfertigt erscheint. Besonders dann, wenn die Blutung bei hartem Muttermund und bei Wehenlosigkeit sofort stark einsetzte. Leider ist ja die traditionell angenommene Weichheit des unteren Uterussegmentes bei Placenta praevia durchaus nicht immer vorhanden. Man hätte die Wahl zwischen dem Mäurerschen Verfahren der Metreuryse und dem vaginalen Kaiserschnitte. Auch hier wird schließlich die Statistik entscheiden.

Ich möchte diesen Abschnitt damit schließen, daß ich betone: Panaceen gibt es nicht. Wir müssen stets das Beste, Rationellste tun. Das ist bei Eklampsie sicher die sofortige Entleerung des Uterus und bei verzweifelte Fällen danach die Decapsulation der Niere.

Nun zu dem andern Dogma. Auch die alte Lehre, daß das enge Becken ein unabänderlicher Faktor sei, gilt nicht mehr, seit die Hebesteotomie eingeführt ist. Früher machten wir auch den Kaiserschnitt in den Fällen, wo wir der Ansicht waren, daß zwar ein perforiertes Kind per vias naturales passieren kann, aber ein lebendes Kind in der engen Passage sicher absterben würde. Ja, die so gute Prognose der Laparotomie bei Antisepsis und Asepsis hat uns oft verführt, diesen sog. relativen Kaiserschnitt auch zu machen bei mäßig verengten Becken, wenn schwere Geburten mit nur toten Kindern vorausgegangen waren, die Kreißende sicher ein lebendes Kind wünschte und das Kind bei der Untersuchung sich als besonders groß und hartköpfig erwies.

Man ging im Vertrauen auf operative Geschicklichkeit und Asepsis wohl manchmal etwas zu weit. Es kam doch auch einmal ein ungünstiger Fall vor, obwohl alle Umstände einen guten Ausgang als sicher erscheinen ließen. Manche Operateure erlebten dies so oft, daß sie überhaupt nicht mehr den Kaiserschnitt machen wollten, wenn vorher außerhalb der Klinik von nicht kontrollierten Personen vaginal untersucht war. Auch ich habe einige Male Todesfälle erlebt, obwohl die Kreißende bei mehreren Messungen zweifellos fieberfrei war.

Für diese Fälle war die Hebesteotomie eine große Errungenschaft. Das Verdienst, sie eingeführt zu haben, gebührt Morisani, nach dessen Publikationen man garnicht anders konnte als den gleichen Weg beschreiten. Namentlich in Deutschland wurden reiche Erfahrungen gesammelt. Besonders wichtig war der bald allgemein akzeptierte Vorschlag von Gigli, des leider so früh verstorbenen Florentiner Geburtshelfers. Der Hauptwert seiner Methode, der Durchsägung des Beckens, liegt in der geringen Verwundung. Bei der Symphyseotomie gab es eine große, stark blutende Wunde, die recht oft nicht primär heilte.

In Deutschland haben sich fast alle coactanen Lehrer der Geburtshilfe an der Mitarbeit für diese Operation beteiligt. Vor allen andern möchte ich aber Döderlein und Bumm nennen, denen wir die heutige Methode der Operation ver-

danken.BUMMS so einfache und leicht auszuführende Operation hat besonders imponiert.

Sah man es selbst öfter, daß ein Kind von 4000 g, das ohne die Hebosteotomie ganz sicher gestorben und perforiert wäre, mühelos nach der Durchsägung des Beckens lebend zu extrahieren war, so mußte man von diesem Erfolge begeistert werden! Die Hebosteotomie ist eine ganz brillante Operation. Unter günstigen Umständen, mit BUMMS Nadel operierend, sieht man nach wenigen Tagen kaum noch die Stichöffnung. Die Sägestelle ist nur bei Druck, nicht bei Bewegungen empfindlich. Nach 14 Tagen steht die Wöchnerin auf, ist gesund und arbeitsfähig.

Sticht man mit der BUMMSchen Nadel von unten ein, wie es BUMM vorschreibt, so gelingt es auch fast immer, die Blase zu vermeiden. Leichter faßt man den über den Beckenrand vom Uterus resp. dem Kindskopf hinübergedrückten Blasenabschnitt mit der von oben durchstoßenen Nadel. Aber es kamen in dieser Beziehung auch ungünstige Fälle vor. Es ist deshalb sicherer, das Döderleinsche Verfahren zu wählen, d. h. oben einen Einschnitt so groß zu machen, daß man die Blase nach einwärts abschieben und nun sicher die Säge vor der Blase nach unten durchführen kann.

Wir sind doch sonst nicht so ängstlich, eine Wunde anzulegen. Warum soll es nun hier ein so großer Vorteil sein, nur die kleine Stichwunde zu machen, bei der die Blase getroffen werden kann, wenn auch sehr selten getroffen wird. Gewiß ist eine Blasenverletzung eine vermeidbare Komplikation. Daß sie ungefährlich ist, namentlich wenn sie sofort durch Katheterisieren und den blutigen Urin erkannt ist, wenn der Dauerkatheter eine Woche liegt, ist ja genugsam in geburts-hilffichen und gynäkologischen Fällen festgestellt. Aber der Dauerkatheter macht wieder leicht Blasenkatarrh oder Rhagaden der Urethra. Haben wir also eine sichere Methode, solche Verletzungen zu vermeiden, so sollte wenigstens der Ungeübte lieber nach Döderlein operieren und auf den Vorteil der kleinen Stiche verzichten.

Es ist auch ein Fall durch Verblutung gestorben. Ist man bei so schweren Fällen nicht dabei gewesen, so ist es ja leicht, hinterher klug zu reden. Dennoch meine ich, daß die Tampomade hier nicht am Platze war. Kann ich z. B. einen Uterus oder eine Abszeßhöhle gut austampونieren, wo feste Wände vorhanden sind, oder kann der Tampon fest aufgedrückt werden, oder kann man eine blutende Partie zwischen zwei Tampons komprimieren, so wirkt der Druck des Tampons blutstillend. Schiebt man aber in diese losen Räume hinter die Symphyse Gaze hinein, so drückt man ja erst recht die Gewebe auseinander und schafft immer mehr Raum für das einsickernde Blut.

Ich habe auch starke Blutungen erlebt. Aber die dauernde Kompression mit den Händen von innen und außen, eventuell eine Stunde lang und länger stillte stets schließlich die Blutung.

Große Zerreißen der Vagina bei Primiparen sind ebenfalls berichtet. Sie sind gewiß zu vermeiden, wenn man Zweifels Rat folgt, die Geburt spontan nach der Durchsägung verlaufen zu lassen, oder wenn man bei unbedingter Notwendigkeit, sofort zu entbinden, dreist den Schuchardtschen Schnitt in ausgiebiger Weise vorher ausführt.

Ich würde auch durchaus kein Bedenken tragen, bei einer fiebernden Kreißenden die Hebosteotomie zu machen, da man ja die Gegenden resp. die Wunde für die Säge isoliert aseptisch machen, auch die Scheide ausgiebig vorher desinfizieren kann. Allerdings bei allgemeiner Sepsis ist die schnelle Perforation gewiß vorzuziehen. Bei diesen Geburten aber, wo das Fieber schon hoch, die Geburt lange dauerte und Sepsis vorhanden ist, ist das Kind tot oder wenigstens in großer Gefahr. Leichtes Fieber dagegen ist keine Kontraindikation gegen die Hebosteotomie.

Wie sich die Anschauungen über das Verhältnis der Hebosteotomie zur künstlichen Frühgeburt schließlich gestalten werden, ist manchen zweifelhaft, manchen auch nicht. Die Modernisten verwerfen die künstliche Frühgeburt a priori. Dies ist gewiß falsch. Trotz des absprechenden Ausspruches, daß es keine bestimmte wissenschaftliche Indikation zur künst-

lichen Frühgeburt gebe, wird sie als wichtige und richtige therapeutische Maßnahme gewiß erhalten bleiben. Ich habe sie nie bei einer Primipara gemacht, wenn ich sie auch nicht theoretisch prinzipiell ablehnte. Jetzt aber halte ich es allerdings für richtig, sie bei Primiparen nicht zu empfehlen. Hier, wo die Gefahr der Uterusruptur nicht existiert, wartet man ab, vertrauend auf die großen Kräfte der Wehen und der intakten Bauchpresse. Adaptiert sich der Kopf nicht, so hebosteomiert man oder perforiert, wenn das Kind tot ist. Wenn aber bei engem Becken von 17—19 Conjugata externa die Anamnese ergibt, daß früher tote Kinder schwer extrahiert waren, ja, wenn man selbst eine frühere Geburt leitete und mit der Perforation beendete, so hat man eine ganz sichere und bestimmte, wissenschaftlich gerechtfertigte Indikation: ein ausgetragenes Kind kann nicht lebend das Becken passieren, aber ein kleines Kind mit weichem Schädel sicher. Dann schlägt man die künstliche Frühgeburt vor. Eine bei Asepsis ungefährliche Entbindungsart.

Auch diese Operation hat von den modernen Fortschritten viel profitiert. Wir verstehen es, den Muttermund schnell zu erweitern, wir können schneller die Geburt beenden. Früher mußte man sagen: die Prognose hängt davon ab, ob bald kräftige Wehen eintreten. Traten sie nicht ein, verzögerte sich die Geburt tagelang, so wurde für Mutter und Kind die Prognose sehr schlecht. Die Mutter blieb nicht aseptisch und erkrankte puerperal. Das Kind starb aber nach dem Fruchtwasserabfluß ab oder mußte sogar aus Rücksicht auf das hohe Fieber der Mutter noch perforiert werden. Dann aber war der Arzt sehr blamiert. Statt des lebenden Kindes ein perforiertes! Statt leichter Geburt eine schwere! Statt glücklichen Verlaufs ein wochenlanges Krankenlager! Wer hätte das nicht früher erlebt!

Jetzt stecken wir, was ja bei der Multipara stets leicht gelingt, den Kolpeurynter in den Uterus, belasten ihn, erzeugen schnell Wehen resp. Erweiterung des Muttermundes und beenden die Geburt, sobald der Muttermund genügend weit ist. Ob man dann Wendung oder Zange macht, kommt auf den Befund an. Ich ziehe die Wendung vor, da sie schneller zum Ziel führt. Deshalb ist es auch gleichgültig, ob, was manche fürchten, der Metreurynter den Kopf auf die Seite drängt. Verfährt man nur im Prinzip schnell, dauert die ganze Aktion nicht über zwei Tage, so hat man ausgezeichnete Erfolge. Abwarten ist bei der künstlichen Frühgeburt vom Uebel. Dazu kommt, daß wir heutzutage viel besser für das Fortleben kleiner Kinder sorgen können. Wir wissen, wie wichtig die Erhaltung der Wärme ist. Und die Knappkostfanatiker werden wenigstens hier zugeben, daß solche Kinder recht häufig Nahrung bekommen müssen. Es ist uns schon gelungen, ein Kind von 1200 g am Leben zu erhalten.

Auch ist es ein Vorteil, daß weder zur künstlichen Frühgeburt noch zur Erhaltung der Wärme des Kindes, noch zur Kontrolle der Gewichtszunahme und Nahrungsaufnahme besondere Apparate nötig sind, daß jeder Praktiker Erfolge haben kann, ohne über ungewöhnliche operative Geschicklichkeit zu verfügen. Es wäre wirklich falsch und nicht human, die Methode der künstlichen Frühgeburt verächtlich zu machen und nicht zu lehren.

Nun aber die viel ventilierte Frage: Soll man diese modernen Operationen, namentlich den vaginalen Kaiserschnitt und die Hebosteotomie, für die Hauspraxis empfehlen? Darf der praktische Arzt die Operation in jeder Bauernstube oder Dachkammer ausführen? Oder sollen diese Operationen dem Krankenhause resp. den Kliniken vorbehalten bleiben?

Fast mein ganzes Leben hindurch war ich bestrebt, eine Geburtshilfe zu lehren, die im Gebärhaus und in der Privatpraxis identisch sein sollte. Ich empfand es als meine Pflicht, alle Methoden so einzurichten, daß alles, was der Student lernte, der Praktiker machen müßte, daß also die Praxis nach denselben Prinzipien auszuüben wäre, wie es in der Klinik gelernt war. Es schien mir als besonders erstrebenswert, die Geburtshilfe so aufzufassen, daß die Praxis eine Weiterarbeit auf der Basis der klinischen Lehre sei. Unbedingt gebe ich zu,

daß diese Bestrebungen der überall gleichen Geburtshilfe heutzutage Bankrott gemacht haben.

Es ist ja sicher, daß der Operateur sich den Verhältnissen anpassen muß und auch anpassen kann. Die schwierigsten Operationen bei Extrauterin gravidität habe auch ich bei schlechter Beleuchtung, ungenügender Assistenz auf einem Holztisch machen müssen und mit gutem Erfolge durchgeführt.

Kein Operateur muß davor zurückschrecken, wenn es sein muß, wenn nur so ein Leben gerettet werden kann, wo eine Patientin unmöglich zu transportieren ist, sie auch unter den ungünstigsten äußeren Verhältnissen zu operieren. Aber wenn man sich die Frage vorlegt: war nun diese Operation leicht ausführbar? ist es nicht viel leichter, prognostisch besser und richtiger, solche Fälle im gewohnten Operationszimmer zu machen, unter guter Assistenz, bei guter künstlicher Beleuchtung, bei gesicherter Asepsis, dann wird und muß jeder vernünftige Arzt vorziehen, die Nebenumstände so günstig wie möglich zu gestalten. Richtiger ist es natürlich, alles so gut als möglich zu machen. Und wollen wir, was unsere Pflicht ist, denen, die sich uns anvertrauen, das Beste angedeihen lassen, so werden wir selbstverständlich darauf dringen, solche Patientinnen in dem Operationssaal zu operieren! Ausnahmen kommen vor, vor Schwierigkeiten scheuen wir gewiß nicht zurück, wir müssen sie auch überwinden und haben sie auch überwunden. Aber können wir bessere Verhältnisse schaffen, so ist es Pflicht, im Interesse der Patientinnen dies zu tun. Da also die Prognose, je besser die äußeren Verhältnisse sind, um so besser ist, so ist es keinem Zweifel unterworfen, daß im Prinzip alle Kollegen darauf dringen müssen, diese Operationen, wenn irgend möglich, nur in den gesicherten Verhältnissen des Krankenhauses ausführen zu lassen.

Gewiß ist es schwerer, eine Gebärende aus ihren häuslichen Verhältnissen herauszureißen, als einen schwer Verletzten sofort in das Krankenhaus zu transportieren. Der Widerstand der Angehörigen wird stets groß sein, aber nur jetzt. Je mehr die Erfolge bekannt werden, je mehr das Publikum sieht und einsieht, daß in dem Krankenhause die Erfolge sicherer sind, daß die Nachbehandlung besser ist, daß die Pflege eine humane und freundliche ist, um so mehr wird die traditionelle Abneigung gegen das Krankenhaus schwinden.

Wo sind denn die Errungenschaften moderner Wundbehandlung, moderner Antisepsis bei Geburten am ehesten deutlich geworden? doch sicher in den Gebärhäusern! Hier haben wir die Sterblichkeit an Puerperalfieber von 8—10 % auf 0,5—0,3 % herabgedrückt! Daß in Stadt und Land nicht entfernt eine so bedeutende Besserung eingetreten ist, beweisen alle Statistiken. Viel weniger hat die Sterblichkeit und die Morbidität außerhalb der Gebärhäuser abgenommen als im Gebärhaus. Das muß jeder zugeben. Wenn es heute, was ja unmöglich ist, gesetzlich befohlen würde, daß alle Gebärende in Gebärhäusern niederkämen, daß außerhalb der Gebärhäuser überhaupt nicht geboren werden dürfte, so würden jährlich Hunderte von Kindern und Frauen am Leben erhalten werden! Es ist nur eine Forderung der Logik und Humanität, wenigstens die schweren Fälle, die, wo große Operationen gemacht werden müssen, in die Gebärhäuser zu schicken. Die Kollegen müssen nach dem Grundsatz handeln: Gebet den Kliniken, was der Klinik ist! Ist es sicher, daß die Prognose dieser schwierigen Fälle in den Gebärhäusern besser ist als in der Privatpraxis, so soll auch der Arzt diese Fälle dem Krankenhause überweisen, und zwar nicht erst, nachdem allerhand Versuche der Entbindung gemacht sind, sondern sofort, unangerührt, a priori. Vom Standpunkt der Humanität ist es durchaus zu fordern, eine Eklamptische, eine schwer Gebärende bei engem Becken einem Krankenhause zu überweisen. Ich sage absichtlich einem Krankenhause, denn es gibt ja jetzt in jeder Stadt, und in vielen Dörfern Krankenhäuser. Die modernen Verkehrsverhältnisse gestatten, schnell und leicht ein Krankenhaus zu erreichen. In jedem Krankenhaus befindet sich heutzutage ein Operationszimmer, ausgestattet mit allen modernen Hilfsmitteln. Und wo dergleichen noch nicht vorhanden ist, da ist diese Einrichtung nur eine Frage der Zeit. Die neuen Vorschriften und Bedingungen bei Errichtung der Krankenhäuser werden überall, schon bei kleinen Anstalten von 30 bis 50 Betten, ein

Operationszimmer verlangen, ja sogar zwei, ein aseptisches und eins für unsaubere Fälle.

Die praktischen Aerzte werden nicht geschädigt. Die operativen Fälle, bei denen Schnittooperationen gemacht werden müssen, sind ja so selten, daß sie immer Ausnahmefälle bleiben, die einem Praktiker nicht einmal in jedem Jahre einmal vorkommen.

Wo allerdings das Beste unmöglich ist, wo der Transport in ein Krankenhaus nicht zu erreichen ist, da muß natürlich auch im kleinen Zimmer unter ungünstigen Verhältnissen operiert werden. Das ist dann nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten. Aber zu erstreben ist es, daß jeder schwere Fall in ein Krankenhaus geschickt wird, wo sich ja die Prognose unendlich besser gestaltet.

Das Publikum wird allmählich die Richtigkeit dieser Ratschläge einsehen. Es ist in dieser Beziehung seit 30 Jahren schon unendlich viel besser geworden. Vor 40 Jahren erlebte ich noch, daß es bei einer Geburt hieß: nun ist alles aus, jetzt kommt der Arzt!

Und ist es denn etwas so Schlimmes und Ungewöhnliches, eine Schwerkranke dem Krankenhaus zu überweisen? Schon bestehen ja Bestimmungen, Kranke mit ansteckenden Krankheiten aus einer Privatwohnung, wo Isolierung unmöglich ist, zum Krankenhause zu bringen! Das Publikum, das ungebildete und gebildete, macht kaum noch Schwierigkeiten, wenn es auf die Gefährdung der anderen Familienmitglieder hingewiesen wird. Warum sollte man nicht verstehen und zugeben, daß eine schwer Kreißende besser im Gebärhouse entbunden werde? Allmählich, wenn nur die Kollegen in richtiger Weise den Vorschlag begründen, wird auch dieser Widerstand zu überwinden sein.

Wenn ich nun die 40 Jahre, wo ich Arzt bin, überdenke, so muß ich sagen, daß die Hauptfortschritte für alle Therapie in dieser langen Zeit in allen Spezialitäten auf die chirurgische Tendenz zurückzuführen sind. Wo große Fortschritte und Erfolge erzielt wurden, war es stets durch das Chirurgischwerden einer Spezialität. Wir Geburtshelfer würden rückständig werden, wenn wir zurückschreckten, uns an dieser Art des Fortschrittes zu beteiligen! Man kann wohl sagen, je chirurgischer eine Spezialität in der Medizin geworden, um so mehr ist sie fortgeschritten! Dies ist ebenso in der Geburtshilfe und Gynäkologie wie in der inneren Medizin, in der Ohrenheilkunde und in allen andern Spezialitäten.