Ein Kaiserschnitt nach Porro.

Mitgetheilt

von

Dr. **Lumpe**,

in Wien.

Der mitzutheilende Fall betrifft die vierte Sectio caesarea, die Herr Professor Späth seit dem Jahre 1878 an der zweiten Gebärklinik in Wien ausführte. Von diesen vier Fällen ist einer ungünstig ausgegangen. Die betreffenden Publicationen sind in der Wiener medicinischen Wochenschrift (Jahrg. 1878, Nr. 4—7 und Nr. 11—13) und in diesem Archiv, Bd. XX, 1. Heft zu finden.

Am 9. Januar 1884, 1 Uhr Nachmittags, wurde der zweiten Gebärklinik die Gebärende Marie M. überbracht. Die Frau befand sich in einem verzweifelten Zustande, im höchsten Grade abgemagert und in ihrer Ernährung herabgekommen. Von ihr selbst erfuhren wir, dass sie 38 Jahre alt, 17 Jahre verheirathet sei, acht Mal leicht und glücklich geboren habe. Ein und ein halbes Jahr nach ihrer Verheirathung kam sie zum ersten Male nieder, dann folgten die Geburten fast gleichförmig in Intervallen von anderthalb Jahren. Von den Kindern, welche sämmtlich am normalen Ende der Schwangerschaft geboren wurden, starben vier: eines mit fünf Monaten, zwei mit einem halben Jahre und eines am Ende des ersten Jahres. Von den am Leben gebliebenen Kindern soll bis jetzt keines je erkrankt sein. Die Frau säugte ihre Kinder sämmtlich selbst, und zwar in der Dauer von sieben bis zehn Monaten. Ihre Mutter und ihre Geschwister sollen sämmtlich der besten Gesundheit sich erfreuen. Geboren ist die Frau

im Banate, kam nach ihrer Verehelichung nach Serbien und lebt nun seit fünf Jahren in Wien in sehr ärmlichen, kümmerlichen Verhältnissen; doch soll sie bis vor zwei Jahren vollständig wohl gewesen sein. Ihr gegenwärtiges Leiden fing vor zwei Jahren mit stechenden, reissenden Schmerzen in den Beinen, speciell in der Gegend der Knöchel an. Die veranlassende Ursache dazu sucht die Frau selbst in einer Erkältung. Sie habe schwere Arbeit verrichten müssen, und dabei seien ihre Füße durch Wochen hindurch einer steten Zugluft ausgesetzt gewesen. Der Schmerz wurde nun fort und fort stärker und verbreitete sich im Laufe eines Jahres, trotz Bädern und Einreibungen über die unteren Extremitäten bis zu den Hüften. Vom März 1883 an blieb die bis dahin regelmässige Periode aus und bald war die Frau über ihren schwangeren Zustand vollkommen im Klaren. Mit dem Fortschritte der Schwangerschaft wurde das Befinden schlechter. Die reissenden Schmerzen befielen nun den ganzen Körper, machten die Bewegung der Glieder immer schwieriger und dazu kam noch ein sehr hartnäckiger Bronchialcatarrh. Anfangs Winter 1883 ward die Frau dauernd ans Bett gefesselt. Geburtswehen hatten am 7. Januar Morgens begonnen. Die Blase war am 9. Januar 1 Uhr Morgens gesprungen und die Gebärende war nach einer Untersuchung durch ihren Hausarzt von diesem zur Entbindung ins Gebärhause geschickt worden. Die Füße waren im Hüft- und Kniegelenke gebeugt, jeder Versuch, sie zu strecken, jede Berührung, ja jede Erschütterung des Bettes verursachte heftigen Schmerz. Man kann sich leicht vorstellen, wie schwierig unter solchen Umständen der Transport, die Untersuchung u. s. w. waren. Die Grösse des Uterus entsprach etwa dem neunten Schwangerschaftsmonate. Kopflage. Position I. Herztöne links vom Nabel sehr deutlich und laut.

Die Extremitätenknochen waren weder verkrümmt noch auch biegsam, was man um so leichter beurtheilen konnte, da infolge der excessiven Abmagerung die Haut unmittelbar auf den Knochen aufzuliegen schien. Die Darmbeinschaufeln sehr stark gebogen. Der Symphysenwinkel die bekannte, für Osteomalacie charakteristische Schnabelform zeigend. *Distantia spinarum* 17,5 cm, *Distantia cristarum* 23 cm, *Distantia trochanterum* 26 cm, *Distantia Baudelocquii* 17 cm. Wenn schon die Anamnese auf Osteomalacie schliessen liess, so wurde diese Vermuthung zur Gewissheit durch die innere Untersuchung. Bei derselben fand man die für Osteomalacie

charakteristische Deformation in optima forma ausgebildet. Der Beckeneingang durch das Hereinragen des Promontorium und der Pfannengegend in hohem Grade verengt. Die räumliche Beschränkung auf der rechten Seite stärker. Die Distantia sacro-cotyloidea sinistra wird auf etwa 5 cm, die dextra auf 4,5 geschätzt. Unteres Uterinsegment hochstehend, schwer zu erreichen, Cervicalkanal etwa für drei Finger offenstehend.

Da die Geburt eines 9monatlichen Kindes durch ein derartig verengtes Becken unmöglich, auch nach der Embryotomie mit grossen Schwierigkeiten und Gefahren für die Mutter verbunden gewesen wäre, das constitutionelle Leiden (Osteomalacie) in der Culmination begriffen war, so war der Kaiserschnitt offenbar das einzig richtige Entbindungsverfahren. Die Porro'sche Operationsmethode wurde gewählt aus dem einfachen Grunde, weil sie bis jetzt die besten Resultate lieferte. Uebrigens sind gerade bei Osteomalacie auch die principiellen Gegner der Verallgemeinerung dieser Operationsmethode für dieselbe. Nachdem die Nothwendigkeit des Kaiserschnittes den beiden Eheleuten auseinandergesetzt worden und alle nöthigen Vorbereitungen für die Operationen getroffen waren, wurde dieselbe drei Stunden nach der Aufnahme der Gebärenden ins Gebärrhaus fünfzehn Stunden nach dem Blasensprunge im Hörsaale der Klinik in Anwesenheit des ganzen Collegiums unter gütiger Assistenz des Herrn Professor Weinlechner und der Herren Doctoren Profanter, Torgler und Pólgar durch Herrn Professor Späth ausgeführt. Die für die Operation bestimmten Schwämme waren in Carbollösung, die Compressen in Thymollösung aufbewahrt. Es wurde ohne Spray operirt, reines Chloroform zur Narkose angewendet. Nach der Reinigung der Bauchhaut mit Seife und Carbollösung begann die Operation. Der Bauchschnitt, etwas links vom Nabel beginnend, endete etwa zwei Querfinger ober der Symphyse. Infolge der enormen Verdünnung der Bauchdecken traf der Schnitt sofort den schwangeren Uterus ohne wesentliche Blutung. Der Uterus wurde in situ eröffnet, das Kind an den Beinen herausgenommen und abgenabelt. Es war ein 2350 g schweres, 48 cm langes Mädchen, welches sofort lebhaft Lebenszeichen zu erkennen gab. Anfangs soll es gut gediehen, nach fünf Wochen aber unter den Erscheinungen einer Enteritis gestorben sein. Als gleichzeitig mit der Extraction der Frucht der sich rasch contrahirende Uterus vor die Bauchdecken geglitten war, wurde sofort die Kette eines

Billroth'schen Ecraseurs um den Uterushals gelegt, geschlossen und zugeschnürt. Die Blutung während dieser Manipulationen war nicht bedeutender, als bei jeder normalen Geburt. Allerdings war die Placenta gerade dem Schnitte gegenüber an der hinteren Wand des Uterus inserirt. Der Uterus wurde nun sammt seinen Adnexa etwa 3 cm oberhalb der Ecraseurkette abgetragen. Es wurde die Constriction soweit vermehrt, als zur sicheren Blutstillung nöthig war, und etwas unterhalb der Kette zwei starke Lanzennadeln kreuzweise durch den Stiel gestochen zur Fixation desselben vor den Bauchdecken. Nach der Toilette des Peritoneum wurde die Serosa der Bauchdecken mit der Serosa des Stieles oben und unten mittels carbolisirter Seidenknopfnäht genau vereinigt, die Bauchwunde mittels tiefer Peritonealnähte (Silberdraht) und oberflächlicher umschlungener Seidennaht geschlossen. Die Oberfläche des Stieles wurde mit dem Thermocauter verschorft, auf den Stumpf und die Bauchnaht kam reichlich Jodoformpulver; das Abdomen wurde mit Jodoformgaze und Watte bedeckt und diese durch Bindentouren fixirt. Die Operation hatte sammt dem Verbande etwa 40 Minuten gedauert.

Das Befinden der Operirten liess nichts zu wünschen übrig. Temperatur und Puls blieben fortwährend innerhalb der normalen Grenzen. Ausgenommen einen unbedeutenden Blasencatarrh, der offenbar durch das wiederholte Katheterisiren entstanden war und in wenigen Tagen spontan verschwand, sowie einen ebenso unbedeutenden Brechreiz am 13. Tage des Wochenbettes, begleitet von zweimaliger diarrhoischer Stuhlentleerung, waren die Functionen der Blase und des Darmes normal. Appetit und Schlaf regelmässig. Am 10. Tage wurden die Peritonealdrähte, am 15. Tage die übrigen Nähte entfernt. Der abgeschnürte Stielrest fiel sammt der Kette am 13. Tage ab, hinterliess einen ziemlich tiefen Wundtrichter, welcher zu seiner vollkommenen Vernarbung noch vier bis fünf Wochen brauchte. Die Operirte erholte sich bei zweckmässiger Nahrung (sie bekam auch die Wegner'schen Phosphorpillen) in drei Monaten, welche Zeit sie in der Klinik verblieb, so weit, dass sie bei ihrer Entlassung schon mit nur geringer Unterstützung eines Stockes gehen konnte.

Nun noch einige Worte über die Berechtigung der Porro'schen Operation. Die beiden Forderungen, welche wir an eine Operationsmethode stellen müssen, die grösstmögliche Einfachheit

in der Technik und die grösstmögliche Sicherheit gegen Infection und Blutung erfüllt keine Kaiserschnittsmethode in der Weise, wie die Porro-Operation.

Man hat gesagt, die Statistik beweise, dass die Erfolge nach der bisher geübten Kaiserschnittsoperation fast bessere wären, als nach dem Porro'schen Verfahren. Ich bin der Meinung, dass es überhaupt verfehlt ist, die Statistik für oder gegen irgend ein operatives Verfahren geltend zu machen, und zwar aus folgendem Grunde. Mit Statistik lässt sich Alles und Nichts beweisen. Wenn man beim Zusammenstellen von Fällen nicht in jedem Falle den günstigen oder ungünstigen Ausgang, also den Erfolg, von dem operativen Verfahren direct abhängig machen kann, beweist die betreffende Statistik einfach gar nichts. Will man eine Operation in Misscredit bringen, so braucht man dazu nur eine Reihe von ungünstig ausgegangenen Fällen aus der Literatur zusammenzustellen und daraus den Percent zu berechnen, ebenso kann man für eine Operation Propaganda machen.

Wenn man die bis nun veröffentlichten Fälle von Sectio caesarea näher untersucht, so muss man zur Ueberzeugung kommen, dass eine nicht unbedeutende Anzahl derselben zur Statistik absolut nicht verwendbar ist. Während ich dies schreibe, kommt mir eine Publication aus der Hegar'schen Klinik von Schmal-fuss zu Gesichte, welcher ein classisches Paradigma für solche von vornherein verfahrene Fälle abgibt. Man hat ferner gesagt, die Porro-Operation verstümmele das Weib geschlechtlich und dazu hätte man in solchen Fällen kein Recht.

Wenn man das Recht hat, ein carcinöses Ovarium, einen carcinomatösen Penis oder Hoden zu entfernen, um damit einem Individuum das Leben zu retten, indem man die Quelle der Gefahr entfernt, ohne Rücksicht darauf zu nehmen, dass man dadurch das betreffende Individuum geschlechtlich verstümmelt; so hat man auch das Recht, den Uterus sammt den Ovarien zu entfernen, wenn diese Organe für die Betreffende eine stete Quelle der Gefahr sind, und wenn dadurch die Chance, die Frau nach einer Operation, welche jedenfalls gemacht werden muss, am Leben zu erhalten, eine grössere ist. Nun ist bis jetzt anerkanntermaassen der Kaiserschnitt eine so „gefährliche Operation“ gewesen, dass es in Publico fast gleichbedeutend war, ob an der Betreffenden der Kaiserschnitt gemacht oder ob sie gehängt werden soll. Wir wissen auch ganz genau weshalb. So viele

Vorschläge gemacht worden sind, die Gefahr zu verringern, der aufgeschnittene puerperale Uterus ist für das Peritoneum ein sehr gefährlicher Nachbar, ist er es ja doch schon genug, ohne angeschnitten zu sein.

Wenn es einmal möglich sein wird (und das kann ja Niemand vorherbestimmen), den Uterus auf- und zuzumachen wie eine Schublade, und die Kinder herauszunehmen, wenn sie ausgetragen sind, dann wird es Niemand einfallen, den Uterus wegzuschneiden. Bis dato sind wir noch nicht so weit. Ueber die neueren Vorschläge von Sänger und Kehrer, welche von ihnen selbst und von Beumer und Leopold ausgeführt wurden, kann man, da dieselben noch zu wenig erprobt sind, kein Urtheil abgeben. Mit der Porro-Operation ist man gegenwärtig schon im zweiten Hundert. (Clement Godson — London, 26. Januar 1884.)

Die beiden Methoden des Kaiserschnittes neben einander zu stellen und die Indicationen für beide Methoden zu bestimmen (Sänger, Martin), halte ich aus dem Grunde für verfrüht, weil die Erfahrungen über die ältere Methode mit Anwendung der Antisepsis, der verschiedenen Nahtmaterialien und Nahtmethoden, gegenüber den Erfahrungen über Porro-Operation zu geringe sind. Uebrigens bin ich der Ueberzeugung, dass trotz Antisepsis und Naht die ältere Methode mit der neueren in Bezug auf Sicherheit gegen die beiden Hauptgefahren der Sectio caesarea niemals wird concurriren können.

Zur Zeit haben sich die meisten Operateure überzeugt, dass es für den weiteren Fortgang der Operation sehr günstig ist, wenn man den Uterus uneröffnet vor die Bauchdecken bringen kann (P. Müller). Doch halte ich dies nicht für nothwendig, und erzwingen sollte man es niemals.

Bei der Porro-Operation handelt es sich im Wesen darum, dass durch rasche Verklebung zwischen Peritoneum des Stieles und Peritoneum der vorderen Bauchwand die Peritonealfäche mit Ausschluss der primären Infection rasch und sicher nach aussen hin abgeschlossen wird.

Man ist eben daran, in der Technik der Porro-Operation noch weiter zu gehen. Man hat Vorschläge und Versuche gemacht, den Stiel zu vernähen, ihn mit Peritoneum zu bedecken, ihn dann an Ort und Stelle zu lassen und die Bauchwunde vollends zu schliessen. Diese Versuche waren keine glücklichen (Litzmann, Berutti, G. Braun, Zweifel, Taylor, Veit,

Kabierske). Die intraperitoneale Methode von Heusner ist noch nicht versucht worden. Es scheint, dass man die Sicherheit gegen Blutung und Infection bei der intraperitonealen Methode wieder einbüsst. Uebrigens lehrt die weitere Beobachtung der nach dem ursprünglichen Verfahren nach Porro operirten Frauen, dass die Verbindung zwischen dem Reste des Collum uteri und der vorderen Bauchwand im Laufe der Zeit sich derart dehnt und verlängert, dass sich allmählig vollkommen normale Lagerungsverhältnisse der Beckeneingeweide wieder herstellen. Die Operirten klagen auch weiterhin, soviel ich in Erfahrung bringen konnte, über keinerlei davon ausgehende Beschwerden.