(Aus der Königl. Frauenklinik zu Dresden. Director: Geh.
Med.-Rath Prof. Dr. Leopold.)

**Entgegnung auf Dührssen's Abhandlung:
Darf die Bossi'sche Methode dem practischen
Ärzte empfohlen werden?**

Dieses Archiv, Bd. 75, H. 2.

Von

Dr. F. Lichtenstein,

Vol.-Ass. an der Klinik.

Diese Abhandlung wendet sich in der Hauptsache gegen die Arbeit Ehrlich's aus der Dresdner Frauenklinik: „Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi auf Grund von 30 weiteren Fällen, Dieses Arch., 73. Bd., 3. Heft“ und sucht nachzuweisen, in wie vielen Fällen es richtiger gewesen wäre, anstatt Bossi den vaginalen Kaiserschnitt anzuwenden, um dadurch mit grösster Wahrscheinlichkeit mehr Mütter und Kinder zu retten.

Die Abhandlung Dührssen's darf nicht unwidersprochen bleiben, da sie eine Fülle von Entstellungen der Fälle enthält und einzelne derselben mit einer solchen geradezu Verwunderung erregenden Ungenauigkeit wiedergibt, dass sie gar nicht wiederzuerkennen sind.

Muss schon dieses Verfahren Dührssen's bei Erörterung einer wissenschaftlichen Frage grösstes Bedenken erregen, so steigert sich dasselbe aber noch mehr, wenn man sieht, was er mit seinem vaginalen Kaiserschnitte dem praktischen Ärzte, der allerdings ein moderner Gynäkologe sein soll, in die Hand geben will.

Die Frage, ob die Bossi'sche Methode — selbstverständlich unter ganz bestimmten Anzeigen, unter Einhaltung von Bedingungen und nach genügender Einübung — dem praktischen Ärzte empfohlen

werden darf, ist nach Leopold neuerdings auch durch Ehrlich bejaht worden. Gegen diese Bejahung hegt nun Dührssen schwere Bedenken mit 6 facher Begründung: Die Operation bedinge

1. Unmöglichkeit, stets ein unzerstückeltes Kind zu entwickeln,
2. lange Operationsdauer,
3. schwierige Nähte,
4. Infection durch Fingercontact,
5. lange Narkose,
6. Zerreissungen infolge mangelhafter Dilatation.

Wenn überhaupt, so dürfe deshalb nur der specialistisch ausgebildete Geburtshelfer die Bossi'sche Methode anwenden. Dieser aber müsse dieselbe durch den vaginalen Kaiserschnitt verdrängen, denn der letztere ermögliche ohne die Nachtheile der Bossi'schen Methode als einzige Methode (!) mit Sicherheit die Entwicklung eines lebensfrischen Kindes binnen weniger Minuten ohne Gefährdung der Mutter — vorausgesetzt, dass der Operateur ein moderner Gynäkologe ist, dass er an den Kaiserschnitt nicht die Zange, sondern die Wendung und Extractor anschliesst und dass er bei engem und rigidem Scheidenrohr den Widerstand desselben durch einen den Levator ani durchtrennenden Scheidendammschnitt beseitigt.

Also: Wer den vaginalen Kaiserschnitt ausführen will, muss ein moderner Gynäkologe sein. Damit fällt also schon der vaginale Kaiserschnitt für die allergrösste Zahl der praktischen Geburtshelfer weg. Zweitens: er soll erst die Harnblase ablösen, dann den Uterus vorn und hinten aufschneiden, dann das Kind wenden und ausziehen; dann eventuell die Placenta manuell lösen und den Uterus tamponiren; eventuell soll er sogar einen Scheidendammschnitt bis durch den Levator ani (!) hindurch machen, und dann soll er alle diese Wunden vernähen! Und dies alles soll auch in einer Dachkammer unter alleiniger Assistenz der Hebamme möglich sein und mit Aussicht auf guten Erfolg? Man glaubt nicht recht zu sehen, wenn man liest, was hiermit dem praktischen Geburtshelfer von Dührssen empfohlen wird. Und da eifert er gegen das viel einfachere Bossi'sche Verfahren? Nach seinem eignen Geständniss kennt Dührssen das letztere garnicht. Da wäre es doch recht angezeigt, dass er erst Erfahrung darüber sammelte oder wenigstens ein zurückhaltendes Urtheil darüber fällte.

Nach Aufstellung seiner Behauptungen weicht nun Dührssen gänzlich vom Thema ab; er kümmert sich überhaupt nicht mehr

um den praktischen Arzt, sondern übt an der Ehrlich'schen Arbeit aus der hiesigen Klinik eine vernichtende Kritik, beleuchtet die Stellung der Bossi'schen Methode zu anderen Dilatationsverfahren und betont die Ueberlegenheit seines vaginalen Kaiserschnittes über die durch diesen zu ersetzende Bossi'sche Methode.

Die Richtigkeit dieser letzten Behauptung müsste unsererseits angezweifelt werden, auch wenn Dührssen nicht durch eine Kritik an der Ehrlich'schen Arbeit zur Entgegnung herausgefordert hätte.

Zunächst sei einmal darauf hingewiesen, dass die Bossi'sche Methode und der vaginale Kaiserschnitt völlig wesensungleich sind, also garnicht mit einander verglichen werden können. Der vaginale Kaiserschnitt ist keine Dilatationsmethode, man kann also nicht den Satz aufstellen: Im Gegensatz zu Bossi kann man mit dem vaginalen Kaiserschnitt binnen weniger Minuten bis zur Vollständigkeit dilatiren. Denn unter Dilatation versteht man eine durch Dehnung herbeigeführte Vergrößerung der Oberfläche oder des Rauminhaltes des gedehnten Körpers unter möglichster Erhaltung seiner Continuität. Die Continuität der Portio und der Uteruswände wird aber nach Dührssen von vornherein absichtlich zerstört.

Daraus ergibt sich mit logischer Nothwendigkeit, dass in die Fragestellung, welche Dilatationsmethode die beste sei, der vaginale Kaiserschnitt nicht mit eingezogen werden kann. Von den Dilatationsmethoden ist die Bossi'sche zweifellos die beste, wenn es sich darum handelt, zur Erhaltung der Mutter schnell zu entbinden. Dass der Kaiserschnitt, aber neben dem vaginalen auch der klassische, der früher häufig genug bei Eklampsie angewendet wurde, gestattet, weit schneller als mit Bossi zu entbinden, wird von niemandem geleugnet. Allein beide erfordern eine viel grössere Technik und gefährden die Mutter weit mehr als die Bossi'sche Methode; deshalb sind sie nur indicirt, wenn ausser der Mutter auch ein lebensfrisches Kind erhalten werden kann. Das Kind einer Eklamptischen kann aber nicht als ein auf jeden Fall ungeschädigtes gelten.

Gehen wir jetzt auf Dührssen's Kritik der Ehrlich'schen Arbeit ein, so sucht er den Leser dadurch von der Bossi'schen Methode abzuschrecken, dass er die Fälle aufzählt, die nach seiner Meinung irgend etwas die Methode Belastendes boten. Er, der sich nicht scheut, mit dem vaginalen Kaiserschnitt der Mutter so umfangreiche und schwere Wunden — ja vorn und hinten bis in die Bauchhöhle hinein, S. 254 — zu setzen, versäumt nicht, jedes, auch

das kleinste Risschen bei Bossi anzuführen. Mit wuchtiger Kürze zeigt er, hier starb die Mutter, dort das Kind. Wer die auf Seite 256 und 257 stehende Abfertigung der Ehrlich'schen Fälle liest, merkt ohne Weiteres die Absicht Dührssen's heraus, wird aber keinesweg von den dabei gebrachten Behauptungen überzeugt sein, da Dührssen einfach das fatale Factum hinstellt, ohne aus dem inneren Zusammenhang heraus zu begründen, was er besser gemacht hätte. Um nun die vielen Verdrehungen und Entstellungen Dührssen's ins rechte Licht zu setzen, werde im folgenden zu seinen links stehenden Bemerkungen in der rechten Spalte Stellung genommen:

Dührssen schreibt:

In Fall II war die hohe Zange schwer wegen ungenügender Dilatation, welche eine einstündige Narkose erforderte. Eine Operation, die nur eine Narkose von 5 Minuten Dauer erfordert, wie die Sectio caesarea vaginalis, hätte die schwerkranke Eklamptische bestimmt weniger geschädigt, wenn ich auch nicht sagen kann, dass sie ihr das Leben gerettet haben würde. Bei der Section fand sich ein tiefer Collumriss.

In Fall IV erzeugte der nachfolgende Kopf wegen der mangelnden Dilatation einen Collumriss, der mit einer Umstechung geschlossen wurde.

Richtigstellung:

Die Frau hatte ausserhalb 12 Anfälle; den ersten in der Klinik 1½ Stunde nach der Einlieferung. Eine Stunde nach diesem war sie entbunden: In 40 Min. dilatirt bis 8¾, dann Zange im B. E.: lebendes Kind.

Den einen Anfall in der Klinik dürfte Dührssen nicht haben hindern können. Die Narkose bei seinem Kaiserschnitt dürfte länger dauern als 5 Min., da er doch wohl in Narkose näht, was laut Journal No. 347 (S. 250—51) 30 Minuten dauert: „Die Operation hatte bis zur Extraction des Kindes 10 Min., die ganze Operation 40 Minuten gedauert“. Die Spaltung der Uteruswände mit Eröffnung, womöglich des Douglas dürfte eine grössere Schädigung bedeuten als der Collumriss bei Bossi.

Welche Schädigungen, fragen wir, wollte Dührssen also der Frau ersparen?

Die Frau hatte ausserhalb drei eklamptische Anfälle. Sie kam mit abgestorbenem Kinde und ist eine 36 j. I. p. In 15 Min. wurde bis zur Vollständigkeit dilatirt und das in Steisslage befindliche Kind alsbald extrahirt. Beim Durchtritt des Kopfes ein Collumriss: 1 Naht. Auch wenn es keine alte I. p. gewesen wäre, fragen wir, in welchem Verhältnisse zu dieser winzigen Verletzung stünden die Spaltungen beim vaginalen Kaiserschnitt?

In Fall V, bei dem rigiden und geschlossenen Collum einer 34 j. Ip., hätte der vaginale Kaiserschnitt 3 Tage früher als die Bossi'sche Methode, ausgeführt werden können und mit Sicherheit (sic!) ein lebendes Kind erzielt.

In Fall VI konnte die Dilatation des fingergliedlangen Scheidentheils wegen eintretender Blutung nicht über 6 getrieben werden. In Folge dessen konnte die Eklamptische nicht, wie beabsichtigt, entbunden werden und das combinirtgewendete Kind starb ab. Es entstanden zwei tiefe Collumrisse, die durch je 6 Nähte vereinigt wurden. Der vaginale Kaiserschnitt hätte hier mit Sicherheit (sic!) ein lebendes Kind erzielt.

Im Fall X konnte ebenfalls wegen wulstiger und rigider Portio nicht völlig dilatirt werden. Die Wendung gelang daher nicht und

Die Frau kam am 31. V. mit gutem Allgemeinbefinden; Becken normal, Kind in Ordnung, keine Wehen. Keine Eröffnung. Rigide Weichtheile.

1. VI. Schwache Wehen. Langsame Eröffnung. Temp. und Puls normal. Nabelschnurgeräusch und Abgang von Mekonium. Kolpeuryse. Muttermund öffnet sich für Fingerdicke.

2. VI. Herztöne hatten sich erholt, werden plötzlich schlecht, das Kind stirbt ab. Schwache Wehen. Temp. und Puls normal. Kolpeuryse.

3. VI. Schwache Wehen. Kein Fortschritt.

4. VI. Fieber 38,1. Puls 96, das die Indication für die Entbindung durch Bossi und Perforation abgiebt.

Die Indication zum vaginalen Kaiserschnitt schon am 1. VI. dürfte wohl kaum Zustimmung und Rechtfertigung verdienen. Zudem hätte Dührssen um des zweifelhaften Kindes willen nicht nur das Collum, sondern auch sicher Scheide und Damm bis in den Levator ani hinein durchgeschnitten: alte Ip.!!

Von diesem Fall sagt Ehrlich selbst, dass die Risse dem Bossischen Instrument zur Last zu legen seien. Da es stark blutete, die Frau also ausser der Eklampsie auch dadurch noch gefährdet wurde, so wurde das Kind geopfert, weil nach der combinirten Wendung die Blutung stehen musste, zugleich aber mit der, wenngleich langsamen Extraction der Indication der Entbindungsbeschleunigung genügt wurde.

Zur Rettung des Kindes hätte man wohl rasch extrahiren können. Es geschah aber nicht, um die erst 23 j. Frau, die noch viele Kinder bekommen konnte, noch möglichst schonend zu entbinden.

Dieser Fall beweist so recht die Kampfesweise Dührssen's, dessen Wiedergabe die Thatfachen geradezu auf den Kopf stellt.

das Kind wurde perforirt. Die Mutter trug einen Collumriss davon, der mit 2 Nähten vereinigt wurde.

In Fall XIII konnte der nur für eine Fingerkuppe zugängige Muttermund der fast verstrichenen Portio ebenfalls nur bis Handtellergrösse erweitert werden. Die Entbindung mit hoher Zange war daher nicht möglich, und das Kind wurde perforirt. Die Mutter trug einen Collumriss davon, der mit 2 Nähten vereinigt wurde.

Einmal schreibt Ehrlich: in 40 Min. wurde bis 10 erweitert, der Muttermund war kleinhandtellergröss. Dann aber wurde, weil kindliche Herztöne überhaupt nicht gehört worden waren, von einem Wendungsversuch ganz abgesehen, um keine grösseren Zerreissungen zu verursachen, und sofort perforirt. Kleiner linksseitiger Collumriss.

Für Dührssen, der die Perforation auch bei zwei- bis fünfmarkstückgrossen Muttermund ohne vorherigen Bossi ausgeführt wissen will (S. 255), lag hier nichts Tadelnswerthes vor. Da das Kind perforirt 3560 g wog, hätte er bei fünfmarkstückgrossen Muttermund wahrscheinlich einen grösseren Collumriss erhalten.

Wie war dieser von Dührssen völlig entstellte Fall in Wirklichkeit?

Es handelt sich um eine I.p. im X. Monat mit allgemein verengtem Becken ($v = 8\frac{1}{2}$). Kopf schwer beweglich im Beckeneingang. Die Wendung bei I.p.p. wird bei uns möglichst vermieden. Es „konnte“? — nein es wurde nicht weiter als bis 9 dilatirt; das Anlegen der Zange gelang. Wie wohl der Kopf folgte, wurde das Kind nicht durch Zange entwickelt, weil die schon vorher schwankenden Herztöne nicht mehr gehört wurden.

Ob bei dem engen Becken nach dem vaginalen Kaiserschnitt das Kind durch Wendung lebend zur Welt gebracht worden wäre, ist sehr fraglich. Es wog perforirt 3830 g. Dührssen hütet sich auch wohl, hier zu sagen, er hätte „mit Sicherheit“ ein lebendes Kind erzielt. Wenn aber das kindliche Leben durch das enge Becken in Frage gestellt wird, so ist es wohl besser, die Mutter nicht auch noch zu zerstückeln. Der kleine Collumriss bei Bossi war belanglos.

In Fall XIV konnte die Eklampische des 7. Monats erst 3 Stunden nach der Einlieferung entbunden werden, da das Frommer'sche Instrument sich nicht durch den inneren Muttermund bringen liess. Man musste daher die Erweiterung zunächst den Wehen überlassen und konnte erst 2 Stunden nach der Einlieferung mit dem Bossi'schen Instrument erweitern. In dieser Zeit hatte die Patientin die Schädigung von 6 weiteren Anfällen und der protrahirten Morphin-Chloroformnarkose zu überstehen. Die Patientin starb.

Ob die Frau durch eine schnellere Entbindung gerettet worden wäre, ist sehr fraglich, da sie schon zahlreiche Anfälle vor der Einlieferung gehabt hatte.

Was das Nichtgelingen der Dilatation anlangt, so ist der Hergang nicht richtig von Dührssen wiedergegeben. Das Frommer'sche Instrument liess sich mit 3 Branchen einführen und bis 3 aufschrauben. Wenn das Einführen mit 8 Branchen nicht gelang, so lag das neben der Enge der Scheide und dem Hochstand der Portio — der Kopf des 7 Monate alten Kindes drückte diese nicht tiefer — an der Unvollkommenheit des Frommer'schen Instrumentes. Da dasselbe keine Beckenkrümmung hat, ist es nicht zu verwundern, dass die Einführung in die hochstehende Portio nicht gelang. Diese Erfahrung mit Frommer hat denn auch mit dazu geführt, dass das Instrument bei uns nicht mehr angewendet wird.

Diesem Falle gegenüber werde gleich Fall XVIII vorweg genommen, in dem die Dilatation auch unmöglich gewesen sein soll:

Im Fall XVIII, bei einer Eklampischen des 7. Monats, erforderte die Dilatation, die zunächst mit dem Bossi'schen Instrument nicht möglich war und die schwierige Extraction des perforirten Kindes 2 Stunden. Der vaginale Kaiserschnitt hätte nur 5 Min. erfordert, 15 Stunden früher ausgeführt werden können und hierdurch der Kranken, welche starb, manche Schädigungen erspart.

Trotz des Wortes „zunächst“ hat Dührssen ganz ungenau und falsch dargestellt, denn Ehrlich schreibt über die Dilatation wörtlich:

„Da der Muttermund für das Bossi'sche Instrument nicht durchgängig ist, wird derselbe mit dem Schultze'schen Dilatorium etwas erweitert, sodann das erstere eingeführt und langsam aufgedreht“ — wegen des kleinen Kindes bis $5\frac{1}{2}$.

Diese Ip. im 7. Monat zeigte dieselben anatomischen Verhältnisse wie die im Falle XIV, nur dass hier die Portio noch ganz erhalten war. Statt Schultze wurde bei XIV Frommer mit 3 Branchen genommen; während aber in XVIII das Bossi'sche Instrument

mit Beckenkrümmung eingeführt werden konnte, gelang das nicht mit Frommer in Fall XIV, wiewohl hier Wehen vorgearbeitet hatten.

Die Entbindung wurde nicht, wie Dührssen will, 15 Stunden früher eingeleitet, weil die Diagnose Eklampsie nicht sicher war, vielmehr die häufigen, bis 5 Min. dauernden Anfälle epileptischen glichen, wofür auch die Angabe des Vaters massgebend war, dass die Frau seit ihrem zwölften Jahre an Epilepsie leide. So glauben wir die Frau schonender entbunden zu haben, da ihr nicht die Schädigungen des vaginalen Kaiserschnittes zugefügt wurden.

In Fall XV konnte der nur für einen Finger durchgängige Muttermund wegen eintretender Blutung in Folge tiefen Sitzes der Placenta nur bis 7 erweitert und die Eclampsie konnte daher trotz ihres bedrohlichen Zustandes nicht entbunden werden. Erst 7 Stunden später wurde die Zange angelegt. Das Kind starb, jedenfalls in Folge dieser Verzögerung der Entbindung.

Da während der Schwangerschaft keine Blutungen bestanden hatten, wurde man auf Placenta praevia erst durch die Blutung bei der Dilatation hingewiesen, bei der kein Riss entstanden war.

Wegen der grossen Zerreislichkeit des Uterusgewebes bei Placenta praevia ist aber eine forcirte Dehnung contraindicirt. Deshalb wurde die Dilatation unterbrochen. Wäre nicht der Kopf tiefer getreten, so würde man durch einen Metreurynter die Blutung zu beherrschen gesucht haben unter Aufgabe des kindlichen Lebens mit Rücksicht auf die Mutter. In unserem Falle comprimirte der durch die infolge der Dilatation angeregten Wehen tiefer tretende Kopf die blutende Placenta, schränkte aber gleichzeitig den Placentarkreislauf ein. Trotzdem wurde das durch Zange entwickelte, asphyetische Kind wiederbelebt und starb erst am folgenden Tage an Krämpfen.

In Fall XVI konnte die Dilatation des bereits markstückgrossen Muttermundes bei wulstiger Portio nur bis $7\frac{1}{2}$ getrieben werden. Natürlich misslang bei dem nur handtellergrossen Muttermund die hohe Zange und das lebende Kind wurde perforirt.

Die Indicationsstellung lautet nach Ehrlich: es wird beschlossen, den Muttermund mit Bossi zu erweitern, dann einen Zangenversuch zu machen bezw. zu perforiren. Und das deswegen, weil es sich um ein nur 8 Monate altes Kind einer Eclampsie handelt.

Demnach wurde nur bis $7\frac{1}{2}$ dilatirt. Von „nicht weiter können“ ist keine Rede. Der handteller-grosse Muttermund hätte für den kleinen Kopf genügt. Vielleicht aber folgte dieser nicht, weil er zu klein, also nicht zangengerecht war. Zur Schonung der Mutter wurde daher, wie schon in Aussicht genommen, perforirt. Sie hat auch keinen Riss davongetragen.

Die Perforation war schon in Aussicht genommen, weil das kleine Kind im 7.—8. Monat kaum lebensfähig war.

In Fall XX wurde die halbfingergliedlange Portio bis auf $9\frac{1}{2}$ dilatirt, der Muttermund umschloss aber nach der Wendung den Hals des Kindes so fest, dass er perforirt werden musste. Ein Collumriss erforderte eine Naht.

In Fall XXII, in welchem Mutter und Kind starben, wäre das Kind durch vaginalen Kaiserschnitt lebend zur Welt gebracht worden.

Die Dilatation erfolgte in 40 Min. bis $10\frac{1}{2}$ ohne Zerreißen. Die Zange dauerte 15 Min. Der ungünstige Ausgang dürfte nicht auf die Methode, sondern darauf zurückzuführen sein, das in unserer Poliklinik mancher externe Hilfsarzt seine erste Zange macht.

Vergleiche hierzu des bei Fall IV über Risse Gesagte.

In Fall XXIII konnte der schon zweimarkstückgrosse Muttermund einer II p. nur bis $8\frac{1}{2}$ erweitert werden, da ein später durch 3 Nähte geschlossener Collumriss eine Blutung erzeugte.

Im Fall XXVIII kam das Kind tief asphyctisch zur Welt, weil die Zange in Folge des Widerstandes des Muttermundes schwierig war.

Als ob nicht Kinder nach Zange oder Wendung auch ohne Bossi asphyctisch zur Welt kommen könnten und kämen! Auch bei dem vaginalen Kaiserschnitt kommen asphyctische Kinder vor, wie Dührssen's Fall 347 S. 251 beweist.

In Fall XXIX erzeugte das bei bandteller-großem Mutterm. einer II p. angelegte Frommer'sche Instrument 2 Collumrisse, die 5 Nähte erforderten. Das Kind hätte nach vaginalem Kaiserschnitt wahrscheinlich nicht perforirt zu werden brauchen.

Es handelt sich um ein allgemein verengtes platt-rhachitisches B. vera = $8\frac{1}{2}$. Nach der Dilatation bis 10 wurde wegen eines Contractionsringes die Wendung für zu gefährlich erachtet. Mit Walcher und Hofmeier liess sich der Kopf nicht in's Becken drücken.

Ob nach Beseitigung der Dehnung des unteren Uterinsegmentes durch den vaginal. Kaiserschnitt ein lebendes Kind erzielt worden wäre, bleibt mit Rücksicht auf das enge Becken fraglich, was ja auch Dührssen nur als wahrscheinlich hinstellt.

Wir kommen nun zu den oben erwähnten, von Dührssen der Bossi'schen Methode vorgeworfenen Nachtheilen.

Was die Mortalität der Kinder bei den Entbindungen durch Bossi an der hiesigen Klinik anlangt, so hat Ehrlich ausführlich darüber geschrieben in dem Kapitel: „Operationen im Anschluss an die Dilatation. Prognose für Mutter und Kind.“ Er bringt dort eine Zusammenstellung der gleichmässig behandelten Fälle. Es ist hier unmöglich, jeden einzelnen Fall mit tödtlichem Ausgange des Kindes eingehend zu begründen, das würde nur eine breite Wiederholung der Geburtsgeschichten sein. Hervorgehoben werde nur, dass die Resultate für die mit Zange entwickelten Kinder ausgezeichnet sind. Nicht so günstig sind sie für gewendete Kinder, wofür theils die Enge der Becken, theils das Verhalten und die Beschaffenheit des Muttermundes bzw. des Uterus — Narbenstenosen, Rigidität, alte Risse, Spasmus — verantwortlich zu machen sind. Wo die Beckenenge wenig Aussicht auf ein lebendes Kind giebt, dürfte auch der vaginale Kaiserschnitt versagen, der wohl die hierbei häufiger vorkommende Dehnung des unteren Uterinsegments beseitigt, nicht aber die Beckenenge. Solange man sich in der Grösse des kindlichen Kopfes täuscht, wird man bei Wendung wegen engen Beckens auch ohne vorhergehenden Bossi die Perforation des nachfolgenden Kopfes anzuschliessen sich gezwungen sehen.

Hier sei noch etwas gesagt zu Dührssen's Tadel unserer Indicationsstellung mit Rücksicht auf die Mutter. Er sagt Seite 251 „In Fällen z. B. wie in dem Fall VI der Ehrlich'schen Arbeit, wo die Nephritis in der Schwangerschaft trotz rationeller Behandlung zunimmt, wo die Oedeme und Kopfschmerzen stärker werden, warte ich nicht den Ausbruch der Eklampsie ab, um dann blutige Operationsmethoden anzuwenden, sondern für diese Fälle wende ich mit Vorliebe die Metreuryse an — und Seite 255: Im Fall XVII konnte die Metreuryse mindestens solange versucht werden, bis ein eklamptischer Anfall auftrat.“ Abgesehen davon, dass sich Dührssen hier selbst widerspricht, halten wir unsere Indicationsstellung in diesen beiden Fällen für einwandfrei. Denn die Frau in Fall VI litt zwar schon seit 3 Wochen an Nephritis, hatte aber noch keinen Anfall gehabt, deren erster erst am 3. Tage nach der Einlieferung auftrat, während die Frau in Fall XVII benommen in die Klinik gebracht wurde mit der Angabe der Begleitung, dass sie schon 4 Anfälle ausserhalb gehabt habe. Gerade in Fall XVII

musste „die specifische Therapie in der zuerst von Dührssen principiell geforderten sofortigen Entleerung des Uterus nach dem ersten beobachteten eklamptischen Anfall bestehen“ (S. 258), während man sich im Falle VI mit Berechtigung abwartend verhalten konnte.

Was die Dilatation an sich betrifft, so wirft ihr Dührssen vor

1. lange Operationsdauer,
2. schwierige Nähte,
3. Gefahr der Infection durch Fingercontact,
4. lange Narkose,
5. Zerreibungen infolge mangelhafter Dilatation.

Wenn es zuträfe, dass mit der Entleerung des Uterus die Gefahr für die Mutter bei Eklampsie in jedem Falle beseitigt wäre und im Wochenbett keine Anfälle mehr auftreten, so würde man dem vaginalen Kaiserschnitt unbedingt den Vorzug vor der Bossischen Methode geben müssen. Es würde dann für die Bewerthung der Methode einzig und allein die Kürze der Zeit maassgebend sein, in der, zu welcher Schwangerschafts- und Geburtszeit auch immer, das Kind entwickelt werden könnte. Da dem aber nicht so ist, da Frauen auch im Wochenbette noch Anfälle bekommen, seltener sogar den ersten, und da an Eklampsie Sterbende in den wenigsten Fällen nur einen einzigen Anfall gehabt haben, so kann und muss die Entscheidung, welche Operation die geeignetere sei, auch noch von anderen Momenten abhängig gemacht werden. Es ist richtig, dass das Kind nach Dührssen bedeutend schneller entwickelt werden kann als nach Bossi. Bis zu diesem Zeitpunkt gerechnet hätte der Vorwurf der zu langen Operationsdauer bei Bossi Berechtigung. Während aber nach der Entwicklung des Kindes bei Bossi die Hauptarbeit gethan ist, beginnt bei dem vaginalen Kaiserschnitt erst das schwierige Werk der Nachgeburtsbehandlung und der Wundversorgung, sodass beide Operationen ungefähr dieselbe Zeit dauern, nur mit dem Unterschiede, dass der Zeitpunkt der Entwicklung des Kindes bei Bossi etwas später fällt. Es wird also der Mutter bei Bossi durchaus keine längere Operation und keine längere Narkose zugemuthet, als bei Dührssen, denn die letztere muss bei Dührssen solange fortgesetzt werden, bis die letzte Naht gelegt ist.

Der Vorwurf der Gefahr einer Infection durch Fingercontact ist rein theoretisch und wird durch die Praxis nicht bestätigt. Zudem dürfte die Gefahr nicht grösser sein als beim vaginalen Kaiser-

schnitt, wo nicht nur die Blut- und Lymphbahnen der Cervix und ihrer Umgebung eröffnet werden, sondern womöglich auch die Bauchhöhle (Nr. 418, S. 254).

Schliesslich macht Dührssen der Bossi'schen Methode noch zum Vorwurf, dass dabei Zerreibungen entstünden und sich schwierige Nähte nothwendig machten. Es entbehrt nicht einer gewissen Komik, wenn er sagt Seite 249: so ist der vaginale Kaiserschnitt die einzige Methode, welche auf vaginalem Wege binnen wenigen Minuten die Extraction eines lebensfrischen Kindes ohne Gefährdung der Mutter mit Sicherheit ermöglicht — und demgegenüber Seite 259 über Bossi: In weiteren Fällen gelang die Entbindung nicht in idealer Weise, führte vielmehr in Folge der mangelhaften Dilatation zu Collumrissen, also zu einer Gefährdung des mütterlichen Lebens. Wenn bei Bossi überhaupt Risse entstehen, so sind sie durchweg kleiner als die Schnittwunden beim vaginalen Kaiserschnitt. Deshalb gestaltet sich bei Bossi auch die Wundversorgung viel einfacher, wofür zum Beweise ein Blick auf den Operationsgang der beiden in der Abhandlung gebrachten vaginalen Kaiserschnitte genügt:

I. Operation (S. 251).

1. Scheidendamminecision mit Unterbindung spritzender Gefässe.
2. Spaltung der hinteren Lippe und des hinteren Scheidengewölbes 2 cm weit.
3. Spaltung der vorderen Lippe und des vorderen Scheidengewölbes 5 cm weit.
4. Spaltung beider Uteruswände.

Nach Entwicklung des Kindes:

5. Manuelle Lösung der Placenta wegen Atonie und Uterus-tamponade.
6. Naht der Uterus-Scheidenwunden mit 14 Nähten.
7. Tamponade des antecervicalen Hohlraumes.
8. Naht der Scheidendammwunde und Scheidentamponade.

II. Operation (S. 254).

1. Spaltung der hinteren Lippe und des hinteren Scheidengewölbes.
2. Spaltung der hinteren Uteruswand mehrere Centimeter über den inneren Muttermund und Eröffnung des Douglas.

3. Spaltung der vorderen Lippe und des vorderen Scheidengewölbes.

4. Spaltung der vorderen Uteruswand weit über den inneren Muttermund.

Nach Entwicklung des Kindes.

5. Naht der Uteruswunden mit 12 Nähten.

6. Naht des hinteren Scheiden-Douglasschnittes bis auf eine Oeffnung.

7. Drainage des Douglas mit Jodoformgaze.

8. Drainage der — miteröffneten — Plica vesico-uterina durch die nicht vernähte vordere Scheidenwunde.

9. Scheidentamponade.

Man erkennt ohne Weiteres, was schon oben gesagt wurde, dass beim vaginalen Kaiserschnitt die grössere Schwierigkeit erst auf die Entwicklung des Kindes folgt. Die erste Hälfte mag ein moderner Gynäkologe spielend erledigen, wenn es auch im II. Falle (Nr. 418) Dührssen selbst passiren musste, dass er erst nach der Entwicklung des Kindes entdeckte, „dass auch der vordere Douglas eröffnet war.“ Und selbst ohne die unangenehme Zugabe, dass sich wegen Atonie eine manuelle Placentarlösung und Uterustamponade nöthig macht, stellt die Blutstillung ganz unvergleichlich viel höhere Forderungen an die Technik, Umsicht und Gewandheit des Operateurs als bei Bossi. Aber auf die Vermeidung zu grosser technischer Schwierigkeiten ist das meiste Gewicht zu legen, wenn man das Bestreben hat, die Segnungen einer Operation dadurch möglichst vielen Patienten zu Theil werden zu lassen, dass sie auch ausserhalb einer Klinik von möglichst vielen ausgeführt werden kann. Und für keine Operation gilt das mehr als für die geburtshilflichen, da ein Transport der Patientin so oft unmöglich, ein Aufschub der Operation aber unthunlich, weil lebensgefährlich ist. Was nützt uns hier eine kürzer dauernde Operation, wenn sie an wenigen Orten und nur von Einzelnen ausgeführt werden kann. Dührssen verlangt mit Recht, es sollen nur moderne Gynäkologen den vaginalen Kaiserschnitt ausführen. Die sind aber fast nur in grösseren Städten zu finden, können also den unglücklichen Frauen in den Kleinstädten und auf dem flachen Lande schlechterdings nur in den seltensten Fällen nützen. Nach Bossi dagegen kann jeder Geburtshelfer entbinden, der das einfache Princip der Methode erfasst hat und mit der

nöthigen Ruhe zu Werke geht. Sollte er auch etwas länger brauchen, bis er entbinden kann, ja sollte er obendrein gar noch ein todttes Kind zur Welt bringen, so hat er doch wenigstens versuchen können, die Mutter zu retten, welche er ihrem Schicksal hätte überlassen müssen, wenn er sie nicht durch den zu schwierigen vaginalen Kaiserschnitt direct dem Verblutungstode überantworten wollte.

Auf Grund der Thatsache, dass die Bossi'sche Methode das leichtere von den beiden hier abgehandelten Entbindungsverfahren ist, dürfte sie sich mit der Zeit einer immer zunehmenden Anwendung in der breiteren Praxis erfreuen und berufen sein, viel Gutes zu stiften, zumal sie an Erfolgen hinter dem vaginalen Kaiserschnitt nicht zurücksteht.

Zum Schluss sei auf das Referat des Herrn Geh. Med.-Rath Leopold zu dem im Juni in Kiel tagenden Gynäkologencongress hingewiesen, das sich auf die Bossi'sche Methode und den vaginalen Kaiserschnitt bezieht, welcher letzteren erdacht und als Methode eingeführt zu haben, er als Dührssen's grosses Verdienst hervorhebt. Aber natürlich nur alles am rechten Ort und zur rechten Zeit und — *sum cuique!*