den genügenden diagnostischen Anhaltspunkt gewinnen kann. Führt man den männlichen Katheter ein und überzeugt sich durch Drehen desselben, dass der Scheitel und die hintere Wand der Blase sich vollständig auf dem Fruchtsack befindet, während das kanalisierte Collum uteri abseits liegt und mit keinem Blasenabschnitt zusammenhängt, dann hat der Fruchtsack ein eigenes Collum; seine Eröffnung von unten durch eine genügend lange Incision wird, wenn das Kind auf der Scheide lastet, nicht nur dessen Entfernung, eventuell unter Zerstückelung, ermöglichen, sondern auch die Aussicht gewähren, dass der Fruchtsack sich nach Entleerung seines Gesamthaltendes kontrahiert, da er überall Muskelelemente besitzt. Man wird nur zur Vermeidung einer Hämatometra dafür zu sorgen haben, dass keine neue Verklebung zustande kommt.

XIII.

Zur Pubeotomie nach Baumm.

Bemerkungen von

Dr. LEONARDO GIGLI

aus Florenz.

Zu meiner unangenehmen Ueberraschung lese ich in dieser Monatsschrift einen Artikel des Herrn Baumm, in welchem zwei Fälle der Pubeotomie mit letalem Ausgange mitgeteilt und beschrieben werden. Auf Grund dieser traurigen persönlichen Erfahrungen zieht Herr Baumm Folgerungen für die Beurteilung des von mir angegebenen Lateralschnittes des os pubis.

Vor allem erhebe ich Einspruch gegen die Benennung der Pubeotomie nach Gigli, unter welcher der Verfasser diese seine Operationen bezeichnet. Wenn man die von einem Autor vorgeschriebene Technik in keiner Weise genau befolgt, so hat man nicht das Recht, dieser die Fehler zur Last zu legen, die durch Neuerungen verursacht werden können. Um eine Technik, und zwar eine neue Technik, beurteilen zu können, muss man sich genau an die Vorschriften derselben halten, besonders wenn die Technik mit vollständigem Erfolge mehrmals schon probiert war.

Man kann als Basis nicht die Hauptidee, sagen wir das Leitmotiv annehmen, und nach Belieben Aenderungen einführen,

um alsdann den Glauben zu erwecken, dass man die Operation vollständig genau ausgeführt habe. Die von Herrn Baumm ausgeführten Operationen können eher Pubeotomie nach Baumm mit Gigli'scher Drahtsäge, aber niemals Lateralschnitt des os pubis oder Pubeotomie nach Gigli genannt werden.

Wer den Aufsatz des Dr. Baumm liest, und das wenige, was ich über meine Operation geschrieben habe, sich vergegenwärtigt, erkennt sofort, dass von meiner Technik Abweichungen stattgefunden haben, denen man bestimmt einige der kritischen Zwischenfälle zuschreiben kann. Herr Baumm behauptet, die Technik nach meinen und van de Velde's Angaben genau ausgeführt zu haben. Er sagt: „Ich verfare genau nach Gigli bzw. van de Velde.“

Wenn er meine und van de Velde's Artikel aufmerksam gelesen hätte, bevor er sich anschickte, eine neue Operation an einer Lebenden auszuführen, so würde er gewahr geworden sein, dass die beiden Verfahren von einander wesentlich verschieden sind. Schon beim Beginne der Operation bei dem Einschnitt in die Haut weicht er ab. Ich mache den Einschnitt von der Mittellinie gegen auswärts und von oben nach unten, vom oberen Rande des os pubis gegen die Symphyse am Tuberculum superpubicum, wo das Ligamentum arcuatum endet. Van de Velde dagegen schneidet vom Tuberculum superpubicum oben und auswärts der Symphysis nach innen, dort ungefähr, wohin mein Einschnitt geht, so dass die beiden Einschnittlinien sich kreuzen. Ich präpariere den Einschnitt oben, wo nur wenig zahlreiche und kleine Gefässe liegen; van der Velde unten. Ich führe den Schlingenführer von oben nach unten und dringe mit einem stumpfen Instrument durch die blutreichen Gewebe des Perineum, ohne Gefahr; van der Velde hingegen, aber immer mit meinem Instrument, dringt von unten nach oben vor. Man kann also entweder den einen oder den anderen Einschnitt der einen oder der anderen Technik ausführen, aber niemals genau beide zusammen. Damit will ich nicht sagen, dass ich der Richtung des Hautschnitts und diesen technischen Differenzen grosses Gewicht beilege, und dass ich auf diese geringfügige Sache die Verteidigung meiner Operation stützen will. Wenn Herr Baumm im übrigen die von mir oder von van de Velde vorgeschriebene Technik wirklich genau befolgt hätte, so würde er auch mit seinem Einschnitt nicht übel gefahren sein, wie es eben bei van de Velde und anderen, Prof. Calderini, Prof. Meyer, der Fall war.

Nach meiner auf anatomischen Voraussetzungen begründeten Incision soll man den Einschnitt da anlegen, wo man keine ungewöhnlichen Verletzungen macht. Von dort soll man einen stumpfen Schlingenführer, nicht einen männlichen Katheter, einführen. Die Spitze der Nadel meines Schlingenführers wird von oben an die hintere Fläche des os pubis geführt und dann, ohne Gefässe zu verletzen, dicht neben dem Knochen unten herausgeführt. Zwei Finger in der Vagina kontrollieren genau den Gang der Nadel und zwingen dieselbe, an dem Knochen entlang dicht an seinem unteren Rande herauszukommen. Mit diesem speziellen Schlingenführer zieht man unter das os pubis einen dicken Seidenfaden, der den Weg für die Drahtsäge schafft. So werden die muskulären Fasern nicht zerschnitten; es ist leicht, an ihnen vorbeizukommen und die Sonde und die Fäden durchzuführen. Aber wenn man auch die Linie van de Velde's und anderer verfolgt, sind die Fasern des Defensor virginittatis so gering, dass ich nicht verstehe, wie Herr Baumm so viel Schwierigkeiten gefunden, sodass eine solche Gewebszerstörung entstand. Ich erkläre mir die traurigen Folgen daraus, dass Herr Baumm nicht das notwendige Armentarium besass und das am wenigsten geeignete Instrument, einen männlichen Katheter, angewandt hat.

Der Katheter ist zu dick und die Krümmung zu unsicher, um das Instrument um das os pubis zu bringen, ohne die Gewebe in grosser Ausdehnung loszulösen. Dadurch ist jene grosse Wunde entstanden, die Herrn Baumm so sehr überraschte. Ich schneide den Knochen, wobei ich die Weichteile hinter dem os pubis, und auch unten, kaum berühre oder irgendwelche Gefässe verletze, indem ich den, sozusagen von der Natur bezeichneten, Weg befolge. Die Resultate können daher nicht dieselben sein.

Nach meiner Technik hatte ich selbst nicht nötig, eine einzige haemostatische Pinzette anzuwenden. Ich hatte nur eine einfache Blutropfung, zu deren Stillung eine leichte Compression der äusseren Wunde genügte. Dieselbe Wahrnehmung ist von 8 andern Operateuren, denen in 11 bisher bekannten Fällen derartiges wie Herrn Baumm nicht passiert ist, berichtet worden.

Ich führe hier alle bis jetzt operierten Fälle an:

1. Basilio Bonardi ¹⁾	Lugano	7. 5. 97	glatte vollständige Heilung
2. Giovanni Calderini ¹⁾	Bologna	6. 7. 99	„ „ „

¹⁾ Annali di Ostetricia e Ginecologia. 1898. No. 1. 1900. N. 6.

3. Theodor van de Velde ¹⁾	Haarlem	24.	8. 01	glatte vollständige Heilung.		
4. Leonardo Gigli ²⁾	Florenz	3.	4. 02	"	"	"
5. Theodor van de Velde ¹⁾	Haarlem	23.	7. 02	"	"	"
6. Giovanni Searlini ²⁾	Siena	21.	8. 02	"	"	"
7. Antonio Saladino ²⁾	Siena	10.	9. 02	"	"	"
8. Ernesto Pestalozza ²⁾	Florenz	29.	9. 02	"	"	"
9. Ernesto Pestalozza ²⁾	Florenz	27.	10. 02	"	"	"
10. Leopold Meyer ¹⁾	Kopenhagen	6.	1. 03	"	"	"
11. Ernesto Pestalozza ²⁾	Florenz	3.	3. 03	"	"	"
12. Piu Lorenzo Ferrari ²⁾	Florenz	8.	4. 03	"	"	"

Vor allem stütze ich mich auf Prof. Ernst Pestalozza-Florenz, der auf Grund von 4 in seiner Klinik ausgeführten Fällen in der Toscanischen geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaft ausführte: „Der Blutverlust sowohl beim Schnitt durch die Weichteile wie bei der Durchtrennung des Knochens und bei darauffolgender Erweiterung des Beckens ist ein verhältnismässig sehr geringer, jedenfalls sehr viel schwächerer, als bei den von mir ausgeführten Symphyseotomien.“

Prof. Pestalozza nimmt an, dass bei weiterer Uebung die Operation, wie wir hier zu Lande sagen, in blanco erfolgen müsste.

Ich will über die Modificationen, die Herr Baumm in die Symphyseotomie einführt, nicht discutieren; sie beweisen von neuem, wenn es überhaupt noch nötig wäre, dass die klassische Technik derselben weder ausreichend ist, noch befriedigt, und dass diese Operation heute aufgegeben werden muss.

Bezüglich des sogenannten grossen Vorteils der Möglichkeit einer später natürlichen Geburt nach einer Symphyseotomie bemerke ich, dass diese mögliche Thatsache bereits nach den ersten Operationen constatirt wurde, aber nicht generalisiert werden kann. Man darf nicht glauben, dass die Symphyseotomie eine radicale Behandlung der Beckenstenose sei. Man muss genau die Grenzen, innerhalb welcher ein solcher Fall eintreten kann, festsetzen und beurteilen, ob die durch die Symphyseotomie möglich gewordenen nachteiligen Folgen einer alterierten Beckenstatik und eines Vorfalls der Beckenorgane die obenerwähnten Vorzüge wert sind. Ich verweise hierbei auf die Mitteilung des Prof. Tissier³⁾ an die geburtshülfliche Gesellschaft von Paris und besonders auf den Schluss derselben. Die dort erwähnten 20 un-

¹⁾ Centralbl. f. Gynaekologie. 1902. No. 37. 1903. No. 13.

²⁾ Bollettino della Società Toscana di Ostetricia e Ginecologia. 1902. No. 5, 8. 1903. No. 4, 5.

³⁾ Bulletin de la société d'obstétrique de Paris. 19 Février 1903.

glücklichen Opfer der Symphyseotomie, die gewiss weder die ersten noch die einzigen sind, haben nichts dadurch gewonnen, dass sie die Hoffnung auf eine spätere natürliche Geburt hegen dürfen.

Ich gehe darüber hinweg, dass die Symphyse kein Gelenk im üblichen Sinne ist; denn wenn die Symphyse das hätte, was ihr fehlt, eine Synovialis, wie andere und wichtige Gelenke im wahren Sinne des Wortes, so würde die erste Symphyseotomie, die wir dem Genie Jean René Sigault's verdanken, mit ihrem Ergebnisse eine Pubeotomie nach Baumm geworden sein, und kein Mensch hätte von ihr heute mehr gesprochen.

Der Gefässreichtum an dem Knochensegment und die Blutarmut der Wunde an dem Knorpel sprechen zu Gunsten meiner Behauptung, dass die Operation in der Continuität zu bevorzugen sei, dass der Reichtum der Blutgefäße einer möglichen Infection grösseren Widerstand leistet und schnellere Heilung bewirkt. Diese Thatsache ist hinreichend bekannt.

Was die Weichteilverletzung betrifft, die das von Dr. Baumm entworfene düstere Bild vervollständigen, bedaure ich die Thatsache konstatieren und Dr. Baumm entgegenhalten zu müssen, dass er die Pflicht hatte, seinen Artikel mit allem jenen Nötigen auszustatten, welches die wissenschaftliche Strenge erheischt, um mit Sicherheit das Band zwischen dem operativen Act und den beklagenswerten Complicationen festzustellen. Wir wissen nicht, innerhalb welcher Beckenstenosen er operiert hat, ob die unglücklichen Operierten Primiparae oder Multiparae waren, welcher Art der Präparationszustand der Weichteile und die nachfolgenden geburtshülftlichen Eingriffe waren.

Die Gefahr der Symphyseotomie, oder um allgemeiner zu sagen, der temporären Erweiterung des Beckens, hängt von der Blase ab, wie bei allen verschiedenen traumatischen Läsionen des Beckens. Das erhellt so klar und deutlich aus dem Studium der klinischen Berichte, dass ich nicht verstehe, wie man noch heut zu Tage das Gespenst Baudelocque's, das in den möglichen schweren Folgen einer Läsion der Symphysis sacro-iliaca besteht, Beachtung schenke und unnütz Zeit und Mühen verschwenden kann, Gefahren dort zu finden, wo sie wirklich nicht bestehen, während noch wenig geschehen ist für die Erklärung und Vermeidung der Blasenverletzungen bei Symphyseotomie. Hierauf ist zwar die Technik Baumm's gerichtet, aber sie ist, wie er selbst eingesteht, nicht ausreichend; deshalb scheint mir die Versetzung des Einschnitts, wie ich ihn vorschlug, logischer, ein-

facher und rationeller, weil dadurch Blase und Os pubis mit ihren hochwichtigen Verbindungen (Ligamenta Pubo-vesicalia) ausserhalb des Operations-Gebietes liegen.

Auf meine Operation und die Besprechung der Symphyseotomie werde ich bald mit der Veröffentlichung der 12 bisher bekannten Fälle zurückkommen; mir genügt es, bewiesen zu haben, dass Herr Baumm weder meine Technik, noch die van de Velde's befolgt hat und dass er nur mit meiner Drahtsäge operierte.

XIV.

Erwiderung zu vorstehendem Aufsatz von Gigli.

Von

P. BAUMM-Breslau.

Kurz zusammengefasst sagt Gigli: Baumm hat in keiner Weise nach meiner Vorschrift operiert. Daher seine Misserfolge, daher war es keine Pubeotomie nach Gigli, sondern eine Pubeotomie nach Baumm.

Ich habe nichts dagegen, dass sie so genannt wird. Inwiefern aber bin ich von Gigli's Technik abgewichen? Auf die Richtung des Hautschnittes legt er selbst wenig Wert. Im übrigen weiss er nur einen Unterschied anzuführen, nämlich, dass ich die Drahtsäge nicht mit seinem Schlingenführer, sondern mit einem männlichen Katheter durchgeführt habe: „Der Katheter ist zu dick und die Krümmung zu unsicher, um das Instrument um das Os pubis zu bringen, ohne die Gewebe in grosser Ausdehnung loszulösen. Daher ist jene grosse Wunde entstanden, die Herrn Baumm so sehr überraschte.“ Das trifft nicht zu. Dem Katheter gab ich die richtige Krümmung. Er ist ein ausgezeichneter Schlingenführer und er liess sich gut und ohne Zeitverlust, wie es in meiner Publikation heisst, um den Knochen herumführen. Wenn dadurch wirklich die Gewebe in etwas grösserer Ausdehnung vom Knochen gelöst wurden, so wird — dessen bin ich sicher — niemand ausser Gigli hierin eine Abweichung von prinzipieller Bedeutung erblicken, geeignet, die entstandenen Komplikationen zu erklären. Im Gegenteil, eine Verbesserung dürfte die ausgiebigere Ablösung der Weichteile vom Knochen bedeuten. Ich freue mich, in dieser Hinsicht mit Pestalozza (Centralbl. f. Gyn., 1903, p. 103 u. 104) eins zu sein, demjenigen Autor, auf den sich Gigli „vor allem stützt“. Derselbe hält den Gigli'schen Schlingenführer für zu dünn und zu krumm, um Blasenverletzungen sicher zu vermeiden, und schlägt sogar vor, die Zeigefinger hinter den Knochen zu führen und so die Blase vom Operationsfeld zu entfernen.

Sodann hat mich die grosse Höhlenwunde, die sich nach dem Durchschneiden des Knochens präsentiert, durchaus nicht überrascht. Ich finde sie natürlich, ebenso wie bei der Symphyseotomie. Ich würde