II. Aus der Universitäts-Frauenklinik in Giessen. Ueber die Grenzen der künstlichen Früh- geburt.¹⁾

Von Prof. Dr. H. Löhlein.

Trotz der allgemeinen Anerkennung, deren sich die künstliche Frühgeburt bei allen Culturvölkern seit Jahrzehnten erfreut, sind bekanntlich immer wieder Zweifel an ihrem reellen Werth laut geworden. Diese lassen sich jetzt, wo die Mutter durch den Eingriff überhaupt nicht mehr gefährdet erscheint, mit dem Hinweis auf die Procentzahl der lebend und lebensfähig erhaltenen Kinder bündiger zurückweisen als früher. Trotzdem erlebt auch der erfahrene Geburtshelfer mit dieser Operation hie und da Enttäuschungen, die ihn daran erinnern, wie ausserordentlich schwer es gerade bei diesem Eingriff ist, die obere, wie namentlich die untere Grenze seiner Indication festzustellen.

Wenn man sich in letzterer Beziehung jüngst darüber gestritten hat (Kufferath und Hubert in der Belg. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Brüssel), ob eine Verkürzung der Conjugata auf 7 cm als unterste Grenze zu betrachten sei oder nicht, so erscheint uns eine derartige Fixirung zu einseitig. Die Frage, ob die Verkürzung auf einen Durchmesser beschränkt ist oder nicht, und die Grösse und die Configurabilität des bitemporalen Kopfdurchmessers lassen die Entscheidung im Einzelfalle nicht beeinflussen. Man vergesse auch niemals, bei den rhachitischen Becken auf den etwa vorhandenen leistenartigen Vorsprung der Symphyse gegen die Beckenhöhle zu achten.

Als Paradigma für die erheblichen prognostischen Differenzen bei verschiedenen, zur gleichen Zeit der Schwangerschaft bei derselben Frau eingeleiteten Frühgeburten ist folgender Fall anzusehen:

Frau D., bei deren erster Entbindung, ausserhalb, Perforation ausgeführt werden musste, machte zweimal, im October 1891 und im October 1892, Partus arte praematurus in der Klinik durch. Pelvis plana rhachitica. Sp. 27,5. Cr. 28,8. Tr. 33,0. Conj. diag. 9,9. Symphysis pubis in die Beckenhöhle mit einem derben, 7—8 mm hohen Grat vorspringend; doppeltes Promontorium. Bei der Frühgeburt im Jahre 1891: II. Schädellage, zögernde Wehenentwicklung vom 16.—21. October. An diesem Tage Wendung und Extraction, Smellie-Veit, unterstützt durch Expression: Lebendes Mädchen von 2700 g, tiefer löffelförmiger Eindruck der rechten Fovea temporalis. D. bitemporalis 8,5 (8,1 von der Tiefe des Eindruckes aus). B.-P. 9,0, F.-O. 11,5; das Kind stirbt am achten Tage; Sectionsdiagnose: lobuläre Pneumonie.

Zweite Frühgeburt im Jahre 1892: Beginn 10. October; am 11. October gute Wehen nach Einlegung einer zweiten Bougie. Am Abend Fruchtwasserabfluss bei M.-M. von 4 cm Durchmesser. Der Kopf tritt in Vorderscheitelbeineinstellung bei II. Schädellage auf den Beckeneingang. Mit dem Abfluss des Fruchtwassers entwickelt sich eine bis zur Manie gesteigerte Aufgeregtheit der sonst ruhigen und vernünftigen Frau. Narkose: der Eintritt des nach vorn liegenden (linken) Seitenwandbeins ist durch das wallartige Vorspringen der Symphyse direkt gehindert. Wendung und Extraction: Lebendes Mädchen von 2900 g, nur ganz vorübergehend leicht asphyktisch, keine Impression. Trotz der kräftigeren Gesamtentwicklung ist der Kopf dieses zweiten Mädchens viel configurabler bei wesentlich kleineren Querdurchmessern: B.-T. 7,2, B.-P. 8,5, F.-O. 11,5.

Ein Beispiel von Beckenenge, bei der die Einleitung der Frühgeburt zu der üblichen Zeit (35. Woche) allein von vornherein einen Erfolg in Bezug auf das Leben der Frucht nicht verbürgen konnte, bot der weitere vor kurzem in der Klinik beobachtete Fall einer Frau M. Auch hier war das erste Kind (1890) unter der sehr schweren Geburt gestorben, und daher ärztlicherseits die Frau der Klinik zugewiesen worden, um eine Entscheidung darüber einzuholen, ob Partus arte praematurus oder Sectio caesarea am normalen Ende ihrer jetzigen (zweiten) Schwangerschaft den Vorzug verdiene.

Kleine Frau mit watschelndem Gang; Pelvis plana rhachitica ubique justo minor. D.-B. 16,0. C. diag. 8,5 (doppeltes Promontorium). Sp. 26,5. Cr. 28,5. Obl. 18,7 und 19,7.

Die Verengung wurde als unterhalb der Grenzen des gewöhnlichen Partus arte praematurus liegend angesehen. Es wurde daher versucht, durch eine Combination des von Prochownick und anderen mit befriedigendem Erfolg in die Praxis wieder eingeführten modificirten Brünninghausen-Ackermann'schen Verfahrens mit der künstlichen Frühgeburt die Gefahren der Beckenenge

¹⁾ Nach einem in der medicinischen Gesellschaft in Giessen gehaltenen Vortrage.

zu überwinden, zumal die Zustimmung der Eheleute zur eventuellen Wahl des Kaiserschnittes zunächst nicht zu erlangen war. Die Schwangere, bei der das Ende der Schwangerschaft auf den 27. December zu berechnen war, erhielt für die Monate September und October genaue Ernährungsvorschriften, die nach ihrem Eintritt in die Klinik (9.—19. November) besonders rigoros durchgeführt wurden. Körpergewicht in dieser Zeit unverändert: 52,2 kg. Nach viertägigem Kreissen am 24. November Wendung und Extraction (Schiefelage). Leider war das Kind trotz der Entfettungsdiät der Mutter viel zu kräftig entwickelt (lebender Knabe 51 cm, Gewicht: 2980 g, B.-T. 7, B.-P. 9), als dass der Kopf ohne schwere Verletzung (Querfractur der Squama occipitis) die enge Stelle passieren konnte. Das letztere geschah ohne wesentliche Verzögerung unter energischer Expression mit einem hörbaren Ruck. — Wochenbett ungestört.

Nach den in der zweiten Schwangerschaft gemachten Erfahrungen bei Frau M. wird man künftig entweder in einer weit früheren Zeit als gewöhnlich, nämlich bereits in der 30.—32. Woche, die Frühgeburt einleiten oder zur Umgehung des Kaiserschnittes sich für die zu neuem Ansehen gelangte Symphyseotomie entscheiden müssen.

Bezüglich der letztgenannten Operation hat sich das Urtheil zahlreicher Geburtshelfer in der jüngsten Vergangenheit erstaunlich rasch umgewandelt. Nachdem sie noch vor Jahresfrist von den deutschen Lehr- und Handbüchern der Geburtshilfe so gut wie ausnahmslos in die historische Rumpelkammer verwiesen war, hat es zur Zeit den Anschein, als ob sie zu höheren Ehren gelangen sollte, als ihr jemals früher zugedacht waren. Es ist dringend zu wünschen, dass eine strenge Kritik die Wiedereinführung der durchaus nicht harmlosen Operation begleitet und überwacht.

Unter allen Umständen ist es falsch, wenn man die Symphyseotomie als einen Ersatz für die künstliche Frühgeburt betrachtet. Wo die letztere ihren Zweck erfüllt, ohne Gefährdung der Mutter ein lebensfähiges Kind zu Tage zu fördern, ist sie der Symphyseotomie ganz ebenso vorzuziehen wie dem Kaiserschnitt aus relativer Indication. Für den letzteren, und nur für ihn, ist sie eine Concurrnzoperation in Fällen wie der oben angeführte, in denen sich die künstliche Frühgeburt als unzureichend erwies, trotzdem ihr Erfolg auch noch anderweitig angestrebt wurde; ausserdem concurrirt sie mit dem Kaiserschnitt aus relativer Indication und den Verkleinerungsoperationen da, wo bei den höheren Graden von Beckenenge erst am Ende der Schwangerschaft ärztliche Hülfe aufgesucht wird.

Ob sie sich als gefährliche Concurrentin erweisen wird, lässt sich nach den bis jetzt vorliegenden, nur theilweise verwerthbaren Mittheilungen nicht entscheiden.