

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.  
**Der „vaginale Kaiserschnitt“ und „die chirurgische Aera“ in der Geburtshilfe.**

Von M. Hofmeier.

Im dritten Band (Teil I) des Handbuchs der Geburtshilfe von v. Winckel findet sich ein längerer Aufsatz von Dührssen über den „vaginalen Kaiserschnitt“, in welchem sich eine Reihe von Bemerkungen befinden, welche mich veranlassen, mit einigen Zeilen darauf zu erwidern.

Was zunächst die Namengebung dieser Operation anbetrifft welche ich an anderer Stelle als meiner Meinung nach recht unglücklich gewählt bezeichnet habe, so ist zu bemerken, daß seit einer Reihe von Jahren sich überall in der medizinischen Wissenschaft das berechtigte Bestreben geltend macht, möglichst korrekte Namen zu bilden und mit der vielfach etwas saloppen Art der medizinischen Namengebung ein Ende zu machen (Kossmann). Das ist nun bei bereits eingebürgerten Namen bekanntlich recht schwierig; aber bei Einführung neuer Begriffe und neuer Namen sollte man wirklich etwas Rücksicht darauf nehmen. Dührssen leitet nun die Berechtigung dafür, die von ihm eingeführte Operation „Sectio caesarea vaginalis“ zu nennen, daraus her, daß nach Plinius der Name „Sectio caesarea“ von den „a caeso matris utero“ gewonnenen Kindern herrühre, und meint, daß diese Definition der Operation: „Extraktion eines unzerstückelten Kindes aus dem geschlossenen Uterus durch Einschnitt in den Uterus“ dem Begriff der „Sectio caesarea“, also auch dem der Sectio caesarea vaginalis entspreche. Dagegen ist doch zu bemerken, daß seit Jahrhunderten mit dem Begriffe der „Sectio caesarea“ die Vorstellung verbunden worden ist, daß der Einschnitt in das Corpus uteri oberhalb des Beckens, nach Eröffnung der Bauchhöhle gemacht werde, während andererseits der Begriff des noch „geschlossenen“ Uterus doch absolut nicht mit dem Begriff des Kaiserschnitts verbunden zu sein braucht. In Verfolg der Dührssenschen Definition könnte man jede Zangenoperation, die sich z. B. an Einschnitte in den noch nicht oder nicht genügend geöffneten Muttermund anschließt, als Kaiserschnitt bezeichnen; denn auch hierbei wird der Uterus ja — besonders nach Dührssens Empfehlungen — gelegentlich gründlich eingeschnitten. Es handelt sich also gleichfalls um die Extraktion „eines unzerstückelten Kindes aus dem eingeschnittenen Uterus“. Beim „vaginalen Kaiserschnitt“ handelt es sich aber vor

allem nicht um die Schaffung eines völlig neuen und abnormen Weges zur Entleerung des Uterus, sondern um die blutige Erweiterung der natürlichen Geburtswege. Die Tendenz des Eingriffes fällt also tatsächlich durchaus unter den früher allgemein gebräuchlichen Begriff des Accouchement forcé. Die Definitionen, welche die älteren Lehrbücher von diesem Entbindungsverfahren geben, entsprechen absolut der Definition des „vaginalen Kaiserschnittes“.

So lautet z. B. die Definition von Kilian (Geburtslehre, Bd. 2, 1840). „Unter Accouchement forcé versteht man eine Reihe aufeinanderfolgender geburtshilflicher Operationen, durch welche man bei unlängst begonnener Geburt und bei wenig eröffnetem Muttermund eine vollständige Entfernung des gesamten Eies aus der Gebärmutterhöhle beabsichtigt.“ Die Definition von Scanzoni (4. Aufl., Bd. 3, S. 313) lautet: „Das Accouchement forcé zerfällt somit in mehrere Akte: Künstliche Erweiterung der Muttermundsöffnung, Wendung auf den Fuß, Manual- und Instrumentalextraktion des Kindes und Lösung und Hinwegnahme der Nachgeburt.“ Die Definition, welche Dührssen<sup>1)</sup> von dieser Operation gibt, daß man damit ein Entbindungsverfahren charakterisieren wolle, bei welchem die Gefahr besteht, daß die mechanisch oder blutig erweiterte Cervix nur ungenügend erweitert wird und es hierdurch bei der nachfolgenden Entbindung zu unkontrollierbaren, lebensgefährlichen Zerreißungen des Uterus kommt, ist also ziemlich willkürlich, trifft aber im übrigen auch auf eine ganze Anzahl der in der Literatur beschriebenen (nach Dührssens Ansicht allerdings falsch ausgeführten) „vaginalen Kaiserschnitte“ zu. Der Begriff „forcé“ deckt sich eben nicht vollkommen mit dem deutschen Begriff „gewaltsam“, wenn hiermit die Vorstellung einer besonderen Kraftanwendung verbunden sein soll. Daher wird es wohl auch kommen, daß in der deutschen Literatur vorwiegend die französische Bezeichnung beibehalten worden ist, weil die deutsche Bezeichnung dem Begriff nicht ganz entspricht.

Daß der „vaginale Kaiserschnitt“ der Indikation der blutigen Erweiterung der Cervix wesentlich vollkommener genügt als die früher gebräuchlichen Methoden, ist ja ohne weiteres zuzugeben; aber eine gewisse „Gewaltsamkeit“ ist einer Operation, welche so große und stark blutende Wunden setzt, doch auch unmöglich abzustreiten. Wenn eine jede, mit dem scharfen Messer gemachte Wunde als „nicht gewaltsam“ angesehen würde, müßte es auch zu guter Letzt nicht die mit einem scharfen Fallbeil oder einem scharfen Schwert ausgeführte Enthauptung sein.

Will man dem Entbindungsverfahren einen besonderen Namen geben, um auszudrücken, daß es sich um etwas anderes handelt wie das frühere Accouchement forcé (und schon aus rein praktischen Gründen dürfte sich dies empfehlen), so bezeichne man es nach dem Vorschlag von Bumm als Kolpohysterotomie oder auf deutsch als Scheidengebärmutterchnitt oder als die „Dührssensche Methode“. Bei der großen Anzahl der von Dührssen (nach seinen eigenen Ausführungen) erfundenen und in die Praxis eingeführten Methoden müßte sie allerdings, um Verwechslungen vorzubeugen, noch ein weiterer Zusatz charakterisieren. Das Verdienst von Dührssen bleibt dabei ja unbestritten, durch die Uebertragung der mit dieser Operation in der Gynäkologie gemachten günstigen Erfahrungen auf die Geburtshilfe<sup>2)</sup> diese in einem wichtigen Punkte wesentlich gefördert zu haben, auch wenn wir die Gleichstellung dieses Verfahrens seiner Bedeutung nach mit der Sectio Caesarea, der Zangenextraktion und der Wendung, wie sie Dührssen beansprucht, durchaus nicht anerkennen können.

Was nun die tiefen Cervixinzisionen anbetrifft, für deren Einführung in die geburtshilfliche Praxis Dührssen an der genannten Stelle mit allem Nachdruck von neuem die Priorität beansprucht, so wäre zunächst hierzu zu bemerken, daß nach Dührssens erstem Aufsatz hierüber<sup>3)</sup> er selbst doch Skutsch<sup>4)</sup> als denjenigen bezeichnet, der diese Schnitte von neuem wieder empfohlen habe, und zwar nicht bloß „theoretisch“.

Allerdings will Skutsch die Schnitte (vier bis sechs an der Zahl) nur 2 cm tief machen, während Dührssen sie bis an das Scheidengewölbe führen will und hierin einen so prinzipiellen Unterschied sieht, daß er seine Vorschläge als eigene „Methode“ charakterisiert. Daß auch vor Skutsch und vor Dührssen bereits mehr oder weniger häufig solche tiefen Einschnitte in die Cervix gemacht worden sind, ist ja zwar schon von vielen Seiten gelegentlich hervorgehoben. Ich führe als einen weiteren Beweis dafür aus dem Lehrbuch der Geburtshilfe von Scanzoni (Band 3, 1867) einige Zeilen an.

Hier heißt es bezüglich der blutigen Erweiterung des Muttermundes: 1. „Vor dem Eintritt der Geburt, daher bei vollkommen

1) Zentralblatt für Gynäkologie 1904, No. 13 — 2) Siehe Klinische Vorträge, Neue Folge, No. 232, S. 1388. — 3) Archiv für Gynäkologie Bd. 37. — 4) Archiv für Gynäkologie Bd. 31.

verschlossenem Muttermund, werden die Inzisionen seiner Ränder von einigen Seiten dann empfohlen a) bei der Entbindung bereits gestorbener Schwangerer, um eventuell das Kind zu retten“ (einen solchen „vaginalen Kaiserschnitt“ habe ich selbst einmal als Assistent der Berliner Frauenklinik im Jahre 1880 bei einer an Placenta praevia vor unserer Ankunft verbluteten und eben verstorbenen Frau gemacht); „b) bei scheinbaren Schwangeren; c) dringend angezeigt ist die Operation, möge die Geburt bereits eingetreten sein oder nicht, wenn Zufälle vorhanden sind, welche die augenblickliche Entfernung des Contentums der Gebärmutterhöhle erfordern (Blutungen und Eklampsie); 2. nach bereits erfolgtem Eintritt der Geburt können die Inzisionen des Muttermundes in allen jenen Fällen nötig werden, wo die Erweiterung dieser Öffnung trotz der Anwendung aller geeigneten Mittel sich verzögert und aus dieser Verzögerung Gefahren für das mütterliche und kindliche Leben erwachsen“. Es folgt nun eine längere Beschreibung der Technik der Operation und dann heißt es weiter: „die Tiefe der Inzisionen hängt zunächst von der Ursache ab, welche der normalen Erweiterung entgegensteht, sowie auch davon, ob die Ausschließung des Kindes mehr oder weniger dringend notwendig ist. Macht man die Operation nur in der Absicht, das Leben des Kindes zu retten, ohne Rücksicht auf das Leben der Mutter, so ist es geraten, den Muttermund also gleich so tief einzuschneiden, daß von seiner Seite dem Durchtritt des Kindes kein Hindernis im Wege steht.“)

Aus diesen Worten geht wohl ganz klar hervor, daß die tiefen Inzisionen in den nicht genügend erweiterten Muttermund schon vor der Empfehlung von Skutsch und Dührssen in der Geburtshilfe gelegentlich gebräuchlich waren, wenn auch bei anderen Indikationen. Neu ist also im wesentlichen nur die Ausdehnung der Indikationen, welche Dührssen diesem Verfahren gegeben hat, und die prinzipielle Hinzufügung eines großen Scheidendammschnittes, um auch hier die Widerstände zu beseitigen. Im übrigen sind auch diese Scheidendammschnitte, wenn auch nicht in der von Dührssen für nötig gehaltenen Ausdehnung, von Scanzoni aus demselben Grunde und zu demselben Zwecke schon gewürdigt worden. Es ist also im ganzen viel mehr ein gradueller als ein prinzipieller Unterschied.

Um die augenblicklichen und eventuellen späteren Gefahren, welche aus solchen weitgehenden Einschnitten hervorgehen können, zu illustrieren und um den praktischen Arzt in dieser Beziehung zur Vorsicht zu mahnen, hatte ich gelegentlich<sup>1)</sup> einige Fälle aus der hiesigen Klinik mitgeteilt, welche schließlich übel ausgelaufen waren. Dührssen führt die eingetretenen üblen Folgen natürlich auf mangelhafte und falsche Technik zurück und meint bezüglich des einen Falles, in welchem sich unmittelbar an den ersten Schnitt eine fast tödliche Blutung anschloß, „jedenfalls ist der Schnitt zu tief, bis ins Scheidengewölbe gemacht worden, wie die Beschaffenheit der späteren Narbe lehrte“. Dies ist nun jedenfalls damals nicht geschehen, wie ich deswegen auf das bestimmteste versichern kann, weil ich selbst den Schnitt ausführte und mit aller Absicht ihn nicht bis an das Scheidengewölbe führen wollte. Die später so verhängnisvolle Narbe ist höchst wahrscheinlich entweder durch ein Weiterreißen bei der durch die außerordentliche Blutung notwendig gewordenen beschleunigten Zangenextraktion oder durch Einreißen bei den folgenden Geburten entstanden. Zugegeben, daß es ungewöhnlich ist, daß so große Arterien wie in diesem Falle in dem von den Schnitten getroffenen Teilen der Cervix verlaufen, so beweist aber diese Erfahrung, daß dies doch vorkommen kann, wie auch in dem von Skutsch seiner-

zeit beschriebenen Fall gleich nach dem ersten Schnitt eine heftige Blutung auftrat. Vorausgesetzt aber, es wäre wirklich in diesen Fällen, vielleicht infolge starker Auszerrung des Scheidengewölbes durch die starke Dehnung der Cervix nach unten, entgegen der Absicht des Operateurs zu einem Schnitt in das Scheidengewölbe gekommen, so beweist dies nur die große Gefahr, die mit solchen Schnitten verbunden sein kann. Denn wenn dies schon geübten Operateuren gegen ihren Willen passieren könnte, um wie viel mehr weniger geübten. Dührssen scheint übrigens doch selbst mit seiner anfänglich beschriebenen und befolgten Technik keine befriedigenden Erfahrungen gemacht zu haben. Denn warum hätte er sie sonst geändert, in dem Sinne geändert, daß, wie er schreibt, er schon seit 1893 vorgeschrieben habe, daß zuerst der hintere und dann erst die beiden seitlichen Einschnitte gemacht werden sollen? Beim besten Willen ist es mir übrigens nicht möglich gewesen, die Stelle aufzufinden, wo diese Aenderung von ihm empfohlen wird. An der von Dührssen selbst angeführten Stelle (Archiv für Gynäkologie Bd. 61) steht sie jedenfalls nicht. Dührssen glaubt von dieser Modifikation den Vorteil zu sehen, daß die seitlichen Abschnitte des Portio-saumes sich zurückziehen und nun leicht und sicher bis an den Scheidenansatz durchtrennt werden können. Auch legt Dührssen die Schnitte jetzt stets nach einem Vorschlag von Zweifel unter Kontrolle des Auges im Speculum zwischen zwei Klemmen an. Warum das Alles? Nach den früheren Darlegungen von Dührssen war doch die ganze Operation schon so spielend leicht und unblutig. Ein paar Scherenschläge: und alles war gemacht! Man versteht nicht recht, warum er nun diese Vorsichtsmaßregeln gebraucht und Abweichungen von diesen neueren Vorschriften für schwere Unfälle verantwortlich macht. Unsere und andere Fälle beweisen, daß man bei tieferen seitlichen Cervixinzisionen mit der Möglichkeit schwerer Blutungen rechnen muß. Wer derartige Erfahrungen bei sicherer Beobachtung gemacht hat, hat nach meiner Ansicht die Pflicht, sie mitzuteilen. Denn wenn auch von den Vertretern der chirurgischen Aera in der Geburtshilfe immer betont wird, daß ihre Verfahren nur für die gynäkologisch geschulten und geübten Operateure und nur für die Kliniken berechnet seien, so liegt es doch in der Natur der Sache, daß der Praktiker bei einigem Selbstvertrauen versuchen wird, Operationen nachzumachen, die ihm von kompetenten Geburtshelfern als außerordentlich leicht und spielend und gefahrlos und nebenbei als höchste Errungenschaft der modernen Geburtshilfe und als eine wahre Errettung aus allen üblen geburtshilflichen Situationen in allen Tonarten und vielen Publikationen angepriesen werden. Sie sollten wenigstens nicht ungewarnt sich einer Gefahr aussetzen, der sie nachher vielleicht doch nicht gewachsen sind. Aber auch der geübte Operateur wird stets zu gewärtigen haben, daß er bei der Ausführung der Dührssenschen Methode zur Entleerung des schwangeren Uterus (d. h. ohne vorausgegangene Wehen) bei Versagen der Tamponade des Uterus mit der Möglichkeit der schließlichen Totalexstirpation des Organs wird rechnen müssen. Die Tamponade des Uterus ist zwar ein gutes, aber kein absolutes Mittel bei diesen atonischen Blutungen, wie ja auch Dührssen selbst und wir mehrfach erfahren haben. Nach Dührssens Schilderung ist diese Exstirpation ja zwar auch nur eine technische Kleinigkeit (siehe Dührssen, Der vaginale Kaiserschnitt):

„Ist der Uterus schlaff und blutet er stärker, so versuche man zunächst eine zweite Tamponade mit Salicylwatte, wie ich sie für solche Fälle empfohlen habe, um nach ihrer Erfolglosigkeit sofort den Uterus weiter zu spalten, hierbei das Peritoneum zu eröffnen, den Uterus zu extrahieren und die Ligamente zu versorgen.“ Ferner heißt es in dem angeführten Kapitel des Winckelschen Handbuchs, Seite 584: „Bei schwerster Atonie (nach Ausführung der Sectio Caesarea vaginalis) kommt die Hysterectomia vaginalis in Betracht, die sich durch Fortsetzung der Uterusspaltung bis zur völligen Halbierung des Uterus binnen weniger Minuten ausführen läßt.“

Selbst wenn die völlige Exstirpation des Uterus unter solchen Umständen wirklich so einfach wäre, wie es Dührssen hier schildert, wird nicht jeder Operateur den Verlust eines an sich gesunden Uterus in seinen augenblicklichen und späteren Folgen so leicht nehmen, daß er sich diese möglichen

<sup>1)</sup> Daß derartige tiefe Einschnitte auch früher schon verwendet wurden, dafür noch ein Zitat. In dem „Grundriß der Entbindungskunst“ von Oslander (Göttingen 1802) heißt es (Bd. 2, § 521) bei der Behandlung der „scirrösen Verhärtungen“ des Mutterhalses: „Einer eingerissenen Wunde ist zu jeder Zeit eine geschnittene vorzuziehen. Es ist daher nützlicher, den Muttermund in einem und zwar im gesunden Winkel aufzuschneiden. Der Einschnitt muß aber zum wenigsten drei bis vier Finger breit gemacht werden. Nachher versucht man die Wunde mit den Ausdehnungswerkzeugen so zu erweitern, daß man die Hand bequem durchführen, den Kopf mit der Zange ausziehen oder die Wendung auf die Füße machen kann. Dies ist der eigentliche „Scheidenkaiserschnitt“. Also selbst der Name „Scheidenkaiserschnitt“ (Sectio Caesarea vaginalis) ist für derartige Operationen schon vor hundert Jahren gebraucht worden!

<sup>2)</sup> Münchener medizinische Wochenschrift 1904, No. 3.

Folgen nicht ernstlich vor Beginn der Operation überlegen sollte. Die Folgen sind für die Frau ja zunächst nicht sichtbar, und wenn man ihr erklärt, daß nur um diesen Preis bei einmal begonnener Operation ihr Leben erhalten werden konnte, wird sie sich ja beruhigen müssen. Der Geburtshelfer wird sich aber doch ernstlich die Frage vorlegen müssen, ob nicht bei einer andersartigen Leitung der Geburt eine so schwere Verstümmelung hätte vermieden werden können? Was würde wohl ein geschlechtsreifer Mann sagen, wenn er nach einer ihm als einfach und harmlos geschilderten Operation an den Geschlechtsteilen sich beim Erwachen aus der Narkose ohne Penis oder Testikel wiederfände? Äußerlich scheint dies ja zwar sehr verschieden, sachlich ist es aber doch sehr ähnlich, indem es sich um eine vollkommene Zerstörung der Funktion der Generationsorgane handelt.

Was nun die von Dührssen so hochgepriesene „chirurgische Aera“ in der Geburtshilfe anbelangt, die auch kürzlich in dem Referat von Krönig in Meran „Ueber das Recht des Kindes auf das Leben“ eine so beredte Verteidigung gefunden hat, so sollte man nach meiner Meinung hierbei zwei Dinge doch wesentlich unterscheiden. Das ist 1. die Verbesserung und Vervollkommenheit und daher die zunehmende Ausdehnung, welche auch früher schon mehr oder weniger allgemein geübte und als notwendig anerkannte Operationen unter dem Schutz der Asepsis und jedenfalls auch infolge der besseren operativ-technischen Ausbildung vieler gynäkologisch geschulter Geburtshelfer gefunden haben, wie z. B. die Sectio Caesarea, die operative Behandlung der Geschwulstbildungen während der Schwangerschaft und Geburt, die Behandlung der Extrauterinschwangerschaften, die beckenerweiternden Operationen<sup>1)</sup> etc. und 2. die chirurgische Behandlung von geburtshilflichen Komplikationen, welche man bisher gewohnt war, entweder weniger aktiv zu behandeln oder jedenfalls nicht mit ausgiebiger Anwendung und unter Zuhilfenahme des Messers und welche der allgemeinen geburtshilflichen Praxis nicht entzogen werden können, wie z. B. Plac. praevia, Nabelschnurvorfälle und Umschlingung, Eklampsie, Beckenendlagen etc.

Was die erste Kategorie von Fällen anbetrifft, so sind wir wohl alle seit 25–30 Jahren damit beschäftigt, sie „unter Rücksichtnahme auf allgemeine chirurgische Grundsätze“ zu leiten und zu verbessern, und niemand denkt wohl daran, wie Dührssen<sup>2)</sup> meint, demjenigen, der „die allgemeinen Prinzipien der modernen Chirurgie in die Geburtshilfe einführen will“, aus diesem Grunde einen Furor operativus vorzuwerfen. Will man dies als eine chirurgische Aera in der Geburtshilfe begrüßen, gut! Dann sind wir alle ihre Anhänger! Man könnte freilich dann ebenso gut von einer „chirurgischen“ oder operativen Aera der Chirurgie sprechen. Denn unter ganz denselben Einflüssen wie in der Geburtshilfe ist hier ja eine so hervorragende Verbesserung und, Hand in Hand damit gehend, eine Vervollkommenheit früherer Operationsverfahren und eine Ausdehnung operativer Maßnahmen auf Krankheitszustände erfolgt, an deren chirurgische Behandlung früher niemand dachte.

Ganz anders liegt aber die Sache mit den an zweiter Stelle genannten Kategorien von Fällen. Hier handelt es sich darum, durch vielfache und vieljährige Erfahrungen erprobte und all-

gemein ausführbare, mehr konservative, wenigstens nicht in dem gewöhnlichen Sinne chirurgische Verfahren unter der Devise der Rettung des Kindes durch ausgedehnte chirurgische Eingriffe zu ersetzen. Nur wenn diese Grundsätze zur allgemeinen Anerkennung und Einführung kämen, würde man meiner Meinung nach von einer „chirurgischen Aera der Geburtshilfe“ sprechen können. Es würde ja nun sicher total falsch sein, wollte man sich aus Gewohnheit an das Alte oder aus Opposition gegen jede Neuerung neuen und wirklich nützlichen Wahrheiten verschließen. Aber daß die neuen Lehren im allgemeinen wirklich für Mutter und Kind nützlicher wären als die alten, das ist noch zu beweisen. Es ist ja gewiß sehr schwierig, über pathologische Geburten, die man nicht selbst gesehen hat, ein Urteil auszusprechen. Aber eine große Zahl der in der Literatur bis jetzt beschriebenen und von Dührssen zum Teil zusammengestellten Fälle von Kolpo-Hysterotomien macht mir den Eindruck, daß man auch ohne einen solchen blutigen Eingriff mit ihnen ganz gut fertig geworden wäre. Man hat solche Fälle doch auch früher schon mit ganz gutem Resultat behandelt, und ob bei unseren jetzigen Grundsätzen bezüglich der antiseptischen Leitung der Geburten die Mortalität für die Mütter dabei größer gewesen als 13,9 oder 14 %, muß doch recht fraglich erscheinen. Es ist doch auch recht auffallend, daß einige Geburtshelfer jetzt plötzlich eine so häufige Indikation für die Operation finden, während Andere bei gewiß nicht geringerem pathologischen Material sie sehr selten finden. Daß also hierbei — bei aller Anerkennung des gelegentlichen Nutzens der Operation — persönliche Liebhabereien und der Reiz der Neuheit der Operation etc. und nicht allein rein objektive Erwägung mitspielen, scheint mir nicht zweifelhaft. Wie groß der Nutzen für die Kinder in diesen von Dührssen gesammelten 201 Fällen gewesen ist im Verhältnis zu den Resultaten bei einer nichtchirurgischen Behandlung, dürfte zahlenmäßig natürlich niemals festzustellen sein, schon aus dem einfachen Grunde, weil ein großer Teil dieser durch die Kolpo-Hysterotomie zutage geförderten Kinder an sich lebensunfähig war und man natürlich nicht wissen kann, wie der Ausgang bei einer nichtchirurgischen Behandlung gewesen wäre. Nimmt man freilich an, daß alle die hierbei endgültig, d. h. für mehr als die ersten acht Tage lebend zur Welt geförderten Kinder bei einer anderen Leitung der Geburt sicher zugrunde gegangen wären, dann läge die Sache ja recht einfach. Aber dies ist doch nicht zulässig; und wenn man die von Dührssen gegebene Liste über das Schicksal der Kinder durchliest und sieht, wieviele von ihnen tot oder sterbend geboren, wieviele in den ersten Tagen nach der Geburt zugrunde gegangen sind, so wird man wohl kaum den Eindruck haben können, daß durch die chirurgische Behandlung viel mehr Kindesleben gerettet worden wären als ohne sie.

Es würde weitaus den Rahmen dieser kurzen Auseinandersetzung überschreiten, wollte ich hier versuchen, eingehend darzulegen, unter welchen Verhältnissen eine chirurgische, unter welchen eine nichtchirurgische Behandlung mir angezeigt erscheinen würde. Am ehesten ist dies noch zuzugeben für die Behandlung der Eklampsie. Wenigstens ist eine aktive und zum Teil ausgiebige chirurgische Behandlung ja im Augenblick Mode. Auf wie lange? ist wohl schwer zu beantworten. Denn wie die Literatur zeigt, haben aktive und zuwartende Behandlung der Eklampsie sich schon seit langem gegenübergestellt und mit wechselndem Erfolg einander abgelöst. Wie lange ist es her, daß unter dem Vorgehen von G. Veit alles auf den unersetzlichen Nutzen großer Morphinumgaben geschworen hat wie früher auf das Chloroform. Jetzt wird das alleinige Heil in der möglichst schleunigen Entleerung des Uterus gesucht, und rücksichtslos werden mit Messer und Schere alle Hindernisse beseitigt, um diesen Zweck zu erreichen. Wird diese Begeisterung länger dauern als diejenige für die Morphinumbehandlung? Wir wollen aufrichtig wünschen, daß das Endresultat so ausgesprochen besser ist als das der bisherigen Behandlungsmethoden, sodaß hier kein Zweifel bestehen kann. In diesem Fall ist die Dührssensche Methode gegenüber der abdominalen Sectio caesarea gewiß vorzuziehen, wenn auch die Gegenüberstellung von 112 Fällen der ersteren mit 15 % Mortalität gegen 34 Fälle der letzteren mit 53 % Mortalität

<sup>1)</sup> Es dürfte übrigens nicht ohne Interesse sein, daß selbst die neueste und von vielen Seiten erfolgreich aufgenommene Verbesserung und Vervollkommenheit auf diesem Gebiete: nämlich die subcutane Durchtrennung des Schambeins nach Döderlein bereits vor langer Zeit — wenigstens theoretisch — vorgeschlagen ist. Scanzoni (l. c. Seite 295) sagt hierüber: „Erst in neuerer Zeit regte Stoltz in Straßburg dies Verfahren (die Pubiotomie) wieder an, indem Letzterer vorschlug, auf dem Schamberg mittels eines kleinen Querschnittes eine Oeffnung anzulegen, durch welche eine lange, etwas gebogene Nadel, an welcher eine feine Kettensäge angehängt ist, ein- und hinter dem entsprechenden Schambein so herabgeführt wird, daß sie zwischen dem Corpus cavernos. Clitoridis und dem absteigenden Ast des Schambeins wieder zum Vorschein kommt. Nun soll die Säge nachgezogen und in gewöhnlicher Weise in Tätigkeit gesetzt werden.“ Scanzoni fügt hinzu, daß dies Verfahren, die Pubiotomie, praktisch bisher noch nicht ausgeführt sei. Da in dem Buche von Scanzoni Literaturangaben nicht stehen, war es mir bisher leider nicht möglich, festzustellen, wo sich dieser Vorschlag von Stoltz befindet.

<sup>2)</sup> Klinische Vorträge, N. F., No. 160.

kaum zulässig erscheinen dürfte. Denn die letztere Zahl umfaßt naturgemäß nur die schwersten Fälle, während unter den ersteren sicherlich sehr viel mehr leichte sind.

Ganz entschieden möchte ich mich gegen eine chirurgische Behandlung der Placenta praevia aussprechen. Die bisherigen Methoden, Blasensprengung, kombinierte Wendung, Metreuryse etc., leisten hier für Mutter und Kind so Vortreffliches, daß wir weder den in Amerika empfohlenen Kaiserschnitt, noch die in Deutschland neuerdings hierbei angewandte Kolpo-hysterotomia anterior gebrauchen.

Dasselbe gilt ungefähr für den Nabelschnurvorfall. Ob es hier gelingen wird, in Kliniken, eventuell bei Erstgebärenden (wobei es sich ja noch meistens um enge Becken handelt), durch die weitgehende chirurgische Eröffnung des Geburtskanals einige Kinder mehr am Leben zu erhalten als ohne diese, mag dahin gestellt bleiben. Nicht jedes Kind, das hierbei lebend entwickelt ist, kann bei anderer Behandlungsmethode als verloren betrachtet werden. Solche Fälle werden immer sehr gering an Zahl bleiben. Für die weitaus bedeutendste Zahl genügen die bisher gebräuchlichen Methoden durchaus.

Bleibt schließlich das Gros jener geburtshilflichen Fälle, die Dührssen dahin zusammenfaßt: „In einer großen Zahl von Fällen sind der Stillstand der Geburt und die hieraus in der Folge resultierenden Gefahren für Mutter oder Kind bedingt durch abnormen Widerstand der Weichteile, mangelhafte Eröffnung des Muttermundes, Rigidität der Weichteile.“ Jeder erfahrene Geburtshelfer kennt diese Fälle bei Schädellage, Beckenendlage und gelegentlich bei Querlage; er wird aber auch zugeben müssen, daß hierbei die Indikation zur Beendigung der Geburt in hohem Maße dem subjektiven Ermessen des Geburtshelfers anheimgestellt ist, mit andern Worten das Urteil darüber, wann nach seiner Meinung die Situation anfängt, für Mutter oder Kind gefährlich zu werden. Da Dührssen ausdrücklich<sup>1)</sup> seine chirurgischen Eingriffe auch nur auf solche Fälle beschränken will, wo Gefahr für Mutter oder Kind auftritt, d. h. also doch wohl objektiv nachweislich ist, so möchte ich stark bezweifeln, ob es ihm dann immer gelingt, „lebende und lebensfrische Kinder“ hierbei zu entwickeln, d. h. auch solche, die nicht bald oder in den nächsten Tagen nach der Geburt gestorben sind. Denn das muß auch wesentlich berücksichtigt werden. Die Kinder, welche bereits intra partum so gefährdet sind, daß dies objektiv nachweislich ist, werden vielleicht bei schneller Entwicklung noch lebend oder asphyktisch geboren, gehen aber zum Teil in den ersten Tagen an Pneumonien etc. zugrunde. Der erzielte glänzende Erfolg des „lebenden“ Kindes ist also ein Scheinerfolg. Will man aber ohne eine solche nachweisliche Gefahr operieren: wo und wann ist dann eine Gefahr für das Kind anzunehmen? Dührssen glaubt eine wesentliche, allgemeine Gefahr langdauernder, aber schließlich spontan beendeter Geburten dadurch nachgewiesen zu haben, daß er in der Idiotenanstalt zu Dalldorf Nachforschungen nach den Geburten dort vorhandener Idioten anstellen ließ.<sup>2)</sup> Unter 450 Insassen waren bei 36 solcher Kranken Angaben von den Eltern vorhanden; bei 27 von diesen fehlte hereditäre Belastung. Bei sieben von diesen letzteren 27 war eine schwere Entbindung (mit Kunsthilfe) vorausgegangen, bei 20 angeblich eine schwierige spontane Geburt. Die Dissertation liegt mir leider im Original nicht vor; ich kann also über den Grad der Zuverlässigkeit in den gemachten Angaben der Angehörigen nicht urteilen.<sup>3)</sup> Es wäre nun gewiß eine in hohem

Maße interessante Aufgabe, festzustellen, welchen Einfluß die geburtshilflichen Eingriffe auf die spätere geistige Entwicklung der betreffenden Kinder haben. So lange aber der Begriff der „schwierigen spontanen Geburt“ sich nur auf die Angabe der Angehörigen stützt, ist er absolut wertlos. Denn wie zahllose Frauen bezeichnen ihre erste Geburt ohne weiteres als „schwierig“, besonders wenn sie sich ein wenig hingezogen hat und mit heftigen Schmerzen verbunden war. Wo ist hier die Spur eines Beweises über den Zusammenhang der Idiotie mit den angeblich schwierigen Geburten? Gibt es — auch abgesehen von der erblichen Belastung — keine Idioten nach ganz normalen Geburten?

Müßten wir wirklich bei allen oder vielen in diesem Sinne etwas „schwierigen“ Geburten fürchten, Idioten zur Welt kommen zu sehen, so würde sich allerdings hier ein weites und ergiebiges Feld für die chirurgische Geburtshilfe eröffnen. Dührssen scheint dies fast anzunehmen, denn er führt (S. 652) als einen besonders günstigen Erfolg der von ihm „unter Ausschaltung des Widerstandes der Weichteile“ ausgeführten 75 Geburten an, daß sämtliche Kinder innerhalb der ersten drei Jahre nach der Operation keine schädliche Einwirkung auf ihre Intelligenz zeigten!

Ich will hierbei nun durchaus den Satz nicht vertreten, daß jedesmal erst eine nachweisliche Gefahr für das Kind uns die Berechtigung oder Verpflichtung gibt, die Geburt zu beendigen. Denn dann wird — selbst unter Ausschalten des Widerstandes der Weichteile — das Endresultat für das Kind oft nicht günstig sein. Aber es muß zugegeben werden, daß eben dann die Indikation zur Beendigung der Geburt sehr weitgehend dem subjektiven Ermessen des Geburtshelfers anheimgegeben ist. Ob man in diesen Fällen mit den von Dührssen so sehr perhorreszierten haben und als Ausdruck des Hyperkonservatismus — im Gegensatz zu dem „modernen“ Fortschritt — in der Geburtshilfe gekennzeichneten Maßregeln, mit mäßig tiefen Inzisionen des Muttermundes, resp. der Cervix, energischer Metreuryse und Kolpeuryse und Scheidendamminzisionen mittleren Grades, nicht gerade so weit kommt wie mit den von ihm als einzig rationell, modern und sachgemäß empfohlenen tiefen Inzisionen, erscheint mir sehr fraglich. Im übrigen scheint mir der ganze Unterschied ein mehr gradueller als prinzipieller zu sein, nicht nur bezüglich der Erleichterung der Entbindung, sondern auch bezüglich der Gefahr für die Mutter.

Was bleibt denn nun also viel von der so emphatisch verkündeten „chirurgischen Aera“ der Geburtshilfe übrig? Das Motto, welches Kroenig als Leitmotiv seinen Ausführungen in Meran zugrunde legte: „Nicht nur die Mutter, sondern auch das Kind“ ist ja eigentlich selbstverständlich, und jeder gewissenhafte Geburtshelfer wird hiernach sein Handeln auch bisher eingerichtet haben. Es wird selbstverständlich immer unsere Aufgabe sein — möglichst im Einverständnis mit der Mutter —, die Interessen von Mutter und Kind gleichmäßig wahrzunehmen. Die Ansichten scheiden sich erst von dem Augenblicke an, wo die Interessen beider ausgesprochen divergieren. Die Devise der bisher maßgebenden Richtung in der deutschen Geburtshilfe läßt sich für solche Fälle allerdings kurz und präzis mit den Worten ausdrücken: „In solchem Falle erst die Mutter und dann das Kind.“ Die Devise der modernen „chirurgischen“ Richtung aber fängt an, auf das Umgekehrte hinauszulaufen: „Erst das Kind und dann die Mutter!“ Die äußerste Konsequenz dieser Anschauung spricht sich darin aus, daß sowohl von ärztlicher wie von juristischer Seite der Mutter jedes Verfügungsrecht über ihren eigenen Körper zugunsten des Kindes abgesprochen wird. Ich glaube bestimmt, daß die Vertreter dieser Grundsätze sehr bald anderer Ansicht werden würden, wenn sie jemals in die Lage kämen, deren Konsequenzen an ihrem eigenen Körper erfahren zu müssen. Da sie davor ja allerdings ganz sicher sind, ist es relativ leicht, anderen dieses Mitbestimmungsrecht gänzlich abzusprechen. Es tritt hierin wie meiner Meinung nach auch in manchen andern Punkten der Umstand augenfällig mit in Erscheinung, daß sowohl die Rechtsbestimmungen wie die Indikationen für diese geburtshilflichen Eingriffe von Männern für Frauen

1) Klinische Vorträge, Neue Folge, No. 160, S. 553. — 2) D. i. v. Kuntzel, Berlin 1891.

3) Der Einblick in die Dissertation bestätigt durchaus, daß es sich hier nur um Angaben von Angehörigen handelt, die sich wohl ausnahmslos auf fern zurückliegende Erinnerungen stützen. Im übrigen beweist der Inhalt der gewiß sehr mühevollen Arbeit, daß ein nennenswerter Einfluß geburtshilflicher Operationen — und zwar auch wohl ausnahmslos solcher, die vor der „chirurgischen Aera“ der Geburtshilfe ausgeführt waren —, keinen nennenswerten oder irgendwie nachweisbaren Einfluß auf die geistige Entwicklung der Kinder hatten. Ja, in einem Falle war das einzige Kind unter neun Geschwistern, das spontan geboren war, idiotisch, während alle übrigen acht, mit Kunsthilfe zur Welt beförderten Kinder geistig normal waren! Worin also ein Beweis liegen soll, daß „schwere“ spontane Geburten zu späterer Idiotie disponierten, ist aus dieser Dissertation durchaus nicht zu ersehen.

gemacht sind. Andernfalls würden sie wohl in einigen Punkten anders lauten. So lange im Deutschen Reiche noch ein jährlicher Geburtenüberschuß von fast einer Million besteht, so lange wir mit größter Wahrscheinlichkeit darauf rechnen können (wie es tatsächlich doch ist), daß nach einer für die Mutter unter Aufopferung eines zweifelhaften kindlichen Lebens schonend vorgenommenen Entbindung die Frau sich nach der üblichen Zwischenpause von neuem, und diesmal unter wesentlich günstigeren Verhältnissen zur Entbindung einfindet, so lange als man einer kreißenden Frau doch auch nicht jedes Verfügungsrecht über ihren eigenen Körper absprechen kann, wird nach unserer Ansicht (von Ausnahmefällen abgesehen) allerdings für die überwältigende Mehrzahl der geburtshilflichen Situationen die einzig richtige Devise sein und bleiben „Erst die Mutter, dann das Kind!“

Auch die begeistertsten Verehrer der neueren Richtung betonen ja immer wieder, daß ihre Vorschläge nur für die Kliniken gelten sollen und nur den richtig geschulten und absolut „modern“ ausgebildeten Geburtshelfern anzuempfehlen seien. Welche Geburtshilfe sollen wir nun aber als klinische Lehrer unsere Schüler, die zukünftigen praktischen Aerzte, lehren? eine solche, die sie machen können, oder eine solche, die sie nicht machen können? Unter dankbarer und freudiger Anerkennung der großen Fortschritte, welche in den letzten Jahrzehnten ebenso wie die operative Chirurgie auch die operative Geburtshilfe gemacht hat, werden wir meiner Ansicht im eigensten Interesse unserer Schüler und der sich unserer und ihrer Obhut anvertrauenden Frauen und Familien absolut daran festhalten müssen, daß wir Lehrer der „Geburtshilfe“ und nicht nur der „Entbindungskunst“ sind (wie sich bezeichnenderweise Fr. B. Osiander [Grundriß der Entbindungskunst, Göttingen 1802] auf dem Titelblatt dieses Buches selbst nennt), wenigstens nicht in dem Sinne, daß die Entbindungskunst immer ausschließlicher auf Messer, Schere und Nadel basiert wird.