

IV. Aus der Universitäts-Frauenklinik in Greifswald. Symphyseotomie und Kaiserschnitt.¹⁾

Von A. Martin.

Das Mädchen, welches ich Ihnen hier vorstelle, kam am 13. April 1901 — zwei Wochen vor ihrer Niederkunft — in der Frauenklinik zur Aufnahme. Wir constatiren an der wohlgewachsenen 19jährigen Gravida ein mässig gradverengtes Becken, ohne markierte Spuren von Rachitis. D. Spin. 27,0. D. Crist. 29,0. D. Troch. 32,0. Trans. dextr. 22,5. Trans. sin. 22,5. Conj. ext. 18,5. Diag. 11,0. Beckenumfang 87.

Das Kind war augenscheinlich bis zu voller Reife entwickelt, als am 28. April um 5 Uhr 30 Minuten früh die Geburt begann. 1. Schädel-lage. Der Kopf ist auffallend gross und hart, bleibt trotz kräftiger Wehen beweglich auf dem Beckeneingang.

Bei völlig erweitertem Muttermund drängt sich nach 5 Uhr nachmittags die Fruchtblase bis in die Vulva; sie wird gesprengt: Der Kopf steht quer auf dem Beckeneingang. Im weiteren Verlauf des Nachmittags trat eine vollkommene Pause der Wehen ein: Morphium. Als mehrere Stunden danach die Wehen wieder einsetzten, entwickelte sich gegen Mitternacht eine ausgesprochene Senkung des Hinterhauptes in den Beckeneingang hinein (Mechanismus partus des allgemein verengten Beckens). — Der Kopf blieb trotz kräftiger Presswehen über dem Becken stehen. Am Nachmittage des folgenden Tages (29. April) ging die Frequenz der kindlichen Herztöne auf 180, die Temperatur der Mutter stieg auf 38,8, Puls 120.

Bei längerer Dauer der Geburt erschien Kind und Mutter gefährdet: das Interesse beider drängte zur Entbindung. Es war klar, dass die Mutter das mit nun voller Deutlichkeit als sehr gross erkannte Kind nicht spontan gebären konnte. Die ungewöhnliche Härte des Kopfes und seine Unfähigkeit, sich zu configuriren, erschwerten das äusserliche Missverhältniss weit über die zahlenmässig nachweisbare Beckenverengung. Der Uteruskörper begann sich über die Frucht zurückzuziehen, das untere Uterinsegment erschien bedenklich entfaltet. Das Kind lebte. Trotz kräftiger Wehen und energischer Versuche unsererseits den kindlichen Kopf in den Beckeneingang von oben einzupressen, trotz der Zuspitzung des Hinterhauptes war der Kopf noch nicht in den Beckeneingang eingerückt.

Für einen solchen Fall von Gebärschwierigkeit haben sich die Anschauungen der Geburtshelfer dahin entwickelt, dass man wohl den Versuch machen kann, den Kopf mit der Zange herunterzuführen, dass aber bei lebender Frucht diese Versuche nicht bis zum äussersten fortgesetzt werden dürfen. Gelingen sie nicht, so erübrigt — immer das Leben des Kindes vorausgesetzt — die Aufgabe, den Geburtsweg zu erweitern oder dem Kinde einen andern Ausweg zu verschaffen.

Der Versuch, den Kopf mit der Zange zu extrahiren, ergab die völlige Unmöglichkeit, auf diese Weise das Kind zu entwickeln; auch in der Walcher'schen Hängelage liess sich der Kopf nicht ins Becken hineinziehen. Der Versuch, dabei den Kopf von oben noch hereinzupressen, blieb erfolglos. Angesichts des Lebens des Kindes beschloss ich die Erweiterung des Beckens durch den Schambogenschnitt auszu-

¹⁾ Vortrag mit Demonstration in der Sitzung des Greifswalder medizinischen Vereins vom 6. Juli 1901.

führen. Derselbe brachte alsbald die Symphyse um ca. 5 cm zum Klaffen. Die Wunde blutete nur sehr unerheblich: es wurde ein steriler Gazetupfer eingelegt. Ich legte jetzt selbst die Zange an, aber weder damit noch mit erneuter Expression von oben war der Kopf in das Becken hereinzuführen. Mit laut krachendem Geräusch wurden beide Hüftkreuzbeingelenke gesprengt, ohne dass der Kopf folgte. Die Herztöne des Kindes blieben laut und kräftig. Um das Kind nicht zu opfern, machte ich den Kaiserschnitt. In weniger als einer Minute war der Uteruskörper aus der geöffneten Bauchwand entwickelt. Ich schnitt zwischen beiden Tuben den Fundus quer ein und entwickelte das Kind, einen Knaben von 3750,0 Gewicht. Es gelang, durch fortgesetzte künstliche Athembewegungen einige spontane Athemzüge auszulösen. Wir mussten uns nach etwa einer Stunde überzeugen, dass das Kind nicht zum Leben zu bringen war. Es starb nach etwa einer Stunde.

Bei der Sektion zeigte sich eine ausgedehnte Abspaltung des hinten gelegenen linken Scheitelbeins. Das Kind war an einer intrameningealen ausgiebigen Blutung gestorben. Exzessive Ossifikation der Schädelknochen. Quermaasse 8 und 10, Umfang 39 cm.

Inzwischen schloss ich die Uteruswunde, nachdem die Placenta mit den Eihäuten entfernt waren. Sitz der Placenta im Fundus. Ich konnte mich überzeugen, dass das untere Uterussegment intakt war; dass es genau so, wie wir es vorher gefühlt hatten, stark entfaltet war. In der Gegend der Symphyse und der Hüftkreuzbeingelenke konnten Blutergüsse nicht nachgewiesen werden. Die Uteruswunde wurde mit fortlaufendem Catgutfaden in drei Etagen geschlossen. Dann schloss ich die Bauchwunde; zuletzt versorgte ich den Symphysenschnitt. Es hatte hier keine Blutung stattgefunden. Das Ligamentum arcuatum war eingerissen, beide Darnbeine waren ziemlich frei beweglich, im übrigen aber war eine weitergehende Verletzung nicht eingetreten. Ich verzichtete darauf, eine Knochennaht auszuführen, begnügte mich damit, das Perioest mit zwei Knopfnähten zusammenzu ziehen und darüber die Bauchwunde am Mons veneris zu schliessen. Das Becken wurde mit einer straff angezogenen Wochenbettsbinde zusammengeschoben, die Neuentbundene alsbald ins Bett gebracht.

Das Wochenbett ist gut verlaufen. Trotzdem die Wöchnerin am 10.—13. Tage eine Pyocyaneusinfektion der Bauchwunde durchzumachen hatte, ist die Bauchwunde glatt verheilt. Wir haben sie bis zum 20. Tage im Bett gehalten. Dann hat sie vorsichtig ihre ersten Gehversuche gemacht: es bestand zu keiner Zeit eine Unsicherheit des Ganges.

Ich habe das Mädchen, welches in seiner Häuslichkeit keine Mittel besitzt, sich noch weiter zu pflegen, etwas länger in der Klinik zurückbehalten. Es ist dann zu seinen Eltern zurückgekehrt und verrichtet jetzt ohne Behinderung ihre üblichen Arbeiten.

Der Uterus hat sich sehr gut zurückgebildet. Die Bauchwunde ist, wie Sie sehen, glatt geheilt. Zwischen den Enden der beiden Schambeine liegt ein dicker Callus. Die Symphyse ist 4,5 cm hoch, nur mässig verdickt. An beiden Kreuzgelenken sind Veränderungen nicht mehr nachweisbar.

An der Hand dieser Beobachtung erlaube ich mir, Ihnen den Entwicklungsgang einer solchen durch räumliche Missverhältnisse erschwerten Entbindung vorzuführen.

Wir stellen uns heute unbedingt die Aufgabe, nicht nur die Mutter glücklich über diese Complication hinwegzuführen, sondern auch das lebende Kind lebensfrisch zu entwickeln. Von diesem Gesichtspunkte aus kann bei räumlichen Missverhältnissen, die wir erst am Ende der Schwangerschaft zu constatiren haben, die Frage der Einleitung der frühern Geburt nicht mehr in Betracht kommen. Von ihr kann die Rede nur sein, bis etwa zur 36. Schwangerschaftswoche.

Die Einleitung der Frühgeburt hat in der Entwicklung der Enbindungskunst eine eigenthümliche Entwicklung durchgemacht. Warm empfohlen ist sie, wesentlich wegen der mangelhaften Resultate für die Kinder, aber auch der in der vorseptischen Zeit recht wenig befriedigenden Resultate für die Mutter vielfach stark angefeindet worden. Ich bekenne mich zu einem überzeugten Anhänger dieses Verfahrens; dasselbe habe ich in einer nicht kleinen Zahl von Fällen mit gutem Erfolg geübt. Namentlich seitdem wir gelernt haben, auch hierbei eine strenge Asepsis durchzuführen, und seitdem wir die Entwicklung des Geburtsvorganges durch die Einlegung des Metreurynters mehr und mehr in die Hand bekommen haben, gebührt der künstlichen Frühgeburt unzweifelhaft ein fester Platz in unserm Armentarium.

Ist der Zeitpunkt für die Einleitung der Frühgeburt vorüber, so bietet sich uns die Möglichkeit, insbesondere bei einem durch Verkürzung der Conjugata bedingten räumlichen Missverhältniss zwischen Kopf und Becken, durch die prophylaktische Wendung die Schwierigkeit zu überwinden. Es ist klar, dass der

nachfolgende Kopf leichter durch einen engen Beckeneingang geführt werden kann, weil er von der Schädelbasis nach oben sich besser zusammendrücken lässt, als wenn der Kopf durch die Vis a tergo in das Becken hineingeschoben wird. Dazu kommt, dass wir durch den combinirten Handgriff den Kopf mit dem kürzeren bitemporalen Durchmesser in enge Conjugata stellen können, während wir das breite Hinterhaupt in der weiteren Seite des Beckens hinunterführen können. Ich habe auf diese Weise grosse Kinder bei einer Conjugata vera von 7,2—8,0 cm lebend entwickelt.

Die Voraussetzung für die prophylaktische Wendung ist aber, dass der Kopf selbst eine entsprechende Configurationsfähigkeit hat und dass die ganze Frucht noch beweglich ist. Andernfalls ist die prophylaktische Wendung mit zu grosser Gefahr für die Mutter verknüpft und wird besser unterlassen.

Handelt es sich nun darum, den Kopf des lebenden Kindes zu entwickeln, so halte ich daran fest, dass wir jedenfalls den Versuch machen dürfen, ihn mit der Zange, auch wenn er noch über dem Beckeneingang steht, herunterzuführen. Die Zange ist nach meiner Auffassung auch in der älteren Form hierzu vollkommen ausreichend. Ich habe mich der Axenzugzange noch nicht bedient.

Eine nicht zu unterschätzende Unterstützung findet in solchen Fällen die Zangenoperation durch die Walcher'sche Hängelage. Wir legen die Frau an den Rand des Entbindungslagers, die Beine hängen frei herunter. Dann tritt, namentlich bei jugendlichen Personen, unter dem Einfluss der durch die Geburt aufge-lockerten Gelenke des Beckens eine Verlängerung der Conjugata um nicht ganz einen Centimeter ein.

Genügt das nicht, so besitzen wir in der Symphyseotomie ein Mittel, das Becken nicht unerheblich zu erweitern. Wir können die Symphyse bis 6 cm zum Klaffen bringen.

Die Symphyseotomie ist am Ende des 18. Jahrhunderts zuerst nach vielen anatomischen Vorstudien von Sigault ausgeführt worden (1777). Enthusiastisch befürwortet, lebhaft bestritten, war die Operation völlig verlassen, als 1887 Morisani, der Geburtshelfer von Neapel, ihr wieder zu vielseitiger Nachprüfung verhalf.

Am lebhaftesten ist die moderne französische Geburtshilfe für dieses Verfahren eingetreten. Pinard will die Symphyseotomie an die Stelle der Frühgeburt, der prophylaktischen Wendung, der Verkleinerungsoperationen und unter Umständen auch des Kaiserschnittes stellen.

In Deutschland haben sich Zweifel, Leopold und Schauta dieses Verfahrens besonders angenommen. Besonders Zweifel hat durch eine in der That glänzende Statistik zu einer weitgehenden Nachprüfung des Verfahrens angeregt. Wenn er aber verlangt, dass die Symphyseotomie nur dann ausgeführt wird, wenn nicht anderweite Entbindungsversuche vorgenommen sind und in der bestimmten Voraussetzung, dass die Frau nicht infiziert worden ist, zur Operation geschritten werden soll, so dürfte das in der Praxis doch nur selten durchzuführen sein. Gewiss ist die Operation oft eine überraschend leichte. Bei unserer jugendkräftigen Patientin konnte ich ohne jede Schwierigkeit die Symphyse freilegen und mit einem kleinen Skalpel den Knorpel durchschneiden. In manchen Fällen aber sind unzweifelhaft die Schwierigkeiten ganz ausserordentlich gross. Es sind sehr bedenkliche Nebenverletzungen dabei vorgekommen. Viel bedenklicher erscheint es, dass der Raumgewinn dann doch nicht mit voller Sicherheit so ausgiebig ist, dass man auf die spontane Ausstossung des Kindes oder auch nur auf die Möglichkeit, das Kind mit der Zange zu entwickeln in allen Fällen rechnen kann. In meinem eigenen Falle ist die Unmöglichkeit drastisch bewiesen worden. Wir mussten freilich dadurch, dass wir den Kopf von oben herunter garnicht in das Becken hereindrängen konnten, darauf hingeführt sein, dass das räumliche Missverhältniss ein ungewöhnlich grosses war: der grosse harte Kopf war nicht fähig, sich der an sich nicht sehr erheblichen Beckenenge zu adaptiren. Meine Beobachtung ist nicht die erste, in welcher die Symphyseotomie sich unzulänglich erwiesen hat: man hat auch dann noch zur Perforation greifen müssen, oder in anderen Fällen zum Kaiserschnitt. In Zukunft werde ich nur dann die Symphyseotomie wieder ausführen, wenn der Kopf in den Beckeneingang hereingetreten ist oder von oben hineingepresst werden kann und damit die Möglichkeit erwiesen erscheint, dass er bei einer Erweiterung des Beckenringes um 6 cm dann auch durchgeführt werden kann.

Fehlt diese Voraussetzung, so ist im Interesse des lebenden Kindes die Indikation zum Kaiserschnitt gegeben. Meist handelt es sich da um Becken, deren Conjugata unter 8 cm misst, bei denen die Wendung nicht mehr ausführbar ist. Grosse Früchte mit harten Schädelknochen berechtigen aber auch bei wesentlich weniger beschränkter Conjugata (in unserm Fall beträgt dieselbe ungefähr 9 cm) zum Kaiserschnitt.

Meine heutige Beobachtung ist nicht die einzige, welche die Erfolglosigkeit der Symphyseotomie dokumentirt. Auch andere Geburtshelfer haben sich nachträglich zur Verkleinerung des Kopfes, andere — sowie ich — zum Kaiserschnitt entschlossen.

Ich habe mir schon einmal erlaubt, Ihnen einen Fall von Sectio caesarea, den ich an einer von schwerem Herzcollaps bedrohten Eklampischen ausgeführt hatte, zu demonstrieren. Ich kann nur bestätigen, dass der von Fritsch vorgeschlagene Einschnitt in den Fundus sich auch dieses Mal als sehr zweckmässig ausgewiesen hat. Wenn ich die vier Fälle, in welchen ich nunmehr diesen Schnitt angewandt habe, den Erfahrungen gegenüberstelle, die ich in etwa 20 Fällen mit dem Einschneiden in die vornliegende breite Fläche der vorderen Uteruswand gesammelt habe, so kann ich mich nur zu Gunsten des Fundusschnittes aussprechen. Wenn man, wie es heute wohl allgemein üblich ist, vor der Inzision den Uterus ganz aus der Bauchhöhle herausgenommen hat, so kann der Assistent über den zusammengeschobenen Bauchdecken das Collum uteri an beiden Seiten so umfassen, dass er die Blutung aus dem Schnitt, der zudem keine grossen Gefässstämme trifft, eine sehr geringe ist. Insofern bestätige ich ganz den Vorzug, welchen Fritsch für seine Schnittführung in Anspruch genommen hat. Die Naht des Uterus vollzieht sich, wie mir scheint, im Fundus leichter. Es treten hierbei, soweit diese Fälle mir ein Urtheil gestatten, nicht die eigenthümlichen Verziehungen in den Wundrändern ein, die man bei dem Längsschnitte sieht. Die Vernähung ist dementsprechend eine einfache, wenn ich auch durchaus betonen muss, dass man mit der fortlaufenden Naht auch weit auseinander gezogene Wundränder ohne besondere Schwierigkeiten zusammenbringen und vereinigen kann. In der Diskussion über den Werth des Fundalschnittes wird namentlich von einem sehr ausgezeichneten Praktiker, Everke in Bochum, die grössere Gefahr der Bildung von Adhäsionen zwischen der Uteruswunde und Darm-schlingen bei dieser Schnittführung betont. Mir scheint, dass das ausschliesslich davon abhängt, wie weit es gelingt aseptisch zu operiren. Wird die Wunde nicht infiziert, so heilt sie in der Regel ebenso gut beim queren Fundalschnitt, wie beim Längsschnitt.

Es ist die Frage aufgeworfen worden, ob man den Kollegen in der Praxis nicht die Symphyseotomie als gleich berechtigt mit dem Kaiserschnitt hinstellen soll. Ich halte die Symphyseotomie nicht für eine Operation des praktischen Arztes. Nicht weil ich diesem die Möglichkeit aseptischen Operirens bestreite, nicht wegen der technischen Schwierigkeiten, denn ohne ein bestimmtes Maass technischer Fertigkeit wird sich keiner, weder an die eine noch an die andere Operation heranwagen. Mir scheint ein anderer Gesichtspunkt dabei nicht unwesentlich: Der Praktiker darf keine Operation unternehmen, die nicht den Enderfolg sicher in seine Hand legt. Das ist aber, wie wir sehen, bei der Symphyseotomie nicht der Fall, wohl aber beim Kaiserschnitt.