



ÜBER

KAISERSCHNITT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. J. v. SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER FRAUENKLINIK

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

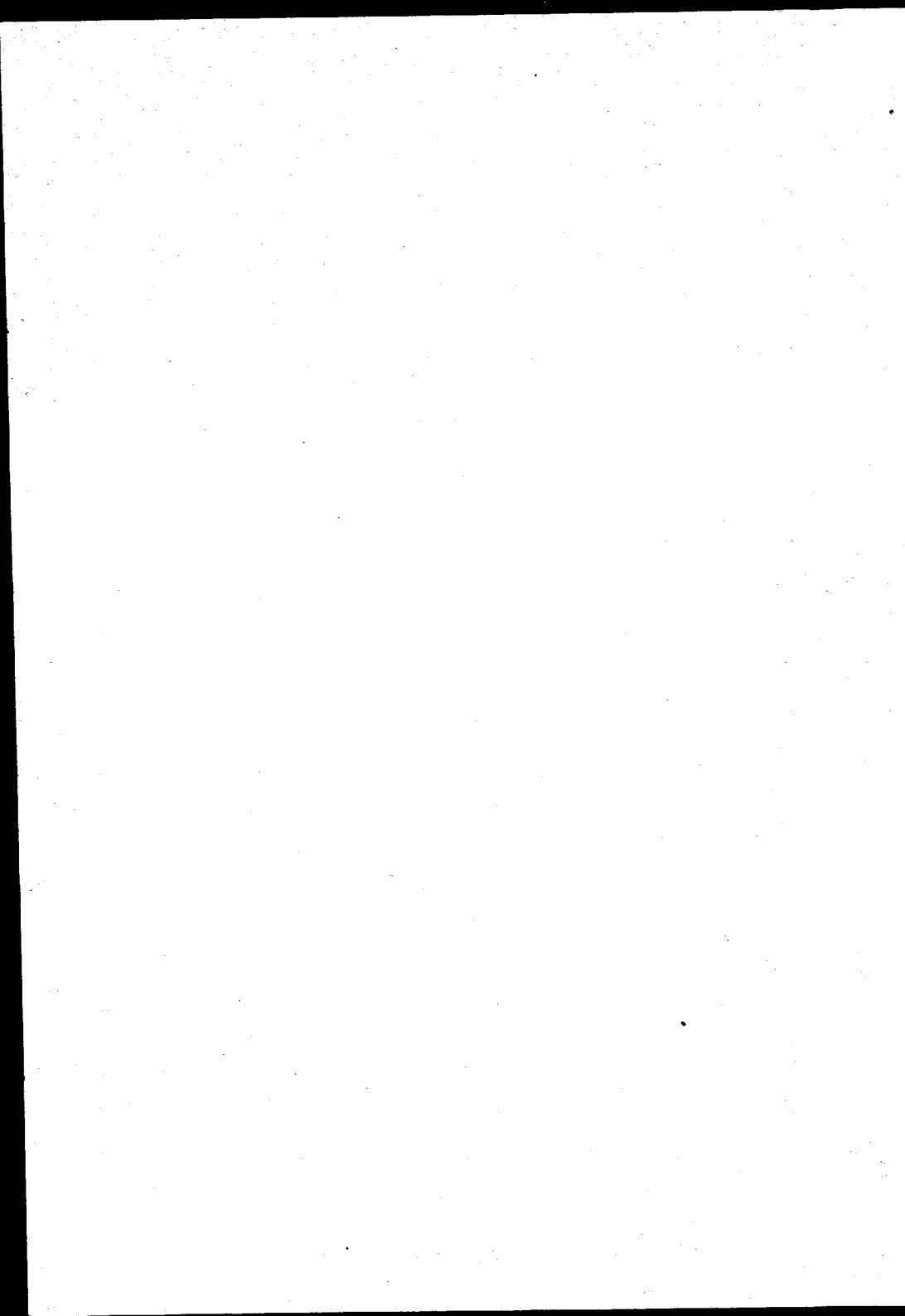
LUDWIG GUMMERT

APPROB. ARZT AUS HATTINGEN IN WESTFALEN



TÜBINGEN 1893

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.



ÜBER
K A I S E R S C H N I T T .

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. J. v. SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER FRAUENKLINIK

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

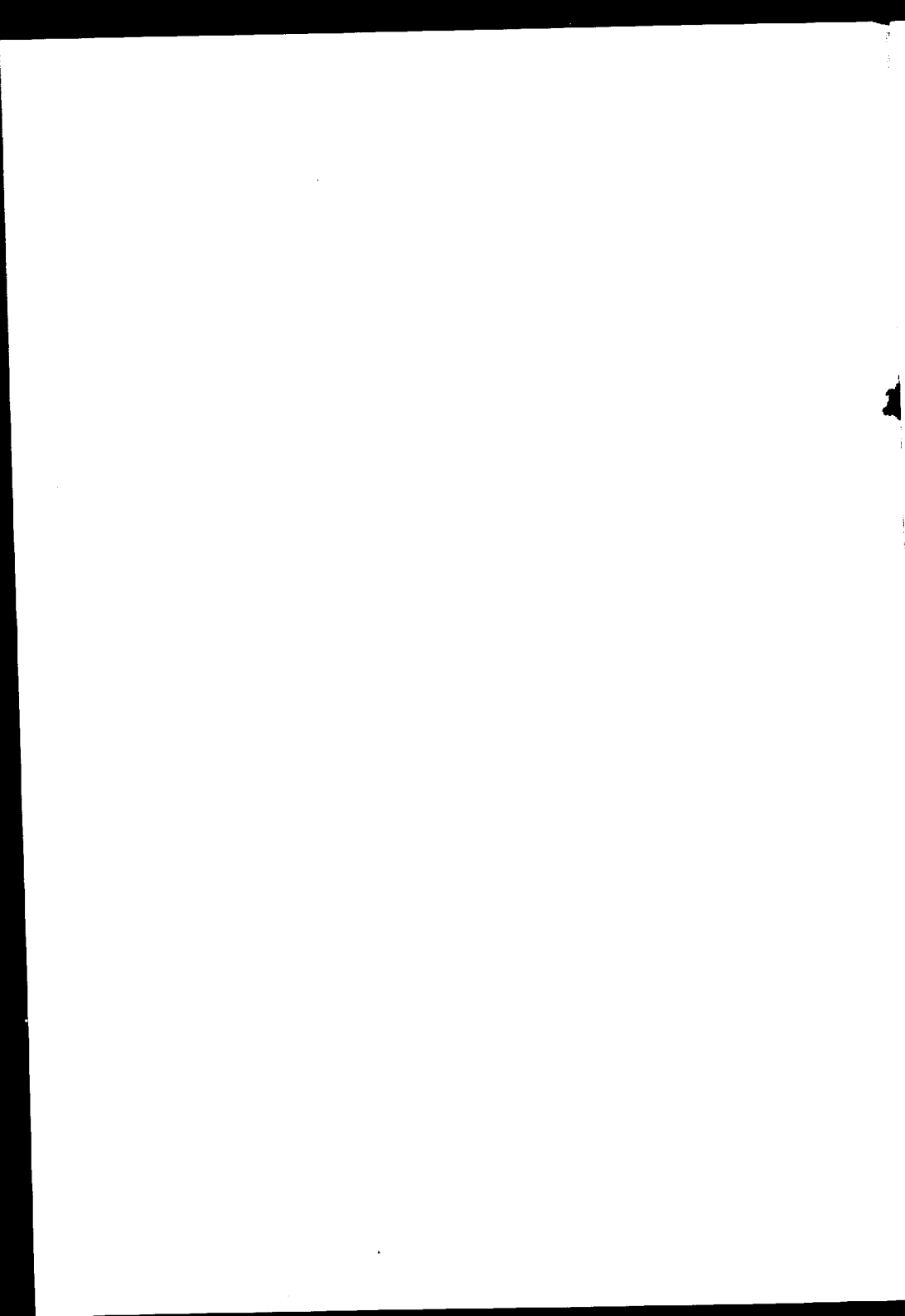
VON

LUDWIG GUMMERT

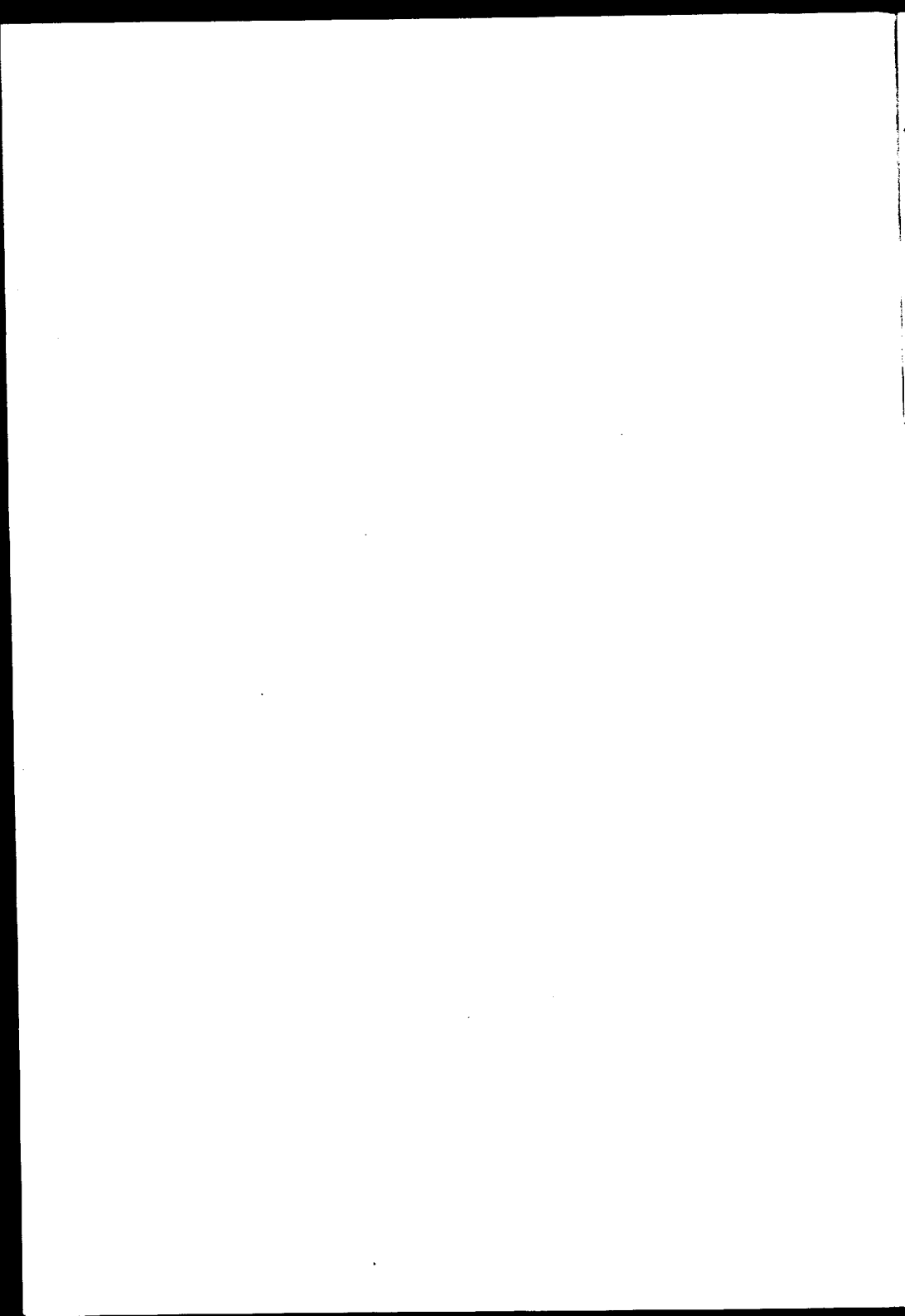
APPROB. ARZT AUS HATTINGEN IN WESTFALEN.



TÜBINGEN 1893
DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.



Meinen hochverehrten Lehrern Herrn Professor Dr. von Säxinger und Herrn Privatdozent Dr. Winternitz gestatte ich mir für die mancherlei Anregungen bei Abfassung dieser Arbeit, ergebensten Dank zu sagen.



Der Sectio Caesarea hat man stets das allseitigste Interesse entgegengebracht, da es eine der Operationen ist, deren Indikation und Prognose für den praktischen Arzt die gleiche Bedeutung und Wichtigkeit hat, wie für den Operateur vom Fach.

Hierin liegt mit ein Grund für die Reichhaltigkeit der Kaiserschnittslitteratur und eben darin findet es seine Rechtfertigung, jede Erfahrung auf diesem Gebiete zu veröffentlichen.

In der Tübinger Frauenklinik wurden in den Jahren 1889—91 vier Frauen durch den Kaiserschnitt entbunden; ich habe mir davon zwei Fälle zur Veröffentlichung erbeten, die mir besonders geeignet schienen, einige noch diskutabele Kaiserschnittsfragen zu erörtern.

Die Geschichte der Fälle ist folgende:

I. Fall.

Ehefrau C. M., 39 Jahre alt, kam am 14. Mai 1889 in die Klinik mit dem Wunsche, die künstliche Frühgeburt bei sich einleiten zu lassen. Zwei Jahre vorher hatte der Arzt das lebende (?) Kind perforiert. Es war damals ein enges Becken konstatiert und ihr der Rat erteilt, falls sie wieder schwanger werde, nicht zu versäumen, zur Zeit die Frühgeburt einleiten zu lassen.

Letzte Periode vor 32 Wochen. Die Frau ist gut genährt, mittelgross, kräftig. Wann sie das Gehen gelernt hat, weiss sie nicht. Irgendwelche Zeichen einer überstandenen Rhachitis nicht vorhanden. Der Fundus steht 3 Querfinger unterhalb des Process. xiph.. Kopf, von ziemlicher Grösse, liegt etwas nach links abgewichen vor. Steiss rechts im Fundus. Links kleine Teile. Rechts unter dem Nabel kräftige Herztöne. II. Schädellage mit nach links abgewichenem Kopf.

Äussere Beckenmasse:

Die Entfernung der Spin. ant. sup. oss. il.	22,5	cm.
» » » Crist.	26,5	»
» » » Troch.	30,5	»

Der äussere gerade Durchmesser	18,0 cm.
Die Beckenperipherie	79,0 »
Grösste Bauchperipherie	92,0 »

Innere Untersuchung: Vaginalportion steht median, ihre Länge 2,5 cm. Aeusserer Mm. geschlossen. Von der vorderen Muttermundlippe ist nur noch ein kleiner Teil in Form von narbigen Strängen übrig, welche sich nach rechts und links weit ins Scheidengewölbe fortsetzen. Die Linea innominata, welche auffallend flach erscheint, lässt sich bequem abtasten. Das Promontorium springt stark vor. Das Kreuzbein anfangs nach hinten gerichtet, biegt im unteren Ende fast rechtwinklig um. An der Hinterfläche der Symphyse eine 3—5 mm dicke leistenförmige Exostose. Conjugata diagonalis 10,5 cm. Die C. vera wird mit Berücksichtigung der Exostose auf 8,5 cm. geschätzt.

Stellen wir das Ergebnis der äusseren und inneren Untersuchung zusammen, so resultiert daraus, dass das Becken im Eingang in allen seinen Durchmessern verengt ist.

Die künstliche Frühgeburt, welche hierauf eingeleitet wurde, gelang nicht. 5 Tage lang mühte man sich ab. Zehn Scheidendouchen nach Kiwisch wurden während dieser Zeit appliciert, dreimal je 1 und 2 Laminaria-Stifte eingelegt, ferner zweimal ein Bougie zwischen Eihäute und Endometrium eingeführt — alles das machte nur wenige kurze und schwache Wehen und erweiterte den Muttermund so weit, dass man kaum den Zeigefinger einführen konnte. Auf den Eihautstich verzichteten wir, wegen der mancherlei Gefahren, welche diese Methode namentlich bei engem Becken und nicht verstrichenem Muttermund mit sich bringt.

Der Frau wird vielmehr der Rat gegeben, in der Klinik das Ende der Schwangerschaft abzuwarten. Aber trotz eindringlicher Ermahnung unter Hinweis auf die gefahrbringenden Komplikationen, welche eintreten können, wenn sie sich der ständigen Beobachtung entzieht, folgt die Frau diesem Rate nicht. Man muss sich damit begnügen, sie anzuweisen, sofort in die Klinik zurückzukehren, falls Wehen eintreten sollten oder Fruchtwasser abginge. Um Tübingen zu erreichen, hat die Frau von ihrer Heimat bis zur nächsten Eisenbahnstation 2 Wegestunden zurückzulegen, dazu noch 1 Stunde lang Eisenbahnfahrt.

Drei Wochen nach den oben geschilderten Misserfolgen, am 10. Juni, stellt sich die Frau in der Klinik ein. Seit gestern Mittag, erzählt sie, sind Wehen eingetreten, die in der Nacht häufiger

und stärker geworden sind. Fruchtwässer sind nicht abgegangen.

Der äusseren Untersuchung präsentiert sich das Kind in II. Querlage. Der Uterus ist fest um die Frucht kontrahiert. Herztöne sind rechts am Nabel deutlich und regelmässig zu hören.

Die innere Untersuchung ergibt; Vaginalteil nicht mehr vorhanden. Der Muttermund lässt die Spitze des Zeigefingers eben einlegen. Vorne bildet den Muttermund ein narbiger, undehnbarer, derber Saum, der sich nach links und rechts in breite, weit ins Scheidengewölbe hineinragende, feste Narbenstränge fortsetzt. Als vorliegender Teil ist eine Schulter zu fühlen, — nach links der Ellbogen des dazu gehörigen Armes — unbeweglich tief im Beckenausgang stehend. Die Blase ist erhalten.

Man denkt zunächst daran, die Frau auf dem natürlichen Wege zu entbinden und versucht nach den Wigan'dschen Vorschriften durch äussere Handgriffe eine Kopflage zu machen. Der Uterus bleibt jedoch ständig so fest um die Frucht kontrahiert, dass der Kopf bei wiederholten Versuchen auch nicht im geringsten vom Platze zu verdrängen ist.

Nach dieser vergeblichen Arbeit versucht man durch ausgiebige Kiwisch'sche Scheidendouchen die oben beschriebene feste Narbe zu erweichen, um dann bei erweitertem Muttermund die Wendung zu machen und so die Geburt zu vollenden.

Am Abend und in der Nacht lassen die Wehen nach und hören am Morgen ganz auf. Innerlich noch der gleiche Befund, wie bei der Aufnahme. Herztöne des Kindes unverändert gut. Die Frau befindet sich wohl. Am Morgen dieses Tages gehen die Fruchtwässer ohne Wehen ab. Mittags zeigen sich wieder Wehen, die am Nachmittage häufiger werden, bis in der Nacht eine regelmässige, ziemlich starke Wehentätigkeit sich einstellt. Die Kiwisch'schen Scheidendouchen werden weiter gemacht, aber Wehentätigkeit und Scheidendouchen lassen den Muttermund unverändert. Auch im übrigen Befund keine Veränderung. Nur empfindet die Frau die Wehen sehr schmerzhaft. Temperatur 37,6 Morgens -- 37,5 Mittags (Rectum).

Nachdem man so ein weiteres Kreissen als zwecklos erkannt hatte und auch die Gefahren wohl überlegte, welche ein solches für Mutter und Kind mit sich bringt, kam man zu dem Schluss, dass eine Entbindung nunmehr geboten sei.

Fast drei Tage lang hat die Frau kräftige Wehen gehabt, seit einem Tage sind die Fruchtwässer abgegangen, der Uterus ist fest

um die querliegende Frucht kontrahiert, der Muttermund straff und unnachgiebig, nur so weit, dass die Spitze des Zeigefingers eingelegt werden kann. Wohl unwillkürlich drängt sich die Ueberlegung auf, was Wehen und Scheidendouchen nicht vermochten, wird doch ein Accouchement forcé zu Stande bringen. Wir denken daran, die Gefahren jedoch, welche ein Accouchement forcé im allgemeinen und insonderheit in unserem Falle bei der breiten, langen Narbe mit sich bringt, lässt uns davon absteheu. Dazu kommt noch der dringend ausgesprochene Wunsch der Mutter, ein lebendes Kind zu erhalten. Mit diesem Wunsche haben wir auch im Beginn des Kreissens gerechnet, und damals hätten wir bei schneller Erweiterung des Muttermundes selbst bei dieser Beckenenge noch hoffen dürfen, ein lebendes Kind zu extrahieren, jetzt aber, nachdem die Frau drei Tage lang gekreisst hat, vor einem Tage die Fruchtwässer abgeflossen sind, würde eine Wendung, wenn nicht unmöglich, jedenfalls doch so erschwert gewesen sein, dass wir bei diesem Becken auf ein lebendes Kind hätten verzichten müssen. Man entschloss sich deshalb um so eher zum Kaiserschnitt, als der Zustand der Mutter eine günstige Prognose zu stellen vollauf berechnigte. Trotz drei Tage anhaltender Wehen und abgeflossenen Fruchtwässern war das Befinden der Frau ein gutes, es war weder Temperatursteigerung, noch irgend ein verdächtiger Ausfluss vorhanden, der Puls stets regelmässig und kräftig. Aus eben diesen Gründen schlossen wir auch eine Porro'sche Operation von vornherein aus.

13. VI. Nachmittags 2 Uhr Vornahme der Operation.

Die Kreissende wird klystiert, katherisiert, gebadet und frisch gekleidet. Die Scheide wird mit $\frac{1}{2}$ ‰ Sublimatlösung gespült. Opiumstärkeklystier. Ca. $\frac{1}{4}$ Stunde a. op. 1 Esslöffel einer 2 ‰ Secale-Lösung. Sterilisation sämtlicher Rösche, Handtücher, Bürsten und Verbandstoffe im Lautenschläger'schen Dampfapparat — Sterilisation der Instrumente in 1 ‰ Sodalösung im Schimmelbusch'schen Apparat. Narkose kombiniert Aether-Chloroform aa.

Operation: Desinfektion der Bauchdecken. Ca. 20 cm langer Bauchschnitt. Der Uterus wird aus der Bauchhöhle hinausgewälzt. In die obere Bauchwunde kommen 4 provisorische Seidenligaturen. Umlegen eines Gummischlauches um den Uterus unterhalb des vorliegenden Teiles, der vor der Hand nur lose mit der Walcher'schen Klemme gefasst wird. Einschneiden des Uterusmuskels in der Mitte, Erweiterung des Schnittes mit dem Finger nach oben.

Kind wird am Fuss herausgezogen. Abnabelung. Der sich gut kontrahierende Uterus stösst die Placenta spontan aus. — 2 Secaleinjektionen. Festziehen des Schlauches. Toilette des Endometrium mit ausgedrückten Sublimatschwämmen. Die Uteruswunde wird mit 16 Seidennähten so vereinigt, dass Endometrium und Peritoneum nicht mitgefasst wird. Vereinigung der Peritonealränder mit 18 Katgutfäden. Die nach Extraktion des Kindes festangelegte Ligatur wird jetzt langsam gelöst. Uterus kontrahiert sich gut. Aus Stichkanälen geringe Blutung, welche nur wenige Umstechungen nötig macht. Die Bauchdecken werden mit 35 teils tiefen — Haut, Muskulatur, Peritoneum — teils oberflächlichen — Haut, Muskulatur — Seidenligaturen geschlossen. Auf die Wunde Glaswolle, Wattepolster. Umlegen einer breiten wollenen Binde.

Die Operation dauerte 55 Minuten.

Das Kind, etwas asphyktisch, wird bald durch die gewöhnlichen Manipulationen zum Schreien veranlasst und ist ein ausgeprägter lebensfrischer Knabe.

Die Gegend der rechten Schulter bildet eine über faustgrosse Geschwulst, welche sich auf den Thorax fortsetzt. Der ganze rechte Arm ist hoch angeschwollen. Die Difformität ist so eigenartig, dass man auf den ersten Blick an eine Missbildung dachte. Bei näherer Untersuchung zeigte sich folgendes merkwürdige Bild: Der Thorax ist der Form des Beckeneingangs entsprechend geformt. Am Hals in der Achselhöhle sind ringförmige Drucknarben zu sehen, welche vom Promontorium und der Linea innominata herühren. Der Abdruck letzterer Linie stellt einen dunkelroten, blutunterlaufenen Streifen dar, welcher in der Höhe der rechten Klavikel beginnt, etwas oberhalb der Brustwarze vorbei unter dem Arm nach hinten, über die Scapula wieder nach oben zum Ausgangspunkt zurück verläuft. Die beiden Stellen, welche dem Promontorium und der Symphyse entsprechen, sind besonders deutlich zu erkennen. Vor diesem Ring befindet sich die tumorartige rechte Schulter. Diese Anschwellung ist wohl ähnlich einer Kopfgeschwulst entstanden.

Masse des Kindes:

Vorderer Querdurchmesser	8,5 cm.
Hinterer »	9,8 »
Gerader Durchmesser	11,6 »
Schräger »	13,0 »
Peripherie des geraden Durchmessers .	34,5 »

Brustumfang	32,0 cm.
Länge des Kindes	52,0 »
Gewicht » »	3570 gr.

Die Operierte fühlt sich im Verlauf des Nachmittags und Abends nach der Operation wohl.

Temperatur im Rectum 37,4° — 90 regelmässige und kräftige Pulse. Der Leib ist weich, keine Schmerzen, weder spontan noch auf Druck. Kein Erbrechen, häufige Nachwehen.

Im Verlauf der Nacht, die der Operation folgte, treten Schmerzen im Bauch auf, der Leib bleibt jedoch weich. Der Puls wird schwächer und frequenter. Morgens 3 Uhr Kollaps. Uterus gut kontrahiert. Aus der Scheide nur wenige Tropfen Blut. Nach einigen Kampherinjektionen erholt sich die Frau wieder etwas, jedoch nur auf kurze Zeit. Zeichen einer innern Blutung nicht vorhanden. Puls jagend, kaum zu zählen. Temperatur 36,5. Die Frau verbleibt in dem kollapsartigen Zustand, bis 11,30^h a. m. der Exitus letalis erfolgt.

Sektion 6 Stunden p. m. — Herr Professor Baumgarten. Den Befund gebe ich auszugsweise wieder. Die Bauchwunde zeigt nach Entfernung der Nähte keinerlei Belag oder Infiltration. Die nur wenig aufgetriebenen Därme liegen schlaff in der Bauchhöhle. In derselben ca. 140 cbc chokoladenfarbiger Flüssigkeit — Eiterkörperchen enthaltend. Die Serosa der Dünndärme zeigt kleine entzündlichen Injektionen. Einige Darmschlingen sind leicht mit einander verklebt, ebenso das Colon transversum und etwas Netz mit dem Uterus. Die Uterusnaht zeigt keine Spur von eitrigem Belag. Die Wunde ist so fest verklebt, dass dieselbe nach Entfernung der Nähte nur unter Anwendung ziemlicher Gewalt auseinandergerissen werden kann. Das Endometrium ist vollständig frei von fibrinösen oder eitrigem Auflagerungen.

Am unteren Uterussegment, der Stelle entsprechend, wo die eingekeilte Schulter den Uterusmuskel an das Promontorium gepresst hatte, befindet sich eine ca. wallnussgrosse gangränöse Druckstelle. Von hier ausgehend zieht sich ein purulentes Oedem nach oben bis in das linke Parametrium fort, um sich gegen die linke Beckenwand hin zu verlieren.

Lungenbefund normal. Herz, etwas gross, zeigt keine Anomalien. Milz mässig geschwellt, schlaff, nicht vergrössert, normale Schnittflächen. Die mikroskopische Untersuchung findet in dem oben beschriebenen nekrotischen Gewebe, desgleichen im Endome-

trium und tiefer im Uterusmuskel selbst zahlreiche Staphylokokken und Streptokokken.

Fall II

betrifft eine 35 Jahre alte, 136 cm grosse, geistesschwache, kretinische Schwangere Maria H., die am 26. Juni 1891 in die Klinik aufgenommen wurde. Die Anamnese ist eine sehr spärliche und unzuverlässliche. Die Person war bei einem Bauern im Dienst und schlief mit dem Knecht in einer Kammer, der des öfteren die Cohabitation bei ihr auführte, ohne dass sich die H. bewusst gewesen wäre, welche Folgen eine Cohabitation haben kann. In der Schwangerschaft bisher keine Beschwerden. Letzte Periode Ende Januar. Der Aufnahmezustand konstatiert als Ueberreste einer überstandenen Rhachitis Verkrümmungen an den Ober- und Unterschenkeln, ebenso an den Schlüsselbeinen. Ferner ist ein deutlicher rhachitischer Rosenkranz vorhanden und eine leichte Dextroskoliose der Lendenwirbelsäule.

Abdomen längsovoid. Fundus uteri handbreit unter dem Proc. xiph. Der Kopf liegt beweglich über dem Beckeneingang vor. Rücken und Herztöne rechts.

Masse des Beckens:

Entfernung der Sp. ant. sup. oss. il.	23,4 cm.
» » Cr. oss. il.	26,8 »
» » Trochanteren	28,0 »
Conjugata externa	17,4 »
Peripherie des Beckens	80,0 »

Bei der inneren Untersuchung lässt sich das ganze Becken bequem abtasten. Das Promontorium ist leicht zu erreichen, es springt stark ins Becken hinein. Die Conjugata diagonalis beträgt 8,9 cm. Die Conjugata vera wird auf 7 cm. geschätzt. An der Hinterfläche der Symphyse eine leistenförmige Exostose. Die Konkavität des Kreuzbeins von rechts nach links ist aufgehoben und durch das Hervortreten der Kreuzbeinwirbelkörper konvex geworden. Der zweite Kreuzbeinwirbel ist zwischen dem ersten und dritten so hineingepresst und zusammengedrückt, dass zwischen diesen eine fingerbreite Lücke entsteht. Das untere Ende des Kreuzbeins ist hackenförmig umgebogen. Der untere Rand des Dornfortsatzes des letzten Lendenwirbels steht fast in einer Linie mit den Spin. post. sup. oss. il. .

Aus diesem Becken leitete man die Indikation zur Einleitung

der künstlichen Frühgeburt ab, welche jedoch nicht gelang. Man beschloss deshalb das Ende der Schwangerschaft abzuwarten, um dann den Kaiserschnitt vorzunehmen.

Am 19. Oktober nun ging Abends ohne Wehen das Fruchtwasser ab. — Letzte Periode Ende Januar. — Der Status war folgender: Starker Hängebauch. Kopf steht hoch über dem Beckeneingang nach links abgewichen auf der linken Darmbeinschaukel. Rücken liegt nach hinten. Herztöne gut.

20. Oktober. Keine Wehen. Es geht anhaltend Fruchtwasser ab.

21. Oktober. In der Nacht treten rasch auf einander folgende, kräftige, scheinbar sehr schmerzhaftige Wehen ein, die auch im Laufe des Vormittags fort dauern. Cervikalkanal für einen Finger durchgängig. Es geht immer noch Fruchtwasser ab. Herztöne gut. Temperatur 37,1 — Puls 80.

Es wird beschlossen, Nachmittags den Kaiserschnitt zu machen und zwar nach alter klassischer Methode mit Uterusnaht. Die Kastration soll gleich angeschlossen werden.

Mittags $\frac{1}{24}$ Uhr Operation, welche nach den gleichen Vorbereitungen und mit derselben Technik, wie oben, vorgenommen wird; nur mit dem Unterschied, dass bei der Vereinigung der Uteruswunde die Decidua stets mitgefasst wird. Die Kastration erfolgt in der üblichen Weise. Die Operation verlief ohne jede Störung; vor allem trat nur eine geringe Blutung ein, da der Uterus sich vorzüglich kontrahierte.

Das Kind, ein kräftiger Knabe, schrie sofort. Länge des Kindes 54,0 cm. — Gewicht 3870 Gramm. Der Wochenbettsverlauf ist aus folgender Temperatortabelle zu beurteilen:

Datum	Morgens	Abends
22. Oktober	38,0	37,7
23. »	37,1	37,5
24. »	37,2	37,3
25. »	36,8	37,5
26. »	36,5	37,2
27. »	36,8	38,1
28. »	37,3	37,7
29. »	36,9	37,5
30. »	37,1	37,5
31. »	37,6	37,7

Flatus gingen vom ersten Tag leicht ab, am vierten Tage trat

spontan ohne Beschwerden der erste Stuhlgang ein. Entfernung der Nähte am 10. Tage. Glatte trockene Narbe.

Die Untersuchung der Operierten fünf Wochen p. o. ergab folgendes Resultat:

Die Wunde ist schön vernarbt. Keine Sekretion von Lochien mehr. Der Cervix ist vollständig geschlossen. Der Uterus ist gut involviert, hart, ca. apfelgross, unempfindlich und frei beweglich. Parametrien frei und schmerzlos.

Die Prognose des Kaiserschnitts ist abhängig 1) von der Wahl des richtigen Zeitpunkts zur Operation, 2) von der Beherrschung der operativen Technik und den äusseren Verhältnissen, unter denen die Operation ausgeführt wird.

Gewisse Bedingungen müssen erfüllt sein, um eine gute Prognose stellen zu können. Die zu Operierende hat in einem solchen Zustande zur Operation zu kommen, der jede Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens ausschliesst. Hierzu gehört alles, was eine Infektionsgefahr in sich birgt. Ist die Frau viel untersucht worden, vielleicht noch von unzuverlässiger Hand, sind bereits entbindende Operationen versucht worden, ist das Fruchtwasser längere Zeit abgeflossen oder hat die Frau lange Zeit intensive Wehen gehabt, so ist die Prognose mehr oder weniger getrübt, weil diese Momente geeignet sind, eine Endometritis herbeizuführen, die Frau zu erschöpfen und Infektionsquellen zu schaffen.

Leider ist man gerade beim konservativen Kaiserschnitt nicht immer in der Lage, sich den Zeitpunkt zur Operation wählen zu können. Oft kommen die Frauen erst nach langem Kreissen und nachdem viele fruchtlose Entbindungsversuche bei ihnen gemacht worden sind, zum Operateur. In solchen Fällen ist der Kaiserschnitt aber auch als ein Wagnis zu betrachten, der für das Kind eine schlechte, für die Mutter die schlechteste Prognose abgibt. Zweifelsohne bestehen in diesen Fällen die Perforation des lebenden Kindes und die zerstückelnden Operationen zu Recht.

Wie ernst ein längeres Kreissen aufzufassen ist, zeigt uns der zuerst beschriebene Fall. Die Frau hatte drei Tage lang kräftige Wehen gehabt bei abgeflossenen Fruchtwässern. Besondere Schmerzen hatte die Frau nie gehabt. Ausserhalb der Klinik war keine Untersuchung vorgenommen, innerhalb derselben nur von geschultem



Personal. Das subjektive Wohlbefinden war nicht sonderlich gestört, keine Temperatursteigerung, keine Pulsanomalie, kein verdächtiger Ausfluss; und doch erlag die Frau einer septischen Infektion, die zweifelsohne nach dem anatomischen Präparat von einer Druckstelle des Uterus ans Promontorium ausgegangen war.

Nach Schröder operiert man »am besten am Ende der Eröffnungsperiode«, d. h. also dann, wenn der Muttermund vollständig erweitert und die Blase sprungfertig ist. Wenn eine kurze Zeit dauernde Wehenthätigkeit die Geburt so weit bringt, ist gegen diesen Satz nichts einzuwenden. Verzögert sich jedoch bei kräftiger Wehenthätigkeit die Eröffnung des Muttermundes, fließt dazu das Fruchtwasser, wie häufig bei engem Becken, frühzeitig ab, so ist die Erweiterung nicht abzuwarten. Zu fordern ist nur eine regelmässige, kräftige Wehenthätigkeit. In unserem zweiten Falle wäre das Abwarten des Endes der Eröffnungsperiode sicher nicht ratsam gewesen, da ein längeres Kreissen alle die oben erwähnten Gefahren im Gefolge gehabt hätte.

Als lebensbedrohlich wird bei zu frühem Operieren die Nachblutung ex atonia uteri gefürchtet. Dass man bei regelmässiger kräftiger Wehenthätigkeit diese Gefahr nicht zu fürchten hat, beweist unser zweiter Fall, wo selbst nach verhältnismässig kurzem Kreissen sich der Uterus gut kontrahierte.

Die Prognose des Kaiserschnitts ist zweitens abhängig von der Beherrschung der operativen Technik und den äusseren Verhältnissen, unter denen die Operation ausgeführt wird; ich begreife hierunter sowohl das Operierenkönnen überhaupt, als auch die Möglichkeit antiseptisch und aseptisch zu operieren. Wie selbstverständlich dies auch ist, so ist es doch nicht unnötig, gerade beim Kaiserschnitt hierauf hinzuweisen, da die Indikationsstellung zur Operation hierdurch wesentlich beeinflusst wird. Nach Saenger ist »der Kaiserschnitt heutzutage nichts ausserordentliches mehr, und jeder Geburtshilfe betreibende Arzt muss ihn ausführen können, so gut wie eine Zangenentbindung und mindestens ebensogut wie eine Kraniotomie.« Die Bedingungen, unter denen ein Arzt in der Praxis operiert, sind niemals denen einer Klinik gleichzustellen; deshalb wäre es unrichtig, den Kaiserschnitt nun ebenso wie eine Entbindung mit der Zange, als eine Operation der Praxis aufzufassen. Gewiss kann der Land- oder auch Stadtarzt in die Lage kommen, einen Kaiserschnitt ausführen zu müssen; das darf sich aber nur auf die Fälle ausdehnen, wo bessere Bedingungen für die

Operation nicht zu schaffen sind und der Kaiserschnitt weiter das einzigste Entbindungsverfahren darstellt. Jedenfalls dürfen die günstigen Erfolge der Kliniken den praktischen Arzt nicht veranlassen, nun auch für seine Person die Indikationen des Kaiserschnitts zu erweitern.

In welcher Weise nun die Operation ausgeführt, welches Nahtmaterial und welche Nahtmethode man wählt, erscheint mir für die Prognose von untergeordneter Bedeutung, wenn nur mit sterilem Material und exakt genäht wird. Wir haben in beiden Fällen mit Seide genäht. Bedenken wir jedoch, wie im ersten Fall die Uteruswunde nach kaum 24 Stunden so fest bereits verklebt war, dass eine ziemliche Kraftanstrengung dazu gehörte, um die Wundflächen zu trennen, so scheint die Gefahr der frühen Resorption nicht gerade gross zu sein. Bei der Frage der Prognose spielt jedenfalls das Nahtmaterial keine Rolle; Thatsache ist, dass die Operateure, welche mit Catgut nähen, keine schlechteren Resultate haben, als diejenigen, welche die Seide als Einheitsmaterial betrachten. Mehr Bedeutung für die Prognose hat vielleicht die Methode der Uterusnaht. Eine Unzahl von Vorschlägen sind in dieser Beziehung gemacht worden. Zur Zeit kommen wohl nur noch in Betracht:

- die doppelreihige Knopfnah — Saenger —
- die Etagenah — Schroeder —
- die fortlaufende Nah — J. Veit —
- die einfache Uterusnah — Fritsch —.

Die Nah ist jedenfalls a priori die günstigste, welche am einfachsten und schnellsten ausgeführt werden kann, und das ist die Nah nach Fritsch, die auch wir im zweiten Falle angewandt haben. Ist jedoch irgendwie Verdacht auf eine Endometritis vorhanden, oder eine solche zu befürchten, so thut man besser, das Endometrium nicht mitzufassen. Der Hauptwert ist aber bei der Nah auf die exakte Vereinigung zu legen; geschieht das, dann wird jede Nahtmethode günstige Erfolge erzielen.

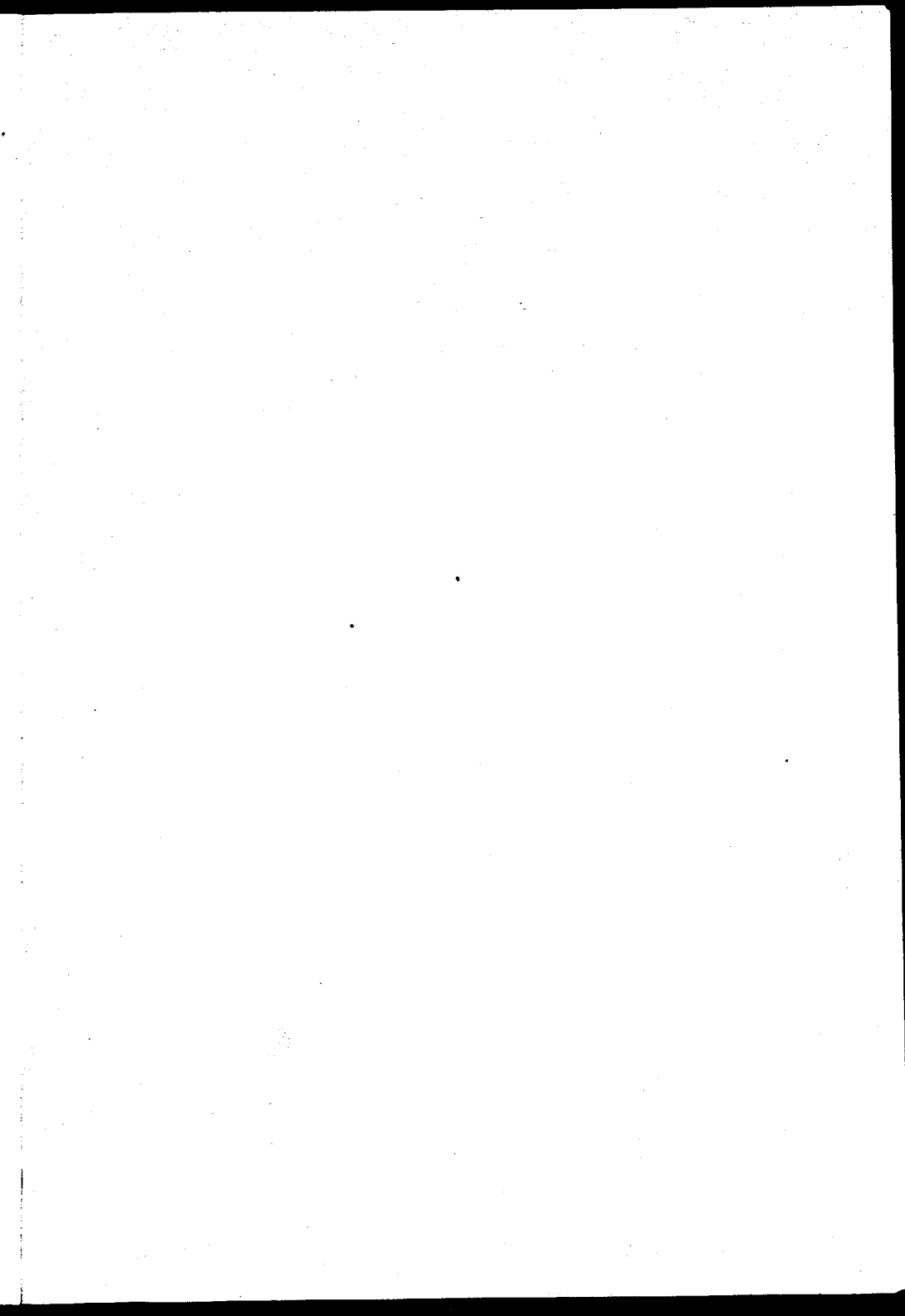
Auch das Umlegen des Schlauches um das untere Uterinsegment spielt bei der Prognosenstellung jedenfalls nur eine unbedeutende Rolle. Wir haben in allen Fällen die Schlauchligatur angewandt und keine übeln Folgen beobachtet. Der Uterus kontrahierte sich stets gut und schnell, eine atonische Nachblutung trat nicht ein. Allerdings haben wir Wert darauf gelegt, die Ligatur nur während der Dauer der Nah festzulegen; denn es ist den Gegnern der Li-

gatur wohl zuzugeben, dass eine lange Zeit andauernde Blutleere die Kontraktionsfähigkeit des Uterus herabzusetzen im stande ist. Andererseits bietet aber der Fortfall der Blutung, ganz abgesehen von der nicht gleichgültigen Blutersparnis, den grossen Vorteil, die Uterusnaht schneller und exakter zu machen, weshalb wir auf die Ligatur nicht verzichteten.

Sind die Vorbedingungen, welche wir oben aufgestellt haben, erfüllt, hat der Operateur die Möglichkeit, den Zeitpunkt für die Operation zu bestimmen, und wird dann unter Verhältnissen operiert, welche die peinliche Durchführung der Asepsis und Antisepsis garantieren, so sind wir berechtigt, beim Kaiserschnitt dieselben günstigen Prognosen zu stellen, wie bei einer mittelschweren Ovariectomie. Die künstliche Frühgeburt wird deshalb immer grössere Einschränkung erfahren dürfen, da die Prognose für die Kinder, für ihre normale gedeihliche Entwicklung keine sehr glänzende ist (Zweifel), die Perforation des lebenden Kindes andererseits aber auf alle die Fälle auszudehnen sein, wo das Fehlen obiger Postulate die Prognose des Kaiserschnitts mehr oder weniger trübt.

16720





2063