



V 1918 2373

Acad.



Ueber die Behandlung der Geburt bei Atresie
der Vagina.

Von

Dr. Leonhard Kessler, Docent in Dorpat.

(Separat-Abdr. aus Berliner klin. Wochenschr., 1887, No. 29.)



1103

Ueber die Behandlung der Geburt bei Atresie der Vagina.

Von

Dr. **Leonhard Kessler**, Doцент in Dorpat.

Vollständiger Scheidenverschluss bildet eine der verhängnissvollsten Complicationen bei der Geburt¹⁾. Der relativen Seltenheit ihres Vorkommens mag sie es wohl zu danken haben, dass sie vor, anderen peinlichen geburtshülflichen Situationen für den behandelnden Arzt als besonders missliches noch das voraus hat, dass einigermassen feststehende, klare Principien, oder allgemein anerkannte Regeln, die ihm als Richtschnur seines Handelns dienen könnten — falls solche überhaupt möglich — bis jetzt jedenfalls noch nicht erzielt sind²⁾. Aber nicht nur dies — es kann bei dieser Anomalie im einzelnen Falle die Sachlage sogar eine so schwer zu beurtheilende sein, dass auch ein auf diesem Gebiete Berufenster nicht im Stande ist, die Indicationen für das Vorgehen richtig zu stellen: hatte doch selbst Spiegelberg einen solchen Fall zu verzeichnen, in welchem er die von ihm eingeschlagene Behandlung später als falsch erkennen musste — und nach seinen eigenen Worten — „tief bereute“³⁾.

Von den zumeist verbreiteten Lehrbüchern der Geburtshülfe wird der Scheidenverschluss als Geburtshinderniss nur in dem-

1) Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshülfe, 2. Aufl., 1882, S. 464.

2) Auch Benicke, Ueber Geburtsstörungen durch die weichen Geburtswege — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, II., S. 232 — betont, dass der Entschluss über die in dergleichen Fällen einzuschlagende Therapie ein viel schwierigerer ist, als wenn man es mit Fällen von Beckengezange zu thun hat.

3) l. c. S. 465.

jenigen Spiegelberg's erwähnt und hier auch eingehender besprochen. Die Ausführung des von ihm für die schwereren Fälle empfohlenen Verfahrens hat, soweit bisher bekannt geworden, stets nur die traurigsten Resultate ergeben. Unter diesen Verhältnissen dürfte eine Erörterung dieses Gegenstandes und die Mittheilung eines glücklich operirten Falles gestattet erscheinen.

Die geburtshülfliche Bedeutung des Scheidenverschlusses, die Tragweite und Höhe der Gefahr, welche er für Mutter und Kind herbeiführen kann, würde man unterschätzen, wenn man diese einfach nach dem statistischen Mittel oder Durchschnitt aus den glücklichen oder unglücklichen Ausgängen sämmtlicher als „Scheidenverschluss als Geburtshinderniss“, „Atresia vaginae während der Geburt“ oder unter ähnlichen gleichbedeutenden Titeln in der Literatur vorfindlichen Fälle beurtheilen wollte. Aus diesen müssen vielmehr als klinisch ebenso wenig wie sprachlich hierhergehörig alle diejenigen ausgeschieden werden, in denen es sich, genau genommen, nur um eine wenn auch noch so hochgradige Verengerung, nicht um wirklich vollständige Oclusion handelt, i. e. in denen sich in der die Vagina verlegenden Narbenmasse doch noch irgend welche, wenn auch kleinste Oeffnung fand¹⁾.

1) So z. B. folgende im Centralblatt für Gynäkologie referirte Fälle (die Originale sind mir zum Theil nicht zugänglich): Centralblatt 1883, S. 820: E. Cross, „Fall von Verschluss der Scheide, complicirt mit Schwangerschaft“ (aus Amer. Journ. of obstetr. 1883): „Das Östium vulvae war durch Narbenmasse vollständig verschlossen, nur eine sehr feine Oeffnung zeigt sich unterhalb der Harnröhrenmündung.“ Ferner: Centralblatt 1877, S. 96: Spire, Obliteration der Scheide bei der Geburt beobachtet (Arch. de Tocologie 1877): „die kleinen Labien durch eine Membran zusammenhängend, die in der Mitte nur ein kleines Loch als Aditus vaginae zeigt.“ — Wie hier Obliteration, so findet sich in derselben zuletzt citirten No. des Centralblattes (1877, S. 104) auch die Bezeichnung Atresia der Bedeutung des Wortes zuwider gebraucht; da ἀπρητος nur die Bedeutung „undurchbohrt“ hat, so enthält der an letzterer Stelle angegebene Untersuchungsbefund: „Atresia vaginae mit minimaler Oeffnung“ — eine contradictio in adjecto. — Es wäre nicht der Mühe werth, über die soeben gerügten sprachliche Incorrectheit auch nur ein Wort zu verlieren, wenn nicht in praktischer Hinsicht die Fälle von blosser Verengerung der Vag. — und zwar sowohl bei Schwangeren und Gebärenden, als auch bei Nichtschwangeren — sich ganz anders verhielten und beurtheilten, als diejenigen mit vollständigem Fehlen des Lumens, — in wiefern? wird unten sich von selbst ergeben; durch das sprachliche

Die Betrachtung der übrig bleibenden, hier ausschliesslich ins Auge zu fassenden Fälle von wirklich vollständiger Undurchgängigkeit der Vagina scheint vom klinischen Standpunkte aus — je nach dem Sitz und der Ausdehnung der Verwachsungen — eine Sonderung derselben in 2 Kategorien zu rechtfertigen:

Prognose und Ausgang sind durchweg günstig, die Behandlung sehr einfach bei Verwachsung im unteren Abschnitt der Scheide.

Die Prognose verschlechtert sich, die Behandlung wird schwieriger, die Ausgänge immer verderblicher in demselben Maasse, als die Verwachsung sich von hier aus aufwärts erstreckt, an Breite und Ausdehnung in der Richtung der Vaginalaxe zunimmt, geschweige denn wenn das Vaginalrohr in seiner ganzen Längsausdehnung sein Lumen eingebüsst hat und in eine starre Narbenmasse umgewandelt ist.

Und einen kaum viel günstigeren Verlauf scheint man in denjenigen Fällen zu erwarten zu haben, in welchen die Obliteration zwar räumlich weniger ausgedehnt, ihren Sitz aber im oberen Abschnitt der Vagina hat.

Die im unteren Abschnitt vorkommenden Atresien gehen entweder vom Hymen aus¹⁾, oder liegen dicht hinter demselben²⁾; dabei handelte es sich, nach den bisherigen einschlägigen Mittheilungen, stets nur um dünne, membranöse Bildungen von wenigen Millimetern oder Linien Dicke, und genügten einfache Incisionen, um das Hinderniss zu beseitigen und einen spontanen Geburtsverlauf zu ermöglichen³⁾.

Zusammenwerfen beider Arten von Anomalie wird die Klarheit der prognostisch sehr verschiedenen Bedeutung jeder derselben getrübt. — Auch in neuester Zeit noch findet sich dieser Missbrauch des Terminus: „Atresie“ — siehe z. B. Centralblatt für Gynäkologie 1886, S. 538.

1) So z. B. in dem Falle von Hyernaux, Bull. de l'acad. royale de médecine de Belgique 1882, No. 8 (ref. im Centralblatt für Gynäkologie, VII, 1883, S. 759).

2) Auch vor dem Hymen kann Verwachsung eintreten — cf. Centralblatt für Gynäkologie, I, 1877, S. 96 (Spire, Arch. de Tocol. 1877) —; doch gehören diese Fälle, da der Verschluss ausserhalb der Vagina liegt, nicht in den Bereich unserer Betrachtung.

3) Die älteste derartige Aufzeichnung ist vielleicht die von Kuysch; in seinen Observationum anat.-chirurgic. Centuria, Amstelodami 1691, beschreibt er in der Observatio XXII als etwas bis dahin unerhörtes, wie er bei der betreffenden Gebärenden zunächst membranam hymenem integram, valde crassam et a foetus capite, exitum quaerente, foras extensam ge-

Ganz anders beim hohen Scheidenverschluss; ihm haften alle die Gefahren und schlechten Chancen an, welche Spiegelberg l. c. schildert: „Das Narbengewebe nimmt an der in der Schwangerschaft und Geburt stattfindenden Lockerung nicht Theil; und selbst nach Durchtrennung desselben wird nicht immer Platz genug für den Durchtritt des Kindes geschaffen, weil das Narbengewebe zu weit in die Umgebung sich erstreckt und eine Eröffnung von Nachbarhöhlen, Einschnitte ins Beckenbindegewebe bei völliger Discision nicht zu vermeiden wären. Trotzdem kann man zu dieser tiefen Durchtrennung gezwungen werden, will man es nicht auf Zertrümmerung der Nachbarschaft ankommen lassen. — Dilatation mit stumpfen Instrumenten, mit Quellsstoffen nützt hier wenig, die tieferen Incisionen sind kaum je zu umgehen; wo man trotz derselben Weiterreissen der Schnitte oder zu lange und gefährliche Geburtsverzögerung zu erwarten hat, verkleinere man die Frucht bald. Aber selbst diese eingreifenden Operationen führen bisweilen nicht zu dem erhofften Ziele der Erhaltung der Mutter.“ — Deshalb räth Spiegelberg auf Grund einer mit anderweitiger Behandlung von ihm selbst gemachten traurigen Erfahrung, „da, wo aus Lage der Verhältnisse von vornherein weite Zertrümmerung der Scheide und ihrer Nachbarschaft zu erwarten steht“, sich sofort zum Kaiserschnitt zu entschliessen; „denn die Extraction auch eines verkleinerten Kindes durch den engen, zerschnittenen und zertrümmerten Canal ist einer der für die Mutter schlimmsten Eingriffe“.

Spiegelberg scheint auf die Erkenntniss, die ihn diesen Rath dictirte, Gewicht gelegt zu haben, denn er wahrt sich ausdrücklich die Priorität derselben gegenüber Benicke, welcher gelegentlich eines von ihm beobachteten unglücklichen Geburtsverlaufes bei hochgradiger starrer Stenosis vaginae, gegen diese ebenfalls den Kaiserschnitt als die unter Umständen auch für die Mutter schonendste Operation vorschlägt¹⁾.

In Anwendung gekommen ist dieses Verfahren durch Levy²⁾,

funden, wie nach Spaltung derselben er vergeblich das Erscheinen des Kindes erwartet habe, dieses aber propter alteram membranam praeternaturalem, pone membranam hymenem, vulvam profundius claudentem verhindert und erst nach Durchschneidung auch dieses Hindernisses der Foetus ausgetreten sei — vivus et ejnatibus vires satis robustas prodens.

1) Benicke, l. c., S. 261.

2) Referat seines Falles in Monatsschrift für Geburtskunde, 1863, Bd. XXI, Supplement S. 179.

die Frau starb am 3. Tage; und durch Galabin¹⁾ mit demselben Erfolg.

Nun ist es ja gewiss nicht statthaft, allein auf die beiden ersten ungünstig ausgegangenen Fälle hin schon über eine vorgeschlagene Behandlungsweise ein absprechendes Urtheil zu fällen, falls diese nur rationell ist, und sich nicht schon a priori begründete Einwendungen gegen sie erheben lassen.

Gegen die Sectio caesarea bei Atresie der Vagina jedoch ist bereits vor 20 Jahren von einem Referenten des Levy'schen Falles (l. c.) und neuerdings wieder von Breisky²⁾ ein schwerwiegendes principiellcs Bedenken geltend gemacht worden; mit grossem Recht betont letzterer, dass „in solchen Fällen eine der schlimmsten Indicationen für den Kaiserschnitt vorliegt, weil die Erhaltung der Mutter durch die Behinderung des freien Lochialabflusses im höchsten Grade gefährdet ist“ und seines Wissens noch niemals gelang.

Unter diesem Gesichtspunkt wird man dann aber die letalen Ausgänge nach den Operationen von Levy und Galabin schwerlich mehr als accidentelle auffassen können, sondern als durch die gegebene Situation mit Nothwendigkeit bedingte ansehen müssen³⁾.

Sind es nun die Lochien, welche in diesen Fällen sicheres Verderben bringen, so konnte kein Ausweg näherliegend zugleich und glücklicher erscheinen, als der, durch ein Verfahren, welches die Möglichkeit der Entstehung von Lochien überhaupt coupirt: daher auch Breisky „Porro's kühnen Plan, mit der Sectio caesarea zugleich die Exstirpation der Gebärmutter und ihrer Adnexen zu verbinden“, hier ganz besonders empfiehlt⁴⁾.

1) London obstetr. transactions, XVIII, p. 252.

2) Breisky, Krankheiten der Vagina, 1879, Seite 60.

3) Als ich vor 3 Jahren obiges niederschrieb, war mir, wegen Unzugänglichkeit der Galabin'schen Publication, unbekannt, dass seine Patientin bereits in Agone zur Operation kam. Diese mir seitdem durch die Freundlichkeit des Autors brieflich zugegangene Notiz ändert aber nichts an unserer Auffassung des tödtlichen Ausgangs als unvermeidlichen; das Resultat eines im Beginn der Geburt vorgenommenen Kaiserschnittes würde ganz dasselbe gewesen und ebenso sicher auch bei einer Früh-Operation eingetreten sein.

4) Cfr. auch Breisky, Zur Discussion über Porro's Methode, Archiv f. Gynäkologie, 14, Seite 113, 115.

Oben erwähnter Referent von Levy's Fall fügt der Bemerkung:

Darnach könnte, wenn wir vorläufig die etwaigen sogenannten „moralischen“ Bedenken gegen die Porro'sche Operation bei Seite lassen und nur die rein technische Seite der Behandlung der Geburt bei Scheidenverschluss berücksichtigen, diese Frage zu einem befriedigenden Abschluss gebracht erscheinen. In praxi liegt die Sache aber nicht immer so einfach; es giebt Fälle, in denen man zu keiner der bisher erörterten Methoden sich vertrauensvoll wird entschliessen können. Ein Beispiel dafür glaube ich in Folgendem mittheilen zu können:

Am 21. Juni 1882 wurde ich, in Abwesenheit des Directors, Herrn Prof. v. Holst, von dem damaligen Assistenten der Universitäts-Entbindungsanstalt, Herrn Dr. M., zu einer soeben in die Klinik aufgenommenen Gebärenden gebeten, bei der vollständiger Verschluss der Scheide vorhanden sei. Aus den zum Theil schon von Herrn Dr. M. vor meiner Hinzuziehung gemachten Erhebungen, die derselbe mir freundlichst überlassen hat, theile ich hier Folgendes mit:

Anno S., 30 Jahre alt, estnisches Mädchen, hat in der Jugend Masern und Bronchitiden durchgemacht, ist aber sonst stets gesund gewesen; — seit dem 18. Jahre normal menstruiert. 2 Jahre vor der Conception hat sich Fluor alb. eingestellt, von scharfer ätzender Beschaffenheit; der Ausfluss hatte angeblich bis vor Kurzem gedauert. Letzte Menstruation Mitte September 1881; bald nach derselben ist sie auf dem Heimwege von einem Jahrmarkt angeblich von 2 Männern überfallen und von einem derselben genozüchtigt worden. — Anfang October, nach einem Fall (?), heftige Blutung und Schmerzen im Leibe, gefolgt von einer fieberhaften Erkrankung, während welcher Blut und Eiter abgegangen seien; nach ca. 14 Tagen Genesung. nur der Fluor habe noch einige Zeit fortgedauert. Genaueres lässt sich trotz aller Bemühungen aus der sehr zurückhaltenden Patientin nicht herausbringen; auch hatten wir nicht den Eindruck, dass sie durchweg Wahres aussagte. — Die Wehen haben vor 4 Tagen begonnen und seitdem in wechselnder Stärke angehalten.

„bei so vollständiger Verwachsung der Vagina muss übrigens der Nutzen des Kaiserschnittes immer problematisch bleiben, da die Lochien nur durch die Bauchwunde ausfliessen können“ — die weitere hinzu: „es kann deshalb in einem solchen Fall gerathen sein, durch die vordere Wand des Rectums und den Cervicaltheil des Uterus in die Höhle des letzteren zu dringen, was bei normalen Verhältnissen des Peritoneum ohne dessen Verletzung geschehen kann.“

Befund: Anno S. ist von mittlerer Grösse, normalem Knochenbau, guter Ernährung. An der Innenfläche des rechten Oberschenkels eine braun pigmentirte Narbe von ca. 4 Ctm. Länge, 1 Ctm. Breite; 2 ähnlich beschaffene, mehr strichförmige vom Anus über die hintere Fläche des Kreuzbeins nach oben hin divergirend verlaufende von ca. 15 Ctm. Länge; im übrigen die Haut rein.

Abdomen dem Ende der Schwangerschaft entsprechend gewölbt, Bauchdecken mässig straff, Fundus uteri 3 Finger breit über dem Nabel, rechts der Rücken, im Fundus der Steiss, links oben kleine Theile, über dem Beckeneingang rechts die Schulter zu palpieren, Herztöne 120, rechts zwischen Symph. und Nabel am deutlichsten; Wehen lang anhaltend, mässig schmerzhaft. — Beckenmasse: Cristae 27 Ctm., Spinae 24, Conj. ext. 20 Ctm., Troch. 31. Kreuzbeinkrümmung und Biegung der Cristae il. normal.

Labia min. etwas vorragend; bei Auseinanderbreiten derselben findet man die ziemlich voluminösen Hymenalreste an einzelnen Stellen stärker injicirt; rechts neben der Harnröhre ragt eine dicke Schleimhautfalte vor; zwischen ihr und den hinteren rechtsseitigen Hymenalresten ein ähnlicher, mit zahlreichen kleinen Querfalten besetzter blauröthlicher Wulst. Frenulum intact.

Die Vagina lässt den untersuchenden Finger nur auf etwa seine halbe Länge, etwa 5 Ctm. eindringen; sie bildet einen Blindsack, welcher oben durch eine ziemlich in der Führungslinie liegende, vorwiegend quer verlaufende, in dieser Richtung ca. 3 Ctm. breite Narbe fest verschlossen ist; in diese Narbe sind die Scheidenwandungen von allen Seiten her kuppelförmig hineingezogen durch narbige Stränge, welche von obiger querverlaufender Hauptnarbe aus strahlig angeordnet nach allen Seiten hin in die Vaginalwandungen auslaufen; so ein besonders deutlich ausgeprägter Strang durch die linke Wand bis in den Harnröhrenwulst, mehrere weniger starke rechterseits. In der Nähe der Narben sind die Vaginalwandungen verdickt; zum Introitus hin drängen sie sich massig in Wülsten vor. Der Introitus selbst geräumig. Gegen die linke Beckenwand hin tastet man die Pulsation eines grösseren Gefässes. Von Vaginalportion oder Muttermund, Nähten oder Fontanellen ist von der Vagina aus nichts zu fühlen.

Per Rectum findet man den Kopf im Becken stehend, Leitstelle in der Höhe der Spin. isch., kleine Fontanelle rechts hinten,

Pfeilnaht zwischen erstem schrägen und Querdurchmesser. Der Kopf lässt sich weder durch einen vom Rectum aus mit 2 Fingern gegen ihn ausgeübten Druck in die Höhe, noch auch durch kräftige Pression des Fundus uteri und Steisses abwärts und fester gegen die Narbe andrängen. Von der Vaginalportion oder dem Muttermundssaum ist auch per Rectum nirgends eine Spur zu finden. Die Narbe fühlt man als dem Kopf im Querdurchmesser anliegende derbe wulstige Masse, über der die Schleimhaut des Rectums sich frei verschieben lässt. Die Breite der Narbe (in der Richtung der Vaginalaxe) lässt sich nicht sicher bestimmen, da man mit den Fingern vom Rectum her zwar zwischen Kopf und Narbe eindringen, wahrscheinlich aber nicht ganz bis an das obere (der Vaginalportion nächstliegende) Ende der letzteren, welches durch den Kindskopf mehr nach vorn (nach der Symph. hin) verdrängt ist, gelangen kann.

Mittelst Scheidenspateln freigelegt, zeigt sich die ocludirende Narbe von weisslicher Farbe, völlig consolidirt; ihre oben erwähnten Ausläufer verlieren sich für das Auge allmählig in den Scheidenwandungen. In dem Blindsack nirgends eine Spur einer Oeffnung nach dem Uterus hin zu entdecken.

Wie nun entbinden?

Dem Versuch, dies per vias naturales zu bewerkstelligen, konnte man nach der oben wiedergegebenen Darstellung Spiegelberg's allem Anschein nach nur eine durchaus schlechte Prognose stellen; zwar musste es unter den hier vorliegenden Verhältnissen voraussichtlich wohl gelingen, sich durch die Narbe hindurch den richtigen Weg zum Kopf zu bahnen; ob man aber irgend welche Dehnbarkeit, geschweige denn den für die Hindurchführung des, wenn auch perforirten Kopfes erforderlichen Grad von Nachgiebigkeit dieses künstlich wiederhergestellten Scheidencanals erwarten dürfe, schien um so mehr zweifelhaft, als die erwähnten von der verschlossenen Stelle aus in die untere Hälfte der Scheide auslaufenden Narbenstränge eine grosse Derbheit und Starre aufwiesen. Grund genug, sich auf grossen Widerstand wie im unteren so auch im oberen Drittel der Vagina gefasst zu machen. — Dazu die nicht zu beseitigende Unsicherheit betreffs des Verhaltens des Muttermundes: war derselbe nicht vielleicht theilweise mit der Narbe verwachsen? Warum drängte sonst, trotz der schon so lange anhaltenden Wehen und obgleich das Becken vollkommen normal und weit zu sein schien, auch ein anderes

Hinderniss nicht zu ermitteln war, der Kopf nicht fester gegen die Narbe an? — Das Missliche einer weiteren Erschwerung der ohnehin schon fatalen Situation durch eine derartige Complication von Seiten des Muttermundes war nicht zu verkennen.

Leider um nichts günstigere Chancen schienen für die Porro'sche Operation vorzuliegen, resp. durch dieselbe zu erhoffen zu sein, im Gegentheil: angenommen, dass es gelang, den oberen Theil des Uterus erforderlich rasch aus der Bauchwunde hervorzuzwängen, so musste doch das untere Uterinsegment durch den bereits im Becken stehenden Kopf hier zurückgehalten werden; eine sichere Umschnürung und Constriction desselben vor dem Uterusschnitt behufs Coupirung der Blutung war also durchaus unthunlich, — auch eine diese ersetzende manuelle Compression desselben wohl kaum in zuverlässig wirksamer Weise ausführbar, obendrein vielmehr beide contraindicirt durch den Umstand, dass sie bei im Becken stehenden Kopf nur die dem Hals des Kindes entsprechende Stelle der Uteruswand hätten treffen können, wodurch ja aber selbstverständlich die Extraction des Kopfes, resp. des Kindes überhaupt behindert worden wäre. Auf die bekannte Blutung aus der Uteruswunde hatte man also sicher zu rechnen, und wenn nun dabei die Frucht, weil hier der Kopf vielleicht im Becken festsass, sich nicht so glatt mit einem Griff aus der Gebärmutter herausheben liess, wie das sonst meist beim Kaiserschnitt der Fall ist, mithin die Blutung sich in die Länge zog? Dass dann, vollends wenn etwa der Schnitt die Placenta traf, auch die Erhaltung des kindlichen Lebens zweifelhaft würde, durfte man sich gleichfalls nicht verhehlen. — Endlich die Behandlung und Ausgänge des Stumpfes: Die Möglichkeit einer Verwachsung der vorderen Lippe mit der Narbe war nicht von der Hand zu weisen; war dadurch der Cervix an dieser in die Tiefe des Beckens fixirt, wie dann den Stumpf bilden? beabsichtigte man Versenkung, so musste er möglichst kurz genommen durch minutiöseste genaue Naht und Uebersäumung gegen Infection und Nachblutung absolut gesichert werden; das unter diesen Verhältnissen in der kaum zugänglichen Tiefe erforderlich exact auszuführen, war bestimmt enorm schwer; — wollte man, um extraperitoneal zu behandeln, ihn ohne Zerrung in die Bauchwunde befestigen können, so musste der Stiel sehr lang belassen, die Abtragung relativ hoch oben im Uterus vorgenommen werden; damit begab man sich voraussichtlich der sicheren Erreichung des in diesem Fall Hauptzweckes des

Porro'schen Verfahrens: der vollständigen Coupirung jeglicher Lochienbildung. — Also: weit über das gewöhnliche Maass gesteigerte Schwierigkeiten und Gefahren schon bei der Ausführung der Operation selbst, und höhere Gefährdung auch nach derselben — und das bei einer Operation, die schon unter den gewöhnlichen günstigeren Verhältnissen eine Mortalität von über 50 pCt. aufweist.

Die Wahrscheinlichkeit, durch sie unsere Patientin zu retten, erschien so gering, dass ihr gegenüber der Versuch der Entbindung auf dem natürlichen Wege als das geringere von beiden Uebeln vorgezogen werden musste.

Demgemäss wurde, nachdem im Laufe des Nachmittags während der üblichen Vorbereitungen durch Abführung, Bad, Ausspülungen in der Stellung des Kopfes und seinem Verhältniss zur Narbe sich nichts geändert hatte, gegen Abend zunächst als Voract für das Weitere und um eine genauere Orientirung über die wesentlich interessirenden Verhältnisse zu ermöglichen, eine Durchtrennung der Narbe und dabei zugleich von dieser so viel als ohne Gefahr thunlich erschien, zu entfernen versucht in folgender Weise: nach Blosslegung des Operationsfeldes mittelst des Simon'schen Apparates wird eine amerikanische Kugelzange in die Mitte der Narbe eingesetzt und letztere mit einem Scalpell umschnitten; darauf unter beständigem mässigen Anziehen der Kugelzange diese umschnittene Partie mit einem Simon'schen Fistelmesser, weiter in die Tiefe dringend, herauspräparirt; das so ausgelöste Stück hatte 3 bis 4 Ctm. im Durchmesser, bei ca. 1 Ctm. Dicke. Beim Versuch, nun mit dem Finger weiter durch die Narbe gegen den Kopf sich hindurchzuarbeiten, entleert sich plötzlich eine schleimig-viscide hellbräunliche Flüssigkeit (ca. 2 Esslöffel voll¹⁾), während gleichzeitig der Finger in eine rechts vor der Wand des Rectums nach oben in die Gegend unter dem Lig. latum sich hinziehende, von mehreren fetzigen Strängen durchzogene, von unregelmässigen fetzigen Wandungen umgrenzte anscheinende Höhle hineingleitet. Nach vorn gelangt man gleich-

1) Ich bemerke hier gleich, dass ich über die Herkunft und Qualität dieser Flüssigkeit keine weiteren Auskünfte geben kann; ihre Entleerung erfolgte so unverhofft, dass nichts von ihr aufgefangen werden konnte. Dass sie Fruchtwasser, von dem sie sich schon durch die angegebene Beschaffenheit wesentlich unterschied, nicht gewesen sein kann, zeigte sich auch später, als die Blase gesprengt werden musste.

falls höher hinauf in die Gegend zwischen Harnblase und unterem Uterinsegment.

Das Bemühen, mit dem Finger stumpf durch das ihn noch vom Muttermund trennende Gewebe zu diesem oder dem Kopf sich hindurchzuarbeiten, war nicht erfolgreich; letzteres wird daher wiederholt mit der Kugelzange oder Hakenpincette gefasst und mit der Cowper'schen Scheere schichtenweise abgetragen, bis der Finger den Kopf erreichte. Die so hergestellte Oeffnung wird dann noch durch einige radiäre Einschnitte auf ca. 3 Ctm. Durchmesser erweitert; über ihr fühlt man nur den Schädel; an den Muttermund oder dessen Saum gelingt es nicht anzukommen.

Die Blutung war im Ganzen unbedeutend gewesen, wurde aber nachträglich etwas stärker; Eis und Tamponade. Dabei verstärkten sich die Wehen beträchtlich, wurden in der Nacht sehr schmerzhaft, Patientin ist gegen Morgen trotz des gegebenen Morphiums äusserst gequält; starker Durst, Unruhe, beginnende Puls- und Temperatursteigerung, aber durchaus kein Fortschritt der Geburt, keine Spur von Erweiterung des geschaffenen Vaginalcanales. Längeres Abwarten würde jetzt die Chancen in jeder Beziehung nur verschlechtern haben. Auf Wunsch des Collegen übernahm ich die Entbindung.

Ueber das einzuschlagende Verfahren war ich nicht mehr zweifelhaft: die Perforation war selbstverständlich nicht zu umgehen; drohte aber auch nach dieser noch der Mutter die grösste Gefahr durch die bei der Hindurchführung selbst des perforirten Kindes vor auszusehenden, in ihrer Ausdehnung aber garnicht zu berechnenden oder zu beherrschenden Zerreiassungen, so galt es vor Allem diesen vorzubeugen; dies konnte nur durch Incisionen geschehen — fortgesetzte Incisionen, so lange bis die für den Durchgang des Kindes erforderliche Geräumigkeit hergestellt war. Doch dabei riskirte man Blutungen, — ja, bei dem grossen Gefässreichtum der Umgebung, in die man hineinarbeiten musste, vielleicht unstillbare. Sollte man dann aber nicht durch vorherige Umstechungen und Unterbindungen auch diese verhüten können? Ich hoffte es.

In tiefer Narcose wurde mit Scheidenhaltern die Vagina möglichst stark auseinandergezogen, die dabei an der engsten Stelle strang- oder leistenförmig am meisten vorspringende Gewebsmasse möglichst tief in eine lange Pince haemostatique gefasst, zu beiden Seiten dieser letzteren die gefasste und womöglich etwas hervorgezogene Gewebsmasse mit halbkreisförmigen,

mit starken Seidenfäden armirten Nadeln umstochen¹⁾) und fest geschnürt und geknotet, dann die Pince entfernt und zwischen den beiden Ligaturen so tief eingeschnitten, als es ohne beachtenswerthe Blutung möglich war.

Dieses Verfahren — an der hinteren Wand natürlich unter Controle vom Rectum aus — 5 bis 6 Mal wiederholt, ausserdem noch einige kleinere Stränge ohne vorherige Ligaturen durchschnitten, erwies sich in noch höherem Grade wirksam als ich zu hoffen gewagt hatte, und zwar sowohl bezüglich der Erweiterung des Geburtscanales, welcher darnach der ganzen Hand einzudringen gestattete, als auch bezüglich der Blutung, die nur an 2 Stellen, wo etwas zu tief eingeschnitten worden war, noch eine besondere Umstechung nothwendig machte.

Darauf, nach Sprengung der sich als noch stehend erweisenden Blase, Perforation (mit dem Fried'schen Instrument, welches die Pfeilnaht sehr bequem und leicht durchtrennte), möglichst vollständige Enthirnung, Ausspülung mit 3procentiger Carbol-lösung, Cranioclast an's Hinterhaupt, welches während des Anziehens vorsichtig nach vorn hin geleitet wird; sehr langsam, aber leichter als zu fürchten gewesen war, wurde der Kopf und auch die Schultern durch die Scheide hindurchgeführt. — Placenta folgt leicht. Die ganze Operation hatte etwas über eine Stunde (6—7 Uhr Morgens) gedauert. Keine Nachblutung.

Das Kind, dessen Herztöne bei Beginn der Narcose auf 80 gesunken gewesen und kurz vor der Perforation nicht mehr zu hören gewesen waren, wog ohne Hirn 2300 Grm. bei mässiger Körperfülle und einer Länge von 48 Ctm.

Wochenbett und Nachbehandlung: von Anfang an 2 Mal täglich Scheidenausspülungen mit 3procentigem Carbolwasser; die ersten Tage auch Secale.

1. und 2. Tag normale Temperaturen.

3. Tag: Abends 38,1, Ricinusöl.

4. Tag: Abends 38,1, mässige Druckempfindlichkeit rechts in der Höhe des Beckeneingangs.

5. Tag: Morgens 38,2, Vormittags 2 Schüttelfröste, höchste Temperatur 39,8, Puls 120, Druckempfindlichkeit geringer.

6. Tag: Nachts ist noch ein Schüttelfrost gewesen. Morgens 36,8, 96, Mittags 39,7, 110, Abends 37,5, 88. Scheideneingang

1) Der starke Bozeman'sche Nadelhalter erwies sich mir dabei bequemer als der zuerst versuchte Küster'sche „Schwan“.

stark geröthet, entzündet, empfindlich; die Scheidenausspülungen werden von heute ab ganz unterlassen. — In den letzten Tagen reichlich Wein, Abends Chinin $\frac{1}{2}$ scrupel, Morphinum $\frac{1}{6}$ Gran.

7. Tag: Temperatur 37,3, Abends 38,1, 88.

Vom 8. Tage ab normale und subnormale Temperaturen und durchaus günstiger Verlauf.

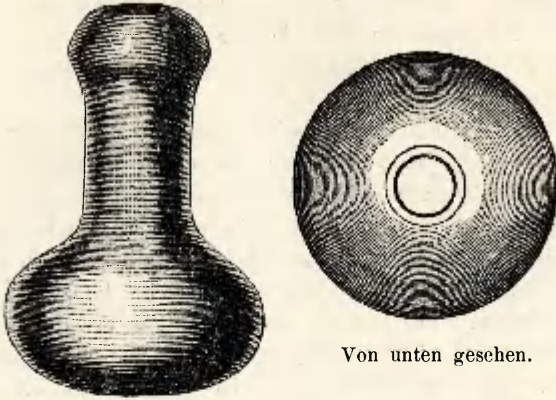
Am 17. Tag: die atretisch gewesene Stelle ist bereits wieder so verengt, dass sie nur für einen Finger durchgängig ist; der vorderen Scheidenwand folgend kommt die Fingerspitze an den Muttermund; ein vorderes Scheidengewölbe existirt nicht, die vordere Lippe geht unmittelbar in die Narbenreste der vorderen Scheidenwand über, nur die hintere Lippe ist isolirt zu fühlen. Von der bei der Operation erwähnten, nach rechts hinten oben sich erstreckenden Höhle ist nichts mehr zu entdecken. Die Vaginalexploration ist vollkommen schmerzlos, nach derselben am Finger keine Spur von Blut zu bemerken. — Uterus gut zurückgebildet, frei beweglich; Wochenfluss von normaler Beschaffenheit, spärlich.

Patientin verlässt an diesem Tage sehr zufrieden als geheilt die Anstalt.

Circa 4 Wochen später, also etwa 6 Wochen post partum stellt sich Patientin wieder vor: die verengte Partie der Vagina hat sich vollständig wieder ausgefüllt, ganz geschlossen; durch Andrängen des Zeigefingers lässt sich das Lumen wiederherstellen. Bei einer abermaligen Vorstellung, etwa 9—10 Wochen post partum gelang letzteres dem Finger nicht mehr und mussten dazu Hegar's Dilatatoren zu Hülfe genommen werden. — Leider war Patientin nicht dazu zu bewegen, sich einer plastischen Operation zu unterziehen, durch welche man am sichersten eine solche Wiederverwachsung hätte definitiv verhindern können. Da ich sie ganz unregelmässig nur in meiner Ambulanz zu sehen bekam, musste ich mich damit begnügen, ihr Glascylinder von allmählig steigendem Kaliber einzulegen, welche Patientin in der Versehung ihres Dienstes in keiner Weise behinderten, und falls sie herausfielen, von ihr selbst, und namentlich für die Nacht wieder eingelegt werden konnten¹⁾. So gelang es schliesslich doch einen

1) Die Glascylinder liess ich, wie die in natürlicher Grösse gelieferte Abbildung einer der mittleren Nummern der von mir gebrauchten Exemplare zeigt, mit einer oberen kleineren und einer unteren grösseren Anschwellung versehen; der zwischen beiden liegende Hals entsprach der Breite resp. Längsausdehnung der verengten Partie. Die obere Anschwellung hielt

Canal constant zu erhalten, welcher, für einen Finger durchgängig, etwaigem Secret und dem Menstrualblut freien Abfluss



Von unten gesehen.

gewährte und der Patientin gestattete, bei ausgezeichnetem Allgemeinbefinden auch nach dieser Seite hin sich als vollkommen wiederhergestellt und gesund zu fühlen.

Vergleichen wir diesen Ausgang mit denjenigen, welche die bisher publicirten Fälle aufweisen: nicht selten schon bei blossen Stenosen letal für Mutter und Kind, so werden wir mit ihm zufrieden sein dürfen: Patientin erfreut sich nicht nur einer blühenden Gesundheit, es ist auch die Möglichkeit, ihr durch eine plastische Operation eine für die Geschlechtsfunction noch besser qualificirte Vagina zu schaffen, nicht ausgeschlossen; ob vielleicht mit Zuhilfenahme der künstlichen Frühgeburt auch die Geburt eines lebenden Kindes? — Ich zweifle, ob mit irgend einem anderen Verfahren ein besseres oder auch nur gleich günstiges Resultat zu erzielen gewesen wäre.

Dem gegenüber kann auch der Verlust des kindlichen Lebens dieser ersten Schwangerschaft nicht allzuschwer in die Wagschale fallen; ein lebendes Kind zu bekommen war in diesem Fall nur durch die Laparotomie, also (s. o.) unter höchster Gefährdung des

sich oberhalb der Stenose, die untere grössere stützte sich auf das untere Ende der hinteren Scheidenwand. Die desinficirende Spülflüssigkeit passirte den Cylinder leicht und hielt sich, da die Vulva an ihrer normalen Schlussfähigkeit durch die Geburt nichts eingebüsst hatte (wie ich mehrmals constatiren konnte), auch in aufrechter Stellung der Patientin noch eine Zeit lang in demselben; erst beim Auseinanderbreiten der Vulva floss sie ab.

mütterlichen Lebens denkbar, aber selbst um diesen zu hohen Preis kaum wahrscheinlich, geschweige denn sicher. Und wäre es auch wirklich lebend geboren worden, so war doch damit sein am Lebenbleiben noch lange nicht garantirt, vielmehr höchst fraglich — zwar nicht aus den Gründen, wegen deren Fehling z. B. den Kaiserschnitt-Kindern für's fernere Gedeihen im Allgemeinen eine so schlechte Prognose stellt, denn in unserem Falle handelte es sich ja, im Gegensatz zu denen Fehling's, um eine Mutter von durchaus gesunder Constitution —, aber, wer Gelegenheit gehabt hat, sich zu überzeugen, welchem Grad von Vernachlässigung die Kinder estnischer Mädchen in der Regel ausgesetzt zu sein und zum Opfer zu fallen pflegen, der wird ermessen, was diesem Produkt der Nothzucht, für welches die Mutter auch nicht die geringste Spur von Zuneigung an den Tag legte, bevorstand: im besten Fall Ueberführung in ein Findelhaus (mit der angenommenen Mortalitätsziffer von 70pCt. für's erste Jahr!), oder wahrscheinlicher noch: sicherer Untergang in der Mördergrube einer der gewerbsmässigen „Aufzüglerinnen“.

Wie steht es nun aber mit einer etwaigen Verallgemeinerung der Anwendbarkeit des in unserem Fall glücklichen Verfahrens auf die Behandlung der durch Vaginalatresie behinderten Geburt überhaupt?

Die Beantwortung dieser Frage wird erleichtert resp. wesentlich schon gegeben sein durch die Erläuterung der Vorfrage: in wie weit die von Breisky ausgegangene, von anderen neueren Autoren acceptirte und bedingungslos wiederholte Indicationsstellung auf Porro, die ausser jenem für diese Fälle allein noch in Frage kommen kann, sich aufrecht erhalten lässt oder nicht?

Mir scheint letztere hier von drei verschiedenen Seiten her anfechtbar zu sein:

1. wegen der in diesen Fällen voraussichtlich stets erhöhten technischen Schwierigkeiten der Ausführung des Porro;
2. wegen der Unsicherheit der Erreichung des durch Wegnahme der inneren Genitalorgane hier speciell beabsichtigten Erfolges;
3. wegen der gerade in diesen Fällen kaum zu rechtfertigenden sexuellen Verstümmelung.

Wenn ich in Folgendem diese drei Bedenken kurz zu begründen suche, so brauche ich wohl kaum ausdrücklich zu bemerken, dass es mir durchaus fern liegt, damit einem obersten Grundsatz ärzt-

lichen Handelns: dass jeder Fall individuell angesehen, beurtheilt und angefasst sein will, im geringsten zu nahe zu treten; aber auch die grösste Hochachtung vor diesem Princip schliesst doch die Berechtigung, ja die Pflicht nicht aus, in all der Eigenartigkeit und Verschiedenheit, in dem Wechsel und der Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der einzelnen Fälle das ihnen Gemeinsame, Typische ins Auge zu fassen, um eventuell daraus Consequenzen ziehen und allgemeinere Gesichtspunkte namentlich auch für die Therapie gewinnen zu können. Und dafür bei der uns hier beschäftigenden Anomalie jeden Einzelfall um so mehr auszubeuten, je prägnanter er ihre charakteristischen nachtheiligen Wirkungen auf den Geburtsverlauf und die aus ihr den verschiedenen in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten erwachsenden Schwierigkeiten hervortreten und erkennen lässt, dazu drängt geradezu die Eingangs erwähnte Seltenheit dieses Vorkommnisses einerseits, die so grossen Verlegenheiten, welche es dann bereiten kann, andererseits.

Ein rücksichtlich etwaiger Anwendung des Porro'schen Verfahrens sehr wesentliches, allen Fällen von Vaginalatresie inter partum gemeinsames Moment liegt darin, dass die acquirirte Atresie, um die es sich ja hier selbstverständlich stets nur handeln kann, nothwendigerweise immer die Anwesenheit einer Narbe in der Vagina involvirt. Je ausgedehnter die Narbe ist — und nur die hochgradigen Fälle kommen, nach dem Eingangs Bemerkten, hier in Betracht — in um so ausgesprochener Weise wird sie die ihrer Natur entsprechende Wirkung auf die Beschaffenheit der Vagina ausüben: Starre, Unnachgiebigkeit, Schrumpfung, Verkürzung an die Stelle der normalen Länge, Elasticität, Dehnbarkeit derselben setzen. Eine starre Verkürzung der Scheide aber kann nur dazu angethan sein, Verhältnisse zu setzen, welche — und dies führte auf die erste meiner obigen Einwendungen — den für die Ausführung des Porro günstigen, unter denen diese Operation gewöhnlich vorgenommen wird, direct entgegengesetzte sind. Die Porro'sche ist ganz eigentlich eine Operation bei engem Becken; den Nothständen der Geburt bei diesem verdankt sie nicht nur ihre Idee und Berechtigung, sondern auch die relative Leichtigkeit ihrer Ausführung: wird nämlich der Kopf durch die Enge am Eintreten gehindert, über dem Eingang stehend erhalten, so liegt auch der ganze Uterus noch über diesem frei in der Bauchhöhle; daher die Leichtigkeit, denselben, aus der Bauchwunde hervorgewälzt, aufzurichten, unterhalb des Kopfes mit der elastischen

Ligatur zu umschneiden, ihn beliebig tief abzutragen und den kurzen Stumpf in oder vor dem Niveau der Bauchwunde für die Versenkung sorgfältigst vorzubereiten oder in jener ohne Zerrung extraperitoneal zu befestigen. — Im Gegensatz hierzu wird bei starker narbiger Schrumpfung und Verkürzung der atretischen Vagina (um so mehr, in je früherer Zeit der Gravidität dieselbe begonnen hat) das Scheidengewölbe und mit ihm natürlich auch der untere Theil der Gebärmutter, also auch die Prädispositionsstelle für die Absetzung der letzteren tiefer ins Becken hinabgezogen, hier festgehalten und unzugänglich gemacht. — Ob die sehr bedeutende Kraft, welche der Zug sich retrahirender Narben auszuüben im Stande ist, unter Umständen vielleicht auch genügt, um die Wirksamkeit derjenigen Factoren, welche unter physiologischen Verhältnissen im Fortschritt der Schwangerschaft die Gebärmutter über das kleine Becken hinaufheben, zu überwinden und die Fixation nach unten zu einer so festen und so tiefen zu machen, dass auch der im unteren Uterinsegment liegende Kindstheil noch ins Becken hineinreicht, bei seiner weiteren Entwicklung in dieses hineinwächst — ob z. B. in unserem Fall der Kopf erst durch die Wehen so fest eingetrieben war, dass er weder vornoch rückwärts verdrängbar erschien, oder aber mit dem unteren Uterinsegment schon während der letzten Graviditätsmonate hier fixirt durch sein eigenes Wachsthum selbst sich eingeklemt hatte, wird, bis weitere einschlägige Beobachtungen es klären, wohl vorläufig offene Frage bleiben müssen. Denkbar ist ein solcher Verlauf zweifelsohne; denn da die inter partum anzutreffende Atresia vaginae wohl meist der Intention eines criminellen Aborts ihren Ursprung verdankt, die zu diesem Zweck vorgenommene Procedur aber — psychologischer Wahrscheinlichkeit nach — ausgeführt wird, sobald nur die Befürchtung, schwanger zu sein, der betreffenden Person sich zur Gewissheit erhoben hat, so wird auch die Narbenbildung und ihre Wirkung auf den Stand des Uterus meist schon zu einer Zeit beginnen, zu der dessen geringer Umfang wohl nur in einer hochgradigsten Verengerung des Eingangs (die ja aber bei Atresie nur eine ganz zufällige und voraussichtlich sehr seltene Complication bilden würde) ein Hinderniss seines Verbleibens in demselben finden können; in allen anderen Fällen aber kann die Vaginalnarbe — mit oder ohne Mitwirkung der Wehen — durchaus nur fördernd auf den früheren oder späteren Eintritt des Kopfes resp. auf das soeben als denkbar angedeutete Zustandekommen einer Einkeilung desselben im Becken wirken; letztere

würde durch einen geringen Grad von Verengerung besonders der oberen Apertur begünstigt werden.

So construiren sich die Verhältnisse, welche wir in unserem Fall vorfanden und die wir, dem Gesagten zufolge, nun als diesem nicht mehr individuelle, sondern als aus der Vaginalnarbe mit Nothwendigkeit resultirende, typische in den meisten einschlägigen Fällen in ähnlicher Weise sich wiederholende anzutreffen müssen, mit ihnen aber dann natürlich auch dieselben Erschwerungen für die Ausführung der Porrooperation, die wir bei Betrachtung unseres eigenen Falles uns aussprechen mussten¹⁾.

Diese Steigerung der technischen Schwierigkeiten fällt gegen die Vornahme der Laparotomie bei den durch Scheidenatresie complicirten Geburten um so mehr ins Gewicht, als Fälle dieser Art durchaus nicht etwa ausschliesslich oder auch nur vorzugsweise Kliniken oder die Technik der Bauchschnitte beherrschenden Operateuren zufallen, ihre Behandlung vielmehr, da das Geburtshinderniss häufig erst inter partum erkannt wird, ebenso häufig auf dem flachen Lande von dem nächstwohnenden Arzte verlangt werden kann, vielleicht ohne oder wenigstens unter nur mangel-

1) An dieser Stelle muss auch noch auf Grund der von Werth an seinem, Arch. f. Gyn., Bd. 18, S. 293, mitgetheilte Fall gemachten Erfahrung und der von ihm gegebenen Deutung derselben auf eine Gefahr hingewiesen werden, welche aus der Fixation des unteren Uterustheiles für das Kind erwächst, falls man nicht auf die grossen Vortheile, welche die Eventration des Uterus vor seiner Eröffnung nachgerühmt werden, verzichten will. Werth operirte vor Eintritt der Wehen und erhielt trotz der ohne jeden Zeitverlust der prophylaktischen Constriction des eventrirten Uterus folgenden und in durchaus schonender Weise vorgenommenen Entwicklung der Frucht, letztere in tieferer Asphyxie mit einer centralen Facialislähmung (S. 298). Werth hält es für unmöglich, dass eine so tiefgreifende Störung des kindlichen Athmungsprocesses allein aus der kurzdauernden Unterbrechung des Uterinkreislaufs durch die elastische Constriction der Cervix resultiren könnte; dazu gehöre eine länger bestehende Beeinträchtigung des placentaren Gasaustausches, und vermuthet, „dass letztere schon mit der Vorlagerung des schlaffen contractionslosen Uterus aus der Bauchhöhle, in Folge von Torsion und Knickung der Arterienstämme, ihren Anfang nahm.“ — Die Eventrirung eines mit seinem unteren Ende in der Narbe einer verkürzten Vagina innerhalb des kleinen Beckens fixirten Fruchthalters würde immer zu einer starken derartigen Knickung führen müssen, dadurch also das Leben des Kindes, auch wenn seine Entwicklung keine besonderen Schwierigkeiten bieten sollte, gefährdet sein.

hafter ungeübter Assistenz¹⁾, in ungeeigneten, undesinfectirten Räumlichkeiten, ohne Möglichkeit der Wahl des günstigen Zeitpunktes²⁾ etc. — Verhältnisse, welche, wie bereits von anderer Seite hervorgehoben worden ist, für sich allein schon den Porro contraindiciren, einer durch Complicationen obiger Art erschwerten Operation aber vollends die letzten Chancen rauben.

Ein zweites Bedenken, das sich uns aufdrängte, war der Zweifel: ob durch die Amputatio utero-ovarica eine vollständige Coupirung jeglicher Lochienbildung wirklich erreicht werden würde? — Die Berechtigung dieses Zweifels wird gestützt durch einige Berichte über zum Theil seitdem erst ausgeführte Porrooperationen, in denen Abgänge durch die Scheide im Verlauf des Wochenbettes ausdrücklich notirt sind; so von Kabierske³⁾: schon 2 Stunden post operationem „geringer Blutabgang aus der Scheide, die mit 2 proc. Carbollösung irrigirt wird;“ — am 3. Tage: „aus der Vagina fließt wie gestern etwas blutig-schleimiges Secret;“ — am 5. Tage: „im Spülwasser der Vagina sind schleimig-eitrige Beimengungen;“ ähnlich am 10. Tage; am 20. Tage finden sich „im Irrigationswasser 2 Fäden und immer noch eitrig-eitriges Beimengungen;“ — Bayer⁴⁾: „geringer eitriges Ausfluss aus der Scheide;“ — Ehrendorffer⁵⁾ unter dem 7. Tage: „übelriechender Ausfluss aus der Vagina;“ Werth⁶⁾: von Anfang an die erste Woche hindurch sparsamer blass-blutiger Ausfluss; Breisky⁷⁾ unter dem 7. Tage: „aus der Scheide spärlicher Ausfluss rothbrauner trüber Flüssigkeit“ (Vaginalirrigationen 2 Mal täglich waren schon vom 5. Tage

1) Richardson's Forderung von 8 Assistenten für die Porrooperation stellt Gräfe die Erklärung gegenüber, dass, „wenn die Vorbereitungen genügend getroffen sind, 3 Assistenten ohne Zweifel immer ausreichen werden“ (Centralblatt, V, S. 445). Die Schwierigkeit für die Beschaffung der Assistenz für die Porrooperation auf dem Lande liegt aber nicht in der Zahl, sondern darin, dass sie durchaus sachverständig sein muss, während die vaginale Operation bei Atresie dies nur bezüglich des die Narkose leitenden Gehülfen wünschenswerth macht.

2) Cf. dazu z. B. Levy's Statistik (Centralblatt, V, 1881, S. 24): Im 31 Fällen, wo die Operation im Beginn der Geburt ausgeführt wurde, erlagen nur 32,25 pCt., dagegen von 8 Fällen, wo die Geburt vor der Operation schon lange gedauert hatte, starben 75 pCt.

3) Centralblatt für Gynäkologie, VII, 1883, S. 287.

4) Archiv für Gynäkologie, 18, S. 416.

5) Archiv für Gynäkologie, 20, S. 105 u. 106.

6) Archiv für Gynäkologie, 18, S. 301.

7) Archiv für Gynäkologie, 14, S. 109.

an gemacht worden). Litzmann¹⁾ — bei allgemein verengtem, plattem, asymmetrischem Becken (vera 7,0—7,3) und hochgradiger narbiger Stenose der Vagina: Porro wegen der Unmöglichkeit, den Lochien einen freien Abfluss durch die Scheide zu sichern: „am Abend des Operationstages ein geringer blutiger Ausfluss aus der Scheide, der am folgenden Morgen übelriechend wurde, sich aber nach mehrmaligen vorsichtigen Ausspülungen der Scheide mit Carbolwasser schon im Laufe des Tages wieder verlor;“ septische Peritonitis; Tod am 6. Tage post operationem; Litzmann hält es für „nicht zweifelhaft, dass in diesem Falle das zersetzte Secret, welches nach 60stündiger Geburtsdauer im Cervixcanal stagnirte und später durch die Scheide abfloss, die Infection bewirkte²⁾.“

In wie vielen der übrigen Fälle von Porrooperation derartige Abgänge durch die Scheide wirklich nicht vorhanden gewesen, in wie vielen dagegen, weil bei vollkommen durchgängiger Scheide bedeutungslos und zur Zeit der Publication ohne besonderes Interesse, von den resp. Autoren nur nicht erwähnt worden sind, lässt sich nicht ermitteln; die angeführten Beispiele genügen, um das factische Auftreten von Absonderungen selbst nach solchen Operationen zu constatiren, bei denen durchweg von geübten Fachmännern bei Hochstand des Kopfes über dem Beckeneingang und Hochstand des Muttermundes über oder im Beckeneingang³⁾ bei leichter Zugänglichkeit des Collum möglichst viel von der Uterussubstanz weggenommen werden konnte, um den Stumpf möglichst wenig voluminös und wenig blutreich zu bekommen. Wenn dagegen in Fällen von tiefer unnachgiebiger Fixation des Cervix im Becken nur eine relativ sehr hoch über dem Muttermund vorgenommene Absetzung der Gebärmutter die Amputationsfläche

1) Centralblatt für Gynäkologie, III, 1879, S. 1.

2) Der Vergleich mit den übrigen soeben citirten Fällen legt die Frage nahe, ob das von Litzmann als „blutiger“ Ausfluss, der am folgenden Morgen erst übelriechend wurde, zu Protokoll genommene, wirklich von der Geburt her stagnirendes oder nicht vielleicht auch, wie in jenen, erst nach der Operation aus dem Stumpf ausgesickertes war.

3) Bayer, l. c., S. 414: „Scheide stark in die Länge gezogen, die Vaginalportion nicht erreichbar, kein vorliegender Kindstheil durch das Scheidengewölbe fühlbar.“ Aehnlich Ehrendorffer l. c., S. 110. Und selbst in dem Litzmann'schen Fall war trotz der Stenose, in Folge der gleichzeitig vorhandenen hochgradigen Beckenanomalie, bei über dem Becken stehendem Kopf die Anlegung des Schlauches um die „Cervix“ möglich.

ins Niveau der Bauchwunde zu verlegen, mithin nur ein sehr langer Stumpf den für die intraperitoneale sowohl als die extraperitoneale Versorgung desselben gestellten Forderungen (s. oben) gerecht zu werden gestattete¹⁾, so ist mit der dadurch bedingten Zurücklassung eines grösseren Theiles des Gebärmutterkörpers natürlich entsprechend mehr Material für die Entstehung von Abscheidungen gegeben; eine solche Operation würde, bei behindertem Abfluss, die Patientin denjenigen Gefahren nähern, welche im höchsten Mass der alte Kaiserschnitt ihr bringt; ja es kann schliesslich der Unterschied zwischen dem radicalen und dem conservativen Verfahren sich auf einen für diese Fälle und unter diesem Gesichtspunkt rein graduellen reduciren, der, wie Litzmann's Fall zeigt, praktisch werthlos sein kann.

Das sub 1 und 2 Erwogene zusammengenommen, dürfte es vielleicht nicht unbillig sein, bei Vaginalatresie vom Porro dasselbe zu behaupten, was Breisky vom Kaiserschnitt sagte, nämlich: dass hier eine der schlimmsten Indicationen für denselben vorliegt.

Und nun den dritten Punkt: die sexuelle Verstümmelung. Die

1) Werth (Archiv für Gynäkologie, 18. S. 293 resp. 304) plaidirt auch für die gewöhnlichen Porrofälle für die von ihm vertretene extraperitoneale Behandlung principiell für hohe Abtragung des Uterus, welche nicht einmal am Ansatzorte der Ovarien am Uterus eine unbedingte Grenze finde; „je länger man den Stiel macht, desto leichter vermeidet man eine der Sicherheit des Peritonealabschlusses schädliche Zerrung durch Herabsinken des Collum;“ — — „zudem wird die puerperale Involution den Umfang des zurückgelassenen Uterustheiles stets beträchtlich vermindern“. — Letzterer Satz zeigt zugleich, dass Werth mit der puerperalen Involution des Stumpfes als constantem Factor rechnet; puerperale Involution aber involvirt Absonderungen. Und die Wichtigkeit der Berücksichtigung beider bei der Porrooperation hat schon Fehling (l. c., S. 406) betont, der sie als Hauptargument gegen Stielversenkung bei Porro ins Feld führt; er beobachtete selbst, wie in Folge der Involution die Nähte sich lockern, „und ist der Stumpf auch mit Peritoneum besäumt, so bildet sich unter demselben eine Bluttasche, von der aus eine sehr bedenkliche Infection entstehen kann“. Cf. Litzmann's oben citirten Fall. — Ueber die aus voluminösen Uterusstielen entstehenden Gefahren vergleiche auch die sehr beachtenswerthen Bemerkungen Zweifel's, Archiv für Gynäkologie, 17, S. 374; Zerfall und Resorption derselben und die dabei gelieferten Secrete wirken viel nachtheiliger, wenn der Stiel an der vorderen Bauchwand, als wenn er in dem für die Abkapselung desselben viel günstigere Verhältnisse bietenden Douglas liegt.

Sterilisierung ist, nach den übereinstimmenden Meinungsäusserungen Späth's, Breisky's, Fehling's u. A. gestattet nicht nur, sondern strict indicirt in denjenigen Fällen, wo: 1. absolute, auf keine Weise zu beseitigende Gebärungsmöglichkeit durch enges Becken etc. besteht, welche bei Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit durch jede später etwa eintretende Schwangerschaft Mutter und Kind sicher denselben, vielleicht sogar grösseren Gefahren aussetzt, als diejenigen sind, welche die jetzt vorzunehmende Porooperation ihr bringt; — 2. ganz besonders aber da, wo die eben genannte Anzeige eine Verstärkung erhält aus der Erfahrungsthat- sache, dass die Sterilisierung die Heilung einer die Gebär- ungmöglichkeit bewirkenden und unterhaltenden Allgemeinerkrankung (Osteomalacie) direct günstig beeinflusst. — Zur Abwehr des Einwandes, dass dadurch die Mutter der Möglichkeit der Production weiterer Nachkommenschaft beraubt werde, machen die genannten Autoren geltend:

1. „Nur die bessere Aussicht auf Erhaltung von Mutter und Kind im gegebenen Fall kann für die Entscheidung des Arztes massgebend sein“ (Breisky, Archiv für Gynäkologie, 14, S. 113);

2. die fast durchweg den niederen ärmeren Bevölkerungsschichten angehörigen Frauen sind mit diesem Resultat meist sehr zufrieden und wird mit demselben in der That ihnen nicht nur, sondern auch ihren Familien der beste Dienst erwiesen (Fehling, l. c.);

3. der Wegfall der durch wiederholte Kaiserschnitte etwa zu liefernden Population ist in keiner Weise zu bedauern; „die Spartaner warfen solche Kinder in den Abgrund“ (Fehling); in unserem Zeitalter gehen sie, ohne solche Gewaltthat, in der von ihren kranken Müttern überkommenen elenden Constitution und Gedeihunfähigkeit langsamer, aber fast ebenso sicher spontan zu Grunde; und wenn sie erhalten bleiben, so ist dies für die Menschheit kein wesentlicher Gewinn.

Nichts von alledem braucht für die Fälle von Scheidenatresie zuzutreffen; die damit behaftete Person kann im Uebrigen vollkommen gesund und normal beschaffen sein, die beste, kräftigste Constitution haben, arbeits- und leistungsfähig in jeder Beziehung, qualificirt, jede sociale Stellung vollkommen auszufüllen, eine durchaus gesunde und existenzberechtignte Nachkommenschaft weiter zu produciren, wenn ihr nur durch die augenblickliche Gefahr ohne Schädigung ihrer Geschlechtsfunction glücklich hindurchgeholfen und dabei das zur Zeit bestehende Geburtshinderniss

gleichzeitig oder nachträglich hinweggeschafft werden kann. Dass unter diesen Verhältnissen die Erhaltung der Patientin ohne Verstümmelung als das idealere Ziel anzusehen ist, wird auch der eifrigste Vertheidiger des Porro zugeben. Dieses Ziel zu erreichen, wird den Arzt noch besonders die weitere Rücksicht aufordern, dass, je gesunder und normaler im übrigen ein Individuum ist, desto drückender später das geschlechtliche Unvermögen für dasselbe werden und dass sogar auch eine tiefgreifende psychische Depression von Seiten des sexuellen Defectes um so eher herbeigeführt werden kann, wenn letzteres mit dem Bewusstsein eigener Verschuldung des Leidens (siehe oben) sich combinirt. Dass solchen deprimirenden Rückwirkungen unehelich Geschwängerte ohnehin mehr zugänglich sein müssen, als Verheirathete, welche schon Kinder haben, und Ungebildete weniger Widerstandsfähigkeit entgegenzusetzen haben als Gebildete, ist psychologisch wahrscheinlich¹⁾; jene aber werden, der Natur der Sache nach, zu den Vaginalatresien inter partum stets das Hauptcontingent stellen; die „oberen Zehntausend“ kommen nicht in diese Lage.

Dass als „conservative“, die Geschlechtsfunction nicht alteri-

1) Von mehreren solchen, nur wegen hochgradigster Beckenenge nach Porro Operirten, die ich vor Jahren in Wien zu sehen Gelegenheit hatte, ging eine in religiösem Wahnsinn im Puerperium zu Grunde, eine andere versank einige Zeit nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus in Melancholie über ihre Verstümmelung. Die Lage der von Fehling u. A. castrirten, mit ihrem Schicksal sehr zufriedenen Patientinnen (Archiv für Gynäkologie, 20, S. 406) deckt sich eben mit derjenigen der unseren nicht. — Die Möglichkeit, dass spontan, selbstständig aufgetretene oder an anderweitige innere Erkrankungen sich anschliessende ulceröse Prozesse in der Vagina eine Atresie verursachen, ist ja natürlich für Schwangere ebenso gut vorhanden, wie für Nichtschwangere (vgl. für diese z. B. S. Schultze: Ein Fall von erworbener totaler Atresie der Vagina mit Hämatometra nach Lungenentzündung [bei einer 48jährigen]. Jena 1882. Diss. inaug.; — A. Martin, Centralblatt für Gynäkologie, 1881, S. 617: Scheidenverschluss in Folge der Ausstossung von Portio und oberen $\frac{1}{3}$ der Vagina während eines Typhus); doch scheint, so weit die mir zugängliche Literatur ein Urtheil darüber gestattet, diese Möglichkeit in der Aetiologie der Vaginalatresien in der Schwangerschaft seltener zur Verwirklichung zu gelangen, als deren Herbeiführung durch die zerstörende Wirkung verkehrtester behufs Fruchtabtreibung angewandter Mittel — cf. die von Breisky (Krankheiten der Vagina, S. 58) angeführten 3 Fälle von Atresia interpartum in Folge von Eingiessen von Schwefelsäure in die Scheide; s. oben.

rende Entbindungsweise bei Scheidenatresie nur die vaginale Methode, nach Durchtrennung der Narbe, in Betracht kommen kann, bedarf nach Obigem keiner weiteren Auseinandersetzung. Freilich birgt diese Methode bedeutende Gefahren, die bisher von ihrer öfteren Anwendung abgeschreckt haben. Aber diese Gefahren waren früher grösser als jetzt. Wie weit dürfen wir hoffen, heutzutage sie zu beherrschen oder zu vermeiden? Von dreierlei wird dies abhängen: von der Vermeidung der tiefen Zertrümmerungen und Nebenverletzungen, Vermeidung der Infection, Vermeidung der Blutung.

Ad 1. In allen Fällen, wo eine compacte starre Narbenmasse den Verschluss bildet, scheint mir vor allem der Versuch empfehlenswerth, von dieser so viel als möglich fortzuschaffen, am besten in der oben angegebenen Weise, indem nach Blosslegung mit Scheidenspateln unter Controle des Auges und, wo dieses nicht mehr hinreicht, des Fingers von Scheide und Mastdarm und eines Katheters von der Blase aus die Circumcision der Narbe continuirlich fortschreitend möglichst in die Tiefe resp. nach oben zu fortgesetzt wird. Das dabei etwa Zurückbleibende, einzelne besonders spannend sich markirende Stränge können nachträglich excidirt oder durch Incisionen zur Nachgiebigkeit gebracht werden. Je mehr bei diesem Acte der Blutung vorgebeugt, das Gesichtsfeld rein gehalten wird, desto befriedigender wird der Erfolg für Herstellung des Geburtsweges sein; ich habe oben schon erwähnt, dass derselbe in unserem Fall überraschend war. Ich halte dies nicht für glücklichen Zufall oder Folge individuell günstiger Verhältnisse, sehe es vielmehr an als unmittelbare Wirkung der Durchführung des richtigen Principis der Entfernung des allein Unnachgiebigen, des rigiden Narbengewebes: man erreicht einen nachgiebigen dehnbaren Geburtscanal, indem man das Unnachgiebige aus ihm hinwegschafft. — Zu Gunsten dieses Vorgehens spricht noch eine zweite Erwägung: Die Hauptmasse der Narbe wird voraussichtlich da liegen, wo früher das Lumen der Vagina war; die Narbe selbst also ist der sicherste Wegweiser zum Muttermund; der durch ihre Excision geschaffene Canal muss zu diesem hinführen. — Dem gegenüber muss jedes stumpfe Wegbahnen¹⁾ der principielle Einwand treffen, dass alles

1) Von Emmet bekanntlich für Beseitigung der Atresie bei Nichtschwangeren lebhaft befürwortet und, nach seinen Erfolgen zu urtheilen, für Herstellung eines Abflusscanals offenbar genügend; an einen Ge-

Stumpfe an dem derben Narbengewebe abgleiten, dieses intact lassen und in die weichere, nachgiebigere Umgebung eindringen, falsche Wege bahnen, viel eher zu Nebenverletzungen führen¹⁾ und die hinderlichen unnachgiebigen Narbenmassen unbeseitigt lassen wird. Die Unnachgiebigkeit des stumpf hergestellten Canals nach der Seite hin, an welcher dabei der grösste Theil der Narbenmasse liegen bleibt, wird beim Durchgang des Kindes eine stärkere Ausdehnung und tiefes Einreissen der gegenüberliegenden Wand befürchten, möglichste Entfernung der Narbe ein ringsumher gleichmässiges Nachgeben desselben erhoffen lassen. Die erforderliche oder wenigstens die überhaupt erreichbare Weite des Canals durch Excision und Incision mit Messer und Scheere durchzusetzen, der stumpfen Durchtrennung und der Erweiterung durch den vordrängenden Kindestheil, die eben zu unberechenbaren Zerreibungen führen kann, möglichst wenig zu überlassen, halte ich für ein wesentliches Princip. — Sollten aber bei Befolgung dieses dennoch einmal Einrisse entstehen, so wird

ad 2) die grosse Errungenschaft der Neuzeit, die Antiseptik, in Verbindung mit dem, was von den Grund-sätzen und der Technik des modernen antiseptischen Operirens (und speciell des vaginalen) jetzt bereits im Besitz eines jeden Arztes sein muss (Naht, Tamponade, Drainage), auch diese Verletzungen unschädlich zu machen und zur Verheilung zu bringen im Stande sein. Wie rasch heilten in unserem Falle die (durch stumpfes Vordringen gemachten) nach rechts und nach vorn offenbar bis nahe an's Peritoneum reichenden Risse im Beckenbindegewebe! — Die Furcht vor Infection als Contraindication gegen Incisionen aufzustellen, wie dies noch jüngst bei Besprechung einer Scheidenstenose geschehen ist (siehe Centralblatt für Gynäkologie, 1886, Seite 304), ist doch gewiss unzeitgemäss, und das Verfahren von

burtscanal aber sind bezüglich der Weite und Nachgiebigkeit ganz andere Anforderungen zu stellen als jene!

1) Einen hervorragenden deutschen Chirurgen habe ich selbst beim Versuch stumpfer Durchtrennung einer Atresie (bei einer Nichtschwangeren) unverhofft schnell mit dem Finger von der Scheide aus in den Mastdarm durchbrechen sehen. Und ganz unglücklich verlief der Fall von Weinbaum (Centralblatt, IX, 1885, S. 128), der nach vorausgeschicktem Kaiserschnitt das Bemühen, längs der vorderen Mastdarmwand einen Weg zum Muttermund zu bahnen, nach 1stündiger Anstrengung aufgab, um „das Manöver an der vorderen (Scheiden-) Wand zu wiederholen, dabei aber die hintere Blasenwand verletzte“ (Patientin starb nach 4 Tagen).

Doléris, der trotz bereits bestehenden übelriechenden Ausflusses dreist Einschnitte machte (Centralblatt für Gynäkologie, 1886, Seite 538), das des modernen Chirurgen würdigere und auch in diesem Fall wieder durch den Erfolg gerechtfertigte. Diesen zu sichern dient ausser der Antisepetik auch noch

ad 3) die möglichste Coupirung der Blutung durch die den Incisionen vorauszuschickenden prophylaktischen Umstechungen und Ligaturen — nicht nur durch die Vermeidung des Blutverlustes, sondern auch durch die Reinhaltung des Operations-terrains und die dadurch gewährte Klarheit des Operirens; Fälle, wie derjenige Eisler's, wo der Blutung wegen nachträglich 17 (!) Ligaturen angelegt werden mussten, illustriren am besten die Zweckmässigkeit obigen Verfahrens gegenüber dem blinden Tappen in den blutüberströmten Geburtswegen¹⁾, und dass obendrein starke Blutverluste und Anämie die Prognose des Wochenbetts ungünstig beeinflussen, ist ja bekannt.

In welcher Weise die prophylaktische Ligatur jedesmal anzulegen und wie die Narbe am besten zu fassen und zu eliminiren ist, muss die Individualität des einzelnen Falles ergeben und der Kritik des Behandelnden überlassen bleiben; ich habe mit den gegebenen Hinweisen nur das Wesentlichste eines Verfahrens andeuten wollen, welches einen besonnenen, mit Geduld und ohne Aengstlichkeit vorgehenden Arzt wohl in den meisten Fällen, falls nicht extreme Ungunst der Verhältnisse, wie etwa enges Becken oder dergleichen, im Wege steht, auch bei Vaginalatresie die Entbindung auf natürlichem Wege ohne allzuschwere Gefährdung der Mutter wird durchführen lassen. Glückt dies aber, so ist für diese viel gewonnen: ihre Geschlechtsfunction ist ihr erhalten und durch die dann nicht gar zu schwierige bleibende Offenhaltung des vaginalen Weges ist sie für den Fall einer etwa wieder eintretenden Schwangerschaft aus der Kategorie der Atresien der Vagina in diejenige der Stenosen übergeführt, damit aber für sie für die folgende Entbindung nicht nur die viel günstigere Chance, welche für die vaginale Entbindung die *ceteris paribus* leichtere Behandlung einer Stenose²⁾ gegenüber

1) Auch in Wyder's Fall (Centralblatt, IX, Seite 98 u. 99) folgte den Incisionen eine so lebhaftige Blutung, dass man sich durch dieselbe zu sehr rascher Beendigung der Geburt genöthigt sah.

2) Mit oder ohne Zuhülfenahme der für diese Fälle gewiss mit Recht empfohlenen unblutigen Dilatation. Cf. Benicke, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, II, Seite 259; vergl. auch Braxton Hicks,

derjenigen einer Atresie bietet, sondern auch, falls die Stenose nicht so eng ist, dass sie die Lochien nicht passiren lässt, behufs sicherer Erhaltung des kindlichen Lebens die Möglichkeit des so glänzende Resultate auch für die Mutter ergebenden verbesserten conservativen Kaiserschnittes vorhanden.

Ich glaube im Voranstehenden wiederholt für die Beurtheilung und Behandlung gerade solcher atypischer Anomalien, wie die Scheidenatresien es sind, die Nothwendigkeit der Individualisirung genügend hervorgehoben zu haben, um gegen den Verdacht geschützt zu sein, als wollte ich hier eine Methode blindlings als die einzig zulässige angesehen wissen; ich halte es nicht nur für möglich, sondern für gewiss, dass es Fälle giebt, in denen der vaginale Entbindungsversuch garnicht (z. B. bei complicirender Beckenenge) oder wenigstens weniger am Platze wäre, als etwa die Laparotomie (und vielleicht wird man dann auch noch irgend welche Mittel und Wege finden, die dieser anhaftenden nachtheiligen Wirkungen unschädlich zu machen); meine Absicht ist es nur gewesen, an der Hand eigener und fremder Erfahrungen alle diejenigen Momente und Gesichtspunkte zusammenzustellen, die bei der Abwägung des einen Verfahrens gegen das andere ins Auge zu fassen sind sowohl betreffs der Ausführbarkeit als bezüglich der Folgen und Ausgänge, damit das Material für die Entschliessung im Einzelfall möglichst vollständig in die Hand zu geben, und Irrthümer, die bei Nichtberücksichtigung jener leicht begangen werden könnten, mit ihren später nicht mehr zu corrigirenden Folgen vermeiden zu helfen. — In diesem Interesse muss auch an diejenigen Autoren, die bisher die unbedingte Indication auf Porro bei Vaginalatresie vertreten haben, die Bitte gerichtet werden, prüfen zu wollen, ob dieselbe in dieser Weise weiter fortzuführen oder ob dieselbe nicht vielmehr eingeschränkt oder gar ganz fallen gelassen werden muss? Denn auch in den zuletzt erwähnten Fällen von gleichzeitiger Beckenenge ist es ja nicht die Atresie, sondern die Beckenenge, die den Porro indicirt und ihn auszuführen zwingt, trotz der Anwesenheit der Atresie.

Zum Schluss nur noch eine Bemerkung: Mag es dem Arzt,

medic. Times, 1862, Mai. — (Referat in der Monatsschrift für Geburtskunde, 1863, Seite 77.)

der an einen mit Scheidenverschluss complicirten Geburtsfall herantreten muss, wegen der Gefahren für Mutter und Kind, die mit jedem der überhaupt denkbaren Eingriffe verbunden sind, meist auch noch so schwer fallen, sich zu einem activen Vorgehen zu entschliessen — die Mahnung, dieses dennoch, und zwar zeitig zu thun, liegt dringend in den überaus unglücklichen Ausgängen, welche dem Abwarten, der „Hoffnung auf die Wirkung guter Wehen“ etc. und der dadurch verschuldeten Versäumniß des für die Kunsthülfe günstigen Zeitpunktes gefolgt sind; die Resultate: Absterben und Fäulniß der Frucht, Tympanie des Uterus, unter hohem Fieber Tod am 10. Tag in Benicke's Fall ¹⁾; — Absterben und Fäulniß der Frucht, penetrirende Uterusruptur, jauchige Peritonitis, Tod 7 Tage post partum in demjenigen Liebmann's ²⁾ (beide Fälle bei gutem Allgemeinbefinden frühzeitig in klinische Behandlung genommen!) — sind schlimmer, als sie bei rechtzeitigem activen Einschreiten nach irgend welcher rationellen Methode hätten erhalten werden können.

-
- 1) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, II, Seite 257 ff.
 2) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, II, Seite 72.