

dem zweiten Prämolaren und dem mesialwärts verschobenen Weisheitszahn eingekeilt.

Da der retinierte Zahn bis auf eine äußere, dünne Schmelzschale hohl war, mit zeretztem Inhalt gefüllt, und seine Wurzeln bis in die Nähe der Durchtrittsstellen des N. infraorbitalis und des Ganglion sphenopalatinum nebst seinen zahlreichen, feinen Verzweigungen reichten, so lag die Vermutung nahe, daß hier die Quelle jahrelanger Beschwerden liege. Der Verlauf bestätigte diese Annahme. Die Patientin ist nach Entfernung des Zahnes, die in üblicher Weise unter Narkose mit Hilfe von Bogenschnitt, Hohlmeißel und Zange stattfand, nach einigen Wochen schmerzfrei geworden und geblieben.

Der Zahn selbst wies alle Merkmale einer hochgradigen, sogenannten „Caries interna“ auf. Ich erwähne dieses als nicht unwichtig für die Erklärung der manchmal geradezu rasenden Schmerzanfälle, die in der Umgebung retinierter Zähne auftreten.

Seitdem Prof. Miller in einer grundlegenden Arbeit, betitelt „Pathologische Prozesse an Zähnen außerhalb der Mundhöhle“, festgestellt hat, daß sowohl an retinierten Zähnen, als auch an Zähnen in Dermoidcysten Resorptionsvorgänge und Entkalkungen durch sauren Cysteninhalte und Imprägnierung mit darin enthaltenen Stoffen stattfinden — ohne Infektion mit Bakterien — kann man sich vorstellen, daß unter dem Einfluß derartiger auflösender Substanzen die Pulpakammer eines tief im Kiefer verborgenen Zahnes eröffnet wird und eine Pulpitis entsteht. Auf dem Wege der Wurzelkanäle dehnt sich dieselbe weiter aus und ruft Reizzustände in den benachbarten Nervengebieten, resp. dem Trigemini hervor.

In der zahnärztlichen Literatur, sowie von Praktikern sind zahlreiche Fälle zusammengestellt, aus denen hervorgeht, daß Störungen auf sensiblen wie motorischem Gebiet, sowohl im Bereiche des Gesichtes wie des Armes, als auch einer Körperhälfte im Anschluß an Zahnleiden (Pulpitiden etc.) vorkommen können, besonders wenn es zu der nach Head benannten Generalisation des Schmerzes kommt. Es kann soweit kommen, daß die Neurose gar nicht auf einen kranken Zahn hinweist und anscheinend ganz unabhängig von einer dentalen Ursache ist. Es sind Fälle von klonischen und tonischen Krämpfen einzelner Muskelgruppen, Neuralgien und Lähmungserscheinungen in Arm und Bein, ja selbst epileptiforme Störungen erwähnt, die nach Extraduktion des betreffenden Zahnes nachließen.

Glücklicherweise ist es selten, daß es Schwierigkeiten macht zu entscheiden, ob ein Gesichtsschmerz, ein Ohrschmerz, ein Schlundschmerz, dentalen oder rein neuralgischen Ursprungs ist.

Auffallend ist es immer, wenn die Schmerzen einen besonders hohen Grad erreichen und dauernd sind. Selbst bei den heftigsten Neuralgien ist dies selten der Fall, es sei denn, daß zentrale Ursachen mitwirken, wie z. B. Geschwülste an der Schädelbasis, die den dritten Gehirnnerv erfassen, oder daß eine Lues der Hirnhäute platztgreift, oder daß es sich um eine Neuralgia antri Highmori catarrhalis (Arkövy) handelt, die manchmal, man könnte sagen, witterungsweise, unerträgliche Beschwerden verursacht.

Es würde zu weit führen, die Ursachen der hier erwähnten Retention zu erörtern, da vieles bei der Pathogenese verlagerteter Zähne noch einer genügenden Erklärung bedarf. Jedenfalls gehört die hier beschriebene Art zu den seltenen, während sonst die Verlagerung der Weisheitszähne und Eckzähne am häufigsten vorkommt. Gemeinsam allen ist, daß sie mit mehr oder weniger heftigen Reflexneuralgien verbunden sind. Besonders die Amerikaner haben auf diesem Gebiet Beiträge geliefert.

So berichtet Pierce in Philadelphia im Dental Cosmos 1893 von einer linksseitigen Prosopalgie bei einer 35-jährigen Frau, als deren Ursache schließlich eine taubeneigroße Geschwulst oberhalb der Tuberositas entdeckt wurde. Beim Einschneiden stieß man auf einen harten Körper, der sich bei der Entfernung als Weisheitszahn entpuppte, mit allen Merkmalen der „Caries interna eines nicht durchbrochenen Zahnes“. Nach der Extraduktion schwand die Neuralgie. Ähnliche Fälle sind von Blake im British Journal of dental Science 1888, S. 547: „Occipitalschmerz infolge von Retention des Weisheitszahnes“ und von Hermanns, Deutsche Monatshefte für Zahnheilkunde 1889: „Neuralgie einer Stirnhälfte infolge Retention eines unteren Weisheitszahnes“ veröffentlicht.

Möge diese hier geschilderte Krankengeschichte dazu beitragen, die rätselhafte Entstehungsart mancher Neuralgien zu beleuchten.

Wir besitzen in unseren modernen Untersuchungsmethoden eine Reihe von hervorragenden Unterstützungsmitteln zur Sicherung der Diagnose, wie z. B. in der Durchleuchtung der Nebenhöhlen und der Aufnahme von Radiogrammen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch auf ein von Prof. Perthes zuerst angewandtes Verfahren für passende Fälle aufmerksam machen, das sich zur Untersuchung größerer und kleinerer Körperhöhlen eignet. Es besteht in einer Kombination der Rönt-

genaufnahme mit der Methode, vorher einen Quecksilber enthaltenden, dünnen Schlauch in die zu untersuchende Höhle zu führen, wodurch die Ausdehnung des Hohlraumes (Empyem, Cyste etc.) auf das schönste zur Anschauung gebracht wird.

Da die Prognose einer Neuralgie immer ungünstiger wird, je länger diese besteht, so ergibt sich aus dieser Betrachtung die Forderung, jede mögliche Eventualität für die Aetiologie und jedes diagnostische Hilfsmittel in Betracht zu ziehen, so frühzeitig, wie möglich.

Alfred Hegar, „Die operative Aera der Geburtshilfe.“¹⁾

Besprochen von W. A. Freund.

Wenn der Praktiker die Entscheidung über die ernste Frage, ob er seine bisher befolgten Behandlungsprinzipien zugunsten neuer verlassen soll, nicht etwa nur vor dem strengen, aber ungefährlichen Forum seiner Kunstgenossen, sondern auch unter dem Damoklesschwert eines ad hoc neu geschaffenen Strafgesetzsatzes treffen soll, so hat er ein Interesse daran zu hören, wie ein erprobter Lehrer des Faches über diesen Gegenstand urteilt. Ich halte es darum für angezeigt, die in den „Beiträgen“, die dem großen Kreise der Geburtshelfer nicht genug bekannt sein dürften, publizierte Arbeit Hegars in einer Besprechung den Lesern der Deutschen medizinischen Wochenschrift näher zu führen. Der Gedankengang der Arbeit ist folgender:

Hegar prüft zunächst die Fortschritte der letzten fünfzig bis sechzig Jahre in der Geburtshilfe auf ihre Grundlage. In der Praxis hielt man sich nach Boër an den Grundsatz der expektativen Behandlung der Geburt und operierte nur bei voraussichtlichen oder schon bestehenden Gefahren für Mutter und Kind. Die „neue operative Aera“ schlägt nun eine andere Richtung der Behandlung ein. Kaiserschnitt, vaginaler Kaiserschnitt, Symphyseotomie, Pubeotomie, Spaltung der Cervix, Scheidendammschnitt mit nachfolgender Wendung, hohe Zange und bei Zögerung der Austreibungsperiode Zangenapplikation werden unter etwas reichlicheren Indikationen und etwas weiteren Bedingungen empfohlen, gestützt auf die verbesserte Technik und Asepsis und vor allem anderen unter der höheren Wertung des Lebens des Kindes. Unzweifelhaft ist die Technik auf einen hohen Grad der Vollkommenheit gelangt, aber noch nicht die Technik der Symphyseotomie und Pubeotomie, und es ist fraglich, ob hier noch eine bedeutende Verbesserung zu erwarten sei. Aber jede geburtshilfliche Operation hat bis zu einem gewissen Grade ihr Bedenkliches. Wunden, Quetschungen werden gesetzt, Infektionswege der verschiedensten Herkunft werden eröffnet, Narben an den Bauchdecken und anderen Teilen bewirkt. Dazu kommen Operationsfehler, die nicht immer zu vermeiden sind; die Gefahren durch Komplikation von anderen Organen her. Der erfahrene Geburtshelfer weiß sich durch alle diese Gefährlichkeiten hindurch zu helfen, der Anfänger aber, durch veröffentlichte glänzende Resultate in falscher Sicherheit gelockt, kann Mutter und Kind gefährden. Die Erfahrungen alter und neuer Zeit, statistisch vielfach konstatiert, beweisen die höhere Morbidität und Mortalität der operativ beendigten Geburten. Trotzdem wird neuerdings die operative Behandlung empfohlen erstens wegen der höheren Wertschätzung des Kindes und aus Angst vor Entvölkerung durch Rückgang der Geburtsziffer lebender Kinder. Kann man diesen Mißstand nun durch operative Behandlung der Geburten mit Sicherheit günstig beeinflussen? Hegar stellt nach seinen und anderen Erfahrungen fest, daß von den konstatierten Totgeburten 50% unvermeidlich sind. Hierzu kommt der verderbliche Einfluß der Eklampsie, der Placenta praevia, des Nabelschnurvorfalles, des engen Beckens, der Verzögerung der Austreibung des Kindes durch Wehenschwäche, durch Rigidität der Weichteile. In Berücksichtigung aller dieser Momente kann man nur sehr approximative Resultate über das wirkliche Zahlenverhältnis erhalten. Eine häufigere Anwendung der Zange würde den Vorteil der neu verbesserten Technik und Asepsis wieder aufheben. Eine aktivere Therapie der Geburt würde nur eine sehr beschränkte Zahl von Kindern erhalten, und dies nur unter eventueller Gefahr für die Mutter. Bei wirklich bedenklicherem Sinken der Geburtsziffer wäre eine weitere Ausbildung der operativen Behandlung der Geburten ohne Einfluß. Hegar bespricht hierbei die Ursachen der sinkenden Geburtsziffern seit 1870–1880 und bringt eine sehr interessante vergleichende Uebersicht über Geburts- und Sterbeziffern in Deutschland, Frankreich, Rußland und England. Unter Anderen hat Hegar als erster im Jahre 1896 unter den Ursachen der großen Kindersterblichkeit die Stillungsnot bezeichnet. In dieser Hinsicht ist die Gründung von Wöchnerinnenheimen und Säuglingsheimen und die Aufstellung

1) Hegars „Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie“ 1907, Bd. 12, H. 2, S. 194.

von Prämien für stillende Mütter, das Betreiben von Sport und Spielen, die Eröffnung von Kinderheimen u. dgl. m. von günstigstem Einfluß und sehr zu begrüßen. Unter solchem Verhalten könnten wir jährlich etwa 200 000 Kinder mehr am Leben erhalten. Aus alledem geht hervor, daß die Absicht, durch gesteigerte operative Behandlung der Geburt, welche die Kinderhaltung selbst mit Gefahr für die Mutter ins Auge faßt, die Bevölkerungszahl zu heben, durchaus illusorisch ist. Der höhere Wert der Mutter im Vergleich zu dem des Kindes wird von Hegar energisch betont. Ausnahmen hiervon bilden nur Carcinom, Phthise, Herzfehler und ähnliche Schäden bei der gebärenden Frau; hier ist allerdings das Kind in erster Reihe zu berücksichtigen und durch operative Beschleunigung der Geburt zu retten. Das Umgekehrte hat statt bei Schäden des Kindes, Mißbildungen, hereditärer Lues etc.

Nach Besprechung der Faktoren der verbesserten Technik, Asepsis und der auf Bevölkerungspolitik gestützten höheren Wertschätzung des kindlichen Lebens, welche zu einer sehr aktiven chirurgischen Therapie in der Geburtshilfe im Interesse des Kindes berechtigen soll, geht Hegar zur Betrachtung der einzelnen Geburtsstörungen in Hinsicht auf die neuere, operative Aera über. Zunächst ist ein operatives Eingreifen nur dann indiziert, wenn Gefahr für Mutter und Kind besteht. Eine eventuelle Gefahr ist keine Anzeige. Besteht für beide Gefahr, so tritt die Frage heran, wer ist zu schädigen, um den anderen zu retten. Bei dem Abortus, der häufigsten Störung der Gravidität, wird die Frucht nicht respektiert. Bei drohenden Gefahren in den späteren Monaten der Gravidität ist das Dührssensche Verfahren zu empfehlen. Bei Gefahren in der Gravidität vor der 34. Woche ist bei dem herabgesetzten Werte des kindlichen Lebens die Perforation und nicht der vaginale Kaiserschnitt indiziert. Nach der 33. Woche kommt auch das Leben des Kindes in Betracht. Ist dasselbe ohne bestehende Gefahr für die Mutter bedroht durch Vorfall der pulsierenden Nabelschnur, so werden wir operativ einschreiten durch Wendung oder Zangenapplikation. Operative blutige Eingriffe an der Mutter sind nicht gerechtfertigt.

Die Gelegenheit zu solchen Eingriffen ist jedenfalls selten gegeben. Viel häufiger wird sie bejaht bei Verzögerung der Austreibungsperiode wegen Wehenschwäche. Aber auch hier besteht durchaus keine absolute Indikation; denn bei schwacher Wehentätigkeit ist das Kind nicht gefährdet, und bei Straffheit der Weichteile ist expectatives Verfahren besser. Stürmische Wehentätigkeit, ungewöhnliche Größe des Kopfes, fehlerhafte Haltung desselben kann die Zange, ja sogar nicht selten die Perforation nötig machen. Immer aber soll voraussichtliche Gefahr für Mutter und Kind die Indikation zum Handeln bilden. Die Zeichen für die eintretende Gefahr werden angeführt. Die Vertreter der neueren Aera befürworten aber die Applikation der Zange auch ohne Gefahr, im Interesse des Kindes. Sie berufen sich (wie gesagt) auf die Bevölkerungspolitik. Die Nichtigkeit dieses Motives ist bereits dargelegt. Dazu ist die Zange für das Kind durchaus nicht immer ohne Bedenken, ebensowenig für die Mutter. Es ist sehr zu bedauern, daß diese modernen Anpreisungen der Zangenapplikation in der Praxis befolgt werden. Beweise für diesen Ausspruch werden aus der neueren Literatur angeführt.

Bei den zunächst zu besprechenden Störungen sind Mutter und Kind gleichzeitig in Gefahr. Hegar empfiehlt, bei der Eklampsie nicht sofort den Kaiserschnitt oder den vaginalen Kaiserschnitt zu machen, sondern jeden einzelnen Fall nach der Schwere der Erkrankung und dem Verlaufe, besonders nach dem Zustande des Collum zu beurteilen. Bei schweren Fällen der Eklampsie und der Placenta praevia sollte sofort die Dührssensche Operation ausgeführt werden.

Bei der Besprechung der Behandlung der Beckenenge werden der Kaiserschnitt und die beckenerweiternden Operationen besprochen. Die Symphyseotomie ist bereits ziemlich abgetan. Die Pubeotomie ist technisch noch nicht gehörig ausgebildet und ihre Mortalität etwa gleich der des Kaiserschnitts. Die bereits beobachteten schlimmen Zufälle und Folgen der Operation werden besprochen. „Das Sündenregister ist recht groß.“ Ob man auf Verbesserung der Resultate rechnen könne, ist bei der ungünstigen Lage der anatomischen Verhältnisse nicht sicher vorauszusehen. Daher sollte man in Aussicht auf diese Verbesserung die Operation noch nicht in den Kanon der geburtshilflichen Operationen aufnehmen. Die Beckenenge wird fälschlich nur nach der Conjugata vera in bezug auf die Prognose der Geburt beurteilt. Es fehlt die Kenntnis der übrigen Durchmesser und der ganzen Form des Beckens. Nur eine genaue Austastung desselben gibt besseren Bescheid als die instrumentelle Messung. Zur Aufstellung der Prognose der Geburt gehört auch die Kenntnis der Größe und Konsistenz des Kindskopfes, für welche das bekannte Müllersche Verfahren herangezogen wird, ebenso die der Stellung und Haltung des Kopfes, der Tätigkeit des Uterus und der Bauchdecken. In

bezug auf das enge Becken genügt die Aufstellung von zwei Gruppen. Bei einer Conjugata von etwa 5,5 cm ist der Kaiserschnitt auch bei totem Kinde angezeigt; auch bei großer Länge der Conjugata besteht diese Indikation bei lebendem Kinde, wenn man die Geburt von Anfang an leitet. Sind die Bedingungen für den Kaiserschnitt nicht absolut günstig, dann kommt die Perforation in Betracht. Die Bedingungen für diese Operation werden erörtert. Bei Abwägung der Wahl dieser oder jener Operation wird man die Erhaltung der Mutter immer in erste Linie stellen. Jedenfalls entschieße man sich zeitig zu einer dieser beiden Operationen. Bei nicht mehr intakten Fällen wähle man sofort die Perforation. Bei einer Conjugata von über 8 cm verhalte man sich abwartend bei Primiparen, ebenso bei Geburtsfällen mit einer guten Anamnese der früheren Geburten. Bei Komplikationen muß das expectative Verfahren aufgegeben werden. Die prophylaktische Wendung bei Primiparen ist längst aufgegeben. Die Gefahren des Abwartens bei drohenden Symptomen werden genau besprochen, ebenso die Indikationen zur Zange, welche niemals bei Hochstand des beweglichen oder deflektierten Kopfes angelegt werden sollte. Sie ist aber als hohe Zange bei flachem, rachitischem Becken zu empfehlen. Ist nicht nach 5—6 Traktionen ein deutlicher Erfolg zu konstatieren, dann ist die Perforation angezeigt. Bei Pluriparen mit Vorangang schwieriger Niederkünfte ist expectatives Verhalten nicht angebracht. Hier ist für die Zukunft die künstliche Frühgeburt angezeigt, aber nicht mehr bei Becken unter 8 cm. Die alten Geburtshelfer haben gerade bei engem Becken das Leben der Mutter immer höher eingeschätzt als das des Kindes. Die Vertreter der neuen operativen Aera scheuen sich nicht, die Mutter durch Operationen zu schädigen und zu gefährden, um das Kind zu erhalten. Die Perforation wird gestattet nur noch bei bestehender Infektion der Genitalien, die den Kaiserschnitt und die Pubeotomie verbietet.

In Konsequenz dieser Ueberzeugung hat man zur „Sicherstellung des Arztes“ eine Abänderung des Strafgesetzbuchparagraphen 211 beantragt. Herr van Calker hat, in Befolgung dieser Anregung und beeinflusst durch die Rücksicht auf die Bevölkerungspolitik, in Besorgnis um die Zukunft des Deutschen Reiches, auf der Naturforscherversammlung in Meran die Ansicht aufgestellt, daß die Tötung der Frucht nicht mehr gestattet werden solle lediglich zum Zwecke, die Gefahr für die Mutter zu mindern oder ihre gesundheitlichen Interessen zu schützen, sondern nur zu dem Zwecke, das Leben der Mutter zu retten. Hegar weist das Unzutreffende des hierbei aufgestellten Raisonnements nach und erklärt sich einverstanden mit dem bereits von anderer Seite aufgestellten Vorschlage folgender Abänderung des Paragraphen: Der § 211 findet keine Anwendung auf die mit Ueberlegung erfolgte Tötung des zur Geburt stehenden Kindes, wenn sie zur Abwendung einer Gefahr für Leben oder Gesundheit der Kreißenden durch den Arzt erfolgt. Einen ähnlichen Zusatz könnten § 218 und 219, welche die Abtreibung behandeln, erhalten.

Hegar schließt mit dem Ausspruch, daß die Therapie des engen Beckens „noch keinen hohen Grad der Vollkommenheit erreicht habe“, mag man das Kind perforieren, oder die Mutter an Weichteilen oder am Knochen operieren. „Das sind inhumane und rohe Prozeduren.“ Ein anderer Weg verspricht bessere Resultate: die Ursache des engen Beckens zu beseitigen. Er weist auf das Beispiel der seltenen Beckenverengerungen in Japan hin und ist der Ueberzeugung, daß bei regelmäßiger Stillung des Neugeborenen durch die Mütter und später bei guter Ernährung und gesunder Lebensführung des Kindes die Knochenkrankheiten und damit die Verengerung des Beckens seltener werden werden. Sobald dies Ziel erreicht sein wird, werden uns die engen Becken samt ihrer unerquicklichen Therapie nicht mehr viel kümmern.

Ich erkläre mich im Ganzen und im Einzelnen mit den Ausführungen Hegars einverstanden und werde aus meinen Erfahrungen nur einzelne Punkte näher besprechen.

Hegar hebt mit Recht die immer betonte Lehre hervor, daß für die Prognose des einzelnen Geburtsfalles nicht nur die ohnehin nicht scharfe Erkenntnis der Beckenmaße, sondern die Beschaffenheit des Kindskopfes und die zu erwartende Wehentätigkeit von größtem Belang sei. Für diesen letzten Punkt möchte ich eine Erfahrung mitteilen, die mich zu einer Prüfung der Beschaffenheit des Uterus in Hinsicht auf seine Wehenkraft geführt hat. Gleich im ersten Jahre meiner Amtstätigkeit in Straßburg fiel mir das durchaus verschiedene Verhalten der Geburtstätigkeit bei engem Becken der Schlesierinnen und der Elsässerinnen auf. Die ersteren zeigten im allgemeinen eine auffallend schwache und sehr häufig durch abnorme Kontraktionen gestörte Wehentätigkeit, so zwar, daß schon bei mäßiger Beckenverengerung der Fortschritt der Geburt ungemain verzögert war. Ich war genötigt, die hohe Zange und bei Versagen derselben die Perforation auch bei mittleren Graden der Beckenverengerung in Breslau ganz auffallend häufig in Anwendung

zu ziehen. Das gegenteilige Verhalten überraschte mich nun in Straßburg. Beckenverengungen bis nahe an den dritten Grad heran wurden in den meisten Fällen durch die kräftige Wehentätigkeit überwunden, sodaß die Geburt ganz spontan oder mit geringer Nachhilfe vonstatten ging und die Perforation des lebenden Kindes nur sehr selten notwendig wurde.¹⁾ Um für diese Beobachtung und für ihre Beurteilung eine feste Grundlage zu gewinnen, habe ich meinen Assistenten, Dr. Homburger, zu einer Untersuchung des Verhältnisses der Stärke der Ligamenta rotunda zu der der Uterusmuskulatur an der Lebenden angeregt. Die Resultate dieser Untersuchung hat er veröffentlicht in der „Gynäkologischen Klinik“ 1885 auf S. 677 in dem Aufsatz: „Ueber die Beziehung der Stärke der Ligamenta rotunda zur Leistung der Uterusmuskulatur.“ Die Resultate der Untersuchung sind folgende: 1. Die Ligamenta rotunda sind fast bei jeder Schwangeren und Kreißenden durch die Bauchdecken durchzufühlen, das linke in größerem Umfange und deutlicher als das rechte. 2. Es besteht meistens ein Verhältnis zwischen Stärke der Uteruswand und dem Ligamentum einerseits und der Wehenkraft andererseits. 3. Die Ligamenta sind nie ganz gleich stark. Der Eindruck der Dicke der Uteruswandung bei Palpation der Kindesteile ist nicht übereinstimmend mit demjenigen der gefühlten Bänder. Maßgebend für die Beurteilung der Wehenkraft ist bei ungleichen Ligamenta gewöhnlich das stärkere und bei Unterschied zwischen Dicke der Uteruswand und der Ligamenta die letztere.

Meines Wissens ist keine Wiederholung und Prüfung dieser Untersuchungen in der neueren Literatur bekannt geworden. Daß aber dieses Moment für die Prognose der Geburt und für Aufstellung der Indikation besonders präventiver Maßregeln mit in Rechnung gezogen werden mußte, ist klar. Darum habe ich die Erwähnung jener Untersuchungen für angebracht gehalten.

Das Bedürfnis, die Unterrichtsmethode in der Geburtshilfe gemäß den modernen Bestrebungen auf Aenderung der Geburtsbehandlung neu zu gestalten, wird allseitig gefühlt. Die humoristisch gehaltene „Inaugural Address on the future of Obstetrics“ des Professor Ballantyne in „the transactions of the Edinburgh Obstetrical Society“ (Bd. 32, 1907) schildert die bisherige theoretische Lehrweise in der Geburtshilfe und dringt auf einen mehr demonstrativen Unterricht, eine Einrichtung, die sich mit dem Prinzip, das Herr v. Franqué in seiner Gießener Antrittsrede vertritt und dem ich mich durchaus anschließen, gut verträgt. Ballantyne weist mit Recht darauf hin, daß die guten Resultate der modernen diätetischen Behandlung unreifer Kinder zur Heranziehung der erprobten englischen Methode der künstlichen Frühgeburt, der ein bevorzugter Platz unter den geburtshilflichen Operationen gebührt, energisch auffordern. Damit werden zugleich in höherer Wertung des kindlichen Lebens die zerstückelnden Operationen zugunsten der Sectio caesarea, des vaginalen Kaiserschnitts und der künstlichen Frühgeburt verlassen werden.

Daß dieses Vorgehen nicht nur für die Behandlung der Geburt bei Beckenenge gelten soll, beweist unter anderem die jüngste Publikation Döderleins von seinen schönen Resultaten des vaginalen Kaiserschnittes bei Gefährdung des Kindes, bei Prolaps der Nabelschnur u. a.

Wenn wir aber den letzten Zweck all unseres Unterrichts-bemühens ins Auge fassen, sind wir berechtigt, diese neue Lehre in allen ihren Konsequenzen unseren Schülern mit auf das mare procellosum der täglichen Praxis, in welcher sie oft genug bei oft ungünstigen Umständen einzig und allein auf sich allein angewiesen sein werden, mitzugeben? Die meisten modernen Lehrer der Geburtshilfe stimmen darin überein, daß speziell die beckenerweiternden Operationen für die Ausführung in der Praxis durchaus noch nicht vollkommen ausgereift sind. Fehling sagt in der Vorrede seiner operativen Geburtshilfe (1908) ganz richtig, daß sich in der Neuzeit leider eine klinische Geburtshilfe neben der des praktischen Arztes entwickelt hat; das Interesse der gebärenden Mutter verlangt, das Gebiet zwischen beiden richtig abzugrenzen. „Für die Zukunft muß die Aufgabe die sein, unsere Schüler so weit zu bringen daß sie wieder das ganze Gebiet beherrschen lernen.“

Ob sich diese Hoffnung erfüllen wird?

Die Hineinziehung der Kriminaljustiz in dieses Gebiet halte ich mit Hegar für ungeschickt und unglücklich. Ich halte die Zustimmung der Schwangeren, des Ehemanns und bei Unmündigkeit der ersteren der Angehörigen zu einer gefährlichen Operation für geboten und eine Verschleierung des Vorgehens nach Pinard („Madame, vous ne pouvez accoucher seule il faut vous aider et c'est ce que je vais faire“), ohne weitere Zustimmung an

¹⁾ Haben meine Kollegen, welche das Schicksal zwischen Ost und West hin und her geführt, die gleiche Beobachtung gemacht? Hat ähnliches vielleicht auch an anderen Organen, vor allem am Herzen statt? Die bekannten Untersuchungen von Müller und von Hirsch geben darüber keine Auskunft.

der Frau den Kaiserschnitt, die Symphyseotomie, die Pubeotomie vorzunehmen, für nicht gerechtfertigt. Zu solchem Vorgehen ist doch vor allem eine ganz sichere Diagnose erforderlich. Herr Dr. Fleurent, mein früherer Assistent, hat in Hegars Beiträgen Bd. 4, H. 1 die Geschichte einer Gebärenden publiziert, die, nachdem sie in einer Pariser Anstalt durch Perforation des Kindes entbunden worden war, am Ende ihrer zweiten Gravidität in die Straßburger Klinik kam. Der wegen mittlerer Beckenenge bei nach dem Blasensprunge hochstehendem beweglichen Kopfe vorgeschlagene Kaiserschnitt wird akzeptiert, aber (während der Vorbereitungen zur Operation) bald von der Frau und dem Ehemanne absolut untersagt. Allmählich tritt der gut formierte Kopf ein, und es wird mittels der Zange ein lebendes Kind entwickelt.

Sollte jemals ein Arzt wegen Perforation eines lebenden Kindes verklagt werden, so wird er bei richtiger Darstellung von seiten des Sachverständigen einen leichteren und sichereren Stand haben als derjenige, der eine gefährliche Operation ohne Erlaubnis an einer Gebärenden mit schlimmem Ausgange für Gesundheit oder gar Leben derselben unternommen hat. Und kann man denn das Leben des Kindes garantieren?

Für durchaus verfehlt halte ich mit Hegar die Hoffnung, durch Vermeidung der Perforation des lebenden Kindes einer drohenden Entvölkerung der Nation wirksam entgegenarbeiten zu können. Der Gewinn an lebenden Kindern wird bei einer wirklich konstatierten Bevölkerungsabnahme verschwindend klein sein. Die Absicht, durch irgend eine Handhabung der Geburtshilfe einen Einfluß auf die Bevölkerungszahl in irgend einem Sinne zu gewinnen, ist nicht neu und hat sich jedesmal als illusorisch erwiesen. Der Pharaos des alten Testaments hat, um die drohende starke Vermehrung der Israeliten in Aegypten einzudämmen, die Wehemütter in Aegypten angewiesen, die neugeborenen Söhne der Israelitinnen zu töten. Die Anordnung war ohne Erfolg. Die Wehemütter antworteten, die hebräischen Weiber sind nicht wie die ägyptischen, denn sie sind harte Weiber. Ehe die Wehemutter zu ihnen kommt, haben sie geboren. Nun der Erfolg der Anordnung der neuen operativen Aera zur Erhaltung des Kindes mit eventueller Schädigung der Mutter wird in dem umgekehrt beabsichtigten Erfolg ebenso getäuscht werden. Und wodurch? Durch das grade Urteil und das gesunde Gefühl des Weibes und des Mannes.

Oeffentliches Sanitätswesen.

Der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Kurfuscherei und des Geheimmittelwesens.

Von J. Schwalbe.

Die Weltgeschichte schreitet in Wellenbewegungen vorwärts. Dem aus dem Polizeistaat her bestehenden Kurfuschereiverbot folgte beim Ausbau der Verfassung und bei der Begründung der Gewerbefreiheit die Einführung der Kurierfreiheit, und in der Aera der konservativ-liberalen Paarung sieht sich die Regierung veranlaßt, eine Kompromißaktion einzuleiten und auf gesetzlichem Wege das schrankenlos ausgebreitete Kurfuschertum — und in gleicher Weise das mit ihm verbündete Geheimmittelwesen — einzudämmen.

Es hat vieler Anstürme von seiten der Aerzteschaft bedurft, um die Regierung zu einer derartigen Initiative zu veranlassen. Freilich, die Regierung war bekanntlich nicht schuld daran, daß im Jahre 1869 das Kurfuschereiverbot aufgehoben wurde: im Gegenteil, sie bekämpfte die von den Liberalen — mit der idealistischen Motivierung, daß das deutsche Volk gebildet genug sein werde, den wissenschaftlichen Aerzten stets vor den Pfuschern den Vorzug zu geben! — eingebrachte Forderung. Aber nachdem einmal die Heilkunde freigegeben war, konnte sie sich nicht entschließen, trotz der Erkenntnis der ständig sich steigenden Schäden, dem Uebel energisch zu Leibe zu gehen. In den ersten 20 Jahren der Gewerbeordnung ließ man den Kurfuschern freies Spiel. Erst als durch Gerichtsverhandlungen und vor allem durch eine planmäßige Agitation der Aerzte die Wunden, die die Pfuscher dem Volkskörper schlugen, die Summen, welche die Kranken alljährlich dem Schwindel opferten, offenbar wurden, versuchte man dem Unwesen zu steuern. Es wurden von manchen Polizeibehörden Warnungen vor Pfuschern und ihren Mitteln veröffentlicht, Polizei- und Regierungsverordnungen wurden erlassen, durch welche prahlerische und schwindelhafte Anzeigen von Heilmitteln und -methoden verboten wurden, die Gerichte wurden angewiesen, statt der bisherigen Milde — bei der die Pfuscher wegen der ihnen zugebilligten „bona fides“ fast regelmäßig freigesprochen oder zu geringen Strafen verurteilt wurden — die Strenge des Gesetzes wegen fahrlässiger Körperverletzung, wegen unlauteren Wettbewerbs, wegen Betrugs walten zu lassen. Schließlich wurde 1902 von Preußen, späterhin in ähnlicher Weise von den meisten übrigen Bundesstaaten eine Ministerialverordnung erlassen,