

Auf die Frage „Was soll der praktische Arzt bei inkompletter Uterusruptur tun?“ muß man um die Antwort verlegen sein. Jedenfalls nicht entbinden und den Riß nicht tamponieren, sondern die Frau möglichst rasch in die Klinik schaffen. Ob sie zur Operation noch zurecht kommt, ist Kismet. *Bumm* empfahl, der Praktiker solle das Scheidengewölbe und die Scheide fest ausstopfen, aber nicht die Zervix, sondern unterhalb der Zervix einen dicken Ballen von Gaze hineinpresse und gleichzeitig durch Druck von oben her die Wundstelle komprimieren. Daß auch dadurch eine lebhaft arterielle Blutung nicht immer gestillt werden kann, liegt auf der Hand. Wir können aber keinen besseren Rat geben.

In der Überzeugung, daß dem Fortschritt nicht allein gedient ist, wenn man Paradedfälle mitteilt und Mißerfolge verschweigt, habe ich an die Spitze meiner Betrachtungen unsere Fälle inkompletter Uterusruptur gestellt, von denen zwei einen unglücklichen Ausgang nahmen. Die vornehmsten Eigenschaften der Wissenschaft sind: Wahrhaftigkeit und Ehrlichkeit!

(Eingeliefert 29. I. 27.)

IV.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik Königsberg, Pr.)

Über frühzeitigen Kaiserschnitt¹⁾.

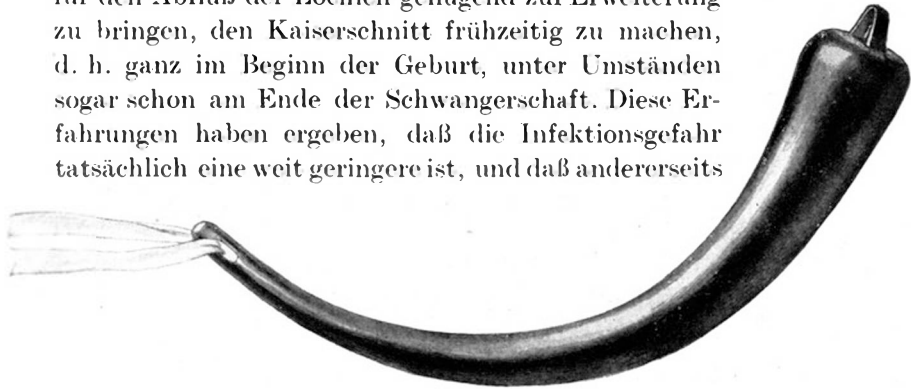
Von

W. ZANGEMEISTER.

Trotz aller aseptischen Maßnahmen erlebt man gelegentlich Infektionstodesfälle nach dem Kaiserschnitt. Ein Studium dieser Fälle lehrt aber, daß die Gefahr solcher Folgen nicht nur nach dem Blasensprung erheblich wächst, sondern daß vom Geburtsbeginn ab mit jeder Wehe, auch wenn nicht innerlich untersucht wird, eine gewisse Verschlechterung der Prognose eintritt. Auf Grund dieser Erfahrungen, welche ich in langer klinischer Tätigkeit gemacht hatte, und zugleich im Hinblick auf die günstigen Ergebnisse des Kaiserschnittes in der Schwangerschaft bei Eklampsie, Placenta praevia, bin ich seit Jahren bestrebt, auch in denjenigen

¹⁾ Auszug aus einem Vortrag in der nordostdeutschen Ges. f. Gyn. vom 29. I. 1927.

Fällen, in welchen man bisher geneigt war, den Kaiserschnitt auf das Ende der Eröffnungsperiode zu verschieben, um die Retraktionsfähigkeit des Uterus zu steigern und den Zervikalkanal für den Abfluß der Lochien genügend zur Erweiterung zu bringen, den Kaiserschnitt frühzeitig zu machen, d. h. ganz im Beginn der Geburt, unter Umständen sogar schon am Ende der Schwangerschaft. Diese Erfahrungen haben ergeben, daß die Infektionsgefahr tatsächlich eine weit geringere ist, und daß andererseits



Posthordilator für den Kaiserschnitt.

die früher gehegten Befürchtungen (mangelhafter Lochialabfluß, Plazentarstellenblutungen), welche frühere Autoren (z. B. *Sänger*) veranlaßt hatten, den Kaiserschnitt in der Schwangerschaft ganz zu verwerfen, unberechtigt sind. Ähnliche Bestrebungen sind bekanntlich auch von anderer Seite gemacht worden (*Coe, Baisch, Martius, Langen*). Um bei geschlossener oder ungenügend eröffneter Zervix eine genügende Erweiterung für den Lochialabfluß, den ich zur Vermeidung von progredienten Infektionen für wichtig halte, zu gewährleisten, habe ich einen posthornartigen Dilatator konstruiert (siehe Abbildung), der von oben nach unten durchgezogen bzw. durchgeschoben wird.

(Eingeliefert d. 24. II. 27.)