

Ueber die Wendung auf den Kopf

von
Dr. O. v. FRANQUE,

Dozenten an der Universität zu Würzburg.

Obwohl schon oft und von verschiedenen Seiten auf die grossen und bedeutenden Vorzüge aufmerksam gemacht wurde, welche die Wendung auf den Kopf bei quergelagerten Kindern vor der Wendung auf den Fuss hat, so wird doch diese Operation nur sehr selten ausgeführt, auf jeden Fall seltener, als sich zu ihrer Ausführung Gelegenheit darbietet. Doch kann man auf der anderen Seite auch nicht leugnen, dass die Bedingungen, welche zur Vornahme der Wendung auf den Kopf vorhanden sein müssen, in der Privatpraxis gerade nicht sehr oft zusammen angetroffen werden, immerhin verdient aber die Wendung öfter ausgeführt, wenigstens versucht zu werden, gewiss in manchen Fällen, bei welchen man im Anfange der Operation an dem Gelingen derselben verzweifeln sollte, gelingt dieselbe noch wider alles Erwarten zum Heile der Mutter und namentlich zum Heile des Kindes. Leider jedoch halten sehr viele Aerzte die Wendung auf den Kopf nicht einmal eines Versuches werth, selbst wenn die dazu nothwendigen Vorbedingungen alle vorhanden sind, sondern gehen bei jeder Querlage sogleich mit der den Füßen entsprechenden Hand in die Uterushöhle ein und machen die Wendung auf den Fuss oder auf beide Füße; mit dieser die Lage verbessernden Operation sind sie aber noch nicht zufrieden, es wird an diese vorbereitende Operation sogleich auch die Extraktion des gewendeten Kindes angeschlossen, ohne dass für die Extraktion immer eine strenge Indikation vorhanden wäre. Unter sol-

chen Umständen kann es nicht auffallend sein, wenn in der Privatpraxis von den quergelagerten Kindern unverhältnissmässig viele todt zur Welt kommen, auf eine unter Umständen in jeder Beziehung vortheilhaftere Operation, die Wendung auf den Kopf, wird von vornherein verzichtet, aus zwei Operationen, Wendung und Exstruktion, welche strenge von einander zu trennen sind, wird *eine* Operation gemacht. Wir sind der festen Ueberzeugung, dass von den quergelagerten Kindern viel mehr lebend zur Welt kommen würden, dass die betreffenden Frauen diese Geburten viel besser überstehen würden, wenn auf der einen Seite die Wendung auf den Kopf häufiger gemacht würde und wenn auf der anderen Seite die Exstruktion von der Wendung mehr getrennt würde, wenn man nach der Wendung auf die Füsse die Expulsion des Kindes mehr der Natur überlassen würde, natürlich so weit dieses eben angeht.

Die Wendung auf den Kopf ist nun eine Operation, welche für alle dabei Betheiligten wesentliche Vortheile vor der Wendung auf die Füsse aufzuweisen hat, selbst dann noch, wenn nach gelungener Wendung der Kopf mittelst der Zange extrahirt werden muss, sie ist vortheilhafter für das Kind, für die Mutter und für den Operateur.

Was zunächst die Vortheile für das Kind betrifft, so ist es eine alte bekannte Thatsache, dass die Kopflagen überhaupt die günstigsten sind in jeder Beziehung, sie verlaufen am raschesten und treten bei ihnen am wenigsten Geburtsstörungen auf, mag nun die Kopflage eine primäre sein, oder mag die vorherige Querlage erst durch die Kunst in eine Kopflage umgewandelt worden sein. Hier liesse sich nun allerdings der Einwurf machen, dass man nach gelungener Wendung auf den Kopf nie wissen kann, ob man nicht doch die Geburt künstlich beenden muss, dadurch würde natürlich die Prognose um so ungünstiger gestellt werden müssen. Selbst wenn man dieses zugibt, ja wenn wir sogar annehmen, dass nach jeder Wendung auf den Kopf noch nachträglich der Kopf mit der Zange extrahirt werden muss, so würden doch immer noch mehr Kinder erhalten werden, als wenn die Wendung auf den Kopf nicht gemacht worden wäre, sondern die Wendung auf die Füsse, wie dieses aus den folgenden Zahlen zur Genüge hervorgeht. Es soll übrigens damit nicht im geringsten gesagt sein, dass es für das Kind ohne Einfluss sei, ob nach gelungener Wendung auf den Kopf der Geburtsverlauf sich selbst überlassen wird, oder ob die Geburt durch die Kunst beendet wird, im Gegentheil man wird aus den nachfolgenden Zahlen sehen, dass die Mehrzahl der nach der Wendung auf den Kopf todt geborenen Kinder mit der Zange extrahirt wurden; immerhin bleibt aber, wie erwähnt, das Verhältniss noch ein günstigeres, als bei der Wendung auf die Füsse. Man muss nur beden-

ken, dass man es mit einer Lage zu thun hat, welche das Einschreiten der Kunst unter allen Verhältnissen verlangt; denn die Selbstwendung und Selbstentwicklung kommen am Kreissbette im Ganzen doch so selten zur Beobachtung, dass man auf diese Selbsthilfe der Natur von vorneherein nicht rechnen kann, abgesehen davon, dass die Selbstentwicklung nur stattfinden kann, wenn das Kind bereits abgestorben ist. *H. bib. 1807*

Doch besser wie alles Theorisiren sprechen folgende Zahlen für die Vortheile der Wendung auf den Kopf. *H. bib. 1807*

Kayser hat in seiner Dissertation über die Wendung auf den Kopf 42 Fälle gesammelt, bei 35 von diesen 42 war das Leben des Kindes während der Geburt gewiss; von diesen 35 Kindern wurden nur 2 todt geboren, also $17\frac{1}{2} : 1$, während in 42 von *Busch* und *Dubois* ausgeführten Wendungen auf die Füße 6 Kinder todt geboren wurden, $7 : 1$. *1801*

In dem Herzogthum Nassau wurde in einem Zeitraum von 17 Jahren, von Anfang 1843 bis Ende 1859 bei 247570 Neugeborenen die Wendung auf den Kopf bei 34 Querlagen ausgeführt (diese Zahlen haben wir den amtlichen Sanitätsberichten entnommen), 27 Kinder wurden lebend und 7 todt geboren, also beinahe $5 : 1$, für die Mütter blieb die Operation ohne den geringsten Nachtheil. Während desselben 17jährigen Zeitraumes wurden bei 1852 Wendungen auf die Füße nur 795 Kinder lebend und 1057 todt zur Welt gebracht, also $1\frac{795}{1057} : 1$; von den Frauen sind 106 nach der Wendung auf die Füße gestorben, beinahe $17\frac{1}{2} : 1$. Wir möchten auf diese Zahlen besonderes Gewicht legen, weil sie aus den Ergebnissen der Privatpraxis entnommen sind und dieselben uns die Resultate dieser Operationen geben, wie sie in Wirklichkeit in dem praktischen Leben sich herausstellen und nicht wie sie sich aus den Ergebnissen der Praxis aus Anstalten ergeben. Aus leicht begreiflichen Gründen werden die Resultate der Wendung in Anstalten viel günstiger ausfallen, wo eine Reihe von ungünstigen Momenten, welche in der Privatpraxis vorkommen und die Operation erschweren, von selbst wegfallen. *1859*

In 13 von den genannten 34 Wendungen auf den Kopf wurde nach gelungenem Herableiten des Kopfes dieser mit der Zange extrahirt, 8 Kinder lebend, 5 todt, also $2\frac{3}{5} : 7$. Hieraus geht deutlich hervor, dass die Anlegung der Zange auf das Resultat der ganzen Operation einen ungünstigeren Einfluss ausübt, als wenn der Geburtsverlauf ein natürlicher ist; während bei den 21 sich selbst überlassenen Fällen mit 2 todtten Kindern das Verhältniss $10\frac{1}{2} : 1$ ist, ist es bei den 13 mit der Zange beendigten $2\frac{2}{5} : 1$, vergleicht man aber diese letzte Zahl mit der bei der Wendung auf die Füße gefundenen, $1\frac{795}{1057} : 1$, so bleibt sie immer noch viel günstiger. Wenn überhaupt bei 34 Querlagen 27 Kinder ge-

rettet und nur 7 todt geboren werden, so muss dieses als ein sehr günstiges Resultat bezeichnet werden, ein Resultat, welches in der Privatnamentlich der Landpraxis bei der Wendung auf die Füße wohl kaum erreicht wird. Sehr leicht hätte aber bei den 34 Querlagen das Resultat gerade das umgekehrte sein können, 27 todt und 7 lebende Kinder, wenn die Wendung auf den Kopf nicht gemacht worden wäre.

Wie für das Kind, so ist die Wendung auf den Kopf auch für die Mutter eine viel vortheilhaftere Operation, darüber sind wohl kaum Worte zu verlieren, jeder, der sich mit Geburtshilfe beschäftigt, weiss, wie eingreifend für die Mutter eine Wendung auf die Füße ist oder doch wenigstens sein kann, schon an und für sich, noch eingreifender wird sie aber, wenn darauf sogleich die Extraktion gemacht wird, wie dieses in der Privatpraxis meistens geschieht. Dagegen dürfte wohl kaum ein Fall bekannt sein, wir wenigstens konnten keinen auffinden, in welchem die Wendung auf den Kopf von irgend welchen nachtheiligen Folgen für die Mutter begleitet gewesen wäre. Auch die oben angeführten Zahlen beweisen dieses. Bei den 34 Frauen, bei welchen die Wendung auf den Kopf gemacht worden war, sind bei keiner einzigen nachtheilige Folgen nach der Operation beobachtet worden, keine einzige der 34 Operirten ist erlegen, dagegen erlag bei 17 $\frac{1}{2}$ Wendungen auf die Füße immer eine Frau. Doch wollen wir damit nicht gesagt haben, dass die Operation als solche die alleinige Todesursache gewesen ist, wenn auch dieses in der Mehrzahl der Fälle anzunehmen ist. Rupturen des Uterus sind bei Wendungen auf den Kopf unseres Wissens noch nicht vorgekommen, während sie bei Wendungen auf die Füße ab und zu entstehen.

Endlich ist die Wendung auf den Kopf auch für den Operateur, als der dritten bei der Operation theilhaftigen Person, vortheilhafter, als die Wendung auf die Füße: wenn es auch im Allgemeinen dem Operateur ganz gleich sein muss, ob er sich bei einer Operation, bei welcher es sich um die Erhaltung zweier Leben handelt, etwas mehr oder weniger anstrengen muss. Wir sind also weit davon entfernt, damit sagen zu wollen, dass bei der Wahl einer Operation der Arzt sich von seiner Bequemlichkeit leiten lassen soll, allein wenn von den Vorthteilen einer Operation im Allgemeinen die Rede ist, kann man mit den anderen wichtigen Vorthteilen gewiss auch den anführen, dass die Operation leichter auszuführen ist und von Seiten des Arztes keine solche Anstrengung und Kraftentwicklung verlangt. Wir glauben, dass in dieser Beziehung jeder Arzt, der geburtshilfliche Operationen öfter auszuführen Gelegenheit hat, mit uns übereinstimmen wird. Jeder beschäftigte Geburtshelfer weiss, wie schwierig und anstrengend eine Wendung auf die Füße sein kann, ohne

darauf folgende Extraktion, dass aber bei nachfolgender Extraktion oft das ganze Mass der physischen Kräfte aufgeboten werden muss; — bei der Wendung auf den Kopf kann dieses wohl nie vorkommen. Forscht man nun nach den Gründen, warum die Wendung auf den Kopf trotz ihrer augenscheinlichen Vorzüge so selten ausgeführt wird, so mögen diese Gründe sehr verschiedener Art sein! Mancher mag sich durch die Gewohnheit, bei Querlagen immer die Wendung auf die Füße zu machen, aus Hang an der von jeher gebräuchlichen Operationsart von der Ausführung der Wendung auf den Kopf abhalten lassen, zumal da ihm zu dieser Operation die nothwendige Uebung fehlt, er hat dieselbe nicht mehr gemacht, seitdem er während seiner Studien in den Operationskursen dieselbe am Phantom eingeübt hatte. Mancher lässt sich vielleicht auch durch noch unlautere Motive von dieser Operation abhalten. Das Publikum würdigt bekanntlich eine Operation besonders nach den dabei angewandten sichtbaren Mitteln, eine ganz leichte Zangenoperation ist in seinen Augen eine schwierigere Operation, wird also auch besser honorirt, als eine Wendung, sie mag noch so schwierig gewesen sein; hat aber der Arzt seinen Arm bis zur Hälfte in die Genitalien eingeführt, ohne eine sichtbare Veränderung in dem Stand der Dinge bewirkt zu haben, ohne die Geburt beendet zu haben, so dass die Geburt durch die Naturkräfte allein beendet wird, dann ist dieses in den Augen des Publikums gar keine Operation zu nennen, „er ist mit dem halben Arm in die Geschlechtstheile gefahren und konnte die Geburt doch nicht beenden, die Frau hat sich doch noch abmühen müssen“, ist ein Ausspruch, den man wohl zu hören bekommt, und dieses mag vielleicht von Manchem als ein Motiv angesehen werden, eine sonst so segensreiche Operation nicht zu machen, da er weniger dafür honorirt wird, als wenn er die Wendung auf die Füße und Extraktion macht. Doch wir wollen hoffen, dass es nur wenige Aerzte gibt, die sich von solchen Motiven leiten lassen.

Ein Hauptgrund, wesshalb die Wendung auf den Kopf so selten ausgeführt wird, liegt unserer Ansicht nach darin, dass man die Grenzen, in welchen die Wendung auf den Kopf noch zulässig ist, zu eng gesteckt hat, dass man die Bedingungen, welche zu ihrem Gelingen vorhanden sein müssen, zu sehr beschränkt hat. Sehen wir, wie es sich mit diesen Bedingungen verhält:

1) Das Kind muss leicht in der Uterushöhle beweglich sein, dass die Lageveränderung ohne Schwierigkeit gelingt, es soll also die Fruchtblase noch stehen, oder wenigstens seit dem Abflusse des Fruchtwassers noch nicht lange Zeit verflossen sein. Wir können uns mit dieser Bedingung in ihrer ganzen Ausdehnung nicht einverstanden erklären. Wollte

man sich bei Ausführung der Wendung auf den Kopf immer streng daran halten, so würde in der Privatpraxis, namentlich der Landpraxis, wo es fast eine Ausnahme ist bei einer Querlage eine noch stehende Blase zu finden, die Wendung auf den Kopf noch viel seltener gemacht werden können, als es schon geschieht. Es kann zwar nicht geleugnet werden, dass die Operation bei stehender Blase leichter gelingen wird, allein unmöglich wird dieselbe nicht nach dem Abflusse des Fruchtwassers; es sind auch schon Beobachtungen mitgetheilt worden, nach welchen nach Abfluss der Wasser die Operation noch sehr gut gelungen ist, so von *Stoltz*, *Wright*, *Trefurt* und Anderen. So lange keine Einkeilung der vorliegenden Schulter, überhaupt des vorliegenden Theiles besteht, kann die Wendung auf den Kopf immer noch gelingen und halten wir es für ungerechtfertigt, wenn man nach dem Blasensprung von vorneherein auf die Wendung auf den Kopf verzichtet, dieselbe wird gewiss wider Erwarten noch in manchen Fällen gelingen, in welchen man im Anfange das Einstellen des Kopfes für unmöglich gehalten hatte. Wir halten um so mehr in solchen Fällen wenigstens den Versuch der Wendung auf den Kopf für indicirt, als damit bei der Wahl der richtigen Methode durchaus kein Schaden gestiftet werden, sondern beim Nichtgelingen der Wendung auf den Kopf sogleich mit derselben Hand zur Wendung auf den Fuss geschritten werden kann. Jeder gebildete Arzt wird in dieser Beziehung wissen, wie weit er zu gehen hat und wird die Wendung auf den Kopf nicht mit Gewalt erzwingen wollen. Uebrigens mag gerade in dem Umstande, dass in der Privat- namentlich der Landpraxis bei Querlagen so selten noch eine stehende Blase angetroffen wird und schon längere Zeit seit Abfluss des Fruchtwassers vergangen ist, der Hauptgrund für die Seltenheit der Wendung auf den Kopf gelegen sein; man findet dann in der Regel die Uteruswandungen schon fester um das Kind zusammengezogen und doch halten wir auch hier den Versuch der in Rede stehenden Operation gerechtfertigt, wenn der Uterus nicht eben zu fest um das Kind contrahirt ist.

2) Der Kopf des Kindes muss nahe am Beckeneingange liegen, damit die Hand nicht zu weit in die Uterushöhle eingeführt werden muss. Auch diese Bedingung möchten wir nicht in ihrer ganzen Ausdehnung als unumgänglich nothwendig für die Ausführung der Wendung auf den Kopf gelten lassen. Je näher der Kopf am Beckeneingange liegt, je weniger weit die Hand eingeführt werden muss, desto leichter wird natürlich die Operation gelingen, ohne dass sie aber durch eine entfernte Lage des Kopfes unmöglich gemacht wird. Wenn man bedenkt, welche ausgedehnter spontaner Lageveränderungen das Kind noch während der Geburt

fähig ist, wenn man sich an die Beobachtungen erinnert, nach welchen wiederholte Umdrehungen des Kindes während der Geburt vorgekommen sind, so wird man auch die Möglichkeit einen entfernter liegenden Kopf bei sonst günstigen Verhältnissen über und in den Beckeneingang einzuleiten nicht in Abrede stellen können. Jedoch darf man selbstverständlich auch hier nicht zu weit gehen wollen; liegt der Kopf vollständig aus dem Bereiche des unteren Uterinsegmentes, liegt er in der Nähe des Uterusgrundes, dann kann von der Wendung auf den Kopf nicht mehr die Rede sein; zumal, da man in letzterem Falle die Lage nicht mehr als eine eigentliche Querlage bezeichnen kann, sondern man hat es mit einer Schiefelage zu thun. Hier ist es dann viel besser, den Steiss einzustellen, welche Operation aber dann keine Wendung genannt werden kann. Uebrigens wird man, was die Lage des Kopfes betrifft, eben so wenig wie bei der vorhin besprochenen Bedingung, über die Ausführbarkeit oder Unausführbarkeit der Wendung auf den Kopf von vornherein eine Entscheidung treffen können, sondern wird in sehr vielen Fällen wenigstens erst nach Einführung der Hand einen Entschluss über das einzuschlagende Verfahren fassen; auch hier wird der Versuch der Wendung auf den Kopf keinen Schaden stiften können.

3) Die Wendung auf den Kopf soll nur dann ausgeführt werden, wenn man nachher auf eine regelmässige Wehentätigkeit rechnen kann. Mit diesem Satze können wir uns am allerwenigsten einverstanden erklären. Wir glauben, dass man bei einer Operation, bei welcher man mit der ganzen Hand in die Uterushöhle eingehen muss (wir haben hier nur die Wendung auf den Kopf durch innere Handgriffe im Auge) nie im Voraus über die Art der Wehentätigkeit einen Ausspruch thun kann. Es kann hier füglich nur von der Wehenschwäche die Rede sein, denn bei aussergewöhnlich starker Wehentätigkeit und bei Krampfwehen wird Niemand an die Wendung auf den Kopf denken. Bei Wehenschwäche soll also die Wendung auf den Kopf deshalb nicht ausgeführt werden, weil dann der eingeleitete Kopf nicht fixirt werden könnte. Dieses scheint uns nicht ganz richtig. Macht man nemlich die Wendung auf den Kopf bei noch stehender Blase, so wird unfehlbar nach dem Blasensprung, den man während der Operation ausführen kann, eine Verstärkung der Wehentätigkeit eintreten, um so mehr, als auch gleichzeitig durch die eingeführte Hand ein nicht geringer Reiz auf die Innenwand des Uterus ausgeübt und willkürlich verstärkt werden kann; kann ja doch dieser Reiz der eingeführten Hand unter Umständen so starke Wehen hervorrufen, dass man dadurch wenigstens momentan an der Ausführung der Wendung (im Allgemeinen) verhindert werden kann; jeder, der schon eine gewisse An-

zahl von Wendungen gemacht hat, wird uns darin beistimmen. Macht man aber nach Abfluss des Fruchtwassers bei Wehenschwäche die Wendung auf den Kopf, so wird einmal durch die eingeführte Hand die Wehenthätigkeit angeregt werden und kann man weiter nach Einstellung des Kopfes durch längeres Liegenlassen der Hand sowie durch Reiben des Uterusgrundes für eine bessere Entwicklung der Wehenthätigkeit sorgen; auch durch eine passende Seitenlage der Kreissenden sowie durch einen von aussen angebrachten Druck wird man dem Wiederausweichen des Kopfes vorbeugen können. Selten wird es bei Beachtung aller dieser Momente unmöglich sein, den einmal eingeleiteten Kopf in seiner Lage zu erhalten. Sollte aber trotz aller angewandten Mittel der Kopf immer wieder ausweichen, sollte das Kind trotz wiederholter Umwandlung seiner Lage aus was immer für einem Grunde stets die Querlage wieder einnehmen, dann ist mit diesen wiederholten Versuchen der Wendung auf den Kopf nichts verdorben, die Prognose wird dadurch nicht im geringsten sich verschlimmert haben und die Wendung auf die Füße wird noch ebensogut gelingen, wie vor den vergeblichen Versuchen die Querlage in eine Kopf-lage umzuwandeln. Doch dürften, wie gesagt, bei einiger Geduld und Ausdauer diese Versuche nur sehr selten misslingen.

4) Ist eine Beckenverengung vorhanden, so soll die Wendung auf den Kopf nicht gemacht werden. Auch durch diesen Satz scheint uns die Wendung auf den Kopf zu sehr beschränkt zu werden. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass man die Raumverhältnisse des Beckens bei Vornahme der Wendung auf den Kopf gar nicht beachten soll, es müssen hier eben so gut wie bei der Wendung auf die Füße die gegenseitigen Grössenverhältnisse der Geburtswege und des Geburtsobjects berücksichtigt werden. Das scheint uns hier aber nicht zu genügen. Man muss ausserdem auch die Beschaffenheit der Wehenthätigkeit und namentlich die Fügbarkeit des Kopfes beachten. Es kommen in der Wirklichkeit gewiss viel mehr verengte Becken vor, als beobachtet werden; sie entziehen sich deshalb der Beobachtung, weil die Geburt trotz der Beckenverengung in jeder Beziehung ganz normal verlaufen kann, wegen dieses regelmässigen Geburtsverlaufes wird an eine Beckenverengung nicht gedacht, also darauf hin nicht untersucht oder gar kein Arzt zur Geburt hinzugezogen. Liegen ja doch Beobachtungen vor, nach welchen in Fällen, wo der Kaiserschnitt in Frage kommen kann, die Geburt ohne Einschreiten der Kunst ganz normal ohne Schaden für Mutter und Kind verlaufen ist. Wir selbst könnten mehrere Beobachtungen mittheilen, wo bei einer Beckenverengung von 2" 9⁴ in der Conjugata durch die Naturkräfte allein ein lebendes Kind geboren wurde. Es hängt eben, wie schon gesagt, in solchen

Fällen der Geburtsverlauf nicht allein von der Beckenverengerung ab, andere Momente wirken ebenfalls mit. Wenn also bei solchen Graden der Beckenverengerung eine ursprüngliche Kopflage natürlich und günstig verlaufen kann, so ist nicht abzusehen, warum nicht auch eine secundäre Kopflage, eine künstliche Kopflage nach der Wendung auf den Kopf ebenso günstig und natürlich verlaufen sollte.

Doch um nicht missverstanden zu werden, sei hier ausdrücklich erwähnt, dass wir bei einer so hochgradigen Beckenverengerung, wie wir sie vorhin nur als Beispiel anführten, die Wendung auf den Kopf am normalen Ende der Schwangerschaft für contraindicirt halten; natürliche Kopfgeburten bei Beckenverengerung unter 3'' in der Conjugata gehören doch zu den selteneren Beobachtungen, während sie zwischen 3'' und 4'' häufiger vorkommen. 3'' in der Conjugata möchten wir deshalb auch als die äusserste Grenze bezeichnen, bis zu welcher wir die Wendung auf den Kopf für indicirt halten, oder vielleicht besser gesagt einen Versuch der Wendung auf den Kopf. Mit der eingeführten Hand wird man sich am besten überzeugen, ob der Fall für die Wendung auf den Kopf passend ist oder nicht. Findet man bei einer Beckenverengerung zwischen 3'' und 4'' den Kopf verhältnissmässig klein, weich mit weiten Nähten und grossen Fontanellen, findet man, dass er sich nach der Einstellung den Beckenverhältnissen anpasst, dass er durch eine kräftige Wehentätigkeit in der ihm gegebenen Lage nicht allein erhalten, sondern auch weiter bewegt wird, dann ist, natürlich bei sonst günstigen Verhältnissen, die Wendung auf den Kopf jedem anderen Operationsverfahren vorzuziehen. Man wird durch dieses Verfahren, selbst wenn der Kopf noch mit der Zange extrahirt werden muss, immer bessere Resultate erzielen, als mit der Wendung auf die Füsse, deren Resultate bei Beckenverengerungen auch nicht die günstigsten sind.

Findet man dagegen mit der eingeführten Hand, dass der Kopf verhältnissmässig zum Becken, mag dieses verengt oder normal sein, zu gross ist, ist er sehr stark mit sehr schmalen Nähten und wenig ausgesprochenen Fontanellen versehen, scheint er deshalb gar nicht in den Beckenkanal eintreten zu können, dann steht man von der Wendung auf den Kopf ab und macht die Wendung auf den Fuss, ohne dass durch die versuchte Wendung auf den Kopf auch nur das Geringste verdorben worden wäre.

Wenn man die Casuistik der Wendungen auf den Kopf durchgeht, so findet man Beobachtungen mitgetheilt, wenn auch gerade nicht sehr viele, nach welchen bei Beckenverengerung diese Operation mit Erfolg gemacht wurde; am deutlichsten aber ersieht man ihre grossen Vorzüge

aus Beobachtungen, nach welchen bei einer und derselben Frau mit verengtem Becken eine Geburt durch die Wendung auf den Fuss, die folgende durch die Wendung auf den Kopf beendigt wurde, wie aus der Mittheilung des folgenden in der Würzburger Entbindungsanstalt beobachteten Falles hervorgeht: *Wobei nach der künstlichen Kopflage*

Bei einer Erstgebärenden traten am normalen Ende der Schwangerschaft regelmässige Wehen ein; bei der Untersuchung wurde eine Querlage entdeckt, Conjugata 3'' 9''' ; es wurde die Wendung auf den Fuss gemacht, die nothwendige Exstruktion des Kindes ging bis auf den Kopf ohne besondere Schwierigkeiten, die manuelle Entwicklung des nachfolgenden Kopfes gelang nicht; es musste die Zange angelegt werden, was ebenso schwierig war, wie die nachherige Exstruktion mittelst der Zange; das Kind war todt und zwar während der Geburt abgestorben. Im Laufe des letzten Winters kam die Frau wieder nieder; es war wieder eine Querlage, Rücken des Kindes nach vorn, Kopf rechts. Es wurde bei noch stehender Blase der Kopf in den Beckeneingang geleitet und während dessen die Blase gesprengt, wobei sich eine grosse Menge Fruchtwasser entleerte. Der Kopf blieb in der ihm gegebenen Lage, allein die Geburt machte so langsame Fortschritte, dass nach Verlauf von 4 Stunden die Zange angelegt werden musste, es wurde ein lebendes Kind extrahirt; Wochenbett normal. *den Beckenverhältnissen nach, dass er durch eine*

5) Es darf kein Kindestheil, noch auch die Nabelschnur vorgefallen sein, wenn die Wendung auf den Kopf ausgeführt werden soll. So lange die Blase noch steht, kann füglich von einem Vorfall nicht die Rede sein, die Vorlage aber einer der genannten Theile scheint uns keine Contraindication der Wendung auf den Kopf zu sein. So lange die Blase steht, kann selbstverständlich ein Arm, der hier allein in Frage kommen kann, nie weit in die Scheide ragen, er wird auch nach unserer Ansicht der Wendung auf den Kopf nicht hinderlich im Wege stehen und wenn bei der Ausführung der Operation die richtige Methode gewählt wird, so wird auch ein Vorfallen während des Blasensprunges verhütet werden können. Nach Abfluss des Fruchtwassers aber kann allerdings ein vorgefallener Arm, namentlich wenn seine Hand vor den äusseren Genitalien liegt, eine Contraindication der Wendung auf den Kopf sein. Unter solchen Umständen ist meistens die Schulter schon tiefer herunter getreten und eine mehr oder weniger ausgesprochene Einkeilung vorhanden, wobei, wie weiter oben ausgesprochen wurde, die Wendung auf den Kopf zu unterbleiben hat. Ist jedoch die Extremität nicht so weit heruntergefallen, liegt nur ein Theil des Arms vor, z. B. der Ellbogen oder nur eine Hand bei Abwesenheit jeder Einkeilung vor, dann können wir darin kein Hinderniss

für die in Rede stehende Operation finden, wie denn auch schon von Manchen (*Trefurt*) unter solchen Umständen die Wendung auf den Kopf mit dem günstigsten Erfolge gemacht wurde. Ist hier überhaupt die Operation auszuführen, ist das Kind noch so beweglich und so viel Raum vorhanden, dass sein Kopf mit Leichtigkeit eingestellt werden kann, dann wird auch die Reposition des vorgefallenen Theiles keine Schwierigkeiten machen, während dagegen die Reposition eines gestreckten mit der Hand bis vor den Genitalien liegenden Armes schon mit grösseren Schwierigkeiten verbunden, selbst ganz unmöglich sein kann. Bei Vorfall einer oberen Extremität halten wir also die Wendung auf den Kopf nur bedingungsweise indicirt, meistens wird dieselbe nicht auszuführen sein.

In dem Vorfalle der Nabelschnur dagegen können wir bei Gegenwart sonst günstiger Verhältnisse keine Contraindication der Wendung auf den Kopf erkennen. Der Vorfall der Nabelschnur ist bei Querlagen aus bekannten Gründen keine Seltenheit, ohne dass aber dadurch die Prognose so ungünstig wird, wie wenn bei einer Kopflage die Nabelschnur vorfällt, bei Kopflagen muss ein Druck auf die vorgefallene Nabelschnur ausgeübt werden, bei Querlagen wird dieses nur ausnahmsweise geschehen; wenn aber auf der anderen Seite bei einer Kopflage die Nabelschnur reponirt ist, so ist damit auch die Gefahr für das Kind beseitigt.

Wir können uns nicht von dem Vorzuge überzeugen, welchen die Wendung auf den Fuss vor der auf den Kopf bei Nabelschnurvorfalle hat. Wir können nie im Voraus wissen, wie nachher die Geburt verlaufen wird, ob nicht die Geburt des nachfolgenden Kopfes zu lange Zeit in Anspruch nimmt, ob der Kopf nicht manuell oder instrumentell extrahirt werden muss. Bekanntlich besteht die grösste Gefahr für die Kinder bei Beckenendgeburten neben anderen Momenten in dem Druck, den der nachfolgende Kopf auf die Nabelschnur ausübt. Nach der Wendung auf den Kopf kann von diesem Druck nicht mehr die Rede sein, denn wenn einmal die ganze Hand sich in der Uterushöhle befindet, dann muss auch die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur gelingen, durch den vorliegenden Kopf selbst wird ein wiederholtes Vorfallen am besten verhütet.

Wir glauben in dem Vorhergehenden dargethan zu haben, dass die gewöhnlich zur Vornahme der Wendung auf den Kopf aufgestellten Bedingungen nicht in ihrer ganzen Ausdehnung aufrecht zu halten sind und sind überzeugt, dass zum Heile der Frauen namentlich aber der Kinder diese Operation öfter ausgeführt würde, wenn man der Indication derselben nicht zu enge Grenzen stecken, sondern ihr einen grösseren Spielraum gestatten würde, um so mehr als durch die Wendung auf den Kopf, oder vielmehr durch einen Versuch derselben nicht der geringste Schaden ge-

stiftet werden kann und bei dem Misslingen derselben immer noch die Wendung auf den Fuss auszuführen ist.

Was nun endlich die Contraindicationen der Wendung auf den Kopf betrifft, so sind dabei folgende Momente zu beachten:

1) Abnorme Gestalt des Uterus, wenn dieselbe zu diagnosticiren ist.

2) Tod des Fötus. Da die Wendung auf den Kopf doch besonders zur Erhaltung des kindlichen Lebens gemacht wird, so steht man bei seinem constatirten Tode besser von dieser Operation ab und macht die Wendung auf die Füße. Und

3) ist die Wendung auf den Kopf absolut contraindicirt in allen Fällen, bei welchen aus irgend einem Grunde, mag derselbe von der Mutter oder von dem Kinde ausgehen, eine Beschleunigung der Geburt geboten ist. Unter solchen Umständen würde es unverantwortlich sein, wenn man eine Operation unternehmen wollte, welche uns nicht die Mittel an die Hand gibt, jeden Augenblick, unmittelbar nach der vorbereitenden Operation der Wendung, die Geburt künstlich zu beenden; hier kann nur die Wendung auf den Fuss (die Füße) gemacht werden, um unmittelbar darauf die Extraktion des Kindes vornehmen zu können.

Gerade in diesem Umstande glauben wir einen hauptsächlichsten Grund finden zu müssen, warum die Wendung auf den Kopf so selten ausgeführt wird. In der Privatpraxis, namentlich der Landpraxis, kann man es gewiss als eine Seltenheit betrachten, wenn man gleich beim Anfange der Geburt zu einer Querlage gerufen wird. Entweder wird die Hebamme selbst erst spät hinzugerufen, oder diese verkennet die Lage und glaubt die Geburt allein ohne einen Arzt zu Ende bringen zu können, bis sie sich dann endlich doch entschliessen muss, einen Geburtshelfer rufen zu lassen. Bis dieser an Ort und Stelle anlangt, ist die Kreissende durch die lange Geburtsdauer, durch die kräftigen aber vergeblichen Wehen schon so angegriffen und erschöpft, dass in der Regel deshalb eine baldige Beendigung der Geburt sehr wünschenswerth erscheint; die Wendung auf den Kopf kann also nicht in Frage kommen, wenn sie auch wegen der übrigen Verhältnisse noch auszuführen wäre. Ausser dieser langen Geburtsdauer mag die Seltenheit der Wendung auf den Kopf auch noch darin gelegen sein, dass das Fruchtwasser schon längere Zeit abgeflossen, wenn der Arzt hinzugerufen wird, doch finden wir darin, wie weiter oben erwähnt wurde, keine absolute Contraindication der Wendung auf den Kopf.

Es dürfte für die Leser dieser Zeitschrift vielleicht nicht uninteressant sein, wenn wir in Anschluss an die weiter oben gegebenen Zahlen noch einige statistische Belege des Vorkommens der Querlage überhaupt geben; sie sind ebenfalls, wie die oben angeführten Zahlen, den amtlichen Sanitätsberichten des Herzogthums Nassau entnommen, welche uns aus den Jahren 1843 bis 1859 zu einer grösseren statistischen Arbeit zu Gebote standen; dieser Arbeit entlehnen wir die folgenden Zahlen:

Während des siebenzehnjährigen Zeitraumes von 1843 bis 1859 kamen auf 247570 Neugebörne 2021 Querlagen, also auf 122 bis 123 Neugebörne ein quergelagertes Kind. Bei 103 von diesen 2021 Querlagen ist nur bemerkt, dass die Wendung auf die Füsse gemacht wurde, ohne Angabe des Resultates der Operation, ohne Angabe ob es eine Erst- oder Mehrgebärende war. Bei den übrigen 1918 finden sich aber nähere Angaben, die folgendes Resultat liefern:

Von diesen 1918 quergelagerten Kindern kamen nur 823 lebend, dagegen 1095 todt zur Welt, also schon beinahe auf 2 Querlagen ein todtcs Kind, welches äusserst ungünstige Verhältniss sich nur aus den eigenthümlichen Verhältnissen der Privat-, namentlich der Landpraxis erklären lässt. Von den Frauen sind 116 nach der Geburt erlegen, ein Todesfall auf 16—17. Diese 1918 Querlagen kamen vor bei 1147 Mehrgebärenden mit 453 lebenden und 694 todtcn Kindern, auf beinahe 4 Kinder ein todtcs, von den Frauen erlagen 91, eine todtc auf 12—13; 135 Frauen waren Erstgebärende mit 59 lebenden und 76 todtcn Kindern, also beinahe ebenfalls auf 2 Kinder ein todtcs, von den Frauen erlagen 7, also eine todtc auf 19 (etwas mehr). Während also das Sterblichkeitsverhältniss für die Kinder bei Erst- und Mehrgebärenden ein gleiches ist, ist dasselbe für die Frauen bei den Mehrgebärenden ein viel ungünstigeres. Bei 636 Querlagen endlich mit 311 lebenden und 325 todtcn Kindern ist nicht angegeben, ob die Kreissende eine Erst- oder Mehrgebärende war, 18 von diesen 636 Frauen erlagen.

Beendigt wurden diese 1918 Geburten mit quergelagerten Kindern auf folgende Art:

Bei 1852 wurde die Wendung auf die Füsse gemacht, 795 Kinder lebend, 1057 todt, auf 1—2 ein todtcs; 106 Frauen erlagen, auf beinahe $17\frac{1}{2}$ eine gestorbene Frau. 127 Frauen waren Erstgebärende mit 57 lebenden und 70 todtcn Kindern, auf beinahe 2 ein todtcs, 7 Erstgebärende erlagen nach der Operation, eine auf fast 13. Mehrgebärend waren 1095 Frauen mit 427 lebenden und 668 todtcn Kindern, auf 1—2 ein todtcs; 82 Frauen erlagen, eine gestorbene auf beinahe $13\frac{1}{2}$. Bei 630

Kreissenden ist über die Zahl der früheren Geburten nichts angegeben, 311 lebende, 319 todte Kinder, 17 Frauen erlagen.

Bei 34 von den 1918 Querlagen wurde die Wendung auf den Kopf gemacht, mit 27 lebenden und nur 7 todten Kindern, auf beinahe 5 erst ein todtes Kind; von den Frauen ist keine erlegen, während bei allen Querlagen zusammen schon auf 16—17 Kreissende eine, und bei der Wendung auf die Füße auf $17\frac{1}{2}$ eine Frau erlegen ist. 3 Frauen waren Erstgebärende mit 2 lebenden und 1 todten Kinde; 31 waren Mehrgebärende, mit 25 lebenden und 6 todten Kindern; hier stellt sich für die Kinder bei Mehrgebärenden ein günstigeres Resultat heraus. Bei 20 Querlagen wurde die Zerstückelung des Kindes, die Embryotomie, nothwendig; 8 von den Frauen starben nach der Operation. Es kann dieses hohe Sterblichkeitsverhältniss bei der Embryotomie nicht auffallen, wenn man bedenkt, dass diese Operation anschliesslich bei vernachlässigten Querlagen unternommen wird, bei welchen schon von vorneherein nur eine sehr ungünstige Prognose gestellt werden kann, abgesehen von der Operation selbst. Erstgebärende waren 2 Frauen; 13 waren Mehrgebärende mit 7 erlegenen Frauen, bei 5 mit einer todten ist darüber nichts ange-
merkt.

7 Querlagen wurden durch die Selbstwendung ohne Einschreiten der Kunst beendet, 1 Kind lebend, 6 todt, bei 2 Erstgebärenden mit 2 todten Kindern und bei 5 Mehrgebärenden mit 1 lebendem und 4 todten Kindern. Die Selbstentwicklung endlich kam bei 5 Querlagen vor, 2 Frauen, und zwar Mehrgebärende, starben. 1 Kreissende war erstgebärend, 3 mehrgebärend, bei der letzten ist darüber nichts angegeben.

Auch über das Vorkommen der Wendung auf die Füße wollen wir noch einige statistischen Angaben folgen lassen.

Während des genannten Zeitraumes von 1843 bis 1859 wurden in dem Herzogthum Nassau 2239 Wendungen auf die Füße gemacht. Bei 103 von diesen 2239 Operationen ist nur angemerkt, dass die Wendung auf die Füße wegen Querlage gemacht wurde ohne nähere Angaben. Durch die übrigen 2136 Wendungen wurden 872 Kinder lebend und 1264 todt zur Welt gebracht (die Exstruktion folgte in allen Fällen mit Ausnahme einiger wenigen der Wendung unmittelbar nach); also auf ungefähr $1\frac{2}{3}$ Wendungen ein todtes Kind. Da bei 23 Zwillingsgeburten beide Kinder auf die Füße gewendet wurden, so wurde die Operation bei 2113 Kreissenden gemacht, von welchen 166 nach der Operation erlegen sind, eine gestorbene auf beinahe $12\frac{2}{3}$. Die Kreissenden waren 154 Erstgebärende mit 63 lebenden und 93 (2 Zwillingsgeburten) todten Kindern, 1 todt auf beiläufig $1\frac{2}{3}$, 11 Erstgebärende erlagen, 1 auf 14. Mehr-

gebärend waren 1300 mit 487 lebenden und 825 (12 Zwillingsgeburten) Kindern, 1 todt, auf beiläufig $1\frac{1}{2}$, 136 Frauen erlagen, 1 auf $9\frac{1}{2}$. Dieses äusserst ungünstige Resultat für die Mehrgebärenden darf jedoch nicht auf Rechnung der Wendung gesetzt werden, sondern mag dadurch bedingt sein, dass bei Mehrgebärenden öfter zu Kopflagen Complicationen hinzutreten, die die Wendung verlangen und an und für sich nur eine ungünstige Prognose zulassen, z. B. Placenta praevia; es wird, wie wir noch sehen werden, dieses Sterblichkeitsverhältniss noch viel ungünstiger, wenn man die Wendungen auf die Füsse bei Kopflagen allein in Betracht zieht. Bei 659 Kreissenden, mit 322 lebenden und 346 todt. Kindern (9 Zwillingsgeburten), 2 Frauen erlagen, ist über die Zahl der Geburten nichts bemerkt.

1852mal wurde die Wendung auf die Füsse wegen Querlage der Kinder gemacht, über welche wir auf der vorigen Seite die näheren Angaben erwähnt haben.

13mal wurde die Wendung wegen Schiefstand des Kindes, wie es in den Sanitätsberichten heisst, gemacht, 4 Kinder lebend, 9 todt, keine der Frauen erlag. 2 Erstgebärende mit 2 todt. Kindern, 7 Mehrgebärende, 3 Kinder lebend, 4 todt, bei 4 Frauen, 1 Kind lebend, 3 todt, ist die Zahl der Geburten unbestimmt.

271mal wurde die Wendung bei Kopflagen gemacht und zwar wurden 73 lebend und 198 todt geboren, von den Frauen starben 60. Für die Kinder bleibt sich das Resultat der Wendung auf die Füsse so ziemlich gleich, die Operation mag wegen Querlage oder bei einer Kopflage gemacht werden, das Verhältniss bleibt 1 todt. Kind auf 1—2. Dagegen ist die Wendung bei Kopflagen für die Frauen selbst viel ungünstiger, schon eine gestorbene Frau auf $4\frac{1}{2}$, während das Verhältniss bei der Wendung wegen Querlage 1 auf $13\frac{1}{2}$ sich herausstellt. Der Grund dafür liegt in den Complicationen, wesshalb bei Kopflage die Wendung auf die Füsse gemacht werden musste.

Von den 271 Kreissenden, bei welchen die Wendung bei einer Kopflage gemacht wurde, waren 27 Erstgebärende, 6 Kinder lebend, 21 todt, 1 auf $1\frac{6}{27}$, 4 Frauen erlagen, 1 auf 7. Mehrgebärend waren 210 mit 27 lebenden und 153 todt. Kindern, 1 auf beiläufig $1\frac{1}{3}$; von den Frauen erlagen aber 54, 1 auf 4.

Bei 34 Operationen mit 10 lebenden und 24 todt. Kindern und 2 gestorbenen Frauen fehlen die Angaben über die Zahl der Geburten.

Am häufigsten wurde die Wendung wegen Placenta praevia gemacht, 103mal, 31 Kinder lebend, 72 todt, 1 auf $13\frac{1}{72}$, 25 Frauen erlagen, 1

auf 4. 13 Frauen waren Erstgebärende, 4 Kinder lebend, 9 todt, 3 Frauen starben. 81 waren Mehrgebärende, 23 Kinder lebend, 58 todt, 20 Frauen starben.

Die Verhältnisse aus diesen Zahlen ergeben sich ohne weitere Rechnung von selbst. 9 Fälle, 4 Kinder lebend, 5 todt, sind ohne Angaben.

55mal wurde wegen Nabelschnurvorfall die Wendung gemacht, 18 Kinder lebend, 37 todt, 4 Mehrgebärende erlagen. (Dieses hängt natürlich nicht mit dem Nabelschnurvorfall zusammen.) Auch hier wurde vorzugsweise nur bei Mehrgebärenden operirt, 2 Frauen waren nur erstgebärend, 1 lebendes und 1 todes Kind; 40 Mehrgebärende 13 lebende und 27 tode Kinder; bei 13 Fällen, 4 Kinder lebend, 9 todt fehlen nähere Angaben.

38mal wurde das Kind wegen engen Beckens gewendet, nur 7 Kinder lebend und 31 todt; 11 Frauen starben, schon auf $3\frac{1}{2}$ eine todt, 5 Frauen waren Erstgebärende, von welchen 1 erlegen ist, alle 5 Kinder todt. 31 Frauen waren Mehrgebärende, 10 von ihnen erlagen, auf beinahe 3 eine; 6 Kinder lebend, 25 todt; bei 2 mit 1 lebendem und 1 todem Kind fehlen die Angaben über die Zahl der Geburten.

18mal wurde wegen Blutung die Wendung auf die Füße gemacht, 6 lebende und 12 tode Kinder, 3 Frauen, Mehrgebärende, starben. 2 Erstgebärende mit 2 toden Kindern, 11 Mehrgebärende, 6 lebende und 5 tode Kinder; 5 ohne Angabe, 5 Kinder todt.

17mal wurde wegen des Vorliegens kleiner Theile neben dem Kopfe die Wendung gemacht, nur 4 Kinder lebend und 13 todt, 2 Frauen, Mehrgebärende, starben. 3 Erstgebärende, 1 Kind lebend, 2 todt; 13 Mehrgebärende, 3 Kinder lebend, 10 todt; bei einem Falle fehlen die Angaben, Kind todt.

10mal wurde wegen Aufsitzen des Kopfes bei Hängebauch die Wendung nothwendig und zwar nur bei Mehrgebärenden, nur 1 Kind wurde gerettet, 9 wurden todt geboren; von den Frauen starb die Hälfte, nemlich 5. Wegen Schiefstand des Kopfes wurden 9 Wendungen gemacht, 3 Kinder lebend, 6 todt, von den Frauen ist keine erlegen. 7 Mehrgebärende mit 4 lebenden und 5 toden Kindern; bei 2 fehlen die Angaben, 1 Kind todt, 1 lebend.

Nach der Perforation wurde 8mal die Wendung gemacht, bei 2 Erstgebärenden und 6 Mehrgebärenden, die letzten 6 sind alle nach der Operation gestorben.

7mal wurde bei Gesichtslage gewendet, 2 Kinder lebend, 5 todt, bei 6 Mehrgebärenden, von welchen 2 erlagen, mit 2 lebenden und 4 todtten Kindern; bei einer Operirten, Kind todt, fehlen die Angaben.

3mal wurde wegen Uterusruptur die Wendung gemacht bei 3 Mehrgebärenden, von welchen 2 gestorben sind, die Kinder todt.

2mal wurde wegen Ohnmacht operirt, 1 Kind lebend bei einer Mehrgebärenden und 1 Kind todt, die Angaben der Zahl der Geburten fehlen.

Endlich wurde bei einer Mehrgebärenden wegen Hydrocephalus das Kind gewendet, todt.

Beobachtungen und Erfahrungen gesammelt am Krankenbette

von

Geheimen Medicinalrath Dr. A. CLEMENS,

practischem Arzte in Frankfurt am Main.

Schreck als Heilmittel.

Bekannt ist es, dass der Schreck, als ein plötzlich eintretender, in Furcht begründeter Affekt, unter allen Affekten am schädlichsten wirkt, weil er die heftigste Erschütterung im Körper hervorbringt und dann oft von den nachtheiligsten Folgen begleitet ist. So behandelte ich eine höchst schmerzliche, seit früher Jugend an Krämpfen leidende Dame, welche diese traurige, im vorgerücktesten Alter sich etwas mildernde Krankheit nur einem plötzlichen Schrecken zu verdanken hatte, den ihr eine unwillkürliche Gespielin, als Kind, in einem dunkeln Gange verursacht hatte. Kein Affekt wirkt so mächtig, so plötzlich, so lähmend auf das Nervensystem ein. Dass eine Lähmung des Spinalnervensystems durch einen solchen Affekt, wie die schon bei der französischen Revolution beobachtet, dass als Gichttrank, die schon bei der Genesung nahe waren, am verhängnisvollsten 10. August vor Schreck plötzlich starben. Fälle, deren ich viele in meiner Schrift: Die Revolution, in ihrem Ein-